

Ökonomisierung, Kommerzialisierung und Privatisierung des Gesundheitswesens Am Beispiel des Krankenhauses

Attac-BundesAG „Soziale Sicherungssysteme“



Die duale Krankenhausfinanzierung

Seit 1973 > Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG):

- Investitionskostenförderung und Krankenhausplanung wird Aufgabe der Länder
- Kostenübernahme der Krankenbehandlung und –versorgung durch die Krankenversicherung

> zunächst also Abrechnung über sozial tragbare tagesabhängige Pflegesätze, die auf dem Prinzip Selbstkostendeckung basieren sollten

Ökonomisierung der Krankenhausbehandlung

- Seit 1993: Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip
- Seit 2004: Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG`S*1) in der Krankenhausbehandlung

- > die behandlungsbedürftigen Erkrankungen werden:
- durch Kodierung anhand medizinischer Diagnosen, durchgeführter Behandlungen und einiger demographischen Faktoren zum Zweck der Abrechnung (nicht der Behandlung!) in Fallgruppen - sog. DRG's – klassifiziert*2
 - mit einer sog. Bewertungsrelation (cw=cost-weight) für die unterschiedlichen Behandlungskosten für die einzelnen Fallgruppen berechnet*2

>> die Fallgruppen bekommen dadurch einen Preis, der für die wirtschaftliche Planung des Krankenhauses von entscheidender Bedeutung ist!!!<<

Ökonomisierung der Krankenhausbehandlung

- Ziele:
 - ❖ Durch die Verweildauerverkürzung sollen Kosteneinsparungen (Bettenabbau; Krankenhausschließungen) erreicht werden
 - ❖ Druck soll auf das Kostenmanagement des Krankenhauses ausgeübt werden, da nur noch ein Einheitspreis gezahlt wird, unabhängig von den realen Kosten des Krankenhauses.
 - ❖ Die Kalkulationsmethode sollte zur Erfassung und Optimierung der Krankenhausabläufe führen, um so bessere betriebswirtschaftliche Steuerung von Erlösen zu ermöglichen
 - ❖ Einführung wettbewerb- und marktwirtschaftlicher Strukturen in die stationäre Krankenversorgung

Auswirkungen dieser Ökonomisierung



- Für die medizinische Behandlungsentscheidung wird die ökonomische Logik das Maß aller Dinge!
- Diese Entscheidungen müssen sich zwangsläufig auf den wirtschaftlichen Erfolg einer Behandlung ausrichten, damit das Krankenhaus wirtschaftlich überleben kann!
- Erst ab einer bestimmten Fallzahl sind die Betriebskosten überhaupt zu erwirtschaften!
- Das hat in vielen Fällen negative Auswirkungen auf die Patienten und deren Versorgung und führt zu erheblichen Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen für das Klinikpersonal!

Zitat:

*„Die (Krankheit) wird zum Fall und zur Fallpauschale und damit zum Teil eines Wirtschaftskreislaufs, der nicht auf den Bedarf, sondern auf den Ertrag ausgelegt ist!“ **

Auswirkungen auf die Patienten

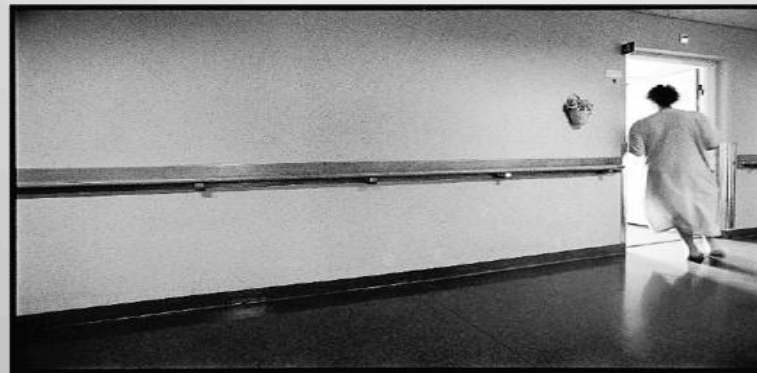
- die Arzt-Patienten-Beziehung wird zwangsläufig davon mitbestimmt, ob es sich um einen lukrativen Fall handelt oder ob eine Behandlung zum wirtschaftlichen Schaden für die Klinik führt (untere und obere Grenzverweildauer)!*
- es kommt zu überflüssigen und unnötigen Behandlungen (z. B. OP's) aus rein ökonomischen Erwägungen!
- dies kann immer wieder zur vorzeitigen Entlassung nach Hause oder zur vorzeitigen Verlegung in die ambulante fachärztliche Betreuung oder in die Reha-Behandlung führen, in der eine adäquate Behandlung oft nur unzureichend möglich ist!*
- Auch zwischenzeitliche Entlassung und Wiederaufnahme sind gängige Praxis, da eine durchgehende Versorgung in dieser Abrechnungsstruktur wirtschaftlich nicht möglich ist (sog. fragmentierte Entlassung, Nebendiagnosen)! *



* s. a. Flintrop, J.,
Dtsch. Ärzteblatt 2006,
103(46)

Auswirkungen auf die Mitarbeiter und deren Arbeitsbedingungen

- Zeitdruck wegen enger Personaldecke, Mehrbelastung durch administrativen Tätigkeiten und der Verkürzung der Liegezeiten (Patientenumsatz)*
- weniger Zeit für zwischenmenschliche Kontakte mit den Patienten
- Das Arbeitsklima hat sich verschlechtert und die Motivation der Pflegekräfte und Ärzte ist stark gesunken
- „Bonus-Verträge, wer viel „reinbringt“ kriegt viele Prämien
> Einladung zur Gewinnschöpfung am Patienten



Auswirkung auf das System der stationären Krankenversorgung

Die Logik der Fallpauschale führt dazu:

1. zwischen profitablen Fällen und unprofitablen Fällen zu unterscheiden!
> und legt damit gewinn- und verlustträchtigen Diagnosen/Fällen fest!
2. zur ökonomische Selektion und Spezialisierung der Krankenhäuser
nach lukrativen gewinnträchtigen Krankheitsfällen!
> und das zu Lasten der Grund- und Maximalversorgung insbesondere
der flächendeckenden Versorgung, da diese „für alle Krankheitsfälle“
Ressourcen vorhalten müssen!
3. über die Preise und Gewinnaussichten den „Markt“ für
die privaten Klinikkonzerne und Investoren erst richtig
interessant zu machen!
4. in der Konsequenz zur politisch gewollten „Markbereinigung“ vor
allem für kleine Krankenhäuser im ländlichen Raum oder Krankenhäuser
der Allgemeinversorgung
5. zur Verschärfung der „Zweiklassenmedizin“ (Stichwort: u. a.
Hotelstationen)

Wurden die Ziele der DRG-Einführung erreicht?

- Kostensteigerungen für die Krankenhäuser*₁:

in den 8 Jahre vor Einführung der DRG's: insgesamt **7,4** Mrd. Euro

in den 8 Jahre nach Einführung der DRG's: insgesamt **17,7** Mrd. Euro

= mehr als verdoppelt

- Durchschnittliche Kostensteigerung pro behandelten Fall*₂:

8 Jahre vor Einführung der DRG's: **378 Euro pro Fall**

- 8 Jahre nach Einführung der DRG's: **570 Euro pro Fall**

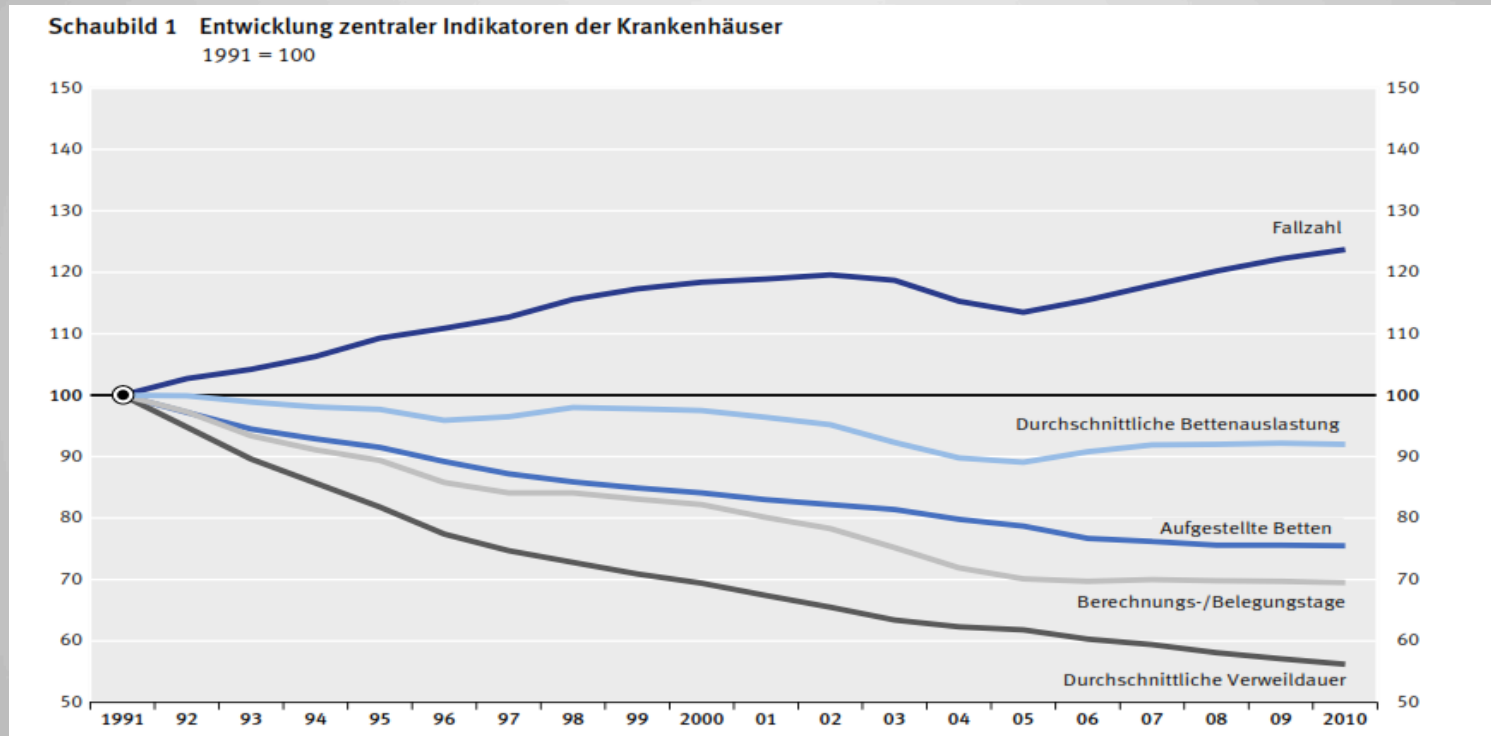
- Entwicklung der Fallzahlen*₂:

Mit Einführung der DRG's explodierten die Fallzahlen nahezu!

Vor der Einführung waren sie sogar leicht rückläufig, nach der Einführung bis zum Jahr 2012 Steigerung um über 12 Millionen Fälle

> ökonomisch bedingt?

Wurden die Ziele der DRG-Einführung erreicht?

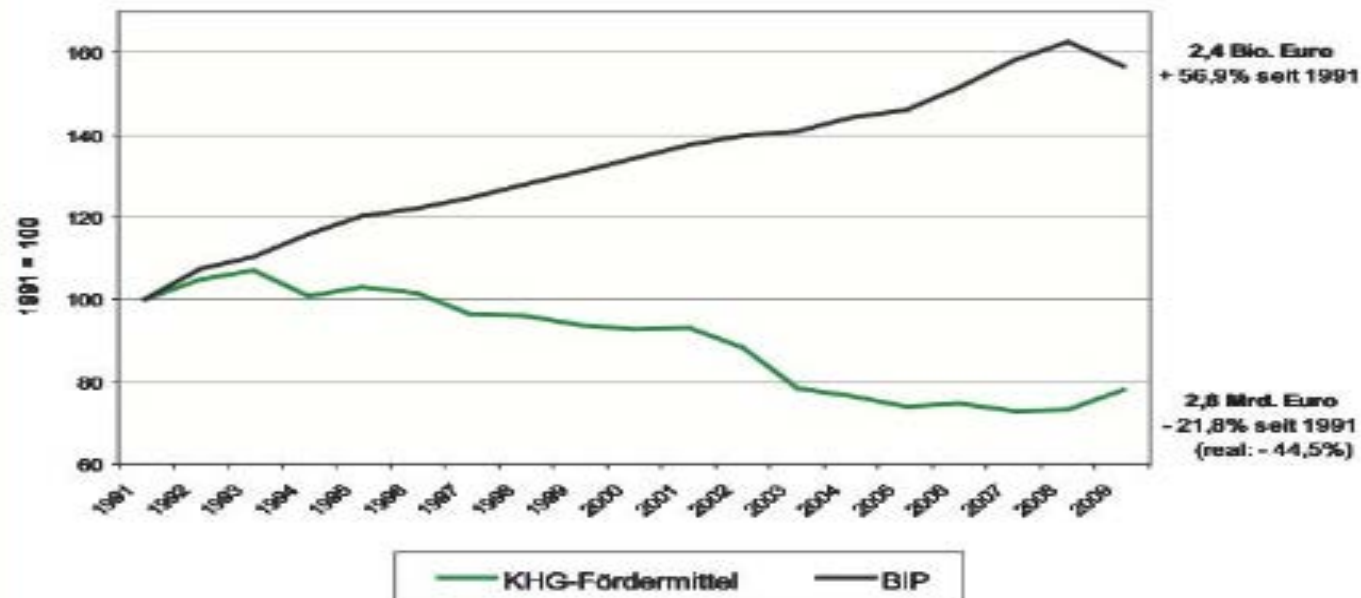


Quelle: Bolts/Graf (2012)

Nicht eingehaltene Verpflichtung: Die Investitionsförderung der Bundesländer

Betrag 1990 der Anteil der Fördermittel zur Investitionsförderung an allen Krankenhausausgaben noch 10%, so beträgt er 2008 nur noch 4,6%!

Abbildung 3: Vergleich der Entwicklungen des KHG-Fördermittelvolumens und des BIP, indiziert (1991 = 100)



Quelle: Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder, Umfrage der AG für Krankenhauswesen der AOLG, eigene Berechnungen

Privatisierung in der stationären Gesundheitsversorgung



- Durch die weitgehend unterbliebene Investitionsmittelförderung
+
- Dem Kosten- und Erlösdruck durch die Fallpauschalen, insbesondere für Krankenhäuser der Grund- und Maximalversorgung und wohnortnahen Versorgung in der Fläche
+
- dem politisch gewollten Wettbewerb um das kostengünstigste Krankenhaus zwischen den Krankenhäusern
- Ziehen sich die öffentlichen und freigemeinnützigen Geldgeber zur "Entlastung" ihrer Haushalte immer mehr aus der Krankenhaus-trägerschaft zurück

Fragwürdiger Lösungsansatz: „Heilsversprechen Privatisierung“:

Durch die „Privatisierung“ der Krankenhäuser wird alles besser und billiger!

Privatisierung in der stationären Gesundheitsversorgung

Marktanteile

Zahl der Krankenhäuser	1995	1999	2003	2007	2011
Öffentliche Krankenhäuser	41,5%	37,4%	36,9%	32,8%	30,5%
Freigemeinnützige Krankenhäuser	40,6%	41,3%	39,5%	37,9%	36,6%
Private Krankenhäuser	17,9%	21,3%	23,7%	29,4%	32,9%

Marktanteile

Gewichtete Fallzahl 2011 mit CMI 2009	1995	2000	2004	2007	2011
Öffentliche Krankenhäuser	58,1%	55,5%	52,8%	49,6%	47,9%
Freigemeinnützige Krankenhäuser	36,7%	37,6%	35,6%	33,8%	33,6%
Private Krankenhäuser	5,2%	6,9%	11,6%	16,6%	18,5%

Quelle: Destatis 2012; Manfred Fiedler

Private Gesundheitskonzerne



- ❖ Etwa 85 % des Umsatzes der privaten Krankenhäuser entfallen auf die 4 größten Konzerne (Helios/Fresenius; Rhönklinikum; Asklepios; Sana)
- ❖ primäres Geschäftsziel: Erzielung möglichst hoher Gewinne (share-holder-value) insbesondere für börsennotierte Konzerne
- ❖ Konzentration auf lukrative Fallpauschalen
- ❖ Druck auf die Kosten (Personalkosten, Investitionen etc.)

Bsp.: Privatisierung des Universitätsklinikums Marburg Gießen 2006

- **Notruf 113** (Bürgerinitiative gegen Gewinnmaximierung im Gesundheitsbereich) u .a.:
 - > Stellenabbau von 200 Stellen trotz vereinbartem Moratorium
 - > Arbeitsverdichtung (90 Überlastungsanzeigen zwischen 2013/14)
und Verschleierung der realen Mitarbeiterzahl durch Umrechnung von Überstunden in Stellen
 - > nicht eingehaltene Investitionszusagen (Partikeltherapiezentrum)

Gesundheit wird zur Ware!

Durch das Fallpauschalensystem wird die Krankenbehandlung zur Ware!

Patienten werden zu Kunden,

> Krankenbehandlung wird zum Produkt,

> Produkte haben Preise,

> die gilt es anzupreisen

> und zu verkaufen

€€€ Gesundheitssystem als lukrative Beute €€€

Rahmenbedingungen:

Die Ausgaben allein der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Krankenhausbehandlung (ohne ambulante Behandlung und ohne Dialysekosten) betragen im Jahr 2008 52,6 Milliarden Euro.

Dies entsprach 32,7 % der Gesamtausgaben!*

*Wikipedia: Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Attac Bundes-AG: „Soziale Sicherheitssysteme“

<http://www.attac-netzwerk.de/ag-soziale-sicherheitssysteme/>