



Jobmotor Gesundheit? – Kein vorschneller Jubel!

Wenn die Decke zu kurz ist ...

Die Zahlen sind beeindruckend: Mit etwa 4,3 Millionen Beschäftigten ist die Gesundheitsversorgung der größte ›Arbeitgeber‹ der Republik. 2008 war das mehr als jeder zehnte Arbeitsplatz in Deutschland. Das sind mehr Beschäftigte als in der Automobilindustrie mit 1,1 Millionen Arbeitsplätzen, Zulieferer inklusive.

Auch für das Land Bremen ist der Gesundheitssektor ein wichtiger Bereich. Hier arbeitet jedes neunte unserer Kammermitglieder. Die Arbeitnehmerkammer hat daher eine Bestandsaufnahme in Auftrag gegeben, um die Entwicklung auch auf regionaler Ebene zu erheben.

Gesundheit: größter Arbeitgeber in Bremen

Rund 33.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte arbeiten in den verschiedenen Branchen der Gesundheitswirtschaft im Land Bremen. Hinzu kommen niedergelassene Ärzte, Selbstständige in Apotheken, Krankengymnasten oder andere Dienstleistungsberufe. Von den Beschäftigten sind rund 40 Prozent in Krankenhäusern tätig, 17 Prozent in Arztpraxen, 19 Prozent in Pflegeheimen und 9 Prozent in ambulanten Pflegediensten. Gegenüber 2002 ist für 2007 ein Rückgang der Vollzeitstellen um 3,2 Prozent zu verzeichnen. Die Anzahl der Teilzeitbeschäftigten wird mit 34 Prozent ausgewiesen und erhöhte sich im genannten Zeitraum um fast 10 Prozent. Mit mehr als 80 Prozent ist die Gesundheitsbranche ein wichtiger Beschäftigungsbereich für Frauen.

›Einen Beschäftigungszuwachs hat es insbesondere in den letzten Jahren nur in dem Bereich der Altenpflege gegeben. Dabei hat die Pflegeversicherung geholfen. In der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung sowie in der Rehabilitation ist bei den Vollzeit-Pflegekräften ein Beschäftigungsrückgang zu ver-

zeichnen‹ – so die Autoren der Publikation Bernard Braun und Joachim Larisch vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS). Vor vorschnellem Jubel in Sachen ›Jobmotor‹ ist also grundsätzlich zu warnen.

Der Paradigmenwechsel – von der Gesundheitsversorgung zur Gesundheitswirtschaft

Bis vor einigen Jahren stand allein die klassische Gesundheitsversorgung im Fokus, der sogenannte ›Erste Gesundheitsmarkt‹. Hier fiel der Großteil der Ausgaben an, die auf der gesetzlichen Krankenversicherung beruhte. Zwar wurden Beschäftigungspotenziale gesehen, doch im neoliberalen Umbau unseres Sozialstaates wurde die an den Lohn gebundene Finanzierung unter Kostenaspekten problematisiert. Die Arbeitgeberanteile der ›Lohnnebenkosten‹ sollten begrenzt beziehungsweise zulasten der Arbeitnehmer verschoben werden. Der Grundgedanke in dieser Logik war, dass diese Kosten den Aufschwung anderer Branchen behinderten.

Ziel der Gesundheitsreformen:

Umbau der Kosten und Geld ins System

Die Ziele der Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre sind kurz zu beschreiben:

- ▶ Wettbewerb unter den Anbietern statt Wettbewerb um gute Versorgung,
- ▶ Ausgliederung von Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung und Abwälzung der Kosten auf die Patienten
- ▶ und der Umbau der paritätischen Finanzierung.

Die Folgen sind dramatisch

Die Beschäftigten spüren die Sparmaßnahmen drastisch: Arbeitsplatzabbau findet statt in den Krankenhäusern, Heimen und bei der ambulanten Versorgung. Immer öfter sehen sich Heime und

Unternehmen in Konkurrenz mit Mitbewerbern, die keinen Tariflohn, sondern Niedriglöhne zahlen. Der Anteil von Teilzeitarbeit nimmt zu, Vollzeitarbeitsplätze werden abgebaut.

›Wenn die Decke zu kurz ist, frierst du entweder an den Füßen oder am Hals‹, so die Aussage einer Krankenhausbeschäftigten. Personalabbau und Arbeitsverdichtung gehen einher mit einer rigiden Organisation sämtlicher Arbeitsprozesse. Ausgliederungen, wie in Friedehorst mit neuen Arbeitsverträgen für die Beschäftigten, bedeuten etwa ein Drittel weniger Lohn. Die hoch qualifizierten Gesundheits- und Pflegeberufe – einer der bedeutendsten Frauenerwerbszweige – drohen unter dem Druck des Umbauprozesses zu Niedriglohnberufen zu verkommen. ›Um einige Hochqualifizierte wird zukünftig auch geworben werden‹, so Professor Karl-Heinz Wehkamp von der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Doch für die Mehrheit der Beschäftigten wird dies nicht gelten.

›Wir dürfen nicht nur an der Kostenschraube drehen, sondern müssen auch die Situation der Beschäftigten und die Qualität der Versorgung der Patienten im Blick behalten und den Bereich als wichtiges Interventionsfeld für regionalwirtschaftliche Ansätze und beschäftigungspolitische Initiativen begreifen‹, betont Hans Endl, Hauptgeschäftsführer der Arbeitnehmerkammer Bremen. Das bedeutet auch, sich mit Finanzierungsfragen im Rahmen der Sozialversicherungen auseinanderzusetzen und die Sozialgesetzgebung entsprechend anzupassen. ›Wer heute keinen Tariflohn erhält, in prekären Arbeitsverhältnissen steht, arbeitslos ist oder sich teure Zusatzversicherungen nicht leisten kann, der wird später auch keine ausreichenden finanziellen Mittel für Pflege haben. Gesundheitsversorgung ist Teil der Daseinsvorsorge und muss auf einem hohen Niveau sichergestellt werden‹, so Hans Endl.

Carola Bury ■ Referentin für Gesundheitspolitik

Service ■ Die Veröffentlichung ›Gesundheitswirtschaft und Beschäftigung in Bremen‹ (2009) können Sie im Internet unter www.arbeitnehmerkammer.de/downloads als pdf-Datei herunterladen.

Vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft

BAM: Früher sprach man vom ›Gesundheitswesen‹, heute von ›Gesundheitswirtschaft‹. Was hat sich verändert?

Karl-Heinz Wehkamp: Aspekte der Medizin und der Gesundheitsversorgung werden heute sehr stark unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten betrachtet. Die Politik hat Krankenhäuser, Arztpraxen und Krankenkassen zu Wirtschaftsunternehmen gemacht, die zu ihrem Überleben Gewinne machen müssen, also auch Konkurs gehen können. Das Problem an dieser Entwicklung besteht darin, dass die Gewinnerorientierung das Vertrauen der Patienten und Bürger zur Medizin gefährden kann und dass Ärzte und



Professor

Karl-Heinz Wehkamp

ist Soziologe und Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe/ Psychotherapie. Er arbeitet als Professor für Public Health an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg. Karl-Heinz Wehkamp lebt in Bremen.

Pflegende die Freude an ihrer Arbeit verlieren, wenn sie statt humanitärer Ziele ökonomische Interessen bedienen sollen. Hier muss durch Ethik-Diskurse gegengesteuert werden.

BAM: Mal wird von Lohnnebenkosten gesprochen und der Anteil der Krankenversicherung soll gesenkt werden – mal soll die Gesundheitsbranche wirtschaftliches Wachstum bringen – wie geht das zusammen?

Wehkamp: Das ist und bleibt ein Widerspruch. Die ›Gesundheitswirtschaft‹ soll zum Wohle der Gesamtwirtschaft und der Bevölkerung wachsen, die Gesamtwirtschaft soll aber durch eben diese Entwicklung nicht durch Zwangsabgaben

der Unternehmer Nachteile im internationalen Wettbewerb erhalten. Die Antwort der Politik besteht darin, dass sie den Arbeitgeberanteil von 50 Prozent an der Krankenkassenfinanzierung einfriert. Weiteres Wachstum der Gesundheitskosten geht dann eher zulasten der Arbeitnehmer. Eine weitere Antwort: Wachsende Anteile der Medizin werden auf dem ›freien Markt‹ verkauft oder sollen über Steuern finanziert werden. Das belastet die Allgemeinheit und nicht nur die Arbeitgeber.

BAM: Sinkende Reallöhne, Niedriglöhne und Altersarmut bei immer höheren Eigenanteilen für Gesundheitsleistungen und Pflege: Werden sich die Beschäftigten in Zukunft Krankheit noch ›leisten‹ können?

Wehkamp: Die Medizin wird zunehmend mehr Möglichkeiten anbieten, aber diese werden nicht alle über Solidarsysteme finanziert. Einige dieser Verfahren werden frei auf dem Markt angeboten. Damit werden Unterschiede im Einkommen sich stärker auswirken auf Unterschiede in der Lebensqualität und der Lebensdauer. Dieses weltweite Problem lässt sich aber nicht primär durch Gesundheitspolitik lösen, sondern bestenfalls durch faire Wirtschafts- und Finanzregeln.

BAM: Bremen hat sich auf dem Hauptstadtkongress als Gesundheitsregion präsentiert. Welche Chance gibt es, Forschungsgelder nach Bremen zu holen?

Wehkamp: Die besten Chancen haben jene Regionen, die über Universitätskliniken und medizinische Forschungszentren verfügen. Da scheint für Bremen der Zug abgefahren zu sein. Die Nordwestregion verfügt über keine einzige Uni-Klinik, lediglich das niederländische Groningen ist hier vorhanden. Medizinisch ist Bremen zunehmend in den Hintergrund geraten und droht nun auch noch im Wettbewerb um die rarer werdenden Ärzte eine zweitklassige Adresse zu werden. Im Prinzip sollten die sehr leistungsfähigen Kliniken gestärkt werden, auch als Orte der Forschung und Ausbildung. Man darf im Wettbewerb um Fördermittel aber nicht durch Leugnen realer Probleme sein Vertrauen verspielen. Derzeit sind wir weit entfernt von ›Exzellenz‹ und ›Spitzenversorgung‹.

Fragen: Carola Bury ■ Referentin für Gesundheitspolitik