

DÜSSELDORFER ERKLÄRUNG



Erhalt des sozialen solidarischen Gesundheitswesens

Erhalt der öffentlichen Gesundheitsversorgung

Erhalt der Demokratie

Bettenabbau, Entlassungen, Kündigungen, Privatisierungen

- „Krankenhaus entlässt 32 Mitarbeiterinnen“
- „Diabetes-Institut wehrt sich: Ohne Klinik keine Forschung“
- „Dominikus steht auf der Kippe – Schließung droht“
- „Auch Paracelsus-Klinik soll kippen“
- „Marien-Krankenhaus vor dem Aus?“
- „Kann die Stadt ihre Kasse mit weiteren Privatisierungen, etwa der Krankenhäuser Gerresheim und Benrath auffüllen?“
- „Altenpflege: Stadt will ihr Fachseminar aufgeben. Schülerinnen protestieren.“
- „Sparkurs in der Ergotherapie: Aus für die Umschüler“

Diese Nachrichten in der Düsseldorfer Lokalpresse¹ verdeutlichen schlaglichtartig die Auswirkungen der Umsetzung

- der „Nullrunde“, die Ulla Schmidt den Krankenhäusern verordnete,
- des 10.000-fachen Bettenabbaus der SPD-Gesundheitsministerin in NRW,
- des Privatisierungs- und Kahlschlagkurses der CDU, FDP und B90/Grüne im Stadtrat,
- des Hartzkonzeptes der Bundesregierung im Bereich der Fort- und Weiterbildung

Hinter diesen Schlagzeilen verbirgt sich das Schicksal von Beschäftigten und Auszubildenden sowie die zukünftige Versorgung Kranker in Düsseldorf.

Demnach stehen rund 580 Betten zur Schließung in der Diskussion, womit etwa 900 Arbeitsplätze in sieben Kliniken und zwei Schulen des Gesundheitswesens mit nahezu 200 Ausbildungsplätzen gefährdet sind.

Die Neuaufstellung des Krankenhausplanes NRW sieht nun für Düsseldorf sogar einen Abbau von insgesamt 791 Betten vor.*

Und es geht weiter. Im Rahmen der Streichliste von Oberbürgermeister Erwin stehen neben der Aufhebung des Vertrags zum Ausschluß betriebsbedingter Kündigungen auch zentrale Angriffe auf die Gesundheitsversorgung in der Stadt¹:

- „Übertragung des Rettungsdienstes der Feuerwehr mit 24 Planstellen auf Hilfsorganisationen“
- „Regionale Ermittlung des Bettenbedarfs: Krankenhaus im Duisburger Süden kann den Düsseldorfer Norden mitversorgen“
- „Rettungswache am Flughafen soll auch im Duisburger Süden eingesetzt werden“

Auf der Strecke bleiben gekündigte und von Entlassung bedrohte Beschäftigte, tarifvertragliche Garantien und weitere Rechte der Beschäftigten, Umschüler/-innen und Auszubildenden. Letztere setzten auf eine Berufsausbildung, die ihnen eine gute materielle Absicherung verschaffen sollte, um engagiert die erworbene Fachlichkeit als wohlverstandenen Beitrag für die gesicherte Gesundheitsversorgung der Stadt in allen Stadtteilen einzusetzen.

Jetzt soll auch der Rettungsdienst privatisiert werden, so dass in der Konsequenz die öffentliche Daseinsvorsorge in der Kommune zunehmend eingebüßt wird.

Dagegen setzen wir das Recht der Bevölkerung auf eine flächendeckende, bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung!

Betten- und Personalabbau im Rückblick

Warum sollen in Düsseldorf rund 580 Betten und damit rund 900 Arbeitsplätze vernichtet werden?

Der Bevölkerung und den Beschäftigten im Gesundheitswesen wird erklärt, diese „Reformen“ seien notwendig, um die Gesundheitsversorgung vor dem Ruin und dem Kollaps zu retten.

Ein Blick zurück veranschaulicht aber eine verheerende Tendenz in dieser Stadt:

Gab es 1996 noch 6.139 Planbetten, so wurden 874 bis zum Jahr 2000 bereits „abgebaut“.

Gleichzeitig stieg die Zahl der stationären Behandlungen von 151.346 um 5.690 auf 157.058. Im Verhältnis zu 1990 (6.156 Planbetten, 6.234 aufgestellte!) stieg die Zahl der Patient/-innen sogar um 15.786.

Zwischen 1990 und 2000 wurde die Verweildauer von 13,7 auf 9,3 Pflgetage reduziert.

Es bleibt festzuhalten:

Während die Anzahl der Planbetten schon in den zurückliegenden Jahren rapide abgebaut wurde, nahm die Zahl der Patient/-innen zu, allerdings unter den Bedingungen immer kürzerer Verweildauern und der Folge des Sinkens der Pflgetage und der Bettenutzung.

Parallel zum Bettenabbau fand ein ebenso dramatischer Personalabbau statt. Fast 2000 Arbeitsplätze im Düsseldorfer Gesundheitswesen sind allein in den fünf Jahren von 1996 bis 2000 dem Sparkurs der diversen „Gesundheitsreformen“ zu Opfer gefallen. Nahezu ein Viertel der Stellen in der Pflege wurden zerstört.

Im Überblick: Planbetten, Patient/-innen, Verweildauer, Pflgetage und Auslastungsgrad^{III}:

	1996	2000	Diff.	Veränd. in vH
Planbetten	6.139	5.265	-874	-14,24
stationär behandelte Patient/-innen	151.346	157.058	5.712	3,77
Verweildauer	11,2	9,3	-1,9	-16,96
Pflgetage	1.697.429	1.457.003	-240.426	-14,16
Bettennutzung in %	78,3	76,8	-1,5	-1,92

Der Personalabbau im Überblick^{IV}:

	1996	2000	Diff.	Abbau in vH
Ärzt/-innen	1.523	1.441	82	5,38
Zahnärzt/-innen	43	38	5	11,63
Pflegepersonal	4.525	3.458	1.067	23,58
Hebammen	82	69	13	15,85
Apothekenpersonal	86	83	3	3,49
Wirtschafts- und Verwaltungspers.	1.960	1.787	173	8,83
Sonstiges Personal	3.910	3.310	600	15,35
total	12.129	10.186	1.943	16,02

Berufsflucht – „nur noch das Allernotwendigste kann getan werden“

Krankenschwestern und Altenpflegerinnen sind mittlerweile durchschnittlich nur noch 5 Jahre im Beruf. Die Krankheitsquote in den Pflegeberufen ist überdurchschnittlich hoch. Die permanente Arbeitshetze führt zu physischen und psychischen Belastungen. Zeit für die Patienten gibt es nicht. Gesteigert wurde diese Belastung durch die kontinuierliche Verkürzung der Verweildauer und den parallelen Personalabbau. Zunehmend werden jetzt immer neue Gruppen der Beschäf-

tigten, auch die Pflegenden, in Tochterfirmen, die bestehende Tarifverträge unterlaufen und nicht an Dienstvereinbarungen u.ä. gebunden sind, ausgegliedert. Krankenhaus und Altenpflegeheim werden zum Tummelplatz dubioser Holding- und Subunternehmensstrukturen.

Trotz dieses immensen Kahlschlags sollen weitere Betten in der Stadt verschwinden und dabei sogar ganze Krankenhäuser eliminiert werden.

Denn die Gesundheitsversorgung in Düsseldorf ist „zu gut“. Düsseldorf hat 567.396 Einwohner/-innen (1999). D.h. in dieser Stadt kommen ca. 914 Planbetten auf 100.000 Einwohner/-innen.

Werden die Pläne, die die Krankenkasse im Auftrag des NRW-Gesundheitsministeriums vorgelegt hat, realisiert, reduziert sich diese Versorgungsquote auf ca. 811 Betten.

„Reformen“ über „Reformen“ übersäen unser Land und Europa.

Nicht nur zufällig erleben wir heute diese massive Zunahme von Angriffen auf die öffentliche Daseinsvorsorge und damit auf das Gesundheitswesen. Die EU bereitet eine neue Offensive für den Sozialabbau vor, die schlimmer sein wird als alles, was wir bis jetzt erlebt haben.

Dahinter stehen – bezogen auf das Gesundheitswesen - vier Ziele, deren Umsetzung die EU-Kommission von der deutschen Regierung, auch den Landesregierung einfordert:

- Die „Produktivitätssteigerung“ im Gesundheitswesen durch eine verkürzte Aufenthaltsdauer im Krankenhaus, verbunden mit Regelung des „Angebot-Nachfrage-Effektes“ durch die „Ausgestaltung des Versorgungsangebotes“ oder die Erhöhung des Selbstkostenanteils,
- die vollständige Öffnung zentraler Bereiche der Daseinsvorsorge, wie das Gesundheits- und Sozialwesen, ihre vollständige Privatisierung zur Unterwerfung unter das Diktat der Realisierung und Maximierung der Profite sich zunehmend etablierender Konzernstrukturen,
- die Senkung der Kosten der Arbeit, d.h. die Streichung des sgn. Arbeitge-

beranteils an der paritätischen Finanzierung und

- die Zersetzung kollektiver Tarifverträge und die Atomisierung der Belegschaften, ihre Aufsplitterung in ausgegliederte Sub-, Fremd- oder Tochterunternehmen zur Durchsetzung von Lohndumping.

In diesem Rahmen steht einerseits die Politik der NRW-Landesregierung, mit der sie den 10.000fachen Bettenabbau im Krankenhaussektor durchsetzen will, andererseits das zur Abstimmung stehende novellierte Landespflegegesetz.

In beiden Fällen beruft sich die Landesregierung auf ein und dieselbe Entscheidung des Bundessozialgerichtes:

„Während es bei der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern eine verfassungsrechtlich zulässige Beschränkung der Zulassung gibt ..., ist dies bei der Versorgung der Bevölkerung mit pflegerischen Leistungen nicht der Fall. Der Bundesgesetzgeber hat sich vielmehr hier durch einen freien Marktzugang für Pflegeeinrichtungen einen wirksamen Leistungswettbewerb versprochen, der nach den Gesetzen der Marktwirtschaft für eine wirtschaftliche Leistungserbringung sorgt.“¹⁶

„Produktivitätssteigerung“ – „Ausgestaltung des Versorgungsangebotes“

Die EU-Kommission geht der Frage nach, „wie sich das bestmögliche Verhältnis zwischen gesundheitlichem Nutzen und den Kosten von Produkten und Behandlung erzielen lässt“. Ausgehend von den Einrichtungen der Langzeitpflege kommt sie zu der Einschätzung, „Struktur und Umfang des Angebots beeinflussen die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen (und damit die Ausgabenhöhe)“. Übertragen auf die Versorgung mit Krankenhausbetten stellt sie in diesem Zusammenhang fest: „So verfügte Dänemark

1997 über 465 Krankenhausbetten für 100.000 Einwohner, gegenüber 708 in Deutschland und 877 in Frankreich.“¹⁶

In Düsseldorf herrschen demnach – noch – „französische Verhältnisse“. Doch anhand dieser Zahlen wird deutlich, wohin der Weg führen soll: Die Zielmarke ist in Dänemark errichtet.

Doch was erwartet uns, wenn dieses Ziel erreicht ist? Welche Opfer wird es kosten, dieses Ziel zu erreichen?

Ein Gesundheitswesen ohne soziale „Solidarität“ widerspricht den Grundlagen der Sozialstaatlichkeit. Das Solidarsystem basiert auf allen Ebenen auf Prinzipien „Gesunde für Kranke“, „Junge für Alte“ „Arbeitende für Erwerbslose“.

Die Aufhebung dieser Solidarität bedeutet mehr Wettbewerb. Wettbewerb kann nicht „solidarisch“ sein. Wettbewerb bedeutet Konkurrenz, in der es dann nur noch ums eigene Wachstum ums „Überleben“ von Einrichtungen bei Untergang anderer, um die „Sicherung“ der Arbeitsplätze bei Stellenabbau und Entlassung von Kolleg/-innen anderswo geht.

Die Kranken, Alten, Erwerbslosen etc. bleiben buchstäblich auf der Strecke.

Aber: „Es ist kein Geld da...“

Das Geld ist immer woanders aber nie da, wo wir es brauchen, wo es notwendigerweise gebraucht werden sollte (s. „Senkung der Kosten der Arbeit“).

Krankenhäuser und Altenpflegeheime werden auf diese Weise zur Schließung freigegeben, obwohl sie für die Versorgung unverzichtbar sind.

Verschärft wird sich diese Situation mit der vollständigen Anwendung der DRG's, den Fallpauschalen.

Von 2003 an sollen die Kliniken zunächst freiwillig, ab 2004 nach einheitlichen Fallpauschalen abrechnen. Die Bezahlung nach Pauschalen richtet sich dann nach der Diagnose und nicht mehr wie bisher nach dem individuellen gesundheitlichen Problem, das im System der Tagessätze nach der Länge des Krankenhausaufenthalts finanziert, behandelt und gelöst werden konnte. Eine Tendenz zur Unterversorgung wird aufgepreßt.

Das somit vorrangig gesetzte Effizienzprinzip steht gegen das Versorgungsprinzip und führt deshalb zur Abwertung der pflegerischen, ärztlichen, therapeutischen – zur Abwertung

der Arbeit im und der Leistungen des Gesundheitswesens schlechthin. Die Ökonomisierung und Rationalisierung der Gesundheitsarbeit bedeutet in der Konsequenz die Trennung von medizinischen, verwaltungstechnischen, sozialpflegerischen und aller sonstigen Arbeiten im Patienteninteresse und anschließend die Organisation der Konkurrenz dieser verschiedenen Bereiche zueinander beim Streit um die unzulänglichen Budgets.

„Noch augenfälliger sind die Unterschiede bei den Einrichtungen der Langzeitpflege, je nachdem, ob die entsprechende Versorgungseinrichtung mehr oder weniger stark institutionalisiert ist. Struktur und Umfang des Angebots beeinflussen die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen (und damit die Ausgabenhöhe) aber oft entscheidend.“^{vii}

Das Ziel das die Kommission vorgibt ist klar: dänische Verhältnisse für alle. Veränderung von Struktur und Umfang der Gesundheitsversorgung, also mehr Behandlungsplätze und gute Therapien, schaffen nach Einschätzung der EU-Kommission erst die „Nachfrage“. Weniger Behandlungsplätze und weniger gute Leistungen senken die „Nachfrage“, „halten die Versicherten zu kostenbewusstem Verhalten an“, weil kein Behandlungsplatz zur Verfügung steht, oder die Therapie nicht finanziert werden kann.

Das britische NHS^{viii} führt nach Angaben der EU-Kommission Messungen der Wartezeiten von Patienten durch, wobei der „Prozentsatz der Patienten mit einer Wartezeit von 12 Monaten und mehr“ erfasst wird.^{ix}

Unter der Federführung von Großbritannien und Dänemark, also der beiden Länder mit den längsten Wartelisten, hat die EU-Kommission nun eine AG gebildet, die Regelungen zur Inanspruchnahme von freien Behandlungskapazitäten in der stationären Versorgung im EU-Ausland treffen soll.^x

Diese Politik wird niemals unser Ziel, das Ziel der Bevölkerung und der Beschäftigten im Gesundheitswesen sein!

Das Landespflegegesetz: Privatisierung des öffentlichen Dienstes und damit Privatisierung der Lebensrisiken

Das Landespflegegesetz in bisheriger Fassung war ein „Privatisierungsgesetz“. So

haben wir es bei seiner Einbringung als ÖTV charakterisiert.

Seine novellierte Fassung treibt die Privatisierung weiter. Getreu der Vorgaben des Bundessozialgerichtes sollen nun scheinbar alle Beschränkungen und die Planung der Versorgung mit Pflegebetten und –einrichtungen dem „Markt“ überlassen werden. Die Förderung von Altenpflegeeinrichtungen durch die Landschaftsverbände fällt. An ihre Stelle tritt die Beschaffung der Mittel zum Bau von Pflegeeinrichtungen auf dem „freien Kapitalmarkt“. Es ist abzusehen, dass binnen weniger Jahre keine kommunalen Einrichtungen mehr existieren werden. Ob die Wohlfahrtsverbände und kirchliche Einrichtungen in diesem Zuge zu echten Pflegekonzernen werden können und mit den privaten Konzernstrukturen mithalten können, sei dahingestellt.

Es liegt auf der Hand, dass dieser Politik folgend und vorausgreifend zuerst die Axt an der Ausbildung, dem „Kostenfaktor“ Ausbildungsvergütung, Lehrpersonal, Schulgebäude etc., ansetzt. Insofern ist die geplante Privatisierung von Altenpflegesschulen im kommunalen Bereich Ausdruck dieses zerstörerischen Prozesses, der demnächst dann die Einrichtungen selber erfassen wird. Die Ausbildung ist ein untrüglicher Indikator: Wie auch in der Krankenpflege geht das „Schulsterben“ dem Bettenabbau voran!

Sowohl für Kliniken, als auch für Altenpflegeeinrichtungen bleibt das Problem des „demographischen Faktors“, „so dass hierfür ein größerer Teil der öffentlichen Ausgaben und des BIP aufgewendet werden müsste“^{ixi}

Die EU-Kommission weist darauf hin, dass „geeignete Finanzierungsmodalitäten gefunden werden müssen – private Versicherungen“^{ixii}!

Nichts anderes ist der Inhalt der Vorschläge der sgn. Rürup-Kommission:

„Mit der Abschaffung der beitragsfinanzierten Pflegeversicherung befasst sich die Rürup-Kommission. In einem Thesenpapier ... wird die Einführung eines steuerfinanzierten Bundespflegeleistungsgesetzes vorgeschlagen. (...) Bei der Umstellung auf ein solches Gesetz werde der Faktor Arbeit um 1,7 Prozentpunkte entlastet. (...)“ Die Kommission berät „außerdem über eine private Vorsorge entsprechend der Riester-Rente.“^{ixiii}

Es ist klar: um 1,7 Prozentpunkte wird allein das Kapital entlastet. Die Versicherten werden gezwungen, wollen sie nicht das Risiko der völligen Hilflosigkeit und Abhängigkeit von milden Gaben eingehen, sich eine „private Vorsorge entsprechend der Riesterrente“ zuzulegen.

Senkung der „Kosten der Arbeit“: Das Kapital wird entlastet, die Versicherten zahlen allein!

Nur auf den ersten Blick haben wir es mit einem Widerspruch zu tun. Nur scheinbar wird im Krankensektor eine „Zulassungsbeschränkung“, d.h. der Bettenabbau organisiert, während gleichzeitig im primär stationären Altenpflegebereich das Gegenteil, der „freie Marktzugang“, praktiziert wird, d.h. jeder, der will, kann ein Altenpflegeheim eröffnen.

Das Ziel dieses Kurses ist in jedem Fall: Aushöhlung der paritätischen Finanzierung der GKV und der anderen Solidarsysteme durch Senkung der sgn. Arbeitgeberanteile bei gleichzeitiger Belastung der Versicherten durch private Zusatzversicherungen, Praxisgebühren und Zuzahlungen.

In ihrem Bericht an die EU-Kommission nimmt die Bundesregierung Stellung und verdeutlicht, worum es konkret geht:

„Um den Faktor Arbeit nachhaltig zu entlasten, reicht es aber nicht aus, allein die

Steuerbelastung zu senken. Auch im Bereich der Sozialversicherungsbeiträge besteht weiter Handlungsbedarf; Ziel bleibt es, den Gesamtbeitrag zu den sozialen Sicherungssystemen durch die Fortführung der Strukturreformen im Bereich der Sozialversicherungssysteme weiter zu senken.“^{ixiv}

Die Bundesregierung und mit ihr auch die Landesregierung von NRW entlastet mit der Verringerung der Ausgaben für den Gesundheits- und Sozialbereich den Druck auf die Haushalte, die durch die Steuergeschenke an die großen Konzerne in einem desolaten Zustand sind, andererseits sollen gleichzeitig die Beiträge zum Sozialversicherungssystem, in diesem Falle der GKV, gesenkt werden.

Dabei wird aber nur der sgn. Arbeitgeberanteil reduziert!

Die Bundesregierung handelt klar nach den Vorgaben der EU.

Die eine Variante nennt sie „Regulierung der Nachfrage“, indem also Betten abgebaut, Selbstkostenanteile erhöht oder private Zusatzversicherungen erzwungen werden.

Die zweite Variante nennt die EU-Kommission „Regulierung des Angebots“, etwa durch die „gezielte Förderung der Wettbewerbs zwischen Kostenträgern und/oder Leistungserbringern“^{xv}, indem also – so im Landespflegegesetz vorgesehen – nur die kapitalkräftigen „Leistungserbringer“ im Wettbewerb bestehen, weil allein sie Pflegeeinrichtungen bauen und unterhalten können, während die Konkurrenz, allen voran die kommunalen Einrichtungen keinerlei Chance, weil keine Kreditwürdigkeit besitzen.

Wir werden also durch das Landespflegegesetz zukünftig nicht in einem Meer von Altenpflegeeinrichtungen schwimmen, son-

dern eine Ebbe der Versorgung erleben. Denn: wirft die Pflegeeinrichtung nicht hinreichend Profit ab, wird sie liquidiert.

Doch die Kommission weiß um die Risiken: *„Entscheidend ist ... zu erkennen, inwieweit diese Maßnahmen geeignet sind, den Kostenanstieg einzudämmen, ohne die Qualität und Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems zu beeinträchtigen.“*^{xvi}

Es kann also nur, wenn die Leistungsfähigkeit erhalten bleiben soll, zugleich aber weniger Mittel ins Gesundheitswesen fließen, am Personal „gespart“ werden!

Dies geht, wie im Fall der Entlassungen oder der Ausgliederung und Tariffucht nur in begrenztem Maße, so dass grundlegendere Maßnahmen nötig sind.

„Der BAT muss beseitigt werden!“

In der „Empfehlung ... vom 8.4.2003“ legt die EU-Kommission für Deutschland neue Ziele für die „Verbesserung der Beschäftigungssituation“ fest:

„Die sich abzeichnende Zunahme der Arbeitslosigkeit in 2003 verlangt nach einer effizienten präventiven und aktiven Arbeitsmarktpolitik. (...) Die bestehende Reglementierung behindert möglicherweise die Arbeitsplatzschaffung und sollte überdacht werden. Dies gilt auch für die in der Lohnfindung maßgebenden Arbeitsmarktinstitutionen. Als Beispiele seien die „Flächentarifverträge“ und das „Günstigkeitsprinzip“ genannt.

Empfehlungen:

(...)Die Arbeitsplatzschaffung unterstützen durch eine systematische Überprüfung und Beseitigung von die Beschäftigungsentwicklung im Dienstleistungsgewerbe und in der Industrie möglicherweise hemmenden regulatorischen Schranken.“^{xvii}

Die „bestehende Reglementierung“ sind die Gewerkschaften und die Flächentarifverträge,

wie der BAT in Deutschland; sie müssen „systematisch überprüft und beseitigt werden“!

Schon im Jahr 2000 hatte das Bundessozialgericht für das Gesundheitswesen, hier speziell für die Altenpflege, erklärt, dass die Tarifverträge der Beschäftigten zu schleifen sind:

„Soweit ... als besondere Gestehungskosten ... besondere nicht für alle Einrichtungsträger geltende Tarifbindungen und übertarifliche Aufwendungen ... geltend gemacht werden, kann dies nach der gesetzlichen Abkehr vom Kostenerstattungsprinzip grundsätzlich keine Berücksichtigung mehr finden. Die hiergegen in der Literatur geäußerten Bedenken ... verkennen, dass alle Einrichtungen nach den geltenden Bestimmungen des Arbeitsrechts wirtschaften; wer einen vergleichsweise zu hohen Personalaufwand hat, muss diesen reduzieren, wenn er nicht das Ausscheiden aus dem Wettbewerb in Kauf nehmen will.“^{xviii}

Das verbundene Nein der Bevölkerung und der Beschäftigten muss Inhalt des Mandates der Abgeordneten sein!

Mit der „Düsseldorfer Erklärung“ wenden sich Betroffene mit ihrer Organisation, verdi, an die Mandatsträger/-innen des nordrhein-westfälischen Landtages und erklären:

Die Betroffenen nehmen diese Angriffe nicht hin:

Die von Entlassung bedrohten Kolleginnen des St. Vinzenz-Krankenhauses in Düsseldorf protestieren und sagen „Nein zu den

Entlassungen“. 20.000 Unterschriften wurden bereits gegen die beabsichtigte Schließung des Dominikus-Krankenhauses gesammelt. Die Beschäftigten des Deutschen Diabetes-Forschungsinstituts verweisen zu Recht auf die Einzigartigkeit und die zentrale Bedeutung des Instituts. Die Schüler/-innen der Altenpflegeschule der Stadt sammeln Unterschriften gegen die Privatisierung ihrer Schule ...

Gesundheitsversorgung und die Pflege im Alter können und dürfen keine Instrumente zur Realisierung von Profiten im „Wettbewerb“ werden! Deshalb sagen wir Nein zu Gesundheits- und Pflegekonzernen!

Daher fordern wir:

- Kein Bett darf in den Krankenhäusern mehr abgebaut werden!
- Kein Krankenhaus darf geschlossen werden, die Bevölkerung hat ein Recht auf wohnortnahe Versorgung!

- Keine Stelle darf in den Krankenhäusern und Altenpflegeheimen weiter vernichtet werden. Vielmehr müssen zur menschenwürdigen Altenpflege und Gesundheitsversorgung als ebenso zur Sicherung menschenwürdiger Arbeitsbedingungen weitere Stellen geschaffen werden!
- Unter krankmachenden Arbeitsbedingungen kann nicht gesundgepflegt werden!
- Nein zu den Minijobs in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen – Minijobs bedeuten mehr „Mini“-Versorgung zu Mini-Gehältern!
- Ja zum Tarifvertrag – auch in der Ausbildung, gleiche Bezahlung für gleiche Leistungen!
- Erhalt aller Ausbildungsplätze in den Pflegeberufen – Verpflichtung der öffentlichen Hand – Keine Privatisierung!



Beitrittserklärung

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft e.V.

Ich möchte Mitglied werden ab _____
Monat/Jahr

Persönliche Daten:

Name

Vorname _____ Titel _____

Straße/Hausnummer _____

PLZ _____ Wohnort _____

Land (nur bei Wohnsitz im Ausland) _____

Telefon (privat/dienstlich) _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____

Nationalität _____

- Vollzeit
- Teilzeit _____ Anzahl Wochenstd.
- Arbeitslos
- Wehr-/Zivildienst bis _____
- Azubi-Volontär/in-Referendar/in bis _____
- Schüler/in-Student/in bis _____
- Praktikant/in bis _____
- Altersteilzeit bis _____
- Sonstiges _____

Beschäftigt bei (Betrieb/Dienststelle/Firma/Filiale) _____

Straße/Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Personalnummer _____

Vorname _____

Mitgliedsnummer _____

Ich war Mitglied der Gewerkschaft: _____

von: _____ bis: _____
Monat/Jahr Monat/Jahr

Einzugsermächtigung:

Ich bevollmächtige die Gewerkschaft, den jeweiligen satzungsgemäßen Betrag bis auf Widerruf im Lastschrifteinzugsverfahren bzw. im Gehalts-/Lohnabzug

- monatlich vierteljährlich
- halbjährlich jährlich

einzuziehen.

Name des Geldinstituts, in Filiale _____

Bankleitzahl _____ Kontonummer _____

Anhang

- Zur Situation an den Schulen im Gesundheitswesen
- Stellungnahme des Deutschen Diabetes-Forschungsinstituts
- Unterschriftensammlung gegen die Entlassungen am St. Vinzenz-Krankenhaus
- Unterschriftensammlung gegen die Privatisierung der Altenpflegeschule der Stadt

ⁱ aus Neue Rhein-Zeitung, Westdeutsche Zeitung, Rheinische Post – 8. – 16.4.2003

ⁱⁱ aus NRZ, RP, WZ – 20. und 21.5.2003

ⁱⁱⁱ Gesundheitsbericht der Stadt Düsseldorf, Hrsg.: Gesundheitsamt, S. 122

^{iv} Gesundheitsbericht der Stadt Düsseldorf, a.a.O., S. 123

^v BSG-Urteil vom 28.06.2001 (Az: B 3 P 9/00)

^{vi} Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuß und den Ausschuß der Regionen: „Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege – Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern.“ KOM(2001) 723 endgültig. Brüssel, 05.12.2001, S. 12

^{vii} ebenda

^{viii} National Health Service (nationaler Gesundheitsdienst)

^{ix} Mitteilung der Kommission 723, a.a.O., S. 13

^x Mitteilung der DKG, s. dkgev.de

^{xi} Mitteilung der Kommission 723, a.a.O., S. 6

^{xii} ebenda

^{xiii} SZ vom 1.2.03

^{xiv} Nationaler Beschäftigungspolitische Aktionsplan (NAP) 2002 der Bundesregierung vom Mai 2002

^{xv} vgl. Mitteilung der Kommission 723, vom 5.12.01: Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege, S. 14

^{xvi} ebenda, S. 14

^{xvii} Empfehlung des Rates „Zur Durchführung der Beschäftigungspolitik der Mitgliedstaaten“ auf dem Stand vom 8.4.2003

^{xviii} BSG-Urteil vom 14.12.2000 (Az: B 3 P 19/00 R)

*) Vgl. Neuaufstellung des Krankenhausplanes NRW; Aktueller Stand der Krankenhausplanung in den rheinischen Versorgungsgebieten: Die Strukturvorschläge der Verbände sehen folgende Herausnahmen von a) Krankenhäusern bzw. b) Abteilungen aus dem Krankenhausplan NRW vor (in Klammern sind die derzeit ausgewiesenen Planbetten dargestellt).

Das bedeutet z. B. für Düsseldorf:

a)

- Dominikus Krankenhaus, Düsseldorf (339)
- Paracelsus Klinik Golzheim, Düsseldorf (120)
- Deutsches Diabetes Forschungsinstitut, Düsseldorf (58)
- Neurologisches Therapiezentrum, Düsseldorf (25)

b)

- Marienhospital, Düsseldorf – Augenheilkunde (42)
- Krankenhaus Mörsebroich-Rath – Orthopädie (101)
- Ev. Krankenhaus Düsseldorf – Dermatologie (22) und Strahlenheilkunde (15)
- Krankenhaus Benrath – Gynäkologie / Geburtshilfe (54)
- Universitätsklinikum Düsseldorf – Kinderchirurgie (15)

* * *

Eine Veröffentlichung der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft - ver.di – Bezirk Düsseldorf, Bastionstr. 18, 40213 Düsseldorf. V.i.S.d.P.: Gilbert Kötter, Tel. 0211/15970-0, Fax 0211/15970-250, e-mail: bezirk.duesseldorf@verdi.de