

Krankenhäuser statt ambulante Gesundheitszentren oder Fachkliniken

**Information für kommunale Entscheidungsträger
über die Zukunft der deutschen Krankenhäuser**



Inhalt

	Seite
1) Soll Ihr Krankenhaus ebenfalls schließen?	3
2) Ambulantes Gesundheitszentrum statt Krankenhaus?	4
3) Warum ist ein Krankenhaus für die Gesundheitsversorgung unersetzlich?	6
4) Vergleich von Krankenhaus und Gesundheitszentren	7
5. Wann brauchen Ihre Bürger zwingend ein wohnortnahes Krankenhaus?	8
6. Wann braucht Ihre Kommune ein wohnortnahes Krankenhaus?	9
7. Gesundheitspolitischer Rahmen	10
7.1 Argumente pro und kontra wohnortnahe Krankenhäuser	10
7.2 Ambulante DRGs für Ambulante Gesundheitseinrichtungen gefährden Ihr Krankenhaus	12
7.3 Selbstkostenfinanzierung statt Ambulante Gesundheitseinrichtungen	12
7.4 Was können Sie tun?	12
8. Literatur	13

Verehrte kommunale Entscheidungsträgerinnen,
verehrte kommunale Entscheidungsträger,

seit Jahrzehnten schließen Krankenhäuser in Deutschland. Gab es 1991 noch 2.411 deutsche Krankenhäuser, so sind es im Jahr 2021 nur noch 1.887. (1) In Bayern sanken die Krankenhäuser im Zeitraum 1991 bis 2021 von 424 auf 351. (2) So darf es nicht weitergehen!

1) Soll Ihr Krankenhaus ebenfalls schließen?

Sie kennen die finanziellen und personellen Sorgen ihrer kommunalen Krankenhäuser. Vielfach wird über Lösungen der extrem angespannten Finanz- und Personallage diskutiert. **„Wäre es da nicht eine willkommene Lösung, Ihr Krankenhaus vor Ort einfach zu schließen?“ fragen Sie manche Gesundheitsökonominnen und Gesundheitspolitiker.** Sie als kommunaler Träger müssten kein Defizit mehr ausgleichen und hätte die Sorgen um den Pflege-Personalmangel los. Eine eventuell vorhandene Krankenpflegeschule könnten Sie ebenfalls schließen, weil die Voraussetzungen entfallen sind. Auch die schwierige Besetzung von Arztstellen am Krankenhaus entfällt. Ist es da nicht verlockend, wenn Ihnen die Möglichkeit der „Umwandlung“ Ihres Krankenhauses in ein ambulantes Zentrum angeboten wird?

**Unsere Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern sagt eindeutig:
Nein, Sie brauchen das Krankenhaus in Ihrer Kommune!**

Sie haben sich bewusst dafür entschieden, sich in der Kommunalpolitik zu engagieren. Das ist sehr lobenswert. In dieser Funktion übernehmen Sie Verantwortung für die Menschen, die Sie vertreten. Sie engagieren sich für die bestmögliche Daseinsvorsorge in vielfältiger Weise. Sie laufen vor den sich stellenden Problemen nicht davon, sondern suchen die geeignete Lösung für die Menschen Ihrer Kommune oder Ihres Landkreises.

Es stellen sich zwei zentrale Fragen:

1. Kann ein Ambulantes Gesundheitszentrum Ihr Allgemeinkrankenhaus ersetzen?
2. Sollen Sie Ihr Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung in ein Fachkrankenhaus umwandeln?

Die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern sagt:

Nein, wir brauchen Ihre kommunalen Krankenhäuser als sicheres Standbein für eine wohnortnahe klinische Versorgung und Notfallversorgung.

Lesen Sie unsere Argumente.

2) Ambulantes Gesundheitszentrum statt Krankenhaus?

Voraussetzungen:

Um in die Nachfolge eines Krankenhauses einzutreten, wäre zu fordern, dass eine Abdeckung mit den **Fachdisziplinen** Allgemein-Medizin, Innere Medizin mit Kardiologie und Gastroenterologie, Allgemeinchirurgie und Unfall-Chirurgie/Orthopädie, Pädiatrie und Gynäkologie, idealerweise auch Radiologie mit CT/MRT erfolgt. Zumindest müssten die Fachgebiete vertreten sein, die bisher im Krankenhaus vertreten waren.

Die **Öffnungszeiten** müssten 24 Stunden an 7 Tagen sein. Vielfach diskutierte verkürzte Öffnungszeiten sind nicht akzeptabel. Es müssten in dieser Zeit alle Fachgebiete besetzt sein, zumindest in Bereitschaft. Die Mitglieder der Regierungskommission für eine bedarfsorientierte Krankenhausversorgung Prof. Dr. Boris Augurzyk und Prof. Dr. Reinhard Busse, plädieren werktags mit nur 12-stündiger Verfügbarkeit der Ärzte. (3)

Idealerweise wären noch einige Betten zur kurzfristigen Überwachung und Behandlung dafür geeigneter Patienten zu fordern.

Mit einer von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seiner Regierungskommission geplanten **Krankenhausreform** erlangen ambulante Gesundheitszentren eine neue Aktualität. Mit der Bezeichnung **Level 1i** ohne Notfallversorgung beabsichtigt das Bundesgesundheitsministerium die gesetzliche Legitimierung einer **ambulant-stationären Gesundheitseinrichtung unter pflegerischer statt ärztlicher Leitung und nicht durchgehender ärztlicher Anwesenheit**. (4) **Etwa 657 der aktuellen 1.887 Krankenhäuser sollen geschlossen und entsprechend umgewandelt werden.**

Welche Möglichkeiten gibt es aktuell?

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

Das ist eine (lokale) Zusammenfassung von Arztpraxen (Kassenarztsitze) unter einer ärztlichen Leitung oder an ein Krankenhaus angegliedert.

Jedoch:

- Hierfür sind die entsprechenden Kassenarztsitze notwendig. Die Ärzte, um die Kassenarzt-Sitze zu besetzen, müssen für den ländlichen Raum erst gefunden werden. Vorhandene Praxen einfach einzugliedern, verbessert die ambulante Versorgung der Menschen nicht.
- Die Ärzte arbeiten dort 40 Stunden pro Woche. Den Rest der Woche, das sind 128 Stunden, sind die Praxen nicht besetzt.
- Spezialisierte Ärzte, die für ihre Operationen auch eine stationäre Versorgung benötigen, werden für eine solche Einheit nicht zu finden sein. Dazu müssten sie an ein Krankenhaus angeschlossen sein.

- Sie können Notfallpatienten, die aufwendig zu versorgen sind, nur begrenzt „einschieben“, da sie in der Regel voll ausgelastet sind. Somit ist keine Verbesserung gegenüber der bisherigen Versorgung in Arztpraxen möglich.

Fazit: Selbst wenn ein MVZ nach Schließung eines Krankenhauses aufgebaut werden könnte, ist dies in keiner Weise ein Ersatz für die Leistung eines Krankenhauses.

Ambulante Gesundheitszentren

Es gibt keine einheitliche Bezeichnung. Es wird gesprochen von: Intersektorales Gesundheitszentrum (IGZ) (5), Integriertes Versorgungszentrum (IVZ) (6), Ambulantes Gesundheitszentrum (AGZ), Gesundheitscampus (7) oder ähnliches. Es gibt keine einheitliche Definition solcher Gesundheitszentren. **Ihre Organisation und ihre Finanzierung sind gesetzlich nicht geregelt.**

Die Folge ist, dass es den Klinikträgern, selbst wenn sie beste Absichten haben, nicht gelingt, ein ambulantes Gesundheitszentrum aufzubauen. Die Klinikträger scheitern mit ihren Vorhaben. Konkrete Beispiele sind: Hersbruck, Parsberg, Waldsassen, Vohenstrauß und Marktheidenfeld. (8)

Ambulante Gesundheitszentren sind unrealistisch!

Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister sowie Gesundheitsökonomem empfehlen zwar vielfach:

„Träger kleiner Kliniken können diese jederzeit in ambulante Gesundheitszentren umwandeln.“

Die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern wendet ein:

Die Klinikträger werden von der Politik bei der Gründung von Ambulanten Gesundheitszentren alleine gelassen. Weder sind klare Strukturen vorgegeben noch ist die Finanzierung geregelt. Damit werden die Versprechen der Klinikträger gegenüber der Bevölkerung unrealistisch und somit nicht haltbar.

Umwandlung in eine Fachklinik

Rein formal könnten Sie der Bevölkerung gegenüber argumentieren, dass das Krankenhaus bei Umwandlung in eine Fachklinik zwar erhalten bliebe, nur anders ausgerichtet. Die Menschen werden jedoch rasch erkennen, dass dies eine „Mogelpackung“ ist. Die spezialisierte Klinik kann sich weder an der Notfallversorgung beteiligen, noch kann sie die Behandlung der Patienten mit Erkrankungen übernehmen, die gewöhnlich in die Grund- und Regelversorgung fallen. Während der Corona-Pandemie standen alle diese Fachkliniken für die Versorgung dieser Patientengruppe nicht zur Verfügung. Wegen Ihrer Spezialisierung haben sie nur eine überregionale Bedeutung. Sie sind daher für die Versorgung der Bevölkerung vor Ort weitgehend bedeutungslos.

3) Warum ist ein Krankenhaus für die Gesundheitsversorgung unersetzlich?

Gerade im ländlichen Raum haben wir jetzt schon sehr häufig eine unzureichende ärztliche Versorgung.

Kennen Sie das auch? Hausärzte finden keine Nachfolge und schließen ihre Praxis, wenn sie in den Ruhestand gehen. Fachärzte fehlen oft ebenfalls. Notarzt-Standorte sind immer häufiger wegen Ärztemangel nicht besetzt. Einzelne Notarztstandorte werden ganz geschlossen. Die verbliebenen Notärzte sind immer häufiger im Einsatz und länger unterwegs, wenn sich Krankenhäuser wegen Überfüllung von der Notfallversorgung abmelden. **Ihr regionaler Gesundheitsstandort ist gefährdet!**

Deshalb wird Ihr kommunales Allgemeinkrankenhaus dringend gebraucht! Es ist rund um die Uhr erreichbar, wenn Menschen Hilfe brauchen. Die Arztpraxen dagegen sind 40 Stunden in der Woche geöffnet, d.h. 128 Stunden in der Woche sind sie geschlossen!

Das Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung ist auf die in diesen Bereich fallenden Erkrankungen **spezialisiert**. Hier bringt es mindestens gleich gute Ergebnisse wie Großkliniken. Es muss nicht alles machen, hochspezialisierte Eingriffe müssen selbstverständlich den hierfür ausgerüsteten Zentren vorbehalten bleiben. Den Zentren wird aber durch die kleineren Kliniken der Rücken freigehalten, um sich auf ihre eigentlichen Aufgaben zu konzentrieren.

Die Corona-Pandemie hat Ihnen gezeigt: **Wir brauchen Ihre Allgemein-Krankenhäuser!** Jedes belegbare Bett wurde gebraucht. Notwendige Eingriffe mussten verschoben werden. Ohne Lockdown wäre das deutsche Krankenhaussystem kollabiert.

Das Krankenhaus vor Ort **bildet junge Ärzte aus**, die sich oft nach Ende ihrer Ausbildung in der Region niederlassen oder eine Praxis übernehmen. Eine angeschlossene **Krankenpflegeschule** ist gerade heute dringender notwendig denn je angesichts des Pflegepersonalmangels sowohl in der Klinik wie auch im Pflegeheim. Sie kann nur in Verbindung mit einem Krankenhaus betrieben werden.

Gerade für **ältere Patienten** und ihre meist auch älteren Angehörigen sind **kurze Wege** zur stationären Versorgung und zum Besuch der Angehörigen sehr wichtig. Insbesondere bei einem längeren Krankenhausaufenthalt ist die wohnortnahe Lage eines Krankenhauses von großer Bedeutung. Diese Krankenhäuser sind den meisten älteren Patienten schon vertraut. Im Gegensatz dazu schrecken Großkliniken eher ab. Es fallen Worte wie „Fabrik“ oder „Behandlung wie am Fließband“.

4) Vergleich von Krankenhaus und Gesundheitszentren

Ambulante Gesundheitszentren ersetzen keine wohnortnahen Krankenhäuser. **Sie stehen Ihren Bürgern in der Nacht und am Wochenende für akute Notfälle nicht zur Verfügung!** Ein ambulantes Gesundheitszentrum kann die zeitkritische Behandlung schwer und lebensgefährlich erkrankter Menschen nicht ersetzen. Dem Ambulanten Gesundheitszentrum fehlt vieles, was Ihr Krankenhaus leisten kann und muss. Schließt ein ländliches Krankenhaus, entstehen oft Entfernungen von mehr als 30 oder 40 Fahrzeitminuten zum nächstgelegenen Krankenhaus. (9)

Das wohnortnahe Allgemeinkrankenhaus Das Ambulante Gesundheitszentrum

Verfügbarkeit rund um die Uhr (7 Tage, 24 Std.)	- / -
Intensivstation	- / -
Fachpersonal für Intensivbehandlung	- / -
Stationäre Notaufnahme mit Schockraum für Reanimationen	- / -
Fachpersonal für stationäre Notaufnahme	- / -
Computertomograph (CT)	Selten vorh., nicht außerhalb Dienstzeit
Magnetresonanztomographie	Selten vorh., nicht außerhalb Dienstzeit
Ausbildung: Ärzte und Pflege	- / -
Stationäre Versorgung: kurze Wege	- / -

Sie sollten wissen: Vielfach werden im Zusammenhang mit Klinikschließungen ambulante Gesundheitszentren versprochen – im Regelfall jedoch scheitert ihre Umsetzung: Das Krankenhausgebäude bleibt leer. Die Versprechen werden nicht eingehalten, auch weil organisatorische und gesetzliche Voraussetzungen fehlen.



5. Wann brauchen Ihre Bürger zwingend ein wohnortnahes Krankenhaus?

Trotz hoher Fachkompetenz haben Ambulante Gesundheitszentren ihre Grenzen. Beispiele für die zwingende Behandlung im Krankenhaus sind:

- a) lebensentscheidende klinische Erstversorgung z.B. bei
- Reanimationen (z.B. akuter Herzinfarkt, septischer Schock)
 - Verblutungsgefahr
 - sonstige lebensgefährliche Verletzungen bzw. Erkrankungen

Bei besonderer Schwere ist die Stabilisierung und anschließende Verlegung des Patienten in ein hochspezialisiertes Krankenhaus erforderlich. **Ohne professionelle wohnortnahe Erstversorgung aber könnte es zu spät für ein entferntes Krankenhaus der Maximalversorgung sein.**

- b) stationäre Überwachung rund um die Uhr
- Jegliche Intensivbehandlung (z.B. fortgeschrittene Lungenentzündung)
 - Mittelschwere operationspflichtige Verletzungen
 - Planbare mittelschwere Operationen (Knie-/Hüftgelenk, Galle-/Darmoperationen)
 - Entbindungen
- c) Ambulante Behandlungen für **RisikopatientInnen**
- Ambulante Operationen (AOP) von Kleinkindern, Senioren oder multimorbid Erkrankten

Viele Erkrankungen lassen sich aufgrund medizinischen Fortschritts ambulant behandeln. Für **RisikopatientInnen** ist aufgrund der Komplikationsgefahr die unmittelbare Verlegungsmöglichkeit auf die Krankenstation jedoch ein entscheidender Qualitätsvorteil.

Halten Sie deshalb an Ihrem wohnortnahen Allgemeinkrankenhaus fest.



6. Wann braucht Ihre Kommune ein wohnortnahes Krankenhaus?

Ihr kommunales Allgemeinkrankenhaus ist ein Stück **Lebensqualität**. Es macht mehr als stationäre Versorgung.

- Es ist **klinischer Notarztstandort**.
- Es stellt vielfach die Bereitschaftspraxis Ihrer Region, denn in Bayern werden **alle Bereitschaftspraxen an Krankenhäusern** angesiedelt.
- Es stellt (insbesondere in ländlichen Regionen) die **ambulante fachärztliche Behandlung** dort sicher, wo ambulante fachärztliche Kassensitze unbesetzt sind.
- Es bietet **attraktive klinische Arbeitsplätze** für Ärzte, Pflegekräfte, klinisches Fachpersonal und für ArzthelferInnen.
- **Es bildet Ärzte Ihrer Region aus, s.o.**
- Es sichert die praktische (oft auch theoretische) Ausbildung aller Pflegefachkräfte Ihrer Region, auch für Ihre Pflegeheime. Denn alle Pflegefachkräfte, auch für Pflegeheime, müssen praktische Ausbildungsanteile zwingend im Krankenhaus durchlaufen. **Fehlt ein Krankenhaus, bricht die wohnortnahe Ausbildung der Pflegekräfte zusammen.**
- Es schafft **wirtschaftliche Nachfrage** in Ihrer Kommune. In ländlichen Regionen ist es vielfach der **größte Arbeitgeber** und der **größte Nachfrager** und damit fester Bestandteil einer regionalen Infrastruktur.

All dies kann Ihr Ambulantes Gesundheitszentrum nicht leisten. Alle diese Merkmale machen Ihr Krankenhaus zur **Gesundheitsdrehscheibe Ihrer Kommune** und damit unverzichtbar.

**Schließen Sie nicht Ihr Krankenhaus.
Wandeln Sie es nicht in ein Ambulantes Gesundheitszentrum um.**



7. Gesundheitspolitischer Rahmen

7.1 Argumente pro und kontra wohnortnahe Krankenhäuser:

Es gibt Argumente der GesundheitsministerInnen und GesundheitsökonomInnen für die Schließung wohnortnaher Krankenhäuser. Eine Auswahl der Argumente finden Sie hier:

GesundheitsministerInnen und GesundheitsökonomInnen sagen:	Die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern sagt:
<ul style="list-style-type: none"> • Wir müssen die Krankenhausleistungen und das knappe Personal auf wenige Zentralkliniken konzentrieren. • Wir müssen kleine Krankenhäuser schließen und in ambulante Gesundheitszentren umwandeln. • Kleine Krankenhäuser haben schlechtere Qualität. Wir müssen die Qualität der klinischen Versorgung durch Konzentrationsprozesse verbessern. • Kommunen sollten sich von kommunalen Krankenhäusern trennen. Die Umwandlung in kostengünstigere ambulante Versorgungseinrichtungen eröffnet ihnen alternative Ausgaben für soziale und kulturelle Aufgaben. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Konzentration klinischen Personals auf weniger Krankenhäuser schafft keine zusätzliche Behandlungszeit am Patienten. Ländliches Personal zieht oft nicht in Ballungszentren mit und geht der Krankenversorgung verloren. • Ambulante Gesundheitszentren sind keine Krankenhäuser – sie können diese nicht ersetzen und führen zu hohen Entfernungen vieler EinwohnerInnen zum nächstgelegenen Krankenhaus. • Sie haben im Bereich der Grund- und Regelversorgung gute Qualität. Sie haben in der klinischen Erstversorgung bei eskalierenden Notfällen eine deutlich bessere Qualität als ambulante Versorgungseinrichtungen. Das kann lebensentscheidend sein. • Es darf kein „entweder – oder“ geben: Die klinische Erst- und Grundversorgung ist in jeder Region Deutschlands unverzichtbar.

Lassen Sie sich nicht verunsichern. Nach wie vor gilt:

Wohnortnahe Krankenhäuser sind für Ihre Kommune da, wenn Menschen Hilfe brauchen.

7.2 Ambulante DRGs gefährden Ihr Krankenhaus!

Befürworter der Klinikschließungen und marktwirtschaftlicher Krankenhäuser sitzen aktuell in der Regierungskommission von Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach. Konzepte ungeeigneter Ambulanter Gesundheitszentren, Überwachungskliniken und Fachkliniken können hier bequem platziert werden. Und dazu schlagen sie Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach erfolgreich ab 01.01.2023 ambulante DRGs vor. Das Gesetz dazu wurde im Dezember 2022 bereits verabschiedet. Das Ziel ist angeblich eine Entlastung des klinischen Personals, indem stationäre Behandlungen durch ambulante ersetzt werden. (10)

Aber das Gegenteil wird passieren – **Es droht eine Entlassungswelle klinischen Personals**, denn:

- Ambulante DRGs werden zwar besser finanziert als AOPs (Abrechnungsziffern für ambulante Eingriffe).
- Aber sie werden **niedriger vergütet als stationäre DRGs**, in Folge sinken die klinischen Erträge der Krankenhäuser.
- Konsequenter Weise werden und müssen die Krankenhäuser ihr Personal an verringerte Einnahmen anpassen. Es wird das Pflegepersonal nicht entlastet, sondern von seinen Aufgaben entbunden.

**Verweigern Sie sich der Ambulantisierung in Ihren Krankenhäusern.
Kämpfen Sie mit Ihren Landtags- und Bundestagsabgeordneten, und fordern Sie
stattdessen eine bessere stationäre Vergütung.**

7.3 Selbstkostenfinanzierung der Krankenhäuser statt Umwandlung in Ambulante Gesundheitseinrichtungen

Deutschland hat einen akuten klinischen Personalmangel. Ursache ist die seit Jahrzehnten unzureichende Krankenhausfinanzierung einschließlich des benötigten Klinikpersonals. Und:

Ca. 143.000 Arzt- und Pflegestellen werden durch komplexe Kodierungs- und Dokumentationsaufgaben für die Abrechnung der Krankenbehandlung entzogen.

Das müssen wir gemeinsam ändern! Das Bündnis Klinikrettung und die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern haben das Finanzierungsmodell ...

Selbstkostenfinanzierung der Krankenhäuser

entwickelt und dem Bundesgesundheitsministerium zur Verfügung gestellt.

Seine Vorteile:

- Keine Klinikschließungen
- Keine Ambulanten Gesundheitszentren anstelle von Krankenhäusern
- Sofortige Verfügbarkeit von 143.000 klinischen MitarbeiterInnen für die Patientenbehandlung. (11)

Gegenüber der Bayerischen Staatsregierung steht die Forderung nach jährlich 400 Millionen für die klinische Investitionsförderung im Raum. Bayerischen Krankenhäusern fehlen aktuell 40% ihrer Investitionsmittel, die Ihr Krankenhaus oder Ihre Kommune dann selber aufbringen müssen. (12)

7.4 Was können Sie tun?

- Unterstützen Sie die Forderung des Bündnis Klinikrettung nach Einführung einer **Selbstkostenfinanzierung der Krankenhäuser - [Der Link](#)**
- Im Falle einer drohenden Krankenhausschließung in Ihrer Nähe:
 - **Informieren Sie sich – [Der Link](#)**
 - Wehren Sie sich.
 - Nehmen Sie Kontakt mit uns auf, wir unterstützen Sie.

Gemeinsam können Sie ein Netzwerk gegen die Schließung Ihrer Krankenhäuser bilden:

- mit Ihren Bundestagsabgeordneten gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium
- mit Ihren Landtagsabgeordneten, dem Bayerischen Landkreistag und dem Bayerischen Städtetag gegenüber dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege.

Mehr Informationen und Literaturverweise unter:
<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/>

8. Literatur

- (1) Destatis: Krankenhäuser: Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung, [Destatis](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html), <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html>
- (2) Bayerische Landesamt für Statistik, Krankenhausstatistik Grunddaten, Diagnosen und Kostennachweis 2020, https://www.statistik.bayern.de/mam/produkte/veroeffentlichungen/statistische_berichte/a4200c_202000.pdf, für das Jahr 2021: Destatis: Krankenhäuser 2021 nach Trägern und Bundesländern, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/eckzahlen-krankenhaeuser.html>
- (3), (6) BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung Bertelsmann Stiftung, Robert Bosch Stiftung, Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren - Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020, <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zwischenbilanz-nach-der-ersten-welle-der-corona-krise-2020-all>, Stiftung Münch, UMWANDELN STATT SCHLIESSEN: WIE KRANKENHÄUSER AN DEN BEDARF DER VERSORGUNG VOR ORT ANGEPASST WERDEN KÖNNEN, <https://www.stiftung-muench.org/umwandeln-statt-schliessen-wie-krankenhaeuser-an-den-bedarf-der-versorgung-vor-ort-angepasst-werden-koennen/>
- (4) Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Projektstudie: Bewertung der Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14706391832/Gro%C3%9Fe%20Krankenhausreform%20-%20Bewertung%20der%20dritten%20Empfehlung%20der%20Regierungskommissison.pdf?t=1672067522>, Klaus Emmerich, Klinische Fallpauschalenabrechnung und ihre Grenzen - Droht ein Kliniksterben in der Corona-Krise?, <https://www.epubli.de/shop/buch/Klinische-Fallpauschalenabrechnung-und-ihre-Grenzen-Klaus-Emmerich-9783752956177/99289>
- (5) Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Oberender AG, Universität Bayreuth, Intersektorales Gesundheitszentrum, https://www.kbv.de/media/sp/Praesentation_IGZ_Gesundheitsversorgung.PDF
- (7) Südwestpresse, Unterversorgung, Bis zu 19 positive Corona-Fälle: Wäre diese Versorgung in einem Gesundheitscampus möglich? <https://www.swp.de/lokales/geislingen/helfenstein-klinik-geislingen-corona-schliessung-gesundheitscampus-klinik-am-eichert-goepingen-alb-fils-kliniken-54701186.html>
- (8) Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Falsche Versprechen, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/hintergr%C3%BCnde/falsche-versprechen/>
- (9) Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/unterversorgung/>
- (10) Stiftung Münch, UMWANDELN STATT SCHLIESSEN: WIE KRANKENHÄUSER AN DEN BEDARF DER VERSORGUNG VOR ORT ANGEPASST WERDEN KÖNNEN, <https://www.stiftung-muench.org/umwandeln-statt-schliessen-wie-krankenhaeuser-an-den-bedarf-der-versorgung-vor-ort-angepasst-werden-koennen/>, Zeit, Karl Lauterbach will Klinikbehandlungen ohne Übernachtung ermöglichen, <https://www.zeit.de/gesundheit/2022-09/karl-lauterbach-tagesbehandlungen-krankenhaus-klinik>, Bibliomed, Lauterbachs Paukenschlag: Tagesbehandlungen für alle, <https://www.bibliomedmanager.de/news/lauterbachs-paukenschlag-tagesbehandlungen-fuer-alle>
- (11) Bündnis Klinikrettung, Gemeingut in BürgerInnenhand, Brief an Lauterbach: Sechs Vorschläge für eine Krankenhausreform, <https://www.gemeingut.org/brief-an-lauterbach-sechs-vorschlaege-fuer-eine-krankenhausreform>, Bündnis Klinikrettung veröffentlicht Studie zur Selbstkostendeckung als Alternative zu Fallpauschalen, <https://www.gemeingut.org/buendnis-klinikrettung-veroeffentlicht-studie-zur-selbstkostendeckung-als-alternative-zu-fallpauschalen/>
- (12) Deutsche Krankenhausgesellschaft, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021, https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.2_Finanzierung_und_Leistungskataloge/2.2.3_Investitionsfinanzierung/2.2.3.1_Investitionsfoerderung_der_Krankenhaeuser/2021_DKG_Bestandsaufnahme_KH-Planung_Investitionsfinanzierung.pdf

© 2023

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

Autoren: Klaus Emmerich, Klinikvorstand i.R.,

Dr. Rainer Hoffmann, Internist, Gastroenterologe,
Chefarzt i.R.

Egerländerweg 1

95502 Himmelkron

Tel.: 0117 - 9153415

E-Mail: klaus_emmerich@gmx.de

<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/>



