



# Krankenhäuser im zweiten Pandemiejahr



# Pressekonferenz der Deutschen Krankenhausgesellschaft

## Krankenhäuser im zweiten Pandemiejahr

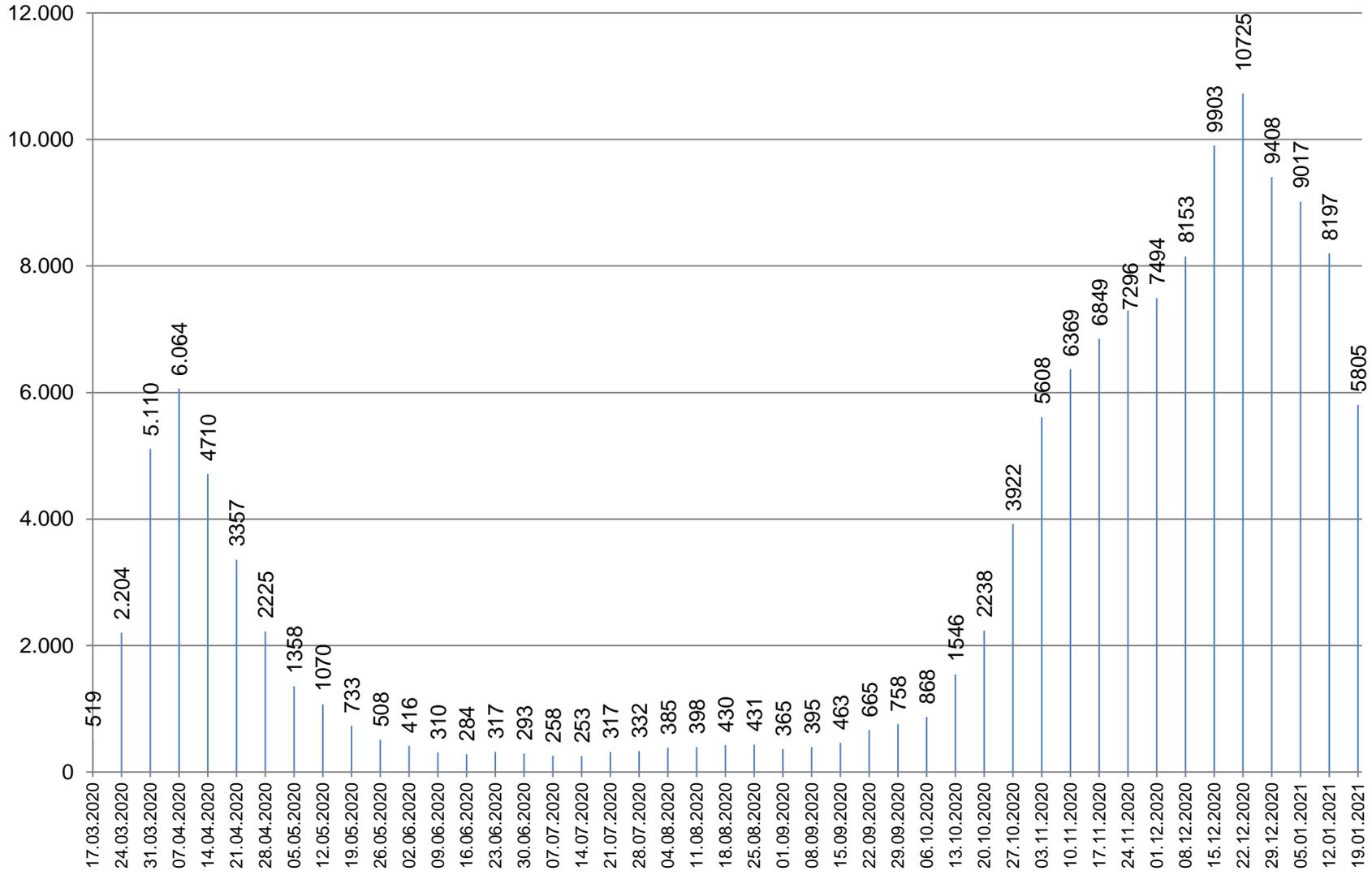
Georg Baum

Hauptgeschäftsführer der DKG

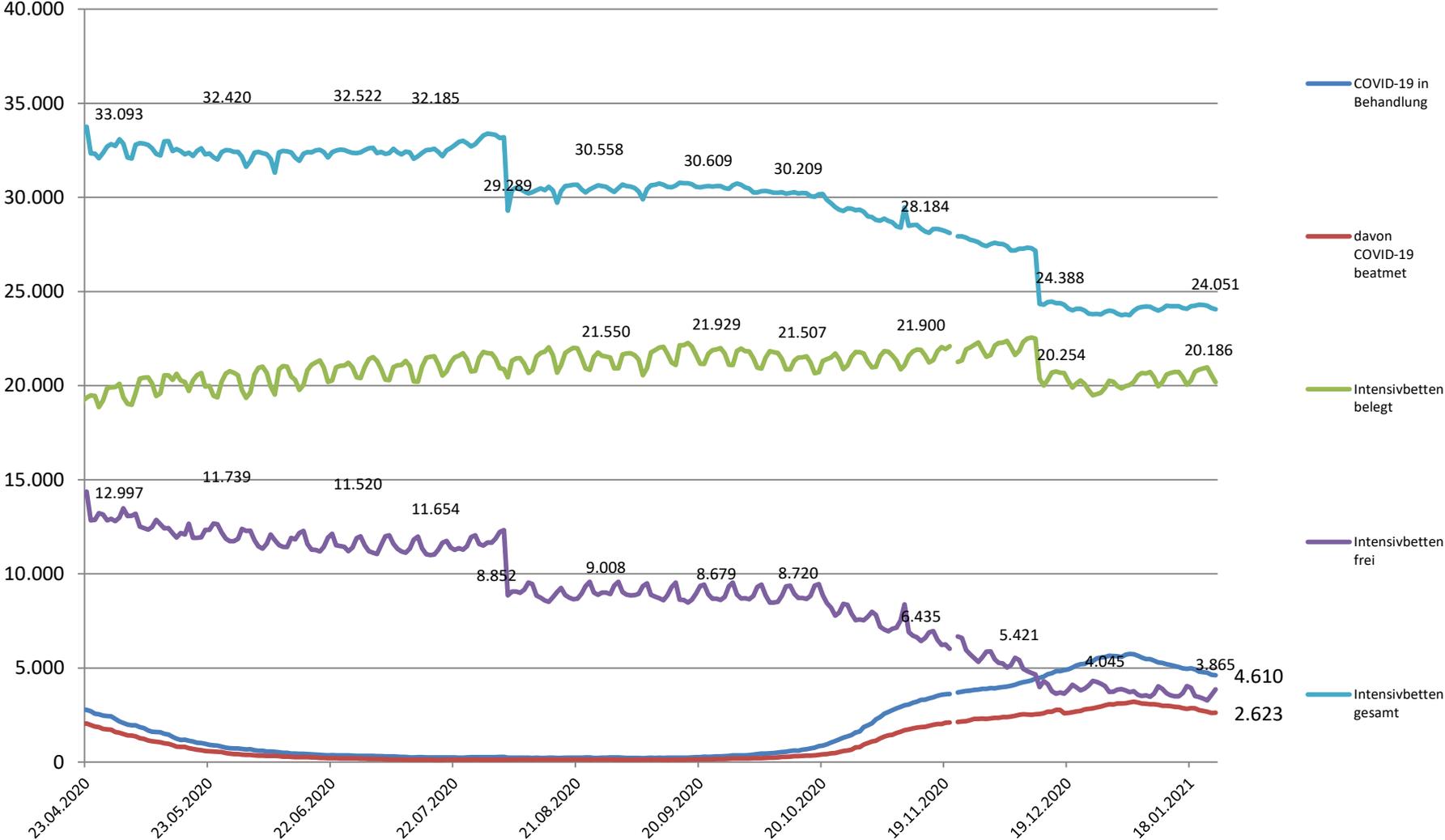
Dr. Gerald Gaß

DKG

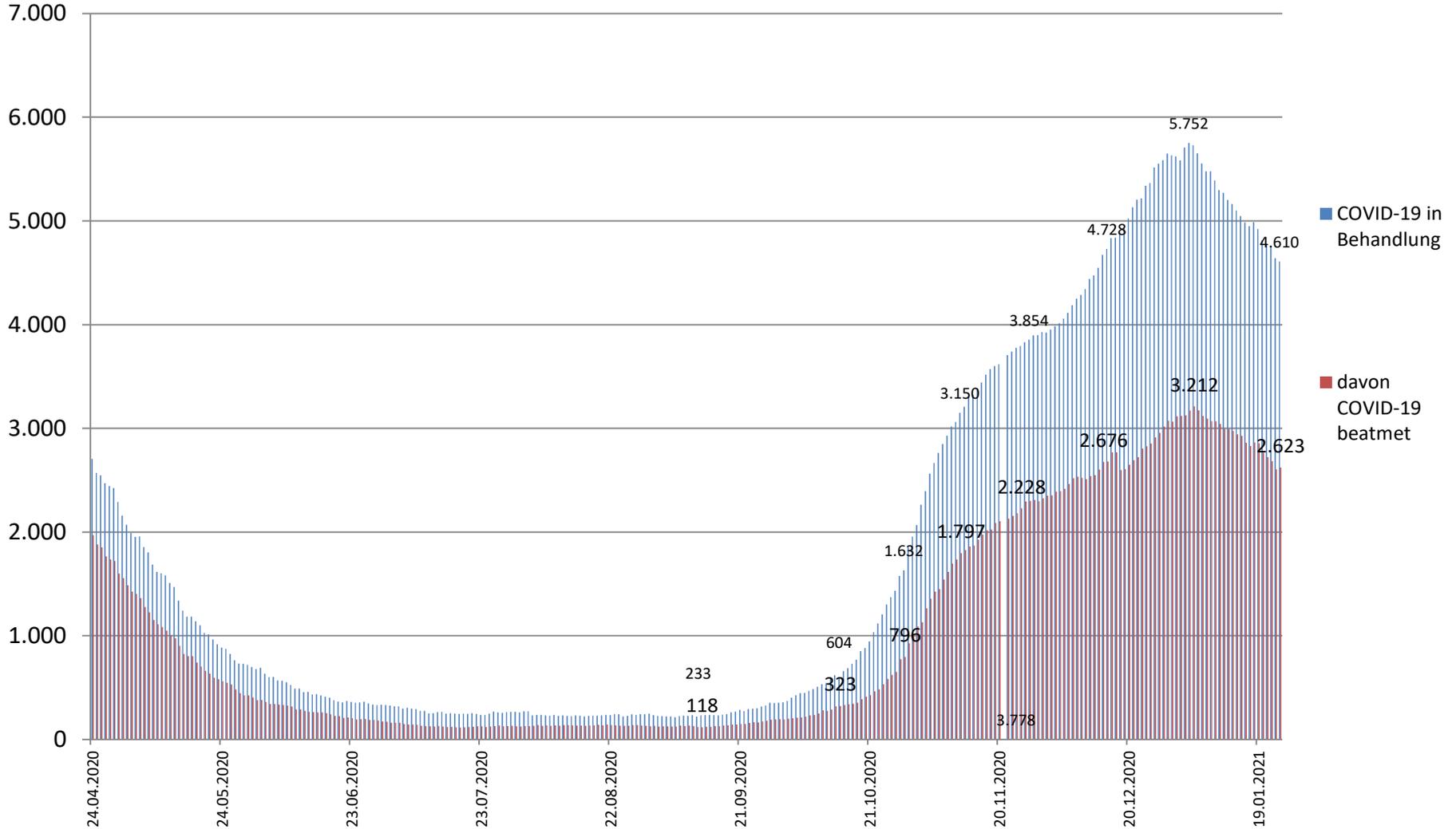
# Neu aufgenommene stationäre COVID-19-Patienten (Vorwoche)



# DIVI-Intensivregister



# COVID-19-Intensivpatienten, davon Beatmungspatienten



- Seit 10. März 2020: rund 150.000 COVID-Patienten in Krankenhäusern
- Rund 28.000 Intensivpatienten
- aktuell rund 4.600 Intensivpatienten
- **Höchststand Intensivpatienten 1. Welle**
  - 21. April 2020 – **2.845** davon 2.052 beatmet
- **Höchststand Intensivpatienten 2. Welle**
  - 4. Januar 2021 – **5.781** davon 3.191 beatmet
- Hospitalisierungsquote liegt bei rund 7 Prozent der erfassten Infizierten
- **Lockdown hat gewirkt**
- Aktuell rund 100.000 weniger aktiv Infizierte als Mitte Dezember, fast zwanzig Prozent weniger Belegung auf Intensivstation

**1.300** Krankenhäuser melden ihre COVID-Versorgung im DIVI-Register.

**Ein Drittel** der im Intensivregister meldenden Standorte **sind Schwerpunkt- und Maximalversorger.**

**Zwei Drittel** der im Intensivregister meldenden Standorte **sind Grund- und Regelversorgungskliniken.** Diese Krankenhäuser behandeln 40 Prozent der COVID-Intensivpatienten, darunter 37 Prozent der COVID-Beatmungspatienten.

**Auch die psychiatrischen Kliniken** betreiben Infektionsstationen mit COVID-Patienten. Sie werden im DIVI-Register nicht erfasst.

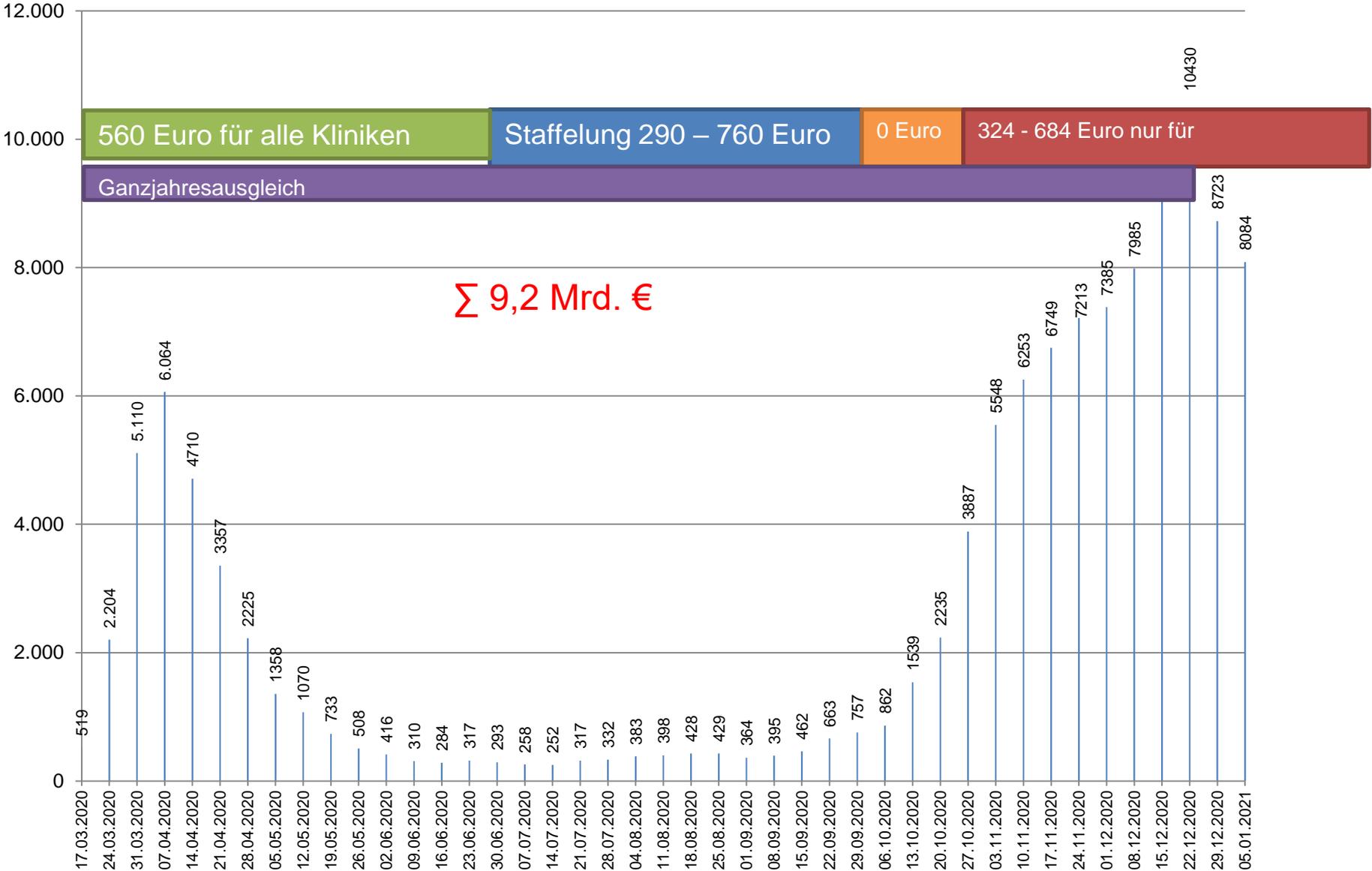


Der überwiegende Teil der Kliniken war in die COVID Versorgung direkt mit einbezogen.

## Ursachen für Leistungs- und Erlösausfälle

- Freihaltung von Intensivkapazitäten durch Vorgaben in den Rechtsverordnungen der Länder
- Personalausfälle durch Erkrankungen oder Corona-Quarantäne
- Konzentration des Personals auf die Versorgung von COVID-Patienten sowohl auf Intensiv- als auch auf Normalstation
- Kapazitätsbeschränkung aufgrund von Infektionsschutzmaßnahmen
- Zurückhaltung der Patienten bei planbaren Leistungen

# Die vier Phasen des Rettungsschirms





# Dr. Gerald Gaß

DKG

# Die Kliniken sind keine „Gewinner“ der Pandemie

Belegungsrückgänge im DRG System	-7,5 Milliarden Euro
Erlösausfälle in der Psychiatrie	-1,0 Milliarden Euro
Erlösausfälle im ambulanten und Wahlleistungsbereich ca.	-1,0 Milliarden Euro
Summe	<u>-9,5 Milliarden Euro</u>

Ausgleich des Erlösverlust „Freihaltepauschalen“ 9,7 Milliarden Euro

---

Mehrkosten für Infektionsschutz	ca.	-1,2 Milliarden Euro
Fallzuschlag für Mehraufwand Material PSA (50/100 €)	ca.	0,7 Milliarden Euro
„unkalkulierter“ Mehraufwand bei der Behandlung von COVID-Patienten	ca.	??? Milliarden Euro

**Gesamtbilanz 2020 bestenfalls +/- 0**

# Die Leistungen der Krankenhäuser – eine gesamtwirtschaftliche Betrachtung

- Insgesamt stemmen Krankenhäuser die Pandemie kostenneutral oder extrem kostengünstig für Beitrags- und Steuerzahler.
- Die Lage 2020 war für die Krankenhäuser sehr unterschiedlich.
- Fast 50 Prozent Krankenhäuser erwarten trotz Rettungsschirm 2020 ein Defizit (KH Barometer 2020).
- In jeder Phase der Pandemie waren die Krankenhäuser in der Lage den Schutz der Bevölkerung zu gewährleisten.
- Die deutschen Lockdown-Phasen konnten deshalb weniger scharf und deutlich kürzer sein als in den anderen großen europäischen Volkswirtschaften.
- Jede Woche Lockdown kostet nach Angaben dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) beim Bruttoinlandsprodukt (BIP) rund 3,5 Milliarden Euro oder vier Zehntel des Quartals-BIP.

# Der aktuelle Rettungsschirm schützt nur wenige Krankenhäuser

Seit Oktober halten die Kliniken die 2. Welle der Pandemie. Die Zahl der COVID-Patienten ist fast doppelt so hoch und die Krankenhäuser stehen über Monate in Dauerbelastung.

Aber nur maximal 50 Prozent der Krankenhäuser haben in der 2. Welle Anspruch auf Ausgleichzahlungen.

- Kliniken ohne stationäre Notfallstufe erhalten 0 Euro
- Psychiatrische Kliniken erhalten 0 Euro
- Kliniken der Notfallstufe 1 nur im Ausnahmefall
- Kliniken der Notfallstufe 2 und 3 erhalten nur Zahlungen bei sehr hoher Auslastung der regionalen Intensivkapazitäten und hohen Inzidenzen

**100 Prozent der Kliniken haben Erlösausfälle und Mehrkosten, aber nur maximal 50 Prozent erhalten Hilfe. Seit dem 1. Januar 2021 haben wir keinen intakten Rettungsschirm mehr.**

## Liquiditätssicherung, Mindererlösausgleich und Mehrkostenerstattung

Erlösausfälle im Regelsystem und Mehrkosten der COVID-Pandemie dürfen die Krankenhäuser nicht in die Insolvenz treiben.

### Wir fordern zunächst befristet bis Mitte 2021:

1. Eine **sofortige Liquiditätshilfe** für alle Krankenhäuser zum Ausgleich der pandemiebedingten Mindererlöse (Referenzjahr 2019) finanziert durch die Einsparungen der Krankenkassen (gestufte Zahlungen 261 - 684 Euro).
2. Einen ausreichenden **Mehrkostenzuschlag**.
3. Die Fortsetzung der **Mindestvergütung der Pflege pro Belegungstag** bei 185 Euro.
4. Alle Krankenhäuser verpflichten sich zum **Ganzjahresausgleich**.

## Liquiditätssicherung, Mindererlösausgleich und Mehrkostenerstattung

### Notwendige Ergänzungen:

1. Das Aussetzen der Pflegepersonaluntergrenzen im Pandemiejahr 2021.
2. Zur Reduzierung der bürokratischen Lasten muss die Prüfquote des Medizinischen Dienstes auch für das Jahr 2021 auf maximal 5 Prozent beschränkt werden.
3. Das 5-Tage-Zahlungsziel der Krankenkassen für die Begleichung von Krankenhausrechnungen ist dauerhaft beizubehalten.

**Wir brauchen wieder einen Rettungsschirm, der seinen Namen verdient.**

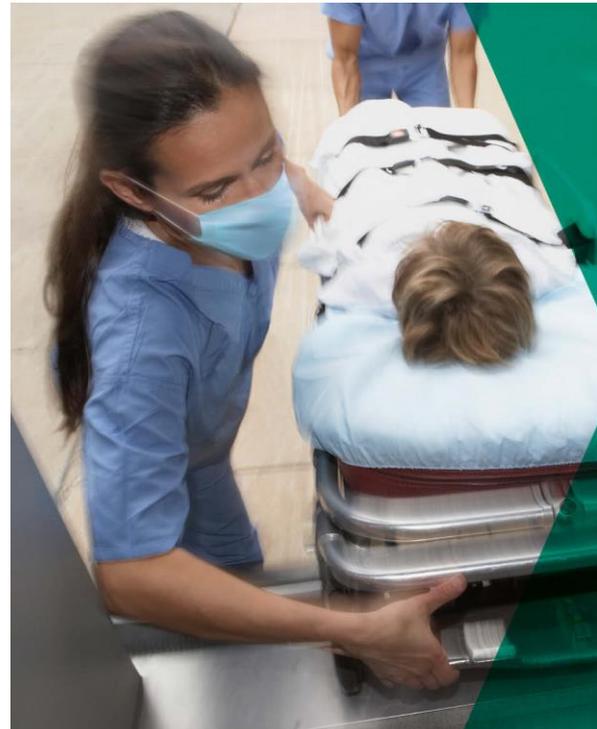
***„Die Bundesregierung wird durch gesetzliche Maßnahmen zügig sicherstellen, dass die daraus (Pandemie) entstehenden wirtschaftlichen Folgen für die Krankenhäuser ausgeglichen werden und kein Krankenhaus dadurch ins Defizit kommt.“*** Bundesminister Jens Spahn im März 2020.

Die deutschen Kliniken haben die Pandemie bisher hervorragend bewältigt und den Schutz der Bevölkerung gewährleistet. Der volkswirtschaftliche Schaden der Pandemie ist in Deutschland wesentlich geringer als in anderen europäischen Ländern.

Das gestufte System aus Kliniken der Grundversorgung, Schwerpunkt- und Maximalversorgung hat sich bewährt und darf nicht aufgegeben werden.

Die Bundesländer müssen durch aktive Krankenhausplanung die Versorgung sektorübergreifend gestalten.

Der kalte Strukturwandel muss durch verantwortlich handelnde Politik ersetzt werden.



**FA+R**

**Diskutieren,  
entscheiden,  
handeln.**

Gemeinsam für  
eine verlässliche  
Krankenhaus-  
versorgung überall  
und zu jeder Zeit.

DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT   
www.dkgev.de

Als gewaltiges Problem hat sich das rein leistungsbezogene Finanzierungssystem der Krankenhäuser im zurückliegenden Jahr erwiesen.

Durch die gesunkenen Fallzahlen in der Regelversorgung konnten die Betriebs- und Personalkosten der Kliniken nicht mehr erwirtschaftet werden.

Neue Instrumente müssen die Erlöslage der Krankenhäuser bei schwankenden Fallzahlen stabilisieren und eine Basisfinanzierung für Vorhaltekostenkosten wie 24/7 Bereitschaft und die Notfallversorgung absichern.

Die Finanzierung muss zukünftig Anreize zur ambulanten Versorgung bieten und stärker die Kooperation der Kliniken statt den Wettbewerb fördern.



# Konsequenzen aus der Pandemie - Digitalisierung

Die Zusammenarbeit und der Austausch der Kliniken untereinander und mit den Partnern in der Pandemie war ein analog/digitaler Kraftakt ohne den die Versorgung nicht gelungen wäre.

Aber es hat sich gezeigt, die Kliniken haben die Potenziale der Digitalisierung bisher nicht ausschöpfen können. Es fehlt seit Jahren eine gesicherte und ausreichende Investitionsfinanzierung.

Das *Krankenhauszukunftsgesetz* kann einen enormen Schub verleihen, der aber durch Investitionsmittel der Länder verstetigt werden muss.

Wir brauchen eine verlässliche und ausreichende Investitionsförderung.



**FA+R**  
Diskutieren,  
entscheiden,  
handeln.  
Gemeinsam für  
eine moderne digitale  
Infrastruktur in unseren  
Krankenhäusern.

DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT   
[www.dkgev.de](http://www.dkgev.de)

Der Fachkräftemangel in der Pflege ist in der Pandemie als der zentrale Engpass deutlich geworden. An vielen Standorten muss deshalb die Regelversorgung zusätzlich deutlich eingeschränkt werden.

Die Pflege braucht klare politische Signale und Unterstützung, um eine Trendumkehr zu erreichen.

Noch vor der Bundestagswahl muss der Gesetzgeber aktiv werden und Standards für die Personalbemessung im Krankenhaus festlegen.

ver.di, der Deutscher Pflegerat und die DKG haben dazu notwendige Vorarbeiten geleistet.





# FA<sup>+</sup>R

**Diskutieren,  
entscheiden,  
handeln.**

Gemeinsam für unsere  
Krankenhäuser, damit  
sie auch in Zukunft ihr  
Bestes für uns alle  
geben können.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!