

Die zehn Krankenhausschließungs-Skandale

1. Bund und Länder fördern die Schließungen von Krankenhäusern mit jeweils bis zu 500 Millionen Euro pro Jahr – insgesamt 1,0 Milliarde Euro aus Steuergeldern jährlich, damit wir weniger Krankenhäuser haben!

2. Tatsächlich sind die Schließungen ohne jeglichen Bezug zu einem möglichen Bedarf an Versorgung. Die Krankenhäuser machen dicht, einfach weil ihnen oder ihrem (oft kommunalen) Träger das Geld ausgeht.

3. Ob Menschen eine Versorgung in kritischen Fällen in erreichbarer Nähe vorfinden, ist wegen der "wilden" Schließungen Ergebnis von Zufall beziehungsweise Unterfinanzierung und nicht von Planung eines regionalen Bedarfs. Befürworter von Zentralisierung nennen oft Herzinfarkt und Schlaganfall als Argument. Diese Fälle bedürfen in der Tat eines Krankenhauses mit Herzkatheter oder Schlaganfall-Einheit. Das ist aber sowieso schon lange üblich. Auch schwere Unfälle müssen oft an bestimmte Zentren gefahren oder geflogen werden. Schwere Erkrankungen aus der Hämatologie wie zum Beispiel Leukämien mit der Notwendigkeit der Knochenmarkstransplantation oder spezielle chirurgische Eingriffe wie beispielsweise Pankreaschirurgie oder Organ-Transplantationen müssen ebenfalls an dafür geeigneten Zentren behandelt werden. Das alles sind aber quantitativ wenige Patienten im Vergleich. Die Aufgabe der Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung entfällt dadurch bei weitem nicht! Sie leisten Geburtshilfe, behandeln Unfälle, bakterielle Infektionen, Sepsis, Blutungen, Nebenwirkungen von Medikamenten, entgleiste diabetische Stoffwechsellagen sowie exazerbierte Asthma- oder COPD-Erkrankungen und vieles mehr. Und sie erfüllen diese Aufgabe (bis zu ihrer Schließung) zumeist hervorragend, das zeigen PatientInnen-Befragungen ebenso wie die weiße Liste der Bertelsmann-Stiftung (sic!).

4. Im Zuge der Schließungen von Krankenhäusern ist ein Kapitalmarkt für Krankenhäuser entstanden, der zum Beispiel von PricewaterhouseCoopers im ["Transaktionsmonitor Gesundheitswesen"](#) beschrieben wird. Dort ist auch vermerkt: "Insolvenzen von Krankenhäusern haben seit 2018 stark zugenommen" (S.6). Immer mehr öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser werden aufgekauft.

5. Schließungen werden von einer aktiven (und aggressiven) Lobbyarbeit propagiert. Zwei Beispiele:

a. „Die Experten sind sich einig: Die Krankenhauslandschaft ist geprägt von Überkapazitäten und unzureichender Spezialisierung. Die gegenwärtige Versorgung ist nicht nur aufgebläht und teuer; die Patienten werden auch viel schlechter versorgt als nötig.“ [Bertelsmann-Stiftung](#)

b. „Wir haben nach wie vor zu viele Krankenhäuser und Betten.“, "Die vielen kleinen Häuser retten uns weder in Normalzeiten noch in Ausnahmesituationen." – Prof. Reinhard Busse in der [WirtschaftsWoche](#) (paywall).

In den Lobby-Beiträgen wird suggeriert, dass Schließungen Folge einer irgendwie gearteten Krankenhausplanung wären. Die Praxis der "kalten" Schließungen wird ignoriert, und auch die Praxis der Übernahmen durch die Konkurrenz.

6. Die Bertelsmann-Studie hat in einer Auswahlregion (Köln/Leverkusen) 38 NRW-Kliniken in ihrer Studie behandelt, das sind 2 Prozent von 1400 Kliniken (=100 Prozent der Plan-Krankenhäuser). Von den 38 wären nur 14 erforderlich, um eine 30-Minuten-Erreichbarkeit zum nächstgelegenen Krankenhaus sicherzustellen. Die Autoren streiten

ab, dass sie daraus abgeleitet hätten, dass deswegen auch bundesweit von 1400 nur 600 Krankenhäuser erforderlich wären. Von zwei Prozent auf 100 Prozent zu extrapolieren wäre in der Tat unseriös. Die Auswahlregion in NRW ist zudem dichtbesiedelt und somit nicht repräsentativ, das 30-Minuten-Erreichbarkeits-Kriterium ist darüber hinaus fragwürdig, es gilt womöglich nur für Rettungswagen, nicht für eigene Anreise. Dennoch nennt die Bertelsmann-Studie diese Zahlen (600 von 1400). Sie begründen das mit ihrem "Zielbild-Szenario 2030". Dieses Szenario ist aber nicht Ergebnis der Forschung, sondern Teil der Annahmen ("Bettentage pro Einwohner sinken bis 2030 um 40%"). Es liegt somit ein fataler Zirkelschluss vor.

7. Krankenhäuser haben Fixkosten, die weitgehend unabhängig von der Größe sind. Daher haben es kleinere Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung schwerer, da nur Behandlungsfälle, nicht jedoch feste Kosten und schon gar nicht eine bestimmte am Bedarf ausgerichtete Zahl von Betten vergütet werden. Die Corona-Krise verschärft diese ohnehin schwierige Situation, da nun Betten freigehalten werden müssen, die Entschädigung aber nicht kostendeckend ist.

8. Krankenhäuser müssen jährlich ihre künftigen Kosten voraussagen, um sie erstattet zu bekommen. Sie müssen dabei Abschläge hinnehmen, wenn sie gegenüber dieser eigenen Prognose zu wenig und auch wenn sie zu viel Umsätze gemacht haben. Diese Abschläge sind existenzbedrohend, sie betragen 35 bis 65 Prozent der betreffenden Kosten! Dabei kommt es gerade bei den Mehrleistungen zu Kettenreaktionen: Muss ein Krankenhaus schließen, gefährdet es damit sofort die Nachbarstandorte, die die Patienten aufnehmen müssen, aber dafür Erstattungsabschläge hinnehmen müssen.

9. Die maßgeblichen Gesundheitspolitiker auf Bundesebene sind Schließungsbetreiber. Sowohl Jens Spahn (CDU) als auch Karl Lauterbach (SPD) haben sich bis zuletzt dahingehend geäußert. [Jens Spahn noch am 20. Februar 2020](#). [Karl Lauterbach vor zehn Monaten](#).

10. Lokale Krankenhäuser sind oft geradezu eine "Hausarzt-Schmiede", da sich Assistenzärzte häufig am Ort des Krankenhauses niederlassen, da sie sich dort oft schon privat verankert haben. Dies wirkt dem Ärztemangel entgegen, der ansonsten wegen mangelnder ambulanter Möglichkeiten die Krankenhausbetten in den Großstädten füllt.

Aus Rundbrief Mai 2020 - GiB – Gemeingut in BürgerInnenhand