

# Gedanken über die Krankenhaussituation in Deutschland

von Aaron King, dem Kolumnist vom [Noxlupus-Verlag](#)

Hinweis des Herausgebers: Der Inhalt des folgenden Textes ist durch das Studieren der verschiedensten themenbezogenen Quellen zusammengetragen worden. Das daraus resultierende Ergebnis nimmt für sich das Recht der Meinungsfreiheit in Anspruch. Dabei ist es nicht gänzlich auszuschließen, dass trotz sorgfältiger Prüfung einige der hier getätigten Aussagen Fehler beinhalten können. Dieser Artikel dient dem Leser als Anregung dafür, sich weiter über das Dargelegte zu informieren. Nach dem Motto: Informiere dich weitläufig; nur durch eine Quelle allein kann man sich keine Meinung/kein Urteil bilden, keine Erkenntnis erlangen und sich kein Wissen aneignen!

Die Aufgabe der Medizin besteht darin, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um kranke Menschen zu heilen und ihre Schmerzen zu lindern. Dieses muss unter allen Umständen von den Ärzten, Heilpraktikern sowie Therapeuten und dem medizinischen Fachpersonal in einem allumfassenden Umfang geschehen und gewährleistet werden. Finanziert wird dieses durch die Krankenkassenbeiträge und private Leistungen. Abseits davon steht jedem Einzelnen genug Material zur Verfügung (Literatur, Internet usw.), um sich über eine gesunde Lebensweise zu informieren. Um sich zusätzlich fit und gesund zu halten, dafür gibt es fast an jeder Ecke eine Möglichkeit.

In Deutschland ist die gesundheitliche Versorgung grob in drei Bereiche unterteilt.

1. Primärversorgung (ambulante Behandlung durch die niedergelassenen Ärzte, Heilpraktiker, Therapeuten usw.)
2. Stationäre Akutversorgung (in den Krankenhäusern)
3. Rehabilitation (in speziellen Rehakliniken)

Im Folgenden wird auf die Situation der deutschen Krankenhäuser eingegangen, die seit den 1990ern einer Umstrukturierung unterliegen. So ist zu erkennen, dass sich die Anzahl der Krankenhäuser in den letzten Jahren merklich verringert hat. 1991 gab es noch an die 2.400. Im Jahre 2018 sind diese auf 1.925 geschrumpft, also 475 weniger, was ca. 20% ausmacht, und dass bei steigender Bevölkerung. 1991 lebten etwa 80 Millionen Menschen in Deutschland. 2018 waren es bereits 83 Millionen, was einen Zuwachs von etwa 110.000 pro Jahr ausmacht. Den größten Anteil daran bilden die über 60-jährigen, also diejenigen, die statistisch gesehen eher ein Krankenhausbett benötigen als jüngere Menschen. Aus diesem Grund müsste zu jeder Zeit eine flächendeckende Versorgung mit Krankenhäusern bzw. Betten und deren Qualitätsstandard gewährleistet sein.

Nun wird allerdings seit Jahren darüber diskutiert, dass weitere Krankenhäuser geschlossen werden sollten. In dem Zuge fordern Krankenkassen und Ökonomen einige Einrichtungen (meist kleinere) „sterben“ zu lassen, indem diese nicht mehr durch öffentliche Gelder unterstützt werden. Der offizielle Grund soll darin bestehen, die Kosten für die Krankenversicherten zu senken. Nur „systemrelevante“ Häuser werden somit künftig vor Schließungen geschützt, alle anderen sind dann gezwungen, sich im Wettbewerb zu behaupten. Wer das nicht schafft, dem droht letztlich die Schließung.



Als relevant gelten diejenigen, die die notwendigen Gesundheitsleistungen erbringen können, sich in einem akzeptablen Entfernungsradius zur Bevölkerung befinden und zudem noch wettbewerbsfrei sind.

Dieser Krankenhausrückgang schlägt sich natürlich auch auf die Bettenkapazität nieder.

1991 gab es 665.565 Betten (832 pro 100.000 EW), davon 20.203 Intensivbetten, die Gesamtauslastung lag bei 77%.

2018 gab es 498.192 Betten (600 pro 100.000 EW), davon 27.464 Intensivbetten, die Gesamtauslastung lag bei 71,5%.

Von 1991 bis 2018 ist ein Rückgang von ca. 25% der Gesamtkapazität zu verzeichnen. Hingegen gab es einen Zuwachs an Intensivbetten von ca. 27%. Also verbleibende Stationsbetten wurden auf intensiv umstrukturiert und sicher nicht zuletzt aus dem Grunde, weil diese besser vergütet werden, auch wenn die Betreuung aufwendiger ist, bleibt unterm Strich gewiss mehr übrig.

1991 gab es 14.576.613 Fälle, die eine durchschnittliche Verweildauer von 14 Tagen hatten.

2018 gab es 19.392.466 Fälle, die eine durchschnittliche Verweildauer von 7,2 Tagen hatten.

Zu erkennen ist hier, dass durch die Verringerung der Verweildauer mit weniger Betten ausgekommen wurde. Dabei waren 1991 die Betten zu 84,1% ausgelastet und 2018 nur zu 77,1% (der Prozentanteil ist kontinuierlich mit der Verweildauer gesunken). Dass die Aufenthaltszeit zurückgegangen ist, könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Patienten schneller entlassen werden aufgrund der Erkenntnis, dass ein Krankenhausaufenthalt für die Psyche und somit für die Genesung nicht förderlich ist und ein Körper durch Bewegung schneller regeneriert. Als Ausgleich hat die anschließende häusliche sowie die ambulante Nachbetreuung zugenommen. Des Weiteren werden Eingriffe vermehrt ambulant durchgeführt. Neben dem Abbau fand auch eine Umstrukturierung statt, indem die öffentlichen (Länder, Kreise und Städte) und freigemeinnützigen Träger (Kirchen, Rotes Kreuz und dgl.) zurückgingen. Die privaten Häuser bauten hingegen ihre Kapazitäten aus.

Daneben wurden, wie oben erwähnt, in den letzten Jahren die Intensivkapazitäten samt Beatmungsgeräten aufgestockt, was beides sehr gut vergütet wird. Somit reizen viele Kliniken die Beatmungsmöglichkeiten voll aus, was bedeutet, dass die Patienten möglichst lange beatmet werden, da die Vergütung steigt, wenn mindestens 95 Stunden beatmet wird. Nur wenige Patienten sind daher unterhalb dieser Zeit an der Maschine und das ist für die Unternehmen attraktiver als ein Gerät einen Tag unbenutzt rumstehen zu lassen. Eine Sicherstellung, dass Patienten nur so lange beatmet werden, wie sie es benötigen, kann nur durch eine Schwächung des finanziellen Anreizes gewährleistet werden. Zudem ist der Nutzen von Beatmungstherapien medizinisch umstritten, gerade was den Umgang mit COVID-19-Patienten angeht. Also ab wann und ob überhaupt beatmet werden muss.

Für freie Betten gibt es in der Regel kein Geld und so werden dann eben die Patienten länger als nötig auf Station behalten. Man kennt das vielleicht aus eigener Erfahrung, dass in manchen Fällen nie so genau gesagt wird, wann man wieder gehen kann und es dann plötzlich heißt, dass man entlassen wird. Hintenrum erfuhr man dann, dass der Hauptgrund darin bestand, weil das Bett benötigt wurde. Um eine vernünftige Bettenauslastung zu erreichen, wird im Zweifel auch schon mal lieber operiert als nicht (in Corona-Zeiten kann man davon ausgehen, dass eher nicht operiert wird). Es werden also Dinge unternommen, die nicht unbedingt eine medizinische Begründung aufweisen.



Der Druck, Erlöse zu generieren, ist auf Verwaltung und Mediziner enorm gestiegen, da die medizinische Versorgung durch die zunehmende Privatisierung eine gewinnmaximierende Branche geworden ist.

Einige Stimmen sprechen davon, dass Klinikschließungen nötig sind, um im Gesundheitswesen qualitativ besser dazustehen, es ginge nicht um sparen. Dieses wird damit begründet, dass die moderne Medizin immer komplexer wird, was aufwendigere Spezialisierung nach sich zieht. Heute ist es noch größtenteils so, dass sich eine beschränkte Zahl von Fachleuten auf viele kleine Häuser verteilt, was zur Folge hat, dass sich an einigen Standorten zu wenig bis keine Experten befinden. Dasselbe gilt für die Ausstattung. Somit wird eine Bündelung von Personal und Gerät befürwortet, die zu einer höheren Versorgungsqualität in den verbleibenden Häusern beitragen. Jedes vorhandene Krankenhaus sollte mit der erforderlichen Medizintechnik und dem dazugehörigen qualifizierten Personal ausgestattet sein. Dabei kann natürlich nicht jedes Krankenhaus auf alles spezialisiert sein, wodurch der Bedarf an Fachkliniken bleiben wird. Hingegen muss die Grundversorgung bei den wenigen Häusern immer gegeben sein. Zurzeit ist es noch so, dass es eine ausreichende Versorgung von Ärzten und Pflegekräften gibt, doch demgegenüber steht, dass es zu wenige sind, um alle vorhandenen Krankenhäuser bedarfsgerecht zu besetzen, was letztendlich dann eben doch einen Personalmangel zur Folge hat.

Was nützt also eine ausreichende Anzahl an Krankbetten, wenn niemand da ist, die Patienten darin zu versorgen? So oder so werden wegen der Bevölkerungszunahme in Zukunft immer mehr Ärzte und Pfleger benötigt. Dieses könnte mit Angeboten über attraktivere Arbeitsbedingungen (Zeiten, Urlaub usw.) und einer dementsprechenden Vergütung behoben werden. Denn sollten diese Berufe, die andere Menschen pflegen und deren Leben retten, nicht zu den wirklich gut honorierten gehören? Nach Angaben der „Bundesagentur für Arbeit“ bleiben im Durchschnitt Pflegekräfte nur siebeneinhalb Jahre im Beruf. Wovon ein knappes Drittel als Burn-out-gefährdet gilt. Allein das ist doch schon eine Aussage, die zu denken geben sollte, dass da etwas nicht stimmt und dringend eine Veränderung geschehen muss.

Krankenhäuser, und eigentlich das gesamte Gesundheitssystem, sind zu wirtschaftlichen Konzernen mutiert. Diese müssen gewinnbringend (einige auch für ihre Aktionäre) arbeiten, wobei da eben die Gefahr besteht, dass eine intensive Diagnostik mit anschließender Therapie nicht gewährleistet werden kann, da dieses zu zeitaufwendig ist. Alternativen werden selten geboten. Somit wird auch schneller zum Skalpell gegriffen als es vielleicht nötig wäre, denn genau da ist die Umsatzquelle zu finden.

Entscheidend ist also nicht unbedingt die Anzahl der Krankenhäuser, sondern die der Betten und des Personals. Dass dabei ein großes Haus ökonomischer arbeiten kann ist nachzuvollziehen. Gerade was Geräteanschaffung betrifft. So ist das CT-Gerät in einem kleinen Haus nur zur Hälfte ausgelastet und in einem größeren voll, da sich mehrere ein Gerät teilen können. Unter diesem Gesichtspunkt hört es sich nicht ganz abwegig an, die medizinische Versorgung zu bündeln. Doch die Gefahr der Monopolisierung, wie sie seit einigen Jahren in jedem Industriezweig stattfindet, ist groß.



Selbst 2020 wurden Krankenhäuser nicht von der Schließung verschont. In den ersten beiden Monaten waren es drei und ab Juli kam eine Welle von siebzehn dazu. Darunter befanden sich auch Einrichtungen, die eigens für Corona-Patienten hergerichtet wurden, um das ohnehin schon angegriffene Haus zu retten, doch auch das gelang nicht (da die Pandemiepatienten ausblieben) und weitere Schließungen waren unumgänglich.

Leer stehende Betten wurden mit täglich 560 Euro vergütet, damit diese für COVID-19 Patienten verfügbar wären. Unter normalen Umständen geschieht das natürlich nicht (wie oben bereits erwähnt) und das Krankenhaus muss sehen, wie es das Bett belegt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) warnte davor, dass für 2020 fast die Hälfte der Kliniken einen Verlust hinnehmen müsste, der sich in manchen Fällen bis zu 70% ergeben wird. Gehälter können teilweise nicht mehr gezahlt werden, falls der Bund seine Hilfen nicht erhöht. Ein Grund für die missliche Lage sind die Verschiebungen von Operationen (in den ersten Monaten 2020) wegen der Pandemie, wodurch weniger erwirtschaftet wurde. Doch auch wenn ab Mai die Kliniken ihren regulären Betrieb wieder aufgenommen hatten, mangelte es trotzdem an Patienten, da diese aus Angst vor einer Ansteckung sich eher dazu entschlossen, ihre OP erst einmal auszusetzen. Zudem war es durch die gestiegenen Anforderungen an Hygienemaßnahmen für die Belegschaft nicht möglich, effektiv zu arbeiten und es mussten weiterhin Betten für ausbleibende COVID-19 Patienten freigehalten werden.

Im Ganzen verzeichneten die Krankenhäuser 9,5 Milliarden Euro weniger Umsatz und als Entschädigung für die freigehaltenen Betten gab es aus der Staatskasse 9,7 Milliarden, was auf den ersten Blick als Gewinn gedeutet werden könnte, macht am Ende allerdings eine Bilanz von Plus-Minus-Null, da es erhebliche Mehrausgaben für den Infektionsschutz gegeben hat. Des Weiteren wurde von März bis Mai 2020 von rund 1200 Krankenhäusern und 48.000 Arzt/Zahnarztpraxen für 410.000 Beschäftigte Kurzarbeit angemeldet (Anmerkung: Insgesamt für alle Berufsbranchen waren es über 10 Millionen Arbeitnehmer). Was in etwa 62% der Kliniken und 69% der Arztpraxen ausmacht. Allein diese Tatsache hat einen komischen Beigeschmack, wenn man bedenkt, wie viele in dieser Zeit nicht arbeiten durften bzw. der Schulunterricht nicht stattfand, alles aus dem Grund, das Gesundheitssystem nicht zu überlasten.

Die Gründe für die Kurzarbeit im Gesundheitswesen sind, wie bereits erwähnt, in den abgesagten Operationen und Behandlungen zu finden. Hinzu kam die Forderung von Bund und Länder an die Einrichtungen, dass ausreichend Betten für die COVID-19 Erkrankten freizuhalten sind. Demgegenüber standen die Patienten mit anderen Beschwerden, die aus Angst vor Ansteckung (durch die öffentlich propagierte Panikmache) den Praxen fernblieben, was zur Folge hatte, dass natürlich Krankheiten verschleppt wurden, was im Nachhinein die Gesundheit des Einzelnen verschlechterte und in einzelnen Fällen auch zum vorzeitigen Tod führte. Angefangene Therapien wurden verkürzt bzw. verschoben und eine sonst übliche Nachversorgung fand nicht statt.

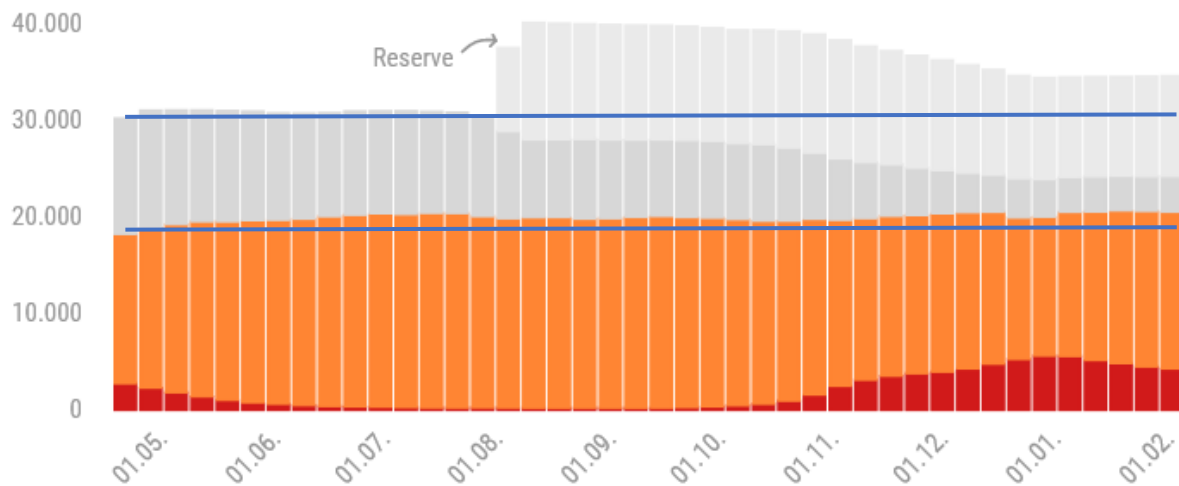
In erster Linie ging es politisch immer darum, das Gesundheitssystem nicht zu überlasten, eine Triage (Einteilung von Erkrankten oder Verletzten nach dem Schweregrad; bei wem lohnt es sich noch eine Behandlung anzufangen), wie sie im Krieg oft zur Anwendung kommt, sollte vermieden werden. Allerdings fand dieses indirekt im Hintergrund dennoch statt. Zwar nicht unter den COVID-Patienten (Kriegsopfern), die pauschal an erste Stelle vor allen anderen Krankheiten gesetzt wurden, die nicht so „systemrelevant“ wie COVID waren.



Abgesehen davon wurden natürlich Akutfälle wie Herzinfarkt sofort behandelt, aber diejenigen, wo es auf den ersten Blick nicht „dramatisch“ aussah, wurden teilweise von den Krankenhäusern abgewiesen.

Somit ist es sehr befremdlich, dass in Deutschlands größter Pandemie die Krankenhäuser und Ärzte in Kurzarbeit geschickt wurden (410.000). Diese gleichzeitig darüber klagten, dass sie dennoch so viel zu tun haben und noch dazu kurz vor der Pleite zu stehen scheinen.

Folgende Grafik zeigt die Intensivbettensituation in Deutschland von Mai 2020 bis Februar 2021.



Quelle: <https://interaktiv.morgenpost.de/corona-deutschland-intensiv-betten-monitor-krankenhaus-auslastung/>

Hier ist deutlich zu erkennen, dass die Intensivbetten seit Mai 2020 konstant belegt sind, was abgenommen hat ist die Bettenkapazität. Rot ist der Anteil der COVID-19 Patienten. Was auf den ersten Blick so aussieht, als wurden hier mitten in der Pandemie die Betten reduziert, soll daran liegen, dass es am Anfang Übermittlungsprobleme der wirklich freien Betten (also jene, die sofort zur Verfügung stehen), der Betten insgesamt und der aktuellen Belegung gab. Um das etwas zu verdeutlichen, wurde am 3. August die Notfallreserve eingeführt. Betten die innerhalb von sieben Tagen für COVID-Patienten betriebsbereit gemacht werden können, durch beispielsweise weitere OP Verschiebungen.

Ein intensivmedizinischer Behandlungsplatz gilt als einsatzbereit, wenn eine bestimmte Versorgungsstufe (Low-care, High-care, ECMO (Erläuterung ganz unten\*)) mit der jeweiligen Räumlichkeit, sowie den entsprechenden Geräten, dem Material und dem benötigten Personal vorhanden ist. Es kann also durchaus sein, dass Betten und Geräte vorhanden sind, aber kein Personal zur Verfügung steht (krankheitsbedingte Ausfälle oder dergleichen), was sich auf die Bettenkapazität auswirkt. Die „Deutsche Stiftung Patientenschutz“ wies darauf hin, dass von August bis Dezember die Zahl der verfügbaren Intensivbetten von rund 30.000 auf 24.000 abgenommen habe und dies lasse sich nicht allein durch Personalmangel erklären. Eine Stellungnahme seitens der „Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.“ (DKG) gab es nicht.

Trotz alledem ist es eben sehr erstaunlich, dass es seit Mai keine Veränderung in der Bettenbelegung gibt. Sollte da nicht etwas zu sehen sein? Zumindest ein erkennbares Auf und Ab, etwas Kurviges, eine Welle, irgendwo ein Ausbruch, so wie man es bei den Infektionszahlen sieht. Konnten die OP-Verschiebungen so exakt kalkuliert werden oder wurden Menschen länger als nötig in den Häusern behandelt, um eine konstante Auslastung zu gewährleisten?

Wirtschaftlichkeit vor Effektivität heißt anscheinend die Devise im neuen Gesundheitswesen, was nicht nur in Deutschland zu beobachten ist. Doch ist es ratsam, wenn beispielsweise Feuerwehrautos wegrationalisiert werden, nur weil sie 10 Jahre nicht gebraucht wurden? Ist es nicht erstrebenswert, lieber einen Wagen mehr stehen zu haben, als am Ende irgendwann einmal einen zu wenig, wenn es zu einem Großbrand kommt? Einsparungen sind nie verkehrt, solange dieses nicht auf Kosten der Menschen geht.

Die Bertelsmann Stiftung, die unter anderem politische Entscheidungsträger direkt berät, möchte Krankenhäuser verringern, um Effektivität zu schaffen. Eine Stiftung, die aus einem Unternehmen hervorgegangen ist, die gerne viele Monopole aufbaut, um möglichst viel Kontrolle (durch Bündelung) über das Einzelne zu erhalten. Zehn große Häuser sind leichter zu überwachen und genormte Vorschriften zu verpassen als hundert kleine. Sicherlich spricht ihre Argumentation dafür, dass größere Kliniken ökonomischer arbeiten können als kleine, doch welchen Preis zahlt die Gesellschaft für dieses Modell?

Es sollen also kleine Krankenhäuser abgeschafft werden, ebenso wie der Einzelunternehmer wegrationalisiert wird. Deutschlandweites, ja gar weltweites Monopol für Gesundheit? Die Hausärzte verschwinden ebenso, alles nur noch Angestellte der Krankenhauskonzerne und Aktiengesellschaften. Der kranke Mensch als Produkt in einer Gesundheitsdiktatur, die darauf aufgebaut ist, dass ein Leben ohne Medikamente und Impfung nicht möglich ist und alles, was von der festgelegten Norm abweicht, muss operationstechnisch optimiert bzw. korrigiert werden, was durch immer wiederkehrende Standarduntersuchungen, die bei jedem durchgeführt werden müssen, da alle von Hause aus Krank sind, den laut Norm gibt es dann keine Gesunden mehr, herausgefunden wird. So wird beispielsweise bei einem Patienten eine Tendenz zu O-Beinen festgestellt und da gibt es natürlich keine andere Möglichkeit, als dem operativ entgegenzuwirken. Auch wenn dieser mit seinen Beinen problemlos weitergelebt hätte bzw. durch spezielle Übungen einen Ausgleich hätte herstellen können. Denn die Gefahr, dass eine Operation erst recht eine negative Auswirkung verursachen könnte, ist immer gegeben. Darum sollte erst ein klinischer Eingriff erfolgen, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Doch leider vertritt die Mehrheit der Ärzteschaft diesen Standpunkt nicht. Warum bloß?

Die Welt steuert seit Jahren auf eine Konzerndiktatur in allen lebensnotwendigen Bereichen zu. Dieses betrifft nicht nur Gesundheit und Ernährung sowie Medien (Meinungsverbreitung durch die Sprecher der Konzerne), die einem vorgaukeln, man habe eine Wahl zwischen A-B-C-D, doch an der Spitze sind immer dieselben Leute zu finden. Die Einzelhandelsketten haben in den 1980ern die kleinen Läden verdrängt und jetzt stehen die Ketten vor dem Aus durch die noch mächtigeren Konzerne. Nach Corona (also 2025 etwa) wird es im Handelsbereich nur noch große Konzerne geben, die dann die Produkte und ihre Preise diktieren.



Veränderungen erwecken immer Unbehagen, bringen aber nicht immer etwas Schlechtes mit sich. Doch sollten diese genau beobachtet werden unter dem Aspekt, wer profitiert, und geht dieser Profit auf Kosten anderer oder ist es eine Veränderung, die allen zugutekommt.

\*Low-care: Eine Unterstützung der Atmung findet durch Sauerstoff über eine Sauerstoffnasenbrille statt und eine intensivere Beatmung über eine Maske ist möglich.

High-care: Ein Beatmungsgerät, welches über einen in die Luftröhre geschobenen Tubus (ein mehr oder weniger flexibler Schlauch) Druck in der Lunge aufbaut und die Atmung komplett oder teilweise übernimmt. Der Patient wird in ein sogenanntes „künstliches Koma“ versetzt.

ECMO (extrakorporale Membranoxygenierung): Vereinfachte Herz-Lungenmaschine, welche das Blut des Patienten außerhalb seines Körpers (extrakorporal) behandelt. Kohlendioxid wird entfernt und fügt Sauerstoff hinzu und pumpt es dann in den Körper zurück. Für Patienten, deren Lunge sehr stark geschädigt ist.

Zahlen und Daten stammen vom Robert-Koch-Institut (RKI), dem Statistischen Bundesamt und der Google Statistik. Der Inhalt wurde in Presseberichten und medizinischen Fachzeitschriften recherchiert.

