

Bürgerinformation Lauterbachs Krankenhausreform gefährdet bayerische Krankenhäuser – Unsere Alternativen

Projektstudie



Inhalt

Seite

1. Bundesgesundheitsminister Lauterbachs Krankenhausreform gefährdet bayerische Krankenhäuser	3
2. Bedrohliche klinische Unterversorgung in Bayern	4
21. Das Kliniksterben ist längst Klinikalltag in Bayern	4
22. Flächendeckende Versorgung gefährdet	4
3. Marktwirtschaftliche Krankenhauspolitik in Deutschland	5
31. Marktwirtschaft statt Daseinsvorsorge	5
32. Marktwirtschaft statt Daseinsvorsorge	6
4. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbachs Krankenhausreform ungeeignet	7
4.1 Herausforderung	7
4.2 Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz	7
4.3 Ambulante Gesundheitszentren ersetzen keine Krankenhäuser	9
5. Unsere Alternativen	12
51. Selbstkostendeckung der Krankenhäuser	13
52. Bedarfsgerechte Krankenhausstruktur	14
53. Ausschließlich kommunale Krankenhäuser	15
6. Fazit	15
7. Literatur	16

1. Bundesgesundheitsminister Lauterbachs Krankenhausreform gefährdet bayerische Krankenhäuser

Liebe Leser!

Bundesgesundheitsminister Lauterbach hat eine **umfassende Krankenhausreform** in Vorbereitung und verspricht sehr viel:

- Sicherheit der Krankenhäuser
- Entökonomisierung
- Entbürokratisierung
- mehr Qualität.

Das Gegenteil ist der Fall:

- Nichts davon wird er halten.
- Es wird ein **massenhaftes Kliniksterben in Bayern** geben.
- Und **Sie persönlich könnten betroffen sein.**

Warum das so ist, und wie man es anders machen kann, will diese Broschüre auf einfache Weise und verkürzt erklären. Fangen wir mit den Verwerfungen in bayerischen Krankenhäusern an.

Denn:

- Wir brauchen Ihr Wissen über Kliniksterben in Bayern.
- Wir brauchen Ihren Widerstand.
- Wir brauchen eine andere Krankenhausreform.

Bitte unterstützen Sie uns, die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern!

Unser Vorgehen: Wir ...

- beschreiben die **bedrohliche klinische Unterversorgung in Bayern**
- erklären die **marktwirtschaftliche Krankenhauspolitik in Deutschland** mit ihren Problemen
- begründen die **fehlende Eignung von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbachs Krankenhausreform**
- und zeigen wirksame **alternative Krankenhausreformen**.

2. Bedrohliche klinische Unterversorgung in Bayern

21. Das Kliniksterben ist längst Klinikalltag in Bayern

Seit 1991 ist die Zahl der bayerischen Krankenhäuser kontinuierlich gesunken. Auch die Klinikbetten wurden im Zeitraum 1991 bis 2022 kontinuierlich abgebaut. Im Regelfall spielten ökonomische Gründe eine Rolle.

Immer mehr PatientInnen müssen in immer weniger Krankenhäusern und weniger Klinikbetten behandelt werden.

Krankenhäuser 1991: 424	Klinikbetten 1991: 87.914
Krankenhäuser 2022: 353 (= 83%)	Klinikbetten 2022: 75.098 (=85%) ¹

22. Flächendeckende Versorgung gefährdet

Eine viel dramatischere Entwicklung zeichnet sich im Jahr 2024 ab. Deutschlandweit werden für das Jahr 2024 etwa 80 Insolvenzen ab.² Die konkreten klinischen Verwerfungen in Bayern ab 2024 sind noch dramatischer:

Beschlossene Komplettschließungen: Schongau, Selb

Drohende Komplettschließungen bzw. Insolvenzen: Mainburg, Kösching, Coburg, Neustadt/Coburg, Lichtenfels, Drohende Schließungen der Notaufnahme: Wertheim, Oberstdorf

Beschlossene Schließungen der Notaufnahme: Wegscheid, Tirschenreuth, Kemnath, Alzenau

Bedrohte Klinikstandorte: Dinkelsbühl, Rothenburg ob der Tauber

Schlimmstenfalls werden 261.100 EinwohnerInnen, d.h. ¼ Millionen bayerische EinwohnerInnen von einer bedarfsnotwendigen wohnortnahen klinischen Versorgung bzw. Notfallversorgung abgeschnitten. Bayern ist bereits in 127 seiner 2.065 Postleitzahlregionen klinisch unterversorgt. Hinzu kommen also weitere bis zu 2% aller 13,377 Mio. bayerischen EinwohnerInnen bzw. 261.100, die seit Jahreswechsel 2023/2024 mit mehr als 30 Fahrzeitenminuten zum nächsten Krankenhaus rechnen müssen.³ **Dies kann bei lebensgefährlichen Verletzungen oder Erkrankungen lebensentscheidend sein.**

¹ Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2022, Fach 23111-19, Fach 23111-20, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611227005.xlsx?__blob=publicationFile

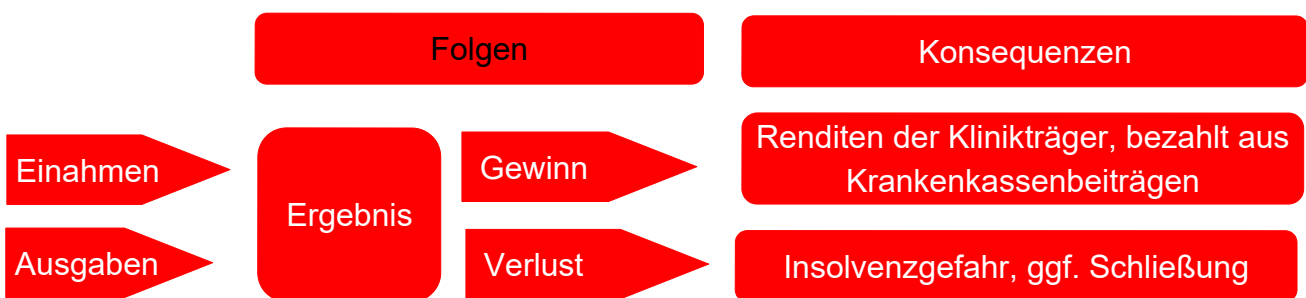
² Deutsche Krankenhausgesellschaft, ebenda

³ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Hauptseite der Homepage, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/>, Projektstudie 30 Fahrzeitminuten für bayerische Krankenhäuser Notstand der wohnortnahen klinischen Versorgung und Lösungsansätze, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14769859632/30+Fahrzeitminuten+f%C3%BCr+bayerische+Krankenh%C3%A4user+-+Notstand+der+wohnortnahen+klinischen+Versorgung+und+L%C3%B6sungsans%C3%A4tze.pdf?t=1708930575>

3. Marktwirtschaftliche Krankenhauspolitik in Deutschland

31. Marktwirtschaft statt Daseinsvorsorge

In Deutschland haben wir freie Marktwirtschaft. Der freien Marktwirtschaft liegt der (irrig) Gedanke zugrunde, dass sich die beste Leistung bzw. das beste Produkt durchsetzt und andere Produkte bzw. Leistungen vom Markt "verschwinden". Diese freie Marktwirtschaft gilt auch für Krankenhäuser, jedoch mit der Ausnahme, dass die Einnahmen je Patient und Behandlung fixiert und limitiert sind (Fallpauschalen), die Ausgaben bzw. die Anzahl der Patienten entscheiden über Gewinne bzw. Verluste der Krankenhäuser.



Gewinne und Verluste bestimmen langfristig, welches Krankenhaus auf dem Klinikmarkt besteht. Konkret: Die Rendite - nicht der Klinikbedarf - entscheidet darüber, ob Ihnen ein wohnortnahes Krankenhaus zur Verfügung steht.

**Dies widerspricht der Daseinsvorsorge
für lebensentscheidende Versorgungsangebote!**

Zu "marktwirtschaftlichen Krankenhäusern" zählt auch die Trägervielfalt. Alle Klinikträger konkurrieren im Markt:



Kommunale Krankenhäuser sind überwiegend **Allgemeinkrankenhäuser mit klinischer Notaufnahme**, bedarfsnotwendig für lebensbedrohende Erkrankungen und Verletzungen. Sie haben ein breites Angebot mit hohen Vorhaltekosten und sind oft defizitär.

32. Marktwirtschaft statt Daseinsvorsorge

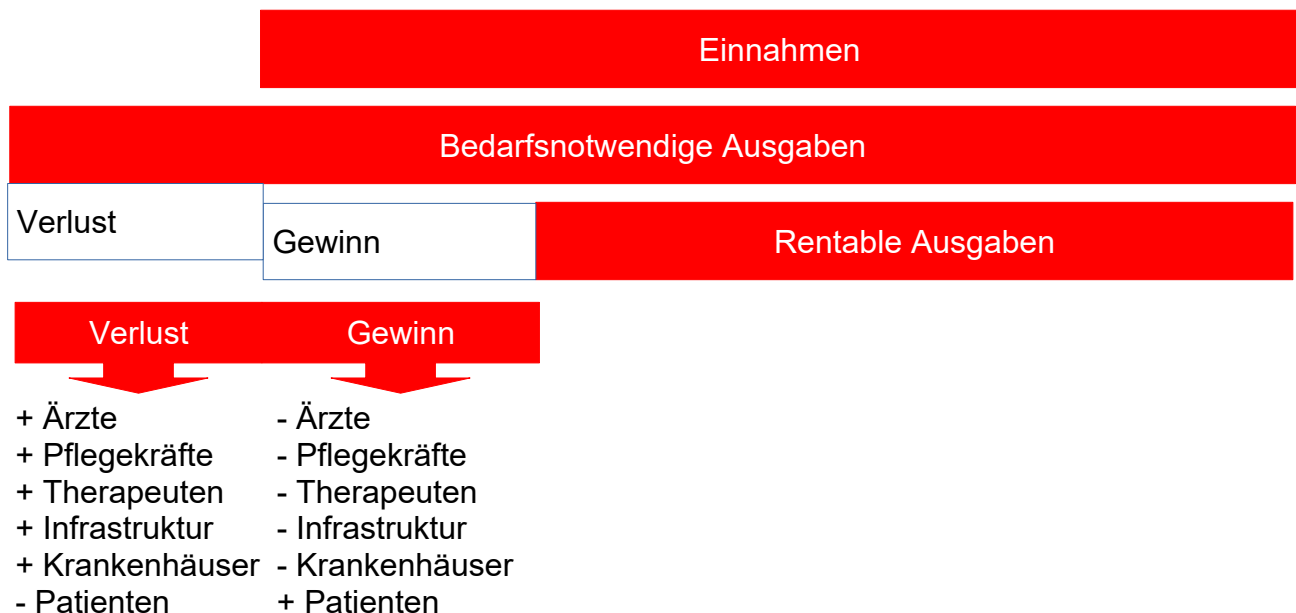
Um die Beiträge der Arbeitnehmer, Rentner und Arbeitgeber zu begrenzen, werden die Einnahmen der Krankenhäuser bundesweit jährlich nur an die Inflationsrate angepasst und damit "gedeckt". Patientensteigerungen - bedingt durch die Alterspyramide der Bevölkerung - bleiben seit Jahrzehnten unberücksichtigt.

Klinische Patienten 1991: 2.177.094

Klinische Patienten 2022: 2.567.445 (117%)⁴

Renditen wirft das Krankenhaus nur ab, wenn es die Kosten je Patient verringert:

- weniger Ärzte, das verringert die Qualität
- weniger Pflegekräfte und Therapeuten, das verringert die Qualität
- mehr Patienten mit wenig Personal, das verringert die Qualität
- Verringerung der technischen Ausstattung, z.B. Umwandlung eines Allgemeinkrankenhauses mit klinischer Notaufnahme in einer Fachklinik ohne Notaufnahme mit selektiven "rentablen" Klinikleistungen, das macht dieses Krankenhaus für akute Notfallsituationen unbrauchbar.
- Zusammenführung von Klinikstandorten zur Verteilung hoher Investitionskosten auf mehr PatientInnen, d.h. Schließung kleiner, insbesondere ländlicher Krankenhäuser.



Noch einmal: **Die Rendite - nicht der Klinikbedarf - entscheidet darüber, ob Ihnen ein wohnortnahes Krankenhaus zur Verfügung steht.**

⁴ Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2022, Fach 23111-19, Fach 23111-20,
https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611227005.xlsx?__blob=publicationFile

4. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbachs Krankenhausreform ungeeignet

4.1 Herausforderung

Fast 80 Prozent der Krankenhäuser in Deutschland erwarten für das Jahr 2023 ein negatives Jahresergebnis.⁵ Aktuell werden deutsche Krankenhäuser über Fallpauschalen leistungsabhängig vergütet. Da die Patientenzahlen seit 1991 gestiegen sind, das Budget der Krankenhäuser aber nur in Höhe einer knappen Inflationsrate, **sinken real die Einnahmen der Krankenhäuser gegenüber explosiv steigende Kosten.**

Nach Berechnungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft fehlen den deutschen Krankenhäusern Einnahmen aus Krankenhausvergütung im Umfang vom gut 9,2 Milliarden Euro. Stündlich sind dies mehr als 1/2 Mio. Euro.⁶

4.2 Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

Mit der angekündigten Krankenhausreform, der ...

- "Revolution" der Krankenhausvergütung
- bzw. "Überwindung der Fallpauschalen ...

betreiben Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seine Regierungskommission einen **riesigen Etikettenschwindel.**

Versprochen werden den Krankenhäusern leistungsunabhängige Vorhaltevergütungen, die angeblich 60% der Krankenhausvergütung ausmachen und alleine aufgrund vorhandener Krankenhausstrukturen ausbezahlt werden. Den Krankenhäusern werde die Sorge um eine auskömmliche Vergütung genommen.

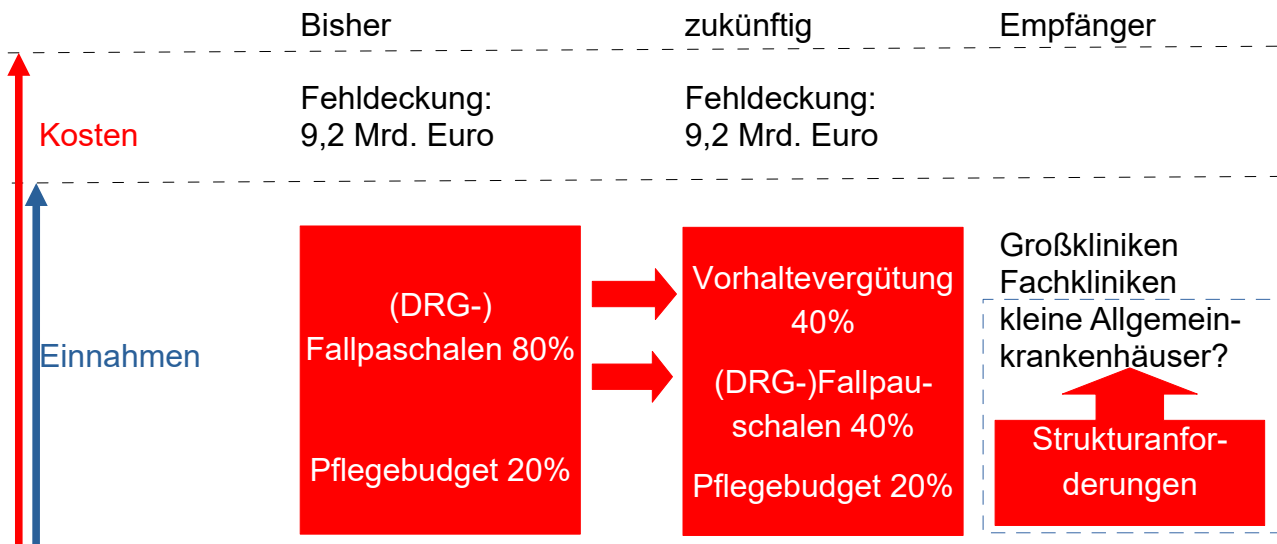
Das Gegenteil ist der Fall, denn ...

- die Vorhaltevergütungen (60%) gemeinsam mit den leistungsabhängigen Fallpauschalen (40%) werden nur um die Inflationsrate gesteigert, d.h. **den Krankenhäusern fehlen weiter gut 9,2 Milliarden Euro,**
- die Höhe der **Vorhaltevergütungen** orientiert sich an den Klinikleistungen des Vorjahres und sind **ebenfalls leistungsabhängig,**
- die Vorhaltevergütungen setzen **hohe Anforderungen an Krankenhausstrukturen bzw. Leistungsgruppen** voraus, schafft ein Krankenhaus diese Strukturen nicht, verliert es ganze Fachabteilungen oder muss schlimmstenfalls schließen.

⁵ Deutsche Krankenhausgesellschaft, DKG zum DKI-Krankenhaus-Barometer, <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/lage-der-krankenhaeuser-so-schlecht-wie-noch-nie-insolvenzen-steuern-2024-auf-rekordhoch-zu/>

⁶ Deutsche Krankenhausgesellschaft, Defizit-Uhr, <https://www.dkgev.de>

Das Finanzierungsmodell des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz



Ungeordnete Klinikschließungen, verursacht durch finanzielle Verluste, werden um **strukturelle Klinikschließungen ergänzt**, und das ist mittels der Lauterbachs Krankenhausreform politisch gewollt!

Schließen Krankenhäuser wegen nicht erfüllter Strukturansprüche für Leistungsgruppen, dann kann das limitierte Krankenhausbudget auf die verbleibenden Krankenhäuser verteilt werden. Die Krankenkassenbeiträge bleiben stabil, doch um einen hohen Preis:

- Die kleinsten Krankenhäuser in ländlichen Regionen bluten aus.
- Die Entfernungen zum nächstgelegenen Krankenhaus werden unzumutbar weit.
- PatientInnen sterben auf der Straße oder erhalten lebenslange Gesundheitseinbußen, bevor das Rettungsfahrzeug ein entferntes Großklinikum erreicht.

Ein weiterer Skandal der geplanten Krankenhausreform, dem zugrundeliegenden Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz ist die Personalbindung für die Vergütungsabrechnung.

Der Kodier- und Dokumentationsaufwand für die Vergütung von (DRG-)Fallpauschalen, zukünftig nur noch 40%, bindet 15% der klinischen Arbeitszeit am Computer statt am Patienten. 15% der klinischen Arbeitszeit am Computer raubt der Patientenbehandlung hohe Behandlungsqualität und vergeudet finanzielle Mittel ungeheuren Ausmaßes.

Mit Abschaffung der Fallpauschalen stünden ohne Mehrkosten in Bayern zusätzliche ...

- 26,4 Tsd. klinische Mitarbeiter bzw.
- 19,6 Tsd. Klinische Vollzeitkräfte
- im Gegenwert von jährlich 1,6 Mrd. Euro ... ⁷

ohne Neuanstellung umgehend für die Patientenbehandlung zur Verfügung. Diese Personalbindung ist angesichts der klinischen Personalnot ein absoluter Skandal.

4.3 Ambulante Gesundheitszentren ersetzen keine Krankenhäuser

Mit der angekündigten Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, lässt **Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen** zu, die in verschiedenen Bundesländern geschlossene Krankenhäuser ersetzen sollen.

Das Prinzip:

- pflegerische statt ärztliche Leitung
- ärztliche Anwesenheit nur tagsüber
- wenige Liegendbetten
- keine stationäre Notfallversorgung

Aktuell verfügen in Bayern geschätzte **143 der 351 Krankenhäuser (= 41%)** über keine strukturierte Notfallversorgung nach den Vorschriften des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Diese Krankenhäuser sind Kandidaten für eine Schließung und Umwandlung in Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen.

Können Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen Krankenhäuser dort ersetzen, wo ansonsten 30 Fahrzeitminuten zum nächstgelegenen Allgemeinkrankenhaus einschließlich Basisnotfallversorgung nicht gewährleistet sind? Die Antwort ist eindeutig!

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung ersetzen keine Krankenhäuser.

⁷ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Projektstudie „Zukunft der Krankenhäuser, Auswirkungsanalyse zum zweiten Entwurf für das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG“ (Stand 13.11.2023), <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14755925232/Zukunft+deutscher+Krankenh%C3%A4user+-+Auswirkungsanalyse+zum+zweiten+Entwurf+des+Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz+%E2%80%93+KHVVG.pdf?t=1706261985>

Bürgerinformation
Lauterbachs Krankenhausreform gefährdet bayerische Krankenhäuser
Unsere Alternativen

Ihnen fehlen für eskalierende Krankheitsverläufe und traumatische Verletzungen elementare Strukturen.

Krankenhaus mit Notfallversorgung	sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung
Verfügbarkeit rund um die Uhr (7 Tage, 24 Std.)	- / -
Intensivstation	- / -
Fachpersonal für Intensivbehandlung	- / -
Stationäre Notaufnahme mit Schockraum für Reanimationen	- / -
Fachpersonal für stationäre Notaufnahme	- / -
Computertomograph (CT)	Selten vorh., nicht außerhalb Dienstzeit
Magnetresonanztomographie	Selten vorh., nicht außerhalb Dienstzeit
Ausbildung: Ärzte und Pflege	- / -
Stationäre Versorgung: kurze Wege	- / -

Das sind keine Krankenhäuser!

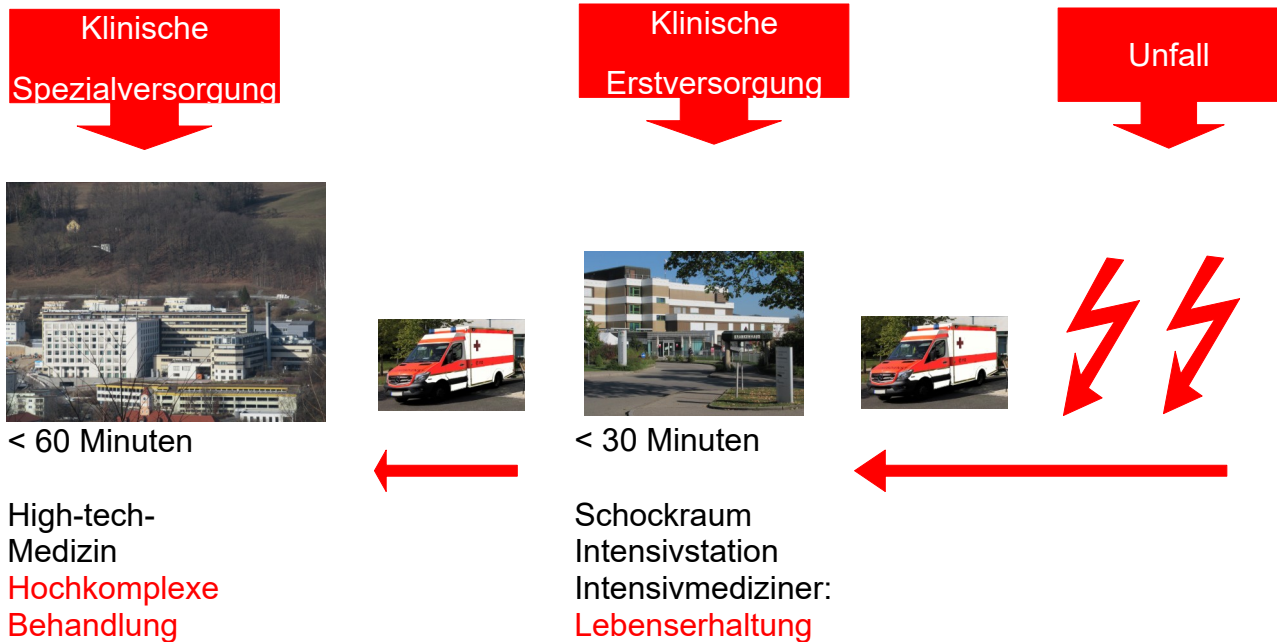
Trotz hoher ambulanter Fachkompetenz haben Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen ihre Grenzen. Sie leisten nicht:

- a) lebensentscheidende klinische Erstversorgung z.B. bei
 - Reanimationen (z.B. akuter Herzinfarkt, septischer Schock)
 - Verblutungsgefahr
 - sonstige lebensgefährliche Verletzungen bzw. Erkrankungen
- b) stationäre Überwachung rund um die Uhr
 - Jegliche Intensivbehandlung (z.B. fortgeschrittene Lungenentzündung)
 - Mittelschwere operationspflichtige Verletzungen
 - Planbare mittelschwere Operationen (Knie-/Hüftgelenk, Galle-/Darmoperationen)
 - Entbindungen
- c) Ambulante Behandlungen für **RisikopatientInnen**
 - Ambulante Operationen (AOP) von Kleinkindern, Senioren oder multimorbid Erkrankten ⁸

⁸ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Projektstudie „Zukunft der Krankenhäuser, Wirkungsanalyse zum zweiten Entwurf für das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG“ (Stand 13.11.2023), <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14755925232/Zukunft+deutscher+Krankenh%C3%A4user+-+Auswirkungsanalyse+zum+zweiten+Entwurf+des+Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz+%E2%80%93+KHVVG.pdf?t=1706261985>

Bürgerinformation
Lauterbachs Krankenhausreform gefährdet bayerische Krankenhäuser
Unsere Alternativen

Bei besonderer Schwere ist die Stabilisierung und anschließende Verlegung des Patienten in ein hochspezialisiertes Krankenhaus erforderlich. **Ohne professionelle wohnortnahe Erstversorgung aber könnte es zu spät für ein entferntes Krankenhaus der Maximalversorgung sein.**



5. Unsere Alternativen

Die Bayerische Krankenhausgesellschaft, die Landesgesundheitsminister und viele Fachverbände greifen die geplante Krankenhausreform von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seiner Regierungsreform berechtigt an.⁹

Das Problem:

- Es reicht nicht, die geplante Krankenhausreform zu kritisieren.
- Wer kritisiert muss darstellen, wie man es besser machen kann.
- Wir brauchen eine alternative Krankenhausreform.

Leider fehlen alternative Ansätze für eine Krankenhausreform!

Ausnahme: Das Bündnis Klinikrettung und die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern haben sich dieser Aufgabe gestellt.

Wir haben die alternative Krankenhausreform.



⁹ BR24, Streit um Krankenhaus-Gesetz - Gerlach kritisiert Lauterbach, <https://www.br.de/nachrichten/meldung/streit-um-krankenhaus-gesetz-gerlach-kritisiert-lauterbach,3006250f5>

51. Selbstkostendeckung der Krankenhäuser

Das Bündnis Klinikrettung hat das Finanzierungsmodell „Selbstkostendeckung der Krankenhäuser“ entwickelt, veröffentlicht und auch dem Bundesgesundheitsministerium übergeben.¹⁰ Den Krankenhäuser werden exakt die Kosten erstattet, die durch stationäre Behandlung entstanden sind.

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-Fallpauschalen unrentabler Fachabteilungen.
2. Der Bedarf an klinischem Fachpersonal im Umfang von 161.000 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 Erreichbarkeit von maximal 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. Bedarfsnotwendige Allgemeinkrankenhäuser würden nicht in profitorientierte Fachkliniken ohne Notfallversorgung umgewandelt.
7. Die medizinische Infrastruktur insbesondere in ländlichen Regionen bliebe gesichert.

Außerdem fordern wir:

- eine Bürgerversicherung statt über 103 gesetzliche und 44 private Krankenkassen, dies spart mindestens 50% der jährlich 11,8 Mrd. Verwaltungskosten allein für gesetzliche Krankenkassen.
- Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze für Krankenkassenbeiträge, damit Einbindung der Großverdiener in die Solidargemeinschaft des Gesundheitswesens.

Lediglich die CSU antwortet bedingt: „Bei medizinischen Notfällen gibt es einen kritischen Faktor: Zeit! 30 Minuten Fahrzeit bilden einen kritischen Schwellenwert, um die Erreichbarkeit zu beurteilen. Nur wenn ein geeignetes Krankenhaus in diesem Zeitraum angefahren werden kann, lässt sich von Erreichbarkeit „im grünen Bereich“ sprechen. Der Schwellenwert ist aus den Leitlinien für medizinische Notfallversorgung abgeleitet. Danach sollten zwischen Eingang eines Notrufs in der Leitstelle und Übergabe des Patienten an eine geeignete Klinik nicht mehr als 60 Minuten vergehen.“

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

52. Bedarfsgerechte Krankenhausstruktur

Das Bündnis Klinikrettung hat ebenfalls ein Strukturmodell "bedarfsgerechte Krankenhausstruktur" entwickelt und veröffentlicht.¹¹ Allgemeinkrankenhäuser sollten mindestens mit den Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Intensivmedizin und Basisnotfallversorgung ausgestattet werden. Darüber hinaus muss die wahlweise Erweiterung des Behandlungsspektrums möglich sein. Dieses klinische Mindestversorgungsangebot sollte jedem Bürger binnen 30 Fahrzeitminuten zur Verfügung stehen, um die klinische Erst- bzw. Notfallversorgung für ein breites Erkrankungsspektrum sicher zu stellen. IN Bayern hat die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern über eine Petition im Bayerischen Landtag vergeblich versucht, diesen Mindeststandard für die gesamte bayerische Bevölkerung sicher zu stellen. Die entsprechende Petition wurde im Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Prävention unverständlicherweise zurückgewiesen.¹²

53. Ausschließlich kommunale Krankenhäuser

Wie bereits berichtet, hat marktwirtschaftlicher Wettbewerb in Krankenhäusern nichts zu suchen.

Krankenhäuser ...

- retten
- und schützen Leben und Gesundheit der anvertrauten Menschen.

Sie sind unverzichtbarer Bestandteil der Daseinsvorsorge und dürfen kein Werkzeug marktwirtschaftlicher Rendite Entscheidungen sein.

Deshalb gehören alle **Krankenhäuser in öffentliche Hand mit bedarfsorientierten statt renditeorientierten Versorgungsangeboten.** Selbstkostendeckung und Kommunalisierung der Krankenhäuser gehören untrennbar zusammen.

¹¹ Bündnis Klinikrettung, bedarfsgerechte Krankenhausstruktur der Krankenhäuser, https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2023/03/2023-03-13_Buendnis-Klinikrettung_Modell_bedarfgerechte_Krankenhausstruktur.pdf

¹² Aktionsgruppe Schluss Mit Kliniksterben in Bayern, Petition Az.: GP.0013.19
Flächendeckende klinische Versorgung in Bayern mit maximalen 30 Fahrzeitminuten zu einem Allgemeinkrankenhaus einschließlich klinischer Notfallversorgung, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/unterversorgung/petition/>

54. Ambulante Gesundheitszentren ergänzen ambulante Angebote

Ambulante Gesundheitszentren ergänzen ambulante Versorgungsangebote - sie ersetzen aber keine Allgemeinkrankenhäuser mit Basisnotfallversorgung.

Sie können - als MVZ oder als Sektorenübergreifende Versorgungszentren - das ambulante Versorgungsspektrum sinnvoll erweitern. Sie decken in meiner Weise die stationäre klinische Versorgung einschließlich stationärer Notaufnahme binnen 30 Fahrzeitminuten ab.

Solange hier Einigkeit besteht, stimmen wir neuen Formen ambulanter Versorgung zu.

6. Fazit

Das Bündnis Klinikrettung und die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern haben sich den Herausforderungen einer bedarfsgerechten Krankenhausreform gestellt und fachliche Gegenentwürfe zu Lauterbachs untauglicher Krankenhausreform erarbeitet. Die Quellen sind - falls es Sie interessiert - jederzeit nachvollziehbar.

Jetzt brauchen wir Sie, ...

- als Gegner des Kliniksterbens
- als aktiv Protestierende
- als Multiplikatoren in Social Media und Ihrem sozialen Umfeld.

Denn es geht um Ihre Gesundheit. Es geht um den flächendeckenden Erhalt wohnortnaher Krankenhäuser in Bayern.

7. Literatur

Weitere Fachexpertisen der Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern:

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, 30 Fahrzeitminuten für bayerische Krankenhäuser Notstand der wohnortnahen klinischen Versorgung und Lösungsansätze,
<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/unterversorgung/30-fahrzeitminuten/>

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bayerische Landtagswahl 2023 ist Krankenhauswahl

<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14752783032/Bayerische+Landtagswahl+2023+ist+Krankenhauswahl.pdf?t=1698404284>

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Zukunft der Krankenhäuser, Auswirkungsanalyse zum zweiten Entwurf für das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG (Stand 13.11.2023)

<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14755925232/Zukunft+deutscher+Krankenh%C3%A4user+-+Auswirkungsanalyse+zum+zweiten+Entwurf+des+Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz+%E2%80%93+KHVVG.pdf?t=1702925990>

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bewertung des Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz, Projektstudie zum Krankenhaustransparenzgesetz (Entwurf 11.08.2023)

<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14751272132/Bewertung+des+Gesetzes+zur+F%C3%B6rderung+der+Qualit%C3%A4t+der+station%C3%A4ren+Versorgung+durch+Transparenz.pdf?t=1694690764>

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bewertung der Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission - Prognose über die Zukunft deutscher Krankenhäuser

<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14700414432/Gro%C3%9Fe+Krankenhausreform+-+Bewertung+der+dritten+Empfehlung+der+Regierungskommission+aktualisiert.pdf?t=1688465585>

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Broschüre Krankenhäuser statt ambulante Gesundheitszentren oder Fachkliniken,

<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14700413332/Krankenh%C3%A4user+statt+ambulante+Gesundheitszentren+B%C3%BCrgerinfo+Bayern.pdf?t=1678715287>

© 2024

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

Autor: Klaus Emmerich, Klinikvorstand i.R.,

Egerländerweg 1

95502 Himmelkron

Tel.: 0117 - 9153415

E-Mail: klaus_emmerich@gmx.de

<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/>