

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.

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