

INHALT DIESER AUSGABE

- 1 Stärkung der Tarifbindung
- 2 Personalbemessung im Krankenhaus
- 3 Keine Regionaltarife bei der Caritas
- 4 Protestaktion in Lohne

EDITORIAL



„ Die AVR Caritas sind ein Stabilitätsanker des Flächentarifs “

AKTIV AUF VIELEN EBENEN

Die Caritasmitarbeiter(innen) werden politisch aktiv(er). Das gilt für die Mitarbeiterseite der Arbeitsrechtlichen Kommission, die ihre politische Interessenvertretung ausbaut. Das gilt aber genauso für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Caritas-Einrichtungen, wie der Beitrag der Kollegin aus einem katholischen Krankenhaus in Niedersachsen in diesem Newsletter zeigt.

In unserem Politikbrief greifen wir zwei aktuelle Themen auf: „Personalbemessung im Krankenhaus“ und „ärztliche Bereitschaftsdienste“. Wir müssen durch gesetzgeberische und tarifliche Maßnahmen die Gesundheit derjenigen schützen, die sich um die Gesundheit anderer kümmern.

Seitens der Arbeitsrechtlichen Kommission und seitens der Beschäftigten Druck machen für Arbeitnehmerinteressen bei der Caritas und darüber hinaus – das muss unser Ziel und Anspruch sein. Dafür sind wir auf vielen Ebenen aktiv.



Thomas Rühl
Mitglied ak.mas-Leitungsausschuss

AK.MAS WILL PERSONALKOSTENWETTBEWERB IN DER SOZIALBRANCHE BEENDEN

Politische Trendwende zu Gunsten der Tarifbindung nutzen

Ministerin Nahles betont, die Stärkung der Tarifbindung von Arbeit sei ihr ein wichtiges politisches Anliegen. Dafür müssten auch die Kirchen als Träger von Flächentarifen gestärkt werden. Als Tarifgestalter bei der Caritas nehmen wir die Bundesregierung beim Wort! Wir wollen die politische Trendwende für die Tarifbindung nutzen.



Caritas-Beschäftigte demonstrieren in Stuttgart mit den Kolleg(innen) aus dem Sozial- und Erziehungsdienst im öffentlichen Dienst. (Foto: Dorothea Brust-Etzel)

Tarifbindung ist im öffentlichen Dienst selbstverständlich, bei sozialen Dienstleistungen und Gesundheitsdienstleistungen muss sie es auch sein. Diese Dienstleistungen sind öffentliche Daseinsvorsorge und müssen deshalb auf TVöD-Niveau vergütet werden. Tariflöhne sind immer wirtschaftlich und von den Kostenträgern zu refinanzieren.

WETTBEWERB NICHT AUF DEM RÜCKEN DER BESCHÄFTIGTEN AUSTRAGEN

Mittlerweile führen wir in unserer Gesellschaft einen politisch verordneten Wettbewerb bei sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen, von dem gesagt wird, er sei ein Qualitätswettbewerb. De facto führt er lediglich zur (Personal-)Kostenreduktion. Die ak.mas sagt, die Beschäftigten in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft können nicht durch Einkommensverzicht den Sozialstaat bezahlen. Die für Mitarbeiter(innen) gerechte und angemessene Finanzierung der Sozialversicherungen wird immer wieder von Interessengruppen verhindert. Das sind in der Regel die gleichen politischen Akteure, die auch Tariflöhne als angeblich zu teuer bekämpfen.

SOZIALE DIENSTLEISTUNGEN JETZT AUFWERTEN

Die Folgen spürt die ak.mas als Tarifgestalter und Mitarbeiterseite am Verhandlungstisch: Die Tarifaueinandersetzungen sind härter geworden, auch im Dritten Weg. Die Arbeitgeber stellen die Anbindung der Caritas-Tarife an die Tarife des öffentlichen Dienstes in Frage. Sie wollen die Regionalisierung der Tarifbindung vorantreiben und pauschale Tarifabsenkungen und Nullrunden für Sparten (z. B. Altenpflege) und untere Lohngruppen durchsetzen.

Von der Politik fordert die ak.mas, die gesellschaftliche und tarifliche Aufwertung der sozialen Dienstleistungen aktiv zu fördern. Schlüssel dafür sind die Stärkung der Finanzkraft der Sozialversicherungssysteme, entsprechende Prioritätensetzung in den öffentlichen Haushalten und eine Gesetzgebung, die Tarifbindung von Arbeit voran bringt.



Dr. Evelyn Schmidtke
Geschäftsführerin ak.mas

KÜRZERE VERWEILDAUER DER PATIENTEN – HÖHERE ARBEITSVERDICHTUNG DER BESCHÄFTIGTEN

Personalbemessung im Krankenhaus ist dringend notwendig

Pflegekräfte im Stress, Patienten in Not: Der Personalmangel in deutschen Krankenhäusern wird zum Dauerzustand. Doch einige Gesundheitspolitiker wollen die Gefährdung der Gesundheit der Beschäftigten nicht wahrnehmen und sie verkennen ebenso eine immer größer werdende Gefahr für die Sicherheit der Patienten. Daher ist die Mitarbeiterseite der Arbeitsrechtlichen Kommission des Deutschen Caritasverbandes (ak.mas) der Ansicht, dass die Einführung einer Personalbemessung dringend notwendig ist.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes lag 1991 die durchschnittliche Verweildauer der Krankenhauspatienten bei 14 Tagen, 2013 bei 7,5 Tagen. Damit hat sich die Verweildauer in 22 Jahren fast halbiert. Die Folgen sind höhere Arbeitsverdichtung der Krankenhausbeschäftigten bei verkürztem Krankenhausaufenthalt der Patienten. Viele ältere Einrichtungen sind den modernen Anforderungen an ein Krankenhaus nicht mehr gewachsen. Notwendige Investitionen werden jedoch nur noch zum Teil refinanziert. Die Folgen sind häufig Stellenabbau, um die notwendigen finanziellen Mittel bereit zu stellen.

162.000 FEHLENDE STELLEN IN DEN KRANKENHÄUSERN

Die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di hat nach eigenen Erhebungen festgestellt, dass in deutschen Krankenhäusern 162.000 Stellen fehlen, davon allein in der Pflege 70.000 Stellen.

Zudem hat eine von ver.di im März 2015 bundesweit erhobene Stichprobe in 225 Krankenhäusern (der sogenannte Nachtdienst-Check) gezeigt, dass die Krankenhäuser während der Nacht personell zum Teil gefährlich unterbesetzt sind. In mehr als der Hälfte aller Fälle muss eine Pflegekraft allein 25 Patienten versorgen. „Höchst bedenklich“ laut ver.di sei die Besetzung gerade auf den Intensivstationen, wo im Durchschnitt 3,3 Patienten von einer Pflegekraft betreut werden. Fachgesellschaften für Intensivmedizin empfehlen die Versor-



Krankenhäuser sind während der Nacht personell teilweise gefährlich unterbesetzt. ver.di-Nachtdienst-Check, März 2015 (Foto: londondeposit/Shotshop.com)

gung von zwei Intensivpatienten durch eine Pflegekraft.

DIE POLITIK MUSS VERBINDLICHE PERSONALVORGABEN FESTSCHREIBEN

Für das Patientenwohl ist es dringend notwendig, dass die Krankenhäuser eine verbindliche Personalausstattung mit qualifizierten Pflege- und anderen Fachkräften für die bedarfsgerechte Versorgung aufweisen. Ein Krankenhausbetreiber muss alle Abläufe offen legen, um eine „Zertifizierung“ zu erhalten. Warum gerade der wichtigste Punkt, nämlich die Personalbesetzung, dabei keine Rolle spielen soll, ist fraglich. Hier muss die Politik ansetzen, denn allein der wirtschaftliche Wettbewerb unter den Krankenhäusern wird das Grundproblem nicht regeln. Vom Gesetzgeber müssen neue Vorgaben zur

Mindestbesetzung zwingend vorgeschrieben werden. Rund 4 Milliarden Euro sind für die anstehende Krankenhausreform geplant. Bisher sollen lediglich 660 Millionen Euro davon in Personalkosten fließen. Bei 2.000 Krankenhäusern in Deutschland wären dies lediglich 3 Stellen pro Einrichtung. Damit wäre jedoch den Beschäftigten in den Krankenhäusern nur wenig geholfen. Zur Entlastung der Beschäftigten brauchen wir in Deutschland dringend eine Personalbemessung, die sich am tatsächlichen Bedarf orientiert.



Winfried Marchner
Mitglied ak.mas

WAS BEDEUTEN PFLEGEPERSONAL-REGELUNG (PPR) UND DIAGNOSEBEZOGENE FALLGRUPPEN (DRG'S)?

PPR: Im Grundsatzstrukturgesetz von 1992 wurde die Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege, bekannt als Pflegepersonal-Regelung (PPR), festgeschrieben. Diese Vorgabe wurde 1996 aus Kostengründen wieder außer Kraft gesetzt, nachdem festgestellt wurde, dass deutlich mehr Pflegepersonal in den Krankenhäusern benötigt wurde als veranschlagt.

DRG'S: Seit der Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG's – Diagno-

sis Related Groups) 2003 wird in Krankenhäusern nach kategorisierten Fallgruppen (damit sind die Aufwendungen für die Versorgung von Patienten gemeint) abgerechnet. Die Krankenhausbetreiber bestimmen jedoch selbst darüber, mit wieviel Personal sie ihr Krankenhaus betreiben.

HINWEIS: Vom Gesetzgeber gibt es keine Vorgaben über die Mindestbesetzung. Zwar orientieren sich viele Krankenhausbetreiber an der alten PPR, da sie jedoch den Bedarf an Personal bis 1995 abbildet,

entspricht sie nicht mehr den tatsächlichen Erfordernissen.

Ein Krankenhaus ist eine hochspezialisierte Einrichtung zur Versorgung von Menschen. Die unterschiedlichsten Berufsgruppen arbeiten miteinander um die bestmögliche Versorgung zu erreichen. Dabei ist der Aufwand enorm, denn die Arbeit am kranken Menschen bedeutet intensive und individuelle Behandlung. Dies ist jedoch nur mit genügend Personal überhaupt möglich.

CARITAS-ÄRZTE ERHALTEN 4,1% MEHR GEHALT UND 1,9% MEHR LOHN FÜR BEREITSCHAFTSDIENSTE – ABER NICHT IM GESAMTEN BUNDESGBIET

Keine regionale Willkür bei der Caritas

Noch nicht alle der sechs Regionalkommissionen der Arbeitsrechtlichen Kommission (AK) haben den Grundsatzbeschluss der Bundesebene zur Ärzte-Tariferhöhung und Neuregelung der Bereitschaftsdienste vom 26. März 2015 umgesetzt. In zwei Regionen wollen die Caritas-Arbeitgeber die Vergütungserhöhung zeitlich verschieben.



50 Prozent der Ärzte leisten mehr als vier Bereitschaftsdienste im Monat. *Umfrage des Marburger Bundes unter seinen Mitgliedern, 2013* (Foto: Monkey Business/Shotshop.com)

Im Norden beispielsweise sollten Caritas-Ärzte im Vergleich zu Ärzten in kommunalen Krankenhäusern für insgesamt zehn Monate auf eine Erhöhung ihrer Gehälter verzichten. Auch die rund 14.000 Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern der Caritas in Nordrhein-Westfalen müssen weiter auf eine überfällige Tarifsteigerung warten.

Bereits im Mai wurden die Regionalkommission Nord der AK und ihr Vermittlungsausschuss sowie die Regionalkommission Nordrhein-Westfalen vom Marburger Bund (MB) aufgefordert, die Empfehlung der Bundeskommission der AK aus dem März so umzusetzen, dass Ärztinnen und Ärzten im Vergleich zu kommunalen Kliniken kein wirtschaftlicher Nachteil entsteht. Eine zeitliche Verschiebung der Lohnerhöhung – wie von der Caritas-Arbeitgeberseite gefordert – kritisiert der Marburger Bund.

AK.MAS SCHLIESST SICH MB AN – REGIONALE TARIFE VERMEIDEN

Für die rund 52.500 angestellten Ärzte in etwa 600 Kliniken bundesweit hatte sich der Marburger Bund bereits im Februar 2015 mit der VKA auf einen neuen Tarifvertrag geeinigt. Die Mitarbeiterseite der Arbeitsrechtlichen Kommission des Deutschen Caritasverbandes (ak.mas) hatte sich auf Bundesebene diesen Forderungen für ihre Caritas-Ärzte vollumfänglich angeschlossen. Grund: Im Wettbewerb mit den kommunalen Krankenhäusern konkurrieren katholische Kliniken um die ärztlichen Fachkräfte und das in allen Regionen der Bundesrepublik. Eine Regionalisierung der Tarife steht dem entgegen.

NEUREGELUNGEN UND HÖHERVERGÜTUNG DER BEREITSCHAFTSDIENSTE

Vor allem mit seiner Forderung bezüglich der Bereitschaftsdienste hatte der Marburger Bund den immer wieder vorgebrachten

Wunsch aus weiten Kreisen der Ärzteschaft nach einer Begrenzung der durchgängigen Dauerbelastung durch Bereitschaftsdienste aufgegriffen. Hierdurch sollten verbindliche und rechtssichere Freiräume von der Arbeit geschaffen werden. Dieses Ziel verfolgte ebenfalls die Mitarbeiterseite der Arbeitsrechtlichen Kommission (ak.mas) für ihre Caritas-Ärzte. Dabei ist besonders wichtig zu beachten, dass bei der Diskussion um die Erhöhung des Tabellenentgeltes bei den Ärzten lediglich die Regelarbeitszeit vergütet wird. Bei Ärzten beträgt diese – im Gegensatz zu den anderen Berufsgruppen im Krankenhaus – ohnehin bereits 40 Stunden/Woche. Daher hielt auch die ak.mas eine Fortentwicklung der Entgeltmatrix für die Bereitschaftsdienste für unumgänglich. Diese sollte nicht allein die jeweilige Entgeltgruppe (Assistenzarzt, Facharzt, Oberarzt ...) sondern innerhalb dieser Entgeltgruppen auch die vorliegende Berufserfahrung berücksichtigen.

Der Marburger Bund hat sich neben den Tabellenerhöhungen in den vergangenen Tarifrunden, mit einem gewissen Erfolg darum bemüht, arzt spezifische Regelungen für Sonderformen der Arbeit zu vereinbaren. Auf diese Weise trägt der Marburger Bund den Besonderheiten ärztlicher Arbeit in Krankenhäusern angemessen Rechnung. Diesem grundlegenden Anliegen schließt sich die ak.mas gern an – für alle Ärztinnen und Ärzte im gesamten Bundesgebiet.

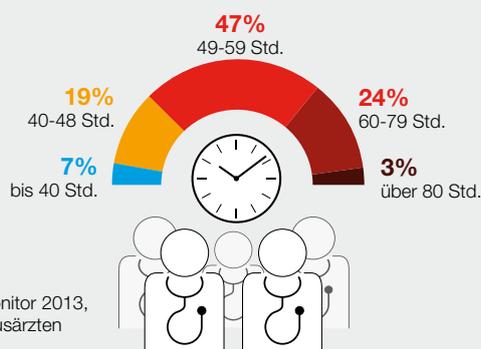


Dr. Robert Stalman
Mitglied ak.mas

ARBEITSBELASTUNG UND ARBEITSZEITEN BEI KLINIKÄRZTEN

ARBEITSZEITEN

Knapp drei Viertel der Klinikärzte arbeiten durchschnittlich mehr als 48 Stunden in der Woche, inklusive Überstunden und Bereitschaftsdienste.



Quelle: Marburger Bund, MB-Monitor 2013, Befragung von 3309 Krankenhausärzten

ARBEITSBELASTUNG

71 Prozent der Klinikärzte haben das Gefühl, dass ihre Gesundheit gefährdet ist. Als Grund dafür geben sie die Arbeitszeitgestaltung in ihrem Krankenhaus an.

