

GESUNDHEIT braucht POLITIK

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



ZEITSCHRIFT FÜR EINE SOZIALE MEDIZIN Nr. 3/2014 | Solibeitrag: 5 Euro | ISSN 2194-0258



Pflege und Ökonomisierung

Kooperation der Gesundheitsberufe unter schwierigen Bedingungen

Gerd Dielmann: Fabrik
Krankenhaus. Neuorgani-
sation der Arbeitsteilung im
Krankenhaus S. 4

Hartmut Bettin: »Arzt-Schwe-
ster-Patient-Beziehung«. Koope-
ration zwischen Gesundheitsbe-
rufen in der DDR S. 15

Heino Güllemann: Gefahr für die
Gesundheitssysteme im Süden.
Auswirkungen des Exports des
deutschen Pflegenotstandes S. 19

In dieser Ausgabe

- 3 Wulf Dietrich: **Oben und Unten? Neue Kooperationsformen in der Patientenversorgung**
- 4 Gerd Dielmann: **Fabrik Krankenhaus. Neuorganisation der Arbeitsteilung im Krankenhaus**
- 7 **Da bewegt sich was... Interview mit dem Vivantes-Betriebsrat Volker Gernhardt**
- 10 Guy Hofmann: **Pflege am Boden – Für eine bessere Pflege in Deutschland**
- 12 Harald Kamps: **Dialog statt Delegation. 25 Jahre ärztliche Tätigkeit in Norwegen**
- 15 Hartmut Bettin: **Arzt-Schwester-Patient-Beziehung. Kooperation zwischen Gesundheitsberufen in der DDR**
- 19 Heino Güllemann: **Gefahr für die Gesundheitssysteme im Süden. Auswirkungen des Exports des deutschen Pflegenotstandes**
- 21 Diana Hoeflake und Linda Mans: **Krankenschwestern und Ärzte in einem globalisierten Kontext**
- 24 Kalle Kunkel: **Migrantische Pflegekräfte organisieren sich. Arbeitskampf bei GIP in Berlin**
- 26 Andreas Wulf: **Hinter dem Virus steckt ein System. Die strukturellen Ursachen der Ebola-Epidemie in Westafrika**
-

Termine

Vorstandssitzungen

am: 7. November in Hamburg im Rahmen der JHV

Jahreshauptversammlung

am: 7. – 9. November 2014 in Hamburg

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

Die Zeitschrift des vdää 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@vdaae.de

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



Der vdää

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, Klaus-Dieter Kolenda, Thomas Kunkel, Nadja Rakowitz, Kirsten Schubert, Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 3/2014
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@vdaae.de

Internet www.vdaae.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

Oben und Unten?

Neue Kooperationsformen in der Patientenversorgung

Solange ist es noch gar nicht her, und in manchen Kliniken vielleicht immer noch gängige Praxis, dass der Arzt als Halb-gott das Sagen hatte und die Schwester – Pfleger war früher ein eher seltener Beruf – ihm treuergeben die Wünsche von den Augen ablas. Diese Spielart einer hierarchischen Kranken-versorgung wird zunehmend überwunden. Neue, kooperative Arbeitsformen beginnen, sich durchzusetzen. Diese Änderung der Berufsbilder untersucht die vorliegende Ausgabe von Gesundheit braucht Politik.

Schön wäre es, würden sich die neuen Kooperationsformen durchsetzen, weil sie eine deutliche Verbesserung der Patientenversorgung mit sich bringen. Diese Illusion nehmen uns die ersten beiden Beiträge dieses Heftes: Gerd Dielmann zeigt auf, dass die zunehmende Konkurrenz und Kommerzialisierung im Gesundheitswesen nicht nur einen krassen Abbau im Bereich der Pflege gebracht haben, sondern auch eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen durch Outsourcing und Tarifabsenkung. Ziel »moderner« Krankenhausmanager ist es, im Krankenhaus nur noch einen »weißen« Kernbereich zu belassen, zu dem nicht unbedingt das Pflegepersonal zählen muss, und alle übrigen Bereiche in Service GmbHs auszulagern. Das soll Kosten sparen. Die Pflegeberufe werden darüber hinaus aufgeteilt und spezialisiert, wobei die ganzheitliche Pflege der Patienten verloren zu gehen droht. Nur mit einer gesetzlich geregelten Personalbemessung ist diese Abwärtsspirale aufzuhalten. An Hand des Beispiels Vivantes (Berlin) zeigt Volker Gernhardt, wie weit die Ausgliederung von Pflege- und Versorgungsberu-

fen aus der Klinikorganisation in der Praxis schon gekommen ist. Dort soll mit den Heilberufen die erste Gruppe aus dem »weißen Bereich« ausgegliedert werden. Keine schönen Aussichten.

Dass die Betroffenen sich öffentlich und spektakulär gegen diese Tendenzen zur Wehr setzen, zeigt das Beispiel der »Pflege am Boden«, einer gewerkschaftsunabhängigen Bewegung, die den Notstand in der Pflege provokativ in der Öffentlichkeit darstellt.

Diese Änderungen der Berufsbilder sind auch im ambulanten Bereich festzustellen: Bedingt durch den Mangel an Ärzten in ländlichen Bereichen gibt es schon seit Jahren auf Deutschen Ärztetagen heftige Diskussionen um Substitution und Delegation von Pflege. Viele bisher ärztliche Tätigkeiten lassen sich natürlich genauso gut, wenn nicht manchmal besser, durch ausgebildetes Pflegepersonal ausführen. So weit so gut, doch wer hat das Sagen? Die Ärzteschaft will nur delegieren und damit auch die finanzielle Verantwortung behalten, aber nichts vom eigenen Bereich abtreten. Diese Diskussion wird weitergehen und wohl nicht von der Ärzteschaft sondern vom Gesetzgeber gelöst werden.

Ob es in der DDR da besser war? Hartmut Betins Bericht gibt ein gespaltenes Bild: Ein selbstbewussteres Pflegepersonal, aber auch streng hierarchische Strukturen. Das gemeinsame Frühstück von Ärzten und Pflegepersonal im Frühstücksraum als »Sozialausgleich« kann heute als romantische Reminiscenz angesehen werden – diese Frühstücke gibt es nicht mehr.

Positiver dagegen scheinen die Bedingungen in Norwegen zu sein. Harald Kamps berich-

tet von Arbeitsverteilung im Team und der Organisation von Hauskrankenpflege. Besonders interessant scheint hier auch das Berufsbild einer »Gesundheitsschwester« zu sein, die eher präventiv als pflegend tätig ist. Seine Schlussfolgerung nach 25 Jahren Norwegen ist, »dass nicht Delegation, sondern Dialog die spannendere, bessere Versorgung ausmacht, mit der sowohl Pflegende und ÄrztInnen als auch PatientInnen zufrieden sind.« In Norwegen ist die Akademisierung der Krankenpflege eine Selbstverständlichkeit. Apropos Akademisierung: Nach Heino Güllemann sind Deutschland und Österreich die einzigen Länder, die für die Ausbildung in der Krankenpflege keinen gymnasialen Schulabschluss verlangen.

Ein Weg, dem Mangel im Pflegebereich zu begegnen, ist die Abwerbung von Pflegepersonal im Ausland. Für deutsche Kliniken besonders interessant sind die Staaten im Süden Europas. Zur Zeit sind besonders Griechenland und Portugal im Fokus. Ob die Bundesregierung die Abwerbung von Arbeitskräften wirklich »ausgesprochen sozialverträglich« gestaltet, bleibt abzuwarten. Der Bericht von Kalle Kunkel zu den Anwerbungspraktiken der Deutschen Gesellschaft für medizinische Intensivpflege spricht nicht für eine sozialverträgliche Praxis. Langfristig, und da ist Heino Güllemann zuzustimmen, »sind (attraktive Arbeitsbedingungen) auch ein wertvoller entwicklungspolitischer Beitrag zur Stabilisierung von Gesundheitssystemen im Süden.« Eine schwierige Gratwanderung, will man doch den Pflegenden aus diesen armen Ländern nicht die Chance nehmen, ihren Beruf

unter besseren sozialen Bedingungen auszuüben. Andererseits bedeutet die Abwanderung gut ausgebildeter Arbeitskräfte eine weitere soziale Schwächung dieser Länder. Hierfür müsste ihnen zumindest ein finanzieller Ausgleich erstattet werden.

Wie haben es nicht geschafft, alle Aspekte zu neuen Kooperationsformen in der Pflege in einem Heft von Gesundheit braucht Politik zu beleuchten. Besonders fehlt noch die Diskussion um die Akademisierung der Pflege. Wir werden das Heft 1/2015 erneut dem Thema Pflege widmen.

Zum Schluss noch der Hinweis auf unser Gesundheitspolitisches Forum im Rahmen der Jahreshauptversammlung des vdäa, auf dem wir die Themen dieses Heftes ausführlich diskutieren werden. Sie sind alle recht herzlich zu dieser Veranstaltung in Hamburg eingeladen. Und nun wünsche ich Ihnen noch viel Spaß bei der Lektüre dieses Heftes.

Wulf Dietrich

Vereinsbeiträge im vdäa

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

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

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

AssistenzärztInnen

12 €/Monat,

niedergelassene ÄrztInnen und
angestellte FachärztInnen

20 €/Monat.



Fabrik Krankenhaus

Gerd Dielmann* zur Neuorganisation der Arbeitsteilung im Krankenhaus

Die Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen in Krankenhäusern war früher nicht unbedingt in jeder Hinsicht sinnvoll. Eine Veränderung dieser Arbeitsteilung müsste also nicht von Nachteil für die PatientInnen oder die Beschäftigten sein. Heute findet sie aber in der Perspektive der Kostensenkung statt. Gerd Dielmann zeigt, wie diese Änderungen vorstattengehen und was die Konsequenzen sind: eine Verengung des Pflegebegriffs und die Taylorisierung der Arbeit.

Die Gesundheitspolitik in Deutschland war in den letzten Jahrzehnten darauf ausgerichtet, wettbewerbliche Bedingungen im Gesundheitswesen zu entwickeln und auszubauen. Auch während der letzten Legislaturperiode unter der CDU/CSU/FDP Regierungskoalition (17. Wahlperiode von 2009-2013) galt die Weiterentwicklung wettbewerblicher Strukturen als zentrales Element der Gesundheitspolitik. »Wir wollen, dass das allgemeine Wettbewerbsrecht als Ordnungsrahmen grundsätzlich auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung Anwendung findet« (CDU/CSU/FDP 2009, 87). Die Wettbewerbsorientierung findet ihre Fortsetzung in der Politik der aktuell regierenden Großen Koalition (CDU/CSU/SPD 2013, 59).

Krankenhäuser im Wettbewerb

Die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein an diagnosebezogenen Fallpauschalen orientiertes Vergütungssystem verstärkte

in Verbindung mit der fortbestehenden Deckelung des Budgets (vgl. Simon 2013) vor allem den Kostendruck auf die Krankenhäuser mit negativen Auswirkungen auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität (vgl. Braun, B. et al. 2009). Dass es dabei unter den Krankenhäusern Gewinner und Verlierer gibt, wird ebenso bewusst in Kauf genommen wie die Unterfinanzierung vieler Krankenhäuser (Simon 2013, 1782). Auf betrieblicher Ebene äußert sich dies u.a. in Outsourcing von Servicebereichen (z.B. Küchen, Reinigungsdienste) mit dem Ziel der Tarifabsenkung für die dort Beschäftigten. Ausgliederungen und Neugründungen von Tochtergesellschaften ohne Tarifbindung sind auch bei Kirchen und Wohlfahrtsverbänden probate Mittel, sich in diesem Verdrängungswettbewerb zu behaupten. Ganze Kliniken werden an private Aktiengesellschaften verkauft, ein Prozess, der selbst vor Universitätskliniken nicht Halt machte. Einzelne Länder haben begonnen, auch die Einrichtungen der psychiatri-

schen Versorgung zu privatisieren.

Personalsituation in Krankenhäusern

Die Personalsituation war in den letzten zwei Jahrzehnten geprägt von einem massiven Personalabbau bei den Wirtschafts- und Versorgungsdiensten, im Pflegedienst (vgl. DKG 2014) und bei Ausbildungsplätzen an den Krankenschulen (vgl. Dielmann 2010). Von über 65 000 Ausbildungsplätzen in der Gesundheits- und Krankenpflege waren mehr als 10 000 abgebaut worden. Erst mit der Neugestaltung der Ausbildungsfinanzierung 2004 erholte sich der Ausbildungsmarkt allmählich, sodass aktuell immerhin wieder rund 60 000 Ausbildungsplätze in der Gesundheits- und Krankenpflege erreicht werden (vgl. BiBB 2014).

Die Stellen im Wirtschafts- und Versorgungsdienst wurden seit 1995 von rd. 85 500 auf 41 500 in 2012 überwiegend durch Outsourcing mehr als halbiert. Im Pflegedienst wurden zwischen 1995 und

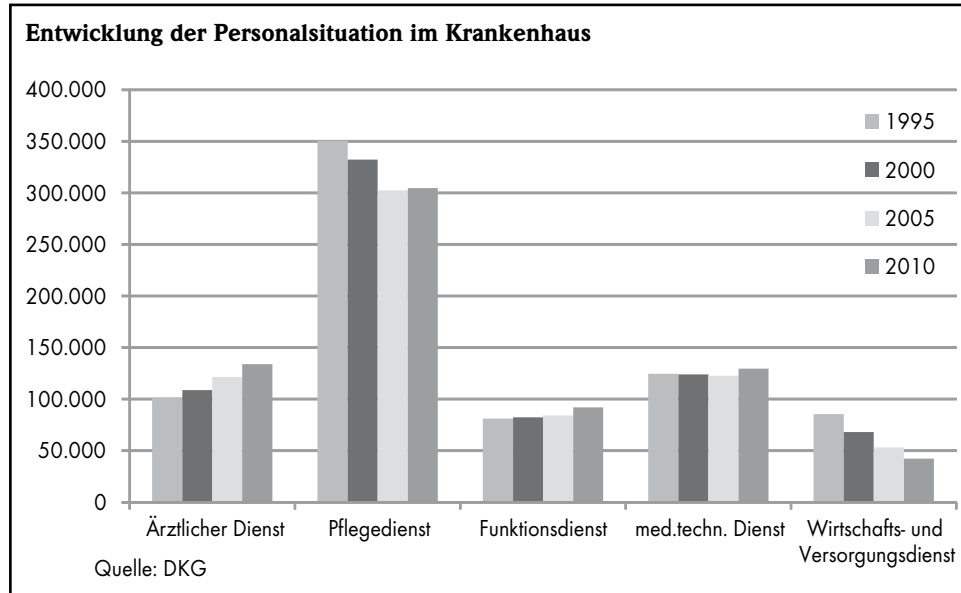
2008 von ehemals 350 571 mehr als 50 000 Stellen (Vollkräfte) abgebaut. Erst in den letzten Jahren gab es wieder einen leichten Anstieg auf nunmehr 313 000 Vollkraftstellen in 2012 (vgl. DKG 2014). Dieser Stellenabbau war nicht durch einen Mangel an Pflegefachkräften verursacht, sondern durch ökonomische Überlegungen bedingt. Während im Pflegedienst, hier insbesondere im Pflegeassistenzbereich Stellen abgebaut wurden, erlebten der ärztliche Dienst, trotz allgemein beklagten Ärztemangels, die Funktionsdienste und nicht zuletzt auch die med. techn. Dienste bemerkenswerte Stellenzuwächse.

Entwicklung der Personalsituation im Krankenhaus

Die zahlenmäßigen Steigerungen beim ärztlichen Dienst und beim Funktionsdienst dürften mit der Einführung der an der medizinischen Diagnose orientierten Fallpauschalen, den damit verbundenen Fallzahlsteigerungen und der Verweildauerverkürzung in Verbindung zu sehen sein. Das DKI (2010a) sieht hingegen eine der Hauptursachen für den höheren Ärztebedarf in der Neuregelung des Arbeitszeitrechts im Jahre 2004, mit dem der Ausdehnung der Wochenarbeitszeit durch zusätzliche Bereitschaftsdienste Schranken gesetzt wurden. Relativiert wird diese Annahme durch den hohen Anteil (47 Prozent) an Ärztinnen und Ärzten, die von der tariflichen Möglichkeit des Opt-Out bei der durch das Arbeitszeitgesetz vorgegebenen Begrenzung der wöchentlichen Arbeitszeit auf 48 Stunden Gebrauch machen (DKI 2013, 50).

Die Zahl der Studierenden in Humanmedizin sank im Zeitraum von 1992 von über 93 000 auf 82 770 im WS 2011/12. Betrachtet man die erfolgreich abgelegten Abschlussprüfungen, so lagen die Zahlen in den letzten Jahren mit 10 213 in 2009 und 9 794 in 2011 um etwa 1 000 niedriger als Anfang der 1990er Jahre (BMG 2013, 93 f.).

Trotz wieder gestiegener Studierendenzahlen und relativ stabiler Abschlussquoten verweist die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) in einer aktuellen Pressemeldung auf 5 000 derzeit



nicht besetzte Arztstellen (DGCH 2014), eine Zahl, die auch das DKI bereits für 2009 festgestellt hatte (DKI 2010, 5). Für das Jahr 2011 ging das DKI bundesweit von 3 800 Arztstellen, die nicht besetzt werden konnten aus, für 2013 nurmehr von 2 000. Das entspricht einem Anteil von knapp zwei Prozent der ärztlichen Vollkraftstellen im Krankenhaus bundesweit (DKI 2013, 32). Der Mangel betreffe besonders die Chirurgie, weshalb hier besonders auf anderes Fachpersonal zurückgegriffen werden müsse. »Nicht-ärztliches Fachpersonal kann auch im OP dazu beitragen, diese Lücken zu schließen, indem es genau definierte Bereiche übernimmt und damit den behandelnden Operateur entlastet« (DGCH 2014).

Änderungen in der Arbeitsteilung zwischen ärztlichen, pflegerischen und Versorgungsdiensten

Kostendruck und regionaler sowie fachbezogener Personalmangel vor allem im ärztlichen Dienst und in den Funktionsdiensten hatten erhebliche Umstrukturierungen in der Arbeitsorganisation und den Arbeitsabläufen in den Krankenhäusern zur Folge (vgl. DKI 2008; DKI 2010; ver.di 2009; Bräutigam et al 2013). Eine der Maßnahmen war die verstärkte Delegation ärztlicher Tätigkeiten an pflegerisches und anderes Personal (vgl. BÄK 2008; Dielmann 2005). Dabei ging es u.a. um venöse Blutentnahmen, Injektionen, intravenöse

Applikation von Zytostatika, Assistenz bei operativen Eingriffen, Wund- und Schmerzmanagement u.a.m. (vgl. DKI 2008). Auf Grund des Heilkundevorbehalts und der vergleichsweise restriktiven Rechtsprechung, etwa zum Facharztstandard, ist die Delegation von ärztlichen Aufgaben an Bedingungen geknüpft (Roßbruch 2003; ver.di 2009), die dieser Möglichkeit, Personalkosten einzusparen, Grenzen setzt. Trotz erster Ansätze, die selbständige Ausübung der Heilkunde auch z.B. den Pflegeberufen durch Einbringen einer Modellversuchsklausel zum Erwerb erweiterter Kompetenzen (vgl. Dielmann 2008; Roßbruch 2008; G-BA 2011) zu ermöglichen, handelt es sich hier um eine rechtliche Grauzone, die dringend weiterer gesetzlicher Regelungen Bedarf (vgl. Bohne 2012).

Neben der Delegation ärztlicher Tätigkeiten wurden zahlreiche neue Berufsprofile und Tätigkeitszuschnitte entwickelt und erprobt (vgl. Bals/Dielmann 2013), die allesamt Auswirkungen auf die Berufsausübung und die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe haben. Als besonders kreativ beim Berufe Basteln, ohne auf staatliche Regelungen zu warten, erwiesen sich die chirurgischen Fachgebiete. Operationstechnische (OTA), Anästhesietechnische (ATA) oder chirurgisch-technische Assistenzberufe

»Gravierender noch als die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten oder das Entstehen von spezialisierten Berufen im Berufsfeld Pflege ist die Neuorganisation der Arbeitsteilung zwischen Pflegefachkräften, Assistenz-, Service- und Versorgungsdiensten.«



(CTA) wurden in Konkurrenz zu pflegerischen Fachweiterbildungen kreiert und sind zumindest was die OTA betrifft, aus den Operationsälen nicht mehr wegzudenken. Drei landesrechtliche Regelungen der OTA sind zwischenzeitlich erfolgt, eine bundesgesetzliche Regelung liegt im Bundestag auf Eis und wird weiterhin von der Bundesregierung abgelehnt. Daneben gibt es eine Reihe von staatlich nicht geregelten Weiterbildungen und Zusatzausbildungen als Chirurgie- oder GefäßassistentIn oder als Bachelorstudiengang zum/zur Physician Assistant. Als Zusatzausbildung für Pflegeberufe sind vielfach haus eigene Bildungsmaßnahmen mit englischsprachigen Bezeichnungen im Angebot, wie Breast Nurse, Pain Nurse, Stroke Nurse, Study Nurse oder Nurse Practitioner.

Problematisch wird es immer dann, wenn ärztliche Tätigkeiten übernommen werden sollen, für die es bislang keine gesicherte Rechtsgrundlage gibt, wie 1. OP-Assistenz, Entnahme von Gefäßen oder Wundverschluss durch Nähte. Aus Sicht der Pflegeberufe führt die Entwicklung von ATA und OTA als grundständige Berufsausbildungen zur Einschränkung von Weiterbildungsmöglichkeiten für den OP-Dienst und in der Anästhesie.

Gravierender noch als die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten oder das Entstehen von spezialisierten Berufen im Berufsfeld Pflege ist die Neuorganisation der Arbeitsteilung zwischen Pflegefachkräften, Assistenz-, Service- und Versorgungsdiensten. Nachdem der Stellenabbau im Pflegedienst an objektive Grenzen gestoßen zu sein scheint und die Arbeitsverdichtung durch Fallzahlsteigerungen und Verweildauerverkürzung wieder zu Stellenzuwächsen führen musste, werden verstärkt Pflege- und ServiceassistentInnen mit pflegerischen und pflegenahen Aufgaben betraut.

In einer Studie zur Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unterscheidet das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) *patientennahe* und *patientenferne* sowie *stationsinterne* und *stationsübergreifende Tätigkeiten* (DKI 2010, 17). Diese Unterscheidung erweist sich jedoch für die Zuweisung von Aufgaben an unterschiedliche Qua-

lifikationsniveaus in der Pflege als problematisch, weil auch patientenferne Aufgaben von Pflegefachpersonal auszuführen sein können, wie etwa die Pflegedokumentation oder die Verwaltung von Pflege- oder Arzneimitteln.

Neben Reinigungsarbeiten, Hol- und Bringe-Dienst und Vorratsverwaltung werden auch pflegerische Aufgaben an Assistenzpersonal übertragen, die zu den Kernaufgaben der Pflegefachberufe gezählt werden müssen. So verweist die genannte DKI Studie auf ein Praxisbeispiel aus den Asklepioskliniken. Hier werden »Pflegeassistenten« in 900 Stunden auf ihre Aufgaben vorbereitet

»Folgende Aufgabenschwerpunkte sind für die Pflegeassistenten vorgesehen:

- Mithilfe bei der Pflege,
- Unterstützung der Patienten (Körperpflege, Aufnahme von Mahlzeiten)
- Begleitung der Patienten (Untersuchungen, Behandlungen, Spaziergänge)
- Hauswirtschaftliche Tätigkeiten (Betten beziehen/ machen, Ordnung in Patientenzimmern)
- Bereiten von Zwischenmahlzeiten/ Tee und servieren
- Auf tägliche Wünsche und Bedürfnisse von Patienten eingehen
- Beratung von Patienten bei täglichen Problemen – beobachten, zuhören, zureden, handeln« (DKI 2010, 61).

Bei Patienten, die weitgehend selbständig sind, ist das unproblematisch. Sie können selbst entscheiden, wann und in welchem Umfang sie der Unterstützung bedürfen. Durch die Verweildauerverkürzung wird der sich selbst versorgende Patient jedoch zur Seltenheit. Der Krankenhausaufenthalt konzentriert sich auf die akute Behandlung oder den chirurgischen Eingriff, eine Phase, in der fachpflegerische Unterstützung gefragt ist. Das gilt bei der Körperpflege (Ganzkörperwaschung) ebenso wie für die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, wenn sie nicht mehr eigenständig erfolgen kann. Die Entscheidung wer wann welcher pflegerischen Unterstützung bedarf, ist oft nur im

Einzelfall zu treffen und situativ zu entscheiden. Bei ausgedünntem Stellenplan mit einer hohen Anzahl an Assistenzkräften entfällt dieser notwendige Entscheidungsspielraum weitgehend.

Die Verengung der Arbeit auf behandlungspflegerische (medizinnahe) und Dokumentationsaufgaben haben deutlich weniger Patientenkontakte für das Pflegefachpersonal zur Folge. Kontakt mit Pflegebedürftigen, ihre Beratung und Unterstützung sind aber wesentliche Motivationen, den Pflegeberuf zu ergreifen. Hinzu kommt, dass die Pflegeassistentenstellen gewöhnlich nicht zusätzlich zur Unterstützung des Pflegefachpersonals geschaffen werden, sondern zulasten des Personalschlüssels beim Fachpersonal gehen. Das führt dort zu einer weiteren Verdichtung der Arbeit, weil bestimmte Aufgaben oder Dienste eben doch nur von Fachpflegekräften übernommen werden können. Die hohe Arbeitsverdichtung und der rückläufige Patientenkontakt führen oft zu Unzufriedenheit und nachlassender Identifikation mit dem gelernten Beruf. Die Pflegeberufe drohen im Zuge einer vertikalen Arbeitsteilung ihres Kerns, der Hilfe bei Verrichtungen des täglichen Lebens, beraubt zu werden.

Betrieblicher Widerstand gegen die weitere Taylorisierung der Arbeit durch Aufteilung der ganzheitlichen Pflegehandlungen in einzelne Verrichtungen, die dann auch von weniger qualifizierten Hilfskräften durchgeführt werden können, ist angesagt. Stationsleitungen in der Verantwortung für die Pflegeorganisation und betriebliche Interessenvertretung durch extensive Nutzung der Mitbestimmungsrechte kommt dabei eine besondere Verantwortung zu. Darüber hinaus bedarf es eines rechtlichen Rahmens durch eine gesetzlich geregelte Personalbemessung, die für eine am notwendigen Pflegeaufwand orientierte Personalausstattung sorgt, die dann auch von den Kostenträgern zu refinanzieren ist.

* Gerd Dielmann ist Krankenpfleger und Gewerkschaftssekretär für die Gewerkschaft ver.di und lebt in Berlin und Zürich.

Die Literaturliste ist bei der Geschäftsstelle des vdää zu erhalten: info@vdaae.de



Da bewegt sich was ...

Interview mit dem Vivantes-Betriebsrat Volker Gernhardt*

Bei Vivantes sind aktuell massive Umstrukturierungen bei den Service-Mitarbeitern und Heilberufen geplant. Worum geht es und was sind die Folgen?

Geplant ist, dass wir eine Service GmbH bekommen – vergleichbar mit der CFM an der Charité. Bislang hatten wir eine Tochtergesellschaft, in der nur ein kleiner Teil der Servicemitarbeiter wie z.B. die Sterilisation untergebracht waren. Insgesamt ca. 200 Angestellte. Jetzt soll dort alles untergebracht werden, was mit Technik und Handwerk zu tun hat, also noch mal 750 Menschen. Zentral ist auch, dass die Beschäftigten, die bis jetzt noch im Gestellungsverhältnis sind, dorthin überführt werden sollen. Die Personalgestellung ist ein übliches Mittel im öffentlichen Dienst gewesen, um Alt-Beschäftigte zu schützen. Wurde eine Tochtergesellschaft im öffentlichen Dienst gegründet, sollten nur die neu Eingestellten an die aktuell üblichen Tarife angepasst werden, aber den anderen sollte ermöglicht werden, ihre alten Löhne zu behalten. Nun gibt es eine neue

Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGh): Die Beschäftigten müssen jetzt nach einem Jahr in die neuen tariflichen Bedingungen überführt werden. Für unsere Reinigungskräfte könnte das einen Lohnverlust von 30 Prozent bedeuten! Bei den gegenwärtigen Plänen wären jedoch insgesamt ca. 2000 Menschen bei Vivantes davon betroffen. Wahrscheinlich werden es sogar mehr, weil geplant ist, eine Verwaltungs-GmbH zu errichten und die Verwaltung bei einem Unternehmen wie Vivantes doch sehr groß ist. Es geht hier um ca. 800 weitere Angestellte! Es sind ganz umfassende Umstrukturierungen, die da stattfinden und mit erheblichen Lohninbußen einhergehen, wenn wir das nicht schaffen zu verhindern.

Auch der sogenannte »weiße Bereich«, also Berufsgruppen in der direkten Patientenversorgung, sind von Umstrukturierungen betroffen. Was sind die Folgen?

Bis jetzt ging es nur um den Bereich der technischen Berufe, also der sog. »Hotelkosten«. Das ers-

te Exempel im »weißen Bereich« wird an den Heilberufen statuiert. Die therapeutisch tätigen Berufsgruppen wie Physio-, Ergo- oder Musiktherapeuten, ca. 300 Angestellte, sollen ebenfalls ausgegliedert werden – in eine Therapeuten GmbH. Hier soll es nicht mal mehr einen Tarifvertrag geben, d.h. die Kolleginnen und Kollegen stürzen in einen tariflosen Zustand. Dann gäbe es Verhandlungen über sog. Lohn- und Gehaltsvereinbarungen, aber das ist mit einem Tarifvertrag überhaupt nicht zu vergleichen. Dem Betriebsrat würden sämtliche Druckmittel fehlen! Der Betriebsrat hat ja eine Friedenspflicht und darf nicht zu Streik aufrufen und auch nicht zu anderen Aktionen, die sich gegen die Interessen der Geschäftsführung richten. Die Kolleginnen und Kollegen Therapeuten wehren sich mit allen Mitteln dagegen und haben auch schon verschiedene Eben der Politik erreicht. Es bedarf aber dringend weiterer Unterstützung.

Verwaltungs-GmbH, Reinigungs-GmbH, Therapeuten-GmbH und bald vielleicht eine Ärzte-GmbH:

Outsourcing – das Ausgliedern ganzer Beschäftigungsgruppen in Tochterunternehmen geht nahezu immer mit deutlichen Lohninbußen für die Angestellten einher. Aber auch die Zergliederung des »Teams Krankenhaus« darf nicht unterschätzt werden. Kirsten Schubert sprach mit Volker Gernhardt, Betriebsrat bei dem größten kommunalen Krankenhauskonzern Deutschlands, über die Rolle der Gewerkschaft, die Folgen der Ausgliederung und die Situation der Pflege.

Was sind die Hintergründe dieses Ausverkaufs?

Vivantes ist eine GmbH aber der alleinige Anteilseigner ist das Land Berlin. Mit der Umwandlung von einer Anstalt öffentlichen Rechts in eine GmbH wurden wir insolvenzfähig. Es wurde uns damals gedroht, dass wir in die Insolvenz gehen würden, wenn wir nicht auf Teile unsere Löhne verzichten würden. Wir haben deutlichen Widerstand gezeigt, konnten jedoch nicht verhindern, dass den Beschäftigten das Weihnachts- und Urlaubsgeld gestrichen und die Tarifierhöhung eingefroren wurde. Wir konnten jedoch einen Plan durchsetzen, nachdem der Lohn jedes Jahr wieder mehr dem Tariflohn angeglichen werden muss. Jetzt, wo die Angleichung gerade abgeschlossen war, kommt die Geschäftsführung und sagt, dass wir wieder kurz vor der Pleite stehen und durch Umstrukturierungen Geld einsparen müssen.

Es ist also das Standardargument: Kosten sparen. Es handelt sich hier in erster Linie um Gelder, die uns das Land Berlin verwehrt, die sog. Investitionskosten. Doch der Berliner Senat behauptet, er habe das Geld nicht. Von den notwendigen 80 Millionen Euro bezahlt er gerade mal 20 Millionen. 30 bis 40 Millionen Euro konnten durch die Lohn- Personalkürzun-

gen eingespart werden. Dadurch konnten die dringendsten Investitionen getätigt werden. Es besteht aber weiterhin ein Investitionsstau, den sie nun gerne durch die Umstrukturierung ausgleichen würden. Es ist absehbar, dass es dabei zu massiven Lohnkürzungen kommen wird, auch wenn die Geschäftsführung das Gegenteil behauptet. Das ist eine schlichte Lüge, denn warum sollten sie das sonst machen?

Es werden also »Personalstellen zu Baustellen«?

Definitiv! Einem drastischen Bettenabbau in den 80er und 90er Jahren – Berlin hatte zuvor tatsächlich überdurchschnittlich viele Betten, wurde aber in diesem Prozess auf deutlich unterdurchschnittlich runtergedrückt – folgte ein deutlicher Personalabbau, bis man dann den Pflegenotstand ausrufen musste. Ähnliche Entwicklungen gab es bundesweit. Es wurde versucht dies mit dem »Import« von Pflegekräften zu kompensieren und es wurde die Pflegepersonalregelung (PPR) eingeführt. Doch diese Verordnung wurde schon wenig später wieder außer Kraft gesetzt, da sie zu teuer war. Alleine im Krankenhaus Neukölln hätten wir nach der PPR 200 Stellen bekommen sollen. Nachdem sie 80 Pflegekräfte eingestellt hatten, sagten sie: »Schluss, kein Geld mehr da«. Die PPR gilt jedoch weiterhin als Maßstab und die Ergebnisse werden auch in

den Verhandlungen mit den Krankenkassen vorgelegt und zum Vergleich von Abteilungen, haben jedoch sonst keine Relevanz mehr.

Ich habe über Jahre hinweg immer wieder vergleichende Untersuchungen gemacht auf bestimmten Stationen – wir haben über acht Wochen auf zehn Stationen aufgeschrieben, was für Patienten und was für eine Besetzung da war – und konnte zeigen, dass die Kolleginnen nur 40 bis 60 Prozent von dem erledigen können, was laut der PPR vorgesehen ist. Man muss sagen, dass all das, was in den Pflegestandards schön gesammelt auf den Stationen steht, bloßer Schein ist. In Krankenhäusern wird heute nicht gepflegt, es wird bestenfalls versorgt!

Du bist zwar ver.di-Mitglied aber hast eine eigene Liste im Betriebsrat. Warum?

Bei ver.di war die Bereitschaft damals sehr hoch, die Umstrukturierungen zur GmbH mitzumachen. Der damalige Bezirksvorsitzende wurde sogar der erste Arbeitsdirektor. Der hat sich sozusagen sein eigenes Nest bereitet. Die einzige Stimme – von zehn Krankenhäusern, die sich gegen den Prozess ausgesprochen hatte, kam vom Klinikum Neukölln – also von mir. In dem Augenblick habe ich beschlossen, dass ich so nicht mit ver.di nicht weitermachen kann, obwohl ich nie ein Gewerkschaftsgegner war! Ich habe die Führungsstrukturen in der Gewerkschaft nicht gerade geliebt, aber damals gelernt, dass ich sowohl intern als auch extern den Kampf um eine andere und konsequentere Gewerkschaftspolitik führen muss. Da das bei den Betriebsratswahlen schwierig war, habe ich eine eigene Liste gegründet: die Liste »Gegen den Strom«. Wir haben aber ganz klar gesagt, wir machen Gewerkschaftspolitik und das was ver.di macht, ist nicht gerade eine gute Gewerkschaftspolitik. Das Konzept hat sich als gut erwiesen. Wir sind auf der einen Seite bei ver.di anerkannt und auf der anderen Seite haben wir fast 40 Prozent aller Stimmen bekommen, sind also die stärkste Liste bei Vivantes. Unsere Positionen haben sich verfestigt und sind Teil des Denkens der Beschäftigten geworden.

»Von den notwendigen 80 Millionen Euro bezahlt das Land Berlin gerade mal 20 Millionen.«



Der vdää setzt sich für eine Abschaffung des Fallpauschalen-Systems ein. Kannst Du aus der Praxis berichten?

An dem eigentlichen Ziel, das Gesundheitswesen billiger zu machen, geht das ganze auf jeden Fall deutlich vorbei. Krankenhäuser werden durch das System in Konkurrenz gesetzt und es kommt zu einer deutlichen Steigerung der Fallmenge, d.h. insbesondere in den rentablen Bereichen werden immer mehr Patienten behandelt. Ein eigener Berufsweig ist entstanden, um die Haupt- und Nebendiagnose so zu sortieren, dass ein Patient ein möglichst gut zu bearbeitender wirtschaftlicher Faktor ist. Es werden zunehmend Untersuchungen und Therapien durchgeführt, die gut vergütet werden. In der Praxis bekommt man dann mit, dass der Durchsatz auf den Stationen unheimlich in die Höhe gegangen ist. Auf einer normalen Station hat man die Patienten aktuell im Durchschnitt 6,8 Tage, d.h. man hat sie nur in der Phase, in der sie schwer zu behandeln sind. Früher lagen die Patienten oft etwas länger und es gab immer eine Phase, in der sie leichter zu versorgen waren und die Behandlung nicht so personalintensiv war. Heute haben wir nur schwere Fälle. In der Pflege gab es ja zudem noch einen Stellenabbau. Bei den Ärzten nicht. Dass sie trotzdem überlastet sind, liegt an der gesteigerten Fallzahl und an der geforderten Fantasie, die Krankheitsbilder so zu gestalten, dass sie gut abzurechnen sind.

Wie sieht unter diesen Bedingungen die Kooperation der Gesundheitsberufe bei Euch aus?

Unterschiedlich, aber man merkt deutlich, dass auf Stationen, wo die Zusammenarbeit noch funktioniert, die Versorgung deutlich besser ist. Genau das ist aber in Gefahr durch die Ausgliederung der Berufsgruppen. Ist z.B. eine Reinigungskraft Teil des Teams, erleichtert dies auch die Arbeit der Pflegekräfte deutlich. Es kann abgesprochen werden, welche Räume besonders wichtig sind, und die Reinigungskräfte folgen nicht einem abstrakten Plan, sondern dem tatsächlichen Bedarf. Die Kollegen bei Viva



Clean, der Reinigungsgesellschaft von Vivantes, unterstehen einem wahnsinnigen Druck. Ihnen wird u.a. gesagt, dass sie nur den Boden putzen sollen und alles, was darüber hinausgeht, ist ihr Privatvergnügen. Zudem werden ihnen nur Teilzeitverträge gegeben und bei niedrigen Löhnen so prekäre Arbeitsbedingungen geschaffen, dass die Kollegen geradezu um Überstunden betteln.

Man müsste mal definieren, was eigentlich Krankenhaus ist. Gehören neben Ärzten und Pflege auch der Koch, die Reinigungskraft, der Handwerker, die Verwaltung mit dazu? Durch die Ausgliederung steht dieses Gebilde sehr wacklig da und droht jederzeit zu kippen.

Was kann man gegen diese Zustände tun? Geht das: Streik im Krankenhaus?

Es ist schon schwierig, im Krankenhaus zu streiken, aber möglich. Gerade bei den Mitarbeitern, die für die sogenannten Hotelleistungen zuständig sind, wie z.B. Reinigung oder Speiserversorgung. Aber es sind ja nicht mal alle Mitarbeiter bei der gleichen Gewerkschaft. Die Reinigungskräfte sind bei der IG BAU und die müsste dann zum Streik aufrufen. Genau das gilt für die Speiserversorgung. Die Kollegen sind bei der NGG. Es gibt meines Erachtens für Verdi die Möglichkeit, all diese unter ihrem Dach zu organisieren, aber der Organisationsgrad in den Krankenhäusern ist ja schon unter den anderen Mitarbeitern sehr gering. Dennoch ist Streik auch im Bereich

der Pflege möglich. Es ist definitiv einfacher in Bereichen ohne regelmäßigen Patientenkontakt, z.B. im OP, da viele Pflegekräfte sich den Patienten, die sie täglich versorgen, verpflichtet fühlen. Es ist dennoch möglich, z.B. ist eine Methode, dass der Nachtdienst bleibt und der Tagdienst nicht kommt. Dann muss der Arbeitgeber Ersatz besorgen und wenn er das nicht kann, müssen Betten gesperrt, Patienten entlassen werden und es dürfen keine neuen aufgenommen werden. So schafft man es dann langsam, ein paar Stationen leer zu streiken. Das haben wir auch schon gemacht. So ein Streik tut dem Arbeitgeber weh! Aktuell haben wir wieder einen Pflegenotstand, wenn man jetzt noch einen Streik androht, dann bewegt sich was, da bin ich mir sicher. Dafür bedarf es aber des Muts und der Entschlossenheit einiger Krankeschwestern und Krankenpfleger!

Und der solidarischen Unterstützung von Ärztinnen und Ärzten!

Vielen Dank für das Gespräch!

** Volker Gernhardt (62) ist Betriebsrat bei Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH in Berlin. Er ist gelernter Röntgenassistent, hat jedoch sehr früh mit der Arbeit im Personalrat und später Betriebsrat bei den damals noch kommunalen Krankenhäusern in Berlin-Neukölln angefangen. Er hat den gesamten Umstrukturierungsprozess von den öffentlichen Häusern hin zu Deutschlands größtem kommunalem Krankenhauskonzern mitbegleitet – die meiste Zeit im Widerstand.*

»Aktuell haben wir wieder einen Pflegenotstand, wenn man jetzt noch einen Streik androht, dann bewegt sich was, da bin ich mir sicher.«



Pflege am Boden

Guy Hofmann* – für eine bessere Pflege in Deutschland

Seit Oktober 2013 veranstalten Alten- und Krankenpfleger in mittlerweile über 70 Städten in Deutschland einmal im Monat einen zehnmütigen Pflegeflashmob und legen sich auf markanten Plätzen in den Innenstädten auf den Boden, um auf ihre unzureichende, berufliche Situation aufmerksam zu machen. Guy Hofmann, einer von drei Initiatoren, stellt uns die Initiative vor.

»Pflege am Boden« ist ein Personenbündnis, das seit Oktober 2013 mit Smartmobs (bzw. Flashmobs) und anderen Aktivitäten deutschlandweit für eine bessere Pflege in Deutschland eintritt. Ins Leben gerufen wurde die Bewegung von Guy Hofmann, Evelyn Fraider und Michael Thomsen.

Pflege am Boden ist ein von Parteien, Gewerkschaften und Berufsverbänden unabhängiger Zusammenschluss von Menschen, die in Pflegeberufen arbeiten sowie von pflegenden Angehörigen und Menschen, denen die Pflege am Herzen liegt. Wie kaum eine andere Berufsgruppe sind insbesondere beruflich Pflegende auf die Solidarität anderer angewiesen. Zwar besitzen sie auch ein Streikrecht, aber sie verfügen nicht über die Möglichkeit zu streiken, um Forderungen durchzusetzen.

Pflege am Boden legt auf die Unabhängigkeit von anderen Gruppen großen Wert, da die große Masse der bisher nicht organisierten und weniger politisch aktiven Menschen für diese Methode des Protests am ehesten zu begeistern sind. Bisher haben sich Pflegekräf-

te kaum organisiert, nur etwa acht Prozent sind in einem Verband oder in einer Gewerkschaft. Oft spielt Resignation, sehr oft aber auch Doppelbelastung (Haushalt, Familie) eine Rolle. Nun ist es gelungen eine Ausdrucksform für den Protest zu finden, der sehr viele folgen können und mögen.

Pflege am Boden will, dass von Pflege Betroffene stärker die Möglichkeiten ihrer Mündigkeit nutzen. Die Bewegung richtet sich vornehmlich an die verantwortlichen Politiker und die Öffentlichkeit, um über die Hintergründe und Ursachen des Pflegenotstands aufzuklären. Dabei verzichtet »Pflege am Boden« bewusst auf eine negative Skandalberichterstattung, sondern sucht den Diskurs über die Probleme in der Pflegebranche und ihre Auswirkungen auf uns alle, sowie mögliche Lösungsansätze, da wir mit den Experten dahingehend übereinstimmen, dass die Gesetzgebung der Großen Koalition (Pflegestärkungsgesetz etc.) hier bei weitem nicht ausreicht. Wir versuchen zum Beispiel, die Notwendigkeiten und Vorteile der verbesserten personellen Ausstattung

von Krankenhäusern und Altenpflegeheimen zu beschreiben und auf Widersprüche oder Unzulänglichkeiten in der bisher geltenden Gesetzgebung und den geplanten Gesetzesentwürfen aufmerksam zu machen.

Das Hauptproblem besteht dabei in einem Mangel an Personalstellen für professionelle Pflege. Die Krankenhäuser und stationären und ambulanten Pflegedienstleister müssen unbedingt mehr Personalstellen anbieten können, damit die Berufsflucht gestoppt wird. In den Krankenhäusern braucht es dazu ein Bemessungsverfahren. Und in der Altenhilfe müssen die Personalschlüssel korrigiert werden – dringend! So wird mit der längst überfälligen Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht eine Pflegekraft mehr eingestellt, aber noch mal die Bürokratie neu aufgeblasen.

Pflege am Boden will, dass die Politik für eine bedarfsgerechte Finanzierung notwendiger Pflegeleistungen Lösungen bereitstellt. Kommunen und Kreise müssen stärkere Anstrengungen unternehmen und neue Wege gehen, um

eine gute Pflege-Infrastruktur zu sichern. Pflegende Angehörige brauchen eine stärkere, finanzielle und professionelle Entlastung. Allein mit Appellen an das Ehrenamt ist ihnen nicht gedient. Nicht zuletzt müssen für alle Anbieter der Pflegebranche Tariflöhne gelten, die sich mit denen von Facharbeitern messen lassen können. Die Dokumentation muss auf ein gesundes Maß heruntergefahren werden.

Die Aktionen von *Pflege am Boden* zeigen Wirkung, denn sie haben ein sehr gutes Echo in der Presse und bei der Politik gefunden. Viele Politiker erwähnen *Pflege am Boden* in Landtags- oder Bundestagsreden oder kommen zum Beispiel im Zuge der Flashmobs mit Betroffenen ins Gespräch. *Pflege am Boden* versteht sich als (quasi außerparlamentarische) politische Bewegung, die einen Wertewandel im Hinblick auf die Refinanzierung pflegerischer Leistungen fordert.

Bisher hat *Pflege am Boden* bewusst keine besondere Organisationsform (Verein, etc.) angenommen, sondern agiert unter Nutzung des Internets als engagiertes Personenbündnis, das allen offen steht und keine Klientel- oder Einzelinteressen vertritt. Gerade die 92 Prozent der nicht organisierten, beruflich Pflegenden und die pflegenden Angehörigen sollen erreicht werden. Auch wendet sich unsere Bewegung nicht gegen Arbeitgeber, sondern versucht für alle von Pflege Betroffenen zu sprechen.

Speziell über facebook koordiniert und plant *Pflege am Boden* (nach dem Motto: Think global and act local.) in etwa 120 deutschen Städten Smartmobs, bei denen sich die Teilnehmerinnen für zehn Minuten auf den Boden legen, um so symbolisch auf den Zustand der Pflege aufmerksam zu machen.

Wir wollen die Verantwortlichkeiten für die Planung und Ausgestaltung der Veranstaltungen (Smartmobs) vor Ort lassen. Denn in den jeweiligen Städten vor Ort gelten unterschiedliche, regionale Besonderheiten, Bedingungen und Regeln, die zu berücksichtigen und zu besprechen sind. Darüber hinaus sollen die kreativen Ideen der Menschen aus dem Personenbündnis auch einen Gestaltungsspielraum erhalten, ohne dabei das Gemeinsame (Logo, Methode des auf

den Bodenlegens, etc.) aus den Augen zu verlieren.

Die gesamte Bewegung lebt dabei vor allem vom konkreten Engagement einzelner in den jeweiligen Städten oder Gemeinden. Dazu zählen möglicherweise:

- die Gründung lokaler Stamm-tische und/oder Vorbereitungstreffen mit der Verteilung von Zuständigkeiten hinsichtlich der lokalen Organisation
- die Übernahme von Verantwortung für formale Dinge (z.B.: Anmeldung beim Ordnungsamt)
- die Benachrichtigung und/oder Einladung von Presse und möglicherweise von Politikern oder Prominenten
- die Kontaktaufnahme zu Veranstaltern anderer Orte
- das Entwerfen und Ausdrucken von Ankündigungstexten oder -flyern
- das Bewerben von geplanten Smartmobveranstaltungen in den Institutionen des gesamten Gesundheitswesens der Region per Mail, Brief oder persönliches Vorsprechen, etc.
- Aushang an Schwarze Bretter
- Telefonate u.v.m.

Eine gezielte Strategie ist es, eine breite und immer feiner gestrickte Vernetzung von Personen zu erreichen, die im Rahmen dieser Protestform auch organisatorisch aktiv werden wollen. Wir haben mittlerweile verschiedene Instrumente der überregionalen Steuerung und Weiterverbreitung zur Verfügung:

- a. Homepage www.pflege-am-boden.de mit Informationen und der Möglichkeit eine Veranstaltungsort zu melden, so dass für Interessierte ein Überblick geschaffen wird. Ein Erstveranstalter in einer Stadt oder Gemeinde kann hier den Kontakt halten und mögliche Fragen zur Gestaltung und Planung einer örtlichen Veranstaltung beantwortet bekommen.
- b. Forum für alle Interessierten, insbesondere solcher, die facebook nicht nutzen wollen oder können.
- c. Mittlerweile haben wir auf unserer facebook-Seite https://www.facebook.com/pflege.am.boden?ref_type=bookmark über 9 640 Likes

- d. Gruppe von örtlichen Organisatoren bei facebook (zur Zeit 123)
- e. Gruppe bei facebook (ca. 5 600 Mitglieder) <https://www.facebook.com/groups/pflegeamboden/>
- f. auch Twitter und Xing werden bereits von einigen genutzt.
- g. Bundestreffen

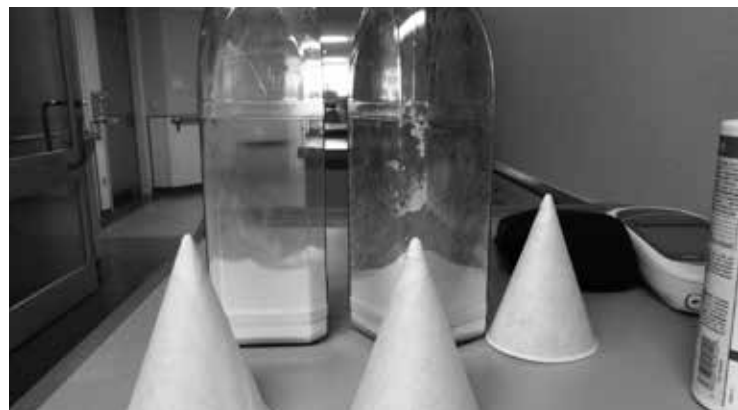
Gerade sind wir dabei, unsere Forderungen und Vorschläge konkreter zu formulieren. Zahlreiche Presseberichte zeugen von unserem Engagement. Und im Mai 2014 gab es in Frankfurt mit 30 Teilnehmerinnen bereits ein erstes bundesweites Organisatorentreffen. Ein weiteres Treffen ist für November 2014 in Hannover in Planung. Insbesondere die Pflege der Kontakte untereinander durch Herrn Guy Hofmann und zur Presse sowie der jeweiligen Internetseiten und -auftritte geht hinsichtlich finanzieller und sonstiger Aufwendungen mittlerweile sehr stark zu Lasten der Organisatoren.

Damit *Pflege am Boden* den steigenden Nachfragen und Herausforderungen gerecht werden kann und damit die Bewegung nicht abreißt, ist das Personenbündnis auf Förderung angewiesen. Aber auch die psychologische Wirkung einer Förderung auf die Motivation der betroffenen Pflegenden und von Pflege betroffenen Menschen schätzen wir hoch ein.

Mehr Informationen:
www.pflege-am-boden.de

* Guy Hofmann ist Gesundheits- und Krankenpfleger und Mitinitiator von »Pflege am Boden«.

»Die Aktionen von Pflege am Boden zeigen Wirkung, denn sie haben ein sehr gutes Echo in der Presse und bei der Politik gefunden.«





Dialog statt Delegation

Harald Kamps* über 25 Jahre ärztliche Tätigkeit in Norwegen

Harald Kamps arbeitete seit 1982 auf einer Halbinsel nördlich von Trondheim in Norwegen als Hausarzt. Ein paar Jahre zuvor hatte er nach dem Medizinstudium in Deutschland seine Ausbildung als Arzt in Norwegen beendet, mit einem, auch für norwegische Ärzte, verpflichtenden Jahr im Krankenhaus und einem per Losentscheid verteilten Platz in einer Allgemein- arztpraxis.

Bei einer Stelle in einer Anästhesieabteilung in einer Klinik am Niederrhein erlebte ich, wie unkompliziert die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und ÄrztInnen sein kann. Jeder trug mit seinen Erfahrungen zu einem Gelingen der oft sehr komplexen Behandlungsverläufe bei und ich erkannte schnell, dass ich nur den erfahrenen KrankenpflegerInnen zuzuschauen brauchte, wenn ich etwas lernen wollte.

Als Landarzt in der Praxis

Und so war es dann auch in der Hausarztpraxis in Norwegen. Vier Ärzte, drei Krankenpflegerinnen und eine Sekretärin meisterten gemeinsam den Alltag in einer Gemeinde mit 5000 Einwohnern. Die Aufgaben wurden so verteilt, dass jeder das machte, was er oder sie am besten konnte: Für die Wundversorgung oder Impfungen waren zum Beispiel die Pflegerinnen verantwortlich, die die Ärzte nur selten um Rat fragen mussten.

Noch deutlicher wurde die Arbeitsverteilung in der Hauskrankenpflege: Alle BürgerInnen, die

die Dienste der kommunalen Hauskrankenpflege (kostenlos) in Anspruch nehmen wollten, wandten sich direkt an die Leiterin, die entschied, ob Bedarf bestand oder nicht. Ob häusliche Krankenpflege nötig war, konnte auch von den Pflegekräften des Krankenhauses gemeldet werden, gerne einige Tage vor einer geplanten Krankenhausentlassung. Einmal in der Woche setzten sich einer der Ärzte der Praxis und das Team der Hauskrankenpflege zusammen, um gemeinsam offene Fragen zu klären oder um Hausbesuche der Ärzte zu vereinbaren. Die ambulante häusliche Pflege arbeitete also nicht auf Delegation der Ärzte, sondern eigenverantwortlich.

In den 15 Jahren, in denen ich Landarzt dieser Gemeinde war, habe ich keine Verordnungen für Medikamentengabe ausgefüllt, kein An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen verordnet und die Wundversorgung nur dann kommentiert, wenn es um eine bessere Behandlung des Diabetes oder der Durchblutung ging. Auf die klinische Kompetenz der Pflegenden konnte man sich verlassen – auch

sie nahmen regelmäßig an kommunalen und überregionalen Fortbildungen teil, oft auch gemeinsam mit den Ärzten.

Weniger stationär – mehr ambulant

Im Team der Hauskrankenpflege arbeiteten auch PflegerInnen und »HilfspflegerInnen« mit einer psychiatrischen Fortbildung. In der Gemeinde lebten viele Menschen mit chronischen psychiatrischen Erkrankungen oder Suchtproblemen, die in Deutschland damals noch in den psychiatrischen Landeskliniken behandelt wurden. In Norwegen waren aber nach italienischem Vorbild die meisten psychiatrischen Kliniken geschlossen worden und in den Universitätskliniken des Landes gab es nur noch Betten für akute Behandlungssituationen. Überhaupt wurden in den 1980er und 1990er Jahren die Krankenhausbetten trotz der Proteste der Lokalbevölkerung drastisch reduziert – mit der Konsequenz, dass kompetente Fachkräfte in die ambulante Pflege gingen und man sich in den Gemeinden um

kreative Lösungen bemühte, um PatientInnen, die früher im Krankenhaus behandelt wurden, eine angemessene Behandlung und Betreuung zu ermöglichen.

So gab es auch für das Pflegeheim der Gemeinde neue Aufgaben. Eine/r der ÄrztInnen war einen Tag pro Woche dort und koordinierte gemeinsam mit dem Pflegepersonal die Behandlung. Die pflegerischen Aufgaben – dazu gehörten auch Blutentnahmen, intravenöse Flüssigkeitsgabe bei akut kranken Menschen oder die Kontrolle der subkutanen Morphinpumpe bei sterbenden Menschen – mussten nur selten besprochen werden, sie waren bereits erledigt. Das Pflegeheim war auch Akutstation für kranke Menschen, denen die weite Reise zum nächstgelegenen Krankenhaus in Trondheim nicht zuzumuten war: Sehr alte Menschen mit Verdacht auf einen Herzinfarkt, einem entgleisten Diabetes oder einer schweren Durchfallerkrankung mussten also nicht zwei Stunden im Krankenwagen liegen, sondern konnten von einem Pflegeteam, das ähnlich kompetent war wie das im Krankenhaus, in der bekannten Umgebung behandelt werden. Und bei Fragen wurden die KollegInnen im Krankenhaus angerufen.

Modell: Gesundheitsschwester

Eine weitere Besonderheit der Pflege in Norwegen ist die Weiterbildung zur »Gesundheitsschwester«. Bereits in den 1950er Jahren hatte der norwegische »Hausfrauenverband« die Initiative für diese Weiterbildung ergriffen und auch die ersten Ausbildungen finanziert. In allen Gemeinden wurden eigenständige »Gesundheitsstationen« gebildet, in denen beispielsweise Frauen während der Schwangerschaft betreut werden. Die Gesundheitsschwester kommt dann zum Hausbesuch kurz nach der Geburt, später übernimmt sie die Betreuung der Kinder bei Vorsorgeterminen und Impfungen. Bei einigen Terminen ist auch ein Arzt anwesend, der alle Kinder untersucht – besonders aber die, bei denen die Gesundheitsschwester Sorgen hat. In unserer Gemeinde hatten wir auch eine Zusammen-

arbeit mit einem an der regionalen Universitätsklinik arbeitenden Kinderneurologen, der einmal im Monat kam, um mit der Schwester und dem Arzt unklare »Fälle« zu untersuchen. Die Gesundheitsschwester gehört auch dem Kinderschutzteam der Gemeinde an. Zudem hat sie Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens – zum Beispiel die Begutachtung der Hygiene von Campingplätzen und die Beteiligung an kommunalen politischen Entscheidungen, etwa bei Fragen der Umwelthygiene. Nachdem die Funktion als Schulkrankenschwester durch eine engere Zusammenarbeit mit den LehrerInnen abgelöst wurde, bietet sie nun spezielle Sprechstunden für Jugendliche an, insbesondere zum Thema Verhütung. Um diese Beratung unkompliziert zu gestalten, bekam die Gesundheitsschwester das Recht, ein zwei Jahre gültiges Rezept für die »Pille« auszustellen.

Ein sehr spezielles Land

Wäre all das auch in Deutschland möglich? Um Norwegen zu verstehen, muss man wissen, dass zwar ein Viertel der fünf Millionen Einwohner in und um Oslo wohnen, die anderen aber sehr verstreut im Land oder an der 25 000 Kilometer langen Küste. Es ist ein traditionell sozialdemokratisches Land (egal welche Partei gerade die Regierung stellt) mit einem politisch gesteuerten und über Steuermittel finanzierten Gesundheitswesen. Neue medizinische Angebote werden erst dann umgesetzt, wenn man sie auch allen BürgerInnen anbieten kann. Es ist ein Land mit flachen Hierarchien, im Alltag herrscht das »Du« – zwischen Arzt und Patient, auch zwischen Chefarzt und Pfleger.

Norwegen war immer ein armes Land, mit mühsamer Landwirtschaft und gefährlicher Fischerei. Erst seit dem Ölboom der 1970er Jahre hat es sich zu einem der reichsten Länder der Welt gemausert. Trotzdem ist es immer noch verpönt, seinen Reichtum zu zeigen, und starke Gewerkschaften sorgen dafür, dass die Einkommensunterschiede nicht zu groß werden. Die Einkommensverhältnisse sind zu dem sehr transparent – jeden Herbst werden die

Einkommenssteuererklärungen aller Bürger veröffentlicht und sind für jedermann einsehbar. Der norwegische Verband der Pflegekräfte hat Tarifrecht und ist eine starke Gewerkschaft. Pflegende genießen ein hohes Ansehen und verdienen recht gut. Bei internationalen Vergleichen belegen sie Spitzenplätze, wenn es um die Zufriedenheit mit dem eigenen Beruf geht. Das hohe Ansehen ist im Wesentlichen in der hohen Kompetenz begründet – auch im Krankenhaus übernehmen sie oft Aufgaben, die in Deutschland von ÄrztInnen ausgeführt werden. Zudem werden sie von Aufgaben entlastet, die andere besser können: Jede Station hat zum Beispiel eine eigene Schreibkraft und jemanden, der das Essen austeilt. Sie haben einfach mehr Zeit, sich direkt um die PatientInnen zu kümmern, denn auch der Pflege Schlüssel ist deutlich besser als in anderen vergleichbaren Ländern.

Mehr Geld ist nicht die Lösung

Dabei gibt Norwegen verglichen mit anderen Ländern prozentu-

»Sie haben einfach mehr Zeit, sich direkt um die PatientInnen zu kümmern, denn auch der Pflege Schlüssel ist deutlich besser.«



»Denn der Bürgermeister ist wichtiger für die Gesundheit des Dorfes als der Arzt.«

al deutlich weniger des im Lande erwirtschafteten Geldes für das Gesundheitswesen aus. An Rufen nach »mehr Geld« für die Gesundheit hat es nicht gemangelt. Lange Zeit gab es aber einen politischen Konsens,

dass der Reichtum entweder für Zeiten gespart werden soll, wenn die Ölreserven verbraucht sind, oder dass sich mehr Geld eher in der Bildung und im Kulturbereich »lohnt«: Denn der Bürgermeister ist wichtiger für die Gesundheit des Dorfes als der Arzt. Führende Plätze auf den Statistiken zur Lebenserwartung sind ein Indiz für die Richtigkeit dieser Behauptung.

Bezahlt wird diese »Sparpolitik« mit langen Wartezeiten für geplante Operationen oder für ambulante fachärztliche Leistungen. Auf einen Termin beim Neurologen kann man monatelang warten, auf einen Termin für eine notwendige Operation der Hüfte auch bis zu einem Jahr. Dafür brauchen die PatientInnen aber auch nicht befürchten, dass man ihnen einen Eingriff vorschlägt, der mehr dem

Arzt als dem Patienten nützt. Für die Akteure im Gesundheitswesen gibt es keinen finanziellen Anreiz zur Mengenausweitung, die Ressourcen werden nach politischen Entscheidungen verteilt. Solche Entscheidungen können auch mal unnötig langsam sein. Um sich als Berufsgruppe Gehör zu verschaffen, braucht es für die Pflegekräfte in Norwegen keine Pflegekammer. Sie sind eine wichtige Wählergruppe und haben in ihrer Gewerkschaft einen politisch erfahrenen und international gut vernetzten Partner. Die Mitgliedschaft im Verband der KrankenpflegerInnen ist nicht verpflichtend – der Organisationsgrad ist aber sehr hoch. Die Mitgliedschaft kostet 1,45 Prozent des Bruttolohnes.

Akademische Ausbildung in der Pflege

Die Aufsicht über die Ausbildung und Fort- und Weiterbildung ist ebenfalls in öffentlicher Hand. Die Grundausbildung zum Krankenpfleger setzt eine 13-jährige Schulbildung voraus. Alle norwegischen Kinder gehen zehn Jahre lang in

dieselbe Schule und entscheiden sich dann für eine dreijährige weiterführende Schule. Diese kann allgemeinbildend sein (vergleichbar mit dem Abitur) oder auch bereits berufsqualifizierend. Mit beiden Abschlüssen steht der Weg offen, an eine Hochschule für Pflegewissenschaft zu gehen. Diese Schulen haben meist auch Studiengänge für Physio- und Ergotherapeuten und bieten Weiterbildungen zur Geburtshilfe oder zur »Gesundheitschwester« an. Die Studiengänge sind meist dreijährig, die Weiterbildungen dauern etwa ein Jahr. Sie sind in den letzten Jahrzehnten von steigender akademischer Qualität und auch die Zahl der promovierenden Pflegenden nimmt zu. Die Motivation für einen pflegewissenschaftlichen Doktorgrad besteht dann, wenn eine akademische Berufspraxis angestrebt wird – das gilt im Übrigen auch für ÄrztInnen, von denen etwa fünf Prozent eine Doktorarbeit schreiben, die dem Standard anderer akademischer Promotionen entspricht. Befürchtungen, dass akademisch ausgebildete Pflegenden nicht motiviert sind, in der direkten Krankenpflege zu arbeiten, haben sich nicht bewahrheitet. Eher ist der fachliche Dialog zwischen ÄrztInnen und Pflegenden gestärkt worden, auch wenn gemeinsame Studienabschnitte noch selten sind.

Auch wenn es sehr lange dauert, wirklich Gehör zu finden, zeigen die Erfahrungen aus Norwegen, dass man die Kräfte auf das Wichtige konzentrieren muss: auf die tägliche fachliche Arbeit, um zu zeigen, welche gute Arbeit geleistet wird, auf die man stolz sein kann, und darauf über eine starke Gewerkschaft ein angemessenes Gehalt und angemessene Arbeitsbedingungen zu fordern. Fast 25 Jahre in Norwegen haben mich gelehrt, dass nicht Delegation, sondern Dialog die spannendere, bessere Versorgung ausmacht, mit der sowohl Pflegenden und ÄrztInnen als auch PatientInnen zufrieden sind.

(Es handelt sich hier um einen leicht gekürzten Artikel aus Dr. med. Mabuse, Nr. 211, September/Oktober 2014)

** Harald Kamps ist Facharzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen. Er ist seit 2002 als Hausarzt in Berlin tätig. www.praxis-kamps.de*





Arzt-Schwester-Patient-Beziehung

Hartmut Bettin* zur Kooperation zwischen Gesundheitsberufen in der DDR

Die zunehmende Wissenschaftlichkeit und die Einführung neuer arbeitsaufwändiger medizinischer Verfahren und Methoden bedingt eine zunehmend höhere Qualifikation und erweiterte Kompetenzen nicht nur des ärztlichen, sondern vor allem auch des mittleren medizinischen Personals. Soziale Beziehungen in der modernen Medizin beziehen sich daher keineswegs, wie es der überwiegend noch verwendete Terminus »Arzt-Patient-Beziehung« suggerieren könnte, auf ein Verhältnis, das sich nur auf diese traditionelle Zweierbeziehung beschränkt.

In der DDR wurde die Wichtigkeit und Notwendigkeit wirksamer Kooperationsbeziehungen zwischen dem Pflege- und dem ärztlichen Bereich für ein effektives und wirksames Handeln am Patienten durchaus erkannt. Dem Pflegepersonal wurde dabei ein hoher Stellenwert zugemessen, was sich in dem in der DDR spätestens seit den 1980er Jahren üblichen Terminus »Arzt-Schwester-Patient-Beziehung« ausdrückte.¹

Der Herausbildung von Beziehungsstrukturen kam im Gesundheitswesen der DDR, auch im Hin-

blick auf die Gesundheitserziehung des Patienten, durch alle medizinischen Angestellten eine wichtige Bedeutung zu. Zu den wichtigen Grundlagen des sozialistischen Gesundheitswesens der DDR zählte dabei die Begegnung zwischen medizinischen Angestellten und Patienten auf einer Ebene. Dem mittleren medizinischen Personal sollte dabei eine nicht unbedeutende Vermittlerrolle zwischen Patient-Arzt-Staat zukommen.² Arzt und Ärztin sollten sich in diesem Gefüge als *primus* bzw. *prima inter pares* verstehen.

»Jeder erfahrene Arzt weiß, daß eine noch so umfassende, niveauvolle ärztliche Behandlung nur dann zum Erfolg führen kann, wenn mit ihr eine qualifizierte Krankenpflege einhergeht [...]«. ³

Spätestens seit den 1970er Jahren begann unter der Losung »Die Krankenschwester – eine sachkundige Partnerin des Arztes«⁴ die Weiterentwicklung der Krankenpflege zu einer eigenständigen und zugleich »medizinisch« anerkannten Disziplin. Krankenpflege sollte »von der selbständigen Ausübung der Grundkrankenpflege über die Krankenbeobachtung bis zur eigen-

ständigen sachkundigen Ausführung ärztlicher Verordnungen« reichen.⁵ Es hieß:

»Von der bloßen Helferin des Arztes wird die Schwester immer mehr zu einer beruflichen Partnerin, wobei sich ihr Berufsbild neben der charakteristischen pflegerischen Tätigkeit und der Dokumentation und der Organisation des Behandlungsablaufes beim Patienten vor allem dadurch auszeichnet, daß ihre Arbeit mit unmittelbaren Eingriffen in die physiologische und psychologische Sphäre der Patienten verbunden ist, einen Kooperationsprozess darstellt, eine Führungsrolle und Vorbildwirkung gegenüber dem Patienten beinhaltet und vielseitig und kollektivorientiert ist.«⁶

1974 waren ein sechssemestriges Fachschulstudium für Krankenschwestern und 1976 Weiterbildungen zur Fachkrankenschwester eingeführt worden. 1980 wurde die Hochschulqualifikation für in der Praxis bewährte leitende Schwestern an der Humboldt-Universität zu Berlin etabliert.⁷ Besonders Fragen des Umgangs mit psychologischen Problemen bestimmter Patientengruppen, wie

Auf unserer Suche nach anderen Modellen der Kooperation fragten wir auch nach den Erfahrungen in der DDR. Hartmut Bettin erläutert, wie die Kooperation der Gesundheitsberufe war und warum viele Beschäftigte diese – bei aller Kritik – rückblickend als befriedigender als heute wahrnahmen.

»Für die nachwachsenden jüngeren Ärztegenerationen mit zunehmendem Frauenanteil wurde dieses Verschwinden größerer sozialer und Standesunterschiede jedoch zunehmend selbstverständlicher.«

z.B. in der Onkologie, wurden viele Unterrichtseinheiten in der Pflegeausbildung gewidmet.⁸ Letztlich ging es nicht nur darum, Ärztinnen und Ärzte von nichtmedizinischen Tätigkeiten (Dokumentation etc.) zu entlasten, sondern auch darum, einige ärztliche Kompetenzen besonders bei der psychologisch-sozialen Betreuung auf einen höher qualifizierten Pflegebereich verlagern zu können. Auch medizinische Debatten, die etwa Umgang mit chronisch unheilbar Erkrankten oder geistig Behinderten usw. betrafen, wurden in DDR berufsgruppenübergreifend, also unter Einbeziehung der Pflege, geführt.⁹

Die Professionalisierung und berufspolitische Aufwertung des Pflegebereichs zielte auf eine standespolitische Angleichung beider Berufsgruppen. Darauf zielten z.B. der gemeinsame Angestelltenstatus, eine Verringerung der Gehaltsunterschiede zwischen Ärzten und Schwestern und der Abbau von sonstigen ärztlichen Standesprivilegien (Abschaffung von Ärztekassinos, standespolitischen Ärzteorganisationen). Diese Abwertung wurde indes keineswegs widerspruchslos hingenommen. In einem anonymen Ärztebrief an den

Minister für Gesundheitswesen, Ludwig Mecklinger (1919-1994), aus dem Jahre 1985 wird zum vergleichsweise geringen Ärztegehalt u. a. geäußert:

»Sie dürfen versichert sein, [...], daß wir natürlich wissen, was unsere ärztlichen Leistungen unserem Gesundheitswesen wert sind. Die Leistungsabrechnung bei Bürgern nichtsozialistischer Länder hat uns hierbei die Augen geöffnet«, oder an anderer Stelle: »Glauben Sie nicht auch, daß in dieser eindeutigen sozialen Abwertung eine der wesentlichen Ursache für die horrenden Ausreisewilligkeit der Mediziner zu suchen ist?«¹⁰

Für die nachwachsenden jüngeren Ärztegenerationen mit zunehmendem Frauenanteil wurde dieses Verschwinden größerer sozialer und Standesunterschiede jedoch zunehmend selbstverständlicher. 1985 ging aus der Sektion Krankenpflege, in der sich Ärzte und Pflegenden bereits 1979 zusammengeschlossen hatten, die *Gesellschaft für Krankenpflege der DDR* hervor, die eine qualitativ gute und wirksame medizinische Betreuung nur durch eine wirkliche Partnerschaft zwischen Ärzten, Schwestern und Pflegern erreichbar sah.¹¹ Eines der erklärten Ziele war neben Förderung wissenschaftlichen Lebens auf dem Gebiet der Krankenpflege, die Erhöhung des gesellschaftlichen Ansehens der Mitarbeiter der Pflege. Die Partnerschaft im medizinischen und sozialen Betreuungsprozess zwischen Ärzten und Vertretern der Krankenpflege sollte durch eine »gemeinsame Basis wissenschaftlicher, jeweils fachspezifischer Kenntnisse und praktischer Fertigkeiten«, ein »gemeinsames Ziel, das in der Bestimmung von Pflegemethoden und Pflegezielen im Pflegeplan formuliert wird«, sowie durch die gegenseitige persönliche Achtung und Anerkennung der jeweiligen fachlichen Kompetenzen gekennzeichnet sein.¹² In speziellen Arbeitsgemeinschaften (später Sektionen), kooperierten Schwestern und Ärzte hinsichtlich der Bearbeitung von Fragen der »Leitung und Organisation«, »Aufgaben und Methoden«, des »Rechts« sowie zu »psychologischen« oder »ethisch-moralischen Problemen«. Sie erarbeiteten gemeinsam Positio-

nen und Handlungsorientierungen, mit deren Hilfe eine ganzheitliche, ethisch reflektierte und patientenorientierte Pflege in der Praxis und auf den konkreten Fall bezogen realisiert werden konnte.¹³

Auch aus der Sicht von Patienten zeigten sich Tendenzen einer Abflachung der Hierarchien zwischen Ärzten und Schwestern. Eine in einer Dialyseabteilung einer Universitätsklinik 1976 durchgeführte Fragebogenstudie zum Arzt-Schwester-Patient-Verhältnis zeigte, dass Schwestern in diesem technikintensiven Bereich eine gleichwertige Stellung und Mitarbeit neben dem Arzt anstreben.¹⁴ Auch in negativer Hinsicht verringerten sich die Unterschiede. Bereits zu Beginn der 1970er Jahre wird in Untersuchungen zur Einstellung des Pflegepersonals einer psychiatrischen Klinik zur Sozialtherapie eine gewisse »Falschheit« oder »Pseudoharmonie« in der Arzt-Schwester-Patient-Beziehung beklagt, da u.a. weder die Ärzte noch die Schwestern die Informationsbedürfnisse der Patienten hinreichend erfüllen.¹⁵ In einer Vielzahl der Eingaben (Beschwerden der Bürger der DDR) aus dem Jahr 1981, die an das Ministerium für Gesundheitswesen gerichtet waren und die die medizinische Betreuung betrafen, wurde von Patienten u.a. die Art und Weise des Umgangs mit den Patienten, der Umgangston und der Mangel an individueller Hinwendung beklagt.¹⁶ Diese Kritik betraf sowohl Pflegenden als auch Ärzte, vor allem in den personal- und technikintensiven Bereichen des Gesundheitswesens der DDR (Dialyse, Endoprothetik, Intensivmedizin). Hier traten die Frustrationen durch permanente Mangelzustände besonders deutlich hervor und fielen auf die Patienten zurück.

Die Kritik am Verhalten des medizinischen und des Pflegepersonals bot eine Handhabe für die Regierenden zur ideologischen Einflussnahme durch Aussprachen, Schulungen bzw. Seminare der marxistisch-leninistischen Weiterbildung. Themen waren u.a. »Die moralbildende Wirksamkeit sozialistischer Politik«¹⁷ und »Erhöhung der Motivation für hohe Leistung«. Hier sollte über eine »(w)eitere Ausprägung von Haltun-



gen und Einstellungen in der medizinischen Arbeit, die den Normen der sozialistischen Moral und Ethik entsprechen«, Einfluss genommen werden.¹⁸ Das einzelne Eingaben ausdrücklich das pflegerische und medizinische Personal aus ihrer Kritik herausnehmen und deren herausragende Leistung unter den schlechten Bedingungen loben, dürfte auch auf eine gelungene Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen zurückzuführen sein.¹⁹

Natürlich blieben in und zwischen den Berufsgruppen berufliche Unterstellungsverhältnisse bestehen. Die Krankenschwester blieb dem Arzt untergeordnet. Sie war ihm rechenschaftspflichtig, da ihm offiziell die gesamte Stationspflege unterstand.²⁰ Während eine leitende Oberschwester oder Hebamme sich in der Regel auf einer Ebene mit dem Klinikchef unterhalten konnte, bekam eine jüngere Schwester ihre untergeordnete Stellung sowohl vom ärztlichen, als auch vom Pflegebereich zu spüren. Eine Schwester erinnert sich: »Der Chef war der Chef. [...] Man stand auch stramm. Und wenn man [...] irgendwas nicht richtig gemacht hat, dann wurde man zusammengeschissen. Aber so richtig. Und so dass man geheult hat [...] Und die leitende Hebamme, die war auch sehr speziell, [...] da war was dazwischen. [...] [I]ch bin auch so erzogen, also ich hab vor allen, die mehr wissen als ich, viel Respekt. [...] [U]nd der Chef, das war schon ein richtiger Chef.«²¹

Die jeweils Vorgesetzten qualifizierten sich in der Regel durch einen höheren Ausbildungsstand und/oder eine größere Berufserfahrung für ihren Posten und das wurde weitgehend akzeptiert. In den Schichtplänen des Dreischichtsystems in den Krankenhäusern wurde in den 1980er Jahren auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen älteren, erfahrenen und jungen Schwestern geachtet. Erfahrung, Alter und Qualifikation kam ein hoher Stellenwert zu, was sich auch in den zwischenmenschlichen Umgangsformen widerspiegelte. So wurden dienstältere oder ranghöhere Mitarbeiter in der Regel gesiezt. Trotz dieser formellen Distanz wird überwiegend von einer guten Zusammenarbeit und so-

gar freundschaftlichen Beziehungen berichtet.

Heute wird im Allgemeinen eine Demonstration des Respekts anhand der gewählten Anrede kaum noch erwartet und ranghöhere Angestellte und Kollegen werden häufig selbstbewusster geduzt.²² Wie verschiedene befragte Pflegekräfte anmerkten, entstünden trotzdem keine ausgeprägten zwischenmenschlichen Beziehungen und der lockerere Umgang würde keineswegs automatisch eine höhere Arbeitszufriedenheit bewirken.²³ Hierbei spielen sicherlich auch typische Generationenkonflikte eine Rolle, in denen zu wenig Respekt der jüngeren Generation vor ranghöheren Pflegekräften beklagt wird.

Man bemühte sich zu DDR-Zeiten, die Pflegedienstleitung vornehmlich durch Schwestern mit praktischer Berufserfahrung und Verständnis für die beruflichen Anforderungen zu besetzen, nach dem Prinzip: langjährige Tätigkeit und höhere berufliche Qualifikation = mehr Verantwortung und mehr Vertrauen.

Hingegen wird aktuell beklagt, dass die Pflegedienstleitung mitunter aus Vertretern gebildet wird, die keine praktische Berufserfahrung, sondern lediglich einen »Management-Studiengang« vorweisen könnten, der sie für die Stelle qualifiziert.²⁴

Das Gesundheitswesen der DDR sollte das Aushängeschild des sozialistischen Staates sein. Entsprechend erwartete man von den Mitarbeitern auch eine Vorbildfunktion. Um hier Leistungsimpulse zu setzen, wurden der Sozialistische Wettbewerb »Kollektiv der sozialistischen Arbeit« sowie Veranstaltungen zur kollektiven Meinungsbildung, zur Entwicklung und Vervollkommnung der beruflichen Fähigkeiten, zur Bewusstmachung der wichtigen Funktion des Berufes durchgeführt. An diesen Aktivitäten nahmen Ärzte und Pflegenden gleichermaßen teil, wodurch das kollektive Miteinander der Berufsgruppen gefördert wurde. Sie wurden in der Praxis größtenteils als Gelegenheit gesehen, Freizeit mit den Kollegen zu verbringen, ohne sich dabei unbedingt mit politischen Themen zu befassen.²⁵

Staatliche Maßnahmen, die die



sozialen Beziehungen zwischen Ärzten und Pflegenden und zugleich auch das Arzt-Schwester-Patient-Verhältnis verbessern sollten, zielten primär darauf ab, das Kollektiv zu stärken. In der kameradschaftlichen Zusammenarbeit sah man den Grundstein für eine erfolgreiche Patientenbehandlung.²⁶ Zum einen sollte dies, wenngleich wenig wirksam, über ideologische Einflussnahme erreicht werden – Marxismus-Leninismus galt als Grundlagenfach mit hoher Stundenanzahl. Zum anderen aber sollten der kollektive Zusammenhalt und eine damit verbundene Steigerung der Motivation und Arbeitszufriedenheit über gemeinsame Freizeitaktivitäten erreicht werden.

Hinsichtlich der Entwicklung des Vertrauensverhältnisses zwischen den Berufsgruppen finden sich widersprüchliche Aussagen. Einerseits wurde in einer im Jahr 1972 durchgeführten Studie zur Einstellung des Pflegepersonals einer psychiatrischen Klinik zur So-

»Das Gesundheitswesen der DDR sollte das Aushängeschild des sozialistischen Staates sein.«

ziotherapie festgestellt, dass die Schwestern bei den Ärzten nicht genügend Achtung und Anerkennung finden würden.

Nur zwei Drittel der Befragten fühlte sich in ihren Leistungen anerkannt und nur die Hälfte ging davon aus, dass sich ihre Vorgesetzten für sie einsetzen würden.²⁷ Andererseits gaben Kinderkrankenschwestern verschiedener Frühgeborenenstationen in Mecklenburg-Vorpommern rückblickend an, dass trotz extrem anstrengender Arbeit seit Mitte der 1970er Jahre bis zum Ende der DDR (eine Kinderkrankenschwester war allein für 18 bis 20 Kinder verantwortlich), diese Zeit dennoch sehr erfüllend gewesen sei, weil die Situation auf der straff organisierten Station durch eine gut funktionierende kollegiale Zusammenarbeit der Pflegekräfte untereinander, aber auch durch eine gute Kooperation mit den Ärzten, gekennzeichnet war: »Man hat zusammen gearbeitet,

man hat zusammen gefeiert und man hat auch zusammen die Probleme durchgestanden.«²⁸ Kollektive Geborgenheit und berufliche Anerkennung im Kollektiv spielten offenbar eine herausragende Rolle für die Arbeitszufriedenheit und »man hat die Arbeit eben nicht nur zum Geld verdienen gesehen, man hat sich da aufgehoben gefühlt, man hat auch untereinander über andere Dinge gesprochen, die einen selber betreffen, und das war einfach gemüthlicher, familiärer, nicht so klinisch steril.«²⁹

Selbst das allgemein übliche Frühstück von Ärzten und Pflegenden im gemeinsamen Frühstücksraum wirkte sozial ausgleichend und bot Gelegenheit, Missstimmigkeiten anzusprechen.

Im Vergleich dazu wird aktuell eine stark veränderte kollegiale Situation gesehen, in der sich die Kontakte zu den Kollegen hauptsächlich auf berufliche Belange konzentrieren, sich nur noch selten freundschaftliche Beziehungen ergeben würden und sogar alte Kontakte sich verändert hätten. Aufgrund fehlender Kommunika-

tionsräume außerhalb der Arbeit, würde heute weniger Privates erzählt und auch weniger unternommen, als noch zu DDR-Zeiten.³⁰

Dieser abschließend in Auszügen wiedergegebene vergleichende Rückblick von Pflegekräften in der Geburtshilfe verschiedener Kliniken Mecklenburg-Vorpommerns, die bereits zu DDR-Zeiten tätig waren und bis heute tätig sind, weist auf eine höhere Arbeitszufriedenheit im Gesundheitswesen der DDR hin. Diese größere Zufriedenheit resultierte nicht zuletzt aus einer im Vergleich zu heute als besser empfundenen Kooperation und Kommunikation zwischen den Berufsgruppen, die u.a. durch ein relativ konstantes kollegiales Umfeld, vorhandene in- auch außerdienstliche »Begegnungsräume«, nachvollziehbare berufliche Hierarchien und Anerkennung der jeweiligen Kompetenzen und Leistungen begünstigt wurde.

* Dr. phil. Hartmut Bettin arbeitet am Institut für Geschichte der Medizin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.

»Diese größere Zufriedenheit resultierte nicht zuletzt aus einer im Vergleich zu heute als besser empfundenen Kooperation und Kommunikation zwischen den Berufsgruppen.«

- 1 S. Hahn/B. Rieske: »Das Arzt-Schwester-Patient-Verhältnis im Gesundheitswesen der DDR«, Jena 1980 (Medizin und Gesellschaft 7); S. Hahn: »Im Mittelpunkt steht der Mensch – Zu aktuellen Tendenzen und Problemen der Arzt-Schwester-Patient-Beziehung im Gesundheitswesen der DDR«, Berlin 1987 (Medizin und Gesellschaft 33); H. Heusinger/R. Guertler: »Sozialistisches Recht und Arzt-Schwester-Patient-Verhältnis im Gesundheitswesen der DDR«, Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung 79, 1985, 12, S. 511-514
- 2 K. Winter: »Das Gesundheitswesen in der Deutschen Demokratischen Republik«, Berlin 1974, S. 18f.
- 3 L. Mecklinger: »Zur Umsetzung der Gesundheitspolitik im Gesundheits- und Sozialwesen der DDR«, Teil 2, Berlin 1998, S. 38
- 4 W. Hering Mitglied des Zentralkomitees der SED und Leiter der dortigen Abteilung Gesundheitspolitik, auf dem »Symposium zur weiteren Gestaltung der Ausbildung von Krankenschwestern« am 24. und 25. Februar 1977 in Berlin-Buch. Die Referate sind abgedruckt in den Zeitschriften *Heilberufe* 29/1977, S. 223-252 und *humanitas* 6/1977, S. 3f.; W. Hering: »Die Krankenschwester – eine sachkundige Partnerin des Arztes«, *humanitas* 6/1977, S. 3 f.
- 5 Ebd. S. 4
- 6 Hahn/ Rieske, a.a.O., S. 27
- 7 M. Bodin: »Die Einführung der Hochschulausbildung Krankenpflege in der DDR zur Qualifizierung der Leitungstätigkeit mittlerer medizinischer Fachkräfte«, Diss. zum Dr. oec., Humboldt-Universität Berlin 1988
- 8 »Lernprogramme für die Lehrgebiete Psychologie für Krankenschwestern und kulturelle Betreuung des kranken Menschen. Zur Ausbildung in der Fachrichtung Krankenpflege an medizinischen Fachschulen der Deutschen Demokratischen Republik« hrsg. vom Ministerrat der DDR, Ministerium für Gesundheitswesen, Berlin 1977
- 9 S. Hahn: »Ethische Fragen und Problemlösungen des Schwesternberufes im DDR-Gesundheitswesen«, in: H. Bettin/M. Gadebusch Bondio (Hrsg.): »Medizinische Ethik in der DDR. Erfahrungswerts oder Altlast?«, S. 73-85, hier S.77
- 10 BArch: DQ 1, 11644, Bearbeitung und Auswertung von Eingaben und Beschwerden 1985-1986. Beantwortung von Eingaben durch Minister Mecklinger, u.a. zu persönlichen Anliegen, zur medizinischen Betreuung und zu Verhältnissen im Gesundheitswesen. Brief von Ärzten (anonym) an Mecklinger vom 21. November 1985
- 11 E. Glomb: »Die Gesellschaft für Krankenpflege der DDR«, in: F. Dietze/E. Glomb (Hrsg.): »Beiträge zur Krankenpflege in der DDR«, Berlin 2004
- 12 K.-D. Kühne: »Zur Bedeutung der Krankenpflege für den medizinischen und sozialen Betreuungsprozess. Das stationäre und ambulante Gesundheitswesen«, Bd. 31, Berlin 1982, S. 7–9, zit.: S. 8f.
- 13 S. Hahn et al.: »Berufsethos am Krankenbett. Lehrmaterialien für Aus- und Weiterbildung von mittlerem medizinischem Personal«, hrsg. vom Institut für Weiterbildung mittlerer medizinischer Fachkräfte, Potsdam 1982
- 14 Hahn, Rieske, a.a.O., S. 112
- 15 Hahn, Rieske, a.a.O., S. 103
- 16 BArch: DQ 1, 12611, »Analyse der Arbeit mit den Eingaben der Bürger im Ministerium für Gesundheitswesen im Jahre 1981«, MfG, Hauptinspektion, 14. April 1982, S. 5f.
- 17 »Studienhinweise für die Seminare der marxistisch-leninistischen Weiterbildung für wissenschaftliche Mitarbeiter an der Medizinischen Akademie Erfurt«, Studienjahr 1988/89, Sonderdruck, Erfurt, August 1988, Archiv des Instituts für Medizingeschichte Greifswald
- 18 BArch, DQ 1, 11765, »Analyse der Arbeit mit Eingaben der Bürger im Jahre 1986«, MfG, Hauptinspektion, Berlin, 27. Februar 1987
- 19 Z. B. BArch: DQ 1, 11765, Beantwortung von Eingaben durch Minister Mecklinger, v.a. zu persönlichen Anliegen, zur medizinischen Betreuung und zu Verhältnissen im Gesundheitswesen, MfG und den Minister Mecklinger vom 8. Mai 1987
- 20 A. Thiekötter: »Pflegeausbildung in der Deutschen Demokratischen Republik«, Frankfurt am Main 2006, S. 185, 228
- 21 K. Lugert: »Vergleich zwischen Ideal und Realität des pflegerischen Alltags der Geburtshilfe unter besonderer Berücksichtigung medizin- und pflegeethischer Fragestellungen im sozialistisch geprägten System der Deutschen Demokratischen Republik mit Schwerpunkt Mecklenburg-Vorpommern«, Diss. Greifswald (unveröffentlichtes Manuskript) 2014, S. 100
- 22 Ebd.
- 23 Ebd., S. 100f.
- 24 Ebd., S. 101
- 25 Ebd., S. 117
- 26 H.G. Knoch: »Allgemeine Krankenpflege«, 2. Aufl., Berlin 1987, S. 18
- 27 Hahn, Rieske, a.a.O., S. 103
- 28 Lugert, a.a.O., S. 95
- 29 Ebd.
- 30 Lugert (2014), S. 96



Gefahr für die Gesundheitssysteme im Süden

Heino Güllemann* zu den Auswirkungen des Exports des deutschen Pflegenotstandes

Ausgebildete Gesundheitsfachkräfte sind weltweit knapp. Nach Berechnungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) fehlen allein in den Gesundheitssystemen der unterversorgten Länder über sieben Millionen Fachkräfte – und das um nur die allernotwendigste Versorgung anbieten zu können. Rund die Hälfte dieser Fachkräfte fehlt allein in Süd-Ost-Asien, wo ein Viertel der Weltbevölkerung lebt.

Die globalen Ungleichheiten bei der Versorgung mit Gesundheitsfachkräften sind schon lange Thema auf der internationalen Agenda. Mit dem World Health Report der WHO aus dem Jahre 2006 begann eine intensive internationale Debatte zu diesem Thema und führte schließlich im Jahre 2010 zum »WHO-Verhaltenskodex zur internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal«. Dieser Kodex wurde auf der Weltgesundheitsversammlung 2010 von allen Mitgliedsländern der Verein-

ten Nationen und damit auch von Deutschland verabschiedet. Der Kodex fordert die Staaten in erster Linie dazu auf, einen nachhaltigen einheimischen Personalbestand an Gesundheitsfachkräften aufzubauen und zu halten. Erst in zweiter Linie, und nur für den Fall dass diese Versuche erfolglos bleiben, etabliert er auch Verfahren zur behutsamen grenzüberschreitenden Rekrutierung von Fachkräften.

In Deutschland allerdings wird auf der Suche nach möglichen Wegen aus dem Pflegenotstand die internationale Anwerbung von Pflegekräften als eine gangbare Option gehandelt. Bundesregierung und Arbeitgeberverbände werben mit zunehmender Intensität Pflegekräfte aus dem Ausland ab. Aus den Ländern der Europäischen Union wird entweder direkt durch die Bundesagentur für Arbeit oder im Rahmen des EURES Netzwerkes (European Employment Services) rekrutiert. Dabei konzentriert die

Bundesregierung ihre Aktivitäten insbesondere auf Griechenland, Italien, Portugal und Spanien. Weiterhin bestehen seit Anfang 2013 Vermittlungsabsprachen für Pflegefachkräfte mit den Regierungen von Serbien, Bosnien-Herzegowina, den Philippinen und Tunesien. In Kooperation von *Arbeitgeberverband Pflege* (AGVP) und der Bundesagentur für Arbeit und werden auch aus China Pflegefachkräfte abgeworben. Die Deutsche *Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit* (GIZ) wirbt im Auftrag des Wirtschaftsministeriums um Pfleger aus Vietnam und von den Philippinen.

Weiterhin ist zu beobachten, wie die Barrieren gegen die Einwanderung, die seit dem Anwerbestopp für Gastarbeiter in der BRD im Jahre 1973 errichtet wurden, plötzlich wieder fallen, wenn es um Pflegekräfte geht. So können medizinische Fachkräfte Dank einer Novelle der Beschäftigungs-

Heino Güllemann stellt die Verbindung her zwischen hausgemachtem Pflegenotstand in Deutschland und internationalen Migrationsbewegungen und kommt zu dem Schluss, dass attraktive Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege in Deutschland langfristig auch ein wertvoller entwicklungspolitischer Beitrag zur Stabilisierung von Gesundheitssystemen im Süden sind.



verordnung nicht nur aus EU-Staaten sondern seit Juli 2013 auch von außerhalb der EU – aus den sogenannten Drittstaaten – problemlos nach Deutschland einreisen, sofern sie die Berufsanerkennung durchlaufen.

Doch die Anwerbung auf Basis bilateraler Regierungsabkommen und aus Drittstaaten

hat derzeit noch einen vergleichsweise geringen Umfang. Seit der Novelle der Beschäftigungsverordnung sind nicht mehr als einige Hundert Pflegekräfte auf diesem Weg eingereist und auch die Zahl der im Auftrag des Wirtschaftsministeriums »amtlich« angeworbenen Pflegekräfte erreicht noch nicht die Tausend. Es handelt sich bei der regierungsamtlichen Abwerbpraxis derzeit um Versuchsb

allons mit Modellcharakter, um Erfahrungen mit einer Öffnung der Grenzen für diese Berufsgruppen zu sammeln.

Weit dramatischer ist die Entwicklung und viel höher sind die Zahlen bei der ungesteuerten und spontanen Migration aus osteuropäischen EU-Staaten, gerade wenn es um pflegerische Arbeiten in Privathaushalten geht. Je nach Quelle liegen die Schätzungen zwischen ein- und vierhunderttau-

send Arbeitskräften aus Osteuropa, die derzeit in der Pflege in deutschen Privathaushalten tätig sind. Die Gesundheitssysteme in Polen, Rumänien und Bulgarien stehen angesichts dieses Exodus vor ernstesten Herausforderungen. Bislang hat sich die EU noch nicht entscheiden können, ob und wie diesem Problem beizukommen ist, obgleich ein Instrumentarium über die EU-Ko-

ordinationspolitik und die Strukturhilfefonds schon bereit stünde.

Als weitere Hürden für die deutschen Anwerbeambitionen haben sich nun auch die unterschiedlichen Ausbildungswege in der Krankenpflege herausgestellt. Deutschland und Österreich sind fast die einzigen Länder weltweit, in denen die Pflegekräfte eine Berufsausbildung und kein Hochschulstudium mit Bachelor bzw. Masterabschluss durchlaufen. Vor diesem Hintergrund werden die Frustrationen beispielsweise der spanischen Pfleger in Deutschland erst verständlich. Ebenso die zornigen Ausbrüche von Máximo González Jurado, dem Präsidenten des spanischen Pflegerates, der beklagt, dass die Migration von Pflegekräften nach Deutschland ohnehin eine Subvention des deutschen Gesundheitssystems darstelle und die Pflegekräfte dann auch noch weit unter ihrer Qualifikation eingesetzt würden, um »Hintern abzuwischen!«

Angesichts dieser Schwierigkeiten greifen einige Arbeitgeber bei der Anwerbung von ausländischen Pflegekräften auch zu unlauteren Praktiken, um sie unter diesen Bedingungen überhaupt zu halten. So ließ die in Bayern und Berlin ansässige GIP Gesellschaft für medizinische Intensivpflege mbH ihre über EU-Programme und das Bundesamt für Migration aus Spanien rekrutierten spanischen Pflegekräfte Knebelverträge unterschreiben: Sollte ein Arbeitnehmer vor Ablauf von 18 Monaten kündigen, so werden ihm mehre tausend Euro Schadenersatz für die Anwerbungskosten in Rechnung gestellt. Gegen diese Formen moderner Schuldknechtschaft geht derzeit der ver.di Landesverband Berlin-Brandenburg vor.

Derartige Beispiele stammen vorrangig aus dem Privatsektor und sind derzeit politisch nicht gewünscht. Ganz im Gegenteil ist die Bundesregierung in ihren Programmen zur Rekrutierung aus Drittstaaten offensichtlich darum bemüht, die Abwerbung von Gesundheitsfachkräften auch für die Migranten und die Herkunftsländer ausgesprochen sozialverträglich zu gestalten. So ist laut Beschäftigungsverordnung seit November 2013 eine Abwerbung aus einem der 57 Länder, die laut WHO sel-

ber unter einem krisenhaften Mangel an Gesundheitsfachkräften leiden, eine Ordnungswidrigkeit. Das kann eine deutsche Agentur, die beispielsweise aus Kenia oder Indien abwirbt, schnell bis zu 30 000 Euro kosten. Und die Kosten für Vorbereitung und Sprachkurse werden auch nicht auf die Arbeitnehmer abgewälzt. Im Bundeswirtschaftsministerium spricht man dann auch von den »Anwerbeprogrammen mit Goldrand«. Dass diese Formen grenzüberschreitender Rekrutierung allerdings auf Dauer auch zu teuer sind und dass mittelfristig doch der Privatsektor die Initiative übernehmen soll, das wird im Wirtschaftsministerium ebenso deutlich gesagt.

Wie man es auch dreht und wendet: Die aufkommende globale Konkurrenz um Gesundheitsfachkräfte droht die mühsam errungenen gesundheitlichen Fortschritte im globalen Süden wieder zunichte zu machen. Die Folgen sind absehbar. Der direkte Zusammenhang zwischen der Anzahl von Gesundheitsfachkräften und der Kindersterblichkeit ist empirisch belegt. In unterversorgten Ländern senkt beispielsweise ein zusätzlicher Arzt auf 1 000 Einwohner die Kindersterblichkeit mittelfristig um 15 Prozent und langfristig um 45 Prozent. Bekannt ist aber auch, dass es vor allem die Krankenpfleger sind und weniger die Ärzte, die in den Ländern des Südens den größten Einfluss auf die Gesundheit der ärmeren Bevölkerungsschichten haben. Einer Studie aus Brasilien zufolge hat die Fachkräftedichte bei Krankenpflegern einen um 60 Prozent höheren Einfluss auf die Säuglingssterblichkeit als die der Ärzte.

Auch die weitgehend ungehinderte Ausbreitung von Ebola in Westafrika ist auf den Mangel an Gesundheitspersonal zurückzuführen. Die WHO-Statistiken sprechen eine Sprache, die klarer nicht sein könnte: In Liberia versorgte vor Ausbruch der Epidemie ein einziger Arzt 100 000 Menschen. Das ist in den WHO-Statistiken der letzte Platz. Die Kapazität an ärztlicher Versorgung ist in Sierra Leone und Guinea nicht viel besser. Aus allen drei Ländern wandern zudem in großer Zahl einheimische Ärzte ab, vornehmlich in die reichen Länder des Nordens. Sierra Leone und Li-

»Bekannt ist auch, dass vor allem die Krankenpfleger und weniger die Ärzte in den Ländern des Südens den größten Einfluss auf die Gesundheit der ärmeren Bevölkerungsschichten haben.«

beria gehören zu den fünf afrikanischen Ländern, die über die Abwanderung mehr als 50 Prozent ihrer im Land ausgebildeten Ärzte verlieren. Gesundheitssysteme sind hier, zumal in den ländlichen Gebieten, nahezu inexistent. Im Bereich Müttersterblichkeit – ein recht zuverlässiger Indikator für die Stärke von Gesundheitssystemen – liegen alle drei Länder an der Weltspitze. Sierra Leone hat sogar die höchste Müttersterblichkeit weltweit. Und just in diesem weltweit am schlechtesten versorgten Dreiländereck trat im Dezember 2013 Ebola auf. Seither konnte sich die tödliche Krankheit in alle Richtungen ausbreiten. Wer hätte sie auch daran hindern sollen?

Allerdings wirbt die Bundesregierung keine Pflegekräfte aus Westafrika ab sondern aus Ländern wie Vietnam, Tunesien oder China.

Der unumgängliche demografische Wandel ist dabei das offizielle Hauptargument für die deutsche Abwerbepaxis. Das Argument hält aber einer genaueren Betrachtung nicht stand: Die prognostizierte rapide Alterung der Gesellschaft wird erst in einigen Jahren zu den befürchteten Effekten führen. Derzeit sind die »Babyboomer« der Jahr-

gänge 1955–1968 noch im Arbeitsmarkt und werden erst ab ca. 2020 in Rente gehen, was dann in der Tat zu großen Herausforderungen führen wird. Die dramatische Unterversorgung in der Pflege ist aber heute schon spürbar und hat andere hausgemachte Ursachen.

Die Prognosen der WHO legen es nahe, auch unter den Bedingungen eines kommenden demografischen Wandels, nicht in erster Linie auf die Abwerbung aus dem Ausland zu setzen: Auch im Jahre 2035 wird der größte Mangel an Pflegekräften in Süd-Ost-Asien und in Afrika herrschen, während die Situation in Europa eher stabil bleibt. Und in Vietnam, wo die GIZ derzeit mit der Rekrutierung von Pflegekräften gerade in die zweite Runde geht, liegt die durchschnittliche Deckungsrate mit Gesundheitsfachkräften heute um mehr als das zehnfache unter dem Wert in Deutschland.

Anstatt den demografischen Wandel als One-Size-Fits-All Argument zu missbrauchen, wäre die deutsche Politik gut beraten anzuerkennen, dass der heutige »Pflegenotstand« größtenteils hausgemacht ist. Er resultiert aus den immer schlechteren Arbeitsbedingungen und der hohen Arbeitsver-

dichtung in der Pflege. Wer nun dafür wirbt, diese Lücken über grenzüberschreitende Abwerbemaßnahmen nun mit Migranten zu schließen, der exportiert den Pflegenotstand und das deutsche Politikversagen in diesem Bereich noch in den Osten und den Süden. Stattdessen müssen die Pflegeberufe in Deutschland dringend attraktiver werden. In dem auch von Deutschland angenommenen Verhaltenskodex der WHO heißt es: »Die Mitgliedsstaaten sollten sich soweit wie möglich bemühen, einen nachhaltigen Personalbestand im Gesundheitswesen aufzubauen [...], wodurch sich ihr Bedarf an einer Anwerbung zuwandernder Gesundheitsfachkräfte verringert.«

Attraktive Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege sind eben nicht nur für die Patienten und die Pflegekräfte in den deutschen Krankenhäusern von höchster Dringlichkeit. Langfristig sind sie auch ein wertvoller entwicklungspolitischer Beitrag zur Stabilisierung von Gesundheitssystemen im Süden.

** Heino Güllemann ist seit vielen Jahren in der Entwicklungshilfe tätig. Seit April 2013 betreut er bei terre des hommes Deutschland e.V. das Projekt »Gesundheitsfachkräfte für alle« (www.healthworkers4all.eu)*



Krankenschwestern und Ärzte in einem globalisierten Kontext

Von Diana Hoeflake und Linda Mans*

Diana Hoeflake und Linda Mans von der niederländischen Wemos Foundation, die sich einsetzt für globale Recht auf Gesundheit, diskutieren die Krise des Gesundheitspersonals, bei der Europa Teil des Problems nicht der Lösung ist.

Auf der Welt fehlen 7,2 Millionen Gesundheitsarbeiter.² Länder mit wenig Einkommen sind besonders von dem Mangel an Gesundheitspersonal betroffen.³ Zu wenige Gesundheitsarbeiter werden ausgebildet und gehalten wegen ungenügenden öffentlichen Investitionen in Gesundheitsfürsorge und medizinisches Personal. Die Migration von Gesundheitsarbeitern vergrößert die Ungleichheiten und stellt eine Herausforderung für alle Länder dar. Vakanzen in Ländern mit hohem Einkommen haben eine Sogwirkung auf qualifiziertes Gesundheitspersonal aus Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen. Einer der Gründe ist, dass das Gesundheitspersonal nach grüneren Weiden strebt – Länder in denen das Einkommen höher und die Bedingungen besser sind.⁴ Im

vorliegenden Fall ist es so, dass 57 Prozent der in Sambia ausgebildeten Ärzte heute im Ausland arbeiten, vorrangig in reicheren Ländern.

Wenn die internationale Rekrutierung von Arbeitskräften nicht verantwortungsvoll vorgeht, kann das schwerwiegende Auswirkungen haben. Wenn die dringend gebrauchten Gesundheitsarbeiter aus fragilen Gesundheitssystemen rekrutiert werden, können diese Systeme gefährlich unterminiert werden. In gleicher Weise können Individuen, die un-

ter ungewohnten Bedingungen arbeiten, anfällig für Ausbeutung sein, wenn keine geeigneten Maßnahmen ergriffen werden. Allutis et al. (2014) stellen fest, dass die Krise des Gesundheitspersonals als »eines der drängendsten Gesundheitsprobleme unserer Zeit« angesehen werden kann.⁵ Wenn sich nichts ändert, wird der globale Mangel an Gesundheitspersonal im Jahr 2035 12,9 Millionen erreichen.⁶

Europa ist Teil des Problems. Einige europäische Länder rekrutieren ausgebildetes Gesundheitspersonal aus dem Ausland – eine Praxis, die nicht nachhaltig ist und die Gesundheitssysteme innerhalb und außerhalb Europas noch weiter schwächt. In diesem Kontext macht es noch mehr Sorgen, dass in den alternden Gesellschaften Europas die Anzahl der Menschen, die langfristige Hilfe brauchen, wächst; auf diese Weise wird der Bedarf an Gesundheitsarbeitern befeuert.⁷ So wie der Arbeitsmarkt globalisierter wird, treibt der steigende Bedarf Migration und Mobilität unter dem Gesundheitspersonal an.

Geeignete Maßnahmen sind notwendig, um Personalmangel überall auf der Welt zu verhindern. Im Mai 2010 vereinbarten die Mitgliedsstaaten der Welt-Gesundheitsorganisation (WHO) einen globalen Praxis-Kodex (WHO CoP) für die ethische Rekrutierung von Gesundheitsarbeitern.⁸ Der WHO CoP ermutigt Länder, das Problem

ihres eigenen (antizipierten) Mangels an Gesundheitspersonal auf nachhaltige und verantwortliche Weise zu lösen. Indem sie den Kodex angenommen haben, stimmen die Mitgliedsländer zu, dass sie selbstgenügsam im Einsatz einheimischen Gesundheitspersonals sind und sicherstellen, dass Gesundheitssysteme in Ursprungsländern nicht durch internationale Migration unterminiert werden. Zusätzlich fordert der WHO CoP eine faire und gleiche Behandlung ausländischer Gesundheitsarbeiter. In Anwendung all dieser Prinzipien des WHO CoP werden Länder weniger abhängig von ausländischem Gesundheitspersonal und auf globaler und europäischer Ebene werden sie in der Folge weniger Gesundheitsprofis abziehen.

Trotz dieses Kodex ist es noch ein langer Weg zu einem politischen Konsens über ein nachhaltiges Management von Gesundheitspersonal und die Migration von Gesundheitsarbeitern auf europäischer Ebene. Es gibt mächtige – wenn auch manchmal kurzfristige – widerstreitende Interessen, und in vielen Ländern haben EU-bedingte Einschränkungen den Gesundheitsausgaben einen Dämpfer aufgesetzt und begrenzen die Implementierung politischer Optionen. Einige Länder versuchten, die Ausgaben zu begrenzen durch Kürzungen oder Einfrieren von Löhnen sowie durch die Reduzierung von Fonds für Ausbildung und Erhalt der Arbeitskräfte, aber diese Politik hat das Ungleichgewicht der Löhne verschärft und dadurch Migration und Mobilität der Gesundheitsarbeiter gesteigert.

Es ist deshalb höchste Zeit, dass alle Länder die Prinzipien des WHO CoP implementieren. Die in Amsterdam ansässige Hilfsorganisation Wemos ruft die beteiligten Akteure auf, diesen Kodex zu befolgen und unterstützt Aktionen für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung und die Stärkung der Ge-

»Wenn die dringend gebrauchten Gesundheitsarbeiter aus fragilen Gesundheitssystemen rekrutiert werden, können diese Systeme gefährlich unterminiert werden.«

Hanna Wafula lebt in einem kleinen Dorf in Sambia. Sie ist 50 Jahre alt und lebt mit ihrem Ehemann und vier Enkeln zusammen. Drei ihrer sechs Kinder sind gestorben: zwei sehr jung und eines letztes Jahr im Alter von 30 Jahren. Sie stellt fest, dass der Arzt im nächstgelegenen Gesundheitszentrum selten anwesend ist. Im Radio hat sie gehört, dass die Regierung mehr Geld für die Gesundheitsversorgung ausgeben will, aber sie hat bis jetzt keinerlei Effekte der Mehrausgaben gesehen. Wenn sie zur Gesundheitseinrichtung geht, gibt es absolut keine Garantie, dass ein Arzt oder eine Krankenschwester sich um sie kümmert. Der Mangel an Gesundheitspersonal wirkt sich ernsthaft auf Hannas Leben aus. Sollte sie medizinische Hilfe brauchen, steht möglicherweise kein Gesundheitsarbeiter zur Verfügung, der sie oder ihre Familie behandeln könnte.¹

sundheitssysteme. Wemos ist Mitglied und Koordinator eines europäischen Projekts mit dem Titel »Gesundheitsarbeiter für alle und alle für Gesundheitsarbeiter«. Für das Projekt arbeitet Wemos mit Organisationen der Zivilgesellschaft (CSOs) in acht europäischen Ländern: Belgien, Großbritannien, Italien, Deutschland, Polen, Rumänien, Spanien und Niederlande. Das Projekt hat zum Ziel, eine verantwortliche Rekrutierung von Gesundheitsarbeitern innerhalb und außerhalb der europäischen Union zu fördern. Die CSOs lenken die Aufmerksamkeit auf Konsequenzen von Migration und Mobilität der Gesundheitsarbeiter.

Um sicher zu stellen, dass jeder, überall in der Welt, Zugang zu Gesundheitsarbeitern hat, ist es notwendig, dass verschiedene Ministerien und andere Akteure wie Gesundheitsdienstleister an einer nachhaltigen und zukunftsorientierten Lösung zusammen arbeiten. Norwegen und Irland sind führende Beispiele für die Implementierung des WHO CoP. Sie haben einen nachhaltigen nationalen Gesundheitsplan erstellt und haben die Erfahrung gemacht, dass dies nur in Kooperation mit verschiedenen Ministerien erreicht werden kann. Für Irland bedeutet der WHO CoP eine besondere Herausforderung, weil dieses Land eine besonders große Anzahl von Krankenschwestern und Ärzten aus dem außereuropäischen Ausland beschäftigt. Norwegen war einer der Vorreiter für den WHO CoP. Beide Länder haben den Aufbau eines effektiven Registrierungssystems voran getrieben, das dazu dienen kann, Gebiete zu erkennen, wo Mangel entstehen könnte. Zusätzliche Anstrengungen werden in Ausbildung und Fortbildung gesteckt, z.T. um mehr Personal zu halten. Es werden auch Schritte unternommen, Karrieren im Gesundheitswesen attraktiver zu machen – z.B. durch höhere Gehälter. Wo die Rekrutierung von Gesundheitsarbeitern aus anderen Ländern die einzige Option ist, berücksichtigen Norwegen und Irland die ethischen Aspekte, indem sie feste Vereinbarun-

gen mit diesen Ländern treffen. Weiterhin bieten beide, Norwegen und Irland, diesen Ländern an, ihnen dabei zu helfen, ihre Gesundheitssysteme zu stärken. Auf diese Weise kann globale nachhaltige und faire Personalpolitik gesichert werden.

Aber nicht nur Zielländer, sondern auch die Europäische Union kann eine wichtige Rolle bei fairen und nachhaltigen Lösungen der Krise der Gesundheitsfürsorge spielen. 2006 gab die EU an, dass sie »(...) danach streben will, Migration zu einem positiven Faktor für Entwicklung zu machen durch die Förderung konkreter Maßnahmen, die zum Ziel haben, ihren Beitrag zur Reduktion von Armut zu leisten, was die Erleichterung von Überweisungen und die Begrenzung des ›brain drain‹ qualifizierter Leute einschließt.«⁹ Dennoch, um der globalen Krise menschlicher Gesundheitsressourcen mit Instrumenten zu begegnen, ist mehr Kohärenz zwischen Migration, Gesundheit, Entwicklung, Handel, Ausbildung, Arbeit, staatlichem und anderem Gesundheitspersonal sowie eine auf Migration bezogenen Politik der EU notwendig. Auf europäischer Ebene gibt es eine Vielfalt von Interventionen und Mitteln, mit dem Problem umzugehen, wie politische Kohärenz zu einem lebendigen Element bei der Lösung der Krise der Gesundheitsfürsorge gemacht werden kann. Politische Kohärenz hilft, einen geeigneten Kontext zu schaffen, um Gewinne für beide zu sichern, Gewinne des europäischen Gesundheitspersonals, die Rechte der individuellen Gesundheitsarbeiter, und Gewinne der Gesundheitssysteme in den Quellenländern innerhalb und außerhalb Europas, die Gewinne werden maximiert, und die Kosten – ökonomische, soziale, menschliche, administrative – werden auf einem Minimum gehalten.

Wemos unterstützt, zusammen mit anderen Mitgliedern von HW4ALL, mit Nachdruck eine rentable Gesundheitsfürsorge durch langfristige Investitionen in Ausbildung und Weiterbildung, begleitet von



kohärenter Planung und Politik auf lokaler, nationaler und regionaler Ebene. Indem wir das tun, fördern wir die Anwendung des WHO CoP als Rahmen zur Regulation des überregionalen Zugangs zu menschlichen Gesundheitsressourcen und zur Stärkung der Gesundheitssysteme, nicht nur in Europa, sondern auch global. Zum Beispiel rufen wir die EU und ihre Mitgliedsländer auf, gleiche Behandlung und gleiche Rechte für migrierte Gesundheitsarbeiter zu gewähren und die volle Übertragbarkeit von sozialer Sicherung und Pensionsrechten zu sichern. Zusätzlich befürworten wir ausdrücklich die Annahme eines politischen Kohärenz-Rahmens, um nachhaltige Gesundheitsfürsorge innerhalb und außerhalb Europas zu entwickeln. Weiter beleuchten wir zusammen mit anderen die zurzeit begrenzte Möglichkeit europäischer Staaten, effektive Maßnahmen zu ergreifen, um Gesundheitspersonal, das – im Kontext von vielen Ländern auferlegten Sparmaßnahmen – für die spezifischen Bedingungen eines jeden Landes geeignet wäre, auszubilden, zu behalten und zu erhalten (wie im WHO CoP erwünscht)

Wir glauben, dass jeder auf dem Globus Zugang zu ausgebildeten Gesundheitsarbeitern haben kann. Verantwortliche und kohärente Politik für eine nachhaltige Gesundheitsfürsorge wird dazu beitragen, dass ausreichend Gesundheitshelfer für jeden überall sichergestellt sind. Dann werden auch Hanna und ihre Familie Gesundheitsfürsorge erfahren, wann immer sie sie

brauchen. Das ist der Grund, warum wir nachhaltige Lösungen des globalen Mangels an Gesundheitspersonal befürworten.

** Diana Hoeflake ist Policy Researcher Global Health und Linda Mans Global Health Advocate bei der Wemos Foundation, Niederlande*

Übersetzung: Ingelore Fohr

- 1 www.wemos.nl/files/Documenten%20Informatief/Bestanden%20voor%20Organisatie/Bird's_Eye_View_2011-2015.pdf
- 2 World Health Organization: »A Universal Truth: No Health Without a Workforce«, WHO Press, Geneva 2014
- 3 Die Afrikanischen Länder südlich der Sahara tragen mehr als 24 Prozent der globalen Mortalität, haben aber nur Zugang zu drei Prozent der weltweiten Gesundheitskarte. In Deutschland gibt es 34 Ärzte pro 10000 Einwohnern, während Länder wie Sambia oder Kenia mit einem überleben müssen.
- 4 P. Ferrinho, et.al.: »The human resource for health situation in Zambia: deficit and mal distribution«, Human Resources for Health 2011, 9:30
- 5 C. Aluttis: »The workforce for health in a globalized context – global shortages and international migration«, Global Health Action 2014, 7: 23611
- 6 World Health Organization: »A Universal Truth: No Health Without a Workforce«, WHO Press, Geneva 2014
- 7 European Union: »Commission Staff Working Document on an Action Plan for the EU Health Workforce«, 2012, in: http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/docs/swd_ap_eu_healthcare_workforce_en.pdf
- 8 »WHO Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel«, in: www.healthworkers4all.eu/fileadmin/docs/gb/WHO_Code_of_Practice.pdf
- 9 Siehe § 38 des »European Consensus on Development«, OJ C 46/01, 24. Februar 2006



Migrantische Pflegekräfte organisieren sich

Kalle Kunkel* über den Arbeitskampf bei GIP in Berlin

Der ver.di-Sekretär Kalle Kunkel berichtet von der Anwerbe- und Vertragspraxis der Gesellschaft für medizinische Intensivpflege (GIP) in Berlin und vom Widerstand der so Angeworbenen.

Mit dem Ausbruch der Wirtschaftskrise in den Ländern Süd- und Südosteuropas haben deutsche Firmen begonnen, Fachpflegekräfte aus den Krisenländern anzuwerben. Dies ergänzt Anwerbestrategien in so genannten Schwellenländern für Fachpflegekräfte sowie Migrationsbewegungen insbesondere aus Osteuropa. Hintergrund dieser Entwicklung ist, dass gerade im Bereich der examinierten Alten- und Krankenpflege in Deutschland bereits jetzt Fachkräftemangel besteht. Zu wenige junge Menschen wollen die Belastungen auf sich nehmen. Viele examinierte Pflegekräfte verlassen den Beruf schon nach wenigen Jahren, verlassen das Land oder reduzieren ihre Arbeitszeit. Der hierdurch produzierte Personalmangel soll auch durch die Anwerbungen im Ausland kompensiert werden.

Statt die Arbeitsbedingungen im Pflegebereich insgesamt zu verbessern, indem mehr Geld für Personal ausgegeben wird, versuchen einige Unternehmen, die europä-

ischen Pflegekräfte zu missbrauchen, um den Personalnotstand zu beheben, ohne mehr Geld für das Pflegepersonal auszugeben. Dabei greifen sie auf Vertragskonstruktionen zurück, bei denen die Kosten für die Erlangung von Sprachkenntnissen genutzt werden, um die KollegInnen an die Unternehmen zu binden.

Bei ver.di und dem DGB in Berlin melden sich vermehrt KollegInnen aus verschiedenen Unternehmen, die meist keinen Tarifvertrag und zum Teil auch keinen Betriebsrat haben, mit Fragen zu diesen Vertragskonstruktionen.

Die Anwerbe- und Vertragspraxis bei GIP

Ein Unternehmen sticht hierbei besonders hervor. Die GIP warb über Internetkampagnen Pflegekräfte aus Spanien und Griechenland an. Sie werden zunächst für sechs Monate als PflegehelferInnen eingestellt. In dieser Zeit bekommen sie 900 Euro/Monat brutto und

werden für die Absolvierung eines Deutschkurses mit anschließender staatlich anerkannter Prüfung für das Sprachlevel B2 von der Arbeit freigestellt. Diese Anerkennung ist Voraussetzung, damit die GIP ausländische Pflegekräfte als examinierte »Gesundheits- und Krankenpflegerinnen« einsetzen darf.

Im Anschluss erhalten die Beschäftigten einen auf 18 Monate befristeten Arbeitsvertrag als Gesundheits- und KrankenpflegerInnen. Ihr Stundenlohn beträgt dann 9,50 Euro (zum Vergleich: Das Einstiegsgehalt für eine examinierte Pflegekraft auf Normalstation liegt im TVöD bei ca. 13 Euro). Sie sind laut Arbeitsvertrag bundesweit einsetzbar.

Die GIP bindet die migrantischen Beschäftigten durch eine Kündigungsgebühr für die ersten 18 Monate an das Unternehmen. Dabei werden der Arbeitslohn der ersten sechs Monate sowie weitere Aufwendungen während der Zeit des Sprachkurses den Beschäftigten in Rechnung gestellt. Wollen

Stichworte Lelbach Holding GmbH

Die Lelbach Holding (Geschäftsführer und Namensgeber Abris Lelbach) ist einerseits Mutter des Elektroanlagenbauers Elpro GmbH, andererseits der GIP mbH, jeweils mit weiteren Tochtergesellschaften. Da alle Töchter in den Konzernabschluss einbezogen und von der Veröffentlichungspflicht befreit sind, hier nur zwei Zahlen aus dem Abschluss 2012: über 2 500 Beschäftigte, Umsatz 163 Mio. Euro. Der Berliner Tagesspiegel schrieb 2012: Der Pflegebereich »macht inzwischen den Großteil seiner unternehmerischen Aktivitäten aus. Von den 2 500 Personen, die für Lelbachs Firmen arbeiten, sind rund 2 000 in der Intensivpflege beschäftigt.«

sie das Unternehmen vor den ersten 18 Monaten verlassen, müssen sie diese bis zu 6 600 Euro als Ausstiegsgebühr bezahlen. Dies, obwohl die erfolgreiche Absolvierung des Sprachkurses Anstellungsvoraussetzung ist.

Die GIP besitzt keinen Betriebsrat. Allgemeine Regelungen über Wunscheinsatzorte und eine Festlegung des Einsatzgebietes gibt es nicht. Trotzdem wurden die Sprachkurse für die Beschäftigten der GIP aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds finanziert (ESF).

Die Anliegen der GIP-Beschäftigten

- Abschaffung der Knebelverträge
- Gehalt: Mit 9,50 Euro liegt das Gehalt für eine examinierte Pflegekraft weit unter der Leitwährung TVöD (13-15 Euro), aber auch unter dem Gehalt, das im Privatsektor für examinierte Pflegekräfte gezahlt wird.
- Pausen und Ruhezeiten werden nicht eingehalten
- 12-Stunden-Schichten: Nach Arbeitszeitgesetz sind maximal zehn Stunden zulässig. Trotzdem werden die Beschäftigten regulär in 12-Stunden-Schichten eingesetzt. Die GIP hat hierfür einen Tarifvertrag nach einer Öffnungsklausel im Arbeitszeitgesetz mit der »christlichen Ge-

werkschaft« GÖD abgeschlossen. Aber hierauf wird in den Arbeitsverträgen nicht Bezug genommen.

- Dienstplanunsicherheit, unklare Urlaubsregelungen, Holen aus dem Frei
- Gehaltsunsicherheit: Im Arbeitsvertrag werden eine Normalarbeitszeit und eine Mindestarbeitszeit definiert. Anspruch haben die KollegInnen nur auf die Mindestarbeitszeit, die z.T. nur der Hälfte der Maximalarbeitszeit entspricht, und die entsprechende Bezahlung.

Gewerkschaftliche Aktivitäten

Seit März 2014 organisieren sich migrantische KollegInnen bei der GIP in ver.di, um für eine Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen einzutreten. Ihr Beispiel macht inzwischen auch in anderen Betrieben Schule. Die europäischen Pflegekräfte treten in ver.di ein, um für bessere Arbeitsbedingungen zu kämpfen.

Bei der GIP haben sie eine Liste von Forderungen aufgestellt, die sie Ende Mai der Geschäftsleitung übergeben hatten. Kernziel ist die Abschaffung der Knebelgebühren und die Gleichbehandlung aller Beschäftigten unabhängig davon, welchen Pass sie besitzen. Sie treten damit auch offensiv dafür ein, nicht für die Verschlechterungen der Arbeits- und Lohnbedingungen der deutschen Beschäftigten missbraucht zu werden. Sie haben sich zum Ziel gesetzt, gemeinsam für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in Deutschland zu kämpfen.

Da GIP auf die Forderungen nicht eingeht, haben die ver.di-KollegInnen seit Juni eine öffentliche Kampagne gegen die Arbeitsbedingungen bei der GIP gestartet. Das Thema ist seitdem in vielen deutschen und spanischen Medien präsent. GIP weist unterdessen alle Vorwürfe von sich. Eine Bezahlung von 9,50 Euro für eine examinierte Pflegekraft wird vom Unternehmen als branchenüblicher Lohn verteidigt. Obwohl die GIP alle Probleme abstreitet, hat das Unternehmen inzwischen auf seiner Homepage erklärt, dass die »steigenden Ansprüche und die Unzufriedenheit einzelner Mitarbeiter« sie dazu be-

wogen haben, das europäische Anwerbeprogramm zu beenden.

Während andere Unternehmen Werbeprämien und Zuschläge für deutsche Pflegekräfte bezahlen, werden die Knebelverträge mit den Kosten für die Sprachkurse begründet, die notwendig sind, damit die Unternehmen die Beschäftigten überhaupt als Fachkräfte einsetzen können. Deshalb setzen sich die KollegInnen weiter dafür ein, dass für Pflegekräfte aus dem Ausland die freie Berufswahl nicht durch Bindungsklauseln eingeschränkt wird.

Inzwischen hat sich dazu auch der Europäische Gewerkschaftsverband des öffentlichen Dienstes (EGÖD) positioniert. Er fordert, gegen die Bindungsklauseln im Migrationskontext vorzugehen und die Förderung von Unternehmen aus Mitteln des ESF an die Einhaltung von sozialen Standards (Tarifverträge und Existenz eines Betriebsrats) zu binden.¹

Inzwischen zeigt auch die Berliner Politik Interesse an dem Thema. Außerdem wird ver.di eingeladen, in berufsbezogenen Sprachkursen, die von der spanischen Regierung in Berlin organisiert werden, zum Thema Gewerkschaften und Arbeitsrechte zu informieren. Ein weiterer Schritt, um ver.di als Ansprechpartnerin in Arbeitsfragen für migrantische Beschäftigte zu etablieren.

** Kalle Kunkel ist Gewerkschaftssekretär am FB 03 bei ver.di und arbeitet in Berlin (Quelle: Infodienst Krankenhäuser, hg. von ver.di, Nr. 66, September 2014)*

¹ Siehe: www.epsu.org/a/10606

Stichworte GIP Gesellschaft für medizinische Intensivpflege mbH

Die in Besitz der Lelbach Holding GmbH, Berlin, befindliche GIP Gesellschaft für medizinische Intensivpflege mbH, 2009 Übernahme der Pro Vita Außer-klinische Intensivpflege GmbH (Bayern), ist ein auf außerklinische Langzeit- und Intensivpflege und Heimbeatmung spezialisierter Pflegedienst, tätig in ganz Deutschland sowie in Österreich (www.gipintensivpflege.de).





Hinter dem Virus steckt ein System

Andreas Wulf* über die strukturellen Ursachen der Ebola-Epidemie in Westafrika

Der aktuelle Ebola-Ausbruch in Westafrika ist die größte Epidemie seit der Entdeckung des Virus im Jahr 1976. Während die tagesaktuellen Nachrichten von Quarantäne-Maßnahmen, einfliegenden Hilfsteams und Hilfgeldern und vor allem von der Frage geprägt sind, ob und wann die Epidemie sich auch »bei uns« ausbreiten könnte, lohnt ein Blick hinter die Kulissen, den Andreas Wulf von medico international vornimmt.

Strukturelle Ursachen und Handlungsoptionen auszuloten, bewahrt davor, nur immer reaktiv auf die nächste Katastrophe zu warten und die Verantwortung allein bei den direkt betroffenen Gesellschaften und Menschen zu suchen. So ist schon die Frage nach den unmittelbaren Infektionsursachen nicht allein mit exotischen Tieren und Ritualen zu erklären: In den drei hauptbetroffenen Ländern Guinea, Sierra Leone und Liberia leben viele Menschen von kleinbäuerlicher Landwirtschaft. Deren Lebensgrundlagen wurden durch aktuelle Entwicklungen wie Landgrabbing (Aufkauf von Land für großflächige Agrarrohstoffproduktion) und Ressourcenausbeutung (Diamanten, Rutil, Bauxit) massiv eingeschränkt. Durch solche Verdrängungsprozesse weichen Menschen zunehmend in zuvor unbesiedelte Waldgebiete aus. Dort kommen sie stärker mit den potenziellen Überträgern des Virus wie Affen und Flughunden in Kontakt, was den Übergang des Virus vom Tier auf den Menschenwirt beschleunigt.

Solche ökonomischen Entwick-

lungen sind keine isolierten lokalen Dynamiken, sondern aufs engste verbunden mit einer globalisierten Welt, in der Gewinne und Verluste solcher globalisierter Ökonomien massiv ungleich verteilt sind. Die durch den Weltmarkt forcierte landwirtschaftliche Plantagenwirtschaft hatte verheerende Folgen für die lokale Nahrungsmittelsicherheit der Menschen und begann aber bereits mit der kolonialen Eroberung und Durchdringung der westafrikanischen Küstenregionen. Diese Ausbeutungsökonomie fand auch mit den Bürgerkriegen um Diamantenvorkommen und -Ausbeutung und deren internationalen Partner in Politik und Handel einen grausamen Höhepunkt in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts.

Die Übertragung der Erreger von Mensch zu Mensch wiederum ist Teil einer »Ökonomie des Risikos«, die Arme in beengten Wohn- und Lebensverhältnissen höheren Infektionsrisiken aussetzt als Wohlhabende, die es sich leisten können, in großzügigen Häusern zu leben statt in Einraum-Hütten für ganze Familien und in eigenen

Fahrzeugen zu reisen statt »auf Tuchfühlung« miteinander in vollen Sammelbussen.

Im Extremfall eskaliert ein solches »Risiko Armut« dann in militärisch durchgesetzte Bewegungseinschränkungen, wie sie mit dem »cordon sanitaire« um den größten Slum Westafrikas, den Stadtteil Westpoint in Liberias Hauptstadt Monrovia medial besonders sichtbar wurde. Aber auch die ökonomischen Folgen weniger dramatisch sichtbarer Bewegungseinschränkungen, die große Teile des Güterverkehrs in den drei Ländern zum Erliegen brachten und inzwischen massiv die Versorgung der Städte mit Nahrungsmitteln aus den ländlichen Regionen gefährden, gehören dazu.

Über das genaue Ausmaß medizinisch begründbarer Quarantäne-Maßnahmen bei Verdachtsfällen wird inzwischen umfassend bei der WHO und in einschlägigen Fachgremien diskutiert. So sind beispielsweise die rasche Einstellung der meisten Flugverbindungen in die betroffenen Länder gegen die ausdrückliche Empfehlung der

WHO-Experten erfolgt und haben die wirtschaftliche Lage in diesen Ländern noch massiv verschärft.

Ein weiterer wesentlicher Faktor gerät dabei aber allzu häufig aus dem Blick: Die Kommunikation von Infektionsrisiken und Maßnahmen zur Unterbrechung von Infektionsketten kann nur gelingen, wenn es ein Mindestmaß an Vertrauen der Bevölkerung in die Regierung, Behörden und in die ausländischen Helfer gibt. Und dass die Menschen auch konkrete positive Hilferfahrungen in Gesundheitsstationen und Krankenhäusern machen, eine Grundvoraussetzung, die nach einem jahrelangen Bürgerkrieg mit nur wenigen verurteilten Kriegsverbrechern und insgesamt einer desolaten öffentlichen Infrastruktur massiv zerstört ist. Die meisten Autoritäten sind mehr auf das Eigenwohl statt auf das Gemeinwohl bedacht. Wer den Staat noch nie in einer fürsorglichen Rolle erlebt hat, für den sind aufkommende Gerüchte, dass die Desinfektionsteams, die öffentliche Marktplätze und die Umgebung von Krankenhäusern reinigen wollen, in Wirklichkeit die eigentlichen Verbreiter der Krankheit sind, nicht so irrational, wie sie zunächst erscheinen mögen.

Die Vernachlässigung sozialer Infrastrukturen haben die lokalen Eliten zu verantworten, aber auch die internationale Politik des neoliberalen »Washingtoner Konsensus«. Dieser verschrieb den Ländern des Südens seit den 1980er Jahren eine möglichst geringe Besteuerung exportorientierter Ökonomien, freie Kapitalflüsse und geringe öffentliche Investitionen zur Haushaltssanierung. Die dramatischen Folgen sind wie ein massiver Freilandversuch jetzt zu beobachten: Die vernachlässigten Gesundheitseinrichtungen wurden zu Infektionszentren, da sie materiell nicht dazu in der Lage waren, auch nur die Standardregeln der hygienischen Krankenversorgung einzuhalten. In Sierra Leone etwa kommt auf 30 000 Patienten nur ein Arzt – das entspricht etwa einem Prozent der Ärztedichte in Deutschland.

Das Ausmaß der Epidemie überfordert diese schwache Struktur und schwächt sie durch die Erkrankungen und den Tod vieler hundert

GesundheitsarbeiterInnen zusätzlich. Angesichts dieser verheerenden Situation gilt es, die kurzfristigen Hilfen für die hauptbetroffenen Länder für die Krankenversorgung, Aufklärung und Vermeidung von Neuinfektionen zu verstärken und die Lebensgrundlagen für diejenigen zu sichern, die besonders unter den Quarantäne-Maßnahmen leiden: die Menschen, deren wirtschaftliche Grundlage von Mobilität und täglichen Kleinstkommen abhängen und die keine Reserven für Ausfälle haben. Wichtig ist dabei, die erfolgreichen lokalen Erfahrungen in den Krisenländern und vielen internationalen Hilfsleistungen zu würdigen und weiter zu fördern, besonders diejenigen aus den afrikanischen Ländern mit eigenen Ebola-Erfahrungen. Gerade da sie weniger im medialen Rampenlicht stehen als Ärzte ohne Grenzen, die US-Militärs und die kubanischen Gesundheitsbrigaden.

Zugleich dürfen wir die längerfristigen Perspektiven nicht aus dem Auge zu verlieren. Der Aufbau funktionierender und patientenzentrierter Gesundheitsdienste ist jetzt eine Forderung, die von vielen Seiten zu hören ist. Weniger zu hören ist dagegen, dass hierfür auch international verlässliche Strukturen geschaffen werden müssen. Statt kurzfristiger Programmfinanzierung zur Bewältigung einzelner Gesundheitsaufgaben, müsste es eine dauerhafte Finanzierungssicherheit für Länder geben, die aus eigenen Mitteln eine solche soziale Infrastruktur nicht aufbauen können.

Bei den Präventions- und Therapiemöglichkeiten von Ebola stößt man unweigerlich an die Frage der Forschungsfinanzierungen für Impfstoffe und Medikamente, die hier im konkreten Fall wieder einmal ihr eklatantes Versagen demonstriert haben. Immer noch beruht der Großteil der medizinischen Forschung auf den finanziellen Gewinnanreizen eines auf Patenten bestehenden Vergütungssystems. Darüber, wie dieses System durchbrochen werden könnte, wird bei der WHO und anderswo seit vielen Jahren gestritten. Echte Reformvorschläge werden bei der WHO von interessierter Seite ausgebremst – zum Beispiel der Versuch, ein Ab-

kommen zu verabschieden, das die Staaten verpflichten würde, feste Beiträge zu einer öffentlichen Forschung bereitzustellen und damit gezielt die Entwicklung von Lösungen für die vernachlässigten Krankheiten anzugehen. Hier agieren viele »Erste-Welt«-Staaten skandalöserweise als fürsorgliche Beschützer »ihrer« privaten Pharmaunternehmen.

Die internationale Institution, die den Auftrag zur Koordination in internationalen Gesundheitskrisen hat, die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist zudem durch jahrelange Mittelknappheit gerade in ihrer Katastrophenabteilung stark geschwächt worden. Die finanzstarken Mitgliedsländer haben schon lange ganz überwiegend auf einzelne Projekt- und Programmfinanzierung umgestellt, um mehr Einfluss auf die Arbeitsebene der WHO zu nehmen.

Auch hier ist weiterhin Druck von außen nötig, um in den aktuell laufenden Reformprozessen der WHO eine größere Unabhängigkeit gegenüber ihren eigenen Gebern zu erreichen und zugleich eine kritische Distanz zu wahren, um die Einflussnahme von korporativen Interessen (etwa der Pharma- und Nahrungsmittelindustrie oder großer philanthropkapitalistischer Akteure wie die Gates Stiftung auf die Urteile und Arbeitsebenen der WHO) zu minimieren bzw. zu denunzieren.

** Andreas Wulf ist Arzt, Mitglied des erweiterten Vorstands des vää und arbeitet bei medico international in Frankfurt/M.*

»Die Vernachlässigung sozialer Infrastrukturen haben die lokalen Eliten zu verantworten, aber auch die internationale Politik des neoliberalen »Washingtoner Konsensus.«



Jahreshauptversammlung des vdä

7. bis 9. November 2014

im Kölibri, Hein-Köllisch-Platz 11, Hamburg

PROGRAMM

Freitag, 7.11.2014

Nachmittags
19.00 Uhr Vorstandssitzung
Weil du arm bist, musst du früher sterben
Prävention braucht Perspektivenwechsel
Diskussion mit **Bernd Kalvelage** (Autor des Buches »Klassenmedizin«, lange Jahre Arzt in Wilhelmsburg), VertreterInnen des Medibüro Hamburgs und des vdä.

Samstag, 8.11.2014

Gesundheitspolitisches Forum
Gute Medizin braucht gute Arbeitsbedingungen
Bedarfsplanung und Kooperation der Berufsgruppen im Gesundheitswesen

09.00 - 09.30 Prof. Dr. Wulf Dietrich: Begrüßung
Einschätzung der aktuellen Gesundheitspolitik

09.30 - 11.00 **Sektorübergreifende Bedarfsplanung – Wunsch und Wirklichkeit**
Prof. Dr. Norbert Schmacke, Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen
Elke Badde, Staatsrätin Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg

11.30 - 13.00 **Wie viel Personal brauchen die PatientInnen?**
Personalbemessung in den Krankenhäusern
Prof. Dr. Michael Simon, Hochschule Hannover, Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik
Prof. Dr. Klaus Stegmüller, Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege & Gesundheit
Grit Wolf, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Tarifkommission Charité, Berlin

14.00 - 15.30 **Gute Kooperation im Krankenhaus**
Helke Krompholz, Betriebsratsvorsitzende der Thüringen-Kliniken Saalfeld-Rudolstadt-Pößneck
Gerd Dielmann, Krankenpfleger und ver.di-Sekretär
Dr. Clemens Plickert, Arzt aus Dänemark

16.30 - 18.15 **Wer bezahlt das Krankenhaus?**
vdä-Stellungnahme zur Krankenhausfinanzierung
Dr. Peter Hoffmann (stellvertretender Vorsitzender vdä)

Sonntag, 9.11.2014

09.00 - 12.30 **Mitgliederversammlung des vdä**
aktuelle Gesundheitspolitik, Schwerpunkte der weiteren Arbeit und Öffentlichkeitsarbeit

14 Uhr Stadtrundgang durch St. Pauli (Anmeldung erbeten)

Information

Geschäftsstelle des vdä | Nadja Rakowitz | www.vdaee.de | www.facebook.com/vdaee