



Stellungnahme der Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern zum Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG)

1. **Wer – wie im Krankenhausreformenpassungsgesetz - detaillierte Strukturen gesetzlich fordert, der muss sie auch finanzieren** - dies gewährleistet dann die wohnortnahe klinische Versorgung mit hoher Qualität. Das bundesweit limitierte Krankenhausbudget stellt dies nicht sicher. Es führt die Mehrheit deutscher Krankenhäuser in finanzielle Defizite und löst Schließungen bedarfsnotwendiger Krankenhäuser aus (kalter Strukturwandel).
2. **Krankenhäuser mit begrenzten Strukturen sind besser als keine Krankenhäuser.** Dies gilt insbesondere dann, wenn sie in einer Region als einzige die wohnortnahe klinische Versorgung der Bevölkerung binnen 30 Fahrzeitminuten sicher stellen. Solche Krankenhäuser brauchen finanzielle und strukturelle Unterstützung, um sich zeitnah den geforderten **stationären Mindeststrukturen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie und Intensivmedizin einschließlich Notfalllabor** entsprechend den Bestimmungen des Krankenhausreformenpassungsgesetz anzugleichen.
3. Es bestehen keinerlei gesetzliche Bestimmungen zu alternativen klinischen Behandlungsstrukturen, falls bereits heute oder zukünftig aufgrund nicht erfüllter Strukturanforderungen zu Leistungsgruppen kein Allgemeinkrankenhaus einschließlich gestufter Notfallversorgung binnen 30 Fahrzeitminuten mehr zur Verfügung steht. **Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können lebensrettende Allgemeinkrankenhäuser nicht ersetzen. ¹ Dies hat mit Qualität im Gesundheitswesen nichts zu tun.** Sie sind insbesondere nicht zur Behandlung lebensbedrohender Erkrankungen oder Verletzungen geeignet und vorgesehen. Sie sind allerdings ein geeignetes ambulantes Angebot, wenn zusätzlich aufgrund des Ärztemangels die ambulante Gesundheitsversorgung einer Region gefährdet ist.
4. Die durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz verursachte zwangsweise Schließung von Krankenhäusern mit begrenzten Strukturen ohne ein alternativ verfügbares Allgemeinkrankenhaus mit Basisnotfallversorgung binnen 30 Fahrzeitminuten macht betroffene Regionen zu Gesundheitsregionen 3. Klasse. Wir rechnen in unserer Auswirkungsanalyse zum Krankenhausreformenpassungsgesetz mit einer Schließung von bis zu 1/3 der deutschen Krankenhäuser, vorwiegend ohne Basisnotfallversorgung. ²

¹Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Auswirkungsanalyse zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz [KHVVG] - Drucksache 20/11854, https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13351285099/Auswirkungsanalyse+zum+Auswirkungsanalyse+Entwurf+des+E2%80%93+KHVVG+-+Drucksache+20_11854.pdf?t=1734590890

²Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Auswirkungsanalyse zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz [KHVVG] - Drucksache 20/11854, https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13351285099/Auswirkungsanalyse+zum+Auswirkungsanalyse+Entwurf+des+E2%80%93+KHVVG+-+Drucksache+20_11854.pdf?t=1734590890

5. Es gibt durchaus **alternative Konzepte zu restriktiven Leistungsgruppen und limitierter Krankenhausvergütung**. Die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern belegt mit dem Konzept "Bedarfsgerechte kommunale Kliniklandschaft" ³ , dass der Erhalt der bundesdeutschen Krankenhäuser möglich ist. Wir erschließen zusätzliche Einnahmen der Krankenkassen im Umfang von 33,5 Mrd. Euro, Einsparungen im Umfang von 23,5 Mrd. Euro ⁴ und zusätzliche 171.600 klinischen Vollzeitkräften bzw. 129.900 klinischen Vollzeitkräften ohne Mehrkosten am Patientenbett. ⁵. Hierzu muss das Klinikpersonal (ohne Mehrkosten) lediglich von Kodier- und Dokumentationsarbeiten für die Berechtigung und Abrechnung von Fallpauschalen entlastet werden. Die Konzepte liegen der Bundesgesundheitsministerin, dem Gesundheitsausschuss und allen Ministerpräsident(inn)en vor.
6. **Corona hat sichtbar gemacht, dass Deutschland über keine ausreichenden klinischen Betten und ausreichendes klinisches Fachpersonal für Katastrophenfälle wie Kriegsgefahren und Pandemien verfügt**. Corona-Patient(inn)en mussten in andere Bundesländer verlegt werden. Eine weitere Ausdünnung der Kliniklandschaft, wie im Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) vorgesehen, gefährdet im Ernstfall die Pandemie- und Kriegstauglichkeit bundesdeutscher Krankenhäuser.

Himmelkron, 15.12.2025

verantwortlich:

Klaus Emmerich

Klinikvorstand i.R.

Egerländerweg 1

95502 Himmelkron

0177/1915415

www.schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com

klaus_emmerich@gmx.de

³ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, ,
Bedarfsgerechte kommunale Kliniklandschaft,
<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13431319799/Projektstudie+Bedarfsgerecht+kommunale+Kliniklandschaft.pdf?t=1762853395>

⁴ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Koalitionsvertrag löst drängende Probleme der Krankenhäuser und Gesundheitsversorgung nicht,
https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13413380299/Kommentar+Ausgabe+4_25.pdf?t=1744653504

⁵ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Personal gebunden durch DRG-Fallpauschalenabrechnung,
<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/aktuelles/kh-statistik-2024/>