

Falscher Ansatz und zu wenig

So lange die Pflegebudgets nicht vereinbart sind, bleibt die Krankenhauspflege unterfinanziert

Rahmenbedingungen

Das Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz sieht vor, das Pflegepersonal im Krankenhaus ab dem Jahr 2020 nicht mehr über die DRG-Fallpauschalen, sondern über ein eigenes Pflegebudget auf Grundlage der tatsächlichen Kosten zu finanzieren. Über das Pflegebudget sollen nach aktueller Gesetzeslage die tatsächlichen krankenhausspezifischen Kosten für „die Pflege am Bett“ finanziert werden. Gleichzeitig werden genau diese Vergütungsanteile aus der DRG-Vergütung auf der Ebene des DRG-Kataloges herausgerechnet.

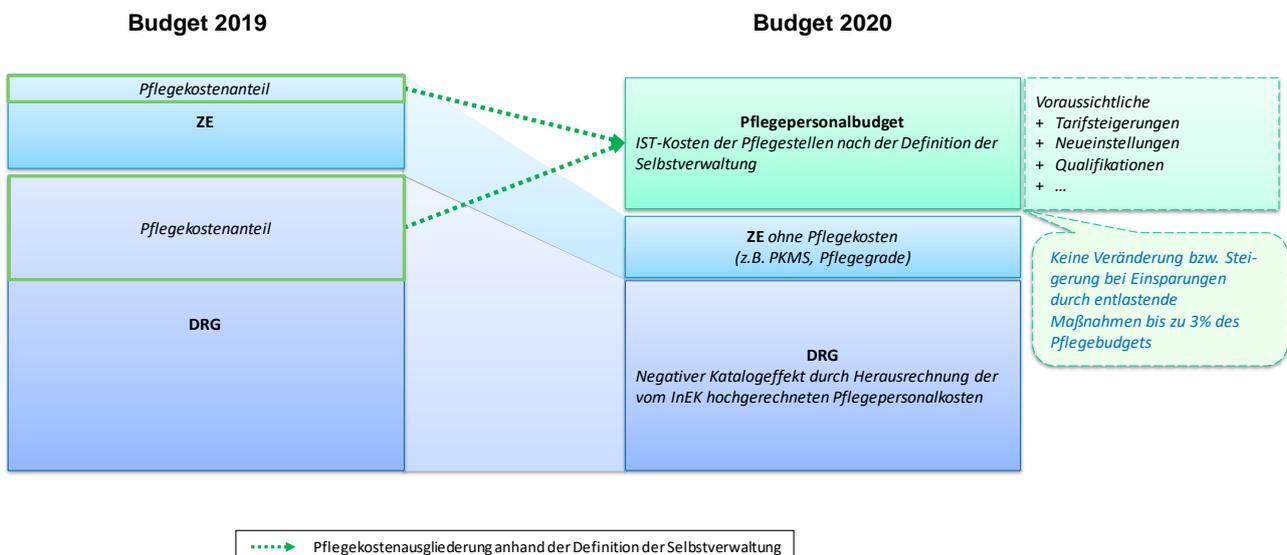


Abbildung 1: Übergang des DRG-Budgets auf DRG- und Pflegebudget

Auf Budgetebene besteht ein Anspruch des einzelnen Krankenhauses auf die Refinanzierung der entsprechenden IST-Kosten. Nichtsdestotrotz werden die Verhandlungspartner der Kostenträger auf Ortsebene genau hinsehen und den ein oder anderen vom Krankenhaus vorgetragenen Anspruch infrage stellen oder zusätzliche Nachweise fordern. Es ist kaum anzunehmen, dass das Pflegebudget ohne Einwände und damit rasch verhandelt wird.

Die Vergütung für das Pflegebudget erfolgt über einen bundesweiten Pflegeentgeltkatalog mit Bewertungsrelationen pro Belegungstag sowie einem krankenhausspezifischen Pflegeentgeltwert, der zur Ermittlung des jeweils abzurechnenden Eurobetrages mit der Pflege-Bewertungsrelation multipliziert wird. Der Pflegeentgeltwert wird ermittelt, indem das Pflegebudget durch die geplante Leistung in Form der Summe der Pflege-Bewertungsrelationen geteilt wird. Insgesamt ist das patientenbezogen vergütete Pflegeentgelt nur eine Abschlagszahlung auf das Pflege-Budget bzw. die tatsächlichen Pflegepersonalkosten.

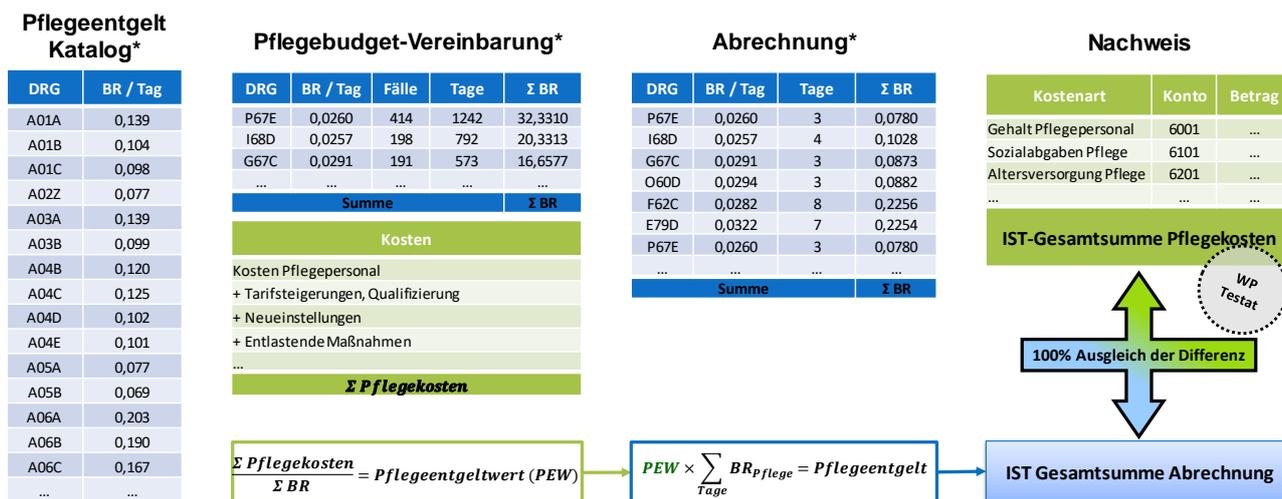


Abbildung 2: Katalog, Vereinbarung, Abrechnung und Nachweise (*fiktive Angaben)

Das InEK stellt seine Ergebnisse üblicherweise Anfang September den Selbstverwaltungspartnern vor, in diesem Jahr in Form des um die Pflegeanteile bereinigten DRG-Kataloges sowie – erstmalig – des Pflegeentgeltkataloges. Ende September werden die Entgeltsysteme dann auf Grundlage der Arbeiten des InEK von den Selbstverwaltungspartnern beschlossen – oder auch nicht! Bisher konnten die jeweils ersten Versionen der Entgeltsysteme von der Deutschen Krankenhausgesellschaft nicht ohne weiteres mitgetragen werden, so dass die jeweilige Einführung durch eine Ersatzvornahme auf dem Verordnungsweg durch das Bundesgesundheitsministerium vorgenommen wurde. Es ist also frühestens Ende September 2019 mit einem definitiven bereinigten DRG-Katalog und einem Pflegeentgeltkatalog zu rechnen – wahrscheinlicher ist jedoch, dass es mit einer Ersatzvornahme bis Anfang November dauert.

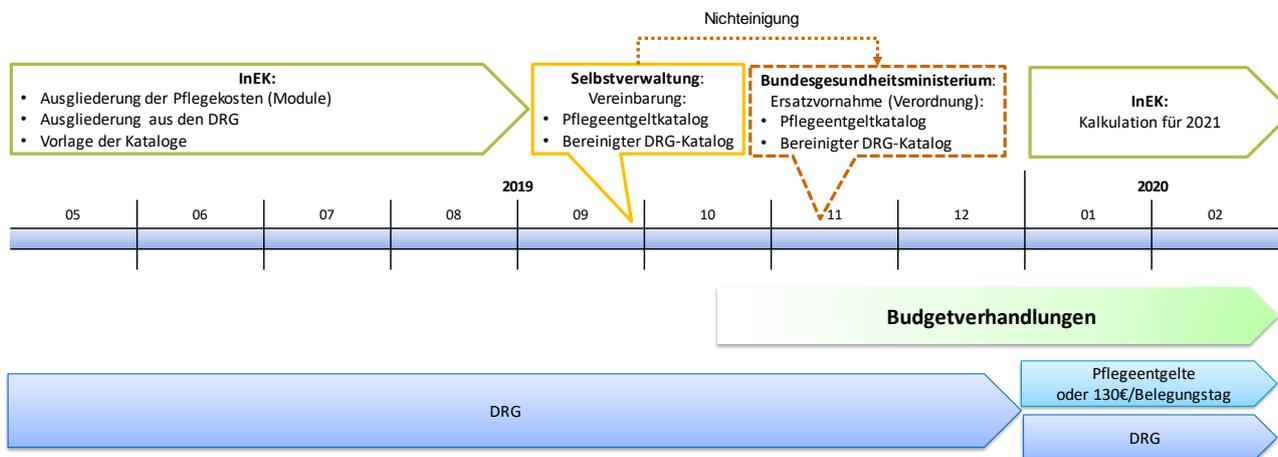


Abbildung 3: Zeitplan für das Entgeltsystem 2020

Zusätzlich ist aufgrund der Komplexität und der Interpretationsspielräume zumindest die Erstvereinbarung eines Pflegebudgets sicherlich sowohl für das Krankenhaus als auch für die Kostenträgerseite ein Politikum hinsichtlich Höhe und Inhalt der für das Pflegebudget zu berücksichtigenden Kosten. Unter diesen Gegebenheiten ist es höchst unwahrscheinlich, ein Pflegebudget zum 1. Januar 2020 zu vereinbaren und genehmigen zu lassen. Vielmehr werden erhebliche Verzögerungen in Verhandlungsbeginn und Verhandlungsablauf bis hin zu Anrufungen der Schiedsstellen zu erwarten sein. Daher werden die meisten Krankenhäusern für einen Großteil des Jahres 2020 und ggf. darüber hinaus die Regelung nach § 15 Abs. 2a KHEntgG anwenden, wonach bei fehlender Vereinbarung zum Pflegebudget „für jeden vollstationären Belegungstag 130 Euro und für jeden teilstationären Belegungstag 65 Euro abzurechnen“ sind.

Reicht das?

Angesichts der dargestellten Aussicht auf langwierige Budgetverhandlungen ist die entscheidende Frage aus Sicht des einzelnen Krankenhauses, inwieweit die 130 € pro Tag zur Finanzierung des voraussichtlichen Pflegebudgets ausreichen werden. Dies ist deshalb wichtig, weil die DRG-Entgelte ja um den Pflegeanteil gemindert sind und die DRG-Vergütung daher im Jahr 2020 deutlich geringer ist, als noch im Jahr 2019. So lange noch kein Pflegebudget vereinbart ist, kommen die 130 € dann pro vollstationärem Belegungstag oben drauf. Sind sie jedoch bezogen auf das Leistungsspektrum des Krankenhauses niedriger als der Betrag, der bei der DRG-Vergütung fehlt, kommt es zu Liquiditätsengpässen, selbst wenn das später vereinbarte Pflegebudget dann deutlich höher ist und über entsprechende Ausgleichs nachfinanziert wird. Die Krankenhäuser müssen ihre laufenden Kosten wie Sach- und sonstige Personalkosten einschließlich der entsprechenden Kostensteigerungen (beispielsweise durch den Tarifaabschluss der Ärzte) sowie ggf. bestehende Kreditverpflichtungen für den Eigenanteil vergangener oder laufender Investitionen aus den geminderten DRG-Erlösen finanzieren. Denn das Pflegeentgelt ist zweckgebunden für die Pflegepersonalkosten zu verwenden. Die Liquidität wird bei einer Vielzahl der Krankenhäuser bereits aus diesem Grund recht dünn aussehen. Reicht das vorläufige Pflegeentgelt nach § 15 Abs. 2a KHEntG nicht aus, um die tatsächlichen Pflegepersonalkosten zu decken, dann muss auch diese Differenz aus den geminderten DRG-Erlösen finanziert werden – das wird selbst bei bisher wirtschaftlich erfolgreichen Häusern kaum noch möglich sein.

Unabhängig von der Höhe des Betrages ist ein fixes Entgelt als vorläufiges Pflegeentgelt problematisch. Denn je nach Leistungsspektrum und Leistungsschwerpunkt ist der Pflegeaufwand unterschiedlich. Das bedeutet sowohl Unterschiede bei den tatsächlichen Pflegekosten als auch bei den Pflegekostenanteilen, die aus den jeweiligen DRG-Entgelten ausgegliedert werden. Ganz besonders wird dies zum Beispiel in Kinderkliniken zu spüren sein, insbesondere, wenn sie eine Neonatologie betreiben. Beispielsweise sind bei frühgeborenen Säuglingen die Pflegekosten nicht zuletzt aufgrund der Personalvorgaben des G-BA besonders hoch. Diese hohen Pflegekosten waren mehr oder weniger auch in den entsprechenden DRG-Entgelten bis zur Version 2019 enthalten, sind aber ab dem Katalog 2020 auszugliedern. Die 130 € pro Tag werden dafür nicht einmal annähernd ausreichen, wie in dem Beispiel in Abbildung 4 leicht nachvollzogen werden kann.

G-DRG-Report-Browser 2019

Hauptabteilung 

P03A Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 120 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden

15 MDC 15 Neugeborene			Anz. DRGs:			41 N:			160.724			
Fallzahl Normallieger	Verweildauer	Geschlecht	PCCL			Alter (%)						
205	Kurzlieger: 0,00%	Anteil (%)	0: 0,00%	< 28 Tage	97,56%	30-39 Jahre	0,00%	1: 0,00%	28 T. - 1 Jahr	2,44%	40-49 Jahre	0,00%
von MDC: 0,13%	Normallieger: 76,78%	Männlich: 61,95%	2: 0,00%	1-2 Jahre	0,00%	50-54 Jahre	0,00%	3: 26,34%	3-5 Jahre	0,00%	55-59 Jahre	0,00%
von gesamt: 0,00%	Langlieger: 23,22%	Weiblich: 38,05%	4: 32,68%	6-9 Jahre	0,00%	60-64 Jahre	0,00%	5: 33,66%	10-15 Jahre	0,00%	65-74 Jahre	0,00%
Bewertungsrelation	1. Tag mit Abschlag: 20	Unbestimmt: 0,00%	6: 7,32%	16-17 Jahre	0,00%	75-79 Jahre	0,00%					
22,197	1. Tag mit zusätzlichem Entgelt: 81	Fallkosten		18-29 Jahre	0,00%	>= 80 Jahre	0,00%					
	Mittlere arithmetische Verweildauer: 63,1	Arithmetischer Mittelwert: 68.182										
	Standardabweichung Verweildauer: 12,8	Standardabweichung: 20.577										

Fallkosten	Personalkosten			Sachkosten						Personal-/Sachkosten		Summe
	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	med.-techn. / Funktionsdienst	Arzneimittel		Implantate	übriger medizinischer Bedarf			med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur	
				Gemeinkosten	Einzelkosten		Gemeinkosten	Einzelkosten	Leistung durch Dritte			
1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8		
01. Normalstation	1.473,7	3.758,32	149,31	120,54	74,29	0,00	399,42	26,21	34,24	666,83	1.362,07	8.064,94
02. Intensivstation	14.037,87	25.515,10	396,20	1.577,03	221,25	0,00	3.918,94	94,26	39,31	3.423,41	8.061,40	67.284,77
04. OP-Bereich	51,85	0,00	49,84	1,77	1,99	6,88	15,46	57,72	19,28	22,01	37,22	264,02
05. Anästhesie	57,53	0,00	37,16	4,06	0,00	0,00	9,59	0,12	3,89	5,47	16,07	133,89
07. Kardiologische Diagnostik / Therapie	13,76	0,00	3,95	0,14	0,00	2,28	2,03	3,52	0,87	5,22	4,42	36,19
08. Endoskopische Diagnostik / Therapie	1,08	0,00	0,39	0,01	0,00	0,00	0,23	0,00	0,00	2,27	0,61	4,59
09. Radiologie	47,28	0,00	67,24	0,51	0,00	0,00	4,91	0,22	18,07	25,62	36,21	200,06
10. Laboratorien	68,35	0,00	266,97	3,36	76,75	0,00	186,95	13,60	297,53	33,17	109,06	1.055,74
11. Diagnostische Bereiche	181,08	8,22	114,32	7,39	0,00	0,00	8,40	0,00	2,12	26,15	74,98	422,66
12. Therapeutische Verfahren	5,30	0,14	465,69	0,05	0,00	0,00	5,30	0,23	61,05	16,83	121,73	676,32
13. Patientenaufnahme	14,79	1,72	7,57	0,39	0,00	0,00	1,42	0,00	0,00	3,89	8,57	38,35
Summe	15.952,60	29.283,50	1.558,64	1.715,25	374,28	9,16	4.552,65	195,88	476,36	4.230,87	9.832,34	68.181,53

Abbildung 4: Kalkulationsdaten DRG P03A

Abbildung 4 zeigt einen Auszug aus den Kalkulationsdaten der DRG P03A für das DRG-System 2019 anhand des vom InEK zur Verfügung gestellten „G-DRG-Report-Browsers“ [1]. Die Kalkulationsfälle dieser DRG haben eine mittlere Verweildauer von 63,1 Tagen und auf den Kostenstellengruppen 01-Normalstation und 02-Intensivstation der Kostenartengruppe 2-Pflegedienst – in denen die Pflege am Bett repräsentiert wird und die daher voraussichtlich vollständig ausgliedert werden – Kosten von insgesamt 29.273,42 €. Vernachlässigt werden die als Teil der Kostenstellengruppe 13-Patientenaufnahme ebenfalls auszugliedernden Kosten der bettenführenden Aufnahmestationen. Bereits ohne Berücksichtigung der Sachkostenkorrektur und der tatsächlichen Minderung der DRG nach Umrechnung auf Bewertungsrelationen und Bewertung mit den jeweiligen Landesbasisfallwert zeigt sich, dass selbst über die sehr lange (mittlere) Verweildauer das durchschnittliche vorläufige Pflegeentgelt von $63,1 \times 130 \text{ €} = 8.203,00 \text{ €}$ nicht einmal ein Drittel der in der DRG enthaltenen tatsächlichen Pflegekosten (die zudem aus dem Datenjahr 2017 stammen) abdeckt.

Um zu ermitteln, um welchen Betrag die DRG tatsächlich durch die Pflegekostenausgliederung gemindert wird, müssen diese Kostenbeträge durch die Bezugsgröße (genauer: den Korrekturwert der Bezugsgröße nach Sachkostenausgliederung) in Höhe von 3.045,17 € [2]. geteilt werden. Dann ergeben sich die Bewertungsrelationen für den entsprechenden Pflegekostenanteil der DRG (im Beispiel 9,613), die nach der Pflegekostenausgliederung an den DRG-Erlösen fehlen werden. Bewertet mit dem Bundesbasisfallwert (BBFW: 3.541,56 €) ergibt eine Minderung der DRG im Bundesdurchschnitt von ca. 34.045,25 € [3]. Die Ungenauigkeiten dieser Rechnung mit den aus dem System 2019 zur Verfügung stehenden Daten und derzeitigen Informationen ändern nichts an der Größenordnung und der grundsätzlichen massiven Unterdeckung der Pflegekosten der in der (in diesem Beispiel) DRG P03A eingruppierten Neugeborenen. Vielmehr sind gestiegene und noch weitere steigende Kosten für den Pflegedienst gegenüber diesen Daten aus dem Datenjahr 2017 zu erwarten, so dass die Unterdeckung zu dem tatsächlichen Pflegebudget eher noch größer sein wird.

Tabelle 1: TOP 20 DRG mit der höchsten Unterdeckung

DRG	Kalk-Fälle	Ø VWD	BR	Ø Kosten	Pflegekosten	Pflegekosten BR	Anteil Pflegekosten	Ca. Ausgliederung BBFW	Ø vorläufiges Entgelt §15(2a)	Δ BBFW	Gewichtet mit Fzkalk
DRG-Kopfdaten					Kosten Module 12+22	Pflegekosten/ Korrekturwert	Pfl-BR / BR	Pfl-BR x BBFW	Ø VWD x 130€	Vorl.Entgelt – Ausgliederung	Δ x kalkFälle
A06A	51	125,0	71,598	221.379,81 €	77.400,14 €	25,417	35,50%	90.017,06 €	16.250,00 €	-73.767,06 €	-3.762.119,88 €
P61A	29	115,8	47,863	147.229,65 €	59.855,91 €	19,656	41,07%	69.612,96 €	15.054,00 €	-54.558,96 €	-1.582.209,83 €
A06B	32	98,7	52,831	163.411,63 €	57.027,77 €	18,727	35,45%	66.323,81 €	12.831,00 €	-53.492,81 €	-1.711.769,84 €
P61C	34	107,0	41,192	126.610,16 €	52.915,92 €	17,377	42,19%	61.541,69 €	13.910,00 €	-47.631,69 €	-1.619.477,43 €
A18Z	20	92,5	62,040	192.657,47 €	51.153,93 €	16,798	27,08%	59.492,48 €	12.025,00 €	-47.467,48 €	-949.349,58 €
P61B	62	104,0	37,643	115.664,47 €	49.720,24 €	16,328	43,37%	57.825,08 €	13.520,00 €	-44.305,08 €	-2.746.915,25 €
A06C	23	93,2	39,860	122.810,55 €	47.355,91 €	15,551	39,01%	55.075,35 €	12.116,00 €	-42.959,35 €	-988.065,00 €
A07A	78	78,8	46,278	143.402,09 €	43.607,46 €	14,320	30,94%	50.715,87 €	10.244,00 €	-40.471,87 €	-3.156.805,61 €
P62A	21	92,8	34,386	105.758,27 €	44.981,46 €	14,771	42,96%	52.313,84 €	12.064,00 €	-40.249,84 €	-845.246,66 €
A07B	109	73,2	38,500	119.057,86 €	41.471,00 €	13,619	35,37%	48.231,14 €	9.516,00 €	-38.715,14 €	-4.219.950,77 €
P61D	120	84,4	30,470	93.621,64 €	40.816,74 €	13,404	43,99%	47.470,23 €	10.972,00 €	-36.498,23 €	-4.379.788,13 €
A07C	177	64,4	30,570	94.384,01 €	34.809,42 €	11,431	37,39%	40.483,67 €	8.372,00 €	-32.111,67 €	-5.683.765,13 €
A07D	19	58,9	27,564	84.945,43 €	33.450,95 €	10,985	39,85%	38.903,75 €	7.657,00 €	-31.246,75 €	-593.688,34 €
P62B	77	73,1	25,405	78.033,26 €	34.341,23 €	11,277	44,39%	39.939,16 €	9.503,00 €	-30.436,16 €	-2.343.584,19 €
P02A	49	54,6	34,280	105.978,02 €	31.734,49 €	10,421	30,40%	36.907,50 €	7.098,00 €	-29.809,50 €	-1.460.665,32 €
A09A	180	58,5	33,760	104.697,52 €	31.763,53 €	10,431	30,90%	36.941,27 €	7.605,00 €	-29.336,27 €	-5.280.528,61 €
P03A	205	63,1	22,197	68.181,51 €	29.273,42 €	9,613	43,31%	34.045,25 €	8.203,00 €	-25.842,25 €	-5.297.661,21 €
P62C	237	64,3	20,653	63.406,58 €	27.935,20 €	9,174	44,42%	32.488,89 €	8.359,00 €	-24.129,89 €	-5.718.783,44 €
A07E	95	63,5	22,486	69.247,28 €	27.169,80 €	8,922	39,68%	31.598,72 €	8.255,00 €	-23.343,72 €	-2.217.653,48 €
A11A	401	44,7	25,153	77.973,43 €	22.822,30 €	7,495	29,80%	26.542,54 €	5.811,00 €	-20.731,54 €	-8.313.347,31 €

Natürlich gilt diese Differenz nicht für alle DRG, auch nicht alle DRG einer Klinik. Das Beispiel sowie die in Tabelle 1 aufgeführten DRG mit den größten Unterdeckungen zeigen aber deutlich, dass ausgerechnet



Kliniken mit pflegeintensiven Leistungen einem erheblichen Liquiditätsproblem gegenüberstehen, so lange das Pflegebudget noch nicht vereinbart und genehmigt ist. Bei entsprechender Berechnung aller DRGs und Hochrechnung auf die Kalkulationsfälle der Hauptabteilungen ergibt sich nach den Daten des G-DRG-Report-Browsers 2019 für die Kalkulationshäuser insgesamt ein Defizit von knapp 200 Millionen Euro (197.377.302,44 €) zwischen dem näherungsweise anzunehmenden Ausgliederungsbetrag (Minderung des DRG-Erlöses) und der Vergütung über den Abschlag nach § 15 Abs. 2a KHEntgG.

Alternativen

Die beiden wesentlichen Schlussfolgerungen aus dieser Darstellung sind folgende:

- Der vorläufige Betrag nach § 15 Abs. 2a KHEntgG von 130 € ist für vollstationäre Fälle insgesamt deutlich zu niedrig ist, um die Ausgliederung auszugleichen und das zu erwartende Pflegebudget annähernd zu finanzieren.
- Ein fixer Betrag benachteiligt Bereiche, Abteilungen und Krankenhäuser mit einem Leistungsspektrum, das überwiegend DRG mit einem hohen Pflegeanteil beinhaltet.

Daher wäre eine Berechnung des vorläufigen Pflegeentgeltes anhand der tatsächlich ausgegliederten Pflegeanteile sinnvoll. Dies ist relativ einfach zu lösen, denn auch für die Pflegebewertungsrelationen wird das InEK voraussichtlich Kostenwerte mittels einer Bezugsgröße in Bewertungsrelationen umrechnen, bzw. diesen Wert als Durchschnittskosten der Pflegebewertungsrelation ermitteln können.

Eine solche Bezugsgröße für die Pflegebewertungsrelation wäre ein geeigneter vorläufiger Pflegeentgeltwert. Er müsste allerdings ggf. noch über einen Faktor angepasst werden, um die Kostendifferenz zwischen dem Datenjahr 2018 und dem vergütungsrelevanten Jahr 2020 auszugleichen. Er könnte unmittelbar auf den Pflegeentgeltkatalog angewendet werden und würde die durch die Minderung der DRG-Erlöse entstehende Liquiditätslücke weitgehend ausgleichen. So könnte in aller Ruhe auf dem Verhandlungsweg der endgültige Pflegeentgeltwert vereinbart werden. Durch die geringere Differenz zwischen tatsächlichem Pflegeentgeltwert zu dieser (modifizierten) Bezugsgröße gegenüber der Differenz zur bestehenden Regelung würden zusätzlich die notwendigen Ausgleichs verringert und übermäßig abweichende Zahlbeträge durch unterjährige Vereinbarungen vermieden.

Eine massive Unterdeckung durch den vorläufigen Betrag nach § 15 Abs. 2a KHEntgG und den daraus resultierenden Liquiditätsengpass vor allem in pflegeintensiven Bereichen können sich die meisten Krankenhäuser nicht leisten und werden sie nicht überstehen.

Noch ist ausreichend Zeit, bis zum Start der Pflegeentgelte die Regelung in § 15 Abs. 2a KHEntgG im Rahmen eines laufenden Gesetzgebungsverfahrens anzupassen.

Quellen

- [1] InEK GmbH, „G-DRG-Report-Browser 2019,“ [Online]. Available: https://www.g-drg.de/Datenbrowser_und_Begleitforschung/G-DRG-Report-Browser/G-DRG-Report-Browser_2019. [Zugriff am 01.06.2019].
- [2] InEK GmbH, [Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2019](#), Siegburg, 2018.
- [3] AOK Bundesverband, „Landesbasisfallwerte 2019,“ [Online]. Available: https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/budgetverhandlung/landesbasisfallwert/kh_lbfw_2019.pdf. [Zugriff am 01.06.2019].

