

## Stellungnahme

# Bedarfsorientierte Versorgung oder Erlösorientierung - Strukturelle Probleme der deutschen Krankenhäuser im Spiegel der Covid-19-Pandemie

---

Auch in Zeiten der Covid-19-Pandemie zeigen sich die strukturellen Probleme im Finanzierungssystem der Krankenhäuser. Der bisher moderate Verlauf der Pandemie in Deutschland legt falsche Rückschlüsse auf den Zustand der Krankenversorgung nahe. Das System der Fallpauschalen schafft zahlreiche Fehlanreize, die bereits vor der Covid-19-Pandemie zu einem eklatanten Fachkräftemangel, insbesondere in der Pflege, geführt haben, den Bedarf der Patientinnen und Patienten aus dem Blick geraten ließ und die Erlössituation in den Fokus rückte. Die schweren wirtschaftlichen Folgen, die durch die Pandemie und einen bisher unzureichenden Schutzschirm sowie ein Festhalten an der Abrechnung durch die Fallpauschalen auf die Krankenhäuser zukommen, werden diese Probleme weiter verschärfen. Nur eine grundlegende Veränderung des Finanzierungssystems wird gute Arbeitsbedingungen und eine gute Versorgung in den Krankenhäusern sicherstellen. Klar muss sein: Nach der Pandemie kann es nicht weitergehen wie bisher.

### **Bettenzahlen, Vorhaltekosten und elektive Eingriffe**

Die Covid-19-Pandemie zeigt deutlich, dass die Kapazitäten im Gesundheitssystem knapp bemessen sind und das System der Fallpauschalen (DRGs) kaum Anreize und oftmals wenig Möglichkeiten bietet, Kapazitäten für Notsituationen vorzuhalten. Die DRGs sehen nur ein minimales **Vorhaltungsbudget** vor. Vorgehaltene Betten sind betriebswirtschaftlich gesehen für die Krankenhäuser nicht sinnvoll, weil sie keine Erlöse einbringen. Dies ist in etwa so, als würde die Feuerwehr nur für erbrachte Einsätze bezahlt.

Deutschland ist im internationalen Vergleich deutlich besser als viele andere Länder mit Intensivbetten ausgestattet. Der Grund hierfür liegt vor allem in wirtschaftlichen Überlegungen: Intensivbetten sind für Krankenhäuser mit hohen Erlösen verknüpft.<sup>1</sup> Dennoch muss dabei berücksichtigt werden, dass Bettenzahlen nur bedingt Rückschlüsse auf die Versorgung zulassen – regelmäßig werden in Deutschland Betten gesperrt, weil nicht ausreichend Personal zur Verfügung steht, um diese zu betreiben.

---

<sup>1</sup> <https://magazin.spiegel.de/SP/2020/12/169988519/index.html>.

Den Krankenhäusern wird während der Pandemie im Rahmen des **Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetzes** eine Pauschale von 560 Euro für jedes für Covid-19-Patientinnen und -Patienten freigehaltene Bett gezahlt. Um Intensivbetten freihalten zu können, entgehen den Krankenhäusern jedoch Erlöse im Bereich der gut planbaren und oftmals höchst lukrativen elektiven Eingriffe. Für jedes neu geschaffene Intensivbett erhalten die Krankenhäuser eine Pauschale von 50.000 Euro.<sup>2</sup> Laut Deutscher Krankenhausgesellschaft kostet dessen Einrichtung die Krankenhäuser aber deutlich mehr. Aus diesen Gründen hält sie den Schutzschirm für unzureichend und erwartet hohe Erlöseinbußen in den Krankenhäusern. Sie hat daher die Aussetzung der bisherigen Finanzierung über die Fallpauschalen und eine vollständige Finanzierung aller tatsächlich entstandenen Kosten für das Jahr 2020 gefordert.<sup>3</sup>

### Über-, Unter- und Fehlversorgung im DRG-System

Ebenso bringt das Fallpauschalensystem Anreize für die Über-, Unter- und Fehlversorgung mit sich. Bekannt ist die **Unterversorgung** in Bereichen, die geringe Erlöse erbringen, wie etwa in der Kinderkrankenpflege oder auch in der Geburtshilfe.

Durch die DRGs gut vergütete Bereiche wie etwa Gelenk- und Herzoperationen oder auch Kaiserschnittgeburten, sind nach Einführung der Fallpauschalen deutlich angestiegen. Das sind Behandlungen, die hohe Erlöse garantieren oder sich gut planen und seriell organisieren lassen. Vor allem qualitative Studien kommen zu dem Schluss, dass ökonomische Erwägungen zu medizinisch nicht notwendigen Eingriffen führen.<sup>4</sup> Auch quantitative Studien finden einen Zusammenhang zwischen Vergütung und Häufigkeit von Eingriffen.<sup>5</sup> Zudem liegt Deutschland seit Jahren an der Spitze der OECD-Länder in der Anzahl der Therapien von Herz-Kreislauf-Krankheiten und dem Einbau künstlicher Hüft- und Kniegelenke.<sup>6</sup> Der Marburger Bund spricht von einer „ökonomisch gesteuerte[n] gefährliche[n] Übertherapie“ sowie Unterversorgung von Patientinnen und Patienten.<sup>7</sup> Knappe Personalressourcen würden demnach für medizinisch nicht in jedem Fall notwendige Eingriffe verwendet. In anderen Bereichen fehlt das Personal, um dringend notwendige Behandlungen anbieten zu können,

<sup>2</sup> Bundesgesetzblatt Teil I 2020, Seite 580; das Bundesgesundheitsministerium wird die Ausgleichspauschalen zum 30. Juni 2020 prüfen und gegebenenfalls anpassen. Ob diese Anpassung eine Kostendeckung ermöglicht, bleibt abzuwarten.

<sup>3</sup> <https://www.dkgv.de/dkg/presse/details/das-ist-kein-schutzschirm-das-ist-ein-fataler-politischer-fehler-des-ministers/>.  
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111193/Coronakrise-Krankenhaeuser-fordern-Aussetzung-des-DRG-Systems-bis-zum-Jahresende>.

<sup>4</sup> Wehkamp/Naegler (2017): Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus. Eine qualitative Studie zu den Wahrnehmungen von Ärzten und Geschäftsführern. In: Deutsches Ärzteblatt, Nr. 114. S. 797-804. Reifferscheid, Antonius/Pomorin, Natalie/Wasem, Jürgen (2015): Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 140, S. e129-e135.

<sup>5</sup> Augurzky, Boris et al. (2012): Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen: Endbericht – Mai 2012. Forschungsprojekt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, RWI Projektbericht. Bundesministerium für Finanzen (Hrsg.). (2018): Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen, Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen. Schreyögg et al. (2014) Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17 Abs. 9 KHG, Endbericht, [https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/publikationen/gutachten/gutachten\\_zur\\_mengenentwicklung.pdf](https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/publikationen/gutachten/gutachten_zur_mengenentwicklung.pdf). Eggebracht, Holger/Mehta, Rajendra H. (2016): Transcatheter aortic valve implantation (TAVI) in Germany 2008-2014: on its way to standard therapy for aortic valve stenosis in the elderly?, Eurointervention, 11 (9). Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften (2016): *Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem*. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft, Diskussion Nr. 7. Wirth, Stefan/Geraedts, Max (2015): Kinder im Krankenhaus. In: Klauber, Jürgen et al., Krankenhaus-Report 2015: Strukturwandel, S 267-282.

<sup>6</sup> OECD (2013, 2015, 2017, 2019): Health at a glance, [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance\\_19991312](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312).

<sup>7</sup> <https://www.marburger-bund.de/schleswig-holstein/meldungen/weg-mit-den-fallpauschalen-schluss-mit-der-oekonomisierung>.

wie etwa zuletzt aus den Kinderkliniken der Charité und der Medizinischen Hochschule Hannover bekannt wurde. Symptomatisch zeigt sich dies in Bremen in der Diskussion um die Kapazitäten in der Geburtshilfe, die unter anderem aufgrund von Stationsschließungen im Umland knapp geworden sind.

Mit den Anreizen der Fallpauschalen kann auch erklärt werden, warum es in einigen privaten Kliniken lange gedauert hat, bis elektive Eingriffe abgesagt wurden.<sup>8</sup> Grundsätzlich sind Operationen erlöstechnisch höchst attraktiv für die Krankenhäuser, da sie hoch vergütet sind. **Elektive Eingriffe** – also planbare Operationen – bieten zudem den Vorteil, dass nicht etwa Kapazitäten für Notfälle vorgehalten werden müssen. Mit geplanten Eingriffen können OP-Kapazitäten maximal ausgenutzt werden. Der Personalbedarf ist gut im Voraus bestimmbar. So gehören Privatkliniken, die sich komplett auf den Bereich der Endoprothetik spezialisiert haben, zu den Privatkliniken mit den höchsten Profiten. Symptomatisch ist daher auch das schnelle Wieder-Hochfahren der elektiven Eingriffe schon im April 2020, noch bevor die Pflegepersonaluntergrenzen wieder galten oder auch die Ausweitung der Höchstarbeitszeit von zehn auf zwölf Stunden und die Verkürzung der Ruhezeit von elf auf neun Stunden zurückgenommen wurden.<sup>9</sup>

Trotz der wirtschaftlich induzierten Rationierungen und Unterversorgung in manchen Bereichen haben die **Fallpauschalen jedoch nicht zu einem Rückgang der Kosten** für Krankenhausbehandlungen geführt. Die Fachliteratur spricht in diesem Zusammenhang von einer „angebotsinduzierten Mengenentwicklung“.<sup>10</sup> Laut GKV-Spitzenverband war zwischen 2008 und 2010 nur ein Drittel der jährlichen Leistungssteigerungen der Krankenhäuser auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen. Das Hauptproblem sieht dieser in der Erbringung medizinisch nicht notwendiger Leistungen.<sup>11</sup>

Die beschriebenen Anreize zur Über-, Unter- und Fehlversorgung und der fehlende Anreiz zur Vorhaltung von Kapazitäten sind gute Indikatoren für die Unvereinbarkeit, die zwischen der **bedarfsorientierten Versorgung und der Erlösorientierung**, die die Fallpauschalen mit sich bringen, besteht. Dieses Spannungsverhältnis delegitimiert die Organisation des Gesundheitsbereichs nach Marktkriterien.

### **Fachkräftemangel und bedarfsorientierter Personaleinsatz**

Deutlich wird mit der Covid-19-Krise auch die **dünne Personaldecke** in den Krankenhäusern und insbesondere im Pflegedienst. Als eine der ersten Maßnahmen in der Krise setzte der Gesundheitsminister die ursprünglich im Rahmen des Infektionsschutzes eingeführten minimalen Pflegepersonaluntergrenzen außer Kraft. Die Personalkosten stellen den größten Teil der Krankenhausausgaben dar – bis zu 70 Prozent.<sup>12</sup> Unter Erlösorientierung der Fallpauschalen wird das Personal zum Kostenfaktor degradiert. Eine Ausnahme stellt die Ärzteschaft dar, die die für die Krankenhäuser erlösbringenden Diagnosen stellt –

<sup>8</sup> Dies wurde beispielsweise aus Hamburg für die Schön Kliniken und den Asklepios-Konzern bekannt: <https://taz.de/Corona-Vorbereitungen-in-Norddeutschland/!5669097/>.  
<https://taz.de/Vorbereitungen-auf-Covid-19-Patienten/!5672990/>.

<sup>9</sup> <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/112048/Spahn-Schrittweise-Rueckkehr-in-einen-Regelbetrieb-in-Kliniken>.

<sup>10</sup> Hierzu auch: Bundesministerium für Finanzen (Hrsg.) (2018): a.a.O. Eggebrecht, Holger/Mehta, Rajendra H. (2016): a.a.O. Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften (2016): a.a.O. Wirth, Stefan/Geraedts, Max (2015): a.a.O.

<sup>11</sup> [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/mengenentwicklung\\_und\\_mengensteuerung/mengenentwicklung\\_und\\_mengensteuerung\\_1.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/mengenentwicklung_und_mengensteuerung/mengenentwicklung_und_mengensteuerung_1.jsp).

<sup>12</sup> Glassner, Vera/Pernicka, Susanne/Dittmar, Nele (2015): Arbeitsbeziehungen im Krankenhaussektor, Projektbericht, S. 67.

und darüber hinaus ihre Interessen durch eine stärkere gewerkschaftliche Organisation erfolgreicher durchsetzen konnte. Insbesondere der Pflegebereich hat in den vergangenen Jahrzehnten insgesamt einen starken Personalabbau erlebt – bei steigenden Fallzahlen. 2017 befand sich die Anzahl der Vollkräfte im Pflegebereich erst wieder auf dem Niveau von 1994 – bei zwischenzeitlich deutlich gestiegenen Fallzahlen. Im Land Bremen wurde entgegen dem bundesweiten Trend, nach massivem Abbau ab 2007 wieder Personal aufzubauen, weiter Pflegepersonal abgebaut. So liegt die Pflegepersonalbelastung mittlerweile gemessen an den Fällen über dem Bundesdurchschnitt: In Bremen sind weniger Vollkräfte in der Pflege für mehr Patientinnen und Patienten zuständig.<sup>13</sup>

Schon im Regelbetrieb müssen regelmäßig Betten – auch auf Intensivstationen – aus Personalmangel gesperrt werden. Etwa 70 Prozent des 28 Millionen Euro hohen Defizits der kommunalen Krankenhäuser der Gesundheit Nord gGmbH 2019 gingen auf Erlösausfälle durch Bettenschließungen zurück, die aufgrund von Personalmangel vorgenommen werden mussten.<sup>14</sup> Der Personalmangel geht mit **entsprechend schlechten Arbeitsbedingungen** einher, die vielfach belegt sind. Dazu gehört großer Zeitdruck, der die Arbeit nach fachlichen Standards oft nicht erlaubt, sowie Überstunden, nicht genommene Pausen oder auch häufiges Einspringen aus der Freizeit. Dies ist vor allem auf gestiegene Fallzahlen und verkürzte Verweildauern zurückzuführen. Auch der bürokratische Aufwand hat zugenommen. Besonders eindrucksvoll zeigt sich die gestiegene Arbeitsbelastung für die Bremer Krankenhausbeschäftigten auch in der Beschäftigtenbefragung der Arbeiterkammer 2019 (siehe Sonderauswertung „Gefährdungsanzeige! Beschäftigte in den Bremer Krankenhäusern“).

Die Ausstiegsquoten sind entsprechend hoch, die Arbeit in Vollzeit kaum leistbar und der Teilzeitanteil im nicht ärztlichen Dienst groß. Dieser liegt laut Statistischem Bundesamt bei 48,3 Prozent (2017), in Bremen ist er vergleichbar. Ebenso verzeichnet der Krankenhausbereich hohe Arbeits- und Berufsunfähigkeitsquoten, Frühverrentung und Erwerbsminderungsrenten, insbesondere aufgrund psychischer Erkrankungen.<sup>15</sup> In der Covid-19-Krise wurde ebenfalls offenbar, dass es keine strukturierte und flächendeckende psychosoziale Notfallversorgung für die Beschäftigten der Krankenhäuser für den Fall außergewöhnlicher Belastungen gibt, wie etwa im präklinischen Bereich üblich.<sup>16</sup>

Im Zuge der Covid-19-Krise wird nun versucht, Gesundheitspersonal, das nicht mehr im Gesundheitsbereich arbeitet, für den Einsatz während der Krise im Krankenhaus zurückzugewinnen. Auch das Land Bremen verfolgt diesen Ansatz.<sup>17</sup> Angesichts der hohen Ausstiegsraten liegt hier ein großes Potenzial. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass **ausgestiegenes Gesundheitspersonal** nur dann dauerhaft in den Beruf zurückkehrt, wenn sich die Arbeitsbedingungen verbessern.<sup>18</sup>

<sup>13</sup> Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen.

<sup>14</sup> <https://www.butenunbinnen.de/nachrichten/politik/geno-bremen-blick-in-die-zukunft-100.html>.

<sup>15</sup> Meyer, Markus/Maisuradze, Maia/Schenkel, Antje (2019): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2018 – Überblick. In: Badura et al.: Fehlzeiten-Report 2019. Hien, Wolfgang (2009): Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte.

<sup>16</sup> <https://www.divi.de/images/Dokumente/PeerReview/200321-COVID19-psychosoziale-notfallversorgung.pdf>.

<sup>17</sup> <https://www.senatspressestelle.bremen.de/sixcms/detail.php?id=334446>.

<sup>18</sup> <https://www.springerpflege.de/rahmenbedingungen/pflege-comeback/16297372>.

Solange das Personal jedoch knapp ist, muss es dort eingesetzt werden, wo es tatsächlich benötigt wird. Das DRG-System bringt Über- und Fehlversorgung mit sich. Durch deren **Abbau** würden wertvolle Kapazitäten für medizinisch notwendige Behandlungen etwa in der Kindermedizin oder Geburtshilfe frei, ganz ohne Rationierung. Dieser Abbau wird sich jedoch im DRG-System nicht realisieren lassen, da die Bereiche der Über- und Fehlversorgung auch die erlösrelevantesten Bereiche sind. Wichtig wäre, den Anreiz zur Über- und Fehlversorgung zu nehmen. Dieser Anreiz wäre mit dem Selbstkostendeckungsprinzip nicht gegeben. Auch der **Ausbau unterversorgter Bereiche** ist mit den Fallpauschalen wirtschaftlich schwer realisierbar. Auch hier würde die Refinanzierung der tatsächlichen Kosten notwendige Versorgung ermöglichen.

Zudem ist die Einführung eines **bedarfsorientierten Personalbemessungsinstruments** sinnvoll, wie etwa die PPR 2.0, die ver.di, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Deutscher Pflegerat gemeinsam zur Ablösung der unzureichenden Pflegepersonaluntergrenzen fordern.<sup>19</sup> Diese garantiert, dass das Pflegepersonal dem Bedarf der Patientinnen und Patienten entsprechend eingesetzt wird und seine Arbeit gemäß den fachlichen Standards ausführen kann. In knapp 20 Krankenhäusern, vor allem an Universitätskliniken, hat ver.di bereits erfolgreich Regelungen zur bedarfsorientierten Personalbemessung festschreiben können.<sup>20</sup>

### Schutzausrüstung und Hygiene

Prominentes Thema in der Covid-19-Krise ist der Mangel an Schutzausrüstung gewesen. Der unter anderem durch die Fallpauschalen erzeugte Kostendruck hat dazu geführt, dass Krankenhäuser ihre Materialbeschaffung auf **just in sequence-Lieferketten** umgestellt und ihre Vorrats- und Lagerhaltung reduziert haben.

Viel gefordert wurden während der Pandemie auch die Aufstockung des **Reinigungspersonals** und die Wiedereingliederung von Servicebetrieben. Schon 2013 hat das Deutsche Krankenhausinstitut im Krankenhaus-Barometer festgestellt, dass sich erwartete Kostenersparnisse in ausgegliederten Bereichen nicht realisiert haben und zudem die Qualität der Leistungen häufig nicht ausreichend war. Dementsprechend werden Servicebereiche regelmäßig auch wieder eingegliedert.<sup>21</sup>

Anschaulich hat auch die bundesweite **Händedesinfektionsaktion** von ver.di 2017 verdeutlicht, dass notwendige Hygienemaßnahmen unter Arbeitsdruck nicht erfüllt werden können.<sup>22</sup>

### Mangelnde Steuerungsfähigkeit und demokratische Bestimmung des Versorgungsbedarfs

Durch die Zunahme des **Anteils privater Krankenhäuser** ist auch die **Steuerungsfähigkeit** im Krankenhausbereich gesunken, wie in der Covid-19-Krise beispielsweise bei der Absage elektiver Eingriffe deutlich wurde. Auch die Spezialisierung auf von den Fallpauschalen besonders gut vergütete Behandlungen ist insbesondere im Bereich der privaten Kranken-

<sup>19</sup> <https://www.verdi.de/presse/pressemitteilungen/++co++83affd32-36b1-11ea-a602-525400b665de>.

<sup>20</sup> <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/entlastung/++co++b9ccf964-dfaa-11e9-9abe-525400423e78>.

<sup>21</sup> [https://www.dki.de/sites/default/files/2019-01/krankenhaus\\_barometer\\_2013.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/2019-01/krankenhaus_barometer_2013.pdf).

<sup>22</sup> <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/entlastung/++co++b4a07b28-6e05-11e7-8b0a-525400ff2b0e>.

häuser zu finden. Öffentliche Krankenhäuser bieten in der Regel eine breite Versorgung bis hin zur Maximalversorgung und übernehmen wirtschaftlich schlecht kalkulierbare Aufgaben wie etwa die Notfallversorgung.

Die konkurrierende Gesetzgebung im Bereich der Krankenversorgung sieht vor, dass der Bund die Finanzierung regelt, die Länder jedoch für die Planung zuständig sind. Den Ländern wurden jedoch zunehmend planerische Kompetenzen in der Krankenversorgung durch den Bund entzogen – zuletzt etwa mit den Pflegepersonaluntergrenzen. Dies mindert ihre Steuerungsfähigkeit auf Landesebene.

Jedoch wird auch das Hauptsteuerungsinstrument auf Landesebene, der **Landeskrankenhausplan**, nicht gestaltend genutzt. Da die Länder den **Versorgungsbedarf** in der Regel nicht **wissenschaftlich erheben**, haben sie keine Möglichkeit, Versorgungsaufträge – beispielsweise eine umfassende Beteiligung an der Notfallversorgung oder eine Nicht-Ausweitung von Betten in lukrativen Bereichen – gegenüber Krankenhausbetreibern gerichtlich durchzusetzen. Zudem ist das Instrument der Landeskrankenhausplanung grob und eine feingliedrigere Planung etwa nach Leistungsgruppen könnte in Erwägung gezogen werden, wie etwa in NRW angedacht.<sup>23</sup> Der Krankenhausplan wird zudem hauptsächlich von Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften ausgehandelt; beteiligte Gruppen wie die Patientenvertretungen haben in der Regel kein Stimmrecht. Ebenso gestaltet sich auch die Bremer Landeskrankenhausplanung. Dieser **Planungsprozess** muss breiter angelegt und **demokratisiert** werden.

Auch **bundesweit** gibt es keine **bedarfsorientierte Krankenhausplanung**. Krankenhausschließungen erfolgen nach Marktkriterien und nicht nach Versorgungsgesichtspunkten. Wenn öffentliche Krankenhäuser geschlossen werden, ist die Ursache in der Regel ein finanzielles Defizit, das die Kommune nicht weiter tragen kann. Die Zusammenlegung von Krankenhäusern zu größeren Einheiten und stärkere Schwerpunktbildungen in Gesundheitsregionen können sinnvoll für die Versorgungsqualität sein und müssen nicht mit Kapazitätsreduzierungen eingehen. Auch dieser Prozess darf nicht Marktmechanismen überlassen, sondern muss in einem breit angelegten Prozess unter Einbeziehung aller Stakeholder und orientiert am Versorgungsbedarf geplant werden. Angesichts des bisher unzureichenden Schutzschirms für die Krankenhäuser zum Ausgleich von Erlöseinbußen in der Covid-19-Pandemie ist es möglich, dass Forderungen nach Privatisierungen und Schließungen von Krankenhäusern aufgrund von hohen Defiziten wieder lauter werden.

### **Mangelnde Investitionskostenfinanzierung durch die Länder**

Verschärft werden die beschriebenen Probleme, weil die Länder ihrer Verpflichtung, die Kosten für Infrastruktur und medizinische Großgeräte zu finanzieren, nur in unzureichendem Umfang nachkommen. Krankenhäuser sind gezwungen, diese aus den Personalkosten quer zu finanzieren. Das Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung Essen (RWI) hat 2019 berechnet, dass bei einer im Dienstleistungsbereich üblichen Re-Investitionsquote von sieben bis acht Prozent die Investitionen verdoppelt werden müssten – diese liegen bei aktuell nur 3,2 Pro-

<sup>23</sup> PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH (2019): Gutachten Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen, <https://broschuere.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mags/gutachten-krankenhauslandschaft-nordrhein-westfalen/3041>.

zent der Krankenhausumsätze.<sup>24</sup> Die aufgestauten Investitionen sind hierin noch nicht berücksichtigt. In Bremen haben die Krankenhäuser 2019 einen Investitionsbedarf von 439 Millionen Euro angemeldet, das Land hat jedoch nur Investitionen im Umfang von 38 Millionen Euro getätigt. Die Querfinanzierung aus Personalkosten ist seit 2020 jedoch nur noch sehr begrenzt möglich, da die Pflegepersonalkosten nach Selbstkostendeckungsprinzip abgerechnet werden. Dies wird den Kostendruck auf die Krankenhäuser erhöhen und kann dazu führen, dass an den Personalkosten der anderen Berufsgruppen gespart wird.

### Bisherige politische Maßnahmen

Die Politik hat zumindest das Problem des Fachkräftemangels in der Pflege erkannt. Die **Pflegeförderprogramme** waren bisher jedoch nicht umfassend. Die Mittel waren zudem nur temporär an den Zweck der Verbesserung der Krankenpflege gebunden. Das dritte Pflegeförderprogramm, das **Pflegepersonal-Stärkungsgesetz**, hat die Finanzierung der Pflegepersonalkosten grundlegend verändert. Die Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip in diesem Bereich ist begrüßenswert. Spürbare Verbesserungen hat dies jedoch noch nicht bewirkt, auch weil die Krankenhäuser nur zögerlich Personal einstellen, da Sie erwarten, dass auch die Pflegepersonalkosten in absehbarer Zeit wieder pauschaliert refinanziert werden. Zudem gibt es kaum noch Pflegekräfte, die bereit wären, unter den bestehenden Arbeitsbedingungen im Krankenhaus zu arbeiten. Die **Pflegepersonaluntergrenzen** sind vollkommen unzureichend.<sup>25</sup> Auch zusätzliche **Qualitätskriterien** wurden eingeführt, wie etwa die Mindestmengen. Diese verbessern jedoch oftmals aufgrund der unzureichenden Kapazitäten und Erlösorientierung die Versorgungsqualität nur bedingt und setzten die Krankenhäuser weiter unter Druck.

### Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip

Aus den genannten Gründen ist die Abschaffung der Fallpauschalen notwendig. Nur so kann der Bedarf der Versicherten und Patientinnen und Patienten wieder handlungsleitend werden und können gute Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern gesichert werden. Selbst die **Deutsche Krankenhausgesellschaft**, die alle Krankenhausträger vertritt, fordert zusammen mit dem **AOK-Bundesverband** für das Jahr 2020 die Rückkehr zur Selbstkostendeckung und sieht sich offenbar in der Covid-19-Krise im vorhandenen System der Fallpauschalen nicht in der Lage, Versorgungsbedarf und Erlösorientierung miteinander zu vereinbaren.<sup>26</sup> Auch die **Bundesärztekammer** hatte bereits 2018 in ihrer Stellungnahme zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz die Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip in der Refinanzierung *aller* Personalkosten gefordert.<sup>27</sup> Mit dem **Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)**<sup>28</sup> hat der Gesetzgeber selbst bereits eine Abkehr von den Fallpauschalen vorgenommen: Seit 2020 gilt für den Bereich der Pflegepersonalkosten das Selbstkostendeckungsprinzip. Ebenso hat der Gesetzgeber in der Covid-19-Krise das Prinzip der Fallpauschalen mit der vorübergehenden Zahlung einer Pauschale von 560 Euro für jedes freigehaltene Intensivbett aufgebrochen.

<sup>24</sup> Augurzky et al. (2019): Krankenhaus Rating Report 2019: Das Ende des Wachstums?

<sup>25</sup> Siehe hierzu auch Auffenberg, Jennie (2020): Pflegepersonal entlasten, halten und gewinnen. In: Bericht zur Lage der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Land Bremen 2020, S. 93-100.

<sup>26</sup> <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111193/Coronakrise-Krankenhaeuser-fordern-Aussetzung-des-DRG-Systems-bis-zum-Jahresende>.

<https://www.tagesspiegel.de/wirtschaft/streit-zwischen-krankenkassen-wie-sollen-kliniken-die-kosten-der-corona-krise-stemmen/25666890.html>.

<sup>27</sup> [https://www.bundestag.de/resource/blob/571818/582c7e03ee3932ef4504fd893bf036a0/19\\_14\\_0036-4-\\_BAeK\\_PpSG-data.pdf](https://www.bundestag.de/resource/blob/571818/582c7e03ee3932ef4504fd893bf036a0/19_14_0036-4-_BAeK_PpSG-data.pdf).

<sup>28</sup> Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394).

Die Fallpauschalen wurden 2004 unter anderem eingeführt, um eine angebliche **Kostenexplosion** im Gesundheitsbereich einzudämmen. Die Fachwelt ist sich mittlerweile einig, dass es diese Kostenexplosion nie gab und auch die Zahlen sprechen für sich: Der Anteil der **GKV-Ausgaben am BIP** in Deutschland ist relativ konstant. Dieser lag seit 1980 bis zur Einführung der Fallpauschalen 2004 zwischen 6,1 bis 6,5 Prozent. Nach Einführung der DRGs hingegen stieg der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP auf zuletzt 7,0 Prozent (2017).<sup>29</sup>

Der Anstieg der durchschnittlichen **GKV-Beitragsätze** von 11,4 Prozent im Jahr 1980 auf insgesamt 15,5 Prozent im Jahr 2018 ist einer sich verringernden Finanzierungsbasis der GKV geschuldet, die erklärt werden kann mit dem Absinken der Lohnquote, dem Anwachsen von nicht sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen und der Abwanderung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze in die private Krankenversicherung.<sup>30</sup> Die Einführung einer Bürgerversicherung würde entsprechend eine Senkung der Krankenversicherungsbeiträge um 0,6 Prozentpunkte (145 Euro) ermöglichen.<sup>31</sup>

Die **GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlungen** sind in absoluten Zahlen seit 1991 konstant gestiegen. Nach Einführung der DRGs stiegen die bereinigten Kosten für die allgemeinen Krankenhäuser jedoch deutlich stärker an als zuvor. Stiegen sie von 1996 bis 2006 um 22 Prozent von 45 auf 55 Milliarden Euro, so stiegen sie von 2006 bis 2017 um 56 Prozent von 55 auf 86 Milliarden Euro. Es ist also ein beschleunigter Kostenanstieg unter dem DRG-System zu beobachten. Dies kann mit gestiegenen Fallzahlen und gestiegenen Landesbasisfallwerten nach Einführung des DRG-Systems erklärt werden.<sup>32</sup>

Ebenso wurde bei Einführung der Fallpauschalen argumentiert, das Selbstkostendeckungsprinzip hätte zu **medizinisch nicht begründbar langen Liegezeiten** angereizt. Das Selbstkostendeckungsprinzip, das nur in den Jahren 1972 bis 1985 vollständig angewendet wurde, war verbunden mit einem Gewinnverbot. Überschüsse wurden im folgenden Jahr von den Pflegesätzen abgezogen, Verluste wurden nachfinanziert – allerdings nur unter der Bedingung „sparsamer Wirtschaftlichkeit“ des Krankenhauses.<sup>33</sup>

Während des Jahres wurde in Form von sogenannten tagesgleichen Pflegesätzen pro Patientin oder Patient abgerechnet. Nach Ablauf des Jahres haben die Krankenhäuser ihre Ausgaben den Kassen gegenüber offengelegt. Diese waren dann zur vollständigen Refinanzierung der entstandenen Kosten verpflichtet, soweit sie wirtschaftlich nachvollziehbar waren. Die Tagespflegesätze waren also nur eine Abschlagszahlung auf die

<sup>29</sup> [http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl\\_files/sozialpolitik-aktuell/\\_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI23.pdf](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 Prozent im Jahr 1994 auf 15,5 Prozent im Jahr 2011 ist auf die steigende Arbeitslosigkeit und gering steigende Löhne zurückzuführen.

<sup>30</sup> [http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl\\_files/sozialpolitik-aktuell/\\_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI23.pdf](http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI23.pdf).

<sup>31</sup> Ochmann et al. (2020): Geteilter Krankenversicherungsmarkt. Risikoselektion und regionale Verteilung der Ärzte, Bertelsmann Stiftung.

<sup>32</sup> <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/index.php?get=download&filename=BRwTBQoFUFcdng8SklEBUsIgoEGFhYbXtCDEpQAREEAQE0VFoDA21mb1MNbcQdFRsBBTk5VF9QSkQIVkAdAQ8XAQgNH19UHEIUBQ%3D%3D>.

<sup>33</sup> § 17 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung sah einen Ausgleich vor, wenn die Ausgaben eines Krankenhauses die Einnahmen aus den Pflegesätzen überschritten – jedoch unter der Bedingung sparsamer Wirtschaftsführung.



tatsächlichen Kosten. Eine Erhöhung der Liegezeiten, um mehr Tagessätze einzunehmen, hatte also finanziell keinen Sinn.<sup>34</sup>

Auch unter dem Selbstkostendeckungsprinzip galt also das **Wirtschaftlichkeitsprinzip**.<sup>35</sup> Die Krankenkassen mussten auch damals unwirtschaftliche Kosten nicht refinanzieren. Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nahmen zunächst die zuständigen Landesbehörden vor, später schalteten Krankenhäuser und Krankenkassen externe Unternehmen zu diesem Zweck ein.<sup>36</sup>

Jede **Wirtschaftlichkeitsprüfung** stellt einen bürokratischen Aufwand dar. Im System der Fallpauschalen erscheint dieser jedoch ungleich höher. Hier entstehen hohe Kosten durch die Codierkräfte, die in den Krankenhäusern für die möglichst vorteilhafte und erlösmaximierende Codierung der Fälle eingesetzt werden und die Kosten für die **Prüfungen durch den Medizinischen Dienst** sowie für die unzähligen **Abrechnungsstreitigkeiten**, die Kassen und Krankenhäuser vor den deutschen Gerichten austragen. Mehr als jede zweite Abrechnung ist laut GKV-Spitzenverband fehlerhaft, Rückforderungen entsprechend hoch.<sup>37</sup> Das System wurde in den vergangenen Jahren vielfach als komplex kritisiert,<sup>38</sup> was unter anderem 2019 zur Reform der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (heute „Medizinischer Dienst“) führte.<sup>39</sup>

Die Fallpauschalen wurden zudem ursprünglich eingeführt, um eine **Marktbereinigung** im Krankenhausbereich zu erzielen. Nur die wettbewerbsfähigsten Krankenhäuser sollten überbleiben. Andere, die Defizite erwirtschaften, sollten geschlossen werden. Dieser Plan ist jedoch nicht aufgegangen. Defizitäre Häuser wurden zwar teilweise geschlossen, oftmals wurden sie jedoch von Privaten aufgekauft. So ist der Marktanteil der privaten und profitorientierten Träger im Krankenhausbereich seit Einführung der DRGs deutlich angestiegen und liegt heute laut Statistischem Bundesamt bei etwa 35 Prozent. Die Schließungen erfolgten also ebenfalls nicht nach Versorgungskriterien, sondern wurden wirtschaftlich entschieden.

## Fazit

In der Covid-19-Krise sind die Probleme, die das Fallpauschalensystem mit sich bringt, offensichtlich geworden: Anreize zu Über-, Unter- und Fehlversorgung, mangelnde Vorhaltung von Behandlungskapazitäten, Organisation der Krankenhauslandschaft durch

<sup>34</sup> Weiter: „Es gab allerdings andere Gründe für das Phänomen, dass damals PatientInnen tatsächlich noch über das Wochenenden bleiben mussten, wie zum Beispiel die Konkurrenz von Chefärzten um die Bettenzahlen ihrer Abteilungen. Dafür war die Summe an Belegungstagen über das Jahr hinweg wichtig. Sie spielten auch eine Rolle für die rechnerisch notwendige Bettenzahl eines Krankenhauses, von der oft die Höhe der pauschalen Zuweisungen von Investitionsmitteln abhing. Tatsächlich widerspricht die Behauptung, Fallpauschalen hätten eingeführt werden müssen, um die Liegezeiten zu reduzieren eklatant den realen Entwicklungen. So ist die Liegezeit in den Jahren 1970 bis 1985 von 18,3 auf 13,9 Tage also um 24% gesunken.“ Vollständige Argumentation hier: <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/130>.

<sup>35</sup> Im 1972 verabschiedeten Krankenhausgesetz (KHG) war festgeschrieben, dass die tagesgleichen Pflegesätze "auf der Grundlage der Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden leistungsfähigen Krankenhauses und einer Kosten- und Leistungsrechnung eine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen und die medizinisch und wirtschaftlich rationelle Versorgung durch die Krankenhäuser sichern" (§ 17 Abs. 1 KHG).

<sup>36</sup> Simon, Michael (2018): Selbstkostendeckungsprinzip und Pflegepersonalkostenvergütung, unveröffentlichte Expertise.

<sup>37</sup> [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse\\_themen/2019-04-29\\_KH-Abrechnung\\_Argumentationspapier.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/2019-04-29_KH-Abrechnung_Argumentationspapier.pdf).

<sup>38</sup> <https://www.aerzteblatt.de/archiv/204522/Krankenhausabrechnungen-Streit-um-ein-komplexes-System>.  
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/102786/Weiter-Streit-um-Krankenhausabrechnungen>.

<sup>39</sup> <https://www.aerzteblatt.de/archiv/210407/MDK-Reformgesetz-Zankapfel-Klinikabrechnungen>.  
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2019/4-quartal/mdk-reformgesetz.html>.

wirtschaftliche Anreize und nicht nach Versorgungskriterien, Personalabbau und schlechte Arbeitsbedingungen. Auch wenn die Politik zumindest den Fachkräftemangel in der Pflege erkannt hat, sind die bisherigen politischen Maßnahmen nicht geeignet gewesen, spürbare und flächendeckende Verbesserungen zu bewirken.

Längst überfällige und grundlegende Veränderungen können nun nicht länger aufgeschoben werden. Dies betrifft zuvorderst das Ende der Finanzierung nach Fallpauschalen und die Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip. Eine gute Versorgung und gute Arbeitsbedingungen benötigen darüber hinaus die Einführung einer bedarfsorientierten Personalbemessung. Ausgegliederte Servicebereiche müssen zur Sicherung der Qualität wieder eingegliedert werden. Zuletzt darf auch die Veränderung von Versorgungsstrukturen nicht Marktmechanismen überlassen werden, sondern muss geplant und orientiert am Versorgungsbedarf in einem breiter angelegten, demokratischen Prozess in den Gesundheitsregionen erfolgen.

Mai 2020

**Dr. Jennie Auffenberg**

Arbeitnehmerkammer Bremen  
Referentin für Gesundheits- und Pflegepolitik  
[j.auffenberg@arbeitnehmerkammer.de](mailto:j.auffenberg@arbeitnehmerkammer.de)