

Geld oder Leben?

Die Zukunft der Krankenhausversorgung



Aktion von Bündnis Klinikrettung bei der Gesundheitsministerkonferenz in Lübeck-Travemünde | Foto: Gemeindegut

Inhalt

- Krankenhauskahl Schlag**
Seite 2
- Viele leere Versprechungen**
Seite 2
- „Wir können die Krankenhausversorgung nicht optimieren, ohne die Versorgung zu gefährden“**
Seite 3
- Erfolgreiche, aber folgenschwere Sparmaßnahmen**
Seite 3
- Gesundheitseinrichtungen als Motor ländlicher Regionen**
Seite 3
- Mission Klinikrettung**
Seite 4
- Aktiv für Gemeingüter**
Seite 4
- Petition jetzt unterschreiben**
Seite 4

Seit Jahrzehnten formen Regierungen unser Gesundheitssystem um: weg vom Sozialsystem hin zum Wirtschaftszweig. Auch die aktuelle Krankenhausreform verlässt den Pfad der Ökonomisierung nicht. Arzt und Autor Dr. med. Bernd Hontschik zeichnet die Entwicklung nach und beschreibt die Folgen.

Die Ökonomisierung unseres Gesundheitswesens ist kein Naturgesetz. Sie ist politisch gewollt – von einer Minderheit vorangetrieben und von der Mehrheit kaum verstanden. Der Prozess erfolgt schrittweise:

Der erste Schritt: investorenfreundliche Gesetze

Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz führte der Bundestag im Jahr 1972 die öffentliche Finanzierung der Krankenhausinvestitionen ein, die es so vorher nicht gegeben hatte. Die Krankenkassen hatten bis dahin erbärmliche Tagessätze gezahlt, die Defizite mussten die Träger decken – Kommunen und Kirchen. Der Gesetzgeber übertrug die Investitionsfinanzierung den Ländern. Die neue Finanzierungssituation machte Krankenhäuser für private Investoren attraktiv.

Die heutige Rhön-Klinikum AG mit ihrem Gründer Eugen Münch ist ein klassischer Fall dafür. Der umtriebige Betriebswirt Münch nutzte die Stellschrauben Personal- und Betriebskosten, um aus einer maroden Kurklinik den ersten erfolgreichen deutschen Klinikkonzern zu formen. Er und seine Nachahmer trafen auf Kommunen, die mit ihren Krankenhäusern rote Zahlen schrieben und sie lieber heute als morgen loswerden wollten. Und die Bundesregierung ging noch einen Schritt weiter: Ab 1985 ermöglichte sie, Gewinne mit dem Krankenhausbetrieb zu machen.

Die Privatisierung der Krankenhäuser hat also drei Wurzeln: erstens den Einstieg durch privatisierungsfreundliche Gesetze, zweitens die antiquierte ökonomische Struktur kommunaler und kirchlicher Krankenhäuser und drittens das

Bestreben vieler Kommunen, sich einen Klotz vom Bein zu schaffen.

Der zweite Schritt: fehlende öffentliche Finanzierung

Neben den Ländern, die die Investitionen finanzierten, kamen die Krankenkassen für den laufenden Betrieb der Krankenhäuser auf. Das Ganze nennt man duale Krankenhausfinanzierung: Die Länder sind für Bauten, Einrichtung und Modernisierungen zuständig, die Krankenkassen für das Personal und den Unterhalt. Für private Träger war das vollkommen risikofreie Geschäft attraktiv, Einnahmen waren durch die stete Nachfrage und die gesetzlichen Rahmenbedingungen praktisch garantiert.

Die duale Krankenhausfinanzierung ist inzwischen gescheitert. Seit Jahren bringen die Länder nur die Hälfte der erforderlichen und gesetzlich vorgeschriebenen Investitionsfinanzierung auf. Das ist ein entscheidender Grund für die katastrophale finanzielle Situation der Krankenhäuser. Da Investitionen unumgänglich sind, entnehmen die Träger das notwendige Kapital aus dem laufenden Unterhaltsbereich und sind zudem gezwungen, teure Kredite am freien Markt aufzunehmen. So geraten Kliniken in finanzielle Schwierigkeiten. Früher fielen zahlreiche solcher Kliniken in die Hände der Privaten, heute werden viele einfach geschlossen.

Der dritte Schritt: Fallpauschalen und Case Mix Index

Der nächste Privatisierungsschritt erfolgte in den 2000er Jahren. Das Parlament beschloss die Diagnosis Related Groups (DRG, deutsch: Fallpauschalen). Bis dahin waren

die laufenden Unterhaltskosten der Krankenhäuser mit Tagessätzen finanziert worden. Die Krankenhäuser wurden also nach Liegezeit bezahlt und versuchten, sie möglichst zu verlängern. Als das zeitorientierte System durch ein diagnoseorientiertes abgelöst wurde und die Krankenhäuser nach der Zahl und Schwere der behandelten Fälle bezahlt wurden, fingen sie an, die Liegezeit so kurz wie möglich zu halten und damit die Fallzahl zu erhöhen. Da auch die Schwere der Diagnosen eine Rolle spielt, muss man sie so schwerwiegend wie möglich deklarieren. Es kommt also zu einer Liegezeitverkürzung und zu einer Fallzahlerhöhung, um im gleichen Zeitraum wie bisher maximal viele Fälle und maximal schwere Diagnosen abrechnen zu können. Die Zahl der Patient:innen stieg an, zugleich auch der Arbeitsdruck. Die Einsparungen und die hohe Arbeitsbelastung setzten eine zerstörerische Spirale in Bewegung: Durch den massiven Stellenabbau von mehr als 50.000 Stellen in den letzten zehn Jahren wurde die medizinische Arbeit besonders im Pflegebereich immer schwieriger. Eine Fluchtbewegung Zehntausender Pflegekräfte setzte ein, von der sich das Gesundheitswesen bis heute nicht erholt hat.

Der Case Mix Index (CMI) 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 eines Krankenhauses vorgegebenen Case Mix Index nicht, so droht ihr die Teilschließung. Erreicht ein ganzes Krankenhaus die Gewinnzone nicht, droht die komplette Schließung oder der Verkauf.

Die Unterfinanzierung durch die DRG lässt sich bislang am deutlichsten bei den Kinderkliniken und den Kreisläufen beobachten, die seit Jahren den drastischsten Kahl Schlag erleiden. Aber auch andere Bereiche der Grundversorgung und die Notfallversorgung sind stark defizitär und werden vielfach geschlossen. Gleichzeitig ist eine Zunahme operativer Eingriffe mit hoher Vergütung gegenüber einem rasanten Rückgang der „sprechenden“ Beziehungsmedizin zu beobachten.

Die Privatisierung und Gewinnorientierung brachte Armeen von Unternehmensberatern hervor. Deren Frage ist nicht: Was brauchen die Kranken? Oder: Wie viele Ärzt:innen und Pflegekräfte werden für eine gute Medizin gebraucht? Sie interessiert: Was bringt der Patient ein? Und: Wie viele Stellen kann man streichen? Das Fatale an dem Bezahlssystem war und ist die Verknüpfung der medizinischen Tätigkeit und Diagnose mit der Höhe der Bezahlung. Generieren allein die Diagnosen die Einnahmen des Krankenhauses, werden sie zum Zielobjekt der Ökonomen. Tausende von Kodierfachkräften und Medizincontrollern der Krankenhäuser kämpfen mit Tausenden von Kodierfachkräften und Medizincontrollern der Krankenkassen um jeden Euro.

Der vierte Schritt: Medizinische Versorgungszentren

Inzwischen greifen die Klinikkonzerne mehr und mehr auch nach dem ambulanten Medizinbetrieb, beispielsweise durch den Aufkauf freierwerdender Arztstühle und die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Die Kooperationsform MVZ gibt es seit dem

Gesundheitsmodernisierungsgesetz aus dem Jahr 2004. Gab es 2007 nur in einem Fall den Kauf eines MVZ durch private, branchenfremde Kapitalgeber, waren es 2021 schon 138. Ende 2021 waren über 500 der bundesweit knapp 4.000 MVZ in privater Hand. Inzwischen boomen die ambulanten MVZ für gut bezahlte Fächer wie Labormedizin, Radiologie, Onkologie, Kardiologie oder Augenheilkunde. Schlecht bezahlte Bereiche wie die Kinderheilkunde verkümmern. Nicht medizinische Notwendigkeiten oder der lokale, regionale Bedarf sind für Investoren entscheidend, sondern einzig die Rendite.

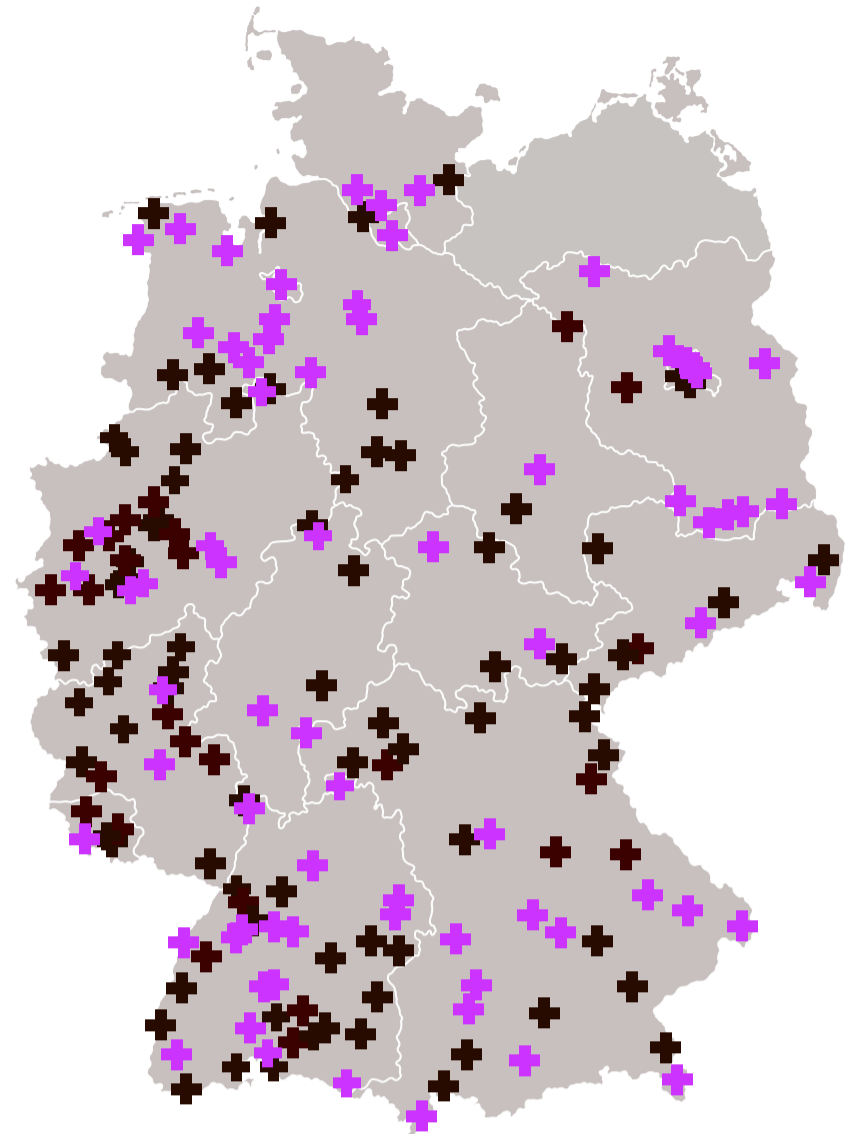
Der fünfte Schritt: die Reform und ihre Reform

Anfang 2025 trat das Krankenhausversorgungverbesserungsgesetz in Kraft – angekündigt als große Reform oder gar als Revolution. Im Wesentlichen geht es dabei um die Einführung von Leistungsgruppen, mit denen den Krankenhäusern Versorgungsaufträge zugewiesen werden. Dafür müssen sie vor allem bestimmte Mengenvorgaben erfüllen und werden nur für die ihnen zugewiesenen Leistungen bezahlt. Neben der Finanzierung über Fallpauschalen wird eine Vorhaltefinanzierung eingeführt, die jedoch auch nur eine mengenorientierte Pauschale ist. Mit der DRG-Logik wird also nicht gebrochen. Für kleine und mittelgroße Krankenhäuser wird es schwer, die Vorgaben der Leistungsgruppen zu erfüllen. Die Versorgung in ländlichen Gebieten ist daher gefährdet, regionale Besonderheiten bleiben unberücksichtigt – ein großangelegter Kahl Schlag ist vorprogrammiert und beabsichtigt. Die Bundesländer setzen sich deswegen für eine Reform der Reform ein und fordern mehr Entscheidungsmacht. Aber auch sie hinterfragen das Grundübel nicht: die Profitorientierung der Krankenhäuser.

Krankenhauskahlschlag

➤ Kliniken, die seit dem 01.01.2020 geschlossen wurden (Stand 02/2026):

- | | | |
|---|--|---|
| 1 Krankenhaus Spaichingen (BW), † Januar 2020 | 37 Krankenhaus Ettenheim (BW), † 23.12.2022 | 70 Kreiskrankenhaus Rheinfelden (BW), † 19.04.2024 |
| 2 Kreiskrankenhaus Parsberg (BY), † 01.02.2020 | 38 CaritasKlinikum Saarbrücken, St. Josef Dudweiler (SL), † 31.12.2022 | 71 Ameos Klinikum Bremerhaven (HB), † 30.04.2024 |
| 3 Bergarbeiter-Krankenhaus Schneeberg (SN), † Juni 2020 | 39 St. Josef-Krankenhaus Hamm-Bockum-Hövel (NW), † Ende 2022 | 72 Ameos Klinikum Alfeld (NI), † 01.05.2024 |
| 4 Klinik Forbach (BW), † 30.06.2020 | 40 Helios-Klinik Hettstedt (ST), † 2023 | 73 St. Marien-Krankenhaus Ratingen (NW), † 15.05.2024 |
| 5 Sana Klinik Riedlingen (BW), † 01.07.2020 | 41 St. Agatha Krankenhaus, Köln-Niehl (NW), † 31.01.2023 | 74 Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe-Rüppurr (BW), † 31.05.2024 |
| 6 Kreiskrankenhaus Vohenstrauß (BY), † 01.08.2020 | 42 St. Josef-Krankenhaus Linnich (NW), † März 2023 | 75 Mathilden-Hospital Büdingen (HE), † 30.06.2024 |
| 7 Krankenhaus Wedel (SH), † 01.08.2020 | 43 Evangelisches Stadtkrankenhaus Saarbrücken (SL), † 10.03.2023 | 76 Klinikum Fichtelgebirge Selb (BY), † 30.06.2024 |
| 8 Krankenhaus Marbach (BW), † 01.08.2020 | 44 St. Josef-Krankenhaus Adenau (RP), † 31.03.2023 | 77 Krankenhaus Bad Arolsen (HE), † 30.06.2024 |
| 9 KMG Klinikum Havelberg (ST), † 01.09.2020 | 45 Asklepios Klinikum Melsungen (HE), † 31.03.2023 | 78 Helios OrthoClinic, Hammelburg (BY), † 31.07.2024 |
| 10 Krankenhaus 14 Nothelfer Weingarten (BW), † 30.09.2020 | 46 Paracelsus-Klinik Reichenbach (SN), † 31.03.2023 | 79 Rotkreuzklinik Lindenberg (BY), † 31.07.2024 |
| 11 Marienhospital Altenessen (NW), † 01.10.2020 | 47 Niels-Stensen-Klinik Ankum-Bersenbrück (NI), † 31.03.2023 | 80 DRK-Krankenhaus Altenkirchen (RP), † 15.08.2024 |
| 12 St. Josefs-Hospital Bochum-Linden (NW), † 01.10.2020 | 48 Marienhaus Klinikum – St. Elisabeth Gerolstein (RP), † 01.04.2023 | 81 Sternbach-Klinik Schleiz (TH), † 31.08.2024 |
| 13 Loreley-Klinik Oberwesel (RP), † 01.10.2020 | 49 St.-Johannes-Hospital Hagen-Boele (NW), † 01.04.2023 | 82 Krankenhaus Schleiden (NW), † 01.09.2024 |
| 14 Loreley-Klinik Sankt Goar (RP), † 01.10.2020 | 50 Ermstallklinik Bad Urach (BW), † 30.04.2023 | 83 Berglandklinik Lüdenscheid (NW), † 30.09.2024 |
| 15 Marienhausklinik Ottweiler (SL), † 15.12.2020 | 51 Kreisklinik Freilassing (BY), † 01.05.2023 | 84 Krankenhaus Neuhaus am Rennweg (TH), † Dezember 2024 |
| 16 St. Hedwig-Klinik Mannheim (BW), † 20.12.2020 | 52 Hegau-Bodensee-Klinikum Radolfzell (BW), † 30.06.2023 | 85 Mühlenkreis-Klinikum Rahden (NW), † 31.12.2024 |
| 17 St. Vincenz-Krankenhaus Essen (NW), † 31.12.2020 | 53 Paracelsus-Klinik Bad Ems (RP), † 30.06.2023 | 86 Diakoniewerk München-Maxvorstadt (BY), † 31.12.2024 |
| 18 Krankenhaus Ingelheim (RP), † 31.12.2020 | 54 Ubbo-Emmius-Klinik Norden (NI), † 01.07.2023 | 87 St. Josef-Krankenhaus Hermeskeil (RP), † 31.12.2024 |
| 19 Krankenhaus Kloster Lehnin (BB), † 31.12.2020 | 55 Krankenhaus Bad Waldsee (BW), † 19.07.2023 | 88 Evangelisches Krankenhaus Johannisstift Münster (NW), † 31.12.2024 |
| 20 St. Josefs-Krankenhaus Losheim (SL), † 31.12.2020 | 56 Klinik Annweiler (RP), † Ende Juli 2023 | 89 Krankenhaus Altdorf (BY), † 01.01.2025 |
| 21 Krankenhaus Maria-Hilf Sankt Tönis (NW), † 31.12.2020 | 57 Helios Klinik Bad Gandersheim (NI), † 31.08.2023 | 90 Theresienklinik Würzburg (BY), † 01.01.2025 |
| 22 Alb-Donau Klinikum Langenau (BW), † 30.06.2021 | 58 Wenckebach-Krankenhaus Berlin-Tempelhof, † September 2023 | 91 St. Hubertus-Stift Bedburg (NW), † 31.01.2025 |
| 23 Mutterhaus Trier-Ehrang (RP), † 12.07.2021 | 59 Marienkrankenhaus Lübeck (SH), † 30.09.2023 | 92 Elisabeth-Krankenhaus Thuine (NI), † 07.02.2025 |
| 24 Ortenau Klinikum Oberkirch (BW), † 03.09.2021 | 60 Evangelisches Krankenhaus Holzminden (NI), † Ende November 2023 | 93 KMG Manniske Klinik Bad Frankenhausen (TH), † 31.03.2025 |
| 25 Sana Klinik Laupheim (BW), † 01.10.2021 | 61 Diakoneo Klinik Neuendettelsau (BY), † Dezember 2023 | 94 Helios Klinik Schkeuditz (SN), † 28.05.2025 |
| 26 Klinikum Main-Spessart Markt-Heidenfeld (BY), † 31.12.2021 | 62 St. Lukas Klinik Solingen (NW), † 01.12.2023 | 95 Klinikum Mittelmosel Zell (RP), † 30.06.2025 |
| 27 St. Elisabeth-Krankenhaus Niederwenigern (NW), † 2022 | 63 St. Josef Krankenhaus Haan (NW), † 21.12.2023 | 96 Krankenhaus St. Raphael Ostercappeln (NI), † 31.07.2025 |
| 28 Krankenhaus Roding (BY), † 31.03.2022 | 64 Helfenstein Klinik Geislingen (BW), † 31.12.2023 | 97 Paracelsus-Klinik Adorf (SN), † 01.10.2025 |
| 29 Sana-Kliniken Bad Wildbad (BW), † 31.07.2022 | 65 Klinik Dippoldiswalde (SN), † 01.01.2024 | 98 Krankenhaus Maria Stern Remagen (RP), † 28.11.2025 |
| 30 Hegau-Bodensee-Klinikum Stühlingen (BW), † 31.07.2022 | 66 Krankenhaus Schongau (BY), † 01.03.2024 | 99 St. Marien-Hospital Vreden (NW), † Dezember 2025 |
| 31 St. Josef Krankenhaus Wiesdorf (NW), † 31.08.2022 | 67 St. Elisabeth-Krankenhaus Lahnstein (RP), † 01.03.2024 | 100 Krankenhaus Markt Werneck (BY), † 19.12.2025 |
| 32 Krankenhaus Maria-Hilf Stadtlohn (NW), † 22.10.2022 | 68 KRH Klinikum Lehrte (NI), † April 2024 | 101 Haßberg-Kliniken – Haus Ebern (BY), † 31.12.2025 |
| 33 Krankenhaus Pfullendorf (BW), † 31.10.2022 | 69 Krankenhaus Tirschenreuth (BY), † 01.04.2024 | 102 Helios Rosmann Klinik Breisach (BW), † 31.12.2025 |
| 34 InnKlinikum Haag, Mühlendorf am Inn (BY), † 01.11.2022 | | 103 Schlosspark-Klinik Berlin-Charlottenburg (BE), † 30.01.2026 |
| 35 Krankenhaus Bad Saulgau (BW), † 30.11.2022 | | |
| 36 Heinrich-Braun-Klinikum Kirchberg (SN), † 21.12.2022 | | |



➤ Orte, an denen Kliniken von Schließung bedroht sind (Stand 02/2026):

- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| 1 Berlin-Mitte (BE) | 38 Schwabach (BY) |
| 2 Berlin-Wedding (BE) | 39 Schwabmünchen (BY) |
| 3 Berlin-Weißensee (BE) | 40 Wegscheid (BY) |
| 4 Elsterwerda (BB) | 41 Wertingen (BY) |
| 5 Finsterwalde (BB) | 42 Bremen (HB) |
| 6 Herzberg (BB) | 43 Hamburg-Wilhelmsburg (HH) |
| 7 Hennigsdorf (BB) | 44 Frankfurt am Main (HE) |
| 8 Lauchhammer (BB) | 45 Wolfhagen (HE) |
| 9 Seelow (BB) | 46 Aurich (NI) |
| 10 Spremberg (BB) | 47 Bassum (NI) |
| 11 Wittstock/Dosse (BB) | 48 Diepholz (NI) |
| 12 Aalen (BW) | 49 Emden (NI) |
| 13 Albstadt (BW) | 50 Löningen (NI) |
| 14 Balg (BW) | 51 Lohne (NI) |
| 15 Balingen (BW) | 52 Soltau (NI) |
| 16 Bobingen (BW) | 53 Stolzenau (NI) |
| 17 Böblingen (BW) | 54 Sulingen (NI) |
| 18 Breisach (BW) | 55 Varel (NI) |
| 19 Bühl (BW) | 56 Walsrode (NI) |
| 20 Donaueschingen (BW) | 57 Duisburg-Hochfeld (NW) |
| 21 Ellwangen (BW) | 58 Grevembroich (NW) |
| 22 Hardheim (BW) | 59 Köln-Holweide (NW) |
| 23 Kehl (BW) | 60 Köln-Riehl (NW) |
| 24 Mannheim (BW) | 61 Lennestadt (NW) |
| 25 Mosbach (BW) | 62 Lübbecke (NW) |
| 26 Schopfheim (BW) | 63 Werdohl (NW) |
| 27 Sindelfingen (BW) | 64 Boppard (RP) |
| 28 Singen (BW) | 65 Kirn (RP) |
| 29 Tettang (BW) | 66 Saarlouis (SL) |
| 30 Alzenau (BY) | 67 Ebersbach (SN) |
| 31 Auerbach (BY) | 68 Olbernhau (SN) |
| 32 Berchtesgaden (BY) | 69 Bernburg (ST) |
| 33 Bogen (BY) | 70 Bad Oldesloe (SH) |
| 34 Kösching (BY) | 71 Elmshorn (SH) |
| 35 Mainburg (BY) | 72 Pinneberg (SH) |
| 36 Oberstdorf (BY) | 73 Niederorschel (TH) |
| 37 Penzberg (BY) | 74 Pößneck (TH) |

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

Viele leere Versprechungen

Um den Bürgerinnen und Bürgern Krankenhausschließungen schmackhaft zu machen und ihnen die Angst vor medizinischer Unterversorgung zu nehmen, versprechen die Schließungsbefürworter den Anwohnern oft Ersatzeinrichtungen. Vielfach erweisen sich die Zusagen jedoch als Luftschlösser. Von Januar 2020 bis Februar 2025 schlossen 93 Krankenhäuser. Das Bündnis Klinikrettung untersuchte, was nach diesen Schließungen passierte.

In fast der Hälfte der Fälle kam es zu keinerlei medizinischem Ersatz. An Standorten, an denen ein Ersatz

eröffnet wurde, überwogen gewinnorientierte Einrichtungen: Bei fast einem Viertel der Schließungen entstanden im Nachgang Fachkliniken, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) oder Ärztehäuser, die keine Grundversorgung, sondern nur ertragbringende Fächer anbieten. Dem Schließungsschaden für die lokale Bevölkerung wurde hier nichts entgegengesetzt – eine niederschmetternde Bilanz.

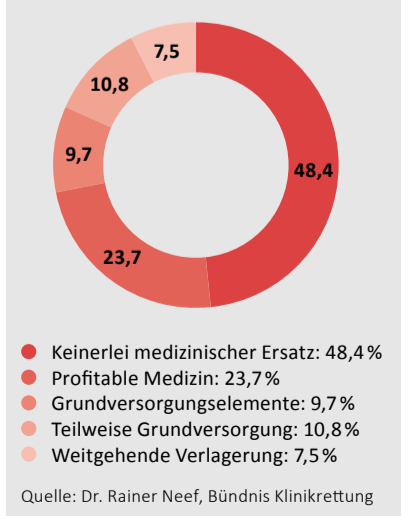
Ein Zehntel der Folgeeinrichtungen laviert zwischen Gewinnsuche und Grundversorgung; dabei handelt es sich fast nur um neue MVZ

mit gewinnträchtigen Bereichen und ein oder zwei Grundversorgungsfächern. Ein weiteres Zehntel bemüht sich um rudimentären Erhalt einer lokalen Grundversorgung: Gesundheitszentren mit Erweiterungen (zum Beispiel ambulante Operationssaal, Kurzzeitpflegebetten) und geriatrische Kliniken mit unterschiedlich geregelter Notfallversorgung. In sieben Fällen gab es eine (Teil-)Verlagerung in ein anderes, dafür erweitertes Krankenhaus – mit Belastungen für die Beschäftigten und für die örtliche Bevölkerung.

Der Widerspruch zwischen Gewinnstreben und Versorgungsbedarf zeigt sich überall. Der Großteil der Notaufnahmen verschwindet, und die stationäre Grund- und Re-

gelversorgung wird für wachsende Bevölkerungskreise schwer zugänglich. Neue MVZ können bestenfalls die ambulante Versorgung bereichern, im schlimmsten Fall ruinieren sie etablierte Praxen. Alle der im Betrachtungszeitraum gestarteten Gesundheitszentren kämpfen mit Bürokratie-, Personal- und Finanzierungsschwierigkeiten, und die meisten Zentren entwickelten sich nur weiter, weil die Bevölkerung Druck machte. Außerdem fällt auf, dass seit 2023 nach der Schließung eines Krankenhauses der Grundversorgung gern Fachkliniken eröffnet werden, von denen sich die meisten auf lukrative Behandlungen spezialisieren und lediglich als Cashcows dienen. | Dr. Rainer Neef

Verlust stationärer Kapazitäten nach Krankenhausschließungen



Wir können die Krankenhausversorgung nicht optimieren, ohne die Versorgung zu gefährden

Erfolgreiche, aber folgenschwere Sparmaßnahmen

Das Bündnis Klinikrettung sprach mit Prof. Dr. Erika Raab. Die Vorstandsvorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling ist Geschäftsführerin der hessischen Kreisklinik Groß-Gerau und Professorin für Medizincontrolling an der Medical School Hamburg.

Sie haben eine Klage gegen das Bundesgesundheitsministerium wegen der Unterfinanzierung der Krankenhäuser durch die Fallpauschalen (DRG) eingereicht. Die Verhandlung ist am 28. Oktober vor dem Landgericht Darmstadt. Warum klagen Sie?

Weil das derzeitige Finanzierungssystem die Grund- und Notfallversorgung systematisch unterfinanziert. Ich nutze dafür gern ein einfaches Bild: Ich stelle meine Brötchen für drei Euro her, muss sie aber für zwei Euro verkaufen. Das daraus resultierende Defizit entsteht nicht durch schlechtes Wirtschaften, sondern durch die Systematik. Wenn ich jeden Tag hunderte Brötchen backen muss, vergrößert sich das Minus mit jedem einzelnen Gebäckstück. Die Folgen sind absehbar: Ein Betrieb, der dauerhaft unter seinen Kosten verkaufen muss, rutscht zwangsläufig in eine wirtschaftliche Schieflage. Rücklagen schmelzen, Investitionen werden verschoben, Personal reduziert – und irgendwann steht die Existenz auf dem Spiel. Und selbst wenn ich sparen wollte: Ich kann das Mehl nicht weglassen, den Ofen nicht abschalten und das Personal nicht halbieren, ohne dass die Qualität leidet. Auch Krankenhäuser können ihre Notaufnahme nicht „abschalten“, die Intensivstation nicht „ausdünnen“ und die 24/7-Bereitschaft nicht „optimieren“, ohne die Versorgung zu gefährden. Die Einsparmöglichkeiten sind systemisch begrenzt. Hinzu kommt ein zentraler Fehlanreiz: Das Budget im DRG-System ergibt sich aus der Formel Preis mal Menge. Da der Preis gedeckelt ist, bleibt Krankenhäusern nur die Stellschraube „Menge“. Das führt entweder zu Leistungsverdichtung oder zu Mengenausweitungen, die medizinisch nicht immer sinnvoll sind, aber ökonomisch notwendig erscheinen.

Das zweite Bild ist die Feuerwehr: Stellen Sie sich vor, sie würde nur bezahlt, wenn es brennt. Niemand käme auf die Idee, Vorhaltekosten – Fahrzeuge, Personal, Bereitschaft – nicht zu finanzieren. Bei Krankenhäusern passiert genau das. Und zur Feuerwehrmetapher gehört noch ein weiterer Punkt: Durch die Misstrauensbürokratie müssen wir ständig beweisen, dass wir keine „Brandstiftung“ betrieben haben – also keine Mengenausweitung aus ökonomischem Druck. Aus diesem Generalverdacht heraus ist ein bürokratischer Wasserkopf entstanden, der enorme Ressourcen bindet: Krankenhäuser, Krankenkassen und der Medizinische Dienst beschäftigen ganze Teams damit, Dokumentation, Nachweise und Prüfverfahren zu bedienen, statt Zeit und Personal in die Versorgung zu investieren.

Sie leiten ein kleineres kommunales Krankenhaus. Viele solcher Krankenhäuser sollen geschlossen werden. Welche Auswirkungen wird das für die Versorgung haben?

Die Folgen wären gravierend – in der Stadt wie auf dem Land. In ländlichen Regionen bedeutet die Schließung eines Krankenhauses oft: längere Wege, längere Rettungszeiten, weniger Versorgungssicherheit. Jede Minute zählt, und wir wissen

aus der Notfallmedizin, dass Zeitverluste direkt mit schlechteren Behandlungsergebnissen verbunden sind. Aber auch Städte sind keineswegs überversorgt. Dort arbeiten die Kliniken am Limit. Wenn kleinere Häuser schließen, verteilt sich die Notfallversorgung auf wenige große Standorte, die schon heute überfüllt sind. Das führt zu längeren Wartezeiten, überlasteten Teams und einer Abwärtsspirale der Qualität.

Krankenhäuser sind Daseinsvorsorge. Man kann sie nicht wie Filialen eines Handelskonzerns schließen, ohne dass Menschen realen Schaden erleiden.

Schließungsbefürworter argumentieren, kleineren Kliniken fehle es an Qualität – manche sagen sogar: „Schließungen retten Leben“. Stimmt das?

Nein. Diese Aussage ist wissenschaftlich nicht haltbar und politisch gefährlich. Qualität hängt nicht primär von der Größe eines Hauses ab, sondern von Prozessen, Personal, Standards und guter Organisation. Kleine Häuser haben oft stabile Teams, kurze Wege und hohe Kontinuität in der Versorgung.

Das Narrativ „klein = schlecht, groß = gut“ ist zu simpel. Große Fachkliniken haben zweifellos ihre Stärken, aber sie haben auch Fehlanreize: Sie konzentrieren sich auf planbare, gut vergütete Eingriffe. Notfallmedizin, Geburtshilfe, Innere Medizin oder geriatrische Versorgung sind dort häufig nachrangig.

Ein weiterer systemischer Fehlanreiz ist die Patientenselektion. Wenn Krankenhäuser nach Fällen bezahlt werden, die sich wirtschaftlich lohnen, entsteht der Druck, eher leichte, gut planbare und gut vergütete Fälle zu behandeln – und komplexe, zeitintensive oder schlecht vergütete Fälle zu vermeiden. Dieses Rosinenpicken hat nichts mit Qualität zu tun, sondern mit der Logik des Systems. Für schwer kranke oder multimorbide Menschen bedeutet das: Sie finden oft schwerer einen Platz, obwohl sie die Versorgung am dringendsten brauchen.

Wenn man Qualität wirklich verbessern will, muss man die Vorhaltekosten der Grundversorgung finanzieren, statt Angebote der Grundversorgung kaputtzusparen. Schließungen retten keine Leben – sie verschlechtern die Erreichbarkeit und überlasten die verbleibenden Kliniken.

Ein weiteres Argument für Schließungen lautet: Es fehlen Beschäftigte, daher müsse man Kapazitäten bündeln. Wie sehen Sie das?

Der Personalmangel ist real – aber die Schlussfolgerung ist falsch. Wenn man Krankenhäuser schließt, verschwinden nicht nur Betten, sondern auch Arbeitsplätze. Viele Pflegekräfte wechseln dann nicht einfach ins nächste große Klinikum, sondern verlassen den Beruf oder reduzieren ihre Stunden. Die Arbeitsbedingungen in überfüllten Großkliniken sind für viele unattraktiv. Was wirklich helfen würde, wäre eine verlässliche Finanzierung der Vorhaltekosten, damit Personal nicht ständig am Limit arbeitet. Wichtig sind auch bessere Arbeitsbedingungen, zum

Beispiel verlässliche Dienstpläne und deutlich weniger Bürokratie. Hilfreich sind regionale Versorgungsnetzwerke, in denen Aufgaben sinnvoll verteilt werden – statt zentralisiert und verengt. Insgesamt gilt es, die Grundversorgung durch Hausärzte zu stärken, damit Notaufnahmen nicht durch Fälle überlastet werden, die anderweitig behandelt werden könnten. Bündelung klingt effizient, führt aber in der Realität zu Überlastung und Abwanderung.

Welche Maßnahmen und welche Krankenhausstruktur würden am besten folgende Ziele erreichen: gut, wohnortnah und bezahlbar?

Wir brauchen eine Struktur, die sich an der Versorgung orientiert – nicht an betriebswirtschaftlichen Kennzahlen. Dazu gehört erstens eine solide Finanzierung der Vorhaltekosten. Ohne diese Basis wird jedes Krankenhaus der Grundversorgung defizitär bleiben. Zweitens benötigen wir ein gestuftes, regionales Versorgungssystem. Stichwörter sind hier: wohnortnahe Grund- und Regelversorgung, 24/7, mit Notfallmedizin, Innerer Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe. Ergänzt werden sie durch Fachkliniken für komplexe Eingriffe, aber eingebettet in regionale Netzwerke. Drittens bedarf es einer klaren Aufgabenverteilung statt Schließungen. Nicht jedes Haus muss alles machen – aber jedes Haus braucht eine gesicherte Grundfinanzierung. Viertens brauchen wir ein Finanzierungssystem, das Qualität belohnt, nicht Menge. Die Feuerwehr wird auch nicht nach der Anzahl der Brände bezahlt. Ebenso sollten Krankenhäuser nicht nach der Anzahl der Fälle finanziert werden. Fünftens gilt es, die Fehlanreize zur Patientenselektion abzuschaffen. Ein modernes System darf Krankenhäuser nicht dafür belohnen, die „einfachen“ Fälle zu behandeln und die komplexen zu meiden. Vergütung muss die tatsächliche Versorgungsrealität abbilden. Sechstens ist eine konsequente Entbürokratisierung erforderlich. Wir müssen die Misstrauenslogik durch eine Vertrauenslogik ersetzen. Weniger Akten, weniger Prüfverfahren, weniger Doppelstrukturen – dafür mehr Zeit für Patientinnen und Patienten. Entbürokratisierung entlastet Kliniken, Krankenkassen und den Medizinischen Dienst gleichermaßen. Und siebtens benötigen wir echte Intersektoralität statt doppelter Facharztschienen. Heute existieren zwei getrennte Welten: niedergelassene Fachärzte und Krankenhausfachärzte – oft mit denselben Qualifikationen, aber unterschiedlichen Zuständigkeiten und Vergütungen. Das führt zu Reibungsverlusten und Doppeluntersuchungen. Wir brauchen gemeinsame Teams, gemeinsame Verantwortlichkeiten und eine gemeinsame Finanzierung, damit die Behandlung dort stattfindet, wo sie am meisten nützt – nicht dort, wo sie am besten vergütet wird.

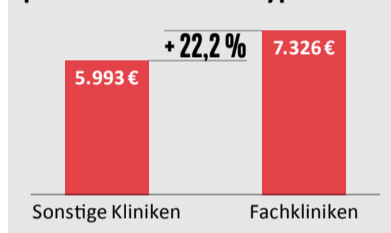
Eine gute, wohnortnahe und bezahlbare Versorgung ist möglich – aber nur, wenn wir die ökonomischen Fehlanreize korrigieren und die Grundversorgung als das behandeln, was sie ist: ein öffentliches Gut.

Ausgaben für Krankenhäuser begrenzen – an dieser Aufgabe arbeiten sich Regierungen seit Jahrzehnten ab. Beliebte erfolglose, aber folgenreiche Strategie: Krankenhäuser schließen. Während die Zahl der Kliniken seit 1991 um 22 Prozent reduziert wurde, verdreifachten sich die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Krankenhäuser gleichzeitig – von 33 Milliarden Euro im Jahr 1991 auf 102 Milliarden Euro im Jahr 2024. Inflationsbereinigt beträgt die Steigerung rund 70 Prozent.

Der wichtigste Grund für die Kostensteigerungen ist die Abrechnung mittels Fallpauschalen. Am meisten profitieren davon Einrichtungen, die besonders geschickt sind. Sie betreiben entweder Rosinenpickerei, indem sie sich auf lukrative Behandlungen konzentrieren, oder drücken Kosten, hauptsächlich auf dem Rücken der Beschäftigten. Letzteres bestätigt eine Studie der Unternehmensberatung PwC aus dem Jahr 2020. Sie zeigt, dass die Personal- und Materialaufwandsquote bei privaten Trägern um fast zehn Prozent niedriger liegt als bei öffentlichen Trägern. Es handelt sich um vergütete, aber eingesparte Gelder, die die Träger zum Beispiel als Gewinne ausschütten können. Die vom Bündnis Klinikrettung erstellte Schließungsbilanz zeigt, dass an ehemaligen Standorten der Grund- und Regelversorgung seit ein paar Jahren

vermehrt Fachkliniken gegründet werden. Sie bieten keine breite, unplanbare, aufwendige, personalintensive Versorgung an. Stattdessen beschränken sich die Fachkliniken auf planbare Operationen mit gut bezahltem technischen Aufwand, häufig auch mit beschränkten Öffnungszeiten. Im Jahr 2024 machten laut Zahlen der GKV Fachkliniken 19 Prozent aller Krankenhäuser aus. Zugleich behandelten sie nur 5,4 Prozent aller Patient:innen und bekamen für ihre Leistungen 6,57 Prozent der Gesamtausgaben der GKV. Das heißt, Fachkliniken erzielen, gemessen an ihrem Anteil an der Versorgung der Fälle, mehr Erlöse als sonstige somatische Krankenhäuser.

Durchschnittliche Kosten pro Fall nach Kliniktyp



Ein ähnlicher Prozess vollzieht sich gerade in der ambulanten Versorgung. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in Finanzinvestorenhand spezialisieren sich auf teure Behandlungen. Die Debatte dazu ist in vollem Gange. Rosinenpickerei ist kein Ersatz für Grundversorgung in der Fläche. | *Laura Valentukeviciute*

Gesundheitseinrichtungen als Motor ländlicher Regionen

Über vielen kleinen Krankenhäusern schwebt ein Damoklesschwert. Müssen sie schließen, wird sich nicht nur die medizinische Versorgung verschlechtern. Eine aktuelle Studie des Darmstädter Wirtschaftsforschungsinstituts WifOR unter dem Titel „Die volkswirtschaftlichen Effekte der Gesundheitseinrichtungen des Landkreises Darmstadt-Dieburg“ belegt, welche Rolle das Gesundheitswesen im ländlichen Raum spielt.

Gemeinhin gilt das Gesundheitswesen als Kostenfaktor, der staatliche Haushalte belastet. Die Studienmacher registrieren jedoch seit der Covid-19-Pandemie einen Perspektivwechsel. Die globale Gesundheitskrise habe nicht nur strukturelle Probleme von Gesundheitssystemen offengelegt, sondern auch ihre Schlüsselrolle für wirtschaftliche Resilienz und gesellschaftliche Stabilität verdeutlicht. Gesundheit werde seither zunehmend als wichtiges Investitionsfeld mit nachweislichen Effekten auf Produktivität, Arbeitsfähigkeit und langfristigen Wohlstand erkannt.

In seiner Studie hat das WifOR die volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitseinrichtungen für die Region des Landkreises Darmstadt-Dieburg untersucht. Aus den ermittelten gesamtwirtschaftlichen Effekten des Jahres 2023 ergibt sich laut Studie, dass jeder Arbeitsplatz in den Gesundheitseinrichtungen des Landkreises bundesweit 0,55 weitere Jobs in anderen Branchen sicherte. Jeder Euro an direkter Bruttowertschöpfung löste zusätzliche 0,96 Euro ökonomischer Leistung aus. Die Gesundheitseinrichtungen

des Landkreises, darunter zwei Kliniken, sicherten nicht nur die medizinische Versorgung, sondern wirkten gleichzeitig als Stabilisator sowie Treiber des wirtschaftlichen Wohlstands im ländlich geprägten Raum. Während viele Branchen stark von Konjunkturschwankungen betroffen seien, sicherten Gesundheitseinrichtungen dauerhaft Einkommen, Beschäftigung und Steuereinnahmen. So förderten sie auch Bildung und soziale Stabilität in der Region: „Gerade ohne Universitätskliniken oder Maximalversorger im Landkreis übernehmen die Einrichtungen damit die Rolle eines ökonomischen Rückgrats im ländlich geprägten Raum.“

Die Studie macht sichtbar, dass Gesundheitseinrichtungen nicht „als Kostenfaktor, sondern als strategische Investition in Wohlstand und gesellschaftliche Stabilität zu verstehen sind [...], als tragender Pfeiler wirtschaftlicher Entwicklung, sozialer Kohäsion und Innovationsfähigkeit“. Der demografische Wandel erhöht den Bedarf an wohnortnaher Versorgung noch.

Politikerinnen und Politikern auf Stadt-, Kreis- und Landesebene, aber auch den vielen Bürgerinitiativen, die sich an der Diskussion über die Zukunft der medizinischen Versorgung beteiligen, bieten die Studienergebnisse wertvolle Argumente. Das gilt besonders auch vor dem Hintergrund der vom Bündnis Klinikrettung vorgenommenen Analyse, die zeigt, dass nach der Schließung eines Krankenhauses in fast der Hälfte der Fälle keine neue Einrichtung zur medizinischen Allgemeinversorgung am gleichen Ort entsteht. | *Herbert Storn*



Foto: Rolf Zähler

Mission Klinikrettung

Krankenhausversorgung ist Daseinsvorsorge und Gesundheit ein hohes Gut. Aus dieser Überzeugung heraus schlossen sich im Jahr 2020 Beschäftigte und Betroffene zusammen und gründeten unter Trägerschaft von Gemeingut in BürgerInnenhand das Bündnis Klinikrettung. Ziel ist es, den Krankenhauskahlschlag zu stoppen und das Krankenhauswesen der Gewinnlogik zu entziehen. Seit 2020 dokumentiert das Bündnis Klinikschließungen, inzwischen über einhundert. Hauptgründe für Schließungen sind die seit circa 50 Jahren erlaubte Privatisierung der Kliniken und das Finanzierungskonstrukt der Fallpauschalen, die das Krankenhauswesen der Kommerzialisierung und dem Gewinnstreben ausliefern. Die jüngste Krankenhausreform sollte Abhilfe schaf-

fen, aber auch sie setzt nicht an den Wurzeln an, sondern treibt Schließungen und Profitlogik weiter voran. Das Bündnis Klinikrettung organisiert Protest dagegen, es informiert, erstellt eigene Konzepte, und es vernetzt und unterstützt lokale Initiativen, die sich gegen eine Schließung wehren. Das Bündnis führt Gespräche mit Politiker:innen und erstellt Materialien, die Gruppen vor Ort für ihre Arbeit nutzen können. Außerdem werden Vertreter:innen des Bündnisses als Sachverständige zu Anhörungen im Bundestag und von den Medien zu Interviews eingeladen. Je mehr Klinikpersonal, Patient:innen und andere Betroffene sich dem Bündnis anschließen, desto eher kann der Kahlschlag aufgehoben werden. Machen Sie mit! Kontakt: info@klinikrettung.de

Petition jetzt unterschreiben:

Gewinne raus aus dem Krankenhaus!

Sehr geehrte Frau Bundesgesundheitsministerin, sehr geehrte Gesundheitsminister:innen der Länder, vor gut 40 Jahren verabschiedete der Deutsche Bundestag Gesetze, die Gewinne und Verluste im Krankenhaus ermöglichen. Das macht seither den Betrieb eines Krankenhauses für private Träger attraktiv. Die vor mehr als 20 Jahren eingeführte Fallpauschalenfinanzierung (DRG – Diagnosis Related Groups) erweiterte diese Gewinnmöglichkeiten noch. Auch die aktuelle Krankenhausreform setzt die Profitorientierung der Gesundheitsversorgung fort. Der Schaden dieser Gesetze ist enorm:

- Die stationäre Versorgung deckt immer weniger den medizinischen Bedarf der Patient:innen ab, stattdessen zielt sie auf Gewinnerwirtschaftung: Die kostspielige, aber defizitäre wohnortnahe Grund- und Notfallversorgung verbleibt bei der öffentlichen Hand und wird ausgedünnt, während lukrative private Fachkliniken aus dem Boden sprießen. Es ist daher kein Wunder, dass 89 Prozent der öffentlichen Krankenhäuser defizitär sind, während

fast genauso viele der privat geführten Kliniken Gewinne erwirtschaften, nämlich 83 Prozent.

- Die Kosten pro Behandlungsfall sind in Fachkliniken um 22,2 Prozent höher als in sonstigen Krankenhäusern. Fachkliniken behandeln nur wenige Patient:innen, versorgen keine Notfälle und leisten bei Pandemien oder Katastrophen keine Hilfe. Die Folge von mehr Fachkliniken und weniger flächendeckender Grund- und Notfallversorgung ist, dass essentielle Angebote ausgedünnt werden und das Gesundheitssystem gleichzeitig teurer wird.
- Private Kliniken werfen bis zu 15 Prozent Rendite ab – das ist viel im Vergleich zu anderen Bereichen der Daseinsvorsorge, wo Gewinne längst begrenzt sind. Allein die Erträge der vier größten Konzerne – Helios, Rhön-Klinikum, Asklepios und Sana – summieren sich auf mehrere Hundert Millionen Euro jährlich. Dieses Geld fehlt in der Krankenhausversorgung, zugleich steigen die Krankenkassenbeiträge immer weiter, und die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen werden mit Leistungskürzungen

und Zusatzzahlungen konfrontiert.

Der ökonomische Druck führt dazu, dass das Krankenhauspersonal unter Dauerüberlastung leidet, viele Angestellte verlassen den Beruf. Das hat Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung.

Sehr geehrte Frau Warken, sehr geehrte Gesundheitsminister:innen der Länder, unser über Generationen aufgebautes und solidarisch getragenes Gesundheitssystem wird durch Privatisierung und Gewinnorientierung unterhöhlt und zerstört. Wir fordern Sie auf: Verboten Sie Gewinne im Krankenhauswesen! Krankenhäuser müssen gemeinnützig sein.

Freundlich grüßen
Bündnis Klinikrettung
und alle Unterzeichnenden

Jetzt online unterschreiben unter:
<https://www.gemeingut.org/krankhausgewinne/>



Mitmachen +++ Mitmachen +++ Mitmachen +++

Materialien anfordern und verteilen: Bestellen Sie eines unserer Infopakete zum Thema „Klinikrettung“. **Kleines Aktionspaket:** 2 Broschüren „Kahlschlag in der Krankenhauslandschaft. Wie Schließungen und Privatisierung die medizinische Versorgung verschlechtern und was wir dagegen tun können“, 30 Zeitungen „Geld oder Leben“, 3 Flyer „Warum wohnortnahe Kliniken unentbehrlich sind“, 10 Unterschriftenlisten „Gewinne raus aus dem Krankenhaus“. **Großes Aktionspaket:** zusätzlich 30 Zeitungen „Geld oder Leben“. **Aktionspaket XXL:** zusätzlich 60 Zeitungen „Geld oder Leben“.

Auch andere Mengen sind möglich. Einfach E-Mail senden an: info@gemeingut.org

Mitarbeiten: Kommen Sie zu unseren monatlichen Treffen in Berlin oder den regelmäßigen Bündnis-Videokonferenzen. Wir freuen uns über weitere Aktive! Wenn Sie mitarbeiten möchten, schreiben Sie uns an: info@gemeingut.org

Informieren: In unseren E-Mail-Infobriefen berichten wir über aktuelle Entwicklungen in den Bereichen Gemeingüter und Daseinsvorsorge. Hier können Sie sich in den Verteiler eintragen: www.gemeingut.org/infobrief

Aktiv für Gemeingüter

Der im Jahr 2010 gegründete Verein Gemeingut in BürgerInnenhand (kurz: Gemeingut) ist zu einer festen Adresse für all jene geworden, die sich für Gemeingüter und Daseinsvorsorge engagieren. Wasserversorgung, Schulgebäude, öffentliche Verkehrsmittel, Wohnen, Krankenhäuser – das sind Infrastrukturen und Dienstleistungen, die wir tagtäglich benötigen und die für uns alle qualitativ hochwertig und bezahlbar sein müssen. Sie sind Teil unseres gesellschaftlichen Erbes, Generationen haben Ideen und Arbeitskraft für ihren Aufbau aufgebracht. Dennoch werden sie kaputtgespart und immer wieder privatisiert – mit desaströsen Folgen, wie Rechnungs-

höfe regelmäßig bestätigen und wie sie im Alltag täglich spürbar sind. Daher fordern wir: Privatisierungen dürfen in den Bereichen der Daseinsvorsorge nicht stattfinden oder müssen zurückgenommen werden, vernachlässigte Einrichtungen sind zu ertüchtigen. Auch die Schuldenbremse kritisieren wir seit Jahren als Rutschbahn in die Privatisierung. Der Umgang mit unseren Gemeingütern ist zu demokratisieren, ihre Finanzierung muss langfristig sicher sein – zum Beispiel durch die Besteuerung hoher Vermögen. Die Arbeit gegen Klinikschließungen knüpft an unsere Kritik gegen Unterfinanzierung, Outsourcing und Ausverkauf an. Mit Straßenaktionen, offenen Briefen,

Flugblättern, Vorträgen, Videos, repräsentativen Umfragen, Pressearbeit, Broschüren, Gutachten, Gesprächen mit Abgeordneten und Stellungnahmen als Sachverständige setzen wir uns für den Schutz und Erhalt der Daseinsvorsorge ein. Im Berliner Büro arbeiten drei Hauptamtliche in Teilzeit. Darüber hinaus engagieren sich bundesweit Personen ehrenamtlich für Gemeingut.

Der größte Teil unserer Mittel stammt von Fördermitgliedern und Spender:innen. Diese Gelder ermöglichen es uns, beharrlich am Thema zu bleiben. Darüber hinaus werben wir auch Stiftungsgelder ein. Weitere Informationen unter: www.gemeingut.org

Unterstützen Sie unsere Arbeit mit Ihrer Spende!

Um der Privatisierung lebensnotwendiger Güter und Dienstleistungen wirksam entgegenzutreten zu können, benötigt Gemeingut in BürgerInnenhand Ihre Hilfe. Wenn sich viele einbringen, können wir erfolgreich agieren. Seien Sie dabei, unterstützen Sie unsere Arbeit für eine gute Daseinsvorsorge. Werden Sie Fördermitglied oder spenden Sie.

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

Sie können Ihre Spende auch direkt auf unser Konto überweisen: **Gemeingut in BürgerInnenhand (GiB) e. V.**
Bankverbindung: GLS Bank
IBAN: DE20 4306 0967 1124 2291 00
BIC: GENODEM1GLS

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

Ich spende

einmalig vierteljährlich

halbjährlich jährlich

15 € 30 € 60 € _____ €

Ich werde Fördermitglied* mit

vierteljährlich halbjährlich

jährlich _____ €

* Mindestbeitrag: 60 € pro Jahr

Konto-Inhaber:in _____

IBAN _____

Datum und Unterschrift _____

E-Mail-Adresse _____

Postanschrift: Vorname Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

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

Fördermitglied werden und ein Buch bekommen!



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

Im Gesundheitswesen vollzieht sich seit fünfzig Jahren schleichend ein verhängnisvoller Umbau: Krankenhäuser werden an private Klinikkonzerne verschleudert. Die wachsenden Konzerne locken inzwischen auch internationales Kapital mit hohen und vor allem sicheren Renditen, die aus dem Gemeineigentum entnommen werden und es schwächen. Gesetzliche Krankenkassen erhöhen die Beiträge und bauen gleichzeitig Leistungen ab. Das flächendeckende Netz der Krankenhäuser wird ausgedünnt. Das Krankenhaus wird zur Fabrik, Gesundheit zur Ware. Krankenhausträ-

ger erhöhen das Arbeitspensum der Angestellten unerbittlich. Die Digitalisierung breitet sich aus und bringt Segen und Fluch. Bernd Hontschik geht in seinem Buch „Heile und herrsche! Eine gesundheitspolitische Tragödie“ brennenden Fragen nach: Brauchen wir 100 Krankenkassen? Muss man Patient:innendaten zentral speichern? Wie kommen wir zu einer auskömmlichen Krankenhausfinanzierung? Und er gibt Antworten. Hontschik hält die Expansion kapitalistischer Produktions- und Distributionsmethoden im Gesundheitswesen nicht für alternativlos. Er fordert eine medizinische Versorgung frei vom ökonomischen Diktat.

Wenn Sie noch vor dem 31. März 2026 Fördermitglied von Gemeingut in BürgerInnenhand werden und diesen Coupon an Gemeingut schicken, schenken wir Ihnen das Buch „Heile und herrsche!“. Unsere Adresse: Gemeingut in BürgerInnenhand (GiB) e. V., Weidenweg 37, 10249 Berlin

Impressum

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

Vertretungsberechtigter Vorstand:
Herbert Storn, Laura Valentukeviciute und Carl Waßmuth

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

Redaktionsschluss: 02.03.2026
1. Auflage

Texte, soweit nicht namentlich gekennzeichnet: Laura Valentukeviciute, Katrin Kusche

Diese Ausgabe wurde finanziert von:



Unterstützen Sie diese Ausgabe und weitere Auflagen der Zeitung mit Ihrer Spende!
www.gemeingut.org/spenden

