

# Nein zur Reform

## Hände weg von unseren Kliniken



Aktive vom Bündnis Klinikrettung demonstrieren in Berlin gegen die Krankenhausreform | Foto: Jorinde Schulz

Verordnete Schließungen und ein Weiter-So bei der Unterfinanzierung von Kliniken. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach will noch vor der Sommerpause seine Krankenhausreform durchs Parlament bringen. Eine flächendeckende Verschlechterung der Gesundheitsversorgung ist damit vorprogrammiert. Widerstand ist dringend nötig.

„Unsere Krankenhäuser sind am Limit“, „Geld und Personal fehlen“, „Reformen sind unumgänglich“ – so lauten aktuelle Schlagzeilen zur Lage der Krankenhäuser. Nur: Ist dieser Notstand vom Himmel gefallen, wie es Verlautbarungen aus der Politik zuweilen glauben machen? Nein, das Gegenteil ist der Fall: Die Regierenden in Bund, Ländern und Kommunen haben ihre Verantwortung vernachlässigt, eine auskömmliche Finanzierung, vernünftige Planung und Ausbildung des benötigten Personals sicherzustellen. Nun tun sie so, als ob sie für die Lage nicht mitverantwortlich seien und bringen eine Reform auf den Weg, welche die Verantwortungslosigkeit fortschreibt.

Gegenwärtig erleben wir, wie Kliniken reihenweise schließen. Die Versorgungslage spitzt sich sowohl in ländlichen Gebieten als auch in Ballungsräumen zu. Auf dem Land, weil der Weg zur nächsten Klinik immer länger wird, und in städtischen Gebieten, weil sich dort die zu Behandelnden stapeln. Mit blumigen Worten präsentiert Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach seine Krankenhausreform als Ausweg aus der Misere und stellt den Krankenhäusern weniger Bürokratie und eine Abkehr vom Primat des Geldes in Aussicht. Noch vor der Sommerpause soll der Bundestag das Gesetz im verkürzten Verfahren beschließen.

Aber die Reform wird die aktuellen Missstände noch verschlimmern. Hunderte Krankenhäuser sollen zu sogenannten sektorenübergreifenden Versorgern umgewandelt werden. Dort wird es nur zu eingeschränkten Zeiten rudimentäre Hilfe geben, vor allem ambulant. In den betroffenen Landkreisen fallen damit eine klinische Notfallversorgung rund um die Uhr sowie auch die jetzt schon seltenen Kreißsäle und Kinderkliniken weg. Noch bis vor kurzem leugnete die Reformkommission

diese Folgen oder spielte sie herunter. Nun drängt die Zeit, die verheerenden Pläne zu stoppen.

Ja, wir brauchen eine Reform, aber nicht diese. Die Unterversorgung ist kein Naturgesetz. Sie ist seit Jahren offizielle Politik: zuerst Krankenhäuser unzureichend finanzieren, dann privatisieren und Versichertenbeiträge zu Gewinnen ummünzen, schließlich Kliniken effizienzsteigernd zentralisieren. Das Finanzierungsmodell dafür ist das diagnosebezogene Fallpauschalensystem, das 2003 eingeführt wurde.

### Keine Transparenz, keine Verbesserung

Private Krankenhauskonzerne sind seit 30 Jahren auf dem Vormarsch. Ihnen nutzt es, dass die stationäre Grundversorgung kaputtgespart wurde. Ihre Renditeerwartungen führen dazu, dass öffentliche Gelder nicht in Gesundheit fließen, sondern private Profite mehren. Auch die Personalnot hängt mit der Verheizung der Beschäftigten im Hamsterrad aus Privatisierung, Wettbewerb und einem entmenslichenden Finanzierungssystem zusammen. An diesen Problemen ändern das bereits verabschiedete Krankenhaustransparenzgesetz und das aktuell debattierte Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz nichts. Prominente Gesundheitsökonominnen mit engen Verbindungen zur Bertelsmann Stiftung und privaten Krankenhauskonzernen dominierten Lauterbachs Reformkommission. Da verwundern die Ergebnisse nicht: ein Transparenzgesetz ohne Transparenz und ein Verbesserungsgesetz ohne Verbesserung.

Die beiden Gesetze beinhalten maßgeblich drei Neuerungen: die Einführung von medizinischen Leistungsgruppen, Versorgungsleveln und von einer sogenannten Vorhaltefinanzierung. Das klingt positiv. Bei näherer Betrachtung stellt sich aber heraus: Durch die Ein-

teilung der Krankenhäuser nach Leveln werden rund 350 Krankenhäuser als Häuser mit durchgehender stationärer Versorgung und Notfallversorgung nicht mehr existieren. Denn die kleinen Krankenhäuser der Allgemeinversorgung werden in hauptsächlich ambulante sektorenübergreifende Versorger umgewandelt. Zahlreiche weitere Kliniken werden Abteilungen abbauen oder ganz schließen müssen. Der Grund dafür: Erfüllen sie die Kriterien für eine Leistungsgruppe nicht, dürfen sie die entsprechenden Behandlungen nicht mehr anbieten. Eine Ertüchtigung von Häusern sieht das Gesetz nicht vor. Auch die Vorhaltepauschalen halten nicht, was der Name verspricht. Sie decken nicht die Kosten für die Vorhaltung von Personal und Ausstattung. Genau wie die bisherigen Fallpauschalen sind auch sie von Fallzahlen und Mengenvorgaben abhängig. Die bisher vorhandenen Gelder für die Krankenhausvergütung werden lediglich umverteilt, nicht erhöht.

Ebenso niederschmetternd sind die Ergebnisse des Krankenhaustransparenzgesetzes. Es stuft die Krankenhäuser nach unzureichenden Kriterien in ein Register ein, um die PatientInnenströme in die Großkliniken zu leiten.

### Scheinwiderstand und halbherzige Kritik

Die Reform ist in Verzug geraten, aber Lauterbach will das zweite Gesetz noch vor der Sommerpause verabschieden lassen. Die Bundesländer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die niedergelassenen Ärzte halten nun dagegen. Aber sind die Länder tatsächlich gegen die Reform? Eher pochen sie auf ihre Entscheidungshoheit. Ihr anfänglicher Scheinwiderstand gegen das „Transparenz“-Gesetz hielt sie nicht davon ab, es am Ende unverändert durchzuwinken. Sie haben nichts dagegen, wenn Krankenhäuser schließen. So

sparen sie die Investitionen, zu denen sie verpflichtet sind, aber die sie bisher stillschweigend nur in Teilen tätigen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft – übt sie ehrliche Kritik? Ja, wenn es um gesetzlich verordnete Umstrukturierung geht. Aber sie hat zugleich nichts dagegen, wenn ihre Mitglieder – die öffentlichen, aber auch die privaten Krankenhausträger – eigenständig den Strukturumbau vorantreiben und die aus ihrer Sicht defizitären Krankenhäuser schließen – Bedarf der Bevölkerung hin oder her. Und die Verbände der niedergelassenen Ärzte, interessiert sie der medizinische Bedarf? Zwar ist ihnen zu danken, dass sie die vorgesehenen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen endlich auch als das benennen, was sie sind: keine Krankenhäuser mehr. Weiter gehen sie jedoch leider nicht. Die drohenden Schließungen, die zur stationären Unterversorgung führen werden, kritisieren auch sie nicht.

### Widerstand und grundlegender Umbau erforderlich

Die Fortsetzung der alten Politik unter einem neuen Label wird die bestehenden Probleme manifestieren: Das Personal fehlt, die Kosten steigen und die Krankenhäuser ächzen unter den Lasten. Um aus diesem Hamsterrad auszuweichen, benötigen wir einen grundlegenden Umbau: hin zur demokratischen Bedarfsplanung, zu einer Finanzierung, die alle entstehenden Kosten deckt und den Erhalt der wohnortnahen Allgemein- und Notfallversorgung absichert. Die Privatisierung muss zurückgedreht werden. Krankenhäuser und medizinische Versorgungszentren sind in öffentlicher Hand besser aufgehoben.

Die Reform ist noch nicht verabschiedet. Wenn wir alle deutlich machen, dass wir die Reform ablehnen, können die schlimmsten Auswüchse noch verhindert werden.

## Inhalt

**Nein zur Reform: Hände weg von unseren Kliniken**  
Seite 1

**Roter Teppich für Konzerne**  
Seite 1–2

**Karte: Krankenhauskahlschlag**  
Seite 2

**Warum wir wohnortnahe Krankenhäuser brauchen**  
Seite 3

**Missverstanden und missbraucht: die Debatte um die Qualität im Krankenhaus**  
Seite 3

**Mission Klinikrettung**  
Seite 4

**Welche Krankenhausreform wollen wir?**  
Seite 4

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

## Roter Teppich für Konzerne

**Die Mär von überzähligen Krankenhäusern hält sich hartnäckig. Die Wirklichkeit sieht anders aus.**

Wenn mit Lauterbachs Krankenhausreform nun Hunderte Krankenhäuser schließen sollen, ist das nicht erst der Anfang. In den letzten 30 Jahren wurde die Krankenhauslandschaft bereits empfindlich ausgedünnt: Die Zahl der Krankenhäuser sank zwischen 1991 und 2021 um 22 Prozent – rund 550 Häuser waren betroffen. Das Jahr 2023 hält mit 24 Klinikschließungen einen traurigen Rekord. Aktuell bedrohen Schließungsvorhaben rund 100 Kliniken.

Dem Kahlschlag fällt vor allem die Grundversorgung zum Opfer. Ein Beispiel dafür ist die Geburtshilfe. Gegenwärtig bietet nur ein Drittel der Krankenhäuser Geburtshilfe an, 1991 konnten Schwangere noch in fast der Hälfte der Krankenhäuser gebären. Die Anzahl der Kreißsäle hat sich seit damals halbiert. Verdoppelt hingegen hat sich der Anteil von Kaiserschnitten. Sie sind leichter planbar und werden besser vergütet als normale Geburten.

Gegen den Abbau der Gesundheitsversorgung wehren sich vielerorts Bürgerinitiativen. Sie zeigen die dramatischen Folgen für die betroffenen Regionen auf: Notfälle werden schlechter versorgt, die umliegenden Krankenhäuser leiden unter Überlastung, Arbeitsplätze fallen weg. Auch die Krankenhausbeschäftigten begehren auf. Sie fordern Entlastung und die Abschaffung der Fallpauschalenfinanzierung. Denn seit deren Einführung verdichtet sich die Arbeit unablässig.

In einem Schwarzbuch liefern die Beschäftigten verstörende Berichte, wie PatientInnen aufgrund der Personalnot gefährlich vernachlässigt oder fehlbehandelt und sie selber in extremen Stresssituationen alleingelassen werden. Sie nennen es es „die alltäglichen Grausamkeiten deutscher >weiter auf Seite 2

Krankenhäuser“. Und sie benennen die Ursache: Statt guter Versorgung steht das Geld im Vordergrund.

Genau das ist auch die Ursache der Klinikschließungen. Das aktuelle Finanzierungsmodell zwingt die Krankenhäuser dazu, nicht etwa das anzubieten, was gebraucht wird, sondern das, was sich rechnet. Das System der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG – Diagnosis Related Groups) ist so eingerichtet, dass Grundversorgung sich nicht lohnt. Deswegen fallen kleine Krankenhäuser auf dem Land und in strukturvernachlässigten Regionen, Geburtshilfen und Kinderkliniken den Schließungen zum Opfer. Behandlungen wiederum, die mit Einsatz von Technik wie am Fließband durchgeführt, skaliert und geplant werden können, sind lukrativ und daher erwünscht. So wird das Krankenhaus zur Fabrik – und Krankenhauskonzerne profitieren auf dem Rücken von Personal und PatientInnen.

Während Grund- und Notfallversorgung immer lückenhafter werden, besteht Überversorgung in den lukrativen Fachbereichen. So stieg die Zahl der Knieersatzoperationen seit 2005 um 54 Prozent. Überwiegend private Fachkliniken treiben diese Entwicklung voran. Auch investorenbetriebene ambulante Medizinische Versorgungszentren (MVZ) breiten sich aus. Für solche MVZ-Ketten ist die breit gefächerte, am tatsächlichen Bedarf orientierte Versorgung der Bevölkerung Nebensache.

Stattdessen konzentrieren sie sich auf gewinnträchtige Fachbereiche.

Die aktuellen Missstände gehören also zu einem Privatisierungsschub im Gesundheitswesen, der in den 1990er Jahren begann. Im Jahr 2022 befanden sich schon 39 Prozent der Allgemeinkrankenhäuser in privater Hand, 23 Prozent in freigemeinnütziger Trägerschaft und nur noch 29 Prozent in öffentlicher Hand. Im Jahr 1991 sah das noch anders aus: Damals befanden sich 15 Prozent der Allgemeinkrankenhäuser in privater Trägerschaft, 39 Prozent in freigemeinnütziger und 46 Prozent in öffentlicher Hand. Die öffentlichen Kliniken stellen allerdings nach wie vor die meisten Betten zur Verfügung: fast 50 Prozent.

Die Gesundheitspolitik hat den Privaten den roten Teppich ausgerollt. Seit 1985 ist es erlaubt, mit dem Betrieb von Krankenhäusern Gewinne zu erwirtschaften und diese zu entnehmen. Damit wurde der Krankensektor für private Betreiber interessant. Für sie ist es auch von Vorteil, dass für die teuren Investitionen nicht sie selbst, sondern die Länder verantwortlich sind. Krankenhäuser in privater Hand ziehen ihre Profite aus den Krankenkassenbeiträgen der PatientInnen und der Arbeitsverdichtung in den Kliniken. Bund und Länder fördern die Privatisierung auch, indem sie Gelder für die Schließung von Kliniken zur Verfügung stellen. Die öffentlich subventionierte Strukturbereinigung stärkt die Privaten,

die ihr Geschäftsmodell auf spezialisierte Fachkliniken und Zentralisierung hin optimieren.

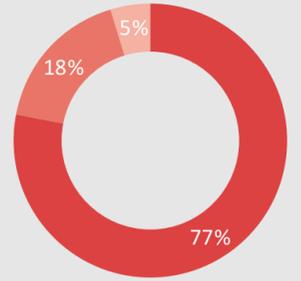
Parallel zu ihrem Privatisierungskurs verharmlost, schmätzt oder ignoriert die Politik die Belange der Betroffenen vor Ort. Um zu beschwichtigen, werden bei einer Schließung häufig Ersatzmaßnahmen versprochen, zum Beispiel ein Gesundheitszentrum oder ein Ärztehaus. Eine aktuelle Untersuchung vom Bündnis Klinikrettung zeigt jedoch, dass die entstandenen Lücken in der Versorgung kaum kompensiert werden.

Bei 77 Prozent der untersuchten Klinikschließungen gingen die Betten vollständig verloren, nur in fünf Prozent der Fälle wurden alle Betten erhalten – aber nicht vor Ort. Und bei 32 Prozent der Schließungen wurde der Verlust der medizinischen Versorgung auch nicht durch eine andere Ersatzmaßnahme, beispielsweise eine ambulante Einrichtung, ausgeglichen. In einem Drittel der Fälle fiel die Versorgung also nach der Schließung komplett weg. Es ist dieses Szenario, was sich mit der Krankenhausreform weiter auszubreiten droht.

Ob Personalnot und Ausbeutung, Schließungen und Abbau der Grundversorgung oder Vernachlässigung der PatientInnen: Die gemeinsame Ursache der Missstände in unseren Krankenhäusern ist die Privatisierung des Gesundheitswesens. Der Kampf gegen Gewinne mit Gesundheit und für eine bedarfsgerechte Versorgung geht uns alle an.

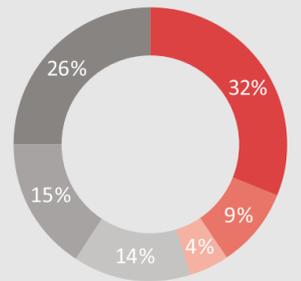
**Verlust stationärer Kapazitäten nach Krankenhausschließungen**

- Vollständiger Verlust der stationären Betten **77%**
- Teilweiser Verlust der stationären Betten **18%**
- Vollständiger Erhalt der stationären Betten durch Verlagerung oder Umwandlung **5%**



**Ambulante und stationäre Ersatzmaßnahmen nach Krankenhausschließungen**

- Keine Ersatzmaßnahme: **32%**
- Alten- und Pflegeheim: **9%**
- Ärztehaus, Tagesklinik: **4%**
- Unzureichend ausgestattete Gesundheitszentren: **14%**
- Gesundheitszentren in Entwicklung: **15%**
- Verlagerung, Reha- oder Fachklinik: **26%**

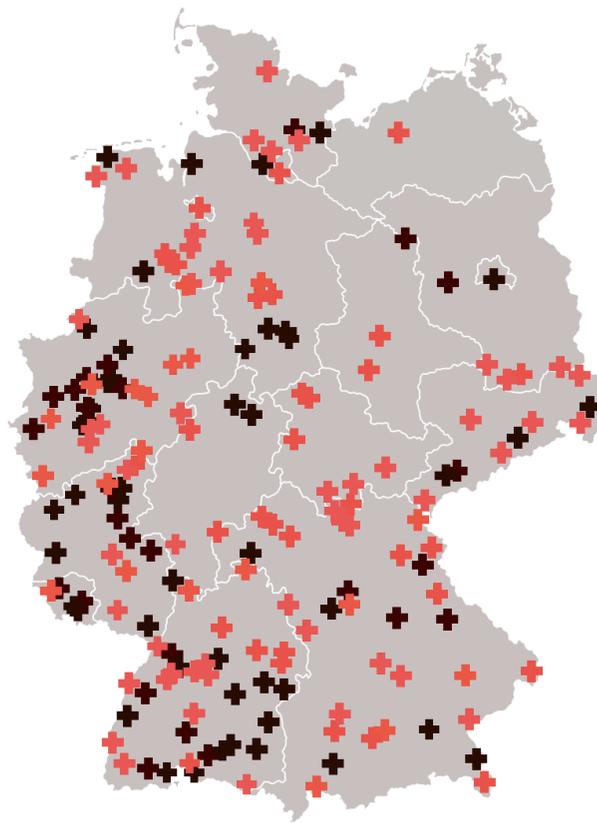


Quelle: Dr. Rainer Neef/Bündnis Klinikrettung (Hg.): Krankenhausschließungen und Ersatzmaßnahmen: Bilanz 2020 bis 2023, Berlin, März 2024, <https://kurzlinks.de/studie-kkh-ersatz>

# Krankenhauskahlschlag

**➤ Kliniken, die seit dem 01.01.2020 geschlossen wurden (Stand 05/2024):**

- |   |  |
|---|--|
| 1 Kreiskrankenhaus Parsberg (BY), † 01.02.2020                              | 31 Marienhaus Klinikum – St. Josef Bendorf (RP), † Jahresmitte 2022    |
| 2 Bergarbeiter-Krankenhaus Schneeberg (SN), † Juni 2020                     | 32 Klinik Schillerhöhe Gerlingen (BW), † 15.07.2022                    |
| 3 Sana Klinik Riedlingen (BW), † 01.07.2020                                 | 33 Sana-Kliniken Bad Wildbad (BW), † 31.07.2022                        |
| 4 Kreiskrankenhaus Vohenstrauß (BY), † 01.08.2020                           | 34 Hegau-Bodensee-Klinikum Stühlingen (BW), † 31.07.2022               |
| 5 Krankenhaus Wedel (SH), † 01.08.2020                                      | 35 St. Josef Krankenhaus Wiesdorf (NW), † 31.08.2022                   |
| 6 KMG Klinikum Havelberg (ST), † 01.09.2020                                 | 36 Krankenhaus Maria-Hilf Stadtlohn (NW), † 22.10.2022                 |
| 7 Krankenhaus 14 Nothelfer Weingarten (BW), † 30.09.2020                    | 37 Krankenhaus Pfullendorf (BW), † 31.10.2022                          |
| 8 Marienhospital Altenessen (NW), † 01.10.2020                              | 38 InnKlinikum Haag, Mühlendorf am Inn (BY), † 01.11.2022              |
| 9 St. Josefs-Hospital Bochum-Linden (NW), † 01.10.2020                      | 39 Krankenhaus Bad Saulgau (BW), † 30.11.2022                          |
| 10 Loreley-Klinik Oberwesel (RP), † 01.10.2020                              | 40 St. Elisabeth-Krankenhaus Niederweningen (NW), † 2022               |
| 11 Loreley-Klinik Sankt Goar (RP), † 01.10.2020                             | 41 Krankenhaus Ettenheim (BW), † 23.12.2022                            |
| 12 Schön Klinik Nürnberg Fürth (BY), † 31.10.2020                           | 42 Heinrich-Braun-Klinikum Kirchberg (SN), † 21.12.2022                |
| 13 Marienhausklinik Ottweiler (SL), † 15.12.2020                            | 43 St. Josef-Krankenhaus Hamm-Bockum-Hövel (NW), † Ende 2022           |
| 14 St. Hedwig-Klinik Mannheim (BW), † 20.12.2020                            | 44 CaritasKlinikum Saarbrücken, St. Josef Dudweiler (SL), † 31.12.2022 |
| 15 St. Vincenz-Krankenhaus Essen (NW), † 31.12.2020                         | 45 St. Agatha Krankenhaus, Köln-Niehl (NW), † 31.01.2023               |
| 16 Krankenhaus Ingelheim (RP), † 31.12.2020                                 | 46 St. Josef-Krankenhaus Linnich (NW), † März 2023                     |
| 17 Krankenhaus Kloster Lehnin (BB), † 31.12.2020                            | 47 Evangelisches Stadtkrankenhaus Saarbrücken (SL), † 10.03.2023       |
| 18 St. Josefs-Krankenhaus Losheim (SL), † 31.12.2020                        | 48 St. Josef-Krankenhaus Adenau (RP), † 31.03.2023                     |
| 19 Krankenhaus Maria-Hilf Sankt Tönis (NW), † 31.12.2020                    | 49 Asklepios Klinikum Melsungen (HE), † 31.03.2023                     |
| 20 Asklepios Rehaklinik Seesen (NI), † 01.01.2021                           | 50 Paracelsus-Klinik Reichenbach (SN), † 31.03.2023                    |
| 21 Klinik Forbach (BW), † Anfang 2021                                       | 51 Niels-Stensen-Klinik Ankum-Bersenbrück (NI), † 31.03.2023           |
| 22 Agaplesion Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen (HE), † 01.03.2021 | 52 Marienhaus Klinikum – St. Elisabeth Gerolstein (RP), † 01.04.2023   |
| 23 Klinik St. Blasien (Lungenfachklinik) (BW), † 1. Quartal 2021            | 53 St.-Johannes-Hospital Hagen-Boele (NW), † 01.04.2023                |
| 24 Alb-Donau Klinikum Langenau (BW), † 30.06.2021                           | 54 Ermstallklinik Bad Urach (BW), † 30.04.2023                         |
| 25 Mutterhaus Trier-Ehrang (RP), † 12.07.2021                               | 55 Kreisklinik Freilassing (BY), † 01.05.2023                          |
| 26 Ortenau Klinikum Oberkirch (BW), † 03.09.2021                            | 56 Hegau-Bodensee-Klinikum Radolfzell (BW), † 30.06.2023               |
| 27 Sana Klinik Laupheim (BW), † 01.10.2021                                  | 57 Paracelsus-Klinik Bad Ems (RP), † 30.06.2023                        |
| 28 Medizinische Klinik Borstel (Lungenfachklinik) (SH), † 31.12.2021        | 58 Ubbo-Emmius-Klinik Norden (NI), † 01.07.2023                        |
| 29 Klinikum Main-Spessart Marktheidenfeld (BY), † 31.12.2021                | 58 Krankenhaus Bad Waldsee (BW), † 19.07.2023                          |
| 30 Krankenhaus Roding (BY), † 31.03.2022                                    | 59 Klinik Annweiler (RP), † Ende Juli 2023                             |



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

**➤ Orte, an denen Kliniken von Schließung bedroht sind (Stand 05/2024):**

- |                       |                                       |
|-----------------------|---------------------------------------|
| 1 Aalen (BW)          | 30 Landau (BY)                        |
| 2 Albstadt (BW)       | 31 Lichtenfels (BY)                   |
| 3 Balg (BW)           | 32 Lindenberg (BY)                    |
| 4 Böblingen (BW)      | 33 Mainburg (BY)                      |
| 5 Breisach (BW)       | 34 München-Neuhausen-Nymphenburg (BY) |
| 6 Bühl (BW)           | 35 Neustadt/Coburg (BY)               |
| 7 Ellwangen (BW)      | 36 Oberviechtach (BY)                 |
| 8 Heidelberg (BW)     | 37 Rothenburg ob der Tauber (BY)      |
| 9 Herrenberg (BW)     | 38 Schwabach (BY)                     |
| 10 Kehl (BW)          | 39 Schwabmünchen (BY)                 |
| 11 Mosbach (BW)       | 40 Schweinfurt (BY)                   |
| 12 Mutlangen (BW)     | 41 Seefeld (BY)                       |
| 13 Rastatt (BW)       | 42 Selb (BY)                          |
| 14 Schopfheim (BW)    | 43 Tirschenreuth (BY)                 |
| 15 Sindelfingen (BW)  | 44 Wegscheid (BY)                     |
| 16 Singen (BW)        | 45 Elsterwerda (BB)                   |
| 17 Tettang (BW)       | 46 Finsterwalde (BB)                  |
| 18 Wertheim (BW)      | 47 Herzberg (BB)                      |
| 19 Alzenau (BY)       | 48 Spremberg (BB)                     |
| 20 Bad Brückenau (BY) | 49 Bremen (HB)                        |
| 21 Berchtesgaden (BY) | 50 Hamburg-Wilhelmsburg (HH)          |
| 22 Bobingen (BY)      | 51 Biedenkopf (HE)                    |
| 23 Burghausen (BY)    | 52 Groß-Gerau (HE)                    |
| 24 Coburg (BY)        | 53 Bützow (MV)                        |
| 25 Dinkelsbühl (BY)   | 54 Aurich (NI)                        |
| 26 Ebern (BY)         | 55 Bad Oldesloe (SH)                  |
| 27 Hammelburg (BY)    |                                       |
| 28 Kemnath (BY)       |                                       |
| 29 Kösching (BY)      |                                       |

- 56 Bassum (NI)
- 57 Diepholz (NI)
- 58 Emden (NI)
- 59 Hannover-Nordstadt (NI)
- 60 Hannover-Laatzen (NI)
- 61 Lehrte (NI)
- 62 Lohne (NI)
- 63 Soltau (NI)
- 64 Stolzenau (NI)
- 65 Sulingen (NI)
- 66 Vechta (NI)
- 67 Walsrode (NI)
- 68 Erwitte (NW)
- 69 Grevenbroich (NW)
- 70 Iserlohn (NW)
- 71 Köln-Holweide (NW)
- 72 Köln-Riehl (NW)
- 73 Lübbecke (NW)
- 74 Paderborn (NW)
- 75 Rahden (NW)
- 76 Schleiden (NW)
- 77 Steele (NW)
- 78 Troisdorf (NW)
- 79 Vreden (NW)
- 80 Werdohl (NW)
- 81 Winterberg (NW)
- 82 Altenkirchen (RP)
- 83 Hachenburg (RP)
- 84 Kirchen (RP)
- 85 Kirn (RP)
- 86 Neuwied (RP)
- 87 Rockenhausen (RP)
- 88 Rodalben (RP)
- 89 Adorf (SN)
- 90 Dresden-Neustadt (SN)
- 91 Ebersbach (SN)
- 92 Leisnig (SN)
- 93 Olbernhau (SN)
- 94 Weißwasser (SN)
- 95 Hettstedt (ST)
- 96 Merzig (SL)
- 97 Staßfurt (SL)
- 98 Eckernförde (SH)
- 99 Elmshorn (SH)
- 100 Pinneberg (SH)
- 101 Hildburghausen (TH)
- 102 Neuhaus (TH)
- 103 Niederorschel (TH)
- 104 Pößneck (TH)
- 105 Worbis (TH)

# Warum wir wohnortnahe Krankenhäuser brauchen

Das Bündnis Klinikrettung interviewte Menschen, die von Krankenhausschließungen persönlich betroffen sind. Sieben Plädoyers für den Klinikerhalt.



**Anke Görtz**, Röntgenassistentin aus Havelberg, Sachsen-Anhalt. Das dortige Krankenhaus wurde 2020 geschlossen: „Vor der Schließung des Krankenhauses arbeiteten 48 Krankenschwestern in Havelberg, wovon jetzt genau noch drei als Krankenschwestern in einem Krankenhaus arbeiten. Alle anderen haben den Beruf gewechselt. ... Nach der Schließung wurde uns von der Landesregierung versprochen, ein Medizinisches Versorgungszentrum in Havelberg aufzubauen. Bis heute, vier Jahre nach der Schließung, ist nichts passiert.“



**Horst Vogel**, Rentner aus Hersbruck in Bayern. Seit 2019 gibt es dort kein Krankenhaus mehr – mit gravierenden Folgen für das Umland: „Wir haben sehr viele alte Leute hier. Für die Alten- und Pflegeheime war die Schließung eine Katastrophe, weil sie auch von den Ärztinnen abhängig waren. ... Wir sind an die Stadtbevölkerung herangetreten, dass sie uns doch unterstützen soll. Um sie im Kern zu treffen, haben wir gesagt: Wenn ihr uns nicht helft, dann liegen wir in euren Betten – wenn ihr uns nicht helft, dann liegen wir in eurem Krankenhaus!“



**Iris Stellmacher**, Ernährungswissenschaftlerin aus Breisach am Oberrhein. Noch gibt es dort ein Krankenhaus, für dessen Erhalt sie kämpft: „Das regionale Krankenhaus in Breisach hat mir das Leben gerettet, weil es wohnortnah ist und weil sofort am Sonntagabend gehandelt wurde. ... Wohnortnahe Krankenhäuser sind ganz besonders wichtig für die Heilung: Kurze Wege, ich fühle mich aufgehoben, ich fühle mich sicher, da kann ich gesund werden.“



**Klaus Emmerich**, ehemaliger Klinikleiter zweier kommunaler Krankenhäuser in der Oberpfalz. Er erklärt, warum wohnortnahe Krankenhäuser unersetzlich sind: „Medizinische Gesundheitszentren oder sektorenübergreifende Versorger ersetzen kein Krankenhaus. Ihnen fehlt die durchgehende ärztliche Verfügbarkeit tagsüber und nachts. Ihnen fehlt ein Schockraum zur Wiederbelebung und medizinischen Erstversorgung in akuten Notfällen, ihnen fehlt eine Intensivstation. Das alles leisten ambulante Zentren nicht. ... Für bedrohliche Lebenssituationen brauchen wir ein Krankenhaus.“



**Angelika Pflaum**, Kommunalpolitikerin aus Hersbruck. Das örtliche Krankenhaus schloss im Jahr 2019: „Wir haben damals davor gewarnt, was wir alles verlieren werden. Ich muss sagen, es kam noch schlimmer. ... Am Krankenhaus arbeiteten sieben Belegärzte, fünf davon sind abgewandert. Wir haben einen Gynäkologen verloren, der seinen Sitz in Krankenhaushöhe verlegt hat. Es leiden die Apotheken, die Landarztpraxen, das Geschäftsleben. ... Auch die Notfallversorgung hat sehr gelitten. Häufig ist die Notarztstelle nicht besetzt, der Arzt muss aus Nürnberg mit dem Hubschrauber kommen. Die Rettungswege sind viel weiter geworden, das nächste Krankenhaus ist oft überlastet.“



**Doreen Richter**, Pflegekraft aus dem nordrhein-westfälischen Landkreis Lippe. Der Niedergang des Lemgoer Krankenhauses ist nicht zu übersehen: „Seit einigen Jahren beobachten wir, dass immer mehr Fachbereiche geschlossen werden: die Unfallchirurgie, die Orthopädie, die Handchirurgie oder auch das Brustkrebszentrum. ... Viele Fälle werden nun in Lemgo zu gewissen Uhrzeiten gar nicht mehr behandelt. Die PatientInnen werden nach Detmold verwiesen, wo die Notaufnahme dann heillos überfüllt ist. Stundenlanges Warten ist zur Normalität geworden, Flure sind mit Betten vollgestellt.“



**Joachim Flämig**, Allgemeinmediziner aus Breisach, Baden-Württemberg. Der Helios-Konzern baut dort die Grund- und Notfallversorgung ab: „Ich kenne den Vorwurf, dass die Notaufnahme missbraucht wird und kann ihn nicht nachvollziehen. Denn das sind Menschen, die keine ExpertInnen sind. In vielen Fällen kann man sagen: ‚Gott sei Dank kommst du, das hätte böse ausgehen können.‘ ... Die Notfallversorgung wirft keine Rendite ab, sie ist ein Zuschussgeschäft, ebenso wie die Geburtshilfe. Kniegelenk- und Hüftgelenkersatz hingegen, das lohnt sich richtig. Mit der Grundversorgung kann man kein Geld verdienen. ... Es ist ein Unding, dass Krankenhäuser Gewinne erwirtschaften müssen.“

Die Interviews in ganzer Länge: [www.gemeingut.org/infotehek/](http://www.gemeingut.org/infotehek/) **audiovideo**



# Missverstanden und missbraucht: die Debatte um die Qualität im Krankenhaus

Das Bündnis Klinikrettung sprach mit **Dr. med. Bernd Hontschik**. Der 1952 geborene Arzt praktizierte bis 2015, zuletzt in Frankfurt am Main. Er ist Autor mehrerer Bücher und schreibt Kolumnen für die Frankfurter Rundschau und die Ärztezeitung.

**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 Krankenhäusern zunehmend wirtschaftliche Erwägungen die Entscheidungen prägen? Wie verändert das den Arztberuf?**

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. 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, 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 Aber-tausende von unnötigen Operationen durchgeführt, einzig und allein des Geldes wegen. Und das verändert den ärztlichen Beruf vom Grundsatz her.

**Anfang der 2000er Jahre 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?**

Es ist doch das ureigenste Anliegen, 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 diagnosebezogenen Fallgruppen (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. **Auch in der Debatte um die anstehende Krankenhausreform wird viel über die Qualität der Versorgung gesprochen. Diese soll gemessen werden, zum Beispiel anhand der Zahl der Behandlungen, die in einem Krankenhaus innerhalb eines medizinischen Fachgebiets im Jahr vorgenommen werden, oder auch anhand von Komplikationszahlen und Sterblichkeitsstatistiken. Was halten Sie davon?**

Als Arzt behandle ich 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-Wirkung-System, dann ließe sich das Konzept auch in der Medizin anwenden. 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. Qualität ist in keinem Fall 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 Chirurg im Lande, chirurgisch gesehen ist er der beste weit und breit. Krankenhaus-Rankings sind einfach nur lächerlich. Das aktuelle Transparenzgesetz kann ich nur als Beileidigung aller medizinisch Tätigen verstehen.

**Die BefürworterInnen der Reform sagen, dass es die Behandlungsqualität verbessern würde, wenn man die Krankenhäuser zentralisiert. Als Kern des Problems führen sie unter anderem Überversorgung oder zu hohe Krankenhauskapazitäten an. Auf dieser Darstellung basiert die ganze Krankenhausreform. Aber haben sie das Problem überhaupt richtig erkannt?**

Es ist eigentlich eine Unverschämtheit gegenüber dem medizinischen Personal kleiner Krankenhäuser, es ständig für unfähig zu erklären. Ärztinnen und Ärzte, Schwestern und Pfleger haben in kleineren Krankenhäusern eine

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 der Patienten zu leisten, um sie dann, je nach Notwendigkeit, in größere Häuser zu verlegen. Und bei chronischen Erkrankungen kommt es ja überhaupt nicht auf Geschwindigkeit an. Ein intelligentes Abbauen von tatsächlichen Überkapazitäten hat mit Zentralisierung absolut nichts zu tun.

**Selbst der Sachverständigenrat gibt zu, dass der Anstieg von Behandlungen in bestimmten Bereichen nicht auf medizinische Notwendigkeit, sondern auf andere Anreize, vor allem die Vergütung, zurückzuführen ist – also die Fallpauschalenfinanzierung. 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. 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.

Vollständiges Interview unter: <https://kurzlinks.de/hontschik>

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

Im Gesundheitswesen vollzieht sich eine Zeitenwende: Krankenhäuser werden an private Klinikkonzerne verschleudert. Das flächendeckende Netz der Krankenhäuser wird ausgedünnt. Gesundheit wird zur Ware. Die Digitalisierung bringt Segen und Fluch. Bernd Hontschik geht in seinem Buch brennenden Fragen nach: Brauchen wir 100 Krankenkassen? Muss man PatientInnendaten zentral speichern? Wie kommen wir zu einer auskömmlichen Krankenhausfinanzierung? Und er gibt Antworten.

Wenn Sie bis zum 30. Juni 2024 Fördermitglied von Gemeingut in BürgerInnenhand werden, schenken wir Ihnen das Buch. Schreiben Sie uns mit dem Betreff „Fördermitgliedschaft/Buchcoupon Hontschik“ an:

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

[www.gemeingut.org/spenden](http://www.gemeingut.org/spenden)  
Oder schicken Sie diesen Coupon an: Gemeingut in BürgerInnenhand e.V., Weidenweg 37, 10249 Berlin

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



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

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

Konto-InhaberIn

Bank

IBAN

Datum und Unterschrift

E-Mail-Adresse

Spendenquittung bitte an: Vorname Name

Straße

PLZ Ort



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

# Mission Klinikrettung

Der Klinikahlschlag geht weiter, die Reform wird ihn noch verstärken. Dagegen gibt es bundesweit Widerstand. Das Bündnis Klinikrettung bündelt ihn.

Die Mühen der Ebene sind bisweilen frustrierend. Meist kämpft jede Klinik für sich allein ums Überleben. MitarbeiterInnen und AnwohnerInnen sind engagiert – und am Ende verlieren sie doch. Das Haus schließt.

Um das zu ändern, fand sich im Jahr 2020 eine Gruppe von Krankenhausbeschäftigten und anderen Aktiven bei Gemeingut in BürgerInnenhand zusammen und hob das Bündnis Klinikrettung aus der Taufe. Die Gruppe schrieb einen bundesweiten Aufruf gegen Klinikschließungen und begann, den Kahlschlag zu dokumentieren und öffentlich zu machen: Über 70 Krankenhäuser haben seit Januar 2020 dichtgemacht. Die Unterschriften für seine erste Petition überreichte das Bündnis im Februar 2022 an Gesundheitsminister Karl Lauterbach. Pikant: Ein Jahr zuvor hatte er als einfacher Abgeordneter den Aufruf selbst unterschrieben, nun hätte er als Minister den Kahlschlag beenden können. Leider treibt er die Schließungen aber in bisher ungekanntem Ausmaß voran. Die Politik versuchte jahrelang, sich ihrer Verantwortung für die Lage der Klini-

ken zu entziehen. BundespolitikerInnen zeigten auf die Länder, LandespolitikerInnen auf die Kommunen. Jetzt kommt die große Krankenhausreform, aber die Richtung stimmt nicht. Damit die Reformvorschläge nicht in der geplanten Form Gesetz werden, baut das Bündnis Klinikrettung Druck auf. Viermal verlieh es seit 2022 seinen Schmähpreis für Klinikschließungen an Baden-Württembergs Gesundheitsminister Manfred Lucha, an seinen nordrhein-westfälischen Kollegen Karl-Josef Laumann, an den Gesundheitsökonom Boris Augurzyk und auch an den Minister Karl Lauterbach selbst. Das Bündnis veröffentlichte inzwischen viele Materialien, die über die Ursachen der Klinikschließungen und die Folgen der Reform informieren und zum Protest aufrufen. Je mehr Klinikpersonal, PatientInnen und andere Betroffene sich anschließen, desto eher können die Reform und die Klinikschließungen aufgehoben werden. Machen Sie mit, werden Sie KlinikretterIn!

Kontakt: [info@klinikrettung.de](mailto:info@klinikrettung.de)  
Informationen: [www.klinikrettung.org](http://www.klinikrettung.org)

## Mitmachen: Infopaket bestellen und Material verteilen

Bestellen Sie unser Infopaket: 20 Postkarten und 2 DIN-A2-Plakate mit der von Katharina Greve gezeichneten Karikatur (siehe oben), 20 Faltposter „Warum wohnortnahe Kliniken unentbehrlich sind“, 100 Zeitungen „Nein zur Reform: Hände weg von unseren Kliniken“. Bestellen Sie unter [info@gemeingut.org](mailto:info@gemeingut.org) – gern auch abweichende Mengen. Wir freuen uns über Spenden für Druck- und Portokosten.

## Unterstützen Sie unser Bündnis mit Ihrer Spende!

Die Regierung beabsichtigt, die Krankenhauslandschaft umzupflügen – mit gravierenden Folgen. Helfen Sie mit, die stationäre Versorgung in der Fläche zu erhalten. Wenn sich viele BürgerInnen einbringen, können wir erfolgreich sein. Seien Sie dabei, unterstützen Sie unser Bündnis mit einer Spende!

Sie können schnell, sicher und bequem online spenden:  
[www.gemeingut.org/spenden](http://www.gemeingut.org/spenden)

Sie können Ihre Spende auch direkt auf unser Konto überweisen:

**Gemeingut in BürgerInnenhand**  
Bankverbindung: GLS Bank  
IBAN: DE20 43060967 1124229100  
BIC: GENODEM1GLS

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

Ich möchte die **Arbeit zur Rettung der Krankenhäuser** unterstützen:  
Ich spende  einmalig  monatlich  \_\_\_\_\_

einen Beitrag von  
 5 €  10 €  20 €  \_\_\_\_\_ €

Konto-InhaberIn \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Postanschrift: Vorname Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

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

## Petition jetzt unterschreiben: Lauterbachs Reformpläne stoppen

**Liebe Leserinnen und Leser dieser Zeitung,**

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

Wir haben daher eine Unterschriftensammlung gestartet, in der wir uns an die Mitglieder des Gesundheitsaus-

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

**Wir fordern in der Petition:**

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

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

**Unterschreiben Sie jetzt unsere Petition online!**

Den vollständigen Text und das Onlineformular finden Sie unter diesem Link: <https://www.gemeingut.org/krankenhausrevolution/>

**Vielen Dank für Ihr Engagement!**  
Ihr Bündnis Klinikrettung



## Welche Krankenhausreform wollen wir?

Eine Krankenhausreform ist längst überfällig. Aber eine solche Reform muss die Bedürfnisse der PatientInnen in den Vordergrund stellen und die Interessen der Beschäftigten berücksichtigen. Dazu bedarf es zweier Dinge: der Veränderung der Finanzierung und einer echten Bedarfsplanung. Denn im gegenwärtigen Finanzierungsmodell und in der fehlenden Planung liegen wesentliche Ursachen der heutigen Misere.

Eine sinnvolle Reform der Finanzierung bestünde darin, die Fallpauschalen (DRGs: Diagnosis Related Groups – diagnosebezogene Fallgruppen) vollständig und nicht nur zum Teil abzuschaffen. Die neu geplanten Vorhaltepauschalen, die ebenso wie die DRGs an Fallzahlen gekoppelt sind, stellen eine Mogelpackung dar und müssen deshalb weg. Denn eine mengenorientierte Bezahlung wird immer dazu führen, dass das Personal unter Druck gesetzt wird, möglichst viele Fälle in so wenig Zeit wie möglich abzuarbeiten. Um hohe Gewinne zu generieren, sind Überbelastung der Beschäftigten und unnötige Operationen vorprogrammiert.

Einen Ausweg bietet die Selbstkostendeckung. Ihr Prinzip ist einfach: Die Krankenkassen erstatten einem Krankenhaus alle Betriebskosten, die ihm durch die Behandlung von PatientInnen gemäß seinem Versorgungsauftrag entstehen. Im Laufe des Jahres sichern Abschlagszahlungen den Betrieb. Zum Jahresende legt das Krankenhaus sein Jahresergebnis offen. Nach einer Prüfung durch den Landesrechnungshof gleichen die Krankenkassen Defizite aus, oder das Krankenhaus zahlt Überschüsse zurück. Der Unterschied zum DRG-Finanzierungssystem besteht darin, dass die Bezahlung fallunabhängig ist. Die Krankenhäuser bekommen Geld, weil sie die erforderliche Ausstattung bereithalten und das nötige Personal tarifgemäß beschäftigen, um bei Bedarf PatientInnen zu behandeln. Nach diesem Prinzip funktionieren auch Schulen oder die Feuerwehr.

Grundlage der Kostendeckung muss eine echte Bedarfsplanung sein, die in einem demokratischen Prozess unter Einbeziehung medizinischer Expertise, aber auch der Betroffenen stattfindet.

Dabei werden die medizinischen Bedarfe und die Versorgungsstrukturen zu deren Erfüllung ermittelt. Auch Reserven für Krisen sind mit einzuplanen. Das Recht aller, binnen maximal 30 Fahrzeitminuten ein Allgemeinkrankenhaus mit stationärer Notfallversorgung zu erreichen, bildet das Fundament der Planung.

Bedarfsplanung und Selbstkostendeckung würden die zunehmende Privatisierung und deren Zweck – die Gewinnerwirtschaftung – eindämmen. Das ist dringend notwendig, denn sie höhlen unser Gesundheitssystem aus und plündern die Krankenkassen. Da die Selbstkostendeckung Gewinne ausschließt, gäbe es mehr Geld für die Gesundheitsversorgung, zugleich würden die Krankenkassen entlastet. Die privaten Konzerne verlören das Interesse daran, Krankenhäuser zu betreiben. Das wäre die längst überfällige Korrektur des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von 1985, welches die Abführung der Rendite erlaubte und die Geburtsstunde der großen privaten Klinikkonzerne in Deutschland war.

## Was macht Gemeingut?

Im Herbst 2023 wurde Gemeingut in BürgerInnenhand (kurz: Gemeingut) 13 Jahre alt. Gemeingut ist zu einer festen Adresse für all jene geworden, die sich mit Privatisierung und ihren verschiedenen Formen, beispielsweise öffentlich-privaten Partnerschaften (ÖPP), auseinandersetzen. Inzwischen hat sich nicht zuletzt durch unsere Arbeit herumgesprochen, dass ÖPPs kein gutes Geschäft für die öffentliche Hand sind. Dennoch gehen PolitikerInnen in Kommunen, Ländern und Bund immer wieder diese riskanten Verträge ein – mit desaströsen Folgen, wie Rechnungshöfe regelmäßig bestätigen. Daher lassen wir nicht davon ab, Privatisierungen von Gemeingütern anzuprangern: mit Straßenaktionen, offenen Briefen, Flugblättern, Vorträgen, Videos, repräsentativen Umfragen, Pressekonferenzen, Interviews, Broschüren, Gutachten, Gesprächen mit Abgeordneten und Stellungnahmen als Sachverständige.

Gemeingut nimmt in Bezug auf die öffentliche Daseinsvorsorge die Rolle der Bürgerinnen und Bürger ein. Privatisierungen sollen verhindert oder zurückgenommen werden, vernachlässigte Einrichtungen ertüchtigt und demokratisiert werden: im öffentlichen Verkehr, bei der Wasserversorgung, bei den Autobahnen, im Schulbau, beim Wohnen oder bei den Krankenhäusern. Auch die Schuldenbremse kritisieren wir

seit vielen Jahren als eine Rutschbahn in die Privatisierung. Die Arbeit gegen Klinikschließungen knüpft an unsere Kritik gegen Unterfinanzierung, Outsourcing und Ausverkauf an. Gesundheitsversorgung ist Daseinsvorsorge.

**Finanzierung:** Der größte Teil unserer Mittel stammt von Fördermitgliedern und SpenderInnen. Diese Gelder ermöglichen es uns, beharrlich am Thema zu bleiben. Darüber hinaus werben wir auch Stiftungsgelder ein.

**Mitmachen:** Im Berliner Büro arbeiten vier Hauptamtliche in Teilzeit. Darüber hinaus engagieren sich bundesweit Personen ehrenamtlich für Gemeingut. Zur Vernetzung nutzen wir monatliche Treffen in Berlin, jährliche Bundestreffen sowie regelmäßige Kampagnen-Video-Konferenzen. Wir freuen uns über weitere Aktive! Wenn Sie mitarbeiten möchten, schreiben Sie uns an: [info@gemeingut.org](mailto:info@gemeingut.org)

**Informieren:** In unseren monatlichen E-Mail-Infobriefen berichten wir von den aktuellen Ereignissen und unseren Aktivitäten dazu, zeigen Alternativen auf und weisen auf Termine hin. Hier können Sie sich in den Verteiler eintragen: [www.gemeingut.org/infobrief](http://www.gemeingut.org/infobrief)

### Impressum

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

Vertretungsberechtigter Vorstand:  
Laura Valentukeviciute und Carl Waßmuth

Die Artikel in dieser Ausgabe basieren auf den Recherchen des Bündnis Klinikrettung. Es schrieb und führten Interviews: Jorinde Schulz, Herbert Storn und Laura Valentukeviciute

V. i. S. d. P.: Laura Valentukeviciute  
Redaktion: Katrin Kusche,  
[www.wortformer.de](http://www.wortformer.de)

Redaktionsschluss: 23.05.2024  
1. Auflage  
Erscheint im Mai 2024 als Beilage in der Wochenzeitung „der Freitag“.

Gemeingut in BürgerInnenhand dankt den vielen Spenderinnen und Spendern für die Unterstützung dieser Zeitung.

