

# Pflegenotstand in Österreich

*von Aventina Holzer, Artikel aus der FIGHT 2023, unserer Zeitung gemeinsam mit der Gruppe Arbeiter:innenmacht (und anderen Sektionen der LFI) zum 8. März 2023*

Österreich ist ein Land, das nicht unbedingt für seine Arbeitskämpfe berühmt ist. Aber die drohende Krise und speziell die Covidpandemie mit ihren Auswirkungen für den Reproduktionssektor haben vermehrt dazu geführt.

Speziell in der Pandemie wurde viel Aufmerksamkeit auf die Pflege und andere Krankenhausmitarbeiter:innen gelegt, die unter sehr schwierigen Arbeitsbedingungen essenzielle Tätigkeiten verrichten. Neben diesen wurde auf den Pflegenotstand aufmerksam gemacht. So werden bis 2030 76.000 zusätzliche Arbeitskräfte gebraucht sowie bessere Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie gefordert. Es gibt momentan auch Kampagnen, die verlangen, dass Pflege als Schwerstarbeit kategorisiert wird, um die tatsächlichen Auswirkungen der Arbeit aufzuzeigen.

Die Wiener Partei LINKS, in der die Genoss:innen des Arbeiter\*innenstandpunkts aktiv sind, hat zur Unterstützung dieser Arbeitskämpfe eine Kampagne gestartet, in der versucht wird, die Situation in der Pflege im Spital mit der der häuslichen zu verbinden und aufzuzeigen, was hier alles falsch läuft.

Das sind aber nicht die einzigen Aktivitäten im Reproduktionsbereich in Österreich. Im letzten Jahr streikten Elementar- und Freizeitpädagog:innen mehrmals, um gegen Personalmangel, fehlende Ressourcen und Gelder für Erziehung und die schlechte Bezahlung anzukämpfen. Die Forderungen richten sich auch konkret an die türkis-grüne Regierung. Die korrupte, türkise und rechtskonservative Volkspartei steht schon seit Jahren auf Kriegsfuß mit der öffentlich-staatlichen Förderung von Bildung. Die Grünen opfern ihre Versprechen dem Erhalt ihre Regierungssitze. Bemerkenswert ist, dass die Streiks ausstrahlten und immer mehr Sektoren und zusammenhängende Bereiche gemeinsam in den Ausstand treten.

So fand am 8. November 2022 ein Streiktag der Sozialwirtschaft Österreich statt, wo von der Pflege bis hin zur Nachmittagsbetreuung viele Arbeiter:innen des sozialen (und reproduktiven) Bereichs auf die Straße gegangen sind und bessere Kollektivvertragsabschlüsse gefordert haben. Von den geforderten 15 % wurden 8 % zugestanden. Angesichts einer Inflationsrate von 8,6 % im Jahr 2022 bleibt dieser Abschluss jedoch unter der aktuellen Preissteigerung. Es kommt daher nicht nur darauf an, weiter die Kämpfe auf die Straße zu bringen und sie miteinander zu verbinden. Notwendig ist ein politischer, unbefristeter Massenstreik für die automatische Anpassung der Löhne und Gehälter, der Renten und anderen Transferleistungen an die Preissteigerung – kontrolliert von demokratisch gewählten Ausschüssen der Beschäftigten.

---

## **Frauengesundheit: Who cares?**

*von Resa Ludivien, Artikel aus der FIGHT 2023, unserer Zeitung gemeinsam mit der Gruppe Arbeiter:innenmacht (und anderen Sektionen der LFI) zum 8. März 2023*

Im Carebereich arbeiten mehrheitlich Frauen. Wir sind die Ersten in der Familie, die angerufen werden, wenn mal wieder jemand kränkelt oder emotionale Arbeit geleistet werden muss. Aber wer denkt eigentlich an uns?

### **Vielfältige Aspekte der Frauengesundheit**

Frauengesundheit umfasst vieles. Neben dem Zugang zu Medikamenten, der körperlichen Unversehrtheit und Schutz vor Gewalt betrifft sie auch die sexuelle Gesundheit. Gemeint ist damit neben dem Zugang zu Verhütungsmitteln, der Aufklärung über sexuell übertragbare Krankheiten auch die Sicherstellung medizinischer Versorgung bei Geburten.

In Zeiten der Krise werden diese Angebote geringer und konservative

Ideologien sind auf dem Vormarsch. Hinzu kommen teilweise enorme Staatsschulden, vor allem in Halbkolonien. Schauen wir beispielsweise nach Afghanistan, so ist die Ausgangslage der Frauen auch beim Thema Gesundheit verheerend. Nicht nur, dass sie nach der Machtübernahme der Taliban aus weiten Teilen der Gesellschaft ausgeschlossen wurden. Durch die unsichere Lage haben sich auch westliche Hilfsorganisationen (NGOs) weitestgehend zurückgezogen. Vor Ort ist nicht mal mehr die alltägliche Nahrungsmittelversorgung gewährleistet. Wie soll Mädchen und Frauen dann noch Schutz vor sexualisierter Gewalt oder eine sichere Geburt ermöglicht werden?

Auch die weltweite Coronapandemie hat uns relativ schnell gezeigt, dass besonders Frauen und ihre Gesundheit wenig im Fokus stehen. Neben der Mehrfachbelastung durch Lohn- und Reproduktionsarbeit barg die Zeit in Isolation und Lockdown für uns Frauen noch eine besondere Gefahr: häusliche Gewalt. Frauen, die in solch einer Situation leben, konnten diesem Umfeld kaum bzw. überhaupt nicht entfliehen oder sich entsprechende Hilfe suchen. Zusätzlich führte der gesamtgesellschaftliche Stress in der Pandemie dazu, dass häusliche Gewalt generell angestiegen ist. Doch auch ohne Pandemie bestehen viele weitere Faktoren, welche die Gesundheit von Frauen bedrohen. Denken wir allein an die vielen Betroffenen sexualisierter Gewalt und deren Auswirkungen auf Körper und Psyche.

Auch der Zugang zu Medikamenten und allgemeiner Gesundheitsversorgung ist für Frauen generell schlechter als für Männer und nimmt in Krisenzeiten weiter ab. So konnte man beispielsweise inmitten der Coronapandemie einen deutlichen Anstieg der Müttersterblichkeit um bis zu 30 % verzeichnen. Gründe hierfür waren überlastete Krankenhäuser, Mangel an Hebammen oder schlicht ein unzureichendes und nicht flächendeckendes Gesundheitssystem. Auch Rassismus im Kreissaal ist häufig anzutreffen. So ist die Sterblichkeit schwarzer Frauen während der Geburt in den USA doppelt so hoch wie bei weißen, unabhängig von weiteren Faktoren wie etwa dem Einkommen. Hinzu kommt, dass Hilfsangebote zu Schwangerschaftsvorsorge und Familienplanung ebenso wie Anlaufstellen zur Beratung bei Schwangerschaftsabbrüchen oder Fällen von

körperlicher/sexualisierter Gewalt deutlich reduziert wurden. In vielen Ländern gibt es nach wie vor für Mädchen und Frauen keinen gesicherten Zugang zu Verhütungsmitteln oder der „Pille danach“. Zusätzlich kommt hinzu, dass geschlechtsspezifische Symptomatiken bei verschiedenen Krankheiten noch kaum beachtet werden. Beispielsweise werden bei Frauen weitaus häufiger Herzinfarkte übersehen, weil hier meist der charakteristisch ausstrahlende Schmerz fehlt.

Neben dem Geschlecht und der Klassenzugehörigkeit spielt leider auch die Hautfarbe häufig eine Rolle. Viele Mediziner:innen sind noch bis vor kurzem davon ausgegangen, dass schwarze Menschen ein geringeres Schmerzempfinden hätten. Dies führte meist zu einem ungenügenden Zugang zu ausreichend starken Schmerzmitteln während Behandlungen im Krankenhaus.

## **Inflation und steigende Preise**

Seit dem Beginn des russischen Angriffskrieges gegen die Ukraine sind wir weltweit mit Inflation und steigenden Preisen konfrontiert. So beträgt sie im Iran derzeit rund 51 %, in der Türkei erreichte sie im November 2022 sogar mehr als 84 %. Auch hier sind wir Frauen mal wieder besonders hart betroffen. Sich bei hohen Lebensmittelpreisen im Krankheitsfall Medikamente leisten zu können, wird für Arbeiter:innen immer schwieriger. Vor allem auch deshalb, weil Frauen im Zuge der Pandemie deutlich häufiger von Entlassungen betroffen waren als Männer. Zusätzlich begegnen uns derzeit an jeder Ecke Lieferengpässe. Besonders präsent waren sie vor Weihnachten in den Medien, als Fiebertmittel für Kinder, aber auch weitere Schmerzmittel knapp wurden. Etwas, das man in Deutschland bisher so nicht kannte. Ursache hierfür sind globale Logistik und die herrschende Wertschöpfungskette. Die Produktion günstiger Inhaltsstoffe, wie Ibuprofen oder verschiedener Antibiotika, wird meist nach Asien ausgelagert. Die wertschöpfenden Schritte am Ende, z. B. Abfüllung und Verpackung, finden dagegen weiterhin in den westlichen Industriestaaten statt. In manchen Ländern wie dem Iran erschweren zusätzlich Sanktionen den Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten.

# Gesundheit im Kapitalismus

Zunächst einmal arbeiten Pharmakonzerne im Kapitalismus natürlich profitorientiert. Das heißt, dass sich die Erprobung und Testreihen an der gesellschaftlich herrschenden Gruppe orientieren: weiße cis-Männer. Die Verträglichkeit von Medikamenten wird an ihnen erprobt, Frauen oder gar Kinder werden bei der Entwicklung von neuen Medikamenten kaum berücksichtigt. Hier benötigen wir eine geschlechtsspezifische Medikamentenentwicklung. Die Betonung von „Cis“ ist in diesem Kontext wichtig, weil queere Menschen nicht nur beim regulären Besuch von Arztpraxen und Krankenhäusern ständiger Diskriminierung ausgesetzt sind, vom Blutspenden über das Infragestellen der geschlechtlichen Identität. Ebenso sind die Behandlungskosten häufig sehr hoch und muss deren Bezahlung in langen Prozessen erstritten werden. In halbkolonialen Ländern kommen noch ihre Verfolgung und Unterdrückung dazu, die sie häufig komplett von der Gesundheitsversorgung ausschließen.

Eine Ursache für die angesprochenen Probleme für Frauen und queere Menschen ist zum einen deren besondere Stellung innerhalb der kapitalistischen Produktionsweise. Im Kapitalismus existiert eine Trennung zwischen gesellschaftlicher Produktion und der im Privaten meist von Frauen geleisteten Reproduktionsarbeit. Dies führt zu einem deutlich schlechteren Zugang zum Arbeitsmarkt, geringeren Löhnen und häufig zu einer finanziellen Abhängigkeit vom Partner. Hinzu kommt, dass durch die geschlechtsspezifische Rollenverteilung vorherrschende Stereotype weiter reproduziert werden. Kapitalismus ist daher, auch aufgrund globaler Konkurrenz, eng mit Sexismus und Rassismus verwoben. Hinzu kommt, dass im Gesundheitswesen deutlich weniger Profit generiert werden kann und daher die Kosten hierfür gerne auf die Gesamtgesellschaft abgewälzt werden. Um die angesprochenen Ursachen zu beseitigen, muss der Kampf gegen die Unterdrückung von Frauen und queeren Menschen mit dem gegen den Kapitalismus verbunden werden. Wir brauchen ein Gesundheitssystem unter Arbeiter:innenkontrolle, welches sich nicht an Profiten, sondern an den tatsächlichen Bedürfnissen orientiert. Die Pharmaindustrie muss enteignet und ebenfalls unter Arbeiter:innenkontrolle gestellt werden. Die bestehenden

Patente müssen enteignet und nationale Produktionsstätten in Halbkolonien aufgebaut werden. Ebenso sind Ausbau und Förderung von Gendermedizin mit Berücksichtigung aller unterdrückten Gruppen der Gesellschaft unter Arbeiter:innenkontrolle von zentraler Bedeutung.

---

# Wie weiter im Kampf für mehr Personal im Krankenhaus- und Gesundheitsbereich?

*von Helga Müller, Artikel aus der FIGHT 2023, unserer Zeitung gemeinsam mit der Gruppe Arbeiter:innenmacht (und anderen Sektionen der LFI) zum 8. März 2023*

Nachdem innerhalb eines Jahres - 2021 in Berlin bei Charité und Vivantes und 2022 bei den 6 Unikliniken in NRW - Tarifverträge für Entlastung durch wochenlange Durchsetzungstreiks erreicht werden konnten, ist es an der Zeit, Bilanz zu ziehen und sich Gedanken zu machen, wie der Kampf für mehr Personal bundesweit erfolgreich weitergeführt werden kann. Auch wenn beide Kämpfe zu einem erfolgreichen Abschluss kamen mit der Durchsetzung von Tarifverträgen für Entlastung - in NRW ein gemeinsamer Tarifvertrag für alle 6 Unikliniken -, sind weder an diesen Krankenhäusern bereits die Stellen besetzt noch die fehlenden bundesweit im Pflegebereich und den übrigen Abteilungen durchgesetzt.

## Die Errungenschaften der beiden Krankenhausbewegungen

**1. Erfolgreiche Mobilisierungen der Belegschaften und Einbeziehung dieser in die Entscheidungen über ihre Forderungen:**

Die Kolleg:innen der verschiedenen Abteilungen wurden aktiv in die Aufstellung der Forderungen pro Abteilung und Schicht einbezogen, sie haben selbst darüber diskutiert und entschieden, mit Hilfe von Teamdelegierten. Damit verbunden war eine aktive und erfolgreiche Mitgliederwerbung, was zu einem höheren Organisationsgrad führte. Dadurch wurden wochenlange Durchsetzungstreik möglich.

## **2. Einbeziehung aller Kolleg:innen aller Abteilungen in den Kampf und die Aufstellung der Forderungen:**

Vor allem in NRW wurden auch die Bereiche außerhalb der Pflege - wie Krankentransport, IT, Rettungssanitäter:innen etc. - in die Aufstellung der Forderungen und den Kampf dafür einbezogen.

## **3. Ansätze einer demokratischen Streikführung:**

Vor allem in der Krankenhausbewegung Berlin haben die Aktivist:innen dafür gesorgt, dass aktive Kolleg:innen aus den Abteilungen in die Tarifkommission entsandt wurden und jeder Schritt mit den Teamdelegierten besprochen wurde. In NRW wurde das Ergebnis auf Streikversammlungen in den 6 Unikliniken zur Diskussion gestellt und abgestimmt. Es wurde, außer in Düsseldorf, mehrheitlich angenommen. Zum anderen hatte sich die Tarifkommission - freiwillig - dazu bereit erklärt, erst zuzustimmen, wenn bei der Urabstimmung über das Ergebnis auch die Mehrheit einwilligt. Die geringere Zustimmung von 73,58 % in NRW im Vergleich zu über 96 % in Berlin zeigt, dass die Kolleg:innen sich selbst Gedanken über das Ergebnis gemacht haben und sich nicht allein auf die Zustimmung der Tarifkommission verließen.

Dies alles wurde von den Kolleg:innen selbst durchgesetzt. Weder von den Organizer:innen noch von den ver.di-Verantwortlichen war vorgesehen, die Teamdelegierten oder den Delegiertenrat der 200 der 6 Unikliniken in NRW als Kontroll- und Entscheidungsorgane über den Streikverlauf und die Tarifkommission einzusetzen. Letzten Endes lag die Entscheidung über die Fortführung des Kampfes und über die Annahme des Abschlusses - zumindest in Berlin - bei der Tarifkommission und den ver.di-

Verantwortlichen.

#### **4. Solidaritätsaktionen durch die arbeitende Bevölkerung und öffentliche Kundgebungen der Streikenden:**

In beiden Krankenhausbewegungen wurden Treffen mit Initiativen und Kolleg:innen aus Betrieben organisiert. Am weitestgehenden waren die gemeinsamen Solidaritätsaktionen in Berlin: Dort wurden vor allem gemeinsame Aktionen mit der Kampagne „Deutsche Wohnen enteignen“ organisiert, aber auch mit den im Streik befindlichen Kurier:innen von Gorillas. Teilweise kam es auch zu gemeinsamen Soliaktionen mit Kolleg:innen aus einzelnen Betrieben. Aber weder vom DGB noch von anderen DGB-Gewerkschaften gab es den Willen, gemeinsame Soliaktionen zu organisieren. In Berlin und NRW organisierten die Kolleg:innen große und machtvolle Kundgebungen und Demos.

#### **5. Nachhaltigkeit: von den Teamdelegierten zum Aufbau fester Strukturen und Organe:**

Zumindest in Berlin gab es die Aussage, von Aktivist:innen aus den Teamdelegiertenstrukturen auch systematische und kontinuierliche Gremien wie ver.di-Betriebsgruppen und Vertrauensleutkörper aufzubauen. Das wäre ein Fortschritt, da damit nicht immer wieder zu Beginn eines Arbeitskampfes neue Strukturen zur Mobilisierungen geschaffen werden müssten.

Doch was hat gefehlt? Was sind die Konsequenzen für die Fortführung eines erfolgreichen Kampfes für mehr Personal daraus?

## **Was hat gefehlt?**

### **1. Fehlende Kontrolle über den Kampfverlauf und über die Abstimmung des Ergebnisses:**

Es gab zwar Fortschritte bzgl. der Transparenz über die Verhandlungen (s. Punkt 3 oben), aber letzten Endes hatten immer noch die ver.di-Verantwortlichen die Kontrolle über Streikverlauf und das Ergebnis. Deswegen braucht es klare Strukturen/Organe, die den Kolleg:innen

gegenüber rechenschaftspflichtig und jederzeit abwählbar sein müssen.

Dafür würde sich ein Streikkomitee, wie es an der Uniklinik Essen im Kampf um den TVE aufgebaut wurde, anbieten. Dieses wurde aus von den Kolleg:innen gewählten Delegierten aus den verschiedenen Abteilungen gebildet. Die Delegierten waren direkt den Kolleg:innen gegenüber rechenschaftspflichtig und konnten jederzeit neu gewählt werden. Dieses Komitee hatte sich zur Aufgabe gestellt, den Diskussionsprozess unter den Kolleg:innen über die Zwischenverhandlungsergebnisse und den Fortgang des Kampfes zu organisieren. Dafür wurden Streikversammlungen einberufen, auf denen die Kolleg:innen über den Zwischenstand der Verhandlungen der Tarifkommission (TK) informiert wurden und sie auch darüber entschieden, ob diese zu akzeptieren sind oder der Streik weitergeführt werden muss. In dieser Phase hatten sie tatsächlich die Entscheidung über ihren Kampf um mehr Personal unter ihrer Kontrolle. Und im Voraus wurde mit der TK vereinbart - wohlgemerkt, eine freiwillige Vereinbarung der TK mit dem Streikkomitee (!) -, keine Entscheidung ohne Diskussion unter den Kolleg:innen zu fällen. Auch die gewählten Teamdelegierten würden sich dafür anbieten, ein solches Streikkomitee zu bilden, aber die oben aufgeführten Bedingungen müssten auch hier konsequent angewendet werden. Aber von Seiten des ver.di-Apparates waren die Teamdelegierten nie als Organ oder Struktur vorgesehen gewesen, damit die Kolleg:innen wirklich über ihren Kampf selber entscheiden können, sondern eher als Element, sie überhaupt mobilisieren zu können, durchaus, indem sie über ihre Forderungen selber diskutieren und entscheiden konnten. Auch die Organizer:innen haben dem politisch nichts entgegengesetzt. Diese Teamdelegierten sind sicherlich ein demokratisches Element, was auch gezeigt hat, dass die Kolleg:innen selbst am besten wissen, welcher Personalschlüssel und welche anderen Bedingungen nötig sind, um eine gute Gesundheitsversorgung zu realisieren. Das war durchaus ein demokratisches Element, mit dessen Hilfe sie auch tatsächlich für mehrwöchige Durchsetzungstreiks mobilisiert werden konnten. Diese Errungenschaften wären auch Vorbild für permanente Vertrauensleutestrukturen, die auch nach dem Streik weiter existieren und sich die Aufgabe stellen, mit den Kolleg:innen in Diskussion zu bleiben und

im Falle eines Streiks wieder dafür zu sorgen, dass sie nicht nur über die Forderungen, sondern auch über den Kampf diskutieren und entscheiden können.

## **2. Kontrolle über die Sanktionen bei Nichteinhaltung der Regelungen aus dem TVE:**

Beide TVE enthalten die Regelung, Punkte zu sammeln, wenn Schichten unterbesetzt arbeiten. Ab einer bestimmten Punktezahl (gestaffelt) soll ein Freizeitausgleich erfolgen. Die Hoffnung dabei: dadurch würde ökonomischer Druck auf die Klinikleitungen ausgeübt, um neue Kolleg:innen einzustellen. Doch zum einen zögern diese - wie bei Vivantes in Berlin, in NRW erhalten sie 1 ½ Jahre Zeit, um eine entsprechende Software einzuführen - die Umsetzung dieses Punktesystems hinaus. Zum anderen kann diese Verfahrensweise auch dazu führen, dass es zum Aufbau von Langzeitarbeitszeitkonten missbraucht wird, ohne dass es zu einem sofortigen Freizeitausgleich kommt. Damit verpufft die Wirkung. Die Kolleg:innen selbst - dafür würden sich die Teamdelegierten bzw. der Delegiertenrat anbieten - müssen über die Sanktionen entscheiden können, wenn die Regelungen nicht eingehalten werden: wie Bettensperrungen, Nichteinbestellung von Patient:innen, Verschiebung von nicht sofort notwendigen OPs etc. Diese hatten schon während der Streikphase - sofern keine Notdienstvereinbarungen zustande kamen - selbst entschieden, wann wie viele Betten gesperrt oder Patient:innen einbestellt werden.

Vor Einführung der Punkteregelung in den TVE waren u. a. solche Maßregeln vorgesehen. Die Entscheidung darüber lag aber bei den Pflegedienstleitungen, die letzten Endes der Klinikleitung gegenüber rechenschaftspflichtig sind und nicht den Kolleg:innen. Aber es sind Letztere selbst, die ein ernsthaftes Interesse daran haben, dass sich die Arbeitsbedingungen ändern müssen. Deswegen müssen sie die Entscheidungen über Sanktionen in den Händen halten.

## **3. Bundesweiter Kampf aller Kliniken für mehr Personal statt Häuserkampf:**

Der TVE in NRW wurde in einem 79-tägigen Durchsetzungstreik aller 6 Unikliniken durchgesetzt. Das ist der richtige Weg, um mehr Schlagkraft gegenüber den Klinikleitungen zu entwickeln. Alle Kliniken - egal ob privatwirtschaftlich organisiert oder noch unter kommunaler oder Landesverwaltung stehend - müssen von ver.di gemeinsam in den Kampf für mehr Personal und bessere Arbeitsbedingungen geführt werden. Dafür würde sich die Tarifrunde im öffentlichen Dienst von Bund und Kommunen anbieten: Alle Kolleg:innen aus den kommunalen Krankenhäusern sind zu Streiks aufgerufen zusammen mit denen aus dem Erziehungsbereich, die auch seit Jahren unter Personalmangel leiden. Die Aktivist:innen aus den beiden Krankenhausbewegungen, die Veranstaltungen organisieren und ein persönliches Netzwerk aufbauen, könnten zu einer bundesweiten Konferenz aller Kolleg:innen aus dem Gesundheitsbereich aufrufen und dort über weitere Schritte für einen erfolgreichen Kampf für mehr Personal bundesweit diskutieren und entscheiden.

#### **4. Notwendigkeit eines gesamtgesellschaftlichen Kampfes gegen Privatisierung und DRGs - bis hin zum politischen Streik:**

Alle Erfahrungen aus den bisherigen Kämpfen für Entlastung zeigen: Das Hauptproblem liegt in der Finanzierung des Gesundheitssystems. Solange die DRGs, die nicht die Gesamtkosten einer Behandlung refinanzieren, existieren, solange im Gesundheitssektor - durch die Privatisierungen - das oberste Gebot die Profitlogik ist, wird sich an der Pflegemisere und Stellensituation in den Krankenhäusern nichts ändern!

Deswegen:

- Abschaffung der Fallpauschalen!
- Für eine Refinanzierung, die die gesamten Behandlungskosten umfasst.!
- Rekommunalisierung und Verstaatlichung aller privatisierten Kliniken unter Kontrolle der Beschäftigten und Patient:innen, die ein Interesse an guten Arbeitsbedingungen und guten Gesundheitsversorgung haben.

Dafür braucht es eine gesellschaftliche Kraft: das Personal aus den Krankenhäusern zusammen mit dem in den Betrieben, die ein Interesse an einer guten, flächendeckenden Gesundheitsversorgung haben, gemeinsam für die Abschaffung der DRGs, Wiederverstaatlichung privatisierter Kliniken unter Kontrolle der Beschäftigten und der Patient:innen kämpfen. Das ist eine gesellschaftliche Aufgabe, die sich die DGB-Gewerkschaften gemeinsam auf die Fahne schreiben und dafür mobilisieren müssen bis hin zum politischen Streik!

- Tarifrunde öffentlicher Dienst - Bund/Kommunen nutzen, um Strukturen aufzubauen, mit denen für ausreichend Personal und gute Arbeitsbedingungen gekämpft werden kann!

Leider hat ver.di davor zurückgeschreckt, diese Tarifrunde auch für den Kampf für mehr Personal zu nutzen. Dabei hätte man eine Verbindung über den Gesundheitsbereich hinaus organisieren können, denn die GEW-Kolleg:innen aus Berlin streiken bereits seit mehreren Wochen für einen Gesundheits-Tarifvertrag mit der Hauptforderung nach kleineren Klassen, weil auch hier der Personalnotstand eklatant ist. Die Bedingungen dafür wären gut: zum einen hatten die Beschäftigten aus den Unikliniken in NRW es allen praktisch vor Augen geführt, dass ein konsequenter gemeinsamer Kampf für mehr Personal erfolgreich in einem Tarifvertrag enden kann. Zum anderen sind gerade in dieser Tarifrunde alle Kolleg:innen aus den kommunalen Krankenhäusern zu Arbeitskampfmaßnahmen aufgerufen. Diese könnten zusammen mit Erzieher:innen und Lehrer:innen für insgesamt mehr Personal streiken verbunden mit einer Bezahlung, die auch tatsächlich die Preissteigerungen auffängt! Das erweitert die Durchsetzungskraft und wäre sicherlich für viele Kolleg:innen noch ein zusätzlicher Motivationsfaktor gewesen, sich in dieser Tarifrunde an Arbeitskampfmaßnahmen zu beteiligen. Es ist jetzt nötig, dass die Kolleg:innen in den verschiedenen gewerkschaftlichen Strukturen, seien es Vertrauensleute, Betriebsgruppen oder neu aufzubauende gewerkschaftliche Organe oder auch in lokalen Gremien, von den ver.di-Verantwortlichen verlangen, auch die Frage des Personalnotstandes bundesweit anzugehen! Dafür sind bundesweite Streiks

für einen Flächentarifvertrag Entlastung und eine Kampagne gegen Privatisierung, Abschaffung der Profitlogik in der öffentlichen Daseinsvorsorge, wozu ja der ganze Gesundheitsbereich gehört, und für ein Ende des gesamten Fallpauschalensystems und für die Refinanzierung der realen Behandlungskosten nötig. Dies brauchen wir mehr denn je, da durch die Pandemie und der dadurch angefallenen Versorgung vieler Schwerkranker auf Intensivstationen viele kommunale Krankenhäuser in eine finanzielle Schiefelage gebracht wurden. Doch ändert auch die Lauterbach'sche „Revolution“ nichts am Fallpauschalensystem. Im Gegenteil! Die angestrebte verstärkte Ambulantisierung der Gesundheitsversorgung wird unwillkürlich zu einem weiteren Krankenhaussterben beitragen. Das Mindeste, was in dieser Tarifrunde passieren muss, und das ist nicht allein die Verantwortung der gewerkschaftlich Aktiven im Betrieb oder auf lokaler Ebene, sondern eben auch aller Gewerkschaftssekretär:innen, ist, dafür zu sorgen, dass funktionierende gewerkschaftliche Basisorgane in den Betrieben entstehen, die die Kolleg:innen nicht als Manövriermasse verstehen, sondern als aktive Kämpfer:innen für bessere Arbeitsbedingungen und die tatsächlich Änderungen durchsetzen können.

Damit dies wirklich umgesetzt wird, ist es nötig, eine politische Kraft in ver.di, aber auch allen anderen Gewerkschaften zu organisieren. Diese muss sich bewusst gegen den Anpassungskurs der Gewerkschaftsführungen an die Interessen des Kapitals und der Regierenden stellen und sich zum Ziel setzen, die Gewerkschaften wieder zu handelnden Verteidigungsinstrumenten der gesamten Klasse umzukrempeln. Unserer Meinung nach sind die Vernetzung für kämpferische Gewerkschaften (VKG) und ihre lokalen Strukturen im Moment das beste Mittel dazu, um darüber zu diskutieren und Konsequenzen fürs Handeln daraus zu ziehen (siehe auch unter: [www.vernetzung.org](http://www.vernetzung.org)).

---

# **Britannien: Klassenkampf gegen die Krise des Gesundheitswesens**

*von Andy Yorke, Artikel aus der FIGHT 2023, unserer Zeitung gemeinsam mit der Gruppe Arbeiter:innenmacht (und anderen Sektionen der LFI) zum 8. März 2023*

Der Winter ist da und mit ihm die bisher schwerste Krise des Gesundheitssystems. Trotz der Atempause nach der Covidpandemie im Jahr 2022 erreichten die Wartelisten im Dezember einen neuen Rekord von 7,2 Millionen, mit bis zu 500 zusätzlichen Todesfällen pro Woche als Folge von Verzögerungen.

Eine Rekordzahl von Patient:innen wartete über 12 Stunden auf eine Behandlung in der Notaufnahme. Daher herrschte weithin Ungläubigkeit, als der Sprecher der konservativen Sunak-Regierung bestritt, dass es sich bei dieser „beispiellosen Herausforderung“ um eine Krise handele, und behauptete: „Wir sind zuversichtlich, dass wir den Nationalen Gesundheitsdienst (NHS) mit den erforderlichen Mitteln ausstatten“. So versuchte er, die Krise auf die Pandemie zu schieben.

Doch diese begann lange davor. Das jährliche Wachstum der Ausgaben von 6 % im Gesundheitswesen unter der letzten Labour-Regierung wurde durch die Sparmaßnahmen auf weniger als 1,8 % gesenkt. Das Vereinigte Königreich liegt bei der Bettenzahl pro Kopf weit unter dem internationalen Durchschnitt, selbst im Vergleich zu ärmeren Ländern, und weist seit 2010 eine dauerhaft zu niedrige Zahl freier Betten auf. Das Ziel, die durchschnittliche Belegung auf 18 Patient:innen pro Woche und Bett zu erhöhen, wurde seit 2016 nicht mehr erreicht.

In der Winterkrise 2017 war der NHS gezwungen, Zehntausende von Operationen abzusagen. Im Jahr 2022 lag die Zahl bei 350.000, also fast tausend pro Tag! Schon vor der Pandemie warteten 8.270 Patient:innen in der Notaufnahme im Jahr 2019 mehr als 12 Stunden auf eine Behandlung (ein Sechsfaches gegenüber 2015). Die Krise des Gesundheitssystems wird

durch die des unterfinanzierten, überwiegend privaten Sozialfürsorgesektors noch verschärft.

## **Das Scheitern des NHS**

Der Schlüssel zum Verständnis der Krise sind unzureichende Finanzierung und Personalmangel. Die Zahl der unbesetzten Stellen für medizinisches Personal und die Wartelisten sind parallel angestiegen. Jede Regierung der britischen Konservativen (Tories) führt eine weitere schmerzhafteste Umstrukturierung durch, doch trotz der Forderungen der Gewerkschaften und der Britischen Medizinischen Vereinigung nach transparenten Personalbewertungen hat keine Regierung seit 2003 eine nationale Personalstrategie für den Gesundheitssektor vorgelegt. Stattdessen verlassen sich die Tories auf „Lückenbüsser:innen“, d. h. den privaten Sektor, Leiharbeitsagenturen mit Aushilfskräften für die Krankenhäuser.

46.000 unbesetzte Stellen für Krankenschwestern und -pfleger (11,7 % der Belegschaft) zeigen den Zusammenhang zwischen der Unterfinanzierung von Seiten der Tories und Privatisierung. In einem Teufelskreis verlassen nun tausende Pflegekräfte den NHS aufgrund von Überlastung, Stress und sinkender Bezahlung. Ihr Streik setzt einen ersten Schritt, um diese von den Konservativen verursachte Katastrophe rückgängig zu machen.

Die Regierung Sunak nutzt die Krise wie alle ihre Tory-Vorgänger:innen, um die Privatisierung weiter voranzutreiben. Sie umgeht Gespräche mit den Gewerkschaften und setzt die Covidpolitik fort, private Krankenhäuser und Pflegeheime für Betten zu bezahlen, was den öffentlichen Gesundheitsdienst bis zu eine Milliarde Pfund kostet.

Für die Tories blockieren Krankenhäuser weitere Privatisierungen. Deshalb sind die Pläne, 150 psychiatrische Behandlungszentren zu bauen und Patient:innen von den Notaufnahmen fernzuhalten, Teil des Vorhabens, die Gesundheitsversorgung in die Wohnviertel zu verlegen und den NHS zu zerschlagen.

Die Tories wollen nicht mehr Krankenpfleger:innen finanzieren, sind aber

sehr darum besorgt, den NHS immer wieder umzustrukturieren, um mehr Profit herauszuholen. Bei der jüngsten Umstrukturierung wurden 42 integrierte Pflegegremien für den NHS England eingerichtet. Diese sind Teil des Ansatzes der Tories, den NHS zu fragmentieren und den Zugang für private Unternehmen auf jeder Ebene, einschließlich der Auftragsvergabe und Planung, zu verbessern.

In der Zwischenzeit schloss eine halbe Million Menschen im Jahr 2022 eine private Krankenversicherung ab, und viele weitere bezahlten für eine private Behandlung, mit der sie die Warteschlange des staatlichen Gesundheitsdienstes praktisch überspringen konnten und eine Untersuchung oder Operation beim selben Arzt/bei derselben Ärztin im gleichen Krankenhaus erhielten, von der ihnen gesagt worden war, dass sie erst in einigen Monaten verfügbar wäre!

## **Wird Labour das Gesundheitswesen retten?**

Viele setzten ihre Hoffnungen auf Labour. Doch die New-Labour-Regierung verband die Aufstockung der Mittel mit Kürzungen bei Betten und Personal und einer weiteren Öffnung des staatlichen Gesundheitsdienstes für die Privatisierung. Labour-Vorsitzender Keir Starmer verspricht, dass seine Regierung die Mittel aufstocken wird, aber „Investitionen allein nicht ausreichen“. Das bedeutet noch mehr Umstrukturierungen und eine größere Rolle für den privaten Sektor.

In Wirklichkeit wird die Wiedereinführung des Spitzensteuersatzes von 45 Prozent nicht annähernd ausreichen, um das schwarze Loch in der Finanzierung des staatlichen Gesundheitsdiensts zu stopfen, und es gibt keinen Plan, um die Schäden von vier Jahrzehnten Marktwirtschaft und Privatisierung rückgängig zu machen. Schlimmer noch, die Lösung des Schattengesundheitsministers besteht darin, den privaten Sektor zu nutzen, um die Wartelisten zu verkürzen.

Ein siegreicher Streik der Krankenschwestern und -pfleger erfordert nicht nur das Festhalten an einer voll finanzierten realen Gehaltserhöhung, sondern hängt von der Gründung einer Massenbewegung zur Verteidigung

des staatlichen Gesundheitswesens und dem Kampf für den Ausbau des öffentlichen Dienstes ab, der durch die Besteuerung der Reichen finanziert wird. Dies ist der erfolgversprechendste Weg, um sicherzustellen, dass die Beschäftigten und Nutzer:innen des NHS in der Lage sind, Labour dazu zu bringen, ihn wirklich zu verteidigen.

## **Streikwelle geht weiter**

In einer historischen Premiere haben sich die Krankenschwestern und -pfleger der Gewerkschaft RCN (Royal College of Nursing; Britanniens größte Gewerkschaft und Berufskörperschaft für Pflegende), die bis an die Grenzen ihrer Belastbarkeit getrieben wurden, der Streikwelle gegen die Lebenshaltungskostenkrise angeschlossen. Und trotz der Versuche der Medien, die öffentliche Missbilligung auszutesten, erhalten sie massive Unterstützung. Eine Million Mal werden Patient:innen alle 36 Stunden im öffentlichen Gesundheitsdienst behandelt, und sie sind dem hart arbeitenden Personal in überwältigender Weise dankbar und unterstützen es.

Jahrelang sinkende Reallöhne (um mehr als 20 % seit 2010), unterbesetzte und chaotische Stationen, die nur mit Überstunden arbeiten, und der unerbittliche Druck der Covid- und Grippewinterepidemien haben viele Krankenpflegekräfte veranlasst, trotz der Ängste um ihre Patient:innen zu streiken. Weit davon entfernt, den Patient:innen zu schaden, wie in den Medien behauptet wird, scheint ein Arbeitskampf für viele die einzige Möglichkeit zu sein, nicht nur die Löhne zu erhöhen, sondern auch mehr Personal anzuwerben und das staatliche Gesundheitssystem zu retten. Es gibt über 132.000 unbesetzte Stellen.

Erstmals schließen sich auch die Krankenwagenfahrer:innen der Gewerkschaften GMB (National Union of General and Municipal Workers) sowie Unison und Unite (zwei weitere Gewerkschaften im öffentlichen und privaten Dienstleistungssektor) und außerdem Physiotherapeut:innen, Hebammen und Röntgenassistent:innen dem Kampf gegen die sinkenden Löhne an. Bei der Urabstimmung der gewerkschaftlichen medizinischen Vereinigung BMA von 45.000 Ärzt:innen in der Ausbildung über eine beleidigende Gehaltserhöhung von 2 % in diesem Jahr wird wahrscheinlich

mit „Ja“ für eine Aktion gestimmt werden. Mit einer für März geplanten 72-stündigen Arbeitsniederlegung werden sich noch mehr Ärzt:innen dem Kampf für Gehalt und Finanzierung anschließen. Am 6. Februar fand der bisher größte Streik im Gesundheitswesen statt, bei dem Krankenschwestern und -pfleger, Sanitäter:innen und andere Beschäftigte die Arbeit niederlegten.

## **Organisiert die Basis!**

Die Beschäftigten müssen Einigkeit, Koordinierung und eskalierende Maßnahmen fordern. GMB- und Unison-Ambulanzbeschäftigte streiken bisher zumeist getrennt. Das RCN lässt verschiedene Sektionen von Krankenpersonal an unterschiedlichen Tagen streiken. In Schottland und Wales haben die Gewerkschaften ihre Streiks für Gespräche mit den (dezentralen) Regionalregierungen ausgesetzt.

Belegschaftsversammlungen zur Bildung von Delegiertenausschüssen in und zwischen Krankenhäusern und weiteren Einrichtungen (z. B. ausgelagerten, privatisierten Abteilungen) sind der Schlüssel zum Erfolg der Streiks. Diese können die Entschlossenheit stärken, diejenigen unterstützen, die noch an der Urabstimmung teilnehmen, und auf weitere Maßnahmen drängen, um den Konflikt zu kontrollieren.

---

# **Das Corona-Virus und die Gesundheitskrise in den USA**

*Rebecca Anderson. Red Flag, Großbritannien, Fight!  
Revolutionäre Frauenzeitung, März 2021*

Das Corona-Virus hat sich unkontrolliert in allen fünfzig Bundesstaaten ausgebreitet und Millionen von Infektionen und

Hunderttausende vermeidbarer Todesfälle verursacht. Von der Untergrabung der öffentlichen Gesundheitsberatung über die Verzögerung von Konjunkturpaketen bei gleichzeitiger Rettung des Großkapitals bis hin zu verspäteten Lockdowns – die politische Reaktion auf das Virus war katastrophal. Sogar die Einführung des Impfstoffs in dem Land, das einen der wichtigsten herstellt, ist schmerzlich langsam verlaufen. Die letzte Bastion gegen die Pandemie – das Gesundheitssystem, das sich um die schlimmsten Fälle kümmert, wo das Krankenhauspersonal unermüdlich daran arbeitet, schwerkranke Patienten zu retten – hat ebenfalls den Test der Pandemie nicht bestanden. Covid-19 hat die strukturelle Krise eines lückenhaften Gesundheitssystems offengelegt, das eher auf Profit als auf menschliche Bedürfnisse ausgerichtet ist.

Die Partei Democratic Socialists of America (Demokratische Sozialist\_Innen Amerikas; DSA) führt seit 2016 eine Kampagne namens „Medicare for All“, ein Vorschlag, der von den Gewerkschaften nicht aufgegriffen wurde. Dies liegt zum einen daran, dass ihre bürokratischen Führungen kein Interesse an einer solchen Kampagne haben. Zum anderen bietet Medicare vielen Arbeiter\_Innen weniger Gesundheitsschutz als ihre bestehende Versicherung. Als Revolutionär\_Innen in der DSA glauben wir, dass die DSA stattdessen die Forderung nach einer universellen Gesundheitsversorgung für alle aufstellen und die Gewerkschaftsbasis mobilisieren sollte, um innerhalb der Gewerkschaften für diese Politik zu kämpfen.

## **Das Gesundheitssystem im reichsten Land der Welt**

Das US-Gesundheitssystem ist versicherungsbasiert und selbst dort, wo der Staat über Programme wie Medicare oder Medicaid die Gesundheitsversorgung finanziert, wird der eigentliche Anbieter (z. B. ein Krankenhaus) in der Regel von einem privaten Unternehmen betrieben. Die Kosten für den Verzicht auf ein geplantes, flächendeckendes System von Krankenhäusern und

Arztpraxen zugunsten der Finanzierung der Gewinne privater Anbieter lassen sich beziffern: Pro Person kostet die medizinische Versorgung in den USA 11.000 US-Dollar, mehr als doppelt so viel wie in anderen Industrieländern.

Von diesen durchschnittlichen Ausgaben sind 4.993 US-Dollar öffentliche Gelder. Das ist höher als in Frankreich (4.111 US-Dollar), aber niedriger als in Deutschland (5.056 US-Dollar). Das Vereinigte Königreich, wo die Gesundheitsversorgung im Behandlungsfall kostenlos ist, gibt pro Kopf 3.107 US-Dollar aus. In den USA bedeuten die überdurchschnittlich hohen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung jedoch nicht eine bessere, sondern lediglich eine teurere Versorgung. Einige Krankenhäuser und Kliniken sind staatlich, aber die meisten befinden sich in privater Hand. Die meiste Zeit werden die Ausgaben für die Gesundheit der Bürger\_Innen an private Unternehmen gezahlt.

Die staatlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen in den USA decken den medizinischen Bedarf der meisten Menschen nicht ab, weshalb private Krankenversicherungen einen riesigen Wirtschaftszweig ausmachen. Eine solche private Krankenversicherung kostet durchschnittlich 4.092 US-Dollar pro Person und Jahr. Für einige Arbeit„nehmer“\_Innen wird diese von den Arbeit„geber“\_Innen bezahlt - im Wesentlichen ein Abzug vom Lohn -, andere müssen sie entweder selbst bezahlen oder darauf verzichten.

Selbst mit einer Krankenversicherung ist die Gesundheitsversorgung bei weitem nicht kostenlos. Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen bedeuten, dass diejenigen mit einer Versicherung es sich immer noch zweimal überlegen müssen, ob sie eine/n Ärztin/Arzt aufsuchen. Viele Menschen mit geringem Einkommen sind unterversichert, was bedeutet, dass ihre Versicherung keine angemessene Gesundheitsversorgung abdeckt.

Versicherungen schützen außerdem nicht vor den Kosten von chronischen Langzeiterkrankungen. Die Prämien steigen oder

Versicherungen lassen teure, also kranke, Versicherungsnehmer\_Innen fallen. Eine Studie aus dem Jahr 2009 ergab, dass Schulden für medizinische Kosten zu 46 Prozent aller Privatinsolvenzen beitragen.

Das U.S. Census Bureau (Volkszählungsbehörde) berichtete 2017, dass fast neun Prozent der Amerikaner\_Innen keine Versicherung haben. Diese Zahl war in den Vorjahren höher, aber mit der Einführung des „Affordable Care Act“ (ACA) 2010 begann die Zahl der Unversicherten ab 2014 zu sinken. Diese 28 Millionen Menschen ohne Krankenversicherung zahlen entweder aus eigener Tasche für die Behandlung (die durchschnittlichen jährlichen Kosten pro Person liegen bei 1.122 US-Dollar) oder müssen warten, bis ihre Notlage so dramatisch ist, damit sie Zugang zu kostenloser Gesundheitsversorgung von geringer Qualität erhalten. Das Fehlen einer Krankenversicherung verursacht etwa 60.000 vermeidbare Todesfälle pro Jahr.

ACA, allgemein bekannt als „Obamacare“, sorgte im Wesentlichen für eine gewisse Regulierung des Krankenversicherungsmarktes, indem es Versicherungsgesellschaften zwang, Menschen mit Vorerkrankungen aufzunehmen und grundlegende medizinische Bedürfnisse abzudecken. Es halbierte die Zahl der nicht versicherten Menschen und verlangsamte die steigenden Kosten der Gesundheitsversorgung. Trotz des enormen politischen Widerstands gegen den ACA wurde jedoch nur an den Rändern eines kaputten Systems herumgebastelt und viele Amerikaner\_Innen sind immer noch unterversichert, gar nicht versichert oder haben Schulden wegen medizinischer Behandlungen.

Joe Biden plant, weiter zu basteln und 25 Millionen unversicherte Amerikaner\_Innen zu versichern, allerdings nicht die 6,5 Millionen undokumentierten Migrant\_Innen, die sich im Land aufhalten. Er würde 4 Millionen in Armut lebende Menschen, deren Bundesstaaten sich geweigert haben, ihnen Medicaid anzubieten, automatisch anmelden. Für andere würden mehr Versicherungsoptionen zur Verfügung gestellt werden über das marktwirtschaftlich ausgerichtete Obamacare. Bidens Pläne greifen jedoch nicht in die von den Unternehmer\_Innen gestellte Versicherung ein, so dass die 150 Millionen Menschen, die

ihre Versicherung darüber erhalten, nicht von der neuen Regelung profitieren würden.

In Amerika sind die Preise für Arzneimittel eine weitere große Belastung, da sie weit höher sind als in anderen Industrieländern. Ein 10-ml-Fläschchen Insulin kostet in den USA 450 US-Dollar im Vergleich zu nur 21 US-Dollar jenseits der Grenze in Kanada. Im Jahr 2015 riskierten fast 5 Millionen Amerikaner\_Innen eine Strafanzeige, um verschreibungspflichtige Medikamente aus anderen Ländern zu kaufen.

## **Die Corona-Krise**

Das Corona-Virus hat die US-Regierung gezwungen, direkt mit den großen Pharmakonzernen zu verhandeln, um genügend Impfstoffe zu einem ausreichend niedrigen Preis zu erhalten und damit ein landesweites Impfprogramm zu starten. Der Impfstoff selbst ist kostenlos, allerdings dürfen die Anbieter\_Innen weiterhin Gebühren für die Verabreichung erheben.

Bei dem Impfprogramm geht es um Prävention, um die Wiedereröffnung von Schulen und die Rettung der Wirtschaft. Die Regierung hat ein offensichtliches Interesse daran, die Impfung von über 300 Millionen Menschen zu zentralisieren und sozialisieren.

In ähnlicher Weise hat das Corona-Virus die Regierung gezwungen, einzugreifen und die Schulden der Krankenhauspatient\_Innen zu begrenzen und die Infizierten zu ermutigen, sich behandeln zu lassen, anstatt das Risiko der Verbreitung des Virus einzugehen, indem sie sich selbst zu Hause behandeln. Ende Januar befanden sich über 120.000 Corona-Virus-Patient\_Innen in US-Krankenhäusern und die durchschnittlichen Kosten für ihre Behandlung betragen 30.000 US-Dollar bzw. 62.000 US-Dollar für Personen über sechzig Jahre. Als das Ausmaß der Pandemie deutlich wurde, wurde eine Reihe von Hilfspaketen auf Bundesebene verabschiedet, die die Kosten für die Behandlung weitgehend abdeckten. Das Gesundheitssystem ist jedoch

immer noch ein Marktplatz und einige Krankenhäuser und andere Gesundheitsdienstleister haben sich entschieden, nicht an den Hilfsprogrammen teilzunehmen. Einige Patient\_Innen fanden sich immer noch mit hohen Rechnungen konfrontiert.

Mehr als 25 Millionen Fälle wurden registriert und die Zahl der Todesfälle hat die 400.000-Marke überschritten, wobei kaum Zweifel daran bestehen, dass mindestens eine halbe Million Amerikaner\_Innen an dieser Pandemie sterben werden. Es wird auch geschätzt, dass eine von fünf Personen, die sich mit dem Virus infizieren, später an „Long Covid“ leiden wird, einer chronischen Krankheit mit unterschiedlichen Symptomen und Schweregraden. Viele, die an dieser Krankheit leiden, können auf Grund der ständigen Müdigkeit nicht mehr arbeiten. Einige haben bleibende Schäden an Herz, Lunge oder Gehirn davongetragen. Die Frage, wer die Kosten für die fortlaufende Behandlung von Patient\_Innen mit „Long Covid“ übernimmt, ist besorgniserregend für die Millionen von Amerikaner\_Innen, die durch die Krankheit ihren Arbeitsplatz und damit jede Versicherung verlieren könnten.

Das Corona-Virus hat das Versagen des US-Gesundheitssystems entlarvt. Die Anarchie des Marktes war nicht in der Lage, mit den Herausforderungen der Pandemie fertigzuwerden, so dass sogar die marktwirtschaftliche, für einen schlanken Staat stehende republikanische Partei gezwungen war, einzugreifen und die Verantwortung für das Impfprogramm zu übernehmen sowie Bundeshilfe für die Krankenhauspatient\_Innen bereitzustellen.

Die von Biden vorgeschlagene Erweiterung des ACA oder auch Sanders' „Medicare for all“ gehen nicht weit genug. Das Geld, das in den USA bereits für die Gesundheitsversorgung ausgegeben wird, würde ausreichen, um einen nationalen Gesundheitsdienst zu schaffen, der für alle, auch für Migrant\_Innen ohne Papiere, kostenlos ist. Im Gegensatz zum bestehenden Versicherungssystem könnte die universelle Gesundheitsversorgung durch die Besteuerung der Milliardär\_Innen und Multimillionär\_Innen finanziert werden,

die von der Pandemie profitiert haben.

Doch zwischen den Amerikaner\_Innen und einer kostenlosen, qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung stehen mächtige Gesundheitsanbieter\_Innen, die den Markt unter sich aufgeteilt haben und sowohl bei den staatlichen als auch bei den privaten Gesundheitsprogrammen einen massiven Gewinn abschöpfen. Auch die Pharmaindustrie hat sich daran gewöhnt, den Gesundheitsmarkt in den USA auszunutzen und weitaus mehr für ihre Produkte zu verlangen.

## **Der Kampf um kostenlose Gesundheitsversorgung**

Die DSA setzt sich seit 2016 für „Medicare for All“ ein, d. h. für ein Gesundheitssystem mit einer einzigen Kasse, in das alle US-Bürger\_Innen automatisch aufgenommen würden. Dies wäre zwar ein großer Fortschritt für den Zugang zur Gesundheitsversorgung und deren Kosten in den USA, würde aber die Gesundheitsversorgung und das Eigentum an Arzneimitteln immer noch in privaten Händen belassen. Es fehlt auch die Unterstützung durch die Gewerkschaften, da viele von den Gewerkschaften ausgehandelte unternehmensfinanzierte Versicherungen besser als „Medicare“ sind, wenn auch natürlich teurer. Die DSA muss über „Medicare for All“ hinausgehen und ein System der universellen Gesundheitsversorgung vorschlagen. Die Unterstützung der Gewerkschaften kann gewonnen werden, indem zunächst die einfachen Gewerkschaftsmitglieder davon überzeugt werden, die diese Argumente in die Gewerkschaftsbewegung tragen können.

Während die Demokrat\_Innen unter dem Druck ihrer Basis begrenzte Reformen wie das ACA verabschiedet haben, haben sie bewiesen, dass sie nicht gewillt sind, die Gesundheitsversorgung den privaten Händen zu entreißen. Die Republikaner\_Innen haben sich vehement gegen eine Regulierung und Einmischung in den Gesundheitsmarkt gewehrt und wettern trotz des Corona-Virus, das sie im Extremfall zum Eingreifen

zwingt, weiterhin ideologisch gegen eine sozialisierte Gesundheitsversorgung. Auf keine der beiden Parteien kann man sich verlassen, wenn es darum geht, ein Gesundheitssystem im Interesse der Arbeiter\_Innenklasse zu schaffen oder zu verwalten.

Bidens Vorschläge zur Ausweitung der Versicherung auf weitere 25 Millionen Amerikaner\_Innen sind zwar eine sehr begrenzte Reform, werden aber auf den Widerstand der Republikaner\_Innen, der Versicherungslobbys und großer Teile der Medien stoßen. Die Horrorgeschichten, die in der Opposition zu „Obamacare“ kursierten, werden wieder auftauchen. Es wird enormen Druck auf die Regierung geben, die Gesundheitsreform zu verwässern oder zu verzögern. Daher müssen die Sozialist\_Innen auch von links Druck aufbauen, um sicherzustellen, dass die neuen Gesetze verabschiedet werden, während sie gleichzeitig darauf hinweisen, dass sie nicht weit genug gehen und weiter reichende Änderungen vorschlagen.

Jeder ernsthafte Plan zur Verstaatlichung des Gesundheitswesens würde die Enteignung der privaten medizinischen und pharmazeutischen Unternehmen erfordern. Die Krankenhäuser wurden mit den hart verdienten Dollars der amerikanischen Arbeiter\_Innenklasse gebaut und zwangen diejenigen, die nicht zahlen konnten, in den Bankrott. Die Forschungs- und Entwicklungskosten von Medikamenten wurden durch die erpresserischen Gebühren der großen Pharmakonzerne um ein Vielfaches bezahlt. Dennoch sind sie bereit, Menschen an Diabetes und HIV/AIDS sterben zu lassen, anstatt ihre Gewinne sinken zu sehen. Den Unternehmen, die von Krankheit profitieren, steht keine Entschädigung zu. Ihre Patente sollten widerrufen und Sachwerte wie Labore und Krankenhäuser in einem öffentlichen Gesundheitsdienst verstaatlicht werden.

Wenn ein solcher Dienst durch Kampf errungen würde, wäre er bei den Demokrat\_Innen und Republikaner\_Innen nicht sicher, aber die Ärzt\_Innen, Pfleger\_Innen und anderen Mitarbeiter\_Innen des Gesundheitswesens, die während der gesamten Pandemie ihr Leben riskiert haben, um ihre Patient\_Innen zu versorgen, wissen, was es

bedeutet, für menschliche Bedürfnisse und nicht für private Eigeninteressen zu sorgen. Ein verstaatlichter Gesundheitsdienst, kostenlos für alle, finanziert durch die Besteuerung der Reichen und betrieben von den Patient\_Innen und dem Gesundheitspersonal, lautet die Antwort auf Amerikas Gesundheitskrise.

---

# Krise des deutschen Krankensektors

*Katharina Wagner, Fight! Revolutionärer Frauenzeitung, März 2021*

Man hatte es kommen sehen! Nicht erst seit dem Beginn der weltweiten Corona-Pandemie war es um das deutsche Gesundheitssystem nicht gut bestellt. Seit vielen Jahren existiert ein Fachkräftemangel im Gesundheits- und vor allem im Altenpflegebereich. Die herrschenden, schlechten Arbeitsbedingungen tun ihr Übriges dazu, potenzielle Berufsanfänger\_Innen abzuschrecken bzw. Fachkräfte aus dem Arbeitsumfeld zu vertreiben. Dabei war und ist der Bereich Kranken- und Altenpflege, sowohl der bezahlten als auch in viel größerem Maße der unbezahlten, weiterhin eine Domäne der Frauen. Der Anteil weiblicher Beschäftigter liegt bei über 80 %. Nun, inmitten der Pandemie, mehren sich die Stimmen, die vor einem Kollaps des deutschen Gesundheitssystems warnen, vor allem auf den Intensivstationen.

Gleichzeitig spielten die Beschäftigten in den Krankenhäusern eine zunehmend bedeutendere Rolle in den Klassenkämpfen der letzten Jahre, sei es um mehr Personal an diversen Unikliniken oder als Vorkämpfer\_Innen in der Lohntariffrage des öffentlichen

Dienstes von Bund und Kommunen im letzten Herbst.

## Aktuelle Situation

Seit Anfang Februar gehen zwar die Zahlen von Covid-Neuinfizierten zurück. Noch immer sterben aber hunderte Menschen täglich und Grund zu Entwarnung gibt es aufgrund des Zick-Zack-Kurses von Bund und Ländern bei der Pandemie-Bekämpfung und aufgrund neuer Mutationen erste recht nicht. Laut DIVI-Intensivregister (DIVI: Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) sind in den erfassten 1.200 Akut-Krankenhäusern derzeit 22.433 Intensivbetten belegt, lediglich 17 % der Gesamtbetten stehen bundesweit für weitere Patient\_Innen zur Verfügung. Von den derzeit intensivmedizinisch behandelten COVID-19-Patient\_Innen (über 5000 Anfang Januar 2021) müssen rund 57 % beatmet werden, mit einer durchschnittlichen Beatmungsdauer von rund zweieinhalb Wochen (Quelle: Neues Deutschland, 12.11.2020). Mit rund 64 % sind die Betten allerdings mit anderen als an COVID-19 Erkrankten belegt, bspw. nach Notfällen oder planbaren Operationen.

Denn anders als im Frühjahr haben viele Kliniken aufgrund finanzieller Gründe den Regelbetrieb noch immer nicht eingeschränkt. Allerdings muss hier berücksichtigt werden, dass diese Zahlen teilweise nicht der Realität entsprechen. So meldete das ARD-Magazin „plusminus“ am 02. Dezember 2020 aufgrund interner Recherchen, dass etliche Krankenhäuser mehr verfügbare Betten gemeldet hatten, als tatsächlich zur Verfügung stehen, um den versprochenen Bonus von bis zu 50.000 Euro pro neu aufgestelltem Intensivbett vom Bund zu bekommen. Allerdings kann ein nicht unerheblicher Teil dieser Betten aufgrund fehlender Fachkräfte nicht eingesetzt werden. Dieser Fehlanreiz seitens des Bundesgesundheitsministers kostete den/die Steuerzahler\_In bisher rund 626 Millionen Euro (Quelle: [www.daserste.de/information/wirtschaft-boerse/plusminus/videos/sendung-vom-02-12-2020-video-102.html](http://www.daserste.de/information/wirtschaft-boerse/plusminus/videos/sendung-vom-02-12-2020-video-102.html)).

Zusätzlich erhielten die Kliniken sogenannte Freihaltepauschalen im Zuge von zwei Rettungsschirmen, um finanzielle Anreize für das Freihalten von Intensivbetten durch Verschiebung planbarer und nicht dringend notwendiger Operationen zu setzen. Während die Pauschalen beim ersten Rettungsschirm im Frühjahr 2020 an alle Krankenhäuser ausgezahlt wurden, sollen innerhalb des zweiten nur Kliniken Geld bekommen, die in Gebieten mit hohem Infektionsgeschehen liegen und weitere Bedingungen erfüllen. Die Entscheidung über die Auszahlung liegt bei den jeweiligen Bundesländern. Trotz der beiden Rettungsschirme fordern bereits verschiedene Organisationen, darunter die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) weitere Liquiditätshilfen für das gesamte Jahr 2021 inklusive Streichung der Einhaltung und Dokumentation von Personaluntergrenzen. Auch die Prüfquote des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen soll auf max. 5 % reduziert werden. All dies geht natürlich zu Lasten der Beschäftigten und Patient\_Innen.

Unterm Strich können diese Ausgleichszahlungen allerdings die Defizite im Krankenhaus nicht wettmachen, die ein auf gewinnträchtigen Behandlungen fußendes System mit sich bringt und besonders durch die Pandemie schonungslos aufgedeckt wurden. Wir kritisieren also nicht die Ausgleichszahlungen als solche, sondern ihre Planlosigkeit und ihren zu geringen Umfang. So wurden sie teils nicht an die Behandlung von Coronapatient\_Innen geknüpft, teils wurden Einrichtungen geschlossen (Rehakliniken) und ihr Personal in Kurzarbeit geschickt, während die Hotspots mit Überlastung und Einnahmeverlusten zu kämpfen hatten.

Für das Personal in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen gab es außer Beifall und warmen Worten wenig für seine aufopferungsvolle Tätigkeit während der Pandemie. Zwar wurde eine Corona-Prämie seitens des Bundes zugesagt, diese aber an sehr viele Bedingungen geknüpft und von vornherein nur für ca. 100.000 der über 440.000 Angestellten in Krankenhäusern vorgesehen. Die Entscheidung, wer nun den Bonus bekommen solle, wurde dabei den

Betriebs- und Personalräten sowie Mitarbeiter\_Innenvertretungen (in kirchlichen Einrichtungen, wo Betriebsverfassungs- und Personalvertretungsgesetz nicht gelten) zugeschoben. Dagegen gab es allerdings teilweise heftigen Widerstand. Für die stationäre und ambulante Pflege wurde bereits im Frühjahr 2020 eine Bonuszahlung beschlossen, diese aber in sehr vielen Fällen nicht an die Beschäftigten weitergegeben.

## **Ökonomische Entwicklung**

Während die Krankenhäuser in Deutschland nach dem 2. Weltkrieg bis in die Anfänge der 1970er Jahre komplett durch den Staat finanziert wurden (Kameralistik), fand 1972 ein Wechsel zu einer dualen Finanzierung statt. Dabei wurden die Kosten zwischen den Bundesländern und den Krankenkassen aufgeteilt. Während letztere für die laufenden, also Betriebs- und Behandlungskosten, aufkamen, übernahm der Staat die sogenannten Investitionskosten. Allerdings gingen diese Aufwendungen seit Einführung dieses Systems drastisch zurück, während es gleichzeitig zu einem Personalkostenanstieg für die Krankenkassen, genauer gesagt für die Versicherten, kam. Dies alles bereitete den Boden für die Einführung der sogenannten diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs: diagnosis related groups) 2004, nachdem bereits 2002 eine gesetzlich verordnete Öffnung des Krankenhausbereichs für private Konzerne eingeführt wurde. Dies erlaubte nur noch eine Abrechnung von gleichen Behandlungskosten pro Fall, wohingegen anfallende Kosten für z. B. für Rettungswesen, Verwaltung, Materialbesorgung etc. nicht berechnet werden können. Daraus resultiert eine Auslagerung von Tätigkeiten außerhalb der Pflege mit gleichzeitigem Personalabbau im Bereich der Pflegearbeit. So ermittelte beispielsweise eine Studie der Hans-Böckler-Stiftung aus dem Jahre 2018 einen Mangel von 100.000 Vollzeitstellen allein in der Krankenhauspflege. Durch mögliche Verluste der Kliniken bei überdurchschnittlich hohem Fallaufwand sieht man sich gezwungen, Patient\_Innen entweder frühzeitig zu entlassen oder profitorientierte Eingriffe wie das

Einsetzen künstlicher Gelenke stark gegenüber konventionellen und langwierigen Therapien zu favorisieren. Auch zahlreiche Schließungen von kommunalen Krankenhäusern sowie eine starke Privatisierungswelle waren direkte Folgen des Wechsels hin zu einem profitorientierten Abrechnungssystem.

Darunter haben nicht nur die Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegebereich stark zu leiden. Auch für Patient\_Innen, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bedeutet dies eine schlechtere Gesundheitsversorgung. Mittlerweile formiert sich schon seit einigen Jahren Widerstand gegen ungenügende Personalbemessungsgrenzen, Fachkräftemangel und schlechte Arbeitsbedingungen. Im Zuge der Corona-Pandemie kamen weitere Probleme wie die nicht ausreichende Versorgung mit Test- und Schutzausrüstung sowie die Aushebelung von erkämpften Arbeitsschutzrechten, als Beispiel sei an dieser Stelle die Erhöhung der maximalen Arbeitszeit angeführt, hinzu. So hat Niedersachsen eine Vorreiterrolle eingenommen und als erstes Bundesland die maximale tägliche Arbeitszeit für Beschäftigte in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen sowie im Rettungsdienst von 10 auf 12 Stunden täglich über den 1.1.2021 hinaus angehoben. Ausgleichsstunden oder besondere Entschädigungszahlungen sind in dieser Allgemeinverfügung zum Arbeitszeitgesetz nicht vorgesehen (Quelle: Neues Deutschland, 12.11.2020).

Die Antwort auf diesen besonders dreisten Vorstoß kann nur in einer Verstärkung des Kampfes für die Abschaffung der Fallpauschalen, eine gesetzlich geregelte Personalbemessung („Der Druck muss raus!“) und die Verstaatlichung der privatisierten Kliniken unter Kontrolle der Beschäftigten und Patient\_Innenverbände bestehen. Dieser muss aktuell ergänzt werden durch einen Pandemienotplan unter Arbeiter\_Innen- und Nutzer\_Innenkontrolle für flächendeckende Impfungen, Tests, Infektionskettenrückverfolgungen und Bereitstellung aller Krankenhäuser und Kliniken für die Coronatherapie.

# **Reaktion der Gewerkschaften und anderer Organisationen**

Die Gewerkschaften, allen voran ver.di, haben sich in dieser Situation des Pflegenotstandes meist auf Lobbyismus, wie etwa das Sammeln von Unterschriften oder Starten diverser Petitionen, konzentriert. Kam es tatsächlich mal zu Streikaktionen, blieben diese meist auf einzelne Krankenhäuser wie etwa die Charité in Berlin oder andere Unikliniken beschränkt. Bei der letzten Tarifrunde im öffentlichen Dienst im Herbst 2020 wurde in erster Linie von der Tarifkommission eine Verbesserung der Entlohnung gefordert. Forderungen nach Einhaltung der beschlossenen Personaluntergrenzen wurden dagegen nicht aufgenommen, obwohl vielen Beschäftigten bessere Arbeitsbedingungen wichtiger gewesen wären als eine Anhebung ihrer Löhne. Denn selbst in Krankenhäusern, wo in der Vergangenheit Personaluntergrenzen vereinbart wurden, als Beispiel sei hier wieder die Charité in Berlin genannt, haben die Beschäftigten keinerlei Möglichkeiten, die Einhaltung durchzusetzen. Denn eigentlich müssten bei Unterschreitung der Personaluntergrenzen Betten gesperrt und planbare Operationen verschoben werden. Dies verringert allerdings den Gewinn der profitorientierten Krankenhäuser und wird demzufolge nicht durchgeführt.

## **Perspektiven für den Kampf**

Um dies zu verhindern und die Einhaltung der Personalbemessungsgrenzen durchzusetzen, sind daher dringend Kontrollorgane der Beschäftigten sowie der Patient\_Innenorganisationen notwendig. Und statt eines „Häuserkampfes“ in einzelnen Kliniken sollte seitens der Gewerkschaften ein bundesweiter Tarifvertrag mit gesetzlich geregelten Personaluntergrenzen und einer damit einhergehenden Mindestbesetzung gefordert werden. Um dies zu erreichen, müssen innerhalb der Gewerkschaften Streikaktionen bis hin zum politischen Streik als

einem wichtigen Kampfmittel der Beschäftigten sowie der gesamten Arbeiter\_Innenklasse organisiert werden. Dafür sollten zunächst Aktions- und Kontrollkomitees in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aufgebaut werden und die Beschäftigten sowie die Gewerkschaftsaktivist\_Innen gemeinsam mit Patient\_Innenorganisationen über notwendige Maßnahmen entscheiden. Ein weiterer notwendiger Schritt wäre die Durchführung einer bundesweiten Aktionskonferenz zur Vernetzung für einen gemeinsamen Kampf und die Unterstützung der #ZeroCovid-Kampagne als ersten Schritt in Richtung eines Pandemiebekämpfungsnotplans.

Allerdings dürfen wir keine Illusionen in die bürgerliche Gewerkschaftsbürokratie hegen, sondern müssen für einen internen Wandel hin zu kämpferischen Gewerkschaften eintreten. Die Vernetzung für kritische Gewerkschaften (VKG) bildet einen ersten Sammelpunkt für die Möglichkeit der Bildung einer klassenkämpferischen, antibürokratischen Basisbewegung in den Gewerkschaften, die diese wieder auf den Pfad des Klassenkampfes statt der Sozialpartnerschaft mit dem Kapital führen und die Bürokratie durch jederzeit abwählbare, der Mitgliedschaft verantwortliche, zum Durchschnittsverdienst ihrer Branche entlohnte Funktionär\_Innen aus den Reihen der besten Aktivist\_Innen ersetzen kann!

Als Ausgangspunkte für Diskussionen im Zuge einer solchen bundesweiten Aktionskonferenz im Gesundheitsbereich halten wir folgende Forderungen für sinnvoll:

- Staat und Unternehmen raus aus den Sozialversicherungen! Abschaffung der konkurrierenden Kassen zugunsten einer Einheitsversicherung mit Versicherungspflicht für alle, Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenzen!
- Allerdings sollen die Unternehmen ihren Beitrag („Unternehmeranteil“) proportional zu ihren Gewinnen zahlen statt zu ihren Personalkosten!
- Kostenlose Gesundheitsversorgung für alle - von Tests bis zur Unterbringung in Krankenhäusern!

- Stopp aller Privatisierungen im Gesundheitsbereich!  
Entschädigungslose Enteignung der Gesundheitskonzerne und Verstaatlichung aller Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime unter Kontrolle der dort Beschäftigten und der Organisationen der Patient\_Innen, alten Menschen und Behinderten sowie ihrer Angehörigen!
- Abschaffung der DRGs (Fallpauschalen) - stattdessen: Refinanzierung der realen Kosten für medizinisch sinnvolle Maßnahmen!
- Breite Kampagne aller DGB-Gewerkschaften - unter Einbezug von Streikmaßnahmen - für Milliardeninvestitionen ins Gesundheitssystem, finanziert durch die Besteuerung der großen Vermögen und Erhöhung der Kapitalsteuern!
- Sofortige Umsetzung aller bereits durchgesetzten Regelungen zur Personalaufstockung (PPR 2), kontrolliert durch Ausschüsse von Beschäftigten, ihrer Gewerkschaften und Patient\_Innenorganisationen!
- Einstellung von gut bezahltem Personal entsprechend dem tatsächlichen Bedarf, ermittelt durch die Beschäftigten selbst!  
Sofortige Umsetzung der von ver.di, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Pflegerat eingeforderten neuen Personalbemessung PPR 2 und nötigenfalls ein politischer Streik zur Durchsetzung!
- Kampf für bessere Bezahlung aller Pflegekräfte in Krankenhäusern und (Alten-)Pflegeeinrichtungen: mind. 4.000 Euro brutto für ausgebildete Pflegekräfte!
- Einstellung von ausreichend gut bezahlten und geschulten Reinigungskräften! Entsprechende Qualifizierung von vorhandenem Reinigungspersonal, das mit tariflicher Bezahlung bei den medizinischen Einrichtungen eingestellt wird! Sofortige Rücknahme der Auslagerung von Betriebsteilen in Fremdfirmen bzw. Tochtergesellschaften mit tariflichen Substandards!
- Radikale Arbeitszeitverkürzung für alle bei vollem Lohn- und Personalausgleich - vor allem in den Intensivbereichen:

Reduzierung der Arbeitszeit auf 6-Stunden-Schichten – bei vollem Lohn- und Personalausgleich und Einhaltung der Ruhezeit von mindestens 10 Stunden! Gegen die Verschlechterung des Arbeitszeitgesetzes, nötigenfalls mittels eines politischen Massenstreiks!

- Für einen internationalen Notplan gegen die Coronapandemie unter Arbeiter\_Innenkontrolle, beginnend mit einer Ausweitung der #ZeroCovid-Kampagne und der Einberufung einer internationalen Aktionskonferenz!

---

# **Notstand im Krankenhaus: Was hat sich im Verlauf der Pandemie geändert?**

*Interview mit Anne Moll, Krankenschwester in Bremen, Fight! Revolutionäre Frauenzeitung Nr. 9, März 2021*

## **Fight Wie stellt sich im Moment bei Euch die Situation im Krankenhaus ganz konkret dar?**

Ich arbeite im Klinikverbund Gesundheit Nord gGmbH in Bremen, einem kommunalen Krankenhausverbund der Maximalversorgung. Es gehören vier Häuser, über die Stadt verteilt, dazu, die über 3.000 Betten verfügen. Dort arbeiten 8.000 Menschen zur Versorgung der Bremer Bevölkerung und der aus dem niedersächsischen Umland.

Arbeitsüberlastungen und Personalmangel gehören seit Jahren zum Alltag.

Mit Ausbruch der Pandemie im Frühjahr 2020 wurde deutlich, dass das Krankenhaus nicht über genügend Intensivplätze für beatmungspflichtige Patient\_Innen verfügte . Außerdem stand der Mangel an Schutzausrüstung für die Beschäftigten ganz oben auf der Liste der Probleme neben dem an gut ausgebildeten Fachkräften, um die intensivpflichtigen Patient\_Innen zu versorgen.

Seit November, mit der sogenannten 2. Welle, war es eine Erleichterung, dass neue Intensiveinheiten aufgebaut worden waren. Auch an Schutzkleidung gibt es quantitativ keinen Mangel mehr. Die Qualität ist aber oft ungenügend, weil Schutzmasken teilweise nicht auf Virenschutz getestet wurden oder Schutzkleidung schon beim Anziehen reißt.

Das Hauptproblem bildet jetzt noch mehr der Notstand an Fachkräften zur Versorgung. Das betrifft vor allem das ärztliche, die Pflege und das Reinigungspersonal. Es wurde über die Sommermonate so gut wie nichts zum Aufbau von mehr gut ausgebildetem Personal unternommen. Außerdem sind in diesem Bereich nicht wenige Fachkräfte abgewandert, weil sie den Arbeitsdruck nicht aushielten. Und natürlich erkrankten auch weiter Beschäftigte an Covid-19.

**Fight: Wie kam es zu der Entwicklung? Worauf ist zurückzuführen, dass das Gesundheitswesen sich in den Sommermonaten nicht besser vorbereitet hat auf eine mögliche 2. Welle ?**

Hier in Bremen wie in allen Krankenhäusern ging es darum, die Kosten des Lockdowns wieder einzufahren. Zudem wurden auch in den Sommermonaten starke Einschränkungen aufrechterhalten. Nur sehr begrenzt wurden wichtigste Fortbildungen angeboten, oft dann doch kurzfristig wieder abgesagt. Das Klinikum Bremen Nord hat bis heute keine Alternativen zu Präsenzfortbildungen entwickelt.

## **Fight: Was hat sich bei den Beschäftigtenvertretungen seit dem Sommer verändert?**

Der Betriebsrat wirkt wie abgetaucht. Es gab im Sommer eine Einladung zu einer Betriebsversammlung, die dann wieder abgesagt wurde, weil der Versammlungsraum doch nicht den Hygienevorschriften entsprach. Auch hier werden keine Alternativen entwickelt.

Die Gewerkschaft ver.di fordert ja schon seit Jahren bessere Arbeitsbedingungen mit der Kampagne „Der Druck muss raus“, tut aber wenig dafür. So hat sie die Tarifverhandlungen im Herbst nicht mit Arbeitszeitverkürzung oder der Kampagne „Mehr Personal im Krankenhaus“ verbunden. Auch hat sie nicht flächendeckend bundesweit zu Warnstreiks mobilisiert.

Die Beschäftigten selbst schaffen es in Bremen bis heute nicht, sich selbst zu organisieren. Dabei gibt es bundesweit einige gute Ansätze, darunter zwei bundesweite Vernetzungen. Einmal die zur Forderung einer Aktivenkonferenz, die sich im Sommer formiert hat. Daneben die für mehr Personal im Krankenhaus, die es jetzt schon 4-5 Jahre gibt.

Die Beschäftigten gehen aber überall vor allem einen individuellen „Lösungs“weg:

Sie arbeiten Teilzeit, wenn das möglich ist, wechseln die Abteilungen, zu möglichst weniger belastender Arbeit und gehen vor allem ganz aus den Krankenhäusern und oft auch aus den Berufen raus.

## **Fight: Welche sofortigen Maßnahmen wären aus Deiner Sicht nötig, um mit der zusätzlichen Belastung klarzukommen?**

Die Sofortmaßnahme heißt gestern wie heute : MEHR PERSONAL, bessere Bezahlung und bessere Arbeitsbedingungen wie z. B. Arbeitszeitverkürzung bei vollem Lohnausgleich, sichere Dienstpläne, sichere Pausen.

In Bremen gibt es eine Studie der Arbeitnehmerkammer („Pflegepersonal entlasten, halten und gewinnen“ von Dr. Jennie Auffenberg), die besagt, dass eine geschätzte Anzahl von zwischen 120.000 und 200.000 Pflegekräften, die den Beruf verlassen haben, wiederkommen könnten, wenn sich die Bedingungen ändern.

Als erste Schritte wären sofort umzusetzen :

- Lohnsteigerung von 500 Euro monatlich für die unteren Gehaltsstufen
- Arbeitszeitverkürzung, den 3-Schicht- auf einen 4-Schichtbetrieb umstellen, bei vollem Lohnausgleich

Zur Zeit passiert gerade das Gegenteil. Die Beschäftigten in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sollen trotz ihrer schon chronischen Überlastung auch noch die Covid-19-Schnellteste durchführen und wurden für Impfungen angefragt.

## **Frage: Welche lang-/mittelfristigen Maßnahmen sind deiner Meinung nach nötig, um den Pflegenotstand insgesamt zu beseitigen?**

Die Krankenhäuser, aber auch die Pflegedienste, Altenheime, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen sowie der Jugendhilfe müssen in öffentlicher Verantwortung geführt werden. Nur so kann die Voraussetzung geschaffen werden, dass das Personal nach Tarifvertrag bezahlt wird und Arbeitsschutzmaßnahmen umgesetzt werden. Es braucht einen Flächentarifvertrag für alle, die im Gesundheitssystem arbeiten, auch für die sogenannten patientenfernen Berufe wie Reinigung und Logistik. Es ist dringend notwendig, dass die Beschäftigten mitentscheiden über die Gestaltung ihrer Arbeitsbedingungen, d. h. die Gesundheitsversorgung gehört unter Kontrolle der Beschäftigten und Patient\_Innen.

Dafür brauchen wir eine Basisopposition, die Aktionen organisieren kann und für eine antibürokratische,

klassenkämpferische Neuausrichtung der Gewerkschaften kämpft.

Dafür trete ich in bestehenden Bündnissen und Vernetzungen aktiv ein. Vielleicht bist Du demnächst dabei?

**Fight: Vielen Dank für das Interview und viel Erfolg.**

Das Interview wurde im Januar 2021 geführt.

---

# **Frauen in systemrelevanten Berufen: Die 1000€ Sonderzahlungslüge**

**Von Mareike Kombüse**

Wie bereits im vorherigen Artikel „**Wer kommt für die Kosten der Krise auf?**“ beschrieben, leiden die ökonomisch am schlechtesten gestellten Menschen am meisten unter der Krise. Besonders trifft das bei systemrelevanten Berufen, wie z.B. dem Einzelhandel, der Pflege oder der Sozialarbeit zu. Was diese Berufe gemeinsam haben ist nicht nur ihre Unterbezahlung, sondern auch ihre Zusammensetzung.

Pädagogisches

Personal in Krippen, Kitas und Horten ist nur zu 3-15%

männlich<sup>1</sup>.

In der Pflege sind es ebenfalls um die 15% und im Einzelhandel arbeiten nur etwa 27% Männer, während sie jedoch  $\frac{3}{4}$  aller

Führungspositionen innehaben<sup>2</sup>.

Es zeigt sich also, dass Frauen in systemrelevanten Berufen deutlich überrepräsentiert sind. Dabei sind die Arbeitsbedingungen besonders während der Krise schlecht und Unterbezahlung ist Standard. Während das durchschnittliche Einkommen hierzulande 3.994€ beträgt<sup>3</sup>, bekommen Frauen in der Pflege bloß 2.315€, Männer 318€ mehr<sup>4</sup>.

Als Erzieherin liegt das Gehalt bei durchschnittlich 2.450€<sup>5</sup>

und im Einzelhandel bei Frauen bei nur 1.850€<sup>6</sup>.

Die Unterbezahlung in diesen Berufen ist also enorm und insbesondere Frauen verdienen nochmal an die 10% weniger als Männer.

Das ist kein

Zufall, denn in der patriarchalen Welt des Kapitalismus werden Frauen durch die üblichen Rollenbildern in diese prekäre Situation gedrängt: Das Bild von der „umsichtigen und unterstützenden“ Frau passt eher zu all den Berufen, in der zwar bitternotige Arbeit geleistet wird, die aber für Menschen und damit aus ökonomischer Sicht für Arbeitskraft sorgt (Reproduktionsarbeit), statt Waren im engeren Sinne herzustellen. Da sich Pflege, Erziehung und Einzelhandel deutlich schlechter verwerten lässt, z.B. weil es nicht exportiert oder durch technische Investitionen leicht optimiert werden kann, sind die Löhne direkt niedrig angesetzt. Aber selbst im gleichen Beruf haben Männer bessere Chancen: Zum einen besteht für den Chef nicht die Gefahr, dass sie durch Schwangerschaft ausfallen, zum anderen hemmt Frauen das „brave und zurückhaltende“ Ideal in Streits und Verhandlungen um den eigenen Lohn. Wir fordern dem bezüglich unbedingt eine Angleichung unter Kontrolle der Beschäftigten und die transparente Offenlegung der Löhne aller!

**Tropfen auf  
dem Heißen Stein**

Eine

Einmalzahlung von bis zu 1000€ im Pflegebereich ist eine Farce, denn selbst mit ihr ist das Gehalt aus dem einen entsprechenden Monat immer noch weitaus niedriger, als das durchschnittliche Gehalt. Außerdem bekommen die allermeisten Beschäftigten viel weniger bis gar nichts. Es handelt sich bei der Einmalzahlung also nicht einmal um eine einmalige durchschnittsangleichende Zahlung, geschweige denn um eine „gerechte“ Sonderzahlung für die zusätzlichen Belastungen während der Krise, wofür die Bundesregierung sie verkauft. Berücksichtigt man die Milliarden, die in Konzerne fließen, die danach trotzdem massenhaft Stellen abbauen, darf man also in den Staat kein Vertrauen hegen.

Dabei springt

eine Sache aus den Statistiken ins Auge: Je nach Branche verdienen diejenigen Arbeiter\_Innen in den systemrelevanten Berufen, die eine Tarifierung haben, zwischen 9 und 24% mehr Geld<sup>7</sup>.

Daraus ergeben sich zwei Dinge: Erstens lohnt es sich, sich zu organisieren und kollektiv für höhere Löhne zu kämpfen. Zweitens scheinen die Gewerkschaftsführungen nicht in der Lage zu sein, eine auch nur annähernde Angleichung der Löhne in diesen Branchen an das durchschnittliche Einkommen zu erkämpfen. Die Arbeitskämpfe in diesen Berufen müssen als Teil der Antikrisenbewegung aufgegriffen und organisiert und die Gewerkschaftsführungen unter Druck gesetzt werden, denn in der momentanen Situation tun sich hier besondere Chancen auf: In

dem vergangenen Jahr wurde klar, welche Rolle die beschriebenen Personen für den Staat und den Kapitalismus haben. Zum einen kann die „Systemrelevanz“ genutzt werden, um flächendeckend zu organisieren und dann effektiv zu streiken, um bessere Arbeitsverhältnisse zu erhalten. Zum anderen besteht eine große gesellschaftliche Solidarität, bei der aus Klatschen aus dem Fenster ganz schnell auch Backpfeifen für die Kapitalist\_Innen im Arbeitskampf werden können. Denn wir wollen alle ein

funktionierendes Pflege- und Gesundheitssystem und das funktioniert am besten mit zufriedenen Arbeiter\_Innen und zwar fernab der Profitlogik!

1<https://www.gew.de/aktuelles/detailseite/neuigkeiten/mehr-maenner-in-kitas-erwuenscht/>  
[13.12.2020]

2<https://www.n-tv.de/wirtschaft/Frauen-im-Einzelhandel-sind-selten-Chefin-article21935339.html>  
[13.12.2020]

3<https://de.statista.com/themen/293/durchschnittseinkommen/>

4<https://www.lohnspiegel.de/pflegeberufe-13899.htm>

5<https://www.lohnspiegel.de/erzieher-innen-13912.htm>

6<https://www.lohnspiegel.de/verkaeufer-in-im-einzelhandel-13893.htm>

7Siehe

Links vom „Lohnspiegel“

---

# Care Arbeit - weiblich, prekär und schlecht bezahlt

*Anne Moll, Gruppe ArbeiterInnenmacht, Fight! Revolutionäre Frauenzeitung  
No. 6*

Rund 6,5 Millionen Menschen sind im bezahlten Caresektor beschäftigt. Darunter fallen alle Tätigkeiten, die direkt zum Erhalt des menschlichen Lebens dienen: Versorgung der Alten, alle Sorge- und Erziehungsaufgaben, Pflege sowie Haushaltstätigkeiten (Kochen, Waschen, Backen, Putzen,

Spülen, Kindererziehung...). So wird Care-Arbeit gegen Lohn in Schulen, Kindergärten, Heimen, Krankenhäusern, Vereinen, ambulanten Diensten verrichtet. Darüber hinaus erfolgt ein größerer Teil der Care-Arbeit unbezahlt im Haushalt zur Reproduktion des unmittelbaren Lebens der RentnerInnen sowie gegenwärtiger und zukünftiger Arbeitskräfte.

## **Entwicklung bezahlter Care-Arbeit**

Schulen, Kindergärten und Krankenhäuser sind heute für den Großteil der Bevölkerung Normalität. Doch diese Einrichtungen gab es nicht immer. Sie sind teilweise Errungenschaften der ArbeiterInnenbewegung. Schon bald nach Beginn der industriellen Revolution zeigte sich, dass das Fehlen jeglicher Arbeitsschutzbestimmungen (z. B. Verbot von Kinderarbeit und bestimmter Tätigkeiten für Schwangere, Arbeitssicherheitsmaßnahmen) auch die Reproduktion der ArbeiterInnenklasse selbst gefährdete und so der Expansion des Kapitals eine Schranke zu setzen drohte, weil sich die ArbeiterInnen wortwörtlich zu Tode arbeiteten.

Ohne Menschen, die ihre Arbeitskraft verkaufen können, kommt der Kapitalismus nicht aus. Selbst diese für das Gesamtsystem notwendige Beschränkung der Ausbeutung musste den KapitalistInnen oft in zähen Kämpfen abgerungen werden. Aus ähnlichen Gründen wurde auch die allgemeine Schulpflicht eingeführt, um ein Mindestniveau an Qualifikation der Arbeitskraft und die Grundlage für eine weiterführende Ausbildung zu schaffen.

Für den einzelnen Kapitalisten erscheinen diese Kosten - sei es für Bildung, für Gesundheitsvorsorge, Pflege usw. - nur als Abzug vom Gewinn. Deswegen übernimmt oftmals der Staat diese Aufgabe, wobei die KapitalistInnen natürlich darauf drängen, dass diese Kosten vor allem die Lohnabhängigen über Steuern usw. zu tragen haben.

Errungenschaften der ArbeiterInnenbewegung wie die Einführung von Renten-, Unfall- und Kranken-, später Arbeitslosenversicherung, ermöglichten den Ausbau von Krankenhäusern. Damit einhergehend wurden die vorher von Ordensschwestern verrichteten Pflegearbeiten nun zur

Domäne von Lohnarbeiterinnen.

Während Frauen der Zugang zu „Männerberufen“ als ArbeiterInnen wie auch als AkademikerInnen lange und hartnäckig verwehrt wurde, erschien die bezahlte Arbeit im Gesundheitswesen oder als Bedienstete in bürgerlichen oder kleinbürgerlichen Haushalten als „natürliche“ Sphäre weiblicher Beschäftigung. Sie entsprach einer geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung, reaktionären, bürgerlichen Rollenbildern, reproduzierte und festigte sie zugleich.

Sie galten außerdem von Beginn an als Tätigkeiten von Frauen, die entweder mit der Heirat enden würden oder die dann als „Nebenerwerb“ zum eigentlichen Familieneinkommen beitragen, das im Wesentlichen vom Mann bestritten würde. Das ist auch ein wesentlicher Faktor, warum diese Arbeiten historisch schlechter entlohnt wurden. Darüber hinaus war die berufliche Hierarchie auch von Beginn an geschlechtsspezifisch geprägt (Ärzte und Krankenschwestern).

## **Strukturen des Care-Sektors**

Von den rund 6,5 Millionen lohnabhängig Beschäftigten waren 2013 340.000 staatlich anerkannte ErzieherInnen in Kindergärten oder Heimen etc. angestellt, davon über 327.000 Frauen. 2016/17 arbeiteten 760.000 LehrerInnen, der Großteil von ihnen an Grundschulen und Gymnasien.

Das Gesundheitswesen ist mit Abstand der größte Bereich und beschäftigte 2016 5,5 Millionen, 75,8 % davon waren Frauen. In Krankenhäusern schufteten über 1,2 Millionen, davon 180.000 ärztliches, 1,04 Millionen nichtärztliches Personal sowie 83.000 Auszubildende. Darunter fielen 880.000 Vollzeitkräfte (ÄrztInnen: 158.000, andere: 722.000). Die Altenpflege umfasste Ende 2015 611.000 Arbeitskräfte. Rund ein Siebtel der Auszubildenden im Gesundheits- und Sozialwesen besitzt einen ausländischen Pass.

Diese schon beeindruckend hohen Zahlen muss man jedoch in Relation zur unbezahlten Arbeit setzen. Laut Bundesamt für Statistik betrug das

Gesamtvolumen an Reproduktionsarbeiten in der BRD 2001 96 Mrd. Stunden gegenüber 56 Mrd. für Erwerbsarbeit, wobei erstere weit überproportional von Frauen verrichtet werden. Untersuchungen zum individuellen Zeitverbrauch in den 30 reichsten Wirtschaftsländern ergaben für Deutschland für den Durchschnitt aller Erwerbsfähigen: 16 Wochenstunden für Erwerbsarbeit gegenüber 45 in Haus- und Familienarbeit und 24 für Freizeit.

In der Schweiz sollen 4/5 der gesamten Tätigkeiten von Frauen auf Care-Ökonomie entfallen, 2/5 bei Männern. Etwa 1/10 der Erwerbsarbeitsstellen für Männer gehören dazu (Frauen: 1/3). Das unbezahlte Volumen ist siebenmal größer als das bezahlte. (Gisela Notz: Zum Begriff der Arbeit aus feministischer Perspektive, Emanzipation, Jg. 1, Nr. 1, 2011)

## **Niedriglohn, Prekarität, Schattenarbeit: typisches Schicksal von Care-Frauen**

Von institutionell organisierter Erziehungs-, Pflege- und Betreuungsarbeit bis hin zu sklavenähnlichen Abhängigkeiten finden wir alle Arbeitsverhältnisse in der Care-Arbeit.

Zwei Merkmale sind dabei bedeutend: Je schlimmer die Arbeitsbedingungen, je schlechter die Bezahlung, desto weniger männliche Arbeit,„nehmer“ finden sich hier. Von diesem Care- Arbeitsmarkt ist selten die Rede, noch weniger von ganz überwiegend unsichtbaren Arbeitsverhältnissen im Privathaushalt und in der Schattenwirtschaft „illegaler“ MigrantInnen.

Selten werden diese Merkmale im Zusammenhang mit der Frauenunterdrückung in der Gesellschaft und auf dem Arbeitsmarkt genannt. Ohne diese „Unsichtbarkeit“ solcher prekären Arbeitsverhältnisse würde in jedem kapitalistischen Land deutlich, dass die Ausbeutung wieder Formen angenommen hat, die denen zu Beginn der Industrialisierung sehr ähnlich sind. Kinder und Alte wären oft sich selbst überlassen, weil die Arbeitswelt sich in den letzten Jahrzehnten immer weiter flexibilisiert und prekarisiert hat. Die Beschäftigten müssen jede Arbeitszeit und unbezahlte Mehrarbeit annehmen, da durch das Hartz-IV-System eine Verweigerung nicht mehr

möglich ist. So sind viele Familien gezwungen, Pflege- und Betreuungsarbeit möglichst billig anderen zu überlassen.

## **Rassistisches Lohndumping**

Also gibt es in der Care-Arbeit noch prekärere Beschäftigungsverhältnisse. Von der im Privathaushalt arbeitenden Pflegekraft mit Arbeitsvertrag bis hin zu „illegal“ Beschäftigten, die im schlimmsten Fall bei der Familie wohnen und 24 Stunden einsatzbereit sind. So kommt z. B. eine Frau aus Polen hierher, um in der Altenpflege zu arbeiten, und verdient nach ihren Maßstäben genug Geld, um ihre Familie in Polen durchzubringen. Dafür lässt sie ihre eigenen Familienangehörigen allein. Ihre Kinder werden mit Großeltern oder anderen Angehörigen notdürftig versorgt. Trotzdem ist es aus ihrer Sicht eine Verbesserung und sie hält einiges aus, um ihren Job nicht zu gefährden. Dies wirkt auch auf den sozialversicherten Teil im Care-Sektor als Lohndumping zurück

Auf diese Art wirkt der Druck des imperialistischen Weltmarktes auf die Lebens- und Arbeitsbedingungen in den halb-kolonialen Ländern in Form von Arbeitslosigkeit und niedrigem Lebensstandard. Was der Arbeitsmarkt nicht absorbieren kann, fungiert in den führenden kapitalistischen Ländern als Reservearmee, die diesen keine Ausbildungskosten verursacht. Aufgrund ihrer Entrechtung und rassistischen Unterdrückung kann sie bei einem Sinken der Nachfrage nach Arbeitskraft leichter „entsorgt“, also abgeschoben oder zur „freiwilligen“ Rückreise gezwungen werden.

## **Unterschiede und Zusammenhänge im Care-Bereich**

Die Pflege von kranken und alten Menschen ist einerseits in öffentlichen/kommunalen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen organisiert. Dort gibt es Tarifverträge und Betriebsräte die sich um die Umsetzung kümmern. So haben die Beschäftigten relative gute Arbeitsbedingungen im Vergleich zu denen Beschäftigten in privatisierten Einrichtungen und v. a. in privaten Haushalten.

Da heute in allen Krankenhäusern Profite erzielt werden müssen, sind die Arbeitsbedingungen extrem belastend und der Stress steigt ständig. Der überwiegende Teil der Beschäftigten hält den Leistungsdruck weniger als 10 Jahre aus. Dann sind sie gezwungen, ihre Arbeitszeit zu reduzieren, werden krank oder suchen sich eine andere Lohnarbeit. Viele Auszubildende sind am Ende ihrer Ausbildung nicht bereit, den Job der Krankenpflege weiter auszuüben.

## **Von der Kostendämpfung zur Krankenhausprivatisierung...**

Der Druck, die Carearbeit profitabel zu machen, setzte sich auch im Bereich durch, der die besten Arbeitsbedingungen der gesamten Branche bot: den Krankenhäusern. Der Einstieg in ihre Verschlechterung und schließlich das Auslösen einer massiven Privatisierungswelle erfolgte über die Finanzierungskrise der Sozialsysteme. Ab den 1970er Jahren setzte die Dauerwirtschaftskrise Staatsfinanzen und Sozialversicherungen unter Druck.

Sinkende Reallöhne führten dazu, dass die Gesundheitsausgaben den Einnahmen der Sozialversicherungen enteilt. Die paritätische Finanzierung wurde zugunsten der „Arbeitgeber“ verändert, ihr Beitrag eingefroren auf 7,3 %. Seitdem zahlen die Versicherten alle Mehrkosten (Krankenkassenzusatzbeiträge) und Zuzahlungen bei sehr vielen Behandlungskosten und Medikamenten. Erhöhungen der Krankenkassenbeiträge wären schließlich auch auf Kosten der sog. Arbeitgeberlohnanteile gegangen. Kostendämpfung bei den Gesundheitsleistungen war angesagt. Die Abrechnung der Krankenhausbehandlung wurde umgestellt. Vor 2004 wurde abgerechnet pro belegtes Bett pro Nacht. Die sogenannte Fallpauschale (DRG: Diagnosis Related Groups = diagnosebezogene Fallgruppen) legt für jedes Krankheitsbild eine durchschnittliche Bezahlung für die Behandlung fest. Reicht dieser Festbetrag für die jeweilige Krankheit nicht, macht die Klinik ein Defizit oder muss einen enormen Bürokratieaufwand leisten, um zu erklären, warum er nicht zur Heilung gereicht hat. Durch die Einführung der DRGs 2004 so wird jedes freie Bett zum Risikofaktor der Krankenhäuser. Es

kam zu einem enormen Bettenabbau, der immer wieder zu Schlagzeilen in der Presse führt, dass Notfälle nicht aufgenommen werden können und Krankenwagen so lange gesucht haben, bis der Patient verstorben war.

Im alten Finanzierungssystem gab es keinen Anreiz für volle Belegung, da ja keine Gewinne gemacht werden durften und die laufenden tatsächlichen Behandlungskosten auf jeden Fall von den Kassen finanziert wurden. Heute kommt es durch DRG-Abrechnung, Gewinnabschöpfung und Konkurrenz in vielen Bereichen zu 110-120 % Belegung (PatientInnen auf dem Flur oder in Badezimmern etc.). Nicht dass es schon kompliziert genug ist, gibt es auch noch die duale Krankenhausfinanzierung: Das bedeutet, die Krankenkassen zahlen für die laufenden Kosten, die Länder und Kommunen für die Investitionen z. B. in Gebäude und Ausstattung. Diese haben die Länder seit 1991 immer weiter gesenkt, so dass wir heute einen Investitionsstau von 6-6,5 Milliarden Euro jährlich haben. Die Kliniken investieren zur Zeit viel selbst durch Einsparungen an Personal und Aufnahme von Krediten, um konkurrenzfähig zu bleiben. Die Umstellung auf DRGs hat viele Kommunen ihre Kliniken an private Träger verkaufen lassen, wenn sie mit den Fallpauschalen nicht auskamen und zusätzlich noch aus laufenden Einnahmen dringend notwendige Investitionen tätigen mussten. Die privatisierten Betreiber schlossen übrigens Verträge mit den Ländern/Kommunen, um auch diese aus Steuergeldern finanziert zu bekommen, oft mehr als zuvor, als sie noch staatlich waren!

So hat der Gesetzgeber die Tür für private Unternehmen indirekt durch Einführung der Fallpauschalen geöffnet. Seit 1991 ist die Zahl privater Kliniken um 70 % gestiegen, über 320 % mehr privatisierte Betten sind seitdem entstanden. Die größten Krankenhauskonzerne sind Medioclin, Rhön-Klinikum AG, Sana Kliniken AG, Asklepios und Helios. Weitere wichtige Akteure in diesem Spiel sind die Pharmaindustrie und Gerätetechnik. Oftmals unbeachtet, dirigierten sie vor 2004 die Ausrichtung der Medizin ganz in ihre Richtung, um ordentlich Geld abzuzocken. So verschaffen sich einige wie der Pharma- und Dialysekonzern Fresenius SE & Co. KGaA als Betreiber zahlreicher Kliniken weiteren Marktzugang.

## **...und ihre Folgen für die Beschäftigten**

Ob in kommunalen, privaten, kirchlichen oder anderen frei-gemeinnützigen Einrichtungen: Die Privatisierungen und Profitorientierung gingen einher mit Personalabbau und daraus folgender Arbeitsverdichtung und Überstunden. Daneben hatte der Ausstieg mancher Krankenhausträger aus dem relativ flächendeckenden Tarifvertrag (TvÖD) Lohnsenkungen zu Folge, denn der durch die DRGs geschaffene Markt übte seine bekannten Rationalisierungszwänge aus. Von 1995 bis 2006 wurden 87.000 Stellen im Krankenhaus abgebaut, davon 40.000 Pflegekräfte.

Dies ging auch einher mit Schließungen von ganzen Krankenhäusern. Gleichzeitig stieg allerdings die Bettenbelegung um 30 %. Im Jahr 2013 hat ver.di in 200 Krankenhäusern eine Befragung durchgeführt und dadurch errechnet, dass bundesweit 162.000 Stellen in den Krankenhäusern fehlen, um eine gute Krankenhausversorgung zu gewährleisten, davon 70.000 Stellen in der Pflege. Zur Zeit arbeiten in Deutschland in 2000 Krankenhäusern 410.000 Pflegekräfte. Sie müssen deutlich mehr PatientInnen versorgen als in anderen Ländern (Japan: 53,1; OECD-Durchschnitt: 31,9; BRD: 19,0 Pflegekräfte auf 1000 Behandlungsfälle). Dies führt erwiesenermaßen zu einer höheren Todesrate bei den Patienten neben erhöhter Belastung für Pflegekräfte (Burnout, Rückenleiden etc.; Berufsabbruch, s. o.).

Aber der Widerstand gegen schlechte Löhne und noch schlechtere Arbeitsbedingungen nimmt zu. Sowohl die Krankenpflege als auch die Altenpflege versucht, mit Aktionen Druck auf die EntscheidungsträgerInnen auszuüben.

## **Widerstand**

Durch die oben genannten Probleme ist die Situation der Pflegekräfte miserabel und die PatientInnen sind in Gefahr. 2015 gab es einen wichtigen Anstoß der Beschäftigten in der Berliner Charité für mehr Personal im Krankenhaus. Ver.di möchte diesen Tarifvertrag an allen Kliniken durchsetzen und rief im Juli 2017 bundesweit zu Tarifverhandlungen für

einen TV Entlastung auf (Artikel dazu in dieser Zeitung). In vielen Städten haben sich daraufhin Bündnisse für mehr Personal im Krankenhaus gebildet: Hamburg, Bremen, Berlin, Freiburg, Tübingen, Stuttgart, Saarland, Düsseldorf, Helios Amper-Kliniken in Dachau und Indersdorf, SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach, Trier.

Und mit ca. 80 % weiblichen Beschäftigten in der Krankenhauspflege (in Altenheimen eher noch mehr) ist dies auch ein wichtiger Kampf für die Gleichstellung von Frauen im Beruf, kann eine Signalwirkung haben für alle „typischen“ weiblichen Arbeitsverhältnisse und deren nächste Arbeitskämpfe.

Trotz Tarifvertrags und offiziell gleicher Bezahlung in der Pflege gibt es deutliche geschlechtliche Unterschiede: männliche Pflegekräfte erhalten oft schneller eine Weiterbildung und arbeiten in Bereichen, die besser bezahlt sind: Intensivstationen, Anästhesiepflege oder haben Leitungsfunktion. Zudem werden sie durch individuelle Lohnabsprachen oft besser bezahlt als ihre Kolleginnen.

Die Gewerkschaft ver.di stellt in ihrem Aufruf zu Verhandlungen für einen Tarifvertrag Entlastung bundesweit drei Forderungen auf: mehr Personal, verlässliche Arbeitszeiten und Belastungsausgleich. Die Beschäftigten an einigen Orten, an denen sich Bündnisse gegründet haben und eigene Flugblätter geschrieben wurden, hatten deutlich oft Konkreteres und mehr verlangt.

So forderten die KollegInnen in Bremen 1600 zusätzliche Pflegekräfte sofort, Einarbeitungszeit für neue KollegInnen von mind. 6 Monaten, garantierte Fortbildung, Dienstplansicherheit (kein Holen aus dem Frei) oder Frühverrentungsmöglichkeit ohne Abschläge wie bei Polizei und Feuerwehr! Außerdem wurde der Wegfall der Fallpauschalen, das Ende der Privatisierung der Krankenhäuser und die Rekommunalisierung privatisierter und ausgegliederter Bereiche verlangt.

Zur Zeit gibt es aber eine deutliche Zurückhaltung der Gewerkschaft, die Kämpfe ernsthaft bis zum Streik zu führen. Dort, wo im Jahr 2017

Demonstrationen und Streiks stattfanden, beteiligen sich Beschäftigte aktiver als in Städten wie Hamburg und Bremen, die denken, es wäre noch zu früh, Streik auf die Agenda zu setzen! Deshalb treten wir für Belegschaftsversammlungen in allen Kliniken ein. Dort sollen nicht nur Unterschriften gesammelt, sondern auch Komitees zur Vorbereitung von Aktionen und Streiks gewählt werden, die der Basis rechenschaftspflichtig und von dieser abwählbar sind. So könnte die Grundlage für einen bundesweiten Streik im Pflegebereich gelegt werden. Dieser Kampf sollte mit dem für die Rückholung aller ausgelagerten Betriebsteile, für ein Verbot von Leiharbeit und Niedriglohnbereichen verbunden werden: Ein Betrieb - eine Belegschaft - ein Tarif!

Die Kontrolle der Umsetzung muss bei Komitees der Beschäftigten und Gewerkschaften liegen.

## **Für eine wirkliche Care Revolution!**

Was bei ver.di und auch den Belegschaften oft fehlt, ist die Forderung nach Offenlegung aller Einnahmen und Ausgaben. Gesundheit ist eine Klassenfrage und betrifft alle Lohnabhängigen. Ein Gesundheitssystem muss nach ihren Bedürfnissen als PatientInnen und dortige Beschäftigte ausgerichtet werden.

Daher treten wir für ein Programm zum Ausbau des Gesundheitswesens wie aller anderen Felder der Care-Arbeit unter Kontrolle der Beschäftigten, der Gewerkschaften, von VertreterInnen der lohnabhängigen Bevölkerung ein. Ein solches Programm müsste durch die Besteuerung der Reichen, von Gewinnen und Vermögen finanziert werden.

So könnte zugleich auch weitere Abwälzung von Care-Tätigkeiten auf die private Hausarbeit und damit vor allem auf die Frauen bekämpft werden. Ein Ausbau von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Kitas, Betreuungseinrichtungen und Freiangeboten für Kinder und Jugendliche wäre ein Schritt zur Umkehr des Trends der letzten Jahre und Jahrzehnte.

Diese Forderungen können ein Schritt sein zur Sozialisierung der gesamten

Care- und Reproduktionsarbeit einschließlich der bezahlten wie unbezahlten in Privathaushalten. Das kann auch die prekär Beschäftigten auf unterster Stufenleiter unabhängig von ihrer Staatszugehörigkeit, ferner alle Azubis mitnehmen und die Tür aufmachen zu einem vernünftigen Gesellschaftssystem, die den arbeitenden Menschen und seine Bedürfnisse in den Mittelpunkt der Produktionszwecke stellt. Menschen statt Profite heißt: Sozialismus statt Kapitalismus!