

SWR2 Feature

## **Zwischen Patientenwohl und Ökonomie**

Krankenhäuser unter Druck

Von Markus Metz und Georg Seeßlen

Sendung vom: Freitag, 3. Dezember 2021

Redaktion: Wolfram Wessels / Michael Lissek

Regie: Felicitas Ott

Produktion: SWR 2021

SWR2 Feature können Sie auch im **SWR2 Webradio** unter [www.SWR2.de](http://www.SWR2.de) und auf Mobilgeräten in der **SWR2 App** hören – oder als **Podcast** nachhören:  
<https://www.swr.de/~podcast/swr2/programm/swr2-feature-podcast-106.xml>

---

### **Bitte beachten Sie:**

Das Manuskript ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers bzw. des SWR.

---

### **Die SWR2 App für Android und iOS**

Hören Sie das SWR2 Programm, wann und wo Sie wollen. Jederzeit live oder zeitversetzt, online oder offline. Alle Sendung stehen mindestens sieben Tage lang zum Nachhören bereit. Nutzen Sie die neuen Funktionen der SWR2 App: abonnieren, offline hören, stöbern, meistgehört, Themenbereiche, Empfehlungen, Entdeckungen ...

Kostenlos herunterladen: [www.swr2.de/app](http://www.swr2.de/app)

**Holger Schrag:**

Die Helfenstein-Klinik ist ein Krankenhaus in Geislingen, das ist die zweitgrößte Stadt im Landkreis Göppingen, hat aktuell 130 Betten und eine Notfallversorgung der Stufe eins, also sprich 24-07, wo natürlich alles versorgt werden kann, was an Notfällen aufschlägt.

**SPRECHER:**

Holger Schrag, Aktionsbündnis Helfenstein-Klinik Geislingen

**Holger Schrag:**

Es gibt von der Ausrichtung her das volle Programm, was sich der Bürger von so einem Krankenhaus eigentlich wünscht, von kleinen Operationen bis zu der Prothese, neue Hüfte. Und wir haben im Landkreis Göppingen jetzt das Problem, dass das eben nicht mehr gewünscht ist.

**SPRECHER:**

Zwischen Patientenwohl und Ökonomie

**ZITATOR:**

Krankenhaus unter Druck

**SPRECHER:**

Feature von Markus Metz & Georg Seeßlen

**SPRECHERIN:**

Was ist das überhaupt, ein Krankenhaus?

**ZITATOR:**

Nach der Legaldefinition des § 2 Nr. 1 KHG sind Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.

Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages“ 2014

**Linda van Riesen:**

Die „Bunten Kittel“ sind eine Initiative, die in einem Berliner Krankenhaus entstanden ist. Wir sind eine Gruppe von jungen Mitarbeiter\*innen im Gesundheitswesen – Ärzte, aber auch Pflegekräfte und Therapeut\*innen, die irgendwann oder immer wieder festgestellt haben, dass die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus einfach nicht so sind, wie sie sein sollten. Und dass auch das Patientenwohl aus unserer Sicht in der heutigen Krankenhauslandschaft oder im Gesundheitswesen nicht mehr im Vordergrund steht.

**SPRECHER:**

Linda van Riesen, Ärztin

**Linda van Riesen:**

Es fing ganz einfach an, dass wir gesagt haben, wir müssen auf die Missstände im Gesundheitssystem aufmerksam machen mit einem Zeichen. Und da sind wir auf bunte Kittel tatsächlich wörtlich gekommen. Das heißt, wir haben uns einen Tag rausgesucht, das war der Donnerstag und haben uns bunte Kittel in der Klinik angezogen, haben uns einen Button angesteckt und haben soeben Aufmerksamkeit generiert. Wir haben uns vor die Kliniken gestellt, wir haben Flyer und Buttons verteilt und haben erst einmal gesagt: Leute, wenn ihr das genauso seht wie wir, dass sich nämlich dringend etwas verändern muss, dann zieht euch bunte Kittel an und protestiert mit uns immer donnerstags.

**SPRECHERIN:**

Ob es eine gute alte Zeit war, als Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland noch ausschließlich von Landkreisen oder Städten, von Verbänden der Wohlfahrtspflege, von Kirchen geführt wurden? In den achtziger Jahren jedenfalls begannen sich neoliberale Ideen durchzusetzen. Finanzierungsprobleme der öffentlichen Hand sollten durch Privatisierungen gelöst werden. Das betraf die Strom- und Wasserversorgung, auch die Deutsche Bahn – und das Gesundheitswesen. Diese Bereiche der Daseinsvorsorge schienen auf einmal zu kostenintensiv und die Hoffnung war, private Unternehmen würden das günstiger hinbekommen. So wurden ab 1985 die Gesetze gelockert, die es untersagten, mit Kliniken Gewinne zu erwirtschaften. Jetzt war es erlaubt mit der Folge, dass das Gesundheitswesen mehr und mehr auf Marktwirtschaftlichkeit getrimmt wurde. Doch dieser Übergang vollzog sich eher schrittweise und von der Öffentlichkeit kaum bemerkt. Zum Thema wurde er erst mit dem einschneidenden Wechsel in der Krankenhaus-Finanzierung zu Beginn des neuen Jahrhunderts. Nicht mehr die medizinische und pflegerische Kapazität, das Vorhalten von Betten und Personal sollte als Grundlage für die Abrechnung dienen, sondern die tatsächlichen Behandlungen. Das Schlüsselwort lautet „Fallpauschale“.

**Michael Simon:**

Wir hatten ursprünglich zuvor in Deutschland – und das ist schon fast Jahrhunderte so gewesen – sogenannte Pflegesätze, tagesbezogene Pflegesätze, mit denen Krankenhäuser finanziert wurden. 1972 wurde die erste gesetzliche Regelung in der Bundesrepublik eingeführt durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz, kurz KHG. Und das sah vor, dass Krankenhausbudgets vereinbart werden zwischen Krankenkassen und Krankenhaus und über tagesgleiche Pflegesätze abgezahlt werden.

**SPRECHER:**

Michael Simon, Gesundheitssystemforscher, ehemals Professor an der Fakultät für Diakonie, Gesundheit und Soziales der Hochschule Hannover

**Michael Simon:**

Und dieser Grundsatz wurde verändert dahingehend, dass Fallpauschalen eingeführt wurden. Das heißt, für eine Krankenhausbehandlung, die als Fall definiert wird, von der Aufnahme bis zur Entlassung, gibt es einen festen Betrag, der gezahlt wird für den Fall. Unabhängig von der Verweildauer, muss man dazu sagen. Wobei es da auch Ausnahmeregelungen, also Sonderregelungen gibt. Wenn ein Patient über eine

bestimmte Verweildauer hinaus im Krankenhaus liegt, dann gibt es gewisse Zuschläge. Liegt er unter einer Mindestverweildauer, gibt es bestimmte Abschläge von der Fallpauschale.

**Reinhard Busse:**

Wir stecken tatsächlich da in einem Teufelskreislauf zwischen Finanzierung, Planung und den Arbeitskräften, die unzufrieden sind. Und das Grundproblem ist: Wir haben zu viele Krankenhäuser. Also man muss sich jetzt vorstellen, wenn Sie derzeit an einem beliebigen Tag in die deutschen Krankenhäuser gehen, dann steht mehr als eins von drei Betten leer. Also wir haben viel zu viele Krankenhäuser für die Anzahl der Patienten, die wir haben.

**SPRECHER:**

Reinhard Busse, Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der TU Berlin

**Reinhard Busse:**

Anders als was viele denken, sind die Krankenhäuser ja nicht überfüllt, sondern stehen halt zu einem großen Teil leer. Bezahlt werden die Krankenhäuser aber auf der Annahme, dass sie zu ungefähr zu 80 Prozent voll sind. Das heißt, die Fallpauschalen würden die Krankenhäuser ausreichend finanzieren, wenn sie denn zu 80 Prozent gefüllt sind. Jetzt sind sie aber nur zu 65 Prozent gefüllt. Was heißt, dass die Krankenhäuser mit ihrem Geld nicht hinkommen.

**Klaus Emmerich:**

Das Bündnis Klinikrettung ist ein Zusammenschluss von mehreren Initiativen, die beschlossen haben, sich aktiv gegen das Kliniksterben in Deutschland einzusetzen, weil wir in Deutschland definitiv ein Kliniksterben haben und innerhalb der letzten 28 Jahre von 1991 bis 2019 unsere Krankenhäuser um 497 reduziert haben.

**SPRECHER:**

Klaus Emmerich, ehemaliger Klinikleiter und Aktivist des „Bündnis Klinikrettung“

**Klaus Emmerich:**

Es gab nämlich 1991 noch 2441 Krankenhäuser und 2019 nur noch 1914. Und wir sind der Meinung, dass es so nicht weitergehen kann. Vor allen Dingen passiert das einfach nur aus wirtschaftlichen Gründen – unabhängig davon, ob der Bedarf in der Region dann noch gedeckt ist oder nicht.

**SPRECHERIN:**

In Kooperation mit dem Verein „Gemeingut in BürgerInnenhand“ vernetzt das „Bündnis Klinikrettung“ lokale und regionale Initiativen gegen Krankenhaus-Schließungen. Das Bündnis stellt Informationen im Netz bereit, verfasst Pressemitteilungen und Appelle an Politiker und startet Petitionen wie „Stoppt den Einfluss der Gesundheitsberater auf Krankenhausreformen“.

**ZITATOR:**

Krankenhausschließungen und Zentralisierung

**O-Ton 11 Holger Schrag:**

Die Helfenstein-Klinik ist Teil einer GmbH, zusammen mit der Klinik am Eichert, also spricht zwei Krankenhäuser an zwei verschiedenen Standorten in einem Landkreis. Der Landkreis ist der Träger dieser GmbH. Und genau deshalb hat auch der Kreistag im Mai diesen Beschluss gefasst, die Klinik also de facto zu schließen auf Raten.

**SPRECHER:**

Holger Schrag, Aktionsbündnis Helfenstein-Klinik Geislingen

**Holger Schrag:**

Die Begründung war zum einen die Ergebnisse der drei Gutachten, die relativ ähnlich ausgefallen sind: Hauptsächlich die Wirtschaftlichkeit des Standortes Helfenstein-Klinik, zum anderen natürlich die Personal-Problematik.

**Reinhard Busse:**

Wir trennen in unserem Land die Zuständigkeit und die Finanzierung von Krankenhäusern nach dem sogenannten dualen System. Und das heißt, dass die Bundesländer zuständig sind, dass es eine Krankenhausinfrastruktur, eine Krankenhauslandschaft gibt, und dann die Krankenkassen beziehungsweise die privaten Krankenversicherungen, die für die Nutzung bezahlen.

**SPRECHER:**

Reinhard Busse, Professor für Management im Gesundheitswesen

**Reinhard Busse:**

Damit das funktioniert, setzt es einerseits voraus, dass die Bundesländer tatsächlich ihre Aufgabe ernst nehmen und dass sie zweitens aber auch einen Plan haben: Wie viele Krankenhäuser mit welcher Ausstattung sind denn überhaupt notwendig? Und man denkt immer, dass es eine echte Krankenhausplanung gibt. In den meisten Bundesländern gibt es gar keine echte Krankenhausplanung, sondern der sogenannte Krankenhausplan listet eigentlich nur auf, was die Krankenhäuser vorhalten – und eben nicht, was sie vorhalten sollten und was wirklich notwendig ist.

**ZITATOR:**

Die Bundesländer – zuständig für den Bau, den Unterhalt und für Investitionen – demontieren die erste Finanzierungssäule.

**SPRECHERIN:**

Schreibt das Bündnis Klinikrettung in „Klinikschließungen. Zahlen, Gründe, Folgen“.

**ZITATOR:**

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!

**SPRECHERIN:**

Die fehlenden Investitionsmittel müssen die Krankenhausträger selbst aufbringen, aus den laufenden Einnahmen oder kreditfinanziert.

**SPRECHER:**

Klaus Emmerich

**Klaus Emmerich:**

Es ist ausdrücklicher Wille der Länder, ihre Investitionsförderung für die Krankenhäuser in Grenzen zu halten auf Kosten der Krankenhäuser. Und die Gefahren, die damit verbunden sind, sind zwei: Entweder versuchen die Krankenhäuser, sich irgendwie finanziell über Wasser zu halten und Defizite zu vermeiden. Dann geht das aber auf Kosten veralteter Strukturen im Krankenhaus. Es gibt genügend Krankenhäuser in Deutschland, die veraltet sind, wo die Gebäude veraltet sind oder wo die Medizintechnik veraltet ist, was im Zweifelsfall auch mal Behandlungsschädlich sein kann. Und es gibt andere Krankenhäuser, die sagen: Es ist uns die Sache wert. Die Träger, oft sind es kommunale Träger, entscheiden sich dann dafür, die Gelder selbst in die Hand zu nehmen. Bei mir war das so, ich bin ja ehemaliger Klinikvorstand, mein Landkreis hat die Hälfte der zweistelligen Millionenbeträge für Gebäudefinanzierung selber getragen aus seinen eigenen kommunalen Steuermitteln. Das bedeutet dann aber, dass diese Steuermittel für andere Dinge nicht mehr zur Verfügung stehen. Und in diesem Spannungsfeld zwischen Modernisierung und Zuzahlung einerseits oder eben Defizitbegrenzung oder Schwarze-Null-Schreiben und dann veralteter Medizintechnik und Medizingebäuden stehen die Träger der Krankenhäuser.

**Reinhard Busse:**

Wir haben sehr viele Krankenhäuser, davon sehr viele nichtspezialisierte Krankenhäuser, die auch nicht entsprechende technische Ausstattung haben wie etwa Linksherzkatheter für Patienten mit dem Verdacht auf Herzinfarkt. Und gleichzeitig bezahlen wir Krankenhäuser nur dafür, dass sie Patienten behandeln.

**SPRECHER:**

Reinhard Busse, berät die Gesundheitsministerien von Bund und Ländern etwa im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

**Reinhard Busse:**

Und das heißt, wir haben einerseits Patienten im Krankenhaus – vor Corona mehr als derzeit –, wo eigentlich sehr fraglich ist, ob die überhaupt im Krankenhaus stationär behandelt werden müssten. Wir haben zweitens bei den Patienten, die unbestrittenmaßen im Krankenhaus behandelt werden müssen, also etwa weil sie einen Herzinfarkt haben, dass doch immer noch etliche von denen in Krankenhäusern behandelt werden, die dafür nicht ausreichend qualifiziert sind. Und das führt zu Qualitätsproblemen, Patienten, die unnötigerweise versterben oder eben mehr Komplikationen haben, als wir es erwarten würden.

**SPRECHERIN:**

Reinhard Busse ist neben seiner Beratertätigkeit auch im Kernteam des Projektes „Neuordnung Krankenhaus-Landschaft: Weniger ist mehr“ der

wirtschaftsfreundlichen Bertelsmann-Stiftung. Das ist eines der Projekte zum Thema Gesundheit, mit denen die Bertelsmann Stiftung Öffentlichkeit und Politik zu beeinflussen versucht.

**ZITATOR:**

In Deutschland gibt es zu viele Krankenhäuser. Wir zeigen, wie man mit weniger Kliniken eine bessere Versorgungsqualität bekommt.

**SPRECHERIN:**

Ist auf der Stiftungs-Webseite zum Projekt zu lesen.

**ZITATOR:**

Eine starke Verringerung der Klinikanzahl von aktuell knapp 1.400 auf deutlich unter 600 Häuser würde die Qualität der Versorgung für Patienten verbessern und bestehende Engpässe bei Ärzten und Pflegepersonal mildern.

**SPRECHERIN:**

Bundesärztekammer und Deutsche Krankenhausgesellschaft kritisierten die Studie deutlich. Dennoch zeigte sie offenbar Wirkung.

**Klaus Emmerich:**

Von Schließungen betroffen sind überwiegend kleine Krankenhäuser in ländlichen Regionen, die über ein geringes Patienten-Einzugsgebiet verfügen. Das heißt, das Gebiet ist groß, aber die Anzahl der Patienten aufgrund der dünnen Besiedlung ist gering. Aber sie halten diese Krankenhäuser vor, weil jeder Patient doch in einer angemessenen Zeit zu einem Krankenhaus kommen sollte. Und dann gibt es halt – ich kann wieder das Beispiel nehmen, das ich kenne, nämlich die deutsch-tschechische Grenzregion, die Oberpfalz, wo die Krankenhäuser nicht über eine ausreichende Zahl an Geburten verfügen, um das wirtschaftlich betreiben zu können. Man sagt, dass die Geburtshilfe ungefähr 700, 800 oder tausend Geburten pro Jahr benötigt, um wirtschaftlich betrieben werden zu können. Das ist aber in ländlichen Regionen oft nicht der Fall. Da liegen Krankenhäuser 60, 80 oder 100 Kilometer auseinander und haben vielleicht 300 oder 500 Geburten. Wenn sie so wenige Geburten haben, dann decken sie zwar den Bedarf der Bevölkerung ab, machen das aber unter Betreuung von Defiziten.

**SPRECHER:**

Schon vor der Pandemie wies die Bayerische Krankenhausgesellschaft darauf hin, dass 2018 mehr als jedes zweite bayerische Krankenhaus ein Defizit meldete. Tendenz steigend. Und 2020 warnte der Bundesrechnungshof, dass jedes zehnte Krankenhaus von der Insolvenz bedroht sei.

**SPRECHERIN:**

Vielleicht lauern hinter dem Konflikt sehr alte Fragen. Geht es in der Medizin vorrangig um die Bekämpfung der Krankheit oder um die Behandlung des kranken Menschen? Soll ein Krankenhaus einen kranken Menschen möglichst schnell wieder gesund und leistungsfähig machen? Oder soll ein Krankenhaus ein Ort sein, wo auch eine existentielle Krise bewältigt werden kann, die eine organische Fehlfunktion

auslöst? Schließlich die Frage, ob ein Krankenhaus vor allem eine perfekt organisierte Gesundheitsfabrik sein soll – oder doch auch eine Institution, die Vertrauen und Empathie ermöglicht?

Seitdem Kliniken Gewinne erzielen sollen, begleitet uns im Krankenhaus von der Geburt bis in Todesnähe die Frage nach der Wirtschaftlichkeit. Ein besonders angenehmes Gefühl ist das nicht.

**ZITATOR:**

Finanzierungsmodelle, oder Das Kreuz mit der Fallpauschale

**SPRECHERIN:**

Ab 1996 wurden bereits einzelne Krankenhausleistungen wie Leisten-, Gallen- oder Blinddarmoperationen über Fallpauschalen vergütet. Ab 2004 wurde komplett auf diese Finanzierungsform umgestellt. Seitdem erhält ein Krankenhaus für einen speziellen Krankheits-Fall einen festgelegten Betrag – unabhängig davon wie lange ein Patient behandelt werden muss.

**Michael Simon:**

Das Fallpauschalensystem wird vielfach in der Fachdiskussion und auch in der Politik als Preissystem bezeichnet, analog zu Marktpreisen in der Wirtschaft. So wie ein Auto einen bestimmten Preis hat, so hat auch eine bestimmte Krankenhaus-Versorgung, Krankenhausbehandlung einen bestimmten Preis. Das trifft es aber nicht. Das täuscht über den, wie man sagen muss, Warencharakter hinweg.

**SPRECHER:**

Michael Simon, Gesundheitssystemforscher, ehem. Professor an der Fakultät für Diakonie, Gesundheit und Soziales der Hochschule Hannover

**Michael Simon:**

Das Fallpauschalensystem wurde eingeführt – und das war Mitte und Ende der 90er-Jahre auch ausdrücklich in Veröffentlichungen von Ministerialbeamten deutlich klargestellt worden – als ein System zur Begrenzung der Gesamtausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung. Das lehnte sich damals ausdrücklich an an das damals schon geltende System in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Da gibt es für jedes Bundesland eine sogenannte Gesamtvergütung. Das Interesse der Krankenkassen ist zentral und auch der Politik, dass die Gesamtausgaben für Krankenhausbehandlung nicht unkontrolliert weiter steigen. Das war der Ausgangspunkt. Und so ist dieses Fallpauschalensystem auch konstruiert.

**SPRECHERIN:**

Vereinfacht gesagt, wird im so genannten DRG-System, Diagnosis Related Group-System, jeder Diagnose eine Fallpauschale zugeordnet, die jeweils einheitlich für ein Bundesland ist. Jedes Krankenhaus vereinbart im Voraus mit den Krankenkassen ein jährliches Gesamtbudget: Das Gesamtvolumen der Einnahmen eines Krankenhauses hängt von der erwarteten Zahl der Fälle und der Höhe der Fallpauschalen ab. Stellt sich nachträglich heraus, dass ein Krankenhaus mehr eingenommen hat als mit den Kassen vereinbart, muss es den Großteil der Mehreinnahmen zurückzahlen. Werden die angestrebten Einnahmen nicht erzielt, bekommt das Krankenhaus nur etwa ein Fünftel der Mindererlöse als Nachzahlung.

Das heißt: Krankenhäuser müssen, um wirtschaftlich überleben zu können, die Fallzahlen und die Art der Fälle, die mit den Kassen vereinbart wurden, am Jahresende erreichen. Ansonsten schreiben sie ein Defizit.

**Linda van Riesen:**

Weil das Fallpauschalensystem auch immer unübersichtlicher geworden ist, gibt es tatsächlich inzwischen sogenannte Codier-Experten im Krankenhaus, die allein dafür zuständig sind, über die Fälle, über jeden einzelnen Patienten drüber zu schauen und zu schauen, inwieweit das Krankenhaus mit dem Geld verdient oder inwieweit das Krankenhaus mit denjenigen noch mehr Geld verdienen kann.

**SPRECHER:**

Linda van Riesen

**Linda van Riesen:**

Zum Beispiel ich habe einen Patienten auf der Station zu liegen, der kommt, sagen wir mal, mit einem Harnwegsinfekt. Und dann steht ein Codier-Experte hinter mir und sagt: ‚Mensch, der ist jetzt aber schon ganz schön lange hier‘ oder ‚Da kriegen wir aber jetzt nicht viel Geld für. Können wir nicht kucken, ob der noch eine andere Diagnose hat, die vielleicht noch ein bisschen mehr Geld bringt? Könnten wir da nicht noch einmal Blutabnehmen zum Beispiel, um vielleicht eine Elektrolytstörung, eine Entgleisung der Blutsalze oder sowas zu finden?‘ Das heißt, ich kriege als Arzt schon diktiert, wie ich Diagnosen eine andere Wertigkeit zuführe. Oder dass jemand hinter mir steht und sagt: ‚Mensch, der muss aber morgen gehen, sonst kriegen wir kein Geld mehr für den. Und dass ich dann schon sage: ‚Aber der ist noch viel zu krank – und dass es da schon aber dann auch großen Druck gibt zu sagen: ‚Na, aber den können wir jetzt hier eigentlich nicht mehr hierbehalten.‘

**SPRECHERIN:**

Jährlich handeln Vertreter der Krankenkassen, der privaten Krankenversicherungen und der Krankenhausverbände die Fallpauschalen neu aus. Als Grundlage dienen die Kostendaten einer Stichprobe von knapp 300 Krankenhäusern. Daraus wird ein bundesweiter Basiswert ermittelt, nach dem sich die Werte der Länder richten. Basierend auf diesen durchschnittlichen Kosten wird dann die Höhe der Fallpauschalen festgelegt.

**Michael Simon:**

Das ist insofern aus meiner Sicht ausgesprochen kritikwürdig, weil dieser Kostendurchschnitt keinerlei Rücksicht nimmt auf Qualitätsunterschiede, die werden überhaupt nicht berücksichtigt bei der Kostenerhebung. Und die Frage zum Beispiel, wie viel und wie gut qualifiziertes Personal ein Krankenhaus vorhält, geht nur als höhere Kosten in die Kalkulation ein.

**SPRECHER:**

Gesundheitssystemforscher Michael Simon

**Michael Simon:**

Dann werden aber diese Kosten auf den Durchschnitt reduziert sozusagen. Um das mal deutlich zu machen, welche problematischen Konsequenzen es aus meiner Sicht hat: Ein Krankenhaus mit überdurchschnittlichen Kosten bekommt nur die durchschnittlichen Kosten erstattet. Diese überdurchschnittlichen Kosten im Krankenhausbereich sind aber oftmals, da Krankenhäuser personalintensive Bereiche sind mit mehr als 60 Prozent Personalkosten, auf eine entsprechend gute Personalbesetzung, auf überdurchschnittlich viel Personal und entsprechend überdurchschnittlich qualifiziertes Personal zurückzuführen. Gerade im Pflegedienst, aber auch im ärztlichen Dienst hängen also Personalbesetzung und Kosten eng zusammen. Und dieses System, das wir haben, die Fallpauschalen, die auf durchschnittlichen Ist-Kosten basieren, bestraft sozusagen Kliniken für eine überdurchschnittlich gute Personalbesetzung mit Verlusten. Andersherum, wenn man auf durchschnittlichen Ist-Kosten basierend Fallpauschalen festlegt, erzielen natürlich die Kliniken Gewinne, die unterdurchschnittliche Kosten haben, das heißt zum Beispiel unterdurchschnittlich Personal besetzen, Personal vorhalten und auch schlechter qualifiziertes, ist das in der Regel billiger. Das sind ganz zentrale Wirkungen dieses Fallpauschalensystems.

**SPRECHERIN:**

Das Fallpauschalensystem hält Ärztinnen und Ärzte dazu an, das jährliche Krankenhaus-Gesamtbudget im Hinterkopf und bei der Visite den Monitor im Auge zu haben, der zeigt, ob ein Patient seine Fallpauschale schon aufgebraucht hat. Von einem Halbgott und einer Halbgöttin in weiß oder grün, die genau wissen, was uns fehlt und welche Behandlung wir benötigen, egal was Bürokraten und Controller sagen, zum Algorithmus, der dem Krankenhaus Gewinn bringt, wenn wir rasch wieder verschwinden, oder Verlust, wenn eine Heilung nicht nach Plan verläuft – das ist schon ein radikaler Umbruch im System Krankenhaus.

**ZITATOR:**

Zwischen Idealismus und Frustration: Das Personal

**SPRECHERIN:**

In unseren Medienträumen vom idealen Krankenhaus à la „Schwarzwaldklinik“ sind Ärztinnen und Ärzte noch die entscheidenden Akteure, unterstützt von stets einsatzbereitem und verständigem Pflegepersonal, das mit verstauchten Gliedern auch ganze Lebensgeschichten wieder richtet. Und der Verwaltungsapparat zeigt sich entweder einsichtig oder wird als Bremser und Pfennigfuchser ausgetrickst.

**SPRECHER:**

In der Realität unserer Krankenhäuser aber hat sich das Verhältnis oft umgekehrt. Da wachen Verwaltungen und Buchhaltungen über Etats und Personalplanungen. Die Folgen traten während der Corona-Krise deutlich zu Tage. Da sahen wir Menschen, die bei ihren medizinischen und pflegerischen Aufgaben oft über die Grenze der Belastbarkeit hinaus gefordert waren. Sie haben dann ein bisschen direkten und medialen Applaus und eine einmalige, eher bescheidene finanzielle Zulage bekommen. Aber seitdem geht alles so weiter wie zuvor.

**Linda van Riesen:**

Ich glaube schon, dass die Gesundheitsversorgung durch die Corona-Pandemie anders in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt ist, dass die Leute anders wahrnehmen auch, wie es insbesondere um den Personalmangel in den Kliniken bestellt ist.

Weil man ja ganz klar sagen muss: Den Pflegekraftmangel, den gab es ja schon vorher. Das ist ja kein neues Phänomen, was jetzt in der Corona-Pandemie zutage getreten ist. Aber es ist letztlich dadurch mehr in den Fokus gerückt, dass klar geworden ist: Es gibt genug Beatmungsplätze in Deutschland, es gibt genug Hochtechnologie-Intensivstationen, und es gibt das Know-how. Aber es gibt nicht das Personal, das alle diese Plätze bedienen kann und alle diese Intensivstationen letzten Endes versorgen kann.

**SPRECHERIN:**

In der Tat scheinen bei der Umgestaltung der Krankenhausfinanzierung die Bedürfnisse der Kranken wenig, die des Krankenhauspersonals aber noch weniger berücksichtigt worden zu sein.

**Michael Simon:**

Vor allem im Pflegedienst, aber auch im Servicebereich ist ganz viel passiert. Da ist dann ganz viel ausgegründet worden in schlechtere Tarifverträge, also die Reinigungskräfte, Küche, Techniker, Handwerker, all diese Bereiche, die als Servicebereiche zusammengefasst werden, haben erhebliche Verschlechterungen hinnehmen müssen. Die Zahl der Vollkräfte, also der Vollzeitäquivalent in diesem Bereich ist in den letzten Jahrzehnten auf die Hälfte reduziert worden. Davon sind sehr viele in schlechtere Bedingungen, in andere Unternehmen ausgegründet worden. Und im Pflegedienst sind viele Stellen abgebaut worden.

**SPRECHERIN:**

Wenn Patientinnen und Patienten schon vom Menschen zum Kostenfall degradiert werden, um wieviel dramatischer trifft diese Ökonomisierung die Belegschaft. Und dies auf höchst unterschiedliche Weise.

**SPRECHER:**

Der Anteil der Personalkosten für Ärztinnen und Ärzte am Gesamtbudget ist in den letzten Jahren laut Statistischem Bericht der Bundesregierung stark gestiegen, der für das übrige Personal allerdings in etwa gleichgeblieben – wenn die Kaufkraft mit berechnet wird, ist er sogar eher gesunken. Einerseits werden im Pflege- und Servicebereich Stellen eingespart, andererseits viele Stellen schlecht bezahlt.

**SPRECHERIN:**

Der Verteilungskampf findet also auch innerhalb des Krankenhauses statt. Die Institution unterscheidet sich da nicht vom Rest der Gesellschaft. Was gewiss nicht das fördert, was man ein gutes Betriebsklima oder ein Gemeinschaftsgefühl nennt.

**Linda van Riesen:**

Ich selber bin Ärztin in einem relativ großen Krankenhaus in Berlin. Und es ist so, dass es eine unglaubliche Arbeitsverdichtung natürlich gibt, dass man eigentlich für die Dinge, für die man mal den Beruf ergriffen hat, nämlich Zeit für den Patienten zu

haben und auch den Patienten gerecht zu werden, dass dafür keine Zeit ist. Es gibt eine große Verschiebung hin zu Bürokratie und Dokumentationspflicht, um eben auch diesem Abrechnungssystem gerecht zu werden. Und die Zeit, die ich tatsächlich am Bett des Patienten verbringe, die ist verschwindend gering. Es ist so, dass durch die Profitorientierung, durch die Tatsache, dass das Krankenhaus unbedingt Gewinne erwirtschaften muss, eine große Ressource eingespart wird, nämlich das Personal. Das heißt, es werden immer mehr Patienten durch immer weniger Leute versorgt. Und das führt dazu, dass eben einfach Patienten nur noch durch die Kliniken durchgeschleust werden, kann man schon fast sagen. Die Mitarbeiter rennen den ganzen Tag, die Pflege rennt den ganzen Tag. Es gibt viel zu wenig Pflegekräfte für viel zu viele Patienten und der Mensch als solches, der Patient als Individuum wird dabei eigentlich gar nicht mehr so richtig berücksichtigt. Sondern es kommt jemand mit einer Diagnose, und der wird dann so schnell wie möglich einer Prozedur zugeführt und wird dann so schnell wie möglich auch wieder entlassen.

**SPRECHER:**

Zahlen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung OECD über Pflegekräfte in Krankenhäusern für das Jahr 2015 zeigen deutliche Unterschiede auf: Während in Norwegen und Dänemark 8 Krankenhaus-Pflegekräfte auf 1000 Einwohner kamen und in Österreich 7, waren es in Deutschland nur 4,5 Vollkräfte je 1000 Einwohner.

**SPRECHERIN:**

Angesichts der Abwärtsspirale aus Stellenabbau und Unterbesetzung hat die vergangene schwarz-rote große Koalition ab 2020 die Pflegepersonalkosten aus dem Fallpauschalensystem ausgegliedert.

**Michael Simon:**

Die Pflegepersonalkosten, so sieht das Gesetz jetzt vor, sind über ein gesondertes Pflegebudget zu finanzieren, das auf Grundlage der tatsächlichen Personalbesetzung und der tatsächlichen Personalkosten zwischen Krankenhaus und Krankenkassen zu vereinbaren ist. Das ist eine Rückkehr zu einem sogenannten Selbstkostendeckungsprinzip, das seit 1972 galt und durch die Fallpauschalen abgeschafft wurde.

**SPRECHERIN:**

Bislang scheint sich die Situation allerdings nicht grundlegend verbessert zu haben.

**Linda van Riesen:**

Pflegekräfte, die die immer schlechter werdenden Bedingungen am Arbeitsplatz, die immer größere Arbeitsverdichtung, immer weniger Zeit für den Patienten, noch sehr lange mitgemacht haben und die jetzt in der Corona-Pandemie noch mal mehr an ihre absoluten Grenzen gestoßen wurden, über ihre Grenzen hinaus gegangen sind, und jetzt einfach sagen: Ich kann in diesem Beruf nicht mehr arbeiten.

**SPRECHER:**

Im Herbst 2021 warnt die „Vereinigung der Pflegenden in Bayern“ in einer Studie vor bedrohlichen Versorgungsengpässen: Selbst, wenn durch erfolgreiche Kampagnen

und attraktive Arbeitsmodelle mehr Menschen für den Pflegeberuf gewonnen werden sollten, werde es nicht mehr gelingen, den bisherigen Personalbestand zu halten.

**SPRECHERIN:**

Das bestausgestattete Gesundheitssystem nutzt kranken Menschen wenig, wenn es an den Personen mangelt, die es praktisch ausfüllen. Das Krankenhaus ist ein hoch kompliziertes gesellschaftliches Subsystem. Es ist ein Ort, an dem sich Menschen begegnen, Menschen, die Hilfe brauchen und Menschen, die Hilfe geben können. Wird dieser Faktor vernachlässigt, nutzen weder neueste Medizintechnik noch perfekte Abrechnungs-Algorithmen.

**Walk of Care #Gibuns5:**

„Es ist 6 Uhr. Schichtwechsel. In 10 Stunden ist Feierabend, so wie gestern, vorgestern, die ganze Woche schon.“ „Manchmal betreue ich 30 Patienten alleine. Natürlich kommt alles zu kurz“....

**ZITATOR:**

Das Krankenhaus der Zukunft – Gesundheitsfabrik oder Ort der Mitmenschlichkeit?

**SPRECHER:**

Mit Demonstrationen und Videos macht „Walk of Care“, eine Bewegung von Menschen in der Pflege und anderen Gesundheitsberufen darauf aufmerksam, dass ihre Ansprüche an die eigene Arbeit oft mit den Realitäten im Berufsalltag kollidieren. Gegründet 2016 als „Berliner Pflegestammtisch“ engagiert sich Walk of Care für Veränderungen im Gesundheitswesen.

**SPRECHERIN:**

Nicht erst durch die Erschütterungen der Pandemie ist in Deutschland klar geworden: Das deutsche Gesundheitssystem im Allgemeinen, das Krankenhaus im Besonderen ist keine zivilgesellschaftliche Selbstverständlichkeit. Hier trifft der Anspruch, Schmerzen zu lindern, Krankheiten zu heilen, Menschen in existentiellen Krisen beizustehen auf ökonomische Interessen, politische Planung und bürokratische Maßnahmen. Das heißt: Es gibt Konflikte. Konflikte zwischen medizinischem Auftrag und wirtschaftlicher Ausrichtung, Konflikte zwischen Personal und Politik; vor allem aber Konflikte, die nahezu jeder Mensch einmal sehr direkt erlebt. Der uralte und doch immer wieder neue Konflikt zwischen medizinischem Ethos und ökonomischer Notwendigkeit. Tatsächlich hat man mit der Erlaubnis, mit Krankenhäusern Gewinne zu erzielen, Entwicklungen angestoßen, vor denen man eigentlich mit Blick auf andere Länder oder auf andere Wirtschaftszweige hätte gewarnt sein können.

**Michael Simon:**

Wenn auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten die Fallpauschalen festgelegt werden und Kliniken mit überdurchschnittlichen Kosten aufgrund besonders guter Personalbesetzung Kosten einsparen müssen, und Kliniken, die unterdurchschnittliche Personalkosten haben, weil sie unterdurchschnittlich wenig Personal vorhalten, dann Überschüsse erzielen, dann macht so ein System den Betrieb von Krankenhäusern natürlich vor allem auch für gewinnorientierte Ketten besonders interessant.

**SPRECHER:**

Gesundheitssystemforscher Michael Simon

**Michael Simon:**

Es sind in den letzten Jahrzehnten seit Einführung des Fallpauschalensystems vor allem öffentliche Kliniken geschlossen worden, ein Großteil davon wurde in den ersten zehn Jahren, also bis ungefähr 2010 privatisiert, an private Klinikketten verkauft. Einige Gemeinden sind davon wieder abgerückt und haben zurückgekauft. Aber wir haben in Deutschland mittlerweile international verglichen einen sehr hohen Anteil privater, gewinnorientierter Krankenhäuser. Der ist höher als in den USA und ist in den letzten 20 Jahren deutlich gestiegen.

**SPRECHERIN:**

Seit 2010 gibt es in Deutschland mehr private als öffentliche Allgemeinkrankenhäuser. Allein die großen Vier, die Krankenhauskonzerne Helios, Asklepius, Rhön-Klinikum und Sana haben zusammen einen Anteil von 15% am gesamten Krankenhausmarkt –, liegt auch daran, dass diese rigider Kosten senken können als andere, weil sie nicht an öffentliche Tarifverträge gebunden sind. Das Fallpauschalensystem wird so zum Umverteilungssystem.

**Michael Simon:**

Es ist entschieden worden, dass die Gesamtausgaben konstant gehalten werden sollen, nur um einen bestimmten Prozentsatz jährlich erhöht werden, der durch Politik, durch Gesetz vorgegeben ist. Wenn also Kliniken Kosten sparen in diesem System, die Kosten bei einzelnen Fallpauschalen gesenkt werden, dann sinken nicht die Gesamtausgaben. Das Geld ist aber eingespart worden. Es wird dann aber anders verteilt. Und das Absurde aus meiner Sicht ist, dass diese Kostenersparnisse zum Beispiel in den Kliniken, die Personal abbauen mussten, dann an Kliniken verteilt werden, die unterdurchschnittliche Kosten haben, die also dafür noch mal belohnt werden, dass sie zum Beispiel eine unzureichende Personalbesetzung vorhalten. Das finde ich eine absolut absurde und in keiner Weise rational begründbare Konstruktion dieses Fallpauschalensystems, ist aber viel zu wenig bekannt.

**SPRECHERIN:**

2019 legte der Bundestag gesetzlich Untergrenzen fest, wie viele Pflegekräfte pro Krankenhausbett vorhanden sein müssen. Jetzt konzentriert sich das Sparen offensichtlich auf die Ärzte.

**SPRECHER:**

Unter dem Titel „Weniger Ärzte, hohe Gewinne“ berichtet *Die Zeit* im Mai 2021 darüber, wie Helios, mit 89 Kliniken die größte private Krankenhauskette in Deutschland, Stellen für medizinisches Personal abbaut.

**ZITATOR:**

Auch das Herzzentrum Leipzig gehört zu Helios. Dort klagen Ärztinnen und Ärzte ebenfalls über Personalknappheit und einen hohen Arbeitsdruck. Dem Nachrichtenmagazin *Exakt* des Mitteldeutschen Rundfunks sagten Mediziner im April: Fast jeden dritten Tag müsse der Rettungsleitstelle signalisiert werden, dass

man keine neuen Notfallpatienten aufnehmen könne. Es fehle Personal – in der Pflege, aber auch bei den Ärzten. Das betreffe nicht nur Corona-Infektionen. Als *Exakt* bei der Klinik nachfragte, bestätigte die Geschäftsführung, man plane sogar mit noch weniger Ärzten.

Die Zeit, 12. Mai 2021

#### **SPRECHERIN:**

Jedes profitorientierte Unternehmen versucht, an Lohnkosten zu sparen und das Personal nach Kräften zu belasten. Trotz gelegentlicher Erfolge, die Proteste wie die der „Bunten Kittel“ oder von Bürgerinitiativen für den Erhalt regionaler Krankenhäuser erzielen, geht der Prozess von Zentralisierung, Spezialisierung und Privatisierung weiter.

#### **SPRECHER:**

Eine dpa-Meldung vom 20. August 2021:

#### **ZITATOR:**

Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen sollen sich künftig auf bestimmte Leistungen von der Schlaganfall-Versorgung über die Knie-Prothese bis zur Bauchspeicheldrüsen-OP spezialisieren.

Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) und Vertreter von Krankenhäusern, Ärztekammern und Krankenkassen stellten am Freitag Grundzüge für eine tiefgreifende Krankenhausreform im bevölkerungsreichsten Bundesland vor. Künftig ist nicht mehr die Bettenzahl das zentrale Planungsinstrument. Vielmehr wird zur Ermittlung des stationären Bedarfs die jährliche Fallzahl je medizinischer Leistung, etwa bei Hüft- und Knie-Prothesen, Organtransplantationen oder Geburtshilfe herangezogen. NRW wird das erste Bundesland mit einem solchen Modell. Die Krankenhausgesellschaft NRW schließt nicht aus, dass der neue Plan ‚im konkreten Einzelfall‘ zu Schließungen einzelner Abteilungen oder ganzer Krankenhäuser führen könnte, so der Vorsitzende Jochen Brink. Er schätzte den Finanzbedarf für den Zeitraum der Umstrukturierung auf 200 Millionen Euro jährlich.

#### **SPRECHER:**

Als defizitär besonders schließungsgefährdet sind Kinderabteilungen und Kinderintensivstationen, da hier der Betreuungsbedarf besonders hoch ist, was das Fallpauschalensystem nicht entsprechend ausgleicht.

Als 2019 in NRW über die jetzt beschlossene Krankenhausreform kontrovers diskutiert wurde, erschien eine Studie zur „Zukunftsfähigen Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen“. In Auftrag gegeben von der Bertelsmann-Stiftung im Rahmen des Projektes „Neuordnung Krankenhaus-Landschaft. Weniger ist mehr“. Wieder wurden Schließungen und Kostenreduzierungen empfohlen. Und wieder gab es folgenlose Kritik.

#### **SPRECHERIN:**

Es sieht nicht so aus, als hätten wir aus der Pandemie etwas gelernt hinsichtlich unseres Gesundheitssystems. Mit jährlich 750 Millionen Euro unterstützen Bund und Länder die Schließung von Krankenhäusern – gleichzeitig vernachlässigen die Länder ihre Aufgabe, Bau, Unterhalt und Investitionen von Krankenhäusern zu finanzieren.

**SPRECHER:**

Seit Beginn der 1990er Jahre wurden in Deutschland fast 500 Krankenhäuser geschlossen. Damit nahm ihre Zahl um 20 Prozent ab, die der Krankenhausbetten um 25 Prozent. Im gleichen Zeitraum nahm die Zahl der Patienten- bzw der Fallzahlen um 33 Prozent zu. Möglich wird das, weil die Patienten im Durchschnitt nur noch halb so lange im Krankenhaus liegen als zuvor.

**SPRECHERIN:**

Gesundheitsökonominnen begründen die Reduzierung der Krankenhäuser mit freigegebenen Behandlungskapazitäten, mit Fortschritten der Medizin und mit der größeren Erfahrung in Groß- und Spezialkliniken.

**Reinhard Busse:**

Es sollte klar definiert sein als erstes, dass Krankenhäuser nur die Patienten behandeln, für die sie auch ausreichend qualifiziert sind. Wenn man also etwa am Thema Herzinfarkt sieht – es ist immer ein bisschen schwierig, wie viele Krankenhäuser wir eigentlich haben –, aber mit den Krankenkassen rechnen etwas über 1400 Krankenhäuser ab. Von denen haben nur 570 zum Beispiel Linksherzkatheter. Aber von den 1400 rechnen über tausend Krankenhäuser jeweils Patienten mit Herzinfarkt ab. Ganz klar: Die, die keine Herzkatheter haben, dürfen diese Patienten auch nicht behandeln.

**SPRECHER:**

Reinhard Busse, Gesundheitsökonom und Politikberater

**Reinhard Busse:**

Das sollte Grundregel sein: Krankenhäuser behandeln nur die Patienten, für die sie personell und technisch qualifiziert sind. Und das würde zu einer auch realistischeren Anzahl von Krankenhäusern führen, dass man dem Bürger sagen könnte: Die sind qualifiziert, wenn da draufsteht ‚Krankenhaus‘, da müssen die wichtigsten Erkrankungen behandelt werden können. Darüber gibt es Krankenhäuser, die die speziellen Dinge behandeln, etwa Krebserkrankungen darf nicht jedes Krankenhaus machen und auch das müsste klar kommuniziert werden: Dass nur Krankenhäuser, die entsprechende Krebszentren haben, auch Patienten mit dieser jeweiligen Krebsart behandeln können. Also klarere Definition, welches Krankenhaus macht was?

**Klaus Emmerich:**

Es gibt spezialisierte Krankenhäuser, beispielsweise orthopädische Kliniken, die nur das machen und nichts anderes, die haben weniger Vorhaltekosten, weil sie halt nur den operativen Teil abdecken müssen und zum Beispiel keine Vorhaltungen für Chemotherapien haben oder zum Beispiel für Endoskopien oder sonst etwas. Weil sie sich mit vielen Patienten auf wenige Behandlungen einstellen und ausrichten müssen, benötigen sie deutlich weniger Medizingeräte, können die stark auslasten und haben dadurch wirtschaftliche Vorteile.

**SPRECHER:**

Klaus Emmerich

**Klaus Emmerich:**

Wir brauchen aber in Deutschland in der Fläche nicht überwiegend Fachkliniken, sondern Allgemeinkliniken, die ein Grundspektrum stationärer Erkrankung komplett abdecken. Und diese Allgemeinkliniken, das sind diejenigen Kliniken, die am meisten wirtschaftliche Nachteile haben. Und die können sich das Spektrum eben nicht aussuchen. Wenn ein kommunaler Träger ein Krankenhaus errichtet und betreibt, dann ist er verpflichtet, eine Mindeststruktur vorzuhalten. Das ist zum Beispiel die innere Medizin, die Chirurgie als klassisches Angebotsbeispiel, die Gynäkologie und Geburtshilfe für Entbindungen – das ist sozusagen der Standard eines Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung in kleiner Form, der vorzuhalten ist in der Fläche, damit jeder Bürger in einer angemessenen Entfernung ein Krankenhaus erreicht. Gibt es keinen Privatträger, der freiwillig ein solches Krankenhaus errichtet, muss es der kommunale Träger tun, um den Bedarf in der Bevölkerung und in dieser Region abzudecken. Wenn aber das Gebiet dünn besiedelt ist, hat genau dieses Krankenhaus mit dieser Grundangebotsstruktur einen wirtschaftlichen Nachteil. Jeder gemeinnützige Träger oder jeder Privatträger mit Privatkliniken kann sich seinen Standort aussuchen und kann dort ein Krankenhaus gründen, wo er es will. Und dann kann er natürlich die Gesichtspunkte mit einbeziehen, ob sich sein Angebotspektrum rechnet und ob er lieber ein Allgemeinangebot hat oder ob er zum Beispiel eine Fachklinik betreibt, die sich nur auf Lungenerkrankungen, nur auf orthopädische Erkrankungen oder irgendetwas anderes konzentriert.

**SPRECHERIN:**

Anstelle geschlossener Allgemeinkliniken sollen sogenannte „Integrierte Versorgungszentren“ treten. Tatsächlich sind sie kein richtiger Ersatz, weil Ärzte dort nicht rund um die Uhr präsent sind. Zudem sind solche Zentren im Rahmen des Fallpauschalensystems wohl nicht finanzierbar.

**Reinhard Busse:**

Insbesondere auch in ländlichen Gebieten hat man so was wie ‚Gesundheitszentren‘, die durchaus auch mal Betten haben können für Personen, die halt entweder sehr kleine Anlässe nur haben, mal über Nacht beobachtet werden müssen oder die nach einem Aufenthalt in einem größeren Krankenhaus Pflegebedarf haben, aber etwa alleine wohnen und noch nicht so weit sind, dass sie wieder nach Hause können. Also da muss eine neue Art von stationärer Versorgung her, die wir aber auch dann nicht Krankenhaus nennen sollten.

**SPRECHERIN:**

Was die Zukunft der Krankenhäuser angeht, gehen die Meinungen von Personal und Patienten, Expertinnen und Experten weit auseinander. Die Krise entsteht durch einen Mangel an politischer Planung und Finanzierung, durch den Widerspruch zwischen Patientenwohl und Profitinteresse. Dazu kommt ein intransparentes System, in dem sich Expertentum und Lobbyismus auf der einen und Gleichgültigkeit und Desinformation auf der anderen Seite verbinden.

Nur in einem ist man sich einig: Dass ein schlichtes Weiter-So katastrophale Folgen haben muss. Betrachtet man allerdings die Resonanz in Politik und Öffentlichkeit, muss man befürchten, dass es auf eben dieses Weiter-So hinauslaufen wird. Zum Beispiel hat die Krankenhausfinanzierung im vergangenen Wahlkampf so gut wie keine Rolle gespielt. Zu wenig Ärzte und Ärztinnen, überfordertes Pflegepersonal, Profitstreben, hygienische Defizite – all das, was auf dem Höhepunkt der Pandemie in Fernsehnachrichten und auf Zeitungsseiten gelangte, scheint plötzlich keine Rolle mehr zu spielen. Was bleibt von den Hoffnungen, die verhängnisvolle Entwicklung der letzten beiden Jahrzehnten könnte noch rückgängig gemacht werden?

**Klaus Emmerich:**

Manche Klinikleiter beugen sich dem wirtschaftlichen Druck und versuchen, tatsächlich mit weniger Personal auszukommen, was ich als Ausbeutung betrachte, was aber trotzdem nachvollziehbar ist. Insbesondere wenn auch der Träger eines Klinikleiters signalisiert, dass er nicht mehr Mittel zur Verfügung stellen wird. Die richtige Vorgehensweise ist in meinen Augen immer noch, dass der Patient Vorrang hat. Ich bin dankbar dafür, dass mein kommunaler Träger sich mit mir einig war, dass wir die Personaldecke nicht kürzen, sondern eher noch aufstocken, für gute Patientenversorgung geradestehen und dass wir in Summe dafür unsere Defizite erhöhen und der Träger diese Defizite wieder ausgleicht. Mein Landkreis war stolz darauf, eine gute Versorgung zu gewährleisten. Es gibt genügend andere Träger, die das Gleiche tun. Das können Sie aber von einem Privatunternehmen nicht erwarten.

**SPRECHER:**

Im Herbst 2020 bezog der Marburger Bund, der Verband der angestellten und verbeamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands, deutlich Position zur Zukunft der Krankenhausversorgung:

**ZITATOR:**

Durch die wettbewerbliche Ausrichtung der Krankenhäuser sind Ärztinnen und Ärzte, die Pflege und andere Gesundheitsberufe einem fortwährenden kommerziellen Rechtfertigungsdruck ausgesetzt. Gesundheit ist aber kein marktwirtschaftliches Gut, sondern öffentlicher Auftrag im Rahmen der Daseinsvorsorge. Ökonomische Interessen können nicht ausgeblendet werden – sie dürfen aber die Versorgung nicht dominieren, wie das derzeit immer mehr der Fall ist. Deshalb braucht die Krankenhausversorgung eine Neujustierung auf mehreren Ebenen. Die Strukturen der Versorgung müssen stärker auf Kooperation und Vernetzung ausgerichtet werden, die Krankenhausplanung muss endlich wieder ihrem Ziel einer bedarfsgerechten Sicherstellung der Versorgung entsprechen und die Finanzierung der Kliniken ist durch ein neues Vergütungssystem sowie nachhaltige Investitionen unter Beteiligung des Bundes grundlegend zu reformieren.

**SPRECHERIN:**

Wenn sich etwas grundlegend ändern soll, müsste es schon einen politischen Eingriff in dieses System geben – da sind sich auch die Aktivisten von „Bündnis Klinikrettung“, „Walk of Care“ und „Bunte Kittel“ einig.

**Linda van Riesen:**

Wir haben eine Petition eingereicht vor einigen Monaten und sind jetzt kurz vor den 50.000 sozusagen, in der wir ‚Keine Profite mit Krankenhäusern‘ fordern. Und unser Vorschlag wäre zum Beispiel, dass die neue Bundesregierung eine Enquete-Kommission einrichtet, in der nicht nur Mitarbeiter des Gesundheitssystems, also die berufsständischen Vertretungen, aber auch Patient\*innen-Vertretungen, der Deutsche Ethikrat, Wissenschaftler\*innen zu Wort kommen und gemeinsam ein neues gemeinwohlorientiertes Finanzierungssystem finden.

**SPRECHERIN:**

Die Versorgung von kranken Menschen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die es gemeinwohlorientiert zu lösen gilt. Das gilt im übrigen auch für das deutsche Pflegesystem. So wenig, die Politik dies beschäftigt, so breit scheint die Zustimmung der Bürger zu sein.

**SPRECHER:**

Unter dem Motto „Abstimmung21“ fand im Herbst 2021 eine erste selbstorganisierte bundesweite Volksabstimmung statt, an der sich rund 160.000 Bürger beteiligten. Eine der vier Fragen lautete:

**ZITATOR:**

Stimmen Sie für die Überführung des aktuellen Krankenhausfinanzierungssystems in ein gemeinwohlorientiertes Finanzierungssystem?

**SPRECHER:**

Nach der Auszählung von etwa zwei Drittel der Antworten haben sich 97% der Teilnehmer gegen Profite mit Krankenhäusern ausgesprochen.

**Michael Simon:**

Eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung ist rechtstechnisch problemlos machbar.

**Michael Simon:**

Wir hatten ein System, das 1972 eingeführt wurde und bis zur Einführung des Fallpauschalensystems in seinen Grundzügen gegolten hat. Es gab ein zentrales Prinzip in diesem System von 1972, das Selbstkostendeckungsprinzip, dass Krankenhäuser eben nicht als gewinnorientierte Wirtschaftsunternehmen betrachtet werden, sondern dass Krankenhäuser angesehen werden und sich so auch verhalten sollen und dieser Orientierung sich verpflichtet fühlen sollen, dass Einrichtungen der sozialen Solidarität, der praktischen Nächstenliebe, der Hilfe im Fall von Krankheit und Unfall sein sollen. Wenn man zum Selbstkostendeckungsprinzip zurückkehren würde, dann kann man mit Krankenhäusern keinen Gewinn mehr erzielen. Von daher sind Krankenhäuser als Anlageobjekt für private Investoren von da ab uninteressant. Das ist durchaus möglich. Dazu braucht es nur die entsprechenden politischen Mehrheiten.

**ZITATOR:**

Am Sonntag stimmte eine deutliche Mehrheit der GeislingerInnen dafür, den Landkreis Göppingen zu verlassen. Damit ist Geislingen bereits die achte Kommune, die lieber zum Alb-Donau-Kreis gehören würde. Den Ausschlag gab die Schließung der Helfenstein-Klinik.

KonText: Wochenzeitung, 2. Oktober 2021

**SPRECHERIN:**

Vielleicht gehört es zum Wesen eines Krankenhauses der Zukunft, dass es nicht nur medizinisch und ökonomisch funktioniert, sondern dass alle Menschen, die damit zu tun haben, es mit einem gewissen Stolz ansehen.

**SPRECHERIN:**

Es geht um politische Verantwortung und Finanzierung im Sinne von Menschenwürde und Gemeinwohl. Es geht um angemessene Bezahlung des Personals, es geht um Arbeitsbedingungen, die dem Wohl des kranken Menschen dienen. Es geht um eine Balance zwischen einer flächendeckenden und der spezialisierten medizinischen Versorgung, zwischen der medizinisch-technischen und der menschlich-sozialen Seite des Krankenhauses. Aber vielleicht geht es auch noch um mehr. Nämlich um das Ethos des ärztlichen Berufes, um die Würde des leidenden Menschen und um ein Gesundheitssystem, das einem humanistischen Auftrag gehorcht sollte. Und im Zweifelsfall muss dies auch mit lautstarkem öffentlichen Druck gefordert und befördert werden.

**Absage:**

Zwischen Patientenwohl und Ökonomie

Krankenhaus unter Druck

Feature von Markus Metz und Georg Seeßlen

Es sprachen: Antonia Mohr, Marcus Michalski und Uwe-Peter Spinner

Ton

und Technik: Christian Eickoff und Andrea Walz

Regie: Felicitas Ott

Redaktion: Wolfram Wessels

Produktion: Südwestrundfunk 2021