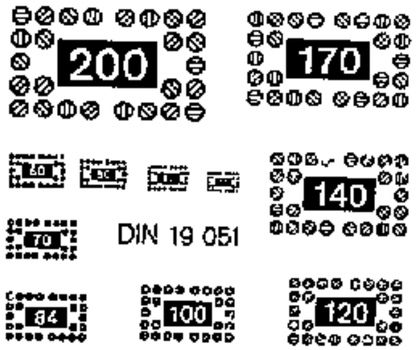

Pflege in Not, wir handeln

Maßnahmenkatalog der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen vom 4. Dezember 1989 zur Bewältigung der Pflegeproblematik

- Vorschläge zur Umsetzung
- Eine Arbeitshilfe der Gewerkschaft ÖTV

ötv

Pflege in Not, wir handeln

Maßnahmenkatalog der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen vom 4. Dezember 1989 zur Bewältigung der Pflegeproblematik

● Vorschläge zur Umsetzung

● Eine Arbeitshilfe der Gewerkschaft ÖTV

ÖTV

Archiv der sozialen Demokratie
Bibliothek
Bonn

A90-1449

Herausgegeben von der Gewerkschaft
Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr
Theodor-Heuss-Straße 2, 7000 Stuttgart 1.
Presserechtlich verantwortlich: Ulrike Peretzki-Leid
Bearbeitung: Wolfgang Schelter

Druck: Oertel + Spörer, 7410 Reutlingen

Erschienen im Juli 1990. W-998/90

Diese Broschüre wurde
auf Recycling-Papier gedruckt.

Inhalt

	Seite
Vorwort	5
I. Vorbemerkungen	7
II. Die Empfehlung der Konzertierten Aktion	9
III. Gesamtkatalog der Maßnahmen und Zuständigkeiten	13
1. Zuständigkeitsbereich der Bundesregierung	13
2. Zuständigkeitsbereich der Länder	17
3. Zuständigkeitsbereich der Länder und Kommunen	18
4. Zuständigkeitsbereich der Bundesanstalt für Arbeit	19
5. Zuständigkeitsbereich der Krankenhäuser	20
6. Zuständigkeitsbereich der Träger von stationärer und ambulanter Pflege	24
7. Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen	26
8. Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen, Krankenhäuser, Kassenärzte	28
IV. Anhang	
1. Aktionsprogramm der Gewerkschaft ÖTV zur Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Kranken- und Altenpflege	32
2. Anhörung zum Personalbedarf in der stationären Psychiatrie	34
3. Einflußfaktoren für eine leistungsbezogene Personalbemessung in Krankenhäusern	35
4. Brief an die Gesundheitsminister der Länder zur Ausbildung in der Altenpflege vom 8. Februar 1990	40
5. Entschließung der Gesundheitsminister der Länder vom 28./29. September 1989	43
V. Stichwortverzeichnis	47

Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

am 4. Dezember 1989 tagte in Bonn die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen", an deren Sitzung ich als Vertreterin der Gewerkschaft ÖTV teilnahm.

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat ihre Grundlage in § 141 SGB V und zum Ziel, daß die an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten gemeinsam

1. Medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten und
2. Vorschläge zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

entwickeln und diese miteinander abstimmen.

Vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung berufene Mitglieder der Konzertierten Aktion sind Vertreter der Krankenkassen, der Ärzte, der Krankenhausträger, der Apotheker, der Arzneimittelhersteller, der Arbeitgeberverbände, der Länder, der Kommunalen Spitzenverbände und der Gewerkschaften.

Die Sitzung am 4. Dezember 1989 fand zu dem Thema „Die neuen Leistungen des Gesundheitsreformgesetzes für Schwerpflegebedürftige, Bedarf an Pflegekräften in verschiedenen Versorgungsbereichen, Verbesserung der Situation im Pflegebereich" statt.

Ein Erfolg, ganz besonders für die ÖTV. Hatten doch noch wenige Monate zuvor Arbeitgeber und Politiker einen Pflegenotstand nicht wahrhaben wollen und ihn rundweg bestritten. Vielfältige Aktionen und nicht zuletzt die machtvollen Warnstreiks anläßlich der Tarifverhandlungen für das Pflegepersonal haben dazu geführt, daß niemand mehr die Augen vor der Misere der Pflegenden verschließen kann. So bleibt lediglich zu beklagen, daß nicht das Thema mit „Pflegenotstand" treffender benannt wurde, sondern eine unterkühlte Umschreibung gewählt wurde.

Unsere Erwartungen an die Empfehlungen der Konzertierten Aktion sind nicht grenzenlos, aber unterschätzt werden sollten sie auch nicht. Einer Einigung in dieser Sitzung können sich – wenn es um die Realisierung geht – die teilnehmenden Verbände und Institutionen nicht ohne weiteres entziehen, wenn sie glaubwürdig bleiben wollen.

Es ist festzustellen, daß gewerkschaftliche Positionen in die Empfehlungen eingeflossen sind. Nicht lupenrein, aber doch als Schritte in die richtige Richtung. Dies können weitere Bausteine zur Verbesserung zur Situation im Pflegebereich werden.

Ebenso werden strukturelle Defizite aufgegriffen.

Nun kommt es darauf an, die Empfehlungen umzusetzen. Hierzu soll diese Broschüre eine Arbeitshilfe sein. Ich weiß um die vielfältigen Arbeitsbelastungen unserer ehrenamtlichen und hauptamtlichen Kolleginnen und Kollegen vor Ort. Trotzdem werbe ich um Verständnis für meine Bitte, die Umsetzungsvorschläge gewissenhaft zu prüfen und ihre Realisierung auf den Weg zu bringen. Gewerkschaftliche Arbeit, die in die Gesundheitspolitik investiert wird, ist eine gute Investition. Eine Investition für unsere Kolleginnen und Kollegen – aber auch für Patienten und pflegebedürftige Menschen.

Bei der Umsetzung wünsche ich viel Erfolg.

Mit freundlichem Gruß

Ulrike Peretzki-Leid

Mitglied des geschäftsführenden
Hauptvorstandes

I. Vorbemerkungen

Auf eine Empfehlung und einen Maßnahmenkatalog zur Behebung des Pflegenotstandes hat sich am 4. Dezember 1989 die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen geeinigt.

Dies ist – nach dem erfolgreichen Tarifabschluß für die Pflegeberufe – ein weiterer Teilerfolg der Gewerkschaft ÖTV im ständigen Bemühen, alle Verantwortlichen im Gesundheitswesen auf gemeinsame Anstrengungen zur Behebung des Pflegenotstandes zu verpflichten.

So tragen denn auch wesentliche Teile des Maßnahmenkataloges deutlich die Handschrift der Gewerkschaft ÖTV. Forderungen unseres „Aktionsprogrammes zur Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Kranken- und Altenpflege" (vergl. IV. Anhang, S. 32 f.) wurden berücksichtigt.

Einigkeit bestand in der Konzertierten Aktion darüber, daß niemand in der Lage ist, die vielfältigen Probleme allein zu bewältigen. Vielmehr seien gemeinsame Anstrengungen aller notwendig, um den steigenden Bedarf an Pflegeleistungen zu befriedigen. Einvernehmen wurde über ein Bündel von Maßnahmen innerhalb der jeweiligen Zuständigkeiten erzielt. Die Beteiligten sollen die in ihren Zuständigkeitsbereich fallenden Vorschläge soweit wie möglich umsetzen.

Spätestens in der Frühjahrssitzung 1991 will die Konzertierte Aktion eine Bilanz über das Erreichte ziehen.

Vorschläge umsetzen!

Jetzt kommt es darauf an, daß die jeweils Zuständigen die einzelnen Vorschläge auch tatsächlich umsetzen. Dazu bedarf es sicher auch des Anstoßes durch die Gewerkschaft ÖTV. Vor Ort sind die einzelnen Maßnahmen immer wieder bei den Adressaten einzufordern.

Mit dieser Arbeitshilfe wollen wir Euch die Umsetzung erleichtern.

Rosa unterlegt ist der Text der Empfehlung und der Maßnahmenbeschlüsse der Konzertierten Aktion abgedruckt.

Grau unterlegt sind Texte aus Gesetzen und Verordnungen, auf die Bezug genommen wird.

Sodann nennen wir, bezogen auf die einzelnen Maßnahmen, die jeweils für das Handeln Zuständigen und die jeweilige ÖTV-Ebene für Initiativen zur Einforderung von Umsetzungsschritten.

Da in der Frühjahrssitzung der Konzertierten Aktion 1991 eine Bilanz über die Umsetzung des Maßnahmenkataloges gezogen werden soll, bitten wir Euch, die entsprechenden Umsetzungsschritte alsbald anzugehen und uns über eingeleitete Maßnahmen auf dem laufenden zu halten. Insbesondere werden wir Euch für Januar/Februar 1991 um eine Übersicht über die in Eurem Zuständigkeitsbereich eingeleiteten bzw. durchgeführten Maßnahmen bitten.

II. Die Empfehlung der Konzertierten Aktion

a) „Mit dem Gesundheitsreformgesetz sind Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur häuslichen Pflegehilfe eingeführt worden. Vom 1. Januar 1991 an besteht – zusätzlich zu der seit 1. 1. 1989 geltenden Urlaubshilfe für Pflegepersonen – ein Anspruch auf 25 Pflegeeinsätze pro Monat. Damit sollen diejenigen entlastet werden, die einen schwer Pflegebedürftigen pflegen. Durch die häusliche Pflegehilfe wird ein zusätzlicher Bedarf an Pflegekräften im Bereich der ambulanten Pflege ausgelöst, der im einzelnen bislang noch nicht quantifiziert ist. Er wird insbesondere bestimmt durch den Umfang der Inanspruchnahme der im Gesundheitsreformgesetz vorgesehenen Geldleistung von 400,– DM anstelle der Sachleistung.

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hält eine zügige Umsetzung der neuen Pflegeleistungen für notwendig. Sie empfiehlt den Krankenkassen und ihren Verbänden sowie den Erbringern von Pflegeleistungen, in Abstimmung mit der Bundesanstalt für Arbeit rechtzeitig die offenen Fragen zu klären und Vorsorge zu treffen, damit qualifizierte Pflegekräfte in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. Es wird begrüßt, daß der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung dieses Ziel durch die Finanzierung von zwei Modellprojekten unterstützt."

Umsetzung

Die anzuwendenden gesetzlichen Vorschriften des SGB V haben folgenden Wortlaut:

Sechster Abschnitt
Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit

§ 53 Personenkreis

(1) Versicherte, die nach ärztlicher Feststellung wegen einer Krankheit oder Behinderung so hilflos sind, daß sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer in sehr hohem Maße der Hilfe bedürfen (Schwerpflegebedürftige), erhalten häusliche Pflegehilfe.

(2) Der Anspruch nach Absatz 1 entfällt, soweit ein Anspruch nach § 37 besteht.

(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Richtlinien zur Abgrenzung des Personenkreises der Schwerpflegebedürftigen. Sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesverbände der Pflegeberufe sowie der Behinderten zu beteiligen.

(4) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zur Abgrenzung des Personenkreises der Schwerpflegebedürftigen erlassen.

§ 54 Anspruchsvoraussetzungen

(1) Versicherte erhalten häusliche Pflegehilfe, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Feststellung der Schwerpflegebedürftigkeit mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraumes und in den letzten sechzig Kalendermonaten vor Feststellung der Schwerpflegebedürftigkeit mindestens sechsunddreißig Kalendermonate Mitglied oder nach § 10 versichert waren. Der Mitgliedszeit steht bis zum 31. Dezember 1988 die Zeit der Ehe mit einem Mitglied gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig war.

(2) Bei Versicherten, die keine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben, tritt an die Stelle der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit der Tage der Geburt. Für versicherte Kinder gelten die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 als erfüllt, wenn sie ein Elternteil erfüllt.

§ 56 Urlaub oder Verhinderung der Pflegeperson

Kann die Pflege und Versorgung schwerpflegebedürftiger Versicherter wegen Erholungsurlaubs oder anderweitiger Verhinderung der Pflegepersonen zeitweise nicht erbracht werden, wird die häusliche Pflegehilfe über den Rahmen des § 55 hinaus im erforderlichen Umfang für längstens vier Wochen je Kalenderjahr erbracht, wenn die Pflegeperson den Schwerpflegebedürftigen vor der Verhinderung mindestens zwölf Monate gepflegt hat. Die Aufwendungen der Krankenkasse für die Leistung nach Satz 1 dürfen im Einzelfall 1 800 Deutsche Mark nicht überschreiten. Werden die Versicherten während dieser Zeit außerhalb ihres Haushalts oder ihrer Familie gepflegt, übernimmt die Krankenkasse die dadurch entstehenden Kosten bis zur Höhe des Betrages, den sie bei Pflege und Versorge der Versicherten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie aufzuwenden hätte.

§ 57 Geldleistung

(1) Auf Antrag der schwerpflegebedürftigen Versicherten zahlt die Krankenkasse [illegible] 400 Deutsche Mark [illegible] an die Schwerpflegebedürftigen die Pflege durch [illegible] sicherstellen.

(2) [illegible] Pflege in

(3) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den gesamten Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu mindern.

(4) Die Geldleistung wird vom 1. Januar 1991 an gezahlt.

Die **ÖTV-Bezirksverwaltungen** sollten gegenüber den Ländern und den Landesverbänden der Krankenkassen initiativ werden und diese auffordern, auf der Grundlage der regionalen demographischen Entwicklung und des geschätzten Pflegebedarfs im jeweiligen Bundesland den Bedarf an professioneller Pflegeleistung und daraus abgeleitet den Bedarf an qualifiziertem Pflegepersonal alsbald zu errechnen. Dabei sind qualitative Gesichtspunkte der Pflege öffentlich zu diskutieren. Eine Integration und Koordination der Versorgungseinrichtungen sollte gefordert werden.

Die Länder sollten darüber hinaus aufgefordert werden, im Zusammenwirken mit den Landesarbeitsämtern Vorsorge dafür zu treffen, daß qualifizierte Pflegekräfte in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen. Hierzu ist eine Auswahl der Anbieter von Pflegeleistungen, auch nach dem Gesichtspunkt der Tarifgebundenheit, ein Element.

b) Der durch die häusliche Pflegehilfe ausgelöste zusätzliche Bedarf an Pflegekräften trifft auf einen zunehmenden generellen Personalbedarf in der ambulanten und stationären Pflege, den Altenheimen und den Krankenhäusern. Bereits heute können vor allem in Krankenhäusern der Ballungszentren die vorhandenen Stellen für Pflegekräfte nicht mehr in vollem Umfang besetzt werden. Hinzu kommen Bestrebungen in allen Ländern, die vorhandene Personalausstattung in den verschiedenen Bereichen zu erhöhen, um den auch durch die demographische Entwicklung wachsenden Bedarf an ambulanter und stationärer Pflege gerecht zu werden und um die Arbeitsbedingungen der Pflegenden zu verbessern.

Die Konzertierte Aktion stimmt vor diesem Hintergrund darin überein, daß umfassende und aufeinander abgestimmte Maßnahmen von allen Beteiligten einzuleiten sind, um in allen Bereichen dem wachsenden Bedarf an Pflegekräften gerecht zu werden. Hierzu müssen Rahmenbedingungen für die Ausbildung und Arbeit in der Kranken- und Altenpflege geschaffen werden, die den Pflegeberuf in der Konkurrenz mit anderen Berufen attraktiv erhalten."

Umsetzung

Die **ÖTV-Bezirksverwaltungen** sollten gegenüber allen Beteiligten initiativ werden und sie auffordern, abgestimmte Maßnahmen unter Beteiligung der Gewerkschaft ÖTV alsbald einzuleiten, um die Rahmenbedingungen für die Ausbildung und Arbeit in der Kranken- und Altenpflege so zu verbessern, daß die Pflegeberufe in der Konkurrenz mit anderen Berufen attraktiv sind. Als ein Anreizelement treten angemessene Arbeitsbedingungen und Vergütungen hinzu, soweit sie auch örtlich oder bezirklich gestaltet werden können.

Für die Weiterbildung im Bereich der ambulanten Pflege sollten landesgesetzliche Regelungen gefordert werden. Dabei ist auch die Frage der Finanzierung der Weiterbildung zu regeln.

Für die Personalbedarfsplanung ist eine integrierte Planung vorzunehmen, die den Bedarf einrichtungsübergreifend ermittelt und die Maßnahmen auf den so ermittelten Bedarf ausrichtet.

Zur Argumentationshilfe kann auch unser **„Aktionsprogramm zur Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Kranken- und Altenpflege"** (Vergl. IV. Anhang, S. 32 f.) hilfreich sein.

III. Gesamtkatalog der Maßnahmen und Zuständigkeiten

1. Zuständigkeitsbereich der Bundesregierung

a) Zuständigkeit des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Verordnung ‚Anrechnung von Schülern und Schülerinnen für Berufe der Krankenpflege auf den Stellenplan der Krankenhäuser' im Verhältnis 7:1. Inkrafttreten 1. 1. 1990. Schaffung von bundesweit 5 000 zusätzlichen Stellen und Verbesserung der Ausbildungsbedingungen."

Umsetzung

Die **ÖTV-Kreisverwaltungen** sollten gegenüber den Krankenhausträgern, denen eine Krankenpflegeschule angeschlossen ist, initiativ werden und zusätzliche Stellen aufgrund des neuen Anrechnungsschlüssels einfordern. Die Neuregelung bringt in nahezu allen Bundesländern gegenüber bisherigen Anrechnungsschlüsseln Verbesserungen bei der Personalbemessung. Die neu zu besetzenden Stellen sollten insbesondere zur Verbesserung der praktischen Ausbildung genutzt werden. Dies kann auch durch den Ausbau der Betrauung von Krankenpflegepersonal mit Ausbildungsaufgaben realisiert werden.

Personalräte/Betriebsräte/Mitarbeitervertretungen sollten die Schaffung neuer Stellen auf der Grundlage der veränderten Verordnung und deren qualifizierte Besetzung überwachen.

Die **ÖTV-Hauptverwaltung** beharrt gegenüber dem Bundesarbeitsminister und dem Bundesrat darauf, daß ein völliger Wegfall der Anrechnung Auszubildender auf Stellenpläne geboten ist. Dies würde bundesweit nochmals rund 10 000 neue Stellen schaffen.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Verordnung nach § 19 KHG über den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie ist mit dem Ziel einer Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Vorbereitung."

Umsetzung

§ 19 KHG hat folgenden Wortlaut:

§ 19 Empfehlungen

(1) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung erarbeiten unter Beachtung der medizinischen und technischen Entwicklung gemeinsam Empfehlungen über Maßstäbe und Grundsätze für Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere für den Personalbedarf und die Sachkosten. Unbeschadet der Vorschrift des § 17 Abs. 1 Satz 1 sind dabei auch die Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen angemessen zu berücksichtigen. Die Empfehlungen nach Satz 1 sind in enger Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden der im Krankenhaus Beschäftigten, der Ärzteschaft, den Gewerkschaften, den Arbeitgebern und dem Verband der privaten Krankenversicherung zu erarbeiten.

(2) Kommt eine gemeinsame Empfehlung nach Absatz 1 innerhalb eines Jahres nicht zustande, nachdem ein nach Absatz 1 beteiligter Verband schriftlich zur Erarbeitung der Empfehlung aufgefordert hat, bestimmt die Bundesregierung die Maßstäbe und Grundsätze nach Absatz 1 durch Rechtsverordnung.

Die **ÖTV-Hauptverwaltung** ist bei Vorbereitung einer Rechtsverordnung über den **Personalbedarf in der stationären Psychiatrie** beteiligt und bringt kontinuierlich ihre Position dazu ein. Sie wird weiter auf baldige Verabschiedung der Rechtsverordnung drängen, die es ermöglicht, die Personalbemessung zu verbessern.

(Siehe Seite 34: „SGR 12/89 – Kernpunkte ausgeklammert".)

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Verordnung über den ‚Personalbedarf für ärztliches und pflegerisches Personal in Akutkrankenhäusern' – nach § 19 KHG. hier besteht noch keine Zuständigkeit des BMA: Die Selbstverwaltung von Krankenhäusern (DKG) und Kassen (Spitzenverbände) verhandelt derzeit über Empfehlungen."

Umsetzung

Wortlaut des § 19 KHG siehe oben.

Die Jahresfrist der Verhandlungen über eine gemeinsame Empfehlung nach § 19 Abs. 1 KHG zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft läuft im Juli 1990 ab.

Die **ÖTV-Hauptverwaltung** hat den Bundesarbeitsminister aufgefordert, bereits jetzt eine Rechtsverordnung gem. § 19 Abs. 2 KHG vorzubereiten, da vorhersehbar die Verhandlungen zwischen Spitzenverbänden der Krankenkassen und Deutscher Krankenhausgesellschaft zu keiner Einigung führen werden.

Das Einigungsverfahren sieht eine Beteiligung auch der Gewerkschaft ÖTV vor.

Die **ÖTV-Hauptverwaltung** wird in dem Verfahren auf der Grundlage ihrer bisherigen Position zur Personalbemessung in Krankenhäusern Stellung nehmen.

(Siehe Seite 35: „Einflußfaktoren".)

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Förderung von Modellversuchen zur Sicherung der Pflegeleistungen nach §§ 53 ff. SGB V."

Umsetzung

Wortlaut §§ 53 ff. siehe S. 9.

Die **ÖTV-Hauptverwaltung** hat die Förderung von Modellversuchen zur Sicherstellung der Pflegeleistungen begrüßt und die Umsetzung geeigneter Ergebnisse gefordert.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Gemeinsam mit Ländern: Abgrenzung der Finanzierungszuständigkeiten für Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung unter Einbeziehung des Arbeitsförderungsgesetzes sowie für Aktivitäten der Träger zur Personalgewinnung."

Umsetzung

Die **ÖTV-Hauptverwaltung** wird zur Abgrenzung der Finanzierungszuständigkeiten für Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung sowie für Aktivitäten zur Personalgewinnung Vorschläge konkretisieren.

Soweit auf Landesebene Teillösungen angestrebt werden, steht das **ÖTV-Fortbildungsinstitut,** Duisburg, den **ÖTV-Bezirken** für Beratungen mit Zielrichtung auf die inhaltliche Gestaltung landesgesetzlicher Regelungen zur Verfügung.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Prüfung, wie die Alterssicherung der Pflegenden verbessert werden kann."

Umsetzung

Die **ÖTV-Hauptverwaltung** wird für die vorgesehene Prüfung zur Verbesserung der Alterssicherung der Pflegenden im Rahmen der sozialpolitischen Diskussion Vorschläge erarbeiten und gegenüber dem Bundesarbeitsminister einfordern.

b) Zuständigkeit des BMJFFG

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Bundesgesetzliche Regelung der Altenpflegeausbildung mit dem Ziel einer strukturellen Anpassung an die Krankenpflegeausbildung (3 Jahre, kostenlos, mit Ausbildungsvergütung)."

Umsetzung

Die **ÖTV-Hauptverwaltung** hat eine bundeseinheitliche Regelung der Altenpflegeausbildung bereits seit langem gefordert und jetzt mit auf den Weg gebracht. Sie wird das im Juni 1990 konkretisierte Gesetzgebungsverfahren weiter begleiten und dabei ihre Forderungen konsequent vertreten.

Die **ÖTV-Bezirksverwaltungen** sollten gegenüber den Bundesländern auf der Grundlage unserer bekannten Positionen Einfluß nehmen.

(Seite 41: Brief an die Gesundheitsminister der Länder)

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Verkürzte Umschulungsmöglichkeiten in der Krankenpflege, insbesondere aus verwandten Berufen; entsprechende Regelung in der Altenpflege."

Umsetzung

Die **ÖTV-Hauptverwaltung** wird für verkürzte Umschulungsmöglichkeiten in der Kranken- und Altenpflege Vorschläge erarbeiten, insbesondere was die Anrechnung bestimmter Ausbildungsanteile verwandter Berufe anbelangt und zur Förderung vorschlagen.

Maßnahmekatalog der Konzertierten Aktion

„Das Modellprogramm zur Wiedereingliederung von BerufsrückkehrerInnen wird gezielt auch für Pflegeberufe angeboten."

Umsetzung

Die **ÖTV-Hauptverwaltung** hat sich bereits gegenüber der Bundesgesundheitsministerin und im Vorstand der Bundesanstalt für Arbeit für die gezielte Anwendung des Modellprogramms zur Wiedereingliederung von Berufsrückkehrerinnen auch für Pflegeberufe eingesetzt und Vorschläge für die curriculare Ausgestaltung von Eingliederungskursen vorgelegt.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Erlaß einer Verordnung nach dem Heimgesetz über die Qualifikation des Heimpersonals."

Umsetzung

Die **ÖTV-Hauptverwaltung** hat sich bereits im Anhörungsverfahren zum Heimgesetz für den Erlaß einer Verordnung über die Qualifikation des Heimpersonals eingesetzt und darüber hinaus den Erlaß einer Personalmindestverordnung, im Zusammenhang mit der Entwicklung eines flexibel anwendbaren Personalbemessungsinstrumentariums für die Altenpflege gefordert.

2. Zuständigkeitsbereich der Länder

Grundlage koordinierter Maßnahmen in den Ländern ist insbesondere die Entschließung der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder vom 28./29. September 1989.

(Seite 43: „Entschließung").

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Umwidmung von nicht bedarfsnotwendigen Betten in Akutkrankenhäusern bzw. deren Abbau."

Umsetzung

Die **ÖTV-Hauptverwaltung** hat sich für die Umwidmung von tatsächlich nicht bedarfsnotwendigen Betten in Akutkrankenhäusern, zum Beispiel zu Betten für Pflegebedürftige, in der Konzertierten Aktion eingesetzt. Dies ist in den Beschluß eingegangen.

Die **ÖTV-Bezirksverwaltungen** sollten gegenüber den Ländern initiativ werden und dies im Zusammenhang mit den Bettenbedarfsplanungen der Länder einfordern.

Die jeweils zuständigen **ÖTV-Kreisverwaltungen** sollten dies zusammen mit den **Personalräten/Betriebsräten/Mitarbeitervertretungen** der Krankenhäuser fachlich untermauern und die Umwidmung der Betten ggfs. einfordern.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Förderung von Investitionen zur Entlastung des Pflegepersonals"

Umsetzung

Die **ÖTV-Bezirksverwaltungen** sollten zusammen mit der Bezirksabteilung Krankenhäuser an der Praxis orientierte konkrete Vorschläge zur Entlastung des Pflegepersonals erarbeiten und gegenüber den Ländern deren Finanzierung einfordern. Dies können auch Investitionen in den Arbeitsschutz sein.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Erlaß von Weiterbildungsordnungen zur Verbesserung der beruflichen Perspektiven in der Kranken- und Altenpflege."

Umsetzung

Die **ÖTV-Hauptverwaltung** wird Vorschläge für den Erlaß von Weiterbildungsordnungen zur Verbesserung der beruflichen Perspektiven in der Kranken- und Altenpflege erarbeiten. Diese werden gegenüber der Gesundheitsministerkonferenz vertreten.

Die Beteiligung der **ÖTV-Bezirksverwaltungen** bei landesgesetzlichen Regelungen soll sichergestellt werden. Auch tarifvertragliche Regelungen über die Ausgestaltung der Weiterbildung werden angestrebt.

3. Zuständigkeitsbereich der Länder und Kommunen

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Quantifizierung des Bedarfs und Ausbau eines bedarfsdeckenden Angebots an Einrichtungen insbesondere für ambulante und stationäre Pflege sowie für Tagespflege; auch mit dem Ziel einer Entlastung der Krankenhäuser."

Umsetzung

Die **ÖTV-Bezirks- und Kreisverwaltungen** sollten sich im Rahmen ihrer Einwirkungsmöglichkeiten für die Ermittlung eines bedarfsdeckenden Angebots einsetzen.
Die Einrichtung trägerübergreifender Planungs- und Koordinierungskreise sollte forciert werden.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Ausbau eines ausreichenden Angebots an Kinderbetreuungseinrichtungen im Hinblick auf berufstätige Mütter und Väter."

Umsetzung

Die **ÖTV-Kreis- und Bezirksverwaltungen** sollten gegenüber den Ländern und Kommunen initiativ werden und den Ausbau eines ausreichenden Angebots an Kinderbetreuungseinrichtungen für berufstätige Mütter und Väter einfordern. Dabei darf die Realisierung von notwendigen, krankenhausnahen Kindergärten nicht an Finanzierungszuständigkeiten scheitern.

4. Zuständigkeitsbereich der Bundesanstalt für Arbeit

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Gezielte Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege, um Angebot und Bedarf an Pflegekräften näher zusammenzubringen."

Umsetzung

Die **ÖTV-Hauptverwaltung** hat sich bereits im Vorstand der Bundesanstalt für Arbeit für eine gezielte Zusammenarbeit mit Trägern der ambulanten und stationären Pflege eingesetzt und die bisherigen Kontakte initiiert.
Die **ÖTV-Bezirks- und Kreisverwaltungen** sollten dies unter Einbeziehung der Versichertenvertreter in der Selbstverwaltung der Bundesanstalt für Arbeit vor Ort fordern.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Besondere Initiativen zur Information über Pflegeberufe und über die Hilfen des Arbeitsamtes

- **bei der Wiedereingliederung von Berufsrückkehrerinnen**
- **bei der Eingliederung von Aussiedlern und Übersiedlern**
- **bei Arbeitslosen**
- **bei Berufsanfängern."**

Umsetzung

Die **ÖTV-Hauptverwaltung** hat diese Initiativen bereits gegenüber der Bundesanstalt für Arbeit eingefordert. Sie sind in einem Erlaß des Präsidenten der Bundesanstalt für Arbeit weitgehend berücksichtigt worden.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Intensiver Einsatz von Maßnahmen zur
- **Fortbildung und Umschulung**
- **Einarbeitung**
- **Förderung von Arbeitsaufnahme."**

Umsetzung

Die **ÖTV-Hauptverwaltung** wird im Vorstand der Bundesanstalt für Arbeit die entsprechenden Maßnahmen erneut einfordern.
Die **ÖTV-Bezirks- und Kreisverwaltungen** sollten dies auch auf örtlicher und Landesebene tun.

5. Zuständigkeitsbereich der Krankenhäuser

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Patienten- und personalgerechte Gestaltung von Arbeitsbedingungen sowie von Arbeitszeit und Dienstplänen (z. B. Einführung der 5-Tage-Woche und Leistungen von Dienst höchstens 7 Tage hintereinander, langfristige Festlegung des Dienstplans, Planung von zusammenhängenden Freizeitblöcken).

Umsetzung

Die **ÖTV-Kreisverwaltungen** sollten zusammen mit den jeweils zuständigen **Vertrauensleuten/Personalräten/Betriebsräten/Mitarbeitervertretung** konkrete Vorschläge zur Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung entwickeln. Der Dienstplangestaltung kommt auch im Zusammenhang mit der Umsetzung der Arbeitszeitverkürzung ein starkes Gewicht zu.

Von der **ÖTV-Hauptverwaltung** wird demnächst im Rahmen der Kampagne „Pflege in Not – Wir handeln für mehr Pflegequalität" eine entsprechende Arbeitshilfe erstellt werden.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Entlastung des Pflegepersonals von pflegefremden Tätigkeiten."

Umsetzung

Von den jeweils zuständigen **Vertrauensleuten/Personalräten/Betriebsräten/Mitarbeitervertretungen** ist zu prüfen, ob und welche „pflegefremden Tätigkeiten" auszuüben sind. Gegebenenfalls sollten Vorschläge für eine Zurückweisung dieser Tätigkeiten an die dafür zuständigen Berufsgruppen vorgelegt werden. Der Grundsatz der ganzheitlichen Pflege ist jedoch zu berücksichtigen.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Kooperative Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Krankenhaus."

Umsetzung

Die jeweils zuständigen **Vertrauensleute/Personalräte/Betriebsräte/Mitarbeitervertretungen** sollten zusammen mit dem Krankenhausmanagement kooperative Arbeitsmodelle entwickeln, die von gleichberechtigter Teamarbeit ausgehen und Arbeitsabläufe und Arbeitsorganisation jeweils an dem objektiven Bedarf ausrichten.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Ausweitung von Teilzeitangeboten."

Umsetzung

Die beschlossene Ausweitung von Teilzeitangeboten muß da ihre Grenzen finden, wo die Kontinuität der Pflege durch Teilzeitarbeit in Gefahr gerät und Vollbeschäftigte durch z. B. überproportionale Inanspruchnahme für Dienst in ungünstigen Zeiten besonders belastet werden.

Vertrauensleute/Personalräte/Betriebsräte/Mitarbeitervertretungen sollten darüber wachen, daß Teilzeitarbeit nicht in unvertretbarer Weise ausgedehnt wird. Vielmehr ist in Einzelfällen festzustellen, ob nicht durch entsprechende familienfreundliche Rahmenbedingungen Teilzeitbewerber für eine Vollzeitarbeit gewonnen werden können.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Ausschöpfung der Wartelisten für die Krankenpflegeausbildung."

Umsetzung

Die Ausschöpfung der Wartelisten – sofern es überhaupt noch welche gibt – sollte nicht durch die vorübergehende Nichtbesetzung freier Stellen versucht werden. Dies geht

insbesondere wegen der Mehrfachbewerbungen zu Lasten des vorhandenen Pflegepersonals. Sichergestellt werden sollte jedoch, daß geeignete Bewerberinnen und Bewerber einen, möglicherweise auch überplanmäßigen Ausbildungsplatz erhalten.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Reaktivierung der Krankenpflegehilfeausbildung."

Umsetzung

Die beschlossene Reaktivierung der Krankenpflegehilfeausbildung ist nur insoweit sinnvoll, wie weitergehende Qualifizierungsmöglichkeiten angeboten werden. Der Ersatz examinierten Krankenpflegepersonals durch einjährig ausgebildetes Personal führt nicht zu einer Verbesserung der Pflegequalität und ist deshalb abzulehnen.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Wiedereingliederungsmaßnahmen für rückkehrwillige ehemalige Krankenpflegekräfte mit Unterstützung der Arbeitsämter."

Umsetzung

Die jeweils zuständige **ÖTV-Kreisverwaltung** sollte gegenüber den Leitungen der Krankenpflegeschulen und dem Krankenhausmanagement gezielt anregen, Wiedereingliederungskurse in Verbindung mit den Arbeitsämtern anzubieten.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Fortbildungs- und Umschulungsangebote in Zusammenarbeit mit den Arbeitsämtern; Intensivierung innerbetrieblicher Fortbildungsmaßnahmen."

Umsetzung

Die jeweils zuständigen **Vertrauensleute/Personalräte/Betriebsräte/Mitarbeitervertretungen** sollten auf der Grundlage der Ist-Situation einen Bedarfsplan für innerbetriebliche Fortbildungsmaßnahmen und Umschulungsangebote erstellen und gegenüber dem Krankenhausmanagement einfordern. Die Finanzierung über die Pflegesätze ist sicherzustellen.

Die **ÖTV-Kreisverwaltungen** sollten bei den regionalen Krankenhäusern eine Bedarfsplanung für außerbetriebliche Weiterbildungen anregen.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Betriebskindergärten und -kindertagesstätten gegebenenfalls im Verbund mit anderen Einrichtungen."

Umsetzung

Die **ÖTV-Kreisverwaltungen** sollten zusammen mit den **Personalräten/Betriebsräten/Mitarbeitervertretungen** im Verbund regionaler Krankenhäuser den Bedarf an Betriebskindergärten und Kindertagesstätten ermitteln und auf dieser Grundlage gegenüber den Krankenhausträgern und Gebietskörperschaften die erforderlichen Plätze einfordern.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Bereitstellung oder Hilfe bei der Beschaffung preiswerten Wohnraums insbesondere in Ballungsräumen."

Umsetzung

Die jeweils zuständigen **Vertrauensleute/Personalräte/Betriebsräte/Mitarbeitervertretungen** sollten zusammen mit dem Krankenhausmanagement den Bedarf ermitteln, soziale Bedingungen festlegen und die Bereitstellung bzw. Hilfe bei der Beschaffung preiswerten Wohnraums gegenüber dem Krankenhaus einfordern. Tarifvertragliche Handlungsmöglichkeiten werden durch die **ÖTV-Hauptverwaltung** geprüft.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Meldung aller offenen Stellen an Arbeitsämter."

Umsetzung

Die jeweils zuständigen **Personalräte/Betriebsräte/Mitarbeitervertretungen** sollten das Krankenhausmanagement zur Meldung aller offenen Stellen an die Arbeitsämter bewegen. Die Meldung offener Stellen sollte von der Interessenvertretung überwacht werden.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Trägern ambulanter und stationärer Pflege."

Umsetzung

Die jeweils zuständige **ÖTV-Kreisverwaltung** sollte zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Trägern ambulanter und stationärer Pflege einer Region einen „Regionalen Arbeitskreis Pflege" fordern, in dem auch die ÖTV vertreten sein soll.

6. Zuständigkeitsbereich der Träger von stationärer und ambulanter Pflege

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Patienten- und personalgerechte Gestaltung von Arbeitszeit und Dienstplänen."

Umsetzung

Die jeweils zuständige **ÖTV-Kreisverwaltung** sollte den Trägern stationärer und ambulanter Pflege Modelle zur patienten- und personalgerechten Gestaltung von Arbeitszeit und Dienstplänen vorschlagen.

Die **ÖTV-Hauptverwaltung** wird in Kürze entsprechende Vorschläge im Rahmen der Kampagne „Pflege in Not – Wir handeln für mehr Pflegequalität" in einer Broschüre veröffentlichen.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Ausweitung von Teilzeitangeboten."

Umsetzung

Siehe 5.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Ausweitung des Angebots an ambulanter, stationärer und teilstationärer Pflege sowie an Kurzzeitpflege."

Umsetzung

Für die beschlossene Ausweitung des Angebots an ambulanter, stationärer und teilstationärer Pflege sowie an Kurzzeitpflege sind entsprechend der regionalen Bedarfslage im „Regionalen Arbeitskreis Pflege" Vorschläge zu entwickeln.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Sicherung der Qualität der Pflegeleistungen."

Umsetzung

Die jeweils zuständige **ÖTV-Kreisverwaltung** sollte darauf hinwirken, daß zur Sicherung der Qualität der Pflegeleistungen in Zusammenarbeit mit den **Vertrauensleuten/Personalräten/Betriebsräten/Mitarbeitervertretung** und dem „Regionalen Arbeitskreis Pflege" für die jeweilige Einrichtung im Rahmen der politischen Möglichkeiten

a) der gesellschaftlich akzeptierte Pflegestandard festgelegt,
b) die dafür erforderlichen personellen, quantitativen und qualitativen Ressourcen ermittelt,
c) die erforderlichen Stellen gegenüber den Kostenträgern geltend gemacht und die Qualifizierung des Personals vorangetrieben,
d) vorhandene Defizite in der Pflege schonungslos offengelegt,
e) für die Einrichtungen ein Instrumentarium zur Pflegedokumentation und Überprüfung der Pflegequalität entwickelt wird.

Die **ÖTV-Hauptverwaltung** wird im Rahmen der Kampagne „Pflege in Not – Wir handeln für mehr Pflegequalität" zur Sicherung der Pflegequalität eine Arbeitshilfe veröffentlichen.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften."

Umsetzung

Die jeweils zuständige **ÖTV-Kreisverwaltung** sollte im Zusammenwirken mit dem „Regionalen Arbeitskreis Pflege" zur Förderung von Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften anregen, Trägerübergreifend den Bedarf zu ermitteln und Angebote zu organisieren.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Zusammenarbeit und Abstimmung der Verordnung. Koordinierter Zugang zu Versorgungseinrichtungen und der Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Pflege."

Umsetzung

Die jeweils zuständigen **ÖTV-Kreisverwaltungen** sollten im „Regionalen Arbeitskreis Pflege" anregen, zur Koordination des Zugangs zu Versorgungseinrichtungen und der

Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Pflege, unter Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte, ein bedarfsgerechtes, trägerübergreifendes abgestuftes System der Pflege für eine Region zu entwickeln.

7. Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Rechtzeitige und bedarfsgerechte Sicherstellung der Pflegeleistungen nach §§ 53 ff. SGB V zum 1. 1. 1991 (frühzeitige Klärung der Zahl der Leistungsberechtigten, Verträge mit den Leistungserbringern).“

Umsetzung

Wortlaut der §§ 53 ff. SGB V siehe S.

Die **ÖTV-Bezirks- und Kreisverwaltungen** sollten zusammen mit den Versicherungsvertretern der Selbstverwaltung der Krankenkassen die hierfür notwendigen Maßnahmen initiieren.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Sicherstellung der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V), insbesondere auch im Rahmen der Leistungen nach § 37 Abs. 2 SGB V.“

Umsetzung

§ 37 SGB V hat folgenden Wortlaut:

§ 37 Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(2) Die Satzung kann bestimmen, daß häusliche Krankenpflege auch dann erbracht wird, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Sie kann dabei Umfang und Dauer im Einzelfall erforderlicher Leistungen bestimmen.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

Die jeweils zuständigen **ÖTV-Kreisverwaltungen** sollten gemeinsam mit den Versichertenvertretern der Selbstverwaltung der Krankenkassen für die Sicherstellung der häuslichen Krankenpflege eintreten, soweit sie nicht nur aus Kostengründen sinnvoll erscheint.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Finanzierung einer ausreichenden Personalbesetzung in Krankenhäusern unter Berücksichtigung insbesondere

- **der zum 1. 1. 1990 verbesserten Anrechnung von Krankenpflegeschülerinnen und -schülern auf die Stellenpläne**
- **der tariflich vereinbarten Arbeitszeitverkürzung**
- **konkret ermittelter Ausfallzeiten des Pflegepersonals.“**

Umsetzung

Die jeweils zuständigen **ÖTV-Kreisverwaltungen** sollten zusammen mit den **Personalräten/Betriebsräten/Mitarbeitervertretungen** für die anstehenden Budgetverhandlungen für das jeweilige Krankenhaus den Personalbedarf unter Berücksichtigung der hier angegebenen Faktoren ermitteln und versuchen, die Finanzierung auch im Zusammenwirken mit den Versichertenvertretern der Selbstverwaltung in den Krankenkassen sicherstellen.

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Finanzierung von pflegepersonalentlastenden Investitionen im Rahmen des § 18 b KHG.“

Umsetzung

§ 18 b KHG hat folgenden Wortlaut:

§ 18 b Investitionsverträge.

(1) Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 können im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung vereinbaren, notwendige Investitionen und Maßnahmen im Sinne des § 9 Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 1, 2 und 5 ganz oder teilweise durch einen Zuschlag auf den Pflegesatz zu finanzieren.[1] Als notwendig sind Investitionen und Maßnahmen anzusehen, die geeignet sind, alsbald die Leistungen des Krankenhauses kostengünstiger zu erbringen (Rationalisierungsinvestitionen), Umstellungen zu erleichtern oder Überkapazitäten zu beseitigen.

(2) Der Abschluß von Investitionsverträgen berührt nicht die Verpflichtung des Landes, die Investitionskosten durch Fördermittel gemäß § 4 und § 9 zu decken. Der Investitionsvertrag bedarf der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde.

(3) Näheres zur Zulässigkeit und zum Inhalt von Investitionsverträgen wird durch Landesrecht bestimmt.

Die jeweils zuständigen ÖTV-Kreisverwaltungen sollten im Zusammenwirken mit den **Personalräten/Betriebsräten/Mitarbeitervertretungen** pflegepersonalentlastende Maßnahmen vorschlagen und ihre Finanzierung im Zusammenwirken mit den Versicherungsvertretern der Selbstverwaltung der Krankenkassen gegenüber den Krankenkassen einfordern.

8. Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen, Krankenhäuser, Kassenärzte

Maßnahmebeschluß der Konzertierten Aktion

„Konkretisierung des Vorrangs der ambulanten kassenärztlichen Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege vor der Krankenhausbehandlung insbesondere im Rahmen der zwei- und dreiseitigen Verträge und Empfehlungen nach §§ 112 und 113 ff. SGB V sowie der Richtlinien für die Kassenärzte nach § 92 SGB V

- **Empfehlungen nach § 19 KHG (Personalanhaltszahlen) insbesondere für ärztliches und pflegerisches Personal in Allgemeinkrankenhäusern durch die Spitzenverbände der Krankenhäuser und Krankenkassen**
- **Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern (§ 113 SGB V) und Abbau oder Umwidmung nicht bedarfsnotwendiger Betten in Akutkrankenhäusern (§ 110 SGB V) auf der Landesebene.**

Umsetzung

§ 112 Sozialgesetzbuch (SGB V) behandelt zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung.

Der § 112 SGB V hat folgenden Wortlaut:

§ 112 Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge, um sicherzustellen, daß Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbuchs entsprechen.

(2) Die Verträge regeln insbesondere

1. **die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der**
   a) **Aufnahme und Entlassung der Versicherten,**
   b) **Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte, Berichte und Bescheinigungen,**
2. **die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung,**
3. **Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen,**
4. **die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus,**
5. **den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege.**

Sie sind für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 bis zum 31. Dezember 1989 ganz oder teilweise nicht zustande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 114 festgesetzt.

(4) Die Verträge nach Absatz 1 können von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Satz 1 gilt entsprechend für die von der Landesschiedsstelle nach Absatz 3 getroffenen Regelungen. Diese können auch ohne Kündigung jederzeit durch einen Vertrag nach Absatz 1 ersetzt werden.

(5) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam sollen Rahmenempfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben.

(6) Beim Abschluß der Verträge nach Absatz 1 und bei Abgabe der Empfehlungen nach Absatz 5 sind, soweit darin Regelungen nach Absatz 2 Nr. 5 getroffen werden, die Spitzenorganisationen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu beteiligen.

Der Inhalt der zweiseitigen Verträge ist sowohl für die Verzahnung zwischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation oder Pflege (s. § 112 Abs. 2 Nr. 5) als auch für die Qualitätssicherung und -verbesserung der Krankenhausbehandlung von großer Bedeutung.

Da hier die Krankenkassenverbände vertragsschließende Partei sind, sollte über die Selbstverwaltung Einfluß im Sinne unserer gesundheitspolitischen Positionen genommen werden.

Die zweiseitigen Verträge sollten bereits bis zum 31. Dezember 1989 abgeschlossen sein. Ggf. sollte darauf gedrungen werden, daß ein Antrag auf Festsetzung durch die Landesschiedsstelle (s. § 114 SGB) gestellt wird, wenn dies aus unserer gesundheitspolitischen Interessenlage heraus sinnvoll erscheint.

§ 115 SGB V behandelt **dreiseitige Verträge** und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Kassenärzten. Der § 115 SGB V hat folgenden Wortlaut:

§ 115 Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Kassenärzten

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und die Kassenärztliche Vereinigung schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge mit dem Ziel, durch enge Zusammenarbeit zwischen Kassenärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten.

(2) Die Verträge regeln insbesondere

1. **die Förderung des Belegarztwesens und der Behandlung in Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Kassenärzte ambulant und stationär versorgt werden (Praxiskliniken),**
2. **die gegenseitige Unterrichtung über die Behandlung der Patienten sowie über die Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen,**
3. **die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes,**
4. **die Durchführung und Vergütung einer zeitlich begrenzten vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus einschließlich der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Verhinderung von Mißbrauch,**
5. **die allgemeinen Bedingungen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus.**

Sie sind für die Krankenkassen, die Kassenärzte und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 bis zum 31. Dezember 1989 ganz oder teilweise nicht zustande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 114 festgesetzt. Diese wird hierzu um Vertreter der Kassenärzte in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und Krankenhäuser vorgesehen ist (erweiterte Schiedsstelle). Die Vertreter der Kassenärzte werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen bestellt. Das Nähere wird durch die Rechtsverordnung nach § 114 Abs. 5 bestimmt. Für die Kündigung der Verträge sowie die vertragliche Ablösung der von der erweiterten Schiedsstelle festgesetzten Verträge gilt § 112 Abs. 4 entsprechend.

(4) Kommt eine Regelung nach Absatz 1 bis 3 bis zum 31. Dezember 1990 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt durch Rechtsverordnung der Landesregierung bestimmt.

(5) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam sollen Rahmenempfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben.

§ 114 Landesschiedsstelle

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Krankenkassen gemeinsam und die Landeskrankenhausgesellschaften oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam bilden für jedes Land eine Schiedsstelle. Diese entscheidet in den ihr nach diesem Buch zugewiesenen Aufgaben.

(2) Die Landesschiedsstelle besteht aus Vertretern der Krankenkassen und zugelassenen Krankenhäusern in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen, die Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser und deren Stellvertreter von der Landeskrankenhausgesellschaft bestellt. Der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie in entsprechender Anwendung des Verfahrens nach § 89 Abs. 3 Satz 3 und 4 durch Los bestellt. Soweit beteiligte Organisationen keine Vertreter bestellen oder im Verfahren nach Satz 3 keine Kandidaten für das Amt des Vorsitzenden oder der weiteren unparteiischen Mitglieder benennen, bestellt die zuständige Landesbehörde auf Antrag einer beteiligten Organisation die Vertreter und benennt die Kandidaten; die Amtsdauer der Mitglieder der Schiedsstelle beträgt in diesem Fall ein Jahr.

(3) Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(4) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde.

(5) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle und der erweiterten Schiedsstelle (§ 115 Abs. 3), die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu bestimmen.

Aktionsprogramm zur Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Kranken- und Altenpflege

»Unabhängig von Tarifverhandlungen zur Verbesserung der Einkommen, sind die Rahmenbedingungen für die Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege dringend zu verbessern. Daran haben alle am Gesundheitswesen Beteiligten auf allen Ebenen mitzuwirken. Träger von Krankenhäusern und Alteneinrichtungen, Arbeitgeber, Krankenkassen, Betriebsleitungen sind dabei genau so gefordert, wie die Gesundheits-, Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik.

An sie alle richtet sich der dringende Appell der Gewerkschaft ÖTV, die Rahmenbedingungen für die Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege so zu verbessern, daß

- das in diesen Berufen tätige Personal der Kranken- und Altenpflege erhalten bleibt,
- ausreichend Berufsanfänger aus dem immer geringer werdenden Reservoir von Jugendlichen für diese Berufe gewonnen werden können,
- Arbeitslose und BerufsrückkehrerInnen für die Kranken- und Altenpflege interessiert werden können.

Dazu bedarf es einer neuen Attraktivität dieser Berufe durch perspektivische Lösungen. Die Gewerkschaft ÖTV ist als Interessenvertretung dieser Berufe bereit, daran konstruktiv mitzuwirken.

Zur Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Kranken- und Altenpflege ist ein ganzes Bündel von Maßnahmen notwendig:

1. Entwicklung eines zeitgemäßen Instrumentariums zur bedarfsgerechten Personalbemessung

Die vom Bundesarbeitsminister eingeleiteten Beratungen zum Erlaß von Rechtsverordnungen gemäß Paragraph 19 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) über neue Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie und zur Anrechnung von Auszubildenden auf den Stellenplan sollen zügig vorangetrieben und alsbald zum Abschluß gebracht werden.

Die begonnenen Verhandlungen über gemeinsame Empfehlungen zu neuen Maßstäben und Grundsätzen für den Personalbedarf in allgemeinen Krankenhäusern gemäß Paragraph 19 KHG sollen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) mit dem festen Willen zur Einigung zügig betrieben werden.

Die zu beteiligenden Verbände und Organisationen sind rechtzeitig in die Beratungen einzubeziehen.

Verzögerungstaktiken sollten von seiten des Bundesarbeitsministers nicht geduldet werden. Wenn deutlich wird, daß es zu keiner Einigung kommt, soll der Bundesarbeitsminister die Beratungen über eine Rechtsverordnung alsbald einleiten.

Für den Personalbedarf an Krankenpflege- und Altenpflegeschulen sind ebenfalls neue Maßstäbe und Grundsätze festzulegen, die sich für den theoretischen Teil der Ausbildung an den Empfehlungen der Europäischen Gemeinschaft orientieren und für den praktischen Teil der Ausbildung Ausbilder mit entsprechender Qualifikation vorsehen müssen. Können sich Krankenkassen und Deutsche Krankenhausgesellschaft darüber alsbald nicht einigen, soll der Bundesarbeitsminister die Initiative ergreifen.

Die für den stationären Bereich der Altenpflege geltenden Festlegungen für den Personalbedarf sind aufzuheben. Neue Maßstäbe und Grundsätze dafür haben vor allem eine aktivierende Pflege und Betreuung zu ermöglichen.

Für den sich ausweitenden ambulanten Bereich der Kranken- und Altenpflege sind den Erfordernissen gerecht werdende Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf von Bund und Ländern, zusammen mit der Fachkompetenz der Trägerorganisationen und der Interessenvertretungen erst zu entwickeln.

2. Kurzfristig wirkende Stellenplanverbesserungen

Da durch die notwendigen Verhandlungen über neue Maßstäbe und Grundsätze zur Personalbemessung Lösungen erst mittelfristig wirksam werden, sind kurzfristig durch Modifizierungen der derzeit angewendeten Personalbemessungskriterien Verbesserungen notwendig.

Kurzfristig wirkende Lösungen sind:

- Beschäftigungswirksame Umsetzung tariflicher Arbeitszeitverkürzungen (zum Beispiel wöchentliche Arbeitszeitverkürzung, freie Tage, Freizeitausgleich für Schicht-, Wechselschichtarbeit und Überstunden, Bereitschaftsdienste);
- Umwandlung der Überstundenleistungen in Planstellen;
- Anerkennung aller tatsächlichen Ausfallzeiten;
- Abkehr von der Mitternachtsstatistik beziehungsweise Zurechnungsfaktoren für die bei der Mitternachtsstatistik nicht erfaßten Belegungen und Pflegetätigkeiten sowie diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen;
- keine Anrechnung Auszubildender auf den Stellenplan;
- Berücksichtigung der Arbeitsverdichtung und -intensivierung infolge verkürzter Verweildauer.

Die Träger der Einrichtungen haben den erforderlichen Bedarf bei den Budgetverhandlungen nachzuweisen und zu begründen, die Krankenkassen sind gehalten, ihn zu akzeptieren und vor allem zu finanzieren.

3. Verbesserung der inneren Strukturen

Unter Federführung von Trägerorganisationen, Beteiligung des Managements und der Interessenvertretung sollen praktikable Vorschläge zur Verbesserung der inneren Strukturen von Krankenhäusern und Alteneinrichtungen erarbeitet werden. Diese sind von den Betriebsleitungen aufzugreifen und unter Beteiligung der jeweiligen gesetzlichen Interessenvertretung Betriebsrat/Personalrat oder Mitarbeitervertretung auf die örtlichen Gegebenheiten und Bedürfnisse hin umzusetzen.

Im einzelnen muß es dabei darum gehen:

- Die Arbeit so zu organisieren, daß sie sich an den Notwendigkeiten der Pflege orientiert und den Bedürfnissen von Patienten und Beschäftigten gleichermaßen gerecht wird. Dabei sind zum Beispiel Weckzeiten der Patienten zu nachtschlafender Zeit ebenso zu vermeiden wie unzumutbare Arbeitsspitzen.
- Die Arbeitsabläufe so zu verändern und zu koordinieren, daß die Erfordernisse der Adnex-Bereiche (zum Beispiel Labor, Röntgen, Küche, Verwaltung) und die Bedürfnisse der Pflegebereiche miteinander koordiniert werden.
- Die Eigenständigkeit und Kompetenzen der Pflegeberufe durchzusetzen. Die Arbeit der Pflege ist von pflegefremden Tätigkeiten zu befreien. Dazu zählen hauswirtschaftliche Verrichtungen, krankengymnastische, Arbeits- und beschäftigungstherapeutische Tätigkeiten ebenso wie ärztliche Aufgaben.
- Die durch das ärztliche Leitbild geprägten hierarchischen Strukturen durch ein kooperatives Modell von Teamarbeit zu ersetzen.
- Neue Informations- und Kommunikationstechniken am humanitären Auftrag der Einrichtungen auszurichten und nicht nur nach reinen betriebswirtschaftlichen und Rationalisierungs-Gesichtspunkten einzusetzen.

4. Familienfreundliche Arbeits- und Rahmenbedingungen

Auf der betrieblichen Ebene sind zwischen Träger und gesetzlicher Interessenvertretung beziehungsweise Mitarbeitervertretung familienfreundliche Arbeits- und Rahmenbedingungen zu vereinbaren.

Den Bedürfnissen von Frauen und Männern mit Familie entsprechend sind Dienstpläne zu erarbeiten, die zum Beispiel

- Nacht- und Schichtarbeit sowie Dienst zu ungünstigen Zeiten gleichmäßig auf alle verteilen,
- die Fünf-Tage-Woche vorsehen,
- Schaukeldienste mit verkürzten ununterbrochenen Ruhezeiten vermeiden,
- geteilte Dienste nicht mehr vorsehen,
- zusammenhängende Freizeitblöcke auch am Wochenende ermöglichen,
- Mehrarbeit in Form von Überstunden und Bereitschaftsdiensten auf ein unvermeidbares Minimum reduzieren.

Außerdem sind arbeitsplatznahe kinderbetreuende Einrichtungen von den Trägern einzurichten und zu finanzieren, deren Öffnungszeiten den Bedürfnissen der Beschäftigten mit Kindern gerecht werden müssen. Über weitere örtliche Hilfen ist nachzudenken, zum Beispiel Unterstützung des Trägers bei der Wohnraumbeschaffung zu sozial vertretbaren Bedingungen.

5. Einschränkung körperlicher Belastungen

Die Träger der Einrichtungen haben zusammen mit den Fachkräften für Arbeitssicherheit, den Technischen Aufsichtsbeamten der gesetzlichen Unfallversicherungsträger, dem Betriebsarzt beziehungsweise überbetrieblichen arbeitsmedizinischen Dienst, zum Beispiel dem Berufsgenossenschaftlichen Arbeitsmedizinischen Dienst (BAD), und der gesetzlichen Interessenvertretung Betriebsräte, Personalräte beziehungsweise Mitarbeitervertretung einen Maßnahmekatalog zu erstellen und umzusetzen, der die körperlichen Belastungen des Pflegepersonals einschränkt und die Gefährdungen durch zum Beispiel Infektionserreger, ionisierende Strahlen, gefährliche Stoffe, Allergene so gering wie möglich hält.

Die Einhaltung von Schutzbestimmungen, Hygieneverordnungen, Unfallverhütungsvorschriften darf nicht durch Arbeitshetze und Zeitdruck infolge unzureichender Personalbemessung unmöglich gemacht werden.

6. Verbesserung von Aus-, Fort- und Weiterbildung

Wie in anderen arbeitsrechtlich betrieblich ausgerichteten Berufen auch, haben die Arbeitgeber zusammen mit den Gewerkschaften für die Pflegeberufe die Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochstehende Aus-, Fort- und Weiterbildung festzulegen.

Für die inhaltliche Gestaltung der praktischen Ausbildung haben die Arbeitgeber endlich mit der Gewerkschaft ÖTV den bereits 1986 von ihr vorgelegten Ausbildungsrahmenplan zu vereinbaren und in einem Ausbildungsplan die Ausbildungen vor Ort sachlich und zeitlich zu gliedern. Darüber hinaus sind örtlich Dienst-/Betriebsvereinbarungen nach dem von der Gewerkschaft ÖTV vorgelegten Muster abzuschließen.

Ebenfalls sind Vereinbarungen über die Bestellung von Ausbildern für die praktische Ausbildung und über den Einsatz von Auszubildenden im Arbeitsablauf abzuschließen. Dabei muß die Vermittlung der Ausbildungsziele und -inhalte im Vordergrund stehen und nicht ein möglichst effektiver Arbeitseinsatz.

Für die Ausbildung in der Altenpflege ist eine bundeseinheitliche dreijährige Ausbildung abzusichern. Der Bundesgesetzgeber hat im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung die Initiative zu ergreifen und die Altenpflegeausbildung unter Anwendung des Berufsbildungsgesetzes zu regeln. Das in verschiedenen Bundesländern noch erhobene Schulgeld ist umgehend von den Ländern in Schulgeldfreiheit umzuwandeln.

Da infolge der 9. Novelle zum Arbeitsförderungsgesetz Leistungen der beruflichen Förderung für die Pflegeberufe kaum noch zur Verfügung stehen, sind im Rahmen einer Qualifizierungsoffensive von den Trägern umgehend betriebliche Strukturen für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen aufzubauen und ihre Finanzierung zu sichern.

Innerbetriebliche Fortbildung ist erforderlich, um die Kenntnisse des Kranken- und Altenpflegepersonals ständig den neuesten Entwicklungen anzupassen. Die Arbeitgeber sind aufgefordert, gemeinsam mit der Gewerkschaft ÖTV Konzepte zur innerbetrieblichen Fortbildung zu erarbeiten. Diese Konzepte sollen neben pflegerischen, medizinischen und technischen neuen Kompetenzen auch psychosoziale Inhalte vermitteln.

Die Arbeitgeber haben zur Durchführung der Fortbildung bei den Budgetverhandlungen gegenüber den Krankenkassen die erforderlichen Mittel geltend zu machen und das Personal für Fortbildungsmaßnahmen freizustellen.

Weiterbildungsmaßnahmen sind erforderlich, um im Rahmen eines beruflichen Aufstiegs spezialisiertere Tätigkeiten, Leitungs- und Lehraufgaben qualifiziert wahrnehmen zu können. Die Arbeitgeber sind aufgefordert, mit der Gewerkschaft ÖTV die erforderlichen Rahmenbedingungen sowie Weiterbildungsrichtlinien und Prüfungsanforderungen bundeseinheitlich zu vereinbaren und das Kranken- und Altenpflegepersonal zum Besuch von Weiterbildungsmaßnahmen freizustellen sowie die Kosten dafür zu übernehmen.

7. Instrumente der Arbeitsmarktpolitik

Aus beschäftigungspolitischen Gründen ist es geboten, auch die Instrumente der Arbeitsmarktpolitik für die Berufe in der Kranken- und Altenpflege zielgerichteter einzusetzen.

- Die Arbeitsverwaltung hat auch für die Pflegeberufe ihre Funktion als Arbeitsvermittlerin wahrzunehmen. Dazu ist es notwendig, daß Krankenhäuser und Alteneinrichtungen ihre offenen Stellen der Arbeitsverwaltung auch melden. Die Träger der Einrichtungen haben Entsprechendes zu veranlassen.
- Für Mangelberufe sind weiterhin unbürokratisch Leistungen zur beruflichen Fortbildung zu gewähren. Die Bundesanstalt für Arbeit hat ihre Untergliederungen entsprechend anzuweisen.
- Für BerufsrückkehrerInnen sind gezielt und individuell ausgerichtete Angebote zur Wiedereingliederung durch die Arbeitsverwaltung anzubieten. Die Inhalte sind zusammen mit den Trägern der Einrichtungen und Kranken- und Altenpflegeschulen (hierfür können auch die Berufsfortbildungswerke und Institute der Gewerkschaft ÖTV und des DGB hervorragend genutzt werden) anhand der vorhandenen Defizite der BewerberInnen festzulegen.
- Umschulungsmaßnahmen als Auftragsmaßnahme der Arbeitsämter sind vor allem für die Zielgruppen
KrankenpflegehelferInnen, die mit ihrer einjährigen Qualifizierung nach Paragraph 44 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 Arbeitsförderungsgesetz als »Ungelernte« gelten, Arbeitslose aus Gesundheitsberufen, zum Beispiel ArzthelferInnenberufe, umschulungswillige Arbeitslose generell, AussiedlerInnen, eventuell im Zusammenhang mit Sprachförderung
gezielt durch die Arbeitsverwaltung anzubieten. Bei der Durchführung dieser Maßnahmen kann auf langjährige Erfahrung der Berufsfortbildungsinstitute der Gewerkschaften zurückgegriffen werden.

8. Qualifizierung von Krankenpflegehelferinnen und Altenpflegehelferinnen

Künftig wird es notwendig werden, auch wieder Schulabgängern der Hauptschule verstärkt den Zugang in die Pflegeberufe zu eröffnen. Dies ist nur sinnvoll, wenn die Ausbildung in der Krankenpflege-/Altenpflegehilfe für die Betroffenen nicht in der Sackgasse endet, sondern ihnen über weitere Qualifizierungmaßnahmen eine berufliche Perspektive eröffnet wird.

Bei einer Reaktivierung dieser einjährigen Berufsbildung muß berücksichtigt werden, daß bei Verwirklichung eines ganzheitlichen Pflegekonzeptes nur begrenzte Einsatzmöglichkeiten für diese Berufe vorhanden sind. Der Anteil von nicht hinreichend qualifizierten Pflegekräften darf insgesamt 20 Prozent nicht überschreiten. Qualifizierungsbemühungen sollen auch auf den Personenkreis gerichtet werden, der heute als PflegehelferIn ohne Ausbildung in der Pflege beschäftigt ist.

Da es nicht an Hilfskräften, sondern an qualifiziertem Krankenpflege- und Altenpflegepersonal mangelt, hält die Gewerkschaft ÖTV folgende aktuell diskutierten Vorschläge zur Verbesserung der Personalsituation für völlig ungeeignet:

- Soziales Pflichtjahr für Mädchen,
- Aktivierung von Senioren,
- Einsatz von Bundeswehrsanitätern,
- Anwerbung ausländischer Pflegekräfte in Leiharbeitsverhältnissen,
- Über einen bestimmten Prozentsatz hinausgehenden Anteil an Teilzeitarbeitsplätzen.«

Aus: ÖTV REPORT Soziales und Gesundheit, Sonderausgabe, Februar 1989.

Anhörung zum Personalbedarf in der stationären Psychiatrie

Kernpunkte ausgeklammert

Die Standpunkte von Verbänden, Krankenkassen und von der Gewerkschaft ÖTV zum Personalbedarf in der stationären Psychiatrie wollte der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung während einer Anhörung in Bonn erfahren. Eine verbandsunabhängige »Expertengruppe« – die Gewerkschaft ÖTV ist in ihr nicht vertreten – hatte dazu ein Arbeitspapier vorgelegt.

Doch die entscheidenden Fragen standen nicht zur Debatte: Wie soll der Personalbedarf ermittelt werden? Welche Zeiteinheiten sind den Tätigkeitsmerkmalen zuzuordnen? Wie ist der unterschiedliche Bedarf der Stationstypen zu bemessen?

Die Vorschläge der Expertengruppe wurden grundsätzlich begrüßt. Ausgangspunkt soll danach der Patient und die zu erbringende Leistung sein. Gegenüber den Vorstellungen der DKG hoben die Teilnehmer der Anhörung die einfachere Handhabung hervor. Auch hielten sie es für praktikabler, die Zahl der Stationstypen zu verringern.

Nach Angaben der DKG fehlen zur Zeit 7000 bis 8000 Beschäftigte. Doch auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie reiche das Personal nicht aus. Ebenso wie die DKG ist auch die gesetzliche Krankenversicherung daran interessiert, das Personalproblem zügig zu lösen. Allerdings hielten sich ihre Vertreter bei der Bewertung der Vorschläge zurück.

Der Vertreter der Gewerkschaft ÖTV wies auf zwei zentrale Schwachpunkte der Expertenvorschläge hin:

- Die Zuordnung zu den Stationstypen bei gemischter Belegung, die therapeutisch sinnvoll sind, sei unklar.
- Bei den Tätigkeitsprofilen, besonders in der Pflege, wird die Qualifikation nicht berücksichtigt.

Die Experten versicherten, die Zuordnung solle mit einer anteiligen Berechnung des Personalbedarfs berücksichtigt werden. Bei der Qualifikation gehen sie von dreijährig ausgebildeten Kräften aus.

Bedenken wurden während der Anhörung vor allem dagegen geäußert, Pflegefälle auszugrenzen. Das gehe an der Realität in den Kliniken vorbei.

Im Gegensatz zu den Verbänden äußerte sich der Vertreter der Gewerkschaft ÖTV skeptisch, ärztliche Tätigkeitsmerkmale nach Hierarchiegesichtspunkten anstatt nach Qualifikation zu strukturieren. Nicht jeder Arzt im Stationsdienst sei »Stationsarzt« und nicht jeder weitergebildete Facharzt sei »Oberarzt«. □

Aus: ÖTV REPORT Soziales und Gesundheit, Sonderausgabe, Dezember 1989.

Sonderinformation
für Beschäftigte
im Krankenhaus

ÖTV

Stuttgart, im November 1979

Einflußfaktoren für eine leistungsbezogene Personalbemessung in Krankenhäusern

Arbeitshilfe für Personalräte, Betriebsräte und Vertrauensleute

Die in den vergangenen Monaten verstärkt geführte Diskussion über Humanität im Krankenhaus hat deutlich gemacht, daß die menschliche Betreuung des Patienten eine zentrale Aufgabe des Krankenhauses ist. Wenn heute die Versorgung im Krankenhaus zunehmend von betriebswirtschaftlicher Rationalität und diagnostisch-therapeutischen Zwängen geprägt ist, so hat das vielfältige Ursachen.

Die Kostendämpfungspolitik von Bund, Ländern und Gemeinden und der Druck der Sozialleistungsträger auf die Pflegesätze haben die Krankenhäuser gezwungen, alle Möglichkeiten zur Rationalisierung zu nutzen. Die Auswirkungen auf Pflegequalität und menschliche Atmosphäre im Krankenhaus wurden dabei kaum beachtet.

Es ist deshalb kein Wunder, wenn heute überall der Vorwurf laut wird, im Krankenhaus werden mit erheblichem technischen und finanziellen Aufwand Krankheiten behandelt, der Mensch aber vergessen.

Wer dafür ausschließlich das Krankenhauspersonal verantwortlich macht, übersieht, daß die Qualität der Dienstleistungen für den Patienten in besonderem Maße von den Arbeitsbedingungen des Personals abhängig ist. Diese einfache Tatsache wird bei der Personalbemessung jedoch nur unzureichend oder gar nicht berücksichtigt.

Weil krankenhausspezifische Kriterien für die Ermittlung des Personalbedarfs fehlen, werden arbeitswissenschaftliche Methoden, die für die industrielle Produktion entwickelt worden sind, auf das Krankenhaus angewandt. Diese werden den besonderen Verhältnissen im Krankenhaus nicht gerecht. Sie führten in der Vergangenheit dazu, daß in fast allen Bereichen der Personalstand trotz wachsender Aufgaben nicht erhöht, zum Teil sogar reduziert wurde.

Die Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die Besetzung der Krankenhäuser mit Ärzten und Pflegekräften von 1969 sind veraltet. Sie entsprechen außerdem nicht den tatsächlichen Verhältnissen in der Praxis. Mit ihnen ist es nicht möglich, die verschiedenen Situationen und Gegebenheiten des Krankenhauses jeweils auch unterschiedlich zu erfassen. Es muß deshalb besonderer Wert darauf gelegt werden, bei der Ermittlung des Personalbedarfs die Verhältnisse des einzelnen Krankenhauses genügend zu berücksichtigen. Dabei sind Leistungen, die sich zum Beispiel aus der Versorgungsstufe, der Fachrichtung, der Arztdichte, der Verkehrsanbindung und dem unterschiedlichen Patientengut ergeben, auch in der Personalausstattung zu werten. Eine flexible Handhabung der Personalbemessung ist auch deshalb erforderlich, weil es bisher keine bundeseinheitlichen Kriterien für die Bedarfsplanung, Aufgabenstellung, Versorgungs-

stufen und Ausstattung von Krankenhäusern gibt, die als gesicherte methodische Grundlage für den Personalbedarf angesehen werden könnten.

Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat im November 1978 beschlossen, daß vorläufig die Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft von 1969 – fortgeschrieben auf die 40-Stunden-Woche – nur als „Näherungswerte und Orientierungshilfen" anzusehen sind. Die aufgrund der medizinischen Entwicklung bedingten Änderungen des Personalbedarfs müßten bei den Einzelprüfungen berücksichtigt werden. Die Anerkennung steigender Belastungen im technischen wie im pflegerischen Bereich bei der Personalbedarfsberechnung macht jedoch weiterhin Schwierigkeiten.

Die Gewerkschaft ÖTV legt deshalb eine Sammlung von Einflußfaktoren vor, die zur Lösung der Personalprobleme in den Krankenhäusern beitragen kann.

Die Gewerkschaft ÖTV fordert die Krankenkassen und die Krankenhausträger, als für die Personalsituation in den Krankenhäusern Verantwortlichen auf, aus dem Beschluß der Gesundheitsminister der Länder Konsequenzen zu ziehen und die hier aufgeführten Kriterien bei der Personalbedarfsberechnung für die Krankenhäuser zu berücksichtigen.

Die Gewerkschaft ÖTV hofft, daß die Anwendung dieser Kriterien – über eine menschengerechte Gestaltung der Arbeitsplätze hinaus – zu einer humaneren Pflege des kranken Menschen beitragen kann.

Personalräten, Betriebsräten und Vertrauensleuten soll dieser Kriterienkatalog eine Arbeitshilfe bei der betrieblichen Auseinandersetzung um Fragen der Personalbemessung und -planung in den Krankenhäusern sein.

Die genannten Einflußfaktoren erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie sollen die Praxis der Personalbedarfsermittlung durchsichtiger machen, zu einer Verbesserung der Personalsituation in den Krankenhäusern führen und Versorgungsengpässe beseitigen helfen.

Um zu einer sachgerechten Personalbemessung zu kommen, ist es jedoch nicht nur erforderlich, alle Einflußgrößen in die Berechnung einzubeziehen. Vielmehr sind auch die einzelnen Einflußfaktoren nach ihrer Bedeutung für die Aufgabenstellung und die angestrebte Leistungsqualität zu gewichten. Dabei müssen die Qualität der Versorgung und bessere Arbeitsbedingungen für die im Krankenhaus Beschäftigten Vorrang vor Kosteneinsparungen haben. Wir schlagen deshalb vor, bei der Gewichtung der Einzelfaktoren die beschäftigten- und patientenbezogenen Kriterien gegenüber den technischen und baulichen Gegebenheiten stärker in den Vordergrund zu stellen. Dabei darf allerdings keinesfalls verkannt werden, daß im Einzelfall, beispielsweise die baulichen Gegebenheiten eines Krankenhauses das Krankenhauspersonal in besonderem Maße belasten können. Das müßte dann der Schwerpunkt bei der vorzunehmenden Gewichtung sein.

Hieraus wird deutlich, pauschal sind die Kriterien nicht zu gewichten. Sie müssen vielmehr sehr sorgfältig vor Ort unter Zugrundelegung der Gegebenheiten des betreffenden Krankenhauses geprüft und festgelegt werden.

Einflußfaktoren

1. Pflegequalität/Pflegestandard/Pflegekonzept

Für die in einem Krankenhaus zu erbringenden Leistungen muß Personal nicht nur in entsprechender Quantität, sondern auch in entsprechender Qualität vorhanden sein, damit ein entsprechender Pflegestandard erreicht werden kann. Dabei muß die umfassende Versorgung des Patienten in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht Maßstab des festzulegenden Pflegestandards sein. Deshalb ist der quantitative Ermittlungsansatz für Personal um einen qualitativen zu erweitern, wobei die optimale Patientenversorgung Vorrang vor allen wirtschaftlichen Überlegungen haben muß. Hierbei muß insbesondere das Pflegekonzept im Sinne der Ganzheitspflege verändert werden. Statt die Pflegetätigkeiten weiter in einzelne Funktionen zu zergliedern, muß die Gesamtheit der pflegerischen Aufgaben für den Patienten auf bestimmte Pflegepersonen oder eine Gruppe von Pflegepersonen konzentriert werden. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für eine bessere Berücksichtigung der psycho-sozialen Bedürfnisse der Patienten im Krankenhaus.

2. Qualifikationsstruktur/Ausbildungsaufgaben/ Einarbeitung von Mitarbeitern

Im Zusammenhang mit der Qualität der Krankenversorgung ist die Qualifikationsstruktur des vorhandenen Personals von besonderer Bedeutung. Dabei fällt besonders ins Gewicht, daß Krankenpflegehelfer und Auszubildende unter Aufsicht und Anleitung ihren Dienst versehen müssen. Deshalb gilt es hinsichtlich der Erfüllung von Ausbildungsaufgaben durch den Lernort Krankenhaus durchzusetzen, daß die Auszubildenden nicht auf die Stellenpläne der Krankenhäuser angerechnet werden und daß der Zeitaufwand für Ausbildungs- und Anleitungsaufgaben durch entsprechend qualifiziertes Personal berücksichtigt wird.

Der vielerorts übliche Einsatz von ABM-Kräften (Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen) und Zivildienstleistenden ist problematisch. Weil sie häufig nicht die erforderliche Qualifikation besitzen, belasten sie das Personal zusätzlich durch Anleitung. Sie sind deshalb wie Auszubildende nicht auf Planstellen einzusetzen.

ABM-Kräfte mit entsprechender Qualifikation sind fest einzustellen.

Für die Einarbeitung von Mitarbeitern – insbesondere bei einer hohen Fluktuationsrate – ist der zeitliche Aufwand bei der Personalbedarfsberechnung geltend zu machen.

3. Grad der Pflegeabhängigkeit

Der Grad der Pflegeabhängigkeit der Patienten ist einer der wichtigsten Maßstäbe für den Personalbedarf. Damit er entsprechend seiner Bedeutung in die individuelle Personalermittlung eines Krankenhauses eingehen kann, ist der prozentuale Anteil von leicht, mittel und völlig pflegebedürftigen Patienten für die einzelnen Bereiche im Krankenhaus festzustellen und daraus sind Konsequenzen für den erforderlichen Zeitaufwand an Pflege pro Patient zu ziehen.

4. Abgrenzung der Aufgabenbereiche/ Arbeitsorganisation/Arbeitsablauf

Die Aufgaben der einzelnen Berufe im Krankenhaus sind soweit wie möglich voneinander abzugrenzen. Geschieht das nicht, wird das Arbeitsvolumen derjenigen Berufsgruppe, die von anderen Aufgaben übernehmen muß, erhöht.

So übernimmt beispielsweise das Krankenpflegepersonal in manchen Krankenhäusern regelmäßig oder aber sporadisch Tätigkeiten, zum Beispiel vom Verwaltungspersonal, von Krankengymnasten, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, aber auch in aller Regel ärztliche Tätigkeiten – hier insbesondere das Verabreichen von Injektionen, Blutentnahmen und Infusionen.

Unabhängig davon, daß für die Übernahme von Tätigkeiten anderer Berufsgruppen gewährleistet sein muß, daß jeweils auch die entsprechende Qualifikation vorhanden ist, ergeben sich bei Schadensfällen durch zum Beispiel fehlerhafte Durchführung einer Injektion Haftungsprobleme. Deshalb muß bei der betrieblichen Auseinandersetzung zu diesem Punkt durchgesetzt werden, daß die Übernahme berufsfremder Tätigkeiten nur dann erfolgen darf, wenn sich der Arbeitgeber bereit erklärt, die Haftungsfrage ohne Benachteiligung für die Beschäftigten eindeutig zu lösen.

Nach Ermittlung des zusätzlichen Aufgabenumfanges muß eine entsprechende Ausweitung der Stellen für die betreffende Berufsgruppe erfolgen.

Zum Teil sind in Krankenhäusern Reinigungsdienste privatisiert, andere Bereiche, beispielsweise die Speisenversorgung, die Sterilisation, Hol- und Bringedienste zentralisiert. Dennoch müssen häufig auf den Stationen vom Krankenpflegepersonal zum Beispiel Reinigungsarbeiten ausgeführt werden, Speisen vorbereitet, Getränke zubereitet, Instrumente oder Spritzen sterilisiert, Untersuchungsmaterial in das Labor gebracht, Patienten befördert werden. Da Privatfirmen ihre Reinigungsdienste im Krankenhaus nicht rund um die Uhr, wie es erforderlich wäre, sondern nur zu festen Zeiten anbieten, ist grundsätzlich die Privatisierung abzulehnen, da sie erstens unwirtschaftlich ist und zum anderen die Qualität der Hygiene im Krankenhaus darunter leidet. Wo Dienste privatisiert sind, sollten sie deshalb wieder in eigene Regie übernommen werden. Zumindest muß sichergestellt werden, daß dadurch entstehende zusätzliche Belastungen bei der Personalbedarfsberechnung berücksichtigt werden.

Hinsichtlich der zentralen Dienste ist durch organisatorische Maßnahmen dafür zu sorgen, daß diese personell so ausgestattet und die Dienstpläne mit den übrigen Bereichen des Krankenhauses so koordiniert sind, daß sie bei Bedarf in Anspruch genommen werden können.

Um das für den Patienten unzumutbare Wecken vor 6.00 Uhr früh in den Krankenhäusern abzustellen, sind die Arbeitsabläufe patientengerecht zu organisieren und mit den Dienstplänen für das Personal in Einklang zu bringen.

Mitunter werden Patienten in der Nacht gegen 3.00 Uhr geweckt, nur damit sie noch vom Personal der Nachtschicht gewaschen werden können. Aber auch Operationsprogramme und beispielsweise die medizinisch-technischen Dienste sind zeitlich so organisiert, daß sich der Stationsbetrieb nach ihnen richten muß.

Deshalb ist es unter anderem im Interesse des Patienten notwendig, daß

- die Frühschichten mit der erforderlichen Anzahl von Krankenpflegekräften ausgestattet werden, damit sie in die Lage versetzt werden, die morgendlichen Arbeitsspitzen zu bewältigen,
- die Nachtschichten personell so besetzt werden, daß die auftretenden Anforderungen in quantitativer und qualitativer Hinsicht erfüllt werden können. Es ist unzumutbar, wenn mehrere Stationen von einer Nachtwache oder gar von Auszubildenden in alleiniger Verantwortung zu betreuen sind,
- die einzelnen Bereiche des Krankenhauses ihre Arbeitsprogramme miteinander koordinieren.

5. Dienstplangestaltung

Die Dienstplangestaltung ist unter dem Gesichtspunkt menschengerechter Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten im Krankenhaus besonders zu berücksichtigen. Dabei ist von der berechtigten Forderung der Beschäftigten, im Schichtdienst zu arbeiten, auszugehen. Geteilte Dienste oder 6¾-Schichten und ähnliches, sind unzumutbar für die Beschäftigten.

Unter anderem muß bei der Dienstplangestaltung im Schichtdienst der Bedarf für

- ständige Vertreter der Stationsleitungen,
- Überlappungszeiten für die Dienstübergabe,
- die Besetzung des Nachtdienstes, orientiert an der Pflegebedürftigkeit der Patienten,

besonders berücksichtigt werden.

Die Anzahl (pro Woche/Monat), Lage (am Tag) und Dauer der Schichten (pro Tag) hat sich laufend an den Erkenntnissen der Arbeitswissenschaft zu orientieren.

So muß beispielsweise gewährleistet sein, daß

- die tariflich festgelegte Anzahl von Nachtdiensten nicht überschritten wird,
- Freizeiten vor und nach Nachtdiensten eingeplant werden können,
- Pausen während der Arbeitszeit eingehalten werden,
- die gesetzlich vorgeschriebenen Ruhezeiten zwischen den Schichten eingehalten werden,
- die Freizeit für das Krankenhauspersonal planbar ist, das heißt, daß die nach dem Dienstplan vorgesehenen freien Tage und Wochenenden auch tatsächlich in Anspruch genommen werden können,
- die Zahl der Bereitschaftsdienste auf ein arbeitsmedizinisch vertretbares Maß reduziert wird.

6. Ausfallzeiten

Generell müssen alle Abwesenheiten der Arbeitnehmer im Krankenhaus als Ausfallzeiten geltend gemacht werden.

Dies sind insbesondere:

- die für das einzelne Krankenhaus und den jeweiligen Bereich tatsächlich ermittelte Krankheitsquote, die sehr unterschiedlich je nach Altersstruktur und Belastungsbedingungen sein kann,
- tariflich vereinbarte Urlaubszeiten (Erholungs-, Zusatz-, Sonderurlaub),
- Arbeitsbefreiung aus besonderen Anlässen (§ 52 BAT),
- Bildungsurlaub aufgrund unterschiedlicher Rechtsgrundlagen,
- inner- und außerbetriebliche Fort- und Weiterbildung,
- Wehrdienst/Wehrübungen/Zivildienst,
- Kuraufenthalte,
- Mutterschutz, Jugendarbeitsschutz, Schwerbehindertenschutz,
  Einschränkungen der Arbeitsleistung nach den Bestimmungen dieser Schutzgesetze,
- Freistellung zur Erfüllung von Aufgaben im Rahmen der gesetzlichen Interessenvertretung der Arbeitnehmer.

Für kurzfristig und unvorhersehbar auftretende Fälle sind Vertretungen nicht nur stellenmäßig vorzusehen, sondern es muß durch eine entsprechende Personalbeschaffungs- und Einsatzplanung sichergestellt werden, daß jederzeit Vertretungen in entsprechender Qualifikation abrufbar sind (Springergruppen oder ähnliches). Das gilt selbstverständlich erst recht bei vorhersehbaren Ausfällen (beispielsweise Urlaub).

7. Einhalten gesetzlicher und tariflicher Bestimmungen

Die für das Krankenhaus maßgeblichen gesetzlichen und tariflichen Vorschriften sind bei der Personalbemessung zugrundezulegen.

Dabei ist insbesondere von der tariflich vereinbarten 40-Stunden-Woche für die Beschäftigten im Krankenhaus auszugehen.

Überstunden und Bereitschaftsdienste sind weitestgehend einzuschränken, wobei Überstunden in erster Linie durch Freizeit auszugleichen sind, aber auch für den Bereitschaftsdienst muß diese Möglichkeit geschaffen werden.

Unfallverhütungsvorschriften, Hygiene- und Arbeitsschutzbestimmungen müssen eingehalten, Sorgfaltspflichten des Arbeitgebers beziehungsweise Krankenhausträgers erfüllt werden.

8. Verweildauer der Patienten

Die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus ist in den vergangenen Jahren fortlaufend reduziert worden. Die Senkung der Verweildauer bedeutet eine Intensivierung der Arbeit und damit eine zunehmende Belastung des Personals.

Zur Ermittlung des Personalmehrbedarfs muß eine durchschnittliche disziplinbezogene Verweildauer festgelegt werden.

9. Ermittlung der Durchschnittsbelegung

Die Durchschnittsbelegung eines Krankenhauses hat unmittelbare Auswirkungen auf die Anzahl der Planstellen.

Bei der Ermittlung der Durchschnittsbelegung darf deshalb nicht wie bisher von der „Mitternachtsstatistik" ausgegangen werden, sondern es muß die tatsächliche Belegung anhand der Berechnungstage zugrundegelegt werden.

Bei der jetzigen Grundlage „Mitternachtsstatistik" werden die arbeitsaufwendigen Aufnahme- und Entlassungstage jeweils nur als ein Tag gewertet. Insbesondere werden Patienten, die innerhalb eines Tages wieder entlassen werden oder nach intensiver Betreuung versterben, in der Mitternachtsstatistik nicht erfaßt. Aber auch die ambulante Versorgung von Patienten schlägt sich in der „Mitternachtsstatistik" nicht nieder.

Um den individuellen Personalbedarf feststellen zu können, muß jede Fachabteilung gesondert ihre Durchschnittsbelegung ermitteln. Dabei sollten die durch saisonale Einflüsse am schwächsten belegten drei Monate des Jahres ausgeklammert werden.

10. Technische Ausstattung

Die technische Ausstattung eines Krankenhauses wächst in der Regel parallel zur Versorgungsstufe. Die Zunahme von komplizierten technischen Geräten und neuen Überwachungstechniken schafft neue Funktionen, für die mehr und spezialisiertes Personal notwendig wird.

Deshalb kann – was für bestimmte Bereiche der Industrie zutreffend sein mag – für Krankenhäuser nicht behauptet werden, daß durch mehr Technik Personal eingespart werden kann.

11. Bauliche Gegebenheiten

Kompaktbauweise oder Pavillonsystem, aber auch Mischbauweise, beeinflussen den Personalbedarf eines Krankenhauses. Beim Pavillonsystem sind die Funktions- und Versorgungseinheiten über ein ausgedehntes Areal verteilt, daraus resultieren in erhöhtem Umfang Wege, die gesondert zu berücksichtigen sind.

Auch das Alter der Bausubstanz, die innere und äußere Struktur, sowie Einrichtung und Ausstattung des Krankenhauses beeinflussen den Betriebsablauf und haben Auswirkungen auf den Personalbedarf.

Bibliothek

ötv

Gewerkschaft
Öffentliche Dienste,
Transport
und Verkehr

ÖTV-Hauptvorstand, Theodor-Heuss-Straße 2, 7000 Stuttgart 1

Hauptvorstand
Vorstandssekretariat 7
Gesundheitspolitik
Frauenpolitik

Theodor-Heuss-Straße 2
7000 Stuttgart 1

An die Gesundheitsminister
und Senatoren der Länder

s. Verteiler

Ihre Zeichen	Ihre Nachricht	Unser Zeichen	Fernsprech-Durchwahl	Tag
		HV-7-sr/da	(0711) 2097 353	8. Februar 1990

Entwurf eines Altenpflegegesetzes

Sehr geehrte

das Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit hat am 4. Dezember 1989 den Referentenentwurf eines Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz) vorgelegt.

Es entspricht unserer Position, daß damit endlich eine bundeseinheitliche Regelung der Altenpflegeausbildung mit arbeitsrechtlicher Ausgestaltung auf den Weg gebracht wird.

Wie Sie wissen, erfordert die demographische Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland einen ständig steigenden Bedarf an qualifiziertem Altenpflegepersonal. Schon heute kann der Personalbedarf in einigen Bundesländern nicht gedeckt werden. Mängel in der pflegerischen Versorgung alter Menschen sind nicht zuletzt auf das Fehlen qualifizierten Altenpflegepersonals zurückzuführen.

Dem muß mit einer umfassenden Attraktivitätssteigerung des Altenpflegeberufes entgegengetreten werden. In einem ersten

Schritt haben die Tarifvertragsparteien die Einkommensbedingungen der Altenpflegepersonen durch Tarifvertrag erstmals im Jahre 1989 geregelt. Hinzukommen muß nun eine Regelung der Ausbildungsbedingungen einschließlich der Zahlung eines Ausbildungsentgeltes. Die Grundlage hierfür ist gesetzlich zu schaffen.

Nur eine Gleichstellung der Altenpflege mit der Krankenpflege verhindert eine Konkurrenzsituation auf dem Arbeitsmarkt und ist sachlich geboten.

Maßstab für die Bewertung des Gesetzentwurfes ist für die ÖTV:

- die soziale Absicherung der Auszubildenden in Verbindung mit einem Rechtsstatus, der tariflich festgelegte Ausbildungsentgelte ermöglicht und ein arbeitsrechtlich-betriebliches Ausbildungsverhältnis schafft,

- ein Qualitätsniveau der Ausbildung, das insbesondere hinsichtlich der Inhalte und der Dauer vergleichbar mit der Krankenpflege ist,

- der Wegfall von Schulgeldzahlungen,

- Voraussetzungen für eine Verzahnung von theoretischen und praktischen Ausbildungsinhalten,

- Zulassung und Überwachung der Ausbildungsstätten durch staatliche Stellen,

- Festlegung von Ausbildungszielen, die neben pflegerischen und sozialen Kompetenzen auch rehabilitative, psycho-soziale, kooperative und kommunikative Kompetenzen vorsehen.

Diese Anforderungen würden am besten durch eine Regelung auf der Grundlage des Berufsbildungsgesetzes erreicht.

In dem Gesetzentwurf sehen wir Mindeststandards für eine Verbesserung der gegenwärtig zersplitterten Ausbildung und eine Basis für eine qualitätsorientierte Neuordnung.

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren kommt es jetzt darauf an, daß die im Entwurf enthaltenen Mindestanforderungen an eine qualifizierte Ausbildung - insbesondere von den Ländern - nicht noch weiter verwässert, sondern verbessert werden.

Wir bitten Sie, unsere Position bei den weiteren Beratungen des Gesetzentwurfes zu berücksichtigen.

Mit freundlichen Grüßen

Ulrike Peretzki-Leid
Mitglied des geschäftsführenden
Hauptvorstandes

61. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder

Entschließung

Sicherung der Krankenpflege in der Zukunft

Die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder (GMK) haben auf der Grundlage ihrer Entschließung „Sicherung des Nachwuchses in den Krankenpflegeberufen in den 90er Jahren" vom 17./18. November 1988 die Beratungen zu diesem Themenbereich fortgesetzt.

Die GMK begrüßt, daß die Tarifparteien bei ihrer Einigung über den neuen Tarifvertrag für die Krankenpflegekräfte Anregungen der 59. GMK aufgegriffen haben. Damit wurde ein wesentlicher Beitrag in Richtung des notwendigen Zieles „Attraktivität der Krankenpflege" geleistet.

Die GMK stimmt darin überein, daß die Tarifpolitik zwar wesentlich zur Losung der Probleme in der Krankenpflege beitragen kann und soll, jedoch erfordert die Vielschichtigkeit der Probleme im Bereich der Krankenpflege eine Vielzahl anderer Maßnahmen, die die 59. GMK dargelegt hat.

Daher sind alle Bemühungen insbesondere auf den verschiedenen Ebenen und Zuständigkeitsbereichen im Krankenhaus so fortzusetzen, daß sich die gegenwärtige Situation in der Krankenpflege entspannt und darüber hinaus sichergestellt wird, daß auch in den künftigen Jahren eine ausreichende und notwendige Krankenpflege gewährleistet ist.

Unabdingbare Voraussetzung für die Erhaltung und notwendige Weiterentwicklung einer dem laufenden Fortschritt der Medizin angepaßten hochqualifizierten Krankenpflege ist die Weckung des Bewußtseins für den Wert und die eigenständige Bedeutung der Pflege. Nicht allein die perfekte technische Ausstattung eines Krankenhauses ist der Garant für eine gute Krankenversorgung in der Zukunft, sondern mindestens ebensosehr die Erkenntnis, daß neben dem ärztlichen Können und dem technischen Apparat eine qualifizierte Krankenpflege ausschlaggebend für den Behandlungserfolg bei Patienten ist.

Überall dort, wo die Arbeit von Schwestern und Pflegern lediglich als Zuarbeit für Ärzte betrachtet wird und nicht als selbständige qualifizierte Tätigkeit – gerade auch im psychosozialen Bereich – angesehen wird, wird sich auch mit zahlenmäßiger Steigerung des Pflegepersonals an dem Grundproblem in der Zukunft nichts ändern lassen.

Die Gesundheitsminister und Senatoren der Länder geben der Erwartung Ausdruck, daß auch in Zukunft ausreichend Frauen und Männer bereit sein werden, den aufopferungsvollen und schweren Beruf der Krankenpflege zu ergreifen, wenn die Bedingungen für die Ausübung dieses Berufes – nicht nur die tariflichen, sondern insbesondere die organisatorischen und fachlichen Arbeitsbedingungen – verändert und verbessert werden.

Die GMK mißt den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 6. März 1989 an die Krankenhäuser zur Verbesserung der Personallage im Pflegedienst besondere Bedeutung bei. Hieran muß sich nunmehr schrittweise eine innerbetriebliche Umsetzung anschließen. Insoweit haben auch die Krankenhäuser einen Beitrag für den Pflegedienst zu leisten.

Die GMK fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nochmals auf, den ihr vom Gesetzgeber zugewiesenen Gestaltungsspielraum bei den Maßstäben und Grundsätzen für den Personalbedarf im Krankenhaus im Interesse der Mitarbeiter des Krankenhauses und der Patienten auszuschöpfen und damit staatliche Ersatzvornahmen zu vermeiden. Bis zur Festlegung neuer Maßstäbe des Personalbedarfs im Krankenhaus empfiehlt die GMK den Pflegesatz-Vertragsparteien und den Landesverbänden der Krankenkassen eine Übergangslösung für den Pflegedienst. Danach sollen – soweit dies nicht bereits praktiziert wird – Verweildauerabsenkung und auf der Grundlage einer nachprüfbaren Statistik individuelle Ausfallzeiten als bedarfsbestimmende Elemente bei der Festlegung des Stellenplansolls für den Pflegedienst berücksichtigt werden. Gerade diese Maßnahmen sind auch kurzfristig umsetzbar, da die Komponenten der Anhaltszahlen für den Pflegedienst bekannt sind. Sie würden auch rasch greifen und insoweit helfen, die Situation in der Krankenpflege weiter zu entspannen.

Die GMK begrüßt, daß die Bundesregierung nunmehr die Rechtsverordnung für die „Krankenpflege-Anrechnungsschlüssel" vorgelegt hat. Regional bestehende günstigere Anrechnungsverhältnisse, die auf nachgewiesenen örtlichen Besonderheiten beruhen, müssen erhalten bleiben und dürfen nicht verschlechtert werden. Die GMK begrüßt ferner die Erklärungen des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, die notwendigen Arbeiten zur Rechtsverordnung für den Personalbedarf für die Psychiatrie zügig voranzutreiben. Nach Auffassung der GMK sollten die neuen Bedarfskriterien für die Psychiatrie für das Jahr 1991 von den Pflegesatz-Vertragsparteien erstmalig angewandt werden können.

Gleichzeitig weist die GMK darauf hin, daß die Deutsche Krankenhausgesellschaft im März d. J. ein von ihr entwickeltes Konzept zur Personalbedarfsermittlung im allgemeinen Pflegedienst formal in die Verhandlungen nach § 19 Krankenhausfinanzierungsgesetz eingebracht hat. Die GMK fordert den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung auf, die Vorarbeiten für eine Rechtsverordnung gemäß § 19 Abs. 2 KHG zeitlich so zu gestalten, daß im Falle des Scheiterns der

Verhandlungen der Selbstverwaltung neue Personalschlüssel für den allgemeinen Pflegedienst bereits für die 1990 stattfindenden Pflegesatzverhandlungen für 1991 zur Verfügung stehen.

Die GMK sieht aber auch einen Handlungsbedarf auf Länderseite:

- Nach allen bisherigen Erkenntnissen zeichnet sich ab, daß die Erziehung von eigenen Kindern mit den Anforderungen gerade des Krankenpflegeberufes nur schwer vereinbar ist und deshalb die Krankenschwestern als Mütter in der Regel zur Berufsaufgabe zwingt. Die GMK beauftragt die AGLMB mit der Prüfung, ob und wie die Errichtung, die Unterhaltung und das Betreiben von Kindertagesstätten am Krankenhaus im dualen Krankenhausfinanzierungssystem verankert werden kann und darüber zu berichten. Krankenschwestern mit Kindern sollen eine bessere Möglichkeit erhalten, ihren Beruf am Krankenhaus auszuüben bzw. wieder dorthin zurückzukehren.
- Die GMK mißt der beruflichen Weiterbildung in der Krankenpflege sowohl als Voraussetzung für ein hohes Pflegeniveau als auch aus Gründen der Berufsmotivation des Pflegepersonals einen hohen Stellenwert bei. Die GMK bittet daher die AGLMB, einen entsprechenden in der Sache einheitlichen Musterentwurf für die Weiterbildung in der Krankenpflege vorzubereiten. Die GMK wird auch auf die Krankenhausträger einwirken, ihre gesetzliche Verpflichtung zur Durchführung von Weiterbildungsmaßnahmen wahrzunehmen, damit qualifiziertes Personal sowohl den Aufgaben der Pflege wie auch den Managementaufgaben im Bereich der Stations- und Pflegeleitung besser nachkommen kann. Spezielle pädagogische Ausbildung von Lehrschwestern, Managementschule von Pflege- und Stationsleitung sowie auch psychologische Fortbildung und Supervision von Krankenschwestern und -pflegern, die täglich bei der Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden eingesetzt sind, sind hierfür nur einige Beispiele. Ebenso ist die Ausbildung von Gemeindeschwestern für den Einsatz in ambulanter Pflege – z. B. Sozialstationen – erheblich zu fördern.
- Die GMK räumt der Maßnahme „Berufliche Wiedereingliederung von Krankenschwestern nach der Familienphase" einen hohen Stellenwert ein. Sie bittet die AGLMB über evtl. Konzepte und Erfahrungen zu berichten, um diese im Grundsatz vielversprechende Möglichkeit bundesweit umsetzen zu können.
- Die GMK setzt sich dafür ein, der Zusammenarbeit der Gesundheitsministerien mit den in der Krankenpflege tätigen Berufsgruppen und ihren Organisationen einen größeren Stellenwert einzuräumen, wie sie mit akademischen Heilberufen üblich ist.
- Grundlage für alle weiteren gesundheitspolitischen Maßnahmen in diesem Bereich ist das Vorhandensein und die Verfügbarkeit möglichst aktueller und aussagefähiger Daten. Die GMK bittet die AGLMR zu prüfen, ob Vorschläge zur gezielten Erhebung der notwendigen Daten und der Koordination der bereits vorhandenen Datenbestände erforderlich sind. Dabei ist es wichtig, Entschei-

dungsgrundlagen verfügbar zu haben, um sowohl kurzfristig auf Veränderungen in den Krankenpflegeberufen reagieren zu können als auch grundsätzliche Maßnahmen mit langfristiger Auswirkung in diesem wichtigen Bereich des Gesundheitswesens auf eine sichere Grundlage stellen zu können.

Die sich abzeichnenden Probleme in der Krankenpflege sind nicht nur quantitativer Art. Die GMK appelliert daher an die Krankenhausträger, durch Änderung der Organisationsstrukturen und Aufnahme von Führungskräften der Krankenpflege in die Leistungsstrukturen des Krankenhauses, die Rolle der Krankenpflege aufzuwerten, soweit dies in den Ländern nicht schon geschehen ist.

V. Stichwortverzeichnis

	Seite
Aktionsprogramm	32
Altenpflegeausbildung	16
Alterssicherung, der Pflegenden	15
Anrechnung, von Schülerinnen und Schülern	13
Arbeitslose	19
Arbeitsschutz	17
Arbeitszeit	20
Aussiedler	19
Berufsanfänger	19
Berufsgruppen	21
Berufsrückkehrerinnen	19
Dreiseitige Verträge	30
Einarbeitung	20
Fort- und Weiterbildung	25
Häusliche Pflegehilfe	9
Heimgesetz	17
Investitionen	17
Kinderbetreuungseinrichtungen	18, 23
Kooperation	21
Landesarbeitsämter	19
Landesschiedsstelle	31
Modellprogramm, zur Wiedereingliederung	16
Modellversuche	15
Personalbedarf, in Akutkrankenhäusern	14
Personalbedarf, in der Psychiatrie	13
Pflege, ambulante	24
Pflegedokumentation	25
Pflegefremde Tätigkeiten	20
Professionelle Pflegeleistung	11
Qualität, der Pflegeleistungen	25
Tagespflege	18
Teilzeit	21
Übersiedler	19
Umschulung	16
Umwidmung, von Betten	17
Verzahnung, ambulante und stationäre Pflege	25
Wartelisten, für Krankenpflegeausbildung	21
Weiterbildungsordnungen	18
Wirtschaftlichkeit	28
Zweiseitige Verträge	29