

**Pressekonferenz
Bündnis Klinikrettung 21.12.2021
Finanzierung der Krankenhäuser**

Das Bündnis Klinikrettung steht – wie erwähnt - für ein Modell gesicherter **Allgemeinversorgung in 3 Versorgungsstufen**, konkret: Jeder Bürger erreicht in 30 Minuten mindestens ein Krankenhaus der **Grund-/Regelversorgung analog der Notfallstufe 1, zzgl. Geburtshilfe**, so, wie es Prof. Dr. Boris Augurzky in seiner Krankenhausplanung 2.0, der von ihm initiierte GKV-Kliniksimulator und der Gemeinsame Bundesausschuss in seinem gestuften Notfallversorgung fordern. *1) **Fachkliniken** sind verzichtbar – ihnen fehlt es am notwendigen interdisziplinären Leistungsangebot. Sie werden, wo erforderlich, Allgemeinkrankenhäuser.

Um diese Forderung umsetzen zu können, sind Finanzmittel im Gesundheitswesen neu zu strukturieren.

- Krankenhäuser werden **selbstkostendeckend** finanziert, es gibt **keine Gewinne und keine Verluste**. Der Entzug von Finanzmitteln aus dem Gesundheitssystem würde gestoppt. Zusätzlich würde verhindert, dass Krankenhäuser – zur Vermeidung von Defiziten – ihr Leistungsangebot massiv einschränken. Verbleiben würden gesunde Krankenhäuser, die nicht um ihre Existenz bangen müssen, und die sich auf ihre PatientInnen konzentrieren können.



- Parallel zur Abschaffung der komplexen DRG-Fallpauschalen würden auch die damit verbundenen und erhobenen **Verwaltungskosten für den DRG-Fallpauschalenkatalog** (DRG-Zuschlag) sowie für die Qualitätssicherung (QS-Zuschlag) entfallen. Jährlich stünden ca. 48 Mio. € für die direkte Patientenversorgung zur Verfügung *2)

Deutsche Krankenhäuser rechnen jährlich ab und leiten für die Verwaltung weiter:

PatientInnen 2019		19.392.466
DRG-Zuschlag	1,66 €	32.191.494 €
QS-Zuschlag	0,81 €	15.707.897 €
	2,47 €	47.899.391 €



*) Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser, Fach 1.1, stationäre Fallzahl mal 1,66 € zzgl. mal 0,81 € für DRG-Zuschlag (INEK) und QS-Zuschlag (G-BA)

- Der **Dokumentationsanteil** der Pflegekräfte und Ärzte an ihrer gesamten Arbeitszeit beträgt geschätzte 30%. 15% der Arbeitszeit entfällt auf notwendige medizinische Informationen. **Weitere 15%** sind verzichtbar. Sie **fallen für die komplexe Kodierung der Fallpauschalen und zur Einhaltung von Strukturmerkmalen an**.
 - Dies bindet **jährlich Kosten in Höhe von 9,1 Mrd. Euro**.
 - Mit Wegfall des DRG-Fallpauschalensystems könnten **ca. 120.000 klinische Vollzeitkräfte** stattdessen **der unmittelbaren Patientenversorgung** zugeführt werden, in der Corona-Pandemie ein unschätzbare Zugewinn. *3) Wir sprechen von knapp 28 Tausenden ärztlichen Vollzeitstellen, von knapp 52 Tausend pflegerischen Vollzeitstellen und ca. 40 Tausend Vollzeitstellen für weiteres klinisches Fachpersonal, z.B. OP-Fachkräfte, Therapeuten, ...

	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 %	186	345	268		22,5	21,7	16,6	
Anteil Dokumentation	-30,00 %	-55,8	-103,5	-80,4	-239,7	-6,7	-6,5	-5,0	-18,2
davon klinisch notwendig	-15,00 %	-27,9	-51,8	-40,2	-119,9	-3,4	-3,3	-2,5	-9,1
davon Vergütung, Qualität verzichtbar	-15,00 %	-27,9	-51,8	-40,2	-119,9	-3,4	-3,3	-2,5	-9,1
Für die Behandlung	70,00 %	130,2	241,5						

- Wir fordern eine Bürger-Krankenversicherung analog des Gesundheitssystems in Dänemark. Aktuell verfügen wir über 103 Gesetzliche Krankenkassen (GKV) und 44 Private Krankenkassen (PKV). **Allein die 103 GKV weisen jährlich Verwaltungskosten im Umfang von 11 Mrd. €, die es abzubauen gilt.** *4) Hinzu kommen öffentlich nicht bekannte Verwaltungskosten der PKV. Beachtlich. Die Bürger-Krankenversicherung stand in den Wahlprogrammen der SPD und Bündnis 90 die Grünen. Leider sind sie sich nicht im Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung wider.

Mit den eingesparten Finanzmitteln aus ...

- nur einer Bürger-Krankenversicherung
- Abschaffung der Verwaltungskosten für DRG-Fallpauschalen (DRG-/QS-Zuschlag)
- Halbierung der Dokumentationskosten für Ärzte und Pflegekräfte ...

... werden die erforderlichen flächendeckenden klinischen Strukturen refinanziert.

Klinische Daseinsvorsorge gehört in öffentliche Hand. Auch brauchen kommunale Krankenhäuser mehr Freiheiten, z.B. Klinikverbünde und MVZ außerhalb ihrer kommunalen Grenzen.

*1) Gemeinsamer Bundesausschuss, Gestufte Notfallversorgung für Krankenhäuser, <https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/notfallstrukturen-krankenhaeuser/>, GKV-Kliniksimulator, <https://gkv-kliniksimulator.de/>

Boris Augurzky, Andreas Beivers, Niels Straub, Caroline Veltkamp, 2014, Krankenhausplanung 2.0

*2) Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2019 Fach 2.3.1.1 (https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/_inhalt.html#sprg234206), stationäre Fallzahl mal 1,66 € zzgl. 0,81 € für DRG-Zuschlag (INEK) und QS-Zuschlag (G-BA)

*3) Destatis: Grunddaten der Krankenhäuser 2019 Fach 2.3.1.1 (https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/_inhalt.html#sprg234206) und Kostennachweis der Krankenhäuser Fach 1.2 (https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/_publikationen-innen-kostennachweis-krankenhaus.html)

*4) Bundesgesundheitsministerium, Daten des Gesundheitswesens, Kap. 9.5A https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Daten_des_Gesundheitswesens_2020.pdf