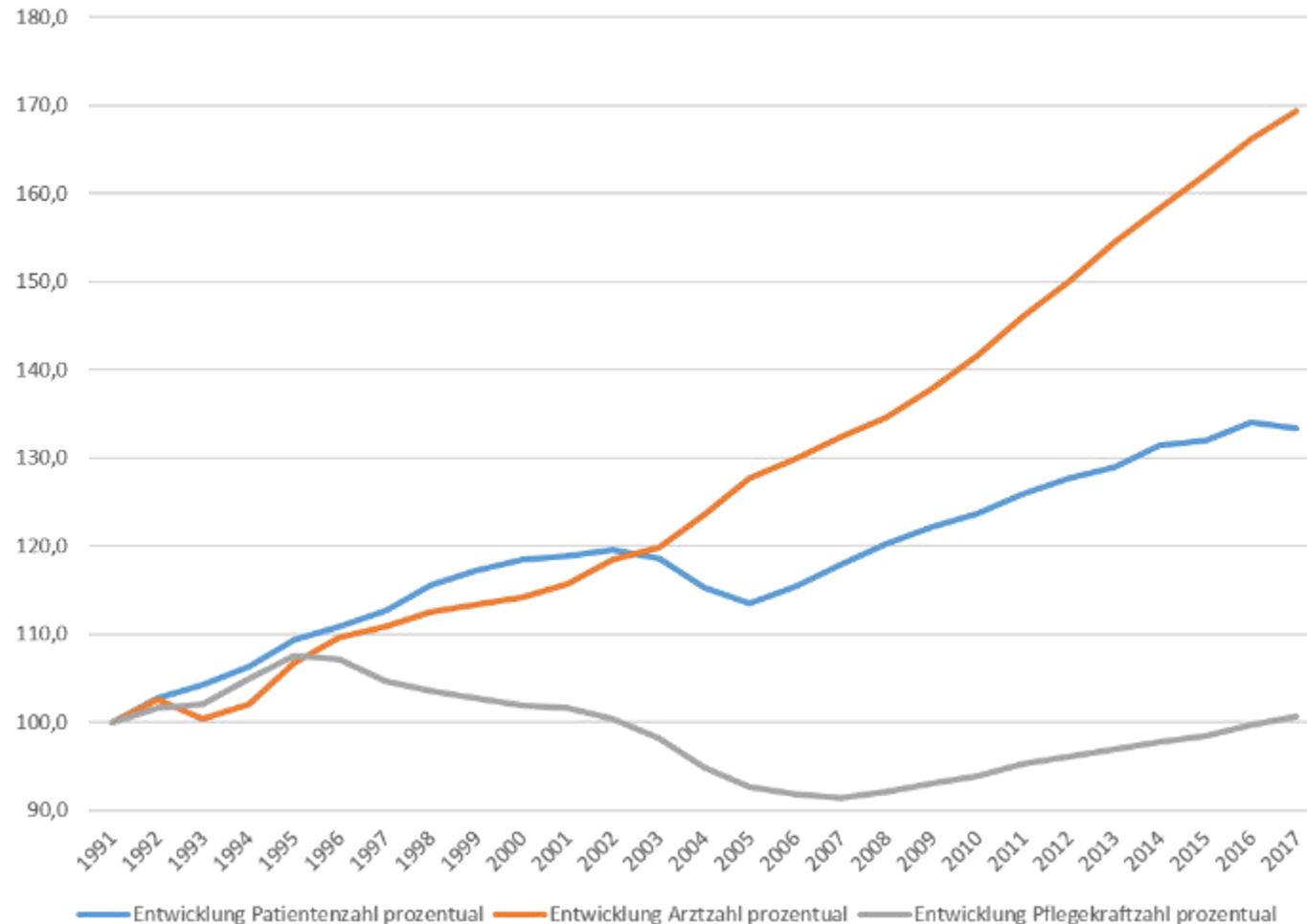


Auswirkungen des Preissystems auf die Beschäftigten

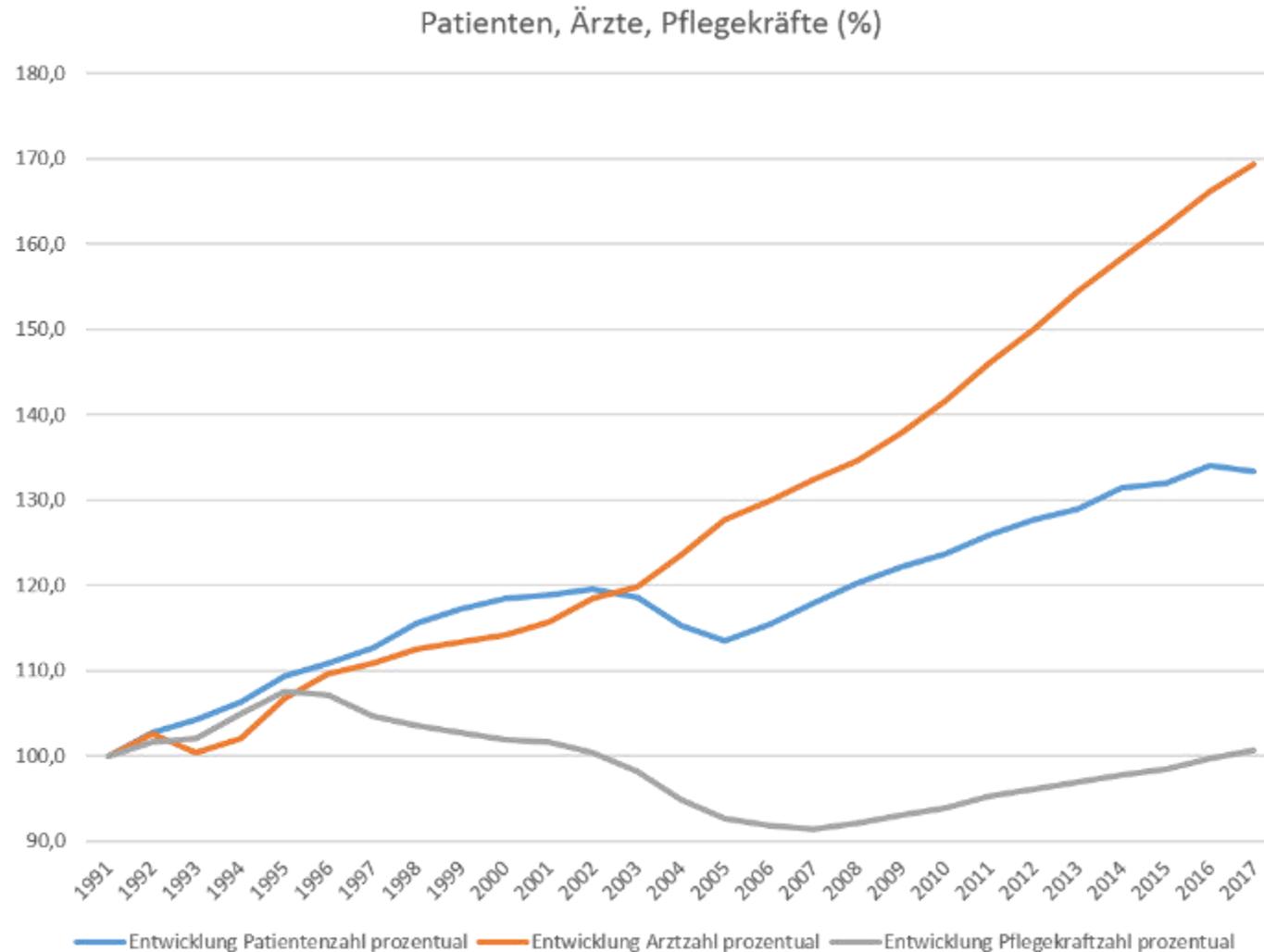
Entwicklung der Zahlen (alle KHS, 1991 = 100%)

Patienten, Ärzte, Pflegekräfte (%)



Quelle: Destatis,
Grunddaten
Krankenhäuser,
Fachserie 12 Reihe 6.1,
verschiedene
Jahrgänge, eigene
Berechnung

Entwicklung der Zahlen (alle KHS, 1991 = 100%)



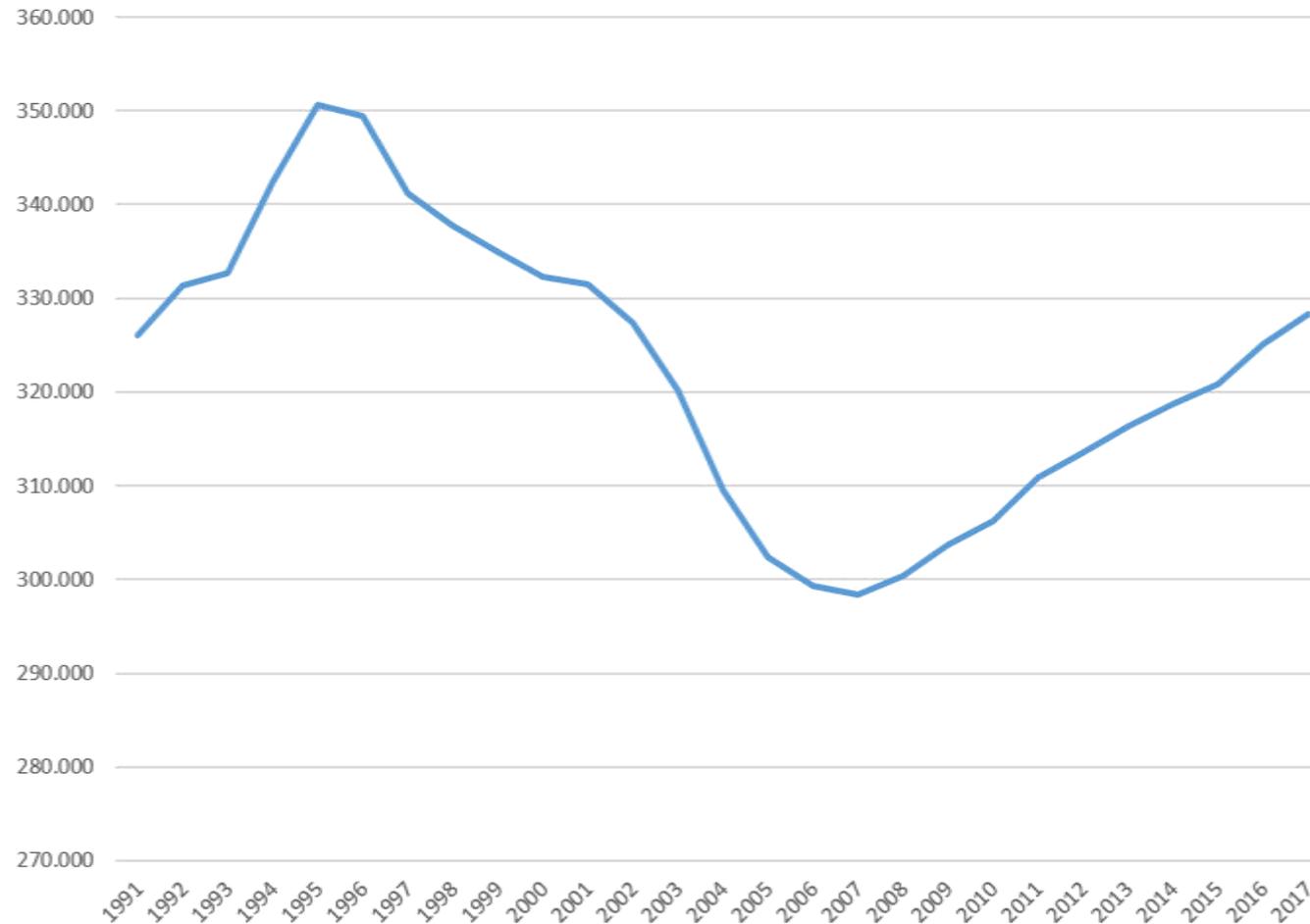
Quelle: Destatis,
Grunddaten
Krankenhäuser,
Fachserie 12 Reihe 6.1,
verschiedene
Jahrgänge, eigene
Berechnung

Folgen für Beschäftigte (Alle. KHs)

	1995	2017	Veränderung	%
Patienten	15.931.168	19.442.810	3.511.642	22,0
VWD	12,1	7,3	-4,8	-39,7
Pflege	350.571	328 327	-22.244	-6,3
Patienten/Pflegekraft	45	59	14	30,3

(Berechnung der Kennzahl Patienten/Pflegekraft: Alle Patienten eines Jahres werden durch alle Vollkräfte desselben Jahres geteilt)

Entwicklung Zahl der Pflegekräfte (alle KHS)

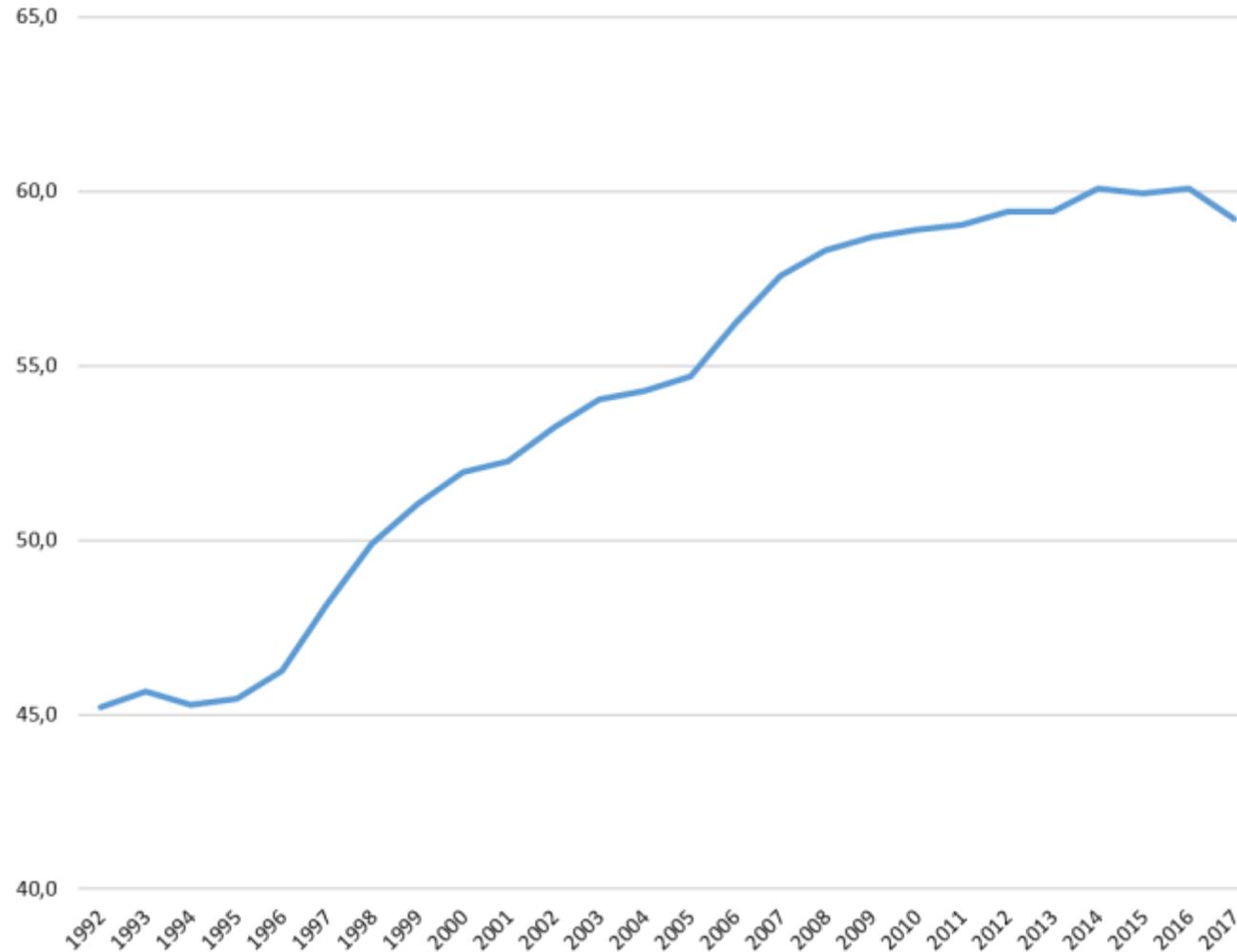


Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Belastung: Patienten/Pflegekraft (alle KHs)

(Berechnung der Kennzahl Patienten/Pflegekraft: Alle Patienten eines Jahres werden durch alle Vollkräfte desselben Jahres geteilt)

Bedingt durch die massiven Protestaktionen gab es 2017 erstmals eine leichte Trendumkehr bei der Kennzahl Patienten/Pflegekraft (60,1 auf 59,2)



Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Erhöhung Druck auf Personal

- Abbau 22.244 Pflegestellen seit 1995
- Zunahme der Zahl der Patienten um 3,5 Mio.
- Verweildauersenkung um ca. 40%
- **Belastungssteigerung um über 30%**
- Dequalifizierung statt ganzheitlicher Pflege
- Finanznot ist Argument gegen Tarifsteigerungen, viele Absenkungstarifverträge

Folgen für Beschäftigte - Überlastungsanzeigen:

- **Intensivstation:** „Sechs, manchmal nur fünf Pflegekräfte in der Schicht, davon in der Regel nur 1-2 mit Fachausbildung, haben 16 – 18 Patienten zu versorgen. Davon 6, manchmal 8 Beatmungspatienten, Patienten mit Hämofiltration (Blutwäsche), MRSA-Infektion, Entwöhnung vom Beatmungsgerät ... das sind oft 10 Patienten, die eigentlich eine 1:1 – Betreuung bräuchten“
- **Kinderstation:** „Unsere kleinen Patienten, die sich wegen ihrer Behinderung nicht äußern können, können wir nicht mehr zeitnah wickeln und umlagern. Nur mit Verzögerungen erhalten die Kinder Essen oder Medikamente. Säuglinge müssen 30 Minuten lang schreien, bevor sie gefüttert werden können. Notwendigen Kontrollen von Atmung, Puls und Blutdruck sind nicht möglich, genauso wenig die Kontrolle der Infusionen.“

Folgen für Beschäftigte

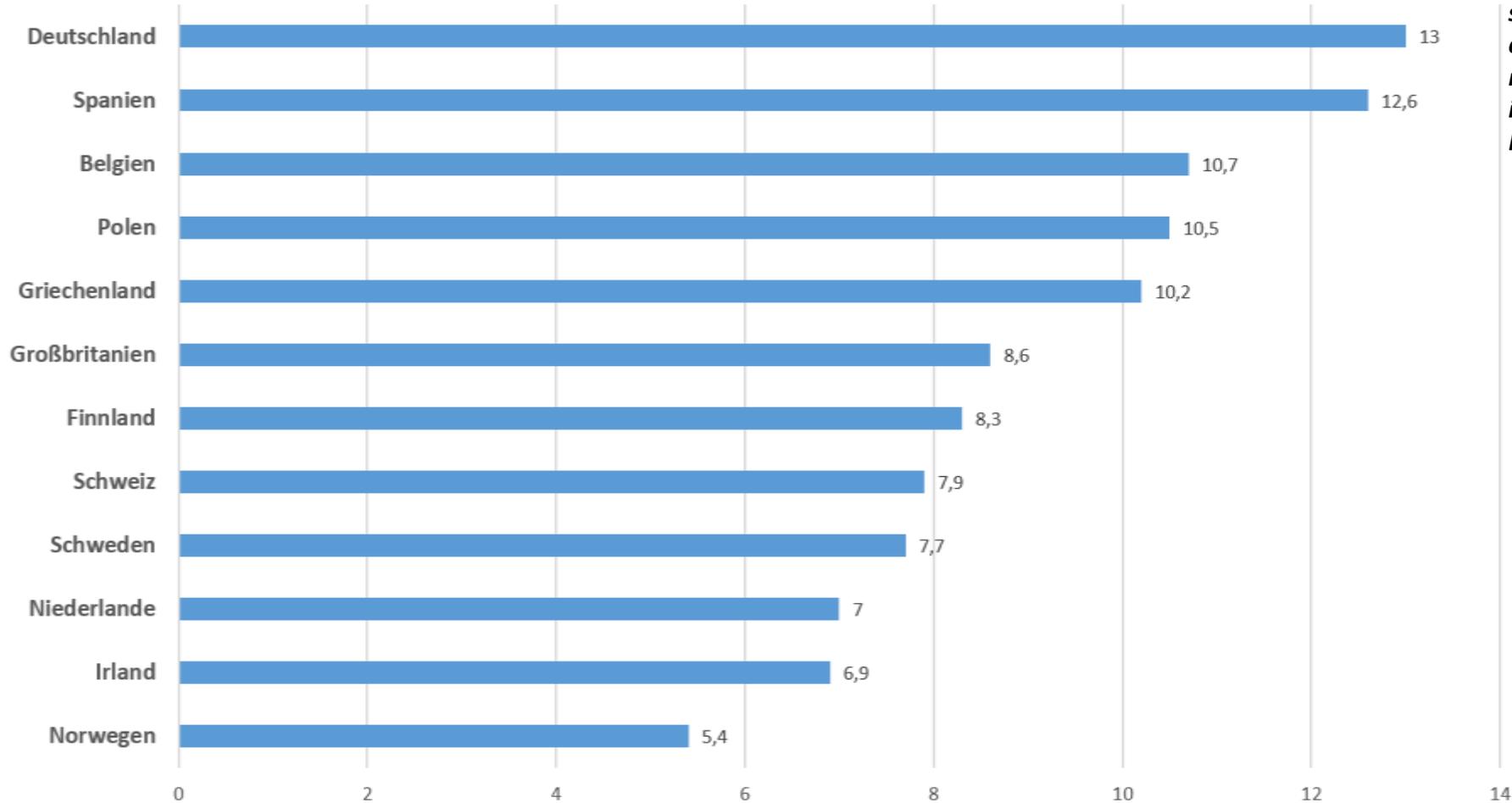
Zunahme der „Dissonanzen“ zwischen Normen und Arbeitsalltag:

- 2008 lehnen 87% (2006: 84%) der Pflegekräfte mehr oder weniger stark die Vorenthaltung von Leistungen aus Kostengründen ab.
- Nur 12% von ihnen arbeiten aber im selben Jahr in Bereichen, wo es keine Rationierung gibt

(Braun et al. 2010)

Internationaler Vergleich Patienten/Pflegekraft

Quelle: "Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States" *BMJ* 2012;344:e1717



Patienten pro ausgebildeter Pflegekraft auf Station in einer Tagschicht

**Auswirkungen des
Preissystems
auf die Krankenhäuser und das
Gesundheitswesen**

„Krankenhaussterben“

- Nationale Akademie der Wissenschaften - Leopoldina („Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem“, 2016):

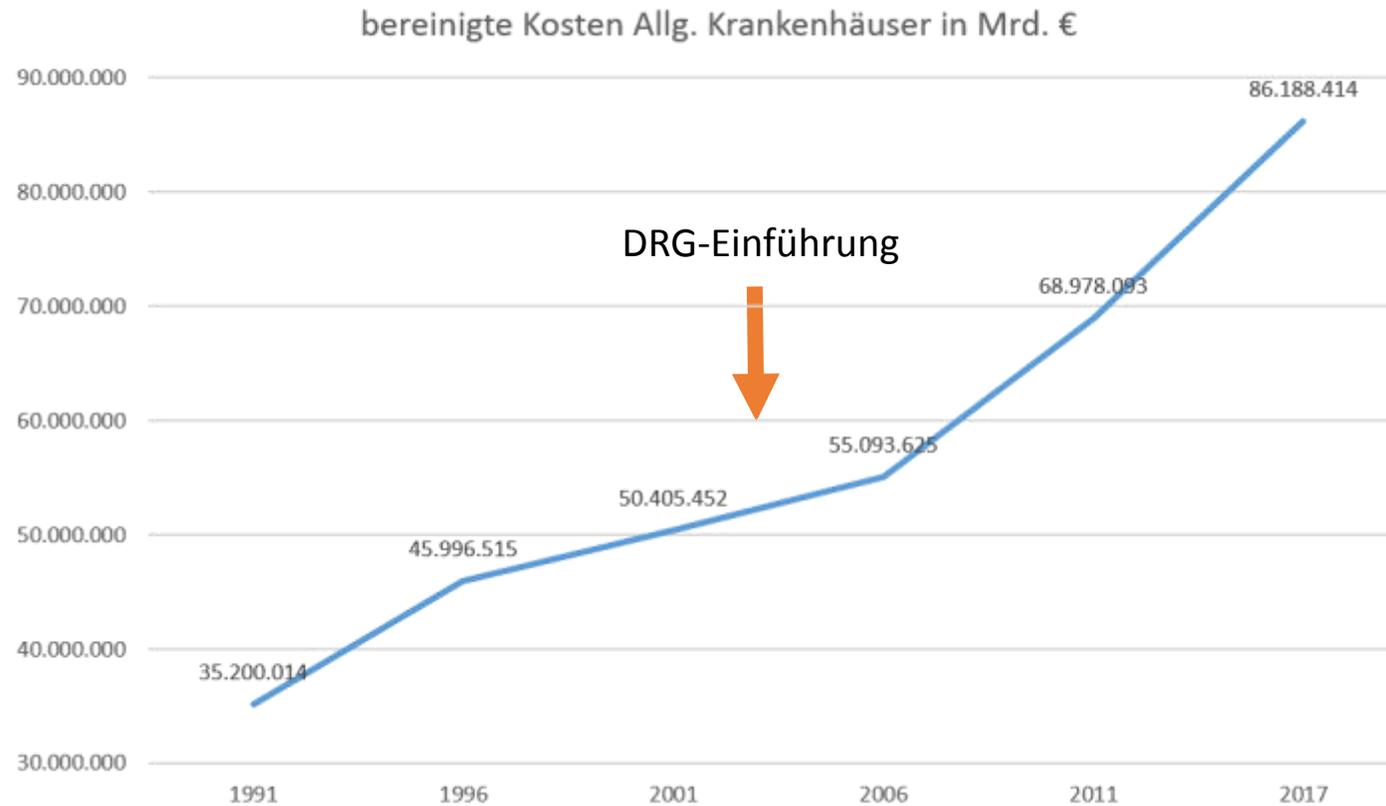
„Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark mit einem Krankenhaus pro 250.000 Einwohner, wären es bei uns 330 ...“ (S. 10) und „Das heißt: wäre Deutschland „durchschnittlich“, hätte es nur insgesamt rund 320.000 Betten, also rund 35% weniger.“ (S.6).

- Tatsächliche Entwicklung 1991 – 2017:

- 572 von 2.164 Allg. Krankenhäuser geschlossen
- 147.620 von 598.073 Betten abgebaut

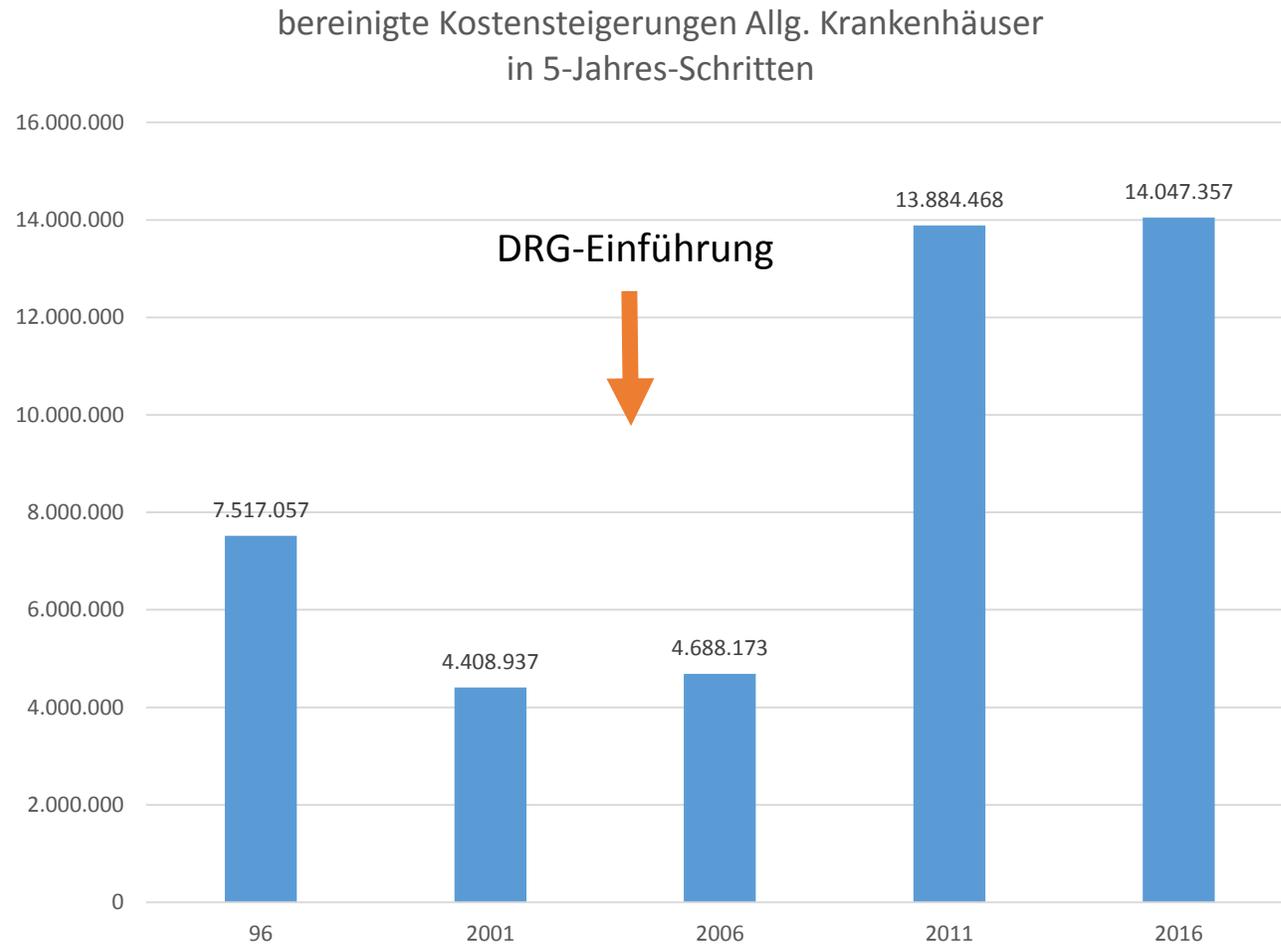
- DRGs sind kein Mittel der Qualitätssicherung, sondern ein gigantisches Krankenhausschließungsprogramm nach rein betriebswirtschaftlichen Kriterien

Kosten für KH-Behandlungen steigen steil an



Quelle: Destatis Kostennachweis Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.3, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Kosten für KH-Behandlungen steigen steil an



Quelle: Destatis Kostennachweis Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.3, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Unterfinanzierung Hochleistungsmedizin

„Bestimmte diagnostische Optionen und therapeutische Möglichkeiten stehen nur in einem Teil der deutschen Krankenhäuser zur Verfügung. (...) Im Ergebnis tragen diese Fachabteilungen/Krankenhäuser ein hohes Kostenrisiko, dessen sachgerechte Refinanzierung über die pauschalierten Entgelte kaum möglich ist.“ (S.18)

„Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2008“

Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft

erstellt durch Prof. Dr. med. Norbert Roeder, Dr. med. Wolfgang Fiori, Dr. med. Holger Bunzemeier

und das Team der DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster, Westfälische Wilhelms-Universität

Gefährdung flächendeckende Versorgung

„Eine Leistungserbringung zu wettbewerbsfähigen Kosten ist an eine gewisse Krankenhausgröße gebunden. (...) Die flächendeckende wohnortnahe Versorgung für einen Teil der Leistungen ist gesellschaftlich und politisch gewollt. (...) Eine Lösung dieser strukturbedingten Finanzierungsprobleme ist im G-DRG-System nicht möglich.“ (S. 19)

„Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2008“

Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft

erstellt durch Prof. Dr. med. Norbert Roeder, Dr. med. Wolfgang Fiori, Dr. med. Holger Bunzemeier

und das Team der DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster, Westfälische Wilhelms-Universität

Unterversorgung

Fehlanreize im DRG-System haben zur Folge:

- systematische Unterfinanzierung und Existenzrisiken für Kinderkliniken
- Zunahme der Budgetdefizite besonders kleiner ländlicher Krankenhäuser der Grundversorgung
- massive Unterfinanzierung von Extremkostenfällen in der Maximalversorgung
- Gefährdung der flächendeckenden Versorgung
-

Krankenhäuser mit Defizit nach Größe

Kleine Krankenhäuser (oft Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung) sind in ihrer Existenz bedroht



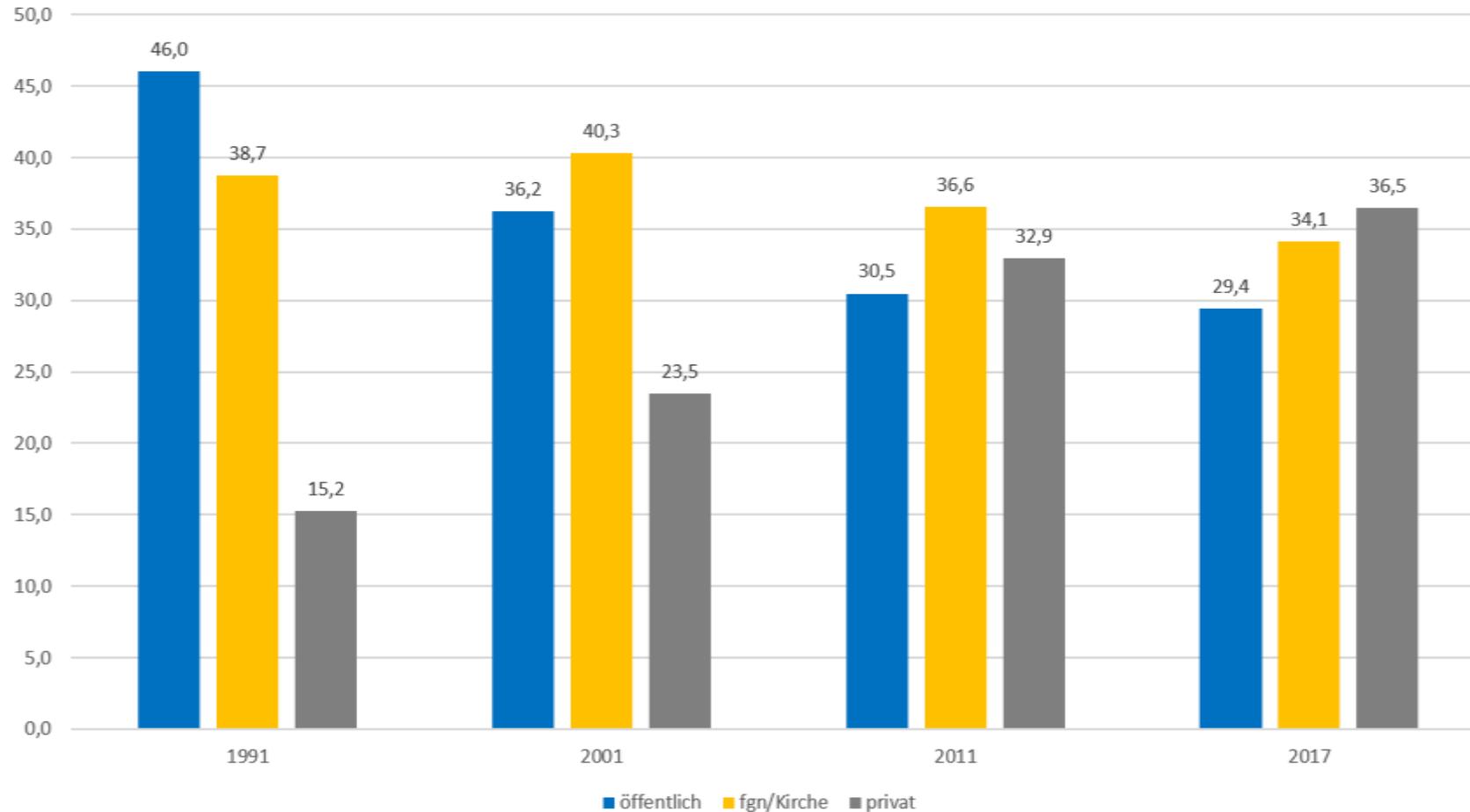
Quelle: Krankenhausbarometer 2018 S.8

Privatisierung: Krankenhäuser und Betten nach Trägerschaft (%)

Allg. KHS in %	1991	2001	2011	2017
öffentlich	46,0	36,2	30,5	29,4
fgn/Kirche	38,7	40,3	36,6	34,1
privat	15,2	23,5	32,9	36,5
Betten in %				
öffentlich	61,4	53,6	48,1	47,9
fgn/Kirche	34,6	38,4	35,4	34,4
privat	4,0	8,0	16,6	17,8

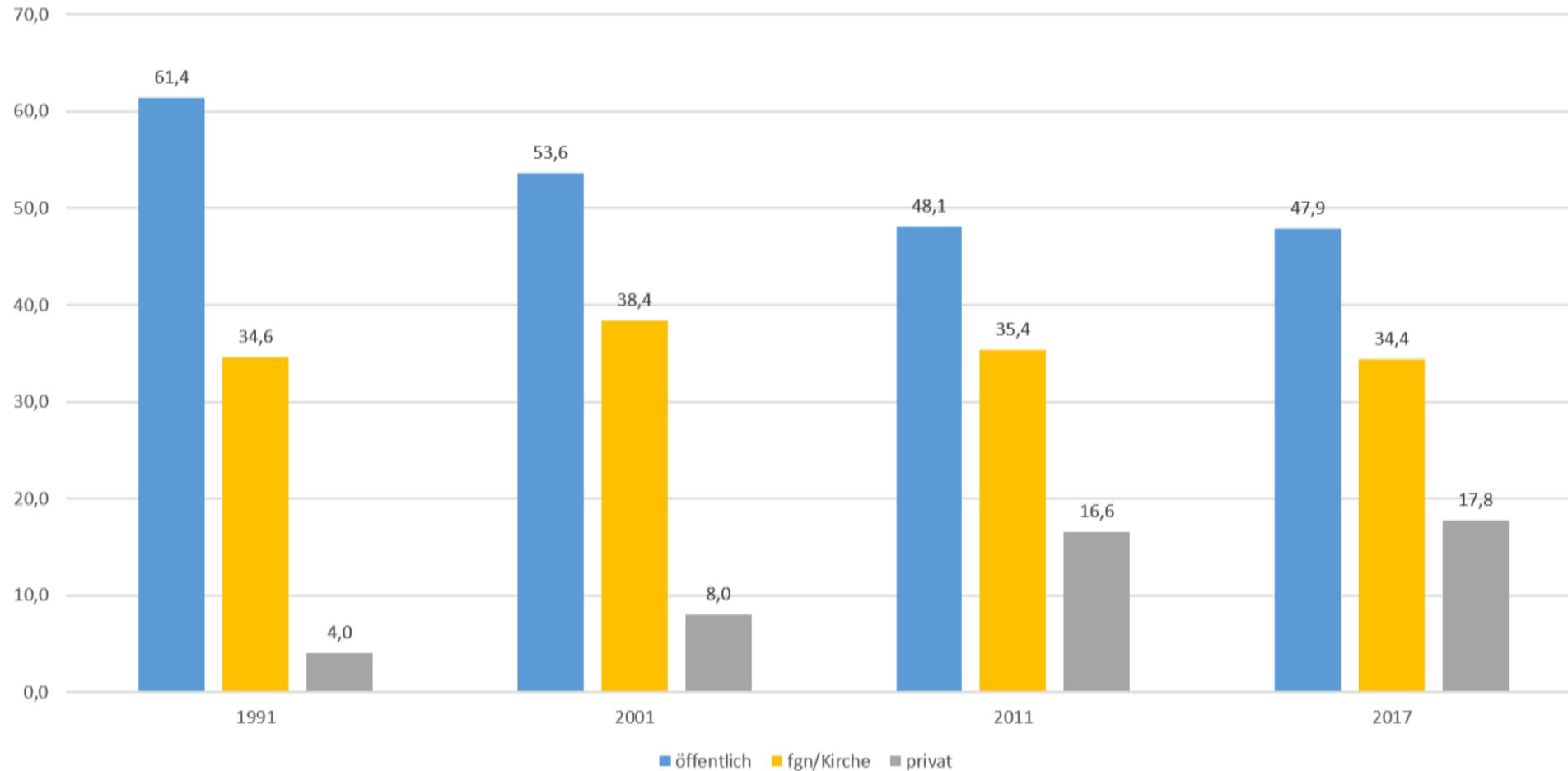
Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser Fachserie 12 Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Privatisierung: Allg. Krankenhäuser nach Träger (%)



Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Privatisierung: Betten allg. KHs nach Trägerschaft (%)

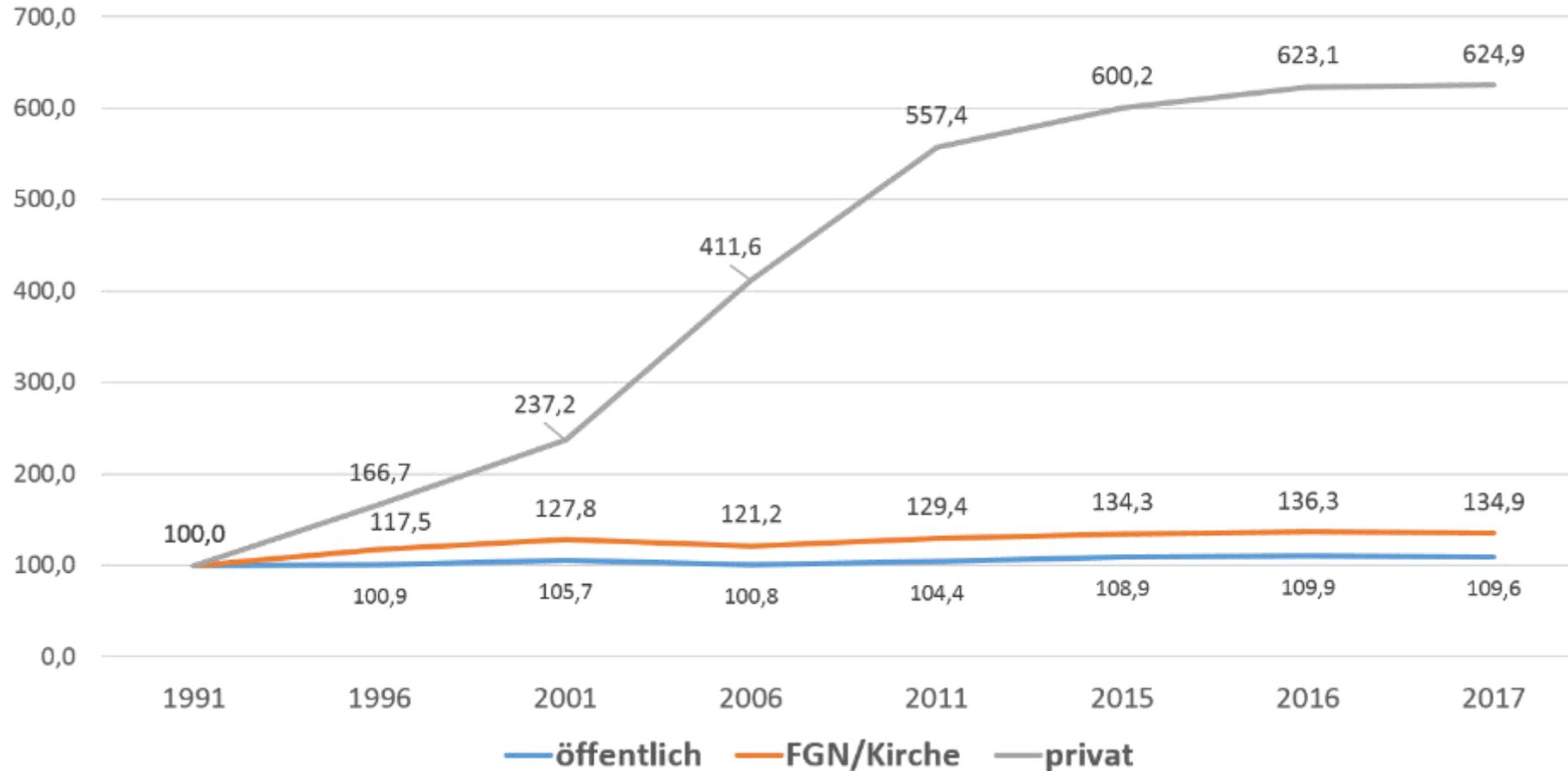


Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Privatisierung: Fälle und Belegungstage nach Träger (1991 = 100 %)

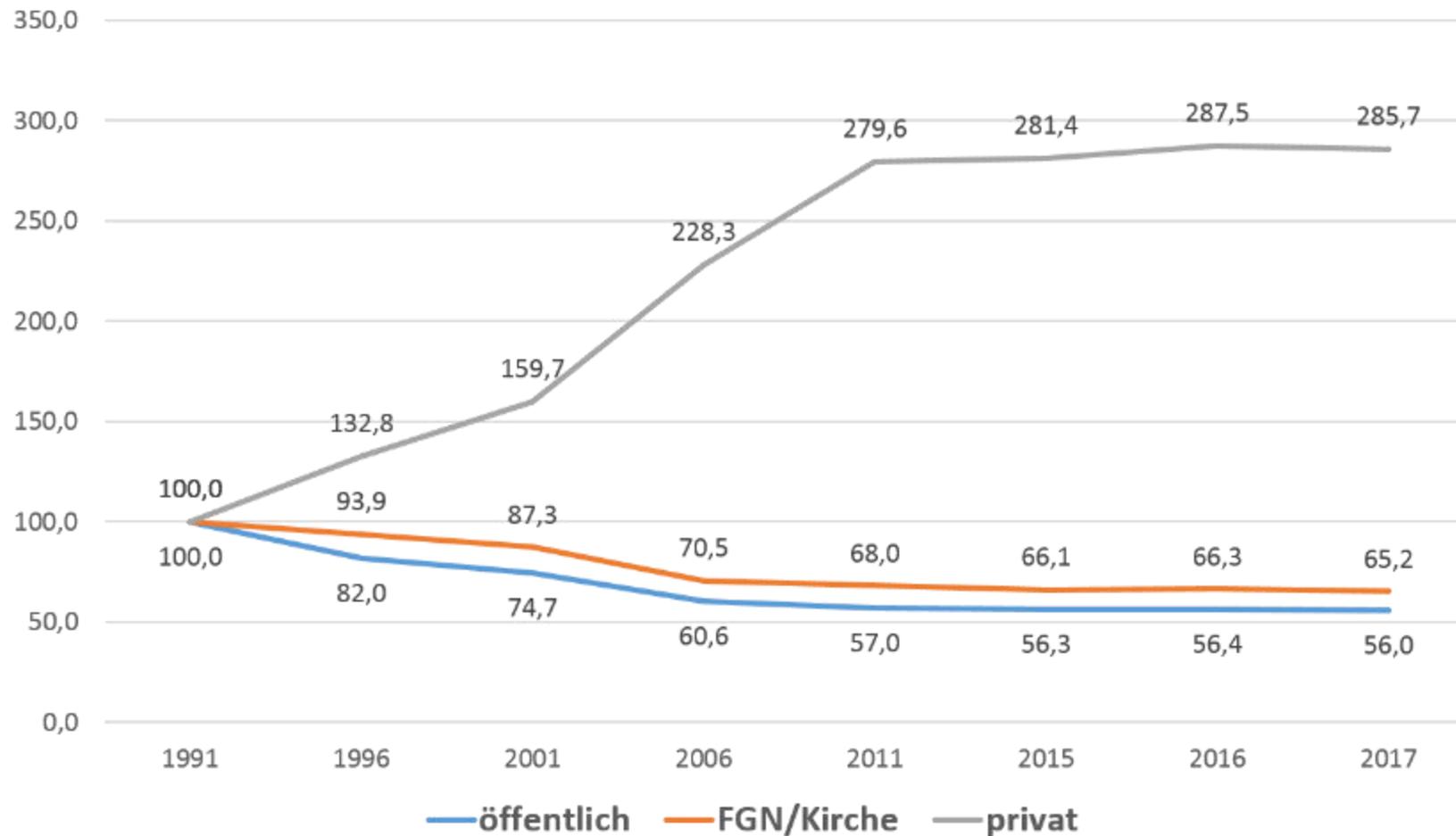
	1991	1996	2001	2006	2011	2015	2016	2017
Pflegetage (%)								
öffentlich	100,0	82,0	74,7	60,6	57,0	56,3	56,4	56,0
FGN/Kirche	100,0	93,9	87,3	70,5	68,0	66,1	66,3	65,2
privat	100,0	132,8	159,7	228,3	279,6	281,4	287,5	285,7
Fälle (%)								
öffentlich	100,0	100,9	105,7	100,8	104,4	108,9	109,9	109,6
FGN/Kirche	100,0	117,5	127,8	121,2	129,4	134,3	136,3	134,9
privat	100,0	166,7	237,2	411,6	557,4	600,2	623,1	624,9

Privatisierung: Fälle nach Träger (1991 = 100%)



Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Privatisierung: Belegungstage nach Träger (1991 = 100%)



Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Privatisierung: „Rosinenpicken“

Quelle: Destatis,
eigene Berechnung

Die 20 häufigsten Behandlungsanlässe* in den Krankenhäusern 2012 nach Art des Trägers						
Deutschland insgesamt						
Rang	öffentlicher Träger		freigemeinnütziger Träger		privater Träger	
	ICD-10**	Anzahl	ICD-10**	Anzahl	ICD-10**	Anzahl
1.	Z38 (Geburt)	219.724	Z38 (Geburt)	192.600	I50 (Herzinsuff.)	62.267
2.	F10 (Alkohol)	187.904	I50 (Herzinsuff.)	140.511	Z38 (Geburt)	61.922
3.	I50 (Herzinsuff.)	183.306	F10 (Alkohol)	106.885	F10 (Alkohol)	50.085
4.	S06 (intrakran. Verletzung)	143.019	I48 (Vorhofflat/Flim)	98.155	M17 (Gonarthrose)	48.652
5.	I48 (Vorhofflat/Flim)	131.104	I20 (Angina pectoris)	87.181	I48 (Vorhofflat/Flim)	48.026
6.	I63 (Hirnfarkt)	129.775	K80 (Gallensteine)	86.404	I83 (Varizen)	45.308
7.	I20 (Angina pectoris)	116.848	I10 (Hypertonie)	86.175	I20 (Angina pectoris)	44.082
8.	I21 (Herzinfarkt)	115.283	J18 (Pneumonie)	85.924	I63 (Hirnfarkt)	43.493
9.	J18 (Pneumonie)	108.352	J44 (chron. obstr. Lungenerkr.)	84.139	M54 (Rückenschmerzen)	42.964
10.	I10 (Hypertonie)	107.786	M17 (Gonarthrose)	78.269	I25 (chron. isch. HK)	40.964
11.	K80 (Gallensteine)	102.196	S06 (intrakran. Verletzung)	75.323	M51 (Bandscheibe)	38.685
12.	I25 (chron. isch. HK)	89.415	C34 (Bronchial/Lungen-Ca)	75.254	M16 (Coxarthrose)	38.173
13.	J44 (chron. obstr. Lungenerkr.)	86.810	K40 (Leistenbruch)	73.023	I21 (Herzinfarkt)	35.875
14.	I70 (Atherosklerose)	83.155	I21 (Herzinfarkt)	71.623	S06 (intrakran. Verletzung)	35.714
15.	C34 (Bronchial/Lungen-Ca)	81.299	M54 (Rückenschmerzen)	70.042	C34 (Bronchial/Lungen-Ca)	35.314
16.	R55 (Ohnmacht)	79.879	I70 (Atherosklerose)	69.170	I10 (Hypertonie)	35.145
17.	S72 (OS-Bruch)	78.784	I63 (Hirnfarkt)	66.594	I70 (Atherosklerose)	34.225
18.	M54 (Rückenschmerzen)	77.945	M16 (Coxarthrose)	66.484	F33 (rez. Depression)	33.339
19.	E11 (Diabetes)	76.821	E11 (Diabetes)	63.432	K80 (Gallensteine)	32.576
20.	G40 (Epilepsie)	75.450	S72 (OS-Bruch)	62.598	J18 (Pneumonie)	32.556
Alle Fälle		9.296.561			6.571.056	3.171.516

Privatisierung: „Rosinenpicken“

Private behandelten 2012 **16,7 % aller Patienten**, aber

- **46,4% aller Varizen (Krampfadern-Erkrankungen),**
- **24,8% aller Gonarthrosen (Kniegelenksarthrosen),**
- **24,8% aller Bandscheibenschäden und**
- **23,7% aller Coxarthrosen (Hüftarthrosen).**

Privatisierung und Personaleinsparungen

**Belastungskennziffer
(Patienten pro Beschäftigter),
Allg. KHs nach Träger**

	2017	Diff. in %*
Personal Gesamt		
öffentlich	20,0	
FGN/Kirche	25,8	
privat	26,4	32,1
Ärzte		
öffentlich	107,9	
FGN/Kirche	142,3	
privat	136,0	26,0
Pflege		
öffentlich	60,1	
FGN/Kirche	66,5	
privat	67,2	11,8
Med. techn. Dienst		
öffentlich	105,8	
FGN/Kirche	181,1	
privat	189,8	79,3
Funktionsdienst		
öffentlich	166,5	
FGN/Kirche	196,2	
privat	178,5	7,2
Verwaltung		
öffentlich	270,1	
FGN/Kirche	361,4	
privat	397,4	47,1

* = Mehrbelastung in % öffentlich/privat

Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser, Fachserie 12
Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Privatisierung und Lohndumping

Kosten pro Beschäftigter nach Beschäftigtengruppe und Trägern 2017

	öffentlich	fgn/Kirche	privat	Diff. in Euro
Personalkosten insg.	71.987	72.926	69.725	2.262
Ärztlicher Dienst	124.895	130.832	131.492	-6.598
Pflegedienst	59.386	59.021	53.664	5.722
Medizinisch-technischer Dienst	59.663	57.178	52.974	6.688
Funktionsdienst	60.504	60.863	54.920	5.584
Klinisches Hauspersonal	38.768	35.706	31.128	7.641
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	44.497	42.707	37.875	6.622
Technischer Dienst	60.460	60.722	53.104	7.355
Verwaltungsdienst	64.668	61.708	59.778	4.890

- **275 Mio. € Kostenvorteil durch niedrigere Löhne bei Personalstand Private**
- **1,04 Mrd. € Kostenvorteil durch niedrigere Löhne bei Personalstand Öffentliche**

Gewinne auf Kosten der Sozialsysteme



Bewertung DRG-System

Probleme auch nach 15 Jahren DRGs

- Kompressionseffekt: leichte Fälle relativ gut bewertet
- Unterfinanzierung von Kliniken mit schweren Fällen
- Extremkostenfälle
- Kinderversorgung immer noch unterbezahlt (Kinderonkologie: Unterdeckung von bis zu 40 %) und Kurzliegerabzüge
- Palliativmedizin unterbezahlt (doppelte VWD, gleiche DRG)
- Schwerstbehinderte nicht abbildbar (Beispiel: Fallkosten 121.791 Euro, Erlös vor DRG: 65.546 Euro, DRG-Erlös: 35.951)
- Psych. Nebendiagnosen z.T. nicht abrechenbar
- Massive Kontrollen durch med. Dienst der Kassen (Reklamation von bis zu 30% der Fälle)

Fehlsteuerungen - 1

- Verweigerung eigentlich notwendiger Leistung wg. Kosten (keine Abklärung Begleiterkrankung außerhalb DRG, verspätete Wiederaufnahme wg. Fallzusammenführung)
- Unnötige Leistungen wg. höherem Ertrag (Hämorrhoiden, Kaiserschnitte, Appendektomien, Cholezystektomie, allg. bei Vergütungssprüngen)
- Fallzahlsteigerungen

Fehlsteuerungen - 2

- Selektion (positiv und negativ) (Gatekeeper)
- „Gesunder Fallmix“ (betriebswirtschaftlich)
- Upcoding: Patienten werden kränker gemacht
- Fallsplitting (Behandlung verschiedener Erkrankungen nicht in einem stationären Aufenthalt)
- Entlassung nach betriebswirtschaftlichen Kriterien und Überwälzung von Behandlung und Kosten auf andere Einrichtungen (Reha, ambulanter Bereich)

Ausdehnung Verwaltungstätigkeiten/Kontrolle/Konkurrenz

- Dokumentationspflichten für Ärzte und Pflege
 - Controllingabteilungen
 - Kostenstellenrechnung, Kostenträgerrechnung
 - Kaufmännische Betrachtung immer dominanter
-
- immer mehr Kontrolle und Konkurrenz für Beschäftigte
 - Spirale nach unten durch Benchmarking bundesweit und Abteilung gegen Abteilung
 - Jede erfolgreiche Einsparung verstärkt den Druck auf alle anderen

„Arzt schreibt die Rechnung“ (Sana-Manager)

- Erlös wird erheblich durch Kodierung beeinflusst
- Schere im Kopf bei teuren Behandlungen
- kaufmännisches statt medizinisch-pflegerisches Denken
(cash-cow und poor dog)
- Leistungsvergütung für Ärzte als finanzieller Anreiz
zu kaufmännischer Optimierung

„Belegungsmanagement“

- Patienten müssen möglichst zwischen der unteren Grenzverweildauer (uGV) und der mittleren Verweildauer (mVD) entlassen werden.
- Schwer Erkrankte werden vermehrt zu früh entlassen, weil das Krankenhaus bis zur oberen Grenzverweildauer (oGV) kein zusätzliches Geld erhält. Die tagesgleichen Vergütungen danach reichen bei Schwerkranken in der Regel nicht aus.
- Medizincontrolling beeinflusst den Behandlungsverlauf, um betriebswirtschaftliche Ziele des Krankenhausmanagements zu erreichen.

Risikoübergang von den Kassen auf das Krankenhaus

- bisher lag das Risiko des Krankheitsverlaufs bei den Kassen
 - jetzt liegt es zunehmend bei den Krankenhäusern
- Vorfinanzierung von Innovationen durch Krankenhäuser
 - Neuerungen gehen erst nach Jahren in die Kalkulation ein

Privatisierungstendenz

- Öffentliche Krankenhäuser werden ausgeblutet/verkauft
- Bundesweit agierende Klinikkonzerne erhöhen ihren „Marktanteil“
- Private sind Vorreiter der Ökonomisierung

Fallpauschalensystem - politische Ziele bei Einführung

- „Transparenz“ durch Leistungsdokumentation
- Leistungsorientierung: „Geld folgt Leistung“
- Qualitätswettbewerb und Effizienzwettbewerb
- Bettenabbau / Krankenhausschließungen („Überkapazitäten“)
- Bekämpfung der „Kostenexplosion“ in der stationären Versorgung

Wurden die politischen Ziele der DRG-Einführung erreicht?

Transparenz:

schon 2003 stellte das DKI fest, dass etwa 30 Prozent der ärztlichen Arbeitszeit für Dokumentation draufgeht. 2011 konstatiert die DKG, dass „*Dokumentationstiefe und -prüfung (...) in zunehmenden Bereichen völlig absurde Ausmaße*“ erreicht.

Leistungsorientierung:

Tatsächlich: Die Leistung folgt dem Geld. Kliniken machen sich gegenseitig Konkurrenz bei lukrativen Behandlungen (Gelenkersatz, Herzoperationen etc.), dadurch Verschärfung von Über-, Unter- und Fehlversorgung

Qualitäts- und Effizienzwettbewerb:

Tatsächlich: Kostensenkungswettbewerb insbesondere bei den Personalkosten. Betriebsintern können die finanziellen Mittel nach Belieben umgeschichtet werden. „*Personalstellen werden zu Baustellen*“. Qualität spielt nur unter Marketing-Gesichtspunkten eine Rolle.

Wurden die politischen Ziele der DRG-Einführung erreicht?

Bettenabbau/Krankenhausschließungen „Überkapazitäten“:

- 2000 – 2017: 411 Allg. Krankenhäuser geschlossen und 72.661 Betten abgebaut
- Gleichzeitig nahm die Fallzahl pro Bett um 36% zu
- Kriterium der Krankenhausschließungen ist die betriebswirtschaftliche Ertragslage, Gesichtspunkte der bedarfsgerechten Versorgung spielen dabei keine Rolle

Bekämpfung der „Kostenexplosion“ in der stationären Versorgung:

- In keinem 5-Jahreszeitraum sind die Krankenhauskosten stärker gestiegen als in der Zeit seit Einführung der DRGs.

Schlussfolgerungen - 1

**Bei finanzieller Steuerung (Fallpauschalen, DRGs)
handelt ökonomisch rational, wer**

- möglichst wenige Kosten pro Fall produziert (dann ist der Gewinn am höchsten)
- möglichst viele Fälle behandelt, bei denen ein Gewinn sicher ist
- möglichst vermeidet, Fälle zu behandeln, bei denen ein Verlust wahrscheinlich ist
- Leistungen erbringt, die für die DRG „erlösrelevant“ sind, auch wenn sie medizinisch nicht notwendig sind
- Patienten in der Dokumentation „möglichst krank macht“ (sog. Up-Coding)

Schlussfolgerungen - 2

- Finanzielle, marktwirtschaftliche Steuerung führt systematisch zu
 - Unterversorgung
 - Verschwendung / Überversorgung / Fehlversorgung
 - Patientenselektion
 - Ausdifferenzierung des Angebots
(= Klassenmedizin)

Schlussfolgerungen - 3

- Finanzielle Steuerung macht fest an kauffähiger Nachfrage
- Bedarf stimmt damit nicht überein
- Sozial schlechter Gestellte sind kränker, haben also höheren Bedarf, aber keine „Marktmacht“
- Vertrauen geht verloren
- Gesundheit wird zur Ware
- Sozialsysteme als Einrichtungen der Daseinsvorsorge werden systematisch ausgehöhlt

**Alternativen
und
Forderungen
des Bündnisses
„Krankenhaus statt Fabrik“**

Alternativen - 1

- **Steuerung der Solidarsysteme über Regelungen, Vorgaben, Aushandlungsprozesse**
 - Regionale Ermittlung des Bedarfs (Kommunen, Kassen, Leistungserbringer, Gewerkschaften, Patientenvertretung)
 - Festlegung der notwendigen Versorgungseinrichtungen, Zulassung und Qualitätskontrolle
 - Zuweisung der notwendigen Mittel

Alternativen - 2

- **Trennung der Leistungserbringung von der Bezahlung der Leistungserbringer**
 - Vergütung der notwendigen und wirtschaftlich erbrachten Kosten der Krankenhäuser
 - Verbot von Bonuszahlungen an leitende Ärzte/Ärztinnen für die Erfüllung betriebswirtschaftlicher Ziele
 - Festgehalt auch für niedergelassene Ärzte/Ärztinnen

Minimalforderungen zu DRGs:

- **Wiedereinführung von Elementen der Selbstkostendeckung**
 - Zuschläge für Maximalversorgung, Ausbildung usw.
 - Betriebswirtschaftlich auskömmliche Sicherstellungszuschläge für bedarfsnotwendige Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung in ländlichen Regionen
 - Finanzierung von best. Kosten außerhalb DRGs (Extremkostenfälle)
 - „Scala mobile“ für Preissteigerungen und Tariferhöhungen
 - Finanzierung für Vorhaltung von Behandlungskapazitäten für Notfälle und Katastrophensituationen (personelle und räumliche Ressourcen)

Minimalforderungen zu DRGs:

- **Personalbedarfsberechnung und Anhaltzahlen als Gegensteuerung und als Grundlage für Kalkulation**
- **Einhaltung Steuerungs Dreieck**
 - abgeforderte Leistung
 - Notwendige Personalressource
 - Zur Verfügung gestelltes Geld

Forderungen unseres Bündnisses

- Krankenhäuser müssen wieder Einrichtungen der öffentlichen Daseinsfürsorge werden
- Verbot der Gewinnerzielung des Krankenhausbetriebes
- Finanzierung der für die Behandlung erforderlichen Personal- und Sachkosten mit dem Gebot der Sparsamkeit (Wirtschaftlichkeitsprüfung)
- Gesetzliche Festsetzung der Personalbemessung im Krankenhaus für alle Berufsgruppen
- Planung des Bedarfes und der Ausstattung der Krankenhäuser durch Länder, Kommunen und betroffene gesellschaftliche Gruppierungen nach den Regeln der demokratischen Beteiligung und Kontrolle
- Gesetzliche Garantie für die vollständige Übernahme der Investitionskosten der im Landeskrankenhausplan genehmigten Krankenhäuser durch die Länder