

Selbstkostendeckung der Krankenhäuser

Reale Finanzierungsalternative zu Lauterbachs Krankenhausreform

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

Projektstudie



Inhalt

1. Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz versus Selbstkostendeckung	3
2. Selbstkostendeckung - Klinikrettung und mehr Personal am Patienten	5
3. Einwände gegenüber der Selbstkostendeckung	7
4. Unbegründete Einwände	8
4.1 Anschubfinanzierung ist Selbstkostendeckung	8
4.2 Unrealistisches oder realistisches Finanzierungsmodell	1
4.3 Freibrief für alle Krankenhäuser versus Kontrolle	11
4.4 Finanzierbarkeit	12
5. Volkswirtschaftlicher Schaden des KHVVG	14
6. Anhang zu den Kapiteln	15
6.1 Selbstkostendeckung - Klinikrettung und mehr Personal am Patienten (zu Kapitel 2)	15
6.2 Finanzierbarkeit (zu Kapitel 4.4)	16
7. Literatur der Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern	18



1. Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz versus Selbstkostendeckung

Als am 22. November 2024 der Bundesrat den Verweis des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes an den Vermittlungsausschuss ablehnte, waren die Würfel gefallen. Die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern fasste die eigene Kritik anhand einer Projektstudie „Auswirkungsanalyse - zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz [KHVVG] - Drucksache 20/11854“¹ in einer Pressemitteilung noch am gleichen Tag zusammen:

- radikale Kürzungen der Leistungsangebote bei Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung
- strukturell und wirtschaftlich bedingte Klinikschließungen in bisher ungekanntem Ausmaß, **bedroht sind bis zu 567 der aktuell 1.857 deutschen Krankenhäuser ohne Basisnotfallversorgung**
- signifikant längere Entfernungen, teilweise mit mehr als 30 Fahrzeitminuten, zum nächstgelegenen Allgemeinkrankenhaus mit Basisnotfallversorgung²; In Bayern sind bereits 162 Postleitzahlregionen von einem wohnortnahen Allgemeinkrankenhaus einschließlich Basisnotfallversorgung binnen 30 Fahrzeitminuten ausgeschlossen
- Verlust medizinischer Fachkräfte und wirtschaftlicher Nachfrage in ländlichen Regionen
- Verwandlung ländlicher Regionen in Gesundheitsregionen dritter Klasse.³

Ist das eine Krankenhausreform wert?
Nein, das ist es nicht!

Auf ausdrückliche Aufforderung von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hatte das Bündnis Klinikrettung seinem Staatssekretär Edgar Franke im Bundesgesundheitsministerium sein Finanzierungskonzept „Selbstkostendeckung der Krankenhäuser“ vorgestellt.⁴

1 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Auswirkungsanalyse - zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz [KHVVG] – Drucksache 20/11854,

https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13351285099/Auswirkungsanalyse+zum+Auswirkungsanalyse+Entwurf+des+%E2%80%93+KHVVG+-+Drucksache+20_11854.pdf?t=1732627530

2 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Projektstudie „30 Fahrzeitminuten für bayerische Krankenhäuser Notstand der wohnortnahen klinischen Versorgung und

Lösungsansätze“, <https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13299280299/30+Fahrzeitminuten+f%C3%BCr+bayerische+Krankenh%C3%A4user+-+Notstand+der+wohnortnahen+klinischen+Versorgung+und+L%C3%B6sungsans%C3%A4tze.pdf?t=1732627530>

3 Bündnis Klinikrettung, Selbstkostendeckung der Krankenhäuser,

<https://www.gemeingut.org/buendnis-klinikrettung-veroeffentlicht-studie-zur-selbstkostendeckung-als-alternative-zu-fallpauschalen/>,

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Lauterbachs Krankenhausreform im Bundesrat bestätigt Enttäuschende Entscheidung mit weitreichenden Konsequenzen,

https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14816988932/2024_11_22_Pressemitteilung_Lauterbachs+Krankenhausreform+im+Bundesrat+best%C3%A4tigt.pdf?t=1732273663

Die Kritik: Lauterbachs Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) impliziert das falsche Konzept - **es verwaltet nur den Mangel!**

1. Es gibt kein neues Geld für finanziell angeschlagenen Krankenhäuser aus.
2. Es gliedert den Geldmangel nur um: von kleinen Krankenhäusern zu Großkliniken.
3. Es konzentriert Klinikstandorte und limitiertes Klinikpersonal in Ballungszentren.
4. Es fördert wirtschaftliche statt bedarfsorientierte Klinikstandorte und Klinikleistungen
5. Es macht den ländlichen Raum zur Gesundheitsregion 2. Klasse mit großen Entfernungen zum nächsten Krankenhaus und zur stationären Notfallversorgung.
6. Es schafft keine Lösungen für knappes klinisches Personal mit der Gefahr schlechter Behandlungsqualität.
7. Es gefährdet die Gesundheit.

Das Bündnis Klinikrettung hat das bessere Konzept - es schafft flächendeckend mehr Qualität!

1. Es garantiert Krankenhäusern exakt die Geldmittel, die sie für ihren Klinikbetrieb brauchen, kleine und große.
2. Es garantiert ohne Mehrkosten zusätzliches qualifiziertes Personal für die Behandlung der Patienten. Es geht um **166.400 zusätzliche Mitarbeiter bzw. 126.150 zusätzliche Vollkräfte** in Deutschland sowie um **27.400 zusätzliche Mitarbeiter bzw. 20.300 zusätzliche Vollkräfte** in Bayern am Patienten.
3. **Es stoppt das Kliniksterben.**
4. **Es sichert in allen Regionen ein Allgemeinkrankenhaus binnen 30 Fahrzeitminuten**, in Ballungszentren und im ländlichen Raum.
5. **Mit mehr Personal schafft es bessere Qualität.** ⁵

4 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Termin bei Staatssekretär Franke,

<https://kliniksterben.jimdofree.com/b%C3%BCndnis-klinikrettung/termin-bei-staatssekret%C3%A4r-franke/>

5 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Auswirkungsanalyse - zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz [KHVVG] – Drucksache 20/11854,

https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13351285099/Auswirkungsanalyse+zum+Auswirkungsanalyse+Entwurf+des+%E2%80%93+KHVVG+-+Drucksache+20_11854.pdf?t=1732627530

2. Selbstkostendeckung - Klinikrettung und mehr Personal am Patienten

Vertieft man die Vorzüge des Finanzierungsmodells „Selbstkostendeckung der Krankenhäuser“, dann tut man sich schwer, die anschließenden Zweifel noch zu verstehen.

Und weil GesundheitsökonomInnen sowie Gesundheitsminister allzu oft nur die Sprache der Zahlen verstehen, seien hier **einige Zahlen präsentiert**:

1. Mit Einführung der Selbstkostendeckung der Krankenhäuser wird auf einen Transformationsfonds zur Umwandlung der Krankenhäuser im Rahmen des KHVVG verzichtet, **immerhin 50 Mrd. Euro in 10 Jahren bzw. jährlich 5 Mrd. Euro**.
2. **Im Umfang von 11,1 Mrd. Euro müssen 166.400 klinische Mitarbeiter bzw. 126.150 klinische Vollzeitkräfte nicht am Computer Fallpauschalen kodieren und dokumentieren**. Sie stehen stattdessen für die unmittelbare Patientenbehandlung zur Verfügung.
3. Durch Umwandlung aller Gesetzlichen Krankenkassen in eine Bürger-Krankenversicherung werden voraussichtlich die halben Verwaltungskosten, d.h. jährlich **ca. 6,3 Mrd. Euro Verwaltungskosten** eingespart, durch den Umwandlung aller Privaten Krankenkassen nochmals ca. 0,48 Mrd. Euro.

Wir reden über **23,75 Mrd. Euro jährlich** und 126.150 klinische Vollzeitkräfte in Zeiten knapper klinischer Arbeitskräfte. All dies vergeudet das KHVVG – **eine unglaubliche Verschwendung**.



Selbstkostendeckung der Krankenhäuser
Reale Finanzierungsalternative zu Lauterbachs Krankenhausreform
Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

lit. Nr.	Kostenwerts der Selbstkostendeckung	Klinisches Personal Mitarbeiter	Klinisches Personal Vollzeit	Euro Mrd.	pro Jahr
1	Einsparung der Transparenzfonds zur Umsetzung des KHVG			50	5
2	Mehr Personal weg vom Computer hin zum Patienten	155.400	125.150	11,1	11,1
3	Geschätzte 50% Verwaltungskosten GKV, 12,7 Mrd. Euro			6,3	6,3
4	Geschätzte 50% Verwaltungskosten PKV, 0,977 Mrd. Euro			0,45	0,45
5	Gewinne der 4 größten Klinikbetreiber (2021)			0,8	0,8
Summe				68,75	23,75

Quelle:

- 1 Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz ⁶
- 2 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Krankenhausstatistik 2023 ⁷
- 3 Bundesministerium für Gesundheit, Anlage 1 Finanzielle Entwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der landwirtschaftlichen Krankenkasse1 im 1.-4. Quartal 2023 ⁸
- 4 Versicherungsbote, Die Verwaltungskosten der PKV-Versicherer ⁹
- 5 Statista, Die vier größten privaten Klinikbetreiber (Helios, Rhön Klinikum, Asklepios und Sana) ¹⁰

⁶ Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz,

https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2024/0501-0600/532-24.pdf?__blob=publicationFile&v=1

⁷ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Krankenhausstatistik 2023

<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/aktuelles/kh-statistik-2023/>

⁸ Bundesministerium für Gesundheit, Anlage 1 Finanzielle Entwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der landwirtschaftlichen Krankenkasse1 im 1.-4. Quartal 2023

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/GKV/PM_Anlage_Finanzentwicklung_der_GKV_im_Q4_2023.pdf

⁹ Versicherungsbote, Die Verwaltungskosten der PKV-Versicherer

<https://www.versicherungsbote.de/id/4908166/chapter/1/Die-Verwaltungskosten-der-PKV-Versicherer/>

¹⁰ Statista, Die vier größten privaten Klinikbetreiber (Helios, Rhön Klinikum, Asklepios und Sana)

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/322501/umfrage/gewinn-der-groessten-privaten-klinikbetreiber-in-deutschland/>

3. Einwände gegenüber der Selbstkostendeckung

Seit der Präsentation des Konzepts im Bundesgesundheitsministerium – die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern war mit vertreten - wollten Gesundheitsminister Karl Lauterbach, sein Staatssekretär Edgar Franken und Lauterbachs Regierungskommission nichts mehr von ihrem Versprechen wissen, dieses Konzept zu prüfen.

Dabei ist das Finanzierungssystem Selbstkostendeckung der Krankenhäuser des Bündnis Klinikrettung so verblüffend einfach und sichert so einfach den Erhalt der flächendeckenden klinischen Versorgung in Deutschland, dass es Gesundheitsökonomien sowie Gesundheitsminister von Bund und Ländern "verdächtig" finden und pauschal titulieren mit:

- unrealistisch
- Freibrief für alle Krankenhäuser
- nicht finanzierbar
- und deshalb nicht umsetzbar.

Aber stimmt das wirklich?

Und was ist mit den Vorteilen einer Selbstkostendeckung der Krankenhäuser? Warum nehmen die Gesundheitsökonomien und Gesundheitsminister diese Vorteile nicht zur Kenntnis,?

Das Verfahren:

Alle Krankenhäuser bekommen auf Basis der von einem Wirtschaftsprüfer testierten stationären Vorjahreskosten eine monatliche Abschlagszahlung.

Die einfache Abschlagsformel:

$$(\text{Vorjahreskosten} + \text{inflationsbedingter Steigerungsrate}) / 12 = \text{monatliche Abschlagszahlung.}$$

Im Folgejahr werden die tatsächlichen Jahreskosten gegen monatlichen Abschlagszahlungen ausgeglichen.

Die einfache Ausgleichsformel:

$$\text{Tatsächliche Jahreskosten} - (12 \text{ mal monatliche Abschlagszahlung}) = \text{einmaliger Ausgleichsbetrag}$$

4. Unbegründete Einwände

4.1 Anschubfinanzierung ist Selbstkostendeckung

In der Allgemeindebatte und auch im Bundestag zum KHVVG wurde wiederholt ein „Vorschaltgesetz zur finanziellen Absicherung der Häuser“ gefordert. „Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) erwarte Ende 2023 ein Defizit von rund zehn Milliarden Euro für alle deutschen Kliniken. Es drohten Insolvenzen, solange die geplante Krankenhausstrukturreform nicht greife und keine Brückenfinanzierung sichergestellt werde.“¹¹

Eine finanzielle Absicherung der Häuser zur Abwehr von Insolvenzen ist **de facto die Selbstkostendeckung der Krankenhäuser auf Zeit.**¹²

- Warum soll diese Mittel nicht **dauerhaft fließen**, dann ist die flächendeckende klinische Versorgung in Deutschland auf Dauer sicher gestellt?
- Warum ein Vorschaltgesetz nur auf Zeit, um anschließend im Rahmen des KHVVG für immerhin 50 Mrd. Euro Krankenhäuser umzugestalten und viele für dieses Geld sogar zu schließen?
- Warum Mangelverwaltung mit weniger Krankenhäusern und weniger Leistungen, statt jährlicher Ausgleich der entstandenen Kosten, im Gegenzug zusätzliche 166.400 klinische Mitarbeiter am Patienten? **166.400 zusätzliche klinische Mitarbeiter bzw. 126.150 klinische Vollzeitkräfte am Patienten ohne Mehrkosten sind definitiv mehr Qualität.**

Wer wirkliche Zweifel am Gelingen einer Selbstkostendeckung der Krankenhäuser hat, der der könnte dieses Finanzierungsmodell als ...

- befristete Anschubfinanzierung 1 Jahr testen
- im Anschluss an die Testphase über eine dauerhafte Selbstkostendeckung der Krankenhäuser ergebnisoffen entscheiden.

Das klinische Personal hätte eine Entlastung weg vom Computer und hin zum Patienten verdient!

¹¹ Bundestag, Krankenhausreform nach hitziger Debatte beschlossen,

<https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2024/kw42-de-krankenhausversorgung-1024614>

¹² Bündnis Klinikrettung, Selbstkostendeckung der Krankenhäuser,

<https://www.gemeingut.org/buendnis-klinikrettung-veroeffentlicht-studie-zur-selbstkostendeckung-als-alternative-zu-fallpauschalen/>

4.2 Unrealistisches oder realistisches Finanzierungsmodell

Krankenhäuser retten und schützen das Leben der Menschen. Deshalb gehören sie als Bestandteil der Daseinsvorsorge in die öffentliche Hand. Um ihren Auftrag, Leben zu schützen und zu retten, erfüllen zu können, steht ihnen eine Erstattung der entstandenen Kosten zu – das nennt man Selbstkostenfinanzierung.

Und das ist unrealistisch?

Den lebensrettenden Feuerwehren werden auch ihre Kosten erstattet.

Man kommt auch nicht auf die Idee, alle Freiwilligen Feuerwehren abzuschaffen, weil Berufsfeuerwehren vermeintlich bessere Qualität als Freiwillige Feuerwehren haben. Wenn die Berufsfeuerwehren aus Ballungszentren dann aber am ländlichen Einsatzort eintreffen, ist jede Hilfe zu spät.

Genau das aber macht Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach mit den Krankenhäusern. Lauterbach attestiert kleinen ländlichen Krankenhäusern aufgrund ihres begrenzten Leistungsangebots per Definition vermeintlich „schlechte Qualität“, nimmt ihnen Leistungen weg und zwingt sie ggf. zur Schließung.

Die Bürger haben dann lebensbedrohliche Entfernungen zum nächstgelegenen Krankenhaus.

Dabei wäre die Finanzierung aller Krankenhäuser entsprechend der Selbstkostendeckung keine Utopie sondern jederzeit möglich. Die monatliche Abschlagszahlung könnte – im Fall einer Bürger-Krankenversicherung, so wie in Dänemark ¹³ – direkt mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Dies ist nicht möglich, wenn das System der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und Privaten Krankenkassen (PKV) beibehalten wird. In diesem Fall müssten die Krankenkassen entsprechend ihrer vorjährigen stationären PatientInnen oder Vorjahres-Belegungstage Beiträge in einen Krankenhausvergütungsfonds einzahlen. Der Fonds zahlt dann die monatlichen Abschlagszahlungen an die Krankenhäuser aus.

Die monatliche Abschlagszahlung macht die Krankenhäuser unabhängig von Patientenschwankungen. Zum Jahresende werden die 12 Abschlagszahlungen mit den tatsächlichen stationären Jahreskosten ausgeglichen. Es gibt ...

- keine Gewinnen
- keine Verluste
- in Folge keine renditeorientierten Leistungsangebote.

Alle Krankenhäuser können ohne Risiko die Leistungen bedarfsorientiert anbieten, die ihre Patienten tatsächlich wohnortnah brauchen.

13 Tønder Kommune, Öffentlichen dänischen Krankenversicherung, <https://www.toender.dk/de/krankenversicherung/>

Selbstkostendeckung der Krankenhäuser
Reale Finanzierungsalternative zu Lauterbachs Krankenhausreform
Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

Darstellung bei Verlusten

Testierte Gewinn- und Verlustrechnung			
Stationäre Leistung (und typische klinische ambulante Leistungen)		Nichtklinische Leistungen (verrechnete Leistungen an Dritte, Zusatz-/Wahlleistungen für Patienten)	
Erträge	Aufwendungen	Erträge	Aufwendungen
Ausgleichs- forderung		Verlust	

Darstellung bei Gewinnen

Testierte Gewinn- und Verlustrechnung			
Stationäre Leistung (und typische klinische ambulante Leistungen)		Nichtklinische Leistungen (verrechnete Leistungen an Dritte, Zusatz-/Wahlleistungen für Patienten)	
Erträge	Aufwendungen	Erträge	Aufwendungen
	Ausgleichs- verbindlich- keit		Gewinn

Grundsätzlich ist das Ausgleichsverfahren im Rahmen jährlicher Entgeltverhandlung der Krankenhäuser bekannt. Aktuell gibt es eine Ausgleichsberechnung zwischen vereinbartem Entgeltbudget und den testierten Erlösen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Jetzt fände der Ausgleich zwischen dem vorläufigen testierten stationären Jahresergebnis und einer „Schwarzen Null“ statt.

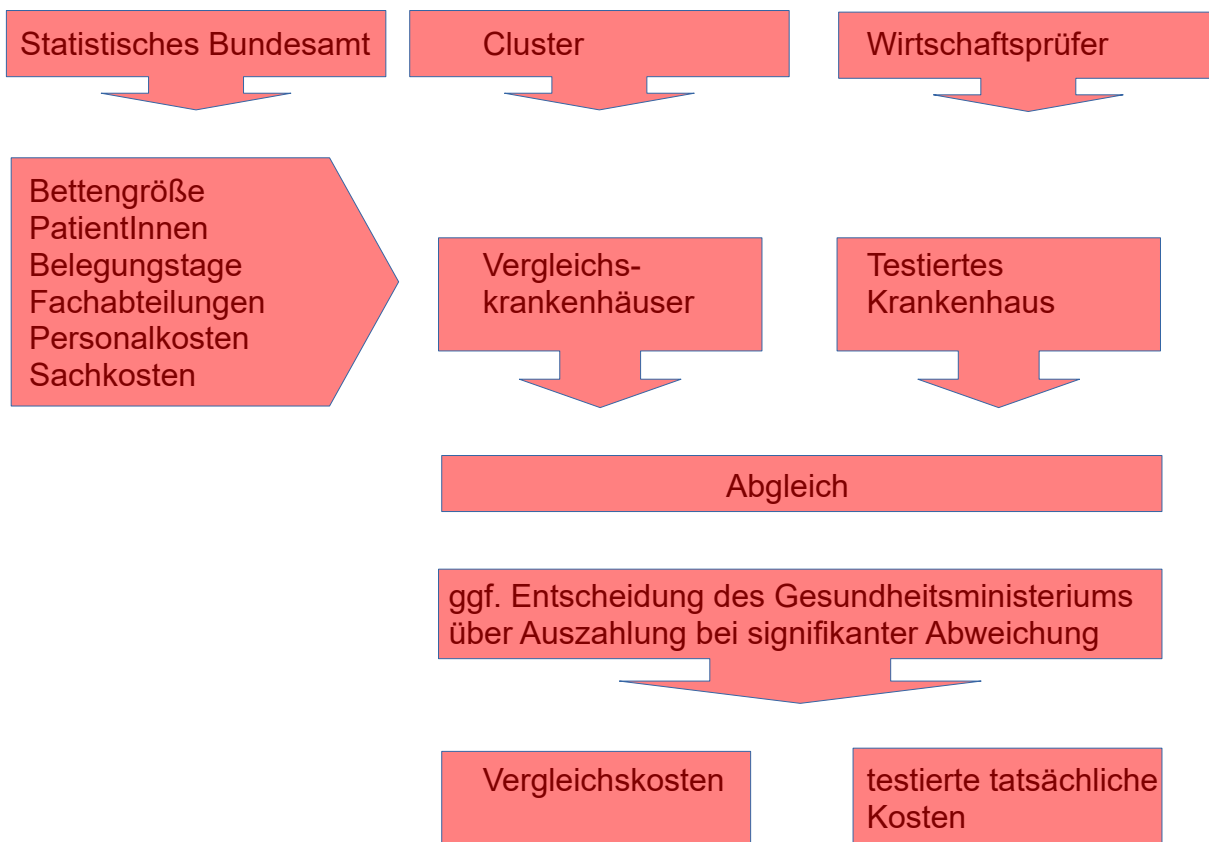
4.3 Freibrief für alle Krankenhäuser versus Kontrolle

Immer wieder wird gegenüber dem Finanzierungsmodell Selbstkostendeckung der Krankenhäuser der Einwand erhoben, dies sei ein Freibrief für alle Krankenhäuser, das anvertraute Geld „mit offenen Händen auszugeben“.

Dem gegenüber wenden wir ein:

Kein Finanzierungsmodell ohne Kontrolle!

Das Statistische Bundesamt (DeStatis) verfügt über nachfolgende Daten aller Krankenhäuser, aus denen Klinikcluster gebildet werden können. Der Wirtschaftsprüfer testiert die Jahreskosten des Krankenhauses und vergleicht diese mit entsprechenden Vergleichskrankenhäusern. Signifikante Abweichungen je Patient oder je Belegungstag sind den Gesundheitsministerien der Länder zu melden. Die Krankenhäuser müssen die Abweichungen begründen. Die Gesundheitsministerien entscheiden auf Basis dieser Informationen, ob die Krankenhäuser Anspruch auf Erstattung ihrer Istkosten oder geminderter Vergleichskosten haben.



4.4 Finanzierbarkeit

Ja, es geht um viel Geld. **Denn den deutschen Krankenhäusern fehlen jährlich etwa 11 Mrd. Euro.**

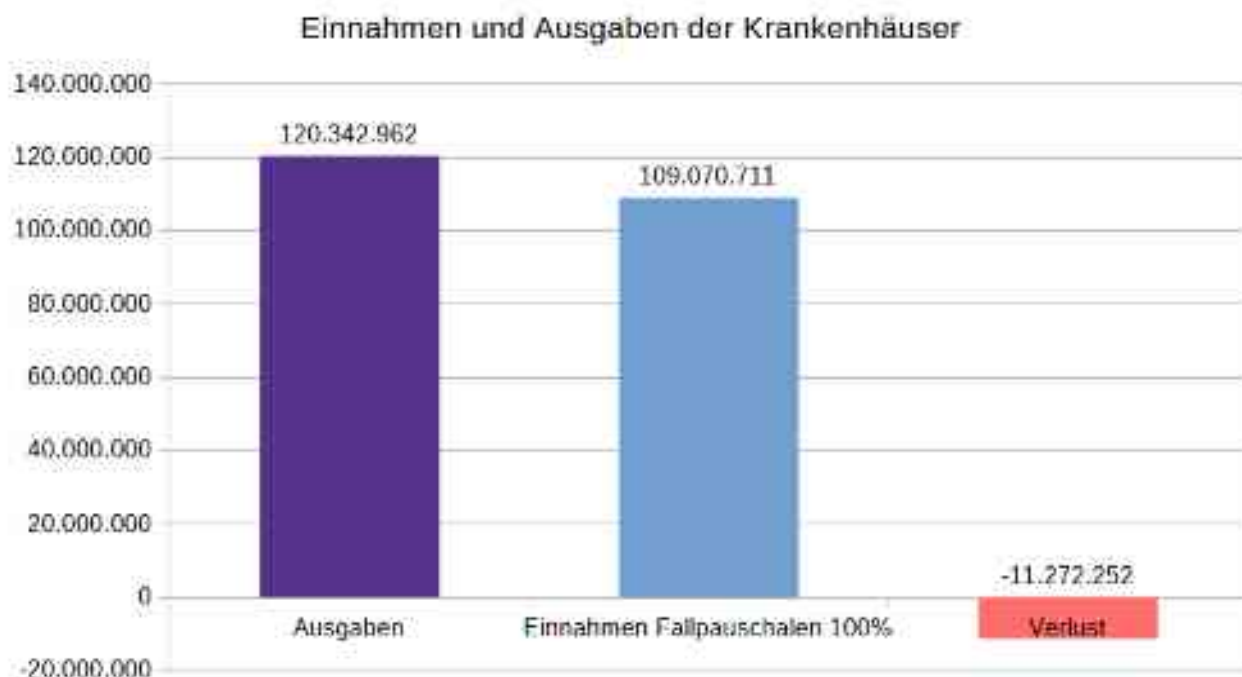


Abb.: Schätzung der Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

Also darf Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach auch nicht an den Vorgaben des KHVVG festhalten und die Finanzierung der Krankenhäuser lediglich umgliedern, statt sie zu erweitern:

Einnahmen in Höhe von 109 Mrd. Euro abzüglich Ausgaben im Umfang von 120 Mrd. Euro jährlich ergeben immer -11 Mrd. Euro. Das ändert auch die Umgliederung in eine 60%-ige Vorhaltefinanzierung und 40% Fallpauschalen nicht.



**Selbstkostendeckung der Krankenhäuser
Reale Finanzierungsalternative zu Lauterbachs Krankenhausreform
Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern**

Und:

Jährlich 11 Mrd. Euro zur Erhaltung unserer aktuell 1.857 deutschen Krankenhäuser
sind besser als ...

- jährlich 5 Mrd. Euro Transformationsfonds zur Leistungskürzung deutscher Krankenhäuser bzw. Schließung und Umwandlung in Sektorenübergreifende Versorgungszentren, diese haben keine Notfallversorgung, Intensivmedizin und nur eine gelegentliche ärztliche Anwesenheit
- jährlich 11 Mrd. Euro frustrierende Personalbindung von 126.150 klinischen Vollzeitkräften am Computer für die Kodierung und Dokumentation von Fallpauschalen statt am Klinikbett.



5. Volkswirtschaftlicher Schaden des KHVVG

Was das Finanzierungsmodell „Selbstkostendeckung der Krankenhäuser“ per Ausgleich aller entstandenen klinischen Kosten verhindern will, das fördert das KHVVG ausdrücklich:

- Massiver Entzug von klinischen Leistungsangeboten insbesondere in ländlichen Regionen
- Schließung von Krankenhäusern und Umwandlung in Sektorenübergreifende Versorgungszentren.

Und dafür sollen die Länder aowie die Beitragszahler der GKV auch noch Geld bezahlen:

50 Mrd. Euro zur Zerstörung der deutschen Krankenhauslandschaft!

Die vielfach angepriesene Alternative, die Sektorenübergreifenden Versorgungszentren, sind für die Behandlung lebensbedrohenden Erkrankungen und Verletzungen ungeeignet. Ihnen fehlen:

- Durchgehende ärztliche Anwesenheit
- Notaufnahme
- Schockraum
- Intensivmedizin. ¹⁴

Und:

- Haben wir Corona vergessen?
- Haben wir vergessen, dass Patienten in anderer Bundesländer verlegt werden mussten, z.B. von Bayern nach NRW, weil die klinischen Behandlungskapazitäten nicht ausreichten?

Wir können uns eine massive Beschneidung klinischer Behandlungskapazitäten nach den Erfahrungen der Corona-Pandemie nicht leisten.

- Das Geld des Transformationsfonds würde ausreichen, um alle Kliniken in den kommenden 4 ½ Jahren ausreichend zu refinanzieren.
- Die Abschaffung der Fallpauschalen und Einführung einer Selbstkostendeckung der Krankenhäuser würde mehr klinische Fachkräfte am Krankenbett garantieren.

Wir haben das bessere Konzept. Für eine flächendeckende klinische Versorgung in Deutschland und Bayern.

14 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Auswirkungsanalyse - zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz [KHVVG] – Drucksache 20/11854,
https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13351285099/Auswirkungsanalyse+zum+Auswirkungsanalyse+Entwurf+des+%E2%80%93+KHVVG+-+Drucksache+20_11854.pdf?t=1732627530

6. Anhang zu den Kapiteln

6.1 Selbstkostendeckung - Klinikrettung und mehr Personal am Patienten (zu Kapitel 2)

Klinische Mitarbeiter benötigen 30% ihrer Arbeitszeit für Dokumentationszwecke am Computer. 15% sind berechtigt. Sie dienen Arztbriefen, Empfehlungen für Anschlussbehandlungen, Beantragungen von RehaMaßnahmen u.a. medizinisch notwendigen Informationen. **15% der Arbeitszeit aber wären verzichtbar. Sie werden für die Kodierung, Dokumentation und Abrechnung von Fallpauschalen benötigt.** Unter Heranziehen der „Grunddaten der Krankenhäuser 2023“¹⁵ und des „Kostennachweis der Krankenhäuser 2023“¹⁶ des Statistischen Bundesamtes lässt sich vergleichsweise einfach die **gigantische Ressourcenvergeudung an klinischem Personal und klinischen Kosten** ermitteln:

Klinische Arbeitskräfte 2023 (Voll-/Teilzeit)

gebunden an DRG-Kodierung und Dokumentation

	Prozent	Ärzte Tsd	Pflegekräfte Tsd	MT/FU-Dienst Tsd	nicht am Patient (15%) Tsd	Kosten Ärzte Mrd. €	Kosten Pflegekräfte Mrd. €	Kosten MT/FU-Dienst Mrd. €	nicht am Patient (15%) Mrd. €
Gesamt	100,00 %	212	528	389	1109	26,6	28,1	19,2	73,9
davon Dokumentation	-30,00 %	-63,6	-158,1	-110,7	-332,7	-8,0	-8,4	-6,8	-22,2
klinisch notwendige Dokumentation	-15,00 %	-31,8	-79,2	-55,4	-166,4	-4,0	-4,2	-2,9	-11,1
DRG-Kodierung und Dokumentation	-15,00 %	-31,8	-79,2	-55,4	-166,4	-4,0	-4,2	-2,9	-11,1
Behandlung des Patienten	70,00 %	140,4	369,6	250,3	776,3	18,6	19,7	13,4	51,7

Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2023, Fach 23111-18, Fach 23111-21

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611237005.xlsx?__blob=publicationFile

Destatis, Kostennachweis der Krankenhäuser 2023, Fach 23121-04

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-kostennachweis-krankenhaeuser-2120630237005.xlsx?__blob=publicationFile

Klinische Vollzeitkräfte 2023

gebunden an DRG-Kodierung und Dokumentation

	Prozent	Ärzte Tsd	Pflegekräfte Tsd	MT/FU-Dienst Tsd	nicht am Patient (15%) Tsd	Kosten Ärzte Mrd. €	Kosten Pflegekräfte Mrd. €	Kosten MT/FU-Dienst Mrd. €	nicht am Patient (15%) Mrd. €
Gesamt	100,00 %	179	381	271	841	26,6	28,1	19,2	73,9
davon Dokumentation	-30,00 %	-52,8	-117,3	-82,2	-252,3	-8,0	-8,4	-6,8	-22,2
klinisch notwendige Dokumentation	-15,00 %	-26,4	-58,7	-41,1	-126,15	-4,0	-4,2	-2,9	-11,1
DRG-Kodierung und Dokumentation	-15,00 %	-26,4	-58,7	-41,1	-126,15	-4,0	-4,2	-2,9	-11,1
Behandlung des Patienten	70,00 %	123,2	273,7	191,8	588,7	18,6	19,7	13,4	51,7

Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2023, Fach 23111-12

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611237005.xlsx?__blob=publicationFile

Destatis, Kostennachweis der Krankenhäuser 2023, Fach 23121-04

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-kostennachweis-krankenhaeuser-2120630237005.xlsx?__blob=publicationFile

¹⁵ Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2023, Fach 23111-12, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611237005.xlsx?__blob=publicationFile

¹⁶ Destatis, Kostennachweis der Krankenhäuser 2023, Fach 23121-04,

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-kostennachweis-krankenhaeuser-2120630237005.xlsx?__blob=publicationFile

6.2 Finanzierbarkeit (zu Kapitel 4.4)

Wie hoch sind die jährlichen Defizite der Krankenhäuser wirklich?

Exakt wissen wird es nicht! Es gibt Anhaltspunkte. Es gibt beispielsweise eine Defizituhr der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), die permanent andere Berechnungen durchführt. Danach läge das Defizit zum am 2. Dezember um 11:38 Uhr bei 13 Mrd. Euro.¹⁷ In Kapitel 4.1 wurde die DKG abweichend mit rund 10 Milliarden Euro zitiert.¹⁸



Woher die Unsicherheit?

Es gibt überhaupt **keine öffentliche Statistik aller Jahresabschlüsse von Krankenhäusern**. Sie wird offenbar bewusst statistisch nicht abgefragt und/oder veröffentlicht. Denn dann hätten Klinikretter mehr informatorische Grundlagen für ihre Finanzierungsforderungen zu Gunsten der Krankenhäuser. Solange die defizitären Krankenhäuser sich aber im „Nebel verstecken“, haben alle Klinikretter, die eine Prognose versuchen, im Sprachgebrauch der Gesundheitsökonomien und Gesundheitsminister, die eine Klinik-reduzierende Krankenhausreform befürworten, offiziell "keine Ahnung", und ihre Forderung nach Selbstkostendeckung der Krankenhäuser ist „unrealistisch“?

Wir haben es trotzdem versucht und liegen mit unseren Berechnungen zwischen den rund 10 Mrd. und 13,2 Mrd. Euro der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

Die Ausgaben der GKV, der PKV und der gesetzlichen Unfallversicherung sind aus unterschiedlichen Jahren. Die gesetzliche Unfallversicherung kommt nur einmal in einer Bundesstatistik 2020 mit allen getätigten Ausgaben für Klinikbehandlungen vor. Selber verschweigt sie seitdem diese Ausgaben. Sie verschwinden unter dem Sammelpunkt "darunter: Heilbehandlung, sonst. Rehabilitation", und Heilbehandlungen sind stationär sowie ambulant möglich, incl. Physiotherapie u.a. nichtärztliche Heilbehandlungen. Trotzdem: Man kann sich mit mehreren Hilfsmitteln an das echte stationäre Klinikdefizit annähern.

¹⁷ Deutsche Krankenhausgesellschaft, Defizit-Uhr, <https://www.dkgev.de/>

¹⁸ Bundestag, Krankenhausreform nach hitziger Debatte beschlossen, <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2024/kw42-de-krankenhausversorgung-1024614>

Selbstkostendeckung der Krankenhäuser
Reale Finanzierungsalternative zu Lauterbachs Krankenhausreform
Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

Reinigte Kosten insgesamt ¹		
Jahr	einschließlich	ohne
	Zahlungen an die Ausgleichsfonds (§ 17a KHG, § 13 PflaFwV)	
2018		93.533.305
2019		95.705.345
2020		104.882.196
2021		109.329.804
2022		114.195.802
2023		120.042.862

Erfüllungen bzw. Vorgängen durch ...

GKV	PKV **)	Unfallvers. **)	Privat **)	Gesamt	Ergebnis
87.011.000	9.581.000	1.197.000	1.502.000	100.291.000	4371.196
88.110.000	11.520.000				
93.850.000	12.140.722	1.279.227	1.701.362	108.971.311	1222.252

*) geschätzt, Hochrechnung Kosten 2022/203

**) geschätzt, Hochrechnung GKV 2020/2023

Quelle 2023: DeStatis, Kostennachweis der Krankenhäuser 2023 ¹⁹

Alle Kostenträger für Krankenhäuser 2020, Bundesgesundheitsministerium, Daten des Gesundheitswesens 2022, ²⁰

Quelle GKV 2022, Bundeszentrale für politische Bildung ²¹

Quelle 2023 GKV: DKG, Eckdaten der Krankenhausversorgung November 2024 ²²

Quelle PKV 2022: Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten ²³

Mit dem KHVVG leisten wir uns stattdessen weiter ...

- personalbindende Fallpauschalen als Möglichkeit der Privatkliniken, renditegarantierenden Leistungen zu ermitteln und verlustbringende Leistungen aus ihrem Sortiment zu streichen
- verlustbringende Krankenhäuser zu schließen oder in Fachkliniken umzuwandeln, die nicht an der klinischen Notfallversorgung teilnehmen.

¹⁹ Destatis, Kostennachweis der Krankenhäuser 2023, Fach 23121-04,

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-kostennachweis-krankenhaeuser-2120630237005.xlsx?__blob=publicationFile

²⁰ Bundesgesundheitsministerium, Daten des Gesundheitswesens 2022,

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/kennzahlen-daten-bekanntmachungen.html>

²¹ Bundeszentrale für politische Bildung, Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitssystems | Gesundheitspolitik | bpb.de, <https://www.bpb.de/themen/gesundheitspolitik/549730/ausgaben-und-finanzierung-des-gesundheitssystems/>

²² DKG, Eckdaten der Krankenhausversorgung November 2024,

https://www.dkgv.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.3_Zahlen-Fakten/Foliensatz_KHstatistik20241119.pdf

²³ Wissenschaftliches Institut der PKV, Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten - Jahresbericht

2024, [https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Studien_in_Buchform/WIP-2024-](https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Studien_in_Buchform/WIP-2024-Mehrumsatz_und_Leistungsausgaben_der_Privatversicherten_Jahresbericht_2024.pdf)

[Mehrumsatz_und_Leistungsausgaben_der_Privatversicherten_Jahresbericht_2024.pdf](https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Studien_in_Buchform/WIP-2024-Mehrumsatz_und_Leistungsausgaben_der_Privatversicherten_Jahresbericht_2024.pdf)

7. Literatur der Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

A) Stellungnahmen zu Gesetzentwürfen

Stellungnahme zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung – NotfallG, (Stand 03.06.2024), Fachexpertise,
<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13320995799/Stellungnahme+zum+Referentenentwurf+des+Gesetzes+zur+Reform+der+Notfallversorgung+%E2%80%93+%28NotfallG%29.pdf?t=1732627530>

Auswirkungsanalyse zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz [KHVVG] - Drucksache 20/11854, https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13351285099/Auswirkungsanalyse+zum+Auswirkungsanalyse+Entwurf+des+%E2%80%93+KHVVG+-+Drucksache+20_11854.pdf?t=1732627530

Bewertung des Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz - Projektstudie zum Krankenhaustransparenzgesetz (Entwurf 11.08.2023),
<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13299279099/Bewertung+des+Gesetzes+zur+F%C3%B6rderung+der+Qualit%C3%A4t+der+station%C3%A4ren+Versorgung+durch+Transparenz.pdf?t=1732627530>

B) Informationsbroschüren

Projektstudie - 30 Fahrzeitminuten für bayerische Krankenhäuser Notstand der wohnortnahen klinischen Versorgung und Lösungsansätze,
<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13299280299/30+Fahrzeitminuten+f%C3%BCr+bayerische+Krankenh%C3%A4user+-+Notstand+der+wohnortnahen+klinischen+Versorgung+und+L%C3%B6sungsans%C3%A4tze.pdf?t=1732627530>

Projektstudie - Bayerische Landtagswahl 2023 ist Krankenhauswahl,
<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13299281099/Bayerische+Landtagswahl+2023+ist+Krankenhauswahl.pdf?t=1732627530>

Bürgerinformation - Lauterbachs Krankenhausreform gefährdet bayerische Krankenhäuser – Unsere Alternativen,
<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13299286699/B%C3%BCrgerinformation+Lauterbachs+Krankenhausreform+gef%C3%A4hrdet+bayerische+Krankenh%C3%A4user+-+Unsere+Alternativen.pdf?t=1732627530>

Kampagne Krankenhäuser statt Ambulante Gesundheitszentren und Fachkliniken - Broschüre für kommunale Entscheidungsträger,
<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13299288199/Entscheiderbrosch%C3%BCre+Krankenh%C3%A4user+statt+Ambulante+Gesundheitszentren+und+Fachkliniken.pdf?t=1732627530>

Kampagne Krankenhäuser statt Ambulante Gesundheitszentren und Fachkliniken - Broschüre für interessierte Bürger,
<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13299289099/Krankenh%C3%A4user+statt+ambulante+Gesundheitszentren+B%C3%BCrgerinfo+Bayern.pdf?t=1732627530>

© 2024

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

Autor: Klaus Emmerich, Klinikvorstand i.R.,

Egerländerweg 1, 95502 Himmelkron

Tel.: 0117 - 9153415

E-Mail: klaus_emmerich@gmx.de

<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/>