

Letzte Schicht auf der Elbinsel

Gesundheit In Hamburg muss eine Traditions klinik schließen. Für den Umbau der Krankenhauslandschaft ist das exemplarisch

von **Ulrike Baureithel**

Die Hansestadt Hamburg ist um eine Klinik ärmer. Das Erzbistum läutet das Leichenglöckchen für das traditionsreiche Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand, das Ende Juni endgültig geschlossen wird. Nachdem im Juni 2025 bereits die chirurgische Abteilung und die Notfallambulanz dichtgemacht haben, werden die noch verbliebenen, rentablen Stationen – die Geriatrie und die neurochirurgische Frührehabilitation – in andere katholische Krankenhäuser der Stadt verlagert. Wie dem *Freitag* berichtet wird, wurde den 350 Mitarbeitern in Groß-Sand gekündigt, mit der Option, sich neu zu bewerben, wobei sie alle Ansprüche verlieren. Eine Hamburger Journalistin, die von der Mitarbeiterversammlung berichten wollte, wurde rausgeworfen und ihre Aufzeichnungen beschlagnahmt.

Private übernehmen

Über sechs Jahre lang kämpft die Bevölkerung auf der Elbinsel nun um ihr fußläufig erreichbares Krankenhaus, in dem Un- und andere Notfälle schnell versorgt werden konnten. „Eine Insel der Menschlichkeit“ sowohl für die dort Tätigen als auch für die 250.000 im Hamburger Süden lebenden Menschen, vor allem junge Leute mit migrantischem Hintergrund. Für sie gibt es jetzt nur noch die Notfallambulanz in der Asklepios-Klinik in Harburg, die wie alle ehemaligen städtischen Krankenhäuser nun zum privatwirtschaftlich geführten Asklepios-Konzern gehört, der immer wieder in die Schlagzeilen gerät.

Gesundheitsministerin Melanie Schlotzhauer (SPD), die als Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz lang am Tisch ihres Parteifreundes, Gesundheitsminister Karl Lauterbach, über die Krankenhausreform verhandelt hat, kümmert das offenbar wenig. Das angekündigte Konzept für eine Stadtklinik Wilhelmsburg steht nach wie vor aus. Für die Bürgerinitiative, die sich gegen die Schließung von Groß-Sand einsetzt, ist klar, dass es dabei nicht mehr um eine 24-Stunden-Notfallversorgung ge-



Krankes System: Mehr als sechs Jahre lang kämpfte die Bevölkerung auf der Elbinsel für ihr fußläufig erreichbares Krankenhaus

hen wird, sondern um eine Einrichtung der niedrigsten Versorgungsstufe, die auf dem Gelände eines großen Altenheims entstehen soll. Die Krankenhausreform sieht vor, dass in solchen Einrichtungen, von Lauterbach einmal als Level II in Umlauf gebracht, alte Kranke landen, damit sie die übrigen Kliniken nicht mehr „verstopfen“.

Der Fall Hamburg-Wilhelmsburg ist keine unmittelbare Folge der von Lauterbach auf den Weg gebrachten und von seiner Nachfolgerin Nina Warkens (CDU) modifizierten Reform, die mit dem Namen Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) nach vielen Verhandlungen mit den Ländern Ende März den Bundesrat passiert hat. Doch die Probleme des aufgrund von

Pensionsrückstellungen verschuldeten Hamburger Hauses mit einem Träger, der nicht fähig oder willens war, die Verhandlungen mit Interessenten zu einem positiven Ende zu bringen, dürften für andere Kliniken ähnlich sein. Das Zusammenspiel der gesetzlichen Regelungen würde perspektivisch gerade kleinere Einrichtungen in ländlichen Regionen in einen tödlichen Konkurrenzkampf verwickeln.

Denn alle Versprechungen, die Krankenhäuser durch Vorhaltepauschalen in einen finanziell sicheren Hafen zu lenken, bleiben leer. Nach wie vor müssen Kliniken durch Mindestvorhaltezahlen – also zum Beispiel für bestimmte Operationen – nachweisen, dass sie eine bestimmte Leis-

tung überhaupt erbringen dürfen. Erst dann bekommen sie die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen, ein Teufelskreis. Die 40-prozentige Vorhaltevergütung deckt die vorzuschießenden Mittel der Krankenhäuser aber bei Weitem nicht, wie in der Bundestagsdebatte Abgeordnete der Linken monierten, die die Abkopplung von Mengenbestimmungen forderten.

Um die Leistungsgruppen, die von 65 auf 61 gesenkt wurden, wird es noch viel Gerangel geben, ebenso um die nicht endgültig bestimmte Definition von Fachkliniken und die von den Ländern ausgehandelten Ausnahmeregelungen für die Versorgung ländlicher Gebiete. Da die Krankenkassen bei den Ausnahmen nun ein Wörtchen mit-

zureden haben, verlieren die Länder einen Teil ihrer Planungshoheit. Dennoch konnten sie sich im Bundesrat nicht dazu durchringen, dem Antrag der Gesundheitsministerin Mecklenburg-Vorpommerns, Stefanie Drese (SPD), zu folgen, die noch einmal den Vermittlungsausschuss anrufen wollte.

Die einzige für die gesetzlich Versicherten wirklich positive Veränderung ist die Finanzierung der Reform, die sich Bund und Länder teilen und die aus dem Investitionsfonds kommt – und nicht wie geplant zur Hälfte auf die Krankenkassen abgewälzt wird.

Lange hat eine Initiative dafür gekämpft, den Standort in Wilhelmsburg zu erhalten

Zum Spielball droht im KHAG nun aber wieder einmal die Pflege zu werden. Das Pflegebudget – 20 Prozent der gesamten Klinikkosten und 2020 eingeführt, um die Pflegeaufwendungen voll zu refinanzieren – soll künftig nur noch die direkte Patientenversorgung abbilden. Damit fallen alle Leistungen heraus, die von den Pflegenden nicht unmittelbar am Krankenbett erbracht werden. Da die starren Personaluntergrenzen gleichzeitig die Voraussetzung für die Zuweisung von Leistungsgruppen sind, könnte dies dazu führen, dass Kliniken Betten einfach schließen, wenn sie fürchten, die Untergrenze zu reißen. Die Krankenkassen wiederum werden bestrebt sein, am Pflegebudget zu sägen.

Und die sektorenübergreifende Versorgung, die Schnittstelle zwischen Ambulanten und Stationärem, über die jahrelang diskutiert wurde? Wenn Warkens Pläne der Primär- und Notfallversorgung durchgehen, werden Patient:innen nicht mehr so einfach eine Notaufnahme ansteuern können wie heute – selbst wenn sie schnell erreichbar wäre. Sie werden „gesteuert“, was vor allem heißt, sie zunächst einmal digital abzuwimmeln. Die Leute auf der Elbinsel wissen schon, wofür sie kämpfen, und laden am 10. April zu einem „Leichenschmaus“ ein.

FOTO: DAVID HAMBERS/DEFA