

Bedarfsgerechte kommunale Kliniklandschaft

Sicherung der flächendeckenden klinischen Versorgung am Beispiel Bayern

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

Projektstudie



Inhalt

1. Das Versagen marktwirtschaftlicher Krankenhäuser	3
2. Das Versagen in Zahlen	4
3. Krankenhäuser sind Daseinsvorsorge - niemand würde die lebensrettende Feuerwehr privatisieren	7
4. Die ganz andere Krankenhauslandschaft	8
5. Selbstkostendeckende Finanzierung kommunaler Krankenhäuser	9
51. Kommunale Krankenhäuser	9
52. Mindesterreichbarkeit und Mindeststrukturen	10
53. Selbstkostendeckung der Krankenhäuser	12
54. Flächendeckende Integrierte ambulant-stationäre Notfallzentren mit einheitlichen Standards	14
55. Abgerundetes kommunales Klinikkonzept	16
6. Finanzierbarkeit statt Utopie	17
7. Fazit	20
8. Literatur	21



1. Das Versagen marktwirtschaftlicher Krankenhäuser

Deutsche Krankenhäuser sind marktwirtschaftlich organisiert. Die Prinzipien:

- **Trägervielfalt**, d.h. es gibt private, gemeinnützige und öffentlich-rechtliche, d.h. kommunale Krankenhäuser
- **Marktwirtschaftlicher Wettbewerb**, d.h. Renditen entscheiden über den vermeintlich geeigneten Klinikstandort, nicht der klinische Bedarf
- **Verdrängungswettbewerb**, d.h. Krankenhäuser konkurrieren um Patienten, notfalls mit der Konsequenz, dass benachbarte Krankenhäuser den Wettbewerb verlieren und schließen.
- **Renditeorientiertes kalkulierendes Vergütungssystem**, dieses Fallpauschalensystem kostet die Beitragszahler jährlich 11,1 Mrd. Euro.
- Limitiertes nicht kostendeckendes bundesweites Krankenhausbudget, dies führt zu Insolvenzen und massenhaften Klinikschließungen.

Die Auswirkungen:

- Umfangreiche Schließungen bedarfsnotwendiger Allgemeinkrankenhäuser einschließlich Basisnotfallversorgung,
- Umwandlung bedarfsnotwendiger Allgemeinkrankenhäuser einschließlich Basisnotfallversorgung in Fachkliniken, die an keiner Notfallbehandlung mehr teilnehmen
- Schließungen bedarfsnotwendiger Fachabteilungen, z.B. Geburtshilfe, stationäre Chirurgie, weil sie sich „nicht rechnen“.

Die Folgen:

- Fehlende Kontrolle der Kommunen und der Bundesländer über bedarfsorientierte Klinikstandorte, Rendite, Verdrängungswettbewerb, Klinikumwandlungen und Klinikschließungen bestimmen den „Klinikmarkt“
- Keine flächendeckende Gewährleistung 30-Minutenerreichbarkeit eines Allgemeinkrankenhauses einschließlich Basisnotfallversorgung, dies kann lebensentscheidend sein.

2. Das Versagen in Zahlen

Das bundesweite marktwirtschaftliche Kliniksterben: 537 Krankenhäuser in 32 Jahren ¹

	Krankenhäuser Anzahl	Betten Anzahl	Patienten Anzahl	Krankenhäuser % 1991	Betten % 1991	Patienten % 1991
2023	1.874	476.924	17.202.131	77,73 %	71,66 %	118,01 %
2022	1.893	480.382	16.805.170	78,52 %	72,18 %	115,29 %
2010	2.064	502.749	18.032.903	85,61 %	75,54 %	123,71 %
2000	2.242	559.651	17.262.929	92,99 %	84,09 %	118,43 %
1991	2.411	665.565	14.576.613	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Das bayernweite marktwirtschaftliche Kliniksterben: 72 Krankenhäuser in 32 Jahren ²

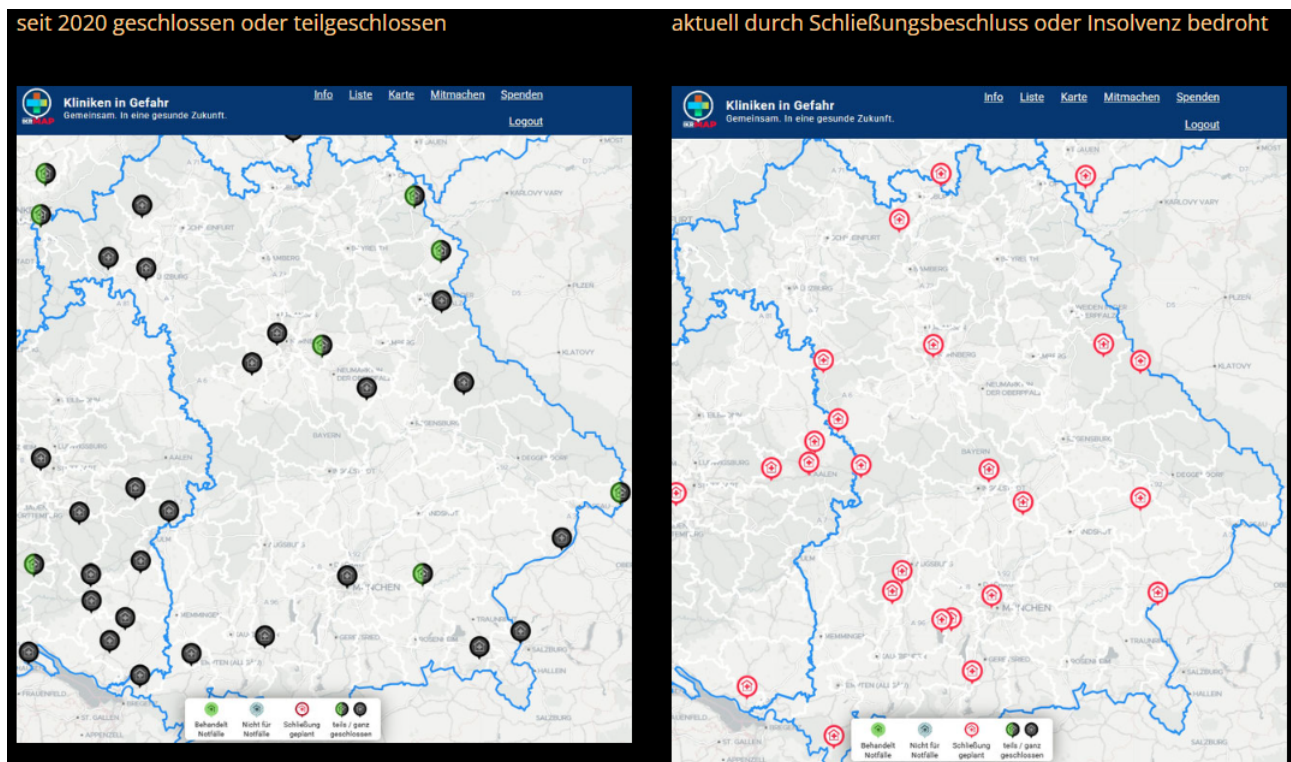
	Krankenhäuser absolut	Klinikbetten absolut	Patienten absolut	Krankenhäuser Prozent	Klinikbetten Prozent	Patienten Prozent
1991	424	87.914	2.177.094	100,00 %	100,00 %	100,00 %
2000	406	83.484	2.661.234	95,75 %	94,96 %	122,24 %
2010	373	75.789	2.762.631	87,97 %	86,21 %	126,90 %
2020	353	76.031	2.551.505	83,25 %	86,48 %	117,20 %
2023	352	74.565	2.626.492	83,02 %	84,82 %	120,64 %

¹ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Aktuelles, <https://kliniksterben.jimdofree.com/aktuelles/>

² Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Startseite, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/>

Bedarfsgerechte kommunale Kliniklandschaft
Sicherung der flächendeckenden klinischen Versorgung am Beispiel Bayern
Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

Die seit 2020 geschlossenen und aktuell bedrohten Krankenhäuser am Beispiel Bayern ³:



Betroffen sind insbesondere kleine ländliche Krankenhäuser. Sie schaffen es aufgrund geringeren Patientenpotenzials nicht, unter einer „marktwirtschaftlichen Krankenhausvergütung“ ihre Fixkosten zu decken. Sie gehen in Insolvenz oder schließen.

Der Anteil an Fachkliniken erreicht in Bayern mit 30,2% dramatische Ausmaße: Fachkliniken nehmen an keiner allgemeinklinischen Notfallbehandlungen für Pandemien, Naturkatastrophen oder Kriegsgefahren teil. ⁴

³ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Visualisierte Bedrohung der bayerischen Krankenhäuser – Istzustand, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/klinikatlas/bedroht-und-geschlossen/>

⁴ Mayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention, Bayerischer Krankenhausplan 2025, <https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2025/02/bayerischer-krankenhausplan-2025.pdf>

Bereits in 162 bayerischen Postleitzahlen erreichen die Einwohner ein Allgemeinkrankenhaus einschließlich Basisnotfallversorgung nicht mehr binnen 30 Fahrzeitminuten! ⁵ Dies sind dramatische Zahlen:

Sie zeigen:

- Marktwirtschaftlicher Verdrängungswettbewerb zerstört die deutscher und bayerische Kliniklandschaft.
- Er stellt Renditen über den klinischen Bedarf.
- Er gefährdet die lebensrettende Erreichbarkeit von Allgemeinkrankenhäusern einschließlich Basisnotfallversorgung binnen 30 Fahrzeitminuten.
- Er führt zu signifikant schlechterer klinischer Behandlungsqualität.

Ex-Bundesgesundheitsminister Lauterbachs Krankenhausreform löst diese Probleme nicht. Das verabschiedene Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) stopft lediglich Finanzlücken der Krankenhäuser.

- Das KHVVG verteilt ein limitiertes nicht kostendeckendes bundesweites Krankenhausbudget auf weniger Krankenhäuser, um diese dann ausreichend zu finanzieren.
- Es setzt für diese Umverteilung weitere Klinikschließungen zwingend voraus.
- Es steuert Klinikschließungen gezielt durch strenge Vergabe von Leistungsgruppen. ⁶

Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) löst nicht die unkontrollierten Klinikschließungen, die ein marktwirtschaftlicher Wettbewerb zwangsläufig auslöst.

Wettbewerb und bedarfsorientierte Klinikangebote schließen sich gegenseitig aus!

⁵ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Unterversorgung, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/unterversorgung/>

⁶ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Wirkungsanalyse zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz [KHVVG] – Drucksache 20/11854, https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13351285099/Auswirkungsanalyse+zum+Auswirkungsanalyse+Entwurf+des+%E2%80%93+KHVVG+-+Drucksache+20_11854.pdf?t=1734590890

3. Krankenhäuser sind Daseinsvorsorge - niemand würde die lebensrettende Feuerwehr privatisieren

Niemand käme auf die Idee, Feuerwehren einem marktwirtschaftlichen Wettbewerb auszusetzen und zu entscheiden:

Welches Ausstattung rechnet sich nicht? Wo schließe ich eine „nicht rentable“ Feuerwehr?

- Feuerwehren retten Leben.
- Wohnortnahe Feuerwehren sind Daseinsvorsorge und deshalb bedarfsnotwendig!

Exakt das Gleiche gilt für **Allgemeinkrankenhäuser einschließlich Basisnotfallversorgung**:

- Allgemeinkrankenhäuser retten Leben.
- Wohnortnahe Allgemeinkrankenhäuser sind Daseinsvorsorge und deshalb bedarfsnotwendig!

Mit Berufung auf vermeintlich gute Ergebnisse marktwirtschaftlichen Klinikwettbewerbs werden wohnortnahe ländliche Krankenhäuser geschlossen, ohne dass erklärt wird:

- Wie komme ich bei lebensbedrohlichen Erkrankungen oder Verletzungen zeitnah für eine klinische Notfall- und Erstversorgung ins Krankenhaus?
- Wie muss die Struktur der Rettungsdienste angepasst werden, damit ich rechtzeitig ein Allgemeinkrankenhaus mit Basisnotfallversorgung erreiche?
- Wie wird in Zukunft auf Pandemien, Naturkatastrophen oder gar Kriegsgefahren reagiert, wenn wir laufend mit weniger Krankenhäusern auskommen müssen?
- Sind wirklich alle betroffenen Ärzte und Pflegekräfte bereit, aus ländlichen Regionen in teure Ballungszentren umzuziehen, oder werden wir nicht viele klinische Fachkräfte einfach verlieren?

4. Die ganz andere Krankenhauslandschaft

Wettbewerb und bedarfsorientierte Klinikangebote schließen sich gegenseitig aus! Nicht der Markt darf entscheiden, ob in meiner unmittelbaren Nähe ein Allgemeinkrankenhaus mit einer lebensrettenden Basisnotfallversorgung steht.

- Entscheiden muss der klinische Bedarf!
- Entscheiden muss die Erreichbarkeit eines Allgemeinkrankenhaus einschließlich Basisnotfallversorgung binnen 30 Fahrzeitminuten.

Wer dies garantieren will, der braucht eine ganz andere Krankenhauslandschaft.

Die Grundzüge:

- **Rekommunalisierung aller deutschen und bayerischen Krankenhäuser**, dadurch werden die Klinikstandorte in den Bundesländern und in den Kommunen wieder planbar
- **Mindeststandards für bedarfsnotwendige Krankenhäuser**, erreichbar binnen 30 Fahrzeitminuten, dadurch wird bundes- und bayernweit Leben adäquat gerettet
- **Selbstkostendeckung der Krankenhäuser**, dadurch werden die bedarfsnotwendigen Allgemeinkrankenhäuser einschließlich Basisnotfallversorgung adäquat finanziert, Insolvenzen und Klinikschließungen dagegen verhindert.
- **Flächendeckende Integrierte ambulant-stationäre Notfallzentren** mit einheitlichen Standards.

5. Selbstkostendeckende Finanzierung kommunaler Krankenhäuser

51. Kommunale Krankenhäuser

Die Krankenhausplanung ist nach § 6 KHG Aufgabe der Bundesländer.⁷ Die Kommunen leisten ergänzend den Betrieb von Krankenhäusern oder haben ihn alternativ sicherzustellen. In Bayern regelt dies Art. 51 der Landkreisordnung.⁸ **Eine Landeskrankenhausplanung ist prospektiv** und bedeutet, dass das jeweilige Bundesland diese Verantwortung im Sinne einer flächendeckenden klinischen Versorgung wahrnehmen sollte. Aber:

- Verdrängungswettbewerb
- verlustbedingte Insolvenzen
- Klinikschließungen und
- Klinikteilschließungen

... machen jedoch jegliche Krankenhausplanung unmöglich.

De facto entscheidet der Markt über regionale Klinikstandorte, nicht ...

- die Landeskrankenhausplanung
- nicht die kommunale klinische Sicherstellung
- nicht der klinische Bedarf.

Wettbewerb und bedarfsorientierte Klinikangebote schließen sich gegenseitig aus!

Wenn Kommunen laut Art. 51 LkrO die klinische Versorgung ihrer Region sicherstellen sollen, dann

- müssen sie selber kommunale Krankenhäuser betreiben
- brauchen sie ausreichende Finanzmittel zum Betrieb der Krankenhäuser.

Mit Verweis auf eine ausreichende Finanzierung muss umgekehrt das Landesgesundheitsministerium ein Anweisungsrecht zum Betrieb eines Krankenhauses gegenüber Kommunen haben, wenn kein Allgemeinkrankenhaus binnen 30 Fahrzeitminuten zur Verfügung steht.

⁷ Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG, §6, https://www.gesetze-im-internet.de/khg/_6.html

⁸ Landkreisordnung für den Freistaat Bayern, Art. 51, <https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayLKrO-51>

52. Mindesterreichbarkeit und Mindeststrukturen

Wer lebensgefährlich erkrankt oder verletzt ist, braucht binnen 30 Fahrzeitminuten, also wohnortnah, ein Allgemeinkrankenhaus einschließlich Basisnotfallversorgung. Zu einem solchen Krankenhaus gehören insbesondere:

- Allgemeine Innere Medizin
- Allgemeine Chirurgie
- Geburtshilfe
- Basisnotfallversorgung nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses mit ...
 - stationärer Notaufnahme rund um die Uhr
 - Intensivmedizin rund um die Uhr.⁹

Die Erreichbarkeit binnen 30 Fahrzeitminuten ist für lebenserhaltende Sofortinterventionen, beispielsweise für Reanimationen in einem Schockraum, notwendig. Dies schließt nicht aus, dass im Anschluss an lebenserhaltenden Erstmaßnahmen ein Patient in einem Krankenhaus höherer Versorgungsstufe weiter behandelt wird.

Die 30 Minutenerreichbarkeit verhindert den Tod auf der Straße.

Niederschwellige medizinische Versorgungsangebote, insbesondere Sektorenübergreifende Versorgungszentren, ersetzen kein Allgemeinkrankenhaus einschließlich Basisnotfallversorgung.¹⁰

Konkret fehlen Sektorenübergreifenden Versorgungszentren unter pflegerischer statt ärztlicher Leitung:

- die durchgehende ärztliche Anwesenheit
- eine Notaufnahme und ein Schockraum für Reanimationen
- eine Intensivmedizin
- oft auch CT und MRT.

⁹ Bündnis Klinikterring, Ja zur besseren Krankenhausstruktur – nein zu Lauterbachs Leveln, https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2023/03/2023-03-13_Buendnis-Klinikterring_Modell_bedarfsgerechte_Krankenhausstruktur.pdf

¹⁰ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Wirkungsanalyse zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz [KHVVG] – Drucksache 20/11854, https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13351285099/Auswirkungsanalyse+zum+Auswirkungsanalyse+Entwurf+des+%E2%80%93+KHVVG+-+Drucksache+20_11854.pdf?t=1734590890

Sie sind per Gesetz von der stationären Notaufnahme ausgeschlossen. Sie sind für die Behandlung lebensbedrohlicher Erkrankungen und Verletzungen ungeeignet.

Aber genau das brauchen Sie zu Ihrer persönlichen Sicherheit in erreichbarer Nähe, maximal binnen 30 Fahrzeitminuten:

- a) lebensentscheidende klinische Erstversorgung z.B. bei
 - Reanimationen (z.B. akuter Herzinfarkt, septischer Schock)
 - Verblutungsgefahr
 - sonstige lebensgefährliche Verletzungen bzw. Erkrankungen
- b) stationäre Überwachung rund um die Uhr
 - Jegliche Intensivbehandlung (z.B. fortgeschrittene Lungenentzündung)
 - Mittelschwere operationspflichtige Verletzungen
 - Planbare mittelschwere Operationen (Knie-/Hüftgelenk, Galle-/Darmoperationen)
 - Entbindungen
- c) Ambulante Behandlungen für **RisikopatientInnen**
 - Ambulante Operationen (AOP) von Kleinkindern, Senioren oder multimorbid Erkrankten

53. Selbstkostendeckung der Krankenhäuser

Ex-Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, Initiator des Klinikbedrohenden Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG), attestierte kleinen ländlichen Krankenhäusern aufgrund ihres begrenzten Leistungsangebots per Definition vermeintlich „schlechte Qualität“. Das KHVVG entzieht kleinen ländlichen Krankenhäusern weitere Leistungen und zwingt sie ggf. zur Schließung.

Die Bürger haben dann lebensbedrohliche Entfernungen zum nächstgelegenen Krankenhaus.

Dabei wäre die Finanzierung aller Allgemeinkrankenhäuser einschließlich Basisnotfallversorgung und höherer Versorgungsstufen entsprechend der Selbstkostendeckung der Krankenhäuser keine Utopie sondern jederzeit möglich.¹¹ Die monatliche Abschlagszahlung könnte – im Fall einer Bürger-Krankenversicherung, so wie in Dänemark¹² – direkt mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Dies ist nicht möglich, wenn das System der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und Privaten Krankenkassen (PKV) beibehalten wird. In diesem Fall müssten die Krankenkassen entsprechend ihrer vorjährigen stationären PatientInnen oder Vorjahres-Belegungstage Beiträge in einen Krankenhausvergütungsfonds einzahlen. Der Fonds zahlt dann die monatlichen Abschlagszahlungen an die Krankenhäuser aus.

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

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

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

¹¹ Bündnis Klinikrettung, Selbstkostendeckung der Krankenhäuser,

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

¹² Tønder Kommune, Öffentlichen dänischen Krankenversicherung, <https://www.toender.dk/de/krankenversicherung/>

Bedarfsgerechte kommunale Kliniklandschaft
Sicherung der flächendeckenden klinischen Versorgung am Beispiel Bayern
Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

Aktuell werden die Krankenhäuser rendite-kalkulierend über DRG-Fallpauschalen finanziert. Dies bindet erhebliches Personal am Computer.

Konkret werden 15% der klinischen Arbeitszeit für Ärzte, Pflegekräfte und sonstiges klinisches Fachpersonal am Computer eingesetzt, um die leistungsabhängigen Fallpauschalen zu kodieren und zu dokumentieren.

Dieses Personal fehlt den stationären PatientInnen – eine unglaubliche Verschwendung.

Wir reden über 166.400 klinische Mitarbeiter bzw. 126.150 klinische Vollzeitkräfte in Deutschland sowie 27.400 klinische Mitarbeiter bzw. 20.300 klinische Vollzeitkräfte in Bayern, die durch Änderung des Vergütungssystems – Weg von den Fallpauschalen – zusätzlich für die Behandlung der PatientInnen zur Verfügung stünden.¹³

Klinische Arbeitskräfte 2023 (Voll-/Teilzeit)

gebunden an DRG-Kodierung und Dokumentation

	Prozent	Ärzte Tsd.	Pflege- kräfte Tsd.	MT/FU- Dienst Tsd.	nicht am Patient (15%) Tsd.	Kosten Ärzte Mrd. €	Kosten Pflege- kräfte Mrd. €	Kosten MT/FU- Dienst Mrd. €	nicht am Patient (15%) Mrd. €
Gesamt	100,00 %	212	528	369	1109	26,6	28,1	19,2	73,9
davon Dokumentation	-30,00 %	-63,6	-158,4	-110,7	-332,7	-8,0	-8,4	-5,8	-22,2
klinisch notwendige Dokumentation	-15,00 %	-31,8	-79,2	-55,4	-166,4	-4,0	-4,2	-2,9	-11,1
DRG-Kodierung und Dokumentation	-15,00 %	-31,8	-79,2	-55,4	-166,4	-4,0	-4,2	-2,9	-11,1
Behandlung des Patienten	70,00 %	148,4	369,6	258,3	776,3	18,6	19,7	13,4	51,7

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

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

Destatis, Kostennachweis der Krankenhäuser 2023, Fach 23121-04

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

Klinische Vollzeitkräfte 2023

gebunden an DRG-Kodierung und Dokumentation

	Prozent	Ärzte Tsd.	Pflege- kräfte Tsd.	MT/FU- Dienst Tsd.	nicht am Patient (15%) Tsd.	Kosten Ärzte Mrd. €	Kosten Pflege- kräfte Mrd. €	Kosten MT/FU- Dienst Mrd. €	nicht am Patient (15%) Mrd. €
Gesamt	100,00 %	176	391	274	841	26,6	28,1	19,2	73,9
davon Dokumentation	-30,00 %	-52,8	-117,3	-82,2	-252,3	-8,0	-8,4	-5,8	-22,2
klinisch notwendige Dokumentation	-15,00 %	-26,4	-58,7	-41,1	-126,15	-4,0	-4,2	-2,9	-11,1
DRG-Kodierung und Dokumentation	-15,00 %	-26,4	-58,7	-41,1	-126,15	-4,0	-4,2	-2,9	-11,1
Behandlung des Patienten	70,00 %	123,2	273,7	191,8	588,7	18,6	19,7	13,4	51,7

Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2023, Fach 23111-12

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

Destatis, Kostennachweis der Krankenhäuser 2023, Fach 23121-04

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

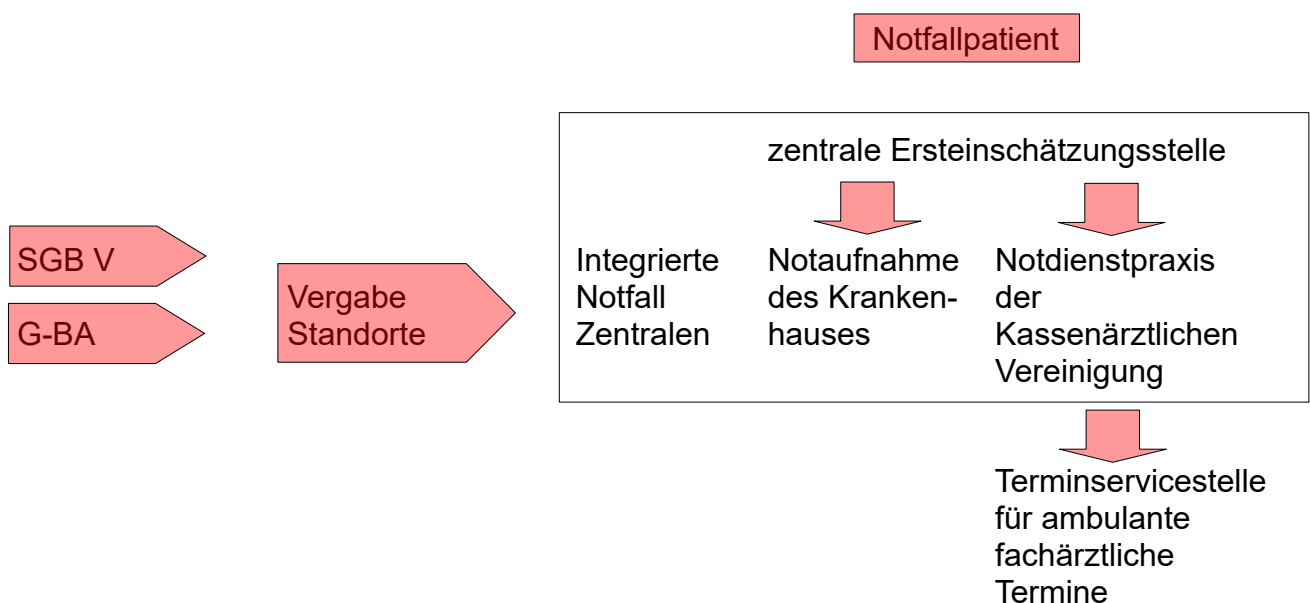
13 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Selbstkostendeckung der Krankenhäuser - Reale Finanzierungsalternative zu Lauterbachs Krankenhausreform,

<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13365751699/Selbstkostendeckung+der+Krankenh%C3%A4user+-+Reale+Finanzierungsalternative+zu+Lauterbachs+Krankenhausreform.pdf?t=1734590890>

54. Flächendeckende Integrierte ambulant-stationäre Notfallzentren mit einheitlichen Standards

Die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern schließt sich dem verworfenen Referentenentwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung – (NotfallG), Stand 03.06.2024, an, soweit es um die Aufgabenstellung und die Positionierung an Krankenhäusern geht.¹⁴ Eine zentrale Ersteinschätzungsstelle entscheidet bei Eintreffen eines Patienten oder einer Patientin, ob es sich um einen ambulanten oder einen stationären Notfall handelt. Beide Behandlungsmöglichkeiten sind am Krankenhaus durch eine Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung oder die stationäre Notaufnahme, mindestens Basisnotfallversorgung, verfügbar. Das Krankenhaus wird ggf. von ambulanten Behandlungen entlastet und kann sich auf ernsthafte stationäre Notfälle konzentrieren.

Anders als im Referentenentwurf



¹⁴ Bundesministerium für Gesundheit, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (NotfallGesetz – NotfallG), https://www.politico.eu/wp-content/uploads/2024/06/06/CLEANED_240603_BMG_RefE-NotfallG.pdf

Deutliche Kritik ergeht an die selektive Auswahl befähigter Krankenhäuser ab Basisnotfallversorgung für Integrierte Notfallzentren durch den jeweiligen Erweiterten Landesausschuss nach § 123a SGB V.

Im Sinne einer möglichst flächendeckenden Notfallversorgung wäre es jedoch sinnvoll, per Gesetz allen Krankenhäusern mit Basisnotfallversorgung, erweiterter und umfassender Notfallversorgung ein Integriertes Notfallzentrum zuzuordnen.

Dies hätte mehrere positive Effekte:

- Auch die **Integrierten Notfallzentren sind bundesweit binnen 30 Fahrzeitminuten erreichbar**
- Wegfall eines bürokratischen Zuteilungsverfahrens von Integrierten Notfallzentren durch den Erweiterten Landesausschuss
- **Gleichbehandlung aller Krankenhäuser mit Basisnotfallversorgung, erweiterter und umfassender Notfallversorgung** bzgl. der integrierten ambulanten und stationären Notfallbehandlungen
- **Vergrößerung des Netzes für Integrierte Notfallzentren**, damit wohnortnahe Standorte
- **kürzere Wege der Rettungsdienste zum nächstgelegenen Integrierten Notfallzentrum.**

Erhalten nicht alle Krankenhäuser mit Basisnotfallversorgung ein Integriertes Notfallzentrum, könnten Krankenhäuser ohne Integriertes Notfallzentrum etliche PatientInnen verlieren. Es besteht die Gefahr, dass sie mittelfristig ihre Basisnotfallversorgung mangels Inanspruchnahme aufgeben, das Versorgungsnetz für Notfälle würde ausgedünnt.

55. Abgerundetes kommunales Klinikkonzept

Die Bausteine der bedarfsgerechten kommunalen Kliniklandschaft sind abgerundet, greifen ineinander und sichern die wohnortnahe klinische Versorgung der Bevölkerung.

Konzept	Vorteil
51. Kommunale Krankenhäuser	• Kein Verdrängungswettbewerb • Keine renditeorientierten Klinikstandorte • Keine renditeorientierten Klinikleistungen • Keine renditeorientierten Klinikschließungen
52. Mindesterreichbarkeit und Mindeststrukturen	• Keine renditeorientierte Umwandlungen von Allgemeinkrankenhäusern in Fachkliniken ohne Basisnotfallversorgung • Steuerbarkeit wohnortnaher regionaler Klinikangebote • Ermöglichung der landesweiten Krankenhausplanung
53. Selbstkostendeckung der Krankenhäuser	• Zeitlich gesicherte Lebensrettung • Inhaltlich gesicherte Lebensrettung (Mindeststandards) • Keine verlustbedingten Klinikinsolvenzen • Keine verlustbedingten Klinikschließungen und Teilschließungen • zusätzliche 166.400 klinische Mitarbeiter bzw. 126.150 klinische Vollzeitkräfte in Deutschland sowie 27.400 klinische Mitarbeiter bzw. 20.300 klinische Vollzeitkräfte in Bayern für die Behandlungen der Patienten • In Folge bessere Behandlungsqualität
54. Flächendeckende Integrierte ambulant-stationäre Notfallzentren mit einheitlichen Standards	• Auch die Integrierten Notfallzentren sind bundesweit binnen 30 Fahrzeitminuten erreichbar • Alle Krankenhäuser ab einer Basisnotfallversorgung sind von kleinen ambulanten Notfällen entlastet

6. Finanzierbarkeit statt Utopie

Immer wieder wird der Aktionsgruppe Schluss mit eine mangelnde Finanzierbarkeit der Selbstkostendeckung vorgeworfen.

Wir stellen fest:

Das Gesamtkonzept einer Bedarfsgerechte kommunale Kliniklandschaft einschließlich der Selbstkostendeckung ist finanzierbar.

Die Finanzierungsbausteine sind konkret:

- zusätzliche 166.400 klinische Mitarbeiter bzw. 126.150 klinische Vollzeitkräfte in Deutschland sowie 27.400 klinische Mitarbeiter bzw. 20.300 klinische Vollzeitkräfte in Bayern ohne Mehrkosten (siehe Kap. 5.3)
- Einsparungen in immensem Umfang.

Bedarfsgerechte kommunale Kliniklandschaft
Sicherung der flächendeckenden klinischen Versorgung am Beispiel Bayern
Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

Zusammenfassend legen wir jährliche Einsparungsvorschläge im Umfang von 58,25 Mrd. Euro vor:

- 1 Verzicht auf den Transformationsfonds zur Umsetzung des KHVVG
- 2 Abschaffung der DRG-Fallpauschalenabrechnung, dadurch zusätzliches Personal ohne Mehrkosten im Umfang von jährlich 11,1 Mrd. Euro
- 3+4 Einführung einer Bürgerkrankenversicherung anstelle der GKV und PKV
- 5 Verzicht auf Klinikgewinne, insbesondere bei privaten Klinikbetreibern
- 6 Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze zur Krankenversicherung für Großverdiener

lfd. Nr.	Kostenvorteile der Selbstkostendeckung	Klinisches Personal Mitarbeiter	Klinisches Personal Vollzeit	Euro Mrd.	pro Jahr
1	Einsparung der Transparenzfonds zur Umsetzung des KHVVG			50	5
2	Mehr Personal weg vom Computer hin zum Patienten	166.400	126.150	11,1	11,1
3	Geschätzte 50% Verwaltungskosten GKV, 12,7 Mrd. Euro			6,3	6,3
4	Geschätzte 50% Verwaltungskosten PKV, 0,977 Mrd. Euro			0,45	0,45
5	Gewinne der 4 größten Klinikbetreiber (2021)			0,9	0,9
6	Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze			33,5	34,5
			Summe	102,25	58,25

Quelle:

- 1 Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2024/0501-0600/532-24.pdf?__blob=publicationFile&v=1
- 2 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Krankenhausstatistik 2023
<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/aktuelles/kh-statistik-2023/>
- 3 Bundesministerium für Gesundheit, Anlage 1 Finanzielle Entwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der landwirtschaftlichen Krankenkasse 1 im 1.-4. Quartal 2023
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/GKV/IPM_Anlage_Finanzentwicklung_der_GKV_im_Q4_2023.pdf
- 4 Versicherungsbote, Die Verwaltungskosten der PKV-Versicherer
<https://www.versicherungsbote.de/id/4908166/chapter/1/Die-Verwaltungskosten-der-PKV-Versicherer/>
- 5 Statista, Die vier größten privaten Klinikbetreiber (Helios, Rhön Klinikum, Asklepios und Sana)
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/322501/umfrage/gewinn-der-groessten-privaten-klinikbetreiber-in-deutschland/>
- 6 Eigenberechnung mit weiteren Quellenangaben

**Bedarfsgerechte kommunale Kliniklandschaft
Sicherung der flächendeckenden klinischen Versorgung am Beispiel Bayern
Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern**

Die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze haben wir gesondert berechnet:

Wie viele Mehreinnahmen für die Krankenkasse bringen kombiniert ...

- a) Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze
b) **Bürgerkrankenversicherung**, damit solidarische Beteiligung aller bisherigen Beitragszahler GKV und PKV

Aktuelle Einnahmen der Krankenversicherung

	Mrd. Euro
a) GKV 2024	297,0
b) PKV 2024	43,8
Summe Einnahmen Krankenkassen Mrd.	<u>340,8</u>

Fiktive Einnahmen der Krankenversicherung

c) Bruttoeinkommen private Haushalte	2564,0
d) Beitragssatz GKV	14,60 %
Summe fiktive Einnahmen Krankenkassen Mrd.	<u>374,3</u>
Zusätzliche Einnahmen für die Gesundheit:	<u>33,5</u>

- 1 GKV, 2024
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45_1-4_Quartal_2024_Internet.pdf
- 2 PKV, 2024
<https://www.pkv.de/verband/presse/meldungen/aktualisierte-pkv-daten-fuer-2024/>
- 3 Deutsche Bundesbank, Monatsbericht Bundesbank
<https://www.bundesbank.de/resource/blob/650786/fb4ff39152a3497b7d3980387c6f9cf0/472B63F073F071307366337C94F8C870/ix8-data.pdf>
- 4 Lohn-Info, Sozialversicherungsbeiträge 2025 - Beitragssätze, Beitragsbemessungsgrenzen und Rechengrößen
<https://www.lohn-info.de/sozialversicherungsbeitraege2025.html>

7. Fazit

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) löst das Kernproblem der deutschen Krankenhäuser, den ruinösen marktwirtschaftlichen Verdrängungswettbewerb mit all seinen Verwerfungen nicht.

Die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern hat mit den ganzheitlichen Bausteinen einer „Bedarfsgerechten kommunalen Kliniklandschaft“ **das bessere Konzept - sie schaffen flächendeckend mehr Qualität und Sicherheit!**

Mit unseren Bausteinen ...

- garantieren wir Krankenhäusern exakt die Geldmittel, die sie für ihren Klinikbetrieb brauchen, kleine und große.
- garantieren wir ohne Mehrkosten zusätzliches qualifiziertes Personal für die Behandlung der Patienten. Es geht um **166.400 zusätzliche Mitarbeiter bzw. 126.150 zusätzliche Vollkräfte** in Deutschland sowie um **27.400 zusätzliche Mitarbeiter bzw. 20.300 zusätzliche Vollkräfte** in Bayern am Patienten.
- **stoppen wir das Kliniksterben.**
- **sichern wir in allen Regionen ein Allgemeinkrankenhaus binnen 30 Fahrzeitminuten**, in Ballungszentren und im ländlichen Raum.

Mit mehr Personal schaffen wir bessere Qualität.

8. Literatur

A) Stellungnahmen zu Gesetzentwürfen (Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern)

Selbstkostendeckung der Krankenhäuser - Reale Finanzierungsalternative zu Lauterbachs Krankenhausreform, <https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13365751699/Selbstkostendeckung+der+Krankenh%C3%A4user+-+Reale+Finanzierungsalternative+zu+Lauterbachs+Krankenhausreform.pdf?t=1733157603>

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

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

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

B) Informationsbroschüren (Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern)

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

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

Bürgerinformation - Lauterbachs Krankenhausreform gefährdet bayerische Krankenhäuser – Unsere Alternativen, <https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13299286699/B%C3%BCrgerinformation+Lauterbachs+Krankenhausreform+gef%C3%A4hrdet+bayerische+Krankenh%C3%A4user+%E2%80%93+Unsere+Alternativen.pdf?t=1732627530>

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

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

C) Klinikatlas „Kliniken in Gefahr“

Klinikatlas „Kliniken in Gefahr“, https://www.initiative-klinik-erhalt.de/kk_login.php

© 2025

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

Autor: Klaus Emmerich, Klinikvorstand i.R.,

Egerländerweg 1, 95502 Himmelkron

Tel.: 0117 - 9153415

E-Mail: klaus_emmerich@gmx.de

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