

## **Einladung zur Mitarbeit an einer Kampagne gegen die DRGs Schluss mit der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens!**

Das Fallpauschalen-System, mit dem seit über zehn Jahren die Betriebskosten der Krankenhäuser in Deutschland finanziert werden, ist nach unserer Auffassung ein gescheitertes Großprojekt: Es erzeugt systematisch medizinische und wirtschaftliche Fehlanreize, die sich negativ auf die Qualität der Versorgung und die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern auswirken. Es erzeugt Konkurrenz und brutalen Wachstumszwang, anstatt Kooperation und solidarisches Handeln zu fördern. Alternativen zu dieser verfehlten Politik zu entwickeln und für einen Kurswechsel in der Krankenhauspolitik zu streiten, ist für uns das Gebot der Stunde. Dies möchten wir im Folgenden begründen und zur Mitarbeit einladen.

### **Krankheit wird zur Ware gemacht**

Mit dem Mythos einer angeblichen Kostenexplosion wurde in den 1980er Jahren eine Reihe von Gesundheitsreformen angestoßen. Der Legende nach war das solidarische Gesundheitssystem nicht mehr finanzierbar. Die „Reformen“ hatten ein klares Ziel: Es wurden profitorientierte Gesundheitsmärkte geschaffen. Diese könnten Gesundheitsleistungen besser und billiger zur Verfügung stellen als der Sozialstaat, so die Erzählung.

Auch der Krankenhausbereich wurde grundlegend verändert. Der Anspruch der Krankenhäuser auf Erstattung der notwendigen Kosten wurde bereits 1985 eingeschränkt. Stattdessen konnten und mussten sie von nun an Gewinne und Verluste verbuchen. Krankenhäuser sollten nicht mehr als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge gesehen werden, sondern als Wirtschaftsunternehmen, die sich am Markt behaupten müssen. Die Durchsetzung dieses neuen Leitbildes gipfelte 2004 in der Einführung von Fallpauschalen, der G-DRGs (German Diagnosis Related Groups). Die Betriebskosten eines Krankenhauses werden seitdem ausschließlich durch Pauschalen finanziert, die tatsächlich anfallenden Kosten spielen keine Rolle mehr.

Die Finanzierungslogik der Fallpauschalen zwingt dazu, permanent Wachstum (d.h. mehr Operationen) zu erzeugen und schafft einen ständigen Konkurrenzkampf um die niedrigsten Behandlungskosten – bei Strafe des wirtschaftlichen Untergangs. Das gilt für private Träger ebenso wie für öffentliche und freigemeinnützige. Ähnlich einer Fabrik werden PatientInnen so zu Fällen, deren „Kosten“ in einer schier endlosen Abwärtsspirale immer weiter gesenkt werden müssen. Die betriebswirtschaftliche Perspektive ist zur vorherrschenden Ideologie im Krankenhaus geworden – die politisch hergestellten wirtschaftlichen „Sachzwänge“ haben ihr den Boden bereitet. Die Ökonomie hat Fragen medizinischer und pflegerischer Ethik immer weiter an die Wand gedrängt.

### **Gewinner und Verlierer**

Das DRG-System erzeugt viele Verlierer und wenige Gewinner. Verloren haben zuerst die Beschäftigten: Die Fallpauschalen erzeugen Kostendruck, durch den Personalabbau im großen Stil erzwungen wurde, die Arbeitsbedingungen haben sich massiv verschlechtert. Besonders dramatisch ist hiervon die Pflege betroffen, aber auch andere Berufsgruppen (z.B. in Reinigung, Küche, Sterilisation) sind chronisch überlastet, ebenso viele Ärztinnen und Ärzte. Damit verlieren auch die Patientinnen und Patienten, denn Personalmangel und Arbeitsüberlastung lassen zu wenig Zeit für professionelle pflegerische und ärztliche Zuwendung.

Eindeutige Gewinner sind die Privaten. Mächtige Krankenhauskonzerne sind entstanden, denen es nicht primär darum geht, den tatsächlichen medizinischen Bedarf abzudecken. Krankheit ist in der stationären Versorgung zum Geschäftsmodell geworden. Über 800 Millionen Euro Rendite konnte die privatwirtschaftliche Krankenhausindustrie 2012 verbuchen. Die Möglichkeit, mit Fallpauschalen Gewinne machen zu können, war hierfür eine strategische Notwendigkeit: Solange „nur“ die tatsächlich entstehenden Kosten erstattet werden, sind Gewinne nicht möglich. So war das „Selbstkostendeckungsprinzip“ angelegt, das seit den 80er Jahren ausgehöhlt und schließlich abgeschafft wurde.

## **Leere Versprechungen und Irrwege**

Viele der ursprünglich formulierten Ziele, mit denen der Systemwechsel begründet wurde, sind nicht erreicht worden: DRGs wurden einerseits als *das* Instrument zur Kostensenkung angepriesen. Tatsächlich stellen sie sich als beständige Kostentreiber heraus: Die Fallzahlen von gewinnbringenden Operationen steigen seit Einführung der DRGs überproportional an. Die Behandlungskosten sind seit Einführung der Fallpauschalen ebenfalls sehr viel schneller gestiegen, als vor ihrer Einführung. Bürokratie, Technik und Zeitaufwand zur Berechnung, Codierung, Kontrolle der DRGs verschlingen Milliarden. Von dem profitablen Geschäft für Unternehmensberatungen ganz zu schweigen.

Ein weiteres zentrales Versprechen, mit dem die Einführung der DRGs begründet wurde, war eine bedarfs- und leistungsgerechtere Verteilung der Ressourcen. Diese Ziele können die Fallpauschalen als reines Preis- und Wettbewerbssystem aber überhaupt nicht erfüllen: Sie verfügen über keinerlei Instrumentarium, um den Versorgungsbedarf zu ermitteln und bedarfsgerecht zu steuern. Es folgt nicht, wie behauptet wird, das Geld den Leistungen, sondern die Leistungen dem Geld.

Die Berechnung der durchschnittlichen Behandlungskosten einer Fallpauschale hat nichts mit Leistungsgerechtigkeit zu tun. Der Betrag einer durchschnittlich aufwändigen Fallpauschale (z.B. Herzoperation oder unkomplizierte Geburt) wird unabhängig vom Durchschnitt der tatsächlich entstehenden Behandlungskosten festgelegt. Es ist ein Irrtum zu glauben, dass Fallpauschalen die durchschnittlichen Behandlungskosten ihrer Fallgruppen abbilden. Sie sorgen lediglich dafür, dass über- oder unterdurchschnittlich aufwändige Fallgruppen einen entsprechend höheren oder niedrigeren Erlös erhalten.

Das klingt kompliziert? Ist es auch! Die Faktoren und Zusammenhänge in der Berechnung von DRGs können nur sehr wenige Expertinnen und Experten nachvollziehen. Darin liegt ein wichtiger Grund für die fehlende Kritik am DRG-System: Was man nicht richtig versteht, kann man auch nicht ändern. Wissen ist Macht.

Die Vorstellung, Leistungen durch Preise steuern zu können, verkennt die Notwendigkeit politischer und wissenschaftlich fundierter Bedarfsplanung. Der Glaube an die steuernde Kraft des Marktes blamiert sich zunehmend an der Realität. Es gibt mehr als genug Gründe, diesen Irrweg der Krankenhauspolitik zu verlassen.

## **Kritik und Kräfte bündeln**

Die Kritik an Fehlanreizen und offensichtlichen Mängeln nimmt zu. Ärzteverbände, Krankenhausgesellschaften, Gewerkschaften, Patientenvertretungen, Wohlfahrts- und Pflegeverbände thematisieren die unverantwortlichen Folgen dieser Politik. Einige gehen bereits so weit, das DRG-System offen infrage zu stellen. Auch medial gibt es eine mittlerweile unüberblickbare Fülle an kritischen Reportagen, Berichten und Dokumentationen. Im öffentlichen Bewusstsein ist es zum Allgemeinplatz geworden, dass im Krankenhaus alle zu kurz kommen, außer einigen wirtschaftlichen Profiteuren.

Bei denjenigen, die nach wie vor vom DRG-System überzeugt sind, lichten sich hingegen die Reihen. Auffällig ist, dass sich die Verteidiger zunehmend auf propagandistische Glaubensbekenntnisse zurückziehen. Im schwarz-roten Koalitionsvertrag heißt es: „Die Einführung des Systems diagnosebezogener Fallgruppen (DRG-System) als leistungsorientiertes Entgeltsystem war richtig.“ Argumente oder Belege hierfür: Fehlanzeige.

Ein Fluchtpunkt der Befürworter ist die Floskel vom „lernenden System“, mit der suggeriert werden soll, dass offensichtliche Mängel und Probleme kontinuierlich reduziert würden. Die Mängel in der Patientenversorgung nehmen aber zu und die Arbeitsbedingungen verschlechtern sich laufend. Die grundsätzlichen Fehler liegen im System selber, sie sind in der Finanzierungslogik angelegt.

Es ist an der Zeit, die Kritik und die Kräfte gegen das DRG-System zu bündeln. Es geht darum Ansatzpunkte zu suchen, um die weit verbreiteten kritischen Einstellungen gegenüber DRGs politisch wirksam werden zu lassen. Die Initiativen und Aktionen gegen die Einführung des „Pauschalierenden Entgeltsystems in

Psychiatrie und Psychosomatik“ (PEPP) haben gezeigt, dass öffentlicher Druck erzeugt und wirksam werden kann, wenn viele gemeinsam an einem Strang ziehen.

### **Einstiege in den Ausstieg**

Die in den DRGs angelegte Markt- und Wettbewerbslogik lässt sich nicht auf einen Schlag abschaffen – bislang fehlt eine ausgearbeitete Alternative. Wir setzen uns für Grundsätze der Finanzierung ein, die das Verhältnis zwischen GesundheitsarbeiterInnen und PatientInnen von wirtschaftlichen Zwängen entlastet und damit eine optimale und wissenschaftlich gesicherte Versorgung ermöglicht. Mit Gesundheitsversorgung darf kein Profit gemacht werden („Gesundheitswirtschaft“) und sie darf nicht technokratisch rationiert werden (Budgetdeckelung). Deswegen ist es wichtig, Wettbewerb, Konkurrenz und Kostendruck an möglichst vielen Stellen zurückzudrängen. Wir sehen zahlreiche Ansatzpunkte, um an Einstiegen in den Ausstieg aus dieser Finanzierungslogik zu arbeiten, um zu einer bedarfsgerechten Finanzierung von Krankenhäusern zu kommen:

- Im Bereich der Pflege entwickelt sich derzeit eine Vielzahl an Initiativen und Kämpfen für mehr Personal. Die Auseinandersetzungen für tarifliche und gesetzliche Personalbemessung richten sich auch gegen die Fallpauschalen, durch die Personalbudgets laufend gekürzt werden müssen. Die Pflege ist dabei das schwächste Glied, auch deswegen sind diese Initiativen von großer Bedeutung. Wenn es gelingt, die Personalkosten aus den DRGs herauszulösen und separat den tatsächlichen Stellenbedarf (auf Grundlage einer allgemeinverbindlichen Personalbemessung) zu finanzieren, wäre dies eine enorme Entlastung für die Beschäftigten und würde sich positiv auf die Versorgung der PatientInnen auswirken. Dieser Zusammenhang spielt bei den derzeitigen Tarifeinverständigungen für mehr Personal an der Berliner Charité eine zentrale Rolle. Das Motto der Tariffbewegung lautet „Mehr von uns ist besser für alle!“.
- Die öffentliche Investitionsförderung muss wieder aufleben. Der Staat hat sich aus dieser Aufgabe in einem verantwortungslosen Maß zurückgezogen, der Investitionsstau wird auf bis zu 50 Mrd. Euro geschätzt. In ihrer finanziellen Not widmen Krankenhäuser Einnahmen aus der Krankenbehandlung zu Investitionsmitteln um, aus Personalstellen werden Baustellen. Diese Umwidmungen müssen verboten und die öffentlichen Investitionsmittel deutlich erhöht werden.
- Die notwendige Vorhaltung von Strukturen für Notfälle und Ausbildung in ländlichen Regionen muss jenseits der Fallpauschalen finanziert werden.
- Die geplante Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems PEPP in den Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik muss verhindert werden.
- Die Möglichkeit mit Krankenhäusern Profite zu erwirtschaften, muss wieder abgeschafft werden.

Krankenhäuser sind Einrichtungen der gesellschaftlichen Daseinsvorsorge, keine Wirtschaftsunternehmen. Krankenhausplanung und -finanzierung sind öffentliche Aufgaben, die politischer Planung und Steuerung bedürfen. Wir brauchen eine Bedarfsplanung der Krankenhausversorgung, in die alle Akteure des Gesundheitswesens einbezogen werden. Diese Ziele sind nicht im Rahmen der DRGs zu erreichen.

Wir laden alle, die Interesse an einem solidarischen, öffentlichen und bedarfsgerechten Gesundheitssystem haben, herzlich ein, sich an der Kampagne gegen das System der Fallpauschalen zu beteiligen. Wir möchten gemeinsam Strategien entwickeln und Bündnisse aufbauen, mit denen aus den Fabriken wieder Krankenhäuser in gesellschaftlicher Verantwortung werden!

---

**Kontakt für weitere Informationen und Mitarbeit: [info@vdaeae.de](mailto:info@vdaeae.de)**