

# Schließungsbilanz 2024 – Krankenhauskahl Schlag in Zahlen



Berlin, den 20. November 2024

Am 22. November behandelt der Bundesrat in seiner Sitzung das zentrale Gesetz der anstehenden Krankenhausreform – das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG). Aus diesem Anlass veröffentlicht das Bündnis Klinikrettung diese jährliche Bilanz zu Krankenhausschließungen bereits im November. Die hier gesammelten Zahlen und Fakten zur kontinuierlichen Ausdünnung der deutschen Krankenhauslandschaft und zu den Auswirkungen dieses Prozesses sollen dazu beitragen, ein realistisches Bild der Zustände im deutschen Krankenhauswesen zu zeichnen. Die Schließungsbilanz wird dem Bundesrat übermittelt, um eine informierte Entscheidungsfindung zum KHVVG zu ermöglichen.

Die Hoffnung, dass Gesundheitsminister Karl Lauterbachs großes Reformprojekt der Misere in der deutschen Krankenhauslandschaft abhelfen wird, schwindet zunehmend. Eine **aktuelle Umfrage von Civey** belegt weit verbreitete Skepsis in der Bevölkerung. **62,4% der Befragten rechnen damit, dass die Krankenhausform und die damit einhergehenden Schließungen die medizinische Versorgung in Deutschland verschlechtern werden.** Für eine große Mehrheit steht allerdings fest, welches Modell sie sich für die Krankenhäuser wünschen: 85,2% der Befragten geben an, dass Krankenhäuser ihrer Meinung nach gemeinwohlorientiert ausgerichtet sein sollten, nur 5,9% sind für eine gewinnorientierte Ausrichtung der Krankenhäuser.

## Der Kahl Schlag in Zahlen

Der Krankenhauskahl Schlag geht auch in diesem Jahr ungebremst weiter. **2024 werden in Deutschland bis Ende des Jahres 23 Krankenhäuser geschlossen (Bayern: 5, NRW: 4, Niedersachsen: 3)**, weitere Schließungen können hinzukommen. Die Zahl der Schließungen ist damit etwa so hoch wie im Vorjahr und liegt wieder etwas höher als in den Pandemiejahren (2020: 20, 2021: 10, 2022: 15, 2023: 25). Hinzu kommen **zahlreiche Schließungen von Abteilungen, darunter 13 Geburtshilfestationen** – ein Bereich, der schon seit Jahren dramatisch ausgedünnt worden ist. So hat sich die Anzahl der Kreißsäle in den letzten dreißig Jahren mehr als halbiert, nur noch ein Drittel der Krankenhäuser können Gebärende versorgen.

In etlichen Landkreisen haben Kommunalpolitiker\*innen bereits weitere Krankenhausschließungen beschlossen oder diskutieren diese, häufig auf Anraten von Klinikgeschäftsführungen und/oder privaten Beratungsfirmen. **Über 90 Krankenhäuser sind so ab 2025 von der Schließung bedroht.** Betroffen sind insbesondere Krankenhäuser in Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen.

In den zwei Jahren nach Gesundheitsminister Lauterbachs Ankündigung seiner „Jahrhundertreform“ Ende 2022 ist die deutsche Krankenhauslandschaft um ca. 50 Häuser geschrumpft, seit Beginn 2020 um über 90. Dass dieser Kahl Schlag mit der Reform nicht gestoppt, sondern im Gegenteil

weitergeführt werden soll, bekräftigte der Minister im Oktober in einem Interview: „**Es ist ganz klar, dass wir in zehn Jahren spätestens ein paar Hundert Krankenhäuser weniger haben werden**“. Noch wenige Monate vorher hatte Lauterbach behauptet, das durch Unter- und Fehlfinanzierung verursachte Krankenhaussterben mit der Krankenhausreform aufhalten zu wollen. Doch **mit dem jüngst im Bundestag beschlossenen Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) sollen nun ein Viertel der Allgemeinkrankenhäuser schließen**.<sup>1</sup>

## Verlust von Arbeitsplätzen und fehlender Ersatz

**Knapp 5.000 Beschäftigte sind alleine von den diesjährigen 23 Schließungen betroffen, letztes Jahr betrafen die 25 Schließungen rund 6.000 Menschen.** Häufig gehen die Schließungen mit Kündigungen einher, in manchen Fällen bleibt ein Teil der Arbeitsplätze vor Ort in Medizinischen Versorgungszentren oder anderen Nachfolgeeinrichtungen erhalten. In den vielen Fällen, wo vor Ort nach der Krankenhausschließung keine Ersatzlösung entsteht, bedeutet diese für das Personal die erzwungene Verlagerung des Arbeitsplatzes.

Im Juni 2023 veröffentlichten die Unternehmensberatung Oberender und der Softwareentwickler Bindoc im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums eine Berechnung, laut der **358 Krankenhäuser in Folge der Reform schließen** würden.<sup>2</sup> Anhand der Durchschnittszahlen vom Bündnis Klinikrettung zu den bisher von Schließungen betroffenen Beschäftigten ergibt sich, dass **85.920 Beschäftigte von den Schließungen betroffen** wären, die mit der Krankenhausreform drohen.

Häufiger wird die Bevölkerung bei einer Krankenhausschließung damit getröstet, dass die Betten nur verlagert werden und die medizinische Versorgung in Form einer ambulant-stationären Einrichtung erhalten bleibt. Eine Untersuchung des Bündnis Klinikrettung<sup>3</sup> zeigt, dass die entstandenen Lücken in der Versorgung nach einer Krankenhausschließung kaum kompensiert werden. **Bei 77% der untersuchten Schließungen gingen die Betten vollständig verloren**, nur in 5% der Fälle wurden alle Betten erhalten – aber nicht vor Ort. Und **bei 32% der Schließungen wurde der Verlust der medizinischen Versorgung auch durch keine andere Ersatzmaßnahme ausgeglichen**, beispielsweise eine ambulante Einrichtung. **In einem Drittel der Fälle fiel die Versorgung also nach der Schließung komplett weg.** Es ist dieses Szenario, das mit der Krankenhausreform allgegenwärtig zu werden droht.

## Die Pleitewelle und ihre Folgen

Krankenhausp leitungen spielen eine wichtige Rolle für die Beschleunigung des Schließungsprozesses. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft verzeichnet **seit Beginn 2022 51 Insolvenzverfahren in Krankenhäusern, mit insgesamt rund 26.000 Beschäftigten und 12.000 Betten**. Aktuell befinden sich 23 Krankenhäuser in unabgeschlossenen Insolvenzverfahren. **Zehn der insgesamt 48 Krankenhausschließungen in den Jahren 2023 und 2024 erfolgten aufgrund einer Insolvenz.** Immer mehr Krankenhäuser schreiben Verluste, **70 Prozent der Krankenhäuser erwarten aktuell für 2024 ein negatives Jahresergebnis**.<sup>4</sup> Mit weiteren Insolvenzen ist daher zu rechnen. Ein Insolvenzverfahren kann zur finanziellen Sanierung eines Hauses führen, häufig endet es aber mit

1 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/155412/Johna-warnt-vor-hunderterten-Krankenhausschliessungen>

2 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/143653/Krankenhausreform-Rund-350-Kliniken-koennten-dem->

3 [www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2024/03/2\\_Ersatz-Krankenhausschliessungen\\_Kurzbilanz\\_BKR.pdf](http://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2024/03/2_Ersatz-Krankenhausschliessungen_Kurzbilanz_BKR.pdf)

4 <https://kommunal.de/krankenhaeuser-in-aermeren-kreisen-erfolgreicher>

dessen Schließung und meist mit Kündigungen und dem Abbau von Abteilungen. Selbst wenn die betreffende Einrichtung finanziell gerettet 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.

Die seit Jahren bestehende Unterfinanzierung der Krankenhäuser verschlechtert die Versorgung und geht zu Lasten der Beschäftigten. **Hohe Verluste und drohende Insolvenzverfahren dienen Trägern dazu, Personal abzubauen.** So kündigte beispielsweise das Jüdische Krankenhaus in Berlin an, zum Jahreswechsel als Sparmaßnahme rund 20% des Pflegepersonals zu kündigen. 2024 endete das Insolvenzverfahren des bayrisch-thüringischen RegioMed-Klinikverbands mit einer Veräußerung der Häuser in Coburg und Lichtenfels an die privaten Sana-Kliniken, nun sollen dort Mitarbeiter\*innen entlassen werden. Das Krankenhaus in Neustadt soll in absehbarer Zeit geschlossen werden.<sup>5</sup>

## **Unzureichende Finanzierung auch bei der Umsetzung der Reform**

Die Lage insbesondere kleinerer Krankenhäuser soll sich auch durch die Reform nicht verbessern. Sie könnte sich **in einem Drittel der Fälle sogar verschlechtern – das zeigt die aktuelle Studie zur Folgenabschätzung von KHVVG, erstellt von Vebeto GmbH im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)**<sup>6</sup>. Der Grund dafür liegt darin, dass die kleinen Kliniken die vorgesehenen Mindestvorhaltezahlen nicht erreichen werden und ihnen deswegen die Leistungsgruppen aberkannt werden – dadurch wird die damit verbundene Vorhaltefinanzierung wegfallen.

Das Bundesgesundheitsministerium hat die Rettung der kleineren, aber bedarfsnotwendiger Krankenhäuser durch die Erhöhung der Sicherstellungszuschläge versprochen, eine konkrete Summe ist aber bisher nicht genannt worden. Zudem lockt Lauterbach mit zusätzlichen 500 Millionen Euro, die nach Inkrafttreten von KHVVG die Krankenhäuser zusätzlich bekommen würden. Das würde im Angesicht eines Defizits von jährlich 6 Milliarden Euro kein einziges Krankenhaus von der Insolvenz bewahren, argumentiert die DKG<sup>7</sup>.

## **Widerstand gegen Krankenhausschließungen**

Der Kampf gegen den Kahlschlag ist zäh. Doch die Klinikretter\*innen verzeichnen auch Erfolge. So wurde in diesem Jahr die geplante Schließung der Lungenklinik in Donaustauf abgewendet. Die im Bündnis Klinikrettung organisierte Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern mobilisierte Widerstand und gewann. Auch in Wertheim ging es für das örtliche Klinikum gerade noch gut. Wie viele andere Kliniken war es aufgrund der Unterfinanzierung in Insolvenz gegangen und sogar geschlossen worden. **Auf den Druck der Bevölkerung hin entschied sich die Stadt Wertheim dafür, das ehemalige Rotkreuzklinikum zu übernehmen und in kommunaler Trägerschaft weiterzuführen.**

**Auch eine geplante Schließung in Schweinfurt wurde jüngst zurückgenommen – das Vorhaben war dem katholischen Betreiber schlicht zu teuer.** So hätten sich die Kosten für den

<sup>5</sup> <https://www.br.de/nachrichten/bayern/entlassungen-am-klinikum-coburg-befuerchtet,UQFQJSm>

<sup>6</sup> <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/analyse-bestaetigt-existenzbedrohende-auswirkungen-der-krankenhausreform/>

<sup>7</sup> <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/der-politische-insolvenzvollstrecker-sitzt-im-bundesgesundheitsministerium/>

Sozialplan für die Beschäftigten und für die Fördermittelrückzahlung auf 30 Millionen Euro summiert, aufzubringen in nur wenigen Monaten. Angesichts mangelnder finanzieller Mittel gab der Träger das Schließungsvorhaben auf.

**Der sukzessive Abbau des Klinikums Lemgo wurde ebenfalls vorerst gebremst.** Dieser Erfolg ist hauptsächlich dem Protest des Aktionsbündnis Klinikum Lippe zu verdanken. Die Aktiven machten die drohenden Auswirkungen der rabiaten Umstrukturierungspläne des Krankenhausmanagements öffentlich und übten Druck auf die Parteien aus, den Schließungsplänen nicht zuzustimmen. Mit dem Rückenwind der anstehenden Wahlkämpfe konnte die Initiative erreichen, dass die verantwortlichen Politiker\*innen den Beschluss fassten, die geplante umfangreiche Verlagerung vorerst zurück zu nehmen.

## 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. **40% der Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland gehören mittlerweile privaten Trägern und 31,5% gemeinnützigen Trägern – die öffentliche Hand bildet mit bloß 28,5% oder unter einem Drittel der Allgemeinkrankenhäuser das Schlusslicht.**<sup>8</sup> 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-Systems im Jahr 2004 noch beschleunigt. Bei den diesjährigen Schließungen sind **die öffentlichen Krankenhäuser mit 10 von 20 geschlossenen Kliniken am meisten betroffen. 7 Schließungen wurden von privaten Trägern vorgenommen und 6 geschlossene Krankenhäuser gehörten einem freigemeinnützigen Träger.** Sowohl die aktuellen Schließungen, wie die der letzten 30 Jahre gingen also vor allem auf Kosten der Anzahl der öffentlichen und freigemeinnützigen Träger.

## 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.

<sup>8</sup> Daten für 2023: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/eckzahlen-krankenhaeuser.html>

\*\*\*

*Das Bündnis Klinikrettung wurde 2020 von mehreren gesundheitspolitischen Initiativen und Aktiven gegründet, die sich zum Ziel gemacht haben, sich gegen die voranschreitende Kommerzialisierung, Privatisierung, Ausdünnung und damit Verschlechterung der Krankenhausversorgung zu wehren. Neben der Unterstützung und Vernetzung der lokalen Abwehrkämpfe und der Kritik an der bundesweiten Krankenhausreform, dokumentiert das Bündnis Klinikrettung die zunehmende Verschlechterung der Versorgung, indem es seit 2020 genaue Zahlen zu erfolgten und geplanten Krankenhausschließungen und Teilschließungen veröffentlicht. Damit macht das Bündnis die Lücken in der Versorgung sichtbar und zeigt auf, wie dadurch die Qualität der Krankenhausversorgung verschlechtert wird. Denn zur Qualität gehört nicht nur die Spitzenmedizin, sondern auch die wohnortnahe Erstversorgung im Notfall und kurze Wartezeiten.*

## 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. Die Zahlen zu den Beschäftigten entstammen Presseberichten und dem Deutschen Krankenhausverzeichnis.*

### 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
20. Krankenhaus Marbach, Baden-Württemberg  
† 1.8.2020

## **2021**

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

## **2022**

31. Krankenhaus Roding, Cham/Bayern  
† 31.03.22
32. Marienhaus Klinikum St. Josef Bendorf, Mayen-Koblenz, Rheinland-Pfalz  
† Jahresmitte 2022
33. Klinik Schillerhöhe Gerlingen, Ludwigsburg/Baden-Württemberg  
† 15.07.22
34. Sana-Kliniken Bad Wildbad, Calw/Baden-Württemberg,  
† 31.07.22
35. Hegau-Bodensee-Klinikum Stühlingen, Waldshut/Baden-Württemberg – Z  
† 31.07.22

- 36. St. Josef Krankenhaus, Leverkusen/Nordrhein-Westfalen  
† 31.08.22
- 37. Krankenhaus Maria-Hilf Stadtlohn, Westmünsterland/Nordrhein-Westfalen – Z  
† 22.10.22
- 38. Krankenhaus Pfullendorf, Sigmaringen/Baden-Württemberg – Z  
† 31.10.22
- 39. Krankenhaus Bad Saulgau, Sigmaringen/Baden-Württemberg – Z  
† 30.11.22
- 40. InnKlinikum Haag in Oberbayern, Mühldorf am Inn/Bayern  
† 01.11.2022
- 41. St. Elisabeth-Krankenhaus Niederwenigern, Hattingen/Nordrhein-Westfalen  
† 2022
- 42. Krankenhaus Ettenheim, Ortenau/Baden-Württemberg – Z  
† 23.12.2022
- 43. Heinrich-Braun-Klinikum Kirchberg, Zwickau/Sachsen  
geschlossen am 21.12.2022
- 44. St. Josef Krankenhaus, Hamm-Bockum-Hövel/Nordrhein-Westfalen  
† Ende 2022
- 45. CaritasKlinikum St. Josef Dudweiler, Saarbrücken/Saarland  
† 31.12.22
  
- 2023**
- 46. St. Agatha Krankenhaus, Köln-Niehl/Nordrhein-Westfalen (315 Beschäftigte)  
† 31.01.2023
- 47. St. Josef Krankenhaus Linnich, Düren/Nordrhein-Westfalen (200 Beschäftigte) – I  
† März 2023
- 48. Evangelisches Stadtkrankenhaus Saarbrücken, Saarland (150 Beschäftigte)  
† 10.03.23
- 49. St. Josef Krankenhaus Adenau, Ahrweiler/Rheinland-Pfalz (60 Beschäftigte)  
† 31.03.2023
- 50. Asklepios Klinikum Melsungen, Schwalm-Eder/Hessen (100 Beschäftigte)  
† 31.03.2023
- 51. Paracelsus Klinik Reichenbach, Vogtlandkreis/Sachsen (320 Beschäftigte) – I  
† 31.03.2023
- 52. Niels-Stensen-Klinik Ankum-Bersenbrück, Bersenbrück/Niedersachsen (360 Beschäftigte)  
† 31.03.2023
- 53. Marienhaus Klinikum Eifel - Standort St. Elisabeth Gerolstein (75 Beschäftigte)  
† 01.04.2023
- 54. St. Johannes Hospital Hagen-Boele/Nordrhein-Westfalen (530 Beschäftigte)  
† 01.04.2023
- 55. Ermstarklinik Bad Urach, Reutlingen/Baden-Württemberg (170 Beschäftigte)  
† 30.04.2023
- 56. Freilassing Kreisklinik, Berchtesgadener Land/Bayern – Z Reichenhall (85 Beschäftigte)  
† 01.05.2023

57. Hegau-Bodensee-Klinikum Radolfzell, Konstanz/Baden-Württemberg (200 Beschäftigte)  
† 30.06.2023
58. Paracelsus-Klinik Bad Ems, Rhein-Lahn-Kreis/Rheinland-Pfalz (270 Beschäftigte)  
† 30.06.2023
59. Ubbo-Emmius-Klinik Norden, Aurich/Niedersachsen (324 Beschäftigte)  
† 01.07.2023
60. Krankenhaus Bad Waldsee, Ravensburg/Baden-Württemberg (200 Beschäftigte)  
† 19.07.2023
61. Annweiler, Südliche Weinstraße, Rheinland-Pfalz (85 Beschäftigte)  
† Ende Juli 2023
62. Helios Klinik Bad Gandersheim, Northeim/Niedersachsen (100 Beschäftigte)  
† 31.08.2023
63. Wenckebach Krankenhaus, Berlin-Tempelhof (450 Beschäftigte)  
† September 2023
64. Lübeck Marienkrankenhaus, Schleswig-Holstein – I (240 Beschäftigte)  
† 30.09.2023
65. Holzminden Evangelisches Krankenhaus, Holzminden/Niedersachsen (160 Beschäftigte) – I  
† Ende November 2023
66. Diakoneo Klinik Neuendettelsau, Ansbach/Bayern (190 Beschäftigte)  
† Dezember 2023
67. St. Josef Krankenhaus Haan, Mettmann/Nordrhein-Westfalen (350 Beschäftigte) – I  
† 21.12.2023
68. St. Lukas Krankenhaus Solingen, Nordrhein-Westfalen (750 Beschäftigte) – I  
† 01.12.2023
69. Helfenstein Klinik Geislingen, Göppingen/Baden-Württemberg (143 Beschäftigte)  
† 31.12.2023
70. Helios-Klinik Hettstedt, Sachsen-Anhalt (219 Beschäftigte, 272 Betten,)  
† 2023

## 2024

71. Klinik Dippoldiswalde, Sächsische Schweiz, Sachsen (58 Beschäftigte, 60 Betten)  
† 01.01.2024
72. Krankenhaus Schongau, Weilheim-Schongau, Bayern (355 Beschäftigte, 180 Betten)  
† 01.03.2024
73. St. Elisabeth Krankenhaus Lahnstein, Rhein-Lahn-Kreis, Rheinland-Pfalz – I (180  
Beschäftigte, 60 Betten)  
† 01.03.2024
74. DRK-Krankenhaus Altenkirchen, Rheinland-Pfalz – I (254 Beschäftigte, 160 Betten)  
† 15.08.2024
75. Kliniken Nordoberpfalz, Krankenhaus Tirschenreuth, Bayern (164 Beschäftigte, 165 Betten)  
† 01.04.2024
76. Kreiskrankenhaus Rheinfeldern, Lörrach, Baden-Württemberg (250 Beschäftigte, 115 Betten)  
† 19.04.2024
77. Aneos-Klinik Bremerhaven, Niedersachsen (300 Beschäftigte, 182 Betten)  
† 30.04.2024
78. KRH-Klinikum Lehrte, Niedersachsen (227 Beschäftigte, 158 Betten)  
† April 2024
79. Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe Rüppurr, Baden-Württemberg (428 Beschäftigte, 253  
Betten)  
† 31.05.2024

80. Aneos Klinikum Alfeld, Hildesheim, Niedersachsen (138 Beschäftigte, 125 Betten)  
† 01.05.2024
81. St. Marien-Krankenhaus Ratingen, Mettmann, Nordrhein-Westfalen – I (571 Beschäftigte, 191 Betten)  
† 15.05.2024
82. Aneos-Klinik Staßfurt, Sachsen-Anhalt (89 Beschäftigte, 106 Betten)  
† 01.06.2024
83. Mathilden-Hospital Büdingen, Hessen (150 Beschäftigte, 195 Betten)  
30.06.2024
84. Klinikum Fichtelgebirge Selb, Bayern (300 Beschäftigte, 115 Betten)  
† 30.06.24
85. GNH-Krankenhaus Bad Arolsen, Hessen (169 Beschäftigte, 103 Betten)  
† 30.06.2024
86. Helios OrthoClinic, Hammelburg, Bayern (43 Beschäftigte, 50 Betten)  
† 31.07.2024
87. Rotkreuzklinik Lindenberg, Bayern – I (370 Beschäftigte, 174 Betten)  
† 31.07.2024
88. Sternbach-Klinik Schleiz, Thüringen – I (190 Beschäftigte, 104 Betten)  
† 31.08.2024
89. Krankenhaus Schleiden, Nordrhein-Westfalen (129 Beschäftigte, 105 Betten)  
† 01.09.2024
90. Krankenhaus Neuhaus am Rennweg, Thüringen – I (90 Beschäftigte, 60 Betten)  
† Schließung Dezember 2024
91. Johannisstift Münster, Nordrhein-Westfalen (385 Beschäftigte, 161 Betten)  
† 31.12.2024
92. Mühlenkreis-Klinikum Rahden, Nordrhein-Westfalen (66 Beschäftigte, 78 Betten)  
† bis 31.12.2024
93. Helios-Klinik Stolzenau, Niedersachsen (46 Beschäftigte, 63 Betten)  
† 31.12.2024

**Betroffene Beschäftigte 2024: 4.952**

58+355+180+254+164+250+300+227+428+138+571+150+300+169+43+  
+370+190+129+90+385+66+46+89=4.952

**Betroffene Betten 2024: 2.964**

60+180+60+160+165+115+182+158+253+125+191+195+115+103+50+174+104+105+60+161  
+78+63+106=2.964 Betten

**Betroffene Beschäftigte 2023: 6.099**

Orte an denen die Krankenhäuser trotz Schließungsankündigungen erhalten blieben

- Brandenburg: Finsterwalde, Elsterwerda, Herzberg
- Rheinland-Pfalz: Bingen
- Baden-Württemberg: Wertheim
- Bayern: Schweinfurt
- Mecklenburg-Vorpommern: Bützow

## Orte, an denen Kliniken von Schließung bedroht sind

1. Aalen (BW)
2. Baden-Baden-Balg (BW)
3. Balingen (BW)
4. Böblingen (BW)
5. Breisach (BW)
6. Albstadt (BW)
7. Bühl (BW)
8. Ellwangen (BW)
9. Herrenberg (BW)
10. Kehl (BW)
11. Mosbach (BW)
12. Mutlangen (BW)
13. Rastatt (BW)
14. Schopfheim (BW)
15. Sindelfingen (BW)
16. Singen (BW)
17. Tettnang (BW)
18. Altdorf (BY)
19. Alzenau (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. Lichtenfels (BY)
29. Mainburg (BY)
30. München-Neuhausen-Nymphenburg (BY) – I
31. Neustadt/Coburg (BY)
32. Oberstdorf (BY)
33. Oberviechtach (BY)
34. Rothenburg ob der Tauber (BY)
35. Schwabmünchen (BY)
36. Seefeld (BY)
37. Wegscheid (BY)
38. Spremberg (BB)
39. Bremen (HB)
40. Hamburg-Wilhelmsburg (HH)
41. Biedenkopf (HE) – I
42. Groß-Gerau (HE)
43. Alfeld (NI)
44. Aurich (NI)
45. Bassum (NI)
46. Diepholz (NI)
47. Emden (NI)
48. Hannover-Laatzten (NI)
49. Lohne (NI)

50. Lönigen (NI)
51. Soltau (NI)
52. Sulingen (NI)
53. Thuine (NI)
54. Vechta (NI)
55. Walsrode (NI)
56. Grevenbroich (NI)
57. Ostercappeln (NI)
58. Erwitte (NW)
59. Iserlohn (NW)
60. Köln-Holweide (NW)
61. Köln-Riehl (NW)
62. Lennestadt (NW)
63. Lübbecke (NW)
64. Paderborn (NW)
65. Steele (NW) – I
66. Troisdorf (NW)
67. Vreden (NW)
68. Werdohl (NW)
69. Winterberg (NW)
70. Hachenburg (RP) – I
71. Kirchen (RP) – I
72. Kirn (RP)
73. Neuwied (RP) – I
74. Rodalben (RP)
75. Rockenhausen (RP)
76. Zell a.d. Mosel (RP)
77. Adorf (SN)
78. Ebersbach (SN)
79. Dresden-Neustadt (SN)
80. Leisnig (SN)
81. Olbernhau (SN)
82. Weißwasser
83. Merzig (SA) – I
84. Bad Oldesloe (SH)
85. Eckernförde (SH) – I
86. Elmshorn (SH)
87. Pinneberg (SH)
88. Bad Frankenhausen (TH)
89. Hildburghausen (TH)
90. Niederorschel (TH)
91. Pößneck (TH)
92. Worbis (TH)

### **Krankenhaus St. Marien, Ratingen (NRW), 191 Betten**

Am 15. Mai 2024 schloss St. Marien, einziges Krankenhaus (170 Betten) in der 90.000-Einwohner-Stadt Ratingen, die nördlich an Düsseldorf grenzt. Vorausgegangen war Mitte 2022 die Schließung der Geburtsstation und der Gynäkologie – zunächst „vorübergehend“, Ende Dezember endgültig wegen geringer Geburtenzahlen, zu wenig Hebammen und „materieller Schwierigkeiten“. Diese dauerten dennoch an; im Januar 2024 startete der katholische Träger ein Insolvenzverfahren in Eigenverantwortung – für das Krankenhaus, nicht für die nahe gelegenen beiden Alten- und Pflegeheime. Nach Angaben des Trägers ließ sich 2023 und bis April 2024 kein Investor für eine Übernahme finden. Gegen eine mögliche Schließung protestierten seit Januar 2024 Krankenhausbelegschaft und Einwohner:innen (Petition mit 35.138 Unterschriften, Demonstration). Sie und die Stadt kritisierten intransparente und voreilige Entscheidungen des Trägers, der kein Interesse an irgendeiner Form des Erhalts gezeigt habe; sie verweisen auf einen renommierten Interessenten noch im April. Der Träger beharrte auf der Schließung – ein defizitäres Haus könne (auch rechtlich) nicht aufrechterhalten werden, zudem gebe es Personalmangel.

Mit der Schließung sank die ohnehin niedrige Bettendichte im nordöstlichen Umland auf 40 Prozent des NRW-Durchschnitts. Und die schon angespannte Notfallversorgung im Umkreis verschlechtert sich weiter. Zwei Notfallpraxen fungieren nur noch bis Ende August. Für 1,1 Millionen Euro erweitert die Stadt Personal, Schichtzeiten und Wagenbestand des Rettungsdienstes.

### **Mathilden-Hospital, Büdingen (HE), 186 Betten, privater Träger**

Am 24.4.2024 verkündete „Bergman Clinics“ zum 30.6.2024 die Schließung aller somatischen Abteilungen des „Mathildchens“, nur die Abteilung Psychiatrie wird zu einer Fachklinik umgestaltet. Der Betriebsrat äußerte sich „entsetzt“, auch über den knappen Zeitplan. Gut die Hälfte der Beschäftigten erhielt ein Entlassungsschreiben.

Das Haus war 2020-21 von „Bergman Clinics“ übernommen worden von seinem Vorbesitzer „Capio“ ebenfalls ein internationaler Gesundheitskonzern, der es Ende der 2000-er Jahre für offenbar 6 Millionen Euro gekauft hatte – ein Jahr nach Totalsanierung und Ausbau mit ca. 30 Millionen Euro Landesförderung. „Bergman Clinics“ ist bekannt für rigorose Gewinnorientierung, dennoch waren Klinik-Geschäftsführung und Betriebsrat Ende des Jahres 2000 „keineswegs besorgt“ gewesen. Über die kurzfristige Schließungsankündigung drei Jahre später war der Betriebsrat allerdings doch „entsetzt“. Bevor sich der Widerstand unter Belegschaft, Bevölkerung und örtlichen Entscheidungsträgern richtig aufbauen konnte, war es auch schon geschlossen; eine „laute Debatte“ kam erst im Nachklapp zustande. Das Gesundheitsministerium hatte auf Basis eines Gutachtens der halböffentlichen „Hessen-Agentur“ – in Krankenhausfragen nicht gerade qualifiziert – grünes Licht gegeben. Der Träger ergänzt die übrig gebliebene psychiatrische Fachklinik um ambulante Operationssäle und um zwei Chirurgen in seinem MVZ im Klinikgebäude mit Notfallbereitschaft in den Öffnungszeiten. Zugleich hat die KV ihre nachts und am Wochenende geöffnete Notfallbereitschaft geschlossen. Der Landkreis erweitert die Kapazitäten des Rettungsdienstes.

## **Krankenhaus Rahden (NRW), 78 Betten, öffentlicher Träger**

Krankenhaus Rahden (NRW), 78 Betten (2020; 2015: 90), öffentlicher Träger

Das kleine Haus am nördlichen Rand des Landkreises Minden soll bis Ende 2024 geschlossen werden. So hat es das Gesundheits- und Sozialministerium NRW vorgegeben, es wurde aus dem Krankenhausplan 2025 gestrichen. Der Träger Mühlenkreisklinikum (fünf Krankenhäuser im Landkreis) hat dem nicht widersprochen. Im Rahmen einer Planung von zwei Zentral-Neubauten hatte der Kreistag im Oktober 2022 eine Schließung beschlossen. Das Haus wurde immer mehr heruntergefahren auf heute nahe Null; es bleibt noch offen, weil Landesmittel für die Schließung noch nicht genehmigt sind. Ein Gutachten (2021) hielt es für „unwirtschaftlich“ mit Vorschlag: Umwandlung in ein „ambulantes Gesundheitszentrum“, aber bis heute liegt keine Planung vor. Die Neubauvorhaben gehen nach einiger Stockung planmäßig vorwärts, finanziell sind sie ungesichert.

Das Haus Rahden hatte lange produktiv mit dem weit größeren 15 km entfernten Haus Lübbecke zusammengearbeitet. Die nachfolgende fünfjährige Kooperation mit dem ebenfalls großen Haus in Minden (40 km entfernt) führte allerdings eher zu einer inneren Aushöhlung. Der Bürgermeister von Rahden hat sich jetzt gegen diese vorzeitige Schließung ausgesprochen, eine Bürgerinitiative für Rahden und Lübbecke (auch das große Haus Lübbecke soll nach Neubau zwischen beiden Orten geschlossen werden) hält es immer noch für „ein tolles Haus“; 11.330 Umland-Bewohner von Rahden müssen danach länger als 30 Minuten fahren, um ein anderes Akutkrankenhaus zu erreichen. Eine weitere Verödung droht, wenn im Umkreis die Krankenhäuser Ostercappeln 2025 und Diepholz (ca. 2028 für ein Zentralkrankenhaus weiter nördlich) schließen.

Gutachten: Schl Rahden (unwirtschaftlich) & Lübbecke (Sanierungsbedarf) - Neubau nördl. von Lübbecke. Dez. 22: alle Kreistags-Fraktionen für Schl.

San.-Kosten angebl 155 Mio Lü. u. 115+ 70 & Bad O. - Neubau : 303 Mio Espelkamp (450 B dar. 200 PSY) u. 225 Bad O. (250 B) = bisher. B-Zahl.; mögl. Förd. NW: 178 Mio. Kein Nachnutzungskonzept für Gebäude Lü & Bad O. – L'kreis Auftrag Gesamtkonzept, so lange Schl. Rahden „vom Tisch“. Mai 24: Schl-Beschl. Rahden. Land streicht KH Rahden aus KH-Plan 2025 = Schl. spätestens Ende Dez. 2024.

Sanierungsbedarf (v.a. Lübbecke & Bad Oeynhaus) angebl. 500 Mio. €. Kritik „BI-Krankenhaus“ an Neuplanung & Kostenschätzung & an angebl. (sehr hohe) San.-Kosten Lü. & Bad O.; plädiert für Erhaltung; Gespräch mit Landrat Juli 2023 - Notwendig wären 350 Mio. € Kreditaufnahme = Umlage auf alle Gemeinden; jedoch Kostenplanung unsolide. Keine Schl Rah ohne Gesamtkonzept. –Sanierungs-Gut: San. Lü. kostet 208 Mio €. Haus von MKK schon „ausgehöhlt“, keine übergangs-weise Schließung Okt-Dez. 2023 nur wegen Gefahr Rückforderung Land NW.

## **Kritik des Bündnis Krankenhaus statt Fabrik am Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG):**

Das KHVVG stoppt nicht wie versprochen den rein betriebswirtschaftlich getriebenen kalten Strukturwandel der Kliniklandschaft, sondern wird im Gegenteil das Sterben insbesondere kleinerer Krankenhäuser auf dem Land verstärken, gleichgültig, ob diese für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind oder nicht.

### Bündnis KsF fordert dagegen:

Welches Krankenhaus in Zukunft bedarfsnotwendig ist, muss im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder entschieden werden und nicht durch Geldentzug. Die stationäre Gesundheitsversorgung als wesentlicher Teil der Daseinsvorsorge muss als solcher ausfinanziert und seitens der Bundesländer geplant werden. Die Krankenhausreform muss die Voraussetzungen dafür schaffen, dass eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung der Bürger\*innen sichergestellt ist.

### **Vorhaltefinanzierung:**

Krankenhäuser müssen für ungeplante und unvorhersehbare Situationen Betten, Personal und Behandlungseinrichtungen vorhalten, das verursacht über die Behandlung der PatientInnen hinaus Kosten, die sogenannten Vorhaltekosten. Doch die im Gesetz angekündigte Vorhaltefinanzierung deckt diese Kosten gar nicht ab, sondern ist mit dem Fallpauschalensystem gekoppelt und errechnet sich aus der Anzahl und Schwere der in vorangegangenen Jahren behandelten Behandlungsfälle. Zusätzlich wird die Vorhaltevergütung nur bei Erreichen von Mindestfallzahlen für diese Behandlungsfälle gezahlt und die Höhe dieser Vergütung hängt auch noch von der Zahl der behandelten PatientInnen im ganzen Bundesland ab. Damit ist dieser Teil der Einnahmen für ein Krankenhaus weder planbar noch unkalkulierbar.

Wir dagegen fordern die vollständige Abschaffung der DRGs, die komplette Finanzierung aller bedarfsnotwendigen Kosten für den Betrieb des Krankenhauses und ein Gewinnverbot, das es früher schon einmal gegeben hat. Um wenigstens einen Teil der Vorhaltekosten zu finanzieren, wäre es das mindeste – genau wie jetzt schon bei der Pflege – alle Personalkosten aus den DRGs herauszunehmen und vollständig zu refinanzieren.

### **Leistungsgruppen:**

Die Einteilung aller Behandlungsmaßnahmen in Leistungsgruppen und deren Zuteilung an die einzelnen Krankenhäuser durch die Landesregierung als Voraussetzung für die Abrechnungsberechtigung kann ein sinnvoller Baustein für die Krankenhausplanung sein. Die Länder müssen dabei die für jede Leistungsgruppe bedarfsnotwendigen Kliniken und Fachabteilungen festlegen. Bundeseinheitliche Qualitätskriterien geben die jeweils notwendige Geräte- und Personalausstattung vor, die erfüllt sein müssen, um die Genehmigung für die jeweilige Behandlung zu erlangen. Da im KHVVG aber zusätzlich Mindestbehandlungszahlen für jede Leistungsgruppe vorgesehen sind, wird aus eigentlich sinnvoller Planung ein zusätzlicher Anreiz zur Steigerung der Behandlungsfälle, der noch stärker ist als im bisherigen DRG-System, denn es geht bei Nichterreichen der geforderten Patientenzahlen um den Verlust von 40% aller Einnahmen der jeweiligen Leistungsgruppe. Zusätzlich droht eine Bürokratieorgie durch die Einführung einer bürokratisch-kleinteiligen, hoch komplizierten Abrechnungssystematik für die Vorhaltevergütung analog zum Fallpauschalensystem. Im Ergebnis sind die gesetzlichen Bestimmungen zu den Leistungsgruppen ein massiver Eingriff in die Planungshoheit der Länder. Das gleiche gilt für die Bestimmungen zu verbindlichen Mindestzahlen bei onkochirurgischen Leistungen.

Wir dagegen fordern den Einsatz der Leistungsgruppen nur zur bedarfsgerechten regionalen und demokratischen Planung und nicht als Selektionsinstrument zur Marktberreinigung.

#### **Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen:**

Seit Jahrzehnten ist die Aufhebung der Trennung der ambulanten und stationären Versorgung überfällig. Viele Beteiligte setzen deshalb große Hoffnungen in ein Konzept sektorenübergreifender ambulant-stationärer Einrichtungen, die flexibel dem lokalen und regionalen Bedarf folgen und zugleich pflegerische und medizinische Versorgung anbieten sollten. Die vorgesehenen Regelungen für »sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen« werden aber diesem Anspruch nicht gerecht. Sie sind der Versuch möglichst viele kleine Krankenhäuser vom Netz zu nehmen und eine Erweiterung der Betätigungsbereiche für Niedergelassene durchzusetzen. Sie sind eine Mischung aus (Kurzzeit-) Pflegeheim und Kleinstkrankenhaus, aber keine Gewährleistung einer bedarfsgerechten wohnortnahen ambulant/stationären Versorgung.

Wir dagegen fordern die vollständige Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante fachärztliche Behandlung und die Einrichtung von ambulanten Versorgungszentren der Krankenhäuser zur Sicherstellung der wohnortnahen, flächendeckenden (Notfall-) Versorgung. Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen können, wenn sie organisatorisch eng mit Krankenhäusern weiterer Versorgungslevel verbunden werden, hierzu einen Beitrag leisten.

#### **Finanzierung der Investitionskosten für die Transformation der Krankenhausstruktur:**

Die Absicht des Bundesgesundheitsministers, die Kosten der Umstrukturierung der Krankenhäuser zur Hälfte den gesetzlichen Krankenkassen aufzubürden (Transformationsfonds), ist ein Rechtsbruch und ein politischer Skandal. GKV-Versichertenbeiträge sind nicht dafür da, Transformationsprozesse in der stationären Versorgung zu finanzieren, sie sind allein zur gesundheitlichen Versorgung der Versicherten zu verwenden.

#### Wir dagegen stellen fest:

Der Gesetzgeber steht in der politischen Verantwortung, die gesundheitliche Daseinsvorsorge zu gewährleisten und ihre Transformation durch Steuermittel abzusichern. Und die Investitionskosten für alle Krankenhäuser bereitzustellen, sind seit 1972 die Bundesländer gesetzlich verpflichtet. Sie müssen dieser Verpflichtung endlich nachkommen, das würde die wirtschaftliche Not der Krankenhäuser zumindest teilweise verringern.

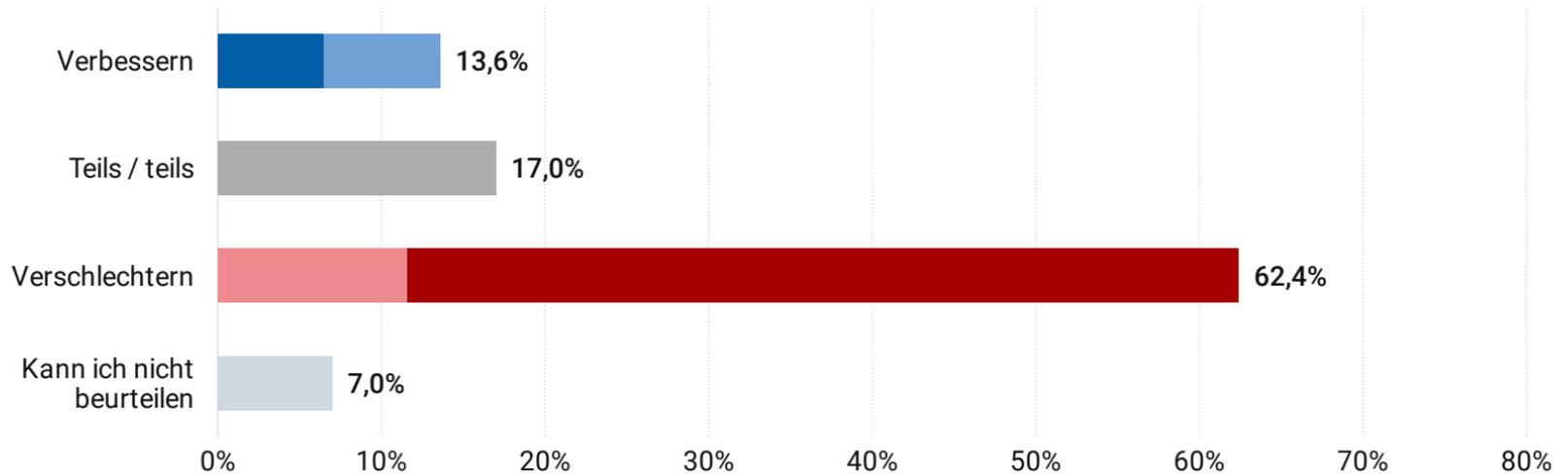
Das KHVVG wird die existentiellen Probleme unserer Krankenhäuser weiter verschlimmern:

- Das Krankenhaussterben aus betriebswirtschaftlichen Gründen wird besonders in ländlichen Regionen weiter zunehmen.
- Die finanziellen Steueranreize mit Auswirkung auf medizinische Behandlungsentscheidungen werden zunehmen.
- Die Bedürfnisse der PatientInnen werden noch mehr in den Hintergrund gedrängt, die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten werden sich noch weiter verschlechtern, der Fachkräftemangel daher als Folge noch größere Ausmaße annehmen..
- Die Mitgliedsbeiträge der gesetzlichen Krankenkassen werden durch die Auswirkungen des Gesetzes weiter steigen.

**Daher unterstützen wir die Forderung der Deutschen Krankenhausgesellschaft: „Besser keine Reform als diese Reform“ und fordern die Bundesländer auf, das KHVVG an den Vermittlungsausschuss zu verweisen.**

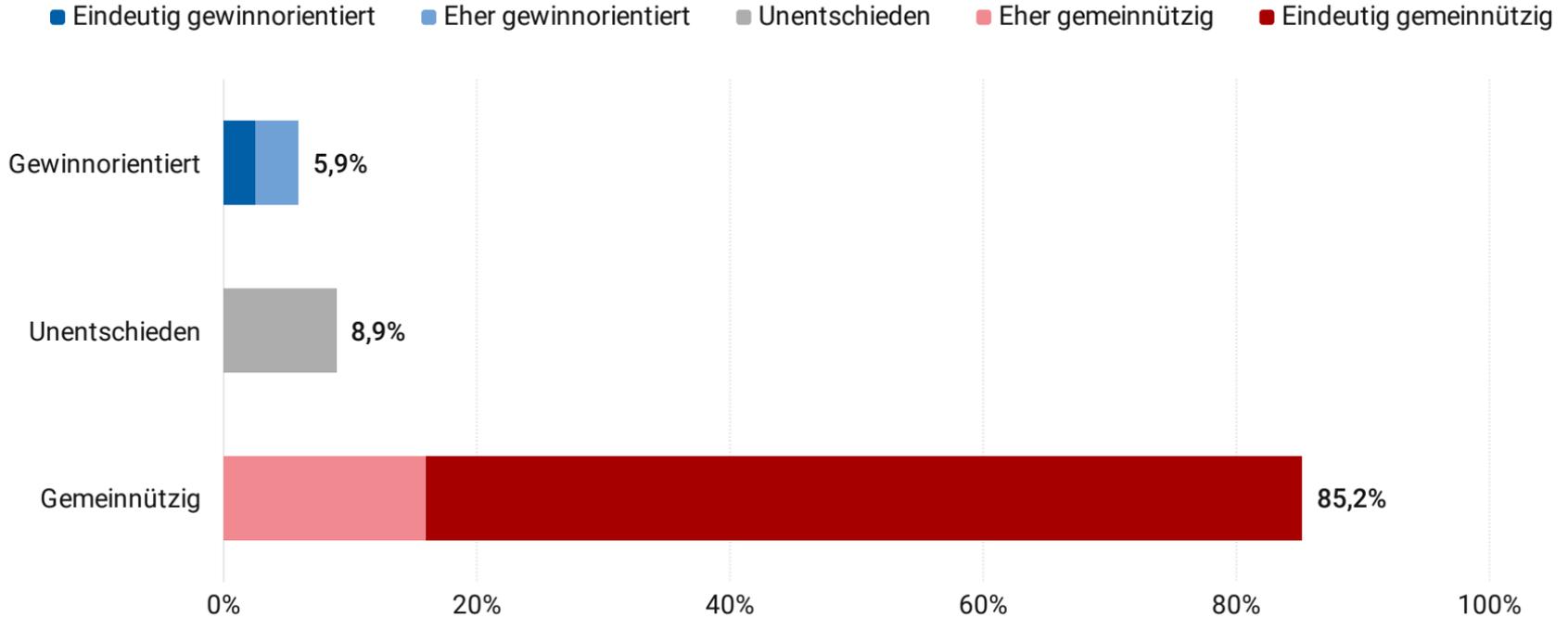
## Sind Sie der Ansicht, dass die Krankenhausreform, die unter anderem auch Klinikschließungen beinhaltet, die medizinische Versorgung in Deutschland eher verbessern oder eher verschlechtern wird?

- Eindeutig verbessern
- Eher verbessern
- Teils / teils
- Eher verschlechtern
- Eindeutig verschlechtern
- Kann ich nicht beurteilen



Stat. Fehler Gesamtergebnis: 3,4% | Stichprobengröße: 2.513 | Befragungszeitraum: 13.11.24 - 14.11.24

## Sollten Krankenhäuser in Deutschland Ihrer Meinung nach eher gewinnorientiert oder eher gemeinnützig ausgerichtet sein?



Stat. Fehler Gesamtergebnis: 3,3% | Stichprobengröße: 2.513 | Befragungszeitraum: 13.11.24 - 14.11.24



Online-Presskonferenz, 20.11.2024

**„Schließungsbilanz 2024 –  
Krankenhauskahlschlag in Zahlen“**

# Kahlschlag in Zahlen

- 23 Schließungen in 2024 (Bayern: 5, NRW: 4, Niedersachsen: 3) mehrere Teilschließungen, darunter 13 Geburtshilfestationen)
- Über 90 Krankenhäuser ab 2025 akut von Schließung bedroht (insb. Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen)
- 50 Schließungen seit Ankündigung der Revolution, 93 Krankenhausschließungen seit 2020

# Reformversprechen:

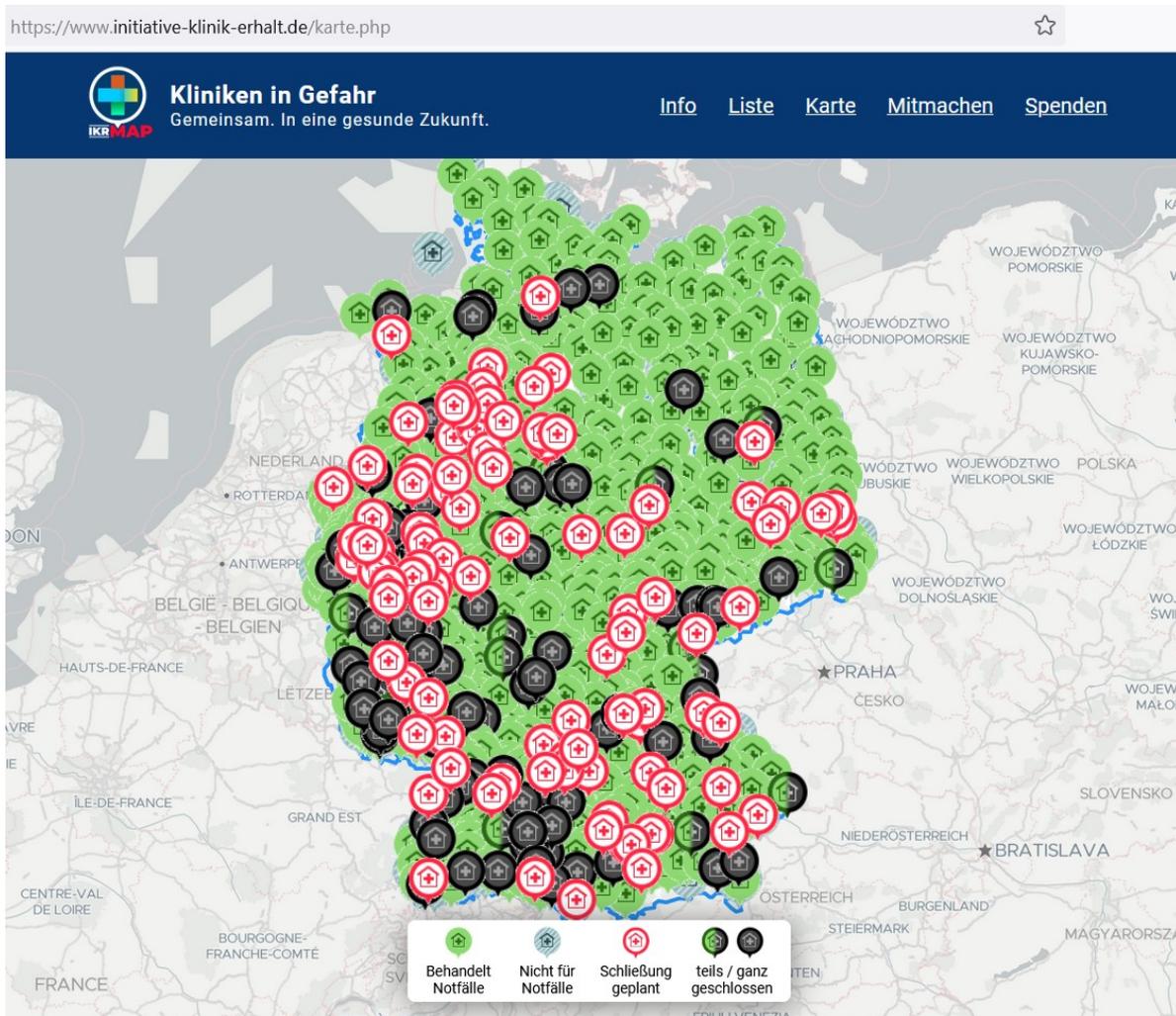
„Es ist ganz klar, dass wir in zehn Jahren spätestens ein paar Hundert Krankenhäuser weniger haben werden“.

Der Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, Bild 19.10.2024

„Kleine Häuser werden durch die Reform dauerhaft geschützt. Der gesamte Schrumpfungsprozess der Häuser auf dem Land wird dadurch massiv abgefedert, bis hin zur kompletten Kostendeckung“.

Der Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, Der Spiegel 16.01.2024

# Interaktive Karte zu Schließungen



# Pleiten und Insolvenzen

- 51 Insolvenzverfahren seit 2022 (DKG)
- 26.000 Beschäftigte und 12.000 Betten
- 10 der 48 Schließungen in 2023 und 2024 aufgrund von Insolvenz
- 70 Prozent erwarten für 2024 ein negatives Jahresergebnis

## Unzureichende Finanzierung auch bei Umsetzung

- Vebeto-Studie: ein Drittel kleiner Krankenhäuser gefährdet
- Sicherstellungszuschläge sollen erhöht werden, Summen unklar
- KHVVG: 500 Mio. Euro statt 6 Mrd.

# Folgen für die Beschäftigten

- 5.000 MitarbeiterInnen von den 23 Schließungen in 2024 betroffen
- 6.000 letztes Jahr bei 25 Klinikschließungen
- Bei 358 prognostizierten Schließungen sind es 85.920 Beschäftigte

# Ersatzmaßnahmen

Bei 77% Schließungen Betten vollständig verloren

In 5% der Fälle alle Betten erhalten – aber nicht vor Ort

Bei 32% der Schließungen gab es keinen Ersatz

# Widerstand vor Ort

BB: Finsterwalde, Elsterwerda, Herzberg

RLP: Bingen

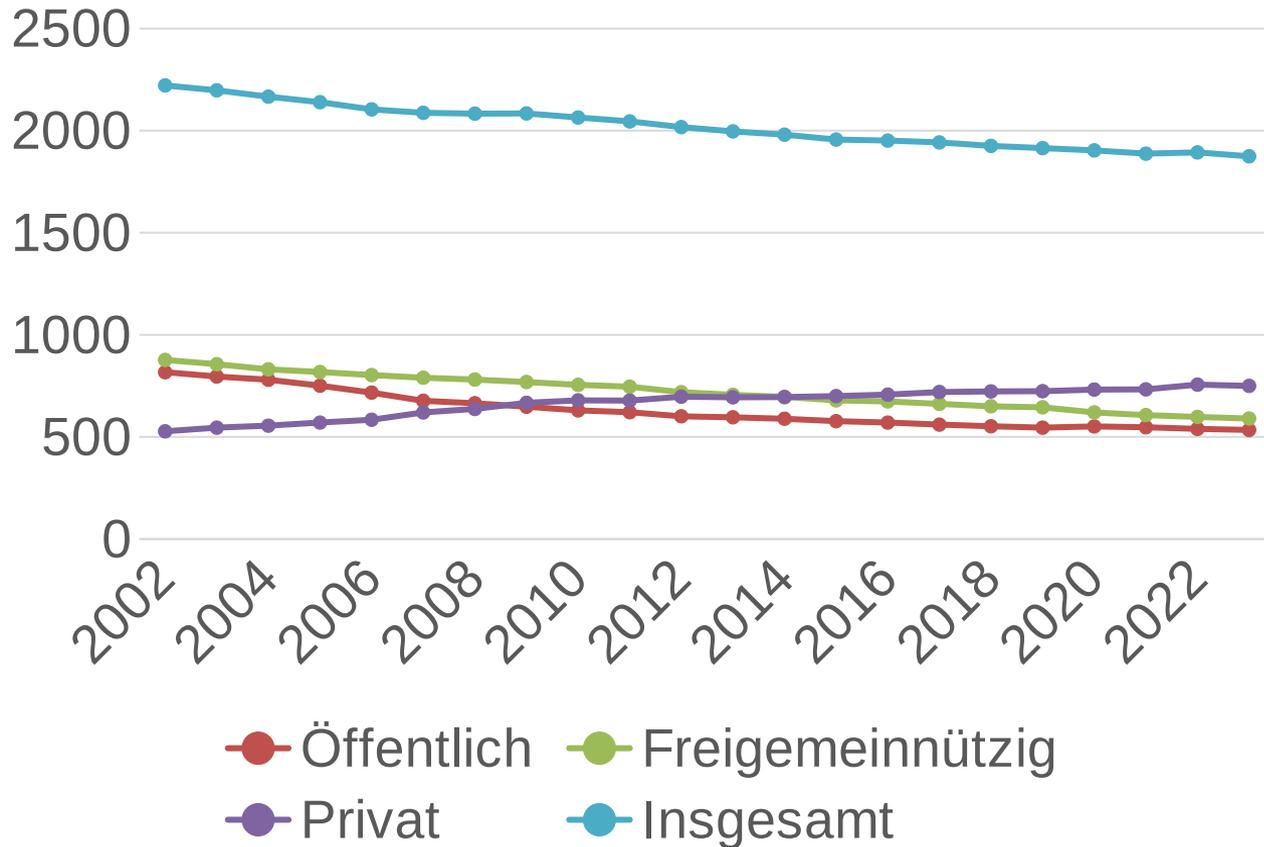
Ba-Wü: Wertheim

BY: Schweinfurt

MV: Bützow



# Klinikschießungen & Privatisierung



**Krankenhäuser 2023:**  
28,5 % öffentlich  
31,5 % freigemeinnützig  
40 % privat

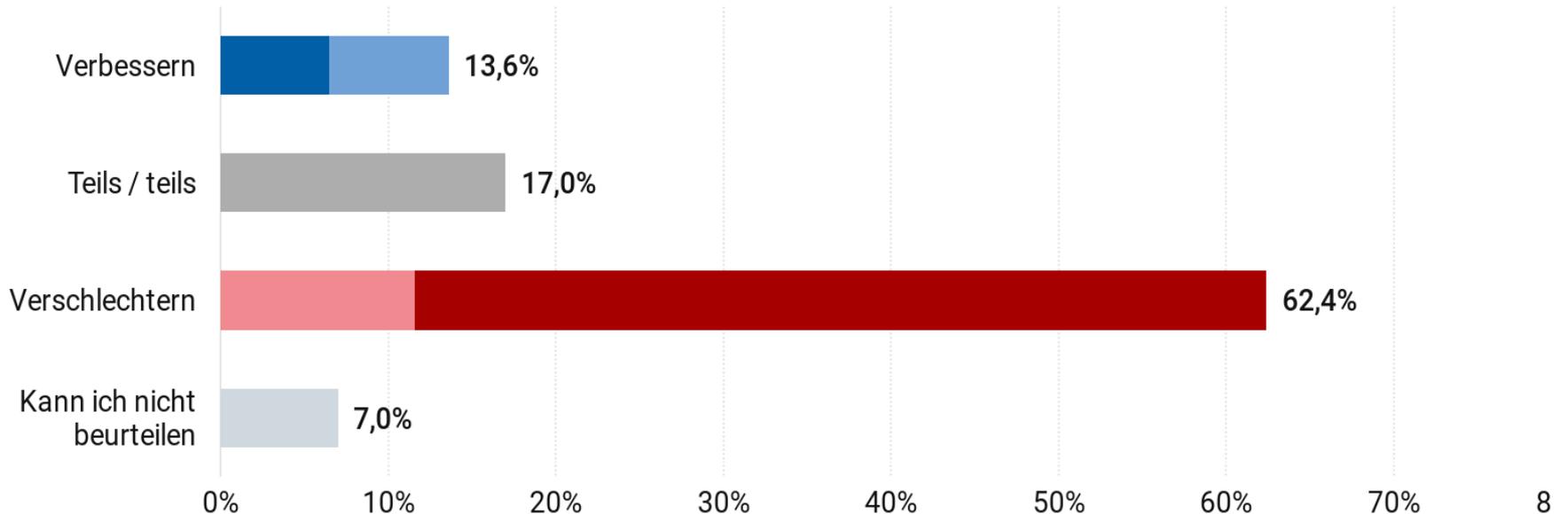
**Krankenhäuser 1991:**  
46 % öffentlich  
39 % freigemeinnützig  
15 % privat

**Schließungen 2024:**  
10 öffentliche  
6 freigemeinnützige  
7 private

# Umfrageergebnisse zu Erwartungen zur Reform

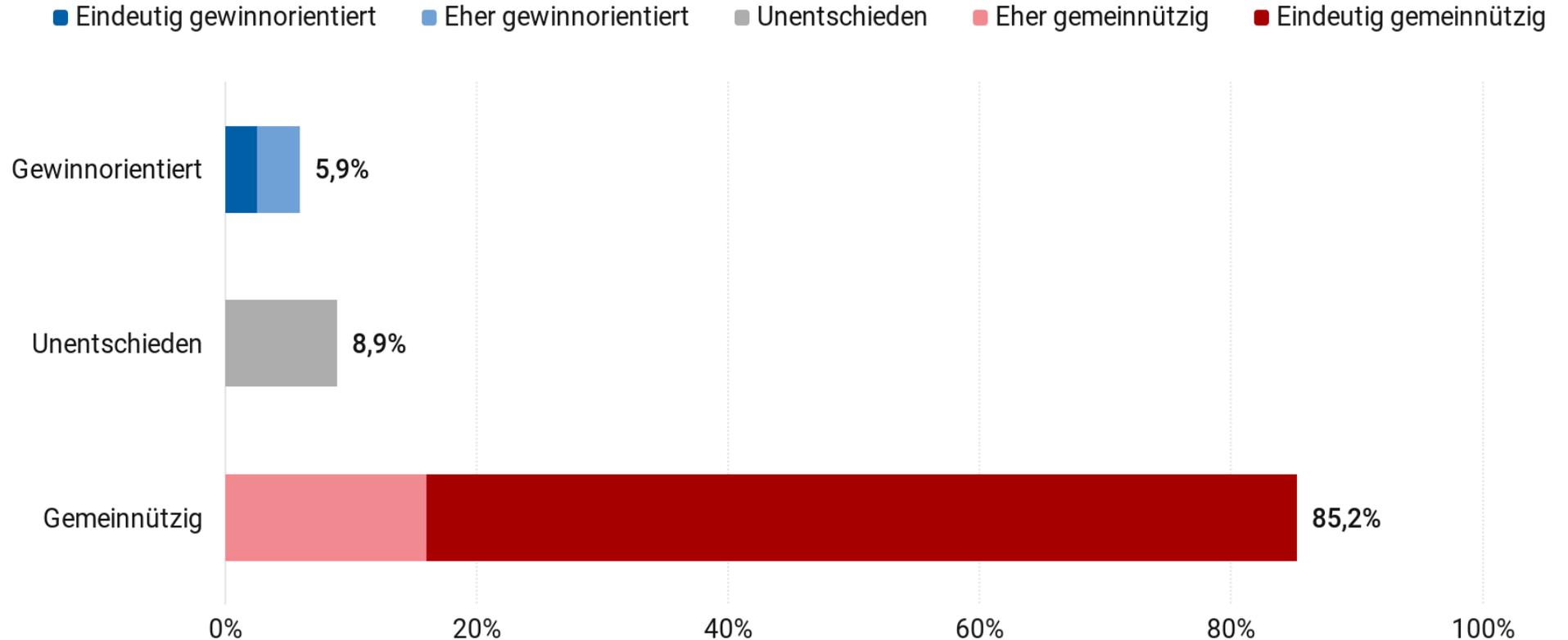
Sind Sie der Ansicht, dass die Krankenhausreform, die unter anderem auch Klinikschließungen beinhaltet, die medizinische Versorgung in Deutschland eher verbessern oder eher verschlechtern wird?

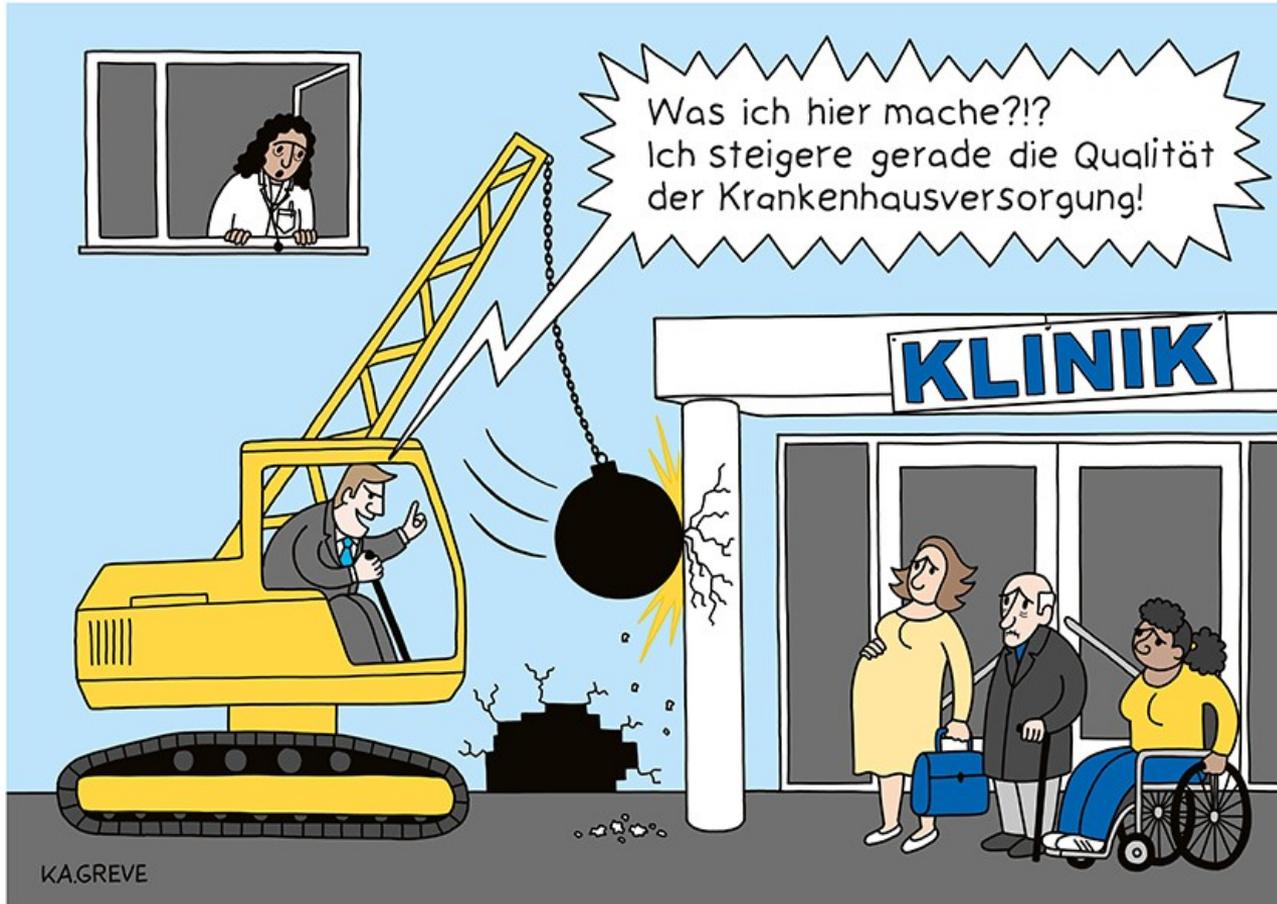
■ Eindeutig verbessern   ■ Eher verbessern   ■ Teils / teils   ■ Eher verschlechtern   ■ Eindeutig verschlechtern  
■ Kann ich nicht beurteilen



# Umfrageergebnisse zur Ausrichtung der Kliniken

Sollten Krankenhäuser in Deutschland Ihrer Meinung nach eher gewinnorientiert oder eher gemeinnützig ausgerichtet sein?





[www.klinikrettung.de](http://www.klinikrettung.de)

## **Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022**

„Die Strukturen müssen für die Menschen da sein,  
nicht die Menschen für die Strukturen!“

Die Planung über differenzierte Leistungsbereiche und Leistungsgruppen ermöglicht künftig eine sachgerechte und transparente Strukturierung der Versorgung. In Verbindung mit klar definierten nachvollziehbaren Vorgaben zur Strukturqualität ergibt sich eine Krankenhausplanung, die diesen Namen tatsächlich verdient. (Karl- Josef Laumann)

# Krankenhausplan NRW

---

Innerhalb dieser „leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierten Krankenhausplanung“ sind die Ziele der neuen Krankenhausplanung:

- Senkung der Fallzahlen
- Bettenabbau
- Zentralisierung

## Fallzahlensenkung:

Strikte Fallzahlbegrenzung pro Leistungsgruppe auf Ebene des Landes, des Versorgungsgebiets und des einzelnen Krankenhauses plus striktes Casemix – und Kostenmanagement pro Leistungsgruppe

Die Leistungs- (Fallzahl-)steigerung wird unterbunden

Der Konkurrenzkampf der Krankenhäuser wird verschärft

Ein Wettlauf um (Personal-)Kostenabbau und Investitionsfähigkeit wird ausgelöst!

# Krankenhausplan NRW

Innerhalb dieser „leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierten Krankenhausplanung“ sind die Ziele der neuen Krankenhausplanung:

- Senkung der Fallzahlen
- Bettenabbau
- Zentralisierung

## Bettenabbau:

- 18.400 Betten, fast ein Fünftel (17,9 %) der 102.800 Betten „laut Feststellungsbescheiden (FSB)“ sollen bis zum Jahr 2032 abgebaut werden.
- 13.600 über eine Steigerung der Auslastung bei gleichzeitiger Verweildauerverkürzung

**Dies ist definitiv eine Arbeitsverdichtung für das Personal und wird an Belastungsgrenzen gehen!**

**Eine Steigerung der Bettenauslastung bei gleichzeitiger Verweildauerverkürzung benötigt nicht nur mehr Personal, es braucht eine bessere Interaktion und Kommunikation mit anderen Bereichen (Labor, Radiologie, Konsile) und eine strukturierte Nachsorge!**

# Krankenhausplan NRW

Innerhalb dieser „leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierten Krankenhausplanung“ sind die Ziele der neuen Krankenhausplanung:

- Senkung der Fallzahlen
- Bettenabbau
- Zentralisierung

## Bettenabbau:

– 4.800 über eine Leistungsverschiebung in den ambulanten Sektor (570.000 Fälle jährlich)

Die angestrebte „Ambulantisierung“ soll 11,8 % der für 2032 prognostizierten Fälle (570.000/ Jahr) umfassen.

Der Anteil der nicht ambulantisierbaren Fälle der neuen intersektoralen Versorgungszentren müssten in Krankenhäuser umgeleitet werden. Deren ambulantisierbare Fälle müssten stattdessen in die Versorgungszentren verbracht werden. Wie soll das umgesetzt werden?

Vergleiche mit anderen europäischen Ländern, wie Dänemark, Schweden oder der Schweiz folgen keiner Logik, solange nicht gleiche Strukturen herrschen.

Weder findet man in Deutschland bis jetzt sog. IVZs oder Primärversorgungszentren, noch ist eine flächendeckende poststationäre Versorgung sichergestellt. Von der prästationären Patientenversorgung mal ganz abgesehen.

# Krankenhausplan NRW

Innerhalb dieser „leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierten Krankenhausplanung“ sind die Ziele der neuen Krankenhausplanung:

- Senkung der Fallzahlen
- Bettenabbau
- Zentralisierung

## Zentralisierung:

- Feststellung nach Gutachten 2019: Kleine, schlechte Krankenhäuser müssen weg!

„Zusammenhang zwischen Menge und Ergebnis ist für komplexe Verfahren unzweifelhaft“ (Prof. Mansky, TU Berlin, 06.04.2018, AWMF)

„Wir haben die Wahl: Kleine, schlechte Krankenhäuser „um die Ecke“ oder größere mit höherer Qualität ein paar Minuten weiter weg!“ (Prof. Busse, TU Berlin, Potsdam, 2019)

- In NRW haben 149 Krankenhäuser weniger als 200 Betten! In Summe verfügen sie jedoch über 13.539 Betten

## Was wird mit den Krankenhäusern in NRW passieren?

- Einige werden durch die Aberkennung von Leistungsgruppen Abteilungen und Bereiche schließen müssen.
- Einige werden ggf. ganz vom Netz gehen, da nicht mehr genügend Gelder für eine Kostendeckung über das DRG-System generiert werden können.
- Kein Krankenhaus in Düsseldorf – nicht einmal die Uni Klinik oder das EvK- halten künftig alle Leistungsgruppen mehr vor.
- Verlegungen der Patient\*innen werden zunehmen - der Rettungsdienst ist dafür nicht ausgestattet.
- Es wird Versorgungsengpässe bei bestimmten Leistungsgruppen und bei der Notfallversorgung geben, die zu Gefährdungen der Patient\*innen führen können.
- Viele Krankenhäuser werden für die Berufsausbildung in Medizin und Pflege unattraktiv, da Aus- und Weiterbildung deutlich eingeschränkt werden.
- Bis heute gibt es keine Versorgungsoption außerhalb eines Krankenhauses an Sonn- und Feiertagen, an Samstagen, Mittwochs- und Freitagsnachmittags oder in der Nacht.

# Krankenhausplan NRW

## Fazit

- Fallzahlenenkung und Zentralisierung stehen in keinem kausalen Zusammenhang.  
Ökonomisierung wurde bereits seit Jahren versucht und ist bis jetzt gescheitert!
  - Der Zweck der Zentralisierung ist die Steigerung der ökonomischen Effizienz.  
Dabei tritt jedoch der Mensch in den Hintergrund
  - Die Grundversorgung ist für alle Bürger überall im Land künftig nicht mehr sichergestellt.
  - Auf Grund der hohen Kosten einer Zentralisierung der „Krankenhauslandschaft“ sind diese und die dringend notwendige Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern unvereinbar.
  - Umfassende „Ambulantisierung“ setzt eine sektorenübergreifende staatliche Planung der stationären, ambulanten und intersektoralen Versorgung voraus.  
Gibt es aber noch nicht
  - Tatsächliche Kosten und Zeitvorgaben für den Aus- und Aufbau der Versorgungszentren werden nicht benannt.  
Dies entspricht keinem wirtschaftlich belastbaren Buissenes Case
  - Solange eine Leistung, die ethisch und nach besten Standards erbracht wird, nicht als solche finanziert wird, kann eine zielführende Krankenhausreform für die Menschen nicht funktionieren.
- Zentralisierung ist ohne Qualitätsverlust aber nur möglich, wenn eine sichere Grundversorgung überall zu Verfügung steht. Die Versorgungsqualität darf nicht von der Postleitzahl abhängig sein

# Krankenhausplan NRW

## Fazit

---

„Die Strukturen müssen für die Menschen da sein, nicht die Menschen für die Strukturen“  
ist das große Zitat von Minister Laumann.

„Jeder Bürger soll innerhalb von 20 Minuten ein Krankenhaus zu Erstversorgung erreichen“  
lautet ein weiteres Zitat.

Weniger Qualität, deutlich teurer und längere Wege, welche die Gesundheit gefährden  
und teilweise zu lebensbedrohlichen Situationen führen werden, ist das Ergebnis unserer Prüfung.

Wir fordern:

- Diese Reform muss gestoppt werden!
- Gemeinwohlorientierung und Gewinnverbot!
- Ein gemeinwohlorientiertes, patientenorientiertes, barrierefreies und selbsthilfefreundliches Gesundheitswesen
- Stopp der Privatisierung von Krankenhausträgern und ambulanter Einrichtungen
- Abschaffung des DRG-Fallpauschalen- Systems
- Gute Arbeitsbedingungen und verbindliche Personalschlüssel für alle Bereiche im Krankenhaus
- Den Ausgleich des Investitionskostenstau für die Krankenhäuser, der sich aktuell auf 17 Milliarden Euro beläuft

*Vielen Dank !*

