

GESUNDHEIT braucht POLITIK

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



ZEITSCHRIFT FÜR EINE SOZIALE MEDIZIN Nr. 4/2014 | Solibeitrag: 5 Euro | ISSN 2194-0258



Pflege und Ökonomisierung – Heft II

Kooperation der Gesundheitsberufe unter schwierigen Bedingungen

Stefan Schoppengerd: Sorge-Probleme. Die aktuelle Debatte über Care S. 10

»Ich dien' aus Dank und Liebe – mein Lohn ist, dass ich darf«
Krankenschwestern und Ärzte zur Situation der Pflege S. 12

Iris Nowak: Gewissen und Gewerkschaft – (fehlende) Organisation in der Altenpflege S. 23

In dieser Ausgabe

- 3 Wulf Dietrich: **Der Nebel lichtet sich**
- 4 Nadja Rakowitz: **Gute Medizin braucht gute Arbeitsbedingungen. Bericht über die JHV in Hamburg**
- 7 Norbert Schmacke: **Muddling through. Amtliche Bedarfsplanung, die ihren Namen nicht verdient**
- 10 Stefan Schoppengerd: **Sorge-Probleme. Die aktuelle Debatte über Care**
- 12 **»Ich dien' aus Dank und Liebe – mein Lohn ist, dass ich darf«**
Krankenschwestern und Ärzte zur Situation der Pflege
- 17 Cordula Mühr: **Mehr von uns ist besser für Alle – aber vor allem überlebensnotwendig für PatientInnen**
- 19 Gerd Dielmann: **Widersprüchliche Tendenzen – Die Diskussion um die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe**
- 22 **Im Kern ungenügend, in wichtigen Teilen kontraproduktiv, in Details interessant** – Presseerklärung des vdäa zu den Eckpunkten der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015
- 23 Iris Nowak: **Gewissen und Gewerkschaft – (fehlende) Organisation in der Altenpflege**
- 26 Andreas Klein: **Medizinische Versorgung in Rojava – ein Aufruf zur Solidarität**

Termine

Vorstandssitzungen

am: 17. Januar 2015 in Berlin

Besuch und Diskussion mit den Mitarbeitern des »Gesunden Kinzigtal«

am: 6.-7. Februar 2015

»Gesundheit braucht Politik – Zeitschrift für eine soziale Medizin« im Abonnement

Die Zeitschrift des vdäa ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Wir machen vier Themenhefte pro Jahr zu aktuellen gesundheitspolitischen Problemen, die sich hinter anderen gesundheitspolitischen Zeitschriften im deutschsprachigen Raum nicht verstecken müssen. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

Wer nicht Vereinsmitglied ist, hat die Möglichkeit, die »Zeitschrift für eine soziale Medizin« zum Preis von 26 Euro im Jahr zu abonnieren. Ein Probeabo besteht aus zwei Ausgaben und kostet 10 Euro.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle: info@vdaeae.de

verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte



Der vdäa

ist bundesweit organisiert; er setzt sich für die Demokratisierung der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein und versucht, Einfluss zu nehmen auf die Gesundheitspolitik.

Sollten Sie von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung.

Wir werden Sie dann weiterhin auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist die Vereinszeitung, die viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

Redaktion

Wulf Dietrich, Thomas Kunkel,
Nadja Rakowitz, Kirsten Schubert,
Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 4/2014

ISSN 2194-0258

Hrsg. vom Verein demokratischer

Ärztinnen und Ärzte

V.i.S.d.P. Wulf Dietrich

Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal

Telefon 0 61 81 – 43 23 48

Mobil 01 72 – 1 85 80 23

Fax 0 61 81 – 49 19 35

Email info@vdaeae.de

Internet www.vdaeae.de

Bankverbindung: Kto.-Nr. 137 476 03,

Postbank Frankfurt, BLZ: 500 100 60

IBAN: DE97500100600013747603

BIC: PBNKDEFF

Satz/Layout: Birgit Letsch,

Email birgit.letsch@t-online.de

Druck: Druckerei Grube

Bilder

Das Titelbild sowie die Fotos aus Krankenhäusern sind von Raimund Novak, die Restlichen von Flickr



Editorial

Der Nebel lichtet sich

Seit einem Jahr ist die neue Bundesregierung und mit ihr der neue CDU-Gesundheitsminister im Amt. Langsam werden erste Konturen der Gesundheitspolitik sichtbar. Die Auseinandersetzung um eine einheitliche Bürgerversicherung ist erst einmal vom Tisch. Auch die SPD hat kein Interesse mehr daran, im Koalitionsvertrag wird sie nicht erwähnt. Wir können aber sicher sein: Zur nächsten Bundestagswahl wird dieses Thema wieder auf den Tisch kommen. Die Absurditäten eines zweigeteilten Gesundheitswesens, mit der Parallelstruktur von Gesetzlicher Krankenversicherung auf der einen und der Privaten Krankenversicherung auf der anderen Seite, sind zu offensichtlich.

So weit, so schlecht, aber was kommt jetzt? Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zeigt, dass keine eingreifenden Reformen geplant sind. Praxisstippen *sollen*, statt wie bisher *können*, in überversorgten Zulassungsbezirken bei Abgabe der Kassenzulassung von der KV aufgekauft werden. Man muss sehen, ob und wie dieses Instrument greifen wird. Sicher werden sich hier auch einige Schlupflöcher finden. Und über die Höhe des Kaufpreises gibt es bisher auch nur Spekulationen. Es ist sicher dringend notwendig, die Zulassungen besser zu steuern. Fraglich ist aber, ob mit positiven Anreizen nicht mehr erreicht werden kann. Bei der fast hysterisch anmutenden Diskussion in der Ärzteschaft sollte eines klargestellt werden: Es geht hier nicht um »Zwangseignung«, zur Diskussion steht nur das Recht auf die Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten. Und darüber zu entscheiden, sollte nun einmal der GKV und den KVen zustehen.

Ebenfalls für viel Wirbel sorgte die Ankündigung, die Wartezeit auf Facharzttermine auf vier Wochen zu begrenzen. Kann diese Frist nicht eingehalten werden, sollen Terminvergabestellen bei der KV einen Termin vermitteln oder aber Kliniken die ambulante Behandlung durchführen dürfen. Sicher ist zu begrüßen, dass hierdurch die Kliniken in die ambulante Facharztversorgung eingebunden werden, doch ist sehr fraglich, ob die Krankenhäuser darauf organisatorisch, fachlich und personell eingestellt sind. Ebenfalls richtig ist, dass dies dann aus dem KV-Topf bezahlt werden soll, denn die KV versagt in diesen Fällen eben als Sichersteller ambulanter Versorgung. Klar ist, dass heute Privatversicherte schneller einen Facharzttermin erhalten als GKV-Versicherte. Kein Brei wird aber so heiß gegessen, wie er gekocht wird. Doch zeigt die Empörung der KV-Funktionäre, dass mit dieser Regelung ein empfindlicher Nerv getroffen wird.

Zur Krankenhausfinanzierung hat der vdää ein Papier vorgelegt, das weite Beachtung fand. Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat jetzt ein Papier mit Vorschlägen zur Verbesserung der Finanzen veröffentlicht. Leider sind diese Eckpunkte im Kern ungenügend, in wichtigen Teilen kontraproduktiv und nur in einzelnen Details interessant. Das Kernproblem der Krankenhausfinanzierung ist die alleinige Abrechnung nach Fallpauschalen und die praktisch fehlende Bedarfsplanung im stationären Bereich. Dieses Problem wird leider von der Arbeitsgruppe nicht grundsätzlich angegangen.

Statt einer stringenten Bedarfsplanung soll nach den Vorstellungen der Arbeitsgruppe der

Wettbewerb über Qualität zu einer Reduzierung der Krankenhausbetten führen. Wir haben uns schon mehrfach kritisch zur Messung von Qualität medizinischer Leistungen geäußert: Wie soll was gemessen werden oder wie werden outcome-relevante Daten ermittelt? Viele Fragen sind hier noch offen, aber eines hat man aus den bisherigen pay-for-performance Programmen gelernt: die Suche nach dem gesunden Patienten wird verstärkt, kritische Risiken werden abgewimmelt und bei der Dokumentation wird gemogelt. Selbstredend sind wir nicht gegen Qualität in der Medizin, im Gegenteil. Wir haben nur starke Zweifel daran, dass Qualität eine angemessene Grundlage der Bedarfsplanung und Finanzierung darstellt.

Passend zum Thema des vorliegenden Heftes beschäftigte sich die Arbeitsgruppe auch mit der Situation der Pflege. Ein verbindlicher Pflegepersonalschlüssel wird von dieser aber abgelehnt, dafür soll ein Förderprogramm von 660 Mill Euro aufgelegt werden, um den Personalmangel zu mildern. Bleibt aber fraglich, woher die neuen Pflegekräfte kommen sollen. Schon heute besteht ein krasser Fehlbedarf.

Spannend wird im kommenden Jahr die Auseinandersetzung um den nächsten Entwurf eines Präventionsgesetzes und um die Regelung der Sterbehilfe werden. Hier wird sich der vdää sicher in die Diskussion einmischen, auch wenn wir in dieser Frage nicht unbedingt zu einer einheitlichen Meinung kommen werden. Sie sehen, die Themen werden uns auch im kommenden Jahr nicht ausgehen.

Wir berichten in dieser Ausgabe von »Gesundheit braucht

Politik« auch über unsere im Flair der Reeperbahn abgehaltene und trotz Lokführerstreik sehr erfolgreiche Jahreshauptversammlung. Diese war in weiten Teilen von unseren jüngeren Mitgliedern organisiert worden. Deshalb werden auch im kommenden Jahr unsere »Jungen« die Organisation der JHV in Leipzig mitübernehmen.

Bevor ich Ihnen jetzt ein paar ruhige Tage und einen guten Rutsch ins neue Jahr wünsche, möchte ich noch an unsere Fahrt ins Gesunde Kinzigtal Anfang Februar sowie auch an unsere Spendenaktion zum Jahresende erinnern. Schon jetzt vielen Dank.

Viel Spaß beim Lesen dieses Heftes.

Wulf Dietrich

Vereinsbeiträge im vdää

Der Beitrag für Studierende, Arbeitslose und RentnerInnen bleibt bei **3 €/Monat**.

Der Mindestmitgliedsbeitrag für Berufstätige (auch für Teilzeitarbeitende) bleibt weiterhin bei **8 €/Monat**.

Darüber hinaus schlagen wir folgende **Richtwerte zur Selbsteinschätzung** vor:

AssistenzärztInnen

12 €/Monat,

niedergelassene ÄrztInnen und angestellte FachärztInnen

20 €/Monat.



Gute Medizin braucht gute Arbeitsbedingungen

Nadja Rakowitz über die Jahreshauptversammlung des vdäa in Hamburg

Auf Wunsch der Mitglieder und TeilnehmerInnen der letzten Jahreshauptversammlungen haben wir die diesjährige JHV nicht in einer – in den letzten Jahren leider relativ teuren – Bildungsstätte veranstaltet, sondern an einem zentral in der Stadt gelegenen Veranstaltungsort. Mit dem vom Stadteilverein GWA betriebenen »Kölibri« am Hein-Kölisch Platz hatten wir dafür einen idealen Ort gefunden. Aber nicht nur der Ort und seine Atmosphäre sondern auch die Themen und die eingeladenen ReferentInnen trugen das ihre zu einer interessanten vdäa-Tagung bei.

Den Auftakt machte am Freitagabend eine von vdäa und MediBüro Hamburg organisierte öffentliche Diskussionsveranstaltung mit dem Bernd Kalvelage, Internist und Autor des 2014 erschienenen – sehr empfehlenswerten – Buchs »Klassenmedizin« mit dem Titel: »Weil du arm bist, musst du früher sterben – Verhältnisprävention in der ambulanten Medizin«. Kalvelage stellte seine These vor, dass die im Studium gelehrt und oft unreflektiert vorgetragene Gleichbehandlung der PatientInnen, die »Behandlung ohne Ansehen der Person« in der Justiz gut und richtig sein mag, nicht aber in der Medizin. Dort sei im Gegenteil eine »schichtensible Heilkunst« erforderlich. Wir bräuchten also eine »Klassenmedizin«. Es gehe einem sozial engagierten Arzt darum, die Menschen zunächst in ihrer Ungleichheit zu sehen und zu behandeln. Er kritisierte dabei auch vermeintlich gesellschaftskritische Positionen von Public Health-Wissenschaftlern, die die These von den Sozialen Determinanten von Gesundheit so weit treiben, dass der Medizin wiederum jegliche soziale Verantwortung oder Kompetenz aberkannt wird. Hierüber gab es dann eine kontroverse Diskussion mit dem zahlreichen Publikum. Besonders spannend war bei der

Diskussion der Austausch zwischen den vielen anwesenden jungen MedizinerInnen und ebenso zahlreich anwesenden »alten Hasen«.¹

Gute Medizin braucht gute Arbeitsbedingungen

Am Samstagmorgen startete die Tagung dann mit einer kurzen Einschätzung der aktuellen Gesundheitspolitik durch Wulf Dietrich, den Vorsitzenden des vdäa. Das erste Panel zum Thema »Sektorübergreifende Bedarfsplanung – Wunsch und Wirklichkeit« fand leider ohne Elke Badde, Staatsrätin Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg statt. So hatten wir Gelegenheit mit Prof. Norbert Schmacke vom Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen seine sehr grundsätzliche Kritik an den deutschen Strukturen und seine aus langjähriger Erfahrung gespeiste pessimistische Zukunftseinschätzung zu diskutieren. (siehe Text S. 7 in dieser Ausgabe) Es zeigte sich im Anschluss an seinen Vortrag, dass es hierzu viel Diskussionsbedarf gab und so wurde aus der Not der fehlenden zweiten Referentin die Tugend einer gründlicheren Diskussion gemacht.²

In der Diskussion ging es dann darum, wie Bedarfsplanung ent-

steht bzw. warum sie bisher nicht gelingt und bislang meistens über Machtmechanismen zustande kommt und nicht über grundlegende Datensammlungen. Auf den Bericht über die Gesundheitsberichterstattung von Dieter Scheuch aus Dresden erwiderte Norbert Schmacke, dass dies wichtig sei, aber an den meisten Orten keine Auswirkung habe. Wenn aber kleinräumig Feststellungen getroffen würden, müsste man den lokalen Instanzen auch die die Macht geben, die daraus notwendigen Schritte zu gehen. Allerdings warnte Schmacke auch, Kleinräumigkeit allein für eine Lösung zu halten, denn sie führe oft nur zu dem »Gefühl«, dass es zu wenige Ärzte gebe. Gesundheitskonferenzen seien von der Politik als Alibiveranstaltungen erfunden worden, die man erst zu authentischen Orten machen müsse.

Wieviel Personal brauchen die PatientInnen? Personalbemessung in den Krankenhäusern

Zum nächsten Panel hatten wir Prof. Michael Simon von der Hochschule Hannover, Prof Klaus Stegmüller von der Hochschule Fulda und Grit Wolf, Gesundheits- und Krankenpflegerin und Mitglied der Tarifkommission an der Charité, Berlin. Klaus Stegmüller musste lei-

der aus Krankheitsgründen absagen. Michael Simon gliederte seinen Vortrag in drei Themen: Entwicklung der Diskussion über verbindliche Vorgaben für die Personalbesetzung im Pflegedienst; zur Frage verbindlicher Vorgaben für die Personalbesetzung im ärztlichen Dienst der Krankenhäuser und Diskussion über eine staatliche Regulierung der Personalbesetzung in Krankenhäusern. Simon resümierte den Personalabbau zwischen 1996 und 2007 mit ca. 50.200 VK in der Pflege insgesamt, davon allein 2004: 10.000. Erst ab 2007 gibt es wieder einen leichten Anstieg. Es sei hinlänglich bekannt, dass schwere Risiken für Patienten bestehen, wenn zu wenig Personal da ist. Regierungskoalition habe im Koalitionsvertrag eine Intervention angekündigt, von der man sich aber nicht zu viel erwarten kann. Zumindest gebe es aber Erfahrungen und Instrumente zur Bestimmung einer Personalbemessung. Der Handlungsdruck scheine für den ärztlichen Dienst nicht so gegeben. Allerdings seien mit Ärztemangel und zunehmendem Einsatz von Honorarärzten durchaus problematische Entwicklungen zu beobachten. Simon hält es für überlegenswert, ob – als Maßnahme der externen Qualitätssicherung – auch für den ärztlichen Dienst staatliche Vorgaben zur Personalbesetzung (Anzahl und Qualifikation) erfolgen sollten. Wenn von Seiten der Ärzteschaft eine Regulierung gewünscht werde, so Simon, dann wäre es sinnvoll, sich mit einer solchen Forderung an der gegenwärtigen Diskussion zu beteiligen. Zwei Fragen dürften dabei von zentraler Bedeutung sein: Welches Verfahren zur Berechnung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung soll angewendet werden? Wer soll eine Regulierung wie vornehmen? Wie diese Fragen geklärt werden und ob es eine Regelung geben wird, werde wesentlich vom Druck (der Organisationen) der beschäftigten abhängen.

Für mehr Personal im Krankenhaus

Daran konnte Grit Wolf von der Charité unmittelbar anknüpfen. Sie berichtet zunächst vom Streik 2011 für mehr Lohn und bessere

Arbeitsbedingungen. Das Thema Arbeitsbedingung wurde immer wichtiger, weil mit jeder Lohnerhöhung das Personal weiter abgebaut worden sei. Nachdem mit Hilfe der Partei »Die Linke« geklärt wurde, dass die Forderung nach einer tariflichen Personalquote nicht verfassungswidrig ist, wurde eine Erhebung gemacht und an der Kalifornien-Quote 1:5³ orientiert; dazu kam die Forderung: »Keine Nacht alleine«. Zur Unterstützung der Beschäftigten der Charité gründete sich ein bis heute bestehendes Bürgerbündnis. Grit Wolf erläuterte dann den Inhalt des Tarifvertrags, der nur eine Laufzeit bis Ende 2014 hat. Es sollten bis dahin 80 VK angestellt werden, was in der Charité ein Tropfen auf den heißen Stein ist. Zum ersten Mal hat der Betriebsrat wirkliche Informationen über Personalzusammensetzungen erhalten. Sehr viel mehr habe sich aber nicht geändert: In den Nachtdiensten sind immer noch nicht überall zwei Beschäftigte; nach wie vor gibt es zu viele Befristungen und keine rechtzeitigen Entfristungen. Am Ende rief Grit Wolf zu bundesweiten tarifliche Kämpfen als Druckmittel für eine gesetzliche Personalermittlung auf.

In der Diskussion erzählte Grit Wolf, dass während des Streiks einige KollegInnen bei ver.di eingetreten seien, dass es aber wichtiger sei, dass das Pflegeethos durchbrochen werde bei den Beschäftigten in der Pflege. Inzwischen gebe es eine bundesweite Zusammenarbeit mit Beschäftigten anderer Kliniken. Sie erläuterte noch einmal, dass die ursprünglich geforderte Relation von Beschäftigten:Patienten von 1:5 500 VK in der Charité bedeuten würde. In den 70iger Jahren habe es aber schon mal 1:3 als Anhaltzahl der Deutschen Krankenhausgesellschaft gegeben. Michael Simon erläuterte in der Diskussion noch einmal, dass bei einer Evaluation der PsychPV herausgekommen sei, dass die Kliniken Abschlüsse hingenommen hätten, weil das immer noch wirtschaftlicher war als die volle Zahl der Stellen bereit zu stellen. Am Anfang habe es mit der PsychPV Verbesserungen gegeben, mit der Deckelung der Budgets lief dann aber alles auseinander. In der Diskussion dieser Vorträge wurde klar, dass die Definition des Bedarf

an medizinischer Versorgung sehr schwierig ist. Wer definiert den Bedarf, wie wird er bestimmt? Können Kennzahlen aus dem Ausland einfach als Vergleichsgröße herangezogen werden? Dagegen ist die Frage nach dem Bedarf an Pflegekräften einfacher zu beantworten: je besser das Verhältnis Pflegekraft/Patient ist, desto besser ist das outcome der Patienten (s. den Artikel von Cordula Mühr, S. 17).

Gute Kooperation im Krankenhaus

Zur Diskussion über gute Kooperation hatten wir Helke Krompholz, Krankenschwester und Betriebsratsvorsitzende des Krankenhauses Saalfeld-Rudolstadt, Gerd Dielmann, Krankenpfleger, Diplompädagoge und ver.di-Gewerkschaftssekretär in Altersteilzeit und Dr. Clemens Plickert, deutscher Arzt in Dänemark eingeladen. Helke Krompholz, die in der DDR Krankenpflege im Rahmen eines Fachschulstudiums gelernt hat, sollte die Kooperation in der DDR vergleichen mit der heutigen. Im Unterscheid zu heute sei das Personal sehr lange in einer Klinik geblieben und es gab wenig Fluktuation. In der DDR musste jeder, der Medizin studieren wollte, vorher in der Pflege arbeiten, damit

»In der DDR musste jeder, der Medizin studieren wollte, vorher in der Pflege arbeiten.«



»Solange dem Pflegepersonal nicht mehr eigenverantwortliche Kompetenz übertragen wird, bleibt die Aussicht auf eine Akademisierung des Pflegeberufes ein inhaltsloses Versprechen.«

war klar, dass Jeder gewusst habe, was die Pflege tut, und jeder in der Lage war, auch alles zu machen. Weil es inzwischen so viele Spezialisierungen wie Wundmanager, Entlassungsmanager etc. gebe, könne die Schwester dem Arzt bei der Visite über den Patienten nur noch wenig sagen, denn wenn es z.B. zu einer entzündlichen Wunde komme, werde der Wundmanager angefordert, die Schwester sei dann »draußen«. Die Kommunikation zwischen den Hierarchieebenen funktioniert heute nicht nur deswegen nicht mehr, sondern auch wegen des Machtgefälles. Der Dialog zwischen Berufsgruppen müsse auch durch das Management gefördert werden.

Gerd Dielmann sollte über die neue Arbeitsteilung in Krankenhäusern sprechen. Was delegiert werden darf und was nicht, sei immer noch mit Unsicherheit verbunden. Es werde aber permanent delegiert. Gleichzeitig würden immer mehr schmalspurige Qualifikationen geschaffen, die nicht nach Berufsbildungsgesetz geregelt sind. Jeder Arbeitgeber mache etwas anderes. Zur deutschen Arbeitsteilung gehöre aber auch, dass z.B. der Arzt Physiotherapie anordnen und verantworten muss, obwohl er keine Ahnung davon habe, während der Physiotherapeut es zwar kann, es aber nicht verantworten darf. Diese sei nicht nur unvernünftig, es sei auch nicht gut für den Patienten und außerdem gehe durch die starke Hierarchisierung der Beschäftigten in unterschiedlichen Berufsgruppen verloren. Neben den grundsätzlichen Änderungen, die hier zum Wohle der PatientInnen aber auch der Beschäftigten selbst erforderlich wären, schlug Gerd Dielmann aus gewerkschaftlicher Sicht vor, z.B. Interprofessionelle Fortbildungen zu organisieren, um diese Missstände zwischen den Berufen abzubauen. Die ÖTV habe das einmal versucht und es gebe dafür ausgearbeitete Konzepte – allerdings sei das von Ärzten wenig wahrgenommen worden.

Clemens Plickert, ein deutscher Arzt, der in einem Psychiatrischen Krankenhaus in Kopenhagen arbeitet berichtete über Kooperation in Dänemark. Dort sind die fünf Regionen jeweils Organisatoren des Gesundheitswesens. Die Kommune ist für den Patienten erster Ansprechpartner, sie betreibt ambulante Krankenpflege und Gesundheitsförderung, die Regionen betreiben die Krankenhäuser und bezahlen die niedergelassenen Ärzte. Die Patienten gehen immer zuerst zum Hausarzt; es gibt nur wenige Fachärzte und dahin wird auch wenig überwiesen. Es gibt enorm lange Wartezeiten – so schlimm, dass es einen Vertrag mit Schleswig-Holstein gibt, um die Garantiefrist von einem Monat für einen Arzttermin einhalten zu können. Es gibt nach dem Krankenhaus eine ambulante Nachverfolgung vor allem durch Pflegekräfte unter der Verantwortung der Krankenhäuser. In dänischen Krankenhäusern gebe es gemeinsame Visiten und flache Hierarchien zwischen den Berufsgruppen. Dabei habe man bei den Ärzten große Wechsel, während es Kontinuität in der Pflege gebe. Es wird möglichst versucht, Patienten zu beteiligen.

Die Diskussion drehte sich dann vorrangig um die Verhältnisse in deutschen Krankenhäusern. Diese neue Form des Taylorismus im KH trage nicht zur Effektivität bei und nicht zur Arbeitszufriedenheit. Helke Krompholz konkretisierte diese noch mal: Der Personalabbau im Pflegedienst wurde erheblich beim Pflegehilfsdienst betrieben, jetzt ist die Belastung der Pflegekräfte extrem hoch und es sollen zusätzlich noch ärztliche Arbeiten übernommen werden. Wenn eine Pflegefachkraft geht, komme stattdessen eine Assistentkraft. Ebenfalls wurde über die Akademisierung der Pflege diskutiert, sie wurde aber eher kritisch betrachtet, denn die pflegerische Arbeit muss ohnehin am Bett gemacht werden. Man wisse im Moment nicht so richtig, was die ein Pfleger oder eine Pflegerin mit Bachelor-Abschluss von derjenigen mit dreijähriger Berufsausbildung unterscheidet. Es müsse erst mal klar sein, was dann das Tätigkeitsfeld der Bachelors ist. Zur Zeit gibt es keine Stellen für diese Menschen. Diejenigen, die ein Aufbau-

studium machen, wollen nicht ans Bett zurück. Selbstverständlich ist klar, dass die Attraktivität des Pflegeberufes durch akademische Weiterbildungsmöglichkeiten gefördert wird. Doch ist heute noch nicht eindeutig, welche Positionen im Krankenhaus die akademisch weitergebildeten Kräfte einnehmen können. Solange dem Pflegepersonal nicht mehr eigenverantwortliche Kompetenz übertragen wird, bleibt die Aussicht auf eine Akademisierung des Pflegeberufes ein inhaltsloses Versprechen.

Wer bezahlt das Krankenhaus?

Im letzten Panel stellte Dr. Peter Hoffmann das Papier zur Krankenhausfinanzierung vor und zur Diskussion, das der vdää Anfang des Jahres zur Problematik der stationären Krankenversorgung vorgelegt hat. Peter Hoffmann erläuterte die Grundzüge unserer Vorstellungen zu Finanzierung der Krankenhäuser. Der wesentliche Punkt dieser Misere ist die Finanzierung der Krankenhäuser auf Grundlage der Fallpauschalen (DRGs) sowie die mangelnde Planung im stationären Bereich. Erst wenn es Alternativen zum jetzigen Finanzierungsmodell geben wird, kann die stationäre Krankenversorgung auf gesunde Beine gestellt werden. Bis dahin wird noch ein weiter Weg sein.

Insgesamt war die JHV in Hamburg ein Erfolg. Der Ort – ein Sozialzentrum mitten in einer Großstadt und nicht eine Bildungsstätte abseits der großen Städte – gefiel allen und die Mischung des Publikums mit Menschen aller Altersklassen, die auch genug Zeit hatten für Erfahrungsaustausch und Verabredungen neben der Veranstaltung, war gelungen und hat uns veranlasst, die nächste JHV in Leipzig zu planen – ebenfalls zentral in der Stadt.

-
- 1 An dieser Stelle noch mal ein Dankeschön an Milli, Bernd, Phil, Anna, Benny und Kirsten für die Organisation der Veranstaltung.
 - 2 Dies vermerkten auch viele TeilnehmerInnen in unserer schriftlichen Evaluation der Tagung als positiv.
 - 3 Ein 2004 in Kraft getretenes Gesetz im US-Bundesstaat Kalifornien schreibt den Krankenhäusern feste Quoten von Pflegekräften zu Patienten vor.





Muddling through ...

Norbert Schmacke* über eine amtliche Bedarfsplanung, die ihren Namen nicht verdient, aber schwer zu ersetzen ist

Die Planung gesellschaftlicher Me-gasysteme funktioniert wohl über-wiegend nach dem Prinzip des Muddling Through, und dies ist per se kein skandalöser, wenn auch sehr bedauerlicher Befund. Intelli-gentere Ansätze sind außerordent-lich schwer zu realisieren. Auf einer zweiten Ebene lassen sich natürlich leicht Interessenkonflikte festmachen, mit denen Gesellschaf-ten freilich sehr unterschiedlich umgehen:

- Im Bereich der Bildungspolitik wurde eines Tages Konsens, Zwergschulen zu schließen. Dass die Kinder dort zu wenig von den für ihren Lebensweg zentralen Bildungsangeboten profitierten, erschien außerordentlich plausibel, war aber nicht evidenzbasiert.
- Schließung von kleinen Kran-kenhäusern stößt auf unver-gleichlich größere Widerstände und passiert am Ende erst aus unüberwindlichen ökonomi-schen Gründen.
- Auch das weltweite Dominieren von Kleinpraxen im ambulanten Sektor ist ein außerordentlich interessantes Phänomen, das primär nicht fachlich begründ-bar ist.

- Die Verteilung von Lehrerinnen und Lehrern über das Land erfolgt nicht nach dem Prinzip der Niederlassungsfreiheit, auch wenn diese sich unterschiedlich erfolgreich gegen die Aufnahme ihres Berufes in der gefühlten Ödnis wehren. Im Falle von niedergelassenen ÄrztInnen haben die Gesellschaften sich irgend-wie damit abgefunden, dass diese die Nähe von Theatern, Gym-nasien und allgemein ein gutes Großstadtfeeling stärker gewich-ten als die Idee einer Gleichver-teilung nach Bevölkerungsdich-te oder sozialen Indices.

Ob nun das Recht auf Gesundheit anders zu behandeln ist als das Recht auf Bildung, ist wahrschein-lich eine verrückte Frage. Aber ge-nau solche Fragen müssen meines Erachtens gestellt werden, um den Blick auf die Defizite der heutigen »Bedarfsplanung« frei zu bekom-men. Das werde ich jetzt exempla-risch versuchen.

1. Bedarfsplanung als Festschreibung von Ungleichverteilung

Dass die bisherige so genannte Be-darfsplanung im vertragsärztlichen

Bereich primär als Instrument ge-gene eine sich ausweitende Überver-sorgung gedacht war und dabei die Anfang der 90er Jahre bestehende Ungleichverteilung als gegeben ak-zeptierte, ist ebenso unstrittig wie die seit einigen Jahren breit disku-tierte Tatsache, dass diese Un-gleichverteilung fortbesteht und in bestimmten Regionen dramatische Züge annehmen könnte. Man muss hoffen, dass das Maßnahmebündel der Bundesregierung und der Län-der solche dramatischen Szenarien verhindert. Die neue Bedarfspla-nung wird daran vermutlich eher einen geringen Anteil haben.

2. Ermittlung von Bedarf: bislang ungelöst

Nun ist es leider zutreffend, dass es keine Zauberformel gibt, mit der eine bedarfsgerechte Verteilung von ÄrztInnen ermittelt werden könn-te. Insofern ist dem letzten Chef der KBV, Andreas Köhler, erst ein-mal zuzustimmen, als er formulier-te: »Trotz intensiver Recherchen wurden keine Veröffentlichungen gefunden, die evidenzbasiert oder aber als Konsens großer interna-tionaler Organisationen wie der WHO, OECD oder EU Auskunft darüber geben, welcher Arzt- res-

Norbert Schmacke referierte bei der Jahreshauptversamm-lung über amtliche Bedarfsplanung und ihre Defizite. Um den Blick darauf zu befreien, stellte er exemplarisch einige »verrückte« Fragen. Er kommt zum Schluss, dass die Barrieren für eine bedarfsgerechte Versorgung zwar unübersehbar hoch sind, dass es sich aber dennoch lohnt, sie zu diskutieren. Sein Vortrag bewies es.



pektive Psychotherapeuten-/Patientenschlüssel erforderlich ist, um eine angemessene Versorgung sicherzustellen (Andreas Köhler 2012)«. Auch unabhängige Wissenschaftler wie Nüsken und Busse (2011) kommen zu einer ähnlichen Bilanz: Es gibt kein Land, das diese Problematik sozusagen fest im Griff hätte. Das klingt resignativ, und davon lässt sich der politische Diskurs vermutlich auch im Wesentlichen beeinflussen. Geht es also wirklich nicht besser?

3. Ärztemangel: ein hinderlicher Begriff

Ich empfehle als Einstieg, künftig das Wort »Ärztemangel« nicht mehr zu benutzen, sondern stattdessen zu fragen: Auf welche Informationen und Daten stützt sich der Verdacht auf Versorgungsprobleme? Die Fokussierung auf die Ärzteschaft ist völlig unangemessen, und sie kann am Ende zu grotesken Konsequenzen führen: In Massachusetts – ein Extremfall – verdoppelten sich die Arztzahlen bei guter Ausgangslage in den achtziger und neunziger Jahren, die Klagen über

einen Ärztemangel verstummten deshalb aber nicht. Noch wichtiger: Wo nachgesehen wurde, findet sich keine schlichte Korrelation der Qualität der Versorgung zur Arztdichte, natürlich aber zur Ausgabenseite (Goodman und Fisher 2008 – siehe Tabelle).

4. Stiefkind Primary Care

Das führt fast automatisch zu der Debatte um Primary Care. Hier ist auf die verdienstvollen Arbeiten von Barbara Starfield und ihrem Team hinzuweisen, die nahelegen, dass Gesundheitssysteme, die auf einem Primary Care Ansatz fußen, den stärker spezialistisch orientierten Systemen vermutlich überlegen, jedenfalls nicht unterlegen sind (Macinko et al 2007). Primary Care bedeutet nicht allein einen starken Steuerungseffekt durch generalistisch tätige ÄrztInnen, sondern auch die etablierte arbeitsteilige Kooperation verschiedener Fachberufe – weit über das hinaus, was die gemeinsame Selbstverwaltung in Deutschland unter dem Etikett »Delegation ärztlicher Leistungen« beschlossen hat. Und nicht einmal dieser Minimalkonsens wird bislang mittels gesetzlich vorgesehener Modellvorhaben erprobt. Die obligatorischen Hausarztverträge nach dem SGB V stellen ein verschämtes Zugeständnis an die internationale Debatte um Primary Care dar. Der angekündigte Innovationsfonds bietet im günstigsten Fall die Möglichkeit, solche Versorgungsmodelle breiter und besser zu evaluieren als dies bislang ausschließlich in Baden-Württemberg begonnen wurde: dafür müssten die momentanen Regularien im Referentenentwurf des VSG freilich noch deutlich geschärft werden.

5. Stiefkind Allgemeinmedizin

Die immer wieder diskutierte Dopplung von SpezialistInnen im ambulanten und im stationären Sektor hat dazu geführt, dass in Deutschland noch stärker als in anderen Ländern die Allgemeinmedizin (Family Medicine im gebräuchlichsten englischen Begriff) in eine schon fast aussichtslose Position gerutscht ist. Nun gibt es inzwischen eine ermutigende Gegenbewegung, die nach Kräften unterstützt und ausgebaut werden muss.

Wichtig wäre allerdings, dass die Bedeutung von Allgemeinmedizin im Verbund mit anderen Fachberufen noch weitaus klarer herausgearbeitet wird, auch durch Verstärkung von Forschungsansätzen, die von den medizinischen Fakultäten in der wünschenswerten Radikalität nicht erwartet werden können. Es ist aber leider auch hinzuzufügen, dass es keine Blaupausen für eine optimierte Zusammenarbeit zwischen ambulant tätigen Generalisten und Spezialisten gibt. Richtig ist aber trotzdem: Solange diese Debatte unter dem Motto verläuft: »Man muss den dummen Hausärzten zeigen, wann sie rechtzeitig überweisen«, läuft die Diskussion auf einer schiefen Ebene.

6. Kooperation der Sektoren: ein Fremdwort

Sektorenübergreifende Versorgung ist nun eine der meist benutzten Floskeln der Gesundheitspolitik. Und es ist eine Leerformel. Wer kennt den Expertenstandard Entlassungsmanagement (Deutsches Netzwerk 2004, überarbeitet 2009)? Das Entlassungsmanagement ist ein Anspruch nach dem SGB V. Wie sieht das in der Praxis aus? Auf wessen Schultern ruht der Auftrag im Krankenhaus? Wie groß ist der Einfluss auf die nachbehandelnden ÄrztInnen? Rhetorische Fragen. Die Notwendigkeit eines professionellen Aufnahme- und Entlassungsmanagements steht außer Frage. Wer soll sich in Zukunft um die größer werdende Gruppe alleinlebender älterer, oft multimorbider Menschen kümmern? Wir haben nicht einmal angefangen, hierüber vertieft nachzudenken. Der genannte Expertenstandard ist eine Vorlage auf hohem Niveau. Dies wäre ein extrem wichtiges Thema für die Auswahl von Projekten im Rahmen des Innovationsfonds, wenn dem nicht entgegen werden wird, hier dürften ja nur Ansätze gefördert werden, die über die Regelversorgung hinausgehen. Ein Thema, über das nachzudenken sich wirklich lohnt. Die Sektoren leben in fröhlichem Autismus vor sich hin. Es ist die große Frage, ob die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) daran etwas ausrichten kann oder nur die Gesamtausgaben massiv steigert. Prognosen verbieten sich wie immer,

»Die Fokussierung auf die Ärzteschaft ist völlig unangemessen, und sie kann am Ende zu grotesken Konsequenzen führen.«

aber die ASV sollte sorgfältig evaluiert werden. Besteht dazu Hoffnung?

7. Das Krankenhaus: Heiliger Gral der Innovationen

Krankenhausbedarfsplanung: Verantwortliche jonglieren mit der Hill-Burton-Formel, jeder Landkreis wehrt sich gegen die Schließung von Abteilungen oder ganzen Kliniken, die Länder haben sich aus ihrer ökonomischen Verantwortung weitgehend herausgezogen. Die immer wieder publizierten Daten zur Überversorgung mit Krankenhausbetten verhalten im Nebel. Das Aufkaufen von Kliniken durch Konzerne und der Rückgang der Krankenhausbetten erfolgt nach schlichten ökonomischen Gesetzen. Mit Planung nach Bevölkerungsbedarf hat das alles nichts zu tun. Ins Kreuzfeuer der öffentlichen Debatte ist seit einigen Jahren die Erbringung nicht indizierter Operationen getreten. Weniger bekannt ist demgegenüber immer noch, dass die Kliniken vom Sozialgesetzbuch bei der Erbringung so genannter Innovationen mit einem Freifahrtschein fahren. Es gibt praktisch keine Möglichkeit, Sicherheitsstandards für die Einführung neuer Leistungen zu realisieren. Ich erwähne das, weil damit besonders einfach deutlich wird, dass Entscheidungen im Gesundheitswesen an entscheidenden Punkten reine Machtfragen sind. Insofern ist auch die Floskel von der sektorenübergreifenden Versorgung nicht viel wert. Bund und Länder müssten sich letztlich entscheiden, ob sie sich von der Idee des Gesundheitswesens als wichtigstem Wachstumssektor der Gesellschaft verabschieden wollen oder nicht. So einfach ist das, ist momentan aber blanke Utopie. Was nicht heißt, dass in dieses System nicht investiert werden könnte und sollte – aber etwas anders, als sich dies die mittelständische – und die Großindustrie vorstellen.

8. Die Frau als Professionelle im System

Letzter Punkt: Nach der Alten- und Krankenpflege stellen Frauen in Kürze auch in der Ärzteschaft die Mehrheit. Ersteres wurde ja immer als naturgegeben akzeptiert, das zweite wird jetzt unter dem Schlag-

| Variable | Regions in Lowest Quintile of Supply | Regions in Middle Quintile of Supply | Regions in Highest Quintile of Supply | Ratio of Lowest to Highest |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| Total number of physicians per capita (per 100,000 population, adjusted for age and sex) | 169.4 | 204.8 | 271.8 | 1.60 |
| Primary care | 61.5 | 72.7 | 95.7 | 1,56 |
| Medical specialists | 34.1 | 44.3 | 64.3 | 1.89 |
| Surgical specialists | 37.4 | 43.2 | 53.4 | 1.43 |
| Hospital-based specialists | 23.8 | 26.1 | 28.7 | 1.21 |
| Medicare composite quality scores | | | | |
| Acute myocardial infarction | 91.0 | 91.7 | 93.1 | 1.02 |
| Congestive heart failure | 84.1 | 85.9 | 88.6 | 1.05 |
| Pneumonia | 79.5 | 78.8 | 79.2 | 1.00 |
| Medicare access and satisfaction | | | | |
| Ever had a problem and didn't see a doctor? (% responding no) | 91.7 | 92.8 | 93.2 | 1.02 |
| Do you have a particular place for medical care? (% responding yes) | 95.0 | 94.8 | 95.5 | 1.01 |
| Satisfied with ease of getting to the doctor? (% responding yes) | 94.9 | 93.5 | 94.7 | 1.00 |
| Satisfied with doctor's concern for overall health? (% responding yes) | 95.5 | 94.2 | 95.7 | 1.00 |
| Satisfied with quality of medical care? (% responding yes) | 96.7 | 96.3 | 97.0 | 1.00 |

wort »Feminisierung der Medizin« aufgeregt diskutiert. Nach der jahrhundertelangen Maskulinisierung der Medizin kann dieser Wechsel ja nur begrüßt werden. Es fragt sich aber, wie gut die Chance der jungen Medizinerinnen sind, tatsächlich Karrieren nach ihren Vorstellungen zu realisieren, was die Gebietswahl, den Ort der Tätigkeit und ihren Platz in der Hierarchie anbelangt. Die laufenden Förderprogramme im stationären und ambulanten Bereich, die sehr zu begrüßen sind, können allein dies nicht bewerkstelligen. Wenn dieses Thema nicht weitaus systematischer als bisher behandelt wird, dann wird die Gesellschaft die Potenziale, die in der Ausbildung der kommenden Jahrgänge von Medizinerinnen liegen, in unnötigem Umfang verschenken (Schmacke 2013). Das hat nicht nur quantitativ sondern auch qualitativ viel mit dem Thema »bedarfsgerechte Versorgung« zu tun. Bislang spricht wenig dafür, dass die Generation Y andere Karrieremuster realisiert, als wir sie kennen. Man darf sich von anders lautenden Querschnittsbefragungen nicht täuschen lassen. Es ist zu hoffen, dass mit der zuneh-

menden Zahl von Frauen in der Medizin die Kultur der Egotrips unter den Leitfiguren an Bedeutung verlieren und eine patientInnen-zentrierte Medizin leichter zu realisieren sein wird. Automatisch wird das aber nicht passieren.

Fazit

Die Barrieren zur Einforderung einer bedarfsgerechten Versorgung mit annähernd gleichem Zugang zu indizierten Leistungen und einer verständigen Begleitung vor allem chronisch Kranker sind unübersehbar hoch. »Geht nicht« ist trotzdem eine schlechte Parole. Aber man muss manchmal erst die richtigen Fragen stellen, ehe man sich auf die Suche nach Lösungen machen kann. Ich hoffe, mir ist das an einigen Punkten gelungen.

** Norbert Schmacke ist Professor an der Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung.*

Literatur ist über die Geschäftsstelle oder beim Autor zu bekommen.

»Die »Feminisierung der Medizin« kann nach der jahrhundertelangen Maskulinisierung der Medizin nur begrüßt werden.«



Sorge-Probleme

Stefan Schoppengerd* zur aktuellen Debatte über Care

Im März 2014 fand in Berlin die Aktionskonferenz »Care Revolution« statt. Für manche überraschend kamen mehr als 500 TeilnehmerInnen. Die Konferenz bzw. das Thema Care, also all die Sorge-Arbeiten und Sorge-Tätigkeiten in und außerhalb der Institutionen, haben anscheinend einen Nerv der Zeit getroffen. Stefan Schoppengerd versucht zu erklären, warum.

In ihrem Buch »Gesundheitspolitik« halten Rolf Rosenbrock und Thomas Gerlinger zum »System der Krankenversorgung« fest: »Der weitaus größte Teil der Beschwerden – Schätzungen gehen von etwa 70 Prozent aus – erreicht nicht das professionelle Helfersystem, sondern wird von den Patienten selbst behandelt, wobei zumeist Familienangehörige, Freunde oder Bekannte zu Rate gezogen werden.«¹ Die Mehrzahl gesundheitlicher Probleme wird also in Versorgungsstrukturen bewältigt, die unterhalb des Radars der meisten Diskussionen zum Gesundheitssystem operieren. Wo es um Berechnungen von Ausgaben und Einnahmen geht, kann gar nicht vorkommen, was nicht in Euro und Cent bezifferbar ist. Obwohl gegenseitige Hilfe und Selbsthilfe ein großer, alltäglicher Faktor sind, bleiben sie unsichtbar.

Dieses Verhältnis von nicht-monetär vermittelten Unterstützungsstrukturen und professionellem Versorgungssystem im medizinischen Bereich, dass im Alltag oft stillschweigend vorausgesetzt wird, kann als exemplarisch gelten für die Tätigkeiten, die unter dem Schlagwort »Care-Arbeit« oder »Care-Ökonomie« diskutiert werden. Es geht um die Frage, wie eine Gesellschaft all die unerlässlichen Aufgaben der Versorgung von Hilfebedürftigen und scheinbar banale, überlebensnotwendige All-

tagsverrichtungen organisiert: Pflege, Erziehung, Assistenz, die tägliche Mahlzeit, Putzen, Waschen, usw. »In der aktuellen Debatte wird unter Care meist die Gesamtheit aller bezahlten und unbezahlten Arbeiten im Bereich von Haushaltsarbeit, Assistenz, Betreuung und Pflege innerhalb und außerhalb von Haushalten verstanden, wobei das Feld nicht eindeutig eingegrenzt wird.«²

Am Beispiel Gesundheitsversorgung ist auch erkennbar, dass die Grenzen zwischen den zuhause erbrachten Leistungen und den verschiedenen Teilen des professionellen Systems alles andere als starr sind: Mit welchen Beschwerden eine Ärztin aufgesucht wird, hängt nicht bloß ab von der Schwere der Erkrankung, sondern auch von kulturellen Konventionen, politischen Entscheidungen über die sozialstaatliche Finanzierung von Leistungen, den jeweiligen privaten Lebenszusammenhängen und ggf. vom eigenen Geldbeutel. Allesamt bewegliche und umkämpfte Faktoren. Auch ist die Grenze zwischen professionellem System und zu Hause erbrachten Leistungen nicht identisch mit der zwischen monetär vergüteten Leistungen und unbezahlten: Z.B. hat die Gewerkschaft ver.di im Saarland eine Kampagne namens »Gegendruck« erarbeitet, die darauf basiert, dass im Krankenhaus sehr viele Leistungen vom Pflegepersonal erbracht

werden, die weder per Arbeitsvertrag festgelegt sind noch vergütet werden. Die Annahme hinter der Kampagne ist, dass eine Verweigerung dieser Leistungen, also ein »Dienst nach Vorschrift«, die Abläufe im Krankenhaus zum Erliegen bringen würde...

Im Prinzip gibt es kaum einen Bereich der Care-Ökonomie, der nicht vollständig professionalisierbar und kommerzialisierbar ist (was nicht zwangsläufig das gleiche ist). Mahlzeiten, Reinigung, Kinderbetreuung, Pflege – für all das gibt es Angebote auf einem wachsenden Markt der »personennahen Dienstleistungen«. Manches wird durch sozialstaatliche Leistungen gefördert, manches durch bewusstes Wegsehen bei Schwarzarbeit – eine befriedigende Perspektive bietet die totale Vermarktlichung von Care dennoch nicht. Und ob dadurch die Leistungen professioneller im Sinne eines hohen Standards der »Profession« erbracht werden, sei ebenfalls dahingestellt. Abgesehen von der Frage, ob es überhaupt ein erstrebenswerter Lebensentwurf ist, all die genannten Tätigkeiten in Verhältnissen von »Dienstleistern« und »Kunden« unterzubringen, ist dies als gesamtgesellschaftlicher Umgang mit den notwendigen Sorgearbeiten ohnehin strukturell unmöglich: Wer sein Geld als Reinigungskraft verdient, wird kaum genug haben, die eigene Wohnung gegen Bezahlung put-

zen zu lassen. Eine Pflegerin, die aus Osteuropa in eine deutsche Familie zieht, um sich um die Alten zu kümmern, wird für die eigenen Eltern keine vergleichbare Betreuung kaufen können – es sei denn, die Lebens- und Arbeitsverhältnisse noch weiter östlich sind wiederum schlechter...

Dass der Care-Ökonomie vor allem in der feministischen Sozialwissenschaft Aufmerksamkeit zuteil wird, ist kein Zufall. Die Frage, wer zu welchen Bedingungen welche Arbeit übernimmt, ist nicht zu beantworten, ohne die besondere Gleichzeitigkeit von Stabilität und Veränderung in den Geschlechterverhältnissen in Rechnung zu stellen. So hat die feministische Analyse und Kritik der Care-Arbeit ihre Vorläufer in früheren Diskussionen um den Stellenwert »unbezahlter Hausarbeit«. Häufig musste hier zuerst darum gestritten werden, ihr überhaupt erst die Anerkennung als gesellschaftlich notwendige Arbeit zuteil werden zu lassen. Entspricht das, was die Hausfrau den lieben langen Tag (oder nach Feierabend) tut, nicht einfach ihrer weiblichen Veranlagung, sich um Ehemann und Kinder zu kümmern? Und ist es nicht ein Beitrag zur Zerstörung des Familiendidylls, wenn ein guter Teil des Geschehens in der Familie so hässlich als »Arbeit« bezeichnet wird, obwohl damit noch nicht einmal Geld verdient wird? Nicht nur gegen solche romantischen Verklärungen des Wickelns, Schrubbens und Einkäufeschleppens samt des Erduldens der Launen von Gatte und Nachwuchs trat die feministische Kritik auf den Plan, sondern auch gegen die Kurzsichtigkeit einer linken Gesellschaftskritik, die zwar »Arbeit«, die »alle Werte schafft«, zum Dreh- und Angelpunkt ihrer Befreiungsvorstellung machte, von Hausarbeit aber genauso wenig reden wollte wie die konservativen Hüter der patriarchalen Kleinfamilie.

Dieser Impetus, die unbezahlte Arbeit in den Haushalten in die Kritik ökonomischer Zusammenhänge einzubeziehen, wird mit dem Begriff der Care-Ökonomie/Care-Arbeit fortgeführt. Die Schweizer Volkswirtin Mascha Madörin verdeutlicht den enormen Umfang der unbezahlten Hausarbeit: Gemessen an der dafür aufgewendeten Ar-

beitszeit, ist sie der mit Abstand größte Wirtschaftssektor.³

Obschon hier also Kontinuitäten in der Strukturierung von Care überdeutlich sind, ist die neuere Diskussion auch durch die Wahrnehmung von Veränderungen motiviert, die meist als krisenhafte Entwicklung beschrieben werden (Care-Krise/Reproduktionskrise). Das Modell der Ernährer/Hausfrauen-Ehe hat deutlich an Bindungskraft eingebüßt. Gesetzliche Restriktionen für Frauen, die arbeiten gehen wollen, sind gefallen. Die Beschränkung auf die Rolle der Hausfrau, die ein bisschen was dazu verdient, hat an Attraktivität verloren. Zugleich steigt der Druck, diese Freiheit auch zu nutzen, weil das allgemeine Reallohniveau stagniert und das Kleinfamilienarrangement für Viele daher gar nicht finanzierbar ist. Der neoliberale Kapitalismus hält aber auch keine überzeugende Alternative vor zur »Lösung« der Sorge-Probleme auf Kosten der Frauen: Dass »der Markt« es richten wird, kann allenfalls wenigen Privilegierten glaubhaft scheinen.

Dabei halten Mechanismen kapitalistischer Konkurrenz auch in Bereichen Einzug, die bislang durch die Prinzipien sozialstaatlicher Solidarität geprägt waren. Der sinkende Anteil der Löhne am Volkseinkommen beschert dem Gesundheitssystem ein Einnahmenproblem, dass durch den Wettbewerb um Kostensenkungen bzw. durch die Verlagerung der Kosten auf PatientInnen und/oder ArbeitnehmerInnen behoben werden soll. Wer Einführung und Auswirkungen des DRG-Systems in deutschen Krankenhäusern aus der Nähe verfolgt hat, weiß, wovon hier die Rede ist. »Kostendruck« ist vor allem Druck aufs Personal. Und das, obwohl erwiesen ist, dass sich die Mortalität im Krankenhaus umgekehrt proportional zur Anzahl der Pflegekräfte verhält: Je schlechter der Personalschlüssel, desto höher die Wahrscheinlichkeit, im Krankenhaus zu sterben.

Es ist eben, so wird in der sozialwissenschaftlichen Diskussion zu Recht betont, ein Spezifikum der Sorgearbeiten, dass sie nicht wie z.B. industrielle Produktionsabläufe durch Rationalisierungsstrategien auf stets steigende Effi-

zienz getrimmt werden können. Die Bedürfnisse von Säuglingen, Demenzkranken, Patienten und Assistenznehmerinnen fügen sich nicht einem durchgetakteten Tagesablauf, der keine Spontaneität mehr kennt. Neben Konflikten um Arbeitszeiten und Bezahlung liegt hier der wichtigste Grund für die Unzufriedenheit von professionellen Care-ArbeiterInnen mit den Verhältnissen: Wenn äußere Vorgaben und betriebliche Strukturen systematisch verhindern, dass dem eigentlichen Arbeitsauftrag und dem professionellen Ethos – zum Wohlergehen und würdigen Leben anderer beizutragen – nachgekommen werden kann, muss sich Frustration einstellen.

Geht es nach einigen Protagonistinnen der Diskussion um »Care-Ökonomie«, ist die Zeit reif für eine soziale Bewegung, die die Probleme aus den unterschiedlichen Bereichen bündelt und die Sorgebelange in den Mittelpunkt sozialer Kämpfe rückt. Dies war z.B. das Anliegen der Aktionskonferenz »Care Revolution«, die im März 2014 in Berlin stattfand, und die in Anbetracht der hohen TeilnehmerInnenzahlen offenbar einen Nerv getroffen hat.⁴ Um diese Kämpfe aber erfolgreich führen zu können, ist noch viel Verständigungs- und Vermittlungsarbeit nötig. Für welche Forderungen mit welchen Mitteln Druck entfaltet werden kann, das ist in den diversen Bereichen, die unter »Care-Ökonomie« subsummiert werden, durchaus unterschiedlich. Und die Diskussion darum, wie beispielsweise im Bündnis mit den bewegungsorientierten Teilen der Gewerkschaften gehandelt werden kann, hat kaum begonnen. Vor dieser Herausforderung zu kapitulieren, wäre aber ein unverzeihlicher Fehler: Dafür sind die Probleme, die die Care-Debatte am Wickel hat, viel zu wichtig.

* Stefan Schoppengerd hat in Marburg in Politikwissenschaften promoviert, ist Lehrbeauftragter in Frankfurt und Marburg und Redakteur des *express*.

»Die Frage, wer zu welchen Bedingungen welche Arbeit übernimmt, ist nicht zu beantworten, ohne die besondere Gleichzeitigkeit von Stabilität und Veränderung in den Geschlechterverhältnissen in Rechnung zu stellen.«

- 1 Rolf Rosenbrock / Thomas Gerlinger: »Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung«, Bern 2006, S. 120
- 2 Pia Garske: »Putzen, Kochen, Kinder kriegen? Von der Hausarbeits- zur Caredebatte: Alter Wein in neuen Schläuchen?«, in: *analyse & kritik*, Nr. 591, www.akweb.de/ak_s/ak591/29.htm
- 3 Mascha Madörin: »Care-Ökonomie – Eine Herausforderung für die Wirtschaftswissenschaften«, in: Christine Bauhardt/Gülay Çağlar (Hg.): »Gender and Economics. Feministische Kritik der politischen Ökonomie«, Wiesbaden 2006, S. 81-104
- 4 Zur Konferenz und den Folgeaktivitäten siehe www.care-revolution.site36.net



»Ich dien' aus Dank und Liebe – mein Lohn ist, dass ich darf«

Krankenschwestern und Ärzte im Gespräch zur Situation der Pflege

Im September dieses Jahres haben sich zwei Krankenschwestern und drei Ärzte aus einem Krankenhaus in München zusammengesetzt und über ihre Arbeitsbedingungen und besonders die Situation der Pflege diskutiert. Wir dokumentieren das Gespräch ein wenig gekürzt, weil wir meinen, dass es repräsentativ ist für viele Krankenhäuser in Deutschland. Das macht uns aber nicht gerade zuversichtlicher ...

Anneke Horn: Wir hatten gestern ein Bewerbungsgespräch für die Intensivpflege, bei dem betont wurde – als ob es etwas Besonderes sei – dass die Bewerberin auch die Prüfung bestanden habe. Auf Nachfrage wurde mir dann erzählt, dass es dieses Jahr eine Durchfallquote im Lehrgang von 48 Prozent gegeben habe. Im Vergleich zu meiner Ausbildung: Ich habe 1995 die dreijährige Grundausbildung abgeschlossen an einem kleinen Kreis-krankenhaus mit eigener Krankenpflegeschule in der Nähe von Hamburg. Ich habe auch kein Abitur, aber in meiner Ausbildung wurde sehr auf die Qualifikation geachtet. In meinem Kurs gab es fast nur Abiturienten. Leute mit Mittlerer Reife wurden gar nicht genommen. Bei uns waren auch viele Leute aus den Neuen Bundesländern, weil bei uns im Westen der Anspruch höher gewesen war. Die praktische Ausbildung soll im Westen besser gewesen sein, auch wenn es in den NBL eine akademische Ausbildung war.

Claus Peckelsen: Ich mache seit ca. 20 Jahren Kurse an der Pflege-

Akademie im Intensivbereich. Diese Durchfaller-Quote ist im Vergleich zu früher extrem hoch. Da fiel fast niemand durch.

Peter Hoffmann: Hat sich bei denen, die eine normale dreijährige Ausbildung machen wollen, etwas geändert in der Pflege?

Anneke Horn: Ja. Es gibt viele, die keinen Ausbildungsplatz gefunden haben und dann eben in die Pflege gehen. Pflege ist also nicht unbedingt das Ziel. Wenn man die fragt, ob sie später in der Pflege arbeiten wollen, dann wollen sie das nicht unbedingt. Manche haben auch zu schlechte Noten, um Medizin zu studieren. Manche lernen also nur Pflege als Überbrückung, um auch ein bisschen Geld zu verdienen, bis sie dann z.B. Medizin studieren. Hinzu kommt, dass man in der Pflege im Moment Auszubildende sucht. Andere machen aus ähnlichen Gründen die Ausbildung im Rettungsdienst, andere machen ein freiwilliges soziales Jahr.

Peter Hoffmann: Die anderen europäischen Länder verlangen zwölf

Jahre Schule als Zugangsvoraussetzung. Ist es notwendig Abitur zu haben, um diesen Job gut zu machen? Anneke, du hast doch auch kein Abitur und bist sicher eine gute Pflegekraft?

Claus Peckelsen: Ohne Anneke würde der Laden zusammenbrechen.

Anneke Horn: Man muss da aber auch unterscheiden: In den Ländern, wo man studierte Pflegekräfte hat, hat man viel mehr Personal. Als ich hier eine Hospitantin aus Polen oder Tschechien hatte, hat sie mich gefragt: »Wie, ich soll jetzt einen Patienten waschen? Ich analysiere die Blutgase für die Intensivstation und so was...« Sie hat ihre Aufgabe ganz anders verstanden als wir hier. Man muss die Aufgaben anders aufteilen, wenn man akademisieren will. Wenn ich hier in Deutschland den Schwestern mehr Hilfspersonal zuteile, das dann die Grundpflege macht, dann müssen die nicht alle studiert haben. Dann würden mir auch zwanzig Prozent Studierende reichen. Dann machen die Studierenden eben

die spezielle Pflege, z.B. Beatmung oder so was alles. Aber das haben wir hier in Deutschland nicht, sondern die Pflege – egal ob sie studiert hat oder nicht – macht die gleiche Tätigkeit. Aber es ist ja auch nicht gewollt, dass die Pflege mehr weiß. Das ist das Problem. Die Pflege wird so runter gedrückt auf die niedrige Basispflege. So wird ja auch manchmal geredet: »Die auf Normalstation, die können ja nichts usw.« Dabei sind das wirklich engagierte und gut ausgebildete Leute. Aber die können eben nicht bei der Visite mitgehen, weil sie dafür gar keine Zeit haben, wenn sie zu zweit waschen müssen etc. Dann muss ich die Pflege aufstocken und Pflegehilfpersonal oder Pflegeassistenten dazustellen.

Elisabeth Sieler-Proch: Wobei man wissen muss, dass von den 28 EU-Staaten 25 eine akademische Ausbildung für die Pflege haben. Ich habe im Altenheim mit vielen Polinnen und Kroatinnen zusammengearbeitet, die alle vier Jahre studiert hatten. Das waren junge Frauen, die begeistert waren. Das hatte Vorteile, aber auch den Nachteil, dass sie in den Pflegetätigkeiten erst einmal angelernt werden mussten, denn die waren ihnen fremd. Es gibt ja diese Debatte, ob wir überhaupt mit ausländischen Kräften arbeiten sollen oder ob es nicht besser wäre, die Bedingungen hier zu verbessern, dann würden wir auch genug kriegen. Wir kriegen aber nie genug! In den 60er Jahren kamen Inderinnen, dann Koreanerinnen, dann haben wir Personal aus Sofia geholt etc. Immer wieder gab es große Trupps von Ausländern, und immer noch sagen die Verantwortlichen: Nein, wir brauchen keine Ausländer, wir schaffen das alleine.

Claus Peckelsen: Die ganze Historie spricht dagegen.

Elisabeth Sieler-Proch: Ich bin der Ansicht, dass die studieren sollen, die ins Management gehen. Ich habe lange Jahre für die Akademisierung gekämpft; ich fand das immer richtig. Der Bundesvorstand der »Sozialdemokraten im Gesundheitswesen«, dem ich als erste Frau angehörte, hat in den 80er Jahren ein Papier gemacht, wie die Pflege-

Ausbildung in Zukunft aussehen soll. Einig waren wir uns darin, ein höheres Level zu erreichen in der Ausbildung und nicht einfach jeden zu nehmen, der will. Das hieß aber nicht, dass das nur AbiturientInnen sein sollten. Wir haben auch darauf geachtet, dass die Durchlässigkeit gefördert wurde, dass also z.B. jemand der nicht die Mittlere Reife hatte, über die Pflegehelferausbildung dann auch die große Ausbildung zur Krankenpflege machen kann. Wir wollten sicherstellen, dass Menschen, die z.B. nicht in der Stadt wohnen oder die nicht gefördert wurden und nicht auf die Realschule geschickt worden waren, der Zugang offen bleibt. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass wir so ganz tolle Frauen bekommen haben.

Was aus der Akademisierung geworden ist, ist heute sehr unübersichtlich. Ich habe in »Die Schwester – die Pflege« gelesen, dass es heute 60 verschiedene Weiterbildungen gibt. Das Studium an den FHs dagegen ist geordnet nach drei Bereichen: Pädagogik, Management, Forschung. Mit Trauer habe ich dann allerdings über die Jahre festgestellt, dass da ein Gap entstanden ist, weil unten nicht mehr ankommt, was die oben in ihren Schreibtischen machen. Heute fehlt mir die Verknüpfung, die Anerkennung der Arbeit »unten« und ich glaube, dass sich deshalb viele verlassen fühlen.

Anneke Horn: Heute nehme ich als Veränderung die Bachelor-Ausbildung wahr. Das sind Leute, die eine ganz normale dreijährige Krankenpflege-Ausbildung gemacht haben und die dann an der Uni weitermachen, während sie 30% noch im Krankenhaus arbeiten. Ich merke da schon einen Leistungsunterschied. Zum Bachelor braucht man als Zugangsbedingung Abitur. Und ich erlebe da schon eine ganz andere Denkweise in der Pflege. Das hat sich sehr gewandelt. Die Grundausbildung ist anders aufgeteilt als bei mir früher. Da gab es nur Krankheitsbilder, da hat man gelernt: Pflege bei Herzinfarkt, Pflege bei Lungenembolie etc. Das ganze Konzept hat sich geändert. Der Mensch wird jetzt nicht mehr nach Organen betrachtet, sondern als Einheit. Da spielt die Psyche mit

rein etc. Ich sehe aber ein Problem für später: Wenn die dann ihren Bachelor haben, weiß man noch nicht, wie man die dann einsetzt und was ihnen bezahlt wird. Es ist in dieser Ausbildung nicht klar definiert, was dann ihre Tätigkeit ist. Sie arbeiten dann erst mal auch wie die anderen. Diese sind aber auch gut qualifiziert und sagen dann z.B.: Warum soll der jetzt, nur weil er einen Bachelor hat, mehr verdienen? Was darf der anders machen?

Claus Peckelsen: Was ist denn das Ziel von denen, die den Bachelor machen?

Anneke Horn: Das wissen sie auch noch nicht ganz genau. Das ist noch nicht genau bestimmt. Die Pflege soll insgesamt verändert, professionalisiert werden. Sie sollen z.B. evaluieren, Gesundheitsförderung machen etc. Für die hat man noch keine Arbeitsplatzbeschreibung und Definition, man weiß noch nicht, was deren Aufgabe ist: Ich halte zwar die Richtung für richtig, dass die Pflege professioneller werden muss, weil wir in der Pflege ja immer noch unser Licht unter den Scheffel stellen. Die Ausbildung zum Bachelor passt einfach nicht zum aktuellen Bedarf.

Elisabeth Sieler-Proch: Das heißt aber auch, die Gesellschaft, und das sind für mich der Arbeitgeber und die Gewerkschaften, kümmern sich einen feuchten Dreck darum, dass die Anstrengungen in der Pflege adäquat bezahlt werden.

Anneke Horn: Die Personalbesetzung ist hier auch ein sehr wichtiges Moment. Ich begrüße es erst einmal, dass es die Möglichkeit gibt für die Pflege, einen Bachelor machen zu können und so tiefer zu gehen mit der Ausbildung, so dass es nicht immer heißt: Du bist eine Krankenschwester und wäschst nur Patienten. Darauf wird unser Beruf ja oft reduziert: aufs Waschen oder auf die Schüssel setzen etc. Dabei sieht mein Job als Pflegerin auf der Intensivstation ganz an-

»Das heißt aber auch, die Gesellschaft, und das sind für mich der Arbeitgeber und die Gewerkschaften, kümmern sich einen feuchten Dreck darum, dass die Anstrengungen in der Pflege adäquat bezahlt werden.«

ders aus: da bediene ich Hightech-Geräte. Das ist etwas ganz anderes. Und das habe ich gelernt und es macht mir Spaß, wenn ich sehe, was der Patient davon hat, dass ich diese Technik bedienen kann. Für die Zukunft muss man aber wissen, wie man Bachelor und die anderen Ausbildungsberufe an den Bedarf und an die KH-Pflegeschlüssel anpasst. Da sehe ich im Moment noch ein Problem.

»Wenn eine Klinik so schlecht geführt wird, dass die Arbeitsbedingungen unerträglich sind, dann kann da keine gute Medizin und Pflege stattfinden.«

In einem KH bekommen alle Mitarbeiter am Ende des Jahres ein Geschenk als Anerkennung für die Arbeit. Jeder wird bedacht. In diesem Haus werden auch die Kassenspatienten genauso gut behandelt wie die Privatpatienten. Wenn ein Haus so eine Vision oder so ein Leitbild hat und auch lebt, dann merkt man das auch den Mitarbeitern an. Sie treten anders auf – auch z.B. gegenüber den Angehörigen. Das ist anders, wenn ein Haus nur ein Leitbild hat, das nicht praktiziert wird sondern das nur auf dem Papier steht.

Christian Sieler: Das hängt bei uns auch an bestimmten Personen, nämlich eine völlig kaltschnäuzige Form des Umgangs mit den Mitarbeitern. Das ist es, was man wahrnehmen konnte. Und das ist kann nicht nur durch den Druck von oben erklärt werden, sondern das hängt an Personen.

Anneke Horn: Die Pflege braucht schon das Gefühl, dass sie unterstützt wird von der Klinikleitung. Wenn man nun merkt, dass diese es unterstützt, dass das Personal dermaßen runtergefahren wird und wir einfach vor vollendete Tatsachen gestellt wurden und uns gesagt wurde: Sie haben jetzt 6 Vollkräfte weniger, dagegen können Sie nichts machen. Das ist einfach so. Wenn man dann überlegt hat zu kündigen, dann wurde das auch befürwortet. Ich habe noch nie erlebt, dass so vielen Kündigungswünschen sofort mit Auflösungsverträgen nachgegangen wurde. Es wurde überhaupt nicht

»Die Pflege braucht schon das Gefühl, dass sie unterstützt wird von der Klinikleitung.«

gefragt: Was können wir dafür tun, dass Sie bleiben? Man ist rigoros mit den Leuten umgegangen.

Claus Peckelsen: Um diesem schlechten Ruf etwas entgegenzusetzen, musst Du es schaffen, mit Deinem Team irgendwie durchzuhalten. Sonst bist Du verloren. Wenn das Team erst einmal durchlöchert ist, ist es viel viel schwieriger, wieder für ein funktionierendes Team zu sorgen.

Peter Hoffmann: Das macht auf mich jetzt den Eindruck, dass sich die Situation in der Pflege ganz einheitlich entwickelt, von Personen oder vom Haus abhängig ist, von der Situation des Hauses am Markt – ist es gut mit Geld versorgt oder ist es total knapp mit dem Geld –, gibt es kaltschnäuzige Vorgesetzte etc...

Das hieße für mich: Wenn Du Pflegekraft werden willst, musst Du extrem darauf achten, Dich an die richtigen Orte zu begeben. Ich habe nach dem, was ich täglich beobachte, die Angst, dass Alle mit Ansprüchen, mit Engagement, mit beruflichem Ehrgeiz im positiven Sinne, Leute also die Pflege ausmachen, gar keine Chance oder Zukunft in der Pflege sehen könnten

Meine zweite These: Wenn eine Klinik so schlecht geführt wird, dass die Arbeitsbedingungen unerträglich sind, dann kann da keine gute Medizin und Pflege stattfinden. Ist es dann nicht im Patienten- wie im Beschäftigteninteresse, solche Häuser zuzumachen?

Elisabeth Sieler-Proch: Deswegen ist es kein Wunder, wenn auf normalen Pflegestationen diese Fruststimmung aufkommt und sich Mitarbeiter – auch wenn sie es nicht sollten – den Ärzten, den Patienten oder den Angehörigen gegenüber ruppig oder unfreundlich verhalten. Das ist nicht in Ordnung, aber nachvollziehbar, wenn sie so gedrückt und getreten und nicht anerkannt werden. Was erwartet man denn von denen? Das sind ja keine Engel. Das sind junge Leute wie andere auch. Ich habe 1961 im Rot Kreuz-Krankenhaus noch gelernt: »Ich dien' aus Dank und Liebe – mein Lohn ist, dass ich darf«!

Gelächter...

Elisabeth Sieler-Proch: Mit dieser Haltung hat man auch keine Ansprüche gestellt. Das war eine andere Zeit. Die jungen Leute, die heute in die Pflege gehen, sind Menschen ihrer Zeit und so muss man auch mit ihnen umgehen und nicht so tun, als ob sie der Erzenkel wären. Jeder verlangt von ihnen, dass sie nett und unentwegt freundlich sein müssen, dass sie immer arbeiten müssen, sieben Tage die Woche, einspringen aus dem Frei etc. und das alles, weil sie in der Pflege arbeiten. Das geht aber nicht. Da hat auch die Gewerkschaft nicht gut gearbeitet.

Christian Sieler: Ich würde mal einen anderen Gedankengang versuchen wollen: Die Aufgabenverteilung auf der Station bestimmt ja, wer was mit welcher Kompetenz machen soll und was das bedeutet für die Akzeptanz und das Miteinander mit den Patienten und den Ärzten. Das würde die Attraktivität dieses Berufes ausmachen, wenn es denn adäquat umgesetzt würde. Wenn der Weg dorthin die Akademisierung sein soll, die Hervorhebung der Professionalität in der Pflege, die festgemacht wird an medizinischen Kriterien und nicht daran, einen Hintern abwischen zu können – um das jetzt mal drastisch zu sagen –, dann muss das auch bewerkstelligt werden, wie das z.B. in der Schweiz ist.

Elisabeth Sieler-Proch: In der Schweiz haben sie die zweijährig ausgebildeten Spitalhelferin und dann die normal dreijährig Ausgebildeten. Und dann mussten sie damals noch ein Jahr aufs Land. Und dann kam ich in die Schweiz und dort hätte eine examinierte Krankenschwester niemals einen Putzlappen in die Hand genommen. Und wenn da zwanzig Betten standen. Das war Sache der Spitalhelferin. Wenn wir immer alles im Team machen und uns alle mögen etc., dann machen eben alle alles. In der Schweiz war das am Anfang schwer für mich, aber dort habe ich begriffen, dass ich das mache, was ich gelernt habe und wofür ich bezahlt werde

Peter Hoffmann: Das ist jetzt meine nächste Frage: Wer hat früher und wer drückt jetzt bei uns

die Pflege runter? Sind es die Ärzte? Sind es die Ökonomen? Sind es Karrieristen, die ihre Karriere mit der Ökonomisierung gemacht haben? Unter DRG-Bedingungen ist das einfach analysiert. Die Krankenhäuser konkurrieren miteinander und es sind zwei Elemente, die relevant sind: das eine ist ganz allgemein die Kostensenkung und das zweite ist die Leistungsausweitung. Und ich glaube, dass das DRG-System eine spezifisch pflegefeindliche Wirkung hat, weil es primär so konstruiert worden ist, dass die Diagnosen bzw. jetzt zunehmend die Prozeduren das Merkmal sind, an denen sich der Erlös festmacht, nicht aber der Pflegeaufwand.

Elisabeth Sieler-Proch: Aber in den DRG ist doch der Anteil an Pflege festgeschrieben – wenigstens war es zu Anfang so. Aber wer macht sich schon die Mühe, mal aufzuschlüsseln, ob das Personal, das in den DRG drin ist, auch wirklich auf der Station ist. Das macht ja keiner. DRG kann man per se dafür nicht verantwortlich machen, sondern deren Missbrauch.

Peter Hoffmann: Nein, das ist kein Missbrauch. Das allgemein verbreitete Missverständnis ist, dass mit der DRG-Fallpauschale die durchschnittlichen Behandlungskosten dieser Fallpauschale refinanziert werden. So ist es aber nicht. Die DRG reflektiert nur das Verhältnis dieser Fallgruppe zum Durchschnitt der Fälle. Ist dieser Fall mehr oder weniger aufwändig als der Durchschnitt aller Fälle. Denn das was für einen durchschnittlichen Fall bezahlt wird, wird politisch festgelegt. Das ist dann der Landesbasisfallwert. Wenn dieser z.B. 2759 Euro beträgt und man eine zehn-prozentige Lohnerhöhung für die Beschäftigten hat – was keine oder kaum Verschiebungen zwischen den Fallgruppen bedeutet –, dann erhöht sich der Erlös im nächsten Jahr um null Euro. Was man für den Durchschnitt aller Fälle an Realkosten aufwendet, spielt ebenfalls keine Rolle. Das ist die Illusion.

Elisabeth Sieler-Proch: Aber das mindeste wäre doch, dass man zumindest so viel für Personal ausgibt, wie in den unvollkommenen

DRG gerechnet ist – und nicht noch weniger.

Peter Hoffmann: Was wir bis jetzt diskutiert haben, zeigt: Die Pflege hat unendliche Probleme – aber nicht mit den Ärztinnen und Ärzten.

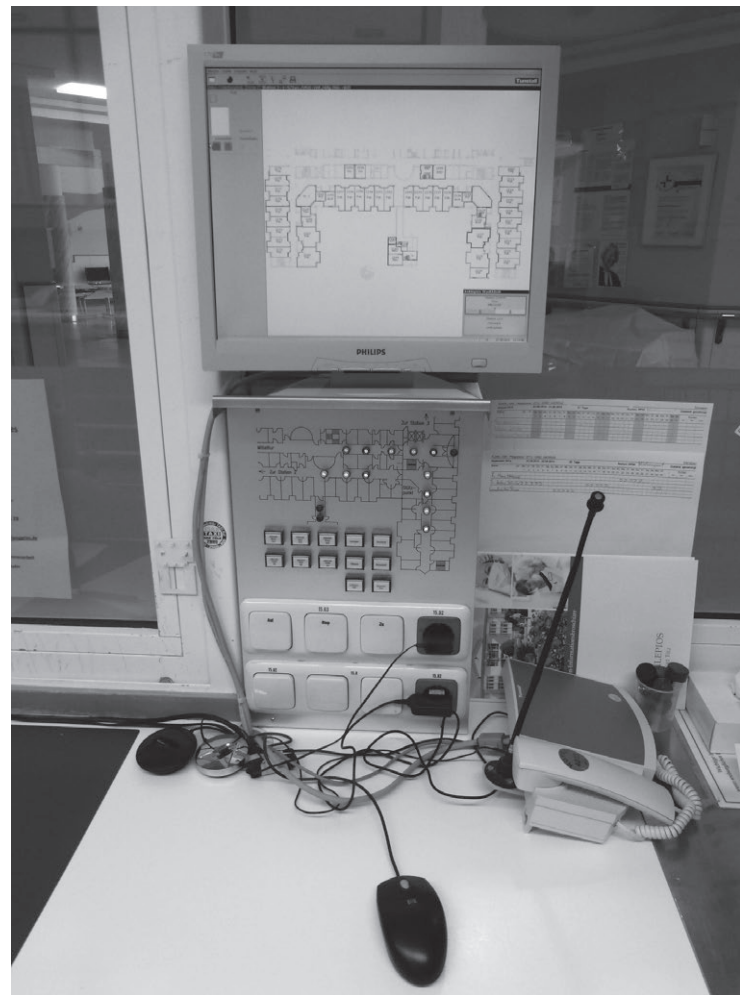
Elisabeth Sieler-Proch: Das haben sie auch, aber nur marginal.

Claus Peckelsen: Ja, auf der Normalstation ist – so zumindest mein Eindruck – eine gewisse elitäre Grundhaltung mindestens auf ärztlicher Seite nicht selten.

Christian Sieler: Ich möchte eine Ergänzung machen zum Klima am Herzzentrum: Den Ton, den ich dort erlebt habe, habe ich so auch noch nie wahrgenommen und zwar auf beiden Stationen, die ich kenne: eine Privatstation und eine als Überwachungsstation konzipierte Normal-Station. In beiden war mein Eindruck von den Umgangsformen innerhalb der Berufsgruppe, zwischen den Berufsgruppen und mit Patienten und Angehörigen in einer überaus zugewandten und sorgfältigen Art, wie ich sonst noch nicht erlebt habe. Es gab zwar schon eine Abstufung zwischen der Privatstation und der Überwachungsstation, aber dennoch fiel das in beiden Stationen auf. Ich habe versucht, mir das zum einen mit der Spezialisierung zu erklären und zum anderen mit der personellen Ausstattung im pflegerischen Bereich, die anderswo zu Tränen rühren würde. Und außerdem wurden die »niederen« Tätigkeiten, die das Pflegepersonal entlastet haben, von anderen Diensten erledigt. Die guten Bedingungen dort sind also ganz einfach festzumachen am Geld. Auch der Umgang zwischen Ärzten und Pflegekräften ist dort überaus entspannt und einander zugewandt, auf einer ähnlichen Ebene sich bewegend.

Peter Hoffmann: Aber in dieser Situation treten alle Probleme wie Arroganz etc. zurück hinter die nackte materielle Not. Die Forderung daraus wäre: Stattet uns bedarfsgerecht aus und dann wächst Qualität wie ein Schwammerl auf feuchtem Waldboden!

Anneke Horn: Wir haben einfach niemanden, der für die Pflege politisch eintritt. Bei den Ärzten gibt es das, aber für uns noch nicht. Ich war neulich in einem Altenpflegeheim auf Fortbildung. Dort wird gesagt, es reiche aus, wenn die Hälfte der Beschäftigten Altenpflegehelfer sind. Ich habe mir dort auf



einer Demenzstation angeschaut, wie die die Menschen dort in der Praxis versorgen. Ich habe dort auch in die Akten dieser dementen Patienten schauen können und gesehen, welche Krankheiten die noch haben. Dort wird jetzt auch auf höhere Qualifikation der Beschäftigten geachtet. Die Altenpflege ist inzwischen aber auch so scharf kontrolliert, da kann man sich nichts mehr erlauben. Dort gibt es so viele Kontrollen und wenn der MDK etwas findet, ist was los.

Elisabeth Sieler-Proch: Ich habe mir immer gewünscht, dass die Krankenhäuser so kontrolliert werden wie die Altenheime.

Peter Hoffmann: Das heißt, wir hier am Tisch unterstützen die Verdi-Forderung nach einer Personalbemessung, dass man für die Bereiche den Personalbedarf festlegt und allgemeinverbindlich festschreibt?

Anneke Horn: ...und dann auch kontrolliert. Das habe ich an diesem Pflegeheim gesehen, dass das funktionieren kann. Und die Heimaufsicht meldet sich nicht vorher an in den Heimen.

Anneke Horn: Ich will ja jetzt gar nicht fordern, dass die Neurologie mehr Leute braucht, aber wenn die doch schon schwarze Zahlen schreiben und dem Unternehmen helfen, dann muss man die doch unterstützen mit mehr Personal.

Peter Hoffmann: Nein! Das finde ich nicht richtig. Es kann doch nicht sein, dass Patienten, die das Glück haben, zufällig lukrative Erkrankungen zu haben, prima versorgt sind, und dass derjenige, der eine Erkrankung hat, die im DRG-System – aus welchen Gründen auch immer – schlecht abgebildet ist, schlechter versorgt wird?! Das ist für mich Neoliberalismus! Jeder bekommt – etwas vermittelt über das DRG-System – das, was er sich leisten kann.

Claus Peckelsen: Bedarf es dieses komplexen mathematischen Rechen- und Kontrollsystems, um diese Qualität zu bekommen, oder wäre das auch anders denkbar?

Peter Hoffmann: Das ist weder kompliziert noch aufwändig. Sie muss doch nur ausrechnen, wie viele Patienten sie mit welcher Pflegestufe hat und dann hat sie ihre Personalzahlen. Das ist ganz ähnlich wie eine Tagespauschale.

Claus Peckelsen: Es ist also ein vertretbarer Aufwand, und was am Ende qualitativ für den Patienten rauskommt, stimmt auch einigermaßen – trotz des damit verbundenen Kontrollsystems, ohne das es nicht geht, weil so viele täuschen. Aber warum tun dies so viele? Um besser zu verdienen.

Peter Hoffmann: Wen betraue ich in einer solchen Situation mit Führungsaufgaben? Es sind machtbe-

tonte Persönlichkeiten, von denen man glaubt, dass sie das schaffen.

Christian Sieler: In Auswahlverfahren spielt notwendigerweise die fachliche Qualifikation eine Rolle; in der Endausscheidung geht es um das Auftreten und die Wahrnehmung des Auftretens ist abhängig von den Rezipienten und davon, was die wollen.

Peter Hoffmann: Das wäre ein Argument gegen eine ökonomische Steuerung von Einrichtungen der Daseinsvorsorge. Wenn man diese unter extremen ökonomischen Stress setzt, dann erzwingt das krasse Entscheidungen. Dann kann ich nicht dem gesunden Menschenverstand folgen, sondern dann wird immer gesagt: »Es kann so nicht weitergehen.« Und der ökonomische Stress erzwingt es strukturell, das Ruder herumzureißen. Das ist eines unserer Probleme. Ausgewogenheit oder Wohlabgewogenheit ist dann nicht mehr möglich. Dann braucht es »Macher«. Wenn man ökonomischen Stress erzeugt, zwingt man zu extremen Managemententscheidungen. Es überrascht dann auch nicht, dass es keinen Respekt mehr im Umgang mit den Beschäftigten gibt – wie wir ihn vorhin festgestellt haben. Wenn ich das Ruder rumreißen muss, dann muss ein Ruck durchs Haus gehen.

Claus Peckelsen: Das würde ich gerne noch mal präzisieren. Hier werden gerade bestimmte Managementstrategien durchgezogen, die in anderen Betriebsbereichen der Medizin schon als überholt gelten und aufgegeben wurden – insbesondere was Einbeziehung und Umgang mit Mitarbeitern angeht. Nach meiner Wahrnehmung sind die Umgangsformen innerhalb der administrativen Hierarchien großer Industrien deutlich anders als bei uns.

Elisabeth Sieler-Proch: Aber die Pflege war Jahrzehnte den Ärzten nachgeordnet, das darfst Du nicht vergessen. Das ist in anderen Ländern sehr viel anders; in England gab es das nie. In den nordischen Ländern hätte die Pflege nur gekichert, wenn da ein Arzt langkommt und ihnen mal sagt, wann

sie Urlaub nehmen. In keinem Land hatten wir solche Verhältnisse wie in Deutschland mit den Religiösen und den Diakonissen etc. Bis sich so etwas wie eine eigenständige Pflege entwickelt hat und auch eine eigene Verantwortung und erst Recht dann eine Akademisierung, das hat gedauert. Und dass die Mediziner akzeptieren, dass das ein eigenständiger Bereich ist, stimmt ja immer noch nicht.

Anneke Horn: Wenn ich eine Tür weiter sehe auf die IMC, da gibt es eine massive Hierarchie. Ich muss jeden neuen Arzt erst mal erden, dass er mir hier nicht zu sagen hat, was ich zu tun habe. So wie der Chefarzt es seinen Kollegen vorlebt, so machen es dann eben auch die Assistenzärzte. Wenn der Chefarzt sagt, da unten müsst Ihr besonders hart sein, da dürft Ihr den Kittel nicht ausziehen, sonst erkennt man Euch nicht als Arzt. Und wenn ich dann als Stationsleitung und Hygienebeauftragte zu ihnen sage, so geht Ihr nicht ans Bett, den Kittel zieht Ihr aus, sagen Sie: Ich bin aber Arzt. Darauf ich: Und ich bin Stationsleitung. Das ist ein sehr hierarchisches Verhältnis. Und so kommen sie immer wieder. Noch schwieriger war das nur bei einem Arzt aus Österreich, wo die Arbeitsteilung noch mal ganz anders ist.

Elisabeth Sieler-Proch: 1961 dreijährige Ausbildung beim DRK in Bonn, dann Bern, Lübeck, in München erst Uniklinik, dann 2 Jahre Privatklinik, unter der Annahme, sie »tauge« nicht mehr für die Pflege Arzt-Praxis, dann doch Intensivstation Klinikum Neuperlach, zehn Jahre Politik, Pflegedirektorin Klinikum Harlaching, dann zehn Jahre Leitung Altenheim, heute Rente

Dr. Christian Sieler: langjähriger Anästhesist und Intensivmediziner, zuletzt Chefarzt, heute Rente

Dr. Claus Peckelsen: Oberarzt, Leiter der internistischen Intensivmedizin, seit ca. 30 Jahren auf der Intensivstation im Klinikum Harlaching

Anneke Horn: seit 1995 Städt. Kliniken in München, Stationsleitung der internistischen Intensivstation seit 2009 und der IMC

Peter Hoffmann: seit 1992 Anästhesist und Intensivmediziner im Klinikum Harlaching des städtischen Klinikums





»Mehr von uns ist besser für Alle« –

aber vor allem überlebensnotwendig für PatientInnen / Von Cordula Mühr*

Pflegepersonalmangel ist eine gefährliche Entwicklung, bei der es neben der Belastung für die Pflegenden vor allem auch um die Patientensicherheit geht. Und das eine hängt mit dem anderen direkt zusammen. In einer Studie konnte anhand von Krankenhaus-Grunddaten, Meldedaten für Krankenhausinfektionen und Befragungsdaten streichen konnte der Zusammenhang von Burnout bei Krankenhauspflegekräften und nosokomialen Infektionen nachgewiesen werden: Das Zahlenverhältnis Pflegekraft zu Patient korrelierte signifikant mit Infektionsraten für Blasenentzündungen und Wundinfektionen. Multivariate Regressionsanalysen wiesen dabei das Ausmaß des Burnouts der Pflegenden als einzigen signifikanten Einfluss-Faktor nach. Umgekehrt ging eine verminderte Burnout-Rate mit geringeren Infektionsraten für beide Infektionsarten einher.¹

Es gibt Zusammenhänge, die von sich aus einleuchten (evident sind) und eigentlich nicht mehr umfassend durch RCT's belegt werden müssten. So ist leicht einsichtig, dass, je weniger Pflegepersonal pro Patient zur Verfügung steht,

desto geringer auch die Zeit ist, die pro Patient zur Verfügung steht. Darunter leiden nicht nur die so genannten »weichen« Faktoren wie Zuwendung, psychosoziale Unterstützung, Informationsvermittlung (die ohnehin häufig fälschlicherweise als nicht so wichtig für das medizinische Outcome gehalten werden), sondern auch allgemein als medizinisch notwendig erachtete Prozesse wie z.B. die hygienische Händedesinfektion vor einem Patientenkontakt.

Bereits im Pflege-Thermometer 2012, bei dem bundesweit 535 Leitungskräfte von Intensivstationen zur Personalausstattung, Patientenversorgung, Patientensicherheit und zum Aufgabenbereich der Intensivpflege befragt wurden, konnte nachgewiesen werden, dass weniger als ein Drittel der Intensivstationen die personellen Vorgaben der *Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin* (DIVI) umsetzt und dass dies mit höheren Risiken für Patienten verbunden ist.²

Erschien der Hygieneskandal am Bremer Klinikum 2010, bei dem mehrere Frühgeborene mit einem resistenten Darmkeim in Be-

rührung kamen und drei daran starben, noch wie ein Einzelfall, konnte 2013 durch eine nationale Kohortenstudie, bei der 108 neonatologische Intensivstationen in Deutschland mit insgesamt 5586 Frühgeborenen untersucht wurden, nachgewiesen werden, dass ein Unterschreiten der intern festgelegten Personalschlüssel ein signifikant erhöhtes Risiko für Blutstrominfektionen ($p = 0,008$) sowie eine signifikant erhöhte Rate an Labornachweisen für Blutstrominfektionen ($p = 0,028$) zur Folge hatten.³

Bereits 2008 war in einem Übersichtsartikel der Zusammenhang von Überbelegung und Personalmangel zum Aufkommen von MRSA-Übertragungen nachgewiesen worden: verminderte Händehygiene, Erhöhung des Patiententransportaufkommens wie auch des Mitarbeiteraustausches zwischen den Stationen, der verringerte Umfang von Kohorten-Isolation und Überlastung bei Screening- und Isolationsmaßnahmen hatte das Versagen von MRSA-Präventionsprogrammen zur Folge.⁴

Zahlreiche weitere Studien haben den engen Zusammenhang

Die Forderung nach gesetzlicher Personalregelung wird im Moment in der Öffentlichkeit vorrangig aus Beschäftigtenperspektive betrachtet. Cordula Mühr stellt die Zusammenhänge von Personalmenge und -qualifikation mit dem gesundheitlichen Outcome und der Sterblichkeit von PatientInnen im Krankenhaus dar.

von Personalausstattung und Patientensicherheit nachgewiesen.⁵ Explizit soll an dieser Stelle nur noch auf die erst in diesem Jahr veröffentlichten Ergebnisse einer internationalen Studiengruppe unter Federführung des Center for Health Outcomes and Policy Research der University of Pennsylvania hingewiesen werden, in der die Auswirkungen der Arbeitsbelastung und der Ausbildung im Pflegebereich auf das Wohl von Krankenhauspatienten und vor allem ihre Mortalität untersucht wurden.⁶

Analysiert wurden die Daten von mehr als 420.000 Patienten im Alter von mindestens 50 Jahren, die sich in circa 300 Krankenhäusern in neun europäischen Ländern chirurgischen Eingriffen unterzogen hatten. Die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte wurde in der »patient/nurse-ratio« ausgedrückt, der Ausbildungsstand im Prozentsatz der Pflegenden, die einen Bachelor-

Abschluss hatten. Es ließ sich nachweisen, dass mit der Arbeitslast der Pfleger und Pflegerinnen die Mortalität der Patienten ansteigt: Mit jedem zusätzlichen Patienten, den eine Pflegeperson versorgen musste, nahm die Wahrscheinlichkeit, dass ein chirurgischer Patient binnen 30 Tagen nach der Aufnahme stirbt, um sieben Prozent zu. Um ebenfalls sieben Prozent nahm dagegen die Sterblichkeit mit jeder zehn-prozentigen Zunahme des Anteils der mit einem Bachelor-Abschluss ausgestatteten Pflegepersonen ab ($p \leq$ für beides 0,002). In Kliniken, in denen 60 Prozent der Pflegenden einen Bachelor hatten und sich im Durchschnitt um sechs Patienten kümmerten, lag die Sterblichkeit um 30 Prozent unter jener von Kliniken, in denen die Pflegenden nur in 30 Prozent einen Bachelor-Abschluss vorweisen konnten und im Durchschnitt jeweils acht Patienten versorgten. Wobei hier nicht das akademische Moment des Bachelorabschlusses das entscheidende sein mag, sondern die Tatsache einer gründlichen Ausbildung (die in Deutschland der Ausbildung einer examinierten dreijährigen Kranken- und Gesundheitspflegerin entsprechen dürfte).

Fazit:

Der Zusammenhang zwischen Personalschlüssel und Behandlungsqualität ist so überdeutlich, dass über Patientensicherheit und Qualitätssicherung nicht mehr ohne die Berücksichtigung der Personalausstattung von Krankenhäusern diskutiert werden darf. Personelle Unterbesetzung verhindert Hygiene-Routinen, und ganz offensichtlich besteht ein Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung, Erschöpfungserscheinungen und (hygienischer) Qualität der Arbeit von Pflegekräften. Bisher fehlt es jedoch sowohl an Möglichkeiten, die diesbezüglichen Risiken der Patientenversorgung systematisch und kontinuierlich – z.B. im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung – zu beobachten, öffentlich zu berichten und ggf. gezielt zu adressieren, als auch am erkennbaren politischen Willen, Konsequenzen aus den oben geschilderten Evidenzen zu ziehen. Forderungen nach

gesetzlich festgelegten Mindestpersonalbesetzungsregelungen wurden bisher nicht erfüllt.⁷ Bei Fortschreibung der bisherigen Politik rechnet das statistische Bundesamt bis 2015 mit 260.000 fehlenden Pflegekräften.

* Cordula Mühr ist Ärztin und Patientenvertreterin und lebt in Berlin.

»Es ließ sich nachweisen, dass mit der Arbeitslast der Pfleger und Pflegerinnen die Mortalität der Patienten ansteigt.«



- 1 Cimotti et al: »Nurse staffing, burnout and health-care-associated infection«, Am J Infect Contr 2012
- 2 Pflege thermometer 2012; www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege_Thermometer_2012.pdf
- 3 Leistner, Thürnagel, Gastmeier et al: »The impact of staffing on central venous catheter-associated bloodstream infections in preterm neonates – results of nation-wide cohort study in Germany«, Antimicrob Resist Infect Control 2013; 2:11
- 4 Clements et al: »Overcrowding and understaffing in modern health-care systems: key determinants in methicillin resistant Staph. aureus transmission«, Lancet Infect, Dis 2008 (8)
- 5 Stone et al.: »Hospital Staffing and Health Care-associated Infections: A Systemic Review of the Literature«, Clin Infect Dis 2008: 47 – Harbarth et al.: »Outbreak of Enterobacter cloacae related to understaffing, overcrowding, and poor Hygiene Practices«, Infect Contr Hosp Epidemiol 1999 – Nijssen et al.: »The relative risk of physicians and nurses to transmit pathogens in a medical intensive care unit«, Arch Int Medicine 2003
- 6 Aiken LH, et al.: »Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European Countries: a retrospective observational study«, Lancet February 26 2014, 383: 1824–30; [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- 7 Zwischen 29.10.2013-28.04.2014 fand die Online-Petition »Mindestpflegepersonalbesetzung in deutschen Krankenhäusern« 52.401 Unterstützer. www.openpetition.de/petition/online/mindestpflegepersonalbesetzung-in-deutschen-krankenhaeusern

Programm

Liebe vdää-Mitglieder, liebe gesundheitspolitisch Interessierte, endlich liegen die neuen programmatischen Grundlagen, die bei der Mitgliederversammlung 2012 verabschiedet wurden, als gedruckte Broschüre vor. Wie auf dieser MV beschlossen, verkaufen wir sie für 5 Euro.

Sie können sie bestellen bei der vdää-Geschäftsstelle: info@vdääe.de, 06181 - 432 348



Widersprüchliche Tendenzen

Gerd Dielmann* zur Diskussion um eine Ausbildungsreform und die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe

Stellung der Gesundheitsberufe im Berufsbildungssystem

Das deutsche System der Berufsbildung lässt sich in drei Bereiche mit jeweils unterschiedlichen Rechtsgrundlagen und Strukturprinzipien untergliedern. Etwa 350 Ausbildungsberufe mit über 1,5 Mio. Ausbildungsplätzen sind durch Rechtsverordnungen auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) bundeseinheitlich geregelt und staatlich anerkannt. Unter den nach BBiG geregelten Berufen gibt es nur wenige Gesundheitsberufe. Im zweiten Bereich gilt das Schulrecht der Länder. Die sehr unterschiedlichen Regelungen betreffen im Gesundheitswesen vor allem die Sozial- und Pflegeassistentenberufe.

In den Schulen des Gesundheitswesens als drittem Bereich gilt weder das Berufsbildungsgesetz noch unterliegen sie ausschließlich dem Schulrecht der Länder. Rechtsgrundlage sind Berufszulassungsgesetze des Bundes nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 des Grundgesetzes, in denen neben dem Schutz der Berufsbezeichnung auch allgemeine Strukturvorgaben zur Ausbil-

dung geregelt sind. Die weitere Ausgestaltung, insbesondere die Anforderungen an die schulische Ausbildung unterliegen der Regelungskompetenz der Länder, die in unterschiedlichen Umfang davon Gebrauch machen. Im Hinblick auf die zu diskutierende Ausbildung an Hochschulen ist diese Sonderstellung bedeutsam, weil neben den landesrechtlichen Vorgaben zur Hochschulausbildung auch die Vorschriften der Berufszulassung zu beachten sind.

Auch für die Finanzierung der Ausbildung gelten besondere Regelungen. Die Ausbildung an Schulen des Gesundheitswesens in Theorie und Praxis wird über die Krankenkassen refinanziert. Teilweise sind Schulgelderhebungen zulässig. Die Kosten der Ausbildung an Berufsfachschulen (BFS) werden vom Staat aufgebracht.

Anforderungen an eine hochschulische Ausbildung in den Gesundheitsberufen

Seit Anfang der 1990er Jahre gibt es pflegebezogene Studiengänge vorwiegend in Pflegemanagement

und Pflegepädagogik und vereinzelt in Pflegewissenschaft vorwiegend an Fachhochschulen. Diese Studiengänge setzen überwiegend eine abgeschlossene Berufsausbildung voraus. Seit 2004 besteht darüber hinaus die Möglichkeit im Rahmen von Modellversuchen, die Berufsabschlüsse der Pflegefachberufe auch im Rahmen eines grundständigen Bachelorstudiums zu erwerben. Auf Grund der gesetzlichen Vorgaben sind die Studiengänge eng mit der betrieblichen Ausbildung in Krankenhäusern und Einrichtungen der Altenhilfe und den Pflegeschulen verbunden. Beispielsweise besteht die gesetzliche Pflicht, Ausbildungsverträge abzuschließen und Ausbildungsvergütungen für die Studierenden zu zahlen.

Studiengänge für therapeutische Gesundheitsberufe gibt es ebenfalls bereits seit einigen Jahren. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um eine Erstausbildung die zur Erlaubnis zur Führung der jeweiligen Berufs-

»Erst mit den Gesetzesänderungen von 2009 wird die Möglichkeit eröffnet, den entsprechenden Berufsabschluss an einer Hochschule im Rahmen von Modellversuchen zu erwerben.«

»Plausible Gründe, dass die bisherige Ausbildung an Schulen des Gesundheitswesens dem nicht mehr gerecht werde, wurden jedoch nicht dargelegt.«

bezeichnung führte sondern um Studienangebote, die bereits den entsprechenden Berufsabschluss voraussetzten und weiterführende oder vertiefende Qualifikationen verbunden mit einem Hochschulabschluss vermittelten.

Erst mit den Gesetzesänderungen von 2009 wird die Möglichkeit eröffnet, den entsprechenden Berufsabschluss an einer Hochschule im Rahmen von Modellversuchen zu erwerben (Dielmann 2009). Die Einführung der Modellversuchsklauseln in die Berufsgesetze wurde zwar allgemein mit »gestiegenen Anforderungen« an die Berufe begründet. So heißt es etwa in der Gesetzesbegründung für die Modellklauseln: »Mit der Einführung der Modellklausel in die Berufsgesetze der nichtärztlichen Heilberufe sollen Erweiterungsmöglichkeiten der Ausbildungsstrukturen der nichtärztlichen Heilberufe aufgrund veränderter Qualifikationsanforderungen in der Gesundheitsversorgung erprobt werden. Ferner soll die Wettbewerbsfähigkeit dieser Ausbildungen im europäischen Vergleich erhöht und die Mobilität deutscher Berufsangehöriger im europäischen Raum gefördert werden« (BT-Drs. 16/9898 vom 2. Juli 2008). Ähnlich äußert sich der Wissenschaftsrat (WR 2012 S. 50). Plausible Gründe, dass die bisherige Ausbildung an Schulen des Gesundheitswesens dem nicht mehr gerecht werde, wurden jedoch nicht dargelegt. Man kann davon ausgehen, dass die Modellversuche eher aus berufspolitischen Gründen eingeführt wurden, als dass sie durch Anforderungen des Arbeitsmarkts indiziert waren.

Arbeitsmarktorientierung und Berufsfähigkeit

Eine Hochschulausbildung verfolgt im deutschen Bildungssystem gewöhnlich weitergehende allgemeinbildende Ziele als die Berufsausbildung. Dabei tritt die Orientierung an den Erfordernissen des Arbeitsmarkts häufig in den Hintergrund. Mit der Einführung des Bachelor-Master-Modells gilt zwar auch hierzulande die Anforderung

an den Bachelor als erstem »berufsqualifizierenden« Abschluss, die Hochschulen verharren aber vielfach in ihren traditionellen Bildungsvorstellungen und tun sich schwer, ihre Bildungsangebote so zu organisieren, dass die Berufsfähigkeit nicht nur im Studienhandbuch steht, sondern auch real im Studium vermittelt wird. Was im dualen System selbstverständlich ist und sich schon aus der (aus anderen Gründen auch nicht unproblematischen) Eingliederung in den Produktionsprozess bzw. Dienstleistungsprozess im Rahmen der praktischen Ausbildung ergibt, verlangt von den Hochschulen erhebliche Anstrengungen und Abweichungen von gewohnten Gepflogenheiten. Kooperationen mit Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen müssen gebildet und gepflegt werden. Die theoretischen Ausbildungsinhalte können nicht mehr alleine der Fachlogik beteiligter Wissenschaften folgen, sondern müssen mit den Ausbildungszielen der praktischen Ausbildung in Einklang gebracht werden. Das setzt allerdings eine strukturierte praktische Ausbildung voraus. Mit ziellosen und unstrukturierten Praktika ist das schwerlich zu erreichen. Eine Berufsausbildung in Gesundheitsfachberufen stellt höhere Anforderungen an die Berufsfähigkeit nach Abschluss des Studiums als irgendein Bachelorabschluss, der eine Marktnische bedienen soll.

Zwei Wege – ein Abschluss?

Spätestens mit Ablauf der Modellklausel am 31.12.2017 wird die Frage zu beantworten sein, ob sich die von den Ländern näher auszugestaltenden Modelle bewährt haben und durch eine dann wieder notwendige Änderung der Berufsgesetze in die Regelausbildung übernommen werden sollen.

Grundsätzlich sind vier Möglichkeiten denkbar:

1. Die Ausbildung an der Hochschule wird nicht fortgeführt
2. Es gibt zwei unterschiedliche Qualifikationen mit gleicher Berufsbezeichnung
3. Es bleibt bei einem Berufsabschluss, der gleichwertig ist, aber auf zwei unterschiedlichen Wegen erreicht werden kann
4. Die Ausbildung an der Hoch-

schule wird zur Regelausbildung für alle Berufsangehörigen

(1) Die erste Möglichkeit ist eher unwahrscheinlich. Zwar sieht das Gesetz vor, dass die Länder die Modellversuche nach vom BMG erlassenen Richtlinien (BMG 2009) auswerten müssen, es ist aber nicht zu erwarten, dass die Hochschulausbildung ganz eingestellt wird, allenfalls können sich Modifikationen ergeben. Die Vorschrift zur Evaluation der Modellversuche wie auch ihre Befristung wurde erst auf Anregung der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft in das Gesetz aufgenommen (ver.di 2009). Sie war im ursprünglichen Gesetzesentwurf des Bundesrats nicht vorgesehen und wurde auch während des Gesetzgebungsverfahrens von sonst niemandem eingefordert. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Ausbildung an Hochschulen auch nach Ablauf der Modellversuche fortgesetzt wird.

(2) Bei der zweiten Möglichkeit bildet sich durch die Hochschulausbildung eine nachweisbar andere ggfs. höhere Qualifikation heraus. Eine solche Unterschiedlichkeit kann nicht ohne weiteres unterstellt werden. Bei gleichen Eingangsvoraussetzungen – auch der weit überwiegende Teil der SchülerInnen, die für therapeutische Berufe und zur Hebamme ausgebildet werden, verfügen bereits beim Zugang zur Ausbildung über eine Hochschulzugangsberechtigung – können Unterschiede im Ergebnis nur durch Unterschiede in Inhalten und/oder Methoden der Ausbildung erwartet werden. Bei gleicher Ausbildungsdauer von drei Jahren und gleichen gesetzlichen Rahmenvorgaben dürfte der Nachweis nicht ganz einfach geführt werden können. Hinzu kommt, dass die Bachelorstudiengänge stark verschult sind und dadurch – noch verstärkt durch die berufsgesetzlichen Vorgaben – die ursprünglichen Stärken eines Hochschulstudiums, wie selbstverantwortliches Lernen, Auswahlmöglichkeit bei Studieninhalten und Gestaltung der Studienzeiten nur noch rudimentär realisiert werden können. Bei einem länger als drei Jahre dauernden Bachelorstudium wird der größte Teil der zusätzlichen Ausbil-



dungszeit für die Erreichung des ersten wissenschaftlichen Abschlusses benötigt werden, um die Vergleichbarkeit mit anderen Bachelorabschlüssen zu gewährleisten, die nicht gleichzeitig zu einem Berufsabschluss in einem Gesundheitsberuf führen.

Es wird bei dieser Variante entscheidend darauf ankommen, dass es den Hochschulen gelingt, die Andersartigkeit und im Hinblick auf eine dem Hochschulabschluss adäquate Vergütung Höherwertigkeit des an einer Hochschule erworbenen Berufsabschlusses nachzuweisen. In dieser Frage können die Hochschulen nicht aus ihrer Verantwortung für die AbsolventInnen dieser Studiengänge entlassen werden. Die Abweichungsmöglichkeiten von den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für den theoretischen und praktischen Unterricht sind in einer Weise zu nutzen, dass eine erweiterte oder zusätzliche Kompetenz zur Berufsausübung erkennbar wird, ohne zu Lasten der Berufsfähigkeit zu gehen. Die unterschiedlichen beruflichen Kompetenzen können sich auch in unterschiedlichen Berufsbezeichnungen niederschlagen, die dann der berufsgesetzlichen Regelung bedürften. In der Berufsausübung müssten die Tätigkeiten voneinander abgrenzbar sein. Eine unterschiedliche tarifliche Bewertung wäre damit begründet.

(3) In der dritten Variante bleibt der einheitliche Berufsabschluss mit einer gemeinsam geführten Berufsbezeichnung erhalten. Es gibt aber zwei unterschiedliche Wege zum gleichen Ziel. Die Erlaubnis zur Führung der jeweiligen Berufsbezeichnung kann über die herkömmliche Berufsausbildung oder alternativ durch eine Berufsausbildung an der Hochschule erworben werden. Der Berufsabschluss ist gleichwertig, der Unterschied besteht alleine darin, dass durch das Hochschulstudium zusätzlich der erste akademische Grad des Bachelors erworben wird, der für eine weitere wissenschaftliche Ausbildung genutzt werden kann. In der Berufsausübung und in der Vergütung der Berufstätigkeit gäbe es keine Unterschiede. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe folgt diesem

Modell, wobei sie vorsichtig andeutet, dass die erweiterten Kompetenzen einer Ausbildung gemäß § 4 Abs. 7 KrPflG künftig einer akademischen Ausbildung vorbehalten werden könnten (vgl. BL-AG 2012, Dielmann 2012).

(4) Die vierte Möglichkeit einer Änderung der Berufszulassungsgesetze sieht die Hochschulausbildung als alleinige Möglichkeit vor, die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung zu erwerben. Sie ist die konsequenteste Lösung, wenn die Argumentation von den geänderten Anforderungen, die einer Hochschulausbildung bedürften, zutrifft. Sie hätte den Vorzug, dass eine Abgrenzung zweier sehr nahen beieinander liegender Berufsqualifikationen in der Berufspraxis nicht notwendig wäre. Sie würde die Hochschulen, besonders bei den zahlenmäßig größeren Ausbildungsgängen in Pflege, Ergo- und Physiotherapie vor größere quantitative Probleme stellen. Sie zu lösen bedürfte einer politischen Grundsatzentscheidung, die zur Folge haben müsste, dass den Hochschulen auch die finanziellen Ressourcen für den entsprechenden Ausbau zur Verfügung gestellt werden. Ungelöst ist auch die Frage, was in diesem Fall aus den bisherigen Ausbildungsstätten und dem dort beschäftigten Personal werden soll.

Die Empfehlung des Wissenschaftsrats (WR 2012) zur Einrichtung primärqualifizierender Studiengänge für Gesundheitsfachberufe schwankt zwischen den Modellen 2 und 3. Einerseits fordert er, »die mit besonders komplexen und verantwortungsvollen Aufgaben betrauten Angehörigen der Gesundheitsfachberufe bevorzugt an Hochschulen auszubilden« (WR 2012, S. 83), andererseits sollen aber nur 10 bis 20 Prozent eines Jahrgangs, den auch nach Auffassung des WR gestiegenen Anforderungen genügen. Soweit dieser Teil der Empfehlungen als ein Plädoyer für eine Binnendifferenzierung innerhalb der Berufe darstellen sollte, bleibt der WR die Antwort, nach welchen Kriterien hier die Tätigkeit in komplexe und weniger komplexe Pflege- und Therapiesituationen unterschieden werden soll, schuldig. Auch die Begründung für das



Zielintervall zwischen 10 und 20 Prozent bleibt eher dünn, nämlich, »dass einem typischen multidisziplinären Team aus fünf bis zehn Personen eine höher qualifizierte Fachkraft angehören sollte« (WR 2012: 87). Um was für ein Team es sich handelt, welche Rolle die höher qualifizierte Fachkraft spielen soll, wird nicht weiter ausgeführt.

Das gerne in die Debatte um die Akademisierung eingebrachte und auch vom WR angeführte Unterscheidungsmerkmal vom an der Hochschule ausgebildeten »reflektierenden Praktiker« (WR 2012: 80) erscheint mir wenig geeignet. Zum einen unterstellt es fehlendes Reflexionsvermögen bei den beruflich ausgebildeten Fachkräften und zum anderen eignet es sich nicht als Tarifmerkmal, weil kein Arbeitgeber bereit sein wird, seine therapeutischen Fachkräfte alleine fürs Reflektieren besser zu bezahlen. Da müssten schon weitere Qualifikationsmerkmale dazu kommen.

Demgegenüber könnte – zwei unterschiedliche Qualifikationsniveaus vorausgesetzt – ein Unterscheidungsmerkmal in der Vorbereitung auf eine Niederlassung in einer freiberuflichen Praxis bestehen. Die hierfür erforderlichen Kompetenzen, die von betriebswirtschaftlichen Kenntnissen bis hin zur Befähigung zur selbständigen Ausübung der Heilkunde im jeweiligen Fachgebiet reichen kön-

»Im Moment fehlt es in Deutschland selbst an der gesellschaftlichen Akzeptanz, dass Pflegearbeit einer mindestens dreijährigen Berufsausbildung bedarf.«



nen, lassen sich sinnvoll an Hochschulen erwerben. Wie für alle anderen Hochschulausbildungen sollte auch hier der Zugang für Berufsangehörige ohne formale Hochschulzugangsberechtigung (FHR, AHR) erleichtert werden, um entsprechende Module zu absolvieren. Um die Durchlässigkeit zwischen dem Berufsausbildungssystem und der Hochschulausbildung zu gewährleisten, sind entsprechende Weiterbildungsstudiengänge parallel zum Ausbau der primärqualifizierenden Studiengänge einzurichten.

Zusammenfassung:

Da eine volle Akademisierung der pflegerischen und therapeutischen Berufe gesellschaftspolitisch und aus Gründen der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung nicht zwingend notwendig erscheint, werden wir uns wohl auf absehbare Zeit darauf einrichten müssen, dass es mehrere Abschlussniveaus für den gleichen Beruf oder ver-

gleichbare Tätigkeiten gibt. Für die Pflegeberufe kann man eine abschließliche Ausbildung auf Hochschulniveau mit einiger Sicherheit ausschließen. Hier fehlt es selbst an der gesellschaftlichen Akzeptanz, dass Pflegearbeit einer mindestens dreijährigen Berufsausbildung bedarf. Laienpflege, auch gegen Entgelt, wird weiterhin ebenso akzeptiert wie eine Vielzahl von HelferInnenqualifikationen unterhalb des Niveaus einer abgeschlossenen Berufsausbildung. Daran ändern auch die jüngst bekannt gewordenen Bemühungen der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) nichts, gemeinsame Eckpunkte für die Ausbildung zu finden und landesrechtlich umzusetzen (GMK 2013).

Ungeachtet des Ausgangs dieser Entwicklungen sind sowohl an die Ausbildung im berufsbildenden System als auch für die praktischen Teile der Hochschulausbildung die üblichen Qualitätsstandards für Ausbildungen auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes anzuwen-

den. Es sind dies, ein ausformuliertes Ausbildungsberufsbild mit einer Beschreibung der in der Ausbildung zu vermittelnden Kompetenzen, ein Ausbildungsrahmenplan für die praktische Ausbildung bzw. Praktika mit einer Beschreibung der zu erreichenden Kompetenzen. Die betriebliche Ausbildung ist durch Ausbildungsverträge arbeitsrechtlich auszugestalten bzw. für Hochschulausbildungen in Praktikumsverträgen zu regeln. Angemessene Ausbildungsvergütungen bzw. Praktikumsentgelte sind in den berufsrechtlichen Bestimmungen vorzuschreiben und tariflich zu regeln.

Gerd Dielmann ist Krankenpfleger und Diplom Pädagoge; er war Leiter des Fortbildungsinstituts für Gesundheitsberufe der Gewerkschaft ÖTV, zuletzt arbeitete er als Bereichsleiter Berufspolitik in der ver.di Bundesverwaltung. Seit 2012 befindet er sich in der Freiphase der Altersteilzeit.*

Die Langfassung des Textes mit der Literaturliste wurde zuerst in der Zeitschrift »therapie lernen«, November 2013 veröffentlicht.

Im Kern ungenügend, in wichtigen Teilen kontraproduktiv, in Details interessant

Erste Bewertung des vdää zu den Eckpunkten der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015

Maintal, 14. Dezember 2014

Dass es den deutschen Krankenhäusern finanziell und personell schlecht geht, ist nicht erst seit dem Koalitionsvertrag der großen Koalition bekannt. Seit etwa einem Jahr tagte entsprechend den Vorgaben des Koalitionsvertrages eine Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015. Diese hat jetzt ihre Vorschläge zur Krankenhausreform 2015 vorgelegt.

Der vdää hält die vorgeschlagenen Maßnahmen aus folgenden Gründen für ungenügend:

1. Die Kernfrage der Krankenhausmisere, nämlich die nach einer substantiellen Verbesserung der Investitionsmittel durch die Bundesländer wird völlig unzureichend angegangen: »Die Länder ... haben die Investitionsmittel für ihre Krankenhäuser in notwendigem Umfang bereitzustellen«. Das sollten sie bisher auch schon, haben es aber nicht getan. Solange die Verpflichtung der Länder nicht verbindlich ist und mit Sanktio-

nen belangt werden kann, wird es auch weiterhin zu einer Unterfinanzierung der Investitionen kommen.

2. Ob die Finanzierung der Kliniken auf Grundlage der DRGs verantwortlich für Leistungsausweitung und Unterfinanzierung ist, wird nicht analysiert und angetastet. Die DRGs bleiben, mit einigen Ausnahmen, die Basis der Abrechnung.

3. Der Bund soll nun den Marktaustritt vorgeblich überflüssiger Krankenhäuser subventionieren. Es soll ein Strukturfonds aufgelegt werden, der mit 500 Mill Euro zur Hälfte aus dem Gesundheitsfonds, also aus Mitteln der Versicherten finanziert werden soll und der helfen soll, Krankenhausbetten abzubauen.

4. Es fehlen Aussagen zu einer wissenschaftlich begründeten Bedarfsplanung, die aber nach Sicht des vdää Grundlage für einen Kapazitätsabbau der Krankenhäuser sein sollte. Dies müsste der Kernpunkt jeder substantiellen Reform der stationären Versorgung sein.

5. Stattdessen soll der Wettbewerb über die Qualität der erbrachten Leistungen ausgetra-

gen werden und so zum Bettenabbau führen. Bis heute ist aber unklar, wie die Qualität von medizinischen Leistungen zu erfassen ist. Qualitätsindikatoren sollen erst noch vom GBA entwickelt werden. Wir halten es für äußerst problematisch, ob und wie sich sinnvolle Kriterien für die Ergebnisqualität werden entwickeln lassen. Schlechte Qualität soll, so das Papier der Bund-Länder AG, mit Abschlägen bestraft, gute durch Zuschläge belohnt werden. Solange sich an den Strukturen nichts wesentliches ändert, werden solche Anreize – so die Erfahrung der Ärztinnen des vdää – dazu führen, dass PatientInnen mit unsicherem Ausgang ihrer medizinischen Behandlung abgewiesen oder schnell verlegt werden, damit die Qualitätsberichte nicht zu negativ ausfallen. Pay-for-Performance-Modelle führen bekanntermaßen zu Risikoselektion, also zu Konkurrenz um die gesündesten Patienten, sowie zu systematischen »Verzerrungen« bei der Daten-Dokumentation – die schon jetzt im Zusammenhang von QM in großem Maße in vielen

Krankenhäusern stattfindet. Mogeln, um gut dazustehen. Der vdää stellt dagegen zur Diskussion, dass Kliniken mit schlechteren Ergebnissen eher noch finanzielle Hilfen benötigen, um ihre Strukturen zu verbessern, anstatt mit geringeren Erlösen abgestraft zu werden – und dann notwendig noch schlechtere Qualität abliefern. Und was nützt es dem Patienten, wenn »seine« Klinik wegen schlechter Qualität finanziell abgestraft wurde? Dauerhaft schlechte Kliniken sollen nicht durch Abschläge bestraft werden, sondern müssten geschlossen werden.

6. Der im Krankenhaus geltende Verbotsvorbehalt, also die Möglichkeit, alle neuen Techniken und Therapien – sofern sie nicht verboten sind – anzuwenden, bleibt laut Bund-Länder-AG im Wesentlichen erhalten, wenn auch Einschränkungen für risikoreiche Verfahren eingeführt werden.

7. Das Pflegeförderprogramm von insgesamt 660 Mill Euro ist noch kleiner angelegt als sein historisches Vorbild von 2009 bis 2011, das schon damals kaum Wirkung gezeigt hatte. Die Einsetzung einer Expertengruppe, die bis Ende 2017(!) Vorschläge erarbeiten soll, bedeutet im Klartext: Wir geben Euch ein Trostpflasterchen und anschließend wollen wir bis zum Ende der Legislaturperiode mit dem Problem mangelnder pflegerischer Zuwendungsmöglichkeiten in der Fabrik Krankenhaus nicht weiter belästigt werden. Dabei bleibt unklar, woher denn die neuen Pflegekräfte kommen sollen. Schon heute herrscht ein eklatanter Mangel an Pflegekräften, und die Arbeitsbedingungen werden immer unattraktiver.

8. Eine obligate gesetzliche Personalbemessung wird von der Arbeitsgruppe nicht gefordert. Es wird also weiterhin möglich sein,

Finanzlöcher der Krankenhäuser durch den Abbau von Pflegepersonal zu stopfen!

9. Wir wollen nicht verschweigen, dass verschiedenerlei Details der Eckpunkte der Bund-Länder-AG einen genaueren Blick verdienen und sinnvoll sein mögen, insbesondere wo im Namen der Qualität die Planungs- und Durchgriffsrechte der Bundesländer auf die Kliniken gestärkt werden. Auch eine Änderung des Orientierungswertes, welcher für die Anhebung des Landesbasisfallwertes wesentlich ist, ist zu begrüßen. Leider aber sind diese Details in dem Papier nur Nebensache.

Prof. Dr. Wulf Dietrich (Vorsitzender)
Dr. Peter Hoffmann
(Stellvertretender Vorsitzender)

Diese Presseerklärung kann, wie auch Bilder und andere Texte von der Homepage des vdää, kostenlos veröffentlicht und weiter verbreitet werden.



Gewissen und Gewerkschaft

Iris Nowak * über die (fehlende) Organisation in der Altenpflege

Dank Fernsehreportagen und Zeitungsartikeln sind die prekären Bedingungen, unter denen alte Menschen gepflegt werden, eigentlich allgemein bekannt. Altenpflegekräfte stehen ständig unter Zeitnot, müssen schnell arbeiten, um die lebensnotwendige Versorgung der Menschen, für die sie zuständig

sind, abzusichern, und haben fast nie Zeit, mit Muße auf sie einzugehen. Infolgedessen verlassen viele den Beruf nach kurzer Zeit. Dennoch ist die Altenpflege, was direkte Konflikte um die Arbeitsbedingungen der Pflegenden (und somit der Lebensbedingungen der Gepflegten) betrifft, ein recht ver-

schlafener Bereich. Hierfür kann man einige strukturelle Gründe nennen und auch solche, die etwas mit den Selbst- und Weltauffassungen der Pflegekräfte zu tun haben.

In jedem Fall hat es etwas mit der Geschichte der Pflege alter Menschen in Deutschland zu tun. Altenpflege außerhalb von familiä-

Iris Nowak gewährt uns einen Einblick in die Probleme der Altenpflege und in die der gewerkschaftlichen Organisation derselben.



ren Kontexten entstand im 19. Jahrhundert in christlichen Einrichtungen, in denen die Tätigkeit des Pflegens als Ausdruck einer christlichen Berufung bzw. ehrenamtlichen sozialen Engagements galt, für das Frauen aufgrund ihrer mütterlichen Gefühle und Erfahrungen von Natur aus als kompetent angesehen wurden. Erst in den 1960er Jahren wurde Altenpflege ein normaler Frauenberuf, wobei diese Entwicklung bis heute einen Diskurs einschließt, demzufolge hierfür nicht so sehr formale Kompetenzen nötig sind, sondern vor allem eine Persönlichkeit, die das Herz am rechten Fleck sitzen hat – was nach wie vor Frauen eher zu gesprochen wird als Männern.

Diese historische Gewachsenheit und die gesellschaftlichen Diskurse spiegeln sich u.a. darin, dass sich Altenpflegekräfte selten als Lohnarbeitende verstehen, die aufgrund ihrer Leistung Rechte¹ und einen Anspruch auf eine bestimmte Behandlung und Bezahlung haben. Arbeitskämpfe sind in der Altenpflege ebenso die Ausnahme wie die Existenz von Betriebsräten oder gewerkschaftliche Aktivitäten. Auch in vertiefenden Gesprächen mit Altenpflegekräften² zeigt sich, dass Konflikte oft grundsätzlich negativ besetzt sind und die Idee der Solidarität vor allem darauf bezogen wird, dass zwischen Vorgesetzten und Kollegen Harmonie herrscht und man sich bei der Bewältigung des hohen Arbeitspensums gegenseitig unterstützt.

Dieser fehlenden Organisation von Beschäftigten steht eine zerklüftete Arbeitgeber- und Tariflandschaft gegenüber: Nur fünf Prozent der stationären Einrichtungen werden von öffentlichen Trägern betrieben, 40 Prozent von privaten, die oft keine Tarifverträge haben; gut über die Hälfte befindet sich in freigemeinnütziger Trägerschaft. Dies sind vor allem, aber nicht nur, kirchliche Einrichtungen. Ohnehin sind die Arbeitsbedingungen nicht nur von (nicht existierenden) Tarifverträgen abhängig, sondern auch von den Prämissen. Sie werden seit Ein-

führung des Pflegeversicherungsgesetzes (PVG) 1995 zwischen den Trägern der Einrichtungen, den Pflegekassen und den Sozialhilfeträgern vereinbart – für jede Einrichtung gesondert im Vorhinein, wobei sich die einzelnen Verhandlungspartner in unterschiedlichen Bundesländern unterschiedlich starken Druck machen. Es sind grundsätzlich keine Vertreter der Beschäftigten bei diesen Verhandlungen vorgesehen.

Strukturell sind die Voraussetzungen für großflächig ausgeprägte Konflikte um die Bedingungen in der Altenpflege also ungünstig. Der durchschnittliche Bruttomonatsverdienst einer Vollzeitkraft wurde in der WSI-Lohnspiegel-Datenbank mit 2.148 Euro angegeben. Aufgrund eines hohen Anteils an Teilzeitbeschäftigten und verhältnismäßig großen Unterschieden in den Stundenlöhnen sind die tatsächlichen Löhne noch viel niedriger. Hierüber Arbeitskämpfe zu führen, wäre also durchaus sinnvoll und könnte auch Raum für weitergehende Fragen nach Anerkennung und Wertschätzung der geleisteten Arbeit eröffnen. Doch sowohl Beschäftigte als auch betrieblich Aktive stellen immer wieder fest, dass die Gehaltsfrage nicht das dringendste Problemfeld sei.

Als bedeutsamer wird dagegen oft die Frage nach den Arbeitsbedingungen erlebt. Insbesondere die Arbeitszeiten führen zu einer prekären Existenz von Altenpflegekräften. An einem hohen Anteil an Teilzeitkräften besteht auf Seiten der Pflegeeinrichtungen betriebswirtschaftliches Interesse: Mit ihnen lassen sich die Folgen des grundsätzlichen Personalmangels besser bewältigen. Teilzeitkräfte ermöglichen den Arbeitgebern aufgrund der Gesetzeslage und -auslegung von Teilzeit- und Befristungsgesetz einen flexibleren Einsatz der Arbeitskräfte. Auf diese Weise können sie z.B. bei Bettenleerstand schnell mit einer kurzfristigen Reduzierung der Wochenstunden reagieren. Das unternehmerische Risiko, dem Pflegeeinrichtungen durch die marktorientierte Regulierung der Pflege unterliegen, wird auf Beschäftigte übertragen.

Ein anderes großes Problem ist

die Festlegung der Arbeitszeiten. Beschäftigte haben bei der Erstellung der Schichtpläne oft keine Möglichkeit mitzubestimmen. Weder können regelmäßige Termine geblockt (z.B. für Sport), noch einmalige Termine (z.B. Arztbesuch oder gemeinsame Familienaktivitäten) verbindlich als erwerbsarbeitsfreie Zeit festgelegt werden. Wenn überhaupt, geschieht dies durch individuelles Schichttauschen. Zudem können Pflegekräfte ihren Alltag deshalb nicht planen, weil sie sehr häufig spontan Schichten in den Heimen übernehmen und/oder Überstunden machen.

Oft zeigen sie viel Verständnis für die Erwartungen, ständig flexibel einsetzbar zu sein. Sie denken von sich aus die ständige Personalknappheit und die prekäre ökonomische Situation der Einrichtung als unabänderliche Tatsachen mit und folgern hieraus, dass sie bereit sein müssen, dies durch ihren persönlichen Einsatz auszugleichen. Aktivitäten außerhalb der Pflegearbeit werden nur von Woche zu Woche oder von Tag zu Tag geplant, Familienaktivitäten und Verabredungen mit Freunden werden oft kurzfristig abgesagt oder umorganisiert.

Viele verarbeiten den Widerspruch zwischen den hohen Anforderungen, die eine gute Versorgung der BewohnerInnen von Pflegeheimen bedeutet, und den Bedingungen, unter denen gepflegt wird, auch als Gewissensfrage. Sie ringen ständig mit sich selbst, ob sie die eigenen Grenzen und Bedürfnisse nach Zeit ohne Pflege Tätigkeit ernst nehmen oder ob sie eben doch länger bleiben oder spontan für eine Zusatzschicht in die Einrichtung gehen – weil KollegInnen ausgefallen sind, die Zusammensetzung der BewohnerInnen gerade schwierig ist oder der ganz gewöhnliche Alltag nur mit Zusatzarbeit in akzeptabler Form erledigt werden kann.

Diese ständige Bereitschaft einzuspringen wird oft – auch von Pflegekräften selbst – etwas abwertend als »Helfersyndrom« identifiziert. Gerade in Diskussionen über mögliche Widerstandsformen wird gern (etwas flehentlich) davon gesprochen, dass Pflegenden endlich anfangen müssen, Grenzen zu ziehen. Erst dann würde deutlich werden, dass der Personalmangel

»Konflikte sind oft grundsätzlich negativ besetzt und die Idee der Solidarität wird vor allem darauf bezogen wird, dass zwischen Vorgesetzten und Kollegen Harmonie herrscht.«

strukturell vorgegeben ist: Finanziert werden durch die Pflegekassen bestimmte Leistungen, nicht die tatsächlich entstandenen Kosten. Dabei fließen bei der Aushandlung der Sätze und auch bei der späteren Kontrolle der Pflegequalität nur messbare Tätigkeiten der medizinischen und körperlichen Versorgung ein, nicht aber die Zeit für die Beziehungsarbeit zwischen Pflegenden und Gepflegten. Der Stellenschlüssel, der auf dieser Grundlage berechnet wird, geht zudem stets von einer Optimalbesetzung aus und berücksichtigt Ausfälle durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildungen nicht. Zudem sind Einrichtungen durch das PVG angehalten, wirtschaftlich zu arbeiten. Da in der Altenpflege die Personalkosten den höchsten Anteil an den Kosten haben, richtet sich gerade auf diese ein sehr starker Druck.

Der ständige Personalmangel ist also systematische Grundlage der Pflegearbeit, und es ist zweifellos notwendig, dessen Behebung von Verantwortlichen in den Einrichtungen und in der Politik einzufordern. Dennoch zeichnet die Forderung nach konsequenter Verweigerung von Zusatzarbeit durch die Pflegekräfte ein zu einfaches Bild davon, wie individuelles Verhalten und strukturelle Veränderungen zusammenhängen. Es ignoriert, dass das Funktionieren der Pflege auf dem heutigen Niveau – und das ist bekanntlich schon niedrig genug – auf solchen entgrenzten Haltungen bei den Pflegenden aufbaut. Deren Entscheidung, dennoch die Einrichtung zu verlassen bzw. sie nicht aufzusuchen, kann bedeuten, dass die Gepflegten in ihren Grundbedürfnissen nicht versorgt sind, dass z.B. Wunden noch schlechter versorgt sind oder Menschen noch länger in nassen Windeln bleiben. Das heißt, ein Wegbleiben vom Arbeitsplatz kann zu weiteren seelischen und körperlichen Beeinträchtigungen bei den BewohnerInnen führen und zuspitzt in Einzelfällen eine Frage von Leben und Tod werden.

Natürlich ist es gleichzeitig keine Lösung, wenn Pflegekräfte einfach weiter machen wie bisher und den strukturellen Mangel ein Stück weit ausgleichen, indem sie ihr eigenes seelisches und körperliches

Wohlbefinden ruinieren. Langfristig verhindern sie damit auch das, was sie mit ihrem Engagement eigentlich erreichen wollen, nämlich eine gute Versorgung alter Menschen. Diese wäre nur durch entsprechende politische Veränderungen durchzusetzen und hierfür wäre es notwendig, deutlich zu machen, dass es so wie bisher nicht weitergehen darf.

In Streiksituationen können für das beschriebene Dilemma Lösungen durch entsprechende Notbesetzungspläne gefunden werden. Streik ist aber bereits ein Ausdruck einer relativ guten Organisation von Arbeitskräften – und damit in der Altenpflege die Ausnahme. Wer Altenpflegekräfte trotzdem nicht für grundsätzlich unorganisierbar hält, kann sich von daher fragen, ob dieser alltägliche Konflikt um die Mehrarbeit, den Pflegekräfte innerlich und/oder äußerlich austragen, etwas wäre, an das sich anschließen ließe, um darüber Interesse und Lust an kollektivem Handeln entstehen zu lassen.

Dabei geht es vielleicht weniger darum, fertige Lösungen zu präsentieren, als Suchbewegungen anzuregen und anzuleiten, in denen Pflegenden ihre eigenen Möglichkeiten, Grenzen zu setzen, stärken können. Vielleicht lässt sich von der Kollegin lernen, wie man öfter Nein sagt, anstatt sie als unsolidarisch zu verteufeln. Vielleicht lassen sich gemeinsam – auch unterhalb der großen Lösung »Streik« – Ideen dazu finden, wie man sich öfter mal verweigert, und trotzdem die Pflegebedürftigen ausreichend versorgt weiß.

Dafür müssen sich Pflegekräfte sicherlich auch mit ihren eigenen Alltagsauffassungen und -bedürfnissen kritisch auseinandersetzen. Wem eine konfliktvolle Haltung gegenüber Vorgesetzten und KollegInnen bisher fremd war, der braucht Raum, diese langsam zu erlernen. Das Bedürfnis danach, gemeinsam mit KollegInnen und in moderierter Form den Arbeitsalltag zu reflektieren, wurde uns gegenüber von vielen Beschäftigten geäußert. Vielleicht können Gewerkschaften hier anschließen und Angebote entwickeln, in denen kollektive Selbstverständigung damit verknüpft wird, dass Pflegekräfte die strukturellen Widersprüche,

die zu den individuellen Gewissensbissen und inneren Konflikten führen, begreifen und gesellschaftlich sichtbar machen können.

** Iris Nowak lebt in Hamburg und forscht zu Konflikten um Sorgearbeit und zu Handlungsmöglichkeiten von Menschen in prekären Bedingungen unterschiedlichster Art.*

(Es handelt sich hier um die gekürzte Fassung eines Textes, der zuerst im express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, Nr. 7-8/2014 erschienen ist.)

- 1 Die Frage, wie Konflikte um Altenpflege zu führen wären, muss unbedingt auch noch ergänzt werden um eine Sichtweise, wie sie beispielsweise Michael Zander vertritt: Auch die Pflegebedürftigen sind als Menschen mit Rechten einzubeziehen und sollen als solche Prozesse, in denen sie Hilfe erhalten, mitgestalten. (Vgl. u.a. Adelheid Kuhlmei/Clemens Tesch-Römer: »Autonomie trotz Multimorbidität« 2013)
- 2 Diese Erfahrungen haben wir im Rahmen eines Forschungsprojekts gemacht, in dem Altenpflegekräfte aus stationären Einrichtungen zu ihren persönlichen Sichtweisen auf Probleme, Konflikte und Lösungsmöglichkeiten interviewt wurden. Die folgenden Überlegungen zu Arbeitsbedingungen, Problemen und Organisation in der Altenpflege beziehen sich teilweise auf diese Forschungen. Laut aktueller »Pflegestatistik 2014« galten im Jahr 2011 nach gesetzlicher Definition 2,5 Millionen Menschen in Deutschland als pflegebedürftig. 70 Prozent davon (das sind 1,76 Millionen Menschen) wurden dabei im häuslichen Kontext betreut, davon 1,18 Millionen allein durch pflegende Angehörige. Insgesamt waren laut dieser Statistik in stationären Einrichtungen 661 000 Beschäftigte tätig und in ambulanten Diensten 291 000. Etwa 85 Prozent der Beschäftigten in der Altenpflege waren Frauen. Diese Zahlen sind in verschiedenen Hinsichten unzureichend: So sind in der Betreuung alter Menschen in Privathaushalten oft Hausarbeiterinnen (mit migrantischer Herkunft) tätig, deren Arbeitsverhältnisse (und zum Teil auch Aufenthaltsverhältnisse) nicht legalisiert sind und die daher in offiziellen Erhebungen kaum auftauchen. Zudem gibt es eine ebenfalls nicht erhobene Anzahl an Menschen, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen auf Hilfe angewiesen sind, die in keine Pflegestufe eingestuft worden sind und somit nicht als pflegebedürftig gelten.





Medizinische Versorgung in Rojava

Ein Aufruf zur Solidarität – von Andreas Klein*

Anfang Oktober reiste eine von PHNX e.v. organisierte Delegation aus MedizinerInnen, JournalistInnen und einem Sozialwissenschaftler in die Region Rojava im Nordosten Syriens. Gefolgt sind wir einem Aufruf Civaka Azads, dem kurdischen Zentrum für Öffentlichkeitsarbeit e.V., zu einer Fact-Finding-Mission¹ in die Gebiete der kurdischen Selbstverwaltung, um dort die aktuelle medizinische Versorgung zu beleuchten und einen Überblick zu erhalten, auf welcher Grundlage medizinische Unterstützung möglich ist.

Rojava, das bedeutet im kurdischen »Westen« und beschreibt die Region Westkurdistan im Norden Syriens. Rojava beschreibt aber auch den Versuch, ein gleichberechtigtes multiethnisches und multireligiöses basisdemokratisches Gesellschaftsmodell mit Geschlechterfreiheit aufzubauen.

Im Januar diesen Jahres proklamierten die Parteien der kurdischen Demokratischen und der christlichen Einheitspartei Soyoro einseitig eine autonome direkte kommunale Demokratie und begannen mit dem Aufbau der sozialen und wirtschaftlichen Infrastruktur in einer solidarischen Gesellschaftsstruktur, die als »Demokratischer Konföderalismus« bezeichnet wird.

Bis dahin weitgehend unbeachtet, erfuhr die Region seit Ende August ungeahnte mediale Aufmerksamkeit durch die Rettung zehntausender YezidInnen vor dem Genozid durch IS-Milizen im Shengal-Gebirge (Nordirak) und die seit Mitte September, bislang erfolgreiche Verteidigung der Stadt Kobane. Dabei bleibt jedoch nach wie vor unbeachtet, welche Auswirkungen die Angriffe der IS-Milizen und vor

allem das von der Türkei verhängte Embargo gegen die Region Rojava auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung hat. Zumindest bis zum 15. Oktober sind diesem alle westlichen Kräfte, aber auch die kurdische Autonomieregierung des Nordiraks gefolgt. An diesem Tag erfolgte die Anerkennung Rojavas durch das *Kurdistan Regional Government* im Irak. Ob und wie sich die Bedingungen für die Menschen in Rojava dadurch verändert haben, muss sich erst noch zeigen.

Die »Bewegung für eine demokratische Gesellschaft (Tev-Dem)«, wie sich die politische Koalition nennt, die die Autonomieverwaltung stellt, hat in den vergangenen Monaten ein neues Gesundheitssystem etabliert, in dem Gesundheitszentren eine maßgebliche Rolle spielen und in denen die medizinische Versorgung kostenfrei und allen zugänglich sein soll. Das Embargo und die beständigen Angriffe stellen die GesundheitsversorgerInnen allerdings vor schier unlösbare Aufgaben.

In der Region leben 2,5 Millionen Menschen. Zusätzlich müssen mittlerweile ca. 1,2 Millionen Binnenflüchtlinge versorgt werden.

Auf der einen Seite muss die Grundversorgung der Bevölkerung aufrecht erhalten werden, auf der anderen Seite fordern die Kampfhandlungen und Anschläge zahllose Verwundete. Medikamente und medizinisches Verbrauchsmaterial erreichen die Region zwar teilweise noch aus Damaskus, jedoch müssen sie zu übersteuerten Preisen in den lokalen Apotheken gekauft werden. Die neu aufgebauten Strukturen der Selbstverwaltung werden von Damaskus nicht beliefert. Alles, was in den Apotheken nicht erhältlich ist, muss die Region über Hilfslieferungen aus dem Ausland erreichen. Und die sind rar gesät. Über den Landweg durch die Türkei kommen die wenigsten Lieferungen tatsächlich in Rojava an, meistens werden sie vorher geplündert oder wochenlang an den Grenzübergängen festgehalten bis die Medikamente unbrauchbar sind. Andere Hilfsorganisationen liefern erst gar nicht in die Region, da sie, wie beispielsweise das UN-HCR, nur dort arbeiten, wo sie aus Damaskus ein Mandat erhalten.

Das hat zur Folge, dass die wichtigsten Medikamente kaum verfügbar sind. Vor allem fehlen

Medikamente zur Behandlung chronischer Krankheiten wie Diabetes, Herz- und Nierenkrankheiten aber es mangelt ebenso an Antinfektiva, Säuglingsnahrung oder Krebstherapeutika.

Der Großteil der Hilfslieferung wird von *Heyva Sor a Kurdistane*, dem kurdischen roten Halbmondorganisiert. Er arbeitet eng mit *Heyva Sor a Kurd*, eine kurdische Freiwilligenorganisation, die in Rojava den Hauptteil der Gesundheitsversorgung und Hilfeleistung organisiert, zusammen. Gemeinsam und mit Unterstützung der Bevölkerung organisiert Heyva Sor nicht nur die Regelversorgung der Menschen in Rojava, sondern auch die Erste Hilfe der Volksverteidigungseinheiten YPG/YPJ, die die Zivilbevölkerung Rojavas seit zwei Jahren vor den Angriffen durch islamistische Milizen schützen. Darüber hinaus organisieren sie die Versorgung der Flüchtlinge aus dem Shengal, sowohl im Camp Newroz, in das sich der Großteil der YezidInnen geflüchtet hat, als auch direkte Hilfstransporte in das Shengal Gebirge. Und das unter dem ständigen Risiko, auf dem Weg ins Gebirge Opfer einer Attacke der IS-Milizen zu werden. Zum Zeitpunkt unseres Besuchs lebten noch ca. 6000 Menschen im Camp Newroz, von ursprünglich ca. 100000. Die größte Gefahr für die Menschen im Camp stellt der bevorstehende Winter dar. Beim UNHCR wurden bereits vor zwei Monaten Winterzelte geordert. Trotz einer Zusage ist bis Anfang Oktober kein einziges Zelt im Camp angekommen.

Ein Mangel an Personal ...

Wie die meisten Kriegs- und Krisengebiete leidet auch die Region Rojava unter einem massiven »brain-drain«. Die meisten Fachkräfte haben das Land verlassen oder wurden gezielt ermordet. Von ursprünglich 700 ÄrztInnen befinden sich derzeit noch knapp 100 in Rojava. Von manchen Disziplinen gibt es keine VertreterInnen mehr in der Region. So gibt es beispielsweise keine NeurologInnen oder NeurochirurgInnen mehr. Ebenso fehlen UnfallchirurgInnen, OrthopädiInnen und KardiochirurgInnen. Die chirurgische Versorgung über-

nehmen ausnahmslos Allgemein-chirurgInnen, die in der aktuellen Situation außergewöhnliches leisten und oft rund um die Uhr arbeiten, je nachdem, ob und wo es gerade Kampfhandlungen gibt. Ausgebildete Pflegekräfte und RettungsassistentInnen sind ebenfalls nur noch wenige vor Ort und eine medizinische Ausbildung ist in Kriegszeiten nur schwer möglich.

... und Equipment

Eine Blutbank existiert in ganz Rojava nicht. Die Kühlschränke der Krankenhäuser sind leer, und wenn die Gefechte Verletzte fordern, wird die Bevölkerung über Lautsprecher- und Radiodurchsagen zur Warmblutspende aufgefordert. Infusionslösungen sind, wenn überhaupt, in den erforderlichen Mengen nicht einfach in den Apotheken zu erhalten und spezialisierte Medikamente, wie i.v. Antibiosen und Analgetika, die dringend von Nöten sind, ebenfalls absolute Mangelware. Ähnlich ist es um das technische Equipment der Krankenhäuser bestellt. Das meiste medizinische Equipment ist in den Jahren des Bürgerkriegs entweder geplündert oder zerstört worden. Da es ebenso an technischem Fachpersonal mangelt, kann das noch existierende Equipment nicht gewartet oder repariert werden. Vieles, was für uns zur Standarddiagnostik gehört, gibt es nicht. So fehlt es dringend an Dopplerecho, CT- oder MRT-Diagnostik. Labordiagnostik ist auf ein Minimum beschränkt.

Das Fazit ist in diesem Sinne ein ambivalentes. Auf der einen Seite muss man denjenigen, die sich für eine solidarische Gesundheitsversorgung in Rojava engagieren, tiefsten Respekt und Hochachtung zollen, unter widrigsten Umständen das nahezu Unmögliche möglich zu machen. Während die Kantone Rojavas bereits zu Zeiten des Assad-Regimes strukturell unterversorgt waren, so dass es bis auf Ausnahmen nur der regimetreuen oder finanzkräftigen Bevölkerung möglich war, medizinisch versorgt zu werden, wird heute darauf hingearbeitet ein solidarisches, kostenfreies Gesundheitssystem, in dem Versorgung unabhängig von Herkunft, Religion, Geschlecht

oder Einkommen gewährleistet wird, zu etablieren.

Gleichzeitig kann kaum in Worte gefasst werden, welche Auswirkungen der Krieg – und darin insbesondere auch das Embargo als Teil der Kriegsführung – gegen die Selbstverwaltung der »Bewegung für eine Demokratische Gesellschaft« auf allen Ebenen verursacht, so dass die GesundheitsversorgerInnen dringend die Unterstützung von außerhalb benötigen. Mitgenommen haben wir von unserer Delegationsreise den Aufruf, die lokalen Strukturen mit allen Kräften zu unterstützen. Vor allem mangelt es an medizinischem Fachpersonal. Wer sich also vorstellen kann, für einen begrenzten Zeitraum das medizinische Personal in Rojava zu unterstützen kann sich unter rojava@phnx.berlin bei PHNX e.V. melden. Gesucht werden vor allem ChirurgInnen und AnästhesistInnen sowie intensivmedizinisch erfahrene Pflegekräfte.

* *Andreas Klein ist Arzt und hat PHNX e.v. bei der Reise unterstützt.*

- 1 <http://civaka-azad.org/zur-fact-finding-mission-nach-suedkurdistanordirak-und-rojavanordsyrien/>



Gute Medizin braucht Politik

Wider die Kommerzialisierung der Medizin

Junge Ärztinnen und Ärzte im vdä

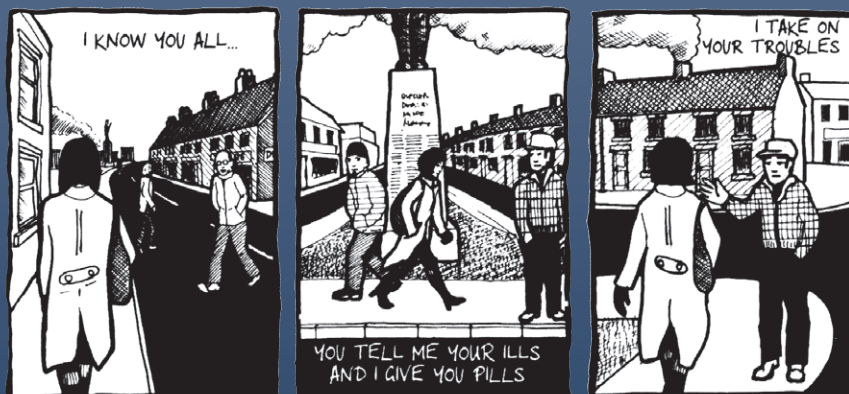
Freust Du Dich, dass es bald losgeht, als »richtige« Ärztin/»richtiger« Arzt zu arbeiten? Und sieht der Tag nach den ersten Monaten im Beruf auf einmal ganz anders aus als Du es Dir vorgestellt hast? Die Stationsarbeit wird zum Getriebe: Aufnahmen, Untersuchungen anmelden, Entlassungen, Codieren – kurzum: Fließbandarbeit und wenig Kontakt zum Patienten.

Und immer wieder springst Du ein, wenn mal wieder Ebbe im Dienstplan ist. Leere Stellen werden insbesondere in der Pflege nicht mehr nachbesetzt oder aus Kalkül offen gehalten, um die Personalkosten zu drücken. Aber auch wenn der Mangel und das gegenseitige Aushelfen die Berufsgruppen zeitweilig verbindet, bei den nächsten Tarifverhandlungen kämpft wieder jede Gruppe für sich und die Gelder für die Klinik sind gedeckelt – und was Deine Berufsgruppe sich erkämpft, fehlt nachher den anderen...

Warum in den vdä?

Auch wir im vdä fragen uns, warum in einem der teuersten Gesundheitssysteme für die Beschäftigten befriedigende Arbeitsbedingungen und eine hochwertige Patientenversorgung immer schwieriger werden. Wir sind Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen, stationär und ambulant tätig, wir begleiten die Entwicklung im Gesundheitssystem sehr kritisch und wollen – auch gegen die offiziellen StandesvertreterInnen – kritischen Positionen Gehör verschaffen. Und wir wollen etwas zum Positiven ändern. Tendenzen der Ökonomisierung und Privatisierung, Fragen der Medizinethik etwa zu Sterbehilfe oder PID diskutieren wir kritisch und oft auch mit kontroversen Positionen. Wir sind parteipolitisch ungebunden, arbeiten aber zusammen mit anderen Organisationen bei bestimmten Themen.

Uns eint die Überzeugung, dass positive Veränderungen im Gesundheitswesen und mehr Solidarität nicht von wechselnden Gesundheitsministern auf dem Silbertablett präsentiert werden, sondern mit solidarischer Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen erstritten werden müssen. Wir müssen uns engagieren statt zu resignieren!



Es ist Zeit, sich einzumischen

www.vdaee.de | www.facebook.com/vdaee