Dr. Heintze

BERATUNG COACHING

Cornelia Heintze

Öffentlich notwendige Dienste –

fortgesetzte Auszehrung oder Renaissance?

„Dienstleistungen im Umbruch“
Kongress von HBS/Ver.di
am 10./11. Januar 2019 in Berlin
WS 1: Gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen – quo vadis?

Gliederung

Dr. Heintze

1) Gesellschaftliche Bedarfsfelder und die Bedeutung öffentlicher Arbeitgeber - eine Übersicht

- Gesellschaftliche Bedarfsfelder: Öffentlich organisiert oder privatisiert?
- Öffentlicher Dienst zwischen personeller Auszehrung und selektivem Wiederaufbau
- Städtevergleich: Helsinki im Vergleich mit Dortmund
- **These**: Privatisierung und Vermarktlichung öffentlicher Dienste als zentraler Treiber der Verfestigung hoher Einkommensungleichheit und der Polarisierung von Beschäftigung

2) Privatisierung und Vermarktlichung als Haupttreiber von Ungleichheit und schlechter Arbeitsbedingungen: Fallbeispiel Pflegebranche

- Alternde Gesellschaften bedingen dynamisch wachsende Care-Bedarfe in der Kranken- wie Altenpflege
- Öffentliche Unterfinanzierung der Altenpflege trotz hoher Gesamtgesundheitsausgaben
- **Krankenhäuser**: Deutschland als Europameister der Privatisierung ganzer Häuser
- Den Preis der Einbringung von Markt und Wettbewerb in den Kliniksektor zahlen die nicht-ärztlichen Beschäftigungsgruppen
- **Altenpflege:** 100 Prozent vermarktlicht mit zunehmend kommerzieller Trägerstruktur
- Massive Dienstleistungsdefizite und schlechte Arbeitsbedingungen gehen Hand in Hand
- Je höher der Kommerzialisierungsgrad, um so verbreiteter ist prekäre Arbeit
- Weiter-so in der politischen Notstandsverwaltung contra Rückkehr zum aktiven Staat

Gut ausgebaute öffentliche Dienste sind essentiell für wirtschaftliche Prosperität und den sozialen Zusammenhalt

Dr. Heintze
BERATUNG COACHING

Breites Bedarfspektrum
(ohne Hoheitsaufgaben)

- **Verkehrsinfrastruktur** (Straßen, Schienen, Flughäfen, Wasserwege…)
- **Mobilitätsdienstleistungen** (Öffentlicher Nah- und Fernverkehr; Mobilitätsdienste)
- **Energieversorgung** (Infrastruktur und Dienste)
- **Wasserversorgung**
- **Abwasser- und Abfallbeseitigung**
- **Wohnungswesen (**Sozialer Wohnungsbau, öffentliche Liegenschaften)
- **Stadtplanung, Raumplanung**
- **Ökologische Dienstleistungen, Forstwesen**
- **Postwesen, Logistik, Telekommunikation**
- **Medien (Rundfunk, Fernsehen…), Internetdienste**
- **Gemeinwohlorientierte Finanzdienstleistungen**
- **Bildung (**Kitas, Schulen incl. Musikschulen, Hochschulen, Weiterbildungseinrichtungen)
- **Kulturelle Einrichtungen** (öffentliche Bibliotheken, Museen/Archive, Theater)
- **Soziale Dienstleistungen** (Fürsorge + Betreuung, Gesundheitsprävention, Krankenversorgung, Seniorendienste)
- **Unabhängige Forschung, Beratung und Information**

Gemeinwohlkriterien

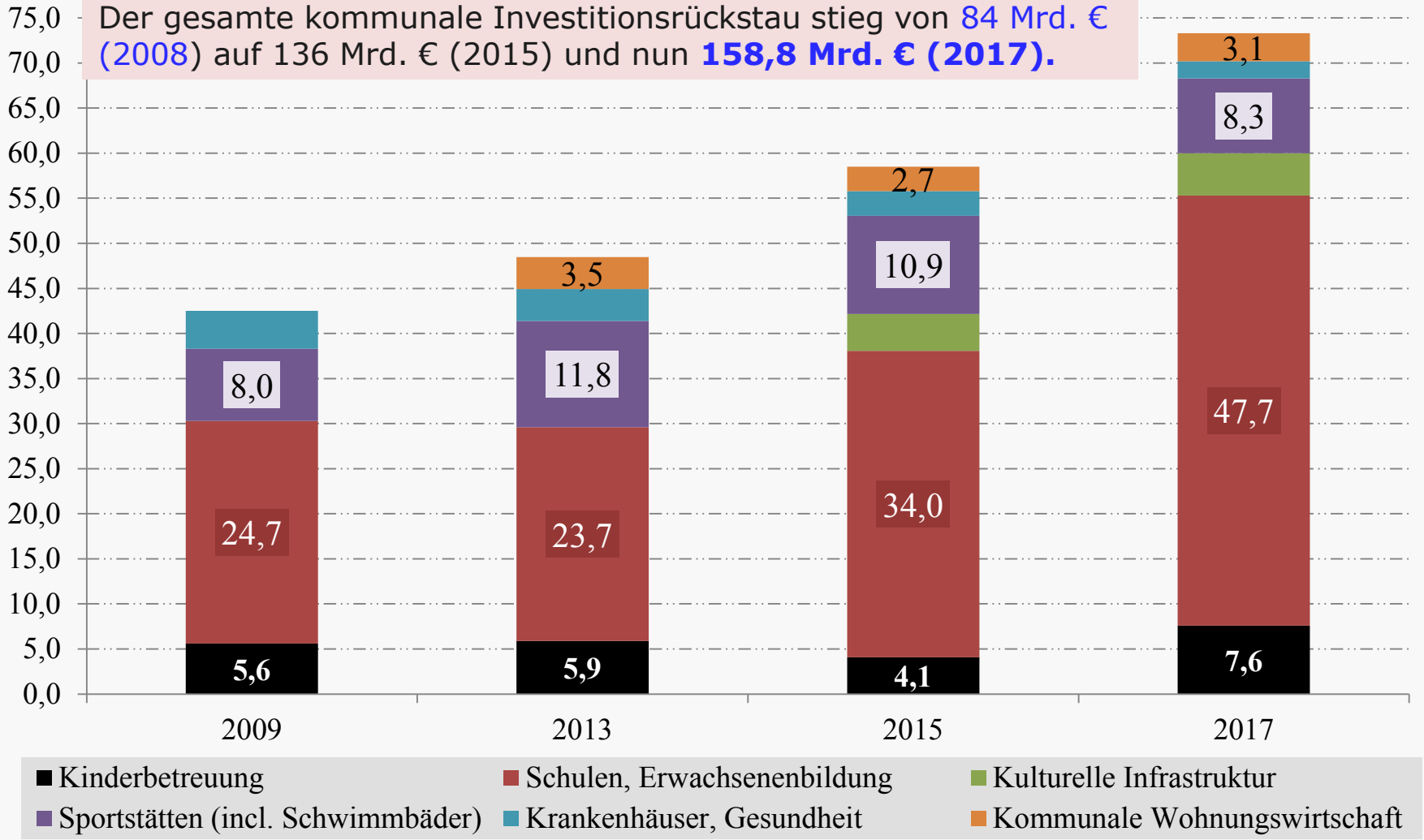
- **Gute Dienstleistungs-qualität gemäß den Nutzerbedürfnissen** (Bedürfnisse von Kindern, Jugendlichen, Senioren…)
- **NutzerInnen-Einbezug** (Mitbestimmung, Bürger-befragungen, Ombuds-stellen)
- **Gleichberechtigter Zugang** (unentgeltlich oder zu vertretbaren Preisen)
- **Flächendeckend verlässliches Angebot gleicher Qualität**
- **Demokratische Kontrolle**
- **Gute Arbeit, gute soziale Absicherung**

Kommunaler Investitionsrückstau weiter gewachsen

Politischen Weichenstellungen für **nachhaltigen** Abbau erfolgen trotzdem nicht

Dr. Heintze BERATUNG COACHING

Der gesamte kommunale Investitionsrückstau stieg von 84 Mrd. € (2008) auf 136 Mrd. € (2015) und nun **158,8 Mrd. € (2017).**



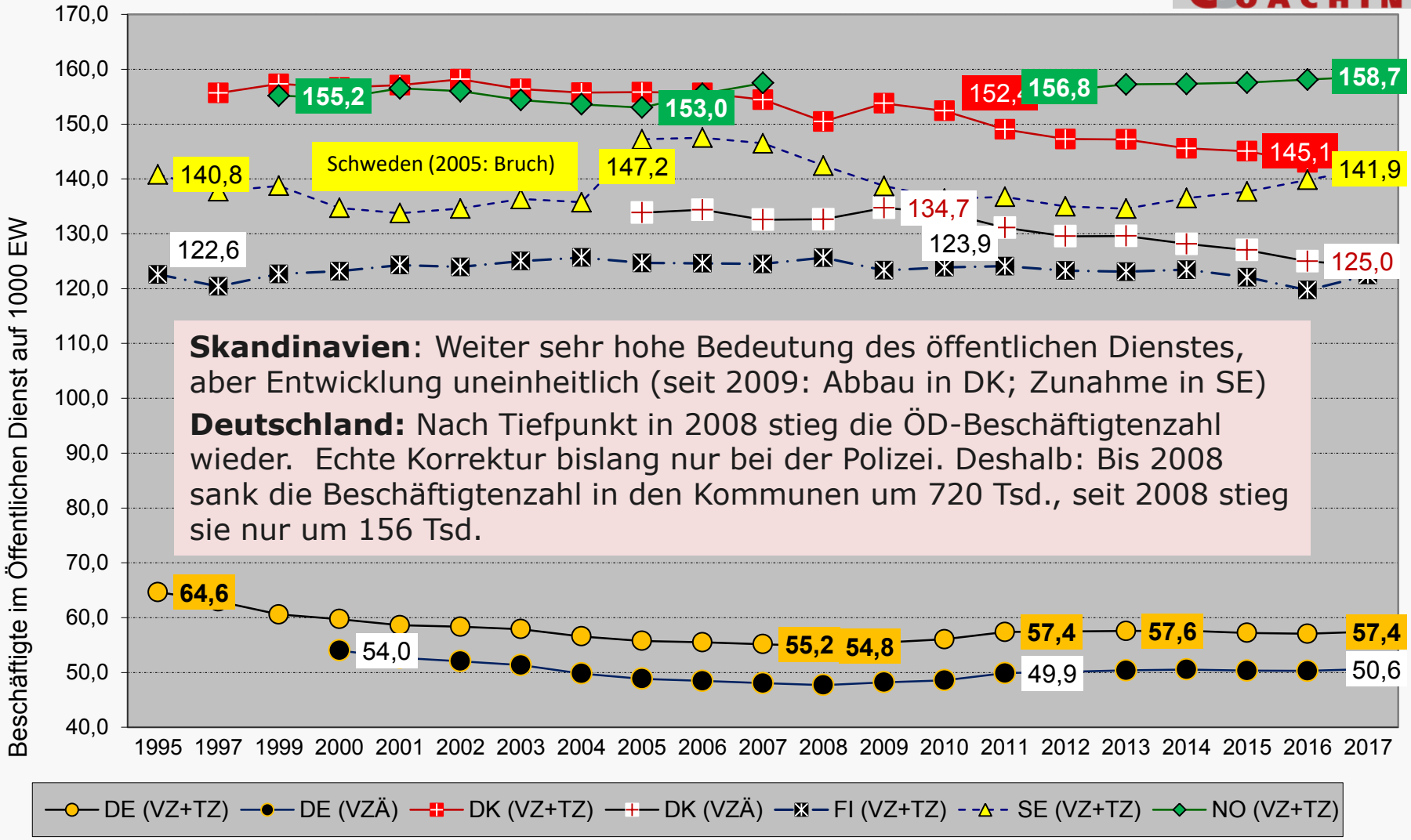
Quelle: KfW-Kommunalbefragung 2009 (Tab. 2), KfW-Kommunalpanel 2014, S. 17; KfW-Kommunalpanel 2016, S. 16; KfW-Kommunalpanel 2018, S. 12 (Abb. 4)

Dr. Heintze

BERATUNG COACHING

Bedeutung des Staates als Arbeitgeber

Dichteziffer der ÖD-Beschäftigten auf 1000 Einwohner 1995 bis 2017



Skandinavien: Weiter sehr hohe Bedeutung des öffentlichen Dienstes, aber Entwicklung uneinheitlich (seit 2009: Abbau in DK; Zunahme in SE)

Deutschland: Nach Tiefpunkt in 2008 stieg die ÖD-Beschäftigtenzahl wieder. Echte Korrektur bislang nur bei der Polizei. Deshalb: Bis 2008 sank die Beschäftigtenzahl in den Kommunen um 720 Tsd., seit 2008 stieg sie nur um 156 Tsd.

Datenquellen: Amtliche nationale Statistik (DE: Destatis, Fachserie 14, Reihe 6 fortlaufend; DK : Datenbestände mit Code RASOFF; FI: Employed persons and employees by employer sector and industry; NO: Tab. 11611 und 11917; SE: Employees in the public sector.

Dortmund im Spiegel von Helsinki: Vergleich zweier gleich großer Städte 2016/17

Dr. Heintze
BERATUNG COACHING

Dortmund (Stadtrat mit linksgeneigter Mehrheit von 59 von 94)

Einwohner 2017 (31.12.): 601,8 Tsd.

Erwerbstätige im Tertiärsektor: 82,1 %

Laufende Ausgaben (2019 P): 1.328,9 Mio. € = 2.208 €/EW

Dar. für Personal: 474,4 Mio € (18,8%) (Zum Vergleich: 2010: 20,8 %)

Personal: Vollzeitstellen in der Kernverwaltung: 6.644,8 plus ?

Weder der Beteiligungsbericht noch das Stat. Jahrbuch liefern Übersichten zu den dortigen Mitarbeitern.

Helsinki (Stadtrat mit linksgeneigter Mehrheit 45 von 85)

Einwohner 2017: 643,3 Tsd.

Erwerbstätige im Tertiärsektor: 87,7 %

Laufende Ausgaben (ohne diverse Kommunal-UN): 4.418 Mio = 6.868 €/EW

Personal (Ende 2017): **37.090 plus ?** (Zum Vergleich: Ende 2010: 39.438). Seit 2010 Abbau von Personal. Ausmaß unklar, da die Beschäftigten von Kommunal-UN 2010 teilweise mit erfasst waren (Personal von Stadtwerken und Hafen)

Personalausgabenquote: 30,6% (Zum Vergleich: 2010: 42,5 %)

Befund: **Helsinki** hat im Zeitraum von 2010 bis 2017 Personal abgebaut resp. erfasst einen Teil davon nur noch bei den städtischen Unternehmen. Ohne Unternehmen beschäftigt die Stadt auf **1000 EW 57,7 Mitarbeiter** verglichen mit nur **11 Stellen pro 1000 EW** in der Kernverwaltung von Dortmund. Bei Hinzurechnung von Bereichen, die bei Helsinki einbezogen sind (Klinikum, Seniorenheime usw.), erhöht sich die Dichteziffer von Dortmund zwar deutlich, dürfte aber auch bereinigt weniger als die Hälfte der Personalausstattung von Helsinki erreichen.

Quellen: Stadt Dortmund, Eckdaten zum HP 2019, Beteiligungsbericht für 2017; Statistisches Jahrbuch 2018; Helsinki, Annual Reports, fortlaufend

Dr. Heintze

BERATUNG COACHING

Vermarktlichung und Privatisierung öffentlicher Dienste

	DE	DK	FI	NO	SE
Einwohner (2017): Mio.	82,5	5,8	5,5	5,3	10,0
Beschäftigungspolitische Bedeutung Öffentlicher Arbeitgeber (incl. UN)[1]	Gering	Sehr Hoch	Hoch	Sehr hoch	Hoch
Anteil an den Erwerbstätigen (%): 2017 oder letztverfügbares Jahr	14,8	30	28	31,8	29,3
Dichteziffer ÖD/öff. AG pro 1000 EW (FI + NO ohne UN)	57,4/ 72,6	143/ 152,6	122,5	158,7/?	141,9/?
Grad der Vermarktlichung Öffentlicher Dienste	Hoch	Mittel bis gering	Mittel bis gering	Gering	Mittel bis gering
GW-Organisationsgrad : 1995/2015 od 2016	29,2/rd. 18	77/70	80,4/76	57,3/67,6	83/65,1
Arbeitsmarktspaltung (Niedriglöhne etc.)	Hoch	Moderat	Moderat	Moderat	Moderat
Branchen-Tarifbindung (% der Beschäftigten: Stand 2017)	**Gering** (47%)	**Hoch**	**Hoch**	**Hoch**	**Hoch**
Anteil (%) von Arbeits-Armut (2005; 2016/2017)	4,8 9,0	4,8 4,8	3,7 2,7	4,5 5,9	5,5 6,9
Einkommensungleichheit (GINI DS 90er Jahre; DS 2010 – 2016)	**26/ 29,5**	**20,3/ 27,2**	**22,8 25,5**	**/ 23,8**	**21,5/ 26,6**

1) Teilweiser Einbezug (in DE ohne Sparkassen und öffentl. Rundfunk; in NO + SE ohne öffentl. UN)
Legende: DE = Deutschland; AT = Österreich; CH = Schweiz; DK = Dänemark; FI = Finnland; IS = Island; NO = Norwegen; SE = Schweden.

Quellen: **1**) Öffentliche Arbeitgeber: Nationale Statistik und ILO (Belgien); **2)** Arbeits-Armut: Eurostat, Arbeits-Armutsgefährdungsquote auf Basis des Alters und des Geschlechts - EU-SILC Erhebung [ilc_iw01]; Update vom 20.11.2018; **(3)** GW-Organisationsgrad (DE: OECD; SKAN: amtl. Register); Tarifbindung: BT-Drs. 19/6502 vom 12.12.2018, S. 28.
(3) EK-Ungleichheit: Eurostat (Gini-Koeffizient des verfügbaren Äquivalenzeinkommens Quelle: SILC) [ilc_di12]

Dr. Heintze

2

Großes Lohngefälle in der Altenpflege

LVZ 16/8/18, S.2

Privatisierung und Vermarktlichung als Haupttreiber von Ungleichheit und schlechter Arbeitsbedingungen: Fallbeispiel Pflegebranche

- Alternde Gesellschaften bedingen dynamisch wachsende Care-Bedarfe in der Kranken- wie Altenpflege
- Öffentliche Unterfinanzierung der Altenpflege trotz hoher Gesamtgesundheitsausgaben
- **Krankenhäuse**r: Deutschland als Europameister Privatisierung
- Den Preis der Einbringung von Markt und Wettbewerb in den Kliniksektor zahlen die nicht-ärztlichen Beschäftigungsgruppen
- **Altenpflege**: 100 Prozent vermarktlicht mit zunehmend kommerzieller Trägerstruktur
- Massive Dienstleistungsdefizite und schlechte Arbeitsbedingungen gehen Hand in Hand
- Je höher der Kommerzialisierungsgrad um so verbreiteter ist prekäre Arbeit
- Weiter-so in der politischen Notstandsverwaltung contra Rückkehr zum aktiven Staat

Die Alterung der Gesellschaft bedingt einen stark wachsenden Bedarf an professioneller Pflege

Die Zahl der über 80-Jährigen stieg von 3,3 Mio (1995) auf fast 5 Mio (2017)

Herausforderungen für Kranken- und Altenpflege aufgrund des demografischen Wandels

1) Immer mehr Menschen leiden an mehreren **chronischen Krankheiten** gleichzeitig

2) Immer mehr Menschen leiden unter **Demenz**:

- Bei den Einwohnern ab 80 Jahren beträgt die Prävalenz mehr als 20% (Alzheimer Europe)
- Bei den Krankenhauspatienten wächst der Patienten-Anteil mit Demenz
- 7 von 10 Heimbewohnern leiden unter Demenz (AOK-Pflegereport 2017)

3) **7 von 10 Frauen über 75 Jahren leben alleine** (Stat. Bundesamt 2017)

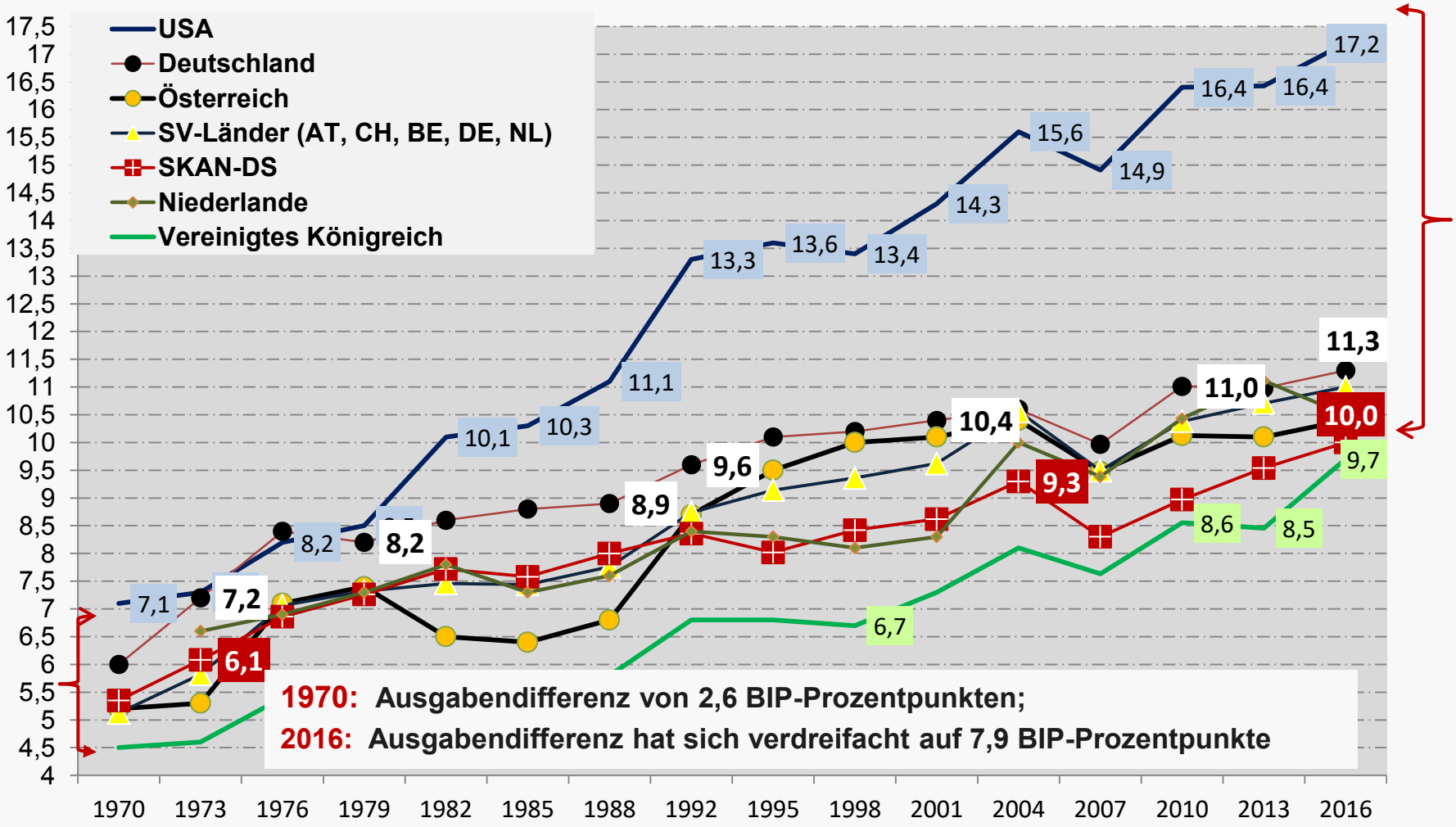
4) **Steigende Frauenerwerbstätigkeit**: 2016 waren in DE 77,3% der Frauen im Alter von 20 – 64J erwerbstätig (1995: 63,9%), in Skandinavien im Mittel gut 81,3%. Jede zweite (SKAN: jede Dritte) arbeitet freilich nur in Teilzeit. **Mit steigender Frauenerwerbstätigkeit sinkt die Verfügbarkeit informeller Pflegeressourcen.**

Daraus erwachsen erhöhte Anforderungen an die Pflege

- **Krankenhäuser**: Pflegedienst muss in der Lage sein, **Patienten mit Mehrfacherkrankungen** und Demenz angemessen zu versorgen. Höherqualifizierung und mehr Personal sind nötig
- Patienten benötigen nach dem Krankenhausaufenthalt gesicherte **pflegerische Nachversorgung „Patientenhotels"** nach finnischem Vorbild als eine mögliche Antwort
- Menschen über 80 Jahren sind in hohem Maße unterstützungsbedürftig: Versorgung, Betreuung und Aktivierung in der **eigenen Häuslichkeit** werden immer wichtiger
- Demenzkranken benötigen **strukturierte Tagesangebote** (keine Standardlösungen, sondern passgenau)
- **Versorgung in Heimen oder Sonderwohnformen**: Qualifikation des Personals ist zu stärken; BewohnerInnen benötigen feste Bezugspersonen in einem stabilen Umfeld.

Dr. Heintze

Entwicklung der Gesundheitsausgaben (in % des BIP) nach Systemtypen



Quelle: OECD Health Data, fortlaufend

Hinweis: 2017 lagen die DE-Ausgaben bei 11,5% des BIP (Quelle: Destatis)

Dr. Heintze

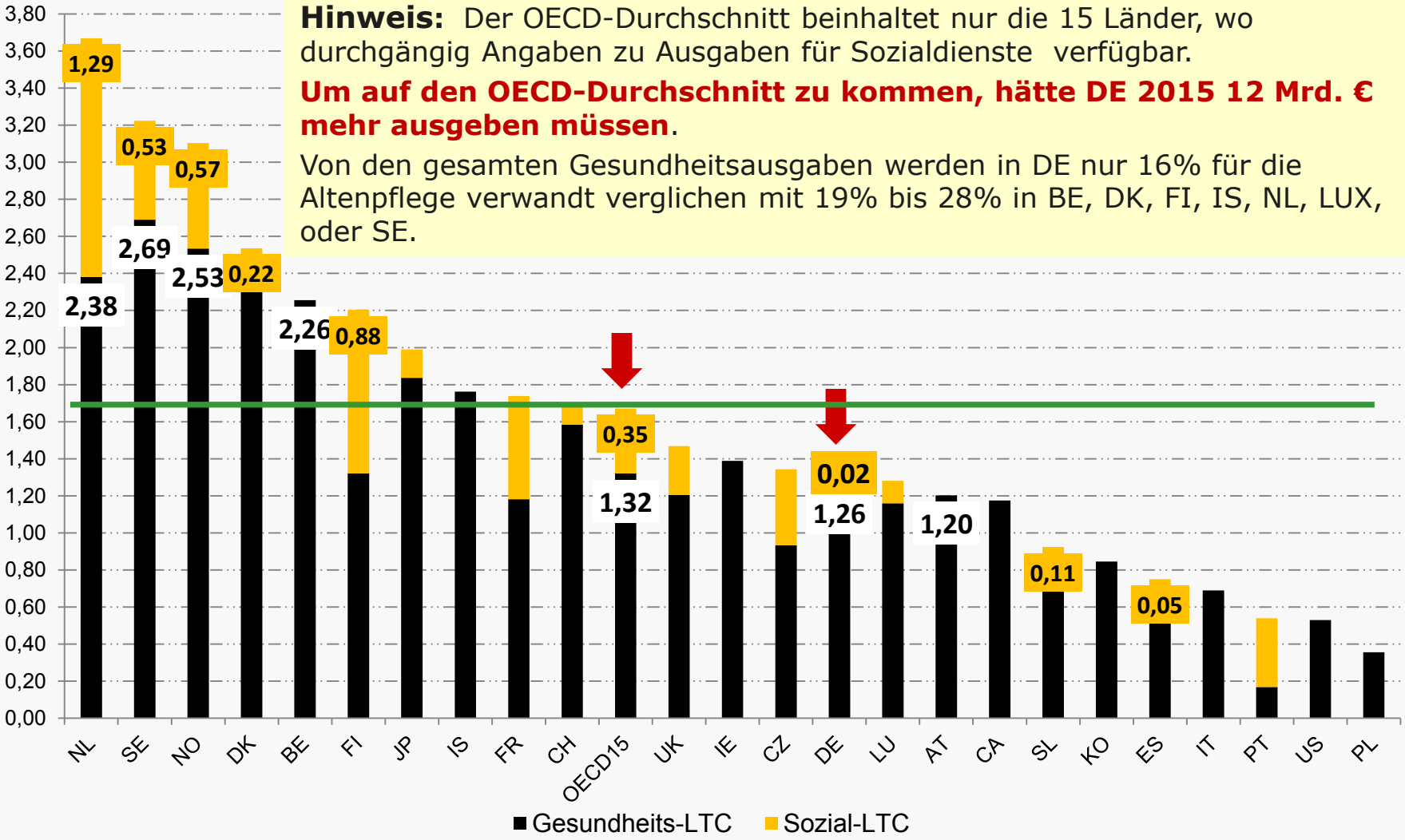
Gleichwohl: Massive öffentliche Unterfinanzierung der Alten- resp. Langfristpflege: Öffentliche Ausgaben (% des BIP) im OECD-Vergleich 2015

(teilweise ohne Sozialkomponente)

Hinweis: Der OECD-Durchschnitt beinhaltet nur die 15 Länder, wo durchgängig Angaben zu Ausgaben für Sozialdienste verfügbar.

Um auf den OECD-Durchschnitt zu kommen, hätte DE 2015 12 Mrd. € mehr ausgeben müssen.

Von den gesamten Gesundheitsausgaben werden in DE nur 16% für die Altenpflege verwandt verglichen mit 19% bis 28% in BE, DK, FI, IS, NL, LUX, oder SE.

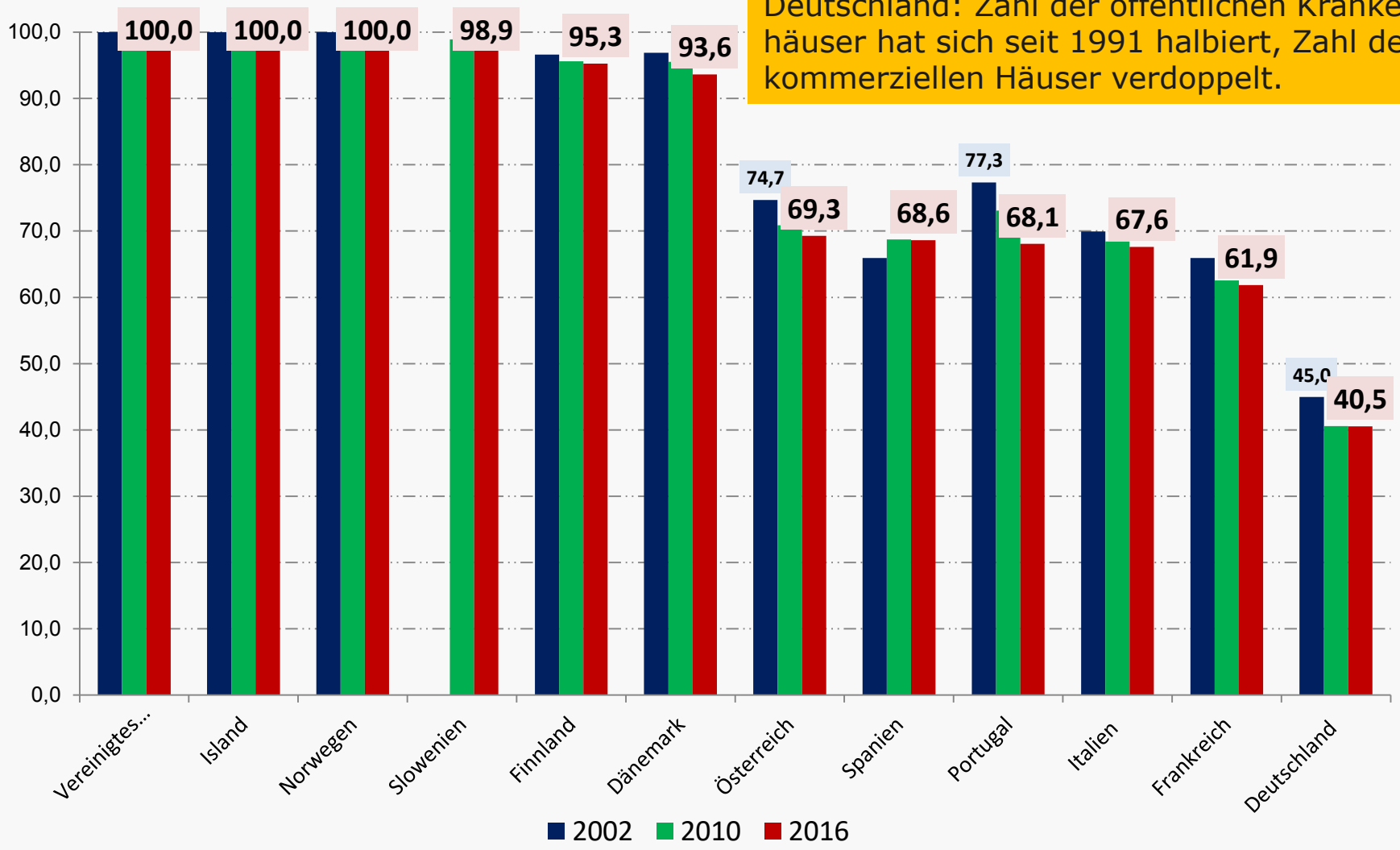


Quelle: OECD 2017: Health at a Glance; OECD 2018: Health at a Glance, Europe 2018

Höchster Privatisierungsgrad im europäischen Vergleich (Krankenhausbetten nach Trägerschaft)

Dr. Heintze

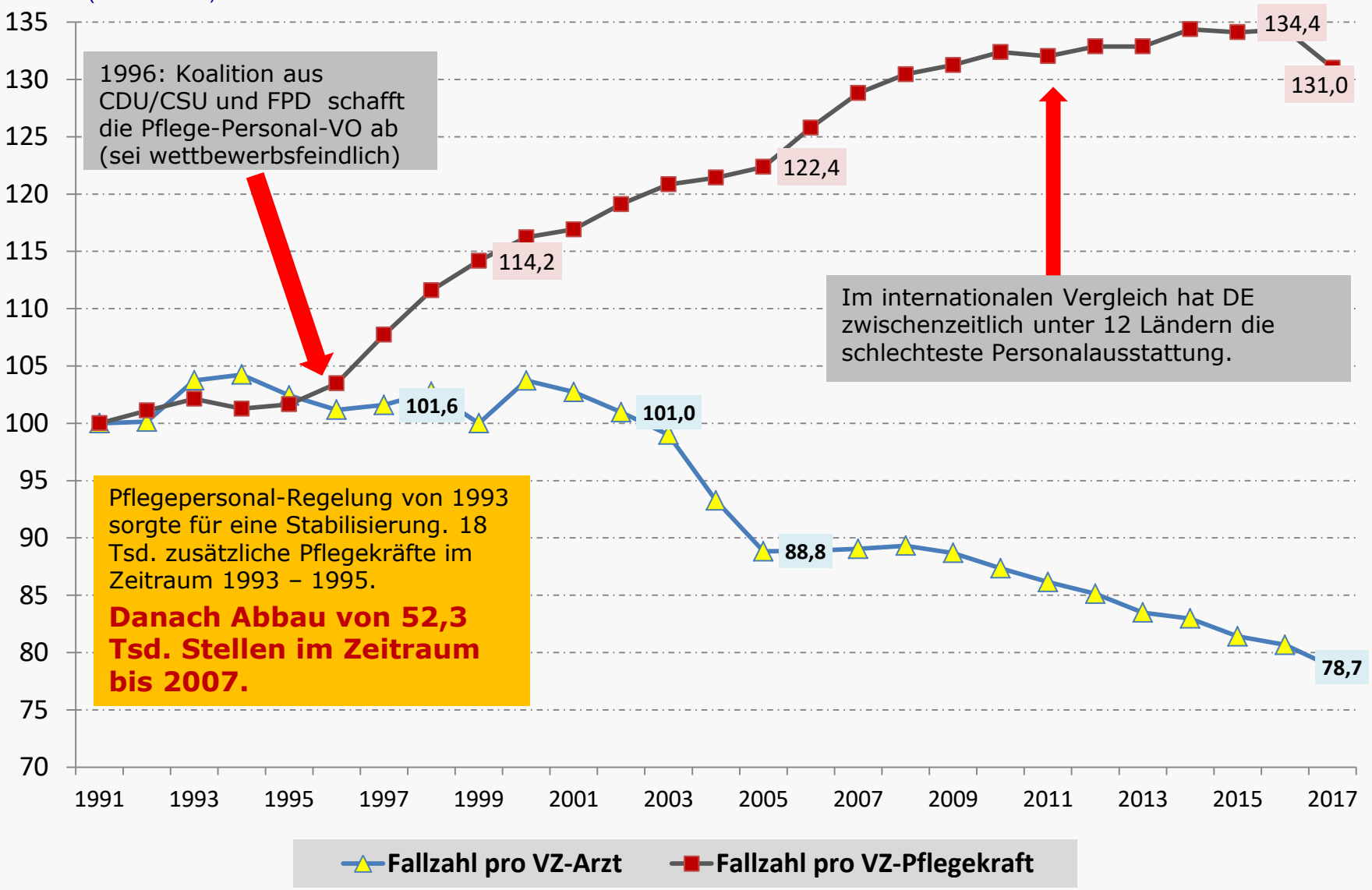
Deutschland: Zahl der öffentlichen Krankenhäuser hat sich seit 1991 halbiert, Zahl der kommerziellen Häuser verdoppelt.



Quelle: Eurostat, Krankenhausbetten nach Trägerschaft [hlth_rs_bds2]; Update vom 05.07.2018; eigene Auswertung
Einbezogen sind bei Eurostat abweichend zu Destatis auch die Kliniken des Militärs, der Gefängnisse sowie Reha-Kliniken

Entwicklung der Fallzahlen pro Vollzeit-Ärzte und Vollzeit-Pflegekräfte

(1991 = 100)



Quelle: Destatis-Krankenhausstatistik, Zahlen für 2017 aus: Destatis PM Nr. 292 vom 08.08.2018

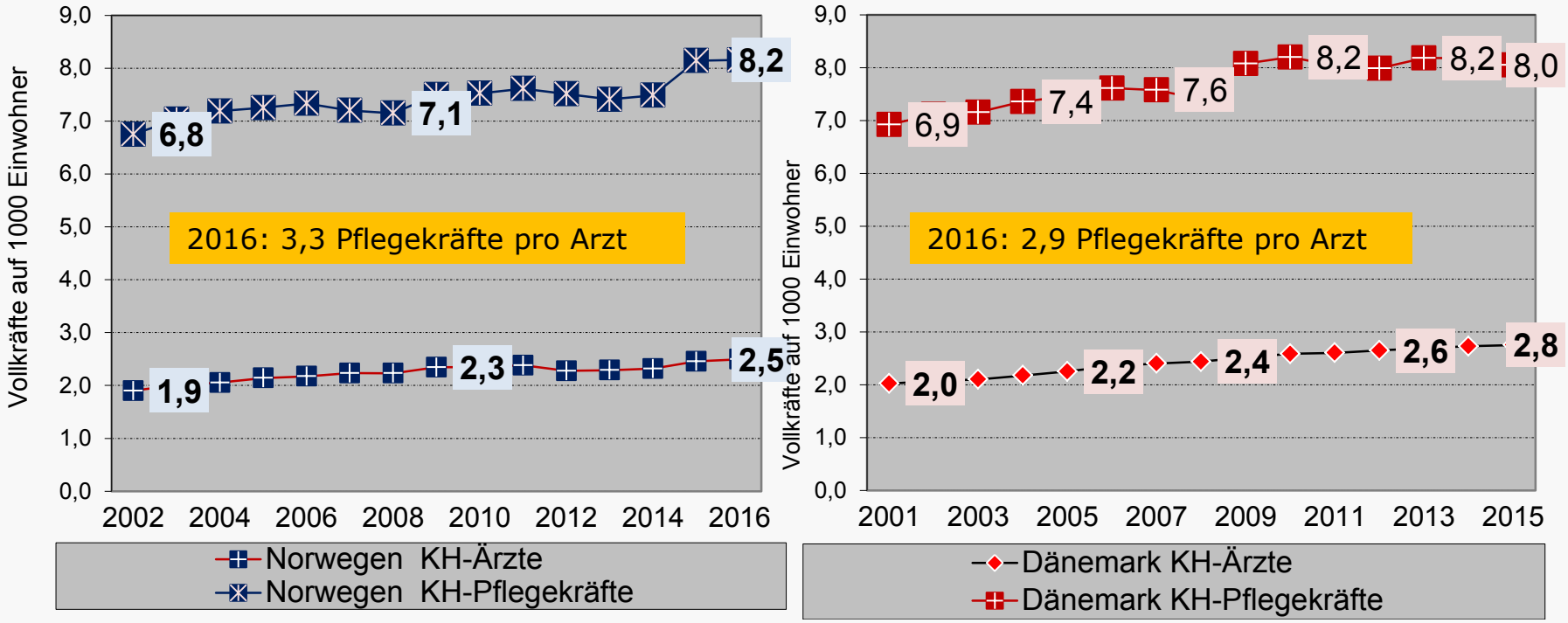
Dr. Heintze

BERATUNG COACHING

Krankenhäuser als Arbeitgeber I:

Norwegen und Dänemark zeigen ausgewogene Personalentwicklung (Vollzeitkräfte auf 1000 EW)

Norwegen und Dänemark: Fast nur öffentliche Krankenhäuser



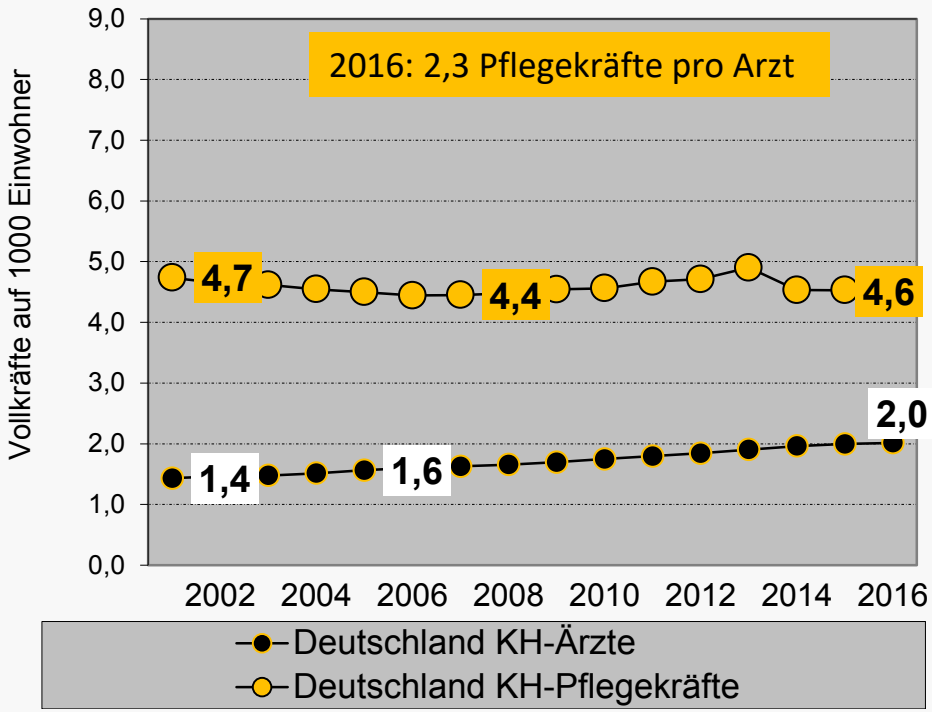
Quelle: Eurostat, Health personnel employed in hospital [hlth_rs_prshp1]; Update 7-18; eigene Auswertung

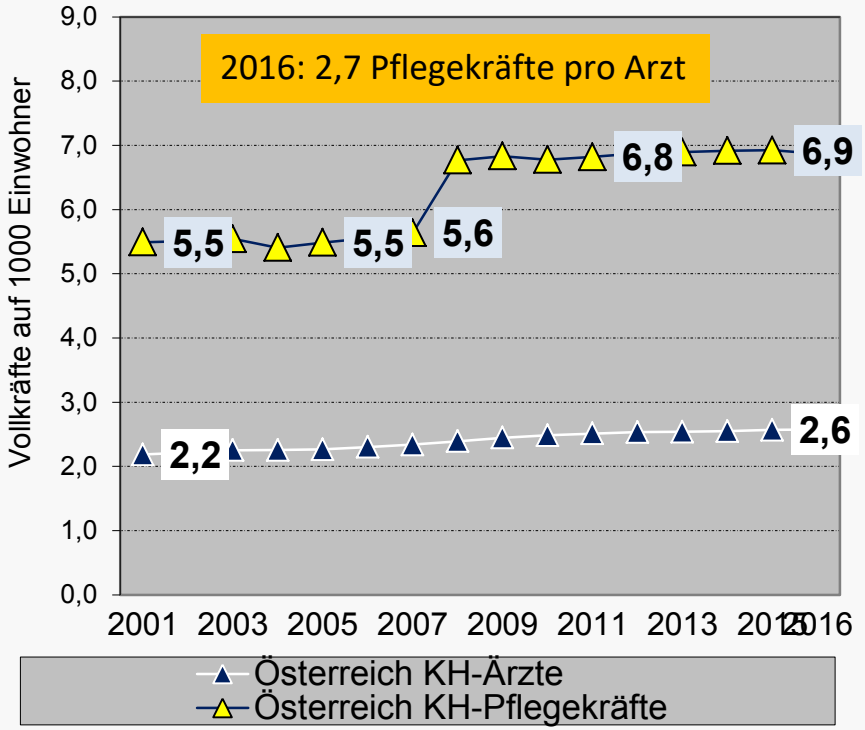
Dr. Heintze

Krankenhäuser als Arbeitgeber II:

Deutschland mit sehr unausgewogener Personalentwicklung; Österreich besser (Vollzeitkräfte auf 1000 EW)

Hohe Krankenhausprivatisierung in Deutschland; geringe in Österreich





Eurostat, Health personnel employed in hospital [hlth_rs_prshp1]; Update 7-18

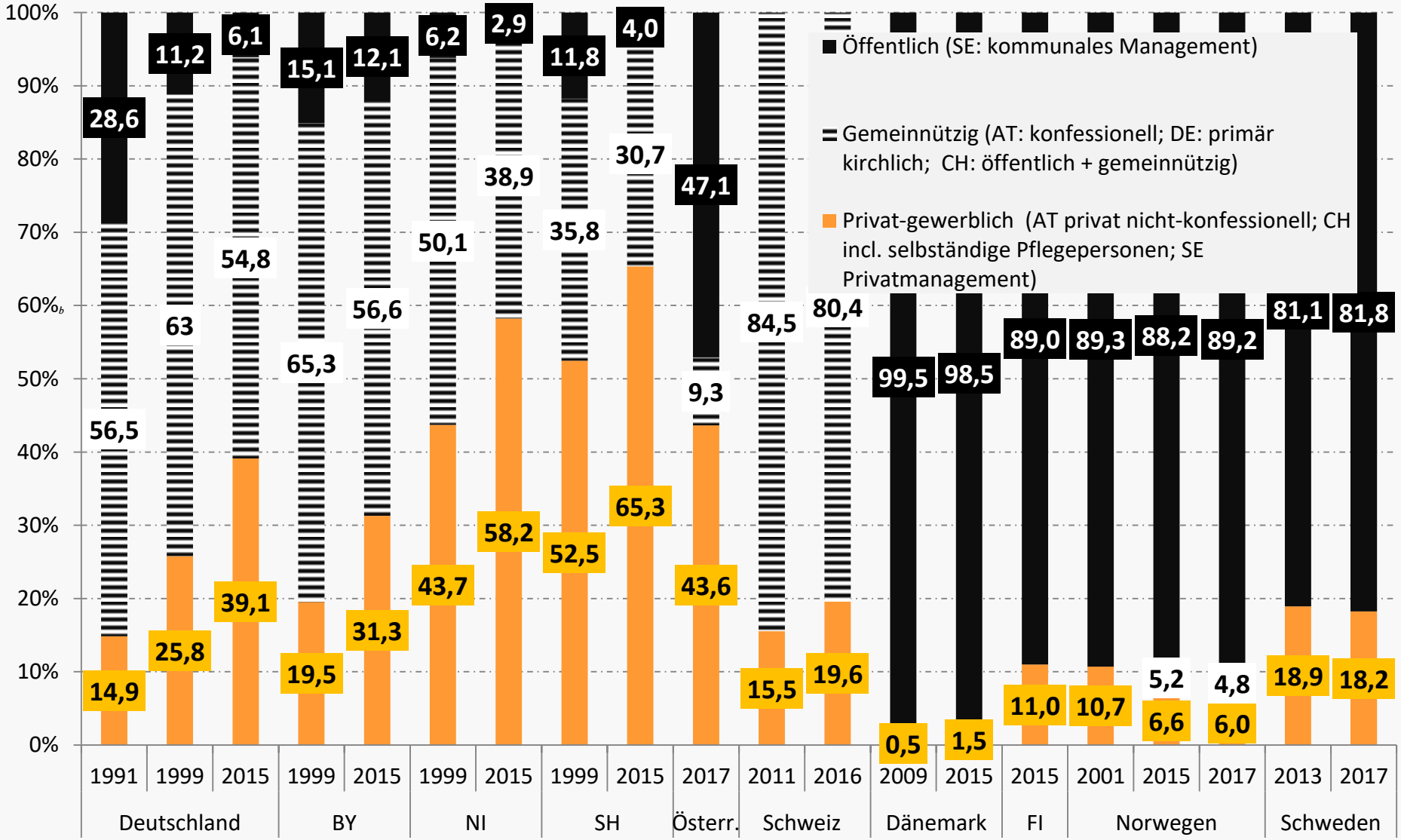
2.7

Altenpflege: In Deutschland fast kompletter Staatsrückzug

Dr. Heintze

In vergleichbaren Ländern gibt es weit weniger Privatisierung

(DE, AT, DK, FI und NO: nur Heime; Schweden: häuslich + institutionell; Schweiz: häusliche SPITEX-Dienste)



Quellen: Amtl. Statistik; Österreich: : http://www.nqz-austria.at/nqz-haeuser/zahlen-daten-fakten/;

Altenpflege: Je höher die Bedeutung privat-kommerzieller Leistungserbringung, um so schwächer sind die Gewerkschaften und um so geringer ist die Tarifbindung

Dr. Heintze

Monatsdurchschnittliche Bruttoentgelte bei SV-pflichtiger Vollzeitbeschäftigung	Altenpflegefachkräfte		Altenpflegehelfer	
	ABL	NBL	ABL	NBL
Durchschnittliche mtl. Bruttoentgelte (€)	2.737/	2.211	1.957	1.662
Lohnrückstand gegenüber Krankenpflege	18%	25%	25%	17%
Tarifbindung	Heime		Ambulante Dienste	
	ABL	NBL	ABL	NBL
Tarifbindung (Verbandstarifvertrag)	50	29	28	19
Tarifbindung der rd. 5% Altenpflegekräfte im ÖD	Tarifbindung : um die 90% (NBL: etwas geringer)			

	Österreich	Skandinavien
Jahresbruttolohn nach ca. 10 Berufsjahren (DS)	31.846 € (Monats-DS: 2.654 €)	Beispiel Dänemark: Umgerechnet 5.000 – 5.300 € (Kaufpreisbereinigt: ca. 3.500 €)[a)]
Spannweite der Entgelte	Eher gering	Gering. Wo Kommunen Outsourcing an private DL praktizieren, kommt es zu Entgelteinbußen. Im Nov. 2018 deshalb Streik in NO.
Tarifbindung (Flächentarifverträge; Kollektivverträge)	Über 90%	Über 90% (Gewerkschaftlicher Organisationsgrad liegt in Finnland bei rd. 90%)

Quellen:

1) IAB-Forum; 16.01.18;
2) 6. Pflegeversicherungsbericht v. 15.12.16, BT-Drs. 18/10707, S. 65,
3) BT-Drs. 19/6502

a) Kaufpreisbereinigung anhand der Destatis-Daten

http://www.lohnanalyse.de/de/loehne/details/krankenschwesterkrankenpfleger.html

Die Logik der auf Privatisierung und Markt zielenden Deutschen Pflegeversicherung

Die Versicherung zielt als Teilleistungssystem auf wachsende Kosten- und Leistungsprivatisierung bei Rationierung der öffentlichen Zuzahlungen

- **Rechtsansprüche** sind **an Spielregeln gebunden**, die auf die **Kommerzialisierung** der Leistungen und die Prekarisierung der Arbeits- und Entlohnungsbedingungen zielen.
- **Preiswettbewerb**: Mit real stagnierenden, teilweise sinkenden Vergütungen wird ein wachsendes Leistungsvolumen gestemmt.
- Marktführerschaft ging im Wettbewerb **sukzessive an gewerbliche Akteure mit geringer Tarifbindung über (2015: öffentliche Träger stehen für weniger als 5% der Leistungen)**
  - In einer **ersten Phase** führte der Prozess zur Abnahme des öffentlichen Angebots und zur Zunahme privat-gewerblicher Anbieter; in der **zweiten Phase** übernahmen die privaten Anbieter die Marktführerschaft und setzten ihre Spielregeln durch. In der angelaufenen **dritten Phase** betreten internationale Pflegekonzerne und Finanzinvestoren den Markt und pflügen ihn um. Dies mit der Perversität, dass aus dem öffentlich unterfinanzierten System öffentliche Mittel für die Bedienung der Renditeinteressen privater Geldgeber verstärkt abgesaugt werden. Garantierte öffentliche Mittel kommen also immer weniger bei den unterstützungsbedürftigen Menschen an, denen sie eigentlich zugedacht sind. Die **dritte Phase startete in Deutschland nach der Finanzkrise**.
- **Die Marktlogik des Finanzmarktkapitalismus, dem Deutschland sein Altenpflegesystem aussetzt, hat gravierend negative Folgen für die Versorgung und für die Arbeits- und Entlohnungsbedingungen:**
  - **Erosion der Tarifbindung** bringt die Löhne unter Druck und spaltet die Beschäftigten: wenige mit guten Arbeitsbedingungen; viele mit schlechten Arbeitsbedingungen.
  - Beschäftigte gewerkschaftlich zu erreichen, ist bei zersplittert-fragmentierten Strukturen kaum möglich. Die Schwächung der Gewerkschaften ist Teil der Systemlogik

Dr. Heintze

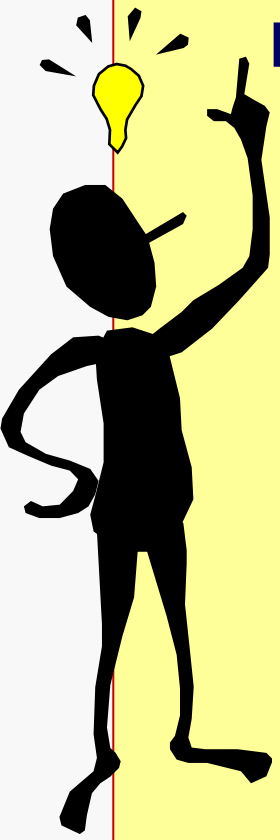
Worüber wir daher reden sollten: Rückeroberung einer kommunalen Mindestmarktposition als politisches Projekt

Bundesländer + Kommunen müssen selbst Investor und Dienstleister werden – Beispiel Altenheime bei Zusatzplatzbedarf von 271.000 im Zeitraum 2015 bis 2030

	Heimplätze Ende 2015		Heimplätze 2030 (geschätzt + 271.000) Szenario inaktiver Staat		Heimplätze 2030 (geschätzt): Szenario Trägervielfalt durch aktiven Staat Zusatzbedarf wird gedeckt zu je 40% durch Staat/Kommune + Private Non-Profit-Investoren; 20% durch Kommerzielle	
	Abs.	in %	Abs.	in %	Abs.	in %
Heimbetten	857.301	100	1.128.301	100	1.128.301	100
Öffentliche Träger	52.043	**6,1**	52.043	**4,6**	160.443	**14,2**
Privat Non-Profit	482.353	56,3	482.353	42,8	590.753	52,4
Privat-For-Profit	322.906	37,7	593906	52,6	377.106	33,4

Investitionsbedarf bis 2030 beträgt nach RWI 53 bis 85 Mrd. €. Länder und Kommunen müssten über eigene Gesellschaften in die Schaffung von Plätzen oder die Übernahme von Heimen **jährlich rd. 3 Mrd. €** investieren.

Zahlen für Zusatzbedarf und die erforderlichen Investitionen aus: Pflegeheim Rating Report 2017 (RWI)



Ich hoffe, einen kleinen Anstoß für neues Nachdenken gesetzt zu haben.

Mehr konnte es nicht sein.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit