



Streikende Pflegekräfte vor der Berliner Charité. Foto: dpa

„Eigentlich ist es schon zu spät“

Ein Erfahrungsbericht über die Folgen der DRGs für die Pflege

Silvia Habekost

Häufig wird zitiert, dass Deutschland Schlusslicht ist bei der Anzahl von PatientInnen, die von einer Pflegekraft versorgt werden. Während sich hierzulande im Schnitt eine Pflegekraft um 13 PatientInnen zu kümmern hat, beträgt das Verhältnis in der Schweiz und in Schweden etwa eins zu acht. In den Niederlanden ist es eins zu sieben. Und in den USA kommen auf eine Pflegekraft sogar nur 5,3 Patienten. Silvia Habekost schildert aus biografischer Sicht, welche Folgen die Reform der Krankenhausfinanzierung für die Pflege hatte.

Meine Ausbildung habe ich 1985 abgeschlossen und seit 1988 arbeite ich ohne Unterbrechung in Berliner Krankenhäusern. Das sind also bald 30 Jahre. Ich bin 1982 extra nach Berlin gekommen, um hier meine Krankenpflegeausbildung zu machen. In meiner Heimatstadt im Rheinland hätte ich zwei Jahre auf einen Ausbildungsplatz warten müssen. Und mit Abitur war es ohnehin nicht einfach, angenommen zu werden. Es war ja klar, dass AbiturientInnen irgend-

wann aus dem Beruf rausgehen und ein Studium anfangen würden ... Während der Ausbildung gab es eine gute Praxisanleitung – allerdings vor allem durch SchülerInnen im zweiten oder dritten Ausbildungsjahr. Wir wurden häufig voll in den Stellenplan einberechnet, denn ohne Auszubildende hätte die Patientenversorgung nicht gut funktioniert.

Veränderungen in den 1990er Jahren

Die 1990er waren eine spannende Zeit: Es wurde die Bereichs-/Bezugspflege eingeführt und es gab Zeiten mit ausreichend Pflegepersonal. Natürlich war die Arbeit durch den Schichtdienst anstrengend, aber sie hat auch Spaß gemacht. Ich habe auf einer Station der Frauenklinik gearbeitet, wo wir Patientinnen mit Risikoschwangerschaft betreuten. Es wurde darauf geachtet, dass Frauen nach einer Totgeburt oder Spätabort besonders betreut wurden und möglichst keinen Kontakt mit „normalen“ Wöchnerinnen hatten. Es gab interdisziplinäre Arbeitsgruppen, die sich mit der Unterstützung bei der Trauerarbeit befassten.

In der zweiten Hälfte der 1990er wurden in Berlin massiv Betten abgebaut und gleichzeitig auch Pflegestellen. Der Mythos der Kostenexplosion entstand. Krankenhäuser seien „zu teuer“. Aber eigentlich entstand das Minus auf der Einnahmeseite. 1994 wurde die Pflegepersonalregelung (PPR) als Messinstrument für die Stellenbemessung eingeführt – und zwei Jahre später wieder abgeschafft, als festgestellt wurde, wie viele Pflegekräfte dann tatsächlich gebraucht würden. Krankenhäuser wurden geschlossen, privatisiert, verkleinert. Die Liegezeiten wurden verkürzt. Es entstand „Personalüberhang“. Für jede Station und jeden Bereich wurde der

„Die Krankenhäuser und die Medizin wurden von der Betriebswirtschaft übernommen.“

Personalbedarf berechnet. Nach sozialen Aspekten wie Anzahl der Kinder, Anzahl der Einkommen, Betriebszugehörigkeit und Alter wurden Punkte vergeben. Die mit wenigen Punkten (alleinstehend, jung, ohne Kinder) kamen auf den Überhang. „Übrig“ blieben die KollegInnen mit Kindern, Alleinerziehende und Ältere mit vielen Dienstjahren. Auszubildende hatten so gut wie keine Chance mehr, übernommen zu werden. Es fällt heute in vielen Teams auf, dass eine Lücke in der Altersstruktur entstanden ist. Es gibt nur wenige KollegInnen im Alter von 35 bis 45 Jahren.

Eigene Stelle gekürzt

1998 gehörte ich selbst zum Personalüberhang. Die Mitteilung im Briefkasten zu finden, dass die eigene Stelle eingespart wird, das war wirklich ein Gefühl, als ob man den Teppich unter den Füßen weggezogen bekommt. Ich habe mich selbst um eine neue Stelle bemüht und bin nach einem Jahr in der Chirurgie letztendlich in der Anästhesie im OP gelandet. Dort wollte ich eigentlich nie hin und jetzt – 15 Jahre später – kann ich mir nicht vorstellen, ihn wieder zu verlassen.

1999 hatte ich die Gelegenheit, ein Public Health-Studium in Teilzeit an der TU Berlin zu beginnen. Damals war das neue Krankenhausfinanzierungsgesetz mit der Einführung der DRGs bereits beschlos-

sen. Und es war selbstverständlich Thema im Studium. Es ging um Schlagwörter wie Relativgewichte, Benchmarking, Privatisierung, Qualitätsmanagement, Patient als Kunde, Betriebswirtschaft, Outsourcing, Prozessmanagement ... Es gab viele kritische Stimmen und Bedenken. Die haben sich letztendlich alle bewahrt, vielfach ist es noch schlimmer geworden als befürchtet. Es war von Anfang an deutlich, dass die Pflege durch die DRGs nicht ausreichend abgebildet wird. Ebenso wenig war die Ausbildung gegenfinanziert. Der bürokratische Dokumentations- und Kodierungsaufwand war absehbar. Aber die kritischen Stimmen wurden nicht gehört, sogar eher belächelt. Die Krankenhäuser und damit die Medizin wurden von der Betriebswirtschaft und letztendlich von der Industrie übernommen.

Mein Arbeitgeber war anfangs die Stadt Berlin, ab 2001 die Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH – eine private Rechtsform, die zu 100 Prozent dem Land Berlin gehört. Der Bundes-Angestelltentarifvertrag beziehungsweise später der Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst und der Ausschluss von betriebsbedingten Kündigungen wurden durch massives Outsourcing und „freiwillige“ Gehaltsabsenkung erkaufte. Berlin musste ja „sparen, bis es quietscht“, so der Bürgermeister Klaus Wowereit im Jahr 2001. Das Drohgespenst der Privatisierung oder Insolvenz ging um. Aus zehn Krankenhäusern und elf Pflegeeinrichtungen wurde der größte kommunale Krankenhauskonzern mit heute neun Krankenhäusern, 13 Pflegeeinrichtungen und zwölf Tochterfirmen mit fast 16.000 Beschäftigten.

Zahlen wichtiger als Patientenwohl

Der Stellenabbau ging weiter. Mittlerweile war ich ja im OP beschäftigt, aber auch dort hielt der Rotstift Einzug. Für viel Geld wurde eine Unternehmensberatung heringeholt (McKinsey), um Einsparmöglichkeiten aufzuzeigen und umzusetzen. Und wieder ging es vor allem um das Personal. Der nächste Überhang wurde gebildet und das „Springen“ zwischen zwei OP-Sälen wurde eingeführt. Das hieß, dass eine Anästhesiepflegekraft beziehungsweise eine OP-Pflegekraft zwei Säle, also zwei OPs gleichzeitig betreute. Es wurden Arbeitsgruppen gebildet, die überlegen sollten, wie die Wechselzeiten ver-

kürzt werden, wie mehr Operationen in noch kürzerer Zeit durchgeführt werden können etc. Der Patient als Kunde? Das wurde schnell wieder vergessen.

Wichtig wurden die Zahlen – die mussten stimmen. Und das Personal sollte der Leistung folgen. Es wurde also erstmal die Leistung gesteigert, indem noch mehr operiert wurde. Wir sind aber im OP keine FließbandarbeiterInnen, sondern betreiben PatientInnen in Extremsituationen. Wir müssen jederzeit auf Notfallsituationen vorbereitet sein und dementsprechend reagieren. Heute gibt es keinerlei Vorhaltung mehr. Wenn Notfälle passieren, wird das Personal aus der Routineversorgung abgezogen.

Nachts allein mit 30 PatientInnen

Auf den Stationen lief die Entwicklung genauso: Examinierete Pflegekräfte wurden durch Servicekräfte ersetzt. Es gab keine Stellenschlüssel mehr, sondern nur noch Budgets, die dann reichen mussten. Die PPR wurde zwar weiter erhoben und als Zielgröße benutzt, aber zu 100 Prozent war die PPR bei Vivantes nie umgesetzt – eher zu 75 Prozent und darunter. Der Betriebsrat hat in den Jahren 2016 und 2017 beispielhaft die Besetzung von manchen Stationen untersucht und tageweise eine Besetzung von 20 Prozent PPR und im Durchschnitt von rund 40 Prozent PPR festgestellt. Richtgrößen gab und gibt es nicht mehr.

Gleichzeitig wurden es mehr PatientInnen mit kürzerer Liegezeit, die gleichzeitig älter und kränker sind. Wenn eine Pflegekraft nachts 30 bis 40 PatientInnen allein versorgen muss, sind das auf einer chirurgischen Station unter Umständen zehn PatientInnen, die am gleichen Tag operiert wurden, drei, die in der Nacht als Aufnahme kommen, drei, die von der Intensive oder Intermediate Care verlegt wurden. Altersdurchschnitt, Begleiterkrankungen und Demenz sind dabei noch nicht berücksichtigt. Auch eine Schichtbesetzung von drei Pflegenden im Frühdienst und zwei im Spätdienst reicht da nicht aus. Eine Pflegekraft muss jeden Tag aufs Neue entscheiden, welche aus professioneller Sicht notwendige Tätigkeit weggelassen werden kann, auf welche Klingel zuerst reagiert wird.

Viele KollegInnen in Teilzeit oder krank

Wie lange hält das eine Person aus? Das ist eine Frage, die sich in jedem Bereich

in der Pflege und in den Funktionsdiensten stellt. Der Arbeitsdruck ist immens angestiegen und der Protest dagegen ist bei den Verantwortlichen nicht angekommen. Jetzt stellen die Geschäftsführungen fest, dass es nicht mehr genügend Pflegekräfte gibt. In meinem Team haben mehr als die Hälfte der KollegInnen ihre Arbeitszeit reduziert, weil sie es anders nicht mehr aushalten können oder wollen. Der Krankenstand ist höher als in anderen Berufsgruppen und steigt seit Jahren an. Die, die es können, verlassen den Beruf beziehungsweise den Arbeitsplatz Krankenhaus. Viele gehen in die Leasingfirmen, die natürlich von dem Mangel profitieren. Eine Leasingkraft in der Pflege verdient mehr Geld, kann sich ihre Dienstzeiten aussuchen und braucht sich nicht um die tagtägliche Organisation zu kümmern.

Die Pflgeteams spielen im Krankenhaus eine große Rolle. In einem guten Team arbeitet es sich besser, das ist auch meine Erfahrung. Leider wird das aber auch ausgenutzt. Vieles wird durch „das Team“ kompensiert. Wir setzen uns gegenseitig unter Druck, einzuspringen und damit die KollegInnen nicht im Stich zu lassen. Wir haben ein schlechtes Gewissen, wenn wir sagen, dass wir nicht länger bleiben können. Indirekte Steuerung wurde in der Pflege perfektioniert.

„Erlösrelevante“ Behandlungen?

Im OP wird das DRG-System konkret: Dort und auf den Intensivstationen werden die Haupterlöse erzielt. Den Begriff „erlösrelevant“ gab es vor der Einführung der DRGs nicht. Bei der Behandlung der PatientInnen steht nicht deren Wohl im Vordergrund. Es wird vielmehr gefragt, ob es da nicht eine Prozedur gibt, die gewinnbringend abgerechnet werden kann.

Selbstverständlich gibt es gute Patientenversorgung in den Krankenhäusern und ich will hier niemandem etwas unterstellen. Aber wenn der Kontext betrachtet wird und die Zahlen auf den Tisch kommen, wird auf die Erlösrelevanz geachtet. Ich glaube, dass heute kaum noch ein Arzt oder eine Ärztin auf höherer Hierarchieebene PatientInnen behandelt, ohne diese Zahlen im Hinterkopf zu haben. Und im OP muss alles wie am Fließband funktionieren. Die Struktur, die „erlösrelevant“ ist, ist auch kosten-, also personalintensiv. Da sind alle, die in dem Bereich arbeiten, gefordert, ihre Menschlichkeit

und Empathie nicht zu vergessen. Nicht aus den Augen zu verlieren, dass der Patient, die Patientin im Mittelpunkt stehen muss. Damit macht sich das medizinische Personal – nicht nur im OP – so erpressbar und deshalb können diese eigentlich unhaltbaren Zustände so lange weitergehen. Die meisten Pflegekräfte und auch ÄrztInnen haben immer noch den Anspruch, Menschen bestmöglich zu versorgen. So gut, wie man selbst behandelt werden will und wie wir unsere Angehörigen und Freunde behandelt wissen wollen.

DRG-System gehört abgeschafft

Das DRG-System widerspricht diesem Anspruch der bestmöglichen Behandlung, dem Anspruch, das Patientenwohl in den Mittelpunkt zu stellen. Dieses Finanzierungssystem gehört abgeschafft. Als erster Schritt muss eine gesetzliche Personalbemessung eingeführt werden, damit das System nicht vorab kollabiert. Wenn sich die Arbeitsbedingungen verbessern, werden auch wieder mehr Menschen in den Beruf zurückgehen, die Leasingkräfte sich wieder ein festes Team suchen und sich der Teilzeittrend umkehren. Gleichzeitig müssen die Kapazitäten dem vorhandenen Personal angepasst werden. Betten dürfen nicht belegt werden, wenn nicht ausreichend Personal da ist. OP-Säle müssen geschlossen werden, wenn es keine Besetzung gibt. Eigentlich ist es schon zu spät – es bräuchte immense Anstrengungen, um den angerichteten Schaden wieder auszugleichen.

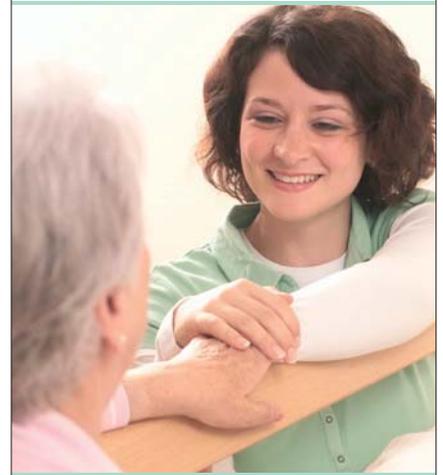
Da stellt sich am Schluss die Frage: Wieso bin ich nicht ausgestiegen? Ich arbeite immer noch gerne in diesem Beruf und in meinem Team. Ich habe den Anspruch, die PatientInnen, die ich betreue, gut zu versorgen. Ich gebe die Hoffnung nicht auf, dass sich dieses System ändert. Und ich arbeite daran, dass diese Veränderung kommt. ■



Silvia Habekost
geb. 1962, ist seit 1985 Krankenschwester, hat einen Magister in Public Health und ist aktives ver.di-Mitglied.
silvia.habekost@berlin.de

Die Ruhe, die beweglich hält.®

**R H O M B O
M E D I C A L**



Pflegeprofis vertrauen.

RHOMBO-MEDICAL® Produkte basieren auf Erkenntnissen der professionellen Pflege und wurden entwickelt für prophylaktische und/oder therapeutische Anwendungen in Kliniken, Pflegeheimen, Rehabilitationseinrichtungen und in der häuslichen Krankenpflege.

Vertrauen auch Sie den professionellen RHOMBO-MEDICAL®-Produkten und erleben Sie „Die Ruhe, die beweglich hält.“



Lück GmbH & Co. KG
Vennweg 22
46395 Bocholt
www.rhombomedical.de

Lück

Krankenhaus statt Fabrik

Aktionsbündnis gegen das DRG-System

Seit fünfzehn Jahren gilt für deutsche Krankenhäuser das Abrechnungssystem der Fallpauschalen (engl. Diagnosis Related Groups, DRGs). Schon bei Einführung dieses Systems warnten viele Kenner des Gesundheitswesens vor dramatischen Fehlentwicklungen in den Krankenhäusern. Fünfzehn Jahre später wissen wir: Die Warnungen waren berechtigt. In den Krankenhäusern herrschen Personalnot, Über-, Unter- und Fehlversorgung. Bei den Entscheidungen über Behandlungen und Dauer des Krankenhausauf-

enthaltes wird nicht allein nach medizinischen Kriterien entschieden, sondern immer deutlicher danach, was sich gewinnbringend abrechnen lässt. Immer mehr Krankenhäuser werden privatisiert.

Gegen die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens

Das Bündnis „Krankenhaus statt Fabrik“ besteht derzeit aus den ver.di-Landesfachbereichen Baden-Württemberg, Berlin-Brandenburg

und Nordrhein-Westfalen, dem Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää), attac, der Soltauer Initiative, der Gesellschaft für Psychotraumatologie, Traumatherapie und Gewaltforschung (GPTG) sowie einigen Persönlichkeiten aus der Politik, wie Harald Weinberg, Sprecher für Krankenhauspolitik und Gesundheitsökonomie der Fraktion DIE LINKE im Bundestag.

Ins Leben gerufen wurde das Bündnis mit einer Tagung im Mai 2015. Unser Ziel: Krankenhäuser sollen vor allem Einrichtungen der gesellschaftlichen Daseinsvorsorge sein, 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. Dies ist im Rahmen des DRG-Systems nicht zu erreichen.

Das Bündnis „Krankenhaus statt Fabrik“ wendet sich gegen die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens in Deutschland und daher insbesondere gegen das System der Krankenhausfinanzierung durch DRGs. Wir treten ein für die bedarfsgerechte Finanzierung der Krankenhäuser und ihres Personals. Nicht die Gewinnmargen sollen ausschlaggebend dafür sein, ob und wie wir behandelt werden, sondern allein der medizinische Bedarf!

Bündnis leistet Aufklärungsarbeit

Das öffentliche Unbehagen an der DRG-basierten Krankenhausfinanzierung wächst. Zahlreiche Reportagen, Berichterstattungen, Initiativen und Interessenvertretungen thematisieren die vielschichtigen Probleme der PatientInnen wie der Beschäftigten, die vom System der Fallpauschalen verursacht werden. Der Deutsche Ärztetag hat 2015 mehrere Anträge mit grundlegender Kritik am deutschen DRG-System verabschiedet. Dennoch ist weitere Aufklärungsarbeit nötig, um eine breite öffentliche Debatte über dieses bewusst installierte marktwirtschaftliche Steuerungsinstrument führen zu können.

In dieser Aufklärungsarbeit sehen wir unsere zentrale Aufgabe. Dementsprechend stellen wir im Internet und mit einer Broschüre Argumentationshilfen, wissenschaftliche Studien zu Auswirkungen des DRG-Systems und PowerPoint-Vorträge zur Verfügung. Alle betrieblich und/oder politisch Aktiven, alle Interessierten, Beschäftigten und PatientInnen, die nach Erklärungen für die aktuellen Zustände in Krankenhäusern suchen, die sich für eine bedarfsgerechte Versorgung und die entsprechende Finanzierung engagieren wollen, sind eingeladen, sich unsere Materialien anzueignen und an gegebener Stelle zu nutzen.

Alle unsere Materialien sind ausdrücklich zur weiteren Verwendung frei.

Für das Bündnis

Dr. Nadja Rakowitz, Geschäftsführerin des vdää

Kontakt und Materialbestellung:
info@krankenhaus-statt-fabrik.de
www.krankenhaus-statt-fabrik.de

