

**Autor:** Anette Dowidit  
**Seite:** 26 bis 26  
**Ressort:** WIRTSCHAFT  
**Rubrik:** WIRTSCHAFT

**Gattung:** Sonntagszeitung  
**Jahrgang:** 2016  
**Nummer:** 1

Gesundheitspolitik

## Kranke Häuser

Die größten Probleme in den Kliniken löst die Krankenhausreform nicht. Die Lobbyisten haben sich durchgesetzt

Anette Dowidit

Eigentlich hätte Irene Meichsner\* an diesem Abend längst Feierabend gehabt. Weil aber so viele ihrer Kollegen krank waren und die Personaldecke ohnehin dünn ist, hat sie nach 13 Stunden im Dienst den schlimmsten Fehler ihres Berufslebens gemacht. "Ich war allein für die Station zuständig, nur mit Unterstützung eines Praktikanten", sagt Meichsner, die in einem kommunalen Krankenhaus in der Nähe von Frankfurt am Main arbeitet.

Als dann noch eine schwer kranke 87-Jährige nach einer Magenblutung von der Intensivstation zu ihr verlegt wurde, vergaß Meichsner, das entscheidende Medikament auf ihren Plan zu schreiben: ein Mittel zum Magenschutz. Die alte Frau bekam eine neue Magenblutung, was zu viel für ihren angeschlagenen Körper war. Die Patientin starb. Meichsner hatte die alte Dame vier Wochen auf ihrer Station gepflegt. Ihr Tod ging der Pflegerin sehr nahe, sie musste sich selbst lange krankschreiben lassen.

Viele Krankenpfleger in Deutschland sind überlastet, Patienten leiden darunter, und manchmal sind die Folgen dramatisch. Der Grund dafür ist eine unheilvolle Mischung: Zum einen müssen die Klinikbetreiber mit den knappen Ressourcen haushalten, die sie von Krankenkassen und Bundesländern zugeteilt bekommen - und unter dem Strich noch Gewinn machen. Zum anderen gibt es kein Gesetz, das einem Krankenhausbetreiber vorschreibt, wie viele Pfleger er pro Station beschäftigen muss. Beides zusammen führt zum Pflegepersonalstand in Deutschlands Kliniken.

Daran wird wohl auch die Bundesregierung so schnell nichts ändern. Im vergangenen Jahr hat sie zwar eine Reform verabschiedet, das "Krankenhausstrukturgesetz", das zum 1. Januar in Kraft getreten ist. Doch Fachleute kritisieren,

dass die Reform wesentliche Probleme ignoriert. "Es sind einfach viel zu viele Krankenhäuser am Markt", sagt Reinhard Busse, Professor an der TU Berlin und einer der renommiertesten Gesundheitsökonomien. In Deutschland gibt es knapp 2000 Kliniken. Die gesetzlichen Krankenkassen zahlten 2014 rund 68 Milliarden Euro an sie - deutlich mehr als für alle anderen Bereiche des Gesundheitswesens. Die Ausgaben steigen Jahr für Jahr.

**Die Rechte der Patienten** Doch obwohl es hierzulande mehr Krankenhausbetten pro Einwohner gibt als in den meisten anderen EU-Ländern, geht es den Patienten nicht besser. Laut einem internationalen Vergleich, den die Beratungsfirma KPMG 2013 veröffentlichte, liegt Deutschland in Europa bei der Qualität der Behandlungen und der Beachtung der Patientenrechte im hinteren Mittelfeld.

Solche Zahlen beschäftigen auch den Mann, der in Deutschland für die Rechte der Patienten kämpfen soll. An einem Nachmittag im November sitzt Karl-Josef Laumann in der Lobby des Hotels "Radisson Blue" in Berlin. Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, politisch aktiv seit 1974, braucht für dieses Gespräch erst einmal einen Cappuccino. "Das stimmt schon, die Krankenhäuser haben in der Vergangenheit kräftig Pflegepersonal abgebaut", sagt er. Er bekomme in seinem Job immer wieder mit, dass viele Pfleger gehetzt seien; und dass dies dazu führen könne, dass die Patienten oft nur noch als "Fälle" betrachtet würden.

Die Frage ist, ob die "bis zu" 660 Millionen Euro, die laut Gesetzestext bis Ende 2018 bereitgestellt werden sollen, ausreichen, damit die Krankenhäuser mehr Pfleger einstellen können. Laumann rührt in seinem Cappuccino und pustet hörbar Luft aus. "Uns ist schon klar, dass das allein sicherlich nicht rei-

chen wird", sagt er. "Wenn Sie die 660 Millionen für drei Jahre auf jährliche Kosten für einen Krankenpfleger von etwa 50.000 Euro runterrechnen", sagt er, hebt seine großen Hände und lässt sie demonstrativ wieder fallen, "dann sind das ungefähr zwei Pfleger pro Klinik im Jahr." Im Vergleich dazu, dass in einem Krankenhaus im Schnitt 161 Vollzeitpfleger arbeiten, ist das sehr wenig. Oppositionspolitiker sprechen von einem "Tropfen auf den heißen Stein". Natürlich ist das Pflegestellenförderprogramm nur ein Baustein des Gesetzes - wengleich es derjenige ist, von dem Laumann und Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) sich dem Vernehmen nach besondere Zustimmung unter den Wählern erhoffen. Insgesamt, erklärte Gröhe im Juni in einem Schreiben an die Fraktionsmitglieder der Regierung, gehe es bei der Reform darum, "die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sichergestellt werden kann". Wirtschaftsexperten zweifeln daran. Im Wettbewerb um das Geld der Krankenkassen lohne es sich für die Kliniken, unnötig Patienten aufzunehmen und zu operieren, sagen sie. Das führe zu steigenden OP-Zahlen und blase die Ausgaben für Krankenhausaufenthalte drastisch auf. "Deutlich sinnvoller wäre es deshalb, wenn wir alle Krankenpfleger, die es heute in Deutschland gibt, auf deutlich weniger Kliniken verteilen würden. Damit wäre den Patienten am meisten geholfen", sagt Ökonom Busse.

Danach, dass Krankenhäuser schließen, sieht es mit der Reform aber nicht aus. Das liege wohl daran, dass sich die Regierung von den Lobbyisten der Krankenhausbetreiber, der DKG, in die Knie habe zwingen lassen, vermutet Boris Augurzyk, der den Bereich Gesundheit beim Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung

(RWI) leitet. Im vergangenen Herbst hatte die DKG zu Protestaktionen in Kliniken bundesweit aufgerufen, Pfleger demonstrierten vor dem Brandenburger Tor. Anlass waren Pläne im damaligen Gesetzesentwurf, dass es bei minderer Qualität Abschlüsse von den Fallpauschalen geben solle. Im Grunde ging es um das, was die Ökonomen schon lange fordern: Krankenhäuser, die schlechter operieren als der Durchschnitt, auszusortieren und so letztlich den Markt bereinigen.

Die Interessenvertreter setzten sich jedoch weitgehend durch. Zwar steht im neuen Gesetz, dass Krankenhäuser künftig weniger Geld bekommen könnten, wenn sie zum Beispiel Hüften schlechter operieren als der Durchschnitt. Aber um solche Einnahmeausfälle auszugleichen, sieht das Gesetz nun mögliche Ausgleichszahlungen vor. So gibt es künftig mehr Geld von den Kassen für die Notfallambulanzen. Diese, so die Argumentation der Krankenhausmanager, seien bislang ein Verlustgeschäft, müssten aber natürlich dennoch betrieben werden.

Die nun beschlossenen Finanzspritzen werden aber erst recht dazu führen, dass auch schlechte Kliniken weiter existieren. Die Zahl der Krankenhäuser werde kaum sinken, sagt Busse - und das zusätzliche Geld für das Pflegestellenförderprogramm werde versickern.

Der Chef des Neusser Forschungsvereins für patientenorientierte Versorgungsablaufforschung (IPOV), Wilfried Jacobs, sieht bei den Plänen für die Qualitätsabschlüsse ein noch generelleres Problem. "Warum soll es für schlechtere Leistungen als den Durchschnitt nur Abzüge geben? Wenn die Leistung eindeutig schlecht ist, darf es überhaupt kein Geld geben", argumentiert er. Schließlich könne eine Klinik sonst so kalkulieren: Wir stellen nur halb so viele Pfleger und Ärzte wie andere Kliniken auf unserer chirurgischen Station ein, bekommen wegen der vielen schiefgegangenen OPs vielleicht nur 75 Prozent von den Krankenkassen - aber machen unter dem Strich trotzdem einen guten Gewinn.

Relevant ist dieser Einwand im Zusammenhang mit einem anderen Punkt, den das neue Gesetz außer Acht lässt: Es gibt nach wie vor keine Vorschriften, wie viele Pfleger auf einer durchschnittlichen Station arbeiten müssen. Laumann sagt dazu beim Gespräch in der Hotellobby, er halte das nicht für sinnvoll. Schließlich könne es sein, dass eine Klinik viel effizienter arbeite als eine andere und daher mit weniger Pflegern ebenso gut die Patienten versorgen könne. Seine Argumentation stimmt mit der der Krankenhauslobby überein. Kein Klinikmanager habe Interesse daran, die Patienten schlecht zu versorgen, nur um Geld zu sparen, heißt es bei der DKG. Wenn Geschäftsführer Personal einsparten, dann nur, weil das Haushalten mit den knappen Mitteln nicht anders möglich sei.

**Länder in der Pflicht** Für die schlechte Finanzlage sind auch die Bundesländer verantwortlich. Sie müssen die Instandhaltungskosten für die Krankenhäuser zahlen. Die Länder kommen dieser Investitionsverpflichtung aber nicht in vollem Umfang nach. Laut Krankenhauslobby ist das einer der Hauptgründe, warum 40 bis 50 Prozent aller Kliniken Verluste einfahren und die Manager diese durch Personaleinsparungen ausgleichen müssten. Auch dieses Problem lässt die Reform außer Acht. "Es bleibt dabei, dass die Bundesländer die Planung von Krankenhäusern im Rahmen der Daseinsvorsorge auch weiterhin durchführen und die Mittel zur Finanzierung der Investitionen für die Krankenhäuser bereitzustellen haben", schreibt das Bundesgesundheitsministerium.

Es gibt noch ein drittes Problem des Krankensektors - und auch dieses ist die Regierung nur zögerlich angegangen: die Fallpauschalen. Die Summe, die eine Krankenkasse an eine Klinik überweist, zum Beispiel für eine Hüft-OP, ist innerhalb eines Bundeslandes immer gleich groß. Dabei ist weitgehend egal, wie viele Vorerkrankungen der Patient hat - und damit also auch, wie viel Pflegeaufwand er verursacht. Das aber, sagt zum Beispiel die Vorsit-

zende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, Hedwig François-Kettner, sei ein Problem. "Bei hohem Aufwand besteht die Gefahr, dass Patienten abgewiesen werden oder nicht ausreichend sicher versorgt werden können."

Das bedeutet, dass Krankenhäuser die Aufnahme alter Menschen, die möglicherweise gefüttert werden müssen und inkontinent sind, vermeiden können. Solche Patienten machen schließlich für die gleiche Geldsumme mehr Arbeit als jüngere. Das sagt auch IPOV-Chef Wilfried Jacobs. "Zwar ist es sicher nicht das Gros der Kliniken, das Patienten aus diesem Grunde nicht aufnimmt - aber manche tun es eben doch." Ein politisch konstruiertes System, das manchen Bürgern mehr schadet als nützt? "Es darf nicht passieren, dass alte, schwer kranke Menschen abgewiesen werden, weil sie sich nicht lohnen. Es darf keine Rosinenpickerei geben", sagt der Patientenbeauftragte Laumann. Deshalb habe die Regierung eine Expertenkommission eingesetzt. Sie soll bis Ende 2017 Vorschläge erarbeiten, wie man die verschiedenen Krankheitsbilder und die Pflegekosten besser in den Fallpauschalen abbilden kann. Zum Beispiel sollen Kliniken dann für einen Demenztanken mit einer Hüft-OP mehr abrechnen dürfen als für einen sonst gesunden Patienten.

Konkrete Ergebnisse wird es aber frühestens 2018 geben - obwohl dies neben der hohen Zahl der Kliniken das wichtigste Handlungsfeld ist. Warum hat die Bundesregierung nicht jetzt schon die Fallpauschalen überarbeiten lassen? Laumann hebt die Schultern und lässt sie wieder fallen. Es gebe eben nach wie vor eine Reihe von Baustellen, sagt er. "Die Regierung kann doch nicht mehr tun, als sie eine nach der anderen anzugehen."

Es darf nicht passieren, dass alte, schwer kranke Menschen abgewiesen werden, weil sie sich nicht lohnen **Karl-Josef Laumann, Patientenbeauftragter**

\*Name geändert

**Fotograf:** mauritius images/Fancy; Getty Images; Simone M. Neumann; dpa/ Pa/ Daniel Naupold  
**Fotograf:** Getty Images  
**Fotograf:** Fancy  
**Wörter:** 1550  
**Urheberinformation:** (c) Axel Springer SE