



Bündnis Klinikrettung · c/o GiB e.V. · Weidenweg 37 · 10249 Berlin

Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach  
Bundesministerium für Gesundheit  
Friedrichstraße 108  
10117 Berlin

Kopie an: Parlamentarischer Staatssekretär Prof. Dr. Edgar Franke

Berlin, den 20. Juli 2022

Sehr geehrter Herr Bundesgesundheitsminister,

am 23. Juni haben Sie uns in Magdeburg bei unserer Aktion zur Preisverleihung der „Goldenen Abrissbirne“ an Karl-Josef Laumann besucht und sich unsere Forderungen für eine Krankenhaus-Rettungsreform angehört. Wir freuen uns über Ihre Zusage, das Bündnis Klinikrettung in den Dialog über die Zukunft der deutschen Krankenhäuser mit einzubeziehen und kommen hiermit Ihrer Anregung nach, unsere Finanzierungsvorschläge für die Krankenhausstrukturreform darzulegen.

Zunächst möchten wir uns kurz vorstellen:

Das Bündnis Klinikrettung ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Menschen, die im Krankenhauswesen tätig sind bzw. waren und/oder sich als Betroffene von drohenden Krankenhausschließungen für den Erhalt der wohnortnahen Krankenhausversorgung einsetzen. Das Bündnis wurde Ende 2020 unter der Trägerschaft von Gemeingut in BürgerInnenhand (GiB) e.V. gegründet. GiB setzt sich seit zwölf Jahren für den Erhalt der öffentlichen Daseinsvorsorge ein.

Problembeschreibung:

Wie Sie wissen, findet in Deutschland ein systematischer Krankenhauskahlschlag statt. Dieser ist nicht zufällig, sondern politisch gewollt – er ist das Ergebnis der Privatisierungs- und Kommerzialisierungspolitik der letzten Jahrzehnte. Die duale Krankenhausfinanzierung, d.h. 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. Die 1985 eingeführte Möglichkeit, Gewinne aus dem Krankenhausbetrieb abzuschöpfen, war ein weiterer Türöffner für die Privaten. Und die 2004 eingeführte DRG-Finanzierung machte Krankenhäuser als Anlage mit bis zu zehn Prozent Gewinnmargen perfekt für die Privatinvestoren. Der daraus resultierende Dreiklang 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. Letztere nehmen dabei überwiegend weder an der klinischen Notfallversorgung noch an der Behandlung von Corona-PatientInnen teil. Völlig übersehen wird dabei von den BefürworterInnen der „Klinikkonzentration“, dass die Schließungen vor allem in ländlichen Regionen die medizinische Infrastruktur zerstört. Die praktische pflegerische Ausbildung, die praktische ärztliche Ausbildung, fachärztliche ambulante Leistungsangebote, ärztliche Bereitschafts- und Notfallversorgung, attraktive Arbeitsplätze und wirtschaftliche Nachfrage brechen bei einer Schließung zusammen. Letztlich wurde auch das erklärte Ziel der DRG-Fallpauschalen, nämlich Kosteneinsparungen in Krankenhäusern, verfehlt. So stiegen die klinischen Kosten im Zeitraum 2004 bis 2020 auf 184 Prozent<sup>1</sup>. Die Pandemie hat das Finanzierungsproblem noch verschärft und die Krankenhausschließungen beschleunigt. Zugleich hat sie uns allen deutlich vor Augen geführt, auf welche Verhältnisse die Politik zusteuert, wenn nicht rasch zielführende Veränderungen beschlossen und umgesetzt werden.

In der RTL-Sendung „Team Wallraff“ haben Sie das Problem richtig benannt: die Privatisierung. Das hat vor Ihnen kein anderer Bundesgesundheitsminister geschafft. Jetzt muss nach Wegen gesucht werden, die Gesundheitsversorgung aus den Zwängen der Kommerzialisierung und Privatisierung zu befreien und die Schließungen zu stoppen. Initiativen wie unsere können hier einen wichtigen Beitrag leisten.

### Krankenhausstrukturreform und die Expertenkommission:

Spätestens seit 2019 gibt es offizielle Bestrebungen, die Krankenhauslandschaft in Deutschland zu dezimieren. Vor allem in ländlichen Regionen und benachteiligten Stadtbezirken, wie etwa Köln-Holweide, schließen Abteilungen oder gleich ganze Krankenhäuser. Besonders betroffen sind Kinderkliniken, Gynäkologien und Geburtsstationen. Das Geld für die wohnortnahe stationäre Grundversorgung wird systematisch knapp gehalten. Währenddessen fließen 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 kostspielige Zentralklinikneubauten. Die von Ihnen einberufene ExpertInnenkommission soll Vorschläge für eine Krankenhausstrukturreform ausarbeiten. Wir alle wissen, dass mit Prof. Dr. Reinhard Busse und Prof. Dr. Boris Augurzky, der schon 2008 Krankenhausschließungen medienwirksam befürwortete, weiterhin der Weg der Krankenhausschließungen beschritten wird. Daneben sind die großen Krankenhäuser in der Kommission vertreten ebenso 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 Krankensektor bringen, brauchen wir nicht. Eine aktuelle Studie aus Großbritannien zu Privatisierungen im NHS zeigt, dass die Zahl der Todesfälle durch Privatisierung und Outsourcing gewachsen ist.<sup>2</sup> Eine weitere britische Studie findet keine wissenschaftliche Evidenz für die häufig getätigte Behauptung, dass kleine Krankenhäuser allgemein schlechtere Qualität liefern würden.<sup>3</sup> Studien aus den USA belegen außerdem, dass Krankenhausschließungen auf dem Land die Todesrate der ländlichen Bevölkerung um sechs Prozent ansteigen ließen.<sup>4</sup> In den OECD-Berichten werden zahlreiche Länder Europas mit weniger Betten pro Einwohner für zu lange Wartezeiten für einen OP-Termin gerügt – das mindert die Lebensqualität und -dauer. Deutschland wird in den gleichen Berichten zu hohe Bettendichte

<sup>1</sup> DeStatis, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fach 1.2, Jahre 2004 bis 2020

<sup>2</sup> 29.06.2022, 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>

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

<sup>4</sup> 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>

bescheinigt – als ob es keinen Zusammenhang zwischen ausreichender Bettenzahl und kürzeren Wartezeiten gäbe. Auf diesen Darstellungen in den OECD-Berichten beruhen übrigens laut Quellenangaben auch die Analysen von Prof. Dr. Busse.<sup>5</sup> Und ein letztes Beispiel: In Dänemark, dem oft angeführten Beispielland 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 zur flächendeckenden Unterversorgung geführt, so dass die Regierungsparteien im Wahlkampf 2021 die Wiedereröffnung von „Nahkrankenhäusern“ ins Spiel brachten.

### Sechs Forderungen für eine Krankenhaus-Rettungsreform:

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. Die ausführliche Darlegung der Finanzierung finden Sie am Ende des Dokuments.

#### **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 ca. 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

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

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: Sofortiger Krankenhaus-Schließungsstopp**

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.

## **Ausführlichere Darstellungen zu einzelnen Finanzierungsvorschlägen**

### **Das Prinzip der Selbstkostendeckung**

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.

### **Die Folgen**

#### **A) Keine Gewinnabschöpfung aus dem Gesundheitswesen**

- Aktuell schöpfen gewinnorientierte marktwirtschaftlich organisierte Privatkliniken und Fachkliniken jährlich Gewinne im Umfang von 628 Millionen Euro aus der DRG-Abrechnung

ab.<sup>6</sup> 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.

## B) Zuführung erheblicher Personalkapazitäten in die unmittelbare Patientenbehandlung

Der Dokumentationsanteil der ÄrztInnen, Pflegekräfte und TherapeutInnen an ihrer gesamten Arbeitszeit beträgt geschätzte 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.<sup>7</sup> 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 Patientenversorgung zugeführt werden, ein unschätzbare Ressourcengewinn.<sup>8</sup>
- Verteilt auf die verschiedenen Personalgruppen geht es dabei um 30.000 ÄrztInnen, knapp 73.000 Pflegekräfte und gut 40.000 klinischen Fachkräfte, zum Beispiel OP-Fachkräfte, TherapeutInnen und andere.

## Klinische Arbeitszeit

	Prozent	Ärzte Tsd.	Pflegekräfte Tsd.	MT/FU-Dienst Tsd.	nicht am Patient Tsd.	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 <b>notwendig</b>	-15,00 %	-30,0	-72,9	-40,2	-143,1	-3,4	-3,3	-2,5	-9,1
davon Vergütung, Qualität <b>verzichtbar</b>	-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				

Quelle für die unter 100% angegebenen Zahlen: DeStatis 2020, Grunddaten der Krankenhäuser 2020, Kostennachweis der Krankenhäuser 2020

<sup>6</sup> Boris Augurzky, Gewinne im Krankenhaus, S. 195, Springer-Link, [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-60487-8\\_10](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-60487-8_10)

<sup>7</sup> Im Jahr 2015 lag der geschätzte Dokumentationsaufwand laut einer HIMSS Krankenhausstudie noch bei ca. 21%: 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 ca. 46%: MedNic, Bürokratie hat Ärzte und Pflegekräfte im Griff, <https://mednic.de/buerokratie-hat-aerzte-und-pflegekraefte-im-griff/16822>. Die vorsichtige Schätzung von 30% basiert auf diesen Zahlen sowie den eigenen Erfahrungen des Autors in seinen ehemals geleiteten Krankenhäusern.

<sup>8</sup> 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](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](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/kostennachweis-krankenhaeuser-2120630207005.xlsx?__blob=publicationFile)

## Die Ausführung

Folgendermaßen kann das Prinzip der Selbstkostendeckung in der Praxis umgesetzt werden:

Der Wirtschaftsprüfer bescheinigt das stationäre Jahresergebnis zuzüglich aller den Krankenhäusern gesetzlich zugestandenen ambulanten Tätigkeiten (zum Beispiel AOP, ggf. später gesetzlich eingeführte Leistungen der analog der aktuell diskutierten Hybrid-DRG).

Dabei werden alle nicht dem gesetzlichen Auftrag der Krankenhäuser zuzurechnenden nicht-klinischen Zusatzbetriebe wie beispielsweise verrechnete Küchenleistungen oder Hygieneleistungen an Dritte, kostenpflichtige Zusatzleistungen für Patienten u.a. ausgeklammert. Zur Abgrenzung könnten alternativ alle steuerpflichtigen wirtschaftlichen Geschäftsbetriebe herangezogen werden oder die Abgrenzungsbestimmungen des INEK-Kalkulationshandbuchs für alle nicht stationären 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.

## Die BürgerInnen-Krankenversicherung

Aktuell verfügt Deutschland über:

- 103 gesetzliche Krankenkassen und
- 44 private Krankenkassen

Das Bündnis Klinikrettung fordert die Zusammenführung der aktuell 103 gesetzlichen Krankenkassen und 44 privaten 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.<sup>9</sup>
- Als Einsparpotenzial kommen öffentlich nicht bekannte Verwaltungskosten 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 Krankenkassen und privaten Krankenkassen beibehalten werden sollte, wäre das Prinzip der Selbstkostendeckung

<sup>9</sup> Bundesgesundheitsministerium, Daten des Gesundheitswesens 2021, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/daten-des-gesundheitswesens-2021.html>



realisierbar. Dann müssten die 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 Patient oder je Belegungstag gegenüber mehreren Krankenkassen scheidet aus. Die Pandemie hat die Schwäche des leistungsabhängigen DRG-Fallpauschalensystems 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.

## **Fazit**

Die dargestellten Finanzierungsvorschläge 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,
  - würden die bedarfsnotwendigen Allgemeinkrankenhäuser nicht in Fachkliniken ohne Notfallversorgung umgewandelt, die dann auch keine Covid-Behandlung ermöglichen.
- 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 Mindestreichweite von 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 Umwidmung von Allgemeinkrankenhäusern in profitorientierte Fachkliniken wurde verhindert.
- 7) Wirtschaftliche Leistungsselektion durch Privatinvestoren würde überflüssig.
- 8) Die medizinische Infrastruktur insbesondere in ländlichen Regionen bliebe gesichert.

Damit unterscheidet sich der Finanzierungsvorschlag des Bündnis Klinikrettung elementar von den aktuell diskutierten Fachstudien 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.

Wir hoffen, unsere Vorschläge stoßen auf Ihr Interesse, und freuen uns auf eine Möglichkeit, sie mit Ihnen zu diskutieren.

Mit freundlichen Grüßen

Klaus Emmerich, Klinikvorstand i.R.  
Dr. Rainer Neef, medinetz Göttingen  
Laura Valentukeviciute, Gemeingut in BürgerInnenhand  
Jorinde Schulz, Gemeingut in BürgerInnenhand  
Dr. Bernd Hontschik, Bündnis Klinikrettung