



Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft

**Stellungnahme
der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
zur Anhörung des Gesundheitsausschusses
des Deutschen Bundestages
am 9. Februar 2009**

zum

**Entwurf eines Gesetzes
zur Sicherung von Beschäftigung
und Stabilität in Deutschland
Drucksache 16/11740**

Berlin, 6. Februar 2009

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Bundeschvorstand
Bereich Gesundheitspolitik
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Allgemeine Bewertung

Im Rahmen der Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss nimmt die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft zu den Zukunftsinvestitionen der Kommunen und Länder für Krankenhäuser, zur vollständigen Förderung einer Umschulung zur Alten- und Krankenpflege sowie zur Änderung der GKV-Beitragssatzverordnung Stellung.

Krankenhausinvestitionen

Derzeit werden von den Ländern nur etwa die Hälfte der erforderlichen Fördermittel für die Krankenhausversorgung zur Verfügung gestellt. Dies obwohl eine gesetzliche Verpflichtung besteht, wonach die Länder für die Investitionen und die Krankenkassen für die Betriebskosten aufzukommen haben. Der inzwischen aufgelaufene Investitionsstau von über 50 Mrd. Euro ist ohne gemeinsame Anstrengungen von Bund und Ländern nicht mehr abzubauen.

ver.di hatte daher einen Konjunkturimpuls für Krankenhäuser gefordert. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat in einer Schnellumfrage erhoben, dass die Kliniken allein in diesem Jahr insgesamt 7,38 Mrd. Euro sinnvoll investieren könnten. Konkrete Investitionsvorhaben lägen bei den für die Krankenhausplanung zuständigen Behörden der Länder als Anträge in Milliardenhöhe vor und könnten sofort in Aufträge fließen.

Zu rechnen ist mit überaus positiven volkswirtschaftlichen Auswirkungen der Klinikinvestitionen, da von den Aufträgen vor allem mittelständische Unternehmen in Deutschland profitieren.

In einer PROGNOSE-Studie wurde bescheinigt, dass Investitionen in das Krankenhauswesen zu einem überproportionalen Anstieg des Bruttoinlandsprodukts führten. Mit 1 Mrd. Euro für die Kliniken würden 2,8 Mrd. Euro bewegt, die 34.000 Arbeitsplätze sicherten. Bei anderen Branchen liege dieser Multiplikator oft nur in der Nähe von 1.

Zur Wirksamkeit von Investitionen in die Krankenhäuser kann insgesamt festgestellt werden:

1. Krankenhausinvestitionen lassen sich sehr schnell in Aufträge und Nachfrage umsetzen. Bei allen Landesgesundheitsministerien liegen Anträge auf Investitionsförderung vor, die mit konkreten Planungen hinterlegt, aber noch nicht beschieden sind. Diese Anträge beziehen sich einerseits auf die Anschaffung von medizinischen Großgeräten und andererseits auf Baumaßnahmen (Umbau, Erweiterung, Neubau).
2. Das in 2009 zusätzlich zu bewegendes Investitionsvolumen beträgt nach ver.di-Schätzung 5 Mrd. Euro. Es wäre möglich, die Investitionsquote von 4,7 auf 8,6 % anzuheben und einen ersten Schritt zum Abbau des Investitionsstaus zu tun. In 2010 kann die Förderung bei 10 Mrd. Euro oder höher liegen.
3. Krankenhausinvestitionen werden wirksam in den nachgelagerten Wirtschaftsbereichen, wie Bauindustrie, Bauhandwerk, Möbel, Krankenhaus-Ausrüstungen, Medizintechnik, Kommunikations- und Informationstechnologie. Krankenhäuser sind die größten Nachfrager von medizintechnischen Produkten. Von den Bauleistungen, medizintechnischen Investitionsgütern und Krankenhaus-Ausrüstungen kommt der größte Anteil von mittelständischen Unternehmen und aus Produktionsstandorten im Inland.

4. Von je 1 Mrd. Euro Krankenhausinvestitionen gingen im Jahr 2004 420 Mio in die Einrichtung von Krankenzimmern und Behandlungsräumen, 270 Mio. in Grundstücke und Gebäude, 140 Mio in Informationstechnik, 100 Mio. in sonstige Bereiche, 54 Mio. in Technische Betriebsanlagen. (Abb 1)

5. Krankenhausinvestitionen unterstützen die Kommunalpolitik in der Versorgung der Bevölkerung mit einem elementaren öffentlichen Gut der Daseinsvorsorge.

6. Krankenhausinvestitionen wirken positiv auf den Arbeitsmarkt nicht nur durch die zusätzliche Nachfrage nach Bauleistungen und Investitionsgütern, sondern auch dadurch, dass die Krankenhäuser keine Mittel aus der Krankenversorgung für Investitionen zweckentfremden müssen - das verringert den Personalabbau in allen Beschäftigtengruppen. Da Krankenhausversorgung sehr personalintensiv ist, sichert ein Euro in Krankenhausinvestitionen ca. vier mal mehr Beschäftigung als in der Industrie.

Zusätzliche Krankenhausinvestitionen sind auch aus folgenden Gründen notwendig:

1. Der Anteil der Krankenhausaussgaben am Bruttoinlandsprodukt lag in Deutschland in den vergangenen 15 Jahren konstant im Korridor zwischen 2,4 und 2,6 %. Die Investitionen in Krankenhäusern fielen dagegen von 0,24 % auf 0,12 % des Bruttoinlandsprodukts (Abb. 2 Quelle: Rürup, Bert, Umstellung auf eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, März 2008, S. 10).

2. Der Investitionsstau und der Bedarf an Krankenhausinvestitionen ist in der Politik und Öffentlichkeit allgemein bekannt und er ist auch für Patientinnen und Patienten offensichtlich. Die Größenordnung des Investitionsstaus macht Handeln der Bundesregierung notwendig.

3. Die Medizintechnikbranche verzeichnete im Inland geringes Wachstum (Ausnahmejahr 2007). Ursache ist die Investitionszurückhaltung in der stationären Versorgung. Deutschland ist weltweit nach USA und Japan der drittgrößte Produzent von Medizintechnik. Vom Marktvolumen 17,4 Mrd. Euro entfällt auf das Inland 35 %, auf den Export 65 %. Die Medizintechnik ist von mittelständischen Unternehmen geprägt.

4. Ursache für den Investitionsstau ist die Absenkung der Landesmittel für Krankenhausinvestitionen. Bert Rürup hält 5 Mrd. Euro Krankenhausinvestitionen pro Jahr für notwendig. Das entspricht einer Investitionsquote von 8,6% (der bereinigten Gesamtkosten). Die Universitätsklinika beziffern ihren Bedarf mit einer Investitionsquote von 12 %. Die volkswirtschaftliche Investitionsquote liegt bei 18 %, die Investitionsquote im Verkehrssektor bei 8 % (vom Umsatz), im Dienstleistungssektor bei 10 % (vom Umsatz) (Rürup S. 219, zum Unterschied zwischen bereinigten Gesamtkosten und Umsatz sh. Hinweis zu Abb. 1). Krankenhäuser sind aufgrund des medizinischen Fortschritts ein hochinnovativer Wirtschaftszweig mit entsprechendem Investitionsbedarf.

5. Heute finanzieren die Länder nur Investitionen in Höhe von 4,7 % der bereinigten Gesamtkosten (oder 4,1 % des Umsatzes), bei Universitätsklinika rund 7,5% (des Umsatzes). Da die Pflicht zur Investitionskostenfinanzierung im Krankenhausfinanzierungsgesetz nur allgemein gefasst ist, gibt es in der Praxis für ein Krankenhaus keinen Rechtsweg, eine angemessene Finanzierung seiner Investitionen durchzusetzen.

6. In ihrer Not greifen die Krankenhäuser zu einer Umwegfinanzierung. Jährlich werden inzwischen ca. 1,0 Mrd. Euro aus den - von den Krankenkassen finanzierten - Betriebsmitteln zweckentfremdet für die notwendigsten Neuanschaffungen von großen Medizingeräten und

Investitionen. So können die Krankenhäuser die Investitionsquote um bis zu 1,7 % aus sogenannten "Eigenmitteln" aufstocken und die Lücke verkürzen. Da sie die Lücke aber nicht schließen können, nimmt der Investitionsstau jährlich zu. Je nach Leistungsspektrum ist ein Krankenhaus mehr oder weniger in der Lage, den Investitionsstau zu verkürzen; am ehesten gelingt dies mittelgroßen Krankenhäusern. Universitätsklinika können die jährliche Investitionslücke nur um 0,9 % verkürzen. Die Umwegfinanzierung belastet den Beitragssatz zum Gesundheitsfonds.

7. Begonnen hat die Unterfinanzierung 1991 im Westen und 1994 im Osten. Der Investitionsstau wird inzwischen – je nach Berechnungsmethode und Annahmen - auf 30 bis 56 Mrd. Euro beziffert. Hinzu kommt ein Investitionsstau bei Universitätskliniken zwischen 5 und 9,5 Mrd. Euro. Empirische Studien über den Investitionsbedarf von Krankenhäusern gibt es in Deutschland nicht.

8. Die Debatte um eine Umstellung von dualer auf monistische Finanzierung der Krankenhausinvestitionen scheidet derzeit nicht nur an den ordnungspolitischen Positionen der Länder, sondern auch an der Tatsache, dass die monistische Finanzierung nicht in der Lage ist, den Investitionsstau zu beseitigen. Die Schließung der Investitionslücke ist die Voraussetzung für neue ordnungspolitische Debatten.

9. Deutschland hat bei den Krankenhausinvestitionen im internationalen Vergleich Nachholbedarf. Da es Studien zum internationalen Vergleich von Krankenhausinvestitionen nicht gibt, kann die Situation in Bezug auf Krankenhausverkäufe als indirekter Maßstab herangezogen werden, denn die Investitionslücke ist Ursache der Krankenhausverkäufe an Private. Vergleichbare Verkäufe öffentlicher Krankenhäuser gibt es in keinem anderen Industrieland. Der Marktanteil Privater ist inzwischen größer als in den USA. Die Unternehmenskonzentration steigt. Die drei größten Krankenhauskonzerne Europas sind heute deutsche Konzerne.

Abb. 1

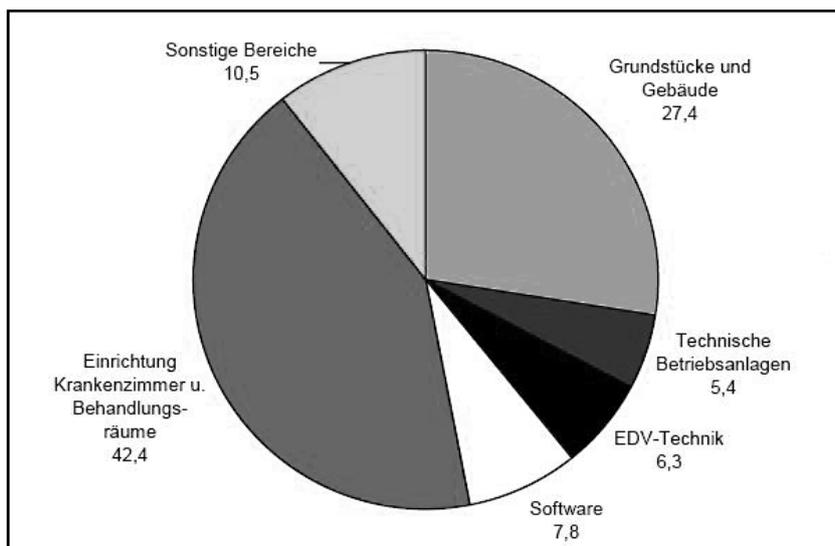


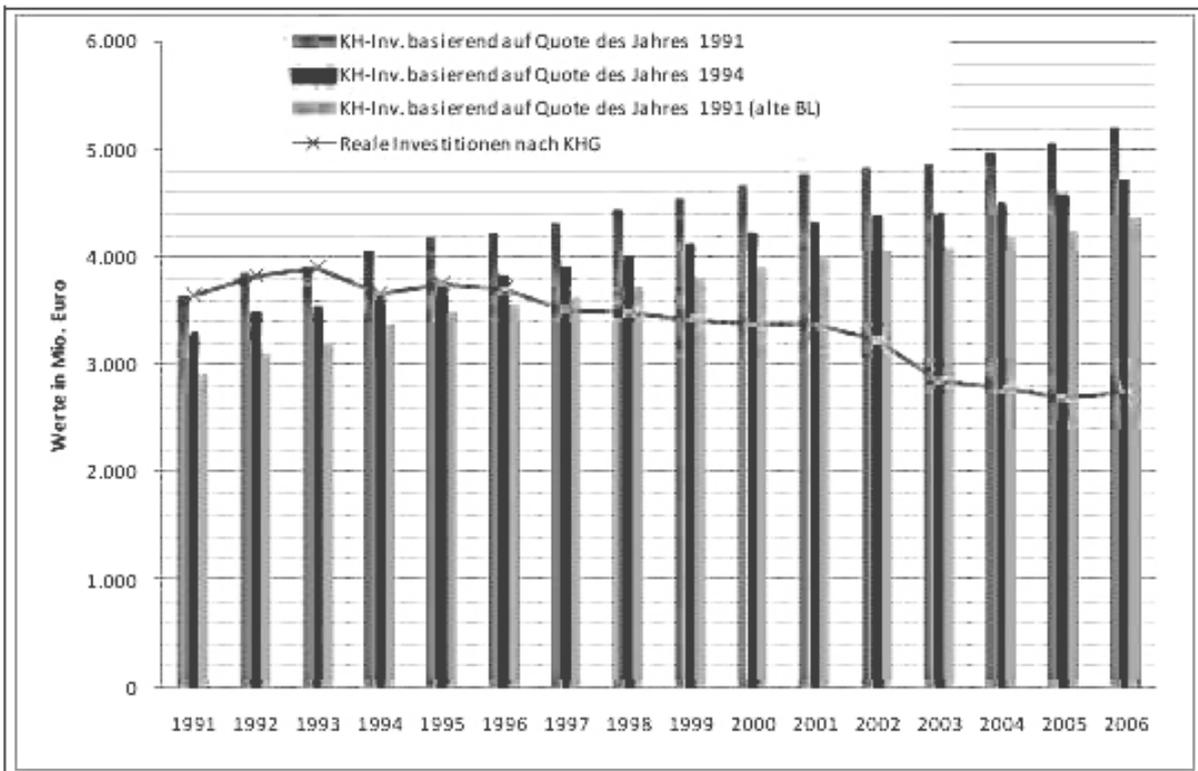
Abb. 21: Verwendung der Investitionsmittel im Jahr 2004

Hinweis zu Angaben über Investitionsquoten

Alle Angaben zur Investitionsquote von Krankenhäusern sind hier – wie bei Rürup - gemessen an den bereinigten Gesamtkosten der Krankenhäuser. In anderen Branchen werden Investitionsquoten am Umsatz gemessen. Da der Umsatz der Krankenhäuser größer ist als die bereinigten Gesamtkosten verschiebt sich die Quote wie im Beispiel: Eine Investitionsquote der Krankenhäuser von 4,7% an den bereinigten Gesamtkosten entspricht einer Investitionsquote von 4,1 % am Umsatz.

aus: Deutsches Krankenhausinstitut, Krankenhaus-Barometer 2005

Abbildung 2: Projektion der KHG Investitionen 1991 - 2006



Quelle: Statistisches Bundesamt 2008, Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen 2007, eigene Berechnungen.

aus Rürup, Bert, Umstellung auf eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, März 2008, S. 24

Maßnahmen zur Verbesserung in der Altenpflege

Im Gesetz sind u.a. auch Maßnahmen vereinbart, um mehr Fachkräfte für die Altenpflege zu gewinnen. Speziell die Pflegebranche wurde in Bezug auf Beschäftigungsmöglichkeiten als wichtige Zukunftsbranche in dem Konjunkturpaket identifiziert. Dies wird von ver.di ausdrücklich begrüßt. Der Bedarf an professioneller Pflege wird noch steigen und schon heute macht sich in einigen Regionen (z.B. München und Hamburg) der Fachkräftemangel in der Altenpflege dramatisch bemerkbar. Zwischenzeitlich arbeiten rund doppelt so viele Pflegekräfte in der ambulanten und stationären Altenhilfe, als in den Krankenhäusern.

Deshalb sollen im Rahmen des vorliegenden Gesetzes in 2009 und 2010 die Bundesagentur für Arbeit neu geförderte Umschulungen zu Altenpflegerinnen und Altenpflegern vollständig finanzieren. Dies gilt auch für die Umschulung zum Beruf der Krankenpflege. Die bisherige Regelung bei Umschulungen sieht eine Förderung nur der ersten beiden Ausbildungsjahre durch den Bund vor, das dritte Jahr müssen die Länder und die Pflegeeinrichtungen finanzieren.

Ebenfalls begrüßt ver.di, dass das Programm WeGebAU der Bundesagentur für Arbeit, das bisher auf bestimmte Zielgruppen (Ungelernte und Beschäftigte mit Qualifizierung ab 45 Jahren in kleinen und mittleren Unternehmen) begrenzt war, geöffnet werden soll. Es ermöglicht künftig die Weiterbildung bereits qualifizierter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Dies ist eine Chance u.a. auch Pflegehilfskräfte (1-jährige Ausbildung) zu Pflegefachkräften weiter zu qualifizieren. Dies sollte angesichts des künftigen Fachkräftebedarfs entsprechend genutzt werden.

In diesem Zusammenhang müssen jedoch weitere Probleme gelöst werden, um den Arbeitskräftemangel in diesem Berufsfeld zu beheben. So gibt es derzeit für die 3-jährige Ausbildung mehr Bewerber/innen an den Schulen, als praktische Ausbildungsplätze in den Pflegeeinrichtungen zur Verfügung stehen.

In vielen Bundesländern müssen die Auszubildenden zudem für ihre theoretische Ausbildung noch Schulgeld und horrenden Prüfungsgebühren bezahlen, weil die Länder die Altenpflegeschulen nicht ausreichend fördern. Deshalb werden in den Bundesländern eine Umlagefinanzierung für die Erstausbildung in der Altenpflege und eine vollständige Finanzierung für anerkannte Altenpflegeschulen gebraucht.

Senkung des GKV-Beitragssatzes

Gesellschafts- und familienpolitische Leistungen, die der Staat den Krankenkassen aufgibt, belaufen sich auf rund 15 Mrd. Euro. Dieser Betrag soll längerfristig über Steuern finanziert werden. Hierzu ist bisher ein jährlicher Aufbau von 1,5 Mrd. Euro vorgesehen. Bis 2016 sollten insgesamt 14 Mrd. Euro erreicht sein. ver.di begrüßt dass diese Gegenfinanzierung von gesellschaftspolitischen und familienpolitischen Leistungen, die den gesetzlichen Krankenkassen übertragen worden sind, durch Steuermittel bereits bis zum Jahr 2014 weitgehend gedeckt sein sollen.

ver.di bedauert jedoch ausdrücklich, dass nicht zur paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zurückgekehrt wird. Die abhängig Beschäftigten werden gegenüber der Arbeitgeberseite weiterhin stärker belastet.

Bewertung im Einzelnen:

Ergänzend zu der Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes für alle DGB - Gewerkschaften nimmt ver.di zu einzelnen vorgesehenen Gesetzesregelungen wie folgt Stellung:

Zu Artikel 7 Gesetz zur Umsetzung von Zukunftsinvestitionen der Kommunen und Länder

§3 Förderbereiche

Im Rahmen des vorliegenden Gesetzentwurfs werden für neue, nachhaltige Zukunftsinvestitionen der Öffentlichen Hand vom Bund insgesamt 10 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt. Damit werden zusätzliche Investitionen der Kommunen und der Länder gefördert. Die Länder übernehmen dabei einen Kofinanzierungsanteil von 25 % (d.h. dreieindrittel Mrd. Euro). Neben Kindergärten, Schulen und Hochschulen sollen mindestens 3,5 Mrd. Euro für die kommunale Infrastruktur eingesetzt werden, insbesondere für Krankenhäuser (unabhängig von der Trägerschaft), Städtebau, ländliche Infrastruktur und die Lärmsanierung an kommunalen Straßen.

ver.di begrüßt, dass die Fördermittel des Bundes auch für Investitionen in Krankenhäusern zur Verfügung gestellt werden. Sie sind jedoch in der Höhe nicht ausreichend. Der genaue Anteil für die Krankenhäuser wird zwar nicht festgelegt, sie bleiben aber auf jeden Fall weit hinter den notwendig erachteten Beträgen (s.o.) zurück. Damit die zusätzlichen Fördermittel nicht wirkungslos verpuffen, müssen zum einen die Mittel deutlich aufgestockt und unabhängig von dem vorliegenden Gesetz die bestehenden Investitionspflichten der Länder erfüllt werden.

Im Zusammenhang mit diesem Gesetz ist dringlich erforderlich, dass eine verlässlichere Finanzierung der Krankenhausinvestitionen mit den Ländern vereinbart wird.

Zu Artikel 9 Änderung des dritten Buches Sozialgesetzbuch

§ 421 t Sonderregelung zu Kurzarbeitergeld und Qualifizierung

Die Regelung in Abs. 6, die vollständige 3 jährige Finanzierung der Umschulung zur Altenpflegefachkraft, entspricht unserer ver.di Forderung und wird deshalb sehr begrüßt. Sie sollte jedoch aufgrund des Fachkräftebedarfs in diesem gesellschaftspolitisch erwünschten Tätigkeitsfeld ohne eine zeitliche Begrenzung eingeführt werden.

Dieser erste Schritt, löst auch noch nicht ausreichend die Problemstellung, die erforderlichen Fachkräfte für die Altenpflege aus jüngeren Jahrgängen zu gewinnen. Auch die Erstausbildung für Altenpflegeschüler/innen muss deutlich verbessert werden.

Zu Artikel 11 „Änderung des Fünften Buches Sozialgesetz“:

Mit der bisherigen Festsetzung der Beitragssätze war nicht solide gewährleistet, dass das Gesundheitswesen mit einem pauschalen Beitragssatz von 15,5 Prozentpunkten tatsächlich kostendeckend finanziert werden kann. Aufgrund des drastischen Anstiegs der Arzneimittelausgaben, die auch 2009 um 6,6 Prozent auf mehr als 30 Milliarden Euro ansteigen dürften, der Unsicherheiten bei der ärztlichen Vergütung und dem Anstieg der Krankenhausausgaben, bestehen neben der unsicheren Einnahmesituation eine Reihe von Risiken. Es muss gewährleistet sein, dass der Gesundheitsfonds zu 100 Prozent ausfinanziert wird und die Krankenkassen nicht schon 2009 gezwungen sein werden, Zusatzbeiträge von den Versicherten zu verlangen. Eine solche Unterfinanzierung des Gesundheitswesens ist umso schwerwiegender, weil zukünftige Kostensteigerungen nach der Konstruktion des Gesundheitsfonds ausschließlich über die individuellen Zusatzbeiträge von den Versicherten getragen werden sollen. Dort, wo zunächst das Liquiditätsdarlehen des Bundes den wahrscheinlich zu geringen Beitragssatz auffangen muss, wird später das GKV-Mitglied dies allein über Zusatzbeiträge finanzieren müssen – ohne Arbeitgeberbeteiligung.

Es muss deshalb durch eine gesetzliche Klarstellung gewährleistet werden, dass der Fonds generell kostendeckend ausfinanziert wird. Bei dem geplanten Beitragssatz scheint dies nicht gesichert.

Zu Nr.1 „Neufassung des § 221 SGB V“:

Grundsätzlich begrüßt ver.di, dass schneller, als zunächst vorgesehen, die Gegenfinanzierung durch Steuermittel für gesellschaftspolitische Leistungen, die den gesetzlichen Krankenkassen übertragen worden sind, erreicht wird. Dies ist ein Schritt in die richtige Richtung, zumal die Versicherten bereits seit Jahren mit ihren Beiträgen diese Leistungen finanzieren.

Konkret wäre auch erforderlich, dass die Bundesregierung den Anteil des Bundes zur Finanzierung der Krankenkassenbeiträge für Hartz IV-Empfänger auf den durchschnittlichen Ausgabenbedarf der Krankenkassen von ca. 250 Euro pro Versichertem anhebt. Dies hatte ver.di, wie auch der DGB bereits seit langem gefordert. Derzeit zahlt der Bund für Hartz IV-Empfänger nur einen Beitrag von 118 Euro. Durch eine ausgabenadäquate Anhebung des Steueranteils für die GKV hätten die Krankenkassen bereits bei der Einführung des Fonds entlastet und ein Beitragsanstieg nahezu vermieden werden können. Eine Nachjustierung der von der Koalition ohnehin vereinbarten gestaffelten Erhöhung des Steueranteils zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Leistungen der GKV durch höhere Beiträge für Langzeitarbeitslose ab 2009 ist nicht zuletzt aufgrund der drohenden Beitragssteigerung dringend erforderlich.

Zu Nr.2 Änderung des § 271 Abs.2 S.4 SGB V“:

Die Rückzahlung des Liquiditätsdarlehens hat grundsätzlich im gleichen Haushaltsjahr zu erfolgen. Allein für das Startjahr des Fonds ist die Rückzahlung bislang auf das nächste Haushaltsjahr 2010 verschoben worden. Mit der vorgeschlagenen Änderung ist eine weitere Verschiebung auf das Jahr 2011 vorgesehen.

Diese Verschiebung löst aber nicht das Problem der Unterfinanzierung des Fonds und der staatlichen Verantwortung für die soziale Sicherung, auch im Krankheitsfall.

Daher fordert ver.di, wie der DGB die Einführung einer Bundesgarantie gegenüber dem Fonds, wie sie bereits bei der gesetzlichen Rentenversicherung besteht (§ 214 SGB VI). Damit kann die künftige Beitragssatzfestsetzung garantiert und die gesundheitliche Versorgung der gesetzlich Versicherten langfristig gesichert werden.

Zu Artikel 12 „Änderung der GKV-Beitragssatzverordnung“:

Die Belastungen der Arbeitnehmerseite ist seit Jahren deutlich höher ausfallen, als die der Arbeitgeberseite. Die Abgabenquote der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten liegt bei 20,53 Prozent, der Arbeitgeberanteil dagegen nur bei 19,63 Prozent. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer tragen demnach eine Mehrbelastung beim Beitragssatz von rund neun Milliarden Euro. Grund ist der so genannte Zusatzbeitrag, mit dem die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer seit dem Jahr 2005 einen Arbeitgeberanteil von 0,45 Prozentpunkten mitfinanzieren müssen. Durch den Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen wuchs diese Mehrbelastung der Beschäftigten im Jahr 2006 auf 8,5 Milliarden Euro und 2007 auf 9,3 Milliarden Euro. Der Arbeitnehmeranteil an den Ausgaben der GKV ist seit 1992 von 49,4 Milliarden Euro auf 81,5 Milliarden gestiegen.

Die im Gesetzentwurf geplante Änderung bedeutet, dass die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer 7,9 statt 8,1 Prozent zahlen. Dagegen sinkt der Beitrag der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber auf 7 Prozent.

Statt der jetzt vorgesehenen allgemeinen Senkung des Beitragssatzes zur gesetzlichen Krankenversicherung hätte ver.di die Absenkung des Sonderbeitrages für Arbeitnehmer von 0,9 Prozent erforderlich gehalten.

ver.di fordert die Regierungskoalition nachdrücklich auf, zur paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen zurückzukehren und die einseitige Belastung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu beenden. Als zusätzlicher positiver Effekt wird dadurch auch die Binnennachfrage gestärkt.