

Das Elend der Fallpauschalen und Modelle zu ihrer Überwindung

Christoph Kranich

Verbraucherzentrale Hamburg und Hamburger Bündnis für mehr Personal im Krankenhaus

Eine Patientensicht oder -meinung zu den Fallpauschalen gibt es nicht – Patienten wissen in aller Regel gar nicht, was das ist. Aber ihre Auswirkungen sind für Patienten direkt spürbar: der Leistungsdruck, unter dem Pflegende stehen; die Bevorzugung technisch-medizinischer Prozeduren und die Vernachlässigung von Gespräch und Zuwendung; und nicht selten Versäumnisse in Behandlung und Pflege. Auch bleibt Kranken oft nicht verborgen, dass Krankenhäuser seit Einführung der Fallpauschalen geneigt sind, Patienten möglichst früh zu entlassen und ein freies Bett möglichst schnell wieder mit einem lukrativen Krankheitsbild zu füllen, um in möglichst kurzer Zeit eine neue, möglichst hohe Pauschale kassieren zu können. Dass Patienten heute doppelt so schnell wie noch vor 25 Jahren „durchgeschleust“ und baldmöglichst durch neue ersetzt werden, schafft immer gefährlichere Situationen für Patienten wie für Pflegende.

Seit Anfang der 90er Jahre wurde die Verweildauer in deutschen Krankenhäusern halbiert und die Bettenzahl um ein Viertel verringert. Gleichzeitig hat sich die Zahl der behandelten „Fälle“ (kranke Menschen, Patienten) um ein Drittel und die Zahl der Ärzte um zwei Drittel erhöht – die nichtärztlichen Mitarbeiter, zu denen auch die Pflegenden gehören, sind dabei jedoch weniger geworden (Abb. 1). Dadurch wurde die Arbeit vor allem in der Pflege so verdichtet, dass sie für die Pflegenden immer unzumutbarer und für Patienten immer gefährlicher wird und der Pflegenotstand heute in aller Munde ist.

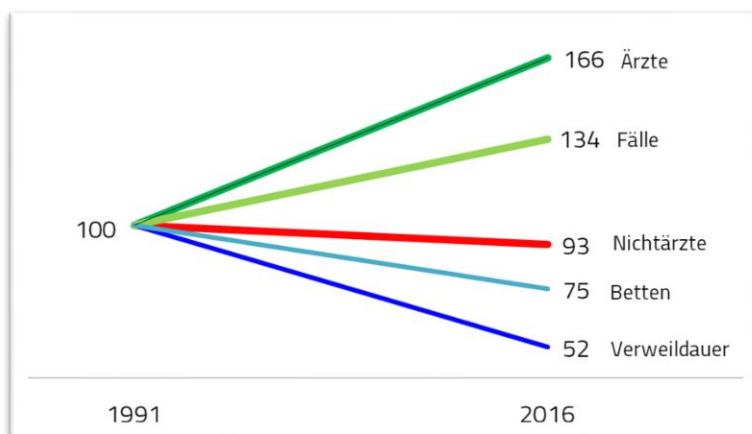


Abbildung 1: Verdichtung der Pflege im Krankenhaus 1991 bis 2016, indiziert
(Quelle: Statistisches Bundesamt 2018, eigene Darstellung)

Probleme der Kranken

Für die Patienten entstehen durch diese Entwicklung drei Problemkreise: schlechte Pflege im Krankenhaus, also deutliche Unterversorgung; zugleich aber überflüssige Behandlungen, die nur durchgeführt werden, weil sie mit einer gut bezahlten Fallpauschale assoziiert sind, also Überversorgung; und unzureichende Weiterbehandlung und -betreuung nach der immer früheren Entlassung aus dem Krankenhaus, weil die dafür nötigen ambulanten Strukturen nicht mitentwickelt wurden.

Dass die Pflegenden am Ende ihrer Leistungsfähigkeit sind und die Patienten immer häufiger darunter leiden müssen, braucht nicht belegt zu werden, es ist in aller Munde, spätestens seit der mutige Krankenpflegeschüler Alexander Jorde die Kanzlerin im Herbst 2017 in der ARD-Wahlarena damit konfrontiert hat. In Deutschland sind die Pflegekräfte im Krankenhaus für zweieinhalb mal so viele Patienten verantwortlich wie in Norwegen oder den USA (Simon und Mehmecke 2017). Dabei trifft die Härte des Pflegenotstands mehr die gesetzlich als die privat versicherten Patienten, wie die eindrückliche Schilderung eines Privatpatienten zeigt, der in der Klinik eines großen Krankenhauskonzerns nach einer Operation zwei Tage auf „Normalstation“ verbringen musste, bis sein Privatzimmer frei wurde:

„Dass ich nach der OP nicht auf das vorher gebuchte Zimmer auf der Privatstation kam, war kein Problem – doch in dem mir ersatzweise zugewiesenen Zimmer auf einer ‚normalen‘ Station fehlte es an allen Ecken und Enden: So waren nahezu alle Pfleger und Schwestern, die mich betreuten, Vertretungen und Abordnungen von anderen Stationen. Die Box für die Latex-Handschuhe an der Wand war komplett leer; Blutlachen und Erbrochenes wurden nicht mit Putzzeug, sondern mit Windeln o.ä. aufgewischt, blutige Mullbinden ca. 24 Stunden nicht gewechselt. – Als ich nach zwei Tagen doch auf die Privatstation, ganz oben im Gebäude, wechseln konnte, tat sich eine völlig andere Welt auf: Alles war reichlich vorhanden und bestens ausgestattet – welch ein Kontrast zwischen ‚unten‘ und ‚oben!‘“ (Hamburger Bündnis 2018)

Auch der zweite Problemkreis, die Orientierung handelnder Akteure am ökonomischen Gewinn auf Kosten des Patientenwohls, ist bereits in aller Munde, einerseits durch Analysen wie die von Michael Simon (z.B. in diesem Sammelband), aber auch in der breiteren Öffentlichkeit, seit zwei emeritierte Professoren vertrauliche Interviews mit 60 Chefarzten und Krankenhausmanagern veröffentlicht haben (Naegler und Wehkamp 2018). Sie belegen, dass bundesweit Patienten aus Kostengründen ohne medizinischen Grund im Krankenhaus behandelt werden. Das System gehe zulasten der Patienten und der Medizin und auch das Krankenhauspersonal stehe unter enormem Druck, in der Branche gebe es strukturelle Steuerungsschwächen und Fehlanreize, so das Fazit der Studienautoren.

Naegler und Wehkamp konnten ihre Interviews nur führen, weil sie die Namen der befragten Ärzte nicht veröffentlichen. Nur selten kommen auch Namen ans Tageslicht wie Mitte April 2018 in Hamburg, wo der Geschäftsführer eines MVZ des Asklepios-Konzerns seine beiden Ärzte sogar schriftlich angewiesen hatte, täglich mindestens 20 „Interventionen“ im Herzkatheterlabor durchzuführen, andernfalls würden ihnen pro nicht erfolgtem Eingriff 300 Euro vom Gehalt abgezogen (Hamburger Morgenpost 2018).

Da muss man doch fragen: Wie ist eine zwar gut gemachte, aber unnötige Operation vor dem Gewissen des Arztes, des geschäftsführenden Ökonomen und vor allem vor dem Patienten – und, nicht zu vergessen, vor der Solidargemeinschaft der Krankenversicherten – zu verantworten? Genau genommen wäre doch jede mutwillig aus finanziellen Gründen, ohne medizinische Indikation und ohne entsprechende Aufklärung der Betroffenen durchgeführte Operation ein strafrechtlich zu ahndendes Vergehen gegenüber der Menschenwürde und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Eigentlich müsste das gesamte System der Fehlanreize in der Krankenhausmedizin vor den Strafrichter – und die Politiker, die es den Krankenhäusern vor Jahrzehnten verordnet haben und die bis auf wenige längst nicht mehr dabei sind.

Der dritte Problemkreis ist die Weiterbetreuung der Patienten. Die starke Reduzierung der Verweildauer hätte erfordert, dass Politik und Selbstverwaltung die Weiterbehandlung der immer früher, im Extremfall sogar „blutig“ entlassenen Patienten im ambulanten Bereich im gleichen Maße verbessern. Aber die Anschlussversorgung durch ambulante Krankenpflege, Haushaltshilfe und ärztliche Betreuung, vor allem auch durch ärztliche Hausbesuche, ist keineswegs im selben Umfang weiter- und mitentwickelt worden. Für viele Patienten ergibt sich damit eine Versorgungslücke nach der Entlassung. Die Politik bemüht sich zwar in fast jeder Gesundheitsreform von Neuem, diese Lücke zu schließen, bisher allerdings nur mit sehr mäßigem Erfolg. Sie erlässt per Gesetz immer detailliertere Vorschriften für die frühzeitige Weiterbetreuung nach dem Krankenhausaufenthalt, zuletzt 2015 mit sehr deutlichen und

weitgehenden Regelungen in § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V (und in dessen Folge, durch ein notwendig gewordenes Schiedsverfahren fast zwei Jahre verspätet, 2017 im Rahmenvertrag Entlassmanagement). Neben einem schon bei Aufnahme zu erstellenden „Entlassplan“ und einem bei Bedarf „differenzierten Assessment“ sowie der Möglichkeit, Verordnungen für die erste Woche nach Entlassung auszustellen, ist auch ein „Entlassbrief“ für den Patienten vorgesehen, den dieser, anders als für Arztbriefe üblich, am Tag der Entlassung ausgehändigt bekommen soll. Das könnte ein erster Durchbruch werden bei der Überbrückung des Grabens zwischen Krankenhaus und dem Leben in der Welt danach. Noch ist es allerdings zu früh, um absehen zu können, ob der ermutigend klingende Satz „Der Patient und seine Bedürfnisse stehen im Zentrum der Bemühungen aller an der Versorgung beteiligten Personen“ (§ 2 Abs. 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement) unter den herrschenden Bedingungen bloße Sprechblasenpolitik bleibt, wie so viele derartige Statements, oder ob er wirklich Chancen hat, sich gegen die Vorherrschaft der Ökonomie im Krankenhaus durchzusetzen und Grundlage einer neuen Kultur der Patientenorientierung zu werden. Viel wird auch davon abhängen, ob nicht nur die Krankenhäuser, sondern auch die Krankenkassen bereit sind, die Weiterbehandlung wirklich patientenorientiert zu organisieren, denn auch sie sind durch Fehlanreize des Wettbewerbs von ökonomischen Erwägungen getriebene Organisationen und daran interessiert, aufwändige Mitglieder eher zum Kassenwechsel anzuregen als zu halten.

Probleme der Pflege

Durch die Fehlanreize der Fallpauschalen entsteht ein großes Problem für das nichtärztliche Krankenhauspersonal, das seit deren Einführung hauptsächlich als Kostenfaktor gesehen und immer weiter abgebaut wurde. Ärzte bringen Geld, indem sie lukrative Operationen und Behandlungen durchführen; das Pflegepersonal und auch andere nichtärztliche Mitarbeiter kosten dagegen nur Geld, das unter ökonomischen Gesichtspunkten gern versucht wird einzusparen. Allein für die Krankenhauspflege wird geschätzt, dass inzwischen bundesweit 70.000 bis 100.000 Stellen fehlen (verdi 2013, Simon 2015). Das scheint nur auf den ersten Blick viel – hätte die Zahl der Pflegekräfte im selben Maße zugenommen wie die der Ärzte, nämlich von 1991 bis 2016 um zwei Drittel (Abb. 1), wären im nichtärztlichen Bereich mehr als 500.000 zusätzliche Stellen geschaffen worden (Abb. 2).

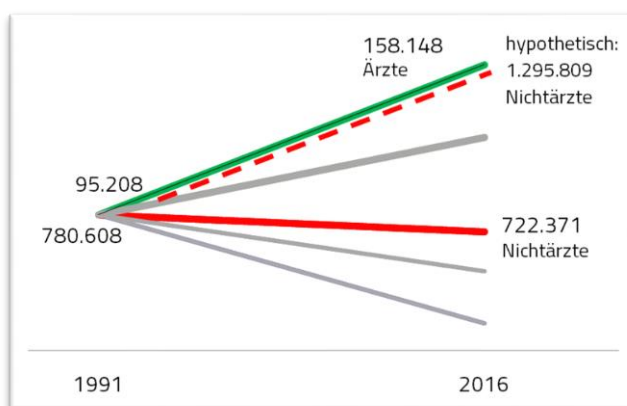


Abbildung 2: Hypothetische Zunahme der Nichtärzte, absolute Zahlen
(Quelle: Statistisches Bundesamt 2018, eigene Darstellung)

Der Pflegeberuf ist durch die Verdichtung der Arbeit so unattraktiv geworden, dass freie Stellen nicht besetzt werden können und unklar ist, woher zusätzliche Pflegekräfte kommen sollen, wenn denn eines Tages die erforderlichen Stellen geschaffen werden sollten. Es bedarf enormer Anstrengung, die Pflege wieder zu einem attraktiven Beruf zu machen, der von jungen Leuten gerne gewählt wird, in den Ausgestiegene zurückkehren und in dem diejenigen, die wegen der hohen Belastung in Teilzeit geflüchtet sind, wieder auf Vollzeit aufstocken. Das Anwerben ausländischer Arbeitskräfte sollte nicht dazu benutzt werden, die Grundprobleme zu verschleiern

und nachhaltige Lösungen weiter aufzuschieben. Viel wichtiger für ein neues Image des Pflegeberufs sind beispielsweise wirksame Interessenvertretung, bessere Bezahlung, mehr Aufstiegs-Chancen und nicht zuletzt verstärkte Kooperation und Durchlässigkeit zwischen den Ausbildungsgängen an Krankenpflegesschulen und Hochschulen.

Gegenmaßnahmen und Gegenwehr

Die Gefahren der zu frühen Entlassung und mangelnden Nachbehandlung von Patienten wurden schon in den 1980er Jahren erkannt, als die Vorläufer der DRG eingeführt wurden, die Fallpauschalen und Sonderentgelte. Ihren Nebenwirkungen wurde schon damals durch Maßnahmen der Qualitätssicherung zu begegnen versucht, die sogenannte Externe stationäre und jetzt als ihr Nachfolger die Sektorenübergreifende Qualitätssicherung haben da ihren Ursprung (G-BA 2018).

Qualitätssicherung prüft aber nur einen von drei wichtigen Aspekten: die medizinische Behandlungsqualität. Zwei weitere, mindestens ebenso wichtige Dimensionen erfasst sie nicht: erstens die Indikation, also ob eine Behandlung wirklich notwendig ist, und zweitens die Qualität von Pflege und menschlicher Betreuung. Das sind aber genau die Bereiche, in denen es durch die Fallpauschalen zu Fehlversorgung kommt. Durch sie entsteht gleichzeitig Überversorgung, indem Unnötiges getan wird, weil es Geld bringt, und Unterversorgung, indem Nötiges unterlassen wird, weil es Geld kostet. Operationen und Eingriffe bringen Geld (und sind sogar am erfolgreichsten am Gesunden, also ohne medizinische Indikation); gute Pflege sowie menschliche und soziale Betreuung sind Kostenfaktoren, an denen gespart wird.

Seit 2016 entstehen in immer mehr Städten und Bundesländern Bündnisse, die sich für mehr Personal und eine bessere Patientenversorgung einsetzen. Nachdem das *Berliner Bündnis für mehr Personal im Krankenhaus* im Februar 2018 eine „Volksinitiative für gesunde Krankenhäuser“ gestartet hat, mit der das Land Berlin zu gesetzlichen Personalvorgaben im Landeskrankenhausgesetz veranlasst werden soll (Berliner Bündnis 2018), hat kurz darauf auch das gleichnamige *Hamburger Bündnis* Unterschriften gesammelt – in nur drei Wochen fast 30.000 – und eine Volksinitiative eingereicht. Auch hier soll das Landeskrankenhausgesetz um Vorschriften für Personalbemessung ergänzt werden, da die Initiatoren den zaghaften Versuchen auf Bundesebene, die Situation in der Pflege zu verbessern, nicht vertrauen (Hamburger Bündnis 2018). Obwohl das Krankenhausfinanzierungsgesetz den Ländern ausdrücklich erlaubt, den Krankenhäusern zusätzliche Qualitätsanforderungen aufzuerlegen, und beispielsweise Hamburg das in Form von Mindestpersonalvorgaben auch bereits getan hat, u.a. für Gefäß-, Herz- und Thoraxchirurgie (Hamburger Senat 2018), wird dort dem Bürgerbündnis entgegengehalten, das zu regeln sei Sache des Bundes und es zu finanzieren nicht die des Hamburger Steuerzahlers.

Auf Bundesebene wird tatsächlich einiges unternommen: § 137i SGB V verpflichtet die Spitzenverbände der Krankenhäuser und Krankenkassen, sich auf eine Mindestpersonalbemessung für „pflegesensitive Bereiche“ zu verständigen. Wissenschaftler bezweifeln allerdings, dass es diese Bereiche überhaupt gibt (Simon 2018). So plant der Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD vom 14.3.2018 auch gleich eine Ausdehnung auf alle Krankenhausabteilungen. Aber nach den bisherigen Zwischenergebnissen der Verhandlungen ist zu erwarten, dass nur die ganz schlechte Qualität auf das Niveau der durchschnittlich schlechten angehoben wird. Und es wird sogar befürchtet, dass Mindestpersonalgrenzen diejenigen Krankenhäuser, die bisher mit mehr Personal arbeiten, veranlassen könnten, ihr Niveau auch auf das Mindestmaß abzusenken – sozusagen Schulnote 4, gerade noch ausreichend, als Maßstab für alle.

In der Altenpflege ist die Situation noch dramatischer als in der Krankenpflege. Für 2030 wird ein Mehrbedarf von 500.000 Stellen prognostiziert (Bertelsmann-Stiftung 2018), das ist ein Vielfaches des für die Krankenpflege Angenommenen. Da wirkt es lächerlich, wenn der Koalitionsvertrag von 2017 für 13.600 Pflegeheime 8.000 zusätzliche Stellen als wirksame Sofortmaßnahme verspricht, das sind 0,6 Stellen pro Einrichtung. Auch die geplante Aufstockung auf 13.000 Stellen,

die der Gesundheitsminister im Mai 2018 verkündete, entspricht gerade knapp einer zusätzlichen Pflegekraft pro Einrichtung.

Von den Beschäftigten in der Altenpflege ist leider bisher noch weniger eigene Bemühung um Verbesserung ihrer Situation zu sehen als in der Krankenpflege. Pflegekräfte scheinen hier noch mehr auf individuelles Helfen bis zur Selbstaufgabe ausgerichtet zu sein als auf politischen Kampf für guten Lohn und gute Arbeitsbedingungen. Schon deshalb wäre es auch hier Aufgabe der Politik, ihre Situation von außen so gut zu regulieren, dass Menschenwürde und Selbstbestimmung für die Menschen in den Pflegeeinrichtungen nicht gefährdet werden.

Königsweg gesucht

Egal ob Fallpauschalen, tagesgleiche Pflegesätze oder andere Systeme zur Anwendung kommen: Alles hängt davon ab, ob sie für eine gute Patientenversorgung eingesetzt werden, das eigentliche Ziel eines Gesundheitssystems – oder für die Gewinnmaximierung der Akteure, eine Art unerwünschte Nebenwirkung. Die Fallpauschalen eignen sich vermutlich am besten, um die Nebenwirkung zur Hauptwirkung zu machen. Gesundwerden wird dem Reichwerden oder -bleiben untergeordnet, allerdings wird das Patientenwohl in jeglicher Außenkommunikation umso stärker als angeblich einzige Bemühung betont und beworben („Bei uns steht der Mensch im Mittelpunkt“). Akteure sind dabei nicht nur Ärzte und Ökonomen in den Krankenhäusern, sondern auch Krankenkassen und Politiker, die der Meinung sind, eine Überzahl an Krankenhäusern müsse durch deren gnadenlosen Wettbewerb dezimiert werden, was dann auf dem Rücken der Patienten und des Personals geschieht.

Nötig wären neue Wege, um wenigstens im Gesundheitswesen eine Umkehr einzuleiten, eine Abkehr vom Egoismus und vom Streben nach persönlicher Nutzenmaximierung, den Grundlagen unseres Wirtschafts- und Gesellschaftssystems. Ich meine kein Zurück zur staatlichen Gesundheitsverwaltung in traditionell eher trägen Ämtern und Behörden. Es muss einen dritten Weg geben jenseits von Profitgier (Markt) und bloßer Verwaltung (Staat): eine Organisation des Gesundheitswesens in gesellschaftlicher Verantwortung seiner Nutzer, die die Vorteile beider bisherigen Wege vereint und deren Nachteile vermeidet (Abb. 3).

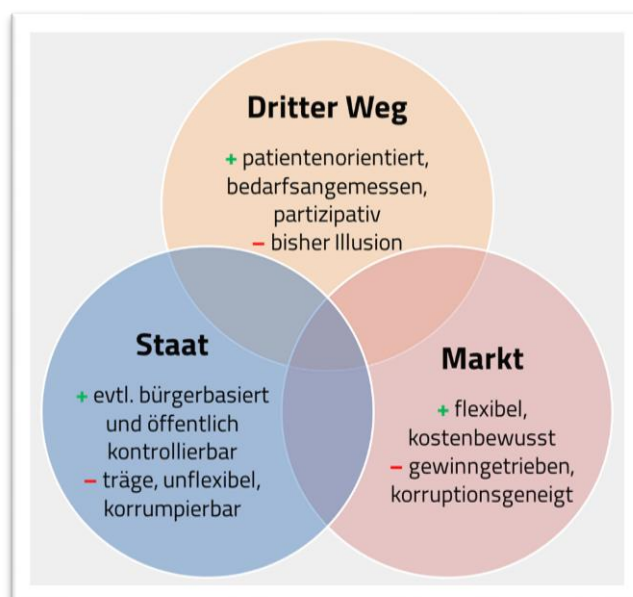


Abbildung 3: Ein dritter Weg im Gesundheitswesen jenseits von Markt und Staat?

Wie wäre es damit, das ganze Gesundheitssystem aus dem kapitalistischen Wettbewerb herauszulösen und neben der staatlichen Planung einer wirklich öffentlichen Kontrolle durch seine Nutzer zu unterstellen? Vielleicht in Form einer Genossenschaft, wo die Mitglieder gleichzeitig Mitverwalter und Mitverantwortler sind und dadurch leichter das Gemeinwohl im Blick

haben können als große Verwaltungsapparate oder gewinnorientierte Konzerne? Oder könnte es helfen, Patientenräte einzurichten, die ständig das Handeln der Akteure kontrollieren und überwachen, ob es an den Bedürfnissen der Patienten orientiert ist?

Ansätze zur Mitwirkung von Patienten gibt es. Doch die 2004 eingeführte Patientenbeteiligung in Gremien des Gesundheitswesens (§ 140f SGB V) ist nur der erste von mindestens hundert nötigen Schritten, vielleicht ist sie sogar ein Irrweg. Patienten haben bisher weder Stimmrecht noch Verantwortung und sie werden auf ihre Aufgaben überhaupt nicht vorbereitet. Wir brauchen mehr, vielleicht auch etwas ganz anderes: echte Mitgestaltung und Verantwortung der Nutzer, der ‚Verbraucher‘, für die Gestaltung ihrer Gesundheitsversorgung.

Allerdings kann die Verwaltung eines Krankenhauses wohl nicht so organisiert werden wie die einer Wohnungsbau-Genossenschaft, wo die Genossen jahrzehntelang selbst wohnen, oder etwa eines Bauernhofs im Rahmen der ‚solidarischen Landwirtschaft‘, wo einige hundert Menschen durch ihre Anteile die Existenz eines Hofes und das Leben der Bäuerinnen und Bauern sichern und dafür ein Anrecht auf deren Produkte erwerben. Krankheit trifft uns ganz anders als Hunger: nicht gleichmäßig und planbar, nicht akzeptiert als selbstverständlicher Bestandteil des Lebens (Kranich 1993). Die Kollektive müssen größer sein; eine Motivation von Menschen für die gemeinsame Bewältigung von Krankheit und Lebenskrisen ist viel schwieriger herstellbar als für den kollektiv getragenen Anbau von Gemüse. Denn anders als Leben und Landwirtschaft ist Krankheit etwas Unerwünschtes, nichts, auf das jemand stolz wäre.

Eigentlich sind die Krankenkassen solche Kollektive von Versicherten, die sich gemeinsam darum kümmern könnten, alles für ihren Krankheitsfall vorzuhalten und zu organisieren. Oder besser: die Krankenkassen waren einmal solche Selbsthilfevereinigungen. Heute sind auch sie zu ökonomiegetriebenen Unternehmen degeneriert, die ihre Mitglieder als ‚Kunden‘ bezeichnen und entweder umwerben (wenn sie jung und gesund sind) oder vergraulen (wenn sie älter und kränker werden und nicht eine der 80 Krankheiten haben, für die die Kasse im Risikostrukturausgleich mehr Geld bekommt). Sie eignen sich nicht mehr für eine Organisation von Patienten und Bürgern, die ihre Gesundheitsversorgung mitgestalten und vielleicht sogar in die eigenen Hände nehmen wollen.

Wegweiser und Leuchttürme

Trotz dieser vielen Schwierigkeiten und Hürden gibt es nicht wenige Ansätze, die Gesundheitsversorgung und sogar ganze Krankenhäuser den geldgierigen großen Playern wegzunehmen und in eigener Verantwortung zu organisieren. Einige Beispiele möchte ich hier vorstellen.

Krankenhaus in Bürgerhand: das Bürgerspital

Das Einbecker Bürgerspital gGmbH wurde 2013 von wohlhabenden Familien der kleinen Stadt in Niedersachsen und von den engagierten Mitarbeitern vor der Insolvenz gerettet (HAZ 2017), nachdem verschiedene Träger das 1970 errichtete 100-Betten-Haus nicht hatten wirtschaftlich führen können. Neben der Grundversorgung in innerer Medizin und allgemeiner Chirurgie bietet das Haus als Besonderheit eine Palliativstation mit traditioneller chinesischer Medizin (TCM), für die es mit der Universität Göttingen zusammenarbeitet und überregionale Reputation genießt. Wie schwierig allerdings die Finanzierung so eines Bürgerkrankenhauses ist, zeigt nicht nur die Spendenaktion für 100 neue Betten, die das Spital 2015 ausrief – erfolgreich, mehr als 100.000 Euro wurden gespendet, damit Patienten wie Personal durch den zeitgemäßen Standard elektrisch verstellbarer Betten entlastet werden (Einbecker Bürgerspital 2018). Weitere Probleme quälen das kleine Haus bis heute, etwa ständige Auseinandersetzungen innerhalb der Gesellschafter oder der dauerhafte Gehaltsverzicht der Mitarbeiter, der von den Gewerkschaften als erzwungen bezeichnet wird. Nach einer erneuten Insolvenz 2017 hat sich jetzt offenbar ein Investor gefunden, der auf den bisher geschaffenen Strukturen aufbauen will – ob dabei der besondere Charakter des Bürgerspitals erhalten wird, bleibt abzuwarten (Bertram 2018).

Krankenhaus von unten: Initiative in Hamburg

Auch in Hamburg plant eine Initiative ein „Integratives Bürgerkrankenhaus“, das Selbstverwaltung mit Patientenorientierung und besonderer Kompetenz in Komplementärmedizin verbinden will (Initiative Bürgerkrankenhaus 2018). Die Initiative geht von ehemaligen Patienten und Mitarbeitern einer Station für integrative Medizin aus, die jahrzehntelang am Allgemeinen Krankenhaus und späteren Asklepios-Klinikum Hamburg-Rissen bestanden, für den privaten Träger jedoch offenbar nicht lukrativ genug gearbeitet hatte. „Wir wünschen uns ein ganzheitliches medizinisches Konzept, welches den Menschen umfassend in seiner körperlichen, seelischen und spirituellen Dimension berücksichtigt. Denn es gibt so viele ‚Gesundheiten‘, wie es Menschen gibt“ heißt es auf der Homepage der Initiative. Eigentlich ein Thema, das sehr viele Menschen heute bewegt, für das jedoch im Rahmen der Ökonomisierung der Medizin wenig Umsetzungs-Chancen bestehen. Trotzdem sind die Ziele der Initiative hoch gesteckt: Konzept und Leitbild sollen von den Mitarbeitenden gemeinsam entwickelt werden; die therapeutischen Teams wollen die Ausgestaltung ihrer Arbeitsprozesse selbst übernehmen; Patienten sollen durch einen unabhängigen Patientenrat eingebunden werden; und nicht zuletzt soll das Angebot Allen zur Verfügung stehen, unabhängig von ihrem Versichertenstatus.

Krankenhäuser mit besonderem therapeutischem Angebot

Krankenhäuser der besonderen Therapierichtungen sind häufig Gründungen interessierter Communities, also von Bürgerbewegungen mit gleichgerichteten Interessen. Beispiele sind etwa die neun anthroposophischen Kliniken, die im Kliniknetzwerk AnthroMed zusammengeschlossen sind (AnthroMed 2018), möglicherweise auch etliche der 15 Kliniken mit homöopathischem Angebot, die der Deutsche Zentralverein homöopathischer Ärzte ausweist (DZVhÄ 2018).

Eines der interessantesten Beispiele ist das Krankenhaus in der westfälischen Kleinstadt Herdecke (Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke 2018). Der Gründungsimpuls entstand schon in den 40er Jahren des letzten Jahrhunderts, verwirklicht wurde er aber erst 1969 mit dem ersten gern als ‚klassenlos‘ etikettierten Reformkrankenhaus. Dort gab und gibt es keine Chefärzte, sondern allenfalls Leitende Ärzte, die ihre Privatliquidationen an das Krankenhaus abführten, um Investitionen zu ermöglichen. Das neue Haus war damals revolutionär: Ärztliche Teams, die eine kollegiale Leitung bilden und gemeinsam die rechtliche und wirtschaftliche Verantwortung übernehmen; das ganze Gesundheitssystem sollte vom Patienten aus gedacht werden und nicht von Verwaltungs- oder Profilierungsbedürfnissen innerhalb der Medizin. Dabei blieb es jedoch nicht: Auch die Universität Witten-Herdecke als erste deutsche nichtstaatliche Universität ist demselben Impuls entsprungen. Diese Gründungen gingen zwar von engagierten Ärzten aus, wurden aber von einer überzeugten Community getragen, die sich aktiv für eine ganzheitlichere Medizin und eine humanere Gesellschaft einsetzte.

Krankenhaus in Mitarbeiter-Hand

Das Krankenhaus der Stadt Spremberg hat bei der Patientenbefragung durch die Weisse Liste den Spitzenwert aller ostdeutschen Krankenhäuser erreicht (Krankenhaus Spremberg 2018). Es ist bereits seit 1997 zu 51 Prozent im Besitz eines Fördervereins, dem 80 Prozent der Mitarbeiter angehören, die restlichen 49 Prozent gehören der Stadt Spremberg. Dadurch sind die Mitarbeiter zu Miteigentümern geworden – was eine ganz andere Verbundenheit mit ihrem Krankenhaus erzeugt. Durch etwa zehn Prozent niedrige Gehälter konnte die Personaldecke aufgestockt und die Zufriedenheit von Personal und Patienten erheblich gesteigert werden. Die Geschäftsführerin des Hauses empfindet sich als Beauftragte der Mitarbeiter, ihrer Kolleginnen und Kollegen, denen es nicht primär um wirtschaftliche Ziele, sondern um gute Arbeit und zufriedene Patientinnen und Patienten geht (Deutschlandradio 2018). Anders als z.B. in Herdecke stand hinter dieser Gründung kein weltanschauliches oder besonderes therapeutisches Ziel; die Gelegenheit zur Übernahme der Mehrheitsanteile durch den Förderverein ergab sich vor 20 Jahren durch die Zahlungsunfähigkeit der bisherigen Anteilseigner, sozusagen als einzige Möglichkeit, das Haus überhaupt

weiterzuführen. Dadurch wird der besondere Impuls nicht nur von visionären Ärzten, sondern von einer großen Mehrheit auch der nichtärztlichen Mitarbeitenden getragen.

Sozialmedizinische Ganzheitlichkeit

Die *Poliklinik Veddel* in Hamburg ist kein Krankenhaus, sondern ein stadtteilorientiertes Gesundheitszentrum, das sich als gemeinnütziger Verein bewusst einem sozialmedizinischen Ansatz verschreibt. Neben primärmedizinischer Versorgung sollen auch Prävention, Sozialberatung und Evaluation ihren Platz bekommen. Die Initiatoren suchen „eine zeitgemäße Gesundheitsversorgung, die sowohl den individuellen Bedürfnissen und Problemlagen von Patient_innen sowie den gesellschaftlichen Verhältnissen, die gesund oder krank machen, Rechnung trägt“ (Poliklinik Veddel 2018). Der Blick auf das Spannungs- und Wechselverhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft war auch maßgebend für die Wahl eines der vernachlässigtesten Hamburger Stadtteile, die Veddel südlich der Innenstadt am Rand der Elbinsel Wilhelmsburg. Es geht den Gründern um „die Reduktion sozialer Ungleichheit auf gesamtgesellschaftlicher Ebene genauso wie die Verbesserung und Neuorientierung der Gesundheitsversorgung im Stadtteil“. Ziel ist, „eine integrierte Versorgungsstruktur aufzubauen, die erstens primärmedizinische Versorgung mit Sozial- und Gesundheitsangeboten verbindet, um auf individuelle Erkrankungen und Problemlagen zu reagieren; zweitens ein darüber hinausgehendes Gruppenangebot (Weiterbildung, Empowerment) zu etablieren und drittens Strukturen der gesellschaftlichen Partizipation im Stadtteil zu schaffen, die eine unmittelbare Beteiligung an der konkreten Ausgestaltung des Stadtteilgesundheitszentrums ermöglichen und weiterführende Perspektiven für ein selbstbestimmtes und gesundes Leben eröffnen.“ Durch diese umfassende sozialmedizinische und gesellschaftspolitische Perspektive weist dieser Ansatz weit über den einer rein ambulanten oder rein stationären Behandlungseinrichtung hinaus.

Krankenkassen: back to the roots?

Auch eine Krankenkasse hat einst den Versuch unternommen, sich auf die Wurzeln der GKV zu besinnen und ihre Mitglieder als tragende Säulen stärker zu Wort kommen zu lassen. Nach ihrer Gründung, der Fusion dreier Betriebskrankenkassen, hat die Hamburger *Securvita* Krankenkasse in den 90er Jahren mehrere Versichertenforen in größeren Städten abgehalten und ihre Mitglieder zur Mitdiskussion und Mitgestaltung aufgerufen. Die Resonanz war jedoch nur von kurzer Dauer, eine basisdemokratischere Struktur als die anderer Kassen ist daraus nicht entstanden. Bekannter wurde die Krankenkasse durch ihre Auseinandersetzungen mit der Aufsichtsbehörde über die Erstattung von Behandlungsmethoden der besonderen Therapierichtungen. Heute ist sie überdies eine der teuersten Krankenkassen – die Komplementärmedizin zieht vermutlich nicht nur gesundheitsbewusste Menschen an, die wenig Kosten erzeugen, sondern stärker noch die, denen die sogenannte Schulmedizin nicht richtig helfen konnte und die dadurch besonders hohe Ansprüche an eine Krankenkasse stellen.

Krankenversicherung neu erfinden

Jenseits der GKV ist es offenbar leichter möglich, das Prinzip Krankenkasse neu zu erfinden. Freie Solidargemeinschaften für Gesundheit sind Vereine, die ihre Gesundheitsabsicherung selbst in die Hand nehmen, ein dritter Weg zwischen GKV und PKV (Solidargemeinschaften 2018). In dezentralen kleinen Gemeinschaften organisieren sie sich weitestgehend ehrenamtlich, mit eigenen Entscheidungsrechten und zusätzlich vernetzt in bundesweiten Zusammenschlüssen. Sie versuchen seit Jahrzehnten, die persönliche Solidarität der Mitglieder sowohl für eine umfassende Versorgung im Krankheitsfall als auch als Mittel gegen übermäßige Inanspruchnahme der Leistungen zu nutzen und zu pflegen. Bundesweit sind gegenwärtig etwa 10.000 Menschen auf diese Weise solidarisch verbunden, die meisten von ihnen sichern ihr Krankheitsrisiko ausschließlich auf diesem Weg. Meist sind die Menschen in kleineren Gruppen von bis zu 20 Mitgliedern zusammengeschlossen, dadurch entsteht persönliche Beziehung und Verantwortung für sich selbst wie auch für die Anderen.

Noch nicht endgültig entschieden scheint die Frage, ob die Solidargemeinschaften der seit 2007 geltenden Krankenversicherungspflicht genügen, denn ihre Mitglieder haben keinen ganz klar definierten Rechtsanspruch auf Leistungen; darüber muss das Bundessozialgericht noch endgültig urteilen. Allerdings werden sie von der Aufsichtsbehörde (BaFin) offenbar als „anderweitige Absicherung im Krankheitsfall“ bereits anerkannt.

An der Medizinischen Hochschule Hannover wird gegenwärtig eine der Solidargemeinschaften exemplarisch evaluiert: „Ziel des Forschungsprojekts ist es, die Besonderheiten von Freien Solidargemeinschaften zu untersuchen. Zum einen werden die Motive für die Mitgliedschaft näher beleuchtet: Wo werden die Vorteile gegenüber der bestehenden (gesetzlichen oder privaten) Krankenversicherung gesehen, aber auch wo liegen eventuelle Probleme für das Funktionieren von Solidargemeinschaften und wie können sie überwunden werden? Zum anderen werden Gesundheitsthemen aufgegriffen: Wie gesund sind die Mitglieder, was ist Ihnen wichtig für Ihre Gesundheit und wie nehmen Sie Ihre Gesundheitsversorgung wahr? Weiterhin soll ein Vergleich mit (ansonsten vergleichbaren) Versicherten einer gesetzlichen Krankenversicherung im Hinblick auf die Leistungsanspruchnahme sowie auf Umfang und Struktur der Krankheitskosten vorgenommen werden.“ (Krauth 2018) Die Ergebnisse liegen noch nicht vor.

Patientenkompetenz vonnöten

Ein großes Hindernis für solche neuen Wege ist, dass die meisten Patienten keine Kompetenz (1) im Umgang mit ihrer Krankheit, (2) mit ihren Ärzten, (3) mit Gleichbetroffenen und (4) mit dem Gesundheitssystem entwickelt haben. Diese vier Stufen der Patientenkompetenz müssen Menschen – Gesunden wie Kranken – zur Verfügung stehen, wenn sie ein Krankenhaus oder gar ein ganzes Gesundheitssystem mitgestalten wollen. Sie bauen aufeinander auf: Wer mit seiner Krankheit nicht umgehen kann, wer den partnerschaftlichen Kontakt zu Ärzten nicht schafft, wer sich unter anderen Menschen mit derselben Krankheit, z.B. in einer Selbsthilfegruppe, nicht bewegen kann, wird auf der höchsten Stufe, der partizipativen Systemgestaltung, kein gutes Bild abgeben können (Kranich 2004).

Bisher wird Patientenkompetenz kaum systematisch gelehrt und vermittelt. Für den Umgang mit Krankheit und mit einer Selbsthilfegruppe gibt es hier und dort Anleitungen und Schulungen, aber für partnerschaftlichen Arztkontakt und für Systemgestaltung so gut wie keine. Alle vier Stufen müssten konzeptionell ausgebaut und in Bildungsstätten vermittelt und geübt werden.

Ausblick

Wie wäre es, wenn alle hier schlaglichtartig vorgestellten Initiativen, vom Stadtteilgesundheitszentrum über Krankenhäuser in Mitarbeiter- oder Bürgerhand bis hin zum Neuerfinden einer Krankenkasse, sich zusammäten und gemeinsam an einem Gesundheitswesen arbeiten, das im Dienst der Menschen statt des Kapitals steht? Bisher ist das reine Utopie. Jede Initiative hat andere ideologische Grundlagen (manche vielleicht auch gar keine), jede ist aus anderen Gründen an anderen Orten entstanden. Es lohnt sich aber, sie zusammenzudenken, vielleicht auch, sie zusammenzubringen.

Oder ist die heutige globalisierte Welt resistent gegen die konkreten und individuellen Interessen der Bürger und Verbraucher? Ist die Ökonomisierung unserer Gesellschaften schon so weit vorangeschritten, dass nur noch Großkonzerne und ihre CEOs die Richtung angeben, in die wir uns entwickeln dürfen?

Mir scheint eine wirkliche und nicht nur folgenlos proklamierte Orientierung an den Bedürfnissen und Bedarfen von Patienten nur noch durch eine ganz große Neuorientierung unserer Werte möglich zu sein. Die betrifft dann nicht mehr nur das Gesundheitssystem, sondern unser Verhältnis zur Wirtschaft, zur Gesellschaft, zur Welt. Gesundheitsfragen dürfen niemals isoliert von allen anderen Feldern der Gesellschaft gedacht werden, proklamierte schon die Weltgesundheitsorganisation in ihrer Ottawa-Charta (WHO 1986). Schon weil viele Krankheiten in

diesen anderen Feldern entstehen: durch Unfälle im Verkehr, durch Umweltgifte, am Arbeitsplatz und durch alltägliche persönliche Unvernunft. Aber auch weil die Auswirkungen von Krankheit und inadäquater Behandlung auf alle anderen Felder bemerkenswert sind. Wie viele Behinderungen könnten wir vermeiden, wenn wir den Verkehr in Stadt und Land vernünftiger gestalten würden? Wie lebenswert wäre Kranksein, wenn wir dabei menschliche Begleitung und Unterstützung erhielten und nicht nur medizinische Behandlung mit notdürftiger Satt- und Sauber-Pflege?

Wer ermittelt eigentlich den wirklichen Bedarf der Patienten? Wie viele Krankenhäuser und Ärzte ein Land braucht, wird heute nicht empirisch ermittelt, sondern aus jahrzehntealten Zahlen oder aus ökonomischen Erwägungen einfach fortgeschrieben. Welche Wartezeit auf einen ambulanten Facharzt-Termin oder in der Notaufnahme eines Krankenhauses ist akzeptabel? So etwas kann durch gesellschaftlichen Konsens festgelegt werden. Ein Blick über den Tellerrand: Auch beim Hartz-IV-Regelsatz gibt es solche Diskussionen. Kann man davon leben, ohne sich bei einer karitativen Tafel zusätzlich versorgen zu müssen? Hat der erwerbslose Mensch das Recht, auch für Nahverkehr, Kultur, Bildung ein paar Euro zu bekommen?

Bei Gesundheitsleistungen wird immer so getan, als werde alles Notwendige geleistet und bezahlt, wie es vom Sozialgesetz vorgesehen ist. Doch das erleben Versicherte und Patienten anders. Notwendiges wird immer wieder verweigert – und Überflüssiges bezahlt, weil es Profit und Einkommen bringt. Darüber sollte offener gesprochen werden. Gesunde sollten sich frühzeitig entscheiden, wie sie einst krank werden und irgendwann sterben wollen: gut behandelt, gepflegt, betreut und auch seelisch-geistig versorgt oder nur so, dass die Vernachlässigung gerade nicht auffällt. Die Krankenversicherten dieses Landes – und das sind alle – brauchen wieder ein Bewusstsein für die (beim gesetzlichen mehr, beim privaten weniger) solidarische, umverteilende Funktion des Solidarsystems der Krankenversicherungen.

Mein Fazit: Solange es allen nur ums Geld geht, wird jede Reform wieder mehr Neben- als Hauptwirkungen entfalten. Vielleicht nicht sofort, aber im Laufe der Zeit werden alle Akteure lernen, wie sie das neue System noch besser für ihre Interessen nutzen können. Und es wird wieder eine politische Reform an den Schrauben drehen, und so weiter.

Wer Visionen hat, soll zum Arzt gehen, soll Helmut Schmidt gesagt haben. Ein schönes Wort. Ich würde kontern: Wer keine Visionen hat, soll bitte keine Funktionen in Politik und Selbstverwaltung des Gesundheitswesens übernehmen! Denn dort brauchen wir Menschen mit Visionen und Tatkraft, die das System radikal reformieren können und sich nicht nur für die Reichen und Gesunden einsetzen, sondern vor allem für die Armen und Kranken. Für sie ist das Gesundheitssystem viel wichtiger, denn wer arm ist, stirbt zehn Jahre früher. Das muss nicht sein.

Literatur

- Berliner Bündnis für mehr Personal im Krankenhaus. 2018. <http://www.mehr-krankenhauspersonal.de/>. Zugegriffen: 15. April 2018.
- Bertelsmann-Stiftung. 2018. Pflereport 2030, <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/pflege-vor-ort/projektthemen/pflereport-2030/>. Zugegriffen: 15. April 2018.
- Bertram, Frank. 2018. Einbecker Politik-Blog. <https://einbeckerpolitik.wordpress.com/tag/einbecker-burgerspital/page/2/>. Zugegriffen: 27. Mai 2018.
- Deutschlandradio. 2018. http://ondemand-mp3.dradio.de/file/dradio/2018/05/16/wenn_mitarbeiter_ihr_krankenhaus_selbst_verwalten_live_dlf_20180516_101_o_bf6b1c75.mp3. Zugegriffen: 21. Mai 2018
- DZVhÄ. 2018. <https://www.homoeopathie-online.info/kliniken-mit-homoeopathischer-versorgung/>. Zugegriffen: 21. Mai 2018.
- Einbecker Bürgerspital. 2018. <http://einbecker-burgerspital.de/>. Zugegriffen: 15. April 2018.
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss). 2018. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung, <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/einrichtungsuuebergreifend/sectoreneuebergreifend/>. Zugegriffen: 15. April 2018.
- Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke. 2018. <https://www.gemeinschaftskrankenhaus.de/startseite/>. Zugegriffen: 15. April 2018.

- Hamburger Bündnis für mehr Personal im Krankenhaus. 2018. <http://www.pflegenotstand-hamburg.de>. Zugegriffen: 15. April 2018.
- Hamburger Morgenpost. 2018. Chef zwingt Ärzte zu Eingriffen. Ausgabe vom 12. April. <https://www.mopo.de/hamburg/chef-zwingt-aerzte-zu-eingriffen-schwere-vorwuerfe-gegen-herz-zentrum-30008998>. Zugegriffen: 15. April 2018.
- Hamburger Senat. 2018. <http://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/10491530/2018-02-20-bgv-qualitaetsverordnung/>. Zugegriffen: 15. April 2018.
- HAZ (Hannoversche Allgemeine). 2017. Einbecker Bürgerspital ist insolvent. Ausgabe vom 14. August. <http://www.haz.de/Nachrichten/Der-Norden/uebersicht/Einbecker-Buergerspital-ist-insolvent>
- Initiative Bürgerkrankenhaus. 2018. <https://www.initiative-buergerkrankenhaus.de/index.html>. Zugegriffen: 15. April 2018.
- Kliniknetzwerk AnthroMed. 2018. <http://www.anthromed.de/de/kliniknetzwerk/>. Zugegriffen: 21. Mai 2018
- Koalitionsvertrag vom 14.3.2018. https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.pdf;sessionid=FDD95B42F1D0A5724B4C080BDD054600.s1t1?__blob=publicationFile&v=2. Zugegriffen: 15. April 2018.
- Kranich, Christoph. 1993. Warum gibt es keine Patienten-Bewegung? In: Kranich, C. und C. Müller, Hrsg. Der mündige Patient – eine Illusion? Orientierung und Unterstützung im Gesundheitswesen. Frankfurt am Main: Mabuse, S. 13–15. <http://kronenkranich.de/Werke/DerMuendigePatient.pdf>.
- Kranich, Christoph. 2004. Patientenkompetenz – Was müssen Patienten wissen und können? Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2004 · 47:950–956. DOI 10.1007/s00103-004-0908-2. http://kronenkranich.de/Werke/041000_Patientenkompetenz_BundesGesundheitsBlatt.pdf.
- Krankenhaus Spremberg. 2018. <https://krankenhaus-spremberg.de/unser-krankenhaus/geschichte>, auch: die tageszeitung vom 24.4.2017, <https://www.taz.de/Archiv-Suche!/5399431&s=spremberg/>. Zugegriffen: 15. April 2018.
- Krauth, Christian. 2018. Evaluation von freien Solidargemeinschaften für Gesundheit am Beispiel der Solidago – Bundesverband Solidargemeinschaft für Gesundheit e. V. <https://www.mh-hannover.de/solidago.html>
- Naegler, Heinz, und K.-H. Wehkamp. 2018. Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung, Berlin: Medizinisch-wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Auch: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/83282/Folgen-der-Oekonomisierung-im-Krankenhaus-fuer-Aerzte-taeglich-spuerbar>. Zugegriffen: 15. April 2018.
- Poliklinik Veddel. 2018. <http://www.poliklinik1.org/start>. Zugegriffen: 15. April 2018.
- Rahmenvertrag Entlassmanagement. 2017. Gültig seit 1. Oktober. http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf. Zugegriffen: 15. April 2018.
- Simon, Michael. 2015. Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten. Hochschule Hannover, Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales, 2. ergänzte Aufl. https://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_2015_Unterbesetzung_im_Pflegedienst_2_Auflage_.pdf. Zugegriffen: 15. April 2018.
- Simon, Michael. 2018. Pflegepersonaluntergrenzen, Pflegepersonalkostenvergütungen, vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen: Anmerkungen zum Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 7.02.2018. https://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_2018_Anmerkungen_zum_Koalitionsvertrag.pdf. Zugegriffen: 15. April 2018.
- Simon, Michael und S. Mehmecke. 2017. Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. http://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_027_2017.pdf. Zugegriffen: 15. April 2018.
- Solidargemeinschaften (BASSG, Artabana, Solidago). 2018. <http://www.bassg.de/>, <http://www.artabana.net/portal/>, <https://solidago-bund.de/>
- Statistisches Bundesamt (Destatis). 2018. Ärztliches und nichtärztliches Personal in Krankenhäusern. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/PersonalKranke_nhaeuser_Jahre.html. Zugegriffen: 15. April 2018.
- Verdi (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft). 2013. Personalcheck: Die bittere Wahrheit. <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/mehr-personal/++co++613712fo-c165-11e6-83d5-525400940f89>. Zugegriffen: 15. April 2018.
- WHO (Weltgesundheitsorganisation). 1986. Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln. Ottawa Charta, S.3. www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf. Zugegriffen: 15. April 2018.