

Bilanz über Ersatzeinrichtungen nach Krankenhausschließungen im Zeitraum 2020-2023



Leere Versprechen: Kaum Ersatz nach Krankenhausschließungen

Berlin, den 19. März 2024

Der Strukturwandel der Krankenhauslandschaft ist im vollen Gange. Seit Jahren schließen Krankenhäuser, vor allem weil sie aufgrund der DRG-Fallpauschalenfinanzierung, der fehlenden Investitionen seitens der Länder und der Inflation in finanzieller Not sind. Die geplante Krankenhausreform soll nun auch die rechtlichen Rahmenbedingungen für systematische Schließungen schaffen. Durch die Einführung der sogenannten sektorenübergreifenden Versorger sollen potenziell mehrere Hundert Krankenhäuser geschlossen und in ambulante Zentren umgewandelt werden. Außerdem werden auch nach der Reform weiterhin unkontrollierte Schließungen in Folge der bestehenbleibenden Unterfinanzierung erfolgen – der so genannte „kalte Strukturwandel“. Das Bundesgesundheitsministerium verspricht der Bevölkerung, dass die geschlossenen Krankenhäuser ersetzt werden und sichert zu, dass die Qualität der medizinischen Versorgung mit der Zentralisierung sogar steigen wird.

Um diese Versprechen auf ihre Haltbarkeit zu überprüfen, hat das Bündnis Klinikrettung die Krankenhausschließungen der vergangenen vier Jahre in Hinblick auf zustandgekommene Nachfolge- und Ersatzlösungen untersucht. Die Recherche widmet sich sowohl der Kompensation für verlorene stationäre Kapazitäten, als auch der Entstehung ambulanter Ersatzeinrichtungen. Das Ergebnis der Untersuchung ist deutlich: In den meisten Fällen bedeutete eine Krankenhausschließung auch den Verlust der stationären Betten. Verschiedene Modelle für eine ambulante Versorgung, welche die geschlossenen Krankenhäuser ersetzen sollten, wurden außerdem in den meisten Fällen nicht oder nur unzureichend umgesetzt. Dabei muss betont werden, dass eine ambulante Einrichtung ein Krankenhaus ohnehin nie angemessen ersetzen kann, da sie weder die dafür notwendige Ausstattung noch die entsprechenden Öffnungszeiten bietet. Außerdem bedeutet auch die Verlagerung von Betten an einen anderen Ort eine Verschlechterung der wohnortnahen Versorgung. Es ist daher eine verheerende Bilanz, dass selbst unzureichende Ersatzlösungen häufig nicht zustande kamen.

Verluste und Ersatzmaßnahmen nach Krankenhausschließungen in Zahlen

Seit Beginn 2020 verzeichnet das Bündnis Klinikrettung **66 Schließungen von Allgemeinkrankenhäusern. Bei 77% der Schließungen gingen die stationären Betten vollständig verloren.** In mehr als drei Viertel der Fälle wurden also Krankenhäuser geschlossen, ohne dass der Abbau der stationären Versorgung ausgeglichen wurde – ein niederschmetterndes Zeugnis für das Verantwortungsbewusstsein der Träger und politisch Verantwortlichen. **Bei 18% der Schließungen gingen die stationären Betten teilweise verloren,** zum Beispiel weil das Krankenhaus auf eine Fachklinik reduziert wurde oder weil die Betten teilweise an andere Häuser

verlagert wurden. **Einen vollständigen Erhalt der stationären Kapazitäten gab es in bloß 5% der Schließungsfälle** - aber auch hier bedeutete dies, dass Betten vor Ort ganz oder teilweise wegfielen.

Die Krankenhausschließungen verursachten daher sowohl eine Verschlechterung der stationären Versorgung vor Ort als auch den Abbau stationärer Kapazitäten insgesamt. Durch Verlagerungen wurden zwar 1.059 Betten erhalten. **Insgesamt gingen aber seit 2020 allein durch Krankenhausschließungen 7.632 Betten verloren.** Zudem wurde die Erreichbarkeit der stationären Versorgung verschlechtert. **Für geschätzt 400.000 Menschen mehr ist die amtlich vorgesehene Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus von maximal 30 Minuten durch die Schließungen nicht mehr gegeben.** Ohnehin können nicht alle Menschen im Bundesgebiet innerhalb von 30 Fahrminuten ein Krankenhaus erreichen, sei es aufgrund vorheriger Schließungen oder anderweitig fehlender Krankenhäuser. Die politische Antwort darauf müsste ein Aufbau von Kapazitäten sein, nicht die Verschärfung des Krankenhauskahlchlags.

Grafik 1: Verlust von stationären Betten nach Krankenhausschließungen

Sämtliche Schließungen von
Allgemeinkrankenhäusern seit 2020:

66

Vollständiger Verlust der
stationären Betten

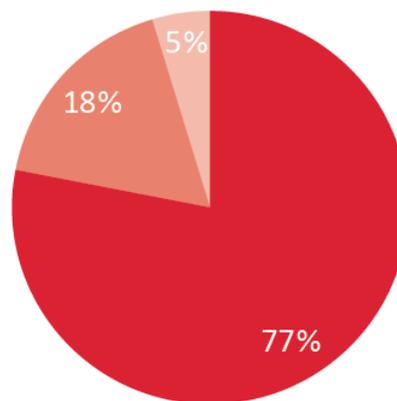
51

Teilweiser Verlust der
stationären Betten

12

Vollständiger Erhalt der
stationären Betten durch
Verlagerung oder Umwandlung

3



Die durch die Schließungen verlorenen stationären Kapazitäten wurden also weitestgehend nicht ersetzt. **Bei 32%, also fast einem Drittel der Schließungen, folgte auf die Schließung auch keine andere Ersatzmaßnahme**, um den Verlust aufzufangen. Dabei wurde dies meistens versprochen. **Bei 9% der Schließungen wurde anstelle des geschlossenen Krankenhauses ein Alten- oder Pflegeheim eröffnet, in bloß 4% der Fälle kam ein Ärztehaus oder eine Tagesklinik zustande. Bei insgesamt 29% der Schließungen wurde vor Ort ein Gesundheitszentrum in Angriff genommen.** Diese sind zur Hälfte unzureichend ausgestattet, zur anderen Hälfte noch in Entwicklung. Dadurch entsteht über Jahre eine Versorgungslücke. Bei 26% aller Schließungen entstand stattdessen eine Reha- oder Fachklinik, oder die Betten wurden verlagert. Insgesamt zeigt sich, dass die Ersatzmaßnahmen völlig unzureichend sind und die durch Schließungen weggebrochene medizinische Versorgung daher in den meisten Fällen nicht kompensiert wurde.

Grafik 2: Ambulante und stationäre Ersatzmaßnahmen nach Krankenhausschließungen.

Sämtliche Schließungen von
Allgemeinkrankenhäusern seit 2020:

66

Keine Ersatzmaßnahme:

● **21**

Alten- und Pflegeheim:

● **6**

Ärztelhaus, Tagesklinik:

● **3**

Unzureichend ausgestattete
Gesundheitszentren:

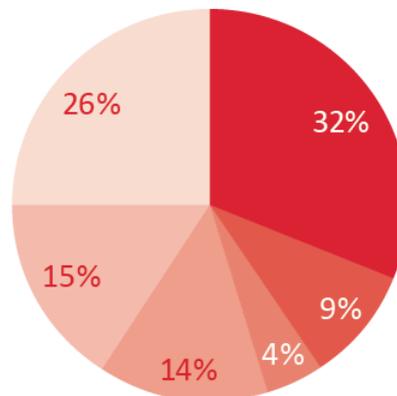
● **9**

Gesundheitszentren in Entwicklung:

● **10**

Verlagerung, Reha- oder Fachklinik:

● **17**



Am stärksten von den Schließungen betroffen waren die Geburtshilfe und die Notfallversorgung. Diese Fachbereiche können von den meisten Ersatzeinrichtungen wie Gesundheitszentren, Rehakliniken oder Pflegeheimen überhaupt nicht adäquat geleistet werden. Die Geburtshilfe ist an sämtlichen von Schließung betroffenen Standorten völlig verloren gegangen. Zwar wird in manchen ambulanten Gesundheitszentren das Fach Gynäkologie angeboten, in keinem davon gibt es aber eine klinische Geburtshilfe. Dieser Zustand ist umso dramatischer, als dass die Geburtshilfe wie kein anderes Fach einem schon seit Jahrzehnten andauernden Kahlschlag zum Opfer gefallen ist. 1991 konnten Schwangere in fast der Hälfte der Krankenhäuser gebären, heute bieten nur noch ein Drittel der Krankenhäuser Geburtshilfe an.¹ Die absolute Anzahl der Kreißsäle hat sich seit damals halbiert.

Bei Krankenhausschließungen wird stets versichert, die Notfallversorgung bliebe gewährleistet. Allerdings ist damit in der Regel der Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung gemeint. Dabei werden die KassenärztInnen nach Dienstplan verpflichtet, außerhalb der üblichen Praxisöffnungszeiten für Notfälle zur Verfügung zu stehen. In den Orten, wo Ärztemangel herrscht, das heißt in den meisten kleinstädtischen und ländliche Regionen, kann auch eine solche reduzierte Notfallversorgung nicht rund um die Uhr gewährleistet werden. Nur bei Gesundheitszentren gibt es überhaupt Regelungen zu Notfallversorgung, das betrifft rund ein Drittel der zustande gekommenen Einrichtungen. Eine im Februar 2023 im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft durchgeführte »Auswirkungsanalyse« führt an, dass mit der Krankenhausreform ebenfalls der Abbau der Notfallversorgung beabsichtigt wird. Laut dieser Analyse würden etwas über 60 Prozent der Krankenhäuser noch eine Notfallversorgung anbieten.

1 https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/02/PD23_N009_231.html

Prognose deutet auf weitere 300 ersatzlose Schließungen hin

Die Untersuchung des Bündnis Klinikrettung zeichnet ein Bild der gebrochenen Versprechen. Wer die Schließungen kritisiert, wird von den verantwortlichen PolitikerInnen und Krankenhausträgern häufig mit der Aussicht auf Gesundheitszentren oder andere ambulante Einrichtungen beruhigt. Die Untersuchung des Bündnis Klinikrettung dokumentiert, dass diese Ersatzlösungen häufig nicht zustande kommen. Ohnehin gilt, dass keine ambulante Einrichtung ein stationäres Akutkrankenhaus angemessen ersetzen kann². Das alles lässt mit Blick auf die Folgen der geplanten Krankenhausreform Schlimmes erahnen. Denn die Reform strebt die Umwandlung kleinerer Krankenhäuser der Allgemeinversorgung in sektorenübergreifende Versorger an³. Diese entsprechen im Grundsatz den Gesundheitszentren, die so häufig fälschlich versprochen wurden. Berechnungen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums zeigen, dass bis zu 358 Krankenhäuser von der Schließung und darauffolgenden Umwandlung betroffen wären⁴. Setzt man den Trend der bisherigen Schließungen fort, bei dem in nur 14 % der Fälle Ersatzangebote zustande kamen, würden an lediglich 50 der 358 betroffenen Standorte eine unzureichende Nachfolgelösung eingerichtet, die restlichen 300 Häuser fielen ersatzlos weg.

Die Forderungen des Bündnis Klinikrettung

Nach vielen Jahren Krankenhauskollaps braucht es eine umfassende Reform der Krankenhausversorgung. Die aktuellen Reformpläne verschlimmern jedoch die Missstände. Statt Zentralisierung braucht es einen Wiederaufbau verlorengegangener Krankenhäuser. **Die Bundesregierung muss finanzielle Hilfen für bedrohte Krankenhäuser zur Verfügung stellen. Alle geplanten Krankenhausschließungen müssen umgehend gestoppt werden.** Betreffend der ambulanten Versorgung gilt, dass sektorenübergreifende Versorger und ähnliche Einrichtungen zwar eine sinnvolle Ergänzung ambulanter Praxen für AllgemeinärztInnen, FachärztInnen und TherapeutInnen sind, aber keinen angemessenen Ersatz für Allgemeinkrankenhäuser mit Notfallversorgung darstellen. Sie sollten daher keine Liegebetten haben, denn ohne durchgehende ärztliche Anwesenheit können sie gemeingefährlich werden. **Sektorenübergreifende Versorger gehören wie Krankenhäuser in kommunale Hand**, um Fehlangebote bzw. unzureichende renditeorientierte Angebote zu vermeiden. **Um die gravierenden Probleme der aktuellen Krankenhausfinanzierung zu beheben braucht es die vollständige Abschaffung des DRG-Systems zugunsten einer Einführung der Selbstkostendeckung als Finanzierungsmodell sowie ein Renditeverbot für den Krankenhausbetrieb.**

2 Ausführlich argumentiert in der Projektstudie „30 Fahrzeitminuten für bayerische Krankenhäuser. Notstand der wohnortnahen klinischen Versorgung und Lösungsansätze“ von Klaus Emmerich, S. 9:

<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14700413332/Krankenh%C3%A4user+statt+ambulante+Gesundheitszentren+B%C3%BCrgerinfo+Bayern.pdf?t=1709099822>

3 Siehe das Eckpunktepapier von Bund und Ländern zur Krankenhausreform, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform_final.pdf, sowie der Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz) (Drucksache 20/8408), S. 7: „Krankenhäuser, die eine sektorenübergreifende Versorgung und in der Regel keine Notfallmedizin erbringen, werden von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde der Versorgungsstufe „Level 1i“ zugeordnet.“

4 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/143653/Krankenhausreform-Rund-350-Kliniken-koennten-dem-Level-1i-zugeordnet-werden>