

Gesundheit & Soziales im Ländle – unser höchstes Gut

1. März 2021

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Situation im Sozial- und Gesundheitswesen ist seit Jahren für die Patient*innen, pflegebedürftigen und betreuten Menschen personell und finanziell angespannt.

Personalmangel gefährdet die fachlich gebotene Qualität der medizinischen¹, pflegerischen und therapeutischen² Versorgung³, der pädagogischen Betreuung, Beratung oder Unterstützung. Die Covid-19-Pandemie verschärft diese Situation dramatisch⁴.

Die Beschäftigten in der Altenhilfe, Behindertenhilfe, Kinder- und Jugendhilfe, in den Kitas, Krankenhäuser, Psychiatrien, im Rettungsdienst und in den Sozialen Diensten⁵ erleben tagtäglich, dass ihre fachliche Arbeit durch eine jahrzehntelang verfehlte Politik⁶ und in der Folge auf Effizienz⁷ und Wettbewerb⁸ getrimmte Einrichtungen und Dienste massiv erschwert wird⁹.

Um die Situation für alle zu verbessern, braucht es grundlegende, mutige Entscheidungen auf der Bundes- und Landesebene, die zu einer, am Bedarf der Menschen orientierten Versorgungsplanung und auskömmlichen Finanzierung führen. Daseinsvorsorge darf nicht dem Markt überlassen werden! Kosmetische Eingriffe wie z.B. Pflegepersonaluntergrenzen, Schaffung von pro Haus verschwindend geringen, zusätzlichen Assistenzstellen oder Digitalisierung/Robotik bringen keine echte Lösung. Vielmehr werden verbindliche Vorgaben für genug Personal gebraucht. Beschäftigte arbeiten seit Jahrzehnten am Limit^{10,11}.

Die Berufe im Sozial- und Gesundheitswesen müssen aufgewertet und die Rahmenbedingungen¹² erheblich verbessert werden¹³, auch damit sich Auszubildende für Gesundheit & Soziales interessieren und dort einen Beruf ergreifen mögen¹⁴, und auch damit berufserfahrene Professionelle im Beruf bleiben oder aus selbst gewählter Teilzeit zurückkommen¹⁵. Arbeiten im Sozial- und Gesundheitswesen darf nicht krank machen und muss bis zum Rentenalter möglich sein¹⁶. Es darf nicht sein, dass diejenigen, die für uns alle in der Daseinsvorsorge tätig sind, selbst in Altersarmut geraten. Am stärksten betroffen sind Beschäftigte, die in ausgeprägten Servicebereichen wie z.B. in Küche und Reinigung arbeiten. Landeseigene Unternehmen haben Tariffucht begangen und versagen eine betriebliche Altersversorgung. Sie müssen zur Muttergesellschaft zurückgeführt werden¹⁷. Die Pandemie legt die nachteiligen Folgen von Ausgliederungen offen¹⁸.

Wir wissen, dass die Rahmenbedingungen des Sozial- und Gesundheitswesens stark von bundespolitischen Entscheidungen abhängen. Im Land gibt es dennoch genug zu tun. Die Planung der Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen des Sozial- und Gesundheitswesens durch das Land muss sich am Bedarf der Menschen orientieren. Das Land muss seinen Verpflichtungen nachkommen, die notwendigen Investitionsmittel bereitzustellen. Allein für Krankenhäuser müssen die Mittel dafür verdoppelt¹⁹ werden.

JETZT DEN INVESTITIONSTAU IN UNSEREN KRANKENHÄUSERN AUFLÖSEN UND DAS KRANKENHAUS- PERSONAL ENTLASTEN

Krankenhäuser sollen Einrichtungen der öffentlichen Daseinsvorsorge sein – keine profitorientierten Wirtschaftsunternehmen.

Die Finanzierung unserer Krankenhäuser erfolgt in Baden-Württemberg „dual“, d. h. zweigeteilt:

- Die laufenden Kosten u. a. für das Personal werden durch die Krankenkassen getragen.
- Für die Investitionen soll das Land Baden-Württemberg aufkommen.
- Die Krankenhausinvestitionen des Landes betragen zuletzt etwa 500 Mio. Euro im Jahr. Viel zu wenig! Der Bedarf ist doppelt so hoch.
- Seit zehn Jahren stagnieren die Krankenhausinvestitionen bei weniger als 0,1 Prozent des baden-württembergischen Bruttoinlandsprodukts.

Reden
wir über...
www.redenwirueber.de

Die Diagnosen sind hinreichend beschrieben. Unter den Symptomen und dem Herumdoktern daran leiden die zu versorgenden Menschen ebenso wie die Beschäftigten im Sozial- und Gesundheitswesen schon viel zulange. Fakten und Therapievorschläge liegen auf dem Tisch²⁰.

Jetzt ist es höchste Zeit, dass die Politik, auch die Landespolitik, die Krankheit grundlegend behandelt und das Rezept unterschreibt – um im Bild zu bleiben.

Bitte unterstützen Sie die Forderungen der Beschäftigten und ihrer Gewerkschaft, sobald Sie gewählt sind im Landtag, im Bundesrat und in Ihrer Partei.

Die Beschäftigten und ihre Gewerkschaft ver.di erwarten eine ernsthafte Bereitschaft zu Veränderungen, ein nachhaltiges politisches Handeln und einen ernsthaften Dialog mit ihnen und ihrer Gewerkschaft: Hinhören und die Probleme lösen, gute Rahmenbedingungen schaffen und auskömmlich finanzieren.

Eine Landespflegekammer löst die beschriebenen Probleme der Pflege nicht. Eine staatliche Pflichtorganisation für einen Teil Arbeitnehmer*innen-Berufsgruppe schadet den betroffenen 100.000 beruflich Pflegenden²¹.

Wir haben unsere Forderungen kompakt für Sie im Anschluss zusammengestellt.

Haben wir Sie für unsere Forderungen an unserer Seite?

Für Soziales & Gesundheit im Ländle – für unser höchstes Gut?

Freundliche Grüße



Regina Glockmann
Vorsitzende

Martin Nestele
stellv. Vorsitzender



Irene Golz
Landesfachbereichsleiterin



ver.di Baden-Württemberg

Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen
Theodor-Heuss-Str. 2, tHeo 1, 70174 Stuttgart
mailto: fb03.bawue@verdi.de

Die Endnoten verweisen auf Studien, Fakten und Zahlen. Siehe Seiten 4 bis 6

Unsere Forderungen

Gesundheit & Soziales im Ländle – unser höchstes Gut

Mehr Personal ist besser für alle

- höchste Zeit umzusteuern
- Personal entlasten
- verbindliche Vorgaben für genug Personal

Vorrang für Fachlichkeit – Pauschalen abschaffen

- Kranke(n)häuser heilen*
- menschliche Psychiatrie
- bedarfsgerechte Versorgungsplanung
- Daseinsvorsorge nicht dem Markt überlassen
- Sozial- und Gesundheitsberufe aufwerten
- Bedarfsgerechte Finanzierung

Investitionsstau auflösen

- keine Personalstellen für Baustellen
- Heimkosten von Baukosten befreien
- Investitionsmittel des Landes erhöhen

Ein Betrieb – eine Belegschaft

- Servicebereiche wieder eingliedern
- keine Beschäftigten zweiter Klasse
- Tarifflicht stoppen

verbindliche Vorgaben für genug Personal

bedarfsgerechte Finanzierung statt Pauschalen

ein Betrieb - eine Belegschaft - ein Tarifvertrag

* Bitte beachten Sie die Forderungen für Krankenhäuser im Detail im Anhang

Gesundheit & Soziales im Ländle – unser höchstes Gut

Endnoten

¹ Eine britische Studie aus dem Jahr 2016 (BMJ open) zeigt, dass die Mortalität der zu versorgenden Patient*innen in Krankenhäusern, in denen eine Pflegekraft sechs oder weniger Patienten zu versorgen hat, um 20 % niedriger ist als in den Häusern, in denen eine Pflegekraft für mehr als 10 Patient*innen verantwortlich ist.



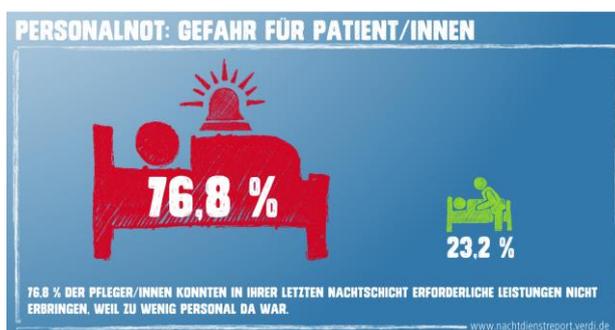
² Für die Psychiatrie ist besonders beunruhigend ist, dass starke Eingriffe in Freiheitsrechte (z.B. Fixierungen in akuten Krisen bei Suizid- oder Selbstverletzungsgefahr oder der Gefahr von Aggressionen gegen andere) oft das Resultat von fehlendem Personal sind: 61,3 Prozent der Befragten schätzen ein, dass die Hälfte der Zwangsmaßnahmen oder sogar fast alle mit mehr Personal vermieden werden könnten (2019 eigene Befragung, Versorgungsbarometer).



Die Mehrkosten für Personal, die durch die Umsetzung des Landes-Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes entstehen, müssen erstattet werden, ansonsten wird das Personal von an anderer Stellen verschoben und fehlt dort.

Für die Behindertenhilfe muss das Land durch die landesrechtlichen Verordnungen und die Umsetzung des Bundesteilhabengesetzes im Landesrahmenvertrag darauf achten, dass sich die Lebensbedingungen für Menschen mit Behinderung, die sich nicht selbst vertreten können nicht verschlechtern. Durch die Wettbewerbsklausel §124 SGB IX sollen die Personalkosten in das untere Drittel gesteuert werden. Ein Druck auf die Personalkosten ist schon jetzt zu spüren. Der Anteil an Fachpersonal nimmt schleichend ab.

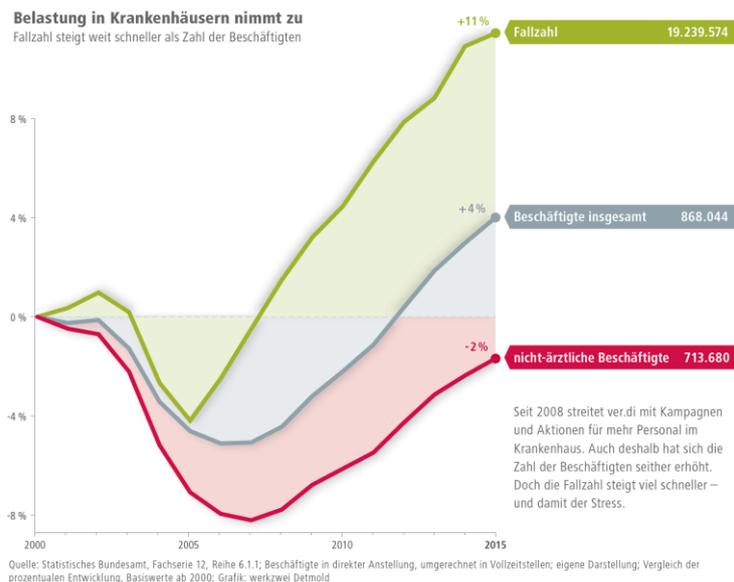
³ Empirische Studien zeigen, dass Personalmangel unter anderem ein erhöhtes Risiko von Stürzen, Medikationsfehler und Todesfälle durch zu spät erkannte Komplikationen zur Folge hat (Griffiths et al. 2014).



⁴ Unter den besonderen Bedingungen der Corona-Pandemie gab es Maßnahmen, die die Situation noch weiter verschärften. So wurde mit dem Aussetzen der Personaluntergrenzen-Verordnung in Krankenhäusern noch mehr Patient*innen pro Pflegekraft ermöglicht. In der Psychiatrie wurde die Verordnung zum Personalnachweis ausgesetzt. Also noch weniger Pflegequalität, noch weniger Rücksichtnahme auf die Gesundheit der Pflegenden, noch mehr Risiko für Patient*innen. Durch die Änderung des Arbeitszeitgesetzes, die 12-Stunden-Dienste und verkürzte Ruhezeiten erlaubte, wurde die Situation in allen Bereichen verschärft. Und dies obwohl die Arbeit in voller Schutzausrüstung oder auch nur mit den besonders belastenden FFP 2-Masken noch belastender war als zu „normalen“ Zeiten insbesondere in Altenhilfe, Behindertenhilfe, Psychiatrie und Krankenhäusern.

⁵ Wir stellen die grundlegende Diagnose, dass auf Wettbewerb und Marktorientierung getrimmte Häuser die fachliche Arbeit erschweren, weil verbindliche, flächendeckende Personalvorgaben fehlen und ein Investitionsstau aufgelöst werden muss für alle Bereiche: Altenhilfe, Behindertenhilfe, Kinder- und Jugendhilfe, Kitas, Krankenhäuser, Psychiatrie, Rettungsdienst und Sozialen Diensten. Die Fakten stammen überwiegend aus dem Bereich der Pflege, der inzwischen am besten untersucht ist und in der Öffentlichkeit wahrgenommen wird.

⁶ Die marktwirtschaftliche Ausrichtung der stationären Krankenhausversorgung und vor allem das Fallpauschalen-System hatten einen immensen Kostendruck zur Folge, der sich in massivem Stellenabbau, Outsourcing und Privatisierung entlud. Von 1995 bis 2009 wurden allein im Pflegedienst der Krankenhäuser 50.000 Stellen beseitigt, trotz steigender Patientenzahlen. Mit dem Fallpauschalen-System DRGs wurde ein Preissystem eingeführt, das starke Anreize setzt, mit möglichst wenig Personal möglichst viele Patient*innen zu behandeln. Pflege wurde zum Kostenfaktor. Fehl-, Unter- und Überversorgung sind die Folge.



Vergleichbares passierte mit Zeitverzug in der stationären Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Dort heißt die Pauschalisierung PEPP und führte zu einem Dokumentationswahnsinn, der in die völlig falsche Richtung stigmatisierender Diagnosevergabe und defizitorientiertem Dokumentieren führt.

Die ursprüngliche Zielsetzung sog. leistungsorientierter Finanzierung, dass das Geld der Leistung folge, wurde nie eingelöst. Vielmehr folgen die Behandlungsangebote dem Geld und dem Profit, was zu Fehl-, Unter- und Überversorgung, sowie zu hohem Kostendruck führt.

⁷ Es wurde gesetzlich festgelegt, dass vereinbarte Tarifierhöhungen nur zum Teil refinanziert wurden. Der Budgetdeckel ermöglichte keine sach- und bedarfsgerechte Finanzierung. Die „Restfinanzierung“ musste durch Stellenabbau ermöglicht werden. Tariffucht durch Bildung von Servicegesellschaften wurde profitabel.

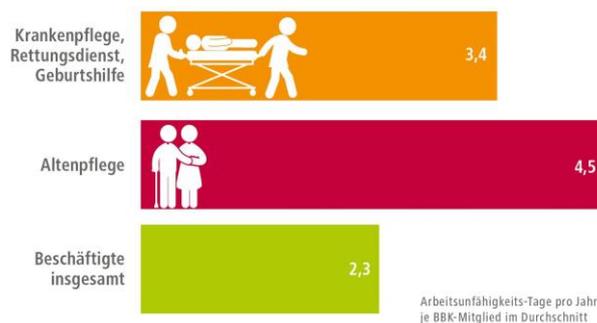
⁸ In Baden-Württemberg wurde von 1995 bis 2009 die Zahl der Vollzeitstellen in Krankenhäusern um rd. 5.200 reduziert. Im gleichen Zeitraum wurden rd. 4.400 VZ-Stellen im ärztlichen Dienst aufgebaut⁸. Die Zahl der Patient*innen stieg von 1,7 auf 1,9 Millionen und die durchschnittliche Verweildauer sank von 11,9 auf 8,1 Tage. (Vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2020). Beschleunigend wirkte dabei, dass 1995 die Pflegepersonalregelung (PPR) ausgesetzt wurde. Es gab keine Haltelinie nach unten mehr. Gleichzeitig wurde die Illusion geschürt, Krankenhäuser im Wettbewerb stellen sich so effizient auf, dass der Verlust beim

Pflegepersonal ohne Qualitätsverlust einhergeht. Die genannten Studien belegen das Gegenteil, die Versorgung verschlechterte sich zum Nachteil.

⁹ Im Jahr 2018 liegt die Zahl der Vollzeitstellen in der Pflege auf dem Niveau von 2002 und noch 2.000 VK unter dem Niveau von 1995. Die Zahl der Patient*innen lag 2018 allerdings schon bei 2,15 Mio. Das sind 450.000 mehr als 1995.

¹⁰ Die Wahrscheinlichkeit, in eine Erwerbsminderungsrente einzutreten, ist bei Pflegekräften deutlich höher als in sonstigen Berufen (vgl. Rothgang, Müller, Preuß).

¹¹ Pflegekräfte leiden häufig unter körperlichen, psychischen und psychosomatischen Beschwerden. Die Falldauern in allen Pflegeberufen sind deutlich länger als in den sonstigen Berufen (vgl. Rothgang, Müller, Preuß).



¹² Das Pflegestärkungsgesetz, das zusätzliche Stellen der Pflege am Krankenhaus-Bett voll finanziert, kommt zu spät, weil mittlerweile zuerst die chronisch schlechten Arbeitsbedingungen behoben werden müssen, damit sich überhaupt ausreichend Pflegekräfte zur Verfügung stellen.

¹³ Viele Pflegekräfte haben den Beruf verlassen oder suchen individuelle Entlastung in der Reduzierung ihrer Wochenarbeitszeit. Die Teilzeit-Quote liegt bei 70-80%.

¹⁴ Auszubildende sind stark darauf angewiesen, dass Praxisanleiter*innen Zeit für praktische Anleitung haben. Leider vermitteln die Praxiseinsätze den Azubis derzeit, dass viele Kompetenzen, die sie lernen unter den tatsächlichen Verhältnissen graue Theorie bleiben. Es liegen für Baden-Württemberg keine Zahlen vor zu den Folgen. Die Arbeitnehmerkammer Bremen beziffert aber die Abbrecher bei den Pflege-Azubis im Bundesland Bremen auf durchschnittlich 25 %. Weitere 25 % einer Kohorte verlassen den Beruf in den ersten fünf Berufsjahren (vgl. Auffenberg/Heß, 2021).

¹⁵ Eine Studie der Arbeitnehmerkammer Bremen vom Januar 2021 zeigt in einer Hochrechnung von Befragungsergebnissen, dass es ein Potential von 92.153 bis 170.343 Vollkräften gibt, wenn Pflegekräfte wieder in den Beruf zurückkehren oder ihre Arbeitszeit erhöhen. Viele Pflegekräfte im Krankenhaus und in der Psychiatrie arbeiten in Teilzeit, um ihre Aufgaben überhaupt noch bewältigen zu können (vgl. Auffenberg/Heß, 2021).

¹⁶ Würde das Niveau an Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentungen auf das Normalmaß in anderen Berufen reduziert, entspräche das laut dem Barmer Pflegereport 2020 bundesweit 26.000 Pflegekräfte, die in Vollzeit zur Verfügung stünden (vgl. Rothgang/Müller/Preuß, 2020).

¹⁷ Um Kosten zu senken begannen die Krankenhäuser die Servicebereiche (Küche, Wäscherei, Reinigung, Logistik bis hin zu Therapeut*innen) in eigene Tochtergesellschaften auszugliedern und/oder die Leistungen an Fremdfirmen zu vergeben – immer mit der Begründung, dass diese Leistungen in der Privatwirtschaft viel billiger erbracht werden würden – aber ohne die negativen Folgen für die Versorgung in der Klinik zu bedenken. Die Servicegesellschaften der Uniklinken, des Zentrums für Psychiatrie Wiesloch sowie des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim müssen als erste zurückgeführt werden, damit vorprogrammierte Altersarmut gestoppt wird.

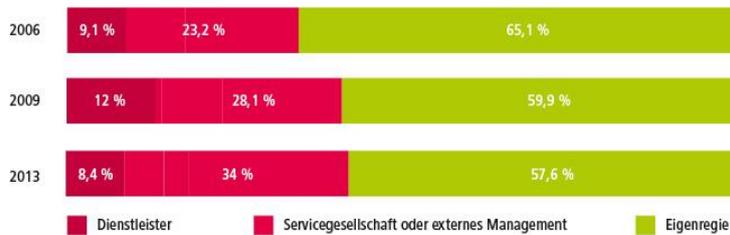
Krankenhausreinigung: mehr Outsourcing – mehr Infektionen



Quelle: Litwin u.a. 2016, Foto: 2007 Presidential \$1 Coin image from the United States Mint, Grafik: werkzwei Detmold

¹⁸ Es traf die unteren Vergütungsgruppen, nicht nur mit schlechteren Vergütungen, sondern vor allem auch durch die fehlende betriebliche Altersversorgung. Es traf sie mit deutlich schlechteren Arbeitsbedingungen, z.B. durch die Vergrößerung der zu reinigenden Fläche. Es traf das ganze Krankenhaus, weil es neue Schnittstellen gab und z.B. die Reinigungskräfte nicht mehr Teil des Stationsteams sind. Heute hat kaum mehr ein Krankenhaus in Baden-Württemberg noch einen integrierten Servicebereich. Nur bei wenigen Servicegesellschaften konnte zwischenzeitlich wieder eine Tarifbindung hergestellt werden. Diese Tarifflicht ist ein legaler Entzug erkämpfter Tarifregelungen und der Betriebsrente.

Bewirtschaftungsform von Krankenhausküchen



Quelle: Deutsches Krankenhausinstitut, K+P Consulting, Verpflegungsstudie 2013

¹⁹ Die Länder, die die Investitionen, Neu- und Umbauten finanzieren sollen, senkten die Finanzierung der Investitionen durchschnittlich um die Hälfte, auch Baden-Württemberg, sodass Baustellen durch Personalstellen finanziert werden mussten. Diese Absenkung war durch die Abschaffung der Vermögenssteuer, einer reinen Ländersteuer, ausgelöst worden.

Personal wird zu Baustellen

Die Eigenbeiträge der Kliniken für Investitionen entsprechen 44.000 Pflegestellen.

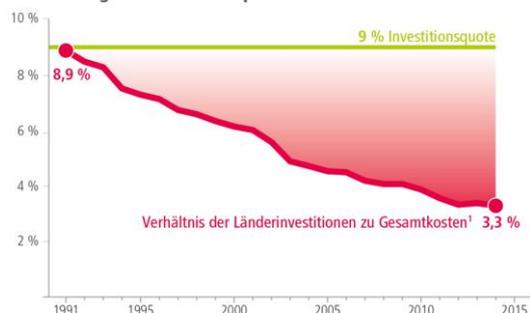


2012 bis 2014 haben die Kliniken durchschnittlich 5,3 Milliarden Euro pro Jahr investiert. 44,9 Prozent, also rund 2,38 Milliarden Euro, stammen aus Eigenmitteln und Krediten. Bei Kosten von 54.000 Euro pro examinierte Pflegekraft entspricht das mehr als 44.000 Stellen.

Quelle: BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft 2015, eigene Berechnungen

Grafik: werkzwei Detmold

Entwicklung der Investitionsquote der Länder



Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2015; eigene Darstellung; Grafik: werkzwei Detmold 1 der Krankenhäuser, zzgl. Investitionskosten

²⁰ Die Rückkehr oder Erhöhung der Stundenzahl ist für die befragten Pflegekräfte nur unter diesen Bedingungen eine Option (vgl. Aufferberg/Heß, 2021):

- den eigenen Ansprüchen entsprechend und unter Anerkennung ihrer Fachlichkeit pflegen zu können,
- dabei von Vorgesetzten wertgeschätzt zu werden,
- betrieblich mitbestimmen zu können,
- das Privatleben nicht immer wieder ungeplant der Arbeit unterordnen zu müssen,
- psychisch gesund zu bleiben
- und dabei der Verantwortung entsprechend bezahlt zu werden.

Pflegekräfte kommen nur zurück oder stocken auf, wenn sie garantiert bessere Arbeitsbedingungen vorfinden. Nur eine bedarfsorientierte Personalbemessung wird es den Beschäftigten ermöglichen, ihren Beruf nach bestem Wissen und Gewissen auszuüben. Es braucht allerdings beides: weniger Zeitdruck und bessere Bezahlung. Verbesserungen in diesen Bereichen motivieren nicht nur ausgestiegene und Teilzeitpflegekräfte, sondern werden sich auch für alle anderen Pflegekräfte positiv auswirken und zum Verbleib im Beruf beitragen können. Diese Bedingungen müssen geschaffen und finanziert werden, um die Krankenhausversorgung und die Beschäftigten vor dem Kollaps zu bewahren.

²¹ [ver.di – Keine Pflegekammer in BaWü](#) Arbeitnehmer*innen brauchen keine Berufekammer (Auszug): „Aufgabe des Landes Baden-Württemberg ist es, seine Verantwortung nicht an die betroffenen Arbeitnehmer*innen abzuschieben, sondern selbst die entsprechenden Betriebe zu beaufsichtigen, ob sie ihre Aufgaben gegenüber den Patienten bzw. Heimbewohnern erfüllen und ob die Gewährleistung der Einhaltung von Arbeitnehmerschutzrechten gegenüber den Beschäftigten gewährleistet ist. Wir fordern daher die Mitglieder des Landtags von Baden-Württemberg auf, die Einrichtung einer Landespflegekammer abzulehnen.“

Quellen:

Rothgang, Heinz/Müller, Rolf/Preuß Benedikt (2020): BARMER Pflegereport 2020, Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen

Simon, Michael (2018): Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung, S. 1 https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=8222 .

Auffenberg; Jennie/Heß, Moritz (2021): Pflegekräfte zurückgewinnen. Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern. Bericht zur Studie „Ich pflege wieder, wenn ...“ der Arbeiterkammer Bremen und des SOCIUM der Universität Bremen

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2020): Ausgewählte Daten der Krankenhäuser in Baden-Württemberg seit 1990

Interessante Links:

www.gesundheit-soziales-bawue@verdi.de

www.gesundheit-soziales@verdi.de

[ver.di – Mehr Personal](#)

<https://gesundheit-soziales.verdi.de/gemeinsamesache>

<https://gesundheit-soziales.verdi.de/gemeinsamesache/++co++8f6a1416-b0bc-11ea-a26d-001a4a160110> (Videos)

[ver.di – Solidarische Pflegegarantie](#)

[ver.di – Azubis besser anleiten](#)

[ver.di – Versorgungsbarometer Psychiatrie](#)

[Unsere Argumente zur Landtagswahl | DGB Baden-Württemberg](#)

[Checkliste: Zurück in den Beruf im Krankenhaus](#)