

Aus aktuellem Anlass: Der Kern der deutschen Krankenhausmisere und das Coronavirus

Der Text für diese Broschüre war gerade fertig, als uns die Corona-Pandemie erreichte und mit ihr die Misere der deutschen Krankenhäuser noch offensichtlicher wurde. Deshalb haben wir uns entschlossen, diesen kurzen Text hier zu veröffentlichen, der nicht beanspruchen soll, das Thema umfassend zu behandeln. Auch wollen wir hier nicht zynisch sagen: »Wir haben es schon immer gewusst«, sondern an der Dynamik der Situation anknüpfen, die bis weit ins konservative und zum Teil sogar wirtschaftsliberale Lager den Zweifel an Marktverhältnissen im Gesundheitswesen schürt. Die Forderung nach Abschaffung der DRG und der Ökonomisierung wird nach Corona noch viel plausibler sein.

Zeitgleich zur Verbreitung des Corona-Virus entbrannte eine Diskussion darüber, ob das deutsche Gesundheitssystem für einen solchen Krisenfall gewappnet ist. Erste Signale, dass es hier nicht zum Besten steht, hat die Regierung selbst unfreiwillig gesendet: Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) setzte die erst kürzlich in Kraft getretenen minimalistischen (Pflege-) Personalvorgaben (»Untergrenzen«) für die Krankenhäuser vorerst wieder außer Kraft, damit die Krankenhäuser auch dann unter Volllast behandeln können, wenn das (Pflege-) Personal knapp wird. In dieser Hinsicht wirkt die Corona-Pandemie eher wie ein Brennglas, unter dem schon länger bekannte Probleme besonders scharf sichtbar werden: Es fehlt an Personal in den deutschen Krankenhäusern.

Die Pandemie sorgt jedoch auch in weiteren krankenhauspolitischen Fragen für eine Perspektivverschiebung. Von (neo)liberaler Seite wurden in den vergangenen Jahren vor allem die angeblichen »Überkapazitäten« an Bettenplätzen und Krankenhausstandorten in Deutschland in den Mittelpunkt der Debatte gestellt. Sie würden

zu einer Fehlsteuerung der Ressourcen führen. Weniger Betten konzentriert an weniger Krankenhausstandorten – so die über Jahre eingeübte Kernbotschaft – würden ermöglichen, mit dem vorhandenen Personal die Pflegebedingungen für Patient*innen und Beschäftigte zu verbessern und sogar noch Geld zu sparen. Die im europäischen Vergleich hohe Bettendichte pro Einwohner*in gilt in dieser Argumentation als Beleg für Rationalisierungspotential.

► Die Debatte verschiebt sich

Mit der Corona-Pandemie verschob sich die Debatte. Jens Spahn wurde nicht müde zu betonen, dass Deutschland, mit seiner im europäischen Vergleich hohen Dichte insbesondere von Intensivbetten, gut auf Corona vorbereitet sei und über »ein vergleichsweise gut bis sehr gut ausgestattetes Gesundheitssystem« verfüge. Was gestern also noch eines der größten Probleme des deutschen Krankenhauswesens gewesen sein soll, verwandelt sich von einem auf den anderen Tag in ein wichtiges Argument für die ‚Leistungsfähigkeit des Deutschen Gesundheitswesens‘.

Diese Entwicklung macht deutlich, dass Krankenhäuser eine gesellschaftliche Infrastruktur sind, die für Krisenfälle eine ausreichende Kapazität vorhalten muss. Diese Kapazitäten können per definitionem im nicht-Krisenmodus zumindest zum Teil nicht genutzt werden.

Damit sind wir beim Kern der deutschen Krankenhausmisere: der Finanzierung nach den so genannten Fallpauschalen (DRG). Denn deutsche Krankenhäuser bekommen nur ein Minimum ihres Budgets für die Vorhaltung von Kapazitäten (Sicherstellungszuschläge und Notfallzuschlag). Die Krankenhäuser werden pro Patientenfall bezahlt, den sie behandeln. Sie müssen ihre Kapazitäten immer so auslasten, dass sie über die Erlöse durch die einzelnen Patientenfälle genug Geld einnehmen, um den Betrieb ihrer gesamten Infrastruktur (inklusive Personal) finanzieren zu können, zudem stehen sie miteinander in Konkurrenz um die niedrigsten »Produktionskosten«.

In einem solchen System handelt betriebswirtschaftlich unverantwortlich, wer seine Kapazitäten nicht so weit wie möglich auslastet. Für den Krisenfall vorgehaltene (leere) Betten sind aus der individuellen Krankenhausperspektive Erlösausfälle. Das Problem beginnt also nicht erst mit der Gewinnorientierung. Es beginnt bereits mit der »Erlösorientierung« – also dem Zwang, den gesamten Betrieb durch das Erbringen von »Leistungen« finanzieren zu müssen – unabhängig davon, ob diese individuell oder gesellschaftlich gerade sinnvoll sind. Verglichen mit z.B. der Feuerwehr hieße das, die Feuerwehr würde nur für jeden gelöschten Brand bezahlt werden.

► Der Kampf ums DRG-System ist in vollem Gange

Deshalb hat die Bundesregierung zur Bewältigung der Krise die Krankenhäuser nicht nur aufgefordert, alle verschiebbaren Behandlungen abzusagen, sondern auch eine Kompensation aller dadurch verursachten Erlösausfälle und Mehrkosten angekündigt. Der Bund und die Krankenkassen sollen für die Corona-bedingten Erlösausfälle und die Mehrkosten aufkommen. Die Erlösorientierung des DRG-Systems ist damit de facto für die nächsten Wochen und Monate suspendiert und eigentlich auch langfristig delegitimiert.

Es vollzieht sich aktuell also nicht nur ein Wandel in der öffentlichen Wahrnehmung von sozialer Daseinsvorsorge. Zugleich werden auch auf der institutionellen Ebene Schritte vollzogen, die gewissermaßen den Pfad hin zu einer nicht-erlösorientierten Krankenhaussteuerung öffnen. Dass diese »Gefahr« von Seiten der herrschenden Politik durchaus gesehen wird, machte die mit harten Bandagen geführte Auseinandersetzung um die Umsetzung der gemachten Ankündigungen (»Rettungsschirm für Krankenhäuser«) deutlich: Während die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) eine Aussetzung des DRG-Systems bis Ende des Jahres forderte, legte das Gesundheitsministerium ein Gesetz vor, mit dem dieses beibehalten und von einem komplizierten Kompensationssystem für Erlösausfälle und Mehrkosten flankiert wird. So sind zwar Ausgleichszahlungen in beträchtlicher Höhe vorgesehen, die medial gut klingen (»Milliardenhilfe für Kliniken«). Die wirtschaftlichen Fehlanreize und Widersprüche der DRG bleiben aber bestehen, ebenso wie das hochkomplexe und aufwändige Abrechnungsprozedere für jede einzelne Fallpauschale. Jede Klinik muss nun für sich selbst betriebswirtschaftlich abwägen, ob sich Engagement gegen Covid-19 lohnt oder nicht. Dieser Schritt des Gesundheitsministers folgt scheinbar einem zynischen Kalkül: Im Gesundheitsministerium wird man sich bewusst sein, dass das bereits angezählte und marode Finanzierungssystem nach einer Aussetzung nicht einfach wieder in Gang zu setzen wäre. Zugespitzt stellt sich die Frage: Ist ihnen die Rettung der Fallpauschalen wichtiger als die dauerhafte Ertüchtigung unseres Gesundheitssystems für künftige Krisensituationen? Die Krankenhäuser kritisieren eine massive Überlastung durch Bürokratie wegen der Beibehaltung der Fallpauschalen. »Wir haben in diesen Zeiten viel wichtigere Aufgaben, als Belege zu sammeln und uns auf die einzelne Rechnungsstellung mit den Krankenkassen nach der Krise vorzubereiten«, erklärt der Präsident der DKG, Gerald Gaß. Damit spießt die DKG einen zentralen Widerspruch des Systems der diagnosebezogenen Fallgruppen auf: Gewinnmöglichkeiten mit Versicherungsgeldern machen Kontrollen notwendig.

Der aberwitzige Bürokratieaufwand besteht aber nicht nur in Corona-Zeiten. Das DRG-System hat in den letzten Jahren geradezu zu einem Abrechnungskrieg zwischen Kassen und Krankenhäusern geführt. Würde nur ein Teil der Ressourcen, die dieser Kleinkrieg verschlingt, in die gesellschaftliche Planung der Krankenhauslandschaft investiert, wäre für die Gesellschaft viel gewonnen.

Die DRG wurden bereits mit der Herausnahme der Pflegefinanzierung ausgehöhlt. Nun sind sie ein zweites Mal in kürzester Zeit grundsätzlich umkämpft und praktisch delegitimiert. Es ist an den Gesundheitsarbeiter*innen und ihren Organisationen, dieses Möglichkeitsfenster zu nutzen, ihre Beteiligung an einer demokratischen und bedarfsorientierten Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens einzufordern und damit die notwendigen Pflöcke einzuschlagen, um diese Entwicklung in der Zeit nach der Krise unumkehrbar zu machen. Das kann schon jetzt beginnen. Am Uniklinikum Jena haben die Kolleg*innen z.B. in einem Offenen Brief eingefordert, in die Krisenstäbe der Krankenhäuser Beschäftigtenvertreter*innen einzubeziehen. Auch diese Infragestellung der krankenhausesinternen Hierarchien muss über die Krise hinaus verstetigt werden.

Es ist an der Gesellschaft als Ganzes, diese Auseinandersetzung als ihre Auseinandersetzung zu begreifen und die Gesundheitsarbeiter*innen dabei zu unterstützen. Die kollektiven abendlichen Beifallsbekunden sind hierfür ein guter Anfang. Sie könnten weiter gedacht werden zu Unterstützungsaktionen, z.B. für die vielfältigen Tarifauseinandersetzungen, in denen soziale Berufe bereits jetzt für ihre gesellschaftliche Anerkennung kämpfen. Im Kampf um mehr Personal an der Charité wurde der Slogan »Mehr von uns ist besser für alle« geprägt. In diesem Geist haben die Tarifrunden nach Corona das Potential, zum gesellschaftlichen Plebiszit für eine gute öffentliche Daseinsvorsorge zu werden.