

Moritz Naujack

dienstlich:

Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH
Betriebsratsvorsitzender
Oranienburger Straße
13437 Berlin
Tel. 030 130 113857
Fax 030 130 113852
E-Mail: moritz.naujack@vivantes.de

privat:

Straße 47 Nr. 32a
13125 Berlin
Tel. 030/449 0159

**Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksachen
zum 18.06.08**

16. Wahlperiode

Schriftliche Stellungnahme

anlässlich der öffentlichen Anhörung zur Finanzsituation der Krankenhäuser des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 18.06.2008.

Die Entwicklung der Krankenhausstruktur am Beispiel des Landes Berlin und der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH.

1) Vorbemerkung

Die Kosten deutscher Krankenhäuser liegen im OECD- Vergleich an drittletzter Stelle, weisen aber trotzdem eine sehr gute Zugänglichkeit und ein breites fachliches Spektrum auf. Das deutsche Krankenhauspersonal wird unter allen OECD- Staaten am schlechtesten bezahlt, rangiert aber in der Produktivität an dritter Stelle. Insgesamt nehmen somit deutsche Krankenhäuser einen Spitzenplatz in der Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung ein. Mit ihren niedrigen Gehältern und der überdurchschnittlichen Produktivität tragen die Beschäftigten im Wesentlichen zu den geringen Fallkosten in Deutschland im Rahmen dieses OECD- Vergleichs bei.¹

Wenn trotzdem zunehmend Krankenhäuser in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten, dann liegen die Ursachen im Wesentlichen außerhalb des Einflusses der Belegschaften und der Geschäftsführungen. Mehrwertsteuererhöhung, steigende Energiekosten, Mehraufwendungen durch medizinischen Fortschritt, aber auch Anschubfinanzierung für neue Versorgungsmodelle der Bundesregierung, beeinflussen die Ausgaben, während die Einnahmen der Krankenhäuser per Gesetz gedeckelt sind und aktuell durch zusätzliche Sanierungszahlungen an die Krankenkassen verschärft werden.

Die Bundesländer kamen zudem ihrer Pflicht zur Übernahme der Investitionskosten immer weniger nach.

Durch die seit Jahren abnehmende und völlig unzureichende Investitionsleistung der Bundesländer und der Deckelung der Budgets (Kopplung an die Entwicklung der Grundlohnsumme, ohne jegliche Berücksichtigung der realen Kostenentwicklung) bei steigender Leistung, erfolgte eine systematische Verschlechterung der ökonomischen Situation der Krankenhäuser. Dahinter steht die Argumentation, dass innerhalb der Krankenhäuser erhebliche Rationalisierungspotentiale bei gleicher, wenn nicht sogar steigender Qualität der medizinischen Versorgung, existieren.

Die Kompensation der sinkenden Vergütung für Krankenhausleistungen erfolgte über Verweildauerreduzierung, Kapazitätsabbau, Personalabbau, Abkopplung von der allgemeinen Tarifentwicklung und Steigerung der Patientenzahlen.

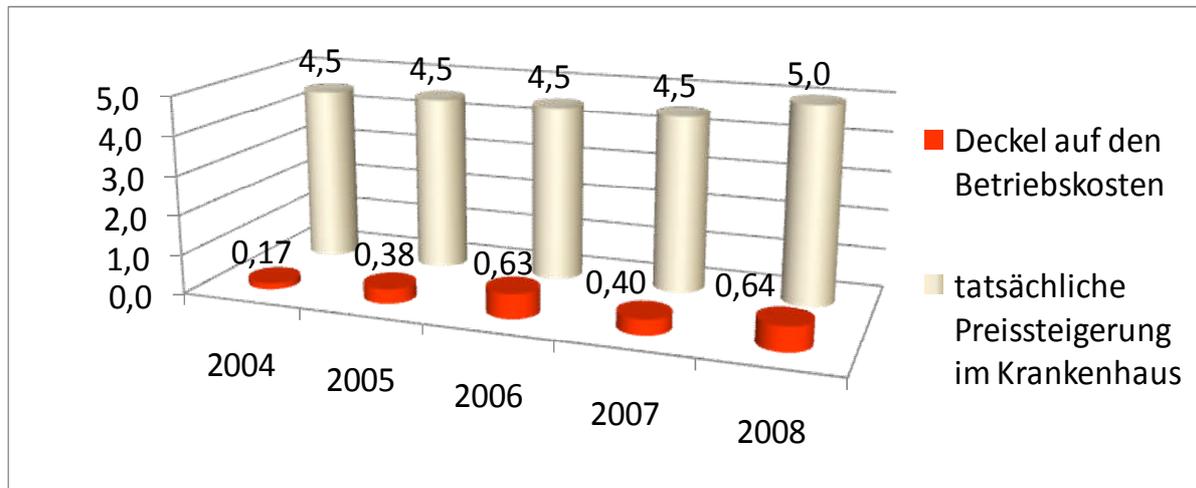
Zusätzlich werden auch immer öfter unabweisbare Investitionen eigen- oder kreditfinanziert getätigt, um die sinkende oder ausbleibende Investitionsleistung der Bundesländer zu kompensieren.

Wie absurd diese Entwicklung ist, wird deutlich, wenn man sie auf eine andere Branche überträgt.

„Autos werden immer billiger!

Bekanntlich ist die Gesamtsumme, die in Deutschland für neue Autos ausgegeben werden darf, gesetzlich auf 125 Milliarden Euro festgelegt worden. Alle Konzerne versuchen, ihren Marktanteil zu halten, indem sie immer mehr Autos produzieren. Deshalb wird das einzelne Auto immer billiger, hat immer weniger Extras und die Produktionsanlagen werden auf Verschleiß gefahren.“

Einnahme und Kostenentwicklung der Krankenhäuser:



Quelle: ver.di Fachbereich 03 zur Situation der Krankenhäuser

- 2) Die Krankenhäuser und damit die Belegschaften sind auf Grund der bestehenden Finanzierungsbedingungen (Budgetdeckel und zunehmender Ausfall der Landesförderungen bei Investitionen) in einer zunehmend unerträglichen Situation.**

Die Unterfinanzierung der Krankenhäuser und daraus folgende Einsparungen bestimmen seit Jahren, verschärfend die Beschäftigungsbedingungen aller Berufsgruppen in den Krankenhäusern und damit auch die Bedingungen der Patientenversorgung.

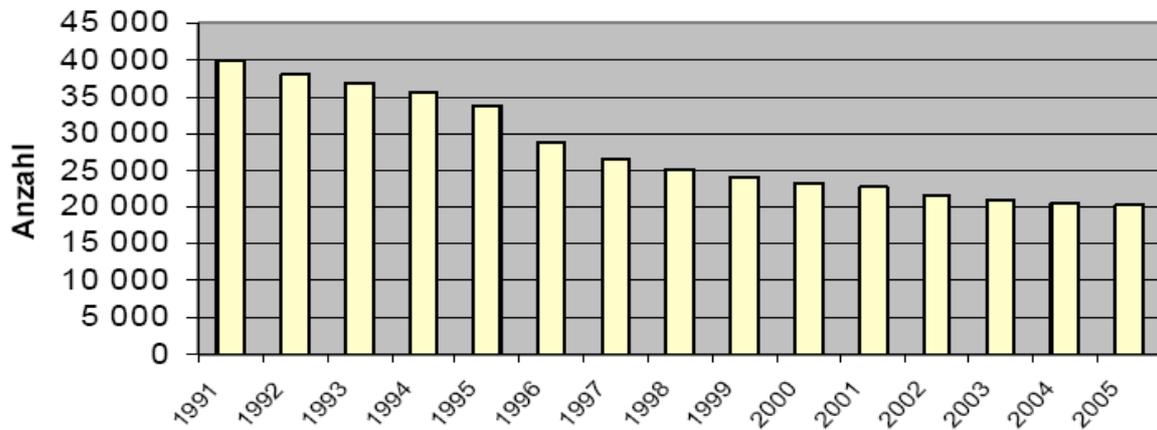
Beschäftigungsbedingungen sind Behandlungsbedingungen im Krankenhaus!

3) Kapazitätsabbau am Beispiel Berlin

Seit 1990 wurden ca. 23.000 Krankenhausbetten und das dazugehörige Personal abgebaut. Die Zahl der Patienten stieg in diesem Zeitraum um 13% auf 693.000 im Jahr 2005 (siehe Grafiken auf Seite 4 und 5). Im Ergebnis lag die Produktivität der Beschäftigten bereits 2005 über dem Bundesniveau.

¹ Modernes Krankenhausmanagement; Salfeld, Hohner, Wichels; Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2008

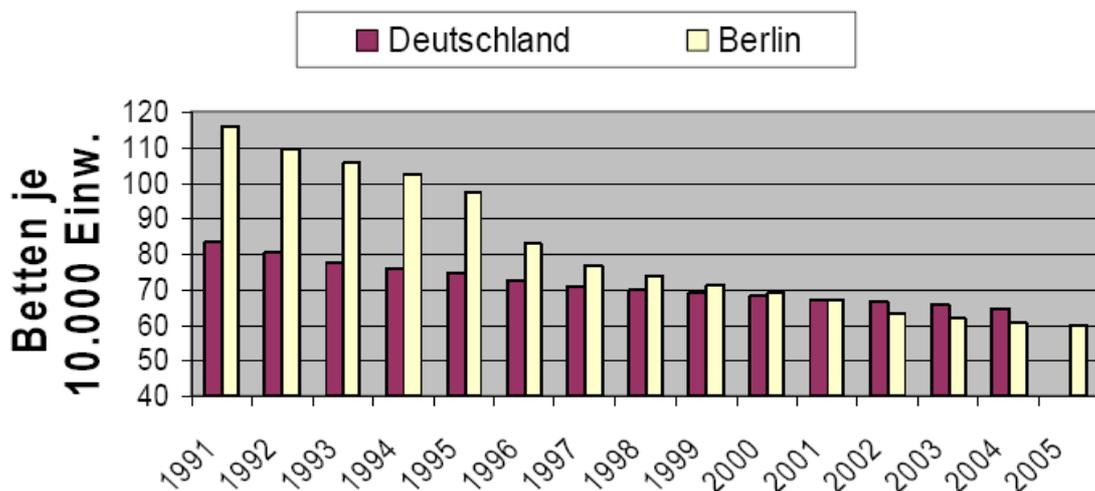
Im Jahresdurchschnitt aufgestellte Betten in Berlin



Quelle: StaLA Berlin

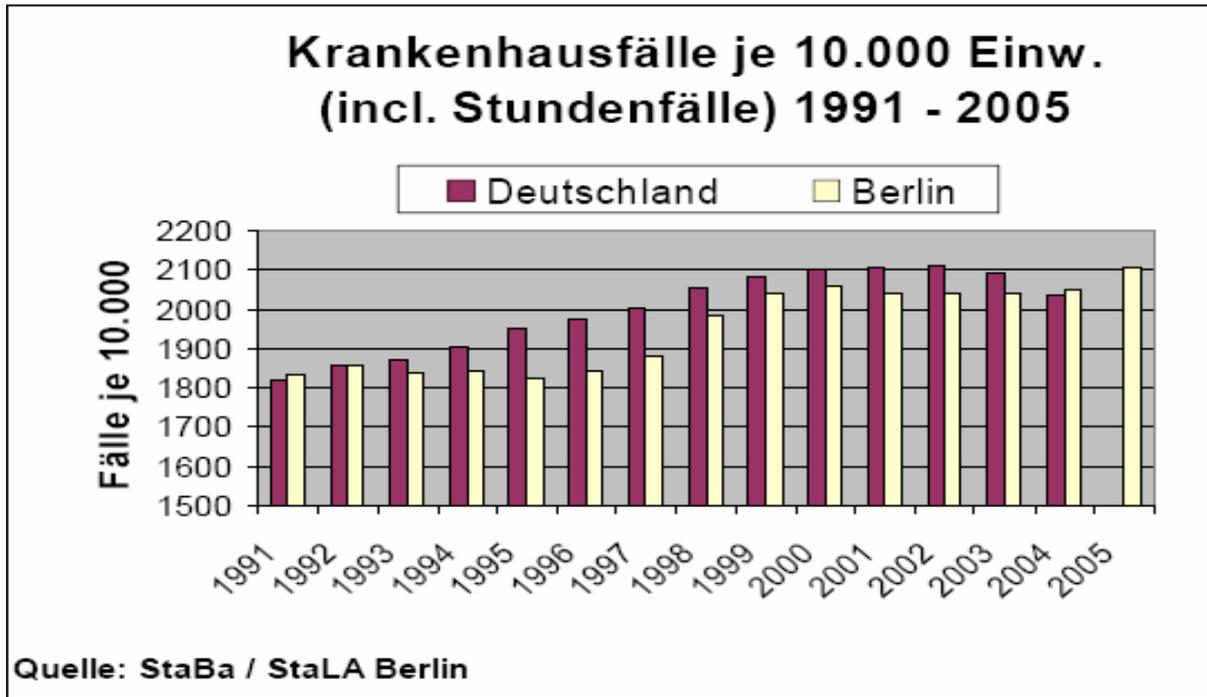
Die Krankenhausbettenzahl sank von 43.000 in 1990 auf 23.000 im Jahre 2005. 2008 liegt sie bei ca. bei 19.500

Betten je 10.000 Einwohner

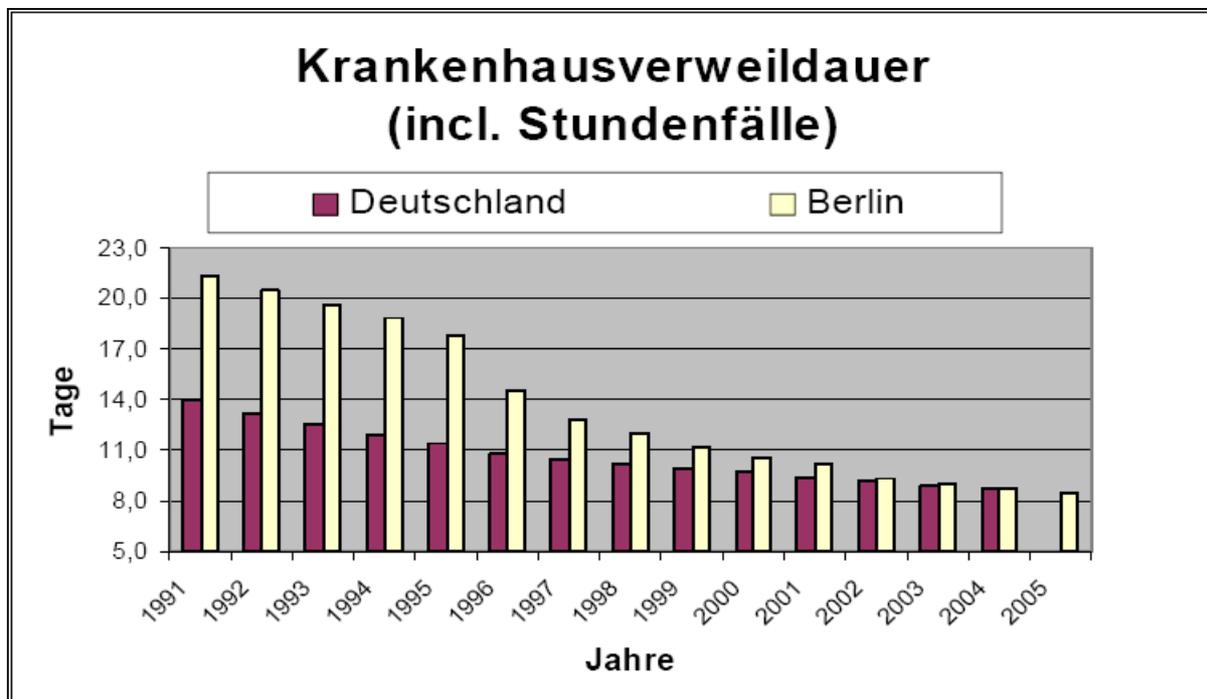


Quelle: StaBa / StaLa Berlin

Bettendichte sank von bundesweit höchster Dichte 116 je 10.000 Einwohner 1991 auf den bundesweit niedrigsten Wert von 55 je 10.000 Einwohner 2005.



Die Zahl der stationäre Behandlungsfälle stieg um 13%



Die Krankenhausverweildauer wurde über den dargestellten Zeitraum mehr als halbiert. (1991 21,3 Tage; 2005 8,4 Tage)

4) Entwicklung am Beispiel der Vivantes GmbH

Die Vivantes GmbH in Berlin ist ein 2001 gebildeter kommunaler Klinikverbund von 9 Krankenhäusern mit folgenden Kennzahlen für 2007: ca. 13.000 Beschäftigten, ca. 700 Mio. € Umsatz, 5000 Betten, ca. 190.000 Patienten, Jahresüberschuss 4 Mio. €

- seit 2001 bis heute 1000 Betten abgebaut
- Das jährliche Budget für Krankenhausleistung wurde von 2002 bis 2006 von 740 auf 626 Mio. Euro abgesenkt. Für das Jahr 2007 und 2008 erfolgte keine weitere Absenkung
- Seit 2001 wurden 3000 Arbeitsplätze abgebaut
- 2004 über einen Notlagentarif zusätzlich 34 Mio. Personalkosten abgesenkt
- 2004 - 2006 Sanierungsprogramm
- Eigeninvestitionsquote höher als Landesförderung
- jährliche Patientenzunahme von ca. 1%, das entspricht 2000 Patienten

Die bisherige Reduktion der Kosten erfolgte allein über die Personalkostensenkung, bei steigenden Sachkosten (*siehe Grafiken auf Seite 7*).

Der interne Verteilungskampf der Berufsgruppen bzw. ihrer Verbände, um das geringer werdende Personalbudget hat begonnen und gefährdet das soziale Miteinander im Krankenhaus.

Maßnahmen zur Einsparung im Energiebereich, hatten lediglich eine Verlangsamung der Kostensteigerung zur Folge.

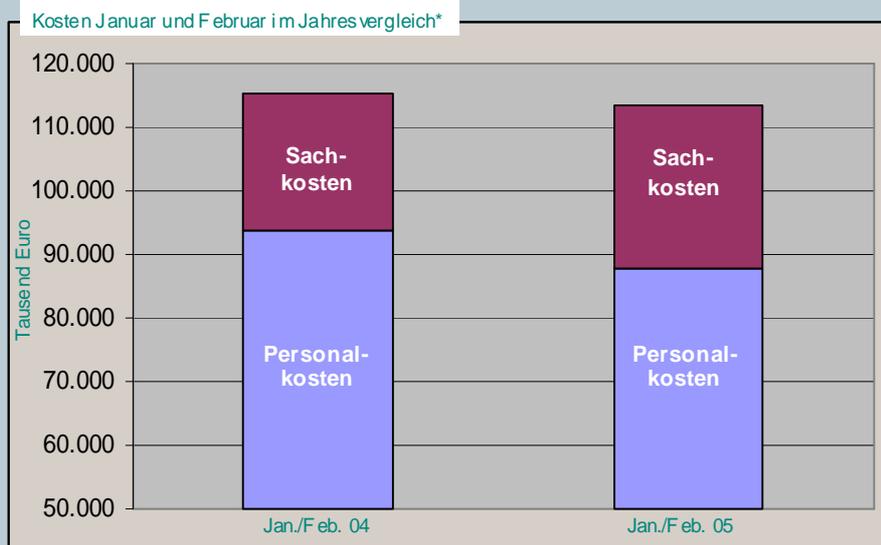
Gründe: Entwicklung der Energiepreise bei fehlenden Investitionsmitteln für umfangreichere Maßnahmen

Da weitere Einsparungen auf Grund der Kostenentwicklung notwendig werden und dies in der vorhandenen Struktur nicht mehr möglich ist, werden jetzt Standortaufgaben erwogen bzw. sind geplant. So wird z.B. das Klinikum Prenzlauer Berg, ein Haus der Grund und Regelversorgung, aufgegeben werden. Nach Umsetzung werden in diesem Stadtteil keine Krankenhausbetten mehr vorgehalten.

2008 stehen Krankenhäuser am Ende der Rationalisierungsphase und Beginn der Rationierung von Versorgungsangeboten.

Wirtschaftliche Auswirkungen des Sanierungsprogramms

- Der Rückgang der Kosten ist allein auf die Reduzierung der Personalkosten zurück zu führen.

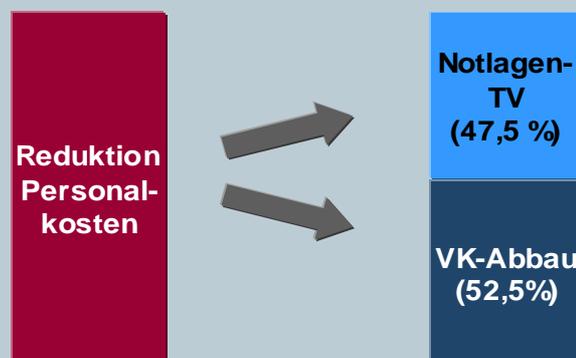


*Quelle: Monatsberichte der GF; eigene Berechnungen

30 Betriebsrat

Wirtschaftliche Auswirkungen des Sanierungsprogramms

- Der Rückgang der Personalkosten dürfte grob je zur Hälfte auf den Notlagentarifvertrag und auf den VK-Abbau zurück zu führen sein*.



* statistische Berechnung

31 Betriebsrat

5) Personalabbau konzentriert sich auf Pflegebereich

Infolge der Verweildauerreduzierung und dem damit verbundenen Kapazitätsabbau in den Krankenhäusern einerseits und der ausschließlichen Orientierung des Vergütungssystems für Krankenhausleistung auf medizinische Diagnose und Inhalt der ärztlichen Behandlung andererseits, konzentrierte sich der Personalabbau in den Krankenhäusern verstärkt auf den Pflegebereich.

Diese Entwicklung drückt sich in vielen Statistiken und nüchternen Zahlen aus.

Im Jahre 2006 existierten bundesweit 50.000 Stellen im Pflegebereich, weniger als 10 Jahre zuvor.

Damit sank die Zahl der Vollkräfte im Pflegebereich in den deutschen Krankenhäusern erstmals unter 300.000. Dem gegenüber wurden 2006 ca. 900.000 mehr Patienten in den deutschen Krankenhäusern behandelt, als 10 Jahre zuvor.

Das sind 59 Patiententlassungen pro Pflegekraft und Jahr. Das war 2005 europaweit Spitze, wie der OECD Vergleich aufzeigt (Bsp. Frankreich 31, England 41).²

Berliner Entwicklung:

2006 gab es 12.500 Stellen in den Krankenhäusern 3% weniger als ein Jahr zuvor.³

Vivantes GmbH

Bei der Vivantes GmbH wurden seit Gründung im Jahre 2001 allein 900 Stellen im Pflegebereich abgebaut, dies entspricht einer Reduktion um 22,5%.

2001	4000 Stellen im Pflegebereich
2007	3080 Stellen im Pflegebereich

Es gibt eine riesige Kluft zwischen den eigenen Ansprüchen und den realen Möglichkeiten, die Arbeit am Patienten noch zu leisten!

Eine Befragung im Jahre 2007 von ca. 1000 Pflegekräften in den 9 Krankenhäusern der Vivantes GmbH zeigt dies klar auf.⁴ Nur durch den hohen ethischen Anspruch der Beschäftigten an ihren Beruf, wird bisher ein spürbarer Abfall in der Qualität der Betreuung von Patienten noch kompensiert.

Die andauernde grenzwertige Belastung führt jedoch zum Anstieg krankheitsbedingter Ausfallzeiten und zu psychosomatischen Beschwerden.

Deutlich ist und wurde in dieser Untersuchung, dass bei den Pflegekräften Anspruch und Wirklichkeit an die eigene Arbeit im *Reparaturbetrieb* Krankenhaus weit auseinander liegen.

- Nur ein Drittel der Arbeitszeit wird am Patienten verbracht
- Nur 5% haben das Gefühl eine hohe Pflegequalität zu erreichen
- 65% werden ihren eigenen Ansprüchen nicht gerecht

² Modernes Krankenhausmanagement; Salfeld, Hehner, Wichels; Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2008

³ Statistisches Landesamt Berlin, Bericht 2006

⁴ Betriebsrat der Vivantes GmbH, Pflegekräfte in Vivantes, Auswertung von 1006 Antwortbögen 2007

Oder konkreter: Wollen Sie von Pflegekräften behandelt werden, deren Arbeit in den letzten Jahren immer belastender wurde und die dennoch weniger verdienen als vor fünf Jahren, und die erwarten müssen, dass diese Entwicklung so weiter geht?

6) Position

Es ist dringend notwendig die Budgets und Investitionen der Krankenhäuser den realen Bedingungen anzupassen und die dafür notwendigen politischen Rahmenbedingungen auf Bundes- und Länderebene zuschaffen.

- Budgetentwicklung die sich an der realen Kostensituation orientiert
- Gesicherte Refinanzierung der tariflichen Entwicklung für die Krankenhäuser
- Berücksichtigung der pflegerischen Leistung bei den Erlösen für Krankenhausleistung
- Sicherstellung der Investitionszahlungen
- Rücknahme des Sanierungsbeitrages für die Krankenkassen

Es ist dringend notwendig die Voraussetzungen für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern zu schaffen.

Krankenhausbeschäftigte haben keine Lobby, da sie zuallererst Lohnnebenkosten sind!

Krankenhäuser erbringen ihre Versorgungsleistung im Spannungsfeld von Krankenhausplanung, Budgetplanung und der Leistungserbringung unter marktwirtschaftlichen Kriterien.

Sofern es zu keiner nachhaltigen Verbesserung der Finanzbedingungen für Krankenhäuser kommt, wird eine gesamtgesellschaftliche Diskussion, Position und Festlegung zur Rationierung von Krankenhausleistungen notwendig werden. Dies betrifft die Vorhaltung von Krankenhauskapazität genauso, wie die Erbringung von einzelnen Behandlungen.

Moritz Naujack