

GesundheitsministerInnenkonferenz in Leipzig: Protest mit angezogener Handbremse

Jürgen Roth, Infomail 1058, 8. Juni 2019

Am 5. Juni tagte die alljährlich stattfindende Konferenz der GesundheitsministerInnen des Bundes und der Länder, diesmal in der sächsischen Metropole. Angesichts des akuten Pflegenotstands mobilisierte die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di bundesweit zum Protest. 1.300 Pflegekräfte aus Krankenhäusern, Altenheimen und Rehaeinrichtungen marschierten vom Ankunfts- zum Tagungsort beim Steigenberger-Hotel und mussten mehr als 3 Stunden bei brütender Hitze auf die Ankunft des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn und seiner sächsischen Kollegin Barbara Klepsch (beide CDU) warten.

Sie mussten durch ein von zahlreichen Kolleginnen gebildetes Spalier schreiten. Ver.di hatte in Form eines olympischen Briefes von 400 m Länge zahlreiche Unterschriften von Pflegekräften mit der Aufforderung zum Handeln gegen den Pflegenotstand gesammelt. Diese Papierschlange ahmte symbolisch den Stafettenlaufs des in Athen entzündeten olympischen Feuers nach. In den letzten Monaten waren Unterschriften in Hunderten von

Pflegeeinrichtungen gesammelt worden, die den beiden PolitikerInnen in Leipzig überreicht wurde.

Pflegealltag und –„reformen“

Laut ver.di fehlen allein in der Krankenpflege 80.000 Stellen. Die Bertelsmann-Stiftung prognostiziert, dass angesichts einer steigenden Zahl von Pflegebedürftigen in 10 Jahren 500.000 Vollzeitkräfte in der Pflege vakant sein werden. Spahn und Klepsch durften zur versammelten Schar sprechen. Der Bundesgesundheitsminister wäht die Große Koalition auf einem guten Weg. Er nannte als Belege die neue Untergrenzenregelung (PpUVG) und das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG). Ver.di-RednerInnen wiesen darauf hin, dass das PpUVG ganz und gar keine Früchte getragen habe, sondern vielmehr die Untergrenzen des schlechtest besetzten Viertels der 4 Bereiche, die unter dieses fallen, jetzt zu neuen Regelbesetzungen auch in den anderen 3 Vierteln mutiert sind! Folglich kassierte der Bundesminister Pfiffe für seine Auslassungen.

Mit Händen und Füßen währte sich Spahn gegen die lautstark geforderte Abschaffung der Fallpauschalen (DRGs). Schließlich sei doch die Pflege ab 2020 davon ausgenommen und das schaffe doch keine einzige neue Pflegekraft am Krankenbett. Beide

Behauptungen sind reine Demagogie. Die Pflege wird lediglich aus den allgemeinen Fallpauschalen herausgenommen. Das viel subtilere Damoklesschwert neuer Pflege-DRGs hängt weiter über Köpfen und Rücken der Beschäftigten. Selbst wenn diese noch nicht gleich ab 2020 eingeführt werden sollten, erfolgt bestenfalls eine Rückkehr zu einem bürokratischen Prozess eines gedeckelten Pflegebudgets. Schon das Pflegestellenförderprogramm 2016 und 2017 musste so hohe bürokratische Hürden überwinden, dass dessen Mittel nur zur Hälfte abgerufen wurden. So richtig es ist, dass mit der neuen Regelung ab 2020 noch keine einzige Pflegekraft neu eingestellt wird – dafür müsste zunächst das Wiederinkrafttreten der gesetzlichen Pflegepersonalregelung her –, so sehr „vergisst“ Spahn, dass die Konferenz dies weiterhin kategorisch ablehnt. Er unterschlägt auch, dass diese Arbeitsbedingungen und Bezahlung Pflegekräfte nach durchschnittlich 12 Jahren zur Flucht aus ihrem Beruf zwingen und ihre Rückkehr erschweren. Es sind nicht Faulheit und Unwille der Beschäftigten, die für den Notstand verantwortlich zeichnen, sondern die marktwirtschaftliche Durchdringung des Gesundheits(un)wesens und die Politik ihrer ClaqueurInnen und HelfershelferInnen in den Ministeriumsetagen – zuvorderst in der Person des Bundesgesundheitsministers selbst! Auf die Pferdefüße seiner Reformen haben wir schon in [„Stückwerk Pflegepolitik“](#) hingewiesen.

Konzertierte Aktion Pflege

An dieser waren mehr als 50 Verbände – Arbeit„geber“Innen, Gewerkschaften, VertreterInnen von Pflegeberufen und –bedürftigen – beteiligt.

Die am 4. Juni vorgestellten Ergebnisse versprechen bundesweite Tarifverträge für Beschäftigte in der Pflege und die gleiche Bezahlung in

Ost und West. Die
auf Initiative von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn sowie
seinen
SPD-KollegInnen Familienministerin Franziska Giffey und
Arbeitsminister
Hubertus Heil im vergangenen Jahr gestartete Aktion will dem
Fachkräftemangel
in dieser Branche neben höherer Bezahlung auch durch mehr
Auszubildende,
Ausbildungseinrichtungen (bis 2012 um 10 %) und
Weiterbildungsplätze
(5.000) entgegenwirken. Zudem soll die Anwerbung von
ausländischen Fachkräften
forciert werden, u. a. durch eine Fach- und Sprachausbildung
in deren
Herkunftsländern. LINKE-Chef Riexinger bemängelt nur eine zu
knapp bemessene
Zusatzfinanzierung – das Fallpauschalensystem als Wurzel der
neoliberalen
Umgestaltung kritisiert er nicht. Sozialverbände warnen vor
erhöhten
Eigenbeteiligungen der Pflegebedürftigen zur Finanzierung.
Maria Loheide,
Vorstand Sozialpolitik der Diakonie Deutschland, mahnt eine
zeitnahe
Pflegerreform an.

Gewinnerin Altenpflege?

Tatsächlich ist bei der Konzertierte Aktion gar kein Gesetz
zustande gekommen. Es gibt lediglich 200 Seiten Papier mit
Zusagen der
Mitarbeitenden. Deren Kernaussage – bessere Bezahlung für
Altenpflegekräfte –

klings zunächst einmal gut. Fachkräfte kamen hier 2017 im Mittel auf 2.740 Euro brutto monatlich (KrankenpflegerInnen: 3.340 Euro), unausgebildete AltenpflegerInnen nur auf 1.940 Euro. Und dies ist nur der Durchschnitt: gerade private Träger weichen davon oft deutlich nach unten ab.

Eine Mehrheit der Kommissionsmitglieder setzt sich sogar für eine Allgemeinverbindlichkeitserklärung eines Tarifvertrags (TV) für die Altenpflege ein, der dann für alle Betriebe gälte. Derzeit gilt verbindlich nur ein Altenpflegemindestlohn von 10,55 Euro Ost bzw. 11,06 Euro West. Bevor Minister Heil das Arbeit„nehmer“entsendegesetz ändern lassen kann, auf dessen Grundlage dann der TV für die gesamte Altenpflegebranche gelten könnte, fehlen wichtige Verbündete wie die kirchlichen Träger, der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) und das Deutsche Rote Kreuz, die sich laut Abschlussbericht der Konzentrierten Aktion gegen den Weg der Allgemeinverbindlichkeitserklärung ausgesprochen haben.

Ver.di: darf's ein bisschen mehr sein?

Ver.di hat bereits im Januar 2019 seine Forderungen für die Altenpflegestundenlöhne vorgestellt: 16 Euro Einstiegsstundenlohn für Examinierte und 12,84 Euro für Ungelernte. Doch Durchsetzungskraft und -wille

der Gewerkschaft lassen im Pflegebereich zu wünschen übrig!
Die Aktion in
Leipzig gerade 1.300 Mitglieder auf die Beine – ein maues
Ergebnis für eine
bundesweite Mobilisierung. Letztes Jahr in Düsseldorf waren es
noch 5.000 – 6.000.
Zugegeben, ziemlich zeitgleich fanden die Streiks an den
Unikliniken Essen und
Düsseldorf statt. Aber schon bei der Pflegekonferenz in
Hamburg und auf der
Streikrechtskonferenz in Braunschweig wurde deutlich, dass
auch der linke Teil
des Apparats keine Großdemo an einem Wochenende gegen den
Pflegenotstand wollte
und diesen Vorschlag gegen Leipzig ausspielte. Statt sich auf
eine solche
bessere Art von Lobbypolitik und auf das fast ebenso stumpfe
Instrument des
Volksentscheids – just in Hamburg gescheitert – zu
konzentrieren, gilt es, eine
gesetzliche Pflegepersonalbemessung gemäß der eigenen Vorgaben
an fehlenden
Stellen zu erstreiken. Dieses Instrument, nicht nur das des
Lohn-Tarifvertrag,
muss auch für Altenpflege und Reha erkämpft werden! Statt auf
eine
Allgemeinverbindlichkeitserklärung zu warten, muss eine
Großdemonstration,
vorzugsweise an einem Wochenende im Herbst, her sowie eine
gewerkschaftliche
Konferenz fürs gesamte Gesundheitswesen, die diese Forderungen
bündelt und mit
dem Kampf für einen auskömmlichen und verbindlichen Lohntarif
in der
Altenpflege in Form eines Vollstreiks verbindet. Heiße Luft
hatten wir in
Leipzig schon genug durchs Wetter. Dafür brauchen wir keine

Gewerkschaft. Die
muss ihren Namen mit dem Feuer des Klassenkampfes verdienen,
sonst bleibt sie
nur Treibhausgas!

Wie weiter im Kampf gegen den Pflegernotstand?

*Gegenwehr! Betriebs- und Gewerkschaftsinfo der Gruppe
ArbeiterInnenmacht, Mai 2019, Infomail 1053, 3. Mai 2019*

An Wochenende des 4./5 Mai treffen
sich diverse Pflegebündnisse, die sich landauf landab
gegründet haben zur
Unterstützung der KollegInnen – insbesondere des
Pflegepersonals -, die für die
Durchsetzung von Tarifverträgen für ausreichend Personal in
den Krankenhäusern
kämpfen.

Nach nunmehr 3 Jahren Kampf an
den Kliniken müssen wir feststellen, dass sich an den
miserablen
Pflegebedingungen dort nichts Wesentliches geändert hat, der
Pflegernotstand
existiert weiter,

- auch wenn in 13 Krankenhäusern – allesamt Unikliniken – Tarifverträge oder schuldenrechtliche Abkommen für mehr Personal durchgesetzt werden konnten. In allen Krankenhäusern lässt sich jedoch feststellen, dass die erkämpften Stellen von den Krankenhausleitungen nicht eingerichtet werden, sie erfinden allerlei Tricks, um die Regelungen zu umgehen;
- auch wenn Gesundheitsminister Spahn mit einigen gesetzlichen Regelungen auf den gesellschaftlichen Druck reagieren musste – zum einen mit dem sog. Pflegepersonalstärkungsgesetz und der Personaluntergrenzenverordnung. Keine dieser Regelungen hat bisher zu einer Milderung der miserablen Personalsituation in den Krankenhäusern geführt.

Schon diese kleine Bilanz des Kampfes um mehr Personal zeigt, dass es an diesem Wochenende darum gehen muss zu diskutieren, welchen Beitrag die Pflegebündnisse leisten können, um die Durchsetzung von mehr Personal an den Kliniken auch tatsächlich Realität werden zu lassen.

Dabei geht es aus unserer Sicht vor allem um drei Fragestellungen:

- Wie kann der große gesellschaftliche Druck – der mit den 100.000en von Unterstützungsunterschriften für die Volksbegehren gegen Pflegenotstand in Berlin, Hamburg, Bremen und Bayern zum

Ausdruck kam – mit den gewerkschaftlichen Kämpfen für mehr Personal in den Krankenhäusern verbunden werden?

Erst wenn die Kämpfe in den Krankenhäusern und der Wille der großen Mehrheit der Lohnabhängigen, RentnerInnen und Jugendlichen, die eine gute Gesundheitsversorgung brauchen, zusammengeführt werden, wird es möglich sein, tatsächliche Schritte in Richtung einer bedarfsgerechten Personalausstattung in allen – ob öffentlich finanzierten oder privatwirtschaftlich organisierten – Krankenhäusern durchzusetzen. D. h. ein politischer Kampf, ein politischer Massenstreik bis hin zum Generalstreik ist notwendig, um eine bedarfsgerechte Personalausstattung in den Krankenhäusern durchzusetzen, und zwar gegen den Willen der Klinikleitungen, der großen Gesundheitskonzerne und der Regierungen, die es erst möglich gemacht haben, dass die Krankenhäuser nach Profitinteressen und nicht nach dem wirklichen Pflegebedarf der PatientInnen und entsprechend guten Arbeitsbedingungen für das Personal ausgerichtet wurden.

- Wie kann die Diskussion in ver.di und in den Belegschaften forciert werden, die gesamte Kraft aller Belegschaften aller Krankenhäuser in den Kampf um eine bedarfsgerechte Personalausstattung in den

Krankenhäusern zu führen?

Dass der Druck aus den Belegschaften für mehr Personal nach wie vor existiert, zeigt der Beschluss des Bundesvorstandes des Fachbereichs 03 in ver.di vom Oktober letzten Jahres: Hier wird gefordert, die ver.di-Kampagne Entlastung/mehr Personal in den Krankenhäusern fortzuführen und auf weitere Krankenhäuser auszuweiten. In dem Papier werden Kriterien aufgezählt, die notwendig sind, um eine Belegschaft durchsetzungsfähig zu machen. Trotz dieses begrüßenswerten Beschlusses existiert nach wie vor das Manko, das von Anfang an diese Kampagne belastet hat: Die ver.di-Verantwortlichen beziehen nach wie vor nur vereinzelte Belegschaften aus den Krankenhäusern in den Kampf mit ein, die sich dann isoliert mit ihrem Management auseinandersetzen dürfen. Notwendig und sinnvoll wäre es aber, wenn der ver.di-Bundesvorstand und die ver.di-Verantwortlichen jetzt die Initiative ergreifen würden, Schritt für Schritt alle Krankenhäuser gemeinsam, zum gleichen Zeitpunkt und bundesweit in die Streikbewegung einzubeziehen, um bundesweit eine einheitliche Vereinbarung durchsetzen zu können. Jede gewerkschaftliche Erfahrung zeigt – nicht zuletzt der derzeitige Druckerstreik für den Erhalt des bundesweiten Manteltarifvertrages –, dass die Einbeziehung möglichst aller Belegschaften in den Kampf erst die

Bedingungen dafür schafft,
ihre Forderungen gegen den Willen der Geschäftsführungen
durchzusetzen.

- Wie kann die Diskussion in ver.di und in den Krankenhäusern, in denen Tarifverträge oder schuldenrechtliche Abkommen durchgesetzt werden konnten, forciert werden um die Frage: welches Instrumentarium brauchen die Belegschaften, damit die durchgesetzten neuen Stellen auch tatsächlich eingerichtet werden, und wie kann dieses durchgesetzt werden? Solange das Klinikmanagement entscheidet und nicht das Personal, wird sich an der Stellensituation nichts Wesentliches ändern.

Was tun?

Ein erfolgreicher Kampf für mehr Personal und für eine bedarfsgerechte Ausstattung der Krankenhäuser ist möglich und dringend notwendig!

Ein Schritt in Richtung einer gemeinsamen Mobilisierung aller Belegschaften aus allen Krankenhäusern ist sicherlich die Mobilisierung von ver.di zu der alljährlich stattfindenden GesundheitsministerInnenkonferenz, dieses Jahr am 5. Juni in Leipzig. Wie stark diese Demonstration wird, hängt einerseits vom Druck der Belegschaften in den

Krankenhäusern selber und andererseits von der Stärke der Pflegebündnisse ab, um ver.di stärker als in den letzten Jahren unter Druck zu setzen, dies als eine gemeinsame Aktion aller Krankenhausbeschäftigten anzugehen.

Ein Schritt in Richtung einer gemeinsamen Mobilisierung aller Belegschaften aus allen Krankenhäusern mit den Lohnabhängigen, RentnerInnen und Jugendlichen wäre, dass das Treffen der Pflegebündnisse die Initiative für eine bundesweite Demo gegen Pflegenotstand an einem Samstag im Herbst ergreift.

Zur Vorbereitung und Organisierung einer solchen Demonstration sollten unserer Meinungen nach alle politischen und gewerkschaftlichen Organisationen aufgefordert werden, die die Beschäftigten und die Masse der PatientInnen im Gesundheitswesen organisieren: ver.di, IG Metall, SPD, DIE LINKE, PatientInnenorganisationen, Marburger Bund, Verein demokratischer Ärzte und Ärztinnen,

Die Pflegebündnisse können einen Startschuss dafür geben, indem sie zu einer Aktionskonferenz aufrufen, an der alle Organisationen, die die Belegschaften, PatientInnen und Lohnabhängigen vertreten oder sich auf deren Interessen berufen, teilnehmen sollen. Diese

Aktionskonferenz hätte die Aufgabe eine solche Demo vorzubereiten und durchzuführen – und damit den Kampf gegen den Pflegenotstand weiter zu bündeln.

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 Untergrößen 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 Untergrößen 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, Tariferhöhungen 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 Zeitarbeit„nehmer“Innen 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 Kassenschungels 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, 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!

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 Volksentscheidungsinitiativen 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 Finanzierungskrise 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

gewährleisten 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 auszuschneiden. 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, 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 Paradederfs 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 Tarifaufeinandersetzung 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 NRWs).

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 Volksentscheidsinitiativen und Katzbuckeln 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 erfolgversprechende 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 Budgetdeckelung 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.

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

Nein zum Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe- Gesetz!

Martin Eickhoff, Infomail 1014, 15. August 2018

In Zeiten eines repressiver werdenden Staatsapparates werden in mehr und mehr Bundesländern sogenannte

Polizeiaufgabengesetze eingeführt. Gegen diese regt sich aber auch Widerstand, wie die Demonstrationen von als 30.000 Menschen in München und rund 20.000 in Düsseldorf belegen.

Weniger bekannt sind jedoch andere reaktionäre Gesetzesvorhaben wie der bayerische Entwurf für das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG), mit dem psychisch erkrankte Menschen stigmatisiert werden. Der Betrug beginnt hier schon beim Namen des Gesetzes. Viele Fachverbände kritisieren zu Recht, dass es hier nicht um Hilfe, sondern um Diskriminierung und Stigmatisierung geht. Der bekannte Münchner Sozialrechtsanwalt Dr. Rolf Marschner weist in seiner Kritik darauf hin, dass psychisch erkrankte Menschen in Kliniken gemäß den Regeln des Strafvollzugs oder der Sicherheitsverwahrung gehalten werden sollen.

Menschen, die z. B. wegen Depressionen oder Burn-out in stationärer Behandlung waren, sollen in einer zentralen Unterbringungsdatenbank erfasst werden. Diese sollen nach Regeln des Kriminalrechts festgehalten und der Polizei pauschal gemeldet werden. Entlassungen aus der Klinik sollen ebenfalls vorher der Polizei angezeigt werden. Wenn man davon ausgeht, dass in Deutschland ca. 10 Millionen Menschen an Depressionen leiden, kann nur erahnt werden, welche Unmengen an Daten von BürgerInnen gesammelt werden und ebenso, wie linke AktivistInnen auch auf diesem Weg ins Kreuzfeuer der staatlichen Stellen geraten können. Hierzu soll dann schon „eine Gefährdung der Allgemeinheit“, z. B. die Teilnahme an einer antifaschistischen Demonstration, das Beschädigen eines Müllcontainers oder eine Sitzblockade ausreichen, um mutige BürgerInnen einfach auf Verdacht hin aus dem Verkehr zu ziehen oder zu verhindern, dass diese auf eine politische Veranstaltung gehen können.

Allein in Bayern werden jedes Jahr ca. 12.000 Menschen wegen Selbst- oder Fremdgefährdung in psychiatrischen Einrichtungen untergebracht und behandelt. Statt die Ursachen für die Zunahme psychischer Erkrankungen in unserer Gesellschaft zu

benennen und zu beseitigen, geht es der CSU um eine gezielte Stigmatisierung von Menschen, die professionelle Hilfe brauchen und auf diese Weise abgeschreckt werden, diese in Anspruch zu nehmen. Die geplante Registrierung und zeitlich unbegrenzte Speicherung von Daten erinnert stark an die bereits vor Jahrzehnten aufgestellten Forderungen der Herren Gauweiler und Seehofer (beide CSU) zwecks Erfassung Homosexueller und HIV-Positiver sowie deren äußerlicher Kennzeichnung, die dabei bewusst Parallelen zum Nazi-Regime in Kauf genommen haben.

So werden medizinische, pädagogische und psychologische Fachkräfte in die Rolle von Hilfssheriffs gesteckt und Kliniken zu staatlichen Verwahranstalten. Zwar soll nach Kritik von Fachverbänden und Fachkräften das Gesetz noch einmal überarbeitet werden, im Kern soll es aber erhalten bleiben.

- Nein zum Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz!
- Gegen jede Kriminalisierung und öffentliche Stigmatisierung psychisch Kranker!
- Gegen die unkontrollierte Sammlung und massenhafte Speicherung von PatientInnendaten!