



Informationen zu Krankenhausschließungen

Laut Krankenhausstatistik der DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) hat sich die Zahl der Krankenhausbetten in der BRD seit 2010 bis 2022 von 502749 auf 483 606 verringert. Das entspricht einer Verminderung der Krankenhäuser um 171 an der Zahl. Das Bündnis Klinikrettung veröffentlicht, dass allein 2023 22 Krankenhäuser schließen mussten. Ab 2024 sollen jährlich 50 bis 100 Krankenhäuser von Schließungen bedroht sein. Das Deutsche Krankenhausinstitut ermittelte ähnliche Zahlen. Die Ursachen dafür sind vielschichtig.

1. Ab 1985 Änderung des Finanzierungssystems der Krankenhäuser

Ab 1985 war es den Krankenhäusern gesetzlich erlaubt, Gewinne zu erwirtschaften. Das heißt, dass sich die zumeist kommunalen und gemeinnützigen Trägern aus ihrer Finanzierungsverantwortung - begründet nach dem Subsidiaritätsprinzip - allmählich zurück ziehen konnten.

Die Einführung des DRG-Finanzierungssystems ab 2004 beschleunigte das Krankenhaussterben. Das DRG-System und seine Überwachung durch den MDK vergrößerte den Verwaltungsapparat. Für den umfassenden Dokumentationszwang für die ICD-Codes und die diesbezüglich erbrachten Leistungen wurde auf Kosten der Qualität der medizinischen und pflegerischen Patientenversorgung erhebliches Klinikpersonal gebunden.

2. Kürzung der Investitionszuschüsse

Laut DKG sind seit 1993 bis 2012 die Investitionszuschüsse von 3,9 Milliarden auf unter 2,7 Milliarden gekürzt worden. Erst ab 2013 bis 2021 wurden sie wieder auf 3,2 Milliarden angehoben.

3. Zunahme von privaten Krankenhausträgern

Das Bündnis Klinikrettung schreibt, dass 2023 39% der Krankenhäuser in privater und 32% in gemeinnütziger Trägerschaft waren. Im Jahr 1991 waren nur 15% der Kliniken in privaten Händen. Das hatte die Zunahme von Spezial- und Fachkliniken auf Kosten einiger Allgemeinkrankenhäuser zur Folge, da sie keine Notfallversorgung mit dem damit verbundenen Budget vorweisen müssen.

4. Krankenhausstrukturfondsverordnung §12 des Bundesgesundheitsministerium von 2015



Diese Verordnung beinhaltet Auszahlung von Förderungsgeldern für den Bettenabbau. Folgender Auszug aus einer Information des Bundesgesundheitsministeriums an den Deutschen Bundestag belegt dies:

„Die Vorschrift sieht gestaffelte Förderbeträge vor, um Anreize für einen Abbau nicht bedarfsgerechter Krankenhausbetten zu schaffen. Nicht förderungsfähig ist ein Bettenabbau im Bagatellbereich von bis zu zehn Krankenhausbetten, da hiervon keine ausreichend wirksamen strukturellen Verbesserungen ausgehen „

5. Einseitige Investitionen der Länder in teure moderne Zentralklinkbauten

Durch diese Investitionen blieb für manche kleine wohnortnahen Allgemeinkrankenhäuser keine ausreichende Finanzierung.

6. Kein staatlicher Finanzausgleich für die steigenden Energie-, Personalkosten und die anhaltende Inflation

Dieser Abbau vor allem der Allgemeinkrankenhäuser hat zur Folge, dass im ländlichen Bereich die Qualität der medizinischen Versorgung unzureichend ist. Dies wird auch nicht verbessert durch das neue Krankenhausreformgesetz, das jetzt im Jahr 2024 in Kraft tritt.

Bestehende Allgemeinkrankenhäuser sollen durch die sektorenübergreifende Versorger, sogenannte Level 1i-Krankenhäuser, ersetzt werden, die jedoch keine Notfallversorgung leisten sollen.

Im Eckpunktepapier vom Juli 2023 des Bundesgesundheitsministeriums über die Krankenhausreform heißt es: „Sektorenübergreifende Versorger (Level II-Krankenhäuser) nehmen nicht an der Notfallversorgung im Sinne des G-BA Notfallstufenkonzepts teil und werden damit grundsätzlich nicht vom Rettungsdienst angefahren.“

Die Krankenhausreform will auch die Finanzierung der Krankenhäuser ändern. Anstelle der DRG-Finanzierung soll eine „Vorhaltevergütung“ in Kraft treten und das schon längst überfällige Fallpauschalensystem ersetzen. Die Krankenhäuser sollen Gelder für die Vorhaltung von Personal und Grundausstattung bekommen. Das Bündnis Klinikrettung sieht dies mit folgenden Worten kritisch:

„Das aber entpuppt sich schnell als Etikettenschwindel. Denn die Höhe der Vorhaltepauschalen hängt von DRG-Erträgen der vergangenen Jahre ab, und sie werden an die neu eingeführten Leistungsgruppen gekoppelt. Um eine Leistungsgruppe zugeteilt zu bekommen, muss ein Krankenhaus vorab bestimmte Mindestmengen- und Ausstattungskriterien erfüllen. Von Mengen unabhängiger Vergütung oder Kostendeckung kann also nicht die Rede sein.“

Die Zuteilung der Leistungsgruppen durch die Länder, die die Höhe der Vorhaltebudgets mitbestimmt, ist begrenzt. Dadurch bleibt die Konkurrenz unter den Krankenhäusern weiter bestehen. Dies kann bedeuten, dass noch mehr kleinere Krankenhäuser schließen müssen.



Interdisziplinärer Verband für Gesundheitsberufe
Gemeinsam für ein gemeinwohlorientiertes Gesundheitssystem

Wir als IVfG fordern eine kostendeckende Finanzierung auch der kleinen wohnortnahen Krankenhäuser vor allem in ländlichen Gebieten mit Erhalt der Notfallversorgung und der Geburtskliniken, um eine bedarfsgerechte medizinische und pflegerische Versorgung gewährleisten zu können.

Quellen:

Bilanz über Krankenhausschließungen im Jahr 2023 (gemeingut.org),
https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2023/12/1_Jahresbilanz-Krankenhausschliessungen-2023_Buendnis-Klinikrettung.pdf

DKG zur Lage der Notfallversorgung | DKI,
<https://www.dki.de/pressemitteilung/dkg-zur-lage-der-notfallversorgung>

KRANKENHAUS BAROMETER 2023 (dki.de),
https://www.dki.de/fileadmin/user_upload/DKI_Krankenhaus_Barometer_2023_final.pdf

Krankenhausreform (bundesgesundheitsministerium.de),
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform>

Zahlen & Fakten | Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (dkgev.de),
<https://www.dkgev.de/service/zahlen-fakten/>