

Bilanz über Krankenhausschließungen im Jahr 2023:

Ein Weiter-So des Kahlschlags mit Lauterbachs Krankenhausreform



Berlin, den 18. Dezember 2023

Im Zuge der aktuellen Krankenhausreform wird verstärkt über den flächendeckenden Krankenhauskahlschlag diskutiert. Der verantwortliche Gesundheitsminister Karl Lauterbach formulierte es im Juni ganz unumwunden: „Wir stehen am Vorabend eines Krankenhaussterbens“. Er offenbarte damit ein politisches Programm, dessen Ziel die Schließung von Krankenhäusern ist. Dieses wird auf mehreren Wegen erreicht: Erstens schließen Krankenhäuser als Folge einer chronischen Fehl- und Unterfinanzierung im DRG-System, die durch die Inflation noch verschärft wird. Diese „kalte Strukturbereinigung“ ist bereits in vollem Gange und Lauterbach lässt sie bewusst weiterlaufen, indem er Rettungszahlungen verweigert¹. Zweitens werden Schließungen seit Jahren finanziell gefördert, unter anderem über den Krankenhausstrukturfonds, der Gelder für Bettenabbau bereitstellt, oder über Investitionen der Länder in teure Zentralklinikneubauten. Drittens enthält Lauterbachs Krankenhausreform mehrere Instrumente, die Schließungen fördern. Das sind zum Beispiel die Kopplung der neuen Vorhaltebudgets an Leistungsgruppen, oder die Einführung der sektorenübergreifenden Versorger (vormals Level 1i). Im Vorgriff auf Gesetze, die noch gar nicht beschlossen sind, werden bereits jetzt in den Kommunen Beschlüsse für die Schließung von Krankenhäusern gefasst, bei denen sektorenübergreifende Versorger als vermeintlicher Ersatz angekündigt werden.

Der Kahlschlag in Zahlen

Seit 2020 wurden in Deutschland mindestens 66 Krankenhäuser geschlossen, 22 davon allein im Jahr 2023 – ein deutlicher Anstieg zu den Vorjahren. Knapp 5.400 Beschäftigte sind von den Schließungen betroffen und müssen sich entweder neue Arbeitsplätze suchen oder scheiden ganz aus dem Beruf aus. In den kommenden Jahren wird der Kahlschlag weitergehen: In etlichen Landkreisen haben Kommunalpolitiker*innen Krankenhausschließungen beschlossen oder diskutieren diese, häufig auf Anraten von Geschäftsführungen und/oder privaten Beratungsfirmen. Fast 100 Krankenhäuser sind so ab 2024 von der Schließung bedroht. Das sind fast 30 bedrohte Krankenhäuser mehr als im Vorjahr². Betroffen sind insbesondere in Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz.

Krankenhauspleiten spielen eine wichtige Rolle für die Beschleunigung des Schließungsprozesses. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft verzeichnet seit Beginn 2022 32 Insolvenzverfahren in Krankenhäusern, mit insgesamt mehr als 16.500 Beschäftigten. Ein Insolvenzverfahren kann zur finanziellen Sanierung eines Hauses führen, häufig endet es aber mit dessen Schließung und meist mit dem Abbau von Abteilungen. Ganze fünf der 21 Schließungen im Jahr 2023 erfolgten beispielsweise aufgrund einer Insolvenz. Selbst wenn die betreffende Einrichtung finanziell gerettet

¹ <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/bulletin/rede-des-bundesministers-fuer-gesundheit-dr-karl-lauterbach--2225196>

² Die genauen Zahlen sind der Liste über erfolgte und drohende Krankenhausschließungen im Anhang zu entnehmen.

wird, bedeutet das nicht, dass sie als Krankenhaus erhalten wird – wie im Fall des insolventen Krankenhauses in Spremberg, das im Zuge eines Insolvenzverfahrens rekommunalisiert wurde und nun in ein ambulantes Versorgungszentrum umgewandelt wird.

Ein Weiter-So des Kahlschlags mit der Krankenhausreform

Überall in Deutschland ist das Wegbrechen der Gesundheitsversorgung spürbar. Lauterbachs Krankenhausreform schafft jedoch keine Abhilfe. Im Gegenteil: Mit der Einführung einer neuen Kategorie Gesundheitseinrichtungen, den sogenannten sektorenübergreifenden Versorgern (vormals: Level 1i-Einrichtungen), wird die systematische Herabstufung von kleinen Krankenhäusern der Grundversorgung zu hauptsächlich ambulanten medizinischen und Pflegezentren ohne Notfallversorgung in ein Gesetz gegossen. Diese neuen Einrichtungen können aber keine Krankenhäuser ersetzen: Für Behandlungen sind sie weder rund um die Uhr an allen Wochentagen erreichbar, noch bieten sie ein vergleichbares Behandlungsspektrum.³

Auch die Reform der Krankenhausfinanzierung ist nicht nur unzureichend, sondern verschlimmert die Lage. Die Vorhaltefinanzierung soll die Fehlanreize der DRG-Fallpauschalen beheben, indem sie den Krankenhäusern unabhängig von tatsächlich erfolgten Behandlungen ausgezahlt wird. So sollen die Krankenhäuser Gelder für die Vorhaltung von Personal und Grundausstattung bekommen. Das aber entpuppt sich schnell als Etikettenschwindel. Denn die Höhe der Vorhaltepauschalen hängt von DRG-Erträgen der vergangenen Jahre ab, und sie werden an die neu eingeführten Leistungsgruppen gekoppelt. Um eine Leistungsgruppe zugeteilt zu bekommen, muss ein Krankenhaus vorab bestimmte Mindestmengen- und Ausstattungskriterien erfüllen. Von mengenunabhängiger Vergütung oder Kostendeckung kann also nicht die Rede sein. Tatsächlich werden in allen Bundesländern pro Leistungsgruppe Vorhaltebudgets in einer beschränkten Höhe festgelegt. In Zukunft werden die Krankenhäuser daher nicht nur wie jetzt um DRG-Fallpauschalen, sondern auch um Anteile an den Vorhaltebudgets konkurrieren. Kurz gefasst: der bestehende Mangel wird nur anders verwaltet. Das wird absehbar zugunsten großer Häuser oder privater Klinikketten geschehen, die sich große Verwaltungsapparate leisten können.

Proteste gegen Klinikschließungen

Die Ausdünnung der deutschen Krankenhauslandschaft begann in den 1990er Jahren. Anfangs waren vor allem die ostdeutschen Bundesländer betroffen, mittlerweile ist der Kahlschlag flächendeckend und hat sich verschärft. Schließungen werden seit einigen Jahren ausdrücklich und systematisch als politisches Ziel verfolgt, zunächst mit dem Krankenhausstrukturfonds und aktuell mit den geplanten Reformgesetzen. Betroffen vom Kahlschlag sind insbesondere ländliche Regionen, wo eine erreichbare Notfallversorgung schon vielerorts nicht mehr gegeben ist. Infolge dessen sind die verbliebenen Kliniken überfüllt; in großen Städten und Ballungsgebieten macht sich die Überlastung von Krankenhäusern bemerkbar, etwa durch überfüllte Notaufnahmen und lange Wartezeiten.

Es ist daher kein Wunder, dass Krankenhausschließungen in der Regel mit massiven Protesten in den betroffenen Landkreisen einhergehen. Die Proteste gegen Schließungen haben im Vergleich zu den letzten Jahren deutlich zugenommen. Einen Eindruck ihres Umfangs bieten die unzähligen Petitionen gegen Krankenhausschließungen. Rund 1,3 Millionen Menschen haben seit 2017 gegen den Krankenhauskahlschlag unterschrieben, fast 700.000 davon in den letzten zwei Jahren⁴. Diese

³ <https://www.gemeingut.org/das-level-1i-ist-nicht-vom-tisch-und-die-einteilung-bleibt-weiterhin-gefaehrlich/>

⁴ Siehe die angehängte Übersicht über Petitionen, die sich gegen Krankenhausschließungen, Krankenhausprivatisierung und den Abbau der Krankenhausversorgung richten.

Proteste werden meist beschwichtigt oder abgeschmettert. Beratergutachten, die Krankenhausschließungen als einzige Lösung für die finanzielle Misere beschreiben, dienen den verantwortlichen Politiker*innen dabei als Rechtfertigung. So sind es Beratungsfirmen und Geschäftsführungen, welche weitreichende Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung treffen. Enge betriebswirtschaftliche Erwägungen, nicht der Bedarf, entscheiden so, wo Bürger*innen ein wohnortnahe Krankenhaus vorfinden und wo nicht. Das Finanzierungsmodell, das die Schließungen befördert, bleibt aber bestehen und wird bloß um eine zweite Finanzierungssäule ergänzt.

Krankenhausschließungen und Privatisierung

Die Krankenhausschließungen sind Teil eines Privatisierungsgeschehens. Denn während es heute rund 500 Krankenhäuser weniger gibt als noch vor 30 Jahren, ist die Anzahl der privaten Krankenhäuser stetig gestiegen. Die öffentliche Hand ist nicht mehr der maßgebliche Akteur der Krankenhauslandschaft. 39% der Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland gehören mittlerweile privaten Trägern und 32% gemeinnützigen Trägern – die öffentliche Hand bildet mit bloß 29% oder unter einem Drittel der Allgemeinkrankenhäuser das Schlusslicht. 1991 sah die Verteilung noch anders aus: Damals befanden sich bloß 15% der Allgemeinkrankenhäuser in privater Trägerschaft, 39% in freigemeinnütziger und ganze 46% der Allgemeinkrankenhäuser waren öffentlich.

Die Schließungen der letzten 30 Jahre gingen also auf Kosten der öffentlichen und freigemeinnützigen Träger. Diese Entwicklung wurde durch die Einführung der gesetzlichen Erlaubnis im Jahr 1985, mit dem Betrieb von Krankenhäusern Gewinne zu erwirtschaften,, ermöglicht und durch die Einführung des DRG-System im Jahr 2004 noch beschleunigt.

Fachkliniken sind Teil des Problems

Fachkliniken haben aufgrund ihres begrenzten klinischen Leistungsangebote und aufgrund fehlender klinischer Notfallversorgung tendenziell geringere Vorhaltekosten als Allgemeinkrankenhäuser. Um einer möglichen Insolvenz von Allgemeinkrankenhäusern vorzubeugen, oder um deren Rendite zu erhöhen, wandeln viele Klinikträger ihr Allgemeinkrankenhaus mit Notfallversorgung in eine Fachklinik ohne Notfallversorgung um. Auf diese Weise wird vielen Bürgern die wichtige wohnortnahe klinische Notfallversorgung entzogen.

Aber zum Beispiel internistisch-geriatrische Fachkliniken (z.B. Ebern) oder orthopädische Fachkliniken (z.B. Berchtesgaden) ersetzen das vorherige Allgemeinkrankenhaus nicht und reißen tiefe Lücken in die wohnortnahe klinische Notfallversorgung. In der Deutschen Krankenhausstatistik werden diese Fachkliniken weiter als „Krankenhäuser“ geführt. Komplette Krankenhausschließungen sind also nur die Spitze des Eisbergs einer beispiellosen Kürzung bedarfsnotwendige klinischer Leistungen.

Ein Neustart für die Krankenhausreform

Eine Krankenhausreform ist dringend notwendig. Damit diese die aktuellen Missstände behebt, muss jedoch der Elefant im Raum benannt werden: Krankenhauskonzerne machen Milliarden Gewinne mit dem Betrieb von Krankenhäusern, während die Grundversorgung seit Jahren zusammengespart wird. Eine Krankenhausreform muss deswegen ein Renditeverbot enthalten. Sie muss ein Finanzierungsmodell einführen, das die Bezahlung bedarfsgerechter medizinischer Versorgung sicherstellt und die Zweckentfremdung von Krankenkassenbeiträgen für Konzerngewinne beendet. Außerdem müssen die fehlenden Investitionen der letzten 30 Jahre und

die Kostensteigerungen sofort ausgeglichen werden, um die Pleitewelle der Krankenhäuser zu stoppen. Daher fordert das Bündnis Klinikrettung einen Reformneustart unter der Einbeziehung der Betroffenen, also der Krankenhausbeschäftigten und der Patient*innen. Unsere Forderungen:

- Sofortige Finanzhilfe für schließungsbedrohte Krankenhäuser. Private und freigemeinnützige Krankenhäuser, welche diese in Anspruch nehmen, werden rekommunalisiert.
- Wiederherstellung einer flächendeckenden, für alle Einwohner*innen in maximal 30 Minuten erreichbaren stationären und Notfallversorgung. Die Umwandlung von Allgemeinkrankenhäusern mit Notfallversorgung in renditeorientierte Fachkliniken ohne Notfallversorgung wird so gestoppt
- Selbstkostendeckung statt ein Flickwerk aus DRG-Abrechnung und unzureichender Vorhaltefinanzierung. Die Heilung der Patient*innen, nicht der Ertrag einer Behandlung muss den Vorrang bekommen. Mit der Einführung der Selbstkostendeckung und dem Wegfall der DRG-Bürokratie werden mehr als 161.000 klinische Mitarbeiter bzw. mehr als 123.000 Vollzeitkräfte frei für die Behandlung von Patient*innen

LISTE ÜBER KRANKENHAUSSCHLIEßUNGEN

Als geschlossen werden auf dieser Liste Krankenhäuser aufgeführt, die nicht mehr als Akutkrankenhaus fungieren und damit nicht mehr für die gesundheitliche Allgemeinversorgung zur Verfügung stehen. Das Kürzel „- I“ gibt an, dass es sich um eine Schließung oder drohende Schließung im Zusammenhang mit einer Insolvenz handelt, das Kürzel „- Z“ gibt an, dass die Schließung oder drohende Schließung mit einem Zentralklinikneubau in Verbindung steht.

Endgültige Schließungen ab dem 01.01.2020

2020

1. Kreiskrankenhaus Parsberg, Bayern
+ 01.02.2020
2. Bergarbeiter-Krankenhaus Schneeberg, Sachsen
+ Juni 2020
3. Sana Klinik Riedlingen, Baden-Württemberg
+ 01.07.2020
4. Kreiskrankenhaus Vohenstrauß, Bayern
+ 01.08.2020
5. Krankenhaus Wedel, Schleswig-Holstein
+ 01.08.2020
6. KMG Klinikum Havelberg, Sachsen-Anhalt
+ 01.09.2020
7. Krankenhaus 14 Nothelfer Weingarten, Baden-Württemberg
+ 30.09.2020
8. Marienhospital Altenessen, Nordrhein-Westfalen
+ 01.10.2020
9. St. Josefs-Hospital Bochum-Linden, Nordrhein-Westfalen
+ 01.10.2020
10. Loreley-Klinik Oberwesel, Rheinland-Pfalz
+ 01.10.2020
11. Loreley-Klinik St. Goar, Rheinland-Pfalz
+ 01.10.2020
12. Schön Klinik Nürnberg Fürth, Bayern
+ 31.10.2020
13. Marienhausklinik Ottweiler, Saarland
+ 15.12.2020
14. St. Hedwig-Klinik Mannheim, Baden-Württemberg
+ 20.12.2020
15. St. Vincenz-Krankenhaus Essen, Nordrhein-Westfalen
+ 31.12.2020
16. Krankenhaus Ingelheim, Rheinland-Pfalz
+ 31.12.2020
17. Krankenhaus Kloster Lehnin, Brandenburg

- + 31.12.2020
- 18. St. Josefs-Krankenhaus Losheim, Saarland
+ 31.12.2020
- 19. Krankenhaus Maria-Hilf Sankt Tönis, Nordrhein-Westfalen
+ 31.12.2020

2021

- 20. Asklepios Rehaklinik Seesen, Goslar/Niedersachsen
+ 01.01.21;
- 21. Klinik Forbach, Mittelbaden/Baden-Württemberg
+ Anfang 2021
- 22. Agaplesion Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen, Greifenstein,
Lahn-Dill-Kreis/Hessen
+ 01.03.2021
- 23. Klinik St. Blasien (Lungen-Fachklinik), Waldshut/Baden-Württemberg;
+ 1. Quartal 2021
- 24. Alb-Donau Klinikum Langenau, Alb-Donau-Kreis/Baden-Württemberg
+ 30.06.21; ab 01.07.21
- 25. Mutterhaus Trier-Ehrang, Rheinland-Pfalz
+ 12.07.21
- 26. Ortenau Klinikum Oberkirch, Ortenau/Baden-Württemberg* – Z
+ 03.09.21
- 27. Sana Klinik Laupheim, Biberach/Baden-Württemberg
+ 01.10.21
- 28. Medizinische Klinik Borstel (Lungen-Fachklinik), Segeberg/Schleswig-Holstein
+ 31.12.2021
- 29. Klinikum Main-Spessart Marktheidenfeld, Main-Spessart/Bayern – Z
+ 31.12.21

2022

- 30. Krankenhaus Roding, Cham/Bayern
+ 31.03.22
- 31. Marienhaus Klinikum St. Josef Bendorf, Mayen-Koblenz, Rheinland-Pfalz
+ Jahresmitte 2022
- 32. Klinik Schillerhöhe Gerlingen, Ludwigsburg/Baden-Württemberg
+ 15.07.22
- 33. Sana-Kliniken Bad Wildbad, Calw/Baden-Württemberg,
+ 31.07.22
- 34. Hegau-Bodensee-Klinikum Stühlingen, Waldshut/Baden-Württemberg – Z
+ 31.07.22
- 35. St. Josef Krankenhaus, Leverkusen/Nordrhein-Westfalen
+ 31.08.22
- 36. Krankenhaus Maria-Hilf Stadtlohn, Westmünsterland/Nordrhein-Westfalen – Z
+ 22.10.22

- 37. Krankenhaus Pfullendorf, Sigmaringen/Baden-Württemberg – Z
† 31.10.22
- 38. Krankenhaus Bad Saulgau, Sigmaringen/Baden-Württemberg – Z
† 30.11.22
- 39. InnKlinikum Haag in Oberbayern, Mühldorf am Inn/Bayern
† 01.11.2022
- 40. St. Elisabeth-Krankenhaus Niederwenigern, Hattingen/Nordrhein-Westfalen
† 2022
- 41. Krankenhaus Ettenheim, Ortenau/Baden-Württemberg – Z
† 23.12.2022
- 42. Heinrich-Braun-Klinikum Kirchberg, Zwickau/Sachsen
geschlossen am 21.12.2022
- 43. St. Josef Krankenhaus, Hamm-Bockum-Hövel/Nordrhein-Westfalen
† Ende 2022
- 44. CaritasKlinikum St. Josef Dudweiler, Saarbrücken/Saarland
† 31.12.22

2023

- 45. St. Agatha Krankenhaus, Köln-Niehl/Nordrhein-Westfalen (315 Beschäftigte)
† 31.01.2023
- 46. St. Josef Krankenhaus Linnich, Düren/Nordrhein-Westfalen (200 Beschäftigte) – I
† März 2023
- 47. Evangelisches Stadt Krankenhaus Saarbrücken, Saarland (150 Beschäftigte)
† 10.03.23
- 48. St. Josef Krankenhaus Adenau, Ahrweiler/Rheinland-Pfalz (60 Beschäftigte)
† 31.03.2023
- 49. Asklepios Klinikum Melsungen, Schwalm-Eder/Hessen (100 Beschäftigte)
† 31.03.2023
- 50. Paracelsus Klinik Reichenbach, Vogtlandkreis/Sachsen (320 Beschäftigte) – I
† 31.03.2023
- 51. Niels-Stensen-Klinik Ankum-Bersenbrück, Bersenbrück/Niedersachsen (360 Beschäftigte)
† 31.03.2023
- 52. Marienhaus Klinikum Eifel - Standort St. Elisabeth Gerolstein (75 Beschäftigte)
† 01.04.2023
- 53. St. Johannes Hospital Hagen-Boele/Nordrhein-Westfalen (530 Beschäftigte)
† 01.04.2023
- 54. Ermstarklinik Bad Urach, Reutlingen/Baden-Württemberg (170 Beschäftigte)
† 30.04.2023
- 55. Freilassing Kreisklinik, Berchtesgardener Land/Bayern – Z Reichenhall (85 Beschäftigte)
† 01.05.2023
- 56. Hegau-Bodensee-Klinikum Radolfzell, Konstanz/Baden-Württemberg (200 Beschäftigte)
† 30.06.2023
- 57. Paracelsus-Klinik Bad Ems, Rhein-Lahn-Kreis/Rheinland-Pfalz (270 Beschäftigte)
† 30.06.2023

58. Krankenhaus Bad Waldsee, Ravensburg/Baden-Württemberg (200 Beschäftigte)
+ 19.07.2023
59. Annweiler, Südliche Weinstraße, Rheinland-Pfalz (85 Beschäftigte)
+ Ende Juli 2023
60. Helios Klinik Bad Gandersheim, Northeim/Niedersachsen (100 Beschäftigte)
+ 31.08.2023
61. Wenckebach Krankenhaus, Berlin-Tempelhof (450 Beschäftigte)
+ September 2023
62. Lübeck Marienkrankenhaus, Schleswig-Holstein (240 Beschäftigte)
+ 30.09.2023
63. Holzminden Evangelisches Krankenhaus, Holzminden/Niedersachsen (160 Beschäftigte) – I
+ Ende November 2023
64. Diakoneo Klinik Neuendettelsau, Ansbach/Bayern (190 Beschäftigte)
+ Dezember 2023
65. St. Josef Krankenhaus Haan, Mettmann/Nordrhein-Westfalen (350 Beschäftigte) – I
+ 21.12.2023
66. St. Lukas Krankenhaus Solingen, Nordrhein-Westfalen (750 Beschäftigte) – I
+ 01.12.2023

Betroffene Beschäftigte insgesamt: 5.360 Beschäftigte

Orte, an denen Kliniken von Schließung bedroht sind oder wo Schließungen beschlossen sind
(Stand 12/2023)

1. Aalen (BW)
2. Albstadt (BW)
3. Balg (BW)
4. Böblingen (BW)
5. Bühl (BW)
6. Ellwangen (BW)
7. Geislingen (BW)
8. Heidelberg (BW) – I
9. Herrenberg (BW)
10. Kehl (BW)
11. Mutlangen (BW)
12. Rastatt (BW)
13. Rheinfelden (BW)
14. Schopfheim (BW)
15. Sindelfingen (BW)
16. Singen (BW)
17. Tett nang (BW)
18. Wertheim (BW) – I
19. Bad Brückenau (BY)
20. Berchtesgaden (BY)
21. Bobingen (BY)
22. Burghausen (BY)
23. Dinkelsbühl (BY)
24. Ebern (BY)

25. Kemnath (BY)
26. Kösching (BY)
27. Landau (BY)
28. Lindenberg (BY) – I
29. München-Neuhausen-Nymphenburg (BY) – I
30. Oberviechtach (BY)
31. Schongau (BY)
32. Schwabach (BY)
33. Schwabmünchen (BY)
34. Schweinfurt (BY)
35. Seefeld (BY)
36. Selb (BY)
37. Tirschenreuth (BY)
38. Wegscheid (BY)
39. Finsterwalde (BB)
40. Elsterwerda (BB)
41. Herzberg (BB)
42. Spremberg (BB)
43. Bremen (HB)
44. Hamburg-Wilhelmsburg (HH)
45. Biedenkopf (HE) – I
46. Groß-Gerau (HE)
47. Bützow (MV) – I
48. Aurich (NI)
49. Bassum (NI)
50. Diepholz (NI)
51. Emden (NI)
52. Hannover-Nordstadt (NI)
53. Hannover-Laatzten (NI)
54. Lehrte (NI)
55. Lohne (NI)
56. Norden (NI)
57. Soltau (NI)
58. Stolzenau (NI)
59. Sulingen (NI)
60. Vechta (NI)
61. Walsrode (NI)
62. Grevenbroich (NI)
63. Iserlohn (NW)
64. Köln-Holweide (NW)
65. Köln-Riehl (NW)
66. Lübbecke (NW)
67. Paderborn (NW)
68. Rahden (NW)
69. Steele (NW) – I
70. Troisdorf (NW)
71. Vreden (NW)
72. Winterberg (NW)
73. Altenkirchen (RP) – I
74. Hachenburg (RP) – I

75. Kirchen (RP) – I
76. Kirn (RP)
77. Lahnstein (RP) – I
78. Neuwied (RP) – I
79. Rodalben (RP)
80. Rockenhausen (RP)
81. Adorf (SN)
82. Ebersbach (SN)
83. Dresden-Neustadt (SN)
84. Leisnig (SN)
85. Olbernhau (SN)
86. Weißwasser
87. Hettstedt (SA)
88. Merzig (SA) – I
89. Eckernförde (SH) – I
90. Elmshorn (SH)
91. Pinneberg (SH)
92. Hildburghausen (TH)
93. Neuhaus (TH)
94. Niederorschel (TH)
95. Pößneck (TH)
96. Worbis (TH)