RÄNKESCHMIEDE

Texte zur
internationalen ArbeiterInnenbewegung

Redaktion express

»Gleich wird's ein bisschen wehtun«

Eine kritische Bestandsaufnahme zu den aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen

Herausgeber:
AFP e.V., express-Redaktion

No. 22
Juni 2014
17. Jahrgang

Herausgeber:

AFP – Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der politischen Bildung e.V.
express-Redaktion
Niddastraße 64
60329 Frankfurt
Telefon (069) 67 99 84
Email express-afp@online.de
www.express-afp.info

1. Auflage, Juni 2014
88 Seiten, Einzelpreis 8 Euro zzgl. Porto

Redaktionelle Bearbeitung	Nadja Rakowitz
Layout/Satz	Birgit Letsch
Druck	Kopierwerk, Frankfurt

RÄNKESCHMIEDE erscheint in unregelmäßiger Folge (siehe hintere Umschlagseite)

Inhalt

Einleitung

Kirsten Huckenbeck / Nadja Rakowitz / Stefan Schoppengerd: »Gleich wird's ein bisschen wehtun« – eine kritische Bestandsaufnahme zu den aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen 5

Ökonomisierung – Privatisierung – Grundsätzliches

Nadja Rakowitz: »Privatliquidation?«, zur Subsumtion des Gesundheitswesens unter das Kapital 8

Marc Kappler/Fabian Rehm: »Fortschrittsmaschine Privatisierung?«, zu Michael Wendls wenig innovativer Verteidigung der Rhön AG 16

Peter Hoffmann: »Fabrik Krankenhaus – über ein System verkehrter ökonomischer Anreize« 19

Rudi Schwab: »Kein Wort über die kapitalistische Produktionsweise«, über Michael Wendls Verteidigungsversuche in der Debatte zur Privatisierung der Krankenhäuser 23

Michael Wendl: »Wo steckt der Kapitalismus?« Zur Kontroverse um die Privatisierung von Krankenhäusern 26

Nadja Rakowitz: »Weg mit der Räterepublik« – Gesetzliche Krankenkassen werden unter Kartellrecht gestellt 31

»Am Bedarf orientiert und demokratisch« ver.di Saar stellt ein gesundheitspolitisches Konzept vor 35

Gewerkschaftliche und betriebliche Strategien und Widerstand

Marc Kappler: »Ärztliche Schweigepflicht«, über Versuche des Rhön-Konzerns, Kritiker juristisch einzuschüchtern 39

Kirsten Huckenbeck: »Gotteslohn auf dem Dritten Weg?«, Arbeitgeber Kirche: prekäres Arbeiten in »Verkündigungsnähe« 41

Rudi Schwab: »Im Dienste des Herrn…«, Über das Geschäftsgebaren kirchlicher Träger 45

Stefan Schoppengerd/Fabian Rehm: »Die besseren Bastionen«, Interview zum Streik bei den Wicker-Kliniken 47

»Dicke Bretter gebohrt« – Organizing für einen Tarifvertrag, Slave Cubela im Gespräch mit einem Betriebsrat des Assistenzbetriebs CeBeeF 51

»Los geht's!«, Interview mit Ulrich Wallrich zu den Tarifverhandlungen um Mindestbesetzungen an der Charité in Berlin 56

Michael Quetting: »Erfolg durch Nichtstun. Das Ultimatum als kollektive Kampfform im Gesundheitssektor« 58

Carsten Becker: »Auf Handlungsmodus umschalten… zur Herrschaft des Taschenrechners im Krankenhaus – und zu kollektiven Gegengiften« 61

Internationales

»Wir widersetzen uns«, Manifest der solidarischen Ärzte in Frankreich 66

Health professionals melden sich zu Wort »Europäisches Manifest gegen die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens« 68

»Spital statt Fabrik«, die Industrialisierung der Schweizer Krankenhäuser aus der Sicht des Gesundheitspersonals 70

Nadja Rakowitz: »Austeritätspraxen. Über gesundheitliche Nebenwirkungen der Troika-Politik in Griechenland« 75

Anna Leder/Sandra Stern: »Mehr als ein Packerl Luft!?« Zum Spitalsstreik in der Alpenrepublik 79

Stefan Meyer. »Die Zerstörung eines Vorzeigemodells« Über Spaniens Gesundheitssystem im Zeichen der Austerität 83

EINLEITUNG

»Gleich wird's ein bisschen wehtun«

Kirsten Huckenbeck / Nadja Rakowitz / Stefan Schoppengerd: Eine kritische Bestandsaufnahme zu den aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen

Die »Ökonomisierung« des Gesundheitswesens, die Unterwerfung solidarischer oder staatlicher Gesundheitssysteme unter die Logik des Kapitals erleben wir nicht nur in Deutschland, sondern in der ganzen EU. Selbst das geradezu als Religion verehrte staatliche Gesundheitswesen in England bleibt davon nicht verschont.[1] In Deutschland ziehen sich diese Entwicklungen schon länger hin – sind dafür aber umso gründlicher. Wir haben uns deshalb entschlossen, eine Ränkeschmiede zu diesen Entwicklungen herauszugeben und hier Artikel zusammenzustellen, die in den letzten Jahren im *express* veröffentlicht wurden. Dabei geht es uns nicht nur um die gesundheitspolitischen und politökonomischen Entwicklungen, sondern auch um Arbeitskämpfe, Widerstandsformen und Alternativen. Selbstredend schauen wir dabei auch über den deutschen Tellerrand hinaus...

Im Gesundheitswesen außerhalb der Krankenhäuser haben wir in Deutschland seit jeher schon sehr kommerzialisierte Strukturen: Die Pharma- und Geräteindustrie ist privatkapitalistisch organisiert und hat traditionell in Deutschland sehr starken Einfluss auf die Politik. Die Parallelität von privater (ca. 10 Prozent der Bevölkerung) und gesetzlicher Krankenversicherung (ca. 90 Prozent der Bevölkerung) konstituiert aufgrund unterschiedlicher Bezahl-Logiken eine Zweiklassenmedizin. Und exekutiert wird diese zu einem großen Teil von den niedergelassenen Ärzten, die seit Gründung der Bundesrepublik auf eigenen Wunsch hin Kleinunternehmer mit einer Lizenz zum Gelddrucken auf Rezept waren und immer noch weitestgehend sind. Das hat die Menschen und die Medizin in diesem Sektor geprägt und wurde schon früh von linken und fortschrittlichen Kräften kritisiert. Dennoch findet auch hier in den letzten Jahren noch eine durch Gesundheitspolitik und Ärzte gepushte Kommerzialisierung statt, die zunehmend das Geld zwischen Arzt und Patient treten lässt.

1 »This may hurt a bit« – so heißt ein aktuelles Theaterstück in England, das sich kritisch mit der Privatisierung und Kommerzialisierung des staatlichen Gesundheitswesens (NHS) auseinandersetzt. Es wurde mir vor Kurzem von den Aktivisten der Gruppe »Keep Our NHS Public« empfohlen. Englands Gesundheitswesen (nicht das in Wales, Schottland und Nord-Irland!) unterliegt derzeit einem rasanten Kommerzialisierungsprozess, dem die Verteidiger des NHS einigermaßen hilflos gegenüberstehen. So schnell, wie hier die Einschnitte vonstattengehen, ist eine Gegenbewegung gar nicht zu organisieren. Hinzukommt, dass von vielen das NHS geradezu »als Religion« angesehen wird – zumindest haben uns das viele Leute in England erzählt. Das scheint aber den Widerstand gegen die Zerstörung des NHS nicht leichter zu machen – im Gegenteil. Wie groß die Verzweiflung selbst unter der Linken in England sein muss, zeigt sich auch darin, wie viel Hoffnungen sie in einen Sieg der Labour-Party bei den nächsten Wahlen setzen – obwohl New Labour ganz ähnlich wie in Deutschland die SPD am neoliberalen Umbau des Gesundheitswesens in der Vergangenheit ordentlich beteiligt war…

Den deutlichsten Ökonomisierungsschub erleben wir in Deutschland allerdings seit etwa zwanzig Jahren bei den Krankenhäusern. Zum einen sind inzwischen mehr als 30 Prozent der ehemals nicht-profitorientierten Krankenhäuser privatisiert; zum anderen aber wurden mit der Änderung der Krankenhausfinanzierung, also der Einführung von Fallpauschalen und betriebswirtschaftlicher Konkurrenz der Häuser untereinander (2004), die Krankenhäuser – unabhängig von ihrer Trägerschaft oder Eigentumsform – systematisch gezwungen, wie kapitalistische Betriebe zu handeln: Krankenhäuser sind zu Fabriken geworden. Dies führt zu Unter- und Fehl-, aber auch Überversorgung. Das ist bei kapitalistischer Organisation einer Branche auch nicht anders zu erwarten. Und jetzt sind wir gerade Zeugen davon, dass die letzte große, nicht-profitorientierte Bastion des deutschen Gesundheitswesens, die Gesetzliche Krankenversicherung, langsam, aber systematisch zu einem Unternehmen umgebaut wird.

Wir erleben – wie viele andere Gesellschaften in Europa auch – eine massive Kommerzialisierung und einen entsprechenden Umbau des gesamten Gesundheitswesens hin zu einer »Gesundheitswirtschaft«. Darüber, wie dieser Prozess auf den Begriff zu bringen ist, wird noch diskutiert und gestritten. Spricht man von Privatisierung, bleibt die Tatsache unsichtbar, dass auch öffentliche Strukturen und Institutionen (wie Krankenhäuser oder Krankenkassen) inzwischen wie Unternehmen geführt und organisiert werden. Nennt man den Prozess Kommerzialisierung und betont damit die Warenförmigkeit, die zunehmend alle Güter und Dienstleistungen im Gesundheitswesen annehmen? Oder nennt man ihn Ökonomisierung, womit man auch betont, dass die Prozeduren und Arbeitsabläufe selbst der ökonomischen Logik, also einer der Sache fremden Logik unterworfen werden? Oder nennt man den Prozess im Anschluss an Marx‘ Kritik der politischen Ökonomie reelle Subsumtion des Gesundheitswesens unter das Kapital – womit man wohl begrifflich genauer, dafür aber weit weg vom Sprachgebrauch der meisten Beschäftigten ist. Wir lassen dies hier offen und rufen zur weiteren Diskussion auf. Einige Beiträge im ersten Teil dieser Ränkeschmiede beschäftigen sich mit genau solchen Fragen.

Andere Artikel in dieser Ränkeschmiede beschäftigen sich mit den Konsequenzen, die diese Prozesse für die Arbeit und die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten sowie für die PatientInnen haben. Dabei blicken wir auch in Bereiche, die in der gesundheitspolitischen Debatte selten im Fokus stehen, wie zum Beispiel die persönliche Behindertenassistenz. Gerade hier zeigen sich aber Entwicklungen, die paradigmatisch für Entwicklungen im Pflegebereich werden könnten.

Durch Einsparung von Personal und die betriebswirtschaftlich konsequente Fallzahlsteigerung in allen Krankenhäusern kommt es zu einer massiven Arbeitsverdichtung, zu Personalmangel und entsprechender Überbelastung. Die privaten Klinikbetreiber wollen permanent mehr Profit aus der Versorgung kranker Menschen pressen und erhöhen so den Druck auf die Beschäftigten. Betriebliche Interessensvertretung ist unter solchen Bedingungen nicht einfach – zumal KollegInnen aus den pflegenden Berufen nicht gerade als kampfbereit gelten. Dennoch konnten wir im *express* in den letzten Jahren von einigen – teils heftigen – betrieblichen Auseinandersetzungen in Krankenhäusern oder in der Pflege berichten. Immer mehr KollegInnen fragen sich, wie sie unter solchen Bedingungen noch »gute Arbeit« leisten und ihren eigenen professionellen Ansprüchen – immerhin im Umgang mit kranken Menschen! – noch nachkommen sollen und wie sie sich unter diesen Bedingungen gemeinsam wehren können. Immer wieder öffnen sich bei solchen Gelegenheiten des Widerstands aber auch Horizonte und es werden alternative Vorstellungen von einer guten medizinischen Versorgung diskutiert. Auch diesen sind wir im *express* – Tradition verpflichtet! – auf der Spur.

Dabei kann und darf es nicht ausbleiben, über den nationalen Tellerrand hinauszuschauen. Einen dramatischen Umbau – ebenfalls in Richtung Privatisierung und Ökonomisierung – erlebt das Gesundheitswesen in den Krisenländern im Süden der EU. Dort allerdings in bislang nicht ge-

kannter Härte. In Spanien wird ein einst vorbildliches Gesundheitssystem wieder zurückgebaut, in Griechenland wurde ein staatliches, halbwegs funktionierendes, aber sehr korruptes Gesundheitssystem – nach Maßgabe der Troika aus EZB, EU-Kommission und IWF – zerstört. Ein Drittel der Bevölkerung in Griechenland hat keinerlei Sozialversicherung mehr, also auch keinen Versicherungsschutz im Krankheitsfall. Die herrschende Politik nimmt hier in Kauf, dass Menschen unnötig leiden und auch sterben müssen, weil der Austeritätspolitik oberste Priorität eingeräumt wird. Ob das dort installierte »Modell« des Sozialstaats und der Abschied vom europäischen Wohlfahrtsstaat, wie wir ihn kennen, die Zukunft Europas darstellt, wird sich noch erweisen. Denn gleichzeitig regt sich dagegen auch Widerstand. In vielen Ländern melden sich Gesundheitsprofessionelle zu Wort und rufen zum Widerstand gegen diese Ökonomisierung auf. Einige dieser Aufrufe haben wir hier dokumentiert.

Aber selbst – oder gerade? – in den am stärksten von der Krise betroffenen Ländern wie Griechenland regt sich ein breiter sozialer Widerstand, der gegen die Austerität und die Unmenschlichkeit dieser Ökonomisierung des Gesundheitswesens die praktische Solidarität setzt. Überall sind dort selbstorganisierte, sehr gut funktionierende solidarische Kliniken entstanden, die medizinische Versorgung leisten und zugleich die PatientInnen und alle Beschäftigten zum Kampf gegen diese Politik aufrufen und anleiten. So schimmert im finstersten Teil des Gesundheitswesens in Europa eine politische Hoffnung auf. Diese Formen des Widerstands verbinden sich längst mit hiesigen. Nicht nur die Ökonomisierung des Gesundheitswesens hat eine europäische Dimension, sondern auch der Widerstand dagegen.

Wir schmieden unsere Ränke zur Unterstützung dieses Widerstands – auf dass er siegen möge. Sonst wird es gleich nicht nur bisschen wehtun…

GESUNDHEIT braucht POLITIK

ZEITSCHRIFT FÜR EINE SOZIALE MEDIZIN

Herausgegeben vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Heft 1/ 2014 – Themenschwerpunkt:

Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen

Mit Artikeln von

- Rolf Rosenbrock: Primärprävention in Lebenswelten – massive Unterversorgung
- Norbert Schmacke: Normale Klempnermentalität. Zur Überversorgung in der invasiven Kardiologie
- Thomas Spies: Land ohne Arzt? Anmerkungen zur Diskussion um den Landarztmangel
- Wolfgang Kirchhoff: Wurzelbehandlung gelungen? Zu den Konsequenzen einer weitgehend privatisierten Zahnmedizin

Die Zeitschrift erscheint 4 Mal im Jahr mit jeweils einem Themenschwerpunkt zu aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen, zu sozialen Determinanten von Gesundheit und zum Widerstand gegen die Kommerzialisierung und Ökonomisierung.

Abonnement: 26 € im Jahr | **Probeabo** (zwei Ausgaben): 10 € inkl. Porto

Informationen: Geschäftsstelle des vdää Tel: 06181 432348 oder info@vdaeae.de **www.vdaeae.de**

Privatliquidation?

Nadja Rakowitz* zur Subsumtion des Gesundheitswesens unter das Kapital

Angesichts der drohenden »Reformen« durch die schwarz-gelbe Regierung ist derzeit wieder viel von Privatisierung und Ökonomisierung des Gesundheitswesens die Rede. Dass »Gesundheit keine Ware« ist oder sein soll, behaupten und fordern auch viele – von attac über die Gewerkschaften, die Bundesärztekammer bis zum Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte. Begrifflich lassen alle diese Beschreibungen oder Forderungen zu wünschen übrig. Im Folgenden soll daher versucht werden, die Entwicklungen im Gesundheitswesen durch die Brille der Kritik der politischen Ökonomie zu betrachten, um zu prüfen, ob sich auf diese Weise ein genauerer Begriff der genannten Tendenzen entwickeln lässt.

Nach mir die Sintflut...

Im Kapitel zum Arbeitstag im »Kapital« zeigt Marx, wie sich die Kapitalisten in Konkurrenz untereinander bei der Ausweitung des Arbeitstags wechselseitig immer mehr zu übertreffen versuchen, solange bis im Kampf um den Arbeitstag ein Gesetz durchgesetzt wird, das die Länge des Arbeitstags regelt und damit wieder allgemein gleiche Konkurrenzbedingungen herstellt, an denen das Einzelkapital von sich aus kein Interesse hat. Dies ist ein – nämlich der staatliche – Weg, wie die Gesellschaft das Kapital »zur Rücksicht zwingen« kann. Es gibt auch andere.

»In jeder Aktienschwindelei weiß jeder, daß das Unwetter einmal einschlagen muß, aber jeder hofft, daß es das Haupt seines Nächsten trifft, nachdem er selbst den Goldregen aufgefangen und in Sicherheit gebracht hat. Après moi le déluge! ›Nach mir die Sintflut!‹ ist der Wahlruf jedes Kapitalisten und jeder Kapitalistennation. Das Kapital ist daher rücksichtslos gegen Gesundheit und Lebensdauer des Arbeiters, wo es nicht durch die Gesellschaft zur Rücksicht gezwungen wird.«

(Marx, Kapital Bd. 1, S. 285 f.)

Am Beispiel der Einführung der Sozialversicherung im Kaiserreich in den 80er Jahren des 19. Jahrhunderts lässt sich dies studieren. Die Unterstützungskassen der Gesellenvereine waren Anfang des 19. Jahrhunderts Kristallisationskern erster gewerkschaftlicher Aktivitäten und damit ein immer noch gesellschaftlicher Versuch, das Kapital zur Rücksicht zu zwingen oder sich zumindest gemeinschaftlich gegen die ärgsten Zumutungen des Zwangs der Lohnarbeit zu schützen. Mit der Gründung von Gewerkschaften 1868 kam es erneut zur verstärkten Errichtung von Hilfskassen als Selbsthilfeeinrichtungen. (Deppe 1987, S. 12ff.) Deren Aktivitäten wurden im Zuge der Repression durch die Sozialistengesetze ebenfalls behindert. Selbstständige gesellschaftliche Versuche, den Zumutungen des Kapitals Paroli zu bieten, waren (und sind) tendenziell für die Herr-

»Der Arbeitsproceß wird zum Mittel des Verwerthungsprocesses, des Processes der Selbstverwerthung des Capitals – der Fabrikation von Mehrwerth. Der Arbeitsproceß wird subsumiert unter das Capital ... und der Capitalist tritt in den Proceß als Dirigent, Leiter ... Dies nenne ich die formelle Subsumtion der Arbeit unter das Capital ... Es ist ein Process, der ... zum Zweck vorgeht, aus Geld mehr Geld zu machen. Trotz alle dem ist mit jenem change durchaus nicht von vorn herein ein wesentlicher Wechsel in der realen Art und Weise des Arbeitsprocesses, des wirklichen Productionsprocesse eingetreten. (...)« »Im Gegenteil liegt es in der Natur der Sache, daß ... das Kapital sich einen gegebenen, vorhandenen Arbeitsprocess subsumiert«.
Marx, Resultate, S. 91f.)

schenden gefährlich. In diesem Zusammenhang ist die staatliche Schaffung der Krankenversicherung zu sehen. Es ist also nicht nur eine Funktion des Staates in der bürgerlichen Gesellschaft, zur Sicherung der allgemeinen Akkumulationsbedingungen des Kapitals das Einzelkapital zur Rücksicht zu zwingen, sondern dies unter Umständen auch in sozialen Auseinandersetzungen oder zur Prävention von zukünftigem Widerstand zu tun. August Bebel betont, dass der Gesetzentwurf zur Schaffung der Krankenversicherung seine Existenz dem Umstand verdanke, dass man bei der Beratung des Gesetzes vom 21. Oktober 1878, betreffend die gemeingefährlichen Bestrebungen der Sozialdemokratie, das Versprechen abgegeben habe, auch für positive Maßregeln zum Wohl der Arbeiter zu sorgen und damit die Sozialdemokratie zu bekämpfen. (Ebd., S. 16)

Heute – in Zeiten eines allgemeinen freien Wahlrechts in einer parlamentarischen Demokratie – kommt immer auch noch das vermeintliche Interesse der Wählerschaft hinzu, das die Regierenden zu bedienen versuchen wollen und müssen. Wie bei allen staatlichen Funktionen gilt es also, ganz Widersprüchliches zu erfüllen – so auch für die heutige Gesundheitspolitik: Sie will ein Gesundheitssystem organisieren, das die Reproduktion der Arbeiterklasse garantiert, das die zum Teil unterschiedlichen, zum Teil widersprüchlichen Interessen der Anbieter (Pharma- und Geräteindustrie, Ärzte, Krankenhäuser, Versicherungen etc.) bedienen, die Lohnkosten für die Unternehmen niedrig halten und die Wählerinteressen der Mehrheiten an einem guten, bezahlbaren Gesundheitssystem berücksichtigen soll. Welche Interessen bei welcher Regierungsformation in welche Prioritätsreihenfolge gebracht werden, hängt von der historischen Situation, der polit-ökonomischen Konstellation, der ideologischen Ausrichtung der jeweiligen Regierung und den sozialen Kräfteverhältnissen insgesamt ab.

Nicht einmal formell subsumiert

Welche Auswirkungen hatte die Einführung einer staatlichen Sozialversicherung auf das Gesundheitswesen? Springen wir zu den Anfängen der Bundesrepublik: Die Mehrheit der Bevölkerung ist in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert. Diese sind Körperschaften öffentlichen Rechts, nach dem Solidarprinzip organisiert und selbstredend nicht profitorientiert wie die Privaten Krankenversicherungen (PKV). Insolvenzen waren für Kassen der GKV ausgeschlossen – bis zur Reform durch die schwarz-rote Koalition. Die Krankenhäuser, der größte Ausgabenposten der GKV, waren größtenteils in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft (noch im Jahr 1991 waren 46,0 Prozent der Krankenhäuser öffentlich, 39,1 Prozent frei-gemeinnützig und 14,8 Prozent privat; im Jahr 2007 waren 32,4 Prozent in öffentlicher, 37,9 Prozent in frei-gemeinnütziger und 29,7 Prozent in privater Trägerschaft[1]) (Schulten/Böhlke, S. 98) – und ebenfalls nicht profitorientiert. Sie wurden seit Anfang der 70er Jahre dual finanziert:

1 In den 70er Jahren, z.B. auf dem Marburger Kongress 1973, wurde auch diese Aufteilung der Trägerschaft kritisiert, da mit nur 50 Prozent öffentlichen Krankenhäusern das »Problem der Krankenhausträgerschaft, speziell die Eigentumsfrage« nicht geklärt sei. See 1973, S. 158

Die Investitionen wurden durch die öffentliche Hand erstattet, die Betriebskosten hingegen durch die GKV nach tagesgleichen Pflegesätzen, wobei ein Anspruch auf Deckung aller entstandenen Betriebskosten bestand (Selbstkostendeckungsprinzip). (Vgl. Böhm/Henkel, 2009)

Insofern herrschte in den Krankenhäusern keine Notwendigkeit, kapitalistischen Profit zu machen, noch standen sie in kapitalistischer Konkurrenz zueinander, sondern waren Teil eines Krankenhausplans der öffentlichen Hand und mussten sich nicht auf dem Markt bewähren. In den Kategorien der Kritik der politischen Ökonomie gesprochen, war das Gesundheitswesen in wesentlichen Teilen dem Kapitalverhältnis also weder im oben genannten Sinne formell, schon gar nicht reell subsumiert, denn der Arbeitsprozess selbst war von dieser Logik noch nicht ergriffen.[2]

Das Warenkapital in der Hand der Verkäufer, z.B. der Gerätehersteller, fungiert in der Hand des Käufers, z.B. eines kommunalen Krankenhauses, im »Produktionsprozess« nicht – wie zum Beispiel eine beim Druckmaschinenhersteller gekaufte Druckmaschine in einer kapitalistischen Druckerei – als konstantes Kapital, sondern zunächst einmal als Ware mit einem bestimmten Gebrauchs»wert«. Während der Gerätehersteller aus seinem Warenkapital Geldkapital gemacht und seinen Mehrwert – in der Regel – realisiert, mindestens aber einen Profit gemacht hat, um damit weiterhin seinen kapitalistischen Produktionsprozess finanzieren zu können, hat das Öffentliche Krankenhaus für die Ware, das entsprechende medizinische Gerät, Geld (in seiner Funktion als Zirkulations- oder Zahlungsmittel, nicht als Geldkapital) ausgegeben, um dieses Gerät nun anzuwenden zum Zwecke der gesundheitlichen Versorgung, nicht, um aus Geld mehr Geld zu machen.

Für die Waren der Pharmaindustrie gilt im Prinzip das Gleiche wie für die der Geräteindustrie, wobei die Pharmaindustrie traditionell in Deutschland den größeren Einfluss im Gesundheitswesen hat und diesem wie kaum einem anderen und kaum ein anderer ihren Stempel aufgedrückt hat. Das führt dazu, dass die Ausgaben für Arzneimittel (ohne die Arzneimittel im Krankenhaus) den zweitgrößten Posten bei den GKV-Ausgaben bilden. Die Macht der Pharmalobby ist so groß, dass es bislang keiner Regierung gelungen ist, sie zu brechen. In Gestalt der Pharmaindustrie war Ökonomisierung also von Anfang an im Gesundheitswesen präsent. Und dennoch funktionierte es in wesentlichen Teilen nach einer anderen als der wirtschaftlichen Logik.

Auch heute ist es nach wie vor so, dass eine große Summe Geld im Gesundheitswesen einfach zwischen Körperschaften öffentlichen Rechts und öffentlichen Einrichtungen (und Kleinunternehmern) zirkuliert und nicht oder nur sehr beschränkt Teil der Kapitalzirkulation und -akkumulation ist. Der »Arbeitsprozess« ist hier nicht, auch nicht formell, kapitalistischer Prozess, denn er dient nicht dem Profitmachen.[3] Man hat in einem öffentlichen Krankenhaus zwar Ware-Geld-Beziehungen, insofern alles, was dort gebraucht wird, als Ware gekauft werden muss. Und man hat dort Lohnarbeitsverhältnisse, also auch systematisch unbezahlte Mehrarbeit, von der das Krankenhaus »profitiert«; aber dies dient nicht dem Profitmachen und war, vor der Einführung der DRG und dem systematischen Wettbewerb der Krankenhäuser miteinander, weder von einer Profit- noch von einer Konkurrenzlogik geprägt. Doch dazu unten mehr.

---

2) »Aber auf dieser Basis erhebt sich eine technologisch und sonstig spezifische, die reale Natur des Arbeitsprocesses und seine realen Bedingungen umwandelnde Productionsweise –, capitalistische Productionsweise. Erst sobald diese eintritt, findet statt reale Subsumtion der Arbeit unter das Capital ... eine völlige (und sich beständig fortsetzende und wiederholende) Revolution in der Productionsweise selbst ... in der Productivität der Arbeit und im Verhältnis von Capitalist und Arbeiter.« Marx: Resultate, S. 104f.

3) Mehrwert wird in dieser Sphäre ohnehin nicht produziert, auch nicht, wenn das Krankenhaus privatisiert ist und zu einer Aktiengesellschaft gehört, wie die Rhönklinikums AG; gesamtgesellschaftlich betrachtet muss vielmehr umgekehrt die medizinische Versorgung aus dem gesellschaftlich produzierten Mehrwert finanziert werden.

Mittelalterliche Rangordnung und Privatliquidation

Damit soll nun weder gesagt werden, dass das Krankenhaus unberührt war oder ist vom Kapitalverhältnis, noch dass die Versorgungs- und Arbeitsbedingungen in öffentlichen Krankenhäusern nicht kritikwürdig waren. Mitnichten. In der kritischen Literatur der 70er Jahre wird gezeigt, dass – auch das öffentliche – Krankenhaus »im gesellschaftlichen Widerspruch« der kapitalistischen Gesellschaft steht, insofern die »aus umverteiltem Mehrwert (...) finanzierte Behandlung von Kassenpatienten und die Entlohnung des (...) medizinischen Personals einerseits ›dem Prinzip der Profitmaximierung bzw. Kapitalakkumulation‹ entgegenwirken, dass andererseits die Erhaltung und Reproduktion der knappen Arbeitskraft selbst eine Bedingung für profitable Kapitalverwertung« darstelle (Regus 1970). Nicht ohne Gründe wurde Anfang der 70er Jahre das klassenlose Krankenhaus in Kritik und Abgrenzung zum Regelkrankenhaus konzipiert (Woythal 1970, Woythal 1973, See 1973). Klassenlos sollte das Krankenhaus zum einen deshalb sein, weil die Klassengesellschaft in Gestalt des Verhältnisses von GKV- und PKV-Patienten Eingang ins Krankenhaus nehmen konnte und kann. Auch mit den privaten Versicherungskonzernen sind von Anbeginn an kapitalistische Momente in den ansonsten noch anders organisierten Bereich der Gesundheitsversorgung eingedrungen. Allerdings gilt dies – dennoch weltweit einzigartig – »nur« für zehn Prozent der Bevölkerung.

Zum anderen aber sollte das Krankenhaus klassenlos sein durch die »Beseitigung der überlebten Chefarzthierarchie und Einführung einer demokratischen Organisations- und Führungsstruktur auf der Basis der Teamarbeit und der kollegialen Leitung« sowie durch »Abschaffung des privaten Liquidationsrechts und Vereinheitlichung der Pflegesätze« (Woythal 1973). Was die innere Struktur des Krankenhauses anging – das wird auch in diesen Forderungen schon deutlich –, so waren und sind sie zum Teil bis heute »gekennzeichnet durch ein extrem autoritär-hierarchisches System mit einer durch nichts gerechtfertigten Privilegierung des Chefarztes« (Regus 1973, S. 41). Hans Mausbach beschrieb die Verhältnisse im Krankenhaus 1970 als mittelalterlich: »Klasseninteresse ist verantwortlich für die Beibehaltung mittelalterlicher, antidemokratischer Rangordnungen in den Krankenhäusern, bei den Schwestern, den Ärzten und in der Verwaltung. Die versteinerten Rangordnungen sind Leitschienen der Formierung von oben nach unten. Über diese Leitlinien dringen z.B. die Einflüsse der pharmazeutischen und Medizingeräteindustrie mit einem Minimum an Reibung ein ... Die Machtfülle des Ordinarius und Chefarztes ist die Klammer, die alles zusammenhält. Fast unumschränkte Entscheidungsgewalt in organisatorischen, personellen und medizinischen Fragen, verbunden mit der Herrschaft über Ausbildung und dem Recht, im Rahmen des öffentlichen Dienstes ein Privatunternehmen zu betreiben« (Mausbach 1971, S. 977 ff.).[4]

Wie im ambulanten Sektor die niedergelassenen Ärzte sind es also auch im Krankenhaus die Ärzte, die hier die Vorreiter – oder soll man sagen Avantgarde? – der Ökonomisierung der inneren Strukturen des Gesundheitswesens waren. Man könnte die Streiks der Krankenhausärzte 2006 vor diesem Hintergrund als Ausdruck des Einzugs moderner Verhältnisse im Krankenhaus interpretieren, die damit einhergehen, dass Ärzte nun auch als das, was sie schon die ganze Zeit waren, nämlich als Lohnarbeiter agieren. Freilich zeigten diese Ärzte«streiks« bei genauerem Hinsehen, dass es immer noch ein weiter Weg ist, bis alles »Ständische und Stehende verdampft«, bis sich Ärzte tatsächlich als Lohnarbeiter verhalten (und sich z.B. mit ihren nichtärztlichen Kollegen solidarisieren) und tatsächlich – auch gegen den Willen des Chef(arzte)s – streiken.

4) Wegen dieser Aussagen in der ARD-Reportage »Halbgott in Weiß« verlor Hans Mausbach seine Stelle als Assistenzarzt und wurde arbeitslos; die »hessische Landesärztekammer ließ wegen des Verdachts eines Berufsvergehens gegen ihn ermitteln, und einige Ärzte beauftragten die LÄK, Strafantrag gegen ihn zu stellen wegen »Beleidigung und Verleumdung der Chefärzte in Deutschland«. Ebd., S. 971f.

»Die Bourgeoisie kann nicht existieren, ohne die Produktionsinstrumente, also die Produktionsverhältnisse, also sämtliche gesellschaftlichen Verhältnisse fortwährend zu revolutionieren... Die fortwährende Umwälzung der Produktion, die ununterbrochene Erschütterung aller gesellschaftlichen Zustände, die ewige Unsicherheit und Bewegung zeichnet die Bourgeoisepoche vor allen anderen aus. Alle festen eingerosteten Verhältnisse mit ihrem Gefolge von altehrwürdigen Vorstellungen und Anschauungen werden aufgelöst, alle neugebildeten veralten, ehe sie verknöchern können. Alles Ständische und Stehende verdampft, alles Heilige wird entweiht, und die Menschen sind endlich gezwungen, ihre Lebensstellung, ihre gegenseitigen Beziehungen mit nüchternen Augen anzusehen.«

(Marx/Engels,
Kommunistisches Manifest, S. 465)

Auch im ambulanten Sektor gab es mindestens seit Beginn der Bundesrepublik eine Form der Ökonomisierung, die durch die niedergelassenen Ärzte bestimmt war bzw. ist – vor allem dadurch, dass sie sich mit dem Kassenarztrecht einen Status als Kleinunternehmer sicherten.[5] Entgegen den heutigen Beteuerungen ärztlicher Standesvertreter, dass »Gesundheit keine Ware« sei, und den Klagen, dass jetzt die Ökonomisierung über sie komme, wo sie doch bislang ganz selbstlos nur für ihre Patienten und deren gute Versorgung da gewesen seien, lesen sich die Analysen aus der Zeit, in der das gegolten haben soll, deutlich anders: »Die Ideologie des großen Arztes, der medizinischen Autorität, die für den Kranken entscheidet und welcher der Kranke sich bedingungslos anvertrauen muß, ohne Fragen zu stellen, ohne ihr zu widersprechen, diese Ideologie kommt auf eine nahezu perfekte Weise den Rechtfertigungsbedürfnissen des Ärztestandes entgegen, der gezwungen ist, die Bedeutung finanzieller Faktoren als Motive des eigenen Handelns ständig zu verdrängen.« (Wulff 1971, S. 967) Und weiter schreibt Wulff: »So erscheint es mir beinahe ein Euphemismus zu sagen, dass das Vergütungssystem die Arzt-Patient-Beziehung ›beeinflusst‹. Finanzielle Motive beeinflussen die Prioritäten und wirken sich so auf Entscheidungen aus, die nach der ärztlichen Berufsethik lediglich vom Wohle des Patienten abhängig gemacht werden dürften. Sie bringen den Arzt auch dazu, dem Eide des Hippokrates entgegen zu handeln, der von ihm verlangt, reiche und arme Kranke genau gleich zu behandeln... Der Arzt wird deshalb die Tendenz zeigen, seine Entscheidungen den Kranken in einer autoritären Weise aufzureden, d.h. sich auf seine ärztliche Autorität zu beziehen, die manchmal weder von der medizinischen Wissenschaft noch von der Logik gerechtfertigt werden kann. Die Mystifizierung der Arzt-Patient-Beziehung scheint mir also kein Zufall zu sein, sondern eine Notwendigkeit, die sich aus der Situation ergibt, ökonomischen Motiven folgen zu müssen und diese noch zu verleugnen.« (Ebd. S. 966 ff.)

Das ist keineswegs nur die Analyse von linken Kritikern, sondern wird affirmativ und offen im Deutschen Ärzteblatt bekannt: »Das im Gesundheitssystem erbrachte Leistungsspektrum orientiert sich primär – völlig zu Recht – an den wirtschaftlichen Überlebenschancen der Leistungserbringer und nicht an den Bedürfnissen der Leistungsnehmer.« (Porzsolt/Dieter Hart 1997) Im gleichen Organ wird entsprechend das Kassenarztrecht von 1955 gefeiert, das eine solche Situation erst möglich machte. So sei die ambulante ärztliche Behandlung in vollem Umfang den niedergelassenen Ärzten übertragen, Krankenhausambulanzen und Eigeneinrichtungen der Krankenkassen als Konkurrenz ausgeschaltet worden, wofür man im »Gegenzug auf das Streikrecht verzichtete«. Damit habe die ärztliche Standesvertretung erreicht, dass dieses

5) Auf den Unterschied zu gewerblichen Kleinunternehmern weist Hans-Ulrich Deppe hin: Dem niedergelassenen Arzt sei es nicht möglich, »seine Praxis nach den Prinzipien privatwirtschaftlicher Rationalität zu expandieren, Sachmittel und Personal über ein bestimmtes Maß hinaus zu erwerben, weitere Ärzte als Gehaltsabhängige zu beschäftigen, mehrere Praxen zu unterhalten oder Werbung zur Steigerung des Umsatzes zu betreiben. Die Möglichkeiten der Akkumulation seines Geldes innerhalb der ambulanten medizinischen Versorgung sind also begrenzt.« Deppe 1973, S. 98

Verhältnis so geregelt wurde, dass der ursprüngliche Arbeitgeber auf sein Recht verzichtet habe, den Arzt als Arbeitnehmer anzustellen. Dies sei ansonsten keiner Gewerkschaft gelungen. (Gerst 2005) Das so geschaffene Kassenarztrecht habe, so wird weiter gejubelt, den Kassenärzten über Jahrzehnte hinweg »das Monopol bei der ambulanten medizinischen Versorgung« garantiert und »aufgrund seiner Honorarbestimmungen die Voraussetzungen für den in der Folge zu verzeichnenden überdurchschnittlichen Einkommenszuwachs« geschaffen. (Ebd.)

Alles Ständische und Stehende verdampft

Im Moment sind wir Zeugen und zum Teil Opfer dieses von Marx und Engels beschriebenen Prozesses. Im ambulanten Sektor heißt das z.B., dass mit der Möglichkeit der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) durch die rot-grüne Gesundheitsreform 2003 Angestelltenverhältnisse möglich sind und damit systematisch der Status des Kleinunternehmers aufgehoben werden könnte, der einen extremen Anreiz bedeutete, medizinische Entscheidungen betriebwirtschaftlichen Kriterien unterzuordnen. Von Ärzten könnte diese Gelegenheit, auch im niedergelassenen Bereich als Angestellter mit festem Gehalt arbeiten zu können, mit Freude aufgegriffen werden. Dies geschieht aber bei den wenigsten. Die Mehrheit der Ärzteschaft befürchtet, dass mit dieser Möglichkeit der Modernisierung eine »Industrialisierung der Medizin« einhergehe und dass sie so ihren Status der Freiberuflichkeit einbüße, der bislang als Argument herhalten musste, um Kontrolle, Orientierung an Leitlinien etc. zu verhindern – natürlich alles im Namen der guten Versorgung der Patienten.

Mit dem gleichen Gestus plädiert die offizielle Vertretung der Ärzteschaft heute auch für eine so genannte Priorisierung: Sie verlangt wegen des »chronischen Geldmangels« von »der Politik« festzulegen, welche von den notwendigen medizinischen Leistungen in Zukunft nicht mehr von der GKV bezahlt werden sollen. Diese Leistungen – das wird aber nicht so laut in der Öffentlichkeit gesagt – kann die Ärzteschaft dann privat als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) abrechnen. Ein weiterer Schritt in die Ökonomisierung der Medizin. Wer in der letzten Zeit mal beim Augenarzt war, weiß in der Regel, wovon hier die Rede ist...

Auf dem Weg zur Industrialisierung

Andererseits eröffnen die MVZ zum ersten Mal die Möglichkeit, dass große Medizin-Konzerne, wie z.B. die Rhönklinikum AG, Asklepios, Helios u.a., Zugang zum ambulanten Sektor erhalten und diesen so zunächst formell, zügig auch reell – sofern das die spezifischen »Produktionsverhältnisse« dort zulassen – dem Kapital unterwerfen können. Die ambulante Versorgung dient in solchen MVZ dann zunächst dem Zweck, Profite zu machen; diesem wird aus der daraus resultierenden immanenten Logik die Medizin untergeordnet. Freilich ist das noch Zukunftsmusik. Nur ein kleiner Teil der existierenden MVZ war Ende 2009 tatsächlich in der Trägerschaft von Krankenhäusern, entsprechend ein noch kleinerer Teil in Trägerschaft privater Klinikkonzerne. Doch die Strukturen dafür sind nun geschaffen. Wenn die neue Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag schreibt: »Der Gesundheitsmarkt ist der wichtigste Wachstums- und Beschäftigungssektor in Deutschland« (Koalitionsvertrag, S. 78), dann heißt das unter anderem, dass genau diese Entwicklungen forciert werden sollen. Ob das die mehr als 50 Prozent der Ärzte, die FDP gewählt haben, unterstützen wollten?

Im Krankenhaussektor ist diese Entwicklung allerdings schon ein ganzes Stück weiter. Nicht nur die dort Arbeitenden nehmen das als eine Industrialisierung der Medizin wahr. Mit der Einführung der Finanzierung über diagnosebezogene Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups) Anfang der 2000er Jahre und der damit verbundenen Konkurrenz um Marktpositionen aller Krankenhäuser miteinander kehrte im stationären Sektor ein massiver ökonomischer Druck ein, der zum großen Teil auf dem Rücken der Beschäftigten (vor allem in der Pflege und den technischen Diensten) aus-

getragen wird. Während die DRG als eine Form der Einzelleistungsvergütung den immanenten Anreiz geschaffen haben, Leistungen auszuweiten und – aus ökonomischen Gründen[6] – so viele Fälle wie möglich zu »produzieren«, führt die Deckelung der Budgets der Krankenhäuser zugleich dazu, dass gerade am Personal gespart wird bis zum Äußersten (vgl. Böhm 2009, Vivantes-Beschäftigten-Befragung 2007), was in der Wahrnehmung des Patienten durchaus zu Recht als Ökonomisierung im Sinne von Rationierung von Leistungen erscheinen kann. Thorsten Schulten und Nils Böhlke vergleichen Krankenhauskennzahlen von 1991 mit denen von 2007, und ihre Zahlen belegen diese Tendenzen: Die absolute Zahl der Krankenhäuser sank insgesamt um 13,4 Prozent, während die Zahl der privaten Krankenhäuser um 73,2 Prozent stieg (öffentliche: –39,0 Prozent, frei-gemeinnützige: –16,2 Prozent). Die Anzahl Beschäftigter (Vollzeitäquivalente) sank im gleichen Zeitraum um 9,5 Prozent, während die Fallzahlen um 17,9 Prozent stiegen! (Schulten/Böhlke 2009, S. 100)

Dabei ist die Zahl der Beschäftigten pro Patient in der immer größer werden Zahl der privaten Häuser noch geringer als in öffentlichen. Der Druck und die Arbeitsintensivierung dort sind entsprechend noch höher (Hanschur/Böhlke 2009), da aus diesen Krankenhäusern ja auch noch ein Profit erwirtschaftet werden muss – sie sind dem Kapital jetzt zumindest formell unterworfen. Zum Teil lässt sich an den veränderten Arbeitsprozessen auch zeigen, dass auch reelle Subsumtion stattfindet. So werden zum Beispiel die »Poren des Arbeitstags« – wie Marx das zu nennen pflegte – systematisch geschlossen. In den Funktionsbereichen, wie Labor und Röntgenabteilungen etc., gibt es oft keine Kernarbeitszeiten mehr, sondern es wird rund um die Uhr gearbeitet. Stehen in der kapitalistischen Fabrik die Bänder möglichst nicht mehr still, so gehen in spezialisierten Klinken (oft in privater Trägerschaft) die Lichter im OP nicht mehr aus. Auch die Formen der Arbeitsteilung verändern sich demgemäß.

Insofern aber öffentliche wie frei-gemeinnützige und private Krankenhäuser in Konkurrenz zu einander stehen, sind nun auch öffentliche Krankenhäuser ökonomisch gezwungen, sich genauso zu verhalten wie private und ihre internen Prozesse entsprechend umzugestalten. Ohne dass also öffentliche Krankenhäuser formell dem Kapital subsumiert sind, müssen sie unter dem Druck der Konkurrenz agieren als ob – mit dem Unterschied, dass sie keine Profite erwirtschaften müssen und auch Organe der öffentlichen Hand noch einen bestimmten politischen Zugriff und Einfluss auf sie haben.

Statt Abschaffung von Hierarchien: Taylorisierung

Im Zuge der Ökonomisierung werden aber auch ständische Privilegien in Krankenhäusern von oben aufgeweicht oder sogar abgeschafft. Vorreiter sind hier, wie Michael Wendl von ver.di berichtet, die privaten Konzerne. Wendl nennt diese Entwicklung im Rückgriff auf einen Marxschen Terminus richtig »innere Landnahme«: »Trendsetzer dieser Entwicklung ist die Rhön-Klinikum AG. In diesem Prozess werden die tradierten Berufsbilder von Ärzten, Pflegekräften und anderen nichtärztlichen Beschäftigten, insbesondere die ständische Abgrenzung zwischen diesen Tätigkeiten, theoretisch infrage gestellt und in ersten Ansätzen aufgehoben.« (Wendl 2009, S. 226) Daran wäre zunächst einmal nicht Kritikwürdiges, im Gegenteil. Es geht hier allerdings mitnichten um eine emanzipatorische Abschaffung von Privilegien und eine demokratischere Arbeitsteilung, sondern dies geschieht nahezu ausschließlich nach ökonomischen Kriterien. Es wird gemacht, weil es billiger zu sein scheint. Ob es das langfristig auch ist, wird sich noch zeigen. Auf keinen Fall führt dies aber, wie manche Soziologen meinen, zu

6) Die Ökonomisierung kann also zwei Richtungen annehmen: die der Rationierung von medizinisch notwendigen und der Ausweitung von medizinisch nicht notwendigen Leistungen aus ökonomischen Gründen. Selbst rigorose Kritiker der Ökonomisierungstendenzen wie Hagen Kühn betonen größtenteils nur die Rationierungsgefahr. Vgl. Hagen Kühn 2006

flacheren oder weniger Hierarchien, noch lässt sich dies als »postfordistisch« beschreiben. Vielmehr erleben wir im Gesundheitswesen zurzeit eine Taylorisierung, die von der Pflege bis zum OP reicht. Im Rahmen der Delegation von Tätigkeiten nach »unten«, also zu den schlechter bezahlten Kräften, lassen sich in der Pflege Tendenzen zu tayloristischer Arbeitszerlegung und eine Abkehr von der ganzheitlichen Pflege erkennen; aber auch in den Operationssälen wird versucht, »einfache« Tätigkeiten an billigere Kräfte zu delegieren. Es gibt deshalb schon eine ganze Reihe neuer, in der Regel staatlich nicht anerkannter Berufe wie z.B. den Operationstechnischen Assistenten (OTA), Anästhesietechnische Assistenten (ATA), Chirurgisch-technische Assistenten (CTA), Gefäßassistenten (präparieren oder entnehmen die Gefäße).

Eine andere Strategie wiederum wird bei den Gesetzlichen Krankenkassen verfolgt – allerdings mit ähnlichem Effekt. Sie werden nicht einfach privatisiert – das hieße etwa, die AOK an den Allianz-Konzern zu verkaufen –, sondern von innen heraus umgewandelt und immer weiter den Privaten Kassen und deren Mechanismen angepasst. Dieser Prozess begann Mitte der 90er Jahre, als unter Gesundheitsminister Seehofer die Kassen in Konkurrenz zueinander gesetzt wurden und setzte sich mit verschiedenen Reformen fort. Seit der rot-grünen Regierung wurden einige Elemente der PKV in der GKV erlaubt (wie z.B. Kostenerstattung), seit der Reform der Großen Koalition dürfen die Kassen Wahltarife anbieten, können Beiträge rückerstatten etc. – und sie können, worauf eingangs hingewiesen wurde – insolvent gehen. All solche Regelungen durchlöchern das Solidarprinzip der GKV und nähern sie der PKV an. Wird diese Tendenz fortgesetzt, wird irgendwann der Europäische Gerichtshof völlig zu recht entscheiden, dass Krankenkassen der GKV auch dem Wettbewerbsrecht unterliegen müssen, weil sie ihres ursprünglich sozialen Charakters, der solidarischen Ausgleich, Risikostrukturausgleich etc. zuließ, beraubt wurden und von Unternehmen kaum noch zu unterscheiden sind. Das wäre das politisch bewusst, aber auf einem eleganten Umweg herbeigeführte Ende der GKV.

Wenn sich jetzt noch die FDP und Minister Rösler durchsetzen und in Zukunft »Beitrag und Leistung ... in einem adäquaten Verhältnis stehen« sollen, ist das Solidarprinzip abgeschafft und das Äquivalenzprinzip der PKV eingeführt; wenn auf »der Versicherungs-, Nachfrage- und Angebotsseite ... die Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb um innovative und effiziente Lösungen geschaffen« werden sollen, ist der einheitliche Leistungskatalog der GKV abgeschafft, und es wird billige schlechte und gute teure Verträge geben; wenn in Zukunft »langfristig ... das bestehende Ausgleichssystem überführt (wird) in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, regionalen Differenzierungsmöglichkeiten und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen« (alle Zitate aus Koalitionsvertrag 2009), ist die paritätische Finanzierung weg. Das Gesundheitswesen wird dann dem »Markt geöffnet« bzw. immer weiter dem Kapital unterworfen. Viele Gesundheitsökonomen erwarten, dass die Wirtschaftskrise diese Tendenz noch verschärfen wird, weil das anlagensuchende Geld- oder Finanzkapital versuchen wird, im Gesundheitsmarkt Geschäfte zu machen. Wohin das führt, kann man in den USA studieren, wo gerade ein Präsident versucht, das dortige System dem deutschen, wie wir es noch kennen, etwas ähnlicher zu machen.

Aber wer wird denn alles so schwarzsehen?

Hören wir zum Abschluss Herr Dr. Rösler zu, denn: »Die gute Nachricht ist: Der Gesundheitssektor kann bei entsprechender Ausrichtung alle Voraussetzungen dafür bieten, in Zukunft einer der zugkräftigsten Jobmotoren Deutschlands zu werden – zum doppelten Nutzen für die Menschen in Deutschland. Für die, die Hilfe brauchen. Und für die, die damit ihren Lebensunterhalt verdienen... Im Jahr 2030 werden über 20 Prozent der Erwerbstätigen, und damit jeder Fünfte, in der Gesundheitswirtschaft arbeiten... Die Gesundheitsbranche ist aber auch ein wichtiger Exportfaktor für Deutschland. Unser hohes medizintechnisches und pharmazeutisches Niveau bringt zahlreiche Innovationen hervor, die im Ausland begehrt sind. Auch

hier bieten die deutschen Unternehmen Technologie auf Spitzenniveau. Eben typisch ›Made in Germany‹. Hier gibt es noch viele Chancen. Wenn all das erfüllt ist, dann wird die Gesundheitswirtschaft weiter wachsen. Erwirtschaften die Unternehmen der Gesundheitswirtschaft bereits heute rund zehn Prozent des Bruttoinlandsprodukts, werden es im Jahr 2030 einer Hochrechnung zufolge bereits 13 Prozent sein. So wird sich das Gesundheitswesen auf der Basis des demografischen Wandels und des steigenden Gesundheitsbewusstseins auch in Zukunft als sicherer Jobmotor erweisen. Gesundheit darf nicht nur als Kostenfaktor gesehen werden, sondern kann im Gegenteil einen wichtigen Beitrag leisten für Wachstum und Beschäftigung«. (*Financial Times Deutschland* vom 22. Februar 2010)

** Nadja Rakowitz ist Medizinsoziologin, Geschäftsführerin des Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte und Redakteurin des express.*

(Erschienen in: express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, 2/2010)

Fortschrittsmaschine Privatisierung?

Eine Kritik an Michael Wendls wenig innovativer Verteidigung der Rhön AG von Marc Kappler* und Fabian Rehm*

Michael Wendl, ehemaliger stellvertretender ver.di-Landesbezirksvorsitzender in Bayern und bis 2010 als Gewerkschaftsvertreter für ver.di im Aufsichtsrat der Rhön-Klinikum AG, hat in der ver.di-Zeitschrift »Infodienst Krankenhäuser« Nr. 57 vom Juni 2012 einen Beitrag mit dem Titel »Kapitalismus als Innovation?« veröffentlicht, in dem er sich mit der Politik der Rhön-Klinikum AG beschäftigt. In seiner Analyse kommt er zu dem eigenwilligen Schluss, dass es falsch sei, »Rhön als kapitalistischen Klinikkonzern anzusehen«. Denn der Rhön-Konzern beabsichtige, »zugleich bestimmte Defizite des Gesundheitssektors insgesamt, wie z.B. die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung, zu überwinden und insgesamt die Qualität der medizinischen Versorgung zu heben«. Zurecht kritisiert Wendl in dem Artikel überkommene Strukturen in öffentlichen Krankenhäusern (z.B. die Hierarchien etc.), vergisst aber, beim aktuellen Umbau der Krankenhäuser dessen kapitalistische Form zu diskutieren, und kommt so völlig unkritisch zu dem Schluss, dass jede Änderung der alten Strukturen per se fortschrittlich sei. Ebenfalls zu Recht kritisiert Wendl die immer noch bestehende Trennung von ambulantem und stationärem Sektor, sieht aber offenbar nicht, dass eine Aufhebung derselben durch Medizinische Versorgungszentren à la Rhön AG gleichzeitig bedeutet, dass nun eben kapitalistische Konzerne Einzug halten in diesen Bereich. Deren Zwecksetzung ignoriert Wendl in dem ganzen Text konsequent, um dann alle vermeintlichen Sachzwänge aufzuzählen, die keinen anderen Ausweg lassen als den der Privatisierung. Marc Kappler und Fabian Rehm, beide ver.di-Gewerkschaftssekretäre, haben in der nächsten Ausgabe des Infodienst Krankenhäuser dagegen gehalten:

Einen besseren Werber für die Segnungen des Kapitalismus könnte es gar nicht geben. Immerhin ist Michael Wendl Mitherausgeber der Zeitschrift

Sozialismus, früherer Vorsitzender der bayrischen Linkspartei und ehemaliger Gewerkschaftssekretär. Sein Kunststück: Mit vorgeblich linker Rhetorik erklärt er in einer gewerkschaftlichen Funktionärszeitung Privatisierung von Gesundheitsversorgung und Schaffung privater Krankenversicherungen zu einer fortschrittlichen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Sowohl seine zugrunde gelegte Argumentation als auch Motivation wollen wir im Folgenden näher beleuchten.

Es sei »eine Fehleinschätzung, Rhön als kapitalistischen Klinikkonzern zu sehen, der defizitäre öffentliche Krankenhäuser kauft, sie saniert und danach versucht renditeorientiert zu betreiben«, meint Wendl. Aber was soll ein börsennotierter Konzern denn anderes sein? Warum werden Unternehmen betrieben? Warum unterliegt die Rhön AG Renditeerwartungen?

Tausende KollegInnen in vormals öffentlichen Krankenhäusern haben ebenso wie viele engagierte BürgerInnen genau diesen Prozess anders erlebt, als Michael Wendl ihn beschreibt.

Die Weiterentwicklung der Arbeitsbedingungen ist laut Wendl bei Rhön »eine Art Voraussetzung für hochwertige medizinische Leistungen«. Wenn dem so wäre, müssten die Universitätskliniken in Gießen und Marburg nun endlich das fehlende Personal bekommen, die Reinigungsgesellschaften würden sofort wieder eingegliedert werden und der weiterhin geplante Personalabbau in Gießen und Marburg wäre vom Tisch.

Alles für die Rendite?

Hochwertige medizinische Leistungen und Personalabbau bei Personalmangel passen nicht zusammen – zu den angestrebten Renditeerwartungen passt ein Personalabbau zur kurzfristigen Erreichung eben dieser bedeutend besser.

Sicher klingt es gut, wenn Wendl für eine integrierte Versorgung Position bezieht: »Nicht nur aus ökonomischer, sondern auch aus medizinischer Sicht ist diese Kombination von medizinischen Versorgungszentren und Krankenhäusern das eindeutig überlegene Modell«.

Unter den Vorzeichen einer privatwirtschaftlichen Kontrolle aller medizinischen Einrichtungen durch einen Konzern ergeben sich daraus für die Bevölkerung leider keine Vorteile, weder medizinisch noch ökonomisch. Durch konzerneigene MVZ hat bei der Einweisung ins Krankenhaus nicht die medizinische Fachlichkeit, sondern die Fallzahlsteigerung der eigenen Klinik Priorität. Doppeluntersuchungen werden dadurch garantiert nicht verhindert, sondern vielmehr die Möglichkeit erleichtert, »lukrative Fälle« zu generieren. Zu Lasten der betroffenen PatientInnen und der Versicherten allgemein können dann medizinisch nicht unbedingt notwendige, aber lukrative Maßnahmen, wie das Legen von Herzkathetern oder das Durchführen von Arthroskopien, abgerechnet werden.

Für eine andere Krankenhausfinanzierung

Obwohl Wendl zu Recht davon ausgeht, dass die DRG[1] einen weiteren Produktionskostenwettbewerb nach sich ziehen, gelingt es ihm nicht, daraus die Notwendigkeit einer anderen Finanzierung der Krankenhäuser zu erkennen. Gerade die Ökonomisierung der Versorgung durch die Fallpauschalen ist das Problem in der Krankenversorgung. DRG dienen eben nicht dem Wohl der PatientInnen, sondern haben einen Krankenhausmarkt geschaffen, in dem es Gewinner und Verlierer gibt.

Diesen Prozess sieht der frühere Aufsichtsrat der Rhön AG positiv, schließlich könne dann ausgewählt werden, welche Klinik ins Portfolio passt. Defizitäre Kliniken könnten der öffentlichen Hand

1 DRG = Diagnosis Related Groups; nach solchen diagnosebezogenen Fallpauschalen werden seit 2004 die Leistungen im Krankenhaus abgerechnet. Die DRG haben dabei die Wirkung einer Einzelleistungsvergütung: Je mehr Patienten = Fälle = DRG das Krankenhaus versorgt, um so mehr Geld bekommt es. (Anm. Redaktion express)

überlassen werden. Für die Aufrechterhaltung der Grundversorgung der Bevölkerung wäre demnach weiterhin der Staat zuständig. Für die Bezahlung der Krankenversorgung wäre ebenfalls der Staat zuständig. Lediglich für die Abschöpfung der Gewinne wäre die Rhön AG da.

Den Kostendruck im Gesundheitswesen erkennen auch Wendl und seine Rhön AG. Deshalb wolle Eugen Münch[2] eine Zusatzversicherung für potenzielle PatientInnen anbieten – quasi als Schutz gegen Rationierungen im Gesundheitswesen. An dieser Stelle zitiert Wendl nun keine ver.di-Beschlüsse. Wohl wissend, dass die Aushöhlung der gesetzlichen Krankenversicherung im krassen Widerspruch zu jedweder Beschlusslage steht. Nicht ohne Grund setzt sich ver.di für die Verbesserung der Finanzierungsgrundlage der GKV ein. Mittels einer Bürgerversicherung sollen endlich Privilegien abgebaut werden und alle Arten von Einkommen zur Finanzierung herangezogen werden. Die PKV ist ein Relikt, und zwar ein teures. Die Finanzierungslücke wird in den nächsten Jahren wachsen und am Ende wird es ähnlich wie bei den Banken zu einer Sozialisierung der Verluste kommen.

Ethik im Kapitalismus?

Zynisch mutet Wendls Vermutung an, dass »es aus ethischen Gründen nicht zu einer Ausgrenzung einkommensschwacher Gruppen kommt«. In den USA kämpft die Gewerkschaftsbewegung für eine Versicherung für alle. Dort haben eben nicht alle Menschen eine Krankenversicherung und Konzerne behandeln trotz aller Ethik nicht jeden. Dies müssen spendenfinanzierte Community-Krankenhäuser übernehmen.

Auch hier stellt sich die Frage, warum ein privater Konzern sein Betriebsergebnis durch Ethik vermiesen sollte. Die Aufgabe des Marktes ist es ja nicht, die Fehler des Marktes zu beheben. Während heute die Banken und morgen die privaten Krankenversicherungen auf Rettungsschirme hoffen können, bleibt den Menschen derlei verwehrt: Sie stehen im Falle des sozialen Abstiegs Schlange bei Tafeln, bei Kleiderkammern oder können auf dem Amt um Almosen betteln.

Kapitalismus bedeutete gegenüber den Zumutungen des Feudalismus sicherlich Innovation. Was an der Enteignung von gemeinschaftlichem Eigentum – und das sind öffentliche Krankenhäuser – für die Menschen innovativ sein soll, erschließt sich uns nicht. Was daran für einen börsennotierten Konzern innovativ ist, erklärt sich hingegen leichter. Und warum dies von einem Mitglied des Beirats eben dieses Konzerns befürwortet wird, ist auch zu verstehen. Warum die Redaktion des Infodienstes aber auf die Nennung der Tätigkeit Wendls als Beirat der Rhön AG verzichtet, entzieht sich wiederum unserem Verständnis.

Solidarität statt Innovation

Unterm Strich bleibt: Beschäftigte und ihre Gewerkschaft sind gut beraten, nicht den Verlockungen des Kapitals zu glauben. Sie sollten vielmehr das Gesundheitswesen kritisch durchleuchten und im Bündnis mit PatientInnen und BürgerInnen für ein solidarisches Gesundheitssystem – mit öffentlichen Krankenhäusern und einer Bürgerversicherung – kämpfen. Ihre Interessen decken sich nämlich nicht mit denen der Aktionäre und der Beiräte der Rhön AG. Um im Wendlschen Duktus zu bleiben: Das Sein bestimmt das Bewusstsein.

** Marc Kappler ist Gewerkschaftssekretär bei ver.di in Stuttgart und Fabian Rehm ist Gewerkschaftssekretär bei ver.di Hessen.*

(Quelle: Infodienst Krankenhäuser, hrsg. von ver.di, Nr. 58, September 2012)

(Erschienen im: express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, 10-11/2012)

2 Der als Sanierer geholte Betriebswirtschaftler Eugen Münch übernahm 1974 die alleinige Geschäftsführung und erwarb eine Beteiligung von 25 Prozent an der Rhön GmbH. Heute ist er Großaktionär und Aufsichtsratschef in der Rhön-Klinikum AG. (Anm. Redaktion express)

Fabrik Krankenhaus

Peter Hoffmann* über ein System verkehrter ökonomischer Anreize

Krankenhäuser stehen heutzutage in Deutschland in Konkurrenz zueinander – egal ob in privater, öffentlicher oder frei-gemeinnütziger Trägerschaft. Durchgesetzt wird diese Konkurrenz über die Form der Finanzierung von Krankenhausleistungen: nämlich durch Fallpauschalen bzw. Diagnosis Related Groups (DRG). Wer mehr und schwerere Fälle »produziert«, bekommt mehr Geld und reüssiert so möglicherweise auf »dem Markt«. Ohne grundlegende Korrektur wird uns das DRG-System in eine Zukunft führen, in der als Fabriken organisierte Krankenhäuser die ihnen anvertrauten PatientInnen als Werkstücke dazu missbrauchen, betriebswirtschaftliche Ziele zu erreichen – bei gleichzeitig immer unerträglicher werdenden Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten. Der Beitrag, den Peter Hoffmann im Namen des AK Krankenhausbeschäftigte des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää) geschrieben hat, versucht zu zeigen, dass es hier nichts bringt, an Stellschrauben zu drehen, aber das System so zu lassen. Sondern er kommt zu dem Schluss, dass die Finanzierung der Krankenhäuser grundlegend verändert werden muss.

Der Preisdruck auf die Krankenhäuser

Früher basierte die Finanzierung der Krankenhäuser auf bedarfsdeckenden, tagesgleichen Pflegesätzen, die mit den Krankenkassen für das einzelne Krankenhaus wie auf dem Basar verhandelt wurden. Das bot zwar den Anreiz, PatientInnen möglichst lange im Krankenhaus zu halten, garantierte aber gleichzeitig, dass auch das bezahlt wurde, was an Bedarf an Krankenhausleistungen verhandelt worden war. Diese Logik ist 2004 komplett auf den Kopf gestellt worden. Seither erhalten die Krankenhäuser Geld durch Fallpauschalen für abgeschlossene Patientenbehandlungen. Der jeweilige Behandlungsfall wird auf Basis einer detaillierten Dokumentation medizinischer Maßnahmen und Diagnosen anhand seines finanziellen Behandlungsaufwandes einer bestimmten Diagnosis Related Group zugeordnet. Die jeweilige DRG wird durch ihr sog. Relativgewicht gegenüber dem Durchschnitt aller Behandlungsaufwände (Relativgewicht: 1,00) definiert. Das Relativgewicht wird dann mit politisch entschiedenen Landesbasisfallwerten multipliziert und ergibt die Fallpauschale in Euro. Die deutschen Diagnosis Related Groups sind also kein Festpreissystem mit verlässlich kalkulierbaren Entgelten für die Krankenhäuser. Die finanzielle Entwicklung des stationären Bereiches wurde bewusst nicht an die Entwicklung des medizinischen Versorgungsbedarfs geknüpft, der sich über die Zeit durch einen Wandel bei den Erkrankungen, die Altersentwicklung und neue Therapien verändert. Der zulässige Kostenanstieg im Gesundheitswesen sollte stattdessen über Preismanipulationen auf die Steigerungsrate der Erwerbseinkommen begrenzt werden. Diese fallen aber seit Jahrzehnten gegenüber den Unternehmer- und Vermögenseinkommen ab. Die knapper werdende finanzielle Ressource »Grundlohnsumme« wurde als die bestimmende Größe festgelegt. Deshalb und wegen weiterer politisch verfügter Kürzungen wurde den Kliniken von 2006 bis 2011 laut Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) nur eine Preissteigerung um 5,5 Prozent zugestanden.

Die Kliniken konzentrierten sich in der Einführungsphase des DRG-Systems betriebswirtschaft-

lich folgerichtig auf Kostensenkungen, insbesondere durch Personalkürzungen in Pflege und Service. Dennoch stiegen infolge von Lohnerhöhungen, wegen des allgemeinen Preisanstiegs und steigender Energiekosten nach Angaben der DKG die Kosten im Zeitraum 2005 bis 2011 um 27,9 Prozent. Das Preisniveau für Krankenhausleistungen blieb also weit hinter den allgemeinen gesellschaftlichen Kostensteigerungen zurück.

Rationalisierung und sinkende Preise

Zwei weitere wichtige Gründe für den Druck auf die Preise liegen in der DRG-Systematik selbst begründet: Der durchschnittliche finanzielle Aufwand für die einzelnen medizinischen Prozeduren und Diagnosen wird kontinuierlich erfasst und berechnet, so dass auf erfolgreiche Rationalisierungsmaßnahmen und Kostensenkungen stets im nächsten Schritt Senkungen bei den Preisen einzelner DRGs erfolgen, was heißt, dass das Krankenhaus für diesen Fall dann eben weniger Geld bekommt.

Vereinbaren Gesetzliche Krankenkassen (GKV) und Krankenhausgesellschaften in einem Bundesland für das nächste Jahr mehr Leistungen bei gleichbleibendem Gesamtbudget und berücksichtigt man dann noch verschiedene Abschläge für Mehrleistungen auf Krankenhausebene, so wird der Erlös für die einzelne Leistung also z.T. mehrfach abgesenkt – wie bei einem Kuchen, der in immer kleinere Stücke geteilt wird.

Der Ausweg: »marktgerechte Überversorgung«...

Dass es im DRG-System mit den Preisen für Krankenhausleistungen wie auf einer Kellertreppe hinab ging, war aus unterschiedlichen Motiven politisch gewollt: Die GKV hoffte, die gleiche Anzahl von Leistungen für weniger Geld zu erhalten, also Entlastung bei ihren meist knappen Finanzmitteln, die ja auch auf der unzureichenden Grundlohnsumme basieren. Die politischen Entscheidungsträger wussten, dass – angesichts einer im internationalen Vergleich sehr hohen Versorgungsdichte mit Krankenhausbetten – Bettenabbau und Krankenhausschließungen in Deutschland auf der politischen Agenda standen. Stattdessen sollte die DRG-Systematik auf scheinbar objektive Weise den Markt bereinigen und die Schließung von Betten und unrentablen Krankenhäusern indirekt erzwingen. So produziert man Sachzwänge! Dass im Konkurrenzkampf ausgerechnet die Krankenhäuser betriebswirtschaftlich erfolgreich sind, die den PatientInnen die beste Qualität bieten, wird von neoliberalen Politikern und Ökonomen zwar inbrünstig beschworen, ist aber unbewiesen und muss angesichts bisheriger Erfahrungen eher angezweifelt werden.

Hinzu kommt, dass sich seit Anfang der 90er Jahre die Bundesländer Schritt für Schritt ihrer Verpflichtung aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (1972) entziehen, im Rahmen der sog. dualen Finanzierung für die Krankenhausinvestitionen aufzukommen – auch dies wegen des vermeintlichen Sachzwangs der »leeren öffentlichen Kassen«. Im Jahr 2009 betrugen die öffentlichen Fördermittel nur noch 2,8 Mrd. Euro. Während das Bruttoinlandsprodukt in Deutschland von 1991 bis 2009 um 56,9 Prozent stieg, wurden die Fördermittel für Krankenhäuser nominal um 22 Prozent, gemessen an der Kaufkraft um 45 Prozent gesenkt. Die Krankenhäuser mussten Gelder, die ihnen von den Krankenkassen eigentlich zur Finanzierung ihrer Betriebskosten, vor allem Personalkosten, überwiesen wurden, für Baumaßnahmen und medizinische Geräte verwenden. Mit diesem Geld könnte man, das hat die Gewerkschaft ver.di ausgerechnet, mehrere tausend Stellen in der Pflege finanzieren! Über lange Jahre hat sich vor allem bei Krankenhäusern mit vergleichsweise höheren Kosten (aus ganz unterschiedlichen Gründen) und in finanzschwachen Kommunen ein hoher Investitionsbedarf angestaut. Die politischen Entscheidungsträger sahen sich jedoch nicht veranlasst, eine politische Lösung dieser Problematik zu finden.

Hier setzt das erfolgreiche ökonomische Geschäftsmodell privater Klinikkonzerne an. Sie investieren

in privatisierte Krankenhäuser zunächst erhebliche Kapitalmittel, um den Investitionsstau zu beseitigen. Nach einer »Restrukturierung« mit rigoroser Kostensenkung muss das Krankenhaus dann eine hohe Rendite erwirtschaften, um seine Kreditlast tragen und Gewinne abführen zu können. Der Anteil an Krankenhausbetten in privater Trägerschaft ist in Deutschland mittlerweile höher als in den USA. Wenn private Klinikkonzerne in ihren Häusern »Rationalisierungspotenziale heben« und den Investitionsstau überwinden, erscheint dies zunächst positiv. Man muss aber nach dem Preis fragen, den die PatientInnen und die Beschäftigten dafür bezahlen.

Nach der DRG-Einführung 2004 waren die Rationalisierungspotenziale bei marktwirtschaftlich erfolgreichen Kliniken innerhalb weniger Jahre nahezu ausgeschöpft. Angesichts gedeckelter Budgets und des anhaltenden Preisdrucks verhielten sich die Kliniken marktkonform, als sie »in die Menge« gingen: Die Anzahl der lukrativen Operationen stieg seitdem so an, dass sie sich nicht mehr mit medizinischer Notwendigkeit erklären lässt. Das ist inzwischen auch in den öffentlichen Medien angekommen. In ARD und ZDF gab es alleine im Januar 2013 schon zwei Dokumentationen über dieses Phänomen – mit vielsagenden Titeln: »Vorsicht Operation« und »Patientenfabrik«. Da die Kassen neue, aufwändige und oftmals teure Therapien sowie Standardbehandlungen, die über die verhandelte Menge hinaus erbracht werden, zusätzlich vergüten müssen, konnten die Kliniken trotz des geringen Anstiegs der Preise ihre Erlöse zwischen 2005 und 2011 um 23,1 Prozent steigern. Laut einer RWI-Studie sind die Fallzahlsteigerungen in deutschen Krankenhäusern zu einem erheblichen Anteil auf nicht-medizinische Gründe zurückzuführen.

Auffällig ist, dass die Mengenausweitungen sich weitgehend auf Operationen an Gelenken, Wirbelsäule und Gallenblase sowie kardiologische Interventionen beschränken. Das statistische Bundesamt meldet für den Zeitraum 2005 bis 2009 eine Zunahme der Gelenkspiegelungen und Knieprothesen um 20 Prozent. Die Zahl der Wirbelsäulenoperationen hat sich 2010 gegenüber 2005 verdoppelt. PatientInnen in Deutschland werden doppelt so häufig an Knien und Hüften operiert und beinahe viermal so häufig invasiv mit einem Herzkatheter untersucht wie in der Schweiz (2008).

Gibt es dafür eine vernünftige medizinische Erklärung? Der medizinische Fortschritt mag punktuelle Kostenanstiege erklären. Auch der demografische Wandel hat Auswirkungen, aber er reicht nicht aus, solche Steigerungen zu erklären.

… und Unterversorgung zugleich

Aus dem Bereich der niedergelassenen ärztlichen KollegInnen gibt es Klagen, dass bei Krankenhauseinweisungen öfter lediglich eine Schmalspurdiagnostik vorgenommen wird und komplizierte Diagnosen, die teure Untersuchungen erfordern würden, nicht abgeklärt werden. Stattdessen wird im Entlassungsbrief die spätere ambulante Durchführung der aufwändigen Diagnostik empfohlen. Da der Pflegeaufwand in der DRG-Systematik nicht adäquat abgebildet wird, ist die Behandlung stark pflegebedürftiger, chronisch und komplex erkrankter PatientInnen oftmals für das Krankenhaus defizitär, sofern keine erlösträchtigen invasiven Prozeduren durchgeführt werden. Konsequent setzt sich dabei der ökonomische Zynismus bis in die menschlichen Beziehungen im Krankenhaus fort: Solche »unproduktiven«, verlustbringenden PatientInnen sind im Krankenhaus – wie auch in unserer Gesellschaft – nicht willkommen. Sie werden an den Rand gedrängt und mit möglichst geringem Aufwand abgefertigt.

Der Patient als Objekt der Gesundheitswirtschaft

Für die Beschäftigten im Krankenhaus ist offensichtlich: Die Frage, wie »lukrativ« ein »Fall« ist, entscheidet immer stärker darüber, ob der Patient gerade mit dem nötigsten abgespeist wird, angemessen und qualitativ gut versorgt wird oder gar, wie viele PrivatpatientInnen, medizinischen

Maßnahmen zugeführt wird, die den Erlös steigern, aber für die PatientInnen einen zweifelhaften Nutzen haben. Diese zynische Haltung gegenüber PatientInnen bestimmt immer stärker die Prozesse im Krankenhaus. Eine steigende Bewertung von »Prozeduren« im Abrechnungssystem der DRG sowie Bonussysteme für Chefarzt-Gehälter, die die »Leistungen steigern«, verstärken die Tendenz zu einer kurz entschlossenen, invasiven, teuren Medizin, die mögliche Alternativen häufig außer Acht lässt, für PatientInnen zunehmend riskant und volkswirtschaftlich betrachtet oft teuer und unsinnig ist – und die den GesundheitsarbeiterInnen die sinnvolle medizinische Arbeit immer schwerer macht.

Denn Behandlungen, Eingriffe und Operationen werden zunehmend in einer Discounterlogik erbracht, die unweigerlich – ob früher oder später – auf Kosten der Qualität gehen muss. Die Anzahl der Fachkräfte, besonders in der Pflege, ist zu gering, sie sind nicht immer optimal qualifiziert, und sie wechseln häufig aus Frustration.

Statt Weiterrennen: Energien bündeln für den Fortschritt

Die Ärztinnen und Ärzte, die im vdää organisiert sind, meinen: Anstelle der DRG und der Marktkonkurrenz sollten wir ein patientInnengerechtes und volkswirtschaftlich sinnvolles System der Krankenhausfinanzierung entwickeln. Behandlungsentscheidungen müssen frei von finanziellen Interessen erfolgen. Voraussetzung dafür sind eine Non-Profit-Trägerschaft der Kliniken und eine Ausstattung mit auskömmlichen öffentlichen Investitionsmitteln. Auskömmlich heißt: Bei der Festsetzung der Budgets müssen die tatsächliche Preissteigerung für die Kliniken, vor allem aber Veränderungen beim medizinischen Versorgungsbedarf zugrunde gelegt werden. Statt Markt und Konkurrenz darüber »entscheiden« zu lassen, wo welches Krankenhaus ökonomisch überlebt, muss es endlich eine am Bedarf orientierte gesellschaftliche Krankenhausplanung geben, die ihren Namen verdient.

Gesundheit darf in Deutschland nicht zu einer Ware werden, Krankenhäuser nicht zu Fabriken und PatientInnen nicht zu Objekten eines geld- oder gewinnorientierten Krankenhaus-Wirtschaftssystems. Derzeit scheinen noch alle betroffenen Interessengruppen zu glauben, das DRG-System würde den stationären Sektor letztlich einigermaßen sinnvoll steuern und die wichtigsten Interessen aller Beteiligten erfolgreich integrieren.

Man kommt aber nicht aus der Sackgasse, indem man schneller rennt. Es hilft nichts, wir müssen umkehren: An der gesundheitspolitischen Herkulesaufgabe eines neuen, auch volkswirtschaftlich sinnvolleren Finanzierungssystems führt kein Weg vorbei. Als erstes müssen die Betroffenen im Gesundheitswesen, PatientInnen wie Beschäftigte, diese Aufgabe jedoch überhaupt erkennen und ihre Verantwortung für deren Bewältigung akzeptieren. Man darf nicht bei dieser Analyse und Kritik des DRG-Systems stehen bleiben, sondern als nächstes ist zu diskutieren, was es nun zu tun gilt, damit diese Kritik Konsequenzen hat.

** Peter Hoffmann ist Anästhesist und arbeitet im »AK Krankenhausbeschäftigte« des »Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte« mit. Der Beitrag geht auf Diskussionen dieses Arbeitskreises zurück, der sich seit Jahren mit den Fehlentwicklungen in den Krankenhäusern beschäftigt.*

(Erschienen in: express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, 1-2/2013)

Kein Wort über die kapitalistische Produktionsweise

Rudi Schwab* über Michael Wendls Verteidigungsversuche in der Debatte zur Privatisierung der Krankenhäuser

Die Debatte über die politische Einschätzung der Privatisierung von Krankenhäusern geht weiter – in ver.di und in der Zeitschrift »Sozialismus« wie auch hier im express. Im »ver.di Infodienst Krankenhäuser« Nr. 60 vom März 2013 hatte Michael Wendl unter der Überschrift »Eine Krankenhausökonomie von Gut und Böse« eine Antwort auf die Kritiken an ihm von Günter Busch, Marc Kappler und Fabian Rehm geschrieben. Auf diese reagiert nun Rudi Schwab, der vor allem eine Diskussion der Auswirkungen der kapitalistischen Produktionsweisen auf die medizinische Behandlung in den Krankenhäusern bei Wendl vermisst.

Interessanterweise[1] erscheint der Artikel von Michael Wendl: »Eine Krankenhausökonomie von Gut und Böse« mit dem ersten Punkt: »Der Erfolg der Rhön-Klinikum AG« zu einer Zeit, in der deren erstmaliger massiver Gewinneinbruch im Jahr 2012 bekannt wird und ihr völliges Versagen in dem Bestreben, ihre »Erfolgsmethoden« einer Universitätsklinik überzustülpen. Nur weil eine Universitätsklinik mehr im Blickwinkel der Öffentlichkeit steht als andere, konnte so v.a. durch den Widerstand des Personals verhindert werden, dass der Konzern seine sonst übliche »innovative (?)« Methode der Personalreduzierung ausweitete, um die Verluste zu reduzieren (nach Insiderwissen war eine Stellenplanreduzierung um 500 Stellen geplant, die nach massiven öffentlichkeitswirksamen Protesten von Rhön in der Weise zurückgenommen wurde, dass man behauptete, man habe das ja gar nicht vorgehabt…).

Noch etwas lässt sich am Beispiel Uniklinik Marburg/Gießen exemplarisch zeigen. Das Versprechen einer umfassenden Medizin zu bezahlbaren Preisen auf hohem Niveau gilt nur, solange damit Gewinn zu erwirtschaften ist. Noch 2006 wirbt der Konzern in seinem Geschäftsbericht stolz mit der Partikeltherapie, die auch vom Land Hessen – dem Verkäufer der Uni-Klinik – als »Leuchtturm« für das Land gepriesen wird. Davon ist jetzt keine Rede mehr. Wie man hört, ist die Anlage an Siemens zurückverkauft. Es zeigte sich, dass sich die für einen profitablen Betrieb notwendige Patientenzahl aus technischen Gründen nicht durchschleusen ließ. Und so überlässt man es lieber der sonst so geschmähten öffentlichen Hand, in diesem Fall konkret der Universitätsklinik Heidelberg, das Verfahren zum Nutzen der Patienten anzuwenden und so Verluste zu erzeugen, auf die man dann bei passender Gelegenheit wieder mit dem Finger zeigen kann.

Dass es ein Fehler war, eine Universitätsklinik zu privatisieren, hat sich inzwischen auch in der Verkäufer- und Regierungspartei CDU herumgesprochen. In einem Papier der Stadtverordnetenfraktion

1 Für eine umfassende Kritik an den Ausführungen von Michael Wendl ist u.a. der ausgezeichnete Artikel von Thomas Böhm: »Nachholende Modernisierung oder neoliberaler Umbau? Über die fatalen Folgen von Privatisierung und Marktsteuerung im Gesundheitswesen« zu empfehlen. Ich möchte mich deshalb hier auf einige Randbemerkungen beschränken.

Marburg der CDU liest man: »… geht es vor allem darum, sich der Strukturfehler der Privatisierung bewusst zu werden. Das ist zum einen der Umstand, dass die Renditeerwartungen eines börsennotierten Krankanhausunternehmens nicht mit den Aufgaben eines Universitätsklinikums kompatibel sind. Während Aktiengesellschaften die nachvollziehbare Aufgabe haben, Gewinne zu erwirtschaften und die Renditeerwartungen ihrer Aktionäre zu befriedigen, steht bei einem Universitätsklinikum die effektive Wahrnehmung von Forschung und Lehre sowie eine gesicherte maximale Krankenversorgung im Vordergrund«[2].

Öffentliche Kritik kam von der Wissenschaftsministerin in Hessen. Sie drohte im vergangenen Jahr mit der Einforderung einer vertraglich vereinbarten Strafzahlung von über 100 Millionen Euro für den Fall, dass die Partikeltherapie nicht bis Ende 2012 am Laufen sei. Welcher Kungelei es zu verdanken ist, dass es nicht zur Durchsetzung dieser Forderung kam, ist nicht bekannt. Möglicherweise will man auch das Thema im Landtagswahljahr 2013 nicht zu hoch kochen, um nicht große Fehler der Vergangenheit eingestehen zu müssen oder den Widerstand der Bevölkerung gegen weitere anstehende Privatisierungen nicht noch mit selbst gelieferten Argumenten zu fördern. Im Gegenteil, man unterstützt jetzt die Universitätsklinik mit regelmäßigen Zahlungen von jährlich 13 Millionen Euro. Werden Krankenhäuser nicht deshalb verkauft, um die öffentliche Hand zu schonen? Aber das kennt man ja von Verkäufen anderer Krankenhäuser, dass die öffentliche Hand als Verkäufer sich vertraglich verpflichtet, auf Jahre hinaus die Verluste der verkauften Krankenhäuser zu übernehmen. Oder dass vorher mit öffentlichen Geldern komplett renovierte und sanierte Kliniken anschließend verkauft werden (z.B. Rhön-Krankenhaus Frankfurt/Oder). Wo liegt hier für wen der Vorteil der Privatisierung?

Unbestritten ist auch, dass die Konzerne genau kalkulieren, welche Krankenhäuser sie kaufen und welche nicht. Der Vorwurf der Rosinenpickerei gilt hier im vollen Umfang. Hier werden gezielt Krankenhäuser gekauft, die sich auf »ertragreiche« Krankheitsarten konzentrieren (etwa die von Michael Wendl angeführte Herzklinik Leipzig), die in strategisch günstiger Lage sind (Fallzahlen, schwache Wettbewerber im Umfeld) oder mit denen sich Synergien im Konzern besonders gut erzielen lassen. Im Geschäftsbericht 2007 des Rhön-Konzern lesen wir in dankenswerter Offenheit: »Im Übrigen treten wir bei Klinikübernahmen nur an, wenn unser finanzielles Engagement durch von uns gestaltbare Aktivität dauerhaft und ertragreich gesichert werden kann.«

Michael Wendl sieht einen Teil des wirtschaftlichen Erfolgs des Rhön-Konzerns bei der Anwendung des »Fließ- oder Flussprinzips«. Ich habe als mehrjähriger Mitarbeiter eines Rhön-Krankenhauses, Mitglied in Betriebsräten und zuletzt im Aufsichtsrat nie eine überzeugende Antwort erhalten, was man genau darunter zu verstehen hat, noch habe ich eine durchgängige Anwendung dieses Prinzips erlebt. Aber die mit diesem Wort verbundenen Assoziationen zur Fließbandarbeit können an die erlebte Wirklichkeit durchaus anknüpfen: der Patient als Werkstück, den man an auf einzelne Handgriffe reduziertem Personal vorbei laufen lässt und der am Ende gesund rauskommt. Dieses Aufgliedern der umfassenden Behandlung eines Patienten auf neu kreierte Spezialberufe und in einzelne Handgriffe wird von den privaten Konzernen vorangetrieben. Extrem-Beispiele hierfür wären der Phlebotomist (den es schon gibt), der nur Blutabnahmen vornimmt oder der »Exkrementeur« (eine Anregung, die noch umzusetzen wäre), der einmal am Tag bei Pflegebedürftigen die Windel wechselt, egal ob es gerade notwendig ist oder nicht. Eine Spielwiese für »innovative« Ideen, aber ein erschreckend menschenverachtendes Bild vom Patienten als rein somatischem Produkt, der ohne Zuwendung und psychische Betreuung in diesem System keinen zuständigen, vertrauten Ansprechpartner für seine Nöte und Ängste mehr findet.

2 Vgl. Philipp Stompfe: «Genossenschaftsrechtliche Organisation des Universitätsklinikums Marburg«, Marburg 2012. Stompfe ist Partei- und Fraktionsvorsitzender der CDU Marburg.

Michael Wendl sieht die »Ineffizienz und die berufsständische Verkrustung der öffentlichen Krankenhäuser und die Orientierung der leitenden Ärzte an der Versorgung und Abrechnung der Privatpatienten, also an einer Strategie des Rent-seekings«. Die Vorstellung, durch einen »kapitalistischen Umbau« würde das Rent-seeking überwunden, ist etwas abenteuerlich.

Bestrebungen, durch kollektive Organisationsformen die zu Recht kritisierte strenge Krankenhaushierarchie zu überwinden, gibt es schon lange. Sie waren bis jetzt allerdings nirgends dauerhaft erfolgreich. Es verwundert nicht, dass keiner der privaten Konzerne solche Ideen aufgegriffen hat. Diktatorisch geführte Betriebe lassen sich eben leichter in die gewünschte Richtung treiben. Der Unterschied zu früher ist nur, dass der Chefarzt, der vormals oft de facto an der Spitze eines Krankenhauses stand, jetzt als alleiniger Statthalter unter der strikten Weisungsbefugnis eines Ökonomen in der Betriebsführung steht. Die Hierarchie für das nachgeordnete Personal ist unverändert.

Das beschriebene »Rent-seeking« konnte man früher beschränkt auf die zehn Prozent der Privatpatienten befürchten, nach dem Motto: Privatpatienten warten kürzer auf unnötige Diagnostik und Therapie, also in der Realität zwar unbestreitbar oft, aber nicht immer zu ihrem Nutzen. Jetzt wird bei Chefärzten das Recht zur Privatliquidation bei Privatpatienten zunehmend ersetzt durch Prämien bei Erreichung von vorgegebenen Erfolgs-Zielen. Unter den Bedingungen der Ökonomisierung und der Bezahlung der Krankenhausleistung nach DRG´s, also der Bezahlung nach gelieferter »Stückzahl« an Patienten und Prozeduren, wird das »Rent-Seeking« jetzt auch auf die anderen 90 Prozent, d.h. die Kassen-Patienten ausgeweitet. Jeder, der etwas Einblick in die Krankenhäuser der privaten Betreiber hat, weiß, dass die nach außen deklamierte »Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen« von leitenden Ärzten nur auf dem Papier steht. Die Ärzte stehen massiv unter Druck und Erfolgszwang in der Rekrutierung und Lieferung von »Fällen« und gut bezahlten Prozeduren.

Das Ergebnis ist eine völlig andere Medizin für alle, nicht mehr orientiert an den Bedürfnissen des Patienten zur Heilung von Krankheit und Verletzung, sondern an der Fall- und Behandlungsausweitung zur Erreichung wirtschaftlicher Ziele. Die Zahlen über die Steigerung der Patientenzahlen im Krankenhausreport 2012 sprechen eine deutliche Sprache. Krankenhausbehandlung wird unter den Bedingungen der Ökonomisierung zunehmend abgekoppelt von medizinischer Indikation und entwickelt sich damit tendenziell zu einer Anleitung zur Körperverletzung zwecks Erreichung rein wirtschaftlicher Ziele. Innovativ zu wessen Nutzen?

In dem Artikel von Michael Wendl findet man kein Wort über die Auswirkungen dieser kapitalistischen Produktionsweisen auf die medizinische Behandlung in den Krankenhäusern. Man findet auch kein Wort – und das ist erstaunlich für einen sonst verdienten langjährigen Gewerkschaftssekretär – über die Auswirkungen auf das Personal, über unmenschliche Arbeitshetze, die Ausweitung von Leiharbeit, Zersplitterung der früher einheitlichen Patientenbehandlung, durchgehend schlechtere Bezahlung bei den privaten Konzernen.

Man kann hier nicht argumentieren – wie man es oft hört –, die Arbeitsbedingungen seien in den öffentlichen Krankenhäusern inzwischen genauso schlecht. Am Anfang steht die Ökonomisierung, d.h. erst die Möglichkeit, dann der Zwang, dass ein Krankenhaus Gewinn erwirtschaften muss und nicht mehr als alleinigen Zweck im Sinne der Daseinsvorsorge die Sicherung der stationären Krankenhausbehandlung zur Aufgabe hat. Mit den ökonomischen Erfolgen der privaten Betreiber wird aber diese Gewinnerwartung, zumindest die »schwarze Null« auch den anderen übergestülpt. Die privaten Betreiber spielen so die verhängnisvolle Rolle, den Takt vorzugeben, dem die anderen zu folgen haben. Ein schwacher Trost: Ganz werden sie in Bezug auf den Personalabbau von den öffentlichen Krankenhäusern trotzdem noch nicht erreicht, das zeigen eindeutig alle Zahlen des statistischen Bundesamts.

Was wir brauchen, ist nicht die Verherrlichung der Privatisierung von Krankenhäusern, sondern eine Umkehr zur Krankenhausversorgung als Teil der Daseinsvorsorge – finanziert, wenn sie sich nicht selber trägt, aus öffentlichen Mitteln und aus Krankenkassenbeiträgen.

Die politische Durchsetzung dieser Forderung verlangt große Anstrengungen. Sie wird erleichtert, wenn es gelingt, durch tarifliche und gesetzgeberische Bestimmungen die überproportionalen Gewinnmöglichkeiten der privaten Konzerne gegenüber den öffentlichen zu beschneiden:

- Sicherung einer ausreichenden Finanzierung durch die Bundesländer und der ausreichenden Investitionen aller Krankenhäuser im Bedarfsplan,
- Sicherung der realen laufenden Kosten des Betriebs durch die Krankenkassen,
- gesetzlicher Personalschlüssel, der dann für alle – unabhängig vom Betreiber – zu gelten hat,
- gesetzliche Rückführung von Leiharbeit auf den ursprünglichen Zweck, die kurzfristige Abdeckung von Arbeitsspitzen
- gesetzlicher Mindestlohn
- ein flächendeckender, einheitlicher Tarifvertrag für alle Beschäftigten in den Krankenhäusern.

** Rudi Schwab ist Chirurg, hat lange in einem Krankenhaus der Rhönklinikum AG gearbeitet und ist jetzt Rentner in München.*

(Erschienen in: express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, 06/2013)

Wo steckt der Kapitalismus?

Gegen eine »Ökonomie von Gut und Böse« – Michael Wendl* zur Kontroverse um die Privatisierung von Krankenhäusern

Im letzten express hatte Rudi Schwab eine Kritik an Michael Wendls Position zur Privatisierung und Ökonomisierung der Krankenhäuser formuliert. Zentral an seiner Kritik ist der Vorwurf, dass Wendl die kapitalistische Produktionsweise und ihre Auswirkungen auf die medizinische Versorgung und damit auf Beschäftigte und PatientInnen nicht thematisiere. Dies versucht Michael Wendl nun in seiner Replik auch mit Rückgriff auf Kategorien der Kritik der politischen Ökonomie von Marx. Deutlich wird, dass die Unterwerfung des Gesundheitswesens unter kapitalistische Logik nicht allein an der Eigentumsform festzumachen ist. Auf jeden Fall zeigt die Debatte, dass es an der Zeit ist, sich genauer damit zu befassen, was es heißt, dass ehemals nicht kapitalistische Bereiche dieser Gesellschaft nun dem Kapital unterworfen werden – nicht nur im Gesundheitswesen.

1. Die Überschrift des Beitrags von Rudi Schwab (»Kein Wort über die kapitalistische Produktionsweise« in *express* 6/2013) ist reine Irreführung. Ich rede in den angesprochenen Zeitschriftenaufsätzen und Buchbeiträgen seit dem Jahr 2005 nur von kapitalistischen Krankenhäusern. Es geht darum zu erklären, wie Krankenhäuser durch den Übergang auf die Finanzierung über diagnoseorientierte Fallpauschalen gezwungen werden, ihre Arbeitsorganisation, ihre Abschreibungen und ihre Investitionstätigkeit wie kapitalistische Unternehmen

zu gestalten: In den beiden letzten Beiträgen von mir, einmal in der Zeitschrift *Sozialismus* 4/2013 (Wendl 2013a), zum zweiten in der ver.di-Zeitschrift *Infodienst Krankenhäuser* Nr. 60 (Wendl 2013b) geht es zentral um die Darstellung der Folgen dieser Finanzierungsmethode für die Kliniken. Mit den G-DRGs (German Diagnosis Related Groups, diagnosebezogene Fallpauschalen; d. Red.) werden bestimmten Diagnosen Bewertungsrelationen, anders gesagt: Preise, zugeordnet, die aus einer halbwegs repräsentativen Kostenerhebung unter rund 220 Krankenhäusern stammen. Diese DRGs sind als »lernendes System« konzipiert. Ihre Größen werden Jahr für Jahr durch das Institut für die Entgeltsysteme in Krankenhäusern (InEK) fortgeschrieben und entsprechend den Kostensenkungen in den Krankenhäusern abgesenkt. Es ist ein Produktionskostenwettbewerb, der sich gerade nicht mehr an den Selbstkosten der Krankenhäuser orientiert, sondern an durchschnittlichen Kosten von sich betriebswirtschaftlich effizient und kostenminimierend verhaltenden Kliniken. Dass meine Darstellung des kapitalistischen Charakters von Krankenhäusern als ein Nichtreden über die kapitalistische Produktionsweise missverstanden wird, liegt wohl daran, dass diese Erklärung des Krankenhauses als eines kapitalistischen Unternehmens als eine Art von politischer Rechtfertigung kapitalistischer Krankenhäuser interpretiert wird. Deshalb habe ich diese Sicht auf die Krankenhäuser und ihre Transformation auch als eine »Krankenhausökonomie von Gut und Böse« kritisiert. An die Stelle der ökonomischen Analyse tritt ein moralisierendes Urteil. Zugleich wird eine Idylle von öffentlichen Krankenhäusern gezeichnet, die sich früher an den Bedürfnissen der Patienten orientiert hätten (siehe dazu Busch 2013, Böhm 2013), eine Idylle, die der Krankenhausökonomie der Zeit vor der Finanzierung über die DRGs nicht gerecht wird.

2. Die Kontroverse, um die es hier geht, wird zuerst in einem Sammelband über die Folgen der Privatisierung der Krankenhäuser (Böhlke u.a. 2009) dokumentiert. Im Gegensatz zu den Einschätzungen der Sozialwissenschaftler des WSI in der Hans-Böckler-Stiftung hatte ich die Kostenvorteile privater Krankenhäuser gegenüber den öffentlichen Kliniken nicht mit den niedrigeren Lohnkosten erklärt, sondern mit den höheren Investitionen und einer effizienteren Arbeitsorganisation (Wendl 2009). Diese These lässt sich auch empirisch an den Jahresabschlüssen der privaten Kliniken, an ihren Personalkosten- und Sachkostenquoten wie am Umfang ihrer Investitionen belegen. Die öffentlichen Krankenhäuser haben in diesem Wettbewerb zwei signifikante Nachteile: zum einen die völlig unzureichenden Investitionen aus den Länderhaushalten und zum zweiten die Dominanz des Rent-Seeking durch die leitenden Ärzte, ursprünglich institutionalisiert durch die private Abrechnung der privat versicherten Patienten, später ersetzt durch ein entwickeltes Boni-System, um die leitenden Ärzte zu einem ökonomischen Verhalten der Nutzenmaximierung zu motivieren, das dem gesamten Krankenhaus höhere Einkommen über Mengeneffekte beschert. In den privaten Kliniken wurde diese Strategie mit der betriebswirtschaftlichen Entmachtung der leitenden Ärzte zu verbinden versucht, was aber in einer ganzen Reihe von westdeutschen Kliniken, die von privaten Klinikbetreibern übernommen wurden, nur unzureichend gelungen ist. In den ostdeutschen Kliniken hat sich diese Machtfrage mit den leitenden Ärzten nicht gestellt, weil dort das west-deutsche Chefarztsystem mit seiner ausgeprägten Hierarchie unbekannt war. Das Universitätsklinikum Gießen/Marburg steht stellvertretend für die enormen Schwierigkeiten, die die Rhön-Klinikum AG in diesem Prozess der Entmachtung der leitenden Ärzte hat, die hier zugleich Universitätsdozenten sind, was ihre Machtposition weiter stabilisiert. Mit Rent-Seeking ist gemeint, dass sich die leitenden Ärzte und die mit ihnen eng verbundenen Oberärzte einen Teil des vom gesamten Klinikpersonal geschaffenen »Mehrwerts« als eine Art von institutionalisierter Rente aneignen können, die auf ihrer Macht basiert, das Monopol der ärztlichen Tätigkeiten zu definieren. Bei einer effizienten Arbeitsorganisation und einem entsprechend höheren Beitrag der Ärzte zur Wertschöpfung des gesamten Beitrags ist dieser Abzug einer ärztlichen Rente vom

gesamten ›Mehrwert‹ des Krankenhauses relativ so gering, dass es zu einer positiven Rendite des Krankenhauses kommt. Sie ist so hoch, dass daraus die Abschreibungen, die Zinsen und ein Teil der notwendigen Investitionen finanziert werden können. Insbesondere bei den öffentlichen Krankenhäusern gelingt dies nur einem Teil der Häuser: Rund ein Drittel von ihnen arbeitet nicht nur mit laufenden Defiziten, sondern investiert darüber hinaus zu wenig, weil bereits ihre Abschreibungen zu niedrig sind. Höhere Abschreibungen können sie aus den relativ niedrigen EBITDA-Margen[1] nicht finanzieren. Bei diesen Kliniken können wir aber einen relativ hohen Anteil der ärztlichen Personalkosten an den Gesamtpersonalkosten der Krankenhäuser feststellen.

3. Die Verlierer in diesem Prozess waren zunächst die Beschäftigten in den sog. patientenfernen Bereichen, deren Tätigkeiten entweder direkt privatisiert oder über Ausgründung in Bereiche mit niedrigerem tarifvertraglichem Niveau verlagert wurden. Die zweite Gruppe der Verlierer waren die Pflegekräfte, deren Anteil an der gesamten Krankenhausbeschäftigung deutlich zurückgegangen ist. Die Gruppe der Ärztinnen und Ärzte konnte ihre relative Position und ihre Quote an den gesamten Arbeitsentgelten dagegen ausbauen. Diese Resultate sind nicht überraschend. Der Kostendruck auf die Krankenhäuser, der durch diesen Produktionskostenwettbewerb ab 2004 ausgelöst wurde, wurde durch den Filter der internen Hierarchie in den Kliniken gepresst. Die Ärzteschaft war insgesamt der relative und auch der absolute Gewinner in diesen Auseinandersetzungen, nicht zuletzt, weil der Marburger Bund durch die Trennung von ver.di in der Tarifauseinandersetzung 2005 und die damit verbundene Verselbständigung der Tarifpolitik für die ärztlichen Beschäftigten durch einen eigenen Ärztetarifvertrag auch höhere Entgeltsteigerungen durchsetzen konnte.

Für ver.di ist das eine schwierige Situation: Die Pflegekräfte können bei Arbeitskämpfen mit dem Mittel des Streiks objektiv wie subjektiv nicht die gleiche Arbeitskampfmächtigkeit aufbauen wie der Marburger Bund. Dazu verläuft ein Teil der gewerkschaftlichen Interessenvertretung in einer gemeinsamen Front: in der Auseinandersetzung gegen die drohende Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser, in der dann wieder die Ärzteschaft und die übrigen Krankenhausbeschäftigten sich vereinen sollen, die einen als Verteidiger ihrer ständischen Privilegien, die anderen als subalterne Unterstützer gegen Prozesse, die gegenwärtig als noch abschreckender beurteilt werden als die aktuelle Misere in den öffentlichen Krankenhäusern. An diesem Punkt hat Rudi Schwab Recht: Ich habe nicht über das Arbeitsleid in kapitalistischen Krankenhäusern berichtet. Ich bestreite dieses Arbeitsleid auch nicht, aber die Kontroverse in dieser Frage dreht sich nicht darum, ob dieses Arbeitsleid in den privaten kapitalistischen Kliniken größer ist als in den öffentlichen kapitalistischen Kliniken, sondern darum, ob auch die öffentlichen Kliniken gezwungen sind, wie kapitalistische Kliniken zu agieren. Um das feststellen zu können, müssen ihre wirtschaftlichen Ergebnisse, also ihre Rechnungslegung und ihre Jahresabschlüsse, untersucht werden. Das wird auch getan. Hier sind die Befunde eindeutig. Für die somatischen Kliniken gelten die gleichen Regeln und es gelten die gleichen Preise, die Rechtsform und das Eigentum sind demgegenüber weitgehend nachgeordnet. Über diese empirischen Befunde wird (leider) nicht gestritten. Würden wir dies tun, dann wäre diese Kontroverse geklärt.

4. Es geht in dieser Kontroverse aber um etwas anderes, und deshalb bleibt sie vorläufig auch bestehen. Es geht darum, dass hinter diesem Konflikt zwischen öffentlichen und privaten Kliniken im Kern gegen die Ökonomisierung der Krankenhäuser zu kämpfen versucht wird. Dieser Konflikt

1 EBITDA: Earnings before interest, taxes, depreciation and amortization – Rohprofit vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen, eine Kennziffer, die für die Krankenhäuser zu einer zentralen Steuerungsgröße wird, weil die Krankenhäuser ungeachtet ihrer Rechtsform eine bestimmte Mindestmarge des EBITDA erwirtschaften müssen.

kann aber nicht dadurch entschieden werden, dass erzählt wird, öffentliche Kliniken seien die besseren Krankenhäuser, sondern die Kritik muss auf dieses System der dualen Finanzierung der Krankenhäuser zielen, einerseits die laufenden Betriebskosten über diagnoseorientierte ›Produktionspreise‹ und andererseits die Investitionen über öffentliche Mittel zu finanzieren. Es wird inzwischen nicht mehr bestritten, dass das Volumen der öffentlichen Investitionen völlig unzureichend ist und sich kumulativ eine Investitionslücke von rund 30 Mrd. Euro für die Krankenhäuser geöffnet hat. Die Politik wird dies nicht ändern, sondern darauf setzen, dass die Krankenhäuser einen großen Teil ihrer zukünftigen Investitionen aus dem Cash Flow oder einem ausreichenden EBITDA ihres laufenden Betriebs finanzieren. Die aktuellen wissenschaftlichen Untersuchungen über die Umsetzung und die Folgen des G-DRG-Systems deuten darauf eindeutig hin[2]. Das System gilt inzwischen als grundsätzlich tauglich, es geht zukünftig nur noch um Modifikationen in Richtung von Zuschlägen für die Versorgung von Patienten in strukturschwachen Regionen – und es geht um zusätzliche Mittel, die für die Einstellung von Pflegekräften durch politischen Druck mobilisiert werden. Damit wird in Zusammenhang stehen, dass das ärztliche Berufsbild in Krankenhäusern und damit auch die Figur des Chefarztes in den Blick von Rationalisierungsprozessen rücken wird. Die Krankenhäuser haben die Neuregelung der Liquidation bei Privatpatienten nicht genutzt, um damit auch die Kompetenzen der leitenden Ärzte neu zu regeln und ihr Direktionsrecht gegenüber den nachgeordneten Ärzten einzuschränken. Dieses Versäumnis fällt ihnen jetzt wieder auf die Füße, weil der Druck auf andere Personalkosten in den Krankenhäusern inzwischen weitgehend an Grenzen stößt. Wir sind inzwischen an dem Punkt angelangt, dass die tradierte Arbeitsorganisation und die Hierarchie innerhalb der Ärzte zur Disposition gestellt werden, zum Teil allerdings unzureichend und halbherzig, weil der Widerstand der leitenden Ärzte gegen Veränderungsprozesse zu ihren Lasten zugleich heftig und nachhaltig bleiben wird. Die Rhön-Klinikum AG macht diese Erfahrung gerade mit der Uniklinik Gießen/Marburg. Große öffentliche Kliniken werden in den nächsten Jahren zur Privatisierung ausgeschrieben werden, weil sie vor dieser Auseinandersetzung zurückweichen und ihre Defizite sich so kumulieren, dass die kommunalen Gesellschafter das notwendige Eigenkapital nicht mehr nachschießen können. Dieser Widerstand wird als Protest gegen die Ökonomisierung und weitere Verbetriebswirtschaftlichung der Krankenhäuser geführt werden.

Dafür ist es notwendig, das öffentliche Krankenhaus als Gegenbild, als eine Art gemeinwirtschaftlicher Idylle zu skizzieren, die gegen die drohende Profitorientierung in der Medizin verteidigt werden muss. Doch die Skizze stimmt nicht. Große Teile des Gesundheitssystems waren von Anfang an so organisiert, dass ihre Dienstleistungen gekauft werden mussten. Erst die Durchsetzung einer allgemeinen Krankenversicherung hat den Warencharakter von Gesundheitsdienstleistungen wieder eingeschränkt. Jetzt drängen die gesetzliche Krankenversicherung einschließlich der Unternehmerverbände und der Gewerkschaften bzw. die Versicherten auf eine Rationalisierung der Erstellung der medizinischen Dienstleistungen. Deswegen werden diese aber noch nicht zur Ware, deren Wert durch die Geldform auf dem Gesundheitsmarkt festgesetzt wird. Die Ware muss sich in Geld verwandeln, wie Marx dies im 3. Kapitel des 1. Bands des ›Kapital‹ (MEW 23: 109 ff.) herausarbeitet. Wir haben hier ein hybrides System, eine Produktion nach kapitalistischen Regeln, aber keine Warenzirkulation dieser Dienstleistungen, weil diese nicht über einen Gesundheitsmarkt verkauft werden, sondern es einen Rechtsanspruch auf diese Leistungen gibt, der von einer öffentlich-rechtlichen Institution garantiert wird. Sie werden keine Waren, sondern bleiben Leistungen, die von einer Versicherung finanziert werden. Mit diesem politisch gesetzten Produktionskostenwettbewerb findet aber kein Ausgleich zu Marktpreisen statt,

2 Das IGES-Institut hat diese Folgen des DRG-Systems aktuell untersucht. Siehe IGES-Institut, G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG, Endbericht des dritten For-schungszyklus, März 2013

weil die Krankenhausversorgung auf politischen Planungen basiert. Krankenhäuser, deren Produktionskosten höher sind als der Durchschnitt der Produktionskosten, bekommen diesen Teil ihrer Kosten nicht erstattet. An die Stelle des Marktes und dessen Preisbildung sind hier die festgesetzten Preise der DRG getreten. Durch den dadurch ausgelösten Kostendruck in den Krankenhäusern werden medizinische Dienstleistungen kostengünstiger gemacht. Wäre dies nicht der Fall, würden steigende Kosten bei der Leistungserbringung durch die Rationierung dieser Leistungen aufgefangen, was zu einer offenen »Klassenmedizin« und zum Ausschluss einkommensschwacher Gruppen aus diesen Leistungen führen würde. Krankenversicherung und Politik haben sich gegen diesen Weg entschieden. Diese Entscheidung ist aber bereits 2004 bis 2010 in der sog. Konvergenzphase der Anpassung der Krankenhäuser an die DRGs gefallen, sie wird in absehbarer Zeit auch nicht mehr korrigiert werden. Die Effizienz kapitalistischer Methoden der Produktion wird genutzt, um eine möglichst breite Versorgung mit medizinischen Dienstleistungen auf hohem Niveau sicherstellen zu können. Das führt klinikintern zu sozial problematischen Verteilungseffekten zulasten der Beschäftigten, die eine schwache Position in der Krankenhaushierarchie haben. Das muss auch politisch korrigiert werden: Es war ein Konstruktionsfehler des DRG-Systems der Fallpauschalen von Anfang an, dass die Kosten für die Pflege zu niedrig kalkuliert waren. Und weil das System ein empirisch orientiertes System ist, führt die moderate Lohnpolitik für die Pflegekräfte dazu, dass die Arbeitskosten in der Pflege auch weiter niedrig geblieben sind. Da die Preisanstiege bei den Bewertungsrelationen gedeckelt werden, muss diese Deckelung aufgehoben werden.

5. Völlig utopisch sind die Hoffnungen, privatisierte Krankenhäuser wieder in öffentliches Eigentum überführen zu können. Einmal müssten diese zurückgekauft werden, was in dem angesprochenen Fall der Uniklinik Gießen/Marburg auf einen Kaufpreis von 750 bis 800 Mio. Euro hinauslaufen würde, da der private Eigentümer neben dem Kaufpreis seit dem Kauf rund 530 Mio. Euro investiert hat. Aber der neue Eigentümer, das Land Hessen, müsste zusätzlich bereit sein, diese Unikliniken jährlich mit einem Beitrag von 20 bis 50 Mio. Euro zu subventionieren, weil diese Kliniken strukturell defizitär sind und der Eigentümerwechsel zurück zum Land dieses Defizit weiter erhöhen und nicht senken würde. Öffentliche Kliniken werden privatisiert, wenn die Eigentümer nicht in der Lage sind, den Kostenanstieg, der auf den Fortschritten der Medizin und der demografischen Entwicklung beruht, in den Griff zu bekommen.

Es ist das völlige Fehlen einer politischen Ökonomie der Krankenhäuser auf Seiten der linken Kritiker des gegenwärtigen Prozesses, das kritisiert werden muss. An die Stelle der Kritik der politischen Ökonomie sind ein bloßes Moralisieren und das Erzählen von Schauergeschichten getreten.

** Michael Wendl war stellvertretender ver.di-Landesbezirksvorsitzender in Bayern und saß bis 2010 als Gewerkschaftsvertreter für ver.di im Aufsichtsrat und ist heute im Beirat der Rhön-Klinikum AG.*

(Erschienen in: express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, 7-8/2013)

Literatur:

Thomas Böhm: »Nachholende Modernisierung oder neoliberaler Umbau. Fatale Folgen von Privatisierung und Marktsteuerung im Gesundheitswesen«, in: Sozialismus, Nr. 3/2013

Nils Böhlke u.a. (Hg.): »Privatisierung von Krankenhäusern«, Hamburg 2009

Günter Busch: »Öffentliche Daseinsvorsorge bei Privatisierung?«, in: Sozialismus, Nr. 1/2013

Michael Wendl: »Eine neue innere Landnahme – wie öffentliche Krankenhäuser zu kapitalistischen Unternehmen werden«, in: Nils Böhlke u.a. Hamburg 2009

Michael Wendl: »Eine Krankenhausökonomie von Gut und Böse«, in: ver.di-Infodienst Krankenhäuser, Nr. 60/213

Michael Wendl: »Klage über den Verlust eines fiktiven Paradieses«, in: Sozialismus, Nr. 4/2013

Weg mit der Räterepublik

Nadja Rakowitz über gesetzliche Krankenkassen unter Kartellrecht

Ende August gab der erweiterte Bewertungsausschuss, ein Gremium aus Krankenkassen- und Ärztevertretern mit einem unabhängigen Wissenschaftler als Vorsitzendem, die Ergebnisse der Verhandlungen über die Honorare der Kassenärzte bekannt: Vorgesehen sind statt der von den Ärzten geforderten elf Prozent Honorarsteigerung nur 0,9 Prozent Steigerung. Als die Kassenärzte von dem Ergebnis erfuhren, schäumten viele vor Zorn. Der unabhängige Vorsitzende des erweiterten Bewertungsausschusses, der Duisburger Gesundheitsökonom Jürgen Wasem, hatte die Berechnungen der Krankenkassen bestätigt und wurde anschließend, so die Süddeutsche Zeitung vom 12. September, für seine Entscheidung von Ärzten massiv beschimpft und beleidigt – und »von einem Mediziner sogar vor den Volksgerichtshof gewünscht«.

Bei der eigens anberaumten Sonder-Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit lt. Veranstalter ca. 700 Teilnehmern habe, so die *Ärzte Zeitung* vom 31. August, eine Atmosphäre geherrscht wie vor einem Boxkampf: Einer hielt »das ganze SGB-V-System (für) rechtswidrig« (ebd.), weil es die Ärzte als Freiberufler unter bestimmte Regeln zwingt, ein anderer, Dr. Norbert Metke, Chef der Südwest-KV, riss die Menge mit seiner Kassenkritik zu Beifallsstürmen hin: »Die Kassen planten eine Kassenräterepublik mit Spitzelmentalität. Es gehe um die Machtfrage in diesem Land« (ebd.). Es brandeten ihm Jawohl-Rufe entgegen. Man fühlt sich erinnert an die »Obamas-Gesundheitsreform-ist-Kommunismus«-Kritik auf dem Nominierungsparteitag der US-Republikaner – deren Verständnis von »Republik« den Kassenärzten offenbar viel näher ist...

Räterepublik der Krankenkassen

Ein schönes Bild: die Kassen als Räterepublik! Bei dem von den Kassenärzten vorgelegten Diskussionsniveau ist davon auszugehen, dass hier nicht allzu viele gut informierte kritische Zeitungsleser versammelt waren, denn sonst hätten sie gewusst, dass die Tage der »Räterepublik Gesetzliches Krankenkassensystem« möglicherweise gezählt sein könnten.

Warum? Nicht etwa, weil das Bundesgesundheitsministerium eine neue Reform plant. Nein, es ist das Wirtschaftsministerium, das einen Entwurf zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen, die so genannte 8. GWB-Novelle, vorgelegt hat. In diesen Entwurf wurde ein Absatz zur gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen, der es in sich hat: »Schließlich wird das kartellrechtliche Bußgeldverfahren effizienter gestaltet und sichergestellt, dass das wettbewerbliche Handeln der Krankenkassen dem Kartellrecht unterliegt.«[1] Das Gesetz ist im Juni dieses Jahres schon durch die erste Lesung gegangen – und zwar ohne Anhörung der Kassen oder anderer betroffener Institutionen.

Nachdem die Kassen, also Körperschaften öffentlichen Rechts, die keiner Wirtschaftstätigkeit nachgehen, in den 1990er Jahren schon unter Kon-

1 Vgl. Gesetzentwurf der Bundesregierung Achtes Gesetz zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen, BT-Drs. 17/9852; zu finden unter: www.bmwi.de

kurrenz gestellt worden sind, von der rot-grünen Regierung mit Wahl- und Selbstbehalttarifen, wie man sie in der privaten Versicherung hat, ausgestattet wurden und seit der »Reform« durch die Große Koalition auch insolvent gehen können – nachdem die Gesetzlichen Krankenkassen also immer weiter an »normale« Unternehmen bzw. an die Privaten Krankenversicherungen (PKV) angeglichen wurden, sollen sie nun unter Kartell- und damit Wettbewerbsrecht gestellt werden. Das könnte gewaltige Konsequenzen haben.

Der DGB schreibt dazu: »Die Krankenkassen dienen (...) der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland und sind Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge. Darüber hinaus gibt es zahlreiche gesetzliche Regelungen, die die Krankenkassen zur Zusammenarbeit verpflichten, u.a. im GKV-Spitzenverband. Das Gebot der Zusammenarbeit dient der Wirtschaftlichkeit und einer Gleichmäßigkeit der Versorgung. Durch die Unterwerfung der gesetzlichen Krankenkassen unter das Kartellrecht werden die Möglichkeiten der Krankenkassen untergraben, ihre gesetzlich vorgegebenen und inhaltlich sinnvollen Aufgaben erfolgreich umzusetzen.«[2]

ver.di betont in der diesbezüglichen Pressemitteilung ebenfalls den sozialen Charakter der Krankenkassen. Deshalb unterliegt die GKV eigenen gesetzlichen Bestimmungen, die im 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) festgelegt sind. Diese, so ver.di weiter, »verpflichten Krankenkassen und ihre Verbände ausdrücklich zur Zusammenarbeit, um wesentliche Prinzipien wie Solidarität, Subsidiarität, Sachleistung und Selbstverwaltung zu verwirklichen. Dadurch soll ein hoher Standard in der Gesundheitsversorgung ... für alle Versicherten gewährleistet werden. Dagegen gibt es in der Kartellrechtsprechung ein ausdrückliches Verbot von Absprachen«[3]. Diese werden als wettbewerbswidrig angesehen. Ist unter solchen Bedingungen noch ein einheitlicher Leistungskatalog denkbar? Oder wird dies Verhältnisse wie zum Beispiel bei Handy-Tarifen nach sich ziehen?

Der EuGH wartet schon...

Doch damit nicht genug. Die Gesetzesänderung hätte noch weitere, höchstwahrscheinlich EU-rechtliche Konsequenzen. Zu Recht weisen ver.di, DGB, aber auch die AOK darauf hin, dass mit dem 8. GWB-ÄndG-Entwurf mittelbar EU-Recht für die gesetzlichen Krankenkassen wirksam werde. Bislang unterliegen die nationalen Gesundheitssysteme nicht dem EU-Gemeinschaftsrecht. Während Wirtschafts- und Wettbewerbsrecht nicht mehr eigenständig nationalstaatlich geregelt werden können und diesbezügliche Kompetenzen vom nationalen Gesetzgeber auf die EU-Ebene übergingen, sind nach ständiger Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) die gesetzlichen Krankenkassen weder im Verhältnis zu ihren Versicherten noch bei der Beschaffung von Gesundheitsleistungen (also im Leistungserbringungsrecht) als Unternehmen im kartellrechtlichen Sinne anzusehen. »Der EuGH hat bisher die Unternehmenseigenschaft für die deutschen Krankenkassen generell verneint. Wenn der deutsche Gesetzgeber nun über das Kartellrecht die Krankenkassen mit gewinnorientierten Unternehmen gleichstellt, besteht die Gefahr, dass der EuGH künftig die Unternehmenseigenschaft der gesetzlichen Kassen neu bewerten und bejahen wird.« (DGB a.a.O.)

Dies hätte, so die Befürchtungen und die Kritik von DGB und ver.di, die unmittelbare Anwendbarkeit weiterer EU-Normen zur Folge, die an den Unternehmensbegriff anknüpfen. Auch würden die Kassen wahrscheinlich der Mehrwert-, Umsatz- oder Körperschaftssteuer unterliegen. Damit würden Gesetzliche Krankenkassen faktisch privatisiert. Bewährte Regelungen und Instrumente wie das Festbetragsverfahren, die Nutzenbewertung von Arzneimitteln sowie Kooperationen bei Rabattver-

2 Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zur Anhörung des Bundestagsausschusses für Wirtschaft und Technologie zur 8. GWB-Novelle am 27. Juni 2012

3 Honorarstreit – Montgomery: »Das Machtkartell der Kassen brechen«, Pressemitteilung Bundesärztekammer vom 1. Sept. 2012

trägen, zentralen Registern (z.B. Ärztefehler-Register, Endoprothesenregister, Krebsregister) u.v.m. würden in Frage gestellt bzw. bedürften spezieller, risikobehafteter gesetzlicher Ausnahme- und Sonderregelungen. (Ebd.) ver.di erklärt dazu in einem gut aufgemachten Papier: »Kartellrecht? Was soll das bewirken?«: »Wenn der EuGH die Krankenkassen als Unternehmen einstuft, wäre es Deutschland gelungen, die Verantwortung für die Auflösung der gesetzlichen Krankenversicherung nach Europa zu verlagern und dann wieder mit Rückenwind aus Brüssel den begonnenen Weg der Privatisierung der öffentlichen Daseinsversorgung weiter zu treiben.«[4] Dieses Ziel steht auch im FDP-Parteiprogramm, aber da man weiß, dass die Mehrheit der Bevölkerung auf die Gesetzliche Krankenversicherung nicht verzichten will und man deshalb damit keine Wählerstimmen bekommt, ist dieser Umweg sicher die elegantere Lösung. Man hört und sieht sie schon, die populistischen deutschen Politiker, die dann auf »Brüssel« schimpfen werden, das uns jetzt auch noch unsere Krankenkassen kaputt macht...

Wettbewerb im Binnenmarkt, so ver.di, hätte zu allererst die Wirkung, dass gesetzliche Krankenkassen den privaten Krankenkassen gleichgestellt würden. Sie könnten dann nicht mehr als Körperschaften des öffentlichen Rechtes auftreten und stünden im wirtschaftlichen Wettbewerb auf einem nationalen und natürlich auch auf einem europäischen beziehungsweise internationalen Markt. Kosten, Preise und Gewinne wären dann die Leitlinien für Versorgung (ebd.) – und zwar nicht mehr nur auf Anbieterseite, etwa der Ärzte und Kliniken, sondern auch auf der Seite der Versicherung bzw. des Zugangs zum Gesundheitswesen. Es ist gut vorstellbar, dass die Gesetzlichen Krankenkassen dann z.B. von einer Privaten Krankenkasse gekauft werden könnten.

Laut *Ärzte Zeitung* vom 26. Juni wird diese Entwicklung nicht von allen Krankenkassen kritisiert, sondern der BKK-Bundesverband z.B. begrüßt die Kartellrechts-Pläne. »So könne künftig unlauterem Wettbewerb bei der Mitgliederwerbung durch Abmahnung begegnet werden«, wird die Position des Verbands in dem Standesorgan wiedergegeben. Auch der Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI) teile die Bedenken der Krankenkassen nicht. Das Interesse dahinter scheint relativ klar. Zum einen rechnet man sich Chancen aus, diesen Teil des Gesundheitswesens, in dem es immerhin pro Jahr um ca. 180 Mrd. Euro geht, dem Kapital reell zu unterwerfen; zum anderen aber geht es auch darum, die Macht der Kassen zu brechen, um z.B. der Pharmaindustrie eine andere Verhandlungsposition zu verschaffen.

Auch die offizielle Vertretung der Ärzteschaft würde dies begrüßen. Bundesärztekammer-Präsident Frank-Ulrich Montgomery kritisierte beim anfangs erwähnten Honorarstreit die Kassen – ohne allzu große Sachkenntnis – so: »Wir haben es längst mit einem verantwortungslosen Machtkartell zu tun, das monopolartig versucht, uns unter seine Knute zu zwingen. Denen geht es doch gar nicht um gute Patientenversorgung, sondern allein um Shareholder Value.«[5] Sollten die Nachrichten von dieser Kartellrechtsänderung erst einmal bis zu den Ärzten vordringen, werden sie diese konsequent im Eigeninteresse auch begrüßen – ohne Rücksicht darauf, was dies für ihre PatientInnen und die Versicherten bedeuten wird.

Sollte dies alles eintreten, dann, eine solche Prognose wage ich an dieser Stelle, wird es ungleich schwieriger werden, dieses Rad wieder zurückzudrehen, als z.B. die Regelungen der letzten Gesundheitsreform wieder rückgängig zu machen: Wenn die Gesetzlichen Krankenkassen erst einmal privatisiert sind, werden das deutsche Wirtschaftsministerium, der EuGH und die Europäische Kommission sie zu Recht so behandeln wie Opel, H&M und Lidl. Wenn eine Regierung dies wieder rückgängig machen wollte, müsste sie tief ins Eigentumsrecht eingreifen, die Kassen wieder entprivatisieren (also die neuen Eigentümer irgendwie enteignen) und

4 Siehe auch den Bericht im HR-Fernsehen: »Klinikum will kritische Ärzte zum Schweigen zwingen« vom 25. Januar 2011 (in: www.hr-online.de – Der Beitrag ist besser zu finden, wenn man in einer Suchmaschine den Titel des Beitrags und »HR« eingibt.)

5 Vgl.: WSI-Pressemitteilung vom 4. Dezember 2009, www.boeckler.de/pdf/pm_wsi_2009_12_02.pdf

solidarischen Prinzipien unterwerfen, um so die EU-Institutionen zu zwingen, sie wieder als »Nicht-Wirtschaftliche Unternehmungen« anzusehen. Eine ungleich schwierigere und größere Aufgabe, als z.B. das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags wieder rückgängig zu machen. Dazu braucht es nur ein Gesetz.

Ungemach aus Brüssel

Doch das ist auch noch nicht alles, was droht. Während die Kartellrechtsänderung eher nach einer Von-Hinten-durch-die Brust-ins-Auge-Strategie der Bundesregierung aussieht, droht den Sozialsystemen in der EU insgesamt auch von Seiten der Kommission schon seit einer Weile Ungemach: In der »Mitteilung der Kommission: Ein Binnenmarkt für das Europa des 21. Jahrhunderts – Dienstleistungen von allgemeinem Interesse unter Einschluss von Sozialdienstleistungen«[6], einer programmatischen Grundlage zur Förderung von Dienstleistungen und zur Öffnung neuer Märkte in Europa, ist die grundlegende Haltung zu den Gesundheits- und Sozialdiensten beschrieben. Die Entwicklung des Binnenmarktes müsse mit der Entwicklung der Europäischen Sozialagenda Hand in Hand gehen. Hier geht es vor allem um die Förderung der Dienste in allgemeinem Interesse, die sich nach zwei Kategorien unterscheiden lassen: Zum einen gibt es »Dienstleistungen im allgemeinen wirtschaftlichen Interesse«, z.B. netzgebundene Wirtschaftszweige mit europaweiter Bedeutung wie Telekommunikation-, Strom-, Gas-, Verkehrs- und Postdienste, und auch soziale Dienste, für die Geld verlangt wird. Ihre Erbringung unterliegt entweder den Binnenmarkt- und Wettbewerbsregeln des EG-Vertrages, oder sie fallen unter die Vorschriften der Dienstleistungsrichtlinie.

Zum anderen spricht die Kommission von »nichtwirtschaftlichen Dienstleistungen«. Dazu zählen Dienste, die in der Regel dem Staat vorbehalten sind, wie Polizei, Justiz oder eben gesetzliche Sozialversicherungen. Diese Dienste unterliegen zunächst nicht den Regelungen zur Gestaltung des Binnenmarktes, sondern fallen unter die Gestaltungshoheit der Nationalstaaten. Im Prinzip gilt auch für die Kommission, dass nach dieser Definition unter Sozialdienstleistungen gesetzliche und ergänzende Systeme der sozialen Sicherung verstanden werden, die elementare Lebensrisiken absichern (Krankheit, Alter, Arbeitsunfälle, Behinderung etc.) oder solche Tätigkeiten, die zugunsten des einzelnen Bürgers erbracht werden (Arbeitsvermittlung, Sozialwohnungen, soziale Fürsorge oder Pflegeleistungen). Deshalb dürften die Wettbewerbsvorschriften des Binnenmarktes für den Bereich der Sozialdienste nicht zur Anwendung kommen.

Das aber, darauf verweist ver.di, sieht die Kommission ganz anders: Zwar bestätige sie in ihren verschiedenen Veröffentlichungen die Besonderheit der sozialen Dienste. Andererseits betone die Kommission: »Sozialdienstleistungen bilden einen Sektor, der hinsichtlich Wirtschaftswachstum und Beschäftigung enorm expandiert. (...) Alle Mitgliedsstaaten haben einen Prozess zur Modernisierung der Sozialdienste eingeleitet.« Dieser zeichne sich – nach Meinung der Kommission – durch die Übertragung öffentlicher Aufgaben an private Betriebe, die Entwicklung öffentlich-privater Partnerschaften und ein stärker wettbewerbsorientiertes Umfeld in der Erbringung der sozialen Dienste aus. Damit müssten zumindest Teile der Sozialwirtschaft als wirtschaftliche Tätigkeit eingestuft werden und unter die Wettbewerbsbedingungen des Binnenmarktes fallen. (Vgl. ver.di, a.a.O.)

Mit der Unterordnung der gesetzlichen Krankenkassen unter das Kartellrecht und ihrer tendenziellen Privatisierung wäre die Kommission mit dieser Strategie in Deutschland also ein ganzes Stück weitergekommen – ohne selbst viel dazu beigetragen zu haben. Das haben die deutschen Regierungen und ihre Wähler, die sich nicht dagegen wehren, selbst zu verantworten.

(Erschienen im express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, 9/2012)

6 Vgl. Kom. 724 und 725/2007; vgl. ver.di Gesundheitspolitik: »Darüber diskutiert die EU«, in: http://gesundheitspolitik.verdi.de/internationales/aktuelle_debatte

Am Bedarf orientiert und demokratisch

ver.di Saar stellt ein gesundheitspolitisches Konzept vor

Wie in anderen Bundesländern geraten auch im Saarland immer mehr Krankenhäuser in finanzielle Notlagen. Die immer härtere Konkurrenz untereinander führt über Personalabbau zu unerträglichen Arbeitsbedingungen in allen Bereichen und bei der pflegerischen und medizinischen Versorgung zur Unter- und auch Überversorgung. Längst schon steht nicht mehr der Patient im Mittelpunkt, alleine das Streben um ein wirtschaftliches Überleben rückt immer mehr in den Fokus. In dieser angespannten Situation unterbreitet das Referat Gesundheitspolitik der ver.di Region Saar-Trier den Vorschlag für ein Verbundklinikum Saar. Das Konzept geht allerdings weit über das Saarland hinaus, denn damit fordert ver.di eine grundsätzliche Änderung der aktuellen Gesundheitspolitik: Zentral dabei ist die Abschaffung der Konkurrenzmechanismen durch einen einheitlichen Verbund, das Verbot von Profiten (und die Forderung, alle Überschüsse zu reinvestieren), eine gesetzliche Personalbemessung und eine Demokratisierung der Leitungsstrukturen – in der Konsequenz eine Orientierung der Gesundheitsversorgung am Bedarf und an qualitativen Kriterien. Wir dokumentieren das Handout für die Pressekonferenz am 12. Mai 2014.

Die Gewerkschaft ver.di hält die vorgeschlagene Zusammenarbeit der Kliniken im Saarland angesichts teilweise erheblicher wirtschaftlicher Probleme vieler Krankenhäuser für unverzichtbar, wenn im Saarland auch in der Zukunft eine stationäre Krankenversorgung in öffentlicher, freigemeinnütziger und christlicher Trägerschaft in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung betrieben werden soll. Ohne einen gesellschaftsrechtlichen Zusammenschluss unter funktionierender demokratischer Kontrolle wird die aus Sicht von ver.di erforderliche gesellschaftspolitische Kooperation keinen Erfolg zeitigen können. Nur ein Verbund, unter dem sowohl die kommunalen Krankenhäuser, die SHG-Gruppe, das Knappschaftsklinikum Saar, die Krankenhäuser der Caritas, der Diakonie, der Marienhauskliniken, des Deutschen Roten Kreuzes als auch die Universitätskliniken in Homburg zusammengeführt werden müssen, wird mögliche profitorientierte Übernahmepläne privater Betreiber wirklich verhindern können. Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass alle Menschen völlig unabhängig von ihrer sozialen oder gesundheitlichen Situation Zugang zu allen erforderlichen Gesundheitsleistungen im Bereich des Verbundklinikums haben. Die Gesundheit des Einzelnen muss immer über den Gewinninteressen Einzelner stehen.

Zentrale Thesen

Demokratische Kontrolle

Schon alleine aus diesem Grund ist nach Meinung der Gewerkschaft ver.di die Schaffung eines Verbundklinikums unverzichtbar. Ein Zusammenführen aller Träger, eine demokratische Organisation und Kontrolle im Interesse der Patienten und Beschäftigten ist nur auf diesem Weg umsetzbar. Diese demokratische Kontrolle beinhaltet auch einen Aufsichtsrat, der in der Lage sein muss, die heute noch mit unterschiedlichen Partikularinteressen ausgestatteten Akteure des Gesundheitswesens zu vereinen. Von diesem Aufsichtsrat, der sich aus Vertretern der Anteilseigner, der Arbeitnehmervertreter, der Krankenkassen, der im Landtag vertretenen Parteien, der Gewerkschaf-

ten, der Berufsverbände und der Arbeitskammer zusammensetzen und eine paritätische Besetzung gewährleisten muss, kann die Konkurrenzsituation zwischen den Krankenhäusern, auch zwischen den Maximalversorgern Uniklinik und Klinikum Saarbrücken, zwischen dem Kostenträger Krankenkassen und den Krankenhäusern, zwischen Patienteninteressen und gesellschaftlicher Steuerung aufgelöst werden.

Betriebsrat
Eine wirksame Mitbestimmung des Betriebsrates muss auf allen Ebenen sichergestellt werden, weswegen in einem Tarifvertrag nach § 3 BetrVG für den Gesamtbetriebsrat Mitbestimmungstatbestände bei Entscheidungen des Klinikums und die Einrichtung eines Wirtschafts-ausschusses verbindlich geregelt werden müssen. Die Mitbestimmung darf über Tendenzeinrede nicht eingeschränkt werden.

Gesetzliche Personalbemessung
Aktuell wird immer wieder versucht, den immer größeren Kostendruck über eine Senkung der Personalkosten zu kompensieren. Die völlig verfehlte Gesundheitspolitik darf jedoch nicht immer mehr zu Lasten der Beschäftigten gehen. Eine personelle Unterbesetzung in vielen Bereichen, wachsende Gefährdungen im Pflegebereich, gravierende Hygienemängel, frag-würdige Zielvereinbarungen für Chefärzte, der fortschreitende Abbau von Krankengymnastik und Logopädie bis hin zu Stellenstreichungen beim Sozialdienst sind schon längst Realität. Diese Situation führte am 12. Oktober 2013 zur bislang größten Demonstration der Krankenhausbeschäftigten im Saarland. Um dieser Entwicklung wirksam zu begegnen, fordert ver.di eine gesetzliche Personalbemessung für alle Krankenhäuser.

Ausbildung sichern
Das Verbundklinikum darf in der Summe nicht weniger Ausbildungsplätze als heute aufweisen. ver.di erwartet eine verbindliche Regelung zur Durchführung von Praxisanleitungen für die Auszubildenden. Die Gelder, die das Verbundklinikum von den Kassen für die Ausbildung erhält, dürfen ausschließlich für die Ausbildung ausgegeben werden. Alle Krankenpflegeschulen inklusive ihrer Personal- und Leitungsstrukturen müssen erhalten bleiben. Dies jedoch unter einer Gesamtleitung im Verbundklinikum, um einheitliche Standards in der Ausbildung und eine flächendeckend gleiche Qualität der Ausbildung zu gewährleisten.

Die staatliche Pflichtaufgabe
ver.di sieht in der flächendeckenden und bedarfsgerechten stationären Versorgung eine staatliche Pflichtaufgabe im Rahmen der gesellschaftlichen Daseinsvorsorge. Bevor es durch die Schuldenbremse und die ungenügende Refinanzierung der Krankenhauskosten zur bereits absehbaren Katastrophe kommt, müssen wirksame Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Unverzichtbar ist eine gesellschaftliche Planung und Steuerung, um nach dem umfassenden Versagen der Marktkräfte in den Krankenhäusern nicht die Zerstörung des im Grundgesetz verankerten Sozialstaats hinnehmen zu müssen. Die Gewerkschaft ver.di sieht die Schaffung eines Verbundklinikums Saar als einen ersten Schritt auf dem Weg, eine völlig verfahrene und gescheiterte Gesundheitspolitik wieder auf den richtigen Weg zu bringen.

Die Begründung im Detail

Ausgangssituation
Durch den Konkurrenzkampf der Krankenhäuser, der sich durch das deutsche Fallpauschalensystem (DRG) immer mehr verstärkt, wird nach volkswirtschaftlichen Kriterien Verschwendung zum Nachteil der Patientinnen, Patienten und Beschäftigten betrieben. Auch im Saarland schreiben immer mehr Krankenhäuser rote Zahlen. Immer größer wird der Druck auf das Personal. Nach einer Erhebung von ver.di fehlen allein an der Saar 3 350 Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern, um die Dienstleistung auf gefordertem Niveau erbringen zu können.

Der Arbeitsplatz Krankenhaus laugt die Beschäftigten aus und schadet ihrer Gesundheit. Unter dem Wettbewerbs- und Kostendruck fahren die Krankenhäuser so seit Jahren mit der Gesundheit ihres Personals »auf Verschleiß«. Beschäftigte in Kran-

kenhäusern haben überdurchschnittlich viel Stress bei der Arbeit, sind mehr krank, leiden öfter unter psychischen Krankheiten und scheiden früher aus dem Erwerbsleben aus als der Durchschnitt aller Erwerbstätigen.

Die Krankenhäuser verschleißen darüber hinaus die Motivation der Beschäftigten. Sie nutzen die helfende Motivation der Beschäftigten systematisch aus. Beschäftigte stellen eher ihre eigene Gesundheit zurück, als Kranke unversorgt zu lassen. Das wird in der Personalplanung rücksichtslos dafür genutzt, weniger Personal zu beschäftigen als notwendig ist.

Ein normaler Krankheitsausfall führt in vielen Bereichen zu Notbesetzungen. Unbezahlte Bereitschaften sind in fast allen Krankenhäusern üblich, unbezahlte Anteile der Arbeitszeit werden größer. Wer im Krankenhaus nachts und am Wochenende Dienst macht, erhält weniger Zuschläge als Beschäftigte in anderen Branchen.

Unter dem Kostensenkungs- und Wettbewerbsdruck suchen die Krankenhäuser den Anteil der Fachkräfte zu verringern und so die Personalkosten zu senken. Dazu haben sie die Arbeitsteilung enorm vorangetrieben. Immer mehr Tätigkeiten werden auf Hilfskräfte verlagert. Entstanden sind Tätigkeitsbilder, die mehr dem tayloristischen Bild vom Handgriff am Fließband als der Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team entsprechen. Dies entspricht weder dem Patientenwohl noch dem Beschäftigteninteresse.

Aufgrund von Personalmangel und Arbeitsdruck können viele Beschäftigte die Kranken nicht mehr in dem Maße versorgen, das ihrem beruflichen Selbstverständnis entspricht, und es entstehen Lücken in der sicheren Versorgung der Patienten. Die Ausdünnung des Fachkräftebestands führt zu wachsenden Belastungen der verbleibenden Fachkräfte mit Dienst zu ungünstigen Zeiten nachts, am Wochenende und an Feiertagen.

Krankenversorgung ist ein kooperativer Prozess, bei dem verschiedene Beschäftigten- und Berufsgruppen wie ein Räderwerk ineinander greifen müssen. Dem steht eine wachsende Zersplitterung der Belegschaften in Kernfirma und ausgegliederte Firmen gegenüber. Krankenhäuser lagern Tätigkeitsbilder, Gewerke oder Berufe aus dem Krankenhausbetrieb aus und verlagern sie in ausgegliederte Firmen. Motivation ist die Tarifflucht, kurz Lohnsenkung. Deswegen fordert ver.di, die Servicegesellschaften aufzulösen und ins Verbundklinikum einzugliedern. Outsourcing ist auszuschließen.

Das Ziel

Ziel des öffentlichen Verbundklinikums Saar muss es sein, eine regionale flächendeckende Krankenhausversorgung in der Grund- und Regelversorgung inklusive geriatrischer Angebote mit Angeboten der Maximalversorgung zu vernetzen. Dabei muss sich Gesundheitsversorgung am Bedarf und an qualitativen Kriterien orientieren. ver.di will eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten. Dazu bedarf es der Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen im Krankenhaus.

Die Forderungen

Tarifvertrag: In einem Umstrukturierungstarifvertrag sind sowohl für die übergehenden als auch für die künftig neu eingestellten Beschäftigten des Verbundklinikums Saar die hier genannten Mindeststandards für die Beschäftigten und der Ausschluss von betriebsbedingten (Änderungs-) Kündigungen verbindlich zu regeln. ver.di fordert die Anwendung eines einheitlichen Tarifvertrages, damit auch hier der Wettbewerb um die schlechteste Bezahlung und soziale Bedingungen gestoppt wird. Wir wollen die umgehende Verbindlichkeit des TVÖD für alle Krankenhäuser.

Schutz der Beschäftigten: ver.di besteht auf der Einhaltung des Arbeitsschutzes und des Arbeitszeitgesetzes in den Krankenhäusern. Nur gesunde Gesundheitsarbeiterinnen machen Patienten gesund. Arbeit im Krankenhaus ist verantwortungs-

voll, qualifiziert und die Zuwendung zu Kranken erfüllt die Arbeitenden mit Sinn und gibt ihnen hohe Motivation.

Umdenken bei der Finanzierung: ver.di fordert eine Reform der Krankenhausfinanzierung, die sich den Bedürfnissen der Menschen unterordnet und nicht der Ökonomie. Grundlage dazu ist eine umfassende Bedarfsplanung, die von den saarländischen Akteuren in einem demokratischen Prozess zu erarbeiten ist. Wir wollen Krankenhaus-Budgets, die auch die Vorhaltekosten berücksichtigen. Ökonomische Fehlanreize gehören nicht ins System, Krankenhäuser dürfen weder Verluste noch Gewinne machen. Es darf keine Gewinnabführung aus dem Verbundklinikum Saar an Dritte geben, alle Gewinne aus dem Betrieb von Kliniken müssen vollständig im Klinikverbund reinvestiert werden. ver.di verlangt, die Realkostensteigerungen der Krankenhäuser zu bezahlen. Gleichzeitig verlangen wir die Einhaltung der dualen Finanzierung. Durch die Reduzierung der Investitionszuschüsse begeht die Landesregierung Rechtsbruch und zwingt die Krankenhäuser zur Verschiebung und damit der Veruntreuung von Versichertengeldern. Eine Änderung der Investitionskostenfinanzierung in Richtung Monistik wird von ver.di abgelehnt. Die Umwidmung von Betriebsmitteln aus DRG-Erlösen zur Eigenfinanzierung von Investitionen durch die Krankenhäuser stößt auf unseren Widerstand.

Das DRG-System: Aktuell bringen nur abgeschlossene, dokumentierte, und abrechenbare Verrichtungen den Kliniken Erlöse. Kommunikation und unnötige Prozeduren reduzierende Therapie werden nicht vergütet. Das derzeitige System setzt Anreize zur Fallzahlsteigerung und zu sachkostenintensiven Prozeduren. Der andauernde Kostensenkungswettbewerb geht zu Lasten der Beschäftigten. Gleichzeitig wird das Berufsethos der Krankenhausbeschäftigten mit Füßen getreten. Die Vorhaltekosten von Krankenhausstrukturen mit naturgemäß wechselnder Belegung wie Notfallambulanzen und Intensivstationen werden im deutschen DRG-System nicht berücksichtigt. Die Festpreise nach den DRG haben mit den tatsächlichen Selbstkosten wenig zu tun. Die Preise für die Krankenhausleistungen werden unter die Selbstkosten vieler Krankenhäuser gedrückt. Das ist die Ursache für eine kompensatorische Fallzahlausweitung, um so die roten Zahlen zu verhindern.

Das Verbundklinikum im Ergebnis: Durch die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen werden enorme Synergieeffekte frei werden. Anstatt sich gegenseitig bürokratisch zu kontrollieren, wird man gemeinsam evidenzbasierte medizinische Notwendigkeiten im Interesse der Versicherten umsetzen können. Durch die Zusammenarbeit zwischen Gewerkschaften, Betriebsräten und Arbeitskammer mit den Anteilseignern und den politischen Vertretern werden die Interessen der Beschäftigten gewahrt. Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung und der Krankenhausstandorte muss dem Bedarf folgen. Daher widersetzt sich ver.di nicht einer kritischen Prüfung des Bedarfs an Krankenhäusern und Krankenhausbetten. Ein Abbau von Kapazitäten darf aber nur aufgrund veränderter medizinischer und pflegerischer Notwendigkeiten erfolgen. Der Bedarf ist im Krankenhausplan festzulegen. Dabei setzt sich ver.di für eine sektorübergreifende Planung ein, d.h. diese soll sowohl ambulante und stationäre medizinische Versorgung wie auch Rehabilitation und Pflege umfassen. Ob eine Betriebsstätte des Verbundklinikums Saar betrieben wird und welches Leistungsspektrum sie anbietet, ist unter Berücksichtigung der Versorgungssituation in der Region im Zusammenspiel mit dem Saarland zu entscheiden.

Fazit

Der Wettbewerb der Krankenhäuser läuft größtenteils über die Senkung der Selbstkosten, vor allem der Personalkosten. Die Fachleute sprechen von einer Kellertreppe zur Senkung der Fallkosten, was aber zu rücksichtslosem Personalabbau, Arbeitsverdichtung und Schaffung von prekären Arbeitsverhältnissen geführt hat. Wir brauchen eine neue Gesundheitspolitik, welche die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellt, die Gesundheit nicht vom individuellen Geldbeutel abhängen und

die Beschäftigten nicht zum Ausbeutungsprojekt werden lässt.

Gesundheitssystem, Krankenhäuser und Krankenkassen sind Errungenschaften eines jahrhundertelangen harten Kampfes. Sie gehören den Menschen, die diesen Kampf geführt haben. Sie werden sie sich nicht mehr nehmen lassen. Denn sie sind lebensnotwendig.

Saarbrücken, am Tag der Pflege 12. Mai 2014

Nähere Informationen erhalten sie von Thomas Müller, Geschäftsführer, Michael Quetting, Referent für Gesundheitspolitik, ver.di Bezirk Region Saar Trier.

(Erschienen im express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, 05/2014)

GEWERKSCHAFTLICHE UND BETRIEBLICHE STRATEGIEN UND WIDERSTAND

Ärztliche Schweigepflicht

Marc Kappler* über Versuche des Rhön-Konzerns, Kritiker juristisch einzuschüchtern

Sind Mängel bei der Krankenpflege im Uniklinikum Gießen/Marburg menschliche, individuelle Fehler oder systematisches Resultat der Privatisierung und damit des Gewinnstrebens der Rhönklinikums AG? Ein kritischer ZDF-Reporter und ÄrztInnen, die letzteres behaupten, sollen mit einer Unterlassungsverpflichtungserklärung nun zum Schweigen gebracht werden.[1]

In deutschen Krankenhäusern lässt sich beobachten, dass durch einen langjährigen Budgetdeckel und die nicht getätigten Investitionen ein immenser Kostendruck produziert wurde. Die meisten Krankenhausträger versuchen, über Einsparungen beim Personal den erwarteten Defiziten entgegen zu wirken. Die Folgen sind unterbesetzte Stationen, Überlastungen bei den Beschäftigten, gestiegene Krankheitstage und der großflächige Wiedereinzug der Fließbandpflege. Privatisierungen im Krankenhaussektor verschärfen diesen Trend zusätzlich. Die meisten Konzerne investieren zwar stärker in neue Infrastruktur als öffentliche Träger; um jedoch die Krankenhäuser nicht nur wirtschaftlich zu sichern, sondern darüber hinaus enorm hohe Renditen und Gewinnausschüttungen zu generieren, sparen die privaten Träger auf der anderen Seite umso mehr Personal ein. Insofern hatte eine Pflegevollkraft im Durchschnitt in einem privaten Krankenhaus 493 Patientenbelegungstage im Jahr 2008 zu versorgen, während es in einem öffentlichen Haus 419 waren.[2] Die extrem hohe Belastung des Personals und die permanente Unterbesetzung können schnell zu Vernachlässigungen der

1 Siehe auch den Bericht im HR-Fernsehen: »Klinikum will kritische Ärzte zum Schweigen zwingen« vom 25. Januar 2011 (in: www.hr-online.de – Der Beitrag ist besser zu finden, wenn man in einer Suchmaschine den Titel des Beitrags und »HR« eingibt.)

2 Vgl.: WSI-Pressemitteilung vom 4. Dezember 2009, www.boeckler.de/pdf/pm_wsi_2009_12_02.pdf

Patienten und sogar zu medizinischen und pflegerischen Fehlern führen – ganz zu schweigen davon, dass solche Arbeitsbedingungen die Beschäftigten selbst krank machen. Die Grenze zwischen sinnvoller Effektivierung und schädlicher Ökonomisierung des Gesundheitssektors wird in den meisten Krankenhäusern, insbesondere bei jenen in privater Trägerschaft, überschritten.

In den letzten Jahren gab es im ersten privatisierten Uniklinikum in Gießen/Marburg (UKGM), das zur Rhön-Klinikum AG gehört, vermehrt Beschwerden von Patienten, einweisenden Ärzten und von Beschäftigten über zu wenig Personal auf den Stationen und die daraus resultierende mangelnde Versorgung von Patienten. Die Oberärzte der Kinderklinik in Marburg haben am 17. März 2010 sogar in einem Brief an die Geschäftsführung darauf hingewiesen: »... dass wir mit der momentanen Personalausstattung unserer Klinik in absehbarer Zukunft nicht mehr in der Lage sein werden, den aktuell hohen Standard bzgl. Patientenversorgung und Patientensicherheit unter Einhaltung arbeitsrechtlicher Vorgaben zu gewährleisten.«

Es ist richtig und wichtig, diese Zustände und die Kritik daran an die Öffentlichkeit zu bringen. Nur dadurch können zum einen die Konzerne zu einer höheren Personalbesetzung bewegt und zum anderen der politische Handlungsdruck für bessere Investitionen in öffentliche Häuser und verbindliche Personalmindeststandards erhöht werden. Die politische Auseinandersetzung zu Mindeststandards in Krankenhäusern hat derzeit noch in keinem Bundesland zu einer verbindlichen Personalbemessung geführt. Die Chance einer solchen gesetzlichen Regelung läge darin, dass der ständig steigende Kostendruck in den Krankenhäusern nicht – oder zumindest nicht in dem Maße – zu einer Gefahr für Beschäftigte und Patienten würde.

Viele kritische Berichte zum privatisierten Uniklinikum Gießen/Marburg, das seit 2006 zur Rhön Klinikum AG gehört, sind aufgrund von Veranstaltungen und Veröffentlichungen der Marburger Ärzteinitiative Notruf 113 entstanden. Im Mai 2010 wurde eine ZDF-Dokumentation mit dem Titel »Patient als Ware« ausgestrahlt. In Marburg kamen zu einer gleichlautenden Diskussionsveranstaltung im Herbst 2010, bei der Wissenschaftler und der Autor der Dokumentation eingeladen waren, mehr als 150 Besucher. Bereits zuvor berichtete die Lokalpresse, die *Frankfurter Rundschau*, das *Deutsche Ärzteblatt*, sowie das WDR-Magazin *Monitor* über die kritisierten Zustände im Rhön-Klinikum.

Nun sehen sich zwei Ärztinnen der Initiative und der Fernsehautor Rainer Fromm, der die ZDF-Dokumentation »Patient als Ware« erstellt hat, mit einer sog. »strafbewehrten Unterlassungserklärung« konfrontiert. Unter Androhung einer entsprechenden Klage soll beispielsweise die Ärztin Ulrike Kretschmann sich verpflichten, nicht mehr zu äußern, dass ihre Patienten immer wieder über schlechte Pflegezustände, überarbeitetes Personal, das oft keine Zeit zum Waschen und zum Erstellen vollständiger Diagnosen habe, und eine Art Drehtürmedizin berichtet haben. Für jeden Fall der Zuwiderhandlung soll sie sich zur Zahlung einer Vertragsstrafe von 15 000 Euro verpflichten. Gleichzeitig wurde ihr eine Klage auf Schadensersatz in Höhe von »deutlich über 100 000 Euro« angedroht. Die Drohungen gegenüber Rainer Fromm und der anderen Ärztin fallen ähnlich hoch aus.

Ganz offensichtlich sollen die Initiative Notruf 113 und sogar die Medien durch solche juristischen Androhungen eingeschüchtert werden. Damit sich die neue Strategie des Rhön Konzerns nicht etabliert und demnächst Kritik von Journalisten und womöglich auch von GewerkschafterInnen juristisch unterdrückt wird, ist es sehr zu begrüßen, dass sich die Ärztinnen von Notruf 113 und der Autor Rainer Fromm von diesem Einschüchterungsversuch nicht beeindrucken lassen. Ulrike Kretschmann kritisiert vielmehr weiter: »Das Geld, das der Rhön-Konzern für teure Anwälte bezahlt, um uns einzuschüchtern, sollte er lieber in die Patientenversorgung stecken.«

** Marc Kappler ist Gewerkschaftssekretär beim ver.di-Bezirk Stuttgart und lebt in Marburg.*

(Erschienen im express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, 1/2011)

Gotteslohn auf dem Dritten Weg?

Arbeitgeber Kirche: prekäres Arbeiten in »Verkündigungsnähe«

Von Kirsten Huckenbeck*

Nicht nur im Bereich der industriellen Produktion, auch im Dienstleistungssektor, auf dem aufgrund seiner Standortgebundenheit beschäftigungspolitische Hoffnungen ruhen, dreht sich das Kapital-Roulette: Übernahmen, Fusionen, Ausgründungen, Konzentrationsprozesse, »Reorganisation« bzw. Zerschlagung bestehender Unternehmensstrukturen u.a. sind Zeichen für den Akkumulationsdruck, unter dem die Investoren sich sehen. Die Konkurrenz, das lässt sich derzeit gut am Gesundheits- und Pflegewesen ablesen, wird vor allem über Personalkosten ausgetragen, wobei die wechselnden und unterschiedlichen Trägerstrukturen gemeinsame Interessenvertretung zusätzlich erschweren. Neben öffentlichen und privaten sind es hier in jüngster Zeit die kirchlichen Arbeitgeber, die sich einen Namen aufgrund besonders prekärer Arbeitsverhältnisse machen. Sie leben zwar oft von öffentlichen Zuschüssen und Steuern, orientieren sich aber wie Privatunternehmen am Markt – und erwarten dabei von den Beschäftigten höchst diesseitige Höchstleistungen zu höchst jenseitigem Gotteslohn. Exemplarisch für die fragwürdige Interpretation des »Dritten Wegs« der kirchlichen Arbeitgeber dokumentieren wir im Folgenden die Auseinandersetzung um einen Haustarifvertrag, den die Beschäftigten der Evangelischen Stadtmission Heidelberg mit ver.di durchsetzen wollten.

Für den 17. April 2012 hatte ver.di die Beschäftigten der Universitätskliniken in Baden-Württemberg an den vier Standorten Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Ulm zu einem ganztägigen Warnstreik aufgerufen. Gemeinsam mit ihnen traten erstmals die Beschäftigten der Evangelischen Stadtmission Heidelberg, die ein Krankenhaus, Suchthilfe-, Wiedereingliederungs- und Altenhilfeeinrichtungen betreibt, für den Abschluss eines eigenen Tarifvertrages in einen ebenfalls ganztägigen Warnstreik. Für die Beschäftigten der Unikliniken ging es, so Verhandlungsführer Günter Busch von ver.di, darum, »nach dem Tarifabschluss des öffentlichen Dienstes, der auch für die kommunalen Krankenhäuser gilt, und der bereits erfolgten besseren Bezahlung der Klinikärzte«, endlich auch für die Beschäftigten der Unikliniken »mehr Geld zum Ausgleich von Preissteigerungen und hohen Arbeitsbelastungen als Anerkennung für die hoch qualifizierten Tätigkeiten« durchzusetzen. Konkret fordert ver.di für die 25 000 nicht-ärztlichen Beschäftigten der Unikliniken in Baden-Württemberg eine Lohnerhöhung von 6,9 Prozent, mindestens jedoch 250 Euro, und für die Auszubildenden 100 Euro im Monat sowie eine unbefristete Übernahme.

Come in and burn out?

Bei der Evangelischen Stadtmission Heidelberg, einem dem Diakonischen Werk Baden angeschlossenen Träger, fordern die rund 1 400 Beschäftigten den erstmaligen Abschluss eines Tarifvertrages – und zwar auf dem Niveau des Vertrages für die Universitätskliniken. Bisher werden sie nach den deutlich schlechteren Arbeitsvertragsrichtlinien der Diakonie bezahlt. Diese werden gemäß »Selbstbestimmungsrecht« der Kirchen ohne Gewerkschaften auf einem kircheneigenen, soge-

nannten »Dritten Weg der Arbeitsrechtssetzung« beschlossen. Der Arbeitgeber kann zudem durch geschickte Auswahl der ArbeitnehmervertreterInnen in den »arbeitsrechtlichen Kommissionen«, einer Art Ersatz-Interessenvertretung, beeinflussen, welche Verträge er anwenden will (s. dazu genauer das untenstehende Info) und hatte sich im Januar 2012 für eine Variante entschieden, die die Beschäftigten der Diakonie Baden noch schlechter stellt als bisher: Im Unterschied zu den Beschäftigten der Landeskirche Baden, für die die Regelungen des TVöD übernommen wurden, sollen sie zu den Bedingungen der »Arbeitsvertragsrichtlinie des Diakonischen Werks der Evangelischen Kirche in Deutschland« (AVR DW EKD) arbeiten, die noch unter denen der bisher für sie geltenden AVR Baden liegen. Während die Personalleitung der Stadtmission betont, dass die Beschäftigten mit dem neuen Vertrag »ein Gehaltsplus von 2,9 Prozent sowie eine weitere Erfahrungsstufe für langjährige Mitarbeiter« erhielten, und im Übrigen behauptet, branchenüblich zu bezahlen, verweist ver.di – neben einer allgemeinen Kompensation für 30- bis 40-prozentige Leistungssteigerungen in der Branche – auf einen Unterschied von bis zu 600 Euro monatlich, der zwischen der Bezahlung vergleichbarer Beschäftigtengruppen im Tarifvertrag der Unikliniken und dem der Evangelischen Kirche in Deutschland liege. Zuschläge für Überstünden würden, so die zuständige Gewerkschaftssekretärin Mia Lindemann, zudem erst ab der 31. Stunde bezahlt (vgl. *Mannheimer Morgen*, 25. April 2012).

Doch Tarifverhandlungen, schon gar mit der Perspektive einer Angleichung an den TVÖD, lehnte der Arbeitgeber rundweg ab mit der Begründung, dass die Satzung des Diakonischen Werks Baden dies nicht gestatte. Dagegen traten die Beschäftigten Mitte April in den Streik, der wiederum postwendend per einstweiliger Verfügung untersagt wurde. Das Arbeitsgericht Heidelberg bestätigte das Streikverbot für einen Großteil der Beschäftigten zwischenzeitlich mit dem Argument der »Verkündigungsnähe«. Pflegepersonal arbeitet demnach quasi in religiöser Mission in unmittelbarer Nähe des Herrn, vor dem bekanntlich alle gleich sind, während Küchenpersonal sich in etwas mehr Distanz zur Verkündigung aufhält, ein Auseinandertreten zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerinteressen in der Küche also wenigstens denkbar ist. ver.di sieht dagegen im Grundgesetz Art 9 sowie in der Arbeitsrechtsprechung hinreichende Belege dafür, dass auch Beschäftigte der Kirchen ein Streikrecht haben: »Ein willkürlicher Ausschluss von Arbeitskampfmaßnahmen ist (...) nicht vom Selbstbestimmungsrecht der Kirchen gedeckt«, heißt es in dem Urteil des Landsarbeitsgerichts Hamm vom 13. Januar 2011 (Az: A SA 788/10), auf das sich die Gewerkschaft beruft.

Nirgendwo sonst in Europa werde der Begriff der »Verkündigungsnähe« und das kirchliche Selbstbestimmungsrecht so strikt ausgelegt wie in Deutschland, so die Europa-Abgeordnete Franziska Brantner auf einer Diskussionsveranstaltung, zu der ver.di Rhein-Neckar Ende Juni ParlamentarierInnen, Beschäftigte und VertreterInnen der Kirchen einlud, um über den Dritten Weg zu diskutieren. (Vgl. *Rhein-Neckar-Zeitung*, 29. Juni 2012)

Da von höherer Seite vorerst jedoch kein Entgegenkommen zu erwarten ist, sind die Beschäftigten auf ihre eigene Stärke verwiesen. Das Streikrecht werde im Sinne universeller Menschenrechte weiter unterstellt, nötigenfalls werde man über das Bundesarbeitsgericht bis zum Europäischen Gerichtshof gehen (ver.di-Flugblatt »Nach dem Streik«).

* *Kirsten Huckenbeck ist Soziologin, Fachhochschullehrerin und Redakteurin des express.*

Arbeiten in »Verkündigungsnähe« Streiken legitim – eine Argumentationshilfe

Der folgende Beitrag ist einem Blog von Beschäftigten der Stadtmission Heidelberg entnommen. Wir dokumentieren:

Immer wieder entsteht unter den Beschäftigten eine große Unsicherheit, wenn das Thema »Streikrecht« angesprochen wird. »Wir in der Kirche dürfen doch gar nicht streiken!«, bekommt man oft zu hören. Aber:

- Ist das auch so?
- Was passiert, wenn ich streike?
- Wer darf zum Streik aufrufen?
- Wen kann der Arbeitgeber bei einem Streik zur Verantwortung ziehen?
- Was habe ich dabei zu befürchten?

Im Folgenden werden wir versuchen, diese Fragen zu klären. Die Kirchen in Deutschland wenden den so genannten Dritten Weg an. Dieser sieht vor, dass in paritätisch besetzen Arbeitsrechtskommisionen (ARK) Löhne und Arbeitsrichtlinien ausgehandelt werden. Gleichzeitig werden als Alternative zum Tarifvertragssystem Arbeitskämpfe ausgeschlossen. Die Kirche begründet dies zum einen damit, dass die ARK den Beschäftigten eine gleichwertige Durchsetzungschance ihrer Interessen böten, zum anderen damit, dass die Kirche auch auf Mittel des Arbeitskampfes (z.B. Aussperrungen) verzichte.

Das lief relativ lange Zeit gut so, denn kirchliche Einrichtungen auf dem Dritten Weg übernahmen im Wesentlichen die Tarifverträge des öffentlichen Dienstes. Es gab deswegen auch keine Entscheidungen der Rechtsprechung, die sich mit diesem Thema befassten. Seit jedoch der Dritte Weg immer mehr dazu genutzt wurde, Personalkosten abzusenken, geriet auch dieses Modell ins Wanken. Seit 2009 versucht ver.di, anstelle des Dritten Weges für Kirchen und ihre Einrichtungen eigenständige Tarifverträge durchzusetzen. Auch mit dem Mittel des Streiks! Die kirchlichen Arbeitgeber haben versucht, sich mit Unterlassungsklagen zur Wehr zu setzen und bisher eine herbe Schlappe erlitten.

Zwar kam das Arbeitsgericht Bielefeld am 3. März 2010 in einem erstinstanzlichen Urteil noch zu dem Ergebnis, dass ein von ver.di ausgerufener Streik nicht rechtens sei (Az. 3 Ca 2958/09), aber das ArbG Hamburg (Urt. v. 1. September 2010, Az. 28 Ca 105/10) und bestätigend das LAG Hamburg (Urt. v. 23. März 2011, Az. 2 Sa 83/10) haben es für zulässig gehalten, kirchliche Einrichtungen zu bestreiken. Parallel dazu hat das LAG Hamm im Januar 2011 das Urteil des Arbeitsgerichts Bielefeld aufgehoben (Urt. v. 13. Januar 2011, Az. 8 Sa 788/10) und sich allgemein zum gewerkschaftlichen Streikrecht in kirchlichen Einrichtungen bekannt. Eine Revision ans Bundesarbeitsgericht wurde zugelassen und auch von den kirchlichen Arbeitgeber eingereicht. Solange es jedoch kein gegenteiliges Urteil des BAG gibt, sind Streiks in kirchlichen Einrichtungen erlaubt und legal!

Ein wichtiger Satz, der die Ausgangsfrage beantwortet: Es darf momentan in kirchlichen Einrichtungen gestreikt werden! Es passiert also dem einzelnen Mitarbeiter nichts, wenn er streikt. Wichtig dabei ist, dass der Aufruf zum Streik durch eine Gewerkschaft erfolgt ist. Dann allerdings darf jeder streiken, nicht nur Gewerkschaftsmitglieder.

Die Gewerkschaften werden sehr genau prüfen, ob und wann ein Streikaufruf erfolgen kann. Sollte es dabei nämlich zu Fehlern kommen, ist die Gewerkschaft dem Arbeitgeber gegenüber regresspflichtig. Sie ist also für den Schaden haftbar, sollte der Streik illegal erfolgen.

Das heißt, der einzelne Mitarbeiter hat bei einem Streik nichts zu befürchten, sobald der Streikaufruf durch eine Gewerkschaft erfolgt. Er ist auch nicht dazu verpflichtet zu überprüfen, ob der Aufruf zum Streik legitim war. Die volle und ganze Verantwortung für den Streik trägt die Gewerkschaft.

Wir hoffen, dieser kurze Artikel konnte einige Fragen zum Thema »Streik« beantworten (...) und verweisen auf eine Arbeit von Prof. Dr. Jens M. Schubert zum Thema Streikrecht.

(Quelle: www.betriebsgruppe-salem.de)

Demokratiedefizite auf dem Dritten Weg. ver.di-Informationen zum Arbeitgeber Diakonie

Die Diakonie ist neben der Caritas der größte Anbieter im Sozial- und Gesundheitswesen in Deutschland. Im Bereich der Diakonie Baden gibt es etwa 1 400 Einrichtungen und Dienste mit rund 25 000 Beschäftigten. Deren Arbeit finanziert sich weitgehend über Mittel der öffentlichen Hand, nicht aus Kirchensteuern und Spenden.

Im Gegensatz zu den Beschäftigten der Evangelischen Landeskirche in Baden, für die die Regelungen des Tarifvertrages für den öffentlichen Dienst (TVöD) übernommen wurden, arbeiten die Beschäftigten der Diakonie Baden zu sehr unterschiedlichen Bedingungen. Die Arbeitgeber können wählen, welche Richtlinien sie anwenden: den Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD), die Arbeitsvertragsrichtlinie des Diakonischen Werks der Evangelischen Kirche in Deutschland (AVR DW EKD) oder die Arbeitsvertragsrichtlinien des Diakonischen Werks Baden (AVR Baden). Letztere sind in entscheidenden Punkten verbesserte AVR DW EKD. Teilweise wird sogar, wie zum Beispiel im Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe, der TVöD einzelvertraglich vereinbart. Auf die Wahl der Richtlinien haben die Beschäftigten und ihre gewählten VertreterInnen keinerlei Einfluss.

Arbeitsvertragsrichtlinien werden in Arbeitsrechtlichen Kommissionen (ARK) verhandelt. In der Kommission der Diakonie und Evangelischen Landeskirche in Baden sitzen zehn VertreterInnen für die Arbeitgeberseite und zehn für die Arbeitnehmerseite. Wer Mitglieder für die Kommission benennen darf, regelt ein Kirchengesetz, das die Synode der Evangelischen Landeskirche in Baden erlassen hat. Dieses Kirchengesetz kann jederzeit geändert werden. Die Arbeitnehmerseite hat hierauf – anders als die Arbeitgeberseite – keinen Einfluss. Die Beschlüsse der ARK sind nur für die Beschäftigten mit entsprechenden Arbeitsverträgen bindend. Arbeitgeber können davon abweichen, wenn sie mit ihren Arbeitnehmern andere Verträge schließen.

Die Arbeitsrechtlichen Kommissionen sind entstanden durch eine Interpretation des Artikels 140 Grundgesetz, welcher besagt, dass die Kirchen ihre eigenen Angelegenheiten selber verwalten dürfen. Die Kirchen legen diesen Grundsatz so aus, dass sie die Rahmenbedingungen für die ArbeitnehmerInnen in der Diakonie nach eigenen Regeln gestalten. Zu diesem Zweck wurde der sog. Dritte Weg oder das Kommissionsmodell entwickelt. Den Arbeitnehmern wird darin von der Kirche das Grundrecht auf Streik verweigert. Zum Streikrecht bei der Kirche und Diakonie hat es am 13. Januar 2011 eine Entscheidung des Landesarbeitsgerichtes Hamm gegeben, welche Streiks in diakonischen Einrichtungen erlaubt.

Das System »Dritter Weg« hat funktioniert, solange die Inhalte von Tarifverträgen des Öffentlichen Dienstes weitgehend übernommen wurden. Der Wandel der Diakonischen Einrichtungen zu marktwirtschaftlich handelnden Unternehmen führt jedoch dazu, dass dieses System zunehmend Widersprüche produziert. Einerseits wird ein Sonderstatus (»Dienstgemeinschaft«) reklamiert, der andererseits für die Beschäftigten nicht zu spüren ist. Befristete Teilzeitarbeitsverhältnisse und Arbeitsverdichtung sind mittlerweile Standard, Ausgliederungen bzw. Leiharbeit mancherorts »normale« Instrumente diakonischer Betriebspolitik geworden.

Die Beschäftigten finden sich mit den Demokratiedefiziten des Dritten Weges nicht mehr ab. Um Arbeitsbedingungen und Einkommen sicher und partizipativ zu gestalten, organisieren sich deutlich zunehmend mehr Beschäftigte in ver.di und fordern Tarifverträge.

Für Rückfragen: Irene Gölz, Gewerkschaftssekretärin, ver.di Baden-Württemberg, Tel: 0711 / 88 7 88-0330 oder per Email: irene.goelz@verdi.de

(Erschienen im express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, 6-7/2012)

Im Dienste des Herrn...

Rudi Schwab* über das Geschäftsgebaren kirchlicher Träger

Die Diskussion um die Privatisierung der Krankenhäuser ist inzwischen in breiten Teilen der Bevölkerung angekommen. Die Mobilisierbarkeit bei drohenden Verkäufen wird immer besser. Den Vertretern der dritten großen Säule der Krankenhausbetreiber, den freigemeinnützigen, also meist kirchlichen Trägern, ist es jedoch bisher gelungen, aus der Diskussion weitgehend heraus gehalten zu werden. Dabei ist ihr Umgang mit ihrem Personal durch alles andere als christliche Nächstenliebe geprägt.

Personalschlüssel

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) gibt jährlich ihre Krankenhausstatistik heraus. Bis zum Bericht 2010 (die Zahlen darin beziehen sich auf das Jahr 2008) war hier eine Aufgliederung nach Trägerschaft (öffentlich, freigemeinnützig, privat) für Ärzte, Pflege und medizinisch-technische Dienste nachzulesen. Auf Grund wessen Lobbyarbeit auch immer ist diese Art der Statistik bei der DKG eingestellt worden. Die Zahlen zeigten durchgängig über die Jahre hinweg für die freigemeinnützigen Träger die niedrigsten Personalschlüssel, niedriger noch als bei den privaten Trägern (siehe nebenstehende Tabelle).

Bezahlung

Bei kirchlichen Trägern wird nach Angaben von ver.di bei der überwiegenden Zahl der Beschäftigten unter TVöD-Niveau bezahlt, mit der Besonderheit: Das Einstiegsgehalt für Berufsanfänger ist oft höher als im TVÖD (so fängt man sich Arbeitskräfte), allerdings fallen die Steigerungen mit den Jahren der Berufserfahrung deutlich geringer aus, so dass meist nach drei Beschäftigungsjahren TVöD-Niveau erreicht ist und ab da kontinuierlich weniger bezahlt wird. Außerdem wird der Niedriglohnsektor ausgebaut und damit die drohende Altersarmut verfestigt (der man dann wieder samariterhaft begegnen kann).

Der »dritte« Weg

Kirchliche Träger verweigern in der Regel Tarifverhandlungen mit Gewerkschaften. Man verweist auf den sog. Dritten Weg der Kirchen: Löhne und andere grundlegende Arbeitsbedingungen werden durch Gremien geregelt, die paritätisch aus Arbeitgebern und Arbeitnehmern besetzt sind. Dabei bestimmt das jeweilige Kirchenrecht vor Ort, wer die Mitglieder für die Kommission benennen darf.

Bei unentschiedener Abstimmung in diesem Gremium gilt ein Antrag als abgelehnt. So kann z.B. keine Verbesserung – und darum geht es in der Regel bei Gehaltsverhandlungen – gegen den Willen

Personalbelastungszahlen der DKG für 2008:			
	Öffentlich	Freigemeinnützig	Privat
Durchschnittlich je Vollkraft zu versorgende Betten			
Ärzte	982	1295	1258
Pflege	449	499	511
Med.-techn. Dienst	919	1511	1439
Durchschnittlich je Vollkraft zu versorgende Fälle			
Ärzte	121	163	146
Pflege	55	63	59
Med.-techn. Dienst	113	190	167

der Arbeitgeberseite durchgesetzt werden. Das war solange kein tief greifendes Problem, solange die kirchlichen Arbeitgeber die Ergebnisse des öffentlichen Dienstes mit geringen Änderungen fast automatisch übernommen haben. Doch diese Jahre sind längst vorbei. Kirchliche Arbeitgeber geben unumwunden zu, dass sie sich so Wettbewerbsvorteile auf dem heiß umkämpften Krankenhausmarkt erhoffen und diese auch umsetzen wollen. In letzter Zeit ist es jedoch Beschäftigten kirchlicher Einrichtungen mit ihrer Gewerkschaft immer wieder gelungen, ihre Arbeitgeber zu Tarifverhandlungen zu zwingen.

Streikverbot

Arbeitskampfmaßnahmen werden nach den Maximen des Dritten Wegs als unvereinbar mit dem religiös fundierten Auftrag am Nächsten angesehen und gelten als unerlaubt. Netterweise verzichtet man im Gegenzug auch auf das Arbeitskampfmittel der Aussperrung.

Zugegeben: Das Streikrecht ist nicht vom Himmel gefallen, sondern durchaus irdisches Ergebnis jahrhundertelanger verlustreicher Auseinandersetzungen der Lohnabhängigen mit den Arbeitgebern. Streikrecht ist seitdem als Grundrecht anerkannt und gilt als einer der wesentlichen Parameter eines Staates, der sich mit dem Prädikat »demokratisch« schmücken will. In Deutschland ist es im Art. 9 des Grundgesetzes verankert. Auch in der Weimarer Republik war das Streikrecht in kirchlichen Betrieben unbestritten. Erst nach dem Ende der Nazidiktatur hatten kirchliche Arbeitgeber offensichtlich Probleme, in diesem Punkt den Weg zurück in die demokratische Normalität mitzugehen.

Trotzdem wurden schon vereinzelt Streikmaßnahmen unter Leitung von ver.di in kirchlichen Einrichtungen durchgeführt. Arbeitsgerichte haben dies unterschiedlich bewertet. Mit Spannung wurde deshalb ein Urteil des Bundesarbeitsgerichts auf eine Klage von ver.di zum Streikrecht in kirchlichen Betrieben erwartet. Dieses Urteil ist am 20. November 2012 gefallen:

Wenn eine Religionsgemeinschaft über Arbeitsrechtsprozesse entsprechend dem sog. Dritten Weg verfügt, so dürfen Gewerkschaften nicht zu einem Streik aufrufen. »Das gilt jedoch nur, soweit Gewerkschaften in dieses Verfahren organisatorisch eingebunden sind und das Verhandlungsergebnis für die Dienstgeberseite als Mindestarbeitsbedingung verbindlich ist.« (BAG, Urteil vom 20. November 2012 – 1 AZR 179/11) Sieg und Niederlage liegen hier eng beieinander.

Es ist ein Erfolg für die Gewerkschaften, dass die Streiks, um die es vordergründig vor dem BAG ging, als rechtmäßig anerkannt wurden. Ein Erfolg ist auch, dass GewerkschaftsvertreterInnen jetzt den Zugang zu den Arbeitsrechtskommissionen haben, der ihnen bisher verweigert wurde. Denn sonst riskieren die kirchlichen Arbeitgeber auch in Zukunft Streik. (Ketzerischer Nebengedanke: Genügen hier auch Vertreter der sog. »christlichen« Gewerkschaften, auch wenn ihnen ihre Tariffähigkeit richterlich aberkannt ist?)

Es ist aber eine klare Niederlage für die Gewerkschaften, dass ein Streik bei Einhaltung der obigen Bedingungen verboten ist. Ohne Streikrecht sitzt ein Gewerkschaftsvertreter in den Arbeitsrechtskommissionen als zahnloser Tiger. Tarifverhandlungen ohne Streikrecht der Gewerkschaften galten bisher in Erfurt am Bundesarbeitsgericht durchgängig in allen Urteilen als »kollektive Bettelei«. Dies ist jetzt Norm bei kirchlichen Arbeitgebern. Auf Barmherzigkeit ist dabei wohl nicht zu hoffen.

Dieses Urteil ist ein Skandal, umso mehr, wenn man am 26. November 2012 in der ARD den Film von Eva Müller »Gott hat hohe Nebenkosten« gesehen hat. Die kirchlichen Einrichtungen, um die es bei dem Urteil geht, werden nämlich nicht von den Kirchen mit ihrer Kirchensteuer, Spenden usw. unterhalten, sondern weitgehend mit öffentlichen Geldern, Krankenhäuser sogar zu 100 Prozent!

Damit liegt die Verantwortung letztlich beim Staat, wenn in von ihm finanzierten Betrieben demokratische Grundrechte mit Füßen getreten werden.

Wie es heißt, will ver.di die Urteilsbegründung abwarten und dann über das weitere Vorgehen entscheiden. Es kann darauf nur eine richtige Entscheidung geben: Weiterkämpfen!

Solange kirchliche Arbeitgeber – auch unabhängig von Gerichtsurteilen – ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern das demokratische Grundrecht des Streiks vorenthalten wollen, wäre es nur folgerichtig und der Transparenz dienlich, wenn sie an den Eingangstüren ihrer Betriebe den Warnhinweis anbrächten: »Sie verlassen jetzt den freien Teil Deutschlands«.

** Rudi Schwab ist Chirurg, war freigestellter Betriebsrat in den Kliniken München Pasing und Perlach GmbH und Mitglied der Tarifkommission von ver.di, er lebt in München.*

(Erschienen im express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, 12/2012

»Die besseren Bastionen«

Streiken in privaten Gesundheitsunternehmen – ein Gespräch mit Fabian Rehm

Über die noch verbliebenen Unterschiede zwischen öffentlichen und privaten Krankenhäusern in Bezug auf die PatientInnenversorgung und die dafür erforderlichen Arbeitsbedingungen mag man angesichts der politisch gewollten Herstellung von Wettbewerb und der Vermarktlichung von Steuerungsinstrumenten streiten. Doch Streiken für Tarifverträge und Arbeitsbedingungen, die etwas weniger zu Lasten der Beschäftigten und der PatientInnen gehen, das war und ist in privaten oder privatisierten Betrieben schwieriger. Insbesondere im Gesundheitssektor, wo die Widersprüche zwischen ethischen Prinzipien der Berufsauffassung und unternehmerischem Rendite-Kalkül unmittelbar über PatientInnen ausgetragen werden. Umso bemerkenswerter, wenn dies trotzdem geschieht, wie in den Damp-Kliniken (s. express, Nr. 6-7) oder jüngst in der Region in den Wicker-Kliniken. Die Wicker-Kliniken, gegründet 1965, umfassen heute zwölf Reha-Kliniken, zwei Akutkrankenhäuser sowie die Thermen in Bad Homburg und Kassel-Bad Wilhelmshöhe. Sie gehören zum »Portfolio« des Privatunternehmers Werner Wicker, das auch ein Spielcasino und Spaßbäder umfasst. Das Gespräch mit Fabian Rehm, Gewerkschaftssekretär im Fachbereich Gesundheit bei ver.di Hessen, führte Stefan Schoppengerd.

In ein paar Tagen feiert Ihr das Ende des Arbeitskampfes in den Wicker-Kliniken. Wird das ein rauschendes Fest?

Fabian Rehm: Ja, ich glaube schon. Wir haben auch einiges zu feiern. Wir haben es ja erstmals geschafft, überhaupt Arbeitskämpfe in Wicker-Kliniken zu führen, es haben sich Hunderte KollegInnen organisiert, und wir haben gezeigt, dass es sich lohnt und dass es möglich ist zu kämpfen. Das hat Bestand, unabhängig davon, wie das Ergebnis genau aussieht. Deswegen bin ich sehr zuversichtlich, dass wir ein schönes Fest haben werden.

Die Auseinandersetzung hat sich sehr lang hingezogen, was für den Gesundheitsbereich eher unüblich ist...

F.R: Naja, wir haben im Gesundheitsbereich schon einige Arbeitgeber, die sich als absolute Herrscher über »ihre« Arbeitnehmer sehen und dann – übrigens in Streikauseinandersetzungen auch häufig entgegen aller ökonomischen Vernunft – auf Biegen und Brechen versuchen, Tarifverträge aus »ihrem« Krankenhaus fernzuhalten. Beispiele dafür aus der jüngeren Vergangenheit waren u.a. der Arbeitskampf in der Klinik Dr. Spernau in Bad Salzufflen, oder die zum Mediclin-Konzern gehörende Hedon-Klinik in Lingen. Das waren sehr lange und erbittert geführte Arbeitskämpfe der jüngeren Vergangenheit, in Salzufflen wurden die Streikenden z.B. vom Arbeitgeber ausgesperrt. Auch Klinikchef Wicker gehört noch zu dieser Sorte von Arbeitgebern. Ich würde aber sagen, er repräsentiert eher ein Auslaufmodell als die Zukunft der Arbeitsbeziehungen in Klinken.

Im Fall Wicker haben wir konkret eine Auseinandersetzung mit einem Arbeitgeber geführt, der bislang keinerlei etabliertes Verhandlungssystem oder so etwas wie Sozialpartnerschaft mit einer Gewerkschaft kennt. Mit einer Einschränkung: Für die ÄrztInnen bei Wicker gilt ein Tarifvertrag mit dem Marburger Bund, der aber unter der Ägide eines anderen Geschäftsführers zustande gekommen ist und darüber hinaus die Funktion hatte, Änderungen im Arbeitszeitgesetz zu umgehen. Gegenüber den nichtärztlichen Beschäftigten hat sich der Arbeitgeber dann sehr stur gezeigt.

Was natürlich sehr gut war, war die hohe Kampfbereitschaft der KollegInnen, die nicht aufgegeben haben, obwohl der Arbeitgeber sehr früh gesagt hat, dass er sich nie auf einen Tarifvertrag mit ver. di einlassen wird. Trotzdem war die Streikbereitschaft hoch, und die Streiks und Aktionen liefen fast ein Jahr.

Wie ist die Auseinandersetzung denn verlaufen, und wie hat sich die Stimmung unter den Beschäftigten entwickelt?

F.R.: Im Mai, Juni 2011 haben wir den Arbeitgeber erstmals aufgefordert, in einer Klinik Tarifverhandlungen mit uns zu führen. Anfangs hat er das offenbar schlicht nicht ernst genommen. Dann hat er uns ein vergiftetes Angebot gemacht, nämlich erst einmal Betriebsvereinbarungen über die Lohnentwicklung abzuschließen und ab Ende 2013 Tarifverhandlungen zu führen. Das war für uns unannehmbar, und das wusste er auch. Seit wir das abgelehnt haben, gab es keinerlei Verhandlungsbereitschaft mehr. Im Gegenteil wurde mit großer Vehemenz gegen unsere Arbeitskampfmaßnahmen vorgegangen: Wicker hat Streikbrecher eingesetzt und versucht, unsere Arbeitskampfmaßnahmen gerichtlich verbieten zu lassen.

Gleichzeitig war da aber auch die Empörung der Beschäftigten groß: Die angebotene Lohnerhöhung von 0,5 Prozent wurde von den meisten als geradezu lächerlich empfunden. Das ist auch klar, wenn man sieht, dass z.B. eine Krankenschwester bei Wicker bis zu 10 000 Euro im Jahr weniger verdient als eine Kollegin, die nach TVöD bezahlt wird. In der Situation haben wir angefangen, parallele Betriebsversammlungen an den einzelnen Standorten zu organisieren und vorgeschlagen, gemeinsam für einen Tarifvertrag zu kämpfen. Dabei haben wir betont, dass das nur funktioniert, wenn sich viele organisieren und im Zweifelsfall auch zum Streik bereit sind. In zwei Kliniken und in der Taunus-Therme in Bad Homburg wurde das nicht angenommen, insgesamt war die Zustimmung aber so groß, dass wir dann im Sommer 2011 das erste Mal zu Warnstreiks aufrufen konnten. Ab da ist auch der Organisationsgrad kontinuierlich gestiegen, und der Konflikt hat eine beeindruckende Dynamik gewonnen. Viele, die wohl nie von sich gedacht hätten, dass sie jemals streiken würden, haben mitgemacht und schnell ganz selbstverständlich morgens um halb sechs vor der Klinik gestanden, um die KollegInnen zu begrüßen.

Waren es bestimmte Berufsgruppen, die die Warnstreiks besonders getragen haben?

F.R.: Eigentlich nicht, es war sehr breit und über alle Berufsgruppen hinweg aufgestellt. Aus den Servicebereichen, aus Küche, Reinigung und der Pflege und aus den verschiedenen Therapieberufen, von denen es in einer Reha-Klinik viele gibt,

haben sich Leute beteiligt. Ein echtes Manko war die schwache Beteiligung der ÄrztInnen, die großteils im Marburger Bund organisiert sind, der nicht zu Arbeitskampfmaßnahmen aufrufen konnte. Das Wichtigste war, wenn sich einzelne Abteilungen oder Teams gemeinsam entschieden haben mitzumachen. Das waren kleine Festungen, die das zusammen durchgezogen haben. Diese Solidarität, die man da untereinander erlebt hat, fand ich enorm. Natürlich kommen irgendwann Zweifel, und nach 20 Streiktagen wächst die Sorge, dass vielleicht doch nichts erreicht wird. Wie die Leute sich dann untereinander aufgefangen haben, war wirklich atemberaubend. Im Gesundheits- und Sozialbereich, wo überwiegend Frauen arbeiten, herrscht ein sehr angenehmer Umgang untereinander. Das ist eine der Lehren, die ich aus dem Konflikt mitnehme, dass diese Beschäftigtengruppen vielleicht besser kämpfen können als vermeintliche Gewerkschaftsbastionen.

Wo waren denn die lokalen Hochburgen der Auseinandersetzung?

F.R.: Interessant ist, dass die Wicker-Kliniken größtenteils im ländlichen Raum oder in Kleinstädten liegen. Das hat dazu geführt, dass die Auseinandersetzung immer im ganzen Ort ein Thema war und breit wahrgenommen wurde. Wir hatten Streiklokale in Dorfgemeinschaftshäusern, und die Lokalpresse hat fortlaufend berichtet. Anders als in größeren Städten waren wir mit unseren Aktionen kaum zu übersehen.

Ein Schwerpunkt lag in Nordhessen, in Bad Zwesten und Bad Wildungen, wo das Unternehmen auch seinen Sitz hat. Ein anderer wichtiger Ort war Bad Homburg, wo die Wicker-Gruppe neben einer Klinik auch ein Spielcasino betreibt und Werner Wicker ein bekannter Geschäftsmann ist. Dort haben wir ebenfalls größere Demonstrationen durchgeführt.

Hat es eine Rolle gespielt, dass die Wicker-Gruppe auch in anderen Branchen aktiv ist?

F.R.: Zumindest haben wir argumentiert: Ein Unternehmen, das in der Lage ist, ein Spielcasino in Luxemburg oder ein Einkaufscenter im Taunus zu kaufen, sollte auch in der Lage sein, seine Beschäftigten besser zu bezahlen. Auch weil die einzelnen Kliniken größtenteils Gewinne machen. Ein Teil des Gewinns wird in Form einer Pacht an Wicker abgeführt, könnte aber auch umverteilt werden. Der Arbeitgeber ist da freilich anderer Auffassung und sieht diese Pacht nicht als Gewinnanteil, sondern als notwendige Rückerstattung von Investitionen.

Wie ist es denn trotz der verhärteten Fronten zu einer Einigung gekommen, und wie sieht diese aus?

F.R.: In den Kliniken, die sich an der Auseinandersetzung beteiligt haben, wurden Betriebsvereinbarungen über Lohnerhöhungen abgeschlossen. Die Gehaltstabellen wurden um Sockelbeträge und Prozentsätze erhöht, dazu gibt es Einmalzahlungen, die aus Sicht der Beschäftigten zumindest für das Jahr 2012 deutlich mehr Geld bedeuten. (Siehe Kasten, Anm. d. Red.)

Unter diesen Bedingungen war die Auseinandersetzung nicht auf dem bisherigen Niveau aufrecht zu erhalten. Daher haben die Tarifkommissionen entschieden, den Streik erst einmal geordnet auszusetzen. Das heißt nicht, dass die Auseinandersetzung nicht im nächsten oder übernächsten Jahr wieder aufgerufen wird, wenn die Wirkung der Einmalzahlungen verpufft ist. Die prozentualen Tabellensteigerungen schließen die Lücke zum Flächentarifniveau in Kliniken nicht dauerhaft. Und die Beschäftigten bei Wicker haben die Erfahrung gemacht, dass sie erfolgreich für ihre Interessen kämpfen können: Wenn auch im ersten Anlauf kein Tarifvertrag durchgesetzt werden konnte, dann zumindest mehr Geld. Und im zweiten Anlauf kann man an den Erfahrungen der ersten Runde anknüpfen.

Für ver.di ist ein Streikerfolg ohne Tarifvertrag natürlich immer problematisch. Aber die Situation war nach den aus Sicht der Beschäftigten materiell »hohen« Angeboten der Arbeitgeber so, dass sich die Kampfbereitschaft in einzelnen aktiven Kernen der Belegschaft zwar weiter verfestigt hat und

Die Erhöhungen:

Ab 1. Januar 2012 wird die Jahressonderzahlung in Höhe von 30 Prozent in die Tabelle eingerechnet. Somit gibt sich eine Erhöhung um 2,5 Prozent.

Darauf aufbauend gibt es zum 1. Januar 2012 eine Erhöhung um 2,9 Prozent, mindestens aber 55 Euro. Für den Zeitraum vom 1. August 2012 bis 31. Juli 2013 gibt es eine Einmalzahlung in Höhe von 600 Euro.

Für den gleichen Zeitraum gibt es – insofern das Betriebsergebnis positiv ist und beim Reha-Bewertungssystem der DRV Bund die Patientenzufriedenheit überdurchschnittlich gut ist – eine Prämie in Höhe von 300 Euro.

Ab dem 1. Januar 2013 wird die Gehaltsentwicklung an den TV Ärzte Wicker des Marburger Bundes gekoppelt. Bis 2015 erhalten die Beschäftigten jeweils zum 1. Januar 2015 die prozentuale Erhöhung, die der MB abgeschlossen hat, mindestens aber 2 Prozent.

einige auch in einen unbefristeten Streik gegangen wären, dass es jedoch auch viele KollegInnen gab, die zunehmend gefrustet waren von der Länge der Auseinandersetzung und dem massiven Einsatz von Leiharbeitern und Streikbrechern. So haben wir schließlich empfohlen, die Angebote anzunehmen.

Also doch eine Niederlage?

F.R.: Nein. Das Ergebnis des Streiks wird als ein Erfolg gesehen, der gemeinsam mit ver.di erreicht wurde. Wir sind weiter handlungsfähig und dabei an kein sozialpartnerschaftliches Arrangement gebunden. Wir sind jetzt im Unternehmen gut verankert und mobilisierungsfähig. Die Wicker-Gruppe kann es sich angesichts des Fachkräftemangels im Pflegebereich gar nicht dauerhaft leisten kann, die Löhne unterdurchschnittlich niedrig zu halten. Allerdings müssen wir uns auch noch genauer damit auseinandersetzen, dass es offenbar mehrere Klinikbetreiber gibt, die wie die Wicker-Gruppe alles aufbieten, um die Gewerkschaft fernzuhalten. In den Damp-Kliniken hat Helios nach der Übernahme versucht, mit Massenkündigungen gegen Streikende vorzugehen, auch im aktuellen Streik der KollegInnen der Asklepios-Klinik Sylt droht der Arbeitgeber den Streikenden mit Stilllegung der Reha und Outsourcen der Servicebeschäftigten.

Mit dem Betrieb von Kliniken ist aus Sicht des Kapitals viel Geld zu verdienen: Fresenius hatte in seinem Ende Juli erst mal gescheiterten Übernahmeangebot an das Rhönklinikum über vier Mrd. Euro auf den Tisch gelegt, was trotz dieser enormen Summe vom Kapitalmarkt offensichtlich als renditeträchtiges Geschäft angesehen wurde. Die Fresenius-Aktie hat jedenfalls weiter zugelegt. Für die Beschäftigten in Kliniken stellt sich daher verschärft die Frage, ob sie sich angesichts sprudelnder Profite von Klinikbetreibern weiter mit Niedriglöhnen abspeisen lassen wollen. Das sieht nach intensiven Tarifauseinandersetzungen im Gesundheitsbereich in den nächsten Jahren aus.

Wir danken Dir für dieses Gespräch.

Das Interview führte Stefan Schoppengerd, Soziologe und Redakteur des express

(Erschienen im express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, 8/2012)

Dicke Bretter gebohrt

Organizing für Tarifvertrag – ein Interview

Arbeit in der persönlichen Behindertenassistenz ist einerseits geprägt von der Motivation, die Verwirklichung der Autonomie- und Selbstverwirklichungsansprüche von Behinderten zu unterstützen, findet andererseits aber unter prekären, bislang tariflosen Bedingungen statt. Auch ›reguläre‹ Pflegeunternehmen nutzen die AssistentInnen zunehmend als billigen Ersatz für PflegehelferInnen. Seit 2008 gibt es das Netzwerk »Unabhängiger Arbeitnehmervertretungen in der Persönlichen Assistenz« (UAPA), das für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen eintritt (u.a. mit dem »Scheiß-Streik«, s. express 1/2009 und 12/2009). Der im UAPA organisierten Interessenvertretung vom »Club Behinderter und ihrer Freunde in Frankfurt und Umgebung e.V.« (CeBeef) ist jetzt die Durchsetzung eines Tarifvertrages für die meisten der etwa 530 Beschäftigten in Assistenz, Pflege, Schulbegleitung und Fahrdienst gelungen. Slave Cubela, Organizer bei der IG Metall, sprach mit einem Mitglied der Betriebsratsliste GOHN (Gerechter Lohn).

Slave Cubela: Ihr habt im Dezember 2011 nach knapp zwei Jahren innerbetrieblicher Mobilisierung einen Tarifvertrag beim Club Behinderter und ihrer Freunde e.V. erkämpft. Könntest Du uns kurz die Ausgangslage zu Beginn eurer Aktivitäten skizzieren?

Seit 2000 bekommen die meisten 9,31 Euro/Stunde brutto. Jedes Jahr verlassen über 100 KollegInnen den Betrieb, viele davon innerhalb der ersten Monate. Deshalb sieht es für die Geschäftsführung wohl so aus, als ob sich viele Probleme von selbst lösen, wenn man sie lange genug aussitzt. Dem entsprach 2009 eine Stimmung bei vielen KollegInnen, dass sich im CeBeeF nie etwas ändert. Der Betriebsrat war durch interne Streitigkeiten gelähmt. Die Gewerkschaft hatte ca. 35 Mitglieder und war im Betrieb nicht wahrnehmbar.

Die allermeisten der rund 500 Beschäftigten arbeiten allein. Die ca. 200 KollegInnen in der Persönlichen Assistenz und die ca. 180 in der Schulbegleitung haben im Arbeitsablauf kaum Gelegenheit, miteinander zu sprechen, und dann fast nur in der von Vorgesetzten geleiteten Teambesprechung. Sie haben eher mit den Menschen zu tun, für die sie Assistenz leisten, als mit dem Betrieb oder mit ihren KollegInnen.

Trotzdem hatten sich zarte Pflänzchen der Organisierung entwickelt: Die Beteiligung an der Betriebsversammlung war auf ca. 40 KollegInnen angestiegen und es gab eine kleine Gruppe, die begonnen hatte, eine Lohnerhöhung zu fordern (die »Lohn-AG«).

Warum habt Ihr Euch trotz der schwierigen Ausgangslage nicht entmutigen lassen, immerhin bildete nur eine Handvoll Leute das »Anfangsteam«?

Dass ein Tarifvertrag erreichbar ist, hat der Betriebsrat am Anfang selbst nicht geglaubt. Deshalb war die Lohn-AG eine Art Test: Sind KollegInnen außerhalb des Betriebsrats bereit, die Sache anzugehen? Wir brauchten eine Weile, um uns genug Mut zuzusprechen. Dann haben wir die Lohnfrage in den Betriebsratswahlkampf gebracht und damit eine deutliche Mehrheit gewonnen. Für uns hieß das: Jetzt wollen wir's wissen! Danach hat es uns immer wieder Mut gemacht zu sehen, dass mehr und mehr KollegInnen selbst ihre Sache in die Hand nehmen.

Wenn Du jetzt zurückschaust, was waren die wesentlichen Etappen bzw. Aktivitäten, mit denen es

Euch gelang, Eure Belegschaft für das Ziel Tarifvertrag zu mobilisieren?

Der erste direkte Schritt war die erwähnte »Lohn-AG«, eine kleine, im Herbst 2008 gestartete Arbeitsgruppe außerhalb des Betriebsrats, die sich über die Arbeit ausgetauscht, ein paar Aktionen und Flugblätter gemacht und sich informiert hat. In dieser Gruppe haben sich die ersten Aktiven »geschult«. Im Januar 2010 (kurz nach der Betriebsratswahl) riefen wir alle KollegInnen an und luden sie ein, ins Betriebsratsbüro zu kommen, um an einer Unterschriftensammlung für mehr Lohn teilzunehmen und mit uns darüber zu sprechen. Dazu war das Büro eine Woche lang von früh bis spät besetzt. Es kamen ca. 100 in einer Woche von Schneestürmen und S-Bahn-Streiks. Das war eine Beteiligung, wie wir sie vorher nie gesehen hatten. Über 250 nahmen an der Unterschriftensammlung teil. Gleichzeitig legte die Geschäftsführung ihren Entwurf für ein neues Lohnsystem vor. Der sah neben kleinen Verbesserungen eine Reihe von Verschlechterungen vor.

Das waren erste Erfahrungen mit gemeinsamem Handeln. Dazu kam die Wut über diesen Entwurf der Geschäftsführung nach all den Jahren des Lohnverzichts. So hat die Lohn-Kampagne endlich richtig gezündet. Die ver.di-Mitgliederzahl hat sich dann schnell verdoppelt und schließlich versechsfacht. Die »normale« Betriebsratsarbeit saß die Geschäftsführung jedoch ebenso aus wie die Mobilisierung mit der immer lauter werdenden Lohnforderung. Das brachte uns dazu, die Strategie zu ändern: Der Betriebsrat konzentrierte sich darauf, die Selbstaktivität und Selbstermächtigung der Belegschaft zu fördern.

Die Geschäftsführung reagierte im September mit einem Drohbrief, in dem allen KollegInnen unter Ankündigung arbeits- und strafrechtlicher Konsequenzen alles Mögliche verboten wurde, insbesondere, im beruflichen Umfeld oder sonstwie öffentlich um Unterstützung in der Lohnfrage zu werben, und mit dem Versuch, eine Kollegin politisch motiviert abzumahnen. Das konterten die KollegInnen damit, dass sie beim Anhörungsgespräch zu der Abmahnung zu vierzehnt auf der Matte standen. Das Gespräch fand auf dem Flur statt und die Geschäftsführung musste sich für den Drohbrief und den Abmahnungsversuch rechtfertigen.

Gleichzeitig haben wir zu einer ganztägigen Betriebsversammlung im November aufgerufen. Solche Versammlungen wirken sich aufgrund der Betriebsstruktur stark auf die Erfüllung der Aufgaben des CeBeeF aus und werden von den oberen Hierarchieebenen und vielen Eltern und LehrerInnen als Arbeitskampf wahrgenommen. Entsprechend groß waren die Widerstände und die Hemmschwelle, daran teilzunehmen. 150 KollegInnen nahmen an der Versammlung teil. Daraufhin trat die Geschäftsführung endlich in Sondierungsgespräche mit ver.di über einen Tarifvertrag ein.

Nach fast einem Jahr Verhandlungen kam es unter dem Druck einer Streikdrohung im Oktober 2011 zu einer Einigung über die Eingruppierung, die schwierigste Streitfrage der Tarifverhandlungen. Im Dezember 2011 einigten sich die Verhandlungsdelegationen auf den Tarifvertrag. Die Geschäftsführung bekam noch mal ein halbes Jahr mehr Zeit, um mit den Kostenträgern zur Refinanzierung des Tarifentgelts höhere Vergütungssätze zu verhandeln, außerdem eine Erklärungsfrist bis zum 31. März, in der sie sich noch nicht auf den Tarifvertrag festlegen musste.

Nach Ablauf der Frist erklärte die Geschäftsführung, dass sie den Tarifvertrag doch erstmal nicht unterzeichnet. Darauf antwortete die CeBeeF-Belegschaft dann mit einem Streik. Mit drei Warnstreiktagen, einer zweitägigen Betriebsversammlung und zahlreichen Aktionen machten die KollegInnen klar, dass sie sich nicht länger mit Billiglohn abspeisen lassen. Daraufhin teilte die Frankfurter Sozialdezernentin Birkenfeld (CDU) in der FAZ mit, die CeBeeF-Geschäftsführung habe nun endlich »die nötigen Dokumente« vorgelegt und nun stünde eine zügige Einigung zwischen dem CeBeeF und seinem wichtigsten Kostenträger in Aussicht.

Am 31. Mai erklärten Geschäftsführung und Vorstand des CeBeeF die Annahme des Tarifvertrags.

Welche Rolle hat ver.di bei all dem gespielt? Ich weiß, dass die Zusammenarbeit vor dem Jahr 2009 mit der damaligen Gewerkschaftssekretärin eher schwierig war.

Die bis 2009 zuständige Gewerkschaftssekretärin hat gesagt, dass ver.di uns nicht in Tarifverhandlungen vertritt, wenn nicht mindestens 40 oder 50 Prozent im Betrieb Mitglied sind. Wir hatten schon 2004/5 versucht, einfach mit der Forderung nach einem Tarifvertrag Mitglieder zu werben, aber das hat nicht geklappt. Niemand konnte sich vorstellen, dass der Organisationsgrad von sieben auf 50 Prozent steigt, wenn doch außer dem Betriebsrat kein Mensch im Betrieb »was tut«.

Wir hatten uns darauf eingerichtet, bei ver.di dicke Bretter zu bohren. Passiert ist genau das Gegenteil. Andreas Heymann, der Sekretär, der für die Betriebsbetreuung bei uns ab Ende 2009 zuständig war, hat dem Betriebsrat im Februar 2010 gesagt, er würde die Sache gerne angehen, wenn sie eine Chance hat. Als die Tarifbewegung in Schwung kam, bekamen wir dann von ihm grünes Licht für Tarifverhandlungen, obwohl der Organisationsgrad noch weit unter 40 Prozent lag. Er hat uns mit vielen Ideen und organisatorischer Arbeit unterstützt, stand nie auf der Bremse und hat unsere für den ver.di-Tarifpartner Stadt Frankfurt unbequemen Aktivitäten den anderen Hauptamtlichen bei ver.di und dem DGB vermittelt.

Genauso zufrieden sind wir mit Jens Ahäuser vom Landesbezirk, der die Tarifverhandlungen geführt hat. Er hat sich mit großem Verhandlungsgeschick und sehr engagiert auf die schwierige Aufgabe eingelassen, eine akzeptable Eingruppierung für zwei ungeregelte Berufe ohne geregelten Ausbildungsweg auszuhandeln. Beide haben sich durch strategische Klugheit ausgezeichnet und immer auf Argumente gehört. Sie waren bereit, unter schwierigen Bedingungen in die Offensive zu gehen. ver.di hat uns machen lassen und uns darüber hinaus sehr gut unterstützt.

Ihr erhaltet den überwiegenden Teil des Geldes für Eure in der Behindertenhilfe erbrachten Leistungen von der Kommune. Nun gelten in vielen Kommunen Tarifverträge aber als zu teuer. Hat sich die Stadt Frankfurt am Main nicht gegen die Re-Finanzierung eures Tarifvertrag gewehrt?

Das hat sie, aber auf raffinierte arbeitsteilige Weise. Die Stadtpolitik sagt: »Wir wollen, dass Tariflöhne bezahlt werden, und wir finanzieren die Auftragnehmer so, dass sie das können. Wenden Sie sich an die Geschäftsführung ihres Betriebs. Wenn das zu nichts führt, wenden Sie sich an die zuständige Gewerkschaft und setzen Sie einen Tarifvertrag durch, mit Arbeitskampf, wenn es nicht anders geht.«

Das hört sich gut an. Aber gleichzeitig setzt das Sozialamt die Geschäftsführungen unter Druck, billige Preise zu machen. So lange sie das tun – in aller Regel durch Lohndumping – gilt das Prinzip »leben und leben lassen«, das heißt, es wird nicht genau oder gar nicht geprüft und es gibt immer wieder pauschale prozentuale Erhöhungen der an die Vereine bezahlten Entgelte.

Wenn eine Geschäftsführung Tariflohn zahlen will bzw. muss, wird es teurer für die Stadt. Dann verlangt das Sozialamt, dass zum Nachweis der wirtschaftlichen Betriebsführung eine genaue Kalkulation vorgelegt wird und kündigt an, diese ganz genau zu prüfen und den Betrieb ganz genau zu durchleuchten. Damit und mit dem Spardruck der Stadt sind die Geschäftsführungen der meisten sozialen Vereine professionell schlicht überfordert. Das wissen auch die SozialpolitikerInnen der Stadt. So delegieren sie das Lohndumping geschickt an die Geschäftsführungen der Auftragnehmer. Die wehren ihrerseits Lohnforderungen mit dem Argument ab, die Stadt zahle nun mal auf keinen Fall mehr.

Im April 2011 hatte der Betriebsrat mit anderen Betriebsräten sozialer Dienste das »Frankfurter Netzwerk der sozialen Arbeit« gebildet, das Tarifverträge, Tariftreue und Wirtschaftsausschüsse fordert. Mit dem Netzwerk gemeinsam organisierten wir eine Kundgebung mit dem Motto »Tariflohn für soziale Arbeit – Kein Lohndumping mit öffentlichen Mitteln« im September 2011, an der

sich mehrere Hundert KollegInnen beteiligten, mehr als die Hälfte davon vom CeBeeF. Außerdem nervte die CeBeeF-Belegschaft in zahlreichen Aktionen den schwarz-grünen Magistrat. Schließlich erreichte das Netzwerk einen Beschluss der Stadtverordnetenversammlung am 1. März, der regelt, dass die Stadt Tariflöhne bei ihren Auftragnehmern akzeptiert.

Unter dem Druck des Streiks haben sich CeBeeF-Geschäftsführung und Sozialdezernat auf deutliche Erhöhungen der Vergütungssätze für Assistenz, Pflege und Schulbegleitung geeinigt. Diese reichen aber laut Aussage der Geschäftsführung nicht einmal für die vereinbarte Überleitung mit 90 Prozent des Tarifentgelts aus. Das wichtigste Argument der Stadt dabei ist, dass es andere, Tariflohn zahlende Träger gibt, die aufgrund niedrigerer Eingruppierungen mit dem Geld auskommen, das der CeBeeF jetzt bekommen soll. Diese Träger haben aber auf Kosten ihrer Beschäftigten getrickst, unter anderem weil der CeBeeF sie mit seinem Lohndumping unter Druck gesetzt hat. Nach Meinung des Sozialamts soll der CeBeeF also weiter Dumpinglohn zahlen, weil er bisher Dumpinglohn zahlt.

Mit Blick auf das Ergebnis: Seid Ihr zufrieden oder habt Ihr das Gefühl, dass mehr drin gewesen wäre?

Wir sind insofern nicht zufrieden, als die Geschäftsführung in eine neue Runde des Aussitzens gegangen ist. Wir bekommen den Tariflohn noch nicht. Die CeBeeF-Leitung hat den Tarifvertrag unterschrieben, um den Streik zu beenden, scheut aber nach wie vor die Auseinandersetzung mit der Stadt. Der Tarifvertrag ist am 1. Juli in Kraft getreten, aber die Geschäftsführung weigert sich, ihn umzusetzen. Noch hat niemand von uns das Geld bekommen. Viele KollegInnen klagen ihr Tarifentgelt jetzt ein. Die Geschäftsführung kümmert sich nicht darum, die Finanzierung zu verbessern und hat für den Fahrdienst noch nicht einmal Verhandlungen aufgenommen. Sie fordert eine Absenkung des Lohns auf ca. 70 Prozent des Tarifniveaus durch einen »Notlagentarifvertrag« und droht, den Fahrdienst in die Insolvenz zu bringen, und den Beschäftigten, von denen viele ohnehin am Existenzminimum leben, Entgeltbestandteile zu streichen, während sie den Tariflohn weiter nicht auszahlt.

Mit dem Tarifvertrag selbst sind wir zufrieden. Er bedeutet eine starke Verbesserung des Lohnniveaus, besonders für die KollegInnen mit längerer Betriebszugehörigkeit. Außerdem sind wir sehr froh darüber, überhaupt in den Tarifvertrag einzusteigen, weil wir an Tarifrunden beteiligt werden und in Zukunft nicht mehr allein dastehen. Der Tarifvertrag regelt zwar eine zu niedrige Eingruppierung für BehindertenassistentInnen und SchulbegleiterInnen, aber eine Eingruppierung als FacharbeiterInnen. Das ist ein symbolisch wichtiger Fortschritt, denn vorher gab es für diese Berufe weder einen geregelten Ausbildungsweg noch eine tariflich geregelte Eingruppierung.

Aber das kann nur ein erster Schritt sein. Die Arbeit in der Persönlichen Behindertenassistenz und in der Schulbegleitung für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen im Lohnsystem des Tarifvertrags für den öffentlichen Dienst wird mit diesen Eingruppierungen noch nicht annähernd angemessen bezahlt. Außerdem kritisieren viele KollegInnen die Überleitung (in den ersten zwei Jahren nur 90 Prozent des TVöD-Lohnniveaus).

Ihr habt mit anderen Betrieben 2008 ein bundesweites Betriebsrätenetzwerk in der Behindertenhilfe (UAPA) gegründet. Inwiefern war dieses Netzwerk wichtig für Eure Tarifbewegung? Und lassen sich anderswo ähnliche Prozesse wie in Frankfurt erwarten?

UAPA war und ist für uns enorm wichtig. Der Blick über den Tellerrand, zu sehen, wie vieles in den anderen Betrieben im Prinzip gleich ist, die Solidarität der KollegInnen zu spüren und zu wissen, dass wir in den verschiedenen Städten für dieselbe Sache kämpfen, das hilft. Unsere KollegInnen haben uns vielfältige praktische Unterstützung gegeben. Einige Aktive hat es zusätzlich motiviert, sich für unseren Tarifvertrag zu engagieren, wenn sie mitbekommen haben, wie die KollegInnen in anderen Städten mit uns mitfiebern.

Und ja, der Tarifzug rollt bei UAPA. Bei der »Assistenzgenossenschaft« (AG) Bremen und der »Hamburger Assistenzgenossenschaft« (HAG) gibt es inzwischen Tarifverhandlungen. Bei der Eingruppierungsfrage müssen trotz der (symbolisch) vorbildhaften FacharbeiterInnen-Eingruppierung beim CeBeeF hier wie dort jedoch immer noch dicke Bretter gebohrt werden.

Die Independent-Living-Bewegung, aus der die Assistenzdienste hervorgegangen sind, wollte, dass BehindertenassistentInnen keine (medizinischen) Fachkräfte sind, die sie verwalten und bevormunden. Das hat sie in dem Slogan zugespitzt, dass die AssistentInnen »die Arme und Beine« der Menschen mit Behinderungen sein sollen. Tatsächlich führen gerade unzulängliche Qualifikation und Überforderung der AssistentInnen mit den psychosozialen Aufgaben zu Bevormundung und Ausgrenzung der AssistenznehmerInnen. Es handelt sich um pflegerisch und sozialarbeiterisch anspruchsvolle Tätigkeiten. Aber bei Konflikten um die Eingruppierung geistert die überkommene Vorstellung von den »Laienkräften« immer noch durch die Debatte und wird benutzt, um die Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen billiger zu machen.

Bei »Ambulante Dienste« (AD) und »lebenswege« in Berlin haben sich KollegInnen aus der ver.di-Betriebsgruppe und aus dem Betriebsrat für Lohnerhöhungen eingesetzt und für ihre Betriebe eine deutlich bessere Refinanzierung durchgesetzt – leider ohne Tarifvertrag. In verschiedenen anderen Städten bringen die Beschäftigten ebenfalls Bewegung in die Frage des Lohns für die persönliche Assistenz.

Gibt es so etwas wie Lernerfahrungen, die Du auch mit Blick auf andere Betriebe/Betriebsräte hervorheben würdest?

Wir haben viel Zeit und Energie damit verbraucht, nicht konsequent genug Prioritäten zu setzen. Wir haben daraus gelernt, dass wir uns auf das konzentrieren sollten, was nicht nur die Zustimmung der Belegschaft hat, sondern wofür sich KollegInnen selbst einsetzen. Wir haben zu weitgehend die Verantwortung für das Gelingen von Belegschafts- und Gewerkschaftsaktionen übernommen und sind sie später nicht mehr losgeworden. Dadurch war es schwieriger, aus der Falle der Stellvertreterpolitik rauszukommen und die Verantwortung an die Aktiven weiterzugeben, die es können oder lernen können.

Vielleicht am wichtigsten: Wir haben viele Beschäftigte und die Belegschaft insgesamt weit unterschätzt. Bei jedem Schritt der Mobilisierung wurden wir wieder davon überrascht, zu welchen Entwicklungen KollegInnen fähig waren oder was sie auf einmal abrufen konnten, als sie Chancen sahen und Raum bekamen.

In einem Satz:
Gebt Eurer Belegschaft eine Chance!

(Erschienen im express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, Nr. 9/2012)

Los geht's!

Charité nimmt Tarifverhandlungen zu Mindestbesetzungen im Krankenhaus auf

Wir haben Ulrich Wallrich, einem Mitglied der ver.di-Betriebsgruppe der Charité in Berlin, einige Fragen gestellt, wie es dazu kam, dass ver.di Tarifverhandlungen über einen Personalschlüssel aufgenommen hat, was die spezifische Qualität dieses Arbeitskampfs ist und wie das Verhältnis zur großen ver.di-Kampagne »Der Druck muss raus« sich darstellt. Das beredte Schweigen zu letzterem ist uns Arbeitsauftrag fürs neue Jahr, uns diese Kampagne und das Verhältnis von dieser zu lokalen Auseinandersetzungen einmal gründlicher anzuschauen.

Ihr steckt gerade in Tarifverhandlungen um Mindestbesetzung und gesundheitsfördernden Maßnahmen in der Charité (MgM). In einem Flugblatt dazu bezieht Ihr Euch auf das »offensive Streikkonzept« aus dem Jahr 2011, in dem Ihr »erfolgreich große Teile des Pflegedienstes mobilisieren und in der Konsequenz 1500 Betten leer streiken« konntet. Wie habt Ihr das gemacht? Was gehörte zu diesem Streikkonzept und warum war es notwendig? Gab es da nicht auch rechtliche Probleme, weil ja die Versorgung irgendwie sichergestellt werden muss?

Ulrich Wallrich: Grundsätzlich gibt es erst einmal kein rechtliches Problem, im Krankenhaus zu streiken. Streikrecht ist Grundrecht. Bei einem Streik im Krankenhaus wird zum Schutz von PatientInnen in der Regel – was rechtlich nicht notwendig ist – vor dem Arbeitskampf eine Notdienstvereinbarung mit dem Arbeitgeber abgeschlossen. Unsere Notdienstvereinbarung hat die Besonderheit, dass sie nicht selbstbegrenzend ist, denn üblicherweise steht darin, wie viel Personal mindestens vorgehalten wird. In unserer Vereinbarung steht aber auch, dass mit gewissen Vorlaufzeiten Betten gesperrt oder gar ganze Stationen bei anwachsender Streikbereitschaft vorgenommen werden müssen. Das bedeutet im Vorfeld sehr intensive Arbeit und Gespräche vor Ort mit den KollegInnen. Im Streik selbst konnte dann durch die schon hohe Streikbereitschaft zu Beginn eine Art Schneeballeffekt entstehen, so dass wir täglich dem Arbeitgeber zusätzlich zu sperrende Betten und Stationen melden konnten. Ein gesperrtes Bett gefährdet auch keine PatientInnen. Die Versorgung von Notfällen war zu jederzeit gegeben durch eine 24-stündige Hotline zwischen Arbeitgeber und Streikleitung. Dieses Konzept bedeutet an sich einen kurzen, aber heftigen Streik, der ja auch zum Wohle der PatientInnen ist und gleichzeitig durch Einnahmeverluste den ökonomischen Druck erreicht, um erfolgreich zu sein.

Wie haben die PatientInnen beim letzten Streik reagiert? Bezieht Ihr die PatientInnen und die Bevölkerung der Stadt in Euer Konzept ein?

U.W.: Streik im Krankenhaus muss immer PatientInnen und Bevölkerung mit einbeziehen. Durch intensive Presse- und Öffentlichkeitsarbeit schon im Vorfeld des Streiks wurden die Forderungen als berechtigt wahrgenommen. Die PatientInnen und Angehörige hatten wir auch schon bei der konkreten Mobilisierung mit einbezogen, so dass niemand von den Streikmaßnahmen überrascht wurde. Während des Streiks stellten die PatientInnen und Angehörige teilweise sogar fest, dass die Versorgung in den nichtgesperrten Bereichen besser war als bei »Normalbetrieb«. Einer unser Slogans war auch: »Nicht der Streik gefährdet die PatientInnen, sondern der Normalbetrieb«.

Ihr habt im Herbst 2012 Tarifverhandlungen um Mindestbesetzung und gesundheitsfördernden Maßnahmen aufgenommen. Warum ist das notwendig? Gibt es denn in Krankenhäusern keine Personalmindeststandards? Gab es schon einmal einen Streik mit dieser Forderung in der Bundesrepublik?

U.W.: Schon lange wird Personal nach Budget und nicht nach Bedarf eingestellt (bzw. entlassen) und vorgehalten. Dies ist ja gerade eine der verheerenden Konsequenzen aus den Fallpauschalen (DRGs). Mittlerweile sind sich ja sogar Gewerkschaft und Arbeitgeber einig, dass die Gelder durch die DRGs den Bedarf unterfinanzieren und noch nicht einmal Preissteigerungen ausreichend berücksichtigen. Die Belastungsgrenzen sind schon lange in allen Krankenhäusern überschritten, aber die KollegInnen der Charité haben auch das nötige Selbstbewusstsein entwickelt, dagegen aktiv zu werden. Das macht uns besonders Stolz auf unsere KollegInnen. Die Forderungen dienen nicht nur der Verbesserung von Arbeitsbedingungen, sondern auch der Verbesserung der Qualität in Pflege und Patientenversorgung. Und nein, uns ist nicht bekannt, dass so etwas schon einmal gefordert wurde. Aber einer muss ja den Anfang machen!

ver.di macht ja seit 2011 eine Kampagne für Krankenhäuser mit dem Titel »Der Druck muss raus«. Einer der Eckpunkte dieser Kampagne ist auch die Forderung nach Mindestbesetzungsregelungen. Ist Eure Tarifverhandlung Teil der Kampagne und sind die von Euch vorgeschlagenen Personalschlüssel jetzt auch Teil der ver.di-Kampagne? Bislang waren die Forderungen in der Kampagne ja nicht besonders konkret... Kann man die von Euch geforderte Mindestausstattung verallgemeinern, so dass sie für alle KH in Deutschland gefordert werden können?

U.W.: Die Entwicklung der Kampagne »Der Druck muss raus« wollen wir hier gar nicht bewerten. Aber für die Beschäftigten der Charité ist jetzt der Zeitpunkt da zum Handeln. Wenn dies zu einem Impuls für die Kampagne wird, würden wir das mehr als begrüßen. Denn letztlich bedarf es aus unserer Sicht einer gesetzlichen Regelung zur Mindestbesetzung. Das ist unser erklärtes Ziel.

Wie ist im Moment der Stand der Tarifverhandlungen? Geht die Unternehmensleitung der Charité darauf ein? Wie sind die Chancen? Werdet Ihr wieder streiken müssen? Und sind die KollegInnen aufgeladen und bereit für einen Streik für Mindestbesetzungen?

U.W.: Naja, wir reden mit dem Arbeitgeber und haben hierzu auch schon feste Termine bis Mitte Januar vereinbart. Eine konkrete Reaktion auf unsere Forderungen haben wir noch nicht. Ob wir streiken müssen, wird sich zeigen. Aber ohne Streikbereitschaft der Beschäftigten so loszugehen, wäre ja idiotisch und dumm – und wir sind weder das eine noch das andere.

Wir hatten im letzten express einige Artikel über die Arbeitsverhältnisse im Einzelhandel, wo in den letzten Jahren auch eine erhebliche Arbeitsverdichtung und Personalabbau stattgefunden haben. Auch die KollegInnen im Einzelhandel diskutieren im Moment über eine Forderung nach Mindestbesetzungen. Habt Ihr davon gehört? Könnte man sich da von ver.di-Seite vorstellen, dass es fachbereichsübergreifende Diskussionen und evtl. sogar Aktionen geben könnte? Oder ist das abwegig?

U.W.: Die Frage müsst Ihr den zuständigen Fachbereichsleitern stellen. Denn wie zu der Kampagne können wir nur sagen: Wir gehen jetzt los und jeder, der mitgeht, wird mit offenen Armen begrüßt und gefeiert. Und wir als Betriebsgruppe sind immer gerne bereit, Streikwillige zu unterstützen und Interessierte zu besuchen. Das machen wir ja schon seit Sommer 2012.

** Ulrich Wallrich arbeitet in der Charité als Pfleger auf der Intensivstation, ist Mitglied der ver.di-Betriebsgruppe der Charité und lebt in Berlin.*

(Erschienen im express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, 12/2012)

Erfolg durch Nichtstun

Das Ultimatum als kollektive Kampfform im Gesundheitssektor

Die KollegInnen der Charité in Berlin probieren es mit einem Tarifkampf für Personalstandards an Kliniken, vereinzelt gibt es auch parlamentarische Bemühungen, um der chronischen Überlastung der Beschäftigten in der stationären Pflege mit Besetzungsregeln und Quoten für die Relation von Pflegepersonal und PatientInnen zu begegnen. Doch bis diese Bemühungen Früchte tragen, hangeln sich die eigentlich beruflich mit der Gesundung ihrer »KundInnen« Beauftragten von Überlastungsanzeige zu Überlastungsanzeige zu Burnout. Das wollten die ver.di-KollegInnen des Fachbereich 3 (Gesundheit) im Saarland nicht abwarten und hinnehmen. Sie entwickelten mit ihrem Gewerkschaftssekretär Michael Quetting* ein neues Arbeitskampfkonzept: das Ultimatum, dessen Resultate wir im Folgenden dokumentieren. Es beruht auf der Idee, dass schon der Dienst nach Vorschrift – eigentlich von den Arbeitgebern gewollt – zu einem Zusammenbruch der Arbeitsabläufe führen kann und so deutlich macht, wie viel ›ehrenamtliche‹, d.h. unabgegoltene Arbeit in ganz normalen Lohnarbeitsverhältnissen steckt.

Vorläufer dieses Konzepts hatten kritische KollegInnen wie Jerry Tucker von der innergewerkschaftlichen Reformgruppe »New Directions« in den United Auto Workers bereits in den 80er-Jahren unter den repressiven Bedingungen des US-amerikanischen Arbeitsrechts und der aufkommenden Lean Production-Ideologie entwickelt. Eine systematische Anwendung fand dieses Konzept in Deutschland in der Auseinandersetzung bei Transmedia, einem modernen Dienstleistungsunternehmen aus der Medienbranche, in dem Beschäftigte ihre hohe Qualifikation und ihre starke Identifikation mit dem Job einsetzten, um dem Arbeitgeber einen Haustarifvertrag abzuringen – nach neun Monaten »Dienst nach Vorschrift«[1]. Nun also DnV per Ultimatum:

Im Gesundheitsbereich, insbesondere in der Pflege und in der Sozialen Arbeit, sind wir Überlastungs- und Gefährdungssituationen ausgesetzt. Die Situation ist unerträglich. Krankenschwestern leben im Durchschnitt zehn Jahre weniger als andere Menschen. Ein Skandal. Aber es gibt Möglichkeiten, sich zu wehren. In vielen Bereichen kann die Versorgung nur noch durch »Freiwilligenleistungen« der Beschäftigten aufrechterhalten werden. Leistungen, zu denen sie nicht verpflichtet sind, wie zum Beispiel das Einspringen aus dem »Frei«.

Wir verweigern diese freiwilligen Leistungen, wenn man nicht auf unsere Forderungen eingeht. Dafür geben wir dem Arbeitgeber ein paar Wochen Zeit. Das fördert die Solidarität und die Zustimmung. Wir erarbeiten einen Eskalationsplan. Das ist kein Streik. Das ist Arbeit nach Vorschrift. Aber dieses Arbeiten nach Vorschrift führt zum Zusammenbruch. Unsere Ultimaten sind kein Stellvertreterhandeln. Sie verlangen ein solidarisches und gemeinsames Vorgehen. Sonst geht es nicht. Die Kollegen brauchen ver.di als Schutz und als Organisator für die Öffentlichkeitsarbeit und die Solidarität.

1 Jens Huhn: »Anders arbeiten – bei vollem Gehalt. Neue Arbeitskampfformen in einem modernen Dienstleis-tungsbetrieb«, Mannheim/Heidelberger HBV-Hefte: Ideen und Aktionen an der Basis, Offenbach 2001, Bezug über: Redaktion express

Zugeständnisse per Ultimatum: Das Beispiel Schwemlingen

30 Cent pro Kilometer bei Dienstfahrten im privaten PKW – das ist zu wenig. Die Beschäftigten des Fachdienstes Selbstbestimmtes Wohnen beim Saarländischen Schwesternverband (SSV) in Schwemlingen, die psychisch kranke Menschen in ihrem Zuhause unterstützen, stellten deshalb ein Ultimatum: Entweder es gibt mehr Geld, oder wir setzen unsere Autos nicht mehr ein! Das wirkte. 1 000 Euro extra gibt es für Vollzeitbeschäftigte ab jetzt pro Jahr. Auch in anderen Fällen hatten Beschäftigte an der Saar schon Erfolg damit, mit einer Fristsetzung anzudrohen, etwas Freiwilliges nicht mehr zu tun.

Schon seit fünf Jahren fordern die 14 Heilerziehungspfleger, Erzieherinnen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten und Krankenschwestern des Schwemlinger Fachdienstes mehr Kilometergeld für die Nutzung privater PKW. Es gab Beratungen mit der

Beispiele für gelungene Ultimaten

Pflegekräfte in der DRK-Klinik Mettlach im Frühjahr 2011

Das Ultimatum wurde am 26. Januar 2011 ausgerufen. Als Endtermin wurde der 1. Mai 2011 genannt. Die Einigung erfolgte am 3. März 2011. Gefordert wurde eine Mindestbesetzung.

Erreicht wurde: Der Dienstplan wird zukünftig einen Monat vor Gültigkeit – genehmigt von Arbeitgeber und Betriebsrat – rechtsgültig ausgehängt. Das heißt, dass es z.B. spätestens am 31. März den Plan für den Mai gibt. Für den Pflege-Bereich wird eine Mindestbesetzung zugesichert: Frühdienst: 4,5 Vollkräfte, Mittagsdienst: 3,5 Vollkräfte, Nachtdienst: Eine Vollkraft. Für den Reha-Bereich wird ebenfalls eine Mindestbesetzung vereinbart. Diese ist noch zu errechnen. Auch die Mettlacher Kolleginnen und Kollegen werden für das »Rufen aus dem Frei« eine materielle Vergütung erhalten. Über die Höhe ist noch nicht abschließend verhandelt. Die Verhandlung erfolgt aber noch in diesem Jahr.

SHG Kliniken Völklingen zu den Umkleidezeiten im Sommer 2012

Das Ultimatum wurde am 3. Juli 2012 ausgerufen. Als Endtermin wurde der 9. Juli 2012 genannt. Die Einigung erfolgte am 6. Juli 2012.

Gefordert wurde die Rücknahme einer schriftlichen Anordnung hinsichtlich der Bekleidung. Für die Beschäftigten ging es darum, ob das Umziehen zur Arbeitszeit gehört oder nicht. Sie drohten, ab dem Stichtag im Pyjama zur Arbeit zu erscheinen. Das Schreiben wurde von der Geschäftsführung zurückgerufen.

ASB Seniorenzentrum Illingen im Frühjahr 2013

Das Ultimatum wurde am 26. März 2013 ausgerufen. Als Endtermin wurde der 1. Juni 2013 genannt. Die Einigung erfolgte am 2. Mai 2013. Am 15. Mai 2013 wurde die Einigung von der Basis bestätigt.

Gefordert wurde mehr Personal, festgemacht an einer konkreten Mindestbesetzung in den beiden Wohnbereichen. Erreicht wurde: »Das ASB-Seniorenzentrum verstärkt seine Bemühungen zur Gewinnung von zusätzlichem Personal. Es besteht der erklärte Wille, zum frühestmöglichen Zeitpunkt zwei neue Pflegefachkräfte und eine Pflegehilfskraft einzustellen. Den Teilzeitkräften im ASB-Seniorenzentrum in Illingen wird angeboten, ihre Stellenanteile aufzustocken. Die vorhandene Arbeitsstruktur soll kritisch hinterfragt werden, um die Arbeitsabläufe zu verbessern. In diese Prüfung werden ausdrücklich die Beschäftigten mit einbezogen. Es wird angestrebt, die Wäscheverteilung wieder aus dem Zuständigkeitsbereich der Pflege zu nehmen. In diese Maßnahmen wird der Betriebsrat mit einbezogen. Das betrifft in besonderem Maße die Gewinnung neuer Beschäftigter.«

(Quelle: ver.di Saar, Fachbereich 3, informiert)

Unternehmensführung, der Betriebsrat schaltete sich ein und ver.di schrieb lange Begründungen in freundlichen Briefen. All das führte zu nichts. Währenddessen wurde Autofahren immer teurer. Nicht selten kam es bei den Behindertentransporten zur Verunreinigung der Fahrzeuge, die die Beschäftigten selbst beseitigen mussten. Ihre Verärgerung wuchs. Was tun?

Gemeinsam setzte man sich zusammen und überlegte. Die Kontrolle der Arbeitsverträge ergab, dass die Beschäftigten nicht verpflichtet sind, eigene PKW einzusetzen. Daraufhin versprachen sich die Kolleginnen und Kollegen gegenseitig, dass niemand mehr sein Privatauto nutzen würde, und setzten dem Verband eine Frist – ein Ultimatum. Verlangt wurden 200 Euro pro Monat extra. Flugblätter wurden gedruckt, Öffentlichkeit hergestellt, ver.di stellte sich schützend vor die Beschäftigten, ein Notdienst wurde geplant. Die Gewerkschaft kündigte an, am Stichtag mit dem ver.di-Feuerwehrauto vor Ort zu sein, eine »aktive Mittagspause« der übrigen Kolleginnen und Kollegen wurde vorbereitet.

»Fremdwort Ultimatum«

Drei Tage vor dem gesetzten Datum, dem 15. Oktober, kam es zum Showdown. Der Vorstand des Schwesternverbands und die Beschäftigten trafen aufeinander. Zunächst setzte SSV-Chef Thomas Dane – der über das Ultimatum sagte, er »kenne dieses Fremdwort nicht« – auf Drohungen. Doch die Kolleginnen und Kollegen, geschützt durch die Anwesenheit des Gewerkschaftssekretärs und des Betriebsratsvorsitzenden, ließen sich nicht einschüchtern. Schließlich kam es doch noch zum Kompromiss: Die Angestellten des Fachdienstes erhalten ab November eine Prämie in Höhe von 1000 Euro pro Jahr und verpflichten sich im Gegenzug, auf ihren Autos eine entfernbare Werbung für den Schwesternverband anzubringen. Ab Dezember wird ein drittes Dienstfahrzeug angeschafft, ein weiteres soll folgen. Zudem wird der SSV die Beschäftigten beim Neukauf eines Autos im Bedarfsfall mit kostengünstigen Darlehen unterstützen. Weiterhin erhalten die KollegInnen des Fachdienstes 30 Cent pro gefahrenem Kilometer und eine Tankfüllung im Werte von 44 Euro.

Nach interner Beratung haben die Kolleginnen und Kollegen diesen Kompromiss einstimmig akzeptiert.

Schutz, nicht Stellvertretung durch ver.di

Es war nicht das erste Mal, dass Belegschaften im Südwesten mit dieser Methode Erfolg hatten. So erkämpften die Pflegenden der DRK-Klinik Mettlach mit Hilfe eines Ultimatums zusätzliche Stellen sowie eine personelle Mindestbesetzung. Die OP-Pfleger im Klinikum Saarbrücken konnten die Verkürzung überlanger Schichten durchsetzen. Und die Krankenschwestern in der SHG-Klinik Völklingen drohten, im Pyjama zur Arbeit zu kommen, wenn man ihre Umkleidezeiten nicht als Arbeitszeit anrechnet. Die öffentliche Erheiterung veranlasste die Unternehmensleitung schnell dazu nachzugeben.

Gegenseitig verpflichteten sich die KollegInnen in diesen Betrieben, etwas nicht mehr zu tun, wenn die andere Seite nicht einlenkt. Stets waren das kollektive Aktionen. ver.di stellte Logistik, Knowhow, Öffentlichkeitsarbeit und Schutz. Nicht Stellvertreterpolitik, sondern selbstständige solidarische Aktionen führten zum Erfolg. In all diesen Fällen war der Arbeitgeber im Unrecht und konnte die Beschäftigten nicht zu einem bestimmten Verhalten zwingen. So ist es im Grunde überall: Das System der Gesundheitsversorgung und der sozialen Arbeit funktioniert nur deshalb, weil die Beschäftigten es ungeachtet der Illegalität von Unternehmenspraktiken am Leben erhalten. Diese Tatsache wird mit der Methode des Ultimatums genutzt. Sie ist eine effektive Kampfform unterhalb des regulären Streiks, die durchaus noch öfter eingesetzt werden könnte.

* *Michael Quetting ist Gewerkschaftssekretär im Fachbereich 3 bei ver.di Saar*

(Erschienen in: express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, 5/2013)

Auf Handlungsmodus umschalten...

Carsten Becker* zur »Herrschaft des Taschenrechners« im Krankenhaus – und zu kollektiven Gegengiften

»Gesundheit: öffentliches Gut oder Geschäftsmodell« war der Titel einer vom express mitorganisierten Veranstaltung über die Ökonomisierung des Gesundheitswesens bzw. der Krankenhäuser. Wir dokumentieren hier den Vortrag, den Carsten Becker, Betriebsrat an der Charité Berlin, bei dieser Veranstaltung gehalten hat.

Wenn wir über die Ökonomisierung des Gesundheitswesens sprechen, dann stellt sich das bei uns an der Charité so dar: Die einfachste betriebswirtschaftliche Lösung für den Personalmangel und das Einnahmeproblem wäre, morgen früh die Landesflagge von Rheinland-Pfalz zu hissen. Schon hätten wir bei der gleichen Leistung 40 Millionen Euro mehr in der Kasse. Denn Krankenhausfinanzierung läuft seit etwa zehn Jahren so: Für jede Diagnose gibt es eine Fallpauschale, die mit dem sogenannten Landesbasisfallwert multipliziert wird – und der wird von der Landespolitik festgelegt. Der Unterschied zwischen Berlin und Rheinland-Pfalz beträgt dann unterm Strich 40 Millionen Euro. Das wäre die betriebswirtschaftliche Antwort auf all die Probleme, die wir an der Charité haben. Mein Arbeitgeber wäre begeistert…

Für mich heißt Ökonomisierung: Das Stethoskop wurde durch den Taschenrechner als wichtigstes Instrument im Krankenhaus ersetzt. Die Kauffrauen und Kaufmänner haben die Macht übernommen. Ich mache das an einem Beispiel deutlich. Die Charité ist in unterschiedliche Zentren aufgeteilt, weil sie eine ziemlich große Einrichtung mit etwas mehr als 3 000 Betten und 14 000 Beschäftigten ist. Diese klinisch geführten Zentren bekommen jeden Monat eine sogenannte »Rot-Grün-Liste«, in der dargestellt wird, welche Klinik im grünen Bereich ist, was heißt, dass sie den Benchmark von zehn Prozent unterhalb der INEK-Werte[1] eingehalten oder – besser noch – unterschritten hat. Oder eine Klinik ist im roten Bereich, d.h. sie überschreitet die Marke von zehn Prozent weniger als INEK. INEK ist das Institut, das die Krankenhausdaten einspeist und die Kostenkalkulation für die Versorgung von PatientInnen macht. Für die Kosten gibt es drei Faktoren: ärztliche Kosten, pflegerische Kosten und sonstige Kosten. Es gibt viele verschiedene Krankenhäuser unterschiedlicher Art, die ihre Daten beim INEK einspeisen; die Charité ist nur eines davon. Das Wirtschaftsziel der Charité besteht also darin, zehn Prozent unterhalb der INEK-Vergleichswerte zu liegen. Wenn wir unsere Daten beim INEK einspeisen, dann ist die Folge davon natürlich, dass der INEK-Preis sinkt. Da faktisch alle Krankenhäuser – bei den privaten muss man hier eher die Konzernebene betrachten – so aus der betriebswirtschaftlichen Logik kalkulieren müssen, ist dies eine Abwärtsspirale nach unten. Und selbst in dieser betriebswirtschaftlichen Betrachtung, die ja nichts mehr mit der Versorgungsqualität zu tun hat, bleibt die überspitzte Frage unbeantwortet: In welchem Jahr werden wir es schaffen, bei Null zu landen und was passiert dann, wenn wir bei Null landen bzw. wenn wir unterhalb von Null liegen?

Es ist nicht nur der Kaufmann, der diese Zahlen vor sich hat; die Zentren werden geleitet von einem

1 INEK: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Hauptaufgabe ist die Festlegung der abrechnungsfähigen Diagnosen und deren Pauschalierung, Anm. d. Red.

Triumvirat aus ärztlichem Leiter, pflegerischem Leiter und kaufmännischem Leiter. Die drei sitzen dann zusammen, müssen sich rechtfertigen und sagen, welche Maßnahmen sie zu ergreifen gedenken, damit sie in den grünen Bereich kommen oder – wenn sie schon im grünen Bereich sind – wie sie noch besser werden können.

Das Problem ist, dass genau dieser Druck in den Köpfen bei uns angekommen ist. Damit meine ich nicht die explizit kriminellen Geschichten wie beim Organspendeskandal oder die »Auswüchse«, die sich z.B. in den Leistungskontingent-Verträgen zeigen, nach denen Ärzte zusätzliches Geld bekommen, wenn sie mehr oder eine bestimmte Anzahl von Hüften operieren etc. Auch den so genannten Drehtüreffekt und die »blutigen Entlassungen« meine ich hier nicht. Es ist viel schlimmer: Kürzlich haben mir Kolleginnen von einem Patienten auf der Intensivstation berichtet, der eine infauste Prognose hatte, es war also klar, dass er sterben würde. Es gab Diskussionen, was nun noch gemacht werden sollte für diesen Menschen, bei dem es nicht mehr um Heilung, sondern nur noch um Erleichterung ging. Das sind schwierige ethische Diskussionen. Und irgendwann stand dann im Raum: »Wenn der Patient heute stirbt, dann wird sein Bett frei…« Das war dann der Punkt, der in dem Team auf der Intensivstation die Krise ausgelöst hat. Da war klar, wie weit ökonomische Überlegungen mittlerweile schon in unsere Köpfe gesickert sind.

Das ist das Verheerende an dieser Ökonomisierung: dass sie so nach und nach einsickert in unser Denken und Handeln. Für die KollegInnen dort auf der Station war es gut, denn sie hatten dann eine sehr intensive und konstruktive Diskussion darüber. Und sie haben das auch als Krisensituation verstanden. Aber solche Geschichten passieren immer öfter, und das ist das, wovor wir warnen müssen. Es passiert nämlich unabhängig davon, ob es sich dabei um eine privates Krankenhaus handelt oder ein frei-gemeinnütziges mit einem Kruzifix über dem Bett oder ein öffentliches. Weil alle Krankenhäuser sich so scharf am Erlös orientieren müssen, sind davon auch alle Beschäftigten betroffen. Es gibt leider nur eine Studie, die das belegt. Rolf Rosenbrock hat mit anderen zusammen für die Hans-Böckler-Stiftung eine Langzeitstudie gemacht zur Auswirkung der DRGs auf ÄrztInnen und auf Pflegekräfte. Diese hat festgestellt, dass der Spagat zwischen dem ethischen und qualitativen Anspruch, den wir an unseren Beruf haben und den wir auch gelernt haben in Ausbildung oder Studium, einerseits und der realen Situation, die wir tagtäglich in jeder Schicht erleben und durchhalten müssen, andererseits immer größer wird. Und die Konsequenzen dieses Spagats nehmen wir auch mit nach Hause. Er wird immer größer, und das macht das Arbeiten im Krankenhaus so unerträglich in jeder Schicht, an jedem Tag. Das macht uns krank. Das führt zu »Burnout«, Erschöpfungszuständen und Verzweiflung. Und was es noch schlimmer macht, ist, dass es in der menschlichen Natur liegt, Normen und Werte den Verhältnissen, die ich tagtäglich erfahre und nicht ändern kann, anzupassen. Diesen Normenverfall können wir in den letzten Jahren in der Patientenversorgung beobachten. Weil wir hier in Frankfurt sind, will ich das mal mit einem Zitat von Adorno beschreiben: »Es gibt nichts richtiges im Falschen« – außer dem Widerstand. Und das ist das, was uns an der Charité anstachelt, und das ist auch genau das, was uns aus ethisch-moralischen Gründen zum Widerstand geradezu verpflichtet. Nicht aus der ökonomischen Überlegung heraus, dass das ganze Gesundheitswesen eben nicht richtig funktioniert, sondern aus dem ethisch-moralischen Berufsanspruch heraus haben wir Widerstandsformen entwickelt.

Das drückt sich vor allem auch in den Überlastungsanzeigen aus. Da im Krankenhaus nicht aber nicht nur Ärzte und PflegerInnen arbeiten, betrifft dies alle Berufsgruppen. Ein Beispiel: Als wir 2011 unseren großen Streik gemacht haben mit Stationsschließungen und Bettensperrungen, war es in der Presse noch üblich, so zu berichten, als ob ein Krankenhaus nur aus Ärzten bestehe. Die waren ganz irritiert, dass die Ärzte zu dieser Zeit gerade nicht gestreikt haben – eigentlich hatten die überhaupt noch nicht richtig gestreikt, denn dieser Streik war keiner des Marburger Bundes, wo die meisten Ärzte bei uns leider organisiert sind.

Durch die Vehemenz des Streiks gelang es dann, wenn auch mühsam, der Presse zu erklären, dass hier Pflegekräfte streikten. Dass aber auch unsere technischen Angestellten und Verwaltungskräfte mit gestreikt haben, war schwer zu erklären. Die Presse ist an dieser Stelle noch sehr engstirnig. Nun gut. Wir hatten ihnen beigebracht, dass es auch Pflegekräfte gibt, die streiken; vielleicht können wir ihnen jetzt auch beibringen, dass es noch ganz andere Bereiche und Berufsgruppen im Krankenhaus gibt, die notwendig sind und ebenfalls unter Personalmangel und Überlastung leiden, z.B. die Callcenter-MitarbeiterInnen in den Notrufen, die medizinisch-technischen Angestellten u.a..

Widerstand tut Not

Widerstand tut bei uns also Not. Wir reden von vier Ebenen des Widerstands:

- Akut in den Bereichen und auf den Stationen, z.B. durch Notrufe und Ultimaten.
- dem bundesweiten Kampf für eine gesetzliche Personalmindestbesetzung
- Bündnis- und Öffentlichkeitsarbeit (z.B. www.mehr-krankenhauspersonal.de)
- einem Tarifvertrag für Mindestbesetzung und gesundheitsfördernde Maßnahmen (wir nennen ihn »TV MgM«, denn wir wollen großes Kino machen...)

Zu den Notrufen und Ultimaten: Uns geht es darum, Hilfe zur Selbsthilfe zu geben. Das betonen wir immer wieder in den Aktionen mit den KollegInnen. Zunächst gibt es eine Selbstverpflichtung, die man gegenüber den KollegInnen eingehen sollte: »Ich bin hier für Euch, stehe auf Eurer Seite und begleite Euch bei allem, was Ihr bereit seid zu tun. Das ist meine Verpflichtung, die ich Euch gegenüber eingehe. Das ist mein Job. An die KollegInnen stelle ich drei Fragen: Wie zufrieden bist Du? Was willst Du? Und was bist Du bereit, dafür zu machen, dass Du es bekommst?« Das sind die drei Fragen, die die KollegInnen beantworten müssen, einzeln und als Team. Wenn man das untereinander geklärt hat, dann sind wir von ver.di, vom Personalrat diejenigen, die die KollegInnen begleiten mit Veröffentlichungen und was auch immer. Das kann dann sehr weit gehen. Wir haben z.B. durch solche Aktionen schon ganze Stationen geschlossen. Im Prinzip reden wir – das ist jetzt schon ein Vorgriff auf die Tarifauseinandersetzung, auf die ich später kommen werde – davon, dass wir in einem latenten Warnstreik sind mit punktuellen Stationsschließungen, mit punktuellen Bettenschließungen, mit punktuell nicht stattfindenden OPs, weil zu wenig Personal da ist. Das läuft unter der Hand die ganze Zeit ab. Würden wir das unter dem Label »Warnstreik« machen, wären wir an der Charité in permanentem Warnstreik.

Der DGB-Index »Gute Arbeit« differenziert bei der Bewertung von Arbeitszufriedenheit zwischen einer fixen Zufriedenheit: »ist alles gut, kann alles so bleiben«, und einer progressiven Zufriedenheit: »ist ganz gut, könnte aber besser werden«. Und bei der Unzufriedenheit das gleiche: die fixe Unzufriedenheit nach dem Motto »ist sowieso alles scheiße, wird sich nichts ändern« und die konstruktive Unzufriedenheit, die sich in zwei verschiedenen Möglichkeiten ausdrücken kann: »ich gehe woanders hin, wo es besser ist« oder »ich will etwas dagegen tun und will etwas machen«. Uns geht es nun darum, die progressiv Zufriedenen und die konstruktiv Unzufriedenen zu erfassen und ihnen eine Perspektive und Möglichkeiten anzubieten, in den Handlungsmodus zu kommen. Das ist vielleicht nicht nur eine Frage für den Krankenhausbetrieb, sondern eine generelle Frage für betriebliche und auch überbetriebliche gesellschaftliche Arbeit (ich denke z.B. auch an die Blockupy-KollegInnen, die nebenan tagen). Auf der betrieblichen Ebene geht es um Hilfe zur Selbstorganisation.

Der zweite Pfeiler unserer Widerstandsarbeit ist die gesetzliche Personalmindestbesetzung. Hier sind wir in enger Kooperation mit der LINKEN im Bundestag in Form eines Hearings für Betriebs- und Personalräte. Die LINKE ist die einzige Partei, die im Bundestag einen Antrag auf gesetzliche Personalmindestbesetzung gestellt hat. Bei dieser Anhörung zur gesetzlichen Personalmindestbesetzung

kamen – neben der Ablehnung aller anderen Fraktionen – zwei andere Aspekte zum Vorschein. Die Wissenschaftler, die in der Anhörung beteiligt waren, haben bestätigt, dass Deutschland eine absolute Brache ist, was die wissenschaftliche Begleitforschung zu DRGs und deren Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen und den Patienten-Outcome angeht. Das ist ein schwarzes Loch. Es gibt nichts. Dabei war dies sogar Teil des Gesetzes zur DRG-Einführung, dass diese wissenschaftlich begleitet werden sollte. Doch das wurde nie umgesetzt. Die hessische Landesregierung hat vor kurzem Bernard Braun von der Bremer Uni, der eigentlich den Evaluations- und Begleitforschungsauftrag auf Bundesebene hatte, nun den Auftrag gegeben, zu erforschen, wie denn die hessische Situation aussieht, um hier evtl. etwas in den Krankenhausplan reinzuschreiben. Ein Großteil der Krankenhäuser hat sich jedoch geweigert, Zahlen überhaupt darzustellen.

Der zweite spannende Aspekt der Anhörung war der Zynismus, mit dem die Beteiligten agieren. Der Vertreter der Gesetzlichen Krankenversicherung sagte z.B., es gebe kein Problem wegen Personalmangels, sondern es handele sich nur um ein Problem der Aufzüge: Die Krankenhäuser hätten zu wenig Infrastruktur, die Pflegekräfte müssten alle so lange vor den Aufzügen warten, und deshalb gebe es manchmal Engpässe auf der Station. Das hat er nicht am Stammtisch nach dem vierten Bembel gesagt, sondern offiziell bei einer Anhörung im deutschen Bundestag – als Experte! Dieser Zynismus prägt die Grundeinstellung der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Ich glaube zwar, dass wir mit der Kampagne »Der Druck muss raus« etwas erreicht haben, auch wenn es wenig ist – und daran müssen wir jetzt auch anknüpfen und den Druck auf die Politik wiederum erhöhen. Ich habe aber die Befürchtung, dass wir nun mit Bundesgesundheitsminister Gröhe, bekanntlich Experte für Gesundheit, auf der einen Seite und der vielköpfigen Hydra des Lobbyismus auf der anderen Seite noch einen verdammt langen Weg haben, bis wir etwas erreichen. Da werden wir noch enorm viel Druck entfalten müssen.

Zur dritten Ebene des Widerstands, der Bündnis- und Öffentlichkeitsarbeit. Ich könnte hier Patienten- und Angehörigenbriefe zitieren, die deutlich machen, dass die Frage nach mehr Personal im Krankenhaus und besseren Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten dort ganz unmittelbar auf das Patienteninteresse stößt, eine bessere Versorgung zu erhalten. Das müsste eigentlich auch ein ureigenes Interesse der Krankenversicherung sein. Wir zahlen denen Geld für eine Leistung, die auch möglichst gut sein soll. Die Logik der Krankenversicherungen funktioniert aber anders: Wenn weniger ausgezahlt wird, dann kann man besser haushalten, und dann hat man etwas auf der hohen Kante. Und dabei ist es dann letztlich egal, wie es den Versicherten dabei geht. Diese Erfahrung haben wir gemacht. Wichtig ist, dass jede Forderung nach mehr Personal und gegen Personalmangel automatisch eine Verbesserung für die Patientensicherheit bedeutet. Dazu gibt es internationale Studien. Das macht Mut. Ebenfalls Mut macht, dass wir eine Gruppe von enorm aktiven MedizinstudentInnen haben, die in diesem Bündnis aktiv auftreten und gemeinsam mit unseren Auszubildenden Veranstaltungen machen – und das lässt mich, auch als Gewerkschafter, hoffen für die Zukunft. Ich finde es ganz wichtig, diese Öffentlichkeitsarbeit nach vorne zu bringen. Wir erfahren im Moment eine sehr hohe Resonanz damit.

TV MgM – Wir sind keine Verfassungsfeinde

Zur vierten Ebene, dem Tarifvertrag für Mindestbesetzung und gesundheitsfördernde Maßnahmen, »TV MgM«. Den haben wir schon im Jahr 2012 eingeleitet, als unser Arbeitgeber im Sommer sagte, die Charité müsse sparen, da die wirtschaftliche Situation schwierig sei. Da fiel ihm auch ein, dass Leiharbeitskräfte in der Pflege sehr teuer sind, so dass Leiharbeitskräfte gestrichen wurden und ein komplettes Leasingverbot gilt – worüber man sich im Prinzip als Gewerkschafter ja freuen kann, denn wir wollen keine Leasingkräfte in der Pflege. Das Problem war aber, dass es für diese Kräfte auch keinen Ersatz gab! Das freute uns weniger. Die Si-

tuation war katastrophal. Irgendwas mussten wir tun. Wir haben mit der ver.di-Bundesebene verabredet, dass wir den Arbeitgeber zu einem Tarifvertrag für Mindestbesetzung auffordern. Eingeläutet haben wir dies mit einer Warnstreikaktion. Der Arbeitgeber hatte außerdem angekündigt, evtl. eine Pflege-GmbH zu gründen, um weiter zu sparen. Diese war durch unsere öffentlichkeitswirksamen Aktionen ziemlich schnell vom Tisch. Wir hatten den Tarifvertrag für eine Mindestbesetzung gefordert, jetzt mussten wir überlegen, was denn da genau drin stehen sollte. In der Pflege ist es relativ einfach, das haben wir schnell festgestellt. Die Fachgesellschaften für Anästhesie und Intensivmedizin fordern eindeutig einen Schlüssel 1:2, also eine Pflegekraft für zwei Patienten; bei komplexeren Fällen fordern sie einen Schlüssel 1:1. Auf dieser Basis konnten wir unsere Forderungen schnell und klar formulieren. In der »Normal«-Pflege ist es ein bisschen schwieriger. Deshalb haben wir uns in Europa umgeschaut, wie das dort geregelt ist. Wir haben als erstes festgestellt, dass es in Deutschland am schlechtesten um die Pflege bestellt ist. In Norwegen dagegen ist der Schlüssel sogar kleiner als 1:4. Dann haben wir uns geeinigt auf einen »Benchmark 1:5«, weil der Arbeitgeber ja gerne mit Benchmarks arbeitet. 1:5 ist auch der gesetzlich geregelte Benchmark, den die Kollegen in Kalifornien durchgesetzt haben. Für die Normalpflege war uns noch eine Forderung wichtig: keine Nacht allein! Wir haben Stationen mit manchmal 30 Betten, die ansonsten von einer Pflegekraft alleine versorgt werden.

Andere Berufsgruppen haben wir auch ganz gut geregelt. Bei den Radiologieassistenten haben wir eine Quotenregelung in Bezug auf zu bedienende Geräte geschaffen. Daneben haben wir komplexe andere Regelungen entwickelt, die ich hier nicht ausführen kann. Für den Arbeitgeber hatten wir einen eineinhalbstündigen Folienvortrag vorbereitet, in dem das alles vorgestellt wurde. (Noch nicht veröffentlicht, Anm. d. Red.)

Der Arbeitgeber hat dann als nächstes argumentiert, wir seien Verfassungsfeinde und wir verstießen mit diesen Forderungen gegen das Grundgesetz, gegen die unternehmerische Freiheit – die Experten stritten dann nur noch, ob gegen §12 oder §14. Die Auseinandersetzung wurde dann sehr vehement auch bei der Anhörung im Bundestag geführt, und die LINKE – hier wieder ein kleiner Werbeblock – hat dann eine Anfrage an den wissenschaftlichen Dienst des deutschen Bundestags gestartet, zu dieser Frage eine Regelung zu finden. Letztlich haben wir von allen, auch von der juristischen Abteilung der ver.di-Bundesebene, den juristischen Segen bekommen: Unsere Forderungen verstoßen nicht gegen das Grundgesetz, und wir sind keine Verfassungsfeinde. Es ist kein Verstoß, Arbeitsbedingungen zu verbessern; Mindestausstattung beim Personal zu fordern ist kein Verstoß gegen die unternehmerische Freiheit, diese ist dennoch gegeben.

Die Verhandlungen sind im Moment noch zäh und mühsam. Wir haben jetzt schon mal die Zusage vom Arbeitgeber, dass wir 20 zusätzliche Stellen bekommen zur Verbesserung der Nachtdienste. Wir haben zum Arbeitgeber gesagt: »Wir geben zu, dass die Verhandlungen schwierig sind, weil es keinen Referenztarifvertrag gibt. Wir machen hier etwas Neues. Zwischen den Verhandlungsrunden haben wir deshalb auch Arbeitsgruppen eingerichtet, in denen wir die einzelnen Themen besprechen. Aber wir haben dem Arbeitgeber gesagt, dass wir während der Verhandlungen, die im März 2014 abgeschlossen sein sollen, schon Signale haben wollen, dass er es auch Ernst meint. Ein solches Signal war dann die Schaffung dieser 20 zusätzlichen Stellen, um die Nachtdienstbesetzung zu erleichtern. Das andere Signal war, dass sie im letzten Jahr – nach einer ziemlich kurzfristigen, aber guten Protestaktion von uns – alle Auszubildenden übernommen haben. Ob wir bis Ende März tatsächlich nur mit Verhandlungen, also ohne Arbeitskampfmaßnahmen fertig werden, weiß ich nicht. Denn es gibt immer noch große Fragezeichen und Lücken. Es ist durchaus wahrscheinlich, dass wir noch in einen Arbeitskampf gehen können oder müssen. Aber das haben wir ja auch gelernt.

Unser Fazit an der Charité ist: Das System hat versagt, denn alles, was der Arbeitgeber auf der

betriebswirtschaftlichen Ebene versucht, um gegenzusteuern, hat am anderen Ende katastrophale Auswirkungen. Entweder hat er Erlöseinbußen oder eine schlechtere Versorgung. Das Versagen des Systems schadet Beschäftigten, Patienten und Patientinnen. Das muss man dann auch in der Außendarstellung nutzen: Das System schadet uns allen. Widerstand ist notwendig, Widerstand ist möglich. Wir müssen an allen Fronten kämpfen. Das Motto, das wir in dieser Auseinandersetzung haben, ist sehr vielschichtig gemeint: »Mehr von uns ist besser für Alle!« Ich habe die Hoffnung, dass Ihr das »uns« als »wir« begreift, und schließe mit dem Zitat, mit dem wir auch 2011 erfolgreich unsere Tarifbewegung gestaltet haben: »Die Mächtigen erscheinen nur groß, weil wir auf unseren Knien sind. Lasst uns aufstehen!«

** Carsten Becker ist Kinderkrankenschwester und Betriebsrat der Charité*

(Erschienen im express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, 02/2014)

INTERNATIONALES

Wir widersetzen uns

Manifest der solidarischen Ärzte in Frankreich

Als Ärzte sind wir damit betraut, die Krankheiten unserer Patienten zu behandeln, zu diagnostizieren, zu verhüten; wir können nicht indifferent bleiben gegenüber der Zunahme von Maßnahmen, die den Zugang zur kostenlosen Versorgung einschränken und die soziale Sicherheit privatisieren.

Wir lehnen die immer wiederkehrenden ideologischen Kampagnen ab:

- Wir lehnen es ab, den Anstieg der Kosten für Gesundheit in einem der reichsten Länder der Welt zu beklagen. Fortschritte in der Medizintechnik wie in der Chirurgie sind ein Merkmal der Zivilisation und sollen für alle zugänglich sein. Weit entfernt, diese Entwicklung positiv zu würdigen, liefert die Obrigkeit unter dem Vorwand des Anstiegs der Gesundheitsausgaben das Solidarsystem den privaten Versicherungen aus.
- Wir lehnen die Analyse ab, dass das Defizit der Sozialversicherung vor allem auf die Mehrausgaben und nicht auf die Ressourcenknappheit zurückzuführen sei, die, wie allseits bekannt, mit dem Rückgang der Masseneinkommen – was die Ungleichheit noch verschärft – und den unbezahlten Schulden zusammenhängt.
- Wir sind empört über die ideologische Kampagne der Schuldzuweisung an die Ärzte und die Kranken, denen man zu hohe Ausgaben, mangelnde Risikobereitschaft, Freibiermentalität und aufwändige Untersuchungen vorwirft, obwohl der Verzicht auf medizinische Leistungen massiv zunimmt.
- Wir sind gegen die Maßnahmen, die »Übertragung von Verantwortung« (Eigenverantwortung) genannt werden, die sich aus dem oben genannten ergeben und vermehrt dazu führen, dass jeder für seine Versorgung individuell bezahlen muss.
- Wir prangern die soziale Kontrolle der Bevölkerung an: Die Krankenversicherungskarte erlaubt eine schnellere Rückerstattung der

Kosten, dient aber auch dazu, diese zu individualisieren und zu verschleiern. Das Foto des Kranken auf dem Ausweis verwandelt ihn in den Augen der Versorger in einen potentiellen Betrüger. Wir weisen diese Verunglimpfung zurück. Wir versorgen Menschen, denen wir respektvoll begegnen, die aber eingezwängt sind in eine gewinnorientierte und ungleiche Gesellschaft. Wir lehnen es ab, dass die Krankenversicherungskarte ein Instrument für ein medizinisches Register der Bevölkerung wird, eine unmittelbare Gefahr für unsere Freiheiten.

- Wir protestieren gegen die maßlose Macht, den autoritären Charakter der Führungsspitzen der Sozialversicherung und der regionalen Gesundheitsämter, deren gemeinsames Charakteristikum darin besteht, dass sie nicht von der Bevölkerung demokratisch gewählt wurden.

Im Namen einer rentablen Gestaltung der Medizin, auf die die Prinzipien der Privatwirtschaft übertragen werden,

- fördern die Führungsspitzen der Sozialversicherung die Praxis des Überschreitens der Gebührenordnung (Ärzte nehmen für eine Leistung mehr, als die Kasse dem Patienten dann zurückerstattet, die Red.), die das Prinzip der regulären und egalitären Kostenrückerstattung im Rahmen des gesetzlichen Leistungskatalogs zerstört;
- verlangen sie von Ärzten und Pflegekräften, bei der Einschränkung des Zugangs zu medizinischer Versorgung mitzuwirken, so wenig wie möglich erstattbare Medikamente zu verschreiben, Untersuchungen anzuordnen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen;
- während sie immer noch öffentliche Krankenhäuser schließen, die damit für die Patienten in größere Entfernung rücken, drücken sie dort eine »Fließband«-Arbeit beim Personal durch, das dann versuchen muss, die Lücken in der Versorgung und der menschlichen Betreuung der Kranken mit seiner Selbstlosigkeit zu kompensieren.

Wir lehnen die Bevormundung der Ärzte und der Pflegekräfte ab, die belohnt oder bestraft, sogar bewertet werden, in Konkurrenz zueinander gesetzt, um Rentabilitätsziele zu erfüllen, die auch noch »gute medizinische Praxis« genannt werden.

Wir sind zutiefst verpflichtet

- dem Prinzip einer Medizin von hoher Qualität, für alle gleich, und einer solidarischen Sozialversicherung;
- einem notwendigen Vertrauen in die Qualität der Versorgung, das davon bedroht wird, dass die Gesundheit der Menschen der wirtschaftlichen Prosperität der Gesundheitsbranche und der sozialen Sicherungssysteme gegenübergestellt wird;
- der Möglichkeit, die Kranken nach bestem Wissen und Gewissen zu versorgen;

Wir erklären, dass wir uns den Vorschriften widersetzen wollen, die den Zugang zu medizinischer Versorgung erschweren.

Dezember 2010

(Der Text ist im Original zu finden unter: www.petitions24.net/manifeste_des_medecins_solidaires, Übersetzung aus dem Französischen: Nadja Rakowitz/Linde Wagner)

(Erschienen im express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, 2/2011)

Health professionals melden sich zu Wort

Europäisches Manifest gegen die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens

Auf Initiative der Sozialistischen ÄrztInnen Schwedens und des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte entstand das Manifest gegen die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens, das von verschiedenen Organisationen in ganz Europa unterzeichnet wurde. Weitere Unterschriften sind immer noch möglich und gewünscht!

Die Organisation des Gesundheitswesens ist eine öffentliche Aufgabe. Als Gesundheitsprofessionelle sind wir damit betraut, die Krankheiten unserer PatientInnen zu diagnostizieren, zu behandeln und nach Möglichkeit zu verhüten. Wir sollten diese Aufgabe ohne Ansehen der Person wahrnehmen. Eine Unterordnung unter vorwiegend ökonomischen Kriterien hindert uns, diese Aufgaben zu erfüllen: Weder wollen wir PatientInnen medizinisch notwendige Leistungen vorenthalten, noch wollen wir Leistungen erbringen, die medizinisch überflüssig, aber für den Leistungserbringer lukrativ sind.

Diese Bedingungen für eine gute Medizin herzustellen, ist in allen europäischen Ländern möglich. Ist doch die EU eine der reichsten Regionen der Erde. Aktuell erleben wir europaweit eine Entwicklung, die diesem Anliegen entgegenläuft.

Krankheit ist keine Ware

Ob wir ein staatliches Gesundheitswesen haben oder eines, das über Sozialversicherungen organisiert wird, wir sehen überall eine zunehmende Privatisierung und Kommerzialisierung des Gesundheitswesens bzw. der Medizin. Das Gesundheitswesen wird zum Markt, Gesundheit und Krankheit werden zu Waren. Ein wichtiges Moment dieser Ökonomisierung/Kommerzialisierung ist die Privatisierung.

Privatisierung bedeutet:

- ehemals staatliche oder gemeinnützige Krankenhäuser werden privatisiert;
- große Klinikkonzerne, als Aktiengesellschaften organisiert, übernehmen zunehmend die stationäre Versorgung und dringen in den »Markt« der ambulanten Versorgung ein;
- in ehemals staatlichen Gesundheitswesen können private Anbieter Leistungen anbieten;
- Gewinne aus Gesundheitsleistungen fließen an private Kapitalgeber und werden damit dem Gesundheitswesen entzogen und verteuern es so für die Gesellschaft;
- medizinisch notwendige Leistungen werden aus dem Leistungskatalog des staatlichen Gesundheitswesens bzw. der Sozialversicherungen ausgegliedert und müssen privat bezahlt werden;
- hochtechnisierte Leistungen, die gut honoriert werden, kommen zunehmend zur Anwendung.

Privatisierung führt zu gesellschaftlicher Entsolidarisierung und Abwälzung des Krankheitsrisikos auf die Individuen und sie beschränkt demokratische Einflussmöglichkeiten. Der Druck von Gesundheitskonzernen, Profite machen zu müssen, ordnet medizinische Prioritäten zwangsläufig ökonomischen bzw. betriebswirtschaftlichen unter und untergräbt das Arzt-Patient-Verhältnis.

Um diese Prinzipien systematisch im Gesundheitswesen zu verankern, werden Mechanismen kapitalistischer Konkurrenz unter der beschönigenden Bezeichnung »Wettbewerb« implementiert: So konkurrieren private Anbieter mit öffentlichen und gemeinnützigen. Krankenhäuser konkurrieren untereinander um Patienten. Nicht das medizinisch beste Krankenhaus ist der »Sieger« in diesem Wettbewerb, sondern das betriebswirtschaftlich am erfolgreichsten arbeitende. Auch bei gesetzlichen, sozialen Krankenversicherungen ist das Konkurrenzprinzip eingeführt.

Begründet wird diese Kommerzialisierung überall mit den gleichen ideologischen Formeln: Es gebe eine Kostenexplosion durch den sogenannten medizinischen Fortschritt, die Überalterung der Bevölkerung, aber auch durch die gestiegene Anspruchshaltung der Bevölkerung. Angesichts knapper Ressourcen der öffentlichen Hand seien Einsparungen notwendig und diese am besten durch mehr Wettbewerb und Privatisierung zu erreichen.

Tatsache aber ist: Je mehr privatisiert wird, umso mehr hängen Zugang und gute Versorgung der Bevölkerung vom eigenen Einkommen ab. Je mehr privatisiert wird, umso teurer wird ein Gesundheitswesen – ohne dass die Lebenserwartung und der Gesundheitszustand der Bevölkerung besser ist als anderswo (siehe USA). Und: Je mehr privatisiert wird, umso bürokratischer wird ein System, denn nur was dokumentiert wird, wird im Wettbewerb auch bezahlt.

Das ist nicht unsere Vorstellung von einer humanen Gesellschaft. Die Humanität einer Gesellschaft zeigt sich an der Solidarität mit ihren schwächsten Mitgliedern.

Krankenhäuser sind keine Patientenfabriken

Die Kommerzialisierung hat unakzeptable Konsequenzen für PatientInnen und Beschäftigte im Gesundheitswesen. Sie führt zu Über-, Unter- und Fehlversorgung und damit zu vermeidbarem Leiden. In Ländern, in denen die Ökonomisierung schon weit fortgeschritten ist, führt sie dazu, dass häufig nicht medizinisch indizierte Leistungen erbracht werden, da aus betriebswirtschaftlichen Gründen neue »Geschäftsfelder« erschlossen werden müssen. Das geht so weit, dass Krankheiten für diesen Zweck regelrecht erfunden werden. Gleichzeitig wird zur Realisierung von Profiten immer mehr Personal abgebaut. Dies führt bei einer extremen Arbeitsverdichtung für die Beschäftigten zu einer schlechteren Versorgung für die PatientInnen. Die Ökonomisierung selektiert PatientInnen in lukrative und weniger lukrative, die unterschiedlich behandelt werden. Dies widerspricht den Grundsätzen der Humanität und unserem Berufsethos.

Als Gesundheitsprofessionelle sprechen wir uns gegen die Ökonomisierung und die Privatisierung des Gesundheitswesens aus.

Stattdessen fordern wir:

- einen gleichen Zugang zu medizinischer Versorgung für alle und qualitativ hochwertige Versorgung für alle – ohne Ansehen der Person
- eine solidarische und gerechte Finanzierung des Gesundheitswesens
- ausreichendes, gut ausgebildetes und ordentlich bezahltes Personal im Gesundheitswesen (mit gesetzlicher Regelung eines verbindlichen Personalschlüssels)

Wir fordern die Bevölkerung, Patientinnen und Patienten auf, sich mit uns für diese Ziele einzusetzen. Wir fordern die verantwortlichen Politikerinnen und Politiker auf, den Zug der Ökonomisierung und Kommerzialisierung des Gesundheitswesens zu stoppen und zur Umkehr zu zwingen!

(Erschienen im express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, 10-11/2012)

Spital statt Fabrik

Die Industrialisierung der Schweizer Krankenhäuser aus der Sicht des Gesundheitspersonals

Die Schweizer »Aktion Gsundi Gsundheitspolitik« (AGGP) ist Ende der achtziger Jahre aus der Zürcher Spitalbewegung hervorgegangen. Sie setzt sich mit Fragen aus dem Gesundheitsbereich auseinander und ist stark durch die konkrete Berufspraxis und -erfahrung ihrer Mitglieder geprägt. Die AGGP betrachtet Gesundheit als ein Menschenrecht und die Gesundheitspolitik als eine zentrale Komponente der Sozialpolitik. Die Mitglieder der AGGP sind in erster Linie Pflegefachleute; sie hat aber auch Mitglieder, die nicht aus der Pflege stammen. Die AGGP engagiert sich für bessere Arbeitsbedingungen und setzt sich mit Inhalt und Sinn beruflichen Handelns im Gesundheitsbereich auseinander.

Im April 2011 publizierte die AGGP das erste und sechs Monate später das zweite »Schwarzbuch«. Diese bestehen aus Beschreibungen des Arbeitsalltags, die der AGGP von MitarbeiterInnen aus dem einen oder anderen Zürcher Akutspital oder Pflegezentrum zugeschickt wurden. Diese Berichte haben ein bemerkenswertes Echo in der Schweizer Öffentlichkeit gefunden, denn sie zeigen Probleme auf, die gewöhnlich nicht zur Sprache kommen. Die stetige Erhöhung der Arbeitsintensität, die Schwächung des Teamzusammenhalts, der Leistungslohn, die Willkür bei der Entlöhnung, das konsequente Aushöhlen des Gleichstellungsgebots und vor allem die steigende Schwierigkeit, eine gute, professionelle und befriedigende Arbeit zu leisten, werden zum Thema gemacht. Die AGGP engagiert sich im Moment politisch gegen die seit diesem Jahr von Deutschland übernommene Finanzierung der Krankenhäuser über diagnosebezogene Fallpauschalen (DRGs) mit dem Argument, dass diese die Industrialisierung der Krankenhäuser erst recht vorantreibe. Wir dokumentieren hier die Broschüre der AGGP »Spital statt Fabrik. Die Arbeit im Spital – Der Standpunkt des Gesundheitspersonals« aus dem Jahr 2011.

In den Beiträgen, die im Mai 2011 im Schwarzbuch »Wir können dich zwingen« veröffentlicht wurden, ist die Rede von prekärem Spitalalltag, hohem Arbeitsdruck und Sinnlosigkeit. Die geschilderte Situation zeugt von der immer größer werdenden Kluft zwischen den Ansprüchen, die das Gesundheitspersonal an seine Arbeit stellt, und den auf Wirtschaftlichkeit und Rentabilität ausgerichteten Arbeitsvorschriften der Spitalverwaltungen. Auffallend dabei ist die Tatsache, dass das Personal nicht durch die Betreuungsarbeit belastet ist, obwohl dieses regelmäßig mit – auch für erfahrene Berufsleute – schwierigen, herausfordernden Situationen konfrontiert ist. Das Problem liegt vielmehr in der betrieblichen Organisationsform der Betreuungsarbeit. Für das Gesundheitspersonal ist also das Spital und nicht der Beruf das Problem.

Die betriebliche Konditionierung des Arbeitsprozesses gehorcht Zwängen und Zielen, die der eigentlichen Betreuungsarbeit fremd sind. Sie stellen eine Belastung dar, welche die Arbeit des Gesundheitspersonals grundsätzlich beeinträchtigt und zusätzlich zur Arbeit bewältigt werden müssen.

Auf Grund der Gegensätzlichkeiten der Erwartungen, die an das Gesundheitspersonal gerichtet sind, wird es einer strukturellen Gewalt ausgesetzt. Strukturelle Gewalt ist eine systematische und zugleich diffuse Gewaltform, die niemandem präzis zugerechnet werden kann, denn alle Beteiligten

wollen schließlich gute Arbeit leisten. Die strukturelle Gewalt lässt sich von der individuellen Gewaltform des Mobbings unterscheiden. Sie muss auch von der politisch motivierten Gewalt, die sich eindeutig zuschreiben lässt, auseinander gehalten werden.

1. Unterschiedliche Logiken

Strukturelle Gewalt ist Ausdruck des Konflikts zwischen unterschiedlichen Logiken, die gemeinsam zur Organisation der Arbeit beisteuern. Dabei stehen sich zwei Rationalitäten gegenüber: eine Management- oder Verwaltungslogik einerseits und eine Arbeits- oder Betreuungslogik andererseits.

Aus der Sicht der Verwaltung werden Betreuungsleistungen als klassische Dienstleistungen angesehen. Sie bestehen vorwiegend aus objektivierbaren Handlungen bzw. Handlungsketten, die quantitativ erfassbar sind. Ähnlich wie in der Güterindustrie können sie in weniger Zeit erbracht werden, in dem die entsprechenden Produktionsprozesse rationeller gestaltet werden. Außerdem geht die Verwaltung davon aus, dass die PatientInnen und ihre BetreuerInnen gleichgestellte und gleichberechtigte PartnerInnen sind.

Diese Sichtweise deckt sich jedoch nicht mit den Erfahrungen des Gesundheitspersonals im Spitalalltag. Für dieses sind betreuerische Leistungen keineswegs mit üblichen Dienstleistungen vergleichbar, denn sie beruhen auf einer personellen, kooperativen Beziehung mit den LeistungsempfängerInnen. Eine solche muss aber erst aufgebaut werden. Daher ist die Beziehung selbst Bestandteil der betreuerischen Leistung. Der Aufbau der Beziehung geschieht, indem sich die BetreuerInnen Zeit für ihre PatientInnen nehmen. Zeit gehört zur betreuerischen Beziehung wie Baumwolle zum T-Shirt. Zeit ist der wichtigste Rohstoff beim Aufbau eines vertrauensvollen Betreuungsverhältnisses. Aus diesem Grund lässt sich die Betreuungsarbeit im Gegensatz zu üblichen Dienstleistungen nicht wirklich rationalisieren. Präsenz, Aufmerksamkeit, Verfügbarkeit können nicht in kürzerer Zeit erbracht werden, ohne sich dabei im Wesentlichen zu ändern. PatientInnen sind zudem den BetreuerInnen nicht gleichgestellt: Die betreuerischen Beziehungen sind asymmetrisch, denn sie sind durch Abhängigkeit gekennzeichnet. Auch die Verwaltung dieser Asymmetrie, d.h. die wahrhafte Einbeziehung der PatientInnen in den Betreuungsprozess, und die Achtung von deren Anliegen und Bedürfnissen braucht Zeit. Beziehungen, in denen die Zeit fehlt, sind rau, bleiben oberflächlich und wirkungsschwach. Zwischen der Verwaltung und dem Gesundheitspersonal prallen somit zwei unterschiedliche Auffassungen von Betreuungsarbeit aufeinander.

2. Was heißt arbeiten?

Auch was die Natur der Arbeit angeht, sind die Anschauungen der Verwaltung und des Gesundheitspersonals sehr unterschiedlich. Für die Verwaltung heißt arbeiten: eine Aufgabe erledigen. Alle Aufgaben, die von MitarbeiterInnen in einer bestimmten Funktion ausgerichtet werden, sind in ihrem Pflichtenheft aufgelistet. Die Tätigkeiten, die diese selbständig ausführen können, weil sie dazu die notwendigen Qualifikationen erworben haben, gehören zu ihrem Kernkompetenzbereich. Sie führen aber nicht alle Aufgaben, die zu ihren Kernkompetenzen gehören, selber aus. Ein Teil wird delegiert und somit unter ihrer Aufsicht durch MitarbeiterInnen erledigt, die dafür nicht qualifiziert sind. Auf gleiche Weise führen sie selber unter Aufsicht von besser qualifizierten MitarbeiterInnen Arbeiten aus, die nicht zu ihrem Grundkompetenzbereich gehören. Für das Gesundheitspersonal hat Arbeit nicht nur diese objektive, sondern auch eine subjektive Seite. Subjektivität heißt zum einen die Fähigkeit, von einer Situation und dem Menschen, der sie erlebt, berührt zu werden. Professionalität ist folglich die Befähigung, über diese Einfühlsamkeit hinaus Distanz bewahren zu können und damit auch in schwierigen Situationen handlungsfähig zu bleiben. Ohne dieses subjektive Moment kann der/die BetreuerIn kein Interesse für ihr Gegenüber aufbringen. Die betreuerische Beziehung wäre

dann durch Gleichgültigkeit geprägt. Zum anderen ist Arbeit subjektiv, da der/die BetreuerIn durch ihr Tun Selbsterfüllung anstrebt. Arbeiten heißt nicht nur produzieren, sondern auch durch Ausübung der erworbenen Kompetenzen und Qualifikationen sich selber als Person zum Ausdruck bringen. Arbeit ist, wenn sie anerkannt wird, eine wichtige Vermittlerin der Identität.

3. Die Qualität der Arbeit

Sofern sie von der beziehungsgeleiteten Dimension der Arbeit des Gesundheitspersonals absieht, kann die Verwaltung das Spital als einen gewöhnlichen industriellen Betrieb betrachten. Auch in Sachen Leistungsermittlung stützt sie sich auf Instrumente, die im Bereich der klassischen Güterindustrie entwickelt worden sind. Das industrielle Modell der Leistungsbewertung bezieht sich auf drei Größen: die Produktivität der Arbeit, die Qualität der Produkte und die Rentabilität der investierten Gelder. Jede Jahresrechnung ist auf diese drei Dimensionen ausgerichtet.

Wenn eine Spitalleitung aufzeigen kann, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer herabgesetzt werden konnte oder die Anzahl behandelter PatientInnen je Mitarbeitender gestiegen ist, weist dies auf eine Produktivitätserhöhung hin. Wenn sie die Ergebnisse von Zufriedenheits- und Outcome-Analysen veröffentlicht, will sie von der Qualität der erbrachten Leistungen überzeugen und kann ein Rechnungsüberschuss präsentiert werden, wird Rentabilität geltend gemacht. Produktivitäts- und Rentabilitätserhöhung werden allgemein begrüßt, sofern sie nicht auf Kosten der Qualität erzielt worden sind. Die Qualitätsprüfung dient also zur Beurteilung der Güte der allenfalls erzielten Produktivitäts- und Rentabilitätsgewinne.

Leistung ist primär ein Begriff, der von Ökonomen geschaffen wurde. Er hilft dem Gesundheitspersonal bei seiner Arbeit nicht. Aus diesem Grund gehört der Ausdruck nicht zu dessen Fachsprache. Obwohl es viel leistet, versteht das Gesundheitspersonal sein Tun auch nicht als Leistung, sondern als Arbeit, als Betreuungsarbeit. Es sieht seine Aufgabe darin, kranke Menschen auf ihrem Weg zur Genesung fachlich zu begleiten, die Selbständigkeit gebrechlicher Personen durch gezielte Unterstützung aufrecht zu erhalten oder wiederherzustellen und Menschen am Ende ihres Lebens zu begleiten.

Für das Personal ist daher Qualität nicht Teil eines betrieblichen Leistungsnachweises, sondern das Fundament der Anerkennung seiner Arbeit. Dabei geht es von der einfachen Idee aus, wonach das, was gut ist, auch gewürdigt werden sollte. Aus der Sicht des Personals ist seine Leistung gut, wenn zwei Bedingungen erfüllt sind. Einerseits muss die Leistung tauglich (und nicht effizient oder wirtschaftlich) sein. Sie muss also in dessen Augen wie in deren der PatientInnen zur Lösung des gemeinsam identifizierten Problems beitragen. Und andererseits muss sie schön sein, d.h. sie muss nach den Regeln der Kunst entsprechend durchgeführt werden.

4. Die Krise der offiziellen Qualitätsermittlung

Für das Personal ist es im Allgemeinen schwierig, seinen Standpunkt zur Natur der Betreuung, der Arbeit und der Qualität darzulegen. Eine Analyse, die sich auf Betreuungserfahrungen bezieht, ist immer komplex, denn sie weist psychische, soziale und technische Komponenten auf. Sie verweist auf Einzelbeobachtungen, die sich nicht immer verallgemeinern lassen und stützt sich oft auf Gefühle und Intuitionen, die schwer objektivierbar sind. Im Gegenteil dazu kann sich das Management auf abstrakte, standardisierte Indikatoren berufen, die in unterschiedlichsten Betrieben eingesetzt werden.

Trotz dieser Schwierigkeiten konnte das Gesundheitspersonal mit dem Schwarzbuch »Wir können dich zwingen« bislang verdeckte Aspekte des Spitalalltags für eine breite Öffentlichkeit zugänglich machen. Diese Publikation hat verschiedentlich Spitalverantwortliche zu Stellungnahmen veran-

lasst. Zwei unterschiedliche Haltungen können dabei ausgemacht werden. Die eine stellt den Realitätsgehalt der im Schwarzbuch geschilderten Situationen zwar nicht in Frage, weist aber die Schlussfolgerungen der AGGP zurück, so z.B. der Pflegedirektor des Waidspitals. Dieser stellt zwar nicht in Abrede, dass die stets steigende Arbeitsbelastung Auswirkungen hat auf die physische wie die psychische Gesundheit des Gesundheitspersonals. Er beobachtet sogar, dass die Fluktuationsrate des Gesundheitspersonals wieder im Begriff ist zu steigen. Aber wer die Situation realistisch einzuschätzen wisse, dem sei bewusst: »[W]enn die Fallpauschalen eingeführt werden, wird sich diese Entwicklung noch steigern«. Daher sei der Gedanke einer Entschleunigung des Systems, wie eine SchwarzbuchautorIn dies formuliere, zwar berechtigt, aber naiv. Der Ernst der Lage wird anerkannt, aber daraus wird kein Handlungsbedarf abgeleitet. Im Gegenteil, das Personal soll sich auf noch weit Schlimmeres gefasst machen.

Die andere Haltung wird beispielhaft vom Dachverband der öffentlichen Spitäler des Kantons Zürich (VZK) vertreten. Hier werden die Schwarzbuchaussagen als Einzelereignisse kurzerhand zurückgewiesen. Die »Realität spricht eine andere Sprache«, will die VZK-Führung wissen und weist auf die PatientInnenzufriedenheitsstudie (Patient's Experience Questionnaire/PEQ) hin, die 2009 in den Akutspitälern des Kantons Zürich durchgeführt wurde. Die Erhebung fragte nach dem subjektiven Empfinden der PatientInnen zu ihrem Spitalaufenthalt. Die Fragen sind in der Form »Wie schätzen Sie ein...«, »Wie beurteilen Sie...« gestellt. Wie immer bei dieser Art Untersuchung sind die Ergebnisse geradezu fabelhaft: Rund 90 Prozent der Befragten schätzten die ärztliche wie die pflegerische Qualität als »gut« bis »sehr gut« ein und ebenso viele waren mit ihrem Spitalaufenthalt »rundum zufrieden« bis »sehr zufrieden«. Aber was heißt das genau? Für die VZK-Führung ist es die Bestätigung, dass die Leistungen gut sind und PatientInnen dies zu schätzen wissen. Ihre Welt ist damit in Ordnung. Von einem wissenschaftlichen Standpunkt aus weist diese überwältigende Zustimmung unter den Befragten aber eher auf einen Formfehler hin.

Die Fragen sind so gestellt, dass daraus praktisch immer die gleichen Antworten resultieren, unabhängig davon, was die PatientInnen im Spital erlebt haben. Die Erhebung klärt auch nicht, was die PatientInnen subjektiv unter Qualität verstehen. Es gibt apriori keinen Grund anzunehmen, dass ihr Qualitätsverständnis sich mit demjenigen der Qualitätsberichte der VZK-Spitäler deckt. In Erfahrung bringen die Befragungen vor allem eines, nämlich dass die PatientInnen in der Regel sehr zufrieden sind, wieder zu Hause zu sein. Wissenschaftlich haben Untersuchungen wie die PEQ-Studie daher keinen großen Wert. Die Personalzufriedenheitsstudien, die ähnlich konzipiert sind, weisen die gleichen Mängel auf. Wie die PatientInnen ist auch das Personal durchweg sehr zufrieden. Zufriedenheitsmessungen vollbringen sogar das Kunststück, dem Leistungslohn eine hohe Akzeptanz unter dem Personal zu attestieren. In Deutschland, wo der Personaletat etwa halb so hoch ist wie in der Schweiz, sind die Qualitätsergebnisse eben so gut wie in der Schweiz. Aus der Sicht der Spitalverwaltungen gibt es also noch viel Spielraum bei der Erhöhung des Leistungsdrucks. Fragt sich nur, ob und allenfalls wann die Indikatoren überhaupt etwas anzeigen.

Die Diskrepanz zwischen den Antworten, die die Spitalleitungen auf ihre Fragen erhalten, und den Erfahrungsberichten, die im Schwarzbuch gesammelt worden sind, ist groß. So groß, dass die Frage aufgeworfen werden muss, ob den offiziellen Qualitätsmessungen noch Vertrauen ausgesprochen werden kann.

5. Vom Versuch, gute Arbeit zu leisten

Die Verwaltung erwartet vom Gesundheitspersonal, dass es seinem Pflichtenheft nachkommt und die Direktiven erfüllt – nicht weniger, aber auch nicht mehr. Wenn sich das Personal strikt an die Weisungen der Spitalverwaltung hält, kann von seinem Standpunkt aus gesehen jedoch keine gute Arbeit geleistet werden. Daher versucht es, die Aspekte seiner Arbeit, die durch die Vorschriften der

Verwaltung vernachlässigt werden, zu bewahren oder sogar zu fördern. Für das Personal wird also sein Tun nicht auf die Erwartungen des Betriebes begrenzt, und es macht tendenziell mehr, als von der Verwaltung her erwartet wird.

Genau dieses Engagement ist von der Verwaltung jedoch nicht erwünscht, denn aus ihrer Sicht ist die Arbeit gut genug, sobald sich die PatientInnen zufrieden zeigen. Und es wurde bereits oben aufgezeigt, dass dies laut offiziellen Qualitätsprüfungen praktisch immer der Fall ist. Bedacht auf eine genaue Ausführung seiner Anweisungen, stellt sich das Management gegen den Willen des Gesundheitspersonals, gute Arbeit zu leisten. Die Verwaltung ist daher bestrebt, das allgemeine Qualitätsniveau folgendermaßen herabzusetzen:

- durch eine Geringschätzung der Fachkompetenzen und die Abwertung des Strebens nach Professionalität,
- durch Willkür, sei es bei der Leistungs- (MitarbeiterInnengespräch, Leistungslohn) oder der Qualifikationsbewertung (Einreihung, Anstellung auf Basis der Funktion und auf Kosten der Qualifikationen),
- durch die stetige Erhöhung des Leistungsdrucks, wobei die Leistungserhöhung nicht durch eine Rationalisierung, sondern durch eine Intensivierung der Arbeit erzielt wird.

So wird die Verwaltungslogik als einzig relevantes Prinzip bei der Organisation der Betreuungsarbeit in einem Spital/Heim durchgesetzt.

6. Das Spital ist keine Fabrik

Spitäler erbringen Dienstleistungen am Menschen. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass sie im Rahmen einer zwischenmenschlichen Beziehung erbracht werden, die selber Bestandteil des ökonomischen Austausches ist. Bei der Erzeugung von Dienstleistungen am Menschen stehen also ProduzentIn und KonsumentIn in unmittelbarem Kontakt. Sie kennen sich persönlich. Je offener und vertrauensvoller die Beziehung ist, desto wirkungsvoller wird die Leistung. Auch die Dauer des Gegenüberseins, das die Beziehung ausmacht, ist ein Wesensmerkmal der Dienstleistung am Menschen. Wird sie verkürzt, ändert sich die Leistung grundsätzlich.

Die Besonderheiten der Dienstleistungen am Menschen sind relevant für die ökonomische Analyse. Im Gegensatz zu Industriegütern und klassischen Dienstleistungen, die schneller produziert werden können, ohne dass dabei ihre Eigenschaften geändert werden, sind die Dienstleistungen am Menschen nur bedingt rationalisierbar. Sie sind auch begrenzt marktfähig, denn ideal funktionierende Gütermärkte setzen voraus, dass ProduzentInnen und KonsumentInnen füreinander anonym bleiben. Die Spitalleitungen stützen sich jedoch bei ihren strategischen und operationellen Entscheidungen ausschließlich auf eine betriebsökonomische Begrifflichkeit, die für die Industrie zur Optimierung der herkömmlichen Güterproduktion entwickelt wurde. Damit werden Dienstleistungen am Menschen als Industriegüter betrachtet und so ihre ökonomischen Besonderheiten ausgeblendet. Aus diesem Grund liefert dieses konzeptuelle Rüstzeug auch keinen passenden Rahmen für die Analyse der Arbeit des Gesundheitspersonals: Die Bedingungen für eine gute Arbeit werden im Wesentlichen nicht erkannt, die erbrachten Leistungen lediglich in ausgewählten Aspekten registriert. Dieses konzeptuelle Defizit liegt der strukturellen Gewalt zugrunde, der das Gesundheitspersonal im Spital tagtäglich ausgesetzt ist.

(Im letzten Teil der Broschüre findet sich noch ein langer Forderungsteil, den wir hier gekürzt haben. Die Schwarzbücher, die Broschüre und viele Informationen findet man auf der Homepage der AGGP: http://www.aggp.ch)

(Erschienen im express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, 5/2012)

Austeritätspraxen

Nadja Rakowitz über gesundheitliche Nebenwirkungen der Troika-Politik in Griechenland

Vom 25.-28. Februar 2013 ist eine Delegation des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte und von medico international nach Athen und Thessaloniki gefahren, um sich ein Bild von den Auswirkungen der Austeritätspolitik auf das Gesundheitswesen zu machen und um mit Leuten aus solidarischen Initiativen zu sprechen und die Möglichkeiten von konkreter praktischer Solidarität auszuloten. Ein weiteres Anliegen war es, mit Gesundheitspolitikern der Linken zu sprechen über die Pläne der EU, mit Hilfe des deutschen Gesundheitsministeriums genau jene Elemente des deutschen Gesundheitswesens in Griechenland zu implementieren, gegen die kritische (nicht nur) linke Kräfte zu kämpfen beginnen: die DRG-Finanzierung der Krankenhäuser, über die und deren verheerende Auswirkungen Peter Hoffmann im letzten express berichtet hat. Nadja Rakowitz nahm als Geschäftsführerin des vdää an der Reise teil und schildert ihre Eindrücke.[1]

Die Lichter gehen aus

Der erste Eindruck, den man von Athen, aber auch Thessaloniki hat, wenn man abends in die Stadt kommt, ist dunkel: Die Lichter sind ausgegangen. Man fährt an großen vier- bis fünf-stöckigen Wohnkomplexen vorbei und in kaum einem Fenster sieht man Licht. Das fällt richtig auf und als wir unsere griechischen Freunde fragten, erklärten sie, dass viele Leute inzwischen ohne Strom leben oder zumindest Strom sparen müssen. Das Nächste, was auffällt, sind die vielen geschlossenen kleinen Geschäfte und Werkstätten, von denen ein großer Teil der Griechen gelebt hat. Was machen all diese Leute, wenn sie arbeitslos werden oder ihr Geschäft schließen müssen? Was machen sie, wenn sie krank werden?

Als wir das größte Krankenhaus von Athen, Evangelismos, besuchten, konnten wir davon einen ersten Eindruck bekommen. Bei einem Treffen mit ca. 20 ÄrztInnen, Pflegekräften und Mitgliedern der Betriebsgewerkschaft erzählten diese, dass es im – öffentlich geführten – Krankenhaus an Arzneimitteln, Verbandsmaterial und einfachsten Dingen mangelt. Selbst Klopapier suchte ich in den Krankenhäusern, die wir in Athen und Thessaloniki besucht haben, vergeblich. Die ÄrztInnen und Pfleger tun, was sie können, sind aber heillos überlastet. Denn zum einen ist viel Personal entlassen worden oder gegangen (z.B. nach Deutschland), zum anderen haben die Krankenhäuser mehr zu tun, weil sich die Menschen Besuche beim niedergelassenen Arzt nicht mehr leisten können. Sie warten lieber, bis sie sich als Notfall ins Krankenhaus begeben können. »Therapie nach Leitlinien erhält kaum noch jemand«, erklärt ein junger Mediziner, »und Unversicherte schon gar nicht«.

Offiziell sind rund 30 Prozent der griechischen Bevölkerung nicht mehr krankenversichert. Viele Leute, die wir getroffen haben, gehen aber davon aus, dass bereits jeder Zweite aus der Absicherung herausgefallen ist. Seit die griechische Regierung auf Druck der Troika durchgesetzt hat, dass alle sozialstaatlichen Leistungen inklusive Krankenversicherung zwölf Monate nach Verlust des Ar-

1 Mein Dank geht an Kirsten Schubert von medico international, die ebenfalls bei der Reise dabei war und mir viele Materialien zur Verfügung gestellt hat.

beitsplatzes enden, ist die Zahl der Unversicherten dramatisch gestiegen, denn schließlich ist jeder vierte Grieche aktuell arbeitslos, bei Jugendlichen unter 24 Jahre ist es mehr als die Hälfte. Wer nicht krankenversichert ist, muss die Kosten einer Behandlung vor Ort in bar bezahlen oder aber die Rechnung wird dem Finanzamt gegeben, das versucht, das Geld am Ende des Jahres über die Steuer einzuziehen. Betroffene konsultieren also nur noch dann einen Arzt, wenn sie über Geldreserven verfügen – oder erst dann, wenn es gar nicht mehr anders geht. Für die Beschäftigten im Krankenhaus heißt das, dass sie zusätzlich zur offiziellen medizinischen Versorgung auch noch versuchen, Menschen ohne Versicherung irgendwie mit durchzuschleusen. Der Gedanke, Leute aus Geldgründen einfach unversorgt wieder nach Hause zu schicken, ist für viele von ihnen unerträglich. Die Beschäftigten stehen dadurch unter immensem Druck – und das bei Lohnkürzungen um 30-50 Prozent seit letztem August, seit Monaten nicht bezahlten Bereitschafts- oder Nachtdiensten und bei Kürzung der Überstundenzuschläge. Sie gaben uns den dringenden Auftrag mit, darüber in Deutschland zu berichten und diese Zustände öffentlich zu machen. Gleichzeitig nutzten sie unseren Besuch, um ein Gespräch mit dem CEO, dem kaufmännischen Direktor des Krankenhauses, zu suchen und sich bei ihm zum einen zu beschweren über die katastrophale Lage und zum anderen an offizielle Zahlen heranzukommen, mit denen sie dann politisch argumentieren können. Schnell wurde die hitzige Diskussion nur noch auf Griechisch geführt. Für Übersetzung war der Druck im Kessel in diesem Moment zu hoch…

Wie weit die Ökonomisierung des – ehemals vorrangig öffentlich organisierten – Gesundheitswesens schon in die Strukturen und in den Kopf des CEO eingedrungen ist, zeigte sich, als dieser uns voller Stolz berichtete, dass dank der vor Kurzem eingeführten deutschen DRG die durchschnittliche Verweildauer im Evangelismos inzwischen bei 4,7 Tagen liege, man aber »wie die Besten« nur noch 3,5 Tage (in Deutschland aktuell 7,7 Tage) anstrebe. Ohne auf die gravierenden Probleme einzugehen, nahm er dieses eine Kriterium (das sehr gut messbar ist) als einzigen Maßstab für ein gutes Krankenhaus.

Wie dramatisch die Situation des Gesundheitswesens in Griechenland ist, wurde uns bei einer Demonstration (solche Demos finden einmal im Monat statt), an der wir in Thessaloniki teilnahmen, klar. Hinter einem Banner, auf dem stand: »Die Schließung von Krankenhäusern tötet«, gingen wir zusammen mit Leuten, die sich in der solidarischen Praxis dort (und z.T. auch bei Syriza) engagieren, in die Notaufnahmen von zwei großen Krankenhäusern und forderten den kostenlosen Zugang zu medizinischer Versorgung für alle – auch die Unversicherten. Das war erschütternd und ermutigend zugleich.

Solidarische Praxen – Notnagel oder Hoffnung für die Zukunft?

Sowohl in Athen (im Stadtteil Elliniko) als auch in Thessaloniki haben wir eine so genannte »Solidarische Klinik« bzw. Praxis besucht. Giorgos Vichas, ein Arzt und Mitbegründer der Praxis in Ellinko, berichtete, dass Ärzte des Sanitätsdienstes bei einer Demo im Sommer 2011 diese Idee entwickelt hatten. Sie wollten unabhängig vom Staat, aber auch von NGOs eine eigenständige Struktur schaffen, um in dieser »humanitären Krise« Menschen ohne Versicherung zu helfen – ob mit oder ohne griechischen Pass. Durch die Umsetzung der Maßnahmen der Troika kam es zu so großen finanziellen Einschnitten und hohen Selbstbeteiligungen, dass z.B. viele KrebspatientInnen keine Medikamente mehr bekommen (viele davon sind nach Auskunft unserer Gesprächspartner gestorben), dass Schwangere nicht mehr versorgt wurden (weil das in einem Krankenhaus 800 Euro kostet) und dass Kinder nicht mehr geimpft, manche sogar unterernährt seien.

Dass sich die Situation mit dem letzten Memorandum im Herbst 2012 noch einmal ziemlich verschlechtert hat, zeigen alleine die Zahlen. Bis heute haben sie 6 000 PatientInnen versorgt – 1 000 von September 2011 bis August 2012, 1 200 von Au-

gust bis Oktober 2012 und die anderen 3 800 von Oktober 2012 bis heute. Von dieser Zuspitzung in den letzten Monaten erzählten uns viele Leute in Griechenland. Auch dass im Zuge dieses letzten Memorandums viele Krankenhäuser geschlossen werden (sollen), macht die Versorgungssituation z.B. auf vielen Inseln noch schlechter. So soll das Krankenhaus auf der Insel Limnos ersatzlos zugemacht werden; die PatientInnen sollen die Fähre nach Lesbos nehmen und dort ins Krankenhaus gehen…

Ähnlich dramatisch ist auch die Situation bei der Versorgung mit Arzneimitteln. Seit 2012 bekommt man in Apotheken Tropfen, Tabletten oder Salben nur noch gegen Barbezahlung. Und hunderte Präparate sind überhaupt nicht mehr erhältlich. Das liegt unter anderem daran, dass Pharmafirmen nicht mehr liefern, weil die Refinanzierung aufgrund des Bankrotts des Nationalen Trägers für Gesundheitsleistungen (EOPYY) ungewiss ist. Die EOPYY soll Verbindlichkeiten von etwa zwei Milliarden Euro gegenüber Ärzten, Apotheken, Krankenhäusern und Pharmaherstellern bedienen, erhält gleichzeitig aber rund 500 Millionen Euro weniger staatliche Zuschüsse.

In der Praxis Elliniko arbeiten zurzeit 200 Leute ehrenamtlich, darunter 75 ÄrztInnen und 15 ZahnärztInnen. Fast alle arbeiten zusätzlich zu einem anderen Job dort (in der Regel für ein paar Stunden die Woche). Sehr wichtig ist die kostenlose Abgabe von Arzneimitteln sowie von Babynahrung, Windeln etc., von der inzwischen auch Versicherte Gebrauch machen, die die Zuzahlungen nicht mehr leisten können. Es gebe, so berichteten uns Beschäftigte, drei Krankenhäuser in Athen, mit denen die Praxis zusammenarbeitet, die ebenfalls Unversicherte versorgen – so weit es geht und an den Gesetzen vorbei. Sowohl die Ärztekammer als auch die Regierung haben die Praxis anfangs bekämpft und schikaniert. Während die Ärztekammer ihre Drohung, den ÄrztInnen die Approbation zu entziehen, schnell zurücknahm, akzeptiert die Regierung die Arbeit immer noch nicht.

Das linke Wahlbündnis Syriza unterstützt die solidarischen Praxen und andere solidarische Projekte und Netzwerke nach Kräften, die Kommunistische Partei (KKE) hingegen ist gegen die Praxen, da diese »den Staat entlasten«. Über Letzteres sind sich Giorgos Vichas und seine KollegInnen durchaus im Klaren und es ist nicht ihre Absicht, langfristig ein öffentliches Gesundheitssystem zu ersetzen. Im Gegenteil: Parallel zu ihrer solidarischen Praxis kämpfen sie politisch für eine gute und ausreichende öffentliche Gesundheitsversorgung. Sie sind sich auch darüber im Klaren, dass sie nicht einfach zurück wollen zum status quo ante, denn dieser war geprägt von Korruption, Überversorgung (mit entsprechend hohen Arzneimittelausgaben) und Ineffizienz.[2] Diese Fehler seien schon vor der Krise von einigen Leuten, auch ÄrztInnen, kritisiert worden, aber mit wenig Erfolg. Giorgos beschreibt die Situation so: »Wir kämpfen gegen zwei Feinde: gegen die Troika und die ›Inlandstroika‹, die deren Politik umsetzt, und gegen uns selbst. Auch wir müssen uns ändern.« Die solidarischen und selbstorganisierten, gut funktionierenden Arbeitsformen könnten ein Vorbild für ein solidarisches Gesundheitswesen der Zukunft sein, so seine Hoffnung.

Von uns (wir waren übrigens die erste ausländische Ärzteorganisation, die ihre Praxis besucht hat!) erhoffen sich die KollegInnen in den solidarischen Praxen, dass wir in Deutschland verbreiten, wie die Situation ist, und diejenigen kritisieren, die für diese Politik verantwortlich sind. Finanzielle Unterstützung wollen sie übrigens explizit nicht. Sie brauchen Medikamente, aber kein Geld – auch weil sie nicht in den Ruch der möglichen Korruption geraten wollen.[3]

Die solidarische Praxis in Thessaloniki arbeitet praktisch ganz ähnlich wie die in Athen, hat aber eine andere Geschichte. Sie ist entstanden wäh-

2 Vgl. Alexis Benos / John Lister: »Syriza – Reality Is Forcing Us To Forget The Old Ways Of Working«, Socialist Resistance, September 14, 2012, in: www.zcommunications.org/

3 Aufrufe der Klinik zu Soliaktionen finden sich auf der Homepage des vdää unter: Themen/Gesundheitspolitik international

rend eines Hungerstreiks von MigrantInnen, die medizinisch versorgt werden mussten. Sie war in ihrem Ursprung politisch und von Selbstorganisationsvorstellungen aus dem migrantischen Milieu geprägt. Hinzu kommt, so schien es uns, dass es in Thessaloniki eine Tradition an sozialmedizinisch geprägten ÄrztInnen gibt, die nicht erst durch die oder in der Krise Medizin als etwas Politisches verstehen. Lernen konnten sie das – und heutige Medizinstudierende können das immer noch – an der Uni Thessaloniki bei Alexis Benos, einem Professor für Sozialmedizin/Public Health, der auch für Syriza aktiv ist.

Die Rolle von Syriza

Mit Leuten von Syriza hatten wir mehrfach Kontakt. Theodoros Paraskevopoulos, der für die Parlamentsfraktion am Programm von Syriza mitarbeitet, machte eine Einführung in die politökonomische Situation und betonte dabei, dass im Moment neben der Entwicklung eines Regierungsprogramms das wichtigste Anliegen von Syriza sei, die verschiedenen solidarischen Projekte und Netzwerke zu unterstützen. Dafür sei »Solidarity for All«[4] gegründet worden (die wir dann auch besucht haben). Dabei handelt es sich um eine Art Dachorganisation, die zum einen Gelder verteilt (jeder Parlaments-Abgeordnete der Syriza gibt 20 Prozent seines Gehalts an die Organisation ab), und zum anderen versucht, Netzwerke zwischen den verschiedenen Projekten zu knüpfen und diese miteinander in Kontakt zu bringen. Die Organisation arbeitet seit Oktober 2012 und alle MitarbeiterInnen betonen, dass sie nicht direkt für Syriza arbeiten und schon gar nicht an politische Weisungen gebunden sind… Das schien uns bezeichnend für die Beziehung von Syriza zu den sozialen Bewegungen. Sowohl die verschiedenen linken Strömungen in der »Partei« als auch diese selbst und soziale Initiativen bzw. unabhängige Gruppen bewegen sich – angesichts der ernsten Lage – aufeinander zu und müssen, wie es Alexis Benos in einem Interview formuliert, die alte Art zu arbeiten und Fraktionskämpfe auszutragen, aufgeben und zusammenarbeiten.[5] Dies bestätigten auch Jannis Milios, Parlamentsabgeordneter und Ökonomieprofessor in Athen, sowie die Mitarbeiter von *Solidarity for All* und von der solidarischen Praxis in Thessaloniki.

Dass sich die Bewegungen politisch zu verallgemeinern beginnen, zeigte sich uns auch daran, dass es für die KollegInnen von der solidarischen Praxis völlig klar war, uns auch kurz zur selbstverwalteten Fabrik VIO.ME in Thessaloniki zu fahren und die Gelegenheit zu geben, mit den Beschäftigten dort zu sprechen. Den Vorsitzenden der Betriebsgewerkschaft, Makis Anagnostou, trafen wir am Abend dann auch auf einer offenen Syriza-Versammlung, wo er und der Wirtschaftsexperte von Syriza, John Dragasakis, das ökonomische Programm im Falle einer Regierungsübernahme erläuterten.[6] Alle Beteiligten wissen, dass sie nur dann politisch erfolgreich sein können, wenn es in den anderen Ländern der EU Unterstützung bzw. Solidarität durch starke linke Bewegungen gibt.

Kritik übten unsere FreundInnen in Thessaloniki an Syriza, dass diese – anders als z.B. die KKE – in ihrer Öffentlichkeitsarbeit dem Gesundheitsthema nicht die Priorität einräumt, die es verdiente. An der humanitären Krise im Gesundheitswesen lassen sich die konkreten Auswirkungen der Austeritätspolitik gewissermaßen hautnah deutlich machen – und an der praktischen Arbeit der solidarischen Praxen lässt sich eine kollektive selbstorganisierte Arbeit als Hinweis für Wege aus der Krise ebenfalls erfahren.

(Erschienen in express, Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, 3/2013)

4 Ein Positionspapier von Solidarity for All und eine Analyse der Lage in Griechenland in deutscher Sprache findet sich unter: www.solidarity4all.gr

5 Vgl. Alexis Benos / John Lister: »Syriza – Reality Is Forcing Us To Forget The Old Ways Of Working«, a.a.O.

6 Vgl. Auch Alexis Tsipras: »Unsere Lösung für Europa – ein Vorschlag«, in: Le Monde Diplomatique, Februar 2013

Die Zerstörung eines Vorzeigemodells

Stefan Meyer* über Spaniens Gesundheitssystem im Zeichen der Austerität

Das spanische Gesundheitswesen ist unbezahlbar – aber billig. Im April 2012 hat die konservative spanische Regierung per Dekret das Fundament der spanischen Gesundheitsversorgung verändert. Obwohl das Finanzierungsproblem den fehlenden Einnahmen geschuldet ist, hat die Regierung die Kostenbremse gezogen, indem sie den Leistungskatalog neu strukturiert, Zuzahlungen für Medikamente und Heilmittel anhebt und den Zugang zur öffentlichen Versorgung begrenzt – insbesondere für MigrantInnen ohne gültigen Aufenthaltsstatus. Doch die spanische Bevölkerung und die Gesundheitsberufe verteidigen ihr Erfolgsmodell.

Die Entwicklung des öffentlichen Spanischen Gesundheitswesens ist eine Geschichte der sukzessiven Erweiterung der sozialen Rechte. Begründet 1946 als »Obligatorische Krankenversicherung« *(Seguro Obligatorio de Enfermedad)*, die auf Ideen der Spanischen Republik 1931-39 zurückgeht, haben zunächst nur wenige (Arbeiter) Zugang. Die anderen Bevölkerungsgruppen werden entweder durch Fürsorge für Arme auf Gemeindeebene oder durch private Versicherungen für Reiche abgedeckt. Industrialisierung, Wirtschaftswachstum und die Notwendigkeit sozialer Befriedung im Frankismus führen zu einer zunehmenden Integration dieser drei Teile sowohl in der Finanzierung als auch in der Leistungserstellung.

Das Jahr 1978 markiert nicht nur die neue Verfassung, in der das Recht auf Gesundheit als Leitwert, wenn auch nicht als fundamentales Recht, anerkannt wird, sondern auch die Schaffung der Spanischen Sozialversicherung. 1986 konsolidiert sich dies durch einen historischen Gesetzesakt zum Nationalen Gesundheitssystem: ein steuerfinanziertes Versorgungssystem mit staatlich angestelltem medizinischen Personal und der Deckung der Versorgung für alle spanischen BürgerInnen qua Staatsbürgerschaft. Im Jahre 2000 wird diese Leistungsdeckung unter der konservativen Regierung Aznar auf alle in Spanien gemeldeten Personen ausgedehnt. Da die Meldebestätigung Gemeindekompetenz ist und diese Register nicht mit den nationalen Polizeibehörden abgeglichen werden, haben somit auch Personen ohne gültigen Aufenthaltsstatus Zugang zur öffentlichen Versorgung unter gleichen Bedingungen. Im Jahre 2011 wird – als eines der letzten Vermächtnisse der sozialistischen Regierung Zapatero – das Gesetz der Öffentlichen Gesundheit beschlossen (*Ley de Salud Pública*), das die Versorgungsdeckung für alle im Staatsgebiet Lebenden festschreibt und einige fortschrittliche Public Health-Maßnahmen wie Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen aller Gesetze und einen generellen Präventionsansatz zur Norm macht.

Spanien hat mit Ausgaben von 2 244 Dollar pro Kopf eines der günstigsten Versorgungssysteme der westlichen Hemisphäre. Es liegt unter dem OECD-Durchschnitt (2 414 Dollar) und weit unter den Ausgaben in Deutschland (3 436 Dollar). Dazu hat es ausgezeichnete Ergebnisse: Die Lebenserwartung ist in Spanien mit 81,9 Jahren nach der Schweiz die höchste in Europa, auch wenn – wie allgemein bekannt ist – die Gesundheitsversorgung nur geschätzte 20 Prozent dazu beiträgt. Darüber hinaus besteht ein sozialer Konsensus über Gesundheit als Priorität. Bislang war die Gesundheitspolitik aber nie Gegenstand kontroverser

öffentlicher Debatten. Gesteuert wurde mit einem breiten Konsens. Dies und die guten Ergebnisse in der Versorgung führten zu einer großen Zufriedenheit, 73,1 Prozent der bei einer Umfrage befragten Bevölkerung bewerten das System mit »gut« oder »sehr gut«. Spanien hat vergleichsweise niedrige Sozialausgaben: 25 Prozent des BIP im Vergleich zu 30 Prozent in der Euro-Zone. Die Ärztedichte liegt mit 3,8 pro 1 000 EinwohnerInnen ein wenig über dem OECD-Durchschnitt (3,1), bei den Pflegekräften mit 4,9 pro 1 000 liegt es deutlich darunter (8,7 OECD-Durchschnitt).

Die letzteren Daten – niedrige Sozialausgaben und wenig Pflegekräfte – deuten darauf hin, dass der Schwerpunkt des spanischen Systems auf den kurativen Tätigkeiten liegt. Viele der sorgenden und pflegerischen Arbeiten werden nach wie vor an die Familie – in anderen Worten Frauen: Töchter, Mütter, Schwiegertöchter – verwiesen. In einem Land, das im europäischen Vergleich einen der größten Anteile an Schwarzarbeit am BIP – geschätzte 28 Prozent im Jahre 2013 – und eine der ungleichsten Reichtumsverteilungen der EU-27 hat, nur von Lettland, Bulgarien und Portugal übertroffen, deutet das auf einen großen Sektor der Pflege und Betreuung als unregulierte, minderbezahlte und prekäre Arbeit, der in großen Teilen von Migrantinnen ohne gültigen Aufenthaltsstatus übernommen wird.

Rolle rückwärts

Im April 2012 verabschiedet die konservative spanische Regierung ein Gesetz (*Real Decreto Ley RDL 16/2012*), das die wohl am tiefsten greifende Reform seit 1986 darstellt. Und sie tut dies statt auf dem üblichen Gesetzeswege per Dekret – mit der akuten Notlage der Finanzierungssituation argumentierend. Das Gesetz bindet den Status des Leistungsempfängers an die Lohnarbeit, sei es als Versicherungsnehmer (*asegurado*) oder Mitversicherter (*beneficiario*). In einem ersten Entwurf sollten alle Personen über 26 Jahre, die noch kein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis hatten, aus der Versorgung ausgeschlossen werden. Schließlich wurden – per Dekret – alle spanischen StaatsbürgerInnen eingeschlossen. Diese Eingrenzung irritiert, basiert doch die *Finanzierung* auf allgemeinen Steuern, direkte und indirekte, die *alle* zahlen, insofern müsste sie die Grundlage eines Beveridge-Modells, nicht die einer an die Lohnarbeit gebundenen Versicherung zwischen den ›Sozialpartnern‹ (Bismarck-Modell).

Zusätzlich zur Eingrenzung des Versichertenkreises hat das Gesetz auch empfindliche Zuzahlungen bei Medikamenten und Heilmitteln angeordnet (*Copago*), insbesondere bei RentnerInnen, die bislang davon befreit waren. In der gegenwärtigen Wirtschaftskrise stellt das viele RentnerInnen vor die Frage, ob sie ihre Pillen kaufen oder lieber das Schulbrot der Enkel finanzieren. Als dritte Komponente der Reform wurde der Leistungskatalog in eine Liste von Grundleistungen (*Cartera única*) und zusätzlicher Leistungen aufgeteilt. Dies lässt vermuten, dass bei der kommenden Neuordnung einige Behandlungen von der Liste fliegen. Zusammengefasst diktiert die Reform also eine Schrumpfung sowohl der Zahl der Menschen mit Versorgungsanspruch (Ausschluss der »*Sin-papeles*«), der solidarisch finanzierten Anteile der Ausgaben (*Copago*) als auch der finanzierten Leistungen (*Cartera única*). Nimmt man den Weltgesundheitsbericht der WHO von 2010, der eigentlich vor allem eine *Roadmap* für einkommensschwächere Länder hin zu gerechteren und besseren Gesundheitssystemen sein sollte, zeigt sich, dass Spanien den Bericht sozusagen verkehrt herum liest: Das RDL 16/2012 diktiert einen Rückschritt in allen der drei Dimensionen, die die WHO vorschlägt.

Der große Skandal freilich ist der Ausschluss der Einwanderer ohne gültigen Aufenthaltsstatus. Im Nationalen Spanischen Reformprogramm – eine Art Kniefall gegenüber der Europäischen Union, um die Intervention abzuwenden – hat Regierungspräsident Rajoy im April 2013 die Zahl von 873 000 Gesundheitskarten angegeben, die zurückgezogen wurden, als die Versichertendatei als Folge der Gesundheitsreform vom Gesundheitsministerium zum Arbeitsministerium wan-

derte. Nicht alle darüber Registrierten mögen tatsächlich Menschen sein, die ausgeschlossen wurden – in einem neuerlichen Statement gab die Gesundheitsministerin Ana Mato an, dass 500 000 Karten zu Personen gehörten, die nicht mehr in Spanien wohnten, ohne freilich eine Quelle dafür anzugeben. In jedem Falle ist eine große Anzahl an EinwandererInnen nun vom Versorgungssystem ausgeschlossen, mit Ausnahme von Notfallversorgung, Kindern und schwangeren Frauen. Die Dunkelziffer der Menschen, die in Bezug auf ihre administrative Erfassung irregulär in Spanien leben, ist schwer zu schätzen – zwischen 250 000 und einer Million.

In zahlreichen Stellungnahmen haben die Gesundheitsministerin und die Ihren darauf bestanden, dass »alle versorgt seien.« Médicos del Mundo und einige andere Organisationen haben jedoch zahlreiche Fälle dokumentiert, in denen die Türen des Krankenhauses verschlossen blieben. Im Großen gibt es drei Typen dieser Art der Menschenrechtsverletzung. Zum Ersten werden ärztliche Behandlung, sei es auf Primärniveau oder als weiterführende Behandlung, und Diagnostik, verweigert. Besonders tragisch ist dies bei chronischen Erkrankungen. Eine Diabetikerin muss erst in eine akute Notlage geraten, bis sie auf der Notaufnahme »eingestellt« werden konnte. Hierzu zählt auch, dass den PatientInnen 100 Prozent der Medikamentenkosten zugemutet werden. Médicos del Mundo war in Kontakt mit einem Patienten mit schizophrener Störung, der seine Medikation nicht bezahlen konnte. Daraufhin hat er einen Nachbarn angegriffen, weshalb er in einer Strafvollzugsanstalt interniert wurde und dort auch medikamentös behandelt wurde. Wieder auf der Straße, findet er sich in der gleichen Lage – ohne Zugang zu seinen Medikamenten. Zum Zweiten werden PatientInnen abgewiesen mit der Forderung, vor der Behandlung eine Zahlungsverpflichtung zu unterzeichnen. Zum Dritten schließlich gibt es die »Sollübererfüllung«, wenn administratives oder auch medizinisches Personal PatientInnen ablehnt, obwohl diese eigentlich einen Rechtsanspruch auf Versorgung hätten.

Rassismus von oben

In diesem Falle hat offensichtlich der rassistische Subtext der öffentlichen Debatte gegriffen. Die Regierung beruft sich gerne darauf, mit der Gesundheitsreform »Gesundheitstourismus« zu bekämpfen. Zweifellos handelt es sich hier um ein real existierendes Phänomen – und der Bundesrechnungshof hat 2011 die Regierung deshalb angemahnt –, doch besteht das Problem weit eher in der administrativen Herausforderung, den anderen EU-Mitgliedstaaten die Rechnungen ihrer zum Beispiel britischen oder deutschen Pensionäre, die sich an der Levante-Küste niederlassen, zukommen zu lassen. Die gewollte Vermischung dieser Bevölkerungsgruppe mit den MigrantInnen, die nach Spanien kommen, um Arbeit zu suchen, kann sich des Verdachtes nicht erwehren, die Regierung wolle in populistischen – oder direkt rassistischen – Wassern fischen zwecks Stimmenfang bei den nächsten Wahlen. Nicht umsonst ist Spanien eines der wenigen europäischen Länder, in denen es der konservativen Partei noch »gelingt«, den rechten Rand zu integrieren und das Aufkommen einer populistischen rechten Partei zu vermeiden.

Eine wichtige Dimension ist die Wucht, mit der die Reform insbesondere auch Frauen trifft. Der Ausschluss von der hausärztlichen Versorgung und der Verweis, nur noch über die Notfallaufnahme ins System einzutreten, unterläuft die zentrale Erkenntnis, dass häusliche und sexuelle Gewalt oft identisch sind – Letztere ist in der Einwandererbevölkerung höher als in der autochtonen –, verhindert das Entdecken von Menschenhandel und ritueller Genitalverstümmelung und schließt viele junge Frauen von präventiven Maßnahmen wie Familienplanung und Brustkrebsscreening aus. Auch zum gewollten Schwangerschaftsabbruch gibt es keinen Zugang, was die Türen wieder für Hinterzimmerpraktiker öffnet. Erinnern wir uns: Es geht hier genau jene Frauen, die nachmittageweise für wenig Geld Kinder und Großeltern der Spanier versorgen…

Neben der Systemveränderung, die mit dem RDL16/2012 dekretiert wurde, gibt es noch zwei

weitere Bedrohungen. Zum einen die generellen Budgetkürzungen. Die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung ist Kompetenz der autonomen Regionen. Neunzig Prozent der Ausgaben werden hier getätigt. Die Autonomen Regionen leiden unter dem Einnahmeloch wegen der Krise und des Ausgabenstopps, den ihnen die Schuldenbremse und die Nationale Austeritätspolitik verschreiben. Das Gesundheitsbudget ist der Bereich, der am meisten zurechtgestutzt wurde. In jeder Region kam es zu Kürzungen, die zwischen drei und fünfzehn Prozent lagen. Auch auf nationaler Ebene wurde gestrichen: Zwischen 2008 und 2013 sank das Budget des nationalen Plans gegen Drogen auf ein Drittel, das Budget für den Plan gegen AIDS schrumpfte um fast die Hälfte.

Als drittes Element schließlich ist der ideologische Feldzug der Privatisierung zu nennen. Regionen wie Madrid oder Valencia betreiben eine systematische Rhetorik gegen die öffentliche Gesundheitsversorgung, um das Öffentliche schlecht zu reden und neue Märkte zu öffnen. In der Tat haben sich im Rahmen der Mittelstreichungen und der drastischen Reduktion des Personals die Wartezeiten empfindlich verlängert. Während die öffentliche, von Staatsangestellten geleistete Versorgung teilweise recht wenig patientinnenenfreundlich ist – ein Beispiel wäre die absolut medikalisierte Geburt –, lässt sich eine Debatte um alternative Versorgungsformen privater, nichtwirtschaftlicher Betreiber nicht führen. Das hieße, die Büchse der Pandora zu öffnen. Außerdem, und dies beklagt die »Spanische Gesellschaft der öffentlichen Gesundheit und Sanitärverwaltung« (SESPAS), gibt es keine Regierung, die jenseits der platten Affirmation, dass Private besser wirtschaften, Daten zur Verfügung stellt, um diese Behauptung zu bewerten, sei es über Kosten oder über Performance. Es trägt auch nicht gerade zum Vertrauen bei, dass einige PolitikerInnen sich in einer Art Drehtür befinden: Sie fallen von einflussreichen öffentlichen Posten in der regionalen Gesundheitsverwaltung direkt auf Managerposten in der schnell wachsenden Gesundheitsindustrie, für die sie manchmal direkt die Verträge managen, die sie eben noch in öffentlicher Funktion vergeben haben. Der Markt für Versicherungen und private Krankenversorgungsleistungen ist der einzige, der in den vergangenen fünf Jahren gewachsen ist.

Von vielen Medizinergruppen wird deswegen das öffentliche Versorgungsmodell vehement verteidigt. Als im September 2012 in Madrid eine Privatisierungswelle verkündet wurde, ergoss sich die *Marea Blanca*, die weiße Flut, in Form von zehntausenden weißbekittelter DemonstrantInnen auf die Boulevards von Madrid und trifft sich seitdem dort monatlich wieder. Die Privatisierung von sechs öffentlich erbauten Krankenhäusern wurde mittlerweile gerichtlich gestoppt.

Die Reform hat eine kaum zu erwartende Mobilisierung der öffentlichen Meinung gebracht. Die Gesundheitsministerin ist die am schlechtesten bewertete Ministerin, nach dem Bildungsminister (der wiederum die *marea verde*, die grüne Flut, auf die Straße brachte). Neue Koalitionen zwischen Menschenrechtsgruppen (AI), Flüchtlingshilfebüros (Redacoge) und medizinischen NGOs (Médicos del Mundo) sind entstanden. Den zivilgesellschaftlichen Initiativen ist es gelungen, internationale Mechanismen des Menschenrechtsschutzes auf die Folgen der Austeritätspolitik aufmerksam zu machen. So hat der UN-Ausschuss für wirtschaftliche und soziale Rechte in der periodischen Untersuchung Spaniens im Mai 2012 den Ausschluss der MigrantInnen ohne gültigen Aufenthaltsstatus explizit verurteilt. Ferner hat der Fall Spanien den Ausschuss dazu veranlasst, einen Brief an die Mitgliedsländer der UN zu schreiben, in dem er darauf hinwies, dass alle Länder zur Einhaltung und Gewährung sozialer Menschenrechte dazu verpflichtet sind, Kürzungen im Rahmen der Austeritätspolitik zuerst anderen Alternativen gegenüber zu stellen und keinesfalls die Krise als Grund zu nehmen, permanente Rechtseinschränkungen zu verordnen.

Jenseits dieser Arbeit in internationalen Institutionen arbeiten viele Plattformen auf Gemeinde- und regionaler Ebene, um konkret die Versorgung aller sicherzustellen. Geboren aus dem Geiste der Bewegung der *indignados* ist in Madrid eine Nach-

barschaftsbewegung großer Reichweite entstanden (Yo SÍ Sanidad Universal), die weit in die medizinische Profession hinein kommuniziert und viele Nachbarschaftskomitees hat, die versuchen, Patienten zu begleiten – durch den Haupteingang oder die Hintertür des Krankenhauses. Eine bemerkenswerte Initiative der Medizinerprofession ist der Aufruf, sich aus Gewissensgründen nicht an die Auflage zu halten und dennoch alle PatientInnen zu behandeln (auf spanisch nennt sich dies: Aufruf zur »Gewissensverweigerung«), den die »Spanische Gesellschaft für Familien- und Gemeindemedizin« (SEMFYC) gemeinsam mit Médicos del Mundo propagiert hat.

Mehr Informationen finden sich auf der Kampagnenseite www.medicosdelmundo.org/derechoacurar/

** Stefan Meyer war stellvertretender Direktor von Médicos del Mundo in Spanien.*

(Erschienen im express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, 12/2013)

Mehr als ein Packerl Luft?!

Anna Leder & Sandra Stern* zum Spital-Streik in der Alpenrepublik

Vor wenigen Jahren noch wäre ein Streik in Österreich, schon gar im Gesundheitsbereich, kaum vorstellbar gewesen. Doch dieses Jahr war es dann zum ersten Mal soweit. In den oberösterreichischen Ordensspitälern wurde gestreikt. Und das sogar recht demokratisch.

Oberösterreich fällt im Kampf gegen Sozialabbau neben der Steiermark, wo es 2011 zu umfangreichen Protesten kam, österreichweit eine besondere Rolle zu. So fanden bereits 2008 bei den beiden wichtigsten psychosozialen Institutionen des Landes, »pro mente« und »EXIT-sozial« Proteste bzw. 2010 Warnstreiks gegen Änderungskündigungen und Kürzungen des Sozialbudgets statt. Im Gesundheitsbereich war die Ankündigung des Landes, bei den Gehaltsverhandlungen für 2012 unter einem Prozent des Verhandlungsabschlusses im öffentlichen Dienst zu bleiben, der Grund, dass die Linzer Bezirksorganisation der Gewerkschaft der Gemeindebediensteten einen Arbeitskampf vorbereitete.

Die treibende Kraft hinter diesem Beschluss waren Vertrauenspersonen des AKH Linz. Dieses Krankenhaus mit seinen etwa 3 500 Beschäftigten begann umgehend mit der Vorbereitung von Streikmaßnahmen und ging in den darauffolgenden Monaten einige wichtige, für österreichische Verhältnisse ungewöhnliche Schritte in Richtung Demokratisierung der betrieblichen Interessenvertretung: Eine erweiterte Streikleitung wurde gewählt, in der Vertrauenspersonen aller Abteilungen vertreten waren. Auch die Idee von Urabstimmungen über Verhandlungsergebnisse war kein Tabu mehr. Ein Streikzelt wurde errichtet, Kontakte zu KollegInnen anderer Häuser hergestellt und Flugblätter vor verschiedenen Krankenhäusern verteilt. Es fand ein Streikseminar statt, und der gewerkschaftliche Vertrauenspersonenausschuss suchte die Vernetzung mit Spitalsbelegschaften, die bereits Streikerfahrung hatten, z.B. den KollegInnen der Berliner Charité. Doch einige Protestkundgebungen später, am Vorabend des geplanten Streiktages am 28. März, wurde der Streik von der Gewerkschaftsspitze und den Betriebsratsvorsitzenden mit der Begründung, dass

ein Verhandlungsangebot auf dem Tisch liege, abgesagt.

Ohne diese Vorgeschichte jedoch wäre der Streik bei den oberösterreichischen Ordensspitälern kaum vorstellbar. Denn damit existierte nun – trotz der viel kritisierten Absage des Streiks – das Beispiel eines Arbeitskampfs, der zum einen die oft angezweifelte Mobilisierbarkeit der KollegInnen im Gesundheitsbereich bewies, zum anderen durch seine basisdemokratische Streikvorbereitung Vorbildcharakter erlangte. Nicht zuletzt sollte und durfte sich die Empörung über die Absage des Streiks nicht wiederholen.

Nach dem (abgesagten) Streik ist vor dem Streik

In den acht Ordensspitälern des Landes mit ihren etwa 10 000 Beschäftigten hatte es bereits seit drei Jahren Gehaltsabschlüsse unter der Inflationsrate gegeben, für 2013 war ein ähnliches Angebot zu erwarten. Seitens der Belegschaften kam es daher zu einem mit großer Mehrheit angenommenen Beschluss, für einen Gehaltsabschluss über der Inflationsrate und die Verkürzung der Arbeitszeit um eine Stunde zu streiken.

Am 20. Februar und 13. März fanden an zwei Tagen Warnstreiks statt. Diese waren je nach Krankenhaus unterschiedlich ausgeprägt. Sie reichten von der Sperre einzelner Operationssäle über das Schließen von Terminambulanzen bis zur Minderbesetzung im stationären Betrieb. Die Teilnahme am Streik selbst, aber auch die selbstorganisierten Initiativen von KollegInnen waren an den einzelnen Häusern sehr unterschiedlich.

Das Ergebnis, das schließlich zum Abschluss kam, beinhaltete ein Prozent Gehaltserhöhung sowie die Senkung der Arbeitszeit auf 39,17 (!) Stunden. Diese Zahl lässt sich damit erklären, dass die Arbeitszeitreduktion rein rechnerisch die Abgeltung der Inflationsrate von 2,4 Prozent ausmacht. Der Wunsch nach einer kürzeren Arbeitszeit wird dadurch jedoch gleich doppelt konterkariert. Denn wird die Arbeitszeitverkürzung mittels Zeitausgleich konsumiert, ist sie mit einer Lohnsenkung verbunden. Noch dazu ist sie mit einem Wegfall von fast 10 000 Arbeitsstunden verbunden, was beinahe 250 Vollzeitarbeitsplätzen entspricht! In dieser Form wird der Abschluss weder beschäftigungspolitische Effekte noch eine Umverteilungswirkung haben. Obendrein wurde von den VerhandlerInnen eine Schlechterstellung neuer KollegInnen akzeptiert.

In einigen Krankenhäusern löste das Ergebnis große Empörung und heftige Diskussionen aus. Oder, wie es eine betroffene Kollegin ausdrückte: »Das, was wir letztendlich von unserem Arbeitgeber bekommen haben, ist wie ein Packerl Luft.«

Angesichts des umstrittenen Verhandlungsergebnisses und der großen Enttäuschung vieler aktiver KollegInnen stellt sich die Frage, warum dieser Arbeitskampf dennoch ein so großes Echo hervorgerufen hat. Dazu beigetragen hat sicherlich der Seltenheitscharakter, den Streiks in Österreich insgesamt haben: Die Streikrate lässt sich nach wie vor in Sekunden ausdrücken. In der Vergangenheit zeigte sich zudem, dass vor allem haupt- und ehrenamtliche GewerkschaftsfunktionärInnen trotz vorhandener Mobilisierungsfähigkeit und Kampfbereitschaft im Sozial- und Gesundheitsbereich vor Streikmaßnahmen zurückschreckten. So gehen sozialpartnerschaftliche Arrangements und Strukturen nicht nur mit einer ausgeprägten StellvertreterInnenpolitik, sondern auch mit einer starken Konsensorientierung einher – in diesem Ausmaß durchaus eine österreichische Besonderheit. Doch vor dem Hintergrund der Finanz-, Mitglieder- und Legitimationskrise der Gewerkschaft sollte deren Bereitschaft, demokratischere und vermehrt auch kämpferische Wege der Auseinandersetzung zu wählen, um wieder an Einfluss zu gewinnen, kaum überraschen.

Spurenelemente demokratischer Übung

Beteiligte GewerkschaftsfunktionärInnen bezeichneten diesen Arbeitskampf als außerordentlich

anstrengend. Wenig verwunderlich, denn Basisabstimmungen über die betrieblichen Streikleitungen, den Streik und das Verhandlungsergebnis gehören nicht zum Standardrepertoire österreichischer Gewerkschaften. Diese Entscheidungen werden bei Tarifverhandlungen üblicherweise stellvertretend vom jeweiligen Verhandlungsteam getroffen, das heißt meist von Betriebsratsvorsitzenden und hauptamtlichen GewerkschaftsfunktionärInnen. Tarifkommissionen, die aus Vertrauensleuten bzw. Gewerkschaftsmitgliedern bestehen, und Urabstimmungen sind bei österreichischen Kollektivvertragsverhandlungen nicht vorgesehen.

Letztlich waren es in diesem Fall die Belegschaften, die sich in Basisabstimmungen mit 66 Prozent für die Annahme des Angebots aussprachen. Ausschlaggebend dafür dürfte allerdings weniger die Überzeugung sein, dass dieses Ergebnis ein tragbarer Kompromiss ist, als vielmehr der enorme Druck von ArbeitgeberInnenseite, der in den Verhandlungen vor allem auf die Betriebsratskörperschaften aufgebaut wurde und den diese mehr oder weniger bewusst an die Belegschaften weitergaben. Denn in den Häusern, in denen vermehrt kollektive Diskussionen und Aktionen von zumindest Teilen der Belegschaft stattfanden, wurde mehrheitlich für eine Fortführung des Streiks gestimmt.

Ob dieser Arbeitskampf tatsächlich den Beginn eines gewerkschaftlichen Kulturwandels darstellt, wie ihn manche der involvierten GewerkschafterInnen verstanden wissen wollen, wird sich zeigen. Zu hoffen bleibt, dass die Belegschaften die demokratischen Erfahrungen dieses Arbeitskampfs zum Anlass nehmen, einen zukünftigen Streik zu dem zu machen, was er eigentlich sein sollte: ein Akt lebendiger und kollektiver Selbstermächtigung im Kampf um bessere Arbeits- und Lebensbedingungen.

** Anna Leder arbeitet als Kinderphysiotherapeutin im öffentlichen Gesundheitswesen und ist basisgewerkschaftlich aktiv. Sandra Stern ist Sozialwissenschaftlerin und Gewerkschaftsaktivistin; beide leben in Wien.*

(Erschienen im express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, 4/2013)

express

Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit

Herausgeber:
AFP e.V., »Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der politischen Bildung« e.V.

Redaktionsanschrift:
express-Redaktion
Niddastraße 64
60329 Frankfurt a.M.
Tel.: (069) 67 99 84
Email: express-afp@online.de
Internet: www.express-afp.info

express-Redaktion
Niddastraße 64
60329 Frankfurt a.M.

Ich abonniere den **express***

- ☐ zur Probe 4 Nummern zum Preis von 10 Euro (nur gegen Vorkasse in Form von Briefmarken, V-Scheck oder bar);
- ☐ als reguläres Jahresabonnement zu 35 Euro
- ☐ zum ermäßigten Studierenden-/Auszubildenden-Tarif für 18 Euro/Jahr (Beleg beifügen)
- ☐ Ich werde Fördermitglied der AFP e.V. (Förderbeitrag: 5 Euro/Monat bzw. 60 Euro Jahresbeitrag) und beziehe den express

Vor- und Zuname

Straße

PLZ Wohnort

Email

Datum 1. Unterschrift

Diese Vereinbarung kann ich innerhalb von 21 Tagen bei der AFP widerrufen:

2. Unterschrift

Ich bin **express**-AbonnentIn und habe obenstehende/n neue/n LeserIn geworben. Meine Anschrift:

Vor- und Zuname, Straße, PLZ Wohnort

Für jedes neu geworbene Jahresabonnement gibt es eine der folgenden Prämien (bitte ankreuzen)

- ☐ Wolfgang Schaumberg: **»Eine andere Welt ist vorstellbar? Schritte zur konkreten Vision ...«**, Ränkeschmiede 16, Offenbach 2006
- ☐ Jens Huhn: **»Anders arbeiten – bei vollem Gehalt«**, Mannheim/Heidelberger HBV-Hefte, Mannheim, 2001
- ☐ Yvette Bödecker / Heinz-Günter Lang: **»Der längste und letzte Tanz bei Nanz«**, Mannheim/Heidelberger HBV-Hefte, Mannheim, 1999

* **Erscheinungsweise:** 10 Ausgaben/Jahr
Abbestellungen bitte bis spätestens 30.9. vor Ende des Kalenderjahres bzw. 3 Monate vor Ablauf des Bestellzeitraumes schriftlich.

Bisher in der Reihe Ränkeschmiede erschienene Broschüren:

No. 1	Kim Moody: **»Rank-And-File Internationalism«.** The TIE-Experience	2 Euro
No. 2	Jens Huhn: **»Zurück in die Zukunft«.** Anmerkungen zur Geschichte und gegenwärtigen Praxis der betrieblichen Linken	5 Euro
No. 3	Heiner Köhnen: **»Für eine neue Gewerkschaftspolitik«.** Strategien der Canadian Auto Workers (CAW)	5 Euro
No. 4	**»Erklärung der Canadian Auto Workers (CAW) zur Schlanken Produktion«**	2 Euro
No. 5	Heiner Köhnen: **»Neue UnternehmensUN kultur«.** Das Modellwerk GM-Saturn	5 Euro
No. 6	Heiner Köhnen: **»Gewerkschaftliche Reformbewegungen in den USA«.** New Directions innerhalb der United Auto Workers (UAW)	5 Euro
No. 7	**»Krise des Kapitals – Krise der Gewerkschaft?«.** Elemente, Ansatzpunkte und Strategien für eine Anti-Konzessionspolitik auf betrieblicher, tariflicher und gesetzlicher Ebene	5 Euro
No. 8	Sam Gindin: **»Ein neuer Beginn? Bemerkungen zur ArbeiterInnenbewegung am Ende des Jahrhunderts«**	5 Euro
No. 9	**»Grenzüberschreitungen«**. Das Ende der Normalarbeit, prekäre Beschäftigung und Perspektiven gewerkschaftlicher Politik	5 Euro
No. 10	AFP e.V. / TIE e.V. / express-Redaktion: **»Last Exit ver.di?«** Sonderband	5 Euro
No. 11	Marsha Niemeijer: **»Die Ontario Days of Action«**. Mythos oder Grundstein einer neuen politischen Strategie für die ArbeiterInnenbewegung?	2 Euro
No. 12	Heiner Köhnen & Anne Scheidhauer: **»Organising the Battlefield«** Arbeiterinnen in den Freihandelszonen Sri Lankas	5 Euro
No. 13	Sam Gindin & Leo Panitch: **»Schätze und Schund«**. Eine Rezension zu *Empire* von Michael Hardt und Antonio Negri	5 Euro
No. 14	McDonalds, Fnac, Virgin, EuroDisney, Arcade: **»Das Solidaritätskollektiv: eine Erfahrung der etwas anderen Art«**. Arbeitskämpfe und Organisationsversuche in gewerkschaftlich nicht organisierten Betrieben und Sektoren	5 Euro
No. 15	Willi Hajek: **»Eisenbahnen in Europa: Wohin rollt der Zug ?«.** Für einen Öffentlichen Dienst anstelle von Privatisierung !	5 Euro
No. 16	Wolfgang Schaumberg: »**Eine andere Welt ist vorstellbar? Schritte zur konkreten Vision...«.** Oder: Zur Aufgabe von postkapitalistisch orientierten Linken am Beispiel des Kampfes in Auto-Multis	5 Euro
No. 17	Redaktion express u.a.: **»Baustelle China«.** Eindrücke und Fragen einer Studien- und Begegnungsreise	10 Euro
No. 18	Anne Scheidhauer: **»Schuften für unsere Kleider – und sonst nichts?«** Frauen in der globalisierten Bekleidungsindustrie Bangladeschs	8 Euro
No. 19	Redaktion express: **»Krise im Handel – Handeln in der Krise«** Erfahrungen, neue Ansätze und Wege – Reader zur Tagung	8 Euro
No. 20	Redaktion express: **»Einblick auf verborgenes Terrain«** Diskussion über die DDR und 20 Jahre 1989	8 Euro
No. 21	Michael Fütterer: **»Ein Aufbruch der ArbeiterInnen«** Der Arabische Frühling in Tunesien und Ägypten	5 Euro

Bestelladresse:

AFP – Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der politischen Bildung e.V.
Niddastraße 64 – 60329 Frankfurt

Telefon (069) 67 99 84 – Email: express-afp@online.de
(alle Preise zzgl. Porto und Versand)