

Netzwerk

für eine kämpferische und demokratische



ver.di

Extra-Ausgabe GESUNDHEITSWESEN | Frühjahr 06

Humanmedizin statt Profitmedizin

**Alle gemeinsam – gegen Privatisierung,
Personal- & Bettenabbau**

Seit Jahren erleben wir immer das gleiche Spiel. Eine Gesundheitsreform jagt die andere. Jeder neue Tarifvertrag ist schlechter als der letzte. Der Stellenabbau geht weiter. Jede Verschlechterung wird uns als Beitrag zur Sicherung der Arbeitsplätze und der Wettbewerbsfähigkeit der Krankenhäuser verkauft. Wir hören ständig die gleiche Propaganda: Kostenexplosion im Gesundheitswesen, zu hohe Löhne, zu kurze Arbeitszeiten, zu viele Rechte.

Derweil explodieren die Gewinne der Konzerne im Gesundheitswesen, allen voran der Pharmaindustrie. Das ganze System wird immer korrupter und undurchsichtiger. Es ist ein Selbstbedienungsladen für Pharmakonzerne, Unternehmensberater, Chefärzte, Krankenhausmanager, Vorstände von Krankenkassen

und Standesorganisationen. Wenn sie vom Sparen reden, meinen sie Umverteilung aus unseren Taschen in ihre. Nehmen wir das Beispiel Arzneimittel. Obwohl aufgrund der Praxisgebühr heute zehn Prozent weniger Menschen zum Arzt gehen, obwohl die Ärzte weniger verschreiben, sind die Ausgaben für Medikamente



Inhalt

Die Situation im Gesundheitswesen
S. 1 – 3

Weg mit den Fallpauschalen
S. 4

Die Arbeit im Krankenhaus macht krank
S. 6

Nachgerechnet – TVÖD tut weh
S. 8 – 10

Patienten und Beschäftigte gemeinsam
S. 11 – 12

Moderne Begriffe = Methoden der Profitwirtschaft
S. 13

Wir brauchen ver.di nicht zum Verzicht – sondern zum Kampf!
S. 14 – 17

Azubis brauchen eine Zukunft!
S. 18

Die Herausgabe dieser Extra-Ausgabe der Netzwerk-Zeitung wurde finanziell ermöglicht durch die

Stiftung Menschenwürde und Arbeitswelt Berlin

Der Sprecherrat des Netzwerks bedankt sich für die großzügige Unterstützung.



im Jahr 2005 um 10,3 Prozent auf einen Rekord von 28,8 Milliarden Euro gestiegen. Um Kapitalrenditen von 20 bis 30 Prozent zu sichern beziehungsweise zu erhöhen, haben die Pharmakonzerne einfach die Preise erhöht.

TVöD = Absenkungstarif

Die Benachteiligten bei allen Gesetzesänderungen und Kürzungsmaßnahmen sind die Beschäftigten in den Krankenhäusern und die Kassenpatienten. Der Arbeitsdruck hat die Grenze unserer Belastbarkeit erreicht. Seit Jahren sinken unsere Reallohne. Viele KollegInnen können nur mit dem Verdienst aus vielen Bereitschaftsdiensten oder einem Nebenjob über die Runden kommen.

Die Abschaffung des BAT und die Einführung des Tarifvertrags öffentlicher Dienst (TVöD) zum 1.10.05 ist die größte Niederlage für die Beschäftigten im öffentlichen Dienst in der Nachkriegszeit. Aber es geht noch weiter. Politiker, Chefärzte, Krankenhausmanager, die 300.000 Euro im Jahr einstecken, verlangen, dass wir noch

länger und für weniger Geld arbeiten. Alle in der Vergangenheit erkämpften Rechte und Standards stehen auf dem Spiel. Und zum ersten mal in der Tarifgeschichte sollen Krankenhausbeschäftigte mit Lohnverzicht und Mitarbeiterkapitalbeteiligung für den Investitionsboykott der Träger einspringen. Viele Krankenhausbetreiber gehen sogar soweit, dass sie mit ver.di gar nicht mehr verhandeln und Tariffucht begehen. Jedes von ver.di gemachte Zugeständnis führt nur zu neuen Forderungen und Provokationen der Arbeitgeber. Deshalb muss Schluss gemacht werden mit Verzicht. Stattdessen brauchen wir einen gewerkschaftlichen Kampf zur Rettung von Krankenhäusern, Stellen und tariflichen Standards. Und zwar sofort.

Profitproduktion statt Menschlichkeit

Die Angriffe auf uns sind Teil der Auslieferung des Gesundheitswesens an das Profitsystem. Die Unternehmer wollen die Lohnnebenkosten senken, die Krankenhauskonzerne und privaten Versicherun-

gen wollen neue Geschäftsfelder, die Pharma- und Geräteindustrie verlangt höhere Kapitalrenditen. Es geht nicht mehr darum, Kranken und Hilfsbedürftigen zu helfen. Es geht um Geld, Profit und Macht. Der Patient wird zum Kunden. Nicht seine Gesundheit interessiert, sondern die Ausbeutung seiner Krankheit für den Profit. Wenn er kein Geld bringt, nimmt man ihn möglichst gar nicht auf – beziehungsweise versucht ihn so schnell wie möglich wieder loszuwerden.

Wir Beschäftigten sind Teil dieses Profitsystems. Je weniger Stellen und je weniger Lohn, desto höher der Profit. OPs und andere Krankenhausabteilungen werden zu „Profitcentern“. Mit dem Argument der Ausdehnung der Maschinenlaufzeiten soll rund um die Uhr operiert werden. Der Patient kommt dann am Freitagabend oder -nacht unters Messer und kann am Montag wieder pünktlich an seinem Arbeitsplatz erscheinen. Das senkt nochmal den Krankenstand und macht uns noch wettbewerbsfähiger. Die Krankenhäuser degenerieren zu Patientendurchschleussfabriken.

Zweiklassenmedizin

Im Zusammenhang mit dem Neubau einer Luxusstation am Klinikum Stuttgart hat der Geschäftsführer den Aufenthalt im Krankenhaus im November 2005 mit einem Urlaub verglichen, bei dem jeder selber entscheiden müsse ob er „auf dem Campingplatz landet oder in einem Fünfsternehotel schläft“.

Für die Reichen werden Luxusstationen eingerichtet, in denen sich Heerscharen von Ärzten und Pflegekräfte um die kleinsten Wehwechen und Schönheitskorrekturen der Reichen kümmern. Ein Teil der Arbeitszeit von Pflegekräften geht dann dafür drauf diese Herrschaften morgens mit einer Tageszeitung und einem Hygieneset zu ver-

Seit Anfang der 90er Jahren wurden 10 Prozent aller Krankenhäuser geschlossen, 20 Prozent aller Betten abgebaut. Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten ist um 30 Prozent zurückgegangen. Die Patientenfälle sind um 20 Prozent gestiegen. Gleichzeitig wurden weit mehr als 60.000 Stellen abgebaut.

Im Februar 2005 hat Ernst & Young und Mummert consulting eine Studie vorgestellt. Danach sollen bis zum Jahr 2020 ein Viertel aller Akutkrankenhäuser „vom Markt verschwunden“ sein. Bei

den jetzt noch in kommunaler Trägerschaft befindlichen Krankenhäusern wird sogar ein Rückgang von 70 Prozent von heute 723 auf 225 erwartet. Statt wie bisher 509 soll es nur noch 293 Akutbetten pro 100.000 Einwohner geben. Die Schaffung eines „national flächendeckenden Angebots“ von wichtigen medizinischen Dienstleistungen wird in der Prioritätenliste auf dem letzten Platz rangieren. Stattdessen soll in Krankenhäusern Geld verdient werden mit ausländischen reichen Patienten und im Bereich Schönheitsoperationen.

sorgen. Selbstverständlich erhalten diese zahlungskräftigen Kunden ein eigenes Restaurant mit feinsten Speisen, einen exzellenten Service und alles was zur Fünfsternkategorie sonst noch gehört. Ein Stockwerk tiefer liegen die finanziell unattraktiven Kasernenpatienten nicht nur in Zimmern sondern auch auf Fluren. An ihnen wird der Mangel an Ärzten und Pflegekräften ausgelassen. Bis zu einem Jahr Wartezeit auf eine Operation, schnellst mögliche Entsorgung nach Hause oder in ein Pflegeheim ist für sie angesagt. Zum Essen gibt es Campingplatzfraß aus Kochfabriken.

Gnadenloser Konkurrenzkampf

Die Einführung marktwirtschaftlicher Mechanismen und Fallpauschalen in den Krankenhäusern löst nicht die Finanzkrise, sondern verschärft sie. Die Krankenhäuser werden in einen gnadenlosen Konkurrenzkampf gehetzt. Vorerst wird mit Konkurs gedroht um Belegschaften zu erpressen. Aber kein Verzicht wird verhindern, dass in absehbarer Zeit die ersten Krankenhäuser tatsächlich in Konkurs gehen. Privatkliniken reißen sich lukrative Behandlungen und Patienten unter den Nagel. Die öffentlichen Kliniken der Maximalversorgung bleiben auf der Strecke.

Wir müssen uns selber retten

Wir retten Leben – doch wer rettet uns?

Niemand. Das müssen wir selber tun. Die Kolleginnen und Kollegen der Unikliniken in Baden Württemberg haben gezeigt, dass Krankenhausbeschäftigte erfolgreich für ihre Interessen streiken können. Diesem Beispiel sollten wir folgen. Alle gemeinsam.

Wir fordern eine patientengerechte Versorgung bei humanen Arbeitsbedingungen und einer besseren Entlohnung. Das Geld dafür ist vorhanden. Es muss über die Einführung von Vermögenssteuern und die Besteuerung der Profite von Banken und Konzernen beschafft werden. Wir sind nicht bereit eine Gesundheitspolitik hinzunehmen, die sich am Konkurrenz- und Profitprinzip orientiert.

ver.di muss Kampf um Krankenhäuser organisieren

Wenn die neoliberale Offensive von Politikern und Unternehmern die Krankenhäuser zu Pflege- und Sterbefällen macht, dann ist es die Aufgabe der Gewerkschaften diesen Prozess zu stoppen. ver.di und alle anderen Gewerkschaften müssen ihre Kampfkraft gegen den Kahlschlag im Gesundheitswesen einsetzen und mehr finanzielle Mittel für die Krankenhäuser durchsetzen. Dass das geht, haben uns die Gewerkschaften in Belgien vorgemacht. Sie haben Anfang 2005 mit einem zweiwöchigen Streik eine 25prozentige Erhöhung der Krankenhaus-Budgets durchgesetzt.

Wir fordern einen entschlossen gewerkschaftlichen Kampf für folgende Ziele:

- **Schluss mit der Schließung und Privatisierung von Krankenhäusern**
- **Kein Abbau von Ausbildungsplätzen**
- **Neueinstellungen und Übernahme der Azubis statt weiterer Abbau von Arbeitsplätzen**
- **Tariferhöhungen statt Absenkungen**
- **Sichere Finanzierung aller für eine optimale Patientenversorgung anfallenden Kosten (einschließlich Lohnerhöhungen) statt Abhängigkeit von Fallpauschalen**

„Unser Gesundheitssystem ist systematisch korrupt und in den Händen der organisierten Kriminalität.“ Schlusssatz eines Untersuchungsberichts des Bundeskriminalamts, juristisch wasserfest vorgetragen durch den Kabarettisten Georg Schramm in seinem neuen Programm „Thomas Bernhard hätte geschossen“. (siehe www.georg-schramm.de)

Im deutschen Gesundheitswesen entsteht durch Betrug und Korruption ein jährlicher Schaden von 20 Milliarden Euro. Das ist das Ergebnis einer Studie der Antikorruptionsorganisation Transparency im Jahr 2004.

Allein 1999 ist den Krankenkassen erwiesenermaßen durch Abrechnungsbetrügereien von Laborärzten ein Schaden von vier Milliarden Mark entstanden.

3,5 Milliarden Euro werden jährlich für unwirksame oder überteuerte Medikamente ausgegeben. Von den 55.000 in Deutschland verkauften Medikamenten ist nur die Hälfte amtlich zugelassen.

Die Pharmaindustrie hat ein Arzneimittel auf den Markt geworfen, die die Alzheimerkrankheit aufhalten sollen. Laut einer Studie der Uniklinik Hamburg-Eppendorf war das Präparat völlig wirkungslos, hatte aber Nebenwirkungen. Die Krankenkassen haben im Jahr 2003 dafür 70 Millionen Euro verschwendet.

„Von 100 neuen Arzneimitteln sind nach Expertenmeinungen höchstens zwei Präparate echte Innovationen. Der überwiegende Teil besteht aus Scheinverbesserungen, die von 16.000 Pharmareferenten in die medizinische Versorgung gedrückt werden.“ Vorstandschef der Barmer Ersatzkasse in einem Interview vom 11.09.05

Die Pharmaindustrie gibt 20 Prozent ihres Umsatzes oder zehn Milliarden Euro für Werbung aus. Ihr Werbeetat ist höher als ihr Forschungsetat. Die meisten Ärzte bekommen jeden Monat sechs Kilogramm nicht bestellte Fachzeitschriften von denen 2,5 Kilogramm reine Werbung sind. ISW-Report Nr. 48

Der Bundesverband der Verbraucherzentralen schätzt die Zahl der Todesfälle durch falsche Medikamentenverordnung und -einnahme in Deutschland auf 5.000 bis 8.000 pro Jahr. Über 200.000 Menschen kommen jährlich wegen unerwünschter Nebenwirkungen von Arzneimitteln ins Krankenhaus.

Der Pharmakonzern Schering hatte 2004 einen Gewinn von 480 Millionen Euro gemacht. Das waren 25 Prozent mehr als ein Jahr zuvor. Der Konzern verfügt über 1,1 Milliarden flüssige Mittel, mit denen er auf Einkaufstour geht für Firmen und Patente.

Mehr Geld für Krankenhäuser – Weg mit Fallpauschalen!

Mit der Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups) oder Fallpauschalen wird bis zum Jahr 2009 ein Systemwechsel bei der Krankenhausfinanzierung durchgesetzt. Das Kostendeckungsprinzip wird durch das Profitprinzip ersetzt. Spätestens 2009 soll die Umstellung auf dieses System erfolgt sein. Derzeit sind wir in der Übergangsphase. Fallpauschalen oder DRGs sind Pauschalpreise für bestimmte Behandlungen und zwar unabhängig vom tatsächlichen Einsatz von Medizin, Geräten, Ärzten und Pflegekräften. Durch die Kostenpauschale wird die Behandlung schon festgelegt bevor die/der PatientIn das Krankenhaus betritt. Komplikationen wegen Mehrfacherkrankungen, Alter oder schlechter psychischer Verfassung werden kaum berücksichtigt. Für die Krankheit wird eine bestimmte Behandlung und eine begrenzte Liegedauer vorgesehen und die dafür notwendigen Kosten erstattet. Betreiben Ärzte und Pflegekräfte einen Mehraufwand oder wird die Liegedauer überschritten, macht das Krankenhaus Verlust. Für eine Blinddarmsoperation erhält ein Krankenhaus eine Pauschale von 1.700 Euro egal wie der Patient behandelt wird und wie lange er liegt. Es ist wissenschaftlich nachgewiesen, dass in Deutschland 30 bis 50 Prozent der Blinddarmsoperationen unnötig sind. Die Patienten haben überhaupt keine Blinddarmentzündung. Fallpauschalen machen diese Operationen bei jungen und gesunden Patienten noch lukrativer. Bei alten Menschen, die vielleicht tatsächlich Blinddarmentzündung

und eventuell andere chronische Erkrankungen haben und bei denen Wunden nicht so schnell heilen, macht das Krankenhaus mit einer Blinddarmsoperation Verlust. Die Folge ist, dass es zu einer Selektion von Patienten und Behandlungen kommt. Dies geht inzwischen soweit, dass immer mehr Geburten per Kaiserschnitt gemacht werden, weil sie für die Krankenhäuser lukrativer sind als eine natürliche Geburt. Die Krankenkassen bezahlen pro Kaiserschnitt 3000 Euro. Das ist ungefähr doppelt so viel wie bei einer normalen Geburt. Für die Krankenhäuser hat es den Vorteil, dass diese Geburten planbar und damit optimierbar sind. Bei fehlender medizinischer Indikation wird schwangeren Frauen deshalb immer häufiger ein „Wunschkaiserschnitt“ eingeredet. Nach Angaben des Hebammenverbandes kommt inzwischen bereits jedes fünfte Kind durch Kaiserschnitt auf die Welt. Für unser Gesundheitssystem bedeutet eine Steigerung der Kaiserschnitte um ein Prozent jährliche Mehrkosten von elf Millionen Euro.

Daran wird deutlich, dass es nicht um Kostenreduzierung geht, sondern um den Kampf um profitable Patienten. Der Mensch gerät in den Hintergrund. Der Patient ist nur noch interessant als Objekt zur Gewinnerzielung. Alte, unheilbare Kranke und Arme stehen nicht auf der Wunschliste. Ihre Behandlung wird durch die Fallpauschalen nicht ausreichend finanziert. Deshalb werden die Krankenhäuser versuchen, sie erst gar nicht aufzunehmen.



Laut neuester DRG-Regelungen dürfen bestimmte OPs nur noch ambulant durchgeführt werden. Das gilt zum Beispiel für Varizen (Krampfadern) in der Gefäßchirurgie. Als Ausgleich für die Abwanderung von ambulanten Operationen an niedergelassene Ärzte sollten die Krankenhäuser einen größeren Anteil an den ambulanten Operationen erhalten. Die Krankenkassen verlangen allerdings, dass sie unter den gleichen Bedingungen arbeiten wie die niedergelassenen Ärzte. In ambulanten Operationszentren ist zum Beispiel ein Anästhesist für mehrere Patienten gleichzeitig zuständig. Obwohl in den Krankenhäusern hauptsächlich die Risikopatienten operiert werden, sollen sie nicht mehr Geld erhalten.

Die Einführung von DRGs ist für die Pflegekräfte eine bittere Pille. Eine gute Pflege wird durch die DRGs nicht honoriert. Die Pflegekräfte sollen sogar ausdrücklich die Leistungen am Patienten und damit die Kosten minimieren, damit am Ende der Profit stimmt. Das heißt keine teuren Verbände, auch wenn sie helfen. Keine häufigen Verbands- oder auch Bettwäschewechsel. Keine individuelle Pflege und schon gar keine besondere Zuwendung. Schluss mit Barmherzigkeit! Fließbandarbeit ist angesagt. Gleichzeitig steigt mit der Fallpauschaleneinführung der Verwaltungsaufwand enorm. Für fünf Minuten Arbeit mit dem Patienten bringt ein Arzt locker 20 Minuten für die Protokollierung der Haupt- und Nebendiagnose und die Dokumentation der Behandlung auf.

Wenn es wie beabsichtigt bei der nächsten „Gesundheitsreform“ dazu kommt, dass sich die Krankenkassen aussuchen dürfen, mit welcher Klinik sie Verträge schließen, werden die billigsten das Rennen machen. Und billig ist, wer sich seine Patienten aussucht und mit wenig Personal und bei schlechter Bezahlung arbeitet. Das sind die Privatkliniken. Kommunale Krankenhäuser der Maximalversorgung können in diesem Konkurrenzkampf nicht überleben.

„Absehbar sind dramatische Einbrüche in der Finanzierung ganzer Bereiche, so der Kinderversorgung und der Aidsbehandlung. Anhand besonders krasser Beispiele lässt sich erahnen, zu welch ungeheuren Konsequenzen die Durchkapitalisierung der Operationssäle führen wird. Benötigt ein Patient drei Herzklappen, so kann man ihm die meistens mit einer Operation einbauen. Das Problem ist nur, das die Klinik künftig genauso viel verdient, wenn sie ihm nur eine Herzklappe einsetzt. Das Vorgehen nach der Methode: „Herr Maier, jetzt versuchen wir’s erst mal mit einer Klappe... Herr Maier, jetzt sollten wir doch noch eine zweite einsetzen...“ usw. könnte Herr Maier also drei Operationen bescheren und der Klinik den dreifachen Ertrag. Vergisst der Chirurg künftig bei der Entfernung einer Gallenblase einen Clip im Bauch und verletzt den Gal-

lengang, so erhält die Klinik das Doppelte dessen, was sie bekommen hätte, wenn ihm diese Fehler nicht unterlaufen wären. Muss er gar den Gallengang nähen, darf die Klinik mit dem vierfachen Betrag rechnen. Bemüht sich ein Arzt künftig darum, einem Patienten den aufgrund von Durchblutungsstörungen gefährdeten Vorfuß mit konservativer Behandlung zu retten, so prellt er seine Klinik um eine stattliches Sümmchen, denn wäre er gleich zur Amputation geschritten, hätte das Haus den viereinhalbfachen Betrag einstecken können. Es ist absehbar, dass unter solchen Bedingungen in einem Umfeld ständig wachsenden ökonomischen Druckes früher oder später auch die letzten Dämme brechen werden.“

Lothar Galow-Bergemann
vom Personalrat am Klinikum
Stuttgart im Mai 2004

Kostenexplosion?

Wenn unser Gesundheitssystem eines der teuersten der Welt ist, liegt das nicht daran, dass wir die höchste Qualität der medizinischen Versorgung haben, sondern weil Profitinteressen Vorrang vor Prävention und Gesundheitsversorgung für alle haben.

Die Pharmakonzerne und die Unternehmen des medizinisch-industriellen Komplexes haben die höchsten Kapitalrenditen aller Unternehmen. Und sie setzen ihre geballte Macht dafür ein, dass das nicht nur so bleibt, sondern dass ihre Profitraten weiter steigen. Gleichzeitig wird den Kassenpatienten und Krankenhausbeschäftigten mit dem Argument der Kostenexplosion und der Unfinanzierbarkeit des Gesundheitssystems eine Verschlechterung nach der anderen aufgedrückt.

Die Propaganda von der Kostenexplosion ist reiner Schwindel. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt liegt seit 20 Jahren konstant zwischen sechs und sieben Prozent. Nicht die Kosten sind explodiert, die Einnahmen sind implodiert. Wenn die Löhne immer weiter sinken und immer mehr sozialversicherungspflichtige Jobs vernichtet oder durch Minijobs ersetzt werden, sinken die Einnahmen der Krankenkassen. Hinzu kommt, dass Bund, Länder und Kommunen mit dem Argument der leeren Kassen ihren Anteil an der Krankenhausfinanzierung auf Null her-



unterfahren wollen. Anfang der 90er Jahre wurden die Budgets der Krankenhäuser gedeckelt und den Einrichtungen immer mehr Leistungen für gleiches oder weniger Geld abverlangt. Das Land Baden Württemberg hatte die 320 Krankenhäuser im Land im Jahr 2004 noch mit 322,33 Millionen Euro bezuschusst. Im Jahr 2006 sind es nur noch 163,8 Milliarden Euro. Der Investitionsstau in den baden-württembergischen Krankenhäusern wird Ende 2005 auf drei Milliarden

Euro geschätzt. In NRW lag er bereits 2001 bei vier Milliarden. Selbst die notwendigsten Reparaturen können hier nicht mehr ausgeführt werden. Im Jahr 2004 haben bereits 54 Prozent der Krankenhäuser in Deutschland rote Zahlen geschrieben. Es ist keine Frage, dass im Gesundheitswesen mehrstellige Milliardenbeträge eingespart werden könnten, wenn der Prävention von Krankheiten Vorrang gegeben würde, wenn wir gesunde Arbeitsbedingungen, eine gesunde Umwelt, gesundes Essen hätten. Aber diejenigen, die die ökonomische und politische Macht haben, haben kein Interesse daran. Einerseits verschlechtern sie unsere Lebensbedingungen immer mehr, so dass immer mehr Krankheiten entstehen. Andererseits sollen die Profiteure des Gesundheitswesens ordentlich Kassen machen mit unseren Krankheiten. Sie haben kein Interesse, dass Kosten da reduziert werden, wo es möglich ist: bei unnötigen und schädlichen Medikamenten und Behandlungen, bei Betrug und Korruption im Gesundheitswesen. Aktuelle Kostensteigerungen werden bereits auf unnötige Behandlungen zurückgeführt, die die Krankenhäuser aufgrund der Fallpauschalen vornehmen: überflüssige Kniegelenkspiegelungen, Herzkathederuntersuchungen, Kaiserschnitte...

Früher gab es per Gesetz eine Großgeräteplanung. Sie wurde von der Kohl-Regierung 1997 abgeschafft. Die Folge ist eine unre-gulierte und unkontrollierte Aufstellung teurer medizinischer Geräte. Diese Geräte müssen aus Sicht der Krankenhäuser und niedergelassenen Fachärzte ausgelastet werden. Also sorgt man dafür, dass sie zur Anwendung und damit zur Abrechnung kommen, egal ob es medizinisch sinnvoll ist oder nicht.

Von wegen leere öffentliche Kassen

Wenn Länder und Kommunen mit dem Argument der leeren öffentlichen Kassen den Krankenhäusern die finanziellen Mittel kürzen, dann entgegenn wir: die Staatskassen wurden und werden weiter geleert, um den Konzernen und Reichen weitere Steuergeschenke zu machen. Geld ist genug da, nur in den falschen Händen.

Der gesellschaftliche Reichtum (das Bruttoinlandsprodukt) ist den letzten zehn Jahren (1993 bis 2003) um 500 Milliarden Euro (real 15 Prozent) gestiegen. Bei gleicher Verteilung des Volkseinkommens müssten wir also real 15 Prozent mehr Lohn, 15 Prozent höhere Budgets für Krankenhäuser usw. haben. Wir haben aber real mindestens vier Prozent weniger Lohn. Sozialleistungen und Krankenhausbudgets wurden gekürzt. Die Bezüge der Manager der DAX-Unternehmen sind dagegen in den letzten zehn Jahren um 167 Prozent gestiegen. Die Nettoe-

winne der Kapitalgesellschaften haben sich in der Zeit um 90 Prozent erhöht.

Die Einführung einer Vermögenssteuer von einem Prozent auf Vermögen über 500.000 Euro würde 16 Milliarden Euro in die öffentlichen Kassen bringen.

Hätten die Gewinnsteuern im Jahr 2003 den gleichen Anteil am Steueraufkommen erbracht, wie 1980, dann wären 62 Milliarden Euro mehr in den Staatskassen gelandet. 2004 und 2005 wären diese Summen noch höher gewesen.



Arbeit im Krankenhaus macht krank

„Bald brauchen wir keine Betten mehr, dann reichen unsere Betten gerade für uns“. Mit diesen Worten charakterisierten Krankenhausbeschäftigte aus Frankfurt die Arbeitsüberlastung bei einer Protestkundgebung bereits 1999. Inzwischen ist die Situation auf den Stationen noch schlimmer geworden.

Wenn eine Kollegin krank ist, bricht oft der ganze Schichtplan zusammen. Pflegekräfte und ÄrztInnen werden im Anschluss an den Normaldienst bei Personalmangel zum Bereitschaftsdienst abkommandiert.

Wir schieben Dienste von bis zu 32 Stunden am Stück. Krankenhausärzte arbeiten bis zu 70 Stunden in der Woche. Wir lassen uns aus dem Frei zum Dienst zitieren. Unge störte Pausen, Einhaltung von Arbeitszeit-

und Arbeitsschutz? Alles Rechte, die vom Aussterben bedroht sind. Wir betten, waschen, füttern Patienten wie am Fließband. Wir hetzen über die Flure.

Kinästhetik, basale Stimulation? Wofür lernen wir das? Bei Pflege im Akkord gibt es dafür keinen Spielraum. Wir haben gelernt, wie sich Krankheiten ohne Medikamente lindern lassen, Folgeerkrankungen verhindert werden und Selbständigkeit gefördert

wird. Wir werden mit Grundkenntnissen von Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden ausgestattet. Auf Station erliegen wir dem Druck der Überlastung, der uns lediglich Medikamente verteilen lässt und uns zum Sklaven der Zeit macht.

Weil viele Operationen und Eingriffe heute ambulant gemacht und Patienten heute früher entlassen werden, kommen nur noch schwere Fälle auf Station. Das heißt die Patienten sind hilfloser und pflegebedürftiger als früher. Der schnelle Wechsel der Patienten erfordert, dass wir uns extrem schnell auf neue Patienten einstellen müssen.

Wir sind für Sterbende oft die einzigen Begleiter. Im nächsten Moment müssen wir als Klagemauer, Prellbock und Anlaufstelle für gestresste Ärzte und Kollegen herhalten. Die akute Psychiatrie mutiert zum gerontologischen Verschiebebahnhof. Die gleichzeitige Betreuung von altersdementen Patienten und die Therapie von jüngeren psychisch Kranken ist schlichtweg unmöglich. Das Personal ist hoffnungslos überfordert. Wir schreiben stapelweise Überlastungsanzeigen.

Das alles geht an die Substanz. Rücken, Magen, Herz und Kreislauf rebellieren mit Krankheitssymptomen. Seit 1997 haben psychische Erkrankungen bei Berufstätigen um 70 Prozent zugenommen. Beschäftigte im Gesundheitswesen sind von allen Berufsgruppen am stärksten betroffen.



Privatisierung stoppen

Seit Jahren gibt es im gesamten öffentlichen Dienst einen schleichenden Prozess der Privatisierung. Immer mehr Bereiche werden ausgegründet und privaten Betreibern überlassen. Gleichzeitig werden immer mehr Kliniken komplett an private Krankenhauskonzerne verkauft, besser gesagt, verschenkt.

Die Entwicklung bei den städtischen Krankenhäusern in Berlin ist ein Paradebeispiel dafür. Im Jahr 2001 wurden die neun kommunalen Kliniken fusioniert zu einer GmbH, die heute den Namen Vivantes führt. Seither wurden von den einst 17.000 Arbeitsplätzen 4.000 abgebaut. Anfang 2004 wurden die Beschäftigten mit der Drohung von Konkurs und Verkauf erpresst. ver.di und die Betriebsräte unterschrieben einen Notlagentarifvertrag: Verzicht an Weihnachts- und Urlaubsgeld bis zum Jahr 2008, weiterer Abbau von 1.800 Vollstellen. Inzwischen drohen den verbliebenen Beschäftigten weitere Kürzungen. „Der Sanierungsprozess ist wohl nie abgeschlossen, wir werden immer sehr wirtschaftlich arbeiten müssen.“ In diese Worte packte der Geschäftsführer des Berliner Krankenhauskonzerns, Holger Strehlau-Schwoll, Mitte Januar 2006 die nächste Angriffswelle. Er verlangt ein „Folgeprojekt“ für den Notlagentarifvertrag und deutete an, dass Vivantes in ein paar Jahren privatisiert werden könnte. Bereits vor einigen Jahren erklärte der SPD-Finanzsenator Sarazin den Zusammenhang von Kürzungen und Privatisierungsplänen wie folgt: „Die Braut ist noch nicht geschmückt.“

In Hamburg sind die Profithaien schon weiter. Die sieben Krankenhäuser des Landesbetriebs Krankenhaus in Hamburg (LBK) wurden 1995 in Anstalten des öffentlichen Rechts umgewandelt. Damals waren beim LBK noch 16.200 beschäftigt. Mittlerweile sind es nur noch 12.000. Durch den massiven Stellenabbau war der LBK aus Sicht der Hamburger Politiker reif für die Privatisierung. In der Bevölkerung gab es aber eine eindeutige Mehrheit dagegen.

588.958 Wählerinnen oder 76,8 Prozent der Abstimmenden votierten am 29.2.04 in einem Volksbegehren gegen den Verkauf der Mehrheitsanteile. Die alleinregierende CDU stützt ihre abso-



lute Mehrheit nur auf 389.170 Stimmen. Trotzdem wurde dem privaten Krankenhauskonzern Asklepios die Geschäftsführung und der Besitz von 49,9 Prozent der Anteile übertragen. Ab Januar 2007 besitzt Asklepios sogar 74,9 Prozent des Kapitals. Nach Vertragsabschluss legte Asklepios einen Kürzungsplan zu Lasten der

Beschäftigten vor. Weitere 1.200 Stellen sollen abgebaut werden, die Arbeitszeit soll auf 40 Stunden erhöht werden, Weihnachts-, Urlaubsgeld und Schichtzulagen sollten gekürzt werden. Im Jahr 2005 trat der LBK aus dem öffentlichen Arbeitgeberverband aus. Zusammen mit dem Hamburger Universitätsklinikum gründete er einen neuen Arbeitgeberverband. Sie verlangen, dass das Grundgehalt um mehrere hundert Euro abgesenkt wird, die Schichtzulagen wegfallen, die Arbeitszeit auf 42 Stunden erhöht wird, Urlaubstage und freie Tage wegen Wechselschicht entfallen.

Inzwischen hat sich rausgestellt, dass Asklepios die vereinbarte Kaufsumme nicht wirklich bezahlt. Durch allerlei Rechenricks läuft das ganze darauf hinaus, dass die Hamburger Regierung den LBK verschenkt.

Ende 2005 verkaufte die Landesregierung Hessen die Unikliniken in Gießen und Marburg mit 10.000 Beschäftigten, 2.400 Betten und 5.500 Studierenden in Ausbildung an die Rhön-Klinik. Damit wurden zum erstenmal Unikliniken privatisiert. Auch in anderen Bundesländern wurden große Krankenhäuser bereits privatisiert oder stehen vor der Privatisierung. Schleswig-Holstein und Thüringen haben ihre psychiatrischen Landeskrankenhäuser bereits privatisiert. Niedersachsen hat es vor. Die Folgen sind überall die gleichen: Stellenabbau, Lohnabsenkungen und Abbau tariflicher Rechte. Privatisierung muss gestoppt werden.



Seit fünf Jahren werden in Deutschland jährlich 30 Krankenhäuser privatisiert. Prognosen gehen davon aus, dass in den nächsten Jahren 60 Prozent aller überlebenden Krankenhäuser in privater Trägerschaft sind.

Die Rhön-Klinik ist der einzige bisher börsennotierte Krankenhauskonzern. Er hat im Jahr 2005 einen Gewinn von 1,4 Milliarden eingefahren.

Eine Untersuchung in den USA in 26.000 Kliniken ergab, dass die Sterblichkeit in privaten Kliniken um zwei Prozent höher ist, als in denjenigen, die nicht auf Gewinn orientiert sind. Für Säuglinge in den ersten 28 Lebenstagen ergab sich sogar ein zehn Prozent höheres Todesrisiko.

TVöD tut weh

Seit Jahren predigen uns ötv/ver.di-Funktionäre Lohnzurückhaltung. Kampflös wurden in Tarifrunden erkämpfte Errungenschaften aufgegeben. 1994 wurde das Weihnachtsgeld eingefroren und die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall von 26 auf sechs Wochen gekürzt. 1998 kam die Eigenbeteiligung bei der Zusatzversorgung. Mit dem Tarifabschluss 1996 wurde uns der erste AZV-Tag und mit dem Abschluss 2002 der zweite AZV-Tag weggenommen.

Bereits vor dem TVöD gab es Verschlechterungen bei den Altersstufen. Seit Dezember 2003 bekommen wir unseren Lohn erst Ende des Monats. Als Berlin während der Tarifrunde 2002/03 aus dem Arbeitgeberverband ausgetreten ist, hat ver.di das akzeptiert und Berlin einen Extra-Tarif zugestanden mit acht bis zwölf Prozent Lohnabsenkung.

Seit Jahren verlaufen die Tarifrunden nach dem gleichen Muster: die Prozent-erhöhung gleicht noch nicht mal die Preissteigerungen aus. Und wir bezahlen die Tarifierhöhung doppelt und dreifach mit dem Wegfall von freien Tagen, Zuschlägen und anderen Tarifbestandteilen.

Die Abschaffung des BAT/BMT-G und die Einführung des Tarifvertrags öffentlicher Dienst (TVöD) zum 1. Oktober 2005 ist die größte Niederlage für die Beschäftigten im öffentlichen Dienst in der Nachkriegszeit. Den Arbeitgebern wurde damit wiederholt signalisiert: ver.di ist erpressbar. Und deshalb werden Bund, Länder und Gemeinden den TVöD nur als Einstiegsdroge für weitere Erpressungen nutzen. Die ver.di-Führung hat ihnen mit den Öffnungs- und Meistbegünstigungsklauseln sowie dem Tarifvertrag „Zukunftssicherung Krankenhäuser“ bereits die Hebel dafür mitgeliefert.

Schönfärberei

Das neue Tarifwerk wird uns als Reform serviert. Ganz im Sinne der herrschenden neoliberalen Politik werden uns Verluste als Gewinne verkauft. Die Taktik ist dabei immer die selbe: die Systematik wird so umgestellt, dass ein direkter Vergleich zum vorherigen Stand für den Normalbürger gar nicht mehr möglich ist. Unsere Gewerkschaftsspitze ist bei dieser Absen-

kungs- und Verschleierungs-offensive ganz vorne mit dabei. Der TVöD ist ein Glanzstück des Co-Managements, mit dem uns Bsirske und Co. verraten und verkauft haben. Wir werden von denen, die wir für unsere Interessenvertretung angestellt haben, betrogen und betrogen.

Reallohnverluste

Von wegen „Nullrunde verhindert“: 2006 und 2007 haben wir das gleiche in der Lohntüte wie 2005. Die Einmalzahlung ist nicht einmal tabellenwirksam. Das sind mindestens zwei Nullrunden hintereinander! „Niemand wird weniger verdienen.“ Ein schöner Spruch unserer Gewerkschaftsspitze, und dennoch werden die Klagen derer, deren besondere Situation bei der Umstellung „vergessen“ wurde, immer lauter. Es wird von Nachverhandlungen geredet, aber niemand bekommt davon wirklich irgendetwas mit. Die fehlende Transparenz hat schon dazu geführt, dass die Tarifkommission die drastisch abgesenkte Tariftabelle ohne Rückkoppelung und Diskussion an der Basis akzeptierte.

Armutslohn

Die neue Niedriglohngruppe von 1.286 Euro West/1.189,55 Euro Ost ist ein Armutslohn und deshalb absolut skandalös. In den Krankenhäusern sollen die Reinigungskräfte in diese Lohngruppe abgedrängt werden. Privatisierung wird damit nicht aufgehoben. Lohndumping



beschleunigt.

Ortszuschlag ade

ver.di hat die Kinderzulagen geopfert – für die vage Aussicht, davon einen Teil als Leistungsbezahlung wiederzubekommen. Vertraglich geregelt ist nur die Abschaffung des Ortszuschlags. Wieviel davon tatsächlich in die Leistungsbezahlung fließt, darüber werde man „erst-mals Mitte 2008 Gespräche führen“, so die entsprechende Erklärung zum Paragraph 18 im Tarifvertrag.

Arbeitszeitverlängerung

ver.di hat einem Passus zugestimmt, nach dem die Arbeitszeitregelung schon nach zwei Monaten wieder gekündigt werden kann. Und genau das ist bereits geschehen. Vorreiter sind Baden-Württemberg und Niedersachsen. Alle anderen Bundesländer der TdL fordern von ver.di Verhandlungen zur Umsetzung der vereinbarten Öffnungsklausel zur Arbeitszeit.

Leicht durchschaubar ist dabei die Absicht, die beiden zentralen Konfliktpunkte Arbeitszeit und Lohnhöhe zeitlich voneinander zu trennen: Für einzelne Punkte ist die Kampfkraft deutlich schwächer als für das Ganze. Eine Gewerkschaftsspitze die kein Interesse an einer starken Kampfkraft hat, können und wollen wir uns nicht länger leisten.

Laut ver.di wurden von 1991 bis 2001 trotz Reallohnabbau 2,1 Millionen Arbeitsplätze im öffentlichen Dienst vernichtet, davon mehr als eine halbe Million (522.000) in den Kommunen. Dies entsprach einer Reduzierung der Arbeitsplätze um mehr als ein Viertel (26 Prozent)

Marburger Bund

Auch der Marburger Bund hat als Verhandlungspartner gemeinsam mit Ver.di über Monate diese Politik mitgetragen. In allerletzter Minute ist er ausgestiegen, weil ihm die erzielten Lebenseinkommen für die Ärzte nicht ausreichen. Nach einer Presseerklärung der Organisation seien gar Verluste in Höhe von bis zu 119.000 Euro nach 20 Berufsjahren eines verheirateten Arztes (angenommenes Einstiegsalter: 33) zu erwarten. Hinzu kommen nochmals circa 20.000 Euro je Kind. Seither liefern sich die ehemals Verbündeten Zahlengefechte und werfen sich gegenseitig „Manipulation“ und „windige Berechnungen“ vor. Die Absenkung des Lebenseinkommens für Arbeitnehmer mit Familie ist systembedingt und scheint im TVöD gewollt. Die Zahlen des Marburger Bundes sind durchaus nachvollziehbar. Aber sie betreffen keineswegs nur die Ärzte. Bei den Krankenpflegern hat der Marburger Bund wohl keine Probleme mit verhältnismäßig ähnlich hohen Verlusten. Die drastischen Nachteile ziehen sich durch alle Berufsgruppen. Deshalb ist es an der Zeit, dass wir alle zusammen für einen anderen Tarifvertrag kämpfen. Ärzte und Pflegepersonal gemeinsam mit allen anderen Berufsgruppen im Öffentlichen Dienst. ver.di unterschlägt in seiner Antwort auf den Marburger Bund die Verluste durch die Kürzungen bei der Jahressonderzahlung und beendet den Vergleich schon nach wenigen Berufsjahren. Durch diese falsch berechnete Argumentationshilfe läßt die ver.di-Spitze aktiv diskutierende und kämpfende Mitglieder bewußt ins offene Messer laufen. Gegen diese Verschleierungstaktik hilft nur selbst nachzurechnen.

Weniger Lebenseinkommen

Die Differenzen jeweils eines Lebenseinkommens zwischen BAT/BMT-G und TVöD – gegliedert nach verschiedenen Familienständen – stellen sich wie folgt dar:

Beruf, Eingruppierung BAT, BMTG, BAT-Kr	TVöD	ledig, nie Kinder		verheiratet, nie Kinder		verheiratet, 1 Kind		verheiratet, 2 Kinder	
Krankenpflegehelfer/in Kr II/III/IV	4a	+36.094	+2,8%	-9.700	-0,7%	-33.435	-2,5%	-57.171	-4,2%
Krankenpfleger/in Kr IV/V/IVa	7a	+24.413	+1,8%	-21.381	-1,5%	-45.116	-3,2%	-68.852	-4,8%
Arzt/Fachärztin (ab 27) II/b/la	14/15	-5.764	-0,3%	-53.842	-2,4%	-82.877	-3,6%	-107.799	-4,6%
Verwaltungsangest. VII-VIb	6	+1.478	+0,1%	-44.316	-3,5%	-68.052	-5,3%	-91.788	-7,0%
Verwaltungsangest. VIII	3	+16.133	+1,5%	-29.661	-2,6%	-54.707	-4,8%	-82.114	-7,0%
Koch/Köchin 4/5/5a	5	+12.392	+1,0%	+12.392	+1,0%	-11.344	-0,9%	-35.080	-2,7%
Reinigungskraft 1/1a	2	+1.646	+0,2%	+1.646	+0,2%	-23.400	-2,2%	-53.166	-4,8%

Die detaillierte Gehaltsvergleichsberechnung ist im Internet unter www.netzwerk-verdi.de verfügbar. Über den TVöD auch für andere Berufsgruppen gibt unsere im Internet erhältliche Veröffentlichung „TVöD nachgerechnet – Absenkung des Lohnniveaus im Öffentlichen Dienst“ Auskunft.



Mehr Löcher als ein Schweizer Käse

Mancher ver.di-Funktionär flüchtet sich – nachdem die Zugeständnisse trotz Verschleierungstaktik offensichtlich sind – in die Argumentation, den Flächentarifvertrag retten zu wollen. Aber was ist das für ein Flächentarifvertrag?

- Die Arbeitgeber dürfen die Arbeitszeit bereits zum Ende November 2005 kündigen. Für uns gilt 35 Monate stillhalten.
- Eine Meistbegünstigungsklausel, die die zentralen Eckpunkte des Vertragswerkes von anderen Tarifabschlüssen abhängig macht. Allerdings nur in eine Richtung: zu Lasten der ArbeitnehmerInnen.
- Verschleppung der neuen Entgelt-

ordnung, die doch angeblich ein zentraler Grund für die Tarifreform zur Verschlinkung des Riesenwerks BAT war. Es gibt zwar eine neue Tabelle, aber die Zuordnungen der einzelnen Tätigkeiten zu den Entgeltgruppen sind nur vorläufig. Das Ergebnis der neuen Entgeltordnung soll wiederum im stillen Kämmerlein verhandelt werden. Da können wir uns mit Sicherheit noch auf eine üble Überraschung gefasst machen.

- Ein Extra-Tarifvertrag mit der Überschrift „Zukunftssicherung der Krankenhäuser“. Dahinter steckt nichts anderes als eine Abwälzung des DRG-Risikos auf die Krankenhausbeschäftigten. Investitionslücken, die durch den Rückzug des Staates aus der Krankenhausfinanzierung entstehen, sollen die Krankenhausbeschäftigten durch Lohnsenkungen stopfen.

So steht es klipp und klar in der gemeinsamen Presseerklärung der Vereinigung der Kommunalen Arbeitgeberverbände und dem ver.di-Bundesvorstand vom 12. Januar 2006. Neben der Möglichkeit den Lohn direkt um sechs Prozent abzusenken, soll eine Kapitalbeteiligung der Mitarbeiter in Form von Umwandlung von Lohnbestandteilen in „Genussrechte“ am Eigenkapital des Krankenhauses ermöglicht werden. So dürfen die Arbeitnehmer doch noch am „Unternehmerrisiko“ bedrohter Einrichtungen per Lohnabzug teilhaben, während ihnen die anständige Beteiligung am – von ihnen miterarbeiteten – Sozialprodukt verweigert wird. Wir lehnen diesen Tarifvertrag rundweg ab.

Und die Arbeitgeber?

Vielen geht das Sparvolumen immer noch nicht weit genug. Sie behaupten sogar es kämen höhere Kosten durch den TVöD auf sie zu.

TVöD nachgerechnet

Das „Netzwerk für eine kämpferische und demokratische ver.di“ war von Anfang gegen die Prozessvereinbarung und gegen den TVöD.

Wir haben innerhalb von ver.di einen bundesweiten Streik im gesamten öffentlichen Dienst (einschließlich der BeamtInnen) für die Rücknahme von Arbeitszeitverlängerung und der Kürzungen bei den Sonderzahlungen gefordert. Wir hatten die Position, dass es notwendig ist für eine tabellenwirksame Erhöhung der Löhne, Gehälter und Besoldungen von 250 Euro



im Monat zu streiken. Mit Flugblättern, Anträgen und Offenen Briefen und Lobbyis bei den Sitzungen der Großen Tarifkommission haben wir unseren Standpunkt gegenüber der Politik der ver.di-Führung vertreten. Wir haben eine Broschüre herausgebracht, mit der wir die Schönrechnerei der ver.di-Bürokratie widerlegen und nachweisen, dass der TVöD eine enorme Verschlechterung gegenüber dem BAT/BMT-G bedeutet.

Die Broschüre „TVöD nachgerechnet“ kann über unsere Kontaktadresse bestellt werden oder von unserer homepage heruntergeladen werden: http://www.netzwerk-verdi.de/tarif_04-05/tvoed-2005.html.

„Wie undemokratisch der Abschluss zustande kam, wird sich in den nächsten Monaten zeigen: Denn erst dann werden die KollegInnen zu spüren bekommen, worüber sie von der ver.di-Spitze nie informiert wurden: langfristige Verluste bei den realen Einkommen, neue Niedriglöhne, Leistungslöhne aus dem bisherigen Lohn- und Gehaltsvolumen, Arbeitszeitflexibilisierung, Abschaffung der Familienzuschläge, Reduzierung von Überstundenzuschlägen, Öffnungsklauseln hin zur 40-Stunden-Woche und defakto Aufgabe des Flächentarifvertrags. Die Mehrheit der Bundestarifkommission war offenbar wild entschlossen, ein Tarifergebnis zu erzielen und es war ihr fast egal was drin steht, wie es scheint. Dazu wurden die Mitglieder nie befragt, diesem Ausverkauf haben wir nie zugestimmt! Ihr habt es kampflos hingenommen... Eueren Verhandlungen im stillen Kämmerlein mit den öffentlichen Bossen habt Ihr wohl mehr zugehört als unserer möglichen gemeinsamen Solidarität? Hauptsache ihr lebt gut von unseren Beiträgen“

Aus einem Brief von Hans Hoyer, Personalrat an der Uniklinik in Erlangen, vom 20.12.05 an den ver.di-Bundesvorstand und die Mitglieder der Bundestarifkommission.

Der Brief kann in voller Länge abgerufen werden aus dem Internet unter: www.labournet.de

Verfahrenre Tarifsituation – Beispiel Uniklinik Frankfurt

An der Uniklinik in Frankfurt ist die Belegschaft entlang von vier verschiedenen Tarifen gespalten.

Es gibt noch Altbeschäftigte mit einem Arbeitsvertrag mit dem Land Hessen – für sie gilt der BAT in Nachwirkung. Das Land hat die TdL verlassen und den Tarif Arbeitszeit gekündigt – das heißt bei Versetzungen erhalten die Leute die 42-Stunden-Woche und gekürzte Zuwendung.

Nach dem Jahr 2000 eingestellte Ärzte und Wissenschaftler erhielten Arbeitsverträge mit der Uniklinik als Anstalt des öffentlichen Rechts. Sie haben eine Wochenarbeitszeit von 42 Stunden, kein Urlaubs- und gekürztes Weihnachtsgeld.

Personal für Pflege, Verwaltung und Labor wird nur noch über eine Personalservicegesellschaft eingestellt: 100 Prozent Tochter der Uniklinik (Geschäftsführer ist der Personaldezernent der Uniklinik), Tarifvertrag nach Arbeitnehmerüberlassungstarif der Christlichen Gewerkschaft Hessen vereinbart – das heißt 42-Stunden-Woche,

keine Altersversorgung, Jahres-Prämie nur wenn weniger als 5 Krankheitstage, zwischen 24 und 26 Urlaubstage, circa 20-30 Prozent weniger Einkommen als BAT.

Reinigungs-, Wach- und Pfortenpersonal ist in die Tochterfirma Klinikservice GmbH ausgegründet (Tochter Uniklinik und Fa. Klüh, Geschäftsführer ist der Kaufmännische Direktor der Uniklinik) – Tarif: analog Gebäudereinigertarif.

Betriebs- und Medizintechnik, Werkstätten und Gebäudemanagement ist ausgegründet in HOST GmbH. Geschäftsführer ist ebenfalls der Kaufmännische Direktor der Uniklinik. Die GmbH ist Tochter der Uniklinik mit Beteiligung von Hochtief-Facilitymanagement. Tarifbedingungen: 40-Stunden-Woche, keine Tarifgebundenheit, Nasenprämienlöhne, Jahresprämie abhängig von Betriebsergebnis, 30 Tage Urlaub für alle.

Patienten und Krankenhausbeschäftigte gemeinsam



Die Schließung von Krankenhäusern und der fortgesetzte Betten- und Personalabbau sind eine direkte Bedrohung für die Bevölkerung. Bereits jetzt gibt es monatelange Wartezeiten für bestimmte Operationen. In den Warteräumen der Ambulanzen kommt es nicht selten vor, dass man stundenlang dasitzt ohne einen Arzt zu Gesicht zu bekommen. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird eine zunehmende Zahl von stationären Behandlungen prognostiziert. Neue Krankheiten wie die Lungenerkrankung SARS oder die Vogelgrippe können dazu führen, dass wir schnell mit weltweiten Pandemien konfrontiert sind. In Frankreich starben im Sommer 2003 bereits 15.000 Menschen weil die Krankenhäuser nicht in der Lage waren Hitzeopfer aufzunehmen.

Angst der Patienten

Patienten plagt neben ihrer Krankheit zunehmend Angst und Misstrauen gegenüber dem Gesundheitswesen. Kann ich mir einen Arztbesuch oder Medikamente überhaupt noch leisten? Werden mir Medikamente verweigert, weil mein Arzt oder das Krankenhaus sein Budget ausgeschöpft hat? Nützt das Medikament überhaupt was und was ist mit Nebenwirkungen? Folgt der Arzt nur der Empfehlung des Pharmakonzerns oder ist er sogar bestochen? Werde ich zu Untersuchungen geschickt um angeschaffte Geräte auszulasten? Werde ich aus dem Krankenhaus entlassen, weil meine Behandlung nicht mehr lukrativ fürs Krankenhaus ist? Die Angriffe auf die Patienten fallen zusammen mit den Angriffen auf die Beschäftigten in den Krankenhäusern. Sie müssen deshalb gemeinsam zurückgeschlagen werden.

Solidarität aus der Bevölkerung

Während des Streiks an den Unikliniken in Baden-Württemberg hat der Wissenschaftsminister des Landes, Frankenberg, den Streikenden und ver.di vorgeworfen, sie würden auf Kosten der Patienten einen Tarifkampf führen. Bei einer Streikkundgebung am 11.10.05 auf dem Tübinger Marktplatz bezeichnete die Vertreterin einer Patientenselbsthilfegruppe diesen Vorwurf als „erstunken und erlogen“. Sie erklärte weiter: „Was auf Kosten der Patienten geht, ist die unzumutbare Arbeitsbelastung der Krankenhausbeschäftigten. Und deshalb sind wir solidarisch mit Euerem Streik. Macht weiter so.“

Egal ob Krankenhausärzte oder Pflegekräfte streiken, sie haben dabei die Unterstützung in der Bevölkerung. Gegen die Schließung von Krankenhäusern hat es in den letzten Jahren Großdemonstrationen

in Gegenden gegeben, in denen nie zuvor eine Demonstration stattgefunden hat. Fast 600.000 Hamburger – beziehungsweise 77 Prozent der Abstimmenden – haben in einem Volksbegehren gegen den Verkauf der Hamburger Krankenhäuser gestimmt. Das zeigt: zwischen Pflegekräften und der Masse der Ärzte auf der einen Seite und Patienten und Beitragszahlern auf der anderen Seite gibt es keinen Interessengegensatz. Nicht zuletzt sind wir Krankenhausbeschäftigte selber potentielle Patienten und auf eine optimale Gesundheitsversorgung angewiesen.

Klassengegensatz

Der Interessengegensatz im Gesundheitssystem verläuft genauso wie in der Gesellschaft zwischen unten und oben, das heißt zwischen den abhängig Beschäftigten und ihren Familien auf der einen Seite und den Profithaien im Gesundheitssystem und ihren Komplizen in der Politik, bei den Chefärzten und Krankenhausmanagern auf der anderen Seite. Die Reichen haben kein Interesse an einer optimalen Gesundheitsversorgung für alle. Sie haben nur ein Interesse an immer besseren Privatstationen. Und dafür haben sie eine ausreichende Lobby in der Politik. Die Unternehmer wollen sich immer weniger an der Finanzierung des Gesundheitssystems beteiligen. Gleichzeitig verursachen sie aus reiner Profitgier immer schlechtere Lebensverhältnisse und damit immer mehr Krankheiten.

Ärzte, die 24 oder 30 Stunden hintereinander arbeiten, reagieren, als ob sie eine Promille Alkohol im Blut haben. Das wurde kürzlich in einer Studie festgestellt. Bei immensen Überstunden, Überlastung im Dienst werden Patienten zum Feind und wir zum Risiko für Patienten.

Mit einer wissenschaftlichen Studie wurde belegt, dass Assistenzärzte mit 24-Stunden-Diensten und häufigen Nachtdiensten 20,8 Prozent mehr ernsthafte Medikationsfehler und 5,6 mal mehr ernsthafte Diagnosefehler machten als Ärzte, deren Dienstplan überlange Arbeitszeiten und häufige Nachtschichten ausschloss.

Durch Zuzahlungen und dem Teilausstieg aus der paritätischen Finanzierung der Krankenversicherung tragen Kassenpatienten inzwischen mehr als Zwei Drittel der Krankheitskosten.

Seit Einführung der Praxisgebühr ist die Zahl der Arztbesuche bei Menschen mit einem Einkommen unter 1.000 Euro um 19 Prozent zurückgegangen. Folge un behandelter Erkrankungen ist zum Beispiel die vermehrte Zahl von Lungenerkrankungen und eine steigende Tuberkuloserate. Das ist das Ergebnis einer Untersuchung, die bei der Nationalen Armutskonferenz 2005 bekanntgegeben wurde.

Gesundheitsstörungen, die ganz oder teilweise auf die Arbeitsverhältnisse zurückzuführen sind, verursachten bereits im Jahr 1998 Gesundheitskosten von mindestens 28,4 Milliarden Euro. Das war das Ergebnis eines Forschungsprojekts der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Vier Millionen Mammographien werden jährlich in Deutschland durchgeführt. Die Qualität der Geräte und die mangelnde Kenntnis der Ärzte führen ständig zu falschen Befunden. 100.000 Frauen werden jährlich deshalb umsonst wegen Brustkrebs operiert. Auf der anderen Seite sterben 3.000 bis 4.000 Frauen weil die Diagnose Brustkrebs zu spät gestellt wird.

Rheumatische Erkrankungen sind die häufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit. Von 35.000 Internisten sind gerade mal 600 für Rheuma qualifiziert. Nur sieben der bundesdeutschen Unikliniken verfügen über einen Lehrstuhl für internistische Rheumatologie.

Rund eine Million Patienten infizieren sich jedes Jahr im Krankenhaus mit einer Krankheit, die sie vorher nicht hatten. 40.000 sterben an den Folgen. Hauptgrund ist die mangelnde Hygiene. Mit mehr und gut ausgebildetem Reinigungspersonal und mit mehr Pflegekräften auf den Stationen könnte dies weitgehend vermieden werden.

„Wir haben in Deutschland sechs Millionen Diabetiker. Für die geben alle privaten und gesetzlichen Krankenkassen 30 Milliarden Euro aus. Laut einer



wissenschaftlichen Untersuchung wären 90 Prozent aller Diabetes-Erkrankungen durch eine ausdauerorientierte Bewegung und gesunde Ernährung vermeidbar. Da der Bevölkerungsanteil der über 60-jährigen Menschen bis zum Jahr 2020 auf über 30 Prozent steigen wird, erwarten wir ohne Prävention einen Anstieg beim Diabetes um rund 70 Prozent. Dann lägen die Kosten schon bei 51 Milliarden Euro.“ Eckard Fiedler, Vorstandschef der Barmer Ersatzkasse in einem Interview mit der Stuttgarter Zeitung vom 11.09.05

„Durch bessere Prävention und Gesundheitsförderung können circa 25 Prozent der heutigen Kosten der Krankenversorgung eingespart werden.“ Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Leiter der AG Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Moderne Begriffe = Methoden der Profitwirtschaft

Der Systemwechsel im Gesundheitswesen ist verbunden mit der Einführung von modernen Begriffen aus der Profitwirtschaft. Uns und unseren Patienten soll vorgegaukelt werden, dass es um mehr Qualität, mehr Transparenz, weniger Bürokratie und bessere Versorgung geht. Alles Schwindel!

Qualitätsmanagement

Um den Wolf Wettbewerb zu akzeptieren, wird er in den Schafspelz Qualität gekleidet. Es wird die Illusion des informierten Patienten aufgebaut, der sich kritisch die „Gesundheitsleistung“ anhand von Qualitätsberichten aussuchen kann.

Die Schröder-Regierung hat die Krankenhäuser zur Einführung von Qualitätsmanagement verpflichtet. Häusern, die sich dem verweigern, drohen seit 2002 Abschlüsse bei den Budgets. Dass es viel in den Krankenhäusern zu verbessern gibt, ist keine Frage. Die Crux dabei ist, dass dazu vor allem mehr Personal gebraucht würde. Personal soll aber weiter abgebaut werden. Deshalb geht es beim Qualitätsmanagement nicht darum, den Mensch Patient in den Mittelpunkt zu rücken, sondern um „Kundenorientierung“, sprich um eine Geld-Ware-Beziehung. Es geht um die Ökonomisierung der Krankenhäuser nach den Gesetzen des Marktes und des Wettbewerbs.

„Wir haben nur eine Chance, wenn wir uns so verhalten, wie Markt und Wettbewerb es verlangen.“ Diese Maxime soll den ÄrztInnen und Pflegekräften mit Qualitätsmanagement eingetrichtert werden. Fassadensanierung, ein repräsentatives Foyer, Frühstücksbuffets und Firlefanz für die Außenwirkung sollen die Kunden blenden. Gleichzeitig fehlt es überall an Personal. Auf fünf Minuten Patientenbehandlung kommen 20 Minuten für die Dokumentation. Kunde ist nur so lange König, wie er zahlungsfähig ist.

Benchmarking

Ein Begriff aus der Profitwirtschaft. Die Kennzahlen des Konkurrenten, der am profitabelsten ist, gelten als „Benchmark“, als Ziel für das eigene Unternehmen. Im Krankenhaus sind solche Kennzahlen, die Zahl der behandelten Fälle oder die geputzten Quadratmeter und die dafür anfallenden Kosten für Personal.

Best Practice

Eine ebenfalls aus der kapitalistischen Pro-



duktion übernommene Managementmethode.

Alle Betriebe sollen sich an dem Betrieb mit den besten Kennzahlen orientieren. Ziel ist die beste Kennzahl als Standard für die Leistungserbringung und die Personalausstattung. In solchen Kennzahlenvergleichen werden dann Spezial- oder Privatkliniken herangezogen, an denen sich Krankenhäuser der Maximalversorgung orientieren sollen. Sprich Lohnabsenkungen und Absenkung der Standards sollen akzeptiert werden.

Inek-Daten

InEK ist die Abkürzung des „Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH“. Dieses Institut hat den gesetzlichen Auftrag die für die DRGs verwendeten Zahlen zu liefern. Es wertet Daten über Diagnosen, Eingriffe und Behandlungen anonym aus. Von 148 Krankenhäusern mit circa 16 Prozent der Fälle werden zusätzlich die anfallenden Personal- und Sachkosten bezogen auf den einzelnen Fall ermittelt. Die Zahlen spiegeln dabei immer die Vergangenheit wider bestimmen aber die DRGs für die aktuellen Fälle. Preissteigerungen für Medikamente und erhöhte Personalkosten werden deshalb nicht über die DRGs abgedeckt. Die reine Kostenermittlung sagt nichts über die Qualität der Behandlung aus. Noch viel schlimmer wiegt, dass die ermittelten Kosten die Durchschnittskosten sind und mit den Fallpauschalen nur dieser Durchschnitt bezahlt wird. Die Krankenhäuser müssen jetzt aber unter diese Durchschnittskosten kommen, damit sie kein Defizit machen. Und das ist politisch so gewollt. Die logische Folge ist, dass Jahr für Jahr der Durchschnitt sinkt und die Krankenhäuser unter einen gnadenlosen Druck kommen, so dass am Ende nicht alle mithalten können. Die Schließung von Krankenhäusern muss dann nicht mehr beschlossen werden. Der „Gesundheitsexperte“ K.W. Lauterbach spricht davon, dass sie durch

die „unsichtbare Hand des Marktes“ verschwinden werden.

Bei den bei DRGs, Benchmarking und Best Practice angewandten Managementmethoden geht es nur um Ist-Werte. Soll-Werte spielen keine Rolle. Weder Bedarf noch Qualität der medizinischen und pflegerischen Leistung und schon gar nicht die Gesundheit und die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten sind Zielgrößen. Es bleibt auch völlig unberücksichtigt unter welchen Bedingungen die Leistungen erbracht werden (unterschiedlicher Zustand der Gebäude und der Ausstattung, Maximalversorgungskrankenhaus oder Spezialklinik, Komplikationen, junge oder alte Patienten).

Wir wollen:

... eine optimale Patientenversorgung, anständige Arbeitsbedingungen und eine angemessene Bezahlung.

Nur so ist Qualität in der Krankenversorgung möglich. Und Qualität als ganzheitliche Eigenschaft in der Medizin ist nicht messbar. Das Messen und Zählen willkürlicher Einzelaspekte, Benchmarking, Best-Practice und Fallpauschalen führen automatisch zu einer Verschlechterung in der Patientenversorgung, zu Lohnabsenkungen und Stellenabbau. Die Befürworter dieser Managementmethoden rechtfertigen sie mit Effizienzsteigerung. Aber es kann uns nicht egal sein, wenn diese Effizienzsteigerung durch Verschlechterung von Arbeitsbedingungen und niedrigeren Löhnen zustande kommt. Und es ist uns auch nicht egal, wenn die Patienten dabei abgefertigt werden. Der Patient ist immer am Erfolg oder Misserfolg seiner Genesung beteiligt. Für den maximalen Erfolg ist ein gutes Verhältnis zwischen Patienten und Krankenhauspersonal notwendig. Deshalb besteht die Qualität unserer Arbeit in unserer Kompetenz der Zuwendung und Betreuung. Und die kann nicht gemessen, gewogen, verglichen oder dokumentiert werden.

Zum Verzichten brauchen wir keine Gewerkschaften

Kämpfen ist angesagt

Lang, lang ist es her, da haben 50.000 KrankenpflegerInnen in der BRD gekämpft. Damals waren gerade mal zehn bis 15 Prozent der Krankenhausbeschäftigten Gewerkschaftsmitglied. Und sie haben was erreicht: bessere Eingruppierung, verbesserte Bewertung der Pflege mit besonderen Erschwernissen, höhere Schichtzulagen. Das war 1989.

Die ötv hat diesen Streik zurecht als historischen Streik bezeichnet. Viele Kolleginnen und Kollegen sind damals in die ötv eingetreten. In den 90er Jahren ging es rapide abwärts. Unsere eigene Führung fiel uns in den Rücken. 55 Prozent der Mitglieder stimmten 1992 gegen den von Gewerkschaftsführung und Arbeitgebern ausgehandelten Tarifabschluss. Doch der ötv-Vorstand setzte sich über dieses Votum hinweg und beendete den Streik. Mit dem Tarifabschluss 1998 vereinbarte die ötv mit den Krankenhausträgern Tarifverhandlungen zur Frage Arbeitszeit. Innerhalb der ötv gab es keine Diskussion über eigene Forderungen. Später wurde zusätzlich noch über einen Dienstleistungstarifvertrag Krankenhäuser verhandelt. Auf dem Tisch lagen nur die Forderungen der Arbeitgeber nach jederzeitiger zuschlagsfreier Verfügbarkeit und 30 Prozent Lohnabsenkung für Küchen- und technisches Personal. Anstatt die Wut darüber in den Betrieben für einen Abwehrkampf zu nutzen, machten die ötv-Funktionäre Zugeständnisse. Weil den Arbeitgebern diese Zugeständnisse nicht weit genug gingen, wurden die gesonderten Verhandlungen abgebrochen und erst wieder mit den Verhandlungen zum TVöD aufgenommen. Mit dem TVöD und ZuSi haben die Arbeitgeber die meisten Zugeständnisse bekommen, die sie seit 1998 fordern.

BAT-Schere

Die Provokationen der Arbeitgeber Ende der 90er Jahre fielen mit Angriffen der Schröder-Regierung auf die Budgets der Krankenhäuser zusammen. Unter anderem wurde beschlossen, dass Tariferhöhungen nicht mehr voll refinanziert werden. Es entstand die sogenannte BAT-Schere. Im Mai 1999 protestierten 70.000 Krankenhausbeschäftigte (Ärzte und Pflegekräfte ge-



meinsam) in 185 Krankenhäusern. Am 15.06.99 mobilisierten ötv, DAG und Marburger Bund gemeinsam 30.000 Krankenhausbeschäftigte gegen die rot-grüne Gesundheitsreform und für die volle Refinanzierung von Tariferhöhungen. Es wurde eine leistungsbezogene Personalbemessung auf der Grundlage gesetzlicher Arbeitsschutzvorschriften und Pflegestandards gefordert. „Übergangsweise ist die bestehende Pflege-Personalregelung als Maßstab für die Personalbemessung im Pflegebereich wieder in Kraft zu setzen“, hieß es in einem ötv-Flugblatt. Obwohl die Gesetzesänderung ein Eingriff in die von den Gewerkschaften stets hochgehaltene Tarifautonomie war und obwohl die Kolleginnen und Kollegen weitere Kampfmaßnahmen erwarteten, wurde der Kampf nach der Berliner Demo eingestellt. Die Folge: Tariferhöhungen werden über Stellenabbau, das heißt auf Kosten der Beschäftigten finanziert.

Steilvorlage EuGH-Urteil

Im Oktober 2000 entschied der Europäische Gerichtshof, dass Bereitschaftsdienst Arbeitszeit ist. Dieses Urteil hätte von ötv/ver.di öffentlichkeitswirksam genutzt werden können, um in die Offensive zu gehen für mehr Stellen und bessere Bezahlung in den Krankenhäusern. Unsere Gewerkschaft beschränkte sich darauf, die Arbeitgeber ab und zu daran zu erinnern, dass das Urteil umgesetzt werden müsse, was sie natürlich nicht taten. Im April 2001 ging Bsirske an

die Presse mit der Forderung nach 25.000 neuen Arbeitsplätzen. Er begründete diese mit den unerträglichen Arbeitsbedingungen: „Die illegalen Verhältnisse mit unmenschlich langen Schichten für Ärzte und Pflegepersonal müssen aufhören“, das EuGH-Urteil müsse umgesetzt werden. Bei den Krankenhausbeschäftigten keimte Hoffnung auf eine gewerkschaftliche Offensive. Am Ende sind die Beschäftigten aber in der Frage Bereitschaftsdienst wieder die Verlierer. Die Kampagne „Mein Frei gehört mir“ läuft ins Leere weil sie nicht mit konkreten Kampfritten für mehr Stellen verbunden wird.

Mit ver.di wird's noch schlimmer

Die Fusion der ötv mit anderen Gewerkschaften im Jahr 2001 wurde uns mit dem Argument von erhöhter Kampfkraft verkauft. In Wirklichkeit wurde alles noch schlimmer. Anstatt wie versprochen betriebs- und bereichsübergreifende Solidarität zu organisieren, spaltet der Aufbau von ver.di die Mitglieder. Die traditionelle Einheit des öffentlichen Dienstes wurde in 9 Fachbereiche aufgelöst. Nicht das Gefühl von Gegenmacht sondern von Ohnmacht bestimmt das Bewusstsein der Mitglieder. Belegschaften müssen eine Niederlage nach der anderen einstecken. Immer mehr Mitglieder sagen sich, zum Verzichten brauche ich keine Gewerkschaft und treten aus. Gegenüber dem Zeitpunkt der Fusion im

Frühjahr 2001 hat ver.di 500.000 Mitglieder weniger.

Neoliberaler Politikwechsel

In den 90er Jahren sind die Spitzenfunktionäre der Gewerkschaften der neoliberalen Wende der SPD gefolgt. In den Tarifrunden und bei allen anstehenden Reformen hören wir von unseren Gewerkschaftsfunktionären die gleichen Argumente wie von den Unternehmern und SPD-Politikern – nur in abgeschwächter Form oder besser verklausuliert. An Runden Tischen, in von den Regierungen eingesetzten Kommissionen oder bei Kamingesprächen mit dem Kanzler führen sie harmonische Diskussionen. Der Bereich Wirtschaftspolitik liefert uns regelmäßig Zahlen über die Umverteilung von oben nach unten. Gegenüber der Presse betonen unsere Funktionäre ständig, dass die Löhne erhöht werden müssten, um die Binnen nachfrage zu verbessern. Wenn es in den Tarifrunden konkret wird, schwenken sie auf die Linie der Arbeitgeber ein und schenken ihnen einen Niedrigabschluss nach dem anderen. Anstatt die Preistreiberei und die Rekordprofite der Energiekonzerne anzugreifen, machte sich der ver.di-Bundesvorstand kurz nach der Bundestagswahl 2005 in einer gemeinsamen Erklärung mit E.on, RWE, Vattenfall und EnBW zum Sprachrohr für die Profitinteressen und dem Ausstieg aus dem Atomausstieg. Statt Gegenwehr zu organisieren, wird der Gewerkschaftsapparat benutzt um Belegschaften in Passivität zu halten oder Kampfbereitschaft zu blockieren. Die Beschäftigten in den Krankenhäusern sind von dieser Politik besonders hart betroffen.

„Für eine gesunde Reform“

Bei vielen Gewerkschaftsaktivisten hatte die widerstandslose Durchsetzung der Teilprivatisierung der Renten (Riesterreform) im Jahr 2000/1 einen Schock ausgelöst. Ein solches Debakel sollte sich im Gesundheitswesen nicht wiederholen. Die Weichen sollten auf Widerstand gestellt werden. Dazu organisierte der ver.di-Bezirk Stuttgart im Fe-

bruar 2002 eine Fachkonferenz zur Gesundheitspolitik mit 700 TeilnehmerInnen. Die in attac organisierten Globalisierungsgegner hatten bereits ihre bundesweite Kampagne „Gesundheit ist keine Ware“ am Laufen. In vielen Städten gab es öffentlichkeitswirksame Aktionen. Sogar die Bundesregierung hatte die attac-Kampagne in Unruhe versetzt. Das Bundesgesundheitsministerium bat attac um ein Gespräch. Im April 2002 fand die sogenannte „Heidelber-



Kollege vom Olga-Hospital in Stuttgart bei einer Auftaktkundgebung im Kampf gegen Arbeitszeitverlängerung am 24.10.05

ger Konferenz“ statt. 270 Aktivisten von attac und der Gewerkschaftslinken, darunter Ärzte und Krankenhausbeschäftigte waren zusammengekommen, um über den bevorstehenden Systemwechsel im Gesundheitswesen zu diskutieren. In einer Abschlusserklärung sagten sie „Nein zu den Operationsplänen an der Gesundheitsversorgung“. ver.di und attac hätten zusammen den Kampf aufnehmen können um die bevorstehenden Angriffe aufs Gesundheitswesen abzuwehren. Aber die ver.di-Führung wollte von einer solchen schlagkräftigen gemeinsamen Kampagne nichts wissen. Der inzwischen entstandene Druck führte aber dazu, dass der ver.di-

Bundesvorstand eine eigene Kampagne „Für eine gesunde Reform“ startete. Der politische Inhalt der Kampagne lief aber mit der Zeit mehr und mehr auf eine Unterstützung von Ulla Schmidt und ihrer neoliberalen Politik hinaus. Bereits seit Mai 2001 nahm ver.di regelmäßig an den vom Gesundheitsministerium organisierten Runden Tischen teil. ver.di gab sich bei ihrer Gesundheitskampagne als „große Versichertenorganisation“ und „Anwalt der Patientinnen und Patienten“. Die schlechten Arbeitsbedingungen und miserablen Löhne der Krankenhausbeschäftigten spielten keine Rolle mehr. Unterschwellig wurde ein Interessengegensatz zwischen Patienten und Beitragszahlern auf der einen und Krankenhausbeschäftigten auf der anderen Seite konstruiert.

Bsirske unterstützte Schröder-Regierung

Unter der Führung von Bsirske kam es im Bundesvorstand von ver.di zu einem völligen Umschwenken in Richtung rot-grüner Gesundheitspolitik. Dies gipfelte darin, dass sich Bsirske in Sachen Gesundheitspolitik von den gleichen „wissenschaftlichen Experten“ beraten ließ, wie die Schröder-Regierung. Im Juni 2002 ging Bsirske mit einigen Personalräten und Wissenschaftlern an die Presse. Er erteilte der Forderung von Globalisierungsgegnern und Linken nach „mehr Geld ins System“ eine klar Absage. Er meinte damit aber nicht, dass die Profite der Pharmakonzerne beschnitten werden müssten und dieses Geld umverteilt werden müsse an die Stellen, an denen es fehlt – nämlich zu den Krankenhäusern. Bsirske meint – wie alle etablierten Parteien, dass das Gesund-

heitssystem so nicht mehr finanzierbar sei. Der demografische Wandel wurde zum Problem des Gesundheitssystems erklärt. Innerhalb von ver.di wurde von der Spitze für mehr Wettbewerb und Effizienz, für Vertragsfreiheit der Krankenkassen argumentiert. Bsirske und die ver.di-Führung lehnen noch nicht mal Fallpauschalen ab, sondern verlangten 2002 eine schnellere Umsetzung. Originalton von Bsirske und Co: „Auch bei der Einführung von Fallpauschalen wird gemauert, so dass sich das neue leistungsorientierte System und dessen qualitätsgesicherte Umsetzung ständig verzögert.“ Bei einer bundesweiten Demo am 15.06.02 in Hannover griff Bsirske nur die FDP und

**Gute
Besserung!**

Gewerkschaftliche Kampagne für eine solidarische Gesundheitspolitik





die CDU an. Unter der Überschrift „Gesundheit zählt, wählt“ leitete ver.di seine Gesundheitskampagne um in eine Wahlunterstützungskampagne für die SPD und verschleudert dafür eine Million Euro Mitgliedsbeiträge. Bsirske erklärte, dass abgesehen von einigen Ungereimtheiten, das Gesundheitssystem bei der Schröder-Regierung in guten Händen sei. Obwohl die Krankenhausbeschäftigten und Gewerkschaftsmitglieder am härtesten von der rot-grünen Gesundheitsreform betroffen waren, war es nicht ver.di, sondern der Ärzte-Verband und die Krankenhausgesellschaft die nach der Wiederwahl von Schröder am 12.11.02 zur ersten Demo nach der Bundestagswahl aufriefen. Bsirske erklärte sogar seine Zustimmung zu den ersten arbeitnehmer- und patientenfeindlichen Kürzungsmaßnahmen nach der Bundestagswahl 2002. ver.di feiert es auch als Erfolg, dass die SPD den Vertragszwang zwischen Krankenhaus und Krankenkasse lockert. Die Krankenhäuser macht das erpressbar. Der Patient wird nur in dem Krankenhaus behandelt, mit dem seine Krankenkasse einen Vertrag hat. Will er in ein anderes, zahlt er drauf.

Innergewerkschaftliche Opposition

Unter Federführung des ver.di-Vorsitzenden des Bezirks Stuttgart, Thomas Böhm, brachten fast 75 verdianer, Betriebs- und Personalräte, Vertrauensleute und hauptamtliche Funktionäre und attac-Aktivisten, darunter NetzwerkunterstützerInnen, eine „Kritik an der versuchten Neuausrichtung der Gesundheitspolitik von ver.di“ heraus. In der Einleitung heißt es: „Die Unterzeichner kritisieren den Versuch, die Gesundheitspolitik von ver.di unter dem „Leitbild“ von „Qualität und Effizienz“ neu auszurichten. Durch dieses neue Leitbild wird die Organisation letztlich handlungs- und kampagneunfähig und unterwirft die Interessen der Beschäftigten der parteipolitischen Unterstützung der SPD/Grünen-Regierung.“ Der ver.di-Landesbezirk Baden-

Württemberg brachte eigenständig eine Flugblattserie zu den 12 dicksten Lügen des Gesundheitswesens heraus. Allerdings wurde die innergewerkschaftliche Opposition in Sachen Gesundheitspolitik nicht konsequent weiter betrieben. Man beschränkte sich darauf beim ver.di-Kongress 2003 die erste vom Bundesvorstand für den Bereich Gesundheit vorgeschlagene Kandidatin durchfallen zu lassen. Weil kein/e Gegenkandidat/in mit einer klaren Gegenposition vorgeschlagen wurde, wurde schließlich die dem ver.di-Vorstand genehme Ellen Paschke gewählt.



Privatisierung mit ver.di-Unterstützung

Anstatt sich auf die Erfahrungen von Kolleginnen und Kollegen zu stützen, hat ver.di im Jahr 2002 das Beratungsunternehmen PLS Rambol beauftragt eine Studie zu erstellen über die Folgen von Privatisierung von Krankenhäusern. Wie nicht anders zu erwarten, erkannte die Firma durchaus positive Folgen von Privatisierung. Den Privatisierungsbefürwortern wurde damit von Seiten der Gewerkschaft Munition geliefert. Der ver.di-Kongress im Oktober 2003 hat eine „bundesweite Kampagne gegen die Ausgliederung und Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen und für den Ausbau der öffentlichen Daseinsvorsorge“ und den Widerstand gegen Ausgliederung

und Privatisierung beschlossen. Bis heute wurde dieser Beschluss nicht umgesetzt. Belegschaften, die Privatisierung verhindern wollen, sind auch sich alleine gestellt. Weil ver.di die Missachtung des Volksbegehrens gegen den Verkauf der LBK in Hamburg kampflos hinnahm, blieben die 77 Prozent Ablehnung völlig wirkungslos. In Hessen hat ver.di keine effektiven Kampfmaßnahmen gegen die Privatisierung der Unikliniken in Gießen und Marburg organisiert. „Wenn der rechtliche Weg das Ganze nicht noch aufhält“, so wird Gewerkschaftssekretär Jens Ahäuser von ver.di-Mittelhessen in ver.di-publik vom Dezember 05/Januar 06 zitiert, sei die Privatisierung in Gießen und Marburg nur noch Formsache. Und ver.di publik erklärt uns auch warum das so ist: „Auch für ver.di ist die Situation nicht einfach. Einerseits gilt „Gesundheit ist keine Ware“. Andererseits lassen sich Privatisierungen meist nicht mehr abwenden, wollen Kommunen ihre verschuldeten Haushalte entlasten“.

Einige Gewerkschaftsfunktionäre haben sogar ein persönliches Interesse an Privatisierungen. Sie nutzen sie für einen Karriere-sprung. Das Ruhigstellen der Belegschaft lassen sie sich von der Gegenseite mit einem Managerposten belohnen. So wurde der frühere stellvertretende ötv-Vorsitzende von Berlin, Ernst-Otto Kock, Arbeitsdirektor bei der Vivantes GmbH. In Hamburg hat der Filz von ötv- und SPD-Apparat 1995 den LBK in eine Anstalt des öffentlichen Rechts ausgegliedert. Der Stellenabbau wurde von ötv/ver.di und der Mehrheit der Personalräte mitgetragen.

Kämpfe isoliert

Immer wieder hat es in den zehn Jahren beeindruckende Kämpfe und Streiks in Krankenhäusern gegeben. Sie wurden aber nicht bundesweit unterstützt, geschweige denn als nachahmenswertes Beispiel propagiert. Man hat sie sich selbst überlassen.

Von Ende 1996 bis Frühjahr 1999 dauerte die Auseinandersetzung um die Schließung des Hamburger Hafenkrankenhauses. Un-

terstützt von der Bevölkerung des Stadtviertels gab es Anfang 1997 eine mehrmonatige Besetzung und mehrere Großdemonstrationen.

In Kassel wurde von 1999 bis 2001 ein erfolgreicher Kampf gegen den Verkauf des Klinikums geführt, der weit über Kassel hinaus Beachtung fand. NetzwerkunterstützerInnen haben dabei eine führende Rolle gespielt.

Vom 10.12.01 bis Ende Juni 2002 streikten in der Rhein-Sieg-Klinik in NRW 32 Therapeuten erfolgreich für einen Tarifvertrag. Mit 215 Streiktagen war dies der bislang längste Arbeitskampf im deutschen Gesundheitswesen.

Vom 31.1. bis 1.4.05 streikten die Beschäftigten der privaten AMEOS-Klinik Dr. Heines in Bremen erfolgreich gegen Tarifflicht. Die Streiks der Ärzte ab Frühjahr 2005 und schließlich der zehntägige erfolgreiche Erzwingungsstreik an den baden-württembergischen Unikliniken setzen eine regelrechte Streikwelle quer durch die Republik in Gang. Vielerorts fühlen sich Krankenhausbeschäftigte ermutigt für ihre Rechte zu kämpfen. Trotzdem wird kein bundesweit einheitlicher Kampf geführt. Obwohl in den baden-württembergischen Unikliniken ein Abschluss oberhalb des TVöD erreicht wurde und obwohl die Kritik am TVöD jeden Tag weiter zunimmt, erhebt ver.di für die anderen Landeskrankenhäuser weiter

die Forderung nach Übernahme des TVöD. Für diejenigen Kolleginnen und Kollegen, für die noch der BAT voll gilt wäre das aber eine Verschlechterung. Und dafür streiken?

Spaltung verhindern

Die Tatsache, dass der Marburger Bund mit seinen rund 100.000 Mitgliedern im Frühjahr 2005 die Streikwelle in den Krankenhäusern in Gang gebracht hat und mit verbalradikalem Auftreten 25.000 neue Mitglieder gewinnen konnte, ist ein Armutszeugnis für ver.di mit seinen 2,4 Millionen Mitgliedern, darunter viele kampferprobte Krankenhausbeschäftigte. Hätte ver.di in den letzten Jahren die gemeinsamen Interessen von Ärzten und Pflegekräften offensiv vertreten, wäre die Spaltung der Belegschaften so nicht möglich gewesen, hätte der Einfluss des Marburger Bundes begrenzt werden können. „Die Forderung des Marburger Bundes nach 30 Prozent mehr Lohn für Ärzte passt nicht in eine Zeit, in der von den anderen Krankenhaus-Beschäftigten Verzicht gefordert wird“, mit diesen Worten bügelte die ver.di-Verhandlungsführerin in Berlin, Christa Specht, die Forderung der Ärzte nieder. Diese Haltung macht deutlich, dass die Gewerkschaft akzeptiert, dass es Verzicht geben muss. Richtig wäre es, die 30 Prozent Lohnforderung des Marburger Bundes

aufzugreifen und eine deutliche Anhebung der Gehälter für alle zum erklärten Ziel und zum gemeinsamen Kampf für alle Krankenhausbeschäftigten zu machen.

Kämpfen – statt kapitulieren

Auf Initiative von NetzwerkunterstützerInnen hat der ötv-Kreisvorstand Kassel und die Abteilung Krankenhäuser der ötv Stuttgart-Böblingen bereits Ende 2000 beim ötv-Hauptvorstand die Einberufung einer bundesweiten Krankenhauskonferenz mit dem Thema Kampf gegen Privatisierung und Verteidigung des Flächentarifvertrags gefordert. Die ötv-Hauptverwaltung lehnte diesen Antrag ab. Auf dem ver.di-Kongress im Oktober 2003 wurde dieser Antrag erneut gestellt aber nur als „Arbeitsmaterial an den Bundesvorstand“ überwiesen. Mehrere ver.di-Betriebsgruppen aus Krankenhäusern haben inzwischen nachgehakt und die Umsetzung einer Krankenhauskonferenz und bundesweite Kampfmaßnahmen gefordert. Bisher vergeblich. Wenn wir uns auf die ver.di-Führung verlassen, sind wir verlassen. Das wird immer deutlicher. Deshalb ist es an der Zeit, dass wir uns von unten her vernetzen, unsere Forderungen formulieren, Initiativen ergreifen und Kampf-schritte durchsetzen.

Wir meinen:

- Es ist höchste Zeit, dass ver.di die vorhandene Kampfkraft nutzt und ausbaut, um die Auslieferung des Gesundheitswesens an das Konkurrenz- und Profitsystem zu stoppen und umzukehren.
- Gesundheit ist keine Ware. Krankenhausbeschäftigte sind keine Kostenfaktoren. Krankenhäuser sind keine Fabriken für Profitproduktion.
- Schluss mit Arbeitsplatzvernichtung und Lohnraub. Volle Refinanzierung von Tarifierhöhungen. Geld für Neueinstellungen und Umsetzung des EuGH-Urteils zum Bereitschaftsdienst in neue Stellen und Ausgleich für Lohnverluste durch Bereitschaftsdienste.
- Schluss mit Privatisierung, Ausgründung und Umwandlung in privatrechtliche Strukturen. Ein Betrieb, eine Belegschaft, ein Tarifvertrag, so muss der Grundsatz für das gewerkschaftliche Handeln lauten.
- Weg mit Fallpauschalen und gedeckelten Budgets. Ausreichend Finanzmittel für die optimale Versorgung und Pflege der Patienten. Das Geld dafür muss über Steuern bei den Konzernen, Banken und Reichen geholt werden.
- Rücknahme aller unter Kohl und Schröder gemachten Verschlechterungen im Gesundheitswesen. Weg mit allen Zuzahlungen. Keine weiteren Kürzungen zu Lasten von Patienten, Krankenhausbeschäftigten. Keine Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge.
- Schluss mit Co-Management und Beteiligung an Runden Tischen und Kanzlergesprächen durch ver.di-Funktionäre.
- Für eine von ver.di organisierte bundesweite Kampagne gegen Privatisierung, Kommerzialisierung und Unterfinanzierung der Krankenhäuser.
- Für bundesweite gemeinsame Kampfmaßnahmen aller Krankenhausbeschäftigten gegen Arbeitsplatzvernichtung, Lohnraub, Tarifflicht, Privatisierung und Kommerzialisierung der Krankenhäuser.
- Für einen bundesweiten Tarifkampf um einen Tarifvertrag oberhalb des TVöD: ein Mindestlohn von 2.000 Euro, 35-Stundenwoche als ersten Schritt hin zur 30-Stunden-Woche bei vollem Lohn- und Personalausgleich, tarifliche Regelungen für einen verbindlichen Stellenschlüssel, sofortige Anhebung des Ostniveaus an Westniveau.
- Für eine bundesweite Konferenz von Vertrauensleuten, Personal- und Betriebsräten sowie Jugendvertretern und interessierten Kolleginnen und Kollegen zur Diskussion und Beschlussfassung einer bundesweiten Kampagne und bundesweiten Kampfmaßnahmen.
- Demokratisierung von ver.di. Wahl- und jederzeitige Abwählbarkeit aller Funktionäre. Begrenzung der Einkommen von hauptamtlichen Funktionären auf das durchschnittliche Einkommen der Beschäftigten im öffentlichen Dienst.

Azubis brauchen Zukunft

„Stellenabbau trifft jede(n)“... Das ist die große Überschrift auf dem Transparent der ver.di-Jugend im Klinikum Kassel, mit dem die Azubis am 14.12.05 von ihrer Jugendversammlung zur Betriebsversammlung über das Klinikgelände demonstrieren.

Die Azubis wissen wovon sie reden. Die kontinuierliche Verkleinerung der Belegschaft geht vor allem auf Kosten der Jugend im Krankenhaus. Die Übernahmequote tendiert Jahr für Jahr gegen Null. Unbefristete Übernahme aller Azubis war Mitte der Neunziger Jahre noch eine gewerkschaftliche Forderung, die mit einigem öffentlichen Druck erreicht werden konnte. Heute wird von Seiten der Klinikleitungen sowohl in Kassel als auch in den meisten anderen deutschen Krankenhäusern so getan, als wäre diese Forderung nach einem Arbeitsplatz völlig utopisch. Wie bei allen anderen Belangen rund um das Thema Krankenhaus wird hier von der Kostenseite argumentiert. „Wir würden gerne, können uns die Übernahme aber nicht leisten“, ist die Argumentation mit der man bundesweit einen Krankenpflegejahrgang nach dem anderen auf die Strasse schiebt. Die Folge davon sind Arbeit in der Altenpflege, im ambulanten Bereich oder Arbeitslosigkeit von hochqualifiziertem Pflegepersonal. Interessant ist auch die Darstellung des Managements der Situation nach außen. „Wir bilden weit über Bedarf aus“, heißt es und damit komme man als Träger der sozialen Verantwortung nach. Das Argument, das einerseits KollegInnen und Öffentlichkeit einullen soll, birgt enormes Spaltungspotential. Es beinhaltet die Androhung früher oder später die Ausbildungsplätze zusammenzuzustreichen, wenn der Krankenhauskonzern durch die Belegschaft zur Übernahme gezwungen wird. Es ist tatsächlich so, dass die Azubis vom examinierten Personal viel Unterstützung ihrer Forderungen bekommen, denn allen ist klar, dass sie mit ihrer Gesundheit bezahlen wenn immer weniger Beschäftigte immer mehr PatientInnen versorgen – anstatt frisch Ausgebildete einzustellen. Einen Teilerfolg haben die Azubis im Klinikum Stuttgart im letzten Jahr erringen können. Nachdem sie mit Unterschriftensammlungen und vielfältigen Aktionen in der Öffentlichkeit wahrnehmbar waren, ist es gelungen neben wenigen unbefristeten Übernahmen auf zwei Jahre befristete Übernahmen zu erkämpfen. Dieser Erfolg allerdings ist nur in Zusammenhang mit dem erfolgreichen Kampf gegen die Privatisierung des Klinikums Stuttgart richtig zu verstehen. Der Kampf um die Übernahme ist nicht



Die Azubis haben seit über einem Jahr zahlreiche Aktionen für ihre Übernahme und gegen Personalabbau organisiert. Drei Jugendversammlungen im Jahr 2005 – immer mit einer Beteiligung von knapp Hundert oder mehr Azubis (von insgesamt ca. 240).

aus dem Nichts entstanden, sondern war Teil einer Auseinandersetzung, an der sich alle KollegInnen beteiligten. Die Lehren für Azubis können deshalb bundesweit nur heißen: Ausschließlich gemeinsam mit den anderen Beschäftigten – und zwar nicht nur in einer Stadt, sondern in einer Bewegung für ein solidarisches Gesundheitssystem – kann der Kampf für die unbefristete Übernahme von Erfolg gekrönt sein. Das bedeutet: Aktionen zur Übernahme und gegen Personalabbau im eigenen Betrieb müssen in einen Zusammenhang mit der Abschaffung der DRGs und einer solidarischen Krankenhausfinanzierung gestellt werden.

Neues Gesetz und billige Arbeitskräfte

Das Problem ist allen aus dem Alltag bekannt. Wenn man etwas ganz, ganz billig bekommen möchte – ein Megaschnäppchen sozusagen – dann muss man in fast allen Fällen Abstriche bei der Qualität machen. Bei der Ausbildung im Krankenhaus ist das nicht anders. Da überall massiv eingespart werden soll, wird aktuell die Freistellung von PraxisanleiternInnen nicht oder nur unzureichend finanziert. Das Krankenpflegegesetz von 2004 schreibt zwar das Sicherstellen der Praxisanleitung vor, doch ob die entsprechenden AnleiterInnen freigestellt werden oder nicht obliegt der jeweiligen Einrichtung. In der Konsequenz heißt das, dass Azubis in ihren nach dem Gesetz immer kürzeren Einsätzen auf den verschiedenen Stationen und angesichts immer drastischerer Arbeitshetze sehr oft Tätigkeiten zum ersten

Mal ausführen, ohne darin adäquat angeleitet worden zu sein. Mit anderen Worten: Azubis spritzen, lagern oder versorgen Wunden so wie sie es für richtig halten. Eine Umfrage der JAV aus dem Klinikum Kassel hat ergeben, dass 44 Prozent der Azubis Tätigkeiten so ausführen. In einer Druckwerkstatt wäre solches Vorgehen womöglich kostspielig, doch Menschen kämen dabei nicht zu Schaden. Im Krankenhaus kann das anders aussehen. Da in vielen Krankenhäusern inzwischen mehr PraktikantInnen arbeiten als Azubis, stellt sich die Frage, ob es bezüglich der Anleitung besser aussieht. Ganz im Gegenteil: Während PflegeschülerInnen in ihrem theoretischen Unterricht die notwendigen Kenntnisse vermittelt bekommen, ist dies bei PflegepraktikantInnen oft überhaupt nicht der Fall, geschweige denn bei Zivis oder FSJlerInnen. Für Schwestern und Pfleger auf den Stationen ist es oft nicht klar, wer jetzt eigentlich Azubi im wievielten Ausbildungsjahr ist und wer im freiwilligen Praktikum oder im Schulpraktikum oder FSJ ist.

Für aktive Jugendvertretungen und Betriebsjugendgruppen muss die Konsequenz sein, das Thema „Qualität der Ausbildung“ zu bearbeiten, damit erstens sichergestellt ist, dass Mängel wie fehlende Praxisanleitung angezeigt werden – nur so kann sichergestellt werden, dass man im Falle von PatientInnen klagen Organisationsverschulden geltend machen kann. Außerdem geht das Sparen an freigestellten AnleiterInnen auch auf Kosten aller KollegInnen, weil die Anleitung von ihnen geschafft werden muss, ohne dass sie dafür eine Vergütung bekommen würden.

Wer wir sind und was wir wollen

Seit dem Sommer 1996 gibt es das Netzwerk von kritischen aktiven KollegInnen in der ötv, jetzt in ver.di. Viele Mitglieder sind aus Enttäuschung mit den Gewerkschaften in den letzten Jahren ausgetreten. Wir haben dafür Verständnis, halten es aber für den falschen Weg. Denn wir brauchen dringender denn je Gewerkschaften mit denen wir unsere Interessen gegen Unternehmer und Regierungen verteidigen können. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, müssen Gewerkschaften zu dem werden, wofür sie gegründet wurden: zu Kampforganisationen der arbeitenden Klasse. Wir wollen Gegenwehr statt Co-Management. Wir wollen Kämpfe, mit denen wir auch gewinnen können. Wir müssen endlich dem Beispiel unserer französischen und italienischen KollegInnen folgen und uns mit Massenstreiks und Generalstreiks zur Wehr setzen. Wir müssen in der Tarifpolitik einen radikalen Kurswechsel durchsetzen. Die Politik der Gewerkschaften muss von der Basis bestimmt werden und nicht von abgehobenen Vorständen. Wir brauchen Funktionäre, die die Interessen der Basis vertreten und nicht mehr verdienen als einen Durchschnittslohn. Um das zu erreichen, müssen wir eine schlagkräftige innergewerkschaftliche Opposition aufbauen. Wir fordern alle kämpferischen Kolleginnen und Kollegen, ver.di-Mitglieder und auch Nichtmitglieder auf, mit uns dafür zu kämpfen. Nehmt Kontakt mit uns auf, lasst Euch in unseren Verteiler aufnehmen. Kommt zu unseren bundesweiten Treffen. Termine könnt Ihr erfahren über unsere homepage.

Weitere Infos im Internet unter:

www.netzwerk-verdi.de



Für diese Forderungen stehen die Kolleginnen und Kollegen des Netzwerks ein:

- Für den Erhalt und den Ausbau des öffentlichen Dienstes zur Sicherstellung gesellschaftlicher Aufgaben
- Gemeinsamer Kampf der Gewerkschaften gegen Angriffe, die alle Beschäftigten betreffen
- Gegen Stellenabbau, Privatisierung und Lohnkürzungen
- Für 30-Stunden-Woche bei vollem Lohn- und Personalausgleich; für den massiven Abbau von Überstunden
- Tarifliche Rente ab 58 Jahre auf freiwilliger Basis und bei voller Rente ohne Lohn- und Gehaltskürzungen
- für einen Mindestlohn von brutto 2.000 Euro im Monat für Vollzeitbeschäftigte bzw. brutto 12 Euro pro Arbeits-

stunde

- Abschaffung aller Ost-Tarife und Schaffung einer Tarifeinheit für das gesamte Bundesgebiet
- Mobilisierung der Mitglieder und Gegenwehr gegen alle Angriffe, wenn nötig bis hin zu politischen Streiks
- Für „gläserne Tarifverhandlungen“: die Mitglieder müssen zu jedem Zeitpunkt wissen, was läuft. Demokratische Diskussion und Entscheidung der Mitglieder über jeden Tarifabschluss
- Wählbarkeit aller Gewerkschaftsfunktionäre, Begrenzung der Einkommen von hauptamtlichen Funktionären auf das durchschnittliche Einkommen der Beschäf-

tigten im öffentlichen Dienst

- Europaweiter gemeinsamer Kampf der Gewerkschaften gegen das Europa der Konzerne
- Gegen jede Form von rassistischer und sexistischer Diskriminierung
- Solidarität und Unterstützung für alle kämpfenden ArbeitnehmerInnen in Deutschland, Europa und international.

Kontakt zum Netzwerk:

eMail: info@netzwerk-verdi.de

Internet: www.netzwerk-verdi.de

Fax: 040 / 36 03 99 77 62

Alois Skrbina, Tel. 0201 / 27 99 210

www.labournet.de

Der virtuelle
Treffung der
Gewerkschafts-
und Betriebs-
linken



LabourNet
Germany

Fördermitglieder
gesucht!
eMail an:
redaktion@labournet.de

Ich möchte weitere Informationen über das Netzwerk zugeschickt bekommen

Name _____ Adresse _____

Telefon _____ Betrieb/Verwaltung _____

Bitte einsenden an: „Netzwerk für eine kämpferische und demokratische ver.di“, c/o Stephan Kimmerle, Roseggerstr. 39, 12059 Berlin oder per eMail an: info@netzwerk-verdi.de

Spendenaufruf

Das Netzwerk finanziert sich aus Spenden von UnterstützerInnen. Die Herausgabe der Zeitung, von Rundbriefen und das Verschicken von Infomaterial kosten Geld. Wir fordern daher alle Leserinnen und Leser auf, uns mit einer einmaligen Spende oder einem Dauerauftrag auf unser Konto zu unterstützen.

Spendenkonto des Netzwerks:

Alois Skrbina

Stichwort „Netzwerk ver.di“

KontoNr.: 169 65 74

BLZ 360 605 91; Sparda Bank Essen