

Rote Spritze

Information des Branchenaktives Gesundheitswesen der DKP
3|2018

Biete: Titel „Uni“ – verlange: substantielle Rechte

Was es kosten kann/soll, Uni-Klinik zu werden

Niemand verändert nur aus Jux und Tollerei die Rechtsform eines Betriebes. Die Voraussetzungen sollen geschaffen werden, dass sich die Stadt aus der Verantwortung für Arbeitsbedingungen und Gesundheitsversorgung zurückziehen kann und dann möglichst auch keine Zuschüsse mehr geben muss.

2004 scheiterte der Versuch, aus dem Klinikum eine GmbH zu machen am Widerstand der Beschäftigten und der Öffentlichkeit.

Unter deren Druck sicherte die Stadt damals (in einem 4-seitigen Vertrag) sogar ausdrücklich zu, dass der Status des „städtischen Eigenbetriebs“ erhalten bleibt. Weitere Zugeständnisse waren unter anderem:

- ▶ Ausgliederungen von Leistungen und Bereichen sind dem Vertrag nach nur mit Zustimmung des Personalrats möglich.
- ▶ Betriebsbedingte Kündigungen und jede Form von Absenkungstarifverträgen sind ausgeschlossen.

Dieser Vertrag gilt (2011 leicht abgeändert) nach wie vor, kann aber zum Ende dieses Jahres gekündigt werden.

Pünktlich dazu (seit Mitte letzten Jahres) kam erneut das Ansinnen einer Rechtsform-Umwandlung, diesmal in eine selbstständige Kommunalanstalt (sKA) unter dem Titel „Kommunale Anstalt des öffentlichen Rechts“.

Kommt jetzt der (Anstalts)-Knüppel aus dem Sack?

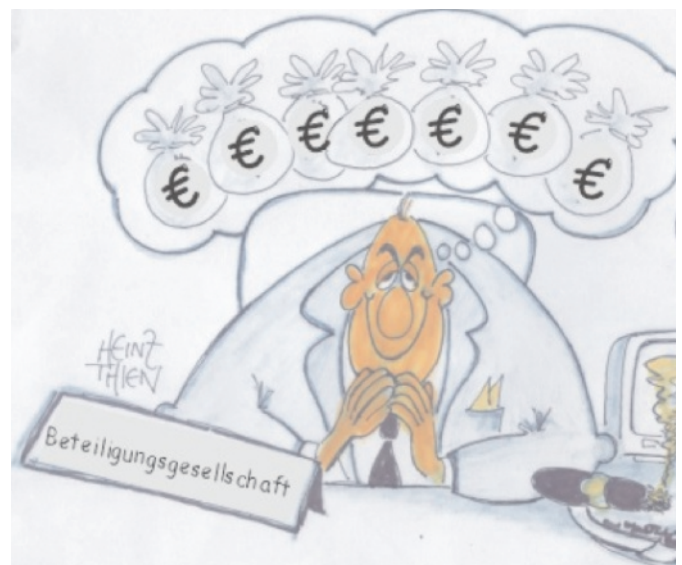
Der Titel „kommunal“ ist insofern irreführend, als er suggeriert, die Stadt bliebe doch in ihrer Verantwortung. Aber in einer sKA entscheiden nicht mehr Stadtrat, OB, Krankenhausausschuss und Geschäftsführung unter den Augen der Öffentlichkeit, sondern nicht-öffentlich tagend, ein Vorstand und Verwaltungsrat. Dieser kann beliebig eigene „Tochterfirmen“ bilden, z.B. Servicegesellschaften für Arbeitsbereiche (also privatisieren).

Die Sorge ist nicht unberechtigt. Die beiden neuen Geschäftsführer (die Herren Hewer und Jürgen-

sen) haben in ihrer alten Wirkungsstätte (der Charité Berlin) mindestens elf Ausgründungen durchgezogen.

Ausgründungen sind Türöffner für Privatisierung und Tariffucht, aber auch für Leistungsreduzierungen und Preiserhöhungen für die Patienten.

Fortsetzung auf Seite 2



Kam endlich eine Zeit,

wo alles was die Menschen bisher als unveräußerlich betrachtet hatten, Gegenstand des Austausches, des Schachers, veräußert wurde. Es ist dies die Zeit, wo selbst Dinge, bis dahin mitgeteilt wurden, aber nie ausgetauscht, gegeben aber nie verkauft, erworben, aber nie gekauft, Tugend, Liebe, Überzeugung, Wissen, Gewissen usw., wo mit einem Wort alles Sache des Handels wurde.

Es ist dies die Zeit der allgemeinen Korruption, der universellen Käuflichkeit oder, um die ökonomische Ausdrucksweise zu gebrauchen, die Zeit, in der jeder Gegenstand, ob physisch oder moralisch, als Handelswert auf den Markt gebracht wird. (Karl Marx, Das Elend der Philosophie, MEW 4, S. 69)

... und diese Zeit ist heute ...

Selbst wenn Herr Föll (der zuständige Bürgermeister) jetzt zeitlich befristete Garantien und Übergangsregelungen ins Spiel bringt, ist das nicht beruhigend – im Gegenteil.

Schon der Begriff „Übergang“ signalisiert doch, dass das Vorhandene irgendwann Vergangenheit sein soll.

Viele Nachteile hingegen gibt es sofort.

- ▶ Die Beschäftigten sind dann nicht mehr Beschäftigte der Stadt, sondern der Anstalt. Bei Streitigkeiten entfällt der Gemeinderat als potenzielles Kontrollorgan.
- ▶ Ersatzarbeitsplätze müssen von der Stadt für Anstaltsbeschäftigte nicht mehr angeboten werden.
- ▶ Die betriebliche Mitbestimmung wird deutlich geschwächt.
- ▶ Der Personalrat des Klinikums und der Gesamtpersonalrat der Stadt könnten nicht mehr gemeinsam agieren (wie z.B. bei der pauschalen Ausschüttung der Leistungszulage und anderen Vereinbarungen), sondern stehen jeweils für sich.
- ▶ Die Anstalt kann ohne Gemeinderatskontrolle beschließen, sich z.B. von unrentablen Bereichen zu trennen. Sie müsste sogar von Gesetz wegen nach dem Handelsgesetzbuch (also profitabel) arbeiten. Schnell droht die Gefahr, dass nicht mehr gemacht wird, was gesundheitlich nötig ist, sondern was größtmöglichen Gewinn abwirft.
- ▶ Statt dem Gemeinderat bestimmt der geheim tagende Verwaltungsrat der Anstalt.

Föll spart derzeit nicht mit Versprechungen. Sogar eine Verlängerung des 4-Seiten-Vertrags soll er in Aussicht gestellt haben. Aber was sind Politiker-Versprechungen wert?

Selbst wenn Föll seine Versprechungen schwarz auf weiß gäbe ... müsste die Anstalt sie auch einhalten?

Städtische Zuschüsse, sogar wenn sie denn auch für die Zukunft zugesagt würden, wären nicht unbedingt sicher!

Nicht abschließend zu beurteilen ist nämlich, ob die von der Stadt dem Klinikum bislang als dem Eigenbetrieb der Stadt gewährten Ertragszuschüsse (z.B. für das Olgäle, die Ausbildungsstätten, die Kita und vieles mehr) auch einer sKA gegenüber möglich wären, selbst wenn die Stadt sie weiterhin geben wollte.

Denkbar ist, dass andere Klinikbetreiber dann wegen „Wettbewerbsverzerrung“, „unzulässiger Subventionen“ u.ä. erfolgreich dagegen klagen würden.



Ohne Anstalt kein Uni-Titel?

Dem Vernehmen nach behauptet Föll, die Umwandlung zur Uni-Klinik erfordere die Rechtsformveränderung zwingend.

Stimmt das überhaupt? Hat der Personalrat das geprüft? Hat er z.B. ein eigenes Rechtsgutachten in Auftrag gegeben?

Kann der (dem § 4 Universitätsklinik-Gesetz - UKG - nach) erforderliche „angemessene Einfluss“ der Uni nicht auch einfach durch einen öffentlich rechtlichen Vertrag gewährleistet werden, wie das anscheinend auch im Verhältnis zwischen dem Uni-Klinikum Mannheim und der Uni Heidelberg der Fall ist?

Aber selbst wenn Fölls Aussage stimmen sollte, stünde der Preis der genannten Nachteile in keinem Verhältnis zu den angepriesenen Vorteilen.

Niemand ist gegen eine Uni-Klinik - aber nicht so

Beschäftigte und Öffentlichkeit werden damit geködert, Uni-Klinik zu sein; das bringe doch bessere Reputation und bessere Finanzierung, sowie einen Ausbau der Medizinstudienplätze.

Aber:

- ▶ Was hat die Krankenschwester von einem besseren öffentlichen Ansehen des Krankenhauses?
- ▶ Was hat der Arzt von höheren Landeszuschüssen?
- ▶ Was hat die Reinigungskraft von Industrierpenden?
- ▶ Was haben die Patienten davon, dass die Stadt vielleicht keine Krankenhaus-Verluste mehr ausgleichen muss?

Die Vorteile finden vor allem „da oben“ statt, wo Verluste und Gewinne hin und her geschoben werden; die potenziellen Nachteile bei denen da unten.

Innerhalb der Logik des Systems entstehen natürlich Vorteile, wenn Industriespenden kommen, wenn es mehr Zuschüsse gibt, Ambulanzen besser vergütet werden, mehr Patienten kommen, ..., weil dann der Druck auf Löhne und Arbeitsplätze geringer ist. Das würde natürlich die Konkurrenzsituation anderen Krankenhäusern gegenüber verbessern.

Aber genau darum geht es uns nicht! Die Krankenhäuser dürfen sich nicht gegenseitig tot-konkurrieren!

Wer auf diese Logik anspricht, akzeptiert dass Gesundheit zur Ware gemacht wird, dass das Gesundheitswesen dem Profitsystem untergeordnet wird. Und dann ist die Privatisierung (die Enteignung der Allgemeinheit von ihren Krankenhäusern) letztendlich tatsächlich eine zwingende Konsequenz.

Wer etwas zum Besseren verändern will, muss die Gesamtheit betrachten. Nur das einzelne Krankenhaus oder die einzelne Berufsgruppe im Blick zu haben, kann zu keiner umfassenden Mobilisierung gegen Verschlechterungen (oder für Verbesserungen) führen.

Es wird auf Dauer noch nicht einmal funktionieren, nur das Gesundheitswesen vor den modernen Raubrittern retten zu wollen, es ist eine Systemfrage. **Der Kapitalismus wird, wenn er nicht überwunden wird, jede gesellschaftliche Nische überwuchern.**

Pflegenotstand wie weiter?

Dass es tatsächlich einen Pflegenotstand gibt, ist im öffentlichen Bewusstsein angekommen, dazu hat die Kampagne der ver.di und des Solidaritätsbündnisses wohl den wichtigsten Impuls gegeben.

Wenn einzelne Berufsgruppen besondere Probleme haben, braucht es die Solidarität aller, um diese zu lösen. Die gemeinsamen Interessen dröseln sich oft auf in einzelne Spezialprobleme.

Eine Gewerkschaft wie die ver.di, die stets an vielen Fronten kämpft, braucht erfolgreiche einzelne Kämpfe, um die notwendige gemeinsame Kraft zu schaffen. Aber es sollten schon erfolgreiche Kämpfe sein, keine Strohfeder.

Nötig dazu ist immer eine zielführende Strategie und gegebenenfalls neue Impulse, wenn die alten nicht reichen. Und dazu ist immer mal wieder eine nüchterne Bestandsaufnahme erforderlich.



Die Bewegung für mehr Krankenhauspersonal hat bei der Charité in Berlin begonnen.

Motto: „Wir warten nicht auf „die Politik“, wir kämpfen selber!“ Ein erfolgreicher Tarifabschluss war das positive Ergebnis einer langen, klinikübergreifenden Bewegung.

Die weitere Entwicklung verläuft teilweise schwierig, vor allem in den Krankenhäusern, die keine Streikbetriebe sind. Motto: „Wir fordern eine gesetzliche Regelung!“

Das kann davon ablenken, dass gute gesetzliche Regelungen auch nicht von selbst kommen, sondern erkämpft werden müssen.

Dass „die Politik“ von sich aus gar nicht daran denkt, dem Pflegenotstand Herr zu werden, zeigt die Erpressungspolitik der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TDL). So drohte die TDL wegen des Streiks an der Düsseldorfer Uni-Klinik der ver.di, die Tarifverhandlungen für zwei Millionen Landesbeschäftigte sofort zu beenden, wenn an

den Uni-Kliniken weiter gestreikt wird. **Geiselnhaft** kann man das nennen.

Gute einzelne Detail-Kampagnen wie die Aktion „Soll ist voll“ drohen zu versanden, wenn sie nicht überzeugend in ein erfolversprechendes Gesamtkonzept eingebunden sind.

Soll es jetzt die GroKo richten?

Wer das ver.di-Papier „Weichen richtig gestellt – jetzt konsequent umsetzen“ liest, kann den Eindruck gewinnen, mit dem GroKo-Vertrag käme jetzt die Erfüllung der Forderungen, die Lösung der Probleme.

Licht am Ende des Tunnels? Vorsicht, es könnte das Front-Licht des entgegenkommenden Güterzugs sein!

Grund genug, die GroKo Formulierungen genauer unter die Lupe zu nehmen.

(Nächste Seite.)

Die Koalitionsvereinbarungen auszugsweise unter die Lupe genommen:

Fallpauschalen: In der Koalitionsvereinbarung heißt es: „Künftig sollen Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden. Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt.“

Auf den ersten Blick scheint auch die GroKo erkannt zu haben, dass die Bereitstellung von Gesundheitsversorgung im Krankenhaus mittels eines Preissystems, also marktwirtschaftlicher Kriterien völlig unzureichend ist.

Doch Vorsicht! Wenn nun zusätzlich zu den DRGs noch NRGs also „nurses related groups“ folgen sollten, die weiterhin Preise als Grundlage haben, ändert sich gar nichts, außer dass es dann zwei Preissysteme gibt.

Personaluntergrenzen soll es laut GroKo nun doch nicht nur in pflegesensitiven Bereichen geben, sondern in allen bettenführenden Abteilungen.

Doch auch hier stellen sich zwei Fragen, nämlich: Warum soll es keine Personaluntergrenzen z.B. für Ambulanzen oder OPs geben? Und vor allem: Wie hoch ist diese Personaluntergrenze?

Ein Ende 2016 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erstelltes Gutachten ergab umgerechnet 5.600 bis 6.000 neu zu schaffende Stellen, also durchschnittlich maximal drei Stellen pro Haus.

Paritätische Finanzierung: Seit 2015 finanzierten die Versicherten alleine die von manchen Krankenkassen erhobenen Zusatzbeiträge. Die Unternehmer wurden ent-, die Beschäftigten belastet. Nun soll die Beitragsparität ab 2019 (!) Wieder hergestellt werden.

Damit wäre aber die paritätische Finanzierung der Gesundheitskosten lange nicht erreicht. Für die Versicherten blieben die gesamten Zuzahlungen vom Zahnersatz bis zum Krankenhausaufenthalt.

Die Beispiele ließen sich endlos fortsetzen!

Dabei sind sogar die GroKo-Vereinbarungen erst mal nicht mehr als Absichtserklärungen, die jederzeit unter die Räder von „Sachzwängen“ kommen können.

Nein! Dieser Politik dürfen wir die Be-seitigung des Pflege-notstands nicht überlassen.

Das **Deutsche Institut für Pflegeforschung** hat in einem „**Masterplan**“ die notwendigen Maßnahmen beschrieben. Nach dieser Einschätzung ist in den näch-

sten vier Jahren die Schaffung von **100 000 neuen Stellen** nötig.

Woher die Leute dafür genommen werden sollen? Die „Flucht vorhandener Pflegekräfte aus dem Beruf“ muss gestoppt werden. Die Attraktivität der Arbeit muss steigen, die **Vergütung um 30% erhöht** werden.

Mit diesen und anderen Verbesserungen könnten tatsächlich auch „Geflohene“ wieder zurückgeholt, Teilzeitbeschäftigte zum Aufstocken und Neueinsteiger gewonnen werden.

„Wer da wirklich etwas erreichen will, muss jetzt klotzen und nicht kleckern, die aktuelle sehr gute Kassenlage gibt das her!“ sagte der Leiter des genannten Instituts.

Dazu braucht es aber kein „Die GroKo wird's richten“, sondern ein „Wir legen eine Schippe drauf“!

Dass die Kampf-be-reitschaft da, die Stimmung der Be-völkerung unterstüt-

zend ist, zeigen die Streikenden der Uni-Kliniken und die über 50.000 in Baden-Württemberg gesammelten Solidaritäts-Unterschriften.

Die Berliner und auch die Hamburger KollegInnen verleihen ihren Forderungen inzwischen mehr Nachdruck, indem sie Unterschriften für einen **Volksentscheid** sammeln. Vielleicht wäre das auch bei uns ein probates Mittel, die Bewegung wieder mit einer für alle Krankenhäuser zielführenderen Strategie zu versehen?



Aktion anlässlich der Tarifverhandlung am 23.2.18

Entgelt-Tarifrunde

Die „Friedenspflicht“ ist vorbei! Die ver.di fordert 6% aber mindestens 200.-€ mehr. Gemessen an den 30% die das Pflegeforschungs-Institut für nötig hält - „jetzt klotzen und nicht kleckern“ - ist das eine eher bescheidene Forderung. Aber auch bescheidene Forderungen erfüllen sich nicht von selbst.

Stärken wir unserer Gewerkschaft den Rücken, damit es nicht weniger wird.