



# Ferngesteuerte Krankenhauspolitik

LobbyistInnen bedienen das Mantra der Klinikschließungen. Von Klaus Emmerich

Fast geräuschlos wandelt sich Deutschlands Krankenhauslandschaft: Klinikschließungen, Privatisierungen, verstärkte Qualitäts- und Strukturanforderungen und eine enorme Gesetzesflut greifen ineinander und bewirken eine dramatische Reduktion der Zahl der Krankenhäuser. Wie wichtig aber jedes einzelne Krankenhaus ist, lehrt uns die Corona-Pandemie. Ganz Deutschland musste herunterfahren, damit die Leistungsgrenze der Krankenhäuser nicht überschritten wird. Die Lehre daraus ist: Das Krankenhauswesen muss langfristig stabilisiert und als wichtiges Gemeingut gesichert werden. Dabei ist es von großer Bedeutung, die zugehörigen Entscheidungen zu demokratisieren.

Derzeit ist noch das Gegenteil der Fall. Während 88 Prozent der Bevölkerung Klinikschließungen ablehnen, fordern im Herbst 2020 das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, die Robert Bosch Stiftung und die Bertelsmann Stiftung in einem »Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren« Kapazitätsverringerungen im Krankenhaussektor – inmitten der Corona-Krise. AutorInnen sind Prof. Boris Augurzky, Prof. Reinhard Busse, Prof. Ferdinand Gerlach und Prof. Gabriele Meyer. Sie empfehlen einen fatalen Dreiklang: Die stationäre Versorgung sollen nur noch die Maximalversorger und Schwerpunkt�퀼niken übernehmen. Für die Fläche sind integrierte ambulant/-

stationäre Zentren vorgesehen, in denen die ambulante Versorgung Vorrang hat. Die Notfallversorgung soll sich – wenn überhaupt – auf ambulante »Kleinnotfälle« konzentrieren. Das ländliche Krankenhaus als solches hätte dann ausgedient.

Dabei sind es immer dieselben BeraterInnen, die das Krankenhaus-schließungsmantra vortragen: Busse sitzt im Kernteam des Bertelsmann-Projektes »Neuordnung Krankenhaus-Landschaft: Weniger ist mehr«, Augurzky gehört zum Review Board und befindet sich dort in Gesellschaft von Prof. Jonas Schreyögg. Alle drei zählen neben Meyer zu den engsten BeraterInnen sowohl von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn als auch von seinen KollegInnen in den Ländern. So findet man ihre Namen im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, im Beirat gemäß § 24 Krankenhausfinanzierungsgesetz und im Expertenbeirat zur Unterstützung für Krankenhäuser in der Corona-Epidemie. Man kann Spahn nicht vorwerfen, sich die Meinung von ExpertInnen einzuholen. Aktuell ist die von ihm eingeholte Expertise aber extrem unausgewogen: Augurzky, Busse, Meyer und Schreyögg stehen für Klinikkonzentration. 2019 forderten drei von ihnen sogar eine Reduzierung der Zahl der Krankenhäuser um zwei Drittel auf dann nur noch 600 Häuser. Es wird dringend Zeit, dass sich die Bevölkerung gegen solche Kahlschlagslobby wehrt.

# Gibt es gute Gründe für Schließungen?

Lokale Klinikschließungen werden meist damit begründet, dass das Geld ausgegangen ist. Für flächendeckende Krankenhaus-schließungen werden allerdings andere Gründe vorgetragen. Wie stichhaltig sind diese Argumente? Eine Gegenüberstellung.

Von Laura Valentukeviciute und Carl Waßmuth

»Wir brauchen mehr Spezialisierung und mehr Zentralisierung.« AOK-Vorstand Martin Litsch

»Bei den Bauchspeicheldrüsen-eingriffen... liegt die Mindestmenge bei zehn – und wird hundertfach nicht eingehalten... Wenn jedes Krankenhaus mindestens einen Herzinfarktpatienten pro Tag sehen soll, brauchen wir höchstens 500 Häuser.« Prof. Reinhard Busse

Kleinere Kliniken auf dem Land und am Strand können »es« angeblich nicht. Großkliniken machen aber nicht alles besser, und sie bringen ihre ganz eigenen Probleme mit sich. Es ist unbestritten, dass für bestimmte Eingriffe die Mindestmenge ein wichtiges Qualitätskriterium ist. Aber das ist kein Grund, kleine Krankenhäuser dichtzumachen. Diese Kliniken machen nämlich das, was sie machen, gut bis ausgezeichnet. Planbare Spezialoperationen werden schon heute meist in Spezialkliniken vorgenommen. Die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung verlieren dadurch ihre Berechtigung nicht. Sie leisten Geburtshilfe, versorgen Unfälle, Blutungen, Blinddarmentzündungen, Sepsis, Nebenwirkungen von Medikamenten, entgleiste diabetische Stoffwechselstörungen, akute Asthma- oder Lungenerkrankungen und vieles andere mehr. Und weil sie vor Ort sind, können sie auch in weniger als

30 Minuten die lebensrettende Erstversorgung von Herzinfarktpatienten oder bei entzündeten Bauchspeicheldrüsen starten. Nach einer Stabilisierung kann dann in eine Spezialklinik verlegt werden. Spezialisierte Krankenhäuser müssen übrigens nicht zwingend Großkliniken sein. Von mehreren regionalen Kliniken kann jeweils ein Haus bestimmte Erkrankungen bevorzugt behandeln – und erreicht dann auch die für eine gute Qualität erforderliche Mindestmenge.

»Eine starke Verringerung der Klinikanzahl von aktuell knapp 1.400 auf deutlich unter 600 Häuser würde... bestehende Engpässe bei Ärzten und Pflegepersonal mildern.« Bertelsmann-Stiftung

»Die international hohe und steigende Bettendichte führt... zu unangemessen vielen Patienten, die oft gar keine stationäre Behandlung brauchen.« Prof. Reinhard Busse

Durch die Schließung von 800 Kliniken werden noch viel mehr Beschäftigte dem schlecht bezahlten, anstrengenden Beruf den Rücken kehren. Die Zahl der PatientInnen verringert sich aber nicht – die Engpässe werden noch enger. Die Zahl der Unfälle und Krankheiten lässt sich durch Vorsorge verringern, nicht aber durch Schließungen. Menschen suchen ein Krankenhaus auf, wenn es nicht mehr anders geht. ÄrztInnen weisen ins Krankenhaus ein, wenn es notwendig ist, und sie werden dabei penibel von den Krankenkassen überwacht. Innerhalb der Krankenhäuser hat allerdings die Einführung der Fallpauschalen zu einer unnötigen Steigerung bestimmter Operationen geführt. Die Diagnosen haben sich nachweislich hin zu den lukrativen Fällen verschoben. Die Verweildauer hingegen, die

nur pauschal bezahlt wird, ist von durchschnittlich zwei Wochen auf ein Minimum von knapp über sechs Tagen gesunken. Bürokratie frisst zudem die Pflegezeit am Krankenbett auf. Die notwendige Reform ist, die Fallpauschalen abzuschaffen – nicht die Kliniken.

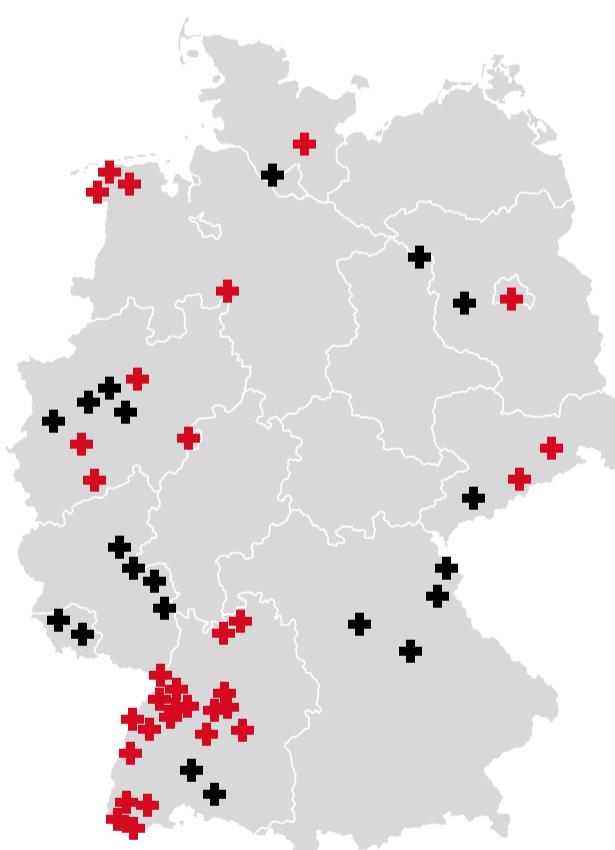
»Die Krankenhäuser der Grundversorgung spielen während der ersten Welle in der Versorgung von Covid-19-Patientinnen und -Patienten... nur eine untergeordnete Rolle. Es gibt für sie jedoch mittel- bis langfristige Perspektiven als wohnortnahe integrierte Versorgungszentren.« Bertelsmann Stiftung/Barmer Institut/Robert Bosch Stiftung

Kleine Krankenhäuser haben Corona-Patienten behandelt, Betten freigehalten, Quarantänezimmer eingerichtet und Corona-Abklärung angeboten. Und sie haben den Normalbetrieb gesichert, wenn benachbarte Kliniken an ihre Grenzen kamen oder wegen Corona-Infektionen beim Personal sogar zeitweise geschlossen wurden. Damit haben diese Kliniken ganz wesentlich zur Pandemiebewältigung beigetragen. Nun wird die Ausgleichsfinanzierung für die angefallenen Kosten in der Pandemie so gestrickt, dass die kleinen Krankenhäuser auf ihren Kosten sitzen. Viele sind allein deswegen insolvenzbedroht. Integrierte Versorgungszentren können Krankenhäuser nicht ersetzen. Sie haben von Montag bis Freitag tagsüber Sprechstunde und danach nur noch eine Rufbereitschaft. Ob im Notfall dann ein Orthopäde kommt oder eine Internistin, entscheidet der Zufall. Stationäre Versorgung bedeutet aber, dass auch nachts und am Wochenende Pflegepersonal und FachärztInnen für die Überwachung vor Ort sind. Wenn man ernsthaft krank wird, ist das unverzichtbar.

## Abbau in der Fläche

✚ Kliniken, die im Jahr 2020 geschlossen wurden

- 1 Kreiskrankenhaus Parsberg, † 01.02.2020
- 2 Bergarbeiter-Krankenhaus Schneeberg, † Juni 2020
- 3 Sana Klinik Riedlingen, † 01.07.2020
- 4 Krankenhaus Waldsassen, † 01.07.2020
- 5 Kreiskrankenhaus Vohenstrauß, † 01.08.2020
- 6 Krankenhaus Wedel, † 01.08.2020
- 7 KMG Klinikum Havelberg, † 01.09.2020
- 8 Krankenhaus 14 Nothelfer Weingarten, † 30.09.2020
- 9 Marienhospital Altenessen, † 01.10.2020
- 10 St. Josefs-Hospital Bochum-Linden, † 01.10.2020
- 11 Loreley-Klinik Oberwesel, † 01.10.2020
- 12 Loreley-Klinik St. Goar, † 01.10.2020
- 13 Schön Klinik Nürnberg Fürth, † 31.10.2020
- 14 Marienhauklinik Ottweiler, † 15.12.2020
- 15 St. Hedwig-Klinik Mannheim, † 20.12.2020
- 16 St. Vincenz-Krankenhaus Essen, † 31.12.2020
- 17 Krankenhaus Ingelheim, † 31.12.2020
- 18 Krankenhaus Kloster Lehnin, † 31.12.2020
- 19 St. Josefs-Krankenhaus Losheim, † 31.12.2020
- 20 Krankenhaus Maria-Hilf Sankt Tönis, † 31.12.2020



✚ Orte, an denen Kliniken von Schließung bedroht sind

- 1 Aurich (NI)
- 2 Bad Urach (BW)
- 3 Baden-Baden (BW)
- 4 Balg (BW)
- 5 Berlin-Tempelhof (BE)
- 6 Bockum-Hövel (NW)
- 7 Böblingen (BW)
- 8 Borstel (SH)
- 9 Buchen (BW)
- 10 Bühl (BW)
- 11 Dresden-Neustadt (SN)
- 12 Ebersteinburg (BW)
- 13 Emden (NI)
- 14 Ettenheim (BW)
- 15 Forbach (BW)
- 16 Gerlingen (BW)
- 17 Hamburg-Wilhelmsburg (HH)
- 18 Kehl (BW)
- 19 Lörrach (BW)
- 20 Mosbach (BW)
- 21 Norden (NI)
- 22 Oberkirch (BW)
- 23 Olbernhau (SN)
- 24 Rastatt (BW)
- 25 Rheinfelden (BW)
- 26 Sankt Augustin (NW)
- 27 Sankt Blasien (BW)
- 28 Schopfheim (BW)
- 29 Sindelfingen (BW)
- 30 Stolzenau (NI)
- 31 Wiesdorf (NW)
- 32 Winterberg (NW)

**GiB unterstützen und den Film »Der marktgerechte Patient« oder ein T-Shirt »Bündnis Klinikrettung« bekommen!**

Der 82-minütige Film von Leslie Franke und Herdolar Lorenz thematisiert die unhaltbaren Zustände in Kliniken. »Das Geld ist immer im Hintergrund aller Entscheidungen. Man tut etwas, um die Kosten zu reduzieren, oder man tut etwas, um mehr Erlöse, mehr Einnahmen für das Krankenhaus zu generieren«, so Peter Hoffmann, Oberarzt für Anästhesie, in dem Film.

Wenn Sie bis zum 15. Mai 2021 Fördermitglied von Gemeingut in BürgerInnenhand werden, schenken wir Ihnen den Film oder alternativ ein T-Shirt vom »Bündnis Klinikrettung« (bitte Größe angeben).

Schreiben Sie uns an:

[info@gemeingut.org](mailto:info@gemeingut.org)

Sie können Ihren Beitrag auch sicher und bequem online überweisen:  
[www.gemeingut.org/spenden](http://www.gemeingut.org/spenden)



»Der marktgerechte Patient«  
82 Minuten, Kern  
Filmproduktion,  
2018  
xxx  
xxx  
xxx  
xxx

<https://der-marktgerechte-patient.org>

Oder schicken Sie diesen Coupon an: GiB e.V., Weidenweg 37, 10249 Berlin

□ Ich werde Fördermitglied mit einem monatlichen Beitrag von  
□ 5 € □ 10 € □ 20 € □ \_\_\_\_\_ €

Konto-InhaberIn

Bank

IBAN

BIC

Datum und Unterschrift

GiB ist als gemeinnütziger anerkannt, Ihr Förderbeitrag ist steuerlich absetzbar. Die Spendengüttung versenden wir am Anfang des nächsten Jahres – bitte teilen Sie uns dafür Ihre Postadresse mit!