



Woher kommt der Kostendruck im Gesundheitswesen?

Streik Uni – Berlin 13. September 202a

Dr. Nadja Rakowitz, vdää

Solidarische Grüße von den demokratischen Ärztinnen und Ärzten

»Wir alle wollen die bestmögliche Versorgung für unsere Patient*innen. Und wir wollen gute Arbeitsbedingungen für alle.

Deshalb ist klar: Die Kolleg*innen können im Streik auf unsere Solidarität zählen.« (Peter Hoffmann, Mitglied im Vorstand vdää)

(aus der PM des vdää vom 20.08.2021 „Der Kampf für gute Arbeitsbedingungen im Krankenhaus ist eine gemeinsame Aufgabe aller Berufsgruppen“)

Private Unternehmen und Profitinteressen im Gesundheitswesen: Nichts Neues

- Medizinisch-technischer Komplex (Pharmaindustrie, Geräteindustrie, Heilmittelindustrie) in privater Hand
- 10% der Bevölkerung haben private Krankenversicherung als Vollversicherung
- niedergelassene Ärzt*innen als Privatunternehmer und Vorreiter der Ökonomisierung

Nicht-profitorientierte Strukturen des Gesundheitswesens bis Anfang 90er Jahre

- Krankenhäuser waren in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft und mit Selbstkostendeckungsprinzip
- Gesetzliche Krankenversicherung funktionierte ohne Konkurrenz, Insolvenz, privatwirtschaftliche Elemente

Krankenhäuser in der BRD bis Mitte 1980er – Daseinsvorsorge im Kapitalismus

- es gab eine Planung von KH
- Selbstkostendeckungsprinzip: Verpflichtung der Kassen zur Finanzierung der betriebsnotwendigen (Selbst)kosten von bedarfsgerechten, wirtschaftlich arbeitenden Krankenhäusern
- Tagespflegesätze nur als Abschlagszahlungen, Abrechnung am Jahresende mit Gewinn-/ Verlustausgleich
- gesetzliches Verbot, Gewinne zu machen
- kaum private Krankenhäuser

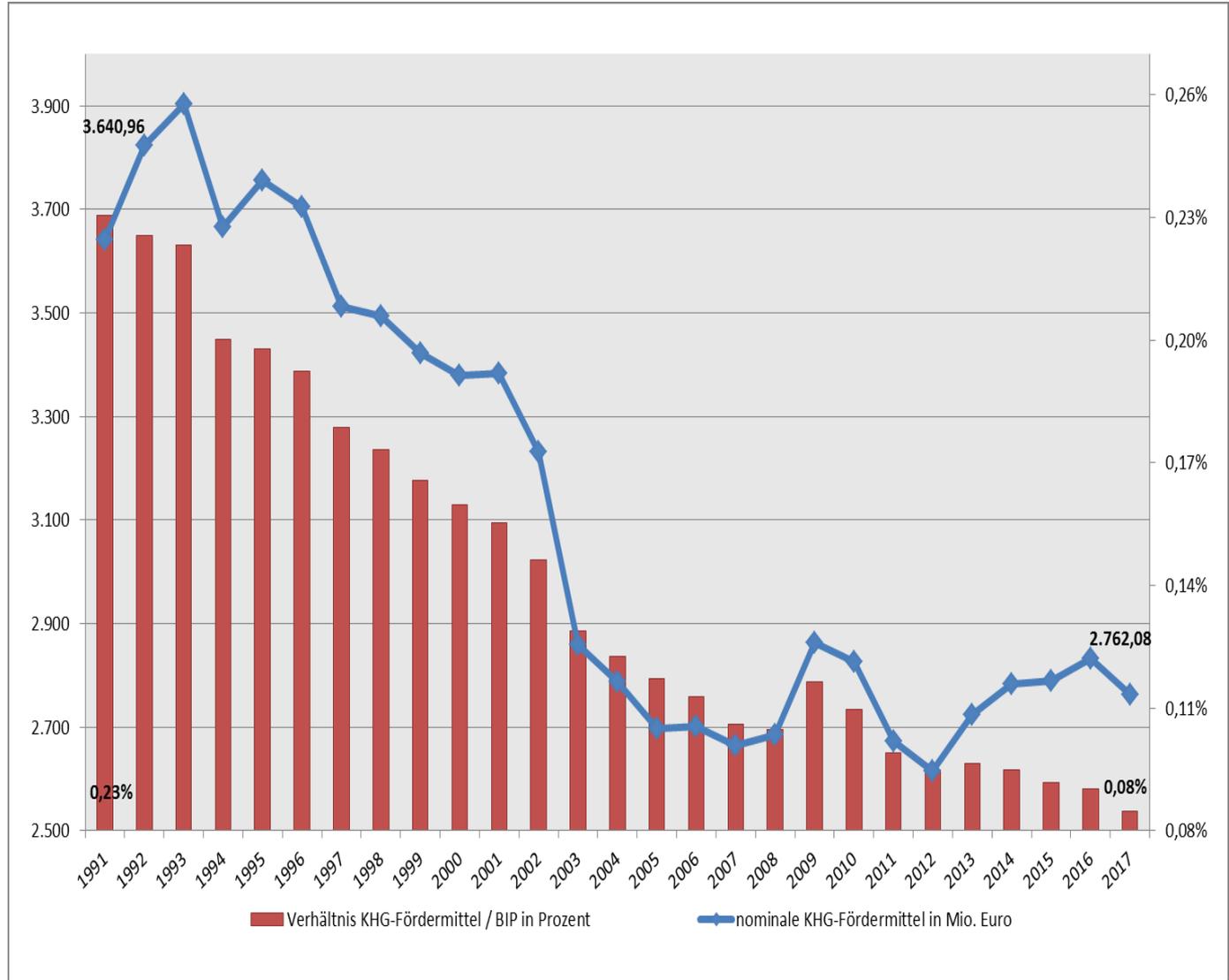
Neoliberaler Umbau der Gesellschaft

- nach der Wirtschaftskrise der 1970er Jahre: Neoliberalismus in Chile (Pinochet), USA (Reagan), GB Thatcher, D (Kohl, Schröder)
- Agenda 2010, Selbstverschulden, Individualisierung von Lebensrisiken, Privatisierung von öffentlichem Eigentum (z.B. Wohnraum!)
- Geldflüsse zwischen solidarische Krankenkassen und non-profit Krankenhäusern weckten Begehrlichkeiten: Öffnung und Umbau des KH-Sektors für kapitalistische Interessen
- nach 1989 Umbau des Gesundheitswesens der DDR nach westdeutschem Vorbild: Privatisierungswelle bei Krankenhäusern in den Neuen Bundesländern
- „Ausbluten“ der Kassen der öffentlichen Hand durch arbeitgeberfreundliche Steuergesetzgebung

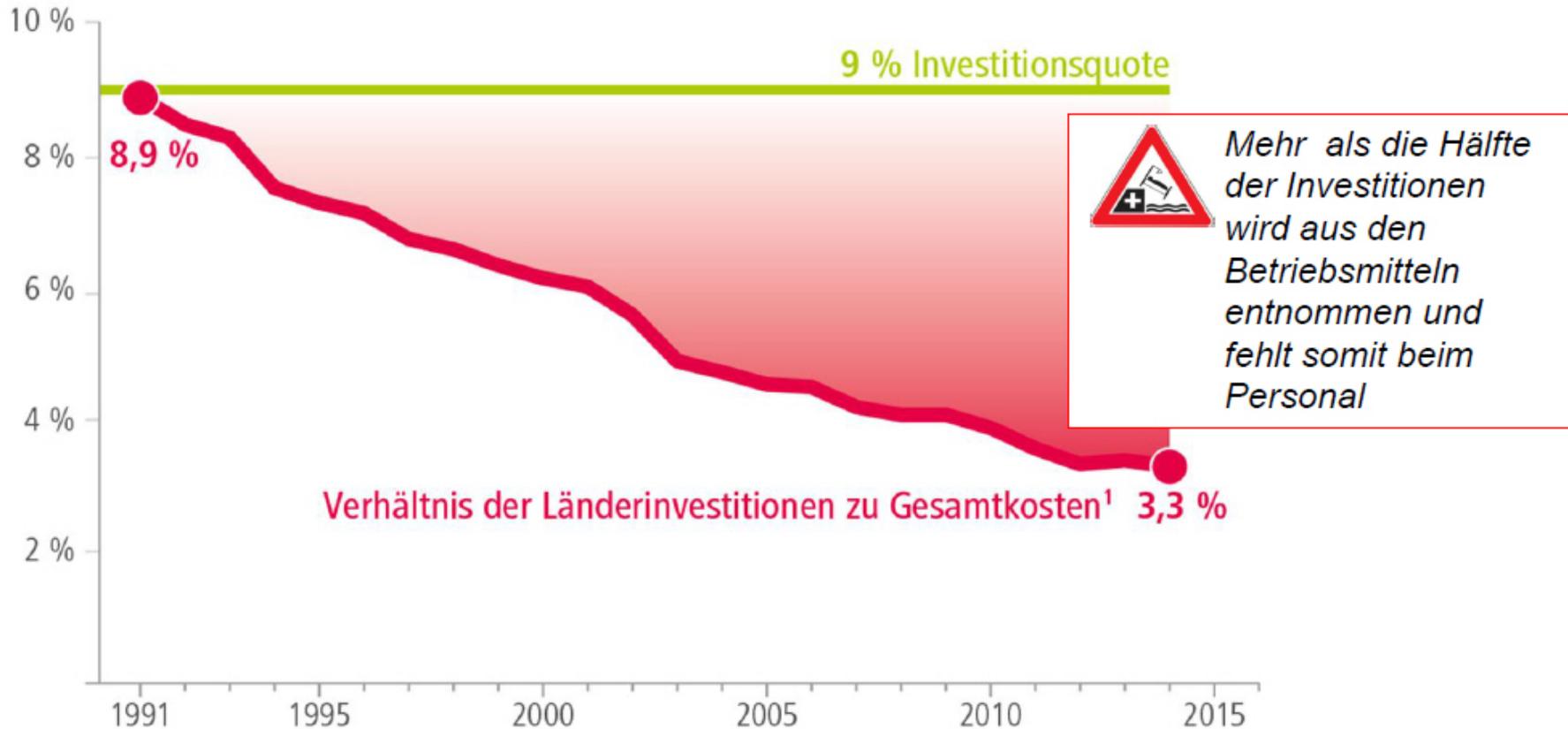
Rückzug des Staates aus der Daseinsvorsorge

Investitionsförderung der Länder - bezogen auf das BIP und nominal

Quelle: DKG-
Bestandsaufnahme
Krankenhausplanung
und Investitionsfinan-
zierung 2018



Entwicklung der Investitionsquote der Länder



Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2015; eigene Darstellung; Grafik: werkzwei Detmold
1 der Krankenhäuser, zzgl. Investitionskosten

Neoliberaler Umbau des Gesundheitswesens – besonders der Krankenhäuser

- „Leistungsorientierte“ Vergütung auf Grundlage medizinischer Diagnosen, Operationen- und Prozeduren - DRG
- Fortbestehen der Budgetdeckelung und von Abzügen bei Überschreiten
- Gewinne/Verluste als integraler Bestandteil des „Qualitätswettbewerbs“
- massiver Anreiz zu Liegezeitverkürzung, Kostensenkung und Leistungsausdehnung, insbesondere bei weiterhin bestehender Unterfinanzierung (Deckelung)
- Staat zieht sich aus der Bedarfsplanung und Finanzierung der Krankenhäuser zurück
- gibt nur noch Wettbewerbsordnung vor
- Ziel: freier Wettbewerb mit (ausgehandelten) Marktpreisen

Das G-DRG-System

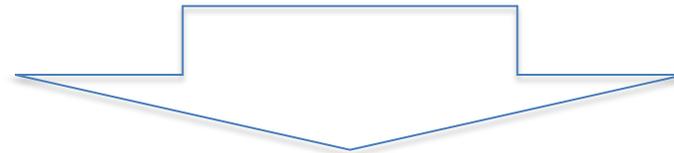
- nur Behandlungsfälle werden bezahlt – nicht Vorhaltekosten
- Preise sind Festpreise (im ganzen Land gleich), noch keine Marktpreise (das würde den Druck noch mal erhöhen)
- alle Krankenhäuser in Konkurrenz; Abschaffung gesetzlicher Personalregelungen
- allgemeine Kostensteigerungen werden nicht automatisch „eingepreist“
- das Preisniveau ist so von den tatsächlichen Behandlungskosten weitgehend abgekoppelt; es bleibt seit Jahren hinter der realen Kostenentwicklung zurück (Kosten-Erlös-Schere).

Wie wird ein Krankenhaus unter DRG- Bedingungen wirtschaftlich erfolgreich ?

Erlös

**Anzahl der Fälle
x Relativgewicht
x Landesbasisfallwert**

**- Kosten = Gewinn
oder
Verlust**



Fallzahl ↑

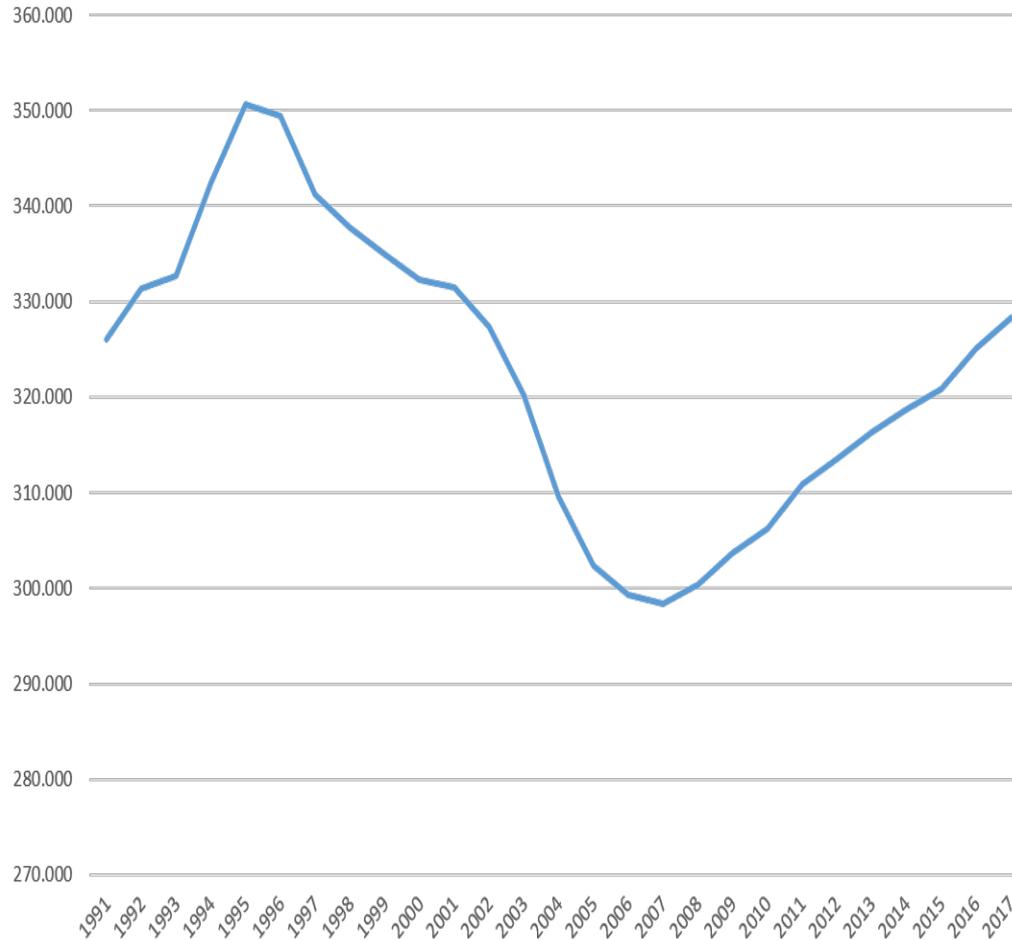
Operationen ↑

Prozeduren ↑

Kosten ↓

= Personalabbau

Entwicklung Zahl der Pflegekräfte (alle KH)



Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Personalschlüssel und Mortalität

Studie über 422.730 chirurgische PatientInnen aus 300 Krankenhäusern in 9 europäischen Ländern.

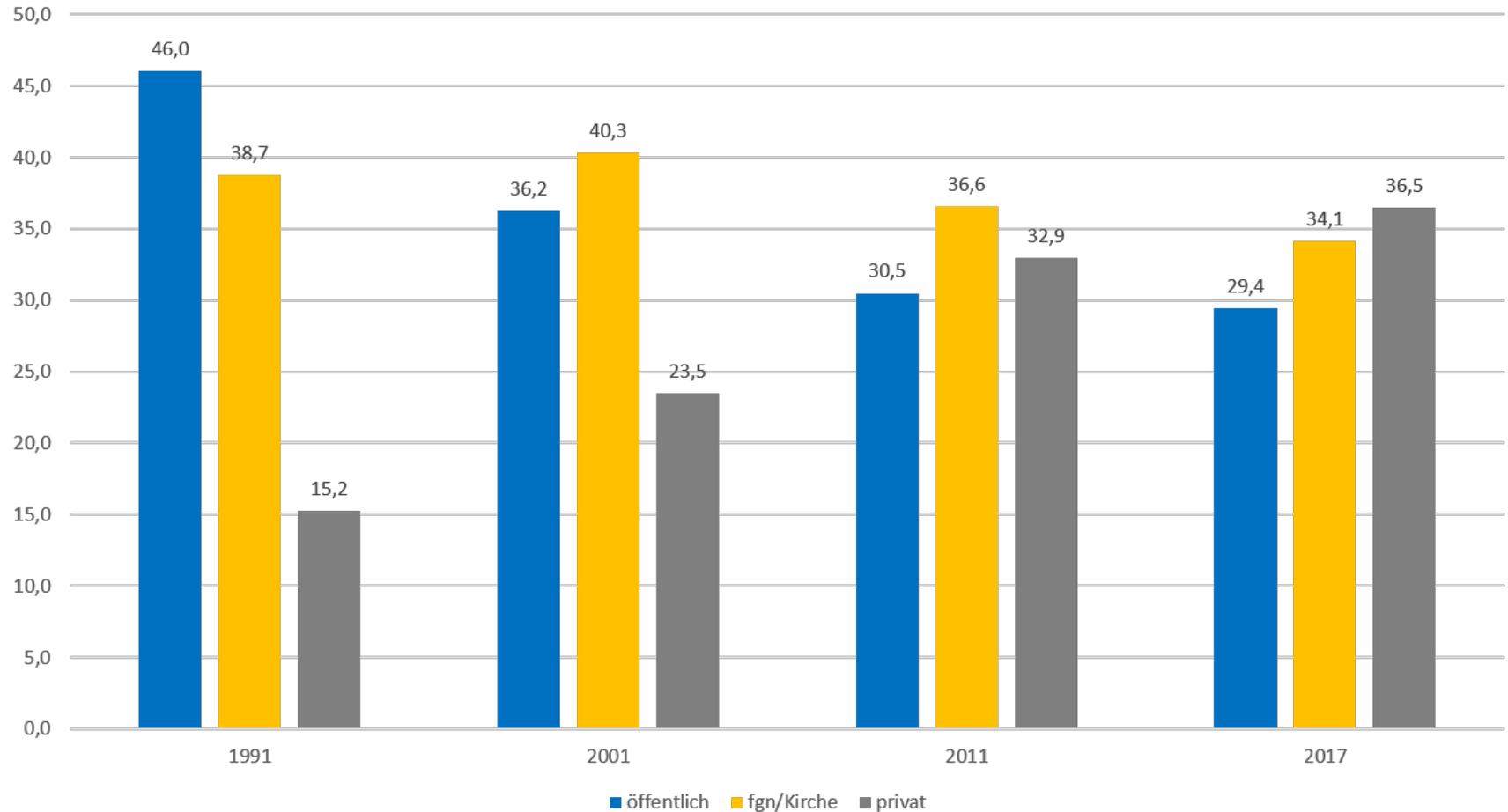
Ergebnis: Ein Patient mehr pro Pflegekraft (von 6 auf 7 Patienten) erhöht die Rate der Todesfälle im KH und bis 30 Tage nach Entlassung um 7%.

„Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries“ (Aiken 2014)

Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen

- **Arbeitsverdichtung:** mehr Patienten, kürzere Verweildauer, weniger Personal, mehr Bürokratie
- **Krankenhaus wird zur Fabrik:** „Fließbandarbeit“, Zerlegung des Arbeitsprozesses
- **Spaltung der Belegschaft:** Outsourcing, Leiharbeit, defizitäre und lukrative Abteilungen...
- **Neue Arbeitsteilung**
- **Druck durch drohende Privatisierung:** Tarifbindung und Tarifniveau deutlich niedriger, noch weniger Personal, Großstationen etc.

Allg. Krankenhäuser nach Träger (%)



Fehlanreize im DRG-System haben zur Folge

- systematische Unterfinanzierung und Existenzrisiken für Kinderkliniken
- Zunahme der Budgetdefizite besonders kleiner ländlicher Krankenhäuser der Grundversorgung
- massive Unterfinanzierung von Extremkostenfällen in der Maximalversorgung
- Gefährdung der flächendeckenden Versorgung
-

Widerstand der Beschäftigten, Bürger*innen-Bündnisse, Volksbegehren für mehr Personal



Finanzierung durch DRG in der Krise – nicht erst seit Corona

- als Resultat der Proteste, Tarifaueinandersetzung und Streiks wird seit 2019 die „Pflege am Bett“ nicht mehr über DRG finanziert, sondern aus einem eigenen „Pflegebudget“
- Selbstkostendeckung – alle nachgewiesenen Kosten werden refinanziert, alle Kosten müssen finanziert werden
 - ➔ Paradigmenwechsel und erster – kleiner – Schritt in eine andere Richtung
 - ➔ Problematisch ist, dass dies nur für die Pflege am Bett gelten soll und nicht für alle Personalkosten

Probleme des Pflegebudgets

guter, aber halbherziger Ansatz, der unter den Bedingungen von Ökonomisierung sofort wieder gegen die Beschäftigten gewendet wird:

- Konflikte um Zuordnung: Es muss definiert werden, was zur „Pflege am Bett“ gehört
- wirtschaftlicher Druck auf restliches Krankenhausbudget: aus der Pflege können keine Gelder mehr abgezweigt werden, mehr Druck auf andere Berufsgruppen (Assistenzkräfte, Service, Ärzt*innen etc.)
- Befürchtung der Krankenhäuser: Budget bleibt nicht ewig ohne Deckel/Wirtschaftlichkeitskriterien

Pflegepersonaluntergrenzenverordnung

Untergrenzen für die pflegesensitiven Bereiche: Bereiche, in denen ein statistischer Zusammenhang zwischen Komplikationen und der Personalstärke nachweisbar ist. Untergrenze ist der Wert, der die 25% am schlechtesten besetzten Abteilungen von den nächst besseren unterscheidet. Dies ist etwas **grundsätzlich anderes als eine gesetzliche Personalregelung** für alle Berufsgruppen.

Wie ernst sie gemeint sind, zeigte dann die Corona-Pandemie: Die PPUG wurden sofort ausgesetzt...

Volksinitiative „Gesunde Krankenhäuser in NRW – für Alle!“



Volksinitiative Gesunde Krankenhäuser in NRW - für ALLE!

Für ein gemeinwohlorientiertes Gesundheitswesen
ohne Profite!

Zwischenstand 14.07.2021

Zum heutigen Tag haben wir 18.008 Unterschriften gesammelt. Das heißt: Wir sind bei weitem noch nicht am Ziel von mindestens 66.000 Unterschriften bis Oktober.

Also nichts wie raus auf die Straße!

Für erfolgreiche Sammelaktionen findet ihr auf <https://gesunde-krankenhaeuser-nrw.de/material/> einiges an Material. Neu dabei: dieses Plakat gibt es jetzt in DIN A1, A2 und A3!

Wenn Ihr Materialien benötigt, schreibt uns einfach eine Email an volksinitiative@gesunde-krankenhaeuser-nrw.de.

Lernen von DW & Co. enteignen: Rekommunalisierung / Wiederaneignung von privaten KH

„Rechtsgutachten zu den rechtlichen Möglichkeiten einer Rücküberführung des Universitätsklinikums Gießen / Marburg in öffentliches Eigentum“ im Auftrag von RLS, ver.di Hessen, DIE LINKE im Hessischen Landtag kommt zum Schluss: Sozialisierung des UKGM ist mit dem Grundgesetz Art. 15 und der Hessischen Landesverfassung vereinbar; eine Entschädigung unterhalb des Marktwertes ist möglich; auch Schuldenbremse und „Berufsfreiheit“ müssen kein Hindernis sein.

Fazit: Rekommunalisierung ist prinzipiell möglich. Ein Kampf dafür lohnt sich.

Aber: Selbst wenn alle privaten KH rekommunalisiert würden, unterlägen sie immer noch der DRG-Logik und der Ökonomisierung.

Und die Bundestagswahlen? Vorschläge für Reformen der DRG

- „Renditeorientierung im Gesundheitswesen begrenzen“, „Gewinne sollen verpflichtend und weitestgehend wieder in das Gesundheitssystem zurückfließen“
- Das System der Fallpauschalen werden wir auf den Prüfstand stellen, die Pauschalen überarbeiten und wo nötig abschaffen.
- „Herausnahme der Kinder- und Jugendmedizin aus dem DRG-Fallpauschalensystem“
- „eine Säule der Strukturfinanzierung einführen und den verbleibenden fallzahlabhängigen Vergütungsteil reformieren“

Problem: Diese Maßnahmen würden zwar zu einer weiteren Aushöhlung der DRG-Logik führen, sie können aber nur Zwischenschritte sein; denn sie ändern nichts Grundsätzliches.

Das einzige, was wirklich hilft...

- Abschaffung der Fallpauschalen! Die Betriebskosten müssen von den Krankenkassen vollständig refinanziert werden
- Gewinnverbot für Krankenhäuser
- Fonds des Bundes zur Rekommunalisierung, um eine weitere Privatisierung zu verhindern und Entprivatisierungsbestrebungen zu unterstützen
- Solidarische Gesundheitsvollversicherung
- Demokratische, sektorübergreifende Planung bedarfsgerechter Strukturen



**PFLEGE-
KRÄFTE
ALLER
STATIONEN,
VEREINIGT
EUCH!**

mitgliedwerden.verdi.de

ver.di JUGEND

#TeamSoziales

FB03 Jugend Bayern:
Gesundheit & Soziales

Statt eines
Schlussworts...