

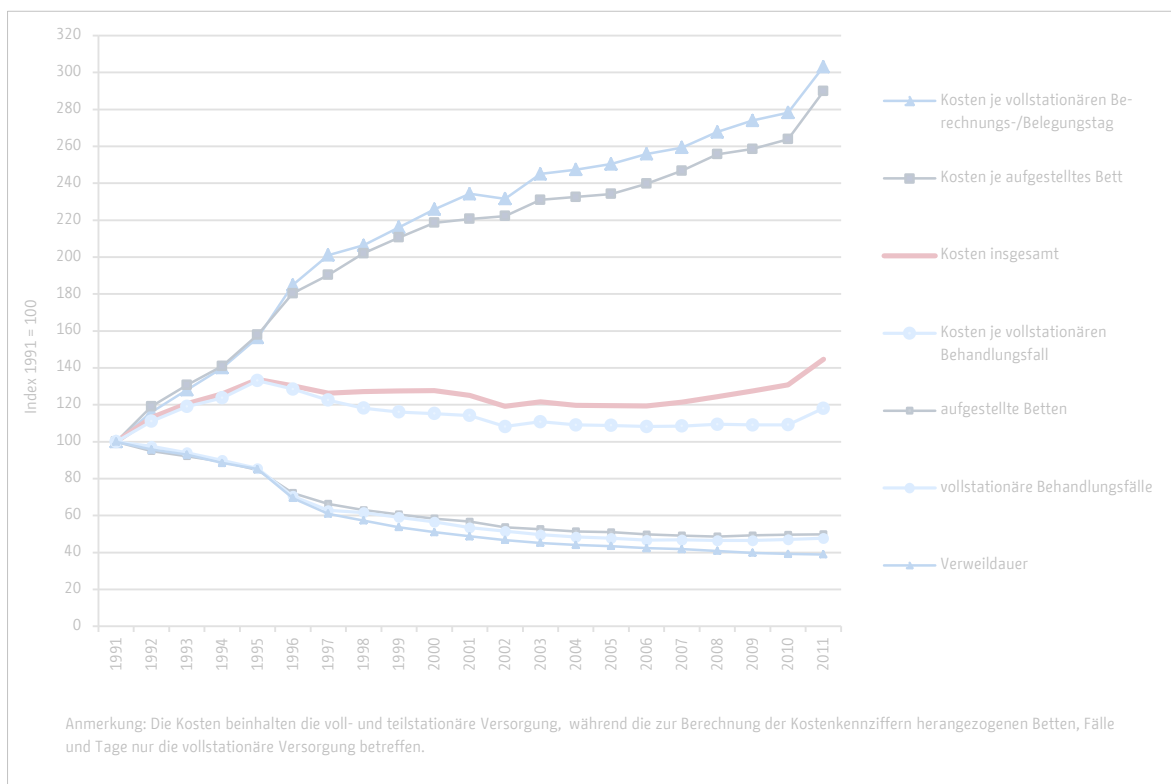
Um weitere vergleichbare Daten zu erhalten, werden auf der Grundlage der bereinigten *Kosten Kennziffern* gebildet, die die Kosten in Beziehung zum Krankenhausgeschehen setzen. Dabei ist zu beachten, dass die Krankenhauskosten sowohl die vollstationäre als auch die teilstationäre Behandlung beinhalten, während die zur Berechnung der Kennziffern herangezogenen Betten, Fälle und Tage nur die vollstationäre Versorgung betreffen.

Die Berechnung der *Kosten je Behandlungsfall* ergab für 2011 einen Durchschnittswert von 4.276 EUR; das bedeutete ein Plus von 18 % gegenüber 1991 (3.620 EUR) und auch ein deutlich höheres Niveau als in den Jahren 2002 bis 2010, in denen die durchschnittlichen Behandlungskosten je Fall zwischen 3.900 und 4.000 EUR betragen; der Spitzenwert von 1995 (4.818 EUR / +33 % gegenüber 1991) blieb 2011 jedoch noch weit unterschritten.

Ein ganz anderes Bild zeigt sich bei den *durchschnittlichen Kosten je Berechnungs- und Belegungstag* und *je aufgestelltes Krankenhausbett*. Während die Krankenhäuser 2011 nur noch halb so viele Betten bereithielten wie 1991, sind die Kosten je Bett in diesem Zeitraum nahezu auf das Dreifache angestiegen (1991: 57.175 EUR / 2011: 165.705 EUR). Bei den Kosten je Berechnungs- und Behandlungstag ist ein ähnlicher Verlauf zu beobachten: Mit durchschnittlich 551 EUR je Tag liegt die Kennziffer sogar etwas über dem dreifachen Wert von 1991 (182 EUR). Die enormen Steigerungsraten sind im Zusammenhang mit Bettenabbau und immer kürzeren Liegezeiten, in den letzten Jahren auch mit der stufenweise eingeführten neuen Betriebskostenabrechnung nach dem Fallpauschalen-Vergütungssystem (G-DRG-System) zu sehen (vgl. Abbildung 4.3 sowie GSI-Tabellen [11.4-4](#) und [11.6-1](#)).

Abbildung 4.3:

Bereinigte Kosten insgesamt und nach Kostenkennziffern, Betten- und Fallzahl sowie Verweildauer in den Krankenhäusern in Berlin 1991 - 2011
- Index 1991 = 100

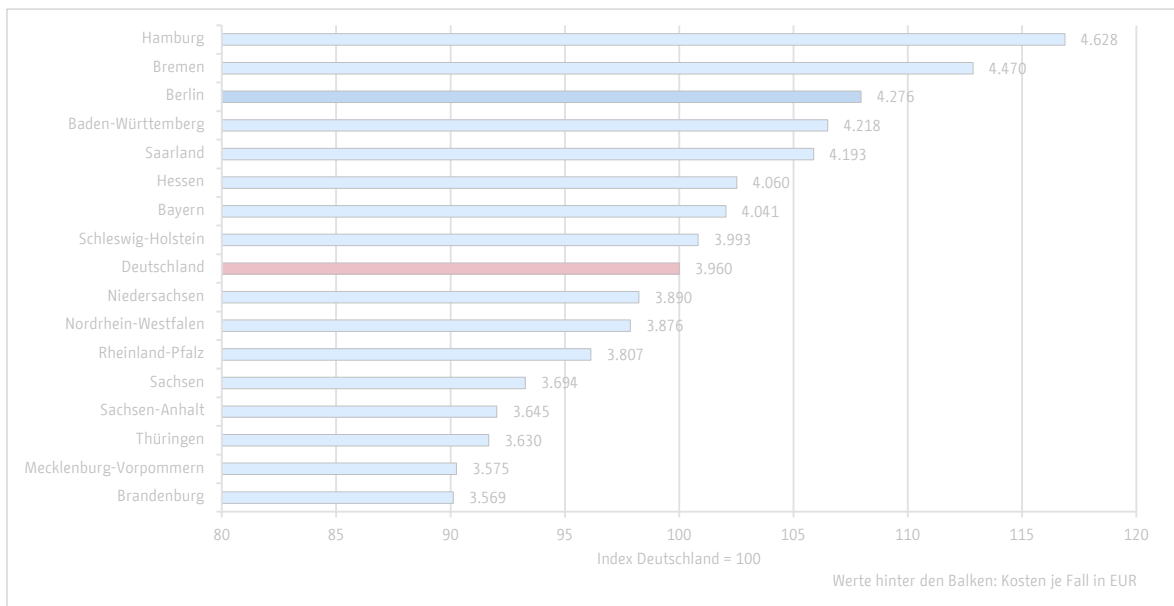


(Datenquelle: Afs Berlin-Brandenburg, KHStatV-Teil III: Kostennachweis / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Die *Krankenhauskosten in den einzelnen Bundesländern* unterscheiden sich sehr voneinander, was u. a. in unterschiedlichen Versorgungsangeboten und dem jeweiligen Krankheitsspektrum der behandelten Patientinnen und Patienten begründet liegt.

Die Spannbreiten reichen 2011 bei den *durchschnittlichen Kosten je Bett* von 176.849 EUR in Hamburg bis 127.503 EUR in Thüringen (22 % über bzw. 12 % unter dem Durchschnittswert in Deutschland), bei den *Kosten je Fall* von 4.628 EUR in Hamburg bis 3.569 EUR in Brandenburg (17 % über bzw. 10 % unter dem Bundesdurchschnittswert) und bei den *Kosten je Berechnungs- und Belegungstag* von 607 EUR in Bremen bis 439 EUR in Brandenburg (18 % über bzw. 14 % unter dem Bundesdurchschnittswert). Berlin ist in der *Rangfolge der Bundesländer* mit Kosten von 4.276 EUR je Fall bzw. von 551 EUR je Tag jeweils auf dem dritten Platz hinter Hamburg und Bremen zu finden und mit 165.705 EUR je Krankenhausbett auf dem vierten Platz hinter Hamburg, Bremen und dem Saarland (vgl. Abbildung 4.4 und GSI-Tabelle [11.5z-1](#)).

Abbildung 4.4:
Durchschnittliche bereinigte Krankenhauskosten je Behandlungsfall in Deutschland 2011
nach Bundesländern (Index Deutschland = 100)



(Datenquelle: StBA, KHStatV-Teil III: Kostennachweis / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

4.3 Öffentlicher Gesundheitsdienst und weitere ausgewählte Einrichtungen/Versorgungssysteme des Gesundheitswesens

4.3.1 Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst

Bei der Auswertung der Ergebnisse der *Personalbestandserhebung im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)* des Landes Berlin mit Stand vom 30.06.2012 ergeben sich insbesondere in den Qualifikationen der Fachärztinnen/Fachärzte, der Ärztinnen/Ärzte, der Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen bzw. Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, der Therapeutinnen/Therapeuten, der Diplom-Psychologinnen/Diplom-Psychologen sowie der Arzthelferinnen/Arzthelfer in den einzelnen Bereichen *erhebliche Personalengpässe*.

Personalbestand des ÖGD weist ein Defizit von 265 Vollzeitäquivalenten auf.

Zur Umsetzung des Anspruchs der Bürgerinnen und Bürger des Landes Berlin auf einen funktionierenden ÖGD ist es dringend geboten, den ÖGD personell gemäß der *durch den Senat am 31. Mai 2009 beschlossenen Zielzahl* (Drs. Nr. 16/1051, Rote Nr. 0887 ff.) auszustatten und bis zur Erreichung der Sollausstattung bezirkliche Einsparungen nicht in den Gesundheitsämtern vorzunehmen. Gemessen an der Zielzahl für den ÖGD bis 2013 bestand im Vergleich zum Ist per 30.06.2012 ein Defizit von ca. 265 Vollzeitäquivalenten (VZÄ). Dies machte etwa 16 % der Sollstellenzahl aus (vgl. Tabelle 4.3 und GSI-Tabelle [8.26-1](#)).

Tabelle 4.3:

Personalengpässe im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in Berlin zum 30.06.2012 gemessen am ermittelten Gesamtbedarf 2013 nach Vollzeitäquivalenten

Bereich	Qualifikation / Berufsgruppe	Vollzeitäquivalente	
		Differenz zum Soll 2013 absolut	in %
Amtsleitung	leitende(r) Sozialpädagogin/Sozialpädagoge	-2,15	-35,83
	Sachbearbeiter/in Personal	-3,75	-31,25
	IT-Bereichskoordinator/in	-6,10	-50,83
Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination (QPK)	wissenschaftliche(r) Mitarbeiter/in	-41,75	-81,86
	Suchthilfekoordinator/in	-6,00	-50,00
Fachbereich 1 (Gesundheitshilfe und -förderung für Kinder und Jugendliche)			
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD)	Fachärztin/Facharzt	-27,73	-27,79
	Therapeut/in	-53,22	-28,43
	Arzthelfer/in / Verwaltung	-23,08	-15,57
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD)	Fachärztin/Facharzt / Diplom-Psychologin/Psychologe	-16,02	-28,20
	Sozialpädagogin/Sozialpädagoge	1,75	14,58
	Arzthelfer/in / Verwaltung2)	-4,43	-22,15
Zahnärztlicher Dienst (ZÄD)	Zahnarzthelfer/in	-13,51	-31,42
	Verwaltung	-3,62	-60,33
Fachbereich 2 (Gesundheitsschutz und -aufsicht)			
Fachbereich 3 (Gesundheitshilfe und -förderung für Erwachsene)	Fachärztin/Facharzt	-14,55	-50,61
	Gesundheitsaufseher/in	-14,76	-13,67
Sozialpsychiatrischer Dienst (SpD)	Fachärztin/Facharzt	-10,96	-15,61
	Diplom-Psychologin/-Psychologe	-5,84	-33,18
	Arzthelfer/in / Verwaltung	-14,38	-24,54
Beratungsstelle für Behinderte (BfB)	Fachärztin/Facharzt	-6,53	-32,28
	Sozialpädagogin/Sozialpädagoge	-9,04	-12,10
Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung	Sozialpädagogin/Sozialpädagoge	-8,56	-20,38
	Sprachmittler/in	-4,75	-73,08
Zentrum für Sinnesbehinderte	Fachärztin/Facharzt	-1,10	-20,95
	Sozialpädagogin/Sozialpädagoge; Sozialarbeiter/in	-2,00	-28,57
Erlaubniserteilung Heilpraktiker/innen	Ärztin/Arzt	-1,00	-100,00
Lebensmittelpersonalberatung	Ärztin/Arzt	-0,65	-86,67
	Verwaltung	-6,00	-66,67
Zentrale medizinische Gutachtenstelle (ZMGA)	Arzthelfer/in	-1,20	-20,00
Öffentlicher Gesundheitsdienst insgesamt		-264,97	-15,74

(Datenquelle: SenGesSoz Berlin / Berechnung: SenGesSoz - I E -)

Personelle Unterbesetzungen haben in den einzelnen *Fachbereichen* unterschiedlich zu gewichtende *Auswirkungen* in Bezug auf die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben des ÖGD im Land Berlin. Das Fehlen von Fachärztinnen/Fachärzten und Therapeutinnen/Therapeuten im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) sowie im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (KJPD) führt dazu, dass die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht in allen Bezirken in erforderlichem Umfang gewährleistet werden kann. Im Gesundheitsdienst-Gesetz (GDG) ist in § 1 Abs. 3 Nr. 2. allerdings festgelegt worden, dass Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitshilfe und Schutz der Gesundheit für Kinder und Jugendliche zu den *Kernaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes* gehören. Dies beinhaltet „... c) kinder- und jugendärztliche sowie kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik, Beratung, Vermittlung von Betreuung und Hilfsangeboten, einschließlich der kinder- und jugendpsychiatrischen Krisenintervention, sowie Sicherstellung der vorbeugenden und nachgehenden Gesundheitshilfe, einschließlich der Anordnung therapeutischer Leistungen mit deren Verlaufsbeobachtung und Qualitätssicherung“. Eine weitere wesentliche Aufgabe des ÖGD ist in § 1 Abs. 3 Nr. 4 GDG enthalten: „... a) Schutz der Bevölkerung vor Infektionskrankheiten, Epidemien und Pandemien, Überwachung der Anforderungen der Hygiene, Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von auf den Menschen übertragbaren Krankheiten, ... c) Schutz der Bevölkerung im Rahmen des Zivil-

und Katastrophenschutzes“. Dies erfordert ein handhabbares Krisenmanagement seitens der verantwortlichen Amtsärztinnen und Amtsärzte.

Seit Beginn des ÖGD-Reformprozesses im April 2003 sind *weitere Aufgabenschwerpunkte für den ÖGD* hinzugekommen. Das ist vor allem begründet durch demografische Veränderungen in der Altersstruktur und der Morbidität der Bevölkerung, vermehrte, mit Globalisierung und EU-Erweiterung auf osteuropäische Länder verbundene Zuwanderung nach Deutschland bzw. Berlin (deren Ursachen u. a. im hohen Wohlstandsgefälle sowie - vor allem hinsichtlich der Zuwanderung aus den ost- und südosteuropäischen Staaten - in militärischen Konfliktsituationen in den Herkunftsländern zu suchen sind), neue Regelungen des Berliner Gesetzes zum Schutz und Wohle des Kindes sowie Übertragung der Krankenhausaufsicht und der Trinkwasserkontrolle auf die Bezirke. Diese konnten bei der Errechnung der Zielzahl für den ÖGD teilweise noch nicht berücksichtigt werden, sodass in der Folge die Aufgaben und personelle Ausstattung des ÖGD erneut betrachtet werden müssen.

Bis zum Vorliegen der „Zielstruktur für den ÖGD“ 2010 wurde zwischen der Senatsverwaltung für Finanzen und der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz in den Jahren 2007 bis 2009 ein Verfahren umgesetzt, das die Nachbesetzung freiwerdender Stellen im ÖGD im Umfang von „Zweidritteln“ sicherte. Das durch die Senatsverwaltung für Finanzen *für den Öffentlichen Dienst* des Landes Berlin erarbeitete und vom Senat am 07.07.2009 beschlossene „*Personalbedarfskonzept bis 2013*“ sah dagegen vor, dass die Bezirke jährlich ein festes Kontingent an Stellen für Nachbesetzungen zugewiesen bekommen und im Rahmen ihrer Personalhoheit eigenverantwortlich entscheiden, welche Stellen prioritär besetzt werden müssen, um die gesetzlichen Aufgaben im Interesse der Bevölkerung erfüllen zu können.

Zur Erreichung der *in den Richtlinien der Regierungspolitik festgelegten Personalzielzahl für die Bezirke* von 20.000 Vollzeitäquivalenten wurde 2012 von einer Arbeitsgruppe „*Personalausstattung der Bezirke*“ auf der Grundlage eines bereinigten Personalausstattungsvergleichs der Berliner Bezirke auf der Basis von Vollzeitäquivalenten pro Einwohner/in, unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Belastungen der einzelnen Bezirke durch einen pauschalen Korrekturfaktor für jeden Bezirk eine Personalzielzahl ermittelt. Die Realisierung des erforderlichen Personalabbaus wurde in Zielvereinbarungen festgelegt. Der Einsatz des Personals in den jeweiligen Ämtern liegt in der Zuständigkeit der Bezirke, wobei die Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben sicherzustellen ist.

Vor diesem Hintergrund ist nunmehr die im Schlussbericht 2010 dargestellte Zielzahl nicht mehr ohne Weiteres als Soll-Ausstattung des Personalbedarfs des bezirklichen ÖGD zugrunde zu legen, da zum einen der Bezug zum damaligen Personalentwicklungskonzept nicht mehr gegeben ist und zum anderen zahlreiche neue gesetzliche Anforderungen (gemäß Bundes- und EU-Recht) für den ÖGD hinzugekommen sind.

Neuberechnung einer bedarfsgerechten Personalausstattung des ÖGD erforderlich.

Im Rahmen des Auftrags aus der Koalitionsvereinbarung, der die Umsetzung des „*Mustergesundheitsamtes*“ vorsieht, wurde deshalb von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales gemeinsam mit Experten der bezirklichen Gesundheitsämter in einem ersten Schritt eine *Evaluation und Bewertung des ÖGD-Zentrenkonzeptes* vorgenommen. Dieser Bericht wird Gegenstand einer Mitteilung zur Kenntnisnahme an das Abgeordnetenhaus sein. In einem zweiten Schritt wird gegenwärtig entsprechend dem Schlussbericht von 2010 die *Evaluation und Bewertung der Grundstruktur des ÖGD* durchgeführt. Nach Vorlage beider Berichte und den Bewertungen muss dann die bedarfsgerechte Personalausstattung der Gesundheitsämter neu berechnet werden. Dies bedeutet, dass bei der *anstehenden Novellierung des Gesundheitsdienstgesetzes (GDG) bis 2016* unter Berücksichtigung der subsidiären und sozialkompensatorischen Ausrichtung eine aufgabenkritische Überprüfung des ÖGD erforderlich ist.