

Zur Zukunft der kommunalen Krankenhäuser

Der Patient hat noch Puls

Längst gehört es nicht mehr zu den kommunalpolitischen Gepflogenheiten, ab und an beim örtlichen Krankenhaus vorbeizuschauen und „Alles Gute“ zu wünschen, ansonsten aber sich wahlweise über ein neues teures Medizingerät, einen neuen Chefarzt (Chefärztinnen sind noch äußerst selten...) oder gar einen Neubau zu freuen. Kommunalpolitik und Krankenhaus: das ist seit längerem schon auch bei vielen Grünen Krisenmanagement, an dessen Ende leider nicht selten der Verkauf des Klinikums an eine private Kette oder gar die Schließung steht. Was ist los im Gesundheitswesen, dass zahlreiche Häuser so in Schwierigkeiten sind? Und ist das Ende der Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft schon besiegelt oder haben sie noch eine Zukunft?

Pico Jordan

Eine positive Mitteilung vorweg: Nicht allen kommunalen Krankenhäusern geht es schlecht, nicht wenige haben sogar Erfolg. Wobei noch zu klären ist, was „Erfolg“ heute für ein Krankenhaus bedeutet. Es lohnt aber, genau hinzuschauen, was sowohl die privaten Klinikketten als auch die anderen „erfolgreichen“ Krankenhäuser aus dem freigemeinnützigen und öffentlichen Bereich so getan haben.

Das Sparen begann in den 1990er Jahren

Ein Blick zurück: Eigentlich hat alles mit Seehofer angefangen. Der hat in den 1990er Jahren das sogenannte Selbstkostendeckungsprinzip abgeschafft. Dieses hatte die Krankenhäuser in die komfortable Lage gebracht, erst Kosten zu produzieren und dann immer einen (die

Krankenkassen) zu finden, der diese übernehmen musste. Jetzt begann die Phase der Deckelungen, der Budgetierungen – des nackten Sparens also.

Die nächste wichtige Phase war die Gesundheitsreform 2000, die Gesundheitsministerin hieß Andrea Fischer (Bündnis 90/Die Grünen). Mit der Einführung sogenannter Fallpauschalen wurde der nächste und einschneidende Schritt hin zu einer ökonomisch und medizinisch gänzlich anderen Steuerung des „Unternehmens Krankenhaus“ gegangen. Wesentlich: jetzt gilt in einem Bundesland jeweils ein gleicher „Preis“ für eine vergleichbare Diagnose. Und ein Krankenhaus muss das Kunststück vollbringen, mit diesem Preis auch auszukommen. Das hört sich einfacher an, als es ist. Schließlich waren bis dato ganz unterschiedliche Verhältnisse in den Kliniken anzutreffen: Zahl und Qualität der MitarbeiterInnen, apparative Ausstattung, der bauliche Zustand usw. ergaben ganz unterschiedliche Behandlungskosten. Schließlich gibt es noch diese Neuerungen bzw. Veränderungen:

- Die Einführung der sogenannten Integrierten Versorgung (PatientInnen werden sektoren- und fachübergreifend versorgt, d.h. Ärzte, Krankenhäuser, Vorsorgeeinrichtungen, Reha-Kliniken und andere Heilberufe können kooperieren),
- die medizinischen Versorgungszentren (hier arbeiten Ärzte, Therapeuten und andere Heilberufler unter einem Dach, um Arzneimittel besser abzustimmen

und Doppeluntersuchungen zu vermeiden),

- Änderungen des Arztrechtes (ÄrztInnen können jetzt auch außerhalb der Krankenhäuser angestellt sein)

sowie weitere Maßnahmen waren wichtige Schritte in eine andere Richtung: weg von der starren und den Behandlungsbedarfen der PatientInnen nicht mehr gerecht werdenden Trennung der Sektoren ambulant und stationär. Für die Krankenhäuser entstanden nun neue Risiken und Chancen bei der Neuverteilung eines Teils des Gesundheits-„Marktes“.

Werden PatientInnen „blutig“ entlassen?

Viele KritikerInnen sprachen damals von einer weiteren „Ökonomisierung“. Sie befürchteten, dass PatientInnen „blutig“ entlassen werden nach dem Motto: Fallpauschale ist verbraucht, Patient muss raus. Letzteres blieb Parole und spielt in der neuen Realität keine Rolle. Und die Ökonomisierung? Gab es schon immer. Oder ist es etwa nicht eine bestimmte Art ökonomischer Steuerung gewesen, wenn zu alten Zeiten (die heute noch immer nicht überall überwunden sind) die Chefärzte vom Träger ein BAT-Gehalt bekamen, ansonsten aber den überwiegenden Teil ihres Einkommens mit der Behandlung von Privatpatienten verdienen konnten? Damit sind natürlich Ressourcen gleich welcher Art gesteuert worden. In Zeiten des Selbstkostendeckungsprinzips spielte das alles keine Rolle, heutzutage kann aber ein solches altes Anreizsystem

➔ lesetipp

Gesundheit

Zur Einführung empfehlen wir den gleichnamigen Beitrag von Joachim Lorenz im AKP-Buch „Stadt, Land, Grün – Handbuch für alternative Kommunalpolitik“ (S. 143-150).

Herrmann, Rita A. / Munier, Gerald (Hrsg.): Stadt, Land, Grün – Handbuch für alternative Kommunalpolitik, Bielefeld 2008, ISBN 978-3-9803641-5-7, www.akp-redaktion.de, 320 Seiten, 16,80 € plus Porto. S. Bestellzettel in diesem Heft.



Foto: pixelio.de / Michael Bührke

für Abteilungsleitungen (nichts anderes sind Chefärzte) schon mal einem Krankenhaus den Garaus bereiten. Kurz gesagt: Ökonomie war schon immer im Krankenhaus, es geht um die Regeln und Anreize, die dadurch entstehen.

Verwaltungen müssen managen – aber richtig!

Mit dem Wirksamwerden dieses neuen Entgeltsystems veränderten sich die Anforderungen an das Krankenhausmanagement und alle Beschäftigtengruppen radikal. Und mit dem Wort „Krankenhausmanagement“ habe ich auch schon ein zentrales Problem von kommunalen Krankenhäusern angesprochen: dort waren weitestgehend „Verwaltungs“-Leitungen mit der Führung betraut, deren Kompetenzen für das „Managen“ oft noch unterentwickelt waren. Viele haben sehr schnell gelernt und sind mittlerweile erfolgreich, nicht wenige aber haben unter Zuschauen ihrer Träger ihren Beitrag zum Scheitern geleistet.

Und das Verwalten wurde begünstigt durch Rechtsformen, die wirtschaftliches, unternehmerisches Handeln nicht unbedingt fördern: wer kennt nicht die Debatten um die Umwandlung von Regiebetrieben und Eigenbetrieben in GmbHs, also in eine privatwirtschaftliche Rechtsform („formale“ Privatisierung). Wer hier auf kommunaler Seite nicht entschlossen strukturelle und personelle Weichenstellungen vorgenommen hatte, geriet oft schnell ins Hintertreffen. Dabei waren und sind diese Schritte allein ja nicht diejenigen, die das Krankenhaus nach vorn brachten. Es gibt genügend formale Privatisierungen, die ökonomisch gescheitert sind und in einer echten Privatisierung, also dem Verkauf an eine private Klinikette, endeten. Als Beispiel sei hier nur das ehemalige städtische Krankenhaus in Hildesheim genannt, welches schon Mitte der 1980er Jahre als Vorbild gepriesen zur GmbH wurde. Im Jahr 2004 musste es, begünstigt durch ein Mix von Geschäftsführungs- und Eigentümerfeh-

lern, an das Rhönklinikum verkauft werden.

Dieser neue privatwirtschaftliche Rahmen muss auch ausgefüllt werden: intern u.a. in einer Neuorganisation aller Behandlungsprozesse und der sie unterstützenden nichtmedizinischen Tätigkeiten, nach außen über Kooperationen verschiedenster Art, um Marktpositionen zu gewinnen und Kostenvorteile zu generieren. Wirtschaftlich, Behandlungsprozesse, Marktpositionen, Kostenvorteile: diese und noch viele andere aus der Betriebswirtschaft kommende Begriffe waren in der Vergangenheit durchaus geeignet, bei denen die Nackenhaare aufzustellen, die zu Recht meinen, die medizinische Versorgung der Menschen dürfe nicht allein Marktmechanismen und ihrer Rationalität unterworfen werden. Doch bei allen Einwänden: auch die „Versorgung“ sollte so wirtschaftlich erfolgen, dass nur der dafür nötige Teil des volkswirtschaftlichen Gesamtvermögens dafür verbraucht wird. Und die einen Teil der stationären

Krankenhausversorgung erbringenden privaten Krankenkassen haben mit ihrem Handwerkszeug gezeigt, dass mit den gleichen Erlösen, die auch öffentliche Krankenhäuser haben, sogar die Gewinnerwartungen von Aktionären erfüllbar sind.

Patienten sind keine Produkte – aber Steuerzahler

Was aber ist zu tun, um diese Zeiten des rasanten Wandels einer ganzen Branche zu gestalten? Das Rezept zum Erfolg ist kein Geheimnis, die Medizin ist für manche nur etwas bitter und die „Patienten“ verweigern manchmal die „Compliance“. An zwei Beispielen bezüglich der inneren Reorganisation sei dies ausgeführt:

Wenn ich vorhin von Behandlungsprozessen sprach, so steht dahinter eine durchaus viele provozierende Sicht des Krankenhauses: Der Begriff unterstellt, das trotz der Individualität der PatientInnen und ihrer Leiden wesentliche Abläufe ihrer Behandlung planbar und standardisierbar sind. Und wenn das so ist, sind sie auch ökonomisch analysierbar und gestaltbar. Ich kann mich noch gut erinnern, als wir 2004/2005 das gesamte Leistungsspektrum unserer 13 kommunalen Krankenhäuser in der Region Hannover analysierten: „Menschen sind keine Produkte“ stand auf einem Transparent protestierender KrankenhausmitarbeiterInnen, die mich per Demo empfangen. Meine Botschaft war eine ganz andere – und sie gilt heute für jedes Krankenhaus: wer hat das Recht, Defizite zu produzieren zu Lasten der Steuerzahler, wenn er gleichzeitig nicht alle vorhandenen Möglichkeiten zur Vermeidung selbiger nutzt?

der Krankenwagen hielte immer vor der gleichen Tür. Aber viele Ressourcen werden schon an dieser Stelle verplempert und PatientInnen verärgert. Eine zentrale Aufnahme für alle Abteilungen, mit angeschlossener Diagnostik und nahe zum OP, dazu auch ambulante OP-Möglichkeiten, die soweit möglich interdisziplinär genutzt werden, ist sozusagen Stand der Technik.

Was hier so scheinbar selbstverständlich von mir benannt wird, ist mitnichten einfach einzuführen: es geht nach innen oft um den schmerzhaften Abschied von Gewohnheiten, auch den Verlust von Gestaltungsmacht bei Einzelnen. Hier braucht es „Management“, um dem Neuen den Weg zu bereiten, alle mitzunehmen, ohne dabei Zeit zu verlieren. Zeit ist Geld. Und Organisationsmängel bringen eben auch schlechte wirtschaftliche Ergebnisse.

Im Investitionsstau wird Geld verschwendet

Doch gibt es auch äußere Schwierigkeiten: Die Krankenhäuser sind als Bauten für die Anforderungen der neuen Zeit oft nicht gerüstet. Vom sogenannten Investitionsstau, hervorgerufen durch die nicht ausreichende Finanzierung der Investitionen durch die Bundesländer (in Deutschland gibt es das sog. duale System auch im Krankenhausbereich: die Betriebskosten zahlen die Krankenkassen, die Investitionsaufwendungen tragen die Bundesländer) ist immer wieder die Rede. Und er wird auf zweistellige Milliardenbeträge beziffert. Doch auch da, wo in den letzten Jahren investiert wurde und nicht die neuen Anforderungen an die Neuorganisation des gesamten Betriebsablaufs ausreichend berücksichtigt wurden, konnte keine echte Erneuerung erreicht werden. Die Unterfinanzierung der Investitionen durch die Länder bedeutet einen echten Nachteil für Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft gegenüber ihren Mitbewerbern. Ein Nachteil, der allzu oft direkt in die Privatisierung führt.

Zeit ist Geld. Muss lange in unwirtschaftlichen Baustrukturen gearbeitet werden, bis man mal im Landesförderprogramm berücksichtigt wird, kann das sehr schnell zu Betriebsdefiziten führen. Ist dann der kommunale Träger knapp bei Kasse, gerät er schnell in ein echtes Dilemma: er kann weder mit ausreichenden Investitionszuschüssen helfen noch auf

Die Prozessorientierung fängt bei der Aufnahme an

Eine konsequente Prozessorientierung jedenfalls zwingt zum einen oft zum Abschiednehmen von Gewohnheiten, zum anderen schleifen sich überflüssige Hierarchien ab: zum Gelingen des Ganzen hat jede/r seinen definierten Platz und seine Aufgabe, nur im abgesprochenen Zusammenwirken der Berufsgruppen ist Erfolg möglich. Das Ergebnis ist oft erstaunlich: mehr Verlässlichkeit, weniger Stress, zufriedener PatientInnen und bessere Behandlungsergebnisse – und weniger Ressourcenverbrauch! Mit der Prozessorientierung einher geht notwendigerweise die Standardisierung von Medizinprodukten. Ein Außenstehender hält es oft nicht für möglich, mit welcher hohen Zahl ganz verschiedener medizinischer Produkte und Geräte in einem Krankenhaus oft Tür an Tür nebeneinander gearbeitet wird – die Erklärungen dafür sind nicht nur oft dürftig, sondern der Zustand auch wirtschaftlich schädlich und medizinisch oft gefährlich.

Eine weitere Baustelle und die Prozessorientierung unterstützende Neuordnung ist der gesamte Aufnahmebereich. Wer war schon mal als Patient im Krankenhaus und musste sich durchfragen, bis er dort gelandet war, wo dann die eigentliche Aufnahme stattfand? Zyniker sagen, als Notfall hätte man da keine Sorgen:

☛ zurückgeblättert

...in früheren AKP-Heften

2009

Nachricht: Steigender Bedarf an Kinder- und Jugendpsychiatrie, AKP 1/2009, S. 15

2008

Nachricht: Ärzteversorgung – Ösis kurieren Ossis, AKP 5/2008, S. 11

Schröder, Anke: Gender Mainstreaming in der Stadt- und Bauleitplanung – Maßanzug, nicht Konfektionsware (mit dem Praxisbeispiel „Krankenhaus der kurzen Wege“), AKP 5/2008, S. 43ff

Buntenbach, Annelie: Notstand Krankenhaus: Privatisierung ist kein Wundermittel, AKP 4/2008, S. 7

Terpe, Harald / Wuttke, Julia: Männergesundheit – Not am Mann?, AKP 4/2008, S. 33

2007

Nachricht: Nachwuchsmangel in der ärztlichen Versorgung, AKP 6/2007, S. 13

2006

Schaller, Thomas: Forum Kooperation und Vernetzung in Augsburg – Lücke in der Gesundheitsversorgung geschlossen, AKP 2/2006, S. 35f

Dauer Defizite ausgleichen. Private Ketten haben es da leichter: Sie besorgen sich ihr Kapital oft auf dem Markt. Und das Ergebnis unterstreicht die große Bedeutung moderner Bau- und nachfolgender Behandlungsstrukturen: Das Fremdkapital kann in der Regel mit ordentlicher Rendite bedient werden.

Wohlgemerkt: diese Überschüsse werden erzielt mit Einnahmen, die eigentlich für den Betriebsaufwand kalkuliert sind. Und das gelingt natürlich nicht nur den privaten Kliniken, sondern auch kommunalen und freigemeinnützigen. Die Krankenkassen sehen das nicht gern, ist das doch für sie ein Beleg dafür, dass die Krankenhäuser zuviel Geld bekommen – keine abseitige Perspektive. Benannt wird aber eher eine politisch zu verantwortende strukturelle Verantwortungslosigkeit der Länder, die obendrein eben ihren verhängnisvollen Beitrag zur nach wie vor laufenden Privatisierung kommunaler Krankenhäuser leistet.

Wettbewerbsvorteile der Privaten...

Schaut man sich die Geschäftsmodelle der privaten Ketten an, so haben sie strukturelle Vorteile, die einzelne kommunale Häuser selten generieren können. Was die Reorganisation der inneren Prozesse angeht, werden diese „einfach“ umgesetzt – ohne falsche Rücksicht nehmen zu müssen auf das oft unselige Zusammenspiel zur Blockade von Veränderungen von lokaler Politik und widerständigen Akteuren aus den Krankenhäusern (Gewerkschaften, einzelne Mitarbeitergruppen, Chefärzte usw.). Und diese neue innere Struktur erfinden sie nur einmal und übertragen sie bundesweit auf ihre Häuser – eine wirksame Form von Standardisierung. Outsourcing aller Dienstleistungen, die nicht zum „Kerngeschäft“ gehören, gehört ebenfalls zum Repertoire. Und über die große Zahl der angeschlossenen Krankenhäuser generieren sie nicht nur beim Einkauf auf allen Ebenen nochmal erhebliche Mengenvorteile.

...können sich auch die Kommunen zunutze machen

Einiges davon ist für kommunale Krankenhäuser durchaus Option oder wird bereits erfolgreich umgesetzt: so schließen sich – als offensiv propagierte Alternative zur Privatisierung – immer mehr kommunale Krankenhäuser regional zusam-

men, versuchen o.g. wirtschaftliche Vorteile zu generieren und sprechen ihr medizinisches Leistungsspektrum so ab, dass unnötige Konkurrenz vermieden wird und trotzdem PatientInnen gute Angebote gemacht werden können. Doch fehlt es auch allzuoft an politischer Weitsicht: Man hält dann so lange am „eigenen“ Krankenhaus fest, statt es gemeinsam mit Nachbarhäusern und Nachbarkommunen zu entwickeln, bis aus nackter Not dann der Totalverlust der Steuerungsgewalt via Privatisierung eintritt.

Andere Krankenhäuser, andere Kommunalpolitik(er)

Doch die neuen Zeiten überfordern vielfach auch schlicht die Kommunalpolitik. Das sind jetzt andere Krankenhäuser, die in den entsprechenden Gremien zu beaufsichtigen sind; andere Kenntnisse in der Kommunalpolitik dafür sind notwendig. Nicht jede/r gute Kommunalpolitiker/in ist auch ein gutes Aufsichtsratsmitglied.

Und die vermeintlich immer stärkere Orientierung auf wirtschaftlichen Erfolg schafft auch Verdruss. Doch lässt sich dieser überwinden, betrachtet man die Ökonomie als das, was sie sein sollte: Mittel zum Zweck. Nur: was ist der Zweck bei kommunalen Krankenhäusern? Natürlich zuallererst die Versorgung Kranker. Das machen aber alle anderen auch. Und meist genau so gut, manchmal sogar besser! Dann: Krankenhäuser sind in der Regel einer der größten Arbeitgeber vor Ort – mit Arbeitsplätzen, die nicht nach Indien, China oder sonst wohin verlagert werden können. Da den kommunalen

Einfluss einfach aufzugeben, ist nicht nur in diesen Zeiten mindestens fahrlässig.

Und: wenn private Konzerne Gewinne machen können aus den Geldern der Pflichtversicherten der gesetzlichen Krankenkassen, warum können wir dann nicht in kommunalen Krankenhäusern Überschüsse erwirtschaften? Die wir nutzen für medizinisch notwendige, aber nicht ausreichend finanzierte Gesundheitsangebote – von der Stärkung der Palliativmedizin über Hospizangebote, Stärkung der gesundheitlichen Selbsthilfe usw. Und eigener Einfluss könnte genutzt werden, die Krankenhäuser gerade auch im ländlichen Raum Schritt für Schritt zu „Gesundheitszentren“ auszubauen. Last but not least: was spricht eigentlich dagegen, nicht nur, aber eben auch in wirtschaftlich gesunden Krankenhäusern die MitarbeiterInnen am Erfolg zu beteiligen? Genug und doch längst nicht alle Argumente für den Erhalt kommunaler Krankenhäuser. Man muss aber was dafür tun, manchmal mehr, als einem lieb ist...

➔ Pico Jordan, von 1998 bis 2001 Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, jetzt in der Region Hannover (Gebietskörperschaft der „besonderen Art“ mit 1,2 Mio. EW) Dezernent für soziale Infrastruktur. Neben den Bereichen Soziales, Jugend, Schulen (Berufs- und Förderschulen) sowie dem Öffentlichen Gesundheitsdienst gehört zu seinem Aufgabenbereich auch das jetzige Klinikum Region Hannover. Die entscheidenden Weichenstellungen auf dem Weg zu diesem Klinikverbund konnte er zuerst als Dezernent, dann zusätzlich als Geschäftsführer der Übergangsgesellschaft und jetzt als Aufsichtsratsvorsitzender mitgestalten.

portrait

Klinikum Region Hannover

Das Klinikum Region Hannover besteht heute aus 13 Krankenhäusern mit über 7.000 Beschäftigten und einem Jahresumsatz von über 460 Mio € Im Jahr 2002 wurde damit begonnen, die Krankenhäuser des ehemaligen Landkreises Hannover mit denen der Stadt Hannover zusammenzuführen. Zwischenstation war eine Übergangsgesellschaft, seit 2005 besteht die GmbH.

Das Unternehmen hat sich bislang sehr erfolgreich entwickelt: gestartet mit 21 Mio. € Jahresverlust in 2005, wird für 2009 das erste Wirtschaftsjahr mit einer schwarzen Null geplant. Zur Unternehmensgründung war ein Businessplan erstellt worden, dessen Eckdaten im Laufe der Zeit alle erreicht wurden. Bei der Privatisierung der Psychiatrien in Niedersachsen konnte sich das Klinikum gegen renommierte private Ketten durchsetzen und erwarb das ebenfalls in der Region liegende Landeskrankenhaus Wunstorf.

➔ www.krh.eu

Krankenhausfinanzierungsreformgesetz

Große Verpackung, kleiner Inhalt

Dass Politik nicht immer sagt, was sie tut und nicht immer das tut, was sie sagt, das ist ein übliches und zutreffendes Urteil über Politik. Auch das Ende 2008 im Bundestag verabschiedete Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) hat bewiesen: Eine hübsche Verpackung muss nicht immer zwingend einen ebenso beeindruckenden Inhalt haben. Man muss der für dieses Gesetz zuständigen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt aber zugute halten, dass sie sich bei der Verpackung allergrößte Mühe gegeben hat und die Ärmlichkeit des Inhalts nicht allein ihr anzulasten ist.

Harald Terpe, Jörg Sauskat

Schon zu Beginn des Gesetzgebungsverfahrens zeichnete sich für BeobachterInnen ab, dass die Verpackung groß und der Inhalt klein werden würde. Just als zehntausende KrankenhausmitarbeiterInnen in Berlin gegen die Misere im Krankenhaussektor demonstrierten, kündigte Ulla Schmidt das KHRG an. Es sollte den Kliniken 3 Mrd. € Mehreinnahmen bringen. Dass sie eine Milliarde durch eine planmäßige Steigerung der Vergütung ganz ohne dieses Gesetz bekommen hätten und dass weitere 230 Mio. € Entlastung lediglich darauf zurückzuführen sind, dass die Koalition eine 2007 vorgenommene Kürzung rückgängig machte, sei 'mal dahingestellt. Schmidt versprach noch mehr:

- eine 70%-Förderung der Mehrkosten für die Neueinstellung von Pflegepersonal,
- eine Reform der Investitionsfinanzierung und
- den Wegfall der Grundlohnbindung.

Krankenhausvergütung: Der neue Preisindex ist nur Zierart

Bald wurde aber klar, dass der beabsichtigte Wegfall der Grundlohnratenanbindung und Modifikationen bei der Investitionsfinanzierung eher aus einer für's Verpacken zuständigen Abteilung des Ministeriums stammten. Zur Erklärung: Die Grundlohnratenanbindung legt fest, dass die Vergütungen im Krankenhaussektor jedes Jahr nur im gleichen Maße ansteigen darf, wie auch die beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen anwachsen.

Das klingt vernünftig, hat aber einen Haken: In den letzten Jahren sind die beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen deutlich geringer angestiegen als die Ausgaben der Krankenhäuser für Betriebs- und Personalkosten. Kritik an diesem Mechanismus gab es daher schon lange – auch von den kommunalen Spitzenverbänden. An die Stelle der Grundlohnrate soll daher ein durch das Statistische Bundesamt zu ermittelnder Orientierungswert bzw. Preisindex treten. Im Kleingedruckten des Gesetzes steht aber, dass das Ministerium das letzte Wort darüber haben wird, ob und in welcher Höhe dieser Orientierungswert Einfluss auf die Entwicklung der Krankenhauspreise haben wird. Damit verschafft sich das Gesundheitsministerium politischen Zugriff auf die Krankenhauspreise.

Investitionspauschale: Knallfrosch statt Reformrakete

Reformbedürftig ist auch die bisherige Ausgestaltung der Investitionsfinanzierung. Derzeit werden kleinere Reparaturen und Investitionen in den Krankenhäusern von Krankenkassen über die Vergütungen bezahlt. Für umfangreichere Anschaffungen wie Großgeräte oder Gebäude müssen die Kliniken Anträge bei den chronisch klammen Ländern stellen. Folge: Es gibt einen gewaltigen Investitionsstau von bis zu 50 Mrd. € Die Vorschläge reichen von einer vollständigen Finanzierung der Investitionen allein durch die Krankenkassen etwa über einen Aufschlag auf die Vergütungen bis zur Bei-

haltung des Status Quo. Einig sind sich aber die meisten ExpertInnen, dass das bisherige Antragsverfahren durch eine pauschale Förderung ersetzt werden soll. Die grüne Bundestagsfraktion hat sich für ein System ausgesprochen, bei dem Kassen und Länder Investitionen gemeinsam durch einen pauschalen Aufschlag auf die Vergütung für jede Krankenhausleistung finanzieren.

Ulla Schmidts Gesetz konnte auch hier nicht überzeugen. Sie ermöglicht es zwar den Ländern, auf eine pauschale Förderung umzustellen. Allerdings lässt sie es ihnen völlig frei, ob sie diese Möglichkeit nutzen. Viele Länder haben inzwischen schon deutlich gemacht, dass sie nicht die Absicht haben, an der Investitionsfinanzierung irgendetwas zu ändern. Damit verpufft die Reform.

Aufregung kurz vor der Bescherung

Zum Ende des Gesetzgebungsverfahrens wurde es noch einmal spannend. Unverhohlen auf die Bundestagswahl schiehend, legte die Bundesregierung den Krankenkassen-Einheitsbeitrag fest. Daher forderten die gesetzlichen Krankenkassen eine Begrenzung ihrer Mehrausgaben im stationären Bereich. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) schloss sich dieser Forderung an und vertrat die Ansicht, die Krankenhäuser hätten das Ministerium über zusätzliche Einnahmen für 2009 nicht ausreichend informiert. Man kann allerdings sicher sein, dass hier nicht urplötzlich ein einsamer Beamter im BMG

in nächtlicher Sitzung mit dem Taschenrechner den Krankenhäusern auf die Schliche gekommen war.

Kostenbegrenzung statt Krankenhausfinanzierung

Vielmehr bot sich hier kurz vor Schluss des Gesetzgebungsverfahrens die Möglichkeit, die eigenen finanziellen Versprechungen ohne größeres öffentliches Aufsehen teilweise wieder einzusammeln. Das Gesundheitsministerium argumentierte, die Krankenhäuser sollten 2009 etwa 3 Mrd. € mehr erhalten. Es dürften aber den Krankenkassen keine darüber hinausgehenden Kosten entstehen. Aus einem Gesetz, das erklärtermaßen die Krankenhausfinanzierung reformieren und den Krankenhäusern Mehreinnahmen verschaffen sollte, ward urplötzlich ein Kostenbegrenzungsgesetz. Die Koalitionsfraktionen gerieten jedenfalls angesichts dieses Zickzacks erneut aneinander. Schlussendlich einigte man sich darauf, die Konvergenzphase – also die bis Ende 2009 abzuschließende Angleichung der krankenhausesindividuellen Preise an landesweit einheitliche Preise – um ein Jahr zu verlängern und den letzten Angleichungsschritt erst im Jahre 2010 vorzunehmen.

Auch das umstrittene Sonderprogramm für die Finanzierung von Pflegepersonal in Krankenhäusern wurde in letzter Minute geändert. Nun erhalten die Krankenhäuser 90% der für die Neueinstellungen notwendigen Mittel. Insgesamt führt das KHRG nach Berechnungen des BMG zu Mehreinnahmen von 3,5 Mrd. €

Positive Details

In einigen Details kann man dem Gesetz auch Positives abgewinnen:

- So wird ein neues Entgeltsystem für die Psychiatrie entwickelt. Das kommt Forderungen von Verbänden wie des Deutschen Pflegerates und der Bundespsychotherapeutenkammer entgegen.
- Begrüßenswert ist zudem, dass der Pflegeaufwand in den DRG-Fallpauschalen künftig besser abgebildet werden soll und so höhere Vergütungen für pflegeintensive Leistungen ermöglicht werden. Das könnte die Situation in der Pflege verbessern.
- Sinnvoll, wenn auch nicht in jedem Bundesland für Begeisterung sorgend, ist die Angleichung der Vergütungen an einen bundeseinheitlichen Korridor.

Warum soll die Entfernung eines Blinddarms in Rheinland-Pfalz deutlich mehr kosten als in Nordrhein-Westfalen?

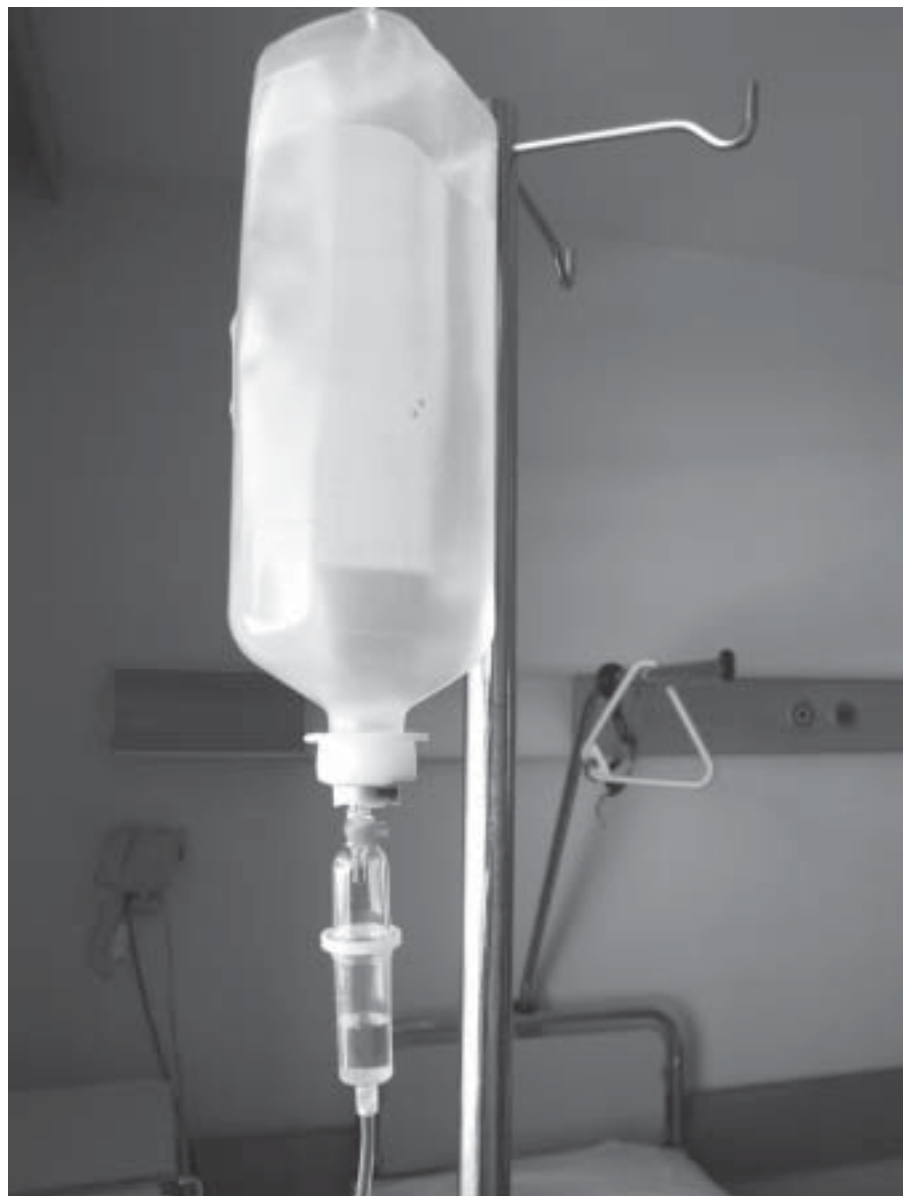
Die kommunalen Spitzenverbände haben das neue Gesetz mit mäßiger Begeisterung begrüßt: Lieber den Spatz in der Hand als die Taube auf dem Dach. Mit einem Anteil von 29% am deutschen Markt sind Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft noch immer ein wichtiger Akteur. Es ist absehbar, dass der erhebliche Kostendruck anhalten wird. Kommunale Kliniken werden sich langfristig nur dann behaupten können, wenn es ihnen gelingt, aus der Rolle des Einzelkämpfers hervorzutreten und Verbände mit anderen kommunalen Krankenhäu-

sern und vor allem mit ambulanten Versorgungsstrukturen zu bilden. Wünschenswert vor allem mit Blick auf die kommunalen Träger ist darüber hinaus, dass die Länder endlich ihrer Verpflichtung gerecht werden und eine leistungsbezogene Investitionsfinanzierung einführen.

Weitere Informationen

Gesundheitspolitischer Newsletter der Bundestagsfraktion: www.gruene-bundestag.de -> Newsletter

➔ MdB Harald Terpe ist Obmann im Ausschuss für Gesundheit und in der AG Gesundheit der grünen Bundestagsfraktion für Krankenhauspolitik zuständig. Jörg Sauskat, M.A., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter von MdB Harald Terpe. www.harald-terpe.de



Krankenhausfinanzierungsreformgesetz: Die Infusion tröpfelt nur langsam

Foto: aboutpixel.de / Peter Ehmann

Abbau von Pflegekraftstellen im Krankenhaus

Was ist Pflege den Kliniken heute noch wert?

Der Krankenhaussektor wurde in den letzten Jahren immer wieder reformiert. Zwangsläufig folgten größere Umstrukturierungen in den Kliniken – u.a. ein massiver Abbau der Personalkapazitäten im Pflegebereich. Dieser hat vielerlei Gründe, Hauptursache ist die sich verschärfende Finanzsituation der Krankenhäuser.

Anja Ludwig

Im Zeitraum von 1995 bis 2005 belief sich die Reduktion auf ca. 48.000 Vollzeitstellen. Das betraf im Wesentlichen die Allgemeinkrankenhäuser: Hier wurden ca. 44.000 Stellen abgebaut, das entspricht einem Minus von 13,8%. Bei einer Hochrechnung auf das Jahr 2007 sind es inzwischen ca. 55.000 Arbeitsplätze weniger. Die Krankenhäuser erklären den Stellenabbau in erster Linie mit diesen beiden Veränderungen:

- 2003 wurde das Diagnose-orientierte Fallpauschalensystem (DRG) eingeführt.
- Die Budgetdeckelung verschärfte sich ab dem Jahr 1996.

Am kräftigsten gestrichen wurde jedoch in den Jahren 2000 bis 2005 – nur 43,6% des Stellenabbaus lassen sich durch Budgetdeckelung und DRG-Einführung erklären. 56,4% bzw. 24.800 Stellen im Pflegebereich hingegen fielen wegen interner Umverteilung weg. Die Personalkapazität im ärztlichen Bereich wurde hingegen aufgestockt, zwischen 1995 und 2005 um rund 19.000 zusätzliche Stellen. Das ist ein Plus von 19,5%.

Weniger Pflegepersonal, mehr Arbeit

Als Laie in der Thematik könnte man meinen, dass der Abbau von Bettenkapazitäten doch auch zu einer Verringerung der Patientenzahlen geführt haben muss und damit zu einem gerechtfertigten Stellenabbau. Aber diese Annahme ist falsch. Gerade durch weniger Betten, höhere Bettenauslastung pro Einrichtung und die gleichzeitig kürzeren Belegungs-

zeiten pro PatientIn erhöhte sich die Fallzahl. Die Folge: Immer mehr PatientInnen müssen in immer kürzerer Zeit medizinisch und pflegerisch behandelt werden, damit die Klinik keine wirtschaftlichen Verluste macht. Der massive Stellenabbau in der Pflege ist also besonders problematisch, weil er einem kontinuierlich wachsenden Arbeitsaufkommen gegenübersteht:

- Die Fallzahlen sind von 15,9 Mio. im Jahr 1995 auf 16,8 Mio. im Jahr 2006 gestiegen.
- Die Fallzahlen pro Pflegekraft und Jahr nehmen zu, sie stiegen zwischen 1995 und 2004 um fast 20%.
- Die Fallschwere nimmt zu, denn es gibt mehr immer älter werdende, chronisch und mehrfach erkrankte PatientInnen mit komplexeren Pflegediagnosen.

Übrigens fiel der Bettenabbau bei den öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern in den letzten Jahren besonders deut-

lich aus. Die privaten Träger hingegen bauten ihre Kapazitäten massiv aus; bei ihnen stiegen auch die Belegungstage pro PatientIn kontinuierlich an.

Neuere Entwicklungen im Bereich der Krankenhausumstrukturierungen scheinen die Diskrepanz zwischen zunehmender Arbeitsverdichtung im Pflegebereich und der gleichzeitigen Personalknappheit noch zu verschärfen. Fast 40% der Kliniken wollen künftig den nichtärztlichen Stellenabbau weiter forcieren, um Kosten einzusparen. Gleichzeitig möchte jedes zweite Haus aber erklärtermaßen – ebenfalls aus Kostengründen – ärztliche Aufgaben stärker an andere Berufsgruppen, etwa Pflegekräfte, delegieren.

Weniger Pflegepersonal, weniger Versorgungsqualität

Zahlreiche internationale Studien zeigen: Je mehr PatientInnen eine Pflegekraft durchschnittlich zu versorgen hat, desto

⇒ | **hintergrund**

Die Pflege kommt bei der Abrechnung zu kurz

Die Pflege kommt bei der Finanzierung über das Diagnose-orientierte Fallpauschalensystem (DRG) zu kurz: Vereinfacht erklärt, wird die einzelne DRG hauptsächlich aus der medizinischen Diagnose abgeleitet. Sie ist Grundlage für den Preis, der für die jeweilige DRG errechnet wird, sowie für die pflegerelevanten Anteile der DRG. Als eigenständige Leistung ist die Pflege nicht refinanzierbar. PflegewissenschaftlerInnen sehen hierin einen zentralen Punkt dafür, warum die Pflege im Krankenhaus in jeder Hinsicht geringer gewichtet wird, als der medizinische Bereich.



Massiver Stellenabbau im Pflegebereich: Die PatientInnen müssen es auslöffeln

Foto: Fotolia.de / Thaut Images

höher ist das Risiko, im Krankenhaus eine Komplikation zu erleiden oder zu versterben. Mit einer zu geringen Personalbesetzung im Pflegedienst steigt das Risiko schwerwiegender Komplikationen wie Lungenentzündungen oder -embolien, Infektionen, Druckgeschwüre und Medikationsfehler. Auch konnte nachgewiesen werden, dass die Krankenhausverweildauer mit sinkender Pflegepersonalkapazität steigt. Somit werden die vermeintlichen Einsparungen durch den Abbau von Pflegekraftstellen durch die hieraus resultierenden Komplikationen und Kosten ad absurdum geführt. Im Gegenteil, die Gesamtkosten der Versorgung erhöhen sich, was sich wiederum negativ auf die Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auswirkt.

Auch für Deutschland bestätigen zahlreiche Studien, dass Arbeitsverdichtung und veränderte Arbeitsanforderungen im Kliniksektor das Pflegepersonal zunehmend belasten. Dennoch gibt es hierzu keine veröffentlichten Daten, die den Zusammenhang zwischen Personalkapazität und Versorgungsqualität im Krankenhaus eindeutig beschreiben. Das

liegt vor allem daran, dass zwar mit der Einführung der DRG's 2003 auch eine Begleitforschung zu den spezifischen Auswirkungen des neuen Entgeltsystems gesetzlich verankert, der Auftrag aber erst Ende 2008 erteilt wurde.

Verlagert sich die Versorgung?

„Vernichtet“ der massive Stellenabbau in den Krankenhäusern Arbeitsplätze im Pflegesektor allgemein? Diese Frage lässt sich nicht eindeutig beantworten. Die Quote arbeitsloser Krankenpflegekräfte liegt seit Jahren beständig bei 2-3%. So geht etwa der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) davon aus, dass der Pflegestellenabbau im Krankenhaussektor zu einer Verlagerung in den außerklinischen Bereich geführt hat. Für diese These spricht die Entwicklung im Zeitraum von 1999 bis 2005:

- Etwa 30.000 Arbeitsplätze fielen in Krankenhäusern weg.
- Zeitgleich sind aber 14.800 Stellen in der ambulanten Pflege und

- 15.200 in der stationären Pflege hinzugekommen.

Diese Entwicklung erscheint durchaus plausibel: „Ambulant vor Stationär“ ist zunehmend das Prinzip medizinischer Versorgung, das ja auch Bündnis 90/Die Grünen befürworten. Werden PatientInnen früher entlassen, steigt zudem der Bedarf an Nachsorge. Doch verlagert sich die Pflege vom Krankenhaus 1:1 in die außerklinische Versorgung? Und welchen Anteil hat eine immer älter werdende Bevölkerung daran, dass es deutliche Zuwächse bei den Jobs in der ambulanten und stationären Pflege gibt? Fakt ist: Die personellen Zuwächse in der außerklinischen Pflege sagen nichts darüber aus, ob sich der Pflegeaufwand im Krankenhaus tatsächlich verringert hat und damit die Stellenreduktion gerechtfertigt ist.

Vorübergehende Wundheilung mit Garantie auf Infektion

Die Bundesregierung hat am 19. Dezember 2008 das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) verabschiedet. Es stellt auch Gelder für ein Sonderpro-

☛ **lese- und surftipps**

Gesundheitsreform 2007

„Nach der Reform ist vor der Reform“ lautet der Untertitel dieses Buches. Warum das so ist, wird beim Lesen schnell deutlich. Das Buch ist als akteursbezogene Politikfeldanalyse aufgebaut und arbeitet nacheinander machtvolle wie ohnmächtige Akteure ab: Die Koalitions- und Oppositionsfraktionen, das Gesundheitsministerium, Kassen, Krankenhäuser, Kassenärztliche Vereinigung, Gewerkschaften etc. Das ist dann erhellend, wenn die AutorInnen über den Teller- rand ihrer Organisation hinausschauen. Was leider nicht allen gelingt. (rah)

Schroeder, Wolfgang / Paquet, Robert (Hrsg.): Gesundheitsreform 2007, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2009, ISBN 978-3-531-15984-3, 29,90 €

Integrierte Versorgung

Dr. med. Mabuse, die Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, hat dieses Schwerpunktthema in ihrer Ausgabe 177 (Januar/Februar 2009)

6,50 € ISSN 0173-430X, Mabuse-Verlag, Kasseler Str. 1a, 60486 Frankfurt a.M., Ruf 069/70799615, Fax 069/704152, info@mabuse-verlag.de, www.mabuse-verlag.de

Interessenverband kommunaler Krankenhäuser (IVKK)

Der Verband versteht sich als Sprachrohr des Managements kommunaler Krankenhäuser. Seine Positionen stehen auf einer elfseitigen PDF.

www.ivkk.de, Pfad: Positionspapier

Krankenhaus-Barometer

Die repräsentative Erhebung des Deutschen Krankenhausinstitutes erscheint jährlich.

www.dki.de, Pfad: Publikationen und Downloads/ Downloads/ Krankenhaus-Barometer

Krankenhaus-Investitionen als Teil des Konjunkturpaketes II

Damit befasst sich ein Beitrag der Zeitschrift Das Krankenhaus, Ausgabe 2/2009. Sie wird von der Deutschen Krankenhausgesellschaft herausgegeben.

www.dkgev.de, Pfad: Publikationen/ das Krankenhaus 2/09

gramm zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals bereit. Ziel sind 17.000 zusätzliche Stellen für pflegerisches Fachpersonal. 90% der Kosten sollen die Kassen und 10% die Kliniken selbst tragen. Ob die Große Koalition so das beschriebene Problem löst, ist zu bezweifeln: Abgesehen davon, dass mit diesem Programm vor allem die Häuser profitieren, die in den vergangenen Jahren am stärksten Stellen gestrichen haben, ist es nicht viel mehr als ein Schnellschuss mit minimaler Reichweite.

Der Bund hat noch viele Baustellen

Für eine langfristige Lösung bräuchten wir verlässliche Daten, die Auskunft über den Zusammenhang der Pflegequalität und der Anzahl der Pflegekräfte sowie deren Qualifikation geben. Diese Daten wären für eine adäquate Personalbemessung genauso erforderlich wie für ein effektives Qualitätsmanagement. Aufgrund der bereits angedeuteten Versäumnisse bei der Begleitforschung fehlen diese Daten als zentrale Planungs- und Berechnungsgrundlage.

Außerdem müsste der behandlungspflegerische Aufwand, der vielfach erst Grund für eine stationäre Behandlung ist, im DRG-System deutlicher als bisher sichtbar gemacht und damit deutlich besser vergütet werden. Das wäre ein stärkerer Anreiz für die Kliniken, in diesen Bereich auch weiter zu investieren. Um das Problem der beruflichen Überforderung von Pflegekräfte durch die zusätzliche Übertragung ärztlicher Aufgaben ohne Lohnanpassung zu lösen, muss es endlich zur Neudefinition und Umverteilung der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche innerhalb der Heilberufe kommen. Das wurde schon vor Jahren vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) angemahnt.

Ohne kommunale Kliniken geht es nicht

Auch wenn auf kommunaler Ebene der Trend zur ambulanten medizinischen und behandlungspflegerischen Versorgung zu begrüßen ist, darf der kommunale Krankenhaussektor und dessen personelle Ausstattung nicht ins Hintertreffen geraten. Er ist Garant für eine umfassende, wohnortnahe sowie zeitnah verfügbare Versorgung, die nicht durch private An-

bieter ersetzt werden kann und darf. Ohne kommunale Kliniken wäre eine umfassende Versorgung vor allem in strukturschwachen oder ländlichen Gebieten kaum zu gewährleisten.

Auch wenn den privaten Kliniken in den vergangenen Jahren mehr Kompetenz in Management und Wirtschaftlichkeit unterstellt wurde, haben die kommunalen Kliniken laut Studienergebnissen diesen Wettbewerbsvorsprung fast aufgeholt. In der Qualität der medizinischen Versorgung und bei der Patientenzufriedenheit sind sie inzwischen schon an den privaten Klinikketten vorbei gezogen. Kein leichtes Unterfangen, bedenkt man Marktnachteile wie die spezifische Tarifbindung. Qualität hat eben ihren Preis. Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass durch die Kliniken auch Gelder wieder in die Kommune zurückfließen. Denn die Häuser leisten oft einen wichtigen Beitrag zur Sicherung des jeweiligen Wirtschaftsstandortes und darüber hinaus sind sie vielfach auch einer der wichtigsten regionalen Arbeitgeber, der zusätzlich auch Ausbildungsplätze schafft.

Wettbewerbsvorteil durch Mitarbeiterorientierung

Die Funktionalität, die Qualität und damit die Marktstellung der kommunalen Kliniken werden nicht zuletzt durch die Qualifikation und die Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen bestimmt. Die Zahl qualifizierter Pflegefachkräfte wird – wenn nicht massiv und erfolgreich um Auszubildende geworben wird – in wenigen Jahren nicht mehr ausreichen, um dem zunehmenden Versorgungsbedarf der Bevölkerung entsprechen zu können. Private und kommunale Kliniken werden dann um qualifiziertes Pflegepersonal konkurrieren. Deshalb sollten sich kommunale Kliniken schon heute Marktvorteile durch mehr Mitarbeiterorientierung sichern: mit einer adäquaten Bezahlung, betrieblicher Gesundheitsförderung, Aus- und Weiterbildung, flexiblen Arbeitszeitmodelle und Aufstiegschancen.

☛ Anja Ludwig (Jg. 1970) ist in der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen Referentin für Pflegepolitik. Die Autorin ist Altenpflegerin und Pflegewissenschaftlerin.

anja.ludwig@gruene-bundestag.de, www.gruene-bundestag.de

Rationalisierung und Privatisierung von Krankenhäusern

Die Rechnung zahlen Patient und Personal

Gesundheit ist das höchste Gut. Insofern erwartet man eigentlich, dass man im Falle eines Krankenhausaufenthalts von gut qualifiziertem, hoch motiviertem und ausgeschlafenem Personal nach dem neuesten Stand medizinischer Erkenntnisse behandelt wird. Stattdessen fehlt es an MitarbeiterInnen, die Bezahlung ist schlecht, dafür die Arbeitsbelastung immens – und die Infrastruktur lässt vielerorts auch viel zu wünschen übrig.

Annelie Buntentbach

Den Krankenhäusern fehlt das Geld, und das schon lange. Zum einen liegt das an der Deckelung des Krankenhausbudgets. Sie sollte dafür sorgen, dass die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für die Versorgung der PatientInnen nicht stärker wachsen als die beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder. Zum anderen kommen die Bundesländer immer weniger ihrer Verpflichtung nach, die Investitionskosten für Gebäude und Technik zu tragen. Der inzwischen aufgelaufene Investitionsstau wird auf bis zu 50 Mrd. € beziffert.

Die Krankenhäuser reagieren mit Einsparungen. Bei 70% Personalkostenanteil müssen die MitarbeiterInnen den größten Beitrag leisten. Strategien, hier die Preise zu drücken, erstrecken sich vom Ausgründen von Betriebsteilen und Ersetzen selbst erbrachter Dienstleistungen durch externe Dienstleister über die Kürzung übertariflicher Zahlungen bis zum Abschluss von Notlagentarifverträgen.

Viele öffentliche Krankenhausträger haben zum Mittel der Privatisierung gegriffen. Der Anteil der privaten Krankenhäuser liegt mit 14,1% inzwischen sogar über dem US-amerikanischen Durchschnitt. Ein Schwerpunkt der Privatisierung liegt in Nordrhein-Westfalen. Anstatt sich der Verantwortung für die öffentliche Daseinsvorsorge zu stellen, meint man, das Problem durch Verkauf loszuwerden. Doch die Rechnung geht nicht auf: Während die privaten Krankenhäuser sich auf gewinnbringende Behandlungen konzentrieren können, müssen die öffentlichen die Grundversorgung



Foto: aboutpixel.de / KimC

für alle gewährleisten. Schlecht für die Beschäftigten, denn in den verbliebenen öffentlichen Krankenhäusern steigt der Arbeitsdruck.

Aber nicht nur an der Bezahlung, auch bei der Anzahl wird beim Personal gespart. Es gibt zeitlich befristete Wiederbesetzungssperren, den verstärkten Einsatz von befristet und Teilzeitbeschäftigten, den Einsatz von Leiharbeit, oder frei werdende Stellen werden dauerhaft nicht besetzt. Im Vergleich zu 1995 wurden insgesamt 96.000 Vollzeitkräfte abgebaut. Allerdings sind die Berufsgruppen unterschiedlich betroffen. Während im ärztlichen Dienst über 22.000 Stellen neu geschaffen wurden, sind im Bereich der Pflege 50.000 abgebaut worden. Der „Rest“ verteilt sich auf Hauspersonal und den Wirtschafts- und Versorgungsbereich. Das ist im Übrigen die Beschäftigtengruppe, die am meisten von Ausgründungen betroffen sind. Für die Belegschaften bedeutet dies häufig das Auslagern in den Niedriglohnbereich.

Dass den Ärzten ein Personalaufbau gelang, hängt mit der Einführung der Fallpauschalen zusammen. Diese orientieren die Bezahlung stark an ärztlichen Verrichtungen und kaum an der Pflegetätigkeit. Ein weiterer Effekt der Fallpauschalen: Die PatientInnen werden früher entlassen, sind während ihrer Zeit im Krankenhaus also viel pflegeintensiver.

Wenn weniger Pflegepersonal da ist, die Möglichkeiten zur Rationalisierung der Arbeit gering sind und gleichzeitig die Zahl der zu versorgenden Patienten steigt, heißt das: steigende Belastung und mehr Stress. Kein Wunder, dass Pflegekräfte vermehrt Alarm schlagen und über die Belastung klagen, die dazu führt, dass die Ausgabe von Essen und Medikamenten nur noch zeitverzögert möglich ist, Patienten zu lange immobil bleiben oder keine Zeit mehr für die notwendige Dokumentation da ist, geschweige denn für ein freundliches Lächeln für die Patienten. Die Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2007 sind ernüchternd:

- 30% der befragten Pflegekräfte schätzen, dass die Mobilisation der Patienten (d.h. dass sie wieder bewegungsfähig gemacht werden) nicht mehr im gewünschten Ausmaß erfolgen kann.
- Nur noch bei einem Drittel der Einrichtungen wird die Lagerung der Patienten vollständig gewährleistet. Die Gefahr des Wundliegens steigt.

- 37% geben an, dass die Nahrungsverabreichung sich nicht dem Esstempo der Patienten anpasst, sondern in der Regel zu schnell erfolgt.
- Nur ein Viertel der Einrichtungen kann eine engmaschige Kontrolle der Patienten etwa nach einer Operation sicherstellen.
- In gut drei Viertel der Einrichtungen kommt es vor, dass Patienten länger als 15 Minuten auf eine notwendige Gabe von Schmerzmitteln warten müssen.

Schockierend ist der Bericht einer Kinderkrankenschwester, dass ein Kind nach einer Kopf-OP lange schreien musste, bis endlich eine Pflegekraft Zeit zum Füttern hatte. Diese Hilferufe sind oft anonym, niemand will den guten Ruf des Krankenhauses riskieren, in dem er arbeitet.

Pflegen ist ungesund

Die wenigen wissenschaftlichen Untersuchungen bestätigen dieses Bild. Die Zunahme der Arbeitsbelastung, des Zeitdrucks und der administrativen Tätigkeit drückt auf die Arbeitszufriedenheit. Davon werden viele Pflegekräfte krank, immer mehr wollen den Beruf wieder verlassen. Die Qualität der Patientenversorgung leidet, weil keine Zeit für die nötige Anleitung und Beratung der Patienten bleibt. Es wird niemand bestreiten, dass es einen Zusammenhang zwischen der quantitativen und qualitativen Personalausstattung und der Qualität der Krankenpflege gibt. Aber die Datenlage ist dürftig. An dieser Stelle ist zu fordern, dass Deutschland endlich den Anschluss an die internationale Versorgungsforschung findet und ausreichend viele Studien zu den Auswirkungen von Stellenabbau und Privatisierung vorgenommen werden. Bis es soweit ist, benötigen die betroffenen Beschäftigten ein Forum für ihre Sorgen und Nöte.

Viele Krankenhäuser sind durch die finanziellen Engpässe inzwischen zur Privatisierung getrieben worden – aber das ist kein Ausweg, im Gegenteil. Wenn die Krankenhausträger erst einmal an der Börse gehandelt werden, unterliegen die Geschäftsentscheidungen Rediteerwägungen, bei denen die Interessen der Aktionäre schnell über die der PatientInnen gestellt zu werden drohen. Welche Stationen z.B. sollen weiter ausgebaut werden, welche evtl. weggelassen, was sind die Vorgaben, die in den Stationen erreicht werden sollen? Hier darf es nicht um die

höhere Gewinnerwartung gehen, sondern um die qualitativ gute Versorgung auch in der Fläche – und zwar auch der PatientInnen mit dem kleinen Geldbeutel. Von luxuriösen privaten Kliniken haben die nämlich nichts.

Öffentliche Verantwortung für die Krankenhäuser!

Das heißt aber: mehr öffentliche Verantwortung für die Krankenhäuser – und das nicht nur in Sonntagsreden, sondern bei der Finanzierung. Wer eine flächendeckende wohnortnahe Versorgung will, wer die nötige Infrastruktur für Notfälle und Katastrophenschutz vorhalten muss und wer sich für die Versorgung weniger rentabler Krankenhäuser ausspricht, muss sich um die nötige Finanzierung kümmern. Hinzu kommt die Verantwortung der öffentlichen Häuser für die Ausbildung qualifizierten Pflegepersonals. Die Länder müssen daher ihren Anteil bei den Investitionskosten endlich zahlen. Für die notwendigen Tarifierhöhungen müssen die Krankenhäuser – die tarifgebundenen, versteht sich! – endlich auch die Mittel zusätzlich bekommen.

Das Pflegepersonal darf nicht länger ständig überlastet werden – die Stationen müssen personell so ausgestattet sein, dass die Arbeitsbelastung im Alltag nicht zur Dauerüberforderung wird. Dafür müssen auch die Fallpauschalen neu justiert werden: Es kann nicht sein, dass die größere Anzahl der Fälle bei kürzeren Liegezeiten im Krankenhaus für die Personalbemessung in der Pflege keine Rolle spielt. Bis jetzt geht es im Wesentlichen um Zeit und Bettenauslastung, ganz gleich, wie viele Frischoperierte in diesen Betten liegen.

Die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus muss verbessert und vor allem das Hierarchiegefälle zwischen Ärzten und Pflegekräften abgebaut werden. Zur öffentlichen Verantwortung gehören übrigens auch effiziente und transparente Entscheidungsstrukturen bei öffentlich verantworteten Krankenhäusern. Unter Einbezug der Personalvertretung. Eigentlich eine Selbstverständlichkeit, aber noch längst nicht überall Realität.

☛ Annelie Buntenbach ist Mitglied im DGB-Bundesvorstand. 1994-2002 war sie für Bündnis 90/Die Grünen im Deutschen Bundestag. Sie verfasste in AKP 4/08 das Streiflicht „Notstand Krankenhaus: Privatisierung ist kein Wundermittel“ (S. 7).

Ein Gesundheitsunternehmen organisiert das „Gesunde Kinzigtal“

Regionale Gesundheitspolitik einmal anders herum

Wer hat ein Interesse an Gesundheit? Gesundheitspolitik kann ein eher frustrierendes und vermintes Politikfeld sein, mitten im Widerstreit der Interessen von Ärzten und Therapeuten, großen und kleinen Versorgungsanbietern. Dazu das Kampfgetümmel der Kostenreduktionen in der nationalen Gesundheitspolitik. Wer sind die natürlichen Verbündeten für eine wirkliche Gesundheitspolitik, die erfolgreiche Prävention belohnt, dabei aber nicht missionarisch ist und die Versorgung der Bedürftigen nicht aus dem Blickfeld lässt? Im südbadischen Kinzigtal (ca. 60.000 EW) hat sich ein neuer Akteur gebildet: Ein lokales Gesundheitsunternehmen mit Namen „Gesundes Kinzigtal GmbH“.

Helmut Hildebrandt

Es ist hervorgegangen aus einem Ärztenetz und einem gesundheitswissenschaftlich ausgerichteten Unternehmen der Integrierten Versorgung. Partner ist die dort marktbeherrschende Krankenkasse. Weshalb eine solche Konstellation ein Gesundheitsinteresse entwickeln kann und muss und wie eine Umsetzung daraus aussehen kann, soll im Folgenden beschrieben werden.

Die „Gesundes Kinzigtal GmbH“ ist eine Innovation in vielerlei Hinsicht. Am ungewöhnlichsten ist ihr wirtschaftliches Ergebnismodell. Der Ertrag entsteht nicht aus der Anzahl ihrer Leistungen, sondern aus dem erzielten Gesundheitsnutzen der Bevölkerung im Kinzigtal. Letzterer wird wissenschaftlich evaluiert und ökonomisch gemessen. Verglichen werden folgende Posten:

- Die Versorgungskosten der beteiligten Krankenkassen für alle Versicherten der Region,
- deren Kosten vor der Gründung des „Gesunden Kinzigtals“ und
- die Durchschnittskosten in Deutschland.

Das erzielte Ergebnis (in der Gesundheitsökonomie das Gesundheits-Outcome genannt) wird damit zum wirtschaftlichen Antrieb. Jede Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung – sei es durch eine medizinische oder eine soziale Aktivität, ob durch Aufklärung, eine Bewegungskampagne oder eine Aktion zugunsten besonders benachteiligter Be-

völkerungsgruppen – wird damit zur lohnenden Aktivität.

Spielraum des SGBs genutzt

Zwei Einschränkungen müssen allerdings gemacht werden: Das Modell beruht auf einem speziellen Paragraphen des Sozialgesetzbuchs, der einen derartigen Vertragsschluss erlaubt (§ 140 SGB V). Er wurde übrigens von der grünen Gesundheitsministerin Andrea Fischer mit der Gesundheitsreform 2000 eingeführt. Es ist die Entscheidung der Kran-

kenkassen, ob sie sich derartigen Angeboten öffnen. Im Kinzigtal haben sich mit der AOK Baden-Württemberg und der LKK Baden-Württemberg zwei Krankenkassen auf das Modell eingelassen, die zusammen rund 54% der Bevölkerung dort versichern. Das bedeutet: Die oben erwähnten Leistungen sind bis heute noch auf deren Versicherte begrenzt.

Eine weitere Einschränkung kommt hinzu: Prävention ist eine Auseinandersetzung mit Wahrscheinlichkeiten und mit Zeit. Eine Intervention heute kann,



Gesundheit ist Lebensfreude – das hat das „Fest der Gesundheit“ erlebbar gemacht

Foto: Gesundes Kinzigtal GmbH

muss aber nicht Krankheit vermeiden. Oft tritt der Erfolg auch nur bei einem gewissen Prozentsatz der Bevölkerung und das auch erst mit einigen Jahren Verspätung auf. Entscheidend ist, dass möglichst treffsicher und preiswert in solche Aktivitäten investiert wird, deren möglichst bald eintretender Nutzen auch relativ gesichert ist. Eine wesentliche Voraussetzung dafür wurde bereits gemacht: Der Vertrag zwischen der Gesundes Kinzigtal GmbH und den Krankenkassen wurde für den unüblich langen Zeitraum von zehn Jahren geschlossen. Dadurch ist gleichzeitig ein Anreiz gegeben, auch in die Langfristigkeit des Gesundheitsnutzens zu investieren und nicht nur eine kurz-sichtige Kostensenkungspolitik zu betreiben.

Ungewöhnlich sind auch zwei weitere Besonderheiten dieses Vertragsmodells: Dem Patienten werden alle Freiheiten gelassen. Ob er sich – ohne Zusatzkosten – anschließt und Mitglied wird oder nicht, zu welchem Arzt bzw. zu welchem Krankenhaus er geht, bleibt ihm überlassen. Die Initiatoren des Modells sind sich der Überzeugungskraft aufgrund von erlebbarer Versorgungsqualität sicher. So gibt es auch keine vertraglichen Festlegung, dass die PatientInnen einen bestimmten Haus- oder Facharzt aufsuchen müssen. Die Initiatoren sehen dies umgekehrt sogar als einen produktiven Anreiz und Stachel, in die eigene Qualität zu investieren und den Patienten immer wieder eine optimale Versorgung anzubieten.

Wer sind die Initiatoren?

Zum Einen ist dies ein Ärztenetzwerk. Das Medizinische Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal e.V. besteht aus ca. 45 Haus- und Fachärzten, Psychotherapeuten und Krankenhausärzten, die seit über 17 Jahren an der Verbesserung der inner-ärztlichen Diskussion und Kooperation arbeiten sowie sich aktiv der regionalen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und der bestmöglichen Versorgung der Patienten annehmen. Zum Anderen ist dies eine kleine Aktiengesellschaft, die sich speziell zur Umsetzung und Unterstützung von Verträgen der Integrierten Versorgung gegründet hat (OptiMedis AG) und eine Ausgründung der im Bereich der Integrierten Versorgung und der Gesundheitsförderung langjährig positionierten Beratungsgesellschaft

Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH ist.

Was macht das Gesundheitsunternehmen?

Die Managementgesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH übernimmt nicht die Funktion der Krankenkassen als Kostenträger. Die klassischen Abrechnungswege werden nicht verlassen, sondern nur ergänzt: Die beteiligten Ärzte bekommen Zusatzvergütungen für genau definierte Leistungen, womit die ambulante vor der stationären Leistungserbringung begünstigt wird. Die Gesellschaft trägt außerdem die Organisationsverantwortung für den Aufbau und den Ablauf des Projekts, der Reorganisation der Versorgungsabläufe und für die Optimierung der Versorgungssteuerung der eingeschriebenen Versicherten. Das bedeutet beispielsweise: Wenn sich bei einem Patienten frühzeitig abzeichnet, dass er nach einem Klinikaufenthalt eine Reha brauchen wird, dann bereiten die beteiligten Ärzte dies mit dem Patienten vor. Oder Ärzte und Pflegeheime treffen gegenseitige Qualitätsvereinbarungen über die regelmäßige Versorgung und Betreuung der PatientInnen im Heim, die präventiven Möglichkeiten von Sturz- und Decubitus-Prophylaxe oder die Erreichbarkeit des Arztes in Notsituationen.

Das Gesundheitsunternehmen diskutiert ferner mit den regionalen Leistungspartnern, schließt Leistungserbringerverträge und arbeitet an der Entwicklung der beteiligten Praxen. Auch plant sie die einzelnen Projekte und organisiert dazu Kooperationen mit der Industrie, überwacht den Aufbau der elektronischen Kommunikation und vereinbart die notwendige wissenschaftliche Begleitung. Es ist Bindeglied und Puffer zwischen den verschiedenen Berufsgruppen genauso wie zwischen den Leistungserbringern und Kassen. Ein wichtiges Thema ist die über die einzelne Praxis hinausgehende Organisation von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten.

Reger Austausch mit den Kommunen

Das Gesundheitsunternehmen arbeitet eng mit den 18 Gemeinden des Kinzigtales zusammen. Es ist mit seinen Themen regelmäßig bei den Treffen der Bürgermeister präsent. Diese unterstützen

das Fest der Gesundheit. Umgekehrt beteiligt sich das Gesunde Kinzigtal an gesundheitsfördernden Veranstaltungen und finanziert beispielsweise Aquafitness-Kurse in den Schwimmbädern. Auch auf politischer Ebene wird kooperiert. Gemeinsam wurden GmbH und mehrere Bürgermeister in Stuttgart beim Ministerium für Ernährung und Ländlichen Raum vorstellig, um Unterstützung bei der Neuansiedlung und Gewinnung von Nachwuchsärzten zu beantragen. Außerdem gibt es einen engen Dialog mit der Gemeinde Haslach. Es soll dort das Projekt „Gesundheitswelt Kinzigtal“ entstehen. Dazu hat die Stadt eine ehemalige Fabrik bzw. eine freie Fläche in der Stadt als Option mit Auflagen zur Verfügung gestellt.

Ambulant-stationäre Kooperation mit den Krankenhäusern

Anfangs zögerten die Kliniken, aber inzwischen sind alle Akutkrankenhäuser und eine Reihe von Reha-Kliniken der Region überzeugte Leistungspartner der Gesundes Kinzigtal GmbH. Am intensivsten erfolgt die Zusammenarbeit mit den kommunalen Kliniken des Ortenaukreises. Seit wenigen Wochen ist die elektronische Einweisung der PatientInnen (mit all den bei den Ärzten gespeicherten Daten und Verordnungen) realisiert. Ihre Ziele:

- Die Klinikärzte werden optimal über den Zustand des Patienten informiert,
- es gibt weniger unsinnige und kostspielige Doppelerfassungen von Arzneimitteln, womit sich der Verwaltungsaufwand reduziert, und
- es werden Fehlerquellen aufgrund mangelnder Information vermieden.

Nahezu 90% der Entlassungen erfolgen inzwischen mit einem Fax-Entlassbericht am Vormittag, sodass die ambulanten Ärzte schon mittags Bescheid wissen und sich auf einen möglichen Hausbesuch entsprechend vorbereiten können. Eine gemeinsame Arzneimittelkommission Kinzigtal aus Ärzten und Apothekern der Kliniken sowie der Managementgesellschaft ist jetzt dabei, sukzessive die Leitlinien des Ärztenetzes und deren Verordnungsempfehlungen mit denen der Kliniken zu synchronisieren, damit die Patienten nicht mehr durch Umstellungen der Medikation verunsichert werden. In wenigen Wochen werden darüber hinaus

auch die Kliniken an die gemeinsame elektronische Patientenakte im Kinzigital angeschlossen: Die PatientInnen können dann mithilfe einer Schlüsselkarte (ihrem „Gesundheitspass“) den behandelnden Ärzten in der Praxis wie in der Klinik Zugang zu ihren Daten gewähren – sie müssen es aber nicht.

Die Grenzen eines Gesundheitsunternehmens...

Ein solches Gesundheitsunternehmen kann ein interessanter Kooperationspartner für eine engagierte lokale Gesundheitspolitik sein, diese aber niemals ersetzen. Zum Einen allein schon deshalb, weil sich ihre Aktivitäten auf die Versicherten der Krankenkassen konzentrieren werden, die sich vertraglich angeschlossen haben. Zum Anderen auch deshalb, weil auch ihre Aktivitäten einer ge-

wissen öffentlichen Kontrolle bedürfen. Dennoch erscheinen die Kooperationsmöglichkeiten faszinierend: Wo hat man denn heute einen Partner, der ein wirkliches Interesse an erhöhtem Gesundheitsnutzen hat? Bisher sind dies für die KommunalpolitikerInnen von wenigen Ausnahmen abgesehen vor allem die Krankenkassen, die aber wiederum sich im gegenseitigen Wettbewerb oft selber blockieren und vielfach den Marketingnutzen über den Gesundheitsnutzen stellen.

...und der Bedarf für lokale Gesundheitspolitik

Ein Beispiel noch für die Chancen durch ein solches Gesundheitsunternehmen. Wie in vielen Regionen Deutschlands zeigen sich auch im Kinzigital erste Schwierigkeiten bei der Wiederbesetzung von Landarztpraxen. Gemeinsam mit der lo-

kalen Politik hat deshalb das Unternehmen jetzt ein Förderprogramm gestartet, das im Verbund mit den regionalen Kliniken jungen ÄrztInnen ein umfassendes Weiterbildungsangebot für alle Stationen in der Allgemeinmedizin anbietet. Interessenten können sich unter www.foerderprogramm-allgemeinmedizin.de gern darüber informieren.

Kontakt

Gesundes Kinzigital GmbH, Strickerweg 3d, 77716 Haslach, www.gesundes-kinzigital.de

OptiMedis AG, Borsteler Chaussee 53, 20453 Hamburg, www.optimedis.de

➔ Helmut Hildebrandt war Anfang der 90er Jahre Abgeordneter der Hamburgischen Bürgerschaft für die GAL/Die Grünen. Er ist seit 2003 Vorstand der OptiMedis AG sowie Mitbegründer und Geschäftsführer von Gesundes Kinzigital. Literaturtipps gibt der Verfasser bzw. sind unter www.gesundes-kinzigital.de zu finden.

portrait

Gesundes Kinzigital – einige Aktivitäten

Gesunde Betriebe im Gesunden Kinzigital: Rund 20 Vertreter regionaler Unternehmen und Kommunen diskutieren mit Ärzten und Krankenkassen über eine bessere Zusammenarbeit im Tal. Zentrale Frage: Wie können Firmen und Betriebe aus allen Bereichen der Wirtschaft ihre Belegschaft dabei unterstützen, gesund zu bleiben, um dadurch ihre Arbeitskraft möglichst bis zum Renteneintritt und lange darüber hinaus zu erhalten. Schließlich zeigt die demografische Entwicklung deutlich, dass das Durchschnittsalter der sozialversicherungspflichtigen Versicherten kontinuierlich ansteigt und bis zum Jahr 2020 voraussichtlich bei 50 Jahren liegen wird.

Die betriebliche Gesundheitsförderung der Unternehmen wird zum Teil bereits erfolgreich umgesetzt. Durch eine enge Zusammenarbeit der Betriebe untereinander sowie mit Ärzten, Betriebsärzten, Vereinen und Krankenkassen soll noch mehr bewegt werden, insbes. in der überbetrieblichen Zusammenarbeit der zumeist mittelständischen Firmen, für die klassischen Gesundheitsförderungsangebote kaum greifen.

Als erstes wurden Hilfsangebote bei der Raucherentwöhnung sowie eine Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte in die betriebliche Vorsorge vereinbart.

Rauchfreies Kinzigital: Die ersten PatientInnen sind das erste Jahr rauchfrei. Seit inzwischen eineinhalb Jahren läuft die Kampagne, über 20 Arztpraxen und 32 Gaststätten machen mit und ca. 200 Raucher haben sich bei Veranstaltungen schon über die Raucherentwöhnung informieren lassen. Von der Hilfe zur Selbsthilfe über Kurs- und Gruppenangebote und Verhaltenstherapie bis hin zu medikamentöser Unterstützung, webbasierter Hilfestellung und intensiver ärztlicher Begleitung reicht die Palette der Angebote. Das ambitionierte Ziel: Im Kinzigital soll deutlich weniger geraucht werden und die durchs Rauchen bedingten Erkrankungen wie COPD (Raucherlunge bzw. -husten) und Herz-Kreislauf-erkrankungen zurückgehen.

Sport-Gutscheine und ein Webportal mit den Gesundheitsangeboten: Bewegung ist gut für die Gesundheit. Den eingeschriebenen Mitgliedern von Gesundes Kinzigital werden deshalb seit Mitte 2008 Gutscheine ausgeteilt für die aktive Mitgliedschaft in Sportvereinen; aus jedem Ort ist mindestens ein Verein dabei. Gerade die sozial schwächeren Schichten scheuen die Kosten einer Vereinsmitgliedschaft. Mit dem Gutscheineangebot

soll hier ein Anreiz gesetzt werden. Über 4.000 Gutscheine wurden schon ausgegeben. Parallel werden die Vereine bei Gesundheitssport-Schulungen ihrer Trainer und Betreuer unterstützt. Außerdem können sich Arztpraxen und Öffentlichkeit in einem Webportal über die aktuellen Angebote vor Ort informieren. Der Zähler steht bei über 1.200 Zugriffen innerhalb von sechs Monaten.

AGIL – Gesundheitstraining für Senioren: Fast 400 Senioren haben bereits an den halbtägigen Trainingsseminar teilgenommen. Anhand praktischer Übungen und Kurzreferate eines „Kleeblatts“ von Sozialpädagogen, Ärzten, Ernährungsexperten und Bewegungstherapeuten werden sie an die Besonderheiten der Gesunderhaltung im höheren Lebensalter herangeführt.

Die Methodik wurde von der Geriatrie des Hamburger Albertinenhauses in einem städtischen Umfeld entwickelt und mit einem Bundespräventionspreis ausgezeichnet. Im Kinzigital wurde dies jetzt für eine ländliche Umgebung weiterentwickelt und mit einer umfangreichen Evaluation begleitet. Eine besondere Herausforderung ist, wie sich die Fahrten der SeniorInnen zu den Trainingsveranstaltungen organisieren lassen und was die richtige Ansprache für die meist eher bildungsferneren TeilnehmerInnen ist.

Frankfurt plant erste Passivhaus-Klinik

Patienten pflegen, Klima schützen

Jedes Passivhaus ist ein aktiver Beitrag zum Klimaschutz. Angesichts ständig steigender Energiekosten und der Abhängigkeit von großen Energielieferanten ist das Engagement für die Passivhaus-Bauweise ein Schritt zur dezentralen, zukunftsorientierten und kommunal unabhängigen Energiepolitik. Nun will die Stadt Frankfurt am Main die erste Passivhausklinik Deutschlands bauen.

Manuela Rottmann, Rosemarie Heilig

Das kommunale Krankenhaus im Frankfurter Stadtteil Höchst ist Baujahr 1965. Wie andernorts auch ist damals ein Bettenhaus entstanden, das heute weder den organisatorischen noch den ökologischen Anforderungen entspricht. In den 1960er Jahren hat keiner daran gedacht, die Gebäudehülle möglichst energieeffizient zu bauen. Die meisten Fenster haben nur eine Einfachverglasung; es fehlen wassersparende Armaturen. In den letzten 50 Jahren ist das Klinikum immer weiter gewachsen. Das Ergebnis: Stationen liegen weit voneinander entfernt. Daher ist ein

weiterer wichtiger Punkt der anstehenden Neuorganisation, kurze Wege zu schaffen. Im Januar diesen Jahres hat ein Optimierungsprozess der Versorgungsabläufe begonnen: die medizinischen und pflegerischen Kernbereiche sollen wesentlich effizienter und kostengünstiger werden. Die Abläufe sind so zu gestalten, dass sie für alle im Krankenhaus Beschäftigten angenehmer sind – was den PatientInnen zugute kommen wird.

Geplant ist, das jetzige Haupt- und Bettengebäude durch ein neues energieeffizientes Betten- und Funktionshaus zu er-

setzen. Ob das jetzige Haupthaus dabei vollständig abgerissen wird, steht noch nicht fest. Fest steht allerdings schon, dass für das gesamte Klinikum ein nachhaltiges Energiekonzept entwickelt wird:

- Im ersten Schritt ist geplant, ein Bettenhaus in Passivhaus-Bauweise zu realisieren; das wird in einer Machbarkeitsstudie geprüft.
- Daran anschließend sollen alle weiteren Klinikbauten saniert und energetisch auf den ökologisch neuesten Stand gebracht werden.
- Darüber hinaus soll die Verwendung von Geothermie und der Einbau einer Holzheizung für extreme Kälteperioden geprüft werden.

Immense Einsparpotenziale

Hintergrund: Das Passivhaus ist eine konsequente Weiterentwicklung des Niedrigenergiehauses. Es benötigt keine klassische Heizung mehr, da der Wärmebedarf über „passive“ Quellen wie Sonneneinstrahlung, Körperwärme und Haushaltsgeräte gedeckt wird. Der vergleichsweise sehr niedrige Energieverbrauch wird durch eine besonders gute Wärmedämmung, einer Komfortlüftung mit hocheffizienter Wärmerückgewinnung, Wärmeschutzfenster mit Dreifachverglasung und einer wärmebrückenfreien Konstruktion erreicht. Eine zusätzliche Wärmequelle kann bei Bedarf – zum Beispiel für das Bad – zugeschaltet werden. Ein Passivhaus benötigt im Jahr bei üblicher Nutzung nicht mehr als ca. 1,5 Liter Öl oder 15 kWh Erdgas pro Quadratmeter. Es spart 90% gegenüber einem herkömmlichen Gebäuden. Auch das zukünftige Bettenhaus des Klinikums Frankfurt-Höchst soll demnach im Ver-

☞ | portrait

Städtische Kliniken Frankfurt am Main-Höchst

Die 16 Kliniken, 986 Betten, 44 Plätze in den beiden Tageskliniken und 60 Betten für gesunde Neugeborene bilden ein Krankenhaus der höchsten Versorgungsstufe. Es ist darüber hinaus Akademisches Lehrkrankenhaus der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main. Auf dem etwa 78.000 m² großen Areal befinden sich die Zentrale Interdisziplinäre Notaufnahme, Kliniken der Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde, Urologie, vier Kliniken für Innere Medizin, HNO-Heilkunde und plastische Gesichtschirurgie, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Pädiatrie mit Sozial-Pädiatrischem Zentrum und Psychiatrie. Hinzu kommen die Institute für Anästhesiologie, Intensiv- und Notfallmedizin, für Laboratoriumsmedizin, für Pathologie sowie das Radiologische Zentralinstitut. In den verschiedensten Tageskliniken und Ambulanzen werden immer mehr PatientInnen auch ambulant betreut.

Die Städtischen Kliniken Frankfurt am Main-Höchst verfügen über 38 Krankenstationen, die interdisziplinäre Intensivtherapie-Station mit 33 Intensivbetten sowie die Intensivstation für Neonatologie mit zwölf Betten, 20 OP-Säle, Stroke Units (d.h. Schlaganfallstationen) mit acht Betten, medizinische Großgeräte wie z.B. Kernspintomograph, Linksherzkathetermessplatz, Computertomographen, Nierensteinzertrümmerer, Digitale Subtraktions-Angiographie (DSA), Tageskliniken für Geriatrie und Psychiatrie. Außerdem sind ein Notarzteinsetzfahrzeug und ein Baby-Notarztwagen direkt auf dem Klinikgelände stationiert.

☞ www.skfh.de



Gebaut, als Energieeffizienz noch ein Fremdwort war – das Bettenhaus

Foto: Stadt Frankfurt a. M.

gleich zu dem jetzigen Hauptgebäude bis zu 90% für die Heizung und bis zu 75% bei der Primärenergie einsparen.

Passivhäuser verfügen über eine Lüftungsanlage mit hocheffizienter Wärmerückgewinnung. Diese saugt die Abluft aus den Räumen direkt ab. Die darin enthaltene Wärme wird genutzt, ohne dass die Zu- und Abluft gemischt wird. Über einen Wärmetauscher wird die frische Luft erwärmt und den Räumen zugeführt. So lassen sich 75-90% Energie sparen. Die Lüftungsanlage erzeugt keine Zugluft, da die Luftgeschwindigkeiten sehr gering sind. Um ein Vorurteil auszuräumen: Natürlich können in einem Passivhaus die Fenster geöffnet werden. Im Winter ist es nur nicht mehr erforderlich, da die Belüftung der Räume hier von einer automatischen Lüftungsanlage übernommen wird. Bei Bedarf kann diese mit speziellen Filtern ausgerüstet werden, die zum Beispiel Blütenpollen und andere Feinpartikel festhält. Die Passivhaustechnik sorgt für ein gleichmäßiges Innenklima, ohne Temperaturschwankungen und Zugluft. Dabei versorgt sie die Räume mit einwandfrei hygienischer Luftqualität.

Weil ein Passivhaus viel weniger Heizwärme benötigt, muss dafür auch weniger investiert werden. Heizkörper müs-

sen nicht mehr an die Außenwände angebracht werden, Verteilleitungen sind im Vergleich zu Erdöl-, Ergas oder Warmwasser kürzer und schlanker, auch die Wärmeerzeuger sind wesentlich kleiner dimensioniert. Diese Einsparungen können sich auf bis zu 3% der gesamten Baukosten addieren. Zusammen mit den erheblichen Einsparungen für herkömmliche Energiemittel amortisieren sich die höheren Gesamtinvestitionskosten von 5-8% für die Passivhaus-Bauweise mittelfristig. Und angesichts der bevorstehenden Preissteigerungen und knapper werdenden Ressourcen im Erdgas- und Erdölbereich wird die Investition künftig in noch kürzerer Zeit wieder hereingeholt.

Frankfurt ist im Passivhausbau führend

Das Bettenhaus wäre nicht das erste Passivhaus-Projekt in der Stadt: Im Herbst 2004 wurde die europaweit erste, vollständig in Passivhaus-Bauweise erstellte Schule in Frankfurt eingeweiht. Extrem niedrige Heizkosten und eine hervorragende Luftqualität in den Klassen sind die hervorstechenden Merkmale. Diesen positiven Erfahrungen folgte ein Entschluss der Stadt: Sie will künftig bei allen Neubauten von öffentlichen Gebäu-

den den Passivhausstandard zur Regel machen. Mit Beginn des Schuljahres 2007/08 ging mit der Grundschule im Neubaugebiet Frankfurter Bogen (Stadtteil Preungesheim) die zweite Passivhaus-Schule in Betrieb. 2006 entstand im Stadtteil Schwanheim die erste Passivhaus-Kita. Auch hier sollen weitere folgen.

Aber auch im Wohnungsbau liegt Frankfurt vorn. So entstanden 2005/06 auf dem Gelände des ehemaligen Luftschutzbunkers im Stadtteil Bockenheim 149 Miet- und Eigentumswohnungen in Passivhaus-Bauweise. Und die städtische Wohnungsbaugesellschaft ABG Holding baut weiter. Darüber hinaus hat sie gezeigt, dass sich der Passivhausstandard auch in bestehenden Siedlungen anwenden lässt. Ein Häuserblock aus den 1950er Jahren im Stadtteil Gallus ist heute eine attraktive energiesparende Adresse. Durch die Sanierung konnte der Heizölverbrauch von 22 auf 1,5 Liter pro Quadratmeter reduziert werden.

Die Passivhausklinik ist behaglicher und sparsamer

Mit dem Bau eines Bettenhauses in Passivhaus-Bauweise für das städtische Klinikum will die Stadt nun einen Schritt weiter gehen. Natürlich soll durch die Bauweise Energie und damit Geld gespart werden. Außerdem will sie ihrer Aufgabe, die Emission von Kohlendioxid zu reduzieren, Rechnung tragen. Genauso wichtig ist aber, für die PatientInnen ein der Genesung zuträgliches Raumklima zu schaffen. Und hier hat das Passivhaus gegenüber herkömmlichen Gebäuden einen entscheidenden Vorteil: Hohe Behaglichkeit und jederzeit frische Raumluft. Die Wohnraumlüftung ist primär für die Gesundheit da. Allein die geringe Belastung des Innenraums mit verbrauchter Luft verbessert das Wohlbefinden und die Gesundheit der NutzerInnen. Somit ist das Passivhaus geradezu prädestiniert für Menschen, die sich aus gesundheitlichen Gründen länger in geschlossenen Räumen aufhalten müssen.

➔ Dr. Manuela Rottmann (Grüne) ist Umwelt- und Gesundheitsdezernentin der Stadt Frankfurt a.M. 2004-2006 war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Institut für Urbanistik (Difu) in Berlin. Rosemarie Heilig (Grüne) ist seit 2004 für die Sanierung der Abfallverbrennungsanlage in Frankfurt a.M. verantwortlich und wird künftig den Neubau der Passivhausklinik leiten.