

Ökonomisierung und Kommerzialisierung im Gesundheitswesen:

Krankenhausfinanzierung mit Fallpauschalen

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik



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.
- Einzelpersonlichkeiten: 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)

Benutzerentgelte (GKV, PKV, Selbstzahler)

Fördermittel der Bundesländer

Betriebskosten

Personalkosten

Sachkosten

Instandhaltung

Krankenhäuser

Investitionskosten

Neubauten

Umbau

Erweiterungsbau

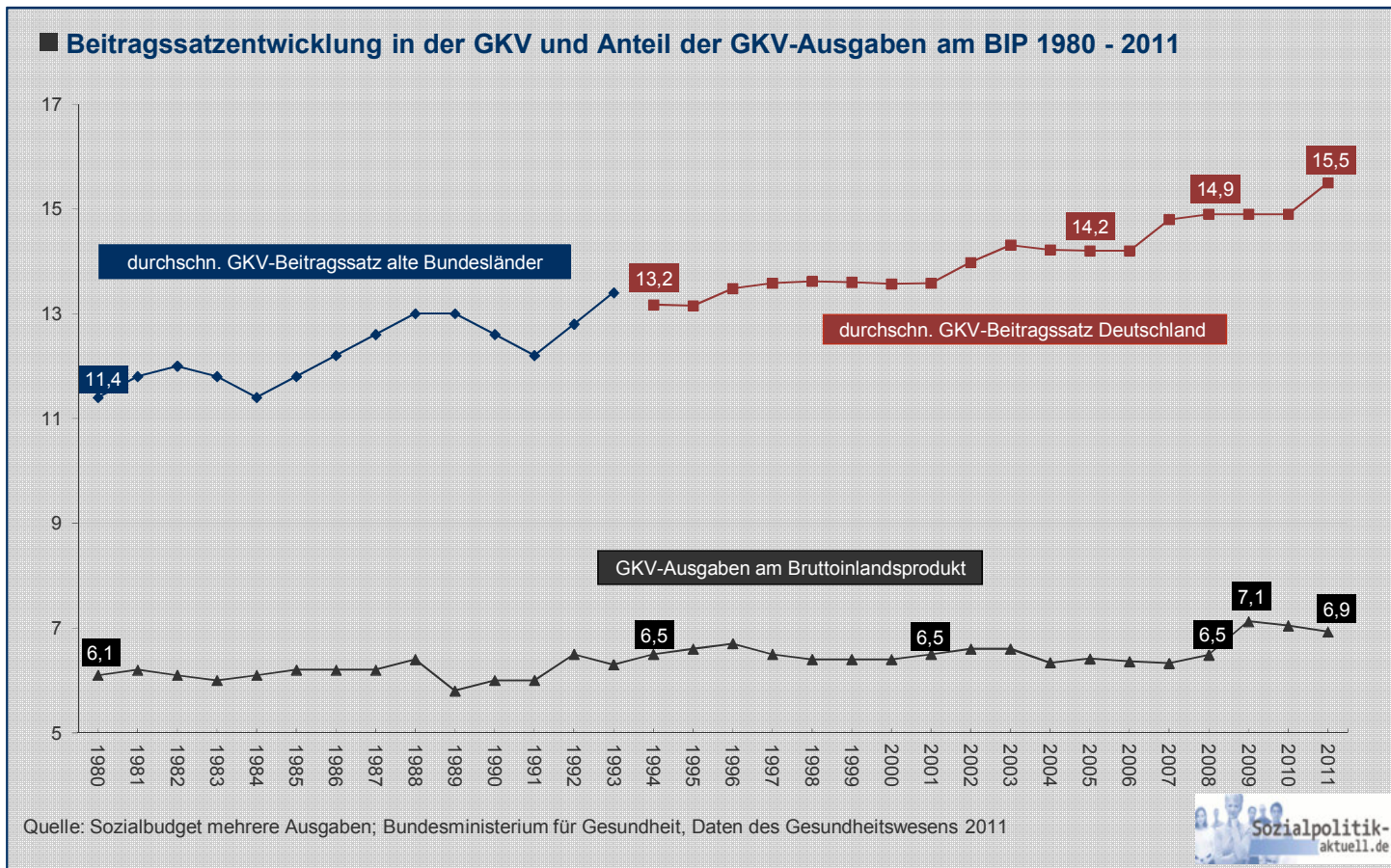
Quelle: vdek.

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)

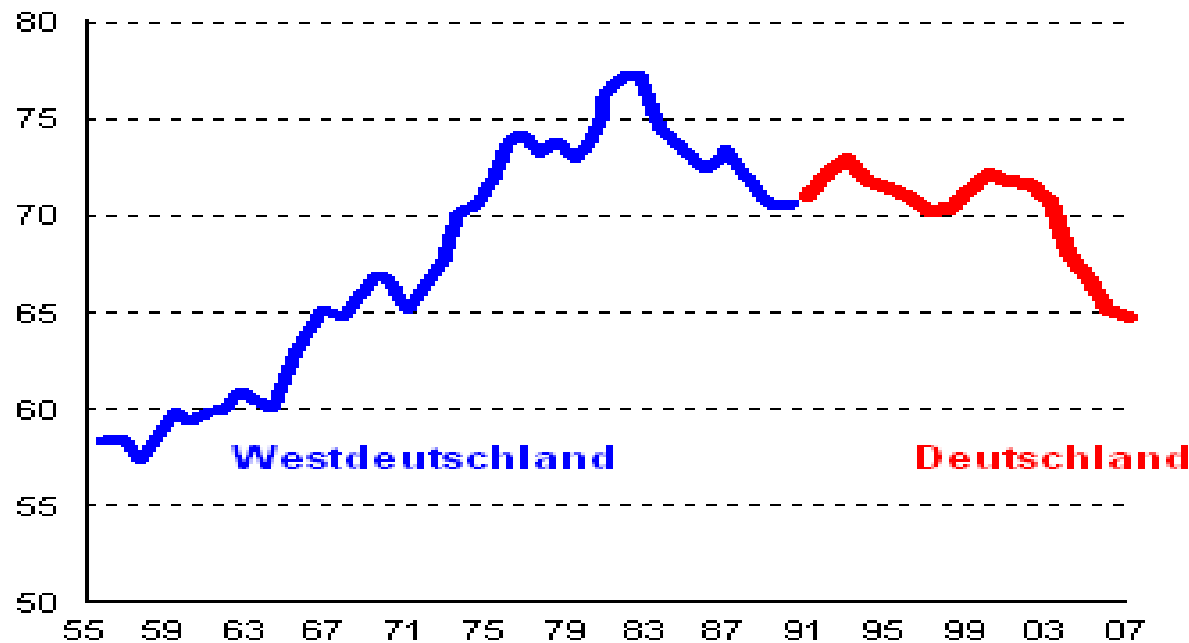
Kostenexplosion im Gesundheitswesen?

Der Beitragsanstieg war kein Ausgabenproblem, sondern ein Einnahmenproblem!



In Wahrheit: Einnahmenrückgang der GKV

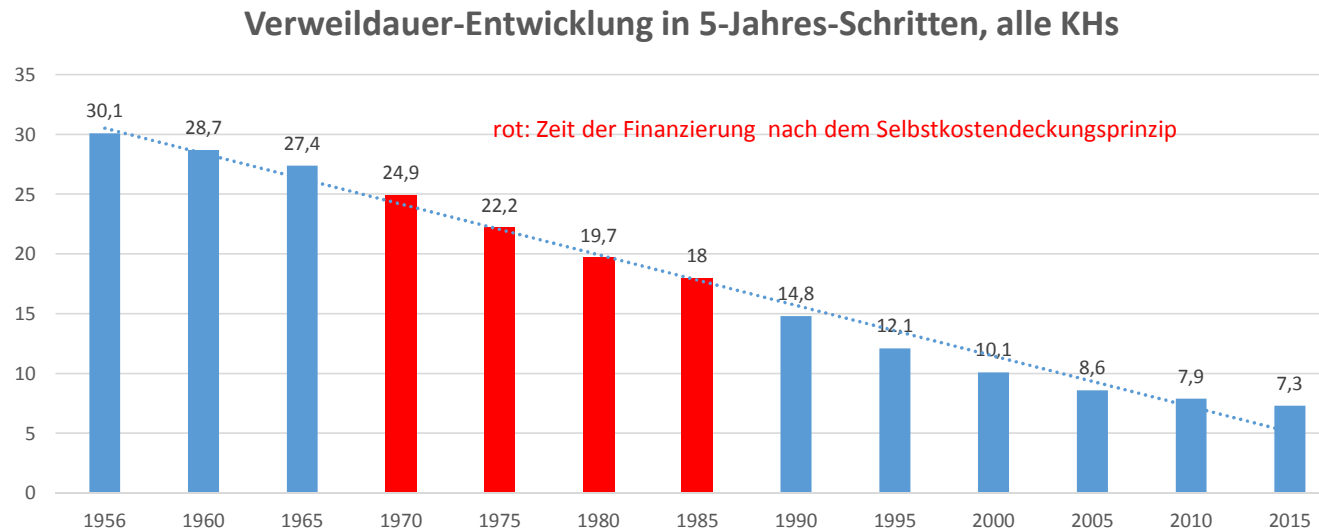
Lohnquote 1955 – 2007 (in % des Volkseinkommens)



Quelle: Statistisches Bundesamt, Arbeitseinkommensquote (inklusive Selbständiger und mithelfender Familienangehörige) DIW. © Jahnke - <http://www.jjahnke.net>

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

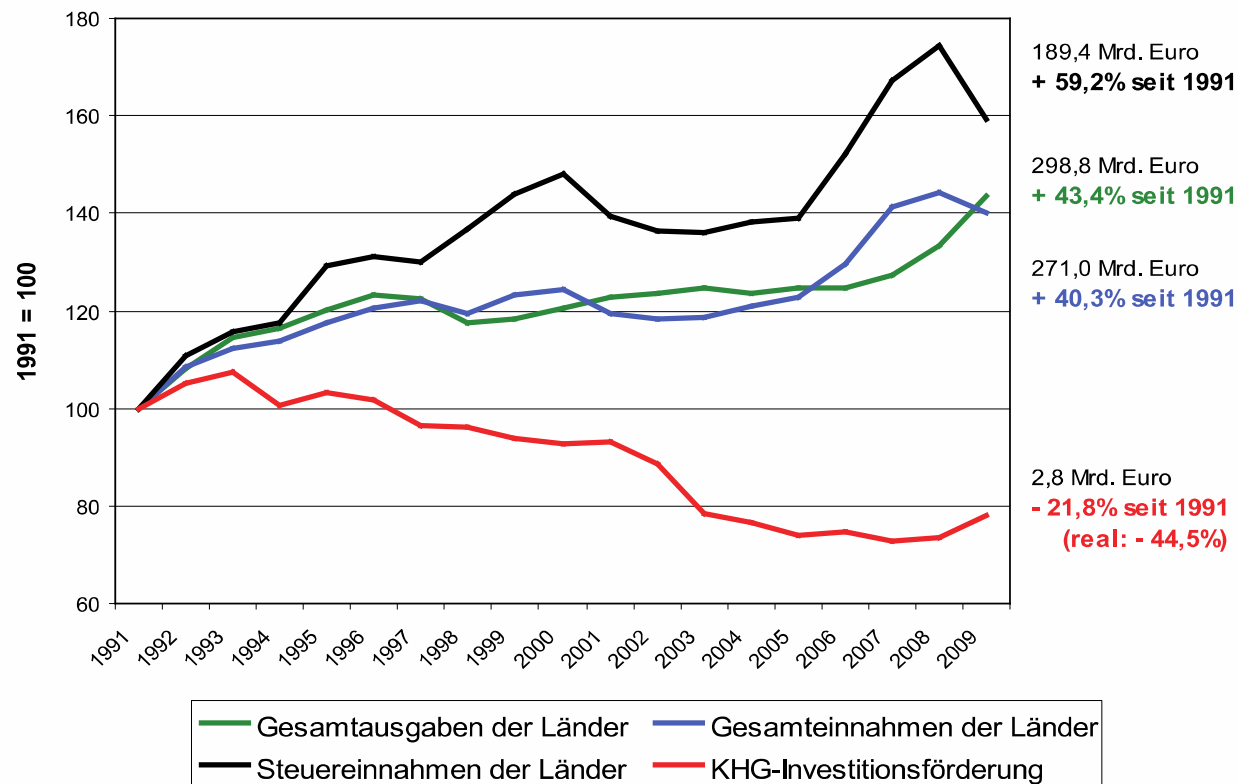
- „Leistungsorientierte“ Vergütung auf Grundlage medizinischer Diagnosen, Operationen- und Prozeduren (**Fallpauschalen - DRGs**)
 - Fortbestehen der Budgetdeckelung und von Abzügen bei Überschreiten
 - Schrittweise Einführung mit finanzieller Schonphase (bis 2010)
 - Gewinne/Verluste als integraler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

Abbildung 1: Entwicklung der Ländereinnahmen und -ausgaben sowie der Steuereinnahmen und KHG-Investitionsförderung der Länder, indexiert (1991 = 100)

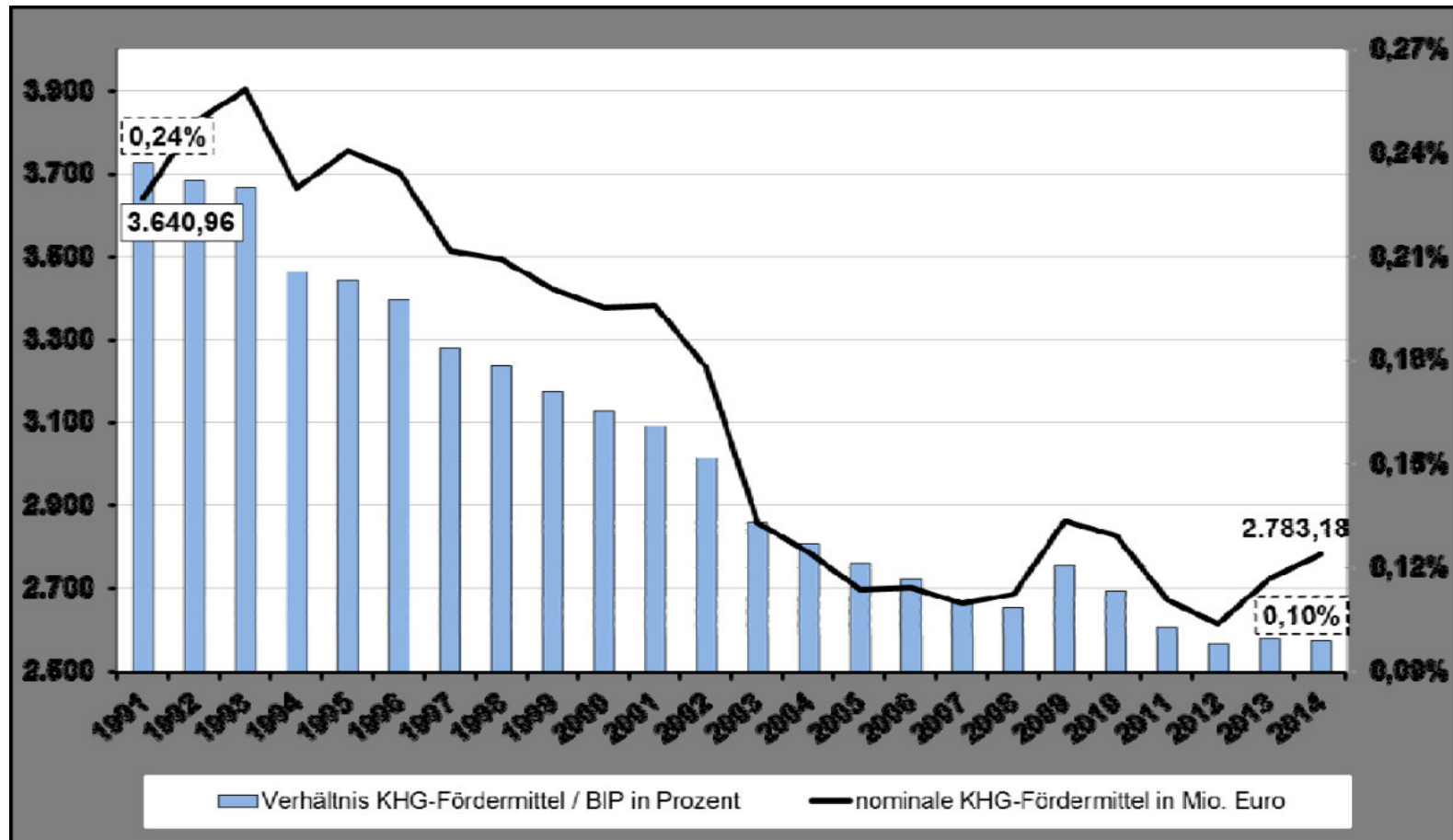


Quelle: Sachverständigenrat (siehe oben), Umfrage der AG für Krankenhauswesen der AOLG, Befragung der Landeskrankenhausgesellschaften, eigene Berechnungen

Rückzug des Staates aus der Daseinsvorsorge

KH-Investitionsförderung der Länder - bezogen auf das BIP und nominal

(Quelle: DKG-Bestandsaufnahme 08/2015)



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
- 2016: 1220 DRGs
- dabei 7 Schweregradkategorien (PCCL = Patient Clinical Complexity Level) gewichtet nach Nebendiagnosen, Komplikationen, Alterssplits
- 179 bundeseinheitliche und KH-individuelle Zusatzentgelte (2016) für besonders teure Behandlungen (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 08)
- **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. C17Z Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen: **RG = 0.541**
 - Z.B. A01A Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Std.: **RG = 32,718**
- **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. Pflage tage, 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 2016:** zwischen 3278€ und 3465€
 - **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
momentan
in Ba-Wü:
1,48x
3121,04 =
4623,57

**Kostendaten
beziehen
sich nur auf
Inlier!!**

MDC: MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
DRG: G07A: Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole bei Peritonitis mit auß. schw. oder schweren CC oder kleine
Zurücksetzen

Daten: 06 MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane Anz. DRGs: 82 N: 269.322

Fallzahl Normallieger: 158
v. MDC: 0,06%
v. gesamt: 0,01%

Verweildauer:
Kurzlieger: 9,74%
Normallieger: 81,03%
Langlieger: 9,23%
1. Tag mit Abschlag: 1
1. Tag zus. Entgelt: 15
Mittl. arithm. VWD: 6,3
Standardabw. VWD: 3,8

PCCL:
0: 55,06%
1: 1,27%
2: 15,19%
3: 0,2468
4: 3,80%

Geschlecht:
Männlich: 58,23%
Weiblich: 41,77%
Unbestimmt: 0,00%

Alter:
< 28 Tage: 0,00%
28 T. - < 1 Jahr: 36,71%
1 - 2 Jahre: 28,48%
3 - 5 Jahre: 0,00%
6 - 9 Jahre: 0,00%
10 - 15 Jahre: 0,00%
16 - 17 Jahre: 0,00%
18 - 29 Jahre: 0,63%
30 - 39 Jahre: 0,00%
40 - 49 Jahre: 0,00%
50 - 54 Jahre: 3,16%
55 - 59 Jahre: 3,16%
60 - 64 Jahre: 4,43%
65 - 74 Jahre: 15,19%
75 - 79 Jahre: 4,43%
80 Jahre u. älter: 3,80%

Fallkosten:
Arith. MW: 4.039,42
Std. Abw.: 1.980,38

Bewertungsrelation: 1,480

Profile: Hauptdiagnosen Nebendiagnosen Prozeduren Kosten Recherche

Kostenbereich	Personalkosten:			Sachkosten:			Pers. - u. Sachkosten:		Summe		
	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	med./techn. Dienst	Arzneimittel	Implantate / Transplant.	Übriger med. Bedarf	med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur			
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	7	8	
01. Normalstation	323,5	650,3	29,8	41,4	6,3	0,0	57,7	23,4	162,3	442,2	1.736,9
02. Intensivstation	66,3	112,1	1,3	11,0	0,8	0,0	17,3	2,4	22,3	60,0	293,5
04. OP-Bereich	203,3	0,0	140,9	5,5	0,2	42,8	86,4	45,5	75,0	134,7	734,4
05. Anästhesie	124,1	0,0	85,5	10,2	0,3	0,0	31,8	0,0	20,3	39,6	311,8
07. Kardiologische Diagnostik / Therapie	2,9	0,0	2,0	0,1	0,0	5,0	0,7	10,6	0,8	2,1	24,2
08. Endoskopische Diagnostik / Therapie	8,7	0,0	10,1	0,2	0,0	0,0	4,4	0,2	4,6	6,6	34,9
09. Radiologie	82,2	0,0	77,1	1,5	6,5	156,3	30,2	211,5	40,7	58,2	664,0
10. Laboratorien	10,2	0,0	42,6	0,8	15,7	0,0	33,9	35,7	5,8	21,3	166,0
11. Übrige diagnostische und therapeutische Leistungen	24,9	0,7	26,3	0,5	0,0	0,0	3,2	0,0	4,0	14,3	73,9
Summe:	846,2	763,1	415,7	71,3	29,7	204,0	265,5	329,2	335,8	779,0	4.039,42

Ende

Grafik: (c) 2002 InEK GmbH

InEK

MDC:
Hauptdiagnose
gruppe

PCCL:
Patient Clinical
Complexity
Level

CCL:
Komorbiditäten
und
Komplikationen

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 (Stand 2015)

DRG W01B (Polytrauma):

Beatmung mehr als 263 Std. Fallwert: **14,5**

Beatmung weniger als 264 Std. Fallwert: **8,1**

➤ Erlösunterschied von ca. 20.000 Euro

DRGs A01A-C (Lebertransplantation):

Beatmung mehr als 179 Std., Fallwert: **32,5**

Beatmung weniger als 180 Std. oder mit Komplikationen, Fallwert: **16,7**

Beatmung unter 59 Stunden ohne Komplikation, Fallwert: **11,0**

➤ Erlösunterschied mehr als das Doppelte

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

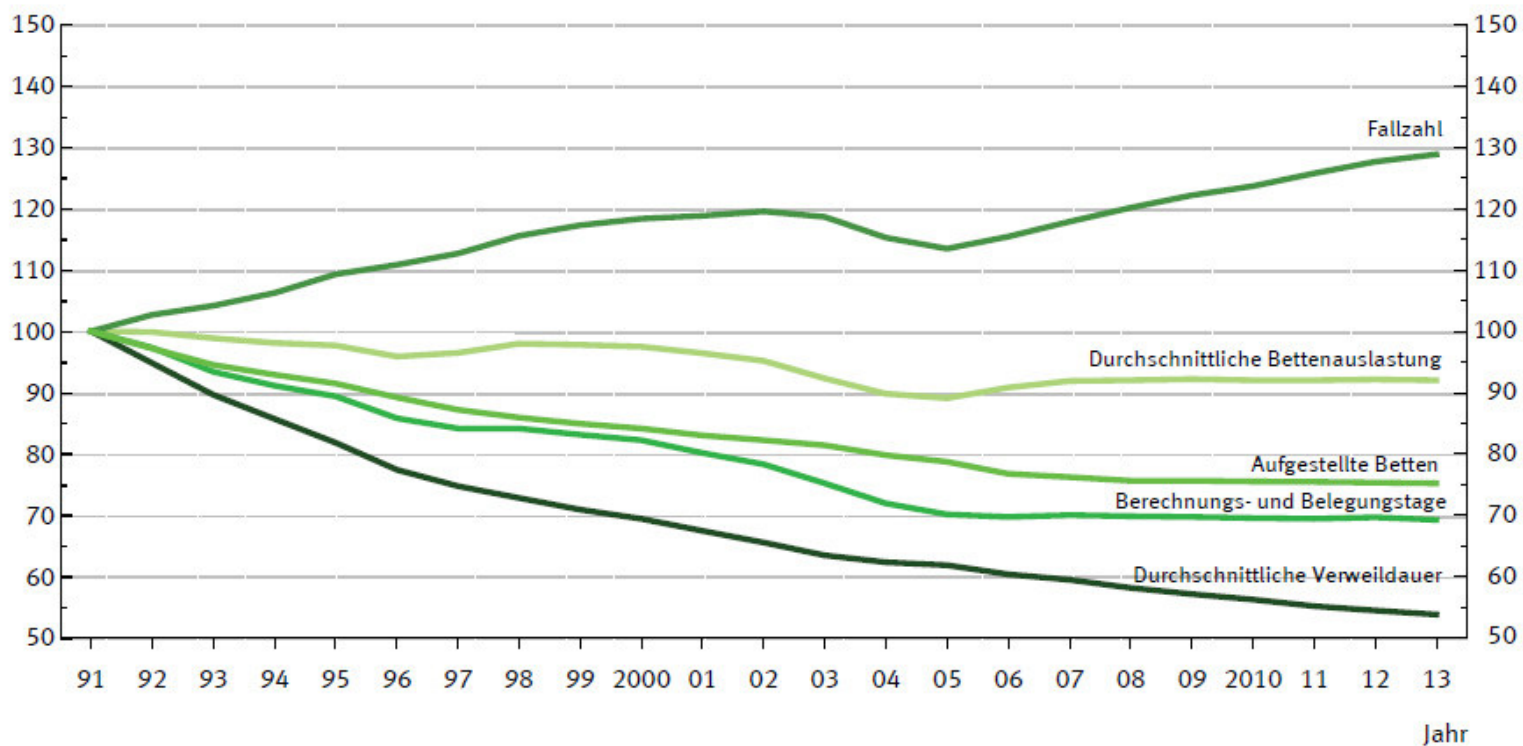


Th. Böhm

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

Übersorgung: Steigerung der Fallzahlen

Abbildung 3: Entwicklung zentraler Indikatoren der Krankenhäuser (1991 = 100)



(Destatis 2013)

Überversorgung: Konservativ oder operativ?

- **Periphere AVK mit Ulkus (Durchblutungsstörung mit Geschwür)**
(Stand 2016)
 - Konservative Behandlung (K60E):
 - RG 0,954 **Erlös ca. 3160 €**
 - Operative Behandlung (Vorfußamputation) (F27C)
 - RG 1,432 **Erlös ca. 4750 €**

Unterversorgung

„Auch bei chronischen Erkrankungen können durch die episodensorientierte 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)

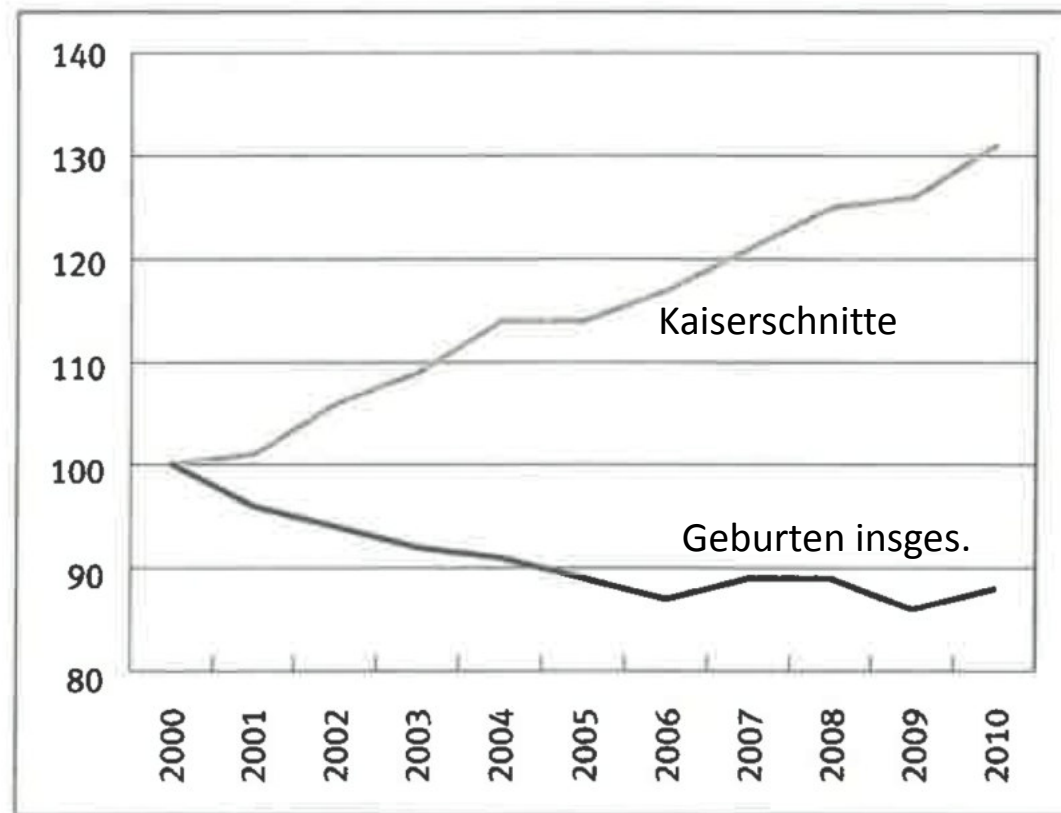
„Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2008“

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: Statistisches Bundesamt, eigene Darstellung

Weisbrod-Frey, Soziale Sicherheit 8-9/2012

Überversorgung: Kaiserschnitt

- **Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose**

- RG 0,545 **Erlös ca. 1783 €**

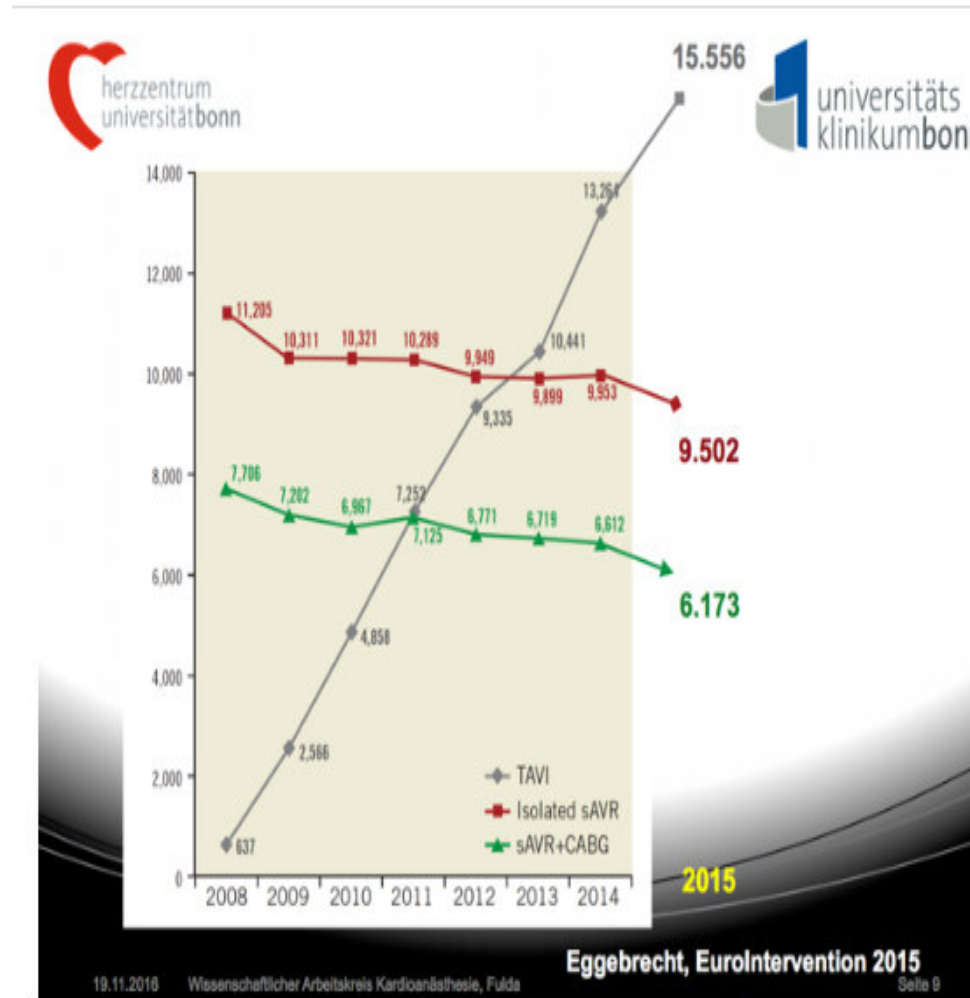
- **Kaiserschnitt**

- RG 0,846 **Erlös ca. 2768 €**

(Stand 2016, Basisfallwert 3272 €)

Übersorgung: 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

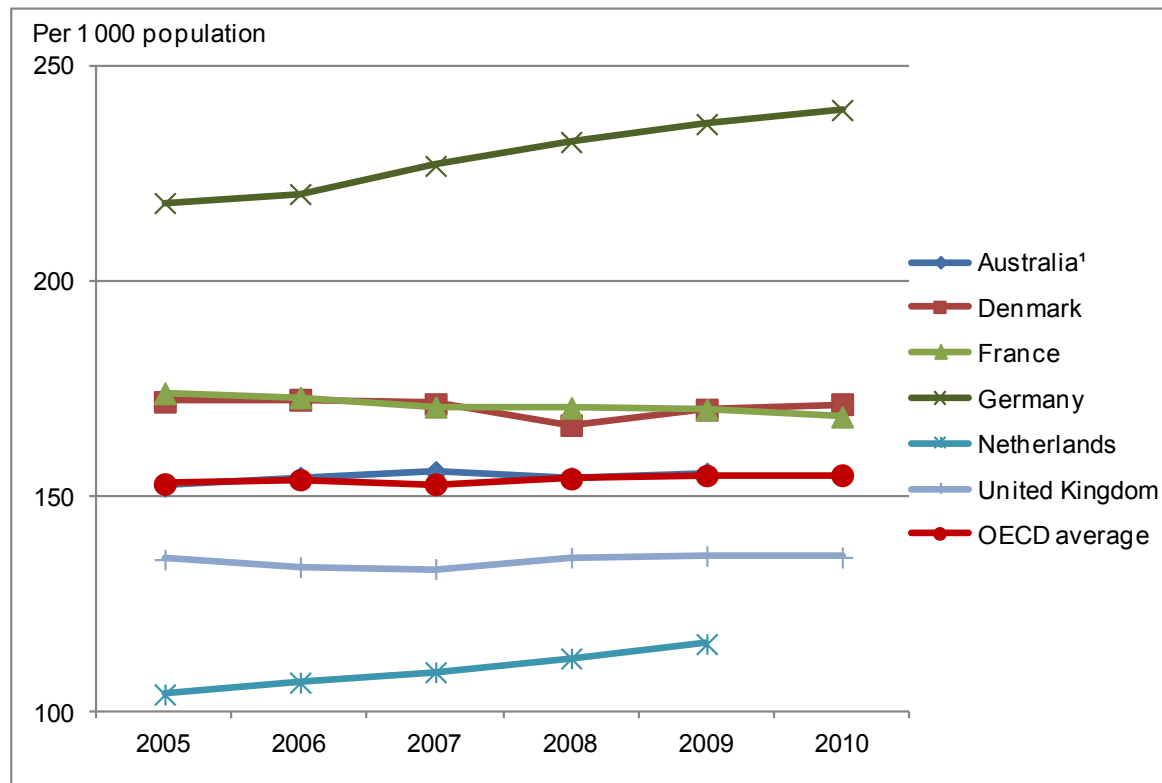
Table 1: Snapshot of key hospital services in Germany compared with other OECD countries

	Germany	Rank compared with OECD countries	OECD average
Hospital discharges for major diseases			
→ Diseases of the circulatory system, per 1 000 population	35.7	1	19.6
Cancer, per 1 000 population	24.5	2	13.5
Procedures carried out as inpatient cases (involving an overnight stay in hospital)			
Cataract surgery per 100 000 population	178	7	118
Tonsillectomy per 100 000 population	157	3	80
→ Percutaneous coronary interventions (PTCA) per 100 000 population	624	1	177
Coronary bypass per 100 000 population	116	2	47
Appendectomy per 100 000 population	151	7	126
→ Cholecystectomy per 100 000 population	236	2	154
Inguinal and femoral hernia per 100 000 population	223	1	110
Prostatectomy (transurethral) per 100 000 males	197	4	117
Prostatectomy (excluding transurethral) per 100 000 males	85	5	54
Hysterectomy (vaginal only) per 100 000 females	178	6	113
Caesarean section per 1000 live births	314	9	261
Hip replacement per 100 000 population	295	1	154
→ Knee replacement per 100 000 population	213	2	122
Breast-conserving surgery per 100 000 females	232	1	108
Mastectomy per 100 000 females	69	8	56

Source: OECD Health Data 2012

Ländervergleich: Anstieg von Krankenhausbehandlungen („Fälle“)

Anzahl der Krankenhausfälle pro 1000 Einwohner in ausgewählten OECD-Ländern



Note: 1. Excludes discharges of healthy babies born in hospital (between 3-7% of all discharges). Source: OECD Health Data 2012

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

Versorgungsqualität - 2

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

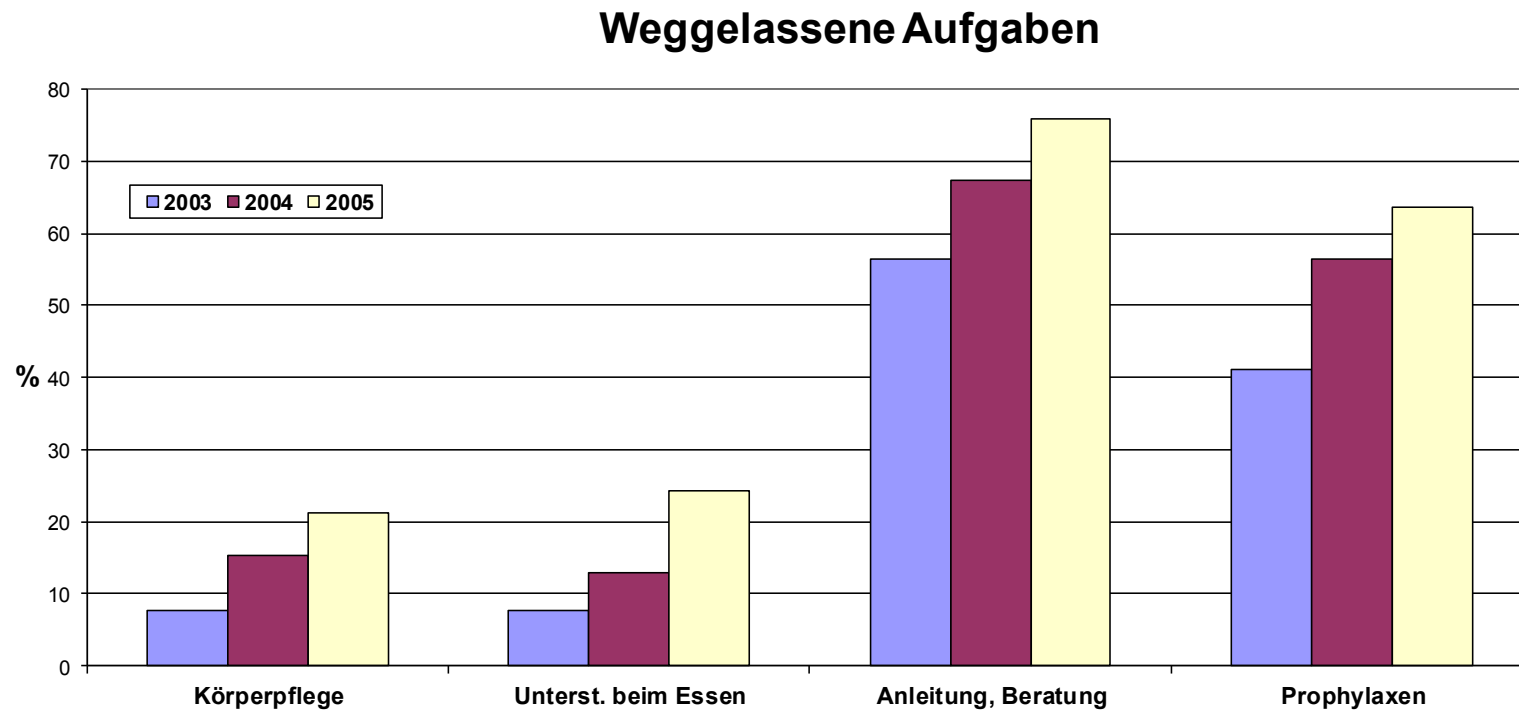
- „Der Anteil der Patienten, die keine dieser Entlassungsleistungen erhalten hat (Angehörigenaktivierung, Selbsthilfe, Alltagsaktivitäten, Warnsignale Medikamentenerklärung) wächst nur in privaten Häusern (um bis zu 12 Prozentpunkte) ...“
- „Bei Patienten, die ihren Aufenthalt als zu kurz empfinden, 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').

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)

Folgen für die Patienten:



(Schmidt/Bartholomeyczik 2008)

Folgen für die Patienten:

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

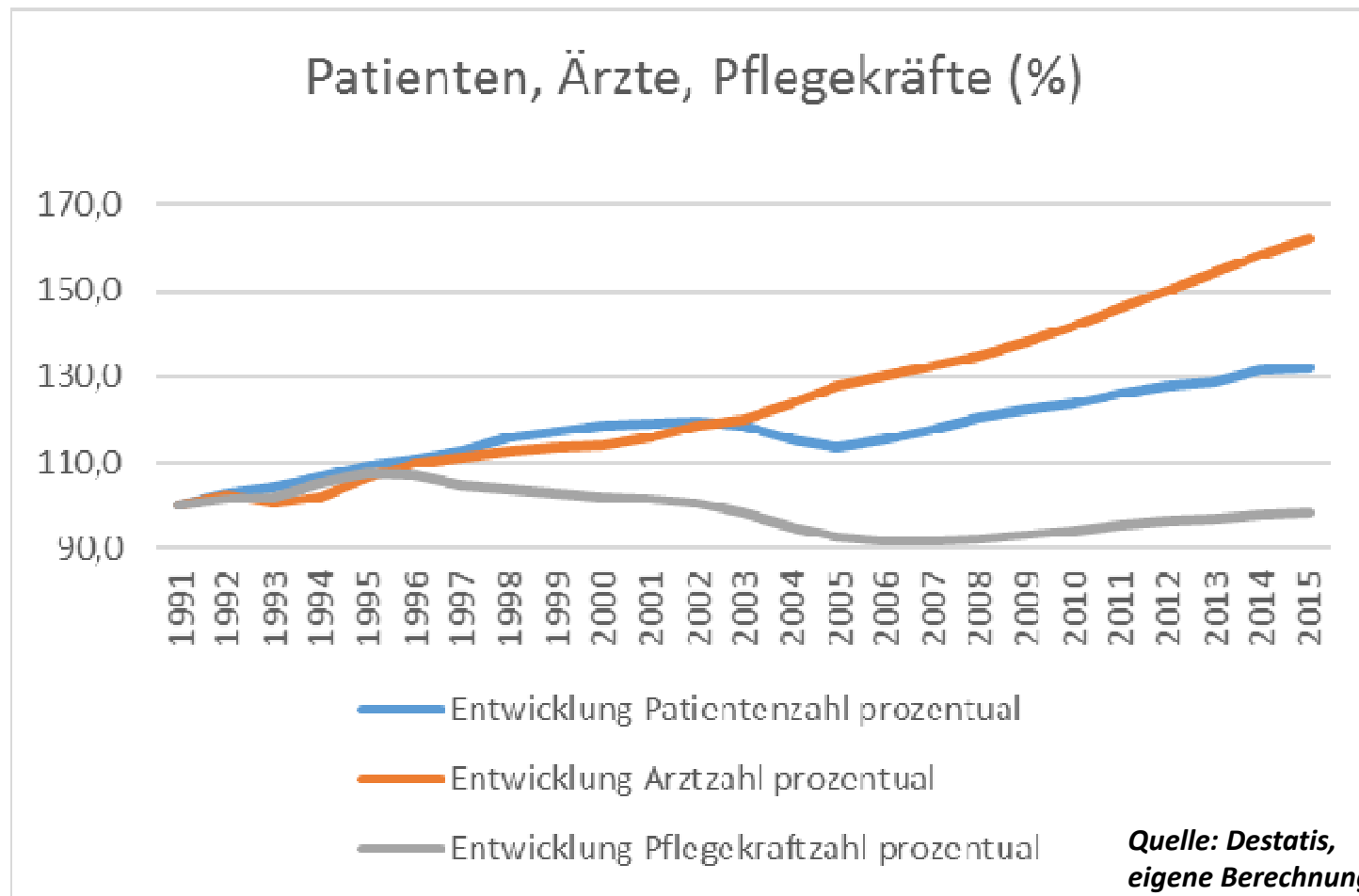
- 422730 chirurgische Patienten aus 300 Krankenhäusern in 9 europäischen Ländern
- Ein Patient mehr pro Pflegekraft (von 6 auf 7 Patienten) erhöht die Rate der Todesfälle im KH und bis 30 Tage nach Entlassung um 7%.

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)



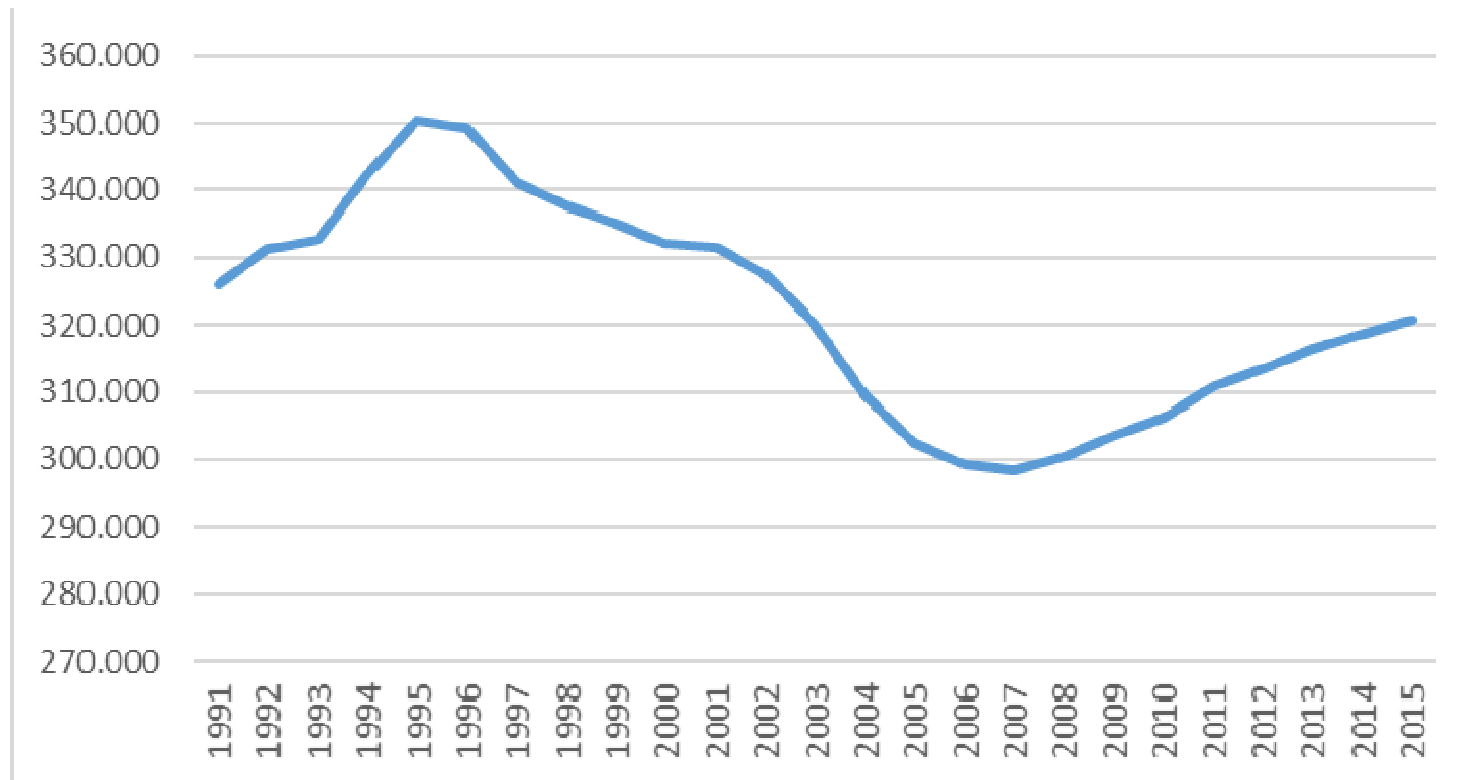
Folgen für Beschäftigte (Allg. KHS)

	1996	2015	Veränderung	%
Fälle	14.921.393	19.239.574	3.692.381	24,7
VWD	10,8	6,8	-4	-37,0
Beschäftigte	827225	806920	-20.305	-2,5
Pflege	322417	291012,7	-31.404	-9,7
Patienten pro Pflegekraft	46,3	64,0	18	38,2

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

Quelle: Destatis, eigene Berechnung

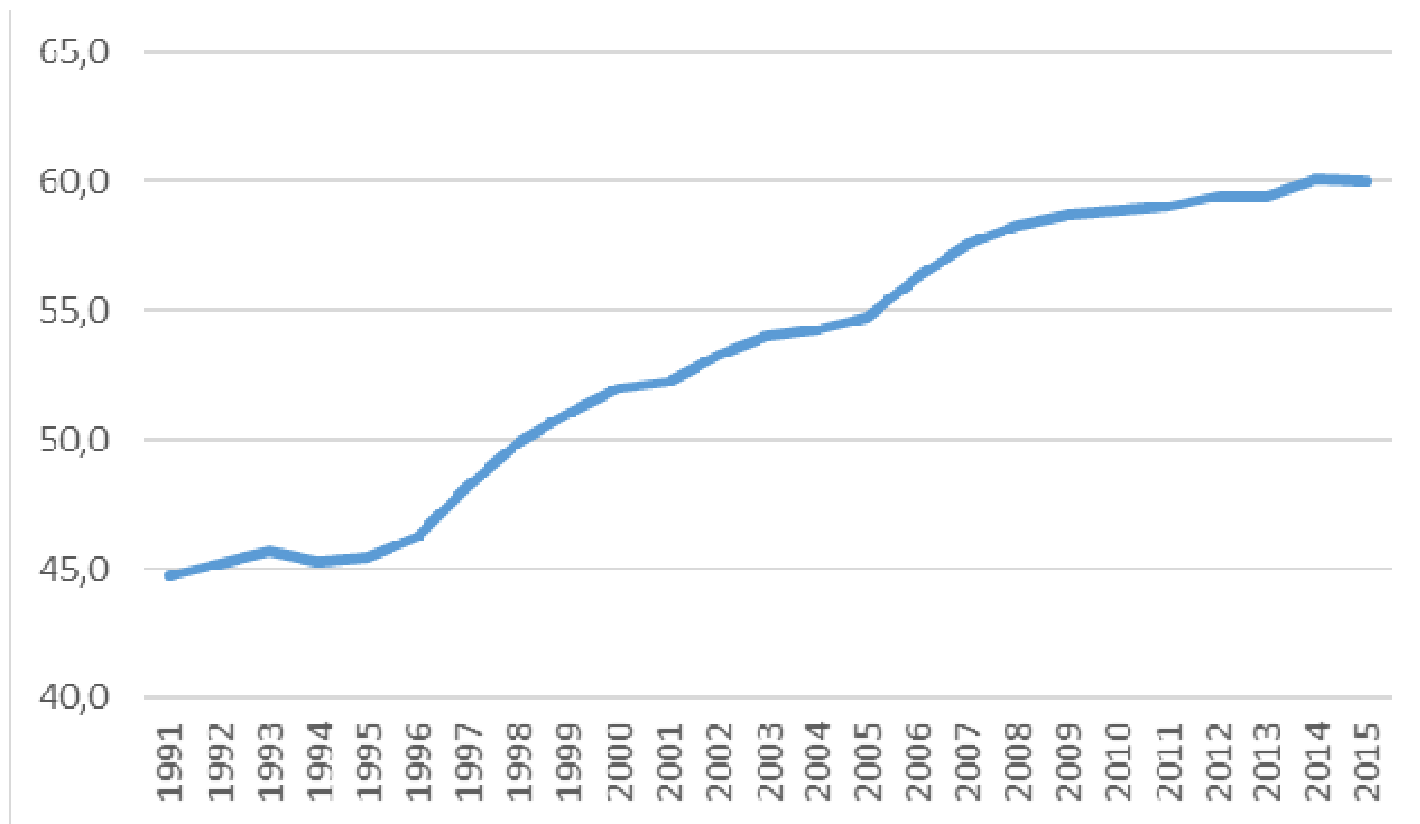
Entwicklung Zahl der Pflegekräfte (alle KHS)



Quelle: Destatis, eigene Berechnung

Belastung: Patienten/Pflegekraft (alle KHS)

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



Quelle: Destatis, eigene Berechnung

Erhöhung Druck auf Personal

- Abbau 31.404 Pflegestellen seit 1996
- Zunahme der Zahl der Patienten um 3,69 Mio.
- Verweildauersenkung um 37%
- **Belastungssteigerung um über 38%**
- 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.“

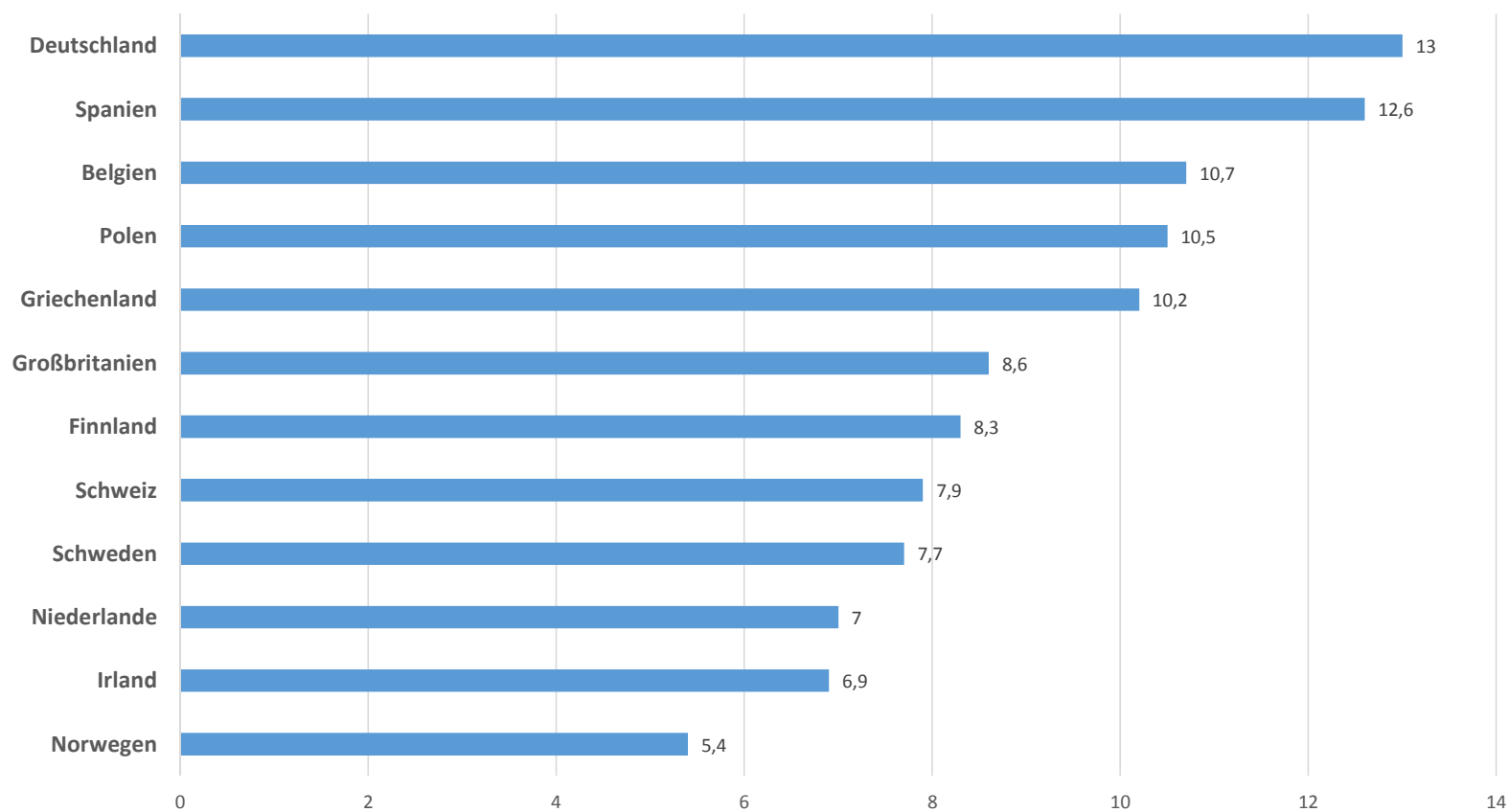
Folgen für Beschäftigte

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

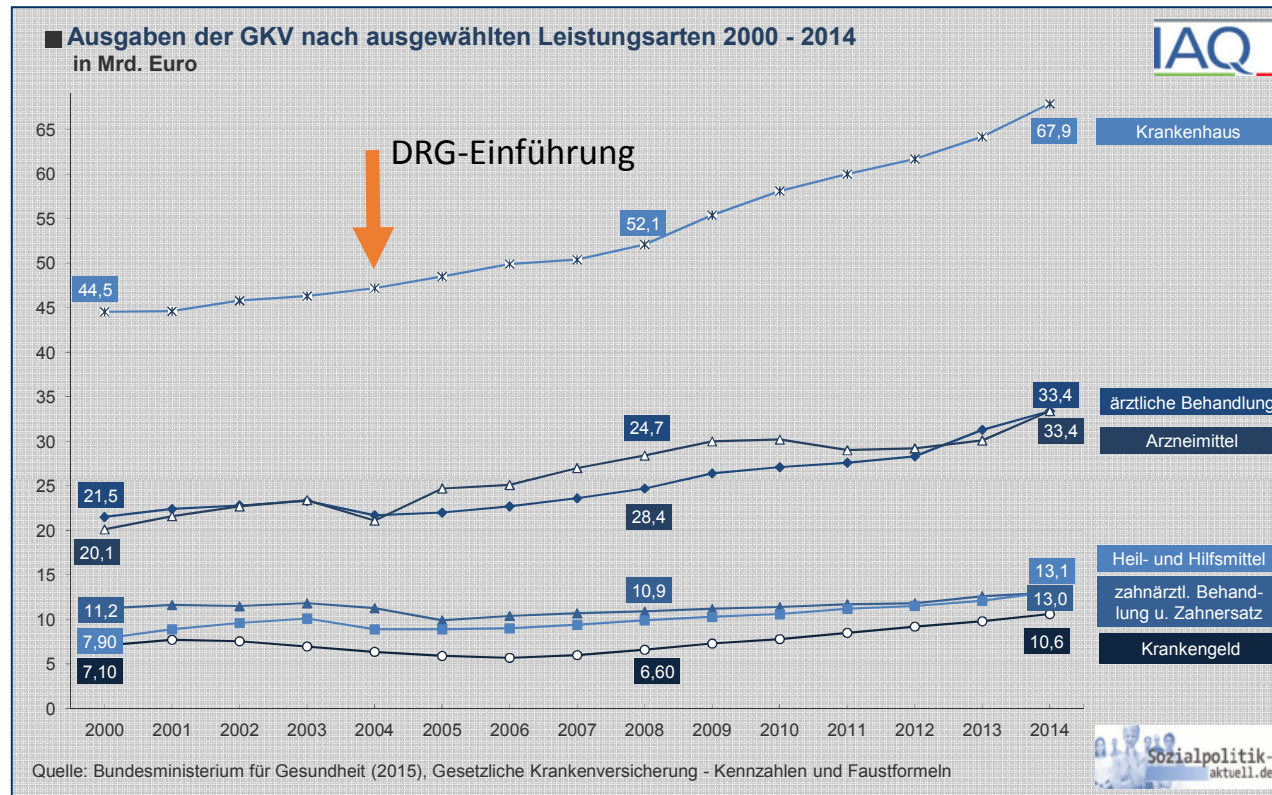
**Auswirkungen des
Preissystems
auf die Krankenhäuser und das
Gesundheitswesen**

„Krankenhaussterben“

- Laut Prof. Lauterbach („*DRG in deutschen Krankenhäusern*“, 2003)
 - 1410 von 2242 Allg. Krankenhäusern
 - 194.000 von 523.114 Betten

➤ überflüssig
- Tatsächliche Entwicklung 2000 – 2015:
 - 384 Krankenhäuser geschlossen und 69.272 Betten abgebaut
- DRGs sind kein Mittel der Qualitätssicherung sondern ein gigantisches Krankenhausschließungsprogramm nach rein betriebswirtschaftlichen Kriterien

GKV-Ausgaben für KH-Behandlungen steigen steil an



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

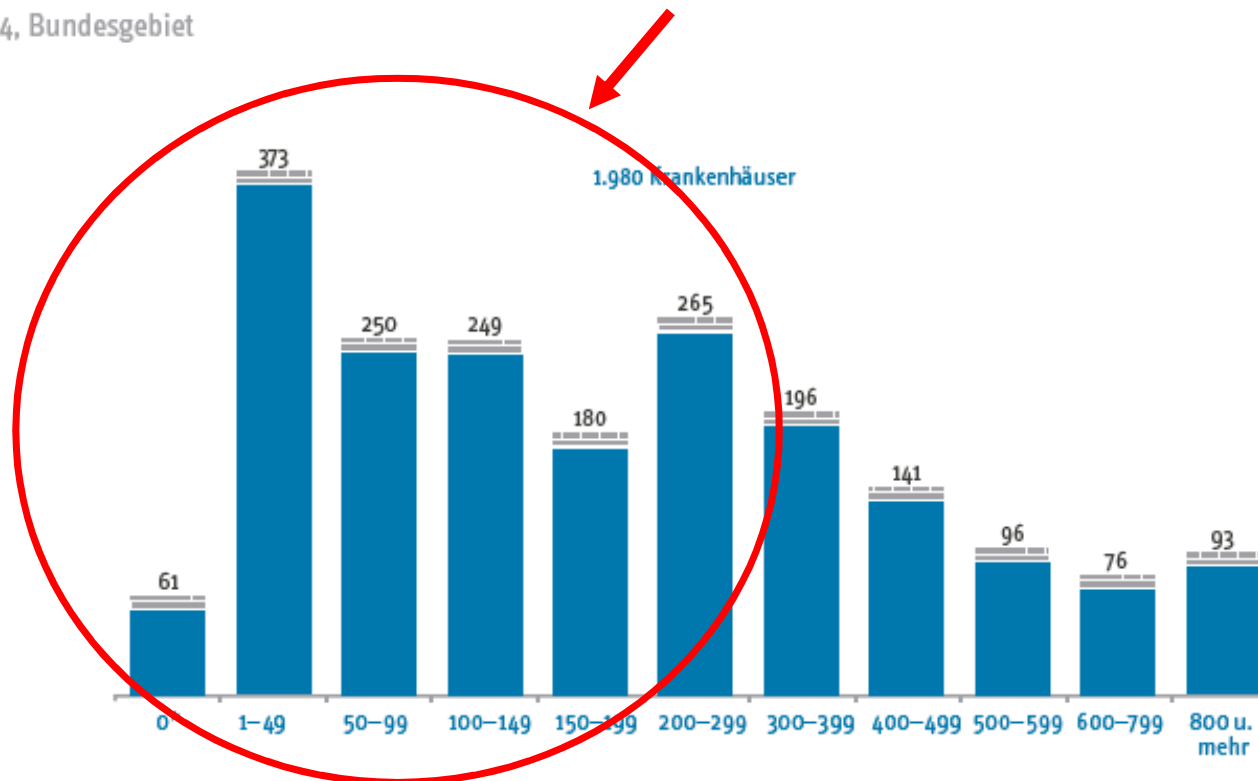
Fehlanreize im DRG-System haben zur Folge:

- 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 der Grund- und Regelversorgung sind in ihrer Existenz bedroht

Krankenhäuser
nach Bettenzahl
2014, Bundesgebiet

Krankenhäuser der Grund- und
Regelversorgung haben diese Bettenzahlen



Quelle: Eigene Darstellung nach: StBA.

*Reine Tages- oder Nachtkliniken mit ausschließlich teilstationärer Versorgung.

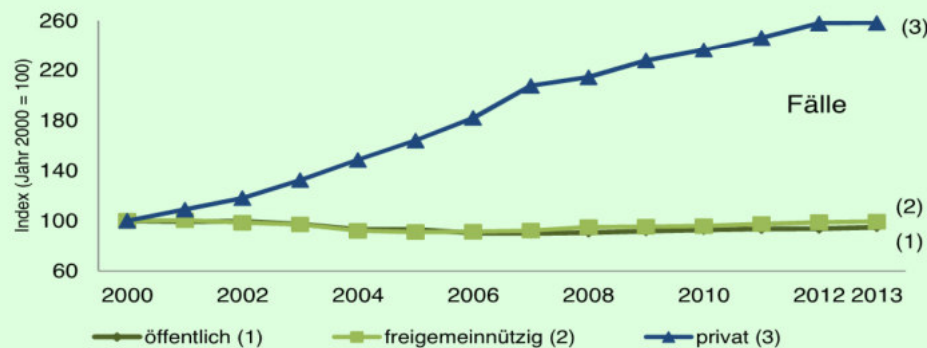
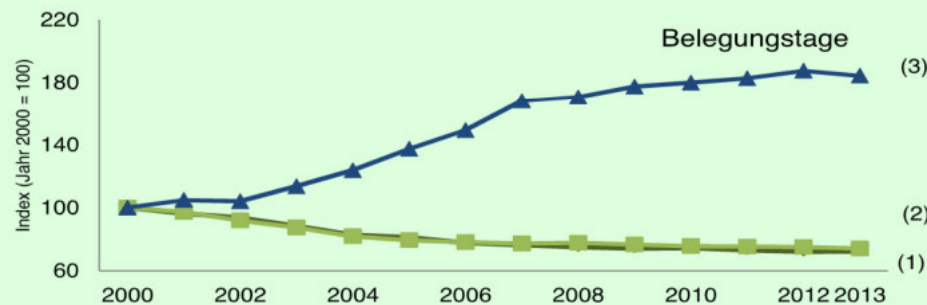
Privatisierung: Krankenhäuser und Betten nach Trägerschaft (%)

% Allg. KH	1991	2001	2006	2015
<i>öffentlich</i>	46,0	36,2	33,9	29,8
<i>FGN/Kirche</i>	38,7	40,3	38,3	35,0
<i>privat</i>	15,2	23,5	27,8	35,1
% Betten				
<i>öffentlich</i>	61,4	53,6	50,3	48,0
<i>FGN/Kirche</i>	34,6	38,4	36,2	34,7
<i>privat</i>	4,0	8,0	13,4	17,3

Quelle: Destatis, eigene Berechnung

Privatisierung: Fälle und Belegungstage nach Trägerschaft

Kennzahlen der Träger I Allgemeine Krankenhäuser



I/Gü 4. März 2015

	öffentlich	frei- gemeinnützig	privat
	Belegungstage in 1.000		
2007	65.364	45.497	19.082
2008	64.276	45.769	19.379
2009	63.590	45.131	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

Quelle: destatis

Privatisierung: „Rosinenpicken“

Die 20 häufigsten Behandlungsanlässe* in den Krankenhäusern 2012 nach Art des Trägers

Deutschland insgesamt						
Rang	öffentlicher Träger		freigemeinnütziger 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 (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
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

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 (Quelle: Destatis, eigene Berechnung)

	2015	% *
Personal insg.		
öffentlich	20,5	
FGN/Kirche	26,2	
privat	26,3	28,7
Ärzte		
öffentlich	111,7	
FGN/Kirche	147,2	
privat	139,7	25,0
Pflege		
öffentlich	60,9	
FGN/Kirche	67,2	
privat	67,3	10,6
MTD		
öffentlich	108,6	
FGN/Kirche	185,9	
privat	188,7	73,7
FD		
öffentlich	173,1	
FGN/Kirche	204,3	
privat	183,3	5,9
VW		
öffentlich	278,9	
FGN/Kirche	365,1	
privat	377,8	35,5
* = Mehrbelastung in % öffentlich/privat		

Privatisierung und Lohndumping

Personalkosten pro Beschäftigter 2015 nach Träger					
	öffentlich	fgn	privat	%	Diff in Euro
Gesamt	73.057	71.658	72.024	-1,4	1.033
Ärzte	123.941	126.787	131.437	6,0	-7.496
Pflege	63.120	59.573	57.023	-9,7	6.097
MTD	60.197	57.044	58.980	-2,0	1.217
FD	59.458	58.953	54.616	-8,1	4.842
Klin HP	40.973	37.652	39.920	-2,6	1.052
WiVeDienst	46.188	43.546	47.552	3,0	-1.363
TD	62.342	59.727	58.320	-6,5	4.023
VW	64.936	61.350	63.981	-1,5	955
So Di	70.733	75.906	67.093	-5,1	3.639

(Quelle: Destatis, eigene Berechnung)

- **331,3 Mio. Euro Kostenvorteil durch niedrigere Löhne bei Personalstand Private**
- **1 Mrd. Euro Kostenvorteil durch niedrigere Löhne bei Personalstand Öffentliche**

Gewinne auf Kosten der Sozialsysteme



Wie wird gespart nach der Privatisierung ?

- Weniger Weiterbildung - mehr Fachärzte
(Unterschied zu öffentlichen Krankenhäusern 5 Prozentpunkte (2010), Tendenz steigend (2006 noch 3,4 Prozentpunkte) •
- Personalkosten pro VK in den anderen medizinischen pflegerischen Berufen -7 % ggü. öffentlichen Häusern
- Personaleinsatz : Fälle pro VK gewichtet mit Fallschwere bei Privaten zwischen 12 % (ÄD) über 18 % (PD) bis 25 % (MTD) höher.

Bewertung DRG-System

Probleme auch nach 12 Jahren DRGs

- Kompressionseffekt: leichte Fälle relativ gut bewertet
- Unterfinanzierung von Kliniken mit schweren Fällen
- Kinderversorgung unterbezahlt, da wenige eigene DRGs (Kinderonkologie: Unterdeckung von bis zu 40 %) und Kurzliegerabzüge
- Palliativmedizin unterbezahlt, doppelte VWD, gleiche DRG
- Schwerstbehinderte nicht abbildbar, da nur 4 Schweregrade (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)

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 – 2015: 384 Krankenhäuser geschlossen und 69.272 Betten abgebaut
- Kriterium der Krankenhausschließungen ist die betriebswirtschaftliche Ertragslage, Gesichtspunkte der bedarfsgerechten Versorgung spielen dabei keine Rolle
- Gleichzeitig nahm die Fallzahl pro Bett um mehr als 50 % zu

Bekämpfung der „Kostenexplosion“ in der stationären Versorgung:

- In keinem 5-Jahreszeitraum sind die Krankenhauskosten stärker gestiegen als in der Zeit seit Einführung der DRGs.
- Bei 16.5% der behandelten Fälle sind die privaten Krankenhäuser für 40% der Kostensteigerung verantwortlich

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 Tarifierhöhungen
 - Finanzierung für Vorhaltung von Behandlungskapazitäten für Notfälle und Katastrophensituationen (personelle und räumliche Ressourcen)

Minimalforderungen zu DRGs:

- **Personalbedarfsberechnung und Anhaltzahlen 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