

Krankenhäuser unter Druck

Pandemie verdeutlicht schädliche Wirkungen des DRG-Systems

**Kalle Kunkel (Berlin),
aktiv in der Kampagne
»Krankenhaus statt Fabrik«**

Die Coronakrise verschärft die kritikwürdigen Zustände im kommerzialisierten Krankenhaussystem. Wie Patient:innen gut behandelt werden und Pflegekräfte gut arbeiten können, gehört oben auf die politische Agenda.

Ende 2020 wurde bekannt, dass der Klinikkonzern Asklepios einer Pflegerin gekündigt hatte, die in der Krankenhausbewegung Hamburg aktiv ist. Sie hatte zuvor öffentlich kritisiert, dass die Arbeitsbelastung für Pflegekräfte in ihrer Klinik während der zweiten Coronawelle immens gestiegen sei und sie sich auf den Intensivstationen um zu viele Patient*innen gleichzeitig kümmern müssten. Die Pflegerin erhielt bundesweit großen Zuspruch von Kolleg*innen, die zahlreiche ähnliche Situationen schilderten. Die Solidarität wirkte: Mitte Februar 2021 zog Asklepios die Kündigung zurück.

In diesem Konflikt verdichten sich die aktuellen Probleme in den Krankenhäusern, die sich mit der Coronakrise verschärft haben – deren Ursachen jedoch weiter zurückreichen. So fanden bereits mit der Einführung des Fallpauschalensystems zur Finanzierung der Krankenhäuser (DRG) in den Jahren 2003/04 die Marktorientierung und Kommerzialisierung des deutschen Krankenhaussystems ihren vorläufigen Höhepunkt: Jede Diagnose und die entsprechende Behandlung erhielten damit einen festen Preis, der unabhängig von den realen Kosten der Krankenhäuser bezahlt wird. Einrichtungen, die ihre Kosten unter diesen Preis drücken können – etwa durch Tarifflicht, Personalabbau oder Spezialisierung auf lukrative Behandlungen –, fahren so Gewinne ein. Verluste drohen hingegen allen anderen Krankenhäusern – weil sie sich beispielsweise nicht spezialisieren können und auch Behandlungen anbieten müssen, die nicht lukrativ sind. Damit sind die Krankenhäuser nun auch darauf angewiesen, so viele Patient*innen wie möglich zu behandeln, da sie nur für jeden einzelnen abgerechneten »Fall« Geld bekommen.

Die Auswirkungen dieses Systems auf die Bettenkapazitäten sind widersprüchlich: Zwar setzt sich mit der Einführung der DRGs der schon zuvor begonnene Bettenabbau fort – um bislang rund 25 Prozent seit 1991. Zugleich hat sich die Zahl der Intensiv- und Intermediate-Care-Betten (IMC) erhöht – ein nicht beabsichtigter Nebeneffekt der Kommerzialisierung: Da das DRG-System in den lukrativen Bereichen zu mehr invasiven Behandlungen führt, wurden auch die Intensivbereiche ausgebaut, in denen

die Patient*innen nach der Operation versorgt werden müssen. Die im internationalen Vergleich noch immer hohe Bettendichte sowohl von Intensiv- als auch von Normalpflegekapazitäten pro Einwohner*in ist gesundheitspolitischen Beratern der Bundesregierung jedoch ein Dorn im Auge. In den vergangenen Jahren suggerierten Modellrechnungen von Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften) und Bertelsmann-Stiftung, dass mindestens ein Drittel der Betten überflüssig seien. Dem ist aber keineswegs so, wie die Coronapandemie eindrücklich zeigt.

Pflege zum Kostenfaktor degradiert

Allerdings verstellt der Fokus auf die räumliche und sachliche Infrastruktur (Betten, Beatmungsgeräte etc.) den Blick auf den dramatischsten Effekt der DRG-Einführung: den Personalabbau vor allem in der Pflege. Bereits in den Jahren 1996/97 wurde die letzte Form einer am Bedarf der Patient*innen orientierten Personalbemessung für die Pflege abgeschafft – mit dem alleinigen Ziel, das Gesundheitswesen marktförmig auszurichten. Der schon damit einsetzende Personalabbau beschleunigte sich mit der Einführung der DRGs, womit die Pflege fast ausschließlich zum Kostenfaktor degradiert wurde, den es zu reduzieren gelte.

Allein bis 2007 fielen daher rund 50.000 Pflegestellen weg. Zwar versucht die Politik seit einigen Jahren mit zahlreichen Reparaturmaßnahmen gegenzusteuern, sie konnte diesen Exodus aber bis heute nicht wettmachen – zumal sich die Arbeitsbedingungen mit dem Personalabbau so verschlechtert haben, dass ausgebildete Pflegekräfte den Beruf nach einigen Jahren entweder aufgeben oder die Arbeitszeit reduzieren. Schon vor der Pandemie konnten deshalb wegen Personal mangels immer wieder Betten auf Normal- und Intensivstationen gar nicht erst belegt werden.

Um in der Coronakrise dennoch über ausreichend Puffer zu verfügen, forderte die Politik die Krankenhäuser Mitte März 2020 auf, planbare – sogenannte elektive – Behandlungen auszusetzen, soweit dies medizinisch vertretbar sei. Eine solche Vorgabe bringt jedoch schon aus medizinischer Perspektive kritische Entscheidungen mit sich: Während bei einigen orthopädischen Eingriffen eine Verschiebung oft besser möglich ist, sind Abweichungen bei onkologischen Eingriffen mit einer deutlichen Risikoabwägung verbunden: Wann ist ein in die Zukunft verlegter Termin noch »vertretbar«, ohne das Risiko für den an Krebs erkrankten Menschen deutlich zu

Mehr lesen

Eine ausführliche Version der Analyse von Kalle Kunkel erschien im Februar in der Monatszeitschrift *Blätter für deutsche und internationale Politik* (Ausgabe 2/2021). Sein Beitrag unter der Überschrift: »Krankenhäuser: Kollaps mit Ansage« sowie weitere interessante Artikel sind auch online zu lesen: www.blaetter.de/ausgabe/2021/februar

► erhöhen? Unabhängig von der medizinischen Einschätzung belasten Verschiebungen die betroffenen Patient*innen emotional.

In der Notsituation offenbart sich die schädliche Wirkung der DRGs in aller Schärfe: Denn durch die Fallpauschalen sind die Krankenhäuser darauf angewiesen, ausreichend planbare »Fälle« zu behandeln, um Einnahmen zu generieren. Für die Vorhaltung von Behandlungskapazitäten bekommen sie hingegen kein Geld.

Da die Krankenhäuser in der Coronakrise aufgefordert wurden, ihr planbares Programm herunterzufahren, mussten sie die erwarteten Einnahmeausfälle kompensieren. Bereits im März und noch einmal im Dezember 2020 forderte die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) die Bundesregierung daher auf, das System der Fallpauschalen für 2020 und 2021 auszusetzen und zu einer kostendeckenden Finanzierung zurückzukehren: Den Krankenhäusern solle das Budget des Vorjahres in monatlichen Abschlägen gezahlt und zum Jahresende die genauen Kosten abgerechnet werden. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) lehnte dies jedoch wiederholt ab und führte stattdessen – bei Beibehaltung der DRG-Finanzierung – eine sogenannte Freihaltepauschale ein: Für jedes freibleibende Bett bekamen die Krankenhäuser zunächst 560 Euro pro Tag.

Diese Regelung führte allerdings dazu, dass insbesondere für die kommunalen Maximalversorger, die eine umfassende Versorgung sicherstellen müssen und die Unikliniken das Geld nicht ausreichte und sie Verluste schrieben. Kleinere Spezialkliniken dagegen – oft in privater Hand – konnten mit der Pauschale sogar mehr Geld einnehmen, als hätten sie die Betten belegt. Obwohl dies dem BMG dank einer in Auftrag gegebenen Begleitstudie bekannt ist, forderte es das Geld nicht zurück, sondern differenzierte ab Juli 2020 die Pauschalzahlungen. Nun orientieren sich diese an der Schwere der Fälle, die in den Krankenhäusern normalerweise behandelt werden. Das Hauptproblem bleibt aber bestehen: der Anreiz, Patient*innen zu bewerten, ob sie lukrativ sind oder nicht. Und in der Tat berichtete ein Mitarbeiter einer Krankenhausberatungsfirma in der ARD-Reportage »Markt Macht Medizin« über Anfragen von Klinikmanagern, die wissen wollten, in welchen Bereichen sich die Freihaltepauschale lohnt und in welchen nicht.

Dieser finanzielle Unterstützungsmechanismus lief zum 30. September aus, als sich die zweite Coronawelle in den Nachbarländern längst andeutete. Erst nachdem diese schon in vollem Gang war, wurde er Ende November wieder aktiviert – mit entscheidenden Änderungen: Durch Einführung zahlreicher Kriterien reduzierte das BMG die Zahl der Krankenhäuser, die den »Schutzschirm« in Anspruch nehmen können, auf rund 25 Prozent. Eindringlich warnte die DKG davor, dass einzelne

Häuser bald keine Gehälter mehr auszahlen könnten. Während die versprochene Coronaprämie bei vielen Pfleger*innen nicht ankam, sind inzwischen 12-Stunden-Schichten zugelassen, und ausgesetzt wurden die 2019 eingeführten und ohnehin unzureichenden Personaluntergrenzen. Diese geben unter anderem für die Intensivstationen vor, wie viele Patient*innen eine Pflegekraft maximal versorgen darf. Für die Intensivpflege und die Geriatrie wurden die Untergrenzen ab August wieder reaktiviert. Für allen anderen Bereiche bleiben sie ausgesetzt.

Ungesund, ineffizient, unzumutbar

Dabei sind Covid-19-Patient*innen besonders betreuungsintensiv; die höheren hygienischen Anforderungen lassen sich nur mit ausreichend Personal einhalten. Schon während der ersten Coronawelle im Frühjahr 2020 berichteten viele Pflegekräfte von psychischem Stress und zusätzlicher körperlicher Belastung. Da die Zahl an Patient*innen seinerzeit noch viel geringer war als heute, konnte die Mehrbelastung durch die Einschränkung des regulären Programms noch einigermaßen ausgeglichen werden.

In der zweiten Welle spitzt sich die Arbeitssituation zunehmend zu. Zum einen müssen nun viel mehr Patient*innen auf den Stationen versorgt werden, zum anderen haben die Krankenhäuser wegen der zögerlichen Politik der Bundesregierung viel zu spät angefangen, den Normalbetrieb herunterzufahren. Immer mehr Hospitäler verordnen jetzt 12-Stunden-Schichten. Damit aber steigt nicht nur die Infektionsgefahr für die Beschäftigten, sondern es drohen regelrechte Belastungsspiralen, wenn sich zunehmend Beschäftigte krank melden.

Die Coronakrise offenbart besonders eindrücklich, dass die marktförmige Steuerung nicht nur schädlich für die Gesundheit der Menschen, sondern auch ineffizient ist. Dessen ungeachtet hält die Bundesregierung am DRG-System fest. Ihre Ablehnung des Finanzierungsvorschlags der DKG ist maßgeblich von der Sorge geprägt, ein vorübergehend ausgesetztes Fallpauschalensystem nicht mehr reaktivieren zu können. Denn immer lauter sind aus den Bundesländern wie auch aus gesundheitspolitischen Organisationen jene Stimmen zu vernehmen, die auch längerfristig eine zumindest teilweise Abkehr vom DRG-System fordern.

So könnte die Frage, wie die gesundheitliche Versorgung künftig kostendeckend sichergestellt werden kann, im Superwahljahr 2021 auf der politischen Agenda ganz weit nach oben rücken. Zumal sich die Beschäftigten in den Krankenhäusern Bereich immer selbstbewusster in die Auseinandersetzung darüber einmischen und nicht länger bereit sind, aufopfernd unzumutbare Belastungen zu ertragen.

»Ich pflege wieder, wenn ...«

Der chronische Personal-mangel in der Pflege ist seit vielen Jahren bekannt, während der Pandemie wurde dringender Handlungsbedarf besonders spürbar. »Eine Lösung«, meint die Arbeitnehmerkammer Bremen, »könnte sein, Pflegebeschäftigte in Teilzeit oder Ausgestiegene zurückzugewinnen.« Um die Voraussetzungen zu erkunden, haben die Arbeitnehmerkammer und das sozialpolitische Forschungszentrum Socium der Universität Bremen genau 1.032 Pflegekräfte online befragt. Die Studie unter dem Titel »Ich pflege wieder, wenn ...« wurde am 3. Februar vorgestellt, das Kernergebnis: »Mehr als 50 % der Teilzeitkräfte würden ihre Arbeitszeit aufstocken und knapp 60 % der ausgestiegenen Pflegekräfte würde in ihren Beruf zurückkehren – unter den für sie passenden Bedingungen.« Die Studie verdeutlicht, was sich die Befragten wünschen, die Arbeitnehmerkammer bilanziert: »Besonders wichtig ist ihnen mehr Zeit für eine fachlich hochwertige Pflege (87 %) und menschliche Zuwendung (86 %). Auch eine Personalbemessung, die sich am Bedarf der Patientinnen und Patienten orientiert, erfährt starke Zustimmung (86 %).« Von den Vorgesetzten werden »Wertschätzung und Respekt« (92 %) sowie »Sensibilität für die Belastungen in der Pflege« (91 %) erwartet; eine »höhere Bezahlung« halten 84 % für angemessen. Angesichts solcher Ergebnisse fordert der Hauptgeschäftsführer der Bremer Arbeitnehmerkammer, Ingo Schierenbeck: »Die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung in der Pflege müssen sich umgehend und spürbar verbessern. Das setzt auch eine grundlegende Veränderung der Finanzierungsgrundlagen voraus.« Die Studie ist online auf www.arbeitnehmerkammer.de

