

Selbstkostendeckung der Krankenhäuser

Kritik am Fallpauschalensystem und Entwicklung eines alternativen Modells

Klaus Emmerich, Laura Valentukeviciute, Jorinde Schulz, Herbert Storn,
Katrin Kusche

20.10.2022



Impressum

Texte: Bündnis Klinikrettung 2022 (CC BY-NC 4.0)

Umschlaggestaltung: Bündnis Klinikrettung 2022 (CC BY-NC 4.0)

Herausgegeben vom Bündnis Klinikrettung
bei Gemeingut in BürgerInnenhand (GiB) e.V.

Weidenweg 37

10249 Berlin

www.klinikrettung.de

Inhaltsverzeichnis

Selbstkostendeckung der Krankenhäuser	1
Kritik am Fallpauschalensystem und Entwicklung eines alternativen Modells	1
Vorbemerkung.....	3
Zusammenfassung	4
1. Einführung	5
2. Problembeschreibung	5
3. Krankenhausfinanzierung.....	6
3.1. Fallpauschalensystem.....	7
3.2. Selbstkostendeckung - Forderungen Bündnis Klinikrettung	8
4. Kritik am Fallpauschalensystem im Detail.....	9
4.1. Benachteiligung kleiner Krankenhäuser.....	9
4.2. Insolvenzgefahr und Kliniksterben	11
4.3. Abbau von Klinikpersonal.....	14
4.4. Abbau von Klinikbetten und Vorsorgekapazitäten	14
4.5. Unzureichende Finanzierung bei starken Schwankungen der PatientInnenzahlen.....	17
4.6. Anteilige Verringerung notwendiger Allgemeinkrankenhäuser.....	18
4.7. Unzumutbare Entfernung zum nächstgelegenen Krankenhaus einschließlich Notfallversorgung.	18
4.8. Schließung von Sicherstellungskrankenhäusern	19
4.9. Tiefgreifende infrastrukturelle Eingriffe in ländlichen Regionen	22
4.10. Unnötige stationäre Behandlungen	22
5. Anforderungen an ein neues Finanzierungssystem	23
6. Darstellung einzelner Finanzierungsvorschläge im Detail	24
6.1. Prinzip der Selbstkostendeckung und seine Folgen	24
6.2. Praktische Umsetzung der Selbstkostendeckung.....	25
6.3. BürgerInnen-Krankenversicherung	26
7. Validierung	26
Weiterführende Literatur.....	29
Abkürzungsverzeichnis.....	31

Vorbemerkung

Anlässlich der 95. GesundheitsministerInnenkonferenz in Magdeburg wandte sich das Bündnis Klinikrettung im Rahmen einer Pressekonferenz an die Öffentlichkeit. Es kritisierte die personelle Besetzung der von Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach einberufenen „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ und stellte ein Konzept für die Selbstkostendeckung vor – ein alternatives Krankenhausfinanzierungssystem.

Mit der Einführung der Selbstkostendeckung gehen die Begrenzung der Krankenhauskosten, die zusätzliche Verfügbarkeit von klinischem Fachpersonal für die Behandlung von PatientInnen, die Sicherstellung der wohnortnahen klinischen Versorgung in jeder Region Deutschlands und die Bereithaltung flächendeckender klinischer Vorsorgekapazitäten einher. Damit unterscheiden sich dieses Konzept und seine Folgen grundlegend von den aktuellen Vorschlägen gesundheitsökonomischer Ausrichtung, welche die Begrenzung der Krankenausgaben auf Kosten der PatientInnen vornehmen wollen, nämlich mittels Klinikkonzentrationsprozessen und damit einhergehenden längeren Wegen zum nächstgelegenen Krankenhaus.

Nach der Pressekonferenz protestierte das Bündnis Klinikrettung am Tagungsgelände der 95. GesundheitsministerInnenkonferenz. In diesem Zusammenhang fand ein kurzer aber einprägsamer Austausch mit dem Bundesgesundheitsminister Lauterbach statt. Das Gespräch endete mit der Bitte des Bundesgesundheitsministers an das Bündnis Klinikrettung, sich mit seinem Vorschlag für eine Reform der Krankenhausfinanzierung aktiv an der Diskussion über die Krankenhausstrukturreform zu beteiligen.

Die vorliegende Studie kommt diesem Wunsch nach. Auf den Punkt gebracht lautet ihr Aussage:

Die Selbstkostendeckung generiert keine Mehrkosten, sondern setzt personelle Ressourcen frei, stoppt Gewinnabflüsse auf Kosten der Allgemeinheit und geht mit einer an medizinischen Bedarfen orientierten Krankenhausplanung einher.

Zusammenfassung

Mit dieser Broschüre leistet das Bündnis Klinikrettung einen Beitrag zur Debatte um eine zukünftige Krankenhausfinanzierung. Die Ausarbeitung und Umsetzung von Alternativen zum Fallpauschalen-System ist unabdingbar, um die aktuellen enormen strukturellen Probleme der deutschen Krankenhauslandschaft zu lösen. Im Rahmen der GMK 2022 bekräftigte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, dass die Selbstkostendeckung kein Tabu-Thema ist und forderte das Bündnis Klinikrettung auf, seine Vorschläge zu präsentieren. Es liegt nun in seiner Verantwortung, eine öffentliche und demokratische Debatte hierzu zu ermöglichen.

Die dargestellten Finanzierungsvorschläge basieren – anders als alle bisher öffentlich gewordenen Modelle – nicht auf einer Verringerung stationärer klinischer Leistungen. Sie würden folgende Probleme im Krankenhaussektor lösen:

1. Krankenhäuser müssten nicht mehr um ihre Existenz kämpfen. Deswegen
 - würden Krankenhäuser nicht aus wirtschaftlichen Gründen schließen,
 - gäbe es keine Schließung bedarfsnotwendiger, aber nach DRG unrentabler Fachabteilungen.
2. Der Bedarf an klinischem Fachpersonal im Umfang von 143.000 MitarbeiterInnen könnte ohne Mehrkosten durch Verzicht auf Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben gedeckt werden.
3. Eine Zentralisierung der Krankenhäuser wäre durch den Erhalt der Krankenhäuser nicht mehr erforderlich. Das hieße:
 - Ein breites Angebot an Allgemeinkrankenhäusern inklusive klinischer Notfallversorgung könnte bundesweit mit einer Erreichbarkeit von maximal 30 Fahrzeitminuten aufrechterhalten werden.
 - Investitionskosten würden geringer ausfallen, weil Sanierungen deutlich günstiger sind als zentrale Neubauten.
4. Es würden keine Gewinne aus dem Gesundheitssystem mehr abfließen.
5. Es würden keine Anreize mehr für lukrative vermeidbare stationäre Behandlungen bestehen.
6. Die bedarfsnotwendigen Allgemeinkrankenhäuser würden nicht in profitorientierte Fachkliniken ohne Notfallversorgung umgewandelt werden, die beispielsweise auch keine Covid-Behandlung ermöglichen.
7. Die medizinische Infrastruktur insbesondere in ländlichen Regionen bliebe gesichert.

Damit unterscheidet sich der vom Bündnis Klinikrettung erarbeitete Finanzierungsvorschlag elementar von den aktuell diskutierten Vorschlägen der GesundheitsökonomInnen. In unserem Vorschlag gehen Kostenbegrenzung (BürgerInnen-Krankenversicherung) und zusätzliche Fachkräfte zur Betreuung der PatientInnen nicht auf Kosten der flächendeckenden klinischen Versorgung der PatientInnen.

1. Einführung

Krankenhäuser sind Teil der Daseinsvorsorge und bilden das Rückgrat der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Trotzdem werden sie seit Jahren unterfinanziert, privatisiert oder auch geschlossen. Eine Umkehr in der Krankenhauspolitik ist notwendig, eine Krankenhausstrukturreform ist bereits in der Diskussion.

Mit dem vorliegenden Beitrag beteiligt sich das Bündnis Klinikrettung an der Debatte um die neue Krankenhausstruktur und vertritt damit die Menschen, die von bundesweiten Klinikschließungen betroffen sind.

2. Problembeschreibung

In Deutschland findet ein systematischer Krankenhauskahlschlag statt. Er erfolgt nicht zufällig, sondern ist politisch gewollt. Der Kahlschlag ist das Ergebnis der Privatisierungs- und Kommerzialisierungspolitik der letzten Jahrzehnte. Die duale Krankenhausfinanzierung, das heißt die Trennung zwischen Krankenhausinfrastruktur und -betrieb im Jahr 1972, und die damit einhergehende Investitionszusicherung durch die Länder, damals noch zusammen mit dem Bund, machten Krankenhäuser überhaupt erst interessant für private Investoren. Ein weiterer Türöffner für die Privaten war die 1985 eingeführte Möglichkeit, Gewinne aus dem Krankenhausbetrieb abzuschöpfen. Die 2004 umgesetzte Finanzierung nach diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups – DRG) machte Krankenhäuser als Anlage mit Gewinnmargen von bis zu zehn Prozent für die Privatinvestoren perfekt. Die Kombination aus Gewinnabführung, Mangel an Investitionen und DRG-Finanzierungssystem hat zu den aktuellen, katastrophalen Zuständen in den Krankenhäusern geführt: Verringerung des Leistungsangebots, Verschlechterung der Arbeitsbedingungen, massenweise Schließungen und Umwidmungen zu Fachkliniken. Völlig ignoriert wird von den BefürworterInnen der „Klinikkonzentration“, dass die Schließungen nicht nur die medizinische Infrastruktur ländlicher Regionen zerstören, sondern auch deren gesamtes Wirtschaftsgefüge beeinträchtigen. Zudem wurde auch das erklärte Ziel der Fallpauschalenfinanzierung, nämlich Kosteneinsparungen in Krankenhäusern, verfehlt. So stiegen die klinischen Kosten im Zeitraum 2004 bis 2020 auf 184 Prozent.¹ Die Corona-Pandemie hat das Finanzierungsproblem noch verschärft und die Krankenhausschließungen beschleunigt. Zugleich hat sie gezeigt, auf welche Verhältnisse die Krankenhäuser zusteuern, wenn die Politik nicht rasch zielführende Veränderungen beschließt und umsetzt.

In der RTL-Sendung „Team Wallraff“ benannte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach das Problem richtig: die Privatisierung. Jetzt muss nach Wegen gesucht werden, die Gesundheitsversorgung aus den Zwängen der Kommerzialisierung und Privatisierung zu befreien und die Schließungen zu stoppen.

Spätestens seit 2019 gibt es offizielle Bestrebungen, die Krankenhauslandschaft in Deutschland zu dezimieren. Vor allem in ländlichen Regionen und benachteiligten Stadtbezirken schließen Abteilungen oder gleich ganze Krankenhäuser. Besonders betroffen sind Kinderkliniken, Gynäkologien und Geburtsstationen. Das Geld für die wohnortnahe stationäre Grundversorgung wird systematisch knappgehalten. Derweil fließen seit Jahren große Summen an Steuergeldern in Krankenhausschließungen, beispielsweise über den Krankenhausstrukturfonds.

Noch mehr Geld verlieren wir durch die Realisierung von Konzerngewinnen, durch aufgeblähte Controlling-Abteilungen für die DRG-Abrechnung und durch den kostspieligen Neubau von Zentralkliniken.

Die von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach einberufene Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung soll Vorschläge für eine Krankenhausstrukturreform ausarbeiten. Laut Lauterbach sollten ausschließlich WissenschaftlerInnen in die Kommission berufen werden. Damit hat er diejenigen, die von Schließungen betroffen sind, aus der

¹ DeStatis, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fach 1.2, Jahre 2004 bis 2020

Kommission ausgeschlossen. Die wichtigsten Schließungslobbyisten sind dort hingegen vertreten: Prof. Dr. Reinhard Busse und Prof. Dr. Boris Augurzky. Letzterer befürwortete schon 2008 medienwirksam Krankenhausschließungen. Daneben sind die großen Krankenhäuser in der Kommission ebenso vertreten wie die privaten Krankenversicherungen und Privatkliniken, für die Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg von der SANA Kliniken AG mit am Tisch sitzt.

Reformen, die noch mehr Markt und Wettbewerb in den Krankenhaussektor bringen, brauchen wir nicht. Eine aktuelle Studie aus Großbritannien zu Privatisierungen im britischen National Health Service (NHS) zeigt, dass die Zahl der Todesfälle durch Privatisierung und Outsourcing gewachsen ist.² Eine weitere britische Studie findet keine wissenschaftliche Evidenz für die häufig getätigte Behauptung, dass kleine Krankenhäuser allgemein schlechtere Qualität liefern.³ Studien aus den USA belegen außerdem, dass Krankenhausschließungen auf dem Land die Todesrate der ländlichen Bevölkerung um sechs Prozent ansteigen ließen.⁴ In Berichten rügt die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zahlreiche Länder Europas mit weniger Betten pro Einwohner als in Deutschland für zu lange Wartezeiten für einen OP-Termin – das mindert die Lebensqualität und -dauer. Deutschland wird in denselben Berichten zu hohe Bettendichte bescheinigt – als ob es keinen Zusammenhang zwischen ausreichender Bettenzahl und kürzeren Wartezeiten gäbe. Auf den Darstellungen der OECD-Berichte beruhen übrigens laut Quellenangaben auch die Analysen von Prof. Dr. Busse.⁵ Und ein letztes Beispiel: In Dänemark, dem oft angeführten Musterland für Krankenhausschließungen, steht die dortige, bereits umgesetzte Krankenhausstrukturreform mittlerweile massiv in der Kritik. Ungeplante Kostensteigerungen im Milliardenbereich und Verzögerungen beim Neubau sogenannter Superkrankenhäuser, welche die geschlossenen Krankenhäuser ersetzen sollten, haben zu einer flächendeckenden Unterversorgung geführt, so dass die Regierungsparteien im Wahlkampf 2021 die Wiedereröffnung von „Nahkrankenhäusern“ ins Spiel brachten.

3. Krankenhausfinanzierung

Krankenhäuser retten und schützen das Leben der Menschen. Deshalb gehören sie als Bestandteil der Daseinsvorsorge in die öffentliche Hand. Um ihren Auftrag erfüllen zu können, müssen die entstehenden Kosten erstattet werden. Das geht zum Beispiel im Rahmen einer Selbstkostendeckung.

In Deutschland geschieht das Gegenteil. Mit dem Anspruch, durch Wettbewerb die Kosten im Gesundheitswesen zu begrenzen, führte die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) im Jahr 2003 probeweise und im Jahr 2004 flächendeckend das DRG-System ein. Bei gleichen Kostenerstattungen für gleiche Behandlungen sollte es Aufgabe der Krankenhäuser sein, möglichst kostengünstig möglichst gute Leistungen für die PatientInnen zu erbringen. Der Umstieg auf das DRG-Finanzierungssystem hat sich allerdings als fataler Irrtum erwiesen: Ein Verdrängungswettbewerb überrollt Deutschland, ein beispielloses Kliniksterben reißt Versorgungslücken. Besonders betroffen sind öffentliche Krankenhäuser der Allgemeinversorgung in dünn besiedelten Regionen, so dass BürgerInnen immer weitere Wege zum nächstgelegenen Krankenhaus zurücklegen müssen.

Während die öffentlichen Allgemeinkrankenhäuser schließen, wächst der Anteil der privaten Fachkliniken. Hier stehen nicht die PatientInnen, sondern Gewinne im Vordergrund. Die privaten Krankenhausträger betreiben gern Fachkliniken, um sich einerseits ausschließlich auf lukrative Behandlungen spezialisieren zu können und um andererseits Vorhaltekosten zu senken. Doch Fachkliniken helfen in klinischen Notfällen nicht weiter. Die notwendige klinische Allgemeinversorgung von BürgerInnen erweist sich aufgrund der hohen Vorhaltekosten als „nicht wettbewerbsfähig“. Um

² 29.6.2022, The Guardian „NHS privatisation drive linked to rise in avoidable deaths, study suggests“, <https://www.theguardian.com/society/2022/jun/29/nhs-privatisation-drive-linked-to-rise-in-avoidable-deaths-study-suggests>

³ Gaughan J, Siciliani L, Gravelle H, Moscelli G. Do small hospitals have lower quality? Evidence from the English NHS. Soc Sci Med., November 2020

⁴ 06.02.2020, HNA: „Notarzt Matthias Hughes: ‚Zuletzt war die Wolfhager Klinik rappelvoll‘“, <https://www.hna.de/lokales/wolfhagen/wolfhagen-ort54301/notarzt-matthias-hughes-zuletzt-war-wolfhager-klinik-rappelvoll-13525455.html>

⁵ „Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2019“, OECD, <https://www.oecd-ilibrary.org/deliver/4ecf193f-de.pdf?itemId=%2Fcontent%2Fpublication%2F4ecf193f-de&mimeType=pdf>

Kosten zu senken, fahren inzwischen selbst kommunale Krankenhausträger die Allgemeinversorgung sukzessive zurück. Die Folge ist eine ausgedünnte Krankenhauslandschaft mit wenigen Großkliniken der Allgemeinversorgung und einem immer kleineren medizinischen Leistungsspektrum in ländlichen Regionen. Das gefährdet die Gesundheit der Menschen. Marktwirtschaft und patientInnenorientierte Gesundheitsversorgung passen nicht zusammen.

Trotz der jahrelangen negativen Erfahrungen mit den Fallpauschalen hat sich noch keine Regierung getraut, das Scheitern des DRG-Systems anzuerkennen und einen Neuanfang zu beschließen. Doch genau dieser Neuanfang ist notwendig. Wir brauchen eine kostendeckende Krankenhausfinanzierung: die Selbstkostendeckung.

3.1. Fallpauschalensystem

Die Erwartung, dass marktwirtschaftlich orientierte Fallpauschalen den Wettbewerb verstärken, hat sich erfüllt. Nicht erfüllt hat sich hingegen die mit der Einführung der Fallpauschalen beabsichtigte Kostenreduktion. Denn der Anreiz, mehr lukrative Behandlungen durchzuführen, um den Gewinn zu steigern, führt zu mehr Kosten für die Steuer- und Beitragszahlenden. Außerdem entziehen Gewinnausschüttungen der Privatkliniken dem Gesundheitssystem Geld. Jährlich schöpfen Privatkliniken Gewinne im Umfang von 628 Millionen Euro aus den Kliniken ab.⁶

Die Fallpauschalen zwingen Krankenhäuser in den finanziellen Ruin, wodurch das vorrangige Gebot der flächendeckenden klinischen Versorgung unterlaufen wird. Das passiert wie folgt:

- DRG benachteiligen kleine, überwiegend ländliche Krankenhäuser, denn kleine Krankenhäuser können bei gleichen Erlösen für gleiche Behandlungen ihre Fixkosten auf nur wenige PatientInnen verteilen.
- DRG zwingen zu Kosteneinsparungen, um entweder Gewinne zu erwirtschaften oder verlustbedingte Insolvenzen zu vermeiden.
- Sie führen im Rahmen angestrebter Kostensenkung zum Abbau von Personal sowie zur Konzentration von Klinikstandorten.
- Durch die Orientierung an einer hohen durchschnittlichen Bettenauslastung führen DRG zum Abbau von Klinikbetten und damit auch zum Abbau von Vorsorgekapazitäten für Pandemien.
- DRG provozieren eine Leistungskonzentration in Krankenhäusern; Allgemeinkrankenhäuser reduzieren ihr Leistungsangebot oder werden in reine Fachkliniken (oft ohne klinische Notfallversorgung) umgewandelt.
- Sie führen zu Schließungen, was die durchschnittliche Entfernung zu einem Krankenhaus der Allgemeinversorgung, einschließlich klinischer Notfallversorgung, signifikant vergrößert.

Die Folgen sind fatal:

- Der Anteil defizitärer und insolvenzgefährdeter Krankenhäuser steigt.
- Das Kliniksterben nimmt bedrohliche Ausmaße an. Es konzentriert sich
 - A) auf kleine, überwiegend ländliche Krankenhäuser
 - B) kommunale Allgemeinkrankenhäuser mit hohen Vorhaltekosten.
- Ohnehin unzureichende Vorsorgekapazitäten werden weiter abgebaut, die klinische Versorgung während Pandemien ist schon gefährdet.

⁶ Boris Augurzky, Gewinne im Krankenhaus, S. 195, Springer-Link, https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-60487-8_10

- In vielen Teilen Deutschlands ist die klinische Versorgung einschließlich der stationären Notfallversorgung nicht mehr gesichert. Das kann bei eskalierendem Krankheitsverlauf lebensbedrohlich sein. Die Gesundheit ist gefährdet.
- Die infrastrukturellen Eingriffe in ländliche Regionen sind tiefgreifend.

3.2. Selbstkostendeckung - Forderungen Bündnis Klinikrettung

Fachleute sind sich einig in der Forderung nach einer Klinikreform. Wie sie jedoch aussehen soll, ist strittig. Viele Gesundheitsökonominen und GesundheitsministerInnen wollen die (durchaus hohen) Kosten der Krankenhäuser sowie die Personalnot in den Krankenhäusern durch Klinikkonzentrationsprozesse und Klinikschließungen lösen. Die Aktiven vom Bündnis Klinikrettung sehen darin keine Lösung.

Um die Kommerzialisierung und den Kahlschlag im Krankenhausbereich zu beenden, hat das Bündnis Klinikrettung sechs Forderungen für eine Krankenhaus-Rettungsreform erarbeitet. Den Forderungen liegt ein ausgearbeiteter Finanzierungsvorschlag zugrunde, dessen Säulen die Selbstkostendeckung und die BürgerInnenversicherung sind. Detaillierte Ausführungen zur Selbstkostendeckung und BürgerInnenversicherung sind dem Kapitel 6 dieser Studie zu entnehmen.

Forderungen Bündnis Klinikrettung

1. Rendite raus aus dem Krankenhaus

Die Privatisierung von Bereichen des Gesundheitswesens und die Gewinnabführung aus den Krankenhäusern müssen ein Ende haben. Krankenhäuser müssen gemeinwohlorientiert und nicht gewinnorientiert arbeiten. Gesetze wie das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1985, welche die Gewinnerwirtschaftung ermöglichen, müssen revidiert werden. Das würde das Interesse privater, gewinnorientierter Akteure, Krankenhäuser zu übernehmen und zu betreiben, mindern und die öffentliche Krankenhausversorgung fördern. Das Gleiche gilt im Bereich der ambulanten Versorgung, wo derzeit die Zahl Medizinischer Versorgungszentren in der Hand von Private Equity Fonds stark ansteigt. Auch hier ist ein Kurswechsel gegen Kommerzialisierung und hin zur Gemeinwohlorientierung notwendig.

2. Abschaffung, nicht Modifikation des DRG-Systems

Die Selbstkostendeckung muss eingeführt werden, um die notwendige Versorgung zu gewährleisten. Im aktuellen Finanzierungssystem werden Behandlungsnotwendigkeiten von gewinnwirtschaftlichen Interessen und Zwängen überlagert. Dies kann nur durch Überwindung, nicht durch Modifikation des DRG-Systems behoben werden.

3. Bürokratieabbau für mehr Arbeitszeit – an PatientInnen

Der derzeitige Dokumentationsaufwand von ÄrztInnen, Pflegekräften und TherapeutInnen muss reduziert werden. Mit der Abschaffung der Fallpauschalen kann der Aufwand von geschätzten 30 Prozent der Arbeitszeit auf circa 15 Prozent halbiert werden. Das entspricht einem Äquivalent von 30.000 ÄrztInnen, 73.000 Pflegekräften und 40.000 TherapeutInnen, deren Arbeitskraft dann voll den PatientInnen zugutekommen könnte. Die Kosten für die DRG-Controlling-Stellen, die auf beiden Seiten – Krankenhaus und Krankenkassen – enorme Ressourcen verschlingen, würden bei der Abschaffung der Fallpauschalen ebenfalls eingespart, so dass weitere Mittel für die PatientInnenversorgung frei würden.

4. Investitionsverpflichtungen – ja, Gewinnabfuhr – nein.

Die sofortige Bereitstellung von Investitionsmitteln für Krankenhäuser ist notwendig, um kaputtgesparte Infrastrukturen wieder fit zu machen. Zugleich dürfen öffentliche Investitionen nicht der Gewinnmaximierung dienen – das Krankenhauswesen muss rekommunalisiert werden. Genauso wie im Jahr 1972 kann man auch jetzt neue Gesetze einführen, die diesmal aber die Attraktivität der

Krankenhäuser für private Unternehmen nicht vergrößern, sondern schmälern. Öffentliche Investitionen sollen nicht in die Zentralisierung und damit in ökologisch desaströse Neubauprojekte, sondern in die Sanierung und die Ertüchtigung des Bestehenden fließen. Der Bau von einem neuen Zentralkrankenhaus kostet im Durchschnitt 500 Millionen Euro. Die Ertüchtigung von zwei oder drei kleinen Krankenhäusern ist mit je 100 Millionen Euro deutlich günstiger und verursacht einen Bruchteil der Umweltschäden eines Neubaus. Der Erfüllung der Pariser Klimaziele steht der Neubau im Weg. Früher oder später wird die Regierung dem Neubau einen Riegel vorschieben müssen und die Krankenhausstrukturreform, die auf Neubau setzt, wird nicht mehr vorankommen. Der Neubau verzögert sich schon jetzt regelmäßig um Jahre und verursacht in der Zwischenzeit eine Unterversorgung. Sorgen Sie jetzt dafür, dass die Lage nicht noch weiter verschärft wird.

5. Einführung einer BürgerInnenversicherung

Mit der Zusammenführung der aktuell 103 gesetzlichen und 44 privaten Krankenkassen zu einer BürgerInnenversicherung kann der größte Anteil der Verwaltungskosten im Umfang von jährlich 11,8 Milliarden Euro eingespart und einer verbesserten klinischen Versorgung zugeführt werden.

6. Demokratische Beteiligung von BürgerInnen, PatientInnen und Beschäftigten bei der Krankenhausreform

Die ExpertInnenkommission zur Krankenhausreform braucht die Stimmen derjenigen, welche die Gesundheitsversorgung täglich sicherstellen, und derjenigen, für die sie da sein soll. Das bisherige Beiseiteschieben von Beschäftigten und BürgerInnen muss unverzüglich beendet werden.

Fazit: Es ist der finanzielle Druck, der zu wildwüchsigen und fahrlässigen Krankenhausschließungen führt. Mit der Umsetzung der geforderten Maßnahmen könnte er gemindert und die Schließungen damit durch strukturelle Veränderungen vermieden werden.

4. Kritik am Fallpauschalensystem im Detail

4.1. Benachteiligung kleiner Krankenhäuser

Landesweit gelten gleiche Preise für gleiche Behandlungen. Ursprünglich hatte der Gesetzgeber bundesweit einheitliche Preise vorgesehen. Der landeseinheitliche Preis wird durch eine Kombination aus bundesweitem Punktwert (Casemix) und Landesbasisfallwert, der sich von Bundesland zu Bundesland unterscheidet, gewährleistet.

Vereinfacht seien drei DRG, also drei Behandlungen, mit ihren Preisen dargestellt. Eine einfache Amputation, DRG F13C, kostete in Bayern im Jahr 2020 einheitlich 4.679 Euro.

Bundeseinheitlicher Casemix 1,278 * Landesbasisfallwert Bayern 3.660,92 Euro = 4.679 Euro.

		Casemix	Landes-Basisfallwert	Umsatz	Differenz zu F13A
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen	4,102	3.660,92 €	15.017 €	0 €
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe	1,599	3.660,92 €	5.854 €	-9.163 €
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere CC	1,278	3.660,92 €	4.679 €	-10.338 €

Abbildung 1: DRG-Erlöse nach Erlösbudget gemäß § 4 Krankenhausentgeltgesetz

Gleiche Preise für alle Krankenhäuser eines Bundeslandes sind ein Problem für kleine, ländliche Krankenhäuser. Das sei am Beispiel des Flächenstaats Bayern kurz erläutert. Auf großer Flächenausdehnung mit geringer Bevölkerungsdichte decken ländliche Krankenhäuser mit geringer Bettenzahl den klinischen Versorgungsbedarf ab.⁷

So verfügten im Jahr 2020 immerhin zwei Drittel der bayerischen Krankenhäuser, nämlich 239 von 354 Kliniken, über weniger als 200 Betten:

Lfd. Nr.	Krankhaustypen	Krankenhäuser insgesamt	Aufgestellte Betten		Berechnungs-/ Belegungstage		
			insgesamt	und zwar		insgesamt	darunter für Intensivbehandlung/-überwachung
				Intensivbetten	Belegbetten		
Krankenhäuser mit ... Betten							
01	weniger als 50	92	1 940	27	458	437 647	5 557
02	50 bis unter 100	54	3 920	100	286	1 011 187	23 614
03	100 bis unter 150	58	7 046	244	434	1 999 643	62 300
04	150 bis unter 200	35	5 947	255	343	1 661 738	72 515
05	200 bis unter 250	17	3 775	179	624	958 684	49 929
06	250 bis unter 300	20	5 526	222	341	1 557 366	58 417
07	300 bis unter 400	24	8 290	300	512	2 338 309	88 447
08	400 bis unter 500	14	6 208	289	335	1 758 527	85 702
09	500 bis unter 600	15	8 197	369	200	2 378 488	102 760
10	600 bis unter 800	11	7 715	460	247	2 146 557	131 564
11	800 bis unter 1 000	4	3 539	300	24	993 636	92 472
12	1 000 oder mehr	10	14 162	1 045	24	4 239 148	312 635
13	Insgesamt	354	76 265	3 790	3 828	21 480 930	1 085 912

Abbildung 2: Grunddaten der Krankenhäuser in Bayern 2017⁸

Alle Krankenhäuser haben unabhängig von ihrer Bettenzahl und der Anzahl zu behandelnden Patienten fixe Kosten zum Beispiel für:

Organisation:

- Klinikleitung
- Ärztlicher Direktor
- Pflegedirektion

Gesetzliche Auflagen:

- Jahresabschluss
- Gesetzliche Abschlussprüfung
- Jährlicher Wirtschaftsplan
- Qualitätsmanagement

⁷ Klaus Emmerich, 2020, Klinische Fallpauschalenabrechnung und ihre Grenzen – Droht ein Kliniksterben in der Corona-Krise?, Berlin, neopubl GmbH, <https://www.epubli.de/shop/buch/Klinische-Fallpauschalenabrechnung-und-ihre-Grenzen-Klaus-Emmerich-9783752956177/99289>

⁸ Bayerisches Landesamt für Statistik, 2018, Grunddaten der Krankenhäuser in Bayern 2017, München

- Risikomanagement
- Hygienemanagement.

Kleine Krankenhäuser mit geringer Bettenzahl können ihre fixen Kosten nur auf vergleichsweise wenige PatientInnen verteilen. Sie bräuchten als Ausgleich höhere Einnahmen. Genau diesen Aspekt klammert die Fallpauschalenfinanzierung aus. Die Folge ist ein Krankenhaussterben vor allem kleiner Krankenhäuser.⁹

4.2. Insolvenzgefahr und Kliniksterben

Seit 1991, dem ersten Jahr einer kontinuierlichen Fortschreibung der Deutschen Krankenhausstatistik, lässt sich ein bundesweites Kliniksterben gut belegen. Gab es 1991 noch 2.411 Krankenhäuser, so waren es im Jahr 2020 nur noch 1.903. Die Klinikbetten verringerten sich von 665.000 auf 487.000.

Betroffen von Klinikschließungen sind – wie erwähnt – überwiegend kleine ländliche Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, die ihre Fixkosten nicht ausreichend decken können. Betroffen sind auch Allgemeinkrankenhäuser mit hohen Vorhaltekosten, während Fachkliniken aufgrund geringerer Vorhaltekosten oft wirtschaftlich arbeiten können.

	Krankenhäuser Anzahl	Betten Anzahl	Krankenhäuser % 1991	Betten % 1991
2020	1.903	487.783	78,93 %	73,29 %
2010	2.064	502.749	85,61 %	75,54 %
2000	2.242	559.651	92,99 %	84,09 %
1991	2.411	665.565	100,00 %	100,00 %

Abbildung 3: Verkürzte Deutsche Krankenhausstatistik¹⁰

Häufigster Grund für Klinikschließungen sind Verluste, drohende oder stattgefundene Insolvenzen. Vor dem Hintergrund der Daten des Krankenhausrating-Reports 2022 des RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung mahnt die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) dringende wirtschaftliche Hilfen für die Krankenhäuser an. Sie schreibt in einer Presseerklärung im Juni 2022:

„Der Report hat die ökonomische Situation der deutschen Krankenhäuser untersucht, die auch 2020 so angespannt wie in den Vorjahren war.

Der Rating-Report verdeutlicht, wie dringend die Reform der Krankenhausfinanzierung ist. Bleiben die Fallzahlen auch nach der Pandemie auf dem Niveau der Corona-Jahre – ein wahrscheinliches Szenario – wird sich der Anteil der defizitären und damit von Schließung bedrohten Krankenhäuser in den kommenden Jahren auf 70 bis 80 Prozent erhöhen.

Für die kommenden Jahre prognostizieren die Wissenschaftler noch einmal drastische Verschärfungen. Demnach haben 2020 rund 28 Prozent der Krankenhäuser einen Verlust eingefahren – trotz der Corona-Ausgleichszahlungen. Jedes vierte Haus ist wirtschaftlich so angeschlagen, dass es nur unter Schwierigkeiten und erhöhten Zinsen Kredite erhält.“

Bei sieben Prozent der Kliniken ist die Ausfallwahrscheinlichkeit sogar so hoch, dass ihnen Kredite nicht oder nur unter erheblichen Auflagen gewährt werden. Für 2022 erwarten die befragten

⁹ Zu den Mechanismen des Kliniksterbens sei auf folgende Literatur verweisen:

Klaus Emmerich, 2020, Bundesweites Bündnis gegen Kliniksterben, Erfolgsaussichten in und nach der Corona-Pandemie, Berlin, epubli;

Klaus Emmerich, 2019, Diskussion um Qualität und Schließung ländlicher Krankenhäuser, München, GRIN Verlag;

Klaus Emmerich, 2015, Kliniksterben in ländlichen Regionen Deutschlands, Ursachen – Herausforderungen – gesundheitspolitische Folgen, München, GRIN Verlag.

¹⁰ Vergleiche Homepage Kliniksterben, <https://kliniksterben.jimdofree.com/>, entnommen der vollständigen Deutschen Krankenhausstatistik, Destatis, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html>

Krankenhausträger noch einmal eine drastische Verschärfung der Lage: Knapp die Hälfte der Krankenhäuser erwartet Schwierigkeiten bei der Kreditaufnahme, insgesamt ein Fünftel sogar, dass ihnen keine Kredite mehr gewährt werden, 59 Prozent erwarten eine negative Jahresbilanz. Der Vorstandsvorsitzende der DKG, Gerald Gaß, erklärt dazu:

„Kosten und Erlöse kommen nach wie vor nicht zusammen. Auch nach zwei Jahren Pandemie erleben wir den kalten Strukturwandel im stationären Sektor, der droht, die flächendeckende Versorgung in Deutschland zu gefährden. Die Politik muss hier dringend handeln und ein stabiles Finanzierungssystem aufstellen. Die starke Inflation verschärft die Situation dramatisch, denn die Krankenhäuser können die starken Preisanstiege für Energie, Lebensmittel und Medizinprodukte nicht weitergeben, wie es in der Wirtschaft der Fall ist. Wir benötigen jetzt kurzfristig einen deutlichen Inflationsausgleich, um die Krankenhäuser arbeitsfähig zu halten. Das ist gerade vor der drohenden Herbstwelle unverzichtbar. Und die Politik muss den Herbst vorbereiten und die Krankenhäuser finanziell für erneut stark steigende Corona-Fallzahlen wappnen.

Aber auch ohne Pandemie und Inflation bleiben zahlreiche Dauerbaustellen der Krankenhausfinanzierung: Einem Investitionsbedarf von mehr als sechs Milliarden Euro stehen gerade drei Milliarden Euro tatsächliche Investitionsfinanzierung gegenüber. Gerade angesichts der Herausforderungen durch Klimawandel und Digitalisierung ist das inakzeptabel. Zudem muss die Politik die Aufgabe lösen, das DRG-System so zu ergänzen, dass die Versorgung in der Fläche auch mit gesunkenen Fallzahlen gewährleistet bleibt.“¹¹

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch andere Umfragen. So berichtet das Deutsche Krankenhausinstitut in seiner Umfrage 2021, dem Krankenhaus-Barometer:

„Für das Jahr 2021 erwarten die Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten insgesamt eine deutliche Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Lage (Abb. 4).

Im Vergleich zu 2020 würde der Anteil der Häuser mit positivem Jahresergebnis von 60 Prozent auf 17 Prozent zurückgehen. Demgegenüber würde der Anteil der Krankenhäuser mit negativem Jahresergebnis von 29 Prozent auf 60 Prozent steigen.“¹²

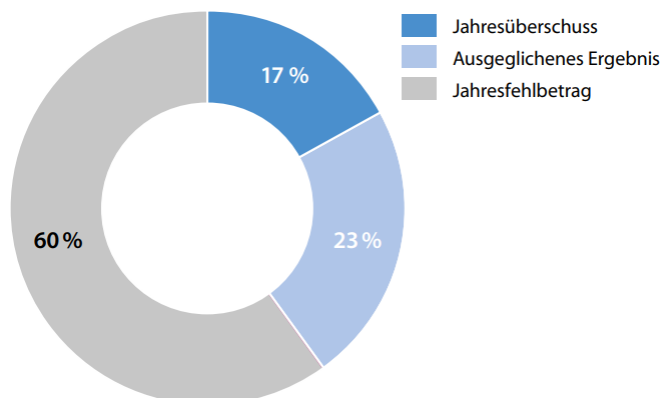


Abbildung 4: Prognostizierte Jahresergebnisse 2021 der Krankenhäuser¹³

Noch schlechter sieht die wirtschaftliche Prognose in Flächenländern aus. Die Bayerische Krankenhausgesellschaft ermittelte in ihrer 13. Umfrage 2022 ein prognostiziertes Jahresdefizit für 66 Prozent aller bayerischen Krankenhäuser.

¹¹ Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2022, DKG zum Krankenhausrating-Report „Die wirtschaftliche Lage spitzt sich weiter zu – Kliniken immer stärker von Schließung bedroht“, <https://www.dkg-ev.de/dkg/presse/details/die-wirtschaftliche-lage-spitzt-sich-weiter-zu-kliniken-immer-staerker-von-schliessung-bedroht/>

¹² Deutsches Krankenhaus Institut, 2021, Krankenhaus-Barometer Umfrage 2021, Düsseldorf, S. 9

¹³ Ebd.

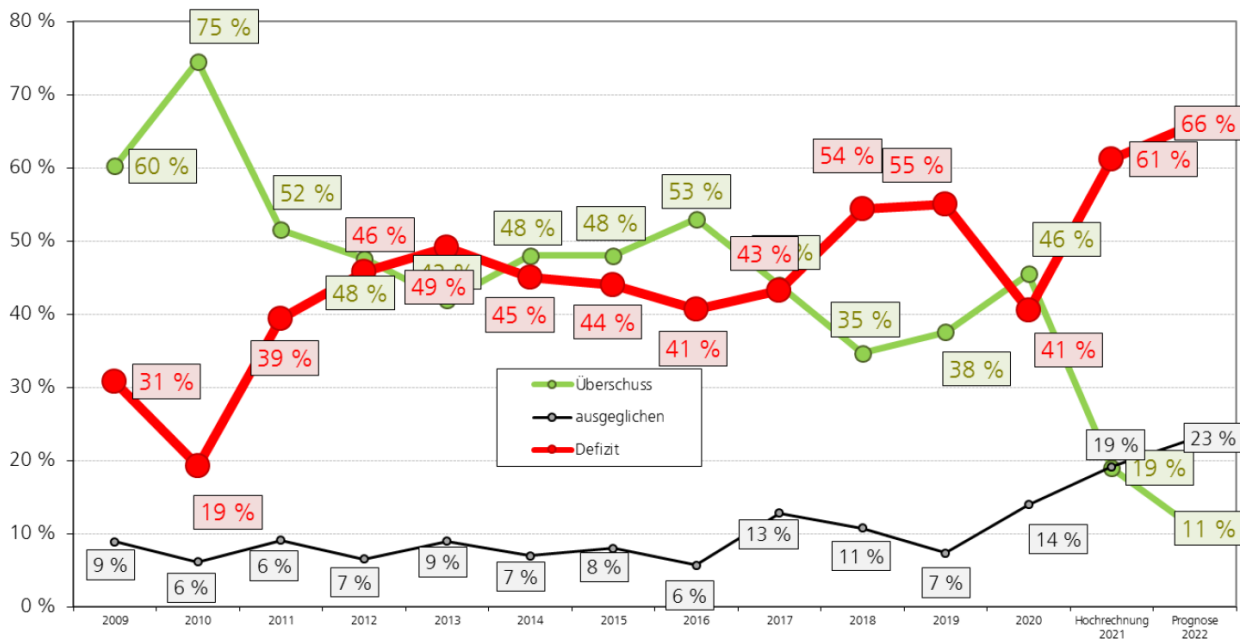


Abbildung 5: Wirtschaftliche Situation der bayerischen Krankenhäuser ¹⁴

Dass es ein Kliniksterben auch mitten in der Corona-Pandemie gibt, hat das Bündnis Klinikrettung recherchiert und dokumentiert. Für das Jahr 2020 ist das Kliniksterben inzwischen amtlich belegt, jedoch nur für wirtschaftliche Klinikeinheiten, nicht für jeden einzelnen Klinikstandort (elf Wirtschaftseinheiten, das heißt Reduktion von 1.914 im Jahr 2019 auf 1.903 im Jahr 2020).¹⁵

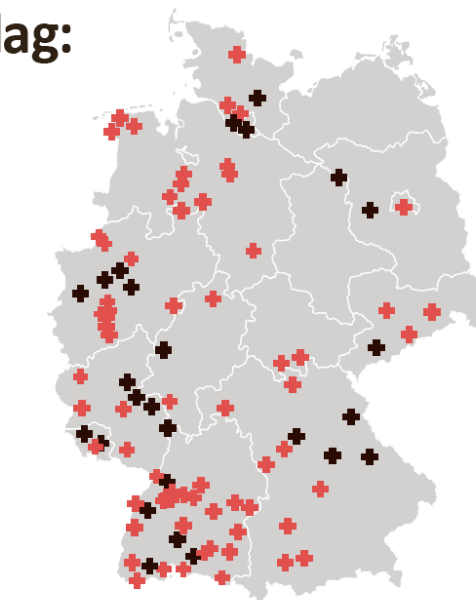
¹⁴ Bayerische Krankenhausgesellschaft 2022, 13. BKG-Umfrage 2022, Bayerischer Krankenhaustrend 2022, S. 2, https://www.bkg-online.de/media/mediapool_BKG/03_aktuelles/news/pressemitteilungen/BKT2022_Auswertung_komplett.pdf

¹⁵ Vgl. Destatis, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html>

Krankenhaushahlschlag: Abbau in der Fläche

♣ Kliniken, die seit dem 01.01.2020 geschlossen wurden

- | | |
|--|--|
| 1 Kreiskrankenhaus Parsberg (BY),
† 01.02.2020 | 17 Krankenhaus Kloster Lehnin
(BB), † 31.12.2020 |
| 2 Bergarbeiter-Krankenhaus
Schneeberg (SN), † Juni 2020 | 18 St. Josefs-Krankenhaus
Losheim (SL), † 31.12.2020 |
| 3 Sana Klinik Riedlingen (BW),
† 01.07.2020 | 19 Krankenhaus Maria-Hilf
Sankt Tönis (NW),
† 31.12.2020 |
| 4 Kreiskrankenhaus Vohenstrauß
(BY), † 01.08.2020 | 20 Asklepios Rehaklinik Seesen (NI),
† 01.01.2021 |
| 5 Krankenhaus Wedel (SH),
† 01.08.2020 | 21 Klinikum Forbach (BW),
† Anfang 2021 |
| 6 KMG Klinikum Havelberg (ST),
† 01.09.2020 | 22 Pneumologische Klinik
Waldhof Elgershausen (HE),
† 01.03.2021 |
| 7 Krankenhaus 14 Nothelfer
Weingarten (BW),
† 30.09.2020 | 23 Lungenklinik St. Blasien (BW),
† 1. Quartal 2021 |
| 8 Marienhospital Altenessen
(NW), † 01.10.2020 | 24 Alb-Donau Klinikum
Langenau (BW), † 30.06.2021 |
| 9 St. Josefs-Hospital Bochum-
Linden (NW), † 01.10.2020 | 25 Mutterhaus Trier-Ehrang (RP),
† 12.07.2021 |
| 10 Loreley-Klinik Oberwesel (RP),
† 01.10.2020 | 26 Ortenau-Klinikum Oberkirch
(BW), † 03.09.2021 |
| 11 Loreley-Klinik Sankt Goar (RP),
† 01.10.2020 | 27 Sana Klinik Laupheim (BW),
† 01.10.2021 |
| 12 Schön Klinik Nürnberg Fürth
(BY), † 31.10.2020 | 28 Lungenklinik Borstel (SH),
† 31.12.2021 |
| 13 Marienhausklinik Ottweiler (SL),
† 15.12.2020 | 29 Main-Spessart-Klinikum
Marktheidenfeld (BY),
† 31.12.2021 |
| 14 St. Hedwig-Klinik Mannheim
(BW), † 20.12.2020 | 30 Krankenhaus Roding (BY),
† 31.03.2022 |
| 15 St. Vincenz-Krankenhaus
Essen (NW), † 31.12.2020 | |
| 16 Krankenhaus Ingelheim (RP),
† 31.12.2020 | |



♣ Orte, an denen Kliniken von Schließung akut bedroht sind

- | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Albstadt (BW) | 8 Bassum (NI) | 15 Dresden-Neustadt (SN) |
| 2 Aurich (NI) | 9 Bobingen (BY) | 16 Dudweiler (SL) |
| 3 Bad Saulgau (BW) | 10 Böblingen (BW) | 17 Ebern (BY) |
| 4 Bad Urach (BW) | 11 Berlin-Tempelhof (BE) | 18 Ebersteinburg (BW) |
| 5 Bad Waldsee (BW) | 12 Bühl (BW) | 19 Eckernförde (SH) |
| 6 Bad Wildbad (BW) | 13 Diepholz (NI) | 20 Elmshorn (SH) |
| 7 Balg (BW) | 14 Dinkelsbühl (BY) | 21 Emden (NI) |

Die Liste der drohenden Schließungen ist eine Momentaufnahme und wird aufgrund immer neuer Fälle laufend aktualisiert.

- 22 Ettenheim (BW)
- 23 Geislingen (BW)
- 24 Gerlingen (BW)
- 25 Gerolstein (RP)
- 26 Groß-Gerau (HE)
- 27 Hamburg-
Wilhelmsburg (HH)
- 28 Hamm-Bockum-Hövel
(NW)
- 29 Hildburghausen (TH)
- 30 Kehl (BW)
- 31 Kirn (RP)
- 32 Köln-Holweide (NW)
- 33 Kösching (BY)
- 34 Leisnig (SN)
- 35 Leverkusen (NW)
- 36 Neuedtelsau (BY)
- 37 Neuhaus (TH)
- 38 Norden (NI)
- 39 Olbernhau (SN)
- 40 Pflundorf (BW)
- 41 Pinneberg (SH)
- 42 Radolfzell (BW)
- 43 Rahden (NW)
- 44 Rastatt (BW)
- 45 Rheinfelden (BW)
- 46 Rodalben (RP)
- 47 Schongau (BY)
- 48 Schopfheim (BW)
- 49 Sindelfingen (BW)
- 50 Solingen (NW)
- 51 Soltau (NI)
- 52 Stadtlohn (NW)
- 53 Stolzenau (NI)
- 54 Stühlingen (BW)
- 55 Sulingen (NI)
- 56 Tettngau (BW)
- 57 Troisdorf (NW)
- 58 Vreden (NW)
- 59 Walsrode (NI)
- 60 Weilheim (BY)
- 61 Wiesdorf (NW)

Abbildung 6: Kliniksterben, vollzogen und geplant ¹⁶

4.3. Abbau von Klinikpersonal

Ein politisches Dauerthema ist das den Krankenhäusern fehlende Fachpersonal. Das verwundert nicht, weil wirtschaftlich gute Jahresergebnisse bei unveränderbaren Preisen der Fallpauschalen nur durch Kostensenkungsmaßnahmen erzielt werden können.

Vielfach gehen diese Maßnahmen seit Einführung des DRG-Systems auf Kosten der Tarife für das Klinikpersonal und generell auf Kosten der Personalbesetzung in Krankenhäusern. Die seit Jahren andauernde restriktive Personalpolitik der Krankenhäuser führt zu weniger Ausbildungsplätzen und senkt damit die Zahl der Nachwuchskräfte. Weniger Nachwuchs führt zu Personalknappheit, Arbeitsverdichtung und gegebenenfalls schlechterer Behandlungsqualität. Dem Krankenhaus-Barometer 2019 des Deutschen Krankenhausinstituts zufolge haben die deutschen Krankenhäuser mit großen Stellenbesetzungsproblemen zu kämpfen:

„Im Frühjahr 2019 hatten 76 Prozent der Krankenhäuser Probleme, offene Arztstellen zu besetzen. ... Die Stellenbesetzungsprobleme im Pflegedienst der Allgemeinstationen haben seit Beginn des Jahrzehnts dramatisch zugenommen. Im Jahr 2016 hatte gut die Hälfte der Krankenhäuser Stellenbesetzungsprobleme. ... Der Fachkräftemangel in der Intensivpflege hat in den letzten Jahren spürbar zugenommen. Im Jahr 2016 hatte noch gut die Hälfte der Krankenhäuser Stellenbesetzungsprobleme und 2011 knapp ein Drittel.“ ¹⁷

4.4. Abbau von Klinikbetten und Vorsorgekapazitäten

Während die Zahl der Krankenhäuser und der Klinikbetten in den letzten Jahren verringert wurde, stieg die sogenannte Fallzahl von 14,5 Millionen im Jahr 1991 auf gut 16,7 Millionen im Jahr 2020, wobei die Zahl planbarer Behandlungen im Jahr 2020 wegen der Corona-Pandemie und gesetzlich verordneter

¹⁶ Bündnis Klinikrettung, 2022, Sonderzeitung zu Klinikschließungen, Berlin, S. 2, https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2022/05/GiB_BuendnisKlinikrettung_4-Seiter_DONWLOAD_200522.pdf

¹⁷ Deutsches Krankenhaus Institut, 2019, Krankenhaus Barometer Umfrage 2019, Düsseldorf, S. 29

Aufnahmestopps eher „niedrig“ ausfiel. Auch haben die PatientInnen des Corona-Jahres 2020 mit Isolierungsmaßnahmen und erhöhtem Behandlungsaufwand eher den Aufwand von weit über 20 Millionen regulären Fällen verursacht.

Folgende Effekte sind zu verzeichnen:

- Kosteneinsparungen
- Verringerung der Verweildauer
- Arbeitsverdichtung
- Verringerung der Klinikbetten (parallel zu Verringerung der Klinikstandorte)

Jahr/ Land	Krankenhäuser			Patientenbewegung ¹				
	insgesamt	aufgestellte Betten insgesamt		Fallzahl		Berechnungs-/ Belegungstage	durchschnittliche	
							Verweil- dauer	Betten- auslastung
	An- zahl	je 100 000 Einwohner ²	An- zahl	je 100 000 Einwohner ²	in 1 000	in Tagen	in Prozent	
1991.....	2 411	665 565	832	14 576 613	18 224	204 204	14,0	84,1
1992.....	2 381	646 995	803	14 974 845	18 581	198 769	13,3	83,9
1993.....	2 354	628 658	774	15 191 174	18 713	190 741	12,6	83,1
1994.....	2 337	618 176	759	15 497 702	19 034	186 049	12,0	82,5
1995.....	2 325	609 123	746	15 931 168	19 509	182 627	11,5	82,1
1996.....	2 269	593 743	725	16 165 019	19 739	175 247	10,8	80,6
1997.....	2 258	580 425	707	16 429 031	20 023	171 837	10,5	81,1
1998.....	2 263	571 629	697	16 847 477	20 538	171 802	10,2	82,3
1999.....	2 252	565 268	689	17 092 707	20 823	169 696	9,9	82,2
2000.....	2 242	559 651	681	17 262 929	21 004	167 789	9,7	81,9
2001.....	2 240	552 680	671	17 325 083	21 041	163 536	9,4	81,1
2002.....	2 221	547 284	664	17 432 272	21 135	159 937	9,2	80,1
2003.....	2 197	541 901	657	17 295 910	20 960	153 518	8,9	77,6
2004.....	2 166	531 333	644	16 801 649	20 365	146 746	8,7	75,5
2005.....	2 139	523 824	635	16 539 398	20 056	143 244	8,7	74,9
2006.....	2 104	510 767	620	16 832 883	20 437	142 251	8,5	76,3
2007.....	2 087	506 954	616	17 178 573	20 883	142 893	8,3	77,2
2008.....	2 083	503 360	613	17 519 579	21 334	142 535	8,1	77,4
2009.....	2 084	503 341	615	17 817 180	21 762	142 414	8,0	77,5
2010.....	2 064	502 749	615	18 032 903	22 057	141 942	7,9	77,4
2011.....	2 045	502 029	626	18 344 156	22 870	141 676	7,7	77,3
2012.....	2 017	501 475	624	18 620 442	23 156	142 024	7,6	77,4
2013.....	1 996	500 671	621	18 787 168	23 296	141 340	7,5	77,3
2014.....	1 980	500 680	618	19 148 626	23 645	141 534	7,4	77,4
2015.....	1 956	499 351	611	19 239 574	23 553	141 281	7,3	77,5
2016.....	1 951	498 718	606	19 532 779	23 720	142 170	7,3	77,9
2017.....	1 942	497 182	602	19 442 810	23 522	141 152	7,3	77,8
2018.....	1 925	498 192	601	19 392 466	23 391	140 225	7,2	77,1
2019.....	1 914	494 326	595	19 415 555	23 366	139 268	7,2	77,2
2020.....	1 903	487 783	587	16 793 962	20 195	120 202	7,2	67,3

Abbildung 7: Krankenhäuser 1991 bis 2020. ¹⁸

Der Abbau von Klinikbetten verringert die Reaktionsmöglichkeiten der Krankenhäuser auf Pandemien und andere Katastrophenfälle. Die bisherige Forderung nach Ausrichtung der Klinikbetten an der jahresdurchschnittlichen Auslastung der Krankenhäuser von etwa 80 Prozent schafft folgende Missstände:

- Sie negiert saisonale Schwankungen zwischen der Sommerzeit (circa 60 Prozent Auslastung) und der Winterzeit (circa 95 Prozent).
- Sie führt in der Winterzeit bei starken Grippewellen oft sogar zu Überauslastungen von Krankenhäusern mit PatientInnenbehandlungen auf den Stationsgängen.

¹⁸ Destatis: Grunddaten der Krankenhäuser 2020 Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Fach 1.1, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611207005.xlsx?_blob=publicationFile

- Sie garantiert keine ausreichenden klinischen Behandlungskapazitäten bei Pandemien.

Auf die Problemstellung haben die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern und das Bündnis Klinikrettung die letzte und die aktuelle Bundesregierungen mehrfach aufmerksam gemacht, unter anderem mit Aktionen, Pressemitteilungen, Pressekonferenzen und Briefen.¹⁹ Dazu wurden auch die Erkenntnisse des von den Bundesministerien des Inneren und der Forschung beauftragten „Grünbuch 2020 – zur Öffentlichen Sicherheit“ des Zukunftsforums Öffentliche Sicherheit (ZOES) herangezogen. Die AutorInnen des Grünbuchs stellen fest, dass die bestehenden Klinikkapazitäten aktuell für eine adäquate Versorgung bei Pandemien nicht ausreichen:

„Die ... dargestellte künftige Struktur der stationären Notfallstufen berücksichtigt nur unzureichend die erforderlichen Kapazitiven Vorhaltungen zur Bewältigung eines eskalierenden Ausbruchs einer Infektionskrankheit, deren adäquate Bereitschaftsplanung und Evaluierung, kontinuierliches Training und Übung. ... Die Gesundheit der Bevölkerung ist Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge, sodass Versorgungskapazitäten auch mögliche Krisensituationen berücksichtigen sollten. Der Mangel an medizinischem und pflegerischem Fachpersonal muss konsequent angegangen werden. Hier bedarf es einer angemessenen Vergütung, besserer Arbeitsbedingungen und guter Ausbildungsstrukturen.“²⁰

Wir teilen diese Auffassung uneingeschränkt. Wir sehen sie bestätigt durch überfüllte Intensivstationen und Diskussionen über eine eventuelle Triage während der Corona-Pandemie.

Wir haben die letzte Bundesregierung darauf aufmerksam gemacht, dass sich das Bundesgesundheitsministerium von GesundheitsökonomInnen beraten lässt, die vehement eine Zentralisierung der Covid-Behandlung auf Krankenhäuser der Schwerpunkt-/Maximalversorgung und Universitätskliniken sowie eine Zentralisierung auch anderer hochwertiger Krankenhausleistungen fordern. Prof. Dr. Ferdinand Gerlach, Goethe-Universität Frankfurt am Main, Prof. Dr. Gabriele Meyer, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Prof. Dr. Reinhard Busse, Technische Universität Berlin, und Prof. Dr. Boris Augurzky, RWI – Leibnitz-Institut für Wirtschaftsforschung, alle Autoren des „Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren – Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020“, fordern sogar die Schließung der Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung und deren Umwandlung in Integrierte Versorgungszentren mit nur noch 12-stündiger Anwesenheit von Ärzten.²¹ Sie stehen damit im Widerspruch zu den Erkenntnissen des Grünbuchs 2020.

Uns liegen aktuell je eine Antwort des Bundesforschungsministeriums und des Bundesgesundheitsministeriums der letzten Merkel-Regierung vor:

„... Die Entscheidung über die Schließung von Krankenhäusern ist Teil der Krankenhausplanung, die im ausschließlichen Verantwortungsbereich der Länder liegt. ... Ich bedauere, Ihnen bezüglich Ihres Anliegens nicht weiter behilflich sein zu können ...“²²

Das Bundesforschungsministerium verweist auf die Zuständigkeit der Bundesländer. Das Bundesgesundheitsministerium schreibt zu unseren Einwänden lediglich:

„... Diese werden ausgewertet und dem zuständigen Fachreferat zur Berücksichtigung bei seiner Arbeit zugeleitet. ... Ich bitte Sie jedoch um Verständnis, dass schriftliche individuelle Stellungnahmen nicht möglich sind. ...“²³

¹⁹ Vgl. zum Beispiel folgende Schreiben: 15.2.2021 und 22.3.2021: Bundesministerin für Bildung und Forschung Anja Karliczek, Bundesminister für Gesundheit, des Innern, für Bau und Heimat Horst Seehofer, <https://klinikkapazitaetencorona.jimdofree.com/schriftverkehr-aktions-gruppe-schluss-mit-kliniksterben-in-bayern/>

²⁰ Zukunftsforum Öffentliche Sicherheit e. V., GRÜNBUCH 2020 - zur Öffentlichen Sicherheit, S. 33, 42, <https://zoes-bund.de/themen/gruenbuch/>

²¹ BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung Bertelsmann Stiftung, Robert Bosch Stiftung, Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren - Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020, S. 4, 35-36, <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zwischenbilanz-nach-der-ersten-welle-der-corona-krise-2020-all>

²² Dissens zu notwendigen Klinikkapazitäten in der Bundesregierung, <https://klinikkapazitaetencorona.jimdofree.com/schriftverkehr-aktions-gruppe-schluss-mit-kliniksterben-in-bayern/>

²³ Ebd.

4.5. Unzureichende Finanzierung bei starken Schwankungen der PatientInnenzahlen

Alle Krankenhäuser führen jährlich aufwendige Entgeltverhandlungen mit den Krankenkassen. Jedes Krankenhaus muss dabei prognostizieren, inwieweit es seine stationären Leistungen steigern wird. Prognostiziert ein Krankenhaus eine Steigerung gegenüber der Vorjahresvereinbarung, kostet diese vereinbarte Steigerung 35 Prozent der zusätzlichen Leistung. Im Folgejahr erfolgt eine Rückschau auf die Budgetvereinbarung und die erreichte Leistung: Überschreitet ein Krankenhaus die vereinbarte Leistung, muss es 65 Prozent des überschreitenden Betrags im Folgejahr an die Krankenkassen zurückzahlen. Waren Entgeltverhandlungen bereits vor Corona angesichts vieler zusätzlicher Abrechnungspositionen schwierig, machte Corona die Prognose im Prinzip unmöglich, dennoch blieb die ordentliche Entgeltverhandlung gesetzlich vorgeschrieben. KlinikleiterInnen und ControllerInnen sind jedoch keine HellseherInnen.

Im Jahr 2020 wurde das Leistungsgeschehen kommunaler Krankenhäuser komplett durchschnitten, und zwar auf ungewisse Zeit. Aufgrund der Corona-Pandemie wurde der Fixkostendegressionsabschlag im Jahr 2020 zwar einmalig ausgesetzt, er gilt aber für drei Jahre. Damit hatte die vereinbarte Leistungsplanung 2020 Konsequenzen für die Folgejahre 2021 und 2022.²⁴

Wie aber kann in einem Fall wie der Corona-Pandemie 2020 die Leistungsunterbrechung in Entgeltverhandlungen adäquat abgebildet werden? Wie soll ein Krankenhaus in einem derartigen Jahr eine Prognose abgeben über...

- den Zeitanteil regulärer DRG-Abrechnung
- den Zeitanteil verminderter DRG-Abrechnung aufgrund leerstehender, für Corona-PatientInnen reservierter Betten, wenn selbst GesundheitspolitikerInnen und MitarbeiterInnen des Robert-Koch-Instituts die Dauer der Pandemie nicht abschätzen können?
- Wie hoch soll der Umfang für Corona-PatientInnen reservierter, nicht belegter Betten angesetzt werden?

Vereinfacht dargestellt: Mitten in das reguläre stationäre Leistungsgeschehen fällt mit ungewisser Höhe und ungewisser Zeitdauer eine Durchbrechung aufgrund unbelegter, für Corona-PatientInnen freizuhaltender Betten. Und niemand kann das Unterbrechungspotential annähernd abschätzen.

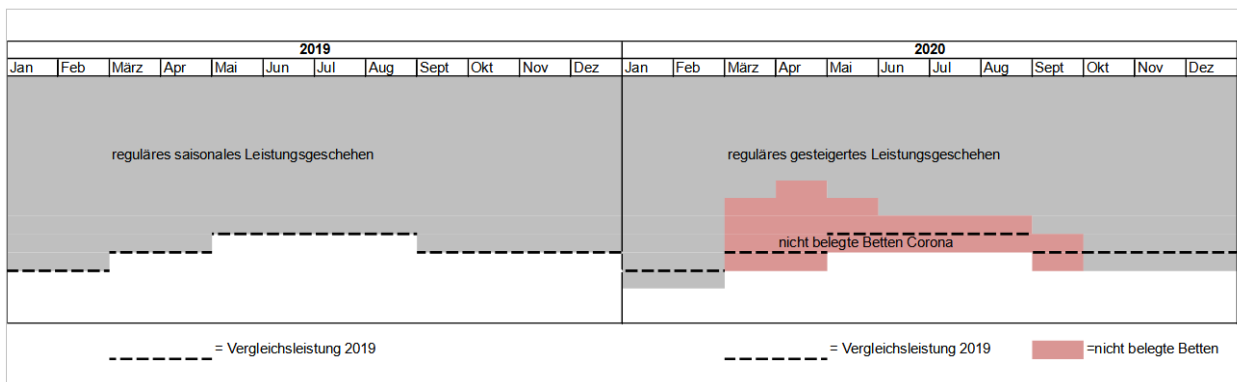


Abbildung 8: Unterbrechung des regulären Leistungsgeschehens mit Fallpauschalen durch unbesetzte Betten mit entsprechender Ausgleichszahlung.²⁵

Das Fallpauschalensystem erweist sich im Pandemiefall als besonders untauglich. Krankenhäuser sollten ihre Leistungen nicht für Gewinnzwecke oder zum Zwecke einer Wirtschaftlichkeit erbringen. Sie leisten

²⁴ Der Fixkostendegressionsabschlag als Instrument der Beitragsstabilität sowie der komplexe Aufbau einer Entgeltverhandlung sind im Kapitel 522 des folgenden Buches ausführlich beschrieben: Klaus Emmerich, 2020, Klinische Fallpauschalenabrechnung und ihre Grenzen – Droht ein Kliniksterben in der Corona-Krise?, Berlin, neopubli GmbH, <https://www.epubli.de//shop/buch/Klinische-Fallpauschalenabrechnung-und-ihre-Grenzen-Klaus-Emmerich-9783752956177/99289>

²⁵ Ebd.

gesetzlich verordnete Daseinsvorsorge (weniger oder mehr als im Vorjahr) und haben Anspruch auf Erstattung ihrer Kosten, und zwar rechtssicheren Anspruch auf vollumfänglichen Ausgleich.

4.6. Anteilige Verringerung notwendiger Allgemeinkrankenhäuser

In Deutschland steigt der Anteil der Fachkliniken mit selektivem Leistungsangebot kontinuierlich an. Dagegen sinkt die Zahl der Allgemeinkrankenhäuser anteilig an allen deutschen Kliniken.

Das Bündnis Klinikrettung recherchierte im Dezember 2021, dass die Zahl der Allgemeinkrankenhäuser, in denen zum Beispiel Corona-PatientInnen behandelt werden können, viel niedriger ist, als gemeinhin bekannt. Die geringe Bettenzahl war ein maßgeblicher Grund für den Notstand bei der Behandlung von Covid19-PatientInnen. Grundlage der Recherche bildete die Deutsche Krankenhausstatistik 2019 und dort insbesondere die ausgewiesene Zahl der Fachkliniken. Fachkliniken sind Krankenhäuser mit nur einer Fachabteilung. Dazu zählen zum Beispiel orthopädische Kliniken, Psychiatrien, Herzkliniken oder rein internistisch-geriatrische Krankenhäuser. Fachkliniken behandeln keine Corona-PatientInnen im Rahmen der Notfallversorgung, weil sie mit nur einer Fachabteilung nicht über die Mindestvoraussetzungen einer strukturierten Notfallversorgung nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses verfügen und nicht an der Allgemeinversorgung teilnehmen. Laut Recherche sind 716 der 1.914 Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland reine Fachkliniken, das sind 37 Prozent aller Krankenhäuser.²⁶

Für Bayern weist der Bayerische Krankenhausplan 2022 insgesamt 368 Plankrankenhäuser aus: 174 Fachkliniken (47 Prozent) und nur 194 Allgemeinkrankenhäuser.²⁷

Die Zahlen zeigen: Es gibt viel weniger Allgemeinkrankenhäuser, als die GesundheitsökonomInnen uns seit Jahren weismachen wollen. Mit den zu hohen Zahlen begründen sie aber ihre Klinikschließungspläne.

4.7. Unzumutbare Entfernung zum nächstgelegenen Krankenhaus einschließlich Notfallversorgung

Die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, der GKV-Spitzenverband, hat als Grundlage für „begründete Krankenhausschließungen“ ein Instrument entwickelt, den sogenannten Kliniksimulator.²⁸ Als begründet gilt danach eine Schließung, wenn weniger als 5.000 Einwohner durch die Schließung mehr als 30 oder gar 40 Fahrzeitminuten benötigen, um ein Allgemeinkrankenhaus zu erreichen.

Das Bundesgesundheitsministerium griff die Vorschläge des GKV-Spitzenverbands auf und beauftragte den Gemeinsamen Bundesausschuss entsprechende bundesweit verbindliche Richtlinien zu beschließen.²⁹

Klinikschließungen und Klinikteilschließungen werden laufend vollzogen, und zwar unter Missachtung der vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagenen und vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Erreichbarkeitskriterien. Diese Praxis kann in klinischen Notfällen jedoch lebensentscheidend sein.

Gemessen an den Mindestkriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses und des GKV-Kliniksimulators kann eine klinische Unterversorgung für die Bundesländer Bayern und Niedersachsen nachgewiesen werden. Es wird vorausgesetzt, dass eine ausreichende klinische Versorgung der Bevölkerung besteht, sofern die EinwohnerInnen ein Krankenhaus, bestehend aus mindestens Innerer Medizin, Chirurgie und Notfallversorgung, binnen 30 Fahrzeitminuten erreichen können.

²⁶ Deutsche Krankenhausstatistik 2019, Register 2.2.1: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611197004.html>

²⁷ Bayerisches Landesamt für Statistik, 2022, Krankenhausstatistik 2020: Grunddaten, Diagnosen und Kostennachweis, München, S. 9, https://www.statistik.bayern.de/mam/produkte/veroeffentlichungen/statistische_berichte/a4200c_202000.pdf

²⁸ GKV-Spitzenverband, 2020, GKV-Kliniksimulator, Berlin, <https://gkv-kliniksimulator.de/>

²⁹ Gemeinsamer Bundesausschuss, 2022, Sicherstellungszuschläge für Krankenhäuser, Berlin, <https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/sicherstellungszuschlaege/>

Für Bayern ermittelte die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben, dass EinwohnerInnen in immerhin 115 bayerischen Postleitzahlregionen mehr als 30 Fahrzeitminuten benötigen, um ein Allgemeinkrankenhaus mit mindestens den Fachdisziplinen Innere Medizin und Chirurgie zu erreichen. In einem offenen Brief forderte die Aktionsgruppe den GKV-Spitzenverband und das RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung auf, den GKV-Kliniksimulator entsprechend zu überarbeiten, um die Regionen mit klinischer Unterversorgung besser aufspüren und gegebenenfalls neue Klinikstandorte einfordern zu können.³⁰

Für Niedersachsen ermittelte das Bündnis Klinikrettung die fehlende Erreichbarkeit. Es identifizierte insgesamt 65 niedersächsische Postleitzahlregionen, in denen schon jetzt entweder Teile der Bevölkerung oder sogar alle BürgerInnen das nächstgelegene Allgemeinkrankenhaus nicht innerhalb von 30 oder 40 Minuten erreichen können.³¹

4.8. Schließung von Sicherstellungskrankenhäusern

Laut dem Gemeinsamen Bundesausschuss gibt es Krankenhäuser, die für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind und nicht geschlossen werden dürfen. Für das Aufrechterhalten dieser Krankenhäuser bekommen die Träger einen Sicherstellungszuschlag.

Mit der SANA Klinik Roding schloss zum 31. März 2022 ein „unverzichtbares“ Sicherstellungs Krankenhaus. Darf ein Krankenhaus schließen, das „für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen“ anbietet? Das Szenario scheint ungeheuerlich. Es ist deshalb geboten, die Wirksamkeit des Sicherstellungszuschlags zu untersuchen, dessen gesetzliche Aufgabe es ist, flächendeckende Erreichbarkeit von einem geeigneten Krankenhaus innerhalb von 30 beziehungsweise 40 PKW-Fahrzeitminuten sicherzustellen.

Die folgenden Ausführungen belegen:

- Der Sicherstellungszuschlag schützt nicht vor der Schließung bedarfsnotwendiger Allgemeinkrankenhäuser.
- Er korrigiert auch keine klinische Unterversorgung, die heute bereits in diversen Regionen Deutschland mit unzumutbaren Entfernungen zum nächstgelegenen Krankenhaus existiert.

In Deutschland schließen Krankenhäuser, auch und gerade in der Corona-Pandemie. 2020 waren es immerhin 20 Klinikstandorte, die ihre Pforten schließen mussten.³²

Gesundheitsökonominnen wie Prof. Dr. Boris Augurzky oder Prof. Dr. Reinhard Busse und die Bertelsmann-Stiftung propagieren den Abbau von Klinikbetten und Klinikstandorten. Nur 600 der aktuell 1.903 Krankenhäuser sollen in Deutschland verbleiben.³³ Dazu entwickelte Augurzky mit seinem Institut RWI bereits 2014 im Rahmen einer Studie Krankenhausplanung 2.0 entsprechende Normen: Solange innerhalb von 30 Fahrzeitminuten noch ein Allgemeinkrankenhaus mit den Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie erreichbar ist (Kliniken der Basisversorgung), oder weniger als 5.000 zusätzliche Einwohner nach einer Klinikschließung innerhalb von 30 Fahrzeitminuten kein Krankenhaus mehr erreichen, sei dies vertretbar.³⁴

³⁰ Vgl.: <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/unterversorgung/>

³¹ Bündnis Klinikrettung, 2022, Niedersachsen plant Klinikabbau im Rekordtempo und gefährdet die wohnortnahe klinische Versorgung, <https://www.gemeingut.org/niedersachsen-plant-klinikabbau-im-rekordtempo-und-gefaehrdet-die-wohnortnahe-klinische-versorgung/>

³² Klaus Emmerich, Kliniksterben und klinische Unterversorgung in Bayern - Ursachen und Folgen im Spiegel der Corona-Pandemie, S. 27, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14641628032/Dokumentation+Kliniksterben+und+klinische+Unterversorgung+in+Bayern.pdf?t=1643445031>

³³ Bertelsmann Stiftung, Eine bessere Versorgung ist nur mit halb so vielen Kliniken möglich, <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2019/juli/eine-bessere-versorgung-ist-nur-mit-halb-so-vielen-kliniken-moeglich/>

³⁴ VDEK, Krankenhausplanung 2.0 Zukunftsorientiert und bedarfsgerecht, RWI-Gutachten, <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2014-1112/titel-rwi-gutachten.html>

Um Besorgnissen in der lokalen Politik und der betroffenen Bevölkerung entgegenzukommen, führte der Gesetzgeber als Gegenpol zu Klinikschließungen den Sicherstellungszuschlag ein. Unzumutbare Härten für die Bevölkerung sollen damit angeblich verhindert werden. Erreichen aufgrund einer simulierten Klinikschließung mehr als 5.000 zusätzliche Einwohner ein Krankenhaus nicht mehr innerhalb von 30 Fahrzeitminuten, so wird das Krankenhaus nach gesetzlichen Vorgaben des § 136 c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 5 Absatz 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und § 17 b Absatz 1 a Nummer 6 mit jährlich 400.000 beziehungsweise jährlich 600.000 Euro bezuschusst, je nach Ausstattung seiner Fachabteilungen. § 5 Absatz 2 KHEntgG definiert für Krankenhäuser:

„Zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht kostendeckend finanzierbar ist, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 bei Erfüllung der Vorgaben nach den Sätzen 2, 4 und 5 sowie der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Sicherstellungszuschläge nach § 17 b Absatz 1 a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die dafür vorgesehenen Rahmenbedingungen in der „Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136 c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)“ für ein Krankenhaus der Basisversorgung (Innere Medizin und Chirurgie) erlassen:

„Ein Krankenhaus, für das ein Zuschlag nach § 17 b Absatz 1 a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vereinbart wird, muss für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar ... sein. Zum Nachweis der Voraussetzung nach Satz 1 wird überprüft, ob flächendeckend eine Erreichbarkeit von in Satz 3 festgelegten PKW-Fahrzeitminuten eines anderen geeigneten Krankenhauses vorliegt und somit bei einer Schließung des Krankenhauses die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung nicht gefährdet wäre.

Die PKW-Fahrzeitminuten betragen:

- 1. für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1: 30 PKW-Fahrzeitminuten ...*
- ... Eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung für basisversorgungsrelevante Leistungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 liegt vor, wenn durch die Schließung des Krankenhauses, dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird, zusätzlich mindestens 5.000 Einwohnerinnen und Einwohner PKW-Fahrzeiten von mehr als 30 Minuten aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen (Betroffenheitsmaß).“³⁵*

Für zusätzliche gynäkologische und geburtshilfliche Fachabteilungen (jährliche Förderung bis zu 600.000 Euro) gelten erweiterte Regelungen.

Der gesetzliche Sicherstellungszuschlag hilft nicht, allen EinwohnerInnen Deutschlands ein wohnortnahes Krankenhaus sicher zu garantieren. Der Gesetzgeber übertrug es dem Gemeinsamen Bundesausschuss, den geringen Versorgungsbedarf zu definieren. Diesen begründete der Gemeinsame Bundesausschuss eigenartiger Weise nicht bedarfsorientiert, sondern ökonomisch:

„Mit dem Sicherstellungszuschlag können nur Defizite aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs, nicht jedoch Defizite aufgrund von Unwirtschaftlichkeiten ausgeglichen werden. Ein geringer Versorgungsbedarf liegt vor, wenn die durchschnittliche Einwohnerdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 100 Einwohnerinnen und Einwohnern je Quadratkilometer (100 E./km²) liegt.“³⁶

³⁵ Gemeinsamer Bundesausschuss, 2022, Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136 c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), Berlin, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2312/SiRe-RL_2020-10-01_ik_2020-12-09.pdf

³⁶ Ebd.

Die Orientierung am geringen Versorgungsbedarf beziehungsweise an der geringen Einwohnerdichte wirft elementare Fragen auf:

- Darf ein Krankenhaus aus ökonomischen Gründen jederzeit in einer dicht besiedelten Region schließen?
- Rechtfertigen beispielsweise viel mehr, nämlich 27.990, Einwohner mit längeren Fahrzeiten als 30 Minuten zum nächstgelegenen Krankenhaus die Schließung der Klinik Schongau? Hier liegt die Einwohnerdichte laut GKV-Kliniksimulator bei 101 E./km².³⁷
- Ist dann die Klinik Schongau, die aller Wahrscheinlichkeit nach schließen wird, für betroffene 27.990 Einwohner etwa nicht versorgungsrelevant?

Die Antwort ist eindeutig: Selbstverständlich dürfen zusätzliche 27.990 Einwohner nahe Schongau mit einer Einwohnerdichte von 101 E./km² (kein Sicherstellungszuschlag) nicht mit zusätzlichen 9.986 Einwohnern nahe Roding mit einer Einwohnerdichte von 94,8 E./km² (gewährter Sicherstellungszuschlag) verglichen werden.³⁸ Genau das geschieht aber und zeigt: Für die Kriterien gibt es keinerlei medizinische Grundlage. Es gibt keine Rechtfertigung, weshalb beispielsweise 27.990 Einwohnern bei eskalierenden klinischen Notfällen Entfernungen über 30 Fahrzeitminuten zugemutet werden dürfen. Die Vorgehensweise ist Unsinn und kann beispielsweise bei Herzinfarkten und traumatischen Unfallverletzungen lebensbedrohlich sein.

Finanzieller Zuschlag statt Schließungsverbot: Der Gesetzgeber regelt nach § 5 Absatz 2 KHEntgG Sicherstellungszuschläge zur Sicherung versorgungsrelevanter Krankenhäuser. Das ist eine finanzielle Hilfe. Es fehlt jedoch eine gesetzliche Regelung, die die Schließung versorgungsrelevanter Sicherstellungskrankenhäuser untersagt. Und so dürfen Klinikträger nach Belieben Sicherstellungskrankenhäuser schließen und Versorgungslücken reißen. Die Schließung der SANA Klinik Roding zum 31. März 2022 durch den Kreistag Cham und die SANA Kliniken AG ist ein praktisches Beispiel. Das Nachsehen haben die Menschen vor Ort. Der Klinikträger, der Landkreis Cham, darf sogar bekräftigen:

„Durch diese Maßnahmen werden wir eine zeitgemäße, qualitativ hochwertige ärztliche Versorgung in unserem Flächenlandkreis sicherstellen.“³⁹

Zu geringer Umfang des Sicherstellungszuschlags: 400.000 Euro oder 600.000 Euro reichen zur Sicherung versorgungsrelevanter Krankenhäuser nicht aus. Das belegen umfangreiche Presseberichte. Die Kliniken Nordoberpfalz AG beispielsweise benötigten für ihre verbliebenen fünf Standorte in ländlichen Regionen im Jahr 2019 einen Finanzausschuss des Trägers im Umfang von 50 Millionen Euro.⁴⁰ Um die Finanzlast zu verringern, schloss die AG im Jahr 2020 mitten in der Corona-Pandemie eine Rehaklinik in Waldsassen und eine Akutklinik in Vohenstrauß.

Die zwei Krankenhäuser des bayerischen Landkreises Kelheim belasteten den Landkreis im Jahr 2021 mit immerhin 16 Millionen Euro.⁴¹

Dagegen nehmen sich 400.000 oder 600.000 Euro fast lächerlich aus. Ein Klinikträger wird angesichts eines Finanzdefizits in Millionenhöhe seine Entscheidung nicht von einem Zuschuss im Umfang von

³⁷ GKV-Kliniksimulator, Krankenhaus Schongau, https://www.gkv-kliniksimulator.de/downloads/simulation1/Praesentation_GVE_2022_317100.pdf

³⁸ SANA Klinik Roding schließt zum 31.03.2022, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/kliniken-in-not/klinikschlie%C3%9Fungen-ab-2020/krankenhaus-rodin/>

³⁹ Landkreis Cham, Strategische Neuausrichtung der Sana Kliniken des Landkreises Cham, <https://www.landkreis-cham.de/aktuelles-nachrichten/alle-meldungen/strategische-neuausrichtung-der-sana-kliniken-des-landkreises-cham/>

⁴⁰ Oberpfalz TV, Kliniken Nordoberpfalz AG: Hinter den Kulissen brodelt es, <https://www.otv.de/kliniken-nordoberpfalz-ag-hinter-den-kulissen-brodelt-es-516637/> Oberpfalz TV, Kliniken Nordoberpfalz AG: Michael Hoffmann wird neuer Vorstand, <https://www.otv.de/kliniken-nordoberpfalz-ag-michael-hoffmann-wird-neuer-vorstand-523840/>

⁴¹ Hallertauer Zeitung, 2021, Kreis greift für Kliniken tief in die Tasche, Mainburg

400.000 oder 600.000 Euro abhängig machen. Das Beispiel der SANA Klinik Roding zeigt, dass der Sicherstellungszuschlag hier nicht greift und deshalb versagt.

Keine Lösung für unterversorgte Regionen: Für Bundesländer wie Bayern und Niedersachsen, in denen es schon heute etliche Postleitzahlregionen gibt, in denen mehr als 5.000 Einwohner ihr nächstgelegenes Krankenhaus nicht innerhalb von 30 Fahrzeitminuten erreichen (vergleiche Kapitel 4.7.), fehlt jegliche gesetzliche Regelung, um die Kollateralschäden der sich stetig verschlechternden Krankenhausfinanzierung, das heißt die 508 Klinikschließungen der Jahre 1991 bis 2020, wieder zu beheben. Gemessen an zu großer Fahrdistanz sind große Gebiete in Nord-, Süd- und Ostdeutschland bereits heute klinisch unterversorgt.

Das Kliniksterben wird weitergehen. Aktuell besteht kein wirksames Instrument, um Klinikschließungen zu verhindern. Das gilt auch für versorgungsrelevante Krankenhäuser. Es entsteht der Eindruck, dass der Sicherstellungszuschlag lediglich der Argumentation dient, Klinikschließungen nur dort voranzutreiben, wo es dem Bürger angeblich nicht schadet. Das DRG-Finanzierungssystem, das kleine Krankenhäuser mit hohen Fixkosten benachteiligt, fördert exakt die Schließung von (ebenfalls kleinen) Sicherstellungskrankenhäusern.

4.9. Tiefgreifende infrastrukturelle Eingriffe in ländlichen Regionen

Betroffen vom Kliniksterben sind verstärkt kleine Krankenhäuser mit hohem Fixkostenanteil je Patient. In ländlichen Regionen gibt es fast nur kleine Krankenhäuser. Wenn sie verschwinden, dann brechen weg:

- Notarztstandort
- Bereitschaftspraxis
- ambulante fachärztliche Behandlungen; wo ambulante fachärztliche Kassensitze unbesetzt sind, übernehmen das nämlich die Krankenhäuser
- klinische Arbeitsplätze
- praktische ärztliche und pflegerische Ausbildung
- wirtschaftliche Nachfrage in ländlichen/strukturschwachen Regionen.

Eine komplette ländliche Infrastruktur zerbricht – Hersbruck in Bayern hat das eindrucksvoll erlebt. Der Aspekt spielt in der Diskussion um die Zukunft der Krankenhäuser bedauerlicherweise keine Rolle.

Regionen ohne wohnortnahe Krankenhäuser werden zu Gesundheitsregionen zweiter Klasse.⁴²

4.10. Unnötige stationäre Behandlungen

Eine Schwäche der Fallpauschalen ist der Druck auf Krankenhäuser nach zusätzlichen Einnahmen aus stationärer Behandlung.

Konkret wird den Krankenhäusern aus wirtschaftlichen Gründen vorgeworfen:

- Sie führen unnötige Operationen durch.
- Sie führen stationäre Behandlungen durch, obwohl gleiche Behandlungsergebnisse auch mit ambulanten Behandlungen erzielt werden könnten.

⁴² Vergleiche hierzu auch: Bündnis Klinikrettung, Gemeingut in BürgerInnenhand, 2022, Wissenschaftliche Modellrechnungen versus Realität in den Krankenhäusern, Berlin, <https://www.gemeingut.org/wissenschaftliche-modellrechnungen-versus-realitaet-in-den-krankenhaeusern/>, dort die Eingangsrede Klaus Emmerich, <https://stoptgesundheitsberater.iimdoefree.com/aktuelles/streitgespr%C3%A4ch-zukunft-der-krankenh%C3%A4user/>

Für die Kritik steht beispielhaft ein Beitrag der Deutschen Welle:

„Für überflüssige Untersuchungen, OPs und andere Eingriffe gibt es viele Gründe – nicht nur Vergütungssysteme. Wir sollten ruhig mutiger sein, auf Leistungen auch mal zu verzichten. ... Eine Ursache für Überversorgung ist die Vergütung. Im deutschen Gesundheitssystem wird Aktionismus vergütet. ‘Niemand wird für ausführliche Beratungsgespräche bezahlt’, sagt Scherer, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Eine OP durchzuführen, sei beispielsweise immer lukrativer, als sie nicht durchzuführen. ... Eine Umfrage unter deutschen Chefärztinnen und -ärzten bestätigt dies: 40 Prozent sehen hohe Fallzahlen in ihren Kliniken durch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen begründet.“⁴³

Ein Krankenhausfinanzierungssystem sollte generell nicht so ausgelegt sein, dass es einen Anreiz für unnötige Behandlungen bietet. Im Zentrum jeglicher Behandlungen muss das Wohl der PatientInnen stehen, nicht die Gewinnmaximierung.

5. Anforderungen an ein neues Finanzierungssystem

Das Bündnis Klinikrettung steht für ein Modell gesicherter Allgemeinversorgung in drei Versorgungsstufen⁴⁴, konkret:

1. Jede Bürgerin und jeder Bürger erreicht in 30 Minuten mindestens ein Krankenhaus der Grund-/Regelversorgung analog der Notfallstufe 1, zuzüglich Geburtshilfe. Wo dies nicht gewährleistet ist, muss der Standort gebaut beziehungsweise nachgebessert (nicht aufgegeben) werden.
2. Es gibt Mindeststandards für alle Versorgungsstufen. Das schafft Sicherheit für PatientInnen und NotärztInnen bei der Beantwortung der Frage, welches Krankenhaus für welche Behandlung vorrangig in Frage kommt.
3. Fachkliniken fehlt es am notwendigen interdisziplinären Leistungsangebot. Sie werden, wo erforderlich, Allgemeinkrankenhäuser.
4. Krankenhäuser werden selbstkostendeckend finanziert, es gibt keine Gewinne oder Verluste.
5. Durch Abschaffung der sehr aufwendigen und komplizierten Abrechnung über DRGs wird der Dokumentationsanteil der Pflegekräfte und Ärzte von derzeit ca. 30 Prozent auf 15 Prozent reduziert. Das halbiert die gebundenen Ressourcen von aktuell circa 30.000 ÄrztInnen, 73.000 Pflegekräften und 40.000 weiteren klinischen Fachkräften, und schafft Raum für mehr Behandlungsqualität.
6. Klinische Daseinsvorsorge gehört in die öffentliche Hand. Auch brauchen kommunale Krankenhäuser mehr Freiheiten, zum Beispiel Klinikverbünde und MVZ außerhalb ihrer kommunalen Grenzen zu bilden. Übrigens, in Dänemark, einem Land, das von KlinikschließungsbefürworterInnen gern als Musterland herangezogen wird, ist die Gesundheitsversorgung komplett öffentlich: mit öffentlichen Kliniken, einer öffentlichen Krankenkasse und einer öffentlichen Bürgerversicherung.
7. Zur Aufwertung klinischer Arbeitsplätze fordern wir für alle Krankenhäuser eine Tarifbindung.

⁴³ Deutsche Welle, 2021, Dies alles erzeuge unnötige Kosten im Gesundheitswesen und belaste das Klinikpersonal, Bonn, <https://www.dw.com/de/%C3%BCberversorgung-zu-viel-diagnostik-und-therapie-kann-mehr-schaden-als-heilen/a-59521084>

⁴⁴ Bündnis Klinikrettung, Gemeingut in BürgerInnenhand, 2022, Wissenschaftliche Modellrechnungen versus Realität in den Krankenhäusern, Berlin, <https://www.gemeingut.org/wissenschaftliche-modellrechnungen-versus-realitaet-in-den-krankenhaeusern/>, dort die Eingangsrede Klaus Emmerich, <https://stopptgesundheitsberater.jimdofree.com/aktuelles/streitgespr%C3%A4ch-zukunft-der-krankenh%C3%A4user/>

6. Darstellung einzelner Finanzierungsvorschläge im Detail

6.1. Prinzip der Selbstkostendeckung und seine Folgen

Alle Krankenhäuser sollen monatliche Abschlagszahlungen erhalten, gestaffelt nach Versorgungsstufe und Bettenzahl. Als Orientierungsgröße können dabei zum Beispiel die stationären Vorjahreskosten des Krankenhauses dienen, zuzüglich der Kosten für die den Krankenhäusern gesetzlich zugestandenen ambulanten Tätigkeiten. Dabei muss die inflationsbedingte Steigerungsrate berücksichtigt werden.

Mit der Einführung der Selbstkostendeckung erfolgt keine Gewinnabschöpfung mehr aus dem Gesundheitswesen. Einnahmen und Ausgaben sind deckungsgleich, es gibt keine Gewinne mehr.

Aktuell schöpfen gewinnorientierte marktwirtschaftlich organisierte Privatkliniken und Fachkliniken jährlich Gewinne im Umfang von mindestens 628 Millionen Euro aus der DRG-Abrechnung ab.⁴⁵ Der Entzug dieser Finanzmittel aus dem Gesundheitssystem würde umgehend gestoppt. Zusätzlich würde verhindert, dass breit aufgestellte Allgemeinkrankenhäuser zur Vermeidung ihrer Defizite ihr Leistungsangebot einschränken. Verbleiben würden gesunde Krankenhäuser, die nicht um ihre Existenz bangen müssen und die sich auf ihre PatientInnen konzentrieren können.

Erhebliche Personalkapazitäten werden der unmittelbaren PatientInnenbehandlung zugeführt.

Der Dokumentationsanteil der ÄrztInnen, Pflegekräfte und TherapeutInnen an ihrer gesamten Arbeitszeit beträgt circa 30 Prozent, 15 Prozent der Arbeitszeit entfallen auf notwendige medizinische Informationen. Weitere 15 Prozent fallen für die komplexe Kodierung der Fallpauschalen und für die Dokumentation von Strukturmerkmalen an.⁴⁶ Das bindet jährlich Kosten in Höhe von 9,1 Milliarden Euro, die bei der Selbstkostendeckung entfallen könnten. Angesichts des Mangels an ÄrztInnen und Pflegekräften ist es inakzeptabel, dass aktuell ein so hoher Anteil an klinischem Fachpersonal für vermeidbare Verwaltungsaufgaben gebunden wird. Auch für Klinikschließungen wird der Personalmangel als Argument herangezogen. Die Halbierung des Dokumentationsaufwands könnte das Problem mindestens teilweise lösen: Mit der Abschaffung des DRG-Abrechnungssystems könnten immerhin 143.000 klinische Arbeitskräfte der PatientInnenversorgung zugeführt werden, ein unschätzbare Ressourcengewinn.⁴⁷ Verteilt auf die verschiedenen Personalgruppen geht es dabei um 30.000 ÄrztInnen, knapp 73.000 Pflegekräfte und gut 40.000 klinische Fachkräfte, zum Beispiel OP-Fachkräfte, TherapeutInnen und andere.

	Prozent	Ärzte Tsd.	Pflegekräfte Tsd.	MT/FU-Dienst Tsd.	nicht am Patient	Kosten Ärzte Mrd. €	Kosten Pflegekräfte Mrd. €	Kosten MT/FU-Dienst Mrd. €	nicht am Patient
	100,00 %	200	486	354	1041	23,6	23,6	17,2	
Anteil Dokumentation	-30,00 %	-60,0	-145,8	-80,4	-286,2	-6,7	-6,5	-5,0	-18,2
davon klinisch notwendig	-15,00 %	-30,0	-72,9	-40,2	-143,1	-3,4	-3,3	-2,5	-9,1
davon Vergütung, Qualität verzichtbar	-15,00 %	-30,0	-72,9	-40,2	-143,1	-3,4	-3,3	-2,5	-9,1
Für die Behandlung	70,00 %	140,0	340,2	273,6	754,5				

Abb. 9: Klinische Arbeitszeit ⁴⁸

⁴⁵ Boris Augurzyk, Gewinne im Krankenhaus, S. 195, Springer-Link, https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-60487-8_10

⁴⁶ Im Jahr 2015 lag der geschätzte Dokumentationsaufwand laut einer HIMSS Krankenhausstudie noch bei rund 21 Prozent: Management & Krankenhaus, <https://www.management-krankenhaus.de/news/nuance-und-himss-krankenhausstudie-enormer-dokumentationsaufwand-fuer-aerzte-und-pflegekraefte>. Im Jahr 2019 lag der geschätzte Dokumentationsaufwand für Ärzte bei rund 46 Prozent: MedNic, Bürokratie hat Ärzte und Pflegekräfte im Griff, <https://mednic.de/buerokratie-hat-aerzte-und-pflegekraefte-im-griff/16822>. Die vorsichtige Schätzung von 30 Prozent basiert auf diesen Zahlen sowie den eigenen Erfahrungen des Autors in den von ihm ehemals geleiteten Krankenhäusern.

⁴⁷ Destatis: Grunddaten der Krankenhäuser 2020 Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Fach 2.3.1.1 https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611207005.xlsx?__blob=publicationFile, Kostennachweis der Krankenhäuser 2020 Fachserie 12 Reihe 6.3, Fach 1.2 https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/kostennachweis-krankenhaeuser-2120630207005.xlsx?__blob=publicationFile

⁴⁸ Quelle für die in der Spalte „Prozent“ angegebenen Zahlen: DeStatis 2020, Grunddaten der Krankenhäuser 2020, Kostennachweis der Krankenhäuser 2020

6.2 Praktische Umsetzung der Selbstkostendeckung

Folgendermaßen kann das Prinzip der Selbstkostendeckung umgesetzt werden:

Der Wirtschaftsprüfer bescheinigt das stationäre Jahresergebnis, zuzüglich der dem Krankenhaus gesetzlich zugestandenen ambulanten Tätigkeiten. Dabei werden alle nicht dem gesetzlichen Auftrag der Krankenhäuser zuzurechnenden nicht-klinischen Zusatzbetriebe, beispielsweise verrechnete Küchenleistungen oder Hygieneleistungen Dritter, und kostenpflichtige Zusatzleistungen für PatientInnen oder Ähnliches ausgeklammert. Zur Abgrenzung könnten alternativ alle steuerpflichtigen wirtschaftlichen Geschäftsbetriebe herangezogen werden oder die Abgrenzungsbestimmungen des Kalkulationshandbuchs des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für alle nichtstationären Krankenhausleistungen. Im Fall der Anwendung des InEK-Kalkulationshandbuchs dürften typische, dem Krankenhaus zuzurechnenden Kosten für ambulante Leistungen jedoch nicht abgegrenzt werden.

Das stationäre Jahresergebnis enthält dann den vom Wirtschaftsprüfer bescheinigten vorläufigen stationären Gewinn oder Verlust in Form einer Ausgleichsforderung (Verlust) oder Ausgleichsverbindlichkeit (Gewinn) und stellt damit das stationäre Jahresergebnis auf null.

Die Gewinn- und Verlustrechnung des Krankenhauses kann im Umfang nicht-klinischer Leistungen trotzdem einen Gewinn oder Verlust enthalten. Dieser liegt dann ausschließlich in der Verantwortung des Klinikträgers. Im Modell des Bündnis Klinikrettung ist eine gewinnorientierte Auslagerung nicht-klinischer Leistungen, die nicht zum Kernauftrag des gemeinwohlorientierten Krankenhauses gehören, ausgeschlossen.

Darstellung bei Verlusten

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

Grundsätzlich ist das Ausgleichsverfahren nicht unbekannt. Aktuell gibt es eine Ausgleichsberechnung zwischen vereinbartem Entgeltbudget und den nach dem Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG) bescheinigten Erlösen. In dem hier vorgeschlagenen Modell fände der Ausgleich zwischen dem vorläufigen testierten stationären Jahresergebnis und einer „Schwarzen Null“ statt.

6.3 BürgerInnen-Krankenversicherung

Aktuell verfügt Deutschland über 103 gesetzliche und 44 private Krankenkassen.

Das Bündnis Klinikrettung fordert die Zusammenführung all dieser Krankenkassen zu einer BürgerInnen-Krankenversicherung. Damit könnte der größte Anteil der Verwaltungskosten im Umfang von jährlich 11,8 Milliarden Euro eingespart und einer verbesserten klinischen Versorgung zugeführt werden.⁴⁹ Als Einsparpotential kommen versteckte Gewinne durch überhöhte Ausgaben für Verwaltungs- und Serviceleistungen der privaten Krankenkassen noch hinzu.

Die monatliche Abschlagszahlung könnte im Fall einer BürgerInnen-Krankenversicherung direkt mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Selbst wenn das System der gesetzlichen und privaten Krankenkassen beibehalten werden sollte, wäre das Prinzip der Selbstkostendeckung realisierbar. Dann müssten alle Krankenkassen Pauschalbeträge in einen Krankenhausvergütungsfonds einzahlen, der die monatlichen Abschlagszahlungen an die Krankenhäuser auszahlen würde. Es bedürfte in dem Fall eines Verteilungsschlüssels, welche Krankenkasse in welchem Umfang Beiträge in den Krankenhausvergütungsfonds einzuzahlen hat. Vorstellbar sind Vorjahres-Belegungstage der PatientInnen. Dazu haben die Krankenhäuser Aufnahme- und Entlassungsanzeigen an die Krankenkassen und den Krankenhausvergütungsfonds zu übermitteln.

Eine unterjährige vorläufige Abschlagsrechnung je PatientIn oder je Belegungstag gegenüber mehreren Krankenkassen scheidet aus. Die Pandemie hat die Schwäche des leistungsabhängigen DRG-Systems offengelegt: Verzichten Krankenhäuser pandemiebedingt auf Behandlungen, fallen unterjährige Abschlagszahlungen aus und gefährden die Liquidität bis hin zur Insolvenzgefahr. Die monatliche Abschlagszahlung macht die Krankenhäuser unabhängig von PatientInnenschwankungen.

7. Validierung

Nachfolgend wird validiert, inwieweit die Selbstkostendeckung der Krankenhäuser die im Kapitel 4 geäußerten Kritikpunkte am DRG-System auflösen kann. Anschließend erfolgt eine Validierung gegenüber den im Kapitel 5 aufgeführten Anforderungen an die Selbstkostendeckung.

4. Kritik am Fallpauschalensystem im Detail

4.1. Benachteiligung kleiner Krankenhäuser

Alle Krankenhäuser erhalten ein ausgeglichenes Jahresergebnis. Unterschiede zwischen großen und kleinen Krankenhäusern entfallen.

4.2. Insolvenzgefahr und Kliniksterben

Aufgrund der vorgegebenen „schwarzen Null“ entfällt die Möglichkeit von Verlusten, einschließlich der Insolvenzgefahr und des Kliniksterbens.

4.3. Abbau von Klinikpersonal

Das vorgeschlagene Krankenhausfinanzierungsmodell ermöglicht zusätzlichen 143.000 KlinikmitarbeiterInnen die Behandlung an PatientInnen.

⁴⁹ Bundesgesundheitsministerium, Daten des Gesundheitswesens 2021, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/daten-des-gesundheitswesens-2021.html>

4.4. Abbau von Klinikbetten und Vorsorgekapazitäten

Klinikbetten müssen nicht aufgrund unzureichenden Personals limitiert werden. Sie bleiben als Vorsorgekapazitäten für Pandemien und andere Katastrophenfälle erhalten.

4.5. Unzureichende Finanzierung bei starken Schwankungen der PatientInnenzahl

Die Schwankungen der PatientInnenzahlen bleiben erhalten, die Auswirkungen auf Gewinne oder Verluste der Krankenhäuser jedoch entfallen.

4.6. Anteilige Verringerung notwendiger Allgemeinkrankenhäuser

Der Druck auf die Krankenhäuser nach selektiven Angeboten einer Fachklinik sinkt, Krankenhäuser können ohne Not (mit mehr Personal an den PatientInnen) ein breites klinisches Leistungsangebot aufrechterhalten.

4.7. Unzumutbare Entfernung zum nächstgelegenen Krankenhaus einschließlich Notfallversorgung

In Regionen mit unzureichender Entfernung zum nächstgelegenen Krankenhaus kann ein Träger ohne Verlustrisiko ein neues Krankenhaus errichten, sofern das Bundesland einen klinischen Versorgungsbedarf anerkennt.

4.8. Schließung von Sicherstellungskrankenhäusern

Selbst Sicherstellungskrankenhäusern in weniger stark bevölkerten Einzugsgebieten (weniger als 100 EinwohnerInnen pro Quadratkilometer) droht keine Insolvenz mehr.

4.9. Tiefgreifende infrastrukturelle Eingriffe in ländlichen Regionen

Schließt ein Krankenhaus nicht, bleiben die medizinische Infrastruktur aus Notarztstandort, Bereitschaftspraxis, ambulanten fachärztliche Behandlungen, klinischen Arbeitsplätzen, praktischer ärztlicher und pflegerischer Ausbildung sowie die wirtschaftliche Nachfrage erhalten.

4.10. Unnötige stationäre Behandlungen

Der Druck auf Krankenhäuser nach zusätzlichen Einnahmen aus stationärer Behandlung von PatientInnen entfällt. Es besteht keine Notwendigkeit, vermeidbare stationäre Behandlungen durchzuführen. Klinikpersonal kann entlastet werden.

Anforderungen an eine neue Krankenhausfinanzierung:

1. Jede Bürgerin und jeder Bürger kann in maximal 30 Minuten mindestens ein Krankenhaus der Grund-/Regelversorgung erreichen.

In Regionen mit unzureichender Entfernung zum nächstgelegenen Krankenhaus kann ein Träger ohne Verlustrisiko ein neues Krankenhaus errichten, sofern das Bundesland einen klinischen Versorgungsbedarf anerkennt.

2. Es gibt Mindeststandards für alle Versorgungsstufen, um Sicherheit für PatientInnen und NotärztInnen zu schaffen.

Die Finanzierung ist kostendeckend gesichert.

3. Da es Fachkliniken am notwendigen interdisziplinären Leistungsangebot fehlt, können sie, wo erforderlich, in Allgemeinkrankenhäuser umgewandelt werden.

Der Druck auf die Krankenhäuser nach selektiven Angeboten einer Fachklinik sinkt, Krankenhäuser können ohne Not (mit mehr Personal am Patienten) ein breites klinisches Leistungsangebot aufrechterhalten.

4. Krankenhäuser können weder Gewinne oder Verluste machen.

Im vorgeschlagenen Finanzierungsmodell werden sämtliche Kosten gedeckt, Gewinne wie Verluste entfallen daher.

5. Bürokratischer Aufwand wird möglichst gering gehalten, damit die aufgewendeten Gelder in maximalem Umfang in die Patientenbehandlung fließen.

Der Dokumentationsanteil an der Arbeitszeit der Pflegekräfte und ÄrztInnen wird in dem vorgeschlagenen Finanzierungsmodell von derzeit circa 30 Prozent auf 15 Prozent reduziert, was die gebundenen Ressourcen von aktuell circa 30.000 ÄrztInnen und 73.000 Pflegekräften halbiert. Das nicht mehr dokumentierende Personal kann ohne Mehrkosten der Patientenbehandlung zugeführt werden, die Behandlungsqualität steigt.

6. Klinische Daseinsvorsorge gehört in öffentlicher Hand.

Da es keine Gewinnmöglichkeiten mehr gibt, bedarf es auch keines marktwirtschaftlichen Wettbewerbs mehr. Wirtschaftliche Leistungsselektion durch Privatinvestoren wird überflüssig. Kommunale Krankenhäuser schließen nicht mehr. Sie stehen mit höheren Vorhaltekosten für ein breites klinisches Angebot nicht mehr im benachteiligenden Wettbewerb gegenüber Privatkliniken mit selektivem Leistungsangebot.

7. Zur Aufwertung klinischer Arbeitsplätze besteht in allen Krankenhäusern eine Tarifbindung.

Es gibt keinen durch Gewinnorientierung erzeugten Anreiz mehr für unterschiedliche oder gar tariflose Vergütung des Klinikpersonals, da die entstandenen Kosten der Krankenhäuser im Rahmen der Selbstkostendeckung zu 100% refinanziert werden.

Weiterführende Literatur

Klaus Emmerich, 2022, Kliniksterben und klinische Unterversorgung in Bayern, Ursachen und Folgen im Spiegel der Corona-Pandemie Berlin, neopubli GmbH, <https://www.epubli.de/shop/buch/Kliniksterben-und-klinische-Unterversorgung-in-Bayern-Klaus-Emmerich-9783754957370/124462>

Klaus Emmerich, 2021, Das Ende der flächendeckenden Klinikbehandlung in Deutschland, Streitschrift gegen Integrierte Versorgungszentren statt kleine wohnortnahe Krankenhäuser, Berlin, neopubli GmbH, https://www.epubli.de//shop/buch/Das-Ende-der-fl%C3%A4chendeckenden-Klinikbehandlung-in-Deutschland-Klaus-Emmerich-9783753179070/111616?utm_medium=email&utm_source=transactional&utm_campaign=Systemmail_PublishedSuccessfully#beschreibung

Klaus Emmerich, 2021, Aufschrei ländlicher Krankenhäuser in Deutschland – Einfluss der Gesundheitsberater auf verstärktes Kliniksterben in der Corona-Pandemie, Berlin, neopubli GmbH, <https://www.epubli.de/shop/buch/Aufschrei-l%C3%A4ndlicher-Krankenh%C3%A4user-in-Deutschland-Klaus-Emmerich-9783753142982/108001>

Klaus Emmerich, 2020, Klinische Fallpauschalenabrechnung und ihre Grenzen – Droht ein Kliniksterben in der Corona-Krise?, Berlin, neopubli GmbH, <https://www.epubli.de//shop/buch/Klinische-Fallpauschalenabrechnung-und-ihre-Grenzen-Klaus-Emmerich-9783752956177/99289?>

Klaus Emmerich, 2020, Bundesweites Bündnis gegen Kliniksterben – Erfolgsaussichten in und nach der Corona-Pandemie, Berlin, neopubli GmbH, https://www.epubli.de//shop/buch/Bundesweites-B%C3%BCndnis-gegen-Kliniksterben-Klaus-Emmerich-9783752950403/98711?utm_medium=email&utm_source=transactional&utm_campaign=Systemmail_PublishedSuccessfully

Dipl.-Kaufmann Klaus Emmerich (Autor), 2019, Diskussion um Qualität und Schließung ländlicher Krankenhäuser, München, GRIN Verlag, <https://www.grin.com/document/498994>

Klaus Emmerich (Autor), 2017, Unternehmensphilosophie bundesdeutscher Krankenhäuser in Zeiten des Strukturwandels, München, GRIN Verlag, <https://www.grin.com/document/370426>

Dipl.-Kaufmann Klaus Emmerich, 2015, Kliniksterben in ländlichen Regionen Deutschlands, Ursachen – Herausforderungen – gesundheitspolitische Folgen, München, GRIN Verlag, <https://www.grin.com/document/308555>

Dipl.-Kaufmann Klaus Emmerich, 2015, Strategisches Marketing für Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, München, GRIN Verlag, <http://www.grin.com/de/e-book/295447/strategisches-marketing-fuer-krankenhaeuser-der-grund-und-regelversorgung>

Klaus Emmerich, 2011, Prozessorientierte Kostenträgerrechnung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, München, GRIN Verlag GmbH, <http://www.grin.com/de/e-book/182855/prozessorientierte-kostentraegerrechnung-in-krankenhaeusern-und-rehabilitationseinrichtungen>

Dipl.-Kaufmann Klaus Emmerich, 2014, Wachstumsstrategie für bundesdeutsche Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung. Strategieentwicklung, Umsetzung, Öffentlichkeitsarbeit, München, GRIN Verlag GmbH, <http://www.grin.com/de/e-book/266980/wachstumsstrategie-fuer-bundesdeutsche-krankenhaeuser-der-grund-und-regelversorgung>

Dr. med. Marcin Leszczynski , Dipl.-Kfm. (FH) Roland Ganzmann, Dipl.-Kaufmann Klaus Emmerich (Hrsg.), 2012, Prozessorientierte Kostenträgerrechnung in Krankenhäusern mittels eisTIK.NET® Teil 2, München, GRIN Verlag, <http://www.grin.com/de/e-book/196641/prozessorientierte-kostentraegerrechnung-in-krankenhaeusern-mittels-eistik-net>

Klaus Emmerich, 2011, SixSigma zur Optimierung der Kostenträgerrechnung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, München, GRIN Verlag, <http://www.grin.com/de/e-book/175556/sixsigma-zur-optimierung-der-kostentraegerrechnung-in-krankenhaeusern-und>

Dipl.-Kaufmann Klaus Emmerich, 2011, Vereinfachte DRG-Kalkulation für Krankenhäuser
Aussagefähigkeit und Aussagegrenzen – gemessen am Anspruchsniveau der InEK-Kalkulation, München,
GRIN Verlag, <http://www.grin.com/de/e-book/176294/vereinfachte-drg-kalkulation-fuer-krankenhaeuser-aussagefaehigkeit-und>

Klaus Emmerich, 2011, Finanzmanagement für Geriatrische Rehabilitation – Innovative Konzepte (pdf),
Verlag medhochzwei, Heidelberg, <http://www.medhochzwei-verlag.de/shop/index.php/978-3-86216-081-5.html>

Klaus Emmerich, 2011, Finanzmanagement im Krankenhaus – Innovative Konzepte, Verlag
medhochzwei, Heidelberg, <http://www.medhochzwei-verlag.de/shop/index.php/978-3-86216-051-8.html>

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AG	Aktiengesellschaft
AOP	Ambulante Operationen
BKG	Bayerische Krankenhausgesellschaft
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
Dipl.-Kfm.	Diplomkaufmann
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
Dr.	Doktor
DRG	Diagnosis Related Groups; englischer Begriff für diagnosebezogene Fallpauschalen
DRG-System	System der Fallpauschalen und Zusatzentgelte zur Abbildung des stationären Leistungsgeschehens
E./km ²	EinwohnerInnen je Quadratkilometer
FH	Fachhochschule
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GiB	Gemeingut in BürgerInnenhand (GiB) e. V.
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GuV	Gewinn- und Verlustrechnung
Hrsg.	Herausgeber
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
i. R.	im Ruhestand
Kap.	Kapitel
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausgesetz
Mio.	Millionen
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NHS	National Health Service
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development, englisch für Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OP	Operation
Prof.	Professor
S.	Seite
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
Tsd.	Tausend
vgl.	vergleiche
ZOES	Zukunftsforum Öffentliche Sicherheit e.V.

Was ist Bündnis Klinikrettung

Das Bündnis Klinikrettung wurde im Jahr 2020 auf Initiative von Krankenhauspersonal und anderen politisch aktiven Menschen gegründet, um dem massenhaften flächendeckenden Abbau von Krankenhäusern Einhalt zu gebieten. Das Bündnis vertritt die Interessen der Menschen in Deutschland, die sich gegen Krankenhausschließungen wehren. Es wendet sich insbesondere gegen ein Kliniksterben, das dem freien Markt überlassen wird. Es fordert Bund und Länder dazu auf, die BürgerInnen in den Dialog über die Zukunft der Krankenhäuser einzubeziehen. Das Bündnis Klinikrettung ist – insbesondere angesichts der Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie – davon überzeugt, dass die aktuelle Anzahl der Krankenhausbetten unverzichtbar ist und nicht weiter reduziert werden darf. Aktuell eint das Bündnis Klinikrettung 18 Initiativen bundesweit. Die Trägerorganisation des Bündnisses ist Gemeingut in BürgerInnenhand (GiB) e.V. ist. GiB arbeitet seit zwölf Jahren zu den Themen Privatisierung und Schutz der Daseinsvorsorge.