

verein  
demokratischer  
ärztinnen und  
ärzte



## Ein gescheitertes Großprojekt: Auswirkungen der Fallpauschalen und politische Gegenwehr

**Dr. Nadja Rakowitz**

**Pflege am Boden? RICHTUNGSWECHSEL. Strategien gegen den  
Pflegetotstand in den Krankenhäusern**

**Hamburg, 9. Juli 2016**



## DRG-System: Zielsetzungen

- Begrenzung des Ausgabenanstiegs
- Produktionskostenwettbewerb
- Abbau von gesetzlichen Regelungen z.B. bei Personalzahlen
- Verweildauer verkürzen (Anreiz zur früheren Entlassung)
- Abbau von Überkapazitäten (Bettenabbau / Krankenhausschließungen) nach Marktvorgaben
- mehr Effizienz durch Konkurrenz
- Transparenz des Leistungsgeschehens („Geld folgt Leistung“)



## DRG-System: Festpreissystem

- Nur Behandlungsfälle werden bezahlt – nicht Vorhaltekosten.
- Die Preise der DRG sind Festpreise, (noch) keine Marktpreise.
- Allgemeine Kostensteigerungen wie Tariferhöhungen Energiekosten, allgemeine Stellenzuschaltungen verändern also die Relativgewichte nicht
- das Preisniveau ist so von den tatsächlichen Behandlungskosten weitgehend abgekoppelt; es bleibt aus politischen Gründen seit Jahren hinter der realen Kostenentwicklung zurück (Kosten-Erlös-Schere).



## Wie wird ein Krankenhaus wirtschaftlich erfolgreich ?

**Erlös**

**Anzahl der Fälle  
x Relativgewicht  
x Landesbasisfallwert**

**- Kosten = Gewinn  
oder  
Verlust**

**Fallzahl ↑**

**Operationen ↑**

**Prozeduren ↑**

**Kosten ↓**

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

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



## Konsequenzen für die PatientInnen

- PatientInnen werden Mittel zum Zweck
- Kommerzialisierung strukturiert alle Teilprozesse im KH
- Fehlwahrnehmung von Versorgungsbedarfen
- Desintegration von Versorgungsprozessen
- Unterversorgung (hoher pflegerischer / therapeutischer Betreuungsbedarf wird in DRGs kaum abgebildet)
- Fehlversorgung (unsinnige Invasivität, medizinisch nicht indizierte Fallzahlsteigerungen bei Operationen und invasiven Prozeduren)
- Überversorgung (Aufweichung Indikationsstellungen)
- Bedeutungsverlust von Regeln, Standards, Vorschriften



## Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen

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



## Ziel erreicht? Auswirkungen der DRG I

- **Begrenzung des Ausgabenanstiegs?** Nein, im Gegenteil: Ausgabensteigerung bei KH-Ausgaben sind größer als vor der Einführung der DRG
- **Verweildauer verkürzt?** Ja, aber nicht bedarfs-, also patientengerecht, sondern nach ökonomischen Vorgaben
- **Abbau von Überkapazitäten?** Noch nicht wie von den Ökonomen gewünscht, aber wenn, dann nach Marktkriterien





## Ziel erreicht? Auswirkungen der DRG II

- **mehr Effizienz durch Konkurrenz?** Ja, in Gestalt von Stückzahlsteigerungen und Produktivitätssteigerungen, d.h. aber im KH: medizinisch nicht induzierte Fallzahlsteigerung (Körperverletzung) und immer mehr PatientInnen werden von immer weniger Pflegekräften betreut (Unterversorgung)
- **Transparenz des Leistungsgeschehens („Geld folgt Leistung“)?** Überhaupt nicht! Im Gegenteil: Die Leistung folgt dem Geld, Bsp. Beatmungstunden, Orthopädie u.a.



## Kritik, Proteste, Widerstand

**Mehr von uns ist besser für alle:** Die erfolgreiche Auseinandersetzung für mehr Personal an der Charité in Berlin war weit mehr als eine „normale“ Tarifausschlichtung. Hier ging und geht es um einen grundlegenden Richtungswechsel in der Krankenhauspolitik.

**Charité macht Schule:** An vielen KH in Deutschland geht es los. Am weitesten gehen die Kolleginnen und Kollegen im Saarland. Hier werden dieses Jahr alle saarländischen KH zusammen in eine Auseinandersetzung für mehr Personal gehen. Auch die Belegschaften in Frankfurt diskutieren...



**Bündnis Krankenhaus statt Fabrik:** ein Bündnis aus Attac, vdää, ver.di-Landesfachbereiche von Baden-Württemberg, Berlin-Brandenburg und NRW, Kritische Medizin-Studentinnen und -Studenten u.a. hat sich gegründet, um den Kampf gegen die Ökonomisierung der Krankenhäuser und für die Abschaffung der DRG aufzunehmen.

**Ziel:**

DRG als Finanzierungssystem abschaffen, Ökonomisierung bekämpfen