



**Julia Dück und
Stefan Schoppengerd (Hrsg.)**

KRANKENHÄUSER IN BEWEGUNG

**INTERNATIONALE KÄMPFE FÜR GUTE
VERSORGUNG UND ARBEITSBEDINGUNGEN**

INHALT

Jennie Auffenberg, Julia Dück und Stefan Schoppengerd Krankenhäuser in Bewegung	2
Internationale Kämpfe für gute Versorgung und Arbeitsbedingungen	
Nick Krachler Der lange Weg zu einem gesetzlichen Pflegeschlüssel in Kalifornien	7
Imre G. Szabó Radikal verantwortungsvoll	16
Der irische Krankenpflegestreik von 2019	
Kalina Drenska Bulgarische Pflegekräfte	24
Eine Geschichte von Kampf und Pflege	
Interview mit Petros Elia und Kane Shaw Das Ende des Outsourcings am St. Mary's Krankenhaus in London	31
Bernd Landsiedel Der Kampf um das öffentliche Gesundheitssystem in Frankreich	37
Interview mit Marianne Haueter Die Schweizer Spitalkämpferinnen	45
Von der Schließung der Geburtshilfe in Zweisimmen zur Neugründung einer Geburtshausgenossenschaft	
Verzeichnis der Autor*innen	50

Jennie Auffenberg, Julia Dück und Stefan Schoppengerd

KRANKENHÄUSER IN BEWEGUNG

INTERNATIONALE KÄMPFE FÜR GUTE VERSORGUNG UND ARBEITSBEDINGUNGEN

Während diese Broschüre im Spätherbst 2020 in Druck geht, ist offen, wie viel von den Respektbekundungen und der symbolischen Anerkennung gegenüber den Gesundheitsberufen die Corona-Pandemie überdauern wird. Ohne die Beharrlichkeit weiterer Proteste ist zu befürchten, dass die hohe Aufmerksamkeit für die Arbeitsbelastung in Krankenhäusern eine kurze Episode gewesen sein wird, getrieben von der Angst vor einem Zusammenbruch des Gesundheitssystems unter sich exponentiell entwickelnden Infektionszahlen. Notwendig ist daher, dass es den gewerkschaftlich organisierten Beschäftigten und ihren Bündnispartner*innen gelingt, die Erfahrungen des Ausnahmezustands für Kritik und eine Veränderung des Status quo zu nutzen. Denn Arbeiten an der Grenze zur Überlastung, wirtschaftliche Zwänge, die im Widerspruch zum medizinischen und gesellschaftlichen Bedarf stehen, oder das Gefühl, dass in einem anderen System bessere, menschengerechtere Arbeit möglich wäre – das war vielen Beschäftigten im Krankenhaus auch vor Corona nicht fremd. Zugleich wurden die Schwachstellen eines Systems, in dem Wettbewerb und Kostendruck vorherrschen, durch die Pandemie auch für diejenigen mehr als sichtbar, die nicht als Beschäftigte oder Patient*innen unmittelbar mit dem Krankenhausalltag vertraut sind. So ist zum einen der Mangel an materiellen, vor allem aber personellen Ressourcen in den Kliniken deutlich geworden. Denn schnell war klar, dass es aufgrund des chronischen Personal mangels in den Krankenhäusern an Pflegekräften fehlt, um ein erhöhtes Aufgebot an Patient*innen gut versorgen zu können. Aber auch der Mangel an materiellen Kapazitäten – etwa an Beatmungsgerä-

ten, Laborressourcen, vor allem aber an Betten – wurde offensichtlich. Zum anderen hat sich gezeigt, dass Krankenhäuser durch die Einführung des pauschalierten DRG-Finanzierungsmodells (Diagnosis Related Groups) nicht nur unter Kostendruck stehen, sondern auch finanziellen Unsicherheiten und der Konkurrenz untereinander ausgesetzt sind – und dass diese Situation die Bearbeitung der Krise erschwert. (Planbare) Operationen abzusagen war für die Kliniken ein wirtschaftliches Risiko, das sie erst einzugehen bereit waren, als ihnen eine finanzielle Absicherung versprochen wurde. Selbst dann aber kam es aufgrund des befürchteten Erlösverlusts immer wieder zu Verzögerungen beim Schaffen von Behandlungskapazitäten – besonders in privaten Kliniken.

Gezeigt hat sich also mindestens zweierlei: Eine flächendeckende Versorgung und ausreichende Kapazitäten sind wichtige Faktoren in Krisensituationen und dürfen nicht dem Markt überlassen werden. Zugleich muss endlich auch gegen den chronischen Personal mangel vorgegangen werden. Und dafür braucht es zuallererst gute Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten.

Die größten Probleme in der deutschen Krankenhauslandschaft standen aber schon vor der Corona-Pandemie auf der Tagesordnung. Die Krankenhausfinanzierung ist mit der – bereits erwähnten – Einführung der Abrechnung über Fallpauschalen in ein Preissystem überführt worden, das alle Kliniken systematisch unter wirtschaftlichen Stress setzt. In einem solchen System wissen sich private Betreiber*innen, die sich, so gut es geht, auf lukrative Behandlungen konzentrieren, am besten zu behaupten – entsprechend schreitet die

Privatisierung voran und der Anteil der profitorientiert bewirtschafteten Krankenhäuser nimmt zu. Der wirtschaftliche Druck wiederum bedeutet Stress für die Beschäftigten: Steigenden Fallzahlen steht im Saldo der letzten 15 Jahre ein Abbau von Pflegestellen gegenüber. Darüber hinaus ist Pflege gemessen an den hohen (fachlichen) Anforderungen sowie der großen Verantwortung vergleichsweise niedrig entlohnt. Auch wenn sich die Geschlechterverhältnisse in den Krankenhäusern in den letzten Jahren verändern, treffen beide Probleme vor allem Frauen. Denn Pflege wird nach wie vor zu circa 80 Prozent von weiblichen Pflegekräften geleistet. Der Mythos der sich selbstlos aufopfernden «Schwester» wirkt nach.

Gleichzeitig führen Missstände und Überlastung nicht automatisch zu Gegenwehr. Trotz einiger herausragender Beispiele für Mobilisierungen im Gesundheitsbereich bleibt der Organisationsgrad deutlich hinter den gewerkschaftlichen Hochburgen in der Industrie zurück. In Berufen, in denen Verantwortung und Sorge für andere getragen wird, mussten und müssen Strategien von (gewerkschaftlicher) Gegenwehr erst entwickelt

det, liegt die Verantwortung für das Wohl der Patient*innen beim Aufnahmemanagement des Krankenhauses als Arbeitgeber. Es werden also nicht zu versorgende Patient*innen bestreikt. Vielmehr werden Krankenhäuser dazu gezwungen, diese gar nicht erst aufzunehmen, wenn sie im Streik nicht genügend Personal für ihre Versorgung haben. Gleichsam nebenbei entsteht in den so geführten Kämpfen ein anderes Bild von der Arbeiter*innen- und Gewerkschaftsbewegung. Die Macht der organisierten Lohnabhängigen zeigt sich nicht im «starken Arm» des Metallarbeiters allein; sie kann auch in den Aktionen von Krankenhausbeschäftigten zum Ausdruck kommen, die um die Herstellung der Bedingungen guter Sorgearbeit ringen und zugleich die Perspektive der Versorgten nicht aus den Augen verlieren. «Mehr von uns ist besser für alle» – mit diesem Slogan, der ebenfalls erstmals in den Auseinandersetzungen an der Charité geprägt wurde, wird auf diese doppelte Perspektive verwiesen: Gute Arbeitsbedingungen im Krankenhaus sind nicht nur Voraussetzung für Arbeit ohne Zeitdruck und Überlastung, sie sind es auch für eine gute Gesundheitsversorgung von Patient*innen.

Die Krankenhausfinanzierung ist mit der Einführung der Abrechnung über Fallpauschalen in ein Preissystem überführt worden, das alle Kliniken systematisch unter wirtschaftlichen Stress setzt.

werden, sollen sie nicht denjenigen schaden, die versorgt werden. Wer will schon ernsthaft die Versorgung von Hilfebedürftigen bestreiken? Diese Hürde ist aber nicht unüberwindbar: Inzwischen wissen wir auch aus deutschen Kliniken, dass selbst unbefristete Erzwingungsstreiks kein Ding der Unmöglichkeit sind. Werden, wie es zuerst an der Berliner Charité praktiziert wurde, Notfallvereinbarungen geschlossen und die streikbereiten Stationen rechtzeitig zur Schließung angemel-

det, Was soll nun Zweck dieser Broschüre sein? Die angedeuteten Missstände im Krankenhaus sind kein allein deutsches Problem. Auch die grundsätzliche Tendenz, das Gesundheitswesen vorrangig als ein Marktsegment zu betrachten, das sich über Angebot und Nachfrage steuern ließe und in dem vor allem unternehmerische Initiative den gesellschaftlichen Fortschritt verbürgt, ist keineswegs auf Deutschland beschränkt. Gleiches gilt für den Widerstand von Beschäftigten und

ihren Verbündeten. Auf diesen wollen wir hier unser Augenmerk richten. Die Broschüre gibt Einblicke in Kämpfe um Gesundheit in anderen Ländern und zeigt dabei nicht nur Gemeinsamkeiten und Besonderheiten auf, sondern beleuchtet zugleich verschiedene Problemstellungen und Konfliktgegenstände, die sich oft in verblüffender Ähnlichkeit auch hierzulande wiederfinden. So erhoffen wir uns nicht zuletzt, die Diskussion um Herangehensweisen und Strategien der Krankenhausbewegung in Deutschland zu bereichern.

Zunächst richten wir unseren Blick auf den Kampf um einen gesetzlichen Pflegeschlüssel in Kalifornien und damit auf eine der wichtigsten Auseinandersetzungen angesichts eines auf Wettbewerb und Kostendruck getrimmten Systems. Denn Personal, insbesondere in der Pflege, wird aus betriebswirtschaftlicher Perspektive vor allem als Kostenfaktor verstanden. Einsparungen und damit auch Arbeitsverdichtungen in der Pflege gehören seit den 1980er Jahren in den USA zu den größten Herausforderungen für Gewerkschaften. Wie Nick Krachler in seinem Artikel deutlich macht, war der Kampf für gesetzliche Personalvorgaben in Kalifornien allerdings nur gemeinsam zu gewinnen, indem er nicht nur als Kampf für bessere Arbeitsbedingungen, sondern auch für eine gute Gesundheitsversorgung artikuliert wurde und daher auch auf die gesellschaftliche Beteiligung an diesen Auseinandersetzungen gesetzt hat. Darüber hinaus ist das Gesetz zum Personalschlüssel in vielen anderen Kämpfen beispielgebend geworden. Wie der Artikel von Imre Szabó zeigt, kämpfen Pflegekräfte in Irland nicht nur für höhere Löhne, sondern auch für eine bessere Personalbemessung. Denn auch hier schlägt sich die Austeritätspolitik der letzten Jahrzehnte vor allem im Bereich öffentlicher Daseinsvorsorge nieder und greift damit nicht nur eine der letzten Gewerkschaftsbastionen an. Sie führt auch dazu, dass sich die Lebensbedingungen der Lohnabhängigen durch die löchrig gewor-

den sozialen Infrastrukturen insgesamt verschlechtern. Als neue Akteur*innen in Arbeitskonflikten machten die irischen Pflegekräfte eben hierauf aufmerksam und konnten so die Diskussionen um Kürzungen im öffentlichen Sektor befördern.

Nicht nur im «Westen» kämpfen Pflegekräfte gegen die Profitorientierung der Krankenhäuser, die Kürzungen im Gesundheitssystem und setzen sich für armutsfeste Löhne ein. Auch in Osteuropa formieren sich Pfleger*innen, die die jahrelange Kürzungspolitik satt haben. Ihre Strategien sind dabei ähnlich: Sie schmieden gesellschaftliche Bündnisse, setzen sich mit den politischen Entscheidungsträger*innen auseinander und organisieren sich kämpferisch gewerkschaftlich. Wie im Artikel von Kalina Drenska deutlich wird, kämpfen Pfleger*innen in Bulgarien teilweise jedoch nicht nur gegen neoliberale Reformen. Für die Linke stellt sich zudem die Frage, wie sie angesichts des Erstarkens der Rechten und ihrer Akteur*innen unter anderem in der Pflegebewegung mit diesen umgehen soll und die Kämpfe trotzdem unterstützen kann.

Dass ein Gesundheitssystem unter marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht nur in der Pflege zu Kürzungen neigt, zeigen Kane Shaw und Petros Elia im Interview. Sie beleuchten die Strategien des Outsourcings von Reinigungskräften im britischen Gesundheitssystem. Auch hier werden eine zunehmende Arbeitsverdichtung und überdies die Flucht aus Tarifbindungen deutlich, die sich unter dem Druck der Kosteneinsparungen vollziehen. Besonders herausfordernd ist aus gewerkschaftlicher Perspektive die Organisation von Arbeitnehmer*innen im Niedriglohnbereich mit seinen geringen qualifikatorischen Voraussetzungen. Indem die Gewerkschaft auf Selbstorganisation und Basisaufbau setzte und Verbindungen zu anderen gesellschaftlichen Interessen herstellte – nämlich gute Gesundheit und Hygiene –, gelang es jedoch, die Ausgliederungen rückgängig zu machen.

Zu den Verlierer*innen eines marktgetriebenen Systems zählen aber nicht nur bestimmte Gruppen von Beschäftigten im Krankenhaus. Anhand der Kämpfe in den Notfallambulanzen in Frankreich sowie in der Schweiz gegen die Schließung der Geburtshilfe wird vielmehr deutlich, dass auch bestimmte (Funktions-) Bereiche in Krankenhäusern unter Kostendruck leiden. Denn unter anderem die Notfallversorgung und Geburtshilfe lassen sich nicht gut planen und seriell umsetzen – und erweisen sich unter wirtschaftlichen Aspekten daher als besonders verlustträchtig. Wie der Artikel von Bernd Landsiedel so zeigt auch das Interview mit Marianne Haueter, dass wenig lukrative Bereiche einem enormen Druck ausgesetzt sind, wodurch es zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und sogar zu ihrer Schließung kommt. Auch diese beiden Beispiele machen deutlich, dass das Sparen an

Kreativität zahlt sich aus, wenn es darum geht, die richtigen Druckmittel zu finden.

guter Gesundheitsversorgung Widerstand sowie erfolgreiche Proteste befördern kann – so löste ein Konflikt in einer Notfallambulanz eine neue Protestwelle in ganz Frankreich aus und Hebammen in der Schweiz gründeten infolge der Schließung der Geburtshilfe eine genossenschaftlich betriebene Geburtsklinik.

Lassen sich aus der Vielfalt dieser Beispiele verallgemeinernde Lehren ziehen? Was zweifellos bestätigt wird: Kämpfe um strukturelle Veränderungen brauchen Zeit und Beharrlichkeit. Sicher kann es – wie vor allem die Kollegen aus London betonen – in manchen Situationen darauf ankommen, schnell zu sein, will man den Stier bei den Hörnern packen. In der Regel aber sind Kampagnen für dauerhafte Verbesserungen von Arbeit und Versorgung im Krankenhaus nicht in Wochen oder Monaten, sondern in Jahren zu bemessen.

Eine zweite Lehre ist: Kreativität zahlt sich aus, wenn es darum geht, die richtigen Druckmittel zu finden. Lohnarbeitsverhältnisse zeich-

nen sich dadurch aus, dass die Abhängigkeit wechselseitig ist – jeder Streik ruft das in Erinnerung. Die Abhängigkeit der Arbeitgeber*innen von der Leistung ihrer Beschäftigten zeigte sich, als die französischen Ärzt*innen die Codierung und damit die budgetierte Abrechnung der Behandlungen verweigerten oder als bulgarische Pfleger*innen drohten, kollektiv zu kündigen.

Insofern es stets um Gesundheit und Krankenversorgung als öffentliche Güter geht, finden die Auseinandersetzungen nicht allein im Kräftemessen zwischen Arbeitnehmer*innen und Arbeitgeber*innen statt. Wo Krankenhausbeschäftigte aktiv werden, nehmen sie in

aller Regel – und zu Recht – für sich in Anspruch, nicht nur ihre eigene Situation verbessern zu wollen, sondern auch das Interesse von Patient*innen an guter professioneller Versorgung zu vertreten. Dies gilt nicht nur für

die Frage der Personalbemessung, sondern ebenso für die Beschäftigungsbedingungen der Reinigungskräfte und für den Anspruch auf wohnortnahe Versorgung. Im Kampf um die öffentliche Meinung und gesellschaftliche Unterstützung ist die Verknüpfung zwischen den Interessen der Beschäftigten und jenen der Patient*innen ein Mittel, mit dem die Aktiven viel zu gewinnen haben. Auch in anderen Ländern manifestiert sich diese Erkenntnis in Bündnisstrukturen, in denen Beschäftigte mit Initiativen für eine gute Gesundheitsversorgung zusammenarbeiten. Wenn es darum geht, dem Kampf um ein gemeinwohlorientiertes Gesundheitswesen, um Anerkennung und Aufwertung eines klassischen Frauenberufs, um würdige Arbeits- und Behandlungsbedingungen Öffentlichkeit zu verschaffen, können solche Bündnisse ein zusätzlicher Machtfaktor sein.

Angesichts der Corona-Krise versprechen die kommenden Monate, auch in der deut-

schen Krankenhauspolitik, erneut spannend zu werden. Nachdem es mit gewerkschaftlichem Druck an knapp 20 Kliniken gelungen ist, Haustarifverträge zur «Entlastung» – also zur Einführung verbindlicher Personalvorgaben – durchzusetzen, ist auf Bundesebene endlich Bewegung in die Sache gekommen. Die Gewerkschaft ver.di, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Deutsche Pflegerat (DPR) haben gemeinsam eine modernisierte Fassung der Pflegepersonalregelung (PPR) aus den 1990er Jahren erarbeitet. Allgemein verbindliche Regeln zur Personalbedarfsermittlung in der Pflege wären ein gewaltiger Erfolg jahrelanger Mobilisierung – gewonnen ist die Auseinandersetzung aber noch nicht. Im Schatten von Corona scheint die Diskussion um Personalbemessung und vor allem um ihre gesetzliche Regelung vielmehr in den Schubladen des Bundesministeriums für Gesundheit zu versauern. Dass es hier gesellschaftlichen Druck braucht, wird also offensichtlich.

Dies gilt umso mehr für die grundsätzlichere Auseinandersetzung um die Finanzierung der Krankenhäuser. Das Fallpauschalensystem verliert immer mehr an Rückhalt; die Notwendigkeit eines Krankenhausschutzschirms während der Corona-Pandemie hat seine Schwächen weiter verdeutlicht. Der Berliner Senat hat unter dem Druck der Krankenhausbewegung der Stadt angekündigt, eine Vorlage zur Abschaffung der Fallpauschalen in die erste Gesundheitsministerkonferenz nach Corona einzubringen. Für das Jahr 2020 forderten selbst die DKG sowie der Bundesverband der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) eine kostendeckende Vergütung, da sie eine Versorgung entsprechend des Corona-bedingten Mehrbedarfs nicht durch die Fallpauschalen gewährleisten sahen. Auch gibt es Forderungen, neben den Pflegepersonalkosten weitere Bereiche aus den Fallpauschalen auszugliedern, wie

etwa von einer Bundesratsinitiative des Landes Mecklenburg-Vorpommern, die den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin betrifft. Mit der schwindenden Unterstützung für das zentrale Instrument der Ökonomisierung von Krankenhäusern scheint es im Rahmen des Möglichen zu liegen, im Kampf für eine bedarfsgerechte und gemeinwohlorientierte Gestaltung der Krankenhauslandschaft entscheidende Schritte voranzukommen. Wesentliche Ansätze für eine solche Strategie lassen sich analog zu den in dieser Broschüre aufgezeigten Kämpfen entwickeln: Es wird darum gehen, gesellschaftliche Bündnisse aufzubauen, um eine gute Gesundheitsversorgung für alle zu schaffen – also darum, die Interessen der Beschäftigten mit jenen zivilgesellschaftlicher Akteur*innen zu verbinden. Es wird aber auch darum gehen, politische Entscheidungsträger*innen unter Druck zu setzen und potenzielle Bündnispartner*innen aus dem neoliberalen Konsens der DRG-Befürwortung herauszubrechen – dies gilt insbesondere angesichts der Bundestagswahl im kommenden Jahr 2021. Schließlich geht es aber auch darum, weiter Druck in den Kliniken aufzubauen und die Organisation unter Pflegenden zu verbreitern.

Mit der vorliegenden Broschüre richten wir den Fokus zwar nicht auf die strategischen Herausforderungen in der Bundesrepublik. In den hier vorgestellten Kämpfen finden sich aber viele kreative Beispiele, die sich auch hierzulande aufgreifen und verwirklichen lassen. In diesem Sinne wollen wir dazu ermuntern, das aus anderen Kämpfen gewonnene Wissen zu nutzen, um in gewerkschaftlichen, aber auch zivilgesellschaftlichen Auseinandersetzungen dafür zu streiten, Markt und Profite im Gesundheitswesen zurückzudrängen und Gesundheit wieder zu einem öffentlichen und demokratischen Gut zu machen.

Berlin, November 2020

Nick Krachler

DER LANGE WEG ZU EINEM GESETZLICHEN PFLEGESCHLÜSSEL IN KALIFORNIEN

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit dem gesetzlichen Personalschlüssel in der Pflege, den Kalifornien 1999 verabschiedet hat. Zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Artikels ist Kalifornien nicht nur der erste, sondern auch der *einzig* US-Bundesstaat mit gesetzlich vorgeschriebenen Pflegeschlüsseln, obwohl in 18 weiteren Staaten zwischen 1999 und 2002 ähnliche Pläne erwogen wurden.¹ Die Verabschiedung des Gesetzes verdankt sich einem Bündnis aus Gewerkschaften, allen voran der Kalifornischen Krankenpflegegewerkschaft (California Nurses Association, CNA), weiteren zivilgesellschaftlichen Gruppen sowie der Unterstützung durch die Öffentlichkeit.

Es lohnt sich, einen genaueren Blick auf die Entstehung dieser Koalition und den gesetzlichen Pflegeschlüssel zu werfen, denn das Gesetz (A.B. 394) brachte verschiedene Vorteile für Beschäftigte und Patient*innen, wie wissenschaftliche Forschungen belegen. Eine groß angelegte Studie aus dem Jahr 2010, die die Situation in Kalifornien mit der in New Jersey und Pennsylvania vergleicht, hat erstens gezeigt, dass die Einführung des Gesetzes eine deutlich geringere Sterberate, eine geringere Arbeitsbelastung der registrierten Pflegekräfte (*registered nurses*, RNs)² durch weniger zu betreuende Patient*innen, eine höhere Arbeitszufriedenheit und seltenere Fälle von Burnout zur Folge hatte.³ Zweitens kam eine ökonometrische Studie zu der Einschätzung, dass der Reallohn der RNs von 2000 bis 2006 im Vergleich mit anderen US-Bundesstaaten um bis zu zwölf Prozent stieg.⁴ Drittens übertraf der von der kalifornischen Pflegekammer (California Board of Registration of

Nursing, BRN) zwischen 1999 und 2006 verzeichnete Anstieg der Registrierungen von Pflegekräften von etwa 26 Prozent seine eigene Prognose von 4,7 Prozent.⁵ Neben all den Verbesserungen gibt es allerdings auch Anzeichen dafür, dass infolge des Gesetzes weniger Aushilfen, wie etwa Bürokräfte, angestellt wurden,⁶ sodass Pfleger*innen seitdem mehr berufsfremde Aufgaben übernehmen müssen.⁷

Das Gesetz sichert relativ hohe Standards, die die meisten Arbeitgeber*innen einhalten. Dem Gesetz zufolge muss das kalifornische Gesundheitsministerium (California Department of Health Services, DHS) einen Mindestpflegeschlüssel für Stationen von Akutkrankenhäusern festsetzen. Der Personalschlüssel umfasst nicht nur RNs, sondern auch sogenannte lizenzierte Pflegekräfte (*licensed vocational nurses*, LVNs), deren Aufgabenbereich sehr viel eingeschränkter ist. Dennoch haben Arbeitgeber*innen zur Gewährleistung des Pflegeschlüssels überwiegend dauerhaft oder befristet angestellte RNs statt LVNs beschäftigt.⁸ Die gesetzlichen Vorgaben verstehen sich als *Untergrenzen*; Krankenhäuser müssen also gegebenenfalls *mehr* Pflegekräfte einstellen. Das liegt daran, dass das Gesetz mit den 1997 in Kraft getretenen Systemen zur Klassifikation der Patient*innen in Verbindung steht, welche abhängig von der Pflegekategorie der Patient*innen (siehe weiter unten) gegebenenfalls mehr Personal als den Mindestpflegeschlüssel vorsehen. Der Durchsetzungsmechanismus des Gesetzes ist vergleichsweise schwach: Pflegekräfte müssen Verstöße an das DHS melden, das diese dann untersucht. Erweisen sich die Vorwürfe als zutreffend, hat

das DHS mit den Trägern Maßnahmen gegen die Verstöße auszuarbeiten (kann gegen die Träger jedoch keine Geldstrafen verhängen). Trotzdem verhalten sich Arbeitgeber*innen in 85 bis 94 Prozent der Fälle gesetzeskonform.⁹ Wie ist es Gewerkschafter*innen und Aktivist*innen gelungen, die Verabschiedung und Umsetzung dieses nutzbringenden und erfolgreichen Pflegeschlüssel-Gesetzes in die Wege zu leiten? Die Geschichte beginnt mit der 1992 erfolgten Umstrukturierung der federführenden Organisation, der CNA, und endet erst 2005 mit einer öffentlichen Kampagne, die den damaligen Gouverneur Kaliforniens, Arnold Schwarzenegger, zur Verabschiedung des Gesetzes bewegen sollte. Dieser Beitrag geht zunächst auf den Entstehungskontext des Gesetzes und damit auf den Versuch der Gewerkschaften ein, in den 1970er und 1980er Jahren die Personalausstattung zu regulieren, und skizziert die Problematik, für die das Gesetz in den 1990er Jahren eine Lösung bieten sollte. Anschließend analysiert der Beitrag die Umstände, die dazu beitrugen, dass das Gesetz schließlich umgesetzt wurde: die Umstrukturierung der CNA, die günstigen politischen Verhältnisse in Kalifornien sowie die zivilgesellschaftlichen Ressourcen, die sich die CNA zunutze gemacht hat. Zum Abschluss folgt eine kurze Darstellung des Ringens um die tatsächliche Umsetzung des Gesetzes.

Historische Hintergründe und das Problem der Unterbesetzung

In den 1970er und 1980er Jahren gab es vonseiten der Gewerkschaften erste Versuche, Personalbestände zu regulieren. Die CNA drängte bereits in den späten 1960er Jahren auf einen Pflegeschlüssel.¹⁰ Seit 1976 ist es in Kalifornien gesetzlich vorgeschrieben, dass auf allgemeinen und kardiologischen Intensivstationen mindestens eine RN für zwei Patient*innen verantwortlich ist sowie

höchstens 50 Prozent der Pflegebelegschaft eine LVN-Qualifikation haben darf.¹¹ Johnston stellte fest, dass es in öffentlichen Krankenhäusern in Kalifornien aufgrund von nicht besetzten Pflegestellen und schlechter Bezahlung oft zu Engpässen kam. Trotz eines Streiks scheiterten die Tarifverhandlungen 1982, in denen die CNA höhere Löhne verlangt hatte, um mehr Pflegekräfte zu gewinnen. Die Niederlage ist vor allem damit zu begründen, dass die Gewerkschaft den Schwerpunkt dabei in erster Linie auf die Lohnfrage gerichtet und gefordert hatte, Pflegekräfte sollten einen «vergleichbaren Verdienst» erhalten wie Ärzt*innen.¹² Im selben Jahr erwirkte die Ortsgruppe Local 400 der Dienstleistungsgewerkschaft (Service Employees International Union, SEIU) hingegen eine Lohnerhöhung um 6,9 Prozent. Auch die bei der SEIU organisierten Pflegekräfte waren mit vielen unbesetzten Stellen (ca. 15 Prozent), seltenen Gehaltserhöhungen, Erschöpfung und Burnout konfrontiert. Der Unterschied bestand darin, dass sich die SEIU mit lokalen Nichtregierungsorganisationen (NGOs) zusammenschloss, die sich gegen rassistische Ungleichheit einsetzten, sowie mit Ärzt*innen, die gegen zu hohe Zahlen zu versorgender Patient*innen protestierten. Außerdem hatte die SEIU ihre Kampagne im Sinne notwendiger Maßnahmen im öffentlichen Interesse und «als eine Frage der öffentlichen Gesundheit, nicht als Lohnfrage» formuliert.¹³

Später entfernten sich sowohl die CNA als auch die SEIU ein wenig von Fragen der Personalbesetzung. Die CNA-Führung konzentrierte sich mehr auf die Spitzenpositionen in der Pflege als auf die tatsächliche Arbeit am Krankenbett, obwohl CNA-Mitarbeiter*innen in niedrigeren Positionen Ende der 1980er Jahre begannen, sich mit der Personalgesetzgebung zu beschäftigen. Darüber hinaus erklärte die SEIU ab Mitte der 1980er Jahre die nationale Gesundheitsreform zur obersten Priorität, bildete Anfang der 2000er Jahre eine

Koalition mit Gesundheitsdienstleistern, um den universellen Zugang zur Gesundheitsversorgung voranzutreiben, und trug Ende der 1990er Jahre maßgeblich zur Ausbildung sozialpartnerschaftlicher Beziehungen beim Gesundheitsdienstleister Kaiser Permanente bei (siehe weiter unten).¹⁴ Gleichzeitig verschärfen sich die Personalprobleme der 1970er und 1980er Jahre in den 1990er Jahren weiter. Besonders verstärkt wurde der Kostendruck auf Gesundheitsdienstleister durch die Veränderungen in der Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens infolge von «Managed Care».¹⁵

Die Träger begegneten diesen und anderen Kostendruckfaktoren (zum Beispiel der Zunahme des Wettbewerbs zwischen Gesundheitsdienstleistern)¹⁶ mit einer Erhöhung der Arbeitsbelastung für RNs durch verschiedene Maßnahmen: Abbau von RN-Stellen, Dequalifizierung der Pflege durch vermehrten Einsatz von Krankenpflegehelfer*innen¹⁷ und stagnierende Löhne im Pflegesektor während des

wir uns nun auf die CNA¹⁹ als Hauptakteurin bei der Ausarbeitung und Einführung des Gesetzes in den frühen 1990er Jahren.

Die interne Umstrukturierung der CNA und der Einfluss zivilgesellschaftlicher Ressourcen

Die CNA-Führung, die sich für das Gesetz einsetzte, unterschied sich in vielerlei Hinsicht von der CNA-Führung der 1980er Jahre. Seit Mitte der 1980er Jahre bestand der Vorstand aus Pflegeausbilder*innen und Pflegekräften in Leitungspositionen und vertrat insbesondere die Interessen der höher qualifizierten Pflegekräfte, etwa die der Krankenpfleger*innen mit erweiterten heilkundlichen Aufgaben. Die Führung verstand Professionalisierung als einen Prozess, bei dem höherrangige Pflegekräfte weisungsbefugt gegenüber untergeordneten Positionen wie Krankenpflegehelfer*innen sind, ohne selbst Pflegeaufgaben übernehmen zu müssen.²⁰ Ferner kauften die

Das Pflegeschlüssel-Gesetz von 1999 war eine Antwort auf diese marktinduzierten Probleme, also auf die höhere Belastung der registrierten Pflegekräfte, den Arbeitskonflikt und den Arbeitskräftemangel.

Pflegekräftemangels der 1990er Jahre, der in Kalifornien gravierender ausfiel als in anderen US-Bundesstaaten.¹⁸ Die Pfleger*innen leisteten häufig Überstunden, inoffizielle Mehrarbeit und mussten auf ihre Pausenzeiten verzichten, um die zusätzliche Arbeitsbelastung zu bewältigen. Das führte zu Erschöpfung, Burnout oder zum Ausscheiden aus dem Beruf.

Das Pflegeschlüssel-Gesetz von 1999 war eine Antwort auf diese marktinduzierten Probleme, also auf die höhere Belastung der registrierten Pflegekräfte, den Arbeitskonflikt und den Arbeitskräftemangel. Zum besseren Verständnis der Entstehung des Gesetzes konzentrieren

Vorstandsmitglieder der CNA mit Mitteln der Gewerkschaft Luxusgüter, gingen auf Kreuzfahrten, mieteten Immobilien an, die die meiste Zeit leer standen, und unterhielten ein Büro in San Francisco mit einem teuren Zwölf-Jahres-Mietvertrag.

Eine Gruppe aktivistisch organisierter Pflegekräfte, die vor allem patientennah arbeitete und in deren Augen dieser Führungsstil ihre Interessen vernachlässigte, stellte 1992 eine interne Kampagne zur «Wiedergewinnung des Verbands» auf die Beine und konnte 1993 die Mehrheit im Vorstand gewinnen. Die Krankenpfleger*innen regten eine ideologische Neuorientierung an, weg von der Fokussie-

rung auf Führungskräfte und hin zu folgenden Zielen: die Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften; universelle Gesundheitsvorsorge und deren Anerkennung als Menschenrecht; Widerstand gegen Unternehmensinteressen innerhalb des US-amerikanischen Berufsverbands der Pflegekräfte (American Nurses Association, ANA), des kalifornischen Gesundheitsverbands (California Healthcare Association, CHA) und der Versicherungsindustrie. Ferner machten sie sich für die Organisation und Weiterbildung ihrer Mitglieder, für eine Vertretung der Patient*innen und Koalitionsbildung stark, wie ein Mitglied der Gruppe beschreibt: «Der ideologische Wandel innerhalb der Organisation bestand vor allem in der Fokussierung auf das Wohl der Patient*innen. Dieser Schwerpunkt war eine

entschiedene Kampfansage an die Neustrukturierung des Gesundheitswesens. Es hieß jetzt, in Tarifverhandlungen und der Ge-

setzung jene Programme voranzutreiben, die die Interessen der Patient*innen vor die Interessen der Gesundheitsindustrie stellten. Dies bedeutete ständige Weiterbildung, Mitgliedermobilisierung, zahllose Workshops, Arbeit mit den Pflegekräften und anderen Mitgliedern. Es ging um Bündnisse mit Verbraucherschutzgruppen und mit anderen Arbeiter*innen im Gesundheitswesen und um die entschiedene Verteidigung der Rechte von Pflegekräften und Patient*innen.»²¹

Der neu gewählte Vorstand musste die Mittel der CNA aufstocken und umverteilen. Darüber hinaus stellte der Vorstand Gelder für die Mitgliederorganisation, für Kundgebungen vor dem kalifornischen Regierungssitz sowie für Medienkampagnen bereit. Auch wurden die politisch durchzusetzenden Ziele neu definiert: Die Einheitskrankenkasse sollte eingeführt und der Betreuungsschlüssel durchgesetzt werden.

Der letzte Schritt der Umstrukturierung bestand im Übergang von klassischen Lobbykampagnen hin zu einer eher aktivistischen Basisbewegung und zur Bildung von Koalitionen. Auf Grundlage intensiver persönlicher Beziehungen ermutigte die CNA Hunderte Krankenpfleger*innen dazu, vor staatlichen Gesetzgebungsorganen auszusagen, brachte Tausende Krankenpfleger*innen auf Demonstrationen zusammen und organisierte in einem Fall, dass 500 Gewerkschaftsmitglieder das Büro eines Abgeordneten aufsuchten, der sich konsequent weigerte, für das Pflegegeschlüssel-Gesetz zu stimmen.²² Die CNA machte sich auch die Medien zunutze, um die Reichweite der Kampagne vor allem in den Bezirken zu erhöhen, in denen die Abgeord-

«Wir legten den Schwerpunkt vor allem auf die Belange der Patient*innen, was politisch sehr positiv aufgenommen wurde.» (Gewerkschafterin der CNA)

neten den Entwurf nicht unterstützten. Als besonders erfolgreiche Taktik zur Mobilisierung der Öffentlichkeit erwies sich von Anfang an die «Patient Watch Campaign», in der die Bevölkerung dazu aufgerufen wurde, der CNA Fälle mangelhafter Pflege durch überarbeitete Pflegekräfte zu melden, die dann publik gemacht wurden: «Uns erreichten Tausende solcher Hinweise, sodass ihre Bearbeitung sich zum Fulltime-Job entwickelte.»²³ Zusätzlich ging die CNA Bündnisse mit zivilgesellschaftlichen Organisationen ein, so zum Beispiel mit den Demokratischen Sozialisten Amerikas (DSA), mit denen die CNA intensiv an der Reformierung des Gesundheitssystems im Sinne einer Einheitskrankenkasse arbeitete, wobei es zweimal zu einer Gesetzesvorlage über die Gründung einer solchen kam, gegen die jedoch jedes Mal Gouverneure ihr Veto einlegten.²⁴ Ein weiteres bedeutendes Bündnis schloss die CNA mit der SEIU und der Ver-

braucherorganisation Consumers Union, das den Schutz von Verbraucher*innen vor diskriminierenden Praktiken in der Medizin zum Ziel hatte.²⁵

Entwicklung und Framing der Pflegeschlüssel-Kampagne

Im Anschluss an diesen Wandlungsprozess begann die Pflegeschlüssel-Kampagne der CNA. Die von den Republikanern kontrollierte Legislative Kaliforniens wies den ersten von der CNA entworfenen und von der demokratischen Abgeordneten Sheila Kuehl (1994 bis 2000 Mitglied in der State Assembly) eingebrachten Antrag ab.²⁶ Stattdessen führten die Republikaner Patientenklassifikationssysteme ein, also Informationssysteme, die die erforderliche Pflegekapazität für eine Schicht auf Grundlage des aktuellen Bedarfs der Patient*innen bemessen.²⁷ Krankenpfleger*innen hielten diese Methode allerdings für unwirksam: Es existierten Hunderte verschiedene solcher Systeme; es war unklar, auf welche Weise die Besetzungsquoten errechnet wurden; die Pflegekräfte empfanden ihre Arbeit weiterhin als übermäßig belastend und 1998 ging aus einer Umfrage des DHS hervor, dass 61 Prozent der Träger sich nicht an die Vorschriften hielten.²⁸

Nachdem die CNA mit ihrem Vorstoß gescheitert war, einen gesetzlichen Pflegeschlüssel als Teil der Proposition 216²⁹ durchzusetzen, konzentrierte sie sich wieder auf den staatlichen Gesetzgebungsprozess. Allerdings hatte sich die politische Landschaft inzwischen verändert: Zunächst übernahmen 1998 die Demokraten die kalifornische Legislative, 1999 wurde der Demokrat Gray Davis, mit dem die CNA eine Allianz geschlossen hatte, zum Gouverneur gewählt. Die CNA übte starken Druck auf die Gesetzgebung aus: «Am Tag des letzten Wahlgangs im Senat standen 2.000 Krankenpfleger*innen auf den Treppen des [kalifornischen Regierungssitzes].»³⁰ Die

Mobilisierung zeigte Wirkung, das Gesetz wurde verabschiedet und von Gouverneur Davis unterzeichnet.

Im Zuge dieser Kampagnen bedienten sich die Gewerkschafter*innen nicht mehr des Framings der alten CNA, bei dem vor allem die Interessen der hoch qualifizierten Pflegekräfte im Vordergrund gestanden hatten, und wandten sich stattdessen den Belangen der Patient*innen, deren Angehörigen und der Gesellschaft zu. Diese neue Schwerpunktsetzung war wichtig, um das Bild zu revidieren, Gewerkschaftsarbeit sei nur von Eigeninteressen geleitet³¹ und diene im Zusammenhang mit gesetzlichen Personalbelegungsvorgaben ausschließlich dazu, die Arbeitsbedingungen und Löhne von Pflegekräften zu verbessern.³² Außerdem knüpften Lobbyist*innen der CNA bei Gesprächen mit Abgeordneten über das Pflegeschlüssel-Gesetz ihr finanzielles Engagement an die Unterstützung des Gesetzesentwurfs: «Wir fingen also an, darüber zu sprechen, wie es wirklich in der Krankenpflege aussah und dass es immer schlimmer wurde und dass wir etwas für die Pflege tun mussten. [...] Plötzlich schien sich etwas zu verändern und wir legten den Schwerpunkt vor allem auf die Belange der Patient*innen, was politisch sehr positiv aufgenommen wurde. Uns wurde immer wieder gesagt: «Das könnt ihr nicht machen!» Und wir antworteten: «Ohne Unterstützung für den Pflegeschlüssel gibt es auch keine Unterstützung für euch.»³³

Günstige Umstände

Neben den zuvor genannten Faktoren begünstigten äußere strukturelle Bedingungen in Kalifornien den Erfolg des Pflegeschlüssel-Gesetzes. Erstens gibt es in Kalifornien eine Vielzahl zivilgesellschaftlicher Organisationen, die sich für soziale Gerechtigkeit und gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen einsetzen und durch verschiedene Bündnisse bereits erfolgreich Schutzmaßnahmen durchgesetzt hatten.³⁴ Zweitens setzten sich

die SEIU und andere Gewerkschaften in den 1980er Jahren vehement für Tarifverhandlungen ein, weshalb in Kalifornien der Anteil gewerkschaftlich organisierter Pflegekräfte höher ist als in anderen US-Bundesstaaten (1993 lag er bei etwa 27 Prozent).³⁵ Der Vorstoß der SEIU in Sachen Tarifverhandlungen schloss auch katholische Krankenhäuser mit ein, deren Pflegekräfte dem Kampf für bessere Arbeitsbedingungen sonst tendenziell abgeneigt sind, weil sie glauben, auch immateriell für ihre Arbeit entlohnt zu werden, indem sie ihre Pflegearbeit in den Dienst des katholischen Glaubens stellen.³⁶

Mit Kaiser Permanente existiert zudem ein Gesundheitsdienstleister, bei dem der Grad der gewerkschaftlichen Organisation hoch ist. Auch Kaiser Permanente, heute als Vorzeigarbeitgeber bekannt, reagierte auf den Kostendruck zunächst mit Auslagerungen und Schließungen, was zwischen 1995 und 1997 zu Verlusten von über 900 Millionen US-Dollar führte und heftige Arbeitskämpfe nach sich zog, so etwa ausgedehnte Streiks von CNA und SEIU.³⁷ Kaiser Permanente führte bereits 2001 einen Pflegeschlüssel ein, bevor er gesetzlich vorgeschrieben war. Der damalige Pflegedienstleiter bei Kaiser Permanente erwies sich als entschiedener Verfechter einer angemessenen Personalbesetzung und der Etablierung der Firma als vorbildlicher Arbeitgeber.³⁸ Die CNA hatte Mitglieder in allen Einrichtungen von Kaiser Permanente. Darüber hinaus ist Kaiser Permanente seit Ende der 1990er Jahre auch der Arbeitgeber mit der größten und erfolgreichsten formellen Partnerschaft zwischen Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen in den USA.³⁹ Dieser Partnerschaft gingen massive Streiks voraus, mit denen die CNA und die SEIU auf die oben erwähnten Management-Auslagerungen, den Dienstleistungsabbau und die hohen Verluste reagierten. Aufgrund ideologischer Differenzen war die CNA allerdings nie an dieser Partnerschaft beteiligt, deren Prämisse

darin besteht, dass Arbeitgeber*innen, Gewerkschaften und Arbeitnehmer*innen gleichermaßen von Produktivitätssteigerungen profitieren, die aus guten Arbeitsbedingungen resultieren. Die CNA steht dagegen in einer konzernkritischen Tradition und sieht in der Partnerschaft eine Vereinnahmungsstrategie. Trotz solcher Differenzen zwischen der CNA und anderen Gewerkschaften unterstützte auch die SEIU die Pflegeschlüssel-Kampagne, insbesondere durch die ihr untergeordnete Nurse Alliance.⁴⁰ Diese Allianz der Krankenpfleger*innen führte 1993 eine Befragung unter 10.000 SEIU-Krankenpfleger*innen in den USA zum Thema unzureichende Personalausstattung durch⁴¹ und veröffentlichte 2001 einen Bericht mit dem Titel «The Shortage of Care».⁴²

Der letzte günstige Umstand für die Entwicklung eines Pflegeschlüssel-Gesetzes war die bereits erwähnte Übernahme der Legislative durch die Demokraten zwischen 1998 und 2003.

Der Kampf um die Umsetzung des Pflegeschlüssel-Gesetzes

Obwohl der Gouverneur das Gesetz 1999 absegnete, zog sich der Kampf um die Umsetzung noch bis ins Jahr 2005 hin.⁴³ Arbeitgeber*innen und republikanische Politiker*innen hatten sich gegen den gesetzlichen Pflegeschlüssel ausgesprochen. Dabei wurde häufig argumentiert, es sei zu kostspielig, sich an die Vorgaben zu halten, man würde aufgrund des Pflegekräftemangels nicht genügend Krankenpfleger*innen finden, und die Krankenpfleger*innen verhielten sich eigennützig, ihre Forderungen seien überzogen.

Um einige dieser Argumente zu entkräften, sollte der endgültige Personalschlüssel allmählich über einen Zeitraum von drei Jahren eingeführt werden. Wie das allerdings konkret aussehen sollte, legte das Gesetz nicht fest. So betraf der erste Konflikt dann auch den

Schlüssel selbst. Die CNA forderte den höchsten Pflegeschlüssel, und zwar nur für RNs (die SEIU sprach sich dafür aus, auch LVNs in die Bezeichnung *licensed nurse* einzubeziehen), und die Gewerkschaften sahen das im Großen und Ganzen ähnlich. Die CHA, die die Gesundheitsdienstleister vertrat, schlug einen sehr viel niedrigeren Schlüssel vor. Auf Grundlage von Mitgliederbefragungen durch die Gewerkschaften, eines 122-seitigen Dokuments der CNA, vieler Berichte von Betroffenen sowie einer Empfehlung einer unabhängigen universitären Forschungsgruppe sprach sich das DHS schließlich für einen Pflegeschlüssel aus, der dem Vorschlag der Gewerkschaften näher kam.⁴⁴

Am 1. Januar 2004 sollte der Pflegeschlüssel schließlich in Kraft treten. Zwei Monate zuvor ergab sich allerdings eine weitere Herausforderung: Im Zuge einer Abberufungswahl⁴⁵ gegen Gray Davis wurde Arnold Schwarzenegger zum Gouverneur von Kalifornien gewählt und stoppte den Vollzug aller Verwaltungsverordnungen. Eine administrative Überprüfung beurteilte diese Aussetzung jedoch als unrechtmäßig und die Umsetzung unter anderem des Pflegeschlüssels ging weiter.⁴⁶ Vor Ort mussten dann Arbeiter*innen und Gewerkschafter*innen für die Einhaltung des Gesetzes kämpfen. So versuchte etwa die Leitung des Sutter Solano Medical Center Anfang 2004, auf medizinisch-chirurgischen Stationen die alten, nicht gesetzeskonformen Personalschlüssel beizubehalten.⁴⁷ Pflegekräfte weigerten sich, unter diesen Bedingungen zu arbeiten, woraufhin die Leitung befristete RNs einsetzte und LVNs nach Hause schickte. Nach einigen Stunden hartnäckigen Widerstands der RNs stimmte die Leitung einem Verhältnis von eins zu sechs zu, woraufhin die Gewerkschaftsmitarbeiter*innen der SEIU-Ortsgruppe 250 ihre LVNs ermutigten, am nächsten Tag zur Arbeit zu gehen. Auf behördlicher Ebene traten zwei weitere Probleme auf.⁴⁸ Zunächst verklagte die CHA

das DHS, weil deren Leitfaden angeblich nicht eindeutig war, da es darin etwa hieß, der Pflegeschlüssel sei «ständig» zu gewährleisten, die Träger wollten ihn jedoch nicht während der Pausenzeiten der Pflegekräfte sicherstellen. Im Mai 2004 wies ein Richter die Klage zugunsten des DHS und seiner Unterstützerin, der CNA, zurück. Das zweite Problem ergab sich, als das DHS bei der Einführung des Pflegeschlüssels im November 2004 auf Grundlage einzelner Fälle, die die CHA an Zeitungsredaktionen herausgegeben hatte, die Notbremse zog, weswegen wiederum die CNA gegen das DHS klagte. Im März 2005 entschied ein Richter zugunsten der CNA, mit der Begründung, das DHS habe sich auf reines «Hörensagen» gestützt. Schließlich wurde der gesetzliche Pflegeschlüssel eingeführt. Auch während der Herausforderungen von 2003 bis 2005 organisierte die CNA Kundgebungen, Petitionen und Demonstrationen.⁴⁹ Darüber hinaus protestierte die CNA überall dort, wo Arnold Schwarzenegger auftrat, ob es nun ein Rockkonzert, eine Filmpremiere oder eine andere öffentliche Veranstaltung war. Dabei machten sie sich auch die Medien zunutze: Als etwa Schwarzeneggers Sicherheitsdienst der CNA-Aktivistin und Pflegekraft Kelly DiGiacomo den Zugang verweigerte und so ihren Protest während Schwarzeneggers Rede bei einer Filmpremiere verhinderte, kommentierten staatliche wie lokale Medien, Arnold Schwarzenegger habe Angst vor einer Krankenschwester.⁵⁰ Im März 2005 hatte die CNA-Kampagne Schwarzenegger offensichtlich von seiner einstigen Drohung abgebracht, er wolle den Krankenschwestern «in den Arsch treten».

Fazit

Die Einführung eines gesetzlichen Pflegeschlüssels in Kalifornien im Jahr 1999 verdeutlicht, wie schwierig es ist, gesetzliche Regelungen zur Personalausstattung umzusetzen. Zum Zeitpunkt des Verfassens dieses

Artikels ist das kalifornische Pflegeschlüssel-Gesetz das einzige seiner Art in den USA. Das Gesetz und die Forschung zu seinen Auswirkungen sind zum Bezugspunkt ähnlicher Kampagnen in den USA und darüber hinaus geworden. So orientiert sich etwa die New York State Nurses Association an Kalifornien und ernannte die ehemalige Chefin der Abteilung für Regierungsbeziehungen der CNA, Jill Furillo, zu ihrer Vorsitzenden.⁵¹ Ebenso bezog sich die Massachusetts Nursing Association während ihrer Kampagne für ein Patientensicherheits-Gesetz auf das kalifornische Gesetz und die Studie von Aiken u. a.⁵² Außerhalb der USA berief sich 2011 die größte Gewerkschaft für Pflegeberufe in Großbritannien, das Royal College of Nursing, im Zuge seiner Kampagne für verbindliche Regelungen zur Personalbelegung auf das kalifornische Modell.⁵³ In Deutschland knüpfte ver.di an der Charité in Berlin an das Gesetz an⁵⁴ und in Irland, wo die Pflegekräfte Anfang 2019 streikten, berief sich die größte irische Berufsgenossenschaft für Krankenschwestern und Hebammen (Irish Nurses and Midwives Organisation, INMO) während eines Symposiums 2018 auf das Gesetz.⁵⁵

Um das Gesetz einzuführen, musste sich die für dessen Entwurf und Verteidigung federführende Organisation zu einer aktivistischen Gewerkschaft wandeln, die auf Organizing, Koalitionsbildung und die Mobilisierung der Öffentlichkeit setzt. Es bedurfte zusätzlich einer konzertierten Aktion weiterer Gewerk-

schaften, zivilgesellschaftlicher Organisationen und Politiker*innen sowie günstiger Umstände. Trotz alledem übten Gegner*innen Druck aus, fochten das Gesetz an und legten mehrere Vetos gegen die Regulierung der Personalbesetzung ein, was die Umsetzung hinauszögerte.

Was jedoch deutlich wird: Der Einsatz und die Entschlossenheit unterstützender Akteur*innen kann mithilfe von gesetzlichen Auflagen das Vorrecht des Managements auf die Personalbesetzung einschränken. Angesichts ähnlicher Bemühungen anderswo könnten solche Personalvorschriften in Zukunft verstärkt zum Einsatz kommen. Zu diesem Zweck gründete die CNA 2004 das Nationale Organisationskomitee der Pflegekräfte (National Nurses Organizing Committee, NNOC). Dieses unterstützte in sechs US-Bundesstaaten Pflegekampagnen und war Gründungsmitglied von National Nurses United (NNU), einer der größten Gewerkschaften und Berufsverbände für RNs mit inzwischen 150.000 Mitgliedern. Mit solch einer Unterstützung und dem Kampfgeist der Pflegekräfte in vielen anderen Ländern⁵⁶ könnten die Pflegekräfte zu einer Gegenmacht werden, die sich gegen Marktmechanismen und Austeritätsmaßnahmen richtet⁵⁷ und für die Interessen von Patient*innen und der Bevölkerung im Allgemeinen eintritt.

Aus dem Englischen von Katharina Martl und Utku Mogultay (Gegensatz Translation Collectiv)

1 Coffman, J. M./Seago, J. A./Spetz, J.: Minimum Nurse-To-Patient Ratios in Acute Care Hospitals in California, in: Health Affairs 5/2002, S. 53–64. 2 Wer in den USA die Qualifikation zur Pflegekraft (das heißt eine Krankenpflegezeitung) erwerben möchte, muss entweder ein zweijähriges Diplom («Associate of Science in Nursing») oder einen dreijährigen Bachelor («Bachelor of Science in Nursing») ablegen und eine bestimmte Anzahl an Übungsstunden sowie Prüfungen bei einer Pflegekammer absolvieren. Über diese allgemeinen Bedingungen hinaus gelten je nach US-Bundesstaat weitere Anforderungen. 3 Aiken, L. H./Sloane, D. M./Cimmiotti, J. P./Clarke, S. P./Flynn, L./Seago, J. A./Spetz, J./Smith, H.: Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States, in: Health Services Research 4/2010, S. 904–921. 4 Mark, B./Harless, D. W./Spetz, J.: California's minimum-nurse-staffing legislation and nurses' wages, in: Health Affairs 2/2009, S. 326–334. 5 Gordon, S./Buchanan, J./Bretherton, T.: Safety in Numbers: Nurse-to-Patient Ratios and the Future of Health Care, Oxford 2008. 6 Aiken u. a.: Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States. 7 Gordon u. a.: Safety in Numbers: Nurse-to-Patient Ratios and the Future of Health Care. 8 Aiken u. a.: Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States. Das Gesetz schreibt folgende Verhältnisse vor: in Operationssälen sowie im Umgang mit Traumpatient*innen in Notaufnahmen eine Pflegekraft pro Patient*in; auf Intensivstationen eine Pflegekraft auf zwei Patient*innen; auf Überwachungsstationen eine Pflegekraft auf drei Patient*innen; auf medizinisch-chirurgischen Stationen eine Pflegekraft auf fünf Patient*innen und auf psychiatrischen Stationen eine Pflegekraft auf sechs Patient*innen. 9 Ebd. 10 Silver, J.: Nursing and national healthcare implications with the rise of the California nurses association and the national nurse organizing committee (Dissertation), Boca Raton 2010. 11 Coffman u. a.: Minimum Nurse-To-Patient Ratios in Acute Care Hospitals in California. 12 Johnston, P.: Success While Others Fail. Social Movement Unionism and the Public Workplace, Oxford 1994, S. 139. 13 Ebd., S. 194. 14 Eaton, C./Weir, M.: The Power of Coalitions: Advancing the Public in California's Public-Private Welfare State, in: Politics & Society 1/2015, S. 3–32. 15 Field, R. I.: Mother of Invention. How the Government Created Free-Market Health Care, Oxford 2014; Robinson, J. C.: Consolidation And The Transformation Of Competition in Health Insurance, in: Health Affairs 6/2004, S. 11–24. Im Versicherungsmodell «Managed Care», das dem Vorbild des Gesundheitsdienstleisters Kaiser Permanente folgt, verhandelt ein Versicherer zur Kostenreduktion nicht nur Verträge mit Leistungserbringern, sondern weiß auch Patient*innen bevorzugt den eigenen Einrichtungen zu. Wenn Versicherte andere Leistungserbringer nutzen, müssen sie höhere Zuzahlungen leisten und sind somit in ihrer Wahlfreiheit eingeschränkt. Zeitgleich konsolidierte sich der Versicherungsmarkt, und somit nutzten Versicherer ihre Verhandlungsmacht, die Einnahmen der Leistungserbringer weiter zu drücken. 16 Scott, W. R./Ruef, M./Mendel, P. J./Caronna, C. A.: Institutional Change and Healthcare Organizations. From Professional Dominance to Managed Care, Chicago 2000. 17 Silver: Nursing and national healthcare implications; Weinberg, D. B.: Code Green. Money-Driven Hospitals and the Dismantling of Nursing, Oxford 2003. 18 Mark u. a.: California's minimum-nurse-staffing legislation and nurses' wages. 19 Die folgenden Kapitel stützen sich auf John Silvers Dissertation über die CNA: Nursing and national healthcare implications, 2010. Silver zitiert darin ausführlich aus Interviews mit 18 Personen, die entweder vor oder während der Umstrukturierung 1993 Mitarbeiter*innen des CNA waren, sowie mit zwei weiteren Personen, die nach 1993 an der Kampagne zum Pflegeschlüssel beteiligt waren. 20 Ebd., S. 203. 21 Ebd., S. 194. 22 Ebd. 23 Ebd., S. 205. 24 Day, M./Brower Brown, K.: How Socialists Can Fight for Single Payer, in: Jacobin, 2.8.2017. 25 Eaton/Weir: The Power of Coalitions. 26 Vgl. National United Nurses: RN Staffing Ratios, unter:

www.nationalnursesunited.org/sites/default/files/nnu/files/pdf/0518_RNstaffing_whitePaper.pdf. 27 Gordon u. a.: Safety in Numbers: Nurse-to-Patient Ratios and the Future of Health Care. 28 Coffman u. a.: Minimum Nurse-To-Patient Ratios In Acute Care Hospitals In California. 29 Als Proposition bezeichnet man in den USA eine Art Referendum, über das die Bürger*innen bei Wahlen auf bundesstaatlicher oder nationaler Ebene abstimmen können. Wird es angenommen, muss es gesetzlich verankert werden. Die Proposition 216 findet sich online unter: https://lao.ca.gov/ballot/1996/prop216_11_1996.html. 30 Silver: Nursing and national healthcare implications, S. 207. 31 Reich, A. D.: With God on Our Side. The Struggle for Workers' Rights in a Catholic Hospital, Oxford 2012. 32 Silver: Nursing and national healthcare implications, S. 217. 33 Ebd., S. 199. 34 Eaton/Weir: The Power of Coalitions. 35 Ash, M./Seago, J. A.: The Effect of Registered Nurses' Unions on Heart-Attack Mortality, in: ILR Review 3/2004, S. 422–442. 36 Reich: With God on Our Side. 37 Kochan, T. A./Eaton, A. E./McKersie, R. B./Adler, P. S.: Healing Together: The Labor-Management Partnership at Kaiser Permanente, Ithaca 2013. 38 Gordon u. a.: Safety in Numbers: Nurse-to-Patient Ratios and the Future of Health Care. 39 Kochan u. a.: The Labor-Management Partnership at Kaiser Permanente. 40 Benson, H.: Unionization of the Nurses in the U.S.: Worker Power, Autonomy, and Labor Democracy, in: Working USA 2/2010, S. 297–307. 41 Gordon u. a.: Safety in Numbers: Nurse-to-Patient Ratios and the Future of Health Care. 42 Coffman u. a.: Minimum Nurse-To-Patient Ratios in Acute Care Hospitals in California. 43 Siehe dazu den Post der National Nurses United (NNU) «Learning From the California Experience», unter: www.nationalnursesunited.org/learning-california-experience. 44 Gordon u. a.: Safety in Numbers: Nurse-to-Patient Ratios and the Future of Health Care. 45 Mit einer *recall election* kann ein*e gewählte*n Amtsträger*in vor Ende der Amtszeit durch die Wähler*innen abgesetzt werden. Dies setzt eine Petition gegen die Amtsträgerin bzw. den Amtsträger voraus, die einen Mindestprozentsatz der Wählerschaft gegen die Wahl aufbringt. In diesem Fall finden die Wahlen mit potenziell neuen Kandidat*innen erneut statt. 46 Bermudez, V.: Taking on the Terminator, in: Gordon, S. (Hrsg.): When chicken soup isn't enough. Stories of nurses standing up for themselves, their patients, and their profession, Ithaca 2010, S. 153–156. 47 Vgl. den Beitrag «Ratios Flashback» der NNU, unter: www.nationalnursesunited.org/ratios-flashback. 48 Ebd. 49 Silver: Nursing and national healthcare implications. 50 DiGiacomo, K. (2010): Protesting on the Red Carpet, in: Gordon (Hrsg.): When chicken soup isn't enough, S. 220–224. 51 Krachler, N./Auffenberg, J./Wolf, L.: The Role of Organizational Factors in Mobilizing Professionals: Evidence from Nurse Unions in the United States and Germany, in: British Journal of Industrial Relations (im Erscheinen). 52 Aiken u. a.: Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States. Vgl. die Pressemitteilung «The Evidence is In – California RN-Patient Staffing Law Works; New Study Finds Regulating RN Staffing Saves Lives, Improves Patient Outcomes», unter: www.massnurses.org/news-and-events/archive/2010/p/openitem/4472. 53 Vgl. die Stellungnahme der RCN vom März 2012 «Mandatory Nurse Staffing Levels», unter: www.rcn.org.uk/about-us/policy-briefings/pol-0312. 54 Vgl. ver.di Berlin: «Mehr von uns ist besser für alle!», o. J., unter: https://gesundheits-soziales-bb.verdi.de/++file++593e74cea0898783cc289af/download/BroschEndversionCopyshop_cleaned.pdf. 55 Vgl. INMO – Irish Nurses and Midwives Organisation: Safe nurse staffing levels & calls for immediate funded national roll out of programme, Pressemitteilung, 16.4.2018, unter: www.inmo.ie/Home/Index/217/13184. 56 Briskin, L.: Resistance, mobilization and militancy: nurses on strike, in: Nursing Inquiry 4/2012, S. 285–296. 57 Coburn, D.: Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism, in: Social Science & Medicine 1/2000, S. 135–146.

Imre G. Szabó

RADIKAL VERANTWORTUNGSVOLL DER IRISCHE KRANKENPFLEGESTREIK VON 2019

Die Krise der öffentlichen Daseinsvorsorge steht in direktem Zusammenhang mit der Krise der Gewerkschaften. Da die gewerkschaftlichen Mitglieder in vielen Industrieländern vor allem im öffentlichen Sektor zu finden sind, ist die Kürzung öffentlicher Ausgaben im Zuge der Austeritätspolitik gleichzeitig ein Angriff auf die letzten Gewerkschaftsbastionen. Doch gegen diese Entwicklung regt sich erfolgreich Widerstand: So etwa in Irland, der kapitalistischen Vorzeigökonomie des 21. Jahrhunderts, wo Pflegekräfte 2019 einen landesweiten Streik ausriefen.

In Irland sind Krankenpfleger*innen die treibende Kraft im Kampf gegen die Austeritätspolitik. Ihre wichtigste Gewerkschaftsorganisation, die Gewerkschaft der Krankenpfleger*innen und Hebammen (Irish Nurses and Midwives Organization, INMO), lancierte 2019 mehrere, schrittweise ausgeweitete Streiks, bei denen höhere Löhne und angemessene Personalbesetzung gefordert wurden. Am 30. Januar, 5. und 7. Februar kam es zu Arbeitsniederlegungen: Außer den Notfalldiensten wurden sämtliche Krankenhausleistungen ausgesetzt, was mehr als 80.000 Patient*innen betraf. Am 11. Februar 2019 beendete die Gewerkschaft den Streik, nachdem man sich auf einen Vorschlag des Arbeitsgerichts geeinigt hatte, der zwar keine direkten Lohnerhöhungen, aber neue Lohnstarife und Aufstiegsmöglichkeiten vorsieht. Die Streiks lenkten die öffentliche Aufmerksamkeit auf die tatsächlichen Ursachen der Gesundheitskrise, nämlich die Sparpolitik und die fehlende Bereitschaft der Regierung, Maßnahmen zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheitsdienste zu ergreifen. Die Krise der Gesundheitsversorgung wurde 2020 dann wiederum zu einem der Hauptthemen im Wahlkampf, wobei die Regierungspar-

tei Fine Gael¹ schwere Verluste erlitt, da viele Wähler*innen ihr nicht zutrauten, die Probleme innerhalb des Gesundheitssystems zu bewältigen.

In Irland verbindet sich seit 2008 ein – für europäische Verhältnisse – sehr neoliberales System der Gesundheitsversorgung mit einem Niedriglohnregime für Krankenpfleger*innen. Der irische Gesundheitssektor ist als zweistufiges, duales System aufgebaut, wobei der durch öffentliche Steuergelder finanzierte staatliche Gesundheitsdienst die erste Strukturebene bildet. Der staatliche Bereich deckt aber nur wenige Grundleistungen ab: Irland ist das einzige westeuropäische Land, in dem die ärztliche Grundversorgung nicht Teil der staatlichen Gesundheitsleistungen ist. Bürger*innen müssen – sofern sie nicht davon freigestellt sind – diese aus eigener Tasche bezahlen. Hausärzt*innen sind nicht dazu verpflichtet, Patient*innen anzunehmen, und eine ärztliche Konsultation kann bis zu 70 Euro kosten. Deshalb bleiben viele Patient*innen bei der ärztlichen Grundversorgung außen vor und landen in Akut- und Notaufnahmestationen, sodass die Krankenhäuser überfüllt sind. Freiwillige private Krankenversicherungen bilden die zweite Strukturebene. Sie bieten Leistungen an, die das staatliche Gesundheitssystem teils ergänzen, sich teils aber auch mit ihm überschneiden. Trotz der wichtigen Rolle des privaten Sektors innerhalb des Gesundheitssystems wurden die Staatsausgaben im Bereich Gesundheitsversorgung zu einem der Hauptziele der Austeritätsmaßnahmen, die auf die Finanzkrise 2008 folgten. Insbesondere die Löhne von Krankenpfleger*innen waren von Kürzungen betroffen. Öffentliche Dienste sind äußerst arbeitsintensive Tätigkeiten – die Lohnkosten können 60 bis 85 Prozent der

Betriebskosten ausmachen. Die größten Einsparungen im Zuge eines finanzpolitischen Kurswechsels können daher durch Lohnkürzungen erreicht werden.

Tatsächlich sind die Vergütungen für Arbeitnehmer*innen im öffentlichen Sektor Irlands von 2008 bis 2010 und erneut von 2011 bis 2014 jedes Jahr gesunken (allein 2009 um sieben Prozent). Einige der Kürzungsmaßnahmen erhielten ihre Legitimation durch tarifliche Vereinbarungen, die die Gewerkschaften zähneknirschend akzeptiert hatten, als noch drastischere Lohneschnitte durch einsei-

In Irland sind Krankenpfleger*innen die treibende Kraft im Kampf gegen die Austeritätspolitik.

tige Regelungen drohten – in diesem Fall ein von der parlamentarischen Mehrheit der Regierung zu verabschiedendes Gesetzespaket mit dem zynischen Titel «Finanzielle Notmaßnahmen im Interesse der Öffentlichkeit». Teil der tariflichen Vereinbarungen war auch das Versprechen, die Kürzungen wieder rückgängig zu machen, sobald die öffentlichen Finanzen saniert wären. In den letzten Jahren drehte sich die Diskussion daher vor allem um die Wiederanpassung der Löhne im öffentlichen Sektor. Doch in der aktuellen Fassung des Maßnahmenkatalogs für den öffentlichen Dienst und staatsnahe Arbeitsbereiche (Public Service Stability Agreement),² die Anfang 2018 in Kraft trat, geht es immer noch um die Wahrung staatlicher Haushaltsdisziplin als darum, die schweren Ungerechtigkeiten und schlechten Arbeitsbedingungen anzugehen, von denen Arbeitnehmer*innen im öffentlichen Dienst betroffen sind.

Der Maßnahmenkatalog umfasst den gesamten öffentlichen Sektor (von Verwaltung über Gesetzesvollzug und Gesundheitsversorgung bis hin zum Bildungswesen) und wird von den allgemeinen Gewerkschaften des öffentlichen

Dienstes wie etwa SIPTU (Services, Industrial, Professional and Technical Union) und FORSA³ unterstützt. Doch die Mehrheit der Krankenpfleger*innen zeigte sich enttäuscht über den Zeitplan und die Vorgehensweise der Lohnanpassung. Die Gesundheitspflege in Irland – und in vielen anderen Ländern – befindet sich in einer Krise der Rekrutierung und Mitarbeiterbindung. Zahlreiche hoch qualifizierte irische Krankenpfleger*innen tun es vielen anderen vor ihnen gleich, indem sie für bessere Löhne und Arbeitsbedingungen nach Australien, Kanada, in die USA und sogar nach Großbritannien auswandern. Andere wiederum laufen zum Privatsektor über. Letztlich bedeutet der Personalmangel eine Arbeitsintensivierung und ein erhöhtes Burnout-Risiko bei je-

nen, die im System zurückbleiben. Vor diesem Hintergrund riefen die Krankenpfleger*innen 2019 die Kampagne zur Lohnanpassung ins Leben. Dem gesetzlich vorgeschriebenen Verfahren folgend rief die INMO ihre Mitglieder im Dezember 2018 zur Abstimmung darüber auf, ob Arbeitskampfmaßnahmen aufgenommen werden sollten – nach irischem Recht sind nur von Gewerkschaftsmitgliedern organisierte Streiks erlaubt. Bei der Abstimmung votierten über 95 Prozent der Mitglieder für die Arbeitsniederlegung.

Das Novum des Krankenpflegestreiks

Der Krankenpflegestreik war in vielerlei Hinsicht ein klassischer Arbeitskonflikt. Eine Gewerkschaft mit hoher Mitgliederquote entschied zu streiken, um ihren Forderungen Nachdruck zu verleihen. 2017 waren von den 71.000 der insgesamt in Irland registrierten Krankenpfleger*innen (darunter auch Selbstständige) 39.150 Mitglieder in der INMO. Das entspricht einer Mitgliederquote von 55 Prozent und liegt weit über dem Landesdurchschnitt.

Klassisch war auch der Streitpunkt des Konflikts: Die Forderungen bezogen sich auf die Bezahlung und die Arbeitsbedingungen. Außerdem folgte der Konflikt dem gängigen Muster stufenweiser Eskalation und anschließender Aussetzung des Streiks nach Vermittlung durch das Arbeitsgericht. Das ist in Irland gang und gäbe. Wer mit den klassischen Arbeitskämpfen vertraut ist, dürfte die Strategien auch bei den streikenden Krankenpfleger*innen wiedererkannt haben. Sie bildeten Streikposten um Krankenhäuser herum, stimmten Sprechchöre an, schwenkten Gewerkschaftsflaggen und hielten Schilder mit ihren Forderungen hoch.

Doch historisch betrachtet barg der Krankenpflegestreik ein Überraschungsmoment: Die Arbeiter*innen, die den größten Streik der letzten Jahre in Irland ausriefen, sind neue Akteur*innen auf dem Feld politischer Kämpfe. Vor noch nicht allzu langer Zeit hielten entweder Verbote oder ihr eigenes, engstirniges Berufsethos (oder beides) die Beschäftigten im Gesundheitssektor von Arbeitskämpfen ab. Medizinische Fachkräfte trugen, um Harry Eckstein zu zitieren, «beträchtliche Scheuklappen gegenüber allem, was den Beigeschmack

unbedingt teilen, akzeptierten die Berufsverbände ihre untergeordnete Rolle im Bereich der politischen Interessenvertretung. All diese Faktoren führten dazu, dass die INMO – obwohl sie schon 1919 gegründet worden war – sich bis Ende der 1980er Jahre von der Gewerkschaftsbewegung fernhielt und erst 1999 zu einem Streik aufrief. Seitdem spielt sie aber eine wichtige Rolle bei den Lohnkämpfen und hat sich zu einer der entschiedensten Gegnerinnen der Austeritätspolitik entwickelt.

Der irische Krankenpflegestreik ist ein weiteres Anzeichen dafür, dass ein immer größerer Teil der Arbeitsproteste in Industrieländern nicht mehr von den üblichen Verdächtigen ausgeht. Lehrer*innen, Pfleger*innen und selbst medizinische Berater*innen liefern sich Kämpfe mit ihrem Arbeitgeber, der im Normalfall der Staat ist.

Die zunehmende Militanz unter Arbeitnehmer*innen im öffentlichen Sektor ist eine Folge der widersprüchlichen Anforderungen durch gleichzeitige Professionalisierung und Proletarisierung. Von den Angestellten im Bildungswesen, in der Gesundheitsversorgung und im Sozialdienst wird erwartet, dass sie immer anspruchsvollere Aufgaben über-

Vor noch nicht allzu langer Zeit hielten entweder Verbote oder ihr eigenes, engstirniges Berufsethos (oder beides) die Beschäftigten im Gesundheitssektor von Arbeitskämpfen ab.

von gewerkschaftlicher Organisation»⁴ hat. Die Berufsverbände für Pflegeberufe vertraten eine ähnliche Einstellung. Auch geschlechtsspezifische Vorurteile hinderten Krankenpfleger*innen daran, sich an Streiks zu beteiligen. Vor allem das idealisierte Bild der Pflege als karitative weibliche Tätigkeit – die mit Aufopferung, Unterordnung und häufig auch geringer Entlohnung einhergeht – stand im Widerspruch zur Arbeitskämpftradition. Obwohl einzelne Pfleger*innen diese Vorstellung nicht

nehmen und fast tagtäglich Entscheidungen treffen, die mit sehr hoher Verantwortung einhergehen. Im Fall der Krankenpfleger*innen hat diese Entwicklung dazu geführt, dass ihre Position nicht mehr eindeutig der Rolle der Ärzt*innen untergeordnet ist. Ein Beispiel: Irische Krankenpfleger*innen sind neuerdings dazu berechtigt, Medikamente zu verschreiben. Doch weder die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen wurden infolge der Befugnisserweiterung aufgestockt noch erhielten

sie mehr professionelle Unabhängigkeit. Im Gegenteil, diese neuen (Semi-)Professionen werden oft in starre bürokratische Strukturen gezwängt und finanziell nicht entsprechend gewürdigt.

Der politisch machtvolle Mythos des ineffizienten öffentlichen Sektors

Durch die globale Finanzkrise und die anschließenden Austeritätsmaßnahmen spitzten sich diese Widersprüche zu. In ganz Europa gelten Gesundheitsfachkräfte als Teil eines ineffizienten öffentlichen Sektors, der im Vergleich zum privaten Sektor verschwenderisch mit seinen Ressourcen umgehe. Daher – so das Argument – hätten Lohnkürzungen im öffentlichen Sektor ihre Berechtigung. Der Diskurs des ineffizienten öffentlichen Sektors ist vor allem in kleineren offenen Volkswirtschaften wie Irland sehr wirkmächtig. Dieses Narrativ zeichnet den öffentlichen Sektor als «abgeschotteten, geschützten» Sektor, der sich dem Druck des globalen Markts entziehen könne und daher eine Gefahr für «exponierte» Sektoren darstelle, auch weil die Beschäftigten dort zu hohe Löhne erhielten. Vor allem wird vorgebracht, die Löhne im öffentlichen Sektor seien nicht in Einklang mit den Produktivitätsanforderungen zu bringen. Diese Behauptung ist in doppelter Hinsicht problematisch.

Einerseits sind Produktivitätsargumente in Bezug auf einen Sektor, dessen Leistungen nicht auf dem Markt verkauft werden, wenig sinnvoll. Andererseits ist die Produktionsleistung per definitionem geringer, wenn es um Tätigkeiten geht, die auf alltäglicher, direkter zwischenmenschlicher Interaktion basieren, wie im Bildungs- und Gesundheitswesen. Vielmehr kann eine niedrige Produktivitätsquote (etwa in Form eines niedrigen Betreuungsschlüssels bei der Arbeit mit Schüler*innen und Patient*innen) hier als Qualitätsmerkmal gesehen werden, weshalb eine Produktivitätssteigerung notgedrungen mit Qualitätseinbu-

ßen einhergeht. In ihrem jüngsten Buch «The Value of Everything» argumentiert Mariana Mazzucato sehr überzeugend, dass staatliche Statistiken die Tätigkeiten des öffentlichen Sektors systematisch unter Wert verkaufen, etwa indem sie die wichtigen Beiträge unberücksichtigt lassen, die das Gesundheits- und Bildungswesen für den privaten Sektor leisten.⁵ Trotz all dieser offenkundigen Probleme ist die Vorstellung des unproduktiven öffentlichen Sektors überraschenderweise weiterhin maßgeblich für Regierungsentscheidungen sowie die Politikempfehlungen der Europäischen Union (EU) – und hat sich im Anschluss an die globale Finanzkrise sogar noch verfestigt. Vor allem in Irland hat eine Regierung nach der anderen der Öffentlichkeit kommuniziert, Austerität sei die Patentlösung, und im Fall von Irland bedeutete Austerität in erster Linie eine Senkung der Lohnkosten im öffentlichen Sektor. Doch die schnelle wirtschaftliche Erholung verdankte sich nicht einer verantwortungsvollen Finanzpolitik, sondern war das Ergebnis der unverhofften Profite, die Irland als Finanz- und Dienstleistungsknotenpunkt für globale Konzerne erwirtschaftete. Trotz ihrer wissenschaftlichen Unhaltbarkeit ist die Vorstellung des ineffizienten öffentlichen Sektors ein nützliches politisches Instrument. Es hilft Regierungen dabei, die öffentliche Meinung und die Beschäftigten im privaten Sektor gegen die Beschäftigten im öffentlichen Sektor aufzuwiegeln. Doch die Pfleger*innen sind gegen derartige Anschuldigungen gewappnet. Wie das Beispiel des irischen Krankenpflegestreiks zeigt, sind Gesundheitsgewerkschaften in der Lage, den öffentlichen Diskurs zu ihren Gunsten zu verschieben.

Diskursive Kämpfe - die Verantwortung zum Handeln

Die öffentliche Debatte zwischen der Regierung und den Pflegegewerkschaften drehte sich vor allem um die Frage, was vor dem Hin-

tergrund dieses Mythos verantwortungsvolle Handlungsoptionen wären. Die Regierung legte den Schwerpunkt auf das vermeintliche Gebot, finanzpolitische Verantwortlichkeit zu wahren. Premierminister Leo Varadkar ging sogar so weit zu behaupten, der irische Staat könne sich Lohnerhöhungen im öffentlichen Sektor nicht leisten, weil er zur Vorbereitung auf einen harten Brexit Geld sparen müsse.

Breiter Rückhalt in der Bevölkerung ist für Streiks im öffentlichen Sektor entscheidend, denn darin liegt die wirkungsvollste Waffe der Gewerkschaften.

«Ich muss als Premierminister des ganzen Landes agieren», sagte Varadkar bei einer Debatte im irischen Parlament.⁶ Seine Äußerungen zeigten wieder einmal: Wenn eine Regierung im Streit mit den öffentlichen Gewerkschaften liegt, dann wird sie versuchen, sich als Wächterin darzustellen, die die öffentlichen Interessen vor einer verantwortungslosen und von Partikularinteressen geleiteten Gruppe beschützt. Allerdings verlor die irische Regierung an Glaubwürdigkeit, was ihre Fähigkeit zu verantwortungsvoller Haushaltsplanung betrifft, als sich herausstellte, dass das Budget für den (immer noch nicht abgeschlossenen) Bau eines Kinderkrankenhauses um 400 Millionen Euro überschritten worden war – eine Tatsache, die der Gesundheitsminister sogar noch zu vertuschen versucht hatte. Die Vereinbarung, über die im Rahmen der gewerkschaftlichen Auseinandersetzungen verhandelt wurde, um den Streit mit den Krankenpfleger*innen beizulegen, sah im Vergleich dazu Kosten in Höhe von maximal 35 Millionen Euro pro Jahr vor.

Doch neben der Frage nach finanzpolitischer Verantwortung müssen die öffentlichen Gewerkschaften – wenn sie den Streit mit der Regierung für sich entscheiden wollen – auch da-

zu in der Lage sein, die Bürger*innen davon zu überzeugen, dass sie nicht nur für höhere Löhne kämpfen, sondern auch für höherwertige öffentliche Dienste. Breiter Rückhalt in der Bevölkerung für Streiks im öffentlichen Sektor ist entscheidend, denn darin liegt die wirkungsvollste Waffe der Gewerkschaften. Durch Arbeitsniederlegungen im öffentlichen Dienst können dem Staat nur geringe finanzielle Einbußen entstehen, denn Steuern werden weiterhin eingezogen, während die Lohnzahlungen ausgesetzt sind. Gleichzeitig liegt es an den Gewerkschaften, ihre streikenden Mitglieder für die ihnen entgangenen Lohnzahlungen aus dem Streikfonds zu entschädigen.

Zudem müssen sich die Streikorganisator*innen mit dem Vorwurf auseinandersetzen, sie würden das Leben der Patient*innen aufs Spiel setzen. Obwohl die Notfall- und Lebensrettungsdienste während des Krankenpflegestreiks in Irland uneingeschränkt verfügbar waren, berichteten die irischen Medien darüber in zunehmend alarmistischer Weise.

Vor dem Streik hatte die INMO Anerkennung dafür bekommen, die Anliegen von Patient*innen ernst zu nehmen. Seit 2004 sammelt sie Daten darüber, wie viele Patient*innen in Notaufnahmen auf Behelfsbetten liegen müssen. Diese Zählungen werden sogar von der Leitung der Gesundheitsbehörde anerkannt, und der INMO nutzt sie erfolgreich dafür, um einen Aspekt der Unterfinanzierung von Krankenhäusern zu verdeutlichen: Die Zahlen sind nicht nur beunruhigender als Statistiken zu Wartelisten, sondern auch besser geeignet, um die Gesellschaft zu mobilisieren. Während des Streiks machten die Leiter*innen der Krankenpfleger*innen auch auf das Thema Sicherheit der Patient*innen aufmerksam, indem sie darauf hinwiesen, dass der aktuelle Personal-mangel einen Unsicherheitsfaktor darstellt. Sie verdeutlichten den kausalen Zusammenhang zwischen Niedriglöhnen, der Abwande-

zung von Arbeitskräften, dem Personalmangel und schließlich den extremen Überstunden und der Überarbeitung des verbleibenden Personals.

Es gibt klare Belege dafür, dass es der INMO gelungen ist, die öffentliche Meinung zu prägen. Eine bereits vor dem Streik durchgeführte repräsentative Befragung von 1.000 Bürger*innen ergab, dass 74 Prozent der Bevölkerung den Streik befürworteten. Außerdem bekundeten am 7. Februar 2019 mehr als 68.000 Menschen ihre Unterstützung, indem sie eine von der INMO initiierte Online-Petition unterzeichneten, die «die Regierung zum Handeln und zur Erhöhung der Löhne für Krankenpfleger*innen und Hebammen aufrief, damit die personelle Ausstattung in diesem Bereich gesichert werden kann».⁷ In einem Akt überwältigender Solidarität erschienen zudem am 9. Februar 2019 Zehntausende Menschen zu einer gemeinsamen Demonstration mit den Krankenpfleger*innen in Dublins Innenstadt. Auch Oppositionsparteien unterstützten die Forderungen der Streikenden.

Weniger eindeutig ist jedoch, inwiefern der öffentliche Zuspruch den Krankenpfleger*innen nutzte, um ihre Anliegen durchzusetzen. Der Vorschlag des Arbeitsgerichts bestand aus einem komplizierten Maßnahmenpaket, das keine direkten Lohnerhöhungen vorsah, sondern die Lohntarife und -zuschüsse in Bezug auf die Aufstiegsmöglichkeiten neu gestaltete, allerdings im Gegenzug für gewisse Produktivitätsforderungen (erweiterte Flexibilität der Dienstpläne und Versetzungsmöglichkeiten für Krankenpfleger*innen). Inhaltlich ließ das Maßnahmenpaket eine der Hauptforderungen unerfüllt: Lohngleichheit für andere, gleichwertig qualifizierte Gesundheitsfachkräfte. Die Entscheidung der INMO-Führung, das Angebot zu akzeptieren, stieß bei großen Teilen der Gewerkschaftsbasis auf Kritik. Letztendlich stimmten 62 Prozent der Gewerkschaftsmitglieder aber für die Vorschläge. Doch auch das Risiko mögli-

cher Sanktionen hatte in die Entscheidung der INMO-Führung mit hineingespielt. Das Vorgehen der Krankenpfleger*innen entsprach zwar dem allgemeinen Kollektivvertrag für den öffentlichen Sektor, aber die Regierung brachte das – streitbare – Argument vor, dass die Krankenpfleger*innen mit ihrem Streik gegen den Vertrag verstoßen hätten und dass man ihnen die vertraglich vorgesehen Lohn erhöhungen daher verweigern könne.

Ein weiterer möglicher Grund für den begrenzten Erfolg ihres Arbeitskampfs besteht darin, dass die Krankenpfleger*innen im Alleingang agierten. Die INMO war zwar nicht die einzige Gewerkschaft, die 2019 in Irland streikte, doch es fehlte an Koordination zwischen ihr und den anderen Organisationen. Die Sektion Krankenpflege der branchenübergreifenden Gewerkschaft SIPTU schloss sich dem INMO-Streik im Februar 2019 nicht an. Die Abteilung Gesundheit der SIPTU, die Betreuungs- und Gastronomiepersonal vertritt, trat erst im Juni desselben Jahres in Streik. Das für seine gewerkschaftliche Militanz bekannte Lehrpersonal der weiterführenden Schulen hatte schon vor Längerem eine langfristige Kampagne ins Leben gerufen, um das unfaire Lohnsystem abzuschaffen, das mit den Austeritätsmaßnahmen eingeführt worden war. Wenn all diese Gruppen gemeinsam vorgegangen wären, hätten sie mehr Druck auf die Regierung ausüben können. Der von der Regierung vorgebrachte Vorwurf, die Krankenpfleger*innen würden gegen Dienstvereinbarungen verstoßen, hätte weniger Widerhall gefunden, wenn sich die anderen Gewerkschaften im öffentlichen Dienst ihnen angeschlossen hätten.

Der Streik als Vorbote des Wandels

Die Finanzkrise von 2008 und die anschließende Austeritätspolitik trafen die irische Gewerkschaftsbewegung unvorbereitet. 20 Jahre Sozialpartnerschaft bedeuteten insti-

tutionelle Stabilität und eine unwichtige Rolle der Gewerkschaften auf dem Feld politischer Kämpfe. Als die Krise in Irland losbrach, waren die Mitgliederzahlen der Gewerkschaften außerdem ungleich auf die Sektoren verteilt: Bei den Gewerkschaften des privaten Sektors waren die Zahlen rückläufig, während sie sich im öffentlichen Sektor durchaus sehen lassen konnten.

Die Gewerkschaften des öffentlichen Dienstes waren die Hauptzielscheibe der Sparmaßnahmen. Mehrere aufeinanderfolgende irische Regierungen rechtfertigten die Kürzungen gegenüber der Bevölkerung durch Rückgriff auf den Mythos des ineffizienten öffentlichen Sektors.

Jahrzehntelang mussten sich Gewerkschaften im globalen Norden mit dem Vorwurf ökonomischer Verantwortungslosigkeit auseinandersetzen. Wirtschaftliche und politische

Viele Beobachter*innen glauben, dass sich das Imageproblem der Gewerkschaften, die oft als verantwortungslose und auf Partikularinteressen fixierte Organisationen dargestellt werden, durch Verschiebung der Arbeitsproteste hin zum öffentlichen Sektor noch verschärfen würde. Die zentrale Lehre aus dem irischen Krankenpflegestreik ist jedoch, dass das so nicht unbedingt stimmt. Während des Streiks ist es der INMO erfolgreich gelungen, das Qualitätsproblem der öffentlichen Dienste mit der Krise der Rekrutierung und Mitarbeiterbindung im Gesundheitswesen zu verknüpfen. Dabei hat sie auch große Verantwortung für das allgemeine Wohl von Patient*innen bewiesen. Der Fall des irischen Krankenpflegestreiks von 2019 legt nahe, dass Gewerkschaften weiterhin imstande sind, sich einen Ruf als verantwortungsvoller Akteur zu erarbeiten, die sich zugleich aber

Mehrere aufeinanderfolgende irische Regierungen rechtfertigten die Kürzungen gegenüber der Bevölkerung durch Rückgriff auf den Mythos des ineffizienten öffentlichen Sektors.

Eliten gaben militanten Gewerkschaften die Schuld für die Stagflationskrise der 1970er Jahre, auch wenn dieser Zusammenhang nie nachgewiesen werden konnte. Infolge der neokonservativen Angriffe der 1980er Jahre internalisierten die Gewerkschaftsführungen diesen Vorwurf und gingen daraufhin jeden erdenklichen sozialen Pakt ein, um ihren institutionellen Status zu wahren, wovon ihre Mitglieder in materieller Hinsicht aber kaum profitierten. Die Krise von 2008 traf eine Gewerkschaftsbewegung, deren Mitgliederbasis geschrumpft war und deren Kraftzentrum sich hin zum öffentlichen Sektor verlagert hatte. Die Austeritätspolitik nach 2008 war für die wirtschaftlichen und politischen Eliten auch eine Gelegenheit, der Bewegung einen weiteren schweren Schlag zu versetzen.

auch nicht scheuen dürfen, in den Arbeitskampf zu ziehen, um Löhne und öffentliche Dienste zu verteidigen.

Betrachtet man nur das Ergebnis des Arbeitskonflikts, ist es schwer zu sagen, wer als Gewinner daraus hervorgegangen ist – die Gewerkschaft oder die Regierung? Die INMO konnte der Regierung zwar eine Reihe bescheidener Zugeständnisse abringen, doch nach Beilegung des Konflikts führte die Regierung ihre bisherige Gesundheitspolitik fort. 2020, ein Jahr nach dem Streik, erlitt die damalige Regierungspartei Fine Gael bei den Parlamentswahlen allerdings schwere Verluste. Im Wahlkampf dominierten Themen wie die hohen Lebenskosten und die mangelhafte Gesundheitsversorgung. Bei einer am Wahltag durchgeführten Umfrage nannten 32 Pro-

zent der Befragten das Thema Gesundheitsversorgung als ausschlaggebendes Kriterium für ihre Wahlentscheidung, gefolgt von den Themen Wohnungsbau und Obdachlosigkeit, die von 26 Prozent genannt wurden. Der Krankenpflegerstreik im vergangenen Jahr dürfte sicherlich viel dazu beigetragen haben, dass das Thema Gesundheitsversorgung so hoch auf der Wahlagenda steht.

Aus dem Englischen von Utku Mogultay und Katharina Martl (Gegensatz Translation Collective)

1 Fine Gael (dt.: Familie der Iren) ist eine der größten Volksparteien in Irland. Sie ist eine bürgerliche Partei mit einem liberalen Wirtschaftsprogramm. **2** Irische Regierung: Public Service Stability Agreement 2018–2020, 4.3.2019, unter: www.gov.ie/en/publication/432f22-public-service-stability-agreement-2018-2020/. **3** Foras (dt. Kraft) ist die Gewerkschaft des öffentlichen Dienstes mit rund 80.000 Mitgliedern, die sich im Januar 2018 durch Fusion der Einzelgewerkschaften Public Service Executive Union (PSEU), Irish Municipal, Public and Civil Trade Union (IMPACT) und Civil and Public Services Union (CPSU) gründete. Sie wurde damit nach der SIPTU zur zweitgrößten Gewerkschaft Irlands. **4** Eckstein, Harry: Pressure Group Politics: The Case of the British Medical Association, London 1960, S. 29. **5** Mazzucato, Marianna: The Value of Everything: Making and Taking in the Global Economy, London 2019. **6** Siehe Mitschnitt der Parlamentsitzung, 29.1.2019, unter: www.irishtimes.com/news/politics/oireachtas/varadkar-i-have-to-be-taoiseach-for-the-whole-of-the-country-1.3774804. **7** Erklärung der INMO, 21.1.2019, unter: <https://inmo.ie/Home/Index/217/13448>.

Kalina Drenska

BULGARISCHE PFLEGEKRÄFTE

EINE GESCHICHTE VON KAMPF UND PFLEGE

«Krankenhäuser sollten keine Unternehmen sein!», «Gesundheit und Pflege vor Profit!», «Wir wollen keine arbeitenden Armen sein!» – das sind nur einige der Slogans, die Pflegekräfte in Bulgarien seit mehr als einem Jahr bei ihren Protesten skandieren. Das medizinische Pflegepersonal kämpft für höhere Löhne, bessere Arbeitsbedingungen und soziale Reformen im Gesundheitsbereich. Konkret fordern sie Einstiegsgehälter in der Branche in Höhe des zweifachen Mindestlohns,¹ eine Erhöhung des Zuschusses für Nachtarbeit (von 0,13 Euro pro Stunde auf 1,50 Euro pro Stunde), die Änderung ihrer Arbeitskategorie, damit der Beruf als hoch riskant gilt und Pflegekräfte früher in Rente gehen können, sowie eine Überarbeitung des Gesundheitsgesetzes, damit Krankenhäuser nicht mehr gezwungen sind, als sich selbsttragende Unternehmen zu funktionieren.

Hintergrund: Unterfinanzierung durch neoliberale Reformen

Im Mittelpunkt dieser Protestwelle steht die chronische Unterfinanzierung des Gesundheitswesens, die nach 20 Jahren neoliberaler Experimente die Arbeiter*innen im Pflegebereich in die Knie gezwungen hat. Pflegekräfte in bulgarischen Krankenhäusern – vor allem in kleineren Städten – bekommen häufig nur den Mindestlohn (ca. 300 Euro), wobei sich eine Pflegekraft teilweise allein um 30 bis 40 Patient*innen pro Schicht kümmert, weil es einen drastischen Personal-mangel in der Branche gibt. Viele Pflegekräfte haben zwei oder sogar drei Jobs – häufig in unterschiedlichen Kliniken und Praxen –, um finanziell überle-

ben zu können. In den letzten 20 Jahren hat das Land zudem circa 20.000 Pflegekräfte verloren, weil viele nach Westeuropa – überwiegend nach Großbritannien, Italien und Deutschland – wegen besserer Löhne und Arbeitsbedingungen ausgewandert sind. Bulgarien hat nur noch die Hälfte des benötigten Pflegepersonals und das Durchschnittsalter der verbliebenen Pfleger*innen liegt bei 58 Jahren. Frauen* sind viel stärker von dieser Situation betroffen, da – wie in vielen anderen Care-Berufen – circa 80 Prozent der Beschäftigten im Pflegebereich Frauen* sind.

Der Grund für diese prekäre finanzielle Lage vor allem in Krankenhäusern in kleineren Städten ist eine im Jahr 1998 durchgeführte Liberalisierungsreform des Gesundheitssystems. Durch diese Reform erhielten alle Krankenhäuser im Land den Status gewerblicher Einrichtungen. Das bedeutet, dass sie marktwirtschaftlich selbstständig funktionieren sollen. Sie erhalten zwar Geld von der Nationalen Krankenkasse, die Höhe der Zuwendungen ist jedoch an die Anzahl der Patient*innen und durchgeführten Operationen gekoppelt. Je mehr Patient*innen ein Krankenhaus «akquirieren» kann, desto höher ist das zur Verfügung stehende Budget. Für Krankenhäuser in kleineren Städten, in denen nicht so viele Leute wohnen und es dementsprechend weniger Patient*innen gibt, ist dieses Finanzierungsmodell entsprechend nachteilig. Die Situation wird zudem dadurch erschwert, dass auch private Kliniken für bestimmte Operationen

Bulgarien hat nur noch die Hälfte des benötigten Pflegepersonals und das Durchschnittsalter der verbliebenen Pfleger*innen liegt bei 58 Jahren.

öffentliche Mittel von der Nationalen Krankenkasse beziehen können. Öffentliche Krankenhäuser müssen demzufolge nicht nur untereinander um Patient*innen und Ressourcen konkurrieren, sondern auch mit den privaten Kliniken.

Beginn der Proteste

Vor diesem Hintergrund begannen Anfang 2019 die ersten Proteste des Pflegepersonals. Der konkrete Anlass war der neue Branchentarifvertrag, der im November 2018 unterschrieben wurde. Laut dem Vertrag sollten die Monatslöhne im gesundheitlichen Pflegebereich ab Januar 2019 um 200 Lew (ca. 100 Euro) auf 950 Lew (ca. 475 Euro) angehoben werden. Obwohl dieses Einstiegsgehalt festgelegt war, ist der Tarifvertrag nicht für alle Krankenhäuser obligatorisch. Für Gemeindegrenzenkrankenhäuser ist der Vertrag optional. Das liegt sowohl am Finanzierungsmechanismus der Krankenhäuser, der bereits beschrieben wurde, als auch daran, dass nicht alle Arbeitgeberorganisationen im Gesundheitsbereich den Tarifvertrag unterschrieben haben. Deswegen war es für die Pflegekräfte in Gemeindegrenzenkrankenhäusern in kleineren Städten wie Kosloduj, Kalofer und Montana wenig überraschend, als ihre Löhne Anfang Januar 2019 nicht dem Tarifvertrag angepasst wurden. Daraufhin kündigte das Pflegepersonal an einigen Orten kollektiv und organisierte anderswo kleine lokale Proteste.

Obwohl die öffentliche Aufmerksamkeit für diese ersten Protestaktionen nicht allzu groß war, verfolgten die Pflegekräfte aus anderen Einrichtungen diese Entwicklungen aktiv und kommentierten und unterstützten die Proteste in ihrer Facebook-Gruppe Медицински сестри (dt. Krankenschwestern), die mehrere Tausend Mitglieder zählt. Die Bedeutung dieser Facebook-Gruppe kann für die Organisation der Proteste vor allem in den ersten Monaten nicht überschätzt werden: In Postings und Kommentaren entstand die Idee für den ers-

ten landesweiten Protest, der am 1. März 2019 stattfand; bei Facebook lernten sich die lokalen Koordinatorinnen aus unterschiedlichen Städten kennen und tauschten sich zum ersten Mal aus; dort wurden auch die Forderungen des Protests gepostet und kommentiert; kurz: Die Facebook-Gruppe war die zentrale Mobilisierungs- und Koordinierungsstelle. Im Laufe der Proteste spielte Facebook weiterhin eine zentrale Rolle für die Koordination, Mobilisierung und Selbstrepräsentation der Protestierenden. Der Grund dafür liegt darin, dass sowohl die offizielle Branchenvertretung – der Bulgarische Verein der Gesundheits- und Pflegekräfte – als auch die zwei größten Gewerkschaften, die Konföderation Unabhängiger Gewerkschaften Bulgariens (KNSB) und Podkrepa, die Protestaktionen nicht (aktiv) unterstützt haben. Somit waren die Pflegekräfte, zumindest am Anfang, auf sich allein gestellt und mussten praktisch bei null anfangen und sich als Graswurzelbewegung neu organisieren und strukturieren – Facebook war dabei der einfachste Weg, um in Kontakt miteinander zu treten.

Proteststrategien, Methoden und Bündnisse

Seit Beginn der Proteste nutzen Pflegekräfte eine große Vielfalt an Strategien und Methoden, um ihre Forderungen für höhere Löhne, bessere Arbeitsbedingungen und eine soziale Reform des Gesundheitssystems voranzubringen. Was als eine bei Facebook organisierte Protestaktion begann, ist heute eine Gewerkschaft mit lokalen Strukturen in knapp 40 Städten in ganz Bulgarien. Auf dem Weg dahin sind komplexe und sich teilweise widersprechende Dynamiken entstanden, die nur in ihrem breiten sozio-politischen Kontext verstanden werden können.

Nach dem ersten landesweiten Protest am 1. März 2019 waren öffentliche Aktionen vor Regierungsgebäuden und in Krankenhäusern überall im Land ein zentrales Mittel der Bewe-

gung. Zahlreiche Demonstrationen wurden in den darauffolgenden 15 Monaten regelmäßig organisiert – sowohl auf lokaler als auch auf nationaler Ebene. Es gab einerseits einmalige Aktionen wie die kurze Besetzung des Gesundheitsministeriums, die nur vier Stunden dauerte, und andererseits länger andauernde Formen des Widerstands wie beispielsweise Zeltlager vor dem Gesundheitsministerium im Oktober 2019 und vor dem Ministerrat im Dezember 2019 und März 2020. Im Oktober 2019 blockierten Pfleger*innen gemeinsam mit Bürger*innen, die die Proteste unterstützten, den Boulevard Maria Luisa in der Hauptstadt Sofia und im März 2020 kam es zu der wohl bekanntesten Protestaktion, als fünf Arbeiterinnen einen Raum im bulgarischen Parlament für 24 Stunden besetzten.²

die große Mehrheit der Pflegekräfte nicht an den Protesten teil. Obwohl die meisten Pflegekräfte den Protesten gegenüber überwiegend positiv eingestellt waren und sind, haben viele von ihnen Angst, dass ihr*e Arbeitgeber*in ihnen kündigt oder sie unter Druck setzt. Die Beteiligung ist auch eine Frage von Ressourcen – dadurch, dass nur Proteste und keine Streiks stattfanden, mussten die Pflegekräfte Urlaub nehmen, was für viele nicht möglich war. Es bildete sich aber eine sehr aktive Kerngruppe von circa 20 Pflegekräften aus unterschiedlichen bulgarischen Städten, die die Kämpfe organisierte und später auch eine führende Rolle bei der Gründung der neuen Gewerkschaft spielte (siehe weiter unten).

Die Protestierenden vertraten mit der Zeit immer antikapitalistischere Positionen, übten

Ähnliche Prozesse haben in unterschiedlichen (autonomen) linken Kreisen zu großen internen Diskussionen darüber geführt, inwiefern die sozialen Aspekte unterstützt werden können, ohne nationalistische Forderungen zu bestärken.

Die Pflegekräfte versuchten mittels dieser Protestaktionen, sich innerhalb der Branche zu konsolidieren und ihre Situation nach außen zu kommunizieren. In ihren Reden und auf Plakaten, in Medien und Facebook-Mitteilungen kritisierten sie ihre prekären Arbeitsbedingungen. Gleichzeitig wandten sie sich an ihre Arbeitskolleg*innen, die an den Protesten nicht aktiv teilnahmen, um ihnen die Angst zu nehmen und sie zu ermutigen, weil sie «nichts zu verlieren hatten».³ Die gesamte Branche wurde dazu aufgerufen, zusammenzuhalten und sich nicht spalten zu lassen. Die Arbeiterinnen wiederholten immer wieder, dass sie alle ihren Beruf liebten und Pflege nicht nur als einen Job, sondern als eine gesellschaftliche Mission wahrnahmen. Dadurch verdeutlichten sie den Widerspruch zwischen der Bedeutung der Branche für die Gesellschaft und der prekären Arbeitssituation. Trotzdem nahm

durch ihre Forderungen nach einer Gesundheitsreform radikale Systemkritik und kommunizierten der breiten Öffentlichkeit, dass alle Menschen unter dem ungerechten Gesundheitssystem litten. Sie forderten alle Menschen in Bulgarien, egal welcher Ethnie, Religion oder sozialer Schicht sie sich zugehörig fühlen, auf, sich mit den Pfleger*innen zu solidarisieren. Diese Ausrichtung kam unter anderem durch die engen Verbindungen zwischen den Protestierenden und den Anarchosyndikalist*innen aus der Autonomen Konföderation der Arbeiter*innen (ARK) zustande. Gleichzeitig gab es aber auch Bezüge zum Nationalen – alle Bulgar*innen sollten die Proteste unterstützen, damit Pflegekräfte in Bulgarien bleiben; die Nationalfahne wurde bei den Demonstrationen immer wieder geschwenkt; nationalistische und rechtspopulistische Parteien wie beispielsweise Vazrajdana waren

bei den Aktionen willkommen, viele der prominenten Protestierenden nahmen auch an Kundgebungen dieser Partei teil. Die Initiatorin der Proteste, Maya Ilieva, ist sogar Mitglied bei Vazrajdana.

Die dadurch vorangetriebene Legitimierung von nationalistischen und konservativen Figuren und Diskursen im Mittelpunkt sozialer und potenziell progressiver Proteste ist besorgniserregend. Um diese Entwicklung zu verstehen und ihr entgegenzutreten zu können, muss sie im breiteren postkommunistischen Kontext begriffen und untersucht werden. Eine solche Auseinandersetzung dient nicht der erneuten Legitimation von rechten Diskursen und Praktiken, sondern – im Gegenteil – fechtet sie an und stellt sie grundlegend infrage. In den letzten 30 Jahren nach dem Fall des sozialistischen Regimes wurde das nationale Ethos in der öffentlichen Sphäre revitalisiert. Gleichzeitig werden soziale Fragen wie die Erhöhung der Sozialausgaben oder des Mindestlohns, die Einführung einer progressiven Besteuerung oder die Existenz von staatlichen Betrieben wie beispielweise die Bulgarische Staats-eisenbahn als «Gespenst aus den dunklen kommunistischen Zeiten» dargestellt. Demzufolge können Menschen ihre Wut auf die sozialen Missstände besser durch nationalistische Narrative artikulieren, ohne Gefahr zu laufen, im politischen Diskurs sofort marginalisiert zu werden.⁴ Ähnliche Prozesse sowohl bei den Protesten der Pflegekräfte als auch bei anderen sozialen Kämpfen haben in unterschiedlichen (autonomen) linken Kreisen zu großen internen Diskussionen darüber geführt, inwiefern die sozialen Aspekte unterstützt werden können, ohne nationalistische Forderungen zu bestärken. Jedes Kollektiv schlägt dabei andere Lösungen vor. Generell gilt aber, dass linke Gruppierungen versuchen, die sozialen Forderungen solcher Bewegungen ins Zentrum zu setzen, diese zu unterstützen, sich von den nationalistischen Aspekten zu distanzieren und durch dauerhafte, enge Zusammenarbeit na-

tionalistische Einstellungen zu bekämpfen. Häufig scheitern solche Strategien. Einen Versuch ist es trotzdem wert – sonst bleiben linke Kräfte in einer marginalisierten Blase ohne jeglichen Bezug zu den Kämpfen, die vor Ort geführt werden. Bei den Pflegekämpfen konsolidierte sich einerseits eine eher konservative Kerngruppe, andererseits entsteht seit April 2020 eine internationale Vernetzung mit progressiven Bündnissen im Pflege- und Gesundheitsbereich (zum Beispiel The European Network against the Privatization and Commercialization of Health and Social Protection). Solche Dynamiken eröffnen neue Potenziale für eine zukünftige Internationalisierung des Diskurses.

Auch das Verhältnis der protestierenden Pfleger*innen zu feministischen Themen und Gruppen ist komplex. Obwohl Pflegearbeit und ihre Bedeutung für die Gesellschaft ein klassisches feministisches Thema ist, haben die Pflegekräfte den Zusammenhang zwischen Feminismus und ihren Arbeitskämpfen nicht erkannt. Die prekären Arbeitsbedingungen im Sektor wurden nicht mit der Tatsache verbunden, dass Pflegearbeit auch deswegen tendenziell abgewertet wird, weil sie als weiblich definiertes Feld gilt. Allerdings zeigten sich feministische Gruppen solidarisch gegenüber den Protesten. Das sozialistische feministische Kollektiv LevFem unterstützte die Proteste aktiv und bot den Pflegekräften ihre Internetseite als Plattform, um ihre Anliegen öffentlich zu kommunizieren. So entstanden zahlreiche Beiträge von Pfleger*innen, die später im Sammelband «Feministische Horizonte» erschienen sind. Auch andere feministische Kreise erkannten das Potenzial des Themas Gesundheit für ihre Kämpfe und luden Pflegekräfte ein, Protestreden auf den Frauen*demos am 8. März 2019 und 2020 zu halten. Gleichzeitig distanzierte sich die Kerngruppe der Protestierenden von der Frauen*demo mit antifeministischen und anti-LGBTQI-Argumenten. Diese Reaktion ist

leider nicht verwunderlich, bedeutet aber auch nicht zwangsläufig, dass es kein Potenzial für die Artikulation feministischer Standpunkte unter den Pfleger*innen gibt. Es ist eher so, dass seit 2018 in Bulgarien, ähnlich wie überall auf der Welt, ein starker Zuwachs antifeministischer, homophober und transphober Rhetoriken, Forderungen und Politiken zu verzeichnen ist. Vor diesem Hintergrund ist es wenig überraschend, dass Pflegekräfte häufig zwar feministische Positionen zu Themen wie Hausarbeit oder Gewalt gegen Frauen vertreten, sich aber nicht als Feminist*innen bezeichnen und verstehen. Es bleibt zu hoffen, dass neue Wege für eine aktive Zusammenarbeit zwischen feministischen Gruppen und den protestierenden Pflegekräften gefunden werden können, um feministische Themen gemeinsam zu diskutieren und weiterzudenken.

Im Dialog mit Entscheidungsträger*innen

Neben den konfrontativen Proteststrategien suchten die Pflegekräfte den Dialog mit unterschiedlichen politischen Entscheidungsträger*innen, um ihre Forderungen voranzubringen. Sie initiierten mehrere Treffen mit dem Gesundheitsminister und mit anderen Vertreter*innen des Gesundheitsministeriums. Außerdem trafen sie sich mit dem Präsidenten, Rumen Radew, und dem Ministerpräsidenten, Bojko Borissow, um über ihre Arbeitssituation zu reden. Im September 2019 fand ein Treffen zwischen der Parteivorsitzenden der Bulgarischen Sozialistischen Partei (BSP), Kornelija Ninowa, und Vertreterinnen des Protests statt. Pflegekräfte standen außerdem von Anfang an im engen Austausch mit der ehemaligen Ombudsfrau⁵ des Landes, Maya Manolova, die sich auch an den Protesten beteiligte. Als Manolova im Herbst 2019 als Bürgermeisterin von Sofia kandidierte, waren einige Pflegekräfte

Der Ruf nach sozialen Reformen und Abschaffung des neoliberalen Finanzierungsmodells innerhalb des Gesundheitssektors ist bis heute nicht Teil des öffentlichen Diskurses.

sogar in ihrem Initiativkomitee und gewannen dadurch an politischer Relevanz und Sichtbarkeit.

Trotzdem ist es bis heute leider so, dass die Pflegekräfte mit ihren Forderungen eher allein dastehen. Traditionelle Vertretungsstrukturen wie der Bulgarische Verein der Gesundheits- und Pflegekräfte, große Gewerkschaften und parlamentarisch vertretene Parteien haben sich von den Forderungen der Pflegekräfte vor allem am Anfang distanziert, diese ignoriert oder nur selten und sporadisch unterstützt. Die große Gewerkschaft Podkrepa und die BSP unterstützten sie erst symbolisch, nachdem bereits fünf bis sechs Monate protestiert worden war, während die andere prominente Gewerkschaft – die KNSB, die eigentlich für die Vertretung der Pflegebranche verantwortlich ist – sich bis heute aktiv von den Anliegen und den Protestaktivitäten des Pflegepersonals distanziert, weil diese «zu radikal» seien. Öffentliche Unterstützung von politischen Akteur*innen und Vertretungsorganisationen gab es, wenn überhaupt, nur für die Forderungen nach Lohnerhöhungen und besseren Arbeitsbedingungen – der Ruf nach sozialen Reformen und Abschaffung des neoliberalen Finanzierungsmodells innerhalb des Gesundheitssektors ist bis heute nicht Teil des öffentlichen Diskurses.

Die Pflegekräfte und ihre Proteste wurden nur von wenigen gesellschaftlichen Gruppen und Organisationen konsequent unterstützt. Nur die bereits erwähnten Anarchosyndikalist*innen von ARK, die sozialistischen Feminist*innen von LevFem, die ehemalige Ombudsfrau Maya Manolova, autonome linke Kreise, die

Organisation der Mütter von Kindern mit Behinderungen und die rechtspopulistische Partei Vazrajane unterstützten sie von Anfang an aktiv. Dafür gibt es mehrere Gründe. Am wichtigsten ist vielleicht die Tatsache, dass Proteste in Bulgarien selten erfolgreich sind. Das hat leider im Laufe der Zeit zu einer wachsenden Enttäuschung innerhalb der Bevölkerung und Skepsis gegenüber Protesten und anderen demokratischen Mitteln geführt. Durch die Corona-Krise ist die öffentliche Unterstützung für die Pflegebranche allerdings gestiegen – es bleibt offen, ob diese neue Sichtbarkeit die Politik zum Handeln bewegen wird.

Protest am Arbeitsplatz und gewerkschaftliche Vertretung

Die Kämpfe wurden nicht nur auf den Straßen und im Dialog mit der Politik geführt, sondern auch am Arbeitsplatz. Obwohl es keine Massenstreiks gab, protestierten Pflegekräfte in den Krankenhäusern oder kündigten kollektiv, um Druck auf das Management auszuüben. In vielen Krankenhäusern wurde aktiv mit dem Krankenhausmanagement über Lohnerhöhungen auf lokaler Ebene verhandelt. Es gab bis vor Kurzem nur wenige Versuche seitens der Pflegekräfte, sich mit Arbeiter*innen aus anderen Branchen zu solidarisieren und breitere Bündnisse zu schließen. Teilweise wenden sich die Pflegekräfte aktiv gegen andere Berufsgruppen wie zum Beispiel Ärzt*innen und Lehrer*innen mit der Begründung, diese bekämen unverdient hohe Löhne. Die Regierung, regierungsnahen Medien und einige wenige regierungsnahen Ärzt*innen nutzten diese Spaltung und stellten die Pflegekräfte den Ärzt*innen im öffentlichen Diskurs gegenüber, um den Eindruck zu erwecken, höhere Löhne für die Pflegekräfte seien nachteilig für die Ärzt*innen.

Die Proteste und die gewerkschaftlichen Aktivitäten hatten für einige Pfleger*innen heftige Konsequenzen. Maya Ilieva, Initiato-

rin der Proteste und Gewerkschafterin bei KNSB, wurde im August 2019 ihre Stelle im Privatklinikum Tokuda gekündigt – und zwar mit Zustimmung der Gewerkschaft. Im Januar 2020 wurde eine andere aktiv Protestierende, Boyka Anastasova, von ihrem Arbeitgeber unter enormen Druck gesetzt, weil sie an den Protesten teilgenommen hatte. Diese dramatischen Entwicklungen beschleunigten aber gleichzeitig einen anderen Prozess: Enttäuscht von der mangelnden Unterstützung für ihre Forderungen seitens der zwei größten Gewerkschaften im Land und seitens ihrer Branchenorganisation, dem Bulgarischen Verein der Gesundheits- und Pflegekräfte, gründeten die Protestierenden im Dezember 2019 eine neue Vertretungsorganisation – die Gewerkschaft der Bulgarischen Pflege- und Gesundheitskräfte. Zwischen Dezember 2019 und Mai 2020 entstanden knapp 40 lokale Gewerkschaftsvertretungen in verschiedenen Städten überall in Bulgarien.

Seit der Corona-Pandemie steht der Kampf für sichere Arbeitsbedingungen, ausreichende Schutzausrüstung sowie für bessere Löhne im Fokus der neuen Gewerkschaft. Die im neoliberalen Gesundheitssystem tief verankerten Probleme haben sich während der Pandemie verschärft. Viele Pflegekräfte sollen sich ohne ausreichende Schutzmaßnahmen um Covid-19-Patient*innen kümmern. Dementsprechend sind elf Prozent⁶ aller Corona-Fälle in Bulgarien medizinisches Personal. Weil geplante Operationen ausgesetzt wurden, hat sich die Zahl der Patient*innen in einigen Krankenhäusern um bis zu 90 Prozent reduziert. Wie bereits erläutert, bedeuten weniger Patient*innen auch weniger Geld für das Krankenhaus, was praktisch zu erneuten Lohnkürzungen für viele Pflegekräfte geführt hat. Die Gewerkschaft versucht dabei, die durch die Pandemie entstandene größere öffentliche Sichtbarkeit und Unterstützung für die Branche zu nutzen, um diese Dynamiken nach außen zu kommunizieren.

Ergebnisse und Ausblick

Die bulgarischen Pflegekräfte kämpfen unter sehr schweren Bedingungen. Bis jetzt agieren sie meist isoliert oder werden nur sporadisch unterstützt. Trotzdem haben sie nicht aufgegeben und einiges erreicht. Die Löhne in den meisten staatlichen Krankenhäusern wurden an den Tarifvertrag angepasst, in den Gemeindegemeinschaften in kleineren Städten ist das aber noch nicht überall passiert. Der Zuschuss für Nachtarbeit wurde in Verhandlungen zwischen der Regierung und den großen Gewerkschaften Podkrepa und KNSB branchenübergreifend von 0,25 Lew (0,13 Euro) auf 0,91 Lew (0,45 Euro) pro Stunde erhöht. Diese Erhöhung ist aber kein unmittelbares Ergebnis der Proteste der Pflegekräfte, sondern Resultat der unabhängig davon geführten Verhandlungen der zwei Gewerkschaften. Trotzdem spielte die Aufmerksamkeit, die die Pfleger*innen für das Thema Nachtarbeit geschaffen haben, eine wichtige Rolle bei den Verhandlungen. Die Forderungen nach Einstiegsgehältern in Höhe des doppelten Mindestlohns, einem Zuschuss für Nachtarbeit von drei Lew pro Stunde und einer Änderung der Arbeitskategorie der Pflegekräfte sind immer noch nicht erfüllt – der Kampf geht weiter.

Das vielleicht wichtigste Ergebnis der Proteste ist die Gründung einer eigenen Gewerkschaft, die die Pflegebranche vertritt. Die traditionellen Organisationen weigern sich, sich für die Belange des Pflegepersonals einzusetzen. Die Proteste der Pflegekräfte sind der radikalste Ausdruck gewerkschaftlichen Klassen-

kampfs, der in den letzten Jahren in Bulgarien geführt wurde. Somit haben die Pflegekräfte einen Präzedenzfall geschaffen und die Grenzen des politisch Denkbaren verschoben.

Die radikale Forderung, das neoliberale Finanzierungsmodell im Gesundheitsbereich abzuschaffen, wurde erwartungsgemäß nicht erfüllt, denn eine solch strukturelle Veränderung würde einer Revolution in diesem Sektor gleichkommen. Durch ihre zahlreichen Protestaktionen haben die Pflegekräfte aber auf die prekäre Lage des bulgarischen Gesundheitssystems aufmerksam gemacht, ihre Anliegen auf die politische Agenda gesetzt und das Thema Gesundheit generell politisiert. Die Corona-Krise hat nur bereits existierende Probleme verschärft und verdeutlicht, dass das derzeitige System, das an die kapitalistische Logik der Profitmaximierung angepasst ist anstatt an die Prinzipien der universellen und zugänglichen Pflege für alle, letal sein kann.

1 Der Mindestlohn in Bulgarien wird jährlich angepasst. 2019 lag er bei 286 Euro pro Monat, 2020 wurde der Betrag auf 312 Euro pro Monat erhöht. **2** Bulgarian News Agency: *Protesting Nurses Barricade Themselves in Parliament's Building, Cause Conflicting Political Reactions*, 6.3.2019, unter: www.bta.bg/en/c/DF/id/2162938. **3** Deutsche Welle Bulgarien: *А в България властта се прави, че няма проблем*, 11.8.2019, unter: <https://bit.ly/3j12ZQr>. **4** Ich bedanke mich bei Dr. Neda Genova für ihre Hilfe bei der Präzisierung dieser Textstelle. **5** Die Ombudsperson hat in Bulgarien die Aufgabe, die Interessen von Personen zu schützen, deren Rechte durch Handlungen/Untätigkeiten des Staates, kommunaler Einrichtungen oder Personen, die öffentliche Aufgaben erfüllen, verletzt wurden. Die Tätigkeit der Ombudsperson ist im Wesentlichen öffentlich, unabhängig und unterliegt nur der Verfassung, den Gesetzen und den von der Republik Bulgarien ratifizierten internationalen Verträgen. Der Staat und die kommunalen Körperschaften sowie alle natürlichen und juristischen Personen sind verpflichtet, die Ombudsperson bei der Erfüllung ihrer Amtspflichten zu unterstützen. Die Ombudsstelle wird aus dem Staatshaushalt oder aus anderen öffentlichen Quellen finanziert. **6** Stand: 22. Oktober 2020.

Interview mit Petros Elia und Kane Shaw

DAS ENDE DES OUTSOURCINGS AM ST. MARY'S KRANKENHAUS IN LONDON

Anfang des Jahres 2020 wurden die Beschäftigten der ausgegliederten Betriebsteile – Reinigung, Verpflegung, Sicherheitsdienst – am St. Mary's Hospital in London in Festanstellung übernommen. Dieser Schritt war das Ergebnis einer Kampagne der kleinen Gewerkschaft United Voices of the World (UVW),¹ über die wir uns mit Petros Elia und Kane Shaw unterhalten haben.

Die UVW organisiert Arbeitnehmer*innen in schlecht bezahlten Dienstleistungssektoren. Wie seid ihr mit den Dienstleistungsbeschäftigten im St. Mary's Krankenhaus in Kontakt gekommen?

Petros: Im Fall des St. Mary's Krankenhauses war es eine Putzfrau namens Loretta, die zur Streikführerin und zu einer wichtigen Vertreterin und Organisatorin vor Ort wurde. Sie kam zu uns, weil sie Probleme mit ihren Lohnzahlungen hatte. Als ich hörte, dass sie in einem Krankenhaus arbeitet, sagte ich ihr, es sei verrückt, dass sie trotz der Anstellung in einem Krankenhaus nicht einmal das Existenzminimum oder Krankengeld erhalte. Ich ermutigte sie, ihre Kolleg*innen zusammenzubringen, um zu diskutieren, was wir tun könnten, damit das Krankenhaus und die Vertragsfirma einen Lohn zum Leben und Krankengeld zahlen würden. Über Monate fanden Treffen statt, auf denen jedes Mal mehr Leute erschienen und das Ausmaß der Probleme offensichtlich wurde. Im Laufe dieser Treffen wurde beschlossen, dass die einzige Lösung darin bestehen konnte, ein Ende der Auslagerung zu fordern, weil sich alle Probleme auf verschiedene Weise aus der Outsourcing-Vereinbarung und folglich

aus der Anstellung bei einem privaten Auftragnehmer ergaben: Behandlung, Ausrüstung, Ausbildung, Zugang zu Informationen, Sicherheit, Löhne, Arbeitsbedingungen, das Gefühl, isoliert, unsichtbar und ausgeschlossen zu sein.

In den Sektoren, in denen unsere Mitglieder zumeist arbeiten, gibt es eine Vielzahl von Problemen, die häufig mit Gesetzesverstößen seitens der Arbeitgeber*innen zusammenhängt. Wir bieten unseren Mitgliedern rechtliche Unterstützung und sprechen während einer solchen Beratung auch andere den Arbeitsplatz betreffende Fragen an, um ein Gefühl dafür zu bekommen, ob andere Kolleg*innen das gleiche Problem haben, und um uns ein Bild von den Arbeitsbedingungen allgemein zu machen. Wir bauen die anfängliche, für ein weiteres Organizing entscheidende Beziehung also vor allem dadurch auf, indem wir unsere Mitglieder vertreten, sie rechtlich beraten und versuchen, individuelle in kollektive Beschwerden umzuwandeln, und sagen: «Es hat keinen Sinn, das weiterzuverfolgen, bis nicht mehr Kolleg*innen an Bord sind, um Ihre Argumente zu untermauern. Sie müssen sich auf eine Konfrontation einstellen, um zu erreichen, was Sie wollen.» Das ist kontrovers, denn es gibt eine große Debatte, die die gewerkschaftliche Dienstleistung dem Organizing entgegensetzt. Wir sehen hier jedoch keinen Gegensatz, denn es handelt sich nicht um gänzlich unterschiedliche Konzepte und Ideen, vielmehr lässt sich das eine mit dem anderen verbinden! Revolutionäre Vermutungen darüber anzustellen, wie Arbeiter*innen ganz selbstständig zusammenkommen und in den Streik treten sollten, ergibt wenig

Sinn. Wenn Arbeiter*innen an ihren Rechten interessiert sind, sollten sie diese auch kennen. Die Aufgabe von Organizer*innen besteht darin, zu politisieren und sowohl das Interesse für weiter gehende Forderungen zu wecken als auch die Möglichkeit und das Zutrauen dafür zu vermitteln, über Minimalforderungen hinauszugehen.

Wie lange dauerte es von der Erörterung rechtlicher Probleme bis zu dem Punkt, an dem ihr beschlossen habt zu streiken?

Petros: In diesem Fall ging es ausgesprochen schnell. Die Mitarbeiterin des St. Mary's Krankenhauses kam im Mai 2019 zum ersten Mal in unser Büro. Zuvor hatte es keinerlei Kontakt mit dem Krankenhaus oder seinen Mitarbeiter*innen gegeben. Der erste Streik fand dann am 28. und 29. Oktober 2019 statt. Nach dem ersten Treffen mit den verschiedenen Beschäftigten des Krankenhauses im Juni dauerte es vier Monate, bis über einhundert Beschäftigte für ein Ende der Auslagerung streikten und ihre Wiedereingliederung forderten.

Ihr habt mit einzelnen Streiktagen begonnen und den Streik dann ausgeweitet?

Petros: Unser Ansatz bestand darin, mit zwei Streiktagen in der Woche anzufangen, gefolgt von einer streikfreien Woche, einer erneuten Streikwoche mit drei Streiktagen, einer streikfreien Woche und so weiter. In den Streikwochen erhöhten wir jedes Mal die Anzahl der Streiktage um einen, bis wir schließlich mit fünf Streiktagen einen unbefristeten Streik planten. Für einen solchen gestaffelten, eskalierenden Ansatz sprechen folgende Gründe: 1. Dieses Vorgehen ermöglicht, den Konflikt über einen längeren Zeitraum fortzusetzen, indem abwechselnd eine Woche gestreikt und eine Woche ausgesetzt wird. Das Anliegen bleibt derweil präsent.

2. Es ist leichter, die benötigte Energie aufzubringen, wenn man zwischen den Streiktagen Pausen einlegt, da die Streiktage sehr erschöpfend sind. 3. Bei einem Streik über Wochen hinweg statt einem, bei dem gleich fünf oder zehn Tage durchgestreikt wird, bleibt mehr Zeit, um Geld für den Streikfonds zu sammeln. 4. Seltsamerweise ist es einfacher, die Moral über einen längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten. Wenn man von Anfang an aufs Ganze geht und nicht gewinnt, kann das Vertrauen der Arbeitnehmer*innen in die eigene Durchsetzungsfähigkeit geschwächt werden. 5. Der Druck auf den Arbeitgeber wird auf diese Weise über einen möglichst langen Zeitraum ausgeübt. 6. Es steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Entscheidungsträger*innen, insbesondere in großen bürokratischen Organisationen wie dem Nationalen Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS) Zeit haben, die Vorgänge zu beurteilen und zur Vernunft zu kommen. Ein schnellerer Ablauf birgt die Gefahr, dass Entscheidungsträger*innen überrumpelt oder gar nicht erreicht werden. Manchmal ist das Management auch so ignorant, inkompetent und langsam, dass langwierige Aktionen notwendig sind, um die Chefs in die Realität zurückzuholen und ihnen klarzumachen, was vor sich geht und warum es wichtig ist.

Welche Aktionen gab es während der Kampagne?

Kane: Es gab eine Reihe verschiedener direkter Aktionen. Zum Beispiel hatten wir an den ersten beiden Tagen sehr laute, sehr robuste Streikposten mit etwa einhundert Leuten in der Streikpostenkette, die eine Wand aus Lärm erzeugten. Um die Leitung weiter unter Druck zu setzen und dazu zu bringen, sich zu fragen, was los ist, marschierten wir am vierten Tag schweigend ins Krankenhaus und besetzten es. Wir behinderten den Betrieb nicht, wir setzten uns und schwiegen. Unsere einzige Forderung war ein Treffen mit dem

Management. Diese Taktik war erfolgreich. Eine weitere direkte Aktion waren Straßenblockaden. Eine unserer Aktionen brachte den Imperial Trust (eine Organisationseinheit des NHS) dazu, am achten Streiktag mit uns zu verhandeln: Die NHS-Trusts sind gesetzlich verpflichtet, öffentliche Vorstandssitzun-

erstmalig stellten, wurden wir ignoriert, dann wurden wir ausgelacht, dann begannen sie, die Auslagerung zu verteidigen und die üblichen Argumente wie Effizienz, Innovation, Produktivität und Kosteneinsparungen vorzubringen, bis sie schließlich unter dem Druck der Presse, der sozialen Medien, der direkten Aktionen, der Streiktage und der Drohung mit einem unbegrenzten Streik einknickten. Bevor wir auf den Plan traten, waren die Arbeiter*innen des St. Mary's Krankenhauses kaum oder überhaupt nicht gewerkschaftlich organisiert, sie

Wir zwangen sie, mit den Arbeitnehmer*innen zu sprechen, denn diese selbst können der Unternehmensleitung am besten vermitteln, welche Probleme sie haben.

gen abzuhalten. Alle Bürger*innen haben das Recht, daran teilzunehmen. Wir wussten also, dass der Vorstandsvorsitzende und alle anderen Entscheidungsträger*innen bei dieser Vorstandssitzung anwesend sein würden, und entschieden, das Treffen zu blockieren. Mit einigen Arbeiter*innen, manche davon sogar verkleidet, und einigen Ärzt*innen aus anderen Krankenhäusern störten wir die Sitzung, unterbrachen sie mit Fragen und verschafften den Arbeiter*innen Gehör. Der Vorstand drohte damit, die Versammlung zu beenden, wenn wir weiterhin stören würden, wir bauten mit unserer Anwesenheit also immer mehr Druck auf. Wir zwangen sie, mit den Arbeitnehmer*innen zu sprechen, denn diese selbst können der Unternehmensleitung am besten vermitteln, welche Probleme sie haben – in diesem Fall wurden die Arbeitnehmer*innen wirklich schlecht behandelt, sodass die Leitung in der öffentlichen Sitzung keinen guten Eindruck erweckte.

Petros: In der Vorstandssitzung brachten wir den Leiter des Imperial Trusts dazu, eine Entscheidung bis zum 31. Januar 2020 zu treffen sowie Vorstandssitzungen zuzusagen, bei denen die Anliegen unserer Mitglieder mit diesen besprochen würden. Am 1. April beschlossen sie schließlich die Wiedereingliederung. Als wir die Forderungen

hatten wenig Kontakt untereinander. Nachdem wir den Konflikt gewonnen hatten, bezeichneten sie sich selbst aufgrund des Weges, den sie gemeinsam gegangen waren, immer wieder als Familie. Dieser Vertrauens- und Solidaritätsprozess sowie die Opfer, die sie gemeinsam brachten, waren sehr kraftvolle, vereinigende und verbindende Erfahrungen. Das ist es, was Bewegungen wirklich ausmacht.

Welche Rolle hat es gespielt, dass ihr Arbeitnehmer*innen in einem Krankenhaus organisiert habt? Waren die Probleme, die sich durch das Outsourcing für die Qualität des Gesundheitswesens ergeben, auch ein Thema?

Petros: Gewerkschaftliche Organisation ist in Krankenhäusern wahrscheinlich einfacher als in anderen Sektoren: Zunächst einmal versammeln sich viele Arbeitnehmer*innen unter einem Dach, das gibt es in vielen anderen Sektoren so nicht. Zudem sind die Auswirkungen, die schlechte Arbeitsbedingungen auf die Versorgung der Patient*innen, die Krankenhaushygiene, die Infrastruktur und die Verwendung öffentlicher Mittel haben, wirklich starke Argumente für ein Ende der Privatisierungen in der Gesundheitsversorgung.

Kane: Als wir nach mehrtägigem Streik den Imperial Trust dazu gebracht hatten, unsere Forderungen anzuhören, war es essenziell zu betonen, dass es uns nicht um den oder die einzelne*n Auftragnehmer*in geht, der oder die ersetzt werden müsse, sondern um die strukturellen Risiken des Outsourcings. Wir stellten die Problematik in einem Drei-Säulen-Modell dar: Es bestehen erstens Nachteile für die Beziehung zwischen Management und Personal, die Auslagerung hat zweitens negative medizinische Auswirkungen auf die Patient*innen und drittens kann die Auftragsvergabe an Dritte langfristig teurer sein als die hausinterne Anstellung von Mitarbeiter*innen.

Der NHS England erhält Steuergelder in Milliardenhöhe, die an Klinikgruppen in den verschiedenen Regionen verteilt werden. Diese Klinikgruppen kaufen Dienstleistungen ein, wodurch ein großer Binnenmarkt innerhalb des NHS entsteht, auf dem Krankenhäuser und externe Anbieter um Aufträge konkurrieren. Wir haben uns die Praxis des Outsourcings im NHS angeschaut und festgestellt, dass große Unternehmen wie Sodexo, die solche Verträge erhalten, einkalkulieren, dass ein Krankenhaus die Rechnung selbst dann bezahlen muss, wenn der Vertrag nicht erfüllt wird. Wenn Sodexo die vertraglich vereinbarten Leistungen nicht erbringt, sind es letztendlich die Krankenhäuser und der NHS, die einspringen und dafür sorgen müssen, dass es Reinigungsdienste, Pförtner*innen und Krankenhausverpflegung gibt. In der Vergangenheit lassen sich unzählige Fälle finden, bei denen in der Regel Privatunternehmen Krankenhäuser täuschten, um wettbewerbsfähig zu erscheinen und den Auftrag zu bekommen. Wenn sie dann die vertraglich festgelegten Leistungen nicht erfüllen, sind es die Steuerzahler*innen, die die Rechnung zu begleichen haben.

Die Ideologie, dass das Ausgliedern von Dienstleistungen im Wettbewerbsprinzip

zu innovativen Lösungen führt, könnte der Wahrheit nicht fern liegen. Zum einen ist es der NHS, der die Scherben zusammenkehrt, wenn etwas schiefgeht, zum anderen besteht ab dem Moment der Vertragsunterzeichnung keinerlei Innovationsanreiz mehr, da die festen Verträge für fünf, sieben oder sogar zehn Jahre gelten. Reinigung, Empfang, Sicherheit sowie Catering sind arbeitsintensive Tätigkeiten, mit denen Unternehmen nur Geld verdienen können, wenn sie die Löhne der Arbeiter*innen senken und die Arbeitsbelastung intensivieren. Wir haben uns die Zahlen des betroffenen NHS-Trusts angeschaut und die Führung auf die Jahr für Jahr beständig hohen Zahlen von Krankenhausinfektionen, also das überdurchschnittlich häufige Auftreten von MRSA-Fällen und anderen Infektionen, hingewiesen. Wenn die Auftragsvergabe an Dritte so effizient sein soll, wieso hat das von ihnen beauftragte Unternehmen seine Reinigungspraktiken nicht geändert, um die Infektionszahlen zu senken?

Uns fiel auch auf, dass das Outsourcing ein hohes Maß an Bürokratie nach sich zieht und Mitarbeiter*innen teilweise kaum miteinander kommunizieren. In unserer Argumentation haben wir darauf hingewiesen: Der Imperial Trust wird von einer Eingliederung profitieren, zum einen auf klinischer Ebene, zum anderen, weil es weniger Streiks geben wird. Wir haben also den klinischen, industriellen und finanziellen Nutzen umrissen.

Gibt es Gewerkschaften für medizinisches Personal, mit denen ihr Kontakt aufnehmen könnt, gibt es solidarische Verbindungen?

Kane: In Großbritannien gibt es drei Hauptgewerkschaften mit großer Präsenz im öffentlichen Sektor: UNISON, Unite und GMB. Im St. Mary's Krankenhaus waren die GMB und UNISON zuvor schon involviert und einige unserer Mitglieder waren auch dort aktiv. Sie hatten jedoch nicht das Gefühl, dass

diese Gewerkschaften sie gut beraten oder ihnen in Bezug auf Arbeitsbedingungen, Bezahlung wirklich geholfen hatten. Tatsächlich hatten UNISON und GMB die Situation so eingeschätzt, dass nur geringfügige Verbesserungen möglich seien. Die Idee, Kämpfe im Haus zu führen, wurde nie zur Sprache gebracht, geschweige denn dafür agitiert.

Petros: Sie mobilisierten nicht nur nicht, sondern sagten den Arbeiter*innen sogar, dass sie nicht das erreichen würden, was sie eigentlich erreichen wollten, nämlich Angestellte des NHS zu werden. UNISON schickte seinen Mitgliedern im April 2019 einen Brief, in dem stand, dass es ihnen leidtäte, sie jedoch nicht die gleichen Bedingungen wie die Angestellten des NHS erzielen könnten, da dies einfach unmöglich sei. UNISON tat also das Gegenteil von Mobilisierung, schreckte die eigenen Mitglieder aktiv ab und entmutigte sie.

Kane: Im Verlauf der Kampagne unterstützten uns manche Klinikgewerkschaften öffentlich. Die Ärztegewerkschaft BMA bekundete ihre Solidarität und befürwortete die Rückführung der Arbeiter*innen in hauseigene Anstellungsverhältnisse. Wir hatten einen brillanten Genossen vor Ort, Dr. Tom Gardner, der als Arzt im St. Mary's Krankenhaus tätig ist. Er sprach mit anderen Klinikärzt*innen. Daraufhin schrieben 50 Ärzt*innen einen Brief an den Vorstandsvorsitzenden des Imperial Trusts. Wir erfuhren auch Solidarität von mehreren anderen Gewerkschaftszweigen. Der UNISON-Zweig im St. Mary's Krankenhaus bot jedoch keine Unterstützung und versuchte sogar aktiv, die Kampagne zu untergraben.

Petros: Die für den Imperial Trust zuständige Gewerkschaftssektion von Unite spendete dem Streikfonds 1.000 Pfund. Wichtig war dabei nicht nur die finanzielle Unterstützung, vielmehr zählte die symbolische Geste, als uns dieses Geld öffentlich an der Streikpostenkette übergeben wurde. Das Manage-

ment nahm Notiz davon und merkte, dass sich Solidarität aufbaute.

Abgesehen davon, dass ihr euch für die Arbeiter*innen im St. Mary's Krankenhaus entschlossener eingesetzt habt, wie unterscheidet sich eure Art des Organisierens von derjenigen größerer, etablierter Gewerkschaften?

Petros: Unsere Strategie erfordert im Allgemeinen viel Zeit und Aufmerksamkeit für die Mitglieder. Wir betreiben großen Aufwand beim Aufbau von Beziehungen und Gemeinschaft. Darin lag von Anfang an ein Schwerpunkt. Eine große Gewerkschaft könnte es kaum bewerkstelligen, sich derart für die Mitglieder oder die Gemeinschaft zu engagieren. Wir nutzen direkte Aktionen und können somit schnell reagieren und mutige Forderungen stellen. Wir wissen, dass es Zeitverschwendung wäre, einen traditionellen gewerkschaftlichen Ansatz zu verfolgen, also auf Grundlage eines – zunächst zu erreichenden – Anerkennungsvertrags zu verhandeln. In den Sektoren, in denen unsere Mitglieder beschäftigt sind, wäre diese Strategie aussichtslos:

Erstens hätten die Arbeitgeber*innen sogar dann, wenn es zu Verhandlungen kommt, keinen Grund, Zugeständnisse zu machen, solange die Arbeitnehmer*innen nicht über entsprechende Druckmittel verfügen.

Zweitens ist das Arbeitsrecht sehr schwach. Daher ist es für Arbeitgeber*innen leicht, die Beschäftigten anzugreifen – zu versuchen, die Gewerkschaft zu zerschlagen –, ohne dafür schwerwiegende rechtliche Konsequenzen befürchten zu müssen.

Ein weiteres Element, das die Organisation bremst, sind die strengen Arbeitsvorgaben und -praktiken, die es nicht nur den Beschäftigten selbst erschweren, sich zusammenzufinden und zu unterhalten, sondern auch den Organizer*innen, sich hier mit ihnen zu treffen.

Darüber hinaus besteht eine hohe Fluktuation. Die Arbeitnehmer*innen haben nicht nur Angst vor Kündigungen und der sich anschließenden Arbeitssuche, sie kündigen auch selbst aufgrund von zu viel Druck und Stress. Es handelt sich oft um schlechte Jobs, sodass die Menschen nach Tätigkeiten suchen, mit denen sie sich wohler fühlen, bei denen sie besser behandelt werden und möglicherweise höhere Löhne erhalten. In Wirklichkeit finden sie nur selten bessere Jobs, aber ihr Wunsch nach einem Wechsel ist verständlich.

Eine Partnerschaft mit den Arbeitgeber*innen nutzt lediglich den Gewerkschaftsbürokrat*innen, aber nicht den Mitgliedern an der Basis.

Vor diesem Hintergrund muss eine sehr aggressive und flexible Organizing-Strategie verfolgt werden, die sich auf von Arbeiter*innen geführte direkte Aktionen konzentriert und das Selbstvertrauen und Bewusstsein der Arbeiter*innen stärkt. Im Gegensatz dazu steht die Praxis großer Gewerkschaften, Beziehungen zu den Arbeitgeber*innen zu knüpfen. Das ist bei unseren Kämpfen das letzte Ziel. Im Dienstleistungs- und Gastgewerbe kann man keine Partnerschaft mit den Arbeitgeber*innen eingehen. Das nutzt lediglich den Gewerkschaftsbürokrat*innen, aber nicht den Mitgliedern an der Basis.

Was bedeutet «von Arbeiter*innen geführt» konkret?

Petros: Das bedeutet für uns, dass die Entscheidungen von den Mitgliedern getroffen werden. Es klingt seltsam, aber die Mitglieder großer Gewerkschaften entscheiden nicht darüber, wie viele Streiktage sie streiken werden, das entscheiden die Bürokrat*innen. Im Gegensatz dazu bestimmen bei uns die Mitglieder, wie viele Streiktage sie einlegen wollen. Sie bestimmen auch alle anderen Maßnahmen, die sie ergreifen wollen. Unabhängig davon, wie riskant oder konfrontativ die Aktionen sind, haben sie unsere Unterstützung als Gewerkschaft, solange sie sich selbst sicher und wohl fühlen, diese zu ergreifen. Bei den Zusammenkünften im St. Mary's

Krankenhaus waren manchmal Hunderte Arbeiter*innen anwesend, die gemeinsam Entscheidungen getroffen haben.

Aus dem Englischen
von Camilla Elle und Lisa Jeschke
(Gegensatz Translation Collective)

¹ Die UVW ist seit 2014 eine eingetragene Gewerkschaft. Sie wurde von Petros Elia und Vera Wegmann gegründet, die sich zunächst über den Londoner Zweig der Industrial Workers of the World (IWW) in der Gewerkschaftsarbeit engagierten. In der UVW dominiert keine spezifische politische Richtung. Stattdessen zeichnet sie sich durch ihr einzigartiges Bekenntnis zur kämpferischen Gewerkschaftsbewegung, zu radikaler Demokratie und zur Förderung von Arbeiter*innen geführter direkter Aktionen aus. Sie ist mittlerweile auf fast 5.000 Mitglieder angewachsen.

Bernd Landsiedel

DER KAMPF UM DAS ÖFFENTLICHE GESUNDHEITSSYSTEM IN FRANKREICH

An einem Montag, es war der 18. März 2019, begann in der Notaufnahme des öffentlichen Krankenhauses Saint-Antoine im zwölften Arrondissement von Paris ein unbefristeter Streik des Personals. Auslöser waren die täglichen Beleidigungen durch Patient*innen und deren Angehörige sowie wiederholt tätliche Übergriffe, beides hervorgerufen durch endlose Wartezeiten in den hoffnungslos überlasteten Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Niemand konnte bei Streikbeginn wissen, dass gerade der Startschuss zu einer der längsten und entschlossensten Bewegungen im öffentlichen Gesundheitssystem eines Industrielandes gefallen war.

Die französische Regierung unter Präsident Emmanuel Macron reagierte mit erheblichen Zugeständnissen, was die Bewegung noch verstärkte. Sie griff auf weitere Bereiche der öffentlichen Krankenhäuser über, erfasste auch Ärzt*innen und sogar die Leitungen der großen Krankenhäuser, die sich um den Weiterbestand des öffentlichen Gesundheitssystems in Frankreich sorgen.

Drei Ereignisse skizzieren das Ausmaß des Konflikts:

1. Am 14. Juni 2019 versprach Gesundheitsministerin Agnès Buzyn zusätzliche 70 Millionen Euro für die Notaufnahmen in ganz Frankreich. Abgesehen von einer monatlichen Prämie von 100 Euro ab dem 1. Juli für das nicht ärztliche Personal der Notaufnahmen würde das Geld allerdings nur für die Urlaubsvertretungen in den Notaufnahmen während der Sommerferien reichen.
2. In den Sommermonaten war die Zahl der Notaufnahmen, die sich der Bewegung angeschlossen, weiter gewachsen und Agnès Buzyn kündigte am 9. September 2019 ei-

nen «Neugründungspakt» an, der zusätzliche Kredite in Höhe von 754 Millionen Euro für die Notaufnahmen bis zum Jahr 2022 vorsah. Um die Notaufnahmen zu entlasten, wurde außerdem der Aufbau einer Plattform (Service d'accès aux soins) für 340 Millionen Euro innerhalb von drei Jahren beschlossen, die 24 Stunden am Tag für Notfälle über Telefon oder Internet erreichbar sein soll. François Béguin kommentierte die Neuerungen am selben Tag in *Le Monde*: «Die Gesundheitsministerin hat am Montag eine Serie von Maßnahmen über drei Jahre vorgestellt. Aber ohne zusätzliche Betten oder zusätzliches Personal.»¹

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

Das Entgegenkommen der Regierung ist eine Reaktion auf die Entschlossenheit der Bewegung und die enorme Unterstützung, die sie

in der Bevölkerung genießt. Dass alle bisherigen Zugeständnisse nicht in der Lage waren, das Feuer der Empörung zu löschen, zeigt, unter welchem Druck das Personal in dem chronisch unterfinanzierten System steht. Dazu kommt der psychologische Druck neuer, auf Rentabilität ausgerichteter Managementmethoden, die wir in allen Bereichen des öffentlichen Dienstes finden und die mit der Parole «Ich bin kein Roboter, ich pflege Menschen!» kritisiert werden.

Die Proteste aus dem Gesundheitsbereich waren spätestens ab dem 5. Dezember 2019 von der Massenbewegung gegen die Rentenreform beeinflusst, überlagert und zeitweise in der öffentlichen Wahrnehmung an den Rand gedrängt, was zwischen beiden Bewegungen zu Spannungen führte. Einige Aktive aus der Krankenhausbewegung plädierten deutlich für getrennte Aktionen, um nicht «in Forderungen zu ertrinken»² und sich nicht mit der ruppigeren Protestkultur etwa der Bahngewerkschafter*innen gemein zu machen. Die Mobilisierung des Krankenhauspersonals werde dadurch eher erschwert. Während es im Kampf gegen die Rentenreform zwischen Gewerkschaften und Regierung unentschieden stand, als im März 2020 die Pandemie über Frankreich hereinbrach, sah sich das Personal der Notaufnahmen und der Krankenhäuser im Kampf gegen Corona zur gleichen Zeit an vorderster Front, besonders im Elsass und im Großraum Paris mit seinen circa zwölf Millionen Einwohner*innen.

Vorgeschichte: das Krankenhaus als Wirtschaftsbetrieb

Der Grund für die Unzufriedenheit des Krankenhauspersonals, so der Notfallmediziner Patrick Pelloux, liegt im Paradigmenwechsel in der französischen Gesundheitspolitik von einer angeblichen «Überbeanspruchung

der Pflege» hin zum «Krankenhaus als Wirtschaftsbetrieb».³ Er und seine Kolleg*innen kritisierten diesen Wandel Ende 2019 in einem offenen Brief: «Ist es nicht das Ziel, die soziale Absicherung und das öffentlichen Krankenhauswesen zu zerstören?»

In der Kritik stehen vor allem Maßnahmen aus dem 2003 beschlossenen «Plan Krankenhaus 2007», der eine neue Krankenhauspolitik und das Abrechnungssystem T2A (tarification à l'activité), das den deutschen Fallpauschalen entspricht, einführte. Diese traten 2004 in Kraft und erzeugten verschiedenste Fehlansätze. Die Schulden der öffentlichen Krankenhäuser stiegen auf 30 Milliarden Euro. Dieser Weg wurde mit dem 2007 angekündigten «Plan Krankenhaus 2012» fortgesetzt. Am 21. Juli 2009 wurde dann das Gesetz «Hôpital, patients, santé et territoire» (HPST) verabschiedet, auch benannt nach der damaligen

Dass alle bisherigen Zugeständnisse nicht in der Lage waren, das Feuer der Empörung zu löschen, zeigt, unter welchem Druck das Personal in dem chronisch unterfinanzierten System steht.

Gesundheitsministerin Roselyne Bachelot. Über allem steht das «Nationale Ziel der Ausgaben für die Krankenversicherungen» (ONDAM), das Teil der Gesetze über die Finanzierung der sozialen Sicherheit von 1996 und 2005 ist, die die staatlichen Zuschüsse für die Sozialversicherung deckeln sollen: Für 2019 sollten diese beispielsweise 200,3 Milliarden Euro betragen. Auch unter Macron wurde der Kurs fortgesetzt. Als die Regierung am 13. Februar 2018 eine globale Reform des Gesundheitssystems ankündigte, waren keine zusätzlichen Mittel für Stellen vorgesehen, aber ambitionierte umfassende Änderungen des Pflegeangebots, so beschrieb es François Béguin in seinem Artikel am 13. Februar 2018 in

Le Monde.⁴ Damit sind vor allem organisatorische Veränderungen und die Revision von Qualitätskriterien in der Pflege gemeint.

Die Ergebnisse dieser Politik zeigen sich in einer chronischen Überlastung des Personals und einer Zunahme von berufsbedingter Depression. Diese nach außen nicht zu verharmlichenden Missstände führen zu dem Teufelskreis, dass sich für freie Stellen zu wenige Bewerber*innen finden. Mitglieder der Französischen Vereinigung der Notfallmediziner (AMUF) beschreiben die prekäre Lage konkret: «Am Montag, den 4. November, um acht Uhr sind 35 Patienten im Gang einer Pariser Notaufnahme aufgenommen worden. Das bedeutet, dass das Krankenhaus diese 35 Patienten nicht aufnehmen konnte, die aber einen Krankenhausaufenthalt während des langen Wochenendes von Allerheiligen gebraucht hätten. Es fehlen 35 Krankenhausbetten, was einen Bedarf von zwei Krankenschwestern, zwei Ärzten und zwei Pflegehelfern darstellt.»⁵ Die Zahl der Betten in der Geriatrie (Altersmedizin) der öffentlichen Krankenhäuser von Paris beispielsweise wurde 2005/06 um 800 Betten auf 2.392 reduziert, berichtete Joran Jamelot, Pflegehelfer und CGT-Sekretär im Pariser Krankenhaus Georges Pompidou im Juli 2019 in einem Gespräch. Geplant sei eine weitere Halbierung auf 1.200 Betten in den nächsten fünf Jahren. Dies soll unter anderem durch eine drastische Verkürzung der Liegezeiten erreicht werden.⁶ In den letzten 20 Jahren wurden 100.000 Betten in den französischen Krankenhäusern abgebaut. Patient*innen, die woanders nicht mehr versorgt werden können, sind heute gezwungen, die Notaufnahmen aufzusuchen. Deren Fallzahlen haben sich von 1996 bis 2016 verdoppelt.⁷ Die explodierenden Anmeldezahlen sind unter anderem eine Folge dieser Abbaumaßnahmen, so Joran. Geradezu zynisch klingt es für ihn, wenn die Regierung versucht, den Bürger*innen die Schuld zu geben, die bei den kleinsten Wehwehchen sofort in die Notaufnahmen

rennen würden. Im Dezember 2018 war eine 55 Jahre alte Patientin in der Notaufnahme des Pariser Krankenhauses Lariboisière gestorben, zwölf Stunden nach ihrer Ankunft und ohne dass ein Arzt sie gesehen hätte.

Zum zusätzlichen Arbeitsdruck kommen zu niedrige Löhne, Joran schätzt den Reallohnverlust auf 25 Prozent seit 2002. «Die Verkleinerung der Belegschaften hört seit zehn Jahren nicht auf, mit seit 15 Jahren eingefrorenen Löhnen. Es wird immer schwieriger, mit dem Lohn einer Krankenschwester oder Pflegehelferin eines öffentlichen Krankenhauses die Kosten für Wohnung und Ernährung zu stemmen», so Aglawen Vega, seit 15 Jahren Krankenschwester in der Notaufnahme des Krankenhauses Cochin.⁸

Mehr Geld, mehr Personal, bedarfsgerechte Finanzierung!

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

- «[Wir fordern] einen Wandel in der Logik der Finanzierung des öffentlichen Krankenhauses und ein Ende der Fallpauschalen. Die Regel muss lauten: richtige Pflege zu den geringsten Kosten und nicht die Suche nach der rentabelsten Vergütung für die Einrichtung. Als Folge muss das Budget für die Krankenhäuser (ONDAM) um mindestens vier Prozent erhöht werden;
- eine signifikante Erhöhung der Löhne des Krankenhauspersonals mit dem Ziel, den Durchschnitt der OECD-Länder für vergleichbare Tätigkeiten zu erreichen (sofortige Erhöhung aller Löhne um 300 Euro im Monat);
- Schluss mit dem Bettenabbau. [Wir fordern mehr] Betten in den Bereichen, wo sie gebraucht werden, mit den erforderlichen Mit-

teln: Einstellung von Personal und Bereitstellung der Ausrüstung;

- Integration und Beteiligung der Patienten und Pflegekräfte aller Bereiche bei pflegerischen Entscheidungen.»⁹

Streiks, Demonstrationen, Codierungstreik, Rückzug von administrativen Aufgaben

Natürlich konnten die Beschäftigten der Notaufnahmen nicht einfach die Arbeit niederlegen, denn hier geht es um Menschenleben. «Die Schwierigkeit ist: Wenn wir streiken, sieht man uns nicht. Die Eisenbahner blockieren die Gleise, die Lkw-Fahrer blockieren die Straßen, aber wenn wir streiken, muss der Krankenhausbetrieb weiterlaufen», so Yann Guittier, Generalsekretär der CGT im Krankenhaus Robert Debré.¹⁰ Eine Krankenschwester erzählte auf der nationalen Demonstration der Notaufnahmen am 2. Juli 2019 in Paris, dass für sie Streik auch bedeute, Arbeitskleidung mit den Streikparolen wie «Wir sind keine Pflegeroboter!» zu tragen. Wichtig und für sie stark motivierend sei die Sympathie, die der Streik in der Bevölkerung genieße.

Das Personal einiger Dienstschriften ließ sich trotz allem krankschreiben, um die Forderungen zu unterstützen. In manchen Fällen wurde darauf mit einer Dienstverpflichtung des Personals reagiert, die polizeilich durchgesetzt wurde. «Die Ordnungskräfte sind um ein Uhr nachts gekommen, um gegen die Wohnungstür einer Krankenschwester zu trommeln. Und das, obwohl sie davor 72 Stunden in der Woche gearbeitet hatte», berichtet Éric Loupiac, Arzt aus Lons-le-Saunier (Jura) und Delegierter der AMUF.¹¹

Die Ausweitung des Streiks in den Notaufnahmen lässt sich folgendermaßen skizzieren: Ausgangspunkt war die Notaufnahme von Saint-Antoine am 18. März 2019, es folgten vier weitere Notaufnahmen in Paris am 14. April und Ende April/Anfang Mai streikten

alle 25 Notaufnahmen in Paris sowie weitere Notaufnahmen in anderen Städten. Anfang Juni beteiligten sich 84 Notaufnahmen in ganz Frankreich, Ende Juni bereits 132. Mitte August, während der Sommerferien, streikten laut Regierung 195, nach dem *rentrée*, dem Ende der Sommerferien, am 2. September waren es 233, Mitte September 252 und am 12. Dezember laut Gewerkschaftsbund der Gesundheits- und Sozialdienste CGT-Santé 270 von insgesamt 474 öffentlichen Notaufnahmen in Frankreich.¹² Unterstützt wurden die Aktionen und Demonstrationen von Beginn an von den Gewerkschaften aus den Dachverbänden CGT, FO und SUD, andere Gewerkschaften wie der Französische Demokratische Gewerkschaftsbund (CFDT) zogen teilweise nach. Bereits Anfang April 2019 hatte sich das Collectif Inter Urgences (CIU) gegründet. Die Bündnisse organisierten zusammen mit dem CIH mehrere nationale Aktionstage mit Streikdemonstrationen in Paris am 2. Juli und am 11. September.¹³ Am 4. und 15. Oktober 2019 rief die CIU zu Demonstrationen auf.¹⁴ Am 14. November wurde wieder mit CIH und Gewerkschaften in Paris demonstriert: Bis zu zehntausend Menschen gingen parallel zur Verabschiedung des Krankenhausbudgets für 2020 auf die Straße. An diesem Tag demonstrierten auch mehrere Hundert *blouses blanches* (dt. weiße Kittel) in Nantes, 400 in Brest und bis zu 3.000 in Toulouse. Die weiteren Aktions- und Streiktage fanden parallel zur breiten Mobilisierung gegen die Rentenreform am 17. Dezember, am 23. Januar und am 14. Februar 2020 statt. Die erste kleine Demonstration aus dem Gesundheitsbereich nach Verhängung der Corona-Maßnahmen fand am 11. Mai, dem ersten Tag der Lockerungen, in Toulouse statt.

Am 17. Dezember 2019 waren auch die *internes* auf der Demonstration vertreten. Das sind Mediziner*innen, Pharmazeut*innen und Zahnmediziner*innen in Ausbildung, die in zunehmendem Maße organisiert auftre-

ten. Diese Verstärkung der Bewegung ist von Bedeutung, weil der Krankenhausbetrieb ohne diese 24.000 zukünftigen Ärzt*innen und Pharmazeut*innen, die unter fröhenartigen Bedingungen für einen geringen Lohn arbeiten, wahrscheinlich zusammenbrechen würde. Bereits eine Woche zuvor hatte ihre gewerkschaftsübergreifende Interessenvertretung, die Intersyndicale (ISNI) den Kampf auf juristisches Terrain getragen, um die Missstände zu bekämpfen. Gleichzeitig hatte sie einen Streikaufruf beschlossen.

rungsstreik (*grève du codage*), bei dem sich das Krankenhauspersonal weigert, die Behandlungsdaten im Rahmen des bereits erwähnten Abrechnungssystems T2A an die Krankenkassen zu übermitteln. Das unternehmerfreundliche Blatt *Les Échos* titelte am 15. Januar: «Der Codierungsstreik treibt den Pariser Krankenhäusern (AP-HP) den kalten Schweiß auf die Stirn!» Diese hätten im letzten Quartal 2019 zwischen 270 und 300 Millionen Euro an Einnahmen verloren, was 17 Prozent des für das Finanzjahr erwarteten Betrags

«Wenn wir streiken, sieht man uns nicht. Die Eisenbahner blockieren die Gleise, die Lkw-Fahrer blockieren die Straßen, aber wenn wir streiken, muss der Krankenhausbetrieb weiterlaufen.» (Yann Guittier)

Das CIH schlug als Aktion die «Demission» vor, die Niederlegung aller Verwaltungs- und Managementaufgaben – dabei wird nicht die medizinische und pflegerische Arbeit eingestellt, sondern allein die Arbeit der Abrechnungsbürokratie. Ermuntert durch die Aktionen des Pflegepersonals und ihrem Berufsethos verpflichtet, hatten schon am 14. Dezember 660 Ärzt*innen damit gedroht. Am 27. Januar 2020 legten dann tatsächlich 54 Mediziner*innen in Rennes ihre Verwaltungstätigkeit nieder, am 13. Februar waren es bereits 600 landesweit. Zur Begründung dieser eher symbolischen Aktion hatten Mediziner*innen des CIH am 14. Januar auf einer Pressekonferenz in Paris erklärt: «2014 haben 500.000 in der Pflege Beschäftigte sieben Millionen Patienten in öffentlichen Krankenhäusern versorgt. Heute sind wir bei 420.000 Pflegekräften für neun Millionen Erkrankte angekommen.» Dem Kollektiv zufolge sind zusätzlich 600 Millionen Euro für 2020 erforderlich, um den Betrieb aufrechtzuerhalten. Die Regierung bot nur 200 Millionen Euro.¹⁵ Eine weitere vom CIH neu erfundene Form des Widerstands ist der sogenannte Codie-

entspricht. Dieses Loch im Budget würde die Leitung der AP-HP stärker beunruhigen als der Streik im medizinischen Management. Um die Verspätung in den Abrechnungen aufzuholen, genüge es in einigen Bereichen, einen Knopf zu drücken und die Tarifierung hinter dem Fall würde erscheinen. In anderen Fällen sei es wesentlich zeitaufwendiger, hier müsse das medizinische Dossier der einzelnen Patient*innen komplett neu erstellt und codiert werden. Für die Abteilungen der medizinischen Datenverarbeitung sei das eine langwierige und schwierige Aufgabe. Für 2019 habe die AP-HP eine Reduzierung ihres Defizits um 30 Millionen auf 127 Millionen vorgesehen, für 2023 schließlich eine schwarze Null, so *Les Échos*. Aber das sei vor dem Codierungsstreik gewesen.¹⁶

In einem Interview für die öffentlich-rechtliche Internetseite *francetvinfo* legte Professorin Agnès Hartemann aus dem Pariser Krankenhaus Pitié-Salpêtrière am 28. Januar 2020 ihre Gründe für den Codierungsstreik dar: «Warum wir das machen? Weil es keinen anderen Weg gibt, wir wollen nicht die Pflege bestreiten. Schließlich haben wir am Anfang an das

Abrechnungssystem geglaubt, man hatte uns gebeten, die Abrechnungen zu optimieren und plötzlich bemerkten wir, dass das System ins Trudeln gerät, dass das Personal verschwindet, die Betten abgebaut werden und wir keine Arbeitsmittel mehr haben.» Auf die Frage, ob sie durch die Direktion bedroht werde, antwortet sie: «Man hat uns gesagt, wir seien dabei, unser Krankenhaus zu versenken. Es ist trotz allem hart, sich das anzuhören. Das geht von Mund zu Mund, das wird nicht schriftlich gemacht, aber bestimmte Medikamente werden nicht mehr ausgeliefert, bestimmte Stellen nicht mehr besetzt. Ihr bringt kein Geld mehr in die Kassen, also werdet ihr in diesem Monat keine schweren Fälle behandeln können. Wir bestreiten die Pflege nicht, wie kann man uns mit so etwas drohen? Die Ärzte sind nicht zur Abrechnung verpflichtet. Wir werden nicht aufgeben. Wenn wir uns früher auf den Kongressen unter Kollegen getroffen haben, haben wir über Forschung und über Pflege gesprochen. Heute sprechen wir über Abrechnungen, wenn wir uns über den Weg laufen. Lasst uns aufhören abzurechnen, lasst uns die Patienten pflegen.»¹⁷

Ausblick

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

mehr als 600 Ärzt*innen unter dem Gruppenamen Kollektiv C19 Anzeige gegen Buzyn und den damaligen Premierminister, weil sie nicht rechtzeitig die notwendigen Maßnahmen ergriffen hätten, um die Ausbreitung der Krankheit zu verlangsamen.

Vielen Verantwortlichen in Macrons Wahlplattform LRM ging während der Krise auf, dass genau diejenigen das System aufrechterhalten, auf die man immer herabgesehen hatte: Arbeiter*innen und schlecht bezahlte Angestellte. Die höheren Ränge verrichteten derweil überwiegend Telearbeit. Der Abgeordnete Guillaume Chiche räumte ein: «Es sind die prekärsten Berufe, die die notwendigsten Tätigkeiten ausführen, um das Land am Laufen zu halten, und die außerdem den Risiken einer Ansteckung am meisten ausgesetzt sind. Das wird ihren Forderungen eine deutliche Rechtfertigung verschaffen.»¹⁸ Er erwartet, dass sich dies in neuen Klassenkämpfen zeigen wird. Auch der Generaldelegierte von LRM, Stanislas Guerini, gesteht ein: «Wir befinden uns in einem Moment der Rehabilitierung der Arbeiter, die für die Nation unersetzlich sind: Die Lieferanten, die Kassierer, die Beschäftigten der Müllabfuhr und der Straßenreinigung [...]. Der lebensnotwendige Charakter einiger Berufe sticht hervor. Frankreich kann ohne sie nicht durchhalten.»¹⁹ Noch deutlicher trifft das zweifellos für das medizinische Personal zu.

Die zu späten Kontaktbeschränkungen, fehlende Masken und Schutzausrüstung, die Infektions- und Todesfälle beim Personal und die Angst vor Folgeschäden wie Lungenfibrosen haben ein Gefühl der Bitterkeit erzeugt, das Gefühl, von der Regierung im Stich gelassen worden zu sein. Mit den Lockerungen am 11. Mai verbreitete sich unter Krankenhausbeschäftigten die Angst vor der zweiten Welle, die auf erschöpfte Belegschaften nach Wochen und Monaten der Dauerüberlastung treffen würde. Jeden Abend um 20 Uhr wurde den im Gesundheitssystem beschäftig-

ten Menschen von der Bevölkerung durch Applaus auf den Balkonen Respekt gezollt. Während eine Mehrheit von über 60 Prozent die Rentenreform ablehnte, liegt der Rückhalt aus der Bevölkerung für den Kampf um den Erhalt der öffentlichen Krankenhäuser sogar bei circa 90 Prozent. Diese Unterstützung und die Erkenntnis, dass Reserven im Gesundheitssystem gerade in Krisensituationen essenziell sind, wird die Bewegung auch in Zukunft stark befeuern. Gleichzeitig stehen Regierung und Wirtschaftsverbände wegen der ökonomischen Einbrüche durch den Lockdown unter noch stärkerem Druck, Einsparungen im öffentlichen Bereich durchzuführen. *La lutte continue*, der Kampf geht weiter.

Nachtrag vom Oktober 2020

Am 17. Mai kündigte die Regierung unter der Bezeichnung «Ségur de la santé» ein Gesetzespaket über sechs Milliarden Euro für die öffentlichen und privaten Krankenhäuser an, ab 2022 sollen jährlich 7,5 Milliarden zur Verfügung stehen. Marie-Cécile Renault präzisiert im *Figaro* vom 24. September 2020: acht Milliarden für Lohnerhöhungen, sechs Milliarden Investitionen und 13 Milliarden, um die Schulden der Krankenhäuser zu übernehmen.²⁰ Dies ist zweifellos ein Erfolg der Bewegung, die – auch unter dem Eindruck der Corona-Krise – die Schwächen des Gesundheitssystems offengelegt hat.

Das Paket enthält allerdings einige Giftpillen, die die Beschäftigten spalten sollen:

1. Der noch nicht bezifferte Beitrag für die privaten Krankenhäuser ist eine indirekte Unterstützung der Aktionäre durch öffentliche Gelder.

2. Statt der geforderten Gehaltserhöhung von 300 Euro wird es nur 180 Euro geben. Es ist unklar, wie diese Prämie in die Gehaltstabelle integriert wird und wie sie sich auf die Renten auswirken wird.²¹

3. In jedem Fall sollen die Prämien an die jährliche Evaluation des Personals geknüpft werden.

4. Lokale Absprachen sollen Rechtskraft erlangen. Damit sollen landesweite Schutzbestimmungen ausgehebelt werden können, was Arbeits- und Pausenzeiten angeht.

5. Es soll eine Gewinnbeteiligung für das Personal geben, das damit ein Interesse an Betten- und Personalabbau gewinnen soll. In Rennes geht der Bettenabbau trotz Corona weiter: 27 Betten sollen am Centre Hospitalier Guillaume Rénier de Rennes gestrichen werden, am Centre Hospitalier Universitaire de Rennes ist der Abbau von 400 Betten geplant.²²

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

Unterdessen gerät die Pandemie in Frankreich erneut außer Kontrolle. Die Infektionszahlen steigen, Krankenhauspersonal und Intensivbetten sind knapp. Wie der Journalist Antoine Delcourt in den Abendnachrichten von France 2 am 11. Oktober 2020 unter Berufung auf Gewerkschaftsquellen berichtete, arbeiten im CHU-Nantes wohl schon ein Duzend positiv auf Corona getestete Mitarbeiter*innen in der Pflege, in der Notaufnahme und sogar in der Beatmung. Die Krankenhausleitung betonte, es gehe von diesen Mitarbeiter*innen keine Gefahr aus, solange sie «strikt symptomfrei» seien, eine Maske trügen und sich die Hände waschen würden.²³

Die zu späten Kontaktbeschränkungen, fehlende Masken und Schutzausrüstung und die Infektions- und Todesfälle beim Personal haben das Gefühl erzeugt, von der Regierung im Stich gelassen worden zu sein.

1 Béguin, François: Agnès Buzyn annonce un «pacte de refondation» à 750 millions d'euros pour les urgences, in: *Le Monde*, 9.9.2019, unter: www.lemonde.fr/societe/article/2019/09/09/urgences-buzyn-annonce-un-plan-de-refondation-dote-de-750-millions-d-euros-jusqu-en-2022_5508296_3224.html. 2 Raulin, Nathalie: La manif des hospitaliers «noyée dans les revendications», in: *Libération*, 17.12.2019, unter: www.liberation.fr/france/2019/12/17/la-manif-des-hospitaliers-noyee-dans-les-revendications_1769729. 3 Kolumne von 13 Kolleg*innen der Französischen Vereinigung der Notfallmediziner (AMUF): De la «surconsommation des soins» à «l'hôpital entreprise», in: *Le Journal de Dimanche*, 10.11.2019. 4 Béguin, François: Le gouvernement promet une «réforme globale» du système de santé, in: *Le Monde*, 13.2.2018, unter: www.lemonde.fr/sante/article/2018/02/13/le-gouvernement-promet-une-reforme-globale-pour-le-systeme-de-sante_5256113_1651302.html. «Pas de moyens financiers supplémentaires pour des postes d'infirmière ou d'aide-soignante.» Der Begriff *infirmière* ist nicht mit der deutschen «Krankenschwester» zu übersetzen. Er umfasst beispielsweise ein begrenztes Recht auf Verschreibungen. 5 *Le Journal De Dimanche*: Tribune. Patrick Pelloux et les médecins urgentistes de France dénoncent «l'hôpital entreprise», 10.11.2019, unter: www.lejdd.fr/Societe/Sante/tribune-patrick-pelloux-et-les-medecins-urgentistes-de-france-denoncent-l-hopital-entreprise-3930313. 6 Während der letzten 20 Jahre hat die Direktion des Verbunds der öffentlichen Krankenhäuser in Paris AP-HP folgende Krankenhäuser geschlossen: Broussais, Boucicaud, Laënnec, Saint Vincent de Paul, Jean Rostand, La Rochefoucauld, den zentralen Ambulanzservice sowie zahlreiche Ausbildungsschulen: die für Krankenschwestern und -pfleger*innen, Sozialassistent*innen, Techniker*innen, zahlreiche Krippen und Freizeitzentren für die Kinder der Beschäftigten. Geplant sei die Schließung von Hôtel Dieu, Adélaïde Hautval, Jean Verdier, Raymond Poincaré, Bichat, Beaujon, Joffre, Emile Roux, Paul Doumer, Georges Clémenceau, Vaugirard (2024), Fernand Widal sowie des Ausbildungszentrums und der Zentralapotheke, so Joran Jamelot. 7 2017 mussten die Notfallaufnahmen 21 Millionen Fälle behandeln, so die französische Regierung am 9.9.2019: «Pacte de refondation des urgences»: 754 millions et des mesures pérennes pour soutenir les professionnels de santé, unter: www.gouvernement.fr/pacte-de-refondation-des-urgences-754-millions-et-des-mesures-perennes-pour-soutenir-les. 8 Aublanc, Manon: Grève aux urgences: «On ne travaille pas dans un hôpital pour risquer sa peau tous les jours», *20minutes.fr*, 29.4.2019, unter: www.20minutes.fr/societe/2507127-20190429-greve-urgences-travail-hopital-risquer-peau-tous-jours. 9 Collectif Inter-Hôpitaux: Historique et charte de fonctionnement du CIH, o. J., unter: www.collectif-inter-hopitaux.org/qui-sommes-nous. 10 Aublanc, Manon: Grève aux urgences: «On ne travaille pas dans un hôpital pour risquer sa peau tous les jours», *20minutes.fr*, 29.4.2019, unter: www.20minutes.fr/societe/2507127-20190429-greve-urgences-travail-hopital-risquer-peau-tous-jours.

20minutes.fr/societe/2507127-20190429-greve-urgences-travail-hopital-risquer-peau-tous-jours. 11 O. A.: Voici la carte de France des urgences en grève, *capital.fr*, 6.6.2019, unter: www.capital.fr/economie-politique/voici-la-carte-de-france-des-urgences-en-greve-1341039. 12 Béguin, François: Urgences: une crise inédite par son ampleur et sa durée, in: *Le Monde*, 29.8.2019, unter: www.lemonde.fr/societe/article/2019/08/29/urgences-une-crise-inedite-par-son-ampleur-et-sa-duree_5503942_3224.html. Die Zeitung *capital.fr* sprach am 6. September 2019 von 520 Notaufnahmen in Frankreich (siehe Fußnote 11). Die Angaben der CGT finden sich unter: www.sante.cgt.fr/Carte-des-services-d-Urgences-en-lutte-270-services-en-greve. 13 Zwei Tage später legte ein Streik gegen die Rentenreform die Metro in Paris und die Regionalzüge der RATP fast komplett lahm. 14 Einen Tag später löste ein Zugunfall eine Welle der Arbeitsverweigerung bei Lokführer*innen der staatliche Eisenbahngesellschaft SNCF aus, deren Begleitpersonal gestrichen worden war. Am 21. Oktober kam es durch spontane Arbeitsniederlegungen in einem Wartungszentrum für TGV, was zu 70 Prozent Ausfällen bei den Atlantiklinien führte. 15 Deunf, Catherine: Démission administrative: la dernière arme des médecins hospitaliers, *France info*, 14.1.2020, unter: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/bretagne/demission-administrative-derniere-arme-medecins-hospitaliers-1774225.html>. 16 Godeluck, Solveig: La grève du codage donne des sueurs froides aux Hôpitaux de Paris. *Les Echos*, 15.1.2020, unter: www.lesechos.fr/economie-france/social/la-greve-du-codage-donne-des-sueurs-froides-aux-hopitaux-de-paris-1163120. 17 *France info*: Grève du codage: «Arrêtons de facturer, soignons nos patients», 28.1.2020, unter: www.francetvinfo.fr/sante/hopital/greve-du-codage-arretons-de-facturer-soignons-nos-patients_3803319.html. 18 Lemarié, Alexandre: La majorité face au risque d'un front social causé par le coronavirus, in: *Le Monde*, 31.3.2020, unter: www.lemonde.fr/politique/article/2020/03/31/coronavirus-la-majorite-face-au-risque-de-front-social_6035017_823448.html. 19 Ebd. 20 Renault, Marie-Cécile: «Séjour de la santé»: les premières mesures entrent en application, in: *Le Figaro*, 24.9.2020, unter: www.lefigaro.fr/conjoncture/segur-de-la-sante-les-premieres-mesures-entrent-en-application-20200924. 21 Die Bezahlung einer französischen *infirmière* ist im Verhältnis zum französischen Durchschnittseinkommen deutlich schlechter als die einer Krankenschwester im Verhältnis zum deutschen Durchschnittseinkommen. Vgl. 20 heures de France 2, 18.5.2020, unter: www.francetvinfo.fr/replay-jt/france-2/20-heures/jt-de-20h-du-lundi-18-mai-2020_3939757.html. 22 Flugblatt der Gewerkschaft CGT: Syndicat CGT du Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes, 29.6.2020. 23 Delahousse, Laurent: JT de 20h du dimanche 11 octobre 2020, *France 2*, 11.10.2020, unter: www.francetvinfo.fr/replay-jt/france-2/20-heures/jt-de-20h-du-dimanche-11-octobre-200_4118157.html.

Interview mit Marianne Haueter

DIE SCHWEIZER SPITALKÄMPFERINNEN

VON DER SCHLIESSUNG DER GEBURTSHILFE IN ZWEISIMMEN ZUR NEUGRÜNDUNG EINER GEBURTSHAUSGENOSSENSCHAFT

In Zweisimmen im Berner Oberland (Schweiz) gründete im Sommer 2014 rund ein Dutzend Frauen eine Arbeitsgruppe, die sich «die Spitalkämpferinnen» nannte. Sie bekämpften zusammen mit anderen Aktivistinnen und Organisationen die Absicht der von der Kantonsregierung unterstützten Spitalbetreiber, die Geburtshilfeabteilung des kleinen Regionalkrankenhauses zu schließen. Die Spitalkämpferinnen verloren den Kampf. Die Geburtsabteilung wurde gegen den Widerstand eines großen Teils der regionalen Bevölkerung geschlossen. Daraufhin starteten die Spitalkämpferinnen im Juli 2015 einen Aufruf zur Gründung einer Genossenschaft, die anstelle der Geburtsabteilung des Krankenhauses als Trägerin eines von Hebammen geführten Geburtshauses fungieren sollte. Diesem Aufruf folgten rund 50 Personen. Das Geburtshaus öffnete am 2. Januar 2017 seine Türen und ist seitdem der Geburtsort von rund 200 Kindern und über 100 Frauen verbrachten dort mit ihren Neugeborenen ihre ersten Wochenbetttage. Zusätzlich führten die Hebammen des Geburtshauses über 1.000 Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft und über 1.800 Wochenbettbesuche zu Hause durch.

Wir kritisierten die dadurch entstehende unzumutbare Reisedistanz für Frauen, den Verlust der Arbeitsplätze für das Fachpersonal; die Unterversorgung einer Alpenregion.

Ebenso wie in Deutschland gehören die Einrichtungen der Geburtshilfe in der Schweiz zu den ungeliebten Abteilungen eines Krankenhauses, weil sie laufend rote Zahlen schreiben – der Bedarf ist nicht gut planbar, die Vorhaltekosten sind hoch. Was war der Anstoß zur Gründung der Spitalkämpferinnen und was habt ihr gemacht?

Anstoß war die angekündigte Schließung der Geburtshilfeabteilung am Standort Zweisimmen. Es waren vor allem Frauen, jüngere und ältere, darunter Mütter und Großmütter, die den Widerstand initiierten. Sie wiesen auf das Grundrecht auf Gesundheitsversorgung für alle und auf die Folgen einer Schließung für Frauen und ihre Familien hin. Wir kritisierten die dadurch entstehende unzumutbare Reisedistanz für Frauen, die auch mit geburtshilfflichen Risiken einhergeht; den Verlust der Arbeitsplätze für das Fachpersonal; die Unterversorgung einer Alpenregion. Wir äußerten die begründete Sorge vor einer Abwanderung von Ärzt*innen auch im ambulanten Bereich, weil Fachleute gehen, wenn ein Standbein der stationären Versorgung fehlt.

Rasch bildete sich im Simmental und im Saanenland Widerstand in der Bevölkerung gegen die Schließung. Wir veranstalteten öffentliche Proteste und richteten Petitionen an die Kantonsregierung und ans Kantonsparlament. Zusätzlich entstand ein kantonales Komitee zur Erhaltung von Spitalstandorten, das per Volksinitiative gegen Schließungen kämpfte. Die Volksinitiative bildete sich anlässlich der Schließung des

gesamten Spitals inklusive der Geburtshilfe in Riggisberg und trat auch für den Erhalt der Geburtshilfe in Zweisimmen ein. Leider wurde die Initiative von den Stimmbürger*innen im Kanton abgelehnt – nur in unserer Region Simmental-Saanenland stimmten rund 80 Prozent dafür.

Der Widerstand gegen die Schließung der Geburtshilfe bestand aus einer breiten Allianz zwischen Bevölkerung und den politischen Parteien, dem kantonalen Berufsverband der Hebammen und Mitgliedern einer Industrie- und Dienstleistungsgewerkschaft. Allerdings war der Kampf regional begrenzt und konnte sich mit der Volksinitiative nicht über die Region hinaus durchsetzen.

Was ist der politische oder finanzielle Hintergrund der Spitalschließungen? Was hat sich in den letzten Jahren in der Gesundheitsversorgung verändert?

Jahrzehntlang war im Kanton Bern der für das Gesundheitswesen zuständige Regierungsrat (Exekutive) Mitglied der Sozialdemokratischen Partei. Seit Jahrzehnten verfolgte diese Partei eine Politik, die die Dezentralisierung der stationären Akutbehandlung förderte. Die Wähler*innen aller Parteien unterstützten diese Politik mit großen Mehrheiten. So erhielten etwa Vorlagen zum Bau von Spitälern Zustimmungswerte von 70 Prozent und mehr. Mit diesem Fokus auf Dezentralisierung schuf sich der Kanton Bern ein dichtes Netz von großen und kleinen Krankenhäusern. Jede Region erhielt ein gut ausgebautes Spital. Finanziell war dies möglich, weil das Parlament den sogenannten Spitalzehntel einführte. Das bedeutet, dass seit den 1970er Jahren jährlich zehn Prozent aller Steuereinnahmen fest für Spitalinvestitionen verwendet werden.

Allerdings dienten diese Gelder bald nicht nur zur Finanzierung von Bau und Einrichtung, sondern auch zur Deckung der immer größer werdenden Betriebsverluste der Spi-

täler. Folglich zahlte der Kanton zwar einen Teil der Steuereinnahmen an die Krankenhäuser, diese aber befanden sich im Besitz der Gemeinden und Städte oder von privaten Stiftungen. Der Kanton hatte also nur beschränkte Einflussmöglichkeiten.

Ab Ende der 1990er Jahre erfolgte unter dem Eindruck der wachsenden Kosten und Betriebsdefizite und der abnehmenden Steuereinnahmen dann eine brutale Kehrtwende. Die Spitäler gingen in den Besitz des Kantons über, der Spitalzehntel wurde abgeschafft und der Kanton begann, Spitäler zu schließen.

2005 nahm das Berner Stimmvolk verschiedene Gesetzesänderungen an, die unter anderem dazu führten, dass die Spital-Trägerschaften von den Gemeindeverbänden in Aktiengesellschaften übergangen, die nun nach privat- und marktwirtschaftlichen Prinzipien geführt werden sollten. Viele Gemeinden bzw. Bürger*innen stimmten dem Gesetz zu, unter anderem weil mit dem neuen Trägerschaftsmodell eine Entlastung der Gemeindefinanzen erfolgte. Dabei wurde außer Acht gelassen, dass die Gemeinden keinen Einfluss mehr auf die Spitalplanung und die Leistungsangebote hatten. Solche Entscheidungen trafen jetzt der Kanton und die Betreiber (Verwaltungsräte) der Spital AGs.

Mit den neuen Trägerschaftsmodellen steht nunmehr allerdings die Ökonomie im Zentrum, das heißt, es erfolgte die Zentralisierung von Leistungen, ein Abbau von angeblichen Überangeboten von Krankenhausbetten, die Bündelung von spezialisierten Leistungen auf einzelne zentrale Standorte und die Einführung von Mindestfallzahlen. Die kleinen Regionalspitäler gerieten dadurch immer mehr unter ökonomischen Druck (zum Beispiel aufgrund zu kleiner Fallzahlen, dem Verlust von spezialisierten Leistungsaufträgen oder zu hohen Vorhaltekosten für den Notfallbetrieb).

Darüber hinaus folgte im Jahr 2012 die Einführung von Fallpauschalen (Swiss Diagnosis Related Groups, SwissDRG) als Abrechnungssystem. Dieses System hat unter anderem die Mengenausweitung, das heißt die Anzahl der Behandlungen, weiter gefördert und Kosteneinsparungen versprochen, die freilich nicht erreicht wurden. Stattdessen verzeichnen wir einen weiteren Anstieg der Gesundheitskosten und einen zunehmenden Kostendruck durch das System der pauschalierten Finanzierung.

Was die Geburtshilfe betrifft, wurden zum Teil unsinnige Vorgaben gemacht, welche an den Leistungsauftrag geknüpft waren: Die Geburtshilfen sollten nach den Standards des Notfalllevels 4 arbeiten, was bedeutet, dass OP-Personal und Fachärzt*innen innerhalb von zehn Minuten einsatzbereit sein müssen. Das trieb die Personalkosten von kleinen Einrichtungen unheimlich in die Höhe, die ohnehin unter Kostendruck geraten waren. Vorher betrug diese Einsatzzeit für die Geburtshilfe 30 Minuten. Aus meiner Sicht handelt es sich bei diesen Vorgaben daher eigentlich um eine Strukturbereinigungsmaßnahme in der Geburtshilfe. Fachgesellschaften haben diese Entwicklung mit vorangetrieben, deren Vertreter*innen sind Angehörige von Zentrums- bzw. Universitätskrankenhäusern und haben andere Aufgaben und andere Bedürfnisse als die Regionalversorger.

Jetzt ergibt sich also folgendes Bild: Im Kanton Bern sind die meisten öffentlichen Spitäler über eine Mehrheitsbeteiligung an den Aktien in der Hand des Kantons. Daneben gibt es reine Privatkliniken, meist auch in Form von Aktiengesellschaften. Einzig bei den meisten Universitätsspitalern in der Schweiz fungiert der Kanton noch als Rechtsträger. Unabhängig von der Rechtsform müssen alle die kantonalen Anforderungen erfüllen, um einen Leistungsauftrag im stationären Bereich zu erhalten, welcher

dazu berechtigt, bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen zu können.¹

Nach einigen Jahren finde ich die Bilanz der Reformen aus mehreren Gründen verheerend: Wir haben einen Verlust der Gemeindeautonomie und der Mitsprache an der regionalen Planung. Den Spitälern sind einträgliche Leistungen entzogen worden, die die anderen Bereiche mitfinanziert haben. Zur Entlastung der Gemeindefinanzen sind die kleinen und dadurch teureren Geburtshilfeabteilungen geschlossen worden. Zusätzlich haben die höheren Notfallanforderungen zur Schließung ländlicher Krankenhäuser geführt, womit die wohnortnahe Versorgung abgebaut worden ist. Die Gesundheitsversorgung hat sich in der Fläche also wesentlich verschlechtert.

Wie genau wurden die Spitalschließungen begründet?

Seit 1999 sind im Kanton Bern 13 Landspitäler und ein Stadtspital mit insgesamt 14 Notfallstationen geschlossen worden. Das wurde mit den immer gleichen drei Argumenten begründet:

Erstens wurde behauptet, kleinere Spitäler seien zu teuer bzw. zu wenig rentabel. Mit der Schaffung größerer Einheiten würden die Kosten reduziert und die Rentabilität würde erhöht.

Zweitens wurde behauptet, kleinere zentrumsferne Spitäler hätten große Mühe, ausreichend ärztliches und pflegerisches Personal anzuwerben.

Drittens wurden Qualitätsbedenken geltend gemacht. Je höher die Fallzahlen, desto besser die Leistungsqualität. Je seltener beispielsweise ein chirurgischer Eingriff in einem Spital durchgeführt werde, desto höher das Risiko eines Zwischenfalls oder eines Diagnose- oder Behandlungsfehlers.

Alle drei Begründungen klingen plausibel, konnten aber bis heute bezeichnenderweise

für die Schweiz und den Kanton Bern nie wissenschaftlich belegt werden.

Zwei weitere Argumente für die Schließung von Akutspitälern und die Zentralisierung der stationären Gesundheitsversorgung leuchten allerdings ein. Die Fortschritte in der Medizin ermöglichen die Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauern und den Abbau von Betten. Und die fortschreitende Spezialisierung der Medizin rechtfertigt es, die Diagnose- und Behandlungsangebote schweizweit zu koordinieren, damit die erforderlichen Fachkompetenzen und Einrichtungen nicht unnützlich im Land verteilt sind. Beispiele sind etwa die Organtransplantationen oder die Therapie schwerster Verbrennungen. Aber genau diese schweizweite Koordination der hochspezialisierten Medizin ist bisher nur sehr schleppend vorangekommen. Schuld ist die Konkurrenz der Kantone und der großen medizinischen Zentren untereinander. In der Notfallversorgung und in der Geburtshilfe leuchten diese Begründungen jedoch nicht ein, denn diese müssen wohnortnah sein. Aber vor allem hier ist es aufgrund der hohen Kosten zu Schließungen gekommen.

Wie ist die Gründung der Genossenschaft Geburtshaus Maternité Alpine vonstatten gegangen?

Rund 50 Leute aus der Region gelangten nach der Schließung der Geburtshilfeabteilung im Spital Zweisimmen zu dem Schluss, dass wir das Heft selbst in die Hand nehmen müssen und nicht auf den Staat warten und ihm vertrauen können. Wir halfen uns also selbst, indem wir eine Genossenschaft gründeten. Es gibt bereits eine breite und langjährige Erfahrung und Tradition mit genossenschaftlich organisierten Selbsthilfestrukturen. Wir schrieben Statuten, erstellten ein Betriebskonzept und ei-

Wir haben sehr strenge Zulassungsregeln für Schwangere zur Geburt in unserem Haus, weil die nächste geburtshilfliche Notfallversorgung 50 Kilometer vom Geburtshaus entfernt ist.

nen Businessplan, reichten beim Kanton alle nötigen Unterlagen für die Betriebsbewilligung und für die Aufnahme auf der Spitalliste ein. Wir suchten eine geeignete Liegenschaft und sammelten Geld für den Start (700.000 Schweizer Franken) bei Privaten und Stiftungen und baten auch die Gemeinden der Region um finanzielle Starthilfe (300.000 Schweizer Franken). Mittlerweile zählt die Genossenschaft rund 340 Mitglieder. Das Geburtshaus zeichnet sich durch eine gute Verankerung in der Bevölkerung aus. Die Verluste der ersten Betriebsjahre konnten wir durch zahlreiche Spenden decken.

Ist die Finanzierung analog zur Spitalfinanzierung geregelt oder funktioniert die Genossenschaft nach anderen Regeln?

Ja, die Finanzierung ist vergleichbar mit jener anderer Spitäler. Haupteinnahmequelle sind die Erlöse aus der Leistungserbringung. Wir sind zudem auf Spenden angewiesen, weil die vertraglich mit den Krankenversicherungen vereinbarten Tarife und die Fallkostenpauschalen nicht hoch genug sind, um die tatsächlichen Kosten zu decken.

Seit dreieinhalb Jahren ist das Geburtshaus nun in Betrieb. Die jährlichen Verluste bewegen sich zwischen 150.000 und 200.000 Schweizer Franken. Wir haben hohe Lohnausgaben, weil wir die Gesamtarbeitsverträge der Branche einhalten wollen. Auf der Einnahmenseite fehlen uns die Erträge aus rund 20 Geburten pro Jahr, um selbsttragend zu sein. Diesbezüglich sind wir Opfer unserer eigenen Sicherheits- und

Risikoüberlegungen. Wir haben sehr strenge Zulassungsregeln für Schwangere zur Geburt in unserem Haus, weil die nächste geburtshilfliche Notfallversorgung 50 Kilometer vom Geburtshaus entfernt ist. Dies bedeutet eine Fahrzeit im Rettungswagen oder Flugzeit im Rettungshelikopter von 40 bis 60 Minuten – und das bei günstigen Witterungsverhältnissen. Bei geburtshilflichen Notfällen können solche Distanzen und Zeiten sehr rasch fatale Auswirkungen haben. Unsere jährliche Quote der Nichtaufnahmen² bewegt sich daher zwischen 25 bis 50 Prozent.

Glücklicherweise praktiziert im Dorf eine Fachärztin für Geburtshilfe und Gynäkologie, von der wir wichtige Unterstützung bei Notfällen erhalten. In lebensbedrohlichen Situationen können wir auch den Operationssaal und die Infrastruktur des 200 Meter neben dem Geburtshaus gelegenen öffentlichen Spitals basierend auf der gesetzlich verankerten Nothilfe benutzen.

In der Region ist jetzt ein «Integriertes Gesundheitsnetzwerk» in Vorbereitung, das den Erhalt eines Spitals und der Hausarztversorgung zum Ziel hat. Die Geburtshausgenossenschaft soll darin eingebunden werden. Hatte die Genossenschaft eine Vorbildfunktion auch für andere Versorgungsbereiche?

Nein, nicht bezüglich der juristischen Form der Trägerschaft. Wir sind in der Region weiterhin die einzige Genossenschaft. Die Trägerschaft des neu gegründeten Integrierten Gesundheitsnetzwerks ist als Aktiengesellschaft organisiert. Wir sind der Ansicht, dass

die juristische Form weniger wichtig ist als die Zusammensetzung der Mitglieder: Es freut uns, dass die elf Gemeinden der Region wieder in die Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung einbezogen werden und das Angebot beeinflussen können. In diesem Sinn haben wir schon eine gewisse Vorbildfunktion: Die Betroffenen und Beteiligten sollen immer über die Art und Weise der Gesundheitsversorgung mitbestimmen können. Selbstbestimmung und Selbstverwaltung, wie wir sie nun in der Genossenschaft Geburtshaus Maternité Alpine praktizieren, können auch in einer Aktiengesellschaft zum Zuge kommen, falls man das will.

Existieren denn die Spitalkämpferinnen noch als politische Gruppe? Sind die beteiligten Frauen weiterhin politisch aktiv?

Die seit Gründung lose organisierte Gruppe besteht als solche nicht mehr, aber ihre Mitglieder sind in der Genossenschaft und im Förderverein für das Geburtshaus aktiv. Ohne die vielen ehrenamtlichen Einsätze dieser Frauen (Fundraising, Informationsanlässe, Mitgliederwerbung, Kochen, Backen, Reinigen, Webseite pflegen, Veröffentlichungen redigieren, Protokolle schreiben, Dekoration des Geburtshauses) wäre das Team der angestellten Hebammen und Hauswirtschaftlerinnen allein den großen Herausforderungen des Geburtshausbetriebs kaum gewachsen.

¹ Das entspricht der Aufnahme in den Landeskrankenhausplan eines deutschen Bundeslandes, um mit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abrechnen zu können. ² Zahl der abgewiesenen Schwangeren im Verhältnis zur Zahl der zur Geburt angemeldeten Schwangeren.

VERZEICHNIS DER AUTOR*INNEN

Jennie Auffenberg hat zur Ökonomisierung im Krankenhausbereich und zu gewerkschaftlichen Gegenbewegungen in Deutschland, England und den USA promoviert. Sie war als Gewerkschaftssekretärin für ver.di im Bereich der Krankenhäuser tätig und arbeitet derzeit als Referentin für Gesundheits- und Pflegepolitik in der Arbeitnehmerkammer Bremen.

Kalina Drenska ist feministische Aktivistin, die sich mit Themen wie soziale Reproduktion und Arbeit in postkommunistischen Kontexten beschäftigt. Sie ist Teil der sozialistischen feministischen Gruppe LevFem und des bulgarischen Frauen*kollektivs FemBunt in Berlin sowie eine der Chefredakteur*innen der Zeitschrift für politische Analysen *Dversia*.

Julia Dück arbeitet im Institut für Gesellschaftsanalyse der Rosa-Luxemburg-Stiftung als Referentin für soziale Infrastrukturen, verbindende Klassenpolitik, Gesundheit und Care. Sie hat an der Friedrich-Schiller-Universität Jena zu Kämpfen um Sorgearbeit und der Krise der sozialen Reproduktion promoviert und engagiert sich in feministischen Kämpfen und solchen um soziale Infrastrukturen (Wohnen, Pflege, Kita).

Petros Elia ist Mitbegründer und leitender Organizer der Gewerkschaft United Voices of the World in London.

Marianne Haueter ist Hebamme und Co-Betriebsleitung im Geburtshaus der Genossenschaft Maternité Alpine in Zweisimmen. Sie war im Kampf gegen die Spitalschließung in Zweisimmen aktiv.

Nick Krachler ist Doktorand an der ILR School, Cornell University in den Vereinigten Staaten. Seine Forschung konzentriert sich auf die Mechanismen des institutionellen Wandels in der Gesundheits- und Pflegeökonomie in vergleichender Perspektive, vor allem bezüglich der Schaffung neuer Berufsgruppen, Vermarktlichungsprozessen und der kollektiven Regulierung von Arbeit.

Bernd Landsiedel, Diplom-Biologe und Lehrer für Biologie, Chemie und Physik, arbeitet seit 2002 an einer Integrierten Gesamtschule in der Nähe von Kassel. Er ist seit 1992 Gewerkschaftsmitglied (damals ÖTV), seit Jahren aktiv im Arbeitskreis Internationales der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW) Hessen mit den Schwerpunkten Frankreich und Griechenland.

Stefan Schoppengerd ist Politikwissenschaftler und lebt in Fronhausen bei Marburg. Er ist Redakteur von *express – Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit* und beteiligt am Kampagnenbündnis Krankenhaus statt Fabrik.

Kane Shaw ist leitender Rechercheur der Gewerkschaft United Voices of the World in London.

Imre Szabó forscht nach seiner Promotion an der Central European University Budapest im Projekt «Labour Politics and the EU's New Economic Governance Regime» in Dublin. Er publiziert seine Arbeitsergebnisse unter anderem in den Zeitschriften *Transfer*, *European Review of Labour and Research*, *Economic and Industrial Democracy* und dem *European Journal of Industrial Relations*.

Impressum

MATERIALIEN Nr. 35

wird herausgegeben von der Rosa-Luxemburg-Stiftung

V. i. S. d. P.: Ulrike Hempel

Straße der Pariser Kommune 8A · 10243 Berlin · www.rosalux.de

ISSN 2199-7713 · Redaktionsschluss: Dezember 2020

Titelbild: picture alliance / NurPhoto | MI News

Layout/Herstellung: MediaService GmbH Druck und Kommunikation

Lektorat: TEXT-ARBEIT, Berlin

Gedruckt auf Circleoffset Premium White, 100% Recycling

«Mit der schwindenden Unterstützung für die Fallpauschalen als zentrales Instrument der Ökonomisierung von Krankenhäusern scheint es im Rahmen des Möglichen zu liegen, im Kampf für eine bedarfsgerechte und gemeinwohlorientierte Gestaltung der Krankenhauslandschaft entscheidende Schritte voranzukommen.»

JENNIE AUFFENBERG, JULIA DÜCK

UND STEFAN SCHOPPENGERD