

Raus aus dem Krankenhaus

Warum es Pflegekräfte aus den Kliniken treibt und was sich in der deutschen Gesundheitswirtschaft ändern muss

TEXT Gudrun Nolte

„Komm bloß schnell wieder *raus aus dem Krankenhaus!*“, das gibt man gern jedem Menschen in dieser heilenden und wundersamen Institution mit auf den Weg. Das Krankenhaus fasziniert und ängstigt zugleich, es ist ein besonderer Ort. Fast jeder Mensch kommt in seinem Leben mit dieser Institution in Kontakt, für viele beginnt und endet dort das Leben.

Menschen erleben in Krankenhäusern oft existenzielle Erfahrungen: Angst, Schmerz, Wut, Trauer, aber auch Glück und Dankbarkeit. Die eigene Grenze zwischen Leben und Tod wird erfahrbar. Als Patient*in erlebe ich Abhängigkeit, Hilflosigkeit und Unsicherheit, die den Menschen so wichtige Autonomie und Individualität sind hier drinnen oft außer Kraft gesetzt. „Wenn man es pathetisch ausdrücken will, kommt in der Krankheit das zum Ausdruck, was Martin Heidegger ‚Geworfenheit‘ nennt, die Erfahrung, dass wir unsere Existenz nicht vollständig im Griff haben.“¹

Wechselt man die Perspektive hin zu den Menschen, die im Krankenhaus ihren Arbeitsplatz haben, findet man hochspezialisierte Fachkräfte unterschiedlichster Berufsgruppen vor. An diesem besonderen Ort braucht der Mensch Menschen, auf die er sich verlassen kann, die für ihn da sind und die dafür sorgen, dass möglichst nichts schief läuft oder vergessen wird, weil es ein Ort des unbedingten Angewiesenseins ist. Die Rollen und Aufgaben der vielen Fachkräfte im Krankenhaus sind daher immens wichtig, in ihrer Tätigkeit liegt eine hohe Verantwortung.

Kranken Menschen helfen, eigentlich ein wunderbarer Beruf, aber viele Pflegekräfte wollen *raus aus dem Krankenhaus*. Sie wechseln ihren Beruf, reduzieren ihre Stunden und an Nachwuchs für diesen Bereich ist gar nicht erst zu denken. Die Situation in den Krankenhäusern ist daher extrem angespannt. 2017 waren rund 350.000 Menschen als Gesundheits- und Krankenpfleger*innen in Krankenhäusern tätig, davon rund 290.000 in Vollzeit. Dennoch fehlen bundesweit mehr als 100.000 Vollzeitstellen für die Pflege.²

Doch wie konnte es soweit kommen? Was sind die Gründe, die zu dieser Situation geführt haben? Und was können wir tun? Darum soll es im Folgenden gehen.

DASEINSVORSORGE VS. MARKTWIRTSCHAFT

Das Krankenhaus ist eine hochkomplexe Institution, welche die unterschiedlichsten Aufgaben und Tätigkeiten organisieren muss. Effizienzdenken und Rationalisierung sind daher schon immer ein Thema im Krankenhausbetrieb. Dabei müssen nicht zwingend marktwirtschaftliche Prinzipien zugrunde liegen, denn Effizienz kann auch Professionalisierung bedeuten und der schnelleren Zuteilung von Hilfe dienen. Dennoch sind ökonomische Interessen des Profits oft ebenso gegenwärtig.

Krankenhäuser dienen der allgemeinen wie zivilisatorischen Grundversorgung und fungieren nicht unbedingt als Wirtschaftsunternehmen. Die Krankenhausplanung und deren Finanzierung sind öffentliche Aufgabe und gehören in die politische Planung und Steuerung. Die Daseinsvorsorge ist im Grundgesetz implizit mitgesetzt und betrifft „alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft“ (Art. 28). Dazu zählen in Deutschland ferner auch Schulen, Feuerwehren, Museen, öffentliche Bücherhallen und vieles mehr. Im fünften Buch der Sozialgesetzgebung ist die Finanzierung geregelt (§ 109 SGB V). Vor diesem Hintergrund

dominierte lange eine öffentlich-rechtliche Anbieterstruktur mit kommunalen und städtischen Krankenhäusern, öffentlichen Universitätskliniken usw. Viele der heutigen Krankenhäuser wurden in den 1960er- bis -90er-Jahren gebaut und erweitert; Ziel war es, im Sozialstaat eine gesicherte Gesundheitsvorsorge auch in der Fläche zu gewährleisten. Errichtet und erhalten wurden die Krankenhäuser aus Steuergeldern, die Behandlung der Patient*innen bezahlten die Krankenkassen nach dem Prinzip der Selbstkostendeckung.

Mit Einrichtungen der Daseinsvorsorge werden keine Gewinne erzielt, so war es auch für die Krankenhäuser. Überschüsse wurden im darauffolgenden Jahr von den Pflegesätzen abgezogen. Im laufenden Geschäftsjahr wurden tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet, die quasi als Abschlagzahlung zu sehen waren. Eine mögliche Liegezeitenerhöhung, um mehr Geld zu erwirtschaften, ergab keinen Sinn. In dieser Zeit wurde eine nachvollziehbare Personalbemessung anhand von Personalanhaltszahlen eingeführt, um so die Wirtschaftlichkeit zu überprüfen. „Das Selbstkostendeckungsprinzip war ein von 1972 bis 1992 geltendes Prinzip für die Finanzierung der Krankenhauskosten, nach dem die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden, leistungsfähigen Krankenhauses durch die von den Krankenkassen zu zahlenden Pflegesätze und durch die Investitionskostenfinanzierung der öffentlichen Hand vollständig gedeckt werden mussten.“³

Anfang der 1990er Jahre wurde dieser Mechanismus, der wegen der „in diesem Prinzip angelegten fehlenden Anreize zu Rationalisierungsbemühungen und sparsamem Wirtschaften im Krankenhausbereich als einer der Faktoren für relativ starke Kostensteigerungen verantwortlich gemacht wurde, durch die Pflicht zur Vereinbarung prospektiver Budgets abgelöst“⁴. Bereits Mitte der 1980er-Jahre war das Verbot, Gewinne zu machen, aufgehoben worden. Es wurde lange Zeit von Kostenexplosion gesprochen und dass vor allem Personalkosten eingespart werden müssten. Seit der Einführung des „Gesundheitsstrukturgesetzes“ im Jahr 1992 steht die „Kostendämpfung“ im Krankenhausbetrieb dauerhaft im Vordergrund. Faktisch sind mit diesem Gesetz die Prinzipien von Markt und Wettbewerb in die öffentliche Daseinsvorsorge eingezogen. Die Abschaffung des sozialstaatlichen Selbstkostendeckungsprinzips war die Voraussetzung dafür, den Krankensektor marktwirtschaftlich aufzustellen und ihn zu einem lukrativen Geschäftsfeld für private Investoren zu machen. Es entwickelte sich ein Kampf zwischen einem Sozialsystem, welches die Bedürfnisse der Menschen im Blick hat, und einem Wirtschaftssystem, das auf die Rendite schaut. Dazwischen werden die Patient*innen, Ärzt*innen und Pflegekräfte aufgerieben. Sie sind ausgebrannt und stehen fassungslos vor den Scherben eines Gesundheitssystems, das einst eine große Anerkennung erfahren hat. Aus dem Gesundheitswesen wurde eine Gesundheitswirtschaft.

Wo genau liegt der Unterschied? Das Gesundheitswesen ist Teil des Gemeinwesens und Teil des deutschen Sozialsystems, es ist differenziert gegliedert in

- 1 A. Nassehi: Das moderne Krankenhaus, in: Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftung (Hg.): Im Krankenhaus, Leipzig 2018, S. 193–20, hier: 193.
- 2 Vgl. <https://bit.ly/2CR5edx> bzw. <https://bit.ly/2DqyxmK> (Stand: 26.03.2019).
- 3 Online Wirtschaftslexikon: <https://bit.ly/2HDpPnN> (Stand: 26.03.2019).
- 4 Ebd.

Leistungserbringer und Leistungserbringung, die Finanzierung erfolgt im Wesentlichen durch das umlagefinanzierte System der Krankenkassen. Hier geht es um das Wohl aller Menschen. In der Gesundheitswirtschaft, mit dem Ziel der Privatisierung von Gesundheitsleistungen, geht es darum, die Steigerung der Gesundheitsausgaben zu reduzieren, Lohnkosten zu senken und Kapitaleignern eine möglichst hohe Rendite zu ermöglichen; dies ist eher zum Wohle weniger.⁵ Das Gesundheitswesen hat sich eindeutig zur Gesundheitswirtschaft entwickelt und es gibt derzeit kaum einen Wirtschaftszweig, in dem höhere Renditen zu erzielen sind.

„Die gesetzlichen und privaten Krankenkassen geben jährlich rund 67 Milliarden Euro für Krankenhäuser aus. Das ist viel Geld. Dennoch fehlt es an allen Ecken und Enden – vor allem beim Personal. So hat ver.di festgestellt, dass in den Kliniken bundesweit 162.000 Beschäftigte fehlen, allein 70.000 davon in der Pflege. Eine Ursache des Problems: Von dem Geld kommt nicht alles dort an, wo es gebraucht wird. Stattdessen landen Millionen auf den Konten von Aktionären und Kreditgebern. Die drei [eine ver.di Fachbereichszeitung, Anm. der Autorin] hat nachgerechnet, wie viel Geld dem Gesundheitswesen allein durch die vier großen privaten Klinikketten – Fresenius/Helios, Rhön, Asklepios und Sana – entzogen wird.“⁶

Die ökonomischen Veränderungen der letzten 30 Jahre in den Krankenhäusern haben dazu geführt, dass massiv Stellen abgebaut wurden, vor allem in der Pflege. Als Folge verdichtet sich seit Jahren die Pflegetätigkeit. Dies hat mehrere Gründe, bspw. die Kostendämpfung bei der pflegerischen Ausstattung in deutschen Krankenhäusern. So wurden zwischen 2002 und 2007 rund 33.000 Arbeitsplätze in der Pflege gestrichen, gleichzeitig nahm die Verweildauer der Patient*innen ab. Die Pflegeintensität nahm zu, weil der Aufwand in der Pflege in dieser kurzen Zeit sehr hoch ist und Patient*innen, die dennoch länger im Krankenhaus bleiben müssen, deutlich pflegeintensiver sind. Zudem verursacht der häufigere Bettenwechsel mehr Arbeit.⁷ Im Durchschnitt verbleiben die Patient*innen heute 7,5 Tage im Krankenhaus, 1956 lag die durchschnittliche Verweildauer noch bei 30 Tagen, zwischen 1970 und 1985, also zur Zeit des Selbstkostendeckungsprinzips, wurde die Liegezeit von 18,3 auf 13,9 Tage, also um 24 Prozent reduziert.⁸ Kurz: Es gibt immer mehr Patient*innen, die in kürzerer Verweildauer versorgt werden müssen – und das mit immer weniger Pflegepersonal.

Das Thema „Pflegekräftemangel“ ist längst in der Gesundheitspolitik angekommen. So ließ Gesundheitsminister Jens Spahn unlängst verlauten: „Pflege ist ein wichtiger und erfüllender Beruf – nur leider gibt es nicht genug Menschen, die den nicht gut genug bezahlten Job machen wollen.“ Und weiter: „Ich kann sie Ihnen ja nicht backen.“⁹ Die Äußerung des Ministers macht in zwei Sätzen deutlich, vor welcher Misere wir stehen. Erstens, der Pflegeberuf erfährt nicht die An-

„Pflege ist ein wichtiger und erfüllender Beruf – nur leider gibt es nicht genug Menschen, die den nicht gut genug bezahlten Job machen wollen“, sagt der Gesundheitsminister.

5 Vgl. G. Maio: Geschäftsmodell Gesundheit, Berlin 2014.

6 D. Behruzi: Die Vampire sind los. Wie private Krankenhauskonzerne das Gesundheitswesen aussaugen, ver.di Standpunkt 2014, <https://bit.ly/2HFmULw> (Stand: 26.03.2019).

7 Quelle: Destatis, <https://bit.ly/2Jt2nl> (Stand: 26.03.2019).

8 Vgl. N. Rakowitz: Gesundheit ist eine Ware, luxemburg argumente 6, Berlin 2018.

9 So in einer Diskussionsrunde in der Berliner Charité, vgl. <https://bit.ly/2HHAoX7> (Stand: 26.03.2019).

erkennung, die einem anspruchsvollen Ausbildungsberuf zusteht, und zweitens ist er schlecht bezahlt. Der Pflegeberuf erfordert ein hohes Maß an fachlichen, sozialen, persönlichen und methodischen Kompetenzen. Eine qualifizierte dreijährige Ausbildung mit einem staatlich anerkannten Examen und der Möglichkeit, weitere Qualifikationen zu erreichen, führte bisher nicht dazu, dass der Beruf angemessen vergütet wird und den Respekt sowie die Wertschätzung erfährt, die angebracht wären. Pflegekräfte tragen die Verantwortung für die ihnen anvertrauten Menschen und damit für ihr Leben. Ein Fehler oder eine nicht ernst genommene Beobachtung können Menschenleben verändern oder beenden.¹⁰ Wenn in der Industrie Fließbänder stillstehen oder in den Ministerien Akten nicht bearbeitet werden, dann hat dies zwar negative Folgen für den Umsatz, für Projekte oder auch für Gesetzesvorhaben, aber nicht unmittelbar für ein Menschenleben. Im Krankenhaus hingegen entscheiden oft Minuten, ob ein(e) Patient*in gerettet werden kann oder die richtige Hilfe bekommt.

VON FALLPAUSCHALEN UND ARBEITSVERDICHTUNG

Mit dem „Gesundheitsstrukturgesetz“ von 1992 änderte sich auch die Grundlage zur Personalbemessung. Die Pflege-Personal-Rechnung (PPR) diente ursprünglich der tagesgenauen Bestimmung des Pflegeaufwandes stationärer Patient*innen und der Ermittlung der notwendigen Anzahl von Pflegekräften in Krankenhäusern. Sie sieht vor, dass alle Krankenhäuser nach einem einheitlichen Verfahren den Pflegebedarf für die Patient*innen erheben, so ließ sich wirklichkeitsnah und umfangreich darlegen, wie viel Personal benötigt wird. Ziel war es, Bedarf und Angebot an Pflegeleistung in Deckung zu bringen. „Das Ergebnis der PPR war tatsächlich, dass sich die Zahl der Vollzeitkräfte in der Pflege der allgemeinen Krankenhäuser zwischen 1991 und 1995 um 25.590 erhöht hat.“¹¹ 1996 wurde die PPR mit der Begründung ausgesetzt, der Erfassungsaufwand sei zu hoch und die Minutenwerte seien realitätsfern. 1997 wurde die Erfassung der Personalbemessung schließlich ganz außer Kraft gesetzt.

Seit 2004 gibt es in Deutschland schließlich das DRG-System (Diagnosis Related Groups), das Fallpauschalensystem, das große Auswirkungen auf die heutige Pflegesituation in den Krankenhäusern hat. Mit Einführung der Fallpauschalen¹² ging eine radikale Veränderung bei der faktischen Personalbemessung einher, die dazu führte, dass wir heute von einem Pflegenotstand sprechen. Mit der PPR hatte man ein gutes und funktionierendes System an der Hand gehabt, das transparent war und Stellen aufbaute. Es wurde abgelöst, um Kosten einzusparen, mit der Folge, dass die Arbeitsverdichtung weiter zunimmt. In Deutschland betreut eine Pflegekraft im Schnitt 13 Patient*innen pro Schicht, das sind 2,5-mal so viele wie in Norwegen oder den USA.¹³

Eine Überlastung der zurzeit in der Pflege Tätigen ist programmiert. Viele Pflegekräfte wollen darum *raus aus dem Krankenhaus*. Sie wechseln ihren Beruf, su-



Nachwuchs gesucht: Ein Krankenpflegeschüler misst den Blutdruck eines Patienten.

chen sich Stellen im Ausland, gehen in Teilzeit – und erst recht fehlt Nachwuchs für diesen Bereich. Die durchschnittliche Verweildauer einer Pflegekraft in diesem Beruf beträgt nur 7,5 Jahre. Die Zahlen sind alarmierend – und sind begründet in den schlechten Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern.¹⁴ ver.di Bundesvorstandsmitglied Sylvia Bühler mahnte im Vorfeld des Deutschen Pflegetages 2019: „Viele Pflegerinnen und Pfleger flüchten heute geradezu aus dem Beruf, obwohl sie ihn eigentlich lieben. Das muss anders werden.“¹⁵ Der Druck auf die Pflegekräfte in ihrem Alltag ist enorm. „Ich muss ständig mit dem Gefühl leben, dass ich den Menschen, die mir anvertraut sind, nicht gerecht werde. Ja, dass ich sie sogar gefährde, statt sie gesund zu machen. Die Hektik bei der Arbeit, der Druck, schnell und dabei gut zu arbeiten, löst in einem Sorge aus, Fehler zu begehen.“¹⁶

Am Ende kommt diese Belastung auch bei den Patient*innen an. „Patienten mussten stundenlang in ihren Ausscheidungen liegen, wir konnten Patientenklingeln teilweise erst nach über 30 Minuten bedienen, Medikamentengabe war nur zeitverzögert möglich, angemessene Infusionsüberwachung konnten wir nicht leisten. Erforderliche Blutdruck-, Temperatur- und Blutzuckerkontrollen nicht möglich. Hygienestandards konnten nicht eingehalten werden.“ Diese Aussage

¹⁰ Vgl. A. Jorde: *Kranke Pflege. Gemeinsam aus dem Notstand*, Stuttgart 2019, S. 47.

¹¹ Zitiert nach Jorde 2019, S. 83.

¹² Die Finanzierung der Krankenhausmedizin (mit Ausnahme der Psychiatrie) erfolgt seitdem nicht mehr retrospektiv, also dadurch, dass erst nach Abschluss der Behandlung die Kosten einzeln festgestellt und von Kassen ersetzt wurden. Jetzt ist prospektiv, also vor der Behandlung des Patienten, die Finanzierung mit einer Pauschale festgelegt. Mit der Fallpauschale ist im Vorhinein für das Krankenhaus klar, was für die Behandlung, den Fall, abgerechnet werden kann. Es liegt am Einzelfall bzw. obliegt dem Krankenhaus, ob es mit dem Geld auskommt (vgl. Maio 2014: 17/34).

¹³ M. Simon/S. Mehmecke: *Nurse-to-Patient Ratios*, Working Paper Forschungsförderung 027, Februar 2017, <https://bit.ly/2CENFLT> (Stand: 26.03.2019).

¹⁴ Vgl. Jorde 2019, S. 89; siehe hierzu auch den Film „Der marktgerechte Patient“, www.der-marktgerechte-patient.org.

¹⁵ <https://bit.ly/2WgHDbE> (Stand: 26.03.2019).

¹⁶ Jorde 2019, S. 58.



Beruhigende Waschung eines Patienten im Krankenhaus. Doch die Arbeit verdichtet sich, der Takt für die Pflegekräfte wird immer schneller.

stammt aus der Gefährdungsanzeige¹⁷ einer Pflegekraft, die einen Einblick in den Alltag im Krankenhaus gibt.

Stimmen aus der Krankenseelsorge bezeugen, dass mit wachsendem Druck und steigender Arbeitsbelastung auch die Ängste um den Arbeitsplatz zunehmen. Krankenhauspastor*innen sind für die Begleitung und Beratung der Mitarbeitenden, Patient*innen und Angehörigen zuständig. Normalerweise verwenden sie die eine Hälfte ihrer Arbeitszeit für die Begleitung der Mitarbeitenden, die andere Hälfte für Patient*innen und Angehörige. Doch innerhalb des letzten Jahres sei der Anteil für die Mitarbeitenden auf 80–85 % gestiegen, so die Rechnung einer Hamburger Krankenseelsorgerin.¹⁸

WAS IST ZU TUN?

Diese Zunahme der Belastung in der Pflege ist erschreckend. Gerade in Zeiten des Pflegenotstands wäre es gut, Pflegekräfte zu binden und nicht durch weiteren Druck aus dem Beruf zu treiben. Wir stehen vor der Misere eines hochspezialisierten modernen Krankenhauses mit dem enormen Druck, Gewinne zu erwirtschaften, gepaart mit dem Mangel an einem entscheidenden Faktor: Pflegepersonal. Obwohl die medizinischen Möglichkeiten enorm zugenommen haben, benötigen Patient*innen weiterhin auch Pflege und Zuwendung zur Gesundheit. Der Soziologe Armin Nassehi hat den Betrieb des Krankenhauses dahingehend zusammengefasst, „[d]ass sich alles Unterschiedliche in einem Fokus trifft: beim Patienten oder der Patientin.“¹⁹ In der Betreuung und Hinwendung zum Menschen in einer besonderen Situation entsteht Beziehung. Dies ist notwendig, um die Gesundheit des „ganzen Menschen“ – an Leib und Seele – zu gewährleisten. Den intensivsten Kontakt zu den Patient*innen haben im Setting der Krankenhausversorgung die Pflegenden – bisher.

Wichtig ist, den betroffenen Pflegekräften eine Stimme zu verleihen bzw. diese zu verstärken. „Ohne uns funktioniert kein Krankenhaus!“ Dieser Satz stammt von Ica Fritz, Krankenschwester in Augsburg, die in Bay-

ern ein Volksbegehren für mehr Pflegepersonal im Krankenhaus auf den Weg bringen will.²⁰ Die Initiative möchte einen Personal-Patienten-Schlüssel für Bayerns Krankenhäuser gesetzlich festlegen. Ähnliches gibt es bereits in Berlin und Bremen. Im Jahr 2017 gründete sich das „Hamburger Bündnis für mehr Pflegepersonal im Krankenhaus“, das u. a. von Gewerkschaften, Verbraucherzentrale, dem Sozialverband Deutschland und dem Kirchlichen Dienst in der Arbeitswelt unterstützt wird. Was alle eint in diesen Bündnissen, ist die Sorge um die Patient*innen und die gefährlichen Arbeitsbedingungen, unter denen Pflegenden, ärztliches Personal und auch Hygienekräfte leiden. Den Unterstützern ist es wichtig, sich für die Pflegenden, die Patient*innen und Angehörigen einzusetzen, denn die Pflege ist in Not. In Hamburg ist das Bündnis mittlerweile gewachsen, der Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), der Verein demokratischer Ärzt*innen, Attac Hamburg, die Grüne Jugend Hamburg, das Forum Patientenvertretung in Hamburg und viele mehr gehören dazu (www.pflegenotstand-hamburg.de).

Gute Arbeitsbedingungen sind die Voraussetzung für einen verantwortungsvollen Beruf, der geprägt ist von enormen Belastungen körperlicher und psychischer Art sowie einer hohen Verantwortung für die Menschen, die den Pflegekräften anvertraut sind. Nötig sind eine entsprechende Vergütung, neue Arbeitszeitmodelle und endlich Wertschätzung, um diesen Beruf auch weiterhin auszuüben. Es muss sich jedoch auch bei den Pflegenden selbst etwas ändern. Solange sich Pflegekräfte bereit erklären einzuspringen, jede Lücke im Dienstplan zu stopfen, obwohl sie selbst schon zwölf Tage am Stück gearbeitet haben, wird der Mechanismus – „es wird schon so weitergehen“ – nicht durchbrochen. Die Verantwortung für die Misere liegt aber nicht bei den Pflegekräften, sie liegt bei den Arbeitgebern, sie tragen die Verantwortung für Unterbesetzung und knapp kalkulierte Schichten. Damit muss Schluss sein, es hilft weder den Patient*innen noch den Pflegenden, beider Leben ist in Gefahr. ■

¹⁷ Flyer des Hamburger Pflegebündnisses (<http://www.pflegenotstand-hamburg.de>). Mit einer Gefährdungsanzeige zeigen Mitarbeiter*innen dem Arbeitgeber an, dass es aufgrund der Arbeitssituation zu gesundheitlichen Gefährdungen oder Qualitätseinbußen in der Arbeit kommt.

¹⁸ Name ist der Autorin bekannt.

¹⁹ Nassehi 2017, S. 198.

²⁰ Vgl. <https://bit.ly/2JG0NJ> (Stand: 26.03.2019).