

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.

Positionspapier

Krankenhausreform

beschlossen am 29.06.2024 auf der 62. bvmd-Medizinstudierendenversammlung in Würzburg. Aktualisiert am 27.10.2024 auf der 63. Mitgliederversammlung in Münster.

Zusammenfassung:

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) begrüßt den Gesetzesentwurf zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) als "Gesetz[es] zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen". Angesichts des demografischen Wandels und der zunehmenden wirtschaftlichen Probleme vieler Krankenhäuser in Deutschland ist eine Reform der Strukturen und der Vergütung in der stationären Krankenversorgung unausweichlich.

Die bvmd begrüßt die Bindung der Vergütung an Qualifikationen und Ausstattungsniveaus von Einrichtungen, wie sie im KHVVG vorgesehen ist, weil hierdurch Fehlanreize für die Durchführung von Behandlungen und Maßnahmen verringert werden, für die das jeweilige Krankenhaus nicht ausgelegt ist.

Ebenso befürwortet die bvmd die Einführung von Vorhaltepauschalen mit Zuschlägen für die Vorhaltung basisversorgungsrelevanter Leistungen zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung sowie für die Uniklinika.

Die bvmd unterstützt die im KHVVG vorgesehene Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung. Diese kann gerade in ländlichen Gebieten einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die wohnortnahe Basisversorgung sicherzustellen.

Die bvmd fordert eine angemessene Abbildung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung in den Personalbemessungsgrundlagen, ergänzend zu den im Kabinettsentwurf enthaltenen konkretisierten und weiterentwickelten Strukturvoraussetzungen aus Nordrhein-Westfalen.

Einleitung:

Das KHVVG wird die Arbeitsbedingungen und die Zukunft des ärztlichen Berufs erheblich prägen. Auch die strukturellen Bedingungen, unter denen ärztliche Aus- und Weiterbildung stattfinden werden, wird das KHVVG stark beeinflussen.

Im Kern verfolgt das KHVVG das Ziel, durch Änderungen im SGB V und weiteren Gesetzen Fehlanreize zu verringern, die Spezialisierung zu erhöhen und Qualität, Verfügbarkeit sowie Effizienz von Krankenhausleistungen zu verbessern. Die wichtigsten Aspekte sind die Einführung von Vorhaltepauschalen zur Vergütung

Nele Honig
Vizepräsidentin für Internes
vpi@bvmd.de

bvmd-Geschäftsstelle
Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin

Phone +49 (30) 95590585
Fax +49 (30) 9560020-6
Home bvmd.de
E-Mail verwaltung@bvmd.de

Für den internen Bereich
Nele Honig
E-Mail vpi@bvmd.de

Vorstand
Giulia Ritter (Präsidentin)
Nele Honig (Internes)
Paul Quasdorff (PR)
Marco Knecht (Finanzen)
Sarina Vogt (Internationales)
Pascal Lemmer (Externes)
Chris Voßelmann (Fundraising)
Michael Bohn (IT)

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland ist ein eingetragener Verein (Vereinsregister Aachen VR 4336). Sitz und Gerichtsstand sind Aachen.

von Krankenhausleistungen (BMG, 2023), eines Verfahrens zur bundeseinheitlichen Definition von Qualitätskriterien für Leistungsgruppen, die Gestaltung eines Verfahrens zur Aufteilung der Vorhaltepauschalen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), 2024) anhand von Fallzahlen und -schwere (Schroeder-Printzen, 2023, S. 4), sowie die Schaffung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (Penter, 2023).

Im Zuge des Abbaus von wirtschaftlichen Fehlanreizen ist das grundsätzliche Problem des Abflusses finanzieller Mittel aus dem Gesundheitssystem durch das KHVVG Reform dennoch nur in Teilen adressiert. Mit Verweis auf ihre Position zum Patient*innenwohl als ethischem Maßstab (bvmd, 2016) spricht sich die bvmd gegen individuelle Profitmaximierung und übermäßige Gewinnabschöpfung aus.

Haupttext:

1. Grundsatzposition zur Krankenhausreform

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) begrüßt das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) als wichtigen Schritt in Richtung einer Reform der stationären Gesundheitsversorgung.

Das KHVVG hat im Kern das Ziel, durch Änderungen im SGB V und weiteren Gesetzen Fehlanreize abzubauen, Spezialisierung zu stärken und Qualität, Verfügbarkeit sowie Effizienz von Krankenhausleistungen zu verbessern.

Die bvmd befürwortet die zentralen Vorhaben der Krankenhausreform, die das Bundesministerium für Gesundheit im Eckpunktepapier zur Krankenhausreform 2023 definiert hat (BMG, 2023):

Die Schaffung eines Verfahrens zur bundeseinheitlichen Definition von Qualitätskriterien für Leistungsgruppen, die Gestaltung eines Verfahrens zur Aufteilung der Vorhaltepauschale anhand von Fallzahlen und -schwere

Die Einführung von Vorhaltepauschalen zur Vergütung von Krankenhausleistungen

Die Schaffung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen.

Eine solche Maßnahme zur Sicherstellung der Versorgung ist angesichts des demografischen Wandels und der steigenden finanziellen Belastungen, die besonders kommunale Träger von Krankenhäusern gegenwärtig zu schultern haben, überfällig (Deutscher Städtetag, 2021). Es ist wissenschaftlicher Konsens, dass nur durch eine grundlegende Reform trotz der demografischen Entwicklung in Deutschland Leistungskürzungen vermieden werden können (Sönnichsen, 2023). Die vielfach kritisierten Fehlanreize durch das System der Fallpauschalen, die Tatsache, dass 67 % der Krankenhäuser ihre wirtschaftliche Situation 2023 als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ (Blum, 2023) beschrieben und dass ein „unkontrolliertes Krankenhaussterben“ (Ärzteblatt, 2023) droht, verdeutlichen die Notwendigkeit einer Veränderung.

1.1. Definition von Leistungsgruppen und Versorgungs-Leveln im KHVVG

Die bvmd begrüßt die Bindung der Vergütung an Qualifikationen und Ausstattungsniveaus von Einrichtungen, wie sie im KHVVG vorgesehen ist, weil hierdurch Fehlanreize für die Durchführung von Behandlungen und Maßnahmen verringert werden, für die das jeweilige Krankenhaus nicht ausgelegt ist.

Durch die Behandlung in spezialisierten Zentren mit höheren Fallzahlen pro Prozedur wird die Versorgungsqualität verbessert und Patient*innen werden qualifizierter und kompetenter behandelt (Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2023, S. 5). Derzeit werden in einem Krankenhaus im Durchschnitt jährlich nur 28 Behandlungen pro DRG durchgeführt (Minz et al., 2023, S. 100).

Eine weitergehende Spezialisierung der Krankenhäuser, die durch die Vorhaltepauschalen incentiviert wird, ist für die Behandlungsqualität förderlich (Müller, 2020). Dies kann jedoch nur gelingen, wenn die Vorhaltefinanzierung in Kombination mit den DRGs eine nachhaltige und ausreichende Finanzierung sicherstellt.

Die Versorgungsplanung auf Basis der im Gesetz festgelegten Leistungsgruppen und Versorgungslevel obliegt den Ländern.

Die bvmd spricht sich dafür aus, im Rahmen der Versorgungsplanung neben den Kostenträgern und Leistungserbringern auch die Kommunen und Bürger*innen mit einzubeziehen, um eine Partizipation bei der Ausgestaltung künftiger Versorgungsstrukturen zu gewährleisten, sofern diese Lösungen innerhalb des Kostenrahmens bleiben, den die Vergütungssysteme und der Transformationsfonds setzen.

Gerade für das Versorgungslevel 1i, welches die Krankenhausversorgung in der Fläche gewährleisten soll, bleiben nach aktuellem Stand viele strukturelle Probleme ungelöst.

Der ländliche Raum hat ein veritables Attraktivitätsproblem für junge Ärzt*innen. Diese können durch eine Reform der Krankenhausstrukturen schwerlich behoben werden, jedoch verschärft sich das Problem, wenn zukünftige Arbeitsplätze in Kliniken der Stufe 1i nur mit einem äußerst eingeschränkten Tätigkeitsangebot um Ärzt*innen werben können. Hier ist eine Attraktivierung des Arbeitsumfeldes vonnöten. Dies kann durch innovative Weiterbildungskonzepte oder strukturelle Änderungen wie Praxisrotationen, die Einbindung in neue, interdisziplinäre Versorgungskonzepte mit attraktiven Arbeitsbedingungen und eine bessere finanzielle Absicherung für die Tätigkeit in diesen Feldern, gelingen (Herr & Lessing, 2015).

Des Weiteren ist für die Behandlungen im Level 1i eine Rückkehr zur, wenn auch degressiven, liegezeitbasierten Vergütung geplant. In Anbetracht des zu erwartenden Behandlungsspektrums mit postoperativen Behandlungen, heimatnahen Verlegungen nach Anbehandlung in großen Zentren, sieht die bvmd hier eine Fehlsteuerung. Den Einrichtungen fehlt bei dieser Vergütungsform, je nach Ausgestaltung der Degressivität der Vergütung, ein Anreiz für den Abschluss der Behandlung und die Entlassung der Patient*innen. Fehlanreize zur vorzeitigen Entlassung sollten ebenfalls vermieden werden.

Eine Reform, die das Potential bietet, die Krankenhauslandschaft in Deutschland grundsätzlich zu verändern, bedarf der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation. Neben den im Gesetzentwurf vorgesehenen fünfjährigen Berichtspflicht der GKVn und DKG sollte auch nach eine Evaluation nach Ablauf der 3-jährigen Übergangsfristen erfolgen. Diese Übergangsfristen sieht der Gesetzentwurf für Kliniken vor, die die strukturellen und personellen Anforderungen der ihnen in der Bedarfsplanung zugewiesenen Leistungsgruppen noch nicht erfüllen.

1.2. Vorhaltepauschalen zur Vergütung von Krankenhausleistungen

Die bvmd kritisiert ineffiziente Strukturen sowie die Ökonomisierung des Gesundheitssystems (Nothacker et al., 2019) mit daraus folgender Unter-, Über- und Fehlversorgung (bvmd, 2021). Die bisherige Abrechnung der Kliniken über Fallpauschalen bzw. DRGs führt zu starken wirtschaftlichen Fehlanreizen zur Abrechnung nicht-indizierter Behandlungen (Maier-Borst, 2014) sowie der stationären Aufnahme von Patient*innen. Gesundheitsversorgung muss bedarfsgerecht und kosteneffizient sein. Dabei sollte das Wohl der Patient*innen immer im Vordergrund stehen.

Die bvmd begrüßt die Einführung von Vorhaltepauschalen. Diese sollten so gestaltet sein, dass sie für die Kliniken auskömmlich sind und die Versorgung der Bevölkerung flächendeckend ermöglichen. Sie sollten keine Fehlanreize für die Fehl- und Überversorgung oder die Übernahme ambulant erbringbarer Leistungen in den stationären Bereich setzen.

Die Berechnung der Fallzahlenkorridore, an denen sich die Auszahlung der Vorhaltepauschalen orientiert, kann entweder über eine Ableitung von den Ist-Fallzahlen oder durch Festlegung von Planfallzahlen durch das jeweilige Bundesland erfolgen. Die Ableitung von den Ist-Fallzahlen birgt das Risiko, dass die Kliniken dazu animiert werden, im Jahr der Erhebung der Ist-Fallzahlen möglichst hohe Zahlen anzustreben. Die Fallzahlenplanung hingegen bietet den Ländern ein wirksames Mittel, um die Zentrenbildung, eingebunden in eine Patient*innenwohlorientierte Gesamtstrategie zu forcieren. Planfallzahlen sollten eine bedarfsorientierte Vergütung darstellen, die sich an den epidemiologisch erhebbaren gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung orientieren.

Die bvmd spricht sich nachdrücklich für die Einführung von Zuschlägen für die Vorhaltung basisversorgungsrelevanter Leistungen zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung aus. Als ebenso wichtig erachtet die bvmd das Kriterium der Erreichbarkeit in Fahrzeitminuten für die Aufnahme von Krankenhäusern in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG, welche eine zusätzliche Finanzierung ermöglicht und die flächendeckende Versorgung im ländlichen Raum sichert.

Die Festlegung, welche Kliniken diese Funktion genau erfüllen werden, obliegt der Bedarfsplanung der Länder. Hierbei ist anzumerken, dass das Kriterium der Erreichbarkeit bisher ausschließlich anhand des motorisierten Individualverkehrs gemessen werden. Die Länder sollten im Zuge der Strukturreform des

Gesundheitswesens auch ihre Kompetenzen im Bereich der Bedarfsplanung für den öffentlichen Verkehr nutzen, um die Erreichbarkeit neuer Klinikstandorte mit dem Umweltverbund zu stärken.

Für die Versorgungsqualität kann es von Vorteil sein, wenn Kliniken, welche die in den Leistungsgruppen definierten Standards nicht erfüllen oder im Rahmen der Bedarfsplanung der Länder nicht für die flächendeckende Versorgung benötigt werden, zukünftig umstrukturiert werden.

Durch die Bedarfsplanung der Länder wird es daher trotz der vorgesehenen Zuschüsse und Ausnahmen für Kliniken, die für die flächendeckende Versorgung benötigt werden, zu Umwandlungen in Häuser des Versorgungslevels 1i kommen. Diese Veränderung der Anlaufstellen und vorgehaltenen Infrastruktur sollte durch eine Stärkung und Reform des Notärzt*innenwesens, des Rettungswesens sowie der ambulanten Notfallversorgung flankiert werden.

1.3 Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen

Obwohl Deutschland im internationalen Vergleich eine sehr hohe Dichte an Krankenhausbetten hat (Müller, 2020), droht aufgrund einer ungleichen Verteilung vor allem in ländlichen Regionen eine Unterversorgung (Hoffmann, 2021). Ein nachhaltiges und sektorenübergreifendes Gesamtkonzept, das die Primärversorgung stärkt, ist unerlässlich, um dieser Unterversorgung zu begegnen, stationäre Überkapazitäten zu reduzieren und die ambulante Versorgung zu fördern (bvmd, 2018).

Deshalb unterstützt die bvmd die im KHVG vorgesehene Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung. Diese kann gerade in ländlichen Gebieten einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Wohnortnahe Basisversorgung sicherzustellen.

Hierbei ist jedoch auch zu beachten, unter welcher Maßgabe und unter welcher Trägerschaft die Einrichtungen arbeiten, die hierbei zum Zuge kommen. Gerade Private-Equity getragene MVZ haben sich in der Vergangenheit als Risiko für Fehl- und Überversorgung erwiesen. Die Kosten pro Patient*in in diesen Einrichtungen waren deutlich höher, als in vergleichbaren Einrichtungen anderer Trägerschaft. (Borsa et al., 2023, S. 13) Eine besondere Förderung gemeinnütziger und regionaler Träger beim Aufbau von Primärversorgungszentren begrüßt die bvmd.

Im Kabinettsentwurf des KHVG sind die Medizinisch-Pflegerischen Leistungen komplett entfallen. Aus Sicht der bvmd könnte ein Konzept für die Implementierung dieser Leistungen eine Entlastung der Stationären Hochleistungsmedizin bewirken und den Bedürfnissen von multimorbiden Patient*innen Rechnung tragen. Durch eine Degression der Tagesentgelte sollte hierbei und im gesamten Bereich der Level 1i Krankenhäuser ein Anreiz geschaffen werden, konkrete Behandlungsziele festzulegen und die Patient*innen nach deren Erreichen wieder ambulant zu versorgen.

2. Finanzierung

Die im KHVVG und der Krankenhausreform insgesamt angestoßenen Reformen können zwar einzelne Probleme des Krankenhaussystems verbessern, nicht aber eine grundlegende Ursache: Die Finanzierung der Krankenhäuser ist nicht nachhaltig gesichert. Obwohl das KHVVG die Refinanzierung der Tarifsteigerungen vorsieht, werden die Kostensteigerungen in den Jahren 2022 und 2023 nicht refinanziert. Deshalb unterstützt die bvmd die Ende 2023 begonnene Initiative im Bundesrat, ein einmaliges „Nothilfeprogramm [...], die Anhebung des Landesbasisfallwerts“ in einer angemessenen Höhe und die „Refinanzierung der durchschnittlichen Kostensteigerungen“ (Bundesrat, 2023) in die Wege zu leiten. Die Einführung eines Rechnungszuschlags für die besonderen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben der Universitätsklinika begrüßt die bvmd ausdrücklich (Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin, 2013).

Der für die strukturellen Veränderungen in der Krankenhauslandschaft zentrale Transformationsfonds soll nach bisherigen Planungen aus Mitteln des Gesundheitsfonds finanziert werden, in den die Krankenkassen und Arbeitgeber einzahlen. Dieses Finanzierungsmodell birgt mittelfristig die Gefahr zusätzlicher Beitragssteigerungen. Die bvmd spricht sich für eine pragmatische Lastenverteilung der anstehenden Investitionen aus. Durch die Rückstände der Investitionsfinanzierung der Länder im Krankenhauswesen stehen nun enorme finanzielle Mehrbedarfe für die Krankenhäuser ins Haus. Eine Querfinanzierung der Investitionskosten durch Mittel für den Betrieb ist zum Abbau dieses Rückstandes nicht zielführend und eine kritische Mehrbelastung des gesetzlichen Krankenversicherungssystems.

Bei der Lastenverteilung der anstehenden Investitionen müssen sich die Länder darum im Rahmen ihrer Zuständigkeiten finanziell engagieren, um die Mehrbelastung des Versicherungssystems abzufedern. Außerdem fordert die bvmd die Länder auf, im Rahmen ihres Kompetenzbereiches keinen erneuten Rückstau nötiger Investitionen in die Infrastruktur des Gesundheitsaufkommens zu lassen und beispielsweise durch gemeinnützige und regionale Trägerschaft von Versorgungseinrichtungen Profitmaximierung und Gewinnabschöpfung aus dem Gesundheitswesen entgegenzuwirken.

3. Ärztliche Aus- und Weiterbildung in der Krankenhausreform

Mit dem Wandel der ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen im Rahmen der Krankenhausreform verändern sich auch die Räume, in denen die klinisch-praktische medizinische Ausbildung und die ärztliche Weiterbildung stattfindet.

Im Zentrum der stationären Versorgung sollen nach dem KHVVG zukünftig klar definierte Versorgungsstrukturen stehen, die in 65 Leistungsgruppen gegliedert sein werden. Bislang sind die Personalbemessungen, die sich an den NRW-Strukturvoraussetzungen orientieren, auf die Erbringung von Leistungen in der Krankenversorgung ausgelegt. Eine qualitativ hochwertige ärztliche Weiterbildung benötigt eine entsprechende Personalausstattung sowie zeitliche und finanzielle Ressourcen, die bisher nicht ausreichend vorgesehen sind.

Die bvmd fordert eine angemessene Abbildung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung in den Personalbemessungsgrundlagen, ergänzend zu den im Kabinettsentwurf enthaltenen konkretisierten und weiterentwickelten NRW-Strukturvoraussetzungen. Dies gilt für praktischen Studierendenunterricht, insbesondere aber für die Ausbildung während des Praktischen Jahres (PJ). Zudem fordern wir mit Nachdruck eine faire Finanzierung im PJ.

Die angestrebte Reduktion der Krankenhäuser und Krankenhausbetten wirft zudem die Frage auf, wie die Kapazität der Gesamtheit der Weiterbildungsstätten fortgeschrieben werden soll. Bislang wird der mögliche Umfang der Teilnahme an der Weiterbildung für eine Weiterbildungsstätte vor allem durch Behandlungsspektrum und personelle Ressourcen sowie infrastrukturelle Ausstattung begrenzt. Es werden jedoch immer wieder Forderungen laut, die Vergabe von Weiterbildungsplätzen zentralisiert zu steuern - vergleichbar dem französischen System. Hierbei würden die Weiterbildungskandidat*innen in der Wahl ihres Weiterbildungsplatzes Beschränkungen unterliegen. Beispielsweise könnte eine der Examensnote folgende Rangliste erstellt werden, welche den Zugang zu bestimmten fachärztlichen Weiterbildungsschienen beschränken würde. In Verbindung mit einer künstlichen Verknappung der Weiterbildungsplätze führe dies dazu, dass Kliniken, welche aktuell für die Weiterbildung unattraktiv seien, leichter an Weiterbildungskandidat*innen herankämen. Auch wird mit diesem Modell häufig die Hoffnung verbunden, die Beschränkung des Zugangs zu beliebten oder als besonders einträglich empfundenen Weiterbildungen würde dazu führen, dass sich mehr Absolvent*innen für die Weiterbildung in Mangelfächern entscheiden würden.

Die bvmd sieht darin einen gefährlichen Fehlschluss und eine beunruhigende Tendenz zu bürokratischen Eingriffen nicht nur in die Freiheit der Berufswahl, sondern auch der Ärztlichen Berufsausübung. Wenn wir ein leistungsfähigeres, zur spezialisierten Behandlung fähiges, Gesundheitssystem anstreben, ist es nicht zielführend, Absolvent*innen vom Erwerb des klinischen Wissens für die fachärztliche Reife abzuhalten. Wir wollen Ärzt*innen werden, die sich mit dem fachlichen Gegenstand ihrer Weiterbildung identifizieren und sich engagiert aus intrinsischem Interesse fortbilden. Die Weiterbildung bestimmt maßgeblich den weiteren Lebensweg junger Ärzt*innen und sollte im Interesse ihrer Patient*innen eine auf Basis von Idealen, Fähigkeiten und Interessen getroffene Entscheidung sein, keine Verlegenheitslösung. Ein erwartbares Ergebnis wäre das, was sich bei jeder Art von erzwungenen Eingriffen in Mangelberufen zeigt: Ehemals motivierte und inspirierte Leistungsträger*innen ziehen sich zurück, reduzieren ihr Pensum oder wechseln direkt das Berufsfeld, anstatt sich auf weniger attraktiv empfundene Arbeitsgebiete und Umfelder umleiten zu lassen. Ein solches Modell schränkt zudem die Weiterbildungsstätten unverhältnismäßig ein, da diese trotz erfüllter fachlicher Anforderungen von der Weiterbildung ausgeschlossen sein können oder gezwungen sind, Bewerber*innen in andere Fachgebiete umzuleiten.

Stattdessen sollten die neu entstehenden interdisziplinären Versorgungseinrichtungen im ambulanten Sektor - insbesondere in der Grund-

und Primärversorgung - zur Stärkung interdisziplinärer Perspektiven in Aus- und Weiterbildung genutzt werden. Es muss dafür Sorge getragen werden, dass die Ärztliche Weiterbildung durch die geschärften Profile der Ausbildungsstätten nicht die erforderliche Breite verliert und keine Nachteile für die ärztliche Weiterbildung entstehen. Die Konzentration auf häufige Standardeingriffe kann jedoch auch einen Mehrwert für die Weiterbildung bieten, da Universitätsklinika diese Eingriffe nur selten oder gar nicht durchführen. Hier sind die Kliniken gefordert, evtl. standortübergreifende und kooperative Weiterbildungskonzepte zu etablieren, die unterschiedliche Versorgungslevel mit einbeziehen. Ziel muss eine qualitativ hochwertige, breit gefächerte Weiterbildung sein.

Quellenangaben:

Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin. (2013, November). Forderungen der Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin an die zukünftige Bundesregierung zur Sicherstellung einer zukunftsfesten Finanzierung der deutschen Universitätsmedizin. *bvmd*.

<https://www.bvmd.de/portfolio-items/forderungen-der-arbeitsgemeinschaft-hochschulmedizin-an-die-zukuenftige-bundesregierung-zur-sicherstellung-einer-zukunftsfesten-finanzierung-der-deutschen-universitaetsmedizin/>

Ärzteblatt, D. Ä. G., Redaktion Deutsches. (2023, November 15). *Gassen befürchtet „unkontrolliertes Krankenhaussterben“*. Deutsches Ärzteblatt.

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/147356/Gassen-befuerchtet-unkontrolliertes-Krankenhaussterben>

Blum, K. (2023, September). *DKI Krankenhaus-Index—Sommerumfrage 2023 | DKI*.

<https://www.dki.de/forschungsprojekt/dki-krankenhaus-index-sommerumfrage-2023>

BMG. (2023). *Eckpunktepapier – Krankenhausreform*.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform_final.pdf

BMG. (2024, Mai 15). *Fallpauschalen*. BMG.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/f/fallpauschalen>

Borsa, A., Bejarano, G., Ellen, M., & Bruch, J. D. (2023). Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: Systematic review. *BMJ*, e075244.

<https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075244>

Bundesrat. (2023). *Stenografischer Bericht 1038. Sitzung*.

https://www.bundesrat.de/SharedDocs/downloads/DE/plenarprotokolle/2023/Plenarprotokoll-1038.pdf?__blob=publicationFile&v=2%20S.%20374

bvmd. (2016, Juni 16). *Patientenwohl als ethischer Maßstab*. *bvmd*.

<https://www.bvmd.de/portfolio-items/patientenwohl-als-ethischer-massstab/>

bvmd. (2018, Juni 30). *Die Zukunft der Primärversorgung—Strategien zur Begegnung des Haus- und Landärzt:innenmangels*. *bvmd*.

<https://www.bvmd.de/portfolio-items/die-zukunft-der-primarversorgung-strategien-zur-begegnung-des-haus-und-landaerztinnenmangels/>

bvmd. (2021, November 6). Patientenwohl als ethischer Maßstab. *bvmd*.
<https://www.bvmd.de/portfolio-items/patientenwohl-als-ethischer-massstab/>

Deutscher Städtetag. (2021, Juni). *Große Defizite bei den großen kommunalen Krankenhäusern*.
<https://www.staedtetag.de/presse/pressemeldungen/2021/defizite-bei-kommunalen-krankenhaeusern>

Herr, D., & Lessing, C. (2015). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 68(6), 7–14.
<https://doi.org/10.5771/1611-5821-2014-6-7>

Hoffmann, N. van den B., Steffen Fleßa, Wolfgang. (2021, November 18). *Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum*. bpb.de.
<https://www.bpb.de/themen/stadt-land/laendliche-raeume/334219/gesundheitsversorgung-im-laendlichen-raum/>
Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) (2024).
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz-khvvg.html>

Maier-Borst, H. (2014, September 12). Bertelsmann-Stiftung: Ab in den OP, egal ob es nötig ist. *Die Zeit*.
<https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2014-09/bertelsmann-stiftung-operation-haeufigkeit-studie>

Minz, R., Grüttner, D., & Heusinger-Lender, M. von. (2023). Krankenhaus 2030 – Was sich ändern muss. *Gefasschirurgie*, 28(2), 98.
<https://doi.org/10.1007/s00772-023-00986-6>

Müller, M. (2020). Stets bemüht: Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich. *Versicherungswirtschaft*, 75(2), 26–29. (c) GBI-Genios, München.

Nothacker, M., Busse, R., Elsner, P., Fölsch, U. R., Gogol, M., Jungehülsing, G. J., Kopp, I., Marckmann, G., Maschmann, J., Meyer, H.-J., Miller, K., Wagner, W., Wienke, A., Zimmer, P., & Kreienberg, R. (2019). Medizin und Ökonomie – Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und ressourcenbewusste Versorgung. Ein Strategiepapier der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)