

DRG-System

Experten diskutieren Umbau

Union und SPD wollen die Pflegekosten im Krankenhaus aus den DRGs herauslösen. Welche Folgen das haben wird, ist unter Experten umstritten.

Pflegekräfte sollen künftig unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden.



Foto: mauritius images

Es sind nur wenige Sätze im Koalitionsvertrag von Union und SPD. Doch sie könnten zu umfassenden Änderungen im deutschen Gesundheitswesen führen. „Künftig sollen Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden“, heißt es in dem Koalitionsvertrag. „Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Die Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhausespezifischen Pflegepersonalbedarf. Die DRG-Berechnungen werden um die Pflegepersonalkosten bereinigt.“

In einem DRG-System erhalten Krankenhäuser Pauschalen für Leistungen, die anhand bestimmter Fallgruppen klassifiziert wurden. Unter anderem sollten die Krankenhäuser auf diese Weise dazu ge-

bracht werden, sich effizienter zu organisieren. Ein Fallpauschalensystem benutzen weltweit viele Länder, um ihre Krankenhäuser zu vergüten. Das Besondere am deutschen System ist allerdings, dass sich die Häuser fast ausschließlich über DRGs finanzieren. Andere Länder verwenden Mischformen.

Richtiger Ansatz

„In Norwegen, zum Beispiel, machen reine DRGs nur 40 Prozent der Gesamtfinanzierung aus, während 60 Prozent als festes Budget an die Krankenhäuser fließen“, erklärt Prof. Dr. med. Reinhard Busse von der Technischen Universität (TU) Berlin gegenüber dem *Deutschen Ärzteblatt (DÄ)*. Kritiker bemängeln seit Jahren die einseitigen Anreize des Systems, das zu einer Ausweitung lukrativer Leistungen im Krankenhaus sowie zu einem Abbau von Pflegepersonal geführt

habe. Denn mit Pflegepersonal könne kein Geld verdient werden.

Mit der geplanten Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf eine Kombination aus DRGs und Pflegepersonalvergütung reagiert die Politik nun auf diese Kritik. Prof. Dr. rer. oec. Jonas Schreyögg von der Universität Hamburg hält den Ansatz für richtig. „Die Pflege wird aus dem DRG-Wettbewerb herausgelöst, und so verschwindet der Anreiz, das Pflegepersonal möglichst knapp zu halten“, sagt er zum *DÄ*. Wichtig sei dabei jedoch die Verbindung mit einem weiteren Vorhaben der Bundesregierung: der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in allen bettenführenden Abteilungen. „Gerade die Verbindung aus Pflegeuntergrenzen und der Vergütungsumstellung ist konsequent“, meint Schreyögg. „Die Pflegeuntergrenzen stellen eine wichtige Qualitätssicherungsmaß-

nahme dar, um in Krankenhäusern mit deutlich zu geringen Pflegezahlen eine Erhöhung zu gewährleisten.“ Das eine ergänze das andere, denn eine Vergütungsumstellung allein stelle nicht sicher, dass Krankenhäuser mit erheblich zu wenig Pflegenden die Mühen und Kosten der Rekrutierung auf sich nähmen, mehr Pflegekräfte einzustellen.

Keil in die Teamarbeit

Prof. Dr. rer. pol. Boris Augurzky vom RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung weist dagegen auf ein Problem hin, das die Umstellung mit sich bringe. Künftig müsse immer zwischen den beiden Kostenbereichen unterschieden werden, zum Beispiel wenn es um Innovationen geht. „Wozu werden Sachmittel zur Unterstützung der Pflege wie beispielsweise Roboterassistenzsysteme gezahlt?“, fragt er. „Wie bildet man die zu erwartende Ambulantisierung und Digitalisierung der Medizin in diesen parallel laufenden Vergütungssystemen ab?“ Prozessinnovationen könnten von Krankenhäusern gar nicht mehr ohne Weiteres eigenständig umgesetzt werden, weil zuerst ein Beschluss auf politischer Ebene gefasst werden müsse, in welchen Kostenbereich sie fallen: DRG oder Pflegekosten? „In letzter Konsequenz treibt die Politik damit einen Keil in die Teamarbeit der medizinischen Dienste“, meint Augurzky.

Viele Fragen bleiben im Koalitionsvertrag von Union und SPD indes ungeklärt, zum Beispiel, ob das Gesamtbudget der Krankenhäuser durch die Umstellung der Finanzierung steigen oder ob das Geld nur umverteilt werden soll. „Bei einer Selbstkostenerstattung der Pflegekosten entfällt jeder Anreiz zur effizienten Organisation der Pflege“, gibt Augurzky zu bedenken. „Wie meistern wir damit die Herausforderungen der 2020er-Jahre, die dadurch geprägt sein werden, dass wir in Deutschland weniger Nachwuchsfachkräfte bei einer steigenden Zahl an zu versorgenden älteren Menschen haben werden?“ Wenn es außerdem Personalmindestvorgaben in der Pflege gebe, die aber mangels Nachwuchs nicht

erfüllt werden könnten, müssten Leistungen zwangsläufig rationiert werden.

Reinhard Busse von der TU Berlin geht nicht davon aus, dass es eine Selbstkostenerstattung geben soll. „Den Häusern einfach die tatsächlichen Kosten zu erstatten, kann ja nicht gemeint sein“, sagt er. „Das würde auch offenlassen, wie diese unter den Krankenkassen aufzuteilen wären.“ Es müsse also eine Klassifikation gefunden werden, die den Pflegepersonalbedarf pro Patient beziehungsweise Fall festlegt. Möglich sei es zum Beispiel, die Pflegekosten als Kosten pro Tag pro bettenführende Abteilung zu kalkulieren und als Tagespflegesätze zu vergüten. Bei den Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen könne dann ein über die Kosten für die Einhaltung der Untergrenzen hinausgehender Pflegebedarf verhandelt werden. Das sei organisatorisch schnell umsetzbar.

Falsches Konzept

Dennoch hält Busse die angedachte Umstellung für falsch. Denn das Pflegepersonalproblem sei eng „mit den Hauptproblemen der deutschen Krankenhauslandschaft“ verbunden: „den Überkapazitäten und der mangelnden Konzentration von akuten und komplexen Fällen auf Zentren, in denen eine notwendige personelle und technische Ausstattung vorgehalten werden kann“. Statt einer Mischfinanzierung fordert er, die Anreize des DRG-Systems zu verändern. So müsse zum Beispiel die Prozedurenlastigkeit der DRGs zurückgeführt werden. „Die hohen und steigenden stationären Fallzahlen durch Überkapazitäten binden natürlich auch Pflegepersonal“, sagt Busse. „Unser quantitativ schlechtes Patienten-Pflegekraft-Betreuungsverhältnis liegt hierin begründet.“ Die Bettenüberkapazitäten jetzt noch durch eine entsprechende Pflegekraftausstattung zu hinterlegen, sei daher die falsche Antwort. „Notwendig wäre stattdessen ein Bettenabbau und eine Fallzahlreduktion bei gleichbleibender Pflegeausstattung – das bessere Betreuungsverhältnis würde sich dann von selbst einstellen.“

Errechnung der Pflegekosten

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) berechnet die Fallpauschalen anhand der Ist-Kosten derjenigen Krankenhäuser, die sich an der Kalkulation der DRGs beteiligen. In diesem Zusammenhang dokumentieren die Krankenhäuser mithilfe verschiedener Pflegedokumentationssysteme auch die Zeit, die die Pflegekräfte für ihre Arbeit benötigen. Gemessen wird diese Zeit in PPR-Minuten, die auf der Basis der Pflegepersonal-Regelung (PPR) weiterentwickelt wurde, mit der man in den 1990er-Jahren den Pflegeaufwand ermittelt hat. Konkret werden die Pflegekosten pro Krankenhaus errechnet, indem die gesamten Pflegepersonalkosten eines Kalkulationskrankenhauses durch die Summe der dort erbrachten PPR-Minuten geteilt wird. Die so ermittelten Kosten je PPR-Minute werden dann mit der dokumentierten Summe der PPR-Minuten multipliziert, um die Pflegepersonalkosten des einzelnen Falls zu erhalten. Die Höhe der kalkulierten Pflegekosten ergibt sich letztlich aus dem Durchschnitt aller bei der Kalkulation einbezogenen Fälle einer Fallpauschale. In den 90er-Jahren wurde der mithilfe der PPR errechnete Pflegeaufwand von den Krankenkassen finanziert. Im DRG-System hingegen dienen die PPR-Minuten als Verrechnungsgröße, mit der ermittelt wird, wie sich die Pflegepersonalkosten einer Station bei den Kalkulationskrankenhäusern verteilen. Es wird also nicht der eigentlich existierende Pflegebedarf abgebildet, sondern die in den Krankenhäusern anfallenden Ist-Kosten in der Pflege. Hinzu kommt, dass es sich bei den PPR-Minuten um Normzeiten handelt, die von Kritikern als veraltet betrachtet werden, weil sie die Arbeitsverdichtung der vergangenen Jahre innerhalb der Pflege nicht berücksichtigen.

Die ersten Reaktionen der Krankenhäuser auf die Pläne von Union und SPD waren verhalten positiv. Das mit den Plänen verfolgte Ziel, den krankenhausindividuellen Personalbedarf in seiner Grundstruktur unabhängig von den Behandlungsfällen finanziell abzusichern, entspreche den Erwartungen der Beschäftigten und der Patienten in den Kliniken, hieß es von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG).

Flexibilität erhalten

„Zentraler Vorteil wäre, dass der krankenhausindividuelle Personalbedarf nicht mehr direkt an die Behandlungsfälle gekoppelt wäre“, ergänzt DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum gegenüber dem *DÄ*. Die Auswirkungen hingen allerdings ganz entscheidend von der gesetzlichen Ausgestaltung ab. Denn „würde der Personalbedarf und die Personalbesetzung, die das Krankenhaus hat und vorsieht, eins zu eins in diesem Personalbudget einbringbar sein und Personalschwübe, Tarifsteigerungen und sonstige Kostensteigerungen zu 100 Prozent zur Berücksichtigung kommen, wä-

re das eine deutliche Verbesserung bei der Personalsicherung.“ Würden aber alle möglichen Wirtschaftlichkeitsanforderungen und Nachweise gegenüber den Krankenkassen mit einer solchen Reform verknüpft oder extrem restriktive Mittelverwendungsnachweise vorgegeben, würde sich der Vorteil eines solchen Konzeptes schnell reduzieren beziehungsweise sogar ins Gegenteil verkehren.

Baum geht es vor allem darum, dass die Krankenhäuser frei über die Mittel verfügen können, die sie erhalten: „Der Gestaltungsspielraum der Kliniken darf nicht eingeengt werden. Die notwendige Flexibilität muss erhalten bleiben.“ Daran glaubt Busse allerdings nicht. Er geht davon aus, dass die Pflegepersonalvergütung zweckgebunden ist, die Krankenhäuser sie also ausschließlich für das Pflegepersonal nutzen müssen.

Der Deutsche Pflegerat (DPR) zeigt sich mit den Plänen von Union und SPD zufrieden. „Die vorgesehene Ausgliederung der Pflegepersonalkosten neben dem Fallpauschalensystem kann der Auftakt zu einer tatsächlich bedarfsorientierten

und weniger rein erlösorientierten Personalermittlung im Krankenhaus sein“, sagt DPR-Präsident Franz Wagner dem *DÄ*. Es wache offensichtlich die Einsicht, dass Personalkosten nicht in einem pauschalierten System bedarfsgerecht abgebildet würden. Vieles hänge aber von Details ab, meint auch er, zum Beispiel, wie der Stellenbedarf ermittelt werde.

Keine Budgetverschiebung

Im Koalitionsvertrag heißt es auch, dass im Krankenhaus eine vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen herbeizuführen sei, verbunden mit der Nachweispflicht, dass dies auch tatsächlich bei den Beschäftigten ankomme. Wagner hält das für einen „wichtigen Schritt“, da eine Verschiebung von Budgets zulasten des Pflegepersonalbudgets dann nicht mehr möglich wäre.

Wagner geht davon aus, dass die Kosten für die Pflege im Krankenhaus künftig steigen werden: infolge einer „deutlich zu verbessernden Personalausstattung“ und eines Anstiegs der Vergütung. Von einem solchen Anstieg geht auch Jonas Schreyögg von der Universität Hamburg aus. Denn die Nachfrage werde das Angebot demnächst deutlich übersteigen. Georg Baum rechnet auch mit steigenden Kosten im Personalbereich. Er betont jedoch, dass die Vergütungshöhe eine Sache der Tarifpartner bleibe – egal in welchem Finanzierungssystem.

Bleibt die Frage, wie viel Zeit eine Umstellung der Finanzierung in Anspruch nehmen wird. „Das DRG-System mit seinem detaillierten modularen Kostenansatz eignet sich sehr gut für eine solche Umstellung, da die Pflege relativ leicht kostenrechnerisch herausgelöst werden kann“, meint Schreyögg. Insofern könne eine Umstellung relativ kurzfristig erfolgen.

„Etwa 15 Milliarden Euro sind in den DRGs für Pflege einkalkuliert“, erklärt Baum. Die Ausgliederung sei alles andere als eine triviale Angelegenheit. Vor dem Budgetjahr 2020 könne eine Umsetzung daher nicht realisiert werden. **Falk Osterloh**

3 FRAGEN AN ...

Dr. med. Andreas Botzlar,
2. Vorsitzender des Marburger Bundes



Zu welchen Fehlanreizen führt das deutsche DRG-System heute?

In einem unterfinanzierten System wie dem Krankenhauswesen erhöhen die unterschiedlichen Gewinnmargen der Fallpauschalen den Druck, möglichst rentable DRGs abzurechnen und bei den Fixkosten zu sparen. Die Politik hat diesen Kosten- und Preiswettbewerb in Gang gesetzt und die Augen davor verschlossen, dass eine primär betriebswirtschaftliche Kostenkalkulation zwangsläufig zu mehr Leistungsverdichtung und Personalknappheit führt.

In einem Dienstleistungssektor, bei dem der Personalkostenanteil rund 70 Prozent der Betriebskosten ausmacht, reagieren viele Krankenhäuser auf veränderte Entgelte für Krankenhausleistungen vor allem mit Personalabbau.

Halten Sie vor diesem Hintergrund den geplanten Umbau der Krankenhausfinanzierung für sinnvoll?

Grundsätzlich schon, denn mit der geplanten Umstellung der Krankenhausvergütung wird die bisherige Logik des DRG-Systems durchbrochen. Die Politik muss sich aber auch mit dem Kalkulationsprinzip befassen,

also mit der Ermittlung des Preises anhand von Durchschnittskosten. Damit ist eine potenziell ruinöse und letztlich versorgungsgefährdende Kostensenkungsspirale in Gang gesetzt worden. Insofern können die angekündigten Maßnahmen nur ein Anfang sein.

Was meinen Sie damit?

Es wäre zu kurz gegriffen, nur die Pflegekosten in den Blick zu nehmen. In einem weiteren Schritt müssen sämtliche Personalkosten außerhalb der DRG-Systematik finanziert werden, also auch die Kosten für den ärztlichen Dienst.

Foto: MB