Bedarf statt Ökonomie: Die Reform der Krankenhausversorgung braucht mehr Mut

JENNIE AUFFENBERG

Überlastete Kinderstationen aufgrund eines Atemwegsvirus, überlastete Intensivstationen während der Corona-Pandemie – dies sind nur die Spitzen einer dauerhaft angespannten personellen Lage in den Krankenhäusern. Der unermessliche Wert einer guten Gesundheitsversorgung drängt immer stärker ins öffentliche Bewusstsein, die Frequenz der Reformen in der Kranken- und Altenpflege ist hoch. Und dennoch haben die bisherigen politischen Maßnahmen den dort Beschäftigten kaum spürbare Verbesserungen gebracht; im Gegenteil, die Krankenstände brechen weiterhin Rekorde, das dringend benötigte Personal wird weiter aus dem Beruf getrieben. Zu dieser Misere hat eine jahrzehntelange Gesundheitspolitik geführt, die auf Ökonomisierung und Kostendämpfung gesetzt, Unterfinanzierung und Fehlanreize befördert hat.

Die aktuelle Situation in den Kinderkliniken zeigt ebenso plastisch wie drastisch die Auswirkungen des 2003 eingeführten Finanzierungssystems der Fallpauschalen, auch *diagnosis-related groups* oder DRGs genannt. Seit Jahren weisen Interessenvertretungen und Verbände auf die Unterfinanzierung sowie Unter-, Über- und Fehlversorgung in der Krankenversorgung hin. Der Kostendruck hat über viele Jahre Einsparungen provoziert – zuvorderst beim Personal; die Bettenzahl in der Pädiatrie hat sich laut Deutscher Krankenhausgesellschaft zwischen 2002 und 2019 um ein Fünftel verringert – aus wirtschaftlichen Gründen; die vorhandenen Betten können aufgrund von Personalmangel nicht vollständig ausgelastet werden. Die Pädiatrie ist nur eines von vielen Beispielen der Fehlanreize des Fallpauschalensystems.

Die Schwächen des Systems werden breit kritisiert, die politische Öffentlichkeit diskutiert seit Jahren Möglichkeiten der Abkehr vom Fallpauschalensystem: sei es die Rückkehr zu einer kostendeckenden Vergütung für das erste Jahr der Covid-19-Pandemie, sei es durch die Ausgliederung bestimmter medizinischer Bereiche oder der gesamten Personalkosten. Die weitest-

gehende Abkehr von den Fallpauschalen fand in der vergangenen Legislatur mit der Ausgliederung der Personalkosten der Pflege „am Bett“ und den neu geschaffenen Pflegebudgets durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) statt. Mit dem kürzlich verabschiedeten Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) und den geplanten Krankenhausstruktur reformen ist viel in Bewegung. Ob diese geeignet sind, grundlegende und zügige Verbesserungen für Patient*innen und Beschäftigte zu bewirken, wird im Folgenden erörtert.

Ökonomie vor Bedarf – Fehlanreize bleiben bestehen

Die jüngsten geplanten Krankenhausstruktur reformen bezeichnet Bundesgesundheitsminister Lauterbach als „Revolution“. Das Hauptproblem für die Krankenhäuser sei, das stehe seit mehr als zehn Jahren fest, dass fast alles, was die Krankenhäuser leisteten, über die Fallpauschalen bezahlt werde – so der Minister in der Bundespressekonferenz zu den geplanten Krankenhausstruktur reformen vom 6. Dezember 2022. Damit dominiere die Ökonomie im Krankenhaus system: Eine möglichst billige Behandlung der Patient*innen lohne sich, um Gewinne zu machen. Darüber hinaus könnten Krankenhäuser ihr Budget nur erhöhen, indem sie, oft unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit, mehr Fälle behandelten – auch unter dem Stichwort „Mengenausweitung“ bekannt. Das Problem sei bisher nie grundsätzlich angegangen worden.

So weit, so richtig. Die „Revolution“ sieht nun vor, die Fallpauschalen um Vorhaltepau schalen zu ergänzen, die wiederum an eine spezifischere Krankenhausplanung nach Versorgungslevel und Leistungsgruppen gekoppelt werden. Die vorgeschlagenen Änderungen der Krankenhausplanung erscheinen durchaus sinnvoll, wenngleich sie tiefgreifende und kostenintensive Strukturveränderungen auslösen werden. Wie sich die Zusammenarbeit mit

den für die Umsetzung zuständigen Ländern gestalten wird, bleibt abzuwarten. Die Vorhaltepau schalen jedoch bleiben weit hinter den Versprechungen des Bundesgesundheitsministers zurück. So sollen 20 % des Erlösvolumens der Krankenhäuser, das zuvor vollständig über die Fallpauschalen refinanziert wurde, in Vorhaltepau schalen umgewandelt werden. In der Intensiv-, Notfallmedizin, Geburtshilfe und Neonatologie, also der Neugeborenenmedizin und -vorsorge, sollen es 40 % Vorhaltepau schale sein. Die bereits aus den Fallpauschalen ausgegliederten Pflegebudgets – aktuell betragen sie etwa 20 % des Erlösvolumens – werden ebenfalls als Vorhaltepau schale gewertet, wodurch sich Vorhalteanteile von 40 bzw. 60 % ergeben.

Dies klingt zunächst positiv, doch die Reform hat mehrere Haken. So richten sich die Vorhaltepau schalen neben der zu versorgenden Bevölkerung sowie bestimmten zu erfüllenden Qualitätskriterien weiterhin nach der Anzahl der Fälle und beinhalten somit nach wie vor einen Anreiz zur Mengenausweitung aus ökonomischen anstelle von medizinischen Gründen. Damit wird, nicht anders als bisher, Personal für ökonomisch motivierte Behandlungen eingesetzt werden, während es für andere, medizinisch notwendige Behandlungen fehlen wird. Der Berechnung sollen zudem die Jahre 2022/23 zugrunde gelegt werden. Dies könnte die Krankenhäuser zu einer kurzzeitigen Steigerung von Behandlungen anreizen, um eine möglichst starke Berechnungsgrundlage für die Vorhaltepau schale zu schaffen. Die bisherigen Fehlanreize der nun auf 40–60 % reduzierten Fallpauschalen bleiben darüber hinaus weiterhin bestehen. Fraglich ist, warum den Krankenhäusern *pauschale* Beträge für die Vorhaltung gezahlt und nicht tatsächliche Vorhaltekosten erstattet werden. Von einem Systemwechsel kann jedenfalls keine Rede sein.¹ Vielmehr

1 Die Reduzierung des Anteils der Fallpauschalen am Gesamterlös der Krankenhäuser ist keine

ist eine Komplexitätssteigerung des Finanzierungssystems und erhöhter bürokratischer Aufwand zu erwarten, nicht aber ein neues Handlungsparadigma der Krankenhäuser, das sich allein am Bedarf der Patient*innen und nicht weiter an der Ökonomie orientiert.

Kostenneutralität garantiert – strukturelle Unterfinanzierung ebenfalls

Der vermutlich größte Haken ist jedoch, dass die Reform kostenneutral umgesetzt werden soll. Die Finanzierungsgrundlage ändert sich nicht, der Krankenhausversorgung werden keine zusätzlichen Mittel zur Verfügung gestellt, der Mangel wird nur anders verteilt. Das vermag möglicherweise, die Situation in den bisher besonders unterfinanzierten Bereichen zu entschärfen. Doch das grundsätzliche Problem der Unterfinanzierung bleibt bestehen und sagt viel aus über die politische Prioritätensetzung und den Wert, den die Politik diesem Bereich zumisst. Die Finanzsituation der Krankenhäuser wird sich durch gestiegene Sachkosten weiter verschärfen. Hinzu kommt, dass die Länder ihrer Verpflichtung zur Investitionskostenfinanzierung nur unzureichend nachkommen und somit eine immense Investitionslücke besteht, die die Krankenhäuser aus den dafür nicht vorgesehenen Fallpauschalen abzweigen und decken müssen. Auch die mit der Reform bezweckte Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft wird mit zusätzlichen Kosten verbunden sein, doch auch hierfür sind bisher keine zusätzlichen Mittel vorgesehen. Zügige und spürbare Verbesserungen bei Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen können daher kaum erwartet werden – nicht zuletzt aufgrund

einer vorgesehenen Konvergenzphase von fünf Jahren.

Auskömmliche Finanzierung und vollständige Kostendeckung statt mutloser Reformen

Um eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung und gute Arbeitsbedingungen zu gewährleisten, ist eine breitere Finanzierungsgrundlage nötig. Hierzu bedarf es einer solidarischen Gesundheitsversicherung, die sowohl Selbstständige und Beamte sowie alle Einkommensarten einbezieht und die die Beitragsbemessungsgrenze zumindest anhebt, wenn nicht gar entfallen lässt. Berechnungen legen nahe, dass die gesetzliche Krankenversicherung durch eine derartige Umgestaltung entlastet würde.² Und wenn dies nicht ausreichen sollte, erscheint angesichts der Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die prekäre Lage in den Krankenhäusern sogar eine Beitragssatzerhöhung zugunsten einer besseren Versorgung aktuell politisch denk- und machbar – ganz anders als noch vor wenigen Jahren.

Damit der medizinische und pflegerische Bedarf in den Krankenhäusern wieder handlungsleitend wird, ist die vollständige Deckung der entstandenen Kosten nötig – selbstverständlich unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsprinzips. Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, auf deren Empfehlungen die vorgeschlagenen Krankenhausstruktur-reformen beruhen, befindet sich bereits in der Präambel ihres Berichts, dass Leistungsanreize erhalten bleiben müssten, weil auch eine kostendeckende Vergütung Fehlanreize setze und erhebliche Risiken für eine patienten- und

bedarfsgerechte Versorgung sowie finanzielle Risiken für die Kostenträger auslösen würde. Belege hierfür führen die Autor*innen jedoch nicht an.³

Bekannt ist hingegen, dass die Kosten für Krankenhausbehandlungen seit Einführung der Fallpauschalen trotz der wirtschaftlich induzierten Rationierungen und Unterversorgung nicht reduziert wurden. Nur ein Drittel der jährlichen Leistungssteigerungen kann auf die Alterung der Bevölkerung zurückgeführt werden, für den Großteil der Steigerungen sind medizinisch nicht notwendige Leistungen verantwortlich.⁴ Für die viel beschworene Kostenexplosion in der Zeit des zuvor geltenden Systems der kostendeckenden Vergütung gibt es hingegen keine Belege. Im Gegenteil: Der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) in Deutschland ist relativ konstant. Er lag seit 1980 bis zur Einführung der Fallpauschalen zwischen 6,1 % bis 6,5 %.⁵ Nach Einführung der Fallpauschalen stieg der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP jedoch auf zuletzt 7,9 % (2021).⁶ Ebenso ist der Anteil der Krankenhausbehandlungen an den GKV-Ausgaben nach Einführung der Fallpauschalen deutlich stärker angestiegen als zuvor.⁷ Eine Kostenexplosion ist also bei einer vollständigen Rückkehr zu einer kostendeckenden Finanzierung rein statistisch nicht zu erwarten. Ein Wirtschaftlichkeitsprinzip könnte weiterhin gelten. Angesichts zahlreicher Abrechnungsstreitigkeiten mit den Krankenhäusern wäre den Krankenkassen zuzutrauen, dessen Einhaltung auch bei kostendeckender Finanzierung zu garantieren. Von Vorteil wäre, dass der Anreiz zur Erbringung medizinisch nicht notwendiger Leistungen entfallen würde, Versichertenbeiträge nicht mehr in Renditen fließen würden und der Bedarf der

Abkehr vom Fallpauschalensystem, im europäischen Vergleich liegt deren Anteil teils deutlich niedriger, vgl. Cots, F. et al. (2011): DRG-based Hospital Payment: Intended and Unintended Consequences, in: Busse, R. et al. (Hrsg.): Diagnosis Related Groups in Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals, Maidenhead (UK), S. 81. Hinzu kommt, dass das System der Fallpauschalen mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz kürzlich sogar, mit der Einführung von Hybrid-DRGs, auf ambulante Behandlungen ausgeweitet wurde.

2 Ochmann, R. / Albrecht, M. / Schiffhorst, G. (2020): Geteilter Krankenversicherungsmarkt. Risikoselektion und regionale Verteilung der Ärzte, Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh

3 Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, 2023, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf

4 https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/mengenentwicklung_und_mengensteuerung/mengenentwicklung_und_mengensteuerung_1.jsp

5 http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/

Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI23.pdf Der Anstieg der durchschnittlichen GKV-Beitragsätze von 13,2% im Jahr 1994 auf 15,5% im Jahr 2011 ist auf die steigende Arbeitslosigkeit und geringe Lohnentwicklung zurückzuführen.

6 <https://aok-bv.de/hintergrund/zahlen-fakten/#finanzdaten>, auf Grundlage von Statistisches Bundesamt 2022, Fachserie 18, Reihe 1.5; Bundesministerium für Gesundheit, KJ1.

7 Statistisches Bundesamt (2019): Fachserie 12, Reihe 6.3, Eckdaten der Krankenhäuser 2019, Zeitreihe 1991–2019 nach Ländern, Bereinigte Kosten insgesamt.

Patient*innen wieder ausschlaggebend wäre. Das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz traut dem medizinischen und pflegerischen Fachpersonal schon heute zu, über die Möglichkeit von Tagesbehandlungen und die Notwendigkeit der Versorgung über Nacht zu entscheiden. Dieses Vertrauen, den Behandlungsbedarf nach bestem fachlichem Wissen und Gewissen festzulegen, kann und sollte den Beschäftigten in den Krankenhäusern auch generell wieder entgegengebracht werden. Und dies hätte einen positiven Effekt auf die Personalausstattung.

Bedarf vor Ökonomie = Neuanfang für ausgestiegenes Pflegepersonal

Denn für das Rückgrat der Krankenversorgung – die Beschäftigten, die sie Tag für Tag erbringen –, ist zentral, das medizinische und pflegerische Handeln wieder am Bedarf der Patient*innen und nicht an betriebswirtschaftlichen Kriterien auszurichten. Dies stellte der amtierende Gesundheitsminister Lauterbach bei der Vorstellung des Kommissionspapiers fest und dies hat auch die bundesweite Studie „Ich pflege wieder, wenn ...“⁸ gezeigt. Wer an dem enormen Fachkräftepotenzial interessiert ist, das unter den insgesamt 860 000 ausgestiegenen Pflegefachkräften in Deutschland existiert, sollte auch ein Interesse an einer Umkehr der Ökonomisierung haben. Die in der Studie knapp 12 700 befragten ausgestiegenen oder in Teilzeit arbeitenden Pflegekräfte gaben an, dass der Vorrang des Patient*innenwohls vor betrieblichen Interessen die wichtigste Form der Anerkennung ihrer Arbeit sei. Ganz im Sinne der Patient*innen besteht Anerkennung für sie darin, Arbeitsbedingungen vorzufinden, die es ihnen erlauben, dem eigenen Berufsethos entsprechend pflegen zu können. Eine verbindliche und bedarfsgerechte Personalausstattung, die ausreichend Zeit für eine qualitativ hochwertige Pflege einräumt, kann dies befördern und ist zugleich einer der stärksten Motivationsfaktoren für eine Stundenerhöhung und Rückkehr in den Beruf. Die Bereitschaft zu Rückkehr und Stundenerhöhung ist hoch – für die Hälfte aller Teilzeitpflegekräfte wäre eine Stundenerhöhung und für sogar 60 % der ausgestiegenen Pflegekräfte eine Berufsrückkehr vorstellbar. Von den ausgestiegenen Pflegekräften dachten 60 % einmal im Monat über eine Rückkehr nach, ein Drittel hatte sich bereits Stellenanzeigen angesehen. Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen gilt hierfür jedoch als die entscheidende Voraussetzung.

Der bedarfsgerechten Pflegepersonalbemessung widmete sich richtigerweise das Ende 2022 verabschiedete Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG). Es ermöglicht nun die Einführung der von ver.di, Deutschem Pflegerat und Deutscher Krankenhausgesellschaft vorgeschlagenen Pflegepersonalregelung PPR 2.0. Die Umsetzung ist jedoch mit einer unnötigen weiteren Erprobungsphase in 2023 und der Vorgabe von Erfüllungsgraden und Sanktionen erst in 2025 deutlich zu langsam. Die Einführung der PPR 2.0 selbst unterliegt zudem dem Finanzierungsvorbehalt des Bundesfinanzministers. Die Intensivmedizin und Funktionsbereiche sowie alle anderen Berufsgruppen wurden nicht berücksichtigt. Eine zügige Entlastung für die Beschäftigten und Rückgewinnung wiederEinstiegsbereiter Pflegekräfte ist so sicher nicht zu erwarten, viele weitere Pflegekräfte werden in der Zwischenzeit ihre Stunden reduziert oder den Beruf verlassen haben. Statt der schnellstmöglichen Einführung der PPR 2.0 wird aktuell in der Pädiatrie – wie schon während der Covid-19-Pandemie geschehen – selbst das absolute Minimum der Personalausstattung der nichtbedarfsgerechten Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) ausgesetzt. Auch die mit dem KHPfLEG versprochene Entlastung durch Tagesaufenthalte von sonst stationär über Nacht aufgenommenen Patient*innen erscheint fraglich, da ohnehin Patient*innen mit vergleichsweise niedrigem Pflegebedarf in der Regel entlassen werden, sich als Folge der Tagesaufenthalte aber wiederum der Dokumentationsaufwand erhöht. So bleibt den Beschäftigten für zügige Abhilfe nur, sich die bedarfsgerechte Personalausstattung per Entlastungstarifvertrag zu erkämpfen, wie es ihre Kolleg*innen an zahlreichen Kliniken wie beispielsweise in Berlin oder NRW bereits erfolgreich getan haben.

Fazit

Die Krankenhäuser stecken aufgrund jahrzehntelanger Ökonomisierung so tief in der Misere, dass entschiedene und grundlegende Veränderungen nötig sind. Halbherzige Maßnahmen wie die geplanten Krankenhausstrukturrefor-

men reichen nicht mehr aus. Erforderlich ist eine vollständige Abkehr von den Fallpauschalen und eine Rückbesinnung auf die Bedarfe der Patient*innen. Dies wird nur durch eine kostendeckende Vergütung, eine ergänzende zügige Einführung der PPR 2.0 und bestenfalls auch mittels einer bedarfsgerechten Personalbemessung für alle weiteren Bereiche und Personengruppen des Krankenhauses ermöglicht werden können. Die Abkehr von ökonomischen Handlungszwängen birgt dabei große Chancen – neben einer zu erwartenden Reduktion der Überversorgung mit medizinisch nicht notwendigen Behandlungen und Kostendämpfung könnte ein immenses Potenzial an ausgestiegenen oder in Teilzeit arbeitenden Pflegefachkräften zurückgewonnen werden. Somit gibt es Hoffnung, aber es muss jetzt entschieden gehandelt werden, um das Steuer herumzureißen. ■

AUTORIN

JENNIE AUFFENBERG, Dr., arbeitet als Referentin für Gesundheits- und Pflegepolitik in der Arbeitnehmerkammer Bremen. Arbeitsschwerpunkt: Pflegepolitik.

@ auffenberg@arbeitnehmerkammer.de

8 Auffenberg, J. / Becka, D. / Evans, M. / Kott, N. / Schleicher, S. / Braun, E. (2021): „Ich pflege wieder, wenn ...“ – Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften. Die Studie ist in der Kurz- und Langfassung abrufbar unter <https://www.ich-pflege-wieder-wenn.de>