

„Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz“

## Lauterbachs Krankenhausreform wirkt: Zerstörerisch!

Vor über einem Jahr haben wir mit Betriebsräten aus Berlin und Brandenburg die Online-Petition »NEIN zu Lauterbachs "Krankenhausreform"! Für ein Sofortprogramm zur Rettung der Kliniken!« ins Leben gerufen.

Über 80.000 Bürgerinnen und Bürger haben sie inzwischen auf change.org unterzeichnet. Die Einführung dieser „Reform“ als „Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz“ (KHVVG) konnten wir damit zwar nicht verhindern, aber wir sehen unserer Befürchtungen inzwischen bestätigt.

### Geschichte

Wenn wir zurückblicken, stellen wir fest, dass alle bisherigen „Reformen“ im deutschen Gesundheitswesen, und die daraus resultierenden politischen Entscheidungen, unser Gesundheitssystem verteuert und destabilisiert haben.

Das „Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz“ (KHVVG) soll dem nun Abhilfe schaffen.

Der ehemalige Gesundheitsminister Karl Lauterbach begründete die Notwendigkeit seiner Reform mit der Endkommerzialisierung, Endbürokratisierung und der Sicherstellung qualitativ hochwertiger medizinischer Versorgung. Er sprach sogar von einer „Revolution“ im Gesundheitswesen.

Doch was bewirkt diese angebliche Revolution in der Realität? Einige Antworten darauf finden wir in der 55. Sitzung des Gesundheitsausschusses im Berliner Abgeordnetenhaus (AGH), zu der auch wir als Arbeitnehmervertreter eingeladen waren ([www.youtube.com/watch?v=i1bmTMVEdeE](http://www.youtube.com/watch?v=i1bmTMVEdeE)).

Der Bund stellt dem Land Berlin jährlich 260 Millionen Euro als Transformationsfonds zur Verfügung. Dabei soll das Land Berlin mit 130 Millionen Euro „in Vorkasse“ gehen. De facto reden wir also nur von 130 Millionen vom Bund.

Das Land Berlin wiederum lässt davon die Hälfte durch die Gesellschafter der Krankenhäuser bezahlen. Somit werden die Berliner Krankenhäuser die Reform, die sie finanziell angeblich entlasten soll, mit jährlich 65 Millionen Euro wohl selbst finanzieren. Wie das den finanziellen Druck von kommunalen und frei gemeinnützigen Kliniken nehmen soll, ist gelinde gesagt, fraglich.

Es gibt weder eine Bedarfsanalyse noch eine Folgeabschätzung, man lässt einfach mal machen.

Bund und Länder haben entweder kein Interesse an oder keine Ahnung von einem politischen Leitbild in der Gesundheitsversorgung unserer Bürgerinnen und Bürger. Es gibt einfach keins, außer der Fortsetzung des Kaputtsparens.

### Vorhaltepauschalen, das Ende der Ökonomisierung?

Das DRG-System und die finanzielle Unterversorgung bei den Investitionen, haben in der Vergangenheit dazu geführt, dass sich unsere Krankenhäuser durch Ausgliederung und höhere Fallzahlen an Behandlungen über Wasser halten mussten. Diese Ursachen haben mitunter deutlich zur Verteuerung und zu ökonomisch – medizinischen Fehlansätzen im Gesundheitswesen beigetragen. Letzteres hat zur Überversorgung bestimmter lukrativer Behandlungen in Ballungsgebieten geführt. Weniger lukrative, aber bei weitem nicht unwichtigere Abteilungen (wie zum Beispiel Rettungsstellen) wurden dafür bis an die Belastungsgrenze von Personal und Patient eingekürzt.

Die DRGs sind entgegen der Lauterbachankündigung nicht abgeschafft, sondern auf den ambulanten Sektor in den Krankenhäusern als Hybrid-DRGs umgewandelt worden. Finanzielle Fehlansätze und hoher Leistungsdruck bleiben also da bestehen, wo jetzt und in Zukunft im Akkord operiert werden soll.

Berliner Krankenhäuser bewerben sich zurzeit um die Einteilung in Leistungsgruppen.

Die Planungsbehörde weist den Krankenhäusern die entsprechende Leistungsgruppe zu. Diese werden dem Institut für Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) dann zur Ermittlung des Vorhaltebudgets übermittelt.

Sollte ein Krankenhaus medizinische Leistungen erbringen, die seiner Leistungsgruppe nicht entspricht, bekommt es dafür keinen Cent. Notfälle sollen davon ausgeschlossen sein. Hier greift dann wieder das alte DRG-System.

Weiterhin bleibt der Druck die Fallzahlen erhöhen zu müssen, den Krankenhäusern „erhalten“.

Jetzt aber nicht mehr nur krankenhausspezifisch, sondern auf Länderebene. Wird auf Landesebene die erforderliche Planfallzahl (man kann scheinbar planen, wieviel Patienten woran zukünftig erkranken) durch einzelne Krankenhäuser nicht erbracht, sinkt für alle das Leis-

tungsgruppenbudget. Also selbst Krankenhäuser, die ihre Planvorgaben erfüllen, erhalten weniger Vorhaltebudget.

Die vielgepriesenen Vorhaltepauschalen treten frühestens 2027 in Kraft. Bis dahin bleiben die Krankenhausbetreiber auf ihren Extra-Ausgaben weiterhin sitzen.

Wohl auch danach, denn nach KHVVG ist es ökonomisch nur lukrativ, die Leistungen bei ca. 81% Auslastung zu halten. Alles darüber wird nicht vergütet, darunter droht Verlust der Leistungsgruppe. Wie versorgen wir dann die Bevölkerung oberhalb dieser 81%?

Die Antwort darauf hat der Geschäftsführer der Berliner Immanuel Kliniken, Roy J. Noack, im besagten AGH-Termin schon sehr praxisnah gegeben.

So berichtete er vor dem Gesundheitsausschuss des AGH davon, dass schon jetzt viele Patientinnen und Patienten inzwischen ohne Vergütung behandelt werden.

Der Geschäftsführer der Vivantes, Dr. Johannes Danckert, bemängelte im gleichen Ausschuss die Umsetzung der gesetzlich vorgeschriebenen dualen Krankenhausfinanzierung.

Kein Wunder, denn inzwischen bezahlt Vivantes 80% der ihnen laut Krankenhausfinanzierungsgesetz zustehenden Investitionskosten aus eigener Tasche.

Danckert sprach davon, dass Betreiber von Krankenhäusern Mitglieder einer Branche sind, der nicht klar ist, wie sie für das kommende Jahr planen soll.

Was bedeutet, dass unsere Krankenhäuser keine Ahnung haben, nach welchen Kriterien sie für das nächste Jahr planen sollen, denn die Leistungsgruppen sind ja noch nicht vergeben. Ihre derzeitige Planung ist nichts anderes wie das alte „Topfschlagen“ aus unseren Kindertagen. Alle hauen blind durch die Luft, in der Hoffnung etwas zu treffen.

Es ist also nicht verwunderlich, dass sich jedes Krankenhaus der Stadt in seiner Leistungsgruppenbewerbung einfach mal für jede Spezialisierung gleichermaßen bewirbt.

Durch diesen sinnlosen und aufgezwungenen Aktionismus steigt natürlich auch der „Wasserkopf“ in unseren Krankenhäusern. Schon jetzt steigt die Bürokratie durch Meldepflichten im Zuge des KHVVGs enorm.

Die Zahl an Klinikinsolvenzen steigt bundesweit rapide. Täglich zeugen Übernahmemeldungen davon, dass die

Monopolisierung auch im Krankenhaussektor voranschreitet. Die Großen schlucken die Kleinen.

Dieser Prozess wird durch einen nachweisbaren Bettenabbau begleitet. Der Vivantes Geschäftsführer Danckert spricht, im Zuge der Ambulantisierung, von der „Notwendigkeit“, 25% der Vivantes-Betten abzubauen.

Um die Größenordnung dabei zu skizzieren, merken wir an, dass 25% Bettenabbau für Vivantes ungefähr dem gesamten Bettenanteil des Klinikums Neukölln entspricht. Er hob die Standortschließungen des Wenckebach-Klinikums und des Standortes Prenzlauer Berg als richtigen Schritt im Zuge des KHVVG hervor.

Somit konterkarierte er im voraussehlenden Gehorsam seine zuvor geäußerte Kritik und man bekam den Eindruck, hier würde der Stumme zum Tauben sagen, er solle lauter sprechen.

### Die Ambulantisierung

Die Ambulantisierung unserer Krankenhäuser ist eines der Flaggschiffe in dieser sogenannten „Revolution“.

Hört man genau hin, geht es dabei nicht um die, durchaus unbestrittene, medizinische Notwendigkeit der Ambulantisierung, dort wo wir inzwischen minimalinvasiv behandeln können.

Es geht eigentlich nur um höhere Fallzahlen und das Senken von Personalkosten – also um mehr Profit. Wie wir jetzt wissen, wird auch das KHVVG nichts daran ändern.

Sogenannte blutige Entlassungen stehen doch schon seit langem auf der Tagesordnung.

Die nachversorgende Pflege unserer Patientinnen und Patienten wird zunehmend auf deren unerfahrene und damit teilweise überforderte Angehörige abgewälzt. Natürlich möchte niemand von uns länger in einem Krankenhaus verweilen als unbedingt nötig. Aber warum das so ist, liegt vielleicht auch am Zustand unserer kaputtgesparten Häuser und am Misstrauen in ein Gesundheitssystem, das mehr mit seiner finanziellen Absicherung beschäftigt ist als mit der gesundheitlichen Versorgung unserer Patienten.

Die häusliche Pflege unserer Angehörigen bringt selbst in der Kurzzeitpflege nach ambulanten Eingriffen, pflegende Angehörige unter Umständen in Konflikte mit der eigenen beruflichen Tätigkeit. Finanzielle Unterstützung ist zwar da, doch ob sie ausreichend ist, sei dahin gestellt. Es erfordert von den pflegenden Angehörigen schon ein gewaltiges Maß an Zeit, Geduld und Gleichmut sich durch die bürokratischen Hürden zu kämpfen, ja diese erst einmal zu errei-



Berlin, 1. Mai 2024

chen... oder man kennt jemanden, der jemanden kennt.

Klar ist jedoch: die Verantwortung und ein Stück weit auch die Kosten für die Pflege von Patienten wird auf deren Angehörigen abgewälzt.

Bei komplikationslosem Verlauf ist das alles vielleicht nicht unbedingt ein Problem, doch welcher Laie kann wirklich einschätzen, wie dramatisch eine eventuelle Gesundheitsverschlechterung seines Angehörigen ist und an wen wendet er sich dann richtigerweise?

Nicht jeder von uns ist examinierte Pflegekraft und gleichzeitig verschwinden professionelle Ansprechpartner wie Apotheken, Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte zusehends von der Bildfläche. Wenn unsere Rettungsdienste überlaufen, liegt es vielleicht nicht nur an der angeblichen Bequemlichkeit unserer Patientinnen und Patienten, sondern am Zustand der ambulanten Versorgung generell.

Dem politisch herbeigeführten Verfall der Ambulantisierung versucht man nun, mittels einer Ambulantisierung von Krankenhäusern im KHVVG, entgegenzuwirken. Doch neben dem ökonomischen Zwang, aus dem KHVVG höhere Fallzahlen zu bringen, handelt es sich gleichzeitig um einen erhöhten Konkurrenzdruck für den kläglichen Rest an niedergelassenen Ärzten, die sich bisher noch nicht an private Pharma- und Finanzkonzerne verkaufen mussten.

Krankenhäuser übernehmen mit ihren medizinischen Versorgungszentren zunehmend deren Aufgaben. Wir reden also über die immer enger werdende Zentralisierung ambulanter Leistungen.

Wenn niedergelassene Praxen und Apotheken schließen und nun gleichzeitig Krankenhäuser und Betten verschwinden sollen, verringert sich natürlich auch das medizinische Angebot im Kiez. Ältere Menschen spüren das jetzt schon – und zwar nicht als Verbesserung.

Der Zugang zur medizinischen Versorgung für unsere Bevölkerung wird also weiterhin durch Verknappung erschwert. Inzwischen fehlen nicht nur im ländlichen Raum Fachärzte, sondern auch in den Ballungsgebieten. Treptow-Köpe-

nick ist hier als Beispiel angeführt.

In unseren Augen sind das alles deutliche Indizien einer geplanten medizinischen Unterversorgung unserer Bevölkerung.

### Kriegsertüchtigung

Ganz besonders skurril wird es, wenn wir die Kostendruckoffensive des KHVVG der Forderung nach Krisen-Resilienz gegenüberstellen.

Derselbe Gesundheitsminister, der mit seiner „Reform“ unsere Gesundheit zur Ware gemacht und den Finanzdruck auf unsere Krankenhäuser erhöht hat, forderte fast gleichzeitig die Kriegsertüchtigung deutscher Krankenhäuser.

Offen aussprechen wollte man im Übrigen das Problem im 55. Gesundheitsausschuss des AGH nicht.

Fast verschämt klingt die Aussage des Vivantes-Geschäftsführers, Dr. Danckert, wenn er sagt: Eine Krise, die länger als einen Tag andauere, stelle für uns ein Problem dar.

Josephine Thyrêt, Betriebsratsvorsitzende von Vivantes, hat in diesem Ausschuss das Problem direkt auf den Punkt gebracht und beim Namen genannt. Die medizinische Versorgung unserer Zivilbevölkerung ist bei prognostizierten 1.000 Verletzten pro Tag im Kriegsfall, schon jetzt absehbar, nicht gewährleistet.

Es ist schon interessant, dass die sogenannten Gesundheitsexperten und Politiker nun in Folge der Kriegsvorbereitungen Deutschlands plötzlich die ewigen Forderungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen nach Personal und ausreichender Finanzierung, teilen – aber eben unter der vollkommen anderen Voraussetzung, die angestrebte Barbarei so lange wie möglich durchhalten zu können.

### Fazit

Unser medizinisches Personal findet im „Krankenhausversorgungsverschlechterungsgesetz“ nur am Rande statt. Bei Vivantes wird von ihnen eine höhere Leistungsbereitschaft und Flexibilisierung verlangt, wie Josephine Thyrêt im besagten Gesundheitsausschuss belegte.

Wenn ein Gesundheitsunternehmen

sparen soll und muss – wo kann es das in relevanten Größenordnungen tun? Richtig, am Personal...

Arbeitsverdichtung, schlechte Löhne (gerade in den ausgegliederten Tochtergesellschaften) sorgen für schlechte Arbeitsbedingungen. Schlechte Arbeitsbedingungen sorgen für weniger Personal.

Weniger Personal sorgt u.a. für Hygienemängel und zeitlichen Druck bei der Patientenversorgung, die sich somit zwangsläufig auch verschlechtert.

Schon allein diese paar Stichpunkte verdeutlichen, dass die vermeintliche Revolution eher als Konterrevolution gegen die öffentliche Daseinsvorsorge im Gesundheitswesen demaskiert werden kann. Denn die wirklichen Probleme

im Gesundheitswesen werden durch das KHVVG nicht behoben.

Das KHVVG versucht mit dem Abbau von Krankenhäusern unser Gesundheitssystem erschwinglicher zu machen, wobei die Ursachen der Verteuerung sogar noch verschärft werden.

Es erfüllt nicht eines seiner großspurigen Ziele – im Gegenteil.

Das Prinzip des Gesundschrumpfens, welches noch nie funktioniert hat, wird unbeirrt weiter betrieben.

Will man den Verantwortlichen dabei keine Absicht unterstellen, bleibt nur ein Fazit:

Dumm ist nur der, der immer das gleiche macht und jedes Mal ein anderes Ergebnis erwartet.

Unser Gesundheitssystem braucht auch in unseren Augen eine Reform.

Aber unsere Reform lautet im Groben wie folgt:

- die Einhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen dualen Krankenhausfinanzierung bei kommunalen und frei-gemeinnützigen Krankenhausträgern
  - komplette Abschaffung der DRGs
  - Sozialabgaben für die öffentliche Daseinsvorsorge statt für Rüstungsunternehmen und Spekulanten
- Wir fordern damit ein Sofortprogramm zur Rettung aller bestehender Krankenhausstandorte!

*Josephine Thyrét und Mario Kunze*