

Klinikschließungen

Zahlen, Gründe, Folgen



Bündnis Klinikrettung: Aktion am 27. Januar 2021 vor dem Bundesgesundheitsministerium in Berlin | Foto: Rolf Zöllner

Jedes zehnte Krankenhaus steht kurz vor der Insolvenz, warnt der Bundesrechnungshof. Vier von zehn Krankenhäusern würden rote Zahlen schreiben. Ja, sehr viele Krankenhäuser sind krank. Diese Epidemie wütet inzwischen im ganzen Land. Gab es 1980 noch 3.783 Krankenhäuser mit 879.605 Betten in Deutschland, sind es heute knapp 2.000 mit etwa 500.000 Betten. Die Liegezeit hat sich auf eine Woche halbiert, mehr als 60.000 Stellen im Pflegebereich wurden gestrichen. Wie kam es zu diesem Kahlschlag? Von **Bernd Hontschik**

Deutschland hat ein duales Krankenhausfinanzierungssystem, die finanziellen Mittel stammen aus zwei Quellen. Für den Bau, den Unterhalt und für Investitionen sind die Bundesländer zuständig. Die laufenden Kosten für Personal oder Material tragen die Krankenkassen. Beide Säulen der Krankenhausfinanzierung werden seit Jahren auf groteske Weise vernachlässigt und untergraben, so dass ein Zerstörungsprozess in der Krankenhauslandschaft die zwangsläufige Folge ist.

Die Bundesländer demontieren die erste Finanzierungssäule. Während die Inflationsentwicklung von 2000 bis 2020 eine Investitionssteigerung von mehr als einem Drittel verlangen würde, ist die Investitionsfinanzierung durch die öffentliche Hand massiv rückläufig: Sie hat sich in den letzten zwanzig Jahren halbiert!

Was können die Krankenhäuser in diesem Überlebenskampf machen? Sie müssen die fehlenden Investitionen aus sich selbst heraus leisten, sie müssen Kredite aufnehmen. Die Bilanzbelastung der Krankenhäuser durch Schuldendienste hat sich dadurch in den letzten zwanzig Jahren vervierfacht. Das ist der direkte Weg in die Insolvenz.

Zeitgleich, etwa um die Jahrtausendwende, fand in der zweiten Finanzierungssäule eine zunächst kaum beachtete Reform statt. Bis dahin finanzierten sich Krankenhäuser über Kostenerstattung: Für jeden Tag Liegezeit erhielt das Kran-

kenhaus eine bestimmte Pauschale, den Tagessatz. Der Gesetzgeber löste dieses zeitorientierte System zwischen 1999 und 2002 schrittweise durch die diagnosebezogenen Fallpauschalen ab, die Diagnosis Related Groups (DRG). Von da an wurden die Krankenhäuser nach der Zahl und Schwere der behandelten Fälle bezahlt. Liegezeitverkürzung und Fallzahlerhöhung waren die Folge, um im gleichen Zeitraum maximal viele Fälle und maximal schwere Diagnosen abrechnen zu können. Die Zahl der PatientInnen stieg trotz massiver Stellenstreichungen um ein Fünftel. Gleichzeitig verstärkte sich der Arbeitsdruck.

Aus dem DRG-System ergibt sich der Case Mix Index. Der Case Mix Index ist der Durchschnitt aller DRGs, die ein Krankenhaus gegenüber den Kassen zur Abrechnung bringt. Je höher der Case Mix Index, desto höher die Vergütung. Erreicht eine Abteilung den von der Geschäftsleitung vorgegebenen Case Mix Index nicht, droht ihre Schließung. Erreicht ein ganzes Krankenhaus die Gewinnzone nicht, läuft es Gefahr, geschlossen oder verkauft zu werden. Das führt zu einem enormen Druck der Geschäftsleitungen auf die ärztlichen und pflegerischen Berufe. Alle MitarbeiterInnen werden zu ökonomischem Denken in Gewinn- und Verlustkategorien gezwungen und verlieren dabei notgedrungen den eigentlichen ärztlichen und pflegerischen Auftrag aus dem Auge.

Nur dasjenige Krankenhaus, das mit möglichst geringen Kosten Kranke in möglichst kurzer Zeit behandeln kann, macht Gewinne. Wer sich auf zeitraubende, empathische Medizin einlässt, der macht Verluste. UnternehmensberaterInnen sind plötzlich überall. Sie fragen nicht: Was brauchen die Kranken? Oder: Wie viele ÄrztInnen und PflegerInnen werden für eine gute Medizin benötigt? Sie interessiert: Was bringen die PatientInnen ein? Und: Wie viele Stellen kann man streichen? Das Fatale an dem Bezahlsystem ist die Verknüpfung der medizinischen Tätigkeit und Diagnose mit der Höhe der Bezahlung. Indem nun allein die Diagnose die Einnahmen des Krankenhauses generiert, wird sie zum zentralen Zielobjekt der ÖkonomenInnen. Tausende Kodierfachkräfte und MedizincontrollerInnen der Krankenhäuser kämpfen seit Einführung der DRGs mit Tausenden von Kodierfachkräften und MedizincontrollerInnen der Krankenkassen um jeden Euro.

Das Versagen der dualen Krankenhausfinanzierung hatte zwei tiefreichende Folgen: Schließungen und die Zunahme von Privatisierungen. Entscheidend waren jetzt Bilanzen, nicht medizinische Notwendigkeiten. Weil das DRG-System beispielsweise die kinderärztliche Tätigkeit völlig unterbewertet, schlossen viele Kinderkliniken wegen roter Zahlen. Eine ähnliche Entwicklung nahm die Geburtshilfe, die nie eine angemessene Abbildung in den DRGs

gefunden hat, so dass bis heute ein Kreißsaal nach dem anderen geschlossen wird. Immer mehr kommunale Kliniken fallen dem Rotstift zum Opfer, denn die Defizite können von den klammen Kommunen nicht mehr ausgeglichen werden. Eine Privatisierungswelle bei öffentlich geführten Krankenhäusern überrollte das Land. Es kam zu Verzweilungsverkäufen wie beispielsweise in Offenbach, wo die Klinik für einen Euro an den Sana-Konzern »verkauft« wurde, die Schulden aber bei der Stadt verblieben. Die Privatisierung hat inzwischen solche Ausmaße angenommen, dass Deutschland heute mit der Zahl der privatisierten Krankenhausbetten an der Spitze in der Welt steht, noch vor den USA.

Krankenhausschließungen sind nichts anderes als Vernichtung von Gemeineigentum. Das geschieht völlig planlos, nicht nach Bedarf, sondern nach Bilanz. Krankenhausprivatisierungen sind Verschleuderung, und Dividenden sind Diebstahl von Gemeineigentum.

Was wäre zu tun? Gewinne müssen im System bleiben und reinvestiert werden. Krankenhäuser müssen nach ihrem Auftrag finanziert werden. Sie müssen Teil der staatlichen Daseinsvorsorge sein, ihre Rechtsform muss eine gemeinnützige sein. Die konkrete Medizin am Krankenbett muss vom ökonomischen Diktat befreit werden. Erst wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, kann man eine Krankenhausplanung angehen, die diesen Namen verdient.

Inhalt

- Von der Krankenbehandlung zum Profitzentrum**
Seite 2
- Wenckebach-Drama**
Seite 2
- Lokaler Widerstand hilft!**
Seite 2
- Ferngesteuerte Krankenhauspolitik**
Seite 3
- Gibt es gute Gründe für Schließungen?**
Seite 3
- Abbau in der Fläche**
Karte zu den bundesweiten Klinikschließungen
Seite 3
- Mission Klinikrettung**
Seite 4
- Aufruf: Jetzt unterschreiben!**
Seite 4

Wer Klinikschließungen Umbau nennt

Klinikschließungen sind unpopulär. Wer sagt: »Euer Krankenhaus ist schlecht, sein Geld nicht wert, es ist überflüssig und muss weg« – der muss mit Widerstand rechnen. Und so kommt es, dass viele Krankenhäuser relativ kurzfristig geschlossen werden. Dazu gibt es eine eigene Werbesprache. Betten und Beschäftigte werden nicht abgebaut, sondern »verlagert«. Klinikstandorte werden nicht geschlossen, sondern »weiterentwickelt« und »zukunfts-fähig gemacht«. Die medizinische Versorgung wird nicht reduziert, sondern »verbessert«. Besonders häufig wird versprochen, man werde die jeweilige Klinik in ein »Intersektorales Gesundheitszentrum (IGZ)« umwandeln. Erstaunlich daran ist: So etwas wie ein Intersektorales Gesundheitszentrum gibt es gar nicht. Es ist ein Framing-Begriff aus einem Planspiel, den die Oberender AG, eine Unternehmensberatung, erfolgreich in den Diskurs eingebracht hat. Zur Umsetzung gibt es weder ein Finanzierungsmodell noch nennenswerte Erfahrungen. Im Plan der BeraterInnen soll in einem IGZ eine Pflegestation um ambulant tätige ÄrztInnen ergänzt werden, die ihre Praxen im Zentrum ansiedeln. Die Entscheidung, ob nachts ein/e ÄrztIn gerufen wird, würde dem Pflegepersonal überantwortet. Ziel eines IGZ ist übrigens nicht die Weiterentwicklung von Kliniken, sondern Kosteneinsparung.

Stationäre Akutversorgung ist oft der Rettungsanker, wenn es Menschen sehr schlecht geht. Wer diese Akutversorgung in der Fläche, aber auch in Großstädten reduziert, gefährdet das Gemeinwohl. Dafür gibt es einen Begriff: gemeingefährlich.

Von der Krankenbehandlung zum Profitzentrum

Von Anne Schulze-Allen, Rainer Neef und Herbert Storn

In Verlagsbeilagen renommierter Zeitungen werben kapitalkräftige Akteure für »die Medizin der Zukunft«: Krankheiten werden mithilfe künstlicher Intelligenz und innovativer Arzneimittel geheilt, Apps auf Rezept und Videosprechstunden ersetzen den Arztbesuch, Ärzte und Pflegekräfte haben im digitalisierten »Smart Hospital« endlich mehr Zeit für die PatientInnen, so die Verheißungen.

Weit weniger im Rampenlicht stehen hingegen die Strategien privater Investoren im Gesundheitsbereich. Die Gesundheitsausgaben in Deutschland beliefen sich im Jahr 2018 auf 390,6 Milliarden Euro. Mit 11,7 Prozent liegt ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt mehr als doppelt so hoch wie der Anteil der Automobilindustrie. Dieses große und wachsende, konjunkturunabhängige Finanzvolumen macht es für das anlagensuchende Kapital so attraktiv, Arztpraxen, Reha-Kliniken, Pflegeheime, medizinische Spezialdienste und Krankenhäuser zu übernehmen. Ehemals gemeinwohlorientierte Einrichtungen werden durch profitorientierte abgelöst. Seit zwei Jahrzehnten wachsen die Privaten unab-

lässig, seit 2014 gibt es mehr private als öffentliche Krankenhäuser. Konzerne wie Helios, Asklepios oder Sana verzeichnen Milliardenumsätze, und die Gewinne sprudeln. Insolvenzen, Übernahmen und Konzentrationsprozesse sind die Kehrseite der Medaille.

Die Erlaubnis, Gewinne machen zu dürfen, löste seit den 1990er Jahren einen Privatisierungsschub aus. Bis dahin wirtschafteten Krankenhäuser nach dem Prinzip der Kostendeckung. Die allgemeine Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen eröffnete weitere Gewinnchancen für private Träger und Gewinnzwang für öffentliche Häuser. Verluste führen über kurz oder lang zu Schließungen. Gewinnträchtig sind vor allem aufwendige Behandlungen; hierauf spezialisieren sich gern die Privaten. Erhaltende Behandlungen und Grundversorgung werden schlecht vergütet; einen Großteil davon leisten öffentliche Kliniken. Auch durch Personaleinsparung und Auslagerung von Aufgaben an externe Dienstleister lassen sich Gewinne generieren. Immer mehr PatientInnen werden von immer weniger Pflegekräften versorgt.

Deutschland hat hier die schlechteste Position unter zwölf vergleichbaren Ländern. Arbeitsverdichtung, Arbeitshetze, Überforderung und Lohndumping kennzeichnen mittlerweile Versorgung und Pflege in Kliniken. Das die Corona-Epidemie begleitende Beifallklatschen für die Pflegekräfte kann nicht verdecken, dass auch in der Tarifaufseiner-setzung 2020 das Personal vor allem als Kostenfaktor gesehen wurde.

Für verschärften Finanzdruck bei den Krankenhäusern sorgen die Länder: Im Jahr 2017 steuerten sie nur noch 44,3 Prozent der benötigten Investitionsmittel bei. Der »Krankenhaus Rating Report 2020« errechnete für mehr als ein Drittel der Kliniken (600 Häuser) ein mittleres bis hohes Insolvenzrisiko.

Die Politik der Privatisierung und der Marktgläubigkeit wird nicht zuletzt seit der Corona-Krise zunehmend hinterfragt – zu Recht! Dennoch folgen viele Parteien der Maxime, alles zu privatisieren, was der Staat nicht unbedingt selbst machen muss. Unübertroffen dabei ist Hessen, das sogar das Universitätsklinikum Gießen und Marburg verkauft hat. Hören Bund und Länder weiter auf die Beraterlobby, dann landen wir bei wenigen zentralisierten Großkliniken. Zwei Dritteln der Kliniken bundesweit droht die Schließung. Die von privaten Investoren als Ersatz vorgesehenen medizinischen Versorgungszentren mit digitaler Beratung und Diagnostik – freilich ohne 24-Stunden-Notfallversorgung und -betrieb – sind keine Lösung.

Profite dürfen nicht vor der Gesundheit rangieren. Wir müssen schleunigst zum Grundsatz zurückkehren, dass Gesundheit keine Ware ist. 96 Prozent der Bevölkerung gaben im Juni 2020 an, dass ihnen PatientInnenversorgung wichtiger ist als Wirtschaftlichkeit im Krankenhauswesen.



GiB-Aktion auf dem Alexanderplatz am Tag der Daseinsvorsorge | Foto: Rolf Zöllner

Lokaler Widerstand hilft!

Die Schließungspläne für Krankenhäuser sind bundesweit und flächendeckend, aber die Schließungen selbst erfolgen vor Ort. Dort findet auch der Widerstand gegen den Abbau der akutstationären Versorgung in Deutschland statt – und er kann erfolgreich sein.

Als im niedersächsischen Peine das Krankenhaus Insolvenz anmeldete, kauften Landkreis und Stadt die Klinik zurück. Die Bürgerinitiative **Wir für das Klinikum Peine** hatte einen maßgeblichen Anteil an der erfolgreichen Rekommunalisierung. Auch in **Crivitz** rekommunalisierte der Landkreis das Krankenhaus, das Land Mecklenburg-Vorpommern gab sechs Millionen Euro dazu. Die Initiative **Rettet das Kirner Krankenhaus** kämpft mit Demonstrationen und Mahnwachen gegen die drohende Schließung ihres Krankenhauses in Rheinland-Pfalz. Als Asklepios die mit der Akutklinik verbundene Reha-Klinik im niedersächsischen Seesen schließen wollte, kämpften die Menschen weiter, wie

der vielbeachtete **Seesener Appell**, bei dem der Mensch im Mittelpunkt steht. Im hessischen **Wolfhagen** gab es zeitweilig schon einen Aufnahmestopp. Letztlich übernahm der Landkreis die Klinik im Eigenbetrieb und sicherte den Weiterbetrieb. Es gibt Bürgerinitiativen zum Erhalt der Kliniken in **Hamburg-Wilhelmsburg**, **Rodalben**, **Wolgast**, **Sankt Augustin**, **Bockum-Hövel** und **Geislingen an der Steige**. In **Aurich** und **Emden** stoppten Bürgerentscheide die Schließungspläne. Unter dem Motto **Wenckebach muss bleiben** kämpften Beschäftigte für den Erhalt ihres Krankenhauses in **Berlin**. Auch wenn Kliniken schon geschlossen sind, kämpfen die Menschen weiter, wie

etwa in **Havelberg**, wo das nächste Krankenhaus in Sachsen-Anhalt jetzt 50 Kilometer entfernt liegt.

Unterschriftensammlungen und Bürgerentscheide zum Erhalt von Kliniken erhielten allein in den letzten fünf Jahren 436.000 Stimmen. Es lohnt sich: Schließungen können verhindert, Privatisierungen zurückgenommen werden. Zusätzlich zum lokalen Widerstand ist die überregionale Vernetzung wichtig, um mehr Druck aufzubauen: in der Aktionsgruppe **Stoppt das Kliniksterben in Bayern**, in der Initiative **Regionale Krankenhausinfrastruktur erhalten** in Nordrhein-Westfalen und im **Bündnis Klinikrettung** auf Bundesebene.



Demo im September 2020 vor dem Wenckebach-Klinikum | Foto: Rolf Zöllner

Wenckebach-Drama

Im Wenckebach-Klinikum in Berlin-Tempelhof fühlen sich PatientInnen gut aufgehoben. Jetzt will Vivantes den stationären Betrieb verlagern. Wie viele Betten und welche Beschäftigten am Ende am anderen Standort ankommen, ist ungewiss. Gemeingut in BürgerInnenhand sprach mit drei MitarbeiterInnen, die anonym bleiben möchten, über die Perspektiven.

Alle stationären Bereiche des Vivantes Wenckebach-Klinikums sollen nach und nach ins Auguste-Viktoria-Klinikum verlagert werden, auch der Bereich Psychiatrie, in dem Sie arbeiten. Was sagen Sie dazu?

Ich habe mir diese Klinik bewusst als Arbeitsort ausgesucht, weil sie überschaubar ist und für psychisch kranke Menschen ein guter Ort mit nahezu dörflicher Atmosphäre. Wir arbeiten in einstöckigen Pavillons und können jeder psychiatrischen Station einen eigenen Garten bieten, in dem die PatientInnen geschützt die Eichhörnchen und Vögel beobachten und zur Ruhe finden können. In der Umgebung finden wir eine passende Infrastruktur, um PatientInnen in Belastungstrainings wieder an typische Alltagssituationen heranzuführen. Sie schätzen, dass wir sie durch Voraufenthalte kennen und schnell erreichbar sind, größtenteils sogar wegen bestehender Ängste zu Fuß. Im Auguste-Viktoria-Klinikum gibt es bereits eine psychiatrische Abteilung. Wenn wir mit unseren an die 100 PatientInnen dazukommen sollen, wird das eine Psychiatrie-Großklinik. Von solchen Konzepten mit Aufeinandertreffen von 200 psychisch Kranken sind wir seit der gemeindenahen Versorgung eigentlich weggekommen. Wenn dieser Rückschritt von Vivantes gewollt ist, werde ich aufhören, für dieses Unternehmen zu arbeiten. Wir KollegInnen haben mehrmals Unterschriftenkampagnen und Protestaktionen mitgemacht gegen die Schließung unseres Krankenhauses. Keiner versteht, warum in diesen Zeiten überhaupt Krankenhäuser geschlossen werden! Ich denke, dass es einen »heimlichen« Bettenabbau/Personalabbau geben wird und bestehende feste Teams auseinandergerissen werden. Schon jetzt suchen sich viele eine andere Stelle. Das macht mich sehr traurig und wütend.

Sie sind im Bereich Somatik tätig, was bedeutet für Sie die Schließung der Stationen im Wenckebach-Klinikum?

Ich sehe, was bereits vor der Verlagerung passiert: Das Personal läuft auch bei uns auseinander. Arztstellen werden nur noch verzögert und mit jungen Ärztinnen besetzt, die allein oftmals schnelle Entscheidungen treffen müssen, ohne einen Oberarzt zu Rate ziehen zu können. Wir könnten hier mit weniger Be-

lastung gut arbeiten, und die Leute würden auch nicht aus dem Beruf gehen. Die Verlagerung der Stationen habe ich nicht herbeigerufen, es ist auch nicht meine eigene Entscheidung, in einer Großklinik zu arbeiten, wie es im Auguste-Viktoria sein wird. Kleine regionale Kliniken brauchen wir auch! Da sollten wirtschaftliche Gründe keine Rolle spielen. Es geht viel in meinem Kopf rum. Mein Arbeitsweg wird länger, welche Vorgesetzten werde ich bekommen? Die Arbeitsweise wird sich ändern. Alles das macht mir Existenzängste. Die Geschäftsführung verbreitet, dass Arbeitsgruppen zur Planung des Übergangs gebildet wurden. Wir dürfen mitentscheiden, welche Farbe die Räume haben dürfen! Das ist doch reine Makulatur. Ob es den PatientInnen wichtig ist, ob ihr Zimmer mit Goldlack oder frischem Apfelgrün überstrichen wird?

Sie arbeiten als Handwerker im Wenckebach-Klinikum, welche Gedanken machen Sie sich im Hinblick auf die Verlagerung der Stationen ins Auguste-Viktoria-Klinikum?

Wir Handwerker werden schon lange nicht mehr von der Geschäftsführung gesehen, wir sind die grauen Mäuse. Seit zehn Jahren gibt es bei uns keine Investitionen mehr zum Erhalt der Infrastruktur. Die Geschäftsführung da oben ist ahnungslos, was die Technik bei uns im Kesselhaus betrifft: Das Wenckebach wird autark versorgt, wir sind also nicht an das Fernwärmenetz angekoppelt. Wenn etwas nicht funktioniert, kennen sich nur wir Techniker vor Ort aus. Es ist unser täglicher Kampf um das autarke Krankenhaus mit Wärme und Strom, wenn es Havarien gibt, und das oft nachts und am Wochenende. Wir arbeiten nur zur Gefahrenabwehr, zum Beispiel wenn der Öltank kaputt ist. Und glauben Sie nur nicht, dass das im Auguste-Viktoria anders wäre. Auch dort gab es gerade Rohrbrüche. Ich bezweifle, dass Pläne »von oben« hier überhaupt umsetzbar sind. Meine Vorgesetzten sind in diese interdisziplinären Arbeitsgruppen zu den Umzugsplänen, die meine Kollegin angesprochen hat, nicht einbezogen. Es ist ein Schwindel, eine Scheinmitbestimmung. Das Hospiz soll ja bleiben, und auch das ist abhängig von dieser autarken Infrastruktur. Nein, ich will hierbleiben und entscheide über das Bestehen des Krankenhauses!

Ferngesteuerte Krankenhauspolitik

LobbyistInnen bedienen das Mantra der Klinikschließungen. Von **Klaus Emmerich**

Fast geräuschlos wandelt sich Deutschlands Krankenhauslandschaft: Klinikschließungen, Privatisierungen, verstärkte Qualitäts- und Strukturanforderungen und eine enorme Gesetzesflut greifen ineinander und bewirken eine dramatische Reduktion der Zahl der Krankenhäuser. Wie wichtig aber jedes einzelne Krankenhaus ist, lehrt uns die Corona-Pandemie. Ganz Deutschland musste herunterfahren, damit die Leistungsgrenze der Krankenhäuser nicht überschritten wird. Die Lehre daraus ist: Das Krankenhauswesen muss langfristig stabilisiert und als wichtiges Gemeingut gesichert werden. Dabei ist es von großer Bedeutung, die zugehörigen Entscheidungen zu demokratisieren.

Derzeit ist noch das Gegenteil der Fall. Während 88 Prozent der Bevölkerung Klinikschließungen ablehnen, fordern im Herbst 2020 das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, die Robert Bosch Stiftung und die Bertelsmann Stiftung in einem »Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren« Kapazitätsverringeringen im Krankenhaussektor – inmitten der Corona-Krise. AutorInnen sind Prof. Boris Augurzky, Prof. Reinhard Busse, Prof. Ferdinand Gerlach und Prof. Gabriele Meyer. Sie empfehlen einen fatalen Dreiklang: Die stationäre Versorgung sollen nur noch die Maximalversorger und Schwerpunktzentren übernehmen. Für die Fläche sind integrierte ambulante/

stationäre Zentren vorgesehen, in denen die ambulante Versorgung Vorrang hat. Die Notfallversorgung soll sich – wenn überhaupt – auf ambulante »Kleinnotfälle« konzentrieren. Das ländliche Krankenhaus als solches hätte dann ausgedient.

Dabei sind es immer dieselben BeraterInnen, die das Krankenhaus-schließungsmantra vortragen: Busse sitzt im Kernteam des Bertelsmann-Projektes »Neuordnung Krankenhaus-Landschaft: Weniger ist mehr«, Augurzky gehört zum Review Board und befindet sich dort in Gesellschaft von Prof. Jonas Schreyögg. Alle drei zählen neben Meyer zu den engsten BeraterInnen sowohl von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn als auch von seinen KollegInnen in den Ländern. So findet man ihre Namen im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, im Beirat gemäß § 24 Krankenhausfinanzierungsgesetz und im Expertenbeirat zur Unterstützung für Krankenhäuser in der Corona-Epidemie. Man kann Spahn nicht vorwerfen, sich die Meinung von ExpertInnen einzuholen. Aktuell ist die von ihm eingeholte Expertise aber extrem unausgewogen: Augurzky, Busse, Meyer und Schreyögg stehen für Klinikkonzentration. 2019 forderten drei von ihnen sogar eine Reduzierung der Zahl der Krankenhäuser um zwei Drittel auf dann nur noch 600 Häuser. Es wird dringend Zeit, dass sich die Bevölkerung gegen solche Kahlschlagslobby wehrt.

Gibt es gute Gründe für Schließungen?

Lokale Klinikschließungen werden meist damit begründet, dass das Geld ausgegangen ist. Für flächendeckende Krankenhausschließungen werden allerdings andere Gründe vorgetragen. Wie stichhaltig sind diese Argumente? Eine Gegenüberstellung. Von **Laura Valentukeviciute und Carl Waßmuth**

»» Wir brauchen mehr Spezialisierung und mehr Zentralisierung.«
AOK-Vorstand Martin Litsch
»» Bei den Bauchspeicheldrüsen-eingriffen... liegt die Mindestmenge bei zehn – und wird hundertfach nicht eingehalten... Wenn jedes Krankenhaus mindestens einen Herzinfarktpatienten pro Tag sehen soll, brauchen wir höchstens 500 Häuser.«
Prof. Reinhard Busse

Kleinere Kliniken auf dem Land und am Stadtrand können »es« angeblich nicht. Großkliniken machen aber nicht alles besser, und sie bringen ihre ganz eigenen Probleme mit sich. Es ist unbestritten, dass für bestimmte Eingriffe die Mindestmenge ein wichtiges Qualitätskriterium ist. Aber das ist kein Grund, kleine Krankenhäuser dichtzumachen. Diese Kliniken machen nämlich das, was sie machen, gut bis ausgezeichnet. Planbare Spezialoperationen werden schon heute meist in Spezialkliniken vorgenommen. Die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung verlieren dadurch ihre Berechtigung nicht. Sie leisten Geburtshilfe, versorgen Unfälle, Blutungen, Blinddarmentzündungen, Sepsis, Nebenwirkungen von Medikamenten, entgleiste diabetische Stoffwechsellagen, akute Asthma- oder Lungenerkrankungen und vieles andere mehr. Und weil sie vor Ort sind, können sie auch in weniger als

30 Minuten die lebensrettende Erstversorgung von Herzinfarktpatienten oder bei entzündeten Bauchspeicheldrüsen starten. Nach einer Stabilisierung kann dann in eine Spezialklinik verlegt werden. Spezialisierte Krankenhäuser müssen übrigens nicht zwingend Großkliniken sein. Von mehreren regionalen Kliniken kann jeweils ein Haus bestimmte Erkrankungen bevorzugt behandeln – und erreicht dann auch die für eine gute Qualität erforderliche Mindestmenge.

»» Eine starke Verringerung der Klinikanzahl von aktuell knapp 1.400 auf deutlich unter 600 Häuser würde... bestehende Engpässe bei Ärzten und Pflegepersonal mildern.«
Bertelsmann Stiftung
»» Die international hohe und steigende Bettendichte führt... zu unangemessen vielen Patienten, die oft gar keine stationäre Behandlung brauchen.«
Prof. Reinhard Busse

Durch die Schließung von 800 Kliniken werden noch viel mehr Beschäftigte dem schlecht bezahlten, anstrengenden Beruf den Rücken kehren. Die Zahl der PatientInnen verringert sich aber nicht – die Engpässe werden noch enger. Die Zahl der Unfälle und Krankheiten lässt sich durch Vorsorge verringern, nicht aber durch Schließungen. Menschen suchen ein Krankenhaus auf, wenn es nicht mehr anders geht. ÄrztInnen weisen ins Krankenhaus ein, wenn es notwendig ist, und sie werden dabei penibel von den Krankenkassen überwacht. Innerhalb der Krankenhäuser hat allerdings die Einführung der Fallpauschalen zu einer unnötigen Steigerung bestimmter Operationen geführt. Die Diagnosen haben sich nachweislich hin zu den lukrativen Fällen verschoben. Die Verweildauer hingegen, die

nur pauschal bezahlt wird, ist von durchschnittlich zwei Wochen auf ein Minimum von knapp über sechs Tagen gesunken. Bürokratie frisst zudem die Pflegezeit am Krankentbett auf. Die notwendige Reform ist, die Fallpauschalen abzuschaffen – nicht die Kliniken.

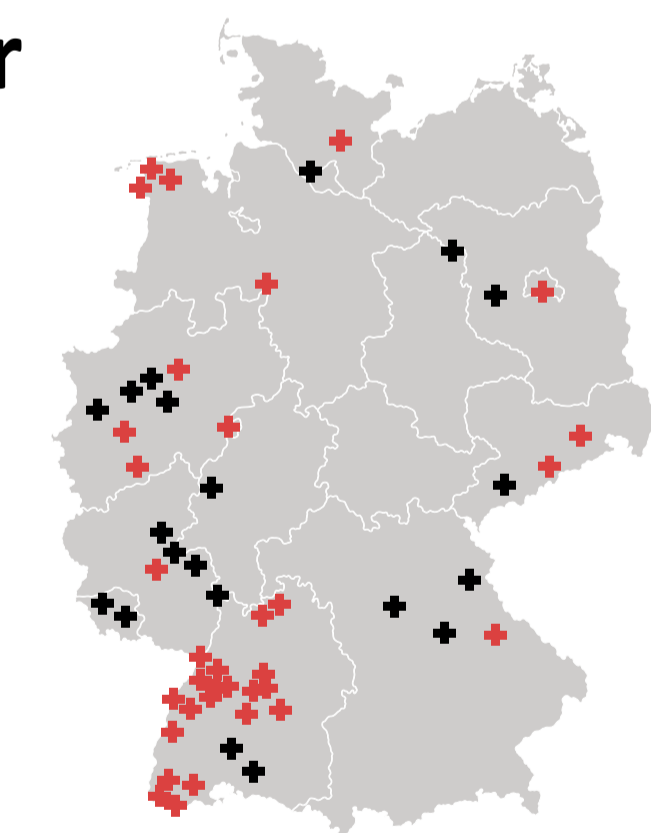
»» Die Krankenhäuser der Grundversorgung spielten während der ersten Welle in der Versorgung von Covid-19-Patientinnen und -Patienten... nur eine untergeordnete Rolle. Es gibt für sie jedoch mittel- bis langfristige Perspektiven als wohnortnahe integrierte Versorgungszentren.«
Bertelsmann Stiftung/Barmer Institut/Robert Bosch Stiftung

Kleine Krankenhäuser haben Corona-Patienten behandelt, Betten freigehalten, Quarantänezimmer eingerichtet und Corona-Abklärung angeboten. Und sie haben den Normalbetrieb gesichert, wenn benachbarte Kliniken an ihre Grenzen kamen oder wegen Corona-Infektionen beim Personal sogar zeitweise geschlossen wurden. Damit haben diese Kliniken ganz wesentlich zur Pandemiebewältigung beigetragen. Nun wird die Ausgleichsfinanzierung für die angefallenen Kosten in der Pandemie so gestrickt, dass die kleinen Krankenhäuser auf ihren Kosten sitzenbleiben. Viele sind allein deswegen insolvenzbedroht. Integrierte Versorgungszentren können Krankenhäuser nicht ersetzen. Sie haben von Montag bis Freitag tagsüber Sprechstunde und danach nur noch eine Rufbereitschaft. Ob im Notfall dann ein Orthopäde kommt oder eine Internistin, entscheidet der Zufall. Stationäre Versorgung bedeutet aber, dass auch nachts und am Wochenende Pflegepersonal und FachärztInnen für die Überwachung vor Ort sind. Wenn man ernsthaft krank wird, ist das unverzichtbar.

Abbau in der Fläche

➤ Kliniken, die seit dem 01.01.2020 geschlossen wurden

- 1 Kreiskrankenhaus Parsberg, † 01.02.2020
- 2 Bergarbeiter-Krankenhaus Schneeberg, † Juni 2020
- 3 Sana Klinik Riedlingen, † 01.07.2020
- 4 Kreiskrankenhaus Vohenstrauß, † 01.08.2020
- 5 Krankenhaus Wedel, † 01.08.2020
- 6 KMG Klinikum Havelberg, † 01.09.2020
- 7 Krankenhaus 14 Nothelfer Weingarten, † 30.09.2020
- 8 Marienhospital Altenessen, † 01.10.2020
- 9 St. Josefs-Hospital Bochum-Linden, † 01.10.2020
- 10 Loreley-Klinik Oberwesel, † 01.10.2020
- 11 Loreley-Klinik St. Goar, † 01.10.2020
- 12 Schön Klinik Nürnberg Fürth, † 31.10.2020
- 13 Marienhausklinik Ottweiler, † 15.12.2020
- 14 St. Hedwig-Klinik Mannheim, † 20.12.2020
- 15 St. Vincenz-Krankenhaus Essen, † 31.12.2020
- 16 Krankenhaus Ingelheim, † 31.12.2020
- 17 Krankenhaus Kloster Lehnin, † 31.12.2020
- 18 St. Josefs-Krankenhaus Losheim, † 31.12.2020
- 19 Krankenhaus Maria-Hilf Sankt Tönis, † 31.12.2020
- 20 Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen, Greifenstein, † 01.03.2021



➤ Orte, an denen Kliniken von Schließung bedroht sind

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1 Aurich (NI) | 18 Kehl (BW) |
| 2 Bad Urach (BW) | 19 Kirn (RP) |
| 3 Baden-Baden (BW) | 20 Lörrach (BW) |
| 4 Balg (BW) | 21 Mosbach (BW) |
| 5 Berlin-Tempelhof (BE) | 22 Norden (NI) |
| 6 Bockum-Hövel (NW) | 23 Oberkirch (BW) |
| 7 Böblingen (BW) | 24 Olbernhau (SN) |
| 8 Borstel (SH) | 25 Rastatt (BW) |
| 9 Buchen (BW) | 26 Rheinfelden (BW) |
| 10 Bühl (BW) | 27 Roding (BY) |
| 11 Dresden-Neustadt (SN) | 28 Sankt Augustin (NW) |
| 12 Ebersteinburg (BW) | 29 Sankt Blasien (BW) |
| 13 Emden (NI) | 30 Schopfheim (BW) |
| 14 Ettenheim (BW) | 31 Sindelfingen (BW) |
| 15 Forbach (BW) | 32 Stolzenau (NI) |
| 16 Gerlingen (BW) | 33 Wiesdorf (NW) |
| 17 Hamburg-Wilhelmsburg (HH) | 34 Winterberg (NW) |

Fortlaufend aktualisierte Liste unter www.gemeingut.org/klinikschliessungen-quellen

GiB unterstützen und den Film »Der marktgerechte Patient« oder ein T-Shirt »Bündnis Klinikrettung« bekommen!

Die Dokumentation thematisiert die unhaltbaren Zustände in Kliniken. »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«, so Peter Hoffmann, Oberarzt für Anästhesie, in dem Film. Wenn Sie bis zum 15. Mai 2021 Fördermitglied von Gemeingut in BürgerInnenhand werden, schenken wir Ihnen den Film oder alternativ ein T-Shirt: vorn mit Logo Bündnis Klinikrettung, hinten mit dem Warnhinweis »Klinikschließungen gefährden Ihre Gesundheit« (bitte Größe angeben). Schreiben Sie uns an: info@gemeingut.org Sie können Ihren Beitrag auch sicher und bequem online überweisen: www.gemeingut.org/spenden



Website zum Film: <https://der-marktgerechte-patient.org>

Oder schicken Sie diesen Coupon an: GiB e.V., Weidenweg 37, 10249 Berlin

Ich werde Fördermitglied mit einem monatlichen Beitrag von 5 € 10 € 20 € ___ €

Konto-InhaberIn
Bank
IBAN
BIC
Datum und Unterschrift

GiB ist als gemeinnützig anerkannt, Ihr Förderbeitrag ist steuerlich absetzbar. Die Spendenquittung versenden wir am Anfang des nächsten Jahres – bitte teilen Sie uns dafür Ihre Postadresse mit!

Mission Klinikrettung

Das Klinikschließen geht trotz Corona weiter. Dagegen regt sich Widerstand. Seit Herbst 2020 gibt es eine bundesweite Anlaufstelle: das Bündnis Klinikrettung. Von **Laura Valentukeviciute**



Foto: GiB

Die Mühen der Ebene sind bisweilen frustrierend. Meist kämpft jede Klinik für sich allein ums Überleben. MitarbeiterInnen und AnwohnerInnen sind engagiert – und am Ende verlieren sie doch. Das Haus schließt. Um diese Situation zu beenden, fand sich eine Gruppe von ÄrztInnen, PflegerInnen, KrankenhausleiterInnen und anderen Aktiven bei Gemeingut in BürgerInnenhand zusammen. Zunächst startete die Gruppe einen bundesweiten Aufruf an Gesundheitsminister Jens Spahn, in dem Spahn aufgefordert wird, sicherzustellen, dass keine weitere Klinik schließt. In der ersten Pandemiewelle lobten viele PolitikerInnen das deutsche Krankenhauswesen und schauten fast herablassend auf die ausgedünnte und stark privatisierte Kliniklandschaft anderer Länder. Gleichzeitig verstärkten sie aber mit ihren Entscheidungen das Klinik-

sterben hierzulande: Im Jahr 2020 schlossen 20 Kliniken. Das Bündnis Klinikrettung schrieb daher auch an die Länder, an den Bundesrat und an den Gesundheitsausschuss im Bundestag. Zuletzt wandte sich das Bündnis an die Bundeskanzlerin und den Bundespräsidenten. Bisher gibt es wenige Antworten, die zudem ausweichend sind: BundespolitikerInnen sehen die Verantwortung bei den Ländern, die Länder beim Bund. Damit sich endlich etwas tut, baut das Bündnis mit Veröffentlichungen, Kundgebungen und Aktionen weiter Druck auf. Je mehr lokale Gruppen, Kliniken, ÄrztInnen, PflegerInnen, PatientInnen sich dem Bündnis anschließen, desto eher können die Klinikschließungen endlich aufgehoben werden.

Machen Sie mit! Bei Interesse schreiben Sie uns an: info@klinikrettung.de

Aufruf: Jetzt unterschreiben!

Petition: Bundesweite Krankenhausschließungen jetzt stoppen!

In Deutschland schließen seit vielen Jahren fast monatlich Krankenhäuser. Kommunale Kliniken machen dicht, weil ihnen das Geld ausgeht, private Kliniken werden geschlossen, weil sie aus Sicht der Eigentümer nicht genügend Rendite erbringen. Der Bund fördert solche Schließungen sogar mit 500 Millionen Euro jährlich! Diese Entwicklung muss umgehend gestoppt werden. Krankenhäuser retten Leben. Wir brauchen sie in Krisenzeiten und im Alltag. Wir haben nicht zu viele Krankenhäuser, im Gegenteil! In ländlichen Räumen muss man nicht selten viele Kilometer fahren, in den Städten sind immer öfter Krankenhäuser überfüllt. Wir benötigen nicht nur deutlich mehr Pflegepersonal, sondern vielerorts auch wieder mehr Notaufnahmen, Geburtsstationen und stationäre Versorgung. Mit Corona droht sich das Kliniksterben noch zu verstärken. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn trägt die Verantwortung – er muss handeln! Unterzeichnen Sie jetzt unsere Petition an Jens Spahn:

Sehr geehrter Bundesgesundheitsminister Jens Spahn,

mit der Corona-Epidemie ist offensichtlich geworden, was passieren kann, wenn massenweise Kliniken geschlossen, Krankenhausbetten abgebaut und öffentliche Kliniken von privaten Konzernen übernommen werden. Sicher waren Sie genau wie wir sehr erleichtert, dass die Vorschläge der Bertelsmann Stiftung – die Zahl der Krankenhäuser um zwei Drittel zu reduzieren – noch nicht umgesetzt waren. Situa-

tionen wie in Italien oder den USA gab es in Deutschland nicht.

Aber die Krise ist noch nicht vorbei. Sie erfordert einen neuen Blick auf das, was notwendig ist. Weiterhin wird die Schließung von Krankenhäusern vom Bund – und damit in Ihrer Verantwortung – mit viel Steuergeld gefördert. Dazu kommt, dass die Finanzierung unserer Kliniken besorgniserregende Folgen hat: Ausgerechnet die Krankenhäuser, die unter Höchstlast Corona-Patienten versorgt haben, sind jetzt akut von der Insolvenz bedroht. Deshalb brauchen wir umgehend eine veränderte Krankenhauspolitik, wir benötigen eine solidarische Finanzierung. Sie haben die Möglichkeit und die Verantwortung, jetzt zu handeln. Wir brauchen Ihr Versprechen:

- Kein Krankenhaus darf mehr schließen. Insolvente und akut von Insolvenz bedrohte Kliniken werden vom Staat aufgefangen, ihr Weiterbetrieb wird öffentlich abgesichert, notwendige Investitionen werden bezahlt.
- Die Schließungsförderung über den Krankenhausstrukturfonds wird sofort gestoppt.
- Das Krankenhauspersonal wird erheblich aufgestockt und seine Bezahlung und Arbeitsbedingungen werden verbessert, um Überlastung zu verhindern und Abwanderung zu reduzieren.
- Klinisch notwendige Behandlungen entziehen sich jeder Planung. Die gesetzlich vorgeschriebene leistungsbezogene Planung, Verhandlung und Abrechnung von Fallpauschalen (DRG-System) wird durch ein kostendeckendes Abrechnungssystem ersetzt.

➤ Die Krankenhäuser werden in den Zentren und auf dem Land mit ausreichenden Intensivstationen, Isolierstationen, Beatmungseinheiten und Schutzkleidung ausgestattet – so dass sie vorbereitet sind für neue Belastungsspitzen.

➤ Die Betten- und Personalausstattung der Krankenhäuser wird unter Einbezug von Jahresspitzen, Katastrophen und Pandemien geplant, anstelle der bisherigen Auslegung nach jahresdurchschnittlicher Auslastung.

➤ In den derzeit unterversorgten Regionen Deutschlands wird die Zahl der Betten, Notaufnahmen, Geburtsstationen etc. durch Förderung der öffentlichen Kliniken auf das notwendige Maß angehoben.

Sehr geehrter Herr Spahn, die Zeit drängt.

Jeden Tag kann eine weitere Klinik verloren gehen. Mit den geforderten Zusicherungen würdigen Sie den beherzten Einsatz von Pflegepersonal, Ärztinnen und Ärzten für das Überleben der Covid-19-Patienten. Sie stellen damit sicher, dass Deutschland zukünftige Katastrophen ebenso bewältigen kann wie die täglichen Herausforderungen einer modernen Krankenhausversorgung. Versprechen Sie uns das?

Wir erwarten eine Antwort!

Mit freundlichen Grüßen

Bündnis Klinikrettung
im Namen der Unterzeichnenden

Jetzt online unterschreiben!
<https://www.gemeingut.org/krankenhausschliessungen-stoppen>

Helfen Sie uns, diese Informationen breiter zu streuen:

Bestellen Sie weitere Exemplare dieser Sonderbeilage – und legen Sie sie am Arbeitsplatz oder bei Veranstaltungen aus, geben Sie sie an Ihre FreundInnen weiter, bringen Sie die Beilage den Abgeordneten in Ihrem Wahlkreis vorbei. Auf Wunsch bekommen Sie die Publikation von uns zugeschickt: Bestellen Sie die Beilage unter info@gemeingut.org, und wir senden Ihnen die gewünschte Stückzahl zu. Um Druck- und Portokosten zu decken, bitten wir um eine Spende.

Unterstützen Sie unser Bündnis mit Ihrer Spende!

Trotz der Corona-Pandemie haben bisher Bund und Länder das Krankenhaussterben nicht gestoppt. Helfen Sie mit, die flächendeckende stationäre Versorgung zu erhalten. Wenn sich viele BürgerInnen einbringen, können wir erfolgreich sein. Seien Sie dabei, unterstützen Sie unser Bündnis mit einer Spende!

Sie können schnell, sicher und bequem online spenden:
www.gemeingut.org/spenden

Sie können Ihre Spende auch direkt auf unser Konto überweisen:

Gemeingut in BürgerInnenhand
Bankverbindung: GLS Bank
IBAN: DE20 43060967 1124229100
BIC: GENODEM1GLS

Oder schicken Sie diesen Coupon an:
Gemeingut in BürgerInnenhand e. V.
Weidenweg 37, 10249 Berlin

Ich möchte die **Arbeit zur Rettung der Krankenhäuser** unterstützen:
Ich spende einmalig monatlich _____

einen Beitrag von 5 € 10 € 20 € _____ €

Konto-InhaberIn

Bank

IBAN

BIC

Datum und Unterschrift

GiB ist als gemeinnütziger anerkannt, Ihr Förderbeitrag ist steuerlich absetzbar. Die Spendenquittung versenden wir am Anfang des nächsten Jahres – bitte teilen Sie uns dafür Ihre Postadresse mit!

Was macht GiB?

Im Herbst 2020 wurde Gemeingut in BürgerInnenhand (GiB) zehn Jahre alt. GiB ist zu einer festen Adresse für all jene geworden, die sich mit Privatisierung und ihren verschiedenen Formen, beispielsweise öffentlich-privaten Partnerschaften (ÖPP), auseinandersetzen. Inzwischen hat sich nicht zuletzt durch unsere Arbeit herumgesprochen, dass ÖPPs kein gutes Geschäft für die öffentliche Hand sind. Dennoch gehen PolitikerInnen in Kommunen, Ländern und Bund immer wieder diese riskanten Verträge ein – mit desaströsen Folgen, wie Rechnungshöfe regelmäßig bestätigen. Daher lassen wir nicht davon ab, Privatisierungen von Gemeingütern anzuprangern: mit Straßenaktionen, offenen Briefen, Flugblättern, Vorträgen, Videos, repräsentativen Umfragen, Pressekonferenzen, Interviews, Broschüren, Gutachten, Gesprächen mit Abgeordneten und Stellungnahmen als Sachverständige.

GiB nimmt in Bezug auf die öffentliche Daseinsvorsorge die Rolle der BürgerInnen und Bürger ein. Privatisierungen sollen verhindert oder zurückgenommen werden, vernachlässigte Einrichtungen ertüchtigt und demokratisiert werden: im öffentlichen Verkehr, bei der Wasser-

versorgung, bei den Autobahnen, im Schulbau, beim Wohnen oder bei den Krankenhäusern. Auch die Schuldenbremse kritisieren wir seit vielen Jahren als eine Rutschbahn in die Privatisierung. Die Arbeit gegen Klinikschließungen knüpft an unsere Kritik gegen Unterfinanzierung, Outsourcing und Ausverkauf an. Gesundheitsversorgung ist Daseinsvorsorge.

Finanzierung: Der größte Teil unserer Mittel stammt von Fördermitgliedern und SpenderInnen. Diese Gelder ermöglichen es uns, beharrlich am Thema zu bleiben. Darüber hinaus werben wir auch Stiftungsgelder ein.

Mitmachen: Im Berliner Büro arbeiten drei Hauptamtliche in Teilzeit. Darüber hinaus engagieren sich bundesweit Personen ehrenamtlich für GiB. Zur Vernetzung nutzen wir monatliche Treffen in Berlin, jährliche Bundestreffen sowie regelmäßige Kampagnen-Telefonkonferenzen. Wir freuen uns über weitere Aktive! Wenn Sie mitarbeiten möchten, schreiben Sie uns an: info@gemeingut.org

Informieren: In unseren monatlichen E-Mail-Infobriefen berichten wir von den aktuellen Ereignissen

und unseren Aktivitäten dazu, zeigen Alternativen auf und weisen auf Termine hin. Hier können Sie sich in den Verteiler eintragen:

www.gemeingut.org/infobrief



Impressum

Bündnis Klinikrettung
c/o Gemeingut in BürgerInnenhand (GiB) e. V.
Weidenweg 37
10249 Berlin
Telefon +49 (0)30 37300442
www.gemeingut.org
info@gemeingut.org

Vertretungsberechtigter Vorstand:
Laura Valentukeviciute, Carl Waßmuth
und Ludwig Lindner

V. i. S. d. P.: Carl Waßmuth
Redaktion: Katrin Kusche,
www.wortformer.de

Redaktionsschluss: 18.02.2021
6., aktualisierte Auflage
Erscheint im Mai 2021

Quellen zu dieser Beilage:
<https://www.gemeingut.org/klinikschliessungen-quellen>

Unterstützt von vielen SpenderInnen sowie von der Bewegungsstiftung und der Stiftung Menschenwürde und Arbeitswelt

