

KRANKENHAUS info

ver.di

Betriebsgruppe Klinikum Stuttgart

Nr. 1/15 Jan./Feb 2015

INHALT:

Aktion „Personalnot tötet“	S.3
Erfahrung kommt nicht allein	S.4
Springerpool in der Pflege	S.5
Berta: Uff ond zua ...	S.6
Knigge für Psychiatrie	S.7
aus den Krankenhäusern ...	S.8-9
Verschlechterung für Kliniken	S.10
Bündnis gg. Ökonomisierung	S.11
Gesundheitstourismus	S.12
PEPP muss weg	S.12
AfD im Gemeinderat	S.14
Helpen Pflegekammern?	S.14
Verbrechen Marktwirtschaft	S.15
Sozial- und Erziehungsdienst	S.16

Wann kommt genug Personal für eine sichere Versorgung?

Die am 5.12.2014 vorgelegten Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform machen deutlich: Die Politik hat die Brisanz der Arbeitsbedingungen und der Patientenversorgung in den Krankenhäusern noch nicht erfasst. Trotz der Appelle von Betriebsräten, Personalräten, Mitarbeitervertretungen, Jugend- und Auszubildendenvertretungen aus den Krankenhäusern, trotz wissenschaftlicher Analysen und Empfehlungen, trotz zahlreicher Gespräche mit Abgeordneten, trotz jahrelanger Aktivitäten und Hinweise der Beschäftigten und trotz

Fortsetzung S.3, 1. Spalte

Werden Arbeitnehmerschutzrechte verletzt, kann nicht beim Personal gespart werden

Verschlechterung der Krankenhausfinanzierung erfordert größeres Engagement der Stadt

Seit Jahren kämpfen ver.di und der Personalrat gemeinsam gegen die chronische Unterfinanzierung der Krankenhäuser durch Bund und Land und darum, die negativen Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten und die Versorgung der Patient/-innen im Klinikum möglichst gering zu halten. Auf diesem Weg gelang es immer wieder - vor allem durch Aktionen gemeinsam mit Beschäftigten und ihren betrieblichen Interessenvertretungen aus anderen Krankenhäusern, teilweise auch gemeinsam mit Vertretern der Krankenhausträger – einzelne Erfolge zu erzielen. Trotz dieser Erfolge wie z.B. die verbesserte Investitionsförderung unter der grün-roten Landesregierung kommt das Klinikum aber weiterhin finanziell ins Minus, wie die Hälfte aller Kranken-

häuser in Baden-Württemberg auch.

Ohne die Leistungen, die die Stadt Stuttgart seit 2005 im Rahmen des 4-Seiten-Vertrags für das Klinikum erbringt, in irgendeiner Weise schmälern zu wollen, reichen jedoch auch diese nicht aus, um die unzureichende Krankenhausfinanzierung zu kompensieren. Seit Jahren wird der ungedeckte Teil des Defizits durch einen unzureichenden Personaleinsatz wieder reingeholt. Die Beschäftigten sind aber weder verantwortlich für die finanziellen Defizite, noch sind sie in der Lage diese auszugleichen. Das wird schon dadurch deutlich, dass regelmäßig in Überlastungs- und Gefährdungsanzeigen Verletzungen von Arbeitnehmerschutzrechten wie auch

Fortsetzung S.2, 1. Spalte



ver.di-Vertrauensleute/Personalräte aus dem Klinikum bei der Aktion „Schwarze Null – Nicht auf unserem Rücken!“ am 12. Dezember 2014 beim Krankenhausausschuss des Gemeinderats Stuttgart. Eine weitere Aktion ist geplant. (siehe Kasten S.2)

Fortsetzung: **Schutzrechte ...**

Gefährdungen der Patientensicherheit dokumentiert werden.

Dies ist die Folge davon, dass

- trotz verbesserter Investitionsförderung des Landes und trotz städtischer Zuschüsse weiterhin im Klinikum Baustellen mit Personalstellen finanziert werden, also Einnahmen, die für Personal zur Patientenversorgung vorgesehen sind, für Investitionen ausgegeben werden.
- das Klinikum Rücklagen bilden muss für Pensionen von Beamten, Chefärzten und ihren Witwen aufgrund eines Gemeinderatsbeschlusses. Wie absurd dies ist, zeigt das Beispiel der Stadt Offenbach, wo das städtische Klinikum zwar für 1 Euro an die SANA verkauft wurde, die Stadt aber die Pensionskosten komplett selbst übernommen hat.
- die ambulante Versorgung in guter Qualität, die das Klinikum für die Bevölkerung leistet – gerade auch in Bereichen, wo die niedergelassenen Ärzte dies nicht anbieten – völlig unzureichend vergütet wird.

Diese nicht finanzierten Kosten werden letztlich beim Personal wieder hereingewirtschaftet. Dies geht zu Lasten der Patientensicherheit und der Arbeitnehmerschutzrechte und muss überdacht werden, auch wenn im 4-Seiten-Vertrag seinerzeit Kompromisse in diesen Punkten gemacht wurden.

Inzwischen haben sich die Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung

aber weiter verschlechtert. Zumindest 2015 wird es durch den Gesetzgeber keine zusätzlichen finanziellen Mittel geben. Die Geschäftsführung führt mit dem Personalrat Gespräche darüber, wie ein größeres Defizit als erwartet in 2015 durch Einsparungen auf die schwarze Null zurückgeführt werden kann.

Sowohl die Erreichung eines ausgeglichenen Betriebsergebnisses als auch die Einhaltung der Arbeitnehmerschutzrechte (Gesetze, Tarifverträge, Dienstvereinbarungen) sind gleichrangige Ziele des 4-Seiten-Vertrags. Sobald eines dieser Ziele des Vertrags gefährdet ist, müssen in Projektstrukturen unter Beteiligung des Personalrats Gegenmaßnahmen erarbeitet werden. Dies geschieht derzeit jedoch nur zum gefährdeten Betriebsergebnis und nicht zur Verletzung der Arbeitnehmerschutzrechte. Dass Gesetze oft verletzt werden, belegen über 900 Überlastungsanzeigen im Klinikum Stuttgart in 2014. Pausen, Höchstarbeitszeit, Mindestruhezeit werden nicht eingehalten. Auszubildende werden häufig nicht richtig angeleitet. Hier muss mit Entlastungsmaßnahmen gegengesteuert werden, statt mit Einsparungen die Beschäftigten weiter zu belasten.

Entsprechend dem 4-Seiten-Vertrag ist die Stadt, wie die anderen Vertragspartner auch, verpflichtet, bei Verschlechterungen der Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung, wie sie derzeit geschehen, in Verhandlungen über Ausgleichsmaßnahmen einzutreten. D.h. die Stadt kann Gespräche darüber, ob sie einen größeren finanziellen Aus-

gleich leistet, nicht von vorne herein ausschließen.

OB Kuhn und Bürgermeister Wölfle verweisen auf gestiegene Personalzahlen. Dies entbindet die Stadt aber nicht von ihrer Gesprächsverpflichtung. Auch übersehen sie dabei, dass die Arbeitsbelastung durch Zunahme der Fälle, der Fallschwere und die Verkürzung der Verweildauer in den letzten Jahren insgesamt gestiegen ist. Dabei wurde nur bei den Ärzten entsprechend mehr Personal aufgebaut. Beim Pflegepersonal wurden entsprechend weniger Personalstellen geschaffen. Dies erklärt auch, dass der Großteil der Überlastungs- und Gefährdungsanzeigen aus der Pflege kommt. Jetzt sollen aber in der Pflege deutlich mehr Stellen abgebaut werden als z.B. bei den Ärzten.

Es kommt hinzu, dass statt der erwarteten Kostensenkungen - wie etwa durch den Neubau OH/FK - hier höhere Kosten anfallen. Die Umstrukturierungs- und Baumaßnahmen stellen eine weitere Belastung dar (z.B. 66 Umzüge innerhalb des Klinikums 2015).

Vor diesem Hintergrund bleibt die Stadt weiter aufgefordert, Gespräche mit den Vertragspartnern des 4-Seiten-Vertrags (Geschäftsführung, Personalrat, ver.di) über ihren Anteil am Ausgleich der Unterfinanzierung des Klinikums und zur Entlastung der Beschäftigten zu führen. Die Beschäftigten können keinesfalls die zusätzlichen Belastungen alleine auf sich nehmen. Eine gute und sichere Patientenversorgung geht nur mit guten Arbeitsbedingungen der Beschäftigten!

ver.di ist weiterhin bereit, sich zusammen mit der Stadt für bessere Finanzierungsbedingungen der Krankenhäuser einzusetzen und den verantwortlichen Politikern von Bund und Land die prekäre Situation deutlich zu machen. Nur muss dies dem Personal und der Patientenversorgung zu Gute kommen. Deshalb brauchen wir eine gesetzliche Personalbemessung.

VORANKÜNDIGUNG

Am Freitag, 13. Februar 2015 wird im Krankenhausschuss des Gemeinderats über die wirtschaftliche Situation des Klinikums beraten.

Ver.di ruft auf:

Zeigen wir den Stadträtinnen/Stadträten und den Bürgermeistern, was wir davon halten, zusätzliche Defizite komplett auf die Beschäftigten abzuwälzen!

Schwarze Null – nicht auf unserem Rücken!

Wo Arbeitnehmerschutzrechte verletzt werden, kann nicht beim Personal gespart werden!

Treffpunkt: 8:00 Uhr Rathaustreppe vor dem Rathaus

Um 8:30 Uhr beginnt die Sitzung des Krankenhausausschusses

Herausgeber:

ver.di Bezirk Stuttgart

Betriebsgruppe Klinikum

V.i.S.d.P.: Christina Ernst

Lautenschlagerstr, 20, 70173 Stgt.

Tel: 0711-1664-030

Redaktionsschluss: 14.1.2015

Fortsetzung: **Genug Personal...**

entsprechender Berichterstattung in den Medien. Klar ist, alle die es wissen wollen, können es wissen.

Seit Jahren weisen Beschäftigte in den Krankenhäusern mit Gefahrenanzeigen auf den Personalnotstand hin. „Die Sicherheit der Patienten ist gefährdet. In den deutschen Kliniken gibt es erhebliche Probleme, Nachwuchs für die ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Berufe zu gewinnen. Ursächlich sind die Arbeitsbedingungen. Auszubildende in der Pflege bekommen keine ausreichende Praxisanleitung, Reinigung und Küche haben Not, mit immer weniger Personal die geforderten Standards zu erfüllen. Mangelnde Hygiene kostet Leben. Die Arbeitsbelastung unserer Kolleginnen und Kollegen schadet der eigenen Gesundheit. In den Kliniken fehlen 162.000 Vollzeitbeschäftigte, darunter allein 70.000 Pflegekräfte. Kein Akteur im Gesundheitswesen leugnet die Diagnose: dramatischer Personalmangel. (...) Wir appellieren an die Verantwortlichen im Bundestag und in den Landesparlamenten: Ignorieren Sie die Personalnot in den Krankenhäusern nicht länger. Schaffen Sie die Grundlagen, damit Patienten wieder gut und sicher versorgt werden. Sorgen Sie dafür, dass die gesetzliche Personalbemessung im Krankenhaus unverzüglich kommt und dem Arbeits- und Gesundheitsschutz der Beschäftigten Rechnung getragen wird. Stellen Sie sicher, dass das erforderliche Personal entsprechend finanziert wird und nachweislich durchgängig vorhanden ist (...)“, heißt es in dem Berliner Appell der betrieblichen Interessenvertretungen vom 14.11.2014.

Der Gesundheitsökonom Professor Greß und der Gesundheitswissenschaftler Professor Stegmüller haben im Auftrag von ver.di internationale Studien unter die Lupe genommen, die sich mit der Wechselwirkung von Personalstärke und Pflegequalität befassen. Die Ergebnisse dieser Studien sind eindeutig: Je weniger Pflegepersonal, desto schlechter die Pflege, desto mehr Patienten sterben. Greß und Stegmüller fordern: Der Staat muss per Gesetz vorschreiben, wie viele Pflegekräfte auf Station gebraucht werden – Fachkräfte wie Hilfskräfte. „Je mehr Pflegekräfte auf den Stationen arbeiten, desto weniger oft kommen In-

Fortsetzung S.4, 1. Spalte

Aktion „Personalnot tötet“ – ver.di fordert gesetzliche Personalbemessung

Über hundert Beschäftigte aus dem Gesundheits- und Sozialwesen haben am 14. Januar 2015 in Stuttgart mit einer Aktion auf den Personalnotstand in den Kliniken hingewiesen und eine gesetzliche Personalbemessung gefordert:

„Wir brauchen Bedarfsorientierung statt mehr Markt und Wettbewerb. Das DRG-Preis-System ist der derzeitige Höhepunkt der Ökonomisierung der Krankenhausversorgung und das Grundübel der Krankenhausfinanzierung. Dieses System muss kurzfristig eingedämmt und mittelfristig durch eine bedarfsorientierte Finanzierung ersetzt werden.“

Personalnot tötet, deshalb muss jetzt die Notbremse gezogen werden. Wir brauchen eine gesetzliche Personalbemessung, sonst werden Patienten zu Opfern der chronischen Unterbesetzung auf den Stationen, was zahlreiche Studien längst belegen“, forderte Volker Mörbe, ehrenamtlicher Vorsitzender des Landesfachbereichsvorstand Gesundheitswesen bei ver.di Baden-Württemberg und Vertrauensleutesprecher am Klinikum Stuttgart bei der Aktion.



Fortsetzung: **Genug Personal ...**

fektionen vor, desto weniger Stürze, desto seltener werden falsche Medikamente ausgegeben. (...) Wobei die Ergebnisse noch eindeutiger werden, wenn mehr Fachkräfte auf den Stationen arbeiten. (...) Wir brauchen klare gesetzliche Regelungen zur Personalbemessung auf den Stationen. Es muss en detail festgelegt werden, wie viele Pflegerinnen und Pfleger mindestens in einer Schicht eingesetzt werden und welche Qualifikation sie vorweisen müssen. Es kann ja auch nicht sein, dass auf einer Station nur Angelernte arbeiten. Oder nur eine Schwester oder ein Pfleger und ansonsten nur Hilfskräfte. Das kommt die Klinik zwar günstig, überfordert aber jede Fachkraft“, sagt Professor Greß in einem ver.di-Interview.

Das derzeitige System der Finanzierung der im Krankenhaus erbrachten Leistungen über Fallpauschalen (DRGs) berge „die Gefahr, dass sich die Personalknappheit nachhaltig manifestiert“, so die Warnung des Forscherteams der Universität Duisburg-Essen unter Leitung von Professor Wasem. Um dem entgegenzuwirken, sei ein Bündel von Maßnahmen nötig. Ein Ansatz könne die Pflegepersonalregelung sein, die derzeit vielfach als Verrechnungsinstrument genutzt werde.

„Das Fallpauschalensystem der DRG's erzwingt systematisch durch die Konkurrenz der Kliniken eine immer weitergehende Senkung der Behandlungskosten – ohne Rücksicht auf die Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten und die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten“, schreibt die ver.di-Bundesfachkommission Ärztinnen und Ärzte. „Eine gute, menschenwürdige Versorgung braucht eine ausreichende Personalausstattung. Da auf freiwillige Einsicht der Krankenhausträger nicht zu hoffen ist, brauchen wir eine gesetzliche Personalbemessung für alle Beschäftigten im Krankenhaus.“

Auch Professor Simon von der Hochschule Hannover spricht sich für einen verbindlichen Personalbesetzungsstandard auf den Stationen aus: „Vor allem, wenn man bedenkt, dass eine gute Nachsorge für die Patientinnen und Patienten essenziell ist. (...) In der Regel ist es vor allem das Pflegepersonal, das sich nach der Operation um die Kranken kümmert und die Anzeichen einer Kom-

plikation erkennen muss. Wenn es zu wenig Zeit hat, alle Patientinnen und Patienten im Auge zu behalten, kann das zu schweren Komplikationen führen, die unter Umständen tödlich verlaufen. Wenn wir nicht länger eine Pflege hinnehmen wollen, die für die Patienten gefährliche Züge annimmt, muss die Politik handeln und Regeln aufstellen, an die sich alle halten müssen. Ohne ein staatliches Eingreifen wird sich die Situation noch weiter verschlimmern. Das kann keiner wollen“, so Prof. Simon in einem Interview mit ver.di.

ver.di-Bundesvorstandsmitglied Sylvia Bühler sieht sich von den Ergebnissen bestätigt, die Einführung einer gesetzlichen Personalbemessung zu fordern. „Alle Sachzwang-Argumente sind hinfällig“, betont sie. „Es ist keine Frage, ob es geht, sondern ob man es will. Die Politik kann und muss den Personalnotstand bekämpfen. (...) Diese Personalnot ist gefährlich für die Patienten und schlecht für die Gesundheit der Beschäftigten.“

Auch S. Wöhrmann vom Verband der Ersatzkassen fordert eine Personalbemessung als Fangnetz neben dem Abrechnungssystem der Fallpauschalen.

Wer Versorgungsqualität will, braucht eine gesetzliche Personalbemessung

Die Personalnot in den Krankenhäusern muss schneller und nachhaltiger besei-

tigt werden, als es das Eckpunktepapier vorsieht. Die Gesundheit der Krankenhausbeschäftigten und der Patienten darf nicht länger auf's Spiel gesetzt werden. Wir fordern daher weiterhin von den politisch Verantwortlichen:

- Als Sofortmaßnahme in den patientennahen Pflegebereichen das durch die Pflegepersonalregelung (PPR) errechnete Personal zu 100 Prozent zur Verfügung zu stellen und zu finanzieren.
- Die Krankenhäuser im Gegenzug zu verpflichten den Nachweis der Stellenbesetzung gegenüber den Krankenkassen zu erbringen.
- Die vorgeschlagene Expertenkommission mit der Weiterentwicklung der PPR zu einer bedarfsgerechten Personalbemessung für alle Berufsgruppen im Krankenhaus zu beauftragen.
- Finanzierung über Zusatzentgelte außerhalb des DRG-Systems zur Eindämmung dessen negativer Auswirkungen.

Dies ist nicht nur im Interesse von Krankenhausbeschäftigten, sondern auch von Krankenversicherten und müsste ebenfalls im Interesse von Krankenkassen, Stadt- und Kreisräten und Krankenhausträgern sein.

Erfahrung kommt nicht von alleine

Warum eine gute Einarbeitung so wichtig ist

Es kommt im Klinikum inzwischen häufiger vor, dass durch Umstrukturierungen, Stationsschließungen, Stationsteilungen, Stationszusammenlegungen oder Stationsneueröffnungen Pflege-teams auseinandergerissen, wieder neu zusammen gesetzt oder ganz neu aufgebaut werden. Dies geht oft auch einher mit dem Weggang langjähriger und entsprechend erfahrener Pflegekräfte auf andere Stationen. In vielen der betroffenen Pflegeteams ist der Anteil an jüngeren Pflegekräften hoch, die ihr Examen vor ein oder zwei Jahren absolviert haben oder frisch examiniert sind. Gerade nach dem Umzug von OH/FK in den Neubau kam es wochenlang auf

einzelnen Stationen vor, dass die Hälfte der Schichtbesetzungen oder sogar mehr entweder frisch examiniert oder Leasing-Kräfte waren und die andere Hälfte erst seit relativ kurzer Zeit im Beruf.

Da hilft es wenig, wenn das (in der Regel ohnehin zu knappe) Stellenbudget voll besetzt ist. Wird dies allein zum Maßstab genommen, welche Arbeitsbelastungen den Kolleginnen und Kollegen zugemutet werden können, entstehen schnell Überlastungs- und Gefährdungssituationen. Sowohl Anleitende wie auch Angeleitete brauchen Zeit in den Schichten zum Einarbeiten. Diese Zeit gibt es nur dann, wenn entweder die Schichten überproportional gut besetzt

sind oder weniger Patient/-innen zu versorgen sind. Also Überschreitung der Stellenbudgets während einer ausreichenden Einarbeitungszeit oder weniger zu versorgende und weniger aufwändige Patient/-innen. Dabei dürfen auch zeitweise Bettenschließungen nicht ausgeschlossen werden. Wird zu schnell nach einer Stationsneueröffnung auf volle Belegung gegangen, etwa nach dem Motto „zwei Wochen Einarbeitung reichen aus“, droht, dass gerade jüngere und noch nicht so erfahrene Pflegekräfte sprichwörtlich verheizt werden: Come in and burn out!

Um dem vorzubeugen muss künftig bei Stationsveränderungen der Zeit- und Personalbedarf für Einarbeitung und Anleitung, für Teamgespräche und Austausch zwischen den Schichten, für das Erproben von Stationskonzepten, für das Bearbeiten und Beheben der zahlreichen Mängel im Neubau oder nach Umbau von vorneherein mitberücksichtigt werden. Ansonsten drohen bei den zahlreichen Veränderungen in den nächsten Jahren – 2015 stehen 66 Umzüge an – Bedingungen, „bei denen man nur noch die Flucht ergreifen will“, wie es eine Kollegin nach dem OH-Umzug beschrieb. Soweit darf es erst gar nicht kommen.

Springerpool in der Pflege – die Lösung bei Personalausfall?

Pflegedirektorin Frau Klein befördert zurzeit nachdrücklich den weiteren Aufbau des Springerpools. Die bisher auf einige Zentren beschränkte Regelung soll massiv auf das ganze Klinikum ausgeweitet werden, damit akute Personalausfälle kurzfristig kompensiert werden können.

Diese an und für sich gute Idee hat jedoch einen Haken: Nehmen wir einmal an, klinikumsweit soll ein Springerpool von 50 Vollzeitstellen in der Pflege für periphere Erwachsenenstationen eingeführt werden. Das hieße, die Pflegedirektion gibt indirekt zu, dass auf den Stationen jeden Tag 50 Kolleginnen und Kollegen fehlen. Diese beispielhaft angenommenen 50 Springer-Stellen erhalten die Einsatzorte aber nicht zusätzlich. Nein, da nichts teurer werden darf, müssen die für den Pool notwendigen „neuen“ Stellen aus den bestehenden Stellenbudgets abgezogen werden. So sind vor Ort auf den Stationen im Arbeitsalltag WENIGER Mitarbeiter/-innen als ohne Springerpool.

Da von den Poolmitarbeiter/-innen eine gehörige Flexibilität gefordert wird (sie arbeiten in drei verschiedenen Teams

und müssen die jeweiligen Örtlichkeiten und Abläufe der Einsatzorte kennen), wird bisher ihre Arbeitszeit mit einem Faktor von 1,1 angerechnet (bei Vollbeschäftigung ca. zwei bezahlte freie Tage im Monat) und die Dienstplansicherheit vier Wochen vor dem Einsatzzeitraum versprochen. Es ist aber auch zu berücksichtigen, dass sie weitgehend alleine dastehen, da sie eigentlich zu keinem Team dazugehören, was gerade in einem Beruf, der schlechte Arbeitsbedingungen aufweist wie die Pflege, ein ausschlaggebender Aspekt ist.

Für die Stationsleitungen kommt eine besondere Belastung hinzu: Sie sollen auch noch den Springer-Dienstplan schreiben. Dies umfasst die Koordination von drei Dienstplänen und den Springerkräften. Dabei sind die Stationsleitungen bereits heute schon oft so überlastet, dass sie kaum wissen, welche Arbeit sie zuerst erledigen sollen.

Fazit: Statt den Springerpool immer mehr auszuweiten, sollte die Pflegedirektion lieber die Stationen mit so viel Personal ausstatten, dass ein kurzfristiger Ausfall im Team kompensiert werden kann!



Erfolg bei Investitionskostenfinanzierung

ver.di und BIV haben gemeinsam mit Delegationen aus vielen Krankenhäusern Baden-Württembergs am 16.10.14 vor dem Landtag für eine gesetzliche Personalbemessung und eine Erhöhung der Investitionskostenförderung durch das Land demonstriert. Sozialministerin Altpeter, die SPD und die Grünen versprochen, sich für eine solche gesetzliche Regelung einzusetzen.

Unsere Protestaktionen vor dem Landtag und unsere Gespräche mit den Parteien in Bezug auf die Investitionskostenfinanzierung waren erfolgreich: Das Land Baden-Württemberg erhöht die Mittel für Investitionen um weitere 50 Mio. Euro pro Jahr auf 450 Mio. Insgesamt wurden die Gelder seit 2010 um 130 Mio. jährlich erhöht. Das reicht zwar immer noch nicht (nötig wären 600 Mio.), aber es ist ein schöner Erfolg unserer Aktivitäten unter dem Motto: „Baustellen nicht mit Personalstellen finanzieren.“



Berta meint:

Uff ond zua, mr han koi Ruah

„Hoscht des scho g'heert, Berta“ ruft die Erna ibr de Flur, „ha so e Sauerei, etzt machet se die Kurzlieger zua. Dabei han se die doch erscht vor e paar Jahr uffg'macht. Dreimol derschft roda, wo die Patienta nokommat. Des goht doch ellas uff onsera Knocha!“

„Abr Erna“, sag i „etzt reg di halt wiedr ab. Woischt Du et, dass unsere Strukturen und Prozesse den Entwicklungen von Bedarf und

Hohe Krankenhausauslastung führt zu mehr Todesfällen

Je mehr Krankenhausbetten belegt sind, desto höher ist die Sterberate der Patienten. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie der Universität Köln.

Für die Studie hat ein Forscherteam um den Kölner Professor für Management im Gesundheitswesen, Ludwig Kuntz, die Daten von 82.280 Patienten aus 256 Abteilungen in 83 deutschen Krankenhäusern ausgewertet. 14.321 dieser Patienten lagen im Krankenhaus, als die Bettenauslastung 92,5 Prozent überschritt. 541 von ihnen starben dort. Demnach hätten 14,4 Prozent überleben können, wenn die Bettenauslastung nicht so hoch gewesen wäre. Die Autoren behaupten daher, das Personal eines Krankenhauses sei nur auf eine durchschnittliche Bettenauslastung von 85 bis 90 Prozent vorbereitet. Seien die Betten zu mehr als 90 Prozent belegt, wachse demnach der Druck auf Ärzte und Pflegekräfte. Folglich passierten auch mehr Fehler und Pflegeanweisungen würden aus Zeitmangel nicht befolgt. Das bringe die Patienten in Gefahr. Die Studie „Stress on the Ward: Evidence of Safety Tipping Points in Hospitals“, ist im Fachjournal Management Science veröffentlicht worden.

Nachfrage angepasst sind?“ „Also mei Bedarf is desch net ond i hab au et drom nachg'frot!“

„Erna, wie lang schaffscht du eigentlich scho do? Woischt du immer noch net, dass es et um dich goht? Hoscht et des neia Schreiba vo dr Direktion gläsa? Schdradegieprozess 2025. Guck, du woischt doch: Wenn dr Markt sagt: Machet e neia Statio uff, no werd se uffg'macht. Ond wenn dr Markt sagt: Machet die Statio

widdr zua, no werd sie halt widdr zuagmacht. So oifach isch des.“ „Dr Markt, dr Markt“, regt se sich uff, „wer isch au däs? D' Menscha intressieret mi eigentlich viel meh!“

„Oh Erna, du lebscht doch hinterm Mond. Du deedscht dich viel besser endlich iddendifizier!“ „Was, i soll mi infiddsiera?“ „Net infiddsiera, Erna, iddendifizier!“ Die glotzt wie dr Ochs vorem Scheinador. „I-d-d-e-n-t-i-f-i-z-i-e-r-a“, sag i, „mit der M-a-r-k-e.“ I sodd mit meim domma Leddag'schwätz uffhera, sie hedd sich noch nie an dr Marke vo ihm Waldi infiddsiert.

Also manchmol kabiert die abr au garnix. „S'goht et um die Hundemarke vo doim Daggel“, sag i, „s'goht um die Marke, in dera wo du schaffa duscht!“ „Was, in oinera Marke dät i schaffa? Willscht du mich fer bleed verkaufa?“ „Ha, i net, i net. Abr hoscht et gläsa? Die Direktion schreibt, dass mir zwoi ons iddendifizieret „mit der Marke Klinikum Stuttgart und mit den Teilmarken Katharinenhospital, Olgahospital und Krankenhaus Bad Cannstatt.“ „Waret des no Zeida“, schdehnt do die Erna, „wo mir noch in einem Krankahaus g'schafft han.“

„Erna, du bisch ond bleibsch halt vo vorgeschdern. Mir schaffet scho lang in koim Krankahaus mehr, mir schaffet in einem Unternehmen. Erna, ein U-n-t-e-r-n-e-h-m-e-n!“



Sylvia Bühler, ver.di-Bundesvorstandsmitglied (rechts) und Teilnehmer/-innen der Landesfachbereichskonferenz Gesundheitswesen ver.di Baden-Württemberg am 14. Januar 2015 bei der Aktion für eine gesetzliche Personalbemessung „Personalnot tötet“

Ond was isch des Wichdigscha en so einem Unternehmen? Die Marke. Ond warum? Wäga dem Marketing. Ond warum däs? Wäga dem Markt. Ond warum der? Weil ellas nach dem seinera Pfeif danzt."

„Ja, do isch abr au scho so mancher Dänzer dribr g'schdolbert ond ganz arg uff d'Nas gfalla“, hott die Erna no bruddelt, sie hätt do grad was ibrs Klinikum in Mannheim gläsa. Die kenndad gar nemme opariera, weil d'Kakerlake uffm OP-B'schteck danza dädet.

„Ach Erna“ sag i bloß noch, „du immr mit deiner osachliche Polemik. Bei ons werd jedenfalls operiert uff Deifel kumm raus. Ond lieber e bissla mehr operiert. Ond no a bissla mehr. Wenns no dr Markt hergibt. D'Patienta werdet scho et Noi saga. Hauptsach, mr hennt ein positives operatives Betriebsergebnis. Schtoht em Schradegieprozess 2025. Ond du moinscht immr noch, s'goht om Menscha...“

...wundert sich

Eure Berta

Reinplatzen, überfahren, abdampfen

Neulich kamen in das Büro einer Kollegin fünf ihr fremde Personen. Da sie sich nicht vorstellten, fragte die Kollegin nach. Zur Antwort bekam sie, dass eine Person Frau Klein, die Pflegedirektorin sei, über die anderen erfuhr sie nichts. Die Besucher stellten fest, dass in die-



Das Allerletzte: du, er und sie Neuer Knigge für die Psychiatrie

Aufgemerkt! Die Zentrumsleitung des ZSG (auch bekannt als „Die glorreichen Drei“) verkünden die neue Sprachregelung und stellen damit ihre Führungsqualität bezüglich des Umgangs mit ihren Untergebenen unter Beweis: So wird kommuniziert! Dienstanweisung also!

Leider hapert es aber mit der deutschen Grammatik: „aus gegebenem Anlass weisen wir Sie darauf hin, dass in Umgang und Kommunikation mit den Patienten des ZSG stets die 3. Person Singular („Sie“) zu wählen ist. Ein Duzen hat grundsätzlich zu unterbleiben.“

Verboten ist also: Kommst du bitte deine Medikamente holen? Richtig ist: Kommt er bitte seine Medikamente holen? bzw. Kommt sie bitte ihre Medikamente holen?

Verboten: Wie geht es dir? Richtig: Wie geht es ihm? bzw. Wie geht es ihr?

Gemeint haben dürfte das Leitungstriumvirat mutmaßlich aber die Höflichkeitsform „Sie“, worauf auch die Klammer in der Dienstanweisung hinweist. Die wird aber im Deutschen mittels der dritten Person Plural gebildet!

Gut, Triumvirat ist auch nicht ganz richtig, denn das ist abgeleitet von „tres viri“ (drei Männer) – und bekanntlich ist ja auch eine Frau dabei. Es sind aber drei Personen, die gemeinsame Interessen verbinden: Drei flohen aus dem Kuckucksnest.

Um weitere Peinlichkeiten zu vermeiden, sollte die Geschäftsführung den drei Selbstherrlichen und -dämlichen künftig jemanden zur Seite stellen, der wenigstens elementare Grundkenntnisse in Grammatik vorweisen kann. Oder – noch besser – so wie es gesetzlich vorgeschrieben ist, bei der Regelung des Verhaltens der Beschäftigten den Personalrat beteiligen. Der hätte das mit der komplizierten dritten Person wahrscheinlich gewusst.

Hier deswegen nun eine Dienstanweisung an die Zentrumsleitung:

„Sehr geehrte Zentrumsleiterin und Zentrumsleiter,

aus gegebenem Anlass weisen wir Sie darauf hin, dass in Umgang und Kommunikation mit den Beschäftigten des ZSG stets eine wertschätzende Kommunikationsform zu wählen ist. Dienstanweisungen haben grundsätzlich zu unterbleiben. Dies gilt für alle Berufsgruppen.

Mit freundlichem Gruß“

sem Büro zwei Arbeitsplätze vorhanden seien. Die Kollegin erklärte ihnen, dass der zweite Arbeitsplatz zeitweise von einer Krankenschwester der Frauenklinik genutzt würde und er außerdem nötig sei zur Anleitung von Studentinnen der Dualen Hochschule und Praktikantinnen. Daraufhin wurde ihr gesagt, dass sie es sich in ihrem Büro nicht so gemütlich machen solle und dass die Breast Nurse und die Studentin keinen Anspruch auf einen Arbeitsplatz hätten, der zweite PC-Arbeitsplatz müsse anderweitig besetzt

werden. Auf den Einwand der Kollegin, dass sie in ihrem Büro Patientinnen und ihre Angehörigen berate und dass sie die Schweigepflicht beachten muss, bekam sie die Auskunft, dass sie sich irgendwo einen Raum suchen solle, es gäbe im Klinikum ja überall welche. Ganz nebenbei: Frau Klein ist nicht die Vorgesetzte dieser Kollegin.

... aus den Krankenhäusern und Abteilungen ...

Katharinenhospital

IMC-Station B3 der Neurochirurgischen Klinik kurzfristig geschlossen

Als die Beschäftigten der Station B3 Mitte November mitgeteilt bekamen, dass ihre Station geschlossen werden soll, brach für viele eine Welt zusammen. Jahrelang haben sie die frisch operierten Patientinnen und Patienten der Neurochirurgischen Klinik betreut und wieder aufgebaut, haben sich um die Versorgung von Unfallopfern und Notfällen gekümmert. Und nun soll das auf einmal nicht mehr nötig, ihre Station, ihre Arbeitsleistung überflüssig sein?

Als Grund für die Schließung wurde angegeben, dass die Station nicht ausgelastet sei und die Patienten problemlos auf anderen Stationen versorgt werden könnten. Warum waren dann bei den KollegInnen bis zur Ankündigung der Stationsschließung über 1.000 Überstunden angefallen? Einen Großteil dieser Überstunden und ggf. auch noch Resturlaub nehmen die Kolleginnen und Kollegen mit in ihren neuen Bereich.

Zur kurzfristigen Ankündigung kam noch das von der Krankenhausleitung vorgegebene Tempo hinzu, in dem die von ihr beschlossene Stationsschließung durchgezogen werden sollte. Innerhalb von 10 Wochen bis Ende Januar 2015 soll die Station dicht und die Mitarbeiter/-innen und Patient/-innen im Haus verteilt sein. Bei der sofort einsetzenden Suche nach neuen Einsatzorten für die betroffenen Beschäftigten stellte sich dann als Hindernis heraus, dass Pflegedirektorin Klein wohl angewiesen hatte, dass keine Station über Budget besetzen dürfe.

Um den Druck von allen Betroffenen zu nehmen, ist hier dringend eine Regelung nötig:

Erstens darf das Budget der aufnehmenden Station nicht mit den Überstunden und dem Resturlaub aus dem bisherigen Bereich belastet werden.

Zweitens muss es möglich sein, dass bei Umstrukturierungsmaßnahmen

Stationen auch über Budget besetzen können. Dies ist in diesem Fall besonders wichtig, da es im Klinikum nicht ausreichend freie Intermediate Care-Stellen gibt. Eine zeitweilige Budgetüberschreitung, sprich ein gewisser Personalpuffer ist auch dringend nötig, um in ein Stationsteam neu aufgenommene Mitarbeiter/-innen (evtl. mehrere gleichzeitig) gut einarbeiten zu können.

Da nicht alle Wünsche nach einem künftigen Einsatzort auf einer anderen IMC-Station erfüllt werden konnten, entschieden sich einige dafür, künftig auf Intensivstation zu arbeiten, während andere auf „Normalstation“ ihren neuen Einsatzort haben werden, sollte nicht doch noch auf einer IMC-Station eine Stelle für sie frei werden.

Einige interessierten sich für die chirurgische IMC-Station B6 und sie hospitierten auch dort. Allerdings hieß es dann plötzlich, dass es dort gar keine freien Stellen gebe. War die Hospitation also völlig umsonst? Und doch sieht man Anfang des Jahres im Internet unter der Kennzahl 2-15-003 „Gesundheits- und Krankenpfleger/in (m/w)“ für die Station B6 ein Stellenangebot - das soll einer noch verstehen! Es ist unklar, ob hier böse Spielchen getrieben werden. Laut „Dienstvereinbarung Struktur“ ist jedoch klar, dass Betroffene von der B3, die noch einen Einsatzort auf einer IMC-Station suchen, bei der Besetzung freier Stellen auf der B6 ein Vorrecht haben und dies auch einfordern können.

KH Bad Cannstatt

IMZ - Neuaufstellung

Monat um Monat, letztlich sogar Jahr um Jahr haben sich die engagierten Cannstatter Kolleginnen und Kollegen bange gefragt: Was wird aus uns? Was wird aus dem kbc? Lohnt es sich noch hier zu arbeiten?

Zum Glück ist ja doch etwas Bewegung in die Sache gekommen. Es gibt ein Konzept, welche Fachbereiche des Klinikums in Cannstatt verortet werden. So kommen die Diabetologie mit Prof. Lobmann und auch die Psychosomatik vom BH zum kbc. Ein An- bzw. Neubau

ist nicht geplant. Daher sollen die zwei Inneren Kliniken und auch die Viszeralchirurgie und die Orthopädie noch einmal in ihrer Bettenzahl begrenzt werden. Für diese Eingliederung sind eine Reihe von Umbauten notwendig. Besprechungen dazu haben bereits stattgefunden. Na ja, sinnvoll, aber alles sehr eng und räumlich ausgereizt. Besonders die Eingangsebene mit der interdisziplinären Notaufnahme und den Ambulanzen wird ergänzt um weitere Bereiche (Endoskopie, Sonografie, Fußambulanz und verschiedene Chefarztbereiche) und stellt sich sehr gestopft dar. Manche Planung wurde kritisiert, aber dann wurde letztlich doch alles als alternativlos bezeichnet. Weil: Es muss ja alles reinpassen!

Aber dann kam im November der große Schrecken: Erst nach dem Umzug der Medizinischen Klinik 3 des BH ins kbc soll der Umbau der ganzen Ebene 2 mit Notaufnahme, Ambulanzen, Endoskopie, Röntgen, Chefarztbereiche und ... erfolgen. Also wird erst das BH leergeräumt und alles ins kbc reingestopft. Und dann wird in der gut gefüllten Klinik die wichtigste Ebene komplett umgebaut, der Bereich, wo alle Patienten ankommen, wo alle Diagnostik stattfindet und wo auch alle Notfälle behandelt werden!

Was sagte dazu eine Kollegin? „Wenn ich meine Schwiegereltern und meine Großmutter ins Haus hole, dann bau ich vorher um! Dann muss das Haus auch für diese Menschen baulich geeignet sein. Sonst sind alle unglücklich.“

So sollte es bei einem leistungsfähigen Krankenhaus auch sein. Es wird ja verlangt, dass die Patientenzahlen in Cannstatt nicht weniger, sondern möglichst mehr werden. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachrichtungen soll sich zum Wohle der Patient/-innen gut entwickeln. Und dazu gehört, dass die Mitarbeiter/-innen gute Arbeitsbedingungen vorfinden, bei denen dieser Anspruch erfüllt werden kann.

Sollte die Geschäftsführung tatsächlich bei dem geplanten Vorgehen bleiben, wäre dies fatal. Es droht, dass die neu entstandene Zuversicht der Kolleg/-innen wieder zerstört wird. Es muss daher dafür gesorgt werden, dass das kbc vor dem Umzug des BH umgebaut ist und die Arbeitsabläufe stimmig sind.

... aus den Krankenhäusern und Abteilungen ...

KH Bad Cannstatt

M7a - Arbeitsbelastung in Zahlen

In einem eindrücklichen Redebeitrag schilderte bei der Zentralen Personalversammlung am 9.12.14 eine Kollegin aus der Pflege der Station M7a (Innere/kbc) die steigende Arbeitsbelastung. Neben dem alltäglichen bürokratischen Dokumentationsaufwand, dargestellt an einer meterlangen Dokumentationstape, die quer durch das Casino reichte, pflegen die Kolleginnen und Kollegen dort Patientinnen und Patienten in (bis zum Umzug) 31 Betten.

In 2013: 1.060 Fälle bei einer Verweildauer von 5,5 Tagen und einer Bettenauslastung von 74%.

In 2014 (bis Oktober): 1.600 Fälle bei einer Verweildauer von 4,8 Tagen und einer Bettenauslastung von 81,8%. Die Schichten sind in der Regel mit einer Pflegekraft, manchmal auch mit zwei Pflegekräften weniger besetzt als es sein sollte. Wenn zwei Pflegekräfte in der Schicht sind, z.B. im Früh- oder Spätdienst am Wochenende, muss eine Pflegekraft bis zu 15 schwer pflegeabhängige Patient/-innen versorgen. Bei den Pflegekräften führt diese hohe Arbeitsbelastung zu einer höheren krankheitsbedingten Ausfallrate.

Katharinenhospital

Weitere Stationsschließung: IKC

Ausgerechnet in der „besinnlichen“ Vorweihnachtszeit erfuhren die Kolleg/-innen der A60 (früher: IKC), der chirurgischen Kurzliegerstation im KH, von der geplanten Schließung. Hintergrund: auch das ZOM 1 erreicht kein ausgeglichenes Betriebsergebnis. Mag die Geschäftsführung die Schließung betriebswirtschaftlich für sinnvoll erachten, so ist diese drastische Maßnahme für die Beschäftigten äußerst

bitter! Eigentlich hätte die Station im Sommer ihr 10-jähriges Jubiläum gefeiert, so bedeutet es jetzt für das Pflegeteam Trennung, Abschied und Ungewissheit. Einige der langjährigen Teammitglieder arbeiten schon mehr als 25 Jahre zusammen. Von Montag bis Freitag wird „geklotzt“, notfalls auch die Zähne zusammengebissen, weil man weiß, nach fünf Arbeitstagen geht es ins freie Wochenende zum Erholen.

Nun schwankt die Stimmung zwischen Zukunftssorgen, Frustration und einer geballten Portion Wut. Hier wird einer der raren positiven Aspekte heutiger Pflegearbeit zerstört: die funktionierende Zusammenarbeit in einem erfahrenen Team, das sich auch menschlich versteht und eine stützende und vertraute Atmosphäre bietet.

Dank des 4-Seiten-Vertrages zwischen der Stadt Stuttgart, Geschäftsführung, ver.di und Personalrat sind im Klinikum im Gegensatz zu vielen anderen Häusern wenigstens betriebsbedingte Kündigungen ausgeschlossen. Trotzdem ist solch eine Stationsschließung problematisch, auch wenn die betroffenen Mitarbeiter/-innen – ganz wie im Märchen – drei Wünsche äußern dürfen. Denn was dann folgt, ist meist weniger märchenhaft. Die Wünsche werden der zuständigen Zentrumsleitung mitgeteilt. Da diese aber ihr Stellenbudget nicht überschreiten will oder kann und keinen Zugriff auf die anderen Zentren hat, werden die von der Schließung Betroffenen angehalten, ebenso wie jede/-r normale Bewerber/-in selbst die zuständigen Zentrumsleitungen ihrer Wunscheinsatzorte zu kontaktieren, zu hospitieren, um dann vielleicht zu erfahren, dass sie dort doch nicht eingesetzt werden.

Auch in anderer Hinsicht erfahren sie Ablehnung: Sie seien nicht passend qualifiziert oder passten nicht ins Team. Für die aufnehmende Station ist die Situation ja auch nicht ganz einfach: Sie soll jemanden aufnehmen, der gerade unfreiwillig um Aufnahme ersucht, weil sein bisheriges Team zerschlagen wird. Vielleicht käme man sich eher näher, wenn die Hospitation länger als einen Tag dauern dürfte.

Um die Situation für die von derartig einschneidenden Maßnahmen betroffenen Mitarbeiter/-innen einigermaßen

erträglich zu machen, ist ein Umdenken und eine andere Vorgehensweise erforderlich:

- Eine zeitweilige Überschreitung des Stellenbudgets.
- Bessere Kommunikation der Zentren untereinander, so dass den Betroffenen in einem Gesprächstermin verbindlich potentielle Einsatzorte genannt werden und sie nicht jede einzelne Zentrumsleitung selbst kontaktieren müssen.
- Eine Durchlässigkeit zwischen den Zentren, die jetzt abgeschottet voneinander arbeiten.
- Niemand darf in eine Stelle gedrängt werden, die er nicht haben will, etwa, weil sie mit den individuellen Neigungen unvereinbar ist.
- Nicht alle Strukturveränderungen gleichzeitig umsetzen (Schließung B3, Umzug BH etc.).

Die von der Schließung betroffenen Mitarbeiter/-innen dürfen sich in dieser Situation, die andere zu verantworten haben, nicht wie Bittsteller fühlen!

Es wäre schön und wertschätzend gewesen, wenn sich unsere Geschäftsleitung unaufgefordert mit den betroffenen Teams zu einem Gespräch zusammengesetzt hätte!

So jedoch kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass das von der Bundesregierung verordnete Sparen im Krankenhaus nach altbekanntem Konzept umgesetzt wird. Der Berufsstand der Pflegenden hat mit Stellenreduktionen und Flexibilisierung die Hauptlast zu tragen (Allerdings ist die Pflege auch die Berufsgruppe, die sich noch nicht energisch genug wehrt!). Die Botschaft ökonomischer Kennzahlen ist wichtiger als Menschen, einzelne Teams sind austauschbar, ja überflüssig. Stationsschließungen und die daraus resultierenden Folgen zeigen allen Beschäftigten: Gleichgültig, wie sehr Ihr Euch anstrengt, es kann jeden treffen, es gibt keine Garantie. Ob Mitarbeiter/-innen angesichts dieser Botschaft künftig noch Freiwilligkeitsleistungen wie Einspringen aus dem Frei, Überstunden oder sonstiges Engagement in dem Ausmaß wie bisher erbringen wollen, darf bezweifelt werden.

Bundesregierung: Weitere Verschlechterungen für Kliniken

Seit Anfang 2014 tagt eine Arbeitsgruppe aus Bund und Ländern, um eine Neuordnung der Krankenhausfinanzierung zu erarbeiten. Jetzt hat sie ihre Ergebnisse vorgelegt. Neben Detailänderungen, bei denen sich Verbesserungen und Verschlechterungen etwa die Waage halten, wurden massive Verschlechterung für die Krankenhäuser und ihre Beschäftigten beschlossen. Sie werden auch durch das Trostpflaster „Pflegeförderprogramm“ nicht aufgewogen. Deshalb ist es dringend notwendig, dass wir diese Ergebnisse nicht akzeptieren, sondern in diesem Jahr den Widerstand gegen die geplanten gesetzlichen Regelungen fortführen. Zu den Punkten im Einzelnen:

Mini-Pflegeförderprogramm statt gesetzlicher Personalbemessung

Ab 2016 sollen im ersten Jahr 110 Mio., im 2. Jahr 220 Mio. und im 3. Jahr 330 Mio. Euro für „Pflege am Bett“ zur Verfügung gestellt werden. In der Endstufe bedeutete das maximal ca. 7000 Stellen mehr, wenn alle Krankenhäuser mitmachen. Rechnerisch sind das im ersten Jahr eine Stelle und im dritten Jahr ca. 3 Stellen pro Krankenhaus. Beim letzten Pflegeförderprogramm (das 660 Mio. Euro umfasste) haben sich nur ca. 60% der Krankenhäuser beteiligt.

Ein Pflegeförderprogramm hat folgende Schwächen:

- Es finanziert die tatsächlichen Kosten nur teilweise (10% der Kosten müssen die Krankenhäuser tragen).
- Es lässt den Grad der bestehende n Unterbesetzung unberücksichtigt.
- Es wirkt nur während der Laufzeit. Danach belohnt es die, die keine Stellen geschaffen haben und bestraft die, die Stellen geschaffen haben,

weil das Geld in die allg. Vergütung für alle einfließt.

- In der Konsequenz führt es vor Beginn (geplant 2016) und nach dem Ende des Programms zu einem weiteren Stellenabbau.

Darüber hinaus hat ein solches Programm rein gar nichts mit einer Personalbemessung zu tun, weil die Festlegung von Sollwerten und der Abgleich mit dem Ist unterbleibt. Nur eine solche echte Personalbemessung wäre auch eine Eindämmung der negativen Wirkungen des DRG-Systems (dauerndes Kostendumping zur Unterschreitung der INEK-Durchschnittszahlen und zur Steigerung des Gewinnes pro behandeltem Fall). Gerade, wenn man die negativen Wirkungen der DRGs zumindest eindämmen will und Qualität fördern will, wäre eine gesetzliche Personalbemessung der einzig richtige Schritt.

Zu- und Abschläge für Qualität

Krankenhäuser sollen Zu- und Abschläge für gute/schlechte Qualität bekom-

men. Hiergegen sprechen folgenden Fakten:

Wenn die Zuschläge aus dem unveränderten Gesamtbudget gezahlt werden, haben alle weniger und einige wenige etwas mehr. Wenn die Krankenhäuser mit schlechter Leistung Abschläge bekommen, ist die logische Konsequenz, dass sie noch schlechter werden. Das ist nicht sinnvoll, außer man will die „Schlechten“ in den Ruin treiben.

Nachgewiesen ist, dass die Qualität in Krankenhäusern wesentlich von der Personalbesetzung abhängt. Wer Qualität will, muss sich also für mehr Strukturqualität einsetzen - für eine gesetzliche Personalbemessung.

Es ist zu bezweifeln, dass Qualitätsmessungen für relevante Teile des Kranken-

Schmerzkongress gegen Ökonomisierung der Medizin

Aus der Ankündigung des Präsidensymposiums „EIN KONGRESS WILL ZEICHEN SETZEN!“ beim Deutschen Schmerzkongress 2014, „Schmerztherapie und ökonomisierte Medizin – eine besondere Zerreißprobe? (Prof. Dr. Giovanni Maio, Freiburg)“ und „Die zunehmende Ökonomisierung ärztlichen Handelns – zwangsläufig, aber fahrlässig? (PD Dr. Rolf Malessa, Weimar)“:

„Um die Finanzierbarkeit unseres Gesundheitssystems aufrechtzuerhalten und die Kosten für medizinische Leistungen vergleichbar und kontrollierbar zu machen, wurde die Medizin in den letzten Jahren zunehmend ökonomisiert. Die Privatisierung vieler Kliniken und der Konkurrenzdruck zwischen den Krankenhäusern wirkt dabei wie ein Katalysator. Immer häufiger geraten Ärzte in Situationen, in denen ökonomische Vorgaben und ureigenen ärztliche Entscheidungen miteinander konkurrieren. Dies bedroht nicht nur das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis, sondern auch die Qualität der medizinischen Behandlung und v. a. die Gesundheit unserer Patienten.“



Gelbe Karte für ökonomisierte Medizin

Über 500 Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten und Pflegefachkräfte zeigen beim Deutschen Schmerzkongress Ende Oktober 2014 der Politik die „Gelbe Karte“ und warnen eindringlich vor den Folgen der ökonomisierten Medizin. (siehe Kasten rechts)

hausgeschehens statistisch überhaupt sauber abgebildet werden können (Liegt eine Komplikation am Krankenhaus oder an der Vor- und Nachbehandlung durch andere oder am Krankheitsbild selbst bzw. am Patienten? Misst man bis zum Ende des Krankenhausaufenthaltes oder betrachtet man die Langzeitergebnisse?)

Wenn solche Qualitätsmessungen unmittelbaren Einfluss auf die finanziellen Ergebnisse haben, muss man mit weiteren Folgewirkungen rechnen: Es besteht ein erheblicher finanzieller Anreiz, Daten zu schönen oder schlicht zu fälschen. Und es besteht ein Anreiz zur Selektion, das kann vom Weiterverlegen schwerer Fälle, bis zur Jagd nach "jungen, gesunden" Patienten gehen.

Außerdem wird die Bedarfsplanung, für die die Länder zuständig sind, unterlaufen. Ein Krankenhaus ist zwar für die Versorgung einer ländlichen Region notwendig, bekommt aber so wenig Geld, dass es die Behandlung bestimmter Krankheitsbilder aufgeben muss, was wiederum die finanzielle Gesamtlage verschlechtert! Auch das ist also der Versuch, über finanzielle Steuerung eine echte Bedarfsplanung zu ersetzen bzw. zu konterkarieren und eine „Marktkonsolidierung“ durchzusetzen.

„Selektivverträge“ bei vier Diagnosen

Zu- und Abschlüsse sind schon ein Schritt in Richtung Einzelverträge. Der gefährlichste Eingriff in die Krankenhausvergütung, ist das Recht für Krankenkassen mit einzelnen Krankenhäusern „Selektivverträge“ abzuschließen. Daran ändert nichts, dass diese Verträge „Qualitätsverträge“ heißen und dass dies bisher nur für 4 Diagnosen geplant ist (Die DRGs begannen mit 16 Diagnosen!). Die geringe Zahl dient nur als Beruhigungsmittel, um diesen Paradigmenwechsel möglichst geschmeidig einzuführen.

Bisher müssen die Krankenkassen mit allen im Krankenhausplan des Landes aufgenommenen Krankenhäusern Verträge schließen. Selektivverträge unterlaufen ebenfalls direkt die Bedarfsplanung der Länder. Wenn die Kassen das Recht hätten über die Gewährung/Nichtgewährung von Verträgen und damit Geldern zu entscheiden, würden sie zumindest teilweise die Bedarfsplanung übernehmen. Krankenhäuser ohne solche Verträge hätten es viel schwerer

zu überleben.

Da die Kassen zwischenzeitlich ebenfalls unter erheblichen Wettbewerbsdruck stehen (angefeuert durch Insolvenzrecht und Kartellrecht), lässt sich ohne viel Phantasie ein massiver Dumpingwettbewerb (um Kosten, nicht um Qualität) prognostizieren. Leittragende wären die Patienten und vor allem die Beschäftigten.

Abwrackprämie für die Schließung von Krankenhäusern

Seit Jahren finanzieren die Länder weniger als die Hälfte der notwendigen Investitionen. Dies verschärft die Finanznot der Krankenhäuser erheblich, weil notwendige Ausgaben über die laufenden Budgets abgedeckt werden müssen. Diese Finanznot hat schon in der Vergangenheit zu diversen Schließungen, Reduzierungen und Privatisierungen geführt.

Jetzt weitere Schließungen und Umwidmungen von Krankenhäusern zu belohnen, setzt dieser finanziellen

Austrocknung die Krone auf. Ein solches Vorgehen hat rein gar nichts mit medizinischer Bedarfsplanung zu tun, sondern belohnt die Landkreise und Städte noch, die sich von ihrer Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung befreien.

Notwendig wäre eine gemeinsame Initiative von Bund und Ländern zur vollständigen Finanzierung der Investitionen durch die Länder, wie sie gesetzlich vorgeschrieben ist.

All diese Pläne sind nicht zu akzeptieren. Wir fordern deshalb weiter:

- **Gesetzliche Personalbemessung jetzt!**
- **Auskömmliche Krankenhausfinanzierung - kein Verdrängungswettbewerb durch Selektivverträge**
- **Verdoppelung der Investitionskostenfinanzierung**
- **PEPP nicht einführen**

Bündnis gegen die Ökonomisierung der Krankenhausversorgung

Der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää) und die attac AG „Soziale Sicherungssysteme“ und viele Einzelpersonen vor allem von ver.di haben ein Bündnis geschlossen, das sich in einer Kampagne gegen die zunehmende Ökonomisierung der Krankenhausversorgung zu Lasten der Beschäftigten und der Patienten wendet. Jetzt hat der ver.di-Fachbereich Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen von Baden-Württemberg, der auch die Krankenhausbeschäftigten organisiert, auf seiner Konferenz am 14. Januar 2015 beschlossen sich an diesem Bündnis zu beteiligen.

Gemeinsam sollen Ansatzpunkte gefunden werden, die weit verbreitete Kritik an den negativen Folgen der Fallpauschalenfinanzierung der Krankenhäuser politisch wirksam werden zu lassen. Die Unterwerfung der Krankenhäuser unter die Ökonomie zu Lasten einer bedarfsorientierten Patientenversorgung und zu Lasten einer bedarfsorientierten Personalbemessung hat durch die Ein-

führung der DRGs als Preissystem seinen vorläufigen Höhepunkt erreicht und soll durch Vorschläge der Bund-Länder-Kommission noch weiter verschärft werden. Deshalb ist die Bildung dieses Bündnisses eine richtige Antwort auf die Ignoranz der verantwortlichen Politiker zu den Folgen der Fehlanreize der DRGs, die nur in Deutschland als direktes Preissystem verwendet werden. Das Bündnis plant Ende Mai eine zentrale Konferenz, um über die Probleme zu diskutieren und Strategien zu überlegen, wie es erreicht werden kann, dass die Krankenhäuser unter humanen Arbeitsbedingungen wieder ihren eigentlichen Aufgaben nachkommen können. Denn die Krankenhäuser werden nicht mehr als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge gesehen, sondern als Wirtschaftsunternehmen, die sich auf dem Markt und im Wettbewerb behaupten müssen. Es geht darum die DRGs als Preissystem zu ersetzen durch ein Finanzierungssystem, das den Betrieb von Krankenhäusern und den Einsatz von Beschäftigten am Bedarf orientiert.

Internationaler Gesundheitstourismus als Wirtschaftsfaktor

Dass sich die Reichen und Mächtigen der Welt die beste Gesundheitsversorgung kaufen können während es für die Armen meist nicht nur an einfachster Gesundheitsversorgung, sondern auch an Nahrung und sauberem Wasser fehlt, ist nichts Neues.

Ganz normal also, dass das Klinikum Stuttgart und die Landesstiftung Baden-Württemberg zu einer Tagung mit dem Thema „Internationaler Gesundheitstourismus als Wirtschaftsfaktor“ eingeladen haben, zumal das Klinikum mit seiner International Unit (IU) gute Geschäfte macht.

Zu dieser Tagung, so berichtet die Gehaltsbeilage des Klinikums Stuttgart „Im Gespräch“ vom November 2014 wurde kein geringerer als der saudische Botschafter als „Keynote Speaker“ (das ist ganz tolles Managerdeutsch und bedeutet Eröffnungs- oder Hauptredner) eingeladen.

Saudi-Arabien? War da nicht was?

- Es ist eine absolute Monarchie,
- Frauen sind nicht geschäftsfähig und dürfen nur unter strengen Voraussetzungen, oder gar nicht, Auto fahren,
- Prügelstrafe und Auspeitschungen für Männer und Frauen,
- Amputation als Strafe,
- öffentliche Enthauptungen,
- Parteien, Opposition, Streiks und Gewerkschaften sind verboten.

Und selbst US Vizepräsident Joseph Biden räumte ein, dass u.a. Saudi-Arabien an Aufbau und Ausrüstung von Gruppen wie der Al-Nusra-Front und dem ISIL beteiligt war.

Dem Botschafter dürfte die politische Realität in seinem Land bekannt sein, und man sollte meinen, dass auch die Verantwortlichen des Klinikums und der Landesstiftung schon mal was darüber gehört haben. Also muss man davon ausgehen, dass dieser Herr ganz bewusst eingeladen wurde und über die „Erwartungen ausländischer Kostenträger an deutsche Kliniken“ informieren konnte.

Aber – keine Sorge! Ins Klinikum kommen eher nicht diejenigen, denen in

ihren Heimatländern droht, geschunden, gequält und gefoltert zu werden – die haben nämlich weder das Geld dazu noch hätten sie in den meisten Fällen überhaupt eine Chance als Flüchtlinge hierher zu kommen – es kommen eher die wohlstuierten, wohlhabenden Leistungsträger, die in ihrem Land mutmaßlich nicht nur geringe Verantwortung für die Zustände dort tragen. Doch auch das ist ganz normal.

Geschäfte sind das eine – von Moral und politischer Verantwortung kann man sich nun mal nichts kaufen. Außerdem macht auch die Bundesregierung beste Geschäfte mit Saudi-Arabien. Da geht es um Fluggeräte, Kleinwaffen, Munition, Fahrzeuge, Panzer, Feuerleittechnik und andere völlig harmlose Exportgüter. Geld

stinkt und blutet eben nicht.

Dass die Verantwortlichen im Klinikum und der Landesstiftung so skrupellos sind, gerade solch einen „Keynote Speaker“ einzuladen, mag dann aber doch den einen oder die andere wundern. Und es wird sicher nicht dazu kommen, dass die Gewinne der IU dazu verwendet werden, das Klinikum auch für Arme aus anderen Ländern zu öffnen.

Wer sich darüber wundert, versteht nichts von unserem Wirtschaftssystem, wer sich aufregt und dies auch kundtut, hat schon einen ersten Schritt zu dessen Überwindung gemacht.

Zuletzt: Wir wollen nicht verschweigen, dass „wikipedia“ unter den letzten sechs verbliebenen absoluten Monarchien der Welt neben Saudi-Arabien noch Brunei, Katar, Oman, Swasiland – und Vatikanstadt auflistet.



PEPP muss weg

Ökonomischer „Wahnsinn“ verzögert aber nicht aufgehoben

Mit dem Gesetz zur GKV-Finanzstruktur und Qualitätsweiterentwicklung ist auch die Einführung eines Psych-Entgeltsystems beschlossen worden. Dies stellt in der vorliegenden Form nichts anderes dar als die Einführung von Fallpauschalen in der Psychiatrie. Auch wenn dieses „Kind“ nicht beim

Namen genannt werden soll. Zu erwarten sind ähnlich schlimme Auswirkungen wie sie seit Einführung der DRGs in der Somatik zu beobachten sind. Hier sieht man unter vielen anderen negativen Folgen einen dramatischen Anstieg der Arbeitsbelastung. Immer mehr Patienten mit immer weniger Personal werden in

immer kürzerer Zeit behandelt. Das einzige Instrument zur Personalbemessung sind die finanziellen Möglichkeiten, also eine vorwiegend finanzielle Steuerung.

Allenthalben bereiten sich seither Psychiatrische/Psychosomatische Kliniken auf dieses neue Vergütungssystem vor, mit zum Teil unterschiedlichem Aufwand. So werden Stellen zur verbesserten Dokumentation (wohlgemerkt im Sinne der Vergütung von Leistungen) geschaffen, EDV-Programme eingeführt. Und manchmal hat man ein bisschen den Eindruck, auch bei den jeweiligen Diagnosen wird geschaut und das jeweilige Aufnahmeverhalten wo möglich „angepasst“. Wie sagt man in der Betriebswirtschaft? „Aufteilung des Marktes“, denn auch hier bei PEPP gibt es bessere und schlechtere Risiken.

Mit der jetzt nochmals vorgenommenen Gesetzesänderung wurde der Zeitraum bis zur endgültigen Einführung des Systems um 2 Jahre bis Ende 2016 verlängert.

In dieser Zeit soll das neue Entgeltssystem weiter entwickelt werden. Die Psych-PV, die zur Zeit noch als Instrument der Personalbemessung dient, soll bis 2017 in Kraft bleiben. Als Anmerkung: die Psych-PV stellt ein am Bedarf der Patienten orientiertes Instrument dar, passt daher nicht zu PEPP als Preissystem und ist politisch deshalb nicht länger gewollt.

Klar wird auch hier, dass dieser Aufschub zwar einen ersten Erfolg der PEPP-Gegner darstellt, aber bei weitem nicht ausreicht. Denn es wurde ebenfalls geregelt, dass Kliniken, die frühzeitig optieren (also PEPP anwenden), die Möglichkeit eingeräumt wird, in den Jahren 2015 und 2016 einen Budgetanstieg über die geltenden Obergrenzen mit den Kostenträgern zu verhandeln. Also ein klarer finanzieller Anreiz, bereits jetzt schon wie nach der endgültigen Einführung zu arbeiten, also PEPP für sich vorweg zu nehmen.

Mit diesem Anreiz wird man kaum eine Weiterentwicklung des PEPP-Vergütungssystems hin zu einer besseren Abbildung des eigentlichen Bedarfs für die Versorgung zu Stande bringen. Im Koalitionsvertrag findet sich zwar auch die Absicht, eine unabhängige Fachkommission zu bilden, dies auch unter Einbeziehung der Gewerkschaften, um

PEPP weiterzuentwickeln. Diese Kommission muss jedoch grundsätzlich die Möglichkeit haben, PEPP als Preissystem zu überprüfen und auch zu verwerfen, um dann mögliche bedarfsorientierte Alternativen zu entwickeln.

In einer aktuellen gemeinsamen Erklärung von attac und ver.di wird festgestellt: „Die vorliegende PEPP-Systematik hat keinen Bezug zur Realität in den psychiatrischen Kliniken. Die Datenerhebung ist weder psychiatrisch inhaltlich noch methodisch auf akzeptablen Niveau. Erforderlich ist vielmehr die verbindliche Beachtung gesetzlicher Grundlagen, eine Orientierung am Stand internationaler wissenschaftlicher Erkenntnisse, die Sicherstellung angemessener Ressourcen und die ständige Qualifizierung der therapeutisch Tätigen. Nichts davon wurde bei der Erarbeitung des PEPP Systems beachtet“.

Zur Erinnerung: Ende der 70er Jahre wurden im Rahmen einer Kommission im Auftrag der Bundesregierung die Zustände in den Psychiatrien Deutschlands untersucht. Der bis dahin geltende Halbierungsgrundsatz bei der Vergütung für psychiatrische Krankenhäuser wurde aufgehoben. Psychiatrischen Einrichtungen wurde mehr Geld zur Verfügung gestellt.

Die Zustände in der Psychiatrie verbesserten sich in den Folgejahren stetig, neue ambulante Versorgungsformen wurden geschaffen. Mit Einführung der Psych-PV wurde nahezu ausreichend Personal eingestellt.

Und jetzt sind wir dabei, dieselben Fehler wie vor Jahren in der Somatik zu begehen, unterwerfen auch die Psychiatrie einer rein finanziellen Steuerung, drehen zumindest an dieser Stelle das Rad zurück?!

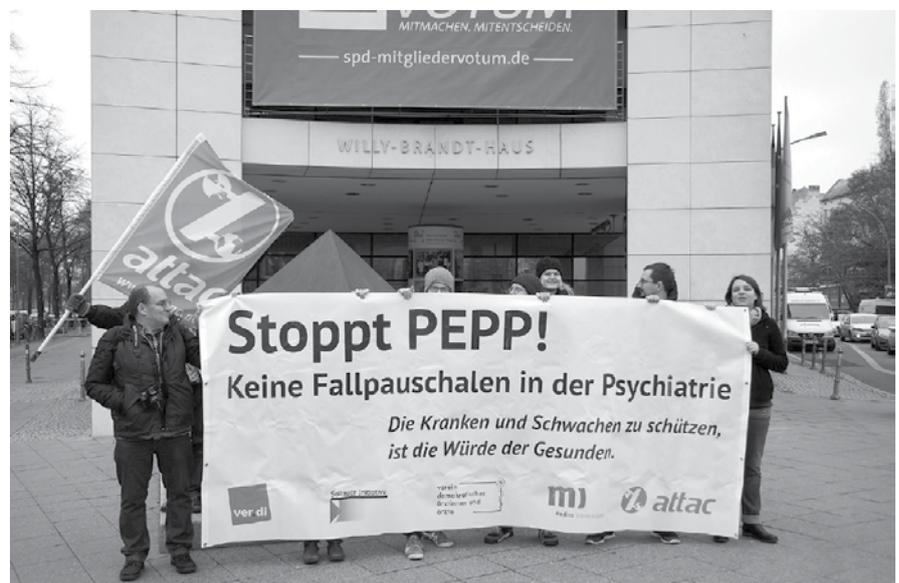
In Baden-Württemberg ist gerade ein neues Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz verabschiedet worden. Dieses Gesetz ist eine deutliche Verbesserung zu ehemaligen Landesgesetzen zu diesem Thema. Unter anderem werden Qualitätsmaßstäbe in der Psychiatrie beschrieben. Wie soll das mit PEPP zusammen passen? Allerdings regelt das neue Gesetz leider keine Finanzierung, so bleibt auch hier die Frage, hat nun die Ökonomie Vorrang oder die Gesetzeslage?

Die Psych-PV muss erhalten und fortgeschrieben werden, so wie auch in der Somatik eine gesetzliche Personalbemessung geschaffen und außerhalb von Preissystemen wie DRG und PEPP finanziert werden muss.

Die Trennung zwischen ambulant und stationär muss in dieser Form aufgehoben werden. Dafür müssen auch über die Krankenhausfinanzierung die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Und zusammengefasst:

PEPP muss nicht nur grundsätzlich überprüft werden.

PEPP MUSS WEG!



Aktion des bundesweiten Bündnisses gegen PEPP

AfD im Krankenhausausschuss: Menschen- und frauenfeindlich

Bei der Gemeinderatswahl erreichte die neue Gruppierung AfD es, mit 3 Stadträten in den Gemeinderat gewählt zu werden. Bei der AfD finden sich viele, die früher in anderen Parteien unzufrieden waren oder auch nicht mehr geduldet waren. Es stellt sich als Sammelbecken für rückschrittliches, z.T. sehr rechtslastiges Gedankengut dar.

Dazu ein Beispiel:

In Stuttgart gibt es die Praxis Stapf, die jahrelang anerkannt die gesetzlich zulässigen Schwangerschaftsabbrüche durchführt. Die Praxis hat den Ruf, dass die Frauen hier geschützt und in ihrer Notsituation wertschätzend und mit „Respekt und Empathie“ (Zitat aus der Diskussion im Krankenhausausschuss des Gemeinderats am 17.10.14) behandelt werden. Auf Grund des Umbaus des Gebäudes Türlestraße/Bürgerhospital in das Sozialpsychiatrische Behandlungszentrum Mitte muss die Praxis aus ihren bisherigen Räumen ausziehen. Dies und die Suche nach neuen Räumen war Thema im öffentlichen Teil des Krankenhausausschusses.

Nachdem die Vertreterin von Pro Familia Stellung genommen hatte und die Fraktionen sich zum notwendigen Umzug der Praxis geäußert hatten, trat der Vertreter der AfD auf. Zum einen sprach er von „2.000 Fällen vorgeburtlicher Kindstötung“, beschimpfte die betroffenen Frauen und bezeichnete „Pro Familia“ als „Contra Familia“.

Solche menschen- und frauenfeind-

lichen Sprüche und ein solches Verhalten haben im Gemeinderat nichts zu suchen. Das ist keine demokratische Auseinandersetzung um differierende Meinungen, sondern undemokratisches Verhalten und Intoleranz.

Wie schrieb der „Spiegel“ Anfang des Jahres zu eben diesem AfD-Stadtrat Fiechtner: „... für den die heilige Inquisition ein Muster an klarem Denken und Beweisführung ist.“ Die Inquisition

verfolgte im Mittelalter erbarmungslos Andersgläubige als Ketzer. Und bei Inquisition und Intoleranz kann es keine Toleranz geben!

Zitat aus „Spiegel“ 12/2014: „Der Dauerstreit zwischen den Parteiflügeln droht zudem viele Landesverbände zu spalten. In der AfD prallen die Erzkonservativen wie der baden-württembergische Landesvorstand Heinrich Fiechtner, für den die ‚heilige Inquisition ein Muster an klarem Denken und Beweisführung‘ ist, auf die Marktliberalen, die aus Sorge um den Euro zur AfD kamen.“

Helfen Pflegekammern der Pflege?

Im Raum Stuttgart gibt es vermehrt Stimmen für die Einrichtung einer Pflegekammer in Baden-Württemberg. Damit verbunden sind die Hoffnungen, die Pflegekräfte könnten ihre Angelegenheiten selbst in die Hand nehmen und ihre Forderungen würden dann endlich in der Öffentlichkeit und der Politik Gehör finden. Die Pflege hätte endlich ein einheitliches Sprachrohr und eine einheitliche Vertretung.

Sind diese Hoffnungen berechtigt?

Leider Nein.

Basis einer Pflegekammer wäre das Heilberufe-Kammer-Gesetz von Baden-Württemberg. Danach beziehen sich die Aufgaben einer Kammer im Wesentlichen auf die Registrierung und Beaufsichtigung ihrer Mitglieder im Auftrag des Staates. Berufsordnung, Sanktionsmöglichkeiten, Fortbildungs-

verpflichtungen, Angebote einer eigenen Rentenkasse machen aber nur Sinn für Selbstständige.

Selbstständige in der Pflege sind seltene Ausnahmen. Fast alle tätigen Pflegekräfte sind in einem Anstellungsverhältnis mit einem Arbeitsvertrag. Für sie bedeutet eine Pflegekammer, dass sie sich zusätzlich zu den Pflichten, die sie gegenüber ihrem Arbeitgeber zu erfüllen haben, auch noch Pflichten gegenüber der Pflegekammer erfüllen müssen. Zwangsmitgliedschaft, Zwangsregistrierung, Meldepflichten bei Umzug oder Arbeitsplatzänderungen unter Sanktionsandrohungen und das Ganze finanziert durch Zwangsbeiträge, denen man sich nicht entziehen kann. Zu wenig Kontrolle ist nicht das Problem der Pflegeberufe. Pflichtfortbildungen, für Selbstständige sinnvoll, bedeuten

AUS DER ARBEIT DER VERTRAUENSLEUTE IM KLINIKUM

Termine 2015 für die Treffen der ver.di-Betriebsgruppe Klinikum:

23. März, 22. Juni, 28. September, 30. November (montags).

Jeweils 16.30 – 18.00 Uhr im Haus G, 1. OG (oberhalb des Personalrats), Kriegsbergstraße 60, Katharinenhospital.

Alle aktiven und interessierten Mitglieder und solche, die es werden wollen, sind herzlich eingeladen.

für angestellte Pflegekräfte, dass sie diese, wenn der Arbeitgeber nicht mitmacht, auf eigene Kosten in der Freizeit erbringen müssen. Artikel 9 Grundgesetz gibt jedem das Recht sich Zusammenschlüssen anzuschließen oder auch nicht. Eine Zwangsmitgliedschaft in einer Kammer für eine Berufsgruppe, die nur wenige Selbstständige hat, ist daher unter Umständen ein unzulässiger Eingriff in die Grundrechte angestellter Pflegekräfte.

Für Selbstständigen, die über ihre Pflegeleistung selbst entscheiden können, kann eine Kammer eine sinnvolle Einrichtung sein, aber nicht für angestellte Pflegekräfte.

Eine Pflegekammer soll eine Anlaufstelle für Patienten bei Beschwerden über Pflegefehler sein. Sinnvoll bei selbstständigen Pflegekräften. Bei angestellten Pflegekräften spielt aber oft ein Organisationsverschulden des Arbeitgebers, meist zu wenig Pflegekräfte für die zu bewältigenden Aufgaben, eine entscheidende Rolle. Eine Pflegekammer kann aber das Organisationsverschulden der Arbeitgeber nicht wirksam angreifen, sondern nur die einzelne Pflegekraft. Bei Pflegeproblemen rücken so das Verhalten der einzelnen Pflegekräfte und nicht die Verhältnisse, also die Arbeitsbedingungen, unter denen die Pflege erbracht werden muss, in den Mittelpunkt. So ist es auch nicht verwunderlich, dass es vor allem Pflegekräfte sind, die nicht direkt am Patienten arbeiten, Pflegedirektoren, Pflegedienstleitungen, Bereichsleitungen und Pflegelehrer/-innen, die sich stark machen für die Einrichtung einer Pflegekammer.

Insbesondere die leitenden Pflegekräfte versuchen über die Landespflegeräte und Pflegekammern Hauptansprechpartner für die Politik zu werden. Deutlich wurde dies in einer Anhörung vor dem Sozialausschuss des Landtags, als die Vorsitzende des Landespflegerats, eine Pflegedirektorin in Reutlingen, erklärte, ver.di sei für Lohnerhöhungen zuständig, die Pflegekammer für die Politik. Das heißt, der politische Einfluss gewerkschaftlich organisierter Pflegekräfte soll zugunsten des Verbands der leitenden Pflegekräfte zurückgedrängt werden. Dabei ist die absolute Mehrheit aller organisierter Pflegekräfte Mitglied in ver.di.

Statt Einfluss auf die Politik zu nehmen, werden die verantwortlichen Politiker

Die Verbrechen der Marktwirtschaft - Folge 15:

Wie viel darf ein Lebensjahr kosten?

Was kann eine Gesellschaft für einen einzelnen Menschen ausgeben? Darf ein Maximalpreis für ein Lebensjahr existieren? (...) In den Niederlanden wird deshalb diskutiert, in welchen Fällen sich eine medizinische Behandlung lohnt, ein Maximalbetrag ist im Gespräch. (...) Ein Maximalbetrag - genannt wurden 80.000 Euro pro gewonnenem Lebensjahr - wäre die Grenze. Eine Therapie würde nicht mehr bezahlt, wenn die Kosten diesen Betrag überschreiten. Damit soll das Gesundheitssystem finanzierbar bleiben. Es geht nicht nur um die Finanzierung von Krebstherapien. Die Behandlung von Patienten mit Nierenversagen, die drei Mal pro Woche zur Dialyse müssen, kostet in den Niederlanden beispielsweise 216.000 Euro pro Jahr. Will man diese Kranken also nicht mehr behandeln? Die Therapie seltener Krankheiten kann noch teurer sein. (...) „Bei der Diskussion um eine Obergrenze geht es im Kern darum, ein transparentes Kriterium dafür zu entwickeln, welche Gesundheitsleistungen sich eine Gesellschaft nicht leisten möchte“, sagt Harald Tauchmann, Professor für Gesundheitsökonomie an der Uni Erlangen. (...) Tatsächlich gebe es in der Praxis heute bereits eine Art Grenze, weil Krankenhäuser in den Niederlanden nur einen bestimmten Betrag zur Verfügung hätten, sagte Wouter Bos, Direktor des Amsterdamer Universitätsklinikums. (...)

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

Quelle: Spiegel online 20.09.2014

froh sein, dass sie sich nicht mehr um die Pflege kümmern müssen, weil diese sich ja um sich selbst kümmert, allerdings eben ohne jeden Einfluss auf die Arbeitsbedingungen angestellter Pflegekräfte. Pflegekräfte sollen für öffentliche Aufgaben dann auch noch zahlen. Die Ärztekammern haben ihren Einfluss nicht durch ihre Organisation als Kammer, sondern durch das gesellschaftlich hohe Ansehen des Arztberufes.

Es gilt: Bei Interessengegensätzen entscheiden nicht Argumente sondern die Macht.

Wenn die politischen Mehrheiten das notwendige Geld nicht für die Pflege ausgeben wollen, liegt dies nicht an Argumenten. Diese Argumente werden seit über 20 Jahren sehr konkret vorgetragen. Stattdessen wird die Finanzierung der Krankenhäuser immer mehr zu Lasten insbesondere der Pflege organisiert. Nur wenn sich in den Betrieben Widerstand regt, gibt es Verbesserungen. Gewerkschaftlich organisierte Pflegekräfte sind die einzige Vertretung der Pflege, die in der Lage sind, trotz anderer Interessen in der Politik eine Änderung durchzusetzen. Sei es über Aktivitäten für die Forderung nach einem höheren Personalschlüssel durch eine gesetzliche Personalbemessung, sei es über eine materielle Aufwertung der Pflegeberufe

über Durchsetzung entsprechender Tarifforderungen. Einfluss erreicht die Pflege nur durch aktives Engagement und als freiwilliges Mitglied einer Gewerkschaft und nicht durch eine Zwangsmitgliedschaft in einer Kammer.

Letztendlich dienen Pflegekammern nur der Ausweitung des Einflusses leitender Pflegekräfte zu Lasten gewerkschaftlich organisierter Pflegekräfte, erzwungen durch eine Einrichtung mit Zwangscharakter.

Keine Zwangsbeiträge für solch ein anachronistisches Bürokratiemonster.



Logo der Tarifrunde im Sozial- und Erziehungsdienst (siehe Artikel nächste Seite)

Sozial- und Erziehungsdienst: Tarifvertrag gekündigt - ab Januar 2015 Tarifverhandlungen

Am 18. Dezember 2014 hat die ver.di-Bundestarifkommission die Eckpunkte der Forderung für die 2015 beginnende Tarifrunde im Sozial- und Erziehungsdienst (SuE) mit der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) beschlossen. ver.di fordert u.a.:

- Statusverbessernde Einkommenserhöhungen für die Beschäftigten im Sozial- und Erziehungsdienst durch Neuregelung der Eingruppierungsvorschriften und der Tätigkeitsmerkmale innerhalb der S-Tabelle im Umfang von durchschnittlich 10 Prozent sowie zusätzliche Verbesserungen für die Behindertenhilfe.
- Zwingende Anerkennung aller Vorbeschäftigungszeiten bei der Stufenzuordnung.
- Die belegbaren Plätze, die Gruppenanzahl und die Beschäftigtenzahl müssen alternative Heraushebungskriterien für die Kita-Leitungen sein.
- Verbesserung der Eingruppierung bei nicht erfüllter Formalqualifikation (z.B. bei Einsatz von Sozialassistent/-innen als Erzieher/-innen).

Weiter soll über die Zahlung des Differenzbetrages bei vorübergehender Übertragung einer höherwertigen Tätigkeit verhandelt werden.

Konkret bedeutet dies für Beschäftigte in Kindertagesstätten für die Eingruppierung

- der Kinderpfleger/-innen mit staatlicher Anerkennung und vergleichbaren Beschäftigten mit staatlicher Anerkennung - von EG S 5 bis zur EG S 6
- der ErzieherInnen und HeilerziehungspflegerInnen mit staatlicher Anerkennung und gleichwertig qualifizierten Beschäftigten - von EG S 10 bis EG S 13
- der Leitungen künftig nicht mehr nur an Kinderzahlen, sondern alternativ an der Anzahl der Gruppen oder der Beschäftigten in der Einrichtung zu bemessen - von EG S 11 bis zu einem Entgelt oberhalb der S 18 und der stellvertretenden Leitungen - von EG S 11 bis zur EG S 18.

Für SozialarbeiterInnen und SozialpädagogenInnen soll die Eingruppierung mit der EG S 15 beginnen und bis über die EG S 18 hinaus reichen. Tätigkeiten, die wissenschaftliche Hochschulabschlüsse erfordern, sollen auch künftig im Allgemeinen Teil den Entgeltgruppen E 13 bis E 15 zugeordnet werden.

Ende September 2014 hat die Bundestarifkommission die Kündigung der Tarifregelung beschlossen. Nun wurde die Forderung beraten und beschlossen. Sollte es in den Verhandlungen ab Januar 2015 zu keinem Ergebnis kommen, muss für die Forderungen gekämpft werden. Ca. 150 von den Tarifforderungen betroffene Beschäftigte im Klinikum in den Betriebskindertagesstätten, im Sozialdienst, auf den Stationen, v.a. im Olgahospital können dann zum Streik aufgerufen werden.

Jetzt ist die Zeit sich zu informieren, sich zu organisieren,

aktiv zu werden.

ver.di-Mitglieder entscheiden mit. Jetzt ist die Zeit, Mitglied zu werden und gemeinsam Interessen durchzusetzen.

Angesichts gestiegener Anforderungen und anspruchsvoller Ausbildungen sagen wir:

Es ist Zeit für angemessene Bezahlung der Fachkräfte im Sozial- und Erziehungsdienst.

Richtig gut – aufwerten jetzt!

Weiterführende Informationen finden sich online unter www.soziale-berufe-aufwerten.de.

Beitrittserklärung

ver.di Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft

Ich möchte Mitglied werden ab: _____
Monat/Jahr

Persönliche Daten:

Name: _____
 Vorname/Titel: _____
 Straße/Hausnr.: _____
 PLZ: _____ Wohnort: _____
 Geburtsdatum: _____
 Telefon: _____
 E-Mail: _____
 Staatsangehörigkeit: _____
 Geschlecht: weiblich männlich

Beschäftigungsdaten

ArbeiterIn AngestellteIn
 BeamteIn DO-AngestellteIn
 SelbstständigeIn Heilw/MitarbeiterIn

Vollzeit Teilzeit _____ Anzahl Wochenst.
 Erwerblos
 Wehr-/Zivildienst bis _____
 Zusatz-VolontärIn-Referendariat bis _____
 SchülerIn-StudentIn bis _____
 ohne Arbeitgeberkennung
 PraktikantIn bis _____
 Abarbeitzeit bis _____
 Sonstigen: _____

Bin/war beschäftigt bei (Betriebs-/Dienstverhältnis): _____
 Straße/Hausnummer im Betrieb: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Personalnummer im Betrieb: _____
 Branche: _____
 ausgeübte Tätigkeit: _____
 Ich bin MeisterIn-TechnikerIn-IngenieurIn

Ich war Mitglied der Gewerkschaft: _____
 von: _____ Monat/Jahr bis: _____ Monat/Jahr

Einzugsermächtigung:
 Ich bevollmächtige die ver.di, den satzungsgemäßen Beitrag bis auf Widerruf im Lastschriftzugverfahren zur Monatsmitte zum Monatsende
 monatlich halbjährlich
 vierteljährlich jährlich
 oder im Lohn-/Gehaltsabzugsverfahren*
monatlich bei meinem Arbeitgeber einzuziehen. *Nur möglich in ausgewählten Unternehmen

Name des Gehaltsinstituts/Filiale (Ort): _____
 Bankleitzahl: _____ Kontonummer: _____
 Name KontoinhaberIn (Bitte in Druckbuchstaben): _____
 Datum/Unterschrift KontoinhaberIn: _____

Teilvertrag

Tarif, Lohn- oder Gehaltsgruppe bzw. Besoldungsgruppe: _____
 Tätigkeits-/Berufsjahr, Lebensalterstufe: _____
 Regelmäßiger monatlicher Bruttolohn/Euro: _____

Monatsbeitrag: Euro: _____
Der Mitgliedsbeitrag beträgt nach § 34 der ver.di-Satzung pro Monat 1% des regelmäßigen monatlichen Bruttolohnes, für RentnerInnen, PensionistInnen, VorruhestandlerInnen, KrankengeldbezieherInnen und Erwerbslose beträgt der Monatsbeitrag 0,5% des regelmäßigen Bruttolohnes. Der Mindestbeitrag beträgt € 2,50 monatlich. Für HausfrauIn/HausmannIn, SchülerInnen, StudentInnen, Wehr-, Zivildienstleistende, ErziehungsgeldempfängerInnen und SozialleistungsempfängerInnen beträgt der Beitrag € 2,50 monatlich, andere Mitglied steht es frei, höhere Beiträge zu zahlen.

Datenschutz:
 Ich erkläre mich gemäß § 4a Abs. 1 und 3 BDSG einverstanden, dass meine beim Beitritt angegebene Mitgliedschaftsdaten für den Zweck der Datenverarbeitung zur Erteilung und Bearbeitung von Mitgliedschaftsdienstleistungen und für die Wahrnehmung gewerkschaftsrechtlicher Aufgaben elektronisch verarbeitet und genutzt werden. Ergänzend gelten die Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes in der jüngsten Fassung.

Datum/Unterschrift: _____
WerberIn:
 Name: _____
 Vorname: _____
 Telefon: _____
 Mitgliedsnummer: _____