

Kampf für mehr Pflegekräfte

Ver.di fordert gesetzlich fixierte Personalschlüssel in Kliniken – und will diese zunächst per Tarifvertrag durchsetzen

Günter Busch (Reutlingen), bis 2014 stellvertretender Landesbezirksleiter der Gewerkschaft Ver.di in Baden-Württemberg

Wegweisender Vertrag?

Das Berliner Universitätsklinikum Charité und die Gewerkschaft Ver.di haben gemeinsam Tarifgeschichte geschrieben: Ende April 2016 unterzeichneten sie den »Tarifvertrag Gesundheitsschutz und Demografie«, der erstmals auch verbindliche Personalschlüssel für Pflegekräfte vereinbarte. Vorausgegangen war ein hartnäckiger Kampf, an dem sich viele der 4.300 in der Pflege Beschäftigten beteiligt hatten. Sandra Scheeres (SPD), bis Ende 2016 noch Berliner Wissenschaftssenatorin und Aufsichtsratsvorsitzende der Charité, erklärte nach dem Tarifabschluss: »Die Pflegekräfte in Deutschland stehen unter großer Belastung. Daher ist die Einigung an der Charité wegweisend und beispielgebend.«

Die gute Stimmung ist mittlerweile gewichen. Ver.di hat den Tarifvertrag zum 30. Juni 2017 auslaufen lassen, weil die Klinikleitung ihn unterlaufe habe und die Unterbesetzung der Pflege andauere.

Die Klinikleitung gibt an, »mehr als 250 zusätzliche Pflegekräfte eingestellt« zu haben. Gleichzeitig räumte sie am 7. August in einer Pressemitteilung ein, es sei ihr »noch nicht gelungen, alle von der Charité budgetierten Stellen zu besetzen«. Am 8. August folgte dann ein »Aktionsstreik«-Tag an der Charité. Die Auseinandersetzung um die Verbesserung der Personalsituation dauert an.

Stationen werden zeitweise geschlossen, Intensivbetten nicht mehr belegt – es ist offensichtlich: In deutschen Krankenhäusern fehlen Pflegekräfte. Die Arbeit ist wenig attraktiv, die Belastung zu hoch, die Bezahlung zu niedrig. Von der herrschenden Politik, die das System der Fallpauschalen etabliert hat, ist Besserung nicht zu erwarten. Die Gewerkschaft Ver.di fordert gesetzlich festgelegte Personalschlüssel in der Krankenpflege – und will diese zunächst per Tarifvertrag durchsetzen.

Ver.di geht von etwa 70.000 fehlenden Pflegestellen aus, über alle Berufsgruppen hinweg fehlen 162.000 Kräfte. Der Deutsche Pflegerat beziffert die Lücke auf 92.000 fehlende PflegerInnen. Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft gesteht eine Pflegelücke ein; sie will aber eine bessere Finanzierung, die jedes Haus nach eigenen Vorstellungen nutzen kann – auch für mehr Personal.

Gegen die Forderung nach mehr Personal und mehr Stellen an sich regt sich kein Widerstand. Zu offensichtlich sind die Fakten. Seit 1995 stiegen die Belastungen pflegerischer Tätigkeiten um über 50 Prozent: durch steigende Fallzahlen, mehr Patienten, eine sinkende Zahl von Pflegevollkräften und einem zunehmenden Schweregrad pro Fall sowie mehr ambulante Behandlungen für die leichteren Fälle. Bei der Anzahl von PatientInnen pro Pflegekraft ist Deutschland europäisches Schlusslicht: 10,3 PatientInnen müssen im Durchschnitt von einer Pflegekraft versorgt werden, in Großbritannien sind es 7,7 und in den Niederlanden 4,9.

Es ist inzwischen auch anerkannt, dass Heilungschancen und Sterberaten nicht nur von ärztlichen Leistungen, Medikamenten und Apparaten abhängen, sondern auch von der Pflege. Das alles ist untersucht und seit Jahren bekannt. Geändert hat sich nichts, zumindest nichts Wesentliches.

Die grundlegende Veränderung der Krankenhausfinanzierung – weg von der Selbstkostendeckung und individuellen Krankenhausbudgets hin zu Festpreisen für diagnostizierte Fälle (DRG) – markiert den Beginn der Ökonomisierung der stationären Gesundheitsversorgung. Politisch gewollt bei der Einführung der DRG war nicht nur der Abbau von Fehlsteuerungen bei der Selbstkostendeckung wie lange Verweil-

dauern, sondern insgesamt die Restrukturierung des stationären Bereichs. Politisch gewollt waren Bettenabbau, Klinikschließungen und Erbringung von Leistungen mit weniger Personal. Dieser Prozess, initiiert vor über 15 Jahren, ist noch nicht abgeschlossen.

Ziel war und ist die Begrenzung der Lohnnebenkosten als Teil einer angebotsorientierten Wirtschaftspolitik. Der Beschluss zur DRG-Einführung fiel zeitlich zusammen mit der Einführung eines Niedriglohnssektors durch die Hartz-Gesetze.

Die DRG's selbst sind allerdings kein Preissystem, sondern werden dies erst in Verbindung mit den in Eurobeträgen ausgewiesenen Landesbasisfallwerten. Diese sind regelmäßig zu niedrig kalkuliert, so dass zwischen 30 und 50 % aller Krankenhäuser rote Zahlen schreiben und die Defizite von den Trägern übernommen werden müssen.

Um die Defizite abzubauen, greifen die Klinikleitungen bei einem Personalkostenanteil von 60 bis 65 % des Gesamthaushalts eines Krankenhauses zwangsläufig zum Mittel des Personalabbaus und der Personal-

kostensenkung durch Outsourcing. Dies ist auch überall geschehen – mit Ausnahme des ärztlichen Bereichs, der personell zulegen konnte, weil es die ärztlichen Diagnosen sind, die zur Auslösung von DRG's führen.

Kostendruck kann bei Humandienstleistungen nur begrenzt durch Rationalisierung aufgefangen werden. Eine bessere Gebäudeinfrastruktur für effektivere Arbeitsabläufe und kostengünstigere Behandlungs- und Pflegemethoden sind mit vorwiegend technischer Rationalisierung im industriellen Bereich nicht vergleichbar.

Menschliche Zuwendung, Gespräche, ganzheitliche Pflegekonzepte können unter dem gestiegenen Arbeitsdruck immer weniger realisiert werden. In den Forderungsdiskussionen zu den gewerkschaftlichen Tarifrunden taucht das auf: Eine angemessene Bezahlung wird für die anspruchsvolle Tätigkeit zwar als wichtig angesehen, aber mindestens gleichwertig ist die Forderung nach mehr Personal zum Abbau der hohen Arbeitsbelastungen und zur Ermöglichung einer humaneren, den kranken Menschen mehr zugewandten Pflege.

Das Fallpauschalen-System behandelt alle Krankenhäuser bei der Vergütung ihrer Leistun- ➔

Politisch gewollt waren
Bettenabbau, Klinik-
Schließungen und
Erbringung von Leistungen
mit weniger Personal.

gen gleich. Zusätzliche Kosten einzelner Krankenhäuser, die durch einen besseren Personalschlüssel oder eine bessere Bezahlung entstehen, müssen entweder an anderen Stellen durch vermehrtes Outsourcing und Konzentration auf finanziell lukrativere Fälle eingespart oder durch die Träger zusätzlich finanziert werden. Eine Reform des DRG-Systems oder dessen Ersatz durch eine andere Form der Krankenhausfinanzierung ist – mit Ausnahme der Linken – mit den im Bundestag vertretenen Parteien derzeit nicht zu machen.

Die von Ver.di benannten 162.000 zusätzlichen Stellen als Mindestausstattung würden überschlägig die Krankenhausaufgaben um rund zehn Milliarden Euro pro Jahr erhöhen. Die zusätzlichen Kosten müssten nach jetzigem Verfahren von den Krankenkassen bezahlt werden, die sie durch eine Erhöhung der Krankenkassenbeiträge refinanzieren würden. Da der Beitragsanteil der Arbeitgeber gedeckelt ist, müssten die abhängig Beschäftigten mit einer erheblichen Erhöhung ihrer Zusatzbeiträge rechnen, wird nicht gleichzeitig die Parität bei der Aufbringung der Beiträge wiederhergestellt.

Zur Finanzierung könnten auch erst einmal die Gelder aus dem Gesundheitsfonds eingesetzt werden. Doch die

wären schnell aufgebraucht. Alternativ könnten die Kosten für zusätzliches Personal auch aus Steuern bezahlt werden. Dem stehen die Schuldenbremse und der Verzicht auf Steuererhöhungen, etwa bei der Besteuerung hoher Vermögen, entgegen. Auch dieser Weg ist von der politischen Mehrheit nicht gewollt.

Bleibt die gewerkschaftliche Handlungsoption der Tarifautonomie. Zunächst wollte es Ver.di in den Jahren nach 2010 mit einer »Geleitzugsstrategie« versuchen. Die bundesweit als Träger von Krankenhäusern dominierenden Kommunen und Länder sollten Vorreiter werden für einen Tarifvertrag zur Verringerung von Belastungen und für mehr Personal, den dann die übrigen freigemeinnützigen, kirchlichen und privaten Einrichtungen als neuen Standard ebenfalls anwenden würden.

Der Geleitzugsansatz scheiterte letztlich an vier Punkten: sehr unterschiedliche Organisationsgrade und Konfliktbereitschaften an den Krankenhäusern; eine nur geringe Organisationsbereitschaft der Pflege als hauptbetroffener Berufsgruppe; Fehlen eines Arbeitgeberverbandes als Verhandlungspartner, stattdessen sehr unterschiedliche Trägerstrukturen in den Bundesländern: in Nordrhein Westfalen befinden sich über 60 % der Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft ohne Tarifverträge; in den neuen Bundesländern und im Norden überwiegen

private Krankenkassenketten mit teils abgesenkten Tarifen; konkrete Gefahr eines Verkaufs öffentlicher Krankenhäuser an private Konzerne, um aus der Tarifbindung herauszukommen.

Nächster Versuch war der politische Weg. Durch betriebliche Aktionen und Bündnisse im zivilgesellschaftlichen Raum und mit Verbänden sollte der Druck auf die Politik erhöht werden. Vielfältige Aktionsformen, Kampagnen und Demonstrationen, politische Lobbyarbeit auf Bundesebene und über die Länderparlamente sollten das Thema der gesetzlichen Personalbemessung stärken.

Vorläufig letzter Schritt dieser Lobbyarbeit war eine über die SPD erfolgte Mitarbeit von Ver.di in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Reform der Krankenhausfinanzierung 2014/15. Die Bedeutung des Themas wurde zwar anerkannt, aber der Leiter dieser Arbeitsgruppe, der CDU-Politiker Jens Spahn, verhinderte konkrete Festlegungen zum Personal. Die AG flüchtete

sich in vage Formulierungen. Zumindest konnte die Einsetzung einer Expertenkommission »Pflegepersonal im Krankenhaus« erreicht werden.

Die Kommission legte am 7. März 2017 ihren Abschlussbericht vor, am 5. April erklärte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) laut

Pressemitteilung: »Eine gute Pflege und Versorgung im Krankenhaus kann nur mit einer angemessenen Personalausstattung gelingen. (...) Mit verpflichtenden Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhausbereichen, in denen dies besonders notwendig ist, stärken wir die Patientensicherheit und verbessern zudem die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte im Krankenhaus.«

Was sich zunächst als Schritt in die richtige Richtung anhört, erweist sich bei der Konkretisierung als Mogelpackung. Die Umsetzung des Ziels wird denjenigen überlassen, die bisher schon nichts getan haben: den gesetzlichen und privaten Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Diese sollen sich bis Mitte 2018 vertraglich einigen; wenn sie es nicht schaffen, soll es zum 1. Januar 2019 eine Rechtsverordnung des Ministeriums dazu geben.

Zu den Mindestinhalten einer solchen Vereinbarung und einer möglichen Rechtsverordnung wird nichts gesagt, ebenfalls nichts zum Kostenvolumen und zur Kostentragung. Wird in Zukunft für einige pflegeintensive Fälle der Pflegeaufwand in die DRG's eingerechnet, ohne dass gleichzeitig dafür zusätzliches Geld fließt, droht eine Verschiebung der Kosten: Wenige Diagnosen werden besser vergütet, für die anderen sinkt dagegen der Geldbetrag für die entsprechenden Fallpauschalen. Offensichtlich sollen die nötigen Mittel über die Krankenkassen von

Was sich zunächst als Schritt in die richtige Richtung anhört, erweist sich bei der Konkretisierung als Mogelpackung.

Spannende Studie

Die Hans-Böckler-Stiftung (HBS) ist das Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des Deutschen Gewerkschaftsbunds. Sie publiziert auch den Info-Dienst *Böckler Impuls*, der prägnant über Studien aus dem Bereich Arbeit, Soziales und Gesundheit berichtet. Ausgabe 3/2017 präsentierte spannende Ergebnisse der Hannoveraner WissenschaftlerInnen Michael Simon und Sandra Mehmecke: »Rechtliche Vorgaben für die Personalbemessung in der Krankenpflege sind international verbreitet«, brachte der *Böckler Impuls* die Botschaft der 156-seitigen Studie auf den Punkt, die von der HBS gefördert wurde. Am »stärksten ausgeprägt« sei die Regulierung in den USA und Australien; die Ansätze von dort und aus weiteren Staaten böten »eine Fülle von Anregungen«, wie eine »angemessene Personalausstattung« auch in deutschen Krankenhäusern realisiert werden könnte. Laut *Böckler Impuls* halten die AutorInnen der Studie es für am aussichtsreichsten, verbindliche Personalschlüssel per Gesetz festzuschreiben und entsprechenden »Druck auf die Politik« aufzubauen. »Die gesetzlichen Vorgaben in den USA und Australien«, erläutert *Böckler Impuls* mit Blick auf die Forschungsergebnisse, »seien auf Kampagnen der in Gewerkschaften und Berufsverbänden organisierten Pflegekräfte zurückzuführen«.

Die Studie *Nurse-to-Patient-Ratios*: Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser erschien im Februar 2017. Sie steht auf der Website der Hans-Böckler-Stiftung: bit.do/impuls0657

Fortsetzung nächste Seite ▶

Pflegen kann krank machen!

Rund eine Million Menschen arbeiten hierzulande in der Krankenpflege, weitere 500.000 in der Altenpflege. Viele sind vergleichsweise häufig krank.

Der Dachverband der Betriebskrankenkassen (BKK) präsentierte im Juli seinen Gesundheitsatlas 2017 – mit Zahlen, die alarmieren müssen: »Die Datenanalysen«, so die BKK-Mitteilung, »belegen, dass besorgniserregend viele Pflegekräfte aufgrund der Arbeitsbedingungen einen kritischen Gesundheitszustand haben.«

Wer in Pflege- und Altenheimen arbeitet, sei im Schnitt rund 24 Tage im Jahr krank geschrieben, die durchschnittliche Fehlzeit aller Berufstätigen liege dagegen bei 16 Tagen. Dabei betonen die Betriebskrankenkassen, dass fast jeder dritte Beschäftigte in der Altenpflege (32,9 %) nur ein befristetes Arbeitsverhältnis habe. Weibliche Beschäftigte in Pflegeheimen seien »doppelt so lange seelisch krank wie der Durchschnitt der Arbeitnehmer« (4,6 Krankentage), vergleichsweise häufig

werde auch »körperlicher Verschleiß« diagnostiziert: »Aufgrund von Muskel- und Skelettkrankheiten« sind Altenpflegerinnen durchschnittlich sieben Tage im Jahr krank geschrieben, etwa doppelt solange wie berufstätige Frauen insgesamt. »Ausbaufähig« findet der BKK-Dachverband die betriebliche Gesundheitsförderung, bei einer Befragung unter Pflegekräften sagten weniger als die Hälfte, dass solche Angebote in ihren Unternehmen existierten.

»Flucht aus dem Beruf«

Die Erkenntnisse der Betriebskrankenkassen kommentierte der Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) mit einer anschaulichen Pressemitteilung (Siehe Randbemerkung). Dabei forderte der DBfK »erneut« alle Verantwortlichen dazu auf, »konsequent und spürbar die Arbeitsbedingungen für professionell Pflegende zu verbessern«. Die schlechten Arbeitsbedingungen führten schon jetzt zu einer »Flucht aus dem Beruf«. *Klaus-Peter Görlitzer.* ☺

»Anhaltende Überlastung«

Diese Aussage mag auf den ersten Blick irritierend sein: »Beruflich Pflegende brauchen Pflege«. Zu lesen war sie über einer Pressemitteilung, die der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) am 6. Juli veröffentlichte. Die Interessenvertretung, in der rund 20.000 Mitglieder organisiert sind, kommentierte den »BKK-Gesundheitsatlas 2017«, der alarmierende Zahlen zum »Erkrankungsgeschehen bei Pflegeberufen« benennt. DBfK-Sprecherin Johanna Knüppel erklärte unter anderem: »Jeder weiß es seit langem, geändert hat sich bisher nichts. Seit Jahren weisen die Gesundheitsreports der Krankenkassen steigende und im Branchenvergleich hohe Krankheitsausfälle bei Angehörigen der Pflegeberufe aus. Die Erklärung dafür liegt auf der Hand: Anhaltende Überlastung und das kontinuierliche Missverhältnis zwischen Arbeitsanfall und Personalressource in allen Sektoren pflegerischer Arbeit haben ihre Spuren hinterlassen.« Der DBfK sieht »drängenden Handlungsbedarf«, vor allem eine »verbindliche Personalbemessung«, die sich am tatsächlichen Pflegebedarf der PatientInnen und BewohnerInnen orientiere. Überfällig sind nach Meinung des DBfK außerdem: verlässliche Dienstpläne für eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben; Einhaltung von Arbeitsschutzrichtlinien und Arbeitszeitgesetz; Personalausfallkonzepte; Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz und zeitliche Freiräume dafür.

► Fortsetzung von Seite 9

den Versicherten selbst getragen werden. Das bisher zeitlich begrenzte Pflegestellenförderprogramm soll verstetigt und geringfügig, auf insgesamt 830 Millionen Euro, aufgestockt werden. Daraus ließen sich rund 12.000 Pflegestellen zusätzlich finanzieren – eine Erhöhung des jetzigen Pflegepersonals um 3 %.

Bei knapp unter 2.000 Krankenhäusern in Deutschland wären das vier zusätzliche Stellen je Krankenhaus. Das Programm kann man wegen der geringen Dimension nur als Placebo bezeichnen, um das Thema aus dem Bundestagswahlkampf herauszuhalten. Der nur auf die Politik setzende Ansatz war zwar nicht gänzlich erfolglos, aber völlig unzureichend.

Die Beschäftigten des Berliner Universitätsklinikum Charité haben in einer fünfjährigen Auseinandersetzung mit heftigen Streiks einen Tarifvertrag Gesundheitsschutz erstritten, der auch eine Personalbemessung für die Pflege vorsieht. Dieser Tarifvertrag wird seit Anfang 2017 angewandt und hat zu ersten, aber nicht ausreichenden Personalausweitungen geführt. Die Auseinandersetzung geht weiter. (→ *Randbemerkung Seite 8*)

Eine auf einzelne Krankenhäuser bezogene tarifvertragliche Personalbemessung soll nun beginnend im Saarland und dann bundesweit eskalierend weiterverfolgt werden. Ver.di hat alle 21 Krankenhäuser des Saarlandes Ende 2016 zu Tarifverhandlungen über einen »Tarifvertrag Entlastung« aufgefordert. Gefordert wird unter anderem: Normalstationen: mindes-

tens eine Pflegekraft für fünf Patienten; Intensiv- und IMC (Intensivüberwachungspflege-) Stationen: mindestens eine Pflegekraft auf zwei Patienten; keine Nacht allein bei der Nachtschichtbesetzung; ab 55 Jahren nur freiwillige Nacht- und Schichtdienste, nach drei Nachtschichten oder nach Bereitschaftsdiensten ein bezahlter Ausschlaftag.

Um die Durchsetzungsfähigkeit zu verbessern, wurden auf den Stationen TarifberaterInnen gewählt, die als Scharnier zwischen der Ver.di-Tarifkommission und den Beschäftigten fungieren sollen. In neun Krankenhäusern wurde gestreikt, erste Verhandlungen laufen. Die Tarifbewegung im Saarland wird von der CDU-geführten Landesregierung ernst genommen. Das Saarland hat im Bundesrat eine Initiative für eine gesetzliche Personalbemessung und deren Finanzierung eingebracht.

Nächster Schritt von Ver.di wird die Verhandlungsaufforderung an 100 weitere, ebenfalls trägerübergreifende Krankenhäuser bundesweit sein. Auch hier sind die Forderungen: mehr Personal, Belastungsausgleiche und verlässliche Arbeitszeiten. Die beabsichtigten Tarifverträge sollen eine Zwischenstufe sein für das Ziel, signifikant mehr Personal durch eine neue Gesetzgebung zu erreichen, die dann für alle Krankenhäuser gilt.

Eine politische Lösung der Personalbemessung nach der Bundestagswahl ist derzeit nicht in Sicht. An der Ausweitung der gewerkschaftlichen Durchsetzungsmacht führt kein Weg vorbei. ☺