

# CORONA-KRISE: KAPUTTGESPARTES GESUNDHEITSWESEN WIEDER AUFBAUEN!

## Aus den Erfahrungen Chinas lernen

*Fusion-Chefredakteur Dr. Wolfgang Lillge hat am 19. März, als die Corona-Pandemie auch in Deutschland eskalierte und ein unabsehbarer gesundheitlicher und wirtschaftlicher Notstand drohte, den folgenden Kommentar geschrieben.*

Als Ende Januar 2020 die ersten Fälle des Coronavirus in Deutschland auftauchten, wurde von Regierung und medizinischen Einrichtungen einhellig behauptet, das deutsche Gesundheitswesen sei so gut aufgestellt, daß man selbst mit einer solchen Pandemie ohne weiteres fertig werde. Wie sich bald zeigte, war dies aber reine Augenwischerei. Die Kapazitäten, die erforderlich wären, um eine große Anzahl schwerkranker Patienten zu versorgen, sind nicht vorhanden, und in Arztpraxen und Kliniken mangelt es an Atemmasken, Schutzkleidung und Desinfektionsmitteln, um vor allem das medizinische Personal zu schützen.

Tatsache ist, daß das Gesundheitswesen schon im „Normalbetrieb“ seit langer Zeit am absoluten Limit arbeitet, Ärzte und Pflegekräfte in den Krankenhäusern stehen unter Dauerstreß. Schätzungsweise 17.000 Vollzeitstellen an den deutschen Kliniken sind nicht besetzt, und die Bezahlung der im Gesundheitswesen Beschäftigten bewegt sich im untersten Bereich. Auch auf den bei Corona wichtigen Intensivstationen herrscht ein immer größerer Fachkräftemangel. Fehlten 2011 in Deutschland noch rund 1200 Intensivpflegekräfte, waren es 2016 schon 3150, und im vergangenen Jahr fehlten sogar rund 4700. Vier von fünf Krankenhäusern finden keine Ärzte für unbesetzte Stellen. Jedes dritte deutsche Krankenhaus mußte im letzten Jahr Intensivbetten sperren und Fachbereiche von der Notversorgung abmelden. Die übrigen öffentlichen Einrichtungen, vor allem die dezentral organisierten Gesundheitsämter, die zur Eindämmung einer Pandemie nötig wären, wurden systematisch kaputtgespart.

Die Folgen der Sparpolitik wurden schlaglichtartig an der Kinderkrebsstation der Berliner Charité deutlich, die

kürzlich wegen Personalnot krebskranke Kinder abweisen mußte, da in den vergangenen anderthalb Jahren ungewöhnlich viele Pflegekräfte gekündigt hatten. Derzeit seien etwa zehn der 50 Stellen nicht besetzt, so die Klinikleitung. Und das ist die Lage in vielen Kliniken, vor allem auch auf dem Lande, wo insbesondere ganze Entbindungsstationen wegen Personalmangels geschlossen werden. Im Berliner Auguste-Viktoria-Klinikum hat die gesamte Belegschaft des Fachbereichs für Infektiologie wegen unzumutbarer Bezahlung gekündigt und ist geschlossen an eine andere Klinik gewechselt.

Aktuell hat man den Eindruck, Deutschland hat sich nicht auf eine Pandemiekrise vorbereitet, sondern vor allem auf eine Klimakatastrophe.

Um die Coronakrise zu meistern, muß das gesamte Gesundheitswesen von Grund auf neu aufgestellt werden, so wie es einmal vor den verheerenden Gesundheitsreformen Anfang der 1990er Jahre ausgestattet war.

## Wie konnte es soweit kommen?

In den ersten Nachkriegsjahrzehnten zielte die Politik auf einen zügigen Ausbau der Gesundheitsversorgung ab. Höhere Ausgaben für den Gesundheitssektor waren möglich, weil hohe wirtschaftliche Wachstumsraten zu einem starken Einnahmenezuwachs bei den Krankenkassen führten. Der erste Einschnitt kam mit der 1973/74 einsetzenden Weltwirtschaftskrise, die niedrige Wachstumsraten und hohe, immer weiter steigende Arbeitslosenzahlen nach sich zog. Der gesellschaftliche Paradigmenwandel weg vom Gemein-

wohl hin zu Finanzspekulation und grünem Individualismus hinterließ auch im Gesundheitssektor seine deutlichen, verheerenden Spuren.

„Kostendämpfung“ wurde zum vordringlichen Ziel bundesdeutscher Gesundheitspolitik, wobei immer damit argumentiert wurde, die Gesundheitsversorgung sei „zu teuer“ geworden. Tatsächlich sind aber die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) seit der zweiten Hälfte der 1970er Jahre bis heute, gemessen am Bruttoinlandsprodukt (BIP), kaum gestiegen.

Vor allem seit Mitte der 1990er Jahre wurden dann in immer stärkerem Maße „wettbewerbliche Steuerungsinstrumente“ in das Gesundheitswesen eingeführt, was zu einem rigorosen Kosten-Nutzen-Denken im Umgang mit kranken Menschen führte.

Der wohl einschneidendste Schritt hierzu war die Einführung eines „leistungsorientierten Entgeltsystems“ für die bundesdeutschen Krankenhäuser am 1. Januar 2003. Die damals rund 2200 deutschen Krankenhäuser sollten künftig keine Tagessätze mehr abrechnen können, sondern diagnosebezogene Fallpauschalen, die „Diagnosis Related Groups (DRGs)“. Schon die bis dahin geltenden Tagespflegesätze, die jedes Krankenhaus mit den Kassen aushandelte, waren viel zu knapp bemessen, um den tatsächlichen Erfordernissen des Klinikalltags gerecht zu werden. Doch die DRGs – eng kalkulierte Festpreise, die je Krankheitsfall gezahlt werden, und zwar unabhängig davon, wie lange ein Patient im Krankenhaus verbleiben muß – zwangen die Kliniken zu einem radikalen Abbau von Kapazitäten und vor allem von Personal. Ärzte hatten nun die Wahl: Kam es zu Komplikationen oder brauchten Patienten zu ihrer Genesung längere Zeit, als in dem DRG vorgesehen war, mußten diese entweder vorzeitig entlassen werden (Stichwort „blutiger Patient“), es mußten private Zuzahlungen eingeführt werden, oder die Klinik geriet in finanzielle Schieflage.

Nur wenn Patienten so sparsam wie möglich und schneller als im Rahmen der vorgesehenen durchschnittlichen Verweildauer entlassen werden konnten, machte das Krankenhaus einen Gewinn. „Jeder Tag, den ein Patient länger bleibt, verringert den Gewinn um 200 bis 300 Mark“, rechnete damals der Präsident der Berliner Ärztekammer, Günther Jonitz, vor. Die Folgen wurden unverzüglich sichtbar: Krankenhäuser versuchten, sich entweder zu spezialisieren

oder bereits im Vorfeld Patientenselektion zu betreiben. Vor allem aber sollte die Aufnahme alter und schwerkranker, absehbar komplizierter Krankheitsfälle möglichst vermieden werden.

Unausgesprochenes Ziel der DRGs war es, die Krankenhausverweildauer um 20-30% abzusinken, um noch mehr Betten, ganze Stationen und Krankenhäuser schließen zu können.

Das DRG-System ist somit nicht ein x-beliebiges Abrechnungssystem, über dessen Pro und Contra man legitimerweise debattieren konnte, sondern ein Instrument, das immer mehr eine potentielle Gefahr besonders für schwerkranke und alte Menschen darstellte.

1998 sprach der damalige Ärztekammerpräsident Karsten Vilmar mit Blick auf die gesundheitspolitischen Sparbeschlüsse der rot-grünen Bundesregierung vom „sozialverträglichen Frühableben“.

Bundesärztekammerpräsident Jörg-Dietrich Hoppe brachte beim Außerordentlichen Deutschen Ärztetag am 18. Februar 2003 in Berlin die Lage auf den Begriff: „Die größte Gefahr sehe ich in dem Kulturbruch einer bisher der Humanität verpflichteten Patientenversorgung durch ein immer weiter um sich greifendes Denken der Kosten-Nutzen-Analyse. Wenn sich dieser ‚Ökonomismus‘ mit Grenznutzenrechnung in der Versorgung kranker Menschen breitmacht, dann sind wir auf einer ethischen Talfahrt, an deren Ende die Verfügbarkeit menschlichen Lebens stehen könnte – so weit dürfen wir es nie kommen lassen!“

Mit den DRGs haben wir in Deutschland ein Gesundheitssystem über Bord geworfen, das sich über Jahrzehnte bewährt hat und um dessen Leistungsfähigkeit uns viele andere Länder bewundert haben.

## Die Talfahrt beschleunigt sich

Die DRGs leiteten einen rasanten Abbau der Krankenhauskapazitäten ein. Gab es 1991 in Deutschland noch rund 2400 Kliniken, zählte das Statistische Bundesamt 2015 nur noch 1979. Im Durchschnitt wurden also pro Jahr etwa 20 Häuser geschlossen. Mit der Zahl der Krankenhäuser reduzierte sich auch die der Krankbetten, 1991 wurden noch mehr als 665.000 verzeichnet, 2014 nur noch rund 500.000. Dem

steht die Entwicklung der Patientenzahlen entgegen: 1991 versorgten die Krankenhäuser etwa 14,5 Millionen Patienten vollstationär, 2014 waren es mehr als 19 Millionen. Nach einem kurzen Rückgang stiegen die Fallzahlen seit 2006 wieder stetig an – zuletzt um 350.000 Personen in nur einem Jahr.

Weniger Betten und Kliniken, aber mehr Patienten – das geht nur bei einer deutlich verringerten Verweildauer. Verbrachten Patienten 1991 noch im Schnitt zwei Wochen in deutschen Krankenhäusern, waren es 2014 nur noch 7,4 Tage.

Hinter der schnelleren Behandlung steht auch die zunehmende Privatisierung der Kliniken. Waren 1991 noch 15 Prozent der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, hat sich dieser Anteil mittlerweile mehr als verdoppelt. Der Anteil öffentlicher Kliniken ist dagegen von 46 auf 30 Prozent deutlich gesunken. Dieser Trend dürfte weiter anhalten.

Die DRGs haben auch ein neues Berufsbild entstehen lassen: den Medizincontroller. Dieser Mediziner verfügt über eine betriebswirtschaftliche Zusatzqualifikation und achtet darauf, daß der Krankenhausbetrieb stärker an wirtschaftlichen Erfordernissen ausgerichtet wird. Die Kliniken geraten damit unter Druck, möglichst viele Patienten aufzunehmen und vermehrt „lukrative Operationen“ durchzuführen. Wie die *Frankfurter Rundschau* berichtete, würden viele Chefarzte inzwischen zu wirtschaftlichem Planen, d.h. zur Durchführung einer Mindestmenge an Operationen verpflichtet.

Dazu kommt eine überbordender Bürokratie: 36 Prozent ihrer Zeit wenden Pflegekräfte täglich für die Dokumentation auf, bei den Ärzten sind es sogar 44 Prozent. Wenn Ärzte fast die Hälfte ihrer Arbeitszeit für den Papierkrieg aufwenden, anstatt den Patienten zu helfen, ist das System menschenfeindlich.

Eine Studie der Bertelsmann-Stiftung setzte 2019 dem ganzen die Krone auf, als sie zu dem Schluß kam, daß es in Deutschland zu viele Krankenhäuser gebe. „Eine starke Verringerung der Klinikanzahl von aktuell knapp 1.400 auf deutlich unter 600 Häuser, würde die Qualität der Versorgung für Patienten verbessern und bestehende Engpässe

bei Ärzten und Pflegepersonal mildern“, heißt es dort. Das ist der völlig falsche Weg; folgt man dieser Studie, die die Radikalversion der inhumanen „Gesundheitswirtschaft“ ist, würde die ohnehin schon prekäre Gesundheitsversorgung in der Fläche zusammenbrechen.

## Lösung: Abschaffung der DRGs und Gesundheitswesen wieder aufbauen

Die Krankenhausfinanzierung muß sofort von der Vergütung durch Fallpauschalen wieder auf eine Finanzierung durch Tagespauschalen umgestellt werden, die sich nicht an wirtschaftlichen Kriterien, sondern am Wohl der Patienten orientieren.

Der von der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschätzte Investitionsstau in den Kliniken von mindestens 30 Milliarden Euro muß sofort abgebaut werden. Die für die Krankenhausfinanzierung zuständigen Bundesländer müssen ihrer Verantwortung gerecht werden und die Investitionsquote in die Krankenhäuser massiv erhöhen, denn diese ist seit der Wiedervereinigung massiv gesunken: Im Vergleich zu 1991 investierten die Länder aktuell rund 50 Prozent weniger. Trauriges Schlußlicht ist Berlin, wo heute nicht einmal ein Viertel von dem investiert wird, was früher die Qualität der Gesundheitsversorgung gesichert hat.

Wir brauchen:

- Finanzierung von mindestens 30.000 weiteren Vollstellen im Pflegebereich.
- Vorhaltung von Behandlungs- und Schutzkapazitäten im Katastrophen- und Pandemiefall wie vor den einschneidenden Sparprogrammen der 1990er Jahre.
- Anhebung der Personalbesetzung im Krankenhausesektor und eine bessere Bezahlung vor allem der Pflegekräfte.
- Deutliche Erhöhung der Ausbildungsplätze für Medizinstudenten.

Nur so kann unser Gesundheitswesen wieder gesunden.