

Vom Helden der Nation zum Prügelknaben

Gesundheitsökonomien und ihre untauglichen Schlussfolgerungen aus der Corona-Pandemie

(von Klaus Emmerich)

Ein unglaublicher Wandel vollzieht sich in der deutschen Krankenhauslandschaft. Als die erste Welle der Corona-Pandemie Deutschland erreichte, blickte alles auf die deutschen Krankenhäuser als „Helden der Nation“. Fehlende Vorsorgekapazitäten – das bezeugt auch ein von der Bundesregierung beauftragtes Grünbuch 2020 *1) – und fehlende Schutzausrüstung warfen die berechnete Frage auf, ob die deutschen Krankenhäuser den Ansturm an Corona-PatientInnen überhaupt würden bewältigen können. *2)

Sie haben es geschafft!

Das Klinikpersonal setzte die eigene Gesundheit und das eigene Leben auf's Spiel, um Gesundheit und Leben anderer Menschen zu retten. Es gab keine Zustände wie in Italien mit massenhaften Toten. Darauf können die Krankenhäuser und das Klinikpersonal stolz sein – die Helden der Nation.

Gesundheitsberater und Gesundheitsinstitute sehen das anders!

Gesundheitsberater und Gesundheitsinstitute haben da eine ganz andere Meinung. Sie sitzen in wichtigen Beratungsgremien von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. *3) Sie erstellen Statistiken und ziehen daraus unzulässige Schlussfolgerungen:

- 1) Die Auslastung der Krankenhäuser 2020 lag signifikant unter dem Jahr 2019. *4)
- 2) Daraus leite sich eine Minderbelastung der Krankenhäuser ab und die Notwendigkeit, kleine Krankenhäuser zu schließen. *5)
- 3) Viele Krankenhäuser hätten 2020 bewusst keine PatientInnen behandelt, es sei "rentabel" gewesen, die Tagespauschale für Corona-Vorhaltebetten zu kassieren, als PatientInnen zu behandeln. *6)
- 4) Viele Krankenhäuser hätten (unberechtigt) 50 Tsd. € für zusätzlich Intensivplätze kassiert. Es verwundere, dass ab der zweiten Jahreshälfte die Höhe Anzahl an Intensivbetten wieder rückläufig sei. *7)
- 5) Die Verlegungsrate von Covid-19-PatientInnen sei in kleinen Krankenhäusern deutlich höher als in großen Krankenhäusern. Dies belege die "Überforderung" kleiner Krankenhäuser bei der Behandlung von Covid-19-PatientInnen bzw. zeuge von mangelnder Behandlungsqualität. Man müsse die Behandlung auf große Krankenhäuser der Schwerpunkt- und Maximalversorgung konzentrieren. *8)
- 6) Der Anteil der kleinen Krankenhäuser mit bis zu 299 Betten an der Covid-19-Behandlung habe mit 27% ohnehin keine Bedeutung *9)

Zugrundeliegende Statistiken der Gesundheitsberater großen Umfangs mögen Nicht-Fachkundige im Gesundheitswesen beeindrucken und überzeugen:

Bei Fachleuten aber rufen sie Fassungslosigkeit hervor!

In Konsequenz gehen das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, die Bertelsmann Stiftung, das Robert Bosch Stiftung und ihre Gesundheitsberater Prof. Dr. Boris Augurzky sowie Prof. Dr. Reinhard Busse in einem „Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren - Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020“ wesentlich weiter. Sie fordern im ersten Schritt die Konzentration der stationären Covid-19-

Behandlung in Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung. In einem zweiten Schritt sollen kleine Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung geschlossen und in Integrierte Versorgungszentren mit nur noch 12-stündiger Anwesenheit der Ärzte umgewandelt werden. *10)

Prof. Dr. Reinhard Busse stellt als Beleg für diese Forderung die Absenkung der Krankenhausauslastung von 75,1% im Jahr 2019 (19,2 Mill. PatientInnen) auf nur noch 67,3% (16,8 Mill. PatientInnen) im Jahr 2020 fest. *11) Geradezu bestürzend ist seine Schlussfolgerung: „*Der Belegungsrückgang in den DRG-Häusern entspricht der kompletten Kapazität der kleinsten 538 Krankenhäuser (bis 149 Betten). Oder anders ausgedrückt: selbst wenn diese geschlossen worden wären, wäre die Bettenbelegung in den anderen 900 noch auf 74% gesunken. Erst bei Wegfall der kleinsten 705 Krankenhäuser (bis 199 Betten) hätte die Bettenbelegung in den anderen 714 bei 80% gelegen.*“ *12)

Untauglichkeit gesundheitsökonomischer Überlegungen in der Corona-Pandemie

Um es deutlich auszudrücken: Wer meint, das Corona-Jahr 2020 mit üblichen statistischen Methoden auswerten zu können, hat nichts von Corona verstanden. Die Schlussfolgerungen der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Reinhard Busse und Prof. Dr. Boris Augurzky belegen, dass sie keinerlei Kenntnisse über medizinische Abläufe besitzen. Sie haben nicht einmal verstanden, dass im Jahr 2020 die in den Krankenhausplänen der Bundesländer registrierten Klinikbetten und auch Intensivkrankenhausbetten faktisch nicht in gleichem Umfang verfügbar waren. Sie negieren außerdem eine Corona-Lage 2020 mit gesetzlichen Bestimmungen, an die sich Krankenhäuser zwingend zu halten hatten. Krankenhäuser dafür nachträglich zu diffamieren, und Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung die Existenzgrundlage entziehen zu wollen, ist zynisch und verwerflich.

Faktenlage 2020 - Corona

Werden wir konkreter: Corona hat in der ersten Pandemiewelle ab März 2020 im Krankenhauswesen nahezu alles durcheinander gebracht was je galt. Grundlage ist die Feststellung des von den Bundesministerien des Inneren, der Forschung und Bildung beauftragten „GRÜNBUCH 2020 - zur Öffentlichen Sicherheit“ des Zukunftsforum Öffentliche Sicherheit e. V. (ZOES). Dort steht geschrieben:

*„Gesundheitssicherheit erfordert Vorsorge. Die ... dargestellte künftige Struktur der stationären Notfallstufen berücksichtigt nur **unzureichend die erforderlichen kapazitiven Vorhaltungen zur Bewältigung eines eskalierenden Ausbruchs einer Infektionskrankheit**, deren adäquate Bereitschaftsplanung und Evaluierung, kontinuierliches Training und Übung. ... Die Gesundheit der Bevölkerung ist Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge, sodass **Versorgungskapazitäten auch mögliche Krisensituationen berücksichtigen sollten**. Der Mangel an medizinischem und pflegerischem Fachpersonal muss konsequent angegangen werden. Hier bedarf es einer angemessenen Vergütung, besserer Arbeitsbedingungen und guter Ausbildungsstrukturen.“* *13)

Genauso sah es bei der ersten Pandemiewelle im Frühjahr 2020 aus: Es fehlten Vorsorgekapazitäten der Krankenhäuser, weil diese in den Landes-Krankenhausplänen nicht vorgesehen waren. Und weil die Krankenhäuser 2020 diese Vorsorgekapazitäten nicht hatten, musste der Gesetzgeber sie künstlich schaffen: Planbare stationäre Eingriffe wurden ausgesetzt und so Corona-Behandlungskapazitäten geschaffen. *14) Aus eigenen Erfahrungen als Klinikvorstand kann ich dazu berichten. Den Krankenhäusern fehlten:

- a) die notwendige Schutzausrüstung, um die eigenen KlinikmitarbeiterInnen bei der Behandlung von Covid-19-PatientInnen vor eigener Ansteckung zu schützen; deshalb kam es auch vermehrt zu Eigenansteckungen des Klinikpersonals bis hin zum Ausfall eines ganzen Krankenhauses.
- b) die notwendigen Schnelltests, um festzustellen, ob PatientInnen überhaupt Corona-erkrankt waren. Die Testergebnisse in wenigen überlasteten Laboren ließen 2 Tage bis eine Woche auf sich warten, bis dahin waren die Corona-VerdachtspatientInnen in Mehrbettzimmern einzeln zu isolieren. Die verfügbaren Betten reduzierten sich signifikant (**Widerlegung These 1**). Demnach kann auch die Auslastung 2020 nicht an den Krankenhausbetten lt. Deutscher Krankenhaus-Statistik gemessen werden – sie waren zum Teil nicht verfügbar (**Widerlegung These 6**). Die Schutzmaßnahmen für einen Corona-Verdachtspatient in einem Mehrbettzimmer waren aufwendiger, als mehrere nicht isolierte PatientInnen zu behandeln. (**Widerlegung These 2**).
- c) Krankenhäuser in Deutschland durfte ab der ersten Pandemie-Welle nicht frei entscheiden, welche und wie viele PatientInnen sie behandeln. In Folge ...
 - unzureichender Vorsorgekapazitäten
 - Ungewissheit über die exponentielle Verbreitung von Corona
 - Sorge einer Überlastung des Gesundheitssystems,schränkte der Gesetzgeber die Behandlungsentscheidungen der einzelnen Krankenhäuser ein:
 - Planbare Behandlungen waren zu verschieben.
 - Der Katastrophenschutz wurde in einigen Bundesländern ausgerufen.
 - Klinikübergreifende Corona-Koordinationsteams entschieden in etlichen Bundesländern, welches Krankenhaus welche Aufgabe übernahm, um die Krankenhäuser vor dem Kollaps zu bewahren:
 - Einzelne Krankenhäuser behandelten Covid-19 auf Normal- und Intensivstation.
 - Andere Krankenhäuser ohne Intensivstation isolierten Corona-VerdachtspatientInnen.
 - Weitere Krankenhäuser übernahmen vorübergehend die Kurzzeitpflege austerapiierter Corona-PatientInnen weil die Pflegeheime ebenfalls überlastet waren.
 - Etliche Krankenhäuser machten alles.

Es stand nicht im Belieben der Krankenhäuser über ihren koordinierten Katastrophenschutz autonom zu entscheiden.

Den Krankenhäusern bewusste ökonomische Vorteile zu unterstellen, ist unseriös und skandalös (**Widerlegung Thesen 3 und 4**).

- d) Solange es keine Schnelltests gab, mussten reguläre Klinikstationen mit großem organisatorischen und finanziellen Aufwand in Isolierstationen mit komplett anderen Abläufen umgestaltet werden (**Widerlegung These 2**).

- e) Niemand wusste in der ersten Pandemiewelle, in welchem intensivpflichtige PatientInnen auf die Krankenhäuser zukamen. Deshalb wurden die Krankenhäuser angehalten, kurzfristige **Interims-Intensivstationen** aufzubauen. Es ging um Vorsorgekapazitäten, über die deutsche Krankenhäuser bisher nicht verfügten. Es ging nicht darum, Intensivseinheiten dauerhaft auf dem Niveau Mitte 2020 zu halten (**Widerlegung These 4**).

Dabei war jedem Fachmann bewusst:

- Die Erweiterung der Intensivseinheiten bedeutete, reguläre Funktionen wie OP, Aufwachraum o.ä. zu schließen und umzugestalten.
- Die erweiterten Intensivkapazitäten mussten z.T. mit nicht intensivmedizinischem und nicht intensivpflegerischem Personal besetzt werden.
- Die Alternative wäre gewesen. Es gibt keine zusätzlichen Intensiv- und Beatmungseinheiten, die Gefahr einer Triage wäre signifikant gestiegen.
- Die Folge waren ein rasantes Rückfahren der Operationen und Eingriffe Selbst Tumor und Herzoperationen u.ä. wurden um Monate verschoben – dies konnte kein Dauerzustand werden.

Ab Sommer 2020 war es geboten, die Interims-Intensivstationen wieder aufzulösen, um den Operationsstau in den Griff zu bekommen (**Widerlegung These 4**).

Kein Gesundheitsberater ist bereit, den Mehraufwand geltend zu machen, der sich für die deutschen Krankenhäuser für den Umbau und Rückbau von Interims-Intensivstationen, Interim-Isolierstationen und die Ausbildung entsprechenden Personals zu erheben. Hier eine Minderbelastung der Krankenhäuser 2020 zu unterstellen, ist geradezu zynisch (**Widerlegung These 2**).

- f) Im Rahmen der Korodinationsteams wurden verschiedene Krankenhäuser – wie erwähnt – in einer sinnvollen Arbeitsteilung zu spezialisierten Aufgaben herangezogen. Insbesondere kleine Krankenhäuser **ohne Intensivstationen** übernahmen **spezifische Aufgaben im Rahmen der Corona-Behandlung**, die naturgemäß zu hohen Verlegungsraten führten.

- Isolierung von Covid-VerdachtspatientInnen im Rahmen der akutstationären Behandlung (**Widerlegung These 3**).
- Kurzzeitpflege für austerapierte Covid-19-PatientInnen benachbarter Krankenhäuser (**Widerlegung These 2**).

Bestätigte sich der Corona-Verdacht, und verschlechterte sich der Gesundheitszustand mit der Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Behandlung, kam es naturgemäß und **gewollt** zur Verlegung der PatientInnen in Krankenhäuser mit Intensivstationen. (**Widerlegung These 5**).

Auch Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung mit Intensivstationen übernahmen diese PatientInnen und behandelten sie professionell.

- g) Es gab vermehrt Schließungen von Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung in der Corona-Pandemie. Hätte es keine benachbarten Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung gegeben, wäre das Gesundheitssystem kollabiert. *15)

Ungeheuerliche Schlussfolgerungen

Der verkürzte Abriss der Corona-Fakten 2020 macht deutlich.

- Es geht um Vorsorgekapazitäten und nicht um Ökonomie.
- Es geht um Daseinsvorsorge und nicht um Statistiken, die in Pandemiezeiten jegliche Aussagekraft verlieren.

Dies haben die Gesundheitsökonomen nicht verstanden und auch nicht ihre Auftraggeber. Sie lesen Zahlen und interpretieren sie, als wenn sich 2020 in den Krankenhäusern durch Corona nichts verändert hätte. Sie belegen damit eine staunenswerte, ja bestürzende Unkenntnis über das, was in Krankenhäusern abläuft und über das, was sie mit Gesetzen und Verordnungen auslösen.

Die diskutierten Konsequenzen aus Corona

Das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, die Bertelsmann Stiftung, das Robert Bosch Stiftung und ihre Gesundheitsberater Prof. Dr. Boris Augurzky sowie Prof. Dr. Reinhard Busse haben in ihrem einem „Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren - Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020“ gefordert, kleine Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung zu schließen und in integrierte Versorgungszentren umzuwandeln. Das ist angesichts der Risiken der Corona-Pandemie ein geradezu atemberaubender Vorstoß, dem sich sinngemäß leider auch der Verband der Ersatzkassen (vdek) angeschlossen hat. *16)

In diesem Zusammenhang wurden die Herausgeber des Richtungspapiers von der Aktionsgruppe „Schluss mit Kliniksterben in Bayern“ mittlerweile 3 mal vergeblich angeschrieben. Die Fragen lauteten u.a. (Ausschnitt):

- *Wie sollen Patienten versorgt werden, wenn zentrale Krankenhäuser wegen Infizierung der Mitarbeiter oder Ausbruch der Corona-Mutante in der Pandemie einen Aufnahmestopp verhängen müssen, Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung dann aber nicht mehr existieren? Aufnahmestopps von Krankenhäusern höherer Versorgungsstufe gab es allein in Bayern beim Klinikum Bayreuth und beim Klinikum Amberg! *17)*
- *Konkret am Beispiel des Bundeslandes Bayern mit vielen ländlichen Regionen fragen wir: Sind aus Ihrer Sicht 47 Schwerpunkt- bzw. Maximalversorger (13%) mit 25.624 Betten (38%) ausreichend, um ...*
 - a) *die klinische Versorgung für 13,1 Mio. Einwohner dauerhaft sicherzustellen*
 - b) *die Ausfallebene einzelner Schwerpunkt- bzw. Maximalversorger auszugleichen, und*
 - c) *die Corona-Patienten bei Höchstauslastung adäquat zu behandeln? *18)*
 - d) *die 30-Minuten-Erreichbarkeit zum nächstgelegenen Krankenhaus in einem Flächenland wie Bayern zu gewährleisten?*

**Bis heute steht jegliche schriftliche Stellungnahme der Herausgeber des Richtungspapiers aus.
Sie haben keine Antwort!**

Fazit - klinische Versorgung gefährdet

Corona 2020 ist eine Ausnahmesituation für deutsche Krankenhäuser. Sie ist statistisch mit keinem regulären Behandlungsjahr der Krankenhäuser vergleichbar. Schlussfolgerungen aus Krankenhausstatistiken 2020 müssen die besonderen klinischen Abläufe des Jahres 2020 berücksichtigen - dies haben die Gesundheitsberater und Herausgeber von Studien in keiner Weise getan.

Ihnen fehlt schlicht und einfach die erforderliche ärztlich-/pflegerische Fachkenntnis.

Voreilige Schlussfolgerungen mit üblichen Methoden der Gesundheitsökonomie führen zu falschen Ergebnissen. Sie gefährden die stationäre klinische Versorgung in Deutschland.

Unsere (noch) gut funktionierenden Krankenhausstrukturen stehen also zur Disposition.

Die ist ein Schlag ins Gesicht der Krankenhäuser, die in der Corona-Pandemie Außerordentliches leisten, Leben und Gesundheit schützen.

Es wird Zeit, dass die Bevölkerung aufbegehrt, und dem Treiben der Gesundheitsberater sowie Beratungsinstituten ein Ende bereitet. Die Petition „STOPPT DEN EINFLUSS DER GESUNDHEITSBERATER AUF KRANKENHAUSREFORMEN“ *19) ist eine Möglichkeit, sich gegen das Ausbluten unserer Krankenhausstrukturen zu wehren. Die Bundestagswahl 2021 ist eine weitere Möglichkeit. Die Bürgern rufe ich auf: Wählen Sie Volksvertreter, die das deutsche Krankenhaussystem wertschätzen und dessen Erhalt zusichern. Sonst werden wir bei einer neuen Pandemie eine Gesundheitskatastrophe nicht abschätzbaren Ausmaßes erleiden.

Klaus Emmerich
Klinikvorstand a.D.
Aktionsgruppe „Schluss mit Kliniksterben in Bayern“
Bündnis Klinikrettung

Himmelkron, 28.04.2021



Quellenverzeichnis

- *1) Zukunftsforum Öffentliche Sicherheit e. V., GRÜNBUCH 2020 - zur Öffentlichen Sicherheit, Berlin, S. 33, 42, <https://zoes-bund.de/themen/gruenbuch/>
- *2) Merkur.de, 2020, Münchener Zeitungs-Verlag GmbH & Co.KG, München, <https://www.merkur.de/leben/gesundheit/was-corona-pandemie-fuer-deutsche-krankenhaeuser-bedeutet-zr-13601419.html>
- *3) Prof. Dr. Reinhard Busse (Technische Universität Berlin), Prof. Dr. Boris Augurzky (RWI-Leibnitz-Institut für Wirtschaftsforschung) im Beirat gemäß § 24 Krankenhausfinanzierungsgesetz und im Expertenrat zur Unterstützung für Krankenhäuser in der Corona-Epidemie
- *4) Ärzteblatt.de, 2021, Prof. Dr. Reinhard Busse, Historisch niedrige Bettenauslastung, Berlin, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/218200/COVID-19-Pandemie-Historisch-niedrige-Bettenauslastung>
- *5) Prof. Dr. Reinhard Busse, 2021, Wie erging es den Krankenhäusern im Covid-19-Jahr 2020, Präsentation, Berlin, https://www.spreestadtforum.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2021.lectures/2021-3-15-rb_Berlin-Spreestadt_Covid-Krankenhaeuser2020-V2.pdf
- *6) Ärzteblatt.de, 2020, GKV-Spitzenverband: Pauschalen für Krankenhäuser sind zu hoch: „Zum anderen seien die Pauschalen grundsätzlich zu hoch angesetzt. Deshalb seien ökonomische Anreize entstanden, Betten leer stehen zu lassen. In der Folge habe der extreme Belegungsrückgang in den Krankenhäusern in einigen Bereichen zu einer Unterversorgung geführt.“ <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/113639/GKV-Spitzenverband-Pauschalen-fuer-Krankenhaeuser-sind-zu-hoch>, Bertelsmann-Stiftung, 2021, Krankenhausstrukturen und Steuerung der Kapazitäten in der Corona-Pandemie - Ein Ländervergleich, Güterslohe S. 64, f. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Studie_Krankenhausstrukturen_Corona_Laendervergleich_final.pdf
- *7) Bertelsmann-Stiftung, ebenda, S. 64 f.
- *8) Ärzteblatt.de, 2020, GKV-Spitzenverband: Pauschalen für Krankenhäuser sind zu hoch, ebenda,
- *9) Ärzteblatt.de, 2021, Prof. Dr. Reinhard Busse, Historisch niedrige Bettenauslastung, ebenda, BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung Bertelsmann Stiftung, Robert Bosch Stiftung, Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren - Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020, S. 4, 35-36, <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zwischenbilanz-nach-der-ersten-welle-der-corona-krise-2020-all>
- *10) ARMER Institut für Gesundheitssystemforschung Bertelsmann Stiftung, Robert Bosch Stiftung, ebenda, Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO), AOK-Bundesverband, ARDS/ECMO-Zentrum Köln-Merheim, Kliniken der Stadt Köln, Universität Witten/Herdecke, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin, Prof. Dr. Reinhard Busse, 2020, Stationäre und intensivmedizinische Versorgungsstrukturen von COVID-19-Patienten bis Juli 2020 <https://www.springermedizin.de/covid-19-akutes-respiratorisches-distress-syndrom/stationaere-und-intensivmedizinische-versorgungsstrukturen-von-c/18801298>
- *11) Ärzteblatt.de, 2021, Prof. Dr. Reinhard Busse, Historisch niedrige Bettenauslastung, ebenda
- *12) Prof. Dr. Reinhard Busse, 2021, Wie erging es den Krankenhäusern im Covid-19-Jahr 2020, Präsentation, ebenda
- *13) Zukunftsforum Öffentliche Sicherheit e. V., GRÜNBUCH 2020 - zur Öffentlichen Sicherheit, Berlin, S. 33, 42, <https://zoes-bund.de/themen/gruenbuch/>
- *14) Ärzteblatt.de, 2020, Corona: Krankenhäuser sollen ab Montag alle planbaren Eingriffe verschieben, Berlin, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111034/Corona-Krankenhaeuser-sollen-ab-Montag-alle-planbaren-Eingriffe-verschieben>
- *15) *Krankenhausplan des Freistaates Bayern Stand: 1. Januar 2020 (45. Fortschreibung), S. 189, Bayerisches Landesamt für Statistik, 2019, <https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online/data?operation=abruftabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1613740528524&auswahloperation=abruftabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12411-000&auswahltext=&werteabruf=starten&nummer=7&variable=7&name=GEMEIN>
- *16) Verband der Ersatzkassen zu den Landesvertretungen (vdek), 2021: vdek-Zukunftsforum 2021: Zukünftige Krankenhauslandschaft – qualitätsorientiert und leistungszentriert!, Berlin, https://www.vdek.com/ueber_uns/vdek-zukunftsforum/2021-zukuenftige-krankenhauslandschaft.html, Ärzteblatt, 2021: Ersatzkassen plädieren für Maßnahmen zur GKV-Beitragssatzstabilisierung, Berlin, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/120517/Ersatzkassen-plaedieren-fuer-Massnahmen-zur-GKV-Beitragssatzstabilisierung>
- *17) br24, Corona-Mutation: Aufnahmestopp in zwei Bayreuther Kliniken, ebenda, Wochenblatt, ebenda
- *18) Krankenhausplan des Freistaates Bayern Stand: 1. Januar 2020 (45. Fortschreibung), S. 189, Bayerisches Landesamt für Statistik, 2019, <https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online/data?operation=abruftabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1613740528524&auswahloperation=abruftabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12411-000&auswahltext=&werteabruf=starten&nummer=7&variable=7&name=GEMEIN>
- *19) Openpetition, 2021, STOPPT DEN EINFLUSS DER GESUNDHEITSBERATER AUF KRANKENHAUSREFORMEN, Berlin, <https://www.openpetition.de/petition/online/stoppt-den-einfluss-der-gesundheitsberater-auf-krankenhausreformen>