

Durchblick

Zeitung der ver.di-Vertrauensleute im Knappschaftskrankenhaus Sulzbach

Jetzt zeigen wir die Zähne:

Die Zeichen stehen auf Sturm – Streik immer wahrscheinlicher

Keinen Cent wollen sie uns geben, obwohl die gewerkschaftliche Forderung mehr als bescheiden ist. Wir meinen es ernst. Deswegen ruft die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di zur Tarifversammlung am 10. Dezember um 16.00 Uhr ins Saarbrücker VHS-Zentrum. Dort werden die nächsten Schritte beraten.

Regelmäßig wird von den Arbeitgebern, insbesondere im Krankensektor, als Begleitmusik zu Tarifverhandlungen das Lied vom wirtschaftlichen Exitus der Einrichtung durch Tarifierhöhungen angestimmt: Die Schere zwischen der Höhe des Tarifabschlusses und der Refinanzierung durch Kostenträger wird beklagt. Würden aber die Beschäftigten im Gesundheitswesen von der allgemeinen Einkommensentwicklung abgekoppelt, können die wirtschaftlichen Probleme einzelner Arbeitgeber nicht gelöst werden. Im Gegenteil: Damit würden neue Probleme geschaffen.

Die Zunahme der Fallzahlen innerhalb von zehn Jahren von 14 auf 16 Millionen bei Abnahme der Pflagetage von 204 auf 167 Millionen zeigt, dass die »Produktivität« der Krankenhäuser durch Intensivierung des Behandlungsprozesses ständig gestiegen ist. In unserem Haus errechnete ver.di eine Produktivitätssteigerung um 16 Prozent. Lohnverzicht bei den Krankenhausbeschäftigten würde die Attraktivität der Berufe weiter schwächen und weiteren Personalmangel provozieren. Bereits heute sind hochgerechnet mehr als 40.000 Stellen in Krankenhäusern, Altenheimen und ambulanten Pflegediensten nicht besetzt. In unserem Haus fehlen etwa 70 Stellen.

Die Arbeit im Gesundheitswesen ist nicht weniger wert als in den anderen Bereichen. Das Gesundheitswesen hat keine Sonderrolle! Deswegen werden wir jetzt aktiv. Freiwillig rücken die keinen Cent heraus.

Sollte dieser Warnstreik keine Wirkungen zeigen und auch die Verhandlungsrunde im Dezember scheitern, dann wird ver.di zur Urabstimmung aufrufen. In Gewerkschaftsreisen geht man davon aus, dass die Mitgliedschaft sich sehr deutlich für einen Streik aussprechen wird. Wie aus der Saarbrücker Zeitung schon

öffentlich zu vernehmen war, wird es unter diesen Bedingungen auch im Knappschaftskrankenhaus Sulzbach zu Streik kommen. Wie wir aus zuverlässiger Quelle wissen gibt es einen „Fahrplan“ für den Streik im Haus. Dort ist genau festgelegt, welche Abteilungen wann und wie in den Streik gerufen werden. Die Streikleitung ist schon festgelegt. Die Verzahnung mit der Zentrale in Berlin und dem Landesbezirk in Saarbrücken ist bis zum i-Punkt schon geplant. Man stellt sich auf einen längeren Ausstand ein. Es besteht allerdings nicht die Absicht, sofort das gesamte Haus in den Streik zu rufen, um eine reduzierte Patientenversorgung auch weiterhin zu gewährleisten. Mit der Feinabstimmung des Vorgehens wird sich im Dezember eine Vertrauensleutekonferenz befassen.

Der Betriebsgruppenvorstand hat an seine Mitglieder appelliert, die Höhe der Gewerkschaftsbeiträge zu überprüfen, denn nur so könne gewährleistet werden, dass die Streikunterstützung den Lohnausfall kompensiere. Nach Verhandlungen zwischen dem Betriebsgruppenvorstand und der Gewerkschaftszentrale

kam von dort die Zusicherung, dass alle Kolleginnen und Kollegen, die dieses Jahr noch Mitglied bei ver.di werden, im Streikfälle mit Unterstützung rechnen können, auch wenn die halbjährige Wartezeit zu Beginn des Jahres noch nicht um sein sollte.

Wir lassen nicht alles mit uns machen - wir sind zum Handeln bereit!



Zum Nachdenken:

Die Sache mit der Schwester

Als hier im Durchblick behauptet wurde, es sei ein Fortschritt, dass die PDL darauf besteht, dass auf den Namensschilder der Krankenschwestern und Krankenpfleger „Pflegefachkraft“ steht, führte das besonders im Pflegebereich zu starken Diskussionen. Manche fanden es dabei besonders provozierend, dass unser Autor behauptet hatte, dass lediglich die Prostituierte und die Krankenschwester mit dem Vornamen angesprochen würden. Auch Ärzte meldeten sich hin und wieder mit der Ansicht, die Vornamen wären ihnen lieber, zu Wort. Jetzt erzählte uns eine Kollegin, die unser Haus verlassen hat, ihr neuer Arbeitgeber verlange sogar die Bezeichnung Schwester mit Vornamen. Im Haus wird die Sache recht unterschiedlich behandelt. Manche stehen sich bei den Patienten als Schwester mit Vornamen vor, manche mit Vor- und Zuname, die Pflegedirektorin sagt trotz ihrer „Pflegekraft-Anordnung“ und der entsprechenden Bezeichnungen auf den Fototafeln zu ihren MitarbeiterInnen „Schwester Vorname“ und „Herr Nachname“. Auf der Station sechs gibt es die Empfehlung des Stationsleiters, sich mit Vor- und Zuname vorzustellen bzw. am Telefon zu melden. Die Bezeichnung „Krankenschwester“ wird akzeptiert, da sie ja noch der aktuellen Gesetzeslage entspricht. Aber die Kolleginnen wurden nur zum Teil überzeugt.

Der neue Entwurf zur Änderung des Krankenpflegegesetzes sieht vor, dass die staatlich geschützte Berufsbezeichnung für weibliche Pflegefachkräfte künftig ‚Gesundheits- und Krankenpflegerin‘ heißen soll. Für den Durchblick Anlass, erneut, etwas tiefgründiger, sich diesem Thema zu widmen.

Dem Wortursprung nach bedeutet Schwester ‚Frau der eigenen Sippe‘ (vgl. Kluge 1975, S. 693). Gekennzeichnet wird hiermit ein Verwandtschaftsverhältnis, jedoch nicht nur in der Familie, sondern auch in freigewählten weltanschaulichen Gemeinschaften ist die Bezeichnung üblich, um Beziehungsformen und rollentypisches Handeln zu charakterisieren, das – in bewusster Abgrenzung zum Berufshandeln – auf persönlich-emotionalen Bindungen und Überzeugungen, nicht aber auf vertraglich geregelten Berufsbeziehungen beruht. Hier werden Leistungen zur Sicherung und Pflege des Zusammenlebens nach dem Prinzip spontaner Wechselseitigkeit erbracht. Der Arbeitende verzichtet darauf, seinen Einsatz für gemeinsame Ziele direkt in Rechnung zu stellen. Dem Mitmenschen eine Schwester oder ein Bruder zu sein, setzt voraus, eigene Gewinninteressen zurückzustellen. Um eine Schwester zu werden, benötigt man keine systematische Ausbildung. Im Familienverband fällt der Person die Aufgabe unabhängig von ihrem Willen und ihrer Leistungsfähigkeit zu.

Eine ‚gute Schwester‘ ist man dann, wenn man die Werte, Orientierungen und Selbstverständnisse, die im Zusammenleben der Herkunftsfamilie Bedeutung haben, teilen kann und sein Handeln danach ausrichtet. Gelernt werden die ‚richtigen‘ Umgangsformen im täglichen Miteinander der Familienmitglieder. In selbstgewählten Lebensgemeinschaften setzt die Schwesternrolle voraus, dass eine persönliche Verbundenheit mit den besonderen Verständnissen und Überzeugungen der Gemeinschaft bereits besteht. Zum persönlichen Selbstverständnis wird diese Beziehungsform dann durch die Einübung in das Miteinander von Gleichgesinnten. Wenn man sich diese Bedeutung des Schwesternbegriffs klar macht, fällt es schwer, sich vorzustellen, wie man beruflich eine Schwester sein oder aber werden kann.

Die Berufsbezeichnung ‚Krankenschwester‘ erinnert daran, dass zu Beginn der neuzeitlichen Krankenpflege in den ersten Jahrzehnten des 19. Jhs. für die Arbeit in der Pflege ein Betätigungsfeld entwickelt wurde, das nicht den Gesetzmäßigkeiten beruflicher Tauscharbeit entspricht. „Wie die Hausarbeit wurde die Krankenpflege nicht als Beruf, sondern als ‚Liebestätigkeit‘ konzipiert.“ (Wanner 1993, S. 35) Krankenpflege als Liebesdienst war jedoch auch schon damals nicht private, sondern öf-

fentliche Arbeit. Emotionale persönliche Bindungen, die die Familienmitglieder zum gegenseitigen Liebesdienst auffordern, gab es hier nicht. Für Liebesarbeit, in der das Handeln frei von eigenen Gewinninteressen ausgeübt werden kann, schuf man eine besondere Organisationsform: das Mutterhaus. Liebesarbeit wurde in konfessionellen Organisationen als besonderer weiblich-christlicher Auftrag, in freien Mutterhausgemeinschaften als weibliche Kulturarbeit gedeutet.

Krankenpflege als öffentliche Arbeit war jedoch von Beginn an nicht nur unberufliches soziales Engagement für den leidenden Menschen. Krankenpflege war auch medizinische Assistenz zur Unterstützung des ärztlichen Arbeit. In der Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege wurde die Krankenschwester nicht als ‚Schwester‘, sondern als medizinische Helferin tätig. In dieser Zusammenarbeit entwickelten sich Arbeits-teilungsformen, die besser der Logik von Berufsarbeit entsprechen.

In der Berufswelt erfolgt die Arbeitsleistung nach dem Prinzip des Warentausches. Der Berufsarbeiter bietet seine Arbeitskraft nicht auf der Grundlage gefühlsmäßiger Bindungen an. Die spontane Bereitschaft zum Handeln ist in der Berufsarbeit keine ausreichende Voraussetzung. Benötigt werden vielmehr besondere Kenntnisse und Fertigkeiten.

Mit der Einführung staatlicher Ausbildungs- und Prüfungsbestimmungen zur Krankenpflegeausbildung trug man dem Umstand Rechnung, dass Krankenpflegearbeit auch berufliche Tätigkeiten beinhalten sollte. Die ersten Vorschriften traten 1907 in Preußen in Kraft. Von nun an war die Krankenpflege ein Beruf wie andere Berufe und gleichzeitig dennoch eine besondere Arbeit, da die unberuflichen Merkmale ‚weiblicher Liebesarbeit‘ in das Berufsmodell integriert wurden. Um dem kranken Menschen ‚eine Schwester zu sein‘, blieben Sinndeutungen von Krankenpflege als humanitärer Nächstenliebe bestimmend. Mit ihrem Arbeitseinsatz reagierte die Krankenschwester spontan und unmittelbar auf die Bedürfnisse des kranken Menschen. „Helfen kann jede, die es nur will.“

Das ‚Schwestersein‘ der Krankenschwester ist bis heute nicht Ausdruck der Beruflichkeit in der Krankenpflege, sondern vielmehr Ausdruck unvollständiger Beruflichkeit. Davon sind auch die männlichen

Vertreter des Berufs betroffen. Sie heißen zwar nicht ‚Krankenbrüder‘, teilen aber dennoch mit den Schwestern die unberuflichen Erwartungen des Frauenberufs Pflege.

Gleichzeitig ist ‚schwesterliche Zuwendung‘ heute ein Versprechen, dass vielfach nicht mehr eingelöst werden kann. So hört man häufig im Arbeitsalltag: „Für die eigentliche Pflege haben wir gar keine Zeit.“ Dies hat besondere Gründe: ‚Schwestersein‘ setzte Sinn- und Erfahrungsräume von Frauen voraus, die im Zuge gesellschaftlicher Demokratisierung, Differenzierung und Individualisierung ihre Verbindlichkeit, Eindeutigkeit und Ausschließlichkeit verloren haben. Frausein als Beruf(ung) innerhalb einer Familie oder im Kreise einer Eratzfamilie (Mutterhauskrankenpflege) stellt heute eine Wahlmöglichkeit neben vielfältigen anderen Optionen, die jungen Frauen offen stehen, dar. Es ist nicht mehr das verbindliche Modell pflegeberuflicher Entfaltung. Mit der Auflösung der Mutterhäuser verlor die Krankenschwester ihre materiellen und sozialen Voraussetzungen, ihr mitmenschliches Ehrenamt zuverlässig einzulösen.

Aber selbst wenn sie über persönlich-private Sinnverständnisse verfügt, sich mit ihrem mitmenschlichen humanitären Auftrag zu identifizieren, kann sie ihn im Arbeitsalltag der Gesundheitseinrichtungen nicht ehrenamtlich einlösen. Patientienorientierte Zuwendungsarbeit erfährt bestenfalls eine ideelle Anerkennung. Ihr wird jedoch im beruflich-bezahlten Arbeitsauftrag keine ausreichende Beachtung zuteil. Sie stimmt immer weniger mit der Logik des Gesundheitssystems überein. In diesem System wird nämlich im Zuge von Ökonomisierung und Kostendruck nur noch das anerkannt, was als effektive, zweckrationale, überprüfbare, sachlich notwendige und wirtschaftlich sinnvolle Leistung ausgewiesen werden kann. Es gilt deshalb, den unberuflichen Bereich mitmenschlicher Anteilnahme, der vielfach als Korrektur einer ‚seelenlosen Apparatemedizin‘ beschworen wird, sachlich zu begründen, zu beschreiben, in der Ausbildung inhaltlich zu vermitteln sowie berufspolitisch als anerkannte und finanzierte Leistung der Gesundheitsversorgung durchzusetzen.

Dies wird immer wichtiger, wenn man Pflege nicht nur als Zuarbeit für die Medizin begreift. Insbesondere in der Gesundheitsvorsorge, bei der Arbeit mit chronisch Kranken und multimorbiden alten Patienten erwächst dem Pflegebereich ein eigenständiges Arbeitsfeld. Für die hiermit verbundenen Aufgaben hat die Medizin keine überzeugenden Therapiekonzepte entwickelt. Menschen mit Demenzerkrankungen, Patienten mit chronischen und degenerativen Leiden werden in der Regel nicht mehr gesund. Für diesen Personenkreis gilt es Pflegekonzepte zu entwickeln, die ein menschenwürdiges Leben mit bedingter Gesundheit ermöglichen; Pflegekonzepte, die Folgeschäden vermeiden helfen, die Fähigkeiten des Betroffenen, Einschränkungen zu kompensieren, fördern und das größtmögliche Wohlbefinden der Person garantieren.

Nun kann man sagen, ein neuer Begriff schafft noch keine neuen Realitäten. Man kann aber auch sagen: In jedem Begriff stecken auch besondere Sinnverständnisse und Vorstellungen. Ein neue Berufsbezeichnung kann somit auch die Reformierung des beruflichen Selbst- und Fremdverständnisses einleiten. Auch wenn der Titel ‚Gesundheits- und Krankenpflegerin‘ reichlich sperrig klingt, sollten wir dem Schwesternbegriff nicht nachtrauern.

Es ist Dienstag morgen, 10.30 Uhr. In Zimmer 20 auf der Station 9 herrscht Hochbetrieb. Sieben Patienten und mittendrin Krankenpfleger Michael Scheidt. Damit niemand auf falsche Gedanken kommt: Es handelt sich nicht um die Wiederauferstehung der Krankensäle früherer Zeiten, sondern um unser ambulantes OP Zentrum.

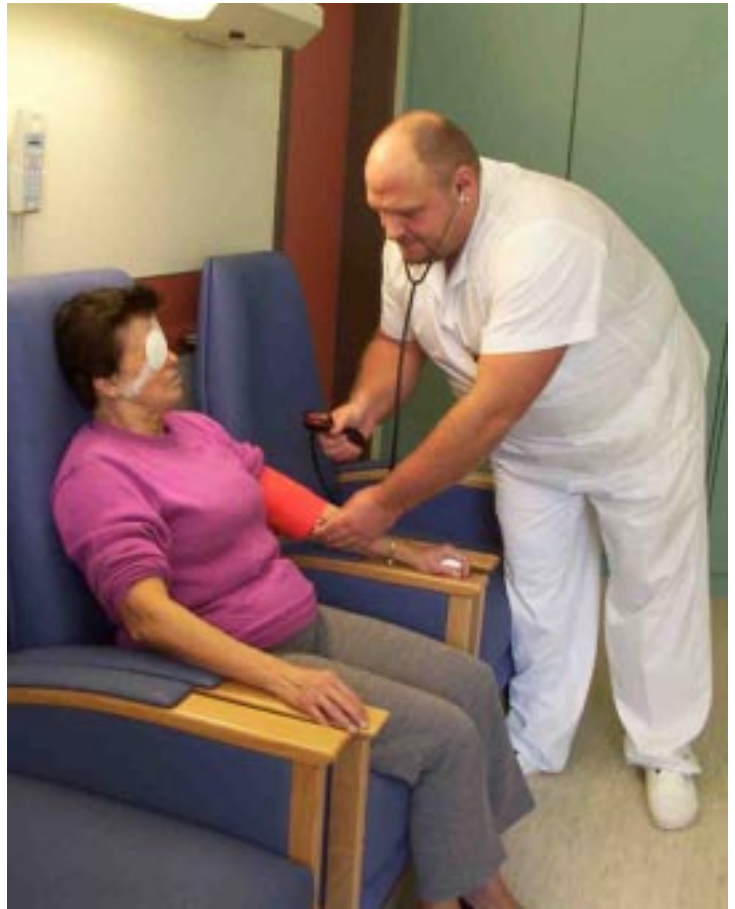
Mit dem Durchblick durchs Haus

Auf 15 bequemen Liegesesseln warten hier Patienten entweder auf ihre Operation oder erholen sich davon. Dienstags wird dieser Bereich komplett von der Station 9 betreut, an den übrigen Wochentagen morgens von den Kolleginnen der Augenambulanz (s. Durchblick Nr.49) und ab 12.30 Uhr von Station 9. Michael Scheidt hat Nerven so dick wie Daumen und die braucht er auch. Nichts kann ihn aus der Fassung bringen, selbst wenn zwanzig Aufgaben gleichzeitig auf ihn einstürzen. Dem ambulanten Operieren gehört die Zukunft der schneidenden Zunft, allein die Augenklinik operiert täglich zwischen 10 – 14 Patienten am Grauen Star ambulant, Tendenz steigend. Für Michael Scheidt- nebenbei übrigens ver.di Vertrauensmann - beginnt die Schicht um 7 Uhr. Er sichtet den OP-Plan, ordnet und kontrolliert die Ambulanzkarten und die Befunde der Bindehautabstriche vom Vortag. Das ist wichtig, denn Patienten mit einer Infektion im Auge dürfen auf keinen Fall operiert werden.

Um 7.30 Uhr kommen die ersten zwei Patienten. Sie werden auf die Operation vorbereitet und um 7.50 in den OP-Saal gebracht. Ab dann geht es Schlag auf Schlag. Die nächsten Patienten werden empfangen, die operierten abgeholt, aufgeklärt. Zwischendurch muss natürlich allerhand Schreibkram erledigt werden: Qualitätssicherungsbogen ausfüllen, Arztbrief

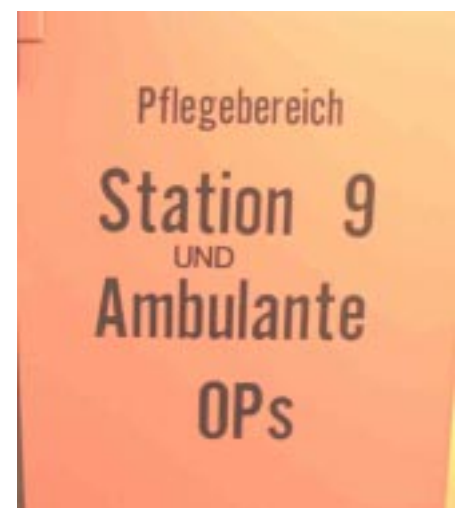
vervollständigen, schnell mal rüber in die Augenambulanz, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Taxischeine besorgen. Dann wieder Patienten in den OP bringen, andere abholen, Blutdruck und Puls kontrollieren, bei den Diabetikern noch den Blutzucker. Mittlerweile dürfen die ersten Patienten frühstücken, wartende Angehörige werden informiert, dass sich der OP Plan doch etwas verändert hat und die Parkuhr besser nachgefüllt wird. Neben an in Zimmer 19 stehen Betten für die Patienten, die in Vollnarkose ambulant operiert wurden. Die erste postoperative

Überwachung erfolgt auch für diese Patienten natürlich im Aufwachraum. Erst wenn die Anästhesisten grünes Licht gegeben haben, werden sie dort abgeholt und dürfen sich bis zu ihrer Entlassung am späten Nachmittag erholen. Die Beobachtung ist auch hier gewährleistet, Zimmer 19 und 20 sind durch eine Tür



miteinander verbunden. Klassisch für ambulante Operationen in Vollnarkose sind Leistenbrüche, Varizen (Krampfadern), Adenotomien (Entfernung der Rachenmandeln), Vasektomien (Sterilisation beim Mann).

Es gibt viel zu tun, viel zu organisieren und dabei heißt es die Nerven zu behalten. Michael bleibt trotz Stress ruhig und freundlich. „Es nützt ja nichts, wenn man hektisch wird, selbst wenn der OP zum zweiten Mal anruft und fragt, wo der Patient bleibt“, sagt er. „Ich habe nun mal nur zwei Arme, zwei Beine und einen Kopf, teilen kann ich mich nicht.“



Kommentar zum Arbeitskampf:

Drastische Sparpolitik hilft in dieser Lage so schlecht, wie Abmagerungskuren gegen die Magersucht

Schon in der ersten Verhandlungsrunde im Arbeitskampf des öffentlichen Dienstes versuchte Innenminister Schily mit aller Macht eine Verbindung der Lohnrunde im Öffentlichen Dienst mit der Steuerpolitik der Bundesregierung zu verhindern. Aber, noch nie lag die Verbindung so nahe wie heute. Wenn sich Krankenhäuser, Länder und Kommunen gegen eine Lohnerhöhung wehren, die voll im Trend der Tarifabschlüsse dieses Jahres liegt, dann haben sie nicht nur die üblichen Argumente von knappen Haushalten zur Hand, sondern argumentieren mit massiven Steuerausfällen, die hauptsächlich auf das Konto von Eichels asymmetrischer Steuerreform gehen. Die Bürgermeister und Länderchefs haben allen Grund, über ihre Haushaltssituation zu klagen, seit viele Konzerne kaum noch Steuern zahlen. Wobei sie regelmäßig vergessen, dass sie das Desaster nicht den Löhnen und Gehältern zu verdanken haben, sondern ihren eigenen Parteifreunden.

Regierungsparteien und rechte Opposition überbieten sich seit Jahren mit Forderungen und Gesetzen zur Entlastung der Gewinn- und Vermögenseinkommen, ohne zu überlegen, wer das Gemeinwesen schließlich noch finanzieren soll.

Die Lage wäre harmloser, wenn die gewaltigen Haushaltslöcher nicht mit einem ebenso gewaltigen Konjunkturerinbruch zusammen fallen würden. Drastische Sparpolitik hilft in dieser Lage so schlecht, wie Abmagerungskuren gegen die Magersucht. Nichts ist jetzt wichtiger, als die öffentliche Nachfrage zu stärken, wenn man nicht in das gleiche Desaster geraten will, das bereits die Katastrophe der Weimarer Republik einleitete. Es mag starker Tobak sein, wenn Oskar Lafontaine vor einer solchen Entwicklung warnte und Gerhard Schröder mit Brüning verglich. Aber, Recht hat er.

Die selbstverschuldeten Steuerausfälle und das nicht minder selbst verursachte Diktat des Maastrichter Stabilitätspakts sind gleichermaßen Gift für die Konjunktur und die Politik, weil sie zum Gegenteil dessen zwingen, was eigentlich Not tut.

ver.di ist ungewollt in die Lage geraten, Widerstand gegen eine Politik à la Brüning zu organisieren, die nicht nur den Interessen der Mitglieder, sondern mehr noch denen des Gemeinwesens widerspricht. Der Kampf wird nicht gegen die leeren Kassen von Ländern und Gemeinden geführt, sondern gegen die staatliche Reichtumspflege der Bundesregierung und gegen ihre leeren Versprechungen, mit Steuergeschenken Wachstum und Beschäftigung zu sichern.

Michael Quetting

Personalversammlung am 28.11.02:

Gesundheitspolitik und Tarifrunde im Mittelpunkt

Hans Ruge informierte im Bericht des Personalrates, dass die Gewerkschaft ver.di in Verhandlungen mit dem Bundesgesundheitsministerium erreicht hat, die sogenannte Nullrunde für die Krankenhäuser zu entschärfen. Die Krankenhäuser, die schon ab 2003 die Abrechnung über DRG einführen, erhalten eine Budgetsteigerung von 0,81 %. Interessanter erscheint jedoch die Möglichkeit für Krankenhäuser, an



der ambulanten Behandlung chronisch Herzkranker mitzuwirken. Hierzu werden insgesamt ca. 600 Mio. € zur Verfügung gestellt.

Hans Ruge forderte die Betriebsleitung auf, unverzüglich die Möglichkeiten für unser Haus auszuloten. Möglicherweise kann mit diesen zusätzlichen Einnahmen eine 3 % Tarifsteigerung finanziert werden.

Positiv bewertete der Personalratsvorsitzende die Einführung des Schichtdienstmodells für die Ärzte der Medizinischen Klinik. Damit wird das EuGH-Urteil zu Bereitschaftsdiensten 1:1 umgesetzt, außerdem werden durch

die Abschaffung des Bereitschaftsdienstes vier zusätzliche Arztstellen geschaffen. Trotzdem gibt es in anderen Abteilungen noch einen Nachholbedarf bezüglich der Arbeitszeitgestaltung. So ist es in der Urologie auf Grund des Stellenschlüssels nicht möglich, die tariflich vorgeschriebene Höchstzahl von Bereitschaftsdiensten einzuhalten. Hier muss gehandelt werden, um die Arbeitsbedingungen erträglich zu gestalten.



Enttäuscht äußerte sich Ruge zu dem Beschluss der Bundesknappschaft, die Tätigkeitsfelder der Service GmbH deutlich auszuweiten. Künftig sollen nicht nur die Bereiche Reinigung und Küche, sondern auch Technischer Dienst, Schreibdienst, Pflege- und Bewirtschaftung von Außenanlagen, Patienten-Cafeteria, Bettenzentrale, Lager, Hol- und Bringendienst, Datenverarbeitung, Archiv, Sterilisation von der DSL bewirtschaftet werden. Dass dies im Zuge einer natürlichen Fluktuation erfolgen soll, ist nur ein schwacher Trost. Leider reichen die gesetzlichen Möglichkeiten für Personalräte nicht aus, solche unternehmerischen Entscheidungen zu verhindern.

Als Gast hatte der Personalrat den Prosper-Verantwortlichen bei der Bundesknappschaft in Saarbrücken, Uwe Quinten, eingeladen. Uwe Quinten machte vor allem die Bedeutung des Prosper-Projektes für die Zukunft der Bundesknappschaft deutlich. Prosper macht es möglich, einerseits sinnvoll Kosten zu sparen und gleichzeitig die Qualität der Patientenversorgung durch die Verzahnung von stationärer und ambulanter Behandlung zu verbessern.

Thomas Müller von ver.di informierte aus erster Quelle über den Stand der Tarifrunde für den Öffentlichen Dienst. Müller machte deutlich, dass dies eine der härtesten Tarifrunden der letzten Jahre werden wird und schloss Arbeitskämpfe nicht aus.

Frohe Festtage und ein erfolgreiches Jahr 2003!

Die ver.di Betriebsgruppe im Knappschaftskrankenhaus Sulzbach wünscht allen Kolleginnen und Kollegen zu den Festtagen alles Gute und für das neue Jahr viel Erfolg, Gesundheit und mehr Lohn und Gehalt. Gemeinsam wollen wir dafür wirken, damit unsere Wünsche Realität werden. Unser besonderer Gruß gilt jenen von uns, die an den Feiertagen arbeiten müssen. Glückauf!

Die ver.di Betriebsgruppe im Knappschaftskrankenhaus Sulzbach

Impressum:

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
ver.di

Fachbereich 03 - FG Krankenhäuser

St. Johanner Str. 49; 66123 Saarbrücken – Eigendruck;

Vi.S.d.P.: Thomas Müller

Betriebsgruppenvorstand:

Sprecher Michael Quetting (Station 6/Qualitätsbüro),

Stellvertr. Sprecher: Jürgen Krüger (Personalratsbüro),

Elke Weil (U2), Gerald Weyand (Physikalische Therapie)

und Anna Blaha (Verwaltung)

E-Mail: verdikkhs@aol.com

Durchblick im Netz: <http://www.durchblick2-www.de>