



Mitteilungen
der Arbeitsgemeinschaft
leitender kardiologischer
Krankenhausärzte e.V.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. Ulrich Tebbe
Klinikum Lippe Detmold GmbH
Med. Klinik II
Röntgenstraße 18
32756 Detmold
Telefon (052 31) 72 11 81
Telefax (052 31) 72 12 14

Auswirkungen von Budgetierungen auf medizinische Innovation am Beispiel der Kardiologie

„Bleibt der Patient auf der
Strecke?“

Am 17. 02. 2000 trafen sich auf Einladung des Bundesfachverbandes Medizinprodukte e.V. in Berlin führende Vertreter aus Politik, Industrie, Krankenkassen und der Kardiologie (siehe Liste im Anhang) zu einer gemeinsamen Tagung, um über die Folgen der GKV-Gesundheitsreform 2000 zu beraten.

Ausgangssituation

Industrie und Kardiologen sehen den hohen Standard der medizinischen Versorgung durch die strikte Budgetierung gefährdet. Hauptproblem hierbei ist nicht eine Preis- oder Kostenexplosion, sondern eine Mengenzunahme. Die Preise sinken sogar. Stetig steigende Fallzahlen bei gedeckelten Erlösen und einer Steigerungsrate, die trotz partiellem Tarifausgleich die Kostensteigerung im Personalwesen und medizinischen Bedarf nicht mehr deckt, füh-

ren zu jährlich wachsenden Fehlbeträgen in den Krankenhäusern. Personaleinsparungen sind trotz höherer Leistungsanforderung die Regel und der Ruf nach einem Verlassen der BAT-Tarifstruktur wird immer lauter. Mehrarbeit und Arbeitszeitgesetz sind nur noch schwer lösbare Reizthemen im Krankenhaus geworden. Die Arbeitsbelastung der Mitarbeiter wird auch durch patientenferne Tätigkeiten immer höher, so dass für den Patienten immer weniger Zeit bleibt. An sich sinnvolle Maßnahmen der Qualitätssicherung, ICPM und ICD-Verschlüsselung und Rückfragen des medizinischen Dienstes sind kaum noch zu erbringen. Sie müssen auch auf Krankenhausseite zu einer Stellenmehrung führen, nicht nur auf Seite der Krankenkassen, sonst geht die Schere zwischen Arbeitsbelastung und Mitarbeiterzahl auf Kosten der Patientenversorgung immer weiter auseinander (Abb.1).

Die Deckelung greift inzwischen strikt, die Kostensteigerung in den ersten drei Quartalen 1999 betrug im Krankenhaus nur noch 0,7%. 1998 stiegen die Fallzahlen um 2,8%, während die Liegedauer um 2,7% und die Bettenzahl um 1,5% abnahm (Tab.1). Wie unter diesem Kostendruck innovative Behandlungsformen weiter möglich sein sollen, ist kaum vorstellbar.

Dilemma der Arbeitsbelastung

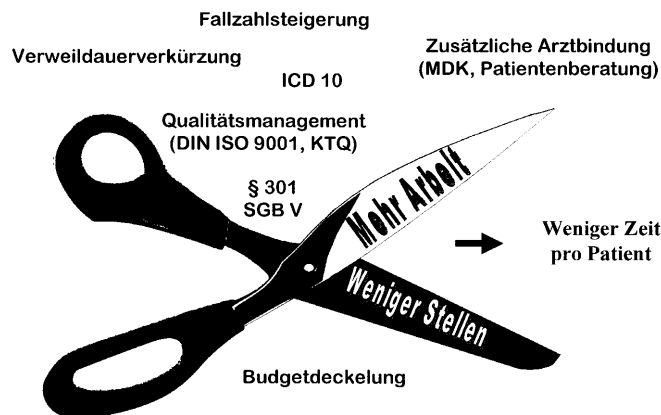


Abb. 1 Auswirkungen der strikten Budgetierung auf die stationäre Patientenversorgung

Besonders die Universitätskliniken sehen auch die Zukunft Deutschlands als Forschungsstandort in Gefahr, so lange die rechtlichen Probleme in der Drittmittelförderung nicht geklärt sind. Die niedergelassenen Kardiologen beklagen einen ruinösen Punktwertverfall, der eine kostendeckende Untersuchung bei gesetzlich Krankenversicherten nicht mehr möglich macht.

Einschätzung durch Krankenkassen und Regierung

Dass es solche Probleme gibt, wird von der Regierung und den Krankenkassen grundsätzlich nicht bestritten. In der Beurteilung der Größenordnung und den aufgezeigten Lösungsansätzen gehen die Meinungen aber auseinander. Regierung und Krankenkassen vertreten die Auffassung, dass genügend Geld im System sei. Der Anteil der Gesundheitsausgaben macht heute 10,7% des Bruttoinlandproduktes aus. Damit liegt Deutschland in Europa an erster Stelle und weltweit hinter den USA an zweiter. Aber die Mittelverwendung gehorcht nicht den Geboten der Effizienz.

Wo aber liegen die Rationalisierungsreserven oder die Bereiche der Überversorgung?

Die Regierung hat sie bei den niedergelassenen Fachärzten ausgemacht. Hier sieht man eine Überversorgung, an der kräftig gespart werden soll. Die Opposition widerspricht, aber es wird mittelfristig nicht viel nutzen. Die getrennten Töpfe für Allgemeinärzte und Fachärzte sind geschaffen und der Punktwertverfall findet besonders bei den Fachärzten statt. Der neue EBM-Katalog wird diesen Trend noch verstärken. Man nennt es Förderung des Hausarztprinzips, die fachärztliche Versorgung soll ihren Schwerpunkt am Krankenhaus behalten oder wiederbekommen. Den nieder-

gelassenen (vertragsärztlichen) Kardiologen bleibt da nur der Weg in die belegärztliche Tätigkeit, die der weitaus größere Teil von Ihnen aber bereits ausführt. Hier liegt neues Konfliktpotential, wenn Belegabteilungen neben bestehenden Hauptabteilungen eingerichtet werden, während die Klinik oder der Chefarzt gleichzeitig die Ermächtigung verliert. Eine an sich sinnvolle Öffnung des Krankenhauses ist, wenn dann nur nach beiden Seiten ausgewogen und auf Dauer tragfähig.

Aber auch im Krankenhausbereich wird man weiter sparend und umstrukturierend eingreifen. Über das Scheitern der monistischen Finanzierung ist die Regierung wohl nur bedingt böse, da die Gegenfinanzierung auf sehr tönernen Füßen stand. Die für das Jahr 2003 beschlossene Einführung eines vollpauschalierten Vergütungssystems auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG's) soll ein bundeseinheitliches Entgelt pro Fall je nach Diagnose erbringen. Das jetzige Mischsystem mit Fallpauschalen und Sonderentgelten fällt vollständig weg. Damit wäre der Weg frei für mehr Wettbewerb, von dem man sich eine Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven versprechen kann. Dies wäre ein Fortschritt, da das jetzige System, insbesondere durch das Instrument der krankenhausesindividuellen Deckelung, die wirtschaftlich arbeitenden Kliniken benachteiligt.

Fragen zum neuen stationären Entgeltsystem (DRG's)

Welches DRG-System wird eingeführt, wie hoch wird die Vergütung bzw. wonach richten sich mögliche Zuschläge? In Modellversuchen soll ein bundesweit einheitlicher Punktwert ermittelt werden. Wer sorgt hier für eine den Erfordernissen entsprechende repräsentative Auswahl der beteiligten Kliniken? Wo wird der weiter als notwendig erachtete Budgetdeckel eingezogen? Bleibt er

wie jetzt beim Krankenhaus, käme kein Wettbewerb zustande, sondern die Kliniken würden nur in anderen Rechnungseinheiten bezahlen. Die Wirtschaftlichen stießen bei geringeren Fallzahlen bereits an den Deckel, die Teureren müssten deutlich zulegen. Das wäre kein Anreiz für Wirtschaftlichkeit und ausreichende Patientenversorgung. Kommt der Deckel auf die Ebene der Bundesländer, würde dies den Wettbewerb fördern. Dies bedarf aber einer Änderung der Bundespflegesatzverordnung, der im Bundesrat zugestimmt werden muss. Hier werden sich prominente Gegner finden.

Bundesausschüsse für Koordinierung und neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)

Welche Auswirkung bringt die Arbeit der neu geschaffenen Ausschüsse? Wird die geplante Validierung neuer Untersuchungsverfahren statt zur Qualitätsverbesserung nicht eher die Einführung bzw. Bezahlung neuer Methoden für einen großen Teil der Kliniken versperren bzw. verzögern? Wird die Besetzung dieser Ausschüsse wirklich den Patienteninteressen gerecht? Hier waren sich alle einig. Man muss in Zukunft bei der Beurteilung neuer Methoden ihre gesamten ökonomischen Auswirkungen mehr berücksichtigen. Neben der medizinischen Effizienz zählt auch die ökonomische Effektivität. Wir sind zum wirtschaftlichen Umgang mit den vorhandenen Ressourcen gezwungen, um möglichst viele Patienten am Fortschritt teilhaben zu lassen. Die teure Anschaffung eines Defibrillators oder die Durchführung einer Ablation sowie der Einsatz von Glykoprotein IIb/IIIa Antagonisten spart Kosten im weiteren Krankheitsverlauf, die den ursprünglichen Einsatz mehr als wettmachen. Aber die Auswahl der Patienten muss besonders strikten Kriterien unterliegen, um ein Maximum an Effizienz zu gewinnen.

Krankenhäuser 1998: 99,6 Milliarden DM Ausgaben – plus 2,0 Prozent

Gegenstand der Nachweisung	1998	Veränderung gegenüber 1997 in %
Kosten	in Mio. DM	
Gesamtkosten	99 605	2,0
davon: Personalkosten	66 386	1,3
Darunter: Ärztlicher Dienst	14 197	2,8
Pflegedienst	26 184	1,1
Sachkosten	32 385	3,3
Darunter: Medizinischer Bedarf	16 050	4,0
Instandhaltung	4 441	3,9
Zinsen für Betriebsmittelkredite	134	0,9
Kosten der Ausbildungsstätten	699	1,0
Bereinigte (pflegesatzfähige) Kosten	97 067	1,9
Grunddaten	Anzahl	
Krankenhäuser (Jahresende)	2 263	0,2
Aufgestellte Betten (1000)	572	-1,5
Vollstationäre Patienten (1000)	15 952	2,8
Pflegetage (1000)	170 906	0,0
Durchschnittliche Verweildauer (Tag)	10,7	-2,7
Beschäftigte (1000, Jahresende)	1 039	-0,5
Kostenkennziffern	in DM	
Bereinigte Kosten je Fall	6 085	-0,9
Bereinigte Kosten je Pfl egetag	568	1,9

Quelle: Statistisches Bundesamt

Übergangsregelungen bis 2003

Auch für den Zeitraum bis 2003 bleiben für die Krankenhäuser einige Fragen offen: Wird es weitere Ausgleichs für Tarifierhöhungen geben, die durch die Steigerungsrate nicht abgedeckt sind? Wie sehr werden die Krankenkassen von der Möglichkeit der außerordentlichen Budgetkürzungen (Fehlbelegung, Verkürzung der Liegedauer, Verlagerung in den ambulanten Bereich) Gebrauch machen? Werden Fallzahlsteigerungen im Sonderentgeltbereich ausgeglichen und wenn ja, mit welchem Prozentsatz?

Integrierte Versorgung

Wie entwickelt sich die viel zitierte integrierte Versorgung? Welchen Töpfen werden die Gelder entnommen? Wie errechnet sich der jeweilige Anteil? Bleibt die freie Arzt- und Krankenhauswahl bestehen? Bis zu welchem Ausmaß erfolgt eine Vermischung der Kernkompetenz? Jeder Netzpartner sollte die Leistung

erbringen, die er unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeits-Aspekten am besten erbringen kann. Erwirtschaftete Synergieeffekte müssen in der jeweiligen Netzstruktur verbleiben, um Anreize für die Vernetzung zu schaffen. Eine endgültige Bewertung der Aussichten solcher Strukturen ist zur Zeit noch nicht möglich.

Zusammenfassung und Ausblick

Die GKV-Gesundheitsreform 2000 wird erhebliche Umstrukturierungen bringen. Bei den geplanten Rationalisierungen werden einige auf der Strecke bleiben. Ob auch Patienten dabei sind, wird je nach Standpunkt unterschiedlich beurteilt.

Reichen die vorhandenen Rationalisierungsreserven? Im Gesetz ist vorgesehen, dass das Prinzip der Beitragssatzstabilität dann verlassen werden muss, wenn der notwendige medizinische Fortschritt nicht mehr gewährleistet ist. Wer kann diesen Zeitpunkt rechtzeitig bestimmen? All denen, die wie wir täglich am Patienten Entscheidungen treffen

müssen, scheint der Zeitpunkt nicht mehr fern. Benötigen wir nicht auch eine Reform auf der Finanzierungsseite der Krankenkassen? Oder stößt der Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel grundsätzlich an ökonomische Grenzen? Schwierige Fragen, die nur im gemeinsamen Dialog zu lösen sind.

Priv.-Doz. Dr. Michael A. Weber
Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Leitender Kardiologischer Krankenhausärzte (ALKK)
Kreiskliniken Dachau-Indersdorf GmbH, 85221 Dachau

Referentenliste

Prof. Dr. Dietrich Andresen, Chefarzt im Krankenhaus Am Urban, Abt. Kardiologie, Berlin

Prof. Dr. Günter Breithardt, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz-, Kreislaufforschung, Direktor der Medizinischen Klinik Innere Medizin C, Universität Münster

Walter Kannengießer, ehem. Leiter des Bonner Wirtschaftsbüros der FAZ, Bonn

Klaus Kirschner, MdB, SPD-Fraktion, Berlin

Franz Knieps, Geschäftsführer Politik, AOK-Bundesverband, Bonn

Monika Knoche, MdB, Bündnis 90/Die Grünen, Berlin

Joachim M. Schmitt, Geschäftsführer BVMed, Wiesbaden

Dr. Hermann Schulte-Sasse, Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bonn

Prof. Dr. H.-P. Schultheiss, Direktor der Medizinischen Klinik II des Universitätsklinikums Benjamin Franklin, Berlin

Prof. Dr. Sigmund Silber, Vorstandsmitglied im Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK), Kardiologische Praxis, München

Dr. Dieter Thomae, MdB, F.D.P.-Fraktion, Berlin

Priv.-Doz. Dr. Michael A. Weber,
Vorstandsmitglied der Arbeitsge-
meinschaft leitender kardiologischer
Krankenhausärzte (ALKK), Chefarzt
Kardiologie der Kreisklinik, Dachau
Heinz Windisch, Präsident des Ver-
bandes der Krankenversicherten,
Hemsbach/Baden
Wolfgang Zöller, MdB, CDU/CSU-
Fraktion, Berlin

Fortbildungsveranstaltungen in Thüringen, Erfurt und Umgebung

Organisation: Frau Prof. Dr. med.
I. Aßmann, Zentrum Innere Medizin,
III. Med. Klinik, Klinikum Erfurt,
Nordhäuser Straße 74, 99089 Erfurt,
Tel. 03 61/7 81 24 81,
Fax 03 61/7 81 24 90

- 10. Erfurter Herz-Kreislauf-Dia-
log am 16.09.2000, 9–13 Uhr,
auf der Veste Wachsenburg, Ilm-
kreis, 99310 Holzhausen
- LZ-EKG-Kurs am 29.09.2000, 16
Uhr – 01.10.2000, 13 Uhr (mit Zer-
tifikat). III. Medizinische Klinik,
Klinikum Erfurt GmbH, Nordhäu-
ser Straße 74, 99089 Erfurt
- Herzschrittmacher-Symposium
am 18.11.2000, 9–13 Uhr, Hotel
Radisson, Juri-Gagarin-Ring 127,
99084 Erfurt

Weitere Veranstaltungen

Heartbreakers Symposium „Herz und Psyche“

Freitag, 26. und
Samstag 27. Mai 2000
Städtische Krankenanstalten
Idar-Oberstein GmbH

Auskunft:

Dr. B. P. Laufs

Abt. für Psychiatrie
und Psychotherapie
Tel. 067 61 / 66 15 65
oder

Prof. Dr. H. H. Klein
Med. Klinik II/Kardiologie
Städtische Krankenanstalten
Idar-Oberstein GmbH
Dr. Ottmar-Kohler-Straße 2
55743 Idar-Oberstein