

Kapitel I.9

Auswirkungen des DRG-Systems auf Beschäftigte im Krankenhaus

Mit Einführung der DRG wurde die Gewinnerzielung durch die Behandlung stationärer Patient*innen nicht nur zugelassen, sondern zur Ankurbelung des Wettbewerbs ausdrücklich begrüßt. Diese Aussicht veranlasste die Geschäftsführungen der Kliniken, schon vorab nach Sparpotentialen zu suchen, um gleich vom Start weg durch Verringerung der Kosten einen möglichst hohen Teil der Erlöse als betriebswirtschaftlichen Gewinn verbuchen zu können, sei es, um – wie bei den privaten Klinikkonzernen, die teilweise an der Börse notiert sind – Ausschüttungen für Aktionäre zu generieren, sei es, um fehlende Investitionsmittel der Länder durch eigene finanzielle Ressourcen zu ersetzen. Mit mehr als 60% an den Gesamtkosten ist der Personalbereich im Krankenhaus der größte Kostenblock.

► Auswirkungen auf den Pflegebereich

Weil bereits im Vorfeld der DRG-Einführung die gesetzlich geregelte Pflegepersonal-Regelung (PPR) 1997 außer Kraft gesetzt worden war, und weil in den meisten Kliniken die Reinigungs- und Versorgungsdienste schon privatisiert waren, lagen die größten Einsparpotentiale in der Reduzierung der Pflegestellen. Das InEK kalkuliert zwar für jede DRG einen bestimmten durchschnittlichen Anteil an Pflegekosten, es gibt aber keine Vorgaben, mit wie vielen Pflegestellen der Leistungsumfang einer DRG erbracht werden muss.

Und so wurden schon vor der gesetzlichen Einführung der DRG als vorbereitende Maßnahme kontinuierlich Stellen im Pflegebereich abgebaut. Gleichzeitig sanken aber die Liegezeiten der Patient*innen und es stiegen die Fallzahlen, denn der besondere betriebswirtschaftliche Anreiz des DRG-Systems liegt darin, in möglichst kurzer Zeit möglichst viele Patient*innen durch jedes Klinikbett zu

schleusen, weil jede*r neue Patient*in eine zusätzliche DRG mit daraus folgendem Erlös bedeutet.

► Belastung steigt massiv

Dieser betriebswirtschaftlichen Logik folgend sanken in den Jahren um die DRG-Einführung die Pflegestellen bundesweit von 350.000 (1995) auf 258.000 (2007) VK; dies entspricht einem Stellenabbau von 92.000 oder 26%. Im selben Zeitraum nahmen die Fallzahlen in allen Akutkrankenhäusern von 15.931.168 (1995) auf 17.178.573 (2007), also um 7,3% zu. Die Tabelle zeigt die Gesamtbilanz bis heute:

Tab. 2: Entwicklung von Patientenzahlen, Verweildauer und Pflegepersonal

	1995	2017	Veränderung	%
Patienten	15.931.168	19.442.810	3.511.642	22,0
VWD	12,1	7,3	- 4,8	- 39,7
Pflege	350.571	328.327	-22.244	- 6,3
Patienten/Pflegekraft	45	59	14	30,3

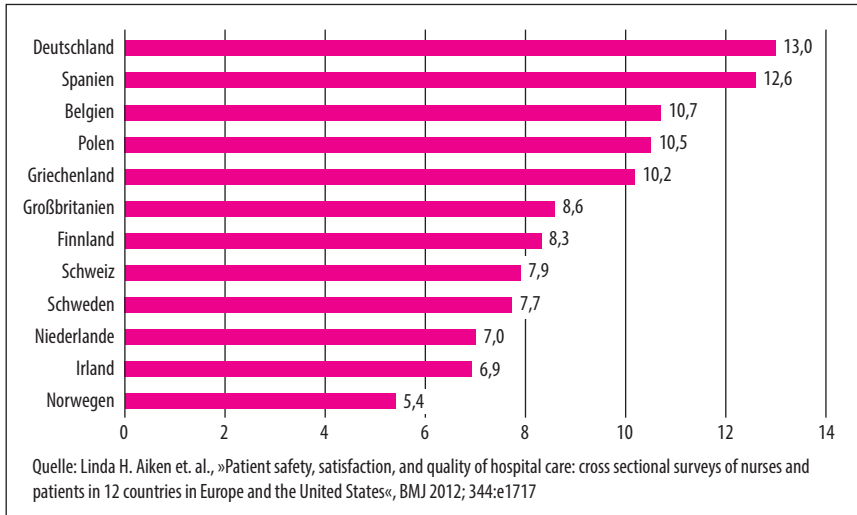
Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Erst in den letzten Jahren wurden wieder mehr Pflegekräfte eingestellt – ein Erfolg der Streiks von Pflegekräften in mehreren Bundesländern, die schließlich sogar die gesetzliche Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRG-Kalkulationen bewirkt haben ([Kapitel I.12](#)).

Insgesamt hat aber die Belastung (ausgedrückt als Patient*innen pro Pflegekraft) um über 30% zugenommen.

Die eigentliche Mehrbelastung durch diese gegenläufige Entwicklung von Pflegepersonalstellen und Patientenzahlen ist noch gravierender als es in den Zahlen zum Ausdruck kommt, denn jede Liegezeitverkürzung und daraus resultierende Fallzahlenzunahme bedeutet im Stationsalltag, dass alle Schritte eines Behandlungsprozesses enger getaktet sein müssen und dass die arbeitsintensivsten Phasen des stationären Aufenthaltes – Aufnahme und Entlassung – zunehmen. So verschiebt sich der Fokus des Pflegealltags weg von der direkten Versorgung der Patient*innen hin zu Dokumentation und Organisation der immer schneller aufeinander folgenden Abläufe. Die büro-

Abb. 21: Patienten pro ausgebildeter Pflegekraft auf Station pro Tagschicht



kratischen Aufgaben bekommen ein immer größeres Gewicht, denn nur mit einer lückenlosen präzisen Dokumentation in der Patientenakte kann sich das Krankenhaus erfolgreich gegen Erlösabschläge der Krankenkassen zur Wehr setzen, die das erklärte Ziel der immer häufigeren MdK-Einzelfallprüfungen sind. Diese Überprüfungen von Krankenhausrechnungen haben allein zwischen 2014 und 2018 von 1,9 Millionen auf 2,6 Millionen pro Jahr (= 27%) zugenommen, das entspricht 13,3% aller Krankenhausabrechnungen bundesweit. Auch das hat natürlich eine innere Logik: Je mehr der Konkurrenzkampf tobt und je mehr es ums Geld geht, umso mehr muss dokumentiert werden, um sich vor Patient*innen und Kassen »schützen« zu können.

► **Höchste Belastung im internationalen Vergleich**

Die Überlastung der Pflegekräfte, die durch diese DRG-gesteuerten Entwicklungen verursacht ist, hat ein groteskes Ausmaß erreicht. In einem internationalen Vergleich mit mehreren europäischen Ländern ist die Zahl der Patient*innen, die in einer Tagschicht von einer Pflegekraft durchschnittlich versorgt werden muss, mit 13 Patient*innen in Deutschland am höchsten, während in Norwegen, Irland, Niederlande, Schweden und der Schweiz jeweils weniger als acht Patient*innen auf eine Pflegekraft kommen.

→ siehe Abb. 21

Abb. 22: Zitate aus Überlastungsanzeigen

- **Intensivstation:** »Sechs, manchmal nur fünf Pflegekräfte in der Schicht, davon in der Regel nur 1-2 mit Fachausbildung, haben 16 – 18 Patienten zu versorgen. Davon 6, manchmal 8 Beatmungspatienten, Patienten mit Hämofiltration (Blutwäsche), MRSA-Infektion, Entwöhnung vom Beatmungsgerät ... das sind oft 10 Patienten, die eigentlich eine 1:1 – Betreuung bräuchten«
- **Kinderstation:** »Unsere kleinen Patienten, die sich wegen ihrer Behinderung nicht äußern können, können wir nicht mehr zeitnah wickeln und umlagern. Nur mit Verzögerungen erhalten die Kinder Essen oder Medikamente. Säuglinge müssen 30 Minuten lang schreien, bevor sie gefüttert werden können. Notwendige Kontrollen von Atmung, Puls und Blutdruck sind nicht möglich, genauso wenig die Kontrolle der Infusionen.«

Aus internationalen wissenschaftlichen Untersuchungen ist auch bekannt, dass eine zu geringe personelle Ausstattung mit Pflegekräften die Qualität der stationären Behandlung signifikant verschlechtern kann. (Kapitel I.8)

► Überlastungsanzeigen

Schon lange und immer wieder weisen die überlasteten Mitarbeiter*innen in sogenannten Gefährdungsanzeigen die zuständigen Geschäftsführungen auf die unhaltbaren Arbeitsbedingungen auf den Stationen hin. Hier zwei von unzähligen Beispielen: → siehe Abb. 22

Die Pflegekräfte halten den sich verschärfenden Widerspruch zwischen ihrem beruflichen Ethos, das gerade in Pflegeberufen erheblich zum persönlichen Selbstverständnis beiträgt, und der Hetze im Stationsalltag mit daraus folgender Vernachlässigung vieler originärer Pflegeaufgaben nicht auf Dauer aus.

Schon 2008 gaben in einer repräsentativen Umfrage 88% aller beteiligten Pflegekräfte an, auf Stationen zu arbeiten, auf denen wichtige Pflegetätigkeiten rationiert werden. Als Gründe für das Gefühl, das Arbeitspensum häufig nicht zu schaffen, gaben 80% der Befragten starke Konflikte zwischen Versorgungsqualität und Kostendruck an, fast genauso viele sahen starke Konflikte zwischen ihrem Berufsethos und dem alltäglichen Kostendruck als Ursache. Immer häufiger sehen die Pflegenden gegen die ständige Überlastung persönlich keine andere Hilfe, als ihre Arbeitszeit zu reduzieren (etwa die Hälfte aller Pflegenden arbeitet in Teilzeit), oder den

Beruf ganz zu verlassen. So gaben als Gründe für das Nachdenken über einen Berufswechsel 76% der Befragten an, die Arbeitsbedingungen gestatteten keine gute Pflege mehr, 54% fühlten sich ständig überlastet und ausgebrannt²⁴. Die Folgen für die Gesundheit der Pflegenden sind ruinös. Seit Einführung der DRG stiegen die Zahlen der Krankheitstage, der langwierigen psychischen Erkrankungen und der Frühverrentungen stark an.

Den Ergebnissen des »Pflegethermometers 2009« des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung zufolge stellen »Mängel in der pflegerischen Versorgung nicht mehr die Ausnahme, sondern die Regel dar. Es zeigen sich insbesondere Probleme bei Arbeiten wie der Sicherstellung einer angemessenen Überwachung von verwirrten Patienten, Mobilisierung und fachgerechte Lagerung von bewegungseingeschränkten Patienten, Gesprächshäufigkeiten, Betreuung Schwerstkranker und Sterbender sowie Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme. Hier weisen jeweils etwa vier von fünf Pflegekräften darauf hin, dass sie Mängel in den letzten sieben Tagen nicht ausschließen können. Bei der Medikationsverabreichung, Verbandswechseln und Hygienemaßnahmen sind es jeweils etwas mehr als die Hälfte der Befragten, die Fehler und Mängel nicht ausschließen konnten.«²⁵

Eine weitere Folge ist die Zunahme von so genannten Dissonanzen (Missklang, Unstimmigkeit) zwischen den erlernten Normen und dem Arbeitsalltag: 2008 lehnen 87% (2006: 84%) der Pflegekräfte mehr oder weniger stark die Vorenthaltung von Leistungen aus Kostengründen ab. Nur 12% von ihnen arbeiten aber im selben Jahr in Bereichen, wo es keine Rationierung gibt. (vgl. Braun et al. 2010) Da braucht man sich nicht zu wundern, wenn es zwischenzeitlich einen erheblichen Pflegekräftemangel gibt. Umgekehrt: Welches Potential an Pflegekräften wäre mobilisierbar, wenn sich die Arbeitsbedingungen nachhaltig verbessern würden?

»Ganzheitliche Pflege« (eine Pflegekraft ist für alles bei einer bestimmten Zahl von Patient*innen zuständig), das war das Leitbild der Pflege in der Vor-DRG-Ära. Es wird zunehmend abgelöst durch eine Taylorisierung der Arbeitsabläufe, durch Funktionspflege (jede Pflegekraft ist nur noch für bestimmte Verrichtungen zuständig) und »Primary Nursing« (Trennung von Hand- und Kopfarbeit durch Pflege-

24 Alle Zahlen aus: Bernard Braun, Petra Buhr, Rolf Müller: »Pflegearbeit im Krankenhaus, Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten«, Sankt Augustin 2008

25 Michael Isfort, Frank Weidner e.a., »Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus«, hg. vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln 2010, S. 7f.: www.dip.de

kräfte, die für höherwertige Planungstätigkeiten zuständig sind, und »Arbeitsbienen«, die die handwerklichen Tätigkeiten ausführen müssen). Gleichzeitig werden eigentlich pflegerische Tätigkeiten hin zu billigeren Hilfskräften verlagert. Das hat eine Deprofessionalisierung der Arbeit auf den Stationen zur Folge, weil in immer größerer Zahl geringer qualifizierte Mitarbeiter*innen eingestellt werden.

Zusammenfassend sind die Pflegekräfte die Berufsgruppe, die am stärksten vom Primat der Ökonomie betroffen ist:

- Ihre Arbeitsbelastung verdichtet sich durch die massiven Personalkürzungen bei gleichzeitiger Fallzahlsteigerung der durchgeschleusten Patient*innen.
- Ihre Freizeit ist ständig gefährdet, denn aufgrund der chronischen Unterbesetzung werden sie immer häufiger außerplanmäßig zu Zusatzschichten eingeteilt, um ein Minimum an pflegerischer Versorgung der Patient*innen aufrecht zu erhalten.
- Wenn sich die wirtschaftliche Lage eines Krankenhauses verschlechtert, werden sie immer häufiger im Rahmen von Notlagen-Tarifverträgen unter den üblichen Tarifgehältern bezahlt.
- Schlechte Arbeitsbedingungen und nicht ausreichende Bezahlung haben die Attraktivität des Berufes verschlechtert, daher können viele freie Stellen nicht wiederbesetzt werden, was die Überlastung nochmals steigert
- Gleichzeitig tragen internationale Werbekampagnen zur Rekrutierung von Pflegekräften aus anderen Ländern dazu bei, diesen ihre ausgebildeten Fachkräfte aus dem eigenen Gesundheitswesen abzuziehen und damit das Problem des Personalmangels auf ärmere Länder abzuwälzen.

► Auswirkungen auf andere Beschäftigtengruppen

Die steigende Priorisierung der Gewinnerzielung als dominierender Zweck des Krankenhausbetriebs wirkt sich nicht nur auf die Arbeitsbedingungen in der Pflege aus, auch andere Berufsgruppen sind von den Einsparmaßnahmen betroffen. Dabei wirkt sich die Ökonomisierung bei den einzelnen Berufsgruppen unterschiedlich aus. Die folgende Tabelle 3 und die Abb. 23 zeigen zeigen die Entwicklung der Personalzahlen in den einzelnen Berufsgruppen im Krankenhaus und die Entwicklung der Patientenzahlen.

→ siehe Tab. 3 und Abb. 23

Tab. 3: Veränderung der Zahl der Patienten und der Beschäftigten in verschiedenen Berufsgruppen von 2005 bis 2017

	2005	2017	Diff.	Diff. in %
Med. techn. Dienst	116.531	139.152	22.621	19,4
Funktionsdienst	81.776	105.911	24.135	29,5
Verwaltung	53.891	59.869	5.978	11,1
klinisches Hauspersonal	14.064	8.842	- 5.222	- 37,1
Wirtschafts-/Versorgungsdienst	49.889	33.923	- 15.966	- 32,0
Techn. Dienst	17.451	15.072	- 2.379	- 13,6
Patientenzahl	16.096.353	18.842.723	2.746.370	17,1

Quelle: Destatis Grunddaten der Krankenhäuser 2005 und 2017, eigene Berechnungen.

► Medizinisch-technischer Dienst und Funktionsdienst

Diese Bereiche sind die Nadelöhre, durch die jede*r Patient*in muss. Hier waren die Möglichkeiten zu sparen durch den Willen, die Patientenzahl zu maximieren, deutlich eingeschränkt. Deshalb kam es hier auch zu einem Personalaufbau. Auch wenn dieser prozentual höher ist als die Zunahme der Patientenzahlen, kann man nicht von einer Entlastung ausgehen. Die zunehmende Arbeitshetze durch die schnellere Taktung und die Zunahme der Prozeduren pro Patient*in (OPs, Untersuchungen usw.) verhindert dies.

► Verwaltung

Auch hier wurde ein deutlicher Personalaufbau vorgenommen, der aber auch mit einer erheblichen Ausweitung der Aufgaben einherging. Dies entspricht internationalen Erfahrungen, die zeigen, dass in preisgesteuerten Krankenhaussystemen die Zahl der »Behandler« zurückgeht, die Zahl der für Verwaltungstätigkeiten notwendigen Beschäftigten aber stark ansteigt. Dies betrifft zwar auch die anderen Berufsgruppen, die zunehmend unter finanziellen Gesichtspunkten dokumentieren müssen, aber letztlich müssen die Beschäftigten in den Verwaltungen dies alles zusammenführen. Zu nennen sind hier die massiv gestiegenen Anforderungen an die Kosten- und Leistungsrechnung. Jede einzelne Tätigkeit muss finanziell bewertet und

Abb. 23: Veränderungen 2005 bis 2017 in %



einer Kostenstelle, einer Kostenart und einem Kostenträger (Patient*in) zugeordnet werden. Die Budgetverhandlungen mit den Kassen werden immer aufwändiger, und schließlich muss alles ja ständig durch das Controlling überwacht werden und ggf. gegengesteuert werden.

► Klinisches Hauspersonal und Wirtschafts- und Versorgungsdienste

Auch für diese Mitarbeiter*innen des Krankenhauses hat das Arbeitsvolumen durch die Fallzahlsteigerung erheblich zugenommen. Häufigerer Patientenwechsel bedeutet Mehrarbeit für die Reinigungskräfte, das Küchenpersonal und auch den Transportdienst. Deren Anzahl ist aber nicht angestiegen, sondern deutlich abgesunken. Das liegt daran, dass die Geschäftsführungen bei diesen Berufsgruppen schon seit Jahren noch andere betriebswirtschaftliche Stellschrauben nutzen, um die sich widersprechenden Ziele Kostensenkung und Bewältigung von Mehrarbeit gleichzeitig zu erreichen:

- Der gesamte Wirtschafts- und Versorgungsdienst wird oft aus dem eigentlichen Krankenhausbetrieb ausgegliedert und gleich privatisiert oder in klinik-

eigene Tochtergesellschaften verschoben. Damit unterliegen die Mitarbeiter*innen dieser Tochtergesellschaften z.B. nicht mehr dem TVöD-Tarif für Krankenhäuser, sondern können in niedrigere Tarife oder gar in tariflose Beschäftigungsverhältnisse überführt werden mit Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen.

- Zusätzlich können die Arbeitnehmer*innen in den Tochtergesellschaften den Anspruch auf betriebliche Rentenzusatzversorgung für den öffentlichen Dienst bei VBL oder ZVK verlieren – für das Krankenhaus als Arbeitgeber ein weiteres Einsparpotential. Für die Arbeitnehmer*innen, die oft in besonders niedrigen Lohngruppen arbeiten, ein zusätzliches Risiko künftiger Altersarmut.

Diese Ausgliederung betrifft nach Schätzungen der Gewerkschaft ver.di bis zu 20% aller bisherigen Krankenhausmitarbeiter*innen. Bei einer Befragung von 100 Klinik-Geschäftsführern stellte sich heraus, dass inzwischen ca. 50% aller Klinikwäschereien, 46% aller Reinigungsdienste und 38% aller Krankenhausküchen fremdvergeben sind.²⁶

► Fazit

Nur durch einen Systemwechsel weg vom DRG-System hin zu einer Finanzierung der tatsächlichen Kosten, die für eine am Patientenwohl orientierte Behandlung erforderlich sind, kann die Ökonomisierung in der stationären Versorgung wieder zurückgedrängt werden. Nur so ist es möglich, adäquate Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter*innen im Krankenhaus zu schaffen, die den Arbeitsplatz Krankenhaus wieder erstrebenswert machen und eine qualitativ hochwertige Behandlung für die Patient*innen im Krankenhaus gewährleisten können.

26 www.kma-online.de: »Konzentration auf das Kerngeschäft«. 29. Juni 2016.