

Klinikschließungen

Zahlen, Gründe, Folgen



Bündnis Klinikrettung: Aktion am 22. Februar 2022 vor dem Bundesgesundheitsministerium in Berlin | Foto: Rolf Zöllner

Jedes zehnte Krankenhaus steht kurz vor der Insolvenz, warnte schon im Oktober 2020 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 2021 eine Investitionssteigerung von mehr als einem Drittel verlangen würde, ist die Investitionsfinanzierung durch die öffentliche Hand massiv rückläufig: Sie hat sich in den letzten über 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 Bezahlssystem 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 Ökonomen. 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 Kreiß-

saal 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 Verzweiflungsverkäufen 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

Lokaler Widerstand hilft!
Seite 2

Krankenhauskahlschlag: Abbau in der Fläche
Karte zu den bundesweiten Klinikschließungen
Seite 2

Ferngesteuerte Krankenhauspolitik
Seite 3

Gibt es gute Gründe für Schließungen?
Seite 3

Schließungsrausch in Niedersachsen
Seite 3

Mission Klinikrettung
Seite 4

Aufruf jetzt unterschreiben: Rendite raus aus dem Krankenhaus!
Seite 4

Wer Klinik-schließungen 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 eine Ärztin oder ein Arzt 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 2020 auf 440,6 Milliarden Euro. Mit 13,1 Prozent liegt ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt mehr als doppelt so hoch wie der Anteil der Automobilindustrie. Dieses große und wachsende Finanzvolumen macht es für das anlagensuchende Kapital auf seiner Einkaufstour 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 unablässig, 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. Der Streik an der Berliner Charité für bessere Arbeitsbedingungen und die Tarifaufhebung 2021 setzten Zeichen. Trotzdem wird Personal vor allem als Kostenfaktor gesehen.

Für verschärften Finanzdruck bei den Krankenhäusern sorgen die Länder: Im Jahr 2019 steuerten sie nur noch 43 Prozent der benötigten Investitionsmittel bei. Der „Kranken-

haus Rating Report 2021“ errechnete für mehr als 40 Prozent der Kliniken 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 zu dem Grundsatz zurückkehren, dass Gesundheit keine Ware ist. 96 Prozent der Bevölkerung gaben bei einer von Gemeingut in BürgerInnenhand beim Meinungsforschungsinstitut Forsa in Auftrag gegebenen Umfrage im Juni 2020 an, dass ihnen PatientInnenversorgung wichtiger ist als Wirtschaftlichkeit im Krankenhauswesen. Die stationäre Krankenhausversorgung ist für sie ein wichtiger Bestandteil öffentlicher Daseinsvorsorge.

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.



Entschlossen: Aktivistin von Pro Krankenhaus Havelberg | Foto: Rolf Zöllner

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** kämpfte gegen die drohende Schließung ihres Krankenhauses in Rheinland-Pfalz und erwirkte ein Bekenntnis des Trägers, es vorerst zu erhalten. Im hessischen **Wolfhagen** gab es zeitweilig schon einen Aufnahme-stopp. Letztlich übernahm der Landkreis die Klinik im Eigenbetrieb und sicherte den Weiterbetrieb. Es gibt Bürgerinitiativen zum Erhalt der Kliniken in **Hamburg-Wilhelmsburg, Rodalben, Tettngang, Sankt Augustin, Breisach, Geislingen und Pinneberg** und vielen wei-

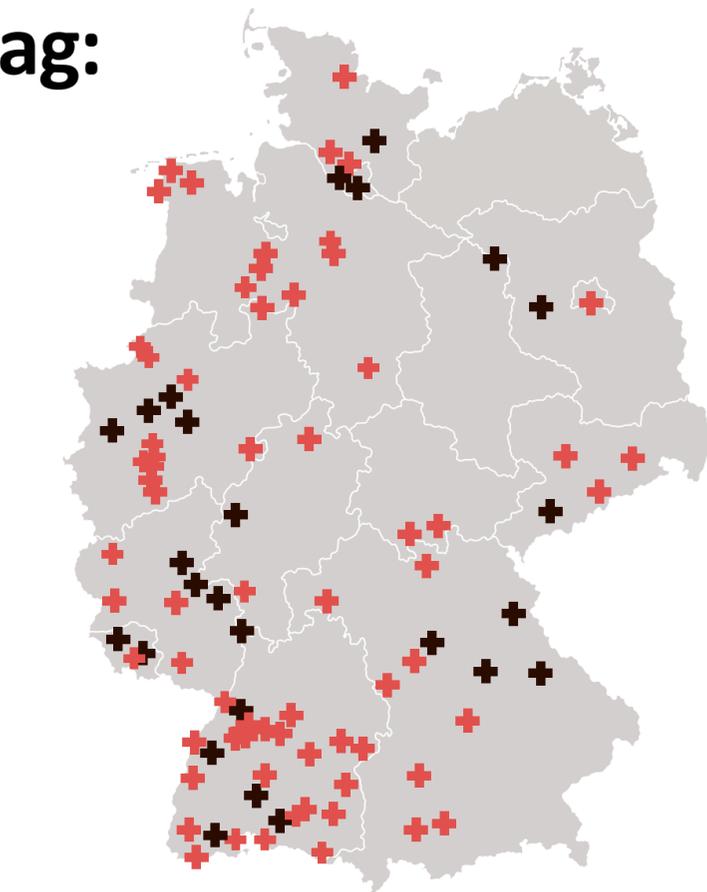
teren Orten. In **Aurich** und **Emden** sowie in **Essen** gab es Bürgerentscheide gegen die Schließungspläne. Zwar verstellte sich die Politik dem Bürgerwillen – der Protest hält aber an. Die Aktionsgruppe **Schluss mit Kliniksterben in Bayern** skandalisiert Krankenhausschließungen in ganz Bayern. Unter dem Motto **Wenckebach muss bleiben** kämpfen Beschäftigte für den Erhalt ihres Krankenhauses in **Berlin**. Auch wenn Kliniken schon geschlossen sind, engagieren sich die Menschen weiter, wie etwa in **Havelberg**.

Unterschriftensammlungen und Bürgerentscheide zum Erhalt von Kliniken erhielten allein in den letzten fünf Jahren über 600.000 Stimmen. Es lohnt sich: Schließungen können verhindert, Privatisierungen zurückgenommen werden. Zusätzlich zum lokalen Widerstand ist die überregionale Vernetzung wichtig, um mehr Druck aufzubauen: im **Bündnis Klinikrettung**.

Krankenhauskahlschlag: Abbau in der Fläche

➤ Kliniken, die seit dem 01.01.2020 geschlossen wurden

- | | |
|--|--|
| 1 Kreiskrankenhaus Parsberg (BY), † 01.02.2020 | 17 Krankenhaus Kloster Lehnin (BB), † 31.12.2020 |
| 2 Bergarbeiter-Krankenhaus Schneeberg (SN), † Juni 2020 | 18 St. Josefs-Krankenhaus Losheim (SL), † 31.12.2020 |
| 3 Sana Klinik Riedlingen (BW), † 01.07.2020 | 19 Krankenhaus Maria-Hilf Sankt Tönis (NW), † 31.12.2020 |
| 4 Kreiskrankenhaus Vohenstrauß (BY), † 01.08.2020 | 20 Asklepios Rehaklinik Seesen (NI), † 01.01.2021 |
| 5 Krankenhaus Wedel (SH), † 01.08.2020 | 21 Klinikum Forbach (BW), † Anfang 2021 |
| 6 KMG Klinikum Havelberg (ST), † 01.09.2020 | 22 Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen (HE), † 01.03.2021 |
| 7 Krankenhaus 14 Nothelfer Weingarten (BW), † 30.09.2020 | 23 Lungenklinik St. Blasien (BW), † 1. Quartal 2021 |
| 8 Marienhospital Altenessen (NW), † 01.10.2020 | 24 Alb-Donau Klinikum Langenau (BW), † 30.06.2021 |
| 9 St. Josefs-Hospital Bochum-Linden (NW), † 01.10.2020 | 25 Mutterhaus Trier-Ehrang (RP), † 12.07.2021 |
| 10 Loreley-Klinik Oberwesel (RP), † 01.10.2020 | 26 Ortenau-Klinikum Oberkirch (BW), † 03.09.2021 |
| 11 Loreley-Klinik Sankt Goar (RP), † 01.10.2020 | 27 Sana Klinik Laupheim (BW), † 01.10.2021 |
| 12 Schön Klinik Nürnberg Fürth (BY), † 31.10.2020 | 28 Lungenklinik Borstel (SH), † 31.12.2021 |
| 13 Marienhausklinik Ottweiler (SL), † 15.12.2020 | 29 Main-Spessart-Klinikum Marktheidenfeld (BY), † 31.12.2021 |
| 14 St. Hedwig-Klinik Mannheim (BW), † 20.12.2020 | 30 Krankenhaus Roding (BY), † 31.03.2022 |
| 15 St. Vincenz-Krankenhaus Essen (NW), † 31.12.2020 | |
| 16 Krankenhaus Ingelheim (RP), † 31.12.2020 | |



➤ Orte, an denen Kliniken von Schließung akut bedroht sind

- | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| 1 Albstadt (BW) | 8 Bassum (NI) | 15 Dresden-Neustadt (SN) | 22 Ettenheim (BW) |
| 2 Aurich (NI) | 9 Bobingen (BY) | 16 Dudweiler (SL) | 23 Geislingen (BW) |
| 3 Bad Saulgau (BW) | 10 Böblingen (BW) | 17 Ebern (BY) | 24 Gerlingen (BW) |
| 4 Bad Urach (BW) | 11 Berlin-Tempelhof (BE) | 18 Ebersteinburg (BW) | 25 Gerolstein (RP) |
| 5 Bad Waldsee (BW) | 12 Bühl (BW) | 19 Eckernförde (SH) | 26 Groß-Gerau (HE) |
| 6 Bad Wildbad (BW) | 13 Diepholz (NI) | 20 Elmshorn (SH) | 27 Hamburg-Wilhelmsburg (HH) |
| 7 Balg (BW) | 14 Dinkelsbühl (BY) | 21 Emden (NI) | 28 Hamm-Bockum-Hövel (NW) |
| | | | 29 Hildburghausen (TH) |
| | | | 30 Kehl (BW) |
| | | | 31 Kirn (RP) |
| | | | 32 Köln-Holweide (NW) |
| | | | 33 Kösching (BY) |
| | | | 34 Leisnig (SN) |
| | | | 35 Leverkusen (NW) |
| | | | 36 Neuendettelsau (BY) |
| | | | 37 Neuhaus (TH) |
| | | | 38 Norden (NI) |
| | | | 39 Olbernhau (SN) |
| | | | 40 Pfullendorf (BW) |
| | | | 41 Pinneberg (SH) |
| | | | 42 Radolfzell (BW) |
| | | | 43 Rahden (NW) |
| | | | 44 Rastatt (BW) |
| | | | 45 Rheinfelden (BW) |
| | | | 46 Rodalben (RP) |
| | | | 47 Schongau (BY) |
| | | | 48 Schopfheim (BW) |
| | | | 49 Sindelfingen (BW) |
| | | | 50 Solingen (NW) |
| | | | 51 Soltau (NI) |
| | | | 52 Stadtlohn (NW) |
| | | | 53 Stolzenau (NI) |
| | | | 54 Stühlingen (BW) |
| | | | 55 Sulingen (NI) |
| | | | 56 Tettngang (BW) |
| | | | 57 Troisdorf (NW) |
| | | | 58 Vreden (NW) |
| | | | 59 Walsrode (NI) |
| | | | 60 Weilheim (BY) |
| | | | 61 Wiesdorf (NW) |

Die Liste der drohenden Schließungen ist eine Momentaufnahme und wird aufgrund immer neuer Fälle laufend aktualisiert.

Ferngesteuerte Krankenhauspolitik

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

Fast geräuschlos wandelt sich Deutschlands Krankenhauslandschaft: Klinikschließungen, Zentralkrankenhäuser, die mehrere kleine Standorte ersetzen, Privatisierungen, neue Qualitäts- und Struktur-anforderungen und eine enorme Gesetzesflut greifen ineinander und bewirken eine dramatische Reduktion der Klinikstandorte. Die flächendeckende Versorgung mit der Erreichbarkeit eines Basiskrankenhauses binnen 30 Fahrzeitminuten ist akut gefährdet. Wie wichtig aber jedes einzelne Krankenhaus ist, zeigte die Corona-Pandemie. Ganz Deutschland musste herunterfahren, um die Leistungsgrenze der Krankenhäuser nicht zu überschreiten. Die Lehre daraus ist: Das Krankenhauswesen muss langfristig stabilisiert und als Gemeingut gesichert werden. Die zugehörigen Entscheidungen sind zu demokratisieren.

Derzeit ist jedoch das Gegenteil der Fall. Während 88 Prozent der Bevölkerung Klinikschließungen ablehnen, fordern GesundheitsökonomInnen in einem „Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren“ Kapazitätsverringern im Krankenhaussektor. 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 die Maximalversorger und Schwerpunkt-kliniken leisten. Für die Fläche sind integrierte ambulante-stationäre Versorgungszentren vorgesehen, in denen die ambulante Behandlung

Vorrang hat. Sie sind in der Regel abends, an Wochenenden und an Feiertagen ärztlich nicht besetzt. Die Notfallversorgung soll sich – wenn überhaupt – auf ambulante „Klein-notfälle“ konzentrieren. Die ärztliche Anwesenheit ist auf zwölf Stunden am Tag begrenzt. Das ländliche Krankenhaus hätte dann ausgedient.

Dabei sind es immer dieselben BeraterInnen, die das Schließungsmantra vortragen: Busse sitzt im Kernteam des Bertelsmann-Projektes „Neuordnung Krankenhaus-Landschaft: Weniger ist mehr“, Augurzky gehört zu dessen Review Board und befindet sich dort in Gesellschaft von Prof. Jonas Schreyögg. Alle drei zählen neben Meyer zu den engsten BeraterInnen des Bundesgesundheitsministers und seiner 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 während der Corona-Pandemie. Man kann den MinisterInnen nicht vorwerfen, sich beraten zu lassen. Aktuell ist die eingeholte Expertise aber unausgewogen: Augurzky, Busse, Meyer und Schreyögg stehen für Klinikkonzentration. Im Jahr 2019 forderten drei von ihnen sogar eine Reduzierung der Zahl der Krankenhäuser um zwei Drittel auf dann nur noch 600 Häuser. Es ist an der Zeit, die Bevölkerung an den Beratungsgremien zur Zukunft der Kliniklandschaft zu beteiligen.

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
» Wenn jedes Krankenhaus mindestens einen Herzinfarktpatienten pro Tag sehen soll, brauchen wir höchstens 500 Häuser.«
Prof. Reinhard Busse

Für bestimmte Eingriffe sind Mindestmengen sicher ein wichtiges Qualitätskriterium. Aber das ist kein Grund, kleine Krankenhäuser dichtzumachen. Diese Kliniken machen nämlich das, was sie machen, gut bis ausgezeichnet. Planbare Spezialoperationen werden schon seit Jahren meist in Maximalversorgungs- oder Fachkliniken vorgenommen. Die Krankenhäuser der Grundversorgung behalten ihre Berechtigung: Sie leisten Geburtshilfe, versorgen Unfälle, Blutungen, Blinddarmentzündungen, Sepsis, behandeln Nebenwirkungen von Medikamenten, entgleiste diabetische Stoffwechsellagen, akute Atemwegserkrankungen und anderes. Und weil sie vor Ort sind, können sie in weniger als 30 Minuten die lebensrettende Erstversorgung auch von schweren Herzinfarktpatienten starten. Nach einer Stabilisierung kann dann die Verlegung in eine Spezialklinik erfolgen. Spezialisierte Krankenhäuser müssen übrigens nicht zwingend Großkliniken sein, im Gegenteil. Von mehreren regionalen Kliniken kann jeweils ein Haus bestimmte Erkrankungen bevorzugt behandeln – und erreicht

so die für eine gute Qualität erforderliche Mindestmenge. Zentralisierungen sind auch aus ökologischen Gründen abzulehnen. Zentralkrankenhäuser sind zerstörerische Großprojekte. Für ihren Neubau werden dauerhaft neue Flächen versiegelt und tonnenweise toxische Baumaterialien in die Umwelt eingebracht. Abriss mit Neubau führt zu enormen Kohlendioxid-Emissionen. Dazu kommen ungeplante Kostensteigerungen: In Dänemark beispielsweise wurden nur zwei von sechs bis 2021 geplanten Zentralkrankenhäusern realisiert, die Budgets wurden um über 135 Millionen Euro überschritten. Jetzt will Dänemark seine sogenannten Nahkrankenhäuser zurück.
» 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 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 Krankenbett auf. Die notwendige Reform besteht darin, 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 sie ganz wesentlich zur Pandemiebewältigung beigetragen. Leider wurde die Ausgleichsfinanzierung für die angefallenen Kosten in der Pandemie so gestrikt, 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 hingegen, dass auch nachts und am Wochenende Pflegepersonal und FachärztInnen für die Überwachung vor Ort sind.

Schließungsrausch in Niedersachsen

Die niedersächsische Regierung plant eine radikale Ausdünnung der Krankenhauslandschaft um 30 bis 40 Krankenhäuser landesweit. Dabei schließen in Niedersachsen schon seit Jahren mehr Kliniken als im Bundesdurchschnitt. Vor Ort wächst der Widerstand. Von **Rainer Neef**, **Jorinde Schulz** und **Carl Waßmuth**

Die Krankenhausstatistik für Niedersachsen weist für 2010 noch 198 Krankenhäuser aus, 2019 waren es 177 – ein Rückgang um zwölf Prozent, der damit deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegt. Nun soll es noch schneller gehen. Ganz vorn dabei ist Gesundheitsministerin Daniela Behrens (SPD). Während eines Besuchs in Emden befürwortete sie wärmstens den Bau eines neuen Zentralklinikums in Georgsheil. Mit dessen Fertigstellung sollen die Kliniken in Aurich, Emden und Norden geschlossen werden, voraussichtlich im Jahr 2027.

In einem Bürgerentscheid hatte sich die Bevölkerung gegen das Projekt ausgesprochen. Ein zweiter Entscheid ging zwei Jahre später nach intensiver Werbung dafür knapp positiv aus. Das war vor Bekanntwerden der Kostensteigerung von 250 auf 400 und heute 720 Millionen Euro und vor der Ende März 2021 erfolgten Schließung der Geburtsstation in Emden. Die Gesundheitsministerin blieb im Februar 2022 gleichwohl begeistert von dem Projekt und ging auf dessen negative Folgen nicht ein.

Schätzungsweise 25.000 Menschen werden das neue Krankenhaus nicht innerhalb von 30 Minuten erreichen können.

Ähnlich ist die Lage im östlichen Ostfriesland. Dort ist eine Zentralklinik in Twistingen geplant, die 2027 oder 2028 arbeitsfähig sein wird. Dafür sollen die Krankenhäuser in Bassum, Diepholz und Sulingen geschlossen werden. Hier sind es 28.000 Einwohner, welche künftig ihr Krankenhaus nicht mehr binnen 30 Pkw-Minuten erreichen werden.

Mit der enormen Baukostensteigerung für das Zentralklinikum Georgsheil kommen auf den Landkreis außerordentliche Belastungen zu, auch wenn das Land sich mit 70 Prozent an den Kosten beteiligen will. Die Gelder könnten alternativ auch in den Erhalt des Bestehenden fließen: Allein mit der in Aussicht gestellten Landesförderung ließen sich die sechs Krankenhäuser, die aufgrund der Neubauten in Georgsheil und Twistingen schließen sollen, grundlegend modernisieren und die Gehälter der Pflegenden angemessen aufstocken.

„Megaprojekte“ wie die Kliniken in Georgsheil und Twistingen haben weitreichende negative Folgen. Gemeinden, in denen Krankenhäuser schließen, müssen den Verlust von attraktiven Arbeits- und Ausbildungsplätzen und funktionierenden Strukturen verschmerzen. Mit einer

Krankenhausschließung gehen den Kommunen hohe Einnahmen aus der Einkommensteuer verloren. Das reißt Löcher in ohnehin leere kommunale Kassen. Die Schließungen, für die häufig wirtschaftliche Gründe angeführt werden, können zur Verschärfung wirtschaftlicher Probleme vor Ort führen.

Auch der Neubau selbst ist abträglich. Im Fall Georgsheil stellt er keine Erweiterung der Kapazität an Betten und Versorgung dar, sondern eine Reduktion. Dafür wird grüne ostfriesische Wiese dauerhaft versiegelt, zusätzliches Kohlendioxid emittiert, und tausende Tonnen überwiegend schädlicher Baumaterialien werden verbaut. Statt die negativen Auswirkungen und den lokalen Protest ernst zu nehmen, wenden sich die Verantwortlichen gegen die BürgerInnen. Vergangenen November erließ der niedersächsische Landtag ein Verbot von Bürgerentscheiden über Krankenhausstandorte. Offensichtlich ist das Risiko zu groß, dass engagierte BürgerInnen vor Ort Klinikschließungen verhindern. Dabei täten die PolitikerInnen gut daran, die Einwände von Krankenhausbeschäftigten und Bürgerinitiativen zu berücksichtigen. Noch ist es nicht zu spät.

GiB unterstützen und das neue Buch „Heile und herrsche!“ bekommen!

Im Gesundheitswesen Deutschlands vollzieht sich eine Zeitenwende: Krankenhäuser werden an private Klinikkonzerne verschleudert. Das flächendeckende Netz der Krankenhäuser wird ausgedünnt. Gesundheit wird zur Ware. Die Digitalisierung bringt Segen und Fluch. Bernd Hontschik geht in seinem Buch brennenden Fragen nach: Brauchen wir 100 Krankenkassen? Muss man PatientInnen zentral speichern? Wie kommen wir zu einer auskömmlichen Krankenhausfinanzierung? Und er gibt Antworten.

Wenn Sie bis zum 30. Juni 2022 Fördermitglied von Gemeingut in BürgerInnenhand (GiB) werden, schenken wir Ihnen das Buch. Schreiben Sie uns mit dem Betreff „Fördermitgliedschaft/Buchcoupon Hontschik“ an: info@gemeingut.org Sie können Ihren Beitrag mit dem genannten Betreff auch sicher und bequem online überweisen: www.gemeingut.org/spenden



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!



Schmähpreis „Goldene Abrissbirne“ als Karikatur | Zeichnung: Katharina Greve

Mission Klinikrettung

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

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. Die Gruppe schrieb einen bundesweiten Aufruf gegen Klinikschließungen und begann, den Kahlschlag zu dokumentieren: 30 Krankenhäuser haben seit Januar 2020 dichtgemacht. Die Politik versucht sich ihrer Verantwortung für diese erschreckende Bilanz zu entziehen. BundespolitikerInnen zeigen auf die Länder, LandespolitikerInnen auf die Kommunen. Damit sich endlich etwas tut, baut das Bündnis Druck auf. Die Unterschriften für seine erste

Petition überreichte es im Februar 2022 an Gesundheitsminister Karl Lauterbach. Pikant: Ein Jahr zuvor hatte er als einfacher Abgeordneter den Aufruf selbst unterschrieben. Nun steht es in seiner Macht, den Kahlschlag zu beenden. Im April verlieh das Bündnis erstmals einen Schmähpreis für Klinikschließter: Die „Goldene Abrissbirne“ ging an Baden-Württembergs Gesundheitsminister Manfred Lucha, der dafür gesorgt hat, dass das Bundesland einen traurigen Spitzenplatz besetzt. In keinem Bundesland schrumpft die Zahl der Krankenhäuser schneller. Seit der Preisverleihung tun dort nun immer mehr BürgerInnen ihren Unmut kund. Je mehr Kliniken, ÄrztInnen, PflegerInnen, PatientInnen sich dem Bündnis anschließen, desto eher können die Klinikschließungen aufgehalten werden. Machen Sie mit! info@klinikrettung.de

Aufruf jetzt unterschreiben:

Rendite raus aus dem Krankenhaus!

Sehr geehrter Herr Bundeskanzler,

gerade werden wir alle von diversen Krisen erschüttert: Pandemie, Krieg, Klimawandel. Gleichzeitig vollziehen sich in Deutschland in einem bislang nie dagewesenen Tempo Klinikschließungen und die Zerstörung der stationären Notfallversorgung im ländlichen Raum. Dieser Klinikkahlschlag ist kein bedauerlicher Nebeneffekt einer notwendigen Reform. Auf den ersten Blick mag es plausibel erscheinen, dass ein Krankenhaus schließt, sobald ihm das Geld ausgeht. Tatsächlich aber sind die Schließungen Teil einer der radikalsten neoliberalen Reformen der letzten Jahrzehnte. Kleine Häuser werden geschlossen, um lukrativeren, renditeoptimierten Zentralkliniken den Weg zu bereiten. Diese teuren und ökologisch schädlichen Neubauprojekte beanspruchen ein Vielfaches von dem Geld, das die Erneuerung bestehender Häuser kosten würde. Deutschland ist weltweit trauriger Vorreiter bei der Privatisierung seiner Krankenhäuser und seines Gesundheitswesens. Nirgendwo sonst steigt der Anteil der Privatkliniken so schnell wie bei uns, kaufen sich Kapitalanleger so rasant ein in medizinische Versorgungszentren, Arztpraxen und Gesundheitsdienstleister. Geschlossene Kliniken werden aufgekauft und in Pflegeheime umgewandelt, die Klinikkonzerne erweitern gleichzeitig ihre Marktmacht. So werden zunehmend öffentliche Gelder, die dem Erhalt beziehungsweise der Wiederherstellung der Gesundheit dienen sollten, in private Gewinne umgemünzt.

Und was sind die Pläne des von Ihnen eingesetzten Bundesgesundheitsministers Karl Lauterbach? Ein Gremium seines Ministeriums, der gemeinsame Bundesausschuss, schlägt vor, 700 weitere Krankenhäuser zu schließen! Die schlimmste, ja unerträgliche Folge der Ausdünnung der Notfallversorgung sind die vielen vermeidbaren Todesfälle. Stets ist vom Pflegekräftemangel die Rede. Nun stellen Sie sich mal vor, die Schließung von 700 Standorten anzukündigen. Pro Krankenhaus geht es um 150 bis 1000 Beschäftigte! Die Pflegekräfte fliehen aus dem Beruf, weil die Arbeitsbedingungen katastrophal sind. Auch für Ärztinnen und Ärzte gilt: Statt sich voll auf die PatientInnen konzentrieren zu können, verbringen sie Tag für Tag bis zur Hälfte ihrer Zeit am Computer und geben Daten ein, die allein der Kommerzialisierung dienen.

Das Gesundheitswesen in Deutschland hat mehr als eine Schwäche. Eine verbliebene Stärke bestand jedoch darin, dass monatelange Wartezeiten hierzulande weitgehend unbekannt waren – bis die Pandemie kam. Während der Pandemie haben wir erlebt, was in anderen Ländern durch Kürzungen schon länger trauriger Alltag ist: Hunderttausende Menschen mussten monatelang auf eine Diagnose, zehntausende auf Operationen warten. Mit einem Tumor im Körper kann eine verschobene Operation das Todesurteil sein.

Herr Scholz, wir sagen Ihnen in aller Deutlichkeit: Diese Zustände tolerieren wir nicht! Deutschland ist eines der reichsten Länder der Welt. Die Menschen hierzulande haben flächendeckend Anspruch

auf eine angemessene medizinische Behandlung. Das Geld dafür ist da, es wird von uns Versicherten und Steuerzahlenden Jahr für Jahr neu aufgebracht. Aber durch die Möglichkeit, mit Krankheit anderer Geld zu machen, fließt immer mehr von diesem Geld an private Konzerne ab. Damit muss Schluss sein!

Wir fordern von Ihnen, stellen Sie sicher:

- ➔ Der Krankenhauskahlschlag muss gestoppt werden.
- ➔ Jede und jeder muss ein Krankenhaus in maximal 30 Minuten erreichen können.
- ➔ Wohnortnahe Krankenhäuser dürfen nicht durch teure Zentralkliniken ersetzt werden.
- ➔ Das Krankenhauspersonal muss gute Arbeitsbedingungen und Tariflöhne bekommen und nicht für die Rendite der Träger herhalten.
- ➔ Das Gewinnprinzip und die Privatisierung im Gesundheitssektor müssen gestoppt werden.
- ➔ Die Krankenhausfinanzierung ist auf Selbstkostendeckung umzustellen.

Mit freundlichen Grüßen

Bündnis Klinikrettung
im Namen der Unterzeichnenden

Jetzt online unterschreiben!
<https://www.gemeingut.org/rendite-raus-aus-dem-krankenhaus>



Helfen Sie uns, diese Informationen breiter zu streuen:

Bestellen Sie weitere Exemplare dieser Sonderzeitung – und legen Sie sie am Arbeitsplatz oder bei Veranstaltungen aus, geben Sie sie an Ihre FreundInnen weiter, bringen Sie die Zeitung den Abgeordneten in Ihrem Wahlkreis vorbei. Auf Wunsch bekommen Sie die Publikation von uns zugeschickt: Bestellen Sie die Zeitung 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 Erfahrungen aus der Corona-Pandemie haben Bund und Länder das Krankenhaussterben bisher nicht gestoppt. Helfen Sie mit, die stationäre Versorgung in der Fläche 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 gemeinnützig 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 2022 wird Gemeingut in BürgerInnenhand (GiB) zwölf 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 Was-

serversorgung, 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 fünf 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 für diese Ausgabe:
02.05.2022

7., vollständig überarbeitete Auflage
Erscheint im Mai 2022 als Beilage in der
Hannoverschen Allgemeinen Zeitung

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

Unterstützt von vielen SpenderInnen
sowie der Bewegungstiftung, der
Stiftung Menschenwürde und Arbeitswelt
und attac Berlin

