

Gesundheitsversorgung in der Lausitz

Die Lausitz steht wie viele andere Regionen auch vor großen Herausforderungen in der medizinischen Versorgung: eine alternde Bevölkerung, Fachkräftemangel und lange Wege zu spezialisierten Einrichtungen. Doch innovative Ansätze wie die Telemedizin und der Aufbau der Gesundheitsregion Lausitz bieten Chancen, die Versorgung zukunftsfähig(er) zu gestalten. Was meint das konkret und welche Bedeutung hat die Daseinsvorsorge für eine flächendeckende und zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in der Lausitz?

UNSERE THEMEN:

- **DASEINSVORSORGE GESUNDHEIT**
Definition, Aufgaben und Versorgungsbereiche
- **KOOPERATIONEN SICHERN VERSORGUNG**
Unterscheidung stationäre und ambulante Versorgung, Messung der Gesundheitsversorgung
- **LAUSITZER STRUKTURWANDELPROJEKTE IM GESUNDHEITSBEREICH**
Daten im Überblick, Vorstellung zweier Projekte: Gesundheitszentrum Boxberg und Medizinische Universität Lausitz - Carl Thiem
- **ROLLE DER MITBESTIMMUNG BEIM AUFBAU DER UNIMEDIZIN**
Betriebsrat und Gewerkschaft ver.di für die Beschäftigten und die Region

DASEINSVORSORGE

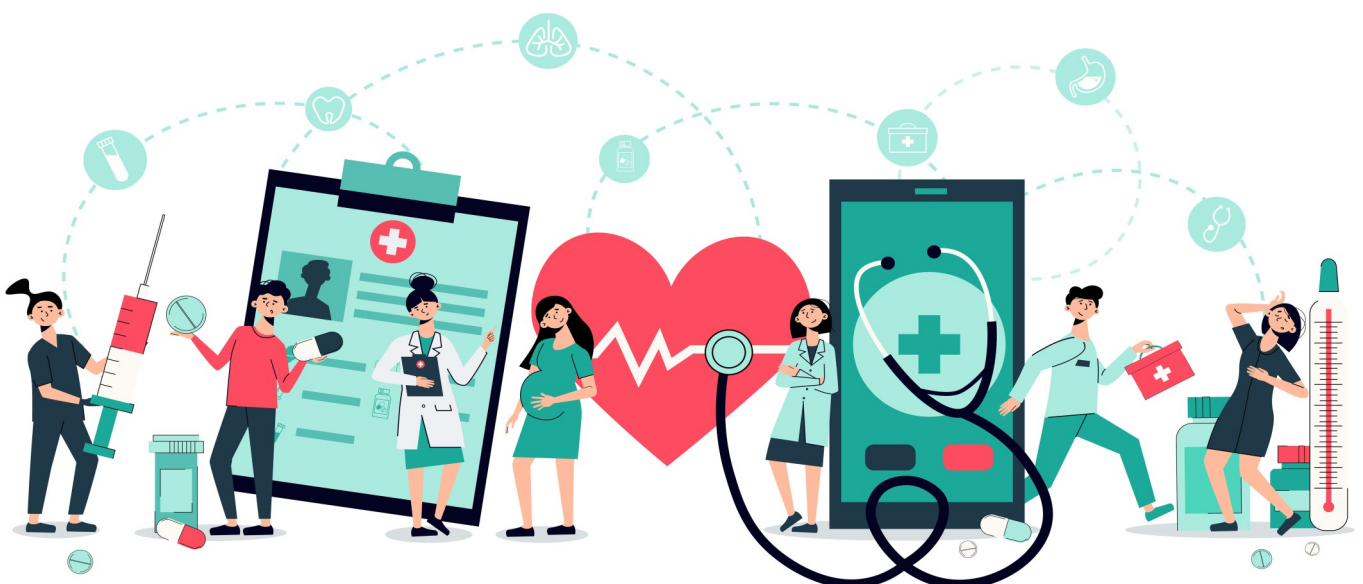
Daseinsvorsorge bezeichnet die staatliche Aufgabe, grundlegende Güter und Leistungen bereitzustellen, die für ein menschliches Dasein notwendig sind. Sie umfasst Leistungen, die allen in der Bevölkerung zugänglich sein sollten, um ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen.

Dazu zählen:

- Wasser- und Energieversorgung
- Abwasserbeseitigung und Müllentsorgung
- öffentlicher Personenverkehr
- Bildung
- Gesundheits- und Krankenversorgung

Gesundheitsversorgung

Die Daseinsvorsorge im Gesundheitsbereich hat das Ziel, allen Menschen – unabhängig von ihrem Wohnort – einen flä-



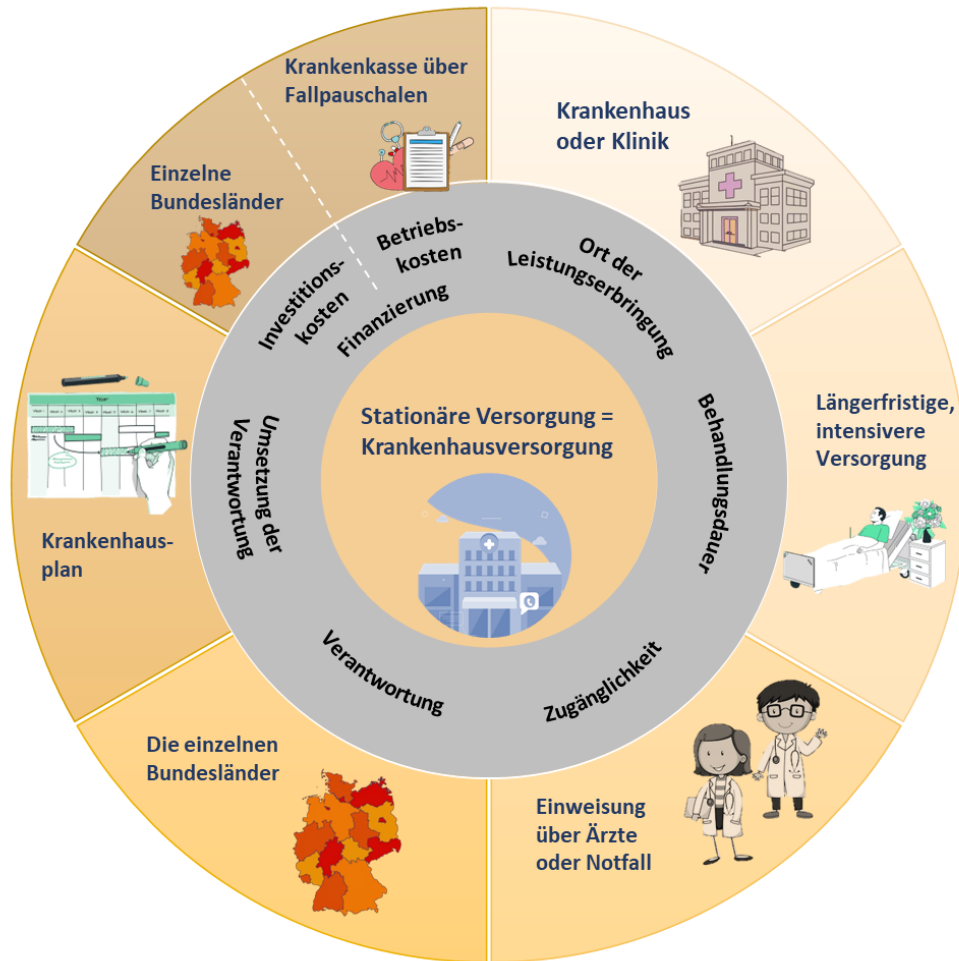


Abbildung 1: Schematische Darstellung stationäre Versorgung
Quelle: Eigene Darstellung

INFO: POLIKLINIKEN

In der DDR wurde die ambulante Versorgung zentral über Polikliniken organisiert. Diese staatlichen Einrichtungen bündelten verschiedene Fachbereiche „unter einem Dach“. Jede Poliklinik verfügte über mindestens sechs Fachabteilungen: Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Chirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie und Zahnmedizin. Zusätzlich waren Einrichtungen wie ein Labor, eine Röntgenabteilung und Physiotherapie vorhanden.

Neben Polikliniken gab es kleinere Ambulatorien mit mindestens drei Fachbereichen, häufig Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Pädiatrie. Ziel war es u.a., die fachliche Zusammenarbeit unter Ärzten, Laboren und Krankenhäusern ohne bürokratische Hürden zu ermöglichen. (vgl. IFDDR 2022)

Dieses Konstrukt ähnelt den heutigen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ).

chendeckenden Zugang zu gesundheitlichen und medizinischen Leistungen sicherzustellen. Dies gilt sowohl für ländliche als auch für städtische Regionen, wobei insbesondere bei ländlichen Gebieten wie der Lausitz besondere Herausforderungen bei der Erreichbarkeit und Verfügbarkeit medizinischer Versorgung bestehen.

Auf die Leistungen blickend, zählen zur Gesundheitsversorgung: Vorsorge, Untersuchung und Behandlung von Krankheiten oder Verletzungen sowie Hilfe bei der Heilung. Sie gliedert sich in die zwei Bereiche stationäre und ambulante Versorgung. In einem gut funktionierenden Gesundheitssystem arbeiten diese beiden Bereiche eng zusammen.

Stationäre Versorgung

Die stationäre Versorgung findet in Krankenhäusern oder Kliniken statt und ist für schwerwiegende Erkrankungen, Operationen oder Notfälle vorgesehen. Im Rahmen dieser Krankenhausversorgung bleiben Patient:innen meist mehrere Tage oder länger in Behandlung und werden von medizinischem Fachpersonal betreut.

Normalerweise kommt man durch eine Überweisung eines Arztes oder einer Ärztin ins Krankenhaus, außer bei Notfällen. Die Bundesländer sind dafür verantwortlich, dass es genug Krankenhäuser gibt. Sie planen, welche Krankenhäuser gebraucht werden, wie viele Betten nötig sind und welche Spezialabteilungen (z. B. Geburtshilfe oder Augenheilkunde) vorhanden sein müssen. Die Kosten sind aufgeteilt: Die Krankenkassen bezahlen die Behandlung der Patient:innen durch Fallpauschalen (Betriebskosten). Die Bundesländer übernehmen die Kosten für Bau, Gebäuderenovierung und die Anschaffung von Geräten wie z. B. Röntgengeräten (Investitionskosten).

Ambulante Versorgung

Zur ambulanten Versorgung gehören Arztbesuche oder Behandlungen ohne Übernachtung. Man geht dafür in eine Arztpraxis oder ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), möglichst in Wohnortnähe. Dort kümmern sich Allgemein- und Fachärzt:innen oder Therapeut:innen um Vorsorge, Untersuchungen oder die Behandlung von Krankheiten. Pati-

ent:innen können direkt einen Termin vereinbaren, eine Überweisung ist meistens nicht nötig.

Die Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) in den Bundesländern sorgen dafür, dass genug Ärzt:innen in der Region arbeiten, und planen auch, wo sich neue Praxen niederlassen dürfen. Als Schnittstelle zwischen den Ärzt:innen und den gesetzlichen Krankenkassen regeln die KVen zudem, wie die Ärzt:innen für ihre Leistungen bezahlt werden. Die Kosten bei einer ärztlichen Praxis teilen sich folgendermaßen auf: Die Ärzt:innen zahlen selbst für ihre eigenen Praxisräume, Geräte und Anschaffungen. Die Krankenkassen übernehmen die Bezahlung der Behandlungen nach einem festgelegten Vergütungssystem.

Messung der Gesundheitsversorgung

Mithilfe der Krankenhausplanung soll eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden. Die Planung erfolgt in den einzelnen Bundesländern und stellt einen umfassenden Prozess dar. Um den Bedarf zu ermitteln, werden verschiedene Indikatoren herangezogen und daraus der

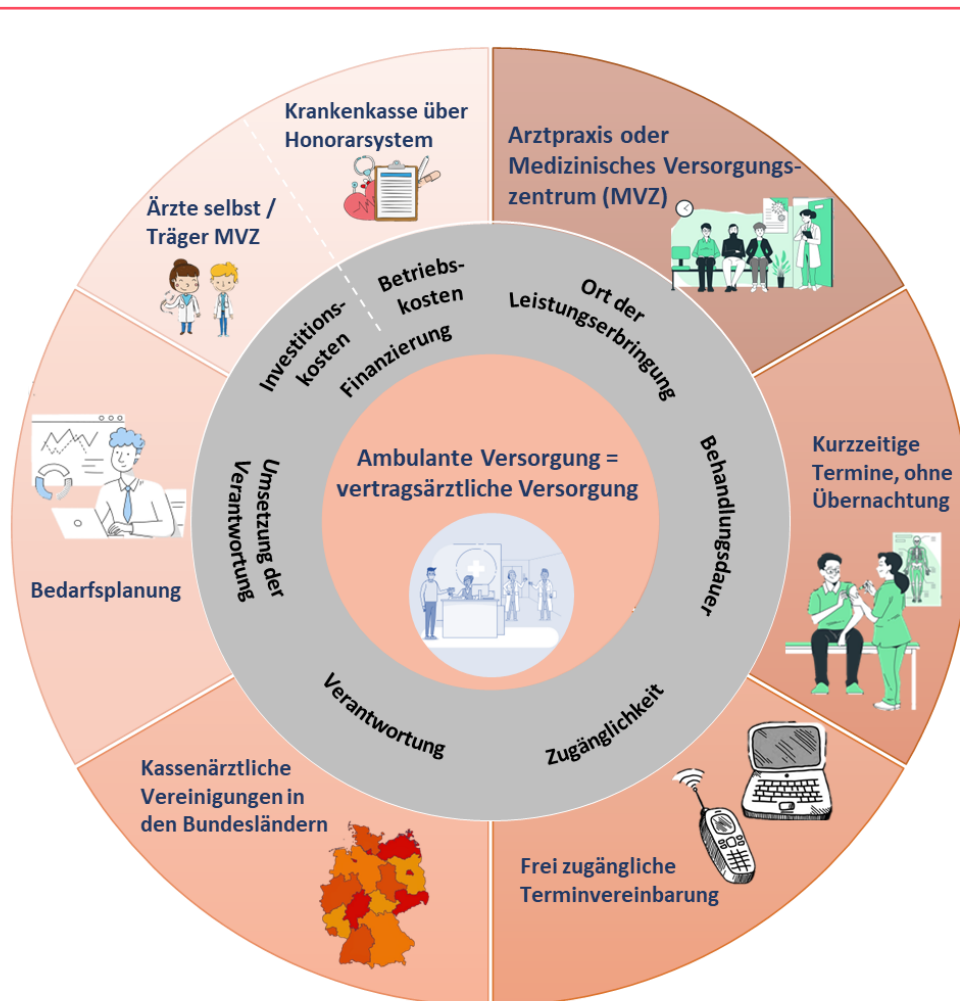


Abbildung 2: Schematische Darstellung ambulanten Versorgung
Quelle: Eigene Darstellung

Bettenbedarf für eine Region abgeleitet. Wichtige Indikatoren sind hierbei die Anzahl der Einwohner:innen, die Krankenhaushäufigkeit, also die Relation, wie oft in dem Gebiet wohnende Patient:innen im Jahr stationär behandelt werden müssen. Darüber hinaus spielen die Verweildauer, d. h. wie lange Patient:innen durchschnittlich stationär behandelt wer-

KRANKENHAUSREFORM – ZENTRALE ÄNDERUNGEN

Mit dem Gesetz zur Krankenhausreform (KHVVG) verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, Krankenhäuser finanziell zu entlasten, die flächendeckende medizinische Versorgung zu sichern und die Behandlungsqualität zu verbessern. Das Gesetz ist seit dem 1. Januar 2025 in Kraft. Die Umsetzung erfolgt stückweise bis 2029.

Finanzierung: Kliniken erhalten künftig einen festen Sockel von 60% der Vergütung. Mit diesem Vorhaltebudget soll eine Grundausstattung mit Personal und Geräte für grundlegende Leistungen bereitgehalten werden. Die anderen 40% sollen weiterhin über leistungsbezogene Vergütungen ähnlich dem bisherigen Fallpauschalensystem erfolgen. Die Finanzierung soll 2027 und 2028 schrittweise auf das neue System umgestellt werden.

Zusatzvergütungen: Kliniken mit Kinderheilkunde, Geburtshilfe, Intensivmedizin und Notfallversorgung erhalten Extra-Zuschläge, um wirtschaftlich bedingte Einschränkungen oder Schließungen zu verhindern.

Leistungsgruppen: Jede Klinik soll bis Ende 2026 vom jeweiligen Bundesland im Rahmen der Krankenhausplanung bestimmte medizinische Aufgaben (z. B. Wirbelsäulen Chirurgie) zugewiesen bekommen. Dafür müssen sie Vorgaben bei Personal, medizinischen Geräten oder Räumlichkeiten erfüllen. Ziel ist, dass nicht alle Kliniken alles anbieten, sondern sich spezialisieren.

Versorgung in ländlichen Regionen: Die Bundesländer können Kliniken zu „sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen“ machen, so genannte Level-1i-Krankenhäuser. Diese bieten stationäre, ambulante und pflegerische Behandlungen vor Ort an.

Transformationsfonds: Um den Wandel zu unterstützen, sollen von 2026 bis 2035 insgesamt bis zu 50 Milliarden Euro bereitgestellt werden. Das Geld soll vom Bund und den Bundesländern kommen. Die Länder sollen dabei mindestens die Hälfte der Kosten tragen – darüber wird aber noch verhandelt.

den, sowie der angestrebte Bettennutzungsgrad, d. h. die angestrebte Auslastung der Krankenhausbetten, eine wichtige Rolle.

Auch in der ambulanten Versorgung gibt es eine regionale Bedarfsplanung, die sicherstellen soll, dass einzelne Regionen nicht unter- bzw. überversorgt sind. Mithilfe des Versorgungsgrads kann eine solche Unter- bzw. Überversorgung ermittelt werden.

Vereinfacht dargestellt, wird hierzu das festgelegte und angestrebte Soll-Verhältnis zwischen Einwohner:innen und Ärzt:innen in Verhältnis zu dem tatsächlichen Ist-Verhältnis zwischen Einwohner:innen und Ärzt:innen gesetzt. Das Ergebnis ist ein Prozentwert, bei weniger als 75% wird von einer Unterversorgung gesprochen. Ab einem Versorgungsgrad von über 110% wird von einer Überversorgung gesprochen und zudem ist die Eröffnung von weiteren Praxen grundsätzlich nicht gestattet.



KOOPERATIONEN SICHERN VERSORGUNG

Die medizinische Versorgung in der Lausitz steht unter Druck – im stationären Bereich kämpfen viele Krankenhäuser ums Überleben. Umso wichtiger sind tragfähige Kooperationen, etwa zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen sowie innerhalb der stationären Versorgung. Sie können helfen, zum Erhalt von Krankenhäusern in der Fläche beizutragen. Eine sinnvolle Verknüpfung von Grundversorgung mit spezialisierten Fachabteilungen ermöglicht somit eine stabile und wohnortnahe Versorgung. Auch die flächen-

deckende Notfallversorgung kann so weiterhin gewährleistet werden.

Kooperation zwischen Kliniken

Ein Beispiel für eine gelungene Kooperationen in der Krankenhausversorgung bietet die Lausitz Klinik Forst und die Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem (MUL-CTK, ehemals Carl-Thiem-Klinikum). Beide Einrichtungen arbeiten eng zusammen, um planbare Operationen effizient und arbeitsteilig anzubieten. Die Lausitz Klinik Forst, ein wohnortnahe Grundversorgungs Krankenhaus, übernimmt ambulante Eingriffe, insbesondere im Fachgebiet Urologie, und ist auf die Betreuung älterer Patient:innen sowie Demenzkranker spezialisiert. Das MUL-CT als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung, führt hingegen komplexere Operationen durch.

Diese Kooperation reduziert für Patient:innen Wartezeiten für planbare Eingriffe, stärkt das Leistungsspektrum beider Häuser und steigert die Versorgungsqualität in der Region. Der Aufbau der Medizinischen Universität Lausitz stärkt diese Zusammenarbeit, auch mit anderen Häusern, und treibt ein gemeinsames Versorgungskonzept für die gesamte Region – wie im Krankenhausplan des Landes Brandenburg angeregt – weiter voran.

Verzahnung zwischen ambulant & stationär

Eine weitere Form erfolgreicher Kooperation zeigt sich in Görlitz, wo stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung miteinander verzahnt sind. 2018 erweiterte das St. Carolus Krankenhaus Görlitz die Versorgung mit einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) am Klinikum. Das MVZ bietet nunmehr ein breites Spektrum an ambulanten internistischen und chirurgischen Leistungen und arbeitet eng mit den Strukturen des Krankenhauses zusammen. Diese Kooperation sorgt für kurze Wege und eine umfassende Betreuung der Patient:innen.

Vorteilhaft für Patient:innen ist zudem, dass weiterführende Behandlungen oder notwendige Eingriffe nicht in andere Kliniken verlegt werden müssen, sondern direkt vor Ort im St. Carolus Krankenhaus stattfinden können. Dadurch können Behandlungsabläufe optimiert und die medizinische Versorgung effizienter und patientenorientierter gestaltet werden.

LAUSITZER STRUKTURWANDELPROJEKTE IM GESUNDHEITSBEREICH

Die Politik will die Gesundheitsversorgung in der Lausitz verbessern und so die Region attraktiver machen. Hierbei soll der Gesundheitsbereich auch den Strukturwandel in der Re-

gion unterstützen. Derzeit werden 15 Projekte (Stand: 03/2025) mit rund 4 Mrd. Euro aus dem Investitionsgesetz Kohleregionen gefördert.

Gesundheitszentrum Boxberg

In zentraler Lage Boxbergs entsteht ein modernes Gesundheitszentrum, das medizinische und pflegerische Leistungen unter einem Dach vereint. Es umfasst Arztpraxen für Allgemein- und Zahnmedizin, eine Physiotherapie, eine Apotheke sowie einen Tagespflegebereich. Ziel ist die langfristige Sicherung der medizinischen Grundversorgung in der Region. Das geförderte Projekt mit einem Budget von 9,3 Millionen Euro ist in der Planungs- und Umsetzungsphase.

Das Zentrum soll Mediziner:innen und Gesundheitsdienstleister:innen verschiedener Fachrichtungen für die Region

EINSCHÄTZUNGEN ZUR KRANKENHAUSREFORM

Die Gewerkschaft ver.di ...

- ◆ **fordert**, dass in Brandenburg und Sachsen keine Krankenhaus-(Teil-)Schließungen erfolgen, solange keine bedarfsgerechte Planung vorliegt und die wohnortnahe Gesundheitsversorgung aller Bürger:innen gesichert ist.
- ◆ **begrüßt**, dass zukünftig Tariflöhne aller Berufsgruppen – nicht wie bisher nur beim Pflegebudget – frühzeitig und vollständig refinanziert werden und fordert die Krankenhausleitungen auf, diesen Spielraum im Sinne der Beschäftigten zu nutzen.
- ◆ **bemängelt**, dass es keine Übergangsförderung für Kliniken in Geldnot gibt und lehnt eine Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft auf Kosten der gesetzlich Versicherten ab. Würden die Krankenkassen an der Finanzierung beteiligt, müssten die gesetzlich Versicherten zusätzliche finanzielle Belastungen tragen.
- ◆ **fordert**, eine echte Vorhaltefinanzierung, um Krankenhäuser langfristig zu stabilisieren und Fehlanreize zu vermeiden. Außerdem verlangt ver.di verlässliche Konzepte für das Personal, einen sozialverträglichen Umbau der Kliniklandschaft und eine Brückenfinanzierung für angeschlagene Krankenhäuser.

Rolle der Mitbestimmung beim Aufbau

gewinnen. Hierfür werden moderne, flexibel nutzbare Praxisräume geschaffen, um die medizinische Versorgung an bestimmten Tagen sicherzustellen.

Neben Arbeitsplätzen im Gesundheitswesen entstehen Stellen in Verwaltung, Logistik und Gebäudemanagement. Langfristig stärkt das Zentrum sowohl die Gesundheitsversorgung als auch die Beschäftigungssituation in der Region.

Mehr Infos in unserer **Handlungshilfe** zu den **Gesundheitsprojekten in der Lausitz**:



Aufbau der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem

Die Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem (MUL-CT) wird als erste staatliche Universitätsmedizin in Brandenburg aufgebaut. Sie spielt eine zentrale Rolle in der „Gesundheitsregion Lausitz“ in Brandenburg.

Mit 80 Professuren und einem digital vernetzten Gesundheitsnetzwerk soll sie die medizinische Versorgung und Forschung in der Region stärken, mit Schwerpunkten auf Gesundheitssystemforschung und Digitalisierung des Gesundheitswesens.



Abbildung 4: Entwurf für den Campus der MUL-CT, ©2025 FUGMANN JANOTTA PARTNER

Das kommunale Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus wurde hierfür zum 1. Juli 2024 von der Stadt an das Land Brandenburg übergeben und trägt nun den Namen MUL-CT. Die gesetzliche Grundlage bildet das Brandenburgische Universitätsmedizinengesetz. Die Investitionen im Rahmen des Strukturstärkungsgesetzes umfassen etwa 3,7 Milliarden Euro, finanziert durch den Bund und das Land Brandenburg.

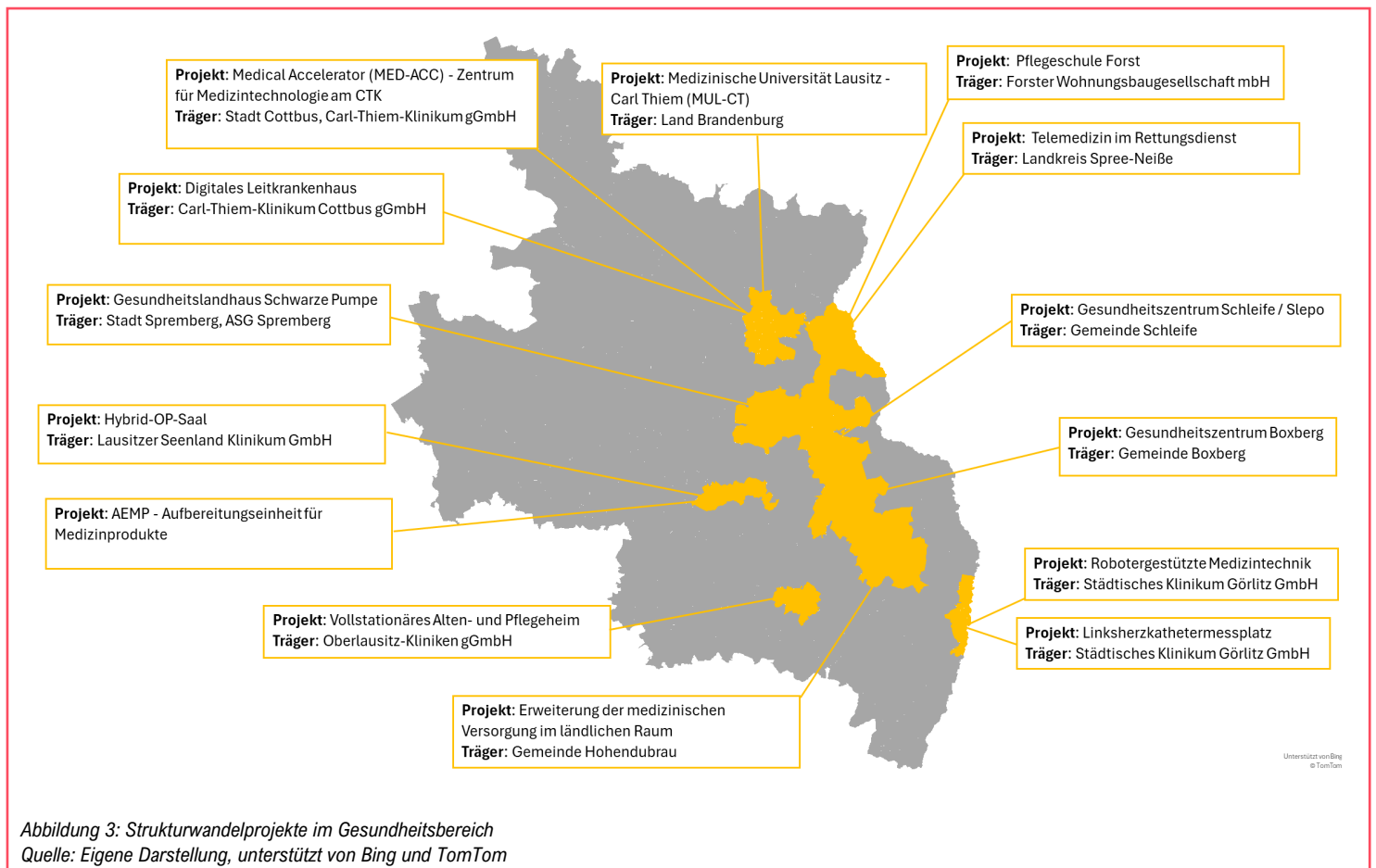


Abbildung 3: Strukturwandelprojekte im Gesundheitsbereich
Quelle: Eigene Darstellung, unterstützt von Bing und TomTom

Als digitales Leitkrankenhaus soll die Uniklinik eng mit der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg und anderen regionalen Gesundheitseinrichtungen kooperieren. Die ersten Professuren werden ab 2025 besetzt, und ab 2026 starten die ersten 30 bis 40 Medizinstudierenden. Jährlich sollen 200 Studienplätze geschaffen werden, um den ärztlichen Nachwuchs zu sichern. Der Ausbau der Universitätsmedizin soll somit nicht nur die Gesundheitsversorgung langfristig stärken, sondern auch neue Impulse für den Arbeitsmarkt in der Lausitz setzen.



Abbildung 5: ver.di Diskussionsveranstaltung mit demokratischen Parteivertreter:innen des Brandenburger Landtags, © REVIERWENDE 2024

Transformation zur Uniklinik: „Unser Ziel ist Transparenz und Sicherheit für die Kolleginnen und Kollegen.“

Interview mit den beiden Betriebsräten der MUL-CT, Armin Schreurs und Julia Kirschner.

Welche Rolle spielte der Betriebsrat im Gesetzgebungsverfahren?

Armin Schreurs: Wir haben uns intensiv eingebracht, um die Mitbestimmung der Beschäftigten zu sichern. Eine zentrale Herausforderung ist die Reduzierung des zukünftigen Personalrats auf 19 Mitglieder anstatt des bisherigen 21-köpigen Betriebsrats trotz steigender Beschäftigtenzahl. Das bedeutet eine enorme Arbeitsbelastung. Ein Erfolg war die Verlängerung der Übergangsfrist zur Wahl des neuen Personalrats auf zwölf Monate. So bleibt der Übergang geordnet und die Beschäftigten gut vertreten.

Julia Kirschner: Zudem suchten wir den direkten Austausch mit Entscheidungsträgern. Frau Dr. Gutheil, die den Aufbau der MUL-CT maßgeblich mit vorantrieb, informierte die Beschäftigten regelmäßig bei Betriebsversammlungen, um Transparenz zu schaffen. Das gab vielen Kolleg:innen Sicherheit in einer Zeit großer Veränderungen.

Welche Herausforderungen gibt es aktuell beim Klinikaufbau?

Julia Kirschner: Der Personalaufbau ist enorm: 1.300 bis 1.500 Stellen sollen entstehen, während viele Beschäftigte in den Ruhestand gehen. Innerhalb weniger Monate ist die Beschäftigtenzahl bereits von 3.000 auf 3.400 im Februar 2025 gestiegen. Wir begleiten das Onboarding neuer Kolleginnen und Kollegen aktiv, stellen uns bei Einführungstagen vor und sorgen dafür, dass sie wissen, dass sie bei uns Unterstützung finden.

Armin Schreurs: Hinzu kommen große Bauprojekte. Neue Gebäude entstehen, bestehende werden umgebaut. Viele Beschäftigte sorgen sich um Parkplätze. Wir setzen uns für praktikable Lösungen ein, um die Erreichbarkeit des Klinikums zu verbessern und den Arbeitsweg so stressfrei wie möglich zu gestalten.

Welche Botschaft möchten Ihr den Beschäftigten mit auf den Weg geben?

Armin Schreurs: Die Transformation zur Universitätsmedizin bringt viele Herausforderungen, aber auch Chancen mit sich. Wir als Betriebsrat setzen uns dafür ein, dass die Interessen der Beschäftigten gehört und berücksichtigt werden. Wir stehen als Ansprechpartner zur Verfügung und begleiten diesen Prozess aktiv.

Julia Kirschner: Wichtig ist uns, dass die Beschäftigten wissen: Sie sind nicht allein. Wir kämpfen für gute Arbeitsbedingungen, eine starke Mitbestimmung und eine transparente Kommunikation. Gemeinsam werden wir die Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem erfolgreich gestalten!

Angebot für betriebliche Arbeitnehmervertretungen

Die REVIERWENDE Lausitz bietet Betriebs- und Personalräten sowie Mitarbeitervertretungen mit dem Netzwerk „Gesundheit in der Lausitz“ eine Plattform für regelmäßigen Austausch. Termine und Berichte sind auf der Homepage der REVIERWENDE-Lausitz zu finden.

