



Foto: Worawut – stock.adobe.com

# Das „neue Normal“ im Krankenhaus

## Konsequenzen der Pandemie für die Kalkulation 2020 und die zukünftige Vergütungsgerechtigkeit

Von Mark Zluhan, Moritz Graf Esterházy von Galantha, Lars Berger und Christoph Haas

*Die COVID-Pandemie war und ist für das Gesundheitswesen eine der außergewöhnlichsten Herausforderungen, die es je zu bewältigen galt. Sowohl das Jahr 2020 als auch das Jahr 2021 sind durch völlig neuartige Versorgungsprozesse in den somatischen und psychosomatischen Krankenhäusern gekennzeichnet, die den klassischen Wettbewerb um Case Mix Punkte und Fallzahlen unterbrochen haben. Das Freihalten von Kapazitäten, ordnungspolitisch völlig konträr zur bisherigen Leistungsmengensystematik, wurde mit pauschalen Vergütungsmodellen kompensiert, die zwangsläufig zu Verwerfungen führen und bei den Krankenhäusern noch lange nachklingen werden.*

**Keywords:** Kostenmanagement, DRG, Patientenversorgung

**P**andemieszenarien werden auch in Zukunft wahrscheinlich bleiben, so dass sich die Frage stellt, wie ein resilientes Vergütungssystem aussehen kann, welches eine hohe Versorgungssicher-

heit, eine sinnvolle wettbewerbliche Dynamik, attraktive Arbeitsplätze und einen optimierten Ressourceneinsatz ermöglicht. Eine datenfundierte Ex-post-Analyse des parallelen Leistungs- und Kostengeschehens bietet die Grundlage zur Transparenz über die kostenseitigen Auswirkungen der Pandemie und damit die Gestaltung von neuartigen Finanzierungssäulen.

### Neue Abläufe benötigen mehr Ressourcen

Zu Beginn der Pandemie mussten intensivmedizinische Kapazitäten ausgebaut und ein Höchstmaß an medizinischer Grundversorgung aufrechterhalten werden. Es galt den medizinischen, personellen und organisatorischen Krankenhausbetrieb in aufwändigen Prozessen pandemiesicher zu gestalten, während die wirtschaftlichen Konsequenzen und die Kompensation der entstandenen Mehrkosten intransparent und nicht nachvollziehbar waren. In der Folge kämpften zahlreiche Krankenhäuser mit den wirtschaftlichen Lasten der Pandemie,

ohne die tatsächlichen Mehraufwendungen beziffern zu können. Elektive Behandlungen wurden zeitweise auf ein Minimum reduziert oder komplett verschoben. Über 172.000 COVID-19-Patienten wurden stationär behandelt, davon rund 21 Prozent intensivmedizinisch versorgt. Mit erheblichen Zusatzkosten wurde neben dem Regelbetrieb eine zusätzliche Versorgungsstruktur für die stationäre Behandlung von COVID-19-Patienten aufgebaut.

Neben der krankenhauseseitigen Absage von Behandlungen spielt zudem ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten der Patienten eine große Rolle bei der Betrachtung des Leistungsrückgangs. Für den Zeitraum Januar bis Mai 2020 wird bundesweit im Vergleich zum Vorjahr ein Rückgang an stationären Leistungen von 30 Prozent angegeben. Von Juni bis September, der Phase nach dem ersten Lockdown, wurde verglichen mit 2019 noch 10 Prozent weniger Patienten stationär behandelt. So heterogen die deutsche Krankenhaushauslandschaft ist, so unterscheidet

sich auch die Intensität mit der die Konsequenzen der COVID-Pandemie wirken. Die verabschiedeten finanzielle „Rettungsschirme“, die seitens des Bundesgesundheitsministeriums zur Kompensation eingeführt wurden, konnten durch pauschale Erstattungsregelungen dieser Heterogenität nicht gerecht werden. Systemimmanent entstehen, wie in fast allen Krisen wirtschaftliche „Gewinner“ und „Verlierer“, wobei die zeitlichen Langfristfolgen noch nicht abschätzbar sind.

### Neue Organisationsformen und fehlende Planbarkeit

Für die GFO Kliniken Bonn stellte, wie für viele anderen Krankenhäuser, der Parallelbetrieb von COVID-19-Versorgung und Regelbetrieb der medizinischen Versorgung eine große Herausforderung dar, die nur mit hohem administrativem und personellem Aufwand zu kompensieren war. Christopher Schmidt, Leitung Organisationsentwicklung GFO Kliniken Bonn, beschreibt den Aspekt, dass Patienten häufig nicht wegen sondern mit einer COVID-19-Infektion hospitalisiert werden, als besonders herausfordernd. Die Behandlung des Aufnahmegrundes steht dann im Vordergrund, trotzdem muss der gesamte Aufwand zur Isolation, Hygiene und Testung dieser Patienten zusätzlich erfolgen. Eine Isolation und ggf. Kohortierung auf einer zentralen Station ist für diese Patienten entsprechend erschwert. In der Konsequenz müssen Personal, Isolationsräume und Schutzausrüstung an mehreren Betriebsorten parallel vorgehalten werden.

Aus ärztlicher Sicht schildert Dr. Timo Schöpke, Direktor des Notfallzentrums der Klinikum Barnim GmbH in Eberswalde, eine weitere Herausforderung der Pandemie: Eine deutliche, überproportionale Ressourcenbindung verursachen jene Patienten den Krankenhäusern, die als COVID-Verdachtsfälle oder COVID-Kontaktpatienten eingestuft werden. Diese benötigen aus Hygienegründen stets Einzelzimmer. Somit müssen häufig ganze Stationen auf die Hälfte bzw. ein Drittel ihrer Bettenkapazität reduziert werden. Diese Ressourcenbindung betrifft alle Leistungsbereiche eines Krankenhauses – so auch die Notfallzent-

ren, Ambulanzen und Funktionsabteilungen – und zwar auch dann, wenn ein Krankenhaus selbst keine COVID-Patienten abschließend behandelt. Trotz leicht rückläufiger Patientenkontakte entsteht so während der Pandemie ein deutlich höherer Aufwand und eine kritische Ressourcenbindung in der Notfallversorgung. In den regelmäßigen COVID-Fallzahlmeldungen (bspw. DIVI, IVENA, etc.) findet diese Patientengruppe aber keine adäquate Berücksichtigung, so dass sich anhand der Meldebilder die Reduktion von Normal- oder Intensivbetten für nicht-COVID-Patienten an Krankenhausstandorten nicht erschließt, so Dr. Schöpke.

So wie allen Krankenhäusern macht auch den GFO Kliniken Bonn insbesondere die fehlende Planbarkeit bezüglich Inzidenzverlauf, behördlichen Auflagen und finanzieller Entschädigung für Zusatzaufwendungen und Erlösausfälle zu schaffen. Eine seriöse Wirtschaftsplanung scheint unter diesen Bedingungen aktuell unmöglich. In jedem Fall müssen Entscheidungsträger frühzeitig reagieren können und Kosten reduzieren, wenn sich abzeichnet, dass Erlöse längerfristig wegbrechen. Hierfür ist Transparenz über die möglichen Handlungsfelder auf der Kostenseite unerlässlich.

Da der weitere Verlauf der Pandemie mit ggf. neuen Virusmutanten und dem Impfstoffengpass völlig unklar ist, muss davon ausgegangen werden, dass die parallele Versorgung von Pandemiepatienten, Notfällen

und elektiven Patienten zum „neuen Normal“ für die Krankenhäuser gehören wird. Möchte man die Verwerfungen im System auf der Makroebene vermeiden und leistungsgerechte Regelungen schaffen, ist die Analyse der realen Kosten der Pandemie im Jahr 2020 eine wichtige Grundlage.

### Reale Kosten auf allen Ebenen feststellen

Aus der Perspektive des Krankenhauses ist die Transparenz zu den tatsächlichen Kosten auf Fall-, Abteilungs- und Klinikebene mit den verschiedenen Kostenarten für die zukünftigen internen Steuerungssysteme und der Ressourcensteuerung ebenfalls essenziell. Neben den realen Kosten der Pandemie sollten auch die budgetären Verschiebungen durch PpSG evaluiert werden. Ziele für eine realitätsgerechte Kostenkalkulation in den unterschiedlichen Phasen sind u. a.:

- Reale Kosten für die Versorgung von COVID-19-Patienten auf Fall-, Abteilungs- und Hausebene aufgrund des zusätzlichen betrieblichen, prozessualen und investiven Aufwands im Zeitverlauf feststellen
- „Freihalteaufwand“ für Leer- und Vorbereitungsbetrieb für mögliche Pandemiehochphasen je Abteilung analysieren
- Erzielte Unter-/Deckungsgrade in den einzelnen Phasen der Pandemie in Relation zu den verschiedenen Ausgleichszahlungen durch die verschiedenen Rettungsschirme evaluieren
- Valide und objektivierbare Datenbasis für weitere Budgetverhand-



lungen und ggf. einer Spitzabrechnung mit den Kostenträgern erarbeiten

- Informationsbasis für die zukünftige Wirtschaftsplanung, die interne Ressourcensteuerung für unterschiedliche Patientengruppen und die Wirkungsweise der ausdifferenzierten Erlös- und Finanzierungsarten in der Diskussion mit den Bundesländern zu erhalten.

schiedlichen Vergütungsregelungen abzubilden.

Stufe 3: Den höchsten Detaillierungsgrad bietet die Verfeinerung der InEK-Methodik auf „Monatscheiben“. Die Differenzierung des Leistungs- und Kostengeschehens auf Monatebene ermöglicht die Herleitung der realen Kosten in Abhängigkeit zum Leistungsgeschehen mit dem höchsten Transparenzgrad.

### „Für das Gesamtsystem Krankenhaus lässt sich bereits heute absehen, dass ohne detaillierte Analyse der Leistungs- und Kostendaten für 2020 eine sachgerechte Reform und Erweiterung der Krankenhausvergütung kaum möglich ist.“

Hierzu wurde ein Stufenkonzept mit drei Optionen entwickelt, wobei alle auf der Kalkulationsmethodik des InEK basieren und eine schrittweise Verfeinerung der Kostenträgerrechnung bedeuten:

Stufe 1: Basierend auf der InEK-Kalkulation werden die Kosten der Pandemie je DRG aus einer „Differenzbetrachtung“ zwischen den Daten 2020 und den Vorjahresdaten 2019 hergeleitet. Dieser Ansatz bietet eine pragmatische Vorgehensweise. Für eine Ganzjahresbetrachtung erlaubt dieser, basierend auf dem tatsächlichen Leistungsgeschehen, eine Ableitung direkter, mit der Pandemie zusammenhängender Kosten sowie indirekter Kosten in Folge von Leistungsrückgängen und Leerständen.

Stufe 2: Angelehnt an die Vorgaben des InEK wird eine zeitlich differenzierte Zuordnung der Kosten auf „Phasenebene“ vorgenommen:

1. „Prä-Corona“ von Januar bis Februar 2020
2. „Pandemievorbereitungsphase“ mit Behandlung von COVID-19, nicht aufschiebbaren elektiven Patienten und Notfallpatienten von März bis September 2020 mit unterschiedlichen Erlöspauschalen
3. „Parallelbetrieb“ von Corona-, Elektiv- und Notfallpatienten von Oktober bis Dezember 2020

Dieses Vorgehen bietet die Möglichkeit, die Kosten für 2020 in den drei wichtigsten Phasen mit den unter-

Während Anfang 2020 das PpSG, das PpUG und die MDK-Reform zentrale Themen der Krankenhausvergütung und -steuerung waren, hat mit der COVID-19-Pandemie die Debatte um die Krankenhausfinanzierung grundsätzlich vollkommen neue Dimensionen angenommen. Wurde das DRG-System als Grundlage der Krankenhausfinanzierung zeitweise gänzlich in Frage gestellt, so bietet es gerade durch seinen auf kalkulierten Ist-Kosten beruhenden Ansatz die einzige Möglichkeit, die tatsächlichen Kosten der Pandemie zu ermitteln. Systemisch kann nur durch eine belastbare Darstellung des Leistungsgeschehens mit Transparenz über die realen Kosten eine sachgerechte Krankenhausfinanzierung erfolgen.

#### Beyond DRG- und Pflegebudget?

Aus der Sicht der Autoren, wird für die Krankenhäuser entscheidend sein, ob die generell deutlich gesunkene Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen durch Patienten wieder das „Vor-Corona-Niveau“ erreichen wird und ob Ausgleichszahlungen weiterhin in Anspruch genommen werden können. Die Ungewissheit über die zusätzlichen Budgetsäulen im System bleibt zunächst erhalten und die Komplexität der Steuerung wird tendenziell weiter zunehmen. Unter diesen Rahmenbedingungen gilt es, handlungsfähig zu bleiben und durch eine optimale interne Transparenz nachvollziehbare Managemententscheidungen treffen zu können.

Gleichzeitig ermöglicht eine fundierte Transparenz zu den realen Kosten der Pandemie, eine verbesserte Argumentation gegenüber externen Stakeholdern auf Landes- und Kassenebene sowie den eigenen Aufsichtsgremien.

Für das Gesamtsystem Krankenhaus lässt sich bereits heute absehen, dass ohne detaillierte Analyse der Leistungs- und Kostendaten für 2020 eine sachgerechte Reform und Erweiterung der Krankenhausvergütung kaum möglich ist. Massive Fehlanreize durch pauschale Regelungen ohne fundierte Datenbasis sind vielmehr vorprogrammiert. Dies würde die Resilienz und die Produktivität des Krankenhaussystems tendenziell reduzieren. Dies gilt es zu vermeiden, um gesellschaftliche und politische Chancen zur Steigerung der Attraktivität der deutschen Krankenhäuser und den Arbeitsbedingungen für die dort tätigen Berufsgruppen zu nutzen. ■

#### Literatur bei den Verfassern

##### Mark Zluhan

Vorstand  
COINS Information Systems AG  
Aduchtstraße 7  
50668 Köln  
E-Mail: m.zluhan@coins-ag.eu



Mark Zluhan  
Foto: Simon Veith

##### Moritz Graf Esterházy von Galantha

Vorstand  
COINS Information Systems AG  
E-Mail: m.esterhazy@coins-ag.eu

##### Lars Berger

Vorstand  
COINS Information Systems AG

##### Christoph Haas

Vorstand  
COINS Information Systems AG  
E-Mail: c.haas@coins-ag.eu