

**Stellungnahme zum
Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen
der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009
(Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG)
BR-Drucksache 696/08**

Öffentlichen Anhörung des
Bundestagsausschusses für Gesundheit
am 24.11.2008
in Berlin

Reinhard Fuß
Geschäftsführer Strategie und Planung
Städtisches Klinikum München
Thalkirchner Straße 48
80337 München

Vorbemerkung

Bei der folgenden Stellungnahme beziehe ich mich inhaltlich insbesondere auch auf die Pressemitteilung der neun kommunalen Großkrankenhäuser vom 08. September 2008 zur leistungsgerechten Finanzierung der Krankenhäuser (siehe Anlage).

I. Allgemeine Entwicklung Krankenhausfinanzierung

1. Das Ziel einer Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung sollte u.a. sein, dass sie ausreichend und leistungsgerecht ist. Jede Weiterentwicklung muss sich daran messen lassen, ob sie dem Grundsatz „Geld folgt Leistung“ mehr Geltung verschafft. Dazu ist auch die grundsätzliche Frage zu stellen, ob es sinnvoll ist, das Ziel einer bundeseinheitlichen Baserate, einer in der Höhe einheitlichen Finanzierung für Krankenhäuser unterschiedlicher Versorgungstufen und Versorgungsregionen weiterhin zu verfolgen.

2. **Probleme:**

In einem Maximalversorgungs Krankenhaus sind die Vorhaltekosten höher, die fachspezifische Kompetenz aber auch größer, die Reaktionsmöglichkeit bei Komplikationen vielfältiger.

Die Krankenhäuser der Maximalversorgung stellen rund um die Uhr die Notfallversorgung sicher, ohne dafür adäquate Erlöse zu erzielen. Z.B. arbeiten im Städtischen Klinikum München jede Nacht 133 Ärztinnen und Ärzte und 100 Pflegekräfte für jährlich 130.000 Notfallpatienten.

Die Krankenhäuser der Maximalversorgung haben einen relativ höheren Anteil an Extremkostenfällen. Der Grundansatz der Kalkulation der DRG-Erlöse mit einer durchschnittlichen Vergütung wird hier außer Kraft gesetzt und führt zu erheblichen Defiziten in den kommunalen Großkrankenhäusern.

In München sind die Lebenshaltungskosten höher als in vielen anderen Regionen Deutschlands. Diese Tatsache müsste auch zu höheren Vergütungen für die Beschäftigten führen.

Auch die Personalkosten sind gerade in den kommunalen Kliniken höher, die nicht aus dem TVÖD fliehen beispielsweise für die Servicebereiche durch Outsourcing oder durch Branchentarifverträge in Tochtergesellschaften.

3. **Wege:**

Notwendig ist eine leistungsgerechte Finanzierung der Krankenhäuser, die tatsächlich an der Notfallversorgung beteiligt sind, durch Zuschläge. Abschläge für Krankenhäuser, die keine Notfallversorgung bereitstellen, ist keine Lösung.

Notwendig ist eine Regelung für Krankenhäuser mit einem relativ höheren Anteil an Extremkostenfällen beispielsweise durch Zuschläge für Zentren.

Notwendig ist eine differenzierte Betrachtung der Lebenshaltungskosten in den Regionen. Dieses sollte in der gesetzlichen und tariflichen Gestaltung

Eingang finden.

II. Spezielle Regelungen im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz.

1. Die **Einführung eines krankenhausspezifischen Kosten-Orientierungswertes** anstelle der Grundlohnsummenentwicklung ist grundsätzlich zu begrüßen.
Problem: Das BMG soll per Verordnung und ohne Zustimmung des Bundesrates den vom Statistischen Bundesamt ermittelten Orientierungswert in Form einer Obergrenze für die Budgetsteigerung reduzieren können. Damit besteht die Gefahr, dass es letztlich doch wieder bei der Festsetzung der Steigerungsrate unter arbeitsmarktpolitischen Kriterien bliebe.

Es wird bei der zukünftigen Festlegung der Steigerungsrate wohl auch davon ausgegangen, dass Optimierungspotentiale in den Krankenhäusern vorhanden sind. Diese Annahme ist nicht wirklich abzustreiten. Die Realisierung von Optimierungspotentialen, die bei der jetzigen Regelung aufgrund der Tarifsteigerungen und der Sachkostensteigerungen (z.B. Energie) notwendig wären, ist aber mit Sicherheit nicht zu erreichen. In einem Dienstleistungsbereich mit einem hohen Personalkostenanteil sind Rationalisierungsmöglichkeiten anders zu bewerten als in einem Produktionsbereich mit einem hohen Sachkostenanteil. Es sind keine Untersuchungen für den Krankenhausbereich bekannt, wie hoch das jährliche Optimierungspotential sprich der Produktivitätszuwachs kalkuliert werden kann und ob dieser mögliche Produktivitätszuwachs die Kostensteigerungen im Personal- und Materialbereich auffangen kann. Bekannt ist, dass in den letzten 15 Jahren 100.000 qualifizierte Arbeitsplätze in den Kliniken abgebaut wurden.

2. Die **Neuregelung der Investitionsfinanzierung** mit der Einführung einer Investitionspauschale ist grundsätzlich zu begrüßen. Es wäre eine Maßnahme zur Entbürokratisierung der notwendigen Investitionen, die durch die Krankenhäuser geleistet werden müssen. Nach unserer Einschätzung wären dadurch mehr Investitionsmittel auch durch zusätzliche Eigenfinanzierung seitens der Krankenhäuser generierbar. Durch die Optionseinschränkung für die Länder nach Pauschale oder Einzelförderung ist diese Regelung verwässert, so dass mit keinen wirklichen Fortschritten zu rechnen ist.
3. Die **anteilige Finanzierung der Tarifsteigerung 2008 und 2009** ist grundsätzlich zu begrüßen. Die anteilige Finanzierung löst selbstverständlich nicht das Problem, dass die Tarifsteigerung in einem Dienstleistungsbereich, wenn sie nicht durch die Preisgestaltung aufgefangen werden kann, im Wesentlichen durch die Reduzierung des Personals bewältigt werden muss. Da der Produktivitätszuwachs im Krankenhaus aus unserer Sicht nicht mit der Kostensteigerung in Einklang gebracht werden kann (siehe auch Punkt 1), wird es zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung kommen.

Ein wesentlicher Schwachpunkt mit der jetzt diskutierten Umsetzung der anteiligen Finanzierung über den jeweiligen Landesbasisfallwert ist, das sie

einen Nachteil für die Krankenhäuser bedeutet:

- die den TVÖD und den TVÄ anwenden und
- die Personalkostenanteile von mehr als 66,6 % haben.

Dieses betrifft insbesondere kommunale Krankenhäuser, weil sie überwiegend den TVÖD und TVÄ anwenden, weil viele von ihnen Serviceleistungen nicht in Tochtergesellschaften, die Brachentarife zahlen, ausgegliedert haben, weil viele von ihnen Serviceleistungen (deren Personal nach TVÖD bezahlt werden) selber erbringen und nicht outgesourct haben.

Außerdem wird durch die volle Anrechnung der gesetzlichen Steigerungsrate auf die Tarifsteigerung die Finanzierung für die Sachkostensteigerung minimiert.

4. Die **Finanzierung von zusätzlichen Pflegestellen** ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Finanzierung von 70% der Kosten der Pflegestellen über drei Jahre erleichtert die Entscheidung zur Anstellung von Pflegepersonal. Aus den Erfahrungen im Städt. Klinikum München ist allerdings zweifelhaft, ob 21.000 qualifizierte Pflegekräfte am Arbeitsmarkt vorhanden sind.

III. Procedere des Gesetzgebungsverfahrens und Kommunikation

1. Das Procedere des Gesetzgebungsverfahrens mit der Verabschiedung des Gesetzes im Februar 2009 bedeutet, dass die Landes-Baserate erst spät im Jahr vereinbart wird. Die Budgetverhandlungen werden in 2009 erschwert, die Budgets werden erst spät im Jahr vereinbart.
2. Noch im Frühjahr des Jahres 2008 stellte das BMG Rationalisierungsreserven der Krankenhäuser in Höhe von 3 Mrd. € fest. Die nun angekündigten 3,2 Mrd. € als Programm zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser darzustellen, ist unredlich. 1,1 Mrd. € davon stehen den Krankenhäusern nach den bisherigen gesetzlichen Regelungen zu. Sie sind auch durch die bisherigen Einnahmen der Krankenkassen gedeckt. Diese Art der Kommunikation führt zu einem Vertrauensverlust bei den Beschäftigten in den Krankenhäusern gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium und der Gesundheitspolitik insgesamt.
3. Da das Gesamtpaket der Einzelmaßnahmen in Höhe von 3,2 Mrd. € die Mehrkosten, die auf die Krankenhäuser zukommen, nur teilweise kompensieren, ist die Gegenforderung der Krankenkassen, die Krankenhausvergütungen um 1,3 Mrd € zu kürzen, zurückzuweisen. Dieses ist kein lösungsorientierter Vorschlag, sondern eine Provokation, die auf dem Rücken der stationär zu versorgenden Patienten ausgetragen wird.

Anlage



Pressemitteilung
!!

Sperrfrist: 08.09.2009, 13.00 Uhr

Neun kommunale Großkrankenhäuser von Berlin bis München starten eine Plakat- und Anzeigenkampagne für eine leistungsgerechte Finanzierung

Berlin, 8. September 2008 - Neun kommunale Großkrankenhäuser in Berlin, München, Stuttgart, Nürnberg, Augsburg, Dortmund, Braunschweig, Bayreuth und Bielefeld haben heute eine bundesweite Kampagne gestartet. Damit soll die Misere bei der Krankenhausfinanzierung deutlich und die Politik zu einer ausreichenden Vergütung der Leistungen der Krankenhäuser aufgefordert werden.

In den rund 20.000 Betten der an der Kampagne beteiligten Krankenhäuser werden im Jahr 750.000 Patienten stationär und weitere knapp 1,2 Millionen ambulant von insgesamt 50.000 Mitarbeitern behandelt. Es sind alles Krankenhäuser, die rund um die Uhr für alle Fälle gerüstet sind und in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung eine wichtige Funktion weit über die jeweilige Stadtgrenze hinaus haben – und deswegen viele Leistungen erbringen, die nur ungenügend erstattet werden.

„Wir wollen mit dieser Kampagne auf die spezifischen Probleme der kommunalen Krankenhäuser aufmerksam machen, die einen besonderen Versorgungsauftrag haben und daher jeden Patienten aufnehmen“, betont Joachim Bovelet, Vorsitzender der Geschäftsführung der Vivantes Klinika Berlin. Die Kampagne unterstützt die geplanten Aktionen im Bündnis „Rettung der Krankenhäuser“ von Städtetag, Deutscher Krankenhausgesellschaft, Gewerkschaften und Berufsverbänden, die in einer bundesweiten Demonstration am 25. September in Berlin kulminieren.

Mit Großflächenplakaten in den beteiligten Städten ab dem 9. September und mit Anzeigen in überregionalen sowie regionalen Tages- und Wochenzeitungen stellen die neun großen kommunalen Krankenhausträger vier Themen in den Fokus. Diese demonstrieren exemplarisch die dramatische Unterfinanzierung der kommunalen Großkrankenhäuser, die ein umfassendes Leistungsspektrum in nahezu allen medizinischen Fachdisziplinen bieten und rund um die Uhr für die medizinische Versorgung der Bevölkerung da sind:

- die unzureichende Vergütung bei so genannten Extremkostenfällen
- die mangelhafte Vergütung der medizinischen und pflegerischen Notfallversorgung in der Nacht
- die fehlende Refinanzierungsmöglichkeit der Steigerung der Personalkosten in den letzten Jahren
- die fehlende Finanzierung der Facharztweiterbildung.

„Uns geht es darum“, so Bovelet, „die komplizierten Finanzierungsregelungen und Milliardenbeträge, die bei den Diskussionen über das Gesundheitswesen stets die Hauptrolle spielen, herunterzubrechen auf nachvollziehbare Beträge und vor allen Dingen konkrete Krankengeschichten von Menschen zu dokumentieren, denen wir mit Spitzenmedizin und guter Pflege geholfen haben.“ Ziel der Aktion sei es, so der Geschäftsführer der kommunalen Vivantes GmbH, die in Berlin neun Krankenhäuser betreibt, bei der Politik nicht nur eine einmalige finanzielle Entlastung der Krankenhäuser zu erreichen, sondern eine dauerhafte leistungsgerechte Vergütung.

Extremkostenfälle

Dr. Alfred Estelmann, Vorstand des Klinikums Nürnberg, macht allein insgesamt 450 so genannte Extremkostenfälle im Jahr 2007 für einen Fehlbetrag beim Klinikum Nürnberg in Höhe von 7,4 Mio. Euro verantwortlich. Alle 450 Fälle haben mindestens 1,5-fach höhere Kosten als Erlöse und je Fall eine Kostenunterdeckung von mindestens 10.000 Euro, weil sie im System der Fallpauschalen nicht adäquat abgebildet sind.

So erbrachte das Klinikum Nürnberg im Falle einer 66-jährigen Nürnbergerin Leistungen in Höhe von insgesamt 135.000 Euro, bekam aber von den Krankenkassen nur 82.000 Euro erstattet. Die Frau kam im Oktober 2006 im Urlaub in der Türkei wegen einer Lungenentzündung ins Krankenhaus. Intubiert und beatmet wurde sie anschließend mit einem Rettungsflug ins Klinikum Nürnberg gebracht. Dort wurde ein eitriger Thorax mit Fistel, eine Sepsis mit septischem Schock sowie Leber- und Nierenversagen bei einer vorbestehenden Herz- und Diabeteserkrankung diagnostiziert. Nach 86 Tagen auf der Intensivstation und in der Pneumologie konnte sie im Januar 2007 in die Rehabilitation entlassen werden. Heute geht es ihr wieder gut. „Das macht uns alle sehr froh“, führt Estelmann aus, „doch wir blieben auf Kosten in Höhe von 53.000 Euro sitzen.“

Ebenso bei einem frühgeborenen Mädchen. Das Mädchen kam in der 29.

Schwangerschaftswoche mit einem Geburtsgewicht von 990 Gramm zur Welt. Es lag 74 Tage auf der Kinderintensiv- und der Frühgeborenenstation im Klinikum Nürnberg Süd und konnte schließlich mit einem Gewicht von 2.760 Gramm nach Hause entlassen werden. Das Klinikum Nürnberg erbrachte Leistungen in Höhe von knapp 64.000 Euro und bekam nur knapp 44.000 Euro erstattet. Es entstand also eine Finanzierungslücke von über 20.000 Euro. „Aufgrund unserer guten Ausstattung mit modernsten Geräten und hoch qualifiziertem Personal können und wollen wir solch schwierige Fälle behandeln, aber unsere Leistungen müssen auch entsprechend vergütet werden“, fordert Estelmann.

Dienste rund um die Uhr

„Nachts da zu sein ist unwirtschaftlich, für uns aber selbstverständlich“, zitiert Manfred Greiner, Geschäftsführer des Städtischen Klinikums München, eine der Plakat-Überschriften und verweist auf die ungenügende Vergütung für die umfassende Notfallversorgung der großen Krankenhäuser rund um die Uhr. Nacht für Nacht stünden in den vier großen städtischen Kliniken in München mit insgesamt rund 3.300 Betten 133 Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen und 100 Pflegekräfte und medizinisch-technische Assistenzkräfte speziell für die Behandlung von Notfallpatienten bereit.

„Im Gesetz zur Krankenhausfinanzierung ist jedoch“, so Greiner, „nur ein minimaler Abschlag für Krankenhäuser vorgesehen, die keinen Nachtdienst haben. Zuschläge, die die

tatsächlich anfallenden Kosten zum Beispiel für Ärzte und OP-Schwester in der nächtlichen Notfallversorgung berücksichtigen, gibt es dagegen nicht.

Als kommunale Klinik der Maximalversorgung ist es selbstverständlich unsere Aufgabe, akut behandlungsbedürftige Patientinnen und Patienten auch in der Nacht aufzunehmen und zu versorgen. Auf Dauer ist dies aber nur zu leisten, wenn auch die dafür anfallenden Kosten von rd. 33.000 Euro pro Nacht, auf das ganze Jahr gerechnet über 12 Mio. Euro, finanziert werden. Hier muss der Gesetzgeber endlich verbindliche Regelungen schaffen.“

Facharztweiterbildung

Gerade die Weiterbildung von Assistenzärzten zu Fachärzten praktisch aller Fächer, einschließlich der seltenen und hochspezialisierten, ist Sache der großen Krankenhäuser. „Das kostet Zeit und damit viel Geld, das nicht erstattet wird“, erläutert Dr. Johannes Kramer, Geschäftsführer des Klinikums Bielefeld. So müsse eine angehende Visceralchirurgin nach zwei Jahren in Notaufnahme, Chirurgie und Intensivmedizin in den nächsten vier Jahren eine große Zahl verschiedenster Operationen ausführen. Immer müsse ein erfahrener Visceralchirurg dabei sein. Dafür erhielten die Kliniken jedoch keinen Cent vergütet. In Bielefeld sind im Klinikum Mitte und in der Rosenhöhe insgesamt 282 Ärzte tätig. Davon befinden sich 115 (rd. 41 %) in Weiterbildung. „Die exakten Kosten, die dadurch entstehen, sind schwer quantifizierbar, gehen aber in Millionenhöhe“, schätzt Kramer. „Bilden die Kliniken keine Fachärzte mehr aus, dann fehlt es nicht nur ihnen an qualifiziertem Nachwuchs, sondern bald auch in Deutschland an niedergelassenen Fachärzten“, mahnt der Geschäftsführer des Klinikums Bielefeld.

Steigende Personalkosten

Mit den fehlenden Möglichkeiten, Personalkostensteigerungen zu refinanzieren, führt Dr. Ralf-Michael Schmitz, Geschäftsführer des Klinikums Stuttgart, ein Problem ins Feld, das alle Krankenhäuser in Deutschland gleichermaßen betrifft. Seit 15 Jahren sind die Budgets der Kliniken an die Entwicklung der Grundlohnsomme gebunden. Für 2008 beträgt beispielsweise diese Steigerung 0,64 Prozent, und davon gehen noch einmal 0,5 Prozent als Sanierungsbeitrag für die Krankenkassen ab. Auf der anderen Seite stehen Tarifabschlüsse, die um ein Vielfaches darüber liegen.

„Das geht nun schon seit Jahren so, und die Personalkosten sind nicht die einzigen Kosten die steigen“, betont Schmitz und führt die gestiegenen Preise für Energie, Medizintechnik und Arzneimittel ebenso an wie die Erhöhung der Mehrwertsteuer. Für das Klinikum Stuttgart bedeuten die Tarifabschlüsse 2007 und 2008 allein eine Mehrbelastung von 15,6 Mio. Euro, in 2009 kommen weitere 12,5 Mio. Euro hinzu.

Addiert man diese Steigerung bei den Personalkosten für die neun an der Kampagne beteiligten Häuser kommt man auf Mehrbelastungen für 2007 in Höhe von 33,5 Mio. Euro, 2008 in Höhe von 40,6 Mio. Euro und 2009 von noch einmal 67,2 Mio. Euro.

In den letzten zehn Jahren sind in deutschen Krankenhäusern 100.000 Stellen abgebaut worden, davon 50.000 in der Pflege. „Dieser Personalabbau geht bereits jetzt an die Substanz von guter Medizin und Pflege“, warnt Schmitz. „Ein Krankenhaus ist keine Medizinfabrik, wo man beliebig die Zeit verdichten, den Takt erhöhen und Personal abbauen kann. Gute Medizin und Pflege braucht Zeit, Zuwendung und qualifiziertes Personal.“

Forderungen an die Politik

Alle fünf Geschäftsführer mahnen im Namen der neun an der Kampagne beteiligten großen kommunalen Krankenhausträger eine solide Finanzierung des Gesundheitswesens an, die die Leistungen von Kliniken mit Maximalversorgung und Versorgungsauftrag gerecht vergütet. Mit einer einmaligen Finanzspritze in Höhe von drei oder vier Milliarden, wie sie von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt angekündigt, dann aber wieder zurückgezogen

wurde, ist es für das Bündnis der neun kommunalen Träger jedoch nicht getan. „Wir brauchen eine schnelle Lösung, sonst können die großen Kliniken mit Versorgungsauftrag ihr umfassendes Leistungsangebot rund um die Uhr nicht mehr gewährleisten. Ein erheblicher Qualitätsverlust bei der Krankenhausversorgung der Bevölkerung ist dann unausweichlich“, sind sich Bovelet, Estelmann, Greiner, Kramer und Schmitz einig.

Kurzstatistik der beteiligten Krankenhäuser (31.12.2007):

Name	Betten	Stationäre Patienten*	Ambulante Patienten	Mitarbeiter (Köpfe)	Standorte
Vivantes Klinika Berlin	5.220	189.000	265.000	13.130	9
Städt. Klinikum München	3.360	141.000	188.000	8.290	5
Klinikum Stuttgart	2.300	80.000	230.000	6.400	4
Klinikum Nürnberg	2.170	89.500	66.000	5.500	2
Klinikum Augsburg	1.740	65.000	140.000	5.250	2
Klinikum Dortmund	1.560	54.000	145.000	4.000	2
Klinikum Braunschweig	1.440	55.000	80.000	3.730	5
Klinikum Bayreuth	1.020	33.000	26.000	1.800	2
Klinikum Bielefeld	1.000	40.000	40.000	2.000	2
Summe	19.810	746.500	1.180.000	50.100	

* inkl. Tageskliniken