



Bedarfsgerechte Versorgung statt wirtschaftliche Erfolgswahlen

Ökonomisierung¹ stoppen – Krankenhausfinanzierung reformieren

1. Krankenhäuser sind Einrichtungen der gesellschaftlichen Daseinsvorsorge. Die Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten stationären Versorgung ist eine staatliche Pflichtaufgabe. Krankenhausplanung und –steuerung brauchen gesellschaftliche Planung und politische Steuerung. Sie dürfen nicht Marktkräften überlassen werden.
2. Planung im Gesundheitswesen muss sich am Bedarf von diagnostischen, medizinischen und pflegerischen Leistungen der Menschen orientieren und nicht an privatwirtschaftlichen Interessen der Kapitalverwertung. Das Gesundheitswesen darf nicht zum Gesundheitsmarkt verkommen. Folgt man dieser Vorgabe, so sollten Krankenhäuser in öffentlicher oder freigemeinnütziger Hand verbleiben bzw. zurückgegeben werden. Gesundheit ist kein Produkt und Gesundheitsdienstleistungen dürfen nicht Waren sein, die eine kaufkräftige Nachfrage befriedigen. Sie sollen vielmehr dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung gerecht werden. In der Realität des Konkurrenzkampfes der Krankenhäuser, der mit dem deutschen Fallpauschalensystem bezweckt wird, werden aber volkswirtschaftliche Ressourcen verschwendet und die Medizin zum Nachteil der Patientinnen und Patienten verändert.
3. Stationäre Versorgung ist bedarfsgerecht und ausreichend, wenn sie allen Patienten, die auf Krankenhausbehandlung angewiesen sind, eine effektive Versorgung auf qualitativ hohem Niveau garantiert. Gesamtgesellschaftlich soll die Versorgungsstruktur wie auch das einzelne Krankenhaus nach Möglichkeit kosteneffizient sein.

4. Deutschland hat mehr Krankenhausbetten und Krankenhäuser als andere europäische Länder. Das hat seinen Ursprung in historisch gewachsenen Unterschieden der Versorgungsstrukturen in den verschiedenen Ländern. So wird in Deutschland z.B. der rasche und ungehinderte Zugang zum Gesundheitswesen höher bewertet als in skandinavischen Ländern. Der vdää unterstützt eine kritische und ergebnisoffene Prüfung des Bedarfs an Krankenhäusern und Krankenhausbetten. Ein Abbau von Kapazitäten darf aber nur aufgrund veränderter medizinischer Notwendigkeiten vorgenommen werden und nicht nach wirtschaftlichen Kriterien erfolgen. In unterversorgten Regionen können auch regionale Gesundheitszentren in öffentlicher Trägerschaft eingerichtet werden.
5. Der vdää. sieht die starre Trennung der ambulanten und stationären Versorgung mit der „doppelten Facharztschiene“ als unsinnig und als Verschwendung von Ressourcen an. Wir fordern deshalb eine Prüfung des Bedarfs an ambulanten Versorgungskapazitäten, die Zulassung der Krankenhäuser zur ambulanten, insbesondere fachärztlichen Versorgung sowie verbesserte Möglichkeiten für Vertragsärzte, Krankenhausstrukturen zu nutzen. Die Verkürzung von Verweildauern im Krankenhaus ohne verbesserte Nachsorge und integrierte Versorgung geht am Bedarf der Patientinnen und Patienten vorbei.
6. Krankenhausbedarfspläne sollen auf Länderebene festgelegt und zwischen den Ländern abgestimmt werden. Aus Sicht des vdää sollte die Bedarfsplanung in Zukunft sektorübergreifend erfolgen, d.h. sowohl ambulante und stationäre medizinische Versorgung wie auch Rehabilitation und Pflege integrieren, und auf Absprachen zwischen lokaler, regionaler und überregionaler Ebene beruhen. Diese schwierige, aber lohnende Aufgabe kann eine marktwirtschaftliche Herangehensweise niemals lösen. Da medizinischer Versorgungsbedarf immer nur näherungsweise bestimmt werden kann, sollte Bedarfsplanung als gesellschaftlicher Diskurs angelegt werden, der alle relevanten Akteure im Gesundheitswesen beteiligt.² Auch regionale Gesundheitskonferenzen können ein Instrument der Planung sein. Der Klärungsprozess gehört in öffentliche Verantwortung. Bedarfsplanung muss so weit wie möglich wissenschaftlich

fundiert und durch Versorgungsforschung objektiviert werden. Die gesetzlichen Grundlagen der Krankenhausbedarfsplanung sollten in der Weise reformiert werden, dass eine bedarfsorientierte politische Steuerung des Krankenhausesektors gegenüber einer profitorientierten Wettbewerbsordnung durchgesetzt werden kann.³

7. Krankenhausplanung wird nur wirksam, wenn notwendige Investitionen tatsächlich getätigt werden. Der vdää setzt sich für eine Wiederbelebung der dualen Finanzierung ein. Die allgemeine Praxis der Umwidmung von Betriebsmitteln aus DRG-Erlösen zur Eigenfinanzierung von Investitionen durch die Krankenhäuser ist skandalös. Politische Initiativen sollten wirksamen Druck auf die Bundesländer dahingehend ausüben, dass sie künftig ihrer Verpflichtung zur Finanzierung der Investitionen nachkommen.⁴ Der vdää unterstützt die Idee einer politisch breit getragenen Initiative zur Auflösung des über lange Jahre aufgelaufenen Investitionsstaus und zu einer dauerhaft ausreichenden Finanzierung von Investitionen. Eine Änderung der Investitionskostenfinanzierung in Richtung Monistik (Einpreisung der Investitionskosten in die DRGs und Bezahlung durch die Kassen) lehnt der vdää entschieden ab. Sie wäre das Ende einer Bedarfsplanung durch die Länder, würde dem Sicherstellungsauftrag der Kommunen zuwiderlaufen und den Konkurrenzkampf der Krankenhäuser noch mehr verschärfen.
8. Abgesehen von der ungenügenden Investitionsfinanzierung durch die öffentliche Hand stehen aus Sicht des vdää ausreichende Finanzmittel für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung. Insgesamt werden die Mittel aber nicht sinnvoll verteilt.
9. Der vdää kritisiert das deutsche Fallpauschalensystem als Transmissionsriemen zu einer Ökonomisierung des Krankenhausesektors. Das G-DRG-System wird weder den Bedürfnissen und Notwendigkeiten von Patientinnen und Patienten noch denen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerecht. Nur abgeschlossene, dokumentierte, zähl- und abrechenbare Verrichtungen bringen den Kliniken Erlöse ein. Sorgsame Diagnostik und intensive Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten, mit einer schließlich abwartenden Vorgehensweise, die riskante oder unnötige Prozeduren

vermeidet, wird nicht vergütet. Als Folge davon ist eine ganzheitliche Sicht auf den Patienten ist nicht mehr möglich, Untersuchung und Behandlung konzentrieren sich auf die Symptome der Aufnahmediagnose.

10. Das G-DRG-System setzt – unabhängig vom zu erwartenden gesundheitlichen Nutzen für die Patientin oder den Patienten – Anreize zur Fallzahlsteigerung und zu sachkostenintensiven Prozeduren. Der systembedingte Konkurrenzkampf der Krankenhäuser zwingt zu einer permanenten ökonomischen Wachstumsstrategie bei gleichzeitigem Kostensenkungswettbewerb zu Lasten der Beschäftigten. Das führt zu – im Vergleich der OECD-Länder – auffallend hohen Eingriffszahlen und insgesamt überproportionalen Ausgabensteigerungen zulasten der GKV im stationären Sektor.
11. Das Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (KHNG) hatte bereits 1985 unter Minister Blüm im stationären Sektor das Kostendeckungsprinzip beseitigt, Profite ermöglicht und die Ökonomisierung eingeläutet. Folgerichtig begannen private Kapitalgesellschaften, mit Gewinnerwartung in den Klinikbereich einzudringen. Die Einführung der D-DRGs hat diese Entwicklung begünstigt und beschleunigt. Kapitalgesellschaften bieten stationäre Versorgung und Medizinprodukte oder integrierte Versorgungsprojekte „aus einer Hand“ an, private Zusatzversicherungen dieser Konzerne sind in der Entwicklung. Hier sieht der vdäa die Gefahr, dass ein privates, nicht primär am Patientenwohl orientiertes Parallelgesundheitswesen entstehen könnte.
12. Die Vorhaltekosten von Krankenhausstrukturen mit naturgemäß wechselnder Belegung wie Notfallambulanzen, Kreißsäle und Intensivstationen werden im G-DRG-System nicht berücksichtigt. Auch Zukunftsinvestitionen in Aus- und Weiterbildung des schon heute knappen Fachpersonals werden heute unter dem betriebswirtschaftlichen Blickwinkel kurzfristiger Kosteneffizienz kurz gehalten.
13. Das deutsche Fallpauschalensystem ist ein Festpreissystem. Das Niveau dieser Festpreise ist im G-DRG-System von den tatsächlichen Selbstkosten der Krankenhausbehandlungen weitgehend abgekoppelt. Die ständig steigende Zahl von Kliniken, die Verluste erwirtschaften, zeigt, dass das Preisniveau nicht auskömmlich ist. Die Preise

werden zwischen Krankenhausgesellschaft und GKV des jeweiligen Bundeslandes jährlich neu ausgehandelt. Für diesen komplizierten Verhandlungsprozess gilt eine ganze Reihe von Regeln, die die Berücksichtigung einer Vielzahl steigender und mindernder Faktoren sicherstellen soll. Letztlich wird auf diese Weise der Eurobetrag festgelegt, der im jeweiligen Bundesland für eine durchschnittlich aufwändige Krankenhausbehandlung bezahlt wird, entsprechend einem sog. Relativgewicht der Fall schwere von 1,00. Die Aufgaben des InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) dabei sind: Erstens die Definition von Fallgruppen (Diagnosis Related Groups), die hinsichtlich ihrer Kosten homogen sind und zweitens die Berechnung des Kostenaufwandes der Fallgruppen im Vergleich zueinander. Auf diese Weise werden die Relativgewichte der Fallgruppen bestimmt. Eine Fallgruppe, für deren Behandlung zum Beispiel allgemein doppelt so viel Geld aufgewandt werden muss wie für eine durchschnittliche Krankenhausbehandlung, erhält dementsprechend das Relativgewicht 2. Diesen Berechnungen liegen die nach einer einheitlichen Systematik aufgeschlüsselten Kosten aller DRG-Fälle der Referenzkrankenhäuser des InEK zugrunde. Daraus folgt: ein gleichmäßiger Anstieg der Selbstkosten der Krankenhäuser z.B. durch eine Tarifierhöhung wird in der DRG-Systematik nicht abgebildet.

14. Allgemeine Fallkostenveränderungen können nur über zu verhandelnde Veränderungen der Landesbasisfallwerte eingepreist werden. Zur Kostendämpfung sind die Veränderungen der Landesbasisfallwerte jedoch auch an die Entwicklung der volkswirtschaftlichen Grundlohnsumme gekoppelt worden. Damit wurde die finanzielle Ausstattung der Krankenhäuser an die wirtschaftliche Entwicklung statt an den Versorgungsbedarf gekoppelt, und dabei an einen Parameter, der aus verteilungspolitischen Gründen, nämlich der Umverteilung von unten nach oben, hinter der volkswirtschaftlichen Gesamtentwicklung zurückbleibt. Auf diese Weise wurden die Preise über die vergangenen Jahre beständig unter die Selbstkosten vieler Krankenhäuser gedrückt. Das ungenügende Preisniveau pro Fallpauschale setzt einen starken Anreiz zur kompensatorischen Fallzahlausweitung, um so die Erlöse zu stabilisieren.⁵ In diesem Mechanismus sehen wir die aktuelle Erscheinungsform von Rationierung: Behandlungen werden zwar durchgeführt, jedoch in Form einer Mangelwirtschaft oftmals ohne ausreichende pflegerische und menschliche Zuwendung.

15. Der Wettbewerb der Krankenhäuser läuft zum anderen Teil über die Senkung der Selbstkosten, vor allem der Personalkosten. Das InEK stellt seine Kostenkalkulationsdaten allen Krankenhäusern transparent zur Verfügung. Mit dieser Datenbasis können sich die Krankenhäuser permanent mit ihren Konkurrenten vergleichen und zielgerichtete Sparmaßnahmen durchführen, um die Fallkosten wie auf einer Kellertreppe immer weiter zu senken. Diejenigen Krankenhäuser, die am rücksichtslosesten Personal abbauen, Arbeit verdichten und Löhne senken, haben die besten betriebswirtschaftlichen Kennzahlen.⁶
16. Mit der geplanten Ausweitung pauschalierter Entgeltsysteme auf Psychosomatik und Psychiatrie mittels PEPP-System (Pauschalisiertes Entgelt für Psychiatrie und Psychosomatik) werden ungeachtet aller Beteuerungen angeblich zu erwartender positiver Wirkungen die gleichen Effekte angestrebt. Angesichts einer zukünftig weiter zu erwartenden Zunahme psychosomatischer und psychiatrischer Erkrankungen soll mit der Erzwingung eines entsprechenden Abrechnungssystems gegen den geschlossenen Widerstand der Fachkreise Druck zur Absenkung der Fallkosten entwickelt werden.
17. Das G-DRG-System verändert den Versorgungsprozess grundlegend in Struktur und Qualität. Medizin und Pflege werden verdinglicht. Während technische Verrichtungen als erlösrelevante Elemente aufgewertet und ausgeweitet werden, wird die Bedeutung verschiedenster Formen von Beziehungsarbeit wie Zuwendung, Sorge und Pflege für therapeutische Prozesse zunehmend ausgeblendet und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wegrationalisiert. Damit werden Professionalität und Berufsethos einer Vielzahl hochqualifizierter Berufsgruppen im Krankenhaus ausgehöhlt.
18. Vor der Einführung der DRGs wurden die Krankenhäuser nach dem heute verteufelten Selbstkostendeckungsprinzip vergütet. Alle innerhalb eines Jahres angefallenen Kosten wurden gemeinsam mit den Kassen ermittelt und – allein aus Abrechnungsgründen – durch die angefallenen Pfl egetage dividiert („tagesgleiche Pflegesätze“). Dieses System hatte zwar den Nachteil der Intransparenz der erbrachten Leistungen

und setzte keinen Anreiz zu wirtschaftlichem Handeln, dafür aber den Vorteil, dass es keinen ökonomischen Anreiz zu medizinisch unbegründeten Prozeduren setzte.

19. Der vdää fordert eine radikale Reform der Krankenhausfinanzierung, die nicht nur an Symptomen herumzudoktern, sondern an die Wurzel des Übels geht die Ökonomie des Krankenhauswesens muss sich dem medizinischen Bedarf und den Bedürfnissen der Menschen unterordnen nicht umgekehrt! Statt über eine Bezahlung pro Fallpauschale sollen die Betriebskosten über eine Wiedereinführung krankenhausesindividueller, von den regionalen Akteuren unter staatlicher Aufsicht vereinbarter Budgets finanziert werden. Voraussetzung hierfür ist eine gründliche Bedarfsplanung. Die Grundforderung lautet: Jede Therapieentscheidung muss unabhängig von der Bezahlung fallen! Bei den KH-individuellen Budgets müssen sowohl Vorhaltekosten wie leistungsbezogene Strukturkosten berücksichtigt werden. Krankenhäuser dürfen weder Gewinne noch Verluste machen, da diese Option wirtschaftliche Fehlanreize setzt. Die im Moment den DRGs zugrundeliegenden Fallpauschalengruppen könnten in Zukunft als Instrument dienen, das Versorgungsgeschehen transparent abzubilden, damit eine adäquate Budgetbemessung unterstützt wird. Änderungen im Finanzierungssystem sollten vor ihrer flächendeckenden Einführung als Pilotprojekte in ausgesuchten Regionen erprobt werden.

20. Der vdää ist von der politischen Notwendigkeit einer radikalen Neuorientierung der Krankenhausfinanzierung überzeugt. Solange diese nicht durchgesetzt werden kann, werden Reformvorschläge für das bestehende deutsche Fallpauschalensystem gemacht, die zumindest Symptome lindern könnten:

- i. Der vdää fordert, dass begründete Realkostensteigerungen der Krankenhäuser, wie Personalkosten oder auch Kosten, die sich aus neuen gesetzlichen Regelungen ergeben, zusätzlich zu den DRG-Erlösen refinanziert werden müssen. Dazu muss der Orientierungswert zur Veränderung der Landesbasisfallwerte realistisch ermittelt und politisch garantiert werden.

- ii. Der vdää fordert die gesetzliche Einführung allgemeinverbindlicher Personalschlüssel in der stationären Versorgung. Gute Medizin und gute Pflege brauchen zwingend eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Gesundheitsberufe im Krankenhaus. Nur so kann es gelingen, bedarfsdeckend Nachwuchskräfte zu finden und langfristig zu motivieren.
- iii. Der vdää unterstützt sinnvolle Maßnahmen zur Vermeidung der gegenwärtig zu beobachtenden, medizinisch nicht indizierten Mengenausweitungen.
- iv. Der vdää schlägt vor, den im ambulanten Sektor etablierten Erlaubnisvorbehalt auch auf im stationären Bereich erbrachte Leistungen auszuweiten. Damit dürften neue Leistungen erst dann im Krankenhausbereich allgemein eingeführt und abgerechnet werden, wenn sie vom GBA als effektiv zugelassen worden sind. Sinnvoll erscheint eine Staffelung der Zulassung nach dem Grad der Evidenz des Nutznachweises.
- v. Der vdää spricht sich gegen eine Verschärfung des Wettbewerbs und gegen eine weitere Deregulierung des stationären Sektors aus. Der vdää lehnt einen Abbau des Kontrahierungszwangs und eine Ausweitung von Selektivverträgen –auch auf Basis von Qualitätsparametern – auf die stationäre Versorgung ab, weil Preisdumping und ungleichmäßige medizinische Versorgung der Bevölkerung absehbare Folgen sind.

21. In der politischen Fachwelt wird diskutiert, die medizinische Versorgung in einer „Qualitätsoffensive“ zu verbessern. „Gute Qualität soll honoriert, „schlechtere Qualität“ mit finanziellen Abschlägen bestraft werden. Der vdää sieht diese Initiative mit großer Skepsis. Zum einem ist die Qualität medizinischer Leistungen nur schwer zu beurteilen. Dies gilt insbesondere für die Qualität von Indikationsstellungen. Bisherige Qualitätssicherungs-Programme erfassen meist Struktur- und Prozessqualität, während die Ergebnisqualität – also die Antwort auf die Frage: „Was hat der Patient eigentlich von der Behandlung?“ – in vielen Fällen erst weit nach Abschluss der stationären Behandlung beurteilt werden kann. Die Messung der Ergebnisqualität erfor-

dert also eine sektorübergreifende Datenerhebung und eine faire Risikoadjustierung. Diese ist unabdingbar, aber äußerst komplex und mit den vorhandenen Daten kaum zu realisieren. Die Forderung „Vergütung nach Qualität“ ist deshalb populistisch: Die wissenschaftliche Bewertung bisheriger „Pay for Performance“-Strukturen konnte keinen Qualitätsvorteil, jedoch Patientenselektion und eine Tendenz zur Fälschung von Statistiken zeigen. Diese Programme stellen auch einen Hebel zur Einführung von Selektivverträgen zwischen Kassen und Krankenhäusern dar. Zum anderen kann es eher notwendig sein, versorgungsrelevante Kliniken mit schlechter Qualität zur Verbesserung ihrer Qualität finanziell zu unterstützen als sie abzustrafen. Andernfalls kann eine Abwärtsspirale von wenig Geld und schlechter Leistung zum Schaden der Patienten entstehen.

22. Der vdää fordert alle Betroffenen dazu auf, ihre Haltung zum deutschen Fallpauschalensystem kritisch zu überprüfen. Wir sind davon überzeugt, dass Patientinnen und Patienten und ihre jeweiligen Interessenverbände, gesetzliche wie private Krankenkassen, aber auch die Beschäftigten, ihre Gewerkschaften und beruflichen Interessenverbände sowie nicht-gewinnorientierte Krankenhausträger an der Ökonomisierung der stationären Versorgung kein Interesse haben können.

23. Wir rufen alle Betroffenen auf, miteinander in eine Diskussion zu einer sinnstiftenden Reform der Krankenhausfinanzierung einzutreten, der das gemeinsame Interesse an einem bedarfsgerechten, solidarischen und humanen Krankenhaus über vorhandene, partielle Interessengegensätze stellt.

Wulf Dietrich / Peter Hoffmann, 26. März 2014

¹ Der Begriff der Ökonomisierung bezeichnet die Ausbreitung des Marktes samt seinen Prinzipien und Prioritäten auf Bereiche, in denen ökonomische Überlegungen in der Vergangenheit eine eher untergeordnete Rolle spielten bzw. die solidarisch oder privat organisiert waren.

² Eine Auflistung der für die gesundheitliche Bedarfsplanung relevanten und am Diskurs zu beteiligenden gesellschaftlichen Akteure umfasst aus unserer Sicht zumindest Krankenkassen,

unabhängige PatientInnenvertretungen, politische Entscheidungsebenen, Wissenschaft, Ärztekammern und Gewerkschaften.

³ Bislang ist die tatsächliche Bettenbelegung der entscheidende Surrogatparameter zur Feststellung des Versorgungsbedarfs. Konkurrenten können sich leicht als bedarfsnotwendige Einrichtung in den Landeskrankenhausplan einklagen, unabhängig von der Frage, ob für die spezifischen Leistungen aus gesundheitsplanerischer Sicht ein Versorgungsbedarf besteht.

⁴ Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) wurden 1972 die Bundesländer verpflichtet, für die Investitionen der Krankenhäuser aufzukommen. Seit mehr als 2 Jahrzehnten stehen sich die Bundesländer, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, aus ihrer Verantwortung.

Im G-DRG-System sind Investitionen nicht nur für eine hohe Versorgungsqualität nötig, sondern für das erfolgreiche Bestehen im Konkurrenzkampf unter den Krankenhäusern geradezu unverzichtbar. Diese umgeleiteten Gelder fehlen dann allerdings für eine qualitativ gute Patientenversorgung und gute Arbeitsbedingungen des Personals. Wenn Krankenhäuser zukunftsorientierte Investitionen höher priorisieren als eine qualitativ gute Patientenversorgung in der Gegenwart, verhalten sie sich im kapitalistischen Wirtschaftssystem zwar marktgerecht und logisch. Die Verschiebung von Geldern, die für den laufenden Betrieb bestimmt waren, ist dennoch eine Veruntreuung von Versicherungsgeldern. Dies gilt in gleicher Weise für den privaten Krankenhaussektor. Auch der Kapitaldienst für zuvor getätigte Investitionen bzw. die Entnahme von Gewinnen zweckentfremdet Versichertenbeiträge.

Die politische Initiative zur nachhaltigen Auflösung des Investitionsstaus in den Kliniken muss insbesondere die zu erwartende Blockadewirkung der Schuldenbremse der Länder überwinden.

⁵ Vor dem Hintergrund dieser Analyse erscheint die Behauptung des GKV-Spitzenverbandes, wonach zu hohe Preise der Fehlanreiz zur Mengenausweitung an Krankenhausleistungen seien, als böswillige Falschbehauptung oder als mangelnde Kenntnis des DRG-Systems. Vielleicht ist es kein Zufall, dass die DRG-Systematik so kompliziert und undurchsichtig ist. So kann die Zivilgesellschaft kaum auf Augenhöhe mitdiskutieren oder gar politisch eingreifen.

⁶ Personelle Unterbesetzung in der Pflege bis hin zur gefährlichen Pflege, der Abbau therapeutischer Dienste wie Krankengymnastik und Logopädie, Stellenstreichungen beim Sozialdienst, letztlich bei allen patientennahen wie –fernen Dienstleistungen sind selbst dann betriebswirtschaftlich sinnvoll, wenn sie den eigentlichen Behandlungsprozess beeinträchtigen oder insgesamt in Frage stellen. Dem vdaä sind Fälle bekannt, in denen auf wohlbegründete Gefährdungsanzeigen von Pflegepersonen Vorwürfe fachlicher Inkompetenz bzw. Führungsschwäche erfolgen und der ärztliche Dienst eindringlich gebeten wird, Konsilleistungen anderer medizinischer Fachgebiete nur noch in Fällen anzufordern, in denen diese die Fallpauschale erhöhen. Mittlerweile ist es üblich, die personelle Ausstattung ganzer Fachabteilungen statt am Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten an den Erlösen der Fachabteilung zu bemessen. Hinzu kommen alle Formen von Lohnsenkungen wie Ausstieg aus Tarifverträgen, Outsourcing, Sanierungs- und Notlagentarifverträge.