

Selbstkostendeckung in der Pflege

Wie Pflege künftig Erlöse generiert

Das deutsche DRG-System steht vor der größten Reform seiner Geschichte. Um die Personalausstattung der Kliniken in der Pflege zu verbessern, führt Bundesgesundheitsminister Jens Spahn für die Vergütung das Prinzip der Selbstkostendeckung wieder ein, das erst mit dem Kompromiss von Lahnstein 1993 und der Einführung des DRG-Systems 2003 abgelöst worden war. Ein Eingriff mit weitreichenden Folgen. Für das neue Finanzierungskonzept müssen zunächst die Kosten für Pflege aus den Fallpauschalen herausgerechnet werden. Ausgliedert werden Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen und in der Aufnahme inklusive der Kosten für Leiharbeit und Honorarkräfte. Pflegedienstleitung, Transportdienste, der medizinisch-technische und der Funktionsdienst bleiben dagegen in den DRGs enthalten. Das Pflegebudget, das künftig mehr als ein Fünftel der Erlöse stellen wird, bleibt zwar formal an den DRG-Katalog gebunden, der Abrechnungsmechanismus bewirkt jedoch, dass die individuellen Pflegepersonalkosten des Hauses

stets vollständig gedeckt werden (siehe Grafik auf Seite 5). Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung findet nicht statt. Die Auswirkungen sind ungewiss. Bisher haben die Kliniken nach Berechnungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft für Pflege mehr Geld bekommen als sie ausgaben. Von der Umstellung auf das Pflegebudget werden manche Häuser profitieren, andere können finanzielle Einbußen verzeichnen. Während sie über die Mittel aus den DRGs jedoch frei verfügen konnten, wird das Pflegebudget nur für Pflege und auf der Basis entsprechender Nachweise ausgezahlt. So müssen die Krankenhäuser die Gelder für Pflege ausgeben und können sie nicht mehr für andere Zwecke nutzen. Experten rechnen nun vor allem mit Veränderungen im Berufsbild der Pflege. Ein privater Klinikträger hat bereits angekündigt, seine Servicemitarbeiter ab 2020 verstärkt durch Pflegekräfte zu ersetzen. Mehr Arbeitskräfte werden indes nicht zur Verfügung stehen; die Reform verbessert also weder die Arbeitsbedingungen noch die Pflege am Bett.

INHALT

Hintergrund und Presse Seite 2

>> „Mehr Kosten für weniger Qualität“ – Interview mit Grit Genster von der Dienstleistungsgewerkschaft Verdi

Markt und Meinung Seite 3

>> Kommunale Kliniken machen Verluste
>> Mindestmengen werden häufig verfehlt
>> Honorarärzte sind abhängig beschäftigt

Versorgung und Service Seite 4

>> MDK: Mehr mutmaßliche Behandlungsfehler
>> Neue Klassifikation von Krankheiten
>> Riskante Antibiotika in Deutschland verbreitet

Zahlen - Daten - Fakten Seite 5

>> So wird das Pflegebudget berechnet

Der steinige Weg zum neuen Vergütungsmodell



Ein strammer Zeitplan fordert die Selbstverwaltung bei der Umsetzung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG). Grafik: AOK-BV

„Keiner weiß, was am Ende dabei herauskommen wird. Klar ist nur, dass die Auswirkungen für die Häuser teils erheblich sein werden.“

Dr. Frank Heimig, Leiter des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)

Über die Auswirkungen des Pflegebudgets

„Mehr Kosten für weniger Qualität“

Der Pflege im Krankenhaus hilft alles, was den Beruf attraktiver macht, meint Grit Genster, die bei der Dienstleistungsgewerkschaft Verdi den Bereich Gesundheitspolitik leitet. Nach Ansicht der Expertin für Krankenhaus- und Pflegepolitik kann das Pflegebudget dazu beitragen.

Wie wird sich die neue Finanzierungsregelung auf das Berufsbild der Pflege auswirken?

Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten in das Pflegebudget schützt das Pflegepersonal vor den ökonomischen Fehlanreizen des DRG-Systems. Gute Pflege gibt es nur mit ausreichendem und qualifiziertem Personal. Dafür muss der Beruf attraktiver werden. Die Arbeit in der Pflege verbessert sich aber nicht, wenn Pflegekräfte künftig mit pflegefernen Tätigkeiten wie Reinigung und Logistik belastet werden. Krankenhäuser, die Servicekräfte abbauen und die Aufgaben an ihre Pflegekräfte delegieren, machen den Beruf unattraktiv – das Gegenteil dessen, was jetzt geschehen muss. Wenn Kliniken heute und in Zukunft genug Fachkräfte gewinnen und halten wollen, brauchen sie gute Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen. Verdi setzt sich deshalb für eine ganzheitliche Pflege ein; Planung und Evaluation dürfen nicht von der Durchführung der pflegerischen Maßnahmen getrennt werden.

Grit Genster, Leiterin des Bereichs
Gesundheitspolitik bei der
Dienstleistungsgewerkschaft Verdi



Welche Auswirkungen hat die geplante Regelung auf Pflege-Leasing-Agenturen?

Wenn Leiharbeit in der Pflege künftig unbegrenzt finanziert wird, hat das massive Auswirkungen. Der Wechsel in die Leiharbeit ist individuell oft nachvollziehbar, für die Versorgung der Patientinnen und Patienten wie für die Zusammenarbeit im Team ist es aber verheerend. Auch für die kollektive Interessenvertretung ist Leiharbeit ein Hindernis. Für die Versicherten bedeutet Leiharbeit höhere Kosten für sinkende Versorgungsqualität. Gewinner der Entwicklung wären Pflege-Leasing-Agenturen, die zurzeit bereits wie Pilze aus dem Boden schießen. Unserer Ansicht nach sollten die Sachkosten für den Einsatz von Leiharbeit nicht zum Pflegebudget gehören.

Werden Kliniken nun verstärkt Pflegekräfte aus anderen Bereichen abwerben?

Die unterschiedlichen Versorgungsbereiche müssen nahtlos zusammenwirken können. Wenn aufgrund des Personalnotstandes ambulante Pflegedienste und Kliniken oder Rehabilitationseinrichtungen ihre Aufgaben nicht wahrnehmen können, ist das ein großes Problem. Die Arbeits- und Ausbildungsbedingungen in der Pflege müssen deshalb überall attraktiver werden. Verdi setzt sich für bedarfsgerechte Personalvorgaben in allen Bereichen ein. Zudem muss die Vergütung für die Beschäftigten in der Altenpflege schnell und deutlich besser werden.

PRESSEECHO

Klinikum Dessau bleibt im Plus

Das Städtische Klinikum Dessau erzielte 2018 wieder einen positiven Jahresabschluss. Im Vergleich zum Jahr davor stiegen die Umsätze um knapp sechs Prozent auf mehr als 139 Millionen Euro. Gleichzeitig sank der Gewinn von 1,8 Millionen auf 318.000 Euro. Die kommunale Klinik in Sachsen-Anhalt hat seit der Wende in keinem einzigen Jahr Verluste gemacht.

kma Online, 6. Juni 2019

Darmstadt erneut mit Gewinn

Das hessische Klinikum Darmstadt und die Klinikum Darmstadt GmbH haben zum zweiten Mal in Folge schwarze Zahlen geschrieben. Das Jahresergebnis des Konzerns lag im vergangenen Jahr bei 1,7 Millionen Euro. Der kommunale Maximalversorger verbuchte einen Überschuss von 3,7 Millionen Euro. Bei geringfügig steigenden Fallzahlen erhöhte sich der Umsatz um 2,8 Prozent auf 217 Millionen Euro. Bis Ende 2020 sollen 244 Millionen Euro in Investitionen fließen.

Frankfurter Rundschau, 5. Juni 2019

54 Millionen Euro für Neubau

Das Land Baden-Württemberg fördert den Teilneubau des Klinikums Freudenstadt im Nordschwarzwald mit 54 Millionen Euro. In dem geplanten Gebäude werden künftig große Teile der Klinik mit ihren 315 Planbetten betrieben. Vor allem die Funktions- und Pflegebereiche werden neu erstellt. Das Projekt wurde Ende 2018 als größtes von 15 Vorhaben in das Krankenhausneubauprogramm des Landes aufgenommen.

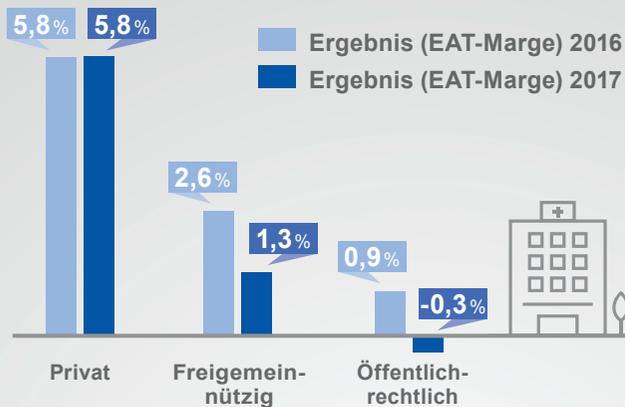
Schwarzwälder Bote, 10. Mai 2019

Krankenhaus-Rating-Report 2019

Das Ergebnis ist durchgewachsen

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser hat sich 2017 leicht verschlechtert. Doch 81 Prozent der deutschen Kliniken weisen nach wie vor eine solide Ertragslage auf. Das ergeben Analysen des Krankenhaus-Rating-Reports 2019. Im Durchschnitt erzielen die Kliniken Jahresüberschüsse von 1,7 Prozent (Gewinn nach Steuern im Verhältnis zum Umsatz / EAT-Marge). Dabei schneiden die Häuser in Ostdeutschland mit Ergebnissen von durchgehend 2,6 bis zu 3,8 Prozent deutlich besser ab als der Westen. Auch zwischen den Trägern gibt es Unterschiede: Während jedes zweite kommunale Krankenhaus 2017 rote Zahlen schrieb, waren es bei den freigemeinnützigen Einrichtungen 26 Prozent. Von den privaten Kliniken arbeiten fast 93 Prozent profitabel.

Gemischte Bilanz: Die kommunalen Kliniken gerieten 2017 ins Minus



Während die privaten Träger ihre Ergebnisse halten konnten, gingen die Überschüsse bei den übrigen Kliniken zurück.

Quelle: Krankenhaus-Rating-Report 2019; Grafik: AOK-Bundesverband

Mindestmengen

Viele Krankenhäuser operierten 2017 trotz zu geringer Fallzahlen

Nur sechs von zehn Kliniken, die mit Mindestmengen belegte Operationen durchführen, haben die Vorgaben im Jahr 2017 eingehalten. Das zeigt eine Auswertung des Science Media Centers (SMC) und der Weissen Liste der Bertelsmann-Stiftung. Die Mindestmengenregelung für planbare Operationen soll dafür sorgen, dass komplexe Eingriffe nur durch erfahrene chirurgische Teams durchgeführt werden. 458 von 1.152 Kliniken (39,8 Prozent) konnten jedoch die geforderten Fallzahlen nicht vorweisen. Laut SMC und Bertelsmann-Stiftung entspricht das bundesweit rund 4.300 Operationen. Bei Eingriffen an der Bauchspeicheldrüse verfehlte jede dritte Klinik die geltende Mindestmenge, bei Speiseröhren-OPs sogar jede zweite.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

Honorarordnung

Honorarärzte: Kliniken müssen Sozialabgaben zahlen

Krankenhäuser müssen für ihre Honorarärzte in der Regel die Sozialversicherung übernehmen. Das hat jetzt das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel entschieden (Az.: B 12 R 11/18 R). Die Richter begründeten ihre Entscheidung damit, dass Ärzte als Beschäftigte einer Klinik meistens weisungsgebunden arbeiten und fest in die Arbeitsorganisation integriert sind. Hinzu komme, dass sie als Honorarkräfte überwiegend personelle und sachliche Ressourcen einer Klinik nutzten. Die Höhe des Honorars spiele keine Rolle. Auch ein etwaiger Fachkräftemangel hat laut BSG keinen Einfluss auf die rechtliche Beurteilung der Versicherungspflicht.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

NACHGEFRAGT



... **Kordula Schulz-Asche**,
MdB und pflegepolitische Sprecherin
der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

„Kostendeckung ist riskant“

Die Anzahl der Pflegekräfte nimmt seit Jahren – unter anderem seit Einführung des Pflegesonderprogramms – um zirka 2.800 Beschäftigte jährlich zu. Welcher konkrete Stellenzuwachs müsste jetzt eintreten, damit Sie die Umsetzung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes als Erfolg betrachten?

Es ist kein Wunder, dass nur etwa vier von zehn Krankenhäusern finanzielle Mittel aus dem Förderprogramm in Anspruch genommen haben. Unsere Kleine Anfrage an die Bundesregierung hat zutage gebracht, dass die Zahl unbesetzter Stellen von Jahr zu Jahr steigt, der Arbeitsmarkt leergefegt ist und sich die Situation in der Pflege zunehmend verschlechtert. Die Versuche der Bundesregierung, den Personalmangel über eine Selbstkostendeckung zu entschärfen, bringen massive Fehlanreize und Risiken mit sich – beispielsweise, dass Pflegekräfte mehr fachfremde Tätigkeiten übernehmen müssen und Pflegekräfte aus anderen Pflegebereichen abwandern. Die Refinanzierung von Pflegepersonalkosten sollte transparent und unbürokratisch, aber auch leistungsgerecht und vor allem pflegfachlich begründbar sein. Deshalb brauchen wir eine pflegerische Personalausstattung in den Krankenhäusern, die sich am Pflegebedarf ausrichtet und einem internationalen Vergleich standhält. Von einem Erfolg kann man erst dann sprechen, wenn die Personalausstattung den Pflegebedarf decken kann.

Behandlungsfehler-Statistik

Mehr Vorwürfe geprüft

Die Sachverständigen der Medizinischen Dienste der Krankenkassen haben 2018 insgesamt 14.133 Gutachten zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern erstellt; das waren rund 600 mehr als im Jahr davor. Wie aus der entsprechenden Statistik des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS) hervorgeht, bestätigte etwa jedes vierte Gutachten den Verdacht. Demnach lag bei 3.497 Fällen tatsächlich ein Behandlungsfehler vor. Zwei Drittel der Vorwürfe (9.433 Fälle) betrafen die stationäre Versorgung. Der MDS sprach sich anlässlich der Veröffentlichung dafür aus, eine bundesweit verbindliche Liste sogenannter Never Events – das sind schwerwiegende, vermeidbare Ereignisse, die nach dem Stand der Wissenschaft nicht vorkommen dürften – zu entwickeln. Zudem sollten Patientensicherheitsbeauftragte die Sicherheitskultur in Deutschland fördern.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

Klassifikation von Krankheiten

WHO verabschiedet ICD-11

Die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) erhält eine neue Struktur und neue Inhalte. Das hat die Versammlung der World Health Organization (WHO) beschlossen. Nach zwölf Jahren Revision wird das Standardwerk flexibler und digitaler. So werden alle Informationen der ICD

künftig in einer umfassenden Datenbasis („Foundation“) zusammengefasst, aus der anwendungsspezifische Fassungen („Linearizations“) abgeleitet werden können. So soll die ICD künftig leichter mit anderen Technologien und Klassifikationen vernetzt werden können. Inhaltlich gibt es sechs neue Kapitel; außerdem enthält das Kompendium neue Diagnosen zu zwanghaftem Sexualverhalten und Computerspielsucht. Die neue Fassung soll im Jahr 2022 mit einer Übergangszeit von fünf Jahren inkraft treten.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

Antibiotika

Riskante Verordnungspraxis

Etwa fünf Prozent der GKV-Versicherten in Deutschland haben 2018 ein Fluorchinolon-Antibiotikum verordnet bekommen. Damit gehören diese Medikamente zu den häufig verordneten Antibiotika, obwohl sie ein erhöhtes Risiko für schwere Nebenwirkungen haben und zu den Reserve-Antibiotika zählen. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) hat anhand von Studienergebnissen erstmals berechnet, wie hoch die Risiken von Fluorchinolonen im Vergleich mit alternativen Antibiotika sind. Demnach erlitten mehr als 40.000 Patienten zusätzliche Nebenwirkungen wie Schädigungen des Nervensystems, der Hauptschlagader oder einen Sehnenriss; 140 Todesfälle hätten demnach durch weniger gefährliche Antibiotika vermieden werden können.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

TERMINE

11. bis 13. September in Biersdorf am See

Biersdorfer Krankenhaus-
Management-Gespräche

17. und 18. September in Hamburg

15. Gesundheitswirtschafts-
kongress

26. und 27. September in München

18. Europäischer Gesundheits-
kongress

>> www.blickpunkt-klinik.de

PERSONALIA

LKG unter neuer Führung



Michael Jacob führt jetzt die Geschäfte der Landeskrankengesellschaft Brandenburg (LKG). Er folgt auf Dr. Jens-Uwe Schreck, der zum Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands gewechselt hat. Jacob leitete zuletzt bei der Landesvertretung Berlin/Brandenburg des Verbandes der Ersatzkassen das Referat Stationäre Versorgung.

Reinhardt an der Spitze der deutschen Ärzteschaft



Dr. Klaus Reinhardt ist neuer Präsident der Bundesärztekammer. Mit dem Facharzt für Allgemeinmedizin steht erstmals ein Hausarzt an der Spitze der deutschen Ärzteschaft. Er folgt auf Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery. Reinhardt ist seit acht Jahren Vorsitzender des Hartmannbundes und gehört seit vier Jahren zum Vorstand der Bundesärztekammer.

Steffen folgt auf Stroppe



Der Jurist und Finanzexperte Dr. Thomas Steffen ist neuer beamteter Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit. Er löst in dem Amt Lutz Stroppe ab, der im Mai seinen vorzeitigen Ruhestand antrat. Steffen arbeitete zuletzt als verbeamteter Staatssekretär im Bundesfinanzministerium – neben dem heutigen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, der dort parlamentarischer Staatssekretär war.

>> Abrechnung

>> Finanzierung

>> Infografiken

>> Jahresabschlüsse

>> Klinikstrukturen

>> Markt

>> Personal

>> Qualität

So funktioniert die Finanzierung der Pflegepersonalkosten

Ebene	Erlöse bis 2020	Erlöse ab 2020	
		Σ Bewertungsrelationen (Rest-DRG)	Σ Bewertungsrelationen (Pflege)
Bund	Σ Bewertungsrelationen (DRG)	Σ Bewertungsrelationen (Rest-DRG)	Σ Bewertungsrelationen (Pflege)
Land	X Landesbasisfallwert + Zusatzentgelte und Zu- bzw. Abschläge	X Landesbasisfallwert + Zusatzentgelte und Zu- bzw. Abschläge	
Ort			X Pflegeentgeltwert



DRG-Budget



Rest-DRG-Budget

Pflegebudget

Grafik: AOK-Bundesverband

Die Kosten machen den Preis

Ab Januar nächsten Jahres sind 20 bis 25 Prozent der Krankenhauserlöse für die Pflege reserviert. Das Pflegebudget wird individuell für jede Klinik festgelegt – für die Auszahlung wird es auf die abgerechneten Fälle umgelegt. Um die formale Anbindung an die Fallpauschalen zu erhalten, entwickelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einen Katalog, der den finanziellen Aufwand für Pflege wie im DRG-System als tagesbezogene Pflege-Bewertungsrelationen enthält. Die Vergütung der Pflege erfolgt über diesen bundesweiten Pflegeentgeltkatalog und einen Pflegeentgeltwert, der zur Ermittlung des Rechnungsbetrages mit der Pflege-Bewertungsrelation multipliziert wird.

Der individuelle Pflegeentgeltwert wird ermittelt, indem die relevanten Personalkosten des Hauses durch die geplante Leistung (die Summe der Pflege-Bewertungsrelationen) geteilt werden. Das so vereinbarte Budget wird in jedem Fall vergütet. Falls die Pflegepersonalkosten das Budget überschreiten, müssen die Kassen die Differenz im folgenden Jahr ausgleichen. Der Pflegeentgeltwert stellt also – im Gegensatz zum Landesbasisfallwert – keinen einheitlichen Preis dar, sondern er ergibt sich für jedes Krankenhaus individuell aus den eigenen Kosten.

Illustration: Stockphoto