

Stellungnahme des Sachverständigen Gerald Oestreich für die Sitzung des Gesundheitsausschusses beim Deutschen Bundestag am 18.6.2008

A. Hintergrund des Sachverständigen:

Vorstandsvorsitzender der Mühlenkreiskliniken (AÖR) im Kreis Minden Lübbecke
4 Akutkrankenhäuser von Grund- bis Maximalversorgung, 3 Tageskliniken
1 orthopädische Fachklinik, 1 Servicegesellschaft, 8 Schulen mit 450
Ausbildungsplätzen
Insgesamt rd. 2.000 Betten, 4.300 Beschäftigte, Umsatz 285.000.000 Euro,

B. Situationsbeschreibung mit Echtdaten der Mühlenkreiskliniken

Seit mehr als 10 Jahren werden reale Kostenzuwächse in den deutschen Krankenhäusern nicht mehr ausgeglichen. Die Abkehr vom „Selbstkostendeckungsprinzip“, (der Begriff suggeriert, dass hier immer alle Kosten der Krankenhäuser von den Krankenkassen anerkannt und bezahlt wurden, was de facto nie der Fall gewesen ist) und die Anbindung der Budgets an die Grundlohnsummenentwicklung der Krankenkassen hat u.a. zur sogenannten „BAT-Schere“ [siehe Grafik 1] mit deutlichen Unterfinanzierungen der Kosten geführt. Was indiziert gering aussieht, führt bei Fortschreibung der Personalkosten und linearen Budgetsteigerungen zu einer Unterdeckung allein beim Personalaufwand für die Mühlenkreiskliniken rd. 20,8 Mio. Euro. Dies entspricht der Unterfinanzierung von rd. 420 Stellen. [siehe Grafik 2]

Diese Deckelung der Budgets erforderte enorme Anstrengungen zur Kostenreduzierung und wirtschaftlicheren Betriebsführung. Die Folge war ein erheblicher Personalabbau (in den Mühlenkreiskliniken 380 Stellen = 13%).

Die gesetzliche Umstellung der Bemessungsgrundlage für die Veränderungsrate vom der „Quote je Mitglied“ auf die „Quote der Anzahl der Versicherten“ führte bereits vor dem Beschluss zu den Sanierungsbeiträgen nach dem GKVWSG zu einer „kalten“ Budgetkürzung durch das Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG). Die bereits berechnete Veränderungsrate von 0,97% wurde um -0,34% auf 0,63% reduziert. Für die Mühlenkreiskliniken eine Einnahmekürzung von rd. 600.000€ pro Jahr. Dies entspricht den Personalkosten von rund 12 Stellen und somit dem Pflegepersonal einer ganzen Station.

Mit Einführung der Fallpauschalen durch das DRG-System setzte eine starke Verkürzung der Verweildauer ein, auf die mit Stationsschließungen und Bettenreduzierungen reagiert wurde. (in den Mühlenkreiskliniken in den vergangenen vier Jahren -300 Betten = -13,5%)

Allerdings führen steigende Fallzahlen (Mühlenkreiskliniken + 20%) zu einer erheblichen Arbeitsverdichtung, da die Verweildauerverkürzung bei steigenden Patientenzahlen die Schlagzahl für den Bereich der Diagnostik und Therapie noch erhöht. Dabei nimmt die Zahl älterer und multimorbider Patienten durch den demografischen Faktor ständig zu.

Hinzu kommt die bundesweit ungleiche Refinanzierung der Krankenhäuser für eine identische medizinische Leistung. Was in einem direkten Vergleich der Landesbasisfallwerte vielleicht noch undramatisch aussieht (der Landesbasisfallwert 2008 liegt in Rheinland-Pfalz um 227,53€ Euro und in unserem direkten Nachbarland Niedersachsen, aus dem die Mühlenkreisklinken 22% aller Patienten behandeln, um 34,26€ Euro höher) stellt für das Krankenhaus im Ganzen erhebliche wirtschaftliche Nachteile dar.

Würden die Mühlenkreiskliniken ihre medizinischen Leistungen mit einem Punktevolumen (Casemix) von 66.345 CM so vergütet bekommen wie in Rheinland-Pfalz, wäre das Budget um 15,1 Mio. Euro höher. Und wenige Kilometer weiter hinter der Landesgrenze in Niedersachsen wäre das Budget bei gleicher Leistung immer noch 2,3 Mio. Euro höher. Damit können wir 50 bis 300 zusätzliche Vollkräfte im Pflegebereich finanzieren

Erste Quervergleiche zeigen, dass z.B. die Personalschlüssel in den Intensivbereichen kommunaler Krankenhäusern in Westfalen-Lippe niedriger sind als in süddeutschen Häusern. Damit besteht innerhalb der Bundesrepublik auch ein Gefälle in der Personalausstattung und damit auch in der Qualität der Leistungserbringung.

Die nach dem ersten Ärztestreik ausgelöste Personalkostenerhöhung, die in 2008 vereinbarten Tarifsteigerungen im TVÖD und im TV-Ärzte sind mit den gegenwärtigen Budgets nicht aufzubringen. Eine weitere Personalanpassung ist ohne Einschnitte in die Versorgung nicht mehr umzusetzen. Nach jahrelanger Rationalisierung stehen die Kliniken unmittelbar vor der Rationierung.

Damit sind jedoch klare Aussagen zum Versorgungsauftrag der Krankenhäuser durch die Planungsbehörden und zum Versorgungsumfang für die Versicherten durch die Krankenkassen notwendig.

Vor der Rationierung sollten alle Möglichkeit der Rationalisierung genutzt werden. Dabei kommt der Investitionsfähigkeit der Kliniken eine besondere Rolle zu. Während inzwischen die Kliniklandschaften in den neuen Bundesländern durch Sonderprogramme auf einen modernen Stand gebracht wurden, hinken die Kliniken in den alten Bundesländern hinterher. Wie bei den unterschiedlichen Landesbasisfallwerten als Maßstab für die Vergütung der Betriebskosten, so wird auch die Förderung von Investitionen als Aufgabe der Länder sehr unterschiedlich wahrgenommen. Damit wird die Wettbewerbssituation auch über die Möglichkeiten im investiven Bereich verzerrt.

In über hundert Jahre alten historisch gewachsenen Gebäudestrukturen lassen sich keine Prozessabläufe darstellen, die den heutigen Anforderungen entsprechen. Die Mühlenkreiskliniken haben hierauf mit dem Neubau des Johannes Wesling Klinikum Minden als Ersatzneubau und Zusammenführung der beiden teils 100 bis 150 Jahre Altstandorte reagiert (Inbetriebnahme März 2008). Dabei erfolgt die Finanzierung überwiegend aus Eigenmitteln des Trägers und Kreditaufnahmen, während die Landesförderung nur bei rund 10% liegt.

Der neue Weg in Nordrhein-Westfalen, die pauschalierte Investitionsförderung für bewegliches Anlagevermögen vom Faktor Bettenzahl auf den Case-Mix umzustellen ist grundsätzlich ein richtiger Weg, wenngleich hier insbesondere die Maximalversorger gegenüber der bisherigen Förderung benachteiligt werden. Damit wird jedoch der notwendige Bettenabbau nicht mehr blockiert.

Ob der neue Weg in Nordrhein-Westfalen, die Baufinanzierung per Einzelantrag ebenfalls auf ein Pauschalsystem mit Kopplung an den Case-Mix umzustellen erfolgreich ist, wird maßgeblich davon abhängen, wie hoch die Förderung aussehen wird. Wenn z.B. bei einem Haus der Grundversorgung mit 4.000 CM-Punkten dies letztlich zu einer Jahresfördersumme von 200.000€ Euro führt, kann man schnell ausrechnen, dass mit solchen Beträgen keine größeren Baumaßnahmen refinanziert werden können, zumal bei notwendigen Kreditaufnahmen über 30% der Fördermittel

nicht für Investitionen, sondern nur zur Bedienung der Zins- und Tilgungslasten eingesetzt werden müssen.

Erschwert wird die Versorgung der Patienten zudem durch den Ärztemangel, der inzwischen alle Versorgungsstufen erreicht hat und nicht nur ein Phänomen des ländlichen Raumes ist.

Derzeit sind in den Mühlenkreiskliniken rd. 20 Arztstellen nicht besetzt. Während in großen Abteilungen noch eine Teilkompensation erfolgen kann, führt dies in Kliniken mit personeller Mindestausstattung zu erheblichen Problemen. So kann der Klinikbetrieb im kleinsten Haus des Verbundes nur noch durch die Übernahme von Bereitschaftsdiensten durch niedergelassene Ärzte sichergestellt werden. Eine Mitversorgung aus anderen Standorten ist wegen der auch dort dünnen Personaldecken nicht möglich.

Häuser der Grundversorgung mit einem niedrigen CM-Volumen können keine Deckung der Personalvorhaltungskosten nach den gesetzlichen Vorschriften (Arbeitszeitgesetz) z.B. im ärztlichen Bereich erreichen. Ein Ansatz kann in Verbundstrategien (Teleportalklinik) gesehen werden. Angesichts der Tatsache, dass nach den Daten des statistischen Bundesamtes von 2006 rd. 55% der Krankenhäuser weniger als 200 Betten betreiben, ist dies keine zu vernachlässigende Randproblemlage. [siehe Grafik 3]

Die für das Jahr 2009 bereits feststehenden Tarifabschlüsse können mit der bisherigen Ankoppelung an die Grundlohnsummensteigerung auch nicht ansatzweise aufgefangen werden. Hier müssen die deutschen Krankenhäuser so gestellt werden wie andere Wirtschaftsbetriebe.

C. Krankenhäuser zwischen Markt- und Planwirtschaft

Es gibt keine gesetzliche Regelung die es Tankstellenbetreibern, Automobilkonzernen oder der Bahn gesetzlich untersagt, höhere Einkaufskosten für Benzin, Metall oder Strom und zudem gestiegene Löhne sowie die Mehrwertsteuer über die Preise an die Kunden weiterzugeben.

Doch genau dies geschieht mit dem angeblichen „Wirtschaftsbetrieb“ Krankenhaus.

Die Krankenhäuser sind der einzige Wirtschaftsbereich, dem durch politische Eingriffe notwendige Einnahmezuwächse untersagt werden.

Es gibt sicher positive Darstellungen insbesondere privater Klinikketten. Gegenüber den standortfixen regionalen Kliniken agieren diese bundesweit und können so Vorteile und Nachteile aus Standorten in neuen und alten Bundesländern kompensieren. Wenn nach jahrelangen Rationalisierungsanstrengungen, Personalabbau und Umstrukturierung zunehmend mehr Kliniken rote Zahlen schreiben, gehört das staatliche Finanzierungssystem auf den Prüfstand. Es entsteht der Eindruck, dass die gesetzlich verordnete chronische Unterfinanzierung der Marktbereinigung dienen soll. Ein System, das die deutschen Krankenhäuser komplett vom wirtschaftlichen Aufschwung abkoppelt und sogar noch zum Sanierer für die Krankenkassen macht, ist in Frage zu stellen.

- Krankenhäuser bestimmen ihre Preise nicht selbst, sondern die jährlichen Zuwachsraten sind gesetzlich vorgegeben und werden ggf. gesetzlich angepasst wie z.B. durch das AVWG.
- Die Zuwachsraten sind nicht auf einen zukünftigen Zeitraum gerichtet, sondern stammen aus der Vergangenheit. Sie orientieren sich nicht an der Kostenentwicklung der Leistungserbringer, sondern an der zurückliegenden Grundlohnsummenentwicklung der Krankenkassen vor eineinhalb Jahren. (retrospektive Budgetfestsetzung)
- Damit nehmen die Kliniken nicht am wirtschaftlichen Aufschwung teil, müssen aber alle aktuellen Kostenentwicklungen abdecken.
- Krankenhäuser sind Endverbraucher und können die Mehrwertsteuererhöhung nicht wie z.B. Apotheken an die Krankenkassen weiterberechnen.
- Für die gleiche stationäre medizinische Leistung, wie z.B. eine Hüftendoprothese, wird in Rheinland-Pfalz 7.679,11€, in Nordrhein-Westfalen jedoch nur 7.088,14€, also 590,97€ weniger vergütet.
- Kliniken haben durch einen Betrieb rund um die Uhr hohe Energiekosten. Die Versorgung kranker Patienten erlaubt es nicht, Heizungen übermäßig zu drosseln oder Klimaanlage außer Betrieb zu nehmen. Eine Refinanzierung der drastischen Energiepreiserhöhungen gibt es nicht.
- Weder 2007 noch 2008 konnten die Kosten der Tarifabschlüsse auf die Preise umgelegt werden.
- Die gesetzliche Budgeterhöhung im Jahr 2007 betrug nur 0,28%. Dagegen stand als Sanierungsbeitrag für die Krankenkassen eine gesetzliche Budgetkürzung von -0,5% steht, somit de facto eine Budgetkürzung um -0,22%
- Die gesetzliche Budgeterhöhung im Jahr 2008 beträgt 0,64%. Dagegen steht trotz eines Überschusses von 1,74 Mrd. € bei den Krankenkassen erneut ein Sanierungsbeitrag als gesetzliche Budgetkürzung in Höhe von -0,5%, somit netto eine Erhöhung von nur +0,14%
- Somit steht fest, dass die Kliniken mit einem Minus von 0,08% in 2007 und 2008 keinerlei Erlöszuwächse haben, um Tarifkosten, Mehrwertsteuer oder Energiepreiserhöhungen aufzufangen. Die in Stellungnahmen des BMG ständig zitierte Einsparung durch Senkung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung sind kaum zwar vorhanden [siehe Tabelle 1] sie werden jedoch durch Beitragserhöhungen bei der Krankenversicherung fast vollständig kompensiert.
- Mit der gesetzlichen Auflage nach dem Arzneimittelwirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) ab 2006 keine Naturalrabatte bei Medikamenten mehr nutzen dürfen, wurden sogar die Kosten erhöht, obwohl diese Medikamente gar nicht kostenwirksam an Patienten weiterberechnet werden und damit nur die Leistungserbringung unter dem Deckel verteuern.

- Krankenkassen dürfen sich gesetzlich vorgeschrieben entschulden und verbuchen seit vier Jahren in Folge Milliardenüberschüsse, während die Leistungserbringer Nullrunden fahren und sich verschulden. Obwohl die Krankenkassen am Anfang eines Jahres stets über Millionendefizite berichteten, konnte das BMG folgende Überschüsse vermelden:
 2004: 4,02 Mrd. €
 2005: 1,80 Mrd. € (BMG: Nettoverschuldung vollständig abgebaut)
 2006: 1,63 Mrd. €
 2007: 1,78 Mrd. €
- Kliniken zahlen für ihre Mitarbeiter die erhöhten Krankenkassenbeiträge die zu höheren Beitragseinnahmen und den bereits erwähnten Milliardenüberschüssen führen ohne jegliche Refinanzierung.
- Krankenkassen können ohne Nachweis gegenüber den Kliniken und den niedergelassenen Ärzten Kürzungen für Leistungen der Integrierten Versorgung vornehmen. Kürzungsmittel reicht.
- Krankenkassen brauchen -gesetzlich geregelt- keinen Nachweis für diese eingezogenen Beträge vorlegen und dürfen so auch nicht verwendete Beträge behalten.
- Eine Folge ist u.a., dass Kliniken Notlagentarife vereinbaren müssen, weil die Ergebnisse der Tarifverhandlungen gar nicht umsetzbar sind.

Dies bei:

- steigenden Fallzahlen in den Kliniken
- dünnen Personaldecken
- Ärztemangel
- Problemen der Versorgung im ländlichen Raum
- Abwälzung der notärztlichen Versorgung auf Krankenhäuser
- ständigem Hinweis auf den Versorgungsauftrag.

Die Politik muss endlich auf diese Entwicklung reagieren, da mit einem weiterhin staatlich verordneten Verbot der Refinanzierung von Kostensteigerungen die Kliniken finanziell systematisch ausgeblutet werden.

Dabei sind folgende Punkte vorrangig anzugehen:

- **Rücknahme der Sanierungsbeiträge**
- **Entkopplung der Krankenhausbudgets von der Grundlosummensteigerung**
- **Refinanzierung von tariflichen und gesetzlichen Kostensteigerungen**
- **Einheitliche Finanzierung medizinischer Leistungen in der BRD**
- **Sicherstellung der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser**
- **Vollständige Übernahme der Kosten aus Ausbildung**

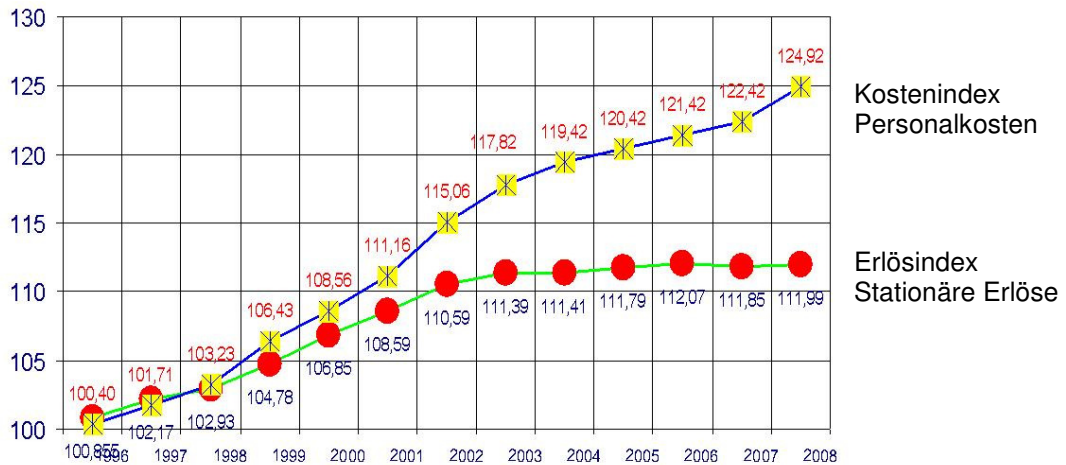
Auswirkung der Krankenhausgesetzgebung am Beispiel der Mühlenkreiskliniken (AöR)
Tabelle 1

2007	
Personalmehraufwendungen aus dem Ver.di-Tarifabschluss:	-1.411.800 €
Personalmehraufwendungen aus dem Tarifabschluss Ärzte MB:	-2.533.000 €
Mehrkosten aus der Mehrwertsteuer:	-1.844.000 €
Mehrkosten aus Energiepreissteigerungen:	-401.700 €
Mehrkosten aus dem Arbeitszeitgesetz:	-371.000 €
Kürzungsbeträge für Integrierte Versorgung ohne Nachweis	-585.700 €
Kürzung und Mehrkosten Arzneimittelwirtschaftlichkeitsgesetz	-100.000 €
DRG Katalogeffekt**) 2007	-368.000 €
Mehrkosten Sozialversicherungsbeiträge Krankenversicherung	-371.300 €
Budgetkürzung 0,50% nach GKVWSG*):	-921.400 €
Budgetkürzung AVWG (Versicherter statt Mitglied) 0,34%	-600.000 €
Einsparungen Sozialversicherungsbeiträge Alo-Versicherung	1.341.500 €
Zuschlag zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen	349.000 €
Budgeterhöhung von 0,28%	542.500 €
Unterdeckung 2007	-7.274.900 €
2008	
Budgetkürzung 0,5% nach GKVWSG*)	-843.000 €
Personalmehraufwendungen aus dem Ver.di-Tarifabschluss:	-2.275.000 €
Personalmehraufwendungen aus dem Tarifabschluss Ärzte MB:	-1.135.000 €
Mehrkosten Energiepreissteigerungen	-200.000 €
Kürzungsbeträge für Integrierte Versorgung ohne Nachweis	-498.000 €
Mehrkosten Sozialversicherungsbeiträge Pflegeversicherung	-65.000 €
Budgetkürzung AVWG (Versicherter statt Mitglied) 0,34%	-600.000 €
Budgeterhöhung 0,64%	1.118.000 €
Einsparungen Sozialversicherungsbeiträge Alo-Versicherung	490.000 €
Unterdeckung 2008	-4.008.000 €
Gesamtunterdeckung im Zweijahreszeitraum	-11.282.900 €

Grafik 1

Die Budgetschere

BAT/TVÖD/TV-Ärzte und VÄR Index in %

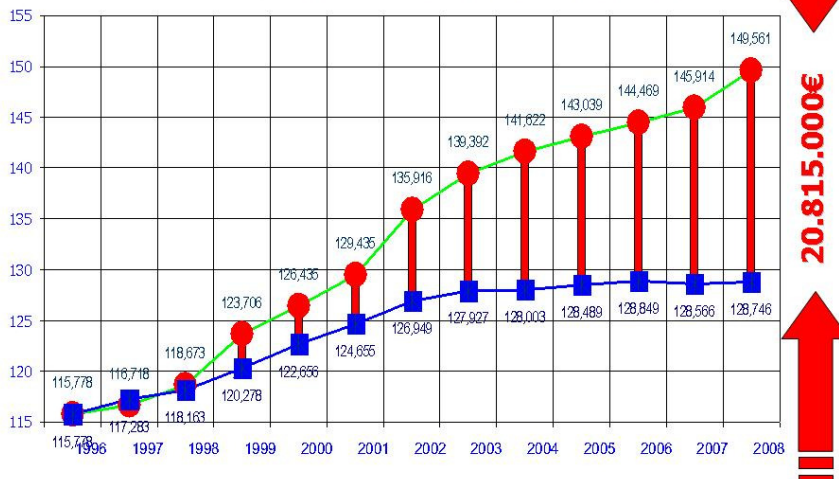


Grafik 2

Personalkostenentwicklung

Steigerung um BAT/TVÖD TV-Ärzte zur VÄR

= rd. 420 nicht finanzierte Stellen



Grafik 3

Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen

Quelle: Stat. Bundesamt 2006

