

# Klinikschließungen

## Zahlen, Gründe, Folgen



Bündnis Klinikrettung: Aktion am 27. Januar 2021 vor dem Gesundheitsministerium in Berlin | Foto: Rolf Zöllner

Jedes zehnte Krankenhaus steht kurz vor der Insolvenz, warnt der Bundesrechnungshof. Vier von zehn Krankenhäusern würden rote Zahlen schreiben. Ja, sehr viele Krankenhäuser sind krank. Diese Epidemie wütet inzwischen im ganzen Land. Gab es 1980 noch 3.783 Krankenhäuser mit 879.605 Betten in Deutschland, sind es heute knapp 2.000 mit etwa 500.000 Betten. Die Liegezeit hat sich auf eine Woche halbiert, mehr als 60.000 Stellen im Pflegebereich wurden gestrichen. Wie kam es zu diesem Kahlschlag? Von **Bernd Hontschik**

Deutschland hat ein duales Krankenhausfinanzierungssystem, die finanziellen Mittel stammen aus zwei Quellen. Für den Bau, den Unterhalt und für Investitionen sind die Bundesländer zuständig. Die laufenden Kosten für Personal oder Material tragen die Krankenkassen. Beide Säulen der Krankenhausfinanzierung werden seit Jahren auf groteske Weise vernachlässigt und untergraben, so dass ein Zerstörungsprozess in der Krankenhauslandschaft die zwangsläufige Folge ist.

Die Bundesländer demontieren die erste Finanzierungssäule. Während die Inflationsentwicklung von 2000 bis 2020 eine Investitionssteigerung von mehr als einem Drittel verlangen würde, ist die Investitionsfinanzierung durch die öffentliche Hand massiv rückläufig: Sie hat sich in den letzten zwanzig Jahren halbiert!

Was können die Krankenhäuser in diesem Überlebenskampf machen? Sie müssen die fehlenden Investitionen aus sich selbst heraus leisten, sie müssen Kredite aufnehmen. Die Bilanzbelastung der Krankenhäuser durch Schuldendienste hat sich dadurch in den letzten zwanzig Jahren vervierfacht. Das ist der direkte Weg in die Insolvenz.

Zeitgleich, etwa um die Jahrtausendwende, fand in der zweiten Finanzierungssäule eine zunächst kaum beachtete Reform statt. Bis dahin finanzierten sich Krankenhäuser über Kostenerstattung: Für jeden Tag Liegezeit erhielt das Kran-

kenhaus eine bestimmte Pauschale, den Tagessatz. Der Gesetzgeber löste dieses zeitorientierte System zwischen 1999 und 2002 schrittweise durch die diagnosebezogenen Fallpauschalen ab, die Diagnosis Related Groups (DRG). Von da an wurden die Krankenhäuser nach der Zahl und Schwere der behandelten Fälle bezahlt. Liegezeitverkürzung und Fallzahlerhöhung waren die Folge, um im gleichen Zeitraum maximal viele Fälle und maximal schwere Diagnosen abrechnen zu können. Die Zahl der PatientInnen stieg trotz massiver Stellenstreichungen um ein Fünftel. Gleichzeitig verstärkte sich der Arbeitsdruck.

Aus dem DRG-System ergibt sich der Case Mix Index. Der Case Mix Index ist der Durchschnitt aller DRGs, die ein Krankenhaus gegenüber den Kassen zur Abrechnung bringt. Je höher der Case Mix Index, desto höher die Vergütung. Erreicht eine Abteilung den von der Geschäftsleitung vorgegebenen Case Mix Index nicht, droht ihre Schließung. Erreicht ein ganzes Krankenhaus die Gewinnzone nicht, läuft es Gefahr, geschlossen oder verkauft zu werden. Das führt zu einem enormen Druck der Geschäftsleitungen auf die ärztlichen und pflegerischen Berufe. Alle MitarbeiterInnen werden zu ökonomischem Denken in Gewinn- und Verlustkategorien gezwungen und verlieren dabei notgedrungen den eigentlichen ärztlichen und pflegerischen Auftrag aus dem Auge.

Nur dasjenige Krankenhaus, das mit möglichst geringen Kosten Kranke in möglichst kurzer Zeit behandeln kann, macht Gewinne. Wer sich auf zeitraubende, empathische Medizin einlässt, der macht Verluste. UnternehmensberaterInnen sind plötzlich überall. Sie fragen nicht: Was brauchen die Kranken? Oder: Wie viele ÄrztInnen und PflegerInnen werden für eine gute Medizin benötigt? Sie interessiert: Was bringen die PatientInnen ein? Und: Wie viele Stellen kann man streichen? Das Fatale an dem Bezahlssystem ist die Verknüpfung der medizinischen Tätigkeit und Diagnose mit der Höhe der Bezahlung. Indem nun allein die Diagnose die Einnahmen des Krankenhauses generiert, wird sie zum zentralen Zielobjekt der ÖkonomenInnen. Tausende Kodierfachkräfte und MedizincontrollerInnen der Krankenhäuser kämpfen seit Einführung der DRGs mit Tausenden von Kodierfachkräften und MedizincontrollerInnen der Krankenkassen um jeden Euro.

Das Versagen der dualen Krankenhausfinanzierung hatte zwei tiefreichende Folgen: Schließungen und die Zunahme von Privatisierungen. Entscheidend waren jetzt Bilanzen, nicht medizinische Notwendigkeiten. Weil das DRG-System beispielsweise die kinderärztliche Tätigkeit völlig unterbewertet, schlossen viele Kinderkliniken wegen roter Zahlen. Eine ähnliche Entwicklung nahm die Geburtshilfe, die nie eine angemessene Abbildung in den DRGs

gefunden hat, so dass bis heute ein Kreißsaal nach dem anderen geschlossen wird. Immer mehr kommunale Kliniken fallen dem Rotstift zum Opfer, denn die Defizite können von den klammen Kommunen nicht mehr ausgeglichen werden. Eine Privatisierungswelle bei öffentlich geführten Krankenhäusern überrollte das Land. Es kam zu Verzweilungsverkäufen wie beispielsweise in Offenbach, wo die Klinik für einen Euro an den Sana-Konzern »verkauft« wurde, die Schulden aber bei der Stadt verblieben. Die Privatisierung hat inzwischen solche Ausmaße angenommen, dass Deutschland heute mit der Zahl der privatisierten Krankenhausbetten an der Spitze in der Welt steht, noch vor den USA.

Krankenhausschließungen sind nichts anderes als Vernichtung von Gemeineigentum. Das geschieht völlig planlos, nicht nach Bedarf, sondern nach Bilanz. Krankenhausprivatisierungen sind Verschleuderung, und Dividenden sind Diebstahl von Gemeineigentum.

Was wäre zu tun? Gewinne müssen im System bleiben und reinvestiert werden. Krankenhäuser müssen nach ihrem Auftrag finanziert werden. Sie müssen Teil der staatlichen Daseinsvorsorge sein, ihre Rechtsform muss eine gemeinnützige sein. Die konkrete Medizin am Krankenbett muss vom ökonomischen Diktat befreit werden. Erst wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, kann man eine Krankenhausplanung angehen, die diesen Namen verdient.

## Inhalt

- Von der Krankenbehandlung zum Profitzentrum**  
Seite 2
- Wenckebach-Drama**  
Seite 2
- Lokaler Widerstand hilft!**  
Seite 2
- Ferngesteuerte Krankenhauspolitik**  
Seite 3
- Gibt es gute Gründe für Schließungen?**  
Seite 3
- Abbau in der Fläche**  
Karte zu den bundesweiten Klinikschließungen  
Seite 3
- Mission Klinikrettung**  
Seite 4
- Aufruf: Jetzt unterschreiben!**  
Seite 4

## Wer Klinikschließungen Umbau nennt

Klinikschließungen sind unpopulär. Wer sagt: »Euer Krankenhaus ist schlecht, sein Geld nicht wert, es ist überflüssig und muss weg« – der muss mit Widerstand rechnen. Und so kommt es, dass viele Krankenhäuser relativ kurzfristig geschlossen werden. Dazu gibt es eine eigene Werbesprache. Betten und Beschäftigte werden nicht abgebaut, sondern »verlagert«. Klinikstandorte werden nicht geschlossen, sondern »weiterentwickelt« und »zukunfts-fähig gemacht«. Die medizinische Versorgung wird nicht reduziert, sondern »verbessert«. Besonders häufig wird versprochen, man werde die jeweilige Klinik in ein »Intersektorales Gesundheitszentrum (IGZ)« umwandeln. Erstaunlich daran ist: So etwas wie ein Intersektorales Gesundheitszentrum gibt es gar nicht. Es ist ein Framing-Begriff aus einem Planspiel, den die Oberender AG, eine Unternehmensberatung, erfolgreich in den Diskurs eingebracht hat. Zur Umsetzung gibt es weder ein Finanzierungsmodell noch nennenswerte Erfahrungen. Im Plan der BeraterInnen soll in einem IGZ eine Pflegestation um ambulant tätige ÄrztInnen ergänzt werden, die ihre Praxen im Zentrum ansiedeln. Die Entscheidung, ob nachts ein/e ÄrztIn gerufen wird, würde dem Pflegepersonal überantwortet. Ziel eines IGZ ist übrigens nicht die Weiterentwicklung von Kliniken, sondern Kosteneinsparung.

Stationäre Akutversorgung ist oft der Rettungsanker, wenn es Menschen sehr schlecht geht. Wer diese Akutversorgung in der Fläche, aber auch in Großstädten reduziert, gefährdet das Gemeinwohl. Dafür gibt es einen Begriff: gemeingefährlich.