

Schriftliche Stellungnahme

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen
(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)



*Das Bündnis Klinikrettung entstand im Jahr 2020 auf Initiative von Krankenhausbeschäftigten und aktiven Bürger*innen aus ganz Deutschland. Rund 20 Vereine und Initiativen versammeln sich unter seinem Dach. Das Bündnis Klinikrettung klärt über die verheerenden Folgen des grassierenden Krankenhauskahlschlags für die betroffenen Kommunen auf und setzt sich für den flächendeckenden Erhalt und Wiederaufbau der stationären klinischen Versorgung in Deutschland ein. Nicht zuletzt angesichts der Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie ist das Bündnis überzeugt, dass die aktuelle Anzahl an Krankenhausbetten auf keinen Fall weiter reduziert werden darf.*

Das Bündnis Klinikrettung begrüßt das Bestreben der Bundesregierung, eine Krankenhausreform umzusetzen. Denn die Lage der Krankenhausversorgung ist von Unter- und Fehlfinanzierung, einer gravierenden Personalnot und immer mehr Versorgungsengpässen geprägt. Das bereits verabschiedete Krankenhaustransparenzgesetz und das aktuell zur Debatte stehende Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz werden die Lage jedoch verschlimmern. Denn Teil der Reform sind weitere Schließungen, insbesondere von Krankenhäusern der Allgemeinversorgung in ländlichen Regionen. Gesundheitsminister Lauterbach hat seine Schließungsabsichten sehr deutlich gemacht: „Wir haben derzeit 1.720 Krankenhäuser. Dafür haben wir weder den medizinischen Bedarf noch das Personal oder die finanziellen Mittel.“¹ Entgegen weit verbreiteter Mythen leisten die kleinen Allgemeinkrankenhäuser eine qualitativ hochwertige und für die örtliche Bevölkerung unverzichtbare Versorgung.² Es herrscht nicht etwa Überversorgung, sondern vielerorts Unterversorgung³ und flächendeckend eine Überlastung der Beschäftigten. Die Notwendigkeit eines Bettenabbaus wird häufig mit einer zu geringen Bettenauslastung der vorhandenen Kapazitäten begründet. Diese Analyse ist allerdings sehr oberflächlich. Die aktuelle Bettenauslastung ist verursacht durch das Fallpauschalensystem, in dem Aufnahme- und Entlassungstag als ein Tag in

1 Bundesgesundheitsministerium, Lauterbach: „Wir werden alle Krankenhäuser retten, die wir benötigen.“, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/interviews/interview/main-echo-060424.html>

2 „Worüber wir reden, wenn wir über die Qualität der Krankenhausversorgung reden“, Interview mit Bernd Hontschik, <https://www.gemeingut.org/worueber-wir-reden-wenn-wir-ueber-die-qualitaet-der-krankenhausversorgung-reden/>

3 Aktionsgruppe 'Schluss mit Kliniksterben in Bayern' sieht dramatische Entwicklung bei den Klinikinsolvenzen, <https://medinfoweb.de/detail.html/aktionsgruppe-schluss-mit-kliniksterben-in-bayern-sieht-dramatische-entwicklung-bei-den-klinikinsolvenzen.88833>

die Statistik eingehen, sowie durch notwendige Einschränkungen der Bettenbelegung aufgrund eklatanter Personalengpässe, die vorübergehende Bettensperrungen unausweichlich machen. Bettenabbau und Krankenhausschließungen sind ein gesundheitspolitischer Irrweg. Daher lehnt das Bündnis die Krankenhausreform in der vorgesehenen Form ab. Eine Reform der Krankenhausstruktur und -finanzierung muss eine flächendeckend innerhalb von 30 Fahrminuten erreichbare, bedarfsgerechte und gemeinwohlorientierte Gesundheitsversorgung mit kommunalen Krankenhäusern gewährleisten.

Die deutsche Krankenhauslandschaft: Ausgangslage

Die Krankenhausreform kommt zu einem Zeitpunkt, an dem die Krankenhäuser und damit die Gesundheitsversorgung in Deutschland bereits in akuter Gefahr sind. Fehlanreize durch die DRG-Fallpauschalen-, die systematische Unterfinanzierung des Krankenhaussektors sowie der über Jahre aufgebaute Investitionsstau bewirken flächendeckend Versorgungsengpässe und Überlastung. Patient*innen werden dadurch nicht oder nicht rechtzeitig behandelt, das Personal leidet unter chronischer Überarbeitung. Die prekäre finanzielle Lage der Krankenhäuser hat sich mittlerweile durch Preis- und Zinssteigerungen so dramatisch verschlechtert, dass aktuell eine Pleitewelle über die deutsche Krankenhauslandschaft rollt.

Das DRG-System bedroht vor allem die Grundversorgung: (Kleinere) Allgemeinkrankenhäuser, Geburtshilfe und Kinderkliniken rechnen sich innerhalb des bestehenden Finanzierungsmodells nicht und müssen deshalb schließen. Andererseits besteht Überversorgung in den lukrativen Fachbereichen. So stieg beispielsweise die Zahl der orthopädischen Behandlungen seit 2005 um 54 Prozent.⁴ Überwiegend private Fachkliniken treiben diese Entwicklung voran und untergraben damit auch die fachübergreifende stationäre Versorgung. Ihnen fehlt insbesondere die dringend benötigte klinische Notfallversorgung für eskalierende Krankheitsverläufe.

Seit 1991 wurden fast 550 Krankenhäuser geschlossen.⁵ Im letzten Jahr erreichten die Schließungen die Rekordzahl von 24, aktuell sind rund 100 Krankenhäuser von Schließung bedroht. Die Zahl der Kreißsäle hat sich in den letzten 30 Jahren fast halbiert.⁶ Zu Kinderkliniken schrieb die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung schon in ihrer ersten Stellungnahme im Juli 2022: „Mit den genannten 334 Standorten hat die Pädiatrie ein Konzentrationsniveau erreicht, das

4 Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Klaus Ernst, Harald Weinberg, Kathrin Vogler, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 17/14451 und Daten aus „Implantationen künstlicher Kniegelenke in deutschen Krankenhäusern nach Alter 2022“, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/785126/umfrage/implantationen-kuenstlicher-kniegelenke-in-deutschen-krankenhaeusern-nach-alter/>

5 Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2022, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611227005.xlsx?__blob=publicationFile, sowie für 2023 die Recherchen des Bündnis Klinikrettung.

weit über das in der Erwachsenenmedizin hinausgeht.“⁷ Es ist absehbar, dass im Zuge der Reform die Kapazitäten hier weiter abgebaut werden, trotz der versprochenen Zuschläge für diese medizinischen Bereiche. Eine von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) beauftragte Auswirkungsanalyse zeigt auf, dass nach der Reform noch 227 Standorte mit Geburtshilfe verbleiben würden⁸, also lediglich 12 Prozent. In den geplanten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, in die ungefähr ein Fünftel oder rund 360 der Häuser umgewandelt werden sollen, wird es weder Kreißsäle noch Kinderkliniken geben, ebenso wenig wie eine klinische Notfallversorgung.

Die kontinuierliche Ausdünnung der Krankenhauslandschaft geht einher mit der Privatisierung des Krankenhaussektors. So ist die Zahl der Krankenhäuser, die von privaten Trägern betrieben werden, gestiegen, während die Zahl der Krankenhäuser in öffentlicher oder freigemeinnütziger Hand abgenommen hat. Schon im Jahr 2022 befand sich mit 40 Prozent der größte Teil der Krankenhäuser in privater Hand, im Vergleich zu 28,5 Prozent in öffentlicher Hand und 31,5 Prozent in freigemeinnütziger Trägerschaft. Die öffentlichen Kliniken stellen allerdings nach wie vor die meisten Betten zur Verfügung – fast 50 Prozent –, während die privaten Träger, obwohl sie in der Mehrzahl sind, die wenigsten Betten anbieten.

Die Auswirkungen des geplanten Gesetzes

Das sogenannte Krankenhausverbesserungsgesetz setzt dem Krankenhaussterben nichts entgegen. Im Gegenteil, mit diesem Gesetz strebt das Bundesgesundheitsministerium eine starke Verringerung der Zahl der Krankenhäuser an. Damit wird der bestehende Kahlschlag systematisiert, und zwar auf folgende Weise:

1. Mit der Herabstufung zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (Level 1i) werden rund 350 Krankenhäuser als Häuser durchgehender stationärer Versorgung und Notfallversorgung nicht mehr existieren.⁹
2. Zahlreiche weitere Kliniken werden durch die Verteilung beziehungsweise den Entzug der Leistungsgruppen ihre Abteilungen abbauen und sukzessive schließen müssen.

6 Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. N 009 vom 15. Februar 2023, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/02/PD23_N009_231.html

7 „Erste Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe“

8 Dr. Eberhard Hansis und Dr. Hannes Dahnke, vebeto GmbH: Auswirkungsanalyse im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. zur 3. Stellungnahme der Regierungskommission bzgl. einer Reform der Krankenhausvergütung, https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/Kurzversion_DKG_Auswirkungsanalyse_Basiszenario_von_Vebeto_und_hcb.pdf

9 „Krankenhausreform: Rund 350 Kliniken könnten dem Level 1i zugeordnet werden“, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/143653/Krankenhausreform-Rund-350-Kliniken-koennten-dem-Level-1i-zugeordnet-werden>

3. Die Vorhaltepauschalen werden genauso wie die bisherigen DRG-Fallpauschalen in zahlreichen Kliniken keine Kostendeckung gewährleisten und so zu weiteren Insolvenzen führen. Die aktuell unzureichende Krankenhausvergütung wird lediglich umverteilt, nicht erhöht.

Der Gesetzesentwurf greift das Ziel auf, die Zahl der Krankenhäuser drastisch zu verringern. Seit mindestens zehn Jahren wird dies von Karl Lauterbach mit den immergleichen Argumenten beworben. Angeblich verbessert Zentralisierung die Qualität und soll auch den Personalmangel beheben. Aus dem Blickwinkel eines Gesundheitsökonomen bedeuten Krankenhausschließungen finanzielle Einsparungen und Entlastungen der Krankenkassen und der öffentlichen Haushalte, darunter auch der Haushalte der Bundesländer. Aus der Sicht einer Gesellschaft, die auf die Krankenhausversorgung als Daseinsvorsorge angewiesen ist und dafür Steuern und Krankenkassenbeiträge zahlt, ist der mit dem Gesetz eintretende Krankenhauskahlschlag eine Missachtung ihrer Grundrechte. Zudem greift die Sichtweise der Gesundheitsökonomie selbst nach ökonomischen Kriterien zu kurz. Denn das DRG-Fallpauschalenfinanzierung führt zu einer Explosion der Kosten für Bürokratie – die Gelder fließen also nicht in die Versorgung von Patient*innen, sondern in überbordende Verwaltungsarbeit. Auch überhöhte Renditeerwartungen von privaten Krankenhauskonzernen bedeuten im gegenwärtigen System, dass öffentliche Gelder nicht in Gesundheit, sondern in private Profite fließen.

Eine Reform der Krankenhausfinanzierung und -struktur ist notwendig, aber die aktuellen Gesetzesentwürfe des Bundesgesundheitsministeriums beheben die Ursachen der Missstände im Krankenhauswesen in keiner Weise. Dafür müsste die geplante Reform eine kostendeckende Finanzierung sicherstellen, statt weiter auf Wettbewerb und Leistungsdruck zu setzen. Und sie müsste sich mit den Themen Renditebeschränkung und Wiedereinführung der Gemeinnützigkeit im Krankenhausbereich befassen. Die Krankenhausreform von 1985, im Rahmen derer die Erlaubnis eingeführt wurde, mit dem Betrieb von Krankenhäusern Gewinne zu erwirtschaften, und die Einführung des DRG-Systems im Jahr 2003 sind aus heutiger Sicht klare Fehlentscheidungen, die zurückgenommen werden müssen.

Die sogenannte Vorhaltevergütung und das System der Leistungsgruppen

Die Bezeichnung Vorhaltevergütung verspricht, dass Krankenhäusern diejenigen Kosten finanziert werden, die ihnen unabhängig von der Anzahl getätigter Behandlungen für das Vorhalten von Personal und Ausstattung entstehen. Die Einführung der Vorhaltevergütung wird im Gesetzesentwurf damit begründet, dass diese Kosten innerhalb des DRG-Systems, das ausschließlich Fälle vergütet, nicht angemessen berücksichtigt werden. Ein weiteres Ziel der Vorhaltevergütung ist die Senkung des Anreizes zur medizinisch nicht notwendigen Mengensteigerung, einem der vielen Fehlansätze des DRG-Systems.

Die Ausgestaltung der Vorhaltevergütung im vorliegenden Gesetzesentwurf gewährleistet jedoch keine kostendeckende Finanzierung von Vorhaltekosten. Tatsächlich ist es irreführend, dieses Pauschalensystem als Vorhaltevergütung zu bezeichnen. Treffender ist der Begriff Leistungsgruppen-Budgets, wie ihn die beiden Mitglieder der Regierungskommission Boris Augurzky und Reinhard Busse auch verschiedentlich verwenden.

Das Leistungsgruppen-Budget beziehungsweise die Vorhaltevergütung wird, so der Gesetzesvorschlag, für jedes Bundesland ermittelt. Sein Volumen ist limitiert und nicht kostendeckend. Es beträgt insgesamt bis zu 60 Prozent des Erlösvolumens aus allen DRGs, kurz gesagt: Es ist insgesamt gedeckelt, also ein Festbudget. Dieses wird auf die einzelnen Leistungsgruppen aufgeteilt. Für jede Leistungsgruppe steht also pro Bundesland ein bestimmtes, gedeckeltes Budget zur Verfügung, das auf die Krankenhäuser aufgeteilt wird, welche die entsprechende Leistungsgruppe anbieten. Es handelt sich hierbei um einen klassischen Fall der Kostensteuerung. Das Budget ist vorab festgelegt und ergibt sich nicht aus den Bedarfen. Seine Festlegung geschieht auf der Grundlage der DRG-Fallpauschalen, genau der Finanzierungsweise, von der seit Jahren bekannt ist, dass sie medizinische Bedarfe nur unzureichend vergütet, insbesondere die Grundversorgung.

Folgende Punkte kritisiert das Bündnis Klinikrettung an der geplanten Vorhaltevergütung:

- Anhand rigider Strukturkriterien, zum Beispiel Mengenvorgaben, sollen den Krankenhäusern bestimmte Behandlungen entzogen werden. Aber Mengen sind kein Kriterium für Qualität. Will man die Qualität von Krankenhäusern steigern, muss man das Personal gut ausbilden und entlasten, die Kliniken finanziell und von der Ausstattung her ertüchtigen, und es müssen Bedingungen geschaffen werden, dass die Kliniken bedarfs- und nicht profitorientiert arbeiten können.
- In ihrer aktuellen Ausgestaltung dienen die Leistungsgruppen als Schließungsinstrument. Denn je weniger Krankenhäuser eine Leistungsgruppe anbieten, desto mehr Geld gibt es über die Vorhaltepauschalen pro Leistungsgruppe für die verbleibenden Krankenhäuser. Die Bundesländer können sich in ihrer Krankenhausplanung also zwischen Pest und Cholera entscheiden: Verteilen sie die Leistungsgruppen auf möglichst wenige Häuser, müssen die anderen schließen oder ihr Behandlungsangebot einschränken. Verteilen sie die Leistungsgruppen wiederum an viele Krankenhäuser, gibt es pro Haus zu wenig Geld – auch so sind Schließungen vorprogrammiert. Die Rede von der Qualitätssteigerung durch Leistungsgruppen ist daher bloß ein weiterer Euphemismus für Krankenhauskahlschlag.
- Um medizinische Versorgung, strukturiert nach Leistungsgruppen, anbieten zu können, müssen die Krankenhäuser bestimmte Qualitätskriterien erfüllen. Um diese Qualitätskriterien zu erfassen, werden komplexe und technisch an-

spruchsvolle Verfahren entwickelt. Das Bündnis Klinikrettung sieht darin nicht nur eine Erhöhung des bürokratischen Aufwands für die Krankenhäuser, sondern auch die Tendenz, dass vor allem große Klinikketten in der Lage sein werden, solch ein Messsystem zu managen. Die kleineren Kliniken werden die Erfordernisse an benötigter Technik und personellem Aufwand nicht so einfach stemmen können. In Folge wird ihnen die Qualität abgesprochen, ihnen werden die Leistungsgruppen abgezogen, und das Krankenhaus wird teilweise oder vollständig schließen. Große Kliniken hingegen können ganze Abteilungen für Qualitätsmanagement aufbauen und werden die Gewinner der Reform sein.

Die durch Leistungsgruppen gesteuerte Krankenhausschließungen erleben bereits viele Krankenhäuser in der Schweiz, wo mit der Einführung der Leistungsgruppen 2011 begonnen wurde. Die Erfahrungen belegen eine enorme Unsicherheit bei Patient*innen- und Personalplanung sowie jahrelange Gerichtsverfahren, die bei jeder turnusmäßigen Leistungsgruppenaufteilung erneut im Raum stehen.

Die Folgen der Reform für die Gesundheitsversorgung

In der Debatte um den Gesetzesentwurf verspricht das Bundesgesundheitsministerium der Bevölkerung, dass die geschlossenen Krankenhäuser ersetzt werden, und sichert sogar zu, dass die Qualität der medizinischen Versorgung mit der Zentralisierung steigen wird. Um diese Versprechen auf ihre Haltbarkeit zu überprüfen, hat das Bündnis Klinikrettung die Krankenhausschließungen der vergangenen vier Jahre in Hinblick auf zustande gekommene Nachfolge- und Ersatzlösungen untersucht. Diese Untersuchung zeigt, dass die entstandenen Versorgungslücken kaum kompensiert werden. Bei 77 Prozent der Schließungen gingen die stationären Kapazitäten vollständig verloren, nur in 5 Prozent der Fälle wurden alle Betten erhalten – aber nicht vor Ort. Bei 32 Prozent der Schließungen wurde der Verlust der medizinischen Versorgung auch durch keine andere Ersatzmaßnahme – wie beispielsweise eine ambulante Einrichtung – ausgeglichen. In einem Drittel der Fälle fiel die Versorgung also nach den Schließungen komplett weg.¹⁰

Die im Juni 2023 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums veröffentlichten Berechnungen der Unternehmensberatung Oberender und der Softwareentwickler Bindoc zeigen, dass bis zu 358 Krankenhäuser von einer Schließung und einer darauffolgenden Umwandlung betroffen wären.¹¹ Setzt man den Trend der bisherigen Schließungen fort, bei dem in nur 14 Prozent der Fälle Ersatzangebote zustande kamen, würde an lediglich 50 der 358 betroffenen Standorte eine, in aller Regel zudem unzureichende, Nachfolgelösung eingerichtet, die restlichen 300 Häuser fielen ersatzlos weg.

10 „Bilanz über Ersatzeinrichtungen nach Krankenhausschließungen im Zeitraum 2020-2023. Leere Versprechen: Kaum Ersatz nach Krankenhausschließungen“ 19. März 2024, https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2024/03/2_Ersatz-Krankenhausschliessungen_Kurzbilanz_BKR.pdf

11 „Krankenhausreform: Rund 350 Kliniken könnten dem Level 1i zugeordnet werden“, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/143653/Krankenhausreform-Rund-350-Kliniken-koennten-dem-Level-1i-zugeordnet-werden>

Die Auswirkungen der Reform für das Krankenhauspersonal

Die Krankenhausreform wird infolge der Schließungen zahlreiche Entlassungen nach sich ziehen. Auch wenn die Reform damit beworben wird, dass das Personal in den verbleibenden Krankenhäusern konzentriert wird und damit der Personalmangel gemildert wird, ist es zunächst Tatsache, dass die Beschäftigten von den schließenden Krankenhäusern entlassen werden und sich an anderen Standorten neue Stellen suchen müssen. Damit sind längere Fahrtwege zum Arbeitsort und andere Veränderungen verbunden, die viele nicht auf sich nehmen werden, wie die bisherigen Erfahrungen zeigen.¹² Es droht ein Exodus vor allem im Pflegebereich, weil viele Beschäftigte den Beruf wechseln oder in den Vorruhestand gehen werden.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) veröffentlicht regelmäßig eine Liste der von Insolvenzen bedrohten Krankenhäuser (Insolvenzmonitoring). Der Liste ist unter anderem zu entnehmen, wie viele Krankenhausstandorte mit wie vielen Betten und Beschäftigten betroffen sind. Aus dem letzten Insolvenzmonitoring der DKG vom März 2024 lässt sich errechnen, wie viele Beschäftigte kleiner, besonders von Schließung bedrohter Krankenhausstandorte mit unter 200 Betten von Entlassungen betroffen wären. In einem Krankenhaus mit einer Bettenzahl unter 200 arbeiten im Durchschnitt 279,6 Mitarbeiter. Die Zahl der Beschäftigten in den Wäschereien, Labors und anderen Zulieferbetrieben sind dabei nicht einberechnet. Bei den rund 360 Schließungen, die in Folge der Reform laut den Berechnungen von Oberender und Bindoc drohen, wären daher 100.800 Mitarbeiter akut von Entlassungen bedroht.

Die Forderungen des Bündnis Klinikrettung

Nach vielen Jahren Krankenhauskahlschlag bedarf es einer grundlegenden Reform der Krankenhausversorgung. Die aktuellen Reformpläne verschlimmern jedoch die Missstände. Folgende Maßnahmen müssen Bestandteil einer Krankenhausreform sein:

- Statt einer Zentralisierung der Versorgung ist ein Erhalt der bestehenden und ein Wiederaufbau verlorenen gegangener Krankenhäuser erforderlich.
- Die Bundesregierung muss finanzielle Hilfen für bedrohte Krankenhäuser zur Verfügung stellen.
- Alle geplanten Krankenhausschließungen müssen umgehend gestoppt werden.
- Für die ambulante Versorgung gilt, dass sektorenübergreifende Versorger und ähnliche Einrichtungen zwar eine sinnvolle Ergänzung ambulanter Praxen zu den Angeboten von Allgemeinärzt*innen, Fachärzt*innen und Therapeut*innen sind, aber keinen angemessenen Ersatz für Allgemeinkrankenhäuser mit Notfallversorgung darstellen. Sie sollten daher keine Liegebetten haben, denn ohne durchgehende ärztliche Anwesenheit wäre dies fahrlässig. Sektorenübergreifende Versorger gehören wie Krankenhäuser in kommunale Hand, um

12 <https://youtu.be/nDlf9QusdK0>

Fehlangebote beziehungsweise unzureichende, vor allem renditeorientierte Angebote zu vermeiden.

- Um die gravierenden Probleme der aktuellen Krankenhausfinanzierung zu beheben, ist die vollständige Abschaffung des DRG-Systems zugunsten der Einführung der Selbstkostendeckung als Finanzierungsmodell erforderlich. Außerdem ist ein Renditeverbot für den Krankenhausbetrieb einzuführen.

Die Bundesgesundheitsministerium und der Regierungskommission konzentrieren sich mit ihrer Krankenhausreform auf eine klinische Mangelverwaltung mit weniger Personal, abgesenkten klinischen Leistungsangeboten und weniger Klinikstandorten.¹³ Ihnen ist vorzuwerfen, dass sie alternative Konzepten ohne restriktive Eingriffe, beispielsweise das Finanzierungsmodell Selbstkostendeckung der Krankenhäuser¹⁴ grundsätzlich ablehnen, ohne sich detailliert damit auseinanderzusetzen. Der Bevölkerung wird fahrlässig eine mögliche Absicherung der flächendeckenden klinischen Versorgung mit selbstkostendeckender Vergütung und deutlich reduziertem Verwaltungsaufwand vorenthalten.

13 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Projektstudie Zukunft der Krankenhäuser - Auswirkungsanalyse zum Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes, <https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13299277799/Zukunft+deutscher+Krankenh%C3%A4user+-+Auswirkungsanalyse+zum+Referentenentwurf+des+Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz+%E2%80%93+KHVVG.pdf?t=1710843641>

14 Bündnis Klinikrettung, Selbstkostendeckung der Krankenhäuser, https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2022/11/2022-10_Studie_Selbstkostendeckung_Buendnis_Klinikrettung.pdf