



Labour

Germany

## Das Gegenteil von gut...

### Nadja Rakowitz\* zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)

In: *express* 12/2024

Die Krankenhauslandschaft in Deutschland ist dringend reformbedürftig. Für 2024 erwarten 70 Prozent der Kliniken betriebswirtschaftlich ein negatives Ergebnis, vielen von ihnen droht die Insolvenz. Nach 20 Jahren kapitalistischer Ökonomisierung und Konkurrenz durch das DRG-System (Diagnosis Related Groups, diagnoseorientierte Fallgruppen) und nach den Verwerfungen durch die Corona-Pandemie sind die Zustände sowohl für die Patient:innen als auch für die Beschäftigten so dramatisch, dass es dringend einer »Entökonomisierung« bedarf, einer Rückkehr zur Daseinsvorsorge. Noch besser wäre natürlich eine Revolution.

Beides hatte Gesundheitsminister Lauterbach im Herbst 2022 zu unser aller Überraschung angekündigt und dann zusammen mit der von ihm eingesetzte Kommission das angeblich dazu passende Reformkonzept vorgelegt. Die Vorstellung des Konzepts im Bundestag wurde ziemlich autoritär gerahmt und der Opposition vorgeworfen, dass sie sich anmaße, Kritik zu üben, wo das doch ein wissenschaftlich erarbeitetes Konzept sei. Was von der Wissenschaftlichkeit der verschiedenen Papiere der Kommission zu halten ist, hat das Bündnis »Krankenhaus statt Fabrik« seitdem für jedes einzelne Papier vorgeführt – ohne allerdings irgendwo gehört oder zur Kenntnis genommen zu werden. Nach verschiedenen Auseinandersetzungen vor allem mit den Landesvertretern, die vom Gesetz her die Krankenhausplanung beanspruchen, kam es im Sommer 2023 zu einem von BMG und Ländern konsentierten Eckpunktepapier, auf dem jetzt das im Oktober im Bundestag verabschiedete Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wesentlich fußt.

Am 22. November 2024 wurde es im Bundesrat beraten. Vor der Tür desselben hatten sich Vertreter:innen der Bündnisse »Krankenhaus statt Fabrik«, »Klinikrettung« und »Gesundheit statt Profite« zum letzten Protest formiert. Viele Teilnehmer:innen von den am gleichen Tag in Berlin stattfindenden Konferenzen von ver.di zum Krankenhaus und der Partei Die Linke zur Gesundheitspolitik unterstützten den Protest und forderten die Bundesratsmitglieder auf, für den Vermittlungsausschuss zu stimmen, um so die Reform noch zu stoppen. Vergeblich.

Weil die Strukturvorgaben dieses Gesetzes große Auswirkungen darauf haben, welches Krankenhaus in Zukunft noch betrieben werden kann, sehen einige Bundesländer darin ihre grundgesetzlich geregelten Planungsbefugnisse unterlaufen. Sie haben deshalb für die Anrufung des Vermittlungsausschusses (aus 16 Ländervertretern – hauptsächlich den Länderchefs – sowie 16 Bundestagsabgeordneten) gestimmt, aber die Stimmenzahl reichte nicht. Die Krankenhausreform wird also wie geplant Anfang 2025 in Kraft treten.<sup>1</sup> Nun könnte es noch eine Klage eines Bundeslands vor dem Bundesverfassungsgericht geben.

Die Absicht des Bundesgesundheitsministers, die Kosten der Umstrukturierung der Krankenhäuser zur Hälfte den gesetzlichen Krankenkassen aufzubürden (Transformationsfonds),

<sup>1</sup> Bundesrat lässt Krankenhausreform nach Politkrimi passieren, Deutsches Ärzteblatt, 22. November 2024, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/155856Bundesrat-laesst-Krankenhausreform-nach-Politkrimi-passieren>

ist ein Rechtsbruch und ein politischer Skandal. GKV-Versichertenbeiträge sind nicht dafür da, Transformationsprozesse in der stationären Versorgung zu finanzieren, sie sind allein zur gesundheitlichen Versorgung der Versicherten zu verwenden. Die Gesetzlichen Krankenkassen überlegen deshalb auch, gegen die geplante hälftige Finanzierung des Transformationsfonds gerichtlich vorzugehen.<sup>2</sup>

### Was wird die Reform bringen?

Nicht das, was der Minister und mit ihm nahezu die gesamten Presse- und Medienvertreter:innen behaupten: nicht mehr Qualität, nicht mehr finanzielle Sicherheit für kleine Häuser, keine Entmachtung der Fallpauschale...

Mit der Verabschiedung des Gesetzes wurde von Karl Lauterbach klar und offen ausgesprochen, dass es keine Brückenfinanzierung für die von Schließung bedrohten Krankenhäuser geben wird und dass durch diese Reform in den nächsten Jahren hunderte Krankenhäuser (von aktuell ca. 1.700) geschlossen werden. Die Kritik von Krankenhaus statt Fabrik ist deshalb, dass das KHVVG nicht wie versprochen den rein betriebswirtschaftlich getriebenen kalten Strukturwandel der Kliniklandschaft stoppen, sondern im Gegenteil das Sterben insbesondere kleinerer Krankenhäuser auf dem Land verstärken wird – gleichgültig, ob diese für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind oder nicht. Denn die Veränderungen, die geplant sind, gehen in die falsche Richtung.

**Vorhaltekosten:** Krankenhäuser müssen für ungeplante und unvorhersehbare Situationen Betten, Personal und Behandlungseinrichtungen vorhalten, das verursacht über die Behandlung der Patient:innen hinaus Kosten, die sogenannten Vorhaltekosten. Doch die im Gesetz angekündigte und angeblich von den DRG losgelöste Vorhaltefinanzierung deckt diese Kosten überhaupt nicht ab, sondern ist mit dem Fallpauschalensystem gekoppelt und errechnet sich aus der Anzahl und Schwere der in vorangegangenen Jahren behandelten Behandlungsfälle. Zusätzlich wird die Vorhaltevergütung nur bei Erreichen von Mindestfallzahlen für diese Behandlungsfälle gezahlt und die Höhe dieser Vergütung hängt auch noch von der Zahl der behandelten Patient:innen im ganzen Bundesland ab. Damit ist dieser Teil der Einnahmen für ein Krankenhaus weder planbar noch kalkulierbar.

Sinnvoll wäre es dagegen, die DRG vollkommen abzuschaffen und die komplette Finanzierung aller bedarfsnotwendigen Kosten für den Betrieb des Krankenhauses und ein Gewinnverbot einzuführen. Um wenigstens einen Teil der Vorhaltekosten zu finanzieren, wäre es das Mindeste – genau wie jetzt schon bei der Pflege – alle Personalkosten aus den DRG herauszunehmen und vollständig zu refinanzieren.

**Leistungsgruppen:** Zentraler Bestandteil des KHVVG ist die Einführung von 65 Leistungsgruppen (LG), denen sämtliche medizinischen Leistungen (also alle DRG) der Krankenhäuser zugeordnet und mit denen bundesweit einheitliche Qualitätsstandards und Mindestanforderungen an deren personelle und technische Ausstattung festgelegt werden. Die Zuteilung der Leistungsgruppen an die einzelnen Krankenhäuser erfolgt durch die Landesregierung und ist Voraussetzung für die Abrechnungsberechtigung; dies kann unter anderen Bedingungen ein sinnvoller Baustein für Krankenhausplanung sein. Die Länder müssen dabei die für jede Leistungsgruppe bedarfsnotwendigen Kliniken und Fachabteilungen festlegen. Bundeseinheitliche Qualitätskriterien geben die jeweils notwendige Geräte- und Personalausstattung vor, die erfüllt sein müssen, um die Genehmigung für die jeweilige Behandlung zu erlangen. Da im KHVVG aber zusätzlich Mindestbehandlungszahlen für jede Leistungsgruppe vorgesehen sind, wird aus eigentlich sinnvoller Planung ein zusätzlicher Anreiz zur Steigerung der Behandlungsfälle, der noch stärker ist als im bisherigen DRG-System, denn es geht bei Nichterreichen der geforderten Patientenzahlen um den Verlust von 40 Prozent aller Einnahmen der jeweiligen Leistungsgruppe. Zusätzlich droht eine Bürokratieorgie durch die Einführung

<sup>2</sup> Gutachten stellt Zuständigkeit des Bundes bei Krankenhausreform infrage, Deutsches Ärzteblatt, 18. April 2024, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/150773/Gutachten-stellt-Zustaendigkeit-des-Bundes-bei-Krankenhausreform-infrage>

einer bürokratisch-kleinteiligen, hoch komplizierten Abrechnungssystematik für die Vorhaltevergütung. Im Ergebnis sind die gesetzlichen Bestimmungen zu den Leistungsgruppen ein massiver Eingriff in die Planungshoheit der Länder und dienen als Selektionsinstrument zur Marktbereinigung und Zentralisierung.

Nachdem das BMG lange gezögert (sich geweigert?) hat, ein Instrument zur Verfügung zu stellen, mittels dessen man die Auswirkungen der neuen Regelungen testen/ simulieren könnte, stellte es ein vorläufiges Tool kurz vor Bundestagsabstimmung nur den Mitgliedern der Ampel-Parteien und nach der Abstimmung allen zur Verfügung. Das Ergebnis ist im Deutschen Ärzteblatt beschrieben: »Demnach haben 60 Prozent der Regel- und Schwerpunktkrankenhäuser angegeben, dass sie die Vorgaben überwiegend (70 bis 90 Prozent der Vorgaben) oder nur teilweise (50 bis 70 Prozent) erfüllen können. Bei den grundversorgenden Häusern haben 82 Prozent erklärt, dass sie die Vorgaben nicht gänzlich erfüllen können.«<sup>3</sup>

Zu diesen heute verfügbaren Analysetools schreibt das Fachmagazin f&w: Man könnte mit ihnen »spielen, doch neben allen genannten Voraussetzungen zur Planungssicherheit fehlt ihnen der nachvollziehbare Grouper-Algorithmus, sodass niemand die Daten evaluieren kann. Grundsätzlich spiegelt die Zuordnung der Fälle (DRG, NR) zu einer Leistungsgruppe nicht das tatsächliche Leistungsgeschehen wider, da bei Fällen mit mehreren relevanten Leistungen in einem Krankenhaus nur eine Leistungsgruppe zum Zuge kommt.«<sup>4</sup> Das heißt für die Laien: Noch ist gar nicht klar, ob und wie man die DRG diesen Leistungsgruppen eindeutig zuordnen kann, weil DRG und Leistungsgruppen unterschiedlichen Logiken folgen. Frühestens Ende 2025 werden so – wenn es den Algorithmus dann gibt – die Krankenhäuser (und deren zu versorgende Bevölkerung) wissen, welche Leistungsgruppen ihnen zugewiesen werden und mit welchem Vorhaltebudget vielleicht zu rechnen ist. Bereits ein Jahr später, ab Anfang 2027, werden die Vorhaltebudgets Wirkung entfalten, die angesichts einer kurzen budgetneutralen Konvergenzphase von nur zwei Jahren spürbar sein wird. Planungssicherheit für die Krankenhäuser und die Krankenhausversorgung bietet dieser Zeitplan nicht, weder wirtschaftlich noch hinsichtlich der Versorgung.<sup>5</sup>

In Nordrhein-Westfalen, wo die Reform schon weiter fortgeschritten ist, weil sie landesweit von Gesundheitsminister Karl-Joseph Laumann schon früher geplant war und als Vorbild für die bundesweite Reform von Lauterbach gilt, sieht es ähnlich aus. Dort haben die Krankenhäuser im August die Nachricht erhalten, welche Leistungsgruppen sie noch bedienen dürfen.<sup>6</sup> Nachdem 327 von 330 Krankenhäusern nach den Krankenhaus-Konferenzen Ende April bis Anfang Juni 2024 Widerspruch zu den dort festgelegten Planungen eingelegt haben, verkündete das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen am 4. November 2024, dass der Start der Krankenhausreform um drei Monate verschoben werde. Zudem wird es eine Übergangsfrist von zwölf Monaten geben. Offensichtlich war der Widerstand aus der Praxis so groß, dass Minister Laumann als selbsternannter Vorreiter von Lauterbachs Krankenhausreform erst mal die Reißleine ziehen und eine gewisse Kehrtwende einleiten musste. So erhalten auch in einigen Bereichen (geriatrische Versorgung, perinatale Versorgung von Neugeborenen, endoprothetische Versorgung, kardiale Versorgung) Krankenhäuser entsprechende Leistungsgruppen zurück. Dennoch kommt das Bündnis für ein gemeinwohlorientiertes Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen zu dem Schluss, dass jetzt zutage tritt, wovor sie immer gewarnt haben: Die Finanzierung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser in erreichbarer Nähe ist nach wie vor nicht gesichert. Gerade die Versorgung von Schwangeren und Gebärenden gestaltet sich von Tag zu Tag schwieriger und eine Lösung ist

<sup>3</sup> Mehrheit der Kliniken kann Leistungsgruppen nicht erfüllen. Deutsches Ärzteblatt, 18. November 2024, <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=155806&s=Kliniken&s=Leistungsgruppen&s=Mehrheit&s=der&s=erf%FCllen&s=kann&s=nicht>

<sup>4</sup> Reinhard Schaffert: Krankenhausreform mit vielen Unbekannten. f&w 12/2024, 26. November 2024

<sup>5</sup> Ebd.

<sup>6</sup> Gudrun Giese: Klinikreform vertagt. Fast alle Krankenhäuser in NRW legten Widerspruch gegen Reform ein. Bundesland verschiebt Start. junge welt, 1. November 2024, <https://www.jungewelt.de/artikel/486946.gesundheitssystem-nrw-klinikreform-vertagt.html>

nicht in Sicht. Es fehlt jede Planung von sektorenübergreifenden Strukturen, um die Lücke zwischen fehlenden Krankenhäusern und dem ambulanten Sektor zu schließen.<sup>7</sup>

**Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen:** Seit Jahrzehnten ist die Aufhebung der Trennung der ambulanten und stationären Versorgung überfällig. Viele Beteiligte setzen deshalb große Hoffnungen in ein Konzept sektorenübergreifender ambulant-stationärer Einrichtungen, die flexibel dem lokalen und regionalen Bedarf folgen und zugleich pflegerische und medizinische Versorgung anbieten sollten. Die im KHVVG vorgesehenen Regelungen für »sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen« werden diesem Anspruch allerdings nicht gerecht. Sie sind der Versuch, möglichst viele kleine Krankenhäuser vom Netz zu nehmen und eine Erweiterung der Betätigungsbereiche für niedergelassene Ärzte durchzusetzen. Sie sind eine Mischung aus (Kurzzeit-) Pflegeheim und Kleinstkrankenhaus, aber keine Gewährleistung einer bedarfsgerechten wohnortnahen ambulant-stationären Versorgung, schon gar nicht ein Teil eines vernünftigen Primärversorgungssystems.

Zusammengefasst wird das KHVVG die existentiellen Probleme unserer Krankenhäuser weiter verschlimmern:

- Das Krankenhaussterben aus betriebswirtschaftlichen Gründen wird besonders in ländlichen Regionen weiter zunehmen.
- Die finanziellen Steuerungsanreize mit Auswirkung auf medizinische Behandlungsentscheidungen werden zunehmen.
- Die Bedürfnisse der Patient:innen werden noch mehr in den Hintergrund gedrängt, die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten werden sich noch weiter verschlechtern, der Fachkräftemangel daher als Folge noch größere Ausmaße annehmen.
- Die Mitgliedsbeiträge der gesetzlichen Krankenkassen werden durch die Auswirkungen des Gesetzes weiter steigen.

Der Slogan und die Forderung von Krankenhaus statt Fabrik und einigen anderen: »Besser keine Reform als diese Reform« war deshalb richtig, aber wirkungslos. Das war er auch deshalb, weil es von Seiten der Gewerkschaft ver.di keinen nennenswerten Widerstand, keine Kampagne, nichts gab. Das hat viele Menschen an der Basis, ob Beschäftigte und Aktive im Krankenhaus oder ver.di-Sekretär:innen die letzten Monate sehr irritiert und viele richtig wütend gemacht.

Es steht nicht nur die Frage im Raum, ob die Reform und der notwendige Widerstand dagegen anders ausgesehen hätten, wenn der verantwortliche Gesundheitsminister nicht aus der SPD gekommen wäre. Für uns als Teil der Krankenhaus-Bewegung gegen die DRG stellen sich jetzt viele Fragen: Wie könnte wirksamer Widerstand in Zukunft aussehen? Was tun bei den Fragen, wo ver.di als kritische Massenorganisation ausfällt? Wie umgehen mit einem Journalismus und Medien, die Regierungspropaganda überhaupt nicht mehr kritisch hinterfragen, sondern einfach nacherzählen? Wie können wir dazu beitragen, das Parlament und die Gesellschaft wieder zu demokratisieren?

Und zum Schluss: Aktuell erfahren wir eine seit dem 2. Weltkrieg nicht gekannte Militarisierung der Gesellschaft, die ganz besonders auch das Gesundheitswesen trifft. Das Verteidigungsministerium, die Bundeswehr und die Ärztekammern diskutieren offensiv, wie man in Zukunft das Gesundheitswesen im geplanten Kriegsfall der militärischen Logik unterwerfen kann. Ein Gesetz dazu ist geplant. Die Zahl von 10.000 Betten für die verletzten Soldaten kurziert schon, die Fragen, wer dann zuerst behandelt wird, wenn jetzt im Zuge der Reform hunderte Krankenhäuser und damit tausende Betten geschlossen werden, wird schon ganz offen diskutiert.

Es wird Zeit für Widerstand.

*\* Nadja Rakowitz ist Medizinsoziologin und Geschäftsführerin des Vereins demokratischer Ärzt\*innen, der Teil des Bündnis Krankenhaus statt Fabrik ist; sie macht Bildungsarbeit für ver.di und die RLS.*

<sup>7</sup> Bündnis für ein gemeinwohlorientiertes Gesundheitswesen: Minister Laumann zieht die Reißleine, 2. Dezember 2024, <https://gesunde-krankenhaeuser-nrw.de/2024/12/02/minister-laumann-zieht-die-reissleine/>

***express** im Netz und Bezug unter: [www.express-afp.info](http://www.express-afp.info)  
Email: [express-afp@online.de](mailto:express-afp@online.de)*

**express** / AFP e.V., Niddastraße 64, VH, 4. OG, 60329 Frankfurt a.M.

*Bankverbindung für Spenden und Zahlungen:*  
AFP, Sparda-Bank Hessen eG, IBAN: DE28 5009 0500 0003 9500 37, BIC: GENODEF1S12