Seit zehn Monaten beschwört die Politik den drohenden Gesundheitskollaps, sah aber tatenlos zu, wie die Versorgungslandschaft in nur einem Jahr um 20 Kliniken ärmer wurde. Was für Normalsterbliche ein Widerspruch ist, verkaufen Lobbyisten wie die „Bertelsmänner" als Notwendigkeit und Fortschritt. Von Profitmaximierung reden sie lieber nicht, um so mehr von Effizienz, Spezialisierung und Zentralisierung. Der Gesundheitsminister hört ihnen dabei gerne zu, genauso wie Karl Lauterbach, dem halb so viele Hospitäler wie bisher genügen würden. Damit es so kommt, schnürt die Bundesregierung „Rettungspakete" für die großen Fische, lässt die kleinen auf dem Trockenen sitzen und fördert weiter eifrig den Bettenabbau. Von **Ralf Wurzbacher**.

Dieser Beitrag ist auch als Audio-Podcast verfügbar.

https://www.nachdenkseiten.de/upload/podcast/210119_Tod_auf_Rezept_Mitten_in_der_Coronakrise_und_politisch_gewollt_machen_reihenweise_Krankenhaeuser_dicht_NDS.mp3

Podcast: Play in new window | Download

Das große Ableben in der Kliniklandschaft ist beileibe kein neues Phänomen. Laut Statistischem Bundesamt gingen zwischen 1991 und 2018 an knapp 500 Standorten die Lichter aus. Seinerzeit zählte Deutschland noch über 2.400 Hospitäler, vor zwei Jahren waren es nur mehr 1.925. Von der Bildfläche verschwunden sind auch reichlich Betten: in der Größenordnung von 170.000. Dies alles passierte in Zeiten, in denen Politiker nie müde wurden, vor der „demografischen Katastrophe" zu warnen, vor einer Flut an alternden und immer älter werdenden Menschen, die die Sozialversicherungssysteme an die Belastungsgrenze brächten. Dazu, dass mit höherem Alter auch die Tendenz zu erkranken zunimmt und deshalb eigentlich möglichst breite Versorgungsstrukturen vorzuhalten wären, war dagegen wenig bis gar nichts zu hören.

Aber aus Fehlern lernt man bekanntlich und was könnte ein besserer Anlass dazu sein als eine verschärfte Krise. Die erleben wir seit zehn Monaten in Gestalt der SARS-Cov-2-Pandemie, über die allen voran die Bundesregierung sagt, sie drohe, das Gesundheitssystem in die Knie zu zwingen. Was also läge näher, als das System nicht nur zu stabilisieren, sondern mit Blick auf in Zukunft wiederkehrende Notlagen wie der aktuellen auszubauen, also im besten Sinne krisenfest zu machen? Was geschah stattdessen? Das Kliniksterben hat nicht nur keine Pause eingelegt im Coronajahr 2020, das Sterben hat sich sogar beschleunigt. Während von 2015 bis 2018 im Jahresmittel zehn Häuser dichtgemacht hatten, waren es diesmal doppelt so viel, nämlich genau 20. Allein 17 Mal erfolgte die Schließung im Zeitraum von Juli bis Jahresende, acht Mal im Dezember. Nur in drei Fällen

kam das Aus vor Ausbruch der Krise.

Schwund ohne Ende

Der Verein Gemeingut in BürgerInnenhand (GiB) hat die Verluste auf seiner Webseite aufgeschlüsselt. Allein in Bayern, wo Regierungschef Markus Söder (CSU) die bundesweit härteste Gangart bei der Eindämmung des Virus vorlegt und dabei mit dem Finger auf alle möglichen „Schuldigen" zeigt, wurden vier Standorte abgewickelt: in Parsberg, Waldsassen, Vohenstrauß und Fürth. Mehr waren es nur in Nordrhein-Westfalen mit fünf: in Winterberg, Bochum-Linden, Essen-Altenessen, Essen-Stoppenberg und St. Tönis. Baden-Württemberg bringt es auf drei, in Rheinland-Pfalz und im Saarland haben jeweils zwei, in Sachsen, Sachsen-Anhalt, Brandenburg und Schleswig-Holstein je eine Klinik den Betrieb eingestellt. Nach GiB-Angaben verfügten fast alle der Häuser über Notaufnahmen, Intensivbetten, Chirurgie und innere Medizin, hätten Coronapatienten behandelt oder den benachbarten Kliniken den Rücken freigehalten. Und verloren gegangen seien mit den Maßnahmen 2.144 Betten und 4.000 Arbeitsplätze.

Und das dicke Ende steht noch bevor. Im September hatte der Bundesrechnungshof (BRH) vorgerechnet, dass zehn Prozent der Kliniken akut von Insolvenz bedroht seien, was 190 Häusern entspricht. Weitere 40 Prozent schrieben rote Zahlen. In ihrem Bericht monierten die Finanzprüfer grundlegende Defizite bei der Krankenhausplanung und -finanzierung in Deutschland und forderten eine Grundgesetzänderung, die die Verantwortlichkeiten zwischen Bund und Ländern zusammenführt. „Eine in die Zukunft ausgerichtete Planung, zum Beispiel unter Berücksichtigung der Demografie, Morbidität und des medizinischen Fortschritts, ist kaum vorhanden", mahnte der BRH, die für die Bereitstellung von Kapazitäten zuständigen Bundesländer kämen ihrer Investitionsverpflichtung „seit Jahren nur unzureichend nach".

Löchriger Rettungsschirm

Mit der Zunahme an Corona-Fällen seit Herbst hat sich die Situation weiter zugespitzt. Am 18. Dezember richtete die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) einen Hilferuf an die Bundesregierung. Das übliche Abrechnungssystem sei nicht in der Lage, die finanziellen Folgen dieser Krise für die Kliniken auszugleichen, beklagte der Verband. Kritisiert wird eine „komplizierte und kleinteilige Alternative" im Rahmen des im November aufgespannten zweiten sogenannten Rettungsschirms für Kliniken. Diese neuen Regelungen erfassten „mehr als 75 Prozent der deutschen Krankenhäuser nicht und bringen (…) keine Entlastung" und weiter: „Wir sind in großer Sorge, dass ohne eine flächendeckende und kurzfristig wirksame Liquiditätshilfe, die Krankenhäuser ihre Leistungsfähigkeit in den

kommenden Monaten nicht aufrechterhalten können."

Merkwürdig! Während den Regierenden angesichts des beschworenen Gesundheitsnotstands sonst kein Opfer zu groß ist, sie zig Milliarden Euro für Kurzarbeit, zur Stützung von Banken und Unternehmen oder zur Rettung der Lufthansa heraushauen und dafür selbst auf die „Schwarze Null" und die „Schuldenbremse" pfeifen, knausern sie ausgerechnet an der für die Krisenbewältigung wichtigsten Stelle – den Krankenhäusern. Das passt zu einer anderen „Nachlässigkeit": So wurden etwa vor der zweiten Corona-Welle keine größeren Anstrengungen unternommen, mehr Pflegepersonal für die Kliniken und Altenheime zu gewinnen. Was zur Konsequenz hatte, dass in den Wochen bis Winterbeginn tausende Intensivbetten aus der Statistik verschwanden, weil schlicht keine Kräfte vorhanden sind, die sich um die Betten kümmern könnten.

Lauterbach denkt vor

Wenn für die politischen Krisenmanager Geld augenscheinlich keine Rolle spielt, wieso haben sie die Schließungen von Klinken nicht kurzfristig mit entsprechenden Notzuschüssen abgewendet, um nicht noch mehr Ressourcen einzubüßen? Das Argument, die Beschlüsse zur Abwicklung wären schon weit früher ergangen, zieht nicht wirklich. Mit Corona wurde vieles möglich, was davor unmöglich erschien, und wäre bei der Bundesregierung ein Wille zur Rettung der Häuser gewesen, hätte sich gewiss auch ein Weg gefunden. Nach Angaben von GIB-Sprecher Carl Waßmuth liegen schon jetzt Schließungsbeschlüsse oder entsprechende Planungen für rund 30 weitere Kliniken vor, darunter große Standorte in Hamburg, Dresden und Berlin. Gerade in Ballungsgebieten treten überdurchschnittlich viele Covid-19-Fälle auf. Wo das System doch schon jetzt an seine Grenzen stoßen soll, warum lässt es die Politik dann zu, dass ihm demnächst noch mehr Substanz entzogen wird?

Die Antwort auf solche Fragen findet sich in Strategiepapieren der Bertelsmann Stiftung oder der Wissenschaftsakademie Leopoldina. Sie zählen zu den einflussreichsten Lobbyisten im Bemühen um die Verknappung, Spezialisierung und Zentralisierung der Versorgungsstrukturen. Sie flüstern Regierenden und Parlamentariern ein, mit einer Konzentration auf wenige Vollversorger und eine überschaubare Zahl an Fachkliniken sei den Patienten am besten gedient – und manche Politiker verkaufen die neoliberalen Rezepte in der Öffentlichkeit als reinste Wohltat. Da wäre zum Beispiel der sogenannte Gesundheitsexperte der SPD, Karl Lauterbach, die wohl schrillste Geige im Corona-Panikorchester. Im Juni 2019 hatte er auf Twitter einen Beitrag der „Bertelsmänner" mit dieser Einschätzung gewürdigt: „Jeder weiß, dass wir in Deutschland mindestens jede dritte, eigentlich jede zweite Klinik schließen sollten."

Mehr Qualität durch Kahlschlag?

Sechs Wochen später präsentierte die Gütersloher Denkfabrik eine Expertise, die eine Reduzierung der allgemeinen Kliniken von 1.400 auf 600 empfiehlt. Auf diesem Wege ließen sich „viele Komplikationen und Todesfälle“ vermeiden, „ebenso gingen damit eine bessere Ausstattung, eine höhere Spezialisierung sowie eine bessere Betreuung durch Fachärzte und Pflegekräfte einher“, heißt es darin. Das Fazit kommt im schönsten Neusprech daher: „Die Neuordnung der Krankenhauslandschaft ist eine Frage der Patientensicherheit und muss vor allem das Ziel verfolgen, die Versorgungsqualität zu verbessern.“ Prompt meldete sich wieder Lauterbach zu Wort: „Der Grundtenor der Studie ist zwar richtig“, allerdings sollte man nicht ganz so viele Häuser dichtmachen und „es darf keine Gewinnmaximierung durch Krankenhausschließungen geben“.

Mehr Augenwischerei geht nicht. Denn natürlich dreht sich alles um Gewinnmaximierung, allen voran durch die fünf führenden Player auf dem Markt, die da heißen: Rhön, Sana, Fresenius, Helios und Asklepios. Sie allein betreiben zusammen schon weit über 400 Kliniken im Land und jeder Konkurrent weniger, ob staatlich oder privat, ob dichtgemacht oder durch Fusion geschluckt, verspricht ihnen mehr Patienten und mehr Rendite. Ein noch radikalerer Schnitt schwebt der Leopoldina vor, die sich ebenfalls auf Corona-Angstmacherei versteht. Schon 2016 riet sie in einem Thesenpapier, die Zahl der allgemeinen Krankenhäuser von damals 1.650 auf 300 Superkliniken einzudampfen. Vorbild sollte demnach Dänemark mit der Zielmarke ein Hospital auf 250.000 Einwohner sein. Das Wörtchen „Wohnortnähe“ sucht man auf 21 Seiten vergebens, statt dessen gibt es Schönfärberei satt: „Eine entsprechende Reduktion (…) und die Aufstockung des medizinischen Personals in den verbleibenden Häusern würden zu adäquateren Patienten-Pflegepersonal-Zahlen führen und damit sowohl die Versorgungsqualität deutlich erhöhen als auch Überlastungen beim medizinischen Personal reduzieren.“

Bürger gegen Profitmacherei

Derlei Konzepte muten nicht nur widersinnig an, sie kommen auch nicht gut an. Gemeingut in BürgerInnenhand hat durch das Forsa-Institut mehr als 1.000 Menschen befragen lassen, ob sie den Abbau von Kliniken für sinnvoll erachten. 88 Prozent sahen dies nicht so, nur neun Prozent sprachen sich dafür aus. 96 Prozent befanden, die Patientenversorgung sei wichtiger als die Wirtschaftlichkeit des Betriebs. Hinter dieser Haltung steht ein gänzlich anderes Verständnis von Gesundheitsversorgung als es Gesundheitsökonomen und das Gros hiesiger Gesundheitspolitiker pflegen. Die Bürger wollen Einrichtungen, die für den Fall des Eintritts von Krankheiten vorgehalten und dafür adäquat finanziert werden, und keine Profitcenter, die an möglichst vielen Kranken maximal verdienen wollen.

Zu den Verfechtern des betriebswirtschaftlichen Ansatzes gehört auch Reinhard Busse, der an der Technischen Universität Berlin Management im Gesundheitswesen lehrt und an besagter Bertelsmann-Studie mitgewirkt hat. Im Mitteldeutschen Rundfunk (MDR) beschied er vor elf Monaten: „Wir haben nicht genug Kranke, um die ganzen Krankenhäuser zu betreiben." Womit sich die Frage stellt, ob die Lage unter dem Druck der Pandemie nicht inzwischen eine „bessere" sein müsste und mit ihr die Stimmung derer, die bis dahin dem Klinikkahlschlag das Wort geredet haben. Aber siehe da: An ihren Positionen und Argumenten hat sich nichts geändert und mitnichten wird ein Gedanke darauf verschwendet, man könnte mit größeren Kapazitäten besser durch die Krise kommen.

„Neuer Schwung durch Corona"

Vielmehr schreibt etwa wieder die Bertelsmann Stiftung Mitte 2020 bezugnehmend auf ihre eigene Studie aus Vor-Corona-Zeiten: „Gerade in außergewöhnlichen Belastungssituationen wie jetzt können wir es uns nicht leisten, die knappen Ressourcen auf viele Kliniken so aufzuteilen, dass Fachabteilungen nur unzureichend einsatzfähig sind." Zuletzt legte der Thinktank in einem mit der Robert-Bosch-Stiftung und dem Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung vorgelegten Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren" aus Corona nach und folgerte darin messerscharf: „Die Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft erhält durch COVID-19 neuen Schwung." Plädiert wird darin einmal mehr für den „Abbau von lokalen Überkapazitäten und eine verstärkte Spezialisierung der Leistungserbringung durch Konzentration von Kapazitäten und Zentrenbildung". Um ihre Botschaft rüberzubringen, setzten die Autoren auf die ziemlich kühne These, dass kleinere Standorte zur Krisenbewältigung gar nicht erst gebraucht würden. Danach habe nur „ungefähr ein Viertel" der Kliniken den „Löwenanteil" der Covid-19-Patienten versorgt, „während die Hälfte eine mittlere bis niedrige Zahl" und „ein letztes Viertel (…) gar nicht an der Corona-Versorgung beteiligt gewesen sei. Ferner seien beatmete Patienten in nur 350 Kliniken behandelt worden.

Dieser Darstellung widersprachen umgehend der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK) sowie der der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD). So wäre „ein Drittel" der Beatmungen von Covid-19-Fällen „in Häusern der Grund- und Regelversorgung". erfolgt. „Hier wird eine Kampagne fortgesetzt, die bereits seit längerer Zeit immer wieder reaktiviert wird und die, wenn sie politisch Gehör findet, unsere flächendeckende Krankenhausversorgung in Deutschland, die sich gerade in den vergangenen Monaten bewährt hat, in Gefahr bringt", äußerte sich VLK-Präsident Michael Weber in einer gemeinsamen Stellungnahme von Ende November. Die Vorlage von Bertelsmann und Mitstreitern gehe „in eine völlig falsche Richtung", hier werde eine massive Strukturbereinigung gefordert, „die gerade nicht aus den bisherigen Erfahrungen

der ersten Pandemiewelle resultiert“.

Spahn muss Farbe bekennen

Eine „sehr aktive und vermutlich hochbezahlte Lobby für Krankenhausschließungen“ sieht auch Waßmuth von GiB am Werk, dessen Verein eine bundesweite Petition gegen diese Bestrebungen diese gestartet hat. „Eine verantwortungsvolle Politik würde solchen vom Profitinteresse getriebenen Vorschlägen eine klare Absage erteilen.“ Nach allem, was den Menschen im vergangenen Jahr abverlangt worden sei, „wäre es geradezu zynisch, ausgerechnet weiter Kliniken zu schließen“, betonte der Aktivist. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) müsse sich jetzt entscheiden: „Hört er auf Bertelsmann, Helios und die Finanzanleger oder macht er eine Gesundheitspolitik für die Menschen – und garantiert endlich persönlich, dass kein Krankenhaus mehr geschlossen wird.“

Danach sieht es gerade nicht aus. Der schon oben erwähnte Rettungsschirm 2.0 ist gerade nicht darauf angelegt, die Nöte der kleinen und mittelgroßen Häuser zu mildern. Dieser decke gerade einmal „25 Prozent der betroffenen Kliniken ab und Zahlungen sind bisher kaum erfolgt“, beanstandete der VLK Ende Dezember. Einmal mehr profitieren vor allem die großen Standorte und starken kommerziellen Platzhirsche, die damit ihren Abstand zum großem Rest weiter ausbauen können. Wegbereiter des „Rettungspakets“ war auch besagter TU-Professor Busse, der sich für Bertelsmann und Co. als „Experte“ verdingt und zugleich im Corona-Fachbeirat des Bundesgesundheitsministeriums sitzt.

Bund fördert Abbau

Bei der erwähnten GiB-Erhebung haben 85 Prozent der Befragten dafür gestimmt, dass der Staat Krankenhausschließungen nicht länger fördern solle. Das nämlich macht die Politik auf verschiedene Weise. Indirekt geschieht dies über das Fallpauschalensystem (Diagnosis Related Groups, DRGs) mit seinen Anreizen, möglichst teure Behandlungen vorzunehmen, was hoch spezialisierte und rationalisierte Kliniken mit bester Ausstattung begünstigt und kleineren Standorten auf dem Land mit begrenzten Patientenströmen nachhaltig zusetzt. Daneben halten Bund und Länder mit dem sogenannten Krankenhausstrukturfonds einen Hebel in der Hand, Standortschließungen direkt zu bezuschussen. Dessen Zweck ist laut Gesetz „insbesondere der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen“. Förderfähig sind demnach die „Kosten der Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen des Krankenhauses sowie die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen“. Jährlich stellt der Bund dafür eine halbe

Milliarde Euro bereit, die die Länder um 250 Millionen Euro ergänzen.

Eine ähnliche Stoßrichtung, wenngleich im Paragraphendickicht versteckt, hat das am 1. Januar in Kraft getretene Krankenhauszukunftsgesetz, mit dem der Bund drei Milliarden Euro für moderne Notfallkapazitäten, Digitalisierung und IT-Sicherheit bereitstellen will – sowie eben auch für Bettenabbau. Gemäß Paragraph 19, Punkt 11 sind „Anpassungen von Patientenzimmern an die besonderen Behandlungserfordernisse im Fall einer Epidemie“ dann förderfähig, „sofern das Vorhaben zu einer entsprechenden Verringerung der Zahl der krankenhausplanerisch festgesetzten Betten führt“. Bedürfte es noch eines Beweises, dass Corona für die Rationalisierung und Verknappung der Versorgungslandschaft genutzt werden soll – hier ist er.

Titelbild: Dragon Images/shutterstock.com