

## Lauterbachs „Revolution“ – nichts als Kulissenverschiebung

Am 6. Juli trifft sich die Gesundheitsministerkonferenz in Friedrichshafen, um über die Zukunft der Krankenhausfinanzierung zu verhandeln. Grundlage sind die Vorschläge der Regierungskommission, die sie im Auftrage der Ampel und von GM Lauterbach erarbeitet haben, und die die katastrophale Situation im deutschen Krankenhauswesen beheben sollen.

Die Bundesregierung sagt, es gehe um weniger Ökonomie und um mehr Medizin. „Patientinnen und Patienten sollen sich darauf verlassen können, dass sie überall, auch in ländlichen Regionen, schnell und gut versorgt werden sowie medizinische und nicht ökonomische Gründe ihre Behandlung bestimmen“. Die Krankenhäuser hätten derzeit „gravierende Probleme“. Hauptproblem sei das bisherige Vergütungssystem der Fallpauschalen. Es gebe den Anreiz, mit möglichst geringen Kosten möglichst viele Fälle zu behandeln, so Lauterbach.

Festzuhalten ist, dass unter anderem die Fallpauschalen sowohl den Pflegenotstand als auch das Kliniksterben verursacht haben. Hat die Regierungskommission, haben die Gesundheitsminister daraus die richtigen Konsequenzen gezogen, wird die Ökonomie nun zugunsten der Medizin zurückgenommen, die Krankenhausmedizin endlich als Daseinsvorsorge statt als Profitquelle organisiert?



Schon die Zusammensetzung der Kommission lässt, wie auch die Expertise des Gesundheitsministers, Gesundheitsökonom und „Vater“ der DRGs, Zweifel aufkommen. 12 Ökonomen und Juristen stehen 4 Medizinprofessoren und einer Pflegeprofessorin gegenüber. Aktives Personal aus der Pflege und der Ärzte sind nicht darunter.

### Die Vorschläge der Regierungskommission

Die DRGs werden nicht abgeschafft, sondern nur ihr Finanzierungsanteil um 20% - teilweise 40% (zB Intensivmedizin) – reduziert, und der eingesparte Umfang über (128) Leistungsgruppen mittels einer dafür spezifischen Vorhaltepauschale vergütet. Der Gesamtvergütungsrahmen

und damit die Krankenhausunterfinanzierung bleibt allerdings gleich. Die zusätzliche Versorgungsstufeneinteilung der Krankenhäuser in 3 „Levels“ (I minimal bis III maximal, wie Unikliniken) wird durch die Weigerung der Länder voraussichtlich nicht kommen.

Aber über die Leistungsgruppen, die den Kliniken durch die Länder zugeordnet werden, wird die Strukturqualität genauso festgelegt, d.h. welcher Versorgungsstufe ein Krankenhaus angehört (analog zu den Level I, II, III) und welche Behandlungen es somit erbringen darf. Es gibt große Leistungsgruppen (zB für komplexe Herz-OPs) mit großen Vorhaltepauschalen und kleinere Leistungsgruppen (zB für Augen-OPs) mit kleineren Vorhaltepauschalen. Auch die Anzahl der verschiedenen Leistungsgruppen pro Klinik wird festgelegt. Und darüber hinaus gibt es kleine Krankenhäuser (analog Level II) ohne vollständige Leistungsgruppen mit damit keinen Vorhaltepauschalen. Für letztere sind Tagespauschalen nach Maßgabe des jeweils zugerechneten Bevölkerungsanteils vorgesehen.

Aber das sind dann nur noch bessere (Kurzzeit-)Pflegeheime, die keine echte Notfallversorgung leisten können. Zudem sind oder werden sie Tummelplatz für Niedergelassene, Belegärzte und kapitalfinanzierte MVZs.



Es ist auch noch unklar, ob der Bereich „Pflege am Bett“ von den DRGs ausgegliedert bleibt, oder ob er in die Vorhaltepauschalen eingliedert wird. Sogar besondere Pflege-DRGs wurden ja schon diskutiert.

Die Vorhaltefinanzierung ist meilenweit von einer Selbstkostendeckung entfernt – die Gesamtsumme der Krankenhausfinanzierung bleibt, wie gesagt, gleich. Die

Vorschläge der Kommission bedeuten keine Vergütung der realen Vorhaltekosten, sondern ein festes Budget. Es erlaubt Gewinne und Verluste und ist anfällig für finanzielle Fehlanreize. Und es ist nicht zweckgebunden, so dass die Gelder für alles – inkl. Ausschüttung als Dividende – eingesetzt werden können.

Überhaupt beinhaltet jede der geänderten Finanzierungsformen der Vorschläge wieder vielfältige Möglichkeiten der Gewinnerzielung durch Einsparungen im Personalbereich und in der Qualität der Patientenbetreuung. Es ist überhaupt keine Abwendung von der Ökonomie und der neoliberalen Profitmedizin. Im Gegenteil: Die DRGs sind ja noch massiv (bis zu 80%) Abrechnungsgrundlage mit all ihren schädlichen Wirkungen, die die Krankenhausmisere ja verursacht hat. So, wie die Vorhaltebudgets definiert sind, wird das noch erweitert.

Versorgungsstufen und Leistungsgruppen sowie Strukturqualitätskriterien können zur Festlegung des Versorgungsauftrages hilfreich sein. Aber sie können missbraucht werden. Betrachtet man die Vorschläge der Kommission in seiner Gesamtheit, liegt der starke Verdacht nahe, dass genau dieser Missbrauch das wesentliche Anliegen der Vorschläge ist mit der Folge weiteren

Bettenabbau und Krankenhausschließungen. Die deutsche Krankenhausgesellschaft geht aktuell von einem Abbau von 40% aller Krankenhäuser aus!

## Bisherige Kürzungen ...

### Entwicklung Zahl der Krankenhäuser und Betten seit 1991

	1991	2021	Differenz
<b>Allg. KHs</b>	<b>2164</b>	<b>1534</b>	<b>-630</b>
<i>öffentlich</i>	996	450	-546
<i>FGN/Kirche</i>	838	499	-339
<i>privat</i>	330	585	255
<b>Betten Allg. KHs</b>	<b>598073</b>	<b>437021</b>	<b>-161052</b>
<i>öffentlich</i>	367198	208229	-158969
<i>FGN/Kirche</i>	206873	146039	-60834
<i>privat</i>	24002	82753	58751



Dies bedeutet ja nicht nur die medizinische Austrocknung der ländlichen Regionen, sondern auch den verstärkten Andrang der Patienten in den größeren Kliniken, somit noch größerer Stress beim Personal. Oder glaubt jemand, dass die durch Schließung freigesetzten Pflegekräfte in die weit entfernten Zentren ziehen werden mit ihren teuren Mieten? Nein, die meisten werden aus ihrem Beruf aussteigen.

- Résumé:**
- als **Patient\*in** weiterhin monatelange Odyssee bei der Suche nach Arztterminen der Niedergelassenen, weiterhin monatelanges Warten auf einen OP-Termin, Schnellabfertigung und blutige Entlassung. Und neu: weite Wege ins Krankenhaus,
  - als **Pfleger\*in** weiterhin wachsender Stress und keine Zeit für gute Pflege



## Täuschung – Tricks – Schwindel - Desinformation

Mit allen Mitteln stemmen sich die Ökonomieverfechter dagegen, das Krankenhauswesen als Profitquelle zu verlieren und die Methoden sind teilweise perfide.

### Beispiel 1:

Er ist schon hinlänglich bekannt für seine Kahlschlagsmentalität, zB von der berüchtigten Bertelsmannstudie (*„Deutschland braucht nicht mal die Hälfte der heutigen Krankenhäuser“*) und selbstverständlich Mitglied in der Regierungskommission, der Professor Augurzky vom RWI-Institut. Er hat berechnet, dass die deutschen Krankenhäuser derzeit (und seit Corona) nur zu 68% ausgelastet seien. Daraus sei ein beträchtliches Schließungspotential ersichtlich. Also, ihr Pflegekräfte und Ärzte, es muss doch ein gemütlicher Arbeitsalltag sein, in einem Krankenhaus, das nur zu 2 Dritteln ausgelastet ist. Oder hat der ausgewiesene Fachmann nur vergessen zu erwähnen, dass die Auslastung falsch berechnet wird, weil der Entlassungstag pro Patient gar nicht gezählt wird? Damit fehlen 15% in der Statistik. Und hat ihm niemand gesagt, dass viele Betten, ja ganze Stationen geschlossen werden mussten, weil Pflegepersonal fehlt? Das ist der Klinikalltag! Jeden Tag Meldungen über weitere geschlossene Betten, weil die Fachkräfte fehlen.

### Soviel zur Qualität solcher Expertenaussagen

### Beispiel 2:

Gesundheitsminister (und Gesundheitsökonom) Lauterbach plant eine Internetplattform zu Angeboten und Qualität von Kliniken. Sie soll es Versicherten ermöglichen, sich über die Qualität der Krankenhäuser in ihrer Region zu informieren. „Wir werden alle 1.719 Kliniken auf einer Webseite aufführen und aufzählen, welche Leistungen sie erbringen und für welche Leistungen sie die Qualitätsvoraussetzungen erfüllen“, sagte er.

Patienten könnten dann in einer Übersicht sehen, „welche Behandlungen in welchen Einrichtungen durchgeführt werden und ob sie dort auch gemacht werden sollten“, erläuterte Lauterbach das Konzept. „Wenn die Anforderungen für eine Behandlung nicht gegeben sind, wird dieser Eingriff in dem Krankenhaus rot markiert sein.“ Die Webseite soll mit Karten arbeiten. „Die Patienten sollen direkt auf Karten suchen können, welche Kliniken in der Nähe die Behandlung anbietet und ob dort eine sichere Versorgung gewährleistet ist“.

Ist das nicht irre transparent? Welche der kleineren Kliniken werden da nicht rot erscheinen? Erst haben Bundes- und Landesregierung sie finanziell verhungern lassen – 18% aller Kliniken sind derzeit insolvenzgefährdet, 47% schreiben rote Zahlen – und dann schürt man die Angst der Bevölkerung vor ihren wohnortnahen Krankenhäusern und will damit ihre Zustimmung erpressen für den Krankenhauskahlschlag, nach dem Motto, „Seht mal, wir haben dem Auto 2 Räder weggenommen, wollt ihr so ein Auto kaufen?“

In vielen Gebieten Deutschlands haben sich Netzwerke von kleineren und größeren Kliniken zur arbeitsteilig verbesserten Behandlung von Herzinfarkten oder Schlaganfällen gebildet, die sehr gut arbeiten und die mit diesen Plänen zerstört würden.

**Wir sehen, es gibt kein Mittel, das ihnen zu schäbig ist, die Profitfründe zu verteidigen.**

## Krankenhaus statt Fabrik sagt:

- Wer bessere Qualität in der Krankenhausversorgung will, muss die DRGs ersatzlos abschaffen, und die Krankenhäuser finanziell ausreichend ausstatten und zwar nach dem Kostendeckungsprinzip (**Kostendeckung 2.0**). Gewinne sind zu verbieten (=Sparpotential). Die Länder müssen darüber hinaus endlich ihrer Investitionsverpflichtung nachkommen.
- Wer bessere Qualität im Krankenhaus will, muss gute Arbeitsbedingungen schaffen, d.h. mehr ausgebildete Pflegekräfte einsetzen (**Pflegepersonalregelung PPR 2.0**) und durch deutlich bessere Bezahlung sichern (und gewinnen). Personalkosten sind Vorhaltekosten. Sie müssen anhand einer bedarfsgerechten Personalbemessung geplant und zweckgebunden eingesetzt sowie kostendeckend finanziert werden.
- Wer bessere medizinische Versorgung in der Fläche will – und auch die Wartezeiten für medizinische Grundversorgung in den Städten reduzieren will – muss die **Krankenhäuser für die ambulante Versorgung öffnen** (gleichberechtigt und vergütet wie die Niedergelassenen) und ein Netz wohnortnaher Primärversorgungszentren aufbauen, die fest an die Krankenhäuser angebunden sind und mit dessen Personal betrieben werden.

Die Planung des ambulant/stationären Bedarfes muss, demokratisch und regional, von den Ländern durchgeführt werden, die kassenärztlichen Vereinigungen sind wegen falscher Zielsetzung aufzulösen. Solange dieses Netz der Primärversorgungszentren nicht aufgebaut ist und solange die Länder nicht ihre Investitionsverpflichtung erfüllen, darf es keine ökonomisch bedingten Krankenhausschließungen mehr geben.

## Das sind die wichtigsten Punkte einer richtigen Krankenhausreform im Interesse der Patienten und des Krankenhauspersonals



**Die Gesundheitsminister tagen am 5. Juli unter sich in Friedrichshafen:**

**Lassen wir sie nicht allein!**

Zeigen wir unseren Protest und sagen wir ihnen unsere Meinung



**Busanreise am 5. Juli mit verdi aus Karlsruhe**

**Abfahrt: 7:00 Uhr Messplatz**

(dort gibt es auch PKW-Parkplätze)

**Rückkehr: Ankunft in Karlsruhe, ca. 18 Uhr**

Meldet euch an unter:

[KoMaSys WEB-Anmeldung - Anmelde Daten \(verdi.de\)](#)



oder per Smartphone mit:

viSdP: M. Matzerath, Welfenstr. 2a, 76137 Karlsruhe

erschienen: 28.Juni 2023

Kontakt: [www.facebook.com/KrankenhausstattFabrik](https://www.facebook.com/KrankenhausstattFabrik)

email: [Krankenhaus.statt.Fabrik.KA@posteo.de](mailto:Krankenhaus.statt.Fabrik.KA@posteo.de)

homepage: <https://krankenhaus-statt-fabrik-karlsruhe.de>