

KHVVG:

Das KrankenhausVersorgungs- VerschlechterungsGesetz

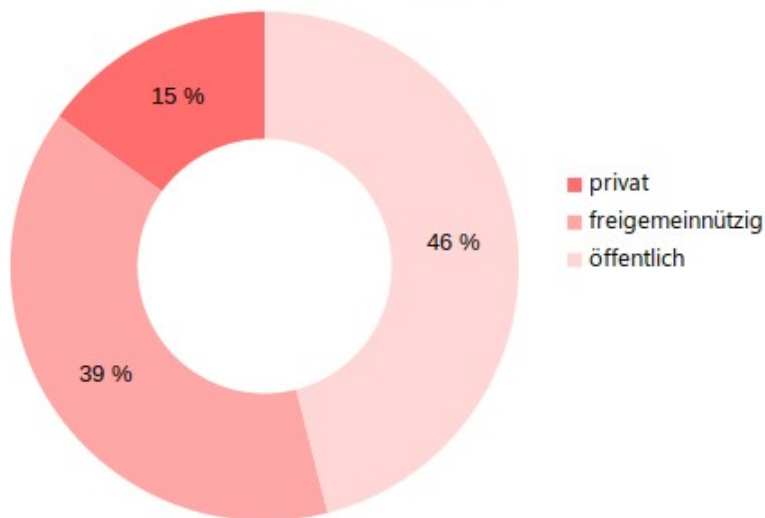
Entwicklungen der Krankenhauslandschaft

• 30 Jahre Kahlschlag

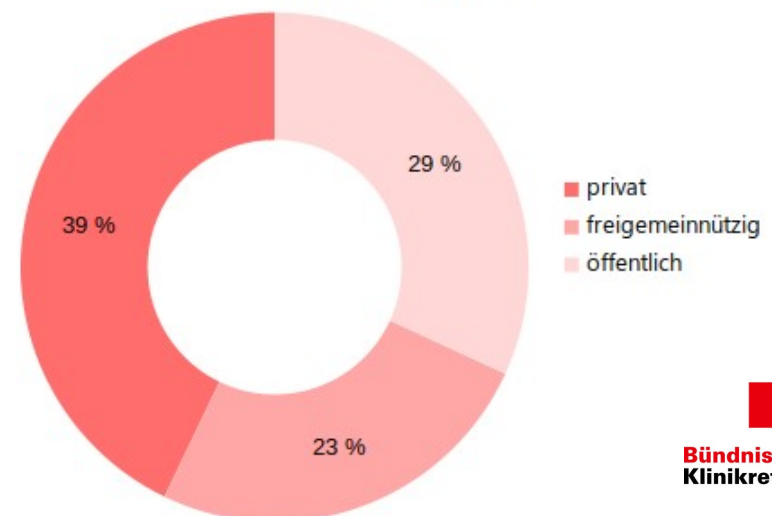
- 21% oder rund 500 weniger Krankenhäuser (1991-2021)
- Halbierung der Anzahl an Geburtshilfen: nur noch in 1/3 der Krankenhäuser verfügbar (1991-2021)
- Rekordjahr 2023: 24 Krankenhausschließungen

• 30 Jahre Privatisierung

Krankenhaussträger 1991



Krankenhaussträger 2022



Die Folgen des KHVVG

Schließungen von Krankenhäusern

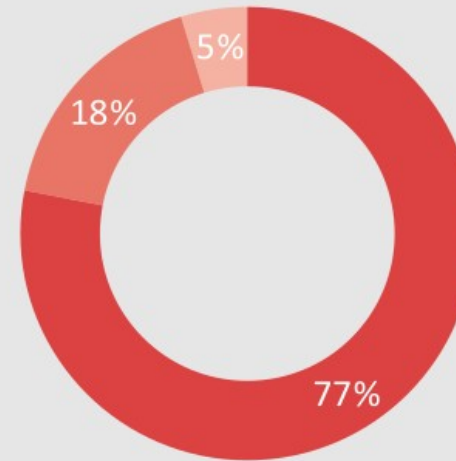
1) durch Herunterstufung zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (Level 1i)

- laut Auswirkungsanalysen: 358 (Bindoc), 416 (Vebeto & hcb)
→ mindestens ein Fünftel aller Krankenhäuser
- keine klinische Notfallversorgung rund um die Uhr, keine durchgängige ärztliche Verfügbarkeit

Ambulante Einrichtungen wie die sektorenübergreifenden Versorger können Krankenhäuser ergänzen, aber nicht ersetzen.

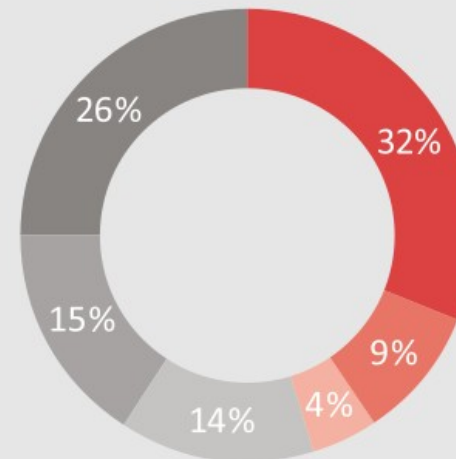
Verlust stationärer Kapazitäten nach Krankenhausschließungen

- Vollständiger Verlust der stationären Betten **77%**
- Teilweiser Verlust der stationären Betten **18%**
- Vollständiger Erhalt der stationären Betten durch Verlagerung oder Umwandlung **5%**



Ambulante und stationäre Ersatzmaßnahmen nach Krankenhausschließungen

- Keine Ersatzmaßnahme: **32%**
- Alten- und Pflegeheim: **9%**
- Ärztehaus, Tagesklinik: **4%**
- Unzureichend ausgestattete Gesundheitszentren: **14%**
- Gesundheitszentren in Entwicklung: **15%**
- Verlagerung, Reha- oder Fachklinik: **26%**



Quelle: Dr. Rainer Neef/Bündnis Klinikrettung (Hg.): Krankenhausschließungen und Ersatzmaßnahmen: Bilanz 2020 bis 2023, Berlin, März 2024, <https://kurzlinks.de/studie-kkh-ersatz>

Die Folgen des KHVVG

Schließungen von Krankenhäusern und Abteilungen

2) durch Wettbewerb um Leistungsgruppen und die daran gekoppelten gedeckelten Vorhaltepauschalen (real: Leistungsgruppenbudgets)

- Einschränkung des Behandlungsspektrums statt bedarfsgerechter finanzieller und personeller Ertüchtigung
- Pest oder Cholera der Krankenhausplanung
 - Leistungsgruppen auf möglichst wenige Krankenhäuser verteilen = verordnete Schließungen. Leistungsgruppen auf möglichst viele Krankenhäuser verteilen = Schließungen durch Unterfinanzierung
 - Noch mehr Bürokratie

Die Alternative: Selbstkostendeckung & demokratische Bedarfsplanung.

Verbessern Krankenhausschließungen die Qualität?

„Es ist eigentlich eine Unverschämtheit gegen über dem medizinischen Personal kleiner Krankenhäuser, diese ständig für unfähig zu erklären. Ärztinnen und Ärzte, Schwestern und Pfleger haben in kleineren Krankenhäusern die gleich hohe Qualifikation, die gleiche jahrelang Ausbildung wie in größeren oder großen Häusern. [...] Bei den akuten Ereignissen ist die schnellstmögliche Hilfe entscheidend. Zentralisierte Krankenhäuser mit großartigen personellen und technischen Voraussetzungen helfen nicht, wenn der Patient es nicht mehr erreicht. Kleinere Krankenhäuser sind rasch erreichbar und ohne Wenn und Aber in der Lage, die Erstversorgung solcher Patienten zu leisten, um sie dann, je nach Notwendigkeit, in größere Häuser zu verlegen.“

– Dr. med. Bernd Hontschik, Facharzt für Chirurgie, Autor, Mitglied Bündnis Klinikrettung

Videoserie zu den Folgen von Krankenhausschließungen: **„Warum wir wohnortnahe Krankenhäuser brauchen“**

<https://www.gemeingut.org/infothek/audiovideo/>

Wer profitiert?

- Private Krankenhauskonzerne: dürfen weiterhin mit dem Krankenhausbetrieb Gewinne machen
- MVZ-Betreiber: stoßen in den neuen Markt für ambulante Einrichtungen
- Spezialisierte Fachkliniken für planbare Behandlungen

... und wer verliert?

- gesetzlich Versicherte: tragen die Kosten der Umstrukturierung
- Menschen in ländlichen und strukturbenachteiligten Regionen: verlieren ihre Versorgung
- Krankenhausbeschäftigte: werden weiterhin überlastet
- Patient*innen: leiden weiterhin unter Unter- und Fehlversorgung wegen mangelnder Bedarfsplanung