

## Schließungsbilanz 2025 – Krankenhauskahlschlag in Zahlen

Berlin, den 17. Dezember 2025

Seit 2020 dokumentiert das Bündnis Klinikrettung Krankenhausschließungen, Schließungsbeschlüsse und drohende Schließungen. Die Daten und Erkenntnisse basieren in erster Linie auf Berichterstattung in den Medien, die zugenommen hat, auf Informationen örtlicher Initiativen gegen eine Krankenhausschließung und auf Webseiten der Krankenhausträger sowie der Krankenkassen.

### Liste der Schließungen in 2025 (mit Kurzerläuterung zu Schließungsgründen)

Gemeinde	Bundes-land	Betten-zahl	Träger-art	Erreichb.* > 30 Min	Datum	Umstände, Hinweise
Altdorf	BY	70	öff		<b>01.01.</b> 2025	Erfüllt Strukturvorgaben BY nicht. Wird Reg. GZ mit ambul. INN, Ger-Reha und 6 B. - Opposition Aktionsgruppe u. G
Würzburg	BY	40	fgn		01.01. 2025	(Belegklinik). <b>U:</b> Kostensteigerung, Krankenhausreform. Klinikum Mitte übernimmt Personal u. Patient*innen
Bedburg	NW	80	fgn		31.01. 2025	<b>U:</b> I; KH-Plan NW 2026 Streichung Endoprothetik = Verluste. – Schl. „überraschend“. - Opposition G
Thuine	NI	150	fgn	<b>*12.895 Ew.</b>	07.02. 2025	<b>U:</b> I, Verluste, Struktur- Neuordnung NSK Plan: Demenzpflege bleibt im Haus, Hospiz nebenan
Bad Franken-hausen	TH	65	priv		31.03. 2025	<b>U:</b> Schließung, KH nicht lohnend. Plan: MVZ (lohnend), dafür ambul. OP-Säle im Haus; weitere Pläne offen. - Opposition G
Schkeuditz	SN	150	priv		28.05. 2025	<b>U:</b> schlechte Finanzlage, Unterauslastung. Schleichende Schließung seit 2023. - Kritik G
Zell a.d. Mosel	RP	110	fgn	<b>*18463 Ew.</b>	20.06. 2025	<b>U:</b> finanziell. Plan: MVZ mit ambul. OP; Erweiterung KH Wittlich. - Breite Opposition.

Ostercappeln	NI	174	fgn		31.07. 2025	<b>U:</b> Zu hohe Kosten. Stadt kauft Gebäude, Plan: „Stadtteilklinik“. – Erhebliche Opposition
Werneck	BY	40	priv	<b>*24378 Ew.</b>	19.12. 2025	<b>U:</b> Leistungsgruppen 2027, also Schließung. Beleg-KH, seit 1.1.2025 Sana-Management. Kranke nach St. Josef-KH Schweinfurt
Ebern	BY	50	öff	<b>*7.912 Ew.</b>	31.12. 2025	<b>U:</b> Unwirtschaftl., Schl. zugunsten KH Haßberge. Schl. CHI 2022 u. Ende 2025 Pall & INN. Plan Fach-KH aufgegeben. Ausbau MVZ, Kurzzeitpflege (Förd. Land BY 2022) 20 Betten ev. 2026. Seit 2021 hartnäckige Opposition
Vreden	NW	110	fgn		Dez. 2025	<b>U:</b> Konzentration in KH-Verband (3 statt 5 KH), „Gesamt-KH“ Ahaus. P: Umzug aller Abt. nach Ahaus, Rheuma-Ambulanz & -Physio, MVZ.
Breisach	BW	123	priv		31.12. 2025	U: Ab 2019 Schl.-Indizien, langsame Ausdünnung. Anhaltende Opposition. Kreistag 10.11.: Schl zum 1.1.2026.
Remagen	RP	125	fgn		31.12. 2025	U: I; interessierter Investor kurzfristig abgesprungen. Insolvenzverwalter muss Krankenhaus schließen.
<b>Summen 13 Kranken- häuser</b>		<b>1.122</b> Betten		<b>63.648</b> Einwohner*i nnen		

\*Pkw-Fahrzeit zum nächsten Grundversorger > 30 Minuten, Zahl betroffener Einwohner erst ab Schwelle >5.000 Ew. im Umkreis

Länderkürzel: BE = Berlin; BB = Brandenburg; BW = Baden-Württemberg; BY = Bayern; HB = Bremen; HE = Hessen; HH = Hamburg; NI = Niedersachsen; NW = Nordrhein-Westfalen; RP = Rheinland-Pfalz; ST = Sachsen-Anhalt; SH = Schleswig-Holstein; SN = Sachsen; SL = Saarland; TH = Thüringen.

Sonstige Kürzel: U = Umstände; KH= Krankenhaus; ZKH = Zentralkrankenhaus; Schl = Schließung; CHI = Chirurgie; Ger = Geriatrie; INN = Innere Medizin; Pall = Palliativ; G = Gemeinde; GZ = Gesundheitszentrum; I = Insolvenzmeldung; MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum; OP = Operation.

Auf Basis der o. g. Quellen registriert das Bündnis Klinikrettung für das Jahr **2025 insgesamt 13**

**Krankenhausschließungen mit 1.287 Betten.** Betroffen waren zwei Krankenhäuser in öffentlicher, vier in privater und sieben in freigemeinnütziger Trägerschaft. Aufgeteilt nach Bundesländern sieht das Bild wie folgt aus: Drei Krankenhäuser schlossen in Bayern, jeweils zwei Krankenhäuser befanden sich in Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Thüringen, Sachsen-Anhalt, Rheinland-Pfalz und ein Krankenhaus in Baden-Württemberg. Durch die Schließungen sind rund 63.650 Menschen von der wohnortnahmen stationären Versorgung abgeschnitten worden – das nächste Krankenhaus ist für sie mehr als 30 Minuten Fahrzeit entfernt.

Die im Vergleich niedrige Schließungszahl ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass im Jahr 2025 13 von Schließung bedrohte Krankenhäuser erhalten blieben (mehr dazu auf S. 6).

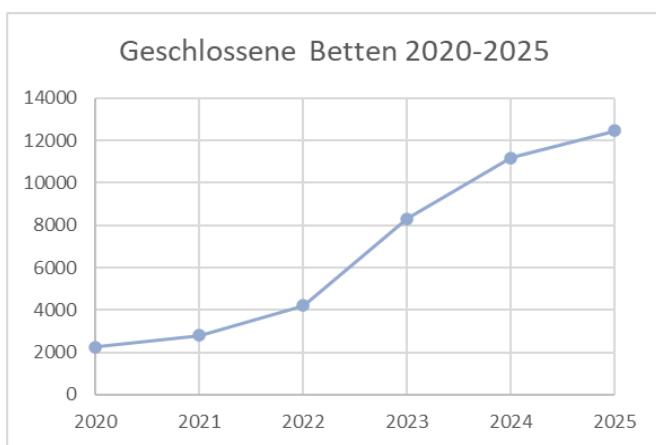
Geschlossen wurden überwiegend kleinere Krankenhäuser der Allgemeinversorgung, oft in ländlich-kleinstädtischen Gebieten. Sie boten vor allem Leistungen der Grundversorgung an, die im Finanzierungssystem der DRG-Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups; dt. diagnosebezogene Fallgruppen) meist unzureichend für ihre Leistungen vergütet werden. Kleinere Krankenhäuser der Grundversorgung haben zudem höhere Fixkosten und bieten, anders als Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen oder Fachkliniken, kaum ertragreiche spezialisierte Behandlungen an.

Hier bahnt sich schon eine Vorwegnahme der erst ab 2026 anlaufenden Krankenhausreform an. Gemäß dem Ende 2024 verabschiedeten Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KVVVG) und dem gerade im parlamentarischen Gesetzgebungsprozess befindlichen Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) sind für alle Allgemeinkrankenhäuser 62 Leistungsgruppen vorgesehen. Die Träger müssen die Leistungsgruppen für ihre Krankenhäuser beim zuständigen Landesministerium zur Prüfung und Genehmigung beantragen. Die Zuweisung der Leistungsgruppen soll dann 2026 bis 2028 erfolgen. Für Altdorf beantragte der Krankenhausträger keine Leistungsgruppen und schloss das Haus schon zum 1. Januar 2025 mit Verweis auf die Reform.

Ein ähnlicher Fall ereignete sich im nordrhein-westfälischen Bedburg. Das Land Nordrhein-Westfalen führt die Leistungsgruppen ab dem 1. April 2025 schrittweise ein. In Bedburg schloss zum 31. Januar 2025 der Fachbereich Endoprothetik. Endoprothetik ist eine ertragreiche Behandlungsart (bzw. Leistungsgruppe), die wichtig für den internen Defizitausgleich ist. Das spielt besonders für kleinere Allgemeinversorger eine Rolle. Die Streichung dieser Leistungsgruppe bedeutete für Bedburg letztendlich Schließung.

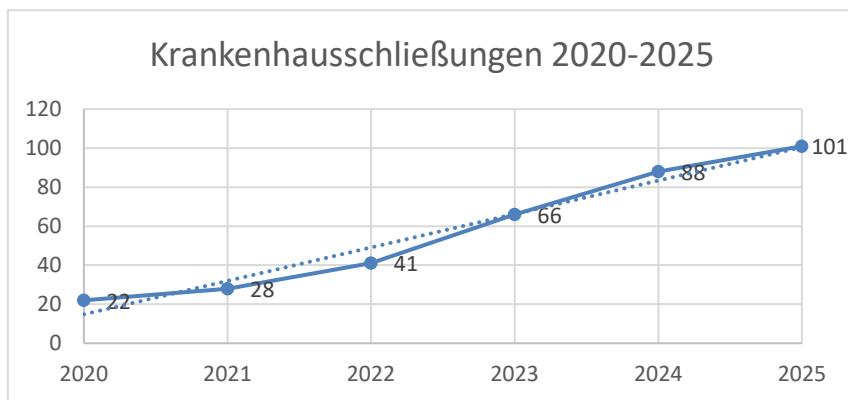
Mit anlaufender Krankenhausreform bahnt sich eine neuartige, nämlich strukturbedingte Schließungsursache an. Aus obiger Schließungstabelle 2025 sieht man, dass fünf von 13 Schließungen – im offiziellen Sinne – unzumutbare Distanzen (mehr als 30 Minuten Fahrzeit) zum nächsten Grundversorger bewirkten. Das rief bei mehr als der Hälfte der Schließungen erheblichen Widerstand hervor. Die Schließungen in Ebern und Breisach erfolgten trotz heftiger und langanhaltender Proteste.

### Gesamt-Bettenzahl der 2020 bis 2025 geschlossenen Krankenhäuser (Linie = kumulierte Zahl)

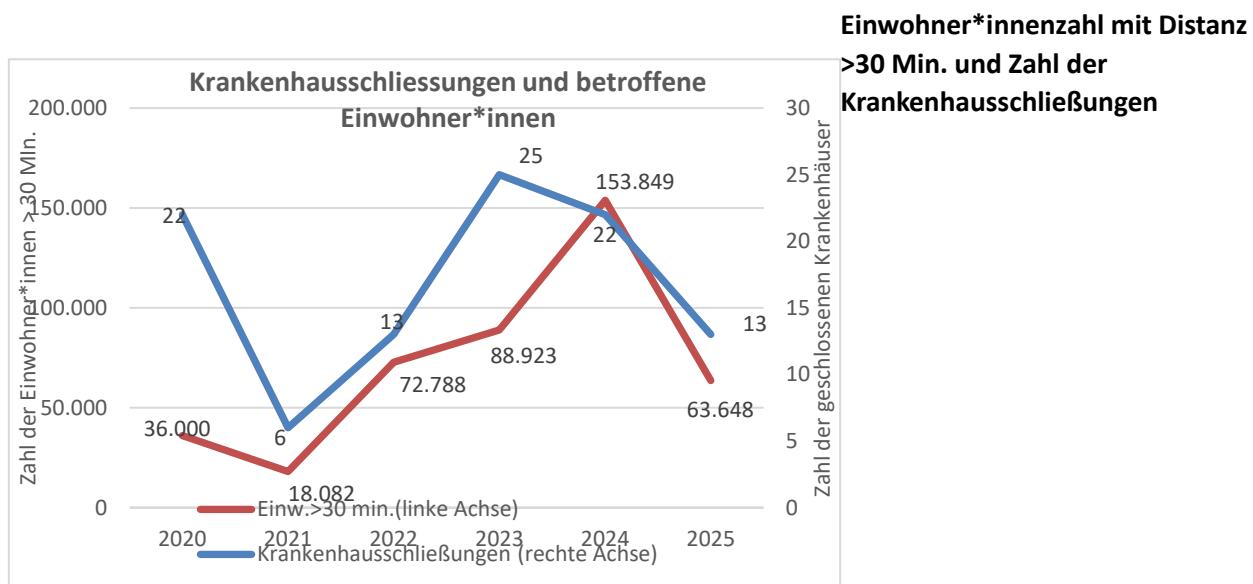


Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Darstellung.

### Geschlossene Krankenhäuser 2020 – 2025 (Linie = kumulierte Zahl)



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Darstellung.



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Darstellung.

Die Veränderungen im Ablauf 2021 und in geringerem Maße 2022 spiegeln einen Rückgang bei Schließungen und Bettenverlusten während der Pandemie wider.

Krankenhausschließungen ziehen sich in der Regel über mehrere Jahre hin. Sie beginnen mit Einsparungen und Rationalisierungen vor allem in verlustbringenden Abteilungen. Zum Teil werden Personal und gewinnträchtigere Abteilungen an größere Häuser verlagert. Im weiteren Verlauf ist das verlustbringende (bei privaten Trägern: das unterhalb der Gewinnlinie liegende) Haus schließlich ökonomisch erledigt.

Diese Schließungsroutine besteht schon länger und lief selbst im Jahr 2020, dem ersten Jahr der Covid-19-Pandemie, weiter. Bekanntlich wurde damals jedes Bett – vor allem jedes Intensiv-Bett – gebraucht. Manche der kleinen Häuser genügten den offiziellen Anforderungen der Covid-Behandlung nicht, sie bekamen seit dem Sommer 2020 wenig Hilfen und wurden geschlossen. Dabei konnten kleine Krankenhäuser in der Pandemie die großen Kliniken von Routineaufgaben entlasten, und sie nahmen zugleich entsprechend ihres geringeren Bettenbestandes Covid-Kranke auf, vor allem weniger lebensbedrohliche Fälle.

Im Jahr 2021 war klar, dass die angespannte Lage Schließungen eigentlich nicht zuließ, dennoch gab es sechs Schließungen. Immerhin flossen staatliche Finanzhilfen, sie wurden Ende 2022 enger gefasst. Schon 2022 und deutlich 2023 nahmen Schließungen zu. Unter anderem waren etliche Krankenhäuser betroffen, die zuvor zu Covid-Schwerpunkthäusern umfunktioniert worden waren. Mit dem Auslaufen der Pandemie war ihr Ende besiegelt – trotz ihrer herausragenden Rolle während der Pandemie und ohne Rücksicht auf Anforderungen in der Zukunft. Die Patient\*innen-Zahlen sind zurückgegangen, gleichzeitig stiegen die Kosten enorm, aber nur zwei Drittel der Inflation wurden ausgeglichen. Teile des zweieinhalb Jahre lang überbelasteten Personals quittierten den Dienst. Dem gestiegenen ökonomischen Druck fielen 2023 besonders viele Häuser zum Opfer, darunter auch etliche mittelgroße Kliniken. Entsprechend gingen viel mehr Betten als zuvor verloren.

Durch die rund 100 Schließungen seit 2020 hat sich die Zahl der von der Versorgung abgehängten Einwohner\*innen erheblich erhöht. Aber trotz der verschlechterten Versorgungslage ist offenbar eine Scham-Grenze gefallen: Die Erreichbarkeit eines Krankenhauses und damit auch seiner Notaufnahme spielt in der aktuellen Schließungsdebatte kaum noch eine Rolle. Dabei ist die Erreichbarkeit eines Krankenhauses, vor allem im Notfall, für die Bevölkerung entscheidend.

Der Schließungszahlen haben sich 2025 halbiert, mit ihnen die Zahl der durch entstandene Distanzen „abgehängten“ Einwohner:innen. Es hat den Anschein, dass seit 2022 die vom Gemeinsamen Bundesausschuss Gesundheitswesen gesetzte offizielle Grenze einer für die Einwohner:innen erträglichen Distanz zu einem Allgemeinkrankenhaus keine Rolle mehr bei Schließungsentscheidungen spielt. Aber offenbar ist ein stärkeres Hemmnis hinzugekommen: Die gewachsene Opposition unter den Betroffenen. Die Frage ist, ob diese auch im Weiteren nachhaltig wirkt.

## Beschlossene und drohende Schließungen

Beschlüsse für Schließungen gehen von den Geschäftsleitungen der Träger aus, meist werden sie von den Landkreisen bzw. Städten hingenommen oder gar gebilligt. Generell müssen sie mit dem zuständigen Landesministerium abgeklärt werden.

Für das Jahr 2026 gibt es bereits für zwölf Krankenhäuser Schließungsbeschlüsse. Die meisten dürften kaum noch aufhaltbar sein, damit entfielen 2.107 Betten, und 41.421 Einwohner\*innen würden von der

wohnortnahen stationären Versorgung abgeschnitten. Weitere fünf Schließungen hängen mit der geplanten Eröffnung zweier Zentralkrankenhäuser und dem Anlaufen zweier weiterer Zentralklinikvorhaben zusammen. Eine Umkehr des Steigerungstrends bei Schließungen ist noch nicht erkennbar. Für 2027 und später liegen schon für 13 Krankenhäuser Schließungsbeschlüsse vor. Dadurch werden 3.441 Betten verschwinden, und weitere 58.564 Einwohner\*innen verlieren ihre wohnortnahe stationäre Versorgung. Hinzu kommen elf Schließungsbeschlüsse bei Eröffnung von Zentralkrankenhäusern.

#### **Schließungsbeschlüsse:**

##### **Für 2026:**

**Einzel-Schließungen: 12 Krankenhäuser 2.107 Betten, Erreichbarkeit\* > 30 Min: 41.421 Ew.**

**Für Zentralkliniken\* 5 Krankenhäuser**

\* Bettenzahl und Erreichbarkeit nicht angegeben, da ZKH Betten bieten und überwiegend Standorte zwischen den geschlossenen Standorten haben.

##### **Für 2027 und danach:**

**Einzel-Schließungen: 13 Krankenhäuser 3.441 Betten Erreichbarkeit\* > 30 Min: 58.564 Ew.**

**Für Zentralkliniken: 11 Krankenhäuser**

Die derzeit 15 oder 16 Zentralklinik-Vorhaben in Deutschland haben einen langen Planungs- und Realisierungsverlauf. Die dafür erfolgenden Schließungen der bisherigen Häuser sind schon weit im Vorfeld fixiert. Der ökonomische Druck ist wegen rasch steigender Baukosten besonders hoch (Rücklagen erforderlich!). Daher gab und gibt es viele Schließungen drei bis sechs Jahre bevor eine Zentralklinik bezugsfertig ist. Da viele Schließungen dünn besiedelte Gebiete betreffen, verschlechtert sich die Erreichbarkeit dort drastisch (bisheriges Maximum: Schließung Krankenhaus Soltau April 2025 bis Januar 2026, 58.000 Betroffene, Eröffnung Zentralklinik Fallingbostel voraussichtlich 2029).

Längerfristig angekündigte Schließungsbeschlüsse ab 2027 hängen mit einer ökonomischen Strukturbereinigung größerer Träger zusammen.

Zur Abschätzung des Schließungsgeschehens dokumentiert das Bündnis Klinikrettung auch drohende Schließungen, erkennbar durch die Schließung strategisch wichtiger Abteilungen oder Einheiten – vor allem von Chirurgie, Intensivstation, Notaufnahme. Wichtig sind auch Aussagen der Belegschaft über ein „Aushungern“ des Hauses oder Schließungsvorschläge der Geschäftsleitung. Verdächtig ist die Beauftragung eines Gutachtens: Die meisten der beauftragten Institute oder Unternehmensberatungen sind Anhänger einer Krankenhaus-Zentralisierung und befürworten die Schließung defizitärer Abteilungen oder Häuser.

#### **Schließung droht**

**Bis 2025 erfasst 21 Krankenhäuser 3.608 Betten Erreichbarkeit\* > 30 Min: 58.564 Ew.**

Beschlüsse sind nur ein Teil einer sich abzeichnenden Entwicklung. „Drohende Schließungen“ sind der andere Teil, verursacht aus gewachsenen wirtschaftlichen Notlagen oder Überlegungen zu ökonomischer Strukturbereinigung im Bestand. Bei privaten Trägern werden Krankenhäuser geschlossen, wenn sie über einige Jahre hin nicht der „Benchmark“ einer Gewinnquote genügen. Das alles zeichnet sich an den oben erwähnten Indikatoren ab: den Überlegungen von Geschäftsführungen, andere Wege zu suchen – wofür

häufig Gutachten in Auftrag gegeben werden – sowie dem „Aushungern“ eines Krankenhauses und der dadurch entstehenden Unruhe in der Belegschaft.

In den letzten zwei Jahren ist eine relativ große Zahl von Krankenhäusern trotz bedrohlicher Lage oder gar Schließungsbeschlüssen erhalten geblieben.

## **Erhalten geblieben**

### **2024**

#### **12 Krankenhäuser, 2.701 Betten,**

Schließungen hätten für 127.407 Ew. eine unzumutbare Entfernung zum nächsten Grundversorger bewirkt.

### **2025**

#### **13 Krankenhäuser, 2.097 Betten**

Schließungen hätten für 170.582 Ew. eine unzumutbare Entfernung zum nächsten Grundversorger bewirkt.

Auffällig in diesen zwei Jahren: Neun Krankenhäuser, großenteils die freigemeinnütziger Träger (aber auch ein privates Haus), wurden von Kommunen bzw. Landkreisen übernommen, drei Häuser in öffentlicher Trägerschaft erhielten vom Landkreis einen Defizitausgleich, bei zwei zur Schließung vorgesehenen Häusern intervenierte das zuständige Ministerium (Land Brandenburg). Zugleich gingen sechs Krankenhäuser in öffentlichem Besitz an Private über – davon fünf an den Krankenhauskonzern Sana, der sich dadurch in zwei Landkreisen zum Alleinanbieter machte. Und schließlich gab es in dieser Zeit zwei Übernahmen freigemeinnütziger Krankenhäuser durch andere freigemeinnützige Träger; in zwei Fällen wurde ein Schließungsbeschluss zurückgenommen.

Möglicherweise bahnt sich hier etwas Neues an: Etliche Kommunen (mehr in Ost- als in Westdeutschland) sind bereit, entgegen der Gewinnwirtschaftslogik eigene Krankenhäuser zu stützen oder freigemeinnützige und gar private in ihrer Umgebung zu übernehmen, um die Versorgung der Bevölkerung aufrechtzuerhalten. Offenbar gibt es hier ein Zusammenspiel aus dem stark gewachsenen Widerstand in der lokalen Bevölkerung, einer endlich erfolgten Einsicht in politischen Kreisen, dass der Krankenhauskahlschlag so nicht weitergehen kann, und wohl auch der Hoffnung auf die versprochene „Brückenfinanzierung“ bis zum realen Start einer Krankenhausreform.

Dieser etwas optimistischen Interpretation stehen allerdings keine guten Erfahrungen gegenüber, wenn man betrachtet, was an den betroffenen Standorten nach der Schließung passiert ist.

## **Schließungen und Nachfolge-Einrichtungen**

### **Ersatz nach Schließung im Zeitraum 2020 bis November 2024**

Fast jede Schließung beendet eine rund um die Uhr, sieben Tage die Woche verfügbare Notaufnahme und führt zu Mehrbelastung umliegender Häuser, Rettungsdienste und Notärzt\*innen. Was geschieht mit der Versorgung nach einer Schließung?

Unser Gesichtspunkt bei dieser Zuordnung: Inwieweit trägt die Nachfolgeeinrichtung zu einer stationären Grundversorgung im betroffenen Gebiet bei? Der Betrachtungszeitraum beginnt zwölf Monate nach einer Schließung, etliche Maßnahmen kommen erst nach vielen Monaten in Gang.

## Folgemaßnahmen nach Schließungen

Gesichtspunkt: Beitrag zur stationären Grundversorgung –  
86 geschlossene Standorte (2020 bis November 2024)

Sämtliche Schließungen  
von Allgemeinkrankenhäusern  
von 2020 bis November 2024:

**86**

Kein stationärer Ersatz:

● **38 (44 %)**

Ersatz durch spezialisierte,  
ertragreichere Fächer  
(zum Beispiel Fachklinik):

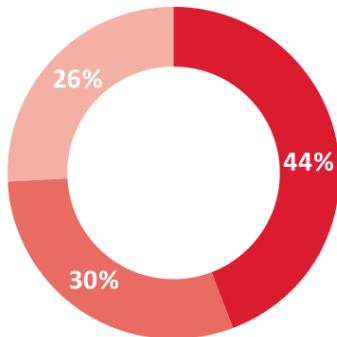
● **26 (30 %)**

Teilweiser Ersatz  
(zum Beispiel Gesundheitszentren):

● **22 (26 %)**

Notfallversorgung 24/7:  
**Nirgendwo gegeben**

**0**



## Ambulante und stationäre Ersatzmaßnahmen nach Krankenhausenschließungen

Stationärer Ersatz:

**86**

Kein stationärer Ersatz:

● **27 (31,4 %)**

Fiktive Verlagerung (ohne  
Erweiterungen an anderen Standorten):

● **5 (5,8 %)**

Alten- und Pflegeheime:

● **6 (7,0 %)**

Kleine Klinik Grundversorgungsfach  
(Kurzliegebetten):

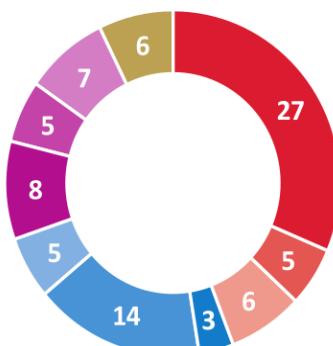
● **3 (3,5 %)**

Fachklinik:

● **14 (16,3 %)**

Tagesklinik (insbesondere Psychiatrie):

● **5 (5,8 %)**



Gesundheitszentrum (MVZ mit  
zum Teil Kurzpfege, ambulanter OP):

● **8 (9,3 %)**

MVZ Grundversorgungsfächer  
(zum Teil erweitert):

● **5 (5,8 %)**

MVZ spezialisiert (ertragreiche Fächer):

● **7 (8,1 %)**

Verlagerung (Erweiterungen  
an anderen Standorten):

● **6 (7,0 %)**

An 38 Standorten verblieb oder entstand kein Ersatz – es gab entweder gar keine Maßnahme oder nur eine „fiktive“ Verlagerung ohne Kapazitätserweiterung am anderen Standort, oder es entstanden (nur in den ersten Jahren) einige Alten- oder Pflegeheime.

An 26 Standorten entstanden Einrichtungen einer spezialisierten, gewinnträchtigen Medizin: Tageskliniken, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) mit spezialisiert-ertragreichen Fächern, und seit 2024 verstärkt Fachkliniken als gewinnträchtigere Form stationärer Medizin.

Nur an 22 Standorten gab es bruchstückhaft eine Verlagerung an ein dann teilweise erweitertes Haus. Soweit real Verlagerungen stattfanden, bringen diese der Bevölkerung eine oft unzumutbare Distanz zum nächsten stationären Grundversorger, und die bisherigen Krankenhausbeschäftigte sind zu Umzug, Pendeln oder Beschäftigungswechsel genötigt. Gelegentlich entstanden MVZ mit Fächern der Grundversorgung und manchmal ambulanten OP-Räumen, oder es wurden Gesundheitszentren gestartet, meist mit einem MVZ und erweitert durch Stationen mit Kurzpfegebetten und/oder ambulanten OP-Räumen und Gesundheitsdiensten. Außerdem wurden in drei Fällen ähnlich ausgestattete kleine Kliniken mit einer kleinen bettenführenden grundversorgenden Abteilung gegründet.

Die als Ersatz eingerichteten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sind ambulante Einrichtungen, in der Regel gebildet aus der lokalen Ärzteschaft. Die Mehrzahl der MVZ ist „unzureichend“ im Sinne einer Grundversorgung, die Einrichtungen bieten in der Regel gewinnträchtige medizinische Behandlungen. Nur eine kleinere Gruppe von MVZ setzt auf mehrere Fächer oder Teilstächer im Sinne einer medizinischen Grundversorgung. Mit Innerer und Allgemein-Medizin, Chirurgie sowie Geburtshilfe, Gynäkologie und Kinderheilkunde können sie lediglich eine ambulante Grundversorgung bieten.

Etliche MVZ dieser Art bilden den Kern von Gesundheitszentren. Nur wenn diese ein (in der Regel kleines) Angebot von (Kurzpfege-) Betten, ambulante OP-Säle sowie einen Stamm von Pflegepersonal haben, können sie als teilweiser Ersatz eines Krankenhauses gelten. Gesundheitszentren wurden vor allem in den Jahren 2020 bis 2023 häufiger in Angriff genommen; sie entwickelten sich nur mühsam und scheiterten teilweise wegen komplizierter Realisierung, unsicherer Finanzierung, häufigen Verlusten und (berechtigter) Skepsis des bisherigen Krankenhauspersonals.

In wenigen Fällen entstanden „kleine Kliniken“ mit zwei Grundversorgungsfächern, einer bescheidenen Bettenstation (20 bis 40 Betten), einer kleinen OP-Infrastruktur und einem festen Stamm von ärztlichen und pflegerischen Beschäftigten.

Das Hauptproblem all dieser Einrichtungen ist: Die Notfallversorgung bleibt defizitär. Mit dem Krankenhaus verschwindet die meist vorhandene 24/7-Notaufnahme. Als Ersatz wird immer wieder der kassenärztliche Bereitschaftsdienst beschworen. Aber er ist und bleibt gerade in kleinstädtisch-ländlichen Gebieten in den Abend- und Nachtstunden sowie am Wochenende lückenhaft. Etliche Gemeinden versprechen erweiterte Rettungsdienste; das klappt aber nicht immer, und der Zusatznutzen ist mäßig. Eine Krankenhausausschließung verlängert die Fahrzeiten erheblich.

**Fazit:** Nur in 22 Fällen wurde ernsthaft versucht, einen (teilweisen) Ersatz für den Verlust des geschlossenen Krankenhauses zu schaffen. Das Ersatzangebot kam mühsam zustande, mit erheblichen Schwierigkeiten bei Finanzierung, Betriebsführung, Personalrekrutierung. Insgesamt ein niederschmetterndes Ergebnis – aber in einem gewinnorientierten System plausibel: Ein unrentables Haus wurde geschlossen, im Anschluss sollen keine neuen Kosten entstehen, sondern allenfalls eine gewinnbringende Einrichtung. Dass nur in einem Sechstel aller Fälle versucht wurde, den Versorgungsschaden einer Krankenhausausschließung zu mindern, verdeutlicht die Folgen des Klinikkahlschlags.