

Positionspapier zur aktuellen Krankenhausfinanzierung

Faktencheck

Im Zuge der Covid-19-Pandemie wurde ein weiteres Mal deutlich, dass den Gesundheits- und Therapieberufen¹ wenig Bedeutung bei der komplexen Patientenversorgung im Klinik-Setting zugeschrieben wird. Versorgungsqualität spielt in der Klinikorganisation in der Regel keine Rolle, stattdessen dominiert die wirtschaftliche Perspektive. Vor diesem Hintergrund werden unsere Berufsgruppen vernachlässigt, da sie nicht oder nur punktuell erlösrelevant sind.

Problembeschreibung

Unsere Berufsgruppen werden in dem auf Fallpauschalen basierenden Vergütungssystem der DRGs (Diagnosis Related Groups) zwar grundsätzlich mitfinanziert und kalkuliert, allerdings werden die berufsspezifischen Tätigkeiten nur an wenigen Stellen (beispielsweise bei Komplexeleistungen) konkret beschrieben und ausdifferenziert. So ist die konkrete Betrachtung, der durch diese Disziplinen erbrachten Leistungen und deren Nutzen für den Gesundheitsprozess kaum im Fokus. **Bei einer zielorientierten und effektiven Patientenversorgung spielen die Gesundheits- und Therapieberufe eine zentrale Rolle und ihre qualifizierte Tätigkeit kann nicht von anderem medizinischen oder pflegerischen Personal geleistet werden.**

Die aktuelle Ausgliederung der Personalkosten der Pflegekräfte aus dem DRG System hat zur Folge, dass eine unsachgemäße Verschiebung von Aufgaben stattfindet, die sich auf alle Berufsgruppen und damit auf die sichere und fachgerechte Patientenversorgung auswirkt. So wird bereits jetzt sichtbar, dass aus Kostengründen Aufgaben der Gesundheits- und Therapieberufe vom Pflegepersonal übernommen werden. Eine unzureichende Qualifikation der Pflegenden in diesen komplexen Bereichen birgt jedoch gravierende Gefahren für das Wohl der Patient*innen.

Pflegefachkräfte oder andere Berufsgruppen werden in Kliniken ohne festanstellte Logopäd*innen eingesetzt um Schluckversuche durchzuführen, um die orale Ernährung des Patienten schnellstmöglich zu empfehlen. Wird im Anschluss eine umfassende Dysphagiediagnostik von einer ausgebildeten Logopäd*in durchgeführt, kann diese durchaus zu einem anderen Ergebnis gelangen. Dies führt teilweise dazu, dass Patient*innen enormen Gefahren durch Freigabe falscher Kostformen ausgesetzt werden, die massiv gesundheitsschädigend sein können.

Ein derartiges Vorgehen sorgt zudem zu Lasten der Patient*innen dafür, dass Berufsgruppen gegeneinander ausgespielt werden, und gefährdet das dringend notwendige, reibungslose interdisziplinäre Zusammenspiel für eine umfassende Patient*innenversorgung.

Aktuelle Krankenhausfinanzierung

¹ Die Verfasser des Papiers sind Verbände von den Gesundheitsfachberufen: Diätassistent*innen, Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Hebammen, Orthoptist*innen sowie Physiotherapeut*innen. Die Arbeit fokussiert sich auch die Bedürfnisse der Gesundheitsfachberufe im klinischen Setting.

Das DRG System ist ein auf Diagnosen basierendes Fallpauschalen- System, welchem eine ICF-orientierte Ausrichtung fast vollständig fehlt. Die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) der WHO ist jedoch von zentraler Bedeutung: Nur wenn über die Diagnose hinaus die tatsächlichen Probleme und Ressourcen auf der Ebene von Körperstrukturen, Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe vor dem Hintergrund von Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren berücksichtigt werden, kann eine qualifizierte, effektive und effiziente Behandlung erfolgen.

Besonders deutlich wird dies, bei der Betrachtung von Krankheitsbildern mit gleichen oder ähnlichen Symptomen, die im DRG-System unterschiedlich abgebildet werden. Dieses System ist nicht ausreichend durchlässig und Patient*innen mit Diagnosen, die nicht in Komplexleistungen abgebildet sind, können nicht adäquat oder vollumfänglich behandelt werden – zumindest dann nicht, wenn eine Erlösrelevanz der therapeutischen Tätigkeit erwartet wird.

So sind für Parkinsonpatienten beispielsweise im Rahmen der entsprechenden Komplexleistung (8-97d Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom) Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie vorgesehen; für vergleichbar betroffene Patient*innen wie MS-Erkrankte oder Muskelerkrankte gibt es keine Komplexleistungen, so dass hier in der Regel auch keine Therapie stattfindet, obwohl die Patienten dieselben Symptome und Probleme haben.

Die von Hebammen geleistete Geburtsbegleitung unterstützt einen primär physiologischen Prozess. Die Komplexität der Begleitung von Geburtsphysiologie wird vom DRG System nur unzureichend erfasst. Vor allem die Betreuungsleistungen, die viel Zeit, aber keine Intervention erfordern, werden nicht ausreichend vergütet. Eine Fallpauschale kann die Vorhaltekosten der Geburtshilfe, die für eine durchgängige Betreuung von Mutter und Kind entstehen, nicht abdecken.

In der Physiotherapie stellt sich das Problem ähnlich wie in der Ergotherapie und Logopädie dar. Dringend medizinisch notwendige Maßnahmen sind bei vielen Diagnosen im DRG-System unzureichend und damit nicht finanzierbar.

In den aktuellen DRGs ist die Tätigkeit der Orthoptisten nicht abgebildet. Es werden nur die direkt am Operationsgeschehen Beteiligten und die Pflege abgebildet. Die postoperative Versorgung durch die Orthoptisten wird nicht honoriert.

Auch für die Ernährungstherapie gibt es bisher nur eine erlösrelevante DRG (Mangelernährung 3. Grades), Ernährungsberatung für andere Indikationen wird nicht abgebildet. Die praktische Ernährungstherapeutische Versorgung durch bedarfsgerechte Ernährung ist über das Verpflegungsmanagement häufig ausgegliedert (Outsourcing), wird als Serviceleistung degradiert und steht unter einem enormen Kostendruck. Eine schlechte ernährungstherapeutische Versorgung durch unklare Zuständigkeiten, Kostendruck und Schnittstellenproblematiken ist offensichtlich.

Eine Abbildung von notwendigen Leistungen für alle Diagnosegruppen gibt es im DRG System bisher nicht. Aktuell bilden nur einzelne Komplexleistungen für die Therapieberufe (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungstherapie) eine Ausnahme.

Die Berücksichtigung von Leitlinien und evidenzbasierter Praxis wäre für eine qualitativ hochwertige Patient*innenversorgung eine notwendige Grundlage.

Wirtschaftliches Handeln versus Versorgungsqualität

Nach unserer Auffassung setzt das DRG-System Fehlanreize. Vor der unbestrittenen Notwendigkeit wirtschaftlichen Handelns gerät die ebenfalls notwendige Versorgungsqualität immer weiter aus dem Blick. **Es ist nicht gelungen im aktuellen DRG-System ausreichend starke Anreize für Qualität zu schaffen.** Darüber hinaus entwickelt sich der Krankenhausmarkt zu einem System, das die Kliniken zwingt, zunehmend nicht nur kostendeckend, sondern gewinnorientiert zu handeln und so dem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem Geld zu entziehen. Finanzierungslücken, die aufgrund mangelnder Finanzierung der Länder (duale Finanzierung) bei der Realisation von Investitionen in Kliniken entstehen, verschärfen die Lage der Kliniken, die zunehmend aus eigenen Mitteln (also aus Erlösen aus der Versorgung) notwendige Investitionen tätigen müssen.

Eine Finanzierung der patientenorientierten Versorgung sollte auf Grundlage der tatsächlichen Kosten erfolgen. Eine transsektorale Verantwortung (von der Akutversorgung, über die Rehabilitation bis hin zur ambulanten Nachsorge) ist unter der derzeitigen Konstellation in keiner Weise gegeben. Denn die reale Abschaffung aller Berufsgruppen und Leistungen, die nicht in erster Linie zu einem höheren Erlös innerhalb eines Behandlungsfalles führen, sorgt für eine Verschiebung der Kosten in andere Sektoren bzw. zu einer Erhöhung dieser Kosten im Gesamtsystem der gesundheitlichen Versorgung. Hinzu kommt, dass Chancen bei der Genesung der Patienten verpasst werden: Eine frühzeitige und intensive Therapie in der Akutversorgung trägt zu einem besseren Behandlungsergebnis insgesamt, einer früheren Rückkehr in den Beruf oder weniger Hilfsmittel- und Unterstützungsbedarf bei.

Folgen auf die Berufsgruppen und die Patientenversorgung

Die Suche nach kurzfristigen Einsparungsmöglichkeiten führt zu Regelungen der Arbeitsdurchführung, die therapeutisch nicht sinnvoll oder leitlinienkonform sind und zu einer Personalreduktion bei gleichzeitig immer komplexer werdenden administrativen und inhaltlichen Anforderungen. **Eine Überlastung der entsprechenden Berufsgruppen und Berufsfucht sind die Folge.** Darüber hinaus leidet auch die Qualität der Leistungen unter der Reduktion des direkten Patientenkontaktes. Der Zusammenhang zwischen der Anzahl und Qualifikation des Gesundheitspersonals und einem Großteil von Komplikationen bis hin zum Versterben ist eindeutig nachweisbar. Wichtig ist daher eine solide Personalbemessung für alle Berufsgruppen in der Klinik, um eine ausreichende Strukturqualität zugunsten der Patient*innen zu schaffen.

Der permanente Druck der Krankenhausgesellschaften gewinnorientiert zu handeln, zeigt sich ebenfalls in einer fragwürdig kreativen Vermeidung von Kosten. Outsourcing einzelner Leistungen oder ganzer Berufsgruppen in Tochtergesellschaften und damit verbundene Tariffucht der Arbeitgeber oder punktueller Einkauf externer Leistungen sind die Folge. **Dies behindert die interprofessionelle Zusammenarbeit und den reibungslosen Arbeitsablauf erheblich, erhöht das Fehlerpotential** und führt an anderer Stelle zu erhöhtem Aufwand im Bereich des Schnittstellenmanagements.

Aufgrund verkürzter Verweildauer und erhöhter Fallzahlen verdichten sich die Aufgaben. Dies verändert auch die Zielsetzung und das Tätigkeitsfeld der Gesundheits- und Therapieberufe. Problematisch ist dabei aber insbesondere, dass **unter diesen Bedingungen das Potenzial der rehabilitativen Maßnahmen nicht oder nicht ausreichend genutzt werden kann und Patient*innen bereits in der frühen Phase der Genesung wichtige Möglichkeiten verpassen.**

Verstärkt wird dies durch fehlende Anpassungen im Versorgungsprozess vor allem nach der Entlassung der Patient*innen aus dem akut medizinischen Bereich. Eine ambulante Weiterversorgung ist aufgrund des Fachkräftemangels und des damit verbundenen begrenzten Angebots an lückenloser Weiterversorgung häufig nicht gegeben. Ein abrupter Abbruch der Behandlung mit weitreichenden Folgen in der langfristigen Genesung und beim zukünftigen Hilfebedarf der Patient*innen belasten das Gesundheitssystem im großen Maße. Die Gefahr einer Reduktion der Behandlungsqualität sowie eines Versorgungsdefizites, sowohl regional als auch fachbezogen, ist in diesem System allgegenwärtig.

Unsere Forderungen für eine sichere und nachhaltige stationäre Patientenversorgung:

- Eine grundlegende Revision des Krankenhausfinanzierungssystems und Beteiligung der Berufsgruppen an dessen Gestaltung.
- Ein Selbstkostendeckungsprinzip, das eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung sichert.
- Die Berücksichtigung aller Berufsgruppen und deren Beteiligung an einer komplexen Patientenversorgung im Sinne der Qualitätssicherung, der Sicherung der fachlichen Expertise sowie der leitliniengerechten Patient*innenversorgung.
- Sachgerechte und nachvollziehbare Instrumente der Personalbemessung für alle mitwirkenden Berufsgruppen und Einbringung unserer Expertise in diesen Prozess.
- Rahmenbedingungen für leitliniengerechte und evidenzbasierte Versorgung.