

Warum wir wohnortnahe Krankenhäuser brauchen

Das Bündnis Klinikrettung interviewte Menschen, die von Krankenhausschließungen persönlich betroffen sind. Sieben Plädoyers für den Klinikerhalt.



Anke Görtz, Röntgenassistentin aus Havelberg, Sachsen-Anhalt. Das dortige Krankenhaus wurde 2020 geschlossen: „Vor der Schließung des Krankenhauses arbeiteten 48 Krankenschwestern in Havelberg, wovon jetzt genau noch drei als Krankenschwestern in einem Krankenhaus arbeiten. Alle anderen haben den Beruf gewechselt. ... Nach der Schließung wurde uns von der Landesregierung versprochen, ein Medizinisches Versorgungszentrum in Havelberg aufzubauen. Bis heute, vier Jahre nach der Schließung, ist nichts passiert.“



Horst Vogel, Rentner aus Hersbruck in Bayern. Seit 2019 gibt es dort kein Krankenhaus mehr – mit gravierenden Folgen für das Umland: „Wir haben sehr viele alte Leute hier. Für die Alten- und Pflegeheime war die Schließung eine Katastrophe, weil sie auch von den ÄrztInnen abhängig waren. ... Wir sind an die Stadtbevölkerung herangetreten, dass sie uns doch unterstützen soll. Um sie im Kern zu treffen, haben wir gesagt: Wenn ihr uns nicht helft, dann liegen wir in euren Betten – wenn ihr uns nicht helft, dann liegen wir in eurem Krankenhaus!“



Iris Stellmacher, Ernährungswissenschaftlerin aus Breisach am Oberrhein. Noch gibt es dort ein Krankenhaus, für dessen Erhalt sie kämpft: „Das regionale Krankenhaus in Breisach hat mir das Leben gerettet, weil es wohnortnah ist und weil sofort am Sonntagabend gehandelt wurde. ... Wohnortnahe Krankenhäuser sind ganz besonders wichtig für die Heilung: Kurze Wege, ich fühle mich aufgehoben, ich fühle mich sicher, da kann ich gesund werden.“



Klaus Emmerich, ehemaliger Klinikleiter zweier kommunaler Krankenhäuser in der Oberpfalz. Er erklärt, warum wohnortnahe Krankenhäuser unersetzlich sind: „Medizinische Gesundheitszentren oder sektorenübergreifende Versorger ersetzen kein Krankenhaus. Ihnen fehlt die durchgehende ärztliche Verfügbarkeit tagsüber und nachts. Ihnen fehlt ein Schockraum zur Wiederbelebung und medizinischen Erstversorgung in akuten Notfällen, ihnen fehlt eine Intensivstation. Das alles leisten ambulante Zentren nicht. ... Für bedrohliche Lebenssituationen brauchen wir ein Krankenhaus.“



Angelika Pflaum, Kommunalpolitikerin aus Hersbruck. Das örtliche Krankenhaus schloss im Jahr 2019: „Wir haben damals davor gewarnt, was wir alles verlieren werden. Ich muss sagen, es kam noch schlimmer. ... Am Krankenhaus arbeiteten sieben Belegärzte, fünf davon sind abgewandert. Wir haben einen Gynäkologen verloren, der seinen Sitz in Krankenhaushöhe verlegt hat. Es leiden die Apotheken, die Landarztpraxen, das Geschäftsleben. ... Auch die Notfallversorgung hat sehr gelitten. Häufig ist die Notarztstelle nicht besetzt, der Arzt muss aus Nürnberg mit dem Hubschrauber kommen. Die Rettungswege sind viel weiter geworden, das nächste Krankenhaus ist oft überlastet.“



Doreen Richter, Pflegekraft aus dem nordrhein-westfälischen Landkreis Lippe. Der Niedergang des Lemgoer Krankenhauses ist nicht zu übersehen: „Seit einigen Jahren beobachten wir, dass immer mehr Fachbereiche geschlossen werden: die Unfallchirurgie, die Orthopädie, die Handchirurgie oder auch das Brustkrebiszentrum. ... Viele Fälle werden nun in Lemgo zu gewissen Uhrzeiten gar nicht mehr behandelt. Die PatientInnen werden nach Detmold verwiesen, wo die Notaufnahme dann heillos überfüllt ist. Stundenlanges Warten ist zur Normalität geworden, Flure sind mit Betten vollgestellt.“



Joachim Flämig, Allgemeinmediziner aus Breisach, Baden-Württemberg. Der Helios-Konzern baut dort die Grund- und Notfallversorgung ab: „Ich kenne den Vorwurf, dass die Notaufnahme missbraucht wird und kann ihn nicht nachvollziehen. Denn das sind Menschen, die keine ExpertInnen sind. In vielen Fällen kann man sagen: ‚Gott sei Dank kommst du, das hätte böse ausgehen können.‘ ... Die Notfallversorgung wirft keine Rendite ab, sie ist ein Zuschussgeschäft, ebenso wie die Geburtshilfe, Kniegelenk- und Hüftgelenkersatz hingegen, das lohnt sich richtig. Mit der Grundversorgung kann man kein Geld verdienen. ... Es ist ein Unding, dass Krankenhäuser Gewinne erwirtschaften müssen.“

Die Interviews in ganzer Länge: www.gemeingut.org/infotehek/audiovideo



Missverstanden und missbraucht: die Debatte um die Qualität im Krankenhaus

Das Bündnis Klinikrettung sprach mit **Dr. med. Bernd Hontschik**. Der 1952 geborene Arzt praktizierte bis 2015, zuletzt in Frankfurt am Main. Er ist Autor mehrerer Bücher und schreibt Kolumnen für die Frankfurter Rundschau und die ÄrzteZeitung.

Herr Dr. Hontschik, Sie haben mehrere Jahre im Krankenhaus und später ambulant als Chirurg gearbeitet und die schrittweise Kommerzialisierung der medizinischen Versorgung erlebt. Was bedeutet es, wenn in Krankenhäusern zunehmend wirtschaftliche Erwägungen die Entscheidungen prägen? Wie verändert das den Arztberuf?

Es sind nicht wirtschaftliche Erwägungen, die Entscheidungen prägen – diese Formulierung verharmlost eigentlich, was hier wirklich passiert ist. Es ist heute eine völlig andere Struktur. Als ich vor über vierzig Jahren begonnen habe, als Assistenzarzt im Krankenhaus zu arbeiten, waren wirtschaftliche Erwägungen auch nicht völlig unbekannt. Der entscheidende Unterschied zur heutigen Situation ist aber, dass die wirtschaftliche Geschäftsführung und der medizinische Betrieb vollkommen voneinander getrennt waren. Ich kann mich an keine einzige Situation erinnern, wo die Geschäftsführung sich in die medizinischen Entscheidungen eingemischt hätte. Dennoch galt auch damals schon die interne Devise, auch an das „Wohl“ des Krankenhauses zu denken. Wir wurden gehalten, freitags keine Entlassungen vorzunehmen, sondern erst montags, damit übers Wochenende nicht allzu viele Betten leer stünden. Aber eines kann ich sicher sagen: Es hat kein Patient Schaden genommen, wenn er ein oder zwei Tage zu lange im Krankenhaus bleiben musste. Das kann man von den Fallpauschalen nicht behaupten. Tausende haben an dieser Finanzierung massiv und messbar Schaden genommen, denn es wurden Tausende von unnötigen medizinischen Maßnahmen und Aber-tausende von unnötigen Operationen durchgeführt, einzig und allein des Geldes wegen. Und das verändert den ärztlichen Beruf vom Grundsatz her.

Anfang der 2000er Jahre wurde, unter anderem mit dem Argument der Qualitätssteigerung, die DRG-Fallpauschalenfinanzierung eingeführt. Wann stand Ihrer Meinung nach die Qualität der Versorgung mehr im Zentrum der Behandlung: in Zeiten der Selbstkostendeckung oder jetzt?

Es ist doch das ureigenste Anliegen, das grundlegende und sinnstiftende Ethos der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit, bestmögliche Qualität für die Erkrankten zu erreichen. Die Selbstkostendeckung ermöglicht die bestmögliche Qualität. Die Fallpauschalen haben aber etwas ganz anderes, nämlich den bestmöglichen Gewinn, in die medizinischen Abläufe implementiert. Das ist der fundamentale Unterschied. Fallpauschalen verknüpfen die medizinische Tätigkeit mit der ökonomischen Bilanz – das war das Neue. Daher hat die Einführung der Fallpauschalenfinanzierung auch zu keinerlei Qualitätssteigerung beigetragen, im Gegenteil. Entgegen allen öffentlichen Beteuerungen ging es bei der Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen (DRGs) nie um Qualität, sondern es ging nur und ausschließlich um das Erreichen „schwarzer Zahlen“. Es wird in der gegenwärtigen Diskussion über die Zukunft unserer Krankenhäuser kaum ein Begriff mehr missverstanden und mehr missbraucht als Qualität. **Auch in der Debatte um die anstehende Krankenhausreform wird viel über die Qualität der Versorgung gesprochen. Diese soll gemessen werden, zum Beispiel anhand der Zahl der Behandlungen, die in einem Krankenhaus innerhalb eines medizinischen Fachgebiets im Jahr vorgenommen werden, oder auch anhand von Komplikationszahlen und Sterblichkeitsstatistiken. Was halten Sie davon?**

Als Arzt behandle ich nichts Messbares, ich behandle keine Laborwerte, keine Röntgenbilder, kein Körpergewicht und keine Körpertemperatur. Als Arzt behandle ich Menschen, kranke Menschen. Ein Produkt am Ende einer industriellen Fertigung kann man messen, testen, prüfen. Wäre der Mensch nur eine Maschine, also ein zweigliedriges Ursache-Wirkung-System, dann ließe sich das Konzept auch in der Medizin anwenden. Lebewesen sind aber keine technischen Maschinen. Zwischen Ursache und Wirkung geschieht in einem Lebewesen wie dem Menschen ein höchst individueller Vorgang, den ich die „Bedeutungserteilung“ nenne. Die medizinische Behandlung ist keine industrielle Produktion von Waren für welche Gesundheit auch immer. Qualität ist in keinem Fall messbar. Messen kann man allenfalls Surrogatparameter, so zum Beispiel die erwähnten Komplikationszahlen oder Sterblichkeitsziffern. Solche Surrogate können aber vollkommen in die Irre führen. Nur ein Beispiel: Der beste Chirurg wird naturgemäß die schwersten Fälle zugewiesen bekommen. Damit hat er notgedrungen die meisten Komplikationen und die meisten Todesfälle. Statistisch gesehen ist er der schlechteste Chirurg im Lande, chirurgisch gesehen ist er der beste weit und breit. Krankenhaus-Rankings sind einfach nur lächerlich. Das aktuelle Transparenzgesetz kann ich nur als Beleidigung aller medizinisch Tätigen verstehen.

Die BefürworterInnen der Reform sagen, dass es die Behandlungsqualität verbessern würde, wenn man die Krankenhäuser zentralisiert. Als Kern des Problems führen sie unter anderem Überversorgung oder zu hohe Krankenhauskapazitäten an. Auf dieser Darstellung basiert die ganze Krankenhausreform. Aber haben sie das Problem überhaupt richtig erkannt?

Es ist eigentlich eine Unverschämtheit gegenüber dem medizinischen Personal kleiner Krankenhäuser, es ständig für unfähig zu erklären. Ärztinnen und Ärzte, Schwestern und Pfleger haben in kleineren Krankenhäusern eine

gleich hohe Qualifikation, die gleiche jahrelange Ausbildung wie in größeren oder großen Häusern. Meine Antwort ist ganz einfach: Bei den akuten Ereignissen ist die schnellstmögliche Hilfe entscheidend. Zentralisierte Krankenhäuser mit großartigen personellen und technischen Voraussetzungen helfen nicht, wenn der Patient es nicht mehr erreicht. Kleinere Krankenhäuser sind rasch erreichbar und ohne Wenn und Aber in der Lage, die Erstversorgung der Patienten zu leisten, um sie dann, je nach Notwendigkeit, in größere Häuser zu verlegen. Und bei chronischen Erkrankungen kommt es ja überhaupt nicht auf Geschwindigkeit an. Ein intelligentes Abbauen von tatsächlichen Überkapazitäten hat mit Zentralisierung absolut nichts zu tun.

Selbst der Sachverständigenrat gibt zu, dass der Anstieg von Behandlungen in bestimmten Bereichen nicht auf medizinische Notwendigkeit, sondern auf andere Anreize, vor allem die Vergütung, zurückzuführen ist – also die Fallpauschalenfinanzierung. Ist dieses Finanzierungsmodell überhaupt noch reformierbar?

Das Fallpauschalenmodell ist nicht reformierbar. Es ist ein grundsätzlich falscher Ansatz. Fallpauschalen zerstören die Kernanliegen einer guten Medizin und eines solidarischen Gesundheitswesens. Nicht nur die DRGs müssen voll und ganz überwunden werden. Gleichzeitig müssen alle Krankenhäuser als Teil der staatlichen Fürsorgepflicht den privaten Klinikkonzernen wieder weggenommen werden. Die Prinzipien der kapitalistischen Warenproduktion und Profitmaximierung haben in einem Sozialsystem nichts zu suchen. Wie eine solche Rückführung geschehen kann, das ist eine große Aufgabe von Politik. Das wäre dann wirklich eine „Revolution“. Denn die Renditen, die diese börsennotierten Konzerne ausschütten, sind nichts weiter als Diebstahl der Substanz unserer Krankenkassenbeiträge.

Vollständiges Interview unter: <https://kurzlinks.de/hontschik>

Gemeingut unterstützen und das Buch „Heile und herrsche!“ bekommen!

Im Gesundheitswesen vollzieht sich eine Zeitenwende: Krankenhäuser werden an private Klinikkonzerne verschleudert. Das flächendeckende Netz der Krankenhäuser wird ausgedünnt. Gesundheit wird zur Ware. Die Digitalisierung bringt Segen und Fluch. Bernd Hontschik geht in seinem Buch brennenden Fragen nach: Brauchen wir 100 Krankenkassen? Muss man PatientInnendaten zentral speichern? Wie kommen wir zu einer auskömmlichen Krankenhausfinanzierung? Und er gibt Antworten.

Wenn Sie bis zum 30. Juni 2024 Fördermitglied von Gemeingut in BürgerInnenhand werden, schenken wir Ihnen das Buch. Schreiben Sie uns mit dem Betreff „Fördermitgliedschaft/Buchcoupon Hontschik“ an: info@gemeingut.org Sie können Ihren Beitrag mit dem genannten Betreff auch sicher und bequem online überweisen: www.gemeingut.org/spenden Gemeingut ist als gemeinnützig anerkannt, Ihr Förderbeitrag ist steuerlich absetzbar. Die Spendenquittung versenden wir am Anfang des nächsten Jahres – bitte teilen Sie uns dafür Ihre Postadresse mit!



Oder schicken Sie diesen Coupon an: Gemeingut in BürgerInnenhand e.V., Weidenweg 37, 10249 Berlin

Ich werde Fördermitglied mit einem monatlichen Beitrag von 5 € 10 € 20 € _____ €

Konto-InhaberIn

Bank

IBAN

Datum und Unterschrift

Spendenquittung bitte an: Vorname Name

Straße

PLZ Ort

