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 Leittarifvertag 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 Pflästerchen 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!