

# KRANKENHAUS info

ver.di

Betriebsgruppe Klinikum Stuttgart

Nr. 2/13

Juni 2013

## INHALT:

Konflikte im Klinikum	S.4 - S.6
Berta: Mannschaftstraining-kompressionsschdrumpf	S.6
Neues Krankenhausfinanzierungsgesetz / Interview mit Merkel	S.7
Aktion „Jeder 5. fehlt“	S.10
aus den Krankenhäusern...	S.11-12
Krankheit kann arm machen	S.13
Gedanken zum Muttertag	S.14
Stationäre Überversorgung	S.15
Verbrechen Marktwirtschaft	S.15
Fahrradkorso	S.16

## Mobilitätszulage: Arbeitsgericht untersagt ver.di den Streik

Wir sind auf 180, deshalb 180 Euro Mobilitätszulage für alle Beschäftigten der Landeshauptstadt Stuttgart, also auch für die Beschäftigten des Klinikums Stuttgart. Das war die Forderung. Und wir wollten diese Forderung in gleichberechtigten Verhandlungen mit dem Arbeitgeber verhandeln, also als Tarifvertrag und wollten nicht von einem Gemeinderatsbeschluss abhängig sein.

Für die Stadt Stuttgart zu arbeiten, ist nicht wirklich billig. So wohnt man entweder in der Nähe seines Arbeitsplatzes mit hohen Mieten oder in der Region mit immer noch ordentlichen Mieten und hohen Fahrtkosten. Hier mobil zu bleiben,

Fortsetzung S. 3

## Gesetzliche Personalbemessung - jetzt!

In den Krankenhäusern fehlen 162.000 Vollzeitbeschäftigte, davon allein 70.000 in der Pflege. Personalmangel und Unterbesetzung in der Pflege haben Folgen für die Qualität der Patientenversorgung und für die Arbeitsbedingungen. Zunehmend dringen die Folgen des Pflegenotstands auch an die Öffentlichkeit. Pressemeldungen wie „Die Patienten klagen über schlechte Pflege“ und Fernsehsendungen wie „Der Nächste bitte! - Pflegenotstand Krankenhaus“ vom 3. Juni (<http://www.wdr.de/tv/diestory/sendungsbeitraege/2013/0603/patient.jsp>) mehren sich. Auch im Klinikum steigt die Zahl der Überlastungs- bzw. Gefährdungsanzeigen 2013 gegenüber dem bisherigen Höchststand von 2012 weiter an.

In Deutschland weigert sich die Politik

zwar seit Jahren, die Folgen personeller Unterbesetzung im Krankenhaus wissenschaftlich untersuchen zu lassen. Aber es gibt zahlreiche fundierte internationale Studien, die einen Zusammenhang zwischen personeller Unterbesetzung und erhöhten Patientengefährdungen und Komplikationen - wie z.B. vermeidbaren Infektionen bis hin zu einer erhöhten Zahl an Todesfällen in Krankenhäusern - belegen. Wir brauchen endlich ausreichend Personal, um unnötige Gefährdungen von Patienten aus Personalmangel zu verringern und eine qualitativ gute und sichere Versorgung der Patienten gewährleisten zu können.

Ausreichend Personal muss in alle Krankenhäuser, um gute Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten der Krankenhäuser

Fortsetzung S. 2



**Gesetzliche Personalbemessung jetzt! Beschäftigte aus dem Klinikum demonstrierten am 1. Mai in Stuttgart für eine ausreichende, verbindlich für alle Krankenhäuser festgelegte Personalbemessung.**

Foto: Thomas Truett/Umbuch Bildarchiv Berlin

### **Forts.: Personalbemessung ...**

gewährleisten zu können. Damit Arbeit im Krankenhaus nicht krank macht, müssen geltende Arbeitnehmerschutzrechte zu Arbeitszeit, Gesundheitsschutz und Arbeitsbedingungen eingehalten werden und dürfen nicht durch Personalmangel ausgehebelt werden.

Grundsätzlich müssen für alle Berufsgruppen in allen Krankenhäusern verbindliche Untergrenzen bei der Personalbesetzung eingeführt und umgesetzt werden. Kein Krankenhaus darf durch Unterschreitung der Personalbesetzung andere Krankenhäuser kaputt konkurrieren können. Die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben bei der Personalbesetzung muss kontrolliert werden und darf nicht allein in die Hände der Geschäftsleitungen der Krankenhäuser gelegt werden.

Dass dringender Handlungsbedarf besteht, hat auch der Bundesrat in einer Entschließung zur Weiterentwicklung des Vergütungsrechts für Krankenhäuser am 3. Mai festgestellt. Er kritisiert, dass höhere Betriebskosten für die Krankenhäuser nur unzureichend durch Steigerungen der Krankenhausfinanzierung gegenfinanziert werden und fordert: „... unabweisbare und vom Krankenhaus nicht zu beeinflussende Kostensteigerungen (sind) bei einem sachgerecht ermittelten Orientierungswert zu berücksichtigen. Die Vorgabe eines Mindeststandards für

die Personalausstattung sollte erwo-gen werden... In einem gerechten Finanzierungssystem müssen auch die Personalkosten ausreichend Berücksichtigung finden... Anreize zur Anstellung von Pflegepersonal müssen geschaffen werden. Die besondere Situation für Maximalversorger und Universitätskliniken ist zu berücksichtigen.“ Mit dieser Formulierung bewegt sich der Bundesrat in die richtige Richtung. Gesetzliche Vorgaben für die Personalausstattung der Krankenhäuser gab es bereits früher und gibt es auch heute noch.

Mit der Pflegepersonalregelung PPR von 1993 steht für die allgemeine Pflege einschließlich Kinderkrankenpflege bereits ein Instrument zur Personalbemessung zur Verfügung, das jederzeit wieder als gesetzlich festgelegte, verbindliche Mindestvorgabe für eine Personalbesetzung verwendet und weiterentwickelt werden könnte, entsprechende Vorschläge des Deutschen Pflegerats gibt es. Während die PPR 1996 wieder außer Kraft gesetzt wurde, gibt es für die Psychiatrie und Psychosomatik mit der Psychiatrie-Personalverordnung Psych-PV seit 1991 ein Instrument der Personalbemessung, das für die therapeutisch arbeitenden Berufsgruppen eine an der Versorgungsqualität ausgerichtete Personalbesetzung festlegt. Allerdings ist die vorgeschriebene Personalbesetzung im Schnitt nur zu 90% realisiert, in der Pflege nur zu 89%. Statt die Psych-PV weiterzuentwickeln und Anstrengungen

zu unternehmen, die Psych-PV voll zu erfüllen, wird die Bundesregierung auch die Psych-PV 2017 abschaffen und denselben Weg wie bei den DRGs einschlagen. Nach Außer-Kraftsetzen der PPR gab es einen massiven Stellenabbau in der Pflege (allein 1996 minus 6.000), der sich mit Einführung der DRGs nochmal verstärkt hat (minus 25.000 zwischen 2002 und 2004).

Sowohl PPR als auch Psych-PV zeigen, dass eine bedarfsorientierte und bedarfsgerechte Personalbemessung im Krankenhaus möglich ist. Beide Instrumente müssten weiterentwickelt und für die anderen Bereiche im Krankenhaus eine Personalbemessung erarbeitet und gesetzlich vorgeschrieben werden. Und was gesetzlich verbindlich vorgegeben ist, muss auch finanziert werden. Für die Finanzierung von 162.000 Vollzeitstellen in den Krankenhäusern werden ca. 8 Mrd. Euro benötigt. Allein 3 Mrd. Euro würden zur Verfügung stehen, wenn die Bundesländer endlich ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur vollen Finanzierung der Investitionen der Krankenhäuser nachkommen und somit Baustellen nicht mehr mit Personalstellen finanziert würden. Die restlichen 5 Mrd. Euro ließen sich leicht mobilisieren, indem Steuergeschenke an Unternehmen und Reiche rückgängig gemacht würden (600 Mrd. Euro in den letzten 10 Jahren).

Durch politische Entscheidungen und gesetzliche Vorgaben ist es möglich, ausreichend Personal für die Krankenhäuser und die Finanzierung dafür zu gewährleisten. ver.di wird im Bundestagswahlkampf und auch danach diese Forderungen zum Thema und dafür weiter Druck machen. Die Protestbewegung der Pflegekräfte und der Krankenhäuser 2008 „Der Deckel muss weg!“ hat gezeigt, dass Erfolge möglich sind. Wir führen die Kampagne weiter: „Der Druck muss raus – gesetzliche Personalbemessung jetzt!“



**Aktive ver.di-Mitglieder aus Klinikum und Stadtverwaltung demonstrieren am 15. Mai im Rathaus für eine Mobilitätszulage.**

#### **Herausgeber:**

ver.di Bezirk Stuttgart  
Betriebsgruppe Klinikum  
V.i.S.d.P.: Christina Ernst  
Willi-Bleicher-Str. 20, 70174 Stgt.  
Tel: 0711-1664-030  
Redaktionsschluss: 10.6.13

### **Forts.: Mobilitätszulage ...**

was den Weg von und zur Arbeit oder die Wohnung betrifft oder überhaupt sich hier zu bewegen, ist insgesamt ziemlich teuer. Kein Wunder, dass der Ruf laut wurde, von unserem Arbeitgeber tarifvertraglich eine Mobilitätszulage als Aufwandsentschädigung für diese Kosten einzufordern. Für unsere Arbeit werden wir entsprechend unserer Tätigkeit, Qualifikation und Schwierigkeit über den TVöD entlohnt, der bundesweit für kommunale Arbeitgeber zwischen der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeber (VKA) und ver.di ausgehandelt wird.

Wir Beschäftigten wollten aber einen eigenen Tarifvertrag, gültig nur für unseren Arbeitgeber außerhalb des TVöD. Eine rechtliche Überprüfung von ver.di hatte ergeben, dass dies dann nicht unter die Friedenspflicht des TVöD fällt und dafür auch gestreikt werden kann. OB Kuhn lehnte aber sowohl Gespräche als auch eine Verhandlung mit ver.di als Vertretung der städtischen Beschäftigten ab. Zuständig wäre der Arbeitgeberverband. Er hätte andere Pläne. So wolle er eigene finanzielle Anreize zur Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs setzen. Darüber solle allein der Gemeinderat entscheiden. Dies wird uns dann als freiwillige Leistung großzügig gewährt. Verbindliche tarifvertragliche Regelungen sind da offensichtlich nur störend.

Eine Aufforderung zu Verhandlungen von ver.di an den Kommunalen Arbeitgeberverband Baden-Württemberg, dessen Mitglied die Stadt Stuttgart ist, lehnte dieser ebenfalls ab und verwies auf die Bundesebene, die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände. Es ginge um Geld und das könne nur im Rahmen des TVöD verhandelt werden und da befinde man sich in der Friedenspflicht. Um die Arbeitgeber an den Verhandlungstisch zu bringen, beschloss die ver.di-Tarifkommission, die Beschäftigten am Mittwoch, den 12. Juni zu einem ganztägigen Warnstreik Uhr aufzurufen. Am 7. Juni mailte Verwaltungs- und Gesundheitsbürgermeister Wölfle an alle Beschäftigten, dass die Forderung einer Mobilitätszulage, verbunden mit Arbeitskampfmaßnahmen, rechtlich nicht zulässig sei wegen der Friedenspflicht, in der sich der TVöD befinde. Er kündigte arbeitsgerichtliche Schritte gegen einen Streik an. Soweit

die übliche Rhetorik von Arbeitgebern. Aber nun kam eine Mitteilung des BM Wölfle, mit dem Hinweis, dass die Stadtverwaltung als Arbeitgeberin die Teilnahme an einem rechtswidrigen Streik anders behandeln werde, als bei Arbeitskampfmaßnahmen innerhalb regulärer Tarifverhandlungen.“ Bei vielen Beschäftigten kam diese Aussage als Versuch an, die einzelnen Beschäftigten kraft seiner Möglichkeiten als Arbeitgeber bereits vor einer rechtlichen Klärung einzuschüchtern. Und so schrieb die Stuttgarter Zeitung am 8. Juni auch, dass BM Wölfle damit meine, dass Streikteilnehmer mit Sanktionen rechnen müssten.

Diese Drohungen sind nicht akzeptabel. Nach laufender Rechtsprechung können Beschäftigte grundsätzlich davon ausgehen, dass ein Arbeitskampf, zu dem die Gewerkschaft aufruft, rechtmäßig ist. Auseinandersetzungen dazu dürfen sich nur gegen ver.di und nicht gegen die einzelnen Beschäftigten richten.

Kurzfristig stellte der Kommunale Arbeitgeberverband beim Arbeitsgericht Stuttgart einen Antrag auf einstweilige Verfügung auf Widerruf des Streiks. Am Dienstag, den 11.06.2013 um 14.30 Uhr verkündete das Arbeitsgericht sein Urteil: ver.di wird untersagt, zur Durchsetzung einer pauschalen Mobilitätszulage in Höhe von 180 Euro brutto monatlich für alle Beschäftigten der Stadt Stuttgart zu Arbeitsniederlegungen aufzurufen. Nach Ansicht des Gerichts handelt es sich bei der Forderung um einen Vergütungsbestandteil, für den die Friedenspflicht des TVöD bis zum 28.02.2014 gilt. ver.di hat daraufhin seinen Streikauf-

ruf widerrufen. Sobald die schriftliche Begründung vorliegt, wird geprüft, ob Rechtsmittel eingelegt werden können.

Mit der Pressemitteilung der Stadt Stuttgart wurden unsere Befürchtungen bestätigt: „Wir werden uns jetzt mit dem Gesamtpersonalrat zusammensetzen und gemeinsame Angebote erarbeiten, die den Beschäftigten direkt zu Gute kommen.“ Und es gehe um gezielte Maßnahmen zur Personalgewinnung in Mangelberufen und darum, mit einem Jobticket mehr Pendlerfahrten auf den Öffentlichen Nahverkehr zu lenken. Darüber müsse der Gemeinderat befinden.

Also, der Gesamtpersonalrat ist nicht für das Klinikum Stuttgart zuständig. Bisher sind die Beschäftigten des Klinikums außen vor. Außerdem brauchen auch Beschäftigte, die nicht in Mangelberufen arbeiten mehr Geld als Ausgleich für höhere Aufwendungen in der Region Stuttgart. Und schließlich gibt es gerade im Klinikum ausreichend Gründe wegen der Wechselschichtarbeit, auch aus Sicherheitsgründen nicht auf den Öffentlichen Nahverkehr umzusteigen. Diese Beschäftigten sollen leer ausgehen.

Auch wenn sich die Arbeitgeberseite erst einmal durchgesetzt hat und sich nicht mit den Beschäftigten und ver.di in gleichberechtigten Verhandlungen zusammensetzen muss und nur der Gemeinderat entscheiden wird, werden wir uns wehren, wenn die Klinikumsbeschäftigten Beschäftigte zweiter Klasse werden sollen. Unabhängig davon ist die nächste Tarifrunde im März 2014.



**OB Kuhn zeigte sich bei der Aktion wenig begeistert von der Forderung nach einer Mobilitätszulage in Höhe von 180 Euro monatlich.**

## Beschäftigung von Pflegekräften aus dem Ausland

Dieses Thema zu behandeln, ist nicht leicht. Als erstes gibt es das Argument, bevor Pflegekräfte aus dem Ausland angeworben werden, soll alles unternommen werden, um diejenigen, die den Beruf verlassen haben, wieder zurück in die Pflege zu holen. Ein wichtiges Argument, geht es dabei ja vor allem darum, die Arbeitsbedingungen, wegen derer viele aus dem Pflegeberuf flüchten, so zu verbessern, dass sie zurückkehren. Und hinter diesem Argument steht die Angst, dass diese Verbesserungen unterlassen werden, wenn versucht wird, die Lücken im Personalbedarf mit Pflegekräften aus dem Ausland zu stopfen. Nur ist es so, dass diese Verbesserungen sowieso nicht von alleine kommen – sie müssen von den Beschäftigten selbst errungen werden, unabhängig davon ob im Ausland angeworben wird oder nicht.

Sobald Pflegekräfte im Ausland angeworben werden, stehen die Geschäftsleitung und die Beschäftigten in der Verantwortung, sie gut zu integrieren. Eine Einstellung nach dem Motto „Alle werden es sowieso nicht schaffen, ein paar werden in jedem Fall zurückkehren müssen“ wäre zynisch, spielte sie doch mit den Existenzen dieser Kolleg/-innen, die das bisherige Leben in ihrem Herkunftsland aufgegeben haben, um sich hier eine neue Existenz aufzubauen. Eine solche Haltung wäre rücksichtslos und würde ausblenden, was eine Rückkehr für die Betroffenen bedeutet.

Als das Klinikum Ende letzten Jahres ankündigte, ungarische Pflegekräfte einzustellen, hat der Personalrat ein Eingliederungskonzept und ein detailliertes Einarbeitungskonzept für die jeweiligen Einsatzbereiche gefordert, um zu gewährleisten, dass die neuen Kolleginnen, bevor sie auf den Stationen eingesetzt werden, die Möglichkeit haben, ausreichende Sprachkenntnisse zu erlangen. Er hat nachgefragt, wer sie in sowieso schon sehr stark belasteten Bereichen wie der Intensivstation im KH einarbeitet und wie gewährleistet wird, dass die Abläufe auf Station weiterhin funktionieren. Diese Nachfragen

waren mehr als gerechtfertigt. Das Konzept der Vermittlungsfirma für den Spracherwerb beinhaltet: von Montag bis Freitagvormittag 4 Stunden Sprachunterricht, nach einer Stunde „Pause“ bzw. Fahrt zum Einsatzort 6 Stunden praktischer Einsatz, samstags nochmals Sprachunterricht. Neben dieser starken Belastung ist weiter nachteilig für die Integration, dass sie zusammen mit ihrem Lehrer/Dolmetscher so untergebracht sind, dass sie kaum Kontakt zu Deutsch sprechenden Kolleg/-innen haben. Diese Bedingungen führten bei der Einarbeitung zu Frust und Unmut sowohl der angeworbenen als auch der Pflegekräfte auf den Stationen, die sie einarbeiten sollten. Nun müssen durch Ausweitung der Sprachkurse und Verringerung der Praxiseinsätze alle Angeworbenen eine reelle Chance erhalten, die notwendigen Sprachkenntnisse zu erlangen und die Sprachprüfung zu bestehen. Neben dem Einsatz zusätzlicher Dolmetscher auch auf den Stationen sollte es für die neuen Kolleg/-innen Paten geben, die ihnen über die Arbeit hinaus in Alltagsfragen zur Seite stehen. Bei der Einarbeitung auf Station könnten Hilfsmittel wie Sprachtafeln zu wichtigen Begriffen aus der Pflege eingesetzt werden – es sind Konzepte gefragt, die eine Einarbeitung der neuen Kolleg/-innen gewährleisten, ohne dass es zu Überlastungen kommt. Es hat sich gezeigt, dass es nicht ausreicht, sich auf die Vermittlungsfirma zu verlassen. Das sollte auch die Geschäftsleitung des Klinikums, im Besonderen Frau Klein endlich realisieren.



## Flaschenabfüllung durch Pflegedienst - Krankenschwester als Schankwirtin

Hat der Pflegedienst nicht schon mehr als genug zu tun? Pflegedirektorin Frau Klein scheint der Ansicht zu sein, es sei noch Zeit übrig: Zeit zum Abfüllen der Wasserflaschen für die Patienten auf den Stationen. Dies gedenkt sie weg vom Reinigungsdienst auf die Pflegenden zu übertragen. So kann die Schwester/der Pfleger sich wieder vermehrt hausfrauähnlichen Tätigkeiten widmen, die Rolle als Mädchen für Alles ausbauen, eine tolle Anerkennung pflegerischer Fachlichkeit! Frau Kleins Ansinnen ist noch in mehrfacher Hinsicht perfide. Warum? Das Auffüllen der Flaschen inklusive Auf- und Zuschrauben des Verschlusses benötigt mehr als eine Minute pro Flasche, bei dreißig Patienten also locker eine halbe Stunde. Diese Zeit würde der Pflegekraft in der direkten Versorgung am Kranken fehlen. Die Kolleg/-innen aus der Reinigung hingegen erfahren durch die Tätigkeit des Flaschenabfüllens eine Entlastung. Denn sie ist physisch nicht anstrengend, im Gegensatz zum Wischen und Putzen. Somit entfielen ein Teil Mischtaetigkeit, die Balance zwischen anstrengenden und leichteren Aufgaben, der die Arbeit des Reinigungsdienstes erträglicher macht. Nur nebenbei sei angemerkt, dass der Personalrat schon immer die Wirtschaftlichkeit der Trinkwasserbrunnen im Gegensatz zur Lieferung des Mineralwassers durch einen Brunnen- und Abfüllbetrieb im Zweifel gesetzt hat (mehr zum Thema s. Bericht über die Personalversammlung).

Dem Pflegedienst würde eine weitere Hilfstätigkeit aufoktroiert, für die er überqualifiziert ist. Der Gedankengang von Frau Klein könnte nun so aussehen: die Übertragung des Flaschengeschäfts auf den Pflegedienst liefert ein weiteres Argument für die Ressourcenverschwendung durch Hilfstätigkeiten. Nur durch Umwandlung von Pflegestellen in kostengünstige Assistenzkräfte könnte dies wirtschaftlich kompensiert werden ...

Dies ist weder im Interesse des Reinigungs- noch des Pflegedienstes. Diese Entwicklung dürfen wir nicht widerstandlos hinnehmen!

## Klinikum Stuttgart - familienfreundlicher Arbeitgeber?

Kennt Ihr schon den Flyer des Klinikums an Kita-Platz suchende Eltern?

Überschrift: „Kein Platz in der KITA – was nun? Alternativen zum Betriebskindergarten des Klinikums Stuttgart“. Und etwas weiter unten: „Zertifikat seit 2008 audit beruf und familie“.

Tatsächlich ist es so, dass das Klinikum einer der Krankenhaus-Arbeitgeber ist, die im Verhältnis zur Beschäftigtenzahl eine hohe Zahl an Kita-Plätzen hat. Und angesichts eines wachsenden Fachkräftemangels wäre es schon ein ziemlicher Fortschritt, wenn alle Arbeitgeber was das Kita-Platzangebot angeht, wenigstens so da stünden wie das Klinikum.

Diese Feststellungen helfen allerdings den Beschäftigten, die dringend eine Betreuungsmöglichkeit brauchen und keine Chance auf einen Platz im Klinikum haben, auch nicht weiter. Da sie sich also selbst weiterhelfen müssen, scheint die Idee, ihnen dabei mit einer kleinen Info-Broschüre unter die Arme zu greifen, ganz sinnvoll.

Und so kriegen die Mitarbeiter/-innen des Klinikums mit diesem Flugblatt im Vier-Farbendruck ein paar gute Ratschläge und Adressen, wie und wo sie versuchen können - z.B. über die städtische Homepage - einen Kitaplatz, eine Tagesmutter, einen Babysitter, eine stundenweise Betreuung, eine Kurzzeitbetreuung, eine Ferienbetreuung zu finden. So weit so gut.

Beim letzten Rat hat es mir allerdings die Sprache verschlagen. Da heißt es unter der Überschrift „Netzwerken, Netzwerken, Netzwerken“ an die Mitarbeiter/-innen:

„Gehen Sie in möglichst viele Veranstaltungen an Ihrem Wohnort: Krabbelgruppe, Vorschulturnen, Fußballverein, etc.“ Außerdem sollten sie dem Elternbeirat in der Kita oder der Schule beitreten, den Kinderkleiderbasar des Klinikums besuchen, um andere Eltern kennen zu lernen. Es

wird empfohlen, das worldwideweb zu Hilfe zu nehmen z.B. Facebook/Xing... bis hin zu dem Vorschlag, doch selbst ein Netzwerk aufzubauen und e-Anzeigen aufzugeben „Suche Mütter/Väter, die auch im Schichtdienst arbeiten zum Aufbau einer gemeinsamen Kinderbetreuung“.

Ich meine: Das ist doch am harten Berufsalltag vorbei gedacht. Wie verträgt sich Netzwerken und dauerndes Einspringen? Ein Widerspruch schlechthin. Woher die verlässliche Zeit zum Besuch mit Klein-Paulchen bei der Krabbelgruppe nehmen, wie die kleine Lisa jeden Dienstag um 16:30 zum Kinderturnen bringen? Übrigens: der große Achtjährige sollte um 18:00 freitags zum Fußball.

Ich meine: Jeder von uns Eltern und Klinikumsmitarbeiter/-innen baut sich ein Netzwerk so gut sie oder er es eben mit dem Beruf vereinbaren und leben kann. Unsere Kinder sollten aber nicht schon vom Kleinkind an zu Schichtarbeitern werden, wie wir es sind.

Und die Verwaltung sollte sich überlegen, ob sie diesen Flyer weiterhin in dieser Form veröffentlichen will. Gerade die letzte Seite „Netzwerken“ könnte im Besonderen von Alleinerziehenden als Frechheit und Missachtung ihrer schwierigen Lebenssituation verstanden werden.

Was wir wirklich brauchen, sind neben Kitaplätzen Arbeitszeiten, die es uns individuell möglich machen, Beruf und Familie zu koordinieren und vor allem mit gutem Gefühl zur Arbeit gehen zu können.



## Verkürzte Nachtschicht und ihre einschneidenden Konsequenzen

Es wabert noch als Gerücht durchs Klinikum: Pflegedirektorin Frau Klein will eine verkürzte Nachtschicht von 8,5 Stunden im Pflegedienst einführen. Um die Pläne zu legitimieren und den Anschein von Mitarbeiterbeteiligung zu verleihen, will sie mittels eines Fragebogens das Votum der Betroffenen erfahren und versichert, sich nach der mehrheitlichen Meinung zu richten. Seien wir also gespannt ...

Frau Kleins Konzept sieht so aus: Der Nachtdienst beginnt um 22 Uhr und beinhaltet eine 30-minütige bezahlte Pause. Der späteste Spätdienst endet um 22:30 Uhr. Die Pflegedirektorin bewirbt den verkürzten Nachtdienst mit den Argumenten des Gesundheitsschutzes, da physisch hoch belastende Nachtarbeit hier 1 1/2 Stunden weniger zu leisten sei und um Überstunden spätabends zu vermeiden.

Aber macht Frau Klein sich wirklich um unsere Gesundheit Sorgen? Hinter den Plänen steckt weit mehr Brisanz als man/frau im ersten Moment denken mag. Die einschneidenden Konsequenzen sind im Folgenden in verschiedene Perspektiven untergliedert: Veränderungen in der Arbeitszeit, im Arbeitsablauf, im Privatleben.

**Was verändert sich an der Arbeitszeit durch verkürzte Nachtschichten?** Die Nachtschicht beginnt um 22 Uhr, enthält eine halbstündige bezahlte Pause. Durch die Verkürzung ergibt sich pro 5 Nachtwachen ein freier Tag weniger (5x10 Std. = 50 Std. versus 5x 8,5 Std = 42,5 Std.). Nach drei Diensten müsste man also direkt am nächsten Tag wieder arbeiten oder eben einen Ausgleichstag aus dem Arbeitswochenende als Ausschlaftag nutzen. Der späteste Spätdienstler beginnt um ca. 14 h und ginge statt 21:00 h erst um 22:30 Uhr nach Hause, darf am nächsten Tag keinen Frühdienst machen, sondern wieder Spätdienst oder frei nehmen. Dies bedeutet eine deutliche Einschränkung, wenn nicht gar Unmöglichkeit der Schaukelschicht und die Einführung eines starren Schichtmodells. Um die verkürzte Nachtwache einzuführen, müssen auch mehr Dienstbeginne pro

Schicht implementiert werden, zum Beispiel drei Arten von Spätdienst: ab 12 Uhr, ab 13 und ab 14 Uhr. Der Dienstplan wird für jede Mitarbeiterin komplizierter.

**Auch der Arbeitsablauf wird sich durch einen verkürzten Nachtdienst verändern:** In der Nachtwache selbst beginnt der abendliche Rundgang gegen 23 Uhr. Viele Patienten schlafen bereits. Die Krankenbeobachtung ist so nur eingeschränkt möglich. Die Kranken müssen geweckt werden, da noch Medikamente verabreicht, Vitalzeichen, Verbände oder Bewusstseinszustand überprüft werden. Die Störung ist für sie nicht gerade gesundheitsförderlich, Patienten beschwerten sich (zu recht!). Routinearbeiten, wie z.B. Tabletten richten, die der Tagdienst nicht erledigen kann, bleiben liegen. Im Tagdienst sind mehr Übergaben erforderlich, teils ohne direkten Kontakt zur vorherigen Schicht. Die Spätdienst-Mitarbeiterin, die kurz nach 14 h ihren Dienst antritt, erhält eine Übergabe von der Kollegin, die die Geschehnisse vom 6-Uhr-Frühdienst nur aus zweiter Hand wiedergeben kann. Die Übergaben selbst und die mittägliche Überlappungszeit müssen hier gestrafft sein. So sind auch kurze Fortbildungen oder Informationsweitergaben nicht mehr innerhalb der Übergaben möglich. Diese erfordern extra anberaumte Termine jenseits der regulären Arbeitszeit. Das Stationsteam erfährt ein Auseinanderreißen, da durch die gestaffelten Dienste eine Individualisierung einzieht.

**Das Privatleben der Mitarbeiter/-innen erföhre gravierende Veränderungen:** Kolleg/-innen im Nachtdienst fangen später an, da ihr Arbeitsantritt auf 22 Uhr fällt. Ihr Weg zur Arbeit als auch der Heimweg der Spätdienstler findet zu einer Tageszeit statt, in der es dunkel ist und nur noch wenige Menschen unterwegs sind. Sicherheitsprobleme wie Belästigungen oder Angepöbelt-werden sind wahrscheinlicher. Besonders Frauen fühlen sich sehr unbehaglich. Der ÖPNV wird spät abends ausgedünnt, verpasst man/frau eine Bahn, verlängert sich der Heimweg deutlich. Statt den Abend Zuhause gemütlich ausklingen zu lassen, sehen Eltern ihre Sprösslinge nur schlafend, das Familienleben leidet. Eltern schulpflichtiger Kinder können morgens nicht ausschlafen, haben aber auch nicht mehr Zeit vor dem Spätdienst zur Verfügung. Für fünf Nachtdienste ist

mit einem Arbeitstag mehr zu rechnen, der auf Station zugebracht wird, da der verkürzte Nachtdienst keine Überstunden erwirtschaftet.

Insgesamt findet eine Ausweitung unattraktiver Arbeitszeiten statt. Ziel sollte sein, diese weitmöglichst zu reduzieren. Dies ermuntert Bewerber/-innen nicht, im Klinikum Stuttgart ihre Zukunft zu sehen. Die Personalrekrutierung wird noch problematischer. Und dies alles, um im Endeffekt weitere Pflegestellen einzusparen.



**Berta meint:**

## I will au Mannschaftsrunning- kompressions- schdrimpf!

Hennd'r die Mail vo dr Krankenhausesleitung gläsa? „Nutzen Sie die Gelegenheit, gut trainiert und top in Form Ihre Fitness beim 20. Stuttgart-Lauf zu testen und für das Klinikum Stuttgart gemeinsam mit der Sportklinik Stuttgart zu werben. Wir freuen uns auf Ihre Unterstützung. Auf vielfachen Wunsch wird es in diesem Jahr Mannschafts-Running Kompressionsstrümpfe geben.“

Also i fend des klasse. Des isch geläbte Fiersorgepflicht des Arbeitgäbers! Ond damit mir ,s ganze Jahr fit bleibet, bauetse

jetzt auf besonderen Wunsch der Pflägdirektion ein super Tränigs-gelände fer ons. E Großschtatio mit eibauter 100-m-Bahn! Do gibt's dann jeden Dag Tränig fer ella. Damit ihr uff Schtatio bloß noch so flitza kennet vom oina ins andra Zimmer.

Schtelledt Eich net so o. E bissla Eigenverantwortung muss scho sei. Des isch au elles ganz oifach. Als erschetes misset Ihr halt den Schweinehund in eich ieberwinda. Dann ziehet'r die Mannschafts-ranningkompressionssschdrimpf o ond scho goht's los. Ihr werd sähe, ihr misset bloß fleißig träniera und scho werdet ihr bei eiem tägliche Halbmarathon uff Schtatio immer besser. Ja, Fördern und Fordern hoißt ma des.

Also die kimmeret sich wirklich um ons. Sogar an Verschnaufpause henndse denkt. Wenn i nemmr ko, hot mir die Pflägachefin g'sagt, sollt i oifach an dr Schprudler ganga ond a Wasserflasch abfilla. Recht hot se, des dauert nämlich so lang, dass i danoch widr wie neigebora ben.

Ond des Mitmacha lohnt sich doppelt. Dr Schnellschda kriegt nämlich einen Preis. Der derf e ganzes Wochenende unter persönlicher Anleitung der Pflägachefin träniera. Die macht'm des dann ellas vor.

Mir dut bloß onser Schtatiosleitung leid, die vor lauter Verwaltungskram dr ganza Dag net aus ihm Zimmer nauskommt. Die werd richtig ausgegrenzt ond ko garnet mitmacha bei dem Mitarbeiterförderprogramm des attraktivsten und leistungsfähigsten Gesundheitsunternehmens in der Region.

Aber sonscht sendse wirklich großziegig. Greifet richtig tief in dr Geldbeutel ond schenket ons Mannschaftsrunningkompressionssschdrimpf! Uff die negschd Mail, wo se schreibet, mit dena g'schenkta Schdrimpf hättet se ons doch eigentlich „bereits eine Mobilitätszulage gewährt“

wartet sehnsüchtig

**Eure Berta**

**Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Krankenhausfinanzierung:**

## Nebelkerzen statt Sicherstellung der Krankenhausfinanzierung

Pünktlich vor den Wahlen hat die Bundesregierung einen Gesetzentwurf zur Krankenhausfinanzierung vorgelegt.

1,1 Mrd. Euro mehr für 2 Jahre. Endlich die Milliarde für mehr Patientensicherheit und für die Einhaltung der Arbeitnehmerschutzrechte? Der Teufel steckt mal wieder im Detail.

Um Krankenhäuser zu zwingen mehr aus ihren Beschäftigten herauszuholen, erhalten die Krankenhäuser weiterhin nur einen Teil der Steigerungen bei Personal- und Sachkosten ersetzt. So soll entweder Personal abgebaut werden oder Mehrleistungen erbracht werden. Bei Mehrleistungen gibt es einen Abschlag und mit dem Rest der Mehrvergütung werden die anderen Krankenhäuser zusätzlich belastet. Diesen Abschlag für die Jahre 2013 und 2014 (ca. 750 Mio. Euro) sollen jetzt alle Krankenhäuser als Zuschlag je Fall zurückerhalten, indem Krankenkassen und Krankenhäuser einen Zuschlag vereinbaren. Die Krankenhäuser erhalten also nur das Geld zurück, das ihnen als Ersatz für Mehrleistungen vorher vorenthalten wurde und müssen das aber erst einmal mit den Krankenkassen vorher vereinbaren. Das räuberische Grundprinzip wird nur für 2 Jahre neutralisiert aber beibehalten. Die Rückerstattung ist zudem noch geringer als das Sonderopfer, das die Krankenhäuser zur Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen vorher erbringen mussten und das erbracht werden musste, obwohl der Gesundheitsfonds durch Mehreinnahmen aus allen Nähten zu platzen drohte. Für 750 Mio. Euro in 2 Jahren können im Durchschnitt pro Krankenhaus 3-4 Stellen zusätzlich finanziert werden. Welches Krankenhaus wie viel bekommt, ist von den Verhandlungen abhängig. Tatsächlich wird ohne gesetzliche Vorgaben zur Personalbemessung das Geld wohl hauptsächlich für Defizitabbau oder Gewinnsteigerung genutzt werden. 2014 sollen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen Erhöhungen der Landesbasisfallwerte bis zu der vom statistischen Bundesamt ermittelten Teuerungsrate für Krankenhäuser verhandelt werden können. „Bis zu“ heißt: weniger geht weiterhin,

nur mehr geht nicht. Das finanzielle Risiko für Kostensteigerungen durch den medizinischen Fortschritt oder die Gesundheitsentwicklung der Bevölkerung verbleibt bei den Krankenhäusern.

Es wird eine anteilige Tariflohnrefinanzierung versprochen. Es wird also der Skandal beibehalten, dass durch staatliche Verordnung in einem Bereich mit 1 Mio. Beschäftigten, davon  $\frac{3}{4}$  Frauen, Druck gegen Lohnerhöhungen durch lediglich anteilige Refinanzierung gemacht wird. Dies steht weiter im krassen Gegensatz zu Sonntagsreden der verantwortlichen Politiker bis hin zur Bundeskanzlerin, die die schlechte Bezahlung des Pflegepersonals und der Frauen insgesamt in unserer Gesellschaft beklagen. Zugrunde gelegt werden die maßgeblichen durchschnittlichen Tarifsteigerungen. Krankenhäuser erhalten also Geld unabhängig ob und wie hoch Tarifsteigerungen im Einzelnen ausgefal-

len sind. Krankenhäuser mit keinen oder geringen Tarifsteigerungen werden also finanziell belohnt und Krankenhäuser mit normalen Steigerungen finanziell abgestraft. Für die Krankenhäuser gibt es auch weiterhin finanzielle Anreize nur für ständige zusätzliche Mehrarbeit pro Beschäftigten.

Schließlich wird vollmundig Unterstützung für die Ausstattung mit ärztlichem und pflegerischen Hygienepersonal versprochen. Neueingestellte Hygienefachkräfte in der Pflege sollen mit 90% und im ärztlichen Bereich mit 75% refinanziert werden. Das dafür zur Verfügung gestellte Geld reicht aber nicht einmal für eine Stelle pro Krankenhaus. verdi hat in einem Personalcheck im Februar 2013 ermittelt, dass 162.000 Stellen in den Krankenhäusern fehlen. Im Pflegebereich allein 70.000. Wer Patientensicherheit und die Einhaltung der Arbeitnehmerschutzrechte in den Krankenhäusern gewährleisten will, muss die Fehlanreize durch die DRGs beseitigen. Wir fordern eine entsprechende gesetzliche Personalbemessung und deren Finanzierung und keine Nebelkerzen kurz vor der Bundestagswahl.

## Stellensituation der Pflege - Fragen an die Bundeskanzlerin

**Nach Artikel 65 Grundgesetz bestimmt Bundeskanzlerin Merkel die Richtlinien der Politik und trägt dafür die Verantwortung. Wir haben einige Fragen an Frau Merkel zu ihrer Verantwortung für die Stellensituation der Pflege in den Krankenhäusern. Unten veröffentlichen wir unsere Fragen. Bis wir eine Antwort von ihr erhalten, behelfen wir uns mit Antworten, die wörtlich der Antwort der Bundesregierung zur Stellensituation im Pflegedienst der Krankenhäuser vom 10. April 2013 auf eine Anfrage der Fraktion DIE LINKE entnommen sind.**

**krankenhausinfo (khi):** Frau Merkel, eine steigende Anzahl von Beschäftigten beklagt mit immer weniger Personal immer mehr und kränkere Patienten versorgen zu müssen. Oft müssen sie die Verantwortung für die Pflege der Patienten ablehnen und schreiben von gefährlicher Pflege. Was wollen Sie gegen die Unterbesetzung unternehmen?

**Antwort\*:** „Unter dem verstärkten Wettbewerb der Krankenhäuser wurden vielfach auch die Arbeitsorganisation und die Aufgabenverteilung in den Krankenhäusern neu und effizienter organisiert. Aus den gesunkenen Beschäftigtenzahlen im Bereich der Pflege kann daher nicht automatisch auf eine Unterbesetzung geschlossen werden.“

**khi:** Frau Merkel, die Krankenhäuser erhalten seit vielen Jahren nur einen Teil der gestiegenen Kosten refinanziert. Werden Sie den Krankenhäusern mehr finanzielle Mittel zur Verfügung stellen?

**Antwort\*:** „Allein die Bereitstellung finanzieller Mittel reicht nicht aus, um die Situation im Pflegedienst der Krankenhäuser zu verbessern.“

**khi:** Frau Merkel, sind Sie über die mangelhafte Personalausstattung in den Krankenhäusern informiert und was sagen Sie dazu?

**Antwort\*:** „Eine generelle Aussage zur Bewertung der Personalausstattung deutscher Krankenhäuser und speziell für

den Pflegebereich ist der Bundesregierung nicht möglich.“

**khi:** Frau Merkel, sind Sie sich der Gefahr einer dauerhaften Unterdeckung in den Krankenhäusern bewußt?

**Antwort\*:** „Für das vorhandene Personal könnte eine dauerhafte Unterdeckung eine zusätzliche Belastung bedeuten, die auf den sich verdichtenden Arbeitsumfang und den daraus resultierenden zusätzlichen Stress zurückzuführen wäre. Sollte es zu einer nachhaltigen personellen Unterdeckung von Krankenhäusern kommen, könnte dies zudem Qualitätseinbußen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten zur Folge haben.“

**khi:** Frau Merkel, in vielen Ländern wird durch Studien nachgewiesen, dass je mehr Patienten eine Pflegekraft zu versorgen hat, die Sterblichkeits- und Komplikationsrate steigt. Ist Ihnen bekannt, dass dies entsprechend der Gefährdungsanzeigen aus der Pflege auch in Deutschland gelten könnte?

**Antwort\*:** „Die Bundesregierung nimmt Hinweise von betroffenen Berufsgruppen und aus Bürgereingaben zu einer möglicherweise unzureichenden Personalausstattung in Krankenhäusern und ihren potentiellen Folgen sehr ernst. Allerdings liegen der Bundesregierung keine belastbaren Erkenntnisse vor, die auf einen unmittelbaren und generellen Zusammenhang zwischen einer personellen Unterdeckung und daraus resultierenden Folgen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie für die gesundheitliche Situation von

Pflegekräften schließen lassen.“

**khi:** Frau Merkel, Krankenhäuser unter finanziellem Druck, aber auch private Krankenhauskonzerne, die ihre Rendite steigern wollen, sparen als erstes am Pflegepersonal. Benötigen wir nicht deshalb eine gesetzliche Vorgabe verbindlicher Mindestanforderungen mit Pflegekräften, die von allen Krankenhäusern einzuhalten ist?

**Antwort\*:** „Eine gesetzliche Vorgabe verbindlicher Mindestanforderungen an die personelle Ausstattung mit Pflegekräften in Krankenhäusern würde die notwendigen Dispositionsmöglichkeiten der Krankenhäuser unangemessen einschränken.“ ... „Die Verantwortung einer ausreichenden Personalausstattung hat vielmehr bei den Kliniken zu verbleiben, denn nur sie können auf ihre jeweilige Situation zugeschnittene Lösungen finden.“

**khi:** Frau Merkel, wer kann denn dafür sorgen, dass die Qualität der Personalausstattung gewährleistet wird, wenn nicht der Bund durch für alle einzuhaltenden Vorgaben?

**Antwort\*:** „Im Rahmen der Krankenhausplanung können die Länder auch Qualitätskriterien zu Personalaspekten spezifischer Versorgungsbereiche in den jeweiligen Krankenhausplänen verankern.“

**khi:** Frau Merkel, worauf kann sich denn die Krankenpflege berufen, wenn sie erleben, dass zu wenig Pflegepersonal beschäftigt ist?

**Antwort\*:** „Aufgrund der gesetzlichen

Vorgaben im SGB V müssen die Krankenhäuser so strukturiert und organisiert sein, dass sie in der Lage sind, eine Versorgung anzubieten, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Zu einer sachgerechten Organisation gehört dabei auch die ausreichende Vorhaltung von Pflegepersonal.“

**khi:** Frau Merkel, muss denn nicht das DRG-System dafür sorgen, dass genügend Personal vorgehalten wird?

**Antwort\*:** „Das Fallpauschalengesetz hat keine gesetzlichen Mindestanforderungen statuiert, die hinsichtlich der Art und der Anzahl des Personals sowie dessen Qualifikation abgeleitet werden könnten.“

**khi:** Frau Merkel, könnte uns eine den heutigen Zuständen angepasste Pflegepersonalregelung (PPR) weiterhelfen um die DRG-Regelungen zu ergänzen?

**Antwort\*:** „Das für den stationären Bereich weiterentwickelte Vergütungssystem enthält verstärkt wettbewerbliche Elemente, mit denen die Pflege-Personalregelung nur bedingt kompatibel ist, da ihre Konzeption in einer Zeit erarbeitet wurde, als der Krankenhausvergütung noch das Selbstkostendeckungsprinzip zu Grunde lag.“

**khi:** Frau Merkel, was waren denn die Ziele der PPR und was hat sich an diesen Zielen denn verändert?

**Antwort\*:** „Ziel der PPR war es, die Voraussetzungen zu verbessern, unter denen Krankenhauspflege stattfindet. Die PPR sah eine leistungsorientierte Personalbedarfsermittlung vor. Damit wollte die damalige Bundesregierung insbesondere den Veränderungen des Alters- und Krankheitsspektrums der Krankenhauspatientinnen und -patienten einerseits und der durch den medizinisch-technischen Fortschritt bedingten Leistungsintensivierung andererseits in Bezug auf die pflegerische Betreuung gerecht werden.“

**khi:** Frau Merkel, wie hat sich die Anzahl der Pflegekräfte entwickelt? 1996, als die PPR wieder außer Kraft gesetzt wurde, 2007 vor der Deckelkampagne von ver.di und 2011 als die Ergebnisse der Deckelkampagne noch wirkten?

**Antwort\*:** „1996 ca. 350.500 Pflegekräfte 2007, ca. 298.300, 2011 ca. 310.800.“

**khi:** Frau Merkel, bleiben Sie bei Ihrer



**Über 30.000 Krankenhausbeschäftigte aus Baden-Württemberg haben ein Schreiben an Bundeskanzlerin Merkel unterzeichnet, in dem eine bessere Finanzierung der Krankenhäuser und eine gesetzliche Personalbemessung gefordert wird. Mit einer Kundgebung auf dem Stuttgarter Schlossplatz wurden die Unterschriften in ein Paket verstaut und bei der Post Richtung Berlin Kanzleramt abgegeben.**

Haltung gegen eine gesetzliche Personalbemessung?

**Antwort\*:** „Aus Sicht der Bundesregierung ist eine gesetzliche Regelung von verbindlichen bundesweit gültigen Mindestanforderungen an die personelle Ausstattung im Pflegedienst der Krankenhäuser, gleich auf welcher Basis, nicht sinnvoll.“

**khi:** Frau Merkel, kann dann nicht wenigstens für die Psychiatrie die Personalregelung (PsychPV) erhalten bleiben?

**Antwort\*:** „Mit der Einführung eines empirisch basierten Vergütungssystems für die Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen ist ein Festhalten an einem solchen normativ basierten Personalbemessungssystem mit seinen finanzwirksamen Folgen nicht mehr vereinbar. Daher wird diese (PsychPV) 2017 als Finanzierungsinstrument von Personalstellen aufgehoben.“

**khi:** Frau Merkel, die Beschäftigten sind also vor Ort ihren Arbeitgebern und deren finanzieller Situation ausgeliefert?

**Antwort\*:** „Es ist Aufgabe der einzelnen Krankenhäuser zu entscheiden, welche Personalbemessungsverfahren sie einsetzen.“ (...) „Es gehört zu der Organisationsverantwortung der Krankenhäuser, mit einer ausreichenden Personalausstattung Gefährdungen von Patientinnen und Patienten soweit wie möglich zu verhindern.“

**khi:** Frau Merkel, was unternimmt denn die Bundesregierung sonst noch, damit Patienten nicht gefährdet werden?

**Antwort\*:** „Darüber hinaus fördert das Bundesministerium für Gesundheit seit 2008 die „Aktion saubere Hände.“

**khi:** Frau Merkel, übernimmt denn die Bundesregierung überhaupt irgend eine Verantwortung für die Krankenhausversorgung und Personalausstattung?

**Antwort\*:** „Die Erlöse der Krankenhäuser sind für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern vorgesehen. Eine ausreichende Personalausstattung liegt dabei in der Eigenverantwortung der Kliniken.“

**khi:** Frau Merkel, wollen Sie eigentlich überhaupt wiedergewählt werden?

**\*Zitate aus**

**Bundestagsdrucksache 17/13041**

## Resolution der Landeskrankenhauskonferenz vom 25. März 2013 in Stuttgart

**Wir, die aktiven Betriebsräte, Personalräte und Mitarbeitervertretungen aus Krankenhäusern in Baden-Württemberg,**

### • erleben täglich

Überlastungs- und Gefährdungssituationen der Krankenhausbeschäftigten. Situationen, in denen Beschäftigte dokumentieren, dass aus Überlastung Patienten verspätet Medikamente oder Essen erhalten, aus Zeitmangel sediert werden, Mobilisations- und Präventionsmaßnahmen unterbleiben müssen, Notfallsituationen kaum bewältigt werden können, Patienten in unwürdigen Situationen gelassen werden müssen und der Heilungsprozess nicht optimal gefördert werden kann.

In vielen Bereichen kann die Patientenversorgung nur noch durch Leistungen der Beschäftigten aufrecht erhalten werden, zu denen sie nicht verpflichtet sind, wie zum Beispiel das Einspringen aus dem Frei.

Nach Erhebungen der Gewerkschaft ver.di fehlen 162.000 Beschäftigte in den Krankenhäusern in Deutschland, also 1/5 der derzeit im Krankenhaus eingesetzten Beschäftigten.

### • sind nicht mehr bereit hinzunehmen,

dass regelmäßig Arbeitszeit- und Arbeitsschutzgesetze gebrochen werden und wegen Personalmangels die Patienten nicht ausreichend versorgt werden können.

Trotzdem erwirtschaften immer mehr Krankenhäuser Defizite und werden zu weiteren Sparmaßnahmen gezwungen. Der Abbau von Krankenhausbetten und die Verdrängung von ganzen Krankenhäusern vom Markt durch systematische Unterfinanzierung aller Krankenhäuser ist ein gefährliches Experiment, weil überall pro Pflegekraft mehr Patienten betreut werden müssen. Studien belegen aber, dass damit die Komplikations- und Sterblichkeitsrate der Patienten deutlich messbar ansteigt.

### • fordern

#### • vom Bund

eine Verbesserung der Krankenhausfinanzierung. Krankenhäuser müssen alle aus Tarifverträgen und die im Rahmen wirtschaftlichen Handelns entstanden Mehrkosten voll ersetzt bekommen.

Eine gesetzliche Regelung für eine Personalbemessung, die die Patientensicherheit gewährleistet. Gesetze, Tarifverträge und sonstige Arbeitnehmerschutzrechte müssen eingehalten werden können und Überstunden, Mehrarbeit und Dienstplanänderungen dürfen nur noch in unvorhersehbaren Ausnahmefällen notwendig sein.

#### • vom Land Baden-Württemberg

die Erhöhung der Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser in Baden-Württemberg auf 9 % (entspricht in Baden Württemberg 600 Millionen Euro/Jahr) der Krankenhausausgaben jährlich, damit Baustellen nicht mehr durch Personalstellen finanziert werden.

#### • von den Krankenhausträgern,

die unverantwortlichen Zustände in ihren Kliniken abzustellen und gemeinsam mit den Beschäftigten, deren betrieblichen Interessensvertretungen und den Gewerkschaften sich nachhaltig für eine ausreichende Finanzierung bei Bund und Ländern einzusetzen.

**Gesundheit ist keine Ware. Wettbewerb im Gesundheitswesen schadet der Gesundheit der Patienten und der Beschäftigten.**

## Jeder Fünfte fehlt - Aktionstag im Knappschaftskrankenhaus Püttlingen

Am Aktionstag 16. April demonstrieren vor dem Püttlinger Krankenhaus im Saarland etwa 250 Beschäftigte für mehr Arbeitsplätze. Jeder Fünfte fehlt nach einer bundesweiten Erhebung von ver.di im Durchschnitt in allen deutschen Krankenhäusern, insgesamt fehlen 162.000 Krankenhausbeschäftigte. Im Krankenhaus Püttlingen sind das 147 Beschäftigte. Und so traten um 13:30 Uhr von den 250 Demonstrierenden, die ihre Arbeit unterbrachen, 147 mit je einer Tafel vor das Haus, um den Missstand deutlich zu machen. Vertreten

Aber auch aus anderen Bereichen waren viele gekommen.

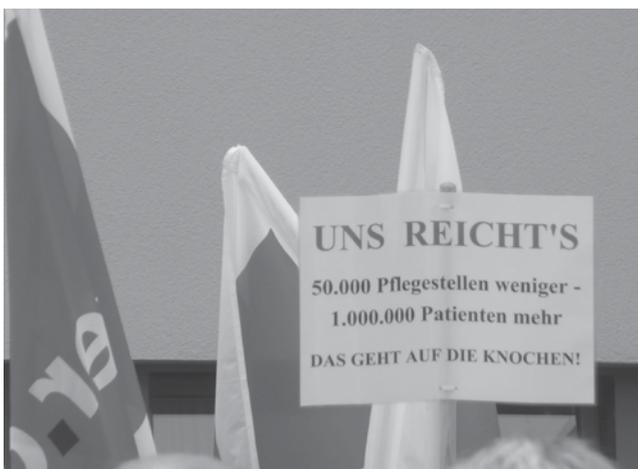
Gewerkschafter Blaß betonte: „Wir machen kein Haus besonders schlecht. Wir zeigen das Elend, das überall herrscht. Hier in Püttlingen sind das 147 fehlende Vollarbeitsplätze.“

Auch dem Gewerkschaftssekretär M. Quetting ging es um grundsätzliche Fragen: „Das Wohlergehen von Patienten und Beschäftigten in Krankenhäusern darf nicht von betriebswirtschaftlichen Kriterien abhängig gemacht werden.“



war auch die gesamte Krankenpflegeschule mit Transparenten, Fahnen und ihren Lehrkräften. Ihnen ging es darum, dass durch die Personalnot auch die Ausbildung „hinten runterfällt“, weil die Kolleginnen und Kollegen auf den Stationen ja gar keine Zeit haben, um die Nachwuchskräfte richtig anzulernen.

Der Gesetzgeber muss einen klaren Rahmen setzen, um den Druck von den Beschäftigten zu nehmen und eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung sicherzustellen“, forderte er. Auch ansonsten ließ er deutliche Worte hören: „Der Personalnotstand ist da. Er macht die Beschäftigten krank.“



Der Wettbewerb der Krankenhäuser um immer geringeren Personaleinsatz und die niedrigste Fachkräftequote muss beendet werden. Die Arbeitsbelastung hat jegliches vertretbare Maß überschritten. Maßstab muss wieder das Wohlergehen der Patienten werden. Das Problem der

unzureichenden Personalausstattung in den Kliniken und infolgedessen von Arbeitsüberlastung und Burn-out muss jetzt angepackt werden.“

Seit die Patienten als Kunden bezeichnet würden, die angeblich Könige seien, würden die Beschäftigten wie Knechte behandelt. Aber mit den Königen sei das auch nicht weit her, da bei diesem Personalmangel oftmals selbst Grundleistungen nicht bzw. nur unzureichend erbracht würden.

Anstatt der Menschen, stünde die Ökonomie im Mittelpunkt aller Überlegungen. Diese Politik sei gescheitert. Die Einführung der DRGs war ein Fehler gewesen, so der gelernte Krankenpfleger und ehemalige Medizinische Prozessmanager, der heute als Gewerkschaftssekretär versucht, die Missstände im Gesundheitswesen zu bekämpfen.

### Bundesregierung für Wettbewerb und gegen Personalbemessung

„Das für den stationären Bereich weiterentwickelte Vergütungssystem enthält verstärkt wettbewerbliche Elemente, mit denen die Pflege-Personalregelung nur bedingt kompatibel ist, da ihre Konzeption in einer Zeit erarbeitet wurde, als der Krankenhausvergütung noch das Selbstkostendeckungsprinzip zu Grunde lag.“ (...) „Mit der Aufhebung der Pflegepersonalregelung wird auch im Sinne der Deregulierung die Verantwortung wieder in die Hände der Selbstverwaltungspartner von Krankenhäusern und Krankenkassen gelegt.“ (...) „Mit der Einführung eines empirisch basierten Vergütungssystems für die Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen ist ein Festhalten an einem solchen normativ basierten Personalbemessungssystem mit seinen finanzwirksamen Folgen nicht mehr vereinbar.“ (Aus der Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage der Linken zur Personalbemessung vom 10.4.2013)

## ... aus den Krankenhäusern und Abteilungen ...

### Olgahospital

#### Weißer Salbe?

Als die Situation im Olgäle mit Betten-schließungen und Patientenabweisungen wegen Personalmangels im Februar vor dem Krankenhausausschuss des Gemeinderats beraten wurde, erhofften und erwarteten viele, dass nun Verbesserungen kommen würden, zumindest im Kleinen wie z.B. Patientenbegleitedienst. Als das Thema Ende März erneut im Krankenhausausschuss aufgerufen wurde, musste Personalratsvorsitzender Jürgen Lux festhalten, dass keinerlei Verbesserung der Situation festzustellen sei. Wie sieht die Situation weitere drei Monate später aus?

Statt eines Patientenbegleitedienstes kam ein Hol- und Bringe-Dienst für Untersuchungsmaterial mit eins bis zwei Beschäftigten einer externen Firma, deren Einsetzbarkeit immer noch nicht richtig geklärt ist. Ansonsten „Krankenhausleitung im Gespräch mit Mitarbeitern des Olgahospitals“ so die Meldung aus „im Gespräch“. Vor-Ort-Termine auf den Stationen nach dem Motto „Management by walking around“ und Gesprächs-Forum mit dem Fazit „Gut, dass wir darüber geredet haben“ als Lösung altbekannter Probleme wie Bettenengpass in der OASE, der im Übrigen erst im letzten Jahr durch die Zentrums- und Krankenhausleitung selbst herbeigeführt wurde? Bei der Behandlung von Patienten gibt es für ein derartiges Vorgehen einen umgangssprachlichen Begriff: „weiße Salbe“. Viele Beschäftigte aus dem Olgäle sind angesichts dieses Vorgehens der Zentrums- und Krankenhausleitung zunehmend frustriert. Hinzu kommen derzeit viele Überlastungssituationen im Besonderen aus dem orthopädischen Bereich des OH und die Erfahrung für die Pflegekräfte, dass sie mit ihren Problemen auf sich allein gestellt sind, weil eine pflegerische Leitung oberhalb der Stationsebene nicht erreichbar ist und nicht zur Verfügung steht. Aber die teils öffentlichen Proteste haben auch Wirkung gezeigt. Auf der Personalversammlung informierte Ge-

schäftsführer Schmitz darüber, dass es zu der speziellen Situation des Olgäle ein Gespräch mit INEK, dem Institut, das die Fallpauschalen berechnet, geben werde. Denn die Berechnungen der Kinderfallpauschalen hatten bisher dazu geführt, dass die Krankenhausleitung sagen musste, dass laut INEK zu viel Personal arbeitet. Bis auf dieser Ebene eventuell Entlastung geschaffen wird, müssen sich die Pflegekräfte wie bisher vor Ort ihrer Haut wehren. Sie haben Anspruch auf die Einhaltung von Arbeitnehmerschutzrechten und müssen keine Freiwilligkeitsleistungen - wie Einspringen aus dem Frei - erbringen, wenn gleichzeitig sie so schlecht besetzt sind, dass sie ihre Aufgaben nicht ordentlich erfüllen können.

### KH Bad Cannstatt

#### M7a - Bisschen hiervon, bisschen davon

Auf der Station M7a im KBC, einer Inneren Station, sollen laut Plänen aus dem ZSG in Zukunft gerontopsychiatrische Betten betrieben werden. Der Hintergrund ist, dass vom Sozialministerium für das Zentrum für Seelische Gesundheit zusätzlich genehmigte 13 Betten hier betrieben werden sollen. Erst einmal könnte man ja sagen, dass dies eine positive Nachricht ist, wenn man sich die steigenden Aufnahmezahlen im ZSG ansieht. Aber bei der Umsetzung dieses Plans geht es leider nicht um den Bedarf aus Patientensicht und auch nicht um Entlastung der Beschäftigten. Das wird dadurch deutlich, wie die Umsetzung dieses Vorhabens ist. Der Termin steht als Erstes, „ab 01.04.2013“... Zuerst wird beschlossen dort die zusätzlichen Betten zu betreiben, dann wird festgestellt, dass die Station baulich wohl so nicht geeignet ist: es handelt sich um eine Durchgangsstation mit offenem Übergang zu Nachbarstation M7b. Welches Pflegepersonal dort eingesetzt wird - aus dem ZSG, aus der Inneren - wird noch nicht bedacht. Wie die ärztliche Versorgung geleistet werden soll - wer aus welchem Fachgebiet, weiß man auch noch nicht. Welche Ärztliche Leitung

ist zuständig? Welche Pflegerische Zentrumsleitung? Welche Auswirkungen auf die Stationen im ZSG? Alles nicht so klar. Aber verständliche Unruhe bei den Beschäftigten, denen wird gesagt, sie hätten die Wahl, ob sie auf einer solchen Station arbeiten wollen oder um eine Umsetzung bitten. Doch siehe da - nach kurzer Zeit ist diese Aussage der Zentrumsleitung des ZSG nicht mehr haltbar. Der Personalrat fragt nach, welche Planungen bestehen und bekommt eine wenig aussagekräftige Antwort. Inzwischen haben wir Juni, geschehen ist bisher nichts, außer dass zumindest der Station M7a jetzt auch mal offiziell mitgeteilt wurde, dass die gerontopsychiatrischen Betten auf jeden Fall kommen. Diese makabre Geschichte zeigt mehrere Facetten, die kritisiert werden müssen. Dass es sinnvoll sein kann, eine kombinierte Station für Altersmedizin zu betreiben, ist sicher richtig, aber nicht unter diesen Voraussetzungen, sowohl baulich wie konzeptionell. Der Hauptbedarf für Entlastung durch zusätzliche Betten im ZSG besteht bei den Akut-Aufnahmestationen, die Aufnahmestation der Gerontopsychiatrie soll aber verkleinert werden. Das Ausweichen auf ein Gebäude der Inneren Klinik im KBC geschieht, weil im neu gebauten Gebäude des ZSG kein Platz mehr ist. Andere Möglichkeiten wie Auslagerung anderer Bereiche werden nicht einmal geprüft. Der Umgang mit den Mitarbeitern ist indiskutabel, keine oder späte Information, keine Beteiligung, keine offene Diskussion, Verunsicherung, Fehlinformation. Man hat den Eindruck, dass hier doch sehr ziellos vorgegangen wird, dem Ganzen kein wirkliches Konzept zu Grunde liegt und Beschäftigte als notwendiges Übel betrachtet werden. Die Geschäftsführung des Klinikums sollte ihre Pläne überdenken und die Mitarbeiter in die Überlegungen ernsthaft mit einzubeziehen.

### Olgahospital

#### KJP Baumaßnahmen

In der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Standort Hasenbergstraße sind seit dem Umzug der Jugendlichen-

## ... aus den Krankenhäusern und Abteilungen ...

Station in das ZSG zum KBC Umbaumaßnahmen geplant. Im Bereich KJP wurden vom Sozialministerium zusätzliche Betten genehmigt, die vor allem am Standort Hasenbergstraße aufgestellt werden sollen, da im Gebäude ZSG nicht genügend Platz vorhanden ist. Das geht aber nicht ohne Umbau. Natürlich kann man immer fragen, ob es überhaupt sinnvoll ist, eine KJP an getrennten Standorten zu betreiben, aber dies wurde nun mal so entschieden. Um die nötigen Umbauten überhaupt durchführen zu können, wurde die Tagesklinik vorläufig in das Olgäle verlegt.

Jetzt zieht ja das Olgäle bekanntermaßen demnächst um, so dass man davon ausgehen müsste, dass eine Umbauplanung für das Gebäude Hasenbergstraße zügig erfolgt. Doch weit gefehlt. Erst im Mai diesen Jahres wurde mit Vorbereitungen begonnen, wurden Pläne erstmals zusammen mit den Kolleg/-innen besprochen, wie denn der Umbau gestaltet werden soll. Anforderungen, welche an eine Station innerhalb der KJP beachtet werden müssen, wurden aus Kostengründen verändert und sollen nicht realisiert werden. Dies wird den Kolleg/-innen als Tatsache so vorgesetzt. Vorgaben an Arbeitsplätze, Sozialräume können auch nicht erfüllt werden. Und die eigentliche Planung? Tja, das Gebäude Hasenbergstraße sei eben zu klein und auch deshalb müsse man Kompromisse machen. Ein weiteres Beispiel wie Kolleg/-innen „ernst genommen werden“ und „ihre Mitarbeit erwünscht ist“. So geht's nicht. Die vorhandenen Pläne müssen auf jeden Fall nochmals überprüft und dies mit den Kolleg/-innen besprochen werden. Vorgaben an Arbeitsräume und Sozialräume müssen erfüllt werden - da kann es gar keine Diskussionen geben.

### Olgahospital

## Erfolgreicher Widerstand - pflegerische Bereichsleitung verhindert

Mit ihrem anhaltenden Widerstand und ihrem Zusammenhalt haben die

Stationsleitungen des Olgäle verhindert, dass sie abgeschafft und durch Bereichsleitungen ersetzt werden. Dabei dürfte auch eine wichtige Rolle gespielt haben, dass bei der Personalversammlung im Olgäle im letzten Herbst offensichtlich wurde, dass es für das Bereichskonzept von Frau Klein keinerlei Unterstützung unter den Pflegebeschäftigten im Olgäle gibt.

### Klinikum

## Wie ich die Personalversammlung empfunden habe

Als treue Besucherin der Personalversammlungen des Klinikums Stuttgart will ich meine Gedanken über den Termin am 4. Juni zu Papier bringen.

PR-Vorsitzender Jürgen Lux musste leider eine weitere Zunahme unserer Arbeitsbelastung feststellen, wie in praktisch allen Krankenhäusern. Paradox ist die Schere zwischen hochtrabenden Qualitätszielen und der Arbeitsrealität. Die Zunahme der Überlastungsanzeigen erschreckte mich, ich fand meinen Arbeitsalltag darin wieder. Die von Jürgen Lux zitierte Wertschätzung seitens unserer Geschäftsführung zum Muttertag und Tag der Pflegenden am 12. Mai empfand auch ich als hilflos, wenn nicht zynisch. Darf halt alles nix kosten. Besonders wir Pflegenden leiden unter dem politisch verordneten Spardiktat. Ich persönlich finde die Behandlung der Pflegekräfte als auch der Patienten menschenverachtend. Die von Prof. Simon (Hochschule Hannover) zitierte Statistik benennt den Abbau von 40.000 Pflegenden seit 1995 bei steigenden Fallzahlen. Tolles Geschenk zum 10. Geburtstag der DRG-Einführung! Und da wundert sich unsere Krankenhausleitung über Abwanderung von Personal und mangelndem Nachwuchs für einen eigentlich sinnvollen und schönen Beruf. Jürgen Lux appellierte an uns und die Geschäftsleitung, die kommende Bundestagswahl zu nutzen, um unseren Forderungen nach ausgeglichener Krankenhausfinanzierung und

gesetzlicher Personalbemessung durch spektakuläre Aktionen Nachdruck zu verhelfen. Er wandte sich an Frau Klein, ihres Amtes Pflegedirektorin, mahnte die schwierige Situation im Führungsbereich an, mit der Streichung erst der zweiten Schichtleitung und dann der PDLs, der Schnell-Qualifizierung der Stationsleitungen und dass Pflegekräfte mit ihren Problemen oft alleingelassen werden. Ausfallkonzepte für die Stationen wie Springer- oder Rufdienste funktionieren nicht. Auch ich werde öfters zum Einspringen Zuhause angerufen und es kostet mich Überwindung, nein zu sagen, weil mir der private Termin halt wichtig ist. Dann sagte Jürgen Lux: „Ich halt jetzt mal meinen Mund und Sie denken darüber nach, was eine Pflegekraft in diesem Zeitraum auf Station tut ...“. Stille, schwer irritierte Gesichter des Publikums ... Dann fuhr er fort: „In diesen 40 Sekunden füllt eine Pflegekraft künftig Trinkwasserflaschen auf.“ Unsere Frau Klein hat nämlich beschlossen, dies von der Hauswirtschaft auf die Pflege zu übertragen. In ihrer Reaktion meinte Frau Klein, dafür müsse der Pflegedienst auf Station nachts keine Patienten mehr aufnehmen, er käme jetzt fix und fertig hoch. Gelächter im Publikum.

Weitere Brennpunkte im Klinikum seien die Pflege im Olgäle, die bislang auch keine Entlastung erfahre, die Schließung der OASE-Betten, der fehlende Patientenbegleitdienst, das ZSG mit tätlichen Angriffen auf Pflegekräfte wie z.B. mit einer Glasscherbe aus einer eingeschlagenen Scheibe und die bislang gescheiterte Integration der ungarischen Pflegekräfte, die fünfmal in der Woche täglich 4 Stunden Sprachunterricht, Pause und anschließend 6 Stunden Arbeit auf Station haben und samstags nochmal Sprachunterricht; im kbc die Station M7a ... Jürgen Lux problematisierte das Geschachere um Problemlösungen zwischen den verschiedenen Führungsebenen, ohne dass die Schwierigkeiten wirksam angegangen würden und mahnte an, die Krankenhausleitung solle die Probleme ernst nehmen, sich nicht mit ihnen abfinden, sondern ihre Verantwortung als Geschäftsführung wahrnehmen. Und viel, viel mehr.

Günter Busch von ver.di stellte seine

Rede unter das Motto „Vom Beklagen zum Handeln“ und motivierte die Beschäftigten zu Aktionen wie einem Fahrradkorso am 11. Juli, möglichst zusammen mit der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft und kündigte für Oktober eine Landeskrankenhauskonferenz an. Eindrucksvoll in Erinnerung geblieben ist mir der Gehaltsvergleich zwischen dem Automechaniker in der Fabrik, der als Berufsanfänger schon 450,- Euro mehr verdient pro Monat als eine Krankenschwester und nach 15 Jahren fast 700,- Euro. Dies läge auch daran, dass fast jeder Beschäftigte in der Automobil-Branche gewerkschaftlich organisiert sei.

PR-Vorstandsmitglied und ver.di-Tarifkommissionsmitglied Volker Mörbe erläuterte den Stand der Mobilitätszulage, die OB Kuhn nun doch nicht so gerne, geschweige denn an alle, tariflich verankern will, wie ver.di es für uns Beschäftigte fordert.

Dann kam GF Herr Schmitz zu Wort: er sucht scheinbar den Schulterchluss mit dem PR herzustellen, in dem auch er eine nachhaltige Krankenhausfinanzierung fordert. Die von der Bundesregierung zugesagten 1,1 Mrd. Euro rechnete er als BWler gleich pro Fall um und bezifferte dies mit 14 Euro. Er nannte das Defizit unseres Klinikums von 13,3 Mio. Euro für 2012 und zog uns in die Verantwortung, verwies auf den 4-Seiten-Vertrag. Er bedankte sich bei den Mitarbeitern für ihre Leistung (er hat aus seinen Fehlern gelernt, nachdem ihm vormals Beschäftigte vorgeworfen hatten, er würde sich für unsere Arbeit nie bedanken). In besonders belasteten Bereichen sagte er Abhilfe zu, verwies aber auf Frau Klein. Bezüglich der ungarischen Pflegekräfte schob er die Verantwortung auf die Vermittlungsfirma und schien sich für diese Kollegen nicht weiter betroffen zu fühlen. Man werde nach 9 Monaten evaluieren. Ebenso werde man die Wirtschaftlichkeit der Trinkwasserbrunnen evaluieren und gegebenenfalls umdisponieren. Die Belastung der Küchenmitarbeiterinnen bei laufendem Umbau versuchte Schmitz zu verharmlosen, indem er feixte, das Essen schmecke ihm ausgezeichnet, das angeblich fade Diabetiker-Essen habe er aber noch nicht getestet. Die Sicherheitsprobleme mit zerschlagenen Scheiben im ZSG beantwortete er süffisant lächelnd, das sei der Materialtest

gewesen. Fazit von Schmitz' Auftritt: er gibt Probleme mittlerweile zu, versucht sie aber ins Lächerliche zu ziehen und scheint kein stimmiges Lösungskonzept zu haben, so jedenfalls ist nicht nur mein Eindruck.

Frau Kleins Auftritt war nicht viel anders. Im Gegensatz zu früher wirkt sie nicht ganz so burschikos, scheint mit ihrem Latein ziemlich am Ende zu sein und klärt, so mein Fazit: nichts. Probleme will sie auf untere Ebenen delegieren oder im kleinen Kreis besprechen. Dabei bestehen doch verschiedene Probleme schon monatelang ... und jetzt sollen sie erst beraten werden? Die Kolleginnen, die hinterher Fragen gestellt

haben, kamen vor allem aus dem ZSG und dem Olgäle, wirkten im Vergleich zu früheren Versammlungen deutlich selbstbewusster und kritisierten das Hin- und Herschieben von Verantwortung zwischen den Hierarchieebenen. Verantwortung trägt in erster Linie die Geschäftsführung und nicht die Zentrumsleitungen. Die Kollegen müssen gepflegt werden, wollen ernst genommen, informiert und einbezogen sein. Das Klinikum biete den Mitarbeitern viel an, aber diese können es nicht nutzen, da sie nach dem Dienst erschöpft Zuhause ins Bett fielen ... wie ich!

### **Frühjahrempfang der Personalräte:**

## **Krankheit kann arm machen**

**„Arm in einem reichen Land – Prekäre Beschäftigung und ihre gesellschaftlichen Auswirkungen“** war Thema des diesjährigen Frühjahrempfangs. In der Begrüßung wies Uwe Theilen, Vorsitzender des Gesamtpersonalrats der Stadt Stuttgart, darauf hin, dass allein in Stuttgart 90.000 Menschen armutsgefährdet sind. In seinem Vortrag rief Prof. Butterwegge dazu auf, das Problem Armut nicht zu verharmlosen, sondern hinzuschauen statt zu verdrängen. Er stellte dem vom Soziologen Ulrich Beck geprägten Begriff des Fahrstuhleffekts seinen Begriff des Paternostereffekts gegenüber. Während Beck davon ausginge, dass zunehmender Reichtum in einem Land allen zu Gute käme, gehe er davon aus, dass der zunehmende Reichtum eines kleinen Teils der Gesellschaft und die Zunahme der Armut von vielen zusammenhänge. „Armut und Reichtum sind zwei Seiten einer Medaille.“ „Soziale Marktwirtschaft“ sei ein schöner Kose-name für Kapitalismus. Die Wirklichkeit werde von der Bundesregierung im „4. Armuts- und Reichtumsbericht“ geschönt (siehe auch letztes Krankenhausinfo). Mit Agenda 2010 und Hartz IV seien in Deutschland unter der Regierung Schröder gezielt der Niedriglohnsektor massiv ausgebaut worden, um mit einer Lohndumpingstrategie im Besonderen die südeuropäischen Länder nieder zu konkurrieren. Gleichzeitig seien nach dem Matthäus-Prinzip „Wer hat, dem

wird gegeben, und wer wenig hat, dem wird das Wenige noch genommen“ die Vermögenden durch fast vollständige Abschaffung der Erbschaftssteuer weiter begünstigt worden. Er zeigte auf, wie die Käufer von z.B. Windeln durch die Mehrwertsteuererhöhung von 16% auf 19% belastet werden, während ein Reicher, der z.B. ein Pferd kauft, lediglich 7% Mehrwertsteuer zahlt und ein ganz Reicher, der z.B. Aktien kauft, keine Steuern bezahlt, da die Börsenumsatzsteuer abgeschafft ist.

Mit der Drohgebärde der Armut würden die Arbeitenden diszipliniert. Im öffentlichen Dienst werde Lohndumping vorexerziert, Nullrunden seien immer Minusrunden. Er befürworte Festbeträge als Tarifforderung. Er sprach sich für einen Mindestlohn über 8,50 Euro pro Stunde, eine solidarische Bürgerversicherung unter Einbeziehung aller Einkommen sowie die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenzen in den Sozialversicherungen aus.

Die Anmerkung, Millionen Menschen in der Bundesrepublik seien nur eine

### **Bertolt Brecht:**

**„Armer Mann und reicher Mann  
standen da und sah'n sich an.**

**Und der Arme sagte bleich:**

**Wär' ich nicht arm, wärst du nicht  
reich.“**

Kündigung oder eine Krankheit von der Armut entfernt, vertiefte Prof. Butterwegge kurz darauf in einem Interview mit der AOK-Zeitschrift „Gesundheit und Gesellschaft“, Ausgabe 5/13 mit dem Titel „Krankheit kann auch in Deutschland arm machen.“ Dort definierte er, „derjenige ist reich, der von seinem Vermögen leben kann. Für alle anderen gilt: Wenn die Einkommensquelle wegfällt, droht der Betroffene von staatlichen Transferleistungen abhängig zu werden.“ „Dagegen ist Armut dadurch gekennzeichnet, dass jemand die nötigsten Lebensbedürfnisse nicht befriedigen kann. Darunter leiden Menschen in aller Regel, weil sie diese Mangelsituation nicht selbst gewählt haben. Außerdem gibt es die relative Armut - man hat das nicht, was in der Gesellschaft als normal gilt: eine schöne Wohnung, einen Kleinwagen, Fernseher, Waschmaschine, Spülmaschine. Zur relativen Armut gehört, am gesellschaftlichen Leben nicht oder nur begrenzt teilnehmen zu können. Darunter leiden besonders Kinder und Jugendliche, die noch keine

Verdrängungsmechanismen entwickelt haben. Diese soziale Ausgrenzung ist für die meisten Menschen erniedrigend und deprimierend. Armut ist also schlimm, weil das soziale Leiden dazukommt, von anderen nicht ernst genommen zu werden.“

„Nicht jeder, der krank ist, wird arm. Aber bestimmte Gruppen der Gesellschaft, die ohnehin armutsgefährdet sind, werden durch Krankheiten so stark finanziell belastet, dass sie die Kosten nicht tragen können. Krankheit kann auch in Deutschland arm machen, insbesondere im Alter. Die Gesundheitskosten steigen mit dem Alter und die Einkommen steigen nicht mehr. Dadurch sind Ältere mit höheren Krankheits- und Pflegekosten stärker armutsgefährdet. Die beiden Hauptauslöser für Armut sind Krankheit und Kündigung. Vielleicht kommt der Niedriglohnsektor als Drittes hinzu: Er ist ein Einfallstor sowohl für Erwerbsarmut als auch für Altersarmut.“

## Doppelorden - Gedanken zum Muttertag

12. Mai, Muttertag: entstanden aus der Darstellung, dass Mütter immer verfügbar sind, verfügbar für Kinder und Mann, vielleicht ursprünglich mit dem positiven Ansatz, diese besondere Aufgabe der stetigen Hingabe an und

für die Kinder zu würdigen. Dann folgte die Kommerzialisierung, die Industrie verdiente an diesem Tag, der Druck, an dem Tag der Mutter etwas zu schenken, wuchs. Und der Gipfel der Entrechtung der Frauen folgte im Faschismus, als sie für möglichst viel arisches Kanonenfutter prämiert wurden.

Ich habe meinen Kindern deshalb schon sehr früh vermittelt, dass ich mich durchaus freue über den Brief, über das Bild aus Kindergarten oder Schule, dass aber der Internationale Frauentag der Tag ist, den alle Frauen feiern und begehen sollen. Hier geht es um die Rechte der Frauen, um Gleichberechtigung – und das ist die beste Grundlage dafür, auch eine gute Mutter sein zu können, selbstbestimmt und mutig. Und die Gesellschaft muss dazu gezwungen werden, die Rechte der Frauen anzuerkennen und zu

garantieren! Das müssen wir erkämpfen.

Florence Nightingale war sicherlich eine verdienstvolle Frau für die Entwicklung der Pflege. Sie entzog sich auch den gängigen gesellschaftlichen Konventionen ihrer Gesellschaftsschicht. Aber sie war keineswegs emanzipatorisch für die Frauen tätig. Sie sah einseitig die Notwendigkeit der Verbesserung der medizinischen Fürsorge durch die fachliche Entwicklung der Pflege. So lehnte sie es viele Jahre ab, dass Frauen Ärztinnen werden, Florence wollte sie damit letztlich in „dienender Funktion“ als Pflegende sehen.

Wenn jetzt in diesem Jahr der „Internationale Tag der Pflegenden“ auf den Muttertag fällt und unsere Krankenhausleitung dies in besonderer Weise herausstellt, so fällt es mir sehr schwer, dabei nichts „Böses“ zu denken!

Dienen als Mutter, hohe Ansprüche, allzeit bereit sein ..., unentgeltlich arbeiten.

Dienen als Krankenschwester, allzeit bereit sein, sie sind „die wahren Helden des Alltags“ – Menschen die sich tagaus, tagein für andere einsetzen – im Krankenhaus, durch Einspringen, Überstunden, mit niedrigem Lohn, Verzicht auf Familie ... passt auch auf die oben beschriebene Mutter!

Passt doch gut! So erhalte ich den Doppelorden für Mutter und Pflegende – ich möchte aber Gleichberechtigung, gleiches Geld für gleichwertige Arbeit, Mutteraufgaben abgeben können an Mann und Gesellschaft und nicht immer meinem kleinen Glück nach „Brot und Rosen“ hinterher laufen müssen!

Und so freue ich mich jedes Jahr, wenn meine Töchter an den Internationalen Frauentag denken!

Und von der Krankenhausleitung wünsche ich mir, dass sie mich als Frau in meiner Tätigkeit als Pflegende wertschätzen, dass sie mich anständig bezahlen, dass ich einen verlässlichen Dienstplan habe, dass ich Familie und Beruf vereinbaren kann ohne mich ständig zu verbiegen. Und dass ich Pflege so leisten kann, dass ich auch im Sinne von Florence sagen kann: ich habe gut gepflegt.



## Deutschland weiterhin Spitze bei stationären Behandlungsfällen!

### Presseerklärung des vdää (Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte) zum OECD Bericht über stationäre Überversorgung in Deutschland (15. April 2013)

Deutschland bleibt Spitze. Aber kein Grund zur Freude, eher zur Beunruhigung. Ein am 11. April vorgelegter Bericht der OECD belegt erneut, dass die stationären Behandlungsfälle in Deutschland in besorgniserregendem Maße steigen. Die OECD bezweifelt, dass dieser Anstieg medizinisch zu begründen ist. Deutschland ist Spitzenreiter bei Herzkathetern (624 Interventionen pro 100.000 Einwohner im Vergleich zu 177 im OECD-Durchschnitt), ebenso bei Leistenhernien-Operationen oder Hüftersatz.

Den Grund für diese medizinisch nicht zu rechtfertigende Zahl sieht die OECD im DRG-basierten Abrechnungssystem in Deutschland. Im Gegensatz zu allen anderen Ländern werden die DRG in Deutschland rein als Preissystem eingesetzt. Eine effektive Mengenbegrenzung gibt es nicht.

Was die OECD in ihrem Bericht aber leider nicht erwähnt, ist die Tatsache, dass die Ursache dieses Fallzahlanstiegs nicht bei profitorientierten Krankenhausmanagern oder in Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen liegt, sondern systembedingt ist. Die Entgelte für die erbrachten Leistungen steigen aufgrund des deutschen Regelwerks langsamer als die Kosten. Krankenhäuser können heute nur überleben, wenn sie die Fallzahl, also die Zahl behandelter Patienten steigern. Nur über steigende Patientenzahlen und Steigerung der Invasivität der Behandlung - z.B. mehr Operationen oder andere Interventionen - können die Kostensteigerungen im stationären Bereich aufgefangen werden. Da z.B. Tarifsteigerungen nicht ausreichend in den Preisen berücksichtigt werden, sind die Krankenhäuser gezwungen, mit dem gleichen Personal mehr Leistungen zu erbringen oder noch mehr Personal abzubauen. Fallzahlsteigerung ist deshalb zum Mantra deutscher Krankenhausmanager geworden.

Hinzu kommt, dass die Länder ihrer Verpflichtung, die notwendigen Inve-

stitutionen zu tragen, nicht nachkommen und daher Investitionen über DRG-Erlöse finanziert werden müssen. Versicherte müssen sich deshalb auch fragwürdigen oder nicht indizierten medizinischen Eingriffen unterziehen, um den Krankenhäusern ein Überleben zu ermöglichen - so die inzwischen völlig verkehrte Logik deutscher Krankenhäuser.

Zu Recht weist die OECD in ihrer leistungswerten Studie darauf hin, dass es in anderen Ländern, die ebenfalls DRG ein-

geführt haben, sinnvolle Werkzeuge zur Mengen- und Budgetregulierung gibt.

„Der vdää hat schon häufig darauf hingewiesen, dass er die in Deutschland praktizierte Anwendung der DRG als reines Preisinstrument für fatal hält“, so der Vorsitzende, Prof Wulf Dietrich.

„Wir betonen aber auch, dass eine sinnvolle Bedarfsplanung Voraussetzung einer guten stationären Versorgung darstellt. Hier fehlt es Deutschland gravierend. Leider erwähnt der OECD-Bericht diese Notwendigkeit einer Bedarfsplanung in seinem Bericht nicht“, so Dr. Peter Hoffmann aus dem Vorstand des vdää.

### Die Verbrechen der Marktwirtschaft - Folge 37:

## Euro-Krise kostet Menschenleben

Wegen rigider Sparpolitik haben viele Bürger in EU-Krisenländern keinen Zugang zu medizinischer Versorgung mehr. Einer Studie der Fachzeitschrift „Lancet“ zufolge breiten sich Infektionskrankheiten in bislang unbekanntem Ausmaß aus, die Zahl der Selbsttötungen steigt rapide. ... Am schlimmsten seien die Gesundheitssysteme jener Länder betroffen, die am stärksten bei den öffentlichen Ausgaben gespart hätten - konkret nennt die Studie Griechenland, Spanien und Portugal. In der Ausgabe widmet die Fachzeitschrift dem Gesundheitsstatus der Europäer eine ganze Serie - unter anderem stellt sie zudem gravierende Unterschiede beim Gesundheitszustand der Bevölkerung zwischen Ost- und Westeuropa fest. ... Die Experten um den Londoner Medizinprofessor Martin McKee werfen den Politikern in Europa zudem vor, diese Folgen der jüngsten Sparprogramme für die Gesundheit ihrer Bürger zu leugnen. ... Besonders in Griechenland müssten Krankenhäuser darum kämpfen, die medizinischen Mindeststandards zu halten. Laut Studie ist es in dem Land bereits zu besorgniserregenden Ausbrüchen von Krankheiten wie Malaria, West-Nil- oder Denguefieber gekommen. Im vergangenen Jahr sei zudem etwa die Zahl von HIV-Neuinfektionen unter Drogenabhängigen in die Höhe geschossen, nachdem Programme gestoppt worden waren, die Konsumenten mit sterilen Injektionsnadeln versorgten. ... In Europa brechen demnach zum ersten Mal Epidemien wie Malaria aus, auch bei Selbsttötungen sei ein großer Anstieg zu verzeichnen. Die tiefen Haushaltseinschnitte und steigende Arbeitslosigkeit führten unter anderem zu fallenden Einkommen und einer Verschlechterung der Gesundheitssysteme, weswegen weniger Menschen zum Arzt gingen oder sich Medikamente kauften, heißt es in einer Studie in der medizinischen Fachzeitschrift „The Lancet“. Als Folge davon habe sich seit 2007 - dem letzten Jahr vor Ausbruch der Weltfinanzkrise - etwa der langfristige Rückgang bei Selbstmorden umgekehrt. In Griechenland etwa sind Regierungsangaben zufolge die Selbsttötungen allein im Jahr 2011 im Vergleich zum Vorjahr um 40 Prozent gestiegen.

**Wer sich darüber wundert, versteht nichts von der Wirtschaft. Wer sich darüber aufregt, beginnt sie zu verstehen.**

Quelle: Spiegel online, 27. März 2011

## Vorankündigung: „Wir strampeln uns für Sie ab“

### *Fahrradkorso durch Stuttgart für eine bessere Krankenhausfinanzierung und gesetzliche Personalbemessung geplant*

Zwei Monate vor der Bundestagswahl wollen die Krankenhausbeschäftigten mit einem Fahrradkorso wie schon 2008 auf den politischen Handlungsbedarf bei der Krankenhausfinanzierung und den Personalmangel in den Krankenhäusern öffentlich aufmerksam machen. Für Donnerstag, den 11. Juli 2013 organisieren die betrieblichen Interessensvertretungen (Betriebs- und Personalräte und Mitarbeitervertretungen) der Krankenhäuser in der Region zusammen mit dem ver.di-Bezirk diesen Fahrradkorso durch Stuttgart.

Geplant ist, sechs Stuttgarter Krankenhäuser mit unterschiedlicher Trägerschaft nacheinander mit einem Fahrradkorso zu besuchen. In Zwischenkundgebungen an den einzelnen Krankenhäusern wird auf die prekäre Situation aufmerksam gemacht, in der sich die einzelnen Krankenhäuser und Beschäftigten durch die politisch gewollte Unterfinanzierung der Krankenhäuser befinden. Ein Teil der Beschäftigten wird dann anschließend wieder zur Arbeit zurückkehren und ein Teil wird sich dem Fahrradkorso anschließen. Es beginnt mit der Fahrt einer Delegation aus dem Robert-Bosch-Krankenhaus hinab in den Kessel zur Auftaktkundgebung vor dem Katharinenhospital. Von dort geht es weiter zum evangelischen Diakonie-Klinikum. Von dort über das katholische Marienhospital zu der privaten Psychiatrie Furtbachkrankenhaus. Über die B14 besuchen wir schließlich das Karl-Olga-Krankenhaus (Sana). Eingeladen zum Fahrradkorso sind auch die Krankenhausbeschäftigten der Kreise Böblingen, Ludwigsburg und des Rems-Murr-Kreises. Ab 14 Uhr findet die Schlusskundgebung auf dem Schloßplatz statt, sodass dort auch der Frühdienst der Stuttgarter Krankenhäuser teilnehmen kann. Im Zentrum steht die Darstellung der konkreten Folgen der aktuellen Krankenhauspolitik. Und es wird um die zentralen Forderungen nach mehr Personal durch eine gesetzliche Personalbemessung und nach mehr Geld für die Krankenhäuser, um dies finanzieren zu können, gehen. Zur Schlusskundgebung werden die Bundestagskandidaten der Region eingeladen. Sie bekommen die Möglichkeit vorzustellen, wie sie die Situation für die Krankenhausbeschäftigten und die Patienten wieder in eine verantwortbare Situation bringen wollen. Für diesen Fahrradkorso werden noch eigene Flugblätter verteilt.

## Kindereuthanasie in der städtischen Kinderklinik vor 70 Jahren

Mit einer Stolpersteinverlegung am 13. April in der Türlenstrasse 22a beim Bürgerhospital vor dem Eingang des ehemaligen Stuttgarter Kinderkrankenhauses gedachten über 200 Teilnehmer dem Schicksal von Gerda Metzger, stellvertretend für vermutlich 52 Tötungen an geistig und körperlich behinderten Kindern und Jugendlichen in der sogenannten Kinderfachabteilung in Stuttgart.

Recherchen von Karl-Heinz Marquart, ehemaliger Angestellter des Stuttgarter Gesundheitsamtes und Mitglied der Stuttgarter Stolpersteininitiative, hatten ergeben, dass es auch in Stuttgart zwischen 1943 und 1945 eine der 30 reichsweit und streng geheimen Kinderfachabteilungen gab. Gerda Metzger war mit drei Jahren von daheim, Flacht bei Weissach, durch einen Arzt ohne Zustimmung der Mutter wegen spastischer Lähmungen abgeholt worden. Kurz danach war die kleine Gerda gestorben.

In einem Grußwort machte die ehrenamtliche Behindertenbeauftragte der Stadt Stuttgart Ursula Marx deutlich, dass auch

OB Kuhn an einer Aufarbeitung der Nazizeit und der Euthanasie interessiert sei und dies fördern wolle.

### **Ausstellung im Rathaus geplant**

Für November 2013 führt die Stolpersteininitiative zusammen mit der ver.di-Betriebsgruppe des Klinikums

Stuttgart die Ausstellung „Im Gedenken der Kinder“ durch. Diese Ausstellung behandelt die Kinderfachabteilungen und Kindereuthanasie im Dritten Reich. Für diese Ausstellung hat Bürgermeister Wölfler das Rathaus zur Verfügung gestellt. Verschiedene Initiativen, aber auch die Stadt Stuttgart, werden die Ausstellung mit einem informativen Programm begleiten, bei der auch

diskutiert wird und nicht nur die Vergangenheit sondern auch Entwicklungen in der Gegenwart und Zukunft. Die Ausstellung wird am 6. November 2013 eröffnet und endet am 29. November. Inzwischen wird die Ausstellung auch finanziell unterstützt durch andere Organisationen wie die Caritas und Aktion Mensch.

Die ver.di-Betriebsgruppe verbindet mit der Ausstellung auch die Hoffnung, dass die Stadt Stuttgart nun endlich die dunkle Vergangenheit der städtischen Kliniken während der Naziherrschaft aufarbeitet.

