

Bezahlbares Gesundheitssystem für Alle

Sicherung einer flächendeckenden klinischen Versorgung

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

Projektstudie



Inhalt

Inhaltsverzeichnis

1. Konzept der Bundesregierung.....	3
2. Gegenkonzept im Überblick.....	5
3. Weniger Leistung mit weniger Krankenhäusern?.....	6
4. Fallpauschalen für ökonomische Krankenhäuser?.....	8
5. Bürgerkrankenversicherung spart Verwaltungskosten!.....	10
6. Reiche ohne Beitragsbemessungsgrenze!.....	11
6. Tabuthemen statt Systemwechsel?.....	13
7. Wir wollen den Systemwechsel.....	14
8. Literatur.....	15



1. Konzept der Bundesregierung

Die Bundesregierung und Bundesgesundheitsministerin Nina Warken behaupten wider besseren Wissens: Das Gesundheitssystem in Deutschland sei nicht mehr bezahlbar:

1. Die Zuzahlungen der Beitragszahler zu den Krankenkassen steige stetig.
2. Der Staat zahle jährlich Milliarden in den Gesundheitsfonds der Krankenkassen.

Deshalb müsse man angeblich sparen, beispielsweise:

- Mehr Zuzahlungen zu Medikamenten.
- Weniger Geld für Krankenhäuser und Ärzte
- Weniger Gesundheitsleistungen
- Neues Angebot überwiegend ambulant tätiger Sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen anstelle von Krankenhäusern in ländlichen Regionen. ¹

Es geht immerhin um die durch das Krankenhausanpassungsgesetz provozierte Schließung von ca. 600 der aktuell 1.841 Krankenhäuser. Dies haben wir in einer Auswirkungsanalyse Klinikschließungspotenzial aufgrund des Krankenhausreform-anpassungsgesetz (KHAG) detailliert ermittelt. ²

Es geht wie immer ums Geld.

Bezahlen sollen Normalverdiener.

Geschont werden Großverdiener, die durch eine Beitragsbemessungsgrenze nicht solidarisch in die Krankenkassen einzahlen.

Wir belegen durch valide Zahlen: Das deutsche Gesundheitswesen ist mit mehr Leistungen und mehr Qualität bezahlbar

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist gut bezahlbar:

1. Durch **Einführung einer Bürgerkrankenversicherung für Alle** (9 Milliarden Euro weniger Verwaltungskosten) und **Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze** (58,4 Milliarden zusätzliche Einzahlungen in die Krankenkassen), das bringt zusammen jährlich gut 67 Milliarden Euro zusätzlich für das Gesundheitswesen.

1 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Auswirkungsanalyse Klinikschließungspotenzial einer modifizierten Krankenhausreform und Beitragsstabilität der schwarz-roten Bundesregierung,

<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13526747899/Auswirkungsanalyse+Klinikschlie%C3%9Fungspotenzial+aufgrund+des+Krankenhausreformatpassungsgesetz+%28KHAG%29.pdf?t=1777435905>

2 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Klinikschließungspotenzial aufgrund des Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG),

<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13526747899/Auswirkungsanalyse+Klinikschlie%C3%9Fungspotenzial+aufgrund+des+Krankenhausreformatpassungsgesetz+%28KHAG%29.pdf?t=1777435905>

2. **Verzicht auf Verwaltungsaufwand am Computer**, im Gegenwert von 12 Milliarden Euro können 171.600 klinische Mitarbeiter bzw. 129.900 klinische Vollzeitkräfte, die bisher Fallpauschalen kodieren, stattdessen PatientInnen behandeln. Das erhöht signifikant die Behandlungsqualität in deutschen Krankenhäusern.
3. **Verzicht auf den Transformationsfonds für Klinikschließungen und Umwandlungen** im Umfang von jährlich 5 Mrd. Euro.

Finanzierbar ist ...

- ein verbessertes Gesundheitswesen
- mit mehr Leistung
- solidarischer Beteiligung Aller an den Gesundheitskosten
- und mehr Geld für die Gesundheit. ³

Es geht um unsere Sicherheit, unsere Gesundheit, unser Leben.
Es tut uns finanziell nicht weh!

Die Bundesregierung will das nicht!

Sie will ökonomische statt bedarfsorientierte Krankenhäuser:

Angeboten wird, was sich rechnet, nicht, was wir brauchen.

Sie braucht verwaltungs- und kostenintensive Fallpauschalen:

Nur so haben Privatkliniken und gemeinnützige Kliniken Grundlagen für eine ökonomische Kalkulation. Den Beitragszahler aber kostet das jährlich 12 Mrd. Euro.

Sie will die Lasten nicht auf Großverdiener verteilen:

Diese werden im Umfang von 58,4 Milliarden Euro von der anteiligen Finanzierung der Gesundheitskosten ausgenommen.

³ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bedarfsgerechte kommunale Kliniklandschaft,
[https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13526748499/
Projektstudie+Bedarfsgerecht+kommunale+Kliniklandschaft.pdf?t=1778856468](https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13526748499/Projektstudie+Bedarfsgerecht+kommunale+Kliniklandschaft.pdf?t=1778856468)

Bezahlbares Gesundheitssystem für Alle Sicherung einer flächendeckenden klinischen Versorgung Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

2. Gegenkonzept im Überblick

Um dieses sinnvolle Finanzierung der Gesundheit geht es - ein Überblick

lfd. Nr.	Kostenvorteile der Selbstkostendeckung	Klinisches Personal Mitarbeiter	Klinisches Personal Vollzeit	Euro Mrd.	pro Jahr
1	Einsparung der Transparenzfonds zur Umsetzung des KHVVG			50,0	5,0
2	Mehr Personal weg vom Computer hin zum Patienten	171.900	129.900	12,0	12,0
3	Geschätzte 50% Verwaltungskosten GKV, 13,3 Mrd. Euro			6,6	6,6
4	Geschätzte 50% Verwaltungskosten PKV, 4,8 Mrd. Euro			2,4	2,4
5	Gewinne der 4 größten Klinikbetreiber (2021)			0,9	0,9
6	Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze			58,4	58,4
			Summe	130,3	85,3

Quelle:

- Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2024/0501-0600/532-24.pdf?__blob=publicationFile&v=1
- Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Krankenhausstatistik 2023
<https://schlusskliniksterbenbayern.iimdoefree.com/aktuelles/kh-statistik-2023/>
- VdeK, Daten, Zahlen, Fakten: „Basisdaten des Gesundheitswesens 2026/2027“ bieten wichtige Informationen für die anstehenden Reformen, S. 4 unten
<https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2026/vdek-basisdaten-gesundheitswesen-2026-2027.html>
- VdeK, Daten, Zahlen, Fakten: „Basisdaten des Gesundheitswesens 2026/2027“ bieten wichtige Informationen für die anstehenden Reformen, S. 4 unten
<https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2026/vdek-basisdaten-gesundheitswesen-2026-2027.html>
- Statista, Die vier größten privaten Klinikbetreiber (Helios, Rhön Klinikum, Asklepios und Sana)
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/322501/umfrage/gewinn-der-groessten-privaten-klinikbetreiber-in-deutschland/>
- Eigenberechnung mit weiteren Quellenangaben

3. Weniger Leistung mit weniger Krankenhäusern?

Krankenhäuser retten Leben und schützen Leben. - Corona hat uns gezeigt, dass wir bereits heute über zu wenige Klinikbetten und zu wenig Klinikpersonal für Pandemien und andere Katastrophen verfügen.

Zu Corona und erforderliche Klinikkapazitäten:

<http://xn--dissens%20zu%20notwendigen%20klinikkapazitten%20in%20der%20bundesregierung-rfg/>

Trotzdem wollen die Bundesregierung und Bundesgesundheitsministerin Nina Warken an Krankenhäusern sparen.

Es geht immerhin um die durch das Krankenhausanpassungsgesetz provozierte Schließung von ca. 600 der aktuell 1.841 Krankenhäuser. Dies haben wir in einer Auswirkungsanalyse Klinikschließungspotenzial aufgrund des Krankenhausreform-anpassungsgesetz (KHAG) detailliert ermittelt.

Aufgrund limitierter bundesweiter Krankenhausbudgets müssten 600 kleine ländliche Krankenhäuser "sterben", damit die restlichen Krankenhäuser auskömmlich sind.

[zur Inhaltsübersicht](#)

23111-08: Aufgestellte Betten, Berechnungs-/Belegungstage und Patientenbewegung nach Krankenhausstypen, 2023

Gegenstand der Nachweisung ¹	Kranken- häuser insgesamt	Aufgestellte Betten		
		insgesamt	darunter	
			Intensiv- betten	Beleg- betten
		Anzahl		
Krankenhäuser insgesamt	1 874	476 924	26 158	7 690
nach der Bettenzahl				
KH mit 0 Betten ²	66	-	-	-
KH mit 1 bis 49 Betten	366	7 636	60	1 394
KH mit 50 bis 99 Betten	223	16 234	591	973
KH mit 100 bis 149 Betten	230	28 319	1 353	873
KH mit 150 bis 199 Betten	166	28 580	1 361	379
Zwischensumme	1 051	80 769		
KH mit 200 bis 299 Betten	251	61 351	2 734	1 464
KH mit 300 bis 399 Betten	177	60 476	2 629	801
KH mit 400 bis 499 Betten	142	62 732	2 951	585
KH mit 500 bis 599 Betten	79	43 308	2 391	344
KH mit 600 bis 799 Betten	85	59 022	3 300	555
KH mit 800 und mehr Betten	89	109 266	8 788	322
nach der Trägerschaft				
Öffentliche Krankenhäuser	534	223 709	13 935	2 065
Freigemeinnützige Krankenhäuser	590	154 780	7 568	3 048
Private Krankenhäuser	750	98 435	4 655	2 577

Ausgangsbasis 120 Mrd. Euro

Berechnung Fehlbetrag
1,8 Mrd. Euro

1,50 %

Berechnung Fehlbetrag
11,2 Mrd. Euro

9,33 %

Krankenhäuser insgesamt	28	Betten insgesamt	7.154	Krankenhäuser insgesamt	175	Betten insgesamt	44.513
-------------------------	----	------------------	-------	-------------------------	-----	------------------	--------

7154 von 80769 Betten

55,11 %

5/9

44.513

44.513

ca. 600 Krankenhäuser

Krankenhäuser 2024 (globale Statistik, destatis)

<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft/Umwelt/Gesundheit/Krankenhäuser/Tabellen/gel/krankenhaeuser-jahre.html>

1.841

-600

1.241

Eine detaillierte Berechnung ist zu finden in nachfolgender "Auswirkungsanalyse Klinikschließungspotenzial einer modifizierten Krankenhausreform und Beitragsstabilität der schwarz-roten Bundesregierung".⁴



4 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Auswirkungsanalyse Klinikschließungspotenzial einer modifizierten Krankenhausreform und Beitragsstabilität der schwarz-roten Bundesregierung, <https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13526747899/Auswirkungsanalyse+Klinikschlie%C3%9Fungspotenzial+aufrund+des+Krankenhausreformatpassungsgesetz+%28KHAG%29.pdf?t=1777435905>

4. Fallpauschalen für ökonomische Krankenhäuser?

Ökonomische Krankenhäuser bieten an, was sich rechnet, nicht, was die Patienten brauchen. Doch was sich rechnet, das muss kalkuliert werden. **Dafür brauchen private und gemeinnützige Klinikträger behandlungsspezifische Fallpauschalen.**

Und diese Fallpauschalen binden sehr viel klinisches Personal am Computer. 171.600 klinische Mitarbeiter bzw. 129.900 klinische Vollzeitkräfte im Gegenwert von jährlich 2 Milliarden Euro kodieren und dokumentieren am Computer Fallpauschalen, statt PatientInnen zu behandeln.

Und dieses Geld zahlt der Beitragszahler. Dieses Geld zahlen wir!

Trotzdem: Die Bundesregierung und Bundesgesundheitsministerin Nina Warken fördert die Fallpauschalen.

Nicht am Patient

Klinische Arbeitskräfte 2024 (Voll-/Teilzeit)

gebunden an DRG-Kodierung und Dokumentation

	Prozent	Ärzte Tsd.	Pflege- kräfte Tsd.	MT/FU- Dienst Tsd.	nicht am Patient (15%) Tsd.	Kosten Ärzte Mrd. €	Kosten Pflege- kräfte Mrd. €	Kosten MT/FU- Dienst Mrd. €	nicht am Patient (15%) Mrd. €
Gesamt	100,00 %	217	553	374	1144	28,5	31	20,4	79,9
davon Dokumentation	-30,00 %	-65,1	-165,9	-112,2	-343,2	-8,6	-9,3	-6,1	-24,0
klinisch notwendige Dokumentation	-15,00 %	-32,6	-83,0	-56,1	-171,6	-4,3	-4,7	-3,1	-12,0
DRG-Kodierung und Dokumentation	-15,00 %	-32,6	-83,0	-56,1	-171,6	-4,3	-4,7	-3,1	-12,0
Behandlung des Patienten	70,00 %	151,9	387,1	261,8	800,8	20,0	21,7	14,3	55,9

Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2024, Fach 23111-19, Fach 23111-21

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Publikationen/Downloads-Krankenhauser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611247005.xlsx?__blob=publicationFile&v=4

Destatis, Kostennachweis der Krankenhäuser 2024, Fach 23121-04

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Publikationen/Downloads-Krankenhauser/statistischer-bericht-kostennachweis-krankenhaeuser-2120630247005.xlsx?__blob=publicationFile&v=2

Klinische Vollzeitkräfte 2024

gebunden an DRG-Kodierung und Dokumentation

	Prozent	Ärzte Tsd.	Pflege- kräfte Tsd.	MT/FU- Dienst Tsd.	nicht am Patient (15%) Tsd.	Kosten Ärzte Mrd. €	Kosten Pflege- kräfte Mrd. €	Kosten MT/FU- Dienst Mrd. €	nicht am Patient (15%) Mrd. €
Gesamt	100,00 %	180	408	278	866	28,5	31	20,4	79,9
davon Dokumentation	-30,00 %	-54,0	-122,4	-83,4	-259,8	-8,6	-9,3	-6,1	-24,0
klinisch notwendige Dokumentation	-15,00 %	-27,0	-61,2	-41,7	-129,9	-4,3	-4,7	-3,1	-12,0
DRG-Kodierung und Dokumentation	-15,00 %	-27,0	-61,2	-41,7	-129,9	-4,3	-4,7	-3,1	-12,0
Behandlung des Patienten	70,00 %	126,0	285,6	194,6	606,2	20,0	21,7	14,3	55,9

Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2024, Fach 23111-12

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Publikationen/Downloads-Krankenhauser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611247005.xlsx?__blob=publicationFile&v=4

Umgekehrt führte eine Abschaffung der Fallpauschalen zu zusätzlichen 171.600 klinischen Mitarbeitern bzw. 129.900 klinischen Vollzeitkräften am Krankenbett - die Behandlungsqualität in Krankenhäusern würde signifikant verbessert.

Detaillierte Erklärungen zur Berechnung sind zu finden in nachfolgender "Bedarfsgerechte kommunale Kliniklandschaft". ⁵



⁵ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bedarfsgerechte kommunale Kliniklandschaft, <https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13526748499/Projektstudie+Bedarfsgerecht+kommunale+Kliniklandschaft.pdf?t=1778856468>

5. Bürgerkrankenversicherung spart Verwaltungskosten!

Deutschland verfügt aktuell über 93 gesetzliche Krankenversicherungen ⁶ und ca. 40 private Krankenversicherungen.

Krankenkassen verwalten PatientInnen, beteiligen sich an Entgeltverhandlungen, berichten für gesetzliche Statistiken, führen einen Risikostrukturausgleich aus usw.

Durch die Zusammenfassung aller ca. 133 Krankenkassen zu einer Bürgerkrankenversicherung könnten ca. 50% der Verwaltungskosten eingespart werden. Das sind immerhin 9 Milliarden Euro:

Kostenvorteile der Selbstkostendeckung	Klinisches Personal Mitarbeiter	Klinisches Personal Vollzeit	Euro Mrd.	pro Jahr
Geschätzte 50% Verwaltungskosten GKV, 13,3 Mrd. Euro			6,6	6,6
Geschätzte 50% Verwaltungskosten PKV, 4,8 Mrd. Euro			2,4	2,4

Dieses System schließt ad on-s bei privaten Krankenversicherungen nicht aus.

ABER: In eine einheitliche Bürgerkrankenversicherung zahlen alle Bürger, Großverdiener und Normalverdiener für die medizinische Grundversicherung ein, und zwar ...

- mit einheitlichem Beitragssatz
- ohne Kappung durch eine Beitragsbemessungsgrenze.

⁶ VdEK, Basisdaten des Gesundheitswesens 2026/2027,
<https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2026/vdek-basisdaten-gesundheitswesen-2026-2027.html>

6. Reiche ohne Beitragsbemessungsgrenze!

In eine einheitliche Bürgerkrankenversicherung zahlen alle Bürger, Großverdiener und Normalverdiener für die medizinische Grundversicherung ein, und zwar ...

- mit einheitlichem Beitragssatz
- ohne Kappung durch eine Beitragsbemessungsgrenze.

Und das verschafft dem Gesundheitssystem immerhin jährliche 58,4 Milliarden Euro an Einnahmen für folgenden Konsequenzen:

- keine Leistungskürzungen
- keine Klinikschließungen
- keine Beitragserhöhungen oder erhöhte Zuzahlungen
- bedarfsorientierte statt "ökonomische" Krankenhäuser
- und mehr Qualität (durch Abschaffung der Fallpauschalen).

Aufhebung Beitragsbemessungsgrenze

Wie viele Mehreinnahmen für die Krankenkasse bringen kombiniert ...

- a) Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze
b) **Bürgerkrankenversicherung**, damit solidarische Beteiligung aller bisherigen Beitragszahler GKV und PKV

Aktuelle Einnahmen der Krankenversicherung

	Mrd. Euro
a) GKV 2024	352,4
b) PKV 2024	43,8
Summe Einnahmen Krankenkassen Mrd.	396,2

Fiktive Einnahmen der Krankenversicherung

c) Bruttoeinkommen private Haushalte	2564,0
d) Beitragssatz GKV	14,60 %
e) Zusatzbeitrag Arbeitnehmer/Rentner	3,13 %
Summe fiktive Einnahmen Krankenkassen	454,6
Zusätzliche Einnahmen für die Gesundheit	58,4

- 1 GKV, 2024
<https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2026/vdek-basisdaten-gesundheitswesen-2026-2027.html>
- 2 PKV, 2024
<https://www.pkv.de/verband/presse/meldungen/aktualisierte-pkv-daten-fuer-2024/>
- 3 Deutsche Bundesbank, Monatsberichte
<https://www.bundesbank.de/resource/blob/650786/fb4ff39152a3497b7d3980387c6f9cf0/472B63F073F071307366337C94F8C870/ix8-data.pdf>
- 4 Lohn-Info, Sozialversicherungsbeiträge 2025 - Beitragssätze, Beitragsbemessungsgrenzen und Rechengrößen
<https://www.lohn-info.de/sozialversicherungsbeitraege2025.html>

Dazu brauchen wir dann auch nur noch kommunale bedarfsorientierte Krankenhäuser.

Alle hier dargestellten Berechnungen können in der Projektstudie "Bedarfsgerechte kommunale Kliniklandschaft - Sicherung der flächendeckenden klinischen Versorgung am Beispiel Bayern" nachvollzogen werden. ⁷



⁷ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bedarfsgerechte kommunale Kliniklandschaft, <https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13526748499/Projektstudie+Bedarfsgerecht+kommunale+Kliniklandschaft.pdf?t=1778856468>

6. Tabuthemen statt Systemwechsel?

Obwohl die finanziell positive Wirkung für unser Gesundheitssystem so offensichtlich ist:

- Fallpauschalen (12 Mrd. Euro)
- Bürgerkrankenversicherung (9 Mrd. Euro)
- Beitragsbemessungsgrenze (58,4 Mrd. Euro) ...

... sind in der Gesundheitspolitik auf Bundesebene ein Tabuthema. Reiche und Ökonomen im Gesundheitswesen sollen nicht angetastet werden.

Und warum leisten Steuerzahler zehr Jahre lang **jährlich 5 Mrd. Euro für die Klinikschließungen und Klinikkonzentrationen**, die teure Ruinen oder "billige" Kurzzeitpflegen mit gelegentlicher ärztlicher Anwesenheit, sogenannte **"Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen"** ⁸ hinterlassen?

Warum?

Diese Frage kann nur unsere Bundesregierung beantworten.

8 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind keine Krankenhäuser - Hände weg von Allgemeinkrankenhäusern,
<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13491394799/Sektoren%C3%BCbergreifende+Versorgungseinrichtungen+sind+keine+Krankenh%C3%A4user.pdf?t=1777435905>

7. Wir wollen den Systemwechsel

Wir fordern ...

- in jeder Region Deutschlands
- erreichbar binnen 30 Fahrzeitminuten ⁹
- vollumfänglich finanzierte
- kommunale Allgemeinkrankenhäuser mindestens mit einer Basisnotfallversorgung.

Mit unserem Finanzierungskonzept ist dies jederzeit umsetzbar.



⁹ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, 30 Fahrzeitminuten für bayerische Krankenhäuser
Notstand der wohnortnahen klinischen Versorgung und Lösungsansätze,
<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13299280299/30+Fahrzeitminuten+f%C3%BCr+bayerische+Krankenh%C3%A4user+-+Notstand+der+wohnortnahen+klinischen+Versorgung+und+L%C3%B6sungsans%C3%A4tze.pdf?t=1777435905>

8. Literatur

A) Stellungnahmen zu Gesetzentwürfen (Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern)

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Auswirkungsanalyse Klinikschließungspotenzial einer modifizierten Krankenhausreform und Beitragsstabilität der schwarz-roten Bundesregierung,
<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13526747899/Auswirkungsanalyse+Klinikschlie%C3%9Fungspotenzial+aufgrund+des+Krankenhausreformenpassungsgesetz+%28KHAG%29.pdf?t=1777435905>

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Klinikschließungspotenzial aufgrund des Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG),
<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13526747899/Auswirkungsanalyse+Klinikschlie%C3%9Fungspotenzial+aufgrund+des+Krankenhausreformenpassungsgesetz+%28KHAG%29.pdf?t=1777435905>

B) Informationsbroschüren (Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern)

Projektstudie - 30 Fahrzeitminuten für bayerische Krankenhäuser Notstand der wohnortnahen klinischen Versorgung und Lösungsansätze,
<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13299280299/30+Fahrzeitminuten+f%C3%BCr+bayerische+Krankenh%C3%A4user+-+Notstand+der+wohnortnahen+klinischen+Versorgung+und+L%C3%B6sungsans%C3%A4tze.pdf?t=1732627530>

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bedarfsgerechte kommunale Kliniklandschaft,
<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13526748499/Projektstudie+Bedarfsgerecht+kommunale+Kliniklandschaft.pdf?t=1778856468>

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind keine Krankenhäuser - Hände weg von Allgemeinkrankenhäusern,
<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13491394799/Sektoren%C3%BCbergreifende+Versorgungseinrichtungen+sind+keine+Krankenh%C3%A4user.pdf?t=1777435905>

C) Klinikatlas „Kliniken in Gefahr“

Klinikatlas „Kliniken in Gefahr“, https://www.initiative-klinik-erhalt.de/kk_login.php

© 2026

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/>