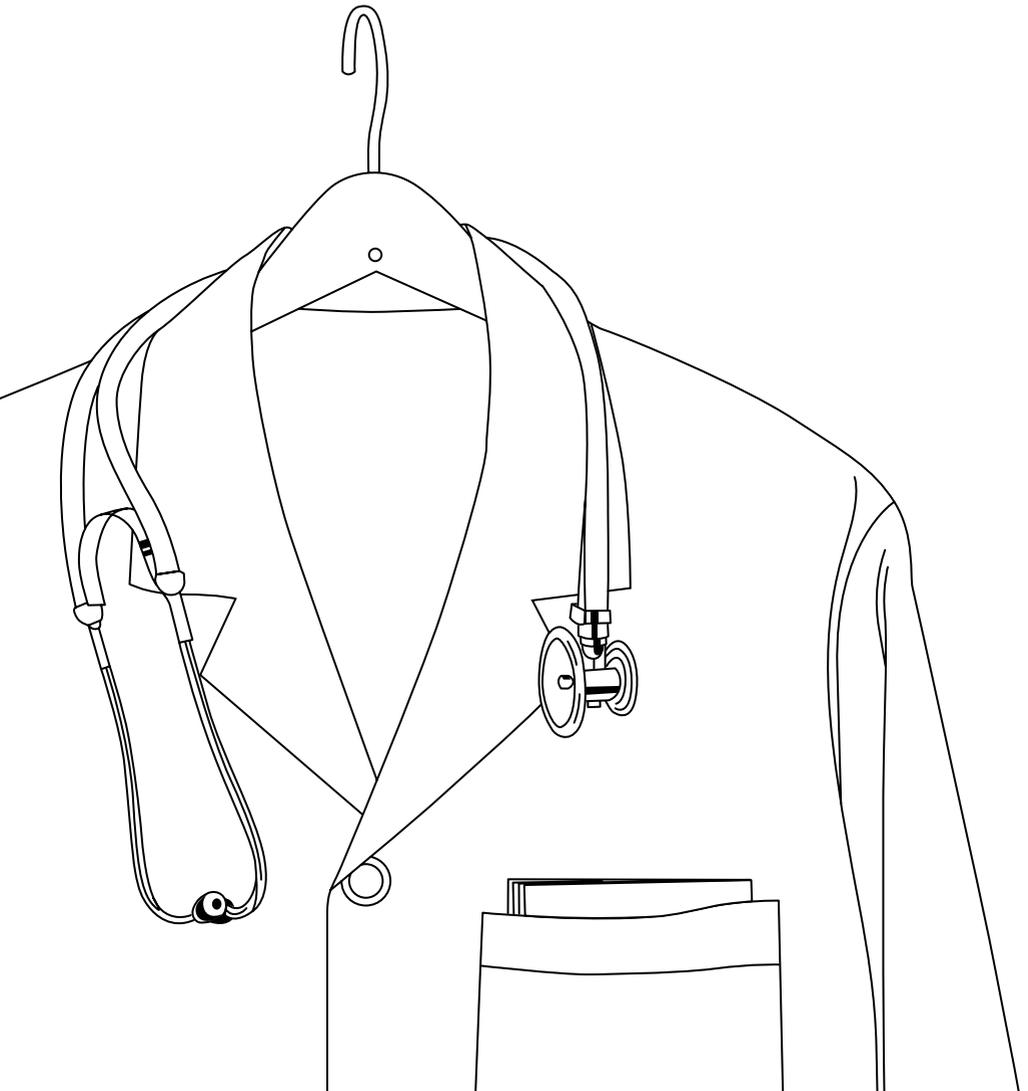


die Kittelbroschüre

SOLIDARISCHES KRANKENHAUS FÜR DIE KITTELTASCHE





Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Arbeitsbedingungen	6
Regelungen zu Rufbereitschaft, Bereitschaftsdiensten und Opt-Out	9
Weiterbildung	12
Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens	16
Wie kann man sich zusammmentun: Gewerkschaft, Streik, Betriebsrat!	24
Diskriminierung	47
Akutsituationen	57
Disclaimer Sprache	68
Ein etwas anderes Glossar	72
Schlusswort	77

Einleitung

Liebe Leser*in,

die Broschüre, die du in den Händen hältst, soll eine Hilfestellung und eine Anregung zugleich sein, gerichtet vor allem an ärztliches Personal, aber auch für alle anderen Interessierten, die für ein solidarisches Miteinander im Krankenhaus eintreten. Hilfe wollen wir dir bieten, wenn du dir z.B. in Grenzsituationen unsicher bist, dich mit deinen Arbeitsbedingungen unwohl fühlst, diskriminiert wirst oder dich nicht mit den profitorientierten Abläufen des Unternehmens Krankenhaus abfinden willst. Dann wird diese kleine Broschüre zur Ermutigung, dich mit Gleichgesinnten zusammenzutun und dich aktiv an der Gestaltung des Arbeitsplatzes Krankenhaus zu beteiligen. Wir möchten dich einladen, Hierarchien nicht als "gottgegeben" anzusehen, an Prozessen zu zweifeln, mit anderen zu reden und zu streiten und dich nicht zuletzt mit den anderen Berufsgruppen zu solidarisieren. Schließlich geht es um die Patient*innen und deren Genesung. Die fortschreitende Ökonomisierung des Gesundheitswesens und damit verbundene Interessenkonflikte werden allerdings auch Thema sein. Wir wollen uns nicht mit der Entwicklung abfinden, die Medizin zur einer Dienstleistung macht, ganz so, als ginge es um den Abschluss eines Handyvertrags. Wenn Behandlungsindikationen ausgedehnt werden, um mit kranken Menschen Geld zu verdienen, wird nicht nur unser Berufsethos, sondern auch das Wohl der Patient*innen gefährdet. Denn das, was vielerorts passiert, hat nichts mit evidenzbasierter Medizin zu tun.

Die Folgen dieser Ökonomisierung betreffen nicht nur die Patient*innen aus, sondern auch die Menschen, die im Krankenhaus arbeiten. Wir. Ganz besonders betroffen sind die Pflegekräfte und andere nicht-ärztliche Kolleg*innen, deren Arbeitsbedingungen sich seit vielen Jahren immer weiter verdichtet und verschlechtert haben. Leider hat das von ärztlicher Seite selten die deshalb notwendige Solidarisierung zur Folge. Im Gegenteil, in einer eigenen Spartengewerkschaft, dem Marburger Bund, kämpft die Ärzt*innenschaft ziemlich erfolgreich für die eigenen Privilegien, während andere Berufsgruppen sich seit Jahren im Dauerstreik befinden, ohne dass

ein Erfolg in Aussicht wäre. Der Pflegenotstand macht deutlich, dass die Qualität der ärztlichen Tätigkeit und der Patient*innenversorgung direkt von der Besetzung und den Arbeitsbedingungen der anderen medizinischen Berufe abhängt. Arbeitskämpfe sollten wir also zusammen führen. Wären wir uns jedoch nicht auch der Belastungen für Ärzt*innen bewusst, wäre dieses Heft wohl nicht entstanden. Die Unzufriedenheit spüren wir überall, und zwar seit dem Studium. Mit den Jahren kommt die Erkenntnis dazu, dass es eben nicht reicht, die Zeit als Weiterbildungsassistent*in durchzustehen und dann in der Krankenhaus-Hierarchie aufzusteigen, damit sich die Arbeitsbedingungen grundsätzlich für einen selbst ändern. Wir stehen vielmehr an einem Punkt, an dem wir anerkennen müssen, dass die häufig praktizierte individuelle Aufopferung, die oft in gesundheitsgefährdendem Verhalten mündet, Teil der Vereinzelungsprozesse am Arbeitsplatz ist. Wir arbeiten aber als Team. Wir müssen miteinander reden, und zwar nicht nur über Fälle und Diagnosen, sondern auch darüber, wie wir arbeiten wollen.

Diese Broschüre soll ein kleiner Anfang sein. Sie soll im Folgenden Wege und Potenziale für eine bessere, solidarische Gesundheitsversorgung aufzeigen: beginnend von der individuellen Handlungsebene zum kollektiven Arbeitskampf. Viele Menschen, aus unterschiedlichen Städten haben daran mitgewirkt, und zwar Ärzt*innen wie Student*innen. Die Redaktion haben dann wir, die kritischen Mediziner*innen Berlin, übernommen. An dieser Stelle möchten wir den Autor*innen für die Arbeit und das Beisteuern ihrer Blickwinkel danken. Wir hoffen, du als Leser*in hast Freude an der kurzen Lektüre und vielleicht hilft dir der ein oder andere Artikel. Anmerken möchten wir noch, dass wir auch die Broschüre als Teil eines Prozesses des stetigen Organizing sehen, sie also mitnichten als abgeschlossen gesehen werden sollte. Falls du Änderungsvorschläge, Einwände, Ergänzungen oder gar Ideen für eigene Beiträge hast, dann melde dich gerne bei uns.

Gesundheit darf keine Ware sein!

DIE REDAKTION

Arbeitsbedingungen

Überstunden

Spätestens mit der ersten Stelle im Krankenhaus wird jede*r über diese Fragen stolpern: *Wie viele Überstunden muss/kann/sollte ich leisten?*

Wir möchten hier einen kleinen Überblick über rechtliche Grundlagen und verschiedene Handlungsoptionen geben. Es bleibt jedoch ein schwieriges Thema und leider oft eine Gratwanderung zwischen der Verantwortung für sich selbst, das Team und die Patient*innen.

Die Basics

Zunächst einmal unterscheiden sich natürlich die Regelungen zu Arbeitszeiten und den zu leistenden Überstunden je nach Tarifvertrag. Hier gibt es den Tarifvertrag der kommunalen Häuser (VKA, Vereinigung der Kommunalen Arbeitgeberverbände), der Unikliniken (TDL, Tarifgemeinschaft dt. Länder) und Konzerntarifverträge (bspw. DRK, Helios oder Vivantes). Eine Besonderheit stellen die kirchlichen Häuser dar. Hier gibt es nur Arbeitsvertragsrichtlinien anstelle eines Tarifvertrags, d.h. nur die Regelungen im eigenen Arbeitsvertrag gelten. Soweit, so unübersichtlich. Trotzdem lassen sich einige gemeinsame Grundlagen feststellen. Das Wichtigste ist allerdings, dass du genau weißt, welche Regelungen in **deinem** Tarifvertrag stehen.

Was sind Überstunden, was ist Mehrarbeit?

Wenn wir von Überstunden sprechen, dann sind die Stunden gemeint, die über die im Dienstplan festgeschriebene Arbeitszeit hinausgehen. Dabei ist es gleichgültig, wie viel/wenig Arbeitszeit an den anderen Tagen der Woche anfällt. Mehrarbeit bezieht sich dabei auf Teilzeitkräfte: Hier gelten die Stunden, die bis zur Stundenzahl einer Vollzeitstelle anfallen, als Mehrarbeit. Erst darüber hinaus werden Überstunden geleistet. Das ist rechtlich umstritten, weil es der eigentlichen Definition von Überstunden widerspricht. Dennoch ist es die Praxis in den meisten Häusern.

Überstundenausgleich

Beim finanziellen Ausgleich für Überstunden wird ein Zuschlag gezahlt (momentan meist 15%), bei der Mehrarbeit ist es weniger eindeutig. Hier regelt der jeweilige Tarifvertrag, ob die Mehrarbeitsstunden wie Überstunden vergütet werden. Auf einen Freizeitausgleich besteht in den meisten Tarifverträgen kein Anspruch, bestenfalls eine abteilungs- oder hausinterne Regelung. Es lohnt sich jedoch, einen Freizeitausgleich anstelle eines finanziellen Ausgleichs einzufordern, falls du statt des Geldes doch lieber freie Tage hättest (der Zuschlag von 15% wird auch bei Freizeitausgleich gezahlt). Falls du natürlich aufgrund deiner Überstunden in einem festgelegten Zeitraum über die durchschnittliche wöchentliche Höchstarbeitszeit (s.u.) kommst, muss ein Freizeitausgleich stattfinden.

Fest steht allerdings, dass du nur einen Anspruch auf Ausgleich von Überstunden hast, wenn sie dokumentiert werden. Es kommt vor, dass die*der Arbeitgeber*in die Position vertritt, dass die Überstunden nicht angeordnet wurden und deshalb nicht ausgeglichen werden müssen. Sollte das in deiner Abteilung/in deinem Haus vorkommen, kannst du bei Dienstende die*den Oberärzt*in anrufen und fragen, ob du die verbleibenden Aufgaben noch an diesem oder erst am folgenden Tag erledigen sollst.

Müssen Überstunden geleistet werden?

Leider – ja! Im Arbeitsvertrag ist i.d.R. festgeschrieben, dass auf Anordnung Überstunden geleistet werden müssen. Bei Personen, die Teilzeit arbeiten, geht dies theoretisch nur mit ihrem ausdrücklichen, vertraglich festgehaltenen Einverständnis. Dieser Schutz für Teilzeitkräfte hat allerdings wenig zu tun mit dem Arbeitsalltag im Krankenhaus...

Wie viele Überstunden dürfen maximal geleistet werden?

Im Krankenhaus gültige Tarifverträge schreiben i.d.R. eine durchschnittliche Arbeitszeit von 40 Stunden die Woche vor. *Wenn allerdings Stunden hierüber hinaus geleistet werden (müssen), wo liegt die maximal zulässige Höchstgrenze?*

Werfen wir einen Blick in das Arbeitszeitgesetz. Dieses schreibt vor, dass die wöchentliche Arbeitszeit im Durchschnitt von sechs Monaten 48 Stunden nicht überschreiten darf. Das sagt wenig aus über die maximale Höchstarbeitszeit in einer bestimmten Woche, hier sind die gesetzlich vorgeschriebenen Ruhezeiten von größerer Bedeutung. Diese sind in den meisten Berufen mindestens elf Stunden, im Krankenhaus ist eine Verkürzung auf zehn Stunden möglich. Die gesetzlich erlaubte tägliche Höchstarbeitszeit beträgt zehn Stunden und darf nicht durch Überstunden überschritten werden. Anders bei Bereitschaftsdienst oder Rufbereitschaft im Anschluss an den Regeldienst, diese gelten als „Sonderform der Arbeit“. Insgesamt resultieren daraus, gemeinsam mit den vorgeschriebenen zwei Ruhetagen innerhalb von 14 Tagen und der Regelung zur Sonntagsruhe, überschlagen eine rechtlich mögliche Höchstarbeitszeit von 70 Stunden in einer Woche im Krankenhaus. Teilweise finden sich in den Tarifverträgen Regelungen, wie viele Stunden sich auf sog. Überstundenkonten ansammeln dürfen, diese setzen aber die hier erläuterten Regelungen nicht außer Kraft.

Überstunden – Was bedeuten sie für das Team?

Überstunden konsequent aufzuschreiben macht nicht unbedingt beliebt bei Vorgesetzten. Du riskierst persönliche Nachteile bei Weiterbildung, befristeten Verträgen oder der Aussicht auf eine Beförderung. Allerdings ist genauso wahr, dass du den Druck auf deine Kolleg*innen erhöhst, wenn du unbezahlte Überstunden leistest. Sie wollen vielleicht deinen Arbeitseifer nicht mittragen, oder können es schlichtweg nicht, wenn sie sich bspw. um Kinder kümmern müssen.

Viele Ärzt*innen haben den Beruf aus dem Grund gewählt, sich für andere Menschen engagieren zu wollen. Aufgaben auf den nächsten Tag zu verschieben, sämtliche Überstunden aufzuschreiben oder Dienste nicht zu übernehmen, kann sich daher verantwortungslos anfühlen. Es ist jedoch besser, auf die Situation aufmerksam zu machen, falls zu viel Arbeit auf zu wenigen Schultern lastet. Damit erhöhst du den Druck auf die*den Arbeitgeber*in für mehr Personal zu sorgen und damit für einen besse-

ren Arbeitsschutz, eine bessere Versorgung der Patient*innen und eine bessere Weiterbildung. Junge Kolleg*innen sollten übrigens nicht das Gefühl haben, die anfallenden Überstunden seien ihre „Schuld“, da sie nicht effizient genug arbeiten würden. Ihre geringere Erfahrung spiegelt sich schon in ihrem niedrigeren Gehalt wider und muss nicht durch unbezahlte Überstunden wettgemacht werden. Teilzeitkräfte sollten zudem einfordern, nicht überproportional Dienste leisten zu müssen.

Überstunden sind Stunden, die geleistet werden müssen, wenn unerwartet viel Arbeit in kurzer Zeit bewältigt werden muss, sie dürfen nicht regelhaft anfallen! Dann bedarf es offensichtlich eines anderen Arbeitszeitmodells (z.B. Schichtdienste) oder einfach mehr Personals. Ihr solltet hier als Team zusammenstehen, um negative Konsequenzen für einzelne Personen zu vermeiden. Verstößt euer Dienstplan gegen gesetzliche oder tarifliche Vorgaben, könnt ihr Kontakt mit dem örtlichen Betriebsrat aufnehmen, damit dieser euch unterstützt. Bei den Gewerkschaften findet ihr zudem Jurist*innen, die euch beraten können.

Regelungen zu Rufbereitschaft, Bereitschaftsdiensten und Opt-Out

Rufbereitschaft

Was unterscheidet die Rufbereitschaft vom Bereitschaftsdienst?

Rufbereitschaft kann nur angeordnet werden, wenn erfahrungsgemäß nur in Ausnahmefällen Arbeit anfällt (definiert als max. 10-15% der Rufbereitschaftszeit und max. in jedem zweiten Dienst), ansonsten muss Bereitschaftsdienst angeordnet werden. Hier bestimmt die*der Arbeitgeber*in, wo du dich während deiner Dienstzeit aufhältst (meistens im Krankenhaus, es kann aber auch zu Hause sein). Arbeit darf im Bereitschaftsdienst

nur in max. 49% der Dienstzeit anfallen, fällt regelmäßig > 50% Arbeit an, ist Schichtarbeit das richtige Arbeitszeitmodell.

Bereitschaftsdienst und Opt-Out

Bereitschaftsdienste können am Wochenende oder im Anschluss an die Regelarbeitszeit von Montag bis Freitag angeordnet werden. Wird unter der Woche Bereitschaftsdienst geleistet, darf die tägl. Regelarbeitszeit von acht Stunden (bzw. die Höchstgrenze von zehn Stunden) dadurch überschritten werden.

Und Opt-Out?

Das ist ein freiwilliger Zusatzvertrag, der vereinbart werden kann, wenn regelmäßig Bereitschaftsdienste anfallen (also nicht bei Schichtarbeit). Hier darf die wöchentliche Höchstarbeitszeit von 48 Stunden durchschnittlich in sechs Monaten, die das Arbeitszeitgesetz vorschreibt (s.o.), ohne Ausgleich überschritten werden. Die Höchstgrenze wird dann geregelt durch die tarifvertragliche Opt-Out-Regelung und liegt meistens zwischen maximal 54 und 60 Stunden pro Woche durchschnittlich in sechs Monaten. Zusätzlich schreibt die Opt-Out-Regelung meist auch eine absolute maximale Wochenarbeitszeit fest.

Wie oben bereits geschrieben: Opt-Out ist freiwillig und kann daher wieder gekündigt werden. Eine Person, die nicht einwilligen möchte, darf deshalb nicht benachteiligt werden. Die Erfahrung, dass das in der Praxis leider anders aussehen kann, werden viele machen, die Opt-Out nicht zustimmen wollen. Und wenn Opt-Out mit dem Anstellungsvertrag vorgelegt wird, kann es auch vorerst unterschrieben und nach Ablauf der Probezeit wieder gekündigt werden.

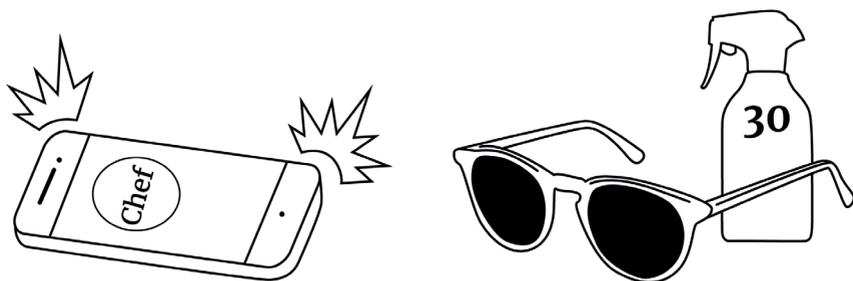
Anforderung aus dem Frei

Das Betriebsverfassungsgesetz regelt, dass der Betriebsrat ein Mitbestimmungsrecht bei Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit hat. Daher muss jeder Dienstplan dem Betriebsrat vorgelegt werden, nachdem dieser zugestimmt hat, sind keine Änderungen des Dienstplans mehr möglich (eine Ausnahme hiervon sind kirchliche Häuser, hier gibt es Mitarbeitervertre-

tungen mit eingeschränkten Rechten anstelle eines Betriebsrats).

Was bedeutet das konkret?

Das bedeutet, dass der mitbestimmte Dienstplan für beide Seiten, auch für die*den Arbeitgeber*in, verbindlich ist! Niemand ist verpflichtet, eine andere Schicht als im Dienstplan zu übernehmen und erst recht nicht, an einem freien Tag oder im Urlaub zur Arbeit zu kommen. Natürlich gibt es hier Ausnahmen, so dürfen beim Katastrophenfall oder bei einem Notstand Arbeitnehmer*innen aus dem Frei geholt werden, doch das kommt schließlich nicht alle Tage vor. Die Gefährdung der Patientenversorgung durch akuten oder chronischen Personalmangel stellt keinen Notstand dar, sondern ist leider häufig Alltag.



Und wie reagiere ich, wenn ich dennoch angefordert werde?

Das einfachste ist zunächst, es gar nicht so weit kommen zu lassen. Du hast keine Verpflichtung, in deiner Freizeit für die*den Arbeitgeber*in erreichbar zu sein. Die*der Arbeitgeber*in darf deinen persönlichen Kontakt nur für den Katastrophenfall hinterlegen und ansonsten nicht darauf zugreifen. Sollte der*die Oberärzt*in dennoch deine Nummer haben, weil du sie bspw. weitergegeben hast, musst du nicht ans Telefon gehen. Schwieriger ist es, wenn du während deiner Arbeit angefragt wirst. Hier darf natürlich jederzeit abgelehnt und im Zweifelsfall eine Zustimmung der Dienstplanänderung durch den Betriebsrat gefordert werden. Hier gilt, genau wie bei den Überstunden: Wenn Du deine gesetzlich/tarifvertraglich zugesicherten Rechte einforderst, darfst du dafür nicht benachteiligt werden. Leider passiert aber genau das noch viel zu häufig.

Weiterbildung

Wie ist die Weiterbildung organisiert?

Zurzeit wird die Weiterbildung umstrukturiert, sodass noch vieles offen steht. 2018 wurde die neue (Muster)Weiterbildungsordnung (MWBO) durch die Bundesärzt*innenkammer verabschiedet. Wenn die Landesärzt*innenkammern ihre Satzungen ändern, wird die neue Weiterbildungsordnung in dem jeweiligen Bundesland rechtsverbindlich – in vielen Bundesländern vermutlich in diesem Jahr (2020). Die neue Weiterbildungsordnung gilt für diejenigen, die ihre Weiterbildung nach Inkrafttreten der Regelungen beginnen. Personen, die bereits in der Weiterbildung sind, haben die Wahlmöglichkeit zwischen der alten und der neuen Weiterbildungsordnung (hier setzen die Länder Übergangsfristen, i.d.R. 7 Jahre).

Die Weiterbildung soll zukünftig „kompetenzbasiert“ gestaltet werden, sich also am bescheinigten Erwerb bestimmter Kenntnisse und Fähigkeiten orientieren. Momentan werden in den meisten Weiterbildungsordnungen noch Mindestzeiten für die Einsätze in bestimmten Bereichen (z.B. Intensivstation) und Richtzahlen (definierte Anzahl selbstständig durchgeführter Untersuchungen/Eingriffe unter Aufsicht) als Bezugspunkte gefordert. Vor- und Nachteile der neuen Weiterbildungsordnung werden sich zeigen. Sicher ist, dass hier mehr individuelle Gestaltungsfreiheit gelassen wird. Gleichzeitig bedeutet das aber auch mehr Spielraum für willkürliche Entscheidungen der Weiterbildungsbefugten (i.d.R. die Chefärzt*innen) und es wird schwieriger werden, den Erwerb bestimmter Kompetenzen einzufordern, anstatt sich auf festgeschriebene Richtzahlen zu berufen.

Arbeitsvertrag und Weiterbildung

Die verbindliche Grundlage für die Weiterbildung ist, dass sie im Arbeitsvertrag steht. Auch die Vertragslaufzeit hängt mit der Weiterbildung zusammen, das wird geregelt durch das Gesetz über befristete Verträge mit Ärzt*innen in der Weiterbildung. Du hast einen Anspruch darauf, für die Dauer einen Vertrag zu bekommen, in der die*der Weiterbildungsbeauf-

tragte*r weiterbildungsbefugt ist. Konkret bedeutet das, dass du auf der Seite der Ärzt*innenkammer nachlesen kannst, für wie viele Jahre die*der Chefärzt*in deiner neuen Abteilung eine Weiterbildungsbefugnis hat. Sind das drei Jahre, hast du einen Anspruch auf einen auf drei Jahre befristeten Vertrag. In der Chirurgie bspw. wird der erste Vertrag oft pauschal auf die zwei Jahre des Common Trunc begrenzt, das ist allerdings nicht korrekt und du kannst versuchen, eine längere Vertragslaufzeit durchzusetzen. Übrigens können nur so viele Jahre für die Weiterbildung angerechnet werden, solange die Weiterbildungsbefugnis gültig ist – in unserem Beispiel also maximal drei Jahre, für die verbleibenden Jahre muss die Abteilung gewechselt werden. Diese Regelungen sind an der alten Weiterbildungsordnung mit Mindestzeiten orientiert und können sich in den kommenden Jahren ändern...

Ist ein Vertrag hingegen nach dem Teilzeit- und Befristungsgesetz befristet, besteht kein Anspruch auf Weiterbildung. Es gibt zwei Möglichkeiten, warum ein Vertrag befristet sein kann: Einmal sachgrundlos, allerdings hat z.B. der Berliner Senat angeordnet, dass es in den landeseigenen Betrieben keine sachgrundlos befristeten Verträge mehr geben darf. Zum anderen begründet, bspw. als Vertretung in Elternzeit, Krankheit etc. Auch wenn es sich nicht um einen Weiterbildungsvertrag handelt, können sowohl die Zeit wie auch erlernte Fähigkeiten auf die Weiterbildung angerechnet werden, es besteht nur kein Recht darauf. Nach der neuen Weiterbildungsordnung sind bereits drei Monate in einer Abteilung ausreichend, damit die Zeit zur Weiterbildung angerechnet werden kann, momentan sind es noch sechs.

Schwangerschaft

Schwangere Personen werden oft dazu angehalten, aufgrund der Mutterschutzregelungen vermehrt Tätigkeiten zu übernehmen, die nicht für die Weiterbildung angerechnet werden können. Das ist besonders offensichtlich in chirurgischen Fächern. Hier ist es wichtig, sich Tätigkeiten zu suchen, die anerkannt werden können (bspw. Ultraschall-Untersuchungen) und diese einzufordern. Eine zunehmende Problematik ist das Beschäfti-

gungsverbot in der Schwangerschaft. Da die schwangere Person bestimmte Tätigkeiten und Dienste nicht leisten darf, drängen viele Arbeitgeber*innen sowie Vorgesetzte und Kolleg*innen auf ein Beschäftigungsverbot. Argumentiert wird bspw. mit der Mehrbelastung der Kolleg*innen, die aus der Übernahme der zusätzlichen Dienste resultiert. Es ist aber die Aufgabe der*des Arbeitgeber*in, hierfür Lösungen zu finden und einen Arbeitsplatz zu garantieren, der den Anforderungen des Mutterschutzgesetzes entspricht. Du solltest für dich selbst entscheiden, ob du aufgrund einer Schwangerschaft für eine bestimmte Zeit auf die Weiterbildung verzichten möchtest oder nicht, ohne dich unter Druck setzen zu lassen.

Teilzeit

Es ist möglich, die gesamte Weiterbildung in Teilzeit zu absolvieren (mind. 50%), die Weiterbildungszeit verlängert sich dementsprechend. Die Tätigkeit in Teilzeit muss allerdings häufig vorab bei der zuständigen Ärzt*innenkammer beantragt werden.

Ambulante Weiterbildung

Eine ambulante Weiterbildung ist in dazu qualifizierten Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren möglich. Es kann sinnvoll sein, hier auf Standardverträge zurückzugreifen, um Rechtssicherheit zu erhalten. Diese sind orientiert am Tarifvertrag für Ärzt*innen an kommunalen Krankenhäusern (TV-Ärzte). Allgemeinmedizinische Praxen sind zur Zahlung eines Tarifgehalts, also der im Krankenhaus üblichen Vergütung, verpflichtet, dies gilt nicht für Medizinische Versorgungszentren. Stehen keine entsprechenden Regelungen im Vertrag gilt für die tägliche Höchstarbeitszeit, die Regelung zur Sonntagsruhe etc. lediglich das Arbeitszeitgesetz.

Worauf sollte ich persönlich achten?

Die Qualität der Weiterbildung ist abhängig von der*dem Weiterbildungsbeauftragten vor Ort, daher ist es umso wichtiger, sich für mehr Personal und ein gutes Arbeitsklima auf der Station einzusetzen. Die Wahl von Assistent*innensprecher*innen kann hilfreich sein, um eine offizielle

Ansprechperson für dich, deine Kolleg*innen und eure Vorgesetzten zu haben. Ein jährliches Weiterbildungsgespräch ist verpflichtend, standardisiert und bietet eine gute Möglichkeit, deine Forderungen zu stellen. Zudem kann ein individueller Weiterbildungsplan mit der*dem Chef-ärzt*in vereinbart werden. Hierzu kann sich auf den empfohlenen Weiterbildungsplan der jeweiligen Fachrichtung berufen werden (die meisten Fachrichtungsverbände haben solche Weiterbildungspläne erstellt). Auf alle Fälle solltest du dich bereits am Berufsanfang mit der aktuell gültigen Weiterbildungsordnung auseinandersetzen und dich darüber informieren, welche Rechte du hast und welche Kompetenzen von dir gefordert werden.

Marburger Bund: Marburger Bund Bundesverband. Zugriff am 20.10.2020 unter: <https://www.marburger-bund.de/>

ver.di (2015): Broschüre Gegendruck. Hilfe zur Selbsthilfe bei Überlastung und Personalnot. Zugriff am 20.10.2020 unter: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/service/publikationen/+co++d514bea0-d29c-11e6-b337-525400940f89>

Marburger Bund (2018): Tarifvertrag TV Ärzte Vivantes – 5. Zugriff am 20.10.2020 unter: https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/tarifvertraege/2018-12/TV-%C3%84rzte%20Vivantes_%C3%84TV-5.pdf

Bundesamt für Justiz (1994): Arbeitszeitgesetz. Zugriff am 20.10.2020 unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/arbzg/BJNR117100994.html>

Ärztekammer Berlin. Zugriff am 20.10.2020 unter: <https://www.aerztekammer-berlin.de/>

Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Die „geistig-moralische Wende“ (Helmut Kohl) hat auch vor dem Gesundheitswesen nicht Halt gemacht. Was vorher verboten war, wurde mit dem Krankenhausneuordnungsgesetz von 1984 zum erklärten Ziel: Gewinne mit Krankenhäusern erwirtschaften.

Aus der Umstellung des Krankenhauswesens auf Profitmaximierung folgte später ein neues Finanzierungssystem. Das Prinzip der Kostendeckung wurde endgültig 2003 von dem Fallpauschalensystem abgelöst. Diese Umstrukturierung, betrifft alle Häuser ungeachtet der Trägerschaft gleichermaßen. So treffen alle genannten Folgen auch auf die frei-gemeinnützige sowie die öffentliche Trägerschaft zu.

Mit der Vergütung medizinischer Leistung durch eine Pauschale, ungeachtet des tatsächlichen therapeutischen Aufwands, wuchs einerseits das Risiko, auf den Kosten sitzen zu bleiben. Zum anderen konnte nun jedoch durch gezielte Einsparung und Interventionen wie Operationen ein Gewinn erzielt werden. Solche Einsparungen konzentrieren sich noch heute vornehmlich auf die Kosten für das Pflege- und weiteres nicht-ärztliches Personal. Reinigungskräfte, Bot*innen, Servicekräfte, etc. wurden zum Teil outgesourct. Stellen für Pflegekräfte wurden abgebaut. Miserable Arbeitsbedingungen haben einen handfesten Pflegenotstand hervorgerufen [1]. Während die Pflege zum Kostenfaktor wurde, wurde im ärztlichen Sektor nicht etwa gekürzt, sondern Personal aufgestockt. Die Rolle der Ärzt*innen hat sich hin zu Dienstleister*innen verschoben. Indem sie Operationen oder Interventionen (wie etwa Herzkatheteruntersuchungen oder Hüft-OPs) veranlassen und durchführen, werden sie zu Leistungserbringer*innen, die dem Krankenhaus Geld einbringen. Mit der Einführung des Pflegebudgets durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz 2020 stehen nun auch die Ärzt*innen unter großem ökonomischen Druck. Private Konzerne versuchen jetzt verschärft, ärztliche Leistungen an Pflegekräfte zu delegieren und so Arzt*innenstellen einzusparen. Helios will in nächster Zukunft 10% der Ärzt*innen wegrationalisieren. Auch im niedergelasse-

nen Sektor wird ein hoher Arbeitsaufwand für das Vergeben von „Ziffern“ verwendet, die Krankheit von Patient*innen wird zur Profitmaximierung genutzt. Die Benachteiligung der Pflege und anderer nicht-ärztlicher Berufe in diesem Finanzierungssystem vergiftet das Betriebsklima, und schafft krankenhausinterne Kasten, was die unerlässliche Arbeit im interprofessionellen Kontext erschwert.

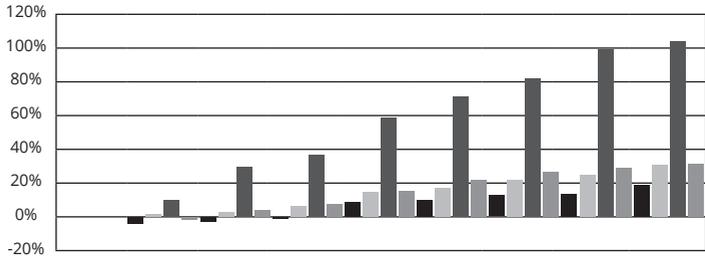
Die von der Privatisierung erhoffte Kosteneffizienz lässt sich heute nicht beobachten. Stattdessen ist das Gesundheitssystem so teuer wie nie zuvor [2]. Ausmaß und Geschwindigkeit des Kostenanstiegs lassen sich nicht allein mit einer alternden Gesellschaft erklären. Das Gegenteil der neo-liberalen Heilsversprechen lässt sich heute beobachten: Der bürokratische Aufwand ist irrsinnig [3], die Kosten sind rasant gestiegen und die Versorgung hat sich subjektiv nicht verbessert. Stattdessen finanzieren wir mit unseren zum größten Teil solidarisch eingezahlten Krankenkassenbeiträgen nun auch die Dividende einiger weniger Aktionär*innen.

Was bedeutet das für uns?

Unsere Arbeit und unser Einsatz werden missbraucht. Kostenüberlegungen stechen oftmals medizinische Indikationen aus. Das geht so weit, dass Indikationen „gedehnt“ werden, damit das Plansoll an veranschlagten Interventionen erreicht wird. Die ärztliche Handlungskompetenz wird dadurch immer wieder eingeschränkt, Evidenz und Patient*innenwohl werden missachtet. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) hat sich deshalb selbst einen Klinik-Kodex gegeben: „Medizin vor Ökonomie“ [4].

Wieso ändern wir nicht die Arbeitsbedingungen, anstatt dass wir uns Kodizes auferlegen?

Zusammen mit den anderen Berufsgruppen sind wir es, die im Krankenhaus arbeiten. Wir sollten bestimmen, wie die optimale Patient*innenversorgung auszusehen hat. „Medizin vor Ökonomie“ sollte eine Selbstverständlichkeit sein.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
■ öffentl. Krankenhäuser	0,0%	- 4%	- 2,2%	- 0,2%	7%	10,9%	12,2%	15,8%	19,6%
■ frei-gemeinn. Krhs.	0,0%	0,4%	1,4%	5,9%	14,9%	18,5%	21%	26,4%	28,1%
■ priv. Krankenhäuser	0,0%	11%	30,2%	36%	59,3%	69,4%	81,6%	100,2%	105,8%
■ allg. Krhs. kalkul.	0,0%	- 0,6%	3,2%	6,5%	16,4%	21,6%	26,6%	31,3%	33,9%

Abb.: Entwicklung der Erlöse nach Krankenhaustypen (2005–2013)

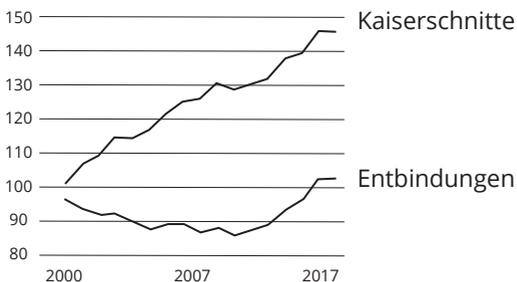
- [1] Simon, Michael (2018): Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung. Forschungsförderung Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 96
- [2] Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020): Gesundheitsausgaben in Deutschland. Zugriff am 20.10.2020 unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=85205701&nummer=522&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=35067272
- [3] Osterloh, Frank (2017): Krankenhausärzte: Mehr Personal, weniger Bürokratie. Deutsches Ärzteblatt, 114(27–28)
- [4] DGIM (2017): Klinik-Codex der DGIM – Originalpublikation. Zugriff am 20.10.2020 unter: <https://www.dgim.de/veroeffentlichungen/aerzte-codex/>
- [5] Graphik: Bündnis Krankenhaus statt Fabrik (2019) Entwicklung der Erlöse nach Krankenhaustypen in Krankenhaus statt Fabrik. Bedarfsgerecht. Gemeinwohlorientiert, S. 26. 4. Auflage. Abrufbar unter: www.krankenhaus-statt-fabrik.de

Ärztliche Entscheidungsfindung unter ökonomischem Druck

Kommerzialisierung oder Ökonomisierung – Diese Begriffe beschreiben den Wandel, der die Krankenhauslandschaft Deutschlands seit Jahren durchzieht. Welche Auswirkungen DRGs, Personalkürzungen und Co. auf die individuelle ärztliche Entscheidungsfindung haben können [1] und wie man sich als Ärzt*in von ökonomischen Einflüssen loslösen kann, soll in diesem Beitrag diskutiert werden. Eine grundlegende Änderung der Zustände bedarf jedoch kollektiver Organisation, die in nachfolgenden Beiträgen wie zum Beispiel „Erfolgreiches Organizing“ oder „Streik“ behandelt wird. Fallpauschalen führen zu Fehlanreizen für Ärzt*innen mit Fokus auf Rentabilität. Dies bahnt Über-, Unter- oder Fehlversorgung von Patient*innen den Weg: Ein Bedeutungsverlust von fachlichen Standards und Leitlinien also.

Doch auch wenn bezüglich abzuhandelnder Fälle Druck aus der Chefetage kommt, gilt für Ärzt*innen inklusive Berufsanfänger*innen, dass sie „in medizinischen Entscheidungen nicht weisungsgebunden [sind]“ [2].

Im Klinikalltag sind rein ethische und vorwiegend ökonomische Entscheidungen jedoch oft schwer voneinander zu trennen, weil auch unter Ärzt*innen das profitorientierte Prinzip reproduziert wird, unterstützt z.B. durch leistungsabhängige Gehaltsbestandteile bei ärztlichem Führungspersonal, d.h. also, dass die Vergütung abhängig von bestimmten Leistungen, wie z.B. bestimmten Behandlungen / Operationen, variieren kann. Das führt nicht zuletzt zu einer Zunahme meist invasiver Behandlungsoptionen wie z.B. Kaiserschnitten anstelle von natürlichen Geburten.



Eine Möglichkeit, sich dem Dilemma zu entziehen, schafft die Initiative der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) „Gemeinsam Klug Entscheiden [3]“, die unter Berücksichtigung von Wissenschaftlichkeit, Transparenz, Konsensbildung und Zielgruppenorientierung Empfehlungen für ärztliche Therapieentscheidungen unabhängig von ökonomischen Vorgaben entwickelt.

Daneben bewertet *leitlinienwatch.de* [4] „medizinische Behandlungsleitlinien auf ihre Unabhängigkeit von der Pharmaindustrie“ und bietet so die Möglichkeit, diese zu hinterfragen.

Wo lukrative OPs im Akkord stattfinden müssen, um genug Fälle zu generieren, fällt die psychosoziale Dimension und Kommunikationsebene der Medizin hinten runter. Umso wichtiger ist es, im partizipativen Dialog mit Patient*innen gemeinsam eine Entscheidung zu treffen, anstatt die ärztliche Macht, Behandlungsentscheidungen zu beeinflussen, für ökonomische Zwecke zu missbrauchen.

Viele Krankenhäuser verfügen zudem über ein eigenes Beschwerdemanagement und oder CIRS (Critical Incident Reporting System), das mitunter auch auf Diskrepanzen zwischen Ethik und Ökonomie aufmerksam machen kann.

All dies sind zwar Anreize, seine individuellen ärztlichen Entscheidungen kritisch zu bewerten, doch um die Probleme an der Wurzel zu fassen, benötigt es gesamtsystemische Veränderungen, auf deren Relevanz in weiteren Beiträgen eingegangen wird.

Abb.: Entwicklung bei Entbindungen und Kaiserschnitte im Krankenhaus (2000 = 100%)

Anette

KRITISCHE MEDIZINER*INNEN BERLIN

[1] Krankenhaus statt Fabrik: Bedarfsorientierte Steuerung statt Marktsteuerung und Kostendruck, Personalnot, Überlastung. Zugriff am 20.10.2020 unter: <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/196>

-
- [2] Osterloh, Falk (2019): Michael Weber: Krankenhausärzten den Rücken stärken. Deutsches Ärzteblatt, 116(4)
- [3] AWMF e.V.: Das Portal der wissenschaftlichen Medizin. Zugriff am 13.04.2020 unter <https://www.awmf.org/medizin-versorgung/gemeinsam-klug-entscheiden/gemeinsam-klug-entscheiden-empfehlungen.html>
- [4] Leitlinienwatch: Das Transparenzportal für medizinische Behandlungsleitlinien. Zugriff am 20.10.2020 unter: <https://www.leitlinienwatch.de/>
- [5] Graphik: Krankenhaus statt Fabrik: Aktualisierte Foliensammlung: Ökonomisierung und Kommerzialisierung im Gesundheitswesen. Zugriff am 28.04.2021 unter <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/101>
-

Interessenkonflikte – Is it really just a Kuli?

Schau dich einmal in deinem Arbeitsumfeld um! Was steht auf deinem Kuli oder der Tasse deiner Kollegin? Nicht selten finden sich dort Markennamen von den Herstellern von Medizinprodukten.

Können uns kleine Geschenke beeinflussen? Warum setzen Unternehmen auf solche Werbeartikel?

Eine Erklärung dafür kann die Reziprozitätsregel sein. Denn eine Grundlage des menschlichen Handelns ist die Wechselseitigkeit: Wer etwas bekommt, möchte etwas zurückgeben [1]. Und hier können Interessenkonflikte entstehen. „Ein Interessenkonflikt ist definiert durch das Vorhandensein von sekundären Interessen. Ob sich diese tatsächlich auf das Urteilsvermögen auswirken, ist unerheblich.“

Der Begriff „Interessenkonflikt“ bezeichnet somit nicht zwangsläufig eine unangemessen beeinflusste Beurteilung oder Handlung [2]. Im Krankenhausalltag treffen viele verschiedene Interessen aufeinander. Das primäre ärztliche, aber auch pflegerische Interesse ist zum Beispiel in der Genfer Deklaration festgehalten. Es ist die bestmögliche Behandlung für die Patient*innen. Die Behandlungsentscheidung wird u.a. durch Leitlinien, Vorgaben der Krankenhausleitung, aber auch sekundäre Interessen, z.B. materieller oder sozialer Art beeinflusst.

Eine der einflussreichsten Akteur*innen im Gesundheitswesen ist die

Pharmaindustrie, anhand deren Beispiel wir skizzieren wollen, warum es wichtig ist, sich verschiedener Interessen bewusst zu sein und die daraus resultierenden Konflikte zu beachten. Wichtig zu erkennen ist dabei, dass das primäre Interesse der pharmazeutischen Firmen von dem des medizinischen Personals abweicht. Denn sie sind Unternehmen, die den Regeln des Marktes unterliegen und deren Hauptziel deshalb die Gewinnerzielung und Umsatz- und Gewinnsteigerung sein muss. Wenn nun Vertreter*innen der Pharmaindustrie zu Besuch auf Stationen und in Praxen kommen und kleine Geschenke, Infoflyer zu neuen Medikamenten oder ein paar Proben anbieten, so tun sie dies nicht im Interesse der Patient*innen, sondern im Interesse ihres Unternehmens.

Ähnlich verhält es sich bei gesponserten Weiterbildungen oder Konferenzteilnahmen. Die vermittelten Inhalte dienen auch der Werbung, die z.B. darauf abzielen kann, das Verschreibungsverhalten zu beeinflussen. Ein Zusammenschluss von Ärzt*innen, die sich dieser Einflüssen entziehen möchte, indem sie die Besuche von Pharmavertreter*innen ablehnen und keine Zuwendungen annehmen, sind die MEZIS [3].

Neben MEZIS setzen sich weitere Initiativen für unabhängige Fortbildungen ein. Dazu gründete sich das Aktionsbündnis Fortbildung 2020 [4] und ein Zusammenschluss von Neurolog*innen: Neurologyfirst [5]. Sie geben konkrete Richtlinien für die Durchführung von pharma-unabhängigen Fortbildungen an die Hand.

Auch Leitlinien von Fachgesellschaften können durch Interessenkonflikte beeinflusst werden, wenn beispielsweise Mandatsträger*innen einer Fachgesellschaft Honorarverträge mit einer Firma haben, deren Medikament für die Empfehlung der Leitlinie in Frage kommt, oder Aktien dieser besitzen [6].

Eine Anlaufstelle zur Bewertung der Wissenschaftlichkeit und Unabhängigkeit von Leitlinien ist die Website leitlinienwatch.de [7]. Es gibt also zahlreiche Möglichkeiten sich zu informieren und Interessenkonflikte zu vermeiden.

Auch das Thematisieren in der medizinischen Lehre und das Sichtbarmachen von Interessenkonflikten ist ein wichtiger Schritt zu einem profes-

sionellen Umgang damit. Es kann der Vermeidung unangemessener, das heißt nicht mit dem primären, ärztlichen Interesse übereinstimmender, Beeinflussung dienen.

Jede*r kann einen Teil dazu beitragen. Dafür sind Transparenz und eine offene Kommunikation unter Kolleg*innen und im Team wichtig! Damit wir, im Sinne unserer Patient*innen und mit ihnen, gute und unabhängige Entscheidungen treffen können.

Anne Harzendorf

BASISGRUPPE MEDIZIN GÖTTINGEN

und

Leonie Mac Fehr

KRITISCHE MEDIZINER*INNEN HANNOVER

für die AG Interessenkonflikte der bvmd und UAEM

-
- [1] Fugh-Berman, Adriane/ Ahari, Shahram (2007): Following the Script. How Drug Reps Make Friends and Influence Doctors. *PLoS Medicine*, 4, e150
- [2] Klemperer, David (2008): Interessenkonflikte: Gefahr für das ärztliche Urteilsvermögen. *Deutsches Ärzteblatt*, 105(40)
- [3] MEZIS e.V.: Mein Essen zahl ich selbst. Zugriff am 20.10.2020 unter <https://mezis.de/>
- [4] MEZIS e.V.(2020): Aktionsbündnis Fortbildung 2020. Zugriff am 20.10.2020 unter: <https://cme-sponsorfrei.de/>
- [5] Neurologyfirst: Initiative deutscher Neurologen für Pharma-unabhängige Kongresse und Leitlinien. Zugriff am 20.10.2020 unter <http://www.neurologyfirst.de/>
- [6] Schott, Gisela et al. (2015): Deklaration und Umgang mit Interessenkonflikten in deutschen Leitlinien. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 112, Heft 26
- [7] Leitlinienwatch: Das Transparenzportal für medizinische Behandlungsleitlinien. Zugriff am 20.10.2020 unter: <https://www.leitlinienwatch.de>

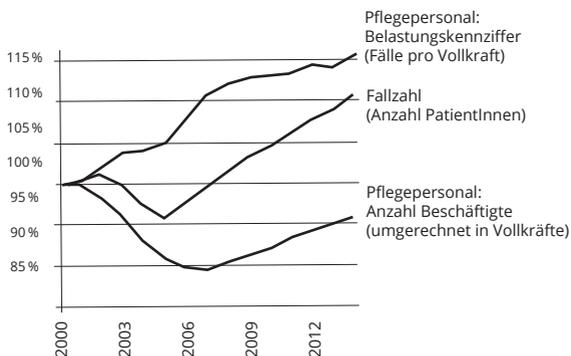


Abb.: Anstieg der Belastung des Pflegepersonals seit 2000

[1] Graphik: Bündnis Krankenhaus statt Fabrik (2019) Entwicklung der Erlöse nach Krankenhaustypen in Krankenhaus statt Fabrik. Bedarfsgerecht. Gemeinwohlorientiert, S. 54. 4. Auflage. Abrufbar unter www.krankenhaus-statt-fabrik.de

Wie kann man sich zusammmentun: Gewerkschaft, Streik, Betriebsrat!

Wie fange ich an, oder: Der „kleine“ Arbeitskampf

Bei Unzufriedenheit oder Frustration ist der erste Schritt oft das persönliche Gespräch zu Arbeitskolleg*innen, die sich eventuell in einer ähnlichen Situation befinden. Dies ist hilfreich, um die eigene subjektive Erfahrung mit der Erfahrung anderer abzugleichen und auch, um Probleme in der Struktur der Arbeit zu erkennen.

Bei strukturellen Problemen kann es nützlich sein, diese im größeren Team zu besprechen. Hierfür eignen sich geleitete Gesprächsrunden im Team, sogenannte Super- oder Intervisionsrunden. Leider sind diese, bis auf im psychiatrischen Umfeld, im Krankenhaus eher die Ausnahme. Deswegen ist es nützlich, sich mit Kolleg*innen außerhalb der Arbeitszeit zu treffen, um gemeinsam die Situation, Handlungsspielräume und Aktio-

nen zu besprechen. Eine frühe Einbindung von mehreren Berufsgruppen (z.B. Pflege, Servicepersonal und ärztliches Personal) ist hilfreich für den Teamzusammenhalt und kann für den weiteren Verlauf von großem Vorteil sein. Wichtig ist hierbei keine Hierarchien zu reproduzieren, sodass jede Stimme aus der jeweiligen Berufsgruppe gehört und auf die Redeanteile aus jeder Gruppe geachtet werden (Ärztlichem Personal wird oft schon im Studium implizit gelehrt, sicher und dominierend aufzutreten. Dies kann vorhandene Hierarchien zementieren). Leitungspersonal sollte an solch einem Treffen erstmal nicht teilnehmen, und auch nichts von Treffen erfahren, bis es „spruchreif“ ist. Führungspersonal behauptet oft, eine frühere persönliche Ansprache der Probleme hätte zu einer früheren Lösung geführt („Warum sind Sie denn nicht gleich zu mir gekommen?“). Dadurch wird jedoch kollektiver Unmut auf die individuelle Ebene verlagert und der gemeinsamen organisierten Aktion der Wind aus den Segeln genommen.

Eine gute Idee sind Treffen außerhalb der Arbeit in einem Café oder einem Restaurant. Hierbei gilt: Was auf dem Treffen besprochen wird bleibt auf dem Treffen. Niemand sollte wegen dem Gesagten arbeitsrechtliche Konsequenzen fürchten müssen.

Am besten Ihr tauscht die privaten Kontaktdaten aus, inklusive der privaten Mailadressen. Die Arbeits-Mailadressen sind für das Thema Arbeitsbedingungen tabu. Gleichzeitig sollte klar sein, dass hier keine illegale Verschwörung läuft: sich als Team privat zusammenzusetzen und Probleme zu besprechen ist euer gutes Recht!

Verschriftlicht Teile des Treffens und lasst es Personen zukommen, die nicht am Treffen beiwohnen konnten. Dies schafft Transparenz und gleichzeitig eine größere Gruppe, die hinter den Forderungen steht. Meist wird erst nach vielen, oft frustrierten Erlebnissen des „kleinen Arbeitskampfes“ die professionelle Arbeit von Gewerkschafter*innen und Betriebsrät*innen in Anspruch genommen. Das Arbeitsrecht und der Handlungsspielraum sind für Laien jedoch so schwierig abzuschätzen, dass es sich lohnt, früh den Kontakt zu professionellen Strukturen aufzunehmen. Zum Beispiel können Gewerkschaftsmitglieder kostenlos, schnell

und einfach Beratung bei Arbeitsschwierigkeiten bekommen, alternativ kann der Betriebsrat der Klinik angesprochen werden.

Warum macht es Sinn, sich gewerkschaftlich zu organisieren?

Mitglied in einer Gewerkschaft zu sein oder sogar aktiv in der Klinik und darüber hinaus zusammen politisch zu arbeiten schien vielen bis vor Kurzem nicht so attraktiv. Sei es die relative Stabilität vergangener Jahrzehnte, sei es eine allgemeine Vereinzelung und verbreiteter Individualismus, sei es eine wahrgenommene oder reale fehlende Schlagkraft der Gewerkschaften, die Menschen davon abhielten, sich dort zugehörig zu fühlen. Hier soll ganz klar für die gewerkschaftliche Organisation argumentiert werden. Dies ist kein Werblock, nicht geschrieben von bezahlten Gewerkschaftsangestellten, sondern von Kolleg*innen aus der Klinik. Die Arbeitsbelastung hat sich durch das Umsichgreifen des Gewinnstrebens verstärkt.



Die ökonomische Logik arbeitet gegen unsere fachlichen und moralischen Prinzipien. Zudem verändern sich die politischen Kräfteverhältnisse, gewerkschaftsfeindliche und rechtsextreme Positionen wachsen und spalten die Gesellschaft. Dagegen müssen wir uns organisieren und für gerechte und demokratische Arbeits- und Lebensbedingungen kämpfen.

Gewerkschaften sind ein Instrument der lohnabhängig Beschäftigten, d.h. Menschen, die die Gemeinsamkeit haben, dass sie eine Arbeitsstelle und Lohn brauchen, um ihren Lebensunterhalt zu finanzieren. Sie sind ein wichtiges Mittel um unsere Interessen durchzusetzen. Alleine fehlt uns oft die Macht dazu, aber organisiert geht so einiges. Individuell helfen sie in

rechtlichen Auseinandersetzungen, bei Diskriminierung, auch bei Miet- und Steuerfragen, die nichts direkt mit der Arbeitsstelle zu tun haben. Im Betrieb kämpfen wir gemeinsam für unsere Rechte, was Arbeitsbedingungen, Arbeitszeiten und Löhne angeht. Kommt es zum Streik, gibt es Streikgeld. Politisch sind sie ein Mittel, um unsere Rechte auszuweiten und grundlegende Verbesserungen zu erreichen.

Eine Kombination dieser Punkte waren und sind die Entlastungsstreiks der Pflege. Es wird für mehr Personal in einzelnen Kliniken gekämpft und damit das Fallpauschalensystem angegriffen. Die Folge: Die Lohnkosten für Pflegepersonal „am Bett“ wurden aus den DRG herausgenommen. Das ist gelungen durch das organisierte Vorgehen, über Berufsgruppen und einzelne Betriebe hinweg.

Felix Ahls

VEREIN DEMOKRATISCHER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE (vdää)

Wann und wie streiken?

1. Zeigt sich, dass Tarifverhandlungen nicht erfolgreich laufen, sollte eine Vollversammlung einberufen werden. Hier wird mit Gewerkschaft und Arbeitnehmer*innen besprochen, ob es einen Warnstreik geben soll, was generelle Ziele eines Streiks sein könnten und eine Arbeitsgruppe Streik eingesetzt. Es werden regelmäßige Treffen geplant, ein E-Mail Verteiler eingerichtet (immer private Mailadressen nutzen!), Zuständigkeiten, wie Streikleitung, Pressekontakt oder Ärzt*innensprecher*in verteilt und der Kontakt zum Landesverband aufgenommen.
2. Werden die Verhandlungen als gescheitert erklärt, findet innerhalb der Gewerkschaft eine Urabstimmung statt, ob gestreikt werden soll oder nicht, es müssen sich mindestens 75% der abstimmenden Mitglieder dafür aussprechen. Vorher werden hierfür alle in Kenntnis gesetzt, warum die Verhandlungen gescheitert sind, welche Ziele der Streik verfolgt und wie der Streik ablaufen soll. Hier ist es wichtig nicht nur Gewerkschaftsmitglieder zu informieren, sondern auch andere Ärzt*innen, Chefärzt*innen und weitere Berufsgruppen im Krankenhaus, um so eine möglichst große Solidarität in der gesamten Klinik zu erzielen. Gestreikt

wird für das Wohl der Patient*innen und aller Beschäftigten.

3. Nun wird der Streik umgesetzt, je nach Struktur der Klinik und Kapazitäten, können unterschiedliche Streikformen zum Einsatz kommen, z.B. Vollstreik oder partieller Streik oder Streik in Wellen. Durch Plakate auf dem Betriebsgelände und einen förmlichen Brief an die Betriebsleitung wird der Arbeitskampf angekündigt.

Während des Charité-Streiks 2015 „wurden Stationen, in denen der Großteil der Pfleger*innen angekündigt hatten zu streiken, geschlossen und Patient*innen verlegt“ [1]. Neben der Ankündigung von Stations- und Bettenschließungen als sinnvolle Streikmaßnahme, handeln meistens (jedoch nicht zwingend erforderlich) Arbeitgeber*in und Gewerkschaft eine Notdienstvereinbarung aus, die das Maß der Besetzung und medizinischen Versorgung festlegt. Diese ist aber regelmäßig kündbar und nicht rechtlich verpflichtend. Außerdem sollte die Pressearbeit aufgenommen werden (bei der Gewerkschaft kann speziell dafür ein Infopakete „Presse“ angefordert werden) und es sollten streikbegleitende Aktionen stattfinden, wie Demonstrationen oder „After-Strike-Partys“.

4. Der Streik wird beendet, wenn die Kampfziele erreicht sind und die Tarifkommission der Gewerkschaft nach einer weiteren Urabstimmung (mindestens 50% der Abstimmenden müssen sich dafür aussprechen) das Ende des Streiks bekannt gibt. In der erwähnten Tarifkommission saßen beim Streik der Charité 2015 sogenannte Tarifberater*innen, also Menschen, die das Vertrauen der Stationen hatten und in enger Absprache mit den Mitgliedern die einzelnen Schritte der Tarifverhandlungen besprachen.
5. Nach dem Streik ist vor dem Streik. Streikleitung und Sprecher*innen der streikenden Berufsgruppen, sowie Pressekontakt sollten ihr Wissen und ihre Erfahrung weitergeben und E-Mail-Listen sollten erhalten bleiben, um sich regelmäßig informieren zu können.

Generalstreiks oder politische Streiks sind in Deutschland schon seit den 50er Jahren verboten. Dies heißt aber keineswegs, dass es nicht trotzdem politische Streiks in der Bundesrepublik gegeben hat, so zum Beispiel

1996, als unter der Regierung Kohl Lohnfortzahlungen im Krankheitsfall gekürzt werden sollten. Streikaktionen in verschiedenen Betrieben brachten das Gesetz letztlich zu Fall.

2006 rief der Marburger Bund in der gesamten Republik zum Vollstreik auf. Er forderte einen ersten eigenständigen Tarifvertrag für Ärzt*innen mit Regelungen zur Arbeitszeit, Dienstvergütung und zur Fachärzt*innenweiterbildung und setzte sich damit letztlich auch durch. Der „Ärztestreik“ 2006 war für den Marburger Bund ein Erfolg, der bitter erkaufte wurde. Die Loslösung der Ärzteschaft aus dem Tarifverbund des öffentlichen Dienstes beendete die Kooperation zwischen ver.di und Marburger Bund bei Tarifverhandlungen. Es konnten viele Änderungen für das ärztliche Personal, vor allem in Bezug auf Bezahlung, durchgesetzt werden. Die Pflege wurde fortan mit ihren Arbeitskämpfen alleine gelassen.

ANMERKUNG DER REDAKTION:

Streik ist rechtlich gesehen nur dann geschützt, wenn er als Mittel zum Abschluss von Tarifverträgen eingesetzt wird. Jedoch gibt es darüber hinaus noch weitere Formen des Arbeitskampfes mit denen sich Arbeiter*innen im Krankenhaus bessere Arbeitsbedingungen erkämpfen, die auf der Eskalationsleiter einige Stufen unter einem Streik anzuordnen sind. Ein amüsantes aber auch erfolgreiches Beispiel aus den Völklinger SHG-Kliniken zeigt, was möglich ist. Nach langem Streit um die Bezahlung von Umkleidezeiten (das Umziehen wurde nicht als Arbeitszeit gezählt und war somit unbezahlt mit der Begründung, dass das Tragen der Arbeitskleidung freiwillig sei) und fehlendem Kooperationswillen vonseiten des Managements stellten die Pflegekräfte ein Ultimatum und erklärten: „Wir kommen alle im Schlafanzug zum Dienst, wenn der Arbeitgeber der Bezahlung der Umkleidezeiten bis zum Stichtag nicht zustimmt.“ Und siehe da: seit 2013 gilt in den Völklinger Kliniken die Umkleidezeit als Arbeitszeit.

Auch das (angedrohte) Zurückdelegieren von freiwilligen Tätigkeiten hat in der Vergangenheit oftmals Wirkung gezeigt. So müssen Pflegekräfte immer mehr ärztliche Tätigkeiten übernehmen, ohne dafür eine Lohnerhöhung oder mehr Personal zu erhalten. An der Charité berief sich die Pflege

2015 bei den sog. „Delegiertenstreiks“ kollektiv auf das Recht, ärztliche Tätigkeiten zurück zu delegieren, wenn man sich zum Beispiel überfordert fühlt. In Kombination mit einem symbolischen „Notruf“ an Klinikleitung und Öffentlichkeit wurden einige Umstrukturierungen, Belastungsreduzierungen oder auch Lohnerhöhungen erreicht.

Auch regelmäßige und kollektive Überlastungsanzeigen können dabei behilflich sein, die eigenen Grenzen klar verständlich zu kommunizieren. Auch der „Dienst nach Vorschrift“, bei dem das Personal beispielsweise die Händedesinfektion im vorgesehenen Ausmaß ausführt und durch die dadurch entstehende Funktionsuntüchtigkeit auf Station den Zeitmangel anprangert, ist eine kreative Methode des Arbeitskampfes.

Für ärztliches Personal könnte man sich ähnliches für die Zurückdelegierung von managementähnlichen Tätigkeiten vorstellen. Es gilt natürlich immer, die oben genannten Bemühungen der anderen Berufsgruppen nicht als Angriff auf den eigenen Beruf zu sehen, sondern im Gegenteil die Forderungen zu unterstützen.

Julia Machel-Ebeling

KRITISCHE MEDIZINER*INNEN BERLIN

Mehr Krankenhauspersonal (2017) Aktion für Patientensicherheit –
Startseite – Presse – Pressemitteilungen – Eindrücke vom Charité
Streik Zugriff am 27.02.2021 unter:

<https://www.mehr-krankenhauspersonal.de/2215>

Marburger Bund: Streikleitfaden 2013, Stand März 2019. Zugriff am
20.10.2020 unter: https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/2019-03/Streikleitfaden_2013-02_inkl-Einleger.pdf

Deutsche Ärztekammer (2013): FAQ zum Streik angestellter Ärzte. Zugriff
am 20.10.2020 unter: <https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/4omerkblaetter/10merkblaetter/streik-angestellter.pdf>

Jörg Nowak (2016): Ein bisschen verboten: politischer Streik. Bundeszentrale politische Bildung. Zugriff am 20.10.2020 unter: <https://www.bpb.de/dialog/netzdebatte/219308/ein-bisschen-verboten-politischer-streik>

Tagesspiegel (2006): Chronologie der Ärztestreiks. Zugriff am 05.05.2020 unter: <https://www.tagesspiegel.de/politik/gesundheits-chronologie-der-aerzte-streiks/741754.html>

Idowa (2020): Ärztestreiks in ganz Deutschland: Warnstreiks an Unikliniken. Zugriff am 20.10.2020 unter: <https://www.idowa.de/inhalt.aerzte-streiks-in-ganz-deutschland-warnstreiks-an-unikliniken-auch-regensburg-betroffen.dc6d36cb-a546-4a83-a74d-961dd01c38de.html>

Martin Haller (2015): Charité-Streik für mehr Personal: »Wir schreiten voran, andere werden folgen« Zugriff am 20.10.2020 unter: <http://pfligestreik.de/charite-streik-fuer-mehr-personal-wir-schreiten-voran-andere-werden-folgen/>

ver.di (2015): Broschüre Gegendruck. Hilfe zur Selbsthilfe bei Überlastung und Personalnot Zugriff am 20.10.2020 unter: <https://gesundheits-soziales.verdi.de/service/publikationen/++co++d514beao-d29c-11e6-b337-52540094of89>

Kann ich für meinen Streik sanktioniert werden?

Wer von seinem Recht zu streiken Gebrauch macht und an einem rechtmäßigen Streik teilnimmt, darf nach §612 BGB nicht dafür sanktioniert werden. Es kommt dennoch häufig zu Repressalien und Drohungen durch Arbeitgeber*innen oder Chefärzt*innen. In solchen Fällen können die Rechtsberatungen der Gewerkschaften helfen [1]. Auch eine Bevorzugung von nicht streikenden Kolleg*innen durch den Arbeitgeber ist nicht zulässig [2].

[1] Marburger Bund: Streikleitfaden 2013, Stand März 2019. Zugriff am 20.10.2020 unter: https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/2019-03/Streikleitfaden_2013-02_inkl-Einleger.pdf

[2] ver.di Bundesverwaltung (2011): Deine Rechte im Streik. Zugriff am 01.11.2020 unter: https://www.verdi.de/++file++5073a205deb5011a-f90017ac/download/Deine_Rechte_im_Streik_2011.pdf

Arbeitskämpfe gemeinsam kämpfen

Bisher gilt, dass Servicekräfte, Pfleger*innen, Physiotherapeut*innen und Ärzt*innen ihre Anliegen alleine ausfechten. Das liegt nicht allein daran, dass die Ziele manchmal andere sind. Ärzt*innen leiden für gewöhnlich nicht unter einer massiven Unterbezahlung, wohingegen Servicekräfte knapp über dem Mindestlohn verdienen und befristete Verträge bei out-sourceten Töchtern erdulden müssen. Die Krankenhaushierarchie spielt auch dabei eine große Rolle, denn Ärzt*innen fällt es mit einer Vielzahl an Lobby-Verbänden und Positionen in der Politik zweifelsfrei leichter, politische Ziele durchzusetzen. Pflegekräfte haben keine vergleichbare Lobby wie Ärzt*innen, die hingegen politisch häufig überrepräsentiert sind. Das lässt sich vor allem an den zahlreichen Entlastungsstreiks ablesen, die wenn auch oft erfolgreich, hart erkämpft werden mussten.

Die drängenden Probleme im Krankenhaus betreffen jedoch alle – ob direkt oder indirekt. Die Trias aus Überlastung, Überstunden und Unterbezahlung taucht insbesondere auch aufgrund des zunehmenden Ökonomisierungsdrucks überall auf.

Die Überlastung des Pflegepersonals stellt eines der, wenn nicht das größte Problem im deutschen Gesundheitssystem dar. Die Frage ist:

Warum wird noch nicht gemeinsam etwas dagegen getan? An einem Arbeitsplatz wie dem Krankenhaus, wo als Team gearbeitet wird, müssen Arbeitskämpfe stets als gemeinsames Anliegen verstanden werden. Demnach sollten Maßnahmen berufsübergreifend konzipiert und formuliert werden. Im Zuge dessen braucht es ebenfalls die Reorganisation in einer einheitlichen Gewerkschaft.

Sollten Arbeitskämpfe mal nicht im Rahmen einer gemeinsamen Interessenvertretung möglich sein, bleibt eine unbedingte Solidarität mit den Forderungen der anderen Berufsgruppen notwendig. Forderungen des Marburger Bundes nach mehr Gehalt für Ärzt*innen sind damit natürlich nicht gemeint. Vielmehr sollte z.B. bei kommenden Pflege-Streiks, den Streikenden so viel Unterstützung wie möglich zu Teil werden. Dies ist auf

vielen Ebenen möglich, angefangen dabei in Gesprächen mit Kolleg*innen, Vorgesetzten oder Patient*innen den Streik zu verteidigen, sich dafür einzusetzen, dass Betten entsprechend gesperrt werden und auch einfach nachzufragen, wie man selbst konkret unterstützen kann, auch z.B. in Form praktischer Hilfe.

Marinus

KRITISCHE MEDIZINER*INNEN BERLIN

Betriebsrat

Um sich zu organisieren und die Interessen der Arbeitnehmenden im Krankenhaus zu vertreten gibt es je nach Träger*innenschaft verschiedene Formen der Mitarbeiter*innenvertretung mit unterschiedlichen Gremien und Rechten. In Krankenhäusern aus öffentlicher Hand gibt es einen Personalrat mit Personalvertretungsgesetzen des Bundes und der Länder. Im Gegensatz dazu haben kirchliche Krankenhäuser eine Mitgliederververtretung, welche einem eigenen Rechtswerk folgt, dem sogenannten „Dritten Weg“. Weiterhin gibt es bei privaten Träger*innenschaften Betriebsräte mit dem Betriebsverfassungsgesetz.

Im Folgenden soll beispielhaft die Möglichkeit der Einflussnahme durch den Betriebsrat beschrieben werden.

Ab einer Größe von 5 ständigen Arbeitnehmer*innen kann in Krankenhäusern, Praxen etc. ein Betriebsrat gegründet werden. Dieser wird für 4 Jahre gewählt. Arbeitgeber*innen dürfen den Betriebsrat nicht in dessen Pflichten und Rechten einschränken. Bei Verstößen kann der Betriebsrat klagen und Bußgelder können verhängt werden. Arbeitgeber*innen müssen für alle Kosten aufkommen, die durch die Arbeit des Betriebsrates entstehen. Wählen dürfen alle volljährigen Mitarbeiter*innen, die hauptsächlich für diesen Betrieb arbeiten und über 3 Monate angestellt sein sollen. Wählen lassen können sich alle volljährigen Mitarbeiter*innen, die über 6 Monate im Betrieb angestellt sind und sich nicht in leitenden Positionen befinden. Ausgenommen davon sind Chefarzt*innen, welche sich trotzdem zur Wahl stellen lassen können. Bei dem Engagement im Betriebsrat handelt es sich

um eine ehrenamtliche Arbeit, aber die Gewählten erhalten einen speziellen Kündigungsschutz, damit sie keine Angst haben müssen vor Konsequenzen, falls sie sich für die Belegschaft einsetzen.

Zu den Aufgaben des Betriebsrates gehört die Beschäftigtenförderung und –sicherung. Der Betriebsrat stellt ein Bindeglied zwischen Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen dar und hat dabei besondere Rechte.

So müssen sich Arbeitgeber*innen Vorwände und Meinungen des Betriebsrates anhören, wodurch die Interessen der Beschäftigten eine Stimme bekommen. Außerdem muss der Betriebsrat über alle Vorhaben, welche die Beschäftigten betreffen, unterrichtet werden, z.B. über Kündigungen. Es steht ihm zu, alle Unterlagen und Informationen zu erhalten, welche die Beschäftigten betreffen. Weiterhin hat er das Recht auf Beratungen. Arbeitgeber*innen müssen sich regelmäßig mit dem Betriebsrat treffen, um Vorhaben gemeinsam zu erörtern und zu bearbeiten. Das letzte und fast wichtigste Recht, ist das der Zustimmung. Es gibt Vorhaben, für dessen Umsetzung der*die Arbeitgebende die Zustimmung des Betriebsrates braucht. Der darf dabei zwar nur aus bestimmten Gründen ablehnen, ist aber dennoch eine einflussreiche Kompetenz. So braucht die Betriebsleitung zum Beispiel die Zustimmung des Betriebsrates bei allen Vorhaben, welche die Pausen, Urlaube, Arbeitsentgelt, Überstunden, Arbeitskleidung oder auch der Überwachung von den Arbeitnehmenden durch neue technische Installationen, wie z.B. Videokameras betreffen. Wichtig ist, dass Beschäftigte der Schweigepflicht unterliegen, was Betriebsgeheimnisse etc. angeht, und verpflichtet sind sich fortzubilden.

Alles in allem ist der Betriebsrat als Ansprechpartner für strukturelle und innerbetriebliche Probleme da, kann Einfluss nehmen und trägt die Mitverantwortung für eine Gleichstellung aller Beschäftigten zu kämpfen und die Interessen der Arbeitnehmer*innen zu vertreten.

Lucie

KRITISCHE MEDIZINER*INNEN BERLIN

Ärzteblatt (2010): Betriebsratswahlen: Das Krankenhaus mitgestalten.

Zugriff am 01.05.2020 unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/68107/Betriebsratswahlen-Das-Krankenhaus-mitgestalten>

ifb Institut zur Fortbildung von Betriebsräten KG: Die Aufgaben, Rechte und Pflichten des Betriebsrats. Zugriff am 03.05.2020 unter:

<https://www.brwahl.de/de/betriebsrat-was-ist-das/aufgaben-rechte-pflichten-betriebsrat/>

Arbeits-ABC: Betriebsrat – Aufgaben, Rechte und Pflichten. Zugriff am

03.05.2020 unter: <https://arbeits-abc.de/betriebsrat-aufgaben-und-rechte/>

Der Entlastungsstreik

Im Frühjahr 2011 schlugen die Beschäftigten der Charité ein neues Kapitel der Krankenhausgeschichte auf: Weil die Personaldecke besonders bei den Pflegekräften im Zuge der Ökonomisierung so dünn geworden war, dass die Notbesetzung aus der Notdienstvereinbarung von 2006 höher war als die reguläre Personalausstattung 2011, war an Streik im laufenden Betrieb nicht zu denken. Sie beschlossen deshalb den per Notdienstvereinbarung angekündigten Stations- und Bettenschließungsstreik. In der Streikbewegung wurden 1.500 Betten gesperrt, 90 Prozent der Operationen fielen aus. Nach fünf Tagen erzielten sie ein gutes Ergebnis. Kurz darauf streikten die 2007 outgesourceten Servicemitarbeiter der Charité Facility Management GmbH (CFM) drei Monate lang für einen Tarifvertrag – noch erfolglos. Aber der „Aufstand der Töchter“ geht weiter.

Gestärkt durch die Streik-Erfahrung von 2011 und nachdem eine Befragung der Kolleg*innen ergeben hatte, dass sich die große Mehrheit mehr Personal wünschte, nahm die ver.di-Tarifkommission ihre Arbeit auf. Unterstützt vom 2013 gegründeten Bündnis „BerlinerInnen für mehr Personal im Krankenhaus“ kam im Frühjahr 2015 die nächste Verhandlungsrunde und im Juli 2015 traten die Kolleg*innen dann in einen unbefristeten Streik für eine verbindliche Personalquote in der Charité unter dem Slogan „Mehr von uns ist besser für Alle“. 1.000 von 3.000 Betten wurden „leer-gestreikt“, 20 Stationen geschlossen. Die Charité verzeichnete jeden Tag

einen ökonomischen Schaden von 500.000 Euro. Patient*innen kamen nicht zu Schaden, im Gegenteil sie unterstützen den Streik. Nach elf Tagen wurde zum ersten Mal in der Geschichte der Krankenhäuser ein Tarifvertrag über Gesundheitsschutz und Mindestbesetzung im Krankenhaus vereinbart. Inzwischen haben das noch weitere 16 Krankenhäuser nachgemacht – manche, wie die Unikliniken Essen und Düsseldorf, nach wochenlangen Streiks.

Doch das war nicht das einzig Besondere an diesem Arbeitskampf. Dass solche Auseinandersetzungen auch als Emanzipationschance ernst genommen werden können, zeigte die während des Streiks stattfindende von Aktivist*innen des Bündnisses organisierte »Streik-Uni«, in deren Rahmen mehr als 15 Workshops und Vorlesungen zu gewerkschafts- und gesundheitspolitischen Themen stattgefunden und an denen mehr als 300 Beschäftigte teilgenommen haben. Die Idee sprach sich unter Krankenhausbeschäftigten in der ganzen Republik herum und wurde auch an anderen Streikstandorten praktiziert.

Hinsichtlich der Organisationsformen liegt die Besonderheit der Charité-Auseinandersetzungen im Konzept der so genannten Tarifberater*innen: Vertreter*innen aller Stations-Teams sollten an jedem entscheidenden Punkt gemeinsam mit der Tarifkommission diskutieren, damit es keine Abkoppelung der Gremien von der Basis gab, sondern gemeinsame Diskussion und enge Einbeziehung. Die Teams waren in den Verlauf des Arbeitskampfes eingebunden und konnten ihn aktiv mitgestalten, anstatt sich lediglich über das Ergebnis zu freuen oder zu klagen. Die Idee hinter dieser Demokratisierung der Tarifverhandlungen war, dass die Beschäftigten die Expert*innen sind, die wissen, wie viel Personal gebraucht wird. Die Treffen der Tarifberater*innen waren mit oft mehr als 70 Teilnehmer*innen sehr gut besucht und erwartungsgemäß war die Diskussion nicht einfach. Eine ver.di-Mitgliedschaft war explizit nicht Voraussetzung.

Nadja Rakowitz

VEREIN DEMOKRATISCHER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE (vdää)

ANMERKUNG DER REDAKTION:

Oft wird der Begriff „Organizing“ unterschiedlich genutzt und interpretiert. Organizing als Methode hat jedoch die Gewerkschaftsarbeit nachhaltig verändert. Beim Organizing rücken die klassischen Mobilisierungskampagnen – die Gewerkschaft hat Forderungen für euch, jetzt müsstet ihr streiken – in den Hintergrund. Vielmehr tun sich die Beschäftigten selbst zusammen, mobilisieren ihr Team z.B. auf Station und können eigene teamspezifische Forderungen in die Verhandlungen einbringen. Jedes Team schickt nämlich Delegierte zu den Verhandlungen, die für die Beschlüsse des Teams eintreten und sich mit den anderen Teams abstimmen. Es gibt aber auch viele von den Gewerkschaften finanzierte und organisierte Organizing-Projekte, die auch im Gesundheitswesen sehr erfolgreich sind.

Erfolgreiches Organizing

*Pfleger*innen und Ärzt*innen streiken nicht?*

Dieses Vorurteil kommt häufig, wenn Gesundheitspolitik diskutiert wird. Dabei gibt es genug historische Beispiele, die beweisen: Auch wer im Krankenhaus arbeitet, kann – und sollte! – für seine oder ihre Rechte eintreten. So, wie es Ärzt*innen und Pfleger*innen schon immer getan haben. Eindrücklich zeigt das etwa der 50-Tages-Streik der Pflege im australischen Bundesstaat Victoria Ende der 1990er Jahre. Vorausgegangen war dem jahrzehntelang fehlende Wertschätzung: 30 Jahre hatten die Pflegerinnen keine Lohnerhöhung erhalten, gesellschaftliche Achtung für den Job gab es kaum. Um alle Krankenhäuser zu versorgen, fehlten mehr als 14.000 Pflegerinnen. Pflegerinnen ohne Gendersternchen, weil das ganze Problem damals auch eine feministische Komponente hatte: In der Pflege arbeiteten fast ausschließlich Frauen.

Eine Neuregelung des Bundesstaats Victoria im Juni 1986 für Pflegerinnen sollte dagegen etwas tun, den Beruf eigentlich attraktiver machen – erreichte aber das Gegenteil: Viele standen danach finanziell schlechter da, verloren trotz jahrelanger Berufserfahrung einen Großteil ihrer Eigenverantwortlichkeit und ihrer Befugnisse. Und so sprachen sich am 30. Oktober

1986 5000 Pfleger*innen für zeitlich unbegrenzten Streik ab dem nächsten Tag aus. Dabei kam zur Anwendung, was die Gewerkschafterin Irene Bolger jahrelang vorbereitet hatte: Sie hatte die „no strike“-Klausel aus den Gewerkschaftsregeln entfernt und über Monate dafür gearbeitet, dass ein Großteil der Pflegerinnen in die Gewerkschaft eingetreten war.

Ihre Forderungen: Bessere Entlohnung, Aufstiegsmöglichkeiten und die Entlastung bei Tätigkeiten, die mit dem Pflegeberuf nicht unbedingt etwas zu tun hatten, zum Beispiel der Essensversorgung der Patienten. Am Ende waren sie extrem erfolgreich. Von gesellschaftlicher Seite – sie genossen immense Unterstützung in der Öffentlichkeit, Bolger blieb in engem Kontakt mit der Gewerkschaftsbasis. So konnten sie ihre Forderungen durchsetzen – und schafften einen kleinen Rekord: Ihr 50-tägiger Streik ist der bisher längste Frauenstreik in der australischen Geschichte.

Dass Pfleger*innen und Ärzt*innen gemeinsam sehr viel Macht haben, bewies vor Kurzem eine Station des Berliner Auguste-Viktoria-Klinikum, geführt vom Klinikkonzern Vivantes. Die 11 Ärzt*innen und 27 Pflegekräfte kündigten aus Protest gegen die schlechten Arbeitsbedingungen geschlossen – um gemeinsam bei der Konkurrenz, im St. Joseph Krankenhaus, eine neue Abteilung für Infektiologie aufzubauen. Unter fairen Bedingungen. Ein weiteres eindrückliches Beispiel betrifft ein ganzes Krankenhaus: das Uniklinikum in Jena. Dort gelang es den Beschäftigten der Pflege, mit Hilfe des gewerkschaftlichen Organizing einen Entlastungstarifvertrag zu erkämpfen. Nun existieren seit Anfang 2020 für jede Station feste Personalschlüssel, niemand arbeitet nachts alleine und das Einspringen aus dem Frei wird entlohnt. Des Weiteren wurden 144 neue Stellen geschaffen und ein Belastungsausgleich wird gezahlt, wenn die Vorgaben mal nicht eingehalten werden können.

Am städtischen Klinikum „Ernst von Bergmann“ in Potsdam haben sich die Beschäftigten erfolgreich gegen das dort praktizierte Outsourcing zusammengeschlossen. Dadurch wird im Klinikum wieder einheitlich der Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes gezahlt.

Clara

KRITISCHE MEDIZINER*INNEN BERLIN

- On the Record (2018): The 1986 50-day Victorian nurses and midwives strike. Zugriff am 20.10.2020 unter: <https://otr.anmfvic.asn.au/articles/the-1986-50-day-victorian-nurses-and-midwives-strike>
- Sozialismus.info (2016): Charité: Erster Tarifvertrag für Gesundheitsschutz und Mindestbesetzung. Zugriff am 20.10.2020 unter: <https://www.sozialismus.info/2016/05/charit-erster-tarifvertrag-fuer-ge-sundheitsschutz-und-mindestbesetzung/>
- Anna Corves (2020): Medizinisches Team verlässt aus Protest Vivantes--Klinikum. Zugriff am 20.10.2020 unter: <https://www.rbb24.de/panorama/beitrag/2020/02/vivantes-klinikum-mediziner-protest-st--joseph-krankenhaus.html>
- ver.di Pressemitteilung (2020): Uniklinikum Jena und ver.di unterzeichnen Entlastungstarifvertrag. Zugriff am 01.11.2020 unter: <https://sat.verdi.de/presse/pressemitteilungen/++co++e503d700-4658-11ea--90cd-001a4a160100>
- Potsdamer Neuesten Nachrichten (2020): Beschluss in Potsdam - Das Bergmann-Klinikum kehrt zum TVÖD zurück. Zugriff am 01.11.2020 unter: <https://www.pnn.de/potsdam/beschluss-in-potsdam--das-bergmann-klinikum-kehrt-zum-tvoed-zurueck/25805356.html>
-

Negative Konsequenzen von Organizing

Der Arbeitskampf im weitesten Sinne kann natürlich trotz jeder Vorsichtsmaßnahme und juristischer Kenntnis und Rechtslage unangenehme Folgen für euch haben. Es ist uns wichtig, dass das transparent ist: Protest ist nie gerne gesehen in der Leitungsebene, und es könnte sein, dass ihr angefeindet werdet oder sogar Karriere- und Weiterbildungschancen verbaut werden. Generell schützt das Kollektiv vor individuellen Konsequenzen, sei es in der Vertretung der Assistenzärzt*innen, im Betriebsrat oder als Gewerkschaft. Die Palette an Konsequenzen reicht von unangenehmen Mails, über Probleme bei der Anerkennung von Leistungen für die Fachärzt*innenprüfung, bis zur Kündigung im Extremfall. Oft sind den Vorgesetzten die Forderungen und die Zustände jedoch bekannt und die Kritik

wird dokumentiert und akzeptiert. Die Angst vor negativen Konsequenzen ist durchaus real, durch die Einhaltung von ein paar Grundsätzen könnt ihr euch im Regelfall aber recht gut schützen:

Seid viele! Lasst Forderungen von so vielen Leuten wie möglich auf Station unterschreiben, auch von Personen in anderen Berufsgruppen. Je mehr Leute ihr um euch schart, desto besser seid ihr geschützt vor Repressionen. Tretet immer als Gruppe, und nicht als Einzelpersonen auf. Lehnt deswegen Einzelgespräche zu dem jeweiligen Thema mit der Leitungsebene eventuell ab, mit dem Verweis auf eine gemeinschaftliche Aktion. Versucht bei Konflikten möglichst viele gleichberechtigte Personen sprechen zu lassen. So wird bewusst, dass es nicht die Aktion einer aufmüpfigen Person war, sondern von allen getragen wird.

Seid transparent! Bevor ihr mit Forderungen an die Arbeitgeber*innen herantretet, sprecht euch ab, lasst eure Forderungen gegenlesen, und nehmt euch genügend Zeit zur Publikmachung. Auch bei Versuchen der Leitungsebene euch einzuschüchtern, leitet diese Infos an eure Mitstreiter*innen weiter. Tauscht am besten private Kontaktdaten aus, um euch zu vernetzen. Sprecht im Team auch transparent über eure Verdienste, über Überstunden, Fortbildungen.

Seid informiert! Die eigenen Rechte und Pflichten zu kennen ist beim Arbeitskampf sehr wichtig. Das heißt nicht unbedingt, dass ihr die Gesetzbücher durchwühlen müsst. Es gibt viele Informationen für euch bereits zusammengestellt. Informiert euch bei eurem Betriebsrat, Mitarbeitervertretung, oder Gewerkschaft. (Man munkelt, dass es auch eine Broschüre gäbe...)

Seid sachlich! Macht euch bewusst, dass euer Kampf keine persönliche Angelegenheit gegen Leitungspersonal, sondern gegen Verhältnisse und Gegebenheiten ist. Persönliche Grabenkämpfe führen zu schlechter Stimmung, ausufernden Emotionen und Äußerungen, die ihr vielleicht später bereut. Macht möglichst akkurate Gesprächsprotokolle nach schwierigen Gesprächen, ohne persönliche Wertungen, Verallgemeinerungen oder Beschimpfungen.

Seid sensibel! Achtet auf die Bedürfnisse und Grenzen eurer Kol-

leg*innen. Arbeitskampf kann frustrierend, nervenaufreibend, und mit vielen Rückschlägen versehen sein. Repressionen werfen einen oft aus der Bahn. Deswegen achtet aufeinander und auf euch selbst. Bei Krankheit seid wirklich krank“ und geht nicht zur Arbeit, kuriert euch aus. Bei Überforderung schreibt gegebenenfalls eine Überlastungs- bzw. Gefährdungsanzeige. Wenn ihr merkt, dass Kolleg*innen (vielleicht wegen prekärer Beschäftigung oder einer anders unterprivilegierten Lage) sich sträuben, bei diesen kollektiven Aktionen zu partizipieren, akzeptiert das und seid nicht wütend. Mit jedem Erfolg sinkt die Schwelle für weitere Unterstützer*innen, vielleicht ist die Person beim nächsten Mal dabei.

Im Endeffekt muss jede Person für sich entscheiden, wo die eigenen Grenzen liegen. Wir finden aber: Für ein gutes und solidarisches Gesundheitswesen lohnt es sich, Unbequemlichkeiten und auch mögliche Konsequenzen in Kauf zu nehmen. Denn richtig organisiert kann man diese minimieren, und so wie es momentan läuft, geht es eindeutig nicht weiter.

Johannes

KRITISCHE MEDIZINER*INNEN BERLIN

*Jüngere Geschichte der Ärzt*innengewerkschaften*

Vor 2005 führte die zweitgrößte deutsche Gewerkschaft ver.di die Tarifverhandlungen für alle Angestellten im Krankenhaus. Für das ärztliche Personal kooperierte hierzu der Marburger Bund mit ver.di in einer Tarifgemeinschaft.

Im Tarifvertrag öffentlicher Dienst, kurz TVöD, wurden die Gehälter der öffentlichen Krankenhäuser (kommunale Krankenhäuser und Universitätskliniken) gemeinsam gegenüber dem Bund, Ländern und Kommunen erstritten.

Anfang der 2000er Jahre setzten die Arbeitgeber von Bund, Ländern und Kommunen die Einsparungen am Gehalt aller Krankenhausbeschäftigten auf die Agenda, kombiniert unter anderem mit Verlängerung der Arbeitszeit von 38,5 auf 42 Wochenarbeitsstunden.

Die Arbeitsbedingungen von Ärzt*innen, wie auch dem übrigen Kranken-

hauspersonal, wurden zu diesem Zeitpunkt nicht verschont vom neoliberalen Wind der Veränderung. So waren Kurzzeitverträge und Überstunden eher die Regel als die Ausnahme, Weihnachts- und Urlaubsgelder wurden gestrichen und zu Beginn der Weiterbildung arbeiteten Ärzt*innen als Ärzt*innen im Praktikum (ÄIP) Vollzeit für wenig Geld.

Die Gewerkschaft ver.di stellte sich gegen die Bedingungen in den Krankenhäusern und wehrte sich. 2005 folgten die längsten Streiks im öffentlichen Dienst der Bundesrepublik.

Die Gestaltung eines neuen Tarifvertrags für den öffentlichen Dienst (TVöD) gestaltete sich schwierig. Die Arbeitgeber der Länder verließen teils sogar die Verhandlungen. Ein Scheitern wäre für die Gewerkschaften eine herbe Machteinbuße gewesen. Deswegen pries ver.di die verhandelten Bedingungen des Tarifvertrags, auch wenn dieser, wie sich erst später herausstellte, deutlich arbeitnehmerfeindlicher waren, als gedacht.

Parallel streikten vor allem an den Unikliniken die Ärzt*innen, an deren Spitze sich der Marburger Bund stellte. Kurz vor Abschluss des Tarifvertrags für alle Angestellten im Krankenhaus trat der Marburger Bund aus der Tarifgemeinschaft mit ver.di aus, um zukünftig einen eigenen Tarifvertrag für die Ärzt*innen zu verhandeln. Der Marburger Bund orientierte sich an der Abspaltung der Pilot*innengewerkschaft Cockpit von ver.di. Viele Ärzt*innen fühlten sich durch eine Standesgewerkschaft besser vertreten als durch ver.di, der Marburger Bund erlebte somit eine Welle an Eintritt. Es folgte der erste ärztespezifische Tarifvertrag der Bundesrepublik in welchem bis zu 20 Prozent Gehaltssteigerungen, feste Regelungen zu Arbeitszeit, zu Dienstvergütung und zur Weiterbildung zur Fachärzt*in verankert waren. Dieser erhöhte allerdings vor allem das Verdienstniveau der Oberärzt*innen, wohingegen der Abschluss für Assistenzärzt*innen sich nicht deutlich vom TVöD unterschied.

Die Stimmung zwischen dem Marburger Bund und ver.di war nach dem Bruch der Tarifgemeinschaft auf einem Tiefpunkt. ver.di warf dem Marburger Bund vor, mit dem Alleingang das Wohl der anderen Berufsgruppen im Krankenhaus zu gefährden. Der Marburger Bund hingegen entgegnete, ver.di habe durch seine Verhandlungspolitik eine Umverteilung der Ärzte-

gehälter auf die Pflegegehälter begünstigen wollen und das ausbeuterische System des ÄiP eingeführt, obwohl die Einführung auf Anraten des Marburger Bundes geschah.

Zusammengefasst hat sich sowohl die Führung von ver.di, die offensichtlich nicht primär im Sinne der Interessenvertretung ihrer Mitglieder handelte, dies aber fälschlich darstellte, als auch der mb, der im Zweifel zu Ungunsten der anderen Beschäftigtengruppen handelte und sich als elitäre Ärzt*innengewerkschaft, die „Ärzt*innen als Teil der Leistungselite sieht“, einiges zuschulde kommen lassen.

Mit dem Tarifeinheitengesetz von 2017 einigten sich die Gewerkschaften ver.di und der Marburger Bund darauf, für die jeweils eigene Berufsgruppe(n) zuständig zu sein und minderten die Konkurrenz zwischen den beiden Gewerkschaften.

Aktuell führt der Marburger Bund somit alle Tarifverhandlungen für die im öffentlichen Dienst angestellten Ärzt*innen. Trotzdem ist die Wahl der Gewerkschaft keinesfalls alternativlos:

Die größte Gewerkschaft im ärztlichen Feld ist der Marburger Bund, er ist derzeit die einzige Gruppierung, die eigenständig Tarifverträge für Ärzt*innen in öffentlichen Krankenhäusern verhandelt. Er setzt sich neben geregelten Arbeitsbedingungen auch für international konkurrenzfähige Gehälter für Krankenhausärzt*innen ein. Neben der gewerkschaftlichen Arbeit ist die Gruppierung stark in der Standespolitik (Ärztkammern) verwurzelt. Unter seiner Leitung wurde unter anderem der/die ÄiP sowie das Hammerexamen abgeschafft.

Die zweitgrößte deutsche Gewerkschaft ver.di ist ebenfalls eine Option. Diese berufsübergreifende Gewerkschaft verhandelt die Tarifverträge der Pflege und von vielem anderen Personal im Krankenhaus. Die Kernthemen sind hier aktuell die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und ein Ende des Outsourcings von Teilbereichen. Auch hier können Ärzt*innen Mitglied werden, nicht zuletzt auch aus Ablehnung einer Standesgewerkschaft und als Zeichen der Solidarität zu den Arbeitskämpfen der Pflege.

Eine Berufsgruppen-unabhängige Gewerkschaftsalternative stellt die Freie Arbeiterinnen- und Arbeiter-Union (FAU) dar, welche anarchosyn-

dikalistische Methoden und Standpunkte vertritt und basisdemokratisch in Lokalgruppen organisiert ist.

Solidarische Zusammenarbeit im Krankenhausalltag

Das Krankenhaus ist ein Ort, an dem Hierarchien sehr stark ausgeprägt und vor allem berufsabhängig sind. Abgesehen von einer wünschenswerten, grundsätzlich hierarchiefreieren Art von Zusammenarbeit sind diese Strukturen erst einmal gegeben. Trotzdem ist es unabdingbar, dass man die damit einhergehenden Spannungen und die eigenen Privilegien als Ärzt*innen reflektiert. Klassismus ist ein Begriff, der die Diskriminierung aufgrund von sozialer Herkunft oder der Klassenzugehörigkeit beschreibt. *Was hat das jetzt mit dem Krankenhaus zu tun?*

Grundsätzlich kann man sagen, dass man als durchschnittliche Ärztin*/Arzt im Vergleich mit der durchschnittlichen Pflegekraft von klein auf tendenziell mehr finanzielle Sicherheit, ein stabileres soziales Umfeld und einen besseren Zugang zu Bildung hat: Bei über mindestens 72% der Medizinstudent*innen besitzt mindestens ein Elternteil einen akademischen Abschluss. Im Vergleich dazu beträgt diese Zahl in anderen Studiengängen nur 53%. Im Endeffekt übt man einen Beruf aus, bei dem man einen höheren Stundenlohn verdient und einen höheren gesellschaftlichen Status genießt. Im Medizinstudium wird einem außerdem als „hidden curriculum“, also als versteckter Lerninhalt, das passende Verhalten und das passende Auftreten im Krankenhaus zu der höheren sozialen und auch ökonomischen Stellung antrainiert: Das gesellschaftliche Bild vom aufopferungsvollen Arzt unter hippokratischem Eid, die Elite der Leistungsgesellschaft usw... In diesem Mindset werden anderen Berufen, wie der Pflege, bloße Nebenrollen zugewiesen. Es ist wichtig, sich der genannten materiellen und sozialen Privilegien bewusst zu werden und die Pflege und andere Berufe nicht als Aushilfen unter ärztlichem Kommando sondern als Mitarbeiter*innen auf Augenhöhe zu betrachten. Das ist der Ausgangspunkt für einen solidarischen und gemeinsamen Arbeitskampf.

Eine Solidarisierung mit den anderen Berufsgruppen fängt schon im Kleinen an. Denn die Unterschiede, was Tarif- und Arbeitsbedingungen angeht,

haben Folgen. Vor allem Arbeitnehmer*innen, die im Bereich Service, Reinigung oder „Facility“ tätig sind, sind in den meisten (auch öffentlichen) Krankenhäusern mittlerweile über Subunternehmen angestellt und fallen damit nicht unter Tarifvertragsregelungen, was sich unter anderem auf die Sicherheit des Arbeitsplatzes und das Gehalt auswirkt. Auf das Pflegepersonal trifft das meist nicht zu, aber auch in diesem Arbeitsalltag gibt es genug Dinge, die den Menschen das Leben schwer machen (wie z.B. chronische Unterbesetzung, um nur eines zu nennen.) Es ist von daher umso wichtiger, zu versuchen, für alle ein wenigstens halbwegs angenehmes Arbeitsklima zu schaffen, wozu auch die ärztliche Seite viel beitragen kann. Im Folgenden wird es deswegen dahingehend ein paar Tipps geben. Da fachübergreifend hauptsächlich viel Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal besteht, beziehen sich die Tipps auf ebendiese, trotzdem sollten natürlich auch alle anderen nicht wie Hilfsarbeiter*innen behandelt werden, denn das sind sie nicht (auch eine Arbeit, die nicht professionalisiert ist, ist wertzuschätzende Arbeit). Wichtig ist noch zu erwähnen, dass es nicht um persönliche Sympathien geht, sondern um den Versuch, strukturelle Ungleichheiten wenigstens über eine praktische Solidarität etwas abzufedern

1. Wer das Bett versaut, bezieht es auch.

(gilt analog auch für andere Textilien)

Klingt vielleicht banal, aber wer täglich zig Betten bezieht, ist entnervt davon, das einmal mehr zu machen, weil jemand die Kanüle vor dem Stau-schlauch gezogen hat. Also im besten Fall selber machen oder zumindest Bescheid sagen (und wenn man weiß, gleich wird's blutig, z.B. ein Moltex unterlegen – grüne Seite nach unten). Und immer Klingel wieder ran!

2. Keine Sauklaue (Anordnungen leserlich schreiben)

Medikamente können nur dann korrekt verabreicht werden, wenn die dafür verantwortliche Person auch weiß, was sie überhaupt machen soll. Also keine kryptischen Texte schreiben, sondern so, dass klar ist, welches Medikament in welcher Dosierung wie gegeben werden soll.

3. Finger weg von den Kurven während der Übergabe

Viele Krankenhäuser haben immer noch eine papiergestützte Dokumentation, das heißt, alle an der Therapie beteiligten müssen sich eine Kurve für die Doku teilen. Aufgrund der unterschiedlichen Arbeitszeiten ist es eigentlich nur die Früh- zu Spätdienst Übergabe, bei der man dem Pflegepersonal dazwischen funken könnte, denn es stehen durchaus übergaberelevante Sachen darin. Also zwischen 13.30 Uhr und 14.30 Uhr (je nach Haus) dafür sorgen, dass die Kurven in der jeweiligen Kladde einsortiert sind (das ist zugegebenermaßen schon hohe Kunst) und auch nicht im Ärzt*innenzimmer horten.

4. Während der Pause nicht stören

Sagt eigentlich schon alles, denn wenn das Pflegepersonal überhaupt mal Zeit dafür hat, ist es froh, mal kurz seine Ruhe zu haben.

5. Jedes Bett zählt

Traurigerweise trifft das Dank des Abrechnungssystems in jeder Hinsicht zu, meint hier aber vor allem, nicht zehn Entlassungen und Neuaufnahmen an einem Tag zu planen (durchaus ein schwieriger Punkt, da ja Druck von oben besteht). Es lohnt von daher auch, mal nachzufragen, wie denn eigentlich gerade die Besetzung so ist, denn ist eine Personaluntergrenze unterschritten, können Betten auch aus dieser Indikation gesperrt werden.

6. Kaffee und Kuchen

Ein wichtiges Thema für alle. Meist gibt es neben dem industriellen fast koffeinfreien Stationskaffee auch noch irgendeine andere Kaffeemaschine im Personalaufenthaltsraum mit Kaffee, den alle lieber trinken. Sich finanziell und logistisch durch ab und zu eine Packung Kaffeepulver zu beteiligen, wirkt wahre Wunder. Und dem Pflegepersonal vor allem nicht die Süßigkeiten wegessen, die es von den Patient*innen zum Abschied bekommen. Das ist ein beliebter Konfliktpunkt im Stationszimmer.

7. Ein bisschen von allem

Hier geht es vor allem um Dinge, die nicht unbedingt in der Stellenbeschreibung stehen, aber trotzdem oft das Leben der anderen erheblich erleichtern können.

- Frage nach, ob du helfen kannst, wenn sich ein*e Kolleg*in gerade mit einem Bett abmüht.
- Hast du irgendwelche Materialien aufgebraucht, sag Bescheid, denn auch das wird nur nachbestellt, wenn irgendwer weiß, dass es leer ist.
- Wenn Patient*innen klingeln und du im Zimmer bist, frag nach, was sie denn brauchen und drück ggf. die Klingel aus (auch Ärzt*innen können Wasser einschenken und Vorhänge zuziehen).
- Kommuniziere nicht nur schriftlich, sondern auch mündlich (z.B. bei Medikamentenänderung fragen, ob das überhaupt da ist, etc.).

Das ist sicher nur ein grober erster Überblick und beliebig fortführbar, von daher freuen wir uns auch sehr über das Teilen praktischer Erfahrungen und Verbesserungsvorschläge aus deinem klinischen Alltag.

Verena und Ayo

Diskriminierung

Diskriminierungsformen wie Sexismus, Rassismus, Homo- und Transfeindlichkeit, Klassismus, Ableismus etc. finden nicht im luftleeren Raum statt, sondern beruhen auf gesellschaftlichen Machtverhältnissen, die sich auf institutioneller und zwischenmenschlicher Ebene niederschlagen. Sie haben eine Wechselwirkung untereinander: Von mehrfacher Diskriminierung Betroffener erfahren diese qualitativ anders; im Krankenhaus z.B. prekär beschäftigte migrantische Putzkräfte. Diskriminierung auf Mikroebene (d.h. innerhalb des Teams oder von Person zu Person) ist das Sym-

ptom einer sozialen Struktur und Systematik, die im Ursprung nicht durch eine andere Art des Umgangs miteinander behoben werden kann. Dennoch ergeben sich auch im Krankenhaus eine Vielzahl von Diskriminierungsdynamiken, die für Betroffene sehr belastend sein können [1]. Dieser Artikel soll lediglich eine Hilfe für den Umgang mit interpersoneller Diskriminierung sein. Die darauf folgenden Artikel zu Rassismus und Sexismus im Gesundheitssystem gehen auf die gesellschaftliche Ebene von Rassismus ein und stellen eine Analyse sowie vorhandene Anlaufstellen vor.

Das Wort Diskriminierung ist ambivalent – Betroffenen hilft es ihre Erfahrungen in Worte zu fassen und zu verarbeiten, Nicht-Betroffene wollen mit dem Wort nicht in Verbindung gebracht werden, denn zu diskriminieren ist gesellschaftlich geächtet. Dennoch findet Diskriminierung häufig statt, vor allem in Form von „unbewussten“, „unbedachten“ Sprüchen [2]. Letztere Perspektive soll im Umgang mit diskriminierenden Personen helfen, denn sobald die „unbewusste“ Diskriminierung bewusst gemacht wird, wird sie als das wahrgenommen was sie ist – eine Grenzüberschreitung, die es zu ächten gilt.

Was kann ich tun, wenn ich selbst Diskriminierung am Arbeitsplatz erfahre?

Niemand muss Grenzüberschreitungen allein durchstehen oder hinnehmen, es ist ratsam eine Vertrauensperson hinzuzuziehen, mit der die Erfahrung benannt, erörtert und verarbeitet werden kann. Das „Beim-Namen-nennen“ dient auch dem Empowerment der betroffenen Personen. Hierbei können W-Fragen helfen, um die Erfahrung strukturiert wiederzugeben: Wer hat mich wo und wann und wie diskriminiert? Da diskriminierendes Verhalten oftmals nicht einmalig vorkommt, kann diese Person beim nächsten Mal als Unterstützung und auch als Zeug*in fungieren. [2] Im Umgang mit der diskriminierenden Person ist es hilfreich auf das grenzüberschreitende Verhalten indirekt, mittels Fragen, aufmerksam zu machen.

Beispielsweise kann beim nächsten „unbedachten“ Spruch gefragt werden: „Wie meinen Sie das? Können Sie mir das genauer erklären?“. Es ist unwahrscheinlich, dass der sexistische, rassistische oder anderweitig diskriminierende „Witz“ erklärt wird und die Person ihr Verhalten reflektiert

oder der „unbewusste“ Spruch erklärt werden kann, ohne dass sich der Sprecher als Sexist/Rassist/etc. stigmatisiert erlebt.

Sollte das grenzüberschreitende Verhalten andauern, macht es Sinn, zusätzliche Kolleg*innen auf die Situation aufmerksam zu machen. Vielleicht haben die Kolleg*innen ähnliches erlebt, es kann eine Selbsthilfegruppe gegründet werden, es gibt mehr offene Ohren und Augen in zukünftigen Situationen. Mit dieser Gruppe kann eine Intervention für die diskriminierende(n) Person(e)n durchgeführt werden. Ebenfalls kann die vorgesetzte Person informiert werden. Ein Gedächtnisprotokoll und das Dokumentieren der verbalen Aggressionen sind ratsam, falls der letzte Schritt getan werden muss – das Gerichtsverfahren. In diesem Fall ist das Hinzuziehen eine*r Rechtsanwält*in mehr als ratsam. Eine einheitliche Regelung, welches Gericht für Verstöße gegen das allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) zuständig ist, gibt es nicht. Ein Link zu einer Tabelle von der Antidiskriminierungsstelle des Bundes über die zuständige Gerichtsbarkeit findet sich unter „weiterführende Informationen“.

*Was kann ich machen, wenn ich Diskriminierung gegenüber eine*r Kolleg*in beobachte?*

Das Einzelgespräch mit der diskriminierten Person aufsuchen. Das eigene Empfinden schildern, Einverständnis für ein Gespräch erfragen und Unterstützung anbieten, bspw.: „Hast du einen Moment Zeit? Als Soundso vorhin zu dir ____ gesagt hat, habe ich mich unwohl gefühlt. Möchtest du mit mir darüber sprechen? Wie hast du die Situation empfunden?“ Da die diskriminierte Person die Erfahrung gemacht hat, sollte es ihre Entscheidung sein, wie sie handeln möchte. Lehnt sie ein Gespräch oder die Involvierung ab sollte, im Sinne des Empowerments, dem Folge geleistet werden. Wenn man indirekt betroffen ist und trotzdem aktiv werden möchte, sollte aus der eigenen Perspektive gesprochen werden, die diskriminierende Person sollte im Einzelgespräch auf die Wirkung ihrer Worte aufmerksam gemacht werden, ohne dabei die geschädigte Person zu nennen: „Als Sie vorhin ____ gesagt haben, habe ich mich unwohl gefühlt. Ich würde mir wünschen, dass Sie das in Zukunft lassen.“

Ansonsten hilft ebenfalls Bewusstmachen durch Nachfragen, Dokumen-

tieren, der geschädigten Person unterstützend beistehen, diese nicht bevormunden oder Handlungen vorwegnehmen.

Das oben geschilderte Verhalten ist allem voran deeskalativ und soll als Hilfestellung für (vor allem) verbale Grenzüberschreitungen dienen. Es ist ein Vorschlag des Autors, basierend auf eigenen Erfahrungen.

Weiterführende Informationen:

- Zuständige Gerichtsbarkeit bei Verstößen gegen das AGG auf www.antidiskriminierungsstelle.de; Suchwort: „zuständige Gerichtsbarkeit“
- Telefonische Beratung bei Diskriminierung der Antidiskriminierungsstelle des Bundes: (030) 18555-1855

Wesley Friedric

[1] Bahji, Anees/ Altomare, Josephine (2019): Prevalence of intimidation, harassment, and discrimination among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Education Journal* 11(1): e97–e123.

[2] Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2015): Leitfaden - Beratung bei Diskriminierung. Zugriff am 25.10.2020 unter: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Leitfaeden/Leitfaden_Verweisberatung_20121109.pdf?__blob=publicationFile&v=2.

Rassismus im Gesundheitssystem

Wir verstehen Rassismus als ein gesellschaftliches Verhältnis, das im globalen Kapitalismus eine bestimmte Funktion erfüllt. Im Gesundheitssystem kann man diesen strukturellen Rassismus deutlich erkennen. Durch die beschriebene Ökonomisierung entstehende Personallücken in den Ländern des globalen Nordens werden mit Arbeitskräften aus Osteuropa und dem globalen Süden aufgefüllt. Das ist möglich, weil der Wert der Arbeitskraft in diesen Ländern niedriger ist als im globalen Norden. Dieser sogenannte „Brain-Drain“ wird zwar versucht als Win-Win Situation zu verkaufen, resultiert aber aus einer kolonialen, internationalen Arbeitsteilung und Ausbeutung und reproduziert diese. Es ist dabei kein Zufall, dass

in Berufen mit besonders schlechten Arbeitsbedingungen, wie im Service, Transport aber auch in der Pflege, der Anteil an migrantischem Personal hoch ist. Denn genau deswegen wird migrantische, überausgebeutete Arbeitskraft dort eingesetzt: um schlechte Arbeitsbedingungen, über die sich die deutsche Arbeiterschaft gewerkschaftlich und gesellschaftlich schon hinweggesetzt hat und die unter ihren Lebensstandard fallen, zu stabilisieren. Auch deshalb leiden migrantische Arbeitskräfte sogar unter noch schlechteren Arbeitsbedingungen als ihre deutschen Kolleg*innen und treten dadurch, dass ihre Arbeitskraft billiger ist, auch noch in Konkurrenz mit ihnen. [1]

Es gibt mittlerweile viel Forschung, die bestätigt, dass migrantische und rassifizierte Gesundheitsarbeiter*innen (von der Pflege bis zu ärztlichem Personal) in den westlichen industrialisierten Ländern auf vielen Stufen rassistische Diskriminierung erfahren [2 - 3]. Angefangen bei der Jobsuche über die institutionelle Behandlung z.B. durch Disziplinarmaßnahmen, bis hin zur alltäglichen Arbeit untereinander und mit Patienten*innen. Das hat weitreichende Folgen in Bezug auf die psychosoziale Gesundheit und Jobzufriedenheit der Betroffenen. [4]

Auch die Covid-19 Pandemie hat wieder gezeigt, dass im Gesundheitssystem arbeitende rassifizierte Arbeitskräfte nicht denselben Schutz erfahren wie ihre nicht-rassifizierten Kolleg*innen, sondern oft an vorderster „Front“ arbeiten [5]. In Großbritannien sind 6 von 10 der durch Covid-19 gestorbenen Gesundheitsarbeiter*innen sogenannte „People of Color“ [6]. Auch migrantische, rassifizierte Patient*innen erleben in Bezug auf die Gesundheitsversorgung Diskriminierung: Es ist uns an dieser Stelle besonders wichtig, auf den Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Herkunft, also der Klassenzugehörigkeit, und dem Dasein als „People of Color“ oder migrantische Person, je nach spezifischem gesellschaftlichem Kontext, hinzuweisen. Migrantische Menschen oder „People of Color“ sind in allen gesellschaftlichen Kontexten im globalen Norden, auch in Deutschland, häufiger arm, und arme Menschen haben eine geringere Lebenserwartung. Diese gesellschaftliche Dynamik von Gesundheit ist oft nicht unmittelbar zu beobachten, hat aber in ihrer Systematik noch gra-

vierendere Folgen als z.B. offen verbale rassistische Diskriminierung. Zudem ist die medizinische Ausbildung in Deutschland vor allem auf die Behandlung phänotypisch weißer Personen ausgerichtet: die Diagnostik von Melanomen auf schwarzer Haut wird genauso ausgespart wie das Erkennen von Anämien bei nicht-weißen Neugeborenen. [7]

Generell führen rassistische Stereotype in der deutschen Mehrheitsgesellschaft dazu, dass migrantischen Menschen weniger Glauben geschenkt wird, wenn Sie über Schmerzen oder andere Symptome berichten.

Das hat Konsequenzen, beispielsweise wenn migrantische Menschen oder „People of Color“ nicht ernst genommen werden, wenn sie über Enge im Brustraum berichten, wird weniger auf einen möglichen Herzinfarkt überprüft und Menschen sterben [8].

Was kann man als von Rassismus betroffene Person tun?

Redet mit Freunden, Kolleg*innen über eure Erfahrungen, statt sie runterzuschlucken oder zu normalisieren. Versucht euch mit ebenfalls Betroffenen zusammenzutun, setzt Zusammenhalt gegen Vereinzelung. Versucht auch die kleinen Rassismen sichtbar zu machen, auch wenn ihr nur in der Beobachter*innenrolle seid. Wenn euer Krankenhaus eine*n Rassismusbeauftragte*n hat, könnt ihr euch überlegen, bei länger anhaltenden oder besonders grenzüberschreitenden Diskriminierungserfahrungen diesen Weg zu gehen. Allerdings ist es oft nicht im Interesse des Arbeitgebers, Personen in hohen Positionen zu sanktionieren, sondern eher, die Thematik so unauffällig wie möglich zu befrieden. Außerinstitutionelle Anlaufstellen sind unten aufgeführt, genauso wie Gruppen, in denen man sich antirassistisch organisieren kann.

Antidiskriminierungsnetzwerk Berlin des Türkischen Bundes in Berlin-Brandenburg

<https://www.adnb.de/de/>

Tel.: 030/ 61 30 53 28

Offene Beratung: dienstags 15:00 – 17:00 und donnerstags 10 – 12 Uhr ausschließlich telefonisch unter der Nummer: 0157 8510 669.

Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung (Berlin)

<https://www.berlin.de/sen/lads/recht/ladg/ombudsstelle/>

Salzburger Straße 21-25 10825 Berlin

Telefonische Sprechzeiten: 09:30 – 16 Uhr

Tel.: 030/ 90133460

Migrantifa

<https://migrantifaberlin.wordpress.com>

Die Vereine **EachOneTeach** und die **Initiative Schwarzer Menschen** in Deutschland, sind Gesprächspartner bei Diskriminierung Schwarzer Personen: EOTO: eachone@eoto-archiv.de, Tel.: 030/ 983 24 177
ISD: isdbund@isdonline.de

Darius Savelsberg, Ayo

-
- [1] Ärzteblatt (2018): Migranten haben schlechtere Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Zugriff am 25.10.2020 unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/96956/Migranten-haben-schlechtere-Arbeitsbedingungen-in-Pflegeberufen>
- [2] Shields, Michael/ Price, Stephen (2002): Racial Harassment, Job Satisfaction and Intentions to Quit: Evidence from the British Nursing Profession. *Economia*, 69(274), 295–326
- [3] Fischer, Florian/ Heier, Lina (2019): Man fühlt sich nicht dazugehörig – wie Pflegekräfte mit Migrationshintergrund Diskriminierung im beruflichen Alltag erleben. *Pflege und Gesellschaft*, 1, 75
- [4] Coker, Naaz (2001): *Racism in medicine : an agenda for change*. London: King's Fund
- [5] Wingfield, Adia H (2020): The Disproportionate Impact of Covid-19 on Black Health Care Workers in the U.S. Zugriff am 25.10.2020 unter: <https://hbr.org/2020/05/the-disproportionate-impact-of-covid-19-on-black-health-care-workers-in-the-u-s>
- [6] Marsh, Sarah/ McIntyre, Niamh (2020): Six in 10 UK health workers

killed by Covid-19 are BAME. Zugriff am 25.10.2020 unter:

<https://www.theguardian.com/world/2020/may/25/six-in-10-uk-health-workers-killed-by-covid-19-are-bame>

- [7] Bradford P. T. (2009): Skin cancer in skin of color. *Dermatology nursing*, 21(4), 170–178.
- [8] Sameer, Arora et al. (2018): Fifteen Year Trends in Management and Outcomes of Non-ST-Segment-Elevation Myocardial Infarction Among Black and White Patients: The ARIC Community Surveillance Study, 2000–2014. *Journal of the American Heart Association*. 2018; 7
-

Sexismus im Krankenhausalltag

(Warnung: hier wird es im Verlauf auch um sexualisierte Gewalt gehen)

Unter Sexismus verstehen wir die strukturelle Diskriminierung und Abwertung anhand der Kategorie Geschlecht. In einer patriarchal organisierten Gesellschaft werden FLINT*- Personen auf unterschiedlichen Ebenen diskriminiert und deprivilegiert. Dies hat historisch und aktuell unterschiedliche Dimensionen: Bestimmung über den eigenen Körper und das Geschlecht, finanzielle und materielle Ressourcen, das Recht auf einen unversehrten Körper, sprachliche und mediale Repräsentation, die ungleiche Verteilung von Sorgearbeit und so weiter.

Auch und insbesondere im Krankenhaus gehört Sexismus zum Alltag. Das Krankenhaus ist ein sehr traditionalistischer Ort, die Medizin schon immer cis-männlich dominiert und geprägt von steilen Hierarchien, die für extreme Abhängigkeiten sorgt. Cis-Männer sind klassischerweise in Machtpositionen. Sexismus ist ein Problem, welches sowohl Angestellte des Krankenhauses in allen Berufsgruppen, wie auch Patient*innen betrifft. Alle Menschen im Krankenhaus können Täter*innen und Opfer werden. Dennoch ist es wichtig hervorzuheben, dass sexistische Übergriffe häufig entlang der Machtachse begangen werden. Doch Sexismus existiert nicht in einem Vakuum: Geschlechter-Diskriminierung ist häufig mit anderen Diskriminierungsformen wie Rassismus, Klassismus, Homo- und / oder

Trans*feindlichkeit usw. verschränkt. Zugang zu (formeller) Bildung, sicherem, bezahlbarem Wohnraum, adäquater Gesundheitsversorgung, Entlohnung, (unbezahlte) Care-Arbeit, Stigma, ernst genommen werden, gehört werden, ... hängen nicht nur von der Kategorie Gender ab. Eine weiße Ärztin aus einem akademischen Elternhaus ist nicht in der gleichen Position wie eine migrantische, alleinerziehende Reinigungskraft, „nur weil beide Frauen sind“.

All das hat viele unterschiedliche Erscheinungsformen. So wird die weiße Ärztin oft für die Pflegekraft gehalten, eine Frau* of Color eher für die Reinigungskraft. Die Reinigungskraft ist in einem höchst prekären Abhängigkeitsverhältnis bei einer outgesourcten Tochterfirma angestellt, die keine Tarifbindung hat.

Von der Gesundheits- und Krankenpflieger*in wird „Aufopferung“ auch nach Feierabend erwartet, weil sich um Menschen kümmern eine scheinbar „weibliche Eigenschaft“ ist. Ihre fachlichen Kompetenzen dagegen werden oft abgesprochen und ihre Arbeit schlecht bezahlt. Und damit kratzen wir nur an der Oberfläche!

Patient*in oder Kolleg*in oder Chef*in kommentieren ungefragt dein Aussehen, trauen dir weniger zu, männliche Kollegen werden dir und anderen FLINT*- Personen gegenüber bevorteilt, verdienen mehr Geld, haben unbefristete Verträge, schwangere Personen, oder auch nur Menschen die potenziell schwanger werden könnten, werden als Belastung angesehen, dein Chef schreibt dir unangebrachte Nachrichten, ...

An diesen Beispielen ist zu erkennen, dass sexualisierte Übergriffe verschiedene Formen und Facetten annehmen können. Dazu gehören jegliche unangebrachte, unerwünschte Kommentare, aufdringliche Nachrichten, das Nichtbeachten der körperlichen Grenzen, sowie das Ausnutzen von Machtpositionen und Abhängigkeiten, um Übergriffe zu vertuschen. Es gibt je nach Arbeitsplatz institutionalisierte Stellen, an die du dich wenden kannst. Meistens findest du diese Stellen über die Frauenbeauftragte in dem Krankenhaus, wo du arbeitest. Häufig ist die Betreuung innerhalb der Institution unzureichend und kann als Retraumatisierung erfahren werden. Häufig schützen Institutionen ihre prestigereichen Aushängeschilder,

z.B. berühmte Chefärzte. Trotzdem kann es hilfreich sein das Krankenhausprozedere in Fällen von sexuellen Übergriffen anzusehen oder mit Unterstützung von vertrauten Personen zu befolgen. Wenn es gut läuft, muss sich der*die* Täter*in in einem internen Verfahren verantworten, du bekommst notwendigen Schutz und/oder wirst von dieser Person nicht geprüft, wechselst die Station etc. Auch bei übergriffigen Kommentaren, Benachteiligung aufgrund des Geschlechts – jeglichen sexuellen Übergriffen – kann es sinnvoll sein, Vorfälle zu melden! Das ist auch anonym möglich (oder sollte es sein). Interne Meldung findet selten statt und die Dunkelziffer ist laut Studien hoch.

Daher ist es umso wichtiger der oft im Krankenhaus herrschenden „alle kämpfen für sich alleine“-Mentalität etwas entgegenzusetzen. Solidarität ist unsere Waffe. Vereinzelung macht Angst. Bildet Banden, seid füreinander da, auch – vor allem über Berufsgruppen – hinweg. Seid aufmerksam und werdet laut, für euch und Andere. Holt euch Unterstützung von anderen FLINT*s und Freund*innen und schafft Strukturen, in denen ihr euch im Krankenhaus gegenseitig vor und nach Übergriffen schützen könnt. Gleichzeitig ist uns wichtig: Feminismus ist nicht alleine die Aufgabe von FLINT*Personen. Wir sehen Cis-Männer in der Verantwortung, ihre eigenen verinnerlichten Sexismen und die ihrer Kollegen anzugehen!

An dieser Stelle weisen wir nochmal auf sehr gute nicht-institutionalisierte Beratungsstellen hin, wo ihr hoffentlich gute (bzw. bessere) Unterstützung als im Krankenhaus erfahrt und begleitet werdet. Die meisten sind leider in Berlin, weil wir uns nur hier auskennen, aber viele bieten auch telefonische Beratungen an.

Wildwasser e.V.

<http://www.wildwasser-berlin.de>

LesMigras

<https://lesmigras.de>

LARA*

<https://lara-berlin.de>

FAU

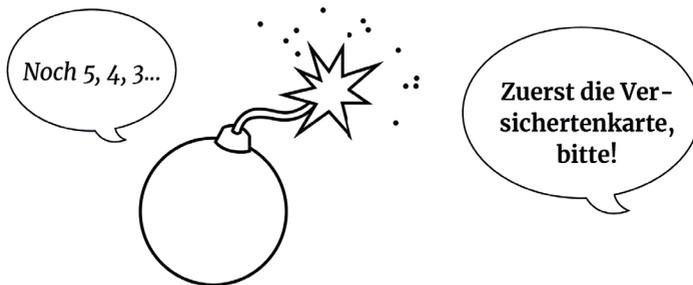
<https://berlin.fau.org/termine/beratung-zu-sexismus-am-arbeitsplatz-3>

Akutsituationen

Notfall bei Menschen ohne Krankenversicherung

Seit 2009 gilt in Deutschland die Versicherungspflicht. Einige Menschen fallen jedoch durch das Netz der sozialen Gesundheitsversicherung – schätzungsweise zwischen 200.000 und 800.000 Personen [1]. Wenn diese Menschen notfallmäßig ins Krankenhaus kommen, ist die Unsicherheit oft groß. Der folgende Text soll hierzu einige Fragen beantworten und auf weiterführende Literatur sowie Anlaufstellen hinweisen.

Wer Menschen ohne Krankenversicherung und/oder ohne Papiere behandelt, macht sich nicht strafbar [2]. Medizinisches Personal hat sogar die Pflicht bei Notfällen medizinische Hilfe zu leisten: In der Notaufnahme muss ein akutes lebensbedrohliches Geschehen ausgeschlossen werden bzw. die Notfalldiagnostik, die nachfolgende stationäre Aufnahme und die Therapie auch ohne Kostenübernahme durchgeführt werden.



Behandlung nur bei Vorkasse o.ä. ist nicht zulässig. Persönliche Angaben zu Patient*innen fallen unter die ärztliche Schweigepflicht, auch bei/irregulärem Aufenthaltsstatus. Die Ausländerbehörde und die Polizei dürfen im Regelfall nicht davon in Kenntnis gesetzt werden [1,3]. Diese Schweigepflicht gilt, als verlängerter Geheimnisschutz, sowohl für nicht-ärztliches medizinisches Personal als auch für Verwaltungspersonal und sogar für Behörden [4]. In medizinischen Notfällen/Eilfällen ist es über den sog. Nothelferparagrafen vorgesehen, dass das Sozialamt die Kosten rückwirkend übernimmt [5]. In der Praxis scheitert dies oft an der Be-

dürftigkeitsprüfung und an Fristen [2]. Für die Weiterbehandlung/Nachbehandlung empfiehlt sich der Kontakt zu den lokalen Clearingstellen [6], MediNetzen/-Büros [7], Ärzte der Welt, Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung oder Open med.

- Bei Notfällen: Keine Einschränkungen bei der Behandlung, Aufnahme und Therapie
- Früh den Sozialdienst der Klinik mit einbinden, mit Verweis auf Frist bei Nothelferparagraf und professionelle Anlaufstellen
- Großzügige Diagnostik, die Patient*innen sind nach der Behandlung oft nicht medizinisch angebunden

Johannes de Gilde

KRITISCHE MEDIZINER*INNEN BERLIN

[1] Bundesärztekammer (2013): Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis. Zugriff am 20.10.2020 unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Faltblatt_Patienten-ohne-Aufenthaltsstatus_30112013.pdf

[2] Bundesarbeitsgruppe Gesundheit und Illegalität (2019): Nothilfe im Krankenhaus für Menschen ohne Krankenversicherung. Zugriff am 20.10.2020 unter: https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/Diakonie/PDFs/Broschuere_PDF/BAG_Gesundheit_Illegalitaet_Arbeitspapier_Notfallhilfe_im_Krankenhaus_August_2019_Web.pdf

[3] vgl. Auskunftssperre: Bundesamt für Justiz: § 88 AufenthG Übermittlungen bei besonderen gesetzlichen Verarbeitungsregelungen. Zugriff am 20.10.2020 unter: https://www.gesetze-im-internet.de/aufenthg_2004/_88.html

[4] vgl. § 88 AufenthG i.V.m. 88.2.3, 88.2.4.0 AufenthG-VwV Bundesamt für Justiz: Aufenthaltsgesetz. Zugriff am 20.10.2020 unter: https://www.gesetze-im-internet.de/aufenthg_2004/index.html#BJNR195010004BJNE009505311

[5] vgl. § 25 SGB XII, Erstattungen von Aufwendungen Anderer. Bundes-

amt für Justiz: Sozialgesetzbuch XII. Zugriff am 01.11.2020 unter:
https://dejure.org/gesetze/SGB_XII/25.html

[6] EU-Gleichbehandlungsstelle (2019): Verzeichnis Clearingstellen. Zu
griff am 20.10.2020 unter: [https://www.eu-gleichbehandlungsstelle.de/
resource/blob/203274/1594458/026c79b44b897ba24ebc96353f52c873/ver-
zeichnis-clearingstellen-2019-data.pdf](https://www.eu-gleichbehandlungsstelle.de/resource/blob/203274/1594458/026c79b44b897ba24ebc96353f52c873/verzeichnis-clearingstellen-2019-data.pdf)

[7] Medibüros: Standorte. Zugriff am 20.10.2020 unter:
<https://medibueros.org/>

Psychosoziale Belastung im Klinik-Alltag

Der Einstieg in das Berufsleben ist für das ärztliche Personal oft eine riesige Herausforderung, die nicht selten mit Überforderung einhergeht. Nach einigen Tagen der Einarbeitung findet man sich in der Rolle als Stationsärzt*in, dann nach einigen Wochen als diensthabende Ärzt*in während einer Nachtschicht wieder. Diese Rollen beinhalten eine Vielzahl an Anforderungen, auf die man im Studium meist nur mangelhaft vorbereitet wird. Das theoretische Wissen aus dem Studium erweist sich dann als unbrauchbar und verkomplizierend, die pharmakologischen Kenntnisse als unzureichend und die klinischen Fähigkeiten als zu ungeübt für das Fällen von weitreichenden Entscheidungen.

Häufig wird von der ärztlichen Person eine Entscheidung verlangt, auch wenn sie die jüngste Person im Raum mit der wenigsten klinischen Erfahrung ist.

Berufseinsteiger*innen wird zudem das Gefühl vermittelt, von ihrer wirtschaftlichen Arbeit mit begrenzten Mitteln hänge das wirtschaftliche Überleben des Krankenhauses ab. Dies sollte jedoch nicht primär ärztliche Aufgabe sein, an höchster Stelle steht die Versorgung der Patient*innen. Dass ein solches Arbeitsumfeld zu einem Gefühl der Überforderung und schlussendlich zu Unzufriedenheit führt, ist nicht verwunderlich.

Die folgenden Tipps sind keine Patentrezepte, sollen aber kleine Anstöße geben, um die Arbeitssituation kurzfristig oder auch langfristig zu verbessern, und die eigene psychische Gesundheit zu schützen.

Mach dir zum Berufseinstieg einen Plan: Was sind deine Vorstellungen an die Arbeit? Wie und in was möchtest du während der Assistenzärzt*innen-Zeit weitergebildet werden? In wie vielen Monaten möchtest du deine Vorstellungen überprüfen und eventuell dann Konsequenzen ziehen?

Man mag sich dumm vorkommen, die Vorgesetzten, andere Ärzt*innen und nicht-ärztliches Personal ständig mit Fragen zu löchern. Das Eingestehen von fehlendem Wissen ist jedoch kein Zeichen von Schwäche oder Inkompetenz sondern gehört zum Lernprozess dazu. Oft ist das Wissen, wo die Informationen, Medikamente oder Normwerte zu finden sind oder wen man fragen kann, schon sehr hilfreich.

Bei schlechter Arbeitsbedingung ist die Skandalisierung dieser legitim. Meist ist es am besten, dies gemeinsam mit anderen Gleichgesinnten zu tun. Dies kann getan werden über eine Überlastungsanzeige, über persönliche Gespräche mit Chef*innen oder über den Betriebsrat (auch anonym). Auch Gespräche im privaten Umfeld können entlastend auf die akute Situation wirken.

Das Mittagessen wird allzu häufig im Krankenhaus ausgelassen. Zum Austausch mit Kolleg*innen oder um den Kopf etwas frei zu bekommen ist es oft hilfreich sich diese Zeit zu nehmen. Außerdem helfen solche Rituale den Tag besser zu strukturieren. Nach Feierabend fällt die Abgrenzung zur Arbeit schwer. Dabei können Distanzierungsrituale helfen. Zum Beispiel kann man bei einer Tasse Tee den Tag Revue passieren lassen, um sich danach aktiv der Freizeit zuzuwenden.

Als Arbeitskraft sollte es vollkommen normal sein, wertgeschätzt und dementsprechend vergütet zu werden. Es ist ok, „nein“ zu sagen, sowohl zu Überstunden, als auch zu zusätzlichen Diensten. Überstunden sollten im Normalfall erfasst und ohne Rechtfertigung ausgezahlt oder durch Freizeit ausgeglichen werden. Überstunden werden nicht zum eigenen Vergnügen geleistet, sondern vor allem wegen anfallender Mehrarbeit. Das geringe Arbeitstempo zum Berufsstart ist kein Grund für eine Benachteiligung, sondern ein ganz normaler Prozess.

Mit der Erfahrung wächst auch das Wissen und das Gefühl der Unsicherheit lässt nach, die Arbeitsabläufe werden routinierter. Die Einarbei-

tungszeit kann zwischen Wochen, Monaten und Jahren dauern. Bei hoher Arbeitsbelastung oder Stress ist es jedoch eventuell angebracht zu kündigen und nach einer anderen Arbeitsstelle zu schauen. Es kann helfen Kontakte außerhalb des Arbeitsumfeldes und Hobbys nicht zu vernachlässigen. Langfristig muss sich jedoch das Umfeld in dem wir arbeiten verändern, und das für alle Personen im Gesundheitssystem.

Die hohe soziale Verantwortung, Hilfsbereitschaft und belastende Situationen können zu einer Spirale führen, die in Überlastung und Burn-Out mündet. Anzeichen dafür können Gleichgültigkeit, Reizbarkeit, Sinnentleerung und Hyperaktivität sein. Es ist dabei sehr wichtig auf die Signale des eigenen Körpers zu hören. Die erste Ansprechperson bei Überlastung ist häufig eine Hausärzt*in für eine Krankschreibung.

Akute Hilfe ist zu finden bei der Telefonseelsorge (0800 - 1110111 oder 0800 - 1110222) in den lokalen Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen oder beim Sozialpsychiatrischen Dienst, oder im Notfall auch in der Notaufnahme des nächsten psychiatrischen Krankenhauses.

Ambulante Psychotherapie benötigt oft etwas Vorlaufzeit. Schneller geht es meistens über die Ausbildungsinstitute für Psychotherapie, wo die Behandlung durch Psychotherapeut*innen in Ausbildung erfolgt.

Sexualisierte Gewalt – Vergewaltigung

(Warnung: Der folgende Artikel thematisiert das allgemeine Vorgehen sowie die körperliche Untersuchung nach einer Vergewaltigung)

In diesem Artikel soll es vor allem um folgende Situation gehen: Eine Patient*in wird vorstellig und weist Verletzungen auf, die auf sexualisierte Gewalt hindeuten, bzw. berichtet von erlebter sexualisierter Gewalt. In dieser Situation treffen mehrere Bedürfnisse und Faktoren aufeinander, die sich teilweise gegenüberstehen, wie beispielsweise das empathische Auffangen der Geschädigten gegenüber der möglichst schnellen und effizienten Beweismittelsicherung. Auch die behandelnden Ärzt*innen stehen vor einer potenziellen Überforderung, da sie einerseits in ihrer Neutralität empathisch bleiben sollen, gleichzeitig im Sinne der Strafverfolgung systematisch vorgehen sollen. Für ein systematisches Vorgehen empfiehlt

sich ein standardisiertes Spurensicherungs-Kit. [1]

Bei der Involvierung medizinischen Personals nach einer Vergewaltigung ist von zwei Situationen auszugehen: Eine Strafanzeige wird von der geschädigten Person gestellt oder es wird keine Strafanzeige gestellt. In der ersten Situation stellt die Polizei die geschädigte Person zur forensischen Untersuchung in den Fachbereichen Rechtsmedizin, Gynäkologie oder Urologie vor. In der zweiten Situation, in der sich die Leser*innen dieser Broschüre eher befinden und auf die deshalb genauer eingegangen werden soll, kommt es zu einer Untersuchung im Auftrag der Patient*in.

Prinzipiell ist die Untersuchung im Auftrag der Patient*in in jeder Klinik möglich, sie obliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Das Verbundmodell der „Medizinischen Akutversorgung nach Vergewaltigung“ bietet Schulungen an, die ggf. eine Kolleg*in besucht hat und dadurch geregelte Abläufe kennt, die der Leser*in in einer Überforderungssituation weiterhelfen können. Die geschädigte Person hat evtl. den Tathergang mehrmals beschrieben und durch die wiederholten Aussagen erneut durchlebt. Es gilt eine weitere Traumatisierung zu verhindern, indem Anamnese und vor allem die Untersuchung einfühlsam erfolgen, einzelne Schritte der Untersuchungen sollten erklärt werden. Die Untersuchung ist freiwillig und kann ganz oder in Teilen abgelehnt werden. Die Patient*in sollte niemals komplett entkleidet untersucht werden, nur der zu untersuchende Körperteil wird entkleidet. Bei multiplen oder schwerwiegenden Verletzungen, sowie Traumata gegen den Hals ist eine rechtsmedizinische Untersuchung sinnvoll. [2]

Da die geschädigte Person durch die sexualisierte Gewalterfahrung Kontrollverlust und Hilflosigkeit erlebt hat, sind Aktivität und Selbstbestimmung wichtige Bewältigungsmechanismen, die Patient*in sollte möglichst viele Entscheidungen selbst treffen [3].

Das bedeutet auch, dass die behandelnde Ärzt*in das Absehen von Strafverfolgung durch die Patient*in akzeptieren sollte. Eine ausführliche Beschreibung über psychologisch ratsames Handeln findet sich in „Die gynäkologische Untersuchung und Begleitung von sexuell traumatisierten Frauen“ in Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe von M.Beckermann.

Sollte um Spurensicherung gebeten werden, sollten ein paar Grundsätze beachtet werden:

1. Immer Handschuhe und Mundschutz tragen
2. Feuchte Sekretpuren trocken abstreichen und trockene Spuren feucht abreiben (und ggf. trocken nachreiben)
3. Extragenitale Verletzungen sind häufiger als genitale, auch ohne gynäkologische Untersuchung könnte genug Beweismaterial gesichert werden [4]

Beweismittel können in bspw. ZipLoc Tüten gesichert werden, falls die geschädigte Person sich nicht unmittelbar für das Stellen einer Strafanzeige entscheidet. Die geschädigte Person sollte über STDs und Schwangerschaft aufgeklärt werden, ggf. ist eine Postexpositionsprophylaxe (HIV, Hep, Notfallkontrazeption) sinnvoll.

Auf der Webseite der Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt (Link im Literaturverzeichnis) findet sich ein Infoblatt für behandelnde Ärzt*innen, darin enthalten ist auch ein Dokumentations- und Untersuchungsbogen bei sexualisierter Gewalt, der einzelne Schritte aufzeigt und eine gute Orientierungshilfe bietet.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR:

- Gynäkologische Untersuchung – Berührung ohne Grenzverletzung (von Maria J. Beckermann aus Frauenheilkunde und Geburtshilfe Band 1)
- Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt
<https://www.frauennotruf-frankfurt.de/fachwissen/aerztliche-dokumentation>
- Hilfetelefon *Gewalt gegen Frauen*: 08000 116 016

Es gibt darüber hinaus regionale Hilfe-Telefone, Sich derer vor einem möglichen Krisenfall zu vergegenwärtigen, wird empfohlen.

Wesley Friedrich

[1] Tsokos, Michael (2018): Rechtsmedizinische Untersuchung mit Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt, Systematisches Vorgehen bei offizieller und vertraulicher Spurensicherung. Rechtsmedizin. (6).

- [2] Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (2016): Befunderhebung, Spurensicherung, Versorgung bei Verdacht auf sexualisierte Gewalt – Information für die behandelnde Ärztin, den behandelnden. Zugriff am 25.10.2020 unter: <https://www.frauennotruf-frankfurt.de/fileadmin/redaktion/pdf/FRAUENNOTRUF-FFM-sexualisierte-Gewalt-Dokubogen.pdf>
- [3] Beckermann, Maria J. (2004): Die gynäkologische Untersuchung und Begleitung von sexuell traumatisierten Frauen. Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe. Basel: Schwabe Verlag; Seite 50-56.
- [4] Aus einer Rechtsmedizin-Vorlesung von Prof. Dr. med. K. Alberts an der Medizinischen Hochschule Brandenburg, 2018.
-

Kindeswohlgefährdung

Die Sozialwissenschaften definieren eine Trias der Kindeswohlgefährdung, bestehend aus: Vernachlässigung, Misshandlung und/oder sexuellem Missbrauch.

Unter Vernachlässigung wird die „[...] Unterlassung fürsorglichen Handelns der sorgeverantwortlichen Personen [...]“ verstanden, sie kann in erzieherische, emotionale und körperliche unterteilt werden. [1]

Misshandlung meint die „nicht zufällige Verletzung [...] infolge von Handlungen der [...]“ sorgeverantwortlichen Person, sie wird in psychische und physische unterteilt. Eine spezielle und unübliche Form stellt das Münchenhausen-by-proxy Syndrom dar. [1]

Bei sexuellem Missbrauch ist, im Gegensatz zur Misshandlung, ein planvolles und über Jahre andauerndes Verhalten hintergründig. Das Kind empfindet die Handlung situativ nicht zwingend als Missbrauch, aufgrund des Ausnutzens der Autorität der erwachsenen Person liegt dennoch ein Missbrauch vor. Hierzu zählen auch Handlungen ohne Körperkontakt, wie bspw. Exhibitionismus und die Darbietung von Pornographie, sowie die Herstellung von Kinderpornographie. [1] Bei vermuteter Kindeswohlgefährdung müssen zwei Schritte durchlaufen werden, wobei das Ziel kurzgesagt die Entbindung von der Schweigepflicht ist.

1. Es müssen „gewichtige Anhaltspunkte“ vorliegen, die für eine Kindeswohlgefährdung sprechen. Bei Zweifeln hat die Ärzt*in das Recht auf Beratung durch eine Fachkraft beim Jugendamt, wobei die Daten der Patient*in pseudonymisiert werden sollen. Besteht eine Kindeswohlgefährdung gibt es eine Erörterungspflicht: Die Problematik soll mit den Eltern, und falls möglich mit dem Kind, erörtert werden und es soll Hilfe (nicht zwingend Jugendamt) angeboten werden.
2. Werden die Hilfen abgelehnt darf die Ärzt*in dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitteilen. Er/Sie macht sich dadurch nicht strafbar und handelt nicht ärzt*innenwidrig. [2]

An oberster Stelle steht die medizinische Versorgung des Kindes, erst nach deren Gewährleistung sollten Schritte zur Abwendung der Kindeswohlgefährdung unternommen werden.

Es wird davon abgeraten in Aktionismus zu verfallen, d.h. den Sorgeberechtigten sollen keine Vorwürfe gemacht werden, dem Kind soll unbefangenen begegnet werden, um ein Gefühl der Sicherheit zu geben.

Die Ärzt*in sollte sich ihrer Grenzen und Möglichkeiten bewusst sein. Keine Versprechungen, die nicht eingehalten werden können. Durch die Involvierung der Ärzt*in werden ihr gegenüber hohe Erwartungen von Seiten der Sorgeberechtigten und Kindern entgegengebracht.

Außerdem sollte alles so gut wie möglich dokumentiert werden! [2]

Trotz Hürden: nicht wegschauen und das Handeln mehr als verständnisvolle Begegnung verstehen, statt als Eingriff!

WEITERE INFORMATIONEN:

- Handbuch des DJI: Kindeswohlgefährdung nach §1666 BGB und ASD
- Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte „Gewalt gegen Kinder“ der Landesärztekammer Baden-Württemberg

NÜTZLICHE ADRESSEN:

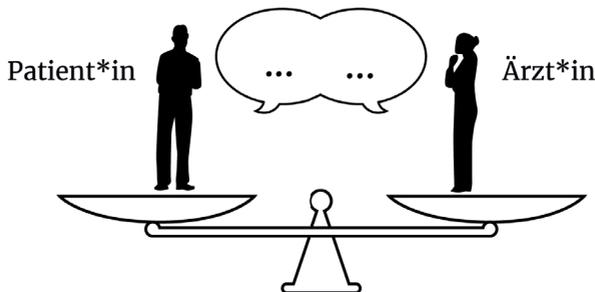
- Kinder und Jugendgesundheitsdienst des örtlichen Gesundheitsamtes
- Medizinische Kinderschutzhotline: 0800 10 210 00

Wesley Friedrich

- [1] Kindler, Heinz/Lillig, Susanna/Blüml, Herbert/Meysen, Thomas/Werner, Annegret (Hrsg.) (2006): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). Zugriff am 25.10.2020 unter: <https://www.dji.de/veroeffentlichungen/literatursuche/detailansicht/literatur/7182-handbuch-kindeswohlgefaehrung-nach-1666-bgb-und-allgemeiner-sozialer-dienst-asd.html>
- [2] Landesärztekammer Berlin (2013): Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte „Gewalt gegen Kinder“ der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Zugriff am 25.10.2020 unter: https://www.aerztekammer-bw.de/news/2013/2013_12/GgK-broschuere/leitfaden.pdf

Kommunikation mit Patient*innen

Neben der Rolle, die wir als Ärzt*innen bzw. Patient*innen innehaben, ist es vor allem ein Gespräch zwischen Menschen, aus dem sich bereits vieles im gegenseitigen Miteinander ergibt. Das Bedürfnis, als Person mit seinen Anliegen und Ängsten wahrgenommen, respektiert und ernstgenommen zu werden, ist ein grundlegend menschliches.



So ist es im klinischen Alltag wichtig, sich selbst und dem/der Patient*in bewusst zu machen, dass Ärzt*innen Informationen erfragen, um eine Situation medizinisch beurteilen zu können und nicht, um über die Person zu urteilen. Auch sollten Gespräche (und keine Ärzt*innen-Monologe) als Angebot gestaltet werden, nicht aber als Zwang. Es muss nichts erzählt werden, aber alles kann besprochen werden! Dazu gehört, dass dem

Gegenüber genügend Raum zugesprochen wird.

Transparente Kommunikation und das Miteinbeziehen von Patient*innen in Entscheidungsprozesse gehören ebenso zur erfolgreichen Kommunikation wie auch, dass vermeintlich unangenehme Dinge sensibel angesprochen werden können. Entsteht beispielsweise der Eindruck, dass ein*e Patient*in die Körperhygiene vernachlässigt, ist es nur fair, dies anzusprechen und ggf. Unterstützung anzubieten, anstatt sich mit Kolleg*innen darüber zu amüsieren.

Bei sensiblen Themen hilft es, sich selbst zu hinterfragen: *Spreche ich etwas nicht an, weil es mir unangenehm ist oder weil ich vermute, dass es für Patient*innen unangenehm sein kann und aus welchem Grund vermute ich das?* Sprachbarrieren, die die Kommunikation – ob direkt oder indirekt – einschränken, sind nicht selten Grund von Missverständnissen und ggf. ungenügender Behandlung. Umso wichtiger ist es, jene Barrieren weitestgehend zu beheben, z.B. mit professionellen Dolmetscher*innen. Man sollte sich zudem bewusst sein, dass bei indirekter Kommunikation über Familienangehörige oft Informationen verloren gehen.

Menschen mit Hörbehinderung haben ein Recht auf Gebärdensprache (Sozialgesetzbuch IX), was bedeutet, dass die Krankenkassen die Kosten für eine*n Dolmetscher*in übernehmen müssen.

Der Deutsche Gehörlosen-Bund e. V. empfiehlt außerdem:

- Patient*innen beim Sprechen anschauen/vorab und bei Themenwechseln das Thema ankündigen/ deutlich, normal laut und nicht zu langsam sprechen/ kurze, klare Sätze verwenden/ Mimik und Gestik einsetzen/ Wichtiges aufschreiben

WEITERE INFORMATIONEN:

(Lokale) Amamnesegruppen

Broschüre und Videos zum Thema Patient*innenkommunikation:

www.aekno.de/Leitfaden-Kommunikation

Annsoophie

Ärzttekammer Nordrhein (2015): Kommunikation im medizinischen Alltag.

Ein Leitfaden für die Praxis. Zugriff am 25.10.2020 unter:

https://www.aekno.de/fileadmin/user_upload/aekno/downloads/leitfaden-kommunikation-2015.pdf

Deutscher Gehörlosen-Bund e. V. (2011): Der gehörlose Patient. Zugriff am

25.10.2020 unter: http://www.gehoerlosen-bund.de/browser/527/dgb_fly-er_dglp_dinlang_web.pdf

Disclaimer Sprache

Wir bemühen uns in diesem Heft, Sprache zu benutzen, die möglichst wenig diskriminiert. Das ist wichtig, weil Sprache ein Mittel ist, mit dem Menschen strukturell mehr oder weniger Macht und Wert zuerkannt wird, weil Menschen durch Sprache ausgeschlossen, ignoriert oder abgewertet werden können. Gleichzeitig wissen wir, dass wir vieles noch nicht gelernt, bedacht oder verstanden haben, und dass es vieles gibt, was wir noch gar nicht auf dem Schirm oder nicht optimal gelöst haben.

Viele dieser Wörter und der Umgang mit dieser Sprache sind vielleicht neu, wenn es damit noch nicht so viele Berührungspunkte gab. Das macht die Texte (auch diesen) vielleicht für dich umständlicher zu lesen – für andere sind diese Wörter aber sehr wichtig, um sich gesehen, gehört und gemeint zu fühlen. Dafür haben wir leider bisher keine bessere Lösung gefunden, als uns um Erklärungen und möglichst wenig abgehobene Sprache zu bemühen und auf deine Neugier zu vertrauen, neue Wörter nachzuschlagen. Außerdem wollen wir hier ein paar Wörter und Sprachverwendungen erklären und hoffen sie so etwas zugänglicher zu machen:

Gendern:

Gendern steht für geschlechtergerechte Sprache. Bei dieser Form der Sprache wird nicht mehr alles in der cis männlichen Person geschrieben und gesagt, sondern es werden alle Geschlechter mit einbezogen. Wir gendern, um alle Menschen mit einzuschließen, wie bei Patient*innen und Ärzt*in-

nen, mit „*“, weil es den Lesefluss stärker unterbricht als „:“ und „_“ und auf Nicht-Binäre Identitäten hinweist. [1]. Wenn es um Gruppen mit bestimmten Eigenschaften geht, versuchen wir, diese präzise zu benennen. [2].

Schwarz groß geschrieben und weiß kursiv:

Wir schreiben Schwarz groß, um deutlich zu machen, dass es sich um eine politische Positionierung und nicht etwa um eine Hautfarbe handelt. *Weiß* wird schräg geschrieben, um diese Positionierung, die keine Selbstbezeichnung ist und selten benannt wird, sichtbar zu machen [3].

BIPoC:

BIPoC steht für „Black Indigenous People/Person of Color“ und ist eine Selbstbezeichnung „von und für Menschen, die nicht weiß sind“. [4]

migrantisiert:

Dieses Wort bezieht sich darauf, dass manchen Menschen aufgrund ihres Aussehens Migrationserfahrungen oder -hintergrund angedichtet werden und anderen nicht. Dies geschieht unabhängig von der tatsächlichen Biographie.

migrantisch:

„Migrantisch“ kann eine eigene, oft positive oder auch politische Identität sein.

rassifiziert:

Eine Person wird „rassifiziert“, wenn ihr im Sinne von rassistischer Denkweisen/Strukturen bestimmte Eigenschaften und/oder Wertigkeiten zugeschrieben werden, sie also rassistisch markiert wird. [5]

FLINT:

FLINT* steht für *Frauen, Lesben, inter-, nicht binäre- und trans Personen. Damit sind also insbesondere keine cis Männer gemeint. Als cis

werden Menschen bezeichnet, die sich ihrem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht zugehörig fühlen, im Gegensatz zu **trans** Personen.

Inter bedeutet, dass eine Person bei der Geburt keinem Geschlecht eindeutig zugeordnet werden konnte. **Nicht-binäre** Menschen entziehen sich dem zweigeteiltem System von Frau* und Mann* und fühlen sich keinem dieser Geschlechter zugehörig.

Ableismus:

Das Wort stammt aus dem Englischen „to be able“, was so viel heißt, wie „etwas können“. Demnach werden Menschen auf Grund ihrer Fähigkeiten bewertet und diskriminiert.

Klassismus:

Dieser Begriff bezeichnet die Diskriminierung auf Grund der sozialen Herkunft.

Nicht alle unsere Autor*innen und erst recht nicht alle zitierten Quellen teilen den von der Redaktionsgruppe ausgehandelten Umgang oder diese Formulierungen. Wir haben uns trotzdem entschieden, diese Texte und Zitate mehr oder weniger unverändert stehen zu lassen, obwohl wir die darin benutzte Sprache nicht immer gut finden oder dadurch Ansichten ausgedrückt werden, die wir nicht teilen. Andere Punkte oder Informationen aus den Zitaten finden wir aber wichtig oder interessant, die für dieses Heft geschriebenen Texte umso mehr. Auch hierfür haben wir bisher keine bessere Lösung. Insgesamt gilt: Unter unseren Autor*innen und innerhalb unserer Redaktionsgruppe bringen wir verschiedene Hintergründe und Lesarten mit und zeigen das in unseren Texten und unserer Sprache, mal bewusst und mal unbewusst. Uns ist aber allen gemeinsam, dass wir gerne lernen und besser werden wollen, was unser politisches Bewusstsein und unsere Sprache betrifft. Deswegen: wenn dir etwas auffällt oder gar aufstößt, schreib uns sehr gerne einen Hinweis dazu. Wir werden uns bemühen, uns Informationen und Reflektion dazu selbst zu erschließen.

-
- [1] Hecht, Marie (2020): Doppelpunkt statt Gendersternchen?. Zugriff am 25.10.2020 unter: <https://www.supernovamag.de/doppelpunkt/>
- [2] Yaghoobifarah, Hengameh (2018): Stars und Sternchen. Zugriff am 25.10.2020 unter: <https://missy-magazine.de/blog/2018/05/11/stars-und-sternchen/>
- [3] Noah Sow: FAQ – Der Braune Mob E.V. Zugriff am 25.10.2020 unter: <https://www.derbraunemob.de/faq>
- [4] Musebeni, Koko (2019): Interview mit Antidiskriminierungs-Expertin Tupoka Ogette Wie wir Rassismus in der Sprache verhindern. Zugriff am 25.10.2020 unter: <https://www.br.de/puls/themen/leben/rassismus-in-der-sprache-100.html>
- [5] Auma, Maureen Maisha (2018) Rassismus: Eine Definition für die Alltagspraxis Zugriff am 01.11.2020 unter: <http://raa-berlin.de/wp-content/uploads/2019/01/RAA-BERLIN-DO-RASSISMUS-EINE-DEFINITION-F%C3%9CR-DIE-ALLTAGSPRAXIS.pdf>
-

Ein etwas anderes Glossar

Alkoholismus

- oft als Kennzeichen für oder Nebenprodukt von niedrigem sozioökonomischen Status genannt. Dies ist insofern scheinheilig als das z.B. der ärztliche Beruf als ernstzunehmender Risikofaktor für Substanzabhängigkeit vielerlei Art inkl. Alkohol gilt. Statistische Häufigkeit von Alkoholismus unter Ärzt*innen: 6%, unter der Allgemeinbevölkerung: 3% [1]
- in der ärztlichen Gemeinsprache (→ „auf schlau“) abgekürzt als C2-Abusus (chemische Summenformel für Ethanol: C_2H_5OH), dies erlaubt es Ärzt*innen, im Beisein von Patient*innen Informationen und Urteile über diese auszutauschen, ohne das sie es mitbekommen.

„auf schlau“/„Und wie heißt das auf schlau?“

- die Aufforderung, einen Sachverhalt in möglichst langen und lateinisch- und/oder griechisch-stämmigen Wörtern zu beschreiben.
- dient zur Abgrenzung und Bestätigung der ärztlichen Identität als „gehobene“ Klasse, intellektuell, überlegen. Wirkung vor allem ausgrenzend für Menschen mit niedrigem Klassenhintergrund und schädlich für Patient*innenkommunikation auf Augenhöhe. Einen Schnupfen vor der/dem Patient*in als Rhinitis acuta zu bezeichnen, nützt wenig bis gar nichts in puncto Verständlichkeit.

BMI (Body-Mass-Index)

- grobe Berechnung für das Verhältnis von Körpermasse zur Körpergröße, in der viele Faktoren nicht berücksichtigt werden. So können Menschen mit viel Muskelmasse einen BMI haben, der als Übergewicht eingestuft wird. Die Formel wurde von Quetelet erfunden, auf der Suche nach einer mathematischen, rein beschreibenden Darstellung der unterschiedlichen menschlichen Körperstatur, die sich in einer Gauß'schen Normalverteilung zeigen ließe. Später zweckentfremdet zur machtvollen (siehe 3 Normierung von Körpern. Das ursprüngliche Ziel war also die Feststellung, wie Körper sind, wohingegen die Zweckentfremdung darin bestand, zu messen, wie Körper zu sein haben.

- Normierungsgrenze zum Übergewicht seit 1998 (zuvor Frauen 27,3, Männer 27,8) willkürlich auf gut einprägsame Zahl 25 festgesetzt mit bisher nicht quantifizierter Auswirkung auf Psyche, Selbstwert und medizinische Behandlung von Patient*innen.
- häufig genutzt als Stellvertreter für Gesundheitsrisiken, der unter anderem in einigen Bundesländern (BW, NRW) als diskriminierende Voraussetzung zur Verbeamtung im öffentlichen Dienst herangezogen wird.

Geschlecht

- seit einigen Jahren zu neuer medizinischer Relevanz gekommen durch die Etablierung der „Geschlechtermedizin“. Basis dieses neuen Zweigs ist die Erkenntnis, dass die zuvor vertretene These vom (weißen, europäischen, jungen) Mann als dem allgemeingültigen Modell-Menschen für medizinische Studien, Medikamententestung, Medikamentendosierungen oder dem Untersuchen „typischer“ Symptome keinen Bestand hat.
- dient als Platzhalter für in bestimmten Fragestellungen evtl. relevante Eigenschaften wie Östrogen- und Testosteroneinwirkung (diese wird selten gemessen, noch seltener wird die Dauer der entsprechenden Hormoneinwirkung oder deren endo- bzw. exogener Ursprung erhoben, also körpereigene Produktion oder von außen zugeführt als Tablette oder Gel), Sozialisierung und die Effekte von Möglichkeiten und Einschränkungen durch soziale Rollen und Anerkennung. Fragen danach, warum sich die Symptome des Herzinfarkts so stark zwischen Männern und Frauen unterscheiden, ob Frauen wegen ihrer XX-Genetik häufiger Depressionen haben oder wegen einer erhöhten Östrogenwirkung oder gesellschaftlichen Erfahrungen, werden meist wissenschaftlich nicht weiter beachtet, sondern lediglich durch die Kategorie „Geschlecht“ vereinfacht.
- allgemein und insbesondere im Medizinstudium wird meist ein ideologischer Überbau der Binarität, d.h., dass es nur zwei sich gegenübergestellte Geschlechter gibt, aufrechterhalten. Das bedeutet, trotz der seit Menschengedenken bekannten und seit nicht ganz so langer Zeit fachlich beschriebenen vielfältigen Ausprägung intersexueller Geschlechtsmerkmale und Geschlechtsidentitäten, wird an der umstrittenen Zweiteilung

in „Frau“ und „Mann“ festgehalten. In entsprechenden Seminaren („Der kleine Unterschied“ und ähnliche) kann die Validität dieser Kategorien unter anderem in Bezug auf ihre Inter- und Intragruppenvarianz diskutiert werden. Fragen die sich hierbei auftun sind bspw., wohin Menschen „sortiert“ werden sollen, die ein XY-Genom haben, aber einen für Männer „untypischen“ Testosteronspiegel aufweisen, oder Menschen mit XXY-Genom oder jene mit Vagina aber ohne Uterus.

Hautfarbe

- wenn in Lehrbüchern und Fallbeispielen die „Hautfarbe“ der Patientin genannt wird, ist diese im seltensten Fall „weiß“, was suggeriert, dass von „weiß“ als „normal“ ausgegangen wird. Die Benennung der Hautfarbe in den Fallbeispielen ist meist als Aufforderung zu verstehen, rassistische Vorurteile und/oder wissenschaftlich wenig fundierte Verallgemeinerungen wie Schwarz -> Sichelzellanämie aufzurufen.
- hat im Medizinstudium so gut wie immer die Funktion, den gelehrten Zusammenhang bestimmter Erkrankungen oder Eigenschaften mit oft willkürlich als „Hautfarbe“ beschriebenen Merkmalen zu festigen und knopfdruckartig abrufbar zu machen. Diese Art der verallgemeinernden Verknüpfung ist nicht wissenschaftlich, sondern rassistisch (siehe → mediterranes Schmerzsyndrom)
- reicht von sehr sehr hell bis sehr sehr dunkel in vielen unterschiedlichen Schattierungen. Im Dermatologie-Modul ist unter anderem darauf zu achten, ob in der Typisierung der Hautfarben mehr als nur 1/3 der Weltbevölkerung (Typ 1-4) abgebildet ist.
- beschönigende Umschreibung für die von weiten Teilen der (weißen) Bevölkerung weiterhin mehr oder weniger unerschrocken getragen, seit Jahrhunderten wissenschaftlich und politisch widerlegten Vorstellungen biologisch abgrenzbarer menschlicher Rassen

Mediterranes Schmerzsyndrom / Morbus mediterraneus

- weiterhin verbreitete Redewendung unter weißen Mediziner*innen, dient zur Kennzeichnung der rassistischen Vorurteile der Sprechenden

Person über Krankheitsverhalten und Schmerzwahrnehmung von verschiedenen, als homogen zusammengefassten Personengruppen. Mit dieser Beschreibung machen sich Ärzt*innen über Patient*innen lustig, die unter Schmerzen leiden. Selbstverständlich gibt es keinerlei wissenschaftliche Grundlage, dass Körper von Menschen aus dem Mittelmeerraum empfindlicher für Schmerzen sind.

Stress

- Auslöser für komplexe Anpassungsreaktion des Körpers unter Einbeziehung u.a. des Hormonhaushaltes, des Immunsystems, der Blutgerinnung und der Plastizität des Gehirns, mit dem Risiko der frühen Sterblichkeit.
- in der an Leistung und Verwertung orientierten Gesellschaft im Allgemeinen und unter Medizinstudierenden im Besonderen häufig als Statussymbol verhandelt. Wer am meisten lernt, am wenigsten schläft oder es zusätzlich noch schafft zum Yoga, Bouldern oder in den Club zu gehen, kann sich nicht selten damit profilieren.
- insbesondere in langanhaltender und unkontrollierbarer Form (besonders gesundheitsschädigend) häufig verknüpft mit sozialen Positionen mit wenig Anerkennung und Gestaltungsmöglichkeiten, mit Diskriminierung (→ sozioökonomischer Status, → „Übergewicht“, → „Hautfarbe“, → Geschlecht), sowie z.B. mit Schichtarbeit, hoher Verantwortung bei geringer Anerkennung und anderen Aspekten von Gesundheitsberufen
- als Gesundheitsrisiko meist als Erfahrung der Einzelperson betrachtet (zu behandeln mit Yoga, Achtsamkeit, Psychotherapie, effizienteren Lernstrategien) und selten ausdrücklich als von vielen geteilte Erfahrung, die u.a. durch gesellschaftliche Umstände und politische Entscheidungen verursacht wird. Bleibt noch die Frage offen, ob die Lösung hierfür Yoga und Meditation für alle, weniger Überstunden für alle im Krankenhaus-Arbeitenden oder aber weniger Stress auf Station durch mehr Pflegekräfte pro Schicht ist.

sozioökonomischer Status

- auf vielen Folien als „unveränderbarer“ Risikofaktor genannt, meist als

deterministische (im Voraus festlegende) Umschreibung für „Unterschicht“, deren (Gesundheits-)Verhalten als Eigenschaft gilt und als Erklärung für eine 10 Jahre kürzere Lebenserwartung ausreichen soll, was nicht zuletzt impliziert, dass es die Schuld von armen Menschen sei, dass sie sich nicht um ihre Gesundheit kümmern. Dieser Gedankengang ist vergleichbar mit der Aussage, es sei die Schuld armer Menschen, dass sie arm sind. Armut wird also nicht als Resultat gesellschaftlicher Ungleichheiten gesehen, sondern als persönliches Versagen.

- Stellvertreter für die sozialen, psychischen und somatischen Auswirkungen sozialer und ökonomischer Ungleichheit (Ungerechtigkeit). Das eigentlich Krankmachende dabei sind z.B. Schichtarbeit in der Fabrik, krebserzeugende Chemikalien am Arbeitsplatz, Stress durch 3 Minijobs plus Erziehung der Kinder, fehlendes Geld für gesundes und vollwertiges Essen, Sportkurse, Kinderturnen, Yoga etc. Auch ein fehlender Zugang zu teuren Vorsorgeuntersuchungen oder Sprachbarrieren bei Menschen, die kein Deutsch sprechen, Wohnungslosigkeit, Fehlen von Garten oder Parks in der Nähe des Wohnorts tragen zur Gesundheitsgefährdung bei. Ebenso wie Armut krank macht, kann auch Krankheit arm machen, weil man den Job verliert durch seine Erkrankung oder durch Schulden, die aufgenommen werden müssen.

Übergewicht

- laut unterschwellig vermittelter Lehrmeinung steht das Körpergewicht ab einem → BMI von 25 in umgekehrtem Verhältnis zu dem Wert einer Person. Eine entsprechend entwürdigende Behandlung wird in vielen Kliniken und Praxen als gerechtfertigt betrachtet.
- häufig genannt als Risikofaktor/Auslöser für einen großen Katalog von Erkrankungen, meist als ungenauer und stigmatisierender Stellvertreter von in Studien herausgearbeiteten Faktoren wie Diskriminierung, Bewegungsmangel, Nährstoffmangel. Nicht das Gewicht auf der Waage ist zwangsläufig der entscheidende Risikofaktor, sondern vielmehr der Mangel an Bewegung oder die unausgewogene Bewegung.
- wird sozial unterschiedlich bewertet je nach Geschlecht und sozioökono-

mischem Status. So wäre der dicke Bauch bei erfolgreichen Managern also ein Zeichen für Genuss des guten Lebens, wohingegen die meisten anderen als „fett“, „faul“ und „ungesund“ abgestempelt würden.

[1] Endres, Alexandra (2000): Alkoholranke Ärzte: Die Existenz steht auf dem Spiel. Zugriff am 15.11.2020 unter:

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/20696/Alkoholranke-Aerzte-Die-Existenz-steht-auf-dem-Spiel>

Schlusswort

Eine politisierende Broschüre für ärztliches Personal zu schreiben – die Idee kam uns auf einem Kongress von „Krankenhaus statt Fabrik“ im Jahr 2019. Wir verstehen sie als Einladung, sich mit anderen Berufsgruppen aktiv an der Gestaltung eines solidarischen Krankenhauses zu beteiligen, sich für bessere Arbeitsbedingungen einzusetzen, sich kritisch mit Strukturen, Abläufen, Hierarchien und Sprache auseinanderzusetzen. Es kann doch nicht sein, dass Ärzt*innen in die Arbeitskämpfe und Streiks der Krankenhäuser so selten aktiv involviert sind?! Wir leiden doch im Endeffekt alle unter den momentanen Zuständen... Begeistert von der Idee setzte sich ein Kreis von einer handvoll Student*innen in Berlin zusammen, um an einem Konzept und einem Plan zu arbeiten. Ein ziemlich ambitioniertes Projekt, wie vielen von uns bald bewusst werden sollte. Wie kann man den Bogen von der kapitalistischen Gesellschaftsform über die Ökonomisierung des Gesundheitswesens zum Arbeitskampf auf Station schlagen? In wöchentlichen bis monatlichen Treffen schrieben wir Personen an, lasen quer, schrieben Anträge und selbst Artikel. Mit Hilfe vieler Einzelpersonen, politischen Gruppierungen sammelten wir Artikel um Artikel, kürzten, fügten hinzu. Ein besonderer Dank gilt auch dem Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää), der uns mit Praxiserfahrung, Verbesserungsvorschlägen und Finanzierung zur Seite stand und somit maßgeblich an

der Fertigstellung beteiligt war. Wir mussten so manche Deadlines an uns vorbeiziehen lassen, die Planungsunsicherheit ist auch unserer fehlenden redaktionellen Erfahrung geschuldet.

Uns wurden bald auch bestimmte inhaltliche Problematiken bewusst: Wie eine Broschüre für bessere Arbeitsbedingungen für ärztliches Personal schreiben, wenn andere Berufsgruppen sich in deutlich prekäreren Situationen befinden? Wie Solidarität schaffen, wenn sich die materiellen Interessen von Ärzt*innen und anderen Berufsgruppen auch teilweise gegenüberstehen? Wir entschieden uns für eine Mischung aus Kritik an der eigenen belastenden Situation (an den Arbeitsbedingungen des ärztlichen Personals) und gemeinsames Streben nach einer Veränderung der Umstände und Strukturen im Krankenhaus. Die Broschüre soll gleichzeitig auch ein Angebot zur Diskussion und vor allem zur Interaktion sein.

Ein anderes Problem stellte die Positionierung zu den medizinischen Gewerkschaften dar, wir wollten eine möglichst differenzierte Analyse der Geschehen und der aktuellen Umstände ohne Werbung für eine bestimmte Gewerkschaft zu machen. Trotzdem versuchten wir unsere eigenen politischen Erfahrungen einzubringen und einen klaren Standpunkt zu vermitteln. Deswegen entschieden wir uns, keine direkten professionellen Vertreter*innen der Gewerkschaften anzufragen und uns selbst einen Überblick zu verschaffen.

Natürlich gibt es noch viele Themen, die uns und euch am Herzen liegen, jedoch für den Moment keinen Platz in der *Kittelbroschüre* gefunden haben. Dies kann sich in Zukunft ändern, bei entsprechender Nachfrage werden wir über eine aktualisierte Version nachdenken. Bitte schreibt uns euer Feedback, eure Gedanken und Visionen, wir freuen uns über jede Rückmeldung.

*Herausgeber*innen:*

**SOLIDARISCHES
GESUNDHEITS** WESEN

*Kritische Mediziner*innen Berlin*
berlin.kritmed.de

V.i.S.d.P.

Lucie Schröder

Kontakt

Solidarisches Gesundheitswesen e.V.

c/o Bernhard Winter

Falkstraße 34

60487 Frankfurt/Main

<https://www.solidarisches-gesundheitswesen.de>

Gestaltung und Illustration:

Karoline Mosen

Druck:

Onlineprinters

Stand:

August 2022

