

Gesundheit: Stückwerk Pflegepolitik

Jürgen Roth, Neue Internationale 233, November 2018

Der Pflegenotstand spitzt sich zu. Bis zum Jahr 2035 werden 4 Millionen Menschen in Deutschland auf Pflege angewiesen sein. Die Zahl der Pflegefachkräfte müsste bis dahin um 44 % steigen. Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) konnten sich bis zum 30. Juni 2018 nicht auf Personaluntergrenzen auf sog. pflegesensitiven Stationen einigen, die Anfang 2019 in Kraft treten sollten. Laut einer Gesetzesänderung von 2017 müsste jetzt eigentlich das Bundesgesundheitsministerium eine Verordnung dazu erlassen. Wahrscheinlicher ist aber eine Zwangsschlichtung.

Eine Einbeziehung von PatientInnenorganisationen und Gewerkschaften in die Verhandlungen erfolgte nicht. Für die Ermittlung der Untergrenzen sollen die personell am schlechtesten besetzten 25 % der Krankenhäuser als Maßstab bestimmt werden – eher ein Anreiz zum Stellenabbau in den übrigen 75 % als zur Personalaufstockung! GKV und DKG haben sich zudem nur auf 6 Fachabteilungen mit Untergrenzen einigen können. Der Entwurf des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn von Ende August sieht sogar nur 4 vor! Ver.di bemängelt außerdem, dass die Quote für Hilfskräfte zu hoch sei und für den Nachweis der Einhaltung der Mindestbesetzung nur ein monatlicher Durchschnittswert reichen soll.

Mogelpackung I: Koalitionsvertrag

Das Grundlagenwerk der Großen Koalition sieht für die Altenpflege eine gesetzlich geregelte Personalbemessung vor. Ein Sofortprogramm soll zeitnah 8.000 Stellen schaffen, Spahn kündigte 13.000 an. In 13.000 Einrichtungen fehlen aber

63.000! Gibt's denn wenigstens bessere Löhne? Die Tarifverträge sollen zwar flächendeckend zur Geltung kommen. Es fehlt aber jede Angabe, welcher Leittarifvertrag zugrunde liegen und wie er für allgemeinverbindlich erklärt werden soll. Ver.di verhandelt seit 28. September bisher nur mit nichtkirchlichen Trägern der Altenhilfe. Sollen Caritas und Diakonie davon ausgenommen werden?

Für die Krankenhauspflege stellt der Koalitionsvertrag die Systematik der Untergrenzen nicht in Frage, will sie aber im Gegensatz zur bisherigen, aber unwirksamen Einigung wenigstens in diesem Punkt zwischen GKV und DKG und zu Spahn auf alle bettenführenden Bereiche anwenden. Doch deren Verhandlungen sind gescheitert. Eine politische Regelung ist nicht vorgesehen. Wie viele Stellen geschaffen werden sollen, darüber schweigt sich die GroKo aus. Pflegewissenschaftler Michael Simon errechnet einen Bedarf von 100.000. Dem steht ein Gutachten von 6.000 gegenüber, das in den Verhandlungen zwischen DKG und GKV eine Richtschnur darstellte.

Die Krankenhausinvestitionen, von den Ländern zu tragen, sollen lediglich „deutlich erhöht“ werden. Woher die Mittel kommen sollen, wird nicht gesagt. Steuererhöhungen werden aber ausgeschlossen!

Mogelpackung II: Spahns „Reformen“

Spahns Pflegepersonal-Stärkungsgesetzentwurf (PpSG) beinhaltet ein paar Verbesserungen wie die vollständige Refinanzierung zusätzlicher Pflegestellen, Tarifierhöhungen und Ausbildungsvergütungen. Zudem sollen ab 2020 die Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen (DRGs) herausgerechnet werden. Doch das führt nicht automatisch zu mehr Pflegepersonal – ebenso wenig wie das Pflegestellenförderprogramm, dessen Mittel 2016 und 2017 von den Krankenhäusern nur etwa zur Hälfte abgerufen wurden. Ohne verbindliche Vorgaben zur Personalausstattung wird das nichts. In einem komplizierten, bürokratischen Verfahren soll bis

Mitte 2020 für jedes Krankenhaus das Verhältnis von Pflegekräften zu Pflegeaufwand errechnet werden. Dieses orientiert sich jedoch nicht am tatsächlichen Pflegeaufwand, sondern an vorgegebenen Kostengrößen. Kliniken, die am schlechtesten abschneiden, sollen durch finanzielle Abschläge sanktioniert werden. Es steht außerdem zu befürchten, dass für die Pflegepersonalleistungen Pflege-DRGs eingeführt werden, die viel subtiler und wirksamer als generelle Fallpauschalen den Rationalisierungswettbewerb in der Pflege anheizen sowie die Konkurrenz zwischen ÄrztInnen und Pflegekräften steigern.

Seit 11. Oktober 2018 gilt die Verordnung über Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV) in den Bereichen Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie und Intensivmedizin. Kurz vor deren Inkrafttreten wurde sie noch einmal zugunsten der KlinikbetreiberInnen verwässert. Nicht ab 2019, sondern erst ab 2021 gilt der geplante Personalschlüssel auf Intensivstationen, der sich sowieso schon am schlechtest besetzten Viertel aller Intensivpflegeeinrichtungen orientiert. Zudem ist z. B. im Nachtdienst der Geriatrie eine hohe Quote an Nichtfachkräften zugrunde gelegt worden (40 %). Die Einhaltung der Personaluntergrenzen gilt zudem nur im statistischen monatlichen Durchschnitt. Überdies bleibt undurchsichtig, ob Stationsdienstleitungen auf die Arbeit am Krankenbett angerechnet werden. Zudem gibt es kein Verbot, Personal- und Patientenverlagerungen zu verhindern. Mal eben schnell Herrn Meier von Intensiv auf Intermediate Care (IMC) verlegt, Schwester Alice aus der Inneren Medizin zur Aushilfe auf die Kardiologie beordert – schon wird die PpUGV eingehalten!

Ver.di fordert gegenüber der Mogelpackung PpUGV zu Recht: Minimalbesetzungen müssen vollständig durch Pflegefachkräfte abgedeckt, unbedingt schichtbezogen, also täglich eingehalten werden. Zudem muss es für alle bettenführenden Stationen eine gesetzliche Pflegepersonalregelung (PPR) geben, die bedarfsorientiert ausfällt und sich auf pflegewissenschaftlich

fundierte Personalbemessungsinstrumente stützt. Das Problem der Gewerkschaft liegt nicht in diesen Forderungen, sondern im ausbleibenden Kampf dafür!

Arbeitsbedingungen in der Pflege

Die Zahl der 2019 neu eingestellten Pflegekräfte dürfte die Grundlage für den Pflegefonds ab Mitte 2020 abgeben. Doch angesichts der miesen Arbeitsbedingungen und Bezahlung fliehen viele Beschäftigte aus ihrem Beruf, was die Zahl der Neueinstellungen mangels Fachkräfteangebots niedrig halten dürfte. So „reguliert“ der Pflegenotstand selbst die angeblichen Mittel zu seiner Bekämpfung wie PpSG und PpUGV bestenfalls auf ein Aufhalten von weiteren Verschlechterungen!

Beschäftigte in der Krankenpflege stehen unter hohem psychischen Druck. Auf 100 AOK-Versicherte entfallen jährlich durchschnittlich 17,6 Krankheitstage auf psychische Erkrankungen (Durchschnitt aller Versicherten: 11,2). EmpCARE-Training und einjähriges Coaching sind rührige, aber letztlich unzureichende Versuche zu deren Bekämpfung, ist doch deren „empathischer Kurzschluss“ Resultat hoffnungsloser Unterbesetzung und extremer Arbeitshetze!

Laut „Neues Deutschland“ (20. Juni 2018, S. 6) liegt der bundesweite Stundendurchschnittslohn bei 16,97 Euro; in der Altenpflege verdienen examinierte (!) Kräfte 14,24 Euro, in der Krankenpflege 16,23 Euro. HelferInnen kommen auf höchstens 11,49 Euro. Ganz im Gegensatz zum Bundestrend erfolgt im Gesundheitswesen geradezu eine Flucht in die Leiharbeit, erklärlich angesichts Pflegenotstands und schlechter Bezahlung! Oft verdienen sie dort gleich viel wie als Angestellte, manchmal mehr, können sich die Dienstzeiten eher aussuchen als in festem Arbeitsverhältnis, müssen aber bezüglich ihres Einsatzorts äußerst flexibel sein. Von den regulär Angestellten werden sie einerseits als Entlastung empfunden, andererseits müssen sie für sie auf weniger Schichten nach Wunsch ausweichen und die Zeitarbeitskräfte neu

eingearbeitet werden. Eine kollektive Interessenvertretung ist zudem erschwert. Im Vergleich zum Niveau tarifgebundener Einrichtungen ist der Leiharbeitslohn aber immer noch mies. Für diese Häuser ist Leiharbeit zwar ein finanzielles Minusgeschäft (das Zeitarbeitsunternehmen verdient ja noch mit), aber offenbar ist ihnen das noch lieber, als die Arbeitsbedingungen generell zu verbessern. Noch 2005 waren 3.000 ZeitarbeiterInnen in den Gesundheits- und Pflegeberufen eine vernachlässigbare Größe, im Dezember 2017 hatte sich deren Zahl verzwölffacht auf ca. 38.200!

Finanzierungssystem und Marktwirtschaft

Spahn will den Zusatzbeitrag der GKV senken (von 1,0 auf 0,9 %), den Pflegeversicherungsbeitrag ab 1. Januar 2019 aber um 0,5 % erhöhen und überdies Hand an ihre finanziellen Reserven legen (momentan bei 20 Mrd. Euro, etwas mehr als einer Monatseinnahme). Die Kassen beklagen zusätzliche bürokratische Auflagen, die ihren Wettbewerb um (zahlungskräftige, junge und gesunde!) neue Mitglieder einschränken, sowie Ausgaben, die ihnen durch zukünftige Finanzierung nachgewiesener Krankenhausselbstkosten (einzig positiver Bestandteil der Mogelpackung II von außerdem wohl geringer Zeitdauer und Reichweite aufgrund geplanter Pflege-DRGs und Berufsflucht) entstehen würden. Zusätzliche Vergütungen für niedergelassene ÄrztInnen (Terminservice- und Versorgungsgesetz), Kofinanzierung „versicherungsfremder“ Leistungen durch ihre Mitglieder (wie die andauernd höheren Ausgaben als die vom Bund zugewiesenen Pauschalen für ALG-II-EmpfängerInnen) sind diesen ehemaligen Hilfskassen der organisierten ArbeiterInnenbewegung, die längst zu Gesundheitsunternehmen mutiert und vollständig in die kapitalistische Marktlogik integriert sind, ein Dorn im Auge.

Die Reaktion der Krankenkassen richtet sich jedoch nicht gegen den Balken im Kopf des Gesundheits(un)wesens: das kapitalistische Profitprinzip, im Krankenhaus symbolisiert

durch DRGs! Diese nutzen die Kliniken zur Steigerung ihrer Einnahmen. Wie lange die Verweildauer für eine/n PatientIn ausfällt, richtet sich nicht mehr allein danach, wie krank sie/er ist, sondern wie gewinnbringend sich ihre/seine Behandlung abrechnen lässt. Dies führt zu einer Selektion nach Profitabilitätskriterien von schwer kranken Menschen, zu vorzeitigen „blutigen“ Entlassungen, also Unterversorgung einer-, Überversorgung andererseits. „Profitable“ Fälle werden kreiert: 85 % aller Bandscheibenoperationen gelten als medizinisch unnötig, Unfallopfer mit chronischen Beschwerden werden dagegen rasch entlassen. Der Spitzenverband der GKV schlägt gegen diese ihn teuer zu stehen kommende medizinische Irrationalität Pflasterchen vor, die der gleichen Profitlogik gehorchen: „Pay for Performance“, „Selektivverträge durch Marktpreise“. Senken diese wirklich ihre Ausgaben, dann doch wohl gerade auf Kosten der unterversorgten Kranken!

Wer soll das bezahlen?

Es ist also sicher, dass das, was diese „Reform“ideen bei ihrer Umsetzung an geringfügigen Verbesserungen brächten, von den Versicherten, also Lohnabhängigen und RentnerInnen, aufzubringen sein wird. Die Pflegeversicherung übernimmt als Teilversicherung nur einen Kostenanteil, den Rest zahlen HeimbewohnerInnen bzw. Angehörige. Die Zusammenfassung des Kassendschungels zur GKV-Einheitskasse, die Aufhebung der Konkurrenz gegeneinander; dringend notwendiger Umbau zu einer Pflegevollversicherung; eine GKV-Versicherungspflicht für alle bei Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenzen; eine progressive Gewinn- und die Einführung einer Vermögenssteuer zur Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer – all diese für ein rationelles Gesundheitswesen unverzichtbaren Maßnahmen sind gar nicht erst angedacht. Ein Umbau des Gesundheitswesens mittels Umverteilung von oben nach unten fehlt vollständig. Der Pflegenotstand wird so nicht bekämpft, sondern festgeschrieben!

Kampf gegen Pflegenotstand: Perspektive Massenstreik!

Gegenwehr! Betriebs- und Gewerkschaftsinfo der Gruppe ArbeiterInnenmacht, Oktober 2018

Vom 19. – 21. Oktober findet in Stuttgart ein Kongress auf Einladung des Bündnisses „Krankenhaus statt Fabrik“ zum Thema „Was kommt nach den Fallpauschalen?“ statt. Das Bündnis besteht derzeit aus den ver.di-Landesfachbereichen 03 Baden-Württemberg, Berlin-Brandenburg und Nordrhein-Westfalen, dem Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte, der Soltauer Initiative sowie Einzelpersonen und wendet sich gegen die Ökonomisierung des Gesundheitswesens und insbes. das deutsche System der Krankenhausfinanzierung durch sog. Fallpauschalen (DRGs). Schließlich lädt das Bündnis für mehr Personal im Krankenhaus zu einem bundesweiten Treffen aller Bündnisse gegen den Pflegenotstand am 9./10. November in Hamburg ein.

Dieses Flugblatt soll allen KollegInnen und Interessierten, die es nicht bei Diskussionen belassen, sondern den Kampf gegen den Pflegenotstand aufnehmen wollen, unsere Ziele und Vorschläge, wie dieser effektiv geführt werden kann, unterbreiten. Nutzen wir die Konferenzen gemeinsam zu einem Startsignal für aktives Handeln statt ergebnisloser Debattenrunden!

Aktionen und Initiativen

Grob gesagt gibt es 3 Stoßrichtungen: Lobbypolitik gegenüber den Regierenden, Tarifkämpfe und eine Ausrichtung auf Volksentscheide. Ver.di als potenziell mächtigste Kraft reitet mittlerweile auf allen drei Pferden. In Berlin gelang es dem

Bündnis für mehr Personal im Krankenhaus, in der 1. Stufe des Volksentscheids für ein Volksbegehren, dem Senat mehr als doppelt so viele Unterschriften wie nötig (über 40.000) zu präsentieren. Der Senat prüft die Zulässigkeit des Antrags juristisch. Das kann eine Ewigkeit dauern. Wir unterstützen Volksentscheidsinitiativen kritisch und beteiligen uns nach Kräften an ihnen. Wir weisen aber darauf hin, dass selbst bei einem positiven Ausgang die Regierung(en) nicht daran gebunden ist/sind.

Streiken – aber richtig!

Wäre mit der gleichen Begeisterung, mit der zahlreiche Aktive sich jetzt für Volksentscheide ins Zeug legen, gestreikt worden, sähen die Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal bedeutend besser aus. Der Arbeitskampf an der Berliner Charité spielte eine Vorreiterrolle. Neuartige Streikformen (Bettenstreik, TarifberaterInnen) führten 2016 dort zu einem Tarifvertrag (TV) Entlastung. Die Achillesferse neben einer nur für Teilbereiche geltenden Personalregelung stellte jedoch die schwerfällige sog. Interventionskaskade dar.

Das Personal besaß keine Kontrolle über seine Arbeitsbedingungen, durfte z. B. keine Betten sperren. Nach einjährigem Testlauf kündigte ver.di den TV. Doch 2 Streiktage im September 2017 führten zu keiner besseren Regelung. Das Beispiel ihres ins Stocken geratenen Paradeferds veranlasste darum mutmaßlich die ver.di-Bürokratie, die Gäule zu wechseln und das Terrain des ökonomischen Klassenkampfes zu verlassen – zugunsten bürgerlich-demokratischer „Kampf“formen. Doch das sind selbstgemachte Leiden!

Auseinandersetzungen und beachtliche Teilerfolge

Nach der Gesundheitsministerkonferenz am 20. Juni 2018 gab es Warnstreiks an den Unikliniken Homburg/Saar und im Klinikum

Niederlausitz. Die Vollstreiks an den Unikliniken Essen und Düsseldorf kamen ebenso zu einem Abschluss wie ein 51-tägiger Ausstand der Vivantes Service GmbH (VSG Berlin). Am 22. September demonstrierten 1.500 in Hamburg und forderten, die Vorschläge der Volksinitiative gegen den Pflegenotstand im Krankenhaus sofort umzusetzen.

Seit Mai gibt es für 27.000 Beschäftigte an den 4 Universitätskliniken Baden-Württembergs eine Einigung über 120 neue „SpringerInnen“, wenn der Personalschlüssel unterschritten wird. In Düsseldorf und Essen währte die Tarifauseinandersetzung seit Juni. In beiden Regionen führten Streiks zu beachtlichen Resultaten!

Eine PatientInneninitiative sammelte in Düsseldorf 5.000 Euro und Unterschriften für die Unterstützung des Streiks. Während die VSG-Berlin-Beschäftigten auf sich allein gestellt kämpften, war das hier anders. Es traten nahezu alle Berufsgruppen in den Ausstand, was erheblich dazu beitrug, alle Widrigkeiten zu überwinden (lange Streikdauer, anfänglich verweigerte Verhandlungsbereitschaft der Klinikdirektionen – zuständig sei die Tarifgemeinschaft der Länder, diese drohte mit Abbruch der Verhandlungen der Gehaltstarifrunde im gesamten öffentlichen Dienst der Länderbeschäftigten NRWs).

Das führte zu einem Schlichtungsergebnis, das mit über 70 % in der Urabstimmung angenommen wurde: bis Oktober 2019 je 180 Stellen mehr pro Haus, Auszubildende werden nicht auf den Schichtplan angerechnet, müssen unter Aufsicht einer Fachkraft arbeiten, 10 % ihrer Ausbildung besteht aus Praxisanleitung. Der Pferdefuß ähnlich wie an der Charité Berlin: Besetzungsregelung und Interventionsregime liegen in der Hand des Managements!

Fazit

1. Relativ isolierte Einzelstreiks des Pflegepersonals haben bisher mehr gebracht als alle

Volksentscheidsinitiativen und jedes Katzbuckeln mit Unterschriftenlisten bei „der Politik“!

2. Nicht Streiks sind das Problem, sondern ihre Beschränktheit auf einzelne Haustarifverträge!
3. Nicht die politische Bedeutung des Kampfs gegen Pflegenotstand ist falsch, sondern zahnlose Lobbypolitik, die Orientierung auf dessen VerursacherInnen als Erlösung davon! Wir brauchen unsere eigenen politischen Kampfmethoden mit politischen Massenausständen, – besetzungen und -solidaritätsaktionen bis hin zum Generalstreik!
4. Plan- statt Marktwirtschaft von unten (nicht nur) im Krankenhaus!

Schluss mit Privatisierungen und Fallpauschalen!

Gegenwehr! Betriebs- und Gewerkschaftsinfo der Gruppe ArbeiterInnenmacht, Oktober 2018

In mehreren Stadtstaaten und nun auch im Flächenstaat Bayern gibt es Initiativen für ein Volksbegehren gegen Pflegenotstand, deren Ziel es ist, über einen Volksentscheid einen verbindlichen und festen Personal-PatientInnen-Schlüssel auf gesetzlicher Ebene durchzusetzen.

Allen Initiativen ist gemein, dass sie in relativ kurzer Zeit mehrere 10.000 Unterstützerunterschriften erreicht haben, was zeigt, dass der Pflegenotstand für die Mehrheit der Bevölkerung ein akutes Problem darstellt, das nach einer Lösung schreit!

So richtig es ist, auf politischer Ebene gegen den

Pflegenotstand aktiv zu werden, so eingeschränkt ist aber auch ein Volksbegehren, denn seine wirklichen Ursachen kann es nicht aufheben:

Zum einen ist das die Privatisierung der ehemals kommunal verwalteten Krankenhäuser und die Öffnung dieser für die Übernahme durch privatwirtschaftlich organisierte Konzerne, denen es in erster Linie um Profit geht.

Zum anderen ist dies das 2003 gesetzlich eingeführte System der Fallpauschalen (DRGs). Diese refinanzieren nicht die gesamten Kosten einer Behandlung, sondern bezahlen nur eine bestimmte Pauschale pro diagnostiziertem Fall. Alle Krankenhäuser müssen damit ihre laufenden Betriebskosten abdecken.

Privatisierungen rückgängig machen und ...

Noch in den 1970igern bis Anfang der 1980iger Jahre befanden sie sich zum größten Teil in kommunaler Hand. Sie hatten damit auch den Auftrag, die Bevölkerung – egal ob reich oder arm, jung oder alt, ob in Land oder Stadt, chronisch krank oder nicht, die Behandlung teuer ist oder nicht – gleichwertig zu behandeln.

Von 1972 bis 1985 galt das vollständige Selbstkostendeckungsprinzip, nach dem die Krankenhäuser ihre Behandlungskosten vollständig von den Krankenkassen refinanziert bekamen. Sie durften keinen Gewinn machen, standen noch nicht in unmittelbarer Konkurrenz zueinander, wie das heute der Fall ist, denn unter den DRGs machen einige Gewinne, andere Verluste.

Der Einstieg in die Verschlechterung und schließlich das Auslösen einer massiven Privatisierungswelle erfolgte über die Finanzierungs Krise der Sozialsysteme. Ab den 1970er Jahren setzte die Dauerwirtschaftskrise Staatsfinanzen und Sozialversicherungen unter Druck.

Sinkende Reallöhne führten dazu, dass die Gesundheitsausgaben den Einnahmen der Sozialversicherungen enteilten. Die paritätische Finanzierung wurde zugunsten der „ArbeitgeberInnen“ verändert, ihr Beitrag auf 7,3 % eingefroren. Seitdem zahlen die Versicherten alle Mehrkosten (Krankenkassenzusatzbeiträge) und Zuzahlungen bei sehr vielen Behandlungskosten und Medikamenten.

Bereits in den 1980iger Jahren wurde das Verbot, Gewinne zu machen, aufgehoben und damit begonnen, erste Fallpauschalen für bestimmte Behandlungen einzuführen. Das bedeutete nichts anderes, als einen Bereich der öffentlichen Daseinsvorsorge, der unter staatlicher Verwaltung stand, profitorientierten Konzernen zu öffnen. Das Privatkapital sollte wieder direkt auf bis dahin für es verschlossene Bereiche Zugriff erhalten.

Aber mit der Öffnung der Krankenhäuser für private Konzerne, deren erstes Ziel der maximal mögliche Profit ist und nicht die optimale Gesundheitsversorgung der Bevölkerung oder gute Arbeitsbedingungen für das Personal und der Einführung der Fallpauschalen gerieten die Krankenhäuser stärker in Konkurrenz zueinander und unter weiteren Kostendruck.

... weg mit dem Fallpauschalen-System!

Dieses System der Fallpauschalen hatte Auswirkungen auf zwei Ebenen:

Kommunale Krankenhäuser konkurrieren nun mit den privaten um möglichst viele „profitable Fälle“, denn nur diese gewährleisteten Kostendeckung bzw. sogar Gewinne (das sind vor allem planbare chirurgische Eingriffe ohne großes Risikopotential). Ansonsten droht Insolvenz. Zwar steht im Hintergrund noch der gesetzliche Auftrag der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Dieser wird aber praktisch nicht mehr eingehalten, denn dadurch können Krankenhäuser nicht mehr rentabel arbeiten. (Sehr deutlich bei der Geburtshilfe, in den Kinderkliniken und internistischen

Abteilungen.) Droht die Insolvenz, stehen die privaten Konzerne zur Übernahme parat – mit allen Verschlechterungen.

Auf diesen verstärkten Sparzwang reagierten die Krankenhäuser – ob privatwirtschaftlich oder kommunal organisiert – mit folgenden Maßnahmen:

- Behandlung einer größeren Anzahl von PatientInnen in kürzerer Zeit bei gleichbleibendem oder weniger Personal.
- Bettenabbau bei gleichzeitiger gesteigerter Bettenbelegung.
- Bevorzugte Behandlung von Fällen, die am meisten Gewinn versprechen.
- Personalabbau: Zwischen 1995 und 2016 wurden über 25.000 Pflegekräfte abgebaut (7,3 %). 2010 bildete Deutschland zusammen mit Polen im europäischen Vergleich das Schlusslicht beim Verhältnis Pflegekräfte zu PatientInnen (Deutschland: 1:9,9 – Norwegen: 1:3,7).
- Auslagerung von Abteilungen wie Küche, Reinigung mit schlechterer Bezahlung und Tarifflicht.
- Schlechtere Bezahlung der Beschäftigten im Kernbetrieb – z.B. durch Tarifflicht oder Abschluss eines schlechteren Haustarifvertrags als der geltende TVÖD-K.
- Schließungen.

Schlechtere Versorgung der PatientInnen ist eine Folge von ...

Die Folgen sind bekannt, eine gute Versorgung der PatientInnen ist nicht mehr gewährleistet. In vielen Bereichen kommt es zu einer Belegung von 110 – 120 % (PatientInnen auf dem Flur oder in Badezimmern etc.). Vor allem die Pflegekräfte geraten verstärkt unter Druck, burn out oder andere Krankheiten nehmen zu. Viele sehen keinen anderen Ausweg, als in Teilzeit zu gehen oder ganz aus ihrem Beruf auszuscheiden. Nach ver.di-Angaben fehlen bundesweit um die 70.000 Pflegekräfte.

... Kostendruck, Personalabbau, Arbeitsstress und führt zu ...

Die Krankenhäuser kommen aber auch noch dadurch weiter unter Kostendruck, dass die Bundesländer, die für die Investitionskosten zuständig sind, von Jahr zu Jahr ihre Beiträge kürzen. Der notwendige Investitionsbedarf, der 2018 bei 6 Mrd. Euro liegt, wovon die Länder gerade mal die Hälfte zahlen, wird dann von den Krankenhäusern aus den Mitteln, die eigentlich für die Betriebskosten vorgesehen sind – also durch die Krankenkassen-Beiträge -, finanziert. Damit fehlen diese Mittel wiederum beim Personal, dies führt direkt zu Personalabbau.

Die Umstellung auf DRGs hat viele Kommunen ihre Kliniken an private Träger verkaufen lassen, wenn sie mit den Fallpauschalen nicht auskamen und zusätzlich noch aus laufenden Einnahmen dringend notwendige Investitionen tätigen mussten. Die privatisierten Betreiber schlossen übrigens Verträge mit den Ländern/Kommunen, um auch diese aus Steuergeldern finanziert zu bekommen, oft mehr als zuvor, als sie noch staatlich waren!

... hohen Profiten für die Krankenhauskonzerne!

Die Konzerne dagegen profitieren von diesem Fallpauschalen-System, da sie am rigorosesten oben angeführte Kostensenkungsmaßnahmen durchziehen. Der Anteil der Krankenhäuser, die sich in Besitz der großen Konzerne befinden, hat sich von 2002 bis 2013 von 23,7 auf 34,8 Prozent erhöht, während der in öffentlicher Trägerschaft von 37 auf 30 Prozent gesunken ist. Die deutschen Krankenhauskonzerne (Fresenius-Helios, Asklepios, Sana) überrundeten alle anderen in Europa und zählen heute zu den zehn größten weltweit. (Alle Zahlen nach: Fakten und Argumente zum DRG-System und gegen die Kommerzialisierung der Krankenhäuser, hrsg. von „Krankenhaus

statt Fabrik“, März 2018). Oftmals gehen sie aus Pharma- und Geräteherstellern hervor, die schon vor 2003 die Ausrichtung der Medizin bestimmten. Dieser Vorteil verschaffte einigen wie dem Pharma- und Dialysekonzern Fresenius SE & Co. KGaA weiteren Marktzugang als Betreiber zahlreicher Kliniken.

Stückwerk Pflegepolitik

Gegenwehr! Betriebs- und Gewerkschaftsinfo der Gruppe ArbeiterInnenmacht, Oktober 2018

Der Pflegenotstand spitzt sich zu. Bis zum Jahr 2015 werden 4 Millionen Menschen in Deutschland auf Pflege angewiesen sein. Die Zahl der Pflegefachkräfte müsste bis dahin um 44 % steigen. Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) konnten sich bis zum 30.6.2018 nicht auf Personaluntergrenzen auf sog. pflegesensitiven Stationen einigen, die Anfang 2019 in Kraft treten sollten. Laut einer Gesetzesänderung von 2017 müsste jetzt eigentlich das Bundesgesundheitsministerium eine Verordnung dazu erlassen. Wahrscheinlicher ist aber eine Zwangsschlichtung.

Eine Einbeziehung von PatientInnenorganisationen und Gewerkschaften in die Verhandlungen erfolgte nicht. Für die Ermittlung der Untergrenzen sollen die personell am schlechtesten besetzten 25 % der Krankenhäuser als Maßstab bestimmt werden – eher ein Anreiz zum Stellenabbau in den übrigen 75 % als zur Personalaufstockung! GKV und DKG haben sich zudem nur auf 6 Fachabteilungen mit Untergrenzen einigen können.

Koalitionsvertrag und Spahns „Reformen“

Der Entwurf des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) des Bundesgesundheitsministers Spahn von Ende August sieht sogar nur 4 vor! Ver.di bemängelt außerdem, dass die Quote für Hilfskräfte zu hoch sei und für den Nachweis der Einhaltung der Mindestbesetzung nur ein monatlicher Durchschnittswert reichen soll.

Das Grundlagenwerk der Koalition sieht für die Altenpflege eine gesetzlich geregelte Personalbemessung vor. Ein Sofortprogramm soll zeitnah 8.000 Stellen schaffen, Spahn kündigte 13.000 an. In 13.000 Einrichtungen fehlen 63.000! Gibt's denn wenigstens bessere Löhne? Tarifverträge sollen flächendeckend zur Geltung kommen. Es fehlt aber jede Angabe, welcher Leittarifvertrag zugrunde liegen und wie er für allgemeinverbindlich erklärt werden soll. Ver.di verhandelt seit 28. September mit nichtkirchlichen Trägern der Altenhilfe. Sollen Caritas und Diakonie davon ausgenommen werden?

Für die Krankenhauspflege will der Koalitionsvertrag Untergrenzen auf alle bettenführenden Bereiche anwenden. Eine politische Regelung ist nicht vorgesehen. Wie viele Stellen geschaffen werden sollen, darüber schweigt die GroKo sich ganz aus. Pflegewissenschaftler Michael Simon errechnet einen Bedarf von 100.000.

Finanzierung

Die Krankenhausinvestitionen, von den Ländern zu tragen, sollen lediglich „deutlich erhöht“ werden. Woher die Mittel kommen sollen, wird nicht gesagt. Steuererhöhungen werden aber ausgeschlossen!

Das PpSG will zwar bis Mitte 2020 die Pflegepersonalkosten aus den DRGs herausnehmen, jedoch ohne Personalbemessungsgrenzen. In einem komplizierten bürokratischen Verfahren sollen

vielmehr ohne Berücksichtigung des tatsächlichen Pflegeaufwands das Verhältnis von Personal zu vorgegebenen Kostengrößen ermittelt und „schlechte“ Kliniken mit Abschlägen bestraft werden.

Es ist zu befürchten, dass selbst etwaige geringfügige Verbesserungen wie zukünftige vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen, Ausbildungskosten und (viele zu wenigen) neu eingestellten Pflegekräfte im Jahr 2019 durch die Krankenkassen von den Versicherten, also Lohnabhängigen und RentnerInnen, aufzubringen sein werden.

Die Pflegeversicherung übernimmt als Teilversicherung nur einen Kostenanteil, den Rest zahlen HeimbewohnerInnen bzw. Angehörige. Ein dringend notwendiger Umbau zu einer Pflegevollversicherung, eine GKV-Versicherungspflicht für alle bei Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenzen, eine Besteuerung der Gewinne und Vermögen – all dies ist nicht angedacht.

Ein Umbau des Gesundheitswesens mittels Umverteilung von oben nach unten fehlt vollständig. Der Pflegenotstand wird so nicht bekämpft, sondern festgeschrieben!

Für welche Ziele kämpfen?

Gegenwehr! Betriebs- und Gewerkschaftsinfo der Gruppe ArbeiterInnenmacht, Oktober 2018

- Schluss mit den Privatisierungen im Gesundheitswesen!
- Entschädigungslose Rückverstaatlichung der bereits privatisierten Krankenhäuser; die ausgelagerten Bereiche müssen wieder dort integriert werden!
- Fortführung dieser unter Kontrolle von Beschäftigten, Gewerkschaften und VertreterInnen aller weiteren

Lohnabhängigen!

- Weg mit dem System der Fallpauschalen – die real entstehenden Kosten einer Behandlung müssen refinanziert werden!
- Volle Übernahme der notwendigen Investitionskosten durch den Staat!
- Offenlegung aller Bilanzen!
- Für massiv erhöhte und tarifgebundene Bezahlung der Beschäftigten im Pflegebereich!
- Für ein ausreichendes Pflegepersonalgesetz in allen Sektoren, auch der Altenpflege! Personalbedarf für die PatientInnenversorgung, errechnet durch die Beschäftigten sowie PatientInnen und ihre Organisationen selber! Laufende Personalbesetzungs- und Betriebsregelungen unter ArbeiterInnenkontrolle!
- Für flächendeckende Vollstreiks wie z. B. während Gehaltstarifrunden, die alle Beschäftigten des öffentlichen Dienstes einbeziehen! Kontrolle über Streik und Umsetzung des Ergebnisses durch die Basis! Einbeziehung aller Berufsgruppen! Wiedereingliederung der ausgegliederten Bereiche zu vollen TVöD-Ansprüchen!
- Für einen politischen Massenstreik gegen Pflegenotstand!
- Plan- statt Marktwirtschaft: Erstellung eines Plans für ein integriertes Gesundheits-, Rettungs- Kur- und Rehabilitationswesen von unten durch Beschäftigte und PatientInnen unter Hinzuziehung von ExpertInnen ihres Vertrauens!
- Weg mit Beitragsbemessungsgrenzen und Ausstiegsmöglichkeiten aus der gesetzlichen Krankenversicherung! Für weitere Finanzierung des Plans durch progressive Steuern auf Kapital, Gewinne und Vermögen!

Diese Forderungen können einen Schritt darstellen zur Sozialisierung der gesamten Care- und Reproduktionsarbeit einschließlich der unbezahlten in Privathaushalten. Das kann auch die prekär Beschäftigten auf unterster Stufenleiter

unabhängig von ihrer Staatszugehörigkeit, ferner alle Azubis mitnehmen und die Tür aufmachen zu einem vernünftigen Gesellschaftssystem, das den arbeitenden Menschen und seine Bedürfnisse in den Mittelpunkt der Produktionszwecke stellt: Sozialismus statt Kapitalismus!

Kampf gegen Pflegenotstand: Welche Perspektive?

Jürgen Roth, Neue Internationale 232, Oktober 2018

Nach der Gesundheitsministerkonferenz am 20. Juni 2018 gab es Warnstreiks an den Unikliniken Homburg/Saar und im Klinikum Niederlausitz. Die Vollstreiks an den Unikliniken Essen und Düsseldorf kamen ebenso zu einem Abschluss wie ein 51-tägiger Ausstand der Vivantes Service GmbH (VSG Berlin). Am 22. September demonstrierten 1.500 in Hamburg und forderten, die Vorschläge der Volksinitiative gegen den Pflegenotstand im Krankenhaus sofort umzusetzen.

Vom 19.-21. Oktober findet ein Kongress auf Einladung des Bündnisses „Krankenhaus statt Fabrik“ zum Thema „Was kommt nach den Fallpauschalen?“ statt. Das Bündnis besteht derzeit aus den ver.di-Landesfachbereichen 03 Baden-Württemberg, Berlin-Brandenburg und Nordrhein-Westfalen, dem Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte, der Soltauer Initiative sowie Einzelpersonen und wendet sich gegen die Ökonomisierung des Gesundheitswesens und insbes. das deutsche System der Krankenhausfinanzierung durch sog. Fallpauschalen (DRGs). Schließlich lädt das Hamburger Bündnis für mehr Personal im Krankenhaus zu einem bundesweiten Treffen aller Bündnisse gegen den Pflegenotstand am 9./10. November ein.

Wichtig wäre, dass sich beide Konferenzen eingehend mit der Frage beschäftigen, wie der Stand der Bewegungen für mehr Personal im Krankenhaus ist und welche Strategie uns weiterbringen kann.

Flickenteppich an Aktionen und Initiativen

Grob gesagt gibt es 3 Stoßrichtungen: Lobbypolitik gegenüber den Regierenden, Tarifikämpfe und eine Ausrichtung auf Volksentscheide. Ver.di als potenziell mächtigste Kraft reitet mittlerweile auf allen drei Pferden. In Berlin gelang es dem Bündnis für mehr Personal im Krankenhaus, in der 1. Stufe des Volksentscheids für ein Volksbegehren, dem Senat mehr als doppelt so viele Unterschriften wie nötig (über 40.000) zu präsentieren. Der Senat prüft die Zulässigkeit des Antrags juristisch. Das kann eine Ewigkeit dauern. Wir unterstützen Volksentscheidsinitiativen kritisch und beteiligen uns nach Kräften an ihnen. Wir weisen aber darauf hin, dass selbst bei einem positiven Ausgang die Regierung(en) nicht daran gebunden ist/sind.

Streiken – aber richtig!

Wäre mit der gleichen Begeisterung, mit der zahlreiche Aktive sich jetzt für Volksentscheide ins Zeug legen, gestreikt worden, sähen die Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal bedeutend besser aus. Der Arbeitskampf an der Berliner Charité spielte eine Vorreiterrolle. Neuartige Streikformen (Bettenstreik, TarifberaterInnen) führten 2016 dort zu einem Tarifvertrag (TV) Entlastung. Die Achillesferse neben einer nur für Teilbereiche geltenden Personalregelung stellte jedoch die schwerfällige sog. Interventionskaskade dar.

Das Personal besaß keine Kontrolle über seine Arbeitsbedingungen, durfte z. B. keine Betten sperren. Nach einjährigem Testlauf kündigte ver.di den TV. Doch 2 Streiktage

im September 2017 führten zu keiner besseren Regelung. Das Beispiel ihres ins Stocken geratenen Paradeferds veranlasste darum mutmaßlich die ver.di-Bürokratie, die Gäule zu wechseln und das Terrain des ökonomischen Klassenkampfes zu verlassen – zugunsten bürgerlich-demokratischer „Kampf“formen. Doch das sind selbstgemachte Leiden!

Beachtlicher Teilerfolg

Seit Mai gibt es für 27.000 Beschäftigte an den 4 Universitätskliniken Baden-Württembergs eine Einigung über 120 neue „SpringerInnen“, wenn der Personalschlüssel unterschritten wird. In Düsseldorf und Essen währte die Tarifaufeinanderersetzung seit Juni.

Eine PatientInneninitiative sammelte 5.000 Euro und Unterschriften für die Unterstützung des Streiks. Während die VSG-Berlin-Beschäftigten auf sich allein gestellt streikten, war das hier anders. Es traten nahezu alle Berufsgruppen in den Ausstand, was erheblich dazu beitrug, alle Widrigkeiten zu überwinden (lange Streikdauer, anfänglich verweigerter Verhandlungsbereitschaft der Klinikdirektionen – zuständig sei die Tarifgemeinschaft der Länder, diese drohte mit Abbruch der Verhandlungen der Gehaltstarifrunde im gesamten öffentlichen Dienst der Länderbeschäftigten NRW).

Dieses vorbildliche Beispiel führte zu einem Schlichtungsergebnis, das mit über 70 % in der Urabstimmung angenommen wurde: bis Oktober 2019 je 180 Stellen mehr pro Haus, Auszubildende werden nicht auf den Schichtplan angerechnet, müssen unter Aufsicht einer Fachkraft arbeiten, 10 % ihrer Ausbildung besteht aus Praxisanleitung. Der Pferdefuß ähnlich wie an der Charité Berlin: Besetzungsregelung und Interventionsregime liegen in der Hand des Managements!

Fazit

1. Relativ isolierte Einzelstreiks des Pflegepersonals haben bisher mehr gebracht als alle Volksentscheidensinitiativen und Katzbackeln mit Unterschriftenlisten bei „der Politik“!
 2. Nicht Streiks sind das Problem, sondern ihre Beschränktheit! Für flächendeckende Vollstreiks wie z. B. während Gehaltstarifrunden, die auch alle anderen Beschäftigten des öffentlichen Dienstes einbeziehen! Kontrolle über Streik und Umsetzung des Ergebnisses durch die Basis (ArbeiterInnen- statt Managementkontrolle)! Einbeziehung aller Berufsgruppen! Wiedereingliederung der ausgegliederten Bereiche zu vollen TVÖD-Ansprüchen!
 3. Nicht die politische Bedeutung des Kampfs gegen Pflegenotstand ist falsch, sondern die Orientierung auf dessen VerursacherInnen als Erlösung! Wir brauchen unsere eigenen politischen Methoden: Für einen politischen Massenstreik gegen Pflegenotstand, ausgerufen durch den DGB! Weg mit den DRGs! Rückgängigmachung aller Privatisierungen! Einbeziehung aller Sektoren, auch der Altenpflege sowie PatientInnen und ihrer Organisationen! Personalbesetzungs- und Betriebsregelungen unter ArbeiterInnenkontrolle!
 4. Plan- statt Marktwirtschaft: Erstellung eines Plans für ein integriertes Gesundheits-, Rettungs- und Rehabilitationswesens von unten durch Beschäftigte und PatientInnen unter Hinzuziehung von ExpertInnen ihres Vertrauens! Weg mit Beitragsbemessungsgrenzen und Ausstiegsmöglichkeiten aus der gesetzlichen Krankenversicherung! Für Finanzierung des Plans durch progressive Steuern auf Gewinne und Vermögen!
-

Gesundheitswesen: Aufstand gegen Pflegenotstand

Bruno Tesch, Neue Internationale 231, September 2018

Die Gegenwehr gegen den Notstand in der Alten- und Krankenpflege ist zur Bewegung geworden, die das gesamte Bundesgebiet erfasst hat. Das hat die Demonstration Ende Juni in Düsseldorf bei der Konferenz der GesundheitsministerInnen und haben etliche Streiks seit 2015 an verschiedenen Kliniken gezeigt.

Am 22. September soll nun in Hamburg eine weitere große Demonstration stattfinden, die den Protest gegen die unhaltbare Situation für Personal und PatientInnen zum Ausdruck bringt. Organisiert wird diese Demonstration vom Hamburger Bündnis für mehr Personal im Krankenhaus. Dieses Bündnis umfasst mehrere Organisationen mit gewerkschaftlichem wie politischem Hintergrund (v. a. Linkspartei) sowie auch einzelne AktivistInnen aus dem inner- wie auch außergesundheitlichen Bereich. Ein halbes Dutzend Stadtteilgruppen sind gerade im letzten halben Jahr aufgebaut worden. Als Erfolg ist auch zu werten, dass der schwerfällige und senatsnahe DGB-Apparat in Hamburg zumindest in Worten ein Bekenntnis zum Anliegen des Bündnisses abgelegt hat. Unter dem Motto „Gute Pflege für alle – Menschenwürde vor Profit“ ruft es „PatientInnen und Angehörige, Beschäftigte in Krankenhäusern, Altenpflege und ambulanter Pflege, Hebammen, Reinigungskräfte, PhysiotherapeutInnen, ÄrztInnen, ApothekerInnen, privat Pflegende und alle solidarischen Menschen“ zur Demonstration auf.

Verengung

Der große Mangel an diesem Aufruf ist jedoch die damit verbundene Kampagne. Während es Ansätze zu Streiks und

Aktionen an den Krankenhäusern gab, verengt diese Ausrichtung der Kampagne die Aktivitäten auf einen Volksentscheid, um ein verbessertes Krankenhausgesetz zu erwirken. Dazu wurden bereits in der ersten Stufe, der Volksinitiative, 30.000 Unterschriften gesammelt. Dieser schwerpunktmäßige Ansatz bindet Kräfte, sein Ausgang ist ungewiss und kann sich, da das Verfahren gerichtliche Hürden zu überwinden hat, sehr in die Länge ziehen und die AktivistInnen ermüden. Außerdem verengt die Auseinandersetzung mit dem Senat und die Beschränkung auf Hamburger Verhältnisse die wirklich erfolgsversprechende Kampfperspektive und die kann nur in der Mobilisierung der Beschäftigten in den Betrieben und anderen gewerkschaftlichen Bereichen und deren Ausweitung auf das Bundesgebiet liegen.

Die Chancen dafür stehen eigentlich nicht schlecht, denn seit Ende Juli befinden sich wieder Krankenhausbeschäftigte im Streik, so z. B. in den Unikliniken Düsseldorf und Essen. Dort hat sich auch ein weiteres Bündnis gegen den Pflegenotstand frisch gegründet. Hier wäre also ein weiterer Anlass gegeben, eine bundesweite Koordination auf- und auszubauen, die sich die Vorbereitung eines flächendeckenden und gleichzeitigen Streiks zum Ziel setzt.

Die brisante Lage hat selbst die Bundesregierung erkannt und durch Gesundheitsminister Spahn (CDU) will sie die Ausbreitung von Infektionsherden des Unmuts unter den Beschäftigten unterbinden, indem die nochmalige Aufstockung von Pflegestellen auf 13.000 und die Einführung eines Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes eingebracht wird. Damit sollen natürlich nur Beruhigungspillen mit Placebo-Effekt verabreicht werden, denn diese Maßnahmen würden, so sie denn tatsächlich eintreten, weder am grundsätzlichen System noch an der finanziellen Belastung der PatientInnen etwas ändern. Schließlich hält Spahn eine Erhöhung der Pflegebeiträge für unumgänglich.

Die Geschichte der Krankenhausfinanzierung in Deutschland kennt über Zwischenetappen zwei wesentliche Wendepunkte.

Anfang der 1970er Jahre wurde das Abrechnungssystem umgestellt. Bis dahin wurden die Ausgaben für Krankenhäuser, ihre Einrichtungen und Behandlungen nach deren Bedarf vollständig staatlich gedeckt (Kameralistik). Ab 1972 erfolgte die Einführung eines sogenannten dualen Finanzierungssystems, bei dem sich die Kosten in Investitionsanteile, die von den Bundesländern aufgebracht werden sollen, und die Betriebs- und Behandlungskosten nach Pflegesätzen, die von den Krankenkassen, d. h. den Versicherten, getragen werden, aufspalteten. Die staatlichen Investitionen wurden daraufhin zurückgefahren und gedeckelt. Der Anteil für die Kassen, also für die Versicherten, an den Personalkosten stieg. Das Märchen von der „Kostenexplosion des Gesundheitswesens“ machte die Runde und ist bis heute nicht ausgerottet.

2002 kam dann die gesetzlich verordnete Öffnung des Krankenhausbereichs für die freie Konkurrenz. Ein Privatisierungsschub setzte ein. Die diagnosebezogene Fallpauschale (DRG) bei gleicher Budgetierung auch für die noch staatlichen Krankenanstalten regiert nun in einem profitorientierten Abrechnungssystem.

Der Hochrisikopatient Gesundheitswesen kann nur genesen, wenn

- alle größeren medizinischen Versorgungseinheiten wieder in öffentliche Hand überführt werden
- die Budgetdeckung und Abrechnungen nach lukrativen Gesichtspunkten, die „Fallpauschalen“, fallen
- Einsichtnahme in alle gesundheitsrelevanten Unterlagen durch gewählte berichtspflichtige und abberufbare Kontrollkommissionen gewährleistet ist
- Vergütung, Ausbildung, Dienstpläne, Schichten, Arbeitsbedingungen, Betreuungsquoten unter Beteiligung der Beschäftigten und PatientInnen erfolgen – keine Verhandlung über „Ober- oder Untergrenzen“ im Personalbereich

All dies muss unter ArbeiterInnenkontrolle vonstatten gehen.

Sie bietet die einzige Gewähr, dass diese Maßnahmen auch verwirklicht und eingehalten werden können. Vorbereitet werden muss dies durch die Verbindung der bisher noch losen Bündnisse, deren Zentralisierung und die Einleitung von gewerkschaftlichen Streikmaßnahmen, im Zuge dessen sich gewählte rechenschaftspflichtige Streikausschüsse formieren können.

Bundeskonferenzen in Stuttgart vom 19.-21. Oktober und Hamburg 9.-10. November könnten die Weichen für ein gemeinsames Handeln stellen.

GesundheitsarbeiterInnen demonstrieren für mehr Personal – Gegen leere Versprechen!

Anne Moll, Neue Internationale 230, Juli/August 2018

Am 20.6.2018 beteiligten sich laut Angaben der Gewerkschaft ver.di 4000 Beschäftigte an einer Kundgebung in Düsseldorf anlässlich eines Treffens der GesundheitsministerInnen aus Bund und Ländern zu den Themen Organspenden, Patientenorientierung und Pflegeberufsreform. Laut Berechnungen ver.dis fehlen bundesweit 80.000 Pflegekräfte, allein in Nordrhein-Westfalen (NRW) rund 18.000. Die Beschäftigten gingen für die Forderungen ihrer Gewerkschaft im Rahmen der Kampagne „Entlastung“ auf die Straße.

Ver.di hatte selbst nur mit 1.500 TeilnehmerInnen gerechnet. Doch es kamen mehr als doppelt so viele aus allen Bundesländern. Die Stimmung war kämpferisch, es beteiligten sich außer Pflege- und Servicekräften auch PhysiotherapeutInnen, Hebammen und auffällig viele Azubis. Die Gewerkschaftsjugend rollte einen roten Teppich aus, als die MinisterInnen ihr Erscheinen ankündigten. Doch die Jugendlichen liefen selbst darüber. Er wurde bei Bundesgesundheitsminister Jens Spahns Erscheinen demonstrativ eingerollt – eine herrliche Aktion!

An politischen Gruppen waren vertreten: DIE LINKE, SAV, DKP, SDAJ, ArbeiterInnenmacht u. a. Die Linkspartei machte gut Stimmung mit Megaphonen: keine Profite mit unserer Gesundheit! Ihr Vorsitzender Riexinger hielt eine Rede an die DemonstrantInnen. Aufs Podium war er nicht geladen, obwohl seine Partei zum Thema Pflege ein für ihre Verhältnisse ordentliches Engagement an den Tag legt. Zuletzt erschienen z. B. am 29. Juni 2018 mehr als 100 GewerkschafterInnen und PflegeaktivistInnen zu einer entsprechenden Thementagung der Bundestagsfraktion in Berlin. Offenkundig wollte ver.di „ihre“ SPD nicht brüskieren.

Von der Bühne sprachen u. a. Spahn und NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (beide CDU). Spahn betonte, er könne die Fehler der letzten Jahre nicht von heute auf morgen ändern, er habe aber ein Personalbemessungsgesetz in der Schublade, worüber jetzt verhandelt werden solle. Auch Laumann forderte eine Erhöhung des Personalschlüssels, bemängelte die besonders schlechte Bezahlung der AltenpflegerInnen und besaß die Dreistigkeit, die Kundgebung als Unterstützung für die GesundheitsministerInnen auszulegen. Wie viele zusätzliche Pflegekräfte nach Ansicht der beiden Politiker finanziert werden sollen, darüber schwiegen sie. Die im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung gehandelten Zahlen belaufen sich auf 8.000 – weniger als ein Zehntel der benötigten Stellen!

Wie sich ver.di Gegenwehr denkt

Hauptrednerin Sylvia Bühler, Mitglied des ver.di-Bundesvorstands und Leiterin des Fachbereichs 13 „Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen“ betonte immer wieder die Situation der Pflege, dass alle Verständnis hätten und sich jetzt etwas verbessern müsste. Doch konkrete Schritte gab sie nicht an. Wen wundert's angesichts der vom ver.di-Apparat nur auf Sparflamme betriebenen Kampagne „Entlastung“. Wir berichteten über die Brems- und Lobbypolitik der Gewerkschaftsführung in mehreren Ausgaben dieser Zeitung. Doch die Kampagne ist bis jetzt trotz aller Untätigkeit und sozialpartnerschaftlichen Kompromisslerei der Gewerkschaftsspitzen, trotz ihrerseits gebremst geführter oder zugunsten von Verhandlungen abgewürgter (Warn-)Streiks nicht zum Erliegen gekommen. Dies ist dem Druck der Mitgliederbasis zu verdanken, der sich auch in Düsseldorf klar zeigte und auf den selbst Politikerinnen vom Schlage Laumanns und Spahns reagieren müssen. Im Vergleich zu viel größeren Demonstrationen wie im September 2007 in Berlin hat diese einen Schritt heraus aus der Sozialpartnerschaft getan. Damals wurde im Schulterchluss mit den Arbeit„geberInnen“ demonstriert, für mehr Geld für die Krankenhäuser gebettelt. Es gab damals nur einen winzigen oppositionellen Block mit Beteiligung einiger Betriebsgruppen und oppositionellen Vertrauensleuten, der damals klar auf die Gefahren eines Schulterchlusses mit den Krankenhausträgern hinwies: Kein Schulterchluss mit den Arbeit„geberInnen“! Die Demonstration in Düsseldorf wurde von ihnen nicht unterstützt, auch wenn die Gewerkschaftsspitze sich ungebrochen an die Sozialpartnerschaft klammert.

Noch wichtiger: zeitgleich mit der Aktion der Beschäftigten streikten ihre KollegInnen in Essen, im Saarland und an den Düsseldorfer Unikliniken. Dort beteiligten sich rund 500 MitarbeiterInnen an einem 48-stündigen Warnstreik. Zwei Drittel der geplanten Operationen in diesem Zeitraum mussten

ausfallen, Küche und Patiententransport arbeiteten ebenfalls höchstens für Notfälle. Ver.di drohte mit einem unbefristeten Streik – dies ist die einzige Sprache, die auch die Arbeit„geberInnen“ verstehen!

Gesundheitsministerkonferenz am 20. Juni in Düsseldorf: Gewerkschaften rufen zum Protest

Anne Moll, Neue Internationale 229, Juni 2018

Die letzte Große Koalition hat die Krise im Gesundheitswesen ausgesessen – zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in allen Bereichen der Gesundheits-, Pflege- und Erziehungsberufe hat sie nichts getan. Die „neue“ Koalition aber will es anders machen! Gesundheitsminister Spahn verkündet: „Wir haben das Problem erkannt“.

Er verspricht „Reformen“ – oder, genauer, droht damit: Schließungen von Notfallambulanzen, Ausweitung der Praxisstunden für ÄrztInnen, Einführung der Hebammenausbildung an Hochschulen, Einführung einer generalisierten Pflegeausbildung und damit praktisch die Abschaffung der Kinderkrankenpflege. Außerdem verspricht er, höhere Löhne für die Pflegeberufe und bundesweit 8.000 oder vielleicht „sogar“ 13.000 zusätzliche Stellen in der Altenpflege zu schaffen. Eine Arbeitszeitverkürzung von 20 % bei vollem Lohnausgleich wird zwischendurch erwogen ... Vielleicht sollen die Pflegeberufe aus der Krankenhausfinanzierung rausgenommen werden? Und gleichzeitig sollen die Krankenkassenbeiträge

sinken, ...

Der neue Gesundheitsminister präsentiert sich nicht nur als Reformler, er schlägt auch – frei nach dem Motto „Viel hilft viel“ – einander widersprechende Maßnahmen vor. Wird die Gesundheitsministerkonferenz dazu beitragen, dass die Versorgung von Pflegebedürftigen und Kranken besser wird?

Das darf angezweifelt werden. Alles, was wir von den EntscheidungsträgerInnen hören, ist nichts weiter als billiger Populismus und weit entfernt von guten Lösungen. Wundern muss uns das nicht, denn mit der Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups) 2004 (der Abrechnung nach sog. „Fallpauschalen“) wurden die politischen Weichen für eine Verschlechterung der Gesundheitsversorgung gestellt und das Ergebnis wird zunehmend sichtbar. Ändern kann sich das nur durch massiven Druck der Beschäftigten.

Und ver.di?

Seit es beachtliche Streiks für mehr Personal im Krankenhaus an der Berliner Uniklinik Charité 2015 und 2017 gab, hat sich die Gewerkschaft ver.di diesen Themas mit einer bundesweiten Kampagne angenommen. In mehreren Städten gibt es Bündnisse für mehr Personal im Krankenhaus. In den letzten 14 Monaten fand einiges an Aktionen, Öffentlichkeitsarbeit und fanden auch Demonstrationen und Streikaktionen statt.

Dass auch diese alles in allem doch recht schwachen und auf wenige Krankenhäuser beschränkten Aktivitäten schon für Druck gesorgt haben, zeigt die Reaktion von den Krankenhausbetreibergesellschaften, aber auch das schnelle Einlenken der ver.di-FunktionärInnen bei Konflikten. So wurde versucht, Demonstrationen und Warnstreiks zu verbieten. Ver.di hat bei Verhandlungsangeboten die Aktionen zumeist ausgesetzt. Nirgendwo versuchen die Gewerkschaftsführung und der Apparat, die aktiven Beschäftigten auf weitere Streikaktionen vorzubereiten.

Das zeigt erstens, dass die politischen Absichtserklärungen, etwas zu verbessern, vor allem Beruhigungspillen für alle im Gesundheitssystem Beschäftigten sind, und zweitens, dass ver.di dabei die Rolle einer Vermittlerin und auch einer Kontrollinstanz spielt. Die Kraft der Beschäftigten, sollten sie gemeinsam bundesweit für bessere Arbeitsbedingungen kämpfen, wird von der gesamten Branche und der Regierung gefürchtet. Es gibt durchaus enormes Potential, die Belegschaften auf die Straße zu bringen. Doch zugleich zeigen sich die Schwierigkeiten auch bei der Vorbereitung und Mobilisierung zur Demonstration am 20. Juni. Ver.di ruft zur Demonstration gegen die Gesundheitsministerkonferenz auf und stellt auch durchaus richtige Forderungen. Aber die Mobilisierung findet nicht flächendeckend, sondern mit sehr unterschiedlicher Intensität statt. In vielen Städten wird fast nichts dafür getan. Vor allem aber gibt es keine Kampfperspektive über die Demonstration hinaus. Die Gewerkschaftsführungen versuchen allenfalls, über Volksbegehren und andere Initiativen politische Dynamik zu entfalten, während die Perspektive eines politischen Streiks für mehr Personal, gleiche Arbeitsbedingungen und höhere Löhne, hinreichende Ausfinanzierung, Enteignung der Gesundheitskonzerne und Verbesserung der Gesundheitsversorgung nicht thematisiert wird.

Dabei ist die schlechte Situation in Krankenhäusern und in der Pflege einer breiten Öffentlichkeit bewusst. Die LINKE will eine dauerhafte Kampagne zu diesem Thema machen. Das müsste ver.di eigentlich nutzen und die betrieblichen und gewerkschaftlichen Kampagnen damit verbinden. Auch die SPD müsste unter Druck gesetzt werden, dass sie sich an öffentlichen Kampagnen beteiligt. Doch dazu braucht es auch in ver.di einen Kurswechsel.

Jetzt mehr Personal!

Und zwar überall, das heißt einheitlich und bundesweit! Für

alle, das heißt für alle Bereiche und alle Berufsgruppen. Genug Personal heißt: für eine bedarfsgerechte Versorgung und gesunde Arbeitsbedingungen, kontrolliert von den Beschäftigten! Der Kampf dafür muss aber gerade auch von ver.di systematisch organisiert werden. Wir schlagen vor:

- Bildet überall Betriebsgruppen und Aktionskomitees, wo es noch keine gibt! Fordert von ver.di aktive Unterstützung!
- Für eine bundesweite Aktionskonferenz aller Betriebs- und Aktionsgruppen, um einen landesweiten Aktionsplan zu erstellen, der in einen gemeinsamen Streik zum Erkämpfen dieser Forderungen mündet!

Neustrukturierung von Ver.di – Sinnvolle Reform oder bürokratische Flickschusterei?

Helga Müller, Neue Internationale 229, Juni 2018

Seit Jahren entwickelt ver.di neue Projekte, um dem Mitgliederschwund und der schwindenden Bindung der Gewerkschaft in den Branchen entgegenzuwirken. Die letzte nannte sich „ver.di wächst“. Als die Pilotphase in Bayern vor ca. einem Jahr gerade abgeschlossen wurde und die Umsetzung in den diversen Landesbezirken anlief, kam dann der Bundesvorstand am 23. Juni 2017 mit einem neuen Papier daher. Es trägt die Überschrift: „Position des Bundesvorstandes zur Zukunft der Fachbereiche in ver.di“.

Veränderungen

Alle bisherigen Projektvorhaben sind mehr oder weniger kläglich gescheitert. Nicht in allen, aber in vielen Fachbereichen stagnieren Mitgliederzahl und damit auch Beitragseinnahmen weiterhin, von denen wiederum die Finanzierung des Apparates abhängt. Dies hat unterschiedliche Ursachen: Im bisherigen ver.di-Fachbereich 8, in dem vor allem die bei Medien Beschäftigten organisiert sind, liegt es u. a. auch an der ständigen Umstrukturierung der Branche, verändertem Mediennutzungsverhalten der LeserInnen, Abbau von Überkapazitäten im Druckbereich und Konzentrationsprozessen, die für den Kapitalismus charakteristisch sind.

Aber ver.di umfasst im Gegensatz z. B. zur IG Metall auch Branchen wie den Erziehungs- und Pflegebereich, die traditionell nicht gut organisiert sind. Das hat sich aber in den letzten Jahren radikal verändert, weil der Druck auf die Beschäftigten enorm zugenommen hat. Traditionell gut organisierte Bereiche wie die Müllabfuhr sind privatisiert und damit zersplittert worden und entsprechend auch die Tarifverträge. Statt eines großen gemeinsamen Tarifvertrages wie den BAT – gibt es jetzt viele kleine Spartentarifverträge, die unterschiedliche Laufzeiten haben.

Aber auch die Tarifpolitik von ver.di trägt maßgeblich dazu bei, wie dies auch die letzten Tarifrunden im öffentlichen Dienst gezeigt haben. Kampagnen wie für die Entlastung in den Krankenhäusern setzten nicht auf die vollständige Kampfkraft und den Kampfeswillen der Beschäftigten, um die Forderungen der KollegInnen z. B. nach mehr Personal durchzusetzen, sondern endeten immer wieder in faulen Kompromissen mit den Geschäftsführungen, was selbst eine auslaugende Wirkung auf die Arbeitenden hat.

Projekt des Bundesvorstandes

Der Bundesvorstand möchte in dieser Situation, dass aus bisher 13 Fachbereichen vier etwa gleich große entstehen. Vor allem der neue Fachbereich A (Arbeitstitel) ist sehr umstritten. Dieser soll aus den bisherigen Fachbereichen 1 (Finanzdienstleistungen), Fachbereich 2 (Ver- und Entsorgung), Fachbereich 8 (Medien und Industrie) und Fachbereich 9 (Telekommunikation) bestehen. Der ursprünglich auch für einen neuen Fachbereich A vorgesehene Bereich 5 (Bildung, Wissenschaft und Forschung) hat entschieden, sich dem neuen Fachbereich B anzuschließen. Vor allem die ehrenamtlichen KollegInnen des Fachbereichs 8 befürchten, in diesem neuen großen Gebilde unterzugehen und an Fachkompetenz zu verlieren, was gerade in diesem Bereich für die Gewinnung neuer Mitglieder sehr wichtig ist aufgrund der Konkurrenz zu anderen Gewerkschaften. Auch der neue Fachbereich B, der hauptsächlich aus denen des öffentlichen Dienstes neu entstehen soll, ist in der Gesamtorganisation umstritten, da bei Entstehung von ver.di die ehemalige ÖTV auf verschiedene Fachbereiche verteilt wurde, damit sie nicht zu viel (tarif-)politische und finanzielle Macht in ver.di erhält.

Der neue Fachbereich C, der aus den bisherigen Fachbereichen 10 (Postdienste, Spedition, Logistik) und 12 (Handel) entstehen soll, wird wohl nicht zustande kommen, da der Fachbereich 12 die Art und Weise des Umstrukturierungsprozesses ablehnt. Allein der bisherige Fachbereich 3 (Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen) bleibt als neuer Fachbereich D bestehen, da dies der einzige ist, der neue Mitglieder gewinnt und nach Einschätzung des Bundesvorstandes gute Zukunftschancen hat.

Die Art und Weise und auch der Vorschlag des Neuzuschnitts sind in den meisten Fachbereichen auf heftigen Widerstand gestoßen – vielleicht mit Ausnahme derer aus dem öffentlichen Dienst, die jetzt die Chance haben, wieder als einer zu

agieren, was sicherlich auch sinnvoll ist. Gerade im Fachbereich 8 wird kritisiert, dass zu wenig Zeit ist, um über den Vorschlag zu diskutieren und Änderungen einzubringen. So kritisiert der Bezirksvorstand des ver.di-Bezirks München und Region in einem Schreiben an den Bundesvorstand und den Gewerkschaftsrat vom 26.7.17, dass „eine neue Fachbereichsstruktur vorrangig nach Branchen-, Betriebs- und Konzernstrukturen, entlang der Wertschöpfungsketten und gemäß der tarifvertraglichen Zusammenhänge zu gestalten“ sei.

Offene Fragen

Viele Fragen sind noch offen. So ist bis heute unklar, was aus der sogenannten 4. Ebene wird,. Das sind die Ortsvorstände oder Betriebsgruppen, die die untersten Organe der Gewerkschaft darstellen und in denen sich einfache Mitglieder organisieren können. Unklar ist auch, wie in den verschiedenen Fachbereichen die Tarifpolitik ausgerichtet werden soll. So gibt es beim Fachbereich 8 noch Branchentarifverträge, die aber stark unter Druck geraten, da die „Arbeitgeber“verbände vor allem im Medienbereich kein großes Interesse daran weiter haben. Im Fachbereich 9 dominiert der Konflikt bei der Telekom die Tarifauseinandersetzung – was nichts anderes als ein Haustarifvertrag ist. Die anderen Betriebe und Konzerne der Telekommunikation spielen hier kaum eine Rolle. Wenn sich in dem neuen Fachbereich A diese Orientierung durchsetzt, würde das in ver.di größere Probleme heraufbeschwören und bestehende nur in einer neuen Form reproduzieren.

Nach den Vorstellungen des Bundesvorstandes sollen der Prozess der Neustrukturierung der Fachbereiche bis 2023 abgeschlossen und die neuen Strukturen bei den Organisationswahlen 2022/23 bereits umgesetzt sein.

Im Jahr 2017 wurde zwar die Diskussion auf der Ebene der Bezirke und Landesbezirke geführt – durchaus sehr kritisch auch mit Mitgliedern aus dem Bundesvorstand, aber bis auf wenige kosmetische Änderungen an dem Zuschnitt hat sich an den

Vorhaben, wie im Papier des Bundesvorstandes skizziert, nichts geändert. Kein Wunder, dass der anfängliche Widerstand gegen dieses Projekt bei den ehrenamtlichen Mitgliedern in Resignation umgeschlagen ist. Mittlerweile sind die Diskussion und Entscheidung auf die Gremien der Bundesebene verlagert worden. Einfache aktive Mitglieder haben keine Chance mehr, an dem Prozess etwas zu ändern.

Echtes Problem – bürokratische Antwort

Es spricht nichts dagegen, dass sich der Bundesvorstand 17 Jahre nach Gründung von ver.di Gedanken macht, wie ihre „Geburtsfehler“ geändert werden und sich die Strukturen mehr an die neuen Gegebenheiten anpassen können. Im Grunde sind die Fachbereiche nichts anderes als die Widerspiegelung der in ver.di eingegangenen Gewerkschaften mit Ausnahme der ÖTV, die auf verschiedene Fachbereiche aufgeteilt wurde. Genauso wenig spricht etwas dagegen, dass sich der Bundesvorstand Gedanken machen muss, wie man die Mitgliederbeiträge stabilisiert, wenn sie ständig zurückgehen und der Apparat auf dieser Grundlage nicht mehr zu finanzieren ist. Auch spricht nichts dagegen, dass sich eine Gewerkschaft neu strukturiert, wenn sich die sogenannte Wertschöpfungskette ändert oder neue technische Entwicklungen wie die im Papier des Bundesvorstandes viel zitierte Digitalisierung Auswirkung auf den Zuschnitt von Branchen haben.

Im Gegenteil, in einer solchen Situation ist es sogar dringlich notwendig, dass sich eine Gewerkschaft neu strukturiert und aufstellt, um ihre gewerkschaftliche Kampfkraft und Durchsetzungsfähigkeit zu erhalten. Wir meinen auch, dass dies eine Aufgabe wäre, die sich ver.di stellen müsste. Dies würde aber nicht nur ver.di selbst betreffen, sondern auch andere Gewerkschaften. Z. B. im Bereich der Logistik ist die IG Metall seit längerem relativ erfolgreich, ver.di zu verdrängen. Notwendig wäre es also, sich im gesamten DGB-Bereich Gedanken zu machen, wie sich die neuen technischen

Entwicklungen und die Wertschöpfungskette insgesamt, dazu gehört die Digitalisierung vorrangig (s. auch die ganze Diskussion um Industrie 4.0), auch in den Strukturen der Gewerkschaften niederschlagen und diese entsprechend neu ausgerichtet werden können.

Letzten Endes ging es beim Vorhaben des Apparates aber nie wirklich um die Neuausrichtung der Gewerkschaften aufgrund neuer Branchenzuschnitte und technischer Entwicklungen, sondern darum, wie am besten bei den hauptamtlichen FunktionärInnen der unteren und mittleren Ebene eingespart werden kann. Gerade in den Bezirken fehlen aber ausreichend GewerkschaftssekretärInnen, um die Betriebe und tarifpolitischen Auseinandersetzungen sinnvoll betreuen zu können, geschweige denn, um verloren gegangene Betriebe wieder in die gewerkschaftlichen Strukturen zu integrieren oder gar neue Betriebe und Branchen für die Gewerkschaft zu erschließen.

Im Grunde hat sich in den 17 Jahren Existenz von ver.di nichts geändert: War die Gründung von ver.di schon aus der Not geboren, da die kleinen Gewerkschaften wie die IG Medien aufgrund ihres Mitgliederrückgangs gezwungen waren, sich in einen größeren Verband einzubringen, um nicht unterzugehen, stellt auch der neue Vorschlag des Bundesvorstandes nichts anderes dar. Anstatt auf die Ursache des Mitgliederschwundes zu reagieren, wird ein rein technokratisches Programm – vier ungefähr gleich große Fachbereiche mit einer ähnlichen Personalausstattung – durchgeführt, um die Probleme oberflächlich zu beheben.

Hier rächt sich, dass es in ver.di keine starke sichtbare politische Kraft gibt, die auf einer klassenkämpferischen Basis in der Lage ist, eine Alternative für eine neue und notwendige Neustrukturierung von ver.di und der gesamten Gewerkschaftsbewegung aufzuzeigen.