

# **07. Januar 2021 - Bundesweite Reduktion der Krankenhäuser während der Pandemie (Grundsatzkritik an der Bertelsmann-Studie)**

## **Bundesweite Reduktion der Krankenhäuser während der Pandemie (Grundsatzkritik an der Bertelsmann-Studie)**

**2019 veröffentlichte die Bertelsmann-Stiftung unter Federführung von Prof. Busse eine (methodisch zu hinterfragende) Studie, in der aus Effizienzgründen eine Reduktion von Krankenhäusern bundesweit auf nur noch 600 empfohlen wird. In einem Thesenpapier für die Akademie der Wissenschaften „Leopoldina“ plädierte Prof. Busse sogar für nur noch 320 zentralisierte Krankenhäuser in Deutschland, angelehnt an das dänische Modell. Gerade in der Corona-Krise wird jedoch sehr deutlich, wie wichtig ein gut ausgebautes Netz an Krankenhäusern ist. Hier erfolgt eine Grundsatzkritik.**

### **Beschleunigtes Kliniksterben wurde forciert**

In den letzten 30 Jahren wurden jedoch seit der Wiedervereinigung 1990 bundesweit 25% aller Krankenhäuser geschlossen und 20% aller Krankenhausbetten abgebaut. „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“. [\[1\]](#) Weitere Schließungsbeschlüsse oder entsprechende Planungen liegen für rund 30 weitere Kliniken vor, darunter große Standorte in Hamburg, Dresden und Berlin.

### **Leistungsfähige Krankenhäuser werden sogar in Ballungsgebieten geschlossen**

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? Etliche Standorte wurden abgewickelt, obwohl die meisten Häuser über Notaufnahmen, Intensivbetten, Chirurgie und innere Medizin verfügten, die Coronapatienten behandelt hätten oder den benachbarten Kliniken den Rücken freigehalten hätten. Mit den Maßnahmen sind jedoch allein in Bayern 2.144 Betten und 4.000 Arbeitsplätze verloren gegangen, so dass Kritiker fragten: „Mehr Qualität durch Kahlschlag?“.

### **Finanzielle Förderung von Krankenhausschließungen**

„Seit 2016 bekommt das Kliniksterben sogar eine neue Dimension: Bund und Länder geben seit 2016 viel Geld in einen Strukturfonds, aus dem bevorzugt Schließungen von Abteilungen oder ganzen Standorten gefördert werden (seit 2016 eine Milliarde Euro, seit 2018 ca. 750 Millionen

Euro). Gleichzeitig kommen die Länder seit Jahren ihren gesetzlich vorgeschriebenen Investitionen in die Krankenhäuser nicht vollumfänglich nach. 2017 haben sie nur 44,3 Prozent der vorgesehenen Investitionen getätigt. Das heißt: Geld für Schließungen wird bereitgestellt, aber Geld für Investitionen, um Schließungen zu verhindern, offenbar nicht. Die Tatsache ist: Die Klinikschließungen passieren, weil Krankenhäusern das Geld ausgeht, und das ist politisch gewollt.“ [\[2\]](#) In ihren Berichten monierten die Finanzprüfer grundlegende Defizite bei der Krankenhausplanung und -finanzierung in Deutschland.

## **„Krankenhaussystem für Notlagen krisenfest machen“**

Dazu fragt die Initiative „Gemeingut in BürgerInnenhand“: „Wäre es aber nicht naheliegender, das Krankenhaussystem 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 Corona-Jahr 2020, das Sterben hat sich sogar beschleunigt“, wie zuvor dargelegt.

## **Patientenversorgung wichtiger als Wirtschaftlichkeit**

Zwei aktuelle Forsa-Umfragen belegen, dass eine deutliche Mehrheit der Befragten (86 Prozent) die Krankenhausschließungen ablehnt und für 93 Prozent die wohnortnahe Krankenhausversorgung wichtig oder sehr wichtig ist. 96% halten die Patientenversorgung für wichtiger als die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser. Dass Krankenhäuser effizient arbeiten und zur Wirtschaftlichkeit verpflichtet sind, wird von den Krankenkassen überwacht und geprüft. Doch obwohl die Krankenhausversorgung kein Markt ist, wurde unser Gesundheitssystem seit Mitte der 80er Jahre sukzessive den Marktregeln unterworfen. Hier geht es aber nicht um mehr „Effizienz“, sondern im Jargon der Ökonomen um die „Marktberreinigung“. Marktberreinigung ist aber bei Krankenhäusern ein völlig falscher Begriff: Denn nicht der Markt bestimmt, ob viele oder wenige Menschen ins Krankenhaus müssen, sondern ihr Gesundheitszustand.

## **Begünstigung der Privatisierung durch kommerzielle Krankenhauskonzerne**

Doch maßgebliche Gesundheitspolitiker wie Ex-Gesundheitsminister Jens Spahn (bis 2010 Teilhaber einer Lobbyagentur im Gesundheitswesen), Gesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach (langjähriges Aufsichtsratsmitglied der privaten Rhön-Kliniken bis 2013) oder der NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann unterstützen die Schließungen und reden von notwendigen „Strukturveränderungen“. Die Insolvenz-Gefährdung öffentlicher Krankenhäuser einerseits und die politisch zugelassene Privatisierung der Krankenhäuser andererseits schreiten deshalb seit Jahren voran und private Klinikkonzerne machen sagenhafte Gewinne. Allein die Asklepios-Kliniken-Gruppe erwirtschaftete im Jahr 2018 einen Gewinn von 171,1 Millionen Euro, wie die Initiative „Gemeingut in BürgerInnenhand“ feststellt. „Längst 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.“ [\[3\]](#)

## **Politiker folgen kritiklos den Bertelsmann-Empfehlungen**

Die dafür verantwortlichen Politiker orientieren sich vor allem an Strategiepapieren der Bertelsmann Stiftung oder der Wissenschaftsakademie Leopoldina. Diese 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“, so die Kritik auf den „Nachdenkseiten“. Prof. Karl Lauterbach hatte sogar im Juni 2019 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.“ Sechs Wochen später präsentierte die Gütersloher Denkfabrik eine Expertise, die eine Reduzierung der allgemeinen Kliniken von 1.400 auf 600 empfiehlt.

## **Krankenhauspolitik gegen den Bürgerwillen und gegen die Ärzteschaft**

Die Bürgerinnen und Bürger wollen jedoch 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, wie das Forsa-Institut durch repräsentative Umfragen ermittelte. Auch die betroffene Ärzteschaft sieht das ähnlich. Doch die Autoren der Bertelsmann-Studie und der Leopoldina setzen auf die kühne These, dass kleinere Standorte zur Krisenbewältigung in der Pandemie gar nicht gebraucht würden, da sie angeblich nur ein Viertel aller Kliniken den Löwenanteil der Covid-19-Patienten versorgt hätten und ein Viertel der Kliniken gar nicht daran beteiligt waren. Deshalb plädieren die „Experten“ für den Abbau von lokalen Überkapazitäten und eine verstärkte Spezialisierung der Leistungserbringung durch Konzentration von Kapazitäten und Zentrenbildungen“.

## **Bertelsmann & Co. Ignorieren die Erfahrungen der Pandemiewelle**

„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.

## **Kampagne einer aktiven Lobby geht in falsche Richtung**

Der Präsident des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte (VLK), Michael Weber, äußerte sich in einer gemeinsamen Stellungnahme von November 2021 sehr deutlich: „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“. 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“. Eine „sehr aktive und vermutlich hochbezahlte Lobby für Krankenhausschließungen“ sieht auch Waßmuth von GiB (Gemeingut in BürgerInnenhand) am Werk.

## Vom „Rettungsschirm“ profitieren zuvorderst die kommerziellen Krankenhäuser

Auch vom „Rettungsschirm“ für die gefährdeten Krankenhäuser infolge der Pandemie milderte weniger die Nöte der kleinen und mittelgroßen Krankenhäuser, wie der VLK beanstandete. Einmal mehr profitieren vor allem die großen Standorte und starken kommerziellen „Platzhirsche“, die damit ihren Abstand zum großen 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. Mit dem am 1. Januar 2021 in Kraft getretenen „Krankenhauszukunftsgesetz“ geht es u. a. auch um die Förderung weiteren Bettenabbaus. Somit wird Corona für die Rationalisierung und Verknappung der Versorgungslandschaft im Interesse der großen marktbeherrschenden Krankenhauskonzerne missbraucht, ohne Rücksicht auf die von der Bürgerschaft und den Patientinnen und Patienten sowie weiten Teilen der Ärzteschaft gewünschten örtlichen und regionalen Versorgungsstrukturen, die sich bisher bewährt hatten.

*Wilhelm Neurohr*

[1] Beitrag in den „Nachdenkseiten: „Tod auf Rezept. Mitten in der Coronakrise und politisch gewollt machen reihenweise Krankenhäuser dicht.“

[2] Interview der Online-Redaktion „Nachdenkseiten“ mit Laura Valentukeviciute, Sprecherin der Initiative „Gemeingut in BürgerInnenhand“

[3] Beitrag in den „Nachdenkseiten: „Tod auf Rezept. Mitten in der Coronakrise und politisch gewollt machen reihenweise Krankenhäuser dicht.“

## Klaus Bultmann: Krankenhausstrukturen im nördlichen Ruhrgebiet würden nach den Ansätzen der Bertelsmann-Studie zerschlagen

Für das das Institut fu?r Wissenschaft, politische Bildung und gesellschaftliche Praxis NRW e. V. (IWiPo) hat Klaus Bultmann aus Herten die folgende Studie (Analyse) erarbeitet und im Dezember 2021 vorgelegt:

- **„Ansatz und Konsequenzen für das Krankenhauswesen im Kreis Recklinghausen sowie in den Städten Gelsenkirchen und Bottrop (VG 08) bei einer Übertragung des Ansatzes der Bertelsmann-Studie für den Köln-Leverkusener Raum (VG 05)“**

>>> Die vollständige Analyse kann direkt beim Autor als pdf-Datei angefordert werden unter

## **Inhaltsübersicht:**

Vorbemerkung

2. Methodische Hinweise zu den Kernaussagen  
der Bertelsmann-Studie und zum Ansatz der eigenen Analyse

2.1 Die Kernaussagen der Bertelsmann-Studie

2.2 Methodische Hinweise

3. Die Krankenhaussituation im Versorgungsgebiet 08 im Jahr 2017

4. Kritik der Bertelsmann-Studie anhand von empirischen Daten

4.1 Die Vernachlässigung der Sozialdaten

4.2 Die unberücksichtigte Situation der ambulanten Versorgung

4.3 Die Vernachlässigung der demographischen Entwicklung

4.4 Zusammenfassung

5. Die weitreichende Zerschlagung des Krankenhauswesens im  
Versorgungsgebiet 08 durch die Kombination der Kriterien der  
Bertelsmann-Studie

5.1 Die Konsequenzen aus der Kombination des Ansatzes der  
ambulant-sensitiven Krankheitsfälle und dem Kriterium der  
Wirtschaftlichkeit

5.2 Die Konsequenzen aus dem Zwei-Säulen-Modell der  
Krankenhausversorgung

6. Schlussbemerkung

Quellen

## **Vorbemerkung:**

Die Corona-Pandemie hat, von einer gesellschaftlichen Mehrheit breit getragen, die Notwendigkeit einer dichten, ortsnahen Krankenhausversorgung nachhaltig dokumentiert. Dies darf aber nicht darüber hinweg täuschen, dass große Teile der Gesundheitsökonomien seit vielen Jahren für eine völlige Umstrukturierung des Krankenhausesektors plädieren. Als exemplarisches Beispiel dafür kann die Bertelsmann-Studie „Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen“ (2019) angesehen werden, die im Jahr ihrer Veröffentlichung für breites Aufsehen sorgte.

Der dort gewählte Ansatz lässt sich in seiner gesundheitsökonomischen Ausrichtung sehr grundsätzlich kritisieren, wie im nachfolgenden Exkurs als Begleittext zur Einstimmung erfolgt. Wenngleich eine solche Grundsatzkritik in den folgenden Ausführungen (Exkurs) zweifelsohne als Hintergrundfolie dient, steht sie nicht im Vordergrund der Analyse. Vielmehr sollen durch Übertragung zentraler Kriterien der Studie auf das regionale Umfeld, das als VG 08 den Kreis Recklinghausen sowie die Städte Gelsenkirchen und Bottrop umfasst (s. Krankenhausplan 2015: 154/155), anhand empirischer Daten auf wesentliche Schwächen des Modells hingewiesen (Gliederungspunkt 4) sowie die verheerenden Auswirkungen für die Krankenhausversorgung

gerade im Kreis Recklinghausen dokumentiert werden (Gliederungspunkt 5). Zuvor gilt es jedoch, kurz auf die Kernaussagen der Bertelsmann-Studie einzugehen, einige methodische Hinweise vorzunehmen (Gliederungspunkt 2) und die Krankenhaussituation im Versorgungsgebiet zu erläutern (Gliederungspunkt 3).

Im Punkt 2 dieser Analyse finden sich methodische Hinweise zu den Kernaussagen der Bertelsmann-Studie und zum Ansatz der eigenen Analyse, zunächst bezogen auf die Kernaussagen der Bertelsmann-Studie. Im Kern geht es den Bertelsmann – Autoren unter Berufung auf „zahlreiche Fachleute des Gesundheitswesens“ (2019) um den Abbau der von ihnen diagnostizierten Überkapazität im Krankensektor und eine stärkere Konzentration und Spezialisierung der Häuser. Ein Schaubild verdeutlicht den Gesamtzusammenhang. Grundlage für ihren „Modellansatz“ stellt die Fallzahlreduzierung durch Ambulantisierung der sog. ASK-Fälle dar.

## **Fazit (Schlussbemerkungen)**

Die Analyse kommt in den Schlussbemerkungen zu folgendem Fazit:

Die skizzierten Ergebnisse verdeutlichen, dass eine Übertragung zentraler Kriterien des Ansatzes der Bertelsmann-Studie auf das VG 08 zu einer nahezu kompletten Zerschlagung der momentan vorhandenen Krankenhausstrukturen und einer anschließenden Neuorganisation führte. Dies kann z.B. hinsichtlich der Grundversorgung nicht nur, aber insbesondere der älteren Bevölkerung oder der psychiatrischen Pflichtversorgung bzw. der anderen o.a. Punkte kein sinnvoller Ansatz sein, selbst wenn man von einer Reformnotwendigkeit der stationären Versorgung ausgeht und dabei keineswegs der Erhalt einzelner Betten im Vordergrund steht.

Stationäre Kapazitäten in einer Region sind Gegenstand gesundheitspolitischer und nicht gesundheitsökonomischer Erwägungen. Mit der Berücksichtigung der Zusammenhänge zwischen sozialen bzw. sozioökonomischen Daten sowie der demographischen Entwicklung und Gesundheit und der Notwendigkeit der Betrachtung der regionalen vertragsärztlichen Versorgung hat die Analyse einige Kriterien herausgearbeitet, die zwar einer -an dieser Stelle nicht leistbaren – weiteren Konkretisierung bedürften, unterdessen für eine Krankenhausplanung mit dem Anspruch einer bedarfsgerechten und ortsnahen Daseinsvorsorge unabdingbar sind.