

„Pflege- und Servicemanagement-Konzept“ der Städtischen Kliniken: Ein Konzept gegen die Beschäftigten und Patienten

Von Orhan Akman und Ursula Stöger

Durch die Transformation in ein kapitalistisches Unternehmen in Form einer GmbH wurden die Münchner Krankenhäuser vor einigen Jahren den Regeln des Kapitalismus ausgesetzt. Das „Credo“ eines kapitalistischen Unternehmens ist bekanntlich das Erwirtschaften eines maximalen Gewinns. Wer auf die Dauer sich auf dem kapitalistischen Markt nicht behaupten kann, der wird entweder von anderen Unternehmen geschluckt oder ganz vom Markt verdrängt. Genau dies hat die Rathaus-Mehrheit (SPD/Grüne) mit ihrem Beschluss zur Umwandlung der öffentlichen Münchner Kranken-

häuser in eine GmbH bewirkt. Dadurch spielt auf einmal die qualitative Versorgung der Patienten keine entscheidende Rolle mehr. Vielmehr geht es nun darum, ob und wie sich die „Städtische Klinik München GmbH“ auf dem Markt behaupten kann.

In der Vollversammlung des Münchner Stadtrates vom 23. Juli 2008 standen einige Auswirkungen der Ausgliederung in eine GmbH zur Debatte. Demnach sind bei den Städtischen Kliniken München größere Veränderungen in der Aufbauorganisation im Gange. Die Klinikgeschäftsleitung will im Rah-

Zu dieser Publikation

Im Krankenhaus und in den Kliniken sollte sich eigentlich alles um den Patienten drehen. Zumindest war dies weitgehend früher so. Heute dreht sich in deutschen Krankenhäusern fast alles um den Gewinn. Der Schweizer Gesundheitsökonom Gerhard Kocher bringt es mit einem Satz auf den Punkt: „Gesundheit lässt sich nicht kaufen, aber sehr gut verkaufen.“

Allein in den letzten zehn Jahren wurden 100.000 Arbeitsplätze in den Krankenhäusern und Kliniken in Deutschland vernichtet, die Hälfte davon in der

„Gesundheit lässt sich nicht kaufen, aber sehr gut verkaufen.“

Pflege. Im selben Zeitraum stieg die Zahl der Patienten um eine Million. Von 1990 bis 2006 wurden rund 400 von 1100 öffentlichen Krankenhäusern geschlossen oder verkauft, während im gleichen Zeitraum 200 private Kliniken entstanden sind.

Welche Folgen hat diese Entwicklung für die städtischen Kliniken in München? War die Flucht der Münchner Kliniken in das Privatrecht in Form einer GmbH der richtige Weg? Warum wird Personal in den Münchner Kliniken abgebaut, während Leiharbeit hier zunimmt? Welche Folgen hat dies für die Krankenhausbeschäftigten und die Patienten in München? Was sagen die Beschäftigten und deren Interessensvertretungen dazu?

Das sind einige der Fragen, auf die wir in dieser Publikation eingehen. Zu Wort kommen Beschäftigte und Betriebsräte der städtischen Kliniken als Betroffene, aber auch Experten, die sich mit der Situation öffentlicher Krankenhäuser auseinandersetzen.

Orhan Akman, ver.di Gewerkschaftssekretär
und e.a. Stadtrat für DIE LINKE in München

Medizinisches und Pflegepersonal in der Städtisches Klinikum München GmbH

Klinik	Ärzte/innen	Pflegepersonal
Schwabing	348	848
Thalkirchner Straße	20	70
Bogenhausen	358	823
Harlaching	295	726
Neuperlach	191	481
Zusammen	1212	2948

Quelle: Statistisches Jahrbuch der LH München 2008, S. 79, Stand: 31.12.2007

men des „Pflege- und Servicemanagement-Konzeptes“ größere Einheiten in den Krankenhäusern schaffen und Bereiche zusammenlegen. Dies wird weitgehende Folgen für die Klinik-Beschäftigten und deren Arbeitsbedingungen mit sich bringen, weil das Konzept zum größten Teil auf den Rücken der Klinik-Beschäftigten umgesetzt werden soll. Der Mitarbeiterereinsatz soll über den Zuständigkeitsbereich hinaus übergreifend flexibilisiert werden. Durch das Zusammenlegen der Stationen wird den Beschäftigten das Tauschen von Diensten untereinander zunehmend erschwert. Die Stelle der stellvertretenden Stationsleitung fällt ganz weg. Die „Karrieremöglichkeiten“ der unteren Lohn- und Gehaltsgruppen am Arbeitsplatz werden beschnitten. Weiterhin sollen die durch Fluktuation (wegen Rente, Altersteilzeit usw.) frei werdenden Stellen weitgehend nicht nachbesetzt werden. Allein im Vergleich zum Vorjahr (2007-2008) wurden etwa 200 Arbeitsplätze in den Münchner Krankenhäusern abgebaut, während die Zinserträge der Kliniken im gleichen Zeitraum gestiegen sind. Die Klinik-Geschäftsleitung will die Personalkosten kontinuierlich bis 2012 auf das Niveau von 2005 drücken bzw. reduzieren, während die Fallzahl im vollstationären Bereich trotz Ärztestreik im letzten Jahr bereits gestiegen ist und ab 2009 weiter mit einer jährlichen sukzessiven Steigerung zu rechnen ▶

Leiharbeit in der Städtisches Klinikum München GmbH (StKM)	
Anzahl der Leiharbeitskräfte	Bei rd. 8.300 Mitarbeiter/innen werden 94 Leiharbeitskräfte (Stand September 2008) kurz- bis mittelfristig eingesetzt.
Abteilungen bzw. Tätigkeitsfelder, in denen Leiharbeitskräfte eingesetzt werden	Klinikum Bogenhausen: Pflegedienst (17), medizinisch-technischer Dienst (4), Verwaltung (2) Klinikum Harlaching: Pflegedienst (12), Verwaltung (2) Klinikum Neuperlach: Pflegedienst (1), medizinisch-technischer Dienst (1), Verwaltung (2) Klinikum Schwabing/Facility Management: Ärztl. Dienst (1), Pflegedienst (9), medizinisch-technischer Dienst (1), Versorgung/Technik (36), Verwaltung (4) Medizinisches Dienstleistungszentrum: Medizinisch-technischer Dienst (1) Geschäftsführung: Verwaltung (1)
Gültiger Tarifvertrag	Tarifliche Bezahlung nach dem Tarifvertrag der Leiharbeitsfirma. Zur Art des Tarifvertrages kann die LHM keine Angaben machen. Die Arbeitnehmerüberlassungsverträge werden seitens der StKM auf tarifgemäße Bezahlung bzw. Bezahlung nach Mindestlohn überprüft.
Anzahl der Leiharbeiter/innen, die bisher in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis übernommen wurden	Die Übernahmequote liegt bei 7 bis 50 Prozent, in Abhängigkeit von Berufsgruppe, Einsatzgebiet und dem Grund für den Einsatz.
Anzahl der durch den Einsatz von Leiharbeit abgebauten regulären Arbeitsplätze	Keine
Gründe für den Einsatz der Leiharbeitskräfte	<ul style="list-style-type: none"> • Überbrückung von Zeiten bis zur regulären Besetzung der Stelle • wenn Abwesenheitszeiten, z.B. durch Krankheit, nicht anderweitig kompensiert werden können • zeitnahe Nachbesetzung einer Stelle, wenn qualifiziertes Personal auf dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung steht.
Die Angaben wurden Stadtrat Orhan Akman auf seine Anfrage von Oberbürgermeister Christian Ude übermittelt.	

► ist. Das bedeutet Arbeitsverdichtung und Druck auf die Beschäftigten.

DIE LINKE hat das „Konzept Pflege- und Servicemanagement“ sowohl im Gesundheitsausschuss als auch in der Vollversammlung des Münchner Stadtrates am 23. Juli 2008 kritisiert und auf die verheerenden Folgen des Konzeptes für die lohnabhängig Beschäftigten hingewiesen. Denn das Konzept und der damit verbundene Personalabbau haben auch verheerende Folgen für die Patienten. So sind die Beschwerden der Patienten von 2006 auf 2007 um 20 Prozent gestiegen. Dabei bezogen sich die meisten Beschwerden auf Mängel der medizinisch-pflegerischen Versorgung.

DIE LINKE hat in der Vollversammlung des Stadtrates gegen die Umsetzung des Konzeptes gestimmt. Sowohl die Grünen als auch die SPD haben das Konzept und damit auch den Personalabbau in den Kliniken befürwortet. Das zeigt wieder einmal, dass in Arbeitnehmerbelangen längst kein Verlass auf die Sozialdemokraten und ihren Bündnispartner Die Grünen ist. Umso wichtiger ist und wird die Rolle und die Verantwortung für DIE LINKE im Stadtrat. Dieser Verantwortung stellen wir uns.

Orhan Akman ist Gewerkschaftssekretär bei ver.di München und Stadtrat für DIE LINKE. Ursula Stöger ist Mitarbeiterin der Stadtratsgruppe.

Kommunalpolitische Forderungen der Münchner Parteien zu den Kliniken		Quelle: Kommunalwahlprogramme der Parteien
DIE LINKE	<ul style="list-style-type: none"> • Beibehaltung der öffentlichen Strukturen im Gesundheitswesen • Verbleib der Kliniken und Gesundheitseinrichtungen im Besitz der Stadt München • Keine Ausgliederungen und kein Lohndumping bei gesundheitlichen Dienstleistungen 	
SPD	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunale Daseinsvorsorge im Gesundheitsbereich in Form einer GmbH • Verbleib der städtischen Kliniken in städtischer Hand 	
Grüne	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunale Kliniken • Umstrukturierung der Kliniken, um eine effiziente, hochwertige Versorgung durch Festlegung von Qualitätsstandards, die sich an den Bedürfnissen der Patient/innen, Mitarbeiter/innen und an ökologische Kriterien ausrichtet, zu gewährleisten. 	
CSU	<ul style="list-style-type: none"> • Erhalt aller städtischen Kliniken an ihrem Standort • Ausstattung der städtischen Kliniken mit ausreichend Eigenkapital durch die Stadt München, um mit der medizinischen Entwicklung Schritt zu halten und die notwendigen Investitionen zu tätigen • Breites und hochwertiges Angebot der Grundversorgung und flächendeckend ausreichend Betten • Gegen Dumpinglöhne zur Sicherung hoher Qualität bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung • Wirtschaftlichkeit muss durch Synergieeffekte, Effizienzsteigerungen und schlankes Management erfolgen; sie darf nicht zu Lasten der Versorgungsqualität gehen 	
FDP	<ul style="list-style-type: none"> • Städtische Kliniken für den nationalen und internationalen Wettbewerb fit machen • Sanierung der städtischen Kliniken durch erfahrene und kompetente Betreiber • Langfristige Privatisierung der städtischen Kliniken zur Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit des Klinikstandortes München • Steigerung der Effizienz der Gesundheitsversorgung und Befreiung der Bürger/innen vom Schuldendienst städtischer Beteiligungen an den Kliniken 	

Gesellschaftsvertrag der Städtisches Klinikum München GmbH

Von Erhard Reinfrank

Mit dem Beschluss des Stadtrates der Landeshauptstadt München vom Sommer 2004, die fünf städtischen Krankenhäuser Bogenhausen, Harlaching, Neuperlach, Schwabing und Thalkirchner Straße und die Nebenbetriebe Zentralwäscherei, Blutspendedienst und Institut für Pflegeberufe in der Rechtsform einer GmbH zu führen, wurde zum 1.10.2004 die Städtisches Klinikum München GmbH (StKM) gegründet.

Eine zwingende rechtliche Voraussetzung für die Gründung einer GmbH und die Eintragung in das Handelsregister ist der Abschluss eines Gesellschaftsvertrages. Er regelt alle Rahmenbedingungen für das Wirtschaften des Unternehmens.

Im Gesellschaftsvertrag des Städtischen Klinikums München ist festgelegt:

Gegenstand und Zweck des Unternehmens sind:

- der Betrieb der Krankenhäuser und der Nebenbetriebe,
- die wohnortnahe, bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen. Ebenso ambulante Gesundheitsleistungen und Leistungen der stationären und ambulanten Vor- und Nachsorge sowie Leistungen der Rehabilitation und Prävention,
- genehmigungsfreie Dienstleistungen an Dritte.

Strategische Ziele sind:

- die Versorgung der Münchner Bevölkerung auf Höchstniveau,
- das Anbieten von integrierter Versorgung,
- Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiter-orientiertes Handeln; Entscheidungsprozesse werden durch einen partizipativen Führungsstil unter Einbeziehung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entwickelt,
- die StKM bleibt ein wichtiger Wirtschaftsfaktor für die Landeshauptstadt München und fühlt sich dem Erhalt bzw. der Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen verpflichtet.

Organe der Gesellschaft:

- die Gesellschafterin (Stadtrat der Landeshauptstadt München),
- der Aufsichtsrat,
- die Geschäftsführung.

Zuständigkeit der Gesellschafterin:

- Festlegung des Leistungs- und Standardkataloges,
- Grundsätzliche Vorgaben für das Versorgungsangebot,
- Grundsätzliche Vorgaben zur Gesamtwirtschaftlichkeit,
- Grundsätzliche Vorgaben zur Unternehmenskul-

tur (z.B. Festlegung der grundlegenden Organisationsstruktur; Gründung von Tochtergesellschaften; Erwerb und Veräußerung von Betrieben, Unternehmen und Beteiligungen; Abschluss, Kündigung und Aufhebung von Unternehmensverträgen; Schließung von Betrieben),

- Grundsätzliche Vorgaben zum Personalbereich (Eintritt oder Austritt bei Arbeitgeberverbänden [KAV] und Zusatzversorgungseinrichtungen [ZVK]; Abschluss, Änderung und Beendigung von Tarifverträgen),
- Verabschiedung der jährlichen Unternehmensplanung und der fünfjährigen Finanzplanung,
- Feststellung des geprüften Jahresabschlusses,
- Erwerb, Veräußerung und Belastung von Grundstücken, Erbbaurechten ab einem bestimmten Wert nach Vorberatung durch den Aufsichtsrat,
- Änderung des Gesellschaftsvertrages; Auflösung der Gesellschaft.



Bild: verdi München

Aufsichtsrat:

- Paritätisch besetzter Aufsichtsrat (Mitbestimmungsgesetz von 1976),
- Der Aufsichtsrat besteht aus 16 Mitgliedern. Acht werden durch die Gesellschafterin bestellt (der 3. Bürgermeister, der Gesundheitsreferent und der Stadtkämmerer gehören dem Aufsichtsrat als geborene Mitglieder an, die anderen fünf Mitglieder werden nach Parteienproporz bestimmt [z.Zt. 2 x SPD, 2 x CSU, 1 x Bündnis 90/ die Grünen]), acht werden von den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern gewählt.

Zuständigkeit des Aufsichtsrates:

- Überwachung der Geschäftsführung,
- Bestellung oder Abberufung der Geschäftsführung,
- Festlegung von deren Vertretungsmacht,
- Wahl und Beauftragung des/der Abschlussprüfer/in,

- Feststellung, zu welchem Grad die Ziel- und Wirtschaftlichkeitsvorgaben des Vorjahres erreicht wurden,
- Der Aufsichtsrat muss zustimmen bei Überschreiten von Einzelvorhaben des Investitionsplanes von mehr als einem bestimmten Betrag; Aufnahme von Kontokorrentkrediten sowie Eingehen von Verbindlichkeiten außerhalb des Finanzplanes ab einem bestimmten Betrag,
- Der Aufsichtsrat berät und gibt eine Empfehlung an die Gesellschafterin bei der jährlichen Unternehmensplanung.

Ausschüsse des Aufsichtsrates:

- Vermittlungsausschuss,
- Prüfungsausschuss (berät die wirtschaftlichen Zahlen, den Jahresabschluss, den Unternehmensplan und den Fünfjahresunternehmensplan vor und berichtet dem Aufsichtsrat).

Förderung der Gleichstellung von Frauen und Männern:

- Die Geschäftsführung ist verpflichtet, die Ziele des BayGlG und der städtischen Gleichstellungspolitik auf betrieblicher und fachlicher Ebene zu fördern.

In diesem Gesellschaftsvertrag sind aber auch für die Beschäftigten der Städtischen Kliniken wichtige Sicherungen enthalten.

Die Landeshauptstadt München ist Alleingesellschafterin des Städtischen Klinikums München, somit auch für wichtige Entscheidungen, die die Mitarbeiter/-innen betreffen, zuständig.

- Die Zustimmung des Stadtrates bei Gründung von Tochtergesellschaften ist erforderlich. (Im Jahre 2006 beschloss die Geschäftsführung die

Gründung einer Servicegesellschaft für die Bereiche Reinigung, Küche und Textilservice. Dies hätte eine Absenkung der Einkommen für die betroffenen Beschäftigten von 30 % bis 40 % zur Folge gehabt. Der Aufsichtsrat lehnte dieses „Outsourcing“ ab und gab dem Stadtrat eine diesbezügliche Empfehlung. In der Vollversammlung des Stadtrates vom 13.12.2006 wurde der Gründung einer Servicegesellschaft dennoch mehrheitlich zugestimmt. Nach intensiver wirtschaftlicher Beweisrechnung und mehreren Aktionen der Betroffenen und der Gewerkschaft ver.di wurde der Beschluss im Sommer 2007 zurückgenommen.)

- Sollte die Geschäftsführung „unrentable“ Bereiche verkaufen oder schließen wollen, muss der Stadtrat seine Zustimmung erteilen.
- Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Städtischen Klinikums gibt es enorme Sicherheit, dass der Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes (TVöD) angewandt wird. Es ermöglicht ihnen ein Auskommen in der teuren Stadt München.
- Die Anwendung des TVöD ist verbunden mit einer Mitgliedschaft des Städtischen Klinikums München im Kommunalen Arbeitgeberverband (KAV). Ein Austritt aus dem KAV muss vom Stadtrat beschlossen werden.
- Zum Abschluss, zur Änderung oder Beendigung von Tarifverträgen muss der Stadtrat ebenfalls seine Zustimmung erteilen.

Erhard Reinfrank ist Betriebsratsvorsitzender, Klinikum Neuperlach. Siehe auch Seite 10.

Interview mit Irene Gölz und Stefan Jagel von der Gewerkschaft ver.di

Können Sie sich bitte kurz vorstellen?

• *Irene Gölz*, Gewerkschaftssekretärin bei ver.di Bayern, im Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen, Mitglied des Aufsichtsrates der Städtisches Klinikum München GmbH (StKM)

• *Stefan Jagel*, Gewerkschaftssekretär bei ver.di München, im Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen, Betreuungssekretär für die Städtisches Klinikum München GmbH (StKM)

Fangen wir mit dem Positiven an. Was läuft in den städtischen Kliniken und Krankenhäusern besser als im Bereich der privaten Kliniken und Krankenhäuser?

Der wichtigste Unterschied: Die städtischen Kliniken müssen keine Rendite erwirtschaften, die irgendwelche Anteilseigner bedient. Die Privaten erreichen diese unter anderem mit einer niedrigeren Personalquote. Die Rendite bei den Privaten wird oft auf dem Rücken des Personals erwirtschaftet. Diese „bezahlen“ sie durch noch heftigere Arbeits-

verdichtung (weil noch weniger Personal) und durch eine vermehrte Ersetzung von Fachkraftstellen durch Hilfskraftstellen.

Die städtischen Kliniken wurden erst vor ein paar Jahren in eine GmbH umgewandelt. Welche Folgen hat das bis heute für die Beschäftigten gehabt?

Am deutlichsten sind die Folgen bei der Interessenvertretung und Mitbestimmung: Es gibt jetzt Betriebsräte statt wie früher Personalräte: Es gibt einen Wirtschaftsausschuss sowie einen paritätisch besetzten Aufsichtsrat. Dies macht die betriebliche Interessenvertretung deutlich stärker und durchsetzungsfähiger.

Die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf Fallpauschalen hat allerdings heftigere und vor allem negativere Auswirkungen für die Beschäftigten gehabt als der Akt einer Rechtsformänderung.

... und Folgen für die Patienten?

Die Rechtsformänderung ist unserer Meinung nach auch hier zweitrangig. Wichtiger ist die Bildung eines Gesamt-Betriebes im Vergleich zu den vor der GmbH-Gründung bestehenden mehreren Eigen-

und Regiebetrieben der Stadt. Diese Gründung hat Synergieeffekte ermöglicht z.B. bei der häuserübergreifenden Bündelung und dem Ausbau von Kompetenzen, was den PatientInnen zugute kommt.

Was sind die drei größten Probleme aus der Sicht von ver.di und den Beschäftigten in den städtischen Kliniken München?

Erstens: Die unglaubliche Arbeitsverdichtung, die insbesondere durch die verkürzte durchschnittliche Verweildauer der PatientInnen (von 7,9 in 2006 auf etwa 7,1 Tage in 2008) und eine Fallzahlsteigerung von rund 14 % von 2006 bis 2008 verursacht wurde. Das hat zur Folge, dass deutlich mehr PatientInnen in kürzerer Zeit behandelt werden. Diese Verdichtung ist für die Kolleginnen und Kollegen ausgesprochen belastend und hat die Arbeit zunehmend unpersönlicher gemacht.

Zweitens: Der Personalabbau insbesondere im Pflegebereich: Seit 2004 gibt es 550 Pflegestellen weniger.

Beides zusammen hat auch zur Folge, dass die Tätigkeit insbesondere des Pflegepersonals zunehmend wieder – nach tayloristischem Vorbild – in einzelne Arbeitsschritte zerlegt wird, weg vom mühsam erkämpften ganzheitlichen Behandlungsansatz, wo eine Pflegekraft alle Maßnahmen bei einem Patienten durchführt und nicht nur z.B. zum Blutdruckmessen über die ganz Station zu allen PatientInnen rennt. Für einen ganzheitlichen Ansatz sind mehr Pflegekräfte nötig.

Drittens: die unzureichende Krankenhausfinanzierung. Dazu verweisen wir auf den Artikel unseres Kollegen Michael Wendl. (Siehe Seite 11/12 dieser Ausgabe, Red.)

Mit all diesen Problemen und ihren Folgen für die Beschäftigten sind jedoch nicht nur die städtischen Kliniken konfrontiert.

Welche Lösungswege- bzw. -ansätze wären aus eurer Sicht hierzu denkbar?

Es muss mehr Geld ins System. Das haben sich die Krankenhausbeschäftigten im letzten Jahr mit vielfältigen und beeindruckenden Aktionen erkämpft. Mit der Forderung „Der Deckel muss weg“ haben die Kolleginnen und Kollegen zusammen mit ihrer Gewerkschaft und u.a. mit großer Unterstützung der Geschäftsführung der StKM erreicht, dass es zu einer Aufstockung der Budgets kommen wird, welche die Krankenkassen mit den Krankenhäusern aushandeln. Die beschlossenen Verbesserungen reichen längst nicht aus, werden aber zu einer Entlastung führen. Wichtig ist, dass diese zusätzlichen Gelder nun auch wirklich dem laufenden Betrieb zugeführt werden und nicht für Investitionen verwendet werden, damit sie für das Personal eine wirkliche Entlastung bringen.

(Mehr dazu siehe im Artikel von Erhard Reinfrank zur „Deckelkampagne“.)

Welchen Beitrag können der Stadtrat und die Landeshauptstadt München als hundertprozentiger Inhaber der Kliniken bei der Lösung der geschilderten Probleme leisten?

Es wäre wichtig, dass die Stadt nicht auf angebliche „EU-rechtliche Hindernisse“ für eine direkte finanzielle Förderung der StKM verweisen würde. Hierzu wird auf Betreiben der deutschen privaten Klinikkonzerne ein Verfahren beim EuGH betrieb-

ben, welches den Kommunen verbieten soll, für ihre Krankenhäuser einen Defizitausgleich vorzunehmen. Es hat den Anschein, dass sich die Stadt hinter diesem Verfahren „versteckt“ und jetzt schon so tut, als würden die Privaten mit ihrer Klage Erfolg haben, wonach es aber derzeit gar nicht aussieht.

Die Landeshauptstadt München sollte sich umgehend um die jetzt zur Verfügung gestellten Mittel aus dem Konjunkturpaket des Bundes bemühen und einen Teil dieser Gelder der StKM für die Modernisierung und die anstehenden großen Baumaßnahmen zur Verfügung stellen. Alle Gelder, die von außen kommen, entlasten die StKM und müssen nicht über die Betriebskosten und damit in der Regel zu Lasten des Personals finanziert werden.

Es heißt immer wieder, dass es schwer ist, Personal im Pflegebereich für die städtischen Kliniken zu finden. Stimmt das so?

Ja, das betrifft Fachkräfte (mit einer dreijährigen Ausbildung), insbesondere für die Funktionsbereiche wie den OP. Es ist außerdem nicht mehr nur schwer, sondern mittlerweile fast unmöglich, vor allem erfahrene Fachkräfte zu gewinnen.

Woran liegt das?

Es gibt zu wenig Nachwuchs. Die jetzt auf den Ausbildungsmarkt drängende Generation ist zahlenmäßig kleiner als alle anderen Generationen davor. Die wenigen potentiellen Auszubildenden sind heftig umworben von allen Industrie- und Dienstleistungszweigen. Berufe wie die der Gesundheits- und Krankenpflege mit geringerer Bezahlung als z.B. von Facharbeitern in der Industrie, mit hoher Arbeitsverdichtung und mit ungünstigen Arbeitszeiten haben es hier ausgesprochen schwer, attraktiv zu sein. Da sich an den Arbeitszeiten im Grundsatz nichts ändern lässt, bleibt, diese Berufe deutlich besser zu bezahlen.

Ein weiterer Punkt ist, dass die Verhandlungen über eine Entgeltordnung für den Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst anstehen und damit die Frage nach dem Wert und Preis der Arbeit im Krankenhaus neu zu beantworten ist. Der Personalreferent der Stadt München, Thomas Böhle, ist Vorsitzender des Arbeitgeberverbandes, der Oberbürgermeister ist Präsident des Städtetages. Beide fordern wir auf, zu verhindern, dass sich auf der Arbeitgeberseite diejenigen durchsetzen, die die Einkommen der Krankenhausbeschäftigten absenken wollen.

Eine kleine Zukunftsprognose: Was steht bei den Kliniken in den nächsten Monaten an?

Es wird spannend, wie viel Geld aus dem neuen Krankenhausfinanzierungsgesetz in den Kliniken ankommt und wie viele zusätzliche Pflegekräfte eingestellt und auch gefunden werden können. Gibt es hier eine Erleichterung, gibt es auch eine Erleichterung für das Personal.

Zudem stehen Tarifverhandlungen an über die Weiterzahlung von Erschwerniszuschlägen im Arbeiterbereich über den 31.12.08, und der „Münchenzulage“ (eine Zulage, die es zur Abfederung der hohen Lebenshaltungskosten für die unteren und mittleren Einkommen gibt) über den 31.12.09 hinaus.

Die Fragen stellten Ursula Stöger und Orhan Akman.

Aus Sicht der Krankenpflege Von Ingrid Greif

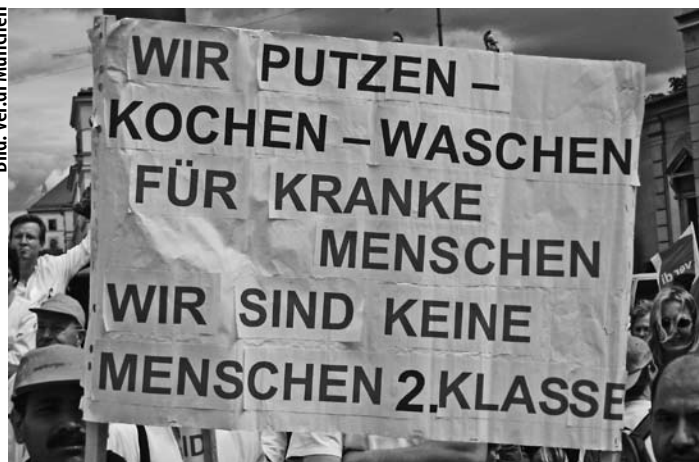
Dass in den Krankenhäusern bundesweit massiv Pflegestellen abgebaut wurden, ist inzwischen eine den Meisten bekannte Tatsache. Über die Konsequenzen sprechen leider die Wenigsten.

Geht man davon aus, dass das Pflegepersonal auch schon vorher stark belastet war (es gibt dazu genügend Studien), so muss sich jeder ernsthaft fragen, wie ein Stellenabbau bei gleichzeitiger Arbeitsintensivierung kompensiert werden soll und ab wann ein System zusammenbricht, weil die Grenzen seit langem überschritten sind.

Im Alltag sieht das ganz einfach so aus, dass der meistgesagte Satz einer Pflegekraft zum Patienten „Ich komme gleich“ lautet. Das mag jetzt für den Wunsch nach einer neuen Telefonkarte für den Patienten leicht auszuhalten sein, wenn aber die Wartezeit für ein Schmerzmittel eine Stunde beträgt, dann sieht das schon anders aus. Wenn ein Patient nicht mehr zur rechten Zeit gelagert werden kann, dann wird er davon Schäden davontragen, und wenn ein Patient nach einer Operation nicht mehr adäquat versorgt werden kann, dann wird mit seinem Leben gespielt.

Studien in den USA haben klar belegt, dass bei einer Reduzierung der Zahl der Pflegekräfte im Krankenhaus die Sterblichkeitsrate nach oben geht. In der BRD gibt es keine vergleichbaren Studien. Wer sollte auch ein Interesse haben, derartige Studien zu finanzieren.

Bild: ver.di München



Aber es wird mit dieser Politik nicht nur mit dem Leben kranker Menschen gespielt, sondern auch mit der Gesundheit und der Unversehrtheit des Pflegepersonals.

Da ist erst einmal die körperlich Belastung, da werden nicht selten Arbeitszeitgesetze gebrochen, da ist es schon Normalität, in der Freizeit angerufen zu werden, da die Dienste auf Station wieder einmal nicht abgedeckt sind. Da werden Lächer mit Leiharbeitskräften gestopft, die sich nicht auskennen, womit dem wenigen Stammpersonal noch mehr Verantwortung aufgebürdet wird.

All dies ist oft gesagt, aber auch da wird über die Konsequenzen nicht gesprochen.

Hochmotivierte junge Menschen fangen mit diesem Beruf an, um innerhalb kürzester Zeit an der Realität zu scheitern. Was in der Ausbildung gelehrt wird, kann nicht einmal mehr ansatzweise umgesetzt werden. Jede einzelne Pflegekraft muss es tagtäglich aushalten, einerseits genau zu wissen,

was eigentlich gemacht werden müsste, um den Patienten qualifiziert zu pflegen, so dass er die bestmögliche Chance erhält, gesund zu werden, und andererseits nicht einmal mehr Zeit zu haben für die allernotwendigsten Dinge. Ganzheitliche Pflege - die Pflegekräfte können darüber nur noch lachen. Es braucht wenig Phantasie, um sich vorzustellen, was es heißt, nachts allein bis zu 38 schwerkranke Patienten zu betreuen und nebenbei noch Routinearbeiten vom Tag zu bewältigen.

Es gibt für das Personal kaum Angebote zum Gesundheitsschutz. Jeder muss allein mit seinem schlechten Gewissen fertig werden, dass er vielleicht einen Tod hätte verhindern können, dass sich die Betreuung Sterbender nur noch darauf beschränkt, ab und zu mal kurz reinzuschauen, dass Patienten am Waschbecken nackt über lange Zeit sitzen gelassen werden, dass Patienten in ihrem Urin und Stuhlgang viel zu lange liegen gelassen werden, frisch Operierte über Stunden hinweg nicht mehr kontrolliert werden.

Das halten die Wenigsten aus. Die Einen steigen schon in den ersten Jahren aus, Manche werden psychisch oder physisch krank, Andere lassen nichts mehr an sich ran. Einige können nicht mehr freundlich sein. Da schreitet dann der Arbeitgeber meist sehr schnell ein mit Abmahnungen und Kündigungen, anstatt das Grundproblem zu lösen. Der Rest versucht zu retten, was noch zu retten ist.

Die Mehrheit der Patienten in den deutschen Krankenhäusern, die auf Hilfe angewiesen sind, wird nicht mehr adäquat versorgt.

Da können noch so viele Bücher über Pflegestandards geschrieben werden, da können noch so viele Blätter über Dekubitusprophylaxe, über Sturzprophylaxe gefüllt werden, noch so viele verschiedene Dokumentationshefte beschrieben, noch so viele Leitlinien an die Wände genagelt werden, jeder, der im Krankenhaus war, weiß, dass dies alles eine Farce ist und dem Zwecke dient, die tatsächlichen Zustände in den Krankenhäusern zu vertuschen.

Eine Gesellschaft, die sich entschlossen hat, Krankenhäuser zu privatisieren und der Konkurrenz preiszugeben, die Gesundheit als Ware auf den Aktienmarkt zu werfen, muss mit den Folgen leben. Diese Gesellschaft nimmt es billigend in Kauf, dass Menschen unnötigerweise sterben müssen, dass Menschen unnötigerweise zu Pflegefällen werden, dass Pflegekräfte an den Arbeitsbedingungen zu Grunde gehen.

Die Gesundheit ist, wie auch der Verkehr, die Post, die Telekommunikation oder die Ver- und Entsorgung Aufgabe des Staates und gehört nicht in die Hände von Kapitalunternehmen, deren einziges Interesse die Gewinnmaximierung ist.

Was bis heute verpasst wird, ist, ehrlich mit der Situation umzugehen und mit der Lüge aufzuhören, dass in deutschen Krankenhäusern qualitative Pflege geboten wird.

An den Pflegekräften scheitert es nicht. Sie sind gut ausgebildet und könnten eine perfekte Pflege bieten, wenn ihnen die Rahmenbedingungen gegeben würden.

Ingrid Greif ist Betriebsrätin und Krankenschwester im Klinikum Bogenhausen.

Gewinne und Renditen privater Krankenhaus- konzerne

Von Rudi Schwab

„Private Klinikketten stehen finanziell besser da, weil sie besser gemanagt werden.“

Diese Ansicht ist falsch. Die Rendite kommt aus vielen Quellen, die mit besserem Management nichts zu tun haben, wobei nicht alle Konzerne alle Möglichkeiten ausnutzen.

Personalpolitik

Weniger Personal

Private Klinikketten haben durchschnittlich 12 % weniger Personal (Vollkräfte je Bett) als der schon knappe Branchendurchschnitt: Besonders hohe Arbeitsbelastung, keine personellen Reserven, frühes Ausscheiden aus dem Berufsleben.

Der Aspekt „Personal“ wird unter der obersten Maxime „Wirtschaftlichkeit“ betrachtet. Nachdem 70 % – 80 % der Kosten eines Krankenhauses Personalkosten sind, wird hier das größte Sparpotential gesehen. Die Senkung der Personalkosten auf 55 % – 60 % ist z.B. erklärtes Ziel im Rhön-Konzern: „20 % – 40 % Kostensenkung und Qualitätsgewinn sind schmerzhaft und schwer (gemeint: für neue Mitarbeiter); es ist aber der erfolgreiche Weg, um aus Verlierern Gewinner zu machen.“ (Münch, Eugen, Rede vor dem Handelsblatt-Gesundheitskongress „Health 2001“)

Arbeit unter Stress

Die Beschäftigten in der Krankenversorgung arbeiten unter hohem Stress und enormer Belastung der eigenen Gesundheit. Fehler sind unvermeidbar. Es gibt allerdings keine Zahlen, die belegen, dass die Fehlerhäufigkeit in privaten Konzernen höher ist. Sicher ist, dass die Krankenversorgung nicht mehr in der Qualität geleistet werden kann, die sich die Beschäftigten bei der Wahl ihres Berufes vorgestellt haben.

Outsourcing

In Servicebereichen finden wir häufig besonders niedrige Bezahlung, besonders schlechte soziale Sicherung. Die absehbaren Kosten der Altersarmut wird später die Gesellschaft bezahlen. Mit dem Einsatz konzerneigener Leiharbeitsfirmen im eigenen Betrieb wird Leiharbeit zur Tariffucht missbraucht.

In einer der Rhönkliniken, der Amper-Kliniken AG in Dachau gibt es sogar – allerdings noch aus der Zeit vor der Übernahme durch den Rhön-Konzern herstammend – eine Leihfirma für Ärzte, über die die Mehrheit der im Krankenhaus Dachau arbeitenden Ärzte zu schlechteren Bedingungen angestellt ist.

Niedrigere Löhne

2006 lagen die Personalausgaben für eine Vollzeit-

kraft in der Pflege und im Funktionsdienst um 8,5 % unter dem öffentlichen Dienst, im medizinisch-technischen Dienst um 4,4 %, bei Hausmeistern und Haustechnikern um 6,4 %. „Wir würden den Versuch, uns auf BAT-Niveau binden zu wollen, als Angriff auf die Zukunft unserer Krankenhäuser betrachten...“ (Internetauftritt der Rhön-Klinikum AG, Thema: Bestehende Arbeitsverträge, Haustarifverträge, Erfolgsbeteiligung...)

Inzwischen gelingt es aber der Gewerkschaft bei den privaten Konzernen zunehmend, Annäherungen an das durchschnittliche Branchenniveau durchzusetzen.

Weniger Ausbildung

An der Ausbildung zu Pflegeberufen beteiligen sich private Konzerne unterdurchschnittlich. Sie leisten damit in der Branche einem Fachkräftemangel Vorschub.

Neue Berufsbilder, industrielle Arbeitsteilung

Teilweise werden konzerneigene Berufsbilder entwickelt, um qualifiziertes Personal einsparen zu können. Hier handelt es sich nicht um anerkannte Berufe, das Personal ist außerhalb des Konzerns kaum einsetzbar. Dies dient einer neuen, industriellen Arbeitsteilung: für einzelne Handgriffe am Patienten einzelnes, insgesamt geringer qualifiziertes Personal. Das schafft neue Schnittstellenprobleme. Je nach Situation des Patienten lassen sich pflegerische Aufgaben nicht ohne Sicherheitsverlust auf Andere verlagern.

Ebenso werden ärztliche Aufgaben delegiert bis hin zur Übernahme kleinerer operativer Eingriffe. Auf der einen Seite ist Entlastung von administrativen Aufgaben sicher zu begrüßen, auf der anderen Seite ergeben sich Bedenken unter dem Gesichtspunkt Qualität der Arbeit und der Ausbildung. Haftungsrechtlich bewegt man sich zumindest in einer Grauzone.

Wirtschaftspolitik

Ausgewählte Krankenhäuser

Konzerne kaufen selektiv Krankenhäuser, die gewinnversprechend sind, die auf „ertragreiche“ Krankheitsarten konzentriert sind, in strategisch günstiger Lage sind (Fallzahlen, schwache Wettbewerber im Umfeld) oder mit denen sich Synergien im Konzern besonders gut erzielen lassen. So betreiben alle privaten Klinikketten zusammen bundesweit nur 9 Krankenhäuser der Maximalversorgung. („Im Übrigen treten wir bei Klinikübernahmen nur an, wenn unser finanzielles Engagement durch von uns gestaltbare unternehmerische Aktivität dauerhaft und ertragreich gesichert werden kann.“ (Rhön-Klinikum AG, Geschäftsbericht 2007, S. 61) Würden alle Krankenhäuser so arbeiten, gäbe es keine flächendeckende Versorgung für alle Krankheitsbilder mehr. ▶

► Gewinner der Steuerreform

Durch die Unternehmenssteuerreform sind die Gewinne der Krankenhauskonzerne deutlich gestiegen, die Steuersätze deutlich gesunken. Von 2006 auf 2007 fiel der Steuersatz bei Rhön-Klinikum AG von 27 % auf 18,8 %, bei Fresenius/Helios von 26,4 % auf 15,8 %, bei Sana Kliniken AG von 13 % auf 4 %.

Gewinner im Osten

Mit Ausnahme von Asklepios sind alle privaten Krankenhauskonzerne in Ostdeutschland groß geworden. Viele Krankenhäuser in Ostdeutschland wurden vorher in öffentlicher Trägerschaft saniert und anschließend ohne Investitionsrückstand an private Konzerne verkauft.

Gefahr der Monopolisierung

Die starke Unternehmenskonzentration hat vier große Konzerne entstehen lassen. Die Krankenhausversorgung in Zukunft auf vier private Oligopole zu verlagern, kann kein Ziel für die Gesellschaft und die Gesundheitsversorgung sein.

Zusatzgewinne durch eigene Privatkliniken

Einige Konzerne verlagern die Behandlung von Privatpatienten systematisch in angegliederte Privatkliniken, mit dem selben Personal und den selben Geräten. Die Erlöse können dann außerhalb der vereinbarten Budgets abgerechnet werden.

Investitionen

Auf dem Gebiet der Investitionsmittel herrscht in den Krankenhäusern chronische Unterfinanzierung und eine Wettbewerbsverzerrung zu Gunsten privater Konzerne. Auch private Krankenhauskonzerne haben Anspruch auf Investitionsförderung der Länder und nehmen sie in Anspruch. Von den Investitionen stammten 2007 aus öffentlichen Mitteln: bei Rhön 30,3 %, Fresenius/Helios 46,6 %, Sana 38 %. Sie erreichen damit Anteile an der Investitionsförderung, die oft höher sind als bei öffentlichen Häusern. Der Investitionsverweigerung der Länder können sie besser entgegen, indem sie Förderlücken durch Bankkredite oder Mittel aus dem eigenen Konzern auffüllen.

Bei Investitionen und Einkäufen unterliegen private Krankenhauskonzerne nicht dem Vergaberecht. Anders als öffentliche Krankenhäuser müssen sie Leistungen nicht europaweit ausschreiben, nach Angebotsingang kann nachverhandelt werden.

Unternehmenszweck: Gewinnmaximierung

Machen Krankenhäuser Gewinn, wird er bei privaten Trägern in nicht unerheblichem Umfang als Dividende an die Aktionäre ausgegeben und ist damit für die Krankenhausversorgung verloren, während er bei einem öffentlichen Träger in vollem Umfang für Investitionen im Krankenhaus und damit weiter der Gemeinschaft zur Verfügung steht.

Wird der Unternehmenszweck nicht erreicht und verliert der private Konzern das Interesse am Krankenhaus, enthalten viele Kaufverträge eine Rückfallklausel: Das Krankenhaus, das ja weiter im Krankenhausbedarfsplan steht, geht an den ursprünglichen öffentlichen Betreiber zurück. Die Gewinne verbucht der private Betreiber, das wirtschaftliche Risiko trägt die Gemeinschaft.

Privatisierung in München

Der Verkauf

Nach einjähriger Vorbereitung im Kreistag, die weitgehend hinter verschlossenen Türen stattfand und überhaupt nur durch Indiskretionen gegenüber der Presse nach außen bekannt wurde, verkaufte der Landkreis München seine beiden Krankenhäuser in Pasing und Perlach an den Rhönkonzern. Der wirtschaftliche Übergang fand zum 1.1.2005 statt. Der Kaufpreis wurde streng geheim gehalten, es sickerte aber unwidersprochen durch, dass er ca. 35 Millionen Euro betrug. Die Stadt München, die 1 Euro geboten hatte, kam nicht zum Zug. Im Kaufvertrag, der weiterhin geheim ist, soll eine Rückfallklausel enthalten sein, falls der Rhön-Konzern die Betriebe nicht mehr als Krankenhäuser weiterführen will.

Wirtschaftlicher Erfolg

Das Defizit der beiden Krankenhäuser betrug 2004 ca. 4 Millionen Euro. Die Unsicherheit der Zukunft wirkte sich auf Personal und Patienten aus, führte zu einem Rückgang der Belegung und damit zu einer weiteren Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation. Nach dem Verkauf wurde das Unternehmen in 2 Jahren in die Gewinnzone geführt.

Investitionen

Von Anfang an wurden in Pasing und Perlach umfangreiche Investitionen durchgeführt oder sind in naher Planung. In Perlach ist der Umbau, begonnen noch im Besitz des Landkreises, weitgehend abgeschlossen. In Pasing hat der Umbau begonnen, der 2013 abgeschlossen sein soll.

Zunahme der Patientenzahlen

Nach etwas zögerlichem Beginn ist seit etwa Mitte 2005 eine kontinuierliche, fast alle Abteilungen betreffende Zunahme der Patientenzahlen zu vermerken, die in Perlach durch den vorherigen Rückgang besonders auffällig ist. Im Vergleichszeitraum Januar bis Mai zeigt sich in Perlach im Jahr 2006 gegenüber 2004 eine Fallzahlensteigerung von 25 %.

Personalreduzierung

Der Zunahme der Patientenzahlen stand ein sofort einsetzender Personalabbau gegenüber. Dieser erfolgte überwiegend unter Ausnutzung der „natürlichen Fluktuation“, unterstützt durch befristete Arbeitsverträge, die anfangs die Regel waren. Erst unter dem Eindruck zunehmender Schwierigkeit bei der Mitarbeiterakquisition werden vermehrt wieder unbefristete Arbeitsverträge vergeben.

Grundlage für den Planstellenschlüssel ist im Konzern ein sog. Personal-Benchmark. Er wird für jeden Berufs- und Arbeitsbereich errechnet. Es wird innerhalb des Konzerns für jeden einzelnen Bereich das Krankenhaus im Konzern gesucht, das die günstigste Relation Personalbedarf/Arbeitsanfall ausweist. Auf dieser Basis wird der Personalbedarf in den anderen Krankenhäusern festgelegt, versehen mit einem Erschwernisfaktor, der – nach undurchsichtigen Regeln bestimmt – die Besonderheiten des jeweiligen Klinikstandorts berücksichtigen soll. Kennzeichen einer Übernahme eines Krankenhauses ist überall ein sofort massiv einsetzender Personalabbau bis an die Grenze der Belastbarkeit, teilweise darüber. Eine Reduzierung des Personals um 20 % ist nicht ungewöhnlich. In Pa-

sing und Perlach war er deutlich über 10 %, betraf alle Berufsgruppen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beklagen die starke Zunahme der Arbeitslast, die Beschränkung der Arbeit auf das absolut Notwendige, fehlende Zeit für Patientengespräche, Mangel an Ausbildung und Anleitung. Personelle Reserven bei Ausfällen fehlen, der Überstundenberg steigt.

Leihfirmen

Outsourcing wird in großem Stil betrieben: Das Labor in beiden Häusern wird von einem Fremdanbieter weitergeführt, die Krankenhausapotheke in Pasing und die Küche in Perlach sind geschlossen. Die Essensversorgung läuft über einen Caterer. Mit dem dritten Caterer in 2 Jahren wird anscheinend wünschenswerte Qualität erreicht. Die Reinigung war an beiden Standorten noch im kommunalen Betrieb teilweise fremdvergeben worden, der Wirtschaftsdienst ist jetzt in Perlach vollständig, in Pasing zum größten Teil outgesourct. Die schlechte Qualität der Reinigung ist unübersehbar.

Haustarifvertrag

Zum 1.7.2007 trat ein Haustarifvertrag in Kraft. In

zähem Ringen zogen sich die Verhandlungen über 18 Monate hin. Es gelang hier, einen akzeptablen Tarifvertrag auszuhandeln. Der Vergütungstarifvertrag wurde jetzt zum 31.12.2008 gekündigt. Jetzt stehen neue Tarifverhandlungen an.

Konsequenzen:

Die ins Auge fallenden wirtschaftlichen Erfolge der privaten Träger würden sich unter den folgenden Bedingungen schnell relativieren:

- Verbindliche Regeln zur Personalbemessung, die vor stetigem Personalabbau schützen, im Interesse von Mitarbeitern und Patienten,
- Schutz der Beschäftigten v.a. in den Servicebereichen, gesetzlicher Mindestlohn, gesetzliche Verhinderung von Missbrauch der Leiharbeit,
- geregelte Entwicklung neuer Berufsbilder nach Berufsbildungsgesetz (BBiG) oder nach den Heilberufsgesetzen zur Vermeidung eines Wildwuchses privater Einfach-Berufsbilder ohne Vergleichbarkeit,
- eine Krankenhausfinanzierung, die die tatsächliche Kostensteigerung abbildet.

Rudi Schwab ist ver.di-Vertrauensmann und Mitglied im Betriebsrat.

„Der Deckel muss weg!“ – eine ver.di Kampagne

Von Erhard Reinfrank

Um eine bessere Krankenhausfinanzierung zu erzielen, wurde von der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di von Mai bis Dezember 2008 die Kampagne „Der Deckel muss weg!“ durchgeführt. Die Problematik der Krankenhausfinanzierung ist in dem Beitrag von Michael Wendl (siehe Seite 11/12) dargestellt.

Das Ziel war, eine Abkoppelung der Krankenhausfinanzierung von der Grundlohnsumme zu erzielen und mehr Personal in die Krankenhäuser zu bekommen. Diese Koppelung hat zu einer bedrohlichen Unterfinanzierung der Krankenversorgung und einem massiven Personalabbau geführt. Eine Lösung musste in einem Bundesgesetz erfolgen. Denn eine „Einmalzahlung“ zur kurzfristigen Überbrückung konnte nicht zu einer nachhaltigen Verbesserung der Situation der Krankenhäuser führen.

ver.di ist der Meinung, dass die Gesundheit der Menschen eine ganz besondere Aufgabe unseres Staates ist. Sie darf nicht den Gesetzen des Marktes überlassen werden. Krankenhäuser sind ein Teil unseres Gesundheitssystems. Die qualitativ hohe Versorgung der Patienten muss erhalten bleiben, die Arbeits- und Einkommensbedingungen der Beschäftigten dürfen nicht noch weiter verschlechtert werden. Um dies alles noch gewährleisten zu können, ist eine ordentliche Finanzierung der Krankenhäuser nötig. Diese wird jedoch massiv eingeschränkt.

Auf Initiative von ver.di wurde zusammen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein von vielen Verbänden und Organisationen unterstütztes Aktionsbündnis gegründet, welches in Folge viele lokale Allianzen entstehen ließ. In München wurde die



Auftaktveranstaltung am 8.7.2008 auf dem Odeonsplatz durchgeführt. 3000 Beschäftigte der Städtischen Kliniken Münchens und ca. 200 Kolleginnen und Kollegen anderer Münchner Krankenhäuser äußerten ihren Protest gegen die Sparpolitik des Staates. Es folgte ein Aktionstag am 22.7.2008 in Regensburg mit über 5000 Krankenhausbeschäftigten aus ganz Bayern. Der Höhepunkt des Protests war die Großdemonstration am 23.9.2008 in Berlin mit über 130.000 Beschäftigten aus der ganzen Bundesrepublik.

Was haben wir erreicht?

Zu Beginn der Kampagne wurde dem Anliegen nach mehr Geld für die Krankenhäuser keinerlei Beachtung durch das Bundesgesundheitsministerium geschenkt. Es seien noch genug „Wirtschaftlichkeitsreserven“ vorhanden, die durch Optimierung und „Benchmarking“ zu heben wären. Doch die bundesweiten Proteste und Aktionen haben viel bewirkt. Noch bis kurz vor der Abstimmung im Bundestag am 18.12.2008 wurden die Proteste aufrechterhalten.

Insgesamt kann eine positive Bilanz gezogen werden. Ohne die Kampagne „Der Deckel muss weg!“ und den Druck des Bündnisses hätte es nur eine technische Anpassung der Krankenhausfinanzierung an die nächste Stufe des Fallpauschalensystems gegeben, aber keine zusätzliche Finanzierung.

Nach der Verabschiedung des Gesetzes sollen die Krankenhäuser rund 3,5 Mrd. Euro mehr erhalten als im Jahr 2008. Damit ist es gelungen, den Deckel aufzubrechen. Der Forderung „Mehr Personal ins Krankenhaus“ sind wir näher gekommen. Zum ers- ▶

- ▶ ten Mal seit 1993 ist die Personalausstattung wieder der Gegenstand eines Krankenhausgesetzes. Die konkreten Maßnahmen sind aber bescheiden.

Noch nicht erreicht ...

werden konnte eine gesicherte Vergütungsgrundlage für die Folgejahre sowie die dringend erforderliche Behebung des Investitionsstaus und eine verlässliche Ausstattung mit Fördermitteln.

Das Ergebnis

Verbesserung der finanziellen Ausstattung der Krankenhäuser aufgrund bereits bestehender Gesetze und Verordnungen:

Nach geltendem Recht erhalten die Krankenhäuser 2009 rund 1,43 Mrd. Euro mehr:

- Rund 1 Mrd. Euro aufgrund der Budgetsteigerung von 1,41 % und Wegfall der Anschubfinanzierung für integrierte Versorgung,
- 200 Mio. Euro höhere Einnahmen bei der Behandlung von Privatpatienten aus Mitteln der privaten Krankenversicherung,
- 230 Mio. Euro durch den Wegfall des sog. Sanierungsbeitrages für die Krankenkassen (0,5 % Abzug bei jeder Krankenhausrechnung).

Verbesserungen durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG):

Aufgrund des KHRG in der jetzt beschlossenen Fassung rechnet der Gesetzgeber mit folgenden Mehreinnahmen für die Krankenhäuser im Jahr 2009:

- 1,35 Mrd. Euro zur Finanzierung der anteiligen Tarifloohnerhöhungen der Jahre 2008 und 2009 (dies entspricht 50 % Arbeitgeber, die nicht tarifgebunden sind, erhalten kein Geld – Tarifreue

wird belohnt!),

- 220 Mio. Euro für die Verbesserung der Situation des Pflegepersonals durch ein Sonderprogramm zur Schaffung zusätzlicher Stellen (ca. 19.000 Pflegestellen werden zwischen 2009 und 2011 mit 90 % bezuschusst).
- 60 Mio. Euro für die Verbesserung der Finanzierung der Personalstellen aus der Personalverordnung für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser.
- 150 Mio. Euro für die Finanzierung der Praxisanleitung in der Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegeausbildung sowie der Ausbildungsvergütung für Hebammen und Entbindungspfleger.
- Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass Mengeneffekte (Steigerung der Behandlungsfälle und der Fallschwere) in Höhe von ca. 0,3 Mrd. Euro erzielt werden.

Fazit

Die Kampagne ist beendet. Die Arbeit an einer nachhaltigen Verbesserung der Krankenhausfinanzierung geht weiter. In 2009 wird ver.di verstärkt auf Länderebene für eine ausreichende Investitionsförderung der Krankenhäuser eintreten, einen Konjunkturimpuls fordern, der die angewachsenen Investitionsstaus behebt, und sich im Rahmen der Bundestagswahl für eine noch deutlichere Verbesserung der Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens einsetzen (beispielsweise für die Bürgerversicherung).

Erhard Reinfank ist Betriebsratsvorsitzender bei Klinikum Neuperlach und Vorsitzender des Fachbereichs Gesundheit im ver.di Bezirk München.

Gesundheitsversorgung für alle statt Kommerzialisierung der Krankheiten!

Von Frank Spieth

Für jeden Menschen müssen die medizinisch notwendigen Leistungen bereit stehen, um unabhängig von Alter, Geschlecht, Wohnort oder Einkommen Hilfe zu erhalten, Gesundheitsrisiken zu bekämpfen und Krankheiten zu heilen. Ziel sollte darüber hinaus gemäß der WHO-Definition von Gesundheit die Förderung körperlichen, geistigen und sozialen

Wohlbefindens und daher weit mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit sein.

Um diese Leistungen anzubieten und dafür einkommensabhängig Beiträge einzuziehen, sind die Krankenkassen vor über 130 Jahren gegründet und stetig weiterentwickelt worden. Die Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarausgleich, Parität, Sachleistungsprinzip, Umlageverfahren, Kontrahierungszwang – gelten bis heute. Sie finden in der Bevölkerung breite Akzeptanz.

Spätestens seit Beginn der 1990er Jahre findet jedoch ein Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik statt, unübersehbar hält die Kommerzialisierung Einzug. Aus der Krankenversicherung wird mehr und mehr ein Wirtschaftsbereich, der dem Wettbewerbskalkül unterworfen ist. Die Zwei-Klassen-Medizin prägt sich aus: Ärzte verschreiben gesetzlich versicherten Patienten wegen ihrer Budgets teilweise nicht mehr alle benötigten Medikamente und Behandlungen.

Die zurückliegenden Gesundheitsreformen haben die Strukturen unzureichend verbessert, weder die Qualität wurde erhöht noch die Finanzierungsgrundlage gefestigt. Fi-

Bild: ver.di München



xiert auf die Lohnnebenkosten, dienten diese Reformen einzig dazu, den Beitrag der Arbeitgeber zu senken. Die Kosten für Zahnersatz und Krankengeld wurden allein den Versicherten aufgebürdet. Dafür zahlen sie 0,9 Prozent mehr Beitrag als die Arbeitgeber. Und trotzdem müssen sie darüber hinaus kräftig zuzahlen.

Die Verlierer dieser „Reformen“ sind die Patientinnen und Patienten, die immer mehr Leistungen aus eigener Tasche finanzieren und erhebliche Zuzahlungen und Praxisgebühren zahlen müssen. Fehlende Erstattung von Arzneimittelnkosten, Zuzahlungen, Krankenhausheld und Praxisgebühren sind Alltag im bundesdeutschen Gesundheitssystem.

Gegenwärtig tragen die gesetzlich Krankenversicherten mit ihren Beiträgen und Zuzahlungen einen Anteil von etwa 65 Prozent der gesamten Gesundheitskosten. Wo ehemals die Kosten für das Gesundheitswesen paritätisch, d.h. zu gleichen Teilen von Arbeitgebern und Versicherten getragen wurden, haben die letzten Bundesregierungen die Unternehmerseite milliardenschwer entlastet.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) der großen Koalition aus dem Jahr 2007 setzt diese Politik fort. Der angebliche Wettbewerb führt im Kern zur Entsolidarisierung und Privatisierung im Gesundheitswesen. Der Gesundheitsfonds der Koalition wird zu Zusatzbeiträgen führen, die allein von den Versicherten zu tragen sind. Dies wird die Solidargemeinschaft weiter spalten.

Wer jung und gesund ist, kann sich mit „Teilkasko“-Wahlтарifen Beiträge zurückerstatten lassen, während chronisch Kranke auf der teuren Vollkaskovariante sitzen bleiben. Die zunehmende Ausweitung der Gesetzmäßigkeiten von Markt und Wettbewerb

auf das Gesundheitswesen hat zur Folge, dass Patienten zu Kunden und Gesundheit zu einer Ware wird. Deshalb lehnt die Bundestagsfraktion DIE LINKE diesen Gesundheitsfonds ab. Ein einheitlicher Beitragssatz, wie ihn der Gesundheitsfonds angeblich herstellen soll, kann nur in einer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung umgesetzt werden.

Die Bundesrepublik verfügt heute über ein Gesundheitswesen, in dem über vier Millionen Menschen beschäftigt sind und pro Jahr mehr als 250 Milliarden Euro umgesetzt werden. Trotzdem weist das System seit den 1980er Jahren zunehmend Mängel hinsichtlich seiner Struktur, Qualität und Verteilungsgerechtigkeit auf. Gesundheitsförderung und Prävention fristen weiter ein Schattendasein. Schließlich wird in der Bundesrepublik viel Geld mit der „Krankheit“ verdient: Die Mittel werden folglich erst dann eingesetzt, wenn die Krankheit eingetreten ist, statt sie möglichst zu verhindern. Gesundheit ist jedoch eine zentrale Voraussetzung für die gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung jedes Einzelnen, zu der der Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention einen wichtigen Beitrag leistet. Auch für gesundheitlich Beeinträchtigte muss Chancengleichheit gewährt werden.

Die aktuellen Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen müssen umgekehrt werden. Wir fordern ein soziales, gerechtes und solidarisches Gesundheitswesen. Ein zukunftsweisendes Gesundheitswesen muss sich am Bedarf der Bevölkerung orientieren und seine Strukturen und Leistungen dementsprechend aktiv umgestalten.

Frank Spieth ist Gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion DIE LINKE im Bundestag.

Die Finanzierung der Krankenhäuser in Deutschland

Von Michael Wendt

Mit Beginn der Jahre 2003 (wahlweise) und 2004 (verpflichtend) wurde das System der Finanzierung der Akutkrankenhäuser grundlegend geändert.

Nach wie vor werden allerdings die Investitionen aus den Haushalten der Bundesländer finanziert. Dagegen werden die Betriebskosten von den Krankenkassen getragen. Dieses Verfahren wird als duale Finanzierung bezeichnet.

Die Betriebskosten werden durch „diagnosis related groups“ (DRGs), also diagnoseorientierte Fallpauschalen, zu ermitteln versucht. Dazu gibt es einen Katalog, der einer bestimmten Diagnose einen Schweregrad zuordnet (auch Bewertungsrelation genannt). Der Durchschnitt aller Schweregrade beträgt 1,0. Bandbreite 0,1 – 65.

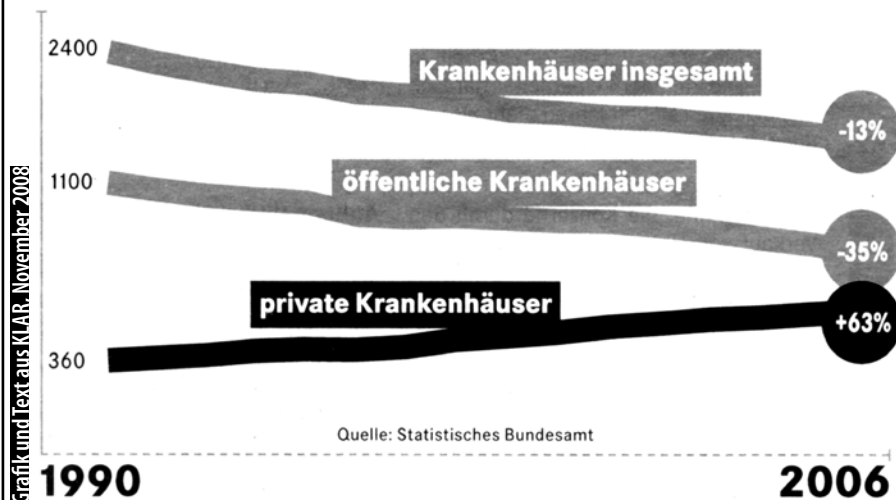
Dieser Wert wird dann mit dem krankenhausindividuellen Basisfallwert multipliziert. Er repräsentiert die durchschnittlichen Behandlungskosten pro Patient. Bandbreite bei Akutkrankenhäusern ca. 2500 bis 3200 Euro.

Dieser krankenhauspezifische Basisfallwert wird zwischen 2005 und 2010 an einen landesweiten Basisfallwert angeglichen. Bandbreite: ca. 2750- 2950 (Konvergenzphase). Nach 2010 soll bis 2015 die Anpassung an einen bundesweiten Basisfallwert erfolgen.

Zugleich werden die Bewertungsrelationen, die einzelnen Diagnosen zugeordnet werden, auf Basis einer empirischen Kostenermittlung fortgeschrieben. Dazu melden rund 300 Krankenhäuser in Deutschland ihre Leistungs- und Kostendaten an das Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK). Auf der Basis dieser Daten werden dann die Bewertungsrelationen, die für das nächste Jahr gelten, verändert. Damit wird ein System der durchschnittlichen Produktionskosten von medizinischen Leistungen durchgesetzt, nach dem die Krankenhäuser finanziert werden.

Dieses Verfahren erzeugt massive Rationalisierungsprozesse, sowohl bei den Personalkosten (55-70 %), wie bei den Sachkosten (25 %-40 %). Es gibt bei den Krankenhäusern „Konvergenzgewinner“ (60 %) wie „Konvergenzverlierer“. Die „Gewinner“ sind die Krankenhäuser mit einem niedrigeren Krankenhausbasisfallwert als dem landesweiten Basisfallwert. Bei der Anpassung an den landesweiten Wert erzielen sie höhere Erlöse. Die „Verlierer“ haben einen höheren individuellen Basisfallwert als den landesweiten Wert. Sie müssen mit niedrigeren Erlösen rechnen. Dadurch werden sie unter Druck gesetzt, höhere Fallzahlen und höhere Bewertungsrelationen (einen höheren „Case mix“) ▶

Krankenhaus-Kollaps in Deutschland



Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland zwischen 1990 und 2006

1990 existierten in Deutschland noch 1100 öffentliche Krankenhäuser. Rund 400 von ihnen wurden bis heute geschlossen oder verkauft. Das ist ein Minus von 35 Prozent. Im selben Zeitraum entstanden mehr als 200 private Kliniken. Wichtige Aufgaben der Gesellschaft, wie die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, werden immer häufiger von privaten Konzernen übernommen, denen es vor allem auf hohe Profite ankommt – auf Kosten der Gesundheit der Bevölkerung.

zu erzielen, um niedrigere Erlöse pro Fall durch Mengeneffekte und höherwertige Leistungen auszugleichen. Die damit verbundenen Rationalisierungsmethoden erfordern zusätzliche Investitionen. Die Bundesländer haben ihre Finanzmittel für Krankenhausinvestitionen in den vergangenen Jahren allerdings drastisch zurückgefahren (von knapp 4 Mrd. Euro 1991 auf 2,6 Mrd. 2007). Weil auch die öffentlichen Krankenhausträger (Kommunen und Länder) über zu wenig Kapital verfügen, kommt es zur Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser. Die privaten Klinikkonzerne finanzieren sich über die Börse bzw. über Anleihen auf den Kapitalmärkten und umgehen dadurch den Engpass bei den Investitionen. Allerdings müssen sie im Gegenzug ihre Kapitalkosten durch entsprechende Gewinne des Krankenhauses refinanzieren, Dividenden ausschütten oder Zinsen bezahlen. Ihre im Vergleich zu den öffentlichen Krankenhäusern höheren Renditen erzielen sie aus einer weitergehenden Rationalisierung der Krankenhausaufbau- und Ablauforganisation, zum Teil auch durch eine enge Orientierung am „Fließprinzip“ der industriellen Produktion. Dagegen bleiben viele öffentliche Krankenhäuser dem Prinzip einer manufakturähnlichen Arbeitsorganisation (mit dem leitenden Arzt als Oberhandwerker) verhaftet, weil sie nicht in der Lage sind, die tradierte Führungsrolle der leitenden Ärzte im Krankenhaus (die Krankenhausbetriebswirtschaftslehre spricht vom „Betrieb im Betrieb“) zu durchbrechen. Diese Rationalisierungsblockade durch die leitenden Ärzte versuchen öffentliche Krankenhäuser durch Verfahren der Arbeitsintensivierung und der direkten Lohnsenkung (Ausgründung von patientenfernen Klinikbereichen) zu kompensieren. Die „Verlierer“ in diesen Prozessen

sind in erster Linie die nichtärztlichen Beschäftigten, da diese in der Hierarchie des Krankenhauses eine eher schwache Position haben. Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vom Dezember 2008 hat hier nur unzureichende Verbesserungen gebracht. Die Unterfinanzierung der Krankenhäuser bleibt bestehen, aber ein Teil der Mehrkosten durch Tariflohnerhöhungen und zusätzliche Stellen in der Pflege werden durch Änderungen bei den DRG-Erlösen finanziert. Nach wie besteht aber ein strukturelles Problem bei der Finanzierung der Krankenhäuser. Die Budgets der Krankenhäuser werden nach oben begrenzt (Deckelung).

Fortsetzung von Seite 11

Die Finanzierung der Krankenhäuser in Deutschland

Von Michael Wendl

Die Deckelung der Budgets orientiert sich am Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V). Die Entwicklung der Beitragseinnahmen der GKV (Versicherte sind

abhängig Beschäftigte, Erwerbslose und Rentner) ist die Basis für die Steigerungsraten der Budgets. Das gilt ebenso für die Budgets der Krankenhäuser. Wenn die Beitragseinnahmen nur geringfügig steigen (wegen niedriger Lohnerhöhungen, hoher Arbeitslosigkeit, stagnierender Renten und Arbeitslosengelder) sollen die Krankenhauskosten entsprechend begrenzt werden.

Dahinter steht die „Ideologie“ von den steigenden „Lohnnebenkosten“ (gemeint sind die Beiträge zur Sozialversicherung), die im Interesse der Wettbewerbsfähigkeit des Standorts Deutschland stabil gehalten oder sogar gesenkt werden müssen. Damit werden aber die positiven Impulse, die eine funktionierende Krankenhausversorgung für Wachstum, Beschäftigung und Lebensqualität geben kann, unnötig begrenzt.

Michael Wendl ist stellvertretender Vorsitzender des Aufsichtsrates der StKM GmbH.