

Ja zur besseren Krankenhausstruktur – nein zu Lauterbachs Leveln

Das Modell des Bündnis Klinikrettung für bundeseinheitliche
Krankenhausstruktur im Sinne einer flächendeckenden,
bedarfsgerechten Krankenhausversorgung



Impressum

Ausgabe vom 13.03.2023

Texte: Bündnis Klinikrettung 2023 (CC BY-NC 4.0)

Umschlaggestaltung: Bündnis Klinikrettung 2023 (CC BY-NC 4.0)

Herausgegeben vom Bündnis Klinikrettung
bei Gemeingut in BürgerInnenhand (GiB) e.V.

Weidenweg 37

10249 Berlin

www.klinikrettung.de

Inhalt

1. Einführung	2
Die Vorteile bundesweit einheitlicher Krankenhausstruktur	3
2. Die Probleme von Lauterbachs neuen Krankenhaus-Leveln	3
3. Bundeseinheitliche Krankenhausstruktur als Garant flächendeckender Versorgung	4
3.1. Gegenüberstellung der Vorschläge vom Bündnis Klinikrettung und der Regierungskommission	5
3.2. Prinzipien für die bundeseinheitliche Krankenhausstruktur	5
4. Lokale Ärztezentren	7
5. Erweiterung des Behandlungsangebots von Allgemeinkrankenhäusern	7
6. Finanzierungsmodell	8

1. Einführung

Am 6.12.2022 stellten Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und die von ihm eingesetzte „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ ihre Vorschläge für eine Krankenhausreform 2023 vor. Neben einer veränderten Krankenhausfinanzierung empfiehlt die Regierungskommission eine bundeseinheitliche Gliederung der Krankenhäuser in Versorgungsstufen oder sogenannte Krankenhaus-Level, und die Einführung von Leistungsgruppen.

Das Bündnis Klinikrettung kritisiert die vorgeschlagene Reform der Krankenhausfinanzierung. Denn trotz anderslautender Versprechen hält Lauterbach am gescheiterten System der Fallpauschalen fest. Die Fallpauschalenfinanzierung hat seit ihrer Einführung Kostensteigerungen, Arbeitsverdichtung und Krankenhausschließungen verursacht. Von ihr profitieren maßgeblich private Krankenhauskonzerne, die Milliardengewinne aus der Fallpauschalen-Abrechnung ziehen. Um Deutschlands Gesundheitsversorgung zu retten braucht es eine echte Reform der Krankenhausfinanzierung, nicht eine leicht modifizierte Version der Fallpauschalen. Das Bündnis Klinikrettung schlägt ein gemeinwohlorientiertes Finanzierungsmodell vor: die Selbstkostendeckung der Krankenhäuser.¹ Die Einführung der DRG-Fallpauschalenfinanzierung statt der vormals gegebenen Selbstkostendeckung, die fortschreitenden Privatisierungen und die fehlenden Investitionen durch die Bundesländer haben die Kliniken in Deutschland in extreme Notlagen gebracht. Leidtragende sind die PatientInnen wie die Beschäftigten. Die Pläne des Bundesgesundheitsministers und der ÖkonomInnen in seiner Kommission gehen diese Probleme nicht an, sondern verschärfen sie noch. Die Bundesländer, welche sich weigern, die gemeinwohlorientierten Kliniken kostendeckend zu finanzieren, sind ebenfalls in der Pflicht.

Der zweite Reformvorschlag, die Einführung bundeseinheitlicher „Versorgungsstufen“ oder „Level“, kann grundsätzlich sinnvoll sein, um eine bundesländerübergreifende einheitliche Systematik für die

¹Selbstkostendeckung der Krankenhäuser, Bündnis Klinikrettung veröffentlicht Studie zur Selbstkostendeckung als Alternative zu Fallpauschalen, <https://www.gemeingut.org/buendnis-klinikrettung-veroeffentlicht-studie-zur-selbstkostendeckung-als-alternative-zu-fallpauschalen/>

Krankenhausstruktur einzuführen und die Mindeststandards in Ausstattung und Behandlungsspektrum zu gewährleisten. Lauterbachs Vorschlag für Krankenhaus-Level schlägt allerdings den falschen Weg ein: Das Level-Modell definiert nicht etwa Untergrenzen für eine Minimalversorgung, sondern schränkt auf der Grundlage der Zuordnung eines Krankenhauses zu einem Level rigide ein, welche Behandlungen es durchführen darf. Die Ausgestaltung der Level 1i und Level 1n zusammen mit der strikten Erfüllung von Leistungsgruppen bedeuten eine qualitative Herabstufung bestehender Krankenhäuser. Krankenhäuser des Level 1n werden ihr Behandlungsspektrum reduzieren müssen und beispielsweise essenzielle Abteilungen wie die Geburtshilfe verlieren. Krankenhäuser des Level 1i werden zu teilstationären Gesundheitseinrichtungen degradiert. Ohne ärztliche Präsenz nachts und am Wochenende, werden sie aufhören, als Krankenhäuser zu existieren. So würden beispielsweise in Berlin nach der Umsetzung von Lauterbachs Reform anstelle von 90 Kliniken mit 22.500 Betten nur noch maximal 10 Krankenhäuser mit insgesamt 7.500 Betten übrig bleiben.² Im Klartext sind Lauterbachs Krankenhaus-Level also strukturell verordnete Krankenhausschließungen. Die flächendeckende klinische Versorgung einschließlich Notfallversorgung ist dadurch massiv gefährdet.

Das zentrale Problem: Die von der Regierungskommission entwickelten Level und Leistungsgruppen orientieren sich nicht an den Behandlungsbedarfen der Bevölkerung. Das Bündnis Klinikrettung schlägt eine grundsätzlich andere Herangehensweise vor: die bedarfsgerechte PatientInnenversorgung muss Ausgangspunkt und Messlatte für die Gestaltung der klinischen Versorgung sein. Bundeseinheitliche Stufen in der Krankenhausstruktur dienen im Modell des Bündnis Klinikrettung daher der Sicherstellung einer angemessenen medizinischen Mindestausstattung für alle Kliniken. Sie geben Minimalanforderungen vor, die als Untergrenzen mit Luft nach oben zu handhaben sind. Damit stehen sie im Gegensatz zur strikten Deckelung oder Herabstufung des Behandlungsspektrums im Reformmodell von Lauterbach.

Die Vorteile bundesweit einheitlicher Krankenhausstruktur

Bundeseinheitliche Krankenhausstruktur schafft mehr Sicherheit:

- Sie legen **Mindeststandards in der klinischen Versorgung** fest, die allen EinwohnerInnen Deutschlands innerhalb von maximal 30 Fahrzeitminuten zustehen.
- Sie schaffen **bei klinischen Notfällen Klarheit**, ob das nächstgelegene Krankenhaus für die aktuell benötigte Behandlung geeignet ist.
- **Sie garantieren in jedem Fall eine klinische Erstversorgung in Notfallsituationen nach festen Leitlinien.** Sie sichern zudem strukturierte Abläufe, wie die betreffenden PatientInnen (ggf. nach einer erfolgreichen Reanimation) auf dem kürzesten Weg das geeignete Krankenhaus erreichen.

2. Die Probleme von Lauterbachs neuen Krankenhaus-Levels

Die Einführung des neuen Level 1 bedeutet eine signifikante Beschränkung des stationären Behandlungsangebots. Denn wird ein Krankenhaus diesem Level zugeordnet, führt das dazu, dass es in seinem Behandlungsspektrum massiv eingeschränkt wird (Level 1n) oder gar als Krankenhaus geschlossen

²<https://www.tagesspiegel.de/berlin/berliner-wirtschaft/wenn-lauterbachs-plan-umgesetzt-wird-diesen-vivantes-krankenhausern-in-berlin-droht-das-aus-9247083.html>

wird (Level 1i). Dadurch werden große Entfernungen zu entsprechenden Krankenhäusern und in Folge Unterversorgung in vielen, insbesondere ländlichen Regionen entstehen. Gleichzeitig wird beim vorliegenden Vorschlag für Krankenhaus-Level nicht dem Problem Rechnung getragen, dass bereits heute Regionen in Deutschland existieren, in denen die EinwohnerInnen kein Allgemeinkrankenhaus einschließlich Notfallversorgung innerhalb von maximal 30 Fahrzeitminuten erreichen können. Das kann lebensgefährlich sein.³

Nahezu alle Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland behandeln klinische Notfälle. Mit der gesetzlichen Einführung der gestuften Notfallversorgung und den anschließenden Festlegungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurden jedoch 657 der 1.887 Krankenhäuser anhand struktureller Merkmale offiziell aus der klinischen Notfallversorgung ausgeschlossen. Genau diese Krankenhäuser haben Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seine Regierungskommission mit ihrer Krankenhausreform 2023 im Blick. Sie sollen als Level 1i Kliniken zu Gesundheitszentren umgewandelt werden, die keine Notfallversorgung bereitstellen und nur tagsüber ambulant-ärztliche Anwesenheit bieten. Nachts sind sie als Pflegezentren mit lediglich ärztlicher Rufbereitschaft vorgesehen. Sie wären dann keine Krankenhäuser mehr.

Krankenhäusern des Level 1n steht eine massive Reduktion des Behandlungsspektrums bevor, da laut Reform die Kliniken dieses Levels nur rudimentäre Basisversorgung in den Bereichen Chirurgie, Innere Medizin und Notfallversorgung anbieten dürfen sollen. Die Vorhaltung zum Beispiel einer Geburtsstation ist in diesen Kliniken auch nicht vorgesehen. Das bedeutet, dass 649 Krankenhäuser, die dem Level 1n mit Notfallversorgung zugeordnet werden sollen, zukünftig über ein signifikant reduziertes Behandlungsspektrum verfügen werden und sich die Versorgungsqualität im Einzugsbereich dieser Einrichtungen verschlechtern wird.⁴

Das private hcb Institute for Health Care Business GmbH, deren Geschäftsführer Dr. Boris Augurzky ebenfalls Mitglied der Regierungskommission ist, hält in seiner Auswirkungsanalyse im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft sogar fest, dass alle Krankenhäuser geschlossen werden sollten, die zwar die strukturellen Anforderungen des Level 1n erfüllen, in deren Einzugsgebieten jedoch Krankenhäuser der Level 2 oder 3 innerhalb von 30 Fahrzeitminuten erreichbar sind.⁵

3. Bundeseinheitliche Krankenhausstruktur als Garant flächendeckender Versorgung

Das Bündnis Klinikrettung schlägt eine bundeseinheitliche Krankenhausstruktur vor, die die wohnortnahe Grund- und Regelversorgung in den Allgemeinkrankenhäusern genauso berücksichtigt, wie die Schwerpunkt- und Maximalversorgung. Das Bündnis Klinikrettung hält an der rechtlichen Zusicherung fest, dass die

³Beispiel Bayern, Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Unterversorgung, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/unterversorgung/>

⁴Vgl. Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Projektstudie: Bewertung der Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission - Prognose über die Zukunft deutscher Krankenhäuser, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/krankenhausreform/lauterbachs-regierungskommissiongef%C3%A4hrdet-die-fl%C3%A4chendeckende-klinische-versorgung/>

⁵hcb Institute for Health Care Business GmbH, Auswirkungsanalyse im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/Kurzversion_DKG_Auswirkungsanalyse_Basiszenario_von_Vebeto_und_hcb.pdf

Krankenhausversorgung flächendeckend abgesichert sein muss, das heißt: Das nächste Krankenhaus muss für alle EinwohnerInnen innerhalb von maximal 30 Fahrzeitminuten erreichbar sein. An Orten, wo diese Maximalfahrzeit überschritten wird, müssen Krankenhäuser neu- oder wiedereröffnet werden. Ergänzt wird die Krankenhausstruktur durch ambulante Ärztezentren.

3.1. Gegenüberstellung der Vorschläge vom Bündnis Klinikrettung und der Regierungskommission

<u>Bündnis Klinikrettung</u>		<u>Regierungskommission</u>
Krankenhäuser (max. 30 Minuten Erreichbarkeit)		
Maximalkrankenhäuser	entsprechen	Krankenhäusern des Level 3
Schwerpunktkrankenhäuser	entsprechen	Krankenhäusern des Level 2
Allgemeinkrankenhäuser	sind besser ausgestattet als	Krankenhäuser des Level 1n
Ambulante Gesundheitseinrichtungen (keine Anrechnung auf maximale Erreichbarkeit von Krankenhäusern)		
kommunale Ärztezentren	sind ausgestattet wie Level 1i, aber ohne Bettentrakte, weil nur ambulant und nicht teilstationär	Einrichtungen des Level 1i

3.2. Prinzipien für die bundeseinheitliche Krankenhausstruktur

Medizinische Spezialisierung: Hoch spezialisierte Fachabteilungen sollten überwiegend in den Maximalversorgungs- und Schwerpunktkrankenhäusern angesiedelt werden. Bei entsprechendem Bedarf können auch Allgemeinkrankenhäuser in den Regionen spezialisierte Fachabteilungen vorhalten. Reine Fachkliniken sind in dem vorgeschlagenen Versorgungsnetzwerk grundsätzlich nicht notwendig und sollten in andere Krankenhäuser integriert oder in Allgemeinkrankenhäuser umgewandelt werden. Im Falle historisch gewachsener Versorgungsstrukturen für besondere Bedarfe wie beispielsweise Lungenkliniken oder in anderen medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann die Beibehaltung von Fachkliniken sinnvoll sein.

Mindestanforderungen und mögliche Erweiterung des Behandlungsspektrums: Für alle drei Stufen der bundeseinheitlichen Krankenhausstruktur sollten Mindestanforderungen gelten. Die Schwerpunktkrankenhäuser und die Allgemeinkrankenhäuser müssen jedoch die Möglichkeit haben, ihr Behandlungsspektrum zu erweitern und zusätzliche Fachabteilungen bereitzustellen, die über die Minimalanforderungen der betreffenden Stufe hinausgehen. Dies muss dann möglich sein, wenn in erreichbarer Nähe Krankenhäuser höherer Stufen fehlen.

Ausstattung der Allgemeinkrankenhäuser: Allgemeinkrankenhäuser sollten mindestens mit den Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Intensivmedizin und

Notfallversorgung, Notfallstufe 1⁶ ausgestattet werden. Darüber hinaus muss die wahlweise Erweiterung des Behandlungsspektrums möglich sein. Die Kombination aus Mindestangebot und möglicher Erweiterung ist aus folgenden Gründen sinnvoll:

1. Die Geburtshilfe wird zwingend in allen Allgemeinkrankenhäusern benötigt. Im Falle einer Konzentration auf Schwerpunkt- und Maximalkrankenhäuser wäre die Geburtshilfe statt in 810 nur noch in 291 Krankenhäusern vorhanden und damit für die Menschen in ländlichen Regionen nicht mehr in angemessener Zeit erreichbar.⁷
2. Viele ländliche Krankenhäuser haben mit Erfolg und unter großem finanziellen sowie strukturellen Aufwand umfassende Spezialisierungen und klinische Zentren mit Erfolg etabliert. Es gibt keinen Grund, entsprechende bestehende Fachbereiche in Allgemeinkrankenhäusern und damit in ländlichen Regionen zu schließen.
3. Vielfach fehlen in ländlichen Regionen Kassensitze für ambulante fachärztliche Angebote, oder die Kassensitze können nicht besetzt werden. Ländliche Krankenhäuser haben oft mit ihren Spezialisierungen und klinischen Zentren erfolgreich auch die ambulante fachärztliche Versorgung übernommen. Werden den Allgemeinkrankenhäusern diese Spezialisierungen und klinische Zentren entzogen, bricht vor Ort auch die analoge ambulante fachärztliche Versorgung zusammen.⁸
4. In den Regionen ohne Versorgungssicherheit sollten die Ermächtigungen zeitlich und bezüglich des Behandlungsumfangs ausgeweitet werden sowie solche Leistungen aus einem Extrabudget vergütet werden.
5. Allgemeinkrankenhäuser übernehmen die praktische Ausbildung von ÄrztInnen sowie die praktische und vielfach die theoretische Ausbildung der Pflegefachkräfte im Rahmen der generalistischen Pflegeausbildung. Sie sind als Ausbildungsbetriebe insbesondere in Zeiten des Personalmangels unverzichtbar.

Sicherstellung: Wo ein Krankenhaus nicht (mehr) binnen 30 Fahrzeitminuten erreichbar ist, muss eines neu- oder wiedereröffnet werden. Eine Demokratisierung von Krankenhausplanung und Steuerung ist erforderlich.

Die Rolle ambulanter Gesundheitseinrichtungen: Ambulante Gesundheitseinrichtungen dürfen die Krankenhäuser nicht ersetzen, sondern sollten zur Ergänzung der Krankenhauslandschaft bereitgestellt werden. Sie sind insbesondere dort sinnvoll, wo die ambulante ärztliche Versorgung unzureichend ist. Bei der

⁶Zu der Ausstattung der Kliniken der Notfallstufe 1 in: Gemeinsamer Bundesausschuss „Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V“, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2340/Not-Kra-R_2020-11-20_iK-2020-11-01.pdf. Wobei nicht sinnvoll ist die mengenmäßige Vorschrift sechs Intensivbetten und entsprechendes ärztliches und pflegerisches Personal vorzuhalten. Ein kleines ländliches Krankenhaus mit ausreichenden 2 Intensivbetten ist durch die jetzige Regelung von der Vergütung der Notfallpauschale ausgeschlossen und ist gezwungen, Notfallpatienten abzuweisen.

⁷hcb Institute for Health Care Business GmbH, Auswirkungsanalyse im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/Kurzversion_DKG_Auswirkungsanalyse_Basiszenario_von_Vebeto_und_hcb.pdf

⁸Kann die ambulante Versorgung nicht sichergestellt werden, gibt es das regionale Ermächtigungsverfahren zur Sicherstellung. Ein regionaler Zulassungsausschuss (besteht aus VertreterInnen der Krankenkassen und niedergelassenen ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen), kann eine befristete Ermächtigung zur Behandlung, ihrem Umfang und ihrer Vergütung erteilen. Dies betrifft entweder eine persönliche Ermächtigung eines Arztes oder einer Ärztin oder eine Einrichtungsermächtigung unter ärztlicher Leitung. Derartige Ermächtigungen wurden häufig KrankenhausmedizinerInnen oder -abteilungen zugesprochen.

Ermittlung, ob das nächste Krankenhaus innerhalb von maximal 30 Minuten erreichbar ist, werden die ambulanten Gesundheitseinrichtungen nicht berücksichtigt.

4. Lokale Ärztezentren

Innerhalb der Einzugsgebiete dieser drei Stufen von Krankenhäusern sollten lokale Ärztezentren entwickelt werden. Hier könnten auch die öffentlichen Gesundheitsdienste angesiedelt werden. Dadurch kann der Erosion ambulanter medizinischer Versorgung in ländlichen Gebieten und benachteiligten Großstadtvierteln etwas entgegengesetzt werden. Ihre Vorteile:

1. Sie bringen dem Personal flexiblere und besser geregelte Arbeitszeiten sowie Entlastungsmöglichkeiten durch Aufgabenverteilung, den dort tätigen ÄrztInnen zudem die Vorteile einer inner- und zwischenfachlichen Kooperation sowie eine Entlastung von Verwaltungstätigkeiten und von Selbständigkeits-Risiken.⁹
2. Von einer engen Kooperation mit den zugehörigen Gesundheitsdiensten profitieren PatientInnen und Personal. Die Größe der Einrichtung führt zu besserer Nutzung von Medizintechnik und erleichtert den Einsatz digitaler Diagnose- und Beratungseinrichtungen und die Vernetzung mit Krankenhäusern im Gebiet.
3. Lokale Ärztezentren stehen in kommunaler Trägerschaft. Nur so kann ihre Fächer- und Behandlungspalette bindend auf den örtlichen Bedarf abgestimmt werden. Das behindert zugleich ein weiteres Vordringen kommerzieller MVZ in diesen Gebieten.

5. Erweiterung des Behandlungsangebots von Allgemeinkrankenhäusern

Die Regierungskommission schlägt vor, das Behandlungsangebot der Krankenhäuser der niedrigsten Stufe stark einzuschränken. So wird im Level-Modell vorgeschlagen, dass die Kliniken des Levels 1n lediglich 13 der 128 Leistungsgruppen anbieten dürfen. Aber die Zulassung des erweiterten Behandlungsangebots für Allgemeinkrankenhäuser ist in ländlichen Regionen von elementarer Bedeutung. Deswegen müsste es für die Bundesländer ermöglicht werden, in ihren Versorgungsgebieten – entsprechend des vorherrschenden Versorgungsbedarfs – den Krankenhäusern zusätzliche Behandlungsangebote zuzuweisen. Den Bundesländern würde damit die Möglichkeit eröffnet, die unterschiedlichen Gegebenheiten, zum Beispiel überwiegend städtische oder überwiegend ländliche Strukturen, flache oder gebirgige Landschaften, Ausbau der Verkehrsnetze und ähnliches bei der Gliederung der Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. Das Bündnis Klinikrettung schlägt mindestens folgende Behandlungsangebote vor, damit die Allgemeinkrankenhäuser den Grundbedarf einer medizinischen Versorgung decken können.

⁹Zentralinstitut der Kassenärztlichen Vereinigung (Hg.): Zi-MVZ-Panel 2020, S. 26f.; Kassenärztliche Vereinigung Bayern (Hg.): KVB-Forum 2021, Nr. 3, S. 10ff.

Vorschlag der Regierungskommission für das Level 1n	Ergänzungsvorschlag vom Bündnis Klinikrettung für echte Allgemeinkrankenhäuser
1.0 Basisbehandlung Innere Medizin 2.0 Basisbehandlung Allgemeinchirurgie 3.0 Basisbehandlung Frauenheilkunde (ohne Geburtshilfe) 4.0 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin 4.6.1 Kinder und Jugendliche Basis-Notfallmedizin Stufe I 5.0 Basisbehandlung Augenheilkunde 6.0 Basisbehandlung Haut- und Geschlechtskrankheiten 7.0 Basisbehandlung HNO 10.0 Basisbehandlung Neurologie 11.0 Basisbehandlung Urologie 13.0 Basisbehandlung Intensivmedizin Stufe I 15.1 Geriatrie 16.1 Palliativmedizin	1.2. Endokrinologie und Diabetologie 1.3 Gastroenterologie 1.6 Kardiologie 1.6.1 Interventionelle Kardiologie 1.9 Rheumatologie 2.1 Gefäßchirurgie 2.4 Orthopädie und Unfallchirurgie 2.4.1 Endoprothetik Hüfte 2.4.2 Endoprothetik Knie 2.4.3 Revision Hüftendoprothese 2.4.4 Revision Knieendoprothese 2.4.5 Wirbelsäuleneingriffe 2.4.6 Handchirurgie 2.7 Viszeralchirurgie 3.2 Geburtshilfe 4.10 Allgemeine Kinderchirurgie 9.1 Neurochirurgie 9.1.1 Wirbelsäuleneingriffe 14.1 Stroke Unit

6. Finanzierungsmodell

Die Politik der Unterfinanzierung der Krankenhäuser, kombiniert mit Schließungsförderung beispielsweise über den Krankenhausstrukturfonds, steht einer bedarfsorientierten Sicherstellung der flächendeckenden klinischen Versorgung fundamental entgegen. Auch die Teilfinanzierung durch Vorhaltepauschalen beseitigt den ökonomischen Druck auf die Krankenhäuser nicht und wendet das Risiko einer Insolvenz nicht ab. Stattdessen muss die Krankenhausfinanzierung auf die Selbstkostendeckung umgestellt werden. Das würde die Verluste, aber auch die Zweckentfremdung der Krankenkassenbeiträge in Form von Gewinnen unmöglich machen.