

Wer ist und was will das Bündnis Krankenhaus statt Fabrik?

Das Bündnis besteht derzeit aus dem ver.di-Bundesfachbereich 3: Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen, dem Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää), attac, der Interventionistischen Linken (IL), der Soltauer Initiative, dem Berliner Bündnis Gesundheit statt Profite, dem Solidarischen Gesundheitswesen e.V. sowie einigen Persönlichkeiten aus der Politik.

Unser Ziel: Krankenhäuser sollen vor allem Einrichtungen der gesellschaftlichen Daseinsvorsorge sein, keine Wirtschaftsunternehmen. Wir streben eine öffentliche, demokratische Bedarfsplanung und Investitionsfinanzierung der Krankenhausversorgung an, die alle Akteure des Gesundheitswesens einbezieht. Dieses Ziel ist mit dem deutschen DRG-System, also mit der Abrechnung aller Krankenhausleistungen über Fallpauschalen, nicht vereinbar.

Die 204-seitige Broschüre und die Factsheets zu Pflege-DRG und Corona-Krankenhausfinanzierung finden sich unter dem Punkt »Fakten & Argumente« auf

www.krankenhaus-statt-fabrik.de

Bestellung der Druckfassung (Anzahl und Anschrift angeben) sowie Kontakt zum Bündnis:

info@krankenhaus-statt-fabrik.de

Dank der Unterstützung durch unsere Mitgliedsorganisationen können wir die Broschüre kostenlos anbieten, freuen uns aber über Unkostenbeteiligungen.

V.i.S.d.P.: Dr. Nadja Rakowitz, Kantstraße 10, 63477 Maintal

www.krankenhaus-statt-fabrik.de

Kap. I.15 Wie weit geht der Einfluss der EU im Gesundheitswesen?

Am Beispiel der Auseinandersetzung über die Rechtmäßigkeit staatlicher Zuschüsse zu den Betriebskosten defizitär wirtschaftender Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft wird der Einflussbereich europäischer Gesetze und Verordnungen auf die Rahmenbedingungen nationaler Gesundheitsversorgung erläutert und den weiterhin bestehenden Handlungsspielräumen nationaler und auch kommunaler gesundheitspolitischer Entscheidungsträger gegenübergestellt. Das in den EU-Verträgen festgelegte europaweite Harmonisierungsverbot für das Gesundheitswesen wird seit Jahren aufgeweicht durch Festlegung von Leitlinien für die Union mit einem jeweils genauen Zeitplan für die Verwirklichung der von ihnen gesetzten kurz-, mittel- und langfristigen Ziele. Dennoch bleibt gerade im Bereich der Gesundheitspolitik ein großer Entscheidungsspielraum für die nationale Ausgestaltung der Rahmenbedingungen, für Struktur und Betriebsweise der verschiedenen mit öffentlichen Dienstleistungen beauftragten Institutionen, auch für Subventionszahlungen.

Kap. I.16 Solidarität unter Wettbewerbsdruck – Die Vermarktlichung von Krankenkassen

Ökonomisierung und Wettbewerbsdruck gibt es nicht nur in Krankenhäusern, auch die gesetzlichen Krankenkassen, die eigentlich in ihrem Aufbau dem Solidaritätsprinzip verpflichtet sind, wurden in den letzten 30 Jahren schrittweise umgebaut und agieren heute zunehmend wie privatwirtschaftliche Unternehmen. Sie stehen im Wettbewerb um Kostensenkung und möglichst geringe Mitgliedsbeiträge und damit auch um möglichst junge, gesunde und zahlungskräftige Mitglieder. Die Etappen und politischen Konsequenzen dieser Entwicklung werden beschrieben.

Kap. II.1 Grundzüge einer alternativen Finanzierung und Planung

Die Grundzüge einer alternativen Krankenhausfinanzierung nach Abschaffung der DRG-Fallpauschalen bestehen aus: Verbot der Gewinnerzielung, um ökonomische Fehlanreize zu vermeiden. Bezahlung aller für die Behandlung der Pa-

tient*innen medizinisch erforderlichen Leistungen, wenn diese wirtschaftlich sparsam erbracht und gesetzlich vorgeschriebene Standards der Personalbemessung eingehalten worden sind. Planung der Gesundheitsversorgungsstruktur auf regionaler Ebene unter Einbeziehung aller Akteure und Patientenvertreter*innen und unter Berücksichtigung einer flächendeckend gleichwertigen Gesundheitsversorgung im ganzen Land.

Kap. II.2 Personalbemessung in Deutschland: Ist und Soll

Die Frage, ob und wie festgelegt wird, wieviel Personal einer bestimmten Berufsgruppe für die Patient*innenbehandlung benötigt wird, ist eng mit dem jeweils geltenden Finanzierungssystem verknüpft: Werden keine zwingenden Vorgaben für Stellenpläne gemacht und Leistungen als Festpreise oder Marktpreise bezahlt, ist Personalabbau die Folge, weil damit die Gewinne erhöht werden können. Werden aber die tatsächlich anfallenden und für die Behandlung notwendigen Kosten refinanziert und das Erwirtschaften von Gewinnen gleichzeitig verboten, sind Personalbemessungsmethoden sinnvoll, um den für die Behandlung tatsächlich erforderlichen Arbeitsbedarf der verschiedenen Berufsgruppen nachvollziehbar ermitteln zu können. Am Beispiel der Pflege werden unterschiedliche Methoden erläutert, wie eine solche Personalbemessung aussehen kann.

Kap. II.3 Krankenhausschließungen

Unter dem ökonomischen Druck des DRG-Systems werden immer mehr Krankenhäuser geschlossen. Diese Entwicklung betrifft besonders kleine Kliniken der Grundversorgung. Folge dieser rein ökonomisch begründeten Schließungen ist eine zunehmende stationäre Unterversorgung im ländlichen Raum. Diese Schieflage ist schon aus verfassungsrechtlichen Gründen (»Anspruch auf gleiche Lebensverhältnisse für alle Bürger*innen«) abzulehnen. Wir definieren dagegen strukturelle Kriterien, die eine angemessene Versorgungsqualität überall im Land gewährleisten und nur da Schließungen zulassen, wo Krankenhäuser tatsächlich verzichtbar sind und ein gleichwertiges medizinisches Angebot auf andere Weise sichergestellt werden kann.

Kap. II.4 Für eine alternative Gesundheits- und Krankenhauspolitik – unser Programm

Unser Leitgedanke ist die Stärkung der Daseinsvorsorge bei gleichzeitiger Schwächung der Marktwirtschaft in unserem Gesundheitssystem. Daher wollen wir die paritätische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern. Wir wollen die Trennung zwischen Privat- und Kassenpatient*innen abschaffen durch Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung. Wo Krankenhäuser in der Vergangenheit privatisiert wurden, wollen wir die Möglichkeit der Rekommunalisierung schaffen. Die geplanten Fortentwicklungen des DRG-Systems zu noch mehr Markt lehnen wir ab. Stattdessen treten wir ein für eine volle Finanzierung aller entstandenen Behandlungskosten im Krankenhaus und für die Beibehaltung der dualen Finanzierung, bei der die Länder endlich alle Investitionskosten verlässlich refinanzieren. Wir fordern eine regionale Planung der Gesundheitsversorgung unter Beteiligung aller betroffenen Akteure einschließlich Patientenvertreter*innen und in diesem Rahmen auch eine Abschaffung der doppelten Facharztversorgung im ambulanten und stationären Bereich.

Kap. III Streiks, Volksbegehren und Solidaritätsbündnisse

Der Widerstand gegen die zunehmende und für alle Betroffenen unerträgliche Ökonomisierung im Alltag unserer Krankenhäuser ist breit und vielfältig. Streiks für mehr Pflegepersonal nahmen in der Berliner Charité ihren Anfang und breiteten sich aus. Unterstützt wurden sie von den Solidaritätsbündnissen in vielen Städten. In mehreren Bundesländern gab es Volksbegehren für eine gesetzliche Personalbemessung. Nicht alle diese Initiativen hatten Erfolg, viele aber haben über mehrere Jahre dafür gesorgt, die Forderung nach einer am Gemeinwohl orientierten Steuerung der gesundheitlichen Versorgung ganz oben auf der politischen Agenda zu halten.

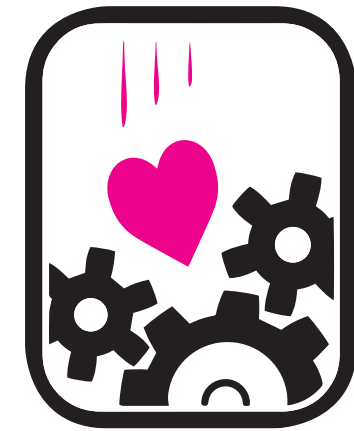
Nur online Pflege-DRGs: Aufwertung der Pflege oder alter Wein in neuen Schläuchen?

Wohin soll sich die Finanzierung der Pflege am Bett entwickeln? Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz wurde sie

aus der Abrechnung über DRG herausgelöst und auf ein eigenständiges Pflegebudget umgestellt. Dass dieses Pflegebudget nach dem Prinzip der Selbstkostendeckung gestaltet ist, ist dem marktorientierten Lager in der Gesundheitspolitik selbstverständlich ein Dorn im Auge. Hier macht man sich für die Einführung von »Pflege-DRG« stark – eine Ausdifferenzierung der Fallpauschalen, die aber mit den gleichen grundsätzlichen Problemen behaftet bleibt wie die bisherigen DRG: Kostendumping, Mengenausweitung, Patientenselektion. Auch einige Stimmen aus dem Pflegemanagement befürworten Pflege-DRG oder »NRG«, weil sie sich davon eine Aufwertung oder bessere »Sichtbarkeit« der Pflege versprechen. Weit gefehlt: Tatsächlich erhöht ein solches Preissystem Konkurrenz und Kostendruck, die dem pflegerischen Berufsethos fundamental widersprechen.

Nur online Die Corona-Krise und das Fallpauschalensystem

Da viele Einnahmen aus dem regulären Betrieb ausbleiben mussten, um Kapazitäten für die Covid-19-Behandlung freizumachen, standen viele Krankenhäuser in der Pandemie unter verschärftem Druck. Vor dem naheliegenden Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), die DRG-Finanzierung auszusetzen und den Kliniken Kostenübernahme zu garantieren, scheute die Regierung aber zurück und versuchte sich stattdessen an einer Ergänzung des Preissystems um sogenannte »Freihaltepauschalen«. Kaum eingeführt, zeigten sich die Nebenwirkungen durch Fehlsteuerung und Gewinnmitnahmen. Weitere Ausdifferenzierungen änderten daran grundsätzlich nichts, führten aber zusätzlich zu einer weiteren Existenzbedrohung kleiner Krankenhäuser. Insgesamt wurde deutlich: Für eine vernünftige Reaktion auf die Krise muss die Politik planerisch in die Krankenhauslandschaft eingreifen können. Die negativen Auswirkungen von Gewinnanreizen im System verstärken sich in der Krise. Es zeigt sich, dass ein System, in dem keine Vorhaltekosten finanziert werden, ungeeignet ist für die Finanzierung sozialer Infrastrukturen. Der unbedingte Wille zur Aufrechterhaltung des Fallpauschalen-Systems führte zu dem bekannten Nebeneinander von Geldverschwendung, Kostendruck und Fehlsteuerung.



KRANKENHAUS
STATT
FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser – Kritik und Alternativen

Kurzvorstellung der Broschüre von 2020 und unserer jüngsten Online-Veröffentlichungen

Bestellmöglichkeiten s. Rückseite

Kap. I.1 Geschichte der Krankenhausfinanzierung

Für die Diskussion über alternative Finanzierungssysteme ist der historische Rückblick lehrreich: So gab es in den 50er und 60er Jahren tagesgleiche Pflegesätze, die aber durch Abzüge bei Minderbelegung (< 75%) einen wirtschaftlichen Anreiz zur Verweildauerverlängerung mit sich brachten. Nach 1972 wurde dann die Selbstkostendeckung eingeführt, verbunden mit einem Verbot, Gewinne zu erwirtschaften. Ab 1986 wurden schrittweise kapitalistische Marktmechanismen in die Krankenhausfinanzierung eingeführt, Gewinne und Verluste zu erwirtschaften wurde zugelassen. Ab 2004 wurde dann das jetzige Fallpauschalensystem eingeführt.

Kap. I.2 Was sind DRG und wie funktionieren sie?

Diagnosis Related Groups sind die Grundlage für die Vergütung der Krankenhäuser mittels Fallpauschalen. Sog. Fallgruppen stellen den durchschnittlichen Kostenaufwand für die Behandlung einer bestimmten Diagnose dar. In die DRG-Kalkulation gehen nur tatsächlich verausgabte Kosten der stationären Behandlungsfälle ein, aber keine Vorhaltekosten, keine Investitionen. Auch Einspareffekte durch Unterbesetzung beim Personal fallen dabei unter den Tisch. Die Vergütung für eine DRG gilt pauschal für die gesamte Behandlung; sie richtet sich nach dem (bundeseinheitlichen) sogenannten Relativgewicht, das den Kostenaufwand in der jeweiligen Fallgruppe in Bezug auf die Durchschnittskosten aller Behandlungen darstellt. Dieses wird multipliziert mit dem sogenannten Landesbasisfallwert. Das ist ein Eurobetrag, der auf Länderebene zwischen Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften ausgehandelt wird. Die DRG sind also ein Festpreissystem; sie sind zugleich ein Einfallstor für eine noch weitere Vermarktwirtschaftlichung des Gesundheitswesens, wenn sie zu Marktpreisen weiterentwickelt würden.

Kap. I.3 Finanzielle Steuerung/Marktsteuerung

Was macht ein Solidarsystem aus und welche Folgen hat es, stattdessen Gesundheitsversorgung unter marktwirtschaftlicher, konkurrenzgeleiteter Steuerung zu betreiben? Überversorgung bei lukrativen Behandlungen und Unterversorgung bei Fallpauschalen mit ungünstigem Kosten-Nutzen-Verhältnis stehen bei einem Marktsystem nebeneinander. Medizinische Kriterien treten in den Hintergrund und zunehmend werden Patient*innen und Mitarbeiter*innen die Verlierer.

Kap. I.4 Mythen über die Selbstkostendeckung

Grundlage der Krankenhausfinanzierung in den Jahren 1972-1985 war das »Selbstkostendeckungsprinzip«. Krankenhäuser durften keine Gewinne erwirtschaften. Ihre Kosten wurden ihnen mittels tagesgleicher Pflegesätze für jeden Pflgetag erstattet. Die Befürworter*innen der Ökonomisierung und Privatisierung brachten diese Finanzierungsform in Verruf: Sie sei für überlange Liegezeiten (»Freiheitsberaubung«) verantwortlich und deshalb unwirtschaftlich. Tatsächlich waren die Tagespflegesätze aber nur unterjährige Abrechnungseinheiten. Am Jahresende wurde dann spitz abgerechnet. Außerdem lässt sich zeigen, dass die durchschnittliche Verweildauer zwischen 1956 und 2016 unabhängig von der Finanzierungsform gleichmäßig sank. Die Kosten der Krankenhäuser stiegen seit Einführung der DRGs stärker als in den 1990er Jahren.

Kap. I.5 Investitionskosten und Bedarfsplanung

Die Bundesländer sind gesetzlich verpflichtet, die Investitionen der Krankenhäuser zu bezahlen. Ca. 6 Mrd. Euro wären jährlich notwendig. Tatsächlich zahlen die Länder nur 2,8 Mrd. Euro. Krankenhäuser müssen Gelder aus den Budgets für den laufenden Betrieb zweckentfremden. Sie finanzieren ihre Baustellen mit Personalstellen. Politisch wird mitunter eine »monistische« Finanzierung gefordert: Krankenhäuser sollen nur noch mit den Krankenkassen abrechnen, die Fallpauschalen entsprechend um einen Investitionszuschlag erhöht werden. Auf diesem Weg müssten die Mitglieder der GKV zusätzlich mit ihren Beiträgen Renovierungen, Neubauten und Großgeräte für die Kliniken finanzieren. Außerdem wäre die Verantwortung der Bundesländer für die Krankenhausbedarfsplanung in Gefahr.

Kap. I.6 DRG – vom Festpreis zum Marktpreis

Die Ökonomisierung der Krankenhausversorgung durch Einführung der DRG-Fallpauschalenfinanzierung ist ein Paradigmenwechsel weg von solidarischer Daseinsvorsorge hin zu gewinnorientierter Betriebsführung. Bezahlung nach Qualität, P4P (Pay for Performance), Selektivverträge, »Invest-DRG« und Monistik sind politische Zukunftsprojekte für eine darüber hinausgehende marktwirtschaftliche Weiterentwicklung des DRG-Systems in Richtung einer marktradikalen Umgestaltung des Gesundheitswesens. Der Qualitätsbegriff wird in dieser Debatte instrumentalisiert, um die wirtschaftliche Konkurrenz der Kliniken untereinander weiter anzuheizen und letztlich aus Festpreisen des DRG-Katalogs flexible Marktpreise mit Zu- und Abschlägen zu machen. Die Folge wäre zusätzliche Steuerungsmacht der Krankenkassen für weitere Krankenhausschließungen.

Kap. I.7 Allgemeine Auswirkungen der DRG auf die deutschen Krankenhäuser

Alle Versprechungen, mit denen die Einführung des DRG-Systems begründet wurde, werden auf den Prüfstand gestellt: Tatsächlich wurden viele Krankenhäuser geschlossen und Betten abgebaut, aber nicht dort, wo es zu viele gab, sondern allein aufgrund ihrer Bilanzen. Dabei ist eine Unterversorgung entstanden in Bereichen wie Grundversorgung, Kinder- und Jugendmedizin oder bei extrem teuren und komplexen, im DRG-System unterfinanzierten Behandlungsfällen. Die Kosten für die Krankenhausbehandlung wurden aber nicht geringer, sondern sind mit den DRG stärker gestiegen als je zuvor. »Alles muss sich rechnen« ist zur alles beherrschenden Devise im klinischen Alltag geworden mit negativen Folgen für Patient*innen und Beschäftigte. Bürokratische Qualitätsprogramme werden nur zu Marketingzwecken betrieben, neue Controlling-Strukturen bauschen den Verwaltungsaufwand auf. Das Ergebnis: mehr Profit, aber schlechtere Versorgung der Patient*innen.

Kap. I.8 Auswirkungen der Finanzierung durch Fallpauschalen auf Patient*innen

Was ist, wenn Patient*innen zu Kund*innen umdefiniert werden? Leistungen werden nicht mehr durchgeführt, weil

sie für den einzelnen Patienten notwendig sind, sie werden verkauft, weil sie sich rechnen. Daher werden immer mehr Gelenkprothesen implantiert, steigt die Rate der Kaiserschnitte, werden Patient*innen länger beatmet, werden vor-schnell Amputationen bei Diabetiker*innen durchgeführt. Wegen des Personalmangels häufen sich Komplikationen im Behandlungsverlauf. Bei der Umwandlung von Krankenhäusern als Institutionen der Daseinsvorsorge zu gewinnorientierten Wirtschaftsunternehmen bleiben die Bedürfnisse der Patient*innen auf der Strecke.

Kap. I.9 Auswirkungen des DRG-Systems auf Beschäftigte im Krankenhaus

Mehr als 60% der Kosten eines Krankenhauses sind Personalkosten. Ihre Reduzierung ist eine der wichtigsten Stellschrauben jeder Geschäftsführung. Das DRG-System leistet der Personalreduktion Vorschub, weil in den Kalkulationsgrundlagen Personalkosten z.B. für die Pflege eingerechnet sind, aber keine Vorgaben existieren, mit welchem Stellenplan die Pflege durchgeführt werden soll. Obwohl die Zahl der behandelten Fälle von Jahr zu Jahr zugenommen hat, wurden 6,3% der Pflegestellen gestrichen; die Arbeitsbelastung hat um 30% zugenommen. In keinem anderen Land in Europa werden mehr Patient*innen von einer Pflegekraft versorgt. Die Folge: Immer mehr Pflegekräfte reduzieren ihren Arbeitsumfang wegen Überlastung oder verlassen den Beruf vorzeitig. Auch die Stellenpläne anderer Berufsgruppen wie Wirtschaftsdienst, Reinigung, Küchenpersonal sind trotz zunehmender Patient*innenzahlen reduziert worden oder sind Opfer des Outsourcings in Tochterfirmen.

Kap. I.10 Veränderung des professionellen Ethos

Das Eigentliche, Verbindende der Gesundheitsberufe stellt die Orientierung an »guter Arbeit«, am Wohl der einzelnen Patientin und am Gemeinwohl dar. Diese Haltung wird ausgehöhlt und beschädigt. Der permanente Druck durch das DRG-System führt zu immer neuen Kürzungen und Stress in fast allen Berufsgruppen. Motivierte Fachleute werden aus Zeitmangel zur Rationierung ihrer Tätigkeiten gezwungen, Frustration und Schuldgefühle sind oft die Folge. Viele reduzieren ihr Stundenbudget oder verlassen das Krankenhaus, um Druck und Überlastung zu bewältigen. Die Ärzt*innen

werden im DRG-System zudem in ein moralisches Dilemma gezwungen, weil sie bei Indikationsstellungen für Therapien einerseits kompromisslos das Wohl ihrer Patient*innen verfolgen sollen, andererseits aber mehr und lukrativere Fallpauschalen für ihr Krankenhaus erlösen sollen. Ärzt*innen in Führungspositionen werden gezielt mit Bonusssystemen korrumpiert.

Kap. I.11 Privatisierung von Krankenhäusern

Mit dem Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung wurde 1984 ein Paradigmenwechsel vollzogen: Von nun an durften Krankenhäuser Gewinne erwirtschaften und behalten. Vollständig umgesetzt wurde dieses Prinzip dann mit der Einführung des DRG-Systems, und das rief immer stärker private Klinikkonzerne auf den Plan. Durch Fokussierung auf erlösstarke Behandlungen und Kostensenkung besonders im Personalbereich können Krankenhäuser so hohe Renditen erwirtschaften, dass sie zu profitablen Investitionsobjekten geworden sind. Die Geschäftsstrategien der fünf größten deutschen Klinikkonzerne werden detailliert beschrieben und die Konsequenzen für die Fehlentwicklungen des deutschen Krankenhauswesens analysiert. Das Fazit des jahrzehntelangen Privatisierungshypes: Wenn Krankenhäuser keine Gewinne machen dürften und ihre Kosten stattdessen refinanziert würden, wäre der Durchmarsch der Privaten schnell zu Ende, denn deren Interesse ist nicht Daseinsvorsorge für alle, sondern Profit.

Kap. I.12 PPSG und PPUGV – Beginn einer neuen Ära der Krankenhausfinanzierung?

Die bundesweiten Protestaktionen der Pflegekräfte haben erreicht, dass inzwischen die Personalkosten für die »Pflege am Bett« aus den DRG herausgenommen und durch jährlich zu verhandelnde Pflegebudgets ersetzt worden sind, festgeschrieben im PPSG, das auch die 100%ige Refinanzierung aller künftigen Gehaltssteigerungen vorschreibt. Ein echter Fortschritt – aber nur für Pflegekräfte. Ausgenommen bleiben alle anderen Berufsgruppen im Krankenhaus. Gleichzeitig bedrohen die parallel beschlossenen Untergrenzen für das Pflegepersonal die meisten Errungenschaften wieder, weil sie aus einem bereits zurechtgesparten Ist-Zustand abgeleitet werden. Stattdessen bräuchte es eine wissenschaft-

lich begründete, verbindliche Personalbemessung und die Herauslösung aller Personalkosten aus der DRG-Kalkulation.

Kap. I.13 Psychiatrie und Psychosomatik

Auch Psychiatrie und Psychosomatik sollten ein an das DRG-System angepasstes Finanzierungssystem erhalten. Das zu diesem Zweck neu entwickelte Pauschalierende Entgelt-system für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) basierte zwar nicht auf Festpreisen, es wurden aber Relativgewichte errechnet, die für die unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen abgestufte Tagespreise festlegten mit eingebauter Degression bei längeren Behandlungsdauern. So entstanden ganz ähnliche Zwänge in der psychiatrischen Behandlung wie in der somatischen. Großer Protest der betroffenen Berufe und zivilgesellschaftlicher Organisationen konnte dieses bereits verabschiedete Gesetz wieder zu Fall bringen. Im jetzt gültigen »Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen – Psych-VVG« erfolgt die Finanzierung der Kliniken auf der Grundlage krankenhausesindividueller Budgets. Auch die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) wurde nicht, wie im PEPP-Gesetz geplant, abgeschafft, sondern gilt in veränderter Form weiterhin.

Kap. I.14 Äpfel und Birnen – internationale Vergleiche sind schwierig

Immer wieder werden Kosten für das Gesundheitswesen, Anzahl von Krankenhausbetten, Lebenserwartung in verschiedenen Ländern verglichen, um daraus politische Schlussfolgerungen für das deutsche Gesundheitswesen abzuleiten. Anhand aktueller Beispiele wie der Bertelsmannstudie über die stationäre Versorgungsstruktur in Dänemark im Vergleich zu Deutschland (2019) oder die Stellungnahme der Leopoldina (»8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem«) von 2016 wird dargelegt, wie problematisch internationale Vergleiche sind: Die Entwicklung jedes Gesundheitssystems wird von vielen historischen, wirtschaftlichen, sozialen und strukturpolitischen Faktoren bestimmt, die in diesen Studien und Publikationen nicht ausreichend berücksichtigt werden und daher zu zweifelhaften Schlussfolgerungen führen.