

KRANKENHAUS

STATT **FABRIK**

bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Fakten und Argumente zum DRG-System
und gegen die Kommerzialisierung
der Krankenhäuser

Diese Broschüre ist im Internet abrufbar unter
www.krankenhaus-statt-fabrik.de

Impressum

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

V.i.S.d.P. Dr. Nadja Rakowitz
Kantstraße 10, 63477 Maintal

Telefon 06181 – 432 348

Mobil 0172 – 185 8023

Fax 06181 – 491 935

Email info@krankenhaus-statt-fabrik.de

Homepage www.krankenhaus-statt-fabrik.de

Layout/Satz Birgit Letsch

Druck Druckservice Grube

3. geringfügig überarbeitete und erweiterte Auflage, März 2018

Inhalt

Vorwort	zur dritten Auflage	5
Vorwort	Wer ist und was will das Bündnis Krankenhaus statt Fabrik?	7
Einleitung	Was wir mit dieser Broschüre wollen	9
Abkürzungen		13

Fakten und Argumente

1	Was ist falsch am Fallpauschalensystem?	14
2	Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen – Finanzielle Steuerung	23
3	Was macht das DRG-Fallpauschalensystem so teuer?	31
4	Finanzierung der Psychiatrie und Psychosomatik – PEPP – PsychVVG	38
5	Zu den Mythen über die Selbstkostendeckung	46
6	Kostendruck – Personalnot – Überlastung	52
7	Investitionskosten	58
8	Bedarfsorientierte Steuerung statt Marktsteuerung	63
9	Welche Medizin? Medizin nach Bedarf oder Medizin für Geld?	68
10	Veränderung des professionellen Ethos	75

11	DRGs und »Leistungsorientierte Bezahlung« (Pay for Performance – P4P) – vom Festpreis zum Marktpreis	83
12	Privatisierung – Geschäftsmodell Krankenhaus	89
13	Kritik der Privatisierungsideologie	99
14	Zur Frage der Schließung von kleinen Krankenhäusern	106
	8 Vorschläge für die nächste Bundesregierung für eine alternative Gesundheits- und Krankenhauspolitik	114
	Schluss	122

Vorwort

zur dritten Auflage

Dies ist die 3., leicht überarbeitete und ergänzte Auflage unserer Broschüre »Krankenhaus statt Fabrik«. Seit wir die erste Auflage im März 2017 herausgegeben haben, hat sich viel getan. Viele Belegschaften von Krankenhäusern haben sich auf den Weg gemacht, für mehr Personal und eine gesetzliche Personalbemessung zu kämpfen. Unsere Broschüre dient den Kolleginnen und Kollegen als wichtige Argumentationshilfe, um die komplexen Zusammenhänge von Personalmangel, DRG-Finanzierung und Ökonomisierung der Krankenhäuser zu erklären. Sie wurde uns förmlich aus den Händen gerissen und ist nun schon in zweiter Auflage vergriffen.

Erste Erfolge zeichnen sich ab: Vereinzelt bewegen sich schon Arbeitgeber auf uns zu und auch im Koalitionsvertrag zwischen Unionsparteien und SPD zeigt die Kritik Wirkung: Dass dort gesetzliche Personaluntergrenzen für die gesamte Pflege im Krankenhaus beschlossen wurden, war noch vor zwei Jahren kaum vorstellbar, denn eine gesetzliche Personalbemessung widerspricht den Grundprinzipien der DRGs als Preissystem. Auch die im Koalitionsvertrag getroffene Festlegung, dass DRGs um die Pflegepersonalkosten bereinigt werden und die Krankenhausvergütung auf eine Kombination von Fallpauschalen und Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt werden soll, ist ein Paradigmenwechsel und könnte der Anfang vom Ende der DRGs sein. Nur den heftigen Auseinandersetzungen in den Krankenhäusern, den Aktivitäten der Pflege und der Gewerkschaften und dem Medienecho ist dieser Sinneswandel zu verdanken.

Da wir jetzt nicht locker lassen dürfen, haben wir uns im Bündnis entschlossen, kurzfristig eine nur geringfügig überarbeitete 3. Auflage herauszugeben, die ergänzt wurde um das Kapitel 14, »Zur Frage der Schließung kleiner Krankenhäuser«, und um »8 Vorschläge für die nächste Bundesregierung für eine alternative Gesundheits- und Krankenhauspolitik«.

Eine 4. Auflage, in der wir die Zahlen und Daten komplett aktualisieren, werden wir im Herbst 2018 herausgeben. Einstweilen finden Sie neue Zahlen und Daten in der Foliensammlung: »Ökonomisierung und Kommerzialisierung im Gesundheitswesen« auf der Homepage unseres Bündnisses: <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/>

*Für das Bündnis
Dr. Nadja Rakowitz*

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

ver.di Fachbereich 3 von Baden-Württemberg,
Berlin Brandenburg, Nordrhein-Westfalen

<https://gesundheit-soziales-bawue.verdi.de/>

<https://gesundheit-soziales-bb.verdi.de/>

<https://gesundheit-soziales-nrw.verdi.de/>

Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte

<http://vdaeae.de/>

Attac AG Soziale Sicherungssysteme

[http://www.attac-netzwerk.de/ag-soziale-sicherungssysteme/
themen/gesundheit/](http://www.attac-netzwerk.de/ag-soziale-sicherungssysteme/themen/gesundheit/)

Soltauer Initiative zu Sozialpolitik und Ethik

<http://www.soltauer-impulse.culturebase.org/>

Gesellschaft für Psychotraumatologie, Traumatherapie
und Gewaltforschung (GPTG)

<https://www.gptg.eu/>

Harald Weinberg, Sprecher für Krankenhauspolitik und
Gesundheitsökonomie der Fraktion DIE LINKE

<http://www.harald-weinberg.de/>

Vorwort

Wer ist und was will das Bündnis Krankenhaus statt Fabrik?

Seit dreizehn Jahren gilt für deutsche Krankenhäuser das Abrechnungssystem der Fallpauschalen (engl. Diagnosis Related Groups, DRGs). Schon bei Einführung dieses Systems warnten viele Kenner des Gesundheitswesens vor dramatischen Fehlentwicklungen in den Krankenhäusern. Zehn Jahre später wissen wir: Die Warnungen waren berechtigt. In den Krankenhäusern herrschen Personalnot, Über-, Unter- und Fehlversorgung. Bei den Entscheidungen über Behandlungen und Dauer des Krankenhausaufenthaltes wird nicht allein nach medizinischen Kriterien entschieden, sondern immer deutlicher danach, was sich gewinnbringend abrechnen lässt. Immer mehr Krankenhäuser werden privatisiert.

Das Bündnis »Krankenhaus statt Fabrik« besteht derzeit aus den ver.di-Landesfachbereichen 03 Baden-Württemberg, Berlin-Brandenburg und Nordrhein-Westfalen, dem Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää), attac, der Soltauer Initiative, der Gesellschaft für Psychotraumatologie, Traumatherapie und Gewaltforschung (GPTG), sowie einigen Persönlichkeiten aus der Politik, wie Harald Weinberg, Sprecher für Krankenhauspolitik und Gesundheitsökonomie der Fraktion DIE LINKE im Bundestag. Ins Leben gerufen wurde das Bündnis mit einer Tagung im Mai 2015.

Unser Ziel: Krankenhäuser sollen vor allem Einrichtungen der gesellschaftlichen Daseinsvorsorge sein, keine Wirtschaftsunternehmen. Krankenhausplanung und -finanzierung sind öffentliche Aufgaben, die politischer Planung und Steuerung bedürfen. Wir brauchen eine Bedarfsplanung der Krankenhausversorgung, in die alle Akteure des Gesundheitswesens einbezogen werden. Dies ist nicht im Rahmen des DRG-Systems zu erreichen.

Das Bündnis Krankenhaus statt Fabrik wendet sich gegen die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens in Deutschland und daher insbesondere gegen das System der Krankenhausfinanzierung durch DRGs. Wir treten ein für die bedarfsgerechte Finanzierung der Krankenhäuser und ihres Personals. Nicht die Gewinn-

margen sollen ausschlaggebend dafür sein, ob und wie wir behandelt werden, sondern allein der medizinische Bedarf!

Das öffentliche Unbehagen an der DRG-basierten Krankenhausfinanzierung wächst. Zahlreiche Reportagen, Berichterstattungen, Initiativen und Interessenvertretungen thematisieren die vielschichtigen Probleme der Patientinnen und Patienten wie der Beschäftigten, die vom System der Fallpauschalen verursacht werden. Der deutsche Ärztetag hat 2015 mehrere Anträge mit grundlegender Kritik am deutschen DRG-System verabschiedet. Dennoch ist weitere Aufklärungsarbeit nötig, um eine breite öffentliche Debatte über dieses bewusst installierte marktwirtschaftliche Steuerungsinstrument führen zu können.

In dieser Aufklärungsarbeit sehen wir unsere zentrale Aufgabe. Dementsprechend stellen wir im Internet unter www.krankenhaus-statt-fabrik.de und mit dieser Broschüre Argumentationshilfen, wissenschaftliche Studien zu Auswirkungen des DRG-Systems und PowerPoint-Vorträge zur Verfügung. Alle betrieblich und/oder politisch Aktiven, alle Interessierten, Beschäftigte und Patientinnen und Patienten, die nach Erklärungen suchen für die aktuellen Zustände in Krankenhäusern, die sich engagieren wollen für eine bedarfsgerechte Versorgung und die entsprechende Finanzierung sind eingeladen, sich unsere Materialien anzueignen und an gegebener Stelle zu nutzen.

Wir möchten darauf hinweisen, dass es sich bei der vorliegenden Broschüre nicht um eine zusammenhängende Analyse handelt, deren Argumentation von Anfang bis Ende aufeinander aufbaut, sondern um eine Zusammenstellung von »Fakten und Argumenten« zu einzelnen Problembereichen. Deshalb sind gewisse Wiederholungen unvermeidlich gewesen. Gleichzeitig sollte es so möglich sein, die einzelnen Kapitel in selbst gewählter Reihenfolge zu lesen.

Man kann diese »Factsheets« auch einzeln auf der Homepage unter »Fakten & Argumente« aufrufen, herunterladen und ausdrucken.

Alle unsere Materialien sind ausdrücklich zur weiteren Verwendung frei.

Kommentare, Kritik, Verbesserungsvorschläge und Ergänzungen sind willkommen. Schreiben Sie uns ein Mail unter: info@krankenhaus-statt-fabrik.de

Für das Bündnis

Dr. Nadja Rakowitz, Geschäftsführerin des vdaä

Einleitung

Was wir mit dieser Broschüre wollen

Die deutsche Krankenhauslandschaft wurde in den letzten 20 Jahren zu einem Sektor des Gesundheitsmarktes umgebaut. Die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips und die Einführung des Fallpauschalensystems (DRG) ab 2003/04 haben die Krankenhausfinanzierung tiefgreifend verändert. Krankenhäuser werden nicht mehr nach ihrem Bedarf finanziert, sondern durch marktförmige Steuerung auf der Basis eines Festpreissystems.

Dafür wurde die kostendeckende Finanzierung über Jahrzehnte ideologisch und politisch delegitimiert. Neoliberale Politik hatte eine simple Antwort auf die medizinisch/pflegerischen und politischen Probleme, die das System der Selbstkostendeckung in seiner konkreten Ausgestaltung hatte: »Mehr ökonomischer Wettbewerb, mehr Markt!« Versprochen wurde in diesem Zusammenhang auch eine Senkung der Krankenhausausgaben.

Mehr als 20 Jahre nach der Weichenstellung für die Wettbewerbsorientierung und mehr als zehn Jahre nach Einführung der DRGs sind die Auswirkungen dieser politischen Entscheidungen deutlich sichtbar:

- Während das Versprechen der Kostensenkung nachweislich nicht eingelöst wurde, wurden zehntausende Stellen im nicht-ärztlichen Bereich abgebaut.
- Die Arbeitsbedingungen haben sich massiv verschlechtert. Durch Outsourcing ist ein großer Niedriglohnsektor in Krankenhäusern geschaffen worden. Die enorme Arbeitsverdichtung (»Produktivitätsreserven«) sorgt massenhaft für physische und psychische Überlastung der Beschäftigten.

- Unter diesen Arbeitsbedingungen leidet auch die Sicherheit der Patientinnen und Patienten: Fehlende Zeit für die Einhaltung von Hygienevorschriften, fehlende Zeit für pflegerische Versorgung und Zuwendung bedeuten für die PatientInnen schlechtere Bedingungen für die Krankheitsbewältigung – bis hin zum (vermeidbaren) Tod.
- Medizinische und pflegerische Entscheidungen sind zunehmend betriebswirtschaftlichen Zwängen – d.h. der Ökonomisierung – ausgesetzt:
 - Die Zahlen der Eingriffe und Prozeduren steigen kontinuierlich, in manchen Bereichen drastisch. Dieser Anstieg ist nur zum Teil mit medizinischem Fortschritt und demografischem Wandel zu erklären. Es sind die ökonomischen Anreize im DRG-System, die Mengenausweitungen in bestimmten Bereichen hervorrufen.
 - Durch die betriebswirtschaftlich-technokratisch betriebene Senkung der Verweildauer werden PatientInnen häufig zu früh entlassen. Die Konsequenzen dieser sogenannten »blutigen Entlassungen« tragen die PatientInnen, pflegende Angehörige, niedergelassene ÄrztInnen und Reha-Einrichtungen, die immer öfter nicht-rehafähige PatientInnen aus Krankenhäusern bekommen.
- Unter diesen Bedingungen ist es kein Wunder, dass über »Fachkräftemangel« in der Pflege geklagt wird. Die Attraktivität des Pflegeberufs für junge Menschen hat abgenommen, viele halten die Belastung nur einige Jahre aus und wechseln dann den Beruf. Aber anstatt die Arbeitsbedingungen zu verbessern, gefährdet die deutsche Gesundheitspolitik die Gesundheitssysteme von Entwicklungs- und Krisenländern, indem sie systematische Anwerbeprogramme für ausgebildete Fachkräfte aus diesen Ländern betreibt.
- Krankenhäuser wurden politisch zu einem Geschäftsmodell umgebaut, was besonders in der Entwicklung der Trägerschaft zum Ausdruck kommt: Es gibt heute nur noch halb so viele öffentliche Krankenhäuser wie 1991, aber doppelt so viele in privater Trägerschaft; öffentliche Häuser drohen zu Exoten in der Krankenhauslandschaft zu werden, wenn kein wirksamer Druck gegen die Kommerzialisierung entsteht.
- Trotz staatlicher Steuereinnahmen in Rekordhöhe verweigern die politisch Verantwortlichen eine ausreichende Finanzierung von Investitionen. So wird auch in öffentlichen Häusern die betriebswirtschaftliche Kosten-Nut-

zen-Rechnung als oberste Maxime der »Unternehmensführung« durchgesetzt. Bei wirtschaftlicher Schieflage droht Schließung oder Verkauf.

Die Kritik an den Auswirkungen der marktformigen Steuerung ist bei allen Akteuren des Gesundheitswesens und in der Öffentlichkeit präsent. Auch die Kritik am System selbst nimmt zu. Bei den politischen EntscheidungsträgerInnen herrschen aber ungebrochen marktradikale Orientierungen vor, sie singen weiter das Hohelied von Markt und Wettbewerb. Dies wurde auch im 2015 verabschiedeten Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) deutlich: Die Antwort auf die wesentlich durch den Wettbewerb produzierten Probleme lautet: Noch mehr Wettbewerb!

Die Konkurrenz zwischen den Krankenhäusern um die niedrigsten Kosten (Kellertreppeneffekt) wird durch die Umsetzung des KHSG verschärft werden. »Marktaustritte«, d.h. Schließungen von Krankenhäusern sind explizit gewollt, wie schon bei der Einführung der DRGs. Diese werden aber ausschließlich anhand von ökonomischen Kriterien stattfinden, der Versorgungsbedarf spielt keine Rolle. Der »Strukturfonds« im KHSG dient als Abwrackprämie – Schließungen werden wirtschaftlich subventioniert und sie treffen überwiegend kleine Krankenhäuser der Grundversorgung im ländlichen Bereich.

Durch Zu- und Abschläge bei »Qualität« (wie auch immer sie definiert werden soll) wird die marktformige Steuerung ausgebaut, obwohl die problematischen Anreizwirkungen bestehender Systeme bekannt sind. Durch den Einstieg in Selektivverträge wird die Planungshoheit der Länder noch weiter ausgehöhlt (was vom Bundesrat entsprechend kritisiert wird) und ein Einstieg in ein flexibles Preissystem vorbereitet: Selektivverträge zwischen Krankenhäusern und Kassen statt Festpreise. Mit jedem Schritt der weiteren Vermarktlichung werden politische, planerische Vorgaben (wie z.B. gesetzliche Personalbemessung) zu »systemfremden« Elementen.

Deshalb besteht eine wesentliche Herausforderung darin, die Möglichkeiten für politische – d.h. demokratische – Entscheidungen in der Krankenhauspolitik zu verteidigen und zu erweitern. Das ist die Voraussetzung zur Durchsetzung einer bedarfsorientierten, sektorenübergreifenden, flächendeckenden und demokratisch geplanten Gesundheitsversorgung. Der Kampf der Gewerkschaft ver.di für eine gesetzliche Personalbemessung ist ein wesentlicher Schritt dorthin.

Das Kampffeld Gesundheitswesen wird wesentlich auch durch europäisches und internationales Recht strukturiert: Die internationalen Freihandelsabkommen

(TTIP, CETA, TISA) sind Frontalangriffe auf eine gemeinwohlorientierte, solidarische Gesundheitsversorgung. Die Frage, ob Krankenhäuser unter das Sozialstaatsgebot fallen oder dem Wettbewerbsrecht zuzurechnen sind, ist umstritten. Zwar ist der Bundesverband deutscher Privatkliniken (BDPK) auch vor dem OLG Stuttgart mit seiner Klage gegen die Subventionierung des Klinikums Calw durch die Kommune gescheitert, dennoch wird damit gerechnet, dass diese Frage letztlich vor dem Europäischen Gerichtshof entschieden wird.

Die Ökonomisierung der Krankenhäuser kann nicht innerhalb des DRG-Systems zurückgedrängt werden. Innerhalb des krankenhauspolitischen Feldes ist Kritik am DRG-System zwar noch leise. Die in diesem relativ abgeschotteten Bereich dominierenden politischen und strategischen Orientierungen haben in der Bevölkerung und bei Beschäftigten aber nur einen sehr geringen Rückhalt und sind kaum zustimmungsfähig. Die überwältigende Ablehnung der Teilprivatisierung der Dresdener Krankenhäuser in einem Volksentscheid 2012 oder die breite öffentliche Zustimmung zum Berliner Charité-Streik für mehr Personal und die große Unterstützung ähnlicher Kämpfe in verschiedenen Städten in der Bundesrepublik sind hierfür deutliche Zeichen.

Wenn wir davon ausgehen, dass es einen breit getragenen Konsens für den Anspruch auf gute Versorgung im Krankenhaus und gute Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten gibt, sollten wir Mittel und Wege finden, an diese Grundhaltung anzuknüpfen. Ein erster Schritt ist eine Aufklärungskampagne, mit der wir über die politische, ökonomische, medizinische und pflegerische Funktion der Fallpauschalen und die Bedeutung von Markt und Wettbewerb für die Kommerzialisierung des Gesundheitssystems informieren.

Diese Broschüre soll ein Teil dieses Vorhabens sein.
Sie steht auch als pdf-Datei zur Verfügung unter:

<https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/>

Abkürzungen

BÄK	Bundesärztekammer
BDPK	Bundesverband deutscher Privatkliniken
BPfV	Bundespflegesatzverordnung
CETA	Comprehensive Economic and Trade Agreement (Freihandelsabkommen EU-Kanada)
CMI	Case Mix Index
DIP	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups (Fallpauschalen)
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
INEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IQTIG	Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen
KH	Krankenhaus
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHNG	Krankenhausneuordnungsgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PKV	Private Krankenversicherung
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
PsychVVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
TAVI	Transkatheter-Aortenklappenimplantation
TISA	Trade in Services Agreement (Abkommen über den Handel mit Dienstleistungen)
TTIP	Transatlantic Trade and Investment-Partnership (Transatlantisches Freihandelsabkommen)
TVöD	Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes

Was ist falsch am Fallpauschalensystem?

Fakten und Argumente 1

► Die Theorie des deutschen DRG-Systems: mit fairem Wettbewerb zu hoher Qualität

Auf den ersten Blick erscheint die Idee einer Krankenhausfinanzierung über Fallpauschalen nachvollziehbar und fair. Der Leistungsumfang eines Krankenhauses wird dabei mit moderner IT-Technologie wirklichkeitsgetreu abgebildet. Geld gibt es nur für behandelte Krankheitsfälle und zwar: gleiches Geld für gleiche Leistungen. Am Ende entspricht das Budget eines Krankenhauses der Anzahl seiner PatientInnen und dem Aufwand ihrer Behandlung. Damit sollen faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenhäusern geschaffen werden, so dass sich im Konkurrenzkampf die leistungsfähigsten Krankenhäuser am Ende auf dem Markt durchsetzen können. Der Theorie nach soll sich so eine gleichmäßige und hohe Versorgungsqualität zu günstigen Preisen herausbilden, die dem Wohl der PatientInnen dient. Krankenkassen, Gesundheitsökonominnen und nahezu alle Parteien feiern das deutsche DRG-System für die Verwirklichung marktwirtschaftlicher Prinzipien, die zumindest von außen vielversprechend erscheinen mögen.

Probleme waren der Bundesregierung schon vor Einführung des Systems durch Studien zur Wirkung von DRGs insbesondere in den USA bekannt. Diese Studien und die daraus abgeleiteten Empfehlungen wurden jedoch nicht weiter beachtet.¹

1 Vgl. Michael Simon: Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung, Opladen 2000

► Die alltägliche Praxis in den Krankenhäusern – Mangelwirtschaft und Vergeudung

PatientInnen und Beschäftigte, die den Alltag in deutschen Krankenhäusern von innen erleben, berichten von ganz anderen Erfahrungen. Mangelnde pflegerische Zuwendung, offensichtliche Verstöße gegen grundlegende Regeln (etwa der Hygiene), Zeitnot und Arbeitshetze, wenig Zeit für Zuwendung und Gespräche mit PatientInnen und für die Aus- und Weiterbildung junger KollegInnen, unstrukturierte Behandlungsabläufe und Desorganisation, oft auch beim Übergang von einer Krankenhausbehandlung zu Anschlussrehabilitation und Pflege oder bei einer zu frühzeitigen Entlassung nach Hause.

► »Ökonomisierung« steht einer Orientierung am Patientenwohl entgegen

Organisationen und Persönlichkeiten, die sich im Bündnis Krankenhaus statt Fabrik zusammengeschlossen haben, sehen in der zunehmenden Ökonomisierung und Kommerzialisierung von Krankenhaus und Gesundheitswesen ein entscheidendes Hindernis für eine konsequente Orientierung der Abläufe am Patientenwohl. Mit dieser Broschüre und unter www.krankenhaus-statt-fabrik.de berichten wir über die aktuellen Fehlentwicklungen, erklären deren Ursachen aus unserer Sicht und machen Vorschläge für eine bedarfsgerechte, am Gemeinwohl orientierte Krankenhauspolitik.

In diesem Kapitel analysieren wir Fehlentwicklungen, die zumindest solange unvermeidlich sind, wie die ökonomischen Zwangsgesetze des deutschen Fallpauschalensystems Geltung haben.

► Wirtschaftlichkeit geht auch ohne Ökonomisierung

Wichtig ist es, zwischen Wirtschaftlichkeit und Ökonomisierung zu unterscheiden. Die zentrale Ethikkommission der deutschen Ärzteschaft erklärt *Wirtschaftlichkeit* ärztlichen Handelns als eine möglichst effiziente, also sparsame und effektive, d.h.

wirksame Zuteilung von Gütern und Dienstleistungen. Sie stehe zur moralischen Integrität des Arztberufs keineswegs im Widerspruch. Eine *Ökonomisierung* liege dagegen vor, »wenn betriebswirtschaftliche Parameter jenseits ihrer Dienstfunktion für die Verwirklichung originär medizinischer Aufgaben eine zunehmende Definitionsmacht über individuelle und institutionelle Handlungsziele gewinnen.«² Der deutsche Ethikrat sieht durch Ökonomisierung die Arzt-Patient-Beziehung in Gefahr: »Zwingt eine angespannte Marktsituation im stationären Versorgungssektor hingegen zu einem Konkurrenzkampf um beschränkte Ressourcen, sodass damit die Existenzfrage für ein Krankenhaus oder eine Fachabteilung in einem Krankenhaus verbunden ist, besteht die Gefahr, dass fremdnützige Aspekte (...) in die Behandlungssituation und die Arzt-Patient-Beziehung einfließen. In diesem Fall geraten die Normsysteme einer dem Patientenwohl verpflichteten medizinischen Ethik und einem Handeln primär nach ökonomischen Grundsätzen in Konflikt.«³

► **Das Problem im Fallpauschalensystem: der Vorrang ökonomischer Ziele**

Tatsächlich stehen die Krankenhäuser seitdem wirtschaftlich ständig unter Stress. Nach dem gesetzlichen Prinzip der dualen Krankenhausfinanzierung haben die Bundesländer für Investitionskosten und die Versicherungsgemeinschaft für Betriebskosten von Krankenhäusern aufzukommen. Das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH) beziffert das notwendige Jahresinvestitionsvolumen für die Kliniken in Deutschland auf sechs Mrd. Euro. Die tatsächlich bereitgestellten Mittel waren jahrelang rückläufig und liegen mittlerweile unter drei Mrd. Euro jährlich, obwohl das Gesetz etwas anderes verlangt. Die schlechte Investitionsfinanzierung hat zwar eigentlich nichts mit dem Fallpauschalensystem zu tun, sie verschärft aber dessen Wirkungen. Denn um dringende Investitionen dennoch finanzieren zu können, müssen Krankenhäuser extrem sparsam wirtschaften,

2 Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung, Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin (...) bei der Bundesärztekammer, Dt. Ärzteblatt, Jg. 110, Heft 38, 20.09.2013, A 1754

3 Deutscher Ethikrat, Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, Stellungnahme vom 5. April 2016, S. 70; in: www.ethikrat.org (abgerufen am 23.04.2016)

um zum Ausgleich Überschüsse bei den Betriebskosten zu erzielen. Der Mangel an Investitionsmitteln sorgt also für alltäglichen Kostendruck.

Ihre Betriebskosten müssen Krankenhäuser fast ausschließlich aus Erlösen aus dem Fallpauschalensystem erwirtschaften. Für die aufnahmebereite Vorhaltung bedarfsnotwendiger Einrichtungen der Daseinsvorsorge wie Kreißsaal oder Intensivstation gibt es kein Geld, sondern nur für tatsächlich behandelte »Fälle«. Das unternehmerische Risiko wechselnder Auslastung liegt beim Krankenhaus. Zur Abrechnung werden mit erheblichem bürokratischen Aufwand alle behandelten PatientInnen anhand ihrer Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) computergestützt jeweils einer von mehr als tausend diagnosebezogenen Fallgruppen zugeordnet (Diagnosis Related Group – DRG). Diese Gruppen sollen medizinisch und hinsichtlich des finanziellen Behandlungsaufwandes möglichst gleich sein (homogen). Anhand detaillierter Ist-Kosten-Analysen errechnet das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) jedes Jahr für jede DRG den Durchschnitt der Behandlungskosten und setzt ihn ins Verhältnis zum Durchschnitt aller Krankenhausfälle (sog. Relativgewicht einer DRG). Die Höhe der Fallpauschale (der Preis) für eine DRG, beispielsweise mit Relativgewicht 1,00, die also den Durchschnittskosten einer Krankenhausbehandlung entspricht, wird politisch festgesetzt (sog. Landesbasisfallwert). Gegenüber diesem Festpreissystem wären Durchschnittspreise noch fataler, denn sie würden einen systematischen Kellertreppeneffekt in Gang setzen: Alle sparen bei den Kosten, damit sinkt der Durchschnittspreis und sie müssen noch mehr sparen. Eine weitere Steigerung der Ökonomisierung sind dann Marktpreise, wie sie im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) versuchsweise für einige Bereiche geplant sind. Die leistungsorientierte Vergütung nach DRGs soll über einen dauernden Kostendruck durch ein niedriges Preisniveau zu einem starken Anreiz für »wirtschaftliches« Handeln führen. Dabei erscheint der Kostendruck als – vermeintlicher – Sachzwang.

Im Zentrum aller Überlegungen der Betriebsleitungen der miteinander im Wettbewerb stehenden Krankenhäuser steht also das Geld, nicht das individuelle Patientenwohl. Gewinn und Verlust eines Krankenhauses hängen schließlich davon ab, ob es gelingt, effizienter zu wirtschaften als bei der Kalkulation der Pauschalvergütung berechnet.

Aus dieser Systematik erklären sich nicht nur die zwangsläufigen systemischen Fehlanreize des Fallpauschalensystems, sondern auch ihre durchschlagende Wir-

kung auf die Versorgungsstrukturen und -prozesse in den Krankenhäusern. Das einzelne Krankenhaus kann sich bei Strafe seines Untergangs dieser Dynamik nicht entziehen. Zu den ausdrücklich erklärten Zielen des DRG-Systems und des Krankenhausstrukturgesetzes von 2015 gehören zudem die Schließung unwirtschaftlicher Krankenhausabteilungen und Krankenhäuser. Dabei sagt ökonomische Effizienz nichts aus über die Bedarfsnotwendigkeit oder Behandlungsqualität eines Krankenhauses. Diese sind aber für die Verwirklichung des Patientenwohls entscheidend.

► **Marktgerechtes Verhalten als Krankenhaus: Einnahmen rauf, Ausgaben runter**

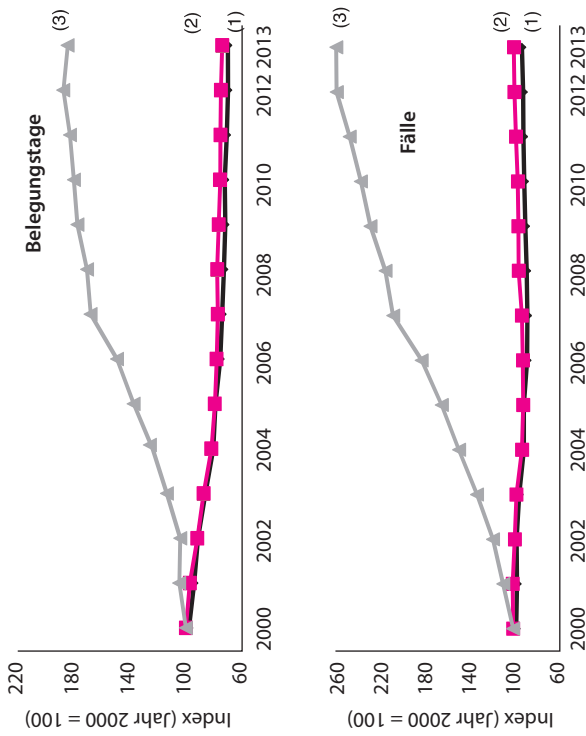
Wie verhält sich ein Krankenhaus marktgerecht? Indem es seinen »Kunden« mehr Produkte verkauft und seinen Erlös steigert, mehr lukrative Krankenhausbehandlungen durchführt und mehr lukrative Operationen und andere invasive Prozeduren indiziert, die die Fallpauschalen steigern. Ökonomisch ist eine solche Strategie stets richtig, egal ob die Maßnahmen medizinisch sinnvoll und erforderlich sind oder unsinnig und eigentlich eine Körperverletzung darstellen. Bemerkenswert ist, dass sich ein großer Anteil der Fallzahlsteigerungen der letzten Jahre in Kliniken privater, gewinnorientierter Krankenhausträger abgespielt hat.

→ siehe Abb. 1, Seite 19

Zur Steigerung der Effizienz eines Krankenhauses gehört gleichzeitig das Bemühen, alle Arten von Kosten beständig zu senken. Betriebswirtschaftlich und ökonomisch ist das immer zielführend, egal ob in sinnvoller Weise Abläufe vereinfacht und verbilligt werden oder ob in beinahe unmenschlicher Weise am Nötigsten gespart wird, prekäre Arbeitsverhältnisse Einzug halten, fachliche Standards missachtet und PatientInnen gewissenlos Risiken ausgesetzt werden. In vielen Bereichen wurden pflegerische und therapeutische Personalschlüssel so stark abgesenkt, dass eher von permanentem Krisenmanagement statt von Strukturqualität gesprochen werden muss. Dieser Mechanismus wird auch nicht außer Kraft gesetzt, wenn Studien vorrechnen, dass sich mehr Personal deshalb zum Teil selbst refinanziert, weil mit mehr Personal die Krankenstände sinken. Die im Krankenhaus tätigen Berufs-

Abb. 1: Kennzahlen nach Trägerschaft

Allgemeine Krankenhäuser



Quelle: destatis und DKG

I/Gü 4. März 2015

	öffent-lich	frei-gemein-nützig	privat
	Belegungstage in 1.000		
2007	65.364	45.497	19.082
2008	64.276	45.769	19.379
2009	63.590	44.131	20.156
2010	63.786	44.563	20.438
2011	62.612	44.423	20.762
2012	61.847	44.238	21.304
2013	61.883	43.687	20.948
	Fälle in 1.000		
2007	8.416	5.846	2.408
2008	8.480	6.025	2.487
2009	8.581	6.044	2.644
2010	8.667	6.075	2.743
2011	8.739	6.184	2.860
2012	8.756	6.270	2.994
2013	8.880	6.298	2.999

gruppen klagen in Umfragen, dass sie ihre berufsethischen Ansprüche und Verpflichtungen in immer geringerem Maße umsetzen können.

Gut organisierten, stark spezialisierten Fachkliniken, die nur planbare Behandlungen durchführen und Notfallbehandlungen vermeiden, die an Personal und Lohn sparen und Patientenselektion betreiben, gelingt es dabei deutlich leichter, effiziente Ablauf- und Kostenstrukturen zu entwickeln und Gewinne zu erwirtschaften. Hier erwirtschaften profitorientierte private Klinikkonzerne trotz des Kostendrucks im DRG-System satte Renditen und kaufen weitere Krankenhäuser auf. Auf der Verliererseite stehen zum Beispiel Krankenhäuser der Grund- und Maximalversorgung in öffentlicher Hand. Diese müssen stets auf alle Eventualitäten und Notfallbehandlungen vorbereitet sein. Sie behandeln PatientInnen mit komplexem Schwierigkeitsgrad und erhöhten Versorgungsbedarfen wie Kinder und Jugendliche, PatientInnen in hohem Lebensalter und mit geriatrischen Erkrankungen wie Demenz oder PatientInnen mit Behinderung. Dafür erhalten sie ungeachtet ihres unvermeidlich höheren Aufwands in schematischer Weise die gleichen Fallpauschalen (»gleiches Geld für gleiche Leistung«). Daran ändert auch ein geringer Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung nichts. Betriebskostendefizite sind oft unausweichlich und führen in der üblichen schematischen betriebswirtschaftlichen Beurteilung zu dem Vorwurf der Ineffizienz. Ein »Marktaustritt« wäre nach den Zielsetzungen des KHSG von 2015 aus wirtschaftlicher Sicht wünschenswert.

► Die Krankenhauslandschaft wandelt sich von Grund auf

Die Folgen sind unübersehbar: Die gesamte Krankenhausmedizin wandelt sich längst grundlegend nach ökonomischen Kriterien. Anstatt nach Patientenwohl und Versorgungsbedarf zu fragen, schauen die für die Daseinsvorsorge in der Krankenhausplanung verantwortlichen Landesbehörden meist tatenlos zu. Sie geben sich ganz offensichtlich der Illusion hin, der Markt werde es schon – zum Besten für »alle« – richten.

Lukrative Bereiche wie – aktuell – die interventionelle Kardiologie und Wirbelsäulenoperationen werden in Gewinnerwartung von den Krankenhäusern gezielt ausgebaut, ökonomisch unattraktive Fachabteilungen wie Kinderheilkunde, Ge-

burtshilfe und Geriatrie abgebaut. Der deutsche Ethikrat kritisiert, dass das Abrechnungssystem nach Fallpauschalen im Prinzip unterschiedliche Patientengruppen in Konkurrenz zueinander setze. Nach den Angaben der *Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland* und der *Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin* wurde seit 1991 fast jede fünfte Kinderabteilung geschlossen, vier von zehn Betten in der stationären Kinder- und Jugendmedizin wurden gestrichen.⁴

Der deutsche Ethikrat beschrieb die Situation im April 2016 so: »Unter den mit den DRGs eingeführten Rahmenbedingungen besteht aus ökonomischer Perspektive die Gefahr, den Patienten nach der Diagnosestellung und diagnosebezogenen Behandlung zu früh aus dem Krankenhaus zu entlassen. Solche und andere Handlungsweisen wie zum Beispiel eine ausgeweitete Indikationsstellung oder eine Fragmentierung des Behandlungsprozesses legen die auf Basis empirischer Untersuchungen mittlerweile gut begründete These nahe, dass der Patient unter Bedingungen des derzeitigen DRG-Systems weniger in seiner individuellen Bedürftigkeit als vielmehr als ein pauschalierter Behandlungsfall wahrgenommen wird. Hiermit droht eine veränderte Arzt-Patient-Beziehung. Denn wenn die Fallpauschale die Sicht des Arztes auf den Patienten als Individuum überformt und ihre Funktion von einem Mittel für die Abrechnung hin zum Zweck der Behandlung verändert, erscheint das wichtige Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ernsthaft gefährdet. (S. 71) (...) Bestätigt wird aber in Studien, dass der Konflikt nicht nur auf der Ebene der unmittelbaren Patientenbehandlung angekommen ist, sondern sich auch mit der DRG-Einführung deutlich verschärft hat. (S. 72) (...) So gibt es empirische Hinweise, dass die implizite Rationierung von Pflegeleistungen in Deutschland im Vergleich mit elf weiteren europäischen Ländern besonders ausgeprägt ist.« (S. 79)

4 Vgl. Presseinformation der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin vom 11. April 2014: www.dgkj.de/service/meldungsarchiv/meldungen/2014/presseinfo_rettet_die_kinderstation (abgerufen am 28.09.2015)

► Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) von 2015 verschärft die Fehlentwicklung

Das KHSG ist der Versuch, schneller in eine Sackgasse hineinzulaufen: Ein im Kern ungeregeltes Marktgeschehen soll lediglich beeinflusst werden, z.B. mit Preismanipulationen. Auch die Herangehensweise an Qualität als Mittel zur Selektion statt als Zweck einer Behandlung folgt diesem Muster: Unter dem Slogan »Qualität« werden Selektivverträge mit frei (nach unten) verhandelbaren Preisen eingeführt und das bislang gültige Festpreissystem der G-DRGs aufgebrochen. Auch die geplanten finanziellen Sanktionen für Krankenhäuser mit schlechter Behandlungsqualität gehen im Falle versorgungsnotwendiger Krankenhausabteilungen schlicht am Bedarf vorbei. Wie soll die Qualität bei noch mehr Kostendruck steigen?

Das KHSG verpflichtet Gesundheitsfonds und Bundesländer, bis zu insgesamt eine Mrd. Euro für einen Strukturfonds aufzubringen, »zur Verbesserung der Versorgungsstruktur insbesondere den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten, sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen (z.B. Gesundheits- oder Pflegezentren, stationäre Hospize) zu fördern.« Werden damit Klinikbetten abgebaut, für die kein Bedarf in der Versorgung besteht, oder solche, die nicht kostendeckend oder profitabel zu »bewirtschaften« sind?

► Unser Fazit

Konkurrenz und Wettbewerb widersprechen einer Bedarfssteuerung. Krankenhäuser sollten kooperieren, um ihren Auftrag bedarfsgerecht zu erfüllen. Krankenhausleistungen mit Preisen zu belegen, führt zu falschen Anreizen. Im Gesundheitswesen braucht es unbedingt eine Trennung von Leistung und Vergütung; diese erreicht man am besten durch Selbstkostenfinanzierung mit entsprechenden demokratischen Kontrollen der Leistungserbringer. Eine gemeinwohlorientierte Daseinsvorsorge im stationären Bereich braucht statt des deutschen Fallpauschalensystems eine wissenschaftlich unterstützte, integrierte Bedarfsplanung auf lokaler, regionaler und überregionaler Ebene. Dazu gehören auch allgemeinverbindliche Personalvorgaben und eine Finanzierung, die dem Bedarf gerecht wird.

Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen – Finanzielle Steuerung

Fakten und Argumente 2

Das DRG-Fallpauschalensystem ist Bestandteil eines einfachen gesundheitspolitischen Denkens, wonach der Markt die Lösung für alles ist. Das DRG-Fallpauschalensystem zeigt durch seine Ergebnisse, dass zumindest für das Gesundheitssystem das Gegenteil richtig ist. Das DRG-Fallpauschalensystem unterstützt die Unternehmenspolitik profitorientierter Unternehmen und Konzerne – ganz offensichtlich zum Nachteil der kranken Menschen, der BeitragszahlerInnen zur Krankenversicherung und der Beschäftigten im Gesundheitswesen. Die von der Bundesregierung nun ins Gesetz gegossene qualitätsorientierte Vergütung (siehe das Kapitel zu DRGs und leistungsorientierte Bezahlung, S. 81ff.) ändert daran nichts, sondern verschlimmbessert das Problem. In Zukunft sollen statistische Kennzahlen für medizinisch-pflegerische Prozeduren und Ergebnisse zum Maßstab von Bezahlungen gemacht werden. In einem von Konkurrenz getriebenen System ist aber abzusehen, dass dies den Druck erhöhen wird, kranke Menschen nach ihren wirtschaftlichen Chancen und Risiken für die Krankenhausbehandlung zu selektieren.

► Der Markt macht es teurer

Das DRG-Fallpauschalensystem setzt auf Steuerung durch Preise und Leistungsanreize. Folgerichtig stiegen die Fallzahlen nach der Einführung von 2005 bis 2013 um 11 Prozent (Destatis 2016, eigene Berechnung), nachdem sie in den Jahren davor sogar zurückgegangen waren. Sie stiegen auch in den Bereichen, die zuneh-

mend in die ambulante Versorgung gehen und den Fallzahlrückgang zuvor wesentlich mitverursacht haben, wie die Augenheilkunde, der HNO-Bereich, die Dermatologie.

→ siehe Tabelle 1, Seite 25

Gleichzeitig stieg durch die Erhöhung der Landesbasisfallwerte, also des landesspezifischen Eurobetrags, mit dem die Fallwerte der einzelnen DRGs in einen Preis umgerechnet werden, um ca. 10 Prozent sowie die durchschnittliche Fallschwere um 11 Prozent. Der durchschnittliche Preis pro Krankenhausfall stieg damit zwischen 2005 und 2013 um ca. 20 Prozent. Insgesamt ergibt sich daraus eine Steigerung des Ausgabenvolumens um mehr als ein Drittel. Selbst wenn man zugesteht, dass ein Teil der Fallschwere- und Fallzahlsteigerungen demografisch bedingt ist und die Erhöhungen des Landesbasisfallwertes angesichts der Lohn- und Preissteigerungen eher niedrig ausgefallen sind, bleibt als Resultat: Anstatt das Krankenhausssystem volkswirtschaftlich günstiger zu machen, sind die Kosten weiter gestiegen.

Besonders gravierend sind aber die Unterschiede zwischen den verschiedenen Krankenhaustypen. Getrieben ist die Ausgaben- und Leistungsexplosion nämlich von den besonders profitorientierten Krankenhäusern in privater Trägerschaft. Während bei öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern der durchschnittliche Fallerlös um 17 Prozent stieg, steigerten die privaten Krankenhäuser ihren durchschnittlichen Fallerlös um 30 Prozent. Hochgerechnet verdoppelten profitorientierte Krankenhäuser ihre DRG-Erlöse zwischen 2005 und 2013, während die öffentlichen Krankenhäuser ihre Erlöse »nur« um 19 Prozent, freigemeinnützige immerhin noch um 28 Prozent steigern konnten. Bei einem Anteil an allen Krankenhausfällen von gerade einmal knapp 16,5 Prozent sind die von privaten Konzernen betriebenen Krankenhäuser für 40 Prozent der Ausgabensteigerungen im Krankenhaussektor verantwortlich und damit die Kostentreiber schlechthin.

→ siehe Abb 2, Seite 26

Bereits 1990 schrieb der neoliberale Thinktank des Gesundheitsministeriums, der »Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen« (heute »Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen«) in seinem Jahresgutachten: »Bei einem Preissystem werden für bestimmte Leistungen im Voraus vereinbarte Entgelte oder Preise gezahlt. Die Differenz zwischen den Kosten der Leistungserstellung und der Vergütung verbleibt im Krankenhaus als Gewinn oder als Verlust. Bei einem für alle Anbieter einheitlichen Preis entste-

Tab. 1: Fallzahlveränderungen stationärer Behandlungen, 2001-2013

Entlassungsdiagnosen der Krankenhäuser	Veränderungen gegenüber 2001 – absolut		Veränderungen gegenüber 2001 – in Prozent		Veränderungen gegenüber 2005 – absolut		Veränderungen gegenüber 2005 – in Prozent	
	2005	2013	2005	2013	2005	2013	2005	2013
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	62.625	151.223	17,8 %					36,4 %
Neubildungen	- 157.933	- 966	- 7,9 %					- 0,1 %
Krankheiten des Blutes u. der blutbildenden Organe	4.204	16.147	3,8 %					14,0 %
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	- 41.635	34.511	- 8,2 %					7,4 %
Psychische und Verhaltensstörungen	65.096	173.389	6,6 %					16,6 %
Krankheiten des Nervensystems	21.013	53.502	3,1 %					7,7 %
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	- 94.960	25.770	- 23,4 %					8,3 %
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	- 43.856	11.309	- 23,5 %					7,9 %
Krankheiten des Kreislaufsystems	- 241.496	303.816	- 8,6 %					11,9 %
Krankheiten des Atmungssystems	20.434	83.649	1,9 %					7,7 %
Krankheiten des Verdauungssystems	- 9.452	148.936	- 0,6 %					8,7 %
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	- 15.505	49.223	- 6,4 %					21,6 %
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems u. Bindegewebes	76.977	368.081	5,8 %					26,3 %
Krankheiten des Urogenitalsystems	- 187.468	130.163	- 17,4 %					14,6 %
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	- 117.034	- 1.330	- 11,1 %					- 0,1 %
Best. Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode	53.238	15.564	48,7 %					9,6 %
Angeb. Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanom.	- 18.842	- 2.739	- 14,9 %					- 2,6 %
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	66.036	297.748	12,3 %					49,5 %
Verletzungen, Vergiftungen, and. Folgen äuß. Ursachen	- 18.011	245.357	- 1,1 %					14,7 %
Gesamt ohne ICD10Z	- 576.569	2.114.728	- 3,4 %					12,9 %

2000-2003: ICD10 Z00-Z99; ohne Z38 (gesunde Neugeborene)

Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2013 | Stand: 03.2016; eigene Auswertungen

Abb. 2: Entwicklung der Erlöse aus DRGs nach Krankenhausstypen (2005 – 2013)



Quelle: Destatis März 2016; RWI 2014; eigene Berechnungen

hen Gewinne, die für denjenigen Anbieter am größten sind, der die Leistungen am wirtschaftlichsten erbringt.« (Sachverständigenrat 1990)

Danach begann die schrittweise Einführung der DRGs mit allen ihren Folgen. Geldsteuerung / finanzielle Steuerung / Steuerung über Preise sind Synonyme für die zunehmende Ökonomisierung und Vermarktwirtschaftlichung von Einrichtungen der Daseinsvorsorge, die unseres Erachtens einer Bedarfssteuerung (was notwendig ist, wird ermittelt und bezahlt) unterliegen müssten.

► **Gleiche Leistung: Wer macht sie am wirtschaftlichsten?**

Zunächst ist festzuhalten, dass Geldsteuerung blind gegenüber der Qualität ist. Reduziert man die zur Verfügung gestellten Gelder und verteilt sie nach marktwirtschaftlichen Kriterien, wirkt sich das zunächst gleich auf notwendige wie auf überflüssige Leistungen aus. Noch schlimmer: Überflüssige Leistungen lassen sich in der Regel billiger erbringen als notwendige, weil die Komplikationsrate geringer ist (siehe hierzu Fakten und Argumente: »Welche Medizin?«). Unter- und Überversorgung bleiben also bestehen bzw. werden verschärft.

Hinzu kommen die ökonomischen Anreize, die eine solche finanzielle Steuerung setzt. Es lohnt sich dann nämlich

- möglichst wenig Kosten pro Fall zu produzieren (dann ist der Gewinn am höchsten),
- möglichst viele Fälle zu behandeln, bei denen ein Gewinn möglich ist,
- möglichst Fälle zu vermeiden, bei denen ein Verlust gemacht wird,
- da die Vergütungshöhe der DRGs zunehmend durch die bessere Vergütung von Einzelleistungen geprägt ist, lohnt es sich auch, immer mehr (und mehr als notwendig) Prozeduren am einzelnen Patienten durchzuführen.

Die Folgen richten sich gegen die PatientInnen und die Beschäftigten:

- Schlechtere Versorgung auf der einen Seite und Arbeitshetze und Lohndumping auf der anderen.
- Unnötige Behandlungen und ständige Mengensteigerungen bedeuten unnötiges Leid für die PatientInnen und wieder Überlastung und Demotivation für die Beschäftigten.

- Die Selektion diskriminiert alle PatientInnen, die betriebswirtschaftlich unattraktive Erkrankungen haben oder deren Behandlung aufgrund vieler komplikationsträchtiger Zusatzerkrankungen keinen ausreichenden Gewinn abwerfen. Für die Beschäftigten, die mit einem ganz anderen Anspruch ihren Beruf gewählt haben, ist dies schier unerträglich: 2008 lehnen 87 Prozent der Pflegekräfte die Vorenthaltung von Leistungen aus Kostengründen ab. Nur 12 Prozent von ihnen arbeiten aber im selben Jahr in Bereichen, wo es keine Rationierung gibt (Braun et al. 2010).

»Bei Strafe des Untergangs« müssen diese Zwangsgesetze eingehalten werden: Seit 1991 bis einschließlich 2016 wurden 460 Krankenhäuser geschlossen und 166.847 Betten abgebaut. Die Zahl der Fälle stieg seit 1995 um 3,6 Mio. (+ 22 Prozent) und die Zahl der Pflegekräfte sank um 25.452 (– 7 Prozent). Die DRGs produzieren also weder Wirtschaftlichkeit noch eine qualitativ gute Versorgung. Das Gegenteil ist der Fall. → s. Tab. 2

Tab. 2: **2016 müssen weniger Pflegekräfte in viel kürzerer Zeit viel mehr PatientInnen versorgen als 1995**

	Patientenzahl	Verweildauer	Beschäftigte	Pflegekräfte	Fälle pro Pflegekraft
1995	15.931.168	12,1	887.564	350.571	45,4
2016	19.532.779	7,3	880.520	325.119	60,1
Veränderung	3.601.611	– 4,8	– 7.045	– 25.452	14,6
Veränderung in %	22,6	– 39,7	– 0,8	– 7,3	32,2

(Quelle: Destatis, eigene Berechnungen)

► **Auch außerhalb Deutschlands ist Marktwirtschaft volkswirtschaftlich teuer: das Beispiel Niederlande**

Ab 2006 wurde in den Niederlanden dem Krankenversicherungssystem eine marktwirtschaftliche »Gesundheitsreform« aufgedrängt, der sogenannte einheitli-

che Versicherungsmarkt. Es gibt nun keinen Unterschied mehr zwischen privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen. Menschen, die den Versicherungsbeitrag nicht mehr zahlen können, werden durch den Staat bei und nach Bedarf unterstützt. In den Niederlanden herrschte in Krankenhäusern ein anerkannt hohes Qualitäts- und Leistungsniveau (wenn auch mit von der OECD kritisierten sehr langen Wartezeiten); das Ausgabenniveau für Gesundheitsleistungen lag vor der Reform gemessen an der nationalen Wirtschaftsleistung im Mittelfeld der Hochinkommensländer. Nach der Kompletprivatisierung der Krankenversicherung explodierten die Ausgaben im Gesundheitswesen. Die Niederlande besitzen nun hinter den USA das zweit teuerste Gesundheitssystem der Welt. Dass die Ansichten dogmatischer Marktökonomien mit den Realitäten im Gesundheitswesen nicht übereinstimmen, zeigt ein anderes Ergebnis. Ein von Marktökonomien gern postuliertes Ziel ist die Erhöhung der Wahlmöglichkeiten für die Versicherten. Faktisch nahm aber nach der Reform die Wechselhäufigkeit zwischen den Krankenversicherungen gegenüber dem Zeitraum vor Einführung der einheitlichen Versicherung ab (Reitsma-van Rooijen et al. 2011). Die Ergebnisse bestätigen frühere Untersuchungen aus anderen Ländern: Besonders arme Menschen, Ältere und Menschen mit chronischen Erkrankungen wechseln ihrer Versicherungen nicht. Der beste Weg, ein Gesundheitssystem finanziell zu schädigen, ist es ganz offensichtlich, es dem Markt zu überlassen.

■ Literatur

Ärzteblatt 2014: Qualitätsorientierte Vergütung: Die Diskussion geht weiter; Ärzteblatt.de, 24.09.2014

Braun, B.; Klink, S.; Müller, R. 2010: Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern, Pflege & Gesellschaft 15. Jg., Nr.1, 2010

Destatis.de: Unterschiedliche Abfragen März 2016

Essential Hospitals o.J.: Establishing the Safety Net. <http://essentialhospitals.org/about-america-essential-hospitals/history-of-public-hospitals-in-the-united-states/establishing-the-safety-net-hospital-1980-2005/>

IQWiG 2006: Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung. Eine systematische Übersicht; Köln 2006

James, J. 2012: Pay-for-Performance. New payment systems reward doctors and hospitals for improving the quality of care, but studies to date show mixed results. in: Health Policy Brief, 11.10.2012. www.healthaffairs.org

Joynt, K. E.; Jha, A.K. 2013: Characteristics of Hospitals Receiving Penalties- Under the Hospital Readmissions Reduction Program; in: JAMA, January 23/30, 2013—Vol 309, No. 4; S. 342f.

Rajaram, R. et. al. 2015: Hospital Characteristics Associated With Penalties in the Centers for Medicare & Medicaid Services Hospital-Acquired Condition Reduction Program; in JAMA, July 28, 2015—Vol 314, No. 4; S. 375ff.

Reitsma-van-Rooijen, M.; de Jong, J. 2011: Regulated competition in health care: Switching and barriers to switching in the Dutch health insurance system. in: BMC Health Serv Res. 2011; 11: 95

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1990: Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Jahresgutachten 1990

Schmaltz; S.P. et. al. 2011: Hospital Performance Trends on National Quality Measures and the Association With Joint Commission Accreditation; Journal of Hospital Medicine Vol 6 | No 8 | October 2011; S. 454 ff.

Sochalski ; J.; Aiken; L.H. 1999: Accounting For Variation In Hospital Outcomes: A Cross-National Study; in: Health Affairs, Vol. 18, No. 3; S.256 ff.

Statistisches Jahrbuch, hg. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2013

Tan, S.; Ineveld, K.R.; Hakkaart-van Roijen, L. 2011: The Netherlands: The Diagnose Behandeling Combinaties; in: Busse etal (Hrsg.); Diagnosis Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals; New York 2011, S. 425 ff.

Veit, Ch. et. al. 2012: Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, kein Ort; 2012

Was macht das DRG-Fallpauschalensystem so teuer?

Fakten und Argumente 3

► Grundaussage

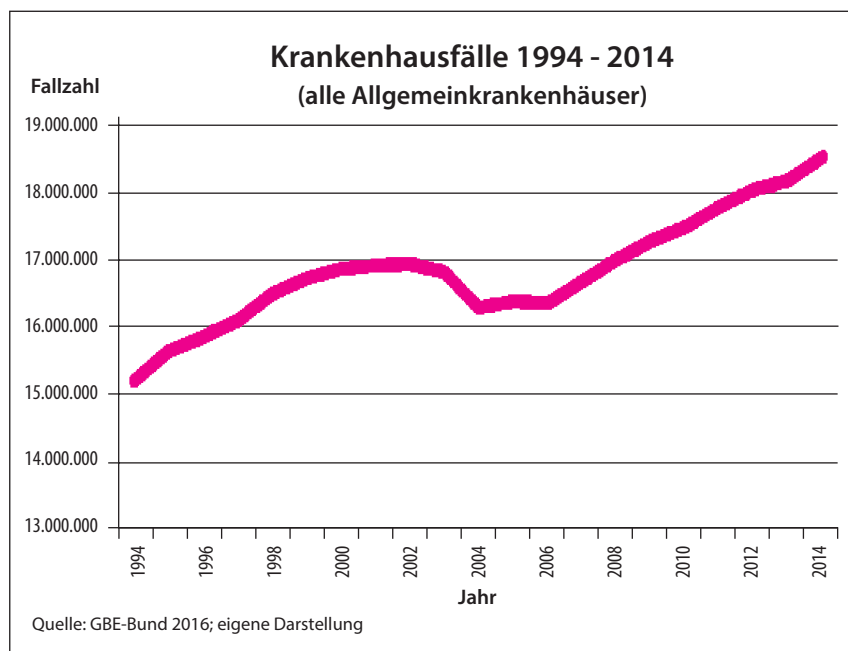
Das DRG-Fallpauschalensystem drängt Krankenhäuser zu vornehmlich betriebswirtschaftlich begründetem Verhalten. Das Abrechnungssystem ermöglicht es, Erlöse durch Selektion und mehr oder minder erlaubte »Tricks« zu erhöhen. Um im Preis- und Kostenwettbewerb wirtschaftlich überleben zu können bzw. die Gewinne zu steigern, greifen alle Krankenhausträger auf diese strategischen Instrumente zurück. Das DRG-System ist ein volkswirtschaftlicher und medizinisch-ethischer Sprengsatz für ein soziales Gesundheitswesen.

► Fallzahlentwicklung

Die Einführung der DRGs führte bei der Fallzahlentwicklung zu einer Trendwende. Seit Ende der 1990er Jahre hatte sich die Zunahme der Krankenhausbehandlungsfälle verlangsamt. Zwischen 2000 und 2005, dem Jahr des Einstiegs in die DRGs, nahm die Zahl der Krankenhausfälle sogar ab. Seit 2006 zeigt die Fallzahlentwicklung steil nach oben. Der banalste Grund dafür ist: jeder zusätzliche Behandlungsfall ist eine weitere Fallpauschale, bringt also mehr Geld ins Haus. Ein weiterer Grund ist darin zu sehen, dass im Vor-DRG-Zeitalter die Abrechnung unterschiedlicher Behandlungen während eines Krankenhausaufenthalts aufgrund

des Systems tagesgleicher Pflegesätze kein Problem darstellte, während heute pro Aufenthalt nur eine DRG abrechenbar ist. Zusätzliche Nebendiagnosen steigern die Fallpauschale weniger als ein neuer Fall. Es besteht also der Anreiz, PatientInnen zunächst zu entlassen und mit zeitlichem Abstand erneut aufzunehmen, damit eine Behandlung in einer anderen Abteilung optimal abgerechnet werden kann. Dies scheint die Erfahrung von ÄrztInnen wie PatientInnen zu bestätigen, ist aber noch nicht wissenschaftlich in einer empirischen Studie belegt. → siehe Abb. 3

Abb. 3: Krankenhausfälle 1994 – 2014



► Upcoding

Bei der Einführung des Systems der DRGs wurde mit einem mittleren Fallschwergrad aller Krankenhäuser von um die 1 gestartet. Zwischenzeitlich liegt die durch-

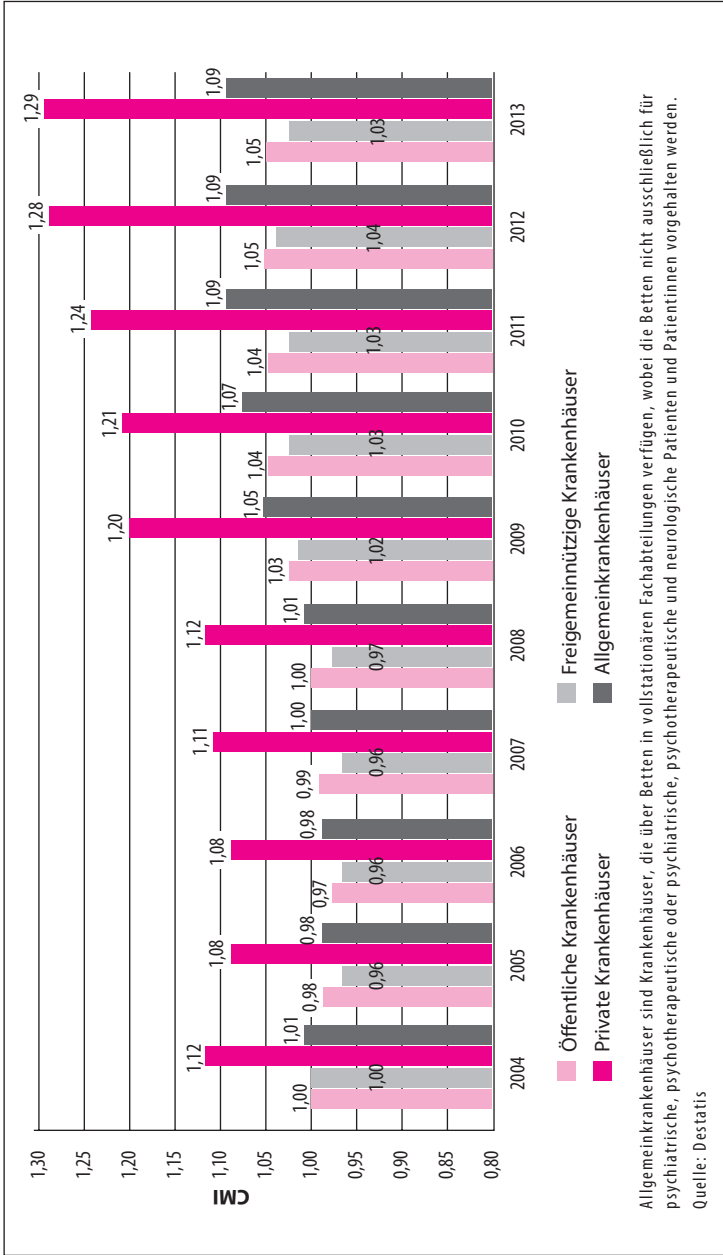
schnittliche Fallschwere – gemessen am Ausgangsniveau – um 7 Prozent höher. Insbesondere private Krankenhäuser haben hier die Fallschwere überproportional erhöht. Bis 2013 stieg deren Fallschwere (mit CMI abgekürzt; CMI steht für *Case Mix Index*) und damit der durchschnittliche Erlös pro Krankenhausfall, um 15 Prozent (öffentliche Krankenhäuser 5 Prozent, freigemeinnützige Krankenhäuser 3 Prozent). Auch wenn ein Teil der Fallschwereerhöhung demografisch bedingt ist und leichte Fälle weggefallen sind, weil sie überhaupt nicht mehr stationär aufgenommen werden, bleibt ein Rest, der nur durch eine veränderte (höhere) Eingruppierung zu erklären ist. → siehe Abb. 4, Seite 34

Gründe sind in der deutlichen Zunahme von die Fallschwere beeinflussenden Prozeduren zu finden. Während von 2005 bis 2014 die Zahl der Krankenhausfälle um 15 Prozent stieg, stiegen die operativen Eingriffe um 33 Prozent, die der nichtoperativen therapeutischen Maßnahmen sogar um 44 Prozent (Destatis 2016). Noch deutlicher ist die Entwicklung bei den sogenannten Nebendiagnosen, die ebenfalls die Fallschwere erhöhen. Die Zahl der kodierten Nebendiagnosen verdreifachte sich zwischen 2005 und 2014 von 33 Mio. 2005 auf über 100 Mio. in 2013 (Destatis (a)).

► Vorzeitige Entlassung

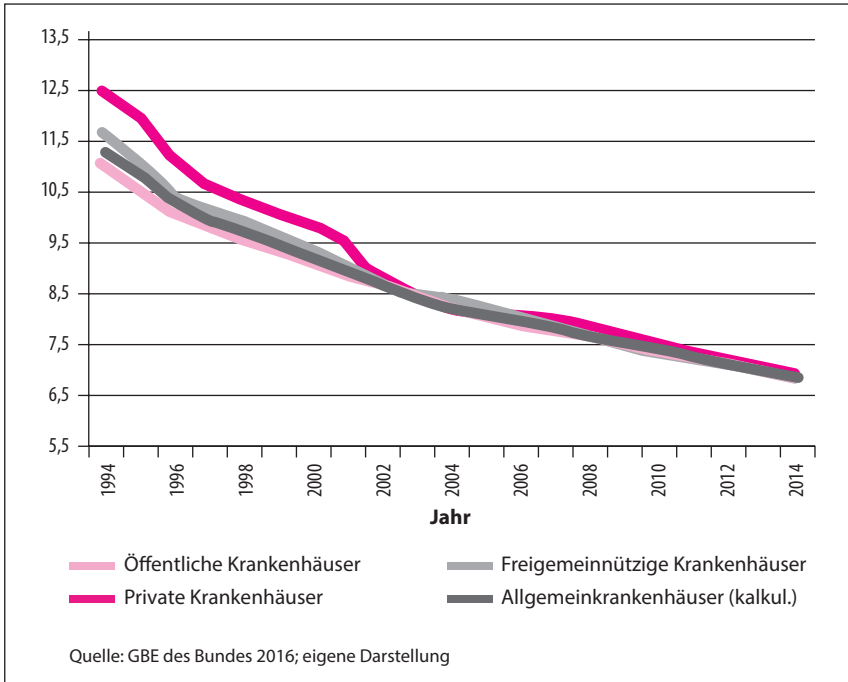
Während das Selbstkostendeckungsprinzip durch die Vergütungsregelung der tageseichen Pflegesätze fälschlicherweise im Verdacht stand, zu überlangen Verweildauern im Krankenhaus zu führen (siehe dazu Fakten und Argumente »Selbstkostendeckung«), wird für das DRG-Fallpauschalensystem vermutet, dass dieses zu vorzeitigen Entlassungen führt. Die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauern ging auch schon vor der DRG-Einführung nach unten. Dieser Trend hat sich nicht abgeschwächt, obwohl dies bei der Kürze der Verweildauern, die zwischenzeitlich erreicht ist, eigentlich zu erwarten war. Andererseits verdeutlicht die Grafik auf S. 33 auch die betriebswirtschaftlich orientierte Erlösstrategie profitorientierter Krankenhäuser, die rechtzeitig vor der Einführung der DRG-Fallpauschalen ihre überdurchschnittlich hohen Verweiltage pro Krankenhausfall dem Durchschnittswert der öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser angeglichen haben. → siehe Abb. 5, Seite 35

Abb. 4: Entwicklung der durchschnittlichen Fallschwere (CMI) in Krankenhäusern verschiedener Trägerschaft



Allgemeinkrankenhäuser sind Krankenhäuser, die über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügen, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Patienten und Patientinnen vorgehalten werden.
Quelle: Destatis

Abb. 5: Verweiltage im Krankenhaus nach Trägerschaft (Durchschnitt)



Eine Studie des Zentrums für Krankenhausmanagement der Uni Münster (v. Eiff 2011) macht deutlich, dass PatientInnen in der Anschlussheilbehandlung zunehmend akut behandlungsbedürftig sind. Die nachstationäre Rehabilitation wird dadurch faktisch kürzer, gleichzeitig tragen die Reha-Einrichtungen Kosten der medizinischen Behandlung, die ihnen nicht erstattet werden.

► **DRG-Systemaufwand:
mehr Wettbewerb braucht mehr Bürokratie**

Das DRG-Fallpauschalensystem hat neue Berufe kreiert, die nichts mit Medizin oder Pflege zu tun haben. Kodieroptimierung und medizinisches Controlling sind neu hinzugekommene Aufgaben. Bei jedem fünften Fall diskutieren Krankenhäu-

ser und Krankenkassen bzw. deren Medizinischer Dienst miteinander, vor allem über die Richtigkeit der Kodierung von Haupt- und Nebendiagnosen, wegen zu langer Verweildauer bei PatientInnen oberhalb der oberen Grenzverweildauer bzw. bei Verweiltagen in der Nähe der unteren Grenzverweildauer (medinfoweb 2014). Den systembedingten Mehraufwand auf Seiten der Krankenhäuser kalkulieren wir auf eins bis 1,5 Mrd. Euro jährlich. Nicht eingerechnet ist der Aufwand für Krankenkassen und den Medizinischen Dienst der Krankenkassen.⁵

► Zielvereinbarungen und leistungsbezogene Vergütung von ÄrztInnen

Inbesondere private Krankenhäuser schließen mit ChefärztInnen und anderen leitenden ÄrztInnen Zielvereinbarungen über Leistungen und Kosten ab, auf deren Grundlage sich die Höhe eines Teils ihres Gehalts bestimmt (variable Vergütung). Schon geringe Zielverfehlungen führen in vielen Fällen zu spürbaren Einkommenseinbußen. Das Ergebnis ist häufig die »innere Umpolung der Ärzte« (Maio 2015), vereinfacht gesagt »Monetik vor Ethik«. Diese Problematik hat inzwischen zu einer offiziellen Stellungnahme der BÄK geführt, in der solche »Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen abstellen«, ausdrücklich als unethisch qualifiziert werden.⁶ Aber selbst wenn es keine erfolgsabhängige Vergütung für einzelne ÄrztInnen gibt, gibt es Zielvereinbarungen mit Konsequenzen für die Abteilung (Stellen- und Bettenabbau, weniger Mittel), die für die Chef- und OberärztInnen mindestens genauso relevant sind.

► Fazit

Offiziell waren die DRGs auch eingeführt worden, um den Anstieg der Ausgaben für Krankenhäuser zu drosseln, um also Kosten zu sparen. Es zeigt sich aber, dass

5 Eigene Berechnungen nach Daten des MDK

6 Gemeinsame Pressemitteilung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesärztekammer vom 10.05.2013: Empfehlungen zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen.

das Gegenteil der Fall ist und dass das DRG-System – angewandt als Finanzierungslogik unter marktwirtschaftlichen Wettbewerbsbedingungen – zu noch größeren Kostensteigerungen führt. Nebenbei bemerkt: Eine solche Entwicklung dürfte zumindest Kenner der Materie nie überrascht haben. Das Beispiel der USA mit ihrem durchökonomisierten Gesundheitswesen, das das teuerste der Welt ist, hätte als Warnung dienen können.

■ Literatur:

Destatis (a): Statistisches Bundesamt; Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik); Fachserie 12 Reihe 6.4, Wiesbaden, unterschiedliche Jahrgänge

Destatis (b): Statistisches Bundesamt; Kostennachweis der Krankenhäuser; Fachserie 12 Reihe 6.3, Wiesbaden, unterschiedliche Jahrgänge

Gemeinsame Pressemitteilung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesärztekammer vom 10.05.2013: Empfehlungen zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen, in: <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/landesaerztekammern/aktuelle-pressemitteilungen/news-detail/empfehlungen-zu-leistungsbezogenen-zielvereinbarungen-in-chefarztvertraegen-vorgelegt/>

Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2016, unterschiedliche Abfragen

Maio, G. 2015: Die Indikation als Kernstück der ärztlichen Identität. Interview mit Giovanni Maio, Dtsch. Ärzteblatt, 17. August 2015

Medinfoweb 2014: Thieme, M.; Schikowski, J.; Frühjahrsumfrage 2014 MDK-Prüfung in deutschen Krankenhäusern – Bestandsaufnahme 2013 – Trend 2014

v. Eiff, W. 2011: Medizinische Rehabilitation: Kürzere Akut-Verweildauern erhöhen Aufwand in der Reha; in: Dtsch. Ärzteblatt 2011; 108

Finanzierung der Psychiatrie und Psychosomatik – PEPP – PsychVVG

Fakten und Argumente 4

Die Entscheidung für ein »durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten für die voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen« fiel 2009 mit einer Änderung des *Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)*. Die *Spitzenverbände der Krankenkassen und Krankenversicherungen* sowie die *Deutschen Krankenhausgesellschaft* wurden damit beauftragt, ein den gesetzlichen Vorgaben entsprechendes Entgeltsystem (»Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik – PEPP«) einzuführen und jährlich weiterzuentwickeln. Die Vertragsparteien konnten sich aber nicht einigen, so dass der PEPP-Entgeltkatalog sowie die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen für 2013 durch das Bundesministerium für Gesundheit in Kraft gesetzt wurden (Ersatzvornahme) – auf der Grundlage eines Vorschlags des *Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)*.

► Wie PEPP eingeführt werden sollte

Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik konnten das neue System ab 2013 auf freiwilliger Basis einführen. Ursprünglich sollte es ab 2015 verpflichtend sein. Mit dem »*Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung*« vom 24. Juli 2014 wurde die Frist bis zur

verpflichtenden Einführung um zwei Jahre verlängert. Für die Jahre 2017 und 2018 sollte die Umstellung budgetneutral sein. 2019 sollte die sog. Konvergenzphase beginnen. Bis 2022 sollte der bisherige krankenhausindividuelle Preis an den Landesbasisentgeltwert angepasst werden. Gleichzeitig sollte die gesetzliche vorgeschriebene Personalbemessung (Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV) außer Kraft gesetzt werden. Das ist auch folgerichtig, weil Preise und Personalvorgaben sich ausschließen. Personalvorgaben und ihre Finanzierung sind eine Form der Selbstkostendeckung, Preise beruhen auf der freien Verwendung der Einnahmen incl. Zweckentfremdung der Einnahmen für Investitionen und Gewinnentnahme.

► **Wie PEPP funktioniert**

PEPP besteht im Kern aus Tagespreisen für die Behandlung einer bestimmten psychiatrischen / psychosomatischen Krankheit. Auf der Basis von Kostendaten der Krankenhäuser, die (freiwillig) an der Kalkulation der Entgelte teilnehmen, errechnet das InEK sogenannte Relativgewichte (Verhältnis der Tageskosten einer bestimmten Krankheit zu den durchschnittlichen Tageskosten aller psychiatrischen / psychosomatischen Krankheiten). Beispiel: Schizophrenie hat ein Relativgewicht von 1,3289. Damit kein Anreiz besteht, durch Verlängerung der Verweildauer Mehreinnahmen zu erzeugen, wurde jeweils eine allmähliche Minderung in den Preis eingebaut (Degression). Bei Schizophrenie fällt der Wert bis zum 21. Behandlungstag auf 1,0212. Wieviel Geld dem jeweiligen Relativgewicht entspricht, wird in Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften auf Landesebene nach den gesetzlichen Vorgaben festgelegt.

► **PEPP und DRG-System sind ähnlich und bewirken die gleichen Probleme**

Damit ähneln sowohl die Einführungsmethode als auch die Grundprinzipien der PEPP-Vergütung sehr stark den DRGs. Wesentlicher Unterschied: Es werden degressive Tagespreise festgelegt und nicht Fallpreise. Es handelt sich in beiden Fällen um Festpreise, die nach politischen Vorgaben verhandelt werden. Damit ist auch

klar, dass die Folgen dieselben sein werden wie bei den DRGs: Eine zunehmende Ökonomisierung und immer mehr Markt und Wettbewerb. Innerhalb eines solchen Preissystems handelt ökonomisch vernünftig, wer

1. möglichst wenig Kosten pro Fall produziert (dann ist der Gewinn am höchsten)
2. möglichst viele Fälle behandelt, bei denen ein Gewinn sicher ist
3. möglichst Fälle vermeidet, bei denen ein Verlust wahrscheinlich ist.

Damit sind Personalabbau, Leistungsausweitungen, unnötige Behandlungen und Patientenselektion vorprogrammiert. Weitere Folgen eines solchen Marktsystems sind:

- Vertrauen geht verloren
- Gesundheit wird zur Ware und Zwei-Klassen-Medizin wird zunehmen
- Verschwendung und (falsches) Sparen zugleich
- Benchmarking («Rattenrennen») um die niedrigste Personalbesetzung
- Gewinne können aus den Sozialkassen abgezogen werden

Die Leidtragenden sind die PatientInnen und das Personal. Nach den somatischen Krankenhäusern im DRG-System verwandeln sich nun auch psychiatrische Krankenhäuser von Einrichtungen der Daseinsvorsorge zu Wirtschaftsunternehmen mit Gewinnabsicht. Die Vorstellung eines Operationsbetriebes wie in einer Fabrik ist schon erschreckend genug, aber die Behandlung psychiatrischer Erkrankungen gleichsam mit der Stoppuhr erscheint noch abstruser. Die grundsätzlichen Mechanismen und Folgen sind in beiden Bereichen die gleichen.

► Was der Widerstand gegen PEPP erreicht hat

Gegen diese marktwirtschaftliche Umformung der psychiatrischen Versorgung entwickelte sich in den letzten Jahren massiver Widerstand. »Weg mit PEPP« war die Forderung eines breiten Bündnisses (ver.di, attac, vdää und fast aller Fachgesellschaften), das sich der Einführung eines Preissystems in der Psychiatrie / Psychosomatik widersetzte. Eigentlich war schon alles beschlossen, aber die Aktivitäten hatten Erfolg: Zunächst ruderte die SPD-Bundestagsfraktion mit ihrem Beschluss vom 08.01.2016 »PEPP muss endgültig weg« zurück, anschließend auch Gesundheitsmi-

nister Größe. Ein runder Tisch wurde einberufen, und das Bundeskabinett hat den Entwurf für ein »Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen – PsychVVG« ins Parlament eingebracht. Das Gesetz wurde am 10. November 2016 vom Bundestag verabschiedet. Der Bundesrat hat zugestimmt. Was sind die neuen Regelungen und wie sind sie zu bewerten?

► Das PsychVVG

1. Einführung eines krankenhausespezifischen Budgets mit umfassenden Kontrollmöglichkeiten für die Kassen statt Festpreisen

Bisher waren (tagesbezogene) Festpreise für die Behandlung von bestimmten Patientengruppen geplant. Jetzt soll für jedes Krankenhaus mit den Kassen ein Gesamtbudget vereinbart werden. Die Einführung ist verpflichtend ab 2018. 2018 und 2019 erfolgt sie budgetneutral, d.h. das Vorjahresbudget dient als Grundlage für die Neuvereinbarung. Es wird ein »krankenhausespezifischer Basisentgeltwert« ermittelt (Budget / Summe der Relativgewichte gemäß bestehendem PEPP-Katalog). Dieser dient auch zur Abrechnung der Leistungen mit den einzelnen Krankenkassen während des laufenden Jahres. Ab 2020 gelten dann neue Bestimmungen für die Ermittlung des Gesamtbudgets. Sie enthalten ein massives Drohpotential zur Durchsetzung von Durchschnittspreisen:

- Es wird ein bundes- und landesweiter Krankenhausvergleich eingeführt. Die Vertragsparteien auf Bundesebene (Kassen und Krankenhausgesellschaft) sollen die näheren Bestimmungen (welche Daten und Differenzierungsgrad) vereinbaren. Das InEK-Institut soll die Vergleichsdaten (Landes- und Bundesebene) zur Verfügung stellen. Mit ihnen wird der KH-individuelle Basisentgeltwert verglichen. Bei Überschreitungen können die Kassen eine Absenkung verlangen (*»Von einer deutlichen Überschreitung wird in der Regel dann auszugehen sein, wenn die maßgeblichen Vergleichswerte um mehr als ein Drittel überschritten werden.«*).
- Die Beweislast liegt beim Krankenhaus (*»... wenn der Krankenträger schlüssig darlegt, aus welchen Gründen die Überschreitung unabweisbar ist«*).

Dabei kann das Krankenhaus »regionale und strukturelle Besonderheiten« anführen, die aus seiner Sicht zu berücksichtigen sind. Auch die »Besonderheiten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen« sind zu berücksichtigen.

- Bei Nichteinigung entscheidet eine Schiedsstelle, was den Absenkungsprozess vermutlich nur zeitlich verzögert.

Politisch ist diese Regelung die erste seit Jahren, die nicht noch mehr in Richtung Markt und Preise geht, sondern hin zu einer (begrenzten) Deckung der tatsächlichen Kosten. Budgetabsenkungen sind auch kein gesetzliches Muss, Erhöhungen sind (theoretisch) möglich. Allerdings werden auch die Folterwerkzeuge geschärft (Krankenhausvergleiche, Beweislast). Es besteht die Gefahr, dass die Kassen diese zur Durchsetzung von Durchschnittspreisen nutzen. Das wäre dann eine echte Verschlimmbesserung, weil Durchschnittspreise (im Gegensatz zu den DRG-Festpreisen) zu einem automatischen Kellertreppeneffekt führen: Alle Häuser mit überdurchschnittlichen Kosten wollen den Durchschnitt erreichen oder unterschreiten, um keine Verluste zu machen. Dadurch sinkt der Durchschnitt und der Kostendruck verschärft sich. Zudem sagen Vergleiche mit den Durchschnittskosten nichts über die Qualität und die Besonderheiten eines Hauses aus.

Jedenfalls ist die Neuregelung von einer echten Selbstkostendeckung (alternativ: »wirklichen Deckung der notwendigen Kosten«) und von einem Verbot, Gewinne zu machen, weit entfernt. Im Zusammenhang mit der Personalmindestbesetzung (s.u.) wäre eventuell eine teilweise Selbstkostendeckung erreichbar – je nach Höhe der Mindestpersonalvorgabe und der Klarheit der Finanzierungsregelung hierzu.

Was bleibt, ist der erhebliche bürokratische Aufwand (und auch die unnötigen Kosten) für die Kalkulation und die Bereitstellung der Vergleichsdaten (in jedem Krankenhaus und durch das INEK). Die Zeit um die Daten zu erheben, geht der Versorgung der PatientInnen verloren. Zudem bekommen die Kassen über die Vergleiche alle diese Daten in die Hand und werden sie nutzen.

Gravierend ist auch, dass die negativen ökonomischen Anreize bezogen auf die PatientInnen bestehen bleiben: Ausdehnung der Leistungsmengen, unnötige Behandlungen, Patientenselektion, PatientInnen kränker machen als sie sind, PatientInnen früher entlassen, Fallsplitting usw. Sie sind im Rahmen der Krankenhausvergleiche entscheidend für die Abweisung von Kürzungsforderungen der Kassen.

► Unsere Forderungen

- Keine Wirtschaftlichkeitsbeurteilung auf der Basis von Durchschnittswerten
- Abschaffung der flächendeckenden Krankenhausvergleiche, dafür Recht der Krankenkassen, für das einzelne Krankenhaus eine Wirtschaftsprüfung zu verlangen.
- Bürokratieabbau durch Einstellung der PEPP-Aktivitäten des INEK. Mehr Zeit für PatientInnen statt für Dokumentation und INEK-Erhebungen.

2. Bestimmungen zur personellen Mindestbesetzung

- Bis inkl. 2019 gilt die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV – Personalanzahlzahlen für die therapeutischen Berufe incl. Pflege) weiter. Ab 2020 soll es »verbindliche Mindestanforderungen« für die berufsgruppenbezogene Personalausstattung des therapeutischen Personals geben, die vom *Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)* festgelegt werden. Sie sollen ein Bestandteil der Qualitätssicherung werden. Allerdings kann der G-BA auch »*notwendige Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen*« festlegen.
- Krankenhäuser, die die Bestimmungen der Psych-PV nicht erfüllen, können das Geld für die Besetzung der fehlenden Stellen nachfordern, müssen dann aber die sachgerechte Verwendung der Mittel nachweisen.
- Die Kalkulationskrankenhäuser »sollen« sich an die Psych-PV bzw. an die Mindestanforderungen halten. Tun sie dies nicht, können sie als Kalkulationskrankenhäuser aussortiert werden. Halten sich viele Krankenhäuser nicht an die Psych-PV, können Übergangsfristen vereinbart werden.
- Es gilt eine Nachweispflicht für die berufsgruppenbezogene Stellenbesetzung (Testat der Wirtschaftsprüfer). Die Krankenkassen können die Kosten der nicht besetzten Stellen zurückverlangen, außer wenn »*nur eine vorübergehende und keine dauerhafte Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl vorliegt.*«
- Für Stellenneuschaffungen gelten die Obergrenzen für die jährlichen Steigerungen des Gesamtbudgets (Orientierungswert) nicht. Allerdings gibt es weiterhin eine Tarifierhöhungsrate, die festlegt, dass nur ein Teil der durchschnittlichen Tarifsteigerungen refinanziert wird.

Entscheidend ist die Höhe der festzulegenden Mindestanforderungen. Hierzu gibt es im Entwurf keine Festlegungen. Die Formulierung im Gesetzentwurf (im Rahmen der Qualitätsvorgaben) lässt befürchten, dass sie nicht »flächendeckend« (alle Leistungen, alle Funktionen) sein werden. Damit wären sie als Personalbemessung nutzlos, weil keine Gesamtzahl des notwendigen Personals ermittelt und damit auch keine Unterschreitung festgestellt werden kann. Klar ist bereits jetzt, dass sie sich nur auf das therapeutische Personal beziehen, was dazu führen wird, dass bei den anderen Berufsgruppen noch mehr gespart wird.

Die neuen Mindestanforderungen sollen vom G-BA ermittelt werden. Eine Beteiligung der Betroffenen (Beschäftigte und PatientInnen) und von ExpertInnen ist damit nicht zwingend vorgesehen. Weiter ist unklar, was passiert, wenn sich der G-BA nicht einigen kann, bzw. wenn sich der Prozess der Festlegung verzögert. Auch die Psych-PV ist irgendwann nicht mehr ausreichend, um den wirklichen personellen Aufwand zu refinanzieren.

Da die sog. Kalkulationshäuser, in denen die durchschnittlichen Kosten je Fall ermittelt werden, an die Personalmindestvorgaben gebunden werden sollen, könnten die Kassen argumentieren, dass die bundesweiten Durchschnittskosten und nicht die krankenhaus-individuellen Personalkosten den Verhandlungen zugrunde gelegt werden. Neben den Besonderheiten jedes Hauses bei der Zusammensetzung der PatientInnen, die sich auf das notwendige Personal auswirken, ist aber auch die Lohnhöhe unterschiedlich, weswegen zwangsläufig Fehlvergütungen (nach oben oder unten) entstehen würden. Krankenhäuser, die unter dem Durchschnitt bezahlen, werden bevorteilt. Tarifflicht wäre die logische Konsequenz.

Ein weiteres Problem ist, dass zwar die Zahl der Stellen festgelegt werden soll, andererseits aber die Regelungen zur nur teilweisen (Obergrenze 40 Prozent) Berücksichtigung von Tariferhöhungen weiter gelten. Selbst wenn man davon ausgeht, dass anfangs die echten Gesamtkosten finanziert sind, bedeutet dies für die Zukunft, dass die Krankenhäuser in eine zunehmende Unterfinanzierung hineinlaufen würden.

► Unsere Forderungen

- Einheitliches, alle Berufsgruppen einschließende System der Personalbemessung, mindestens 10 Prozent über dem Niveau der Psych-PV.

- Erarbeitung der Zahlen der Personalbemessung unter Einbeziehung der Betroffenen und von Experten.
- Klarstellung, dass die tatsächlichen Personalkosten des einzelnen Krankenhauses von den Kassen erstattet werden müssen.

3. Neue Möglichkeiten zur ambulanten Behandlung (»stations- äquivalente Behandlung«)

Es wird eine neue Behandlungsform (*»stationsäquivalente Behandlung«*) für nicht stationäre PatientInnen eingeführt, die durch das Krankenhaus erbracht werden darf. Der Einsatz der Behandlungsform ist nicht auf akute Phasen einer Erkrankung beschränkt. Die Neuerung ist als therapeutische Innovation zu begrüßen. Allerdings gibt es im Gesetz Einschränkungen, die ihren Wert einschränken bis konterkarieren:

- Es ist anzunehmen, dass der Personalaufwand für diese Versorgungsform deutlich höher ist als bei stationärer Versorgung. Da dieser Aufwand auch über das Gesamtbudget gedeckt werden muss, kommt es entscheidend auf die personellen Mindestvorgaben an, ob diese Versorgungsform kostendeckend finanziert ist. Ist sie es nicht, werden die Krankenhäuser sie vermutlich nicht einführen.

► Unsere Forderung

- Volle Erstattung der notwendigen Kosten dieser Behandlungsart

Nur wenn es gelingt, diese Forderungen bei der Anwendung dieses Gesetzes durchzusetzen, bedeutet das eine wirkliche Umkehr. Andernfalls geht der Marsch in Richtung Marktwirtschaft weiter.

Alle Zitate (kursiv) aus dem Gesetzesentwurf und seiner Begründung.

Zu den Mythen über die Selbstkostendeckung

Fakten und Argumente 5

► Die These

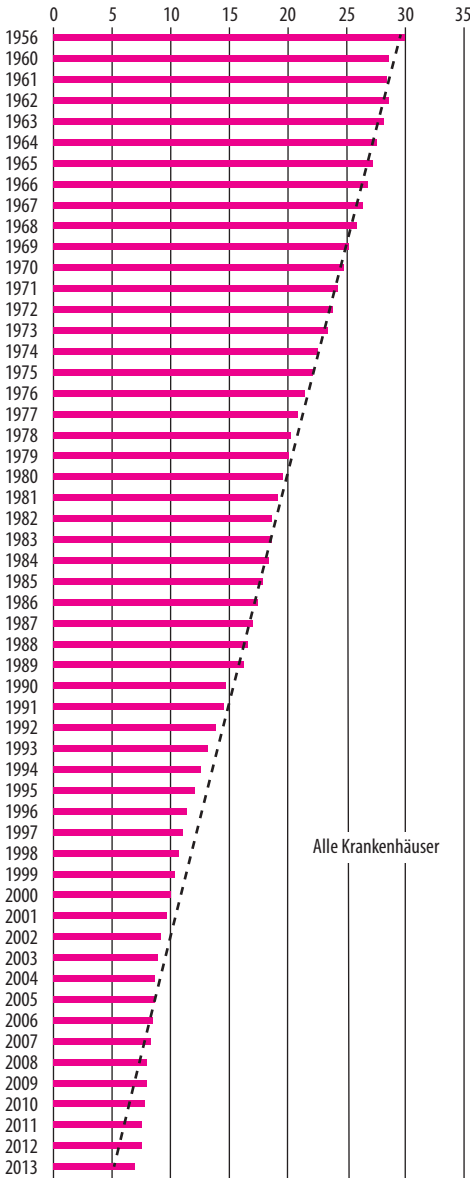
Das Selbstkostendeckungsprinzip war ein 1972 bis 1992 geltendes »Prinzip für die Finanzierung der Krankenhauskosten, nach dem die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden, leistungsfähigen Krankenhauses durch die von den Krankenkassen zu zahlenden Pflegesätze und durch die Investitionskostenfinanzierung der öffentlichen Hand vollständig gedeckt werden mussten«, so das Online-Wirtschaftslexikon. Nach dessen Auffassung und der der meisten Gesundheitsökonominnen und PolitikerInnen wird es »für fehlende Anreize zu Rationalisierungsbemühungen und sparsamem Wirtschaften im Krankenhausbereich als einer der Faktoren für relativ starke Kostensteigerungen verantwortlich gemacht«.

► Das Besondere der Daseinsvorsorge

Die marktorientierten ÖkonomInnen und PolitikerInnen behaupten, dass diese Finanzierungsform, die sogenannte Selbstkostendeckung, unwirtschaftlich und intransparent sei. Sie führe zur Selbstbedienungsmentalität bei den Krankenhäusern bzw. den Leistungserbringern und bedeute für die PatientInnen längere Liegezeiten.

Krankenhäuser sind bedarfsnotwendige Einrichtungen der Daseinsvorsorge. Für Einrichtungen der Daseinsvorsorge ist die adäquate Finanzierungsform der Ersatz der notwendigen Kosten. So ist es in Schulen, bei Museen, bei der Feuerwehr

Abb. 6: Durchschnittliche Verweildauer einer KH-Behandlung (Tage)

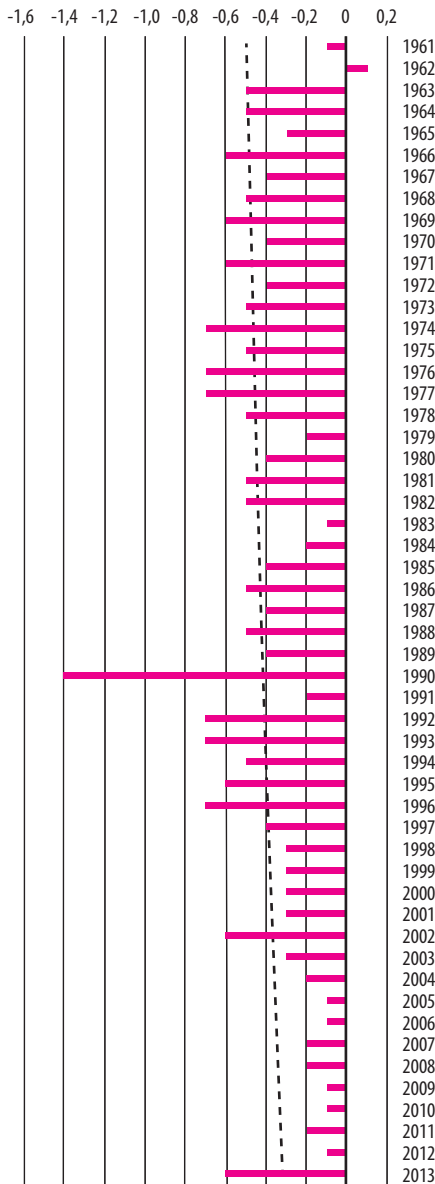


(Quelle: Destatis, eigene Berechnungen)

usw. Warum soll das in den Krankenhäusern nicht so sein? Für das Selbstkostendeckungsprinzip sprechen einige Überlegungen und Fakten:

In Deutschland gab es das vollständige Selbstkostendeckungsprinzip nur in den Jahren 1972-1985. Es war verbunden mit dem Verbot, Gewinne zu machen. Hatte ein Krankenhaus Überschüsse, wurden sie im nächsten Jahr von den Pflegesätzen abgezogen, hatte es Verluste, wurde nachfinanziert. Während des Jahres wurden die Gelder in Form von sog. tagesgleichen Pflegesätzen für jeden Patienten abgerechnet. Nach Ablauf des Jahres mussten die Krankenhäuser ihre Kosten den Kassen offenlegen. Diese mussten sie vollständig übernehmen, soweit sie wirtschaftlich nachvollziehbar waren. Die Tagespflegesätze waren also nur eine Abschlagszahlung auf die tatsächlichen Kosten. Eine Erhöhung der Liegezeiten, um mehr Tagessätze einzunehmen, hatte finanziell keinen Sinn. Es gab allerdings andere Gründe für das Phänomen, dass damals PatientInnen tatsächlich noch

Abb. 7: Verkürzung der Verweildauer im KH (Tage)



(Quelle: Destatis, eigene Berechnungen)

über das Wochenende bleiben mussten, wie zum Beispiel die Konkurrenz von ChefärztInnen 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 Prozent gesunken. → s. Abb. 6 + 7

Anstatt Fehlentwicklungen bzw. Unzulänglichkeiten der Krankenhausorganisation wie z.B. die Hierarchie unter den Beschäftigtengruppen, die Privatliquidation, die Ungleichbehandlung von privat und gesetzlich Versicherten in Angriff zu nehmen, wurde die Krankenhausfinanzierung mit marktwirtschaftlicher Ausrichtung reformiert, so dass Krankenhäuser zu einem Wirtschaftszweig und für private Kapitalinvestoren attraktiv wurden.

Bereits in den 80er Jahren wurde das Verbot, Gewinne zu machen, aufgehoben. Seit Einführung des DRG-Systems ist die Krankenhausentwicklung durch eine Vielzahl von falschen Anreizen geprägt. Ökonomisch rational (aber inhuman) handelt ein Krankenhaus, wenn es

- die Kosten insbesondere für Personal drückt (führt zu Arbeitshetze und schlechter Versorgung)
- die PatientInnen so aussucht, dass sie eine möglichst günstige Kosten-Erlös-Relation ergeben (Selektion)
- die Zahl der Fälle und die Fallschwere erhöht (Über- und Fehlbehandlung, PatientInnen kränker machen, als sie es sind)

All dies gibt es bei der Selbstkostendeckung mit dem Ausschluss von Gewinnen und Verlusten nicht, da diese Finanzierungsform solche ökonomischen Anreize nicht enthält.

► **Verschwendung wegen des Selbstkostendeckungsprinzips ist ein Mythos**

Umgekehrt ist ein Selbstkostendeckungsprinzip noch lange kein Freifahrtschein für Verschwendung. Die Kassen haben ein Kontrollrecht und müssen unwirtschaftlich entstandene (und medizinisch nicht notwendige) Kosten auch nicht übernehmen. Auch zu Zeiten des Selbstkostendeckungsprinzips haben die Kassen diese Kontrollfunktion genutzt und Wirtschaftlichkeitsprüfungen veranlasst. Dennoch gab es sicher auch berechtigte Kritik an Behandlungsprozessen in den Krankenhäusern (kritische Texte aus dieser Zeit belegen das), diese waren aber nicht Folge systematischer ökonomischer Fehlanreize.

► **Selbstkostendeckung braucht verbindliche Personalanhaltszahlen**

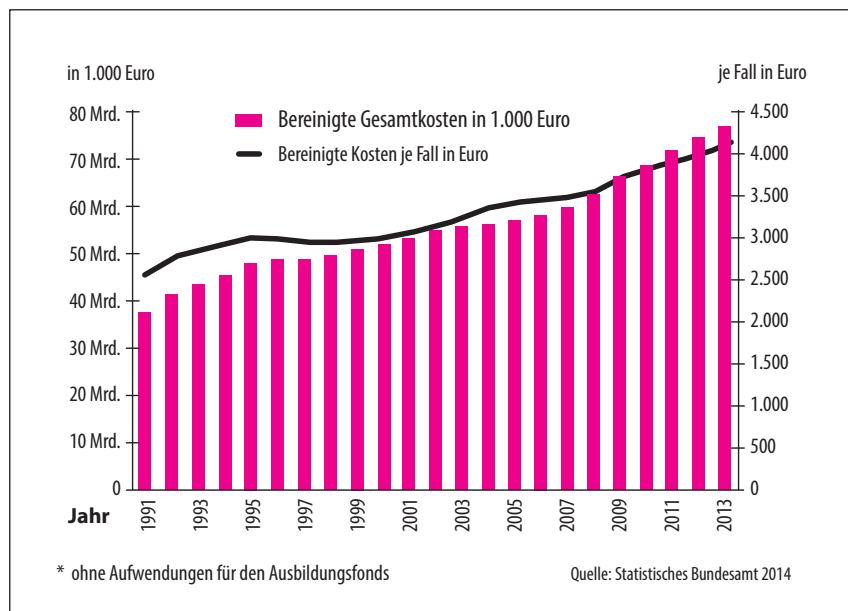
Eine weiterer Vorteil dieser Finanzierungsart war, dass Anhaltszahlen für den Personalbedarf eingeführt wurden, um die Wirtschaftlichkeit nachprüfen zu können, also genau das, was heute unter dem Diktat marktwirtschaftlicher Steuerung abge-

lehnt wird, angesichts der Arbeitsüberlastung aber dringend notwendig wäre. Auch die im DRG-System übliche Umwidmung von Personalstellen in Investitionsmittel, also die Veruntreuung von Kassengeldern, die für die Deckung der Betriebskosten bestimmt sind, weil die Landesgelder für Investitionen weit hinter dem Bedarf herhinken, wäre nicht möglich. Bei Personalabbau müssten die entsprechenden Überschüsse an die Kostenträger rückerstattet werden.

Die Fakten sprechen für die Selbstkostendeckung und gegen eine finanzielle Steuerung über Preise. Auch die Gesamtausgaben für Krankenhäuser sind – entgegen der erklärten politischen Absicht bei Einführung der DRGs – steiler gestiegen als vor den DRGs, was noch nicht besagt, dass die DRGs die Ursache dafür sind. Dennoch muss das Projekt DRGs in dieser Hinsicht als gescheitert betrachtet werden. Allerdings nur, wenn dies auch die tatsächliche Zwecksetzung war.

→ siehe Abb. 8 – und Tabelle 3 auf Seite 51

Abb. 8: Bereinigte Krankenhauskosten* 1991 bis 2013



Tab. 3: **Kostensteigerungen der Krankenhäuser seit 1993**

5-Jahres Räume	1993-1997	1997-2001	2001-2005	2005-2009	2009-2013
Kostensteigerung KH in Prozent	11,77 %	8,74 %	6,02 %	16,64 %	16,10 %
Steigerung absolut	5,090 Mrd.	4,255 Mrd.	3,185 Mrd.	9,438 Mrd.	10,654 Mrd.

(Quelle: Destatis Kostennachweis Krankenhäuser 2013, eigene Berechnungen)

► Fazit

Die Abschaffung des sozialstaatlichen Selbstkostendeckungsprinzips war Voraussetzung dafür, den Krankenhaussektor zu ökonomisieren und zu einem lukrativen Geschäftsfeld für private Investoren zu machen. Die – bis in Gewerkschaftskreise hinein – gelungene Dämonisierung dieses Prinzips war die ideologische Voraussetzung für seine Abschaffung. So wurde ein angeblicher »Sachzwang« begründet. Eine transparente Selbstkostendeckung ist das adäquate Prinzip für die Daseinsvorsorge. Sinnvolle Grundlagen dafür sind eine – demokratisch kontrollierte – Bedarfsplanung und selbstverständlich effektive Kontrollmechanismen, die vor Verschwendung und Missbrauch von öffentlichen bzw. Versicherungsgeldern schützen.

■ Literatur

Destatis: Statistisches Bundesamt. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik); Fachserie 12 Reihe 6.4, Wiesbaden, unterschiedliche Jahrgänge

Destatis: Statistisches Bundesamt. Kostennachweis der Krankenhäuser; Fachserie 12 Reihe 6.3, Wiesbaden, unterschiedliche Jahrgänge

Online-Wirtschaftslexikon, in: <http://www.wirtschaftslexikon.co/d/selbstkostendeckungsprinzip/selbstkostendeckungsprinzip.htm>

Gesundheit. Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, hg. vom Statistischen Bundesamt, Wiesbaden 2014

Kostendruck – Personalnot – Überlastung

Fakten und Argumente 6

Seit den 70er Jahren zielen Reformen der Krankenhausfinanzierung darauf ab, Kosten zu senken. Das Prinzip einer kostendeckenden Vergütung von Krankenhausleistungen wurde seitdem schrittweise durch Pauschalentgelte ersetzt. Mit der Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen, der DRGs, werden bestimmte Behandlungsprozeduren seit 2003 durch eine feste Pauschale vergütet, auch wenn die Kosten im einzelnen Fall oder Krankenhaus höher sind. Diese Pauschalen sind häufig knapp bemessen und setzen die Krankenhäuser unter Kostendruck. Da die Personalkosten ihr größter Ausgabenblock sind, sparen sie vor allem dort, insbesondere am Pflegepersonal und den Service-Beschäftigten. Dadurch entfällt immer mehr Arbeit auf weniger Personal. Überlastung und eine Verschlechterung der Versorgungsqualität sind die Folge. Um diese Entwicklung umzukehren, fordern wir mittelfristig eine Personalbemessung, die das Verhältnis von Pflegekräften zu PatientInnen festschreibt. Langfristig kann jedoch nur eine Rückkehr zur kostendeckenden Vergütung gute Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und damit eine gute Versorgung der PatientInnen gewährleisten.

► Von der Kostendeckung zur Pauschalvergütung

Mit dem 1972 verabschiedeten Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) wurde das Selbstkostendeckungsprinzip als Grundsatz für die Vergütung von Kranken-

hausleistungen festgeschrieben. Selbstkostendeckungsprinzip bedeutet, dass am Jahresende die tatsächlichen Kosten (»Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden leistungsfähigen Krankenhauses« – § 17 Abs. 1 KHG) abgerechnet und auch vergütet wurden. Unterjährig erfolgte die Vergütung nach Tagespauschalen als Abrechnungseinheit. Am Jahresende wurden Überschüsse bzw. Verluste ausgeglichen (Wanek 1994: 145 ff., Simon 2000: 69 ff.). Gewinne waren gesetzlich verboten.

In den 80er Jahren wurde dieses Verfahren durch das Krankenhausneuordnungsgesetz (KHNG) von 1984 und die Novellierung der Bundespflegesatzverordnung (BPfV) von 1986 geändert. Die Verbände der Krankenkassen schlossen auf Grundlage einer bestimmten Bettenbelegung und des damit verbundenen Pfl egetagevolumens eine Budgetvereinbarung mit den Krankenhausträgern. Das Budget konnte von den Krankenhäusern flexibel eingesetzt werden und ließ erstmals Gewinne und Verluste zu. Wenn ein Krankenhaus durch eine niedrigere Bettenbelegung als ursprünglich angenommen Mindereinnahmen erzielte, ersetzte die Krankenkasse diese nur zu 75 Prozent. Bei Mehreinnahmen konnte ein Krankenhaus hingegen 25 Prozent der Einnahmen einbehalten (Gerlinger/Schönwälder 2012). Zusätzlich wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1993 ein »Budgetdeckel« verordnet und die Tagespauschalen um Fallpauschalen und Sonderentgelte ergänzt.

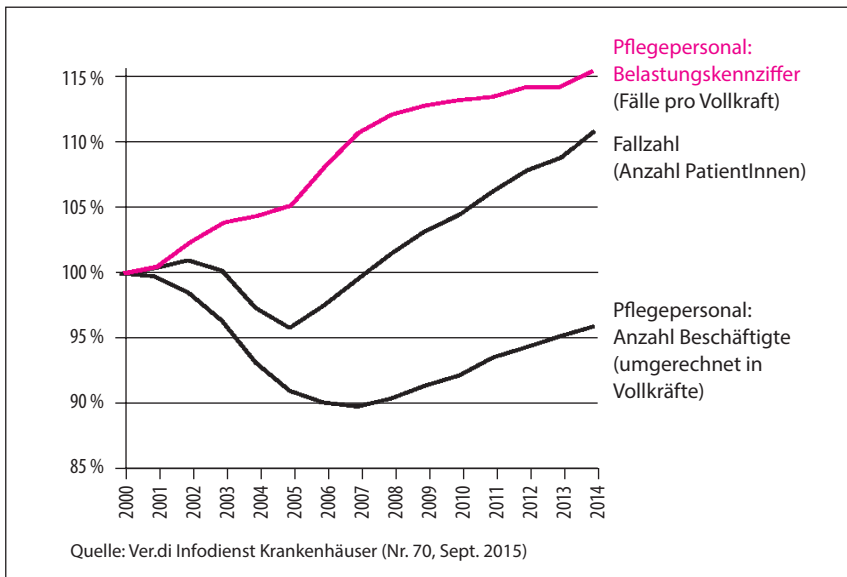
Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 verallgemeinerte die Vergütung nach Fallpauschalen zum 1. Januar 2003 und führte die Vergütung sämtlicher Krankenhausleistungen mit Ausnahme der Psychiatrie und Psychosomatik auf der Grundlage diagnosebezogener Fallpauschalen (Diagnosis-Related Groups – DRGs) ein (§ 17b Abs. 1 KHG). Seitdem werden Krankenhausleistungen nicht mehr nach ihren tatsächlichen Kosten vergütet, sondern nach festgelegten Preisen für unterschiedliche Fallgruppen, die nach betriebswirtschaftlicher Kostenkalkulation vergleichbar sind. Die Definition und Festsetzung der relativen Fallgewichte (z.B. Blinddarmoperation bei unkomplizierter Blinddarmentzündung: Fallgewicht 0,819) wird seither vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) vorgenommen, einer gemeinsamen Einrichtung der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) (Gerlinger/Schönwälder 2012). Der Preis für das Fallgewicht 1 wird in Verhandlungen auf Landesebene zwischen Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft festgelegt.

► Personaleinsparungen aufgrund von Kostendruck

Wissenschaftliche Untersuchungen weisen darauf hin, dass die DRG-Vergütung eine Reihe von problematischen, unerwünschten Wirkungen mit sich bringt. Viele Krankenhäuser können ihre Leistungen nicht zum Preis der knapp bemessenen Fallpauschalen erbringen, was einen immensen Kostendruck erzeugt. Dieser Kostendruck veranlasst die Krankenhausträger zu Personaleinsparungen. Mit dem Personalabbau geht eine starke Erhöhung der Arbeitsdichte einher, insbesondere für das Pflegepersonal. Mehr PatientInnen müssen mit weniger Personal in kürzerer Zeit behandelt werden. Die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen hat wiederum negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität (Braun et al. 2009; Braun et al. 2010).

→ siehe Abb. 9 – und Tabelle 4 auf Seite 55

Abb. 9: Anstieg der Belastung des Pflegepersonals seit 2000



Tab. 4: Zunahme der Arbeitsbelastung im Pflegedienst seit 1996

	Patientenzahl	Verweildauer	Beschäftigte	Pflegekräfte	Fälle pro Pflegekraft
1995	15.931.168	12,1	887.564	350.571	45,4
2016	19.532.779	7,3	880.520	325.119	60,1
Veränderung	3.601.611	- 4,8	- 7.045	- 25.452	14,6
Veränderung in %	22,6	- 39,7	- 0,8	- 7,3	32,2

(Quelle: Destatis, eigene Berechnungen)

► Abnehmende Versorgungsqualität durch Personaleinsparungen

So wurde in zahlreichen internationalen Studien ein Zusammenhang zwischen der Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals und der Patientengesundheit festgestellt. »Eine nicht ausreichende Personalbesetzung führt nicht nur zu »typischen« Pflegefehlern, wie beispielsweise Druckgeschwüren, sondern erhöht für Patienten auch das Risiko, dass Komplikationen zu spät erkannt werden und die betroffenen Patienten dadurch dauerhafte Gesundheitsschäden erleiden oder nicht mehr gerettet werden können und an der Komplikation versterben.« (Simon 2015: 3) Seit Jahren geben Pflegekräfte in der Umfrage »Pflege-Thermometer« des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) an, dass sich die Probleme in der Patientenversorgung verschärfen. So gaben über 90 Prozent der befragten Pflegekräfte 2015 an, dass sie innerhalb der letzten sieben Arbeitstage eine angemessene Überwachung von demenzkranken PatientInnen nicht sicherstellen konnten (DIP 2014). Ebenso gaben 2012 etwa 50 Prozent der Pflegekräfte unter anderem an, dass es in den letzten sieben Tagen Probleme bei der eigenen Handhygiene, notwendigen Körperpflege und Sicherstellung der Nahrungsaufnahme bei PatientInnen gegeben hat. Besonders problematisch scheinen Maßnahmen der emotionalen Unterstützung zu sein, die 89 Prozent der Pflegekräfte als regelmäßiges Problem nannten (DIP 2012). Den Ergebnissen zufolge stellen Mängel in der pflegerischen Versorgung nicht mehr die Ausnahme, sondern die Regel dar (DIP 2010).

Besonders drastisch verdeutlichen die Ergebnisse der Studie der Pflegewissenschaftlerin Linda H. Aiken (Center for Health Outcomes and Policy Research at University of Pennsylvania) die Folgen für die PatientInnen: Eine Erhöhung der Arbeitsbelastung einer Pflegekraft um eine Patientin erhöht die Wahrscheinlichkeit einer stationären Patientin, innerhalb der ersten 30 Tage nach Aufnahme im Krankenhaus zu sterben, um 7 Prozent (Aiken 2014). Beim Verhältnis von Pflegekräften zu PatientInnen bildet Deutschland im europäischen Vergleich zusammen mit Polen klar das Schlusslicht. Während in Deutschland 2010 eine Pflegefachkraft für 9,9 PatientInnen zuständig war, waren es in England nur 7,3 PatientInnen, 4,8 in den Niederlanden und 3,7 in Norwegen (Aiken et al. 2012, Simon 2015: 40).

► Politische Forderungen

Diese Zahlen machen deutlich, dass eine Anhebung der Personalbesetzung im Krankenhausesektor nötig ist. Diese könnte kurzfristig durch die gesetzliche oder tarifliche Festsetzung des Verhältnisses von Pflegekräften zu PatientInnen erfolgen. Eine solche Personalbemessung würde die Einsparung von Kosten zu Lasten von Pflegekräften und PatientInnen eindämmen. Langfristig wird aber nur eine Abkehr von der Vergütung durch Fallpauschalen eine Versorgung sicherstellen, die sich nicht an wirtschaftlichen Kriterien, sondern am Wohl der PatientInnen orientiert und es Pflegekräften erlaubt, ihre Arbeit fachgerecht zu erbringen.

■ Literatur

Aiken, L.H.; Sloane, D.M.; Bruyneel, L.; Van den Heede, K.; Sermeus, W. 2012: Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. In: *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 50, Issue 2, S. 143-153.

Aiken, L.H 2014: Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study, *The Lancet*, Volume 383, No. 9931, S. 1824–1830.

Braun, B./Buhr, P./Klinke, S./Müller, R./Rosenbrock, R. 2009: Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität. In: Rau, F./Roeder, N./Hensen, P. (Hrsg.): *Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven*, Stuttgart 2009, S. 61-73

Braun, B./Buhr, P./Klinke, S./Müller, R./Rosenbrock, R. 2010: Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, Bern.

Gerlinger, T./Burkhardt, W. 2012: Das Gesundheitswesen in Deutschland – Ein Überblick. www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72547/gesundheitswesen-im-ueberblick?p=all (9.2.2016)

Gerlinger, T./Schönwälder, T. 2012: Die stationäre Versorgung. www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72897/stationaere-versorgung?p=all (9.2.2016)

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) 2010: Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf (9.2.2016)

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) 2012: Pflege-Thermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2012.pdf (9.2.2016)

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) 2014: Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf (9.2.2016)

Simon, M. 2000: Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung, Opladen/Wiesbaden

Simon, M. 2015: Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser: Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten. www.verdi.de/++file++55e956fcbdf98d1a0200001d/download/Simon__2015__Unterbesetzung_und_Personalmehrbedarf_im_Pflegedienst.pdf (9.2.2016)

Verante Dienstleistungsgewerkschaft 2015: Editorial. In: Ver.di Infodienst Krankenhäuser Nr. 70, September 2015, S. 2. <https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++55d1a5426f684446c90005c5/download/KID%2070%20low.pdf> (9.2.2016)

Wanek, V. 1994: Machtverteilung im Gesundheitswesen. Struktur und Auswirkungen. Frankfurt am Main

Investitionskosten

Fakten und Argumente 7

► Anspruch: Investitionspflicht der Bundesländer

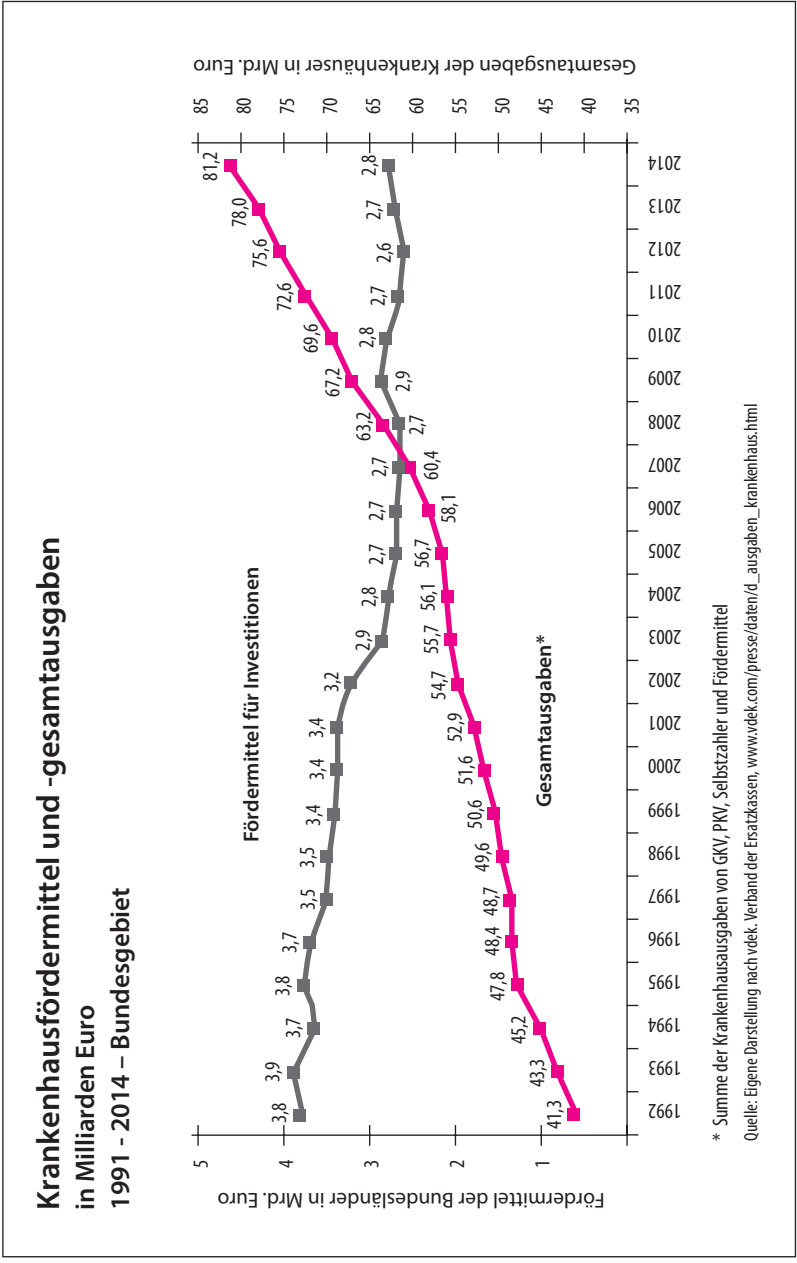
Die Krankenhäuser in Deutschland werden »dual« (zweigeteilt) finanziert. Die laufenden Kosten werden durch die Krankenkassen mittels des DRG-Systems (schlecht genug) abgedeckt. Für die Investitionskosten aufzukommen, sind die Bundesländer gesetzlich verpflichtet.

► Realität

Die Fördermittel sinken jedoch seit vielen Jahren nahezu kontinuierlich. Allein zwischen 2000 und 2014 nahmen die jährlichen KHG-Fördermittel der Länder um rund 600 Millionen Euro von 3,4 Milliarden Euro auf 2,8 Milliarden Euro ab (minus 18 Prozent). → siehe Abb. 10 auf Seite 59

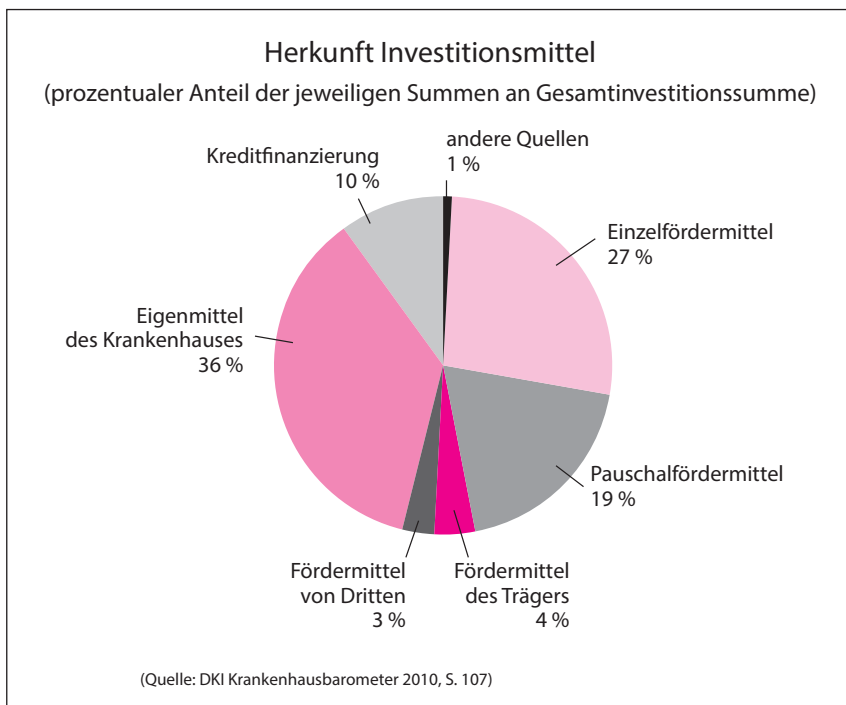
Das Deutsche Krankenhausinstitut hat in einer Umfrage (Krankenhausbarometer 2010, S. 107) nach der Zusammensetzung der Investitionskosten der Krankenhäuser gefragt. Ergebnis: Nur noch 46 Prozent der Investitionsmittel kommen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben von den Ländern. 36 Prozent der Investitionen werden durch Eigenmittel der Krankenhäuser und zehn Prozent durch Kreditfinanzierung aufgebracht. Ein Betrag, der in der Summe also genauso hoch ist wie die Förderung durch die Länder. Lediglich vier Prozent der Fördermittel kommen von den Trägern und weitere vier Prozent durch Dritte (Spenden).

Abb .10: Krankenhausfördermittel



46 Prozent (Eigenmitteln und Kredite) der Investitionen, also ebenfalls 2,9 Milliarden Euro, werden aus den laufenden Einnahmen finanziert, die eigentlich für die Patientenversorgung und für Personal vorgesehen sind. Umgerechnet auf Beschäftigte bedeutet das ca. 53.000 Stellen, die diesem Gesetzesbruch geopfert wurden. → s. Abb. 11

Abb. 11: Herkunft der Investitionsmittel im Jahr 2009



In anderen Industriebranchen werden jeweils ca. 18 Prozent der Gesamtausgaben für Investitionen verwendet. Im Dienstleistungsbereich sind es immer noch ca. 8 Prozent. Die Krankenhäuser haben lediglich 4,1 Prozent ihrer Gesamtbetriebskosten für Investitionen zur Verfügung. Anders ausgedrückt: Will man die Krankenhäuser nur auf die durchschnittliche Investitionsquote des Dienstleistungsbe-

reichs anheben (was eigentlich immer noch zu wenig ist), so ist eine Verdoppelung der Länderförderung notwendig. Der bis heute entstandene Förderstau ist dabei nicht berücksichtigt. Auch die Kommunen und Landkreise leiden unter den Steuerenkungen für Wirtschaft und Reiche. Immer weniger öffentliche Träger kommen für notwendige Investitionen ihrer Krankenhäuser auf. Stattdessen versuchen sie, die finanziellen Lasten durch Privatisierungen zu senken.

► **Zurück zur monistischen Finanzierung?**

Weil die Länderförderung wegen Schuldenbremse und Sparzwang immer weniger funktioniert, steht zur Debatte, ob man deswegen besser auf die so genannte monistische Finanzierung umstellen sollte. Monistik bedeutet, dass die Investitionskosten in die DRGs hinein kalkuliert und entsprechend ausbezahlt würden. Dies würde bedeuten, den Teufel mit dem Beelzebub auszutreiben. Die Instrumente hierzu liegen bereits vor. Im Krankenhausfinanzierungsgesetz (§ 10) wurde dem DRG-Institut (INEK) der Auftrag erteilt, »Investitions-DRGs« zu entwickeln. Seit letztem Jahr sind sie einsatzbereit. Zu bedenken wäre hierbei noch, dass bei einer Wiedereinführung der Monistik alle Investitionskosten durch die GKV-Beiträge finanziert werden müssten; dies würde zu einer weiteren Verschärfung der Belastung der GKV-Versicherten führen.

In Deutschland gab es bis 1972 die Monistik schon einmal. Weil damals die Krankenhäuser völlig verrotten waren und die Krankenkassen viel zu wenig Geld für diese Aufgabe zur Verfügung stellten, wurde dann auf die Länderfinanzierung umgestellt. Klar ist, dass sich an der Unterfinanzierung der Investitionen überhaupt nichts ändert, wenn nicht mehr Geld zur Verfügung gestellt wird, sondern die zu geringen Summen lediglich anders verteilt werden.

► **Wer macht dann noch die Bedarfsplanung?**

Das größere Problem aber ist: Wenn die Investitionsmittel nicht mehr durch die Länder nach Strukturgesichtspunkten vergeben werden, ist die gleichmäßige Versorgung in Gefahr. Eine Bedarfsplanung durch die Länder wäre nicht mehr möglich, im

Falle der alleinigen Finanzierung durch die Kassen würden diese auch die Planung übernehmen. Die Krankenkassen wurden aber auch schon so reformiert, dass sie agieren, als ob sie Unternehmen wären. Eine gute Bedarfsplanung ist von solcherlei »Unternehmen« nicht zu erwarten. Krankenhäuser, die sich dann im DRG-System gut stellen, werden noch bessergestellt, die anderen noch schlechter. Bei einem größeren Neubau wird das Krankenhaus auf jeden Fall Kredite aufnehmen und Zinsen zahlen müssen, was wieder die laufenden Kosten und damit das Personal belastet.

In der Konsequenz wird durch diese marktwirtschaftliche Verteilung der Gelder für Investitionen das Ungleichgewicht unter den Krankenhäusern noch mehr verstärkt. Das Krankenhaussterben wird zunehmen und die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung bleibt auf der Strecke. Denn der Kapazitätsabbau wird nicht mit mangelndem Bedarf begründet, sondern vollzieht sich nach Kriterien der Rentabilität auf dem Markt. Der Konkurrenzkampf der Krankenhäuser untereinander würde noch mehr angetrieben. Die Eingliederung der Investitionskosten in die DRGs wäre ein weiterer wesentlicher Schritt zur Durchsetzung von Marktbedingungen für Krankenhäuser.

► Fazit

Deswegen und auch, weil die öffentliche Hand das Heft der Planung nicht gänzlich aus der Hand geben darf, ist die Monistik keine Lösung der Probleme. Die einzige Lösung ist tatsächlich eine Verdoppelung der Mittel, die die Länder bisher aufbringen, und die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften zur Investitionsfinanzierung.

■ Literatur

Deutsche Krankenhausgesellschaft 2015: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, August 2015

Deutsches Krankenhausinstitut 2010: Krankenhaus Barometer Umfrage

Deutsches Krankenhausinstitut 2015: Investitionsfähigkeit der Deutschen Krankenhäuser

KHG-Investitionsförderung – Auswertung der AOLG-Zahlen für das Jahr 2010

Bedarfsorientierte Steuerung statt Marktsteuerung

Fakten und Argumente 8

► Probleme der Marktsteuerung

Das DRG-Fallpauschalensystem setzt auf Marktsteuerung und gerät damit in Konflikt mit der öffentlichen Krankenhausplanung. Die Steuerung durch das Wettbewerbsgeschehen auf einem politisch konstruierten Markt soll in der Theorie eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen. Markt führt hier aber zu Unter-, Über- und Fehlversorgung.

Die Krankenhäuser sind fester Bestandteil der (kommunalen/regionalen) öffentlichen Daseinsvorsorge. Die Leistung für das Gemeinwesen umfasst damit deutlich mehr Aufgaben als ausschließlich die konkrete Leistung für den und mit dem kranken Menschen. Dazu gehören vor allem:

- die Sicherstellung der jeweiligen räumlichen und sozialen Zugänglichkeit zur Krankenhausversorgung nach Bedarf (bedarforientierte Krankenhausversorgungsstrukturen)
- die Sicherstellung der (praktischen) Ausbildung der pflegerischen und medizinisch-technischen Assistenzberufe sowie die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte
- die Sicherstellung der Notfallversorgung
- die Gefahrenabwehr bei Großschadensereignissen sowie den Schutz und die Eindämmung von Pandemien (Infektionswellen).

► Bedarfsorientierte Steuerung

Wenn Solidarsysteme nicht für eine Steuerung durch Markt und Wettbewerb geeignet sind, wie sollen sie dann »richtig« gesteuert werden? Hierfür gibt es zwei wesentliche Ansätze:

1. Die Trennung der Leistungserbringung von der Vergütung der Leistungserbringer (dies ist im Übrigen die konsequente Umsetzung der Forderung »Gesundheit ist keine Ware«).
2. Die Einführung einer regional gegliederten, integrierten Bedarfsplanung und Versorgung.

► Leistungsvergütung setzt Fehlanreize

Wir haben im Gesundheitswesen Erfahrungen mit zwei Formen der Leistungsvergütung: dem Fallpauschalensystem in den Krankenhäusern und dem Einzelvergütungssystem, das lange Jahre im niedergelassenen Bereich galt. Beide Vergütungsformen bieten Anreize für erhebliche Fehlsteuerungen.

Bei einer Einzelleistungsvergütung – wie etwa früher im ambulanten Sektor – handelt derjenige ökonomisch rational, der unabhängig vom Krankheitszustand des betroffenen Patienten oder von der Notwendigkeit einer Leistung möglichst viele Leistungen erbringt oder sie zumindest abrechnet (wobei im Einzelfall durchaus gestritten werden kann, ob es schlimmer ist, die Leistung nur abzurechnen und nicht zu erbringen oder sie tatsächlich auch noch zu erbringen). Einzelleistungsvergütung produziert Über- und Fehlversorgung. Dies lehrte die Vergütung der als KleinunternehmerInnen im ambulanten Sektor tätigen ÄrztInnen.

Fallpauschalen setzen einen finanziellen Anreiz, Menschen als krank zu definieren, um sie behandeln zu können (sogar sie möglichst schlimmer krank zu machen, als sie sind, weil dann die Vergütung des Falles höher ist), in jedem Einzelfall aber möglichst wenige Leistungen zu erbringen, um den Gewinn am höchsten zu gestalten und vor allem PatientInnen, die ein schlechtes Risiko darstellen, zu selektieren. Schlechte Risiken stellen diejenigen dar, die multimorbide sind oder bei denen auf Grund ihres Sozialstatus Komplikationen wahrscheinlich und die Behandlungserfolge nicht garantiert sind. Denn auch über den out-

come aus dem Gesundheitswesen, also über den Behandlungserfolg, entscheidet der Sozialstatus mit.

Fallpauschalen produzieren also einerseits Unterversorgung und Selektion (immer wenn die Kosten höher sind als die Pauschale), andererseits Über- und Fehlversorgung (in den Fällen, in denen die Kosten niedriger sind als die Fallpauschale).

► **Trennung der Vergütung von der erbrachten / zu erbringenden Leistung**

Man sieht also, dass – bezogen auf eine optimale Gesundheitsversorgung, eine Versorgung, die sich tatsächlich am Bedarf orientiert – jede Form der Leistungsvergütung Fehlanreize setzt und eine Fehlsteuerung darstellt, die nur verhindert werden kann, wenn eine strikte Trennung der Vergütung der Leistungserbringer von der erbrachten Leistung erfolgt. Die medizinische Entscheidung darf keinen unmittelbaren Einfluss haben auf mehr oder weniger Einkommen des Leistungserbringers oder der leistungserbringenden Institution.

Dies könnte im stationären Bereich durch eine Refinanzierung der notwendigen und wirtschaftlich erbrachten Leistungen erfolgen. Selbstverständlich müsste sowohl die Frage, ob Leistungen notwendig waren und auch, ob sie wirtschaftlich erbracht wurden, jeweils geprüft werden. Die Finanzierung muss Gegenstand eines Aushandlungsverfahrens (mit der Möglichkeit des Widerspruchs und der gerichtlichen Nachprüfung) zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern sein.

Im ambulanten Bereich wäre eine solche Trennung von Leistungserbringung und Vergütung am einfachsten dadurch zu erreichen, dass niedergelassene ÄrztInnen entweder fest angestellt sind (und nach TVöD vergütet werden), oder aber – auch ohne Anstellung – ein festes Monatsgehalt von den Kassen erhalten. Auch in diesem Sektor müsste die Bedarfsplanung reformiert und die doppelte Facharztschiene überdacht werden. Dies müsste notwendig im Rahmen einer regionalen Bedarfsermittlung und Bedarfssteuerung als Grundlage einer integrierten Versorgung stattfinden.

► **Bedarfsorientierte Steuerung: regional gegliederte, integrierte Bedarfsermittlung und Versorgung**

Die jeweiligen Gebietskörperschaften (Städte und Landkreise) legen in einem Aushandlungsprozess gemeinsam mit den Leistungserbringern (Krankenhäuser sowie niedergelassene ÄrztInnen und auch andere Gesundheitsprofessionelle), den Krankenkassen (optimalerweise regional gegliederten Einheitskassen), aber evtl. auch – wenn es ein geklärtes Verfahren der Repräsentation gibt – mit Patienten- und Gewerkschaftsvertretern fest, welcher Bedarf in dem überschaubaren regionalen Einzugsgebiet besteht. Sie regeln auf Grundlage der Festlegung dieses Bedarfs sowohl die Zulassung von stationären Einrichtungen als auch die ambulante Versorgung (Zahl der ambulant tätigen ÄrztInnen, z.B. in Ambulatorien oder stadtteilbezogenen Einrichtungen).

Zu dieser Bedarfsermittlung zählt auch die Festlegung des notwendigen Bedarfs an Krankenhauspersonal (insbesondere von PflegerInnen und ÄrztInnen), der sich ebenfalls nicht an den Gewinnen oder Verlusten eines Krankenhauses, sprich an der ökonomischen Rentabilität messen darf, sondern am notwendigen Bedarf für eine optimale Versorgung. Die Kriterien für diese Personalbemessung wiederum müssen auf Bundesebene gesetzlich geregelt werden und für alle Krankenhäuser unabhängig von der Trägerschaft gelten.

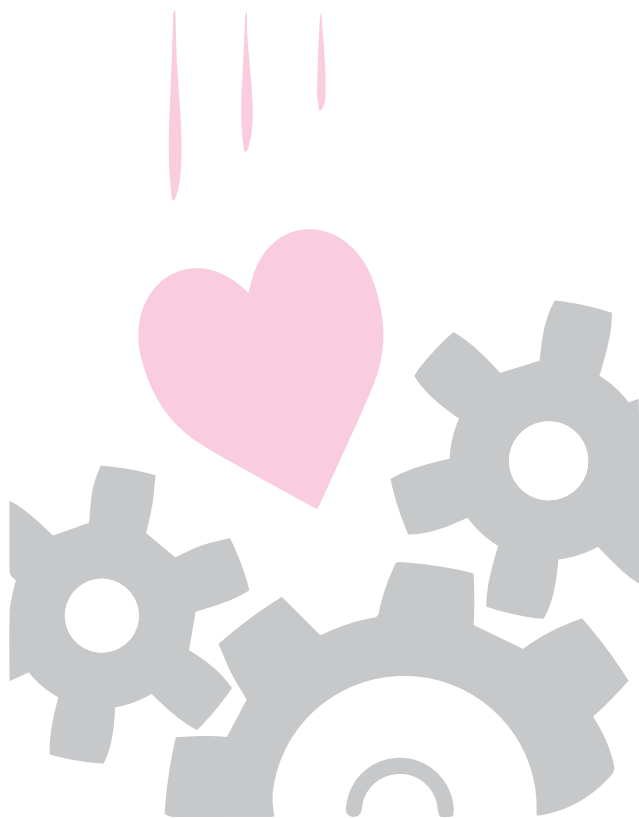
Die Gebietskörperschaften führen die Qualitätskontrolle durch und haben auch das Recht, Zulassungen bei Schlechtleistung zu entziehen. Gleichzeitig entscheiden sie über die Zuweisung der regional gegliederten Budgets und damit über die Finanzierung der Einrichtungen der Gesundheitsversorgung.

Im Rahmen der Vernetzung wird mit den überregionalen Planungsbehörden (Länder) ein einheitlicher Gesundheitsplan auch für überregionale Schwerpunkte und für Spezialeinrichtungen (z.B. Verbrennungsbetten) erstellt.

► **Fazit**

Ein solcher Ansatz einer regional gegliederten, integrierten Bedarfsermittlung und Versorgung könnte tatsächlich das Patienteninteresse und den Bedarf aller sozialen Schichten der Bevölkerung ins Zentrum seiner Bemühungen stellen und gleichzei-

tig die finanziellen Fehlsteuerungen, die notwendigerweise durch Marktmechanismen entstehen, verhindern. Den bedarfsgerechten, wirtschaftlich sparsamen und nicht-diskriminierenden Zugang zur Krankenhausversorgung kann nur eine demokratisch legitimierte, an sozialen und gesundheitlichen Zielen orientierte öffentliche Krankenhausbedarfsplanung gewährleisten.



Welche Medizin? Medizin nach Bedarf oder Medizin für Geld?

Fakten und Argumente 9

► Kommerzialisierung verändert Medizin

Die Krankenhausfinanzierung über Fallpauschalen (DRGs) beeinflusst medizinische Entscheidungen. Jede Abteilung eines Krankenhauses steht ständig unter Kostendruck. Bewusst oder unbewusst unterliegen viele Entscheidungen ökonomischen Überlegungen – ob stationär oder ambulant behandelt werden soll, ob operiert werden soll und wie lange die PatientInnen im Krankenhaus bleiben sollen.

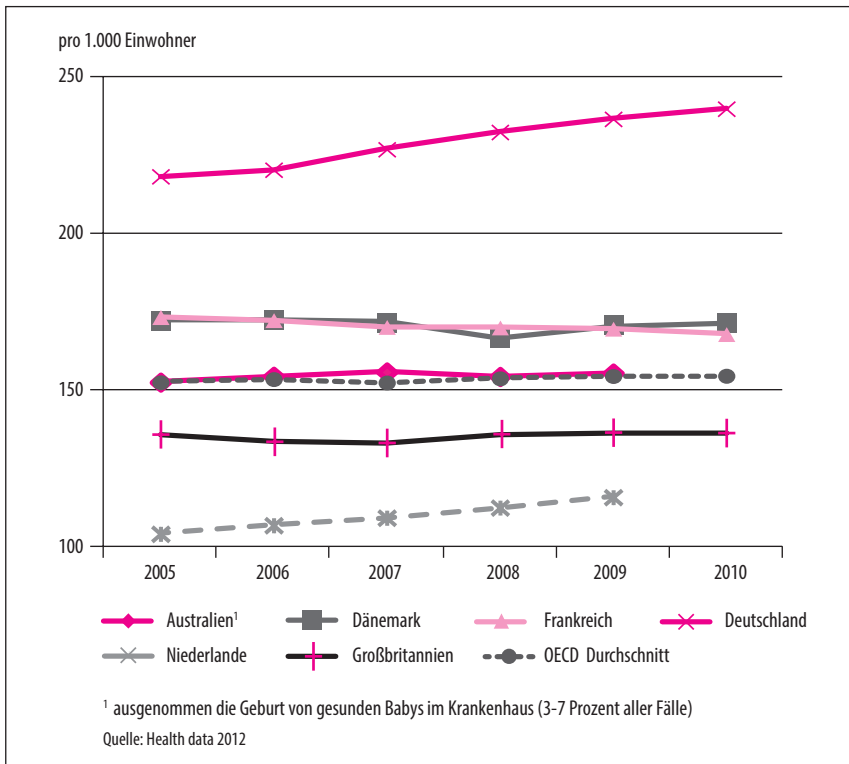
► Jede Fallpauschale mehr bringt Geld

Krankenhäuser können ihre Einnahmen steigern, je mehr »Fälle« – also PatientInnen – sie behandeln. Im internationalen Vergleich werden in Deutschland ungewöhnlich viele Menschen stationär behandelt.⁷ Die Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen steigt weiter an, wie die oberste Linie der folgenden OECD-Grafik zeigt.

→ siehe Abb. 12, Seite 69

7 Managing Hospital Volumes – Germany and Experiences from OECD Countries, OECD (engl. Abkürzung für Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) Paris 04/2013

Abb. 12: Zunahme der stationären Behandlungsfälle in ausgewählten Ländern der OECD (2005 – 2010)



► **Das Fallpauschalensystem:
Einnahmen steigern – Kosten senken**

Das Fallpauschalen-System (DRG) zwingt ÄrztInnen, ihre PatientInnen immer mehr unter dem Gesichtspunkt zu betrachten, wie bei der Behandlung möglichst hohe Einnahmen bei möglichst geringem Aufwand zu erzielen sind. Operationen und andere invasive Prozeduren wie z. B. die Dauer einer künstlichen Beatmung steigern die Fallpauschale. Vor allem haben Therapieverfahren zugenommen, die im DRG-Katalog ein günstiges Verhältnis von Erlös zu Behandlungskosten haben.

26 Prozent der Zunahme von Behandlungsfällen zwischen 2006 und 2010 entfielen auf Erkrankungen des Bewegungsapparates, weitere 18 Prozent auf Herz-Kreislauf-erkrankungen (RWI 2012⁸). Genau diese Erkrankungen sind bei entsprechend invasiver Behandlung im DRG-Katalog besonders »lukrativ«.

Die Alterung der Bevölkerung, der sog. demografische Wandel, erklärt nur ein Drittel dieser Zunahme (OECD 2013). Der Fortschritt der Medizin hat mit neuen Behandlungsverfahren ebenfalls einen Anteil an dieser Entwicklung. In erster Linie sind für den rasanten Anstieg der Behandlungszahlen aber nicht medizinische Gründe, sondern wirtschaftliche Fehlanreize verantwortlich.

Dies verdeutlichen ein paar Beispiele aus der Praxis:

► **Unnötige Behandlungen in Orthopädie und Unfallchirurgie**

So ist in Deutschland die Zahl der stationären Aufnahmen wegen Rückenproblemen in acht Jahren um die Hälfte gestiegen. Die Zahl der Operationen an der Wirbelsäule stieg 2005 bis 2010 um 118 Prozent, diejenige der Versteifungs-OPs (Spondylodesen) sogar um 202 Prozent. Prof. Dr. Rüdiger Krause, 2015 Präsident der deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, vermutet, dass es zumindest in einigen Gegenden »eine angebotsgetriggerte Nachfrage nach Operationen an der Wirbelsäule« gibt.⁹

► **Riskante Behandlungen in der Kardiologie**

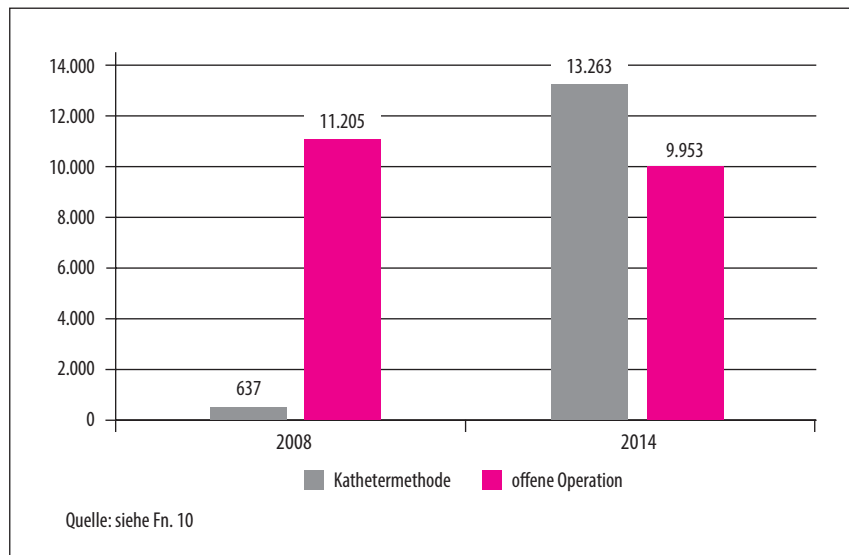
Die Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) wurde ursprünglich für PatientInnen entwickelt, bei denen der herkömmliche Ersatz einer verengten Aortenklappe mit Spaltung des Brustbeins und unter Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine zu riskant und deshalb nicht indiziert war. Während der Anteil von TAVI im Jahr

8 Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Augurzky, Felder, Wasem, Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen, Endbericht, Forschungsprojekt des GKV-Spitzenverbandes

9 Hollersen, Wiebke, Geschäftsmodell Rücken, Welt am Sonntag, 01.11.2015

2007 noch bei 1,3 Prozent dieser Eingriffe lag (157 TAVI, 12116 Operationen), betrug er 2010 bereits 23,9 Prozent⁵ und stieg 2014 auf 57 Prozent¹⁰. → s. Abb. 13

Abb. 13: Verfahren zum Ersatz der Aortenklappe am Herzen



Wissenschaftliche Studien haben erwiesen, dass die TAVI nur bei HochrisikopatientInnen vorteilhaft ist.¹¹ Bei PatientInnen mit geringem Eingriffsrisiko war die Sterblichkeit deutlich höher, bei durchschnittlichem Risiko bestenfalls gleich. Über den Langzeitverlauf gibt es noch kein gesichertes Wissen.

Für die herkömmliche offene Operation erhält das Krankenhaus zwischen 16.800 Euro (bei einem angenommenen sog. Basisfallwert von 3.000 Euro) und 24.600 Euro, für eine TAVI jedoch 33.600 Euro. Grund ist der vor Jahren sehr

10 Eggebrecht H, Mehta RH. Transcatheter aortic valve implantation (TAVI) in Germany 2008-2014: on its way to standard therapy for aortic valve stenosis in the elderly? *EuroIntervention*. 2015 Sep 20;11(5). doi: 10.4244/EIJY15M09_11

11 Mohr FW et. al., The German Aortic Valve Registry: 1-year-results from 13680 patients with aortic valve disease, *European Journal of Thoracic Surgery* 46 (2014) 808-816

hohe Preis der Transkatheter-Aortenklappen. Mittlerweile ist deren Preis deutlich gefallen und die Kliniken machen einen nennenswerten Gewinn mit TAVI-Eingriffen. Offensichtlich wird also ein Teil der Patientinnen und Patienten aus Gewinnstreben der in der Langzeitprognose unsicheren Therapie unterzogen.

► **ChefärztInnen selbst sehen Geld als Motiv für Überbehandlungen**

In einer Umfrage beantworteten 25 Prozent der kardiologischen ChefärztInnen und 20 Prozent der unfallchirurgischen und orthopädischen ChefärztInnen die Frage »Gibt es ökonomisch motivierte Überversorgung in ihrem Fachgebiet?« mit »ja, definitiv«. ¹² Vergleiche der OECD lassen auch in anderen medizinischen Fachgebieten kommerzielle Gründe für die hohen Eingriffszahlen in Deutschland vermuten. ¹³ Tabelle 5 zeigt die Häufigkeit der jeweiligen Eingriffe in Deutschland bzw. im OECD-Durchschnitt und welchen Rang Deutschland dabei einnimmt. → s. Tab. 5, S. 73

► **Das deutsche Fallpauschalensystem – bedarfsgerecht oder nur marktgerecht?**

Im deutschen Fallpauschalensystem sind folgende Faktoren für den ökonomischen Erfolg eines Krankenhauses entscheidend: Die Zahl der Behandlungsfälle, die Menge an Operationen und anderen invasiven Prozeduren, die Steuerung der Aufenthaltsdauer und das Erreichen eines mit den Krankenkassen vorab vereinbarten Leistungsvolumens (»Casemix«) sowie der möglichst starke Abbau von Personal, um Kosten zu sparen. Sicher ist: im Vergleich zu anderen Ländern haben erlösrelevante Behandlungsverfahren in Deutschland unverhältnismäßig zugenommen. Was wir mit diesen Zahlen stark vermuten, aber nicht beweisen können, ist: dass weniger PatientInnen eine ihrem Bedarf angemessene Behandlung erfahren. Eines

12 Reifferscheid, Pomorin, Wasem, Umgang mit Mittelknappheit im Krankenhaus, Rationierung und Überversorgung medizinischer Leistungen im Krankenhaus? September 2014

13 Managing Hospital Volumes, OECD, a.a.O

Tab. 5: Vergleich von Krankenhausleistungen in Deutschland und OECD-Ländern

	Deutschland	Deutscher Rang unter den OECD Ländern	OECD-Durchschnitt
Stationäre Krankenhausbehandlung bei bestimmten Hauptdiagnosegruppen – pro 1.000 Einwohner:			
Krankheiten des Kreislaufsystems	35,7	1	19,6
Krebserkrankungen	24,5	2	13,5
Prozeduren und Operationen mit stationärem Aufenthalt (mindestens eine Krankenhausübernachtung) – pro 100.000 Einwohner:			
Operationen wegen Grauem Star	178	7	118
Mandeloperationen	157	3	80
Erweiterungen der Herzkranzgefäße mit Katheter (PTCA)	624	1	177
Bypassoperationen an den Herzkranzgefäßen	116	2	47
Blinddarmoperationen	151	7	126
Gallenblasenoperationen	236	2	154
Leistenbruchoperationen	223	1	110
Prostataoperationen durch die Harnröhre pro 100.000 Männer	197	4	117
Prostataoperationen durch Schnittopeation – pro 100.000 Männer	85	5	54
Gebärmutterentfernungen durch die Scheide – pro 100.000 Frauen	178	6	113
Kaiserschnitte pro 1.000 Lebendgeburten	314	9	261
Hüftgelenkersatz (Hip replacement)	295	1	154
Kniegelenkersatz	213	2	122
Brusterhaltende Chirurgie der weiblichen Brust – pro 100.000 Frauen	232	1	108
Radikaloperationen bei Brustkrebs – pro 100.000 Frauen	69	8	56
	Anzahl in Deutschland		Anzahl im OECD-Durchschnitt

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2012

aber ist gewiss: eine medizinisch unnötige Behandlung ist nichts anderes als eine Körperverletzung!

► **Das Bündnis *Krankenhaus statt Fabrik* fordert:**

Andere Regeln für die Krankenhausfinanzierung, beispielsweise über Budgets. Therapie und Pflege im Krankenhaus sollten nicht dem Geld folgen, sondern dem Bedarf und angemessenen ärztlichen Indikationsstellungen.

Wir appellieren an die ärztliche Verantwortung und rufen zu einer ärztlich-ethisch motivierten Verhaltensänderung auf, die sich der Kommerzialisierung der Medizin aktiv entgegen stellt.

Ein solcher Appell allein würde aber zu kurz greifen. Damit sich ärztliches Verhalten ändern kann, müssen wir mehr Spielraum schaffen für menschlich und medizinisch angemessenes Verhalten. Das aber wird nur gelingen durch eine grundlegende Neuausrichtung der Finanzierung stationärer Behandlungen.

■ **Literatur**

Mohr, F.W. et. al. 2014: The German Aortic Valve Registry: 1-year-results from 13680 patients with aortic valve disease, *European Journal of Thoracic Surgery* 46 (2014), S. 808-816

Reifferscheid, A.; Pomorin, N.; Wasem, J. 2014: Umgang mit Mittelknappheit im Krankenhaus. Rationierung und Überversorgung medizinischer Leistungen im Krankenhaus?

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung 2012: Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen, Endbericht, Forschungsprojekt des GKV-Spitzenverbandes

Hollersen, W. 2015: Geschäftsmodell Rücken, *Welt am Sonntag*, 01.11.2015

Eggebrecht H, Mehta R.H. 2015: Transcatheter aortic valve implantation (TAVI) in Germany 2008-2014: on its way to standard therapy for aortic valve stenosis in the elderly? *EuroIntervention* 2015 Sep 20;11(5), S. 1029-1033.

OECD 2013: *Managing Hospital Volumes – Germany and Experiences from OECD Countries*. Paris

Veränderung des professionellen Ethos

Fakten und Argumente 10

»Professionalität ist die Grundlage des Kontrakts der Medizin mit der Gesellschaft. [...] Gegenwärtig wird die medizinische Profession mit einer Explosion von Technologie, sich verändernden Marktkräften, Problemen der Gesundheitsversorgung [...] konfrontiert. Im Ergebnis finden es Ärzte zunehmend schwierig, ihre Verpflichtungen gegenüber Patienten und Gesellschaft zu erfüllen. Unter diesen Umständen wird es umso wichtiger, die fundamentalen und universellen Prinzipien und Werte medizinischer Professionalität zu bekräftigen, die von allen Ärzten zu verfolgende Ideale bleiben.«

*(Medizinische Professionalität im neuen Jahrtausend.
Eine ärztliche Charta, 2003. Zit. n. Heubel 2015: 145)*

► Veränderungen

Zu Beginn eine kurze historische Rückschau: In den 1980er Jahren wurde auch in Deutschland eine gesellschaftliche Diskussion angeheizt, die Medizin unter das Diktat der Ökonomie zu stellen. Für diese Debatte gab es verschiedene Gründe. Obwohl die Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum gesamtwirtschaftlich produzierten Reichtum (Bruttoinlandsprodukt – BIP) gleich geblieben waren, schmälerten ökonomische Krisen mit steigender Arbeitslosigkeit und Reallohnverlusten die Finanzbasis der gesetzlichen Krankenversicherung so sehr, dass die prozentualen

Krankenkassenbeiträge auf Arbeitseinkommen spürbar gesteigert werden mussten. Politisch interessierte Kreise behaupteten deshalb eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen, die zwar nie stattgefunden hatte, aber der Öffentlichkeit und gerade den ArbeitnehmerInnen angesichts der steigenden Kassenbeiträge glaubhaft erschien. Im Zuge der »geistig-moralischen Wende« der Ära Thatcher (ab 1979), Reagan (ab 1981) und Kohl (ab 1982) ging es dabei auch um die Frage, ob in Deutschland ein solidarisch finanziertes Gesundheitswesen mit gleichem Leistungsanspruch für Alle erhalten bleiben sollte oder gleichsam als Sozialromantik aus den Zeiten des rheinischen Kapitalismus aufgegeben werden müsse.

Sollten die Gesellschaft und ihre ÄrztInnen, Pflegekräfte und TherapeutInnen im Angesicht sich weltweit verschärfender kapitalistischer Konkurrenz das Ziel der Gleichheit in der medizinischen Versorgung aufgeben, medizinische Leistungen rationieren, nur mehr eine medizinische Grundversorgung garantieren und bereitwillig einen neuen Markt für Gesundheitsleistungen für zahlungskräftige KundInnen mitentwickeln? Sollten medizinische Behandlungen dringend billiger gestaltet werden und sollte das Gesundheitswesen kapitalistisch profitorientierten Produktionsverhältnissen unterworfen werden, weil diese vermeintlich effizienter sind als die öffentlichen Institutionen der Daseinsvorsorge? Es soll(t)en über diesen Weg angeblich Ausgaben für Gesundheit bzw. Krankenbehandlung angesichts rasanter technologischer Entwicklungen gesenkt oder mindestens »gedeckelt«, zur Verfügung stehende Ressourcen effizienter genutzt (Kosteneffizienz) sowie die Qualität und Nachvollziehbarkeit ärztlicher Behandlungspraxis gesteigert werden.

► Die professionelle Autonomie in Auseinandersetzung mit anderen Logiken

Diese Steuerung wirkt sich bei vielen Professionellen in Gesundheitsberufen als Gleichzeitigkeit von ökonomischem Druck und moralischem Stress aus (vgl. Bode/Vogd 2016). Moralischer Stress speist sich dabei aus dem, was Eliot Freidson (2001) in einer Analyse ärztlicher Tätigkeit die »third logic« (die dritte Logik) genannt hat: dem Professionalismus ärztlicher, pflegerischer und therapeutischer Tätigkeit. Er basiert ganz wesentlich auf eher flüchtigen Elementen, nämlich Ansprüchen, Werten und Ideen (»claims, values, and ideas«, ebd.: 105). Diese formten ei-

nen professionsspezifischen Gestaltungsrahmen aus. Das verbindende Element professioneller Autonomie stellt dabei die Orientierung an »guter Arbeit«, dem Wohl des individuellen Patienten und dem Gemeinwohl dar, indem die professionelle Körperschaft Eigeninteressen *individuell* wie auch *kollektiv* zum Wohle einer selbst auferlegten und sie verpflichtenden Idee des öffentlichen Gutes und der Würde des Individuums zurückweisen kann und muss. So können und müssen etwa persönliche Vorteilnahme (z.B. in Form von Karriereinteressen) des einzelnen Arztes durch den kollektiven Verbund der Ärzteschaft wie auch überzogene, medizinisch nicht begründete Behandlungswünsche individueller PatientInnen oder seitens der Geschäftsführung durch den einzelnen Arzt mit Blick auf die *gleiche* Wertorientierung am Gemeinwohl unterbunden werden (vgl. ebd.: 217).

Diese Professionsethik sieht Freidson sodann in zweierlei Hinsicht gefährdet: einerseits von »innen« (»practice ethics«, praktische Ethik) durch Verfehlungen einzelner ÄrztInnen, deren Fehlverhalten nicht ausreichend durch das Kollegium überwacht, sanktioniert und durch Gegenmaßnahmen transformiert wird, andererseits von »außen« (»institutional ethics«) in Form politischer, finanzieller und rechtlicher Rahmenbedingungen, die die tägliche Arbeit maßgeblich beeinflussen. Wollten ÄrztInnen und andere Professionelle nicht zu gut bezahlten technischen ExpertInnen (»well-paid technical experts«) herabsinken, müssten sie ihre Entscheidungsfreiheiten und Berufsziele weiterhin proaktiv verteidigen (vgl. ebd.: 216). Freidson identifiziert daraufhin fünf hauptsächliche Einflussnahmen, die die »institutional ethics« auszuhöhlen drohen:

1. Selektion von PatientInnen und damit Auflösung des Gleichheitsgrundsatzes der Behandlung
2. Arbeitsbedingungen, die »gute Arbeit« verunmöglichen
3. Standardisierung von Behandlungsentscheidungen, die zur Verengung und potenziellen Degradierung derjenigen PatientInnen führt, die nicht in das Klassifikationssystem passen
4. persönliche Bereicherung als Triebfeder für »gute Arbeit«
5. Beschränkung des Zugangs zu medizinischem Wissen aus Profitgründen (vgl. ebd.: 217ff.)

► Im marktförmigen System der DRGs: medizinische Professionalität zwischen Revolte und Anpassung

Die Unterordnung von Behandlungsprozessen unter wirtschaftliche Interessen beeinträchtigt die Professionsethik aller Gesundheitsberufe im Krankenhaus gleichermaßen. Da die Ärzteschaft, besonders ihre Führungskräfte, aber einen bestimmten Einfluss auf die Steuerung der Prozesse in den Krankenhäusern ausübt, ist es politisch entscheidend, sie für die neuen Handlungsmaximen wie Management-Techniken (Kostenkontrolle, Plan- und Zielorientierung, Qualitätsmanagement, vergleichende Benchmarks) zu gewinnen, damit sie dem ökonomischen Primat aktiv folgen. Die nichtärztlichen Berufsgruppen im Krankenhaus sollen sich passiv in diese Struktur ein- bzw. unterordnen. Dies generiert aber umgekehrt eine besondere Verantwortung der ÄrztInnen, die ja gleichzeitig in medizinischer Hinsicht keine Weisungen entgegennehmen müssen, also qua Profession zumindest formal das Potential hätten, sich bestimmten Zumutungen zu verweigern. In der Praxis erweist sich dies – gar als individuelles Handeln – allerdings durch verschiedene Zwänge und Sanktionen als ziemlich schwierig.

Stimmte man in den letzten drei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts in internationalen (überwiegend anglo-amerikanischen) Studien noch unter dem Schlagwort der »Deprofessionalisierung« (z.B. Haug 1988) einen Abgesang auf die medizinische Professionalität an, so zeichnen Untersuchungen mittlerweile ein komplexeres Bild der Lage. Es lassen sich in der Literatur unterschiedliche Mechanismen identifizieren, die den professionellen Umgang mit den Anforderungen von Ökonomisierung und Kommerzialisierung im Krankenhaus kennzeichnen.¹⁴

► Mechanismus I: Anpassung

Über die fortwährende Auseinandersetzung mit Managementkennziffern sowie mit der Steuerungslogik des DRG-Systems wird eine »leise« Unterwanderung der dort verwendeten Sprache und Begriffe, Symbole und Ideen in die professionelle Kultur und Praxis der Ärzteschaft beobachtet. Harrison/Dowswell (2002) etwa

14 Wir folgen hier im weitesten Sinne der Darstellung von Numerato et. al. 2012.

konnten zeigen, dass die Speicherung und Weiterverwendung klinischer Fallnotizen («casenote recording») von ÄrztInnen durch das Management dazu führte, dass ÄrztInnen in einen Rechtfertigungszwang gerieten, der sich nicht nur darin äußerte, dass die Akzeptanz eines professionseigenen Verhaltenskodexes von außen begrenzt wurde, vielmehr reagierten viele der interviewten ÄrztInnen mit vorausweisendem Gehorsam: *Weil* die Möglichkeit zur Kontrolle stets bestand, verhielten sich viele ÄrztInnen dementsprechend so, als stünden sie fortwährend unter Beobachtung. Der Entzug von Vertrauen in ihre professionelle Praxis seitens der Organisation führte zu einem *Zutrauen* in standardisierte, nachprüfbar Regeln und Prozesse auf Seiten der ÄrztInnen (vgl. ebd.: 222). In ähnlicher Weise konstatiert auch Germov (2005) in einer größeren qualitativen Untersuchung, dass die Standardisierungsprozesse durch eine evidenzbasierte Medizin innerhalb der medizinischen Profession zum Teil selbstgemacht («partly self-imposed») seien, da dies als »Überlebensstrategie« (ebd.: 753) gewertet werden könnte.

► Mechanismus II: Vermischung (Hybridisierung)

Blomgren/Waks (2015: 83) arbeiten wie auch Noordegraaf (2007) mit dem Begriff des »hybrid professional« und meinen damit eine professionelle Misch-Figur, die auch Expertenwissen in anderen nicht-medizinischen Bereichen wie Management oder öffentlicher Gesetzgebung hat, um durch »reflexive Kontrolle« mit externem Druck besser umgehen zu können. Ähnlich beschreiben auch Witman et al. (2010) medizinische AbteilungsleiterInnen als zwiespältige Gestalten mit der Fähigkeit, je nach Situation unterschiedliche Anteile ihres professionellen Selbst zur Geltung zu bringen, mal wie ein Manager zu handeln und im nächsten Moment vor den eigenen KollegInnen wiederum als medizinisch kompetenter, dem Patientenwohl verpflichteter Arzt aufzutreten (siehe auch Vogt 2006). ÄrztInnen treten hier also verstärkt als machtvoll, weil vermittelnde Akteure auf, die eine professionelle Brücke zwischen der medizinischen und der ökonomischen Rationalität zu schlagen wissen. Eine derartige Position läuft Gefahr, ständig aus einer oder mehreren Richtungen gleichzeitig unter identitären und praktischen Zugzwang gesetzt zu werden.

► Mechanismus III: Professionelle Opposition

Eine andere Strategie beschreibt eine fundamentale Ablehnung der eingeführten Managementpraktiken durch einzelne oder gar kollektive Verbände. Hierbei gehen medizinische Professionelle, insbesondere Fachkräfte aus Pflege und den therapeutischen Funktionsbereichen in Fundamentalopposition zu allen Techniken und Anforderungen, die von Seiten des Managements an sie gestellt werden. So konnte McDonald (2009) zeigen, wie englische ÄrztInnen in der Grundversorgung ihre gemeinsame Idee einer öffentlichen, dem Gemeinwohl verschriebenen Medizin Formen kommerzieller oder marktbasierter Leistungserbringung gegenüber erfolgreich verteidigen konnten. Wenn auch die Art und Weise, wie unter den ÄrztInnen Widerstand organisiert und gelebt wurde, enge Grenzen setzte.

Anders die Auseinandersetzung an der Charité in Berlin 2015, die das unmenschliche Zwangsverhältnis der betriebswirtschaftlichen Rationalität im DRG-System skandalisierte. Hier führten erstmals in Deutschland Pflegekräfte einen Tarifikampf für eine auskömmliche personelle Besetzung ihrer Krankenstationen als Grundbedingung für gute Medizin und Pflege und für die Verwirklichung hoher professioneller und ethischer Standards im Krankenhaus. Viele Studien belegen die von Freidson (1988) als »Stratifikationstheorie« bezeichnete Annahme, wonach die Angriffe aus Richtung des Managements auf die medizinische Professionalität nicht selten zu einer Stärkung der kollektiven Identität geführt haben. Diese internen wie externe Kämpfe um das *Was* und *Wie* medizinischer Professionalität dürften noch lange nicht abgeschlossen sein, die gute Nachricht scheint aber zu sein: Die Kämpfe werden nach wie vor ergebnisoffen geführt, ein Sieger ist bislang nicht auszumachen. Mit Friedrich Heubel ließe sich abschließend sagen, dass es mehr denn je darum gehen muss, die Patientenzentrierung als *das Widerstandspotenzial* medizinischer Professionalität schlechthin allen ökonomischen Einflussversuchen zum Trotz individuell glaubhaft *und* kollektiv-organisatorisch in der *betrieblichen* Struktur des Krankenhauses zu verankern und dadurch zu verteidigen (vgl. Heubel 2015: 135-141).

■ Literatur

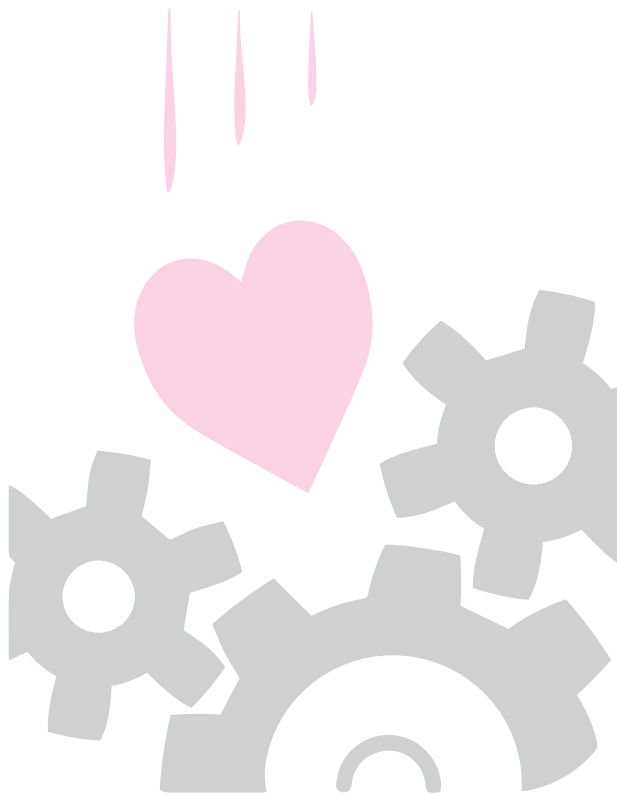
- Berg, M.; Horstman, K.; Plass, S.; van Heusden, M. 2000: Guidelines, professionals and the production of objectivity. Standardisation and the professionalism of insurance medicine. In: *Sociology of Health & Illness* 22 (6), S. 765–791
- Bode, I.; Vogd, W. (im Erscheinen): Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive. Springer VS: Wiesbaden
- Blomgren, M.; Waks, C. 2015: Coping with contradictions. Hybrid professionals managing institutional complexity. In: *Journal of Professions and Organization* 2 (1), S. 78–102
- Doolin, B. 1999: Casemix Management in a New Zealand Hospital: Rationalisation and Resistance. In: *Financial Accountability & Management* 15 (3-4), S. 397–417
- Freidson, E. 1988: *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago
- Freidson, E. 2001: *Professionalism. The third logic*. Cambridge
- Germov, J. 2005: Managerialism in the Australian public health sector. Towards the hyper-rationalisation of professional bureaucracies. In: *Sociology of Health & Illness* 27 (6), S. 738–758
- Harrison, S.; Dowswell, G. 2002: Autonomy and bureaucratic accountability in primary care. What English general practitioners say. In: *Sociology of Health & Illness* 24 (2), S. 208–226
- Heubel, F. 2015: Fazit: Professionalität organisieren. In: ders. (Herausgeber): *Professionslogik im Krankenhaus. Heilberufe und die falsche Ökonomisierung*. Frankfurt/Main: Humanities Online: S. 131–145
- Haug, M. 1988: A re-examination of the hypothesis of deprofessionalisation. *The Millbank Quarterly*, 66 (2), S. 48–56
- Le Grand, J.; Bartlett, W. 1993: The Theory of Quasi-Markets. In: dies. (Hrsg.), *Quasi-Markets and Social Policy*. London, S. 13-34
- McDonald, R. 2009: Market reforms in English primary medical care. Medicine, habitus and the public sphere. In: *Sociology of Health & Illness* 31 (5), S. 659–672
- Mintzberg, H. 1983: *Power in and around Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Noordegraaf, M. 2007: From »Pure« to »Hybrid« Professionalism. Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains. *Administration & Society* 39, S. 761–785
- Numerato, D.; Salvatore, D.; Fattore, G. 2012: The impact of management on medical professionalism. A review. In: *Sociology of Health & Illness* 34 (4), S. 626–644

Rohde, J. J. 1962: Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. Stuttgart

Strauss, A.; Schatzman, L. ; Ehrlich, D.; Bucher, R.; Sabshin, M. 1963: The hospital and its negotiated order. In: Freidson, E. (Hrsg.), The hospital in modern society. London S. 147-169

Vogd, W. 2006: Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Perspektive der ärztlichen Akteure. Bern

Witman, Y.; Smid, G. A.C.; Meurs, P. L.; Willems, Dick L. 2010: Doctor in the lead: balancing between two worlds. In: Organization 18 (4), S. 477-495



DRGs und »Leistungsorientierte Bezahlung« (Pay for Performance – P4P) – vom Festpreis zum Marktpreis

Fakten und Argumente 11

► Die These: P4P soll Probleme der DRGs lösen

Von manchen PolitikerInnen und von Teilen der Öffentlichkeit wurde inzwischen erkannt, dass die Finanzierung der Krankenhäuser durch Fallpauschalen auch Probleme aufwirft. Diese werden aber nicht als grundsätzlich gesehen, es wird deshalb nur versucht, bestimmte Stellschrauben zu justieren, Anreize anders zu setzen etc. Eine Variante davon ist die so genannte Pay for Performance (P4P).

Die DRGs sind bislang ein Festpreissystem. Unter dem Deckmantel »Qualitätsvergütung« werden mit dem Krankenhausstrukturgesetz von 2015 qualitätsabhängige Zu- und Abschläge auf die bisherigen Festpreise eingeführt. Eine solche Leistungsvergütung – man nennt sie auch Pay for Performance (P4P) – wird vom Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bereits seit 1997 gefordert. Das Bundesgesundheitsministerium hat 2012 eine umfassende Studie hierzu in Auftrag gegeben. Zusammenfassend heißt es darin:

»Bislang ist es in Studien noch nicht gelungen, zweifelsfrei die Wirksamkeit von P4P-Projekten (pay for performance) nachzuweisen (...). Die Komplexität medizinischer Versorgung sowie die systemischen Optimierungs- und Umgehungsreaktionen beeinflussen die Ergebnisse einiger Projekte durch diverse Selektionseffekte sehr. (...) Trotz der mangelnden überzeugenden Evidenz für die Wirksamkeit von P4P sind die

meisten der Befragten in Deutschland der Ansicht, dass P4P in der Zukunft eine größere Rolle spielen wird.» (BQS: Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung, 2012)

Auch das neu gegründete Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) warnte vor der unüberlegten Einführung qualitätsorientierter Vergütung (Ärzteblatt 2015). Denn Erfahrungen liegen aus den USA bereits seit über zwanzig Jahren vor, aus Großbritannien seit über zehn Jahren. Und nirgendwo konnte bisher der Nachweis erbracht werden, dass die Wirkungen den theoretischen Vorstellungen selbsternannter Gesundheitsfachleute entsprachen. Insbesondere eine breite Einführung, wie jetzt durch die Bundesregierung beschlossen, hatte keine bis negative Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung insgesamt. (James; J. 2012; Joynt, K. E.; Jha,; A.K. 2013)

Verklausuliert wird hier gesagt: Ein Nutzen lässt sich zwar nicht feststellen, negative Anreize sind wahrscheinlich, wir machen es aber trotzdem, Hauptsache der Weg Richtung marktwirtschaftliche Umgestaltung der Daseinsvorsorge wird fortgesetzt. Statt Krankenhäuser oder Abteilungen, die tatsächlich eine schlechte Qualität haben, in die Lage zu versetzen, diese zu verbessern, sollen sie durch Preisabschläge noch schärfer unter Druck gesetzt werden.

Problematisch ist hier auch der sehr beschränkte Horizont der Qualitätsdiskussion: Es geht in der Regel »nur« um Ergebnisqualität (zu den Problemen bei der Messung von Ergebnisqualität unten mehr). Fragen der Prozess- und Strukturqualität werden zwar durch Qualitäts-Managementsysteme (QM) und die darauf beruhenden Zertifizierungen überprüft, diese gehen aber nie so weit, bestimmte Personalzahlen bzw. Stellenschlüssel zur Lösung der Qualitätsprobleme zu fordern. Es ist allgemein bekannt, dass eine Bedingung von guter Prozess- und auch Strukturqualität die Anzahl und die Qualifikation des Personals ist (im Gegensatz zum G-BA beziehen wir das aber nicht nur auf die Ärztinnen sondern auch auf die Pflege und anderen Berufsgruppen, einschließlich der Service- und Putzkräfte).

Das ist seit mehreren Jahrzehnten in zahlreichen Studien immer wieder bestätigt worden (etwa IQWiG 2006; Sochalski; Aiken 1999).

Weitere Mittel und Wege zu guter Qualität sind ebenfalls längst bekannt. Die Akkreditierung in Qualitätsnetzwerken etwa kann die poststationäre Mortalität

senken und die Behandlungsqualität erfolgreich steigern (Schmalz et. al. 2011). Studien zur qualitätsorientierten Vergütung zeigen, dass die Fähigkeit, bauliche und medizinisch-technische Investitionen zu tätigen, für das Erreichen gewünschter Qualität wesentlich von Bedeutung ist (Veit 2012, s. S. B29ff.).

► Definitionen von Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität lt. G-BA

»**Strukturqualität** beschreibt die Qualität der Leistungserstellung und umfasst die personellen Voraussetzungen, d. h. den Facharztstandard, die technische Ausstattung einer Institution, die räumlichen Gegebenheiten und die Ablauforganisation. Die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen, Qualitätszirkeln und Weiterbildungsveranstaltungen sind weitere Indikationen für eine Strukturqualität.

Prozessqualität beschreibt sämtliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen innerhalb eines Versorgungsablaufes, die unter Berücksichtigung der individuellen Krankheitsmerkmale eines Patienten ergriffen werden oder nicht. Bei der Prozessqualität stellt sich somit die Frage nach dem »Wie« der Behandlung. Wie wird diagnostiziert/therapiert? Wie läuft der Behandlungsprozess ab? Prozessqualität bezieht sich direkt auf medizinische Fragen.

Ergebnisqualität bezieht sich auf das Behandlungsergebnis. Die Beurteilung von Ergebnisqualität hängt in hohem Maße davon ab, ob deren Zielsetzung erreicht wurde. Wichtig dabei ist die Patientenzufriedenheit in Bezug auf die Behandlung und das erreichte Ergebnis.«

(<https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/ergebnisqualitaet/>)

► Probleme bei P4P: Messung der Qualität

Es ist zu bezweifeln, dass Qualitätsmessungen für relevante Teile des Krankenhauses statistisch überhaupt sauber möglich sind: Stimmt die Indikation? Ist

das Auftreten einer Komplikation auf das Krankenhaus oder die Vor- und Nachbehandlung durch andere oder das Krankheitsbild selbst bzw. den Patienten zurückzuführen? Misst man bis zum Ende des Krankenhausaufenthaltes oder betrachtet man die Langzeitergebnisse?

Außerdem müssten wichtige Kriterien der Ergebnisqualität weiche Faktoren sein, die sich nicht mit Zahlen messen lassen (z.B. Zuwendung, empathischer Umgang mit PatientInnen, Unterstützung selbstbestimmter Entscheidungsprozesse des Patienten im Behandlungsverlauf etc.). Die Reduzierung der Ergebnisqualität der medizinischen Behandlung auf in Zahlen messbare und statistisch zu verarbeitende Parameter ist zwar einfach und praktisch, aber letztlich hinsichtlich der Aussagekraft hoch problematisch. Einen so reduzierten Ergebnisqualitätsbegriff dann zum Kriterium für Belohnung und Bestrafung durch Zuschläge und Abschläge zu machen, wäre einer der größten Skandale in der »Fortentwicklung« des DRG-Systems.

Wenn solche Qualitätsmessungen unmittelbaren Einfluss auf die finanziellen Ergebnisse haben, muss man mit unerwünschten Folgewirkungen rechnen: Es bestünde ein erheblicher finanzieller Anreiz, Daten zu schönen oder schlicht zu fälschen. Und es bestünde ein weiterer, schwerwiegender Anreiz zur Patientenselektion. Das kann vom Weiterverlegen schwerer Fälle bis zur Jagd nach »jungen, gesunden« PatientInnen gehen.

► Qualität und Geld

Eine Studie aus den USA untersuchte, ob ein Zusammenhang zwischen aussagekräftig gemessener Qualität und einem Qualitätsabschlag in einem Programm zu qualitätsorientierter Vergütung besteht. Das Ergebnis war grotesk: Es waren gerade diejenigen Kliniken von Vergütungsabschlägen betroffen, die in einer Reihe von gut validierten Qualitätsbewertungen besser abschnitten. Die Qualität der Qualitätsmessung war in dem Fall also so schlecht, dass sich das Gegenteil des erwünschten Effekts einstellte. Offensichtlich wurden diejenigen Kliniken von den Qualitätsabschlägen benachteiligt, die besonders leistungsstark waren, Komplikationen überdurchschnittlich sorgfältig dokumentierten und sich auch an die Therapie von PatientInnen heranwagten, die von anderen Krankenhäusern abgewiesen oder

dorthin verlegt wurden; Kliniken also, die keine Risikoselektion betrieben hatten. (Ravi Rajaram, Jeanette W. Chung e.a.)

► **Unausgesprochene Konsequenz: Einstieg in Selektivverträge im Krankenhaus**

Für die Krankenkassen verwirklicht sich mit einer Bezahlung nach Qualität ein langgehegter Wunsch: Das Recht, nur noch mit den Krankenhäusern Verträge abzuschließen, mit denen sie es wollen (Selektivverträge). Ganz nebenbei wird durch solche Vertragsformen die Krankenhausbedarfsplanung, für die die Bundesländer zuständig sind, zur Makulatur. Ein Krankenhaus könnte dann zum Beispiel für die Versorgung einer ländlichen Region notwendig sein, bekommt aber keine Verträge mehr oder weniger Geld, weil die Kassen es für überflüssig halten.

Damit wird klar, dass nicht Qualität das Ziel ist, sondern Qualitätsindikatoren lediglich als Mittel eingesetzt werden sollen, um ganz andere Zwecke zu erreichen, um möglichst viele Betten zu schließen und Krankenhäuser »aus dem Markt zu drängen«. Der ohnehin bestehende Konkurrenzkampf der Kliniken soll geradezu zu einem Dumpingwettbewerb verschärft werden – auf dem Rücken der Beschäftigten und der PatientInnen.

► **Fazit**

Bezahlung nach Qualität, P4P und Selektivverträge sind eine konsequente marktwirtschaftliche Weiterentwicklung des DRG-Systems und riesige Schritte in Richtung einer marktradikalen Umgestaltung des Gesundheitswesens. Angesichts dieser Entwicklung hilft auch kein Zurück zu den DRGs als Festpreisen. Es helfen nur die konsequente Ablehnung der finanziellen Steuerung im Bereich der Daseinsvorsorge und die Umstellung auf eine Bedarfssteuerung und -finanzierung. Selbstverständlich wollen auch wir gute Qualität in der Krankenhausversorgung, Mit unserer Forderung nach Abschaffung der DRGs als Finanzierungsinstrument und mit der Forderung nach Abschaffung der Ökonomisierung legen wir überhaupt erst das Fundament für eine wirkliche Qualitätsentwicklung!

■ Literatur

Ärzteblatt 2014: Qualitätsorientierte Vergütung: Die Diskussion geht weiter; Ärzteblatt.de, 24. September 2014

Ärzteblatt 2015: Experten diskutieren Qualität der Krankenhausreform; Ärzteblatt.de, 7. September 2015

Destatis.de 2016; Unterschiedliche Abfragen März 2016

Essential Hospitals o.J.: Establishing the Safety Net. <http://essentialhospitals.org/about-america-essential-hospitals/history-of-public-hospitals-in-the-united-states/establishing-the-safety-net-hospital-1980-2005/>

IQWiG 2006: Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung. Eine systematische Übersicht. Köln

James, J. 2012: Pay-for-Performance. New payment systems reward doctors and hospitals for improving the quality of care, but studies to date show mixed results. in: Health Policy Brief October 11th, 2012, www.healthaffairs.org

Joynt, K. E.; Jha, A.K. 2013: Characteristics of Hospitals Receiving Penalties- Under the Hospital Readmissions Reduction Program; in: JAMA, January 23/30, 2013—Vol 309, No. 4; S. 342f.

OECD 2012: Frequently Requested Data

Rajaram, R. et. al. 2015: Hospital Characteristics Associated With Penalties in the Centers for Medicare & Medicaid Services Hospital-Acquired Condition Reduction Program; in JAMA, July 28, 2015—Vol 314, No. 4; S. 375ff.

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1990: Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Jahresgutachten 1990

Schmaltz; S.P. et. al. 2011: Hospital Performance Trends on National Quality Measures and the Association With Joint Commission Accreditation; Journal of Hospital Medicine Vol 6 | No 8 | October 2011; S. 454 ff.

Sochalski ; J.; Aiken; L.H. 1999: Accounting For Variation In Hospital Outcomes: A Cross-National Study; in: Health Affairs, Vol. 18, No. 3; S. 256 ff.

Veit, Ch.; Hertle, D.; Bungard, S.; Trümner, A.; Ganske, V.; Meyer-Hofmann, B.: Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2012

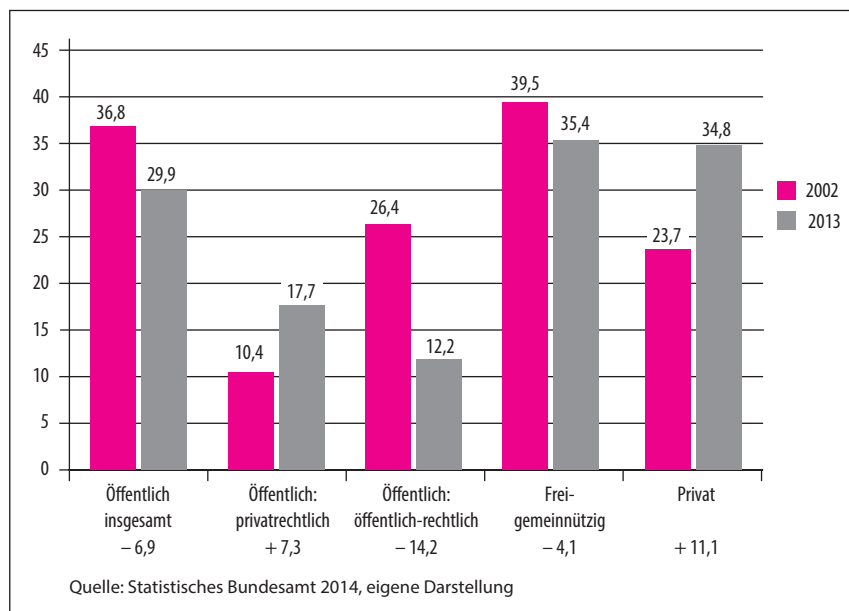
Privatisierung – Geschäftsmodell Krankenhaus

Fakten und Argumente 12

Bis 1985 war es per Gesetz verboten, in Krankenhäusern Gewinne zu machen. In den Jahren nach 1985 wurde dieses Verbot zunehmend gelockert, bis es mit der Einführung der DRGs völlig wegfiel; die DRGs als Festpreissystem fördern systematisch ein Denken und Verhalten in Markt- und Wettbewerbskategorien, also Gewinn- und Verlustkategorien.

Weil es vor 1985 keinen Markt gab, gab es in Deutschland – außer ein paar privaten Spezialkliniken für Reiche – auch keine privaten Klinikketten, die systematisch versuchten, in diesem Geschäftsfeld Gewinne zu machen. Seither sind die privaten Klinikketten (Fresenius-Helios, Rhön, Asklepios, Sana, Paracelsus, Mediclin, SRH) auf Einkaufstour. Die Zahl der Krankenhäuser, die in Besitz privater Klinikbetreiber sind, hat sich seit 1991 annähernd verdoppelt, die Zahl der Betten mehr als verdreifacht. Verlierer sind die öffentlichen Krankenhäuser. Zwischen 2002 und 2013 ist der Anteil der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft von 37 Prozent auf 30 Prozent gefallen. In dieser Zeit war unter den öffentlich getragenen Krankenhäusern ein Trend der Umwandlung der öffentlichen Rechtsform in private Rechtsform zu beobachten, um größere Flexibilität im Management zu erlangen und besser auf entsprechende Marktsituationen reagieren zu können. Während auch der Anteil der frei-gemeinnützigen Krankenhäuser von 39,5 Prozent auf 35,4 Prozent leicht zurückging, gewannen die privaten Krankenhäuser eindeutig hinzu. Sie konnten ihren Marktanteil von 2002 bis 2013 um 11,1 Prozentpunkte von 23,7 Prozent auf 34,8 Prozent erhöhen. → siehe Abb. 14 und Tab. 6, Seite 90

Abb. 14: Krankenhäuser nach Trägerschaft (in Prozent)

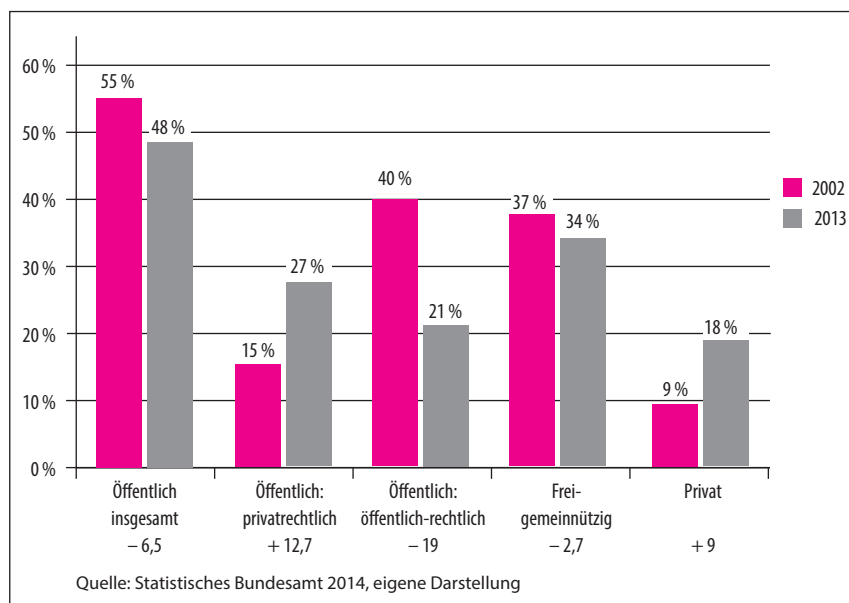


Tab. 6: Anzahl der Krankenhäuser nach Trägerschaft in Prozent

	Öffentlich			Freigemeinnützig	Privat	Insgesamt
	Insgesamt	davon				
		in privatrechtl. Form	in öffentlich-rechtl. Form			
2002	36,8	10,4	26,4	39,5	23,7	100
2013	29,9	17,7	12,2	35,4	34,8	100
Prozentpunkte	-6,9	+7,3	-14,2	-4,1	+11,1	
Veränderung	-18,8 %	+70,2 %	-53,8 %	-10,4 %	+46,8 %	(-10,1 %)

Quelle: Statistisches Bundesamt 2014, eigene Darstellung

Abb. 15: Anzahl der Betten nach Trägerschaft (in Prozent)



Tab. 7: Anzahl der Krankenhäuser nach Betten in Prozent

	Öffentlich			Frei-gemeinnützig	Privat	Insgesamt
	Insgesamt	davon				
		in privat-rechtl. Form	in öffentlich-rechtl. Form			
2002	54,5	14,7	39,7	36,7	9	100
2013	48	27,4	20,7	34	18	100
Prozentpunkte	-6,5	+12,7	-19	-2,7	+9	
Veränderung	-11,9 %	+46,4 %	-47,9 %	-7 %	+50 %	(-8,5 %)

Quelle: Statistisches Bundesamt 2014, eigene Darstellung

Da vor allem kleinere Krankenhäuser privatisiert wurden, befinden sich weiterhin 48 Prozent der Betten in öffentlicher Trägerschaft. Die Bettenzahl macht aber auch deutlich, dass die privaten Krankenhauskonzerne ihren Marktanteil von 2002 bis 2013 von 9 Prozent auf 18 Prozent verdoppeln konnten.

→ siehe Abb. 15 und Tab. 7, Seite 91

► Gewinne aus Krankenhäusern

Fresenius-Helios machte in den ersten drei Quartalen 2015 einen Gewinn von 352 Mio. Euro. Der Konzern strebt eine Gewinnmarge von 12-15 Prozent an. Rhön brüstet sich, jährlich hohe Dividenden an seine Aktionäre auszuschütten – alles Gelder der Beitragszahler, die eigentlich für eine gute Gesundheitsversorgung eingezahlt werden und dann in die Taschen der Aktionäre fließen.

→ siehe Abb. 16, Seite 93

► Gründe für die »Erfolge« der privaten Krankenhausbetreiber

Während viele öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser rote Zahlen schreiben, sind bestimmte Krankenhäuser für private Konzerne lukrativ. Die Befürworter der Privatisierung, der neoliberale Mainstream in Politik und Wissenschaft sieht dies als Beleg für die Überlegenheit der marktwirtschaftlich aufgestellten Privaten an. Ein einfacher Blick auf die Fakten beweist das Gegenteil. Die »Erfolge« der Privaten beruhen im Wesentlichen auf Rosinenpickerei, Arbeitsüberlastung und Lohndumping.

Rosinenpickerei: Private behandeln 16,7 Prozent aller PatientInnen, aber 24,8 Prozent aller Kniegelenksarthrosen, 24,8 Prozent aller Bandscheibenschäden und 23,7 Prozent aller Hüftarthrosen. Umgekehrt kommen typische Erkrankungen von alten Menschen (Oberschenkelbruch, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen) bei den Privaten nicht unter ihren TOP 20-Diagnosen vor. (Destatis, eigene Berechnungen) → siehe Tab. 8, Seite 94f.

Abb.16: Profitorientierte private Klinikträger und ihre Fusionen 2003-2014

	2003			2006			2014		
	Kranken- häuser	Mitarb.	Umsatz Mio. Euro	Kranken- häuser	Mitarb.	Umsatz Mio. Euro	Kranken- häuser	Mitarb.	Umsatz Mio. Euro
Rhön-Klinikum AG	33	13.400	960	45	30.400	1.930	10	14.000	1.080 ¹
Helios Kliniken Gruppe	23	12.100	900						
Asklepios Kliniken AG	38	10.600	710	72	25.700	1.600	109	45.500	2.900 ²
Wittgensteiner Kli- niken AG (Fresenius)	23	6.400	340	56	26.800	1.670	110	68.800	5.240
Sana Kliniken	21	6.400	480	33	12.400	790	47	29.000	2.010 ²
MediClin AG	27	5.600	360	30	6.900	370			
SRH (Stiftung Rehabi- litation Heidelberg ⁴)	7	5.200	360	7	5.300	380	13	6.200	440
Paracelsus Kliniken GmbH	28	4.800	260	30	5.000	280	29 ³	5.300	350
Damp Holding AG	8	2.500	130	11	5.600	300			
Humaine Kliniken GmbH	11	2.100	150						
AMEOS AG	9	k.A.	k.A.	15	4.200	k.A.	47	12.000 ⁵	k.A.
Summe (ohne AMEOS)	219	69.100	4.650	284	118.100	7.320	289	168.800	12.020

Tab. 8: Die 20 häufigsten Behandlungsanlässe* in den Krankenhäusern 2012 nach Art der Trägerschaft – Deutschland insgesamt –

Rang	öffentliche Träger		freigemeinnützige Träger		private Träger	
	ICD-10**	Anzahl	ICD-10**	Anzahl	ICD-10**	Anzahl
1.	Z38 (Geburt)	219.724	Z38 (Geburt)	192.600	I50 (Herzinsuff.)	62.267
2.	F10 (Alkohol)	187.904	I50 (Herzinsuff.)	140.511	Z38 (Geburt)	61.922
3.	I50 (Herzinsuff.)	183.306	F10 (Alkohol)	106.885	F10 (Alkohol)	50.085
4.	S06 (intrakran. Verletzung)	143.019	I48 (Vorhofflat/flim)	98.155	M17 (Gonarthrose)	48.652
5.	I48 (Vorhofflat/flim)	131.104	I20 (Angina pectoris)	87.181	I48 (Vorhofflat/flim)	48.026
6.	I63 (Hirnfarkt)	129.775	K80 (Gallensteine)	86.404	I83 (Varizen)	45.308
7.	I20 (Angina pectoris)	116.848	I10 (Hypertonie)	86.175	I20 (Angina pectoris)	44.082
8.	I21 (Herzinfarkt)	115.283	J18 (Pneumonie)	85.924	I63 (Hirnfarkt)	43.493
9.	J18 (Pneumonie)	108.352	J44 (chron obstr. Lungenerkr.)	84.139	M54 (Rückenschmerzen)	42.964
10.	I10 (Hypertonie)	107.786	M17 (Gonarthrose)	78.269	I25 (chron. isch. HK)	40.964
11.	K80 (Gallensteine)	102.196	S06 (intrakran. Verletzung)	75.323	M51 (Bandscheibe)	38.685
12.	I25 (chron. isch. HK)	89.415	C34 (Bronchial/Lungen-Ca)	75.254	M16 (Coxarthrose)	38.173
13.	J44 (chron obstr. Lungenerkr.)	86.810	K40 (Leistenbruch)	73.023	I21 (Herzinfarkt)	35.875
14.	I70 (Atherosklerose)	83.155	I21 (Herzinfarkt)	71.623	S06 (intrakran. Verletzung)	35.714
15.	C34 (Bronchial/Lungen-Ca)	81.299	M54 (Rückenschmerzen)	70.042	C34 (Bronchial/Lungen-Ca)	35.314
16.	R55 (Ohnmacht)	79.879	I70 (Atherosklerose)	69.170	I10 (Hypertonie)	35.145
17.	S72 (OS-Bruch)	78.784	I63 (Hirnfarkt)	66.594	I70 (Atherosklerose)	34.225
18.	M54 (Rückenschmerzen)	77.945	M16 (Coxarthrose)	66.484	F33 (rez. Depression)	33.339

Tab. 8: **Die 20 häufigsten Behandlungsanlässe* in den Krankenhäusern 2012 nach Art der Trägerschaft** – Deutschland insgesamt –

Rang	öffentliche Träger		freigemeinnützige Träger		private Träger	
	ICD-10**	Anzahl	ICD-10**	Anzahl	ICD-10**	Anzahl
19.	E11 (Diabetes)	76.821	E11 (Diabetes)	63.432	K80 (Gallensteine)	32.576
20.	G40 (Epilepsie)	75.450	S72 (OS-Bruch)	62.598	J18 (Pneumonie)	32.556
Alle Fälle		9.296.561		6.571.056		3.171.516

* Einschließlich Sterbe- und Stundenfälle.

** Int. Stat. Klassifikation Krankheiten / verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10-GM Version des jeweiligen Berichtsjahres

(Quelle: Sonderauswertung Destatis, eigene Berechnungen)

Arbeitsüberlastung: Die privaten Träger sparen an Personal noch mehr als die nicht-profitorientierten Krankenhäuser. In öffentlichen Kliniken kommen auf eine Pflegekraft 56 PatientInnen, bei den Privaten ist das Verhältnis 1: 62,5. Ähnlich verhält es sich bei den ÄrztInnen. Öffentlich: 1:113, privat: 1:138.

→ siehe Tab. 9, S. 96

Lohndumping: Eine Pflegekraft verdient in privaten Krankenhäusern z.B. im Jahr 4.177 Euro weniger als in einem öffentlichen Krankenhaus. Private Krankenhäuser sind oft nicht tarifgebunden oder haben deutlich schlechtere Tarifverträge. Insgesamt sind das 279,1 Mio. Euro Kostenvorteil durch niedrigere Löhne, wenn man vom Personalbestand der Privaten ausgeht.

► Einsparpotential: Personal und Gehälter

Die privaten Träger sparen deutlich an Personalkosten, wie man an der folgenden Tabelle sieht, die die Kosten pro Beschäftigter nach Beschäftigtengruppe und Trägern darstellt:

→ siehe Tab. 10, Seite 96

Tab. 9: PatientInnen pro Beschäftigter nach Träger und Differenz öffentlich/privat in Prozent

	2013	Diff. in %		2013	Diff. in %		2013	Diff. in %
Personal gesamt			Med. techn. Dienst			Wirtschafts- u. Versorgungsdienst		
öffentlich	19,7		öffentlich	106,9		öffentlich	402,3	
FGN / Kirche	25,2		FGN / Kirche	181,0		FGN / Kirche	485,3	
privat	24,6	24,9	privat	169,9	58,9	privat	675,4	67,9
Ärzte			Funktionsdienst			Technischer Dienst		
öffentlich	113,3		öffentlich	175,7		öffentlich	892,6	
FGN / Kirche	149,8		FGN / Kirche	206,5		FGN / Kirche	1.362,6	
privat	138,4	22,2	privat	188,9	7,5	privat	1.493,8	67,4
Pflege			Klinisches Hauspersonal			Verwaltung		
öffentlich	56,0		öffentlich	1.536,2		öffentlich	273,7	
FGN / Kirche	63,2		FGN / Kirche	2.016,2		FGN / Kirche	346,2	
privat	62,8	12,1	privat	1.690,0	10,0	privat	335,6	22,6

(Quelle Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2013)

Tab. 10: Durchschnittliche Personalkosten nach Trägerschaft (pro Jahr)

Kosten pro Beschäftigter	öffentlich	FGN/Kirche	privat	Diff. in Euro
Personalkosten insgesamt	63.562	63.840	61.364	2.198
Ärztlicher Dienst	111.846	116.508	113.212	- 1.365
Pflegedienst	53.149	52.252	48.972	4.177
Medizinisch-technischer Dienst	53.173	50.745	49.288	3.884
Funktionsdienst	53.609	53.545	49.552	4.057
Klinisches Hauspersonal	33.290	31.816	29.693	3.597
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	40.986	38.563	35.207	5.779
Technischer Dienst	54.024	53.694	48.963	5.062
Verwaltungsdienst	57.328	56.123	53.896	3.432

(Quelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser und Kostennachweis der Krankenhäuser 2013)

► Probleme und Leidtragende der Privatisierung und Ökonomisierung

Auch die PatientInnen sind die Leidtragenden der Privatisierung. Dies belegt eine Studie aus den USA an PatientInnen mit Lungenentzündung vor und nach der Einführung von Marktmechanismen: Zwar sank die Verweildauer im Krankenhaus um 35 Prozent, die stationären Kosten um 25 Prozent und die Sterblichkeit im Krankenhaus um 15 Prozent. **Aber:** Die Sterblichkeit in den ersten 30 Tage nach Entlassung nahm um 35 Prozent zu, eine Wiederaufnahme wg. Rückfall war um 23 Prozent öfter notwendig und die Verlegungen in ein Pflegeheim nahmen um 42 Prozent zu (*aus: Mark L. Metersky, Janet P. Tate e.a.*)

Ähnliche Ergebnisse zeigte eine Studie aus den USA an PatientInnen mit Schenkelhalsfraktur: Reduzierung der Verweildauer von 21,9 Tage auf 12,6 Tage. Aber: Reduzierung der Krankengymnastik-Anwendungen im Krankenhaus von 7,6 auf 6,3, die mögliche Gehstrecke bei Entlassung reduzierte sich von 27m auf 11m, die Entlassung in ein Pflegeheim stieg von 38 Prozent auf 60 Prozent an. Die Zahl der PatientInnen, die nach einem Jahr noch im Pflegeheim waren, stieg von 9 Prozent auf 33 Prozent (*aus: John F. Fitzgerald, Patricia S. Moore*).

Es ist nachgewiesen, dass die Zahl der PatientInnen, die eine Pflegekraft versorgen muss, massiven Einfluss auf die Sterblichkeit im Krankenhaus hat. Ein Patient mehr pro Pflegekraft (von sechs auf sieben PatientInnen) erhöht die Rate der Todesfälle im KH und bis 30 Tage nach Entlassung um 7 Prozent. (*Aiken: Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries*)

Dass der Gesundheitssektor in Deutschland ein bedeutender volkswirtschaftlicher Wachstumsbereich ist, in dem Milliarden umgesetzt werden, ist sowohl ArbeitgeberInnen als auch potentiellen InvestorInnen seit Ende der 1990er Jahre klar. Die Daseinsvorsorge ist ein lukratives Feld, wenn es gelingt, sie Markt- und Profitmechanismen zugänglich zu machen. Daran haben viele Bundesregierungen, aber auch die EU seit langem gearbeitet.

► Fazit

Ein Verbot, in Krankenhäusern Gewinne zu machen, verbunden mit der Abschaffung der DRGs und der Wiedereinführung der kostendeckenden Finanzierung der Krankenhäuser, würde gleich mehrere Probleme beseitigen: die verheerenden Folgen der marktwirtschaftlichen Steuerung für InvestorInnen und Beschäftigte und die Übernahmeveruche der Privaten. Ohne Gewinnaussichten würden diese das Interesse am Gesundheitswesen schnell wieder verlieren.

■ Literatur

Aiken, L.H 2014: Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study, *The Lancet*, Volume 383, No. 9931, S. 1824–1830. Statistisches Jahrbuch 2014, hg. vom Statistischen Bundesamt, Wiesbaden 2014

Augurzyk, B.; Pilny, A.; Wübker, A. 2015: Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015, RWI Materialien Heft 89, hg. vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung, Essen

Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser und Kostennachweis der Krankenhäuser 2013

Fitzgerald, J.F.; Moore, P.S.; Dittus, R.S. 1988: The Care of Elderly Patients with Hip Fracture, *N Engl J Med* 1988; 319, S. 1392-1397

Metersky, M.L.; Tate, J.P.; Fine, M.J.; Petrillo, M.K.; Meehan, T.P. 2000: Temporal Trends in Outcomes of Older Patients With Pneumonia, *Arch Intern Med.* 2000; 160(22): S. 3385-3391

Kritik der Privatisierungsideologie

Fakten und Argumente 13

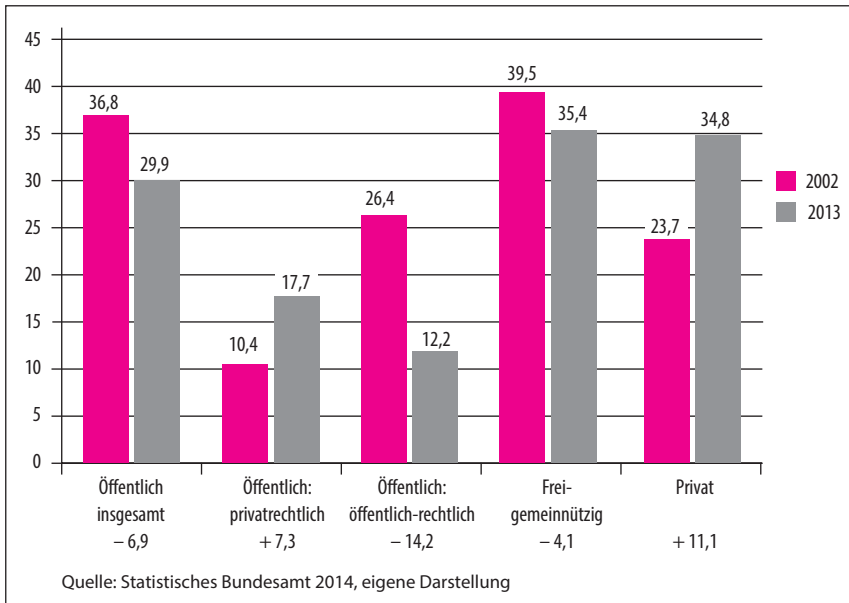
► These der Ideologie der Privatisierung

Die der Privatisierung zugrunde liegende Auffassung ist, dass nur ein privates (Profit-)Interesse Menschen antreibt, effektiv zu arbeiten, Prozesse zu optimieren und mit Ressourcen sparsam umzugehen. Diese Art des »ökonomischen« Umgangs mit allem wird sachlich für die beste gehalten. Da es in Institutionen der öffentlichen Hand keine unmittelbaren Privateigentümer gibt, werde dort nicht effektiv gearbeitet, herrsche Schlendrian, Zeit- und Ressourcenverschwendung. Soweit die These. Sie wird in Deutschland spätestens seit Anfang der 90er Jahre auch für das Gesundheitswesen mit Nachdruck vertreten. Als Ideologie bezeichnen wir eine Argumentation, die nicht begründet wird, sondern auf Behauptungen darüber beruht, was allgemein sinnvoll und wünschenswert sei, ohne die dahinter stehenden Interessen offenzulegen. In der Regel gehört zu Ideologien, dass sie – prinzipiell immer veränderbare – soziale Verhältnisse als »natürlich«, unveränderbar oder zumindest nur in die dem Postulat gemäße Richtung sinnhaft veränderbar darstellen. Heutzutage verleiht man Ideologien oft den Charakter von »Sachzwängen«, womit die Unabänderbarkeit behauptet, die politischen Entscheidungen zugrunde liegende Ideologie und Interessenslagen verschleiert werden.

► Fakten zur Privatisierung

Kaum ein Industrieland hat öffentliche Krankenhäuser in so großem Umfang an private Konzerne verkauft wie Deutschland. → siehe Abb. 17

Abb. 17: Krankenhäuser nach Trägerschaft (in Prozent)



Zwischen 2002 und 2013 ist der Anteil der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft von 37 Prozent auf 30 Prozent gefallen. In dieser Zeit war unter den öffentlich getragenen Krankenhäusern ein Trend der Umwandlung der öffentlichen Rechtsform in private Rechtsform zu beobachten, um größere Flexibilität im Management zu erlangen und betriebswirtschaftlich konsequenter auf entsprechende Marktsituationen reagieren zu können. Während auch der Anteil der frei-gemeinnützigen Krankenhäuser von 39,5 Prozent auf 35,4 Prozent leicht zurückging, gewannen die privaten Krankenhäuser eindeutig hinzu. Sie konnten ihren Marktanteil von 2002 bis 2013 um 11,1 Prozentpunkte von 23,7 Prozent auf 34,8 Prozent erhöhen.

Seit den frühen 2000er Jahren überholte Deutschland sogar die USA beim Marktanteil privater Krankenhäuser. Die deutschen Krankenhauskonzerne (Fresenius Helios, Asklepios, Sana) überrundeten alle anderen Krankenhauskonzerne in Europa und zählen heute zu den zehn größten Krankenhauskonzernen weltweit. Es gab bisher zwei Privatisierungswellen. In der zweiten Hälfte der 1990er Jahre wurden vor allem im Osten gut durchrenovierte Krankenhäuser ohne Investitionsstau meist in kleiner oder mittlerer Größe verkauft. In den frühen 2000er Jahren begann eine zweite Welle. Dabei wurden auch viele Krankenhäuser im Westen sowie Krankenhäuser der Maximalversorgung und die erste Universitätsklinik (Gießen und Marburg) weltweit verkauft.

► Argumente der Privatisierungsbefürworter

Z.B. finden wir beim privaten Krankenhauskonzern AMEOS folgende Argumente:

- *»Zunehmende Finanznot der öffentlichen Haushalte auf allen drei Ebenen des föderalen Systems in Deutschland.*
- *Duale Finanzierung nur noch eingeschränkt möglich*
 - *Rückgang der öffentlichen Fördermittel*
 - *Investitionsstau*
- *Kreise und Kommunen können Verlustausgleiche für ihre Krankenhäuser nicht mehr ohne weiteres übernehmen.*
- *Marktwirtschaftliche Betrachtung wird auch im Krankenhaus-Bereich immer bedeutender*
 - *Zunehmender Wettbewerb*
 - *Zwang zu verstärkter Wirtschaftlichkeit*
 - *Zwang zu mehr Qualität*

Der Staat wird sich zunehmend darauf zurückziehen, die Rahmenbedingungen vorzugeben, die Wettbewerb und Wachstum möglich machen, d.h. die Privatisierung von Krankenhäusern wird weiter gehen.« (<http://www.ameos.eu/privatisierung.html> – abgerufen am 02.01.2016)

Der letztgenannte »Zwang zu mehr Qualität« wäre nicht verwerflich, wenn klar definiert wäre, was denn Qualität tatsächlich ist und wer das denn feststellt. Wäh-

rend der »Zwang zu mehr Wirtschaftlichkeit« sich logisch zwingend ergibt aus marktwirtschaftlicher Konkurrenz, bleiben die Befürworter der Privatisierung den Beweis schuldig, dass dies auch mit der Qualität so sei.

Propagiert wird Privatisierung seit vielen Jahren von neoliberalen Politikern und Wirtschaftsinstituten. Die Gutachten des Sachverständigenrats für das Gesundheitswesen, die stets politisch neutrale Sachkenntnis vorgespiegelt haben, zeigen schon in den 80er Jahren eine eindeutige Dominanz neoliberaler gesundheitsökonomischer Ideologie. Deren Argumente lauten z.B. wie hier von Boris Augurzky u.a. vom *Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung* (RWI) Essen:

»Im Wesentlichen unterscheiden sich Krankenhäuser in privater Trägerschaft von kommunalen und freigemeinnützigen durch die Tatsache, dass privates Eigenkapital im Unternehmen eingesetzt wird. Daraus leiten sich die Vor- und Nachteile gegenüber anderen Krankenhäusern ab. Einerseits sind die privaten Mittel nicht kostenlos. Dies ist bei Fremdkapital bekannt. Hierfür fallen Zinsen an. Auch die Nutzung von privatem Eigenkapital ist mit Kapitalkosten verbunden, die sich in Form von jährlichen Ausschüttungen äußern. Dadurch wird dem Krankenhaus einerseits zwar Investitionskraft entzogen. Dem steht aber andererseits der Vorteil gegenüber, Kapital am Kapitalmarkt akquirieren zu können, was die Investitionskraft wiederum deutlich stärkt. Denn erst durch die Ausschüttung eines Teils des Gewinns werden Krankenhäuser für externe Kapitalgeber interessant. Insofern handelt es sich um ein Geben und Nehmen. Volkswirtschaftlich vorteilhaft ist, dass dadurch dem Gesundheitswesen private Mittel zufließen. Bei nicht-gewinnorientierten Krankenhäusern entfällt diese Möglichkeit (...)

Ein weiterer wichtiger Vorteil von Krankenhäusern mit privatem Träger ist, dass häufiger ein professionelles Aufsichtsgremium und ein erfolgsorientiertes Management anzutreffen sind. Das Aufsichtsgremium ist in sich homogener und dessen Mitglieder verfolgen ähnliche Interessen, vor allem die wirtschaftliche Erbringung der Leistungen des Krankenhauses und die kontinuierliche Verbesserung der eigenen Wettbewerbsposition (...)

Die größere Unabhängigkeit gegenüber kommunalpolitischen Entscheidungen macht es für das Management von privaten, aber auch von vielen freigemeinnützigen Krankenhäusern leichter, Rationalisierungspotenziale nicht nur zu identifizieren, sondern auch tatsächlich zu heben.« (Boris Augurzky, Andreas Beivers, Rosemarie

Gülker: *Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2012*, <http://www.rwi-essen.de/> – abgerufen am 02.01.2016)

Und noch eine interessante »Wurzel der privaten Gesundheitsversorgung«, den die *Sana Kliniken AG* noch vor ein paar Jahren auf ihrer Homepage angab:

»eine Reaktion auf die damalige sozialpolitische Diskussion um die Idee des klassenlosen Krankenhauses«, das als Ideal einer sozial gerechteren Gesundheitsversorgung propagiert worden sei: »Mit der Realisierung dieses Modells wären erhebliche Teile der PKV-Leistungen weggefallen. Die innovativen Potentiale eines auf Wettbewerb begründeten Systems wären verschlossen geblieben. Dies veranlasste die Unternehmen der PKV zu einem Gegenentwurf, der beispielhaft sein sollte: Sana als effiziente privatwirtschaftliche Alternative auf hohem Qualitätsniveau.« (<http://www.sana.de/wir-ueber-uns/unser-unternehmen/werte-und-ziele/herkunft.html> – zuletzt abgerufen am 08.03.2010; inzwischen von der Seite gelöscht)

► Zur Kritik der Privatisierungsideologie

Die Argumente für eine Privatisierung der KH basieren zum einen auf einem realen Mangel an Finanzierungsmitteln, den auch die Kritiker der Privatisierung beklagen. Allerdings hat der Einsatz privaten Kapitals die zwingende Folge, dass Rendite, also Profite an die privaten Kapitalgeber zurückfließen. D.h. solidarisch aufgebrauchte Gelder der Krankenversicherten werden laufend und in schwer beeinflussbarer Höhe der Gesundheitsversorgung entzogen. Hier wird ein Wirtschaftsbereich der kapitalistischen Profitwirtschaft zugeführt, der als Wirtschaftsbereich gemeinwohlorientierter Daseinsvorsorge zielführender im Interesse aller organisiert sein sollte. Zum anderen basiert – wie beim RWI deutlich wird – die Privatisierungsideologie auf einer Vorstellung vom Gesundheitswesen als Geschäftsfeld, als Branche, als Markt, auf dem es sich marktkonform zu verhalten gilt. Dann aber laufen die Argumente darauf hinaus, dass Privateigentümer in einem privatwirtschaftlich gestalteten Umfeld funktionaler agieren. Selbst wenn das zutreffen sollte, wird nirgends eine stichhaltige Begründung dafür gebracht, dass dies auch zu einer medizinisch und pflegerisch besseren Versorgung der gesamten Bevölkerung führen wird.

Der einzige Zusammenhang, den die Befürworter der Privatisierung und damit der Zurichtung auf profitorientierte Konzerne zwischen guter Versorgung und gutem Geschäft im Krankenhaus herstellen können, ist der des Wettbewerbs bzw. – genauer – der kapitalistischen Konkurrenz: Die unterstellte These ist, dass derjenige in dieser Konkurrenz gewinnt, der die bessere Qualität liefert, weil dieser auch die meisten »Kunden« akquirieren könne. Dies verkennt nicht nur die spezifische Art der »Produktion« und »Konsumtion« von medizinischen Dienstleistungen, die nicht durch »freie« Entscheidungen gefällt werden, sondern unterschlägt auch, dass das in den anderen Bereichen der kapitalistischen Produktion auch nicht der Fall ist, sondern ein vielfach gebrochenes und durch viele andere Einflussfaktoren (Kaufkraft, Manipulation durch Werbung, usw.) entstandenes Resultat darstellt.

Nachfrage ohne Geld existiert zwar faktisch, ist aber für diese Betrachtung unwesentlich; eine verkaufte Leistung ist ein erfolgreiches Geschäft, die Frage nach der Sinnhaftigkeit des Verkaufs stellt sich nicht, solange bezahlt wurde. Anders in der medizinischen Versorgung einer gesamten Bevölkerung: Hier gibt es Nachfrage ohne entsprechende Finanzkraft, und es existieren von der Ökonomie unabhängige medizinische Kriterien der Versorgung. Ein Hüftgelenksersatz bspw., der qualitativ einwandfrei eingesetzt wurde, aber medizinisch nicht notwendig war, ist unsinnig bzw. Körperverletzung – aber war für das KH ein ökonomisch erfolgreiches Geschäft.

► Fazit

Das Privateigentum und der unter kapitalistischen Bedingungen systematische Zwang zum Profitmachen haben eindeutig ökonomische Priorität und stehen prinzipiell in Widerspruch zu medizinischen Versorgungsgesichtspunkten. Eine Gesellschaft, die an der möglichen medizinischen Versorgung aller Gesellschaftsmitglieder auf gleichem qualitativ hochwertigem Niveau Interesse hat, muss dafür Sorge tragen, dass im Gesundheitswesen medizinische Entscheidungskriterien handlungsleitend sind. Geldströme und medizinische-rehabilitative-pflegerische Leistungen müssen deshalb weitestgehend entkoppelt werden. Wer die Ökonomisierung des Gesundheitswesens in diesem Sinne der Privatisierung abschaffen will,

muss die Privatisierung von Krankenhäusern stoppen, private Aneignung von Profiten für Krankenhäuser verbieten und für eine Rekommunalisierung eintreten.

■ Literatur

Augurzky, B.; Beivers, A.; Gülker, R. 2012: Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2012, www.rwi-essen.de

Bauer, U. 2006: Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit, Aus Politik und Zeitgeschichte 2006, in: <http://www.bpb.de/apuz/29905/die-sozialen-kosten-der-oekonomisierung-von-gesundheit>

Bundesärztekammer 2007: Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland. Folgen für die ärztliche Tätigkeit. Berlin. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Privatisierung_Krankenhaeuser_2007.pdf

Gerlinger, T. 2004: Privatisierung – Liberalisierung – Re-Regulierung. Konturen des Umbaus des Gesundheitssystems, in: WSI-Mitteilungen 9/2004, S. 501 – 506

Rügemer, W. 2008: Privatisierung in Deutschland – Eine Bilanz. Münster

Statistisches Bundesamt, Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser, 2014; in:

Homepage des Sana-Konzerns, www.sana.de/wir-ueber-uns/unser-unternehmen/werte-und-ziele/herkunft.html – zuletzt abgerufen am 08.03.2010; inzwischen von der Seite gelöscht

Homepage von Ameos, www.ameos.eu/privatisierung.html – abgerufen am 02.01.2016

Zur Frage der Schließung von kleinen Krankenhäusern

Fakten und Argumente 14

Prof. Lauterbach, Gesundheitsökonom und späterer SPD-Sprecher im Gesundheitsausschuss des Bundestages, hat bereits im Jahr 2003 in seinem Buch »DRG in deutschen Krankenhäusern« vorgerechnet, dass 1.410 der damals 2.242 Krankenhäuser und 194.000 der 523.114 Betten in allgemeinen Krankenhäusern überflüssig seien.

Die jüngste wissenschaftliche Legitimierung solcher Behauptungen erfolgte durch die Nationale Akademie der Wissenschaften (Leopoldina) in Halle. In einem Symposium im Januar 2016 unter dem Titel »*Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem*« und in einem Thesenpapier vom Oktober 2016 unter dem gleichen Titel wird ausgeführt: »*Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark mit einem Krankenhaus pro 250.000 Einwohner, wären es bei uns 330 ...*« (S. 10) und »*Das heißt: wäre Deutschland 'durchschnittlich'¹⁵, hätte es nur insgesamt rund 320.000 Betten, also rund 35% weniger*« (S. 6).

Im Jahr 2016 hatte Deutschland 489.718 Krankenhausbetten in 1.951 Krankenhäusern. In der Konsequenz würde die Anwendung dieser Vergleichsrechnung die Schließung von ca. 1.600 Krankenhäusern und von ca. 180.000 Betten bedeuten. Auch wenn die Autoren diese Perspektive im Weiteren verbal abschwächen, sieht man: Die Diskussion um Betten- und Krankenhausschließungen

15 Mit »durchschnittlich« ist der Durchschnitt von 32 OECD-Ländern gemeint.

nimmt deutlich an Fahrt auf und allzu oft taucht nun diese ominöse Zahl der nur noch 330 notwendigen Krankenhäuser in Debatten auf – ohne dass genau geschaut wird, ob diese abstrakten Vergleiche z.B. mit Dänemark überhaupt sinnvoll sind.

Auch die Politik und die Kassen werden in dieser Frage immer aktiver: Gegenüber der Stuttgarter Zeitung (3.1.2017) äußerte sich z.B. der baden-württembergische Sozialminister Lucha (Grüne) zur Frage von Krankenhausschließungen: **»Schließungen im Land sind unumgänglich... Derzeit gibt es rund 250 Klinikstandorte im Land. Es könnte sein, dass wir irgendwann bei etwa 200 landen werden.«** Nur wenige Tage später sprang ihm der Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg Hermann bei. Nachdem er bereits im Januar 2014 verlauten ließ: **»100 km zur Klinik sind zumutbar«** (Stuttgarter Zeitung vom 12.1.2014), wird er jetzt wie folgt zitiert: **»Kleine Kliniken müssen auf den Prüfstand«** und **»Die Zeit der Wald- und Wiesenkrankenhäuser ist vorbei.«** (Sindelfinger Zeitung/Böblinger Zeitung vom 12.1.2017)

Auch der Bundesgesetzgeber ist schon tätig geworden. Mit dem **Krankenhausstrukturgesetz** wurde ein Strukturfonds aufgelegt, zu dem der Gesundheitsfonds 500 Mio. € gibt, wenn die Länder dieselbe Summe aufbringen. Bedingung: *»Zweck des Strukturfonds ist insbesondere der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen«*. Einmalig und neu: Die Krankenkassen erhalten ein Vetorecht bei der Auswahl der geförderten Projekte, obwohl die Krankenhausplanung originäre Länderaufgabe ist.

Umgekehrt werden Versuche, Krankenhäuser zu schließen, vor Ort (insbesondere in ländlichen Gegenden) oft von der Bevölkerung, aber auch von Landräten entschieden abgelehnt; nicht selten bilden sich Bürgerinitiativen, die für den Erhalt und gegen die Schließung kämpfen. Hauptargument gegen die Schließungen ist, dass die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung gefährdet sei.

Für das **Bündnis »Krankenhaus statt Fabrik«** stellt sich die Frage: Wie positionieren wir uns zu Krankenhausschließungen konkret vor Ort? Wie sind die Zusammenhänge zum DRG-System? Unter welchen Bedingungen sind solche Schließungen sinnvoll und wann lehnen wir sie ab.

► Fakten

Zwischen 1991 und 2016 wurden in Deutschland 460 Krankenhäuser geschlossen und 166.847 Betten abgebaut. Der Abbau erfolgte vorrangig in öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern: Die Zahl der öffentlichen Krankenhäuser und der freigemeinnützigen nahm ab; die Zahl der privaten Krankenhäuser stieg. Entsprechend verhält es sich auch mit den Bettenzahlen:

	Betten	Häuser
Allgemeine Krankenhäuser öffentlich	- 151.202	- 540
freigemeinnützige Krankenhäuser	- 50.489	- 269
private Krankenhäuser	+ 56.413	+ 349

Die Zahl der Krankenhauspatienten ist im selben Zeitraum um 4.956.167 (auf 19.532.779) gestiegen. Die Verweildauer ist von 14,6 Tagen auf 7,3 Tage gesunken. (alle Zahlen: Destatis Grunddaten der Krankenhäuser verschiedene Jahrgänge).

Dass die Betten problemlos abgebaut werden konnten, weil die Verweildauern sanken, wird von interessierter Seite immer wieder behauptet. Zumindest genauso wahrscheinlich ist aber das Gegenteil: Die Verweildauern mussten sinken und die Patienten immer früher entlassen werden, weil die Betten abgebaut wurden und die Zahl der Patienten immer weiter zunahm.

Die durchschnittliche Auslastungsquote der Krankenhausbetten betrug im Jahr 2015 77,5%. (Quelle: GBE des Bundes Stand 18.1.2017). Das erscheint zunächst wenig. Man muss aber dabei berücksichtigen, dass der Aufnahmetag und der Entlassungstag zusammen nur als ein Tag zählen und deshalb bei immer kürzeren Verweildauern und der Vorhaltung von Betten für Notfälle eine höhere Auslastung überhaupt nicht möglich ist.

Von den 1.951 Krankenhäusern in Deutschland haben 1.035 (53%) weniger als 200 Betten. In diesen Krankenhäusern befinden sich insgesamt 86.573 Betten (17,4%). Im Durchschnitt hat damit jedes dieser Krankenhäuser 83 Betten. Unter 100 Betten haben 608 Krankenhäuser (31,2 %). Diese haben 25.255 Betten (5,1%). Im Durchschnitt sind das 41,5 Betten pro Krankenhaus. → siehe Tab. 11, S. 109

Tab. 11: Krankenhausgröße und Zahl der Betten 2016 in Deutschland
(Quelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2016)

2016	unter 50	50-100	100-150	150-200	200-00	300-400
KHs	367	241	251	176	260	183
Betten	7.645	17.610	30.802	30.516	63.952	62.289
Betten je KH	21	73	123	173	246	340
2016	400-500	500-600	600-800	über 800	insgesamt	
KHs	138	100	76	97	1951	
Betten	61.272	54.755	52.532	117.345	498.716	
Betten je KH	444	548	691	1210	256	

In aller Regel werden zur Begründung der Möglichkeit eines weiteren Bettenabbaus und von Krankenhausschließungen Vergleichszahlen mit anderen europäischen oder OECD-Ländern angeführt.

Einmal abgesehen von der grundsätzlichen Problematik solcher Vergleichszahlen (Betrachtung eines Teilaspektes unter Vernachlässigung aller anderen Aspekte, die Tatsache, dass es in anderen Ländern andere Zahlen gibt, sagt natürlich nichts darüber, welche Zahlen richtig oder sinnvoll sind), laufen viele dieser »Benchmarks« auf Apfel-Birnen-Vergleiche hinaus.

Nicht berücksichtigt werden bei diesen Vergleichen

- die unterschiedlichen geografischen Voraussetzungen, die die Erreichbarkeit von Krankenhäusern deutlich beeinflussen (Dänemark/Niederlande vs. Schwarzwald/Alpen);
- die unterschiedliche Organisation des Gesundheitswesens als Ganzes (Sektorentrennung ambulant/stationär, Möglichkeit von Krankenhäusern, auch ambulant zu behandeln, Existenz von Ambulatorien, Nachsorgeeinrichtungen, Reha usw.);
- die unterschiedlich langen Wartezeiten auf einen Krankenhaustermin.

(Die Niederlande und Dänemark sind bekannt für lange Wartezeiten und für Patiententourismus in die angrenzenden Länder¹⁶.)

Hinzu kommt (gerade bei den zumeist angeführten Ländern Niederlande und Dänemark), dass die Ausgaben für die Krankenhausversorgung pro Kopf – trotz weniger Krankenhäusern und weniger Betten – höher liegen als in Deutschland (Deutschland 1.099 €, Niederlande 1.209 €, Dänemark 1.311 € (*Quelle: OECD Health Statistics 2016, Health expenditure and financing*)).

► Bewertung

Krankenhäuser sind ein wesentlicher Teil der Daseinsvorsorge. Sie ist eine öffentliche Aufgabe und darf nicht privaten Konzernen überlassen werden. Die Krankenhausfinanzierung (sowohl der laufenden Kosten als auch der Investitionskosten) muss die Einrichtungen absichern. Es kann nicht sein, dass über eine immer stärkere Reduzierung der Investitionskostenfinanzierung durch die Länder immer mehr Krankenhäuser verrotten oder zu Investitionen auf Kosten ihrer Beschäftigten und letztlich zur Aufgabe gezwungen werden. Es war das erklärte Ziel der Einführung der DRGs, die Zahl der Krankenhäuser und der Krankenhausbetten massiv zu reduzieren. Dies ist leider schon in einem erheblichen Ausmaß geschehen. Dieser Weg darf nicht fortgesetzt werden.

Die DRGs sind Preise, also ein finanzielles, marktwirtschaftliches Steuerungsinstrument. Sie sind »blind« für die Versorgungsnotwendigkeiten der Bevölkerung im ländlichen Raum. Sie vollziehen den Abbauprozess unter betriebswirtschaftlichen Prämissen (Kostensenkungs- und Fallzahlsteigerungswettbewerb) und ohne Rücksicht auf die Notwendigkeiten einer qualitativ hochstehenden und flächendeckenden Versorgung. Die betriebswirtschaftliche Steuerung ist das Gegenteil einer sinnvollen, sachorientierten Planung der Daseinsvorsorge. Es fehlen die Frage da-

16 Auch die OECD kritisiert die Wartezeiten-Problematik in den Niederlanden. (OECD Health Policy Studies: Waiting Time Policies in the Health Sector). Gibt man in Google die Begriffe »Niederlande« oder »Dänemark«, und »Wartezeiten«, »Patiententourismus« ein, hat man jede Menge Treffer, u.a. »Kliniken buhlen um ausländische Patienten«. Die Helios Kliniken haben sogar eine eigene Homepage für niederländische Patienten.

nach, was notwendig ist, und die Entscheidung, dass Notwendiges zu finanzieren ist, auch wenn sich kein Erlös damit erzielen lässt.

Ohne Zweifel gibt es in Deutschland sehr viele kleine Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung. Unter dem DRG-System haben diese Krankenhäuser (anders ist es bei kleinen Spezialkrankenhäusern) ein echtes finanzielles Problem. Sie haben hohe Vorhaltekosten und wenige lukrative Wahlbehandlungen. Z.B. schreiben mehr als 50% der Krankenhäuser in Baden-Württemberg rote Zahlen. Die Gesundheitsversorgung vor Ort ist eine kommunale Aufgabe. Die öffentlichen Träger meinen oft, die Defizite ihres Krankenhauses durch Privatisierung loszuwerden. Tatsächlich verlieren sie dadurch Einfluss auf die Gesundheitsversorgung ihrer Region und am Ende stehen oft Ausdünnung der Versorgungsleistungen oder ebenfalls die Schließung.

Kleine Krankenhäuser haben aber auch unter anderen Gesichtspunkten einen deutlichen Nachteil: Es ist wissenschaftlich unbestritten, dass die Zahl der jeweiligen Eingriffe einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität der Versorgung hat. Einmal abgesehen von seltenen persönlichen Ausnahmen (»begnadeter Chefarzt«, »Pfuscher«) steigen Krankheitskenntnisse, Routine und Geschicklichkeit mit der Zahl der Behandlungen. Auch die technische Ausstattung kommt in einer größeren Klinik mehr Patienten zugute und ist deshalb in der Regel besser.

Auf der anderen Seite gewährleisten diese vielen kleinen Krankenhäuser eine wohnortnahe Versorgung und die Flächendeckung. Diese wohnortnahe Versorgung ist ein großer Vorteil für Patienten und Angehörige – insbesondere für Ältere, Gebrechliche, Familien mit Kindern und/oder beiden Elternteilen in Arbeit.

Fazit: Zwischen Flächendeckung und Größe der Krankenhäuser gibt es einen Widerspruch, der sich nicht über die Alternative Schließung/Erhalt auflösen lässt. Es muss nach anderen Lösungen im Rahmen einer am Bedarf der Patienten bzw. der Bevölkerung orientierten gesundheitspolitischen Planung gesucht werden.

► Positionen

- Wir lehnen weitere Bettenschließungen ab. Sie erhöhen nur den Druck zu noch stärkeren Verweildauerverkürzungen und damit zu vorzeitigen Entlassungen. Darunter leiden besonders die eh schon Benachteiligten (Ältere,

untere Schichten, usw.). Letztlich bedeutet die weitere Liegezeitverkürzung nichts Anderes als den Ersatz von professioneller Pflege und Versorgung durch Laienpflege.

- Wir sprechen uns nicht grundsätzlich gegen die Schließung einzelner Standorte bzw. gegen die Anpassung der Kapazitäten an das Patientenaufkommen aus. Wir lehnen jedoch die Schließung von Krankenhäusern aus betriebswirtschaftlichen Gründen ab.
- Wir sprechen uns für eine regionale (Versorgungsregionen), landkreisübergreifende Planung des Versorgungsbedarfs mit Krankenhäusern aus. In die Planung müssen die tatsächlichen Wegezeiten zur Erreichung eines Krankenhauses (auch unter widrigen Witterungsbedingungen), die Rettungszeiten der Notfallversorgung und die Aufrechterhaltung Grundversorgung vor Ort einbezogen werden. Es muss gelten:
 - Ohne adäquate Alternative zur Versorgung keine Schließung einer Klinik.
 - Wenn ein Krankenhaus notwendig, aber nicht wirtschaftlich ist, muss es trotzdem erhalten und finanziert werden.
- Wegen der beschriebenen grundsätzlichen Qualitätsproblematik bei kleinen Häusern hat die Entwicklung und Planung von Alternativen zur Aufrechterhaltung der Primärversorgung vor Ort hohe Priorität. Hierzu machen wir folgende Vorschläge:
 - Da sich die Rettungszeiten bei Notfällen (incl. Anfahrt, Transport ins Krankenhaus und Rückkehr zum Standort) in jedem Fall verlängern, müssen **mehr Standorte für die Notfallrettung** (mit Notarzt) in der Fläche eingerichtet werden.
 - Längere Zeiten für Anfahrt, Transport ins Krankenhaus und Rückkehr zum Standort, sowie die Ausdehnung der zu versorgenden Fläche bedeuten auch, dass die Wahrscheinlichkeit eines gleichzeitigen zweiten Notfalles steigt. Dies erfordert ggf. die **Bereitstellung eines weiteren Notarztteams**, wenn sich die Versorgung nicht verschlechtern soll.
 - Weiterhin notwendig sind **Primärversorgungszentren vor Ort mit Überwachungsbetten in öffentlicher Hand**. Sie hätten dieselbe Funktion wie Aufnahmeeinheiten in großen Krankenhäusern: Für Patienten, bei denen die Diagnose/Indikation zur stat. Aufnahme/Intervention un-

klar ist, könnte dort die Abklärung erfolgen und falls notwendig die wohnortnahe Überwachung (z.B. bis zum nächsten Morgen) durchgeführt werden. Verschlechtert sich der Zustand des Patienten, wird er mittels qualifiziertem Transport (und nicht im Privatwagen) ins Krankenhaus transportiert. Ist der Zustand am nächsten Morgen besser, kann er wieder nach Hause. Ebenfalls könnten kleinere Eingriffe ambulant durchgeführt werden.

Die technische Ausstattung müsste alle wesentlichen Diagnosestellungen ermöglichen (Labor, Röntgen, CT/MRT) und könnte über Telemedizin vom Krankenhaus gesteuert werden.

Die Belegschaft dieser Primärversorgungszentren würde vom Krankenhaus gestellt (Rotation und damit Verbesserung der Weiterbildung wg. der unterschiedlichen Perspektive amb./stat.).

Die Primärversorgungszentren müssten die volle Berechtigung zur ambulanten und Notfall-Versorgung haben. Dies wäre insbesondere auch eine Verbesserung der Versorgung angesichts des zunehmenden Mangels an niedergelassenen Landärzten. Aus demselben Grund ist auch der Verweis auf den Notarztendienst der Niedergelassenen oder auf MVZ nicht zielführend. Dies besonders deshalb, weil jede rein ambulante Versorgung den betroffenen Patienten (mit unklaren und ggf. sich verschlimmernden Beschwerden) und seine Angehörigen im Zweifelsfall mehrmals auf die Reise ins Krankenhaus schicken muss und nicht auf die Technik und das Know-how des Krankenhauses zurückgreifen kann. Uns ist bewusst, dass für eine solche Strukturveränderung gesetzgeberische Hürden überwunden werden müssen. Diese ist aber angesichts der allseits beklagten, völlig unsinnigen und teuren Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär sowieso überfällig.

- Für Patienten und Angehörige müssen **Shuttleservices** zum Krankenhaus eingerichtet werden, wenn und insoweit eine Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln nicht möglich oder zu umständlich ist.

Anmerkung: Diese Positionierung ist weitgehend inhaltsgleich mit einem Beschluss des ver.di-Landesbezirksvorstandes und des ver.di-Landesfachbereichsvorstandes Gesundheit & Soziales Baden-Württemberg.

Für eine alternative Gesundheits- und Krankenhauspolitik

8 Vorschläge für die nächste Bundesregierung

- ▶ **Leitgedanke: Stärkung der Daseinsvorsorge – Schwächung der Marktwirtschaft**

Gesundheitsversorgung ist Daseinsvorsorge. Mit der zunehmenden Durchsetzung neoliberaler Ideen werden Einrichtungen der Daseinsvorsorge angegriffen, ihr Charakter verändert und ihre Grundprinzipien ausgehöhlt. Ökonomisierung ist zur Hauptgefahr für die Daseinsvorsorge geworden. Ökonomisierung bedeutet die Ausbreitung des Marktes bzw. seiner Ordnungsprinzipien und Prioritäten auf Bereiche, in denen ökonomische Überlegungen in der Vergangenheit eine untergeordnete Rolle spielten, die stattdessen gemeinwohlorientiert solidarisch oder privat organisiert waren.

Eine alternative Gesundheitspolitik muss die marktwirtschaftlichen Mechanismen und Verhaltensweisen wieder zurückdrängen und der Geldsteuerung eine sach- und bedarfsgerechte Steuerung entgegenstellen.

1. Vollständige paritätische Finanzierung wiederherstellen

Die paritätische Finanzierung ist eines der Grundprinzipien der finanziellen Absicherung der Einrichtungen der Daseinsvorsorge in Deutschland. Die Abschaffung

der Parität über Zuzahlungen sowie vor allem die Deckelung der Arbeitgeberbeiträge bei 7,3% und die Erhebung von Zusatzbeiträgen von den Versicherten sind Teil des Angriffs auf das Lebens- und Einkommensniveau der Bevölkerung und reihen sich nahtlos in viele andere Maßnahmen des Sozialabbaus und der Reduzierung des Arbeitnehmereinkommens ein. Ungleichheit und soziale Unsicherheit werden immer größer.

Neben der erhöhten Belastung der Versicherten bedeutet diese Regelung, dass zukünftige Kostensteigerungen in der Gesundheitsversorgung ausschließlich durch die Versicherten finanziert werden müssen. Damit geht der letzte Rest des Interesses der Arbeitgeber an gesunden Arbeits- und Lebensbedingungen verloren. Die Regelung verschärft auch den Konkurrenzkampf der Kassen untereinander um den niedrigsten Zusatzbeitrag. Leidtragende sind auch hier die Versicherten, die mit immer mehr Einschränkungen bei der Gewährung von Leistungen rechnen müssen. Auch die Leistungserbringer im Gesundheitswesen (Krankenhäuser usw.) sehen sich deswegen immer schärferen Kontrollen und Vergütungskürzungen ausgesetzt. Das Ziel einer solchen Politik ist nicht eine bedarfsgerechtere Mittelverteilung und die Vermeidung von Verschwendung, sondern Sparen um jeden Preis und Entlastung der Arbeitgeber.

2. Bürgerversicherung einführen

Das Recht des wohlhabenderen Teils der Bevölkerung, eine private Krankenversicherung abzuschließen, führt einerseits zu Aushöhlung der solidarischen Finanzierung der Gesundheitsversorgung und andererseits zu einer massiven Ungleichbehandlung der Patienten entlang der Unterscheidung Privatpatient oder Kassenpatient.

Diese Ungleichbehandlung reicht von Wartezeiten, über den persönlichen Umgang und die Behandlungsbedingungen (Wartebereiche, Krankenzimmer), bis hin zu den gewährten Therapien. Dies hat bei den Versicherten der GKV Leistungseinschränkungen und Zuzahlungen zur Folge, bei den Privatversicherten kommt es stattdessen wegen finanzieller Anreize im Abrechnungssystem zu tendenzieller Überversorgung mit Durchführung überflüssiger, medizinisch nicht begründeter Untersuchungen und Behandlungen.

Sinnvoll wäre es, auch bei der Gesundheitsversorgung keinen Unterschied zwischen den Menschen zu machen und alle nach ihrem Bedarf und nicht nach ihrer Zahlungsfähigkeit zu behandeln.

Bei den gesetzlichen Kassen führt der gesetzlich verordnete Konkurrenzkampf einerseits zur Jagd auf »gute« und gesunde Beitragszahler, andererseits auf Patienten mit bestimmten chronischen Erkrankungen, was höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Folge hat.

Sozial- und verteilungspolitisch wäre es sinnvoll, alle Bevölkerungsgruppen (auch Beamte und Selbstständige) und alle Einkommen und Einkommensarten zur Finanzierung der Daseinsvorsorge zu verpflichten. Das würde auch den Betrag, den der Einzelne für die Gesundheitsversorgung aufbringen muss, deutlich reduzieren.

3. Rekommunalisierung statt Privatisierung

Bis 1985 war es gesetzlich verboten in und mit Krankenhäusern Gewinne zu machen. Seit Abschaffung dieses Verbots versuchen private Krankenhausketten immer mehr Krankenhäuser unter ihre Kontrolle zu bringen oder wie sie es nennen ihren Marktanteil zu vergrößern. Die Zahl der privaten Krankenhäuser ist seit 1991 um über 70 % gestiegen, die Zahl der privaten Betten um über 320 %. Gleichzeitig sind die privaten Krankenhausketten die Treiber der Ökonomisierung und der Aushöhlung der Daseinsvorsorge. Die Konzerne pressen Gewinne aus privaten Krankenhäusern, indem sie ihren Beschäftigten weniger bezahlen, weniger Personal beschäftigen sowie die Patienten und die medizinischen Fachgebiete stärker nach Rentabilitäts Gesichtspunkten selektieren. Der Gipfel der Pervertierung der Daseinsvorsorge ist, wenn diese Unternehmen über die erzielten Gewinne Versicherungsgelder an Aktionäre ausschütten.

Die Einrichtungen der Daseinsvorsorge dürfen kein Tummelplatz für private Profitinteressen sein. Gewinnerzielung muss wieder verboten werden. Damit würde sich die Privatisierungstendenz im stationären Sektor rasch selbst erledigen. Die Kommunen und die Landkreise haben den Sicherstellungsauftrag für die Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung. Deshalb gehören die Krankenhäuser auch in öffentliche Hand. Wo Krankenhäuser privatisiert wurden ist ihre Rekommunali-

sierung anzustreben und gesetzlich zu fördern. Hierzu gehört auch, dass die Bestimmungen des Kartellrechts nicht auf kommunale Krankenhäuser angewendet werden, so dass die sinnvolle Zusammenarbeit von Krankenhäusern erleichtert wird.

4. Vollständige Finanzierung der Krankenhausversorgung

Krankenhausleistungen werden seit der Einführung des DRG-Systems mit festgelegten Preisen vergütet, die nicht entsprechend der Kostensteigerungen angehoben wurden. Ökonomisch hat dies die Konsequenz, dass die Krankenhäuser ihre Kosten, insbesondere die Personalkosten möglichst weit senken müssen. Um diese Einspareffekte zu erreichen, werden immer mehr Tätigkeiten in Tochtergesellschaften ausgegliedert, deren Beschäftigte dann schlechter bezahlt werden bis hin zur Prekarisierung mit massiv verschlechterten Arbeitsbedingungen.

Weiter hat das Finanzierungssystem durch Fallpauschalen die Folge, dass die Zahl der behandelten Patienten möglichst stark erhöht werden muss und dass sich die Selektion von Patienten lohnt (junge, »gesunde«, privatversicherte Patienten, aber auch Gelenkeingriffe statt konservativer Therapie, Kaiserschnitte statt normaler Geburt, Herzkatheter und aufwändige Herzoperationen). Ergebnis dieser marktwirtschaftlichen Steuerung über Preise ist eine massive Überlastung des Personals und eine Patientengefährdung durch Personalmangel und Durchführung nicht notwendiger Eingriffe und Operationen.

Nicht mehr das Wohl des Patienten, sondern die Ökonomie steht im Vordergrund. Weitere hochproblematische marktwirtschaftliche Vergütungselemente sind geplant oder ihre Umsetzung hat schon begonnen: Ausdehnung der DRG-Systematik auf die Psychiatrie und Psychosomatik, Leistungsvergütung nach fragwürdigen Qualitätskriterien (Pay for Performance, P4P), das Recht der Krankenkassen, selektiv mit einzelnen Krankenhäusern Verträge abzuschließen und dabei zusätzliche Preisnachlässe auf die Fallpauschalen zu verhandeln.

Diese Entwicklung in Richtung immer mehr Marktwirtschaft ist eine gravierende Fehlentwicklung (siehe dazu weitergehend www.krankenhaus-statt-fabrik.de). Leidtragende sind die Patienten und die Beschäftigten. Diese Entwicklung muss gestoppt und umgekehrt werden. Die DRGs als Preissystem müssen wieder

abgeschafft werden. Steuerungsinstrumente wie Pay for Performance und Selektivverträge dürfen nicht eingeführt werden.

Hinzukommt, dass die Vergütungen für die Krankenhäuser auf unzureichendem Niveau gedeckelt sind, so dass Tarifierhöhungen und Preissteigerungen nicht vollständig refinanziert werden. Diese Unterfinanzierung muss beendet werden. Die notwendigen, bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstandenen Kosten müssen vollständig refinanziert werden. Strukturentscheidungen (Schließung von Krankenhäusern oder Betten, Privatisierung) dürfen nicht über finanzielle Steuerung entschieden werden, sondern über am Bedarf orientierte Sachentscheidungen.

5. Gesetzliche Personalbemessung und volle Refinanzierung der Personalkosten

Seit 1996 wurden in der Pflege 28.518 Stellen abgebaut, bei einer gleichzeitigen Zunahme der Patientenzahl um 3,1 Mio. Das bedeutet eine Zunahme der Belastung um 30 %. In Deutschland müssen von einer Pflegekraft deutlich mehr Patienten versorgt werden als in allen anderen europäischen Ländern.

Wissenschaftlich nachgewiesen ist, dass ein Patient mehr pro Pflegekraft (von 6 auf 7 Patienten) zu einer Steigerung der Sterblichkeit um 7 % führt.

Solange es die finanzielle Steuerung über DRGs gibt, bedarf es einer Gegensteuerung, um wenigstens ihre schlimmsten Folgen abzumildern. Aus diesem Grund ist die umgehende gesetzliche Einführung einer allgemeinverbindlichen Personalbemessung zumindest für alle behandlungsrelevanten Berufsgruppen und ihre volle Refinanzierung durch die Kassen (bei Rückgabe der Gelder, wenn die Stellen unbesetzt sind) zwingend notwendig. Die Geschäftsführungen der Krankenhäuser und die Krankenhausgesellschaften lehnen dies als Eingriff in ihre unternehmerische Freiheit ab. Diese Freiheit endet jedoch beim Schutz der Patienten und beim Gesundheitsschutz der Beschäftigten.

Bei der Zukunftsperspektive insbesondere in der Pflege geht es um nicht weniger als die Sicherstellung der Daseinsvorsorge im Krankenhaus. Wenn die Pflegekräfte nicht bald entlastet werden, wenn gute Pflege strukturell

unmöglich gemacht wird, wenn Überlastung tägliche Realität bleibt, wird sich der Fachkräftemangel krisenhaft zuspitzen. Vermehrte Ausbildungsanstrengungen werden verpuffen, wenn Fachkräfte weiterhin nach wenigen Jahren ihrem Beruf den Rücken kehren. Auch stellt es keine dauerhafte und gesellschaftlich sinnvolle Lösung dar, Pflegekräfte aus dem Ausland abzuwerben, denn damit werden neue Probleme in diesen Ländern geschaffen, das Problem also nur geographisch verlagert. Eines der teuersten Gesundheitswesens der Welt trägt hier eine besondere Verantwortung, sich nicht am Braindrain zu beteiligen und so auch noch Ausbildungskosten ins Ausland zu verlagern.

6. Für den Erhalt der dualen Finanzierung – staatliche Investitionsmittel mindestens verdoppeln

Seit 1972 gibt es die duale Finanzierung: die laufenden Kosten der Krankenhäuser werden durch die Kassen, die Investitionskosten durch die Länder finanziert. Dies ist eine sinnvolle Regelung, weil es eine staatliche Aufgabe der Daseinsvorsorge ist, die Infrastruktur für die Gesundheitsversorgung zu planen, aufzubauen und zu unterhalten. Pläne, diese duale Finanzierung abzuschaffen und die Investitionskosten in die DRGs einzugliedern sind ein direkter Angriff auf den politischen Verantwortungsbereich und die Planungshoheit der Länder und ein weiterer Schritt in Richtung marktwirtschaftliche Umgestaltung der Daseinsvorsorge. Sie verstärken die Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander und wälzen die finanzielle Belastung für die Investitions- und Instandhaltungskosten zusätzlich komplett auf die BeitragszahlerInnen der Krankenkassen ab.

Die duale Finanzierung wird aber zur Farce, wenn die Gelder, die die Länder zur Verfügung stellen, immer weiter abgesenkt werden und den Investitionsbedarf in keiner Weise decken. Seit 1991 sind die Mittel von 3,64 Mrd. € auf 2,78 Mrd. € gesunken. Preisbereinigt ist dies ein Minus von über 44 %. Auch die überraschend hohen Steuereinnahmen des Staates in den letzten Jahren haben die Verantwortlichen nicht zur Umkehr bewogen. Ein riesiger Investitionsstau hat sich gebildet. Die Krankenhäuser sind vor die Alternative gestellt ihre Häuser zunehmend verwaarlosten zu lassen (was

in einem Marktsystem auch verminderte Konkurrenzfähigkeit bedeutet) oder Gelder der Kassen, die eigentlich für die direkte Patientenversorgung bestimmt sind, gesetzwidrig umzuschichten und Baustellen durch Personalstellen zu finanzieren. Nach unbestrittener Expertenmeinung sind jährlich 6 – 6,5 Mrd. € für Krankenhausinvestitionen nötig.

Die Investitionsmittel müssen also mehr als verdoppelt werden und es muss ein gesetzlicher Zwang zur Einhaltung einer bestimmten Investitionsquote durch die Länder eingeführt werden.

7. Landesplanung nach Bedarf und nicht nach betriebswirtschaftlichen Kriterien

Unmittelbar im Zusammenhang mit der Finanzierungspflicht steht die wichtige Aufgabe der Länder, die Gesundheitsversorgung planmäßig zu entwickeln. Dies muss eine Sachplanung, ausgehend vom Versorgungsbedarf und vom Ziel einer gleichmäßigen und qualitativ hochwertigen Versorgung von Stadt und Land sein und kein Nachvollziehen von betriebswirtschaftlichen Zwängen. Das DRG-System führt insbesondere für kleinere Krankenhäuser auf dem Land zu massiven finanziellen Problemen. Umgekehrt sind gerade diese Häuser für die flächendeckende Versorgung wichtig, wenn und solange es keine bedarfsgerechten Alternativen für die Versorgung der Bevölkerung gibt. Es ist Aufgabe einer qualitativen, bedarfsorientierten Landesplanung solche nutzerfreundlichen Alternativen zu entwickeln (siehe 8). Auch der Ansatz über eine gezielt eingesetzte Unterfinanzierung weitere Betten abzubauen ist kurzsichtig und falsch. Krankenhäuser können nicht ständig voll belegt sein, weil sie für Notfälle und Krankheitswellen Reserven vorhalten müssen. Außerdem würde ein weiterer Bettenabbau zu einer noch stärkeren Verkürzung der Liegezeiten führen und damit das Problem der »blutigen Entlassung« und des Ersatzes von professioneller Pflege durch Laienpflege verschärfen. Auch hiervon sind Ältere, Alleinerziehende, Berufstätige und die unteren sozialen Schichten besonders betroffen. Wenn ein Krankenhaus bedarfsnotwendig ist, muss seine Existenz finanziell abgesichert werden. Für diese Bedarfsplanung sollten Planungsausschüsse auf kommunaler oder regionaler Ebene gebildet werden, in denen die örtlichen gesetzlichen Krankenkassen, die Krankenhausträger, Gewerkschaften,

Vertreter der niedergelassenen ÄrztInnen und PatientenvertreterInnen ein Mitspracherecht haben.

8. Ambulante und stationäre Versorgung grundlegend reorganisieren – doppelte Facharztschiene abschaffen.

Eine der für eine gute Versorgung unsinnigsten und gleichzeitig teuersten Eigenschaften des deutschen Gesundheitswesens ist die Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die sogenannte doppelte Facharztschiene (Fachärzte im Krankenhaus und niedergelassene Fachärzte) gibt es in kaum einem anderen Land, genau wie das Verbot für Krankenhäuser, Patienten ambulant zu behandeln. Doppelte Strukturen, doppelte Wartezeiten, doppelte Untersuchungen, doppelte Geräteparks – all das ist weder im Interesse der Patienten noch der Wirtschaftlichkeit.

Gleichzeitig wird zunehmend offensichtlich, dass die niedergelassenen Ärzte den ärztlichen Notdienst in weiten Teilen nicht mehr aufrechterhalten können und wollen. Die Krankenhäuser springen zunehmend ein, werden jedoch für ihre Notfalleistungen (incl. Vorhaltekosten) nicht ausreichend vergütet.

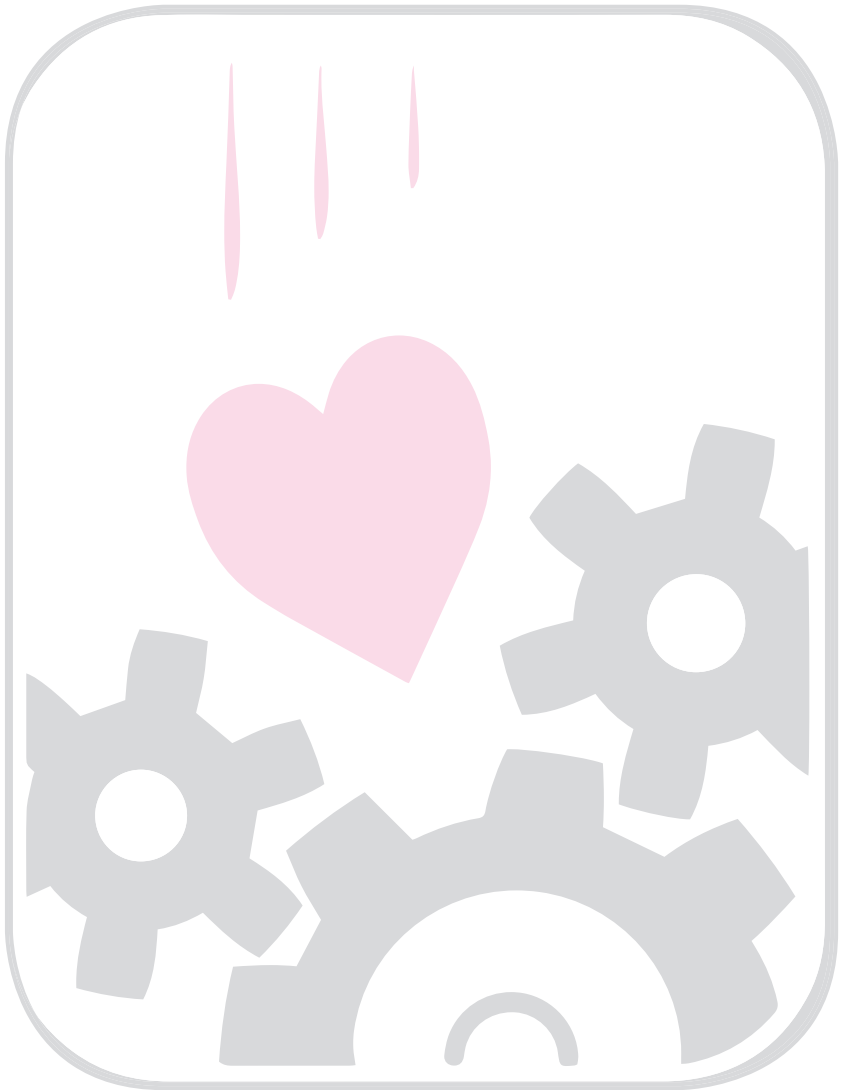
Eine Strukturreform scheidet seit Jahren. In dieser Situation sind mutige Reformschritte notwendig, d.h. insbesondere eine bessere Vernetzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung mit Abschaffung der doppelten Facharztschiene.

Schluss

Wir AutorInnen hoffen, dass unsere ›Fakten & Argumente‹ informativ und schlüssig sind – und dass sie Mut machen, sich gegen die Ökonomisierung bzw. Kommerzialisierung des Gesundheitswesens aufzulehnen. Wir freuen uns über Diskussionsbeiträge und Verbesserungsvorschläge. Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Dringend wünschen wir uns weitere MitstreiterInnen, die sich in ihren eigenen politischen Diskussionszusammenhängen und Strukturen für bedarfsgerechte und soziale Krankenhäuser einsetzen und mit uns gegen die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens aktiv werden. Dazu stellen wir Interessierten gerne die Arbeitsmaterialien auf unserer Homepage (www.Krankenhaus-statt-Fabrik.de) zur freien Verfügung. Wir freuen uns auch, wenn Sie im Bündnis »**Krankenhaus statt Fabrik**« mitarbeiten und an unseren Treffen teilnehmen wollen. Insbesondere hoffen wir auf weitere politische Organisationen, die sich uns anschließen.

Der Kampf für eine bedarfsgerechte, gemeinwohlorientierte Gesundheitsversorgung ist von elementarer gesellschaftlicher Bedeutung – wie auch in anderen Bereichen sozialer Daseinsvorsorge. Wie die Auseinandersetzungen um die Finanzierung in Psychiatrie und Psychosomatik gezeigt haben, lassen sich mit zielgerichtetem politischen Handeln Erfolge erreichen – aber nur mit breiter, aktiver Beteiligung der Betroffenen und einer gewissen gesellschaftlichen Resonanz. Wir werden also die ver.di-Bewegung für Tarifverträge zur Entlastung des Personals nach Kräften unterstützen, weil mehr Personal im Krankenhaus besser für Alle ist. Und weil wir die Weichenstellungen in der Gesundheitspolitik anlässlich des Bundestagswahlkampfes zum Thema machen wollen.



www.krankenhaus-statt-fabrik.de