

Auf Stippvisite in deutschen Krankenhäusern

„Wenn wir unsere Hüfte verlieren, dann geht es uns schlecht“

Deutschlands Krankenhauslandschaft steckt seit Jahren in einem umfangreichen Strukturwandel. Kliniken wurden geschlossen oder zu Verbänden zusammengelegt, Betten abgebaut und die Verweildauer gekürzt. Demgegenüber steht (trotzdem) ein Zuwachs bei den behandelten Patienten. So wurden 2016 bundesweit 19,5 Millionen Patienten stationär behandelt – 277.400 Behandlungen mehr als im Vorjahr. Soweit zu den nüchternen Fakten. Aber wie läuft es eigentlich im Alltag vor Ort? Ein Einblick.

Eine unserer Stippvisiten führt uns in die 25.000 Einwohner-Stadt Spremberg in der Lausitz, an den südöstlichen Rand Brandenburgs. Das dortige Krankenhaus ist ein Grund- und Regelversorger mit 24-Stunden-Notfallaufnahme, Chirurgie, Innere, Anästhesie, Gynäkologie, Psychiatrie, Psychiatrischer Tagesklinik und Rettungsstelle. Das Krankenhaus Spremberg versorgt mit seinen 300 Mitarbeitern etwa 5.600 Patienten/Jahr, betreibt 190 Betten und schreibt seit Jahren (ja, Sie lesen richtig) schwarze Zahlen. Laut einer Patientenbefragung des AOK-Krankenhaus-Navigators 2016 steht das Krankenhaus ganz oben an der Spitze der beliebtesten Kliniken in Ostdeutschland. Mit einer Patientenzufriedenheit von 96 Prozent liegt das Haus weit über dem Bundesdurchschnitt von 82 Prozent.

Der Weg dorthin war allerdings steinig und begann in den Wendejahren, als die ostdeutschen Krankenhäuser von einer „Privatisierungswelle“ erfasst wurden. Auch das Spremberger Krankenhaus geriet in den Fokus von Privatinvestoren, die neben Stadt und Landkreis die Hauptanteile hielten. Durch Überschuldung der Privatisierer musste auch deren Anteil kommunal „gestemmt“ werden. In dieser heiklen Lage entwickelten die Mitarbeiter die Idee, ihre Klinik selbst zu übernehmen. Und so wurde 1997 der Förderverein Krankenhaus Spremberg e.V. gegründet. Der Verein (90 Prozent der Mitglieder sind Mitarbeiter) hält 51 Prozent, die Stadt 49 Prozent.

Diese Struktur, das gemeinsame wirtschaftliche Handeln aller Beteiligten, die Transparenz der Klinikleitung gegenüber den Mitarbeitern, die Einbeziehung des Fördervereins in ökonomisch wichtige Entscheidungen und die Möglichkeit, flexibel agieren zu

können, machen das Erfolgsrezept aus. „Doch ganz ohne persönliche Abstriche geht es nicht“, betont die Geschäftsführerin Kathrin Möbius. Für ihr Recht, beteiligt zu werden, nehmen die Mitarbeiter Nachteile in Kauf. Sie arbeiten für weniger Lohn als anderswo – die Pflege im Rahmen eines abgewandelten Tarifvertrages und die Ärzte in Anlehnung an die bekannten ärztlichen Tarife –, dafür gibt es eine betriebliche Altersvorsorge und einen Betriebskindergarten.

Dass das Krankenhaus trotz seines niedrigeren Lohnniveaus nicht mit Personalmangel zu kämpfen hat, bekräftigt Möbius gleichermaßen: „Wir haben keine Probleme, motivierte Mitarbeiter zu finden.“ Der Pflege- und auch der Ärztestand seien stabil. „Eine Pflegekraft verdient bei uns zwar weniger, dafür ist unser Personalschlüssel höher“, entgegnet Möbius. Eine Pflegekraft in Spremberg kümmert sich am Tag um sechs bis sieben Patienten – der bundesweite Schlüssel liegt bei über 10 Patienten. Und auch bei den 38 Ärzten gibt es ein ausgewogenes Verhältnis. „Wir machen keine Überstunden und haben pünktlich Feierabend“, beschreibt die Chefarztin der Gynäkologie Sabine Manka, gleichzeitig Vorsitzende des Fördervereins, ihre Arbeitsbedingungen, von denen Ärzte vielerorts nur träumen können. Dienstbeginn ist um 7 Uhr, Dienstende um 15.30 Uhr, danach übernehmen der Hausdienst (in der Regel ein Arzt in Weiterbildung) und der fachärztliche Hintergrund.

„Wir sind gut strukturiert“, erläutert Möbius – es gibt einen interdisziplinären Hausdienst, einen Schreibdienst, flache Hierarchien und eine Servicegesellschaft, die sich um das Essen, die Betten und die Reinigung kümmert und deren Mitarbeiter den Stationen

zugeordnet sind, um für Kontinuität (auch gegenüber den Patienten) zu sorgen. „Bei uns wird die individuelle Zuwendung sehr groß geschrieben, denn wir treffen unsere Patienten täglich auf der Straße, das verpflichtet“, so Chefarztin Manka, der in jeder Minute des Gesprächs anzumerken ist, wie wohl sie sich an ihrer Klinik fühlt.

Auch wenn die positiven Nachrichten während des Besuchs überwiegen, verschweigen Manka und Möbius nicht, dass auch ihr Krankenhaus mit dem Strukturwandel zu kämpfen hat.

Stichwort Notfallversorgung: „Seit dem 1. April müssen unsere Ärzte wie überall anders auch für eine Pauschale von 4,70 Euro am Tag und 8,42 Euro nachts, am Wochenende und an Feiertagen entscheiden, ob der Patient als Notfall versorgt wird oder nicht. Das kann nicht im Sinne der Patienten sein und entspricht nicht unserer Philosophie“, so Möbius, „deshalb werden wir auch weiterhin keine Patienten wegschicken und die Notfälle versorgen, auch wenn der Aufwand nicht entsprechend vergütet wird.“ Die Notfallambulanz versorgt in Spitzenzeiten 40 bis 60 Patienten am Tag.

Stichwort DRG: Als das Vergütungssystem 2004 eingeführt wurde, war Kathrin Möbius von dessen Sinnhaftigkeit überzeugt. Bis heute konnte die durchschnittliche Verweildauer der Patienten in Spremberg deutlich verkürzt werden – im operativen Bereich auf 4,6 Tage. „Es ist ein guter Ansatz, fall- und patientenbezogen zu vergüten“, so Möbius, wenn da nicht die Prüflut wäre. Der bürokratische Aufwand habe sich seit Einführung des DRG-Systems für Ärzte und Pflege um ein Vielfaches gesteigert. „Wenn ich allein an die Patientenaufnahme denke. Alles muss dokumentiert werden. Dabei ist es egal, ob der Patient drei Stunden bleibt oder drei Tage.“ Hätte Möbius einen Wunsch frei, stehe die Reduzierung der Bürokratie weit oben auf ihrer Liste. Ganz oben steht allerdings der Erhalt der gesamten Leistungsspektrens. Möbius und Manka haben große Bedenken, ob dieses bei den aktuellen Plänen der Politik, medizinische Kompetenzen in strukturell schwächeren Regio-

nen zu bündeln, gehalten werden kann. So gebe es Pläne, die Hüft-Endoprothetik in Spremberg zu schließen und an einem anderen Krankenhaus der Region zu bündeln.

„Wir brauchen ein operatives Leistungsspektrum, um überleben zu können. Wenn wir unsere Hüfte verlieren, dann geht es uns schlecht“, wissen Manka und Möbius. Umso wichtiger ist das aktuelle Gutachten, das sie für die laufende Krankenhausplanung eingereicht haben. „Es ist aus unserer Sicht nicht richtig, alle Spezialisierungen an großen Häusern zu konzentrieren. Zu einer Grundversorgung gehört es auch, Hüftoperationen anzubieten. Haben wir diese nicht mehr, heißt das einen Verlust von einer Million Euro. Das wäre das Ende für die stationäre Grundversorgung im Raum Spremberg“, prognostiziert Möbius. Das Scheitern wäre dann nicht hausgemacht, sondern durch Regularien von oben herbeigeführt.

Dabei versucht das Spremberger Krankenhaus mit allen Kräften, die stationäre Grundversorgung für die Menschen in der Region zu erhalten und zusätzlich die allmählich wegbrechende ambulante Versorgung aufzufangen. Seit vielen Jahren arbeiten Krankenhaus und Kassenärztliche Vereinigung zusammen, um den Ärztemangel in der ambulanten Versorgung zu stoppen. So hat das Krankenhaus Spremberg, nachdem Arztstühle nicht mehr besetzt werden konnten, 2014 ein MVZ als Tochtergesellschaft der Krankenhausgesellschaft gegründet, in dem aktuell sechs Haus- und Fachärzte arbeiten.

„Wir konkurrieren nicht mit dem ambulanten Bereich, sondern sind in die Lücken gegangen, die entstanden sind“, so Möbius. Aus ihrer Sicht ist die sektorübergreifende Zusammenarbeit ein wichtiges Versorgungsmodell für die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens – vor allem in strukturschwachen Regionen wie der Lausitz. „Hier erhoffe ich mir mehr Weitsicht von den Politikern. Es sollten keine funktionierenden Strukturen zerschlagen werden, sondern Ansätze gefunden werden, wie auch bei uns die stationäre Grundversorgung erhalten werden kann.“

© Krankenhaus Spremberg



Das Krankenhaus Spremberg in der Lausitz betreibt 300 Betten und versorgt jährlich 5.600 Patienten. Seit 20 Jahren schreibt die Klinik schwarze Zahlen.

© Krankenhaus Spremberg



Hier ein Blick in die Intensivstation. In Spitzenzeiten versorgt die Notfallambulanz des Krankenhauses Spremberg 40 bis 60 Patienten am Tag.

© Städtisches Klinikum Brandenburg



Das Städtische Klinikum Brandenburg versorgt jährlich rund 23.500 Patienten stationär.

© Städtisches Klinikum Brandenburg



Im Jahr 2014 wurde das Brandenburger Klinikum als Schwerpunkt-Krankenhaus anerkannt. Hier ein Blick in die Endoskopie.

© Städtisches Klinikum Brandenburg



Auch die Augenheilkunde gehört zu den überörtlichen Aufgaben der Klinik.

Zweite Stippvisite in einem Schwerpunktkrankenhaus

Sektorübergreifende Versorgung ist auch ein wichtiger Baustein des zweiten Krankenhauses dieser Geschichte – dem Städtischen Klinikum Brandenburg (2,5 Autostunden von Spremberg entfernt). Die kommunal betriebene Klinik in der mit ca. 72.000 Einwohnern drittgrößten Stadt im gleichnamigen Bundesland versorgt stationär etwa 26.000 Patienten/Jahr – Tendenz steigend (2014 waren es noch knapp 1.000 Patienten weniger) –, betreibt 500 Betten und beschäftigt 1.015 Mitarbeiter, darunter 207 Ärzte. Das frühere DDR-Bezirkskrankenhaus hat wie viele ostdeutsche Kliniken bereits umfangreiche Umstrukturierungen hinter sich, wurde modernisiert und 2014 als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung anerkannt. Die überörtlichen Aufgaben umfassen die Allgemein- und Viszeralchirurgie, Innere Medizin I und II, Gynäkologie und Geburtshilfe, Augenheilkunde, Anästhesiologie und Intensivtherapie, HNO, Gefäß- und Halschirurgie, Gefäßchirurgie, Kinder- und Jugendmedizin, Neurochirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Urologie und Kinderurologie und die Notaufnahme mit rund 38.000 Patienten im Jahr, von denen knapp 16.000 stationär aufgenommen wurden.

Die Zusammenarbeit von stationärem und ambulantes Sektor wird in Brandenburg an der Havel sehr groß geschrieben. „Viele Praxisinhaber wollten in den letzten Jahren in den Ruhestand, haben aber keinen Nachfolger gefunden“, erläutert Prof. Dr. Wilfried Pommerien im Auftrag der Klinikleitung die Misere, in der die hiesige ambulante Versorgung steckte – und das trotz der mittleren Stadtgröße und der Nähe zu Potsdam und Berlin. Als sich ab 2004 im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes die Chance ergab,

Medizinische Versorgungszentren zu gründen, wurde reagiert. „Das Klinikum ging dabei nicht in die Offensive, sondern unterstützte. Es wurden Praxen aufgekauft, weil sie sonst niemand haben wollte. Dabei hat der Prozess, der gemeinsam von Klinikum und Kassenärztlicher Vereinigung entwickelt wurde, schnell an Dynamik zugenommen“, so Pommerien. Aktuell betreibt das Klinikum 31 MVZ's in der Region – das größte ist das Gesundheitszentrum am Brandenburger Hauptbahnhof mit 28 Haus- und Fachärzten, einem ambulanten Operationszentrum und zahlreichen Dienstleistern. Ebenfalls in Zusammenarbeit mit den Vertragsärzten wurde 2014 am Klinikum die ambulante Notfallpraxis „KV RegioMed-Bereitschaftspraxis“ eröffnet. Dort erhalten Patienten medizinische Hilfe bei akuten, aber nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen in den Zeiten, zu denen die Arztpraxen in der Regel geschlossen sind: an Wochenenden, Feiertagen sowie in den Abendstunden.

Die Verweildauer der Patienten in der stationären Versorgung wurde auch im Städtischen Klinikum Brandenburg verringert – von früher bis zu 14 Tagen auf heute durchschnittlich 5,3 Tage. Die Gründe dafür liegen laut Pommerien in den steigenden Patientenzahlen ohne Bettenaufstockung und in der Einführung des DRG-Systems.

„Mit dem neuen Vergütungssystem konnten die hohe Verweildauer und die damit verbundenen ausufernden Kosten gestoppt werden, dafür haben allerdings Kontrolle und Bürokratie stark zugenommen“, unterstreicht der Medizincontroller des Hauses, Oliver Schäfer, selbst Arzt mit einem Abschluss in Betriebswirtschaft, die Aussage der Spremberger Kollegen. Auch hinsichtlich der erforderlichen Weiterentwicklung der sektorübergreifenden Versorgung sind

sich beide Klinikleitungen in Spremberg und Brandenburg einig. „Durch die ambulante und stationäre Zusammenarbeit können Behandlungspfade verkürzt und das Behandlungsspektrum erweitert werden“, sieht der Ärztliche Direktor des Brandenburger Klinikums, Prof. Dr. Roland Becker, in der sektorübergreifenden Versorgung die Zukunft. Aus seiner Sicht haben Kliniken künftig Praxen und Ärzte aus den Praxen operieren in Kliniken. „Die Kliniken stehen unter einem hohen Leistungsdruck, aber gerade in Regionen wie Brandenburg kommt den Kliniken eine immer größere Rolle zu, ambulante Strukturen aufzufangen. Umso wichtiger ist die Zusammenarbeit über Sektorengrenzen hinaus.“ Dies sollte die Politik bei ihrem Ziel, auch zukünftig Betten abbauen zu wollen, beachten. Wenn, wie geplant, Qualitätsinstrumente eingesetzt werden, um strukturelle Veränderungen zu erzwingen, sei dies der falsche Weg.

„Qualitätskriterien können kein Druckmittel sein“, so Becker. Vielmehr müsse an verschiedenen Schrauben gedreht werden, um die Krankenhauslandschaft fit für die Zukunft zu machen, denkt Becker neben der intersektoralen Behandlung auch an die Delegation ärztlicher Leistungen, die in seinem Haus zum Teil von medizinischen Assistenten übernommen werden, oder die Digitalisierung, die am Klinikum z.B. mit Visiten-Laptops und einem papierlosen Krankenhausinformationssystem langsam Fahrt aufnimmt.

Mit dem Ärztemangel, über den im Land Brandenburg immer wieder geklagt wird, haben beide Kliniken aktuell nichts zu tun. Die Spremberger unterstützen seit Jahren mit einem Förderprogramm junge Menschen aus der Region, die nach ihrem Medizinstudium in die Heimat zurückkehren. Und das Klinikum Brandenburg ist eine von drei Gründungskliniken der ersten Medizinischen Hochschule des Landes, der MHB – lesen Sie dazu auch den Beitrag auf der Seite 10. „Die Gründung der Hochschule im April 2014 hat mit dazu beigetragen, dass sich die Bewerberlage im ärztlichen Bereich in den letzten Jahren deutlich verbessert hat“, berichtet Pommerien, Hochschulkoordinator der MHB am Klinikum Brandenburg, nicht ganz ohne Stolz. Heute ist der ärztliche Dienst – anders als bei der Pflege – bis auf einige Anästhesiestellen besetzt, und durch den Ausbau als Forschungsstandort zieht es auch immer mehr Oberärzte nach Brandenburg. Eine Standortentwicklung, die sich auszahlt.

Wir danken den beiden Kliniken für ihre Bereitschaft, uns einen Blick hinter die Kulissen zu gewähren. Unsere Recherchen haben gezeigt, dass dies keine Selbstverständlichkeit ist. (DA)

Wie schätzt Arzt die aktuelle Krankenhaussituation ein?

Auf ein Wort mit Dr. Uwe Torsten, Chefarzt Gynäkologie am Vivantes Klinikum Berlin-Neukölln und HB-Vorsitzender in Berlin



Es wird viel über den ökonomischen Druck an Kliniken gesprochen. Wie spiegelt sich diese abstrakte Betrachtung konkret im Arbeitsalltag eines Arztes wider?

Vor Jahren wurde vom Gesetzgeber das Motto „Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen“ ausgerufen. Dadurch wurde Druck für Ärzte, Pflege und Verwaltung aufgebaut, der zu Verschlingungen von Prozessen geführt hat. Aber Wettbewerb einseitig auf der ökonomischen Schiene zu führen, führt mittelfristig zur Schiefelage. Wir Ärzte verstehen Wettbewerb eher als Ringen um das beste fachliche Angebot, nicht um das preiswerteste. Mit der DRG-Vergütung allein sind diese Ziele aber nicht zu erreichen. Individuelle Betreuung ist kostenintensiv, Ressourcen sind endlich. Wir kennen diese Entwicklung aus vielen Bereichen der Gesellschaft: Callcenter, Hotlines, Öffnungszeiten von Schaltern... Dasselbe sehe ich in den Sekundärbereichen im Krankenhaus, die für ein Funktionieren essenziell sind: IT, Hol- und Bringendienst, Reinigung, die sogenannten Personal-Pools.

Oft wird problematisiert, dass die Weiterbildung junger Ärzte leidet, weil sie angesichts von Personalmangel überwiegend „nichtärztliche“ Aufgaben übernehmen. Wie kann man dem begegnen?

Aus meiner Sicht gibt es verschiedene Gründe: das Europäische Arbeitszeitgesetz, die zunehmende Teilzeitarbeit von jüngeren

Ärztinnen und Ärzten, erhöhter Dokumentationsaufwand. Es kann nicht sein, dass Ärzte zu „akademischen Dokumentationsassistenten“ missbraucht werden. Hier sollten sich die Vorgesetzten noch stärker dafür einsetzen, dass kein Missbrauch stattfindet – auch vor dem Hintergrund der übernommenen Ausbildungsverpflichtung. Ich denke, dass uns die Entwicklungen im 21. Jahrhundert hier unterstützen können: Digitalisierung mit intelligenten Lösungen, neue Assistenzberufe im Gesundheitswesen und vieles mehr.

Bei allen Herausforderungen, die der Klinikalltag mit sich bringt, macht es Ihnen trotzdem Spaß, Arzt zu sein?

Ich bin nicht Arzt geworden, weil der Numerus clausus gepasst hat und ich die Gehaltstabellen verglichen habe. Die Kombination von angewandter Geistes- und Naturwissenschaft mit sozialem Dienst am Menschen haben mich fasziniert und machen mich unabhängig. Ärztin oder Arzt zu sein heißt, einen freien Beruf auszuüben.

An wen würden Sie Ihre Wünsche richten, wenn es gilt, die Rahmenbedingungen für Ihren Beruf zu verbessern?

Wir alle müssen uns im gesellschaftspolitischen Netzwerk verankern, unsere Stimme an entscheidender Stelle erheben und für unsere Werte einstehen. Das kann jeder von uns täglich üben, unabhängig, in welcher Trägerstruktur er sich befindet. Bei der einen mag dies einfacher, bei einer anderen schwieriger sein. Für Richtungsänderungen braucht es aber eine größere Verbandsstruktur, deshalb bin ich übrigens im Hartmannbund.



Dipl.-Ing.-Ök. Kathrin Möbius ist Geschäftsführerin der Spremberger Krankenhausgesellschaft.



Dipl.-Med. Sabine Manka ist Chefarztin der Gynäkologie in Spremberg und Vorsitzende des Fördervereins Krankenhaus Spremberg e.V.



Prof. Dr. Roland Becker ist Ärztlicher Direktor des Städtischen Klinikums Brandenburg und Chefarzt der Orthopädie und Unfallchirurgie.



Prof. Dr. Wilfried Pommerien ist Hochschulkoordinator des Klinikums Brandenburg für die Medizinische Hochschule.



Faktencheck

Wie steht es um die Krankenhäuser?

Im Jahr 2016 wurden laut Statistischem Bundesamt 19,5 Millionen Patienten stationär in Deutschlands Krankenhäusern behandelt – 277.400 Behandlungsfälle mehr als im Vorjahr. Die Aufenthaltsdauer der Patienten liegt wie im Vorjahr durchschnittlich bei 7,3 Tagen. In 1.948 Krankenhäusern (568 öffentliche, 674 freigemeinnützige, 706 private) standen insgesamt 498.700 Betten zur Verfügung. Die durchschnittliche Bettenauslastung lag bei 77,8 Prozent. Rund 894.500 Vollkräfte versorgten 2016 die Krankenhauspatienten – unter ihnen 158.000 Vollkräfte im ärztlichen Dienst (+2,3 Prozent) und 736.500 im nichtärztlichen Dienst (+3,2 Prozent), darunter allein 325.200 Vollkräfte im Pflegedienst (+1,3 Prozent). Kosten der Krankenhäuser jährlich (hier gibt es nur Zahlen aus dem Jahr 2015): 97,3 Milliarden Euro.

Krankenhausstrukturgesetz

Gesetze zur Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft wurden bereits viele verabschiedet. Das letzte, das Krankenhausstrukturgesetz, trat am 1. Januar 2016 in Kraft. **Auszüge:** Die Verpflichtung zur Investitionskostenfinanzierung und die Verantwortung für die Krankenhausplanung verbleiben bei den Ländern. Die Qualität der Krankenhausversorgung soll als Kriterium in der Krankenhausplanung der Länder berücksichtigt werden. Die Qualität der stationären Versorgung soll zudem über Steuerungsinstrumente bei der Krankenhausvergütung weiter verbessert werden. Krankenhäuser sollen Qualitäts- und abschläge erhalten können. Über einen Strukturfonds sollen 2016 bis 2018 finanzielle Mittel bereitgestellt werden, um strukturverbessernde Maßnahmen der Länder zu fördern – sprich Überkapazitäten abzubauen sowie Standorte zu konzentrieren und umzuwandeln. Die KVen sollen zur Sicherstellung des Notdienstes entweder vertragsärztliche Notdienstpraxen (sogenannte Portalpraxen) in oder an Krankenhäusern als erste Anlaufstelle einrichten oder aber die Notfallambulanz der Krankenhäuser unmittelbar in den vertragsärztlichen Notdienst einbinden. Ein Pflegestellen-Förderprogramm soll Neueinstellungen und die Aufstockung von Teilzeitstellen in der Krankenhauspflege bewirken. Dazu werden 2016 bis 2018 Fördermittel von bis zu 660 Millionen Euro bereitgestellt.

Vergütung der Krankenhäuser

Im DRG-Fallpauschalen-System (Diagnosis Related Groups) werden Patienten anhand medizinischer und demographischer Kriterien auf Grundlage ermittelter typischer Behandlungskosten zu Abrechnungszwecken in Fallgruppen eingeteilt. Krankenhäuser bekommen zur Deckung der angefallenen Betriebskosten pro Patient bzw. Krankenhausfall einen pauschalen Euro-Beitrag von der Krankenkasse des Patienten. Zur Berechnung des Preises für die Krankenhausbehandlung wird die sich aus dem jeweiligen DRG ergebene Bewertungsrelation mit einem Basisfallwert multipliziert. Die Grundlage wurde mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) geschaffen, die obligate Einführung des DRG-Vergütungssystems für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen erfolgte ab dem Jahr 2004.