

Stellungnahme des Sachverständigen Klaus-Peter Murawski für die Sitzung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags am 18. Juni 2008

I. Hintergrund des Sachverständigen:

Bürgermeister für Allgemeine Verwaltung und Krankenhäuser der Landeshauptstadt Stuttgart, Vorsitzender des Verbands der Krankenhäuser in Stuttgart und Vorsitzender des Vorstandsausschusses der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft.

Der Eigenbetrieb Klinikum Stuttgart ist Haus der Maximalversorgung und akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Tübingen mit vier Standorten, hat 42 Kliniken, 9 Institute, 1 MVZ, 9 Tageskliniken, 720 Ausbildungsplätze in sechs anerkannten Ausbildungsgängen, 2.336 Betten, 4.700 Vollkräfte, Umsatz rd. 360 Mio.€ und behandelt rd. 80.700 Patienten pro Jahr.

II. Situationsbeschreibung mit Zahlen des Klinikums Stuttgart

Sofern keine grundlegende Verbesserung der gesetzlichen Rahmenbedingungen erfolgt, wird die völlig unzureichende Krankenhausfinanzierung in den kommenden Jahren die Krankenhäuser reihenweise in den Ruin treiben. Es sind die konkreten Probleme, die angepackt und gelöst werden müssen.

Das Klinikum Stuttgart hat in einem konsequenten Sanierungskurs den Zuschussbedarf des Trägers von 15 Mio. € in 2003 auf rd. 3 Mio. € im laufenden Jahr gesenkt und strebt für 2010 ein ausgeglichenes Budget an. Im Jahre 1993, dem Beginn der Budgetdeckelung, wurden am Klinikum Stuttgart mit rund 5.100 Vollzeitkräften 51.300 Patienten behandelt. Dieses Jahr werden es mit knapp 4.700 Vollkräften 80.700 Fälle sein. Dabei hat sich die durchschnittliche Verweildauer in diesem Zeitraum bei heute 7,9 Tagen fast halbiert, die Planbetten wurden von 2.823 um 487 auf heute 2.336 Betten reduziert (-17 %).

1. Direkte Auswirkungen des Tarifabschlusses

Insgesamt ergibt sich für das Klinikum Stuttgart eine Mehrbelastung pro Jahr von rund 8,4 Mio. € für 2008 und rund 12,5 Mio. € für 2009. Dies entspricht einem Stellenäquivalent von mehr als 400 Stellen. Hinzu kommen zweistellige Preissteigerungen bei der Energie und den Lebensmitteln. Das Krankenhaus (und damit steht es nicht alleine) wird förmlich dazu gezwungen, immer mehr Leistungen nach außen zu vergeben (z.B. Küche, IT, Personalabrechnung, Patientenabrechnung etc.). Und dies zu einem Zeitpunkt, wo man in enger Abstimmung mit dem Personalrat dabei war, Bereiche wie Reinigung etc. wieder mit eigenem Personal zu betreiben. Insgesamt wird durch die mangelnde Refinanzierung von Tarifabschlüssen das Finanzrisiko auch für kommunale Häuser immer größer.

2. Grundsätzliche Finanzierungsprobleme der Krankenhäuser

Hauptproblem ist die Deckelung der Krankenhausbudgets durch die Anbindung an die absolut nicht auskömmliche Grundlohnsummensteigerung (siehe Tabelle 1). Es ist nicht nachvollziehbar, dass beispielsweise die Deutsche Bundesbahn allein im Jahr 2007 zwei Fahrpreiserhöhungen von jeweils 5 Prozent vornehmen konnte, ohne den kleinsten politischen Widerstand. Begründet wurde dies mit der Sicherung der Daseinsvorsorge. Den Krankenhäusern, die in elementarem Sinne Daseinsvorsorge betreiben, wird dies nachhaltig verwehrt. Wir erleben hier besonders drastisch, wie man einerseits von den Krankenhäusern marktwirtschaftliches Handeln fordert, gleichzeitig jedoch per Gesetz eine marktwirtschaftliche Preispolitik verhindert.

Tabelle 1 (Quelle: Statistisches Bundesamt)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Grundlohnrate (Bund) (%) ⁴⁾	1,43	1,63	1,89	0 ¹⁾	0,17	0,38	0,63	0,4	0,64
Umsetzung Arbeitszeitgesetz (100 Mio.= 0,2%)				0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Allgemeine Preissteigerungen (%) ³⁾	-1,4	-2	-1,4	-1,1	-1,6	-2	-1,7	-2,2	-3 ²⁾
Sanierungsbeitrag Krankenkassen								-0,6	-0,8
Anschubfinanzierung (1%= 500 Mio.)					-1	-1	-1	-1	-1
Saldo	0,03	-0,37	0,49	-0,90	-2,23	-2,42	-1,87	-3,60	-3,96

- 1) für Krankenhäuser die 2003 mit der DRG-Abrechnung begonnen haben 1,06%
- 2) geschätzt
- 3) Hierbei nicht berücksichtigt ist, dass die Preissteigerungen im speziellen Warenkorb für Krankenhäuser vermutlich deutlich höher sind. (Die Deutsche Krankenhausgesellschaft schätzt sie auf jährlich ca. 5%)
- 4) Die Grundlohnrate für 2006 und 2007 wäre um 0,34% bzw. 0,39% höher ausgefallen. Per Verordnung des BMG wurde jedoch die Berechnungsgrundlage von „Mitglieder“ auf „Versicherte“ geändert, was zu einer nochmaligen Reduzierung führte!

Besonders fatal ist die Botschaft, die von der Politik z.B. an das Krankenhauspersonal ausgesandt wird, die Krankenhäuser und deren Mitarbeiter seien die Kostentreiber. Dabei wird die Arbeitsverdichtung auf dem Rücken der Ärzte und des Pflegepersonals ausgetragen. Durch die Unterfinanzierung der Krankenhäuser sind wir auf dem besten Wege, dass die Behandlung der Kranken das Personal selbst krank macht. Dies trägt mit dazu bei, dass inzwischen immer weniger Mitarbeiter bereit sind, Pflegeberufe zu erlernen. Aus Sicht der Krankenhausfachleute ist der kommende Pflegenotstand bereits vorprogrammiert. Doch auch im ärztlichen Bereich ist der Wettbewerb um Fachärzte so hart wie nie. Umfragen zufolge wollen 6 von 10 jungen Ärzten ihren Beruf künftig nicht in Deutschland ausüben. Speziell für Baden-Württemberg kommt hinzu, dass die Lebenshaltungskosten sehr hoch sind und deshalb Personal aus anderen Bundesländern nur sehr schwer zu gewinnen ist.

3. Konsequenzen/Vorschläge

Die beinahe gebetsmühenhaft vorgebrachten Argumente, wonach Ressourcen besser ausgeschöpft, Arbeitsabläufe optimiert werden sollen, das Netz der Fallpauschalen enger geknüpft werden muss etc., sind nicht zielführend. Diese Effizienzpotenziale sind bereits weitgehend ausgeschöpft. Eine stringente Privatisierungsaktion "patientenferner" Dienstleistungen wäre in Teilbereichen noch möglich, führte aber zu einem weiteren Abbau von Arbeitsplätzen. Viel wichtiger wäre es, anzuerkennen, dass die Bediensteten im Krankenhausbereich gute Arbeit leisten und die Wertschätzung gegenüber diesen Mitarbeitern deutlicher zum Ausdruck zu bringen.

Immerhin sind im Gesundheitsbereich mit seinen rund 4 Millionen Arbeitsplätzen mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt, als in der Autoindustrie. Arbeitsplätze übrigens, die langfristig in Deutschland bleiben, denn sie können zum Glück nicht in Billiglohnländer verlagert werden.

Statt der Bindung der Steigerungsraten an die Grundlohnsumme wird empfohlen, sie am Bruttoinlandsprodukt oder an einem System verschiedener Warenkörbe zu orientieren. Was wir in jedem Falle brauchen, ist eine Sonderzahlung bzw. Sonderfinanzierung für die Jahre 2008 und 2009, um die bereits jetzt vereinbarten Tarifsteigerungen einigermaßen schultern zu können. Krankenhäuser sollten wie jeder andere Wirtschaftsbetrieb die im Rahmen der Daseinsvorsorge anfallenden Kosten weiterberechnen können.

Die Schaffung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes muss aus meiner Sicht dringend verhindert werden. Baden-Württemberg hat erfreulicherweise geringere Fallzahlen als andere Bundesländer, weil nur die Fälle im Krankenhaus behandelt werden, die nicht ambulant behandelt werden können. Dies und nicht zuletzt höhere Lebenshaltungskosten als in anderen Bundesländern führen dazu, dass der Landesbasisfallwert zwangsläufig über dem Bundesdurchschnitt liegen muss. Durch den bundeseinheitlichen Basisfallwert würden die baden-württembergischen Krankenhäuser also erneut für ihre Effizienz bestraft und besondere Errungenschaften in Baden-Württemberg, wie die Onkologischen Zentren mit den Brückenschwestern oder Geriatrie Zentren, wären in akuter Gefahr. Kinderkrankenhäuser wie das Stuttgarter Olgahospital, die durch ihre hervorragende Arbeit einen Sonderstatus besitzen und über die DRGs nicht vollständig abgebildet werden, würden künftig in der Form vielleicht nicht mehr gehalten werden können.

Die duale Finanzierung muss erhalten bleiben. Die von der Bundesgesundheitsministerin favorisierte Monistik birgt zu viele Gefahren, insbesondere was die Behebung des Investitionsstaus im Krankenhausbereich anbelangt. Was viele vergessen haben: wir hatten die Monistik ja bereits vor 1972! Damals wurde sie wegen gravierender Mängel durch die duale Finanzierung bzw. das Krankenhausgesetz (KHG) abgelöst. Zusätzliche Brisanz gewinnt die Monistik-Diskussion durch die Einkaufsmodelle der Krankenkassen und den nicht nachvollziehbaren Vorschlag der Bundesgesundheitsministerin, dass die Bundesländer ihre jährlichen Investitionsfördermittel in einen gesonderten Fond geben sollen, der dann vom Bund verwaltet würde.

4. Probleme von Krankenhäusern der Maximalversorgung am Beispiel des Klinikums Stuttgart

4.1 Extremkostenfälle

Das DRG-System ist ein pauschalierendes System, d.h. es bildet den Kostendurchschnitt ab. Idealerweise gleichen sich im Fallmix günstige und kostenintensive Fälle aus. Maximalversorger haben aber keine Möglichkeit der Patientenselektion. Sie müssen jeden Patienten aufnehmen. Bei einem Haus mit einer Ansammlung schwerer, kostenintensiver Fälle entsteht eine negative Selektion (Vergütung erfolgt nach Durchschnitt, kostenintensive Fälle werden nicht durch entsprechende Anzahl kostengünstiger Fälle kompensiert).

1. Beispiel

Neugeborener Junge, Entbindung in der 26. Schwangerschaftswoche, Gewicht 895 Gramm, ca. 6 Monate Aufenthalt in der Neonatologie, 5 Darm-OPs mit Kosten von 238.000 €, Erlöse 143.000 €, Defizit 95.000 €.

Das sehr kleine Frühgeborene hatte schwere Komplikationen (insbesondere Lungenproblematik und Darmentzündung). In 5 Operationen wurden Teile des Darmes entfernt und wieder rekonstruiert. Allein für die pflegerische Betreuung musste eine Schwester komplett für die Versorgung des Kindes abgestellt werden. Von ärztlicher Seite waren neben der aufwändigen medizinischen Versorgung umfangreiche Aufklärungs- und Beratungsgespräche mit den Eltern und Nachsorgeeinrichtungen (niedergelassener Kinderarzt, häusliche Krankenpflege) zu führen. Drei weitere stationäre Aufenthalte verursachen ein weiteres Defizit von rd. 20.000 €. In 2008 erfolgten bis jetzt weitere 4 Aufenthalte.

2. Beispiel

Neun Jahre alter Junge, Diagnose Lymphome. Er wurde im August 2007 wegen Lymphknotenvergrößerung eingeliefert (bereits im Vorjahr mehrere stationäre Aufenthalte). 34 Tage stationäre Behandlung, ab dem 2. Tag auf der Intensivstation. Er verstarb leider. Kosten 170.000 €, Erlöse 84.000 €, Defizit 86.000 €.

3. Beispiel

69-jähriger Risikopatient mit Lendenwirbelfraktur und koronarer Herzkrankheit, peripherer arterieller Verschlusskrankheit und Diabetes mellitus. Verweildauer 160 Tage, Kosten 75.000 €, Erlös 42.000 €, Unterdeckung 33.000 €.

1. Operation Wirbelkörperverblockung) zur Verhütung einer Instabilität der Wirbelsäule. Nach der OP Infekt mit einer Ansammlung von Eiter innerhalb des Brustfells,
2. Operation Revision und ergänzende Wirbelkörperverblockung,
3. Operation Oberschenkelamputation (diabetischer Fuß), keine Infektberuhigung,
4. Operation Implantatentfernung einschließlich des Knochenspans,
5. Operation zur Anbringung einer „Fixateur externe“ (Fixierung von außen durch die Haut) wegen Defekt über 3 Wirbelkörper nach Beruhigung des Infekts,
6. Operation Entfernung der Fixierung,
7. Operation Ventrale Stabilisierung durch Titan-Korb und Auffüllung mit Knochen-substanz und Stabilisierung mit 10-Loch-Platte. Der Eingriff erfolgte aufgrund der Voroperationen über einen thorakalen u. lumbalen/retroperitonealen Zugang. Das Zwerchfell musste hierzu abgelöst werden.

Der Patient erholte sich gut nach dem Eingriff. Nachdem er mit einer Oberschenkelprothese versorgt worden war, konnte er zur weiteren Mobilisierung in die Reha-Klinik verlegt werden.

4. Beispiel

Junger Mann, 26 Jahre, verunglückt als Beifahrer bei einem Frontalzusammenstoß ohne Airbag, mehrere aufwändige OPs (Beckenfraktur, Einriss der Bauchschiessader, Kollaps der Lunge mit Einblutung), kostenintensive Medikamente, Intensiv-Aufenthalt, Beatmung, Bluttransfusionen (allein Blut und Blutprodukten im Wert von ca. 7000 Euro, ... und dann leider doch nach 14 Std. verstorben!
Kosten 39.000 €, Erlös 15.000 €, Unterdeckung 24.000 € in 14 Stunden, d.h. die Kosten liegen um das 2,6 fache über dem Erlös!

5. Beispiel

46-jähriger Patient, Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Transplantates, 24 Tage Verweildauer, Komplizierter Verlauf mit längerer Verweildauer, die den Durchschnitt unserer Transplantierten überschreitet, damit natürlich auch höhere Kosten aufgrund der zu verabreichenden Immunsuppressiva (mit Basiliximab und Simulect zum Stückpreis 1.216 €). Aufgrund der Therapie wurde eine Ganciclovir-Prophylaxe notwendig, trotz antibiotischer Abdeckung entstand eine Lungenentzündung, deshalb musste Meronem verabreicht werden. Für die genannten Medikamente gibt es kein Zusatzentgelt.
Kosten 107.000 €, Erlös 39.000 €, Unterdeckung 68.000 €.

6. Beispiel

74 jähriger Patient, Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Transplantates, 73 Tage VWD, extrem komplizierter Verlauf, (Transplantatarterienstenose, Magenblutung, multiple operative und interventionelle Prozeduren u.a.),
Kosten 195.000, 63.000 € Erlös, (DRG+Zusatzentgelt), Unterdeckung 132.000

4.2 Ärztliche Weiterbildung

Auch hier werden Krankenhäuser der Maximalversorgung, die eine entsprechende ärztliche Weiterbildung betreiben, benachteiligt. Trotz mehrfacher Anträge wurden die Aufwendungen dafür in der InEK-Kalkulation nicht berücksichtigt.

Das Klinikum Stuttgart hat ca. 780 Vollkräfte im Ärztlichen Dienst, davon ca. 500 Assistenzärzte (60-70% in Weiterbildung). Unter der Annahme, dass 1,25 Weiterbildungsärzte die Arbeit eines voll ausgebildeten Arztes erbringen, entsteht für das Klinikum ein Mehraufwand von überschlägig etwa 3 Mio. €, welcher sich im pauschalisierten DRG-System nicht abbildet; d.h. Häuser mit hohem Weiterbildungsanteil werden nicht unerheblich benachteiligt (Anleitungsaufwand durch erfahrene Ärzte, Unsicherheit bei Diagnostik und Therapie, erhöhte OP-Belegung durch längere Schnitt-Naht-Zeiten sind darin noch gar nicht berücksichtigt).

4.3 Nicht gedeckte Kostensteigerung am Beispiel des Klinikums Stuttgart (Tabelle 2)

	Mehrbelastungen	Mio. €	Budget- steigerung ¹	Unter- deckung
2007	Personalkostenerhöhung Tarifverträge	7,2		
	Sachkostenerhöhung durch MwSt- Erhöhung	3,0		
	Ertrags-Reduktion durch Sanierungsbeitrag	1,2		
	Summe Mehrbelastung 2007	11,4	0,8	10,6
2008	Personalkostenerhöhung durch Tarifverträge	8,4		
	EBM Ertrags-Reduktion (ambulant)	0,4		
	Energiekosten	0,9		
	Summe Mehrbelastung 2008	9,7	1,8	7,9
2009	Tarifverträge	12,5		
	Energiekostensteigerungen usw.?			
	Summe Mehrbelastung 2009	12,5	1,4²	11,1
Kumuliert 2007 - 2009				29,6

4.4 Budgetsteigerungen über Veränderungsrate hinaus

Bei der Argumentation z.B. der AOK, dass viel mehr Geld in die Krankenhäuser geflossen sei als die Steigerungenraten der Grundlohnsumme, wird vergessen, dass diesen Mehreinnahmen auch deutlich mehr Kosten gegenüber stehen. Sicherlich ist es den Krankenhäusern in den vergangenen Jahren gelungen, über die Veränderungsrate hinaus Budgeterhöhungen zu erzielen. Diese sind aber auch alle mit entsprechenden Mehrleistungen (Mehrfälle, Erhöhung des Schweregrades, Mengensteigerung bei Zusatzentgelten, Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) hinterlegt und werden gar nicht 100% budgeterhöhend vergütet, da entsprechende Prozentanteile gesetzlich fixiert sind oder eine sog. Upcoding-Behauptung der Krankenkassen teilweise zu komplett budgetneutralen Vereinbarungen führt. Auf jeden Fall werden durch diese Mehrleistungen nicht unerhebliche Mehrkosten verursacht (z.B. Inbetriebnahme zusätzlicher Betten, Erweiterung der OP-Kapazitäten, zusätzlich variable Kosten insbesondere im Medizinischen Sachbedarf, Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden).

Darüber hinaus entstehen durch den medizinischen Fortschritt und den mehr und mehr aufgeklärten Patienten mit einem entsprechenden Anspruchsdenken in der Diagnostik (z.B. CT, MRT, PET) und auch Therapieverfahren weitere Mehrkosten, die durch keine zusätzliche Finanzierung abgedeckt sind.

¹ aufgrund der Veränderungsrate

² Annahme 0,5%