

# Krankenhausreform Kahlschlag per Gesetz



Gesundheitsministerkonferenz in Friedrichshafen: Das Bündnis Klinikrettung verleiht Gesundheitsminister Karl Lauterbach die „Goldene Abrissbirne“ | Foto: Lena Reiner

Verordnete Schließungen und ein Weiter-So bei der Unterfinanzierung von Kliniken – Gesundheitsminister Lauterbachs Krankenhausreform passt zum Kurs der Bundesländer, an den Krankenhausinvestitionen zu sparen. Private Träger sollen aber weiter mit dem Krankenhausbetrieb Gewinne machen dürfen. Mit der von Lauterbach geplanten Krankenhausreform ist eine flächendeckende Verschlechterung der Gesundheitsversorgung vorprogrammiert.

Die Bilanz ist erschreckend: Über 55 Krankenhäuser mussten seit 2020 bundesweit schließen, 14 allein im laufenden Jahr. Weitere 74 Kliniken sind akut von Schließung bedroht. In einer aktuellen Umfrage der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) geben 96 Prozent der Krankenhäuser an, ihre laufenden Kosten nicht aus den Einnahmen decken zu können; 69 Prozent sehen ihre Existenz gefährdet.

Besonders kleine Krankenhäuser, die als Allgemeinversorger für ländliche Gebiete fungieren und wichtige Abteilungen für Notfälle sowie Kinderstationen und Geburtshilfe bereitstellen, sind betroffen. Versorgungslücken, lange Anfahrtswege und Wartezeiten prägen zunehmend die Krankenhauserfahrung.

Lauterbach verspricht, die Lage der Krankenhäuser durch eine Reform der Krankenhausfinanzierung zu verbessern. Nichts weniger als eine „Revolution“ stünde bevor. Verbal ging der Minister damit auf die breite Kritik an den DRG-Fallpauschalen ein (DRG: Diagnosis Related Groups). Mit den Fallpauschalen vergüten die Kassen den Krankenhäusern holzschnittartig Behandlungsfälle. Private Kliniken picken sich gern lukrative Behandlungen heraus und steigern möglichst deren Mengen, um Profite zu generieren. Öffentliche Grundversorger mit hohen Vorhaltekosten haben das Nachsehen.

Seit seiner Einführung 2003 trägt das DRG-System erheblich dazu bei, dass Klinikleitungen bestrebt sind, Personal einzusparen und die Arbeit unerträglich zu verdichten. Hinzu kommt, dass die Bundesländer ihrer Verpflichtung nicht nachkommen, Gelder für Investitionen bereitzustellen. Der politische Kurs der letzten Jahrzehnte führt inzwischen flächendeckend zu Schließungen unterfinanzierter Abteilungen – vor allem Ge-

burtshilfe und Pädiatrie – oder ganzer Kliniken und befeuert Privatisierungen. Die vier größten Krankenhauskonzerne ziehen jährlich rund eine Milliarde Euro Gewinn aus dem Krankenhauswesen. Der Anteil privater Kliniken steigt kontinuierlich an, während die Zahl von öffentlichen und freigemeinnützigen Häusern seit Jahrzehnten abnimmt.

#### Kein zusätzlicher Cent für Krankenhäuser

Seit Juli liegt nun ein Eckpunktepapier von Bund und Ländern für die Krankenhausreform vor. Ein Blick darauf macht klar: Lauterbach löst sein Versprechen in keiner Weise ein, stattdessen stehen noch mehr Ökonomisierung und Bürokratie auf dem Programm: Die DRG-Fallpauschalen sollen nicht abgeschafft, sondern nur gekürzt und zum Teil durch die sogenannten Vorhaltpauschalen ersetzt werden. Aber auch diese Pauschalen decken die realen Kosten der Häuser nicht. Außerdem bleiben durch die Beibehaltung von Fallpauschalen deren Fehlanreize bestehen. Das Gesamtbudget ist dabei strikt gedeckelt, im Klartext: Es gibt keinen Cent zusätzlich für die Krankenhäuser. Somit verschärft sich die finanzielle Misere.

#### Die Schließungslobby sitzt mit am Tisch

In Lauterbachs Expertenkommission für die Krankenhausreform dominieren zwei Gesundheitsökonomien mit engen Verbindungen zu unternehmensfreundlichen Stiftungen und Krankenhauskonzernen: die Professoren Reinhard Busse und Boris Augurzyk. Sie befürworten schon seit Jahren Krankhausschließungen. Damit ist vorprogrammiert, dass der Abbau von Krankenhäusern ungebremst weitergehen wird. Wenn Lauterbach nun öffentlich verlauten-

lässt: „Wir stehen am Vorabend eines Krankenhaussterbens“, ist das purer Zynismus. Denn als verantwortlicher Minister hätte er die Möglichkeit, Krankenhäuser zu retten – doch er tut das Gegenteil. Schon seine ursprünglichen Reformpläne sahen explizit die Schließung von 20 Prozent aller Kliniken vor.

Die Konturen der Krankenhausreform wurden bereits 2019 in einer von Busse verantworteten Studie der Bertelsmann Stiftung vorgezeichnet. In deren Vorstand sitzt Brigitte Mohn, die gleichzeitig Mitglied im Aufsichtsrat der privaten Rhön-Klinikum AG ist – wie einst auch Karl Lauterbach. Augurzyk wiederum leitet die konzernnahe Rhön-Stiftung. Die Rhön-Klinikum AG gehört mittlerweile Asklepios, Deutschlands zweitgrößtem Krankenhauskonzern. Den großen Konzernen nützen Ökonomisierung und Zentralisierung. Es sind deren Interessen, die sich unter dem Tarnmantel wissenschaftlicher Expertise in die Reform eingeschlichen haben.

Lauterbach wiederum verkauft die Schließung von Krankenhäusern als Heilmittel gegen Personalmangel und angebliche Geldknappheit. Das vorhandene Personal solle einfach auf weniger Krankenhäuser verteilt werden. Die katastrophalen Arbeitsbedingungen und die fehlenden Ausbildungsplätze geht er nicht an. Auf Schulen übertragen wären das Schulschließungen, weil Lehrkräfte fehlen, und die Bildung von Mammutschulen mit riesigen Klassenverbänden.

#### Leistungsgruppen als Schließungsinstrument

Auf Lauterbachs erste Schließungsankündigungen folgte ein Aufschrei aus der Bevölkerung. Auch die Länder sahen sich durch Lauterbachs Vorhaben in ihrer Planungshoheit eingeschränkt. Im jüngsten Eckpunktepapier sind eini-

ge der ursprünglichen Vorschläge nun vermeintlich abgeschwächt. Die Einführung von Krankenhausleveln, anhand derer kleine Krankenhäuser zwangsweise zu bloßen Pflegezentren degradiert werden sollten, hat Lauterbach vorerst zurückgenommen. Auch der Plan, die bereits stark dezimierte Geburtshilfe nur noch in großen Krankenhäusern anzubieten, wurde kassiert.

Ein näherer Blick macht aber deutlich, dass die Reform nach wie vor flächendeckend auf Schließungen abzielt, das erfolgt jetzt allerdings indirekt. Als Instrument dafür dienen die neuen Leistungsgruppen, an deren Zuteilung auch die Vorhaltpauschalen gekoppelt sein sollen. Die Leistungsgruppen gliedern die medizinischen Bereiche in Teilbereiche auf, den Bereich Innere Medizin zum Beispiel in Herzchirurgie, Lungentransplantation usw.

Nur wenn einem Krankenhaus durch das Land eine bestimmte Leistungsgruppe zugeteilt wird, darf es die entsprechenden Behandlungen durchführen. Dafür müssen die Krankenhäuser vorgegebene Kriterien erfüllen, zum Beispiel eine jährliche Mindestzahl an Behandlungen erbringen oder eine ärztliche oder technische Mindestausstattung aufweisen. Was zunächst wie Qualitätssicherung klingt, wird unter dem Vorzeichen des Budgetdeckels schnell zu einem Schließungsinstrument. Denn für die Länder besteht der Anreiz, die Leistungsgruppen auf möglichst wenige Krankenhäuser zu verteilen, da dann für jedes Krankenhaus aus den begrenzten Krankhauserlösen mehr Geld zur Verfügung steht. Anstatt Krankenhäuser finanziell und personell so zu ertüchtigen, dass sie alle notwendigen Behandlungen durchführen können, werden ihnen Behandlungen verboten. Das bedeutet gleichzeitig den Entzug der Fi-

## Inhalt

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

**Krankenhauskahlschlag**  
Karte zu den bundesweiten Klinikschließungen  
Seite 2

**Keine Entlastung für das Krankenhauspersonal**  
Seite 3

**Dänemarks Abbau der Nahversorgung**  
Seite 3

**Vielen droht Medizin zweiter Klasse**  
Seite 3

**Mission Klinikrettung**  
Seite 4

**Solidarisch: Selbstkostendeckung**  
Seite 4

**Petition jetzt unterschreiben: Lauterbachs Reformpläne stoppen**  
Seite 4

finanzierung. Entscheiden sich die Länder trotzdem dafür, möglichst vielen Krankenhäusern Leistungsgruppen zuzuteilen, bekommen alle zu wenig Geld – und die schwächsten machen aufgrund von Verlusten dicht, wie es bereits jetzt vielerorts geschieht.

#### Eine Reform zugunsten privater Konzerne

In der Krankenhausplanung bekommen die Länder also die Wahlmöglichkeit zwischen Pest und Cholera: aktiv schließen oder sterben lassen. Außerdem ist die Umwandlung von Krankenhäusern in teils ambulante Gesundheitszentren ohne Notfallversorgung vorgesehen, sogenannte intersektorale Versorger. Nach diesen greifen schon heute gern private Investoren, die damit Kasse machen wollen.

Erschreckend abwesend in der Reform sind die Belange von Patientinnen und Beschäftigten. Keine einzige Maßnahme zielt darauf ab, regionale medizinische Bedarfe zu ermitteln und sicherzustellen, dass die Gesundheitsversorgung entsprechend ausgestattet wird. Fortwährende finanzielle Knappheit und Schließungen werden den Personalmangel verschärfen. Der Gewinnabschöpfungen durch Private schiebt die Reform keinen Riegel vor, gleichwohl fördert sie durch die Ambulantisierung der Gesundheitsversorgung einen weiteren Privatisierungsschub.

#### Ein Kurswechsel ist dringend geboten

Beschäftigte und BürgerInnen müssen im Reformprozess gehört werden. Das Gewinnverbot für den Betrieb der Krankenhäuser, das bis 1985 galt, muss wieder auf den Tisch. Zur Lösung der Probleme sollte ein solidarisches Finanzierungsmodell herangezogen werden: die Selbstkostendeckung (mehr dazu auf Seite 4). Unterfinanzierung, Privatisierung und Renditeerwirtschaftung sind keine Grundlage für ein zukunftsfestes Krankenhauswesen – in den Mittelpunkt gehören Gemeinwohl und medizinische Bedarfe.

# 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**



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

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 demonstrieren die erste Finanzierungssäule. Während schon die Inflationsentwicklung von 2000 bis 2021 eine Investitionssteigerung von mehr als einem Drittel verlangt hätte, 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 und dazu Kredite aufnehmen. Die Bilanzbelastung der Kliniken durch Schuldendienste hat sich dadurch in den

letzten zwanzig Jahren vervierfacht – 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 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). Seither werden die Krankenhäuser nach der Zahl und Schwere der behandelten Fälle bezahlt. Liegezeitverkürzung und Fallzahlerhöhung sind 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.

Aus dem DRG-System ergibt sich der Case Mix Index. Der Index ist der Durchschnitt aller DRG, die ein Krankenhaus gegenüber den Kassen abrechnet. Je höher der 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 System 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 DRG 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 DRG gefunden hat, so dass bis heute ein Kreißsaal nach dem anderen geschlossen wird.

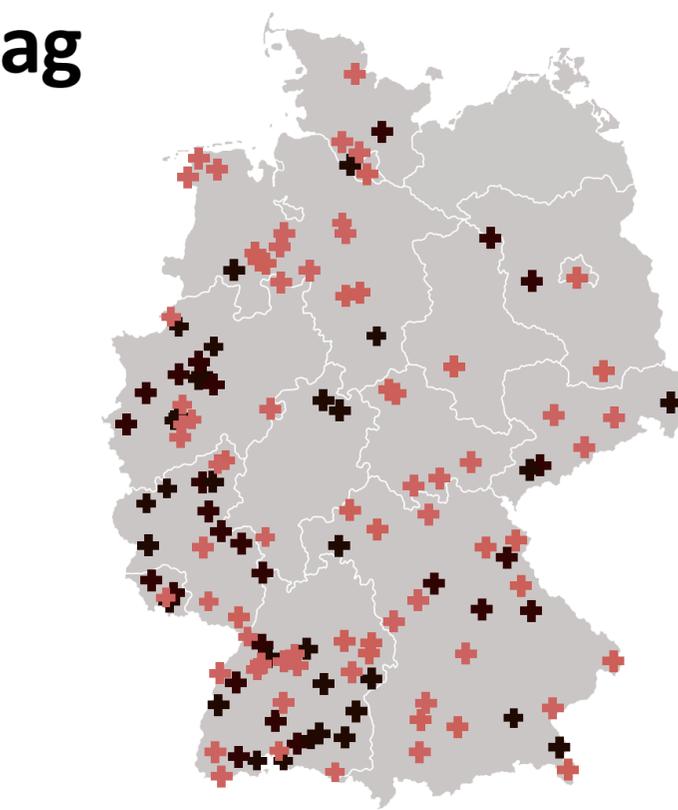
Immer mehr kommunale Kliniken fallen dem Rotstift zum Opfer, denn die Defizite können von den klammern Kommunen nicht mehr ausgeglichen werden. Eine Privatisierungswelle bei öffentlich geführten Kliniken überrollt das Land. Es kam zu Verzweigungsverkäufen wie beispielsweise in Offenbach, wo die Klinik 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.

Klinikschießungen sind nichts anderes als Vernichtung von Gemeineigentum. Das geschieht völlig planlos, nicht nach Bedarf, sondern nach Bilanz. Klinikprivatisierungen sind Verschleuderung, und Dividenden sind Diebstahl von Gemeineigentum. Was wäre zu tun? Gewinne müssen im System bleiben und reinvestiert werden. Kliniken 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

### ➤ Kliniken, die seit dem 01.01.2020 geschlossen wurden (Stand 08/2023):

- |   |  |
|---|--|
| 1 Kreiskrankenhaus Parsberg (BY), † 01.02.2020                              | 25 Mutterhaus Trier-Ehrang (RP), † 12.07.2021                        |
| 2 Bergarbeiter-Krankenhaus Schneeberg (SN), † Juni 2020                     | 26 Ortenau Klinikum Oberkirch (BW), † 03.09.2021                     |
| 3 Sana Klinik Riedlingen (BW), † 01.07.2020                                 | 27 Sana Klinik Laupheim (BW), † 01.10.2021                           |
| 4 Kreiskrankenhaus Vohenstrauß (BY), † 01.08.2020                           | 28 Medizinische Klinik Borstel (Lungenfachklinik) (SH), † 31.12.2021 |
| 5 Krankenhaus Wedel (SH), † 01.08.2020                                      | 29 Klinikum Main-Spessart Marktheidenfeld (BY), † 31.12.2021         |
| 6 KMG Klinikum Havelberg (ST), † 01.09.2020                                 | 30 Krankenhaus Roding (BY), † 31.03.2022                             |
| 7 Krankenhaus 14 Nothelfer Weingarten (BW), † 30.09.2020                    | 31 Marienhaus Klinikum – St. Josef Bendorf (RP), † Jahresmitte 2022  |
| 8 Marienhospital Altenessen (NW), † 01.10.2020                              | 32 Klinik Schillerhöhe Gerlingen (BW), † 15.07.2022                  |
| 9 St. Josefs-Hospital Bochum-Linden (NW), † 01.10.2020                      | 33 Sana-Kliniken Bad Wildbad (BW), † 31.07.2022                      |
| 10 Loreley-Klinik Oberwesel (RP), † 01.10.2020                              | 34 Hegau-Bodensee-Klinikum Stühlingen (BW), † 31.07.2022             |
| 11 Loreley-Klinik Sankt Goar (RP), † 01.10.2020                             | 35 St. Josef Krankenhaus Wiesdorf (NW), † 31.08.2022                 |
| 12 Schön Klinik Nürnberg Fürth (BY), † 31.10.2020                           | 36 Krankenhaus Maria-Hilf Stadtlohn (NW), † 22.10.2022               |
| 13 Marienhausklinik Ottweiler (SL), † 15.12.2020                            | 37 Krankenhaus Pfullendorf (BW), † 31.10.2022                        |
| 14 St. Hedwig-Klinik Mannheim (BW), † 20.12.2020                            | 38 InnKlinikum Haag (BY), † 01.11.2022                               |
| 15 St. Vincenz-Krankenhaus Essen (NW), † 31.12.2020                         | 39 Krankenhaus Bad Saulgau (BW), † 30.11.2022                        |
| 16 Krankenhaus Ingelheim (RP), † 31.12.2020                                 | 40 St. Elisabeth-Krankenhaus Niederwenigern (NW), † 2022             |
| 17 Krankenhaus Kloster Lehnin (BB), † 31.12.2020                            | 41 Krankenhaus Ettenheim (BW), † 23.12.2022                          |
| 18 St. Josefs-Krankenhaus Losheim (SL), † 31.12.2020                        | 42 Heinrich-Braun-Klinikum Kirchberg (SN), † 21.12.2022              |
| 19 Krankenhaus Maria-Hilf Sankt Tönis (NW), † 31.12.2020                    | 43 St. Josef-Krankenhaus Hamm-Bockum-Hövel (NW), † Ende 2022         |
| 20 Asklepios Rehaklinik Seesen (NI), † 01.01.2021                           | 44 St. Agatha Krankenhaus, Köln-Niehl (NW), † 31.01.2023             |
| 21 Klinik Forbach (BW), † Anfang 2021                                       | 45 Evangelisches Stadtkrankenhaus Saarbrücken (SL), † 10.03.2023     |
| 22 Agaplesion Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen (HE), † 01.03.2021 | 46 St. Josef-Krankenhaus Adenau (RP), † 31.03.2023                   |
| 23 Klinik St. Blasien (Lungenfachklinik) (BW), † 1. Quartal 2021            | 47 Asklepios Klinikum Melsungen (HE), † 31.03.2023                   |
| 24 Alb-Donau Klinikum Langenau (BW), † 30.06.2021                           |  |



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

### ➤ Orte, an denen Kliniken von Schließung bedroht sind (Stand 08/2023):

- |  |                       |                              |
|--|-----------------------|------------------------------|
| 48 Paracelsus-Klinik Reichenbach (SN), † 31.03.2023                  | 1 Aalen (BW)          | 19 Bobingen (BY)             |
| 49 Niels-Stensen-Klinik Ankum-Bersenbrück (NI), † 31.03.2023         | 2 Albstadt (BW)       | 20 Burghausen (BY)           |
| 50 St. Josef-Krankenhaus Linnich (NW), † März 2023                   | 3 Balg (BW)           | 21 Dinkelsbühl (BY)          |
| 51 Marienhaus Klinikum – St. Elisabeth Gerolstein (RP), † 01.04.2023 | 4 Böblingen (BW)      | 22 Ebern (BY)                |
| 52 St.-Johannes-Hospital Hagen-Boele (NW), † 01.04.2023              | 5 Bühl (BW)           | 23 Kemnath (BY)              |
| 53 Ermstallklinik Bad Urach (BW), † 30.04.2023                       | 6 Ellwangen (BW)      | 24 Kösching (BY)             |
| 54 Kreisklinik Freilassing (BY), † 01.05.2023                        | 7 Geislingen (BW)     | 25 Neuendettelsau (BY)       |
| 55 Hegau-Bodensee-Klinikum Radolfzell (BW), † 30.06.2023             | 8 Herrenberg (BW)     | 26 Oberviechtach (BY)        |
| 56 Paracelsus-Klinik Bad Ems (RP), † 30.06.2023                      | 9 Kehl (BW)           | 27 Schongau (BY)             |
| 57 Krankenhaus Bad Waldsee (BW), † 19.07.2023                        | 10 Mutlangen (BW)     | 28 Schwabmünchen (BY)        |
|  | 11 Rastatt (BW)       | 29 Schweinfurt (BY)          |
|  | 12 Rheinfelden (BW)   | 30 Seefeld (BY)              |
|  | 13 Schopfheim (BW)    | 31 Tirschenreuth (BY)        |
|  | 14 Sindelfingen (BW)  | 32 Wegscheid (BY)            |
|  | 15 Singen (BW)        | 33 Berlin-Tempelhof (BE)     |
|  | 16 Tettang (BW)       | 34 Finsterwalde (BB)         |
|  | 17 Bad Brückenau (BY) | 35 Hamburg-Wilhelmsburg (HH) |
|  | 18 Berchtesgaden (BY) |                              |

- 36 Groß-Gerau (HE)
- 37 Aurich (NI)
- 38 Bassum (NI)
- 39 Diepholz (NI)
- 40 Emden (NI)
- 41 Laatzen (NI)
- 42 Lehrte (NI)
- 43 Lohne (NI)
- 44 Norden (NI)
- 45 Soltau (NI)
- 46 Stolzenau (NI)
- 47 Sulingen (NI)
- 48 Vechta (NI)
- 49 Walsrode (NI)
- 50 Köln-Holweide (NW)
- 51 Köln-Riehl (NW)
- 52 Rahden (NW)
- 53 Solingen (NW)
- 54 Troisdorf (NW)
- 55 Vreden (NW)
- 56 Winterberg (NW)
- 57 Altenkirchen (RP)
- 58 Annweiler (RP)
- 59 Hachenburg (RP)
- 60 Kirn (RP)
- 61 Rodalben (RP)
- 62 Dudweiler (SL)
- 63 Dresden-Neustadt (SN)
- 64 Leisnig (SN)
- 65 Olbernhau (SN)
- 66 Hettstedt (ST)
- 67 Eckernförde (SH)
- 68 Elmshorn (SH)
- 69 Pinneberg (SH)
- 70 Hildburghausen (TH)
- 71 Neuhaus (TH)
- 72 Niederorschel (TH)
- 73 Pößneck (TH)
- 74 Worbis (TH)

# 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, Krankenhäuser in ambulante Gesundheitszentren, sogenannte sektorenübergreifende Versorger des Levels 1i, umzuwandeln und diese von Pflegekräften leiten zu lassen. 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 Geschäftsführungsstelle 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 ambulanten Einrichtungen degradiert werden. Was wird aus den Ausbildungsplätzen, die es jetzt noch in diesen Kliniken gibt?**

**Anke Görtz:** Die Kommission schreibt, dass die Krankenhäuser in sektorenübergreifende Versorger umgewandelt werden können. Das sind dann aber keine Krankenhäuser mehr, und eine KrankenpflegerInnenausbildung muss in einem Krankenhaus erfolgen. Auch die Weiterbildung soll nur im Verbund mit anderen Kliniken möglich sein. Hinzu kommt, dass die PflegerInnen, die diese Zentren leiten sollen, besonders gut ausgebildet werden müssen. Diese Ausbildung müssen dann die verbleibenden Kliniken übernehmen. Lauterbachs Plan bedeutet, dass es weniger Ausbildungsplätze geben wird und damit auch noch weniger ausgebildete Pflegekräfte.

**Von der Regierungskommission kam auch der Vorschlag, bis zu 25 Prozent der Operationen künftig ambulant durchzuführen. Dies sogenannten Tages-**

**pflegepauschalen wurden am 2. Dezember 2022 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 Krankenschwester 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.

# Vielen droht Medizin zweiter Klasse

In ländlichen Regionen ist die medizinische Versorgung gefährdet. So besteht in Bayern schon jetzt 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. In dem Flächenstaat überwiegen Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, schon jetzt sind die Wege zum nächstgelegenen Krankenhaus weit. Durch die vom Bundesgesundheitsminister geplanten Leistungsgruppen werden bis zu 293 der 351 Krankenhäuser ihr Leistungsangebot kürzen müssen.

Lediglich 52 Krankenhäuser der bisherigen Schwerpunkt- und Maximalversorgung einschließlich Universitätskliniken werden dann weiter eine hochwertige klinische Medizin anbieten. Das sind gerade einmal 15 Prozent der bayerischen Krankenhäuser, überwiegend in Ballungsgebieten verortet. Die ländlichen Regionen dagegen werden medizinisch abgehängt und Gesundheitsregionen zweiter Klasse.

Aktuell verfügen 143 der 351 bayerischen Krankenhäuser, immerhin knapp 41 Prozent, nicht über eine zertifizierte Notfallversorgung nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Für diese Krankenhäuser sieht die geplante Krankenhausreform eine Umwandlung in Gesundheitszentren des Levels 1i unter pflegerischer Leitung ohne Notfallversorgung und ohne durchgehende ärztliche Betreuung vor. Das sind keine Krankenhäuser mehr. Ihnen fehlen notwendige Ausstattungen wie Intensivstation, klinische Notaufnahme, Schockraum, Magnetresonanztomografie sowie Fachpersonal für eskalierende

klinische Krankheitsverläufe. Auch können sie ÄrztInnen und Pflegekräfte nur unzureichend ausbilden. Bereitschaftspraxen an diesen Standorten werden schließen. Das Angebot der herabgestuften Einrichtungen reduziert sich auf eine Kurzzeitpflege mit sporadischer ärztlicher Betreuung zu üblichen werktäglichen Arbeitszeiten. Der Anreiz für Bayern, in seiner Krankenhausplanung von diesen Gesundheitseinrichtungen Gebrauch zu machen, ist aufgrund knapper Finanzen groß.

Immerhin 43 Prozent der bayerischen Krankenhäuser, 150 der 351 Einrichtungen, verfügen aktuell über eine zertifizierte Basisnotfallversorgung. Sie werden durch die Reform mit den verschärften Strukturanforderungen der geplanten 64 Leistungsgruppen konfrontiert, die sie vielfach schwer erfüllen können. Wichtige derzeitige Angebote wie beispielsweise Kardiologie, Gastroenterologie, Herzkathetermessplatz, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie, Knie- und Hüftendoprothetik oder Wirbelsäulenchirurgie werden dann in ländlichen Regionen vielfach nicht mehr verfügbar sein. Aufgrund fehlender oder unbesetzter Kassensitze in ländlichen Regionen Bayerns hatten bisher die Allgemeinkrankenhäuser für diese Fachgebiete vielfach auch die ambulante medizinische Versorgung übernommen. Jetzt droht der Zusammenbruch ländlicher fachärztlicher Versorgung insgesamt, ambulant und stationär.

Zunächst schlug Lauterbach auch eine Reduktion der Geburtshilfeabteilungen um 62 Prozent vor: Dieses Vorhaben musste er nach heftigen Protesten zurücknehmen. Aber die Geburtshilfe bleibt weiterhin unterfinanziert und damit von Schließungen bedroht.

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seine Regierungskommission 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 erheblich erschwert, Geburten auf der Straße häufiger. Ärztliches und pflegerisches Fachpersonal wird die Gesundheitseinrichtungen des Levels 1i mangels Attraktivität des Arbeitsplatzes, Karrierechancen und guter Weiterbildungsmöglichkeiten verlassen.

In der jährlichen Umfrage „Bayerischer Krankenhaustrend“ prognostizieren neun von zehn Kliniken für das Jahr 2023 ein gewaltiges Defizit für ihr Haus. Lauterbach und seine Kommission schließen ausdrücklich zusätzliche Finanzmittel für die Krankenhäuser aus. Neben den durch die Krankenhausreform verordneten Klinikschließungen wird sich der kalte Strukturwandel in insolvenzbedingten Schließungen in Bayern also ebenfalls verschärfen.

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. Oktober 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](mailto:info@gemeingut.org)  
Sie können Ihren Beitrag mit dem genannten Betreff auch sicher und bequem online überweisen:  
[www.gemeingut.org/spenden](http://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

Der Klinikahlschlag geht weiter, die Reform wird ihn noch verstärken. Dagegen wächst der 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: Mehr als 55 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 Kliniken zu entziehen.

BundespolitikerInnen zeigten auf die Länder, LandespolitikerInnen auf die Kommunen. Jetzt wird Lauterbach tätig, aber die Richtung stimmt nicht. Damit seine Vorschläge nicht in der geplanten Form Gesetz werden, baut das Bündnis Klinikrettung Druck auf. Viermal verlieh es seit 2022 seinen Schmähpreis für Klinikschließung: Die „Goldene Abrissbirne“ ging an Baden-Württembergs Gesundheitsminister Manfred Lucha, an seinen nordrhein-westfälischen Kollegen Karl-Josef Laumann, an den Gesundheitsökonom Boris Augurzky und inzwischen auch an Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach. Das Bündnis veröffentlichte seit seiner Gründung viele Materialien, die über die Ursachen der Klinikschließungen informieren und zum Protest aufrufen. Immer mehr BürgerInnen tun ihren Unmut kund. Je mehr Klinikpersonal, PatientInnen und andere Betroffene sich anschließen, desto eher können die Klinikschließungen aufgehalten werden. Machen Sie mit, werden Sie KlinikretterIn!  
Kontakt: [info@klinikrettung.de](mailto:info@klinikrettung.de)  
Informationen: [www.klinikrettung.org](http://www.klinikrettung.org)

## Petition jetzt unterschreiben: Lauterbachs Reformpläne stoppen

**Liebe Leserinnen und Leser dieser Zeitung,**  
alle zwanzig Jahre findet in Deutschland eine Krankenhausreform statt. Minister Karl Lauterbach kündigt die jetzt von ihm geplante Reform als „Revolution“ an. Ein Strukturwandel ist angesichts der Zustände in der stationären Versorgung bitter nötig. Aber Lauterbach hat sinnbildlich nur die Guillotine aus Frankreich übernommen: Mit rigiden Strukturvorgaben treibt er den Klinikahlschlag voran. Bis zu einem Drittel aller Krankenhäuser in Deutschland droht das Aus, ein weiteres Drittel muss das Behandlungsspektrum stark reduzieren. Besonders betroffen sind Allgemeinkrankenhäuser in ländlichen Räumen. Diese Entwicklung bedroht Leib und Leben.  
Wir haben daher eine Unterschriftensammlung gestartet, in der wir uns an die Mitglieder des Gesundheitsaus-

schusses des Deutschen Bundestages sowie an die MinisterpräsidentInnen der Bundesländer wenden. Sie haben die Möglichkeit, auf die Gestaltung der Reform Einfluss zu nehmen und Lauterbachs Klinikahlschlag zu stoppen.

- Wir fordern in der Petition:**
- Abschaffung der Fallpauschalen – Selbstkostenfinanzierung jetzt! Die Fallpauschalenfinanzierung hat zu verheerenden Fehlanreizen und überbordender Bürokratie geführt.
  - Renditeverbot in der Krankenhausversorgung! Die Möglichkeit, Rendite zu erwirtschaften und diese Gelder dem Krankenhausbetrieb zu entziehen, hat zu massiven Privatisierungen geführt.
  - Bedarfsorientierte Krankenhausstrukturen, die es allen ermöglichen, binnen 30 Fahrzeitminuten ein Allgemeinkrankenhaus zu

erreichen, das mindestens über die Bereiche Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Intensivmedizin und Basisnotfallversorgung verfügt.

**Unterschreiben Sie jetzt unsere Petition online!**  
Den vollständigen Text und das Onlineformular finden Sie unter diesem Link: <https://kurzelinks.de/krankenhausreform>

**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 Milliardengewinne 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.

### Mitmachen: Infopaket bestellen und Material verteilen

Bestellen Sie unser Infopaket: 20 Postkarten und 2 DIN-A2-Plakate mit der von Katharina Greve gezeichneten Karikatur (siehe oben), je 20 Faltposter, „Klinikschließungen gefährden Ihre Gesundheit“ und „Fehlende Notfallversorgung gefährdet Ihre Gesundheit“, 100 Zeitungen „Krankenhausreform. Kahlschlag per Gesetz“. Bestellen Sie unter [info@gemeingut.org](mailto:info@gemeingut.org) – gern auch abweichende Mengen. Wir freuen uns über Spenden für Druck- und Portokosten.

## 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](http://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!

## 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](mailto: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](http://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](http://www.gemeingut.org)  
[info@gemeingut.org](mailto: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](http://www.wortformer.de)

Redaktionsschluss: 04.09.2023  
1. Auflage

Unterstützt von vielen SpenderInnen