

IN DER KRANKENHAUSFABRIK

DER MARKTGERECHTE PATIENT



EIN FILM VON **LESLIE FRANKE & HERDOLOR LORENZ**

Der marktgerechte Patient

ein Film von Leslie Franke & Herdolor Lorenz
DE 2018, 82 Min., deutsche OF

Kinostart: 8. November 2018

DER MARKTGERECHTE PATIENT



KURZTEXT

Seit der Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf sogenannte Fallpauschalen steht für deutsche Kliniken nicht mehr der kranke Mensch, sondern der Erlös aus seiner Behandlung im Vordergrund. Der Film deckt die gefährlichen Auswirkungen dieser Ökonomisierung auf Patienten und Klinikbeschäftigte auf.

DEUTSCHLANDWEITER AKTIONSTAG

DER MARKTGERECHTE PATIENT feiert am 8. November 2018 deutschlandweit in über 100 Kinos und Veranstaltungsorten Premiere. Damit möglichst viele Leute den Film möglichst bald sehen, aber auch anderen zeigen können, wird er gleich ab dem Tag seiner Premiere allen jenen zur Verfügung gestellt, die Interesse daran haben, eine Filmvorführung zu organisieren, sei es in einem Kino oder anderenorts. Das Kampagnenteam sorgt dafür, dass der Film rechtzeitig dort ankommt, wo er gezeigt werden soll, und versorgt die Veranstalter mit dem nötigen Material (Flyer, Poster, Trailer).

Das Konzept möglichst vieler dezentraler Filmvorführungen als Hilfsmittel zur politischen Information und Mobilisierung hat sich bereits bei den letzten Filmen von Leslie Franke und Herdolor Lorenz bewährt. Einen detaillierten Leitfaden dazu, wie Organisationen oder Gruppen ihre eigene Premierveranstaltung aufziehen können, gibt es unter

www.der-marktgerechte-patient.org/index.php/de/film-von-unten.

EIN FILM VON UNTEN – VORFINANZIERT VON HUNDERTEN SPENDERINNEN UND SPENDERN

AUTOR HERDOLOR LORENZ REGIE LESLIE FRANKE KAMERA HERMANN LORENZ, STEFAN CORINTH SCHNITT HERDOLOR LORENZ, LESLIE FRANKE DRAMATURGISCHE BERATUNG ALEXANDER GRASSECK TON IGOR STRACH SPRECHER ROLF BECKER
KOMPOSITION O'TON-STUDIO, HINRICH DAGEFOER UND STEPHAN WULF FILMKAMPAGNE UTA BEHRENS, LISSI DOBBLER EINE KERNEFILM PRODUKTION IM VERLEIH DER EDITION SALZGEBER - WWW.SALZGEBER.DE



www.der-marktgerechte-patient.org

DER MARKTGERECHTE PATIENT

PRESSETEXT

„Krank aus der Klinik“ – so oder ähnlich lauten die Titel zahlloser alarmierender Berichte aus deutschen Krankenhäusern. Erstaunlicherweise fehlt dabei aber fast immer der Bezug auf die wesentliche Ursache dieser Zustände: die seit 2003 verbindliche Vergütung der Krankenhäuser durch sogenannte Fallpauschalen (englisch: DRGs – Diagnosis Related Groups). Nach ihr hat jede diagnostizierbare Krankheit einen prinzipiell fixen Preis. Wer mit möglichst geringen Kosten den Patienten schnell abfertigt, macht Gewinn; wer sich auf die Patienten einlässt, macht Verluste.



Die Einführung der Fallpauschalen war der entscheidende Schritt zur Kommerzialisierung der Krankenhäuser, die bis dahin vom Gedanken der Empathie und Fürsorge getragen wurden. Wirtschaftsberater durchforsten seitdem jede Abteilung und prüfen, ob Vorgänge nicht mit noch weniger Personal bewältigt werden können. Die Frage ist nicht mehr: Was braucht der Patient? Sondern: Was bringt er uns? Viele Ärztinnen und Pflegerinnen können in diesem System nicht mehr arbeiten, ohne selbst krank zu werden. „Wären die DRGs ein Medikament, so müsste man sie mit sofortiger Wirkung vom Markt nehmen. Alle versprochenen Wirkungen sind ausgeblieben, und alle Nebenwirkungen sind eingetreten“, resümiert der Berliner Ärztekammerpräsident Dr. Günther Jonitz.

DER MARKTGERECHTE PATIENT handelt von den Ursachen und fatalen Folgen der Fallpauschalen. Leslie Franke und Herdolor Lorenz („Wer rettet Wen?“, 2015; „Water Makes Money“, 2011) haben sich dazu mit Mediziner_innen, Pflegepersonal und Patient_innen getroffen, mit Krankenhausmanagern und Gesundheitsaktivist_innen. Auf der Basis einer scharfen Ursachenanalyse liefert ihr Film Argumente für alle, die sich für eine menschenwürdige und soziale Gesundheitsversorgung für Patienten und Beschäftigte einsetzen wollen.

DER MARKTGERECHTE PATIENT will ganz bewusst die Diskussion über die Ausrichtung der Gesundheit am Profit vorantreiben, entsprechende Volksbegehren unterstützen und Bündnisse initiieren. Dazu startet er an einem bundesweiten Aktionstag, dem 8. November 2018, in über 100 Kinos und anderen Spielstätten. Alle Termine und Orte finden Sie unter www.der-marktgerechte-patient.org.

„Das Geld ist immer im Hintergrund aller Entscheidungen. Man tut etwas, um die Kosten zu reduzieren oder man tut etwas, um mehr Erlöse, mehr Einnahmen für das Krankenhaus zu generieren. Das Krankenhaus wird geführt wie eine Fabrik. Maximaler Output, minimaler Aufwand, schneller, und der Patient wird zum Werkstück, die Abläufe werden industriell strukturiert, der Patient wird vorne eingefüllt und kommt hinten raus, und zwar bitte ein bisschen schneller. Geht das nicht einen Tag schneller?“ (Dr. Peter Hoffman, Oberarzt für Anästhesie)



PATIENTSEIN IN DEUTSCHLAND – BEOBACHTUNGEN UND BEMERKUNGEN ZUM DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEM VON LESLIE FRANKE UND HERDOLOR LORENZ

Die Medien sind voll mit alarmierenden Nachrichten aus deutschen Krankenhäusern: „Krank aus der Klinik“, „OP gelungen – Patient tot“, „Operieren und Kassieren – Ein Krimi“, „Wenig Personal und reichlich Keime“, „Pflege am Limit“, „In der Krankenfabrik“ sind nur einige Titel der Berichte aus Einrichtungen, wo sich Schwerkranke und Verunsicherte eigentlich Hilfe und Heilung erhoffen. Erstaunlich ist, dass dabei fast immer der Bezug zum Lebenselixier der deutschen Krankenhäuser fehlt, zu der seit 2003 verbindlichen Finanzierung durch Fallpauschalen. Denn die Einführung der DRGs genannten Vergütung (Diagnosis Related Groups) war ein radikaler Schritt zur Kommerzialisierung eines Bereichs, der bis dahin von Werten wie Barmherzigkeit, Demut und Aufopferung getragen wurde. Der damalige Präsident der Bundesärztekammer Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hopp gab den DRGs den Titel „Der Mensch als Verlierer“. Ab jetzt werde in den Kliniken „nicht mehr der kranke Mensch und sein individuelles Schicksal, sondern der Erlös aus seiner Behandlung im Vordergrund stehen.“ Gesundheitswirtschaft statt Gesundheitsversorgung.

DER MARKTGERECHTE PATIENT dokumentiert die Ursachen der kompromisslosen Ökonomisierung in den Adern des Klinikbetriebes – und zeigt die menschlichen Tragödien, die daraus folgen.

In der Notaufnahme

In der Notaufnahme der privatisierten Landesklinik Asklepios in Hamburg-St. Georg fährt ein Rettungswagen vor. Eine Patientin wird mit schmerzverzerrtem Gesicht eingeliefert – Nierenschmerzen, erklärt der sie begleitende Sohn. Nach Abwicklung der Formalitäten wird die Patientin auf den Gang geschoben. Der ist schon voll mit belegten Betten. Als die Schmerzen unerträglich werden, sucht ihr Sohn nach Hilfe. Doch kein angesprochener Arzt fühlt sich zuständig. Man solle warten, es werde schon weiter gehen. Da wird der Sohn etwas lautstärker. Unbemerkt tritt der Sicherheitsdienst auf, schnappt ihn am Kragen und befördert ihn aus der Klinik. Als er einige Zeit später wieder zurückkommen darf, liegt seine Mutter immer noch im Gang. Bis plötzlich ein Arzt erscheint. Sogleich setzt er eine Spritze. Wenn das CT frei sei, werde sie sofort drankommen. Und schon ist er verschwunden. Die Mutter ruft, sie vertrage kein Morphium. Doch schon wird sie abtransportiert und kotzt sich in den folgenden 5 Tagen die Seele aus dem Leib. Weil keiner Zeit hat, der Patientin richtig zuzuhören.

Nichtlukrative DRGs

In der Notaufnahme der Städtischen Klinik München-Bogenhausen ein ähnliches Bild. Schwer verwundete Pati-

enten in Betten auf dem Gang. Stundenlangem Warten. Hier ist man auskunftsfreudiger als in Hamburg. Derartige Zustände seien der Standard in den Notfallabteilungen der deutschen Kliniken, meint ein Arzt der Abteilung. Und dafür gäbe es einen Grund: „33 Euro gewährt die Fallpauschale für jeden Notfallpatient. Egal wie lange er behandelt wird, ob CT, Röntgen oder Kernspintuntersuchungen nötig sind. Das ist auch im besten Fall nicht kostendeckend und gilt als nichtlukrative-DRG. Die Notaufnahmen jeder deutschen Klinik schreiben Defizite. Deshalb werden diese Abteilungen überall personell ausgedünnt, um die Verluste erträglicher zu machen.“ Hier werden sogar fünf eingerichtete Behandlungsräume nicht genutzt. Zudem hat gerade die Notaufnahme der zentralen Leitstelle den Status „Rot“ gemeldet, d.h.: Aufnahme-stopp für neue Patienten wegen Überlastung. Aber selbst dann muss man hier als öffentliche Klinik alle Patienten annehmen, weil sie eine Versorgungspflicht hat. Alle anderen Kliniken haben diese Verpflichtung nicht.

Ebenso wie die Notfallstation muss die Geburtsabteilung in München-Schwabing für Patientinnen rund um die Uhr verfügbar sein. Der Chefarzt Dr. med. Olaf Neumann sieht die Politik in der Pflicht, dafür zu sorgen, dass auch Geburten nicht länger mit derart inadäquat niedrigen Fallpauschalen veranschlagt sind. Denn wie die Notaufnahmen müssen sich die Geburtskliniken ja 24 Stunden am Tag bereithalten und auf jegliche Eventualität vorbereitet sein. Das benötigt rund um die Uhr viel Personal und dafür reicht einfach das Geld nicht. Seit der Scharstellung des DRG-Systems 2004 haben aber ein Drittel der Geburtsstationen in Deutschland geschlossen, weil sich die Kommunalen Krankenhäuser diese nichtlukrativen Abteilungen einfach nicht mehr leisten können. Aber man sei doch dem Wohl der Patienten verpflichtet. Dr. Hoffmann, Oberarzt für Anästhesie und Betriebsrat, sieht einen zunehmenden ökonomischen Druck auf die Krankenhäuser im Allgemeinen. „Ob öffentlich oder privat, man erhält für dieselbe Diagnose denselben Preis. Und die Zwänge und Regeln, nach denen eine kommunale Klinik arbeiten muss, sind nicht anders als bei den Privaten.“ Bis 2015 erwirtschafteten die Münchner Kliniken jährlich ein Defizit von ca. 80 Millionen Euro. Um die Insolvenz zu verhindern, wurde ein radikales Sanierungskonzept aufgelegt. „Dieser Weg ist weit und steinig. Wenn das jetzt ein privater Konzern übernehme, würde er es auch nicht viel anders machen: Entlassungen, Lohnkürzungen ...“



Ein Sanierungskonzept der Beratungsfirma

Boston Consulting Group

Dr. Axel Fischer war Unterhändler der Boston Consulting Group, bevor er Geschäftsführer des kommunalen Klinikverbunds wurde. Das Sanierungskonzept sieht die Zusammenführung der fünf Universalkrankenhäuser in zwei Hauptkliniken vor. Dadurch soll es jede Abteilung nur noch einmal, aber dafür konzentrierter und effektiver geben. Die Münchner Bürger werden längere Anfahrtswege haben. Doch der Geschäftsführer beruhigt: „Natürlich wird es künftig überall noch Notaufnahmen und Geburtsstationen geben. Aber die umfassende Kompetenz und Expertise reduzieren wir auf eine Klinik. Vor allem bauen wir als zweites Standbein die Abteilungen mit lukrativen DRGs aus. Sie sollen wettbewerbsfähig werden, sodass ihr Ergebnis das Defizit anderer Abteilungen ausgleichen kann.“

Der Blaue OP-Saal

Im sogenannten Blauen OP-Saal der Münchner städtischen Kliniken erleben wir Prof. Dr. Ayman Agha, eine Koryphäe des minimal invasiven Operierens. Nach seinen

Wünschen wurde ein OP-Saal mit Spiegelwänden eingerichtet, deren aufgedampfter blauer Quarz antibakteriell wirkt. In der Mitte liegt ein Patient, von dem man nur die Bauchgegend sieht. In ihr verschwinden zwei Plastikröhrchen. Über allem Monitore, die das Innere des Patienten und eine kleine Zange an einem Rohrende zeigen. Der Chirurg führt sie traumsicher und plaudert dabei mit den drei Assistenzärztinnen. Oberarzt Dr. Hoffmann ist sich sicher, dass viele Operationen in Deutschland oftmals ökonomisch motiviert seien. Denn was soll eine kommunale Klinik tun? „Eine Möglichkeit ist, dass sie versucht, auf beiden Beinen zu stehen. Also dass sie versucht, ein zweites ökonomisch lukratives Standbein zu haben, mit dem sie so viel Geld verdient, dass mit dem überschüssig verdienten, als Gewinn erwirtschafteten Geld sie all das bezahlen kann, was sie bei der Behandlung anderer draufzahlen muss. Im modernen Sprech heißt es: Welche Operationen leisten einen positiven Deckungsbeitrag für das Krankenhaus?“

Lukrative DRGs

2008 wurde das private Isarklinikum gegründet – direkt vor den Toren der Universitätsklinik. „Eine Klinik, die sehr viele orthopädische Eingriffe, gefäßchirurgische Eingriffe und ähnliches macht, auch eine kardiologische Abteilung haben sie. Und das ist ein typisches Beispiel für eine Klinik, die sich die guten Risiken rausgreift und z.B. keine Notaufnahme 24 Stunden bereithalten muss“, erzählt Prof. Dr. Wulf Dietrich von der Universitätsklinik. Ohne defizitäre Abteilungen, beschränkt auf optimal vergütete Operationen, kann man mit besten Noten der Krankenkassen und hohen Gewinnmargen aufwarten. Dietrich stört an der Neugründung, dass es keinen verbindlichen Krankenhausbedarfsplan mehr gibt. Denn einen zusätzlichen Bedarf für die OPs der Isarklinik gäbe es vor Ort nicht. Deren Einnahmequelle werde nun den öffentlichen Kliniken entzogen, die diese Einnahmen aber bräuchten, um damit ihre defizitären Abteilungen auszugleichen.

Kleinere Krankenhäuser können in diesem Wettbewerb um die lukrativen Fallpauschalen nicht mehr bestehen und gehen zugunsten der großen bzw. privaten Krankenhäuser kaputt. Es läuft also alles auf eine Konzentration einiger weniger kommunaler Maximalversorger bzw. privatisierter Kliniken und privater Fachkliniken hinaus, die mit dem Bedarf der Bevölkerung, vor allem auch in ländlicheren Regionen, nichts mehr zu tun haben.

Die monatliche Abrechnung

Behandlungen, die ein Abwarten, Beobachten und ausführliche Kommunikation verlangen, wie bei chronisch kranken Menschen und vielfach auch älteren Patienten, werden zunehmend nicht mehr realisiert, weil diese nicht entsprechend vergütet werden. Ganze Fachrichtungen sind dadurch in Gefahr. Diese Erfahrung hat auch Frau Prof. Dr. Schumm-Draeger machen müssen, ehemalige Chefärztin für Inneres an den Städtischen Kliniken München. „Nach dem DRG-System sind Operationen viel lukrativer als eine monatelange Behandlung, auch wenn die Überlebenschance für den Patienten damit viel größer ist.“ Früher waren z. B. für eine Gallenblasenoperation zehn Tage Aufenthalt vorgesehen, heute sind es nur noch drei. Unter diesen Umständen sah Schumm-Draeger keine Möglichkeit mehr für ihre Arbeit dort und kündigte. Denn wenn ein Patient nicht entsprechend der durch die DRG-Vergütung festgelegten Aufenthaltstage entlassen wird, dann macht die Abteilung Defizite. Die Folge sind Schrumpfung der Abteilungen bzw. Kürzungen beim Personal. Nicht nur die Ärzte selbst hängen ab vom Erreichen der vorgeschriebenen Erlöse. Auch die Zahl der Pflegekräfte und Physiotherapeuten, die Ausbildung der Assistenzärzte und sogar das Weiterbestehen ganzer Stationen. Über allem schwebt stets das Damoklesschwert der Zusammenlegungen und Schließung. Ob das den Patienten nutzt, ist sekundär.

Krankenhäuser als öffentliche Daseinsvorsorge und die angebliche Kostenexplosion

Viele unserer heutigen Krankenhäuser wurden in den 1960er bis 90er Jahren errichtet. Ziel war es damals, dem Sozialstaatsgebot entsprechend eine hochwertige Gesundheitsversorgung in der Fläche zu gewährleisten. Dabei war es gesellschaftlicher Konsens, dass politisch Verantwortliche ihrer Verpflichtung zur Daseinsvorsorge nachkommen, dass die Kliniken eine soziale Funktion haben und nicht dem Markt unterworfen sind. Erbaut und erhalten wurden sie mit Steuergeldern. Die Behandlung der Patienten bezahlten die gesetzlichen Krankenkassen nach dem Prinzip der Selbstkostendeckung.

Seit Mitte der 90er war plötzlich von einer Kostenexplosion des Gesundheitswesens die Rede. Dabei hätte es die nie eigentlich gegeben, wendet der Chirurg und Sachbuchautor Dr. Hontschik ein. Er sieht hinter diesem Märchen die Absicht, das solidarische Gesundheitssystem zu zerstören, um daraus ein Wirtschaftssystem zu machen,

welches man dem freien Markt überlassen kann. Eine Gesundheitswirtschaft, die dann besonders interessant wird für private Investoren. Wie sich der Staat immer mehr aus der Gesundheitsversorgung zurückzieht, sähe man schon an den gesetzlich vorgeschriebenen Länderinvestitionen für die Krankenhäuser, die kaum ein Land erfüllt.

Asklepios-Klinik Hamburg

Seit der Einführung der DRGs sind beim Pflegepersonal über 50.000 Stellen abgebaut worden. Aber wer wie der Asklepios Konzern trotz Einsparung durch das DRG-System noch eine Rendite von 12 % haben möchte, muss es mit seinem Personal aufnehmen. Meike, Fachpflegerin im Bereich der Intensivmedizin, fühlt sich mit ihren Kolleg_innen ausgepresst wie eine Zitrone – und das einzig für die Gewinne eines privaten Unternehmers. Der Krankenstand in der Pflege ist fast der höchste. Kaum jemand vom Pflegepersonal arbeitet noch 100 %. Die meisten arbeiten 70% oder sogar noch weniger, weil sie psychisch und physisch einfach nicht mehr schaffen. Es gibt kaum eine Schicht, in der genug Personal auf der Station ist. Nur noch das Nötigste können sie für ihre Patienten tun. Und wenn sie Gefährdungsanzeigen schreiben, kritisiert sie die Geschäftsleitung ohne nennenswerte Abhilfe zu schaffen. Die Verantwortlichen entschuldigen sich damit, dass der Pflegekräfte-Markt leer sei

Fatale Folgen der Fallpauschalen

In der Ankündigung des 17. Europäischen Gesundheitskongresses 2018, auf dem sich die Größen der Gesundheitspolitik und -wirtschaft treffen, wurden den deutschen Kliniken zwar gute Noten bescheinigt. Die große Sorge sei aber, „dass viele Ärzte und Pflegekräfte nicht mehr gerne in ihrem Beruf arbeiten und sich andere Berufe suchen“. Die Flucht aus den Krankenhäusern ist für Pfleger_innen bereits real, weil sie im Zeichen unsäglichen Stresses nicht mehr zur wirklichen Pflege der Patienten kommen. Aber auch die meisten Ärzte sind es leid, in erster Linie auf die Profitabilität ihrer Abteilung achten zu müssen. Mit fatalen Folgen für die Patienten. Die meisten Erfahrungsberichte dokumentieren, dass es keine Betreuung vor und nach der OP mehr gibt. In vielen Fällen kam nicht mal mehr ein Arzt, um die Wunde nachzuuntersuchen.

Ungerechte Öffentlichkeit?

Der Asklepios-Chef findet es ungerecht, dass sein Kon-

zern in der öffentlichen Wahrnehmung so schlecht wegkommt. Eigentlich seien ja die Länder für die Investitionen der Krankenhäuser zuständig. Da diese nicht ausreichend zahlen, müsse Asklepios selbst investieren.

Hamburgs Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks möchte das nicht auf sich sitzen lassen. Immerhin habe das Land 2016 mehr als 300 Millionen Euro in Hamburgs Asklepios-Kliniken investiert. Außerdem habe Asklepios bei der Privatisierung sieben Großkliniken, ein Unternehmen mit 12.600 Mitarbeitern und einer Bilanzsumme von 1,2 Mrd. Euro faktisch geschenkt bekommen.

In Hamburg gibt es ein breites Bündnis für mehr Personal im Krankenhaus. Meike macht mit. Es kritisiert, dass 100.000 Pflegekräfte in Deutschland fehlen. Und es fordert, dass in die Landesgesetzgebung eine gesetzliche Personalbemessung aufgenommen wird, nach der bei Minderbesetzung durch Pflegekräfte verbindlich Betten gesperrt werden.

In den Münchner kommunalen Kliniken hat die Pflegeleitung einer Intensivstation auch das Problem des Pflegekräftemangels. Allerdings wurden hier als Folge der Minderbesetzung sechs der 14 Betten gesperrt. Und die verbliebenen acht Betten können nur gehalten werden, weil die Klinik Leiharbeitskräfte als Pflegekräfte anheuert. Dies sei aber eine schlechte Lösung. Leiharbeiterinnen verdienen mehr als die Stammangestellten, denen dann doch die Kleinarbeit bleibt, wenn die Leih-Pflegerinnen gehen. „Das macht viel böses Blut“, sagt die Pflegeleiterin Frau Josic: „Im Grunde sind die DRGs für diese Fehlsteuerung verantwortlich. Ca. 40 Prozent der Arbeitszeit werden für die DRG-Dokumentation verschwendet. Was nicht dokumentiert ist, kann nicht abgerechnet werden. Auch die Ärzte verlieren durch die Dokumentation ähnlich viel und oft noch mehr Arbeitszeit.“ Allerdings sind es Ärzte, die in den Zeiten der Fallpauschale die Fälle schaffen. So stellt man jederzeit zusätzlich Ärzte ein – der Erlös soll nicht leiden. Aber Pflegerinnen werden nur Kostenfaktoren angesehen. Ihre Einstellung ist erlöstechnisch nicht wichtig

Verbindliche Bettensperrung

Die Pflegerinnen der Berliner Charité streiken wieder. 2015 hatten sie Personalbemessungsrichtlinien erstritten. Tatsächlich hatte die Charité seither 260 neue Pflegekräfte eingestellt. Allerdings konnten die Beschäftigten nichts von einer Entlastung spüren. Seit dem Bericht der



Klinik für 2016 weiß man auch warum. Die Charité hat in diesem Zeitraum ihre Leistung um 18 Prozent ausgeweitet. Deshalb ist jetzt das Streikziel: verbindliche Bettenspernung bei Unterbesetzung. Pflegerin Grit Wolf, Mitglied in der Tarifkommission, sagt: „Nur mit dem Zwang der Bettenspernung spürt die Klinik ökonomisch den Druck, genügend Pflegepersonal einzustellen.“

Steigende Gewinne

Der Präsident der Berliner Ärztekammer Dr. Günther Jonitz sagt: „Wären die DRGs ein Medikament, müsste man sie mit sofortiger Wirkung vom Markt nehmen. Die versprochenen Wirkungen sind ausgeblieben und alle Nebenwirkungen sind eingetreten.“ Mit der Einführung der DRGs versprach man sich bei allen Nachteilen eine Reduzierung der Kosten. Zwar ist die mittlere Verweildauer eines Patienten auf 7,4 Tage gesunken. Dafür sind aber die Fallzahlen stark gestiegen. Allein von 2005 bis 2016 stiegen die Fallzahlen um 18,6 Prozent! So stiegen auch die Kosten der Krankenkassen. Und damit auch die Erlöse der privaten Kliniken – sogar um 106 Prozent.

BIOGRAFIEN

Leslie Franke. Geboren in Berlin. Abgeschlossenes Universitätsstudium Russisch und Geschichte in Hamburg. 1986/87 DAAD-Stipendiatin an der Moskauer Filmhochschule VGIK. Lebt seit 1987 als freie Filmemacherin in Hamburg.

Herdolor Lorenz. Geboren in Fulda. Abgeschlossenes Universitätsstudium Politische Wissenschaften, Geschichte, Deutsche Literatur, Philosophie. Lebt seit 1985 als Filmemacher und Produzent in Hamburg.

Filmografie (Auswahl):

2015	Wer rettet wen? Die Krise als Geschäftsmodell
2012	Kinder von St. Georg - Die Jugendjahre
2011	Water Makes Money - wie private Konzerne mit Wasser Geld machen
2007	David gegen Goliath Bahn unterm Hammer - Unternehmen Zukunft oder Crashfahrt auf den Prellbock.
2005	Wasser unterm Hammer. Wenn die Haupt- zur Nebensache wird
2003	Das blaue Gold im Garten Eden
2000-04	Kinder von St. Georg - 1. Teil
2000	Je besser man ist, desto höher kommt man - Julian, 6 Jahre
1999	Mein Herz zerreißt
1998	Schule ist wie der Beginn eines neuen Tages
1996	Abschiebung: Bosnier raus Bauernopfer - Skandinavische Landwirte in der EU
1995	Spitteln, Zotteln, Aufbrennen Trakehnen wieder deutsch? Rechtsradikale auf Bauernfang
1994	Romakinder am Billbrookdeich
1993	Weit ist's nach Europa
1992	Das Tabu der Freiheit - Juden in Litauen Les Cortasse - Aus einem provencalischen Leben
1991	Weltoffen
1990	Zwischenzeiten Ozonloch über Neuseeland
1989	Raus aus der UDSSR - Litauen auf dem Weg zur Unabhängigkeit
1988	Perestroika im Betrieb - Reformalltag in zwei Minsker Automobilbetrieben
1987	Tanja - Begegnungen mit einer russischen Frau aus Lipezk
1986	Nicht betteln, nicht bitten, nur mutig gestritten

Gemeinsam gründeten Franke und Lorenz 1985 die Kern Filmproduktion, eine Plattform für dokumentarisch arbeitende Filmschaffende mit gesellschaftlichem Engagement. Diese produziert neben eigenen Projekten zahlreiche Filme in Kooperation mit anderen Filmemachern und Autoren. Eine Besonderheit ist die seit Jahren praktizierte Finanzierung durch Subskription für „Filme von unten“. Franke und Lorenz legen besonders viel Wert darauf, dass ihre Filme interessierten Personen, Gruppen und/oder Organisationen auch einen direkten Nutzen bringen und als Hilfsmittel zur Aufklärung dienen. Aus diesem Grund werden die späteren Zuschauer viel früher in die Herstellung des Films eingebunden, als es üblicherweise der Fall ist.

Filme, die die herrschenden Vorstellungen hinterfragen und den Mächtigen kritisch auf die Finger sehen, können heutzutage kaum noch durch traditionelle Finanzierung entstehen. Das finanzielle Fundament der „Filme von unten“ bilden die Spenden von Privatpersonen und Organisationen, eine Art Crowdfunding-Kampagne Marke Eigenbau. Zu den Unterstützern zählen Gruppen wie ATTAC, Greenpeace, LobbyControl oder Oxfam, aber auch ver.di oder die gewerkschaftsnahe Hans-Böckler-Stiftung. Mit jedem Förderbeitrag wächst die Chance, dass das Projekt in die Öffentlichkeit kommt.

Bei „Water Makes Money“ etwa hat genau dieses Konzept wunderbar geklappt: Mit insgesamt über 1,5 Millionen Zuschauer_innen war die Aufklärungswirkung des Films einzigartig. Um sicherzustellen, dass ein neuer Film für interessierte Organisationen nützliches Kampagnenmaterial ist, bemühen sich Franke und Lorenz, diesen in bereits existierende Kampagnen einzubetten. Organisationen, die in den vom Film behandelten Themenbereichen tätig sind, werden bereits vor dem Erscheinen des Films kontaktiert und in die Verbreitung des Films eingebunden. So erhält z.B. jede interessierte Organisation oder Gruppe von Leuten die Gelegenheit, eine Premierenveranstaltung zu organisieren.