

Die drohende Überlastung der Krankenhäuser

Die Corona-Krise und das Fallpauschalen-System

Seit Anfang Februar 2021 steigen die Corona-Infektionszahlen wieder an. Damit geht eine zunehmende Belegung der Intensivstationen mit Covid-19 Patient*innen einher. In dieser Situation wird deutlich, dass das deutsche Gesundheitssystem vor allem unter einem eklatanten Personalmangel leidet. Ein erheblicher Teil der technischen intensivmedizinischen Kapazitäten kann nicht genutzt werden, weil hierfür das ausgebildete Personal, insbesondere Fachpflegekräfte fehlen. Obwohl schon im Normalbetrieb maximal eine Quote von einer Fachkraft für zwei Patient*innen auf Intensivstationen vertretbar ist, kommt es aktuell zu Besetzungen von 1-3 bis 1-4.

Zugleich nehmen die Meldungen über die Überlastung insbesondere der Pflegekräfte auf den Intensivstationen zu. In Hamburg kam es Mitte Dezember zu einem Eklat, als Pflegekräfte über die Arbeitsbedingungen in einem Haus des Asklepios-Konzerns berichteten und in der Folge von Asklepios der Lüge bezichtigt wurden. Eine Pflegekraft sollte daraufhin gekündigt werden. Nach massiven öffentlichen Protesten hat Asklepios die Kündigung jedoch zurückgezogen.

Um diese Entwicklungen besser einordnen zu können, wollen wir hier darstellen, welchen Einfluss die Krankenhausfinanzierung auf den Umgang der Krankenhäuser mit der Krise hat.

► Krise als Stresstest für Gesellschaften

Jede Krise stellt für die Gesellschaft und gesellschaftliche Infrastrukturen einen immensen Stress dar. Wie gut oder schlecht Gesellschaften jedoch auf diese Stresssituation reagieren können, hängt ganz wesentlich davon ab, wie sie organisiert sind. Auch die Corona-Krise zeigt wieder einmal, dass zum Beispiel soziale Ungleichheit und soziale Unsicherheit unmittelbar gesundheitliche Auswirkungen haben. Dies wird etwa deutlich bei den Ausbrüchen in den Fleischfabriken von Tönnies und Co, wo die Wohn- und Arbeitsbedingungen eine wesentliche Ursache für

den Ausbruch waren. Es zeigt sich aber auch global z.B. in den USA, wo sich das Virus in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen (und Stadtteilen) stärker ausbreitet als im Rest des Landes.¹

► Die Krankenhausfinanzierung in der Corona-Krise

Auch die Reaktion der Krankenhäuser auf die Krise ist von den gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen geprägt. Dabei wird deutlich:

1. Für eine vernünftige Reaktion auf die Krise muss die Politik planerisch in die Krankenhauslandschaft eingreifen können.
2. Die negativen Auswirkungen von Gewinnanreizen im System verstärken sich in der Krise.
3. Es zeigt sich, dass ein System, in dem keine Vorhaltekosten finanziert werden, ungeeignet ist für die Finanzierung sozialer Infrastrukturen.
4. Die politischen Reaktionen auf die Krise waren jedoch davon geprägt, das System der Fallpauschalen-Finanzierung (DRG) auch bei der krisenbedingten Anpassung des Systems aufrecht zu erhalten.
5. Das führt zu dem bereits aus dem »Normalbetrieb« bekannten Nebeneinander von Geldverschwendung, Kostendruck und Fehlsteuerung, was jedoch in einer Krise existenzielle Konsequenzen hat.

Die politische Reaktion auf die Corona-Krise lässt sich für den Krankenhausbereich in drei Phasen einteilen.

¹ Für einen Überblick über die Untersuchungen dazu: Wachtler et al: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JoHM_S7_2020_Soziale_Ungleichheit_COVID_19.pdf?__blob=publicationFile

Phase 1 (Freihaltepauschale von 560 €):

Als im März 2020 die Infektionszahlen in Deutschland in die Höhe schnellten, setzte die Politik gegenüber den Krankenhäusern durch, dass diese die planbaren Eingriffe (»Elektivprogramm«) so weit wie möglich herunterfahren, damit die Kapazitäten für die erwarteten Covid-19-Patient*innen bereitgehalten werden konnten. Durch die Reduzierung wurde es notwendig zu klären, wie die Krankenhäuser finanziert werden sollen, wenn sie keine Einnahmen mehr durch die Behandlung von Patient*innen erzielen können. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) schlug vor, für das Jahr 2020 die Finanzierung nach DRG auszusetzen und zu einem System der Selbstkostendeckung zurückzukehren. Zwar hatte dieser Vorschlag interessengeleitete Probleme: die DKG wollte gar keine Kontrolle der Kosten mehr durch die Krankenkassen zulassen (was der Idee von Kostendeckung widerspricht – denn diese muss ja überprüft werden). Er war jedoch insofern rational, als die finanzielle Steuerung über die DRG aufgehoben werden sollte. Die Krankenhäuser wären damit vor allem in ihrer wirtschaftlichen Existenz gesichert worden, unabhängig davon, wie viele »Fälle« sie hätten abrechnen können. Dies ist in einer so dynamischen Situation wie der Corona-Krise zentral. Über ein System der Kostenkontrolle – es wird nur bezahlt, was auch ausgegeben wurde – hätten Gewinnmitnahmen verhindert werden können.

Der Vorschlag wurde jedoch vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) abgelehnt. Stattdessen wurde eine »Freihaltepauschale« eingeführt: Den Krankenhäusern wurde für jedes wegen der Krise frei gehaltene Bett pauschal 560€ pro Tag gezahlt – unabhängig von den realen Kosten. Warum der Vorschlag der DKG nicht ernsthaft geprüft und – um die interessengeleiteten Fehler korrigiert – umgesetzt wurde, wurde überhaupt nicht Teil der Debatte. Lediglich in einem krankenhauspolitischen Fachforum äußerte sich Jens Spahn zu dieser Frage. Hier führte er als einziges Argument an, dass das Aussetzen der DRG zu Problemen bei der Kostenzuordnung zwischen den Krankenkassen führen würde.

Die Pauschalregelung führte zu Unterfinanzierung und gleichzeitigen Mitnahmeeffekten. So berichtete ein Mitarbeiter einer Krankenhausberatungsfirma im ARD-Magazin Kontraste von Anfragen aus Krankenhäusern, die errechnen haben wollten, ob es sich eher lohnt, das Bett freizuhalten oder es weiterhin zu belegen.² Für die Krankenhäuser bestand nun ein finanzieller Anreiz auszurechnen, in welcher Fachrichtung (= für welche Behandlungen) es

2 <https://www.daserste.de/information/reportage-dokumentation/dokus/videos/exklusiv-im-ersten-markt-macht-medizin-video-102.html>

sich eher rechnet, die Betten nicht zu belegen und die Pauschale zu kassieren, und in welchen sich eine Fortführung des Normalbetriebs lohnt. Beides hat nichts mit einer medizinisch orientierten Kapazitätssteuerung der knappen Krankenhausressourcen zu tun. Vor allem private Kliniken konnten davon Gebrauch machen. Gleichzeitig reichte die Pauschale bei den meist in öffentlicher Hand befindlichen Krankenhäusern der Maximalversorgung nicht aus, weil diese viel höhere Vorhaltekosten haben als z.B. kleine Krankenhäuser oder Fachkrankenhäuser.

Dieses Problem wurde auch von einem »Expertenbeirat«, der vom BMG eingesetzt wurde, erkannt. Eine Begleitstudie zum »Krankenhausrettungsschirm« der Gesundheitsökonom Prof. Boris Augurzky und Prof. Reinhard Busse kommt zu dem Ergebnis:

»Freigemeinnützige und private Krankenhäuser haben überdurchschnittliche Erlössteigerungen realisiert, während Universitätskliniken Erlösrückgänge von bis zu -6,0% aufweisen.«³

Durch das ideologische Festhalten am DRG-System (das durch diese Freihaltepauschalen lediglich ergänzt wurde) wurde also auf der einen Seite Geld verschwendet, während auf der anderen Seite viele der Krankenhäuser, die die Hauptlast der Corona-Krise stemmten, in finanzielle Probleme gerieten. Obendrein durften die Krankenhäuser die durch die Freihaltepauschalen ggf. gemachten Gewinne behalten.

Phase 2 (differenzierte Freihaltepauschale):

Nach dem Bericht des »Expertenbeirats« wurden Änderungen an der Freihaltepauschale vorgenommen. Diese Differenzierung orientierte sich jedoch an der Systematik des DRG-Systems, womit die Lage verschlimmbessert wurde.

Auf Anraten des »Expertenbeirats« wurden die Freihaltepauschalen ab Juli 2020 differenziert. Dafür wurden die Krankenhäuser, die nach DRGs bezahlt werden, Gruppen zugeordnet, die in fünf Abstufungen Freihaltepauschalen erhielten:

- Gruppe 1: 360 €
- Gruppe 2: 460 €
- Gruppe 3: 560 €
- Gruppe 4: 660 €
- Gruppe 5: 760 €

3 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Datien/3_Downloads/K/Analysen_zum_Leistungsgeschehen_zur_Erloessituation_von_Krankenhaeusern_und_zu_betroffenen_Patienten_und_ihrer_Versorgung_in_der_Corona-Krise.pdf

Für die Krankenhäuser, die nicht nach DRGs bezahlt werden (vor allem psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser bzw. Abteilungen), wurden zwei weitere Gruppen gebildet, die 190 € bzw. 280 € abrechnen konnten. Außerdem wurde die Zahlung der Freihaltepauschalen bis zum 30. September 2020 befristet.

Zwar stellte diese Differenzierung eine gewisse Verbesserung der Pauschalen dar, da so zum Beispiel die Unikliniken mehr Geld erhielten (760 €). Betrachtet man die Regelung jedoch im Detail, wird abermals deutlich, dass mit den DRGs keine vernünftige Krankenhaussteuerung zu machen und nur eine Kostenerstattung sinnvoll ist.

Entscheidend für die Wirkungsweise der differenzierten Regelung war der Maßstab für die Zuordnung der Krankenhäuser in die fünf Gruppen. Für die Zuordnung wurde eine zentrale Kennziffer der DRGs verwendet: der sog. *Casemix-Index*. Dieser zeigt – verkürzt gesagt – an, wie kostenintensiv die Fälle sind, die ein Krankenhaus insgesamt behandelt: Jeder DRG sind konkrete Casemix-Punkte (CP) zugeordnet, die aussagen sollen⁴, wie viele Kosten eine DRG im Verhältnis zu allen anderen DRGs verursacht. Eine DRG mit zwei Casemixpunkten verursacht im Durchschnitt also doppelt so viele Kosten wie eine DRG mit einem Casemixpunkt. Der Casemix-Index wird gebildet, indem alle Casemixpunkte, die ein Krankenhaus in einem Jahr gesammelt hat, addiert und dann geteilt werden durch die Anzahl der von diesem Krankenhaus behandelten Fälle. Der Casemix-Index ist also ein Maß der durchschnittlichen Schwere der Behandlungsfälle eines Krankenhauses.

► Ein Beispiel:

Krankenhaus 1 hat im Jahr drei Behandlungen mit drei unterschiedlichen DRGs durchgeführt: DRG x = 1 CP; DRG y = 2 CP; DRG z = 3 CP. Casemix-Index: 6 CP / 3 Fälle = Casemix-Index 2

Krankenhaus 2 hat auch drei Behandlungen durchgeführt mit drei anderen DRGs: DRG a = 2 CP; DRG b = 4 CP; DRG c = 6 CP. Casemix-Index: 12 CP / 3 Fälle = Casemix-Index 4

Anhand der Größe des Casemix-Index wurden die Krankenhäuser den unterschiedlichen Gruppen der Freihaltepauschale zugeordnet, weil ein höherer CMI sowohl höhere Kosten als auch höhere Einnahmen bedeutet und dementsprechend auch die »Ausfallvergütung« angepasst sein sollte.

⁴ Wie geeignet das Instrument für die Messung der realen Kosten ist, soll hier nicht vertieft werden. Entscheidend ist, dass von den politisch Verantwortlichen davon ausgegangen wird, dass mit diesem Wert eine sinnvolle Aussage über die Kosten gemacht werden kann.

Wie so oft gehen jedoch bei der Reduzierung der komplexen Realität auf eine Zahl wichtige Informationen verloren. In diesem Fall ist entscheidend, dass gar nicht berücksichtigt wurde, welche tatsächlichen Kosten durch das Freihalten des jeweiligen Bettes entstanden und welche durch den Verzicht auf die Behandlung eingespart wurden (z.B. Materialkosten für Operationen). Mit der nach Gruppen ausdifferenzierten Freihaltepauschale wurde also letztlich gar nicht berücksichtigt, welche Konsequenzen es für die wirtschaftliche Situation eines Hauses hatte, wenn eine geplante Behandlung nicht mehr durchgeführt werden konnte.

Hinzu kommt, dass Fachkrankenhäuser, die in sehr vielen Fällen in privater Hand sind und die sich auf wenige (lukrative) Diagnosen konzentrieren, in aller Regel einen hohen CMI haben und damit in die höchste Vergütungsstufe der Freihaltepauschale fallen. Krankenhäuser der Maximalversorgung, die ein breiteres Diagnosespektrum haben, decken damit auch Fachgebiete mit einem niedrigeren durchschnittlichen CMI ab (z.B. Augen, HNO). Folge ist, dass ihr Gesamt-CMI nicht so hoch ist und sie in eine niedrigere Vergütungsstufe der Freihaltepauschale abrutschen, obwohl ihre Vorhaltekosten deutlich höher sind als die von Fachkrankenhäusern.

Auch die Differenzierung der Pauschalen führt also durch sachlich nicht berechnete Gleichbehandlung von Krankenhäusern zu Gewinnern und Verlierern in der Pandemie. Damit zeigen sich wie in einem Brennglas die Probleme der DRG-Finanzierung in der Krise. Dadurch entstehen hoch problematische finanzielle Anreize in einer Situation, in der die Finanzierung allein darauf gerichtet sein sollte, das zu bezahlen, was für die Beherrschung der Pandemie einschließlich der dafür erforderlichen Vorhaltekosten an personellen und materiellen Ressourcen als notwendig erachtet wird.

Da die Freihaltepauschalen bis zum 30. September 2020 begrenzt waren, begannen die Krankenhäuser ab Oktober wieder, massiv zu operieren. Dabei war natürlich auch das Nachholen von verschobenen Behandlungen von Bedeutung. Zugleich standen die Häuser jedoch wieder unter finanziellem Druck, der die Abwägung zwischen medizinischen Notwendigkeiten bei den Nicht-Covid-19-Patient*innen und der Notwendigkeit, die vorhandenen Ressourcen (vor allem das Personal) zu schonen, überlagerte: Das Personal, das schon während der ersten Covid-Hochphase stark belastet war, wurde jetzt wieder an und über Grenzen geführt.

Phase 3 (differenzierte Freihaltepauschale und begrenzter Kreis der Berechtigten):

Obwohl durch die politisch verursachten betriebswirtschaftlichen Fehlanreize und durch die differenzierte Freihaltepauschale die Finanzierung von freien Kapazitäten eigentlich delegitimiert worden war, wurde mit dem »Dritten Bevölkerungsschutzgesetz« diese differenzierte Freihaltepauschale grundsätzlich beibehalten. Allerdings wurde sie um 10% in jeder Gruppe gekürzt. Zusätzlich wurde der Kreis der Krankenhäuser begrenzt, der die Pauschale in Anspruch nehmen kann. In Anspruch nehmen können die Pauschale nun nur noch Häuser in Regionen mit hohen Inzidenzzahlen und nur dann, wenn die Intensivkapazitäten (nur noch 25% freie Kapazitäten) knapp werden.⁵ Außerdem müssen die Häuser bestimmte Kriterien zur Notfallversorgung erfüllen (Fachabteilungen, Größe Intensivstationen, Personalvoraussetzungen, med.-technische Voraussetzungen), die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt wurden. Die zuständigen Landesbehörden müssen darüber hinaus das Krankenhaus explizit als berechtigt definieren, damit es Gelder bekommt (§21 KHG).

Während der erste Punkt darauf zielt, genauer zu definieren, ab wann die Situation so ernst ist, dass die Abbestellung von Patient*innen nicht mehr vermieden werden kann, zielt der zweite Punkt offensichtlich darauf, nur den Krankenhäusern zu ermöglichen, Kapazitäten freizuhalten, die man von der Ausstattung her für geeignet hält.

Beides geht jedoch an den realen Problemen in der Covid-19-Krise vorbei:

1. Durch die Krise verändert sich das Leistungsgeschehen in allen Krankenhäusern. Nicht nur die Krankenhäuser, in denen viele Covid-19-Fälle behandelt werden (müssen), haben ungeplante Einnahmeausfälle. Unter anderem meiden Patient*innen generell Krankenhäuser aus der Befürchtung heraus, sich dort anzustecken.

Solche Einnahmeverluste werden durch die Regelungen in Phase 3 nicht mehr ausgeglichen.

2. Durch die Regelungen entsteht der Effekt, dass Krankenhäuser trotz Covid-19-Welle jetzt so viel Patient*innen wie möglich behandeln und ihre Intensivstationen möglichst voll belegen müssen, damit sie nicht unter die gesetzlich vergebenen

⁵ Nach Kritik an dieser Regelung wurde später noch den Ländern die Möglichkeit eröffnet, auch weitere Krankenhäuser in die Regelung des Rettungsschirms aufzunehmen, wenn sich die Situation weiter zuspitzt (nur noch 15% freie Intensivkapazitäten).

freien Kapazitäten (15% bis 25%) fallen. Das schon durch die Behandlung der Corona-Patient*innen überlastete Personal wird so noch mehr belastet. Die finanzielle Steuerung konterkariert also das Ziel, Kapazitäten freizuhalten, und sie verschärft die Arbeitsüberlastung und verschlechtert dadurch auch die Versorgung der Patient*innen.

Am Ende des Jahres sollen dann die Krankenhäuser mit den Krankenkassen über einen »Erlösausgleich« verhandeln. Welche Mindereinnahmen und Veränderungen in den Kostenbelastungen hier genau anerkannt werden, ist noch unklar. Die finanzielle Unsicherheit der Krankenhäuser bleibt.

Nötig werden die restriktiven Vorgaben überhaupt nur, weil die Politik gegen die Mitnahmeeffekte und Profitanreize gegensteuern muss, die sich aus der Aufrechterhaltung der DRGs unter Pandemiebedingungen und aus der Pauschalfinanzierung der Freihaltungen ergeben. Vor dem Hintergrund, dass schon vor der Corona-Pandemie über 40%⁶ der Krankenhäuser Verluste geschrieben haben, drohen damit weitere betriebswirtschaftlich begründete Krankenhausschließungen, während einige wenige Akteure mit den Versicherungsgeldern weiter Gewinne machen können.

Die Entwicklungen der letzten Monate haben gezeigt:

1. Es bleibt notwendig, eine an den realen Kosten der Krankenhäuser orientierte Finanzierung sicherzustellen. Nur das garantiert, dass die Planungsentscheidungen der Länder und Gemeinden vor Ort auch von den Krankenhäusern umgesetzt werden (können) und nicht wegen finanzieller Anreize unterlaufen werden.
2. Die Steuerung der Krankenhauskapazitäten muss in der Krise vor allen Dingen an den sachlichen Problemen orientiert sein und durch demokratisch legitimierte politische Entscheidungen vor Ort passieren. Der Versuch der Steuerung durch Finanzierungsanreize auf Bundesebene ist ein Irrweg.
3. Die pauschale Finanzierung ermöglicht eine legalisierte Plünderung der Sozialkassen durch private Konzerne. Ein bedarfsorientiertes Krankenhauswesen muss öffentlich kontrolliert werden. Gewinnanreize sind für die Steuerung der Krankenhausversorgung ungeeignet.

⁶ Vgl.: DKI: Krankenhaus Barometer 2020 <https://www.dki.de/sites/default/files/2020-12/Krankenhaus%20Barometer%202020%20-%20final.pdf>