



Die Zeit ist reif. Wo bleibt die Revolution?



GesundheitsministerInnenkonferenz in Magdeburg: Das Bündnis Klinikrettung stellt Gesundheitsminister Lauterbach seine Forderungen vor | Foto: Viktoria Kühne

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach kündigte im November 2022 eine „Revolution“ im Krankenhauswesen an. Notwendig wäre sie, denn die Zustände sind katastrophal. Die inzwischen vorgestellten Reformvorschläge sind jedoch wenig revolutionär. Statt das System zu ändern, wird an den gescheiterten Fallpauschalen herumgedoktert. So werden die Reformen von Lauterbach und seiner Kommission die Missstände noch verschärfen.

Die Bilanz ist erschreckend: Über 40 Krankenhäuser mussten seit 2020 schließen, 13 davon im Jahr 2022. Die Zahl der akut bedrohten Kliniken erreicht aktuell mit 74 Einrichtungen einen traurigen Rekord. Gefährdet sind vor allem kleinere Kliniken, die als Allgemeinversorger für eine größere ländliche Region fungieren und die wichtigsten Abteilungen für Notfälle bereithalten: Chirurgie und Innere Medizin, Schockraum, aber auch Kinder- und Geburtshilfe. Das Vorhalten aller Basisleistungen für den Notfall ist ressourcenintensiv: Der Notdienst muss breit aufgestellt, schnell und rund um die Uhr erreichbar sein. Die Strukturen dafür wurden über Jahrzehnte aufgebaut, sie sind Teil der Daseinsvorsorge, die wir alle über Steuern und Krankenkassenbeiträge finanzieren und die allen zur Verfügung stehen muss.

Dramatische Zustände in Kinderkliniken

Krankenhauspolitische Entscheidungen unterhöhlen diese Selbstverständlichkeit seit längerem – Schließungen und Versorgungslücken sowie lange Anfahrtswege und Wartezeiten prägen inzwischen die Krankenhauslandschaft. Im Dezember 2022 meldete die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, dass Kinderkliniken kaum noch Betten frei hätten, im Durchschnitt nicht mal ein einziges Bett. Zahlreiche Betten können nicht belegt werden, weil Personal fehlt – einer der Gründe für die exzessiven Schließungen von Pädiatrien. Die von Lauterbach einberufene „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ gab in ihrem ersten Bericht zu: „Mit den genannten 334 Standorten hat die Pädiatrie ein

Konzentrationsniveau erreicht, das weit über das in der Erwachsenenmedizin hinausgeht.“ Das ist eine verharmlosende Umschreibung des lebensbedrohlichen Zustands.

Drei Reformvorschläge mit fatalen Folgen

Ob in der Kinder- oder in der Erwachsenenmedizin, die Konzentration der Angebote auf immer weniger Standorte, und damit die Schließung von Kliniken, ist politisch gewollt. Auch die am 6. Dezember 2022 vorgestellte Reform zielt darauf ab, die Krankenhauslandschaft umzubauen und die Zahl der Krankenhäuser zu dezimieren. Prof. Dr. Augurzyk, einer der Urväter der Reform, bezifferte die Zahl der zu schließenden Kliniken auf 20 Prozent.

Die Reform enthält drei Vorschläge. Der erste beinhaltet ein Zwei-Säulen-Modell aus Vorhaltung und Fallpauschalen. Seine Umsetzung behebt die Finanzmisere der Kliniken in keiner Weise, sondern führt nur zu weiteren Schließungen. Die Vorhaltefinanzierung wird bei der geplanten Ausgestaltung die finanziellen Probleme der betroffenen Kliniken nicht lösen, weil sie die jetzige Finanzierung über die Fallpauschalen nicht ablöst, sondern sie nur anteilig ersetzt. Mehr Geld wird bei den Krankenhäusern dadurch nicht ankommen. Lauterbach will die Reform kostenneutral gestalten und das mit einem Budgetdeckel erreichen.

Die beiden weiteren Vorschläge – die Einführung der KrankenhausLevel und Leistungsgruppen – zielen direkt darauf ab, die Krankenhauslandschaft radikal zu verändern. Positiv formuliert sollen durch die Einführung der Level die Krankenhäuser standardisiert werden und die in jedem Bundesland unterschiedli-

chen Definitionen von Regelversorger, Schwerpunkt- oder Maximalversorger vereinheitlicht werden. So weit, so gut. Folgeschwer ist jedoch, dass die Krankenhäuser der niedrigsten Stufe (Level 1n und Level 1i) in ihrem Leistungsspektrum entweder massiv eingeschränkt oder als Akutkrankenhäuser verschwinden werden.

Herabstufung von Krankenhäusern zu Pflegeeinrichtungen

Einrichtungen des Levels 1i sollen nicht unbedingt ärztlich, sondern von speziell ausgebildeten Pflegekräften geleitet werden und nur über stationäre Pflegebetten verfügen. Auf Abruf wird lediglich ambulante ärztliche Behandlung geleistet. Die Einrichtungen des Levels 1i werden somit keine ärztliche Verfügbarkeit an sieben Tagen die Woche rund um die Uhr gewährleisten und daher vielfach nicht in der Lage sein, bei Notfällen zu helfen. Das i-Tüpfelchen ist dabei der Kommissionsvorschlag, in diesen Einrichtungen auch die Angehörigen in die Pflege einzubeziehen.

Es ist davon auszugehen, dass die bundesweit 657 Krankenhäuser, die derzeit laut dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Anforderungen an Notfallstufen nicht erfüllen, zu Level-1i-Einrichtungen degradiert werden und somit aufhören, als Krankenhäuser zu existieren.

Noch mehr Schließungen von Geburtsstationen

Kliniken des Levels 1n sollen als Krankenhäuser erhalten bleiben, allerdings nur auf Basisniveau in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie und Notfallversorgung. Geburtshilfe soll in keiner der Level-1-Einrichtungen angeboten

werden. Sie wird in den Kliniken des Levels 2 und 3 konzentriert, was den Abbau der schon heute stark ausgedünnten Geburtsstationen von aktuell 810 auf circa 428 bedeutet.

Ein weiterer Grundpfeiler der Reform ist die Einteilung des Behandlungsspektrums der Krankenhäuser in Leistungsgruppen. Es sollen 128 Leistungsgruppen entstehen, die zum Beispiel die bisherige Innere Medizin in mehrere Leistungsgruppen aufsplitten. Von der kleinteiligen Spezialisierung verspricht sich die Kommission eine höhere Qualität. Tatsächlich wird damit der Qualitätsbegriff vor allem quantifiziert, also auf die Behandlungsmenge verengt. Krankenhäuser, welche die rigiden Mengenvorgaben nicht erfüllen, dürfen bestimmte Behandlungen nicht mehr durchführen, auch wenn sie Kompetenz und Erfahrung haben. Damit würden die über Jahre aufgebauten Kompetenzen schlagartig zerstört werden. In der Realität kann das zu skurrilen Vorfällen führen: Fällt während einer Pankreas-Operation der Herzschrittmacher aus, muss auch in der Leistungsgruppe zu Herzkrankheiten schnell behandelt werden. Ist das Krankenhaus für diese Leistungsgruppe nicht zugelassen, darf es die Behandlung nicht durchführen. Behandelt es dennoch, wird es von den Krankenkassen finanziell abgestraft. Außerdem kann der Druck, zum Jahresende noch die erforderlichen Mengenvorgaben erfüllen zu müssen, zu medizinisch nicht notwendigen Operationen führen.

Bürokratieaufwand frisst noch mehr Zeit

Alle drei Reformvorschläge erfordern zusätzlichen Dokumentations- und Verwaltungsaufwand weit über das bisher

Inhalt

**Klinikschließungen:
Zahlen, Gründe, Folgen**
Seite 2

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

**Keine Entlastung für das
Krankenhauspersonal**
Seite 3

**Dänemarks Abbau der
Nahversorgung**
Seite 3

**Bayern droht Medizin zweiter
Klasse**
Seite 3

Mission Klinikrettung
Seite 4

**Solidarisch:
Selbstkostendeckung**
Seite 4

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

dafür notwendige Drittel der Arbeitszeit hinaus. Besonders verwaltungsintensiv sollen die Leistungsgruppen werden: Sie müssen beantragt, begründet, dokumentiert und geprüft werden. Hinzu kommen Auseinandersetzungen mit dem Medizinischen Dienst in Fällen wie der oben beschriebenen Pankreas-Operation. All das entzieht den Krankenhäusern weitere personelle Ressourcen.

Klinik-Konzentration führt zu lebensbedrohender Überlastung

Die jetzt geplante Reform wird außerdem auch die Lage der PatientInnen drastisch verschlechtern, absehbar sind: mangelnde ärztliche Versorgung in den Einrichtungen des Levels 1, noch längere Anfahrtswege bis zu den Kliniken der Level 2 und 3, Unklarheit, welche Klinik bei welchen Notfällen und Krankheitsbildern aufgesucht werden soll und damit verbundene Abweisungen von PatientInnen, unerträglich lange Wartezeiten auf Diagnosen und Behandlungen in den verbleibenden Kliniken und Rettungsstationen. Schließungen und Klinikkonzentration werden nicht nur zu Problemen im ländlichen Raum führen. In den Ballungsgebieten wird es zu PatientInnen-Staus in den verbleibenden Kliniken kommen. Einen Vorgeschmack auf die drohenden Verhältnisse bietet Großbritannien. Dort müssen die Menschen teilweise über zwölf Stunden in den Notaufnahmen auf die Versorgung warten, was zu 300 bis 500 Todesfällen pro Woche führt.

Die Revolution heißt Selbstkostendeckung

Die Zeit ist reif für eine grundlegende Reform – für das Prinzip der Selbstkostendeckung (siehe Seite 4). Bei der Selbstkostendeckung gibt es weder Verluste noch Gewinne, also auch keine Renditen für die Anleger, keine unnötigen, aber lukrativen Eingriffe und keine damit verbundenen horrenden Krankenkassenausgaben. Wenn das keine Revolution wäre, was dann?

Klinikschießungen: Zahlen, Gründe, Folgen

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 schon 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! Und die Inflation galoppiert weiter. Was können die Krankenhäuser in diesem Überlebenskampf machen?

Sie müssen die fehlenden Investitionen aus sich selbst heraus leisten, hierzu müssen sie 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 Kostenersatzung: Für jeden Tag Liegezeit erhielt das Krankenhaus 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 diesem Zeitpunkt 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 System der diagnosebezogenen Fallpauschalen ergibt sich der Case Mix Index. Der Case Mix Index ist der Durchschnitt aller DRGs, die ein Krankenhaus gegenüber den Kassen zur Abrech-

nung 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 Tä-



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

tigkeit und Diagnose mit der Höhe der Bezahlung. Indem nun allein die Diagnose die Einnahmen des Krankenhauses generiert, wird sie zum zentralen Zielobjekt der ÖkonomInnen. 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 Verzweifelungsverkäufen 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.

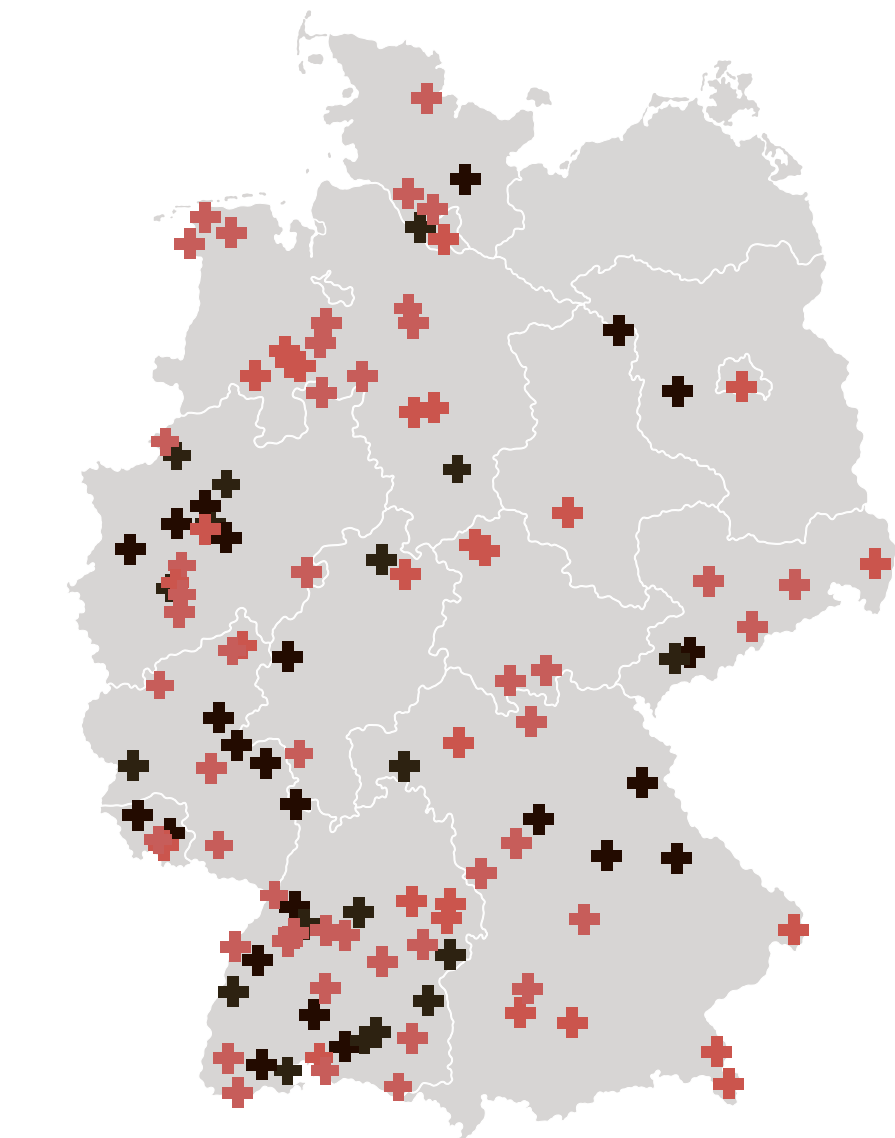
Krankenhausschließungen sind nichts anderes als Vernichtung von Gemeineigentum. Das geschieht völlig planlos, nicht nach Bedarf, sondern nach Bilanz. Krankenhausprivatisierungen sind Verschleuderung, und Dividenden sind Diebstahl von Gemeineigentum.

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.

Krankenhauskahlschlag: Abbau in der Fläche

➤ Kliniken, die seit dem 01.01.2020 geschlossen wurden (Stand 01/2023)

- | | |
|---|--|
| 1 Kreiskrankenhaus Parsberg (BY), † 01.02.2020 | 23 Klinik St. Blasien (Lungenfachklinik) (BW), † 1. Quartal 2021 |
| 2 Bergarbeiter-Krankenhaus Schneeberg (SN), † Juni 2020 | 24 Alb-Donau Klinikum Langenau (BW), † 30.06.2021 |
| 3 Sana Klinik Riedlingen (BW), † 01.07.2020 | 25 Mutterhaus Trier-Ehrang (RP), † 12.07.2021 |
| 4 Kreiskrankenhaus Vohenstrauß (BY), † 01.08.2020 | 26 Ortenau Klinikum Oberkirch (BW), † 03.09.2021 |
| 5 Krankenhaus Wedel (SH), † 01.08.2020 | 27 Sana Klinik Laupheim (BW), † 01.10.2021 |
| 6 KMG Klinikum Havelberg (ST), † 01.09.2020 | 28 Medizinische Klinik Borstel (Lungenfachklinik) (SH), † 31.12.2021 |
| 7 Krankenhaus 14 Nothelfer Weingarten (BW), † 30.09.2020 | 29 Klinikum Main-Spessart Marktheidenfeld (BY), † 31.12.2021 |
| 8 Marienhospital Altenessen (NW), † 01.10.2020 | 30 Krankenhaus Roding (BY), † 31.03.2022 |
| 9 St. Josefs-Hospital Bochum-Linden (NW), † 01.10.2020 | 31 Klinik Schillerhöhe Gerlingen (BW), † 15.07.2022 |
| 10 Loreley-Klinik Oberwesel (RP), † 01.10.2020 | 32 Sana-Kliniken Bad Wildbad (BW), † 31.07.2022 |
| 11 Loreley-Klinik Sankt Goar (RP), † 01.10.2020 | 33 Hegau-Bodensee-Klinikum Stühlingen (BW), † 31.07.2022 |
| 12 Schön Klinik Nürnberg Fürth (BY), † 31.10.2020 | 34 St. Josef Krankenhaus Wiesdorf (NW), † 31.08.2022 |
| 13 Marienhausklinik Ottweiler (SL), † 15.12.2020 | 35 Krankenhaus Maria-Hilf Stadtlohn (NW), † 22.10.2022 |
| 14 St. Hedwig-Klinik Mannheim (BW), † 20.12.2020 | 36 Krankenhaus Pfullendorf (BW), † 31.10.2022 |
| 15 St. Vincenz-Krankenhaus Essen (NW), † 31.12.2020 | 37 InnKlinikum Haag (BY), † 01.11.2022 |
| 16 Krankenhaus Ingelheim (RP), † 31.12.2020 | 38 Krankenhaus Bad Saulgau (BW), † 30.11.2022 |
| 17 Krankenhaus Kloster Lehnin (BB), † 31.12.2020 | 39 St. Elisabeth-Krankenhaus Niederwenigern (NW), † 2022 |
| 18 St. Josefs-Krankenhaus Losheim (SL), † 31.12.2020 | 40 Krankenhaus Ettenheim (BW), † 23.12.2022 |
| 19 Krankenhaus Maria-Hilf Sankt Tönis (NW), † 31.12.2020 | 41 Heinrich-Braun-Klinikum Kirchberg (SN), † 21.12.2022 |
| 20 Asklepios Rehaklinik Seesen (NI), † 01.01.2021 | 42 St. Josef-Krankenhaus Hamm-Bockum-Hövel (NW), † Ende 2022 |
| 21 Klinik Forbach (BW), † Anfang 2021 | |
| 22 Agaplesion Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen (HE), † 01.03.2021 | |



➤ Orte, an denen Kliniken von Schließung akut bedroht sind (Stand 01/2023)

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| 1 Aalen (BW) | 9 Balg (BW) | 17 Dinkelsbühl (BY) |
| 2 Adenau (RP) | 10 Bassum (NI) | 18 Dresden-Neustadt (SN) |
| 3 Albstadt (BW) | 11 Berlin-Tempelhof (BE) | 19 Dudweiler (SL) |
| 4 Altenkirchen (RP) | 12 Berchtesgaden (BY) | 20 Ebern (BY) |
| 5 Ankum-Bersenbrück (NI) | 13 Bobingen (BY) | 21 Eckernförde (SH) |
| 6 Aurich (NI) | 14 Böblingen (BW) | 22 Ellwangen (BW) |
| 7 Bad Urach (BW) | 15 Bühl (BW) | 23 Elmshorn (SH) |
| 8 Bad Waldsee (BW) | 16 Diepholz (NI) | 24 Emden (NI) |
| | | 25 Freilassing (BY) |
| | | 26 Geislingen (BW) |
| | | 27 Groß-Gerau (HE) |
| | | 28 Hachenburg (RP) |
| | | 29 Hagen-Boele (NW) |
| | | 30 Hamburg-Wilhelmsburg (HH) |
| | | 31 Hettstedt (ST) |
| | | 32 Hildburghausen (TH) |
| | | 33 Kehl (BW) |
| | | 34 Kirn (RP) |
| | | 35 Köln-Holweide (NW) |
| | | 36 Köln-Niehl (NW) |
| | | 37 Kösching (BY) |
| | | 38 Laatzen (NI) |
| | | 39 Lehrte (NI) |
| | | 40 Leisnig (SN) |
| | | 41 Lohne (NI) |
| | | 42 Melsungen (HE) |
| | | 43 Mutlangen (BW) |
| | | 44 Neuendettelsau (BY) |
| | | 45 Neuhaus (TH) |
| | | 46 Niederorschel (TH) |
| | | 47 Norden (NI) |
| | | 48 Olbernhau (SN) |
| | | 49 Pinneberg (SH) |
| | | 50 Radolfzell (BW) |
| | | 51 Rahden (NW) |
| | | 52 Rastatt (BW) |
| | | 53 Reichenbach (SN) |
| | | 54 Rheinfelden (BW) |
| | | 55 Rodalben (RP) |
| | | 56 Saarbrücken (SL) |
| | | 57 Schopfheim (BW) |
| | | 58 Schwabmünchen (BY) |
| | | 59 Schweinfurt (BY) |
| | | 60 Seefeld (BY) |
| | | 61 Sindelfingen (BW) |
| | | 62 Singen (BW) |
| | | 63 Solingen (NW) |
| | | 64 Soltau (NI) |
| | | 65 Stolzenau (NI) |
| | | 66 Sulingen (NI) |
| | | 67 Tett nang (BW) |
| | | 68 Troisdorf (NW) |
| | | 69 Vechta (NI) |
| | | 70 Vreden (NW) |
| | | 71 Walsrode (NI) |
| | | 72 Wegscheid (BY) |
| | | 73 Winterberg (NW) |
| | | 74 Worbis (TH) |

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



Keine Entlastung für das Krankenhauspersonal

Das Bündnis Klinikrettung sprach mit zwei Mitgliedern des Vereins Pro Krankenhaus Havelberg über die Auswirkungen von Lauterbachs Reformplänen auf das Personal.

Lauterbach hat versprochen, dass seine Krankenhausreform den gravierenden Personalmangel beheben wird. Wird die Reform das Ziel erreichen?
Anke Görtz, Röntgenassistentin: Lauterbach strebt mit seiner Reform eine Konzentration der Krankenhäuser an. Die Personalnot soll dadurch behoben werden, dass das Personal in weniger Kliniken konzentriert wird. Unsere Erfahrung zeigt, dass das der falsche Weg ist. Aus dem im Jahr 2020 geschlossenen Havelberger Krankenhaus arbeiten nur zwei ehemalige Mitarbeiterinnen noch in ihrem Beruf als Krankenschwester in einem Krankenhaus. Da die Entfernung von Havelberg bis zum nächstgelegenen Krankenhaus in Sachsen-Anhalt mit 50 Kilometern zu weit ist, arbeitet auch nur eine Schwester zurzeit dort, da sie direkt vor Ort, in Stendal, wohnt. Der Umzug in die Nähe eines noch bestehenden Krankenhauses kommt für viele nicht in Frage, da die meisten Menschen auf dem Land eine eigene Immobilie besitzen. Hinzu kommt, dass der öffentliche Nahverkehr in ländlichen Regionen völlig unzureichend ist, er taugt nicht für Schichtarbeit im Krankenhaus. Die ständig steigenden Benzinpreise schrecken außerdem viele ab, größere Entfernungen regelmäßig mit dem Auto zurückzulegen.
Teil der Reform ist der Vorschlag, die Kliniken des Levels 1i von Pflegekräften leiten zu lassen. In diesen Einrichtungen müssen keine ÄrztInnen beschäftigt sein, sondern nur in Rufbereitschaft zur Verfügung stehen. Lauterbach bewirbt das als Aufwertung des Pflegeberufs. Wie beurteilen Sie das?
Sandra Braun, Krankenschwester: Durch diesen Vorschlag wird erheblich mehr Pflegepersonal und Geld benötigt als bisher. Hinzu kommt, dass die KrankenpflegerInnen sehr gut ausgebildete

Fachkräfte mit langjähriger Arbeitserfahrung sein müssen, um den hohen Anforderungen gerecht zu werden. In unserem Krankenhaus in Havelberg waren durchweg Schwestern vor Ort, die jahrzehntelange Berufserfahrung vorweisen konnten und in der Lage waren, selbstständig zu arbeiten und Gefahren einzuschätzen, um bei Bedarf einen Arzt hinzuzuziehen – jetzt sind sie weg.
Es wäre durchaus eine Aufwertung, wenn auch das Gehalt dementsprechend angepasst würde. Aber es kann nicht sein, dass eine teure Arztstelle eingespart wird und die Pflegekräfte wieder einmal durch mehr Verantwortung ausgebeutet werden.
Es ist zu befürchten, dass rund 660 Kliniken der Regelversorgung, die die Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses an die Notfallstufen nicht erfüllen, zu Level-1i-Einrichtungen degradiert werden. Was wird mit den Ausbildungsplätzen passieren, die es jetzt noch in diesen Kliniken gibt?
Anke Görtz: Die Kommission schreibt selber, dass die Level-1i-Einrichtungen auch zu Gesundheitszentren umgebaut werden können. Das heißt, sie sind dann keine richtigen Krankenhäuser mehr, und eine KrankenpflegerInnenausbildung muss in einem Krankenhaus erfolgen. Hinzu kommt, dass die PflegerInnen, die diese Zentren leiten sollen, besonders gut ausgebildet werden müssen. Diese Ausbildung müssen dann die verbleibenden Kliniken übernehmen. Das Ergebnis von Lauterbachs Plan ist schlicht und einfach, dass es weniger Ausbildungsplätze geben wird und wir noch weniger ausgebildete Pflegekräfte haben werden.
Von der Regierungskommission kam auch der Vorschlag, bis zu 25 Prozent der Operationen künftig ambulant durchzuführen. Dies sogenannten Tages-

pflegepauschalen wurden am 2. Dezember im Rahmen des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes im Bundestag beschlossen. Laut Lauterbach sollen sie das Krankenhauspersonal entlasten, vor allem durch weniger Nachtschichten. Teilen Sie seine Argumentation?
Anke Görtz: Von dieser Idee sollte man Abstand nehmen. Wer soll die Nachsorge übernehmen? Wer kontrolliert den Heilungsprozess? Das muss fachlich korrekt durchgeführt werden, um die Wundheilung und das Wohlbefinden der Patienten ständig unter Kontrolle zu haben.
Sandra Braun: PatientInnen sind PatientInnen und keine ausgebildeten Pflegekräfte! Sie werden heute schon viel zu früh aus dem Krankenhaus entlassen und sind auf sich selbst gestellt – man spricht von blutiger Entlassung. Die Folge ist, dass sie zu Hause nicht zurechtkommen und nicht selten wieder in der Klinik landen, um versorgt zu werden. Vielleicht mit einer schlecht versorgten und schlecht gepflegten Wunde. Viele aufwendige Operationen verkommen dann zu chronischen Wunden und Erkrankungen.
Außerdem beginnt der bürokratische Weg wieder von vorn, das ganze Prozedere muss wiederholt werden. Das Ein- und Ausbetten ist für das Pflegepersonal auch ein großer Aufwand und Zeitfaktor. Damit die Nachtschichten einsparen zu können – das ist der größte Unsinn. Herr Lauterbach bildet sich wahrscheinlich ein, dass die Nachtschicht schläft. Meine 40-jährige Krankenhausefahrung sagt mir, dass die Nachtschicht die am meisten belastete Schicht im Krankenhaus ist. Wenn es sie nicht mehr gibt, muss ihre Arbeit von der Tagschicht übernommen werden. Wird es dann eine zusätzliche Kraft geben? Wohl kaum!

Dänemarks Abbau der Nahversorgung

Dänemark gilt als Vorbild für Krankenhausreformen. Seit 2007 schlossen dort fast die Hälfte aller Krankenhäuser, das Land setzt auf wenige Superkrankenhäuser. Die drastische Reduktion von Krankenhäusern hat allerdings den Zugang zur Gesundheitsversorgung spürbar verschlechtert. Von Jorinde Schulz

Die BefürworterInnen von Krankenhausschließungen verweisen gern auf Dänemark als Musterbeispiel für eine gelungene Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft. Damit meinen sie vor allem die gesunkene Zahl der Krankenhausbetten. Auch Lauterbach verfolgt mit seiner Krankenhausreform einen ähnlichen Weg, wie ihn Dänemark schon in den 2000er Jahren einschlug.
Im Vergleich zu Deutschland gibt Dänemark mehr Geld für Krankenhäuser aus, im Jahr 2020 waren es laut OECD-Statistik 4,9 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) oder rund 2.600 Euro pro Kopf. In Deutschland fließen nur 3,7 Prozent des BIP, knapp 1.500 Euro pro Kopf, in die Krankenhäuser. Ein weiterer Unterschied ist der Grad der Privatisierung: Während in Deutschland private Krankenhauskonzerne mehr als ein Drittel der Krankenhäuser betreiben, sind die dänischen Krankenhäuser überwiegend in öffentlicher Hand. Private Krankenhäuser haben dort im Gegensatz zu Deutschland kein Anrecht auf öffentliche Mittel für Investitionen und nehmen weder an der ÄrztInnenausbildung noch an der Akutversorgung teil.
In den 2000ern begann die liberal-konservative Regierung unter Anders Fogh Rasmussen allerdings mit der Förderung der Privaten. Dazu dienten Maßnahmen wie eine Behandlungsgarantie und steuerliche Vorteile für Zusatzversicherungen. Seitdem steigt die Zahl der PatientInnen, die in Privatkrankenhäusern behandelt werden. Im Jahr 2007 schlug dieselbe Koalition in ihrer dritten Wahlperiode vor, die Zahl der Krankenhäuser von 40 auf 21 radikal zu reduzieren. Fortan sollte jedes Krankenhaus ein Gebiet mit mindestens 200.000 EinwohnerInnen abdecken. Teil des Konzepts waren neue, maximalversorgende und hochspezialisierte „Superkrankenhäuser“. Die Grundversorgung in der Fläche wiederum sollten nur noch Ambulanzen abdecken.
Die anschließende Debatte um die Schließungen war lang und heftig. Vor allem das Krankenhauspersonal und lokale Initiativen stellten sich gegen die

Reformpläne. Vier Jahre später lagen die Standorte der Superkrankenhäuser fest, viele von ihnen kostspielige Neubauten.
Wie ist der Stand rund 15 Jahre später? Von den sechs Superkrankenhäusern, die bis 2021 neu gebaut werden sollten, sind nur zwei fertiggestellt worden. Alle anderen Großbauprojekte leiden unter massiven Verzögerungen und Verteuerungen. Aufgrund steigender Baukosten und erheblicher Pannen sind enorme Mehrkosten für die öffentliche Hand entstanden. Bisher hat die unvollendete Reform fast sechs Milliarden Euro verschlungen, und das in einem Land mit nur 5,9 Millionen EinwohnerInnen. Die gestiegenen Kosten verursachen Sparzwänge beim Krankenhausbetrieb, die Arbeitsbelastung des Personals erhöht sich. Der Kahlschlag der Krankenhäuser hat Dänemarks Gesundheitsversorgung verschlechtert. Besonders in ländlichen und strukturschwachen Regionen müssen die Menschen nun lange Wege zurücklegen, um versorgt zu werden, da es weder nahegelegene Krankenhäuser noch genügend Arztpraxen gibt. Auf dieses Szenario steuert auch Deutschland zu, Lauterbachs Krankenhausreform gießt es in Gesetze. In der dänischen Bevölkerung ist der Unmut über die schlechte Versorgung groß. So beschloss die sozialdemokratische Regierung 2022 die Bereitstellung von Mitteln für bis zu 25 neue „Nahkrankenhäuser“. Diese ambulanten Zentren sollen die mangelnde Gesundheitsversorgung in der Fläche ausgleichen, ihre regionale Anbindung soll zu kürzeren Transportzeiten führen. Stationäre Krankenhäuser sind es nicht.
Was bleibt von der viel gelobten Umstrukturierung der dänischen Krankenhauslandschaft? Explodierende Baukosten, Unterfinanzierung des Krankenhausbetriebs, unterversorgte ländliche Gebiete. Immer mehr PatientInnen werden in privaten Krankenhäusern behandelt. Die Mär der Krankenhausschließungen als Lösung aller Probleme wird durch das dänische Beispiel nicht glaubhafter.

Bayern droht Medizin zweiter Klasse

Die flächendeckende stationäre und ambulante medizinische Versorgung Bayerns ist gefährdet. Schon jetzt besteht eine Unterversorgung. In 115 Postleitzahlregionen erreichen die EinwohnerInnen das nächste Allgemeinkrankenhaus erst nach mehr als 30, zum Teil 40 Fahrzeitminuten – ein Spiel auf Leben und Tod. Von Klaus Emmerich

Lauterbachs Krankenhausreform wird Bayern verändern – zum Schlechteren. Im bayerischen Flächenstaat überwiegten Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, schon jetzt sind die Wege zum nächstgelegenen Krankenhaus weit. Durch die vom Bundesgesundheitsminister geplante Strukturierung der Krankenhäuser in Level und Leistungsgruppen werden 293 der 351 Krankenhäuser ihr Leistungsangebot kürzen müssen.
Lediglich 58 Krankenhäuser der bisherigen Schwerpunkt- und Maximalversorgung einschließlich Universitätskliniken, künftig Krankenhäuser Level 2 und Level 3, werden dann eine hochwertige klinische Medizin anbieten. Das sind gerade einmal 17 Prozent der bayerischen Krankenhäuser, überwiegend in Ballungsgebieten verortet. Die ländlichen Regionen dagegen werden medizinisch abgehängt.
Aktuell verfügen 143 der 351 bayerischen Krankenhäuser, immerhin 40 Prozent, nicht über eine zertifizierte Notfallversorgung nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Sie werden geschlossen und in Gesundheitszentren Level 1i unter pflegerischer Leitung ohne Notfallversorgung und ohne durchgehende ärztliche Betreuung umgewandelt. Das sind dann keine Krankenhäuser mehr. Ihnen fehlen notwendige Ausstattung wie Intensivstation, klinische Notaufnahme, Schockraum, Magnetresonanztomogra-

fie sowie Fachpersonal für eskalierende klinische Krankheitsverläufe. Sie können auch keine ÄrztInnen und Pflegekräfte praktisch ausbilden. Bereitschaftspraxen an diesen Krankenhäusern werden schließen. Das Angebot der herabgestuften Einrichtungen reduziert sich auf eine Kurzzeitpflege mit sporadischer ärztlicher Betreuung zu üblichen werktäglichen Arbeitszeiten.
Immerhin 43 Prozent der bayerischen Krankenhäuser, 150 der 351 Einrichtungen, verfügen aktuell über eine zertifizierte Basisnotfallversorgung. Sie dürfen als Krankenhäuser des Levels 1n künftig nur eine klinische Basisversorgung anbieten. Diesen Allgemeinkrankenhäusern bleiben lediglich 13 der geplanten 128 Leistungsgruppen vorbehalten, das heißt gut zehn Prozent. Das hat fatale Folgen. Wichtige derzeitige Angebote, beispielsweise Gastroenterologie, Kardiologie, Herzkathetermessplatz, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie, Knie- und Hüftendoprothetik oder Wirbelsäulenchirurgie, werden dann ausschließlich in Ballungszentren verfügbar sein. Da aufgrund fehlender oder unbesetzter Kassensitze in ländlichen Regionen Bayerns bisher vielfach die Allgemeinkrankenhäuser für diese Fachgebiete auch die ambulante medizinische Versorgung übernommen hatten, droht jetzt der Zusammenbruch ländlicher fachärztlicher Versorgung insgesamt, ambulant und stationär.

Die wohl größte Katastrophe aus medizinischer Sicht ist der Ausschluss der Krankenhäuser Level 1n von der Geburtshilfe. Bisher konnten 137 bayerische Krankenhäuser die Geburtshilfe anbieten. In Zukunft werden es 58 Krankenhäuser der Level 2 und 3 in Ballungszentren sein, eine Verringerung um 58 Prozent.
Lauterbach und seine Kommission haben die strukturellen Auswirkungen der Krankenhausreform auf dünn besiedelte Regionen komplett aus dem Blick verloren. PatientInnen werden künftig deutlich häufiger als bisher in weit entfernte Krankenhäuser verlegt, Besuche werden dadurch erschwert, Geburten auf der Straße realistischer. Fachpersonal wird die Gesundheitseinrichtungen Level 1i mangels Attraktivität des Arbeitsplatzes, Karrierechancen und Weiterbildungsmöglichkeiten verlassen. Die klinischen Betten der 143 geschlossenen Krankenhäuser werden bei Pandemien und anderen Katastrophen fehlen. Krankenhäuser gehen für die praktische Ausbildung junger ÄrztInnen und Pflegekräfte verloren.
In Bayern sind nur 17 Prozent der Krankenhäuser dem Level 2 beziehungsweise 3 zugeordnet, im Bundesdurchschnitt sind es knapp 23 Prozent. Im Freistaat reduzieren sich die Krankenhäuser mit Geburtshilfe auf 42 Prozent, im Bundesdurchschnitt sind es knapp 53 Prozent. Bayern droht eine beispiellose klinische Versorgungskrise.

Gemeingut unterstützen und das Buch „Heile und herrsche!“ bekommen!

Im Gesundheitswesen 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 PatientInnendaten zentral speichern? Wie kommen wir zu einer auskömmlichen Krankenhausfinanzierung? Und er gibt Antworten.
Wenn Sie bis zum 30. April 2023 Fördermitglied von Gemeingut in BürgerInnenhand 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
Gemeingut 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!

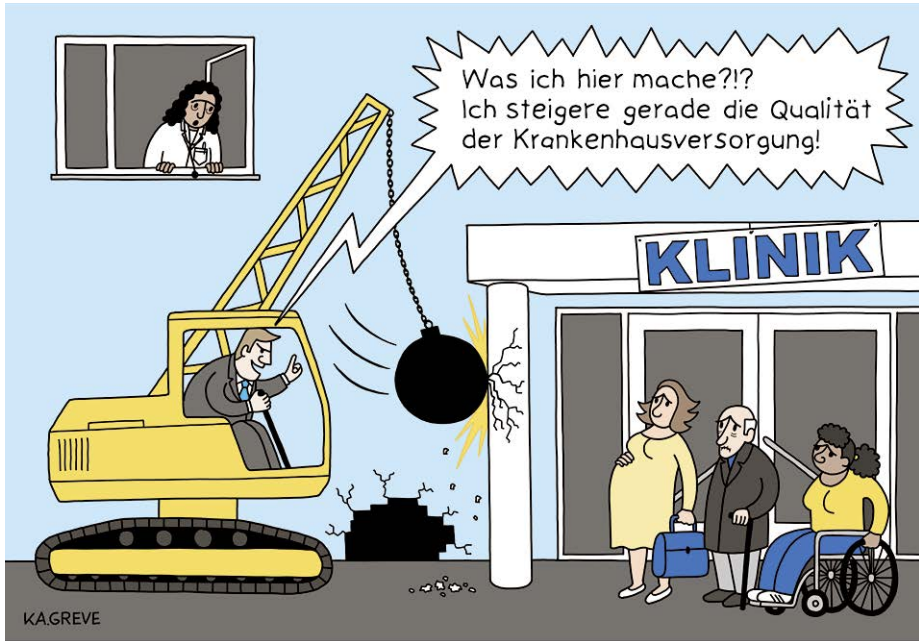


Bernd Hontschik: *Heile und herrsche! Eine gesundheitspolitische Tragödie.* Westend Verlag, Mai 2022, 144 Seiten

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

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

Konto-InhaberIn
Bank
IBAN
Datum und Unterschrift
Spendenquittung bitte an: Vorname Name
Straße
PLZ Ort



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

Mission Klinikrettung

Das Klinikschließen geht trotz der Erfahrungen mit Corona weiter. Dagegen regt sich Widerstand. Das Bündnis Klinikrettung bündelt ihn bundesweit.

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 das zu ändern, fand sich im Jahr 2020 eine Gruppe von ÄrztInnen, PflegerInnen, KrankenhausleiterInnen und anderen Aktiven bei Gemeingut in BürgerInnenhand zusammen und hob das Bündnis Klinikrettung aus der Taufe. Die Gruppe schrieb einen bundesweiten Aufruf gegen Klinikschließungen und begann, den Kahlschlag zu dokumentieren und öffentlich zu machen: 42 Krankenhäuser haben seit Januar 2020 dichtgemacht. Die Unterschriften für seine erste Petition überreichte das Bündnis 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. Die Politik versuchte jahrelang, sich ihrer Verantwortung für die Lage der Krankenhäuser zu entziehen. BundespolitikerInnen zeigten auf die Länder,

LandespolitikerInnen auf die Kommunen. Jetzt wird Lauterbach tätig, aber die Richtung stimmt nicht und wird den Klinikkahlschlag noch verstärken. Damit seine Vorschläge nicht in der geplanten Form Gesetz werden, baut das Bündnis Klinikrettung Druck auf. Zweimal verlieh es 2022 seinen Schmähpreis für Klinikschließer: Die „Goldene Abrissbirne“ ging an Baden-Württembergs Gesundheitsminister Manfred Lucha und an seinen nordrhein-westfälischen Kollegen, Karl-Josef Laumann. Weitere Preisverleihungen sind geplant. Im Januar 2023 veröffentlichte das Bündnis ein Video, das über Ursachen und Hintergründe der Klinikschließungen informiert und zum Protest aufruft. Immer mehr BürgerInnen werden auf die Vorgänge im Krankenhaussektor aufmerksam und tun ihren Unmut kund. Je mehr Klinikpersonal, PatientInnen und andere Betroffene sich dem Bündnis anschließen, desto eher können die Klinikschließungen aufgehalten werden. Machen Sie mit, werden Sie KlinikretterIn! Kontakt: info@klinikrettung.de Video: <https://youtu.be/2Uefh3j2hhl>

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!

Die Regierung beabsichtigt, die Krankenhauslandschaft umzupflügen – mit gravierenden Folgen. 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 den nebenstehenden 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

Datum und Unterschrift

Postanschrift: Vorname Name

Straße

PLZ Ort

Gemeingut 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!

Aufruf jetzt unterschreiben: Rendite raus aus dem Krankenhaus!

Liebe Leserinnen und Leser dieser Zeitung,
gerade werden wir alle von diversen Krisen erschüttert. Gleichzeitig vollziehen sich in Deutschland in einem bislang nie dagewesenen Tempo Klinikschließungen und die Zerstörung der stationären Notfallversorgung, vor allem im ländlichen Raum. Dieser Klinikkahlschlag ist kein bedauerlicher Nebeneffekt einer notwendigen Reform. Die Schließungen sind 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. Die Wege zu den

Superkliniken verlängern sich. Die aktuell von Bundesgesundheitsminister Lauterbach geplante Reform wird den Klinikkahlschlag vollenden – wenn wir sie nicht stoppen.

Wir haben daher einen Unterschriftenaufruf gestartet, in dem wir uns direkt an Bundeskanzler Scholz wenden. Wir fordern von ihm:

- 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.
Unterschreiben Sie jetzt unseren Aufruf online!
Den vollständigen Text und das Onlineformular finden Sie unter diesem Link: <https://www.gemeingut.org/rendite-raus-aus-dem-krankenhaus>
Vielen Dank für Ihr Engagement
Ihr Bündnis Klinikrettung



Solidarisch: Selbstkostendeckung

Kaum jemand bezweifelt mehr, dass das Fallpauschalensystem krachend gescheitert ist. Kostensteigerungen, Arbeitsverdichtung, Krankenhausschließungen – das sind seine katastrophalen Folgen. Von seiner Einführung haben maßgeblich private Krankenhauskonzerne profitiert, die Milliarden Gewinne aus der Fallpauschalen-Abrechnung ziehen. Es ist höchste Zeit, die Fallpauschalen abzuschaffen und durch ein gemeinwohlorientiertes Finanzierungsmodell zu ersetzen.

Diese Alternative gibt es, sie heißt Selbstkostendeckung der Krankenhäuser. Das Prinzip ist einfach: Alle Kosten, welche einem Krankenhaus durch die Behandlung von PatientInnen gemäß seinem Versorgungsauftrag entstehen, erstatten ihm die Krankenkassen. Im Laufe des Jahres sichern Abschlagszahlungen den Betrieb. Zum Jahresende legt das Krankenhaus sein Jahresergebnis offen. Nach einer Prüfung durch die Landesrechnungshöfe gleichen die Krankenkassen eventuelle Defizite aus, oder das Krankenhaus zahlt Überschüsse zurück. Die duale Finanzierung wird

beibehalten, wobei sichergestellt wird, dass die Länder ihrer Verpflichtung zur Übernahme der Investitionskosten nachkommen.

Grundlage der Kostendeckung muss eine echte Bedarfsplanung sein. Die Planung geschieht in einem demokratischen Prozess unter Einbeziehung der Betroffenen. Auch medizinische und andere wissenschaftliche Expertise fließt ein. Bei der Planung wird ermittelt, welche medizinischen Bedarfe es gibt und welche Versorgungsstrukturen zu ihrer Erfüllung gebraucht werden. Daraus ergibt sich der Versorgungsauftrag für die Krankenhäuser. Reserven für Krisen, beispielsweise Pandemien oder Naturkatastrophen, werden mit eingeplant. Die Tarifbindung für alle Beschäftigten sowie eine ausreichende Personalbemessung für alle Berufsgruppen werden dabei gesetzlich vorgeschrieben, ebenso das Recht aller EinwohnerInnen, binnen maximal 30 Fahrzeitminuten ein Allgemeinkrankenhaus mit stationärer Notfallversorgung zu erreichen.

Die Vorteile der Selbstkostendeckung sind gewichtig: Da keine Gewinn

ne mehr mit dem Betrieb von Krankenhäusern erzielt werden können, fließen die Gelder vollständig in die Gesundheitsversorgung. Und da keine Verluste mehr mit dem Krankenhausbetrieb gemacht werden können, wird die Schließung notwendiger Krankenhäuser und Fachabteilungen aus betriebswirtschaftlichen Gründen beendet. Die ökonomischen Anreize für die Überbelastung des Personals und für die Durchführung unnötiger Behandlungen entfallen. Der Dokumentationsaufwand für die Fallpauschalen-Bürokratie entfällt. Dadurch würden Ressourcen in einem Umfang von 143.000 klinischen Arbeitskräften frei.

Die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung stellt eine sinnvolle Ergänzung dieser Finanzierungsreform dar. Sie verteilt die Lasten von Krankheit gerecht auf alle BürgerInnen, beteiligt Reiche an der Finanzierung der Solidarkasse, spart zusätzlich Milliarden an Verwaltungskosten ein und erleichtert die Abrechnung der selbstkostendeckenden Finanzierung der Krankenhäuser deutlich.

Was macht Gemeingut?

Im Herbst 2022 wurde Gemeingut in BürgerInnenhand (kurz: Gemeingut) zwölf Jahre alt. Gemeingut 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.

Gemeingut 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 Wasserversorgung, 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 sieben Hauptamtliche in Teilzeit. Darüber hinaus engagieren sich bundesweit Personen ehrenamtlich für Gemeingut. 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

Nicht namentlich gekennzeichnete Fachartikel wurden von folgendem AutorInnenkollektiv erstellt:
Peter Cremer, Klaus Emmerich,
Dr. Joachim Flämig, Karl Kneisner,
Dr. Rainer Neef, Jorinde Schulz,
Anne Schulze-Allen, Iris Stellmacher,
Herbert Storn, Laura Valentukeviciute

V.i.S.d.P.: Laura Valentukeviciute
Redaktion: Katrin Kusche,
www.wortformer.de

Redaktionsschluss: 01.02.2023
1. Auflage

Unterstützt von vielen SpenderInnen und von der Stiftung Menschenwürde und Arbeitswelt.

STIFTUNG ●●●●
MENSCHENWÜRD
UND ARBEITSWELT

