

„... dass nichts bleibt, wie es war!“

25 Jahre Neoliberalismus und Marktlogik in Pflege, Betreuung und Begleitung

Eine zunehmende Ökonomisierung ist Merkmal aller sozialen Arbeitsfelder. Politische Entscheidungen sind für die Einführung von Marktlogik und die Schaffung eines Wettbewerbs zwischen Einrichtungen und Diensten in Pflege, Betreuung und Begleitung verantwortlich – die „Ökonomisierung des Sozialen“. Hintergrund ist der seit 25 Jahren andauernde Versuch der Politik, Kostendämpfung in der Daseinsvorsorge zu verschreiben.

Eingeschränkte Refinanzierung der Arbeit, „effiziente“ Strukturen, Konkurrenz und Privatisierungen sind wichtige Bestandteile dieser neoliberalen Ideologie. Gesundheit wird als Ware betrachtet. Politisch gewollt ist damit die Unterordnung der Qualität von Betreuung und Begleitung unter wirtschaftlich-kapitalistische Prämissen. Dies ist für Einrichtungen und Beschäftigte in Krankenhaus, Altenhilfe, Eingliederungshilfe mit Hilfen für Menschen mit Behinderungen und psychischen Störungen sowie in kommunalen Angeboten jedoch auf Dauer tödlich. Diese Agenda traf auf ein System der Daseinsvorsorge in Deutschland, das zersplitterte Zuständigkeiten historisch kultiviert hat. Dass dies nicht funktioniert, zeigt aktuell in der Corona-Pandemie die Situation im Krankenhaus. Fehlende gesellschaftliche Wertschätzung für die Arbeit oder schlechte Personalschlüssel sind ebenfalls die Folge – politisch gewollt bzw. seit Jahrzehnten ohne Widerspruch geduldet.

Eine Ideologie wird „alternativlos“

Die neoliberale Interpretation des Staates ist seit 40 Jahren ideologische Grundlage fast aller politischen Betätigungsfelder. Vertreter*innen des Neoliberalismus propagieren die These, dass der Staat insgesamt eine möglichst geringe Rolle spielen sollte, um den Markt nicht zu stören. In dieser Ideologie werden Menschen und Staat auf profitrelevante Teilnehmer*innen reduziert. Entscheidende Politiker*innen waren Margaret Thatcher in England ab 1979 sowie Ronald Reagan in den USA ab 1981. Reagan formulierte kurz und knapp: „Der Staat ist nicht die Lösung, der Staat ist das Problem.“

In Deutschland begann diese Entwicklung spätestens 1982 mit der Aufkündigung der sozialliberalen Koalition und dem politischen Schwenk der FDP zur CDU, die damals das Bürgerrechtliche durch das Wirtschaftsliberale ersetzte: „Was wir brauchen, ist eine geistig-moralische Wende“ (Helmut Kohl, 1982).

In der Regierungserklärung vom 4. Mai 1983 hatte Helmut Kohl formuliert: „Wir wollen nicht mehr Staat, sondern we-

allen Arbeitsfeldern aufgehoben: „Damit war der Weg frei für (...) Kliniken, die beim Personalabbau besonders aggressiv vorgehen. Sie erzielten einen Wettbewerbsvorteil.“ (Heintze 2021, S. 221) Es folgten die leistungsbezogenen Fallpauschalen.

Vermarktlichung und Privatisierung im Gesundheitswesen wurden mit der notwendigen Dämpfung der „ausufernden“ Kosten begründet. Aber: Bis zur Priorisierung von Marktmechanismen in den 1990er-Jahren lag der Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) bei 6,5 bis 8,5 %. Im Anschluss stieg er auf aktuell etwa 11,7 %.

Parallel wurde die Pflegeversicherung 1995 als Teilkaskoversicherung altersbedingter Betreuungskosten eingeführt.

Eingeschränkte Refinanzierung der Arbeit, „effiziente“ Strukturen, Konkurrenz und Privatisierungen sind wichtige Bestandteile dieser neoliberalen Ideologie.

Gesundheit wird als Ware betrachtet

niger, (...) hin zur persönlichen Leistung (...) und verstärkter Wettbewerbsfähigkeit“. Diese bis heute als „alternativlos“ von der Politik vorangetriebene systematische Veränderung des politischen Koordinatensystems hat bekanntlich extreme Folgen für die Gesellschaft wie für die Einzelnen.

Gesundheit als Ware

Nach einem Ausbau des Gesundheitswesens besonders in der sozialliberalen Reformära hieß es nun, die Gesundheitsversorgung sei zu teuer. Durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) wurde 1993 das seit 1972 geltende Kostendeckungsprinzip in den Kliniken durch ein leistungsorientiertes Vergütungssystem abgelöst. Der bis dahin gültige überparteiliche Konsens – entstandene Kosten werden erstattet – wurde seitdem in fast

Private Unternehmen breiten sich im Krankenhausbereich wie im Altenpflegesektor aus und nutzen staatliche Zuschüsse, Fallpauschalen oder Pflegesätze für ihre Renditeversprechungen gegenüber ihren Investor*innen. Wie im Verkehrssektor z. B. beim Bau und Unterhalt von Autobahnen werden Abschnitte mit Renditerisiko jedoch ausgenommen oder Verluste sozialisiert.

In den Einrichtungen der Behindertenhilfe wurde das Kostendeckungsprinzip etwa zur gleichen Zeit beendet.

Cornelia Heintze kommt 2015 in ihrer Studie „Auf der Highroad“ im Vergleich mit Skandinavien zu der Bewertung, dass Deutschland heute eines der teuersten Gesundheitssysteme hat. Die traditionelle Fixierung auf den Export führt nach Heintze zu einer fatalen Geringschätzung der binnenmarktorientierten Dienstleistungen. Diese verhin-



Protest von Beschäftigten der Eingliederungshilfe in Bethel, 3. Dezember 2021

Foto: C. Janßen

dert, Pflege und Betreuung als Teil der Wertschöpfung statt als reinen Kostenfaktor zu sehen. Stattdessen sind alle Arbeitsfelder „auf Kante genäht“, unterbezahlt und als „typische Frauenarbeit“ dequalifiziert.

Das Resümee der Expertise von Cornelia Heintze schließt mit dem Satz: „Skandinavische Länder (...) zeigen, dass ein am gesellschaftlichen Bedarf ausgerichtetes Pflege- und Betreuungssystem, das gleichermaßen gute Dienstleistungsqualitäten wie Arbeitsbedingungen bietet, eine Frage des politischen Willens ist.“ (Heintze 2015, S. 72)

Die Folgen des Neoliberalismus im Sozial- und Gesundheitswesen

Der Bielefelder Appell analysierte bereits 2012: „Das grundsätzliche Problem besteht in einer sich immer weiter verschärfenden Krise ALLER Einrichtungen der Pflege, Betreuung und Begleitung.“ Jede*r Einzelne muss sich die Frage nach den Prioritäten unserer Gesellschaft gefallen lassen: „Wieviel ist MIR die Pflege, Betreuung und Begleitung von alten, kranken, sozial geschwächten und behinderten Menschen wert?“ Denn schon morgen kann jede*r von uns nach einem Unfall im Krankenhaus wieder aufwachen oder im höheren Alter menschenunwürdig ohne Zuwendung im Pflegebett enden.

Es geht um eine Politik, die seit Jahren die Weichen so stellt, dass die gesellschaftliche Schere zwischen Arm und Reich immer größer wird. Es geht um eine Politik, die ihre Prioritäten nicht in die Rettung „notleidender Menschen“ und eine menschenwürdige Pflege setzt, sondern immer wieder Milliarden in die Rettung „notleidender Banken“, in Rüstung oder Klimaschädlinge investiert. Diese Schieflage muss verändert werden.

Im Gegensatz zu Skandinavien mit kommunaler Verantwortung für ALLE Leistungen ist das deutsche System durchgängig durch starke Zersplitterung unterschiedlicher Grundlagen und Akteur*innen gekennzeichnet:

1. Krankenhaus und Psychiatrie – Pflegenotstand im Kliniksektor als Preis der Ausrichtung auf Markt und Gewinn

Seit den 1990er-Jahren hat sich die Trägerstruktur in Deutschland stark in Richtung For-Profit verschoben. Investor*innen bestimmen inzwischen in manchen Bundesländern über einen großen Teil der stationären Gesundheitsversorgung wie z. B. in Niedersachsen oder Hessen. Die versprochene bessere Qualität trat nicht ein – ganz im Gegenteil.

In der Krankenhauspflege fehlen mindestens 100.000 Vollkräfte. „Das Fallpauschalensystem (...) belohnt alle Eingriffe, bei denen viel Technik über berechenbar kurze Zeiträume zum Einsatz kommt (...). Es bestraft Ärztinnen und Ärzte, die abwarten, be-

obachten und nachdenken, bevor sie handeln. (...) So kann gute Medizin nicht funktionieren.“ (Ärzte-Appell vom September 2019). Erst in den letzten Jahren wurde als Problem erkannt, dass durch Ärzt*innen generierte Einnahmen mit schlechter pflegerischer Personalausstattung dem Patient*innenwohl schaden.

2. Altenpflege – desolate Arbeitsbedingungen in einem privatisierten Markt

In Deutschland ist die Altenpflege im Gegensatz zu den skandinavischen Ländern seit jeher familienorientiert konzipiert, indem auf der Basis einer „Teilkaskoversicherung“ (Pflegeversicherung) der Staat nur im Notfall einspringt. Heinz Rothgang zeigte in seinem Beitrag im Pflegereport 2019 auf, dass in der stationären Altenpflege Pflegepersonalmehrbedarfe von bundesweit mehr als 100.000 Vollkräften bestehen. Auf dieser Grundlage ist die Altenpflege einerseits durch einen hohen Anteil privater v. a. renditeorientierter Altenheime gekennzeichnet und andererseits durch eine auf Beschäftigten-seite desolate Arbeitssituation: Schlechte Vergütung auf der Grundlage geringer Tarifbindung, Flucht in Teilzeit und geringe Verweildauer im Beruf von fünf bis sieben Jahren werden ergänzt durch hohe Krankenstände und massive Arbeitsbelastungen.

Fortsetzung nächste Seite

nd



Überall und zu jeder Zeit lesen!

Digital-Mini-Abo - Jetzt bestellen!
dasnd.de/digitalminiabo

4 Wochen testen für nur 9 Euro

- Digital: Das komplette nd als nd E-PAPER und via nd APP
- Extra: voller Zugriff auf alle Artikel im nd-Archiv ab 1990
- Mutig: Linker Journalismus vs. Mainstream

nd JOURNALISMUS VON LINKS

Die ganze Bandbreite von Care-Themen

Pflegestreiks und Equal Care Day

Gegen die Abwertung von bezahlter und unbezahlter Care-Arbeit und die sich immer weiter verschlechternden Rahmenbedingungen regt sich entschiedener Widerstand. Uta Meier-Gräwe vom Equal Care Day gibt im Interview mit der Graswurzelrevolution einen kurzen Überblick. (GWR-Red.)

GWR: Für die Beschäftigten im Pflegesektor, aber auch für die Patient*innen hat sich die ohnehin miserable Situation während der Pandemie noch mehr zugespitzt. Was betrachtest du als die drängendsten strukturellen Probleme?

Uta Meier-Gräwe: Als ein ganz drängendes Problem sehe ich den Wildwuchs auf dem Pflegemarkt an. In der Corona-Pandemie war zwar oft zu hören, dass Kliniken Einrichtungen der Daseinsvorsorge und keine Industriebetriebe seien. Sie hätten in erster Linie den Kranken zu dienen, nicht dem Profit. Unter dem Radar und weitgehend unbemerkt von der Öffentlichkeit vollzog sich aber eine diametral andere Entwicklung: Private-Equity-Firmen haben mit dem Kapital zahlungskräftiger Investoren kleinere Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken und Altenpflegeheime aufgekauft und zu größeren Einheiten fusioniert – einzig mit dem Ziel, sie nach

wenigen Jahren mit möglichst hohen Gewinnen an die nächsten Investoren weiterzuverkaufen. Das erzeugt einen gnadenlosen Kostendruck und verhindert gute Arbeitsbedingungen im Gesundheits- und Pflegesektor. Inzwischen befinden sich in Deutschland etwa die Hälfte aller Altenpflegeheime in privater Trägerschaft. Demgegenüber sinkt der Anteil der freigemeinnützigen Träger, kommunale Altenheime haben mit 3,5 Prozent bereits „Orchideenstatus“. Hier müsste von Seiten des Staates entschieden gegengesteuert werden. Außerdem braucht es eine deutliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Löhne in diesen Care-Berufen, aber auch attraktive Auf- und Umstiegswege. Ansonsten wird sich der Pflegenotstand weiter verschärfen.

Gegen die katastrophalen Arbeitsbedingungen entwickelt sich organisierter Protest. Welche Kampagnen sind da in ers-

ter Linie zu nennen, und gab es in letzter Zeit Erfolge?

Wegweisend ist der Streik der Berliner Krankenhausbewegung. Seit Mai 2021 gibt es einen entschlossenen Arbeitskampf, wie das bislang für Beschäftigte in den weiblich konnotierten Sorgeberufen nicht möglich zu sein schien. Schließlich müssen Kranke, Alte und Kinder permanent versorgt werden. Zudem wurden diese Tätigkeiten als aufopferungsvoller Liebes- oder Gottesdienst kategorisiert, der es für die Beschäftigten unmöglich erscheinen ließ, sich gewerkschaftlich zu organisieren. Doch die Zuspitzung der Lage in völlig unterfinanzierten oder auf Rendite getrimmten Krankenhäusern und bei einer permanenten Leistungsverdichtung, aber auch das durch Corona gewonnene Selbstbewusstsein dieser Berufsgruppen führten zu einem bisher nicht da gewesenen Aufbegehren und einer über Monate anhaltenden solidarischen Streikbewegung. Berufsständische Abgrenzungen wurden dabei vermieden, indem es einen Schulterschluss von der Reinigungskraft bis hin zum hoch qualifizierten Personal in

der Intensivpflege gab. Das Ergebnis: In der Charité wird es einen Entlastungstarifvertrag geben, siebenhundert zusätzliche Beschäftigte sol-



len angeworben werden, und es ist keineswegs utopisch, dass viele, die aufgrund von Personalnot und psychischer Erschöpfung ausgestiegen waren, bei deutlich besseren Konditionen wieder zurückkehren. Auch Vivantes, der zweite Berliner Klinikverbund, hat inzwischen nachgezogen und Parameter für einen Entlastungsvertrag formuliert. In NRW sind die Krankenhausbeschäftigten der sechs Unikliniken inzwischen ebenfalls zu einem Streik bereit, sollte die Landesregierung bis zum 1. Mai 2022 nicht auf ihre Forderungen eingegangen sein.

Die Initiative Equal Care Day versucht, bezahlte und unbezahlte Care-Arbeit zusammen zu denken. Welche Forderungen habt ihr bezüglich der – grobenteils von Frauen* geleisteten – „unsichtbaren“ Care-Arbeit im privaten Bereich?

Wir sehen es zum einen als überfällig an, unbezahlte Arbeit in ihrer ökonomischen Dimension überhaupt erst einmal öffentlich wahrzunehmen und anzuerkennen. Immerhin wird seit 1991 vom Statistischen Bundesamt in Wiesbaden ein so genanntes Satellitensystem „Haushaltsproduktion“ berechnet. Es weist

aus, dass selbst bei einer vorsichtigen Bewertung des Gesamtvolumens an unbezahlter Arbeit in Deutschland eine Wertschöpfung von 826 Mrd. Euro pro Jahr (2013) generiert wird, und zwar vor allem von Frauen. Würde diese Summe im Bruttoinlandsprodukt (BIP) berücksichtigt, fiel das BIP um ein Drittel höher aus, als offiziell in den Wirtschaftsstatistiken ausgewiesen wird. Vor allem Mütter, die ihre Zeit für diese gesellschaftlich notwendige Care-Arbeit einsetzen, haben aufgrund der „Unsichtbarmachung“ und Trivialisierung ihrer Arbeit das Nachsehen: finanziell, beim beruflichen Wiedereinstieg und in der Rente.

Das muss sich ändern. Wir setzen uns deshalb für ein Erwerbs-Sorge-Modell ein, in dem Menschen aller Genusgruppen sowohl für Sorge- als auch für Erwerbsarbeit Zeit haben in ihrem Lebensverlauf. Lebensphasen, in denen Sorgeverantwortung für andere anfällt, müssen dabei finanziell entsprechend abgedeckt werden, etwa durch Einführung einer Familienarbeitszeit. Aber auch das im aktuellen Koalitionsvertrag vorgesehene Gutscheinsmodell für haushaltsnahe Dienstleistungen, die etwa Alleinerziehende erhalten sollen, unterstützen wir.

Was sind die Ziele eurer Kampagne, und welche Aktionen plant ihr zum diesjährigen Equal Care Day?

Mit der ganzen Bandbreite von Care-Themen, sozusagen „von der Wiege bis zur Bahre“, beschäftigt sich die zivilgesellschaftliche Initiative „Equal Care Day“ (ECD) bereits seit 2016. Wir beziehen unterschiedliche Genusgruppen, soziale und ethnische Milieus und Lebensformen ausdrücklich mit ein und sind von der Überzeugung geleitet, dass alle Menschen im Verlaufe ihres Lebens immer wieder auf Care-Arbeit angewiesen sind. Inzwischen haben wir ein weit gefächertes Netzwerk aufgebaut, das für weitere Akteur*innen offen ist. So besteht die Möglichkeit, sich aktiv in das Remote-Team einzubringen oder auch als Organisator*in mit einer eigenen Veranstaltung anlässlich des ECD, der in diesem Jahr am 1. März 2022 als Städtekonferenz stattfinden wird, teilzunehmen.

Vielen Dank für das Gespräch!

Interview: Silke

Kontakt & Info:
equalcareday.de/ecd2022

Wir vom Equal Care Day sehen es als überfällig an, unbezahlte Arbeit in ihrer ökonomischen Dimension überhaupt erst einmal öffentlich wahrzunehmen und anzuerkennen

Fortsetzung von vorheriger Seite

„... dass nichts bleibt, wie es war!“

In den durch Privatisierung betroffenen Bereichen der Altenhilfe (knapp 50 %) zeigen sich personalbezogen häufig die gleichen Probleme: Lohndumping durch Tarifflicht bei gleichzeitiger Personalreduzierung und Störung der gesetzlichen Mitbestimmung.

In den skandinavischen Ländern, in Belgien oder den Niederlanden basiert die Aufwertung der Pflege dagegen u. a. auf folgenden Faktoren:

- Akademisierung der Pflegefachberufe mit generalisierter Ausbildung
- Langfristpflege als öffentliche Aufgabe mit staatlicher Vollfinanzierung
- Loslösung aus der Tradition des caritativen „Liebesdienstes“
- Kollektive Interessenwahrnehmung auch mittels Streit

3. Eingliederungshilfe und kommunale Leistungsverträge – klamme Kassen in Ländern und Kommunen als Folge steuerpolitischer Entscheidungen

In der länderfinanzierten Eingliederungshilfe und bei den kommunal über Leistungsverträge finanzierten Angeboten (z. B. Beratungsstellen, Frauen- und Mädchenhäuser, Koordinierung von Selbsthilfegruppen) ist es die Politik selbst, die direkt oder über ihre Kostenträger leere Kassen oder die Schuldenbrem-

se für sich reklamiert – neben der Frage, ob ein Frauenhaus politisch gewollt ist. Steuerpolitische Beschlüsse auf Bundes- und Länderebene spielen dabei für den finanziellen Spielraum eine entscheidende Rolle. Die Situation der Länder und vieler Kommunen hat sich durch die Steuerpolitik zum Ende der CDU/FDP-Koalition z. B. durch die Reform der Gewerbesteuern gravierend verschlechtert.

In beiden Bereichen sind die Folgen Personalkürzungen und Arbeitsverdichtung oder gleich die Streichung des Angebots.

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG)

Das BTHG stellt die vorläufige letzte Umsetzung neoliberaler Politik im Gesundheits- und Sozialwesen dar und wird 2023 als Reform des Sozialgesetzbuches IX endgültig wirksam. Es gibt vor, die Situation von Menschen mit Behinderung auch im Betreuungskontext zu verbessern. Formulierungen im Umfeld des Gesetzes sind jedoch in entschei-

denden Passagen durch neoliberale Vorgaben gekennzeichnet.

In sozialen Arbeitsfeldern finden diese seit langem ihr Pendant in der Sprache und unterhöhlen Mitmenschlichkeit und Mitgefühl zusätzlich. Im BTHG findet sich genau diese Sprache: „Keine neue Ausgabendynamik“, „Effizienzrendite“, „externer Vergleich als Benchmarking“ (in § 124 Abs. 1 SGB IX), „Wirkungskontrolle“ oder „Modul“.

Arbeitsbelastungen der Beschäftigten als Folge

Die negativen Auswirkungen dieser Politik eines Wettbewerbs um die billigsten Angebote in Feldern der sozialen Daseinsvorsorge auf die Arbeitsbedingungen in den Teams sind gravierend und bereits vielfältig untersucht. Auch die Gesundheitsberichte der Krankenkassen, Befragungen z. B. des DGB oder von ver.di oder Daten zum Unfallgeschehen zeugen davon, dass Arbeitsverdichtung schwerwiegende Auswirkungen auf die

Gesundheit der Beschäftigten hat.

Die Krankentage im Gesundheits- und Sozialwesen sind seit 2009 gestiegen, von 14,5 auf 20,4 AU-Tage im Jahr 2018. Die Sonderauswertung im „DGB-Index Gute Arbeit“ 2013 zeigte, dass drei Viertel aller Befragten in Pflege, Betreuung und Begleitung nicht davon ausgehen, dass sie ihre Arbeit ohne Einschränkungen bis zur Rente ausüben können. Weniger als ein Viertel der Befragten (23,1 %) in der Behindertenhilfe hält nach einer ver.di-Beschäftigtenbefragung die Personalausstattung für ausreichend, 80 % fühlen sich bei der Arbeit gehetzt, und 60 % geben an, dass sie in den letzten zwölf Monaten in irgendeiner Form krank zur Arbeit gekommen sind.

Was tun? – Bielefelder Appell

Mit dem Bielefelder Appell haben 2012 die zweiunddreißig Betriebsräte und Mitarbeiterinnenvertretungen, die hier für mehr als 27.000 Beschäftigte in Pflege, Betreuung und Begleitung zuständig sind, gewarnt: „Wir fahren die soziale Arbeit mit hoher Geschwindigkeit an die Wand.“

In der Corona-Pandemie hat der Bielefelder Appell 2021 darauf aufmerksam gemacht, dass Klatschen vom Balkon und Schokolade nicht ausreichen. Notwendig ist jetzt ein Systemwechsel, der die unterschiedlichen Refinanzierungssysteme berücksichtigt.

Zentrale Forderungen des Bielefelder Appells sind:

Wir brauchen ein Sozial- und Gesundheitswesen in öffentlicher Hand – nicht für Konzerne oder Aktionär*innen. Mitbestimmung ist dabei verbrieftes Recht.

Statt an ökonomischen Faktoren muss die Finanzierung wieder allein an den pädagogischen und pflegerischen Bedarfen und der Qualität der Betreuung ausgerichtet werden.

Nachholende Investition in die Daseinsvorsorge heißt: Anständige Gehälter in allen Arbeitsfeldern durch einen Tarifvertrag Soziales. Schrittweise Anhebung der Gehälter an das Niveau in der Industrie.

Vergabe von Teilhabeleistungen nur an tarifreue Anbieter. Gesetzlich verankerte, fachkraftbezogene Standards für die Personalbemessung in allen Arbeitsfeldern. Beteiligung von Mitarbeiter*innen aus der Praxis an deren Verhandlung. Reduzierung der Arbeitszeit auf 35 Stunden bei vollem Lohnausgleich.

Zurückdrängen prekärer Beschäftigungsverhältnisse. Stopp von Privatisierungen in der Daseinsvorsorge.

Dazu gehört eine gesunde Finanzierungsbasis für die Daseinsvorsorge:

Wiederherstellung der Vermögens- und Unternehmensbesteuerung vor 1997.

Einführung einer „Bürgerversicherung“ auf alle Einkommensarten ohne Bemessungsgrenze.

Christian Janßen,
Dipl. Psychologe, PP

Der Autor ist Vorsitzender der Gesamt-Mitarbeitendenvertretung in den v. Bodelschwingschen Stiftungen, Bielefeld, Kontakt: info@sivus-online.de

Zitierte Literatur:
– Cornelia Heintze, Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Ein Vergleich von fünf nordischen Ländern mit Deutschland, Friedrich-Ebert-Stiftung, Düsseldorf 2015
– Cornelia Heintze, Kapitel 4 – Gesundheitspolitik: Lehren aus der Corona-Pandemie, In: Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (Hrsg.), Langfassung des „MEMORANDUM 2021“: Corona – Lernen aus der Krise!, Alternativen zur Wirtschaftspolitik, Bremen 2021

Bei dem Beitrag handelt es sich um die stark verkürzte Überarbeitung eines längeren Textes des Autors. Die ausführliche Fassung mit allen Abbildungen, Quellen und Erläuterungen sowie weitere Literatur zum Thema findet sich auf der Internetseite des Autors: <http://www.sivus.net/Organisatorisches/Veroffentlichungen/veroffentlichungen.html>

In den durch Privatisierung betroffenen Bereichen der Altenhilfe (knapp 50 %) zeigen sich personalbezogen häufig die gleichen Probleme: Lohndumping durch Tarifflicht bei gleichzeitiger Personalreduzierung und Störung der gesetzlichen Mitbestimmung