

Vorschlag für eine bessere Krankenversorgung in Rheinland-Pfalz

Mit einem „Masterplan Krankenhaus“ die Gesundheitslandschaft umbauen

Der Personalmangel in der Gesundheitslandschaft hat zu erheblichen Defiziten in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung im ländlichen Raum geführt.

Gerade die Corona-Pandemie zeigt, wie gefährlich es ist, die Gesundheit in die Hände des Marktes zu geben, anstatt sie als öffentliche Dienstleistung zu verstehen. Die Notwendigkeit der gesellschaftlichen Planung präsentiert sich in besonderer Deutlichkeit in der Krise, die Konkurrenz zwischen den Krankenhäusern erweist sich als kontraproduktiv.

Eine ausreichende Anzahl an Krankenhäusern bereitzustellen, ist Daseinsvorsorge mit existenzieller Bedeutung für die Menschen. Das Gesundheitswesen darf nicht ausschließlich dem Markt überlassen werden. Es ist eine zentrale Aufgabe des Sozialstaates dafür zu sorgen, dass kranke Menschen bedarfsgerecht und würdevoll behandelt, gepflegt und versorgt werden. Doch die staatlichen Eingriffsmöglichkeiten sind aktuell begrenzt.

Der Umbau des Gesundheitssystems hat in den vergangenen Jahren dazu geführt, dass insbesondere kleinere Krankenhäuser nicht betriebswirtschaftlich sinnvoll geführt werden können. Personalnot und prekäre Arbeitsverhältnisse breiten sich aus. Die Herausforderungen werden täglich größer. Ein Herumdoktern an den Symptomen nützt in dieser Situation nichts mehr. Notwendig ist eine Kehrtwende im Gesundheitssystem.

Masterplan erarbeiten

In dieser Situation fordert der Deutsche Gewerkschaftsbund mit seiner Mitgliedsgewerkschaft ver.di die Erarbeitung eines Masterplans, der den Bedarf ermittelt und die Ressourcen so verteilt, dass neben einer sinnvoll zentralisierten Spitzenmedizin auch eine Grund- und Regelversorgung flächendeckend gewährleistet wird – beispielsweise durch die Schaffung von öffentlichen Verbundkrankenhäusern.

Dabei schlagen wir eine bessere Vernetzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung vor. Wir wollen, dass die Trennung bei der fachärztlichen Versorgung schrittweise zurückgebaut wird. Stufenweise soll die ambulante fachärztliche Versorgung in die Krankenhäuser integriert sowie die unzureichenden Möglichkeiten von Krankenhäusern, Patient*innen ambulant zu behandeln, aufgehoben werden. Der Einstieg in die stufenweise Integration geschieht dort, wo der Markt die Versorgung der Bevölkerung mit ambulanten fach- und kassenärztlichen Leistungen nicht herstellt, zum Beispiel in den ländlichen Gebieten. Dort erbringen die Krankenhäuser ambulante fachärztliche Leistungen anstelle von niedergelassenen Fachärzt*innen. Die Finanzierung dieser ambulanten Leistungen ist für die Krankenhäuser sicherzustellen.

Die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung in Deutschland verursacht Schnittstellen- und Systembrüche, die unüberwindbar scheinen und ineffektiv und teuer für Versicherte sind. Besonders deutlich wird dies am Beispiel der – in dieser Form in Europa einmaligen – ambulant und stationär vorgehaltenen parallelen Versorgungskapazitäten im fachärztlichen Bereich.

Doppelte Strukturen, doppelte Wartezeiten, doppelte Untersuchungen, doppelte Infrastrukturausstattung inkl. Großgeräte, all das ist weder im Interesse der Patient*innen noch der Wirtschaftlichkeit.

Dass die Integration von ambulanten fachärztlichen Leistungen in den Krankenhäusern funktioniert, zeigt sich schon heute in der Nacht und am Wochenende, wo die Krankenhäuser bereits wesentliche Teile dieser Versorgung übernehmen. Die Krankenhäuser springen zunehmend ein, werden jedoch für ihre Notfallleistungen und Vorhaltekosten nicht ausreichend vergütet. Zur Realisierung dieser sektorenübergreifenden Versorgung sind bundesgesetzliche Regelungen notwendig.

Steuerung durch die Universitätsmedizin Mainz (UMM)

Der Masterplan soll nach unseren Vorstellungen unter der wissenschaftlichen Federführung der UMM in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Gewerkschaftsbund, der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz und dem Landtag erarbeitet und durch Gesundheitskonferenzen in den Regionen beschlossen werden. In Reflektion der herausragenden Rolle der UMM im Kampf gegen die Corona-Pandemie sind die Vorschläge der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina aufzugreifen und es ist der Universitätsmedizin eine zentrale Rolle zuzuweisen. Die UMM soll dabei umfassende Laborkapazitäten sowie technische Einrichtungen für spezialisierte Behandlungen vorhalten. Über einen Ausbau der Telemedizin kann sie sich dann mit allen Leistungserbringern verbinden und so eine überregionale Beratungs- und Mitbehandlungstätigkeit ausüben.

Gesundheitskonferenzen einberufen

Um einen solchen Plan auf den Weg zu bringen, schlagen wir für jedes der fünf Versorgungsgebiete Mittelrhein-Westerwald, Rheinhessen-Nahe, Rheinpfalz, Westpfalz und Trier Gesundheitskonferenzen unter der Beteiligung aller maßgeblichen Akteur*innen vor. Aus unserer Sicht sind dies: die Abgeordneten des Landes, der Kreise und Kommunen, der Träger der Krankenkassen, der Betriebsräte, der Personalräte und der Mitarbeiter*innenvertretungen, der Vertreter*innen der Patient*innen, der Sozialverbände und der Gewerkschaften. Wir knüpfen damit an die Überlegungen im Krankenhausplan 2019–2025 an, in der das Pilotprojekt „Regionale Versorgungskonferenz“ beschrieben wird.

Der Bedarf an Krankenhäusern, Fachabteilungen und Betten, Notaufnahmen, Intensivstationen und Beatmungsgeräten erfolgt durch eine Bedarfsplanung der Regionen in Abstimmung mit dem Land unter demokratischer Beteiligung der Bürger und Beschäftigten und berücksichtigt sowohl demografische und Morbiditätsfaktoren als auch die Erreichbarkeit.

Bildung von fünf öffentlichen Gesellschaften

Ein Ziel des Masterplans soll sein, dass die Einrichtungen jedes Versorgungsgebietes in eine einheitliche Gesellschaft überführt werden. Das heißt, wir schlagen fünf Verbundkliniken im Land vor. Eine Sonderrolle soll die Universitätsmedizin Mainz einnehmen.

Die Gesundheitsversorgung darf keinem privaten Unternehmen überlassen werden. Aus unserer Sicht sollen alle bestehenden Träger in einer einheitlichen Gesellschaft zusammengeführt werden. Die Trägervielfalt wird dabei über die Aufsichtsräte gesichert. Diese Gesellschaften sollen von einem Aufsichtsrat geführt und kontrolliert werden, der sich aus den Vertreter*innen der politischen Parteien, den derzeitigen Trägern, den Krankenversicherungen und den Gewerkschaften zusammensetzt. Eine paritätische Mitbestimmung gewährleistet auch die Beteiligung der Belegschaften.

Gesundheit als staatliche Pflichtaufgabe begreifen, mit dem Ziel einer flächendeckenden Versorgung

Die Sicherstellung der bedarfsgerechten, flächendeckenden und qualitativ hochwertigen stationären Versorgung ist eine staatliche Pflichtaufgabe.

Ziel muss es sein, eine regionale flächendeckende Krankenhausversorgung in der Grund- und Regelversorgung, inklusive geriatrischer Angebote, mit Angeboten der Maximalversorgung zu vernetzen. Dabei muss sich Gesundheitsversorgung am Bedarf und an qualitativen Kriterien orientieren.

Zusammenarbeit anstatt Partikularinteressen

ver.di und DGB wollen eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten. Dazu bedarf es der Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen im Krankenhaus.

Für die Beschäftigten fordern wir einen einheitlichen Tarifvertrag, um die Abwärtsspirale bei Bezahlung und sozialen Arbeitsbedingungen zu stoppen. Wir wollen die umgehende Verbindlichkeit des TVÖD für alle Krankenhäuser.

Eine wirksame Mitbestimmung des Betriebsrates muss auf allen Ebenen sichergestellt werden, weswegen in einem Tarifvertrag nach § 3 BetrVG für den Gesamtbetriebsrat Mitbestimmungstatbestände bei Entscheidungen des Klinikums und die Einrichtung eines Wirtschaftsausschusses verbindlich geregelt werden müssen. Die Mitbestimmung darf über Tendenzeinrede nicht eingeschränkt werden.

„Die Abwärtsspirale bei Bezahlung und sozialen Arbeitsbedingungen muss gestoppt werden“

Mehr Personal, Einführung von PPR 2.0* und Personalbemessungssysteme für alle Berufe

- Wir fordern eine Ausbildungsoffensive und die schrittweise Einführung einer gesetzlichen Personalbemessung. Als Zwischenschritt schlagen wir die unverzügliche Einführung von PPR 2.0 vor, so wie es DKG, Pflegerat und ver.di dem Bundesgesundheitsminister vorgeschlagen haben.
- Für alle Berufsgruppen im Krankenhaus müssen verbindliche Personalbedarfswerte wissenschaftlich ermittelt und angewendet werden.
- Ein Konsequenzenmanagement ist verbindlich überall einzuführen und obliegt einer ärztlichen und pflegerischen Leitung unter staatlicher und gewerkschaftlicher Aufsicht.
- Die Vergütung der Pflege, der Assistenzberufe und der Hauswirtschaftsbereiche muss deutlich erhöht werden.

*PPR 2.0: Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument

Ausgliederung rückgängig machen

Alle Beschäftigtengruppen im Krankenhaus tragen zu guter Versorgungsqualität bei. Die Ausgliederung von Beschäftigten und Tätigkeiten in andere Unternehmen muss rückgängig gemacht werden. Anreize zur Ausgliederung in andere Unternehmen, verbunden mit schlechteren Arbeitsbedingungen, sind abzubauen. Die Gewerkschaften verlangen die Reintegration aller Bereiche, die im Prozess der Krankenversorgung Hand in Hand arbeiten.

Alle Bereiche im Krankenhaus sind systemrelevant. Krankenhaus, das sind alle Berufe und Beschäftigte des jeweiligen Klinikums. Krankenversorgung erfordert das Zusammenwirken vieler Berufsgruppen. Dazu gehören auch Speisenversorgung, Reinigung, Wäscherei, Krankentransport und vergleichbare Dienste.

Arbeitsschutzgesetze einhalten

10,3 Patient/innen muss eine Pflegekraft in deutschen Krankenhäusern versorgen. Damit ist Deutschland europäisches Schlusslicht. In anderen Ländern wie der Schweiz sind es nur 5,5, in Polen 9,3. 162.000 Stellen fehlen nach Hochrechnungen von ver.di bundesweit in Krankenhäusern, allein 70.000 in der Pflege. Der Mangel führt dazu, dass Vorgaben des Arbeitsschutzes und des Arbeitszeitgesetzes oftmals nicht eingehalten werden.

Es braucht mehr Personal, denn nur gesunde Gesundheitsarbeiter*innen machen Patient*innen gesund. Niemand kann den Zusammenhang zwischen Personalausstattung und Qualität der Patientenversorgung noch leugnen. Empirische Studien zeigen, dass sich die Personalbemessung unter anderem auf das Risiko von Stürzen, Medikationsfehlern und Todesfällen durch zu spät erkannte Komplikationen auswirkt.

Für eine Reform der Krankenhausfinanzierung

Die Gewerkschaften fordern vom Bund eine Reform der Krankenhausfinanzierung, die sich den Bedürfnissen der Menschen unterordnet und nicht der Ökonomie.

Grundlage dazu ist eine umfassende und sektorenübergreifende Bedarfsplanung, die von den Akteur*innen in einem demokratischen Prozess zu erarbeiten ist. Auch hierzu sind die bundesrechtlichen Grundlagen zu schaffen. Der Irrweg der Fallpauschalen, der Konkurrenz zwischen den Krankenhäusern und des Sachzwangs zur Gewinnerzielung ist zu verlassen.

Wir wollen Krankenhaus-Budgets, die auch die Vorhaltekosten berücksichtigen. Ökonomische Fehlanreize gehören nicht ins System, Krankenhäuser dürfen weder Verluste noch Gewinne machen.

Es darf keine Gewinnabführung aus der Gesellschaft an Dritte geben, alle Gewinne aus dem Betrieb von Kliniken müssen vollständig im Klinikverbund reinvestiert werden.

Kontakt

DGB

Rheinland-Pfalz / Saarland

Ansprechpartnerin:

Myriam Lauzi*Abteilungsleiterin Soziales und Gesundheit*Myriam.Lauzi@dgb.de

Verantwortlicher (ViSdP):

Dietmar Muscheid*Vorsitzender*

Kaiserstraße 26-30, 55116 Mainz

ver.di

ver.di Landesbezirk Rheinland-Pfalz-Saarland

Ansprechpartner:

Michael Quetting*Pflegebeauftragter*Michael.Quetting@verdi.de

Verantwortlicher:

Frank Hutmacher*Landesbezirksfachbereichsleiter*

Münsterplatz 2-6, 55116 Mainz