Ökonomisierung und Kommerzialisierung im Gesundheitswesen:

Krankenhausfinanzierung mit Fallpauschalen

- Teil I -

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Bündnis

- **was wir wollen:**
  - Krankenhäuser sollen für das Dasein vorsorgen – nicht wirtschaftlichen Erfolg anstreben
  - Bedarfsplanung, Steuerung und Finanzierung von Krankenhäusern sind öffentliche Aufgabe
  - Krankenhäuser und ihr notwendiges Personal sollen bedarfsgerecht finanziert werden
- **was wir ablehnen:**
  - Ökonomisierung, Kommerzialisierung und Privatisierung des Gesundheitswesens
  - die aktuelle KH-Finanzierung durch das deutsche Fallpauschalensystem (DRG)
- **wer wir sind:**
  - Attac, GPGT (Ges. f. Psychotraumatologie, Traumatherapie und Gewaltforschung), Soltauer Initiative, Vdää, Ver.di Landesverbände BaWü, Berlin-Brandenburg und NRW.
  - Einzelpersönlichkeiten: Harald Weinberg MdB, ...

Gliederung

- Ökonomisierung, Kommerzialisierung, Daseinsvorsorge (Folie 4-9)
- Geschichte der Krankenhausfinanzierung in Deutschland (Folie 10-22)
- Wie funktioniert das DRG-System? (Folie 23-33)
- Auswirkungen auf die Patienten (Folie 34-53)
- Auswirkungen auf die Beschäftigten (Folie 54-62)
- Auswirkungen auf Krankenhäuser und Gesundheitswesen (Folie 63-77)
- Bewertung DRG-System (Folien 78-92)
- Alternativen und Forderungen (Folien 93-98)

Ökonomisierung, Kommerzialisierung, Daseinsvorsorge

Was ist Ökonomisierung und Kommerzialisierung?

- *„Der Begriff der **Ökonomisierung** bezeichnet die Ausbreitung des Marktes bzw. seiner Ordnungsprinzipien und Prioritäten auf Bereiche, in denen ökonomische Überlegungen in der Vergangenheit eine eher untergeordnete Rolle spielten bzw. die solidarisch oder privat organisiert waren; (…)*
- *Häufig wird synonym der Begriff **Kommerzialisierung** verwendet. Während Ökonomisierung eher als Begriff für das Eindringen der Logik des Wirtschaftssystems in andere Subsysteme steht, wird mit Kommerzialisierung eher die wirtschaftliche Verwertung bereits bestehender Leistungen oder Güter bezeichnet.“*

(Wikipedia)

Der Markt unterwirft sich alles

"Kam endlich eine Zeit, wo *alles was die Menschen bisher als unveräußerlich betrachtet hatten, Gegenstand des Austausches, des Schachers, veräußert wurde. Es ist dies die Zeit, wo selbst Dinge, die bis dahin mitgeteilt wurden, aber nie ausgetauscht, gegeben aber nie verkauft, erworben aber nie gekauft, Tugend, Liebe, Überzeugung, Wissen, Gewissen usw., wo mit einem Wort alles Sache des Handels wurde. Es ist dies die Zeit der allgemeinen Korruption, der universellen Käuflichkeit oder um die ökonomische Ausdrucksweise zu gebrauchen, die Zeit, in der jeder Gegenstand, ob physisch, oder moralisch, als Handelswert auf den Markt gebracht wird.„*

(Karl Marx, Das Elend der Philosophie, MEW Band 4, S.69)

Wirtschaftlichkeit ist gut vereinbar mit dem Patientenwohl

Wirtschaftlichkeit verstanden als:

- Prinzip der Angemessenheit der Leistungen (§ 12 SGB V)
- Wirksamkeit geht vor Sparsamkeit
- Sparsame Mittelverwendung
- *keine Verschwendung*

Ökonomisierung/Kommerzialisierung – ein sinnvolles Prinzip?

- **betriebswirtschaftliche Faktoren entscheiden über Handlungsziele:**
  - Gewinnerzielung
  - Kostensenkung
  - Leistungsausdehnung
  - Risikovermeidung
  - Patient als Kunde

➢ **im Fallpauschalensystem haben ökonomische Ziele Vorrang**

Gesundheitswesen als Teil der Daseinsvorsorge

- **Daseinsvorsorge bedeutet:**
  - solidarische Finanzierung (nach Leistungsfähigkeit/Einkommen)
  - Leistungsvergabe nach Bedarf, nicht nach Zahlungsfähigkeit
  - keine Gewinne oder Verluste
  - Sachsteuerung (Bedarf) statt finanzieller Steuerung
  - das Notwendige wird auch finanziert
- **Krankenhausversorgung ist soziale Daseinsvorsorge**
- **Medizinische/pflegerische Ethik: Patientenwohl ist das wichtigste Ziel**
- **Patienten sind keine Kunden (haben keine Entscheidungsfreiheit)**

➢ **in der Daseinsvorsorge hat der Patient Vorrang**

Geschichte der Krankenhausfinanzierung in Deutschland

1950-1970: Bettenmangel, Unterfinanzierung Tagespflegesätze

- Unterfinanzierung der Krankenhäuser, starker Bettenmangel (Kriegsschäden)
- Bund ohne umfassende Gesetzgebungskompetenz
- formell: monistische Finanzierung der Investitionen durch die Kassen
- tatsächlich: Mischfinanzierung der Betriebskosten und der Investitionen durch Träger, Kommunen und Krankenkassen
- oberstes Ziel: wirtschaftliche Stabilität der GKV (Gefährdung Wirtschaftswunder)
- quasi-Preisstopp für Pflegesätze (verstärkt Unterfinanzierung)
- Pflegesätze als echte Tagespreise

➢ökonomischer Anreiz zu Verweildauerverlängerung (praktisch schwierig wg. Bettenmangel) und zu Kostensenkung (wg. viel zu knapper Mittel)

1970-1985: Ausbau und Selbstkostendeckung

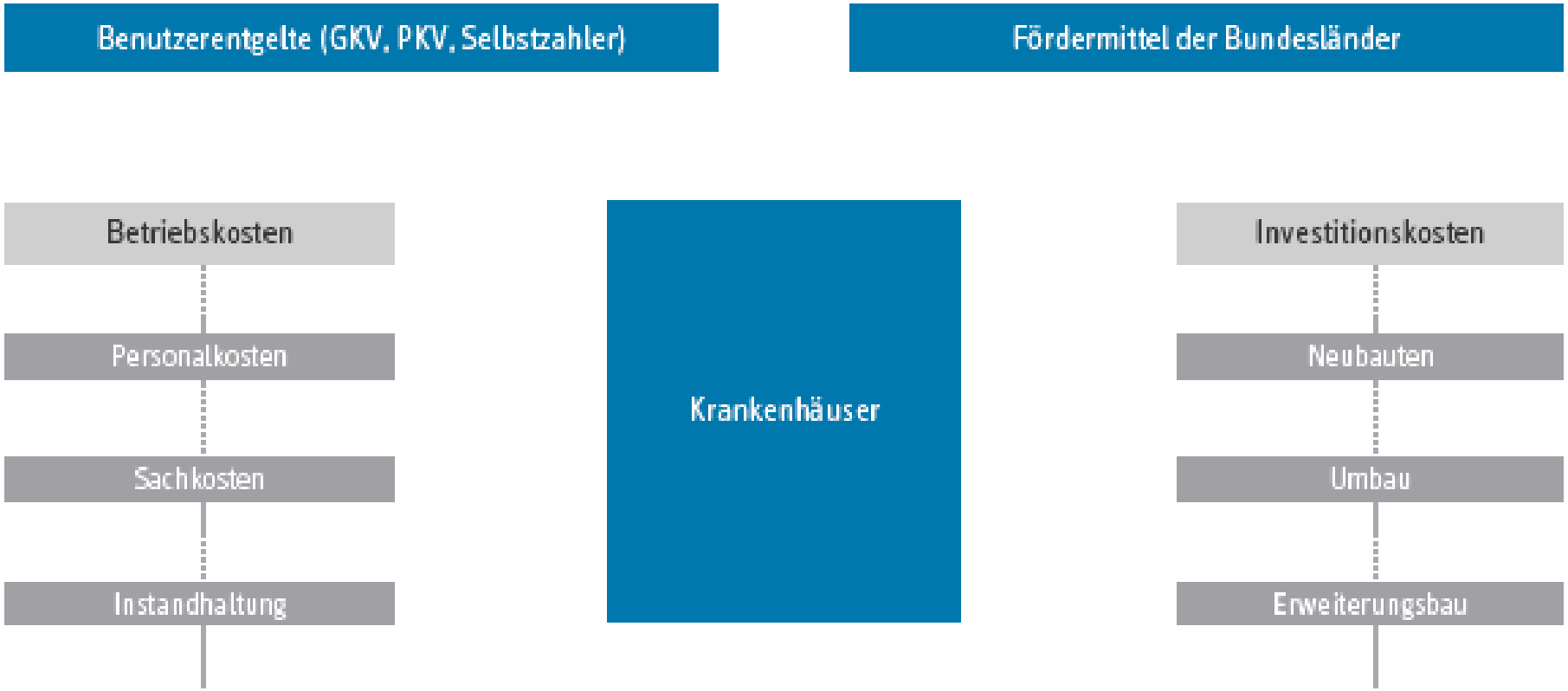
- bedarfsorientierte Krankenhausplanung durch Bundesländer (Sozialstaatsgebot des GG)
- Grundgesetzänderung:
  Gesetzgebungskompetenzen für Bund und **Duale Finanzierung**
- **Selbstkostendeckungsprinzip:** Verpflichtung der Kassen zur Finanzierung der betriebsnotwendigen Selbstkosten von bedarfsgerechten, wirtschaftlich arbeitenden Krankenhäusern
- Tagespflegesätze nur als Abrechnungseinheit (Abschlagszahlungen)
- Spitzabrechnung am Jahresende mit Gewinn-/ Verlustausgleich
- Verbot Gewinne zu machen

➢ kein Anreiz zu VWD-Verlängerung und Kostensenkung

➢ kein „Selbstbedienungsladen“, weil Kassen das Recht zur „Prüfung der Wirtschaftlichkeit“ hatten

Duale Krankenhausfinanzierung

(bis 1985 auch Bund)



Quelle: vdek.

1985 – 2000: Beginn neoliberale Deregulierung

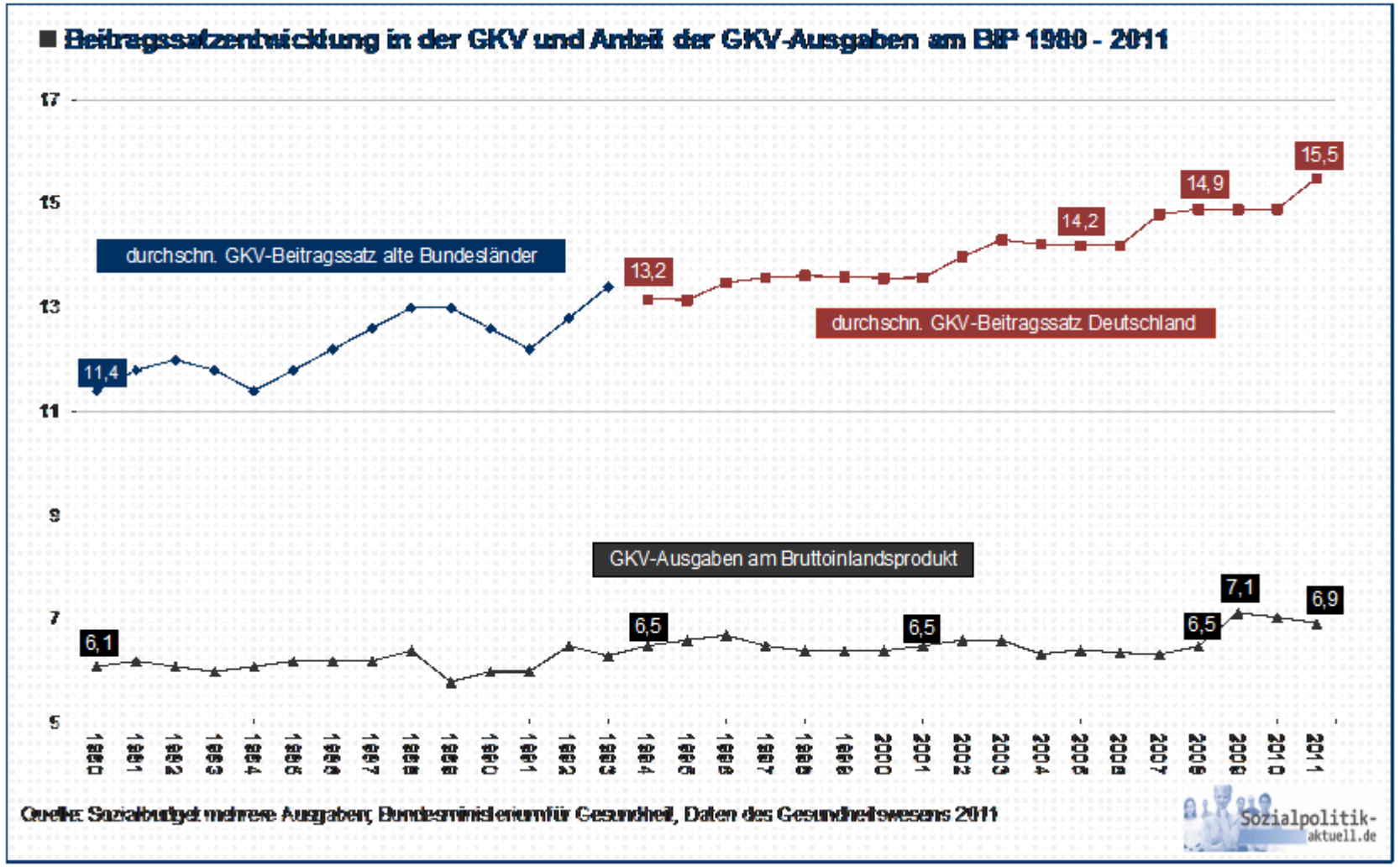
- Schlagwort der Debatte: Kostenexplosion im Gesundheitswesen
- Ziel: Kostendämpfung
- Festlegung einer Budgetobergrenze durch Gesetzgeber (Anbindung der Veränderung des Budgets an die Grundlohnsummensteigerung)
- immer mehr Fallpauschalen und Sonderentgelte, Pflegesätze verlieren an Bedeutung
- Ende der Selbstkostendeckung
- „leistungsgerechte Erlöse“ durch „prospektives Budget“
- Abzüge bei Überschreitung des Budgets
- Gewinne und Verluste werden ermöglicht

➢ Mix aus Anreizen zu Verweildauerverlängerung (im Pflegesatzbereich wg. Abzügen) und Verweildauerverkürzung (im Fallpauschalenbereich)

➢ Anreiz zu Kostensenkungen und zur Leistungsausdehnung (insbesondere im Fallpauschalenbereich)

Kostenexplosion im Gesundheitswesen?

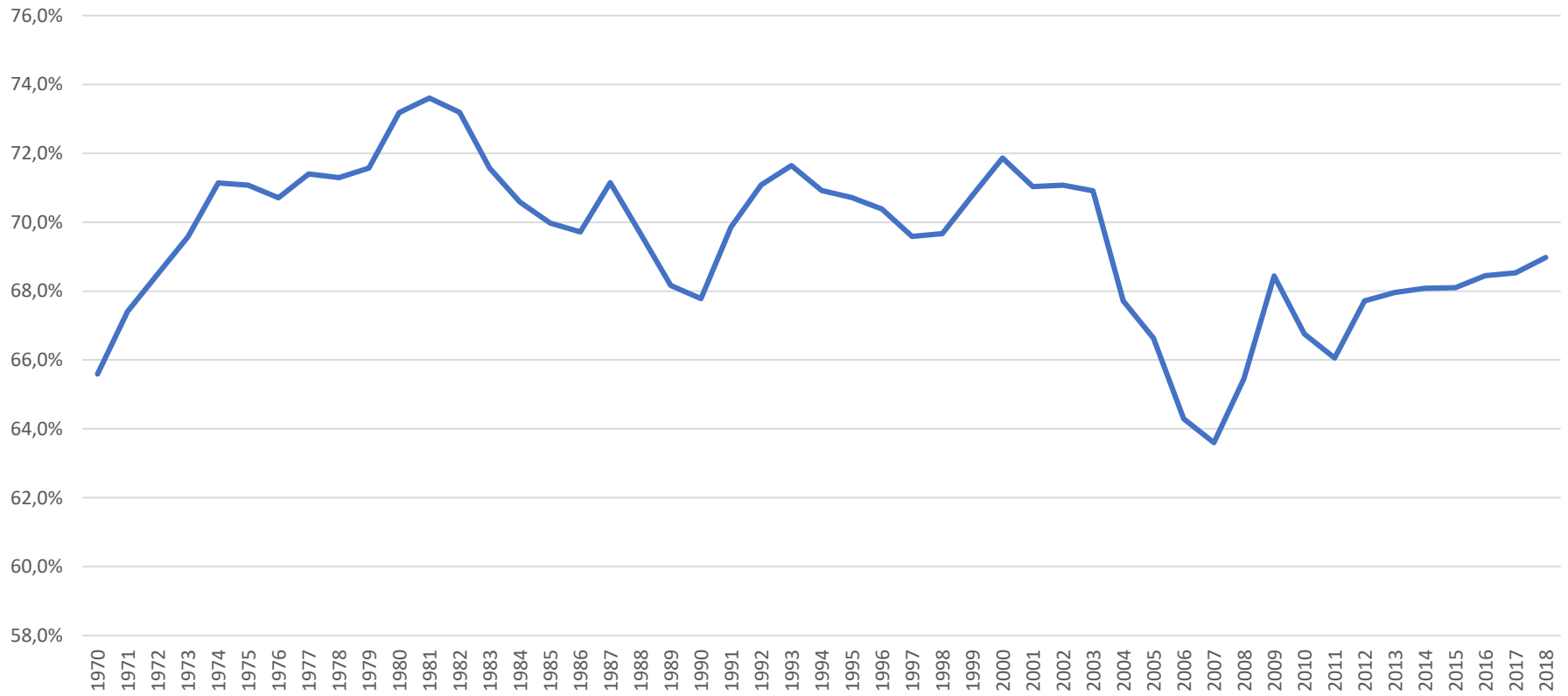
Der Beitrags-anstieg war kein Ausgaben-problem, sondern ein Einnahmen-problem!



KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

In Wahrheit: Einnahmenrückgang der GKV

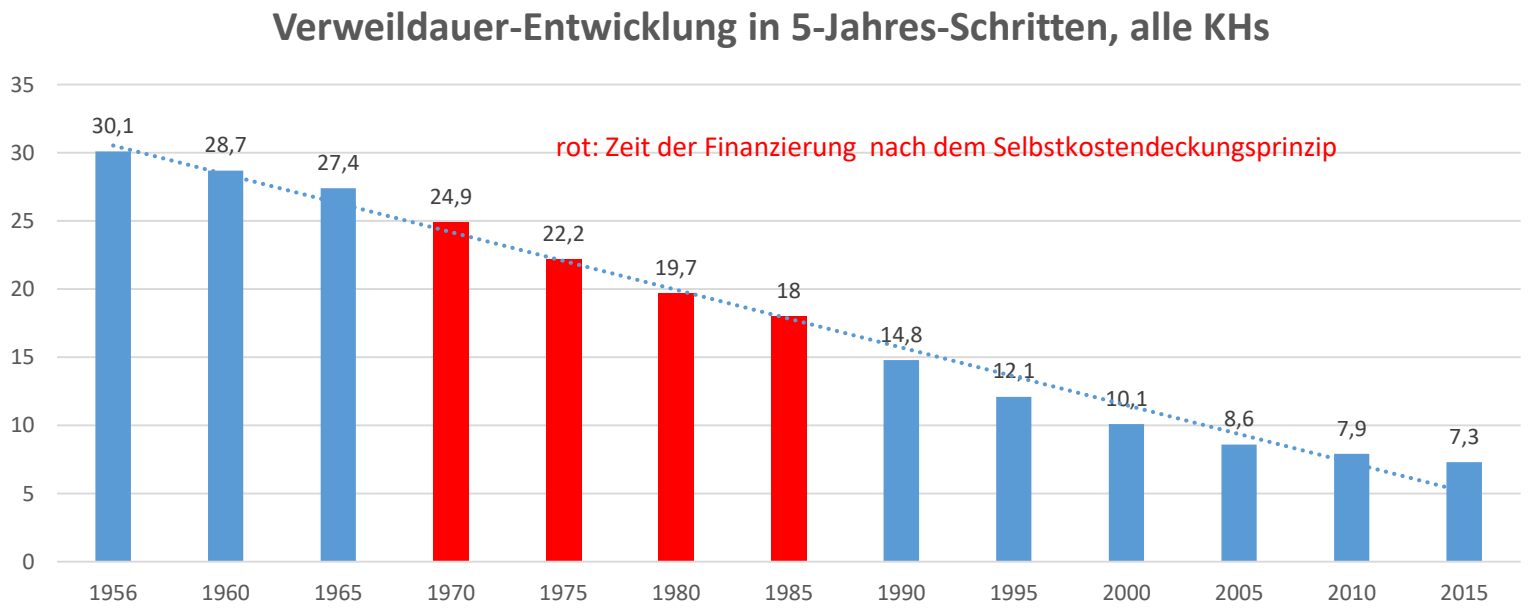
Lohnquote 1970 – 2018 (in % des Volkseinkommens)



Quelle: Destatis
(https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/VolkswirtschaftlicheGesamtrechnungen/lrvgr04.html)

Mythen über die Selbstkostendeckung

- **Mythos:** Unter dem Selbstkostendeckungsprinzip gab es Anreize zur Ausweitung der Verweildauer (*„Selbstbedienungsladen“).*
- **Mythos:** DRGs mussten eingeführt werden, um das Festhalten der Patienten im Krankenhaus zu beenden (*„Freiheitsberaubung“)*



➢ **Die Realität:** Reduzierung der Verweildauer zwischen 1970-1985 um fast 30%

2000 bis heute: DRGs als Preissystem

- „Leistungsorientierte“ Vergütung auf Grundlage medizinischer Diagnosen, Operationen- und Prozeduren **(Fallpauschalen - DRGs)**
- Fortbestehen der Budgetdeckelung und von Abzügen bei Überschreiten
- Schrittweise Einführung mit finanzieller Schonphase (bis 2010)
- Gewinne/Verluste als integraler Bestandteil des „Qualitätswettbewerbs“

➢ massiver Anreiz zu Liegezeitverkürzung, Kostensenkung und Leistungsausdehnung, insbesondere bei weiterhin bestehender Unterfinanzierung (Deckelung)

Ausblick: zunehmende Wettbewerbsorientierung

- Einführung von Preisen auch in der Psychiatrie (PEPP – vorläufig gescheitert)
- Investitionskosten als Teil der DRGs (Übergang zur sog. Monistik)
- Bundeseinheitlicher Preis trotz unterschiedlicher Kosten
- Einkaufsmodell der Krankenkassen: Erlaubnis von Selektivverträgen zwischen Kosten- und Leistungsträgern statt Kontrahierungszwang
- „Pay for Performance“: Zu-/Abschläge bei unterschiedlicher Qualität

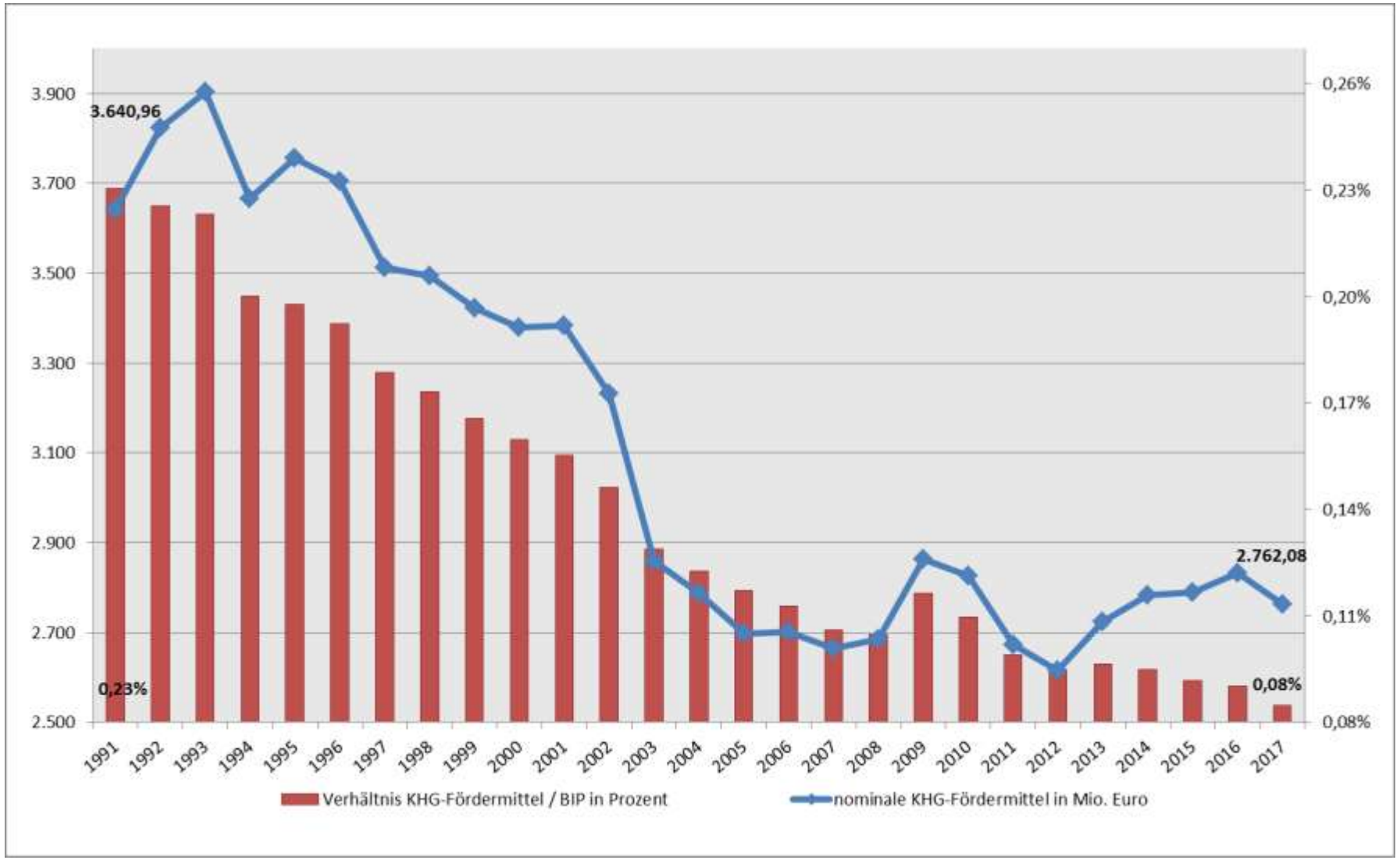
➢ Staat zieht sich aus der Bedarfsplanung und Finanzierung der Krankenhäuser zurück

➢ gibt nur noch Wettbewerbsordnung vor

➢ Ziel: freier Wettbewerb mit (ausgehandelten) Marktpreisen

Rückzug des Staates aus der Daseinsvorsorge

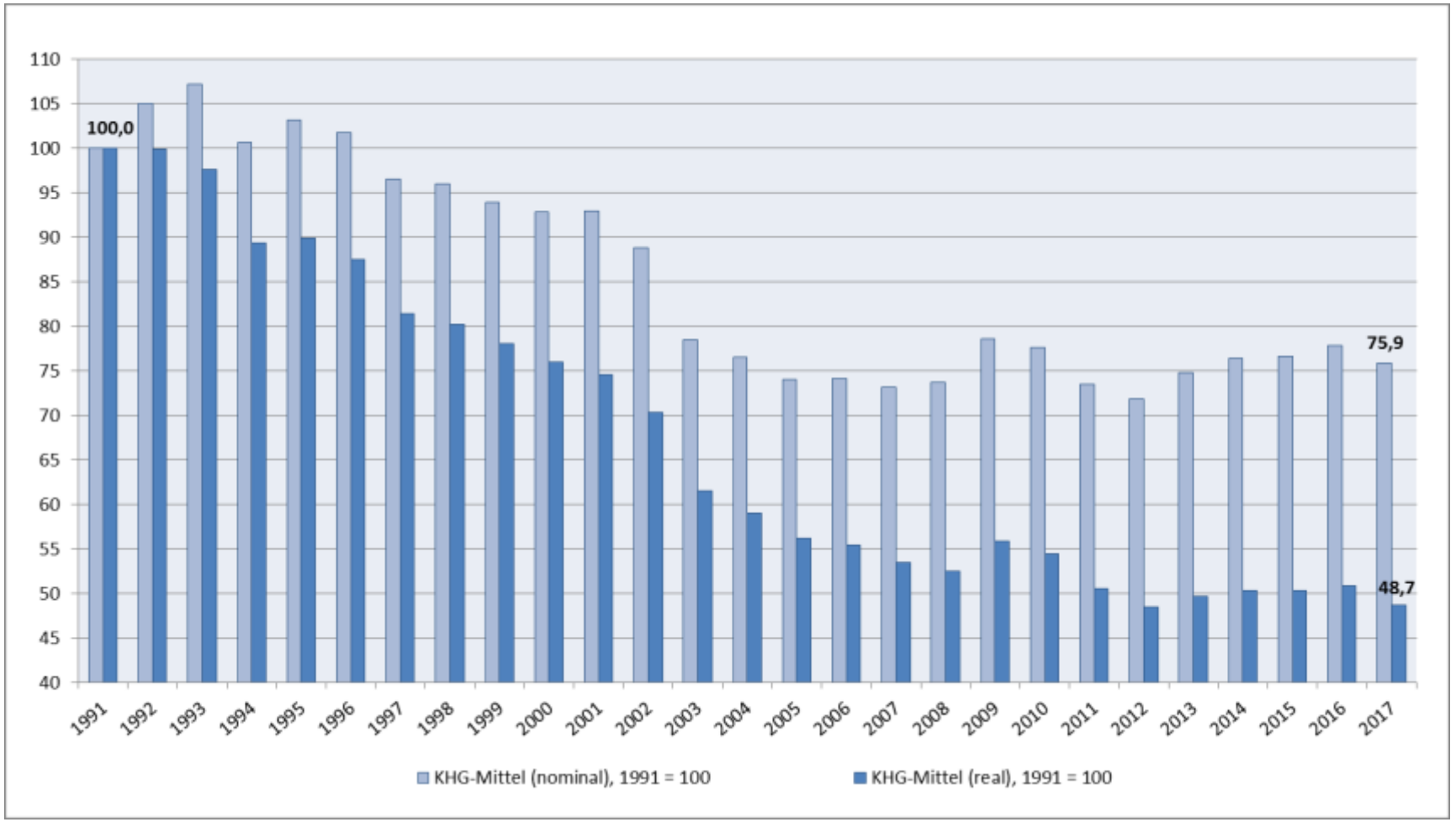
Investitionsförderung der Länder - bezogen auf das BIP und nominal



Quelle:
DKG-Bestandsaufnahme Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung 2018

Rückzug des Staates aus der Daseinsvorsorge

Investitionsförderung der Länder - preisbereinigt



Quelle:
DKG-Bestandsaufnahme Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung 2018

Kritik an „Pay for Performance“

- Ergebnisqualität nur sehr schwer messbar (insbesondere Berücksichtigung sozialer Komponenten)
- wichtigster Parameter (Indikation) wird als richtig vorausgesetzt
- Wer ist schuld? (Vorbehandler, Patient, KH, Nachbehandler)
- Langzeitergebnisse werden nicht berücksichtigt
- Fehlanreiz zum Fälschen/Schönen von Ergebnissen
- Fehlanreiz zur Patientenselektion
- wie soll sich Qualität bei noch weniger Geld (Abschläge) verbessern
- mehr Geld ist Konkurrenzvorteil bzw. – nachteil für andere Häuser
- Kassen erhalten mehr Macht
- KH-Planung durch Länder wird unterlaufen

Wie funktioniert das DRG-System?

Begriffserklärungen

- DRGs = Diagnosis Related Groups = Fallgruppen
- einheitlicher Preis (Fallpauschale) für eine bestimmte Behandlung einer bestimmten Diagnose
- Grundlage: Australische DRGs
  - ➢ dort aber nicht flächendeckend und nur eine Methode der Budgetzuweisung neben vielen anderen Vergütungsbestandteilen

Grundlagen - 1

- Anfangs 409 Fallgruppen
- 2019: 1318 DRGs
- dabei 7 Schweregradkategorien (PCCL = Patient Clinical Complexity Level) gewichtet nach Nebendiagnosen, Komplikationen, Alterssplits
- 214 bundeseinheitliche und KH-individuelle Zusatzentgelte (2019) für besonders teure Behandlungen (z.B. Dialyse, Chemotherapie, …)

Grundlagen - 2

- nur laufende Kosten - keine Investitionen
- gilt für alle voll- und teilstationären Leistungen (eingeschränkt auch für Psychiatrie), nicht für ambulante Behandlung
- einheitliche Regelung von Zu- und Abschlägen für Notfallversorgung, Vorhaltung von Ausbildungsstätten Aufnahme von Begleitpersonen usw.
- Gewinne und Verluste möglich
  - ➢ **Anreiz für private Investoren**

Ablauf der Eingruppierung

- Verschlüsselung der Hauptdiagnose (ICD 10)
- Verschlüsselung aller Nebendiagnosen und Komplikationen
- Verschlüsselung aller Prozeduren (OPS 2019)

➢**EDV-Programm ermittelt DRG incl. PCCL**

Beispiel: A01A (Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Std.)

- **1. Stelle: Hauptdiagnosegruppe (MDC)**
  - z.B.: **A**: Sonderfälle
  - z.B.: **B**: Nervensystem
  - Z.B.: **L**: Niere und Harnwege

- **2. + 3. Stelle: Stellung innerhalb der MDC**
  - 01-39: chirurgische DRGs
  - 40-59: sonstige DRGs
  - 60-99: medizinische DRGs

- **4. Stelle: Einstufung nach Ressourcenverbrauch A bis I und Z (A = am höchsten, Z = ohne Unterteilung)**

Begriffe: Relativgewicht, CM, CMI

- Jede DRG hat ein (bundeseinheitliches) **Relativgewicht (RG)** = Behandlungsaufwand dieser DRG im Vergleich zum Durchschnitt aller
  - z.B. C13Z Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen ***(2019):*** RG = 0,649
  - Z.B. A01A Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Std. ***(2019):*** RG = 29,202

- **Case-Mix (CM)** = Summe der Relativgewichte aller innerhalb eines Jahres erbrachten DRGs

- **Case-Mix-Index (CMI)** = Case-Mix / Zahl der Fälle (durchschnittliche Schwere oder Komplexität der Fälle eines Krankenhauses pro Jahr)

Ermittlung der Relativgewichte

- Kalkulationskrankenhäuser (freiwillig und „statistische“ Auswahl)
  - führen eine **Kostenträgerrechnung** durch (alle Kosten werden den einzelnen Patienten zugeordnet).
  - Zuordnung erfolgt direkt (z.B. Kosten einer Hüftprothese) bzw. indirekt über Schlüssel (z.B. Pflegetage, Intensivstunden, Pflegeminuten
  - der tatsächliche Kostenaufwand ist nicht unbedingt bedarfsgerecht

- INEK-Institut (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus)
  - Zusammenfassung und Prüfung der Daten
  - Hochrechnung der Daten auf Häufigkeiten auf der Bundesebene
  - Ermittlung der **Bezugsgröße** (durchschnittliche Kosten aller DRGs, RG = 1)
  - Durchschnittskosten einer bestimmten DRG werden durch diese Bezugsgröße geteilt = **Relativgewicht einer DRG**

Begriffe: Landesbasisfallwert, Preis, Erlös

- **Landesbasisfallwert:** Höhe der Vergütung für das Relativgewicht 1 (wird nach politischen Vorgaben jährlich auf Länderebene zwischen Kassen und Krankenhausgesellschaft ausgehandelt)
- Landesbasisfallwert und Relativgewichte entscheiden über Höhe der Erlöse
- **Höhe LBFW 2019:** zwischen 3528€ (SH) und 3684€ (RP)
- **Fall-Erlös = Preis = Relativgewicht x LBFW**
- **KH-Budget** = LBFW x Case-Mix

➢DRGs sind Festpreise, keine Marktpreise, keine Durchschnittspreise

Bedeutung der Verweildauer

Untere Grenzverweildauer (UGV):

- Zeitraum in Tagen, die ein(e) Patient(in) auf jeden Fall stationär behandelt werden muss, um die ermittelte DRG zu 100% abrechnen zu können
- bei Unterschreiten erfolgt ein Abschlag auf den DRG-Betrag

Mittlere Verweildauer (MVD):

- Zeitraum in Tagen, welcher der betriebswirtschaftlichen Kalkulation des DRG-Erlöses zugrunde gelegt ist
- Bei Verlegung und Unterschreitung der MVD werden für beide Krankenhäuser Abschläge fällig

Obere Grenzverweildauer (OGV):

- Zeitraum in Tagen, der für die übliche Behandlung des Patienten maximal eingeplant werden soll
- bei Überschreiten der OGV wird ein geringer tagesgleicher Zusatzbetrag gezahlt.

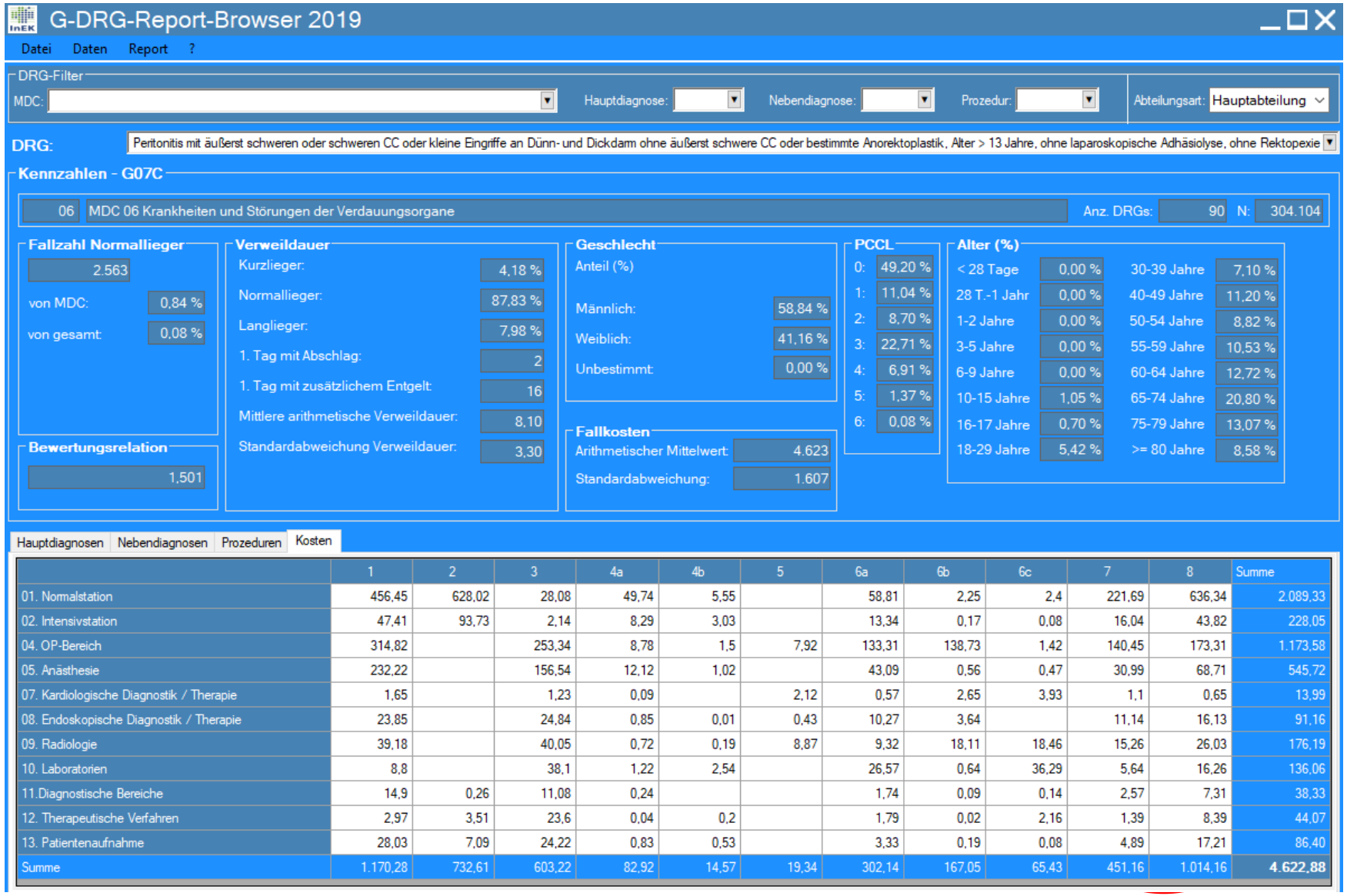
Inlier:

- Patienten innerhalb der Verweildauergrenzen (UGV/OGV)

Beispiel für Kostenkalkulation

Vergütung 2019 in Ba-Wü: 1,501 x 3.539,12 = **5312,22**

Kostendaten beziehen sich nur auf Inlier!!



	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8	Summe
01. Normalstation	456,45	628,02	28,08	49,74	5,55		58,81	2,25	2,4	221,69	636,34	2.089,33
02. Intensivstation	47,41	93,73	2,14	8,29	3,03		13,34	0,17	0,08	16,04	43,82	228,05
04. OP-Bereich	314,82		253,34	8,78	1,5	7,92	133,31	138,73	1,42	140,45	173,31	1.173,58
05. Anästhesie	232,22		156,54	12,12	1,02		43,09	0,56	0,47	30,99	68,71	545,72
07. Kardiologische Diagnostik / Therapie	1,65		1,23	0,09		2,12	0,57	2,65	3,93	1,1	0,65	13,99
08. Endoskopische Diagnostik / Therapie	23,85		24,84	0,85	0,01	0,43	10,27	3,64		11,14	16,13	91,16
09. Radiologie	39,18		40,05	0,72	0,19	8,87	9,32	18,11	18,46	15,26	26,03	176,19
10. Laboratorien	8,8		38,1	1,22	2,54		26,57	0,64	36,29	5,64	16,26	136,06
11.Diagnostische Bereiche	14,9	0,26	11,08	0,24			1,74	0,09	0,14	2,57	7,31	38,33
12. Therapeutische Verfahren	2,97	3,51	23,6	0,04	0,2		1,79	0,02	2,16	1,39	8,39	44,07
13. Patientenaufnahme	28,03	7,09	24,22	0,83	0,53		3,33	0,19	0,08	4,89	17,21	86,40
Summe	1.170,28	732,61	603,22	82,92	14,57	19,34	302,14	167,05	65,43	451,16	1.014,16	**4.622,88**

MDC: Hauptdiagnose gruppe

PCCL: Patient Clinical Complexity Level

CCL: Komorbiditäten und Komplikationen

KRANKENHAUS FABRIK

Auswirkungen des Preissystems auf die Patienten

„Blutige Entlassung“ - 1

Patienten mit Pneumonie in USA vor/nach DRG-Einführung:

- Verweildauer: -35%,
- stationäre Kosten: - 25%,
- Sterblichkeit im KH: - 15%

Aber:

- Sterblichkeit erste 30 Tage nach Entlassung: + 35%
- Wiederaufnahme wg. Rückfall: + 23%
- Verlegung in Pflegeheim: + 42%

(Quelle: Arch. Intern. Med. 2000; 160:3385-3391)

„Blutige Entlassung“ - 2

Patienten mit Schenkelhalsfraktur in USA vor/nach DRG-Einführung

- VWD von 21,9 T auf 12,6 T
- Krankengymnastik von 7,6 auf 6,3 Anwendungen,
- Gehstrecke von 27 auf 11 Meter,
- Entlassung in Pflegeheim von 38% auf 60%,
- nach einem Jahr noch im Pflegeheim von 9% auf 33%

(aus: N Engl J Med 1989 Mar 30; 320(13):871-2)

Einfluss Beatmungsdauer auf Erlös

DRG W01B (Polytrauma):

Beatmung mehr als 263 Std. Fallwert: **14,288**

Beatmung weniger als 264 Std. Fallwert: **7,107**

DRGs A01A-C (Lebertransplantation):

Beatmung mehr als 179 Std., Fallwert: **29,202**

Beatmung weniger als 180 Std. oder mit Komplikationen, Fallwert: **16,07**

Beatmung unter 59 Stunden ohne Komplikation, Fallwert: **11,155**

➢ Erlösunterschiede bis zu mehr als das Doppelte

(Stand 2019)

KRANKEN HAUS FABRIK

Extremkostenfälle

Neugeborener Junge, Entbindung in der 26. Schwangerschaftswoche, Gewicht 895 Gramm, ca. 6 Monate Aufenthalt in der Neonatologie, 5 Darm OPs

➢Kosten 238.000 €, Erlöse 143.000 €, Defizit 95.000 €

Aus: Plakataktion kommunaler Großkrankenhäuser 2009

Plakataktion kommunaler Großkrankenhäuser

Ihr zu helfen ist unwirtschaftlich...

... für uns aber selbstverständlich.

Sandra M. (34),
lebensgefährlich verletzt.

15 große Operationen folgen,
5 Wochen Intensivstation,
3 Monate Krankenhaus.

Behandlungskosten ____ 194.000 €
Vergütung ____ 106.000 €
nicht erstattet ____ 88.000 €

So will es das Gesetz zur Krankenhausfinanzierung.

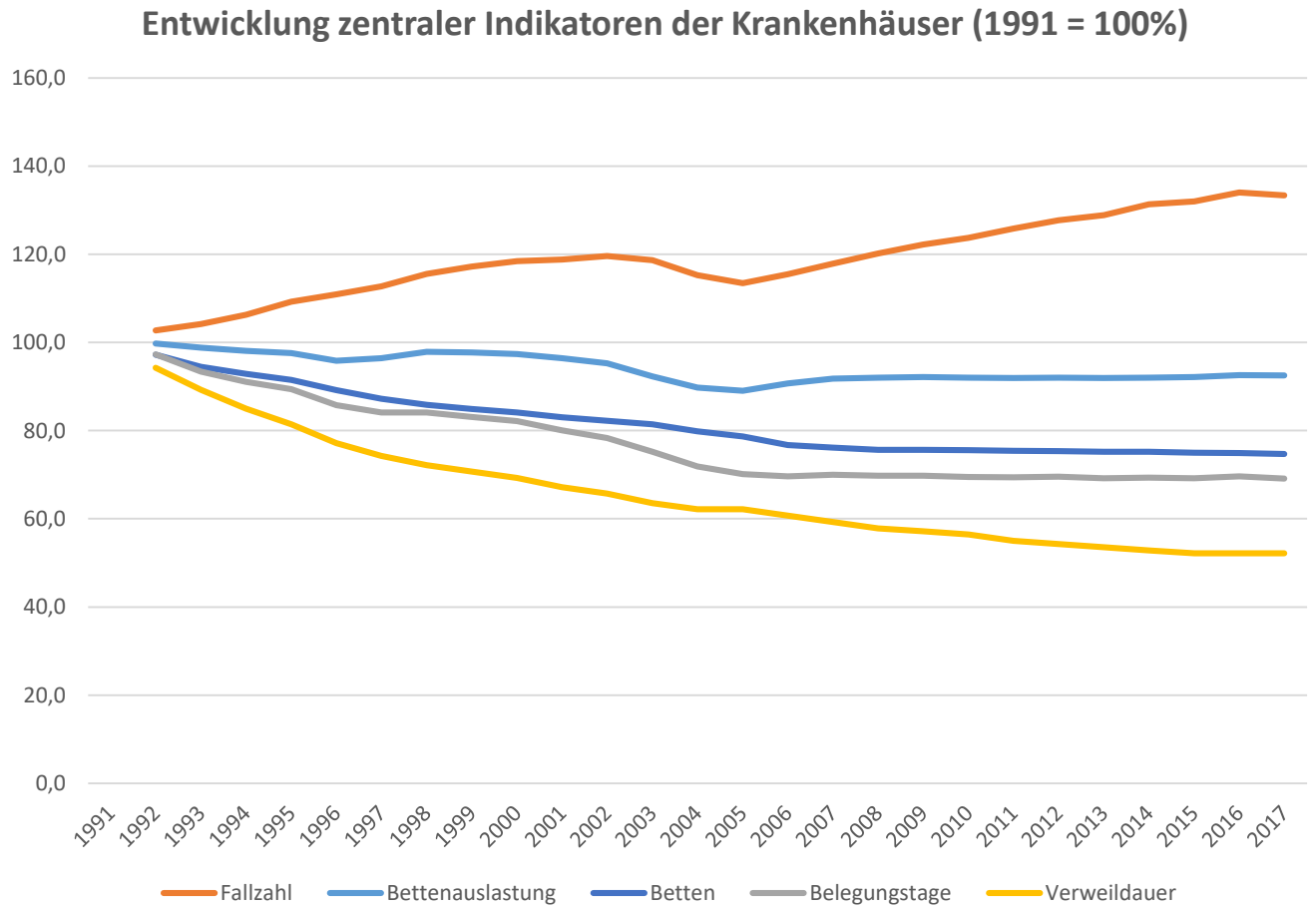
Wir fordern deshalb, dass eine leistungsgerechte Finanzierung ebenfalls selbstverständlich ist.

Wir unterstützen das Aktionsbündnis:
www.rettung-der-krankenhaeuser.de



Klinikum Augsburg
Klinikum Bayreuth · Hohe Warte
Vivantes Klinika Berlin
Klinikum Bielefeld
Klinikum Braunschweig
GesundheitNord Klinikverbund Bremen
Klinikum Dortmund
Städtisches Klinikum München
Klinikum Nürnberg
Klinikum Stuttgart

Überversorgung: Steigerung der Fallzahlen



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

Überversorgung: Konservativ oder operativ?

- **Periphere AVK mit Ulkus (Durchblutungsstörung mit Geschwür)**
  - Konservative Behandlung (K60E):
    - ➢RG 0,988 **Erlös ca. 3500 €**
  - Operative Behandlung (Amputation) (F27A)

RG 3,017 **Erlös ca. 10.500**

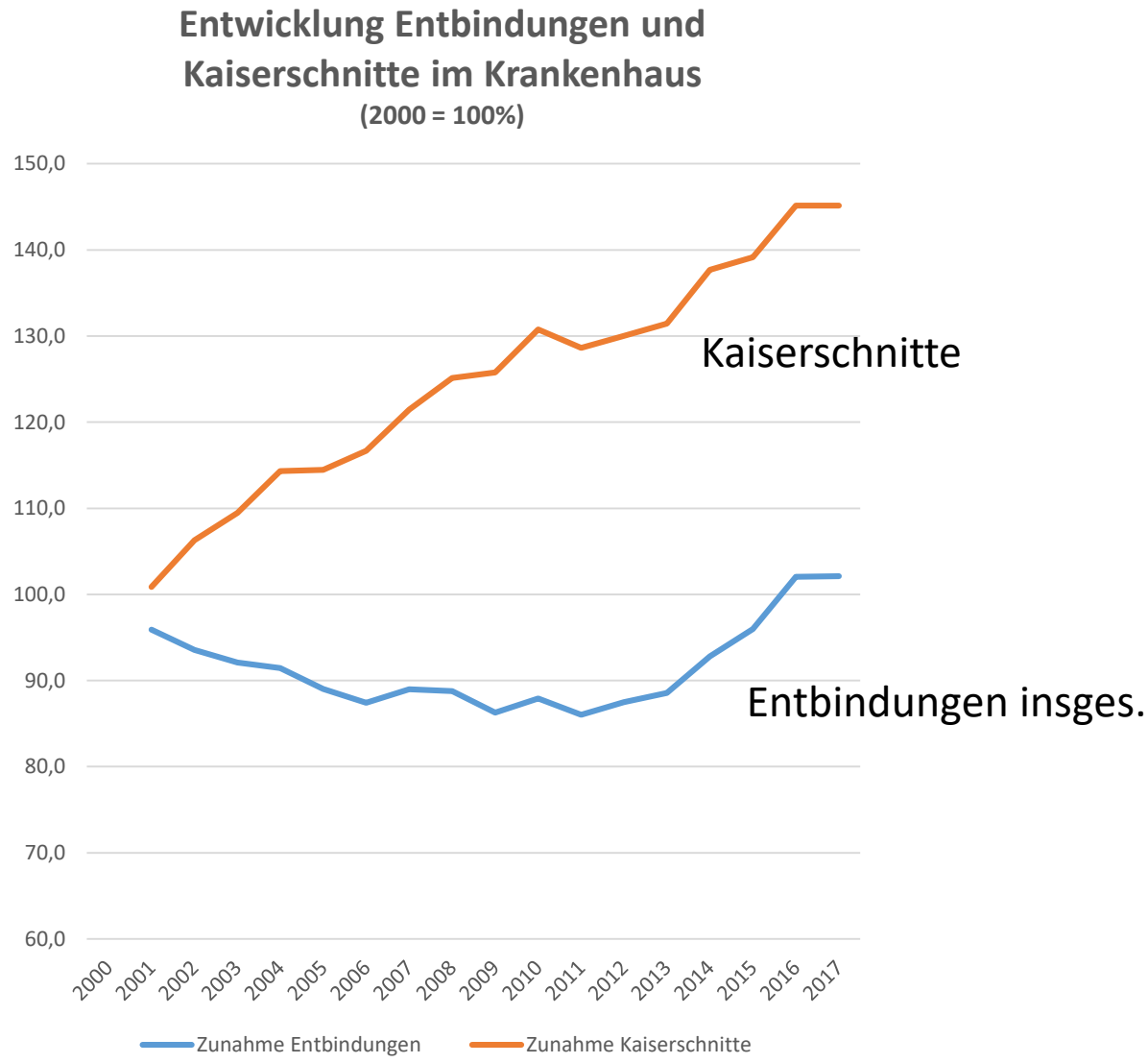
(Stand 2019)

Unterversorgung

„Auch bei chronischen Erkrankungen können durch die episodenorientierte Finanzierung (…) falsche Anreize gesetzt werden. Der Fehlanreiz besteht darin, kurzfristige Erfolge bei minimalem Ressourceneinsatz und nicht nachhaltige Verbesserungen zu erzielen. Beispiele können Implantate mit kürzerer Haltbarkeit oder der Einsatz billigerer Medikamente mit höherer Gefahr von Spätfolgen (z. B. L-Dopa beim Parkinsonsyndrom) sein. Letztlich entstehen langfristig Mehrkosten für das Gesamtsystem.“ (S. 20)

„Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2008“
Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft
erstellt durch Prof. Dr. med. Norbert Roeder, Dr. med. Wolfgang Fiori, Dr. med. Holger Bunzemeier
und das Team der DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster, Westfälische Wilhelms-Universität

Überversorgung: Ausweitung invasiver Behandlungsformen



Quelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2000 - 2017

Überversorgung: Kaiserschnitt

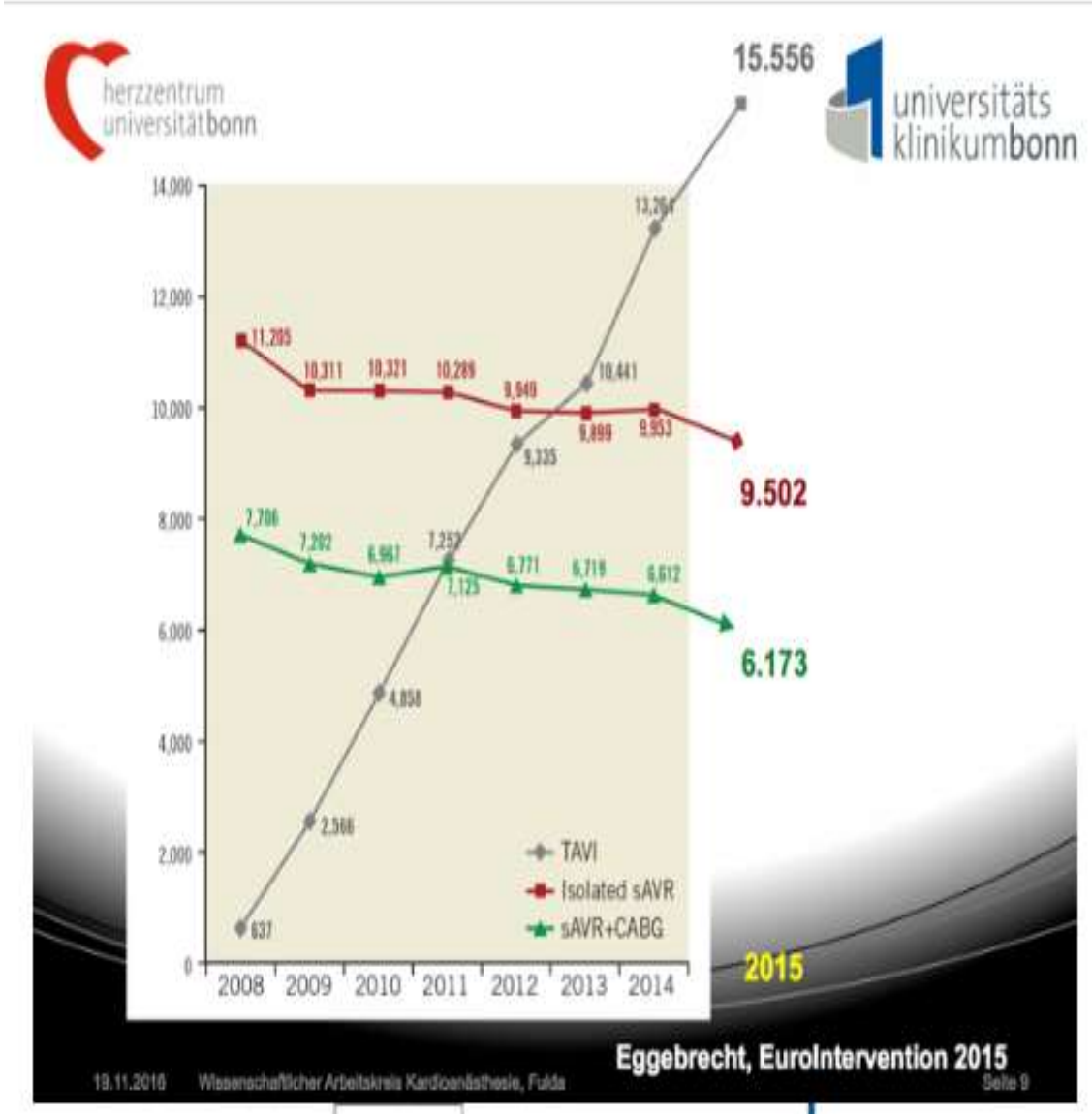
- **Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose (O60D)**
  - RG 0,577 **Erlös ca. 2040 €**

- **Kaiserschnitt ohne komplizierende Diagnose (O01H)**
  - RG 0,881 **Erlös ca. 3120 €**

(Stand 2019)

Überversorgung: Fehlanreize bei Behandlung von Herzklappenfehler

Aortenklappenstenose:
Behandlung konservativ
F69B = **€ 1973,02**
(DRG-Katalog 2016)



Aortenklappenstenose:
Behandlung durch offene Herzoperation mit Kunstklappe
F03F = **€ 15437,30**
(DRG-Katalog 2016)

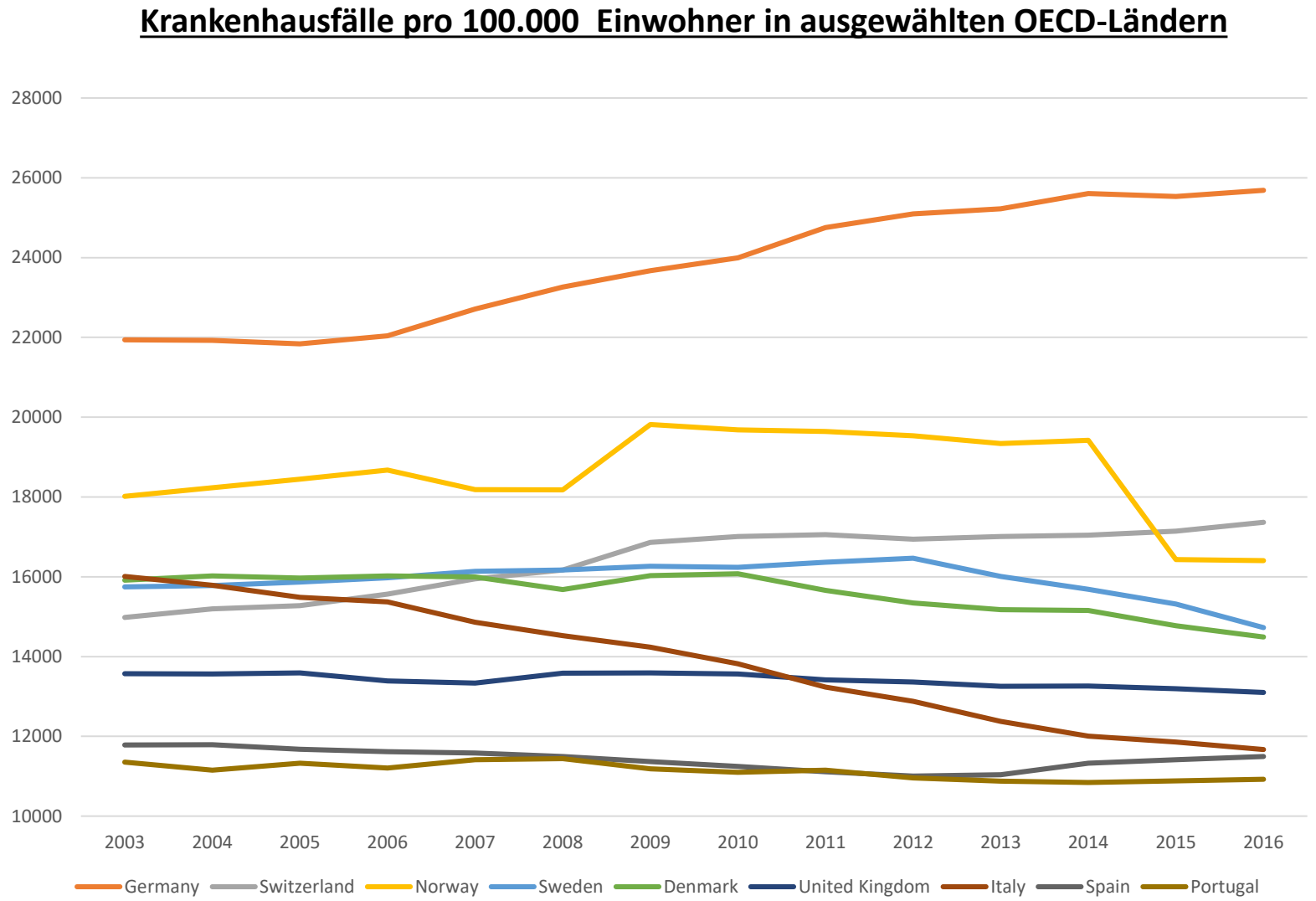
Aortenklappenstenose:
Behandlung durch Kathetermethode (TAVI)
F98B = **€ 33551,09**
(DRG-Katalog 2016)

Ländervergleich der Behandlungsfälle

KH Leistungen (pro 100.000 Einwohner) in Deutschland im Vergleich zu 23 OECD-Ländern 2016

	Deutschland	OECD-Durchschnitt	Rang
Operation Grauer Star	1040,8	819,8	10
Mandelentfernung	132,3	107,8	7
Erweiterung Herzkranzgefäße mit Ballonkatheter	406,2	183,1	1
Bypass-Operation	61,4	35,4	4
Blinddarmentfernung	155,1	116,9	4
Gallenblasenoperation	247,8	157,9	2
Leistenbruchoperation	211,8	150,7	7
Hüftgelenksersatz	304,4	167,1	1
Kompletter Kniegelenksersatz	218,6	123,3	2

Ländervergleich: Anstieg von Krankenhausbehandlungen („Fälle“)



Quelle: OECD.Stat (https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)

Versorgungsqualität - 1

Studie Uni Bremen (2006) – Unterschiede zw. kommunalen und privaten Häusern

- *„Am deutlichsten anders sieht es bei Patienten aus privaten Kliniken aus, die in 3 der 4 Krankheitsgruppen eine zwischen 2002 und 2005 um bis zu 10 Prozentpunkte geringere Besserungs- und Heilungsrate angeben.“*
- *„Mit rund 48% haben deutlich mehr Patienten aus privaten als Patienten aus kommunalen Krankenhäusern (rund 32%) einen Bedarf an nachstationären Leistungen.“*
- *„Eine der stärksten Veränderungen von 2002 bis 2005 war der Anstieg des Anteils dieser Patienten (um die sich „niemand gekümmert“ hat), in privaten Krankenhäusern um 14 Prozentpunkte.“*

GEK-Edition Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 46,
Braun/Müller: Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten

KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Versorgungsqualität - 2

Studie Uni Bremen 2006 - Unterschiede zw. Kommunalen und privaten Häusern

- *„Der Anteil der Patienten, die keine dieser Entlassungsleistungen erhalten hat (Angehörigenaktivierung, Selbsthilfe, Alltagsaktivitäten, Warnsignale Medikamentenerklärung) wächst nur in privaten Häusern (um bis zu 12 Prozentpunkte) …“*

- *„Bei Patienten, die ihren Aufenthalt als zu kurz empfinden, haben die Privaten einen überdurchschnittlich hohen Anteil.“*

- *„Bei Fragen nach den Erfahrungen der Patienten mit Strukturen und Akteuren im Krankenhaus schneiden die Privaten bei 3 von 5 Fragen am schlechtesten ab. (‚Personal kümmert sich um Patienten’ ‚Im Krankenhaus spielen Geld und Kosten eine entscheidende Rolle’ und Im Krankenhaus wird man mit Rücksicht behandelt’).*

GEK-Edition Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 46
Braun/Müller: Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten

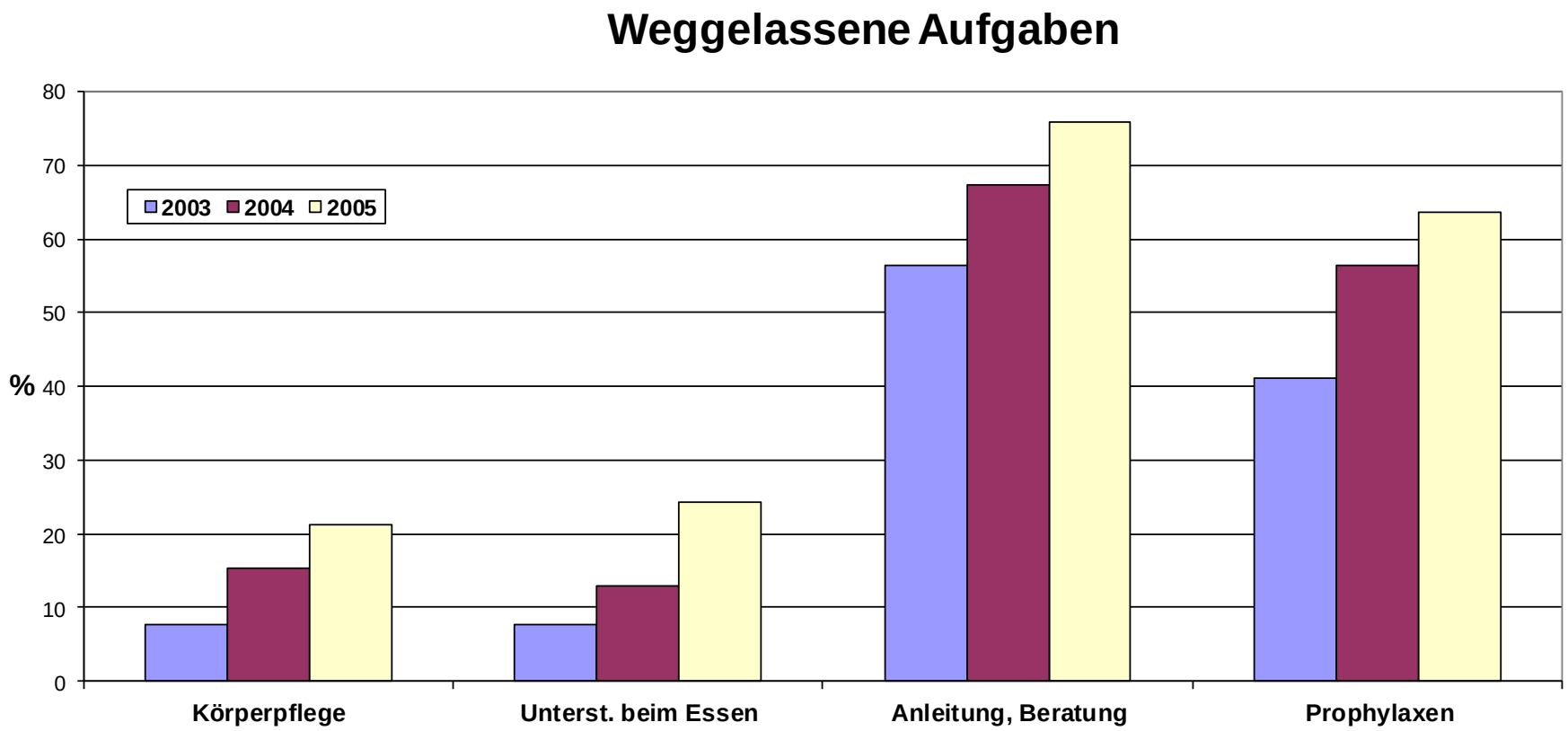
Folgen für die Patienten:

- US-Studie: ***„Ausstattung mit Pflegepersonal und die Qualität der Patientenversorgung“***
- 977 Krankenhäuser, 6,2 Mio. Patienten
- **Signifikanter** Zusammenhang zwischen sinkender Zahl von Betreuungsstunden durch Pflegekräfte und
  - ➢ längerer Verweildauer
  - ➢ mehr Harnwegsinfektionen
  - ➢ mehr Lungenentzündungen
  - ➢ mehr Magen-Darmblutungen
  - ➢ mehr Kreislaufkomplikationen (Herzstillstand, Schock)

(New England Journal of Medicine, Mai,30,2002)

KRANKEN HAUS FABRIK

Folgen für die Patienten:



(Schmidt/Bartholomeyczik 2008)

Folgen für die Patienten:

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

- 422730 chirurgische Patienten aus 300 Krankenhäusern in 9 europäischen Ländern

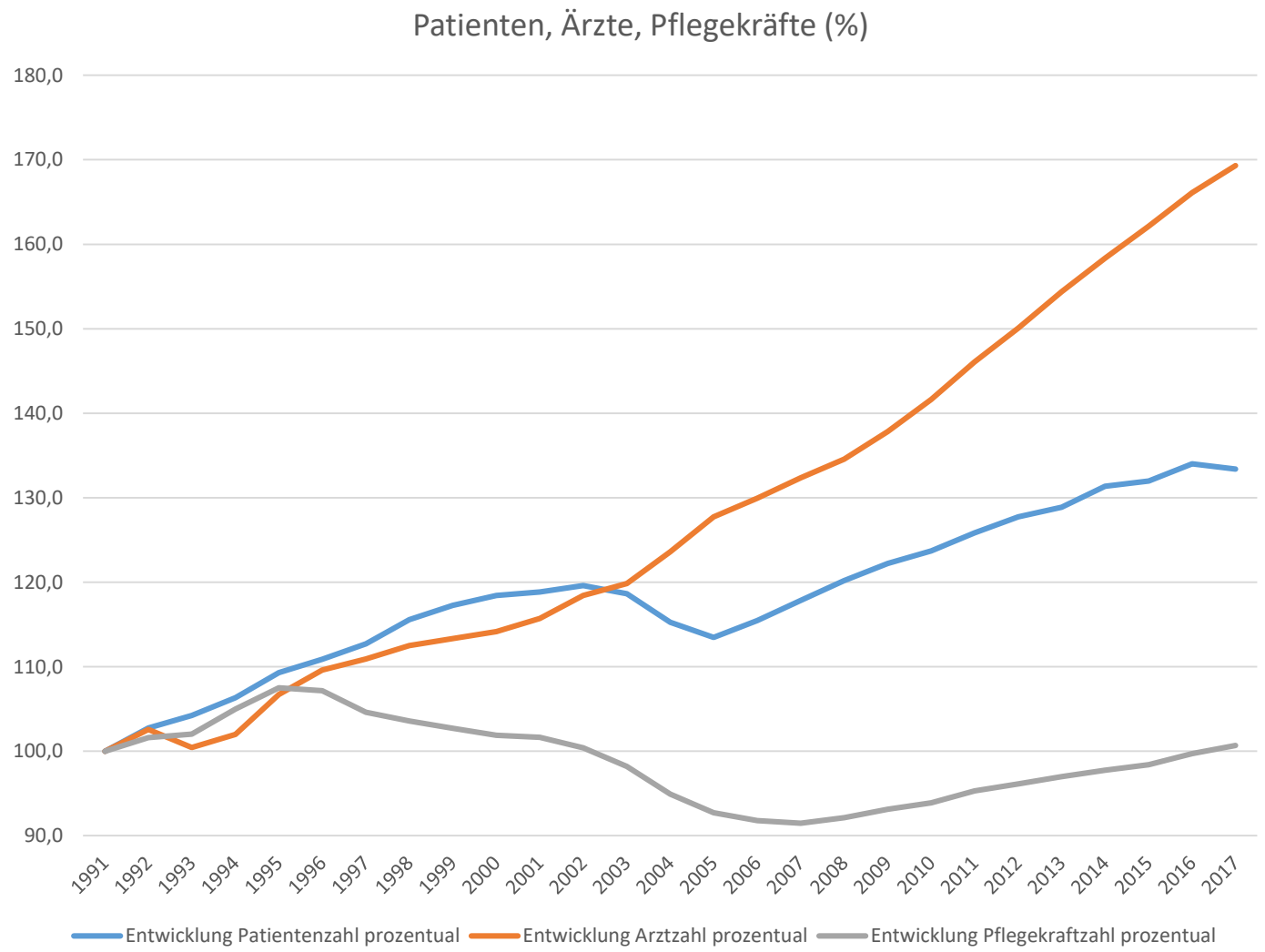
➢ Ein Patient mehr pro Pflegekraft (von 6 auf 7 Patienten) erhöht die Rate der Todesfälle im KH und bis 30 Tage nach Entlassung um 7%.

Medizin und Pflege werden radikal umgewälzt – wie in einer Fabrik

- Patienten werden wie Werkstücke behandelt
- technisierte, häufig ärztliche Verrichtungen werden aufgewertet
- Beziehungsarbeit wird abgewertet
- die Zeit ist immer zu knapp
- Patienten klagen über eine zunehmende Desorganisation ihrer Behandlung
- Über- Unter- Fehlversorgung finden sich nebeneinander
- die Gesundheitsberufe werden deprofessionalisiert

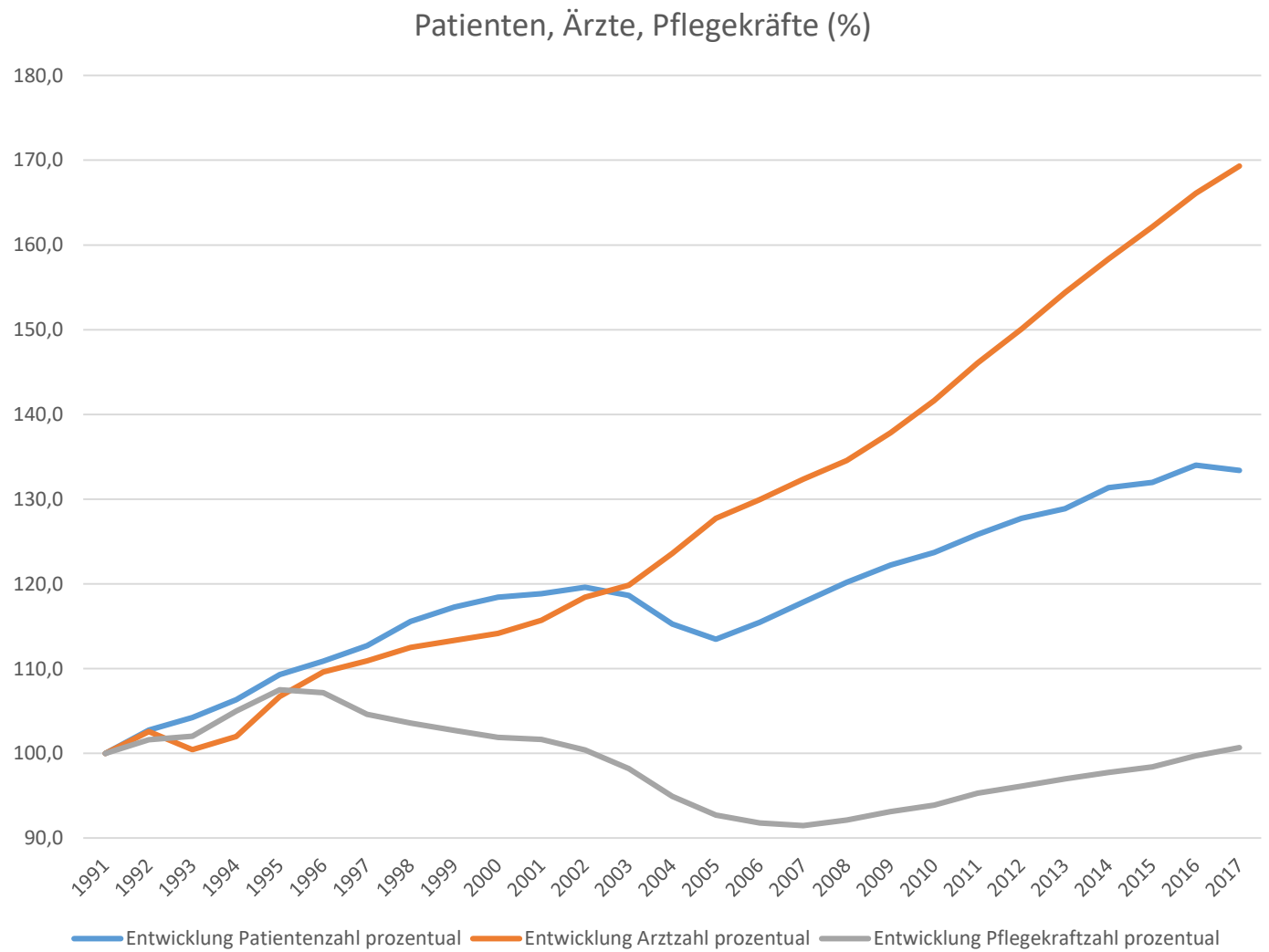
Auswirkungen des Preissystems auf die Beschäftigten

Entwicklung der Zahlen *(alle KHs, 1991 = 100%)*



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

Entwicklung der Zahlen *(alle KHs, 1991 = 100%)*



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

Folgen für Beschäftigte *(Alle. KHs)*

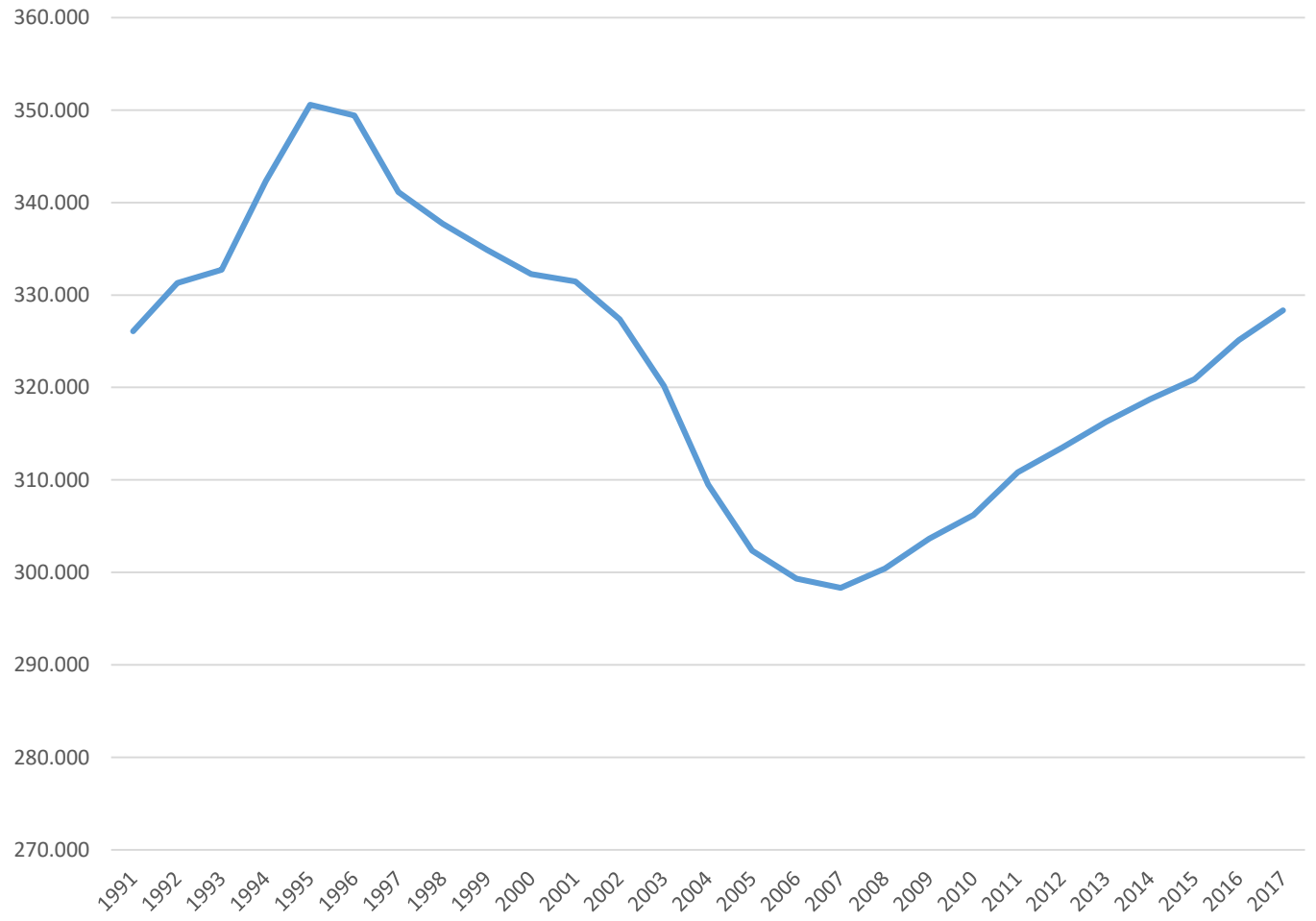
	1995	2017	Veränderung	%
Patienten	15.931.168	19.442.810	3.511.642	22,0
VWD	12,1	7,3	-4,8	-39,7
Pflege	350.571	328 327	-22.244	-6,3
Patienten/Pflegekraft	45	59	14	**30,3**

(Berechnung der Kennzahl Patienten/Pflegekraft: Alle Patienten eines Jahres werden durch alle Vollkräfte desselben Jahres geteilt)

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

KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Entwicklung Zahl der Pflegekräfte *(alle KHs)*

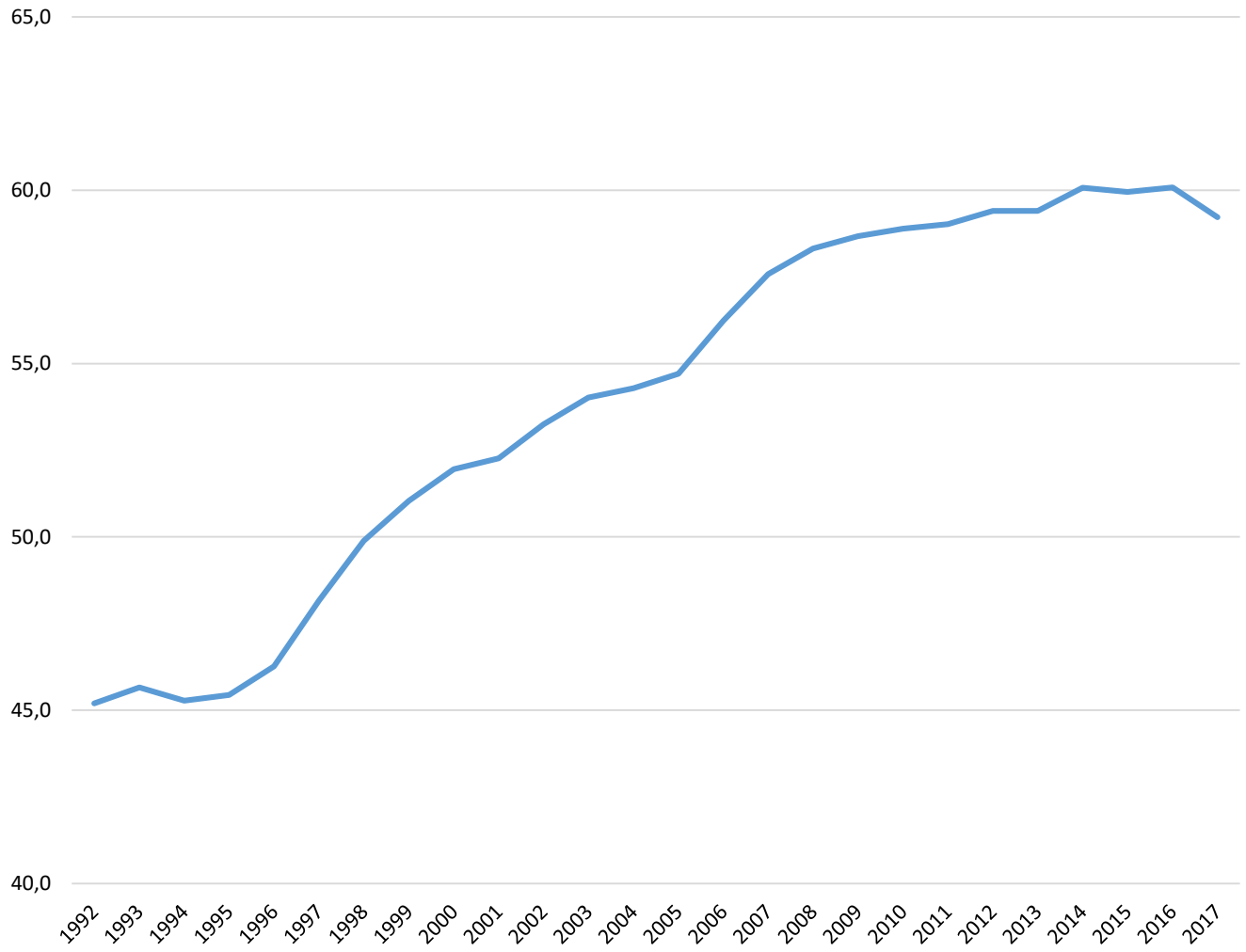


Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Belastung: Patienten/Pflegekraft *(alle KHs)*

(Berechnung der Kennzahl Patienten/Pflegekraft: Alle Patienten eines Jahres werden durch alle Vollkräfte desselben Jahres geteilt)

Bedingt durch die massiven Protestaktionen gab es 2017 erstmals eine leichte Trendumkehr bei der Kennzahl Patienten/Pflegekraft (60,1 auf 59,2)



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

Erhöhung Druck auf Personal

- Abbau 22.244 Pflegestellen seit 1995
- Zunahme der Zahl der Patienten um 3,5 Mio.
- Verweildauersenkung um ca. 40%

➢ **Belastungssteigerung um über 30%**

- Dequalifizierung statt ganzheitlicher Pflege
- Finanznot ist Argument gegen Tarifsteigerungen, viele Absenkungstarifverträge

Folgen für Beschäftigte - Überlastungsanzeigen:

- **Intensivstation:** *„Sechs, manchmal nur fünf Pflegekräfte in der Schicht, davon in der Regel nur 1-2 mit Fachausbildung, haben 16 – 18 Patienten zu versorgen. Davon 6, manchmal 8 Beatmungspatienten, Patienten mit Hämofiltration (Blutwäsche), MRSA-Infektion, Entwöhnung vom Beatmungsgerät ... das sind oft 10 Patienten, die eigentlich eine 1:1 – Betreuung bräuchten“*

- **Kinderstation:** *„Unsere kleinen Patienten, die sich wegen ihrer Behinderung nicht äußern können, können wir nicht mehr zeitnah wickeln und umlagern. Nur mit Verzögerungen erhalten die Kinder Essen oder Medikamente. Säuglinge müssen 30 Minuten lang schreien, bevor sie gefüttert werden können. Notwendigen Kontrollen von Atmung, Puls und Blutdruck sind nicht möglich, genauso wenig die Kontrolle der Infusionen.“*

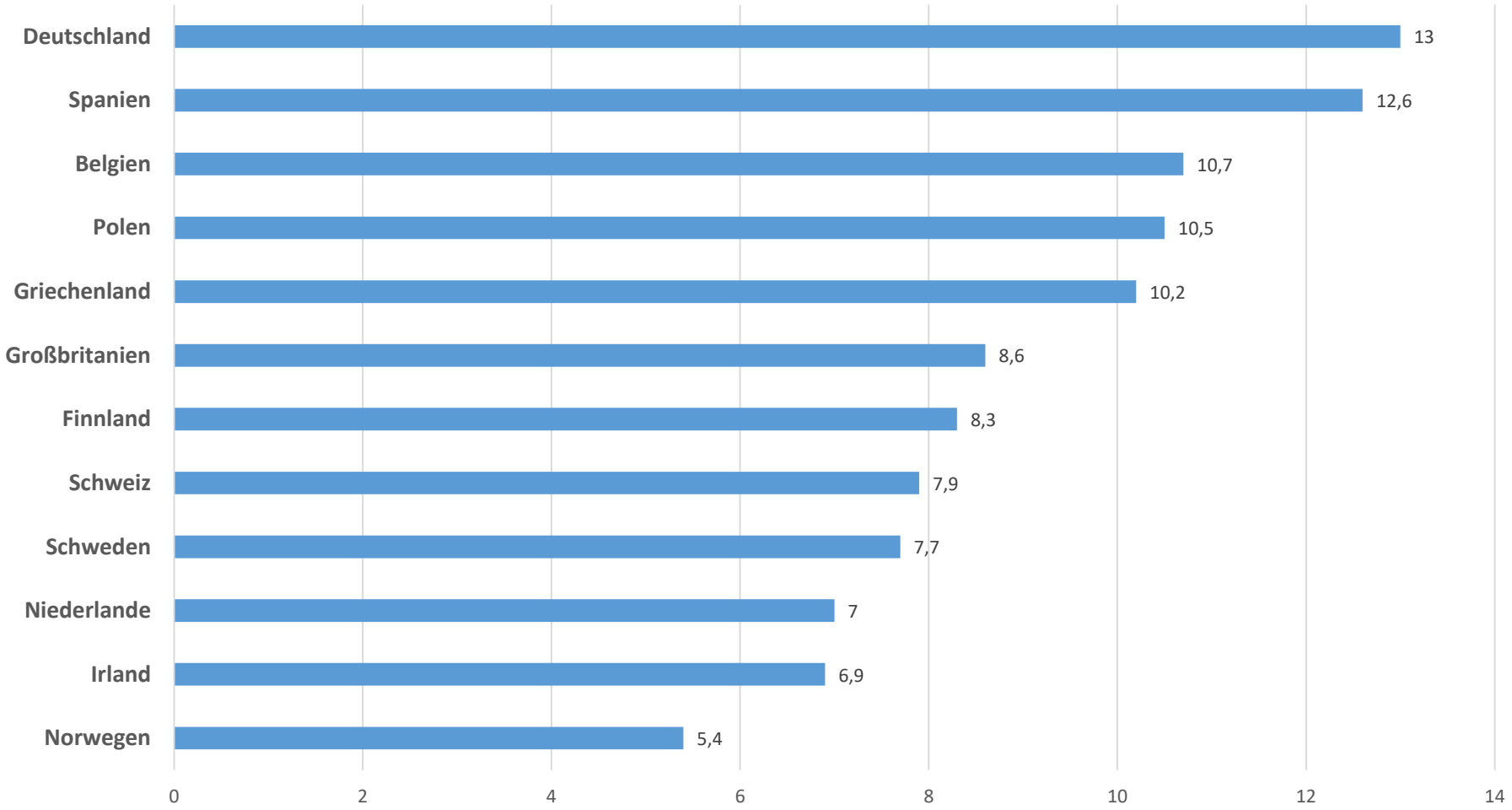
Folgen für Beschäftigte

Zunahme der „Dissonanzen“ zwischen Normen und Arbeitsalltag:

- 2008 lehnen 87% (2006: 84%) der Pflegekräfte mehr oder weniger stark die Vorenthaltung von Leistungen aus Kostengründen ab.
- Nur 12% von ihnen arbeiten aber im selben Jahr in Bereichen, wo es keine Rationierung gibt

(Braun et al. 2010)

Internationaler Vergleich Patienten/Pflegekraft



Quelle: "Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States" BMJ 2012;344:e1717

Patienten pro ausgebildeter Pflegekraft auf Station in einer Tagschicht

Auswirkungen des Preissystems auf die Krankenhäuser und das Gesundheitswesen

„Krankenhaussterben“

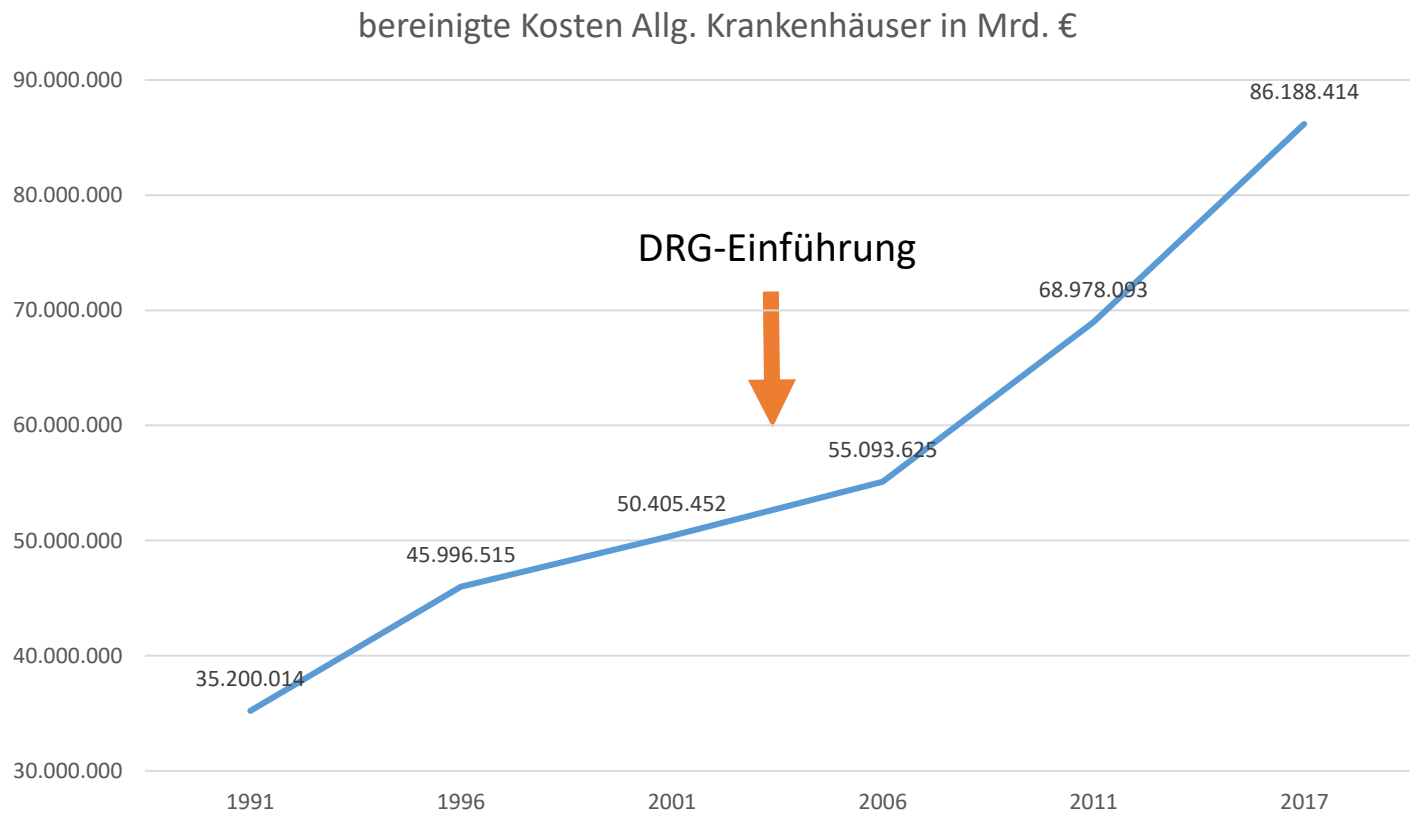
- Nationale Akademie der Wissenschaften - Leopoldina (*„Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem“, 2016)*:

  „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“, hätte es nur insgesamt rund 320.000 Betten, also rund 35% weniger.“ (S.6).*

- Tatsächliche Entwicklung 1991 – 2017:
  - 572 von 2.164 Allg. Krankenhäuser geschlossen
  - 147.620 von 598.073 Betten abgebaut

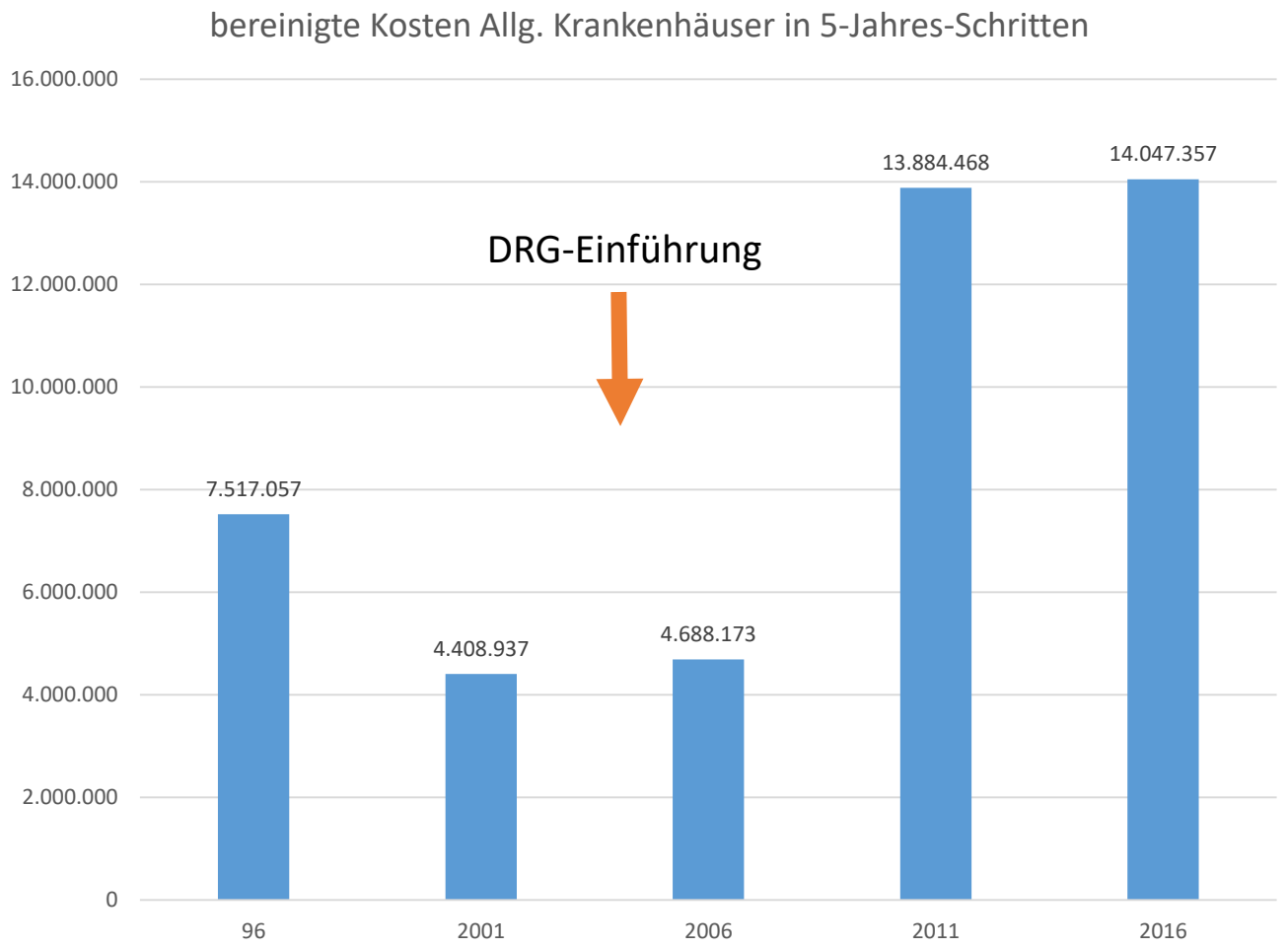
➢ DRGs sind kein Mittel der Qualitätssicherung, sondern ein gigantisches Krankenhausschließungsprogramm nach rein betriebswirtschaftlichen Kriterien

Kosten für KH-Behandlungen steigen steil an



Quelle: Destatis Kostennachweis Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.3, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Kosten für KH-Behandlungen steigen steil an



Quelle: Destatis Kostennachweis Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.3, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Unterfinanzierung Hochleistungsmedizin

„Bestimmte diagnostische Optionen und therapeutische Möglichkeiten stehen nur in einem Teil der deutschen Krankenhäuser zur Verfügung. (…) Im Ergebnis tragen diese Fachabteilungen/Krankenhäuser ein hohes Kostenrisiko, dessen sachgerechte Refinanzierung über die pauschalierten Entgelte kaum möglich ist.“ (S.18)

„Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2008“
Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft
erstellt durch Prof. Dr. med. Norbert Roeder, Dr. med. Wolfgang Fiori, Dr. med. Holger Bunzemeier
und das Team der DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster, Westfälische Wilhelms-Universität

Gefährdung flächendeckende Versorgung

„Eine Leistungserbringung zu wettbewerbsfähigen Kosten ist an eine gewisse Krankenhausgröße gebunden. (…) Die flächendeckende wohnortnahe Versorgung für einen Teil der Leistungen ist gesellschaftlich und politisch gewollt. (…) Eine Lösung dieser strukturbedingten Finanzierungsprobleme ist im G-DRG-System nicht möglich.“ (S. 19)

„Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2008“
Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft
erstellt durch Prof. Dr. med. Norbert Roeder, Dr. med. Wolfgang Fiori, Dr. med. Holger Bunzemeier
und das Team der DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster, Westfälische Wilhelms-Universität

Unterversorgung

Fehlanreize im DRG-System haben zur Folge:

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

Krankenhäuser mit Defizit nach Größe

Kleine Krankenhäuser (oft Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung) sind in ihrer Existenz bedroht



Quelle: Krankenhausbarometer 2018 S.8

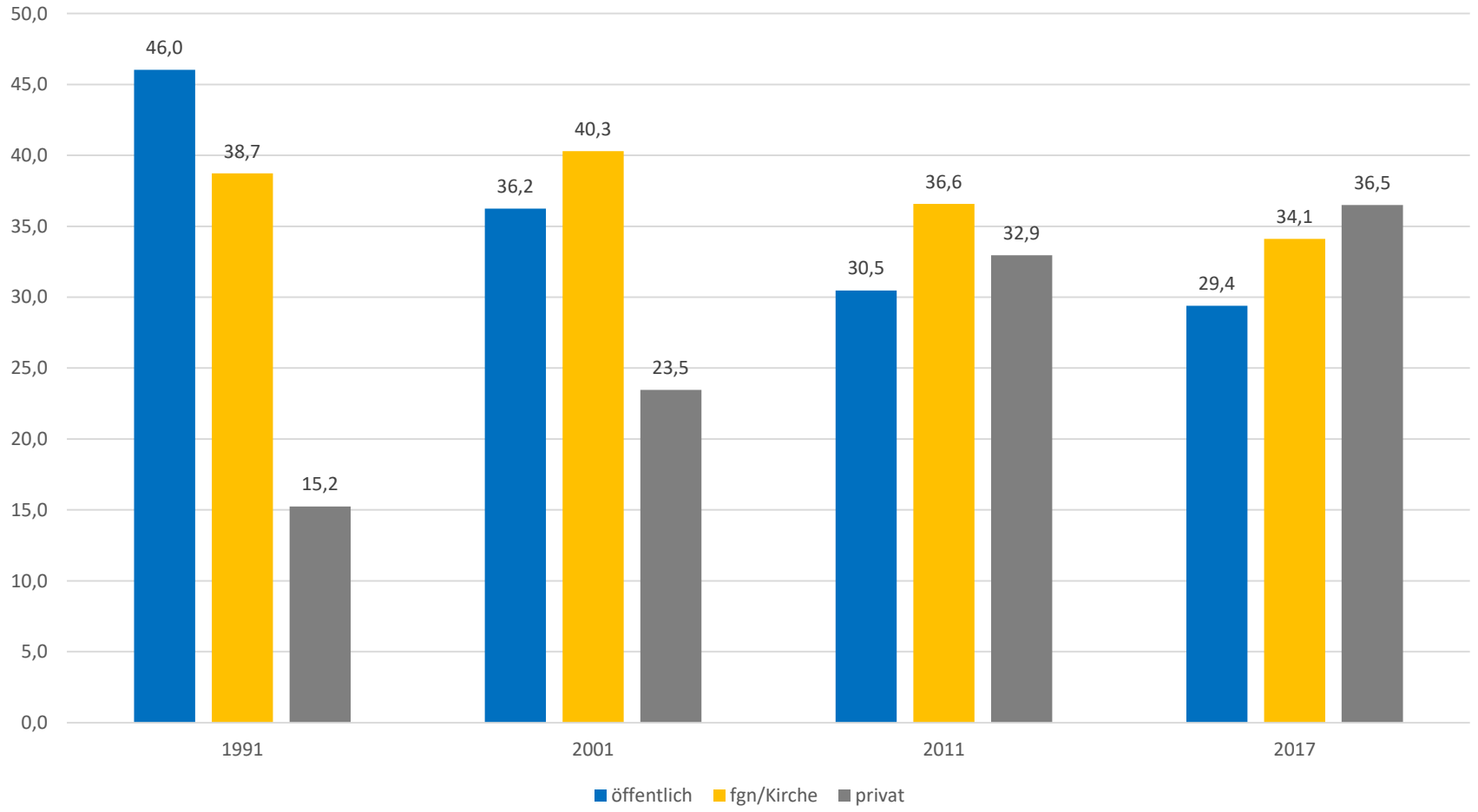
Privatisierung: Krankenhäuser und Betten nach Trägerschaft (%)

Allg. KHs in %	1991	2001	2011	2017
öffentlich	46,0	36,2	30,5	29,4
fgn/Kirche	38,7	40,3	36,6	34,1
privat	15,2	23,5	32,9	36,5
Betten in %				
öffentlich	61,4	53,6	48,1	47,9
fgn/Kirche	34,6	38,4	35,4	34,4
privat	4,0	8,0	16,6	17,8

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

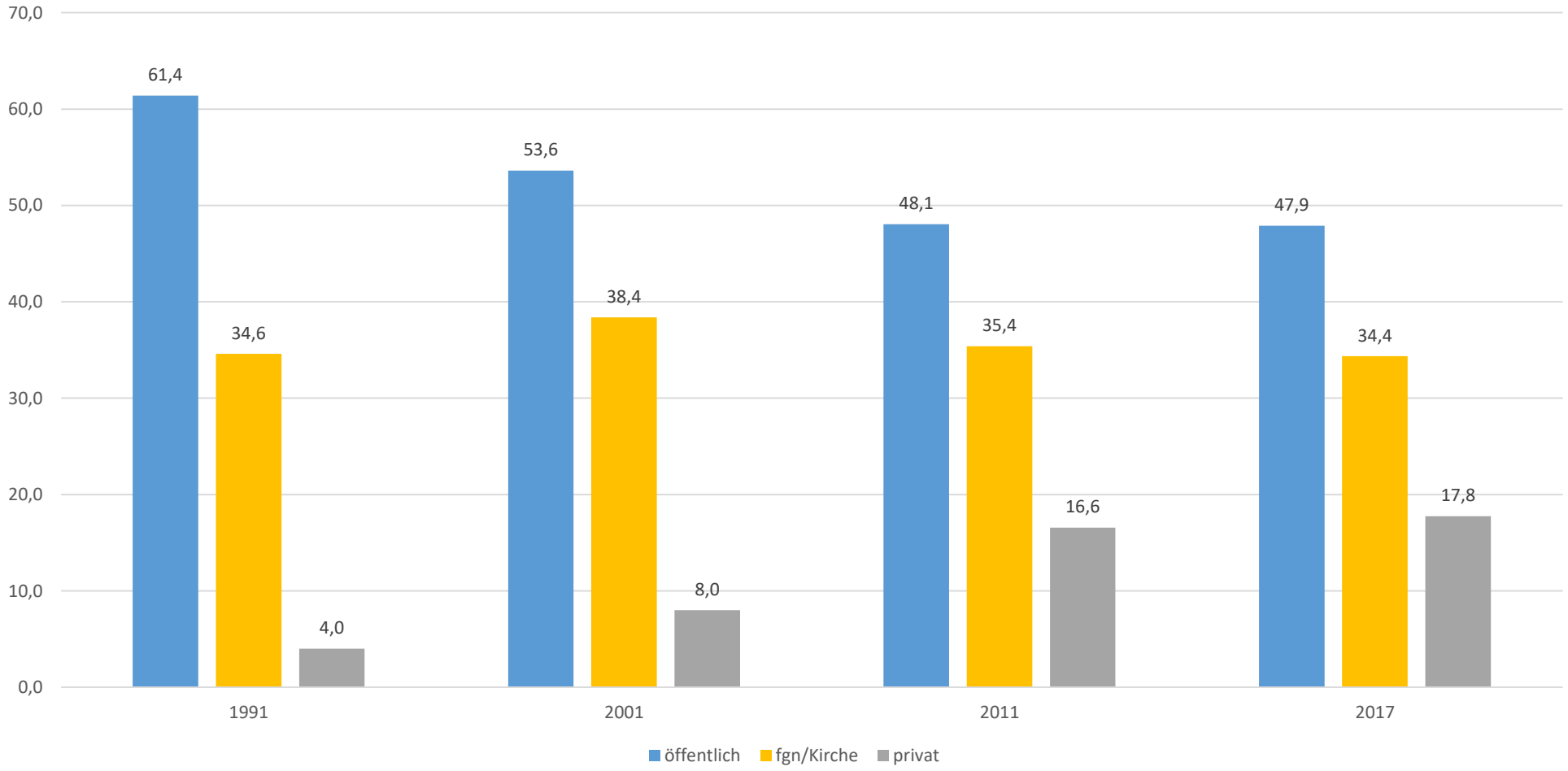
KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Privatisierung: Allg. Krankenhäuser nach Träger (%)



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

Privatisierung: Betten allg. KHs nach Trägerschaft (%)



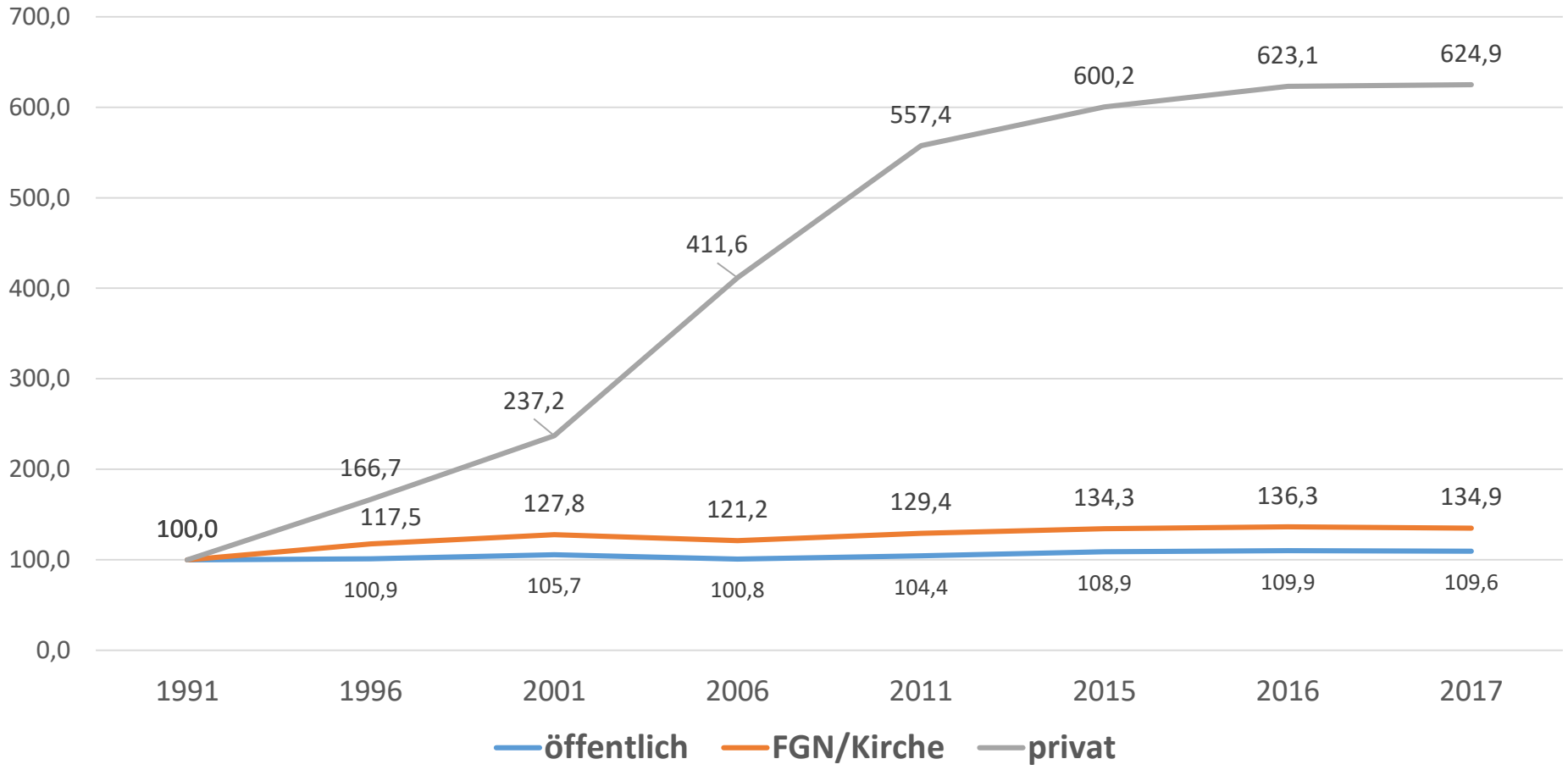
Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Privatisierung: Fälle und Belegungstage nach Träger (1991 = 100 %)

	1991	1996	2001	2006	2011	2015	2016	2017
Pflegetage (%)								
öffentlich	100,0	82,0	74,7	60,6	57,0	56,3	56,4	**56,0**
FGN/Kirche	100,0	93,9	87,3	70,5	68,0	66,1	66,3	**65,2**
privat	100,0	132,8	159,7	228,3	279,6	281,4	287,5	**285,7**
Fälle (%)								
öffentlich	100,0	100,9	105,7	100,8	104,4	108,9	109,9	**109,6**
FGN/Kirche	100,0	117,5	127,8	121,2	129,4	134,3	136,3	**134,9**
privat	100,0	166,7	237,2	411,6	557,4	600,2	623,1	**624,9**

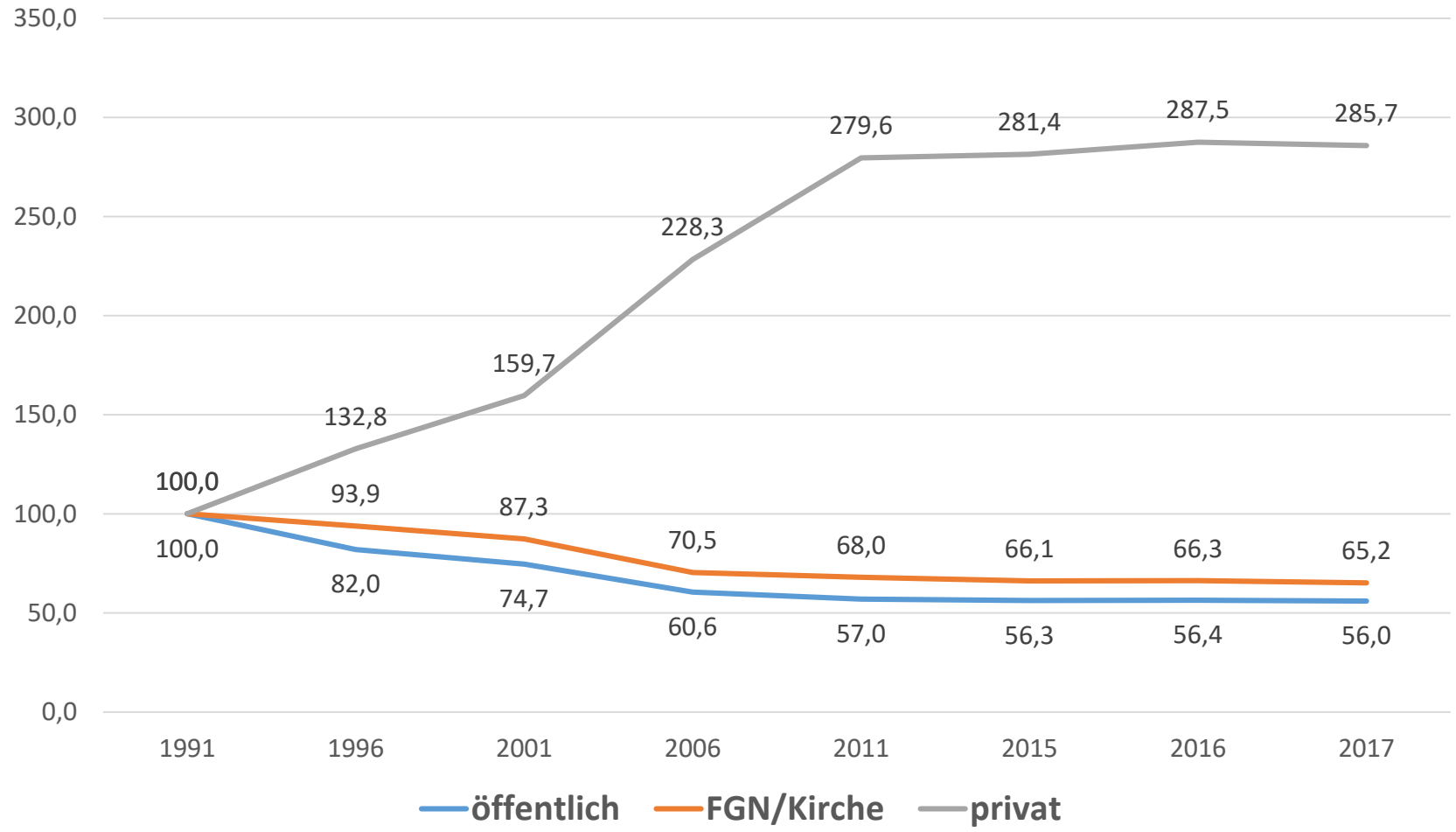
Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser Fachserie 12 Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Privatisierung: Fälle nach Träger (1991 = 100%)



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

Privatisierung: Belegungstage nach Träger (1991 = 100%)



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

Privatisierung: „Rosinenpicken“

Die 20 häufigsten Behandlungsanlässe* in den Krankenhäusern 2012 nach Art des Trägers						
Deutschland insgesamt						
Rang	öffentlicher Träger		freigemein-nütziger Träger		privater 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 (Hirninfarkt)	129.775	K80 (Gallensteine)	86.404	***I83 (Varizen)***	***45.308***
7.	I20 (Angina pectoris)	116.848	I10 (Hyptertonie)	86.175	I20 (Angina pectoris)	44.082
8.	I21 (Herzinfarkt)	115.283	J18 (Pneumonie)	85.924	I63 (Hirninfarkt)	43.493
9.	J18 (Pneumonie)	108.352	J44 (chron obstr. Lungenerkr.)	84.139	***M54 (Rückenschmerzen)***	***42.964***
10.	I10 (Hyptertonie)	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 (Hyptertonie)	35.145
17.	S72 (OS-Bruch)	78.784	I63 (Hirninfarkt)	66.594	I70 (Atheriosklerose)	34.225
18.	M54 (Rückenschmerzen)	77.945	M16 (Coxarthrose)	66.484	***F33 (rez. Depression)***	***33.339***
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

Quelle: Destatis, eigene Berechnung

KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Privatisierung: „Rosinenpicken“

Private behandelten 2012 16,7 % aller Patienten, aber

- **46,4% aller Varizen (Krampfadern-Erkrankungen),**
- **24,8% aller Gonarthrosen (Kniegelenksarthrosen),**
- **24,8% aller Bandscheibenschäden und**
- **23,7% aller Coxarthrosen (Hüftarthrosen).**

Privatisierung und Personaleinsparungen

Belastungskennziffer (Patienten pro Beschäftigter), Allg. KHs nach Träger

	2017	Diff. in %*
Personal Gesamt		
öffentlich	20,0	
FGN/Kirche	25,8	
privat	26,4	32,1
Ärzte		
öffentlich	107,9	
FGN/Kirche	142,3	
privat	136,0	26,0
Pflege		
öffentlich	60,1	
FGN/Kirche	66,5	
privat	67,2	11,8
Med. techn. Dienst		
öffentlich	105,8	
FGN/Kirche	181,1	
privat	189,8	79,3
Funktionsdienst		
öffentlich	166,5	
FGN/Kirche	196,2	
privat	178,5	7,2
Verwaltung		
öffentlich	270,1	
FGN/Kirche	361,4	
privat	397,4	47,1

* = Mehrbelastung in % öffentlich/privat

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

KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Privatisierung und Lohndumping

Kosten pro Beschäftigter nach Beschäftigtengruppe und Trägern 2017

	öffentlich	fgn/Kirche	privat	Diff. in Euro
Personalkosten insg.	71.987	72.926	69.725	2.262
Ärztlicher Dienst	124.895	130.832	131.492	-6.598
Pflegedienst	59.386	59.021	53.664	5.722
Medizinisch-technischer Dienst	59.663	57.178	52.974	6.688
Funktionsdienst	60.504	60.863	54.920	5.584
Klinisches Hauspersonal	38.768	35.706	31.128	7.641
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	44.497	42.707	37.875	6.622
Technischer Dienst	60.460	60.722	53.104	7.355
Verwaltungsdienst	64.668	61.708	59.778	4.890

- **275 Mio. € Kostenvorteil durch niedrigere Löhne bei Personalstand Private**
- **1,04 Mrd. € Kostenvorteil durch niedrigere Löhne bei Personalstand Öffentliche**

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

KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Gewinne auf Kosten der Sozialsysteme



Bewertung DRG-System

Probleme auch nach 15 Jahren DRGs

- Kompressionseffekt: leichte Fälle relativ gut bewertet
- Unterfinanzierung von Kliniken mit schweren Fällen
- Extremkostenfälle
- Kinderversorgung immer noch unterbezahlt (Kinderonkologie: Unterdeckung von bis zu 40 %) und Kurzliegerabzüge
- Palliativmedizin unterbezahlt (doppelte VWD, gleiche DRG)
- Schwerstbehinderte nicht abbildbar (Beispiel: Fallkosten 121.791 Euro, Erlös vor DRG: 65.546 Euro, DRG-Erlös: 35.951)
- Psych. Nebendiagnosen z.T. nicht abrechenbar
- Massive Kontrollen durch med. Dienst der Kassen (Reklamation von bis zu 30% der Fälle)

KRANKEN HAUS FABRIK

Fehlsteuerungen - 1

- Verweigerung eigentlich notwendiger Leistung wg. Kosten (keine Abklärung Begleiterkrankung außerhalb DRG, verspätete Wiederaufnahme wg. Fallzusammenführung)
- Unnötige Leistungen wg. höherem Ertrag (Hämorrhoiden, Kaiserschnitte, Appendektomien, Cholezystektomie, allg. bei Vergütungssprüngen)
- Fallzahlsteigerungen

Fehlsteuerungen - 2

- Selektion (positiv und negativ) (Gatekeeper
- „Gesunder Fallmix“ (betriebswirtschaftlich)
- Upcoding: Patienten werden kränker gemacht
- Fallsplitting (Behandlung verschiedener Erkrankungen nicht in einem stationären Aufenthalt)
- Entlassung nach betriebswirtschaftlichen Kriterien und Überwälzung von Behandlung und Kosten auf andere Einrichtungen (Reha, ambulanter Bereich)

Ausdehnung Verwaltungstätigkeiten/Kontrolle/Konkurrenz

- Dokumentationspflichten für Ärzte und Pflege
- Controllingabteilungen
- Kostenstellenrechnung, Kostenträgerrechnung
- Kaufmännische Betrachtung immer dominanter

➢ immer mehr Kontrolle und Konkurrenz für Beschäftigte

➢ Spirale nach unten durch Benchmarking bundesweit und Abteilung gegen Abteilung

➢ Jede erfolgreiche Einsparung verstärkt den Druck auf alle anderen

„Arzt schreibt die Rechnung“ (Sana-Manager)

- Erlös wird erheblich durch Kodierung beeinflusst
- Schere im Kopf bei teuren Behandlungen
- kaufmännisches statt medizinisch-pflegerisches Denken (cash-cow und poor dog)
- Leistungsvergütung für Ärzte als finanzieller Anreiz zu kaufmännischer Optimierung

„Belegungsmanagement“

- Patienten müssen möglichst zwischen der unteren Grenzverweildauer (uGV) und der mittleren Verweildauer (mVD) entlassen werden.

- Schwer Erkrankte werden vermehrt zu früh entlassen, weil das Krankenhaus bis zur oberen Grenzverweildauer (oGV) kein zusätzliches Geld erhält. Die tagesgleichen Vergütungen danach reichen bei Schwerkranken in der Regel nicht aus.

- Medizincontrolling beeinflusst den Behandlungsverlauf, um betriebswirtschaftliche Ziele des Krankenhausmanagements zu erreichen.

Risikoübergang von den Kassen auf das Krankenhaus

- bisher lag das Risiko des Krankheitsverlaufs bei den Kassen

➢ jetzt liegt es zunehmend bei den Krankenhäusern

- Vorfinanzierung von Innovationen durch Krankenhäuser

➢ Neuerungen gehen erst nach Jahren in die Kalkulation ein

Privatisierungstendenz

- Öffentliche Krankenhäuser werden ausgeblutet/verkauft
- Bundesweit agierende Klinikkonzerne erhöhen ihren „Marktanteil“
- Private sind Vorreiter der Ökonomisierung

Fallpauschalensystem - politische Ziele bei Einführung

- „Transparenz“ durch Leistungsdokumentation
- Leistungsorientierung: „Geld folgt Leistung“
- Qualitätswettbewerb und Effizienzwettbewerb
- Bettenabbau / Krankenhausschließungen („Überkapazitäten“)
- Bekämpfung der „Kostenexplosion“ in der stationären Versorgung

Wurden die politischen Ziele der DRG-Einführung erreicht?

Transparenz:

schon 2003 stellte das DKI fest, dass etwa 30 Prozent der ärztlichen Arbeitszeit für Dokumentation draufgeht. 2011 konstatiert die DKG, dass *„Dokumentationstiefe und -prüfung (…) in zunehmenden Bereichen völlig absurde Ausmaße“ erreicht*.

Leistungsorientierung:

Tatsächlich: Die Leistung folgt dem Geld. Kliniken machen sich gegenseitig Konkurrenz bei lukrativen Behandlungen (Gelenkersatz, Herzoperationen etc.), dadurch Verschärfung von Über-, Unter- und Fehlversorgung

Qualitäts- und Effizienzwettbewerb:

Tatsächlich: Kostensenkungswettbewerb insbesondere bei den Personalkosten. Betriebsintern können die finanziellen Mittel nach Belieben umgeschichtet werden. *„Personalstellen werden zu Baustellen“.* Qualität spielt nur unter Marketing-Gesichtspunkten eine Rolle.

Wurden die politischen Ziele der DRG-Einführung erreicht?

Bettenabbau/Krankenhausschließungen „Überkapazitäten“:

- 2000 – 2017: 411 Allg. Krankenhäuser geschlossen und 72.661 Betten abgebaut
- Gleichzeitig nahm die Fallzahl pro Bett um 36% zu
- Kriterium der Krankenhausschließungen ist die betriebswirtschaftliche Ertragslage, Gesichtspunkte der bedarfsgerechten Versorgung spielen dabei keine Rolle

Bekämpfung der „Kostenexplosion“ in der stationären Versorgung:

- In keinem 5-Jahreszeitraum sind die Krankenhauskosten stärker gestiegen als in der Zeit seit Einführung der DRGs.

Schlussfolgerungen - 1

Bei finanzieller Steuerung (Fallpauschalen, DRGs)
handelt ökonomisch rational, wer

- möglichst wenige Kosten pro Fall produziert (dann ist der Gewinn am höchsten)
- möglichst viele Fälle behandelt, bei denen ein Gewinn sicher ist
- möglichst vermeidet, Fälle zu behandeln, bei denen ein Verlust wahrscheinlich ist
- Leistungen erbringt, die für die DRG „erlösrelevant“ sind, auch wenn sie medizinisch nicht notwendig sind
- Patienten in der Dokumentation „möglichst krank macht“ (sog. Up-Coding)

Schlussfolgerungen - 2

- Finanzielle, marktwirtschaftliche Steuerung führt systematisch zu
  - Unterversorgung
  - Verschwendung / Überversorgung / Fehlversorgung
  - Patientenselektion
  - Ausdifferenzierung des Angebots
    (= Klassenmedizin)

Schlussfolgerungen - 3

- Finanzielle Steuerung macht fest an kauffähiger Nachfrage
- Bedarf stimmt damit nicht überein
- Sozial schlechter Gestellte sind kränker, haben also höheren Bedarf, aber keine „Marktmacht“
- Vertrauen geht verloren
- Gesundheit wird zur Ware
- Sozialsysteme als Einrichtungen der Daseinsvorsorge werden systematisch ausgehöhlt

Alternativen
und
Forderungen
des Bündnisses
„Krankenhaus statt Fabrik“

Alternativen - 1

- **Steuerung der Solidarsysteme über Regelungen, Vorgaben, Aushandlungsprozesse**
  - Regionale Ermittlung des Bedarfs (Kommunen, Kassen, Leistungserbringer, Gewerkschaften, Patientenvertretung)
  - Festlegung der notwendigen Versorgungseinrichtungen, Zulassung und Qualitätskontrolle
  - Zuweisung der notwendigen Mittel

Alternativen - 2

- **Trennung der Leistungserbringung von der Bezahlung der Leistungserbringer**
  - Vergütung der notwendigen und wirtschaftlich erbrachten Kosten der Krankenhäuser
  - Verbot von Bonuszahlungen an leitende Ärzte/Ärztinnen für die Erfüllung betriebswirtschaftlicher Ziele
  - Festgehalt auch für niedergelassene Ärzte/Ärztinnen

Minimalforderungen zu DRGs:

- **Wiedereinführung von Elementen der Selbstkostendeckung**
  - Zuschläge für Maximalversorgung, Ausbildung usw.
  - Betriebswirtschaftlich auskömmliche Sicherstellungszuschläge für bedarfsnotwendige Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung in ländlichen Regionen
  - Finanzierung von best. Kosten außerhalb DRGs (Extremkostenfälle)
  - „Scala mobile“ für Preissteigerungen und Tariferhöhungen
  - Finanzierung für Vorhaltung von Behandlungskapazitäten für Notfälle und Katastrophensituationen (personelle und räumliche Ressourcen)

KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Minimalforderungen zu DRGs:

- **Personalbedarfsberechnung und Anhaltszahlen als Gegensteuerung und als Grundlage für Kalkulation**

- **Einhaltung Steuerungsdreieck**
    - abgeforderte Leistung
    - Notwendige Personalressource
    - Zur Verfügung gestelltes Geld

Forderungen unseres Bündnisses

- Krankenhäuser müssen wieder Einrichtungen der öffentlichen Daseinsfürsorge werden
- Verbot der Gewinnerzielung des Krankenhausbetriebes
- Finanzierung der für die Behandlung erforderlichen Personal- und Sachkosten mit dem Gebot der Sparsamkeit (Wirtschaftlichkeitsprüfung)
- Gesetzliche Festsetzung der Personalbemessung im Krankenhaus für alle Berufsgruppen
- Planung des Bedarfes und der Ausstattung der Krankenhäuser durch Länder, Kommunen und betroffene gesellschaftliche Gruppierungen nach den Regeln der demokratischen Beteiligung und Kontrolle
- Gesetzliche Garantie für die vollständige Übernahme der Investitionskosten der im Landeskrankenhausplan genehmigten Krankenhäuser durch die Länder

KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert