



Foto: ver.di

„Bei der Arbeitsbelastung ist die Kante erreicht“

INTERVIEW Ellen Paschke, ver.di-Bundesvorstandsfrau für Gesundheit/Soziales, über die Personaleinsparungen im Gesundheitssektor, das Verhältnis der verschiedenen Berufsgruppen und die Zweiklassen-Medizin in Deutschland.

Die Fragen stellte **MATTHIAS HELMER**, Redakteur des Magazins Mitbestimmung.

Ellen Paschke, nach Jahren des Lohnverzichts hat ver.di nun acht Prozent mehr Lohn für die Beschäftigten im öffentlichen Dienst herausgeholt. Was bringt das für den Gesundheitssektor?

Es gibt gutes Geld für die extrem stressige Arbeit im Krankenhaus. Beim Personalabbau und bei der Arbeitsbelastung ist die Kante erreicht. Wir konnten die Arbeitszeit in den Krankenhäusern bei 38,5 Stunden halten. Das strahlt auch positiv aus auf die privaten und kirchlichen Krankenhäuser.

Was war der Grund für diesen Erfolg?

Insgesamt haben wir für rund eine Million Beschäftigte eine Arbeitszeitverlängerung verhindert. Auch das war nur möglich durch den Druck der Kolleginnen und Kollegen aus den Krankenhäusern. Sie haben sich massiv an den Warnstreiks beteiligt. Das hat bei den Arbeitgebern Eindruck gemacht.

Nicht wenige behaupten, der Tarifabschluss werde die Finanzsituation der Krankenhäuser weiter verschlimmern.

Die Situation der Krankenhäuser war schon in den vergangenen Jahren immer schlechter geworden – auch ohne Lohnerhöhungen. In diesem Jahr 2008 erhalten die Krankenhäuser 0,14 Prozent mehr Geld, was nicht einmal reicht, die gestiegenen Strom- und Lebensmittelkosten aufzufangen, das ist eine klare Fehlsteuerung der Bundespolitik.

Und was sagen die Arbeitgeber dazu?

Bei ihnen registrieren wir zurzeit einen Schwenk: Bisher haben sie mit Personalabbau reagiert. Doch das ist ausgereizt. Jetzt sagen endlich auch die Arbeitgeber, dass es eine ordentliche Krankenhausfinanzierung geben muss.

Viele Beschäftigte klagen über schlechter gewordene Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen – auch als Folge der Fallpauschalen und Budget-Deckelung. Was schlägt ver.di vor?

Ende der 80er Jahre wurde in den Krankenhäusern die Personalbemessung eingeführt, damals hatten wir mit einem Pflegenotstand zu kämpfen. Dieser Schutz wurde wieder abgeschafft und die Pflege als der große Kostensenkungspuffer benutzt. Die Folge ist, dass wir heute weniger Pflegekräfte in den Krankenhäusern haben als in den 80er Jahren, als Pflegenotstand herrschte, während die Patientenfallzahlen gestiegen sind. Nur noch wenige Krankenschwestern halten den Job bis zum 60. Lebensjahr durch. Wir von ver.di fordern daher wieder dringend eine Personalbemessung.

Was hält ver.di von den Vorschlägen, dass Schwestern und Pfleger künftig ärztliche Aufgaben mitübernehmen sollen? Wertet das deren Arbeit auf oder wird der Arbeitsdruck noch steigen?

Vermutlich beides. Ärztliche Tätigkeiten wie Blutentnahmen, Injektionen oder die Medikamentengabe per Infusion werden in vielen Kliniken bereits von Pflegepersonal erledigt. Wo diese Aufgaben neu

an die Pflegekräfte übertragen werden, muss auch das Personal aufgestockt und auch qualifiziert werden, wenn neue Aufgaben auf die Leute zukommen. Außerdem müssen die Pflegekräfte haftungsrechtlich abgesichert werden, und nicht zuletzt werden wir auch Fragen einer höheren Vergütung thematisieren, wenn höherwertige Tätigkeiten auf Dauer ausgeübt werden sollen.

In anderen Ländern wie etwa Großbritannien existieren schon länger akademische Pflegeausbildungen. Ist das auch hierzulande wünschenswert?

In Großbritannien und auch in den USA finden wir in den Krankenhäusern unterschiedliche Qualifikationsniveaus. Dort haben wenige akademisch ausgebildete Pflegekräfte besondere Verantwortung, etwa als „Primary Nurse“, während die direkte pflegerische Versorgung von Pflegehilfskräften übernommen wird. Das muss im Ergebnis zu keiner besseren Versorgung führen. Internationale Vergleichsstudien deuten im Gegenteil darauf hin, dass sich Patienten in Deutschland und in der Schweiz besser aufgehoben fühlen. In deutschen Krankenhäusern haben 90 Prozent des Pflegefachpersonals eine dreijährige Ausbildung, und das gilt es aus unserer Sicht zu erhalten.

Würde es durch eine Akademisierung des Pflegepersonals weniger starke Hierarchien geben?

Gegenüber der Ärzteschaft werden Pflegekräfte mit Hochschulabschluss sicher selbstbewusster auftreten. Krankenhausarbeit ist ja immer noch sehr stark hierarchisch strukturiert, was die Kooperation der Berufe eher erschwert. Aber machen wir uns nichts vor: Zusätzliche Hierarchien innerhalb des Pflegebereichs führen wiederum zu neuen Reibungsverlusten.

Muss man eine Dequalifizierung fürchten?

Die Gefahr ist groß, dass die dreijährig betrieblich-schulisch und auf gutem Niveau ausgebildeten Pflegefachkräfte verdrängt und durch preiswertere Hilfskräfte ersetzt werden, die dann unter Aufsicht arbeiten. Damit wird Pflegearbeit in der Summe billiger und abgewertet. Pflegehilfskräfte tragen ein wesentlich höheres Arbeitsmarktrisiko, haben kaum Aufstiegschancen und werden vor allem in Bereichen ohne Tarifbindung wesentlich schlechter bezahlt.

Die Entsolidarisierungstendenzen zwischen den einzelnen Beschäftigtengruppen haben sich verstärkt, auch weil der Marburger Bund versucht, sich als „Ärztegewerkschaft“ zu profilieren. Wie versucht ver.di, dem entgegenzuwirken?

Wir sind fest entschlossen, auch weiterhin die gewerkschaftliche Interessenvertretung für Ärztinnen und Ärzte wahrzunehmen. Auch wenn weniger Ärzte bei ver.di organisiert sind, sind diese aber sehr aktiv in der Betriebsratsarbeit. Wir müssen dafür Sorge tragen, dass sie sich auch mit ihren besonderen beruflichen Interessen bei uns aufgehoben fühlen. Das gilt auch für andere Gesundheitsberufe im Krankenhaus. ►



„UNS REICHT'S!": Kampagne von ver.di und dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe

► **Haben – angesichts der Verschlechterung der Arbeitsbedingungen – neue solidarische Allianzen eine Chance?**

Gemeinsam mit dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe hat die Gewerkschaft ver.di eine Unterschriftenaktion gestartet: Unter dem Motto „Uns reicht's!“ haben wir viel Zuspruch bekommen bei unseren Aktionen gegen Personalabbau – besonders im Pflegebereich. Patienten haben unterschrieben, aber

auch viele Ärztinnen und Ärzte. In solchen Aktionsbündnissen lassen sich gemeinsame Interessen bündeln und gegenüber der Politik zum Ausdruck bringen.

Da ist der Marburger Bund bislang aber noch nicht dabei...

Es wird sich zeigen, ob sich der Marburger Bund dem auf Dauer entziehen kann. In der jüngsten Tarifrunde des öffentlichen Dienstes konnte sich der Marburger Bund auf keine Erhöhung der Arbeitszeit einlassen, nachdem wir für die anderen Beschäftigten im Krankenhaus die 38,5-Stunden-Woche gesichert hatten. Der auf allen Berufsgruppen lastende Arbeitsdruck und die erschwerten Arbeitsbedingungen werden sich grundlegend und auf Dauer nicht gegeneinander, sondern nur gemeinsam und solidarisch verbessern lassen.

Wird die Privatisierung im Krankenhausesektor weiter voranschreiten, oder ist der Höhepunkt der Privatisierungswelle vorbei?

Solange die Bundesländer nicht mehr in ihre Krankenhäuser investieren und solange der Bund die Schieflage bei der Betriebskostenfinanzierung zulässt, wird die Privatisierung weitergehen. Nordrhein-Westfalen ist da zurzeit ganz vorn, dort fällt ein öffentliches Großkrankenhaus nach dem anderen an Private. Und wer heute sein Krankenhaus verkauft, weiß nicht, ob es morgen einem internationalen Finanzinvestor gehört. Im privatisierten Krankenhausesektor haben wir schon jetzt eine starke Unternehmenskonzentration. Die vier Konzerne Rhön Klinikum AG, Asklepios, Helios und Sana beherrschen den Markt.

Vielfach werden Kliniken privatisiert, weil sie den Kommunen zu teuer werden. Häufig machen diese privaten Kliniken dann wenig

später Gewinn. Können die Kommunen nicht selbst diesen Weg einschlagen?

Die Kommunen können das. Es gibt hunderte öffentliche Krankenhäuser, die schwarze Zahlen schreiben. Wie es andererseits auch private Kliniken gibt, die mit Verlust arbeiten. Das ist keine Frage des Trägers. Allerdings brauchen öffentliche Häuser ausreichende Investitionsmittel, damit sie auf modernem Stand sind, und sie brauchen ein gutes Klinikmanagement. Einen Standortnachteil haben die Öffentlichen durch ihren Versorgungsauftrag, während sich die Privaten oft die Rosinen herauspicken. Trotzdem ist es manchmal verblüffend, wie schnell es Privaten gelingt, Zahlen zu drehen.

Wie kriegen die das hin?

Fast immer wird das durch einen rapiden Personalabbau gleich nach dem Kauf erreicht. Die privaten Konzerne beschäftigen weniger Personal als der Branchendurchschnitt, der Arbeitsdruck ist größer, die Beschäftigten scheiden früher aus dem Erwerbsleben aus, es wird weniger ausgebildet. Vielfach droht den Beschäftigten aus den Servicebereichen der privaten Krankenhauskonzerne Altersarmut, weil sie nur Niedriglöhne bekommen. Leider versuchen öffentliche Krankenhäuser immer häufiger, das nachzuahmen.

Noch ein Wort zur Zweiklassen-Medizin in Deutschland: Was müsste getan werden, um diesen Zustand zu ändern?

Vor allem muss aufhören, dass Ärztinnen und Ärzte unterschiedliche Vergütungen erhalten, wenn sie gesetzlich oder privat versicherte Patienten behandeln. Derzeit müssen die Kassenpatienten deutlich länger auf einen Termin beim Facharzt warten, weil die Verschiebung ins nächste Quartal den Punktwert stabil hält. Dagegen werden Privatversicherte über das erforderliche Maß hinaus behandelt, weil an der Leistung gut das Doppelte zu verdienen ist. So werden beispielsweise Privatpatienten unnötig oft geröntgt.

Gilt das auch für die Krankenhäuser?

Auch in den Kliniken werden die Behandlungsunterschiede größer. Privatkliniken entstehen, und längst überwunden geglaubte Privatstationen werden eingerichtet, während die Wartezeiten bei gesetzlich Versicherten ansteigen. Ich finde: Die Vergütungen müssen sich nach der Leistung richten und nicht nach Art der Versicherung.

Wie ließe sich denn die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung verbessern?

Das lässt sich nur mit einer umfassenden BürgerInnenversicherung bewerkstelligen. Alle müssen einzahlen und aus allen Einkünften. Auch der Gesundheitsfonds ist eine Fehlkonstruktion. Er hätte nur Sinn gemacht, wenn die private Krankenversicherung mit einbezogen worden wäre. Starke müssen mehr schultern als Schwache. ■