

G-1

AntragstellerInnen: Landesvorstand

Gegenstand: TOP 6: Gesundheitspolitik

Zukunft Arbeitsplatz Gesundheitswesen: Stärkung der Gesundheitsberufe für eine menschlichere Versorgung

1 Das Gesundheitswesen ist eine tragende Säule unserer Gesellschaft. Ist sie stabil und
2 nachhaltig aufgestellt, so wird es uns gelingen, vielen Menschen in unserem Land ein Leben
3 in guter seelischer und körperlicher Gesundheit zu ermöglichen, Krankheit zu heilen und
4 Leid zu lindern. Sie ist Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe, soziale Gerechtigkeit
5 und Chancengerechtigkeit.

6 Das Gesundheitswesen ist der größte Beschäftigungssektor in unserem Land. Rund 12 %
7 aller Beschäftigten, allein 1,1 Millionen in Nordrhein-Westfalen sind im Gesundheitssektor
8 tätig. 75 % dieser Beschäftigten arbeiten dabei unmittelbar in den Kernbereichen der
9 pflegerischen, medizinischen und pharmazeutischen PatientInnenversorgung.

10 In den letzten Jahren hat die Ökonomisierung des Gesundheitswesens zu zahlreichen Miss-
11 ständen geführt. Falsche Anreize haben zu einer Versorgung geführt, die einseitig auf me-
12 dizintechnische, sowie pharmakologische Intervention und apparative Überwachung setzt,
13 anstatt eine umfassende Sichtweise von Zuwendung, Heilen und Pflege in den Mittelpunkt
14 zu rücken. Dies geht in vielen Fällen auch zu Lasten der Beschäftigten im System, in deren
15 Folge Fehler, Existenzängste, schlechte Behandlung, mangelhafte menschliche Zuwendung
16 kaum zu vermeiden sind. Trotz vielfach aufopferungsvollen Einsatzes der Beschäftigten
17 gelingt es zusehends weniger die Qualität unserer gesellschaftlichen Säule „Gesundheits-
18 wesens aufrecht zu erhalten.

19 Neue Entwicklungen erschweren die Bewältigung der anstehenden Aufgaben. In der im-
20 mer älter werden Bevölkerung steigt nicht nur insgesamt der quantitative Bedarf an
21 Gesundheitsversorgung und Prävention, es ändern sich auch die qualitativen, individu-
22 ellen Behandlungs- und Versorgungsbedarfe. Wir erleben einen Wandel von akuten zu
23 chronischen Erkrankungen, zu Multimorbidität, eine steigende Anzahl psychischer und
24 psychosomatischer Erkrankungen und eine Verschiebung von stationärer zu ambulanter
25 Versorgung.

26 Der demographische Wandel führt in den Gesundheitsberufen selbst zu einer wachsenden
27 Zahl älterer Beschäftigter bei einem gleichzeitig zurückgehenden Potenzial an Erwerbs-
28 personen (doppelter demografischer Wandel). Schlechte Bezahlung, mangelhafte berufli-
29 che Entwicklungsmöglichkeiten, kritische Arbeitsbedingungen, sowie die häufig fehlende

30 Vereinbarkeit von Beruf, Freizeit und Familie führen in einigen Berufen zu gravierenden
31 Nachwuchsmängeln.

32 Auf viele dieser Entwicklungen hat die schwarzgelbe Bundesregierung halbherzig oder gar
33 nicht reagiert, sie hat die eigentlich notwendigen Strukturreformen zur Verbesserung der
34 Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen nicht in Angriff genommen. Insbesondere ein
35 verbindliches Personalbemessungsinstrument, eine Weiterentwicklung des derzeitigen Fall-
36 pauschalensystems hin zu mehr qualitativen Aspekten in der Versorgung und Entlastung
37 der Beschäftigten, sowie die Entwicklung von Sicherstellungszuschlägen für kleinere Klini-
38 ken und eine bessere Abbildung der Kosten von Notfall- und Maximalversorgungshäusern
39 wurden ganz vernachlässigt.

40 Diese Versäumnisse und die Entwicklungen der letzten Jahre führen zu einer starken und
41 zunehmenden Belastung der derzeitig beschäftigten Menschen unseres Gesundheitswesens.
42 Wir finden ein System, das diejenigen Menschen krank macht, die andere gesund machen
43 sollen, ist kein gutes System.

44 **Deshalb wollen wir...**

45 *... dass sich die Krankenhäuser in unserem Land als Arbeitsplatz verändern:*

46 In der stationären Versorgung brauchen wir mittelfristig einen stationsspezifischen, ver-
47 bindlichen Personalschlüssel, der festschreibt, für wie viele PatientInnen eine Pflegekraft
48 zuständig sein sollte.

49 Wir müssen zukünftig sicherstellen, dass der Pflegeanteil der DRGs auch tatsächlich in die
50 Pflege fließt und teilen die Einschätzung der Fachverbände und Gewerkschaften in den
51 Tarifverhandlungen, dass bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege
52 auch eine wesentlich bessere Bezahlung der Beschäftigten braucht. Mittelfristig wird es
53 aber auch drauf ankommen, Branchen spezifische Ungleichheiten in der Bezahlung zu
54 identifizieren und abzubauen.

55 Arbeit am Krankenbett ist körperliche und seelische Schwerstarbeit. Ein Modell, wie der-
56 zeit, das davon ausgeht, dass alle ArbeitnehmerInnen, ungeachtet ihrer körperlichen und
57 psychischen Belastungsfähigkeit, in gleichem Umfang eingesetzt werden können, ist nicht
58 tragfähig. Wir müssen das individuelle Leistungsvermögen berücksichtigen und zum Bei-
59 spiel durch Differenzierung der Tätigkeiten, Fortbildung und weitere Qualifikation die
60 Möglichkeit zum Übergang in weniger aufreibende Aufgabenbereiche geben. Es werden
61 flexiblere Arbeitszeiten benötigt, die es den Beschäftigten erlauben, sich beispielsweise
62 um ihre Kinder oder pflegebedürftige Angehörige zu kümmern.

63 Spezifisch für den ärztlichen Bereich der Krankenhausversorgung wollen wir stärker als
64 bisher Teilzeitarbeit fördern und Arbeitszeiten die eine langfristig gesunde Teilhabe am
65 Berufsleben ermöglichen. Die derzeit geltenden Arbeitszeitbestimmungen nehmen Über-
66 arbeitung und Übermüdung in Kauf, das wollen wir nicht zuletzt auch im Dialog mit
67 den jeweiligen Tarifpartnern reformieren. Eine Erwartungshaltung, die de facto zur Un-
68 terzeichnung von Opt-Out-Vereinbarungen und Überstundenableistung verpflichtet, darf
69 nicht die Grundlage von Beschäftigungsverhältnissen sein.

70 Für freie MitarbeiterInnen, die als Honorarkräfte an mehreren Stellen arbeiten, muss es
71 ebenso eine Zeitkontrolle und entsprechende Regelungen geben, damit auch hier Überar-
72 beitung entgegen gewirkt werden kann.

73 Die guten Erfahrungen einiger Nachbarländer mit dem Ermöglichen finanzielle Förderung
74 und strukturelle Erleichterungen einer beruflichen Auszeit (Sabbatical), kann gerade bei
75 Berufsgruppen mit regelhaft wöchentlichen Arbeitszeiten von mehr als 50 Stunden und
76 jahrelangem Schicht-, bzw. Nachtdienst, Überlastung und berufliches Ausbrennen vermei-
77 den.

78 Nicht zuletzt wird es auch darauf ankommen, die Zahl der Ausbildungs- und Studienplätze
79 so zu erhöhen, dass anfallende kompensatorische Mehrarbeit zum Auffangen nicht besetz-
80 ter Stellen, mittelfristig ausgeglichen werden kann. Deshalb haben wir beispielsweise die
81 Voraussetzungen für 935 zusätzliche Medizinstudienplätze in NRW geschaffen und eine
82 entsprechende Vereinbarung mit den Hochschulen für die Jahre 2011 bis 2015 getroffen.

83 Jenseits der sogenannten „white jobs“ (Pflege und Ärzteschaft) hat es in den letzten
84 Jahren in gravierender Weise eine Verlagerung von gering qualifizierten Arbeitsplätzen
85 wie etwa Transportwesen, Reinigungsdienste oder Wäscherei in Tochterunternehmen und
86 Fremdfirmen gegeben. Dies hat häufig zur Umwandlung sozialversicherungspflichtiger Ar-
87 beit in prekäre Beschäftigung geführt. Hier wollen wir dringend politisch gegensteuern, u.
88 a. durch einen gesetzlichen Mindestlohn, den Abbau von Scheinselbständigkeit, equal pay
89 bei Leiharbeit sowie eine Reform der Minijobs.

90 *... dass sich die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in der ambulanten und stationären*
91 *Altenpflege und Pflege verbessern:*

92 Um den Grundsätzen „ambulant vor stationär“ und „selbstbestimmt und selbstständig
93 in der eigenen Häuslichkeit leben“ gerecht zu werden, brauchen wir Instrumente die den
94 tatsächlichen Pflegebedarf und Arbeitsaufwand in der ambulanten Pflege berechnen. Das
95 bisherige Verfahren der Pflegeklassen wird weder dem Bedürfnis der Patienten, noch der
96 tatsächlichen Arbeitsbelastung der Beschäftigten gerecht.

97 Unter den heutigen Rahmenbedingungen, ist den Pflegekräften eine menschenunwürdige
98 Minutenpflege vorgegeben; nur mit aufreibendem persönlichen Einsatz gelingt es ihnen
99 die Pflegebedürftigen zu versorgen und überhaupt noch etwas menschliche Zuwendung zu
100 kommen zu lassen. Deshalb muss der Grad der Teilhabe einschränkung künftig die Höhe
101 des Sachleistungsanspruchs auch realistisch bei der Finanzierung abbilden. Die Berech-
102 nung der Versorgungszeiten muss nicht nur die pflegerischen Tätigkeiten, sondern auch Zu-
103 wendung, Betreuung und Unterstützung beinhalten. Um eine zukunftsfähige Versorgungs-
104 struktur und eine menschliche und gute Pflege zu sichern, werden wir uns weiterhin für
105 eine durchgreifende Reform der Pflegeversicherung einsetzen und auch den Pflegebedürf-
106 tigkeitensbegriff verändern und erweitern. Das Grundproblem der unzureichenden Finanzia-
107 rung der ambulanten Pflege wollen wir auch durch die grüne Pflege-Bürgerversicherung
108 lösen. Eine solche verbesserte Finanzierung muss nicht zuletzt den beschäftigten Pflege-
109 kräften zugute kommen.

110 Mindestens ebenso dringlich wie in der stationären Krankenpflege Es gilt es neben ei-
111 ner verbesserten Finanzierung und Entlohnung, die Arbeitsbedingungen in der ambulan-
112 ten und stationären Altenpflege zu verbessern und die Leistungen dieser Berufe gesell-

113 schaftlich mehr anzuerkennen. Nur so kann es gelingen den bereits heute bestehenden
114 Fachkräftemangel zu bewältigen, der auch dadurch besteht, dass viele Altenpflegerinnen
115 und -pfleger bereits nach wenigen Jahren desillusioniert aus dem Beruf ausscheiden. Ei-
116 ne besondere Bedeutung kommt hier auch dem stärkeren Gesundheitsschutz zu, der die
117 besonderen Belastungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stärker berücksichtigt, ist
118 dringend notwendig.

119 Um die steigende Bedarfe in der Altenpflege zukünftig decken zu können, braucht es
120 schlussendlich allerdings auch spürbar mehr Ausbildungsplätze. Wir haben deshalb in
121 NRW wieder ein Umlageverfahren zur Finanzierung der Altenpflegeausbildung eingeführt.
122 Zudem wurden die Landesmittel zur Finanzierung der erforderlichen Fachseminarplätze
123 in den vergangenen drei Jahren trotz knapper Kassen schrittweise von 32. Mio. Euro auf
124 nun 54,8 Mio. Euro erhöht. Die Zahl der Ausbildungsplätze in der Altenpflege konnten
125 wir allein bis Ende 2012 so um zusätzliche 2200 Plätze erhöht werden.

126 *... das Arbeitsumfeld der niedergelassenen ÄrztInnen umgestalten:*

127 Junge MedizinerInnen bevorzugen heute eher die Arbeit in einem Team, sind oft nicht
128 mehr ausschließlich an einer selbständigen, freiberuflichen Tätigkeit interessiert. Neben
129 beruflichem Erfolg und entsprechender fachlicher Selbstverwirklichung wünschen sie sich
130 zunehmend eine ausgewogene Work-Life-Balance.

131 Wir sind deshalb überzeugt, dass es weitere Konzepte neben dem der autarken Einzelpraxis,
132 als ambulante, ärztliche Versorgung braucht. Wir werden gegenüber der ärztlichen
133 Selbstverwaltung weiter dafür werben, dass die Möglichkeiten für Praxisvertretungen, ge-
134 teilte Zulassungen und Beschäftigung ärztlicher MitarbeiterInnen zunehmend erleichtert
135 werden. Nur so sind Teilzeitarbeit, flexiblere Arbeits- oder Auszeiten im dicht frequen-
136 tierten Versorgungswesen der niedergelassenen Arztpraxen überhaupt möglich.

137 Auch Modelle jenseits von Belegbetten-Lösungen, in denen ÄrztInnen sowohl Teile der
138 Arbeit im Krankenhaus als auch in peripheren Praxen jenseits des unmittelbaren Kran-
139 kenhausversorgungsbereichs leisten, werden benötigt. Dies dient nicht nur der Überwin-
140 dung der Sektorengrenzen, sondern beendet die Einseitigkeit der beruflichen Laufbahn
141 der betroffenen Beschäftigten zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung.

142 Im Bereich der HausärztInnen, sowie der Kinder- und JugendärztInnen können wir lang-
143 fristig eine wohnortnahe und individuelle Versorgung nur erreichen, wenn wir die Nieder-
144 lassungsbedingungen auf dem Land und in städtischen Problemgebieten erheblich verbes-
145 sern. Auch hier wollen wir zusammen mit der Selbstverwaltung neue Strukturen entwi-
146 ckeln, die sowohl den Versorgungsbedürfnissen der betroffenen PatientInnen, als auch den
147 angehenden ÄrztInnengerecht werden.

148 *... das Arbeitsumfeld der psychischen Gesundheitsversorgung verbessern:*

149 Der Erhalt oder die Wiedererlangung seelischer Gesundheit ist für das Wohlergehen zen-
150 tral. In Kontrast hierzu ist in den letzten Jahren eine Unterversorgung im Bereich der
151 psychischen Gesundheitsversorgung festzustellen, die in vielen Kommunen mit medizi-
152 nisch kaum noch zu vertretenden Wartezeiten einhergeht. Hierdurch können psychische
153 Erkrankungen häufig nicht früh genug aufgefangen werden, es kommt bei den PatientIn-
154 nen zu vermeidbarem hohem Leidensdruck und einer Verschlechterung der Prognose.

155 Insbesondere in der stationären Akutversorgung und vor dem Hintergrund der UN-
156 Behindertenrechtskonvention fehlt es an modernen Behandlungskonzepten, die auf einem
157 Vertrauen der Patientinnen und Patienten gründen und psychotherapeutische Behand-
158 lung sowie psychopharmakologische Interventionen in einem ganzheitlichen Verständnis
159 kombinieren. Der Überbelegung akutpsychiatrischer Stationen mit Überlastung der Be-
160 handlungsteams kann insbesondere durch eine sektorenübergreifende Versorgung und ei-
161 ner Ausweitung der Gemeindepsychiatrie, sowie Erweiterung der Anzahl der ambulanten
162 KV-Psychotherapiesitze begegnet werden. Hierzu muss es dringend eine grundlegende und
163 realistische Erhebung des psychotherapeutisch-psychiatrischen Bedarfs geben.

164 Wir wollen das Angebot an Studiengängen mit einem Schwerpunkt auf psychotherapeu-
165 tischer Ausbildung ausbauen. Sinnvoll erscheinen auch Reformen in der Studienstruktur,
166 um beispielsweise das Vorverlagern eines Teils der postgradualen Psychotherapieausbil-
167 dung zu ermöglichen.

168 Für Postgraduierte verschiedener Fachrichtungen muss es gleichen Lohn für gleiche Ar-
169 beit geben. Die obligate Psychotherapieausbildung von Psychologinnen und Psychologen
170 soll nicht mehr wie üblicher privat zu finanzieren ist und häufig zunächst eine Schulden-
171 aufnahme erfordert, gehört geändert. Wir wollen zukünftig Modelle zur Verlagerung der
172 Ausbildung in einen eher universitären Kontext prüfen und erproben. Diejenigen Betrof-
173 fenen, die derzeit bereits in der klinischen Versorgung eingesetzt werden, beispielsweise
174 Psychologinnen und Psychologen in Ausbildung (PiA), müssen angemessen und vergleich-
175 bar anderer Berufsgruppen vergütet werden.

176 *... dass der Rettungsdienst ein attraktives und sicheres Arbeitsfeld bleibt:*

177 Umfang und Qualität der Rettungsdienst- und Notfallversorgung stehen unmittelbar im
178 Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in diesen Bereichen. Ar-
179 beitsverdichtung und Investitionsstau haben hier in den letzten Jahren zu einer erhebli-
180 chen Verschiebung der Aufgaben zu Gunsten privater Anbieter, sowie zur Verschlechterung
181 der Arbeitsverhältnisse bei den Angestellten der Wohlfahrtsverbände geführt. Hier wollen
182 wir politisch gegensteuern, durch einen gesetzlichen Mindestlohn auf Bundesebene und
183 klare Spielregeln bei der Beauftragung, die wir unter anderem im neuen Rettungsgesetz
184 für NRW definieren werden. Auch die Ausbildung wollen wir im Rahmen der Einfüh-
185 rung des neuen Notfallsanitäter-Abschlusses in NRW verbessern. Wir wollen, dass Lehr-
186 rettungswachen auskömmlich und gemäß entsprechender Standards ausgestattet werden
187 und die Auszubildenden während ihrer Ausbildung eine gute Supervision und Anleitung
188 erfahren.

189 Mit Sorge betrachten wir auch, dass die Beschäftigten im Rettungswesen neben der Ver-
190 dichtung von Arbeit in hohem Maße psychisch belastenden Situationen ausgesetzt sind.
191 Wir wollen landesweit die Etablierung von entsprechenden psychologischen Supervisionss-
192 trukturen und einem professionellen Begleitungsangebot vorantreiben.

193 *... dass sich die Arbeitsbedingungen für Hebammen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten,
194 Logopäden, MTAs und PTAs, sowie weitere Fachgruppen verbessern:*

195 Oft kommen in den großen gesundheitspolitischen Debatten die Arbeitsbedingungen der
196 Gesundheitsberufe jenseits von Pflege und ärztlichem Beruf nicht oder zu wenig vor.
197 Wir wollen die Bedürfnisse der Beschäftigten in diesen Berufsgruppen stärker in unser

198 politisches Handeln miteinbeziehen. Neben einer angemessenen und fairen Bezahlung,
199 wollen wir insbesondere die in Teilen übliche Praxis der durch die Auszubildenden privat
200 zu finanzierenden Ausbildungskosten langfristig zugunsten einer Umlagefinanzierung der
201 Ausbildungskosten weiterentwickeln.

202 Wir wollen mehr teamorientierte und multiprofessionelle Ansätze für alle Bereiche der
203 Gesundheitsversorgung. Untersuchungen zeigen, dass Behandlungsfehler häufig aus un-
204 zureichender Zusammenarbeit resultieren. Daher wollen wir die Kompetenzen der nicht-
205 ärztlichen Gesundheitsberufe erweitern und durch Delegation und Substitution ÄrztInnen
206 entlasteten, sowie die Zusammenarbeit aller Berufe stärken. Eine Kompetenzerweiterung
207 stärkt auch die Verhandlungsposition dieser Berufe und kann zu einer besseren und an-
208 gemesseneren Bezahlung führen. Grundlage soll dabei auch eine veränderte Ausbildung
209 sein, die vernetztes Denken fördert. Wir treten für eine praxisnahe Akademisierung von
210 Teilen aller Gesundheitsberufe ein.

211 Wir wollen für alle Kinder einen guten Start ins Leben. Das gelingt nur mit einer qualitativ
212 hochwertigen Versorgung durch Hebammen und Entbindungspfleger. Deshalb wollen wir
213 die Bedeutung der Leistungen rund um Schwangerschaft, Mutterschaft und Prävention im
214 Sozialgesetzbuch stärken, die Arbeit der Beschäftigten in diesem Bereich besser entlohnen,
215 gemeinsam Lösungen für die zuletzt erheblich gestiegenen Haftpflichtprämien entwickeln
216 und dem gesamten Berufsstand mehr Anerkennung verleihen.

217 ... *Geschlechtergerechtigkeit fördern:*

218 Wir treten seit Jahren für mehr Geschlechtergerechtigkeit in allen Branchen und Berufs-
219 feldern ein. Gerade im Gesundheitswesen gibt es hier Nachholbedarf. Wir wollen das star-
220 ke Geschlechterungleichgewicht zwischen einzelnen Gesundheitsberufen weiter aufbrechen
221 und fordern gleichen Lohn für gleiche Arbeit. Zudem braucht es dringend mehr weibli-
222 che Führungskräfte, insbesondere ChefärztInnen und KlinikdirektorInnen. Geschlechtss-
223pezifische Hürden beim Zugriff auf Halbtags- oder Jobsharing-Modelle müssen abgebaut
224 werden.

225 **Finanzierung und Veränderung**

226 Nicht alle, aber doch eine Mehrheit der oben genannten Vorhaben kosten Geld. Uns ist be-
227 wusst, dass angesichts der angespannten Haushaltslage auf allen politischen Ebenen nicht
228 jedes der vorangegangenen genannten Ziele unmittelbar und vollständig umgesetzt werden
229 kann. Dennoch sind wir überzeugt, dass eine erfolgreiche Gestaltung unserer Gesellschaft
230 nur gelingen kann, wenn wir die Gesundheit der Menschen und mittelbar auch die Arbeit
231 der Menschen in der Gesundheitsversorgung fester als bisher im Blick haben.

232 Dort wo entsprechende Mehrausgaben aus den öffentlichen Haushalten erforderlich sind,
233 wollen wir unter anderem auf Bundesebene Ressourcen, die durch unsere Reform der
234 Bürger- und Pflegeversicherung frei werden, auch zur Verbesserung der Arbeitsbedingun-
235 gen im Gesundheitswesen einsetzen.

236 Die schwierige finanzielle Situation in den Kliniken, insbesondere bedingt durch unzurei-
237 chende Regelungen bei der Refinanzierung der Betriebskosten, geht vor allem zu Lasten

238 der Beschäftigten, wir wollen deshalb eine Wende in der Krankenhauspolitik, die für ei-
239 ne angemessene und auskömmliche Finanzierung von Betriebs- und Investitionskosten
240 sorgt.

241 Da wo notwendige Veränderungen nicht unmittelbar dem gesetzgeberischen Einfluss un-
242 terliegen, wollen wir im Dialog mit den entsprechenden Akteurinnen und Akteuren oder
243 Institutionen darauf hinwirken, dass die erforderlichen Schritte angegangen werden.

244 Insgesamt begreifen wir Investitionen in Gesundheit nicht als volkswirtschaftlichen Nega-
245 tivposten – sondern im Gegenteil als Kernvoraussetzung für ein soziales, nachhaltiges und
246 prosperierendes Miteinander. Schlussendlich sind diese Ausgaben immer Investitionen in
247 die Menschen selbst und somit Reinvestition in die Funktionsfähigkeit und Stabilität un-
248 serer Gesellschaft. Jenseits dieser mikro- und makroökonomischen Betrachtung, sind wir
249 überzeugt, dass das Recht auf Gesundheit nicht zuletzt auf Grund seiner ethischen und
250 grundrechtlichen Dimension immer auch eines der zentralen politischen Ziele erfolgreichen
251 politischen Handelns sein muss.

AntragstellerInnen

Landesvorstand