

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

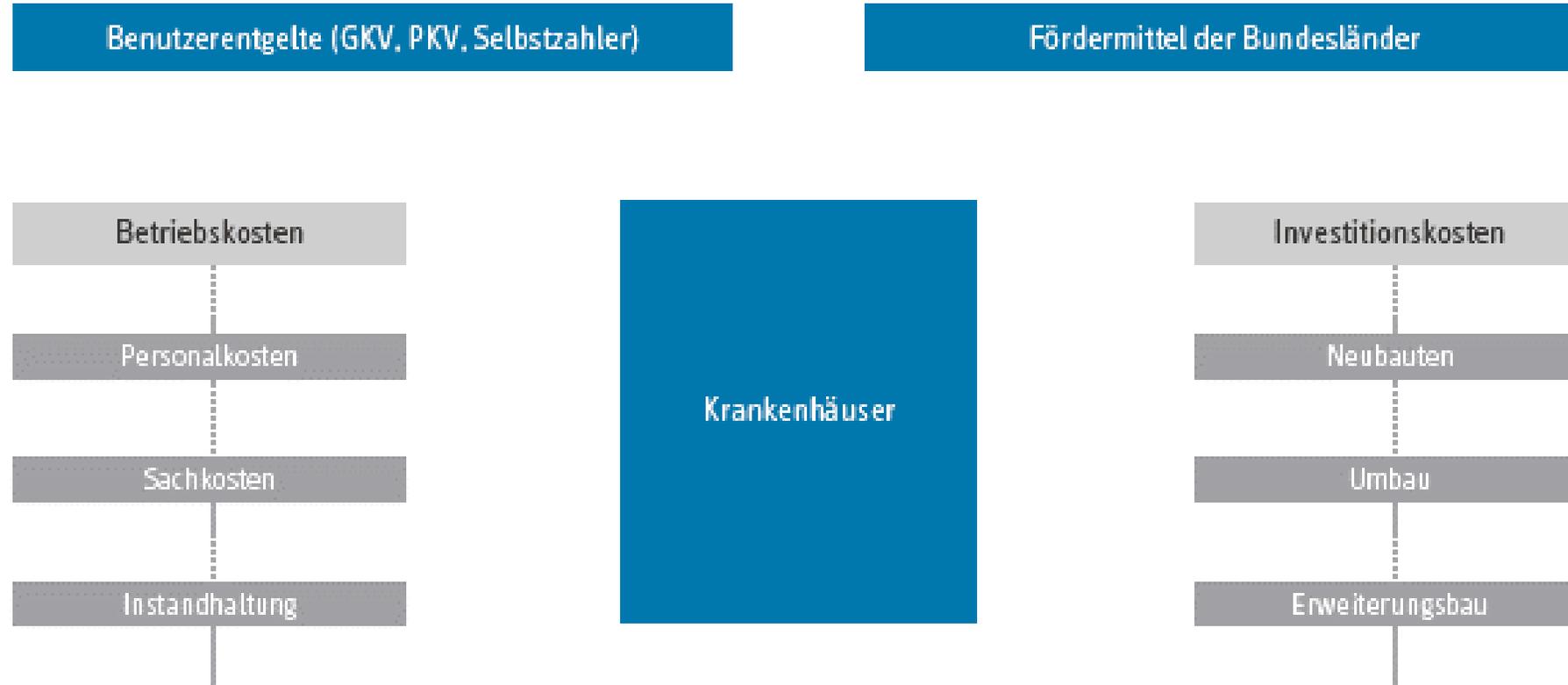
- Unterfinanzierung der Krankenhäuser, starker Bettenmangel (Kriegsschäden)
- Bund ohne umfassende Gesetzgebungskompetenz
- formell: monistische Finanzierung der Investitionen durch die Kassen
- tatsächlich: Mischfinanzierung der Betriebskosten und der Investitionen durch Träger, Kommunen und Krankenkassen
- 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)



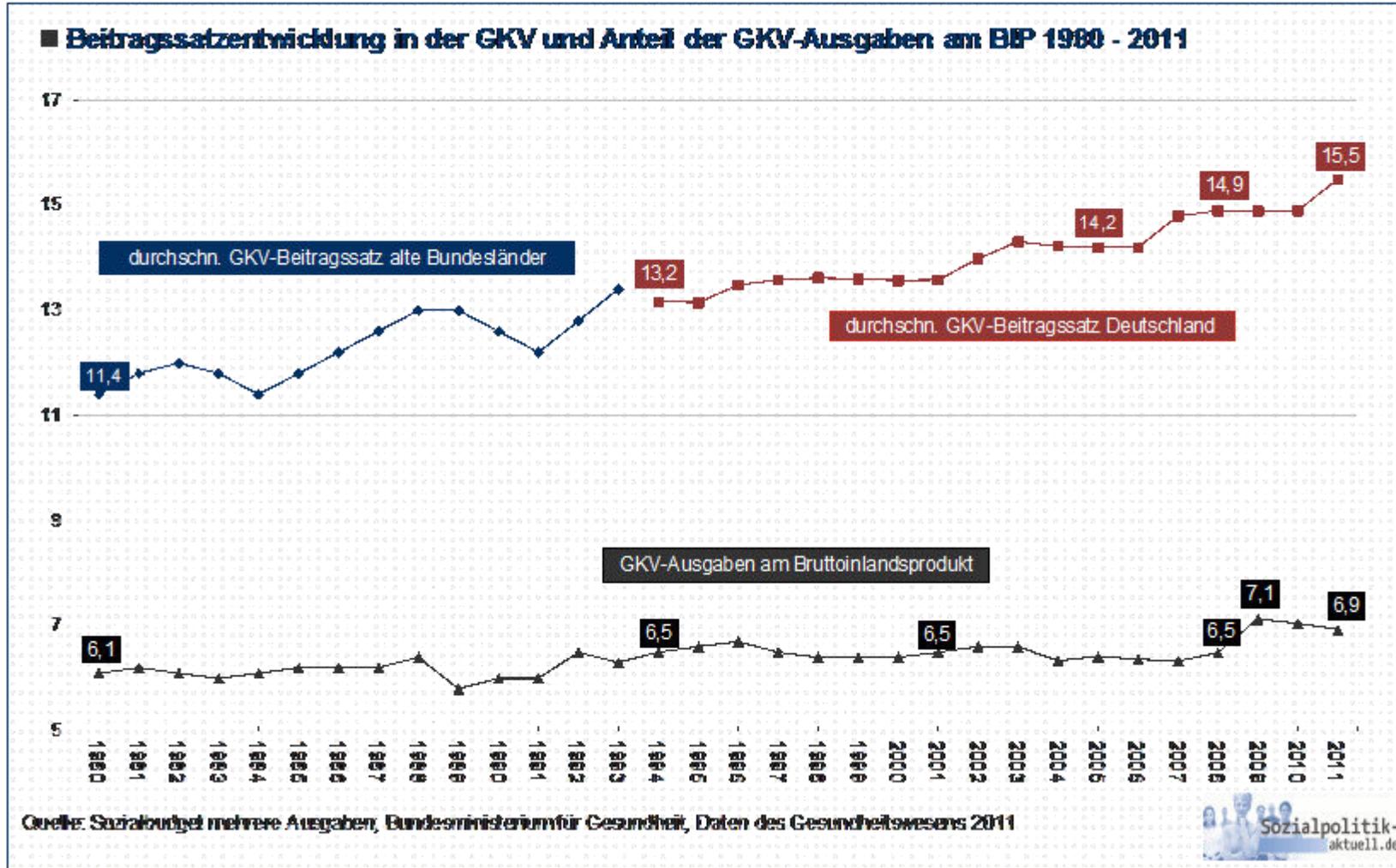
Quelle: vdek.

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)

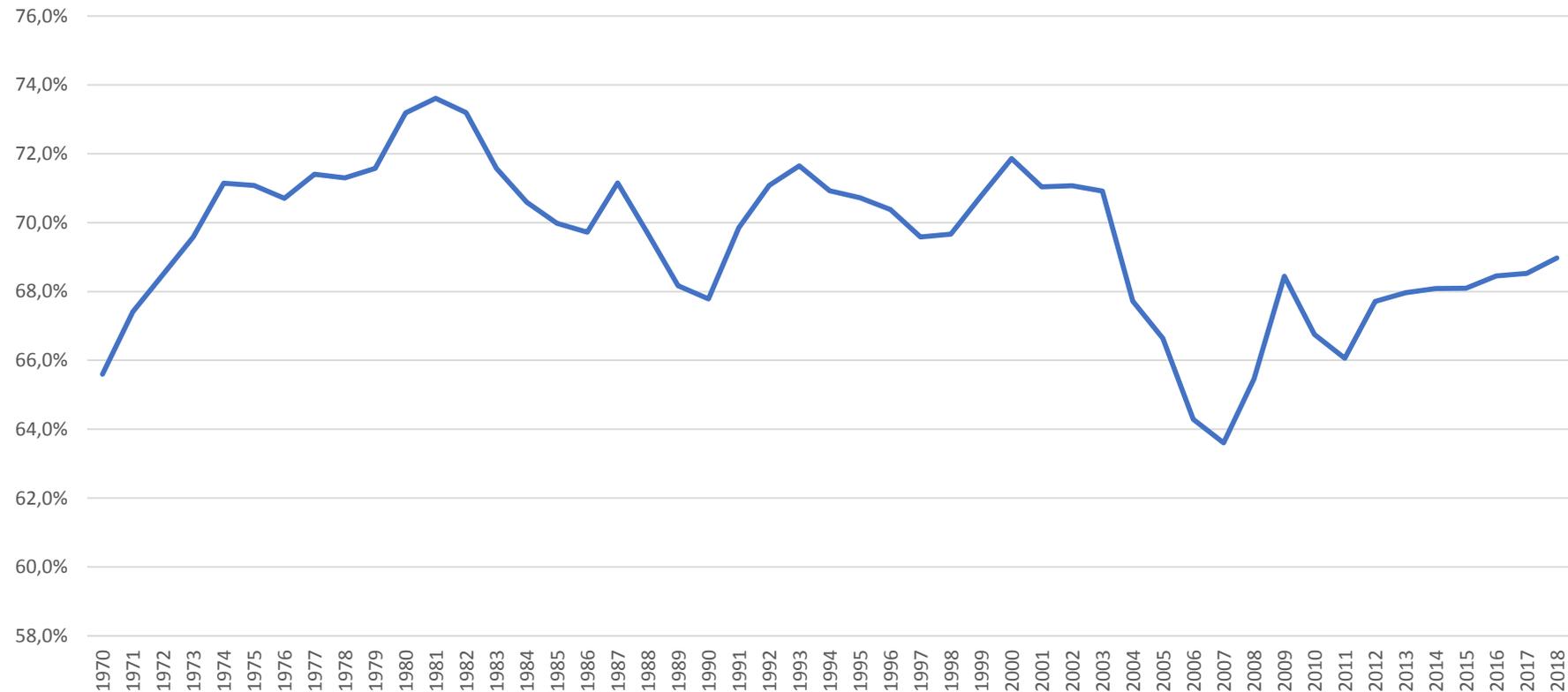
Kostenexplosion im Gesundheitswesen?

Der Beitragsanstieg war kein Ausgabenproblem, sondern ein Einnahmenproblem!



In Wahrheit: Einnahmerrückgang der GKV

Lohnquote 1970 – 2018 (in % des Volkseinkommens)



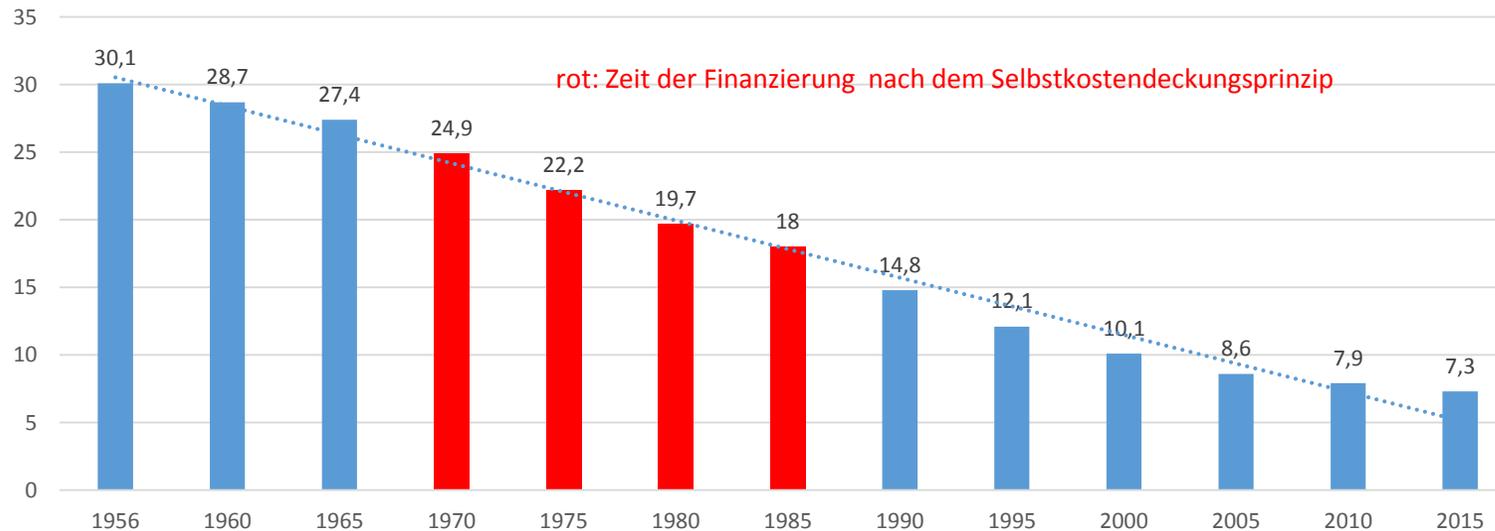
Quelle: Destatis

(<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*“)

Verweildauer-Entwicklung in 5-Jahres-Schritten, alle KHs



➤ **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)

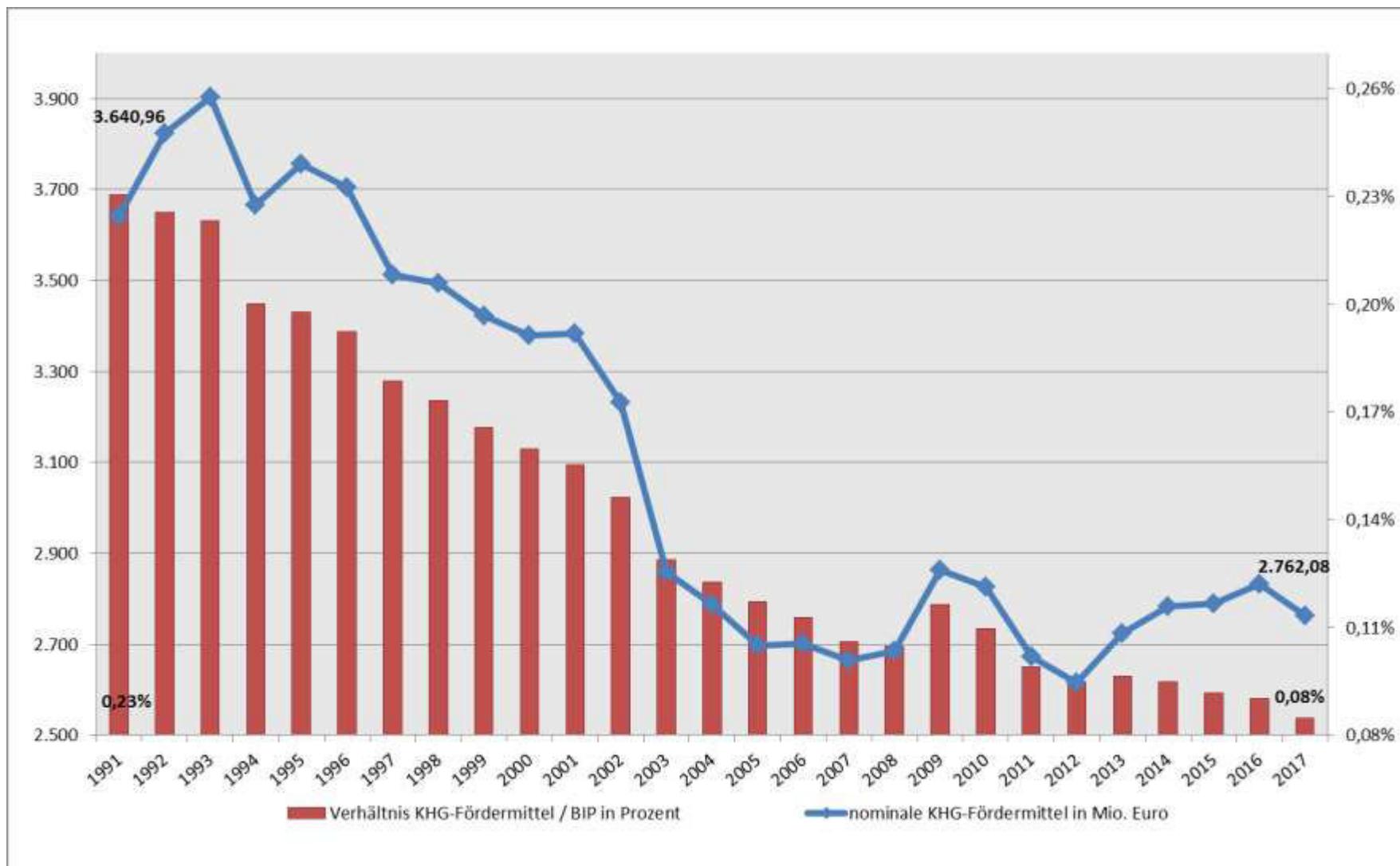
Ausblick: zunehmende Wettbewerbsorientierung

- 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

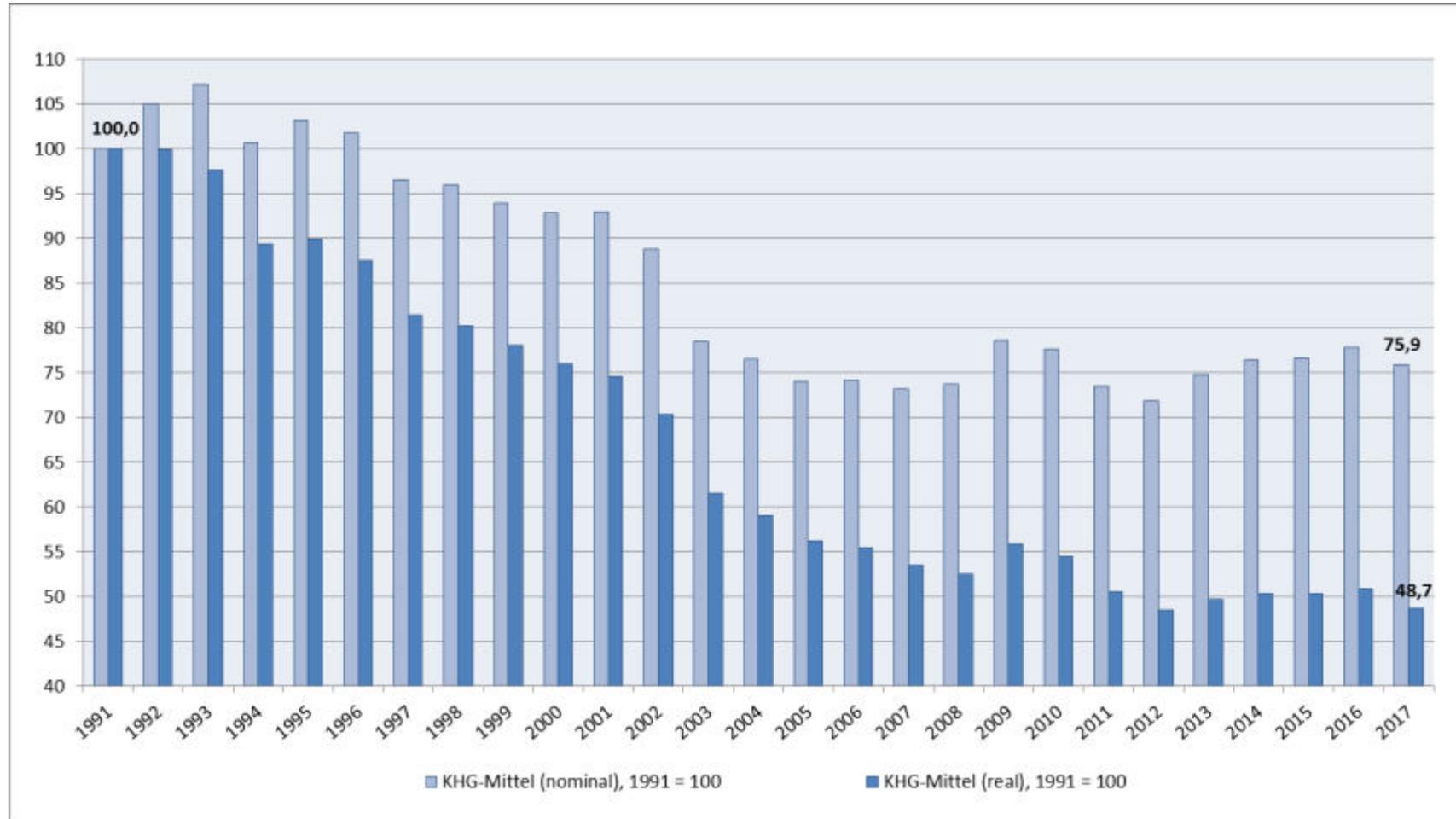
Quelle:
DKG-Bestandsaufnahme
Krankenhausplanung
und
Investitionsfinanzierung
2018



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. 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 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.

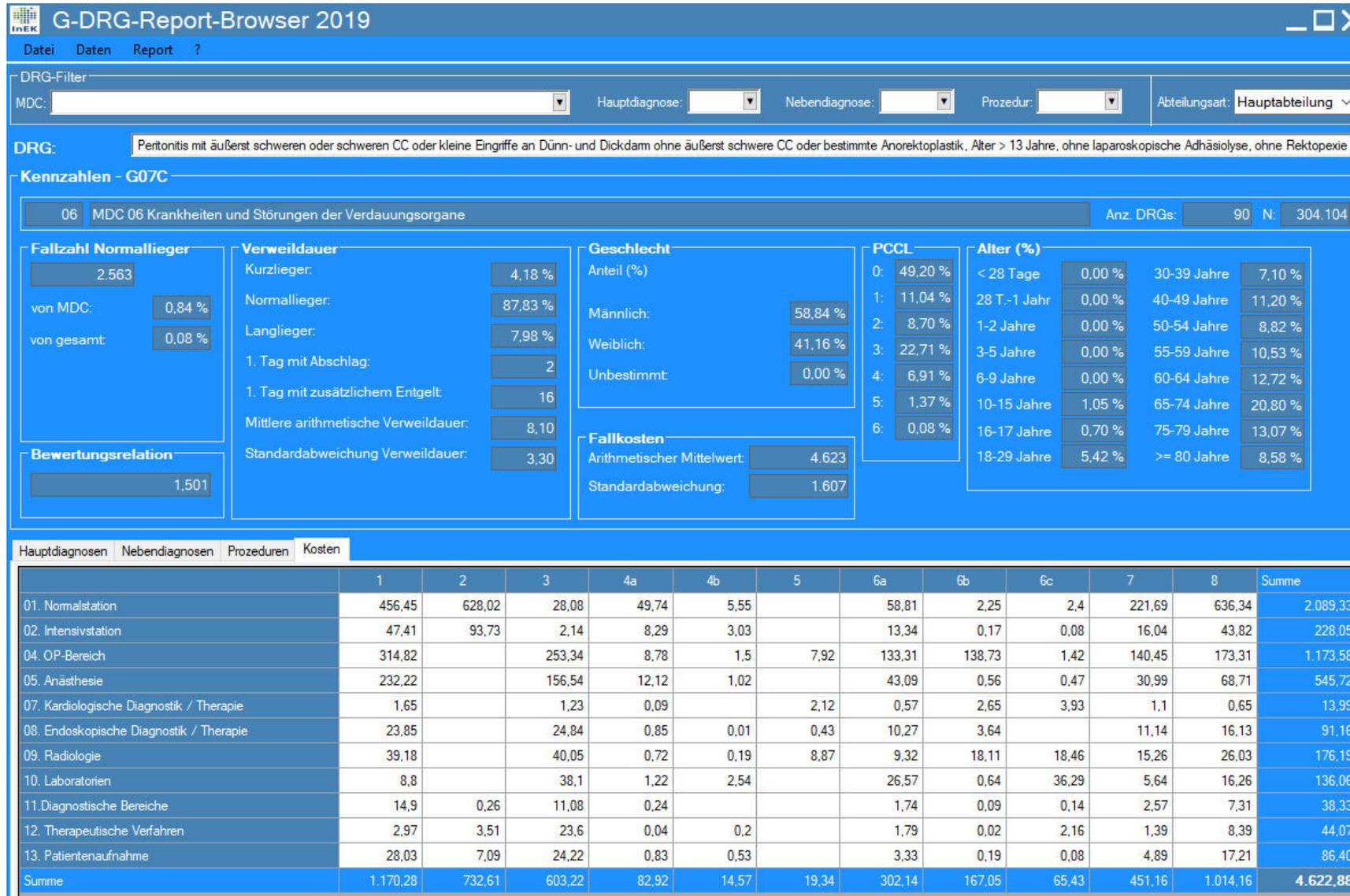
Inlier:

- 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!!**



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

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)

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.

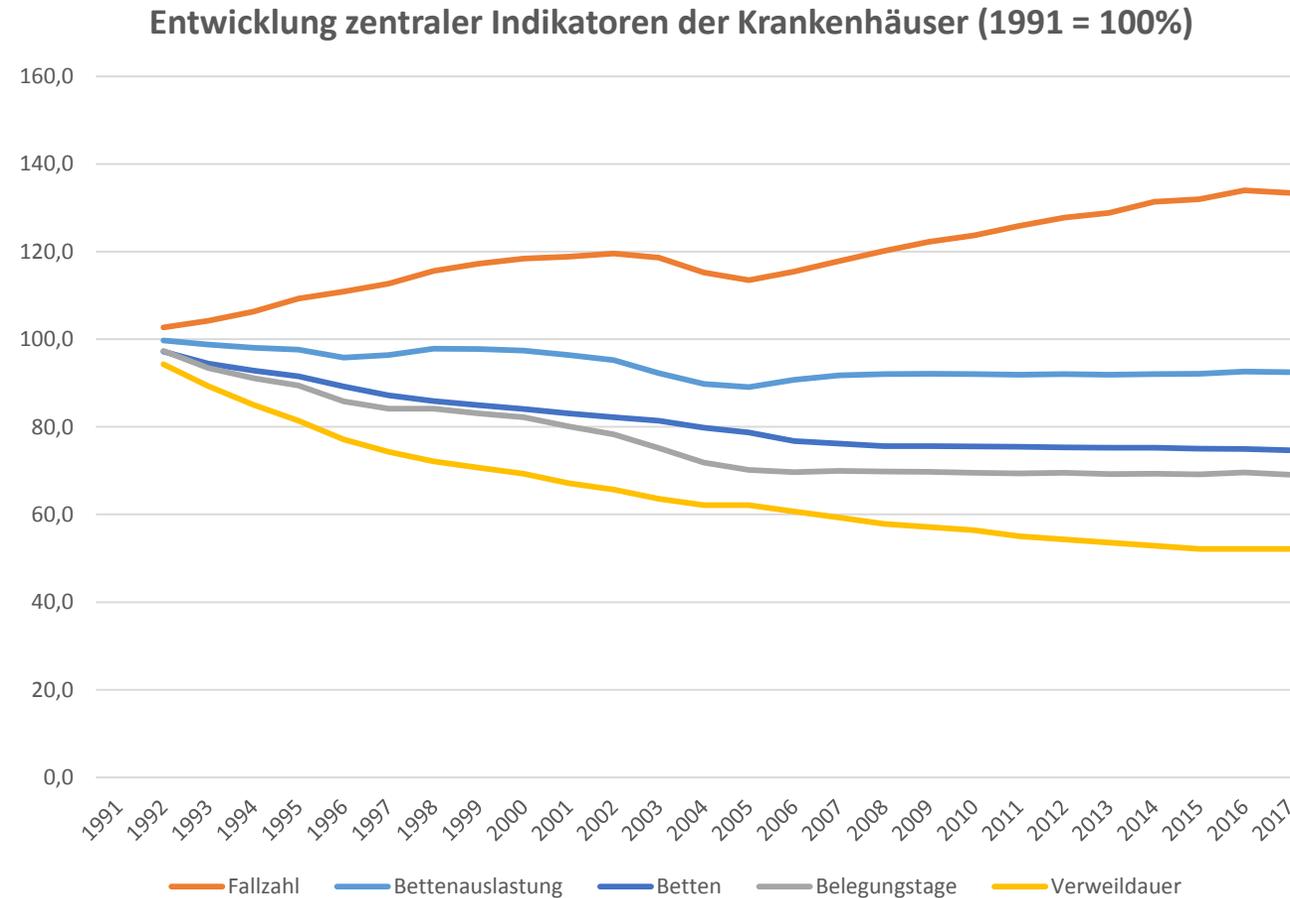
Wir unterstützen das Aktionsbündnis:
www.rettung-der-krankenhaeuser.de



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

Übersversorgung: 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 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“

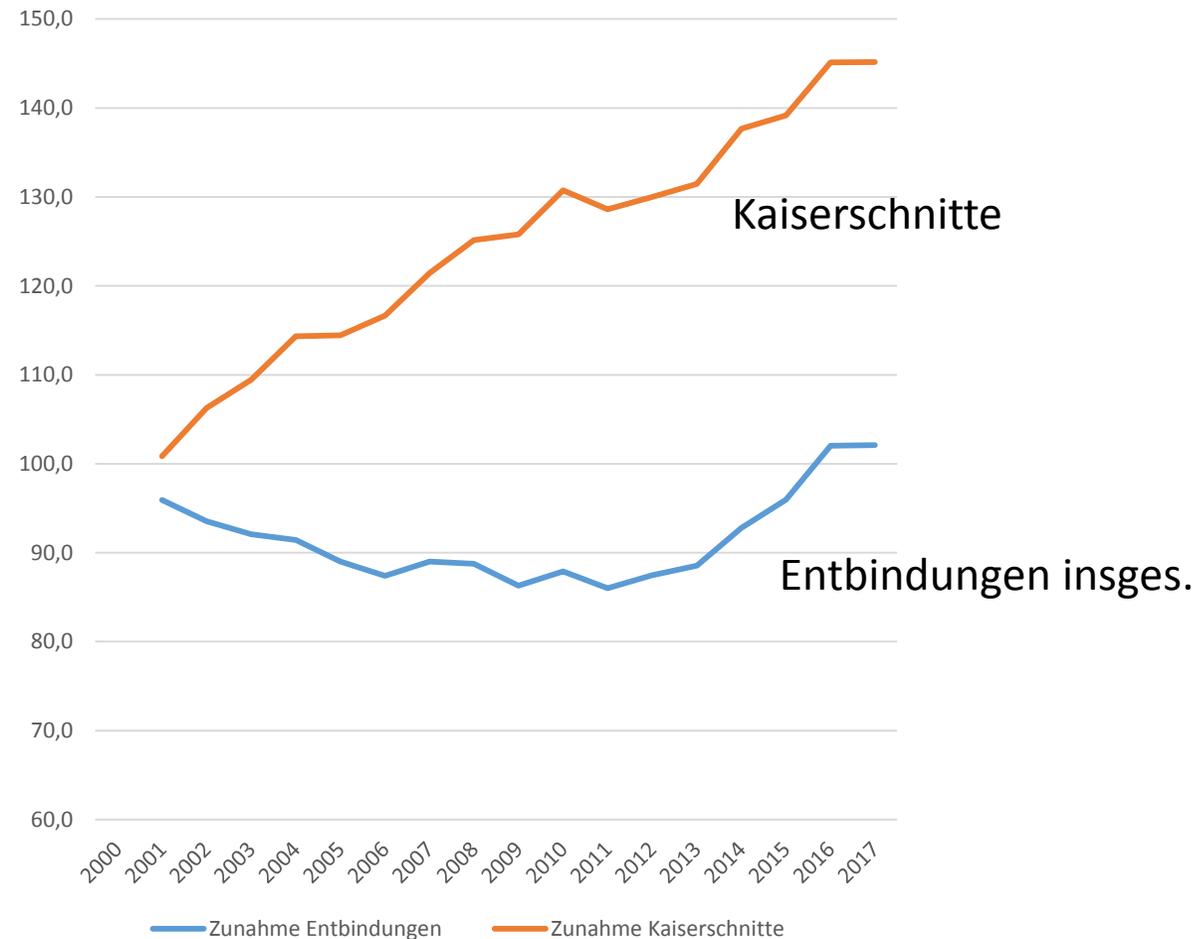
Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft

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

Übersorgung: Ausweitung invasiver Behandlungsformen

Entwicklung Entbindungen und
Kaiserschnitte im Krankenhaus
(2000 = 100%)



Quelle: Destatis, Grunddaten
der Krankenhäuser 2000 - 2017

Übersorgung: 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)

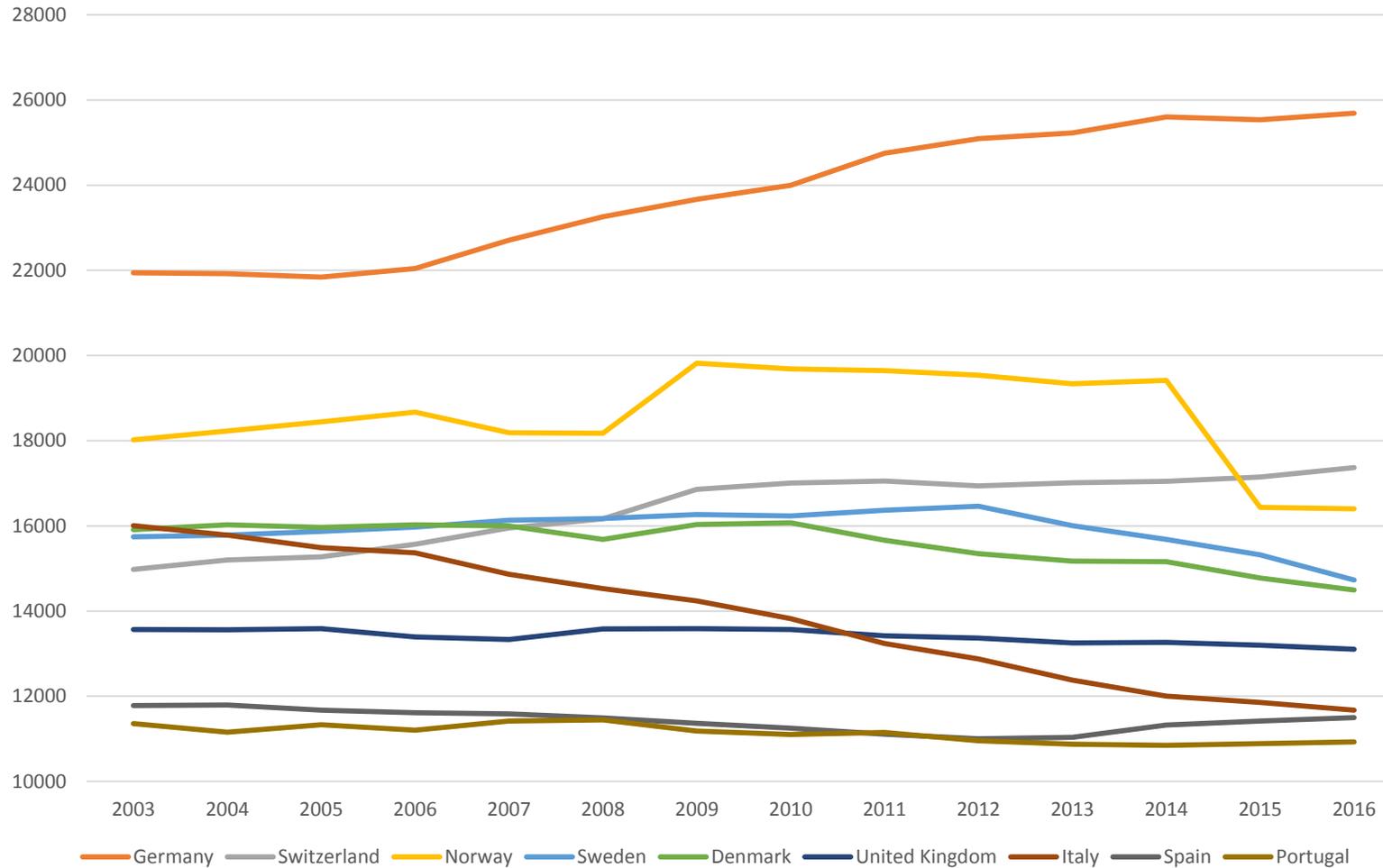
Ländervergleich der Behandlungsfälle

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“)

Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner in ausgewählten OECD-Ländern



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.“*

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').*

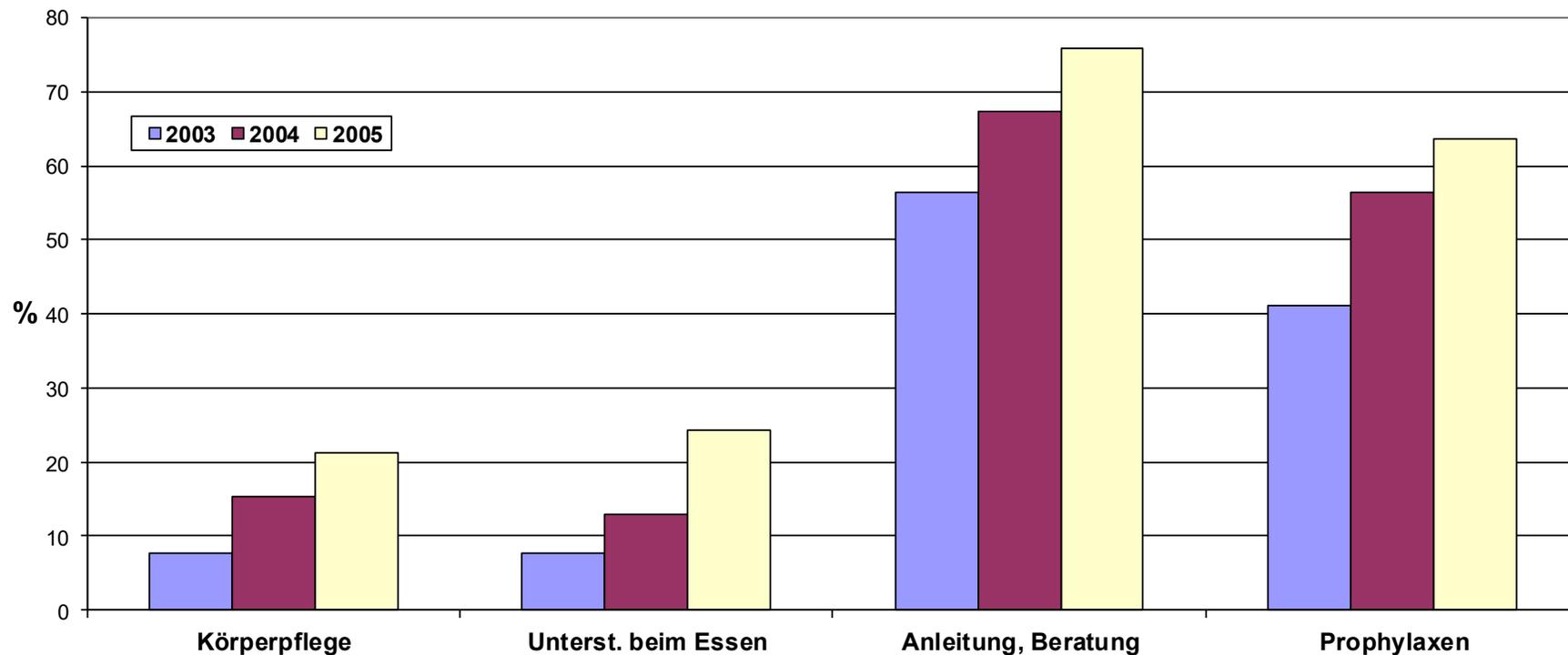
Folgen für die Patienten:

- 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:

Weggelassene Aufgaben



(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