

Sparen bis der Arzt nicht mehr kommt

Ohne ökonomisches Denken geht es im Krankenhausbetrieb unserer Tage nicht. Überall wird rationalisiert, umstrukturiert, optimiert und gespart. Ökonomische Begriffe und Effizienzaspekte werden zunehmend zum Maßstab medizinischen Handelns. Der rentable Betrieb wird oft mit einem harten Sparkurs vor allem beim Personal erkaufte. Betriebs- und Personalräte schlagen Alarm: Der Sparzwang führe mittlerweile verstärkt dazu, dass Stellen trotz ausreichender Bewerberzahl zum großen Teil sehr zögernd nachbesetzt und über längere Zeit offen gehalten werden, um die wirtschaftliche Bilanz der Kliniken zu verbessern. Daraus resultierten Qualitätsverluste in der Patientenversorgung sowie Überlastung der Mitarbeiter.

Von Eugenie Ankwitsch



Der Kostendruck in deutschen Krankenhäusern ist in den vergangenen Jahren immer weiter gewachsen. Auch wenn sich die finanzielle Situation der Kliniken laut Krankenhaus Rating Report 2016 etwas entspannt hat, ist die Finanznot vieler Häuser nach wie vor groß. Immer noch gelten knapp elf Prozent der Kliniken als insolvenzgefährdet, 23 Prozent schreiben Verluste. Der rentable Betrieb wird jedoch oft mit einem harten Sparkurs vor allem beim Personal erkaufte.

Die Personalkosten sind naturgemäß der größte Posten im Budget eines jeden Krankenhauses. Im Jahr 2014 gaben deutsche Kliniken laut Statistischem Bundesamt insgesamt 56,2 Milliarden Euro für ihre Mitarbeiter aus. Das sind 61,2 Prozent des gesamten Krankenhausbudgets. „Wenn Kliniken sparen müssen, bietet sich dieser Posten deshalb leider als einer der ersten an“, sagt Alfred Höfer, stellvertretender Vorsitzende des Vivantes Gesamtbetriebsrates. Seit der Einführung des DRG-Systems (s. Kasten auf S.21) heißt Sparen nahezu flächendeckend, Personal zu reduzieren. Dies geschieht allerdings nicht unbedingt dort, wo Überhänge bestehen.

Die Konsequenz: Mindestbesetzungen sind mittlerweile in vielen Kliniken der Standard. Kurzfristige Ausfälle beispielsweise durch Krankheit seien kaum noch zu kompensieren, berichten Ärzte, unabhängig davon, ob sie bei den öffentlichen oder privaten Klinikkonzernen arbeiten. „Wenn einer längere Zeit ausfällt, bricht hier alles zusammen“, mit fast gleichen Worten beschreiben sie die personelle Misere in den Berliner Kliniken. Trotz der ohnehin dünnen Personalausstattung wird ständig nach weiteren Einsparpotenzialen beim Personal gesucht.

Verzögerte Nachbesetzung für bessere Bilanz

„Der Sparzwang führt in der letzten Zeit verstärkt dazu, dass Stellen trotz ausreichender Bewerberzahl zum großen Teil sehr zögernd nachbesetzt und über längere Zeit offen gehalten werden, um die

wirtschaftliche Bilanz der Kliniken zu verbessern“, berichtet Dr. med. Thomas Werner, Betriebsrat beim landeseigenen Klinikkonzern Vivantes und Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin. Betroffen seien ärztliche Stellen über sämtliche Hierarchiestufen hinweg, vom Berufsanfänger über Fach- und Oberarzt bis hin zum Chefarzt. Das Instrument scheint sich einer großen Beliebtheit zu erfreuen.

„Wir haben in jüngster Vergangenheit einige Kolleginnen gehabt, die schwanger wurden und ein Berufsverbot erhielten. Die Stellen wurden einfach nicht mehr nachbesetzt. Das ist extrem problematisch, weil wichtige Knotenpunkten nicht mehr mit Assistenzärzten besetzt werden können“, bestätigt ein Assistenzarzt bei einem großen Berliner Krankenhausträger, der seinen Namen aus Sorge vor Nachteilen im Beruf nicht preisgeben will.

„Die Personaldecke ist sehr knapp geplant. Deshalb versuchen die Chefarzte in der Regel, offene Stellen schnell nachzubesetzen. Die Verwaltung kann dabei durchaus eine andere Strategie verfolgen und versuchen, die Nachbesetzung aus ökonomischen Interesse hinauszuzögern“, sagt auch Dr. med. Hannah Arnold, Fachärztin für Urologie und bis vor Kurzem Assistenzärztin an der Helios Klinik Berlin-Buch.



Dr. med. Hannah Arnold

Nach Auskunft eines ehemaligen leitenden Mitarbeiters der Charité, der ebenfalls ungenannt bleiben möchte, greife man auch an der Berliner Universitätsklinik gern darauf zurück. „Um den Zielkorridor für den Deckungsbetrag zu erreichen, wird die Wiederbesetzung nahezu routinemäßig mit einer vierteljährigen Sperre belegt. Je weiter die Klinik von den Zielvorgaben entfernt ist, desto strikter wird davon Gebrauch gemacht. Nur wenn der betroffene Bereich gänzlich nicht mehr arbeitsfähig wäre, wird eine Stelle kurzfristig nachbesetzt“, berichtet er. Auch an anderen Universitätskliniken, an denen er im Laufe seiner beruflichen Laufbahn tätig war, habe er ähnliche Nachbesetzungssperren erlebt.





Dr. med. Thomas Werner

„Es gibt an der Charité keinesfalls eine derartige zentrale Regelung“, sagt dagegen Manuela Zingl, stellvertretende Pressesprecherin der Universitätsklinik. Die Nachbesetzung ärztlicher Stellen erfolge in Verantwortung der Centren und Kliniken. Das Ziel sei aber, die Stellen überlappend zu besetzen.

Betroffene wollen lieber anonym bleiben

Andere Erfahrungen hat allerdings eine Oberärztin an der Charité gemacht. Sie will – wie weitere Betroffene, mit denen BERLINER ÄRZTE gesprochen hat – lieber anonym bleiben, um Nachteile für sich zu vermeiden. „Erst wenn wir die Freigabe des kaufmännischen Leiters haben, dürfen wir die Stelle ausschreiben und neu besetzen. Um das Budget zu schonen und die Defizite, die an anderen Stellen entstanden sind, auszugleichen, werden die freien Stellen oftmals erst Monate nach dem Weggang des alten Kollegen nachbesetzt“, sagt sie.

Was das für die Ärzte bedeutet, bekommt sie hautnah mit: „Die Mitarbeiter müssen mehr Überstunden machen und werden in den Dienstplänen massiv überplant. Es werden mehr Schichten vergeben als eigentlich im Monat gearbeitet werden müsste. Auch die Bereitschafts- und Wochenenddienste müssen dann entsprechend auf weniger Kollegen verteilt werden“.

Qualitätsverluste in der Patientenversorgung

Dieses Vorgehen führe zwangsläufig zu Qualitätsverlusten in der Patientenversorgung sowie zu Überlastungen der Mitarbeiter, sind sich die Betriebs- und Personalräte einig. Eine repräsentative Befragung unter knapp 4.000 Krankenhausärzten, die der Marburger Bund vor knapp einem Jahr veröffentlicht hat, gibt ihnen Recht. Trotz der im Arbeitszeitgesetz festgelegten Höchstgrenze von durchschnittlich 48 Stunden pro Woche liegt die tatsächliche Wochenarbeitszeit inklusive aller Dienste und Überstunden bei mehr als zwei Drittel der Befragten im Durchschnitt deutlich darüber. Fast die Hälfte der Klinikärzte (46 Prozent) arbeitet 49 bis 59 Stunden und jeder Fünfte (21 Prozent) 60 bis 79 Stunden pro Woche im Durchschnitt.

Hinzu kommt, dass sich 73 Prozent der Ärzte „manchmal (34 Prozent), „häufig“ (30 Prozent) oder sogar „fast immer“ (9 Prozent) durch ökonomische Erwartungen, die der Arbeitgeber an sie heranträgt, in ihrer ärztlichen Diagnose und Therapiefreiheit beeinflusst fühlen. Lange Arbeitszeiten, hohe Arbeitsbelastung und ökonomischer Druck bleiben nicht ohne Folgen. Fast drei Viertel der Klinikärzte (72 Prozent) haben das Gefühl, dass die Gestaltung der Arbeitszeiten im Krankenhaus die eigene Gesundheit

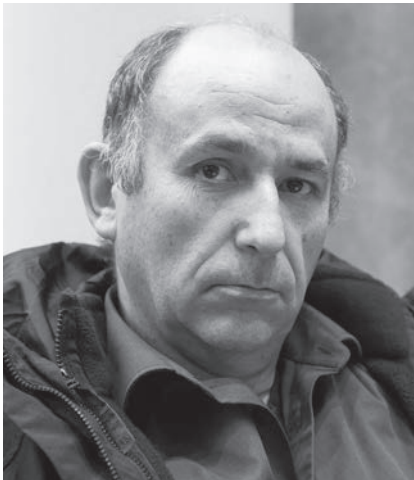
beeinträchtigt, z.B. in Form von Schlafstörungen und häufiger Müdigkeit.

„In unserer täglichen Arbeit erleben wir, dass das Klinikpersonal durch die wirtschaftlichen Zwänge in den letzten Jahren mehr und mehr unter Druck gerät. Mitarbeitergesundheit ist aber die Basis für eine gesunde Klinikorganisation und Voraussetzung für die Patientensicherheit. Beides muss immer im Vordergrund stehen“, meint Dr. med. Ulrike Pohling, Personalrätin an der Charité. „Es gibt zudem klare gesetzliche Regeln für den Arbeits- und Gesundheitsschutz (ArbSchG), welche umgesetzt werden müssen“, führt sie weiter aus.

Zahl der Überlastungsanzeigen steigt

Die Zahl der Beschwerden und Überlastungsanzeigen steigt. So beklagen beispielsweise die Mitarbeiter bei Vivantes in den Beschwerden eine zu hohe Arbeitsbelastung wegen personeller Unterbesetzung des ärztlichen Dienstes in der Klinik. Es fehle außerdem ein Konzept für den Ausfall von Ärzten. Regelmäßig sei es aufgrund der hohen Arbeitsbelastung unmöglich, eine Pause zu machen. In einigen Fällen hat der Vivantes-Betriebsrat die Einigungsstelle angerufen. Im vergangenen Jahr kam es zu einem Spruch: Die fast identischen Beschwerden seien berechtigt, lautete





Alfred Höfer

das Fazit der Einigungsstelle. Der ärztliche Dienst der Klinik sei laut Aussagen der Ärzte und den überreichten Unterlagen permanent unterbesetzt. Der Ausfall eines Arztes sei durch die überbelasteten anwesenden Ärzte auszugleichen. „Die Geschäftsführung ist nun verpflichtet, etwas zu tun und diesen Beschwerden entgegen zu wirken“, sagt Alfred Höfer. Wenn nichts unternommen wird, habe der Betriebsrat die Möglichkeit, weitere Schritte zu unternehmen.

Allerdings ist die Vivantes-Geschäftsführung der Ansicht, dass die Stationen über eine ausreichende Anzahl an Fachärzten verfügen, um sowohl die Qualität der Versorgung wie auch der Weiterbildung sicherzustellen. Zwar verzeichne man in allen Krankenhäusern und in allen Berufsgruppen seit Jahren eine Arbeitsverdichtung. „Es entspricht nicht der Unternehmensstrategie, freie Stellen im ärztlichen oder pflegerischen Bereich nicht zu besetzen, sondern im Gegenteil. Vivantes setzt alles daran, qualifiziertes medizinisches und pflegerisches Fachpersonal zu gewinnen und zu halten“, heißt es in der Stellungnahme der Geschäftsführung.

Assistenzarztbereich besonders betroffen

Auch wenn die verzögerte Besetzung der vakanten Stellen nach Angaben der Fachleute über alle Hierarchieebenen praktiziert wird, trifft es am häufigsten die Assistenzarztstellen. „In diesem Bereich

werden die meisten befristeten Verträge vergeben und zwar nicht über den gesamten Zeitraum der Befugnis des Chefarztes, wie im Gesetz zur befristeten Beschäftigung von Ärzten in der Weiterbildung vorgesehen, sondern regelhaft über ein oder zwei Jahre“, sagt Werner. Diese Strategie sei sowohl bei den öffentlichen als auch bei privaten Kliniken üblich. Damit stellt sich in regelmäßigen Abständen die Frage, ob die Verträge verlängert werden oder eben nicht.

Immerhin machen Assistenzärztinnen und -ärzte einen Löwenanteil in Berliner Krankenhäusern aus. Im Jahr 2014 waren das laut dem Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 6.522 von insgesamt 8.681 Ärzten. „Die Befristung der Arbeitsverträge ist so für die Arbeitgeber in zweierlei Hinsicht vorteilhaft“, erklärt der freigestellte Betriebsrat Höfer. Einerseits könne die Klinikleitung die Stelle einfacher als finanzielle Ressource nutzen: Je kürzer die Laufzeit der Verträge, desto öfter habe man die Möglichkeit, manipulativ einzugreifen und die Stelle eben eine Zeit lang nicht zu besetzen. Andererseits könnten die befristeten Verträge als Druckmittel genutzt werden, damit sich die Mitarbeiter konform verhalten. Denn in der Regel wollen sie, dass die Verträge verlängert werden und sie ihre Ausbildung auch dort beenden können.

Bei Vivantes werde laut Höfer die Vergabe von befristeten Verträgen in einzelnen Abteilungen unterschiedlich gehandhabt. Allerdings würden sie nur in den wenigsten Abteilungen über den ganzen Ausbildungszeitraum vergeben, um den Nachwuchs zu binden und die hohe Fluktuation wieder zu reduzieren. Denn inzwischen merke man auch dort, dass ärztlicher Nachwuchs knapper wird.

„Befristete Verträge sind auch nicht im Sinn des Teilzeit- und Befristungsgesetzes, wie wir Ärzte das sehen“, so Höfer weiter. Das Teilzeit- und Befristungsgesetz in Verbindung mit dem Gesetz zur Ausbildung von Ärzten in der Weiterbildung sehe eigentlich vor, dass Mitarbeiter einen Vertrag erhalten, der mindestens so lang wie die Ausbildungsermächtigung des Chefarztes ist. In großen Kliniken sollten also Verträge über die gesamte Wei-

terbildungszeit von fünf bzw. sechs Jahren die Regel sein. Allerdings werde dies häufig unterlaufen.

Immer mehr jüngere Assistenzärzte

Werden die Verträge nicht verlängert, dann kann die Klinikleitung nicht nur durch vorübergehende Nichtbesetzung der Stelle sparen, sondern statt eines erfahrenen Arztes einen jungen Assistenzarzt ohne Berufserfahrung einstellen. Denn diese sind in der Vergütungsstruktur am preiswertesten. „Das Personalgefüge verschiebt sich derzeit zu jüngeren Assistenzärzten, deren Wissensstand noch begrenzt ist und sie letztendlich häufig die fachlichen Ansprüche, die an sie gestellt werden, noch gar nicht abdecken können“, kritisiert Werner. „Zusätzlich sinkt trotz zunehmender Spezialisierung der Fachgebiete die erforderliche Facharztpräsenz in den Kliniken mit langfristigen Folgen für die Patientenversorgung und die Weiterbildung der Assistenten.“

Von ähnlichen Entwicklungen berichten auch Mitarbeiter der Charité. Begünstigt durch das Wissenschaftszeitgesetz sind auch dort befristete Verträge üblich. „Die Oberarztliche hat deutlich zugunsten von jüngeren Kollegen abgenommen“, schildert die Charité-Oberärztin. „Wir stellen fast nur noch junge Kollegen ein, die gerade erst ihr Studium beendet haben. Ihre Einarbeitung und Weiterbildung sind bei der knappen personellen Ausstattung eigentlich nicht leistbar. Es ist auch nicht verantwortbar, dass man so viele Berufsanfänger gleichzeitig beaufsichtigt.“

Nach Angaben der Charité soll der Anteil der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung dagegen seit Jahren sogar leicht rückgängig sein und derzeit bei unter 50 Prozent liegen. Zugleich steige gerade die Zahl der Ärzte wieder, was für die Charité mit einer deutlichen Leistungssteigerung einhergehe. „Wir haben kein Interesse, bei unseren wichtigsten Leistungserbringern zu sparen“, beteuert die Pressesprecherin.

Über alle Krankenhausträger hinweg berichten allerdings junge Nachwuchsärzte, dass aufgrund der knappen personellen Ressourcen auf den Stationen die Einarbeitungszeit kurz ist und sie bereits nach wenigen Wochen in Wochenend- und Nachtdiensten eigenverantwortlich Patienten betreuen. Da die Fach- und Oberärzte ebenfalls häufig überlastet seien, bleibe nur sehr wenig Zeit für das Erlernen von teilweise grundlegenden Untersuchungen und eine strukturierte Weiterbildung. „Die Weiterbildung läuft nebenher, da sie im DRG-System überhaupt nicht abgebildet wird. Engagierte Fach- und Oberärzte geben ihr Wissen neben dem klinischen Alltag trotzdem gern weiter. Die Assistenzärzte müssen sich allerdings engagieren und eine strukturierte Weiterbildung einfordern“, sagt Arnold. Trotz Kritik ist sie mit ihrer Weiterbildung ganz zufrieden. Damit gehört sie allerdings zu einer Minderheit in Deutschland. Denn laut einer bundesweiten Umfrage des Marburger Bundes beklagen 63 Prozent aller Assistenzärzte eine mangelnde Weiterbildung während der Arbeitszeit.

Das Niveau der Facharztbehandlung ist gefährdet

„Früher haben wir ganz genau geschaut, dass die Assistenzärzte bestimmte fachliche Anforderungen erfüllen, bevor sie eigenständig Dienste übernehmen. Dieses Niveau ist immer weiter heruntergesetzt worden, weil man die Dienste irgendwie besetzen muss. Von einem Facharztstandard kann eigentlich gar nicht mehr die Rede sein“, beklagt die Charité-Oberärztin. Man sei kaum noch in der Lage, die behandelnden Ärzte der Zukunft vernünftig auszubilden. Auch Werner meint, dass befristete Verträge und die Verschiebung hin zu mehr vergleichsweise unerfahrenen Mitarbeitern im ärztlichen Dienst einen erheblichen Einfluss nehmen auf das Niveau der Behandlung, welche nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs stets der durch einen erfahrenen Facharzt zu entsprechen hat.

In Deutschland fehlen Ärzte, vor allem auf dem Land. Aber auch in vielen Großstädten müssen Mediziner nicht lange nach einer Stelle suchen. Man könnte meinen, wer so gefragt ist, könnte für bessere Bedingungen protestieren, sich in einer anderen Klinik bewerben oder einen gut bezahlten Job im Ausland annehmen. Trotzdem ertragen viele ihre Situation.

Vor allem Assistenzärzte trauen sich nicht, sich zu beschweren. Denn gerade in der Facharztausbildung ist man auf ein gutes Verhältnis zum Chefarzt angewiesen. Schließlich muss er am Ende der Facharztweiterbildung das sogenannte Log-Buch unterschreiben. Das war auch der Grund, warum einige Assistenzärzte gar nicht mit BERLINER ÄRZTE reden und andere nur vertraulich ihre Sorgen schildern wollten.

Verbindliche Personalvorgaben nicht in Sicht

Die Anzahl der in den Berliner Krankenhäusern beschäftigten Ärzte ist laut Amt für Statistik Berlin-Brandenburg zwischen 2009 und 2014 um 865 Vollkräfte angestiegen. Dies bedeutet einen Zuwachs von knapp 13 Prozent. „Zwar steige die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken seit einigen Jahren absolut, dennoch nehme die Arbeitsverdichtung zu, weil durch die Auswirkungen des Arbeitszeitgesetzes die durchschnittliche Arbeitszeit je Kopf sinke und sich zugleich die Patientenzahl erhöht hat“, erklären Experten den scheinbaren Widerspruch. „Der insbesondere mit der wachsenden Stadt und der demografischen Veränderungen verbundene Leistungszuwachs konnte insoweit auch durch Anpassungen im Ärztlichen Dienst zumindest teilweise flankiert werden“, meint die Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG). Dennoch sei weiterhin eine hohe Arbeitsbelastung in den Berliner Krankenhäusern, die beim Ärztlichen Dienst in etwa dem Bundesdurchschnitt entspreche, zu verzeichnen. Ursächlich hierfür ist sowohl aus Sicht der BKG als auch der Gesundheitsexperten, die für BERLINER ÄRZTE Rede und Antwort stan-

den, eine weiterhin unzureichende Finanzierung der Betriebskosten durch die Krankenkassen sowie der Investitionen durch das Land Berlin.

Die seit Jahren anhaltende unzureichende Investitionsfinanzierung durch das Land Berlin habe zu einem erheblichen Investitionsstau geführt und den wirtschaftlichen Druck auf die Krankenhäuser zu Lasten der Beschäftigten und der Versorgung deutlich erhöht, kritisieren sie. Anhand aktueller Berechnungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ergibt sich ein Investitionsbedarf der Berliner Kliniken von rund 240 Mio. Euro pro Jahr. Mit dem Doppelhaushalt 2016/2017 wurden Investitionen für die Berliner Kliniken von 107 Mio. Euro in 2016 und 109 Mio. Euro in 2017 vorgesehen. Bei fehlenden Investitionen aus den Ländermitteln seien die Krankenhäuser gezwungen, absolut zwingende, notwendige Investitionen aus den Mitteln für die Patientenversorgung zu nehmen. Bei den privaten Klinikkonzernen werden aus den Mitteln, die die Krankenkassen für die Behandlung der Patienten bereitstellen, sogar noch Ausschüttungen für die Aktionäre getätigt.

Berlins Gesundheitssenator Mario Czaja (CDU) hat sich als erster führender CDU-Gesundheitspolitiker dafür ausgesprochen, den Krankenhäusern einen festen Personalschlüssel für Ärzte vorzuschreiben. „Ich bin davon überzeugt, dass ein System, das auf Fallpauschalen beruht, nur funktionieren kann in Korrespondenz mit Mindestpersonalvorgaben im ärztlichen und pflegerischen Bereich“, sagte Czaja dem rbb-Magazin Klartext im Dezember 2015.

Im Berliner Krankenhausplan 2016 ist nach Ansicht von Dr. med. Wolfgang Albers, Sprecher für Wissenschaft und Gesundheit sowie Fraktionsvorstand der Linken im Abgeordnetenhaus, von personellen Mindeststandards für die Stationsbesetzungen allerdings keine Rede mehr. Die Vorgaben reduzieren sich auf die Formulierung, auf Intensivstationen

möge man sich „möglichst“ an die Empfehlungen der Fachgesellschaft halten und für jeweils zwei Patienten eine Pflegekraft einsetzen. Geriatriische Abteilungen sollen sich bei der Personalausstattung an den Empfehlungen des Bundesverbandes Geriatrie orientieren. „Verbindliche Vorgaben zu einer personellen Mindestausstattung im Interesse einer qualitativen Patientenversorgung sehen anders aus“, kritisierte er.

Die Vorgaben für alle anderen Stationen beschränken sich darauf, vorzuschreiben, dass eine medizinische Fachabteilung mit zwei Fachärzten inklusive ihrer Leitung besetzt sein muss. „Wie mit einem Chef- und einem Oberarzt der Facharztstandard in der Versorgung über 365 Tage im Jahr 24 Stunden am Tag gewährleistet werden soll, bleibt dabei sein (gemeint ist Gesundheitssenator Mario Czaja, Anm.d.Red.) Geheimnis“, so Albers.

Dem widerspricht Dr. med. Thomas Werner, der als Vorsitzender des Krankenhausausschusses der Ärztekammer Berlin an den Verhandlungen zum Krankenhausplan 2016 intensiv beteiligt war, deutlich „Die Pauschalaussage hierzu ist ganz einfach falsch. Die Regelung, dass mindestens der Chef- und Oberarzt über Facharztstandard verfügen müssen, hat den Hintergrund, dass es viele Abteilungen gab und gibt, die leider nicht einmal diesen ‚Mindeststandard‘ haben bzw. gehabt haben und zahlreiche Abteilungen als reine ‚Belegabteilungen‘ ohne eigenständige Leitung geführt wurden bzw. werden.“ Sehr wohl sei es möglich, solch einen Facharztstandard auch nur mit Chef- und Oberarzt zu erfüllen, wenn es sich um kleine „subspezialisierte“ Klinik eines großen Gebietes handele und entsprechende suffiziente Dienststrukturen mit weiteren Kliniken des Hauses im gleichen Gebiet bestehen. Die zusätzliche Einführung dieser wie auch anderer Regelungen im Krankenhausplan (zum Beispiel klinische Akut- und Notfallmedizin in den Rettungsstellen, Vorhaltung eines Viszeral- und Unfallchirurgen sowie viele andere kleine Bausteine) sind laut Werner vom Gesundheitssenator 1:1 aus den Stellungnahmen

der Ärztekammer Berlin übernommen und zum großen Teil gegen erheblichen Widerstand der BKG eingearbeitet worden. „Damit sind wir im Krankenhausplan 2016 im Vergleich zum letzten, unter „Rot-Rot“ entstandenen ein gutes Stück weiter gekommen und planerisch weitaus besser aufgestellt als die meisten anderen Bundesländer.“ Gleichzeitig räumt Werner ein, dass eine Personalbemessung in allen Bereichen auch für den ärztlichen Dienst wünschenswert wäre. Allerdings gebe es noch viele offene Fra-

gen. Die von ver.di an der Charité eingeschlagene Marschrichtung über die „Krücke“ einer tarifvertraglichen Vereinbarung führe zur Verlagerung unternehmerischer Risiken auf die Arbeitnehmer, die das Mehr an Personal letztlich über die nächsten Tarifabschlüsse „eigenfinanzieren“ würden. Daher sei eine gesetzliche Regelung zu fordern, betont Werner.

Verfasserin:
Eugenie Ankwitsch
Freie Journalistin

Hauptverursacher Fallpauschalensystem

Wenn man nach den Ursachen für die beschriebenen Zustände an deutschen Kliniken fragt, landet man schnell beim Fallpauschalensystem (DRGs). Mit der flächendeckenden Einführung der DRG-Systems im Jahr 2004 hat ein grundsätzlicher Wandel an den Krankenhäusern hierzulande stattgefunden. Die Zahl der Befürworter in Politik, Krankenkassen und Kliniken war damals groß. Doch bereits vor der Einführung gab es reichlich kritische Stimmen. Darunter die Ärztekammer Berlin, die im Jahr 2001 warnte: „Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin erwartet mit der Einführung von DRGs eine deutliche Verschlechterung der Patientenversorgung durch einen Verlust an Qualität und Humanität. Eine Industrialisierung der Patientenversorgung in deutschen Krankenhäusern ist absehbar. Das Festhalten an dem derzeitigen Einführungsverfahren führt zum Abbau der stationären Versorgung in Deutschland ohne Rücksicht auf medizinische Kriterien, Qualität und Humanität der Patientenversorgung, volkswirtschaftliche Ergebnisse und verfassungsrechtliche Gebote. Stattdessen führt es zu Anreizen für wohldotierte, aber fraglich indizierte Maßnahmen und damit zu schlechterer Medizin bei insgesamt höheren Kosten.“

„Dies alles ist in Deutschland flächendeckend eingetroffen“, erklärte dazu der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, Anfang dieses Jahres: „Wären DRGs ein Medikament, müssten sie sofort vom Markt genommen werden. Alle Nebenwirkungen für Patienten und Klinikpersonal sind eingetreten, fast alle Wirkungen ausgeblieben. Nicht mehr der kranke Mensch steht heute im Mittelpunkt ärztlichen und pflegerischen Handelns, sondern die Anzahl und der Fallwert seiner Diagnosen und der ärztlichen Eingriffe.“ Zu beobachten ist, dass sich die handelnden Personen dem System und seinen Spielregeln anpassen (müssen) – teils widerwillig, teils aktiv und befördernd. Viele kennen inzwischen auch kein anderes System mehr.

Aus Sicht des Präsidenten der Ärztekammer Berlin ist es deshalb an der Zeit, das bestehende System grundlegend zu überdenken: „DRGs sollten künftig vor allem als Grundlage für Budgetverhandlungen und nicht zur 100-prozentigen Budgetberechnung genutzt werden. Sinnvoll wäre es, regionale Gesundheitsbudgets analog zum Innovationsfonds einzuführen. „Der Abbau der stationären Versorgung in Deutschland ohne Rücksicht auf medizinische Kriterien, Qualität und Humanität der Patientenversorgung ist der falsche Weg. Wir müssen stattdessen hin zu einem werteorientierten System, das den Nutzen für den Patienten in den Vordergrund stellt.“