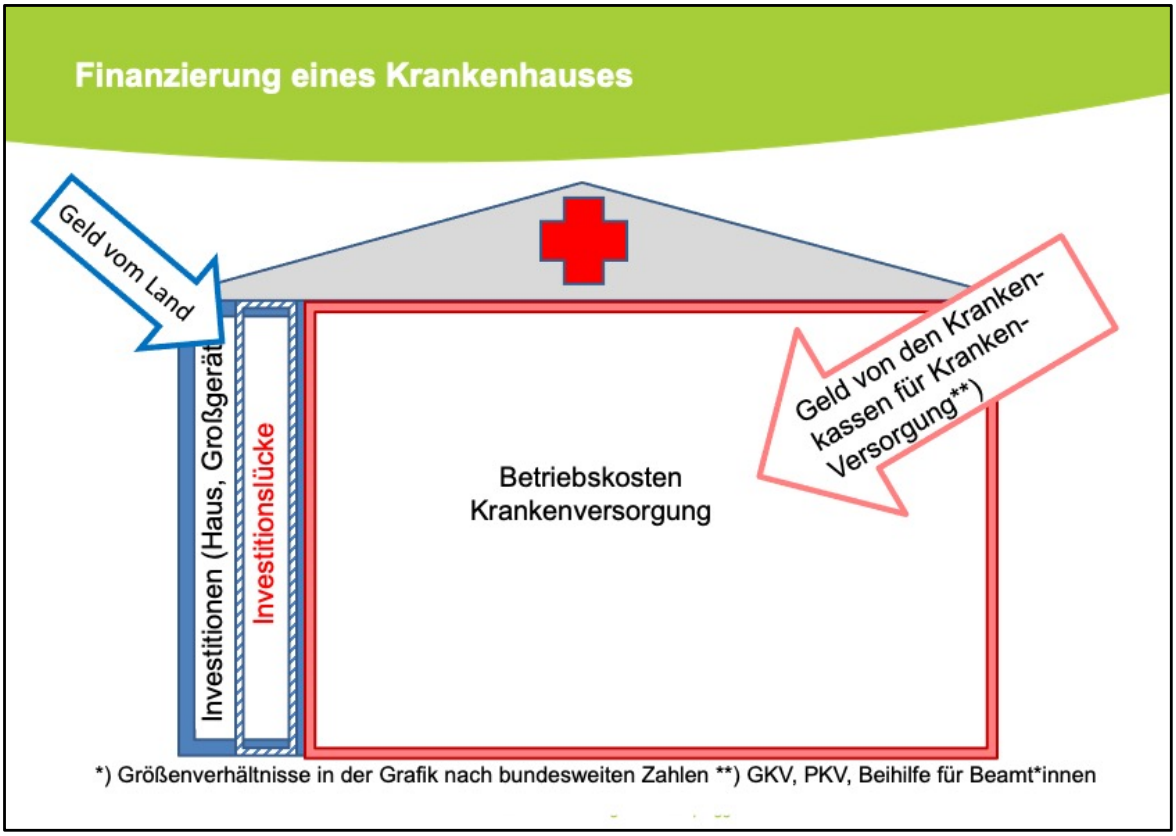
Die Präsentation im Dateiformat Powerpoint (.ppt oder .pptx) ist beim Autor zu bekommen

niko.stumpfoegger@t-online.de - 0160 9858 5366

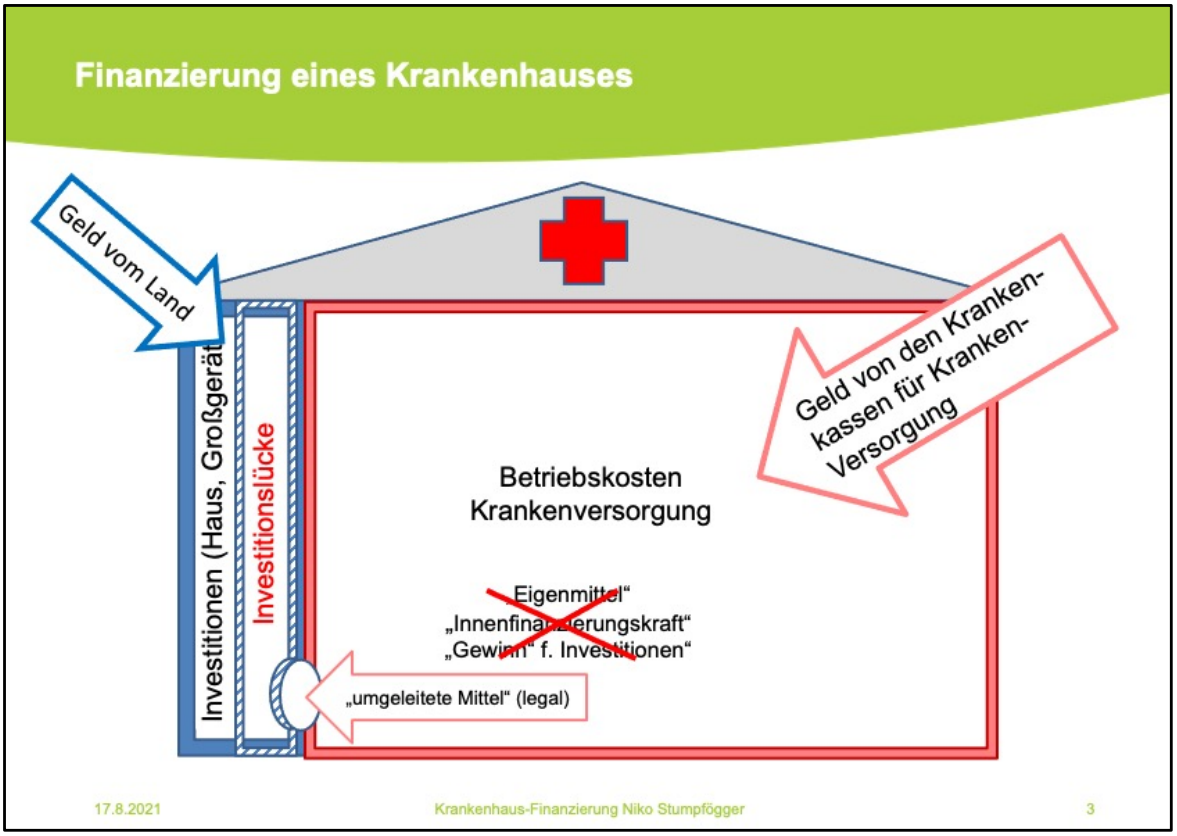
oder über die Veranstalterin des Fachgesprächs (Rosa-Luxemburg-Stiftung Berlin, julia.dueck@rosalux.org)



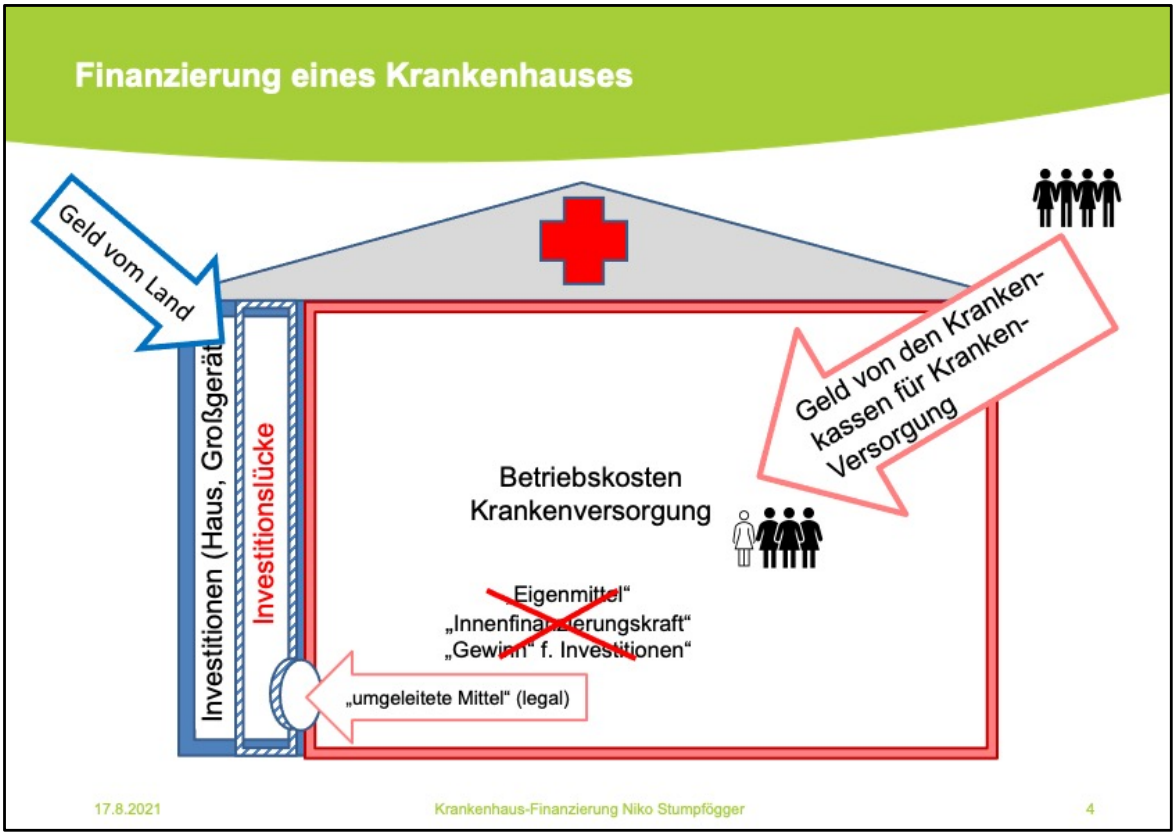
Der größte Anteil des Geldes von den Krankenkassen wird über Fallpauschalen an die Krankenhäuser gezahlt. Fallpauschalen = DRG = fester Preis für eine Krankenhausleistung, z.B. Blinddarm Operation von der Aufnahme bis zur Entlassung.

*) Die hier gezeigten Größenverhältnisse von Investitionen und Betriebskosten beruhen auf den bundesweiten Zahlen 2018/2019: Kosten Krankenhäuser pro Jahr rund 89 Mrd. EUR, davon Investitionen 3 Mrd., Investionslückenfinanzierung durch Krankenhäuser selbst 5 Mrd. EUR. Krankenversorgung 86 Mrd.
GKV = Gesetzliche Krankenversicherung (Arbeitgeber- und Arbeitnehmerinnenbeiträge), PKV = Private Krankenversicherung
Investitionen Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand: Dezember 2019. Darin nicht berücksichtigt sind: Die Investitionsmittel der Hochschulkliniken, die Investitionsmittel der Vertragskrankenhäuser, die umgeleiteten Mittel („Eigenmittel“) der Plankrankenhäuser, die Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen, Mittel aus einem Konjunkturprogramm, Strukturfondsmittel nach § 12 und 12a KHG (auch Länderanteile). Zu den Investitionskosten Berlin sh. Notizen Folie 3.

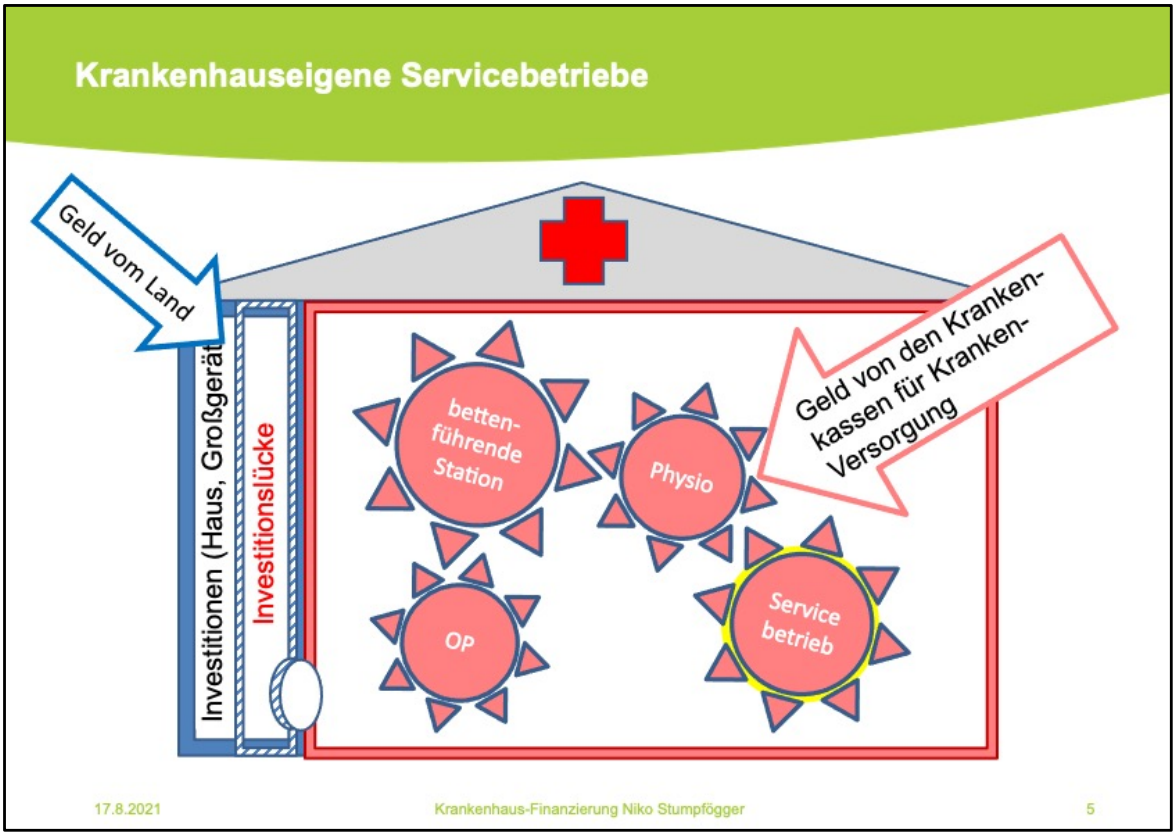
Neben der „Investitionslücke“ gibt es auch bei den Betriebskosten eine Lücke. Damit ist gemeint: Das bereit halten („Vorhaltung“) beispielsweise von OP-Personal rund um die Uhr, auch wenn grade kein Unfall zu versorgen ist, wird nicht finanziert; bezahlt werden nur Fallpauschalen für tatsächlich versorgte Unfallopfer. Die Betriebskostenlücke trifft kleine Krankenhäuser „auf dem Land“ stärker als Charité und Vivantes. Aus Gründen der Vereinfachung ist die Betriebskostenlücke in der Grafik nicht dargestellt.



Wie groß die Investitionslücke in Deutschland und in Berlin ist, kann nicht genau beziffert werden. Denn es gibt kein Verfahren, mit dem der Investitionsbedarf eines Krankenhauses festgestellt wird. „Es findet keine Bedarfsermittlung statt“ (Kalle Kunkel, Dossier Daseinsfürsorge im Austeritätsregime. Krankenhausfinanzierung in Berlin und der Doppelhaushalt 2020/21, veröffentlicht durch ver.di Berlin, Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen, 2019, S. 19).
Eine Umfrage der Berliner Krankenhausgesellschaft im Jahr 2019 hat einen Bedarf von 350 Mio EUR jährlich (ohne Charité) ergeben – dabei handelt es sich aber um das Ergebnis eines Interessenverbands.
In Berlin sind die Krankenhausinvestitionen von 180 Mio EUR im Jahr 2002 auf 82 Mio EUR im Jahr 2011 gefallen (jeweils ohne Charité).
Seither wurden sie langsam wieder angehoben. Die rot-rot-grüne Koalition verfolgt dieses Ziel weiter und hat im Doppel-Haushalt 2020/2021 für das Jahr 2020 170 Mio und für das Jahr 2021 200 Mio EUR eingeplant (jeweils ohne Charité). (Zur Kritik, dass das keine “echten“ 170 und 200 Mio „netto“ sind, siehe Kalle Kunkel a.a.O. S. 22 ff.).
Zum Vergleich: bereinigte Kosten der Allgemeinen Krankenhäuser in Berlin (einschließlich Charité): 2002 = 2,7 Mrd. EUR, 2011 = 3,2 Mrd. EUR, 2019 = 4,7 Mrd. EUR. Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.3 Kostennachweis der Krankenhäuser.

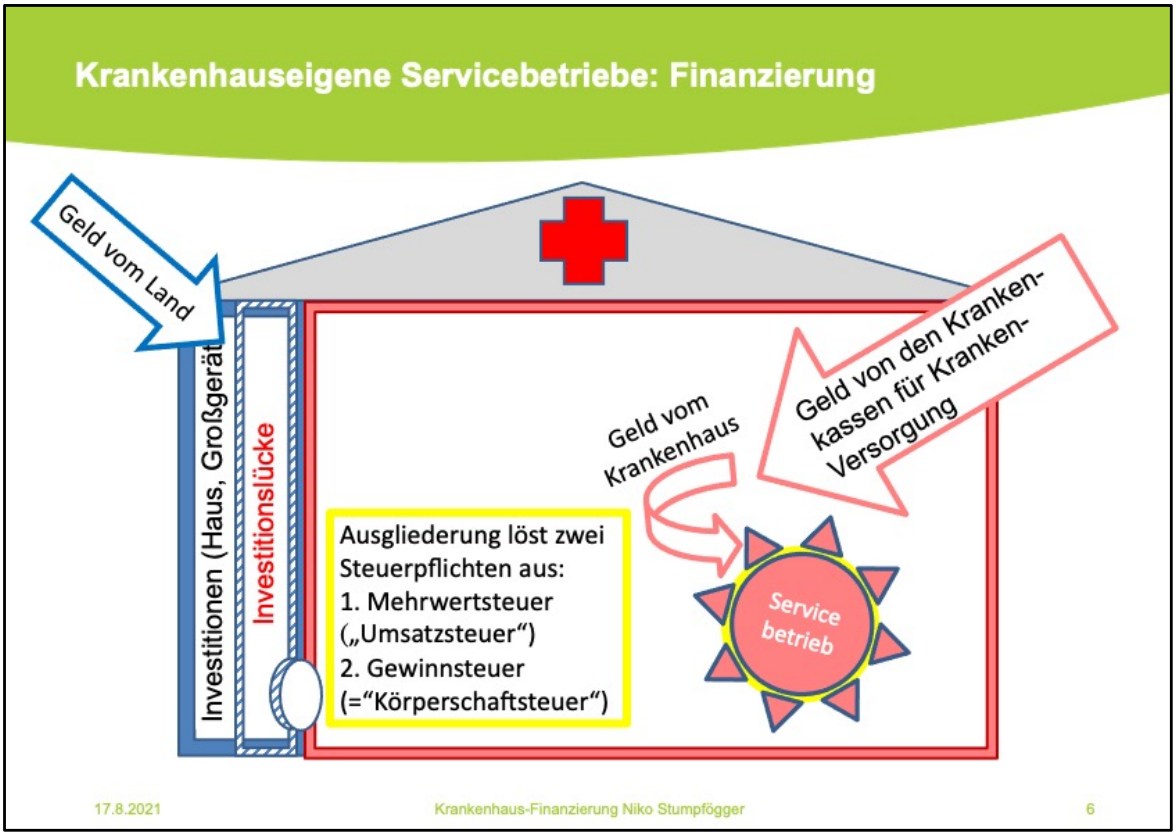


Der größte Kostenblock in der Krankenversorgung sind die Personalkosten (ca. 60% der Betriebskosten). Beschäftigt ein Krankenhaus weniger Personal, als die Krankenkasse über die Fallpauschalen (DRG) bezahlt, kann es das nicht ausgegebene Geld anders verwenden: beispielsweise zum Stopfen der Investitionslücke oder auch um Gewinne an Anteilseigner auszuschütten (das tun kommerzielle Krankenhäuser, in der Grafik nicht dargestellt.) oder um den Marktanteil durch Zukauf von Krankenhäusern zu vergrößern (Private nennen das oft: unser Geld fließt zurück ins Gesundheitswesen). Oft wird über die umgeleiteten Mittel so gesprochen, dass die Umleitung verborgen bleibt: Beispielsweise: „Wir investieren aus Eigenmitteln“ oder „Wir haben große Innenfinanzierungskraft“ oder „Wir müssen Gewinne machen, um investieren zu können.“

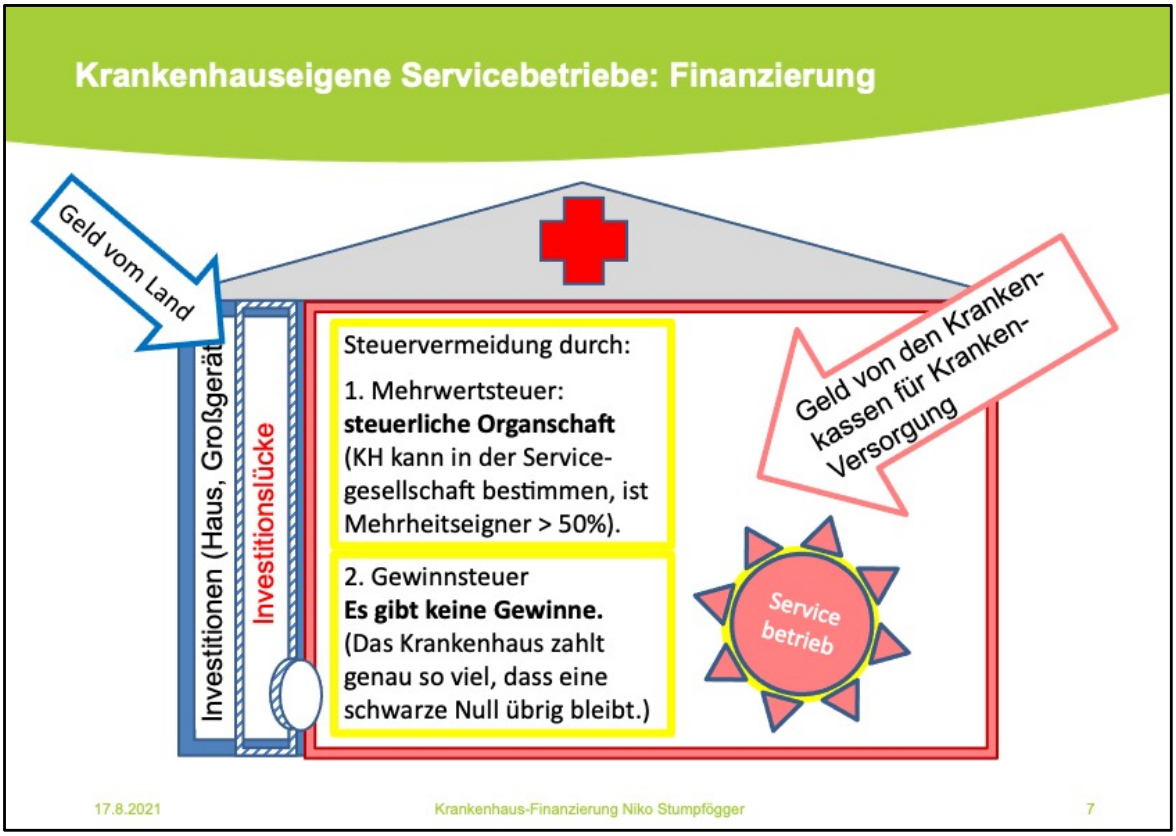


Ein Krankenhaus ist wie ein Räderwerk. Ohne die einzelnen Räder funktioniert es nicht und ist es auch kein Krankenhaus. Definition § 2 Nr. 1 KHG: Krankenhäuser sind „...Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können."

Auch der krankenhauseigene Servicebetrieb (z.B. Tochter-GmbH) ist Bestandteil der Krankenversorgung. Er arbeitet oft in den Räumen des Krankenhauses, ist integriert in die Leistungserstellung und Organisation der Krankenversorgung. Typisch ist eine „sachliche Verflechtung" und dass das Krankenhaus der Servicegesellschaft „wesentliche Betriebsgrundlagen" überlässt. Er ist nur rechtlich (nicht tatsächlich) ausgegliedert; seine Belegschaft ist arbeitsrechtlich getrennt von der Krankenhausbelegschaft.

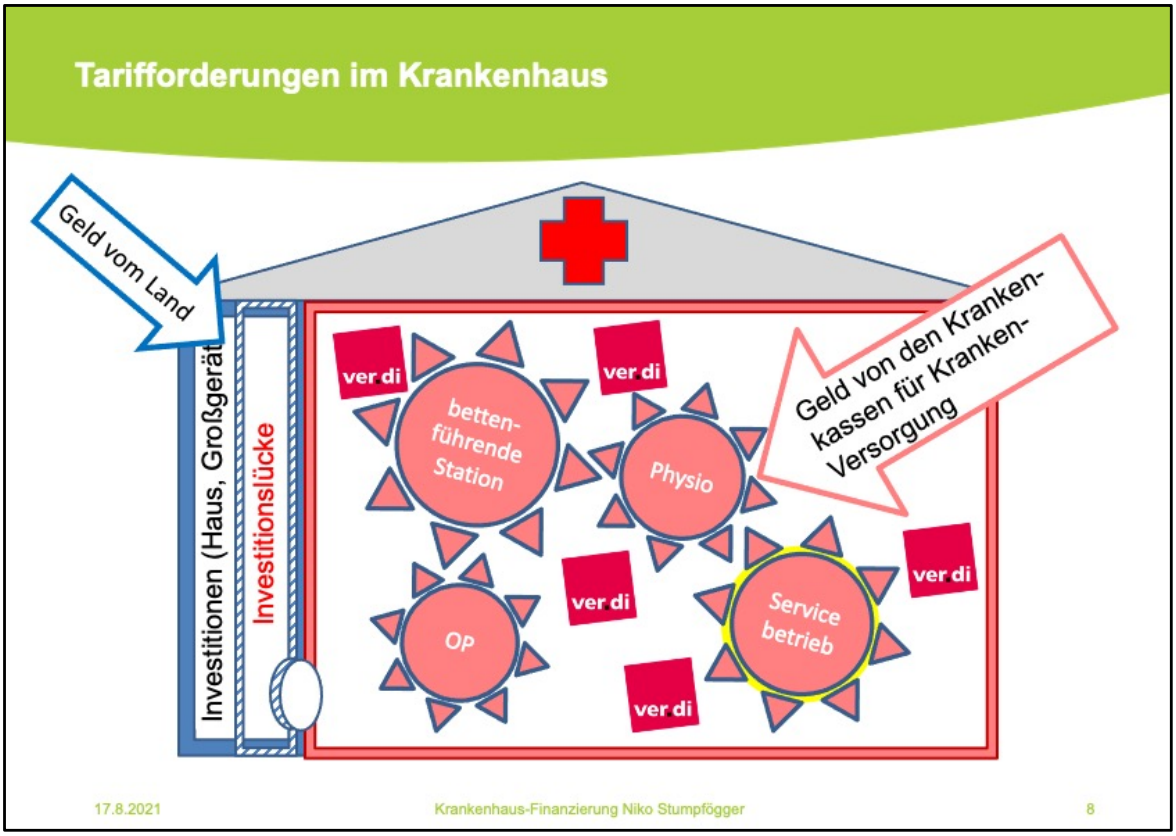


Die Finanzierung eines Servicebetriebs unterscheidet sich nur in der Form von der Finanzierung von eigenem Personal. Beispiel: Wird die Küche vom Krankenhaus selbst betrieben, bezahlt das Krankenhaus die Löhne der Beschäftigten direkt (aus dem Geld von den Krankenkassen). Wird die Küche als krankenhauseigener Servicebetrieb geführt, fließt das Geld über Entgelte für Speiseversorgung an den Servicebetrieb und der Servicebetrieb zahlt die Löhne an die Beschäftigten.

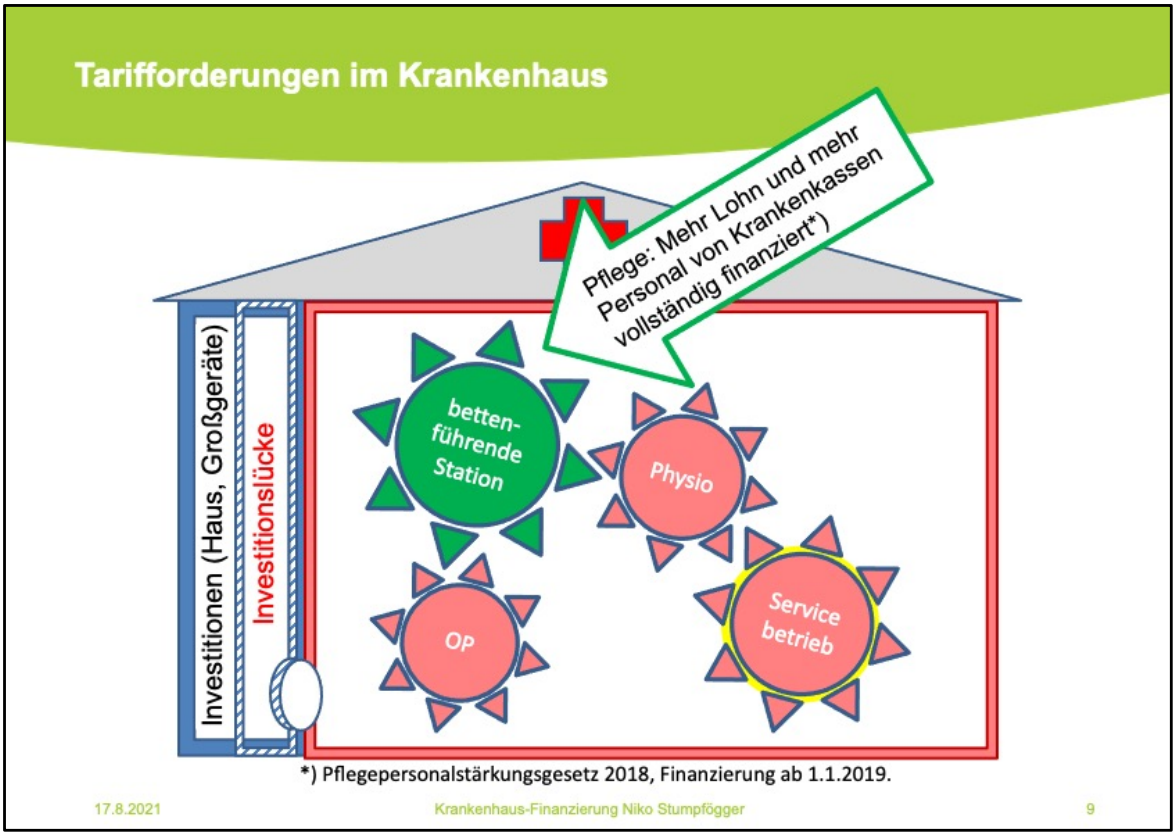


Steuervermeidung Mehrwertsteuer:
Um eine steuerliche Organschaft zu erreichen, muss die Servicegesellschaft in das Krankenhausunternehmen finanziell, wirtschaftlich und organisatorisch eingegliedert sein. Das Krankenhaus muss wesentlichen Einfluss auf die tatsächliche Geschäftsführung haben. Finanzielle Eingliederung liegt beispielsweise vor, wenn das Krankenhaus mehr als 50 % der Gesellschaftsanteile der Service-GmbH besitzt und dadurch bestimmen kann, wie die Tochtergesellschaft zu arbeiten und zu wirtschaften hat. Wirtschaftliche Eingliederung bedeutet beispielsweise, dass die Tochtergesellschaft eine ergänzende Tätigkeit für das Krankenhaus leistet.

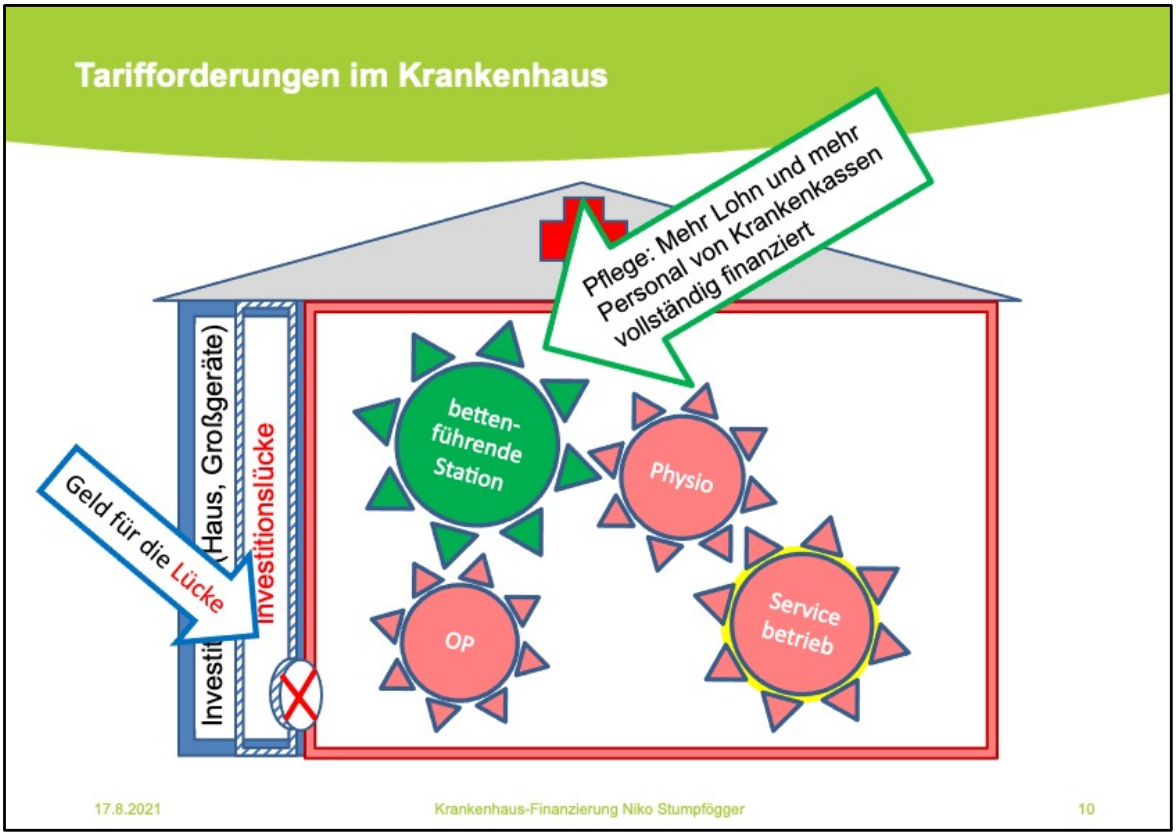
Steuervermeidung Gewinnsteuer:
Das (öffentliche) Krankenhaus ist gemeinnützig und steuerbegünstigt. Gründet es eine eigene Servicegesellschaft <u>und</u> nimmt dort tatsächlichen Einfluss auf die Geschäftsführung, liegt diese Servicegesellschaft (steuerrechtlich) nicht mehr im gemeinnützigen und steuerbegünstigten Bereich, sondern im steuerpflichtigen Bereich. Die Servicegesellschaft ist ein steuerpflichtiger wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb und muss Körperschaftsteuer bezahlen.
Das Entgelt, das das Krankenhaus an den Servicebetrieb zahlt, könnte auch „flexibles Entgelt“ genannt werden – immer so, dass die Kosten grade gedeckt werden. Das Prinzip ist aus der Gemeinwirtschaft bekannt und liegt auch dem Kostendeckungsprinzip (=Selbstkostendeckungsprinzip) zu Grunde.



Die Tarifforderungen von ver.di führen zu Kostenerhöhungen in mehreren Bereichen des Krankenhauses.

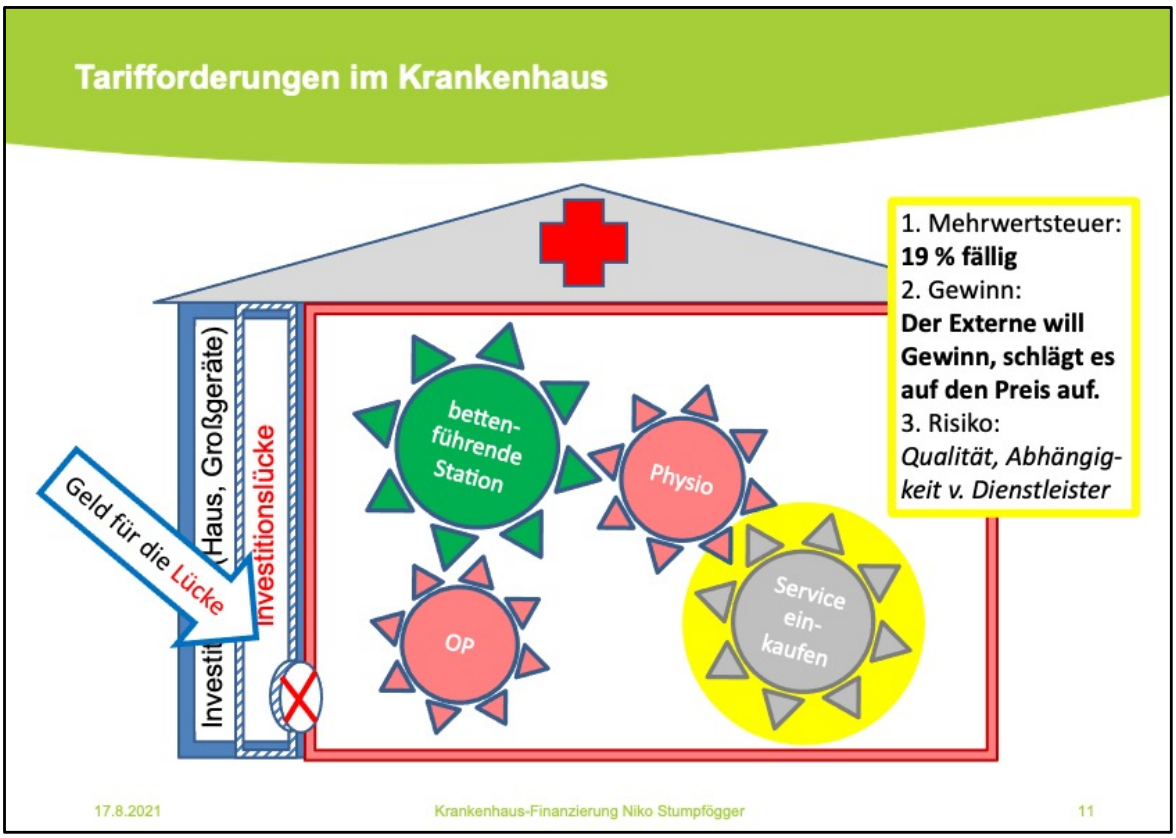


Das Pflegepersonalstärkungsgesetz von 2018 garantiert, dass die Lohnkosten des Pflegepersonals und die Kosten für mehr Pflegepersonal von den Krankenkassen vollständig finanziert werden.



Finanzierung von Lohnkosten in anderen Bereichen (z.B. OP, Physio, Servicebetrieb): die Umleitung von Mitteln aus der Krankenversorgung für Investitionen wird gestoppt und das Land gibt mehr Investitionsmittel, so wie vom Gesetz vorgesehen. Die rot-rot-grüne Koalition in Berlin hat eine Steigerung der Investitionsmittel 2020/2021 eingeplant, teilweise finanziert durch Kredite. Diese Steigerung deckt noch nicht den Investitionsbedarf, geht aber in die richtige Richtung (vgl. Notizen zu Folie 3).

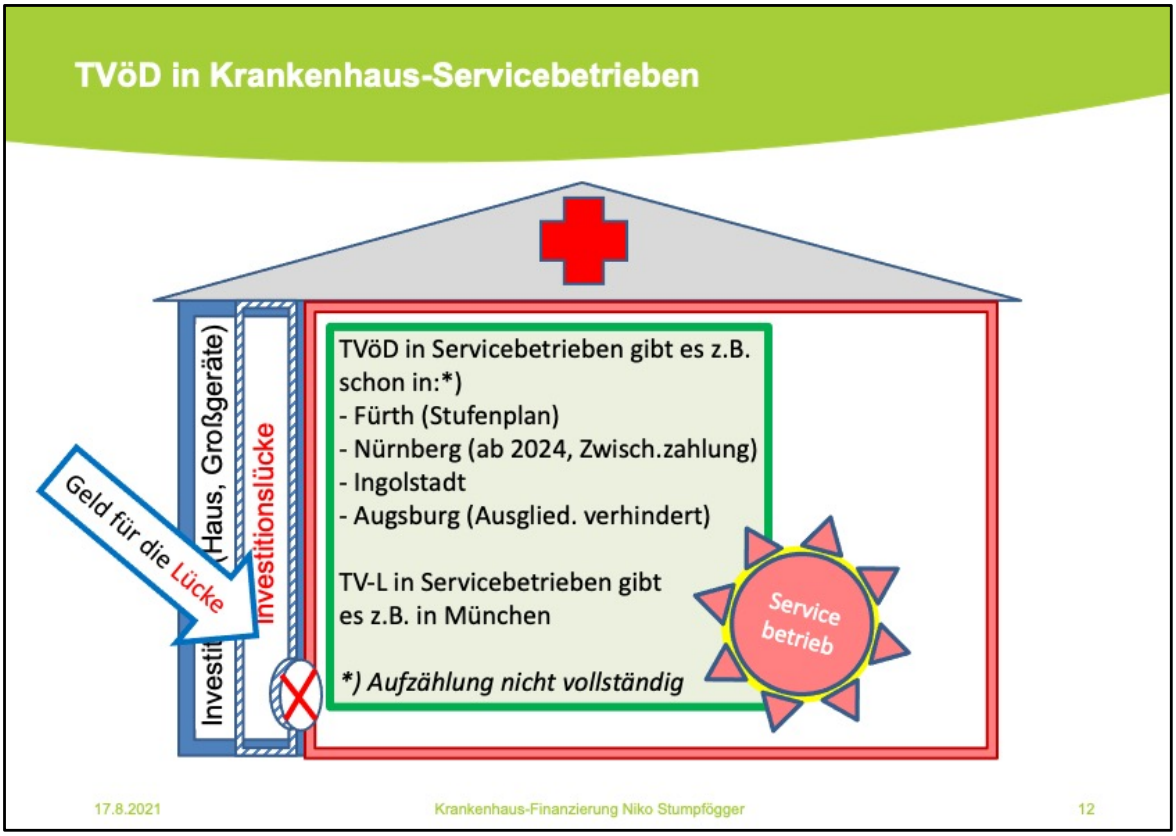
Zur Kritik an der Finanzierung durch Kredit statt durch Haushaltsmittel vgl. Kalle Kunkel, Dossier Daseinsfürsorge im Austeritätsregime. Krankenhausfinanzierung in Berlin und der Doppelhaushalt 2020/21, veröffentlicht durch ver.di Berlin, Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen, 2019, S. 22 ff.



Da die Servicebetriebe mit flexiblen Entgelten auf eine schwarze Null (Selbstkostendeckungsprinzip) hin gesteuert werden (vgl. Notiz zu Folie 7), könnte jemand sagen: Durch Lohnerhöhung kommt der Servicebetrieb in „wirtschaftliche Schwierigkeiten“ und muss geschlossen werden, anschließend wird die Leistung bei einer externen Firma eingekauft. Das ist Unsinn. Beispiel: Ein Krankenhaus-Servicebetrieb Küche wird ja auch nicht geschlossen, wenn die Preise für Lebensmittel steigen. Da der Servicebetrieb nach dem Selbstkostendeckungsprinzip geführt wird, steigt lediglich das Entgelt, das das Krankenhaus für die Speisenversorgung zahlen muss.

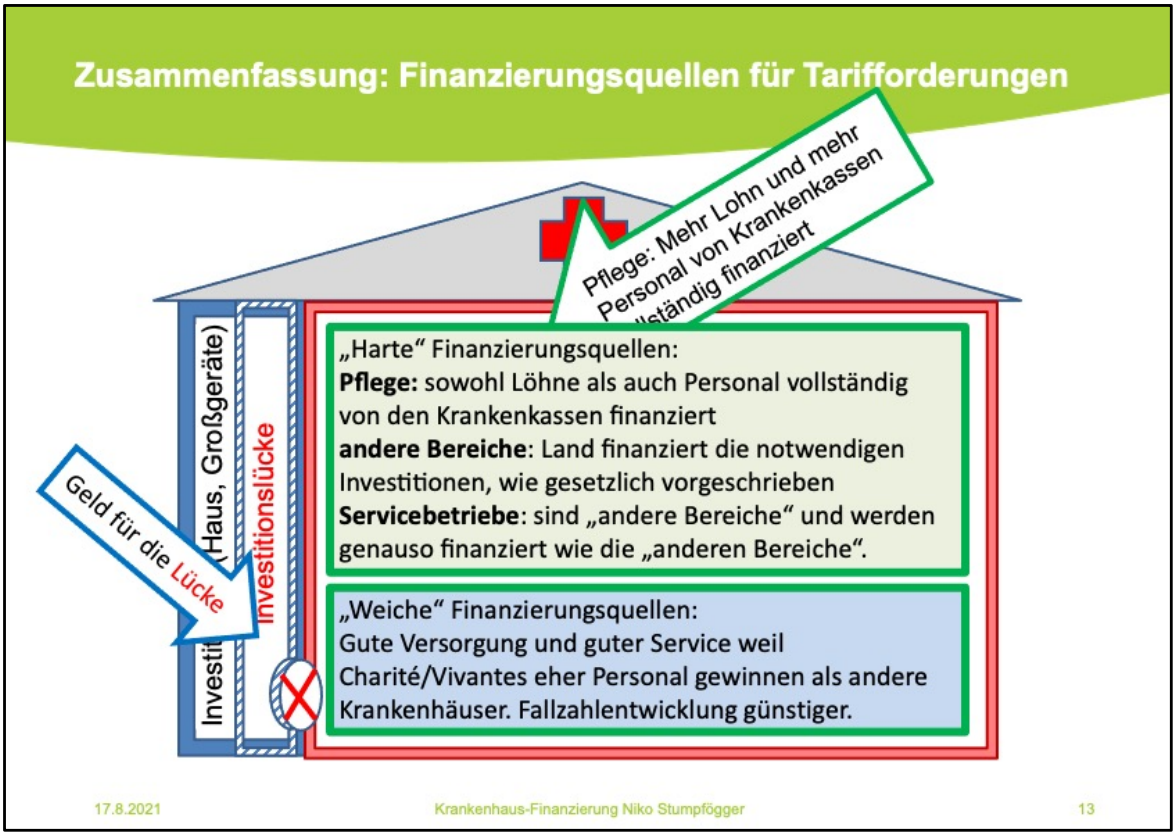
Harte Faktoren, die gegen eine Fremdvergabe sprechen: Werden Serviceleistungen „von außen“, d.h. von Fremdfirmen eingekauft, muss das Krankenhaus auf jede Leistung 19 % Mehrwertsteuer bezahlen (die es sich vom Finanzamt nicht zurückholen kann). Außerdem erwartet eine externe kommerzielle Firma Gewinn für sich. Sie muss außerdem Gewinnsteuer bezahlen. Eine externe Firma könnte die Serviceleistung also nur dann zum selben Entgelt (Preis) wie der krankenhauseigene Servicebetrieb anbieten, wenn er seine Beschäftigten so schlecht bezahlt, dass 19 % Mehrwertsteuer, Gewinn und Gewinnsteuer dabei für die/den Eigentümer*in herausspringen. Dass eine Firma mit schlechten Löhnen eine größere Personalfluktuation hat und nicht so leicht gute Leute findet, liegt auf der Hand.

Weiche Faktoren: Das Krankenhaus kann von externen Dienstleistern abhängig werden. Der Aufwand ist groß, falls die Leistungsqualität des Externen nicht stimmt.



Das Fallpauschalen-System (DRG-System) wird oft als „lernendes System“ beschrieben. In vielen Jahren outsourcing und Lohnkostensenkung bei Servicebetrieben haben die Manager*innen dem DRG-System „beigebracht“, dass Serviceleistungen „billig“ sind. Die so abgesenkten Lohnkosten werden oft „wettbewerbsfähig“ genannt. Dieses Wort macht die Verantwortlichen unsichtbar und legt die Messlatte hoch. Denn wer traut sich schon zu, es mit Markt und Wettbewerb aufzunehmen.

Durch die hier genannten Tarifverträge lernt das System, dass Serviceleistungen im Krankenhaus künftig wieder mehr kosten.



Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.