

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 Stadtkrankenhaus 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. Ermstaklinik 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)

Bilanz über Krankenhausschließungen im Jahr 2023:

Beispielhafte Schließungsvorgänge



1. Beschluss Krankenhausschließung 2023

Schließung lange vor Fertigstellung eines geplanten Zentralklinikums in Ostfriesland

Anfang 2024 soll der Bau einer Zentralklinik (814 Betten, Kosten ca. 810 Millionen Euro) in Ostfriesland beginnen, Standort zwischen den drei Städten und Krankenhäusern **Norden** (258 Betten), Aurich und Emden. Diese sollten an sich erst bei Eröffnung ca. 2029 geschlossen werden. Im Herbst 2022 begann jedoch für Norden bereits die **Planung** für ein Gesundheitszentrum mit Psychiatrie, internistischer Belegstation (25 Betten) und ambulantem Operationszentrum. Im Mai 2023 wurde dann der **Schließungsbeschluss** für das Nordener Krankenhaus veröffentlicht – Die Begründung: Zu hohe (Honorar-) Arztkosten, Halbierung der Patient:innenzahl seit 2018; hinzu kam nach Aussagen von Belegschaftsmitgliedern ein „Herunterwirtschaften“ des Hauses über längere Zeit. Seitens der Bürger:innen und der Stadtgemeinde setzte heftiger Widerstand ein. Der Wegfall der Notaufnahme verursacht für 51.520 Einwohner:innen mehr als 30 Min. Pkw-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus. Eine Klage gegen das Schließungs-/ Umnutzungsverfahren wurde im September wegen Nicht-Betroffenheit der KlägerInnen und Gestaltungsfreiheit der Behörden abgewiesen; allerdings sollte der Träger keine nicht-zurückholbaren Fakten schaffen. Das war aber bereits geschehen: Schon im Juni begann die Zusammenlegung zweier Stationen für Kurzlieger-Betten, eine OP-Umrüstung für ambulante Zwecke, und eine Reduzierung der Notfall-Behandlungen.

2. Krankenhausschließung 2023

Ein privater Träger hält nach Übernahme eines Krankenhauses der Grundversorgung vertragliche Erneuerungs- und Leistungsverpflichtungen nicht ein und schließt es am Ende

Am 31.3.2023 schloss die Asklepios-Klinik **Melsungen** (75, zuvor 95 Betten). Vorgegangen waren längere Auseinandersetzungen um den Betrieb des Krankenhauses. Im Versorgungsvertrag 2006 mit dem privaten Träger war eine Sanierung des Hauses abgemacht, bis 2018 blieb das folgenlos. 2018 wurde der Grundstein für eine Fachklinik gelegt, Baumaßnahmen erfolgten allerdings auch nicht. 2020 wurde die Notaufnahme unter Protest des Betriebsrats geschlossen; 2021 klagte der Landkreis dagegen. Die Ausstiegs-Absichten von Asklepios waren deutlich, aber ein öffentlicher Träger fand sich nicht – das Haus sei „marode“, ein Neubau zu teuer. Ab Mitte 2022 wanderten immer mehr Beschäftigte ab, Anfang Dezember sagte der Betriebsrat baldige Funktionsunfähigkeit voraus, am 15. Dez.

gab Asklepios die **Schließung** bekannt aufgrund der „schwierigen Lage“. Das Land Hessen verwies erfolglos auf den rechtsgültigen Versorgungsvertrag. Nach dem 31.3.2023 blieb im Gebäude nur die schon bestehende freigemeinnützige psychiatrische Tagesklinik. Ende Juni 2023 wurden Planungen eines „Integrierten Gesundheitszentrums“ bekannt - ca. 45 Kurzzeitbetten für Geriatrie, Innere Medizin und ambulante Chirurgie mit OP-Saal sowie einer Notarztstelle. Die Stadt Melsungen bekam die Immobilie und hat sich bereit erklärt, Neubaukosten zu übernehmen, sie erhofft Landesförderung; Träger sollten zwei freigemeinnützige Kliniken in Nordhessen sein. Bis Dez. 2023 ist noch nichts passiert. 6.963 Bewohner des Gebiets können keine Akutklinik (und Notaufnahme) mehr binnen 30 Minuten erreichen.

3. Von drohender Schließung zum geschlossenen Krankenhaus

Seit Erhebungsbeginn der Schließungsliste des Bündnis Klinikrettung sehen wir „drohende“ Schließungen dann, wenn eine zentrale Einheit – insbesondere die Chirurgie – und damit auch die zentrale Notaufnahme – geschlossen wird. Hinweise sind auch das ‚Aushungern‘ wichtiger Abteilungen oder ihr Weg-Verlagern zusammen mit Personal, und/ oder Schließungsdebatten bei den politischen Verantwortlichen oder den Geschäftsführungen. Das Beispiel der Marienhaus-Klinik illustriert den Prozess von einer drohenden zu einer tatsächlichen Schließung.

Für die Marienhaus-Klinik **Gerolstein** (172-Betten) wurde Mitte 2018 ein neuer Chirurgie-Chefarzt eingestellt; der Träger „Marienhaus“ (freigemeinnützig) hält im Landkreis Bitburg-Prüm noch drei weitere Häuser. 2019 wurden aus Gerolstein die – besonders ertragreichen– Knieprothesen-OPs nach Bitburg verlagert. Geplante Investitionen in OP-Säle für 10-15 Millionen Euro unterblieben. Anfang 2020 wurde das OP-Personal stark verknappt, zur Jahresmitte wurden neue stationäre Fälle nur noch freitags behandelt. Junge Ärzt:innen gingen weg, im August kündigte schließlich der Chefarzt. Das Haus wurde im Dezember zum Covid-Schwerpunkt erklärt (Pauschale pro Bett und Tag: 560 Euro), seit Ende März waren die OP-Säle geschlossen. Im September versicherte der Träger gegenüber dem Gesundheitsministerium und der Gemeinde, alle drei medizinischen Abteilungen fortzuführen. Am 21.12.2020 wurde die Schließung der Chirurgie für den 31.12.2020 (!) mitgeteilt; es verblieben die Innere Medizin und die Psychiatrie.

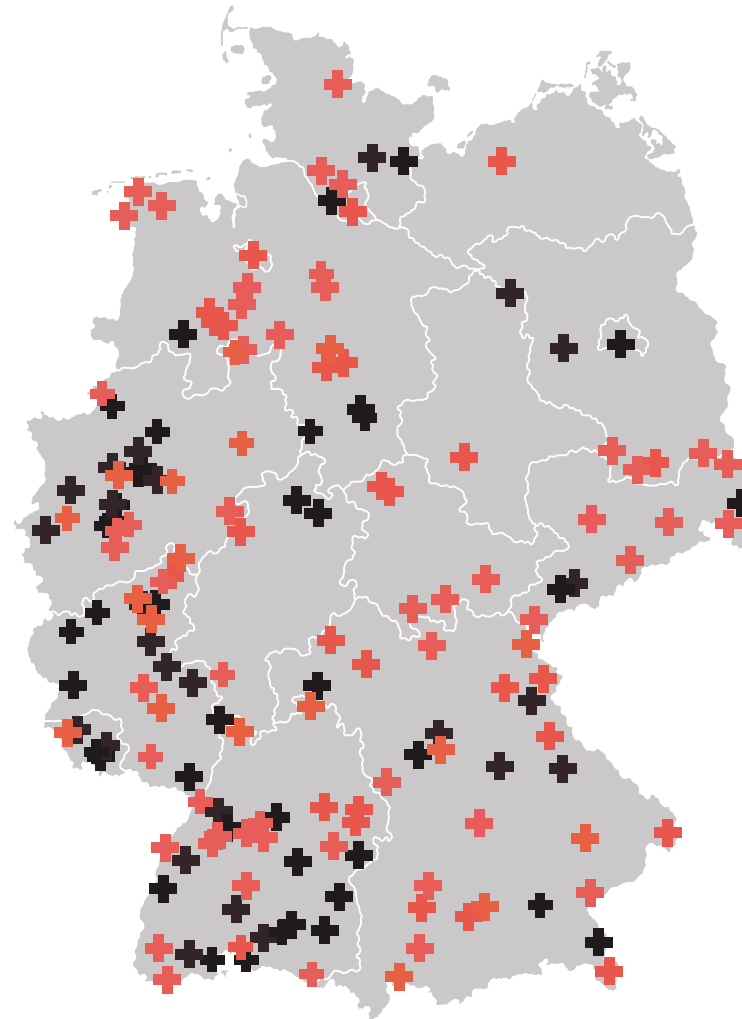
Seit Juni 2020 war die kassenärztliche Notfallpraxis im Haus nur noch am Wochenende tagsüber offen. Das Haus hielt sich, so ausgedünnt, noch gut zwei Jahre. Es gab noch eine chirurgische Ambulanz montags bis freitags 8 bis 20 Uhr, von September 2020 bis 1. April 2023, hierfür kamen Ärzt:innen aus Bitburg; ab 2.4. gab es keine Behandlungen mehr. Am 1.4.2023 schloss die Innere Medizin, das Haus ist als Akutklinik **geschlossen**. Übrig bleibt eine psychiatrische Fachklinik mit 76 Betten. Seit Ende Oktober 2023 gibt es eine chirurgische Institutsambulanz – an zwei Werktagen von 9 bis 15 Uhr.

Am 1. September wurde im Donauisarklinikum **Landau** die *Chirurgie* einschließlich der (ertragreichen) Endprothetik **geschlossen**, stationäre Chirurgie gibt es fortan nur noch im zweiten Haus Deggendorf. In Landau gibt es noch ein Medizinisches Versorgungszentrum des Trägers, das neben etlichen Fächern auch ambulante Chirurgie bietet. Gleichzeitig geschlossen wurde auch die *Gynäkologie mit Geburtshilfe* – das bietet nur noch das dritte Haus Dingolfing, das auch eine große Abteilung Innere hat. Am Haus Landau verbleiben die Innere Medizin (mit „renommierter“ Pneumologie), sowie Alters- und Schmerzmedizin. Die „Spezialisierungen“ sollen der Stärkung des Klinikverbunds dienen in einer Zeit „allgemeiner Teuerung und Tarifsteigerung“. Es bahnt sich eine Gerolstein vergleichbare Entwicklung (Schließung nach wenigen Jahren) an. In dem Fall werden 7.700 EinwohnerInnen der Region Landau keine Akutklinik einschließlich Basisnotfallversorgung mehr binnen 30 Fahrzeitminuten erreichen.

Krankenhauskahlschlag

✚ Kliniken, die seit dem 01.01.2020 geschlossen wurden (Stand 12/2023):

- | | |
|---|--|
| 1 Kreiskrankenhaus Parsberg (BY),
† 01.02.2020 | 29 Klinikum Main-Spessart
Marktheidenfeld (BY),
† 31.12.2021 |
| 2 Bergarbeiter-Krankenhaus
Schneeberg (SN), † Juni 2020 | 30 Krankenhaus Roding (BY),
† 31.03.2022 |
| 3 Sana Klinik Riedlingen (BW),
† 01.07.2020 | 31 Marienhaus Klinikum – St. Josef
Bendorf (RP), † Jahresmitte 2022 |
| 4 Kreiskrankenhaus Vohenstrauß
(BY), † 01.08.2020 | 32 Klinik Schillerhöhe Gerlingen
(BW), † 15.07.2022 |
| 5 Krankenhaus Wedel (SH),
† 01.08.2020 | 33 Sana-Kliniken Bad Wildbad (BW),
† 31.07.2022 |
| 6 KMG Klinikum Havelberg (ST),
† 01.09.2020 | 34 Hegau-Bodensee-Klinikum
Stühlingen (BW), † 31.07.2022 |
| 7 Krankenhaus 14 Nothelfer
Weingarten (BW), † 30.09.2020 | 35 St. Josef Krankenhaus Wiesdorf
(NW), † 31.08.2022 |
| 8 Marienhospital Altenessen (NW),
† 01.10.2020 | 36 Krankenhaus Maria-Hilf Stadtlohn
(NW), † 22.10.2022 |
| 9 St. Josefs-Hospital Bochum-Linden
(NW), † 01.10.2020 | 37 Krankenhaus Pfullendorf (BW),
† 31.10.2022 |
| 10 Loreley-Klinik Oberwesel (RP),
† 01.10.2020 | 38 InnKlinikum Haag, Mühlendorf am
Inn (BY), † 01.11.2022 |
| 11 Loreley-Klinik Sankt Goar (RP),
† 01.10.2020 | 39 Krankenhaus Bad Saulgau (BW),
† 30.11.2022 |
| 12 Schön Klinik Nürnberg Fürth (BY),
† 31.10.2020 | 40 St. Elisabeth-Krankenhaus
Niederwenigern (NW), † 2022 |
| 13 Marienhausklinik Ottweiler (SL),
† 15.12.2020 | 41 Krankenhaus Ettenheim (BW),
† 23.12.2022 |
| 14 St. Hedwig-Klinik Mannheim (BW),
† 20.12.2020 | 42 Heinrich-Braun-Klinikum
Kirchberg (SN), † 21.12.2022 |
| 15 St. Vincenz-Krankenhaus Essen
(NW), † 31.12.2020 | 43 St. Josef-Krankenhaus Hamm-
Bockum-Hövel (NW), † Ende 2022 |
| 16 Krankenhaus Ingelheim (RP),
† 31.12.2020 | 44 CaritasKlinikum Saarbrücken,
St. Josef Dudweiler (SL),
† 31.12.2022 |
| 17 Krankenhaus Kloster Lehnin (BB),
† 31.12.2020 | 45 St. Agatha Krankenhaus,
Köln-Niehl (NW), † 31.01.2023 |
| 18 St. Josefs-Krankenhaus Losheim
(SL), † 31.12.2020 | 46 St. Josef-Krankenhaus Linnich (NW),
† März 2023 |
| 19 Krankenhaus Maria-Hilf Sankt Tönis
(NW), † 31.12.2020 | 47 Evangelisches Stadtkrankenhaus
Saarbrücken (SL), † 10.03.2023 |
| 20 Asklepios Rehaklinik Seesen (NI),
† 01.01.2021 | 48 St. Josef-Krankenhaus Adenau
(RP), † 31.03.2023 |
| 21 Klinik Forbach (BW), † Anfang 2021 | 49 Asklepios Klinikum Melsungen
(HE), † 31.03.2023 |
| 22 Agaplesion Pneumologische Klinik
Waldhof Elgershausen (HE),
† 01.03.2021 | 50 Paracelsus-Klinik Reichenbach
(SN), † 31.03.2023 |
| 23 Klinik St. Blasien (Lungenfachklinik)
(BW), † 1. Quartal 2021 | 51 Niels-Stensen-Klinik
Ankum-Bersenbrück (NI),
† 31.03.2023 |
| 24 Alb-Donau Klinikum Langenau (BW),
† 30.06.2021 | 52 Marienhaus Klinikum – St. Elisabeth
Gerolstein (RP), † 01.04.2023 |
| 25 Mutterhaus Trier-Ehrang (RP),
† 12.07.2021 | 53 St.-Johannes-Hospital Hagen-Boele
(NW), † 01.04.2023 |
| 26 Ortenau Klinikum Oberkirch (BW),
† 03.09.2021 | 54 Ermstarklinik Bad Urach (BW),
† 30.04.2023 |
| 27 Sana Klinik Laupheim (BW),
† 01.10.2021 | 55 Kreisklinik Freilassing (BY),
† 01.05.2023 |
| 28 Medizinische Klinik Borstel
(Lungenfachklinik) (SH),
† 31.12.2021 | |



Die Liste der drohenden Schließungen ist eine Momentaufnahme; sie wird aufgrund immer neuer Fälle laufend aktualisiert.

- ✚ Orte, an denen Kliniken von Schließung bedroht sind (Stand 12/2023):**
- | | | |
|--|-----------------------|---|
| 56 Hegau-Bodensee-Klinikum
Radolfzell (BW), † 30.06.2023 | 1 Aalen (BW) | 28 Lindenberg (BY) |
| 57 Paracelsus-Klinik Bad Ems (RP),
† 30.06.2023 | 2 Albstadt (BW) | 29 München-Neuhausen-
Nymphenburg (BY) |
| 58 Krankenhaus Bad Waldsee (BW),
† 19.07.2023 | 3 Balg (BW) | 30 Oberviechtach (BY) |
| 59 Klinik Annweiler (RP),
† Ende Juli 2023 | 4 Böblingen (BW) | 31 Schongau (BY) |
| 60 Helios Klinik Bad Gandersheim
(NI), † 31.08.2023 | 5 Bühl (BW) | 32 Schwabach (BY) |
| 61 Wenckebach-Krankenhaus,
Berlin-Tempelhof,
† September 2023 | 6 Ellwangen (BW) | 33 Schwabmünchen (BY) |
| 62 Marienkrankenhaus Lübeck (SH),
† 30.09.2023 | 7 Geislingen (BW) | 34 Schweinfurt (BY) |
| 63 Evangelisches Krankenhaus
Holzminden (NI),
† Ende November 2023 | 8 Heidelberg (BW) | 35 Seefeld (BY) |
| 64 Diakoneo Klinik Neuendettelsau
(BY), † Dezember 2023 | 9 Herrenberg (BW) | 36 Selb (BY) |
| 65 St. Josef Krankenhaus Haan (NW),
† 21.12.2023 | 10 Kehl (BW) | 37 Tirschenreuth (BY) |
| 66 St. Lukas Klinik Solingen (NW),
† 01.12.2023 | 11 Mutlangen (BW) | 38 Wegscheid (BY) |
| | 12 Rastatt (BW) | 39 Elsterwerda (BB) |
| | 13 Rheinfelden (BW) | 40 Finsterwalde (BB) |
| | 14 Schopfheim (BW) | 41 Herzberg (BB) |
| | 15 Sindelfingen (BW) | 42 Spremberg (BB) |
| | 16 Singen (BW) | 43 Bremen (HB) |
| | 17 Tettngang (BW) | 44 Hamburg-
Wilhelmsburg (HH) |
| | 18 Wertheim (BW) | 45 Biedenkopf (HE) |
| | 19 Bad Brückenau (BY) | 46 Groß-Gerau (HE) |
| | 20 Berchtesgaden (BY) | 47 Bützow (MV) |
| | 21 Bobingen (BY) | 48 Aurich (NI) |
| | 22 Burghausen (BY) | 49 Bassum (NI) |
| | 23 Dinkelsbühl (BY) | 50 Diepholz (NI) |
| | 24 Ebern (BY) | 51 Emden (NI) |
| | 25 Kemnath (BY) | 52 Hannover-Nordstadt (NI) |
| | 26 Kösching (BY) | |
| | 27 Landau (BY) | |

- | |
|--------------------------|
| 53 Laatzen (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 (NW) |
| 63 Iserlohn (NW) |
| 64 Köln-Holweide (NW) |
| 65 Köln-Riehl (NW) |
| 66 Lübbecke (NW) |
| 67 Paderborn (NW) |
| 68 Rahden (NW) |
| 69 Steele (NW) |
| 70 Troisdorf (NW) |
| 71 Vreden (NW) |
| 72 Winterberg (NW) |
| 73 Altenkirchen (RP) |
| 74 Hachenburg (RP) |
| 75 Kirchen (RP) |
| 76 Kirn (RP) |
| 77 Lahnstein (RP) |
| 78 Neuwied (RP) |
| 79 Rockenhausen (RP) |
| 80 Rodalben (RP) |
| 81 Adorf (SN) |
| 82 Ebersbach (SN) |
| 83 Dresden-Neustadt (SN) |
| 84 Leisnig (SN) |
| 85 Olbernhau (SN) |
| 86 Weißwasser (SN) |
| 87 Hettstedt (ST) |
| 88 Merzig (SL) |
| 89 Eckernförde (SH) |
| 90 Elmshorn (SH) |
| 91 Pinneberg (SH) |
| 92 Hildburghausen (TH) |
| 93 Neuhaus (TH) |
| 94 Niederorschel (TH) |
| 95 Pößneck (TH) |
| 96 Worbis (TH) |

1,3 Millionen Unterschriften gegen den Krankenhausahlschlag

Übersicht zu Petitionen und Bürgerentscheiden gegen Klinikschließungen



Nach unserem Kenntnisstand wurden im Zeitraum zwischen Anfang 2017 bis Mitte Dezember 2023 80 Petitionen gestartet, von denen einige weiterhin laufen. Sie richten sich gegen die Teil- oder Komplettschließungen von Krankenhäusern, gegen Krankenhausprivatisierungen oder gegen die geplante Krankenhausreform. Allein seit unserer letzten Zählung im Februar 2022 sind 47 neue Petitionen dazu gekommen. **In der Summe wurden bisher 1.288.612 Unterschriften gesammelt.** 597.290 Unterschriften wurden in den fünf Jahren zwischen 2017 und Anfang 2022 gesammelt, weitere 691.322 kamen in weniger als zwei Jahren zusammen.

	<i>Name der Petition</i>	<i>Unterschriften bzw. Stimmen</i>	<i>Eingereicht am ... / Abstimmung am ...</i>	
1	Nein, zur Schließung der Palliativstation, Geburtshilfe im Herrenberger Krankenhaus.	24.455		Sammlung läuft
2	Rendite raus aus dem Krankenhaus	2.356		Sammlung läuft
3	Bewahren Sie das Krankenhaus in Lübbecke und Rahden, stoppen Sie die Zerstörung des Waldes	6.825		Sammlung läuft
4	Stoppt die Geschäftsführung des Klinikums Lippe	11.598		Sammlung läuft
5	Rettungswache muss in Kirn bleiben!	796		Sammlung läuft
6	Templin: kein Aus für die kassenärztlichen Bereiche am Krankenhaus Templin!	3.718		Sammlung läuft
7	Die St. Vincenz Kliniken müssen weiter in kirchlichen Händen bleiben	7.168		Sammlung läuft
8	Medizinkonzept 2021 am Gesundheitsstandort Calw	4.440		Sammlung läuft
9	Erhalt des Krankenhauses (KRH Klinikum Lehrte) in Lehrte	13.477	17.06.23	Eingereicht
10	Erneute Überprüfung des Neubaus des Krankenhauses am Standort Langenwinkel	494		Sammlung läuft
11	Sicherstellung der Basisnotfallversorgung in Norden/Ostfriesland	7.124	04.12.23	Sammlung beendet
12	Geburtshilfe Hachenburg darf nicht geschlossen werden	20.254		Sammlung läuft
13	Für mehr Menschlichkeit im Krankenhausbereich. Investitionen der Kliniken sachlich richtig und gesetzeskonform finanzieren!	2.529	31.10.23	Eingereicht
14	Für eine sichere Gesundheitsversorgung im Main-Taunus-Kreis und Frankfurter Westen!	1.689		Sammlung läuft

15	Erhalt des Perinatalzentrums Level 1 in Suhl	13.477	19.09.22	Eingereicht
16	Rettet den Kreißsaal in Ebersbach- Neugersdorf	24.586		Sammlung läuft
17	Schließung der Geburtenstation und Gynäkologie des Krankenhauses Maria Hilf Bad Neuenahr-Ahrweiler	8.509	06.03.23	Sammlung beendet
18	Wir fordern den Erhalt des Witzenhäuser Krankenhauses als Level-In-Krankenhaus	4.199	04.09.23	Eingereicht
19	Kinderheilkunde stärken	67.456	23.09.23	Eingereicht
20	Erhalt und Sicherstellung der wohnortnahen Krankenhausversorgung im Rhein-Lahn-Kreis	956	09.03.23	Eingereicht
21	Keine Klinikschließungen mit Lauterbachs Regierungs-Kommission	3.576	22.08.22	Sammlung beendet
22	Keine Schließungen von Geburtshilfestationen aufgrund der Hochsetzung der Mindestfallzahl	56.682	29.12.22	Eingereicht
23	Krankenhausschließung in Hilden und Haan stoppen	60.319		Sammlung läuft
24	Versorgung sichern (Leben retten) durch Erhalt der Kliniken für HNO und MKG am UKRB in Nrp	15.161		Sammlung läuft
25	Für eine echte Revolution im Gesundheitssystem!	808		Sammlung läuft
26	Krankenhaus Lindenberg muss bleiben	8.466		Sammlung läuft
27	Petition der Notärzte „Verhindert die Schließung unserer Krankenhäuser!“	40.573		Sammlung läuft
28	Für den Erhalt der höchsten Versorgungsstufe-Level 1 für Frühchen am Diak Klinikum Schwäbisch Hall	10.043		Sammlung läuft
29	Nein zum Abbau des Krankenhauses Tirschenreuth!	9.453		Sammlung läuft
30	Initiative Pro St. Elisabeth-Krankenhaus Rodalben	4.349	12.01.22	Eingereicht
31	Stoppt die Klinikschließung in Roding	813	31.03.22	Sammlung beendet
32	Stoppt die Klinikschließung Freilassing	2.501	28.10.22	Sammlung beendet
33	Erhalt der Regel- und Basis-Notfallversorgung an der Asklepios-Klinik Oberviechtach	4.000	28.11.23	Eingereicht
34	Rekommunalisierung der Klinik Oberviechtach	2.718	21.03.23	Sammlung beendet
35	Erhalt der Kreisklinik Wolfratshausen in öffentlicher Hand mit hohem Leistungsangebot	2.971	18.05.21	Sammlung beendet
36	Nordseeklinik Borkum muss bleiben!	3.492		Sammlung läuft
37	Die Bevölkerung Breisachs und des Kaiserstuhls braucht ein Krankenhaus der Grundversorgung	4.079		Sammlung läuft
38	Erhalt der Notfallversorgung und des Herzkatheters am Krankenhaus Mainburg	7.283	19.07.22	Sammlung beendet
39	Erhalt des Krankenhauses Wegscheid als Allgemeinkrankenhaus mit stationärer Notfallversorgung	12.321	07.11.22	Sammlung läuft
40	Rettet unsere Krankenhaus - Infrastruktur	409		Sammlung läuft

41	Keine Schließung des Kinderkrankenhauses Amsterdamer Straße und des Krankenhauses Holweide!	57.378		Sammlung läuft
42	Das Krankenhaus Holweide muss bleiben! Die Schließung muss gestoppt werden!	6.875		Sammlung beendet
43	Rettet unser Krankenhaus! Klinik Holweide erhalten!	1.846	27.12.19	Eingereicht
44	Keine Schließung der Notfallversorgung in der Franz von Prümmer Klinik Bad Brückenau	3.158	12.09.22	Sammlung beendet
45	Stoppen Sie Lauterbachs katastrophale Reformpläne – für eine echte Krankenhausrevolution	5.152		Sammlung läuft
46	Die Krankenhausversorgung in Bayern ist gefährdet – Nein zu Lauterbachs Krankenhausreform	4.485	10.08.23	Sammlung beendet
47	Keine Profite mit Krankenhäusern	52.564	31.12.22	Eingereicht
48	Alarmstufe ROT: Krankenhäuser in Gefahr	72.933	26.10.22	Eingereicht
49	Bundesweite Krankenhausschließungen jetzt stoppen!	15.760	22.02.22	Eingereicht
50	Krankenhaus-Entscheid Essen. Versorgung sichern, Krankenhäuser retten	20.000	21.02.22	Eingereicht
51	Nein zur Schließung des Krankenhauses in Dudweiler/Saar	2.305	15.02.22	Eingereicht
52	Erhalt der chirurgischen und internistischen Akut- und Regelversorgung an der Klinik Neuendettelsau	12.439	12.02.22	Eingereicht
53	Gegen die Schließung der Kinderklinik in Sankt Augustin	131.111		Sammlung läuft
54	Prüfauftrag statt Fonds für Krankenhausschließungen in Nordrhein-Westfalen	3.583		Sammlung läuft
55	Gegen Übertherapie und Unterversorgung von Patienten, für die Abschaffung des „Fallpauschalen“-Systems, für leistungsfähige Krankenhäuser mit hohem Versorgungsstandard überall in Deutschland	129.227		Sammlung läuft
56	Die für 2021 - trotz Corona - geplanten Krankenhausschließungen sofort stoppen!	19.465	2021	Eingereicht
57	Drei Petitionen zur Rettung der Notfallversorgung und stationären Chirurgie in Ebern	6.549	04.08.21	Sammlung beendet
58	Rettung der Geburtshilfe und medizinischen Grundversorgung am Krankenhaus Bad Saulgau	6.476	08.08.21	Sammlung beendet
59	Krankenhaussterben in Pandemiezeiten?!	2.082	02.08.21	Eingereicht
60	Resolution gegen die Schließung der Klinik für Geburtshilfe am Klinikum Mittelbaden – Rastatt	2.037	01.07.21	Sammlung beendet
61	Erhalt des Elisabeth Krankenhaus Grevenbroich	8.519	17.06.21	Eingereicht
62	Erhalt der Helfenstein Klinik – kein Umbau in einen Gesundheitscampus!	5.000	21.04.21	Eingereicht
63	Gegen die Schließung des Krankenhauses in Bockum-Hövel	10.000	07.01.21	Sammlung beendet
64	Rettet das Vivantes Wenckebach-Klinikum Berlin-Tempelhof	4.617	09.12.20	Eingereicht
65	Stoppt den Einfluss der Gesundheitsberater auf Krankenhausreformen, gegen Klinikschließungen	2.168	09.12.20	Eingereicht
66	Seesener Appell: Für ein bedarfsorientiertes Gesundheitswesen mit guten Arbeitsbedingungen, gegen die Schließung der Asklepios-Reha-Klinik Seesen	4.066	Dezember 2020	Sammlung beendet

67	Wir für unser Krankenhaus in der Ortenau – Stoppt die Agenda 2030	5.608	21.10.20	Eingereicht
68	Krankenhaus Bitterfeld erhalten! Für den Wiederaufbau der Frauenklinik, Privatisierung verhindern!	2.225	18.09.20	Eingereicht
69	Gegen die Schließung des Marienhospitals in Altenessen & des St. Vincenz Krankenhaus in Stoppenberg	5.347	27.08.20	Sammlung beendet
70	Keine Schließung von Krankenhäusern – Sicherung der Gesundheitsversorgung im Essener Norden	243	16.8.20	Sammlung beendet
71	Klinik für Innere Medizin in Kloster Lehnin erhalten	1.750	26.05.20	Eingereicht
72	Fortbestand der Krankenhäuser in Greiz und Schleiz	21.500	04.03.20	Eingereicht
73	Gegen die Klinikschließung in Havelberg, für den Erhalt einer stationären Grundbetreuung in der Region	13.000	Sommer 2020	Sammlung beendet
74	Bestandssicherung der Kreisklinik Wolfhagen als Akut- und Notfallstandort, Sicherung der Arbeitsplätze, Wiedereröffnung der Geburtshilfestation	14.000	17.02.20	Sammlung beendet
75	Wilhemsburger Gesundheits- und Krankenpflegeschule Gross-Sand darf nicht geschlossen werden!	918	30.09.20	Eingereicht
76	Stoppt das Krankenhaussterben im ländlichen Raum	64.738	14.02.20	Eingereicht
77	Rettung Loreley Kliniken Mittelrhein	32.000	26.11.19	Eingereicht
78	Petition zum Erhalt der Helios Klinik in Bad Schwalbach	2.365	04.04.18	Sammlung beendet
79	Für den Erhalt der Kliniken in Emden, Aurich und Norden	ca. 55.000	12.06.17	Emden- und Aurich-Bürgerentscheide
80	Gegen die Schließung der Geburtsklinik im St.-Vincenz-Krankenhaus	4.000	30.03.17	Eingereicht

Falsche Versprechen der Krankenhausreform

Mit der Krankenhausreform, dem geplanten Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) haben Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seine Regierungskommission den Krankenhäusern viel versprochen:

- Entökonomisierung
- das Ende des kalten Strukturwandels und
- die von Leistungen überwiegend unabhängige Finanzierung anhand von Vorhaltebudgets.

Das Signal lautete und wird vielfach auch heute so aufgefasst: Krankenhäuser brauchen sich keine finanziellen Sorgen mehr zu machen, sie erhalten ein großes Vorhaltebudget und haben jetzt die Aufgabe, unnötige klinische Behandlungen abzubauen.¹

Aber:

**Lauterbach verschärft die Gesundheitslage deutscher Krankenhäuser.
Das ganze Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz ist eine Mogelpackung.**

¹ Bundesgesundheitsministerium, Krankenhausreform,
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform.html>

Krankenhausfinanzierung im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)

Seit Jahrzehnten erhalten deutsche Krankenhäuser nur einen **unvollständigen Inflationsausgleich**, der seit Ausbruch des Ukraine Kriegs mit seiner hohen Inflation in keiner Weise auskömmlich war. Zusätzlich sind von den Krankenhäusern im Zeitraum 1991 bis 2022 **unfinanzierte Fallzahlsteigerungen** im Umfang von 15% ² ohne Erlössteigerung aufzufangen. So etwas kann auf Dauer nicht refinanziert werden.

Gesetz der Beitragsstabilität seit Jahrzehnten

knapper
Inflationsausgleich ...

... ohne Ausgleich
zusätzlicher Patienten

Stat. Fälle +15%
ohne Ausgleich

Krankenhäuser
-21%

	Krankenhäuser Anzahl	Betten Anzahl	Patienten Anzahl
2022	1.893	480.382	16.805.170
2010	2.064	502.749	18.032.903
2000	2.242	559.651	17.262.929
1991	2.411	665.565	14.576.613

² Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2022,

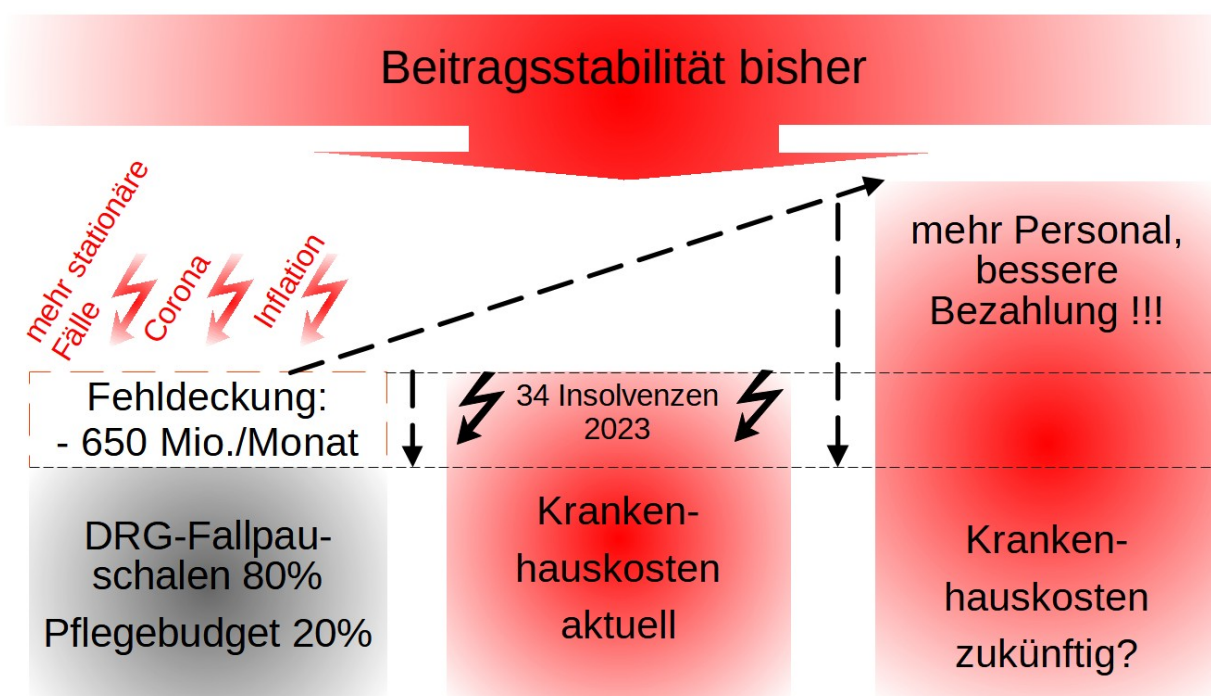
https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611227005.xlsx?__blob=publicationFile

Krankenhausfinanzierung im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat deshalb für die nicht gedeckten Inflationsraten seit Ausbruch des Ukraine-Krieges eine Fehldeckung der Krankenhäuser über insgesamt 10 Mrd. Euro errechnet. Allein im Jahr 2023 beziffert sich die Fehldeckung monatlich auf 650 Mio. Euro bzw. 8 Mrd. Euro.³

Zusätzlich stehen berechnete Forderungen nach mehr Personal und nach besserer Vergütung klinischer Mitarbeiter im Raum, die viel Geld kosten. In Folge dieser großen Herausforderungen haben im Zeitraum November 2022 bis Oktober 2023 bereits 34 Krankenhäuser Insolvenz angemeldet.⁴

Das bisherige limitierte Vergütungssystem für Krankenhäuser mit überwiegend leistungsabhängigen DRG-Fallpauschalen ist an diesen Herausforderungen gescheitert!



³ Deutsche Krankenhausgesellschaft, Weber: 10-Milliarden-Defizit – Kliniken vor einer ungewissen Zukunft, <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/weber-10-milliarden-defizit-kliniken-vor-einer-ungewissen-zukunft/>, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Defizituhr auf der Hauptseite, <https://www.dkgev.de/>, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Wie entsteht das Defizit? <https://www.dkgev.de/dkg/presse/defizituhr/>

⁴ Zeit online, Deutsche Krankenhausgesellschaft - Verband spricht von Insolvenzwelle bei deutschen Krankenhäusern, <https://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2023-10/krankenhaus-insolvenz-welle-schliessungen-reform>

Krankenhausfinanzierung im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach verspricht mittels überwiegend leistungsunabhängiger Vergütung eine Entlastung der Krankenhäuser und vom Zwang hoher Leistungserbringung.

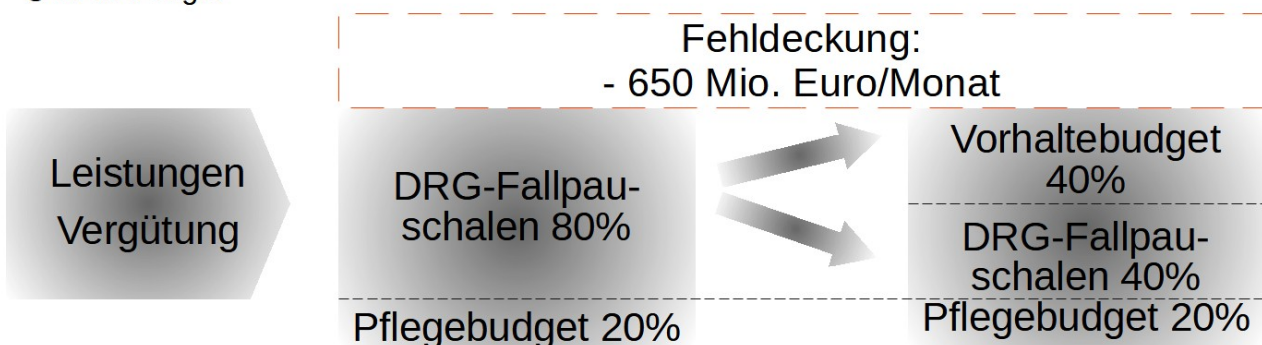
Das Gegenteil ist der Fall. Sein versprochenes Vorhaldebudget verschärft die Finanzierung der Krankenhäuser. Es finanziert nicht die Vorhaltung von Klinikbetten und Klinikpersonal – es wird ermittelt aus den Krankenhausleistungen des Vorjahres. **Wir bleiben bei leistungsabhängiger Vergütung das ist das erste Problem!**

Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz Leistungsabhängige Verteilung aus dem Vorjahr

Leistungen der Vorjahre

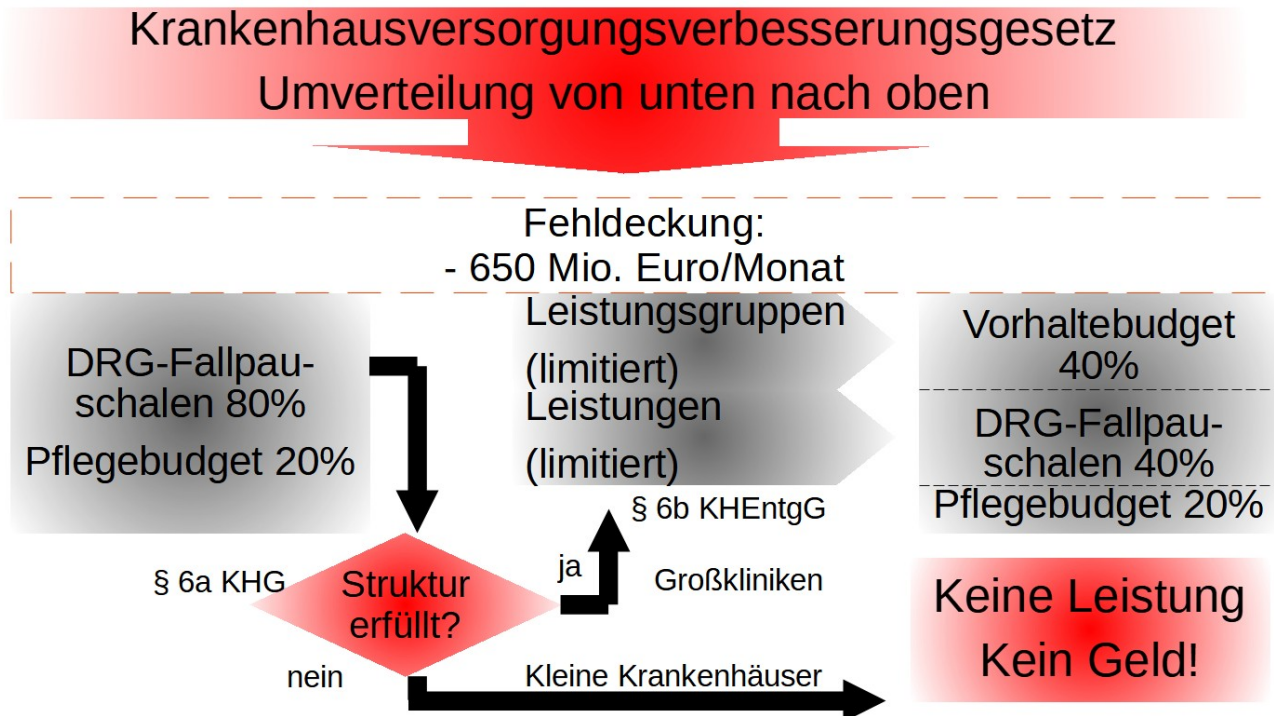
Folgejahr

§ 6b KHEntgG



Das zweite Problem bleiben die limitierten Erlöse der Krankenhäuser, den Krankenhäusern fehlen weiter monatliche Erlöse im Umfang von 650 Mio. Euro.

Das dritte Problem ist die Umverteilung der Krankenhauserlöse! Denn das Vorhaldebudget ist an Leistungsgruppen gekoppelt. Nicht jedes Krankenhaus darf zukünftig die Leistungen der betreffenden Leistungsgruppen erbringen. Die Selektion erfolgt über **verbindliche Strukturmerkmale** und in einigen Bundesländern auch über die **limitierte Zuteilung der Leistungsgruppen**.



Wer die Strukturen nicht erfüllt, verliert Leistungen, Erlöse und stationäre Patienten.

Es ein klarer Umverteilungsprozess statt ...

- von kleinen Krankenhäusern zu großen
- von ländlichen Krankenhäusern zu Kliniken in Ballungszentren
- von Krankenhäusern mit begrenzten Strukturen zu Großkliniken mit maximaler Versorgung.

Und damit schließt sich der Kreis, weil mit der geplanten Krankenhausreform gleich **zwei Schließungsmechanismen** greifen:

- Wo Krankenhäusern bundesweit monatlich 650 Mio. Euro fehlen, wird es **Insolvenzen** geben, das nennen wir den **kalten Strukturwandel**.
- Wo kleinen Krankenhäusern **Leistungen systematisch entzogen** werden, arbeiten sie zunehmend unwirtschaftlicher und gehen ebenfalls in die Insolvenz, das nennt man **systematischen Strukturwandel**.

Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz Umverteilung von unten nach oben

1. Kalter Strukturwandel:
Fehldeckung: - 650 Mio. Euro/Monat



Das Nachsehen hat insbesondere die **Bevölkerung in ländlichen Regionen** mit ...

- immer größeren Entfernungen zum nächstgelegenen Krankenhaus
- und lebensbedrohenden Notfallsituationen, wenn ein Allgemeinkrankenhaus einschließlich Basisnotfallversorgung nicht mehr binnen 30 Fahrzeitminuten erreichbar ist.

Die geplante Krankenhausvergütung ist ein Anschlag auf die flächendeckende klinische Versorgung in Deutschland.

Die Leistungsgruppen in der Krankenhausreform:

Endlich Qualität oder Rechtsstreit und Schließungen?



Inhalt:

1. Was sind Leistungsgruppen (LG)
2. Warum die LG problematisch sind
3. Beispiel Schweiz und die Erfahrungen mit den Leistungsgruppen
4. Aktuelle Erfahrungen aus NRW (Kplus Gruppe)

1. Was sind Leistungsgruppen?

Die Leistungsgruppen sollen im sogenannten Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz definiert werden. Mit den Leistungsgruppen werden die bisherigen stationären Fachbereiche differenzierter aufgeteilt, sodass sie nach der Umsetzung der Reform in 65 Leistungsgruppen erfasst sein werden. So soll der Bereich Innere Medizin in 17 Leistungsgruppen aufgeteilt werden, wie Angiologie, Endokrinologie und Diabetologie, Gastroenterologie usw¹. Laut Bundesgesundheitsministerium und Regierungsberater ist der Zweck dieser differenzierteren Aufteilung der Fachbereiche vor allem die Steigerung der Qualität. Mit den Leistungsgruppen geht daher die Einführung von Qualitätsstandards einher, die in Anforderungen für die personelle und technische Ausstattung und Mindestmengen für bestimmte operative Eingriffe bestehen.² Das heißt: Qualität soll in Quantität ausgedrückt und gemessen werden.

2. Warum sind die Leistungsgruppen problematisch?

In der vorliegenden Ausgestaltung sind die Leistungsgruppen, ebenso wie die Level, ein Instrument, um weitreichende Strukturveränderungen im Krankenhausesektor herbeizuführen, nämlich den Abbau von Abteilungen und folglich Krankenhausschließungen. Wie funktioniert das?

Zuteilung der Leistungsgruppen:

Um bestimmte Behandlungen durchführen zu dürfen, werden die Kliniken die entsprechenden Leistungsgruppen beantragen müssen, die ihnen nur dann, wenn die

1 S. Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, Tabelle S. 34.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf

2 Die Kommissionsmitglieder stellen das wie folgt dar: „Das entscheidende Element der anstehenden bundesweiten Krankenhausreform ist die Klassifikation aller stationären Leistungen in Leistungsgruppen (LG). Sie sollen genutzt werden, um das Leistungsspektrum des jeweiligen Krankenhauses festzulegen und pro Leistungsgruppe Vorhaldebudgets zuzuweisen. Die LG sollen dabei jeweils Leistungen zusammenfassen, deren Erbringung ähnliche (Mindest-)Anforderungen an personelle Qualifikationen und technische Ausstattung voraussetzen – und die, zumindest in den großen Fächern – feingliederiger als die bestehende Fachabteilungslogik sind.“

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/235098/Krankenhausreform-Noch-zu-wenig-Schwerpunktbildung>

Kliniken die vorgesehenen Kriterien erfüllen, zugeteilt werden bzw. erhalten bleiben können. Für die Leistungsgruppen wird eine bestimmte Summe im Vorhaltebudget bereitgestellt, die dann an die Krankenhäuser ausbezahlt wird. Die Summe ist begrenzt, und je weniger Krankenhäuser eine Leistungsgruppe anbieten, desto mehr Geld bekommen sie über die Vorhaltepauschalen pro Leistungsgruppe. Verteilen die Länder die Leistungsgruppen also auf möglichst wenige Häuser, müssen die anderen schließen oder ihr Behandlungsangebot einschränken. Verteilen sie die Leistungsgruppen wiederum an viele Krankenhäuser, gibt es pro Haus zu wenig Geld – auch so sind Schließungen vorprogrammiert.

Um medizinische Versorgung, erfasst in Leistungsgruppen, anbieten zu können, müssen die Krankenhäuser also bestimmte Qualitätskriterien erfüllen. Um diese Qualitätskriterien zu messen und zu dokumentieren, müssen komplexe und technisch anspruchsvolle Verfahren entwickelt werden. Das erhöht nicht nur den bürokratischen Aufwand für die Krankenhäuser, sondern bevorzugt auch große Klinikketten, die eher in der Lage sein werden, solche Messsysteme zu implementieren und zu managen. Die kleineren Kliniken werden die Erfordernisse an benötigter Technik und personellem Aufwand nicht so einfach stemmen können. In Folge wird ihnen die Qualität abgesprochen, damit werden ihnen die entsprechenden Leistungsgruppen entzogen und die Schließung der entsprechenden Abteilungen oder des ganzen Krankenhauses ist besiegelt. Die großen Kliniken hingegen können ganze Abteilungen für Qualitätsmanagement aufbauen und werden so die Gewinner dieser Reform sein.

Ab dem Jahr 2027 dürfen die Krankenhäuser Leistungen, für die sie keine Leistungsgruppen durch die Landeskrankenhausplanungsbehörde zugewiesen bekommen haben, nicht mehr abrechnen.

3. Beispiel Schweiz und die Erfahrungen mit den Leistungsgruppen

Die GesundheitsökonomInnen verfolgen den Leistungsgruppen-Ansatz schon seit mindestens 5 Jahren und empfehlen die Einführung nach dem Vorbild der Schweiz. Der Bund und die Länder haben diesen Vorschlag übernommen und beziehen sich dabei ebenfalls auf die Schweiz. Aus diesem Grund macht es Sinn, sich die dortigen Erfahrungen genauer anzuschauen.

In der Schweiz wurden die Leistungsgruppen im Rahmen der Spitalreform, die zwischen 2009 und 2012 umgesetzt wurde, zunächst im Kanton Zürich eingeführt. Seit 2011 empfiehlt die GDK (Gesundheitsdirektorenkonferenz) allen 26 Kantonen, die Züricher Leistungsgruppensystematik einzuführen. Seit Mitte 2023 werden alle kantonalen Planungen anhand der Leistungsgruppen durchgeführt.³

Auch in der Schweiz werden die Leistungsgruppen anhand von Struktur- und Qualitätsvorgaben wie Personalschlüssel, technische Ausstattung oder Mindestmengen zugeteilt. Die Krankenhäuser müssen sich für die Leistungsgruppen in regelmäßigen Abständen bewerben.

Die Spitalliste wird regelmäßig überprüft und aktualisiert. Dabei wird unterschieden „zwischen halbjährlichen Aktualisierungen bestehender Leistungsaufträge einerseits und auf größere

³ <https://www.aerzteblatt.de/archiv/230850/Krankenhausreform-Die-Schweizer-machen-es-vor>

Zeitabstände angelegte Neuplanungen mit einer Neuausschreibung unter Umständen aller Leistungsaufträge andererseits.“⁴

Konsequenzen der leistungsgruppenbezogenen Spitalplanung:

Seit der Einführung der SPLG (Spitalleistungsgruppensystematik) in der Schweiz häufen sich die Klagen vor dem Bundesverwaltungsgericht aufgrund von entzogenen bzw. nicht mehr anerkannten Leistungsgruppen. Das bestätigt sowohl die Übersicht zur Rechtsprechung auf der Webseite der GDK⁵ als auch die Aussage der zuständigen Fachreferentin: „Die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) hat mir mitgeteilt, dass es in den Kantonen im Zusammenhang mit der neuen Spitalplanung viele Prozesse gab – darüber verfügt jedoch auch die GDK über keine abschließende Übersicht und damit auch über keine Zahlen.“⁶ Die GDK kann wohl keine abschließende Übersicht bieten, da die Spitalplanung sich in der Zuständigkeit der Kantone befindet – gleichwohl stimmen die Quellen darin überein, dass mit dem Leistungsgruppensystem eine Vielzahl an Klagen einhergeht.

Tatsache ist, dass die Prozesse zur Aberkennung der Leistungsgruppen negative Folgen sowohl für die Personalplanung als auch für die PatientInnenströme und Behandlungen haben. Die Planungsunsicherheiten entstehen dabei unabhängig davon, ob der Klage des Krankenhauses stattgegeben wird oder nicht. Denn ein juristischer Prozess kann – wie die Übersicht zeigt – auch mehrere Monate dauern, und dem Krankenhaus und den PatientInnen damit viel Schaden anrichten.

Des Weiteren kritisiert die Schweizerische Bundesärztekammer, dass die Leistungsgruppen negative Auswirkungen auf die Weiterbildung haben: „Manche hochkomplexen Eingriffe können in Zürich etwa nur noch in bestimmten Spitälern gemacht werden. [...] Diese Eingriffe werden aber auch für die Weiterbildung benötigt, deshalb kann es sein, dass Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung dafür etwa für ein Jahr an einem anderen Spital arbeiten müssen.“⁷ Das erschwert die Weiterbildung und führt zu Personalengpässen. Den Standorten fehlt dann das Personal, das die Mindestzahl-Kriterien für die Leistungsgruppen erfüllt. In Folge werden die Leistungsgruppen entzogen und auf noch weniger Krankenhäuser konzentriert. Der Teufelskreis dreht sich weiter.

Kritik des Spitzenverband der Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen

H+, der nationale Spitzenverband der öffentlichen und privaten *Schweizer Spitäler*, Kliniken und Pflegeinstitutionen hat angesichts der Risiken, die mit den Leistungsgruppen verbunden sind, insbesondere bezogen auf die Mindestfallzahlen, eine Stellungnahme veröffentlicht. Die Veröffentlichung vom Jahr 2021, d.h. die AutorInnen greifen auf rund 10 Jahre Erfahrungen mit der Reform zurück.

Folgende Risiken spricht der Krankenhausverband H+ an:

4 Bundesverwaltungsgericht: <https://entscheide.weblaw.ch/cache.php?link=14-09-2018-C-5603-2017>

5 <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/bundesverwaltungsgericht>

6 Zitiert aus einer E-Mailantwort von der Fachverantwortlichen für Qualität und Patientensicherheit bei H+ Die Spitäler der Schweiz, vom 14.12.2023

7 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/230850/Krankenhausreform-Die-Schweizer-machen-es-vor>

1. Effekte für die gesamte Versorgung:

„Werden MFZ (Mindestfallzahlen) zu rigoros festgelegt und überprüft, kann dies beispielsweise dazu führen, dass Spitälern und Kliniken, welche die geforderten MFZ nicht erreichen, Leistungsaufträge entzogen und in gewissen Regionen bestimmte Leistungen nicht mehr angeboten werden. Dadurch entstehen Versorgungslücken in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.“

„Spitäler und Kliniken, die ein reduziertes Leistungsangebot haben, in ihrer wirtschaftlichen Existenz und/oder als Ausbildungsinstitution bedroht sind, verlieren zudem an Attraktivität als Arbeitgeber, aber auch bei den Patienten und Zuweisern.“

2. Effekte auf die Patientenbehandlung

„Sind Spitäler und Kliniken darauf fokussiert, ihre MFZ für den Erhalt des Leistungsauftrags sicherzustellen, leidet die Zusammenarbeit innerhalb eines Betriebs und zwischen den Institutionen.“ „Um die MFZ zu erreichen, könnten bei Leistungserbringern zudem Anreize entstehen, unnötige oder nur bestimmte Operationen durchzuführen und andere bewusst zurückzuhalten bzw. die Indikation für eine Leistung unangemessen auszuweiten. Dadurch werden zuweilen alternative Therapiemöglichkeiten sowie konservative Ansätze zu wenig berücksichtigt, die keine operativen Eingriffe verlangen. Werden bestimmte Behandlungsoptionen gar nicht oder in unzureichender Qualität angeboten, wirkt sich dies ungünstig auf die Patienten und die Outcome-Qualität aus. Das Recht der Patienten auf eine vollständige Aufklärung und Informationen über alternative Behandlungsmöglichkeiten können daher durch MFZ negativ beeinflusst werden.“

Folgendes Fazit zieht der Krankenhausverband H+:

„H+ betont jedoch den Charakter von MFZ als Surrogatparameter für Qualität und setzt auf einen erweiterten Qualitätsbegriff.“

„H+ ist der Meinung, dass MFZ mit Vorsicht operationalisiert werden müssen und begleitende Massnahmen nötig sind, damit die Indikations- und Ergebnisqualität gewährleistet bleiben.“

„Es ist abschliessend nochmals darauf hinzuweisen, dass sich die Akteure bezüglich des politischen Willens und den weitreichenden Effekten auf die Versorgung bewusst sein sollten. Der Zugang zur Notfall- und spitalbasierten Grundversorgung muss gewährleistet bleiben. So sind beispielsweise regionale und sektorielle Strukturen zu berücksichtigen und die entsprechende Aus- und Weiterbildung zu sichern.“

Diese Warnung der Schweizer Krankenhäuser müssen in der Debatte hierzulande ernst genommen werden, um die Probleme, die auf uns zukommen, zu vermeiden.

Eines der neuesten Beispiele zur Aberkennung der Leistungsgruppen ereignete sich in den beiden Baseler Kantonen: Dort wurden im Jahr 2021 dem Kantonsspital Baselland, der Muttenzer Rennbahnklinik sowie der Liestaler Ergolz-Klinik mehrere Leistungen gestrichen. Besonders betroffen war die Ergolz-Klinik, der von den bisherigen 18 Leistungsgruppen elf nicht mehr gewährt wurden. Die abgewiesenen Aufträge betrafen Leistungsgruppen in den Fachgebieten Dermatologie, Urologie, Orthopädie und Gynäkologie. Durch das Aberkennen der Leistungen wurde die Klinik in ihrer Existenz bedroht. Die Leitung der Klinik zog vor das

Bundesverwaltungsgericht, das im September dieses Jahres, also zwei Jahre später, dem Träger Recht gab. Die Klinik darf weiterhin alle Leistungen anbieten.

4. Aktuelle Erfahrungen aus NRW (Kplus Gruppe)

Nordrhein-Westfalen ist das erste Bundesland, das die Leistungsgruppen in seiner aktuellen Krankenhausplanung bereits berücksichtigt. Auch die Vorschläge der Bertelsmann-Studie von 2019 zur Schließung von 600 Krankenhäusern bundesweit wurden auf der Grundlage einer fiktiven Krankenhausumstrukturierung in einer kleinen ausgewählten Region in Nordrhein-Westfalen entwickelt. Nordrhein-Westfalen gehört 2023 zu den Spitzenreitern bei der Schließung von Kliniken, im Insolvenzbarometer der DKG steht NRW aktuell mit 9 Insolvenzverfahren an erster Stelle.

Wie Schließungen mit der Aberkennung von Leistungsgruppen zusammenhängen, veranschaulicht das aktuelle Beispiel der Kplus-Gruppe in Nordrhein-Westfalen. Die Kplus-Gruppe ist ein katholischer Krankenhausträger, zu der unter anderem die St. Lukas-Klinik in Solingen, die St. Josef-Klinik in Hilden und die St. Josef-Klinik in Haan gehören. Der Träger kündigte am 4. Oktober 2023 an, diese drei Kliniken zu schließen. 50.000 PatientInnen (20.000 stationäre und 32.000 ambulante) sind davon betroffen.

Diese Entscheidung wurde gefällt, nachdem das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) verhindert hatte, dass die Kplus Gruppe die Leistungsgruppe Geriatrie vom Standort in Solingen an den Standort in Hilden verlagert. Damit stellte sich das Ministerium gegen das Votum der Krankenkassen, die der K-Plus-Gruppe alle Leistungsgruppen genehmigt haben. Auch nach einem einberufenen Gespräch mit Krankenhäusern, Bürgermeister der betroffenen Gemeinden, Landrat und Kostenträger sprach sich das MAGS gegen eine Verlagerung der Geriatrie in die St. Josef-Klinik-in Hilden aus.

Daraufhin beschloss die Kplus-Gruppe die Schließung aller drei Häuser, da sie diese nach dem Verlust der Neurologie im St. Lukas Krankenhaus in Solingen und ohne die Geriatrie nicht wirtschaftlich betreiben kann.⁸

⁸ <https://www1.wdr.de/nachrichten/rheinland/solingen-haas-hilden-krankenhaus-schliessungen-100.html>