

Verlust stationärer Kapazitäten nach Krankenhausschließungen

Sämtliche Schließungen von Allgemeinkrankenhäusern seit 2020:

66

Vollständiger Verlust der stationären Betten

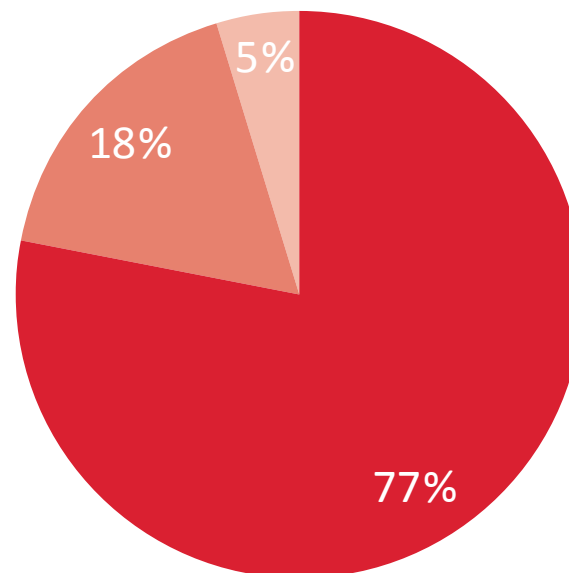
● **51**

Teilweiser Verlust der stationären Betten

● **12**

Vollständiger Erhalt der stationären Betten durch Verlagerung oder Umwandlung

● **3**



Seit Beginn 2020 des Jahres verzeichnet das Bündnis Klinikrettung 66 Schließungen von Allgemeinkrankenhäusern. Bei 77 % der Schließungen gingen die stationären Betten vollständig verloren. In mehr als drei Vierteln der Fälle wurden also Krankenhäuser geschlossen, ohne dass der Abbau der stationären Versorgung ausgeglichen wurde. Bei 18 % der Schließungen gingen die stationären Betten teilweise verloren, zum Beispiel weil das Krankenhaus auf eine Fachklinik reduziert wurde oder weil die Betten teilweise an andere Häuser verlagert wurden. Einen vollständigen Erhalt der stationären Kapazitäten gab es bloß in 5 % der Schließungsfälle – aber auch hier bedeutete dies, dass Betten vor Ort ganz oder teilweise wegfielen. Die Krankenhausschließungen verursachten daher sowohl eine Verschlechterung der stationären Versorgung vor Ort als auch den Abbau stationärer Kapazitäten insgesamt.

Ambulante und stationäre Ersatzmaßnahmen nach Krankenhausschließungen

Sämtliche Schließungen von
Allgemeinkrankenhäusern seit 2020:

66

Keine Ersatzmaßnahme:

● **21**

Alten- und Pflegeheim:

● **6**

Ärztehaus, Tagesklinik:

● **3**

Unzureichend ausgestattete
Gesundheitszentren:

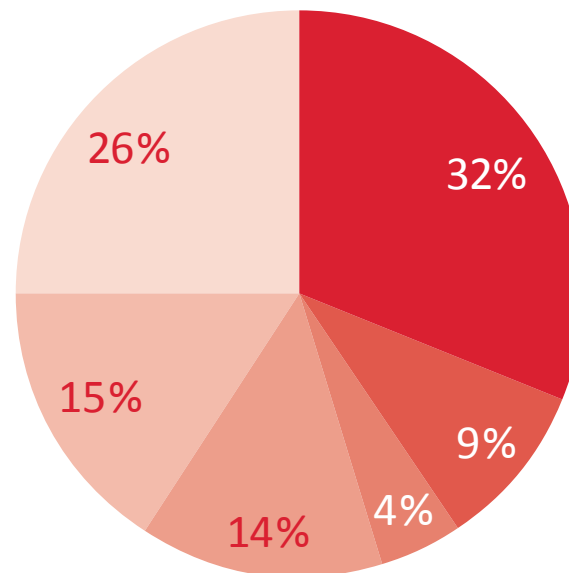
● **9**

Gesundheitszentren in Entwicklung:

● **10**

Verlagerung, Reha- oder Fachklinik:

● **17**



Die durch die Schließungen verlorenen stationären Kapazitäten wurden weitestgehend nicht ersetzt. Bei 32 %, also fast einem Drittel der Schließungen, folgte auf die Schließung auch keine andere Ersatzmaßnahme, um den Verlust aufzufangen. Dabei wurde dies meistens versprochen. Bei 9 % der Schließungen wurde anstelle des geschlossenen Krankenhauses ein Alten- oder Pflegeheim eröffnet, in nur 4 % der Fälle kam ein Ärztehaus oder eine Tagesklinik zustande. Bei insgesamt 29 % der Schließungen wurde vor Ort ein Gesundheitszentrum in Angriff genommen. Diese sind zur Hälfte unzureichend ausgestattet, zur anderen Hälfte noch in Entwicklung. Dadurch entsteht über Jahre eine Versorgungslücke. Bei 26 % aller Schließungen entstand stattdessen eine Reha- oder Fachklinik oder die Betten wurden verlagert. Insgesamt zeigt sich, dass die Ersatzmaßnahmen völlig unzureichend sind und die durch Schließungen weggebrochene medizinische Versorgung in den meisten Fällen nicht kompensiert wurde.

Leere Versprechen: Kaum Ersatz nach Krankenhausschließungen

Berlin, den 19. März 2024

Der Strukturwandel der Krankenhauslandschaft ist im vollen Gange. Seit Jahren schließen Krankenhäuser, vor allem weil sie aufgrund der DRG-Fallpauschalenfinanzierung, der fehlenden Investitionen seitens der Länder und der Inflation in finanzieller Not sind. Die geplante Krankenhausreform soll nun auch die rechtlichen Rahmenbedingungen für systematische Schließungen schaffen. Durch die Einführung der sogenannten sektorenübergreifenden Versorger sollen potenziell mehrere Hundert Krankenhäuser geschlossen und in ambulante Zentren umgewandelt werden. Außerdem werden auch nach der Reform weiterhin unkontrollierte Schließungen in Folge der bestehenbleibenden Unterfinanzierung erfolgen – der so genannte „kalte Strukturwandel“. Das Bundesgesundheitsministerium verspricht der Bevölkerung, dass die geschlossenen Krankenhäuser ersetzt werden und sichert zu, dass die Qualität der medizinischen Versorgung mit der Zentralisierung sogar steigen wird.

Um diese Versprechen auf ihre Haltbarkeit zu überprüfen, hat das Bündnis Klinikrettung die Krankenhausschließungen der vergangenen vier Jahre in Hinblick auf zustandgekommene Nachfolge- und Ersatzlösungen untersucht. Die Recherche widmet sich sowohl der Kompensation für verlorene stationäre Kapazitäten, als auch der Entstehung ambulanter Ersatzeinrichtungen. Das Ergebnis der Untersuchung ist deutlich: In den meisten Fällen bedeutete eine Krankenhausschließung auch den Verlust der stationären Betten. Verschiedene Modelle für eine ambulante Versorgung, welche die geschlossenen Krankenhäuser ersetzen sollten, wurden außerdem in den meisten Fällen nicht oder nur unzureichend umgesetzt. Dabei muss betont werden, dass eine ambulante Einrichtung ein Krankenhaus ohnehin nie angemessen ersetzen kann, da sie weder die dafür notwendige Ausstattung noch die entsprechenden Öffnungszeiten bietet. Außerdem bedeutet auch die Verlagerung von Betten an einen anderen Ort eine Verschlechterung der wohnortnahen Versorgung. Es ist daher eine verheerende Bilanz, dass selbst unzureichende Ersatzlösungen häufig nicht zustande kamen.

Verluste und Ersatzmaßnahmen nach Krankenhausschließungen in Zahlen

Seit Beginn 2020 verzeichnet das Bündnis Klinikrettung **66 Schließungen von Allgemeinkrankenhäusern. Bei 77% der Schließungen gingen die stationären Betten vollständig verloren.** In mehr als drei Viertel der Fälle wurden also Krankenhäuser geschlossen, ohne dass der Abbau der stationären Versorgung ausgeglichen wurde – ein niederschmetterndes Zeugnis für das Verantwortungsbewusstsein der Träger und politisch Verantwortlichen. **Bei 18% der Schließungen gingen die stationären Betten teilweise verloren,** zum Beispiel weil das Krankenhaus auf eine Fachklinik reduziert wurde oder weil die Betten teilweise an andere Häuser

verlagert wurden. **Einen vollständigen Erhalt der stationären Kapazitäten gab es in bloß 5% der Schließungsfälle** - aber auch hier bedeutete dies, dass Betten vor Ort ganz oder teilweise wegfielen.

Die Krankenhausschließungen verursachten daher sowohl eine Verschlechterung der stationären Versorgung vor Ort als auch den Abbau stationärer Kapazitäten insgesamt. Durch Verlagerungen wurden zwar 1.059 Betten erhalten. **Insgesamt gingen aber seit 2020 allein durch Krankenhausschließungen 7.632 Betten verloren.** Zudem wurde die Erreichbarkeit der stationären Versorgung verschlechtert. **Für geschätzt 400.000 Menschen mehr ist die amtlich vorgesehene Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus von maximal 30 Minuten durch die Schließungen nicht mehr gegeben.** Ohnehin können nicht alle Menschen im Bundesgebiet innerhalb von 30 Fahrminuten ein Krankenhaus erreichen, sei es aufgrund vorheriger Schließungen oder anderweitig fehlender Krankenhäuser. Die politische Antwort darauf müsste ein Aufbau von Kapazitäten sein, nicht die Verschärfung des Krankenhauskahlchlags.

Grafik 1: Verlust von stationären Betten nach Krankenhausschließungen

Sämtliche Schließungen von
Allgemeinkrankenhäusern seit 2020:

66

Vollständiger Verlust der
stationären Betten

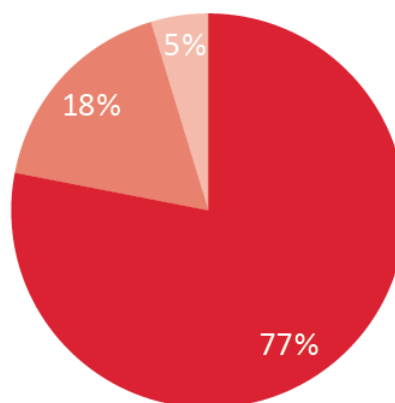
51

Teilweiser Verlust der
stationären Betten

12

Vollständiger Erhalt der
stationären Betten durch
Verlagerung oder Umwandlung

3



Die durch die Schließungen verlorenen stationären Kapazitäten wurden also weitestgehend nicht ersetzt. **Bei 32%, also fast einem Drittel der Schließungen, folgte auf die Schließung auch keine andere Ersatzmaßnahme**, um den Verlust aufzufangen. Dabei wurde dies meistens versprochen. **Bei 9% der Schließungen wurde anstelle des geschlossenen Krankenhauses ein Alten- oder Pflegeheim eröffnet, in bloß 4% der Fälle kam ein Ärztehaus oder eine Tagesklinik zustande. Bei insgesamt 29% der Schließungen wurde vor Ort ein Gesundheitszentrum in Angriff genommen.** Diese sind zur Hälfte unzureichend ausgestattet, zur anderen Hälfte noch in Entwicklung. Dadurch entsteht über Jahre eine Versorgungslücke. Bei 26% aller Schließungen entstand stattdessen eine Reha- oder Fachklinik, oder die Betten wurden verlagert. Insgesamt zeigt sich, dass die Ersatzmaßnahmen völlig unzureichend sind und die durch Schließungen weggebrochene medizinische Versorgung daher in den meisten Fällen nicht kompensiert wurde.

Grafik 2: Ambulante und stationäre Ersatzmaßnahmen nach Krankenhausschließungen.

Sämtliche Schließungen von
Allgemeinkrankenhäusern seit 2020:

66

Keine Ersatzmaßnahme:

● **21**

Alten- und Pflegeheim:

● **6**

Ärztelhaus, Tagesklinik:

● **3**

Unzureichend ausgestattete
Gesundheitszentren:

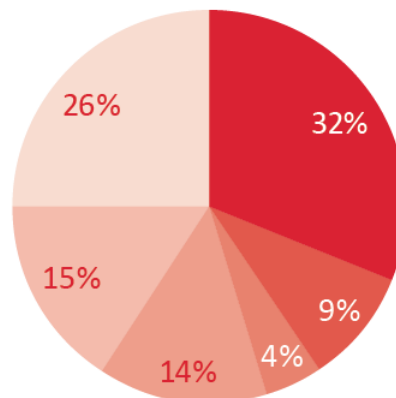
● **9**

Gesundheitszentren in Entwicklung:

● **10**

Verlagerung, Reha- oder Fachklinik:

● **17**



Am stärksten von den Schließungen betroffen waren die Geburtshilfe und die Notfallversorgung. Diese Fachbereiche können von den meisten Ersatzeinrichtungen wie Gesundheitszentren, Rehakliniken oder Pflegeheimen überhaupt nicht adäquat geleistet werden. Die Geburtshilfe ist an sämtlichen von Schließung betroffenen Standorten völlig verloren gegangen. Zwar wird in manchen ambulanten Gesundheitszentren das Fach Gynäkologie angeboten, in keinem davon gibt es aber eine klinische Geburtshilfe. Dieser Zustand ist umso dramatischer, als dass die Geburtshilfe wie kein anderes Fach einem schon seit Jahrzehnten andauernden Kahlschlag zum Opfer gefallen ist. 1991 konnten Schwangere in fast der Hälfte der Krankenhäuser gebären, heute bieten nur noch ein Drittel der Krankenhäuser Geburtshilfe an.¹ Die absolute Anzahl der Kreißsäle hat sich seit damals halbiert.

Bei Krankenhausschließungen wird stets versichert, die Notfallversorgung bliebe gewährleistet. Allerdings ist damit in der Regel der Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung gemeint. Dabei werden die KassenärztInnen nach Dienstplan verpflichtet, außerhalb der üblichen Praxisöffnungszeiten für Notfälle zur Verfügung zu stehen. In den Orten, wo Ärztemangel herrscht, das heißt in den meisten kleinstädtischen und ländliche Regionen, kann auch eine solche reduzierte Notfallversorgung nicht rund um die Uhr gewährleistet werden. Nur bei Gesundheitszentren gibt es überhaupt Regelungen zu Notfallversorgung, das betrifft rund ein Drittel der zustande gekommenen Einrichtungen. Eine im Februar 2023 im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft durchgeführte »Auswirkungsanalyse« führt an, dass mit der Krankenhausreform ebenfalls der Abbau der Notfallversorgung beabsichtigt wird. Laut dieser Analyse würden etwas über 60 Prozent der Krankenhäuser noch eine Notfallversorgung anbieten.

1 https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/02/PD23_N009_231.html

Prognose deutet auf weitere 300 ersatzlose Schließungen hin

Die Untersuchung des Bündnis Klinikrettung zeichnet ein Bild der gebrochenen Versprechen. Wer die Schließungen kritisiert, wird von den verantwortlichen PolitikerInnen und Krankenhausträgern häufig mit der Aussicht auf Gesundheitszentren oder andere ambulante Einrichtungen beruhigt. Die Untersuchung des Bündnis Klinikrettung dokumentiert, dass diese Ersatzlösungen häufig nicht zustande kommen. Ohnehin gilt, dass keine ambulante Einrichtung ein stationäres Akutkrankenhaus angemessen ersetzen kann². Das alles lässt mit Blick auf die Folgen der geplanten Krankenhausreform Schlimmes erahnen. Denn die Reform strebt die Umwandlung kleinerer Krankenhäuser der Allgemeinversorgung in sektorenübergreifende Versorger an³. Diese entsprechen im Grundsatz den Gesundheitszentren, die so häufig fälschlich versprochen wurden. Berechnungen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums zeigen, dass bis zu 358 Krankenhäuser von der Schließung und darauffolgenden Umwandlung betroffen wären⁴. Setzt man den Trend der bisherigen Schließungen fort, bei dem in nur 14 % der Fälle Ersatzangebote zustande kamen, würden an lediglich 50 der 358 betroffenen Standorte eine unzureichende Nachfolgelösung eingerichtet, die restlichen 300 Häuser fielen ersatzlos weg.

Die Forderungen des Bündnis Klinikrettung

Nach vielen Jahren Krankenhauskollaps braucht es eine umfassende Reform der Krankenhausversorgung. Die aktuellen Reformpläne verschlimmern jedoch die Missstände. Statt Zentralisierung braucht es einen Wiederaufbau verlorengegangener Krankenhäuser. **Die Bundesregierung muss finanzielle Hilfen für bedrohte Krankenhäuser zur Verfügung stellen. Alle geplanten Krankenhausschließungen müssen umgehend gestoppt werden.** Betreffend der ambulanten Versorgung gilt, dass sektorenübergreifende Versorger und ähnliche Einrichtungen zwar eine sinnvolle Ergänzung ambulanter Praxen für AllgemeinärztInnen, FachärztInnen und TherapeutInnen sind, aber keinen angemessenen Ersatz für Allgemeinkrankenhäuser mit Notfallversorgung darstellen. Sie sollten daher keine Liegebetten haben, denn ohne durchgehende ärztliche Anwesenheit können sie gemeingefährlich werden. **Sektorenübergreifende Versorger gehören wie Krankenhäuser in kommunale Hand**, um Fehlangebote bzw. unzureichende renditeorientierte Angebote zu vermeiden. **Um die gravierenden Probleme der aktuellen Krankenhausfinanzierung zu beheben braucht es die vollständige Abschaffung des DRG-Systems zugunsten einer Einführung der Selbstkostendeckung als Finanzierungsmodell sowie ein Renditeverbot für den Krankenhausbetrieb.**

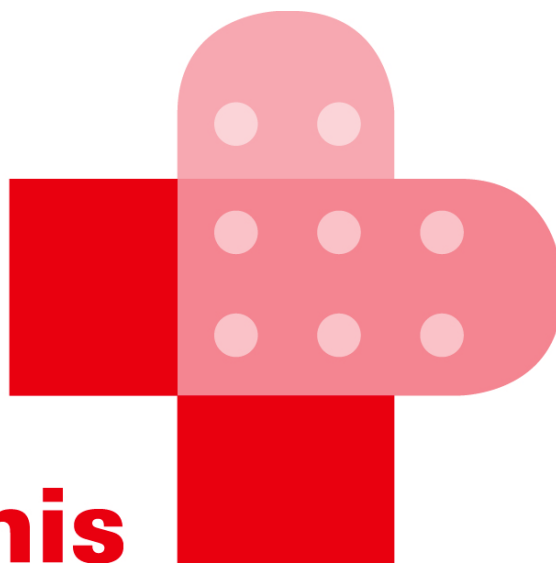
2 Ausführlich argumentiert in der Projektstudie „30 Fahrzeitminuten für bayerische Krankenhäuser. Notstand der wohnortnahen klinischen Versorgung und Lösungsansätze“ von Klaus Emmerich, S. 9:

<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14700413332/Krankenh%C3%A4user+statt+ambulante+Gesundheitszentren+B%C3%BCrgerinfo+Bayern.pdf?t=1709099822>

3 Siehe das Eckpunktepapier von Bund und Ländern zur Krankenhausreform, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform_final.pdf, sowie der Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz) (Drucksache 20/8408), S. 7: „Krankenhäuser, die eine sektorenübergreifende Versorgung und in der Regel keine Notfallmedizin erbringen, werden von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde der Versorgungsstufe „Level 1i“ zugeordnet.“

4 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/143653/Krankenhausreform-Rund-350-Kliniken-koennten-dem-Level-1i-zugeordnet-werden>

Krankenhausschließungen und Ersatzmaßnahmen: Bilanz 2020 bis 2023



Bündnis
Klinikrettung

Herausgeber:
Bündnis Klinikrettung
c/o Gemeingut in BürgerInnenhand (GiB) e. V.
Weidenweg 37
10249 Berlin
Telefon: 030. 37 30 04 42
E-Mail: info@gemeingut.org
<https://klinikrettung.org>

Autor: Dr. Rainer Neef

Berlin, März 2024

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	3
2	Schließungsgründe	4
2.1	Wirtschaftliche Lage	4
2.2	Umstrukturierung	5
2.3	Personalmangel	5
3	Opposition und unterbliebene Schließungen	6
4	Maßnahmen aufgrund von Krankenhausschließungen	9
4.1	Keinerlei Ersatzmaßnahme.....	9
4.2	Umwandlungen in Pflege- und Altenheime	10
4.3	Ärztelhäuser, Tageskliniken.....	10
4.5	Gesundheitszentren	10
4.6	Verlagerung von Betten in andere Häuser des Trägers	10
4.7	Effekte von Maßnahmen.....	11
4.8	Notfallversorgung und Geburtshilfe – Definitionen.....	11
5	Gesundheitszentren als Krankenhaus-Ersatz?	12
5.1	Beurteilungsmaßstab	12
5.2	Modelle und Ausformungen	12
5.3	Vorhaben nach Klinikschließung und die Rolle von MVZ.....	14
5.4	Grundlegende Schwierigkeiten, einige Chancen.....	15
6	Fazit	16

1 Einführung

Die Ablehnung in der Bevölkerung gegenüber Krankenhausschließungen sei unbegründet, behaupten die Verantwortlichen in den Gesundheitsministerien auf Bundes- und Landesebene sowie viele Expert:innen, mit denen sie kooperieren. Durch Schließungen werde die Versorgungsqualität gar besser, durch Zentralisierung der Angebote in großen, spezialisierten Häusern und durch Versorgungszentren, die ersatzweise vor Ort eröffnet würden.

Das Bündnis Klinikrettung dokumentiert Krankenhausschließungen seit 2020. Im folgenden Papier stellt das Bündnis seine Analyse der Versorgungslage und medizinischen Ersatzangebote an den einstigen Krankenhausstandorten nach der erfolgten Schließung vor.

Seit dem Jahr 2020 wurden insgesamt 70 Krankenhäuser (KH) geschlossen, nach einem zeitweiligen Rückgang in den Pandemie Jahren 2021 und 2022 mit aktuell steil steigender Tendenz. In den beiden Pandemie Jahren dokumentierten wir auch die Schließung und Teilverlagerung von vier Fachkliniken für Atemwegserkrankungen, weil sie für die Pandemiebewältigung besonders relevant waren.¹ Als Fachkliniken leisteten sie keine Allgemeinversorgung, deswegen schließen wir sie aus der folgenden Analyse aus, denn es geht hier um Folgen der Schließung und um eventuell entstandene Ersatzmaßnahmen bei 66 Allgemeinversorgern.

In 16 Fällen verlängerten sich durch die Schließung die Wege zum nächsten Grundversorger nach dem gültigen Maß (mehr als 5.000 betroffene Einwohner:innen; im Maximalfall in der Stadt Norden sind es 51.412 Einwohner:innen) auf mehr als 30 Minuten Pkw-Fahrzeit. Wir erhoben nur Daten über Akut-, nicht über Fach- und Rehakliniken. Mit 18 Schließungen war Baden-Württemberg Spitzenreiter, es folgten jeweils 13 in Nordrhein-Westfalen und acht jeweils in Bayern und in Rheinland-Pfalz. In den ostdeutschen Ländern wurden zusammengenommen nur sechs Häuser geschlossen (darunter vier in Sachsen) – umfangreiche Schließungsprozesse hatte es hier in den 1990er und den frühen 2000er Jahren gegeben, mit der Folge, dass sich dort heute die größten Versorgungslücken erstrecken (mehr als 30 Minuten Pkw-Fahrdistanz für mehr als 5.000 Einwohner; vergleiche Krankenhausatlas 2016; dieser Schwellenwert wird im Folgenden häufig aufgeführt, Bezug immer: <https://www.gkv-kliniksimulator.de/>).

Tab. 1: Schließungsauswirkungen 2020 bis 2023

	2020	2021-2022	2023	Summe
Schließungen	21	20	25	66
Bettenverlust – Kleinstadt	1.135 ¹	1.392	2.456	4.983
Mittel-/Großstadt (> 50.000 Ew.)	1.035	1.089	1.584	3.708
abzügl. Verlagerung und Fachklinik ²	- 107	- 507	- 445	<u>-1.059</u>
				7.632
KH geschlossen, danach Fahrzeit > 30 Min. für > 5.000 Ew.	3;	6;	6;	15;
<i>Zahl der Betroffenen</i> ³	35.686	84.297	116.735	236.718

¹Sie wurden verlagert, die Bettenzahl wurde in zwei Fällen vollständig erhalten, in zwei Fällen nur unzureichend.

¹ keine Bettenangabe für KH Marbach (BW)

² nur wenige Verlagerungen vollständig, die Hälfte der geschlossenen Bettenzahl wurden als erhalten geblieben angenommen; Fachklinik: ein Drittel der geschlossenen Bettenzahl als erhalten angenommen; Rehaklinik: keine erhaltenen Akutbetten.

³ darunter zwei Schätzungen nach Straßenkarte

Durch die 66 Klinikschließungen verschwanden im Verlauf von nur vier Jahren 7.632 Betten – mehr als in den sieben Jahren zuvor (berechnet nach Destatis 2021, S. 10). Zwei Drittel der Schließungen liegen im kleinstädtisch-ländlichen Raum. In etlichen dieser Regionen werden jeweils mehr als 5.000 Einwohner:innen das nächste Krankenhaus der Grundversorgung erst nach einer Fahrt von mehr als 30 Minuten erreichen. Unterhalb der Schwelle von mehr als 5.000 werden schätzungsweise weitere 120-140.000 Betroffene aus sonstigen 50 geschlossenen Standorten hinzukommen. Viele andere – wohl überwiegend Großstadtbewohner:innen – werden weiterhin einen Grundversorger in ihrer Nähe rechtzeitig erreichen, eine Schätzung ist mit den offiziellen Daten nicht möglich. In dieser Ignoranz betonen Regierungsstellen, Schließungen seien nicht auf dem Land, sondern nur in Großstädten als Abbau von Überkapazitäten sinnvoll. Zu den verlängerten Wartezeiten durch die zunehmende Zahl der Patient:innen an den verbleibenden Krankenhäusern gibt es noch keine Berechnungen.

2 Schließungsgründe

Die Schließungsgründe werden fast immer von den Krankenhausträgern angegeben. Eher ergänzend und überwiegend zustimmend äußern sich die zuständigen Kommunalpolitiker:innen. Die angeführten Gründe lassen sich formell zu drei Bereichen zusammenfassen:

2.1 Wirtschaftliche Lage

Das zu schließende Haus macht Verluste – dieser Grund wird häufig von freigemeinnützigen und öffentlichen Trägern angegeben. Private Träger geben als vorherrschenden Grund für die Schließung Unwirtschaftlichkeit an. Kleine Häuser mit bis zu 150 Betten überwiegen bei drei Viertel aller Schließungen. Nach den uns vorliegenden Gutachten haben sie immer unterdurchschnittliche Erträge, vor allem im Bereich der Fallpauschalen. Verluste sind allerdings keine klare Größe. In Bilanzen können Erträge in verschiedenen Buchungsposten als Verluste ausgewiesen werden, häufig als Rücklagen für verschiedene Zwecke. Das 150-Betten-Haus in Weingarten (Landkreis Ravensburg) zum Beispiel galt über etliche Jahre hin als defizitär. Zum Zeitpunkt der Schließung, im September 2020, war ein Verlust von 25 Millionen Euro aufgelaufen – die Hälfte davon waren Rücklagen zur Schließung². Wirtschaftliche Gründe überwogen bei Schließungen im Jahr 2020, in den Jahren danach nahm deren Häufigkeit als Schließungsangabe ab, 2023 machte mangelnde Wirtschaftlichkeit die Hälfte der publizierten beziehungsweise deutlich erkennbaren Gründe aus. Wenig publiziert, aber von Beschäftigten häufig genannt ist das „Herunterwirtschaften“ kleiner Häuser über mehrere Jahre: Verluste sind meist Teil der Demontage eines Hauses (Schließung von Abteilungen, Verlagerung von Personal, Desinvestition) mit dem Ziel einer Schließung

² Kontext: Wochenzeitung, Ausgabe 511/ 13.1.2021; <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/friedrichshafen/klinik-weingarten-14-nothelfer-schliesst-frueher-100.html> (16.7.2020)

beziehungsweise eines Umbaus zu einer ertragreicheren Form, zum Beispiel einer Fachklinik, einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ), Gesundheitszentrum oder Pflegeheim.

2.2 Umstrukturierung

Die Schließung ist Teil der Neuordnung medizinischer Fächer in den anderen Häusern des Trägers. Teils sollen größere beziehungsweise ertragreichere Häuser gestärkt werden hinsichtlich Patient:innen-/Fall-Zahl, medizinischer Infrastruktur und möglichst Personalübernahme aus dem geschlossenen Haus. Teils – und zunehmend – soll das Versorgungsangebot in einer Zentralklinik zusammengefasst werden, und die meisten anderen Standorte dafür aufgegeben werden. Zentralkliniken sind zeit- und kostenaufwendig und hingen bislang immer von einer weitgehenden Kostenübernahme durch das Bundesland ab. Seit 2020 haben wir 18 dieser Vorhaben (plus vier große Erweiterungsbauten) erfasst, sie hauptsächlich in Westdeutschland vorgesehen. Vorreiter ist Baden-Württemberg – schon 2016 eröffnete dort eine Zentralklinik, ab 2020 wurden in diesem Bundesland acht weitere Vorhaben und zwei große Erweiterungsbauten dokumentiert. Bis 2023 erfolgten schon etliche vorzeitige Schließungen – meist viele Jahre vor der geplanten Eröffnung einer Zentralklinik (siehe hierzu unter dem folgenden Punkt „Personalmangel“). Hintergrund solcher Umstrukturierungen ist praktisch immer der Versuch, die vom Träger begünstigten und zum Teil erweiterten Häuser wirtschaftlich zu optimieren. Gegenüber „einfachen“ Schließungen erfordert dieses Vorgehen deutlich höhere Investitionen, ein Teil davon wird auch für einen ökonomisch und sozial für tragfähig gehaltenen Ersatz investiert, zum Beispiel für den Ausbau einer verbliebenen Abteilung zu einer Fachklinik am Ort, für Erweiterungsbauten an anderen Standorten oder für sogenannte Gesundheitszentren. Auch Umstrukturierungen oder Zentralbauten sind also vor allem wirtschaftlich motivierte, aber teure Maßnahmen.

2.3 Personalmangel

Erst seit 2022 wird er als Schließungsgrund angegeben, aber nur in wenigen Fällen als Hauptgrund benannt. Personalmangel hat mehrere Ausprägungen:

- Nachwuchsproblem bei kleinen Kliniken in ländlich-kleinstädtischen Gebieten mit geringer Attraktivität;
- Personalabwanderung, sobald Schließungsvorhaben in der Belegschaft ruckbar werden (häufigste Form);
- Berufswechsel aufgrund der unter Pandemiebedingungen gewachsenen Überlastung ohne Aussicht auf Verbesserung;
- stark erhöhte Personalkosten, wenn Leih- und Honorarkräfte – in diesem Bereich gut bezahlt - einen Personalrückgang kompensieren sollen – das ist nicht Mangel, denn das Personal ist verfügbar, aber nicht bereit, sich den angespannten Arbeitsbedingungen der Festangestellten zu unterwerfen.

Klinikschließungen hatten in den vier betrachteten Jahren zu über 90 Prozent rein wirtschaftliche oder strukturbezogene wirtschaftliche Gründe – erstere in sinkendem, letztere in zunehmendem Maße. Auffällig ist der hohe Anteil von Schließungen im Zusammenhang mit Zentralklinik-Vorhaben, die während der Pandemie durchgezogen wurden. Fast immer werden ertragsarme Häuser über

einige Jahre demontiert, um die Erträge eines Betreibers insgesamt zu verbessern. Die „rein wirtschaftliche“ und weniger aufwendige Strategie zielt auf ersatzlose Schließung (überwiegend) oder auf eine ertragreichere Nutzung des Gebäudes ab. Die zweite und aufwendigere Strategie der Umstrukturierung hat die wirtschaftliche Rationalisierung aller verbleibenden Häuser eines Trägers zum Ziel. An den geschlossenen Standorten gab es zum Teil Investitionen für eine Art medizinischen Ersatz. Personalmangel ist eine direkte Folge des ökonomisch bedingten Schließungsprozesses, zuletzt verschärft durch weitere Faktoren. *Systemische Ursache* war und bleibt weiterhin das ökonomische Regime, das via Fallpauschalen-Abrechnung seit zwanzig Jahren die stationäre Kranken- und Geburtenversorgung dominiert.

3 Opposition und unterbliebene Schließungen

Klinikschließungen stießen im Beobachtungszeitraum in wachsendem Maße auf Opposition; 2020 trat sie in fast der Hälfte, 2023 in fast zwei Dritteln der betroffenen Orte auf. Und sie wurde breiter: War sie 2020 meist von Bürger:innen und zum Teil der Kommune (mit-) getragen, beteiligten sich 2023 überwiegend mehrere Gruppen, vor allem Bürger:innen, Belegschaften – teils mit Personalvertretungen und/ oder medizinischen Fachgremien – sowie Kommune/Landkreis, in Einzelfällen gar ein Landesministerium. Auch die Aktionsformen erweiterten sich, verzeichnet werden konnten Bürgerentscheid, Petition, Klage vor Gericht, Aktionen im öffentlichen Raum, Diskussionsveranstaltungen, Nutzung sozialer Medien. Das entspricht einem allgemein gewachsenen Widerstand gegen Teil- oder Komplettschließungen von Krankenhäusern, gegen Krankenhausprivatisierungen oder gegen die geplante Krankenhausreform. Der Widerspruch spiegelt sich in entsprechenden Petitionen wider, zwischen 2017 und Anfang 2022 kamen 597.290 Unterschriften zusammen, in den zwei Jahren danach waren es 691.322.

Von interessierter Seite wird Bürger:innen und auch Kommunalpolitiker:innen meist unterstellt, sie sträubten sich gegen eine Klinikschließung aus irrationalen Gründen, vor allem aus emotionaler Ortsbindung und Traditionalismus, und sie ignorierten Unterschiede der Behandlungsqualität zwischen kleinen und großen Häusern. Wäre das der Fall, ließe sich die Ausweitung der Opposition und deren überregionale Vernetzung nicht erklären. Tatsächlich dürfte diese vor allem drei Faktoren geschuldet sein. Erstens: Klinikschließungen sind augenscheinlich keine Einzelfälle, Interesse und Informationsstand lokaler und regionaler Medien haben zugenommen. Dadurch wuchs auch die Aufmerksamkeit der lokalen Anwohnerschaft, Beschäftigte der Kliniken fühlten sich ermutigt, und Lokalpolitik oder auch medizinische Gremien sahen sich veranlasst zu reagieren. Zweitens: An Orten, an denen zunehmend Bürger:innen und/oder Klinikbeschäftigte und Lokalpolitiker:innen in ihrer Opposition zusammentreffen, werden mehr Fakten zusammengetragen und entsteht ein klareres Bewusstsein über Hintergründe – Krankenhausökonomie, Gesetzgebung, Kooperation „hinter geschlossenen Türen“ – und über Aktionsmöglichkeiten bei einer geplanten Klinikschließung. Der Widerstand von Bürger:innen und stellenweise Lokalpolitiker:innen wurde umso entschiedener, je besser sie informiert waren über Schließungsmotive und -absprachen. Drittens: Die umfassende Information der Bürger durch das Bündnis Klinikrettung und regionale Initiativen hat das Bewusstsein der Bürger für die Notwendigkeit wohnortnaher Allgemeinkrankenhäuser einschließlich klinischer Notfallversorgung geschärft.

Nach unseren Erfahrungen mit 25 lokalen Initiativen ist den Betroffenen der nachfolgend ausgeführte Nutzen eines gut erreichbaren Krankenhauses sehr bewusst:

- Besuche und Betreuung durch Angehörige spielen bei der Heilung eine (oft ignorierte, aber wichtige) Rolle.
- Eine Klinikschließung verlängert die Wege. Besonders betroffen sind Gebärende, Familien mit Kleinkindern sowie ältere oder wenig mobile und chronisch kranke Menschen. Das trifft vor allem auf ländliche Gebiete zu, zum Teil aber auch auf benachteiligte Großstadtviertel mit Facharztmangel, wo bisher nur noch das Krankenhaus einen Großteil der fachärztlichen Behandlung sicherstellte.
- Den Bewohner:innen in ländlich-kleinstädtischen Gebieten und meist auch den lokalen Politiker:innen ist bewusst, dass das Krankenhaus wesentlich zur lokalen Wirtschaft beiträgt, besonders zum Arbeitsplatz-Angebot und zur lokalen Nachfrage.
- Für Klinikpersonal und lokale Politik gleichermaßen relevant: Das Krankenhaus stellt und sichert die wohnortnahe Ausbildung von Pflegepersonal (auch für Pflegeheime) und überwiegend auch von Ärzt:innen.
- Besonders wichtig für Bewohner:innen und Klinikpersonal: Nur ein grundversorgendes Krankenhaus trägt eine durchgängige Notfallversorgung (24 Stunden an 7 Tagen . im Weiteren: 24/7). Seine Schließung verlängert Rettungswege und reduziert die Behandlungszeit von Notärzt:innen und Rettungspersonal durch erhöhte Wegezeiten, entsprechend wächst der Personalbedarf.

Diese Punkte, keineswegs emotional, werden in Gutachten und Begründungen von Klinikschließungen meist unterschlagen. Kein Wunder, dass die Auseinandersetzungen und Widerstände wachsen. Welche Erfolge kann der Widerstand gegen Klinikschließungen seit 2020 verzeichnen?

Unterbliebene Klinikschließungen können nur teilweise erfasst werden. Schließungsvorschläge, die in und zwischen Entscheidungsgremien (vor allem Geschäftsführung und Aufsichtsrat; bei kommunalen Trägern kommunale oder Landkreis-Exekutive, Aufsichtsbehörde des Landes) verworfen werden, dringen selten an die Öffentlichkeit, seitens privater Träger eigentlich nie. Informationen kommen erst bei fortgeschrittener Schließungsvorbereitung an die Öffentlichkeit, bei kommunalen Trägern etwas früher, bei freigemeinnützigen je nach Haltung der Leitung oft recht spät. Private Träger geben einen geplanten Schließungstermin immer nur kurzfristig bekannt. Die Verbreitung von Informationen ist lange beeinträchtigt, der Umgang damit hängt von der Protestbereitschaft Betroffener und der Findigkeit und dem Interesse lokaler Berichterstattung ab.

Der Erfolg einer Opposition blieb bislang überschaubar: Schließungen wurden 2020 aufgrund des Widerstands in Peine (NI) und Wolfhagen (HE) unterlassen, 2021 in Wolfratshausen (BY), Hamburg-Wilhelmsburg (HH), Crivitz (MV) und offenbar auch in Groß-Gerau (HE), 2022 in Bad Brückenau, Mainburg und Teilschließung Dinkelsbühl (BY), Winterberg (NW), Kirn (RP), Gardelegen (SA), Dresden-Neustadt (SN). Es handelte sich überwiegend um Häuser öffentlicher Träger. Zu den Erfolgen der sich ausweitenden Opposition 2023 lassen sich noch keine Aussagen machen. Einige Häuser, deren Schließung zunächst zu stoppen gelungen war, wurden nach zwei bis drei Jahren dennoch geschlossen.

Zwei Beispiele:

So ist die Schließung des Krankenhauses *Gerolstein* (RP) 2020 durch Stadt, Landkreis und Bürger:innen mit Einschaltung des Landes verhindert worden – geschlossen wurde aber die strategisch generell wichtige (und ertragbringende) Chirurgie und in der Folge die Zentrale Notaufnahme. Eine chirurgische Ambulanz wurde fortgeführt und leistet auch Notfall-Erstversorgung. Ihre Verfügbarkeit wurde aber immer mehr eingeschränkt – auf derzeit sechs Stunden an zwei Wochentagen, bedient von zwei Ärzten eines anderen Standortes des Trägers „Marienhaus“. Geblieben ist die Psychiatrie, das einstige Krankenhaus wurde faktisch eine Fachklinik. 4.830 Einwohner:innen erreichen das nächste Krankenhaus in 30 Minuten nicht.³

Das Krankenhaus *Schongau* (BY) stand seit Mitte 2021 im Zentrum der Diskussion um eine Zentralklinik (geschätzte Kosten: 400 bis 500 Millionen Euro) zwischen den Krankenhäusern Weilheim und Schongau, beide im Besitz des Landkreises. Ein starkes Aktionsbündnis von Belegschaftsmitgliedern und Bürger:innen setzte nach Eingaben und Demonstrationen einen Bürgerentscheid durch. Am 4. Dezember 2022 stimmten 68 Prozent der 45.808 gültig Abstimmenden für Erhalt und gegen eine Zentralklinik; in Bayern hat ein Bürgerentscheid für ein Jahr Rechtskraft. Im Mai 2023 wurde die Geburtshilfe geschlossen, vier Tage danach kam ein Baby an einem Parkplatz auf dem Weg nach Garmisch-Partenkirchen zur Welt. Im Juli 2023 wurde das Zentralklinik-Projekt aus Kostengründen aufgegeben, der Landkreis argumentierte mit wachsendem Defizit und Ärztemangel in Schongau. Im September stimmte die Aktionsgruppe einem „Ambulanzzentrum“ zu, wenn die 24/7-Notversorgung erhalten bleibt. Im Dezember 2023 schloss die Notaufnahme. Eine Notversorgung steht nur noch wochentags von 8 bis 18 Uhr zur Verfügung. 220 Mitarbeiter:innen wurde gekündigt. Im ersten Quartal 2024 schließt das Haus, ein Ambulanzzentrum/Regionales Gesundheitszentrum wird dort eingerichtet. 28.213 Einwohner:innen können den nächsten Grundversorger nicht mehr binnen 30 Minuten Fahrzeit erreichen.⁴

Häufig genug geht lokale Berichterstattung – unsere wichtigste Informationsquelle – nicht auf örtlichen Widerstand ein, sondern gibt nur Äußerungen der Träger und der politischen Entscheider:innen wieder. Daher sind die angegebenen Zahlen sicher unterschätzt. Klar erkennbar ist eine Zunahme. Bei verhinderten Schließungen musste auch das Land mitspielen, das ansonsten immer sein Plazet gegeben hat. Wir wissen nicht, wie weit es beteiligt war in den vier Fällen 2021 und 2022, in denen geplante Klinikschließungen im politisch-administrativen Raum weggeregelt wurden (einmal ging es um Schließung einer Pädiatrie).

³ <https://www.swr.de/swraktuell/rheinland-pfalz/trier/schliessung-innere-medizin-gerolstein-versorgung-in-gefahr-100.html>, abgerufen 22.3.23; <https://www.marienhaus-klinikum-eifel.de/abteilungenund-fachbereiche/fachabteilungen/st-elisabeth-gerolstein/chirurgie>, abgerufen 5.12.23

⁴ <https://radio-oberland.de/news/2024-03-01-kh-sog-abger-1.3.24>; [Münchner] Merkur 8.12., 24.10., 19.9. und 13.5.2024; https://www.weilheim-schongau.de/wahlen/Pro_Krankenhaus_SOG_2022/index.html, abgerufen 5.12.22; Merkur 7.3.2022

4 Maßnahmen aufgrund von Krankenhausschließungen

Krankenhausschließungen zielen fast durchweg auf verbesserte Erträge ab, mit einer Schließung soll im Allgemeinen ein Verlustposten beseitigt werden. Entsprechend soll das geleerte Haus möglichst gewinnbringend weiter verwertet werden. Private und meist auch freigemeinnützige Träger bringen in der Regel rasche und entschiedene Schließungsbeschlüsse zustande, bei öffentlichen Trägern dauern der Prozess länger, je nach örtlicher politisch-administrativer Situation, und das gilt auch für eine Nachnutzung. Welche Folgen hat das für die stationäre und die ambulant-kurative Versorgung am Standort und in seinem Umkreis? Bei den nachfolgenden Ergebnissen ist zu bedenken: Für die Schließungsfälle 2023 sind die Folgen zum Teil noch nicht abzusehen, oft werden sie erst nach zwei bis drei Jahren greifbar.

Folgt den 66 Krankenhausschließungen⁵ seit 2020 Maßnahmen, die als Ersatz gewertet werden können, und welcher Art waren sie?

4.1 Keinerlei Ersatzmaßnahme

Keinerlei Ersatzmaßnahme gab es bei der Hälfte der 14 privaten und bei 40 Prozent der 27 freigemeinnützigen Schließungsfälle. Grund ist vielfach, dass die Schließung erfolgt, bevor die Umsetzbarkeit einer ambulanten Nachfolgeeinrichtung überhaupt geklärt ist (zum Beispiel verfügbare Kassensitze, notwendige Versorgungsverträge. Bei den 25 Schließungsfällen der öffentlichen Träger gab in einem Drittel der Fälle keinen Ersatz, darunter einige gescheiterte Ersatzmaßnahmen. Landkreise und Städte haben im Gesundheitsbereich einen geringen finanziellen Spielraum. Sie sind zugleich reaktiver gegenüber einer Opposition gegen eine Schließung, tendieren daher öfter zu Ersatzmaßnahmen – die nicht selten folgenlose Versprechen blieben, unter anderem dann, wenn eine Opposition vom Widerstand ermattet war.

Tab. 2: Maßnahmen nach Schließung 2020 bis 2023

Maßnahme	2020 bis 2022	2023	Summe
1. keine ¹	13	8	21
2. Alten- u. Pflegeheim,	5	1	6
3. Ärztehaus, Tagesklinik ³	2	1	3
4. Gesundheitszentren a) unzureichend b) in Entwicklung	6 5	3 5	9 10
5. Verlagerung, Rehaklinik ² , Fachklinik ³	9	8	17

¹ Nur 2020: zweimal Plan nicht realisiert; Schließung nach 1,5 Jahren

² Zum Teil Erweiterungen

³ Teil mehrerer Maßnahmen in Verbindung mit Realisierung von Maßnahmen 4. oder 5. (+) markiert

⁵ Bezüglich Unterschieden nach Krankenhausträgern (öffentlich, freigemeinnützig, privat) gab es wegen niedriger Zahlenwerte nur zweimal signifikante Einsichten; daher nicht in Tabelle 1 enthalten.

4.2 Umwandlungen in Pflege- und Altenheime

Es gab Umwandlungen in Pflege- oder Altenheime (zwei im Rahmen eines neuen Gesundheitszentrums – siehe unter Punkt 5 „Gesundheitszentren“). Pflege- und Altenheime gelten als so gewinnbringend, dass seit 2016 eine Welle privater Großinvestitionen in diesen Bereich floss (Bourgeron u. a., o. J. [2022], S. 13 ff.; PwC Transaktionsmonitor Gesundheitswesen 2017, S. 5; 2018, S. 5 und 2022, S. 5). In den von uns untersuchten Fällen sind sie (mit einer Ausnahme) in der Hand der Träger geblieben, das Ziel war erkennbar eine Verbesserung der Ertragslage.

4.3 Ärztehäuser, Tageskliniken

Neue Einrichtungen ambulanter Medizin kamen nicht oft zustande. Ärztehäuser vereinigen fast immer nur bereits existierende lokale Praxen, das Nebeneinander trägt manchmal zu einer Kooperation bei. Tageskliniken ermöglichen intensivere Behandlung, in somatischen Fächern auch kleine Eingriffe. Auch hier versprechen die Maßnahmen verbesserte Erträge.

4.4 Fach- und Rehakliniken

Durch die Umwandlung in Fachkliniken wurde jeweils eine (offensichtlich rentable) Abteilung erhalten und zum Teil erweitert. Ein Teil des Bettenangebots blieb so bestehen, aber dient nur noch spezielleren ertragreichen Behandlungen (zum Beispiel Psychiatrie, Neurologie, Orthopädie). Rehakliniken führen meist Behandlungen von Patient:innen aus Akutkrankenhäusern kostengünstiger fort. Die Umwandlung in eine Rehaklinik erhält insofern keine Betten von Akutkrankenhäusern. Fach- und Rehakliniken haben einen relativ weiten Einzugsbereich und werden entsprechend beworben. Mit der Schließung einer Akutklinik und ihrer Umwandlung wird die regionale stationäre Versorgung deutlich beeinträchtigt, aber geht bei Fachkliniken nicht gänzlich verloren. Verloren geht dabei allerdings meist die wohnortnahe Notfallversorgung.

4.5 Gesundheitszentren

Gesundheitszentren wurden am häufigsten vorgesehen. Wegen ihrer sehr unterschiedlichen Ausprägung und ihres erhöhten Stellenwerts, auch lokalpolitisch, werden sie in Teil 5 behandelt.

4.6 Verlagerung von Betten in andere Häuser des Trägers

Die Verlagerung von Betten geschlossener Krankenhäuser in andere Häuser des Trägers erfordert Investitionen für Erweiterungsbauten. Vielfach werden nicht im gleichen Umfang Erweiterungen geschaffen, in dem Betten abgebaut wurden. Ein Teil der eingespielten Belegschaft kann mitgenommen werden – aber um den Preis eines für sie oft verlängerten Arbeitswegs oder eines

Umzugs. Bis auf zwei öffentliche Träger haben nur freigemeinnützige Träger (signifikant) Verlagerungen an andere Häuser bewerkstelligt. Sie sind häufig in größeren gebietsübergreifenden Verbänden organisiert, dabei gleichwohl öfter einzige Versorger in einem Gebiet. Sie verfügen über größere Ressourcen und können durch Querverteilung einen Bettenverlust durch Erweiterung anderswo kompensieren. Ob sie diese nutzen, ist eine Frage der Geschäftspolitik. Bei manchen ist die Einstellung karitativ geprägt – andere neigen dagegen zu rascher und ersatzloser, eben geschäftsmäßiger Schließung, ähnlich wie private Träger.

4.7 Effekte von Maßnahmen

Die Umwandlung in *Alten- oder Pflegeheime* ist erkennbar ökonomisch bestimmt und trägt nicht zur medizinischen Akutversorgung bei. *Ärzt Häuser und Tageskliniken* verbessern die Erträge und zum Teil die Qualität *ambulanter* Behandlungen, aber erweitern die Versorgung nicht. *Verlagerungen* dienen immer einer ökonomischen Verbesserung am größeren Standort, immerhin werden Betten geschlossener Häuser erhalten, aber überwiegend nur teilweise. Die Umnutzung zu einer Reha- oder *Fachklinik* soll ebenfalls Erträge erhöhen, erhält aber selten mehr als ein Sechstel der vormals geführten Betten. Insgesamt wurden mehr als zwei Drittel aller Krankenhäuser geschlossen, ohne die verschlechterte stationäre Versorgung auszugleichen – ein niederschmetterndes Zeugnis für das Verantwortungsbewusstsein der Träger. Neben der Handvoll freigemeinnütziger Träger mit ernstzunehmenden Verlagerungsbemühungen haben die Träger Maßnahmen ökonomischer Optimierung durchgeführt. In den meisten Fällen fanden gar keine Kompensationsbemühungen statt. Die häufigste Ersatzmaßnahme war eine Umwandlung in ein Gesundheitszentrum. Was ist davon zu halten?

4.8 Notfallversorgung und Geburtshilfe – Definitionen

Gemeinhin wird bei Krankenhausschließungen versichert, die *Notfallversorgung* sei gewährleistet. Damit ist in der Regel der KV-Notfalldienst gemeint. Er besteht durch Teilnahmepflicht für Kassenärzt:innen und Gleichgestellte in Zeiten außerhalb üblicher Praxiszeiten nach einem Dienstplan. Theoretisch könnte er rund um die Uhr funktionieren; praktisch werden in Gebieten mit einer geringen Dichte von Arztpraxen (meist ländlich-kleinstädtisch) nur einige Abend- und Wochenendstunden mit einem Fahrdienst abgedeckt. Manchmal wird er ergänzt durch angestellte zertifizierte Notfall- bzw. Durchgangsärzt:innen in (KV-) Gebiets-Notfallpraxen, meist bei Krankenhäusern, selten bei Gesundheitszentren. Besetzt sind sie tagsüber zu den üblichen ärztlichen Dienstzeiten. Rettungswachen können dort angesiedelt sein; aber Rettungsdienste dürfen bei Notfällen nur Krankenhäuser ansteuern.

Krankenhaus-Notaufnahmen sind immer 24/7-Einrichtungen. Die meisten Krankenhäuser haben Zentrale Notaufnahmen, in der Basis-Form besetzt mit mindestens einem/r verantwortlichen Ärzt/in und einer Pflegekraft. Innere Medizin, Chirurgie und der Anästhesie müssen verfügbar sein, ebenso eine Intensivstation mit mindestens sechs Betten, Schockraum, CT-Gerät sowie Fahr- oder auch Luftdienst zu einem Haus höherer Notfallstufe. Daneben bieten Krankenhäuser auch Notfallversorgung einzelner Fachbereiche an – zum Beispiel Kinder- und Jugendmedizin oder Innere Medizin, auch dort, wo es keine Chirurgie (mehr) gibt, in der Regel mit 24/7-Verfügbarkeit.

Ein 24/7-Notfallangebot erfordert ein Krankenhaus mit Notaufnahme. Jede Schließung verlängert die Einsatzwege von Rettungsdiensten und Notarztwagen. Im Ergebnis können dadurch weniger Rettungsmaßnahmen durchgeführt werden.

Für jede *Geburt* muss ein fachärztliches Angebot vorgehalten werden, in der Regel mit einem Kreißsaal, und für komplizierte Fälle oder Notfälle mit einem OP-Raum. Das geht nur im Rahmen einer Geburtsstation mit fachärztlicher Präsenz (v. a. Gynäkologie), stationären Betten und Zugang zu Diagnosegeräten. Das Krankenhaus muss Hebammen-Angebote vorhalten bzw. vermitteln. Geburtenbezogene Angebote von MVZ und Gesundheitszentren können nur Vor- und Nachsorge bieten, Geburten selbst erfordern die Vorhaltung stationärer Einrichtungen.

5 Gesundheitszentren als Krankenhaus-Ersatz?

5.1 Beurteilungsmaßstab

Krankenhausschließungen vor 2020 haben wir nicht erhoben. Es fielen bei der Recherche aber acht Gesundheitszentren an, die nach Schließungen zwischen 2017 und 2019 geplant wurden, zum Teil mit anderer Benennung. Von diesen unsystematisch gefundenen „Gesundheitszentren“ sind vier gar nicht zustande gekommen; eines wurde 2022 geschlossen, ein klein geratenes ist von Schließung bedroht, ein kleines MVZ wurde ausgedünnt. Ein „Leuchtturmprojekt“ kam ins Stocken, es soll wenigstens ein MVZ entstehen. Nur das Gesundheitszentrum Engen (BW) bietet eine breitere Palette von Leistungen an.⁶

Die seit 2020 in Gang gesetzten Gesundheitszentren beurteilen wir nach dem Maßstab einer *Grundversorgung*: Der Gemeinsame Bundesausschuss Gesundheitswesen (G-BA) und der Gesamtverband der Krankenversicherungen (GKV) haben Stufen der Notfallversorgung definiert und festgelegt, welche Abteilungen in höchstens 30 Minuten Fahrdistanz mindestens vorzuhalten sind: Innere Medizin und Chirurgie sowie Geburtshilfe möglichst mit Gynäkologie (G-BA 2020; <https://www.gkv-kliniksimulator.de/>).

Je nach Träger und Bundesland erhielten die Gesundheitszentren unterschiedliche Benennungen: Integriertes/Regionales/ Intersektorales Gesundheitszentrum, Sektorenübergreifender Versorger, Primärversorgungszentrum, Gesundheits-Haus, -Campus oder -Park. Im Folgenden gelten sie insgesamt als Gesundheitszentren. Sie sind erkennbar von zwei Modellen beziehungsweise Konzepten bestimmt.

5.2 Modelle und Ausformungen

- Im Jahr 2018 verbreitete die Oberer AG ein Gutachten (Schmid u. a.) zur Umwandlung kleiner „existenzbedrohter Krankenhäuser im ländlichen Raum“ in „Intersektorale Gesundheitszentren“ (IGZ) für eine „medizinische Grundversorgung“. Sie bestehen im „Kern“ aus: Ärzt:innen (Allgemeinmedizin und Innere Medizin mit chirurgischer Erstversorgung in 24/7-

⁶ Engen hat ein MVZ mit Chirurgie, ambulantem OP-Saal und Pädiatrie, zwei Arztpraxen, ein Pflegeheim und Kurzzeitpflege

Rufbereitschaft), 15 Kurzzeitbetten, Pflegekräften mit 24/7-Präsenz, die hier und in erweiterter ambulanter Versorgung tätig sind; angepeilt werden 24 Beschäftigte. Örtliche Facharztpraxen sollten sich freiwillig mit ihrem Stamm von Patient:innen eingliedern. IGZ könnten um Leistungserbringer wie Pflegeheim oder Physiotherapie erweitert werden, fakultativ um eine Notfallpraxis. Die Verfasser schlagen vor, nur in peripheren Regionen, in denen die Fahrtzeit zum nächsten Krankenhaus weniger als 30 Minuten beträgt, 75 kleine Krankenhäuser durch IGZ zu ersetzen.

Dieses Modell wurde in den Verhandlungen der Regierungskommission zur Krankenhausreform als Vorschlag sogenannter Level-1i-Häuser übernommen (3. Stellungnahme Regierungskommission 2022, S. 15 f.), angefügt wurde Chirurgie als zweites mögliches Schwerpunktfach. Nach Einigung mit den Bundesländern Mitte 2023 gelten als Schwerpunktfächer Allgemeinmedizin und/oder Geriatrie. Auch bislang realisierte Arten von Gesundheitszentren werden akzeptiert, neue Bezeichnung: „Sektorenübergreifende Versorger-Level 1i“. (Bundesgesundheitsministerium, 10. Juli 2023, S. 11ff.)

- Das Konzept der Robert Bosch Stiftung sieht „Primärversorgungszentren“ (PVZ) für unterversorgte ländliche Regionen und benachteiligte (Groß-) Stadtteile mit dem Ziel verbesserter Prävention durch lokale Kooperation vor; angepeilt werden jeweils 15 Beschäftigte. Es gab vier Pilotprojekte. (Gruhl u. a., 2022) Sie sind allgemeinärztlich-pädiatrisch ausgerichtet, lokale spezialärztliche Praxen werden einbezogen. Dies und die Kooperation mit ambulanten pflegerischen und sozial-gesundheitlichen Diensten soll digital und durch „Community Health Nurses“ gestützt werden. Ergebnis wäre eine erweiterte ambulante Versorgung und Pflege mit präventiver Wirkung. Die Kommune ist verantwortlich einzubinden. Eine Erweiterung zu Gesundheitszentren (zum Beispiel mit Seniorenbetreuung, Kurzliegerbetten) wird ausdrücklich aufgeführt. Ähnlich präventiv ausgerichtet (betont ohne Notaufnahme) ist das Modell „StatAMed: kurzstationäre allgemeinmedizinische Versorgung“, das die AOK zusammen mit dem G-BA seit 2023 fördert: Eine kleine Klinik mit Allgemeinmedizin und Internistik, Pflegepersonal und Case-Management, nach Bedarf mit kurzstationären Betten, „Flying Nurses“ sorgen für erweiterte ambulante Versorgung. Das Angebot soll (auch digital) verbunden werden mit einem Netzwerk von Arztpraxen, stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen und Rettungsdiensten.

Bei beiden Modellen bezeichnen die Verfasser:innen die Finanzierung als zu kompliziert: Zwar können ambulante Leistungen normal über Krankenversicherungen abgerechnet werden, aber für stationäre und erweiterte Leistungen sind bislang nur aufwendige Individualverträge möglich. Gefordert wird eine gesetzliche Neuregelung, die als „Finanzierungsmix“ in der Bund-Länder-Einigung vage benannt, aber bis heute nicht abzusehen ist.

Aspekte beider Modelle finden sich im Vorhaben „Regionale Gesundheitszentren“ in Niedersachsen (Niedersächsischer Landtag – Enquêtekommision 2021, S. 149 ff.; und NKHG von 2022, §§ 3, 5 und 12). Als 24/7-Anlaufstellen mit Internistischen und Allgemein-Ärzt:innen vor allem aus lokalen Praxen, bieten sie auch kleine Operationen und Betreuung durch Pflegepersonal an Kurzliegerbetten und in anschließender Nachsorge, gestützt von ambulanten Assistent:innen in Kooperation mit ambulanten Leistungserbringenden. Optional möglich: Ambulantes OP-Zentrum, Tagespflege, eine (notärztliche) Durchgangspraxis und eine Rettungswache. Die Finanzierung soll hier aus Krankenversicherungs- und Landesmitteln erfolgen.

Die Allgemeinmedizin dominiert inzwischen neben der Inneren Medizin, Chirurgie erscheint nur optional, Gynäkologie und Geburtshilfe sind nirgends vorgesehen; Intensivbehandlung wird nirgends erwähnt. Eine 24/7-Notfallversorgung fehlt, es gibt bestenfalls ein Notfallangebot mit beschränkten Zugangszeiten; eine Erreichbarkeit der nächsten Klinik mit Notaufnahme in 30 Minuten spielt inzwischen keine Rolle mehr. Der Stellenwert möglicher Kurzliegerbetten bleibt unklar. Die Finanzierung bleibt ungeklärt. Im Prinzip – und beim Modell „Primärversorgungszentrum“ deutlich – soll vor allem die ambulante Versorgung gestärkt werden durch: Digitalisierung, Kooperation mit lokalen Gesundheitseinrichtungen und Nutzung der lokalen ambulanten Medizin, mit optionaler Nutzung ambulanter OP-Säle. Damit kann die ambulante Versorgung insgesamt kohärenter werden, die Abwanderung vor allem fachärztlicher Praxen aus ländlich-kleinstädtischen Gebieten könnte gebremst werden, aber dem Bedarf an stationären Leistungen wird nicht nachgekommen. Dies kritisiert die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern im Rahmen ihrer Projektstudie „Krankenhäuser statt ambulante Gesundheitszentren oder Fachkliniken“. ⁷

5.3 Vorhaben nach Klinikschließung und die Rolle von MVZ

All diese Konzepte genügen keiner akutmedizinischen Grundversorgung; die 19 nach einer Schließung in Gang gesetzten Gesundheitszentren kamen wiederum nur Teilen der Modellanforderungen nach (Zahlenangaben in Tab. 2):

- In der Hälfte aller Fälle ist die Entwicklung *unzureichend*: Zu zwei Einrichtungen gab es seit 2020 Beschlüsse, die folgenlos blieben. Die anderen, auch meist Klinikschließungsjahr 2020, enthalten ein Sammelsurium medizinischer Angebote, die entweder als besonders ertragreich gelten und/oder allgemeinmedizinisch ausgerichtet sind, also nicht der Definition von Grundversorgung genügen. Nur in einigen Fällen gibt es eine Chirurgie. Gebündelt wurde das Angebot teils in Ärztehäusern, teils in gewinnorientierten MVZ. Das Raumangebot der ehemaligen Klinik wurde auch von einigen sonstigen Gesundheitseinrichtungen angenommen. Einige Vorhaben erhielten öffentliche Förderungen für die ambulante Versorgung vor Ort. Nur in einem Fall ist das Klinikgebäude auch Notarztstandort. Zwei Fälle verkörpern einen steckengebliebenen Start nach einer Klinikschließung 2023: In Gang gesetzt sind ein MVZ und ein Facharztzentrum, beide mit einem kleinen Angebot (zweimal Chirurgie, einmal Gynäkologie und Geburtshilfe), es gibt weitergehende Pläne, aber eine Weiterentwicklung ist nur vage in Aussicht.
- Die andere Hälfte der Einrichtungen befindet sich noch *in Entwicklung*, meist auf Basis von (recht kleinen) MVZ des Trägers. Einige schon vorhandene MVZ zogen in das Gebäude (manchmal ein Neubau), die Mehrzahl entstand erst nach Schließung. Das Angebot enthält immer zwei für eine Grundversorgung einschlägige Fächer, einige nur als Spezialfach. Weitere Fachangebote sind auf ertragreiche Spezialitäten ausgerichtet. Hinzu kommen ergänzende Einrichtungen, zum Beispiel vier ambulante OP-Säle. Viermal werden Pflege-/Kurzliegerbetten angeboten, zweimal sind sie im Ausbau. Neben etlichen ambulanten Gesundheitseinrichtungen finden sich – oder sind absehbar – Einrichtungen zur Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung. Dazu zählen zum Beispiel

7

<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14700413332/Krankenh%C3%A4user+statt+ambulante+Gesundheitszentren+B%C3%BCrgerinfo+Bayern.pdf?t=1709099822>

Gesundheitslotsen, Pflege- oder Hebammenstützpunkt. In vier Fällen fehlt eine Notfallregelung, ansonsten ist sie immer zeitlich beschränkt – Notarzt-Sitz tagsüber oder KV-Bereitschaften mit engen Öffnungszeiten. Intensivbehandlung ist nirgends möglich.

Zur ersten Gruppe gehören Gesundheitszentren, die mit möglichst geringem Aufwand und möglichst gutem Ertrag in Gang gesetzt wurden. Im Ergebnis kam eine mäßige Verbesserung der ambulanten Versorgung zustande; dabei hatte sich gegen die Klinikschließung fast immer eine Opposition gebildet. In der zweiten Gruppe gab es gegen die Schließung immer und in recht breiter Form Opposition. Realisiert werden zusätzliche und oft enger kooperierende medizinische Fächer und Dienste, was die ambulante Grundversorgung und die Pflegeleistung deutlich verbessern dürfte. Aber Wie steht es um den stationären Grundbedarf? Die *Chirurgie* ist in gut zwei Dritteln aller Vorhaben vertreten, *Innere Medizin* wird von gut der Hälfte angeboten, *Gynäkologie* findet sich nur in wenigen Fällen, *klinische Geburtshilfe* nirgends. In etlichen Fällen wird *Allgemeinmedizin* angeboten. Ein kostenträchtiger Umbau zu Ambulanten OP-Sälen fand nur in wenigen Fällen statt, Kurzliegerbetten gibt es selten, zum Teil werden sie erst in Notfallversorgung in einigen Fällen in beschränkter Form geboten, meist über einen Not-/Durchgangsarzt – nur ein Modell geht darauf ein. Ein durchgängiges Problem ist die Notversorgung. Eine *Notfallregelung* besteht nur in der Hälfte der Gesundheitszentren und ist immer zeitlich eng begrenzt. Das ist vor allem bei sieben der 19 Gesundheitszentren gravierend, wo der nächste Grundversorger nicht in 30 Minuten erreichbar ist. Es gibt kleine Elemente für den lokalen stationären Bedarf (wenigstens zwei Grundversorger-Fächer, einige OP-Säle, wenige Kurzliegerbetten), die aber hierfür nicht ausgelegt sind – insgesamt dürftige Ersatzlösungen.

Die zu Beginn übernommenen oder eingerichteten MVZ benötigen für jedes medizinische Fach einen Kassensitz, die Breite des Angebots hängt von der Bereitschaft der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ab, einen solchen zuzuteilen. Diese Bereitschaft ist selten vorhanden. Die Auseinandersetzung darum ist Teil der Anfangsschwierigkeiten und Verzögerungen. Dabei ist zu unterscheiden:

- Die bei einem Drittel der Fälle schon vorhandenen MVZ sind praktisch ausgelastet. Eine Klinikschließung schafft zusätzlichen, und zwar intensiveren Bedarf. Um ihn zu decken, müsste eine Erweiterung erfolgen, die aber meist fehlte, besonders in Grundversorgungsfächern – obwohl Neueinstellungen ohne Mitwirkung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) möglich sind.
- Die fachliche Verbreiterung eines MVZ und die Neugründung (zum Teil gleich als Gesundheitszentrum o. ä. benannt) erfordern eine Kooperation mit der KV. Diese fürchtet oft genug eine Konkurrenz zu den bestehenden Praxen/Kassensitzen und neigt zu Ablehnung.

5.4 Grundlegende Schwierigkeiten, einige Chancen

Es bleiben drei grundlegende Schwierigkeiten:

- *Institutionelle Komplexität*. Die KV wurde nicht beteiligt und stellt sich quer; neben einer Einigung mit ihr ist eine Vielzahl sonstiger Versorgungsverträge mit Krankenkassen und -versicherungen, Pflegekasse, Kommune oder Landkreis sowie Rettungsdiensten notwendig, und das Land muss zustimmen. Die Abrechnung ambulant-stationärer Leistungen ist mangels bisheriger Lösungen aufwendig.
- Es fehlt eine Bestandsaufnahme des *Versorgungsbedarfs*. Es gibt keine Daten zu örtlichen Versorgungsnotwendigkeiten – wohl aber zu Finanzierungsproblemen. Das legt die

Übernahme vorhandener Modelle nahe, die finanzierbar erscheinen, formal übernommen und im Zweifelsfall ohne Bedarfsklärung gekürzt werden.

- Die Finanzierung des einmal beschlossenen Gesundheitszentrums rückt ins Zentrum und damit die Suche nach Fördermöglichkeiten. Es kommt zu *Verzögerungen* bis zum Entscheidungstermin. In der Zwischenzeit wandert das Personal des geschlossenen Hauses zu anderen Gesundheitseinrichtungen ab oder gibt den Beruf komplett auf. Zum Teil muss neues *Personal* für ein Gesundheitszentrum beschafft werden. Verhandlungen mit örtlichen medizinischen und gesundheitlichen Leistungsanbietern verzögern einen Start des Projekts weiter.

Eine *Notfallversorgung* rund um die Uhr kann ein Gesundheitszentrum überhaupt nicht gewährleisten. Nach den Vorgaben des G-BA (2020) erfordert Basisnotfallversorgung einen 24/7-Betrieb mit Notfall-Ärzt:in und -Pfleger:in, ein Angebot von Innerer Medizin, Chirurgie und Anästhesie, einen Schockraum und ein CT-Gerät, Kurzliegerbetten und eine Intensivstation mit mindestens sechs Betten. Notaufnahmen einzelner Abteilungen, zum Beispiel von Innerer Medizin oder Chirurgie, sollen in Zukunft außer Betrieb gehen. Bei Gesundheitszentren fehlt die Geräteausstattung, verfügbar wären allenfalls (ambulante) OP-Räume. Durchgängige ärztliche Präsenz oder Bereitschaft kann wegen der knappen Personaldecke nicht gewährleistet werden – *eine* Notarztstelle ist jedenfalls unzureichend.

Einige Chancen: In einem MVZ als Kern eines Gesundheitszentrums können Grundversorgungsfächer relativ umstandslos durch Neueinstellungen gestärkt werden. Die fachliche Erweiterung durch einen Kassensitz erfordert jedoch die Zustimmung der KV, die selten zu erwarten ist, die Alternative einer sogenannten ärztlichen Ermächtigung ist sehr aufwendig. Das allgemeinere Problem: In eher unattraktiven Gebieten bleiben Beschäftigte der geschlossenen Klinik nicht lange verfügbar, externe Bewerber:innen sind schwer zu gewinnen. Ambulante OP-Säle könnten nicht nur von ambulanten, sondern auch von angestellten Ärzten des Gesundheitszentrums genutzt für kleinere Eingriffe werden. Für Geburten, die zum Teil länger dauern, wäre ergänzend ein Kreißaal erforderlich. Dessen Einrichtung und Betrieb sind kostenaufwendig. Zwar gibt es dafür Fördermöglichkeiten, aber sie ist unzureichend, wie beim Sicherstellungszuschlag, und an Bedingungen geknüpft, die einen Erhalt erschweren, wie bei Frühchenbehandlung. Auch für Kurzliegerbetten gibt es Förderquellen, sie könnten der Überwachung oder Nachsorge nach Eingriffen dienen. Die Überkomplexität ihrer Verwaltung ist allerdings immer noch ungelöst.

6 Fazit

Über 90 Prozent der Krankenhausschließungen erfolgten aus wirtschaftlichen Gründen, teils um ein ertragsarmes Haus zu beseitigen, teils um nützliche und ertragbringende Bestandteile größeren Häusern einzuverleiben und/oder das geschlossene Haus anders zu verwerten. Dahinter steht der Zwang zu gewinnorientierter Unternehmensführung, der seit 2004 über alle deutschen Krankenhäuser verhängt wurde – seitdem müssen alle Krankenhauskosten aus Behandlungen, vor allem sogenannten Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups/DRGs), erwirtschaftet werden (leichte Modifikation: sogenannte Pflegebudgets seit 2019). Durch Krankenhausschließungen erhöhen sich Belastungen und Wegezeiten für die Beschäftigten und PatientInnen. Bei Geburten und Notfällen sind die Wegezeiten äußerst relevant bis lebensentscheidend. Bei fast einem Viertel der Schließungen wurde eine hier verwendete amtliche Grenze überschritten, nach der das nächste

grundversorgende Krankenhaus binnen 30 Minuten Pkw-Fahrzeit erreichbar sein soll. Diese Grenze wurde durch Schließungen für fast eine viertel Million Menschen überschritten. Bei fast allen Schließungen 2023 setzten sich Betroffene und/oder Gemeinden zur Wehr.

Schlecht bestellt ist es um den ihnen gebotenen Ersatz. Ein Drittel der Schließungen erfolgten ersatzlos; zählt man Alten- und Pflegeheime hinzu, sind es gut 40 Prozent. Ein gutes Drittel ist – in sehr verschiedenem Ausmaß – geeignet, die lokale ambulante Versorgung zu verbessern, aber eben nur diese. Prominent darunter sind Gesundheitszentren (in unterschiedlichen Benennungen) mit „ambulant-stationärem“ Anspruch; er wurde nicht oder unzureichend umgesetzt. Bei einem Viertel wurde die stationäre Versorgung, das heißt der Bettenverlust, zu kleinen Teilen erhalten (ein Prozent des Gesamtverlustes). Für zwei der großen Versorgungsprobleme gibt es keine oder ungenügende Lösungen: durchgängige Geburtshilfe und Notfallversorgung.

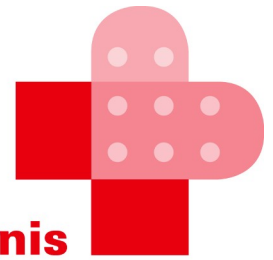
In zwei quasi-offiziellen Modellen wird ein Schließungsersatz durch Gesundheitszentren propagiert, mal hauptsächlich ambulant, mal ambulant-stationär gemeint. Sie können dem Anspruch einer Grundversorgung nicht genügen. Selbst aufwendige Realisierungsversuche für eine ambulant-stationäre Einrichtung scheiterten weitgehend an ökonomischen und administrativen Hindernissen. Aus der anstehenden Krankenhausreform lassen sich keine Vorkehrungen erkennen, diese Hindernisse zu beseitigen. Für Notfallversorgung und Geburtshilfe steht weiterhin eine Lösung aus.

Auf den Punkt gebracht: Die notwendige Grundversorgung der Bevölkerung wurde durch Krankenhausschließungen stark beeinträchtigt, die wenigen zustande gekommenen Ersatzlösungen blieben mangelhaft und dürften allenfalls die ambulante Versorgung verbessern. Als Ergebnis und besonders angesichts der Versprechungen anlässlich von Krankenhausschließungen ist das eine niederschmetternde Bilanz und zugleich eine Warnung im Blick auf die geplante Krankenhausreform.

Quellen:

- Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern im Rahmen ihrer Projektstudie „Krankenhäuser statt ambulante Gesundheitszentren oder Fachkliniken“, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14700413332/Krankenh%C3%A4user+statt+ambulante+Gesundheitszentren+B%C3%BCrgerinfo+Bayern.pdf?t=1709099822>
- AOK o. J.: <https://www.aok.de/gp/statamed/statamed-im-ueberblick/zielsetzung-und-projektablauf/projekt>
- Bourgeron, Théo; Metz, Caroline; Wolf, Marcus (2021): Finanzialisierung in der Altenpflege. Berlin: Finanzwende/Heinrich-Böll-Stiftung
- Bündnis Klinikrettung, 2023: https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2023/03/2023-03-13_Buendnis-Klinikrettung_Modell_bedarfsgerechte_Krankenhausstruktur.pdf
- Bundesgesundheitsministerium (2023): Eckpunktepapier – Krankenhausreform https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform_final.pdf
- Destatis (2021): Fs. 12, R. 6.1.1: Grunddaten der Krankenhäuser 2019.
- Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tabanghang.pdf
- G-BA (2020): Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2340/Not-Kra-R_2020-11-20_iK-2020-11-01.pdf
- Gruhl, M.; u.a. (2022): Voraussetzungen und Möglichkeiten der Implementierung und Ausgestaltung von Primärversorgungszentren im deutschen Gesundheitswesen. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung GmbH, Institute for Health Care Business GmbH und Oberender AG, August 2022: Krankenhäuser umwandeln statt schließen: Voraussetzungen für neue Gestaltungsoptionen schaffen. Erarbeitet vom im Auftrag der Stiftung Münch
- Krankenhausatlas 2016: <https://krankenhausatlas.statistikportal.de/> - es gibt keine neuere Version, die Lücken werden wurden um seitdem geschlossene 99 Häuser vergrößert.
- Niedersächsischer Landtag – Bericht der Enquêtekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen“, Drs. 18/8650
- PwC Transaktionsmonitor Gesundheitswesen 2016 bis 1. Quartal 2017; 2017 bis 1. Quartal 2018; 2022 Ed. 12
- Schmid, A; u.a.: Intersektorale Gesundheitszentren. Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte. Gutachten für KBV. Bayreuth: Oberender-Institut und Univ. Bayreuth, 2018

Interview des Bündnis Klinikrettung mit dem Arzt und Autor Dr. Bernd Hontschik



**Bündnis
Klinikrettung**

Worüber wir reden, wenn wir über die Qualität der Krankenhausversorgung reden

Berlin, 18. März 2024

Herr Dr. Hontschik, Sie haben mehrere Jahre im Krankenhaus und später ambulant als Chirurg gearbeitet und die schrittweise Kommerzialisierung der medizinischen Versorgung erlebt. Was bedeutet es, wenn in den Krankenhäusern zunehmend wirtschaftliche Erwägungen die Entscheidungen prägen? Wie verändert das den ärztlichen Beruf?

Es sind nicht wirtschaftliche Erwägungen, die Entscheidungen prägen – diese Formulierung verharmlost eigentlich, was hier wirklich passiert ist. Es ist heute eine völlig andere Struktur. Als ich vor über vierzig Jahren begonnen habe, als Assistenzarzt im Krankenhaus zu arbeiten, waren wirtschaftliche Erwägungen auch nicht völlig unbekannt. Der entscheidende Unterschied zur heutigen Situation ist aber, dass die wirtschaftliche Geschäftsführung und der medizinische Betrieb vollkommen voneinander getrennt waren. Natürlich haben wir mitbekommen, dass jedes Jahr aufs Neue jedes Krankenhaus einzeln für sich Verhandlungen mit den Krankenkassen um die Höhe des Tagessatzes führen musste. Natürlich haben wir auch mitbekommen, dass jedes Jahr aufs Neue Zuschüsse in Millionenhöhe seitens des Krankenhausträgers erforderlich waren, um die negative Bilanz auszugleichen. Aber ich kann mich an keine einzige Situation erinnern, wo die Geschäftsführung sich in die medizinischen Entscheidungen eingemischt hätte. Dennoch galt auch damals schon die interne Devise, nicht nur medizinisch zu entscheiden, sondern auch an das „Wohl“ des Krankenhauses zu denken. Wir wurden gehalten, freitags keine Entlassungen vorzunehmen, sondern erst montags, damit übers Wochenende nicht allzu viele Betten leer stünden. Aber eines kann ich sicher sagen: Es hat kein Patient Schaden genommen, wenn er ein oder zwei Tage zu lange im Krankenhaus bleiben musste. Das kann man von den Fallpauschalen nicht behaupten. Tausende haben an dieser Finanzierung massiv und messbar Schaden genommen, denn es wurden Tausende von unnötigen medizinischen Maßnahmen und Abertausende von unnötigen Operationen durchgeführt, einzig und allein des Geldes wegen. Und das verändert den ärztlichen Beruf vom Grundsatz her. Wenn man zu möglichst viel Medizin, möglichst schneller Medizin und möglichst billiger Medizin gezwungen wird, dann hat der Gewinn sich unmerklich zur Schere im Kopf entwickelt und beeinflusst ärztliche und pflegerische Maßnahmen und Konzepte massiv und schon im Ansatz. Oder, um einen der größten Ärzte des zwanzigsten Jahrhunderts zu zitieren: „In dem Augenblick, in dem die Fürsorge dem Profit dient, hat sie die wahre Fürsorge verloren.“

Anfang der 2000er wurde, unter anderem mit dem Argument der Qualitätssteigerung, die DRG-Fallpauschalenfinanzierung eingeführt. Wann stand Ihrer Meinung nach die Qualität

der Versorgung mehr im Zentrum der Behandlung: in Zeiten der Selbstkostendeckung oder jetzt, bei der DRG-Fallpauschalenfinanzierung?

Das ist eigentlich eine Suggestivfrage. Natürlich stand die Qualität der Behandlung früher auch im Vordergrund jeder Behandlung. Es ist doch das ureigenste Anliegen, es ist doch das grundlegende und sinnstiftende Ethos der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit, bestmögliche Qualität für die Erkrankten zu erreichen. Die Selbstkostendeckung ermöglicht die bestmögliche Qualität. Die Fallpauschalen haben aber etwas ganz anderes, nämlich den bestmöglichen Gewinn in die medizinischen Abläufe implementiert. Das ist der fundamentale Unterschied. Fallpauschalen verknüpfen die medizinische Tätigkeit mit der ökonomischen Bilanz – das war das Neue. Daher hat die Einführung der Fallpauschalenfinanzierung auch zu keinerlei Qualitätssteigerung beigetragen, im Gegenteil. Entgegen allen öffentlichen Beteuerungen ging es bei der Einführung der DRGs nie um Qualität, sondern es ging nur und ausschließlich um das Erreichen „schwarzer Zahlen“. Es wird in der gegenwärtigen Diskussion über die Zukunft unserer Krankenhäuser kaum ein Begriff mehr missverstanden und mehr missbraucht als Qualität.

In der Debatte um die anstehende Krankenhausreform wird viel über die Qualität der Versorgung gesprochen. Diese soll gemessen werden, zum Beispiel anhand der Anzahl von Behandlungen, die in einem Krankenhaus innerhalb eines medizinischen Fachgebiets im Jahr vorgenommen werden, oder auch anhand von Komplikationszahlen und Sterblichkeitsstatistiken. Was halten Sie davon?

Diese Frage bringt ein unlösbares Problem auf den Punkt. Was ist denn eine Messung? Was kann man messen? Mengen, Strecken, Gewichte, Zeiträume kann man messen. Messen ist eine Quantifizierung und wird es immer bleiben. Wenn man also Qualität messen will, müsste man eine Quantifizierungsmöglichkeit für Qualität finden – die Quadratur des Kreises. Wie misst man die Qualität einer Mahlzeit oder einer Farbe? Als Arzt behandle ich aber nichts Messbares, ich behandle keine Laborwerte, keine Röntgenbilder, kein Körpergewicht und keine Körpertemperatur. Als Arzt behandle ich Menschen, kranke Menschen. Ein Produkt am Ende einer industriellen Fertigung kann man messen, testen, prüfen. Wäre der Mensch nur eine Maschine, also ein zweigliedriges Ursache-Wirkungs-System, dann ließe sich dieses Konzept auch in der Medizin durchführen. Lebewesen sind aber keine technischen Maschinen. Zwischen Ursache und Wirkung geschieht in einem Lebewesen wie dem Menschen ein höchst individueller Vorgang, den ich die ‚Bedeutungserteilung‘ nenne. Die medizinische Behandlung ist keine industrielle Produktion von Waren für welche Gesundheit auch immer, sie wird nicht von Dienstleistern auf einem Gesundheitsmarkt konkurrenzlos angeboten, und eine Gesundheitsindustrie gibt es allenfalls bei der Produktion der für die Medizin notwendigen Waren, nicht aber in der Arzt-Patient-Beziehung. Qualität ist in keinem Fall nicht messbar. Messen kann man allenfalls Surrogatparameter, so zum Beispiel die erwähnten Komplikationszahlen oder Sterblichkeitsziffern. Solche Surrogate können aber vollkommen in die Irre führen. Nur ein Beispiel: Der beste Chirurg wird naturgemäß die schwersten Fälle zugewiesen bekommen. Damit hat er notgedrungen die meisten Komplikationen und die meisten Todesfälle. Statistisch gesehen ist er der Schlechteste im Lande, chirurgisch gesehen ist er der Beste weit und breit. Krankenhaus-Rankings sind einfach nur lächerlich. Das aktuelle Transparenzgesetz kann ich nur als Beleidigung aller medizinisch Tätigen verstehen.

Die BefürworterInnen der Reform – vor allem GesundheitsökonomInnen – sagen, dass es die Behandlungsqualität verbessern würde, wenn man die Krankenhäuser zentralisiert. Als Kern des Problems der Krankenhäuser führen sie unter anderem Überversorgung, zu hohe Krankenhauskapazitäten oder eine inadäquate Krankenhausversorgung an. Auf dieser Darstellung basiert die ganze Krankenhausreform. Aber haben die GesundheitsökonomInnen das Problem überhaupt richtig erkannt? Was sagen Sie als Arzt mit vielen Jahren Erfahrung im stationären wie im ambulanten Bereich dazu?

Es ist im Zusammenhang mit der Zentralisierung immer von akuten Notfällen, vom Schlaganfall oder vom Herzinfarkt die Rede, oder von schweren chronischen Erkrankungen wie etwa Krebserkrankungen, um kleinere Krankenhäuser zu diffamieren. Es ist eigentlich eine Unverschämtheit gegen über dem medizinischen Personal kleiner Krankenhäuser, diese ständig für unfähig zu erklären. Ärztinnen und Ärzte, Schwestern und Pfleger haben in kleineren Krankenhäusern die gleich hohe Qualifikation, die gleiche jahrelange Ausbildung wie in größeren oder großen Häusern. Meine Antwort ist ganz einfach: Bei den akuten Ereignissen ist die schnellstmögliche Hilfe entscheidend. Zentralisierte Krankenhäuser mit großartigen personellen und technischen Voraussetzungen helfen nicht, wenn der Patient es nicht mehr erreicht. Kleinere Krankenhäuser sind rasch erreichbar und ohne Wenn und Aber in der Lage, die Erstversorgung solcher Patienten zu leisten, um sie dann, je nach Notwendigkeit, in größere Häuser zu verlegen. Und bei den chronischen Erkrankungen kommt es ja überhaupt nicht auf Geschwindigkeit an, sondern auf eine ruhige und qualifizierte Abklärung der Indikation, mit den Erkrankten und mit den Angehörigen. Und nebenbei bemerkt: Es kann die beste Medizin sein, in manchen Fällen nichts zu tun. Weder für die Indikation noch fürs qualifizierte Nichtstun brauche ich ein hochgerüstetes Zentralkrankenhaus – im Gegenteil. Ein intelligentes Abbauen von tatsächlichen Überkapazitäten hat mit Zentralisierung absolut nichts zu tun.

Es gibt Bereiche, die im DRG-System besonders stark unterfinanziert sind, zum Beispiel die Geburtshilfe oder Kindermedizin. Andere Bereiche, wie die Herzchirurgie, werden sehr gut durch die DGR-Fallpauschalen finanziert. Woran liegt das eigentlich?

Das frage ich mich auch schon länger. Was würde denn einer auskömmlichen Finanzierung von Kinderkliniken oder Kreißsälen im Wege stehen, selbst wenn man Anhänger des DRG-Systems ist? Man könnte ja mit einem Federstrich die entsprechenden Pauschalen auf ein auskömmliches Niveau anheben. Auffällig ist doch, dass die gut finanzierten Bereiche wie die operative Orthopädie oder die operative Kardiologie eines sehr hohen medizintechnischen und pharmakologischen Einsatzes bedürfen. Da würde ich mal raten, dass sich im DRG-Vergütungskonzept die große „Lobbykraft“ der Pharmaindustrie und der Geräteindustrie, letztere wird übrigens immer unterschätzt, durchgesetzt hat.

Selbst der Sachverständigenrat gibt zu, dass der Anstieg von Behandlungen in bestimmten Gebieten nicht auf medizinische Notwendigkeit, sondern auf andere Anreize, insbesondere die Vergütung zurückzuführen ist – also die Fallpauschalenfinanzierung, deren vielen Probleme Sie bereits angesprochen haben. Ist dieses Finanzierungssystem überhaupt noch reformierbar?

Das Fallpauschalensystem ist nicht reformierbar. Es ist ein grundsätzlich falscher Ansatz. Fallpauschalen zerstören die Kernanliegen einer guten Medizin und eines solidarischen Gesundheitswesens. Es gibt aus meiner Sicht nur eine Möglichkeit, aus diesem Hamsterrad, aus dieser Sackgasse wieder zum eigentlichen Auftrag zurückzufinden, nämlich mit einem intelligenten Konzept der Selbstkostendeckung. Die großen Worte, die im Zusammenhang mit der „Revolution“ des Krankenhauswesens gefallen sind, haben ja zu nichts weiter als einer halbherzigen Reduzierung der Fallpauschalenfinanzierung geführt. Dadurch wird sich ganz sicher nichts verbessern. Im Gegenteil: Das Standortsterben wird damit weiter angeheizt. Und eines darf man nicht vergessen: Nicht nur die DRGs müssen voll und ganz überwunden werden. Gleichzeitig müssen alle Krankenhäuser als Teil der staatlichen Fürsorgepflicht den privaten Klinikkonzernen wieder weggenommen werden. Die Prinzipien der kapitalistischen Warenproduktion und Profitmaximierung haben in einem Sozialsystem nichts zu suchen. Wie eine solche Rückführung geschehen kann, das ist eine große Aufgabe von Politik. Das wäre dann wirklich eine „Revolution“. Denn die Renditen, die diese börsennotierten Konzerne ausschütten, sind nichts weiter als Diebstahl der Substanz unserer Krankenkassenbeiträge.

ENDE

Zum Autor: Dr. Bernd Hontschik (1952) ist Facharzt für Chirurgie und war bis 2015 in seiner chirurgischer Praxis in der Frankfurter Innenstadt tätig. Er ist Autor einiger politischer Bücher über das Gesundheitswesen, aktuell ist sein Buch „Heile und herrsche“ im Handel. Er ist Herausgeber der Reihe „medizinHuman“ im Suhrkamp Verlag und u.a. Mitglied der Uexküll-Akademie (AIM), der IPPNW, bei medico international und bei mezis. Er schreibt seit Jahren regelmäßige Kolumnen in der Frankfurter Rundschau und in der Ärztezeitung.

Kontakt: www.medizinHuman.de