

# **Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern Deutschland 2003 - 2013**

Dr. Uwe K. Preusker, Dr. Markus Müschenich, Sven Preusker

Mai 2014

Preusker Health Care OY

**Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes**

# Inhalt

<b>1. Zusammenfassung.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Einführung.....</b>	<b>9</b>
2.1. Aufgabenstellung und Zielsetzung.....	9
2.2. Aufbau des Gutachtens .....	9
2.3. Begriffsabgrenzung und Herangehensweise.....	11
<b>3. Marktaustritte von Krankenhäusern 2003 bis 2013 im Überblick .....</b>	<b>15</b>
3.1. Marktaustritte im Zeitverlauf.....	18
3.2. Marktaustritte nach Bundesland und Regionstyp .....	19
3.3. Marktaustritte nach Trägerschaft, Größe, Spezialisierung und ökonomischen Kennwerten .....	29
<b>4. Fallstudien zu ausgewählten Marktaustritten.....</b>	<b>38</b>
4.1. Auswahl und Hintergrund der dargestellten Fallstudien.....	38
4.2. Belegungs- und wirtschaftliche Probleme führen zum Marktaustritt: Fallstudie St. Josef Hospital Monheim .....	39
4.3. Marktaustritt nach Übernahme durch privaten Träger: Fallstudie Asklepios Klinik Nabburg.....	43
4.4. Insolvenz vor dem Marktaustritt: Fallstudie Frauenklinik Rheinfelden .....	46
4.5. Marktaustritt aufgrund von Vorgaben der Krankenhausplanung: Fallstudie Krankenhaus St. Elisabeth (Bad Hersfeld) .....	47
4.6. Hohes Minus trotz guter Auslastung: Fallstudie Hospital zum Heiligen Geist Horb..	50
4.7. Marktaustritt von Kleinst-Krankenhäusern: Fallstudie Kreiskrankenhaus Hemau .....	51
4.8. Fast-Marktaustritt: Fallstudie Krankenhaus Einbeck.....	53
<b>5. Kosten eines Marktaustritts und Schließungsförderung der Länder .....</b>	<b>56</b>
5.1. Kosten eines Marktaustritts – Ergebnisse der Recherche .....	57
5.2. Schließungsförderung in den Landeskrankengesetzen und Beispiele für tatsächliche Schließungsförderung durch Bundesländer .....	59
5.2.1. Beispiel Bayern: Ausgleichsanspruch bei Krankenhausschließung .....	60
5.2.2. Pauschale Schließungsförderung in Berlin, NRW und Hessen .....	62
5.2.3. Konkrete Beispiele für die Höhe von Schließungsförderung .....	64
5.3. Zwischenfazit: Schließungsförderungen decken tatsächliche Schließungskosten nicht .....	66
<b>6. Qualitative Analyse: Stakeholder, Einflussfaktoren, Typen von Marktaustritten.....</b>	<b>68</b>
6.1. Stakeholder-Analyse im Hinblick auf den Marktaustritt von Krankenhäusern.....	68
6.2. Unterstützende Faktoren und Hindernisse für Marktaustritte.....	72
6.2.1. Marktaustritt als mehrstufiger Prozess.....	72

6.2.2.	Krankenhausschließung als letzte Alternative .....	75
6.2.3.	Marktaustrittsschranken und Krankenhausmarkt.....	78
6.3.	Typologien von Marktaustritten.....	79
<b>7.</b>	<b>Fazit.....</b>	<b>83</b>
<b>8.</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>85</b>
8.1.	Überblick: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 .....	85
8.1.1.	Kurzbeschreibung aller identifizierten Marktaustritte .....	86
8.1.2.	Ausgewählte Teil-Marktaustritte bzw. gescheiterte Marktaustritte.....	234
8.1.3.	Ergänzende Tabellen und Schaubilder.....	254
8.2.	Dokumentation der Regelungen der Landeskrankenhausgesetze zur Schließungsförderung und zur Rückzahlung von Fördermitteln bei Krankenhausschließung .....	258
8.3.	Dokumentation der einschlägigen Bestimmungen des KHG und ausgewählter Landeskrankenhausgesetze im Hinblick auf einen Trägerwechsel.....	274
<b>9.</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>287</b>

# Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tabelle 1: Statistische Ausgangssituation KH-Betten 31.12.2002-31.12.2012	16
Tabelle 2: Gegenüberstellung Entwicklung der Krankenhaus- und Bettenzahl insgesamt, der Marktaustritte von Krankenhäusern sowie der dadurch ausgehiebenen Bettenanzahl 31.12.2002-31.12.2012 pro Bundesland und insgesamt	17
Tabelle 3: Entwicklung der Krankenhaus-Anzahl und der KH-Betten 1992 bis 2002 und 2002 bis 2012	18
Tabelle 4: Marktaustritte von Krankenhäusern zwischen Anfang 2003 und Herbst 2013	19
Tabelle 5: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 nach Bundesländern	22
Tabelle 6: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 nach siedlungsstrukturellen Kreistypen	23
Tabelle 7: Marktaustritte 2003-2013 nach Bundesland und Kreistypen	24
Tabelle 8: Marktaustritt-Krankenhäuser und Betten nach Trägerschaft	30
Tabelle 9: Marktaustritte 2003-2013 nach Bundesland und Trägerschaft	30
Tabelle 10: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 nach Trägerart und Bettengrößenklassen	32
Tabelle 11: Erlösbudget-Volumen, abgerechneter Casemix und Fallzahlen der Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013	33
Tabelle 12: Bettenabbau nach Fachrichtungen durch Marktaustritte 2003-2013	34
Tabelle 13: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 nach Krankenhausart	35
Tabelle 14: Marktaustritte 2003-2013 nach Bundesland und KH-Art	36
Tabelle 15: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 nach Nachnutzung für gesundheitliche Versorgungsangebote	37
Tabelle 16: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 nach Ursachen-Typen des Marktaustritts (gemäß Typologie I)	81
Tabelle 17: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 nach Trägern und Ursachen-Typen des Marktaustritts	82
Tabelle 18: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 nach Kategorisierung des Marktaustritts-Prozesses (ein- oder mehrstufig / Typologie II)	82
Tabelle 19: Kreise und kreisfreie Städte mit Marktaustritten von Krankenhäusern 2003-2013	254
Tabelle 20: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 nach Bundesland, Krankenhausträger-Art und Krankenhausart	269
Schaubild 1: Marktaustritte von Krankenhäusern nach siedlungsstrukturellen Kreistypen	23
Schaubild 2: Bettendichte in Kreisen mit Marktaustritt jeweils vor und nach dem Marktaustritt für alle 74 identifizierten Marktaustritte	26
Karte 1: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 in Kreisen und kreisfreien Städten mit Darstellung der Bevölkerungsdichte und von Mehrfach-Marktaustritten	28

# 1. Zusammenfassung

Ziel dieses vom GKV-Spitzenverband im Herbst 2013 in Auftrag gegebenen Gutachtens zum Thema „Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern in Deutschland 2003 – 2013“ ist es, einen Überblick darüber zu geben, wo und in welchem Umfang vollständige Marktaustritte von Krankenhäusern seit der DRG-Einführung Anfang des Jahres 2003 bis Herbst 2013 stattgefunden und welche Einflussfaktoren dabei eine wesentliche Rolle gespielt haben.

## **Herangehensweise und Methodik**

Als Marktaustritt wurden für dieses Gutachten solche Fälle gewertet, bei denen ein Krankenhaus oder ein Krankenhaus-Standort vollständig geschlossen und aus dem Markt ausgeschieden ist. Die Schließung eines Krankenhaus-Standortes wurde dabei als kleinste Einheit betrachtet.

Als empirische Basis für die Erstellung des Gutachtens wurde zunächst ein Überblick über die vollständigen Marktaustritte von Krankenhäusern seit der DRG-Einführung im Jahr 2003 geschaffen. Dazu wurden in einem ersten Schritt alle im Zeitablauf in den Krankenhausverzeichnissen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder nicht mehr aufgeführten Krankenhäuser bzw. Krankenhausstandorte daraufhin untersucht, ob es sich um vollständige Marktaustritte, Fusionen oder Standortverlagerungen handelte. Ergänzt wurde das vorgenannte Vorgehen durch eine Auswertung der Verzeichnisse der Basisfallwerte aller DRG-Krankenhäuser von 2003 bis 2013 von AOK-Bundesverband bzw. GKV-Spitzenverband. Als dritter Ansatz zur Identifizierung von Marktaustritten wurden die Veröffentlichungen der einschlägigen Fachpresse im fraglichen Zeitraum recherchiert. Für alle identifizierten Marktaustritte wurden dann – soweit vorhanden – die Qualitätsberichte nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V ermittelt und in die Auswertung mit einbezogen. Ergänzend wurden im Rahmen der Recherchen zu unterschiedlichen Aspekten detaillierte Experteninterviews insbesondere mit Vertretern von Krankenhausträgern geführt.

## **Überblick: Marktaustritte 2003 - 2013**

Die Studie zeigt, dass es zu deutlich weniger Marktaustritten gekommen ist als bisher angenommen. So weist zwar die offizielle Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes für den Zeitraum 2003 bis 2012 einen Rückgang um insgesamt 204 auf 2.017 Krankenhäuser (Stand 31.12.2012) aus. Nach den Ergebnissen der Recherche zu diesem Gutachten sind von diesen insgesamt 204 nicht mehr in der Statistik geführten Krankenhäusern nur 74 oder gut 36 % auf vollständige Marktaustritte zurückzuführen. Bezogen auf die Entwicklung der Bettenzahl ergibt sich gemäß der Krankenhausstatistik ein Rückgang um knapp 46.000 Betten. Auf vollständige Marktaustritte sind davon jedoch nach den Analysen dieses Gutachtens nur gut 5.200 Betten zurückzuführen. Der größte Teil des Bettenrückganges zwischen 2003 und Ende 2012 ist auf die Schließung von Abteilungen oder die Reduzierung von Bettenzahlen in weiterhin existierenden Krankenhäusern oder auf Bettenverlegungen im Zuge von Restrukturierungen zurückzuführen. Vollständige Marktaustritte spielen demnach beim Abbau von Krankenhäusern bzw. Krankenhausbetten gegenüber Teilschließungen und dem Abbau von Kapazitäten in weiterhin existierenden Krankenhäusern oder auch im Zuge von Zusammenschlüssen von Krankenhäusern im betrachteten Untersuchungszeitraum eher eine geringe Rolle. Es überrascht daher wenig, dass die identifizierten Marktaustritte im untersuchten Zeitraum keinen negativen Einfluss auf die wohnortnahe Versorgung hatten. Untersucht man die identifizierten Marktaustritte näher, zeigen sich trotz der geringen Zahl einige auffällige Muster.

Der zeitliche Schwerpunkt der Marktaustritte lag in den Jahren 2003, 2004 und 2012. Bezogen auf die durch die Marktaustritte weggefallene Bettenzahl liegt das Jahr 2004 mit insgesamt knapp 1.200 Betten an der Spitze, gefolgt von 2012 (knapp 800 Betten). Es lässt sich kein Trend hinsichtlich der Häufigkeit von Marktaustritten im zeitlichen Verlauf erkennen.

In dem gesamten in die Untersuchung einbezogenen Zeitraum wurden vor allem kleinere Krankenhäuser geschlossen. Krankenhäuser, die vollständig geschlossen wurden, verfügten im Durchschnitt jeweils über gut 70 Betten. Der reguläre Korridor der Bettenzahl der Marktaustritts-Krankenhäuser reichte von 10 Betten bis zu 200 Betten. Nur in einem Fall wurde ein größeres Krankenhaus (mit 496 Betten) in ein Rehaszentrum umgewandelt. Auch die vorliegenden Daten zur Fallzahl oder dem Erlösvolumen zum Zeitpunkt der Schließung belegen, dass insbesondere kleine Krankenhäuser geschlossen wurden.

Die Auswertung der Krankenhaus-Marktaustritte nach siedlungsstrukturellen Kreistypen (Systematik nach Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) ) zeigt, dass gut 70% aller Marktaustritte in städtischen Kreisen und kreisfreien Großstädten sowie ländlichen Kreise mit Verdichtungsansätzen stattgefunden haben. Das widerlegt die häufig in der Öffentlichkeit vertretene These, dass bei Krankenhausschließungen vor allem die Versorgung in dünn besiedelten ländlichen Regionen betroffen ist. Zumindest für vollständige Marktaustritte kann diese These nicht bestätigt werden – im Gegenteil: nur rund ein Viertel aller Marktaustritte betraf dünn besiedelte ländliche Kreise.

Betrachtet man die Trägerschaft, zeigen die Analysen, dass rund ein Drittel aller identifizierten Krankenhaus-Marktaustritte durch öffentliche Träger vollzogen wurden. Die aus dem Markt ausgetretenen Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft verfügten über insgesamt 1.488 Betten oder knapp 30 % der insgesamt durch Marktaustritt abgebauten Betten. In der Regel handelte es sich um kleine und kleinste Krankenhäuser. In freigemeinnütziger Trägerschaft befanden sich 27 % der aus dem Markt ausgeschiedenen Krankenhäuser mit gut 30 % der ausgeschiedenen Bettenkapazität und der höchsten durchschnittlichen Bettenzahl (81,5 Betten pro Marktaustritt) aller drei Trägergruppen. In privater Trägerschaft befanden sich knapp 40 % der Marktaustritts-Krankenhäuser mit gut 40 % der Bettenkapazität; die durchschnittliche Bettenzahl lag hier bei 75,8 Betten pro Marktaustritt.

Wertet man die vollständigen Marktaustritte der Jahre 2003-2013 nach Fachrichtungen aus, zeigt sich, dass der Bettenabbau vor allem in der Inneren Medizin (knapp 47 %) und der Chirurgie (knapp 24 %) stattgefunden hat.

Fast 45 % der geschlossenen Häuser waren Allgemeinkrankenhäuser. Diese Kliniken machten zusammen gut die Hälfte der Betten aus. 13,5 % aller Marktaustritte wurden durch Belegkrankenhäuser vollzogen. Diese stehen für knapp 7 % der geschlossenen Betten. Als dritte Gruppe wurden reine Fachkrankenhäuser identifiziert, die knapp 42 % der Marktaustritte repräsentieren und über rund 41 % der aus dem Markt ausgeschiedenen Betten verfügten.

### **Wesentliche Faktoren, Akteure und Strategien**

Im zweiten Teil des Gutachtens wurde untersucht, welche Faktoren und Stakeholder bei den identifizierten Marktaustritten eine wesentliche Rolle gespielt haben.

Die wichtigsten Stakeholder von Marktaustritten sind die Krankenhausträger sowie das Klinik-Management und die Aufsichtsgremien, die Politik, meist vertreten durch Bürgermeister oder Landräte sowie die Bevölkerung und die örtlichen bzw. regionalen Presseorgane, das Personal und seine Vertretung. Die Landesplanungsbehörden sowie die Kostenträger gehören ebenso zum Kreis der Stakeholder, spielten aber im Untersuchungszeitraum eher eine untergeordnete Rolle.

Die Analysen zeigen zudem, dass in der Regel ein Marktaustritt in mehreren Stufen abläuft. Da die Schließung eines Krankenhauses nach wie vor von den Verantwortlichen vermieden wird, kommt es vor der eigentlichen Schließung eines Hauses typischerweise zu strategischen Handlungen, die eine Schließung vorbereiten sollen. Insgesamt lassen sich vier typische Strategien unterscheiden, die häufig dem Marktaustritt vorangestellt werden:

1. Delegation von Entscheidungskompetenz weg von der Ortsebene, d.h. vom Einzelträger zum Verbund oder zur Krankenhaus-Gruppe und damit auf eine überregionale Ebene,
2. Restrukturierung unter Einsatz von zum Teil hohen Finanzmitteln, um die drohende Schließung abzuwenden – und dies vielfach trotz öffentlich bekannter erheblicher Zweifel am Erfolg solcher Umstrukturierungs-Maßnahmen,
3. Versuch des Veräußerung des Krankenhauses oder des Standorts, oftmals trotz geringer Erfolgswahrscheinlichkeit, um den gescheiterten Verkauf dann als Begründung für eine KH-Schließung anzuführen,
4. Verhandlung mit den zuständigen Landesbehörden über eine finanzielle Förderung einer Umwidmung zur Nachnutzung.

### Ursachen und Rahmenbedingungen

Wendet man sich den eigentlichen Marktaustritten zu, zeigt die Analyse, dass sich die Ursachen und Rahmenbedingungen von Marktaustritten nach sieben Gruppen klassifizieren lassen. Im Rahmen des Gutachtens wurde jede Fallgruppe exemplarisch anhand einer Fallstudie dargestellt.

1. Die erste Fallstudie stellt den Marktaustritt eines Krankenhauses dar, das aufgrund von **langfristigen Belegungsproblemen** in immer größere wirtschaftliche Schwierigkeiten gerät, die letztlich zur Schließung führen. Diese Fallgruppe steht für den häufigsten Marktaustrittsgrund. Oftmals geht dem eigentlichen Marktaustritt der Versuch durch Spezialisierung doch noch zu einer wirtschaftlich tragbaren Situation zu kommen voraus.
2. Auch die zweite Fallstudie stellt den Fall einer Schließung dar, die ursächlich in einer schlechten Auslastung begründet liegt. Allerdings erfolgt die **Schließung nach Privatisierung** durch einen großen Klinikbetreiber.
3. Eine spezielle Fallkonstellation wird anhand der dritten Fallstudie dargestellt – nämlich der Marktaustritt auf dem Wege einer **Insolvenz**. Ursächlich ist in der Regel auch in diesem Fall eine schlechte Auslastung, das Insolvenzverfahren führt jedoch zu einer eigenen Schließungssystematik.
4. Eine Besonderheit stellt dagegen der Ablauf eines Marktaustritts dar bei dem ein Krankenhaus trotz radikaler Kapazitätsreduktion und damit einhergehender anschließender verbesserter Auslastung schließlich aufgrund **hoher Fixkosten** doch vollständig geschlossen wird.
5. Eine weitere Fallstudie befasst sich mit den Marktaustritten aufgrund von **Vorgaben der Landeskrankenhausplanung**.
6. Anschließend wird die Schließung von **Kleinst-Krankenhäusern**, die in der Regel Belegkrankenhäuser sind, an einem Beispiel dargestellt.
7. Schließlich wurde eine Fallstudie aufgenommen, die exemplarisch darstellt, wie die **Schließung eines Krankenhauses** trotz eines konkreten Schließungsplans **verhindert** wurde.

Im Zuge der Arbeiten am Gutachten wurde deutlich, dass die Kosten des Marktaustritts einen wesentlichen Einflussfaktor bzw. eine wesentliche Marktaustrittshürde darstellen. Die im Zuge der Recherchen ermittelten Größenordnungen für die tatsächlichen Schließungskosten eines Krankenhauses variieren aufgrund der sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen für den jeweiligen Marktaustritt erheblich. Sie wurden in Gesprächen von den befragten Krankenhausmanagern auf mindestens 0,8 bis – für den Fall von Ausgleichszahlungen an Zusatzversorgungskassen - maximal 2,5 Jahresbudgets des jeweils betroffenen Krankenhauses beziffert. Dabei liegt die durchschnittliche Höhe der Schließungskosten in der Spanne zwischen einem und anderthalb Jahresbudgets.

In diesem Zusammenhang sind die zum Teil sehr unterschiedlichen landesrechtlichen Voraussetzungen für Krankenhausschließungen und die für diesen Fall gegebenenfalls zu gewährenden Schließungsförderungen und auch die Regelungen zur möglichen Rückforderung von in der Vergangenheit geflossenen Investitionskostenförderung durch die Länder bzw. den Verzicht auf eine solche Rückforderung relevant.

Auf der Grundlage der Vorgaben des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beinhalten alle Landeskrankenhausgesetze Regelungen zum Fördertatbestand „Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern“. Dabei variieren allerdings die Vorschriften zur Schließungsförderung und ihrer Höhe von Land zu Land erheblich. Drei landesrechtliche Regelungen (Berlin, NRW, Hessen) enthalten konkrete Angaben über die Höhe der Schließungsförderung, die zwischen 6.000 und 16.500 Euro pro Bett eines vollständig geschlossenen Krankenhauses reichen. NRW setzt dagegen mit seiner pauschalen Förderung am genehmigten Budget des der Schließung vorausgegangenen Jahres an und bemisst die pauschale Schließungsförderung auf 1 % dieses Budgets.

### **Fazit und Handlungsempfehlungen**

Insgesamt scheinen gesetzliche vorgesehene Förderungen die tatsächlichen Schließungskosten eines Krankenhauses nicht zu decken. Problematisch ist zudem die hohe Prozessunsicherheit und Intransparenz, die letztlich dazu führt, dass eine mögliche Schließungsförderung ein kaum planbares Verhandlungsergebnis darstellt, das durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflussbar ist.

Das spiegelt sich auch in der Zahl der tatsächlich im Kontext der identifizierten Marktaustritte gewährten Schließungsförderungen. Denn nur für fünf Marktaustritte konnte eine Schließungsförderung durch die Länder recherchiert werden. Die Förderung selbst bewegte sich zwischen 400.000 und 3 Millionen Euro.

Gegebenenfalls ist die überschaubare Schließungsförderung mit ein Grund dafür, dass nur in etwa der Hälfte der Marktaustritte Hinweise auf eine Nachnutzung für gesundheitliche Versorgungsangebote gefunden wurden. In rund einem Fünftel der Fälle findet eine Nachnutzung durch ein ambulantes Versorgungsangebot statt, so zum Beispiel durch niedergelassene Ärzte, oder durch Notfallstationen, Einrichtungen für ambulantes Operieren. Eine Nachnutzung als Rehabilitationseinrichtung konnte für insgesamt zehn Prozent der Marktaustritte festgestellt werden; ebenso häufig ist eine spätere Nutzung als Pflegeeinrichtung.

In der Gesamtbetrachtung zeigt das Gutachten, dass strukturelle Faktoren eine substantielle Marktberreinigung verhindert. Zu einem Abbau von Marktaustrittsbarrieren können a) eine begründete Unterscheidung zwischen bedarfsnotwendigen und nicht-bedarfsnotwendigen Krankenhäusern, b) eine substantielle Schließungsförderung, die sich an den tatsächlichen Kosten einer Krankenhausschließung orientiert sowie c) eine Klärung und Standardisierung des Ablaufs bzw. der Prozesse einer Schließung beitragen.



## **2. Einführung**

### **2.1. Aufgabenstellung und Zielsetzung**

Ziel des vom GKV-Spitzenverband im Herbst 2013 in Auftrag gegebenen Gutachtens zum Thema „Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern Deutschland 2003 – 2013“ ist es, einen Überblick darüber zu geben, wo und in welchem Umfang vollständige Marktaustritte von Krankenhäusern seit der DRG-Einführung Anfang des Jahres 2003 bis Herbst 2013 stattgefunden und welche Einflussfaktoren dabei eine wesentliche Rolle gespielt haben. Sofern möglich und notwendig, sollten zusätzlich zu den identifizierten vollständigen Marktaustritten beispielhaft auch gescheiterte oder unvollständige Marktaustritte in die Analyse mit einbezogen werden.

Dazu sollte durch Auswertung geeigneter Quellen und Statistiken zunächst ein deskriptiver Überblick über die vollständigen Marktaustritte von Krankenhäusern bzw. Krankenhaus-Standorten seit der DRG-Einführung zu Beginn des Jahres 2003 bis zum Herbst 2013 erstellt werden. Die Ergebnisse sollten dann auf Grundlage dieser Auswertungen zusammenfassend dargestellt und interpretiert werden.

In einem weiteren Teil des Gutachtens sollten dann die identifizierten Marktaustritte anhand einer qualitativen Untersuchung analytisch eingeordnet werden. Wesentliches Ziel dabei war, die wichtigsten Einflussfaktoren im Kontext des Marktaustritts zu identifizieren und unterstützende Faktoren und Marktaustrittshindernisse zu unterscheiden. Es sollten zudem die Faktoren bzw. Mechanismen benannt werden, die schlussendlich ausschlaggebend für den Marktaustritt des jeweiligen Krankenhauses waren, sowie eine Abschätzung über die Auswirkungen auf die Versorgung vorgenommen werden.

Aufbauend auf der systematischen Einordnung der identifizierten vollständigen Marktaustritte sollten außerdem unterschiedliche „Typen“ von Marktaustritten abgeleitet und exemplarisch anhand von Fallstudien illustriert werden.

Schließlich sollten die wesentlichen Schlussfolgerungen der Analyse zusammengefasst und dabei insbesondere die wichtigsten unterstützenden Faktoren und Marktaustrittshindernisse dargestellt und bewertet werden.

Zur Dokumentation der Recherche-Ergebnisse und damit der empirischen Grundlage des Gutachtens sollte im Anhang die Geschichte jedes vollständigen Marktaustritts kurz skizziert und die Ergebnisse in tabellarischer Form aufbereitet und in verbalisierter Form zusammenfassend dargestellt werden.

### **2.2. Aufbau des Gutachtens**

Einleitend zum Kapitel 3. „Marktaustritte von Krankenhäusern 2003 bis 2013 im Überblick“ wird den im Zuge der Recherche zu diesem Gutachten ermittelten Ergebnissen zu den vollständigen Marktaustritten in den Jahren 2003 bis Herbst 2013 die Entwicklung des Krankenhausbereiches gemäß der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes im gleichen Zeitraum gegenübergestellt. Anschließend wird auf Basis der empirischen Befunde zu diesem Gutachten ein zusammenfassender Überblick über die identifizierten vollständigen Marktaustritte gegeben. Dabei werden die Marktaustritte sowohl nach dem Zeitverlauf, nach ihrer regionalen Zuordnung zu Bundesländern als auch zu den Regionstypen gemäß der Typologie des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) dargestellt. Außerdem werden die identifizierten vollständigen Marktaustritte bezogen auf die Trägerschaft, die Größe, die Spezialisierung und weitere Kriterien dargestellt.

Daran schließt sich ein Kapitel mit kurzen Fallstudien ausgesuchter Marktaustritte an (4. Fallstudien zu ausgewählten Marktaustritten). Die Fallstudien stehen dabei jeweils für typische Marktaustritte bzw. die für den jeweiligen Marktaustritt ausschlaggebenden Gründe, so etwa für den häufigsten Marktaustrittsgrund, den Belegungsrückgang mit daraus entstehenden wirtschaftlichen Problemen. Recht häufig haben diese wirtschaftlichen Probleme vor dem letztlichen Marktaustritt auch zur Insolvenz geführt; auch dieser Fall wird in einer Fallstudie dargestellt. Weitere Fallstudien stellen typische Fälle für einen Marktaustritt nach Übernahme durch einen privaten Krankenhausträger, für Marktaustritte aufgrund von Vorgaben der Landeskrankenhausplanung oder für die – gar nicht so seltenen – Fälle des Marktaustritts von Kleinst-Krankenhäusern dar. Ergänzend wird auch ein Fall dargestellt, in dem es trotz relativ guter Belegung zu wirtschaftlichen Problemen und schließlich zum Marktaustritt kam. Schließlich wurde eine Fallstudie aufgenommen, in der das Beispiel eines Krankenhauses dargestellt wird, das zunächst in eine Insolvenz gegangen war, schließlich aber durch Aktivitäten von Teilen der Mitarbeiter und von Bürgern weitergeführt werden konnte.

Im Zuge der Arbeiten am Gutachten wurde deutlich, dass die Kosten des Marktaustritts einen wesentlichen Einflussfaktor bzw. eine wesentliche Marktaustrittshürde darstellen. Dieser Aspekt wurde deshalb in einem eigenen Kapitel speziell vertieft (5. Kosten eines Marktaustritts und Schließungsförderung der Länder). In diesen Zusammenhang gehören auch die zum Teil sehr unterschiedlichen landesrechtlichen Voraussetzungen für Krankenhausschließungen und die für diesen Fall gegebenenfalls zu gewährenden Schließungsförderungen, aber auch die Regelungen zur möglichen Rückforderung von in der Vergangenheit geflossenen Investitionskostenförderung durch die Länder bzw. den Verzicht auf eine solche Rückforderung. Dargestellt werden in diesem Zusammenhang auch Recherche-Ergebnisse zu konkreten Schließungsförderungen, die von Ländern gezahlt worden sind.

Ziel der dann folgenden qualitativen Analyse (6. Qualitative Analyse: Stakeholder, Einflussfaktoren, Typen von Marktaustritten) ist es vor allem, auf der Grundlage der empirischen Ergebnisse zu den recherchierten Marktaustritten zunächst die zentralen Stakeholder im Zusammenhang mit Marktaustritten von Krankenhäusern zu identifizieren und danach – zusätzlich zu den bereits erwähnten Kosten des Marktaustritts - die weiteren wesentlichen unterstützenden Faktoren für Marktaustritte sowie Marktaustrittshindernisse zu identifizieren und auch typische Abläufe von Marktaustritten darzustellen. Auf dieser Basis wurde anschließend eine Typologie der Marktaustritte erstellt, mit deren Hilfe unterschiedliche Marktaustritte charakterisiert werden können.

Unter 7. Fazit werden schließlich die wesentlichen Ergebnisse und Schlussfolgerungen des Gutachtens zusammenfassend dargestellt.

Abschließend (8. Anhang) wird jeder der 74 identifizierten vollständigen Marktaustritte kurz strukturiert dargestellt und mit Zitaten aus Originalquellen ergänzt. Beispielhaft werden außerdem zehn Fast-Marktaustritte bzw. Teil-Marktaustritte von Krankenhäusern bzw. Standorten in der gleichen Struktur dargestellt. Abschließend werden die Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der einschlägigen Landesgesetze zur Schließungsförderung, zur Rückzahlung von Fördermitteln bei Krankenhausschließung sowie zu den Auswirkungen eines Trägerwechsels für ein Plankrankenhaus dokumentiert.

## 2.3. Begriffsabgrenzung und Herangehensweise

Als Marktaustritt wurden für dieses Gutachten solche Fälle gewertet, bei denen ein Krankenhaus oder ein Krankenhaus-Standort vollständig geschlossen und damit die durch das Krankenhaus oder den Standort repräsentierte Kapazität aus dem Markt ausgeschieden ist. Das entspricht der allgemein üblichen Definition im Rahmen der ökonomischen bzw. Wettbewerbstheorie, nach der beim Marktaustritt „die Marktteilnahme aufgegeben (wird), weil z. B. der Markt gesättigt ist (Marktsättigung) oder eine Unternehmung keine erfolgreiche Position am Markt aufbauen bzw. seine Position nicht halten kann“<sup>1</sup>.

Dabei war eine Vorgabe für das Gutachten zu berücksichtigen, nach der die Schließung eines Krankenhaus-Standortes als kleinste Einheit betrachtet werden sollte, also die Schließung einer Fachabteilung nicht als Marktaustritt gewertet wurde. Dementsprechend wurden im Rahmen der Recherchen nur solche Marktaustritte einbezogen, bei denen ein Standort oder ein Krankenhaus aus der Versorgung ausgeschieden ist.

Außerdem galt als weitere Vorgabe, dass vorrangig vollständige Marktaustritte in die Analyse einbezogen werden sollten. Im Zuge der Recherchen stellte sich sehr schnell heraus, dass insbesondere diese Abgrenzung zwischen vollständigen Marktaustritten und Teil-Marktaustritten zum Teil sehr schwierig festzustellen war. Denn in der Wahrnehmung der Öffentlichkeit gilt jede Schließung eines Krankenhauses als „echte“ Schließung, auch wenn Teile der Kapazität bzw. des Budgets an einen anderen Standort oder ein anderes Krankenhaus verlagert wurden. Ein nennenswerter Teil der Recherchearbeit war damit zwangsläufig darauf gerichtet, herauszufinden, ob sich hinter der öffentlich verwendeten Terminologie „Krankenhausschließung“ tatsächlich ein vollständiger Marktaustritt eines Krankenhauses oder Standortes oder die Schließung eines Krankenhauses oder Standortes unter Verlagerung eines – nennenswerten – Teils der Kapazitäten an andere Krankenhäuser oder Standorte verbirgt. In die Liste der insgesamt identifizierten 74 Marktaustritte wurden gemäß dem Auftrag zum Gutachten nur solche Marktaustritte aufgenommen, die als vollständige Marktaustritte bezeichnet werden können, bei denen also nicht in nennenswertem Umfang Kapazitäten bzw. Budgets im Zuge der Schließung an andere Standorte/Krankenhäuser verlagert worden sind.

Darüber hinaus wurde deutlich, dass das öffentlich zugängliche Material zum Themenbereich Schließungen von Krankenhäusern in sehr unterschiedlichem Umfang und in unterschiedlicher Tiefe und Qualität vorliegt: Manche Marktaustritte sind sowohl vom Krankenhausträger als auch in der örtlichen und zum Teil regionalen Presse sehr gut dokumentiert, zu anderen, häufig sehr kleinen oder von privaten Krankenhausträgern geschlossenen Krankenhäusern existieren keinerlei oder kaum öffentlich zugängliche Materialien – hier war investigative Arbeit erforderlich, um überhaupt abschließend feststellen zu können, ob es sich um einen Marktaustritt handelt. Insofern fällt die als Teil des Gutachtens zu erstellende Dokumentation der insgesamt 74 identifizierten vollständigen Marktaustritte im Zeitraum von Anfang 2003 bis Herbst 2013 in ihrem Detaillierungsgrad zum Teil recht unterschiedlich aus.

Im Zuge der Recherchen wurde ebenfalls deutlich, dass es – wie oben bereits kurz erwähnt - im Rahmen des Gutachtens sinnvoll war, sowohl die im Zusammenhang mit der Schließung von Krankenhäusern entstehenden Kosten als auch die Regelungen zur Schließungsförderung, die es in den Krankenhausgesetzen der Länder gibt, auf ihre Struktur und Nutzung hin zu analysieren. Marktaustrittskosten werden in der ökonomischen Literatur allgemein den Marktschranken und hier konkreter den Marktaustrittsschranken (auch Marktaustrittsbarrieren oder Marktaustrittshindernisse; engl. barriers to exit) zugerechnet<sup>2</sup>. So heißt es etwa in einer Definition der „barriers to exit“: „Obstacles

---

<sup>1</sup> <http://www.wirtschaftslexikon24.com/e/marktaustritt/marktaustritt.htm>

<sup>2</sup> <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/6282/potenzieller-wettbewerb-v10.html>

or impediments that prevent a company from exiting a market. Typical barriers to exit include highly specialized assets, which may be difficult to sell or relocate, huge exit costs, such as asset write-offs and closure costs, and inter-related businesses, making it infeasible to sell a part of it. Another common barrier to exit is loss of customer goodwill.<sup>3</sup>

Zur Konkretisierung der Bedeutung der Schließungsförderung der Länder wurden für das Gutachten auch konkrete Beispiele für von den Ländern gezahlte Schließungsförderungen für das Ausscheiden aus dem jeweiligen Landeskrankenhausplan zusammengestellt und dokumentiert. Die entsprechenden Passagen der einschlägigen Bundes- und Landesgesetze, die den rechtlichen Hintergrund darstellen, sind im Anhang zum Gutachten dokumentiert.

Basierend auf den Recherche-Ergebnissen zu Marktaustritten und den systematisierten Einzelbeschreibungen dieser Marktaustritte wurde dann der Versuch unternommen, eine Typologie bzw. Typologien für Marktaustritte von Krankenhäusern zu entwickeln. Als leitende Typologie wurde eine solche entwickelt, die sich vor allem an den jeweiligen zentralen Gründen für den Marktaustritt orientiert (Typologie I). Dieses Vorgehen wurde gewählt, weil damit die identifizierten Unterschiede zwischen den verschiedenen Marktaustritten relativ deutlich gemacht werden können. Allerdings wurde letztlich entschieden, in die Auswertung auch noch eine Unterscheidung nach einem ein- bzw. mehrstufigen Marktaustritt vorzunehmen (Typologie II). Denn bei einer Betrachtung der Marktaustritte im Zeitablauf wurde deutlich, dass häufig ein mehrstufiger Marktaustritt zu beobachten war, also solche Fälle, in denen dem Marktaustritt einige Jahre vorher ein oder zwei, in einzelnen Fällen sogar noch mehr Trägerwechsel vorangingen.

Weiterhin wurde eine Kategorisierung gemäß der räumlichen Dimension (siedlungsstrukturelle Kreistypen gemäß den Raumordnungskriterien) des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) vorgenommen und damit die Zuordnung zu den vier Kreistypen „dünn besiedelter Kreis“, „ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen“, „städtischer Kreis“ sowie „kreisfreie Großstadt“ grundsätzlich mit in die Einzelbeschreibungen der Marktaustritte sowie die Übersichts-Darstellung und die qualitative Analyse aufgenommen.

Die Auswahl der Fallstudien erfolgte vor allem orientiert an der entwickelten Typologie I der Marktaustritte. So konnte für die wichtigsten Typen von Marktaustritten (Belegungsprobleme und nachfolgende wirtschaftliche Probleme; Insolvenz; Vorgaben der Landeskrankenhausplanung) sowie für besondere Typen von Marktaustritten (Marktaustritt nach Übernahme durch einen privaten Krankenträger; Marktaustritt von Kleinst-Krankenhäusern) jeweils ein Marktaustritt beispielhaft ausführlicher beschrieben werden. Schließlich wurde noch eine Fallstudie für einen Fast-Marktaustritt aufgenommen.

Als empirische Basis für die Erstellung des Gutachtens musste zunächst ein deskriptiver Überblick über die vollständigen Marktaustritte von Krankenhäusern seit der DRG-Einführung im Jahr 2003 geschaffen werden. Im Zuge der dafür erforderlichen Recherchen wurden die einschlägigen Statistiken (Grunddaten der Krankenhäuser beim Statistischen Bundesamt), das vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte „Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Krankenhausverzeichnis)“ für die Jahre ab 2003, die Regionaldatenbank der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, die Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung in Deutschland des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), die Verzeichnisse der Basisfallwerte aller DRG-Krankenhäuser von 2003 bis 2013 von AOK-Bundesverband bzw. GKV-Spitzenverband, die veröffentlichten strukturierten Qualitätsberichte nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V der identifizierten vollständigen Marktaustritte sowie der Teil-Marktaustritte – soweit verfügbar - sowie die Veröffentlichungen in der lokalen, regionalen und Fachpresse zu den identifizierten vollständigen und Teil-Marktaustritten für den Zeitraum 2003 bis Herbst 2013 ausgewertet.

---

<sup>3</sup> <http://www.investopedia.com/terms/b/barriers-to-exit.asp>

Dazu wurden in einem ersten Schritt alle im Zeitablauf in den Krankenhausverzeichnissen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder nicht mehr aufgeführten Krankenhäuser bzw. Krankenhausstandorte daraufhin untersucht, ob es sich hierbei um vollständige Marktaustritte oder um Fusionen bzw. Zusammenlegungen handelt. In seltenen Fällen enthalten diese Verzeichnisse auch ausdrückliche Hinweise darauf, dass Krankenhäuser bzw. Standorte geschlossen wurden. Auch in diesen Fällen musste jedoch jeweils überprüft werden, ob es sich um vollständige Marktaustritte handelt, die in die Auswahl für das Gutachten mit einbezogen werden mussten.

Dass die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Daten nicht ohne Einzelprüfung als Hinweis auf tatsächlich erfolgte Schließungen zu werten sind, zeigt auch eine Veröffentlichung des Bremer Zentrums für Sozialpolitik zur Frage von Krankenhausschließungen auf. Dort heißt es unter anderem: „Basis einer fälschlichen ‚Information‘ ist sehr oft eine einfache statistische Maßzahl: Die Zahl der Krankenhäuser nach der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes. Für den Zeitraum von 1991 bis 2006 werden dort Rückgänge in der Zahl der Krankenhäuser von 2411 auf 2104 angezeigt. Das Problem ist nur, dass hier nicht die Zahl der Krankenhäuser gemessen wird, sondern die Zahl der meldenden Institutionen. Selbst die Verantwortlichen der Statistik können nicht sagen, wie viele Krankenhäuser wirklich geschlossen wurden und wie viele Krankenhäuser nur deshalb aus der Statistik verschwunden sind, weil Krankenhäuser sich zu einer Institution zusammengeschlossen haben.“<sup>4</sup>

Ergänzt und zusätzlich überprüft wurde das vorgenannte Vorgehen für dieses Gutachten durch eine Auswertung der Verzeichnisse der Basisfallwerte aller DRG-Krankenhäuser von 2003 bis 2013 von AOK-Bundesverband bzw. GKV-Spitzenverband. Auch dort wurden die Krankenhäuser, bei denen ab einem bestimmten Zeitraum keine Basisfallwerte mehr aufgeführt wurden, daraufhin überprüft, ob es sich um vollständige Marktaustritte handelte. Als dritter Ansatz zur Identifizierung von Marktaustritten wurden die Veröffentlichungen der einschlägigen Fachpresse, insbesondere Klinik Markt inside (KM*i*), Das Krankenhaus, führen und wirtschaften im Krankenhaus (f&w), Klinik Management aktuell (KMA) sowie Krankenhaus-Umschau (KU) im fraglichen Zeitraum recherchiert. Die Überprüfung daraufhin, ob es sich um vollständige oder nur Teil-Marktaustritte handelte, wurde dann vor allem durch Internet-Recherchen im Hinblick auf entsprechende Veröffentlichungen in der lokalen und regionalen Presse sowie auf Veröffentlichungen der jeweiligen Krankenhausträger vorgenommen. Für alle identifizierten Marktaustritte wurden dann – soweit vorhanden – auch die Qualitätsberichte nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V ermittelt und in die Auswertung mit einbezogen. Eines der größten Probleme, auf das die Gutachter bei der Recherche stießen, ist die Tatsache, dass das Statistische Bundesamt in seinem „Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Krankenhausverzeichnis)“ die Institutionenkennzeichen der Krankenhäuser nicht benutzt und auch nicht nach Krankenhäusern und Krankenhaus-Standorten unterscheidet. Die Institutionenkennzeichen ermöglichen aber eine eindeutige Identifikation von Krankenhäusern; daher erschwert das Fehlen der Institutionenkennzeichen im Krankenhausverzeichnis die systematische Suche nach bestimmten Krankenhäuser erheblich.

Zusätzlich wurden dort, wo dies möglich war, auch Materialien von Ministerien und Landtagen mit ausgewertet. Ergänzende Informationen zu Eckdaten wie Basisfallwerte, abgerechneter Casemix, Erlösbudget usw. wurden den Gutachtern auf der Basis der identifizierten Institutionenkennzeichen der vollständigen Marktaustritte vom GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt. Zur Ermittlung der Marktaustrittskosten, aber auch zu den Marktaustrittshürden und dem Ablauf von Marktaustritten wurden qualitative Interviews mit ausgewählten Vertretern von Krankenhausträgern geführt.

---

<sup>4</sup> [http://www.zes.uni-bremen.de/abteilungen/gesundheitssoekonomie-gesundheitspolitik-und-versorgungsforschung/gazesse/2008\\_02/schliessung-krankenhaeuser/](http://www.zes.uni-bremen.de/abteilungen/gesundheitssoekonomie-gesundheitspolitik-und-versorgungsforschung/gazesse/2008_02/schliessung-krankenhaeuser/) ; 30.03.2014

Außerdem wurden zum Thema Krankenhausschließungen bzw. Marktaustritt von Krankenhäusern einschlägige Veröffentlichungen in der Fachpresse und der Fachliteratur recherchiert. Allerdings war das Ergebnis ernüchternd: Der Marktaustritt von Krankenhäusern ist bisher im Wesentlichen lediglich anekdotisch, kaum aber wissenschaftlich aufbereitet worden.

Im Hinblick auf die Regelungen zu Schließungskosten bzw. der Erstattung von Schließungskosten durch die Bundesländer wurden die einschlägigen Bundes- und Landesgesetze herangezogen. In diesem Zusammenhang wurden auch die gesetzlichen Regelungen zur Rückforderung von Fördermitteln bzw. dem Verzicht auf diese Rückforderung recherchiert und dokumentiert. Denn mögliche Ansprüche auf Schließungsförderung einerseits sowie denkbare Rückforderungen von Fördermitteln andererseits machen einen erheblichen Teil der im Zuge eines Marktaustritts möglicherweise anfallenden Kosten aus. Wie sich im Zuge der Recherchen herausstellte, gehören zu den möglicherweise anfallenden Marktaustrittskosten auch Kosten im Zusammenhang mit ergänzenden Rentenversicherungen bei diversen Versorgungswerken bzw. –einrichtungen; daraufhin wurden auch die hierzu verfügbaren einschlägigen Regelungen recherchiert und auf ihren Einfluss auf die möglicherweise entstehenden Marktaustrittskosten hin untersucht sowie Beispiele für solche Marktaustrittskosten gesucht.

### **3. Marktaustritte von Krankenhäusern 2003 bis 2013 im Überblick**

Die offizielle Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes weist für die Zeit vom 31.12.2002 bis zum 31.12.2012 einen Rückgang um insgesamt 204 Krankenhäuser auf 2.017 Krankenhäuser (Stand 31.12.2012) auf (siehe Tabelle 1). Nach den Ergebnissen der Recherche zu diesem Gutachten sind von diesen insgesamt 204 nicht mehr in der Statistik enthaltenen Krankenhäusern 74 oder 36,3 % auf vollständige Marktaustritte zurückzuführen, wobei 6 der dabei berücksichtigten Marktaustritte erst im Jahr 2013 erfolgten. Wie eine exemplarische Überprüfung ergab, sind viele der in der Krankenhausstatistik nicht mehr vertretene Krankenhäuser weiterhin existent, werden aber als Teil eines größeren Verbundes geführt und tauchen deshalb in der Statistik nicht mehr als - eigenständige - Krankenhäuser auf. Dies trifft im Saarland zum Beispiel auf 6 der im Vergleich der Krankenhaus-Anzahl Ende 2012 gegenüber Ende 2002 insgesamt 7 nicht mehr in der Statistik verzeichneten Krankenhäuser zu. Beim 7. erfassten Krankenhaus handelt es sich um den Teilmarktaustritt der Klinik Rotes Kreuz Saarbrücken.

Bezogen auf die Entwicklung der Bettenzahl ergibt sich gemäß der Krankenhausstatistik zwischen Ende 2002 und Ende 2012 ein Rückgang um 45.809 Betten. Auf vollständige Marktaustritte sind davon jedoch nur 5.241 Betten oder 11,44 % zurückzuführen (siehe Tabelle 2). Der größte Teil des Bettenrückganges zwischen Ende 2002 und Ende 2012 ist also auf die Schließung von Abteilungen oder die Reduzierung von Bettenzahlen in weiterhin existierenden Krankenhäusern oder auf Teilschließungen, also die Schließungen von einzelnen Krankenhäusern bzw. Standorten bei gleichzeitiger Verlegung von Abteilungen oder Betten aus geschlossenen in weiterhin existierende Standorte bzw. Krankenhäuser zurückzuführen.

**Tabelle 1: Statistische Ausgangssituation Krankenhäuser 31.12.2002 – 31.12.2012**

<b>Anzahl KHS</b>	<b>2002</b>	<b>2012</b>	<b>Diff. 2003-2011</b>
Krankenhäuser insgesamt	2.221	2017	-204
Dar.: Allgemeine Krankenhäuser	1.898	1.612	-286
Allg. KHS nach Zulassung			
Hochschulkliniken	34	34	0
Plan-KHS	1.640	1.392	-248
KHS mit Versorgungsvertrag	89	79	-10
KHS ohne Versorgungsvertrag	135	187	+52
Allg. KHS nach Trägerschaft			
öffentlich	712	510	-202
freigemeinnützig	758	603	-155
privat	428	579	+151

Quelle: Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser 2002 und 2012



**Tabelle 2: Gegenüberstellung Entwicklung der Krankenhaus- und Bettenzahl insgesamt, der Marktaustritte von Krankenhäusern sowie der dadurch ausgeschiedenen Bettenanzahl 31.12.2002-31.12.2012 pro Bundesland und insgesamt**

<b>Bundesland</b>	<b>Abnahme (-) oder Zunahme (+) der Krankenhausanzahl Krankenhausstatistik 2002 zu 2012</b>	<b>Anzahl identifizierte Marktaustritte (-) absolut</b>	<b>Anteil in %</b>	<b>Abnahme (-) der Bettenzahl Krankenhausstatistik 2002 zu 2012</b>	<b>Durch identifizierte Marktaustritte geschlossene Bettenzahl (absolut)</b>	<b>Anteil in %</b>
Baden-Württemberg	-49	-14	28,6%	-7.003	-838	11,9%
Bayern	-31	-19	61,3%	-6.596	-984	14,9%
Berlin	+14	-1	7,1	-1.271	-86	6,8%
Brandenburg	+3	-	-	-780	-	-
Bremen	-2	-1	50,0%	872	-26	2,9%
Hamburg	+16	-	-	-375	-	-
Hessen	-11	-11	100%	-2.038	-631	30,9%
Mecklenburg-Vorpommern	+2	-	-	-474	-	-
Niedersachsen	-15	-5	33,3%	-5.444	-292	5,4%
Nordrhein-Westfalen	-76	-15	19,7%	-13.098	-1.814	13,8%
Rheinland-Pfalz	-20	-1	5,0%	-1.010	-18	1,8%
Saarland	-7	-	-	-1.033	-	-
Sachsen	-10	-3	30,0%	-3.113	-234	7,5%
Sachsen-Anhalt	-5	-1	20,0%	-1.471	-82	5,6%
Schleswig-Holstein	-9	-2	22,2%	-477	-146	30,6%
Thüringen	-4	-1	25,0%	-754	-90	11,9%
Summe	-204	-74	36,3%	-45.809	-5.241	11,4%

Quelle: Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser 2002 und 2012; eigene Recherchen und Berechnungen

Vergleicht man den Zehn-Jahres-Zeitraum von 2003 bis 2012 mit dem vorhergehenden Zehn-Jahres-Zeitraum (1992-2002), so stellt man fest, dass es in den Jahren zwischen Ende 1992 und Ende 2002 insgesamt eine Verringerung der Zahl der Krankenhäuser um 160 und einen Abbau der Bettenzahl in den Krankenhäusern von 99.711 Betten gegeben hat (siehe Tabelle 3). Wie viele der insgesamt 160 in diesem Zeitraum verschwundenen Krankenhäuser auf vollständige Marktaustritte zurückzuführen waren, ist nicht bekannt und war auch nicht Gegenstand dieser Untersuchung. Insgesamt muss jedoch gesehen werden, dass die rückläufige Entwicklung der Anzahl der Krankenhäuser sich durch die Einführung der DRGs nur wenig beschleunigt hat. Die Entwicklung der Anzahl der Krankenhausbetten dagegen weist für den Zehn-Jahres-Zeitraum vor der DRG-Einführung einen mehr als doppelt so hohen Rückgang auf wie für die ersten zehn Jahre nach Einführung des DRG-Systems. Daraus lässt sich schließen, dass in diesem Zehn-Jahres-Zeitraum die durchschnittliche Bettengröße der betroffenen Krankenhäuser deutlich größer gewesen sein muss als im Untersuchungszeitraum 2003 bis 2013.

**Tabelle 3: Entwicklung der Krankenhaus-Anzahl und der KH-Betten 1992 bis 2002 und 2002 bis 2012**

	Veränderung Krankenhäuser absolut	Veränderung Krankenhäuser in %	Veränderung KH-Betten absolut	Veränderung KH-Betten in %
1992-2002	-160	-6,7	-99.711	-15,4
2003-2012	-204	-9,2	-45.809	-8,4

Quelle: Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser 2012 sowie eigene Berechnungen

### 3.1. Marktaustritte im Zeitverlauf

Bei den im Rahmen der Recherchen zu diesem Gutachten insgesamt erfassten 74 Marktaustritten von Krankenhäusern ergeben sich zeitlich klare Schwerpunkte in den Jahren 2003 (12 Marktaustritte), 2004 (10 Marktaustritte) und 2012 (10 Marktaustritte - siehe Tabelle 4). Bezogen auf die durch die Marktaustritte weggefallene Bettenzahl liegt das Jahr 2004 mit insgesamt 1.099 Betten an der Spitze, gefolgt von 2012 (799 Betten). In das Jahr 2004 fällt aber auch der Marktaustritt der Asklepios-Weserberglandklinik mit 496 Betten. Würde man diese wieder herausrechnen, käme man für 2004 bei dann verbleibenden 9 Marktaustritten auf eine Gesamtzahl von 603 Betten.

In dem gesamten in die Untersuchung einbezogenen Zeitraum wurden vor allem kleinere Krankenhäuser geschlossen. Insgesamt verfügten die 74 Krankenhäuser bzw. Krankenhaus-Standorte, die als Marktaustritte identifiziert werden konnten, zum Zeitpunkt des Marktaustritts über 5.241 Betten. Krankenhäuser, die vollständig geschlossen wurden, verfügten damit im Durchschnitt jeweils über 70,8 Betten. Die Spannweite der Bettenzahl der Marktaustritts-Krankenhäuser reichte dabei von 10 Betten (Fachklinik Römerhaus Sulzberg / Bayern) bis zu 200 Betten (St. Johannes-Hospital Bonn / Nordrhein-Westfalen). Zusätzlich gibt es einen Fall (Asklepios Weserberglandklinik), bei dem ein 496-Betten-Haus aus dem Krankenhausplan herausgenommen und in eine Rehabilitationsklinik (200 Betten) umgewandelt wurde. Rechnet man diese Klinik aus der Gesamtzahl heraus, so ergibt sich eine Durchschnittsgröße aller zwischen 2003 und 2013 geschlossenen Krankenhäuser von nur noch 65 Betten pro Marktaustritt.

**Tabelle 4: Marktaustritte von Krankenhäusern zwischen Anfang 2003 und Herbst 2013**

<b>Jahr</b>	<b>Anzahl der geschlossenen Krankenhäuser</b>	<b>Summe Betten der geschlossenen Krankenhäuser</b>	<b>Durchschnittliche Bettenzahl der geschlossenen Krankenhäuser</b>
<b>2003</b>	12	773	64,4
<b>2004</b>	10	1.099	109,9
<b>2005</b>	4	409	102,3
<b>2006</b>	7	393	56,1
<b>2007</b>	8	245	30,6
<b>2008</b>	1	82	82,0
<b>2009</b>	5	246	49,2
<b>2010</b>	4	229	57,3
<b>2011</b>	7	481	68,7
<b>2012</b>	10	799	79,9
<b>2013</b>	6	485	80,8
<b>insgesamt</b>	74	5.241	70,8

Quelle: eigene Recherchen

Eine Analyse nach der durchschnittlichen Bettenzahl der Marktaustritts-Krankenhäuser nach den Schließungsjahren ergibt, dass im Jahr 2007 besonders häufig kleinere Krankenhäuser geschlossen wurde: Die insgesamt im Jahr 2007 geschlossenen sieben Kliniken verfügten zusammen über 245 Betten; im Durchschnitt bedeutete das pro Marktaustritts-Krankenhaus in diesem Jahr 30,6 Betten. In dieses Jahr fällt auch der Marktaustritt des kleinsten Krankenhauses, der oben bereits erwähnten Fachklinik Römerhaus in Sulzberg / Bayern mit 10 Betten. Aber auch die übrigen in diesem Jahr geschlossenen Krankenhäuser verfügten mit zwischen 24 und 53 Betten nur über eine sehr geringe Größenordnung. Dagegen war 2004 das Jahr mit der durchschnittlich größten Bettenkapazität der Marktaustritts-Krankenhäuser (109,9), allerdings bedingt durch die ebenfalls bereits erwähnte Umwandlung der Asklepios Weserberglandklinik mit 496 Betten in eine reine Rehabilitationsklinik. Rechnet man diese heraus, ergibt sich für 2004 eine eher durchschnittliche Bettenkapazität der geschlossenen Häuser von 67 Betten. Nach 2004 stellt 2005 das Jahr mit der höchsten durchschnittlichen Bettenkapazität (102,3 Betten) von Marktaustritts-Krankenhäusern dar, ohne dass es in diesem Jahr einen solchen Sonderfall gibt wie in 2004.

### **3.2. Marktaustritte nach Bundesland und Regionstyp**

Ein Blick auf die Zuordnung der Marktaustritte von Krankenhäusern zu den betroffenen Bundesländern zeigt, dass Spitzenreiter im Hinblick auf die Anzahl der vollständigen Marktaustritte das Land Bayern ist: Hier wurde rund ein Viertel der insgesamt identifizierten 74 Marktaustritte festge-

stellt (siehe Tabelle 5). Die Bettenzahl dieser Marktaustritts-Krankenhäuser in Bayern bleibt allerdings unter einem Fünftel aller durch Marktaustritte aus der Versorgung ausgeschiedenen Betten. Gemäß der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes ist die Gesamtzahl der Krankenhäuser in Bayern im Betrachtungszeitraum um 31 gesunken; auf vollständige Marktaustritte entfallen davon 19 oder 61,3 % (vgl. Tabelle 2). Bei der Entwicklung der Bettenzahl zeigt sich, dass diese nach der Krankenhausstatistik um 6.596 Betten gesunken ist, wovon nur 984 oder 14,9 % auf vollständige Marktaustritte zurückzuführen sind (vgl. Tabelle 2). Der Grund dafür ist, dass es sich bei den vollständigen Marktaustritten in Bayern vielfach um kleine bis sehr kleine Krankenhäuser gehandelt hat; so verfügten allein 11 der insgesamt 19 vollständigen Marktaustritte über 10 bis einschließlich 50 Betten. Die durchschnittliche Bettenzahl der Marktaustritts-Krankenhäuser betrug in Bayern 51,8 Betten.

Nordrhein-Westfalen folgt mit insgesamt 15 Krankenhäusern oder einem guten Fünftel (20,3 %) aller zwischen Anfang 2003 und Herbst 2013 identifizierten Marktaustritte. Dagegen führt Nordrhein-Westfalen bei der durch die Marktaustritte aus der Versorgung ausgeschiedene Bettenzahl die Statistik mit gut einem Drittel (insgesamt 1.814 Betten oder 34,6 %) der insgesamt durch Marktaustritt ausgeschiedenen Betten an. Die Gesamtzahl der Krankenhäuser bzw. Krankenhausbetten in Nordrhein-Westfalen ist nach der Krankenhausstatistik im Beobachtungszeitraum um insgesamt 76 Krankenhäuser bzw. 13.098 Krankenhausbetten gesunken; auf vollständige Marktaustritte waren davon 15 Krankenhäuser (19,7 %) bzw. 1.814 Krankenhausbetten (13,8 %) zurückzuführen (vgl. Tabelle 2).

An dritter Stelle steht Baden-Württemberg mit knapp einem Fünftel (18,9 %) der ausgeschiedenen Krankenhäuser und 16 % der ausgeschiedenen Betten. Der Anteil der vollständigen Marktaustritte an allen aus der Statistik ausgeschiedenen Krankenhäusern beträgt knapp 30 %. Ebenfalls eine nennenswerte Zahl von Marktaustritten weist noch Hessen auf (11 Krankenhaus-Marktaustritte oder 14,9 % aller Marktaustritte; Anteil an den aus der Versorgung ausgeschiedenen Betten 12,0 %). Hessen ist dabei das einzige Bundesland, in dem der Rückgang der Krankenhaus-Anzahl gemäß Krankenhausstatistik und die Anzahl der vollständigen Marktaustritte deckungsgleich sind (jeweils 11). Allerdings wurden auch in Hessen im Beobachtungszeitraum deutlich mehr Betten (2.038) auf anderem Wege abgebaut; auf vollständige Marktaustritte sind 631 Betten oder knapp 31 % des gesamten Bettenabbaus zurückzuführen.

In Niedersachsen konnten im fraglichen Zeitraum dagegen nur 5 Krankenhaus-Marktaustritte (6,8 %) identifiziert werden, von denen insgesamt 292 Betten oder 5,6 % der insgesamt ausgeschiedenen Krankenhausbetten betroffen waren. Der Anteil der vollständigen Marktaustritte an allen aus der Statistik ausgeschiedenen Krankenhäusern beträgt 30,3 %. In Sachsen wurden drei Marktaustritte (4,1 %) identifiziert (30 % aller im Beobachtungszeitraum aus der Statistik ausgeschiedenen Krankenhäuser), in Schleswig-Holstein 2 (2,7 % bzw. 22,2 % aller im Beobachtungszeitraum aus der Statistik ausgeschiedenen Krankenhäuser), und in den Bundesländern Berlin, Bremen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Thüringen je ein Marktaustritt (Bremen 50 %, Rheinland-Pfalz 5 %, Sachsen-Anhalt 20% und Thüringen 25 % aller im Beobachtungszeitraum aus der Statistik ausgeschiedenen Krankenhäuser). In Berlin ergibt sich die Sondersituation, dass die Zahl der Krankenhäuser hier im Beobachtungszeitraum nicht gesunken, sondern trotz des einen vollständigen Marktaustritts insgesamt um 14 auf 81 Krankenhäuser angewachsen ist.

In den Bundesländern Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Saarland wurden keinerlei vollständige Marktaustritte von Krankenhäusern im fraglichen Zeitraum von Anfang 2003 bis Herbst 2013 identifiziert. Gleichzeitig nahm die Zahl der Krankenhäuser im Untersuchungszeitraum nach der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes in Brandenburg um 3, in Hamburg um 16 und in Mecklenburg-Vorpommern um 2 Krankenhäuser zu. Von den Bundesländern

ohne identifizierten vollständigen Marktaustritt nahm lediglich im Saarland die Zahl der Krankenhäuser um 7 ab.

Im Saarland wie in den anderen genannten Bundesländern mit nur wenigen oder keinen vollständigen Marktaustritten sind offensichtlich vollständige Marktaustritte vermieden worden; statt dessen hat man dort eher den Weg des Betten- oder Abteilungsabbaus gewählt, ohne dabei Krankenhäuser oder Standorte vollständig aus dem Markt herauszunehmen. Allerdings hat in den Bundesländern ohne Marktaustritte auch die Bettenzahl im Beobachtungszeitraum nur relativ gering abgenommen (vgl. Tabelle 2).

Insgesamt lässt sich bereits an dieser Stelle als eine erste Schlussfolgerung sagen, dass der vollständige Marktaustritt beim Abbau von Krankenhäusern bzw. Krankenhausbetten gegenüber Teilschließungen und dem Abbau von Kapazitäten in weiterhin existierenden Krankenhäusern oder auch im Zuge von Zusammenschlüssen von Krankenhäusern im betrachteten Untersuchungszeitraum eher eine geringe Rolle gespielt hat. Im Rahmen der qualitativen Analyse (Kapitel 6) werden die Gründe hierfür weiter untersucht.

Die Auswertung der identifizierten 74 Krankenhaus-Marktaustritte nach siedlungsstrukturellen Kreistypen (Systematik nach BBSR) zeigt, dass gut die Hälfte aller Marktaustritte in städtischen Kreisen (44,6 %) und kreisfreien Großstädten (9,4 %) stattgefunden hat (siehe Tabelle 6). Etwas weniger als die Hälfte der identifizierten Marktaustritte entfallen dagegen auf dünn besiedelte ländliche Kreise (28,4 %) oder ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen (17,6 %). Das widerlegt die häufig in der Öffentlichkeit vertretene These, dass durch endgültige Krankenhausschließungen vor allem die Versorgung in dünn besiedelten ländlichen Regionen betroffen und deshalb die Versorgung dort gefährdet würde. Zumindest für vollständige Marktaustritte kann diese These nicht bestätigt werden – im Gegenteil: Nur ca. 28 % aller vollständigen Marktaustritte sind in „dünn besiedelten ländlichen Kreisen“ zu verorten.

Betrachtet man in diesem Zusammenhang die durch Marktaustritte aus der Versorgung ausgeschiedenen Krankenhausbetten, so zeigt sich, dass auch hier die städtischen Kreise mit einem Anteil von fast 43 Prozent den größten Anteil darstellen. Die durchschnittliche Bettenanzahl der hier aus dem Markt ausgeschiedenen Krankenhäuser betrug 67,8 Betten und lag damit leicht unter dem Durchschnitt aller Marktaustritte (70,8 Betten).

Dünn besiedelte ländliche Kreise ebenso wie ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen standen dagegen jeweils für ein knappes Viertel aller aus der Versorgung ausgeschiedenen Krankenhausbetten. Bei der Durchschnittsgröße zeigt sich jedoch ein deutlicher Unterschied: Während das durchschnittliche Marktaustritts-Krankenhaus in dünn besiedelten Kreisen über rund 59 Betten verfügte, war diese Kenngröße bei den ausgeschiedenen Krankenhäusern in ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen mit gut 93 Betten deutlich höher – sie war gleichzeitig die größte durchschnittliche Bettenzahl überhaupt. Die durchschnittliche Bettenzahl der Marktaustritte in kreisfreien Großstädten lag dagegen mit rund 73 Betten nur knapp über dem Gesamtdurchschnitt. Im Hinblick auf die Größe der Marktaustritte in ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen ist allerdings zu berücksichtigen, dass in diese Gruppe der bereits erwähnte Ausnahmefall der Asklepios Weserbergklinik mit 496 Betten fällt. Rechnet man diese Ausnahme heraus, beträgt die durchschnittliche Bettengröße nur noch 75,6 Betten. Sie ist damit zwar immer noch die Gruppe mit der größten durchschnittlichen Bettengröße, liegt aber deutlich näher am Gesamtdurchschnitt.

**Tabelle 5: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 nach Bundesländern**

<b>Bundesland</b>	<b>Anzahl Markt- austritte abso- lut</b>	<b>Anteil der Markt- austritte in Prozent</b>	<b>Durch Markt- austritte ge- schlossene Bettenzahl (absolut)</b>	<b>Durch Markt- austritte ge- schlossene Bettenzahl (Anteil in %)</b>
Baden-Württemberg	14	18,9 %	838	16,0 %
Bayern	19	25,7 %	984	18,8 %
Berlin	1	1,4 %	86	1,6 %
Brandenburg	-	-	-	-
Bremen	1	1,4 %	26	0,5 %
Hamburg	-	-	-	-
Hessen	11	14,9 %	631	12,0 %
Mecklenburg- Vorpommern	-	-	-	-
Niedersachsen	5	6,8 %	292	5,6 %
Nordrhein-Westfalen	15	20,3 %	1.814	34,6 %
Rheinland-Pfalz	1	1,4 %	18	0,3 %
Saarland	-	-	-	-
Sachsen	3	4,1 %	234	4,5 %
Sachsen-Anhalt	1	1,4 %	82	1,6 %
Schleswig-Holstein	2	2,7 %	146	2,8 %
Thüringen	1	1,4 %	90	1,7 %
Summe	74	100,4 % *)	5.241	100,0 %

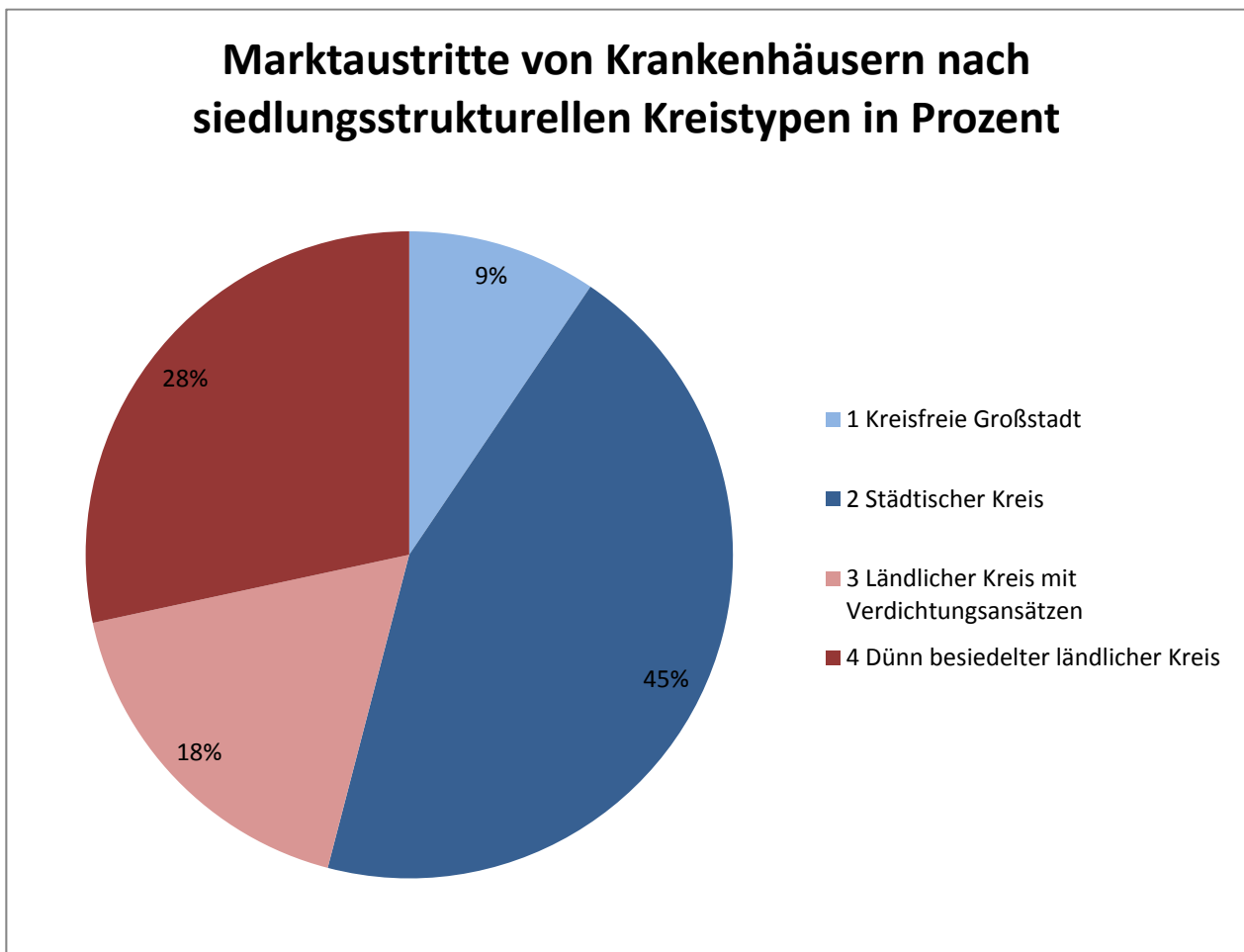
\*) Abweichung von 100 Prozent aufgrund von Rundung

Quelle: Eigene Recherchen und Berechnungen

**Tabelle 6: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 nach siedlungsstrukturellen Kreistypen**

Siedlungsstruktureller Kreistyp	Anzahl Marktaustritte absolut	In %	Bettenzahl absolut	In %	Durchschnittliche Bettengröße der Marktaustritte
Dünn besiedelter ländlicher Kreis	21	28,4 %	1.241	23,7 %	59,1 Betten
Ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen	13	17,6 %	1.252	23,9 %	93,3 Betten
Städtischer Kreis	33	44,6 %	2.236	42,6 %	67,8 Betten
Kreisfreie Großstadt	7	9,4 %	512	9,8 %	73,1 Betten
Summe	74	100,0 %	5.241	100,0 %	70,8 Betten

Quelle: Eigene Recherchen und Berechnungen; Zuordnung zu den siedlungsstrukturellen Kreistypen auf der Grundlage der Systematik des BBSR



**Schaubild 1** / Quelle: Eigene Recherchen und Berechnungen; Siedlungsstrukturelle Kreistypen nach BBSR

Bezogen auf die Bundesländer zeigt sich, dass Marktaustritte in städtischen Kreisen vor allem in den Bundesländern Baden-Württemberg (8 von 14) und Nordrhein-Westfalen (11 von 15) deutlich überrepräsentiert sind (siehe Tabelle 7). Auch in Hessen entfiel gut die Hälfte aller Marktaustritte (6 von 11) auf städtische Kreise. In Bayern dagegen fanden 11 der insgesamt 19 Marktaustritte in dünn besiedelten ländlichen Kreisen statt, in städtischen Kreisen dagegen nur 4.

<b>Tabelle 7: Marktaustritte 2003-2013 nach Bundesland und Kreistypen</b>	
<b>Bundesland / Kreistyp</b>	<b>Anzahl der Marktaustritte</b>
<b>Baden-Württemberg</b>	<b>14</b>
dünn besiedelter ländlicher Kreis	1
Kreisfreie Großstadt	1
ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen	4
Städtischer Kreis	8
<b>Bayern</b>	<b>19</b>
dünn besiedelter ländlicher Kreis	11
Kreisfreie Großstadt	1
ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen	3
Städtischer Kreis	4
<b>Berlin</b>	<b>1</b>
Kreisfreie Großstadt	1
<b>Bremen</b>	<b>1</b>
Kreisfreie Großstadt	1
<b>Hessen</b>	<b>11</b>
dünn besiedelter ländlicher Kreis	4
Kreisfreie Großstadt	1
Städtischer Kreis	6
<b>Niedersachsen</b>	<b>5</b>
dünn besiedelter ländlicher Kreis	3
ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen	1
Städtischer Kreis	1
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	<b>15</b>
Kreisfreie Großstadt	1
ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen	3
Städtischer Kreis	11
<b>Rheinland-Pfalz</b>	<b>1</b>
dünn besiedelter ländlicher Kreis	1
<b>Sachsen</b>	<b>3</b>



Kreisfreie Großstadt	1
ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen	1
Städtischer Kreis	1
<b>Sachsen-Anhalt</b>	<b>1</b>
dünn besiedelter ländlicher Kreis	1
<b>Schleswig-Holstein</b>	<b>2</b>
Städtischer Kreis	2
<b>Thüringen</b>	<b>1</b>
ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen	1
<b>Summe Marktaustritte</b>	<b>74</b>

Quelle: Eigene Recherchen und Berechnungen; Siedlungsstrukturelle Kreistypen nach BBSR

Bezieht man die identifizierten Marktaustritte von Krankenhäusern auf die Ebene der einzelnen Kreise und kreisfreien Städte, zeigt sich, dass nur sehr wenige Kreise bzw. kreisfreie Städte mit mehr als einem Krankenhaus-Marktaustritt identifiziert wurden (siehe Tabelle 19 im Anhang). Lediglich in einem Fall – beim Kreis Bergstraße - ist es im fraglichen Zeitraum zur Schließung von vier Krankenhäusern gekommen. Dabei handelt es sich um die Desaga Klinik in Lindenfels, die Allee Klinik Bergstraße in Bensheim, die Klinik Auerbach in Bensheim sowie die Nachsorgeklinik Bergstraße in Bensheim; die Schließungszeitpunkte liegen zwischen 2003 und 2007.

In insgesamt 9 weiteren Kreisen bzw. kreisfreien Städten ist es zum Marktaustritt von jeweils zwei Krankenhäusern gekommen (Mettmann, Ennepe-Ruhr-Kreis, Hochsauerlandkreis, Märkischer Kreis, Schwäbisch Hall, Lörrach, Traunstein, Schwandorf, Ostallgäu). In den verbleibenden 52 Fällen von Marktaustritten gab es jeweils nur einen Marktaustritt pro Kreis bzw. kreisfreier Stadt.

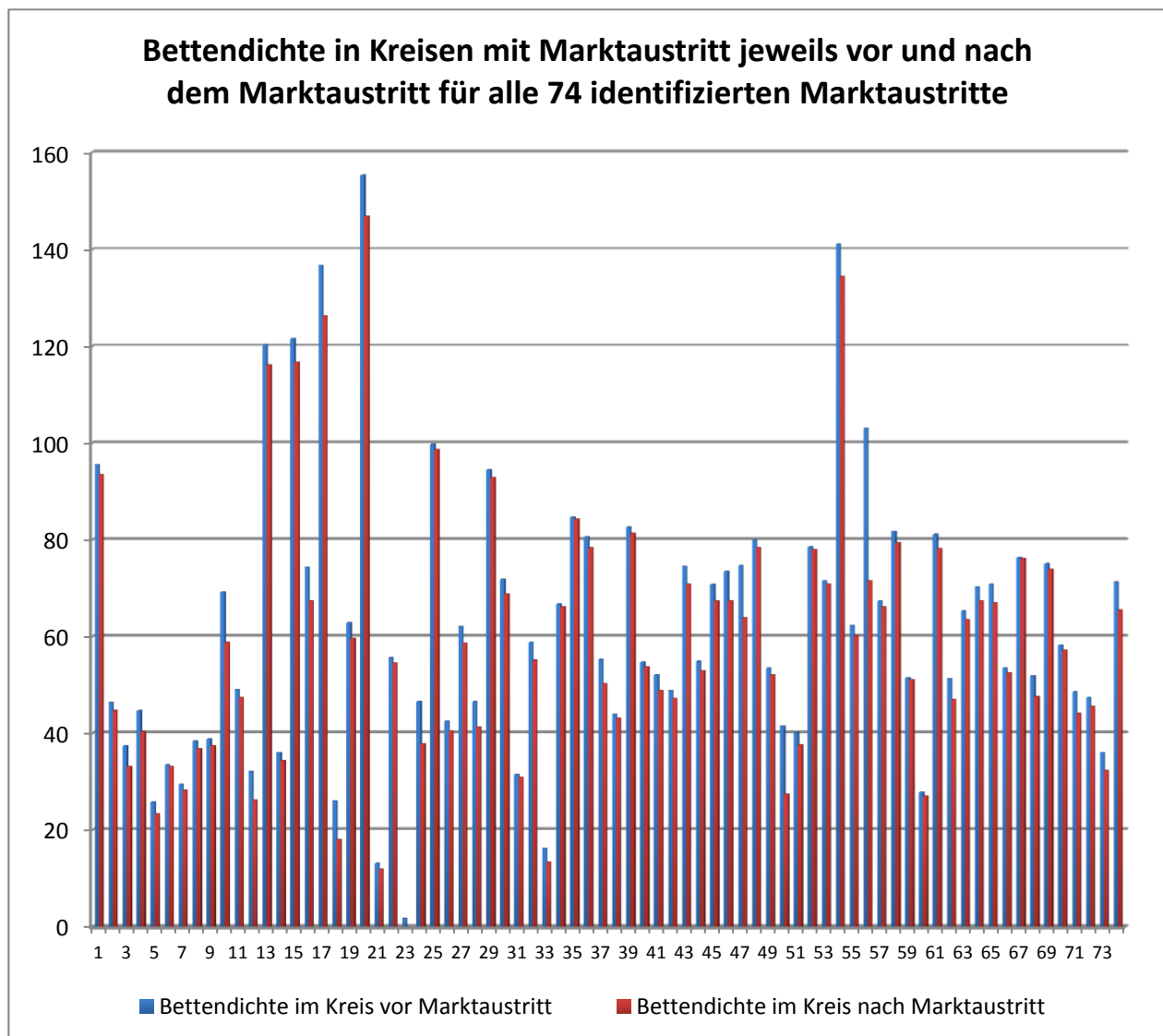
Um Anhaltspunkte für den Einfluss der vollständigen Marktaustritte auf die Versorgungssituation in den jeweiligen Kreisen bzw. kreisfreien Städten zu erhalten, wurde für jeden identifizierten Marktaustritt für das Jahr vor dem Marktaustritt jeweils die Anzahl der Krankenhausbetten, die Krankenhausbettendichte pro 10.000 Einwohner sowie die Einwohnerzahl am Ende des Marktaustrittsjahres ermittelt. Auf der Grundlage dieser Ausgangsdaten wurde dann rechnerisch die Krankenhausbettendichte im Kreis bzw. der kreisfreien Großstadt nach dem Krankenhaus-Marktaustritt berechnet (siehe Schaubild 2). Als Vergleichszahl kann die Bettendichte für Deutschland insgesamt herangezogen werden; sie betrug Ende 2012 62,4 Betten pro 10.000 Einwohner.

In einem einzigen Fall (Städtisches Krankenhaus Langenzenn im Landkreis Fürth; Marktaustritt zum 31.10.2007) wurde mit diesem Krankenhaus, das zuletzt als Belegkrankenhaus mit 20 Betten arbeitete, das einzig verbliebene Krankenhaus in diesem Kreis geschlossen; die durchschnittliche Bettendichte betrug vor der Schließung 1,8 Betten/10.000 Einwohner und nach der Schließung 0 Betten/10.000 Einwohner. Allerdings muss hier bei der Beurteilung der Auswirkung auf die Versorgung berücksichtigt werden, dass das Klinikum Fürth (in der kreisfreien Stadt Fürth) nur rund 13 Kilometer entfernt liegt, und das Klinikum Nürnberg 19 Kilometer. Auch in diesem Fall kann also – auch wenn die isolierte Betrachtungsweise zunächst etwas anderes vermuten lässt – nicht von einer Gefährdung der regionalen stationären Versorgung gesprochen werden.

Die höchste Bettendichte in einem von einem Marktaustritt eines Krankenhauses betroffenen Kreis wurde im Fall des Marktaustritts der Klinik Dr. Beger in Garmisch-Partenkirchen (privates Fachkrankenhaus mit 69 Betten; Marktaustritt zum 01. Januar 2010) festgestellt. Hier betrug die Betten-

dichte vor Marktaustritt 155,3 Betten/10.000 Einwohner und nach Marktaustritt 146,9 Betten/10.000 Einwohner. Bettendichten von mehr als 100 Betten/10.000 Einwohner wiesen insgesamt sechs Kreise bzw. kreisfreie Großstädte auf (Kreis Höxter, Bonn, Ulm, Landkreis Garmisch-Partenkirchen, Landkreis Rhön-Grabfeld sowie Landkreis Amberg-Weilburg). Eine Bettendichte von unter 20 Betten/10.000 Einwohner wiesen dagegen zusätzlich zum Landkreis Fürth nur noch zwei weitere Kreise auf (Landkreis Regensburg sowie der Landkreis Augsburg). Zum Vergleich: Die Bettendichte für Deutschland insgesamt sank von 65,7 (31.12.2002) auf 62,4 Betten pro 10.000 Einwohner (31.12.2012).<sup>5</sup>

Der von insgesamt vier Krankenhaus-Marktaustritten betroffene Kreis Bergstraße in Hessen hatte vor dem ersten Marktaustritt eine Bettendichte von 54,9 Betten/10.000 Einwohner und nach dem letzten identifizierten Marktaustritt eine Bettendichte von 47,2 Betten/10.000 Einwohner. Die durchschnittliche Bettendichte aller Kreise bzw. kreisfreien Städte vor Marktaustritt lag bei 62,1 Betten/10.000 Einwohner und die rechnerische durchschnittliche Bettendichte nach Marktaustritt bei 58,4 Betten/10.000 Einwohner.



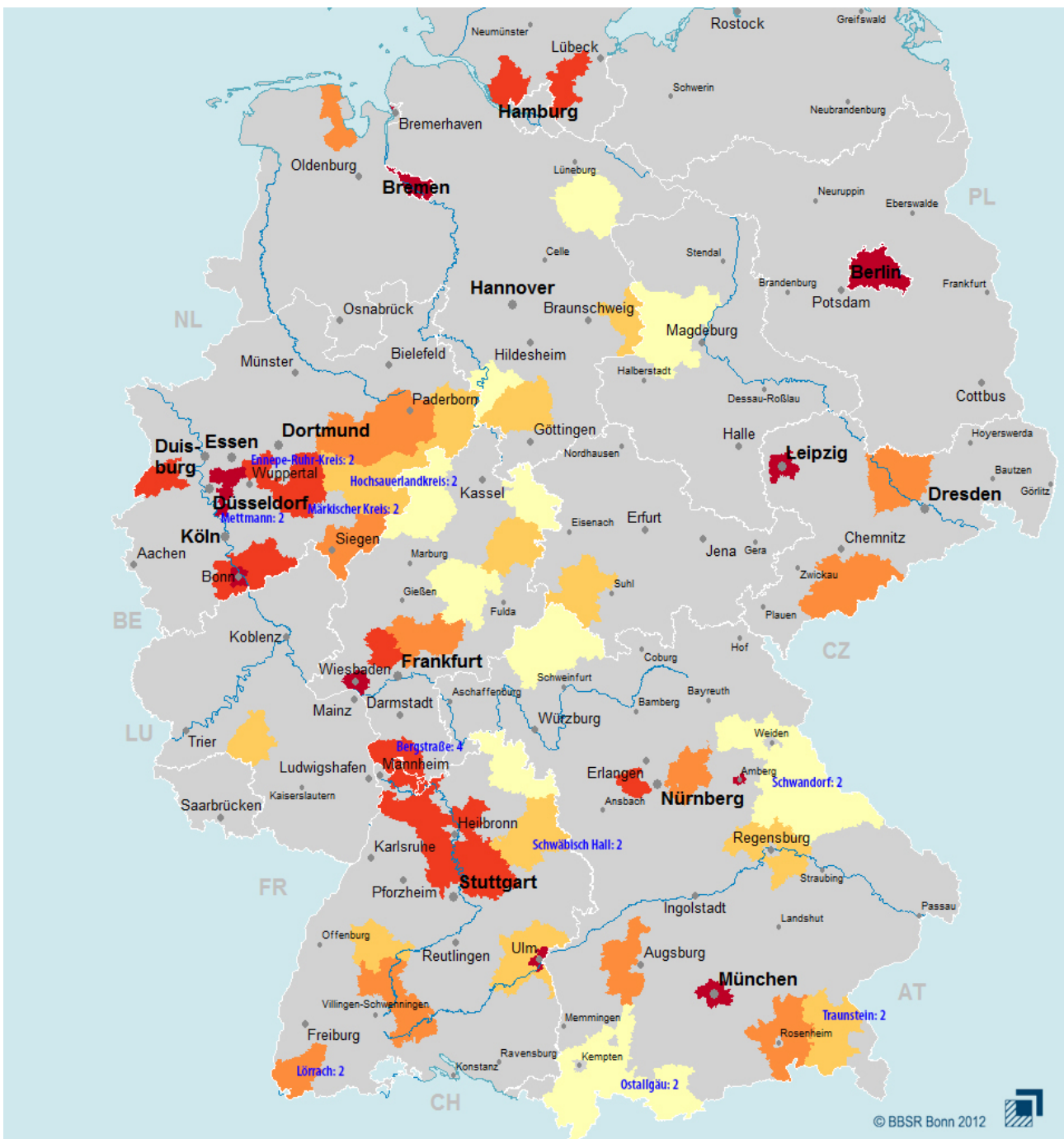
<sup>5</sup> Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser 2012; Wiesbaden 2013; S. 11

**Schaubild 2:** Bettendichte pro 10.000 Einwohner im Kreis; die Bettendichte nach Marktaustritt wurde rechnerisch ermittelt durch die Gesamtbettenzahl vor Marktaustritt abzüglich der durch den Marktaustritt wegfallenden Betten bezogen auf die Einwohnerzahl im Kreis am Ende des Jahres des Marktaustritts; die Nummerierung der Y-Achse bezieht sich auf die laufende Nummer des Marktaustritts gemäß Übersicht unter 8.1.1.

Quellen: Eigene Berechnungen und Recherchen; Bettendichte vor Marktaustritt: Regionaldaten der statistischen Ämter des Bundes und der Länder

Die nachfolgende Deutschlandkarte (Karte 1) gibt einen Überblick darüber, wo die identifizierten Marktaustritte von Krankenhäusern in Deutschland im Zeitraum von Anfang 2003 bis zum Herbst 2013 regional zu verorten sind. Sie stellt gleichzeitig den Zusammenhang zwischen der regionalen Verortung und der Einwohnerdichte in den Kreisen bzw. kreisfreien Städten mit Marktaustritten her. Kreise mit zwei oder mehr Marktaustritten im fraglichen Zeitraum sind speziell durch entsprechende textliche Markierungen ausgewiesen.

**Karte 1: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 in Kreisen und kreisfreien Städten mit Darstellung der Bevölkerungsdichte und von Mehrfach-Marktaustritten**



**Einwohner je km<sup>2</sup>**

- bis unter 106
- 106 ... 153
- 153 ... 280
- 280 ... 870
- 870 und mehr

Kreise und kreisfreie Städte  
 Zeitbezug 2010  
 Datengrundlage: Fortschreibung des  
 Bevölkerungsstandes des Bundes und  
 der Länder, Eurostat Regio Datenbank

Quelle: Eigene Recherchen und Berechnungen; Datengrundlage Bevölkerung und Karte: BBSR

### 3.3. Marktaustritte nach Trägerschaft, Größe, Spezialisierung und ökonomischen Kennwerten

Analysiert man die Marktaustritte nach der Krankenhaus-Trägerschaft, so ergibt sich bezogen auf die Zahl der Schließungen ein recht ausgeglichenes, gleichwohl überraschendes Bild: Rund ein Drittel der recherchierten Krankenhaus-Marktaustritte betrifft öffentliche Träger (26 Krankenhäuser oder Standorte / 35,2 % - siehe Tabelle 8). Diese aus dem Markt ausgetretenen Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft verfügten über insgesamt 1.488 Betten. Sie machten also 28,4 % der insgesamt durch Marktaustritt abgebauten Betten aus – es handelte sich damit in der Mehrzahl um kleine und kleinste Krankenhäuser; die Durchschnittsgröße lag bei 57,2 Betten pro Marktaustritt in öffentlicher Trägerschaft. Dies bestätigt die Beobachtung aus der Recherche, dass allein 12 Kleinst-Krankenhäuser mit bis zu 35 Betten in öffentlicher Trägerschaft vollständig geschlossen wurden. Die Spannweite der Bettengrößen der Marktaustritts-Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft reicht dabei von 16 bis 150 Betten.

In freigemeinnütziger Trägerschaft befanden sich 20 der aus dem Markt ausgeschiedene Krankenhäuser (27,0 % mit 1.630 Betten oder 31,1 % der ausgeschiedenen Betten) mit der höchsten durchschnittlichen Bettenzahl (81,5 Betten pro Marktaustritt) aller drei Trägergruppen. Die Spannweite der Bettengrößen der Marktaustritts-Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft reicht dabei von 10 bis 200 Betten. Dabei befanden sich allein 8 der identifizierten Marktaustritte in freigemeinnütziger Trägerschaft in Nordrhein-Westfalen; dies ist angesichts des hohen Anteils von freigemeinnützigen Krankenhäusern an der Gesamtzahl der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser (Ende 2012: 282 von insgesamt 385 oder gut 73 %<sup>6</sup>) allerdings nicht überraschend. Dagegen befand sich unter den insgesamt für Nordrhein-Westfalen identifizierten 15 Marktaustritten kein einziges Krankenhaus in öffentlicher Trägerschaft (siehe Tabelle 9). Auch in Hessen konnte kein einziger Marktaustritt eines Krankenhauses in öffentlicher Trägerschaft festgestellt werden; dort gab es dagegen 4 Marktaustritts-Krankenhäuser in freigemeinnütziger und 7 in privater Trägerschaft. In Baden-Württemberg, Bayern und Niedersachsen dagegen gibt es eine Verteilung der Marktaustritte auf alle drei Trägergruppen, wobei in Bayern die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft mit 13 von insgesamt 19 Marktaustritten deutlich überrepräsentiert waren.

In privater Trägerschaft befanden sich 28 der insgesamt 74 Marktaustritts-Krankenhäuser (37,8 % mit 2.123 Betten oder 40,5 % der Betten); die durchschnittliche Bettenzahl lag hier bei 75,8 Betten pro Marktaustritt. Die Spannweite der Bettengrößen der Marktaustritts-Krankenhäuser in privater Trägerschaft reicht dabei von 16 bis 496 Betten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich bei den geschlossenen Krankenhäusern in privater Trägerschaft auch etliche befinden, die sich vorher in öffentlicher Trägerschaft befanden und an einen privaten Träger zur Standortsicherung übergeben oder verkauft wurden; außerdem gehörte auch die bereits mehrfach als Ausnahme erwähnte Asklepios Weserberglandklinik mit 496 Betten zu dieser Gruppe – dieses Haus allein macht nahezu ein Viertel aller in privater Trägerschaft abgebauten Betten aus. Sieht man von diesem Ausnahmefall ab, verfügte das größte Marktaustritts-Krankenhaus in privater Trägerschaft über 112 Betten; mehr als 100 Betten hatten (zusätzlich zur Asklepios Weserberglandklinik) insgesamt vier private Krankenhäuser.

---

<sup>6</sup> Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser 2012; Wiesbaden 2013

**Tabelle 8: Marktaustritts-Krankenhäuser und Betten nach Trägerschaft**

	Anzahl Krankenhäuser	In % aller Marktaustritte	Anzahl KH-Betten	Durchschnittl. Bettenzahl der KHs	Bettenzahl der Trägergruppe in % aller Marktaustritte
Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft	26	35,2%	1.488	57,2	28,4%
Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft	20	27,0%	1.630	81,5	31,1%
Krankenhäuser in privater Trägerschaft	28	37,8%	2.123	75,8	40,5%

Quelle: Eigene Recherchen und Berechnungen

**Tabelle 9: Marktaustritte 2003-2013 nach Bundesland und Trägerschaft**

Bundesland / Trägerschaft	Marktaustritte (Anzahl absolut)
<b>Baden-Württemberg</b>	<b>14</b>
freigemeinnützig	4
öffentlich	6
privat	4
<b>Bayern</b>	<b>19</b>
freigemeinnützig	2
öffentlich	13
privat	4
<b>Berlin</b>	<b>1</b>
privat	1
<b>Bremen</b>	<b>1</b>
privat	1
<b>Hessen</b>	<b>11</b>
freigemeinnützig	4
privat	7
<b>Niedersachsen</b>	<b>5</b>
freigemeinnützig	2
öffentlich	2
privat	1

<b>Nordrhein-Westfalen</b>	<b>15</b>
freigemeinnützig	8
privat	7
<b>Rheinland-Pfalz</b>	<b>1</b>
öffentlich	1
<b>Sachsen</b>	<b>3</b>
öffentlich	2
privat	1
<b>Sachsen-Anhalt</b>	<b>1</b>
privat	1
<b>Schleswig-Holstein</b>	<b>2</b>
öffentlich	1
privat	1
<b>Thüringen</b>	<b>1</b>
öffentlich	1
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>74</b>

Quelle: Eigene Recherchen und Berechnungen

Der Schwerpunkt der Krankenhäuser, die im Untersuchungszeitraum einen vollständigen Marktaustritt vollzogen haben, liegt mit gut einem Drittel (35,1 %) bei der Bettengrößenklasse von 21 bis 50 Betten (siehe Tabelle 10). Innerhalb dieser Bettengrößenklasse wiederum machen die Krankenhäuser in öffentlicher und in privater Trägerschaft mit jeweils gut 40 % den größten Anteil aus, während nur rund 15 % auf die freigemeinnützigen Träger entfallen. Kleinst-Krankenhäuser mit bis zu 20 Betten machen dagegen mit rund 8 % einen relativ kleinen Teil der Marktaustritte insgesamt aus.

Darüber hinaus verteilen sich die Anteile in Bezug auf die drei weiteren gebildeten Bettengrößenklassen sehr gleichmäßig mit jeweils einem knappen Fünftel der insgesamt geschlossenen Krankenhäuser. Dabei entfällt in der Bettengrößenklasse von 51 bis 75 Betten mit nahezu 43 % der deutlich größere Anteil auf die Krankenhäuser in privater Trägerschaft, während es bei der Bettengrößenklasse von 76 bis 100 Betten einen deutlichen Schwerpunkt (42,8 %) bei den Marktaustritts-Krankenhäusern in freigemeinnütziger Trägerschaft gibt. In der – relativ gering besetzten – Bettengrößenklasse über 100 Betten liegt eine weitgehend gleichmäßige Verteilung auf die drei Trägergruppen vor.

**Tabelle 10: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 nach Trägerart und Bettengrößenklassen**

Bettengrößenklassen	Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft		Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft absolut/in %		Krankenhäuser in privater Trägerschaft absolut/in %		insgesamt absolut/in % aller Krankenhäuser	
	Abs.	In %	Abs.	In %	Abs.	In %	Abs.	In %
Bis 20 Betten	4	66,7%	1	16,7%	1	16,7%	6	8,1%
21 bis 50 Betten	11	42,3%	4	15,4%	11	42,3%	26	35,1%
51 bis 75 Betten	4	28,6%	4	28,6%	6	42,8%	14	18,9%
76 bis 100 Betten	3	21,4%	6	42,8%	5	35,7%	14	18,9%
Mehr als 100 Betten	4	28,6%	5	35,7%	5	35,7%	14	18,9%
insgesamt	26	35,2%	20	27,0%	28	37,8%	74	100%

Quelle: Eigene Recherchen und Berechnungen

Die Kennzahlen Erlösbudget-Volumen, abgerechneter Casemix und Fallzahlen waren nicht für alle identifizierten Marktaustritte zu ermitteln. Das liegt zum einen daran, dass es vor allem in den ersten Jahren des Untersuchungszeitraumes Marktaustritte von solchen Krankenhäusern gegeben hat, die das DRG-System zu keiner Zeit angewandt haben und für die dementsprechend keinerlei Daten aus den DRG-Budgetverhandlungen vorliegen. Außerdem gibt es für viele der Krankenhäuser, die von 2003 bis 2005 ausgeschieden sind, keine Qualitätsberichte, denn diese wurden erst ab dem Berichtsjahr 2004 verbindlich. Doch auch für solche Krankenhäuser, die während des Untersuchungszeitraumes oder schon vorher etwa durch Fusion, Übernahme oder interne Umstrukturierung zu Standorten von anderen Krankenhäusern wurden und nicht mehr über eine eigene Identifikationsnummer verfügten, waren in vielen Fällen keine entsprechenden getrennten Daten mehr zu ermitteln.

Insgesamt wurde für 46 vollständige Marktaustritte, für die entsprechende Angaben verfügbar waren, ein Erlösbudget-Volumen in Höhe von 172,2 Millionen Euro im Jahr vor der Schließung oder im Schließungsjahr ermittelt (siehe Tabelle 11). Pro aus dem Markt ausgeschiedenem Krankenhaus ergibt sich daraus ein durchschnittliches Erlösbudget-Volumen in Höhe von 3,66 Millionen Euro. Auch diese Größe weist erneut darauf hin, dass es sich bei den identifizierten Marktaustritten um relativ kleine Krankenhäuser gehandelt haben muss. Das höchste Erlösbudget-Volumen betrug dabei 15,7 Millionen Euro (Krankenhaus Großenhain). Mehr als 10 Millionen Euro Erlösbudget wiesen insgesamt nur vier Marktaustritts-Krankenhäuser auf; 8 identifizierte Marktaustritte verfügten dagegen über ein Erlösbudget-Volumen von unter einer Million Euro im Jahr der Schließung oder im vorhergehenden Jahr.

Der abgerechnete Casemix summiert sich für diese 46 Einrichtungen auf insgesamt 57.017,7 Casemix-Punkte oder rund 1.239,5 Casemix-Punkte pro Marktaustritt im Jahr vor der Schließung oder im Schließungsjahr; die Spannweite reichte von einem abgerechneten Casemix von rund 220 bis zu knapp 4.700 in der Spitze.

Die gesamte Fallzahl der insgesamt 53 Marktaustritte, für die diese Angabe zur Verfügung stand, belief sich auf 92.695 Fälle im Jahr vor der Schließung oder im Schließungsjahr. Das bedeutet pro



Marktaustritt eine durchschnittliche Fallzahl in Höhe von rund 1.749 vollstationären Fällen; die Spannbreite reichte von einer Fallzahl von knapp unter 200 bis zu 5.400 in der Spitze.

Eine Schließungsförderung von den jeweiligen Ländern konnte für fünf der insgesamt 74 vollständigen Marktaustritte recherchiert werden. Dabei handelt es sich um die Krankenhäuser Laichingen (Baden-Württemberg / Marktaustritt im Jahr 2009 / Schließungsförderung in Höhe von 1,4 Millionen Euro), Wagingen (Bayern / Marktaustritt im Jahr 2004 / Schließungsförderung in Höhe von 743.000 Euro), St. Elisabeth-Krankenhaus Bad Hersfeld (Hessen / Marktaustritt im Laufe des Jahres 2012 / Schließungsförderung nach Presseberichten rund 3 Millionen Euro), Ahrensburg (Schleswig-Holstein / Marktaustritt im Jahr 2011 / Schließungsförderung nach Presseberichten in Höhe von rund 400.000 Euro) sowie Zella-Mehlis (Thüringen / Schließungsförderung in Höhe von gut 733.000 Euro)<sup>7</sup>.

**Tabelle 11: Erlösbudget-Volumen, abgerechneter Casemix und Fallzahlen der Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013**

Erlösbudget-Volumen aller Marktaustritte	Durchschnittl. Erlösbudget pro Marktaustritt	Abgerechneter Casemix aller Marktaustritte	Durchschnittl. Abgerechneter Casemix pro Marktaustritt	Fallzahlen aller Marktaustritte	Durchschnittl. Fallzahl pro Marktaustritt
172,2 Mill €	3,66 Mill. €	57.017,7 Casemix-Punkte	1.239,5 Casemix-Punkte	92.695 vollstationäre Fälle	1.749 vollstationäre Fälle
(Grundgesamtheit: 46 Marktaustritte)		(Grundgesamtheit: 46 Marktaustritte)		(Grundgesamtheit: 53 Marktaustritte)	

Quelle: Eigene Recherchen und Berechnungen

Wertet man die vollständigen Marktaustritte der Jahre 2003-2013 nach den dadurch abgebauten Betten in den wichtigsten Fachrichtungen aus, zeigt sich, dass der Bettenabbau vor allem in der Inneren Medizin und der Chirurgie stattgefunden hat. In der Inneren Medizin wurden 46,7 % der durch Marktaustritte insgesamt abgebauten Betten aus der Versorgung genommen (siehe Tabelle 12). Auf die Chirurgie entfielen 23,5 %, auf alle anderen Fachrichtungen zusammen 29,8 %. Dass insbesondere die Innere Medizin und die Chirurgie von dem Bettenabbau durch Marktaustritte betroffen waren, ist insofern nicht überraschend, weil vor allem Grundversorgungskrankenhäuser standardmäßig diese beiden Fachrichtungen als Hauptfachrichtungen vorhalten, vielfach ergänzt um Gynäkologie und Geburtshilfe oder aber um kleiner (Beleg-) Abteilung in Fachrichtungen wie etwa der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde oder der Urologie.

<sup>7</sup> Siehe zu weiteren Details die Einzelbeschreibungen der Marktaustritte unter 8.1.2.; weitere Ausführungen zur Schließungsförderung der Länder unter 5.2. und 5.3.

**Tabelle 12: Bettenabbau nach Fachrichtungen durch Marktaustritte 2003-2013**

	<b>Innere Medizin</b>	<b>Chirurgie</b>	<b>Sonstige</b>
<b>Anteil der Fachrichtung am Bettenabbau durch Marktaustritte insgesamt</b>	46,7 %	23,5 %	29,8 %

Quelle: Eigene Recherchen und Berechnungen

Diesem Befund entspricht auch eine Auswertung der identifizierten Marktaustritte nach der Krankenhausart: Sie zeigt, dass insgesamt 33 oder fast 45 Prozent der Marktaustritte Allgemein-Krankenhäuser waren und diese Kliniken zusammen gut die Hälfte der Betten ausmachten, die durch vollständige Marktaustritte aus der Versorgung ausgeschieden sind (siehe Tabelle 13). Die Gruppe der reinen Belegkrankenhäuser macht 13,5 % aller Marktaustritte aus und steht für knapp 7 % der Betten. Als dritte Gruppe wurden reine Fachkrankenhäuser identifiziert, die knapp 42 Prozent der Marktaustritte ausmachten und über rund 41 % der aus dem Markt ausgeschiedenen Betten verfügten.

Im Hinblick auf die reinen Belegkrankenhäuser macht ein Blick in die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes deutlich, dass in der Zeit zwischen Ende 2002 und Ende 2012 die Zahl der reinen Belegkrankenhäuser von 199 (31.12.2002) auf 134 (31.12.2012) und damit um 65 Belegkrankenhäuser zurückging<sup>8</sup>. Die Recherche-Ergebnisse zu diesem Gutachten zeigen, dass ein knappes Sechstel dieser Belegkrankenhäuser durch einen vollständigen Marktaustritt aus dem Markt ausgeschieden ist (siehe Tabelle 14). Das zeigt, dass die Gruppe der Belegkrankenhäuser im Beobachtungszeitraum überproportional von vollständigen Marktaustritten betroffen war, Allgemein-Krankenhäuser dagegen nicht in gleichem Maße der Bedrohung durch einen vollständigen Marktaustritt ausgesetzt waren. Fachkrankenhäuser wiederum waren mit knapp 42 % (31 Marktaustritte) ebenfalls eher überproportional von vollständigen Marktaustritten betroffen; allerdings zeigt die Entwicklung der Krankenhausstatistik hier ein unklares Bild: Die Zahl der Fachkrankenhäuser (Krankenhäuser mit nur einer Fachrichtung) hat nach der Krankenhausstatistik von Ende 2002 bis zum Ende 2012 von 394 auf 396 sogar leicht zugenommen. Den Gründen hierfür wird unten im Rahmen der Fallstudien sowie der qualitativen Analyse weiter nachgegangen.

Betrachtet man die Verteilung der Marktaustritte nach Krankenhausart auf die einzelnen Bundesländer, zeigt sich, dass der deutlich höchste Anteil an Fachkrankenhäusern (9 von insgesamt 11 Marktaustritten) in Hessen aus dem Markt ausgeschieden ist (siehe Tabelle 14). Einen hohen Anteil von Marktaustritten von Fachkrankenhäusern weisen außerdem noch Baden-Württemberg (6 von 14) sowie Bayern (7 von 19) auf. Den höchsten Anteil von Allgemeinkrankenhäusern unter den Marktaustritten weist Nordrhein-Westfalen auf (11 von 15), gefolgt von Bayern (9 von 19) und Baden-Württemberg (5 von 14).

<sup>8</sup> Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser 2002 und 2012; Wiesbaden 2003 und 2013

**Tabelle 13: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013  
nach Krankenhausart**

<b>Krankenhausart</b>	<b>Anzahl Markt- austritte abso- lut</b>	<b>Anteil der Markt- austritte in Prozent</b>	<b>Durch Markt- austritte ge- schlossene Bettenzahl (absolut)</b>	<b>Durch Markt- austritte ge- schlossene Bettenzahl (Anteil in %)</b>
Allgemein- Krankenhaus	33	44,6 %	2.728	52,05 %
Belegkrankenhaus	10	13,5 %	362	6,91 %
Fachkrankenhaus	31	41,9 %	2.151	41,04 %
Summe	74	100,0 %	5.241	100,00 %

Quelle: Eigene Recherchen und Berechnungen

<b>Tabelle 14: Marktaustritte 2003-2013 nach Bundesland und KH-Art</b>	
<b>Bundesland / Krankenhausart</b>	<b>Marktaustritte</b>
<b>Baden-Württemberg</b>	<b>14</b>
Allgemein-KH	5
Beleg-KH	3
Fach-KH	6
<b>Bayern</b>	<b>19</b>
Allgemein-KH	9
Beleg-KH	3
Fach-KH	7
<b>Berlin</b>	<b>1</b>
Allgemein-KH	1
<b>Bremen</b>	<b>1</b>
Fach-KH	1
<b>Hessen</b>	<b>11</b>
Beleg-KH	2
Fach-KH	9
<b>Niedersachsen</b>	<b>5</b>
Allgemein-KH	2
Beleg-KH	2
Fach-KH	1
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	<b>15</b>
Allgemein-KH	11
Fach-KH	4
<b>Rheinland-Pfalz</b>	<b>1</b>
Fach-KH	1
<b>Sachsen</b>	<b>3</b>
Allgemein-KH	2
Fach-KH	1
<b>Sachsen-Anhalt</b>	<b>1</b>
Akut-KH	1
<b>Schleswig-Holstein</b>	<b>2</b>
Allgemein-KH	1
Fach-KH	1
<b>Thüringen</b>	<b>1</b>
Allgemein-KH	1
<b>Summe Marktaustritte</b>	<b>74</b>

Quelle: Eigene Recherchen und Berechnungen

Bei der näheren Betrachtung vieler Marktaustritte fiel immer wieder auf, dass die Frage einer Nachnutzung von geschlossenen Krankenhäusern für gesundheitliche Versorgungsangebote zumindest in der öffentlichen Diskussion eine wichtige Rolle spielt. Dies trifft naturgemäß besonders stark auf die Allgemein-Krankenhäuser, aber durchaus auch auf viele Belegkrankenhäuser zu. Deshalb wurden die Fallbeschreibungen aller 74 identifizierten Marktaustritte daraufhin untersucht, ob sich Informationen für eine Nachnutzung nach dem Marktaustritt des Krankenhauses bzw. Standortes finden lassen. Dabei zeigte sich, dass bis zum Ende der Rechercharbeiten am Jahresende 2013 in etwas mehr als der Hälfte der Marktaustritte keine Hinweise auf eine Nachnutzung für gesundheitliche Versorgungsangebote zu finden waren (siehe Tabelle 15). In rund einem Fünftel der Fälle findet jedoch eine Nachnutzung durch ein ambulantes Versorgungsangebot statt, so zum Beispiel durch niedergelassene Ärzte, die im früheren Belegkrankenhaus ihre Praxis weiterführen, oder durch Notfallstationen, Einrichtungen für ambulantes Operieren und ähnliches. Eine Nachnutzung als Rehabilitationseinrichtung konnte für insgesamt gut ein Zehntel der Marktaustritte festgestellt werden; ebenso häufig ist die spätere Nutzung als Pflegeeinrichtung.

**Tabelle 15: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 nach Nachnutzung für gesundheitliche Versorgungsangebote**

Art der Nachnutzung	Anzahl Marktaustritte absolut	In Prozent
Keine Nachnutzung für gesundheitliche Versorgungsangebote	40	54,0 %
Nachnutzung für ambulantes Versorgungsangebot (einschließlich Notfallstation)	15	20,3 %
Nachnutzung als Rehabilitationseinrichtung (einschließlich geriatrische Rehabilitation)	8	10,8 %
Nachnutzung als Pflegeeinrichtung	8	10,8 %
Nicht bekannt	3	4,1 %
Summe	74	100,0 %

Quelle: Eigene Recherchen und Berechnungen

## 4. Fallstudien zu ausgewählten Marktaustritten

### 4.1. Auswahl und Hintergrund der dargestellten Fallstudien

Die nachfolgenden Fallstudien stehen jeweils für typische Marktaustritte bzw. für die für den jeweiligen Marktaustritt ausschlaggebenden Gründe. Die Fallstudie St. Josef-Krankenhaus Monheim (4.2. Belegungs- und wirtschaftliche Probleme führen zum Marktaustritt: Fallstudie St. Josef Hospital Monheim) stellt einen Marktaustritt eines Krankenhauses dar, das aufgrund von langfristigen Belegungsproblemen in immer größere wirtschaftliche Schwierigkeiten geriet, die letztlich zur Schließung geführt haben, und steht damit für den häufigsten Marktaustritts-Grund, den Belegungsrückgang mit daraus entstehenden wirtschaftlichen Problemen. Gleichzeitig zeigt es exemplarisch den Versuch, zunächst durch einen Trägerwechsel ein bereits in Schwierigkeiten steckendes Krankenhaus zu retten – ein Phänomen, das im Zeitablauf insbesondere bei Allgemein-Krankenhäusern immer häufiger zu beobachten war. Schließlich wird an diesem Beispiel noch ein weiteres typisches Vorgehen zur Rettung von Krankenhäusern deutlich – der Versuch, durch Spezialisierung doch noch zu einer wirtschaftlich tragbaren Situation zu kommen.

Eine Besonderheit stellt der Marktaustritt der Asklepios Klinik Nabburg (4.3. Marktaustritt nach Übernahme durch privaten Träger: Fallstudie Asklepios Klinik Nabburg) dar: Diese Fallstudie stellt einen Ablauf eines Marktaustritts vor, bei dem das betroffene Krankenhaus zunächst aus der früheren öffentlichen Trägerschaft von einem privaten Träger übernommen und dann durch verschiedene Umstrukturierungsmaßnahmen wirtschaftlich stabilisiert werden sollte, aber schließlich doch vollständig geschlossen wurde.

Wie die identifizierten Marktaustritte zeigen, haben wirtschaftliche Probleme vor dem letzten Marktaustritt in etlichen Fällen auch zur Insolvenz geführt; dieser – ebenfalls recht häufige und damit typische – Fall wird in der Fallstudie „4.4. Insolvenz vor dem Marktaustritt: Fallstudie Frauenklinik Rheinfelden“ dargestellt.

Eine weitere Fallstudie befasst sich mit den Marktaustritten aufgrund von Vorgaben der Landeskrankenhausplanung (4.5. Marktaustritt aufgrund von Vorgaben der Krankenhausplanung: Fallstudie Krankenhaus St. Elisabeth (Bad Hersfeld)). Diese Fallstudie steht gleichzeitig auch für die identifizierten Marktaustritte von Belegkrankenhäusern.

Ergänzend wird wiederum ein Sonderfall dargestellt, bei dem es trotz relativ guter Belegung, die allerdings durch eine Halbierung der Bettenzahl erreicht wurde, zu wirtschaftlichen Problemen und schließlich zum Marktaustritt kam (4.6. Hohes Minus trotz guter Auslastung: Fallstudie Hospital zum Heiligen Geist Horb).

Anschließend werden die gar nicht so seltenen Fälle des Marktaustritts von Kleinst-Krankenhäusern an einem Beispiel dargestellt (4.7. Marktaustritt von Kleinst-Krankenhäusern: Fallstudie Kreiskrankenhaus Hemau). Denn von den insgesamt identifizierten 74 vollständigen Marktaustritten entfallen 32 auf Krankenhäuser mit einer Bettenzahl von bis zu 50 Betten, darunter sechs mit nur bis zu 20 Betten. Außerdem handelt es sich auch bei diesem Krankenhaus um ein Belegkrankenhaus, so dass auch hier nochmals der Frage nachgegangen werden kann, warum Belegkrankenhäuser in dem betrachteten Zeitraum relativ häufig von vollständigen Marktaustritten betroffen waren.

Schließlich wurde eine Fallstudie aufgenommen, in der das Beispiel eines Krankenhauses dargestellt wird, das zunächst in eine Insolvenz gegangen war, schließlich aber durch Aktivitäten von Teilen der Mitarbeiter und von Bürgern weitergeführt werden konnte (4.8. Fast-Marktaustritt: Fallstudie Krankenhaus Einbeck). Diese Fallstudie steht einerseits für die insgesamt zehn Beispiele von

Fast-Marktaustritten bzw. teilweisen Marktaustritten, die in die Übersicht unter 8.1.3. aufgenommen worden sind. Gleichzeitig stellt das Einbecker Beispiel aber auch einen Sonderfall dar, weil hier die Bürger und einzelne betroffene Beschäftigte aktiv geworden sind und eine Möglichkeit zur Weiterführung des Krankenhauses gefunden haben.

## **4.2. Belegungs- und wirtschaftliche Probleme führen zum Marktaustritt: Fallstudie St. Josef Hospital Monheim**

Das zum Kplus-Verbund gehörende freigemeinnützige St. Josef-Krankenhaus in Monheim (Nordrhein-Westfalen / Städtischer Kreis) verfügte über 107 Betten und die Abteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Röntgen. Im Jahr 2012 wurden im Krankenhaus gut 2.900 vollstationäre Fälle versorgt – gegenüber dem Jahr 2010 ein Rückgang von knapp 300 Fällen. Das Erlösbudget betrug 2012 7,7 Millionen Euro.

Das St. Josef-Krankenhaus Monheim war im Jahr 2000 vom damaligen Träger, der katholischen Kirchengemeinde St. Gereon, an den Kplus-Verbund abgegeben worden. Der Kplus-Verbund hat in den Jahren danach mit zum Teil erheblichen Beträgen – in Presseberichten werden acht Millionen Euro genannt - versucht, das Krankenhaus aus der Defizit-Zone zu bringen. So wurde 2009 eine stationäre Geriatrie etabliert.

Im Februar 2013 teilte die Geschäftsführung dann mit, dass das Krankenhaus im Rahmen eines Bieterverfahrens verkauft werden sollte.

In „Klinik Markt inside“ (KM 05/2013, Seite 14f.) hieß es dazu:

Die Trägerschaft des zum Kplus-Verbund gehörenden St. Josef Krankenhauses Monheim soll in andere Hände gegeben werden. „Wir werden dazu jetzt in einem Bieter-/Angebotsverfahren verschiedene Krankenhaus-Träger ansprechen, für die Monheim als Standort interessant sein kann“, erläutert Geschäftsführer Gregor Hellmons. Das Verfahren soll im Mai 2013 abgeschlossen sein und die Trägerschaft übergeben werden. Weiter hieß es, seit 2009 bemühe man sich in Monheim mit der Etablierung der stationären Altersmedizin intensiv um eine sinnvolle Ergänzung des Leistungsangebotes. Durch das Moratorium in der Krankenhausbedarfsplanung des Landes Nordrhein-Westfalen stehe die Entscheidung noch immer aus – trotz der vorliegenden positiven Bewertung durch die Bezirksregierung. Ein Trägerwechsel sei nun unumgänglich. „Aufgrund der geografischen Lage und der hiesigen Krankenhausstruktur sind wir guter Dinge, einen neuen Träger zu finden“, zeigte sich Hellmons optimistisch und betonte, dass der stationäre Krankenhausbetrieb während des Bieter-/Angebotsverfahrens uneingeschränkt fortgesetzt werde.

Zum nordrhein-westfälischen Verbund Kplus – Katholische Kliniken und Senioreneinrichtungen ([www.k-plus.de](http://www.k-plus.de)) gehören derzeit sechs Krankenhäuser mit zusammen 1.336 Betten, in denen jährlich rund 44.000 stationäre Fälle behandelt werden.“

Als weitere Gründe für die Verkaufsabsicht nannte der Kplus-Verbund die Größe des Krankenhauses, die problematisch sei, weil die erforderliche Mindestbesetzung schwer zu finanzieren sei. Auch die Höhe der Fallpauschalen und des Basisfallwertes setzen vor allem solch kleineren Häusern zu.

Das Bieterverfahren scheiterte im Mai 2013, nachdem sich von den angesprochenen 18 Krankenhausträgern insgesamt fünf interessierte Träger nach eingehenden Wirtschaftlichkeitsberechnungen schließlich entschieden hatten, kein Übernahme-Angebot vorzulegen, weil auch aus ihrer Sicht kein tragfähiges Versorgungskonzept gefunden werden konnte, um das Krankenhaus in Zukunft wirtschaftlich zu betreiben.

Angesichts eines – nach Träger-Angaben - monatlichen Defizits in sechsstelliger Höhe und einer zum Teil sehr schlechten Belegung von (Ende Mai 2013) nur 30 der insgesamt 107 Betten entschied sich der Träger dann im Mai 2013 für die Schließung des Krankenhauses zum 31. August 2013.

Nachdem die Schließungs-Absichten durch intensive Presseberichterstattung bekannt wurden, versuchte dann die Stadt Monheim noch, die Schließung durch eine Übernahme des Krankenhauses zu verhindern. Dazu wurde ein Wirtschaftsprüfer beauftragt, eine zukunftsfähige Strategie vorzulegen. Die Bemühungen scheiterten aber im Juli 2013 an dem hohen aufgelaufenen und auch weiterhin zu erwartenden Defizit.

In einer Vorlage<sup>9</sup> für eine öffentliche Ratssitzung der Stadt Monheim werden die Situation und die Hintergründe der geplanten Schließung des St. Josef Krankenhauses aus der Sicht der Stadt Monheim und der von ihr Beauftragten Sachverständigen deutlich. Dort heißt es unter anderem:

„In den letzten vier Jahren sind folgende negative Jahresergebnisse mit sich verschlechternder Tendenz zu verzeichnen:

2009 ./ 0,494 Mio. €

2010 ./ 1,088 Mio. €

2011 ./ 1,582 Mio. €

Der Jahresabschluss 2012 ist noch nicht veröffentlicht, nach den Verlautbarungen der Gesellschaft ist aber ein Verlust mindestens in der Höhe des Jahres 2011 zu erwarten. Der Verlustausgleich konnte nur durch die Zuführung von Geldmitteln der Konzerngesellschaften ausgeglichen werden.

Auch die Umsatzerlöse waren jeweils rückläufig und gingen von ca. 10 Mio. € im Jahr 2009 auf ca. 8,9 Mio. € im Jahr 2011 zurück.

Aufgrund der schlechten wirtschaftlichen Entwicklung hatte sich die Krankenhausleitung bereits im Jahr 2009 bemüht, Umstrukturierungsmaßnahmen zu initiieren, die dazu führen sollten, die Chirurgie zu schließen und eine geriatrische Abteilung im Krankenhaus anzusiedeln. Dieses Vorhaben entsprach den Entwicklungen, die sich auch im Entwurf der Fortschreibung eines Krankenhausbedarfsplans des Landes widerspiegelten, der von einem Bettenrückgang im Bereich der Chirurgie und Inneren Medizin ausging und auch weiterhin ausgeht und einen Ausbau der Geriatrie vorsieht. Die Chancen für eine Neuausrichtung des Krankenhauses konnten aufgrund fehlender Entscheidungen auf Landesebene bislang nicht weiter verfolgt werden.“

Wenig später wird dann in der Ratsvorlage die Wettbewerbs- und Versorgungssituation in der Region im Hinblick auf die geplante Schließung analysiert:

„Innerhalb der Region hat das Krankenhaus im Verhältnis zu anderen Kliniken folgende Stellung:

	Entfernung	Betten
- St. Josef Monheim	0 km	107
- St. Martinus Langenfeld-Richrath	10 km	188
- St. Remigius Opladen	13 km	378
- St. Lukas Solingen	17 km	345
- Klinikum Leverkusen	13 km	735
- Sana-Kliniken Benrath	8 km	639
- St. Josef Hilden	18 km	225

Hierbei zählen alle Häuser, die sich in einer Entfernung von unter 20 km befinden, gemäß Krankenhausbedarfsplan als wohnortnahe Versorgung. (...)

<sup>9</sup> Stadt Monheim am Rhein: Vorlage Nr. VIII/1269 vom 10.07.2013;  
[https://ris.monheim.de/session/bi/vo0050.php?\\_\\_kvonr=3300](https://ris.monheim.de/session/bi/vo0050.php?__kvonr=3300) ; 28.03.2014



Die Fallzahlen haben sich seit 2009 ständig reduziert. Es muss festgestellt werden, dass der Nutzungsgrad des Krankenhauses bei einer unterstellten Verweildauer von 7 Tagen nur bei ca. 50% gelegen haben dürfte, was einen wirtschaftlichen Betrieb des Krankenhauses unmöglich machte. (...)

Das Land NRW geht in seiner Planung 2015 von ca. 85 % Auslastung aus. Auslastungen unter 75 % sind im Normalfall als äußerst kritisch anzusehen und dürften, wie im vorliegenden Fall erkennbar, zu nicht unerheblichen Verlusten führen.“

Dann behandelt die Ratsvorlage vor dem Hintergrund der Kosten- und Ertragssituation des Krankenhauses auch die absehbaren Aussichten auf eine erfolgreiche Weiterführung des Betriebes durch die Stadt Monheim – mit dem Ergebnis, dass dringend von einem Versuch, das Krankenhaus zu übernehmen und weiterzuführen, abgeraten wird:

„Die Ertragssituation des Krankenhauses ist geprägt von starken Rückgängen der Behandlungsfälle und damit der Auslastung in den letzten Jahren. Da der Anteil der variablen Kosten, die erforderlich waren, um das notwendige Mindestangebot aufrecht zu erhalten, eher gering ist, wirken sich die Fixkosten in erheblichem Umfang negativ auf die Ertragssituation aus.

Während sich die Kostenseite per Saldo nur geringfügig verschlechtert hat, sind die Erlöse aus Krankenhausleistungen im Jahr 2009 bis zum Jahr 2011 um 11,0 % zurückgegangen, entsprechend 1,011 Mio. €.

Die Berechnungen und Analysen des Wirtschaftsprüfers haben aufgezeigt, dass ab dem Jahr 2011 nicht nur die Erlössituation kritisch wurde, sondern auch bei erreichtem Budget Verluste in Höhe von mindestens 322 T€ im Jahr 2011 entstanden wären. In 2012 dürfte sich dieser Trend fortgesetzt haben. Damit ist davon auszugehen, dass auch die Kostenstruktur nicht mehr mit der vergleichbarer Häuser übereinstimmt. Es ist davon auszugehen, dass dies insbesondere auf Mehrkosten durch Honorarärzte und Leih-Pflegekräfte zurückzuführen ist.

Trotz dieser negativen Entwicklung im Kostenbereich ist die mangelnde Erlössituation der wesentliche Grund für die wirtschaftlichen Schwierigkeiten des Krankenhauses, die den Träger zu einer Schließung veranlasst haben. Sowohl der mangelnde Zuspruch bei der Monheimer Bevölkerung als auch die vorwiegende Behandlung von leichteren medizinischen Fällen, die entsprechend weniger lukrativ vergütet werden, haben eine Entwicklung in Gang gesetzt, die unter den derzeitigen Rahmenbedingungen nicht umkehrbar erscheint. (...)

Wie schon ausgeführt wird deutlich, dass die Krise des Krankenhauses bereits in den Jahren 2009/2010 eingetreten ist. Es sind mit Ausnahme des Geriatriekonzeptes kaum Konzepte erkennbar, die eine Trendwende beim massiven Rückgang der Fallzahlen hätten einleiten können.

Bei einem solch kleinen Haus ist es äußerst schwierig, Umsatzrückgänge durch Rationalisierungsmaßnahmen zu kompensieren, da durch die Qualitäts- und Präsenzanforderungen ein hoher Fixkostenblock besteht. Die Entwicklung der Personal- und Sachkosten zeigt sogar, dass auch in diesem Bereich keine gravierenden Erfolge erzielt werden konnten. Im Gegenteil wird die Tendenz ersichtlich, dass wichtige Mitarbeiter einschließlich Chefarzt Chirurgie das Krankenhaus verlassen haben und die vakanten Stellen durch teurere Modelle wie z. B. Honorararzt und Leihpflegekräfte besetzt werden mussten. Damit wurde die Schere zwischen Umsatzrückgang und Kostensteigerung immer größer. (...)

Im Investitionsbereich zeigt sich, dass zumindest in den letzten Jahren keine wesentlichen eigenen Mittel eingesetzt wurden. Wenn Krankenhäuser heute im Wettbewerb bestehen wollen, kommen sie im Investitionsbereich aber mit Landesmitteln normalerweise nicht aus. Die Erwartungen der Patienten werden aber umgekehrt immer höher, was nicht nur den Komfort,

sondern auch die apparative Ausstattung betrifft. Auch hier waren konzeptionelle Überlegungen nicht zu erkennen. Für CT- und MRT-Untersuchungen müssen die Patienten in die St. Lukas Klinik nach Solingen transportiert werden. Die Möglichkeit der Sanierung einer Etage über Mittel des Konjunkturpaketes war wohl einmaliger Natur. Wären die Mittel der Gesellschafter, die zur Verlustdeckung aufgebraucht wurden, in Investitionen geflossen, hätte das Krankenhaus eine ganz andere Ausgangsbasis. Offensichtlich war der Kplus-Verbund nicht in der Lage, die notwendigen Investitionen zu tätigen, um den Erwartungen der Patienten gerecht zu werden und die Akzeptanz des Hauses zu steigern.

Bedingt durch die schon länger anhaltenden Schließungsgerüchte, das öffentlich bekannt gemachte Bieterverfahren und letztlich den konkreten Beschluss zur Schließung zum 31. August 2013 muss davon ausgegangen werden, dass für eine Fortführung auf bisheriger Basis das notwendige Personal nicht mehr vorhanden ist und damit die Organisationsstruktur zumindest äußerst stark gelitten hat. Dies gilt vor allem für den pflegerischen und ärztlichen Bereich. Soweit Kompetenzen auf Abteilungen des Kplus-Konzerns verlagert wurden, dürfte diese Struktur allerdings dort noch vorhanden sein. (...) Der Erhalt des Krankenhauses ist unter den gegebenen Rahmenbedingungen nicht vertretbar.“

Nachdem die Stadt Monheim aufgrund der dargestellten Situation nicht bereit war, das Krankenhaus zu übernehmen und weiterzuführen, war klar, dass der Schließungsbeschluss des Trägers umgesetzt werden würde. Die tatsächliche Schließung erfolgte schließlich bereits zum 2. August 2013, weil ein 24-Stunden-Betrieb über diesen Zeitpunkt hinaus aufgrund der angesichts der bevorstehenden Schließung immer schlechter werdenden Personalbesetzung nach Auskunft des Trägers nicht mehr möglich war.

In einer Pressemeldung des Kplus-Verbundes hieß es dazu: „Bereits zuvor hatte das Krankenhaus bekannt gegeben, dass der Betrieb der Notaufnahme nur eingeschränkt gewährleistet werden kann. Darüber hinaus führen zahlreiche Krankmeldungen der Mitarbeiter zu Engpässen in der Personalplanung, die aufgrund der Urlaubszeit nur sehr schwer auszugleichen sind. Unter diesen Umständen ist eine Aufrechterhaltung des 24-stündigen Krankenhausbetriebes nicht zu verantworten. Patienten befinden sich nicht mehr im Krankenhaus.“

Den 127 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses wurde gekündigt; außerdem wurde ein Sozialplan aufgestellt. Gebäude und Grundstück sind im Zuge der Schließung an den Eigentümer, die katholische Kirchengemeinde St. Gereon, zurückgefallen.

Die wesentlichen Akteure im Zuge des Marktaustritts waren:

- der Träger des Krankenhauses
- Bürgermeister und Rat der Stadt Monheim
- sowie die örtliche Presse.

Die Fallstudie St. Josef-Krankenhaus Monheim stellt exemplarisch einen Marktaustritt eines Krankenhauses dar, das aufgrund von langfristigen Belegungsproblemen (im konkreten Beispiel in der Endphase nur noch rund 50 % Belegung) in immer größere wirtschaftliche Schwierigkeiten geriet, die letztlich zur Schließung geführt haben, und steht damit für den mit fast 40 Prozent Anteil an allen identifizierten Marktaustritten (siehe Tabelle 16) häufigsten Marktaustritts-Grund: den – vielfach und so auch hier – langfristigen Belegungsrückgang mit daraus entstehenden wirtschaftlichen Problemen. Dabei wies der Kreis Mettmann vor dem Marktaustritt des St. Josef-Krankenhauses mit 51,5 Betten pro 10.000 Einwohnern gemessen am Bundesdurchschnitt (62,4 Betten pro 10.000 Einwohner am 31.12.2012) einen leicht unterdurchschnittlichen Versorgungsgrad auf.

Diese Fallstudie zeigt auch exemplarisch den Versuch auf, zunächst durch einen Trägerwechsel ein bereits in Schwierigkeiten steckendes Krankenhaus zu retten – ein Phänomen, das im Zeitablauf insbesondere bei Allgemein-Krankenhäusern immer häufiger zu beobachten war. Denn die erwähnten Belegungs- und wirtschaftlichen Probleme existierten bereits bei der Übernahme des Hauses durch den Vorgänger des Kplus-Verbundes im Jahr 2000.

Der Trägerwechsel hin zu einem regionalen oder überregionalen Träger hat aber auch noch einen anderen Hintergrund: Notwendige und häufig für die Belegschaft, aber auch die örtliche Bevölkerung schmerzhaft Re-strukturierungs-Eingriffe in den Krankenhausbetrieb bis hin zur Schließung von einzelnen Abteilungen oder gar des gesamten Krankenhauses bzw. Standortes sind von auf einer meist überregionalen Ebene agierenden Krankenhausgruppe deutlich einfacher durchzusetzen als von einem einzelnen Krankenhausträger vor Ort. In diesem Fall hat die intensive Berichterstattung in der örtlichen bzw. regionalen Presse über die Verkaufs-Absichten und dann den Plan zur Schließung in diesem Sinne noch unterstützend gewirkt; Pressebeiträge, in denen die Schließung oder auch die problematische Belegungssituation Situation des Krankenhauses kritisch hinterfragt wurden, konnten nicht identifiziert werden.

Erkennbar wird auch eine weitere Strategie, mit der Krankenhausträger auf zunehmende wirtschaftliche Probleme von Krankenhäusern und Standorten und eine drohenden Schließung reagieren: Sie versuchen, das betreffende Krankenhaus zu veräußern. Meist wird dies dann auch öffentlich bekannt gemacht. Dadurch gibt es in der Öffentlichkeit bereits einen klaren Hinweis darauf, dass die Probleme mittlerweile so groß sind, dass eine Lösung ohne einschneidende Maßnahmen wie einen Verkauf nicht zu beherrschen sind. Scheitert der Verkauf, weil sich kein Käufer findet, wird dies als weiterer Beleg dafür genutzt, dass man mit der Einschätzung, eine Schließung sei nun unvermeidlich, nicht alleine steht, da ja auch andere Krankenhausträger kein sinnvolles Konzept zur Weiterführung des Krankenhauses gefunden hätten – ein Argument, mit dem der schließlich erfolgende Schließungsbeschluss in der Öffentlichkeit nochmals abgestützt werden kann.

Schließlich wird an diesem Beispiel noch ein weiteres typisches Vorgehen zur Rettung von Krankenhäusern deutlich – der Versuch, durch Spezialisierung doch noch zu einer wirtschaftlich tragbaren Situation zu kommen. Der Verbund hatte in den Jahren nach der Übernahme konkret versucht, durch verschiedene Umstrukturierungsmaßnahmen, insbesondere aber durch die Einrichtung einer Geriatrie, die wirtschaftliche Situation des Hauses grundlegend zu verändern. Angesichts von Belegungszahlen von rund 50 %, wie aus der Unterlage der Stadt Monheim hervorgeht, führte auch dies jedoch nicht zum Erfolg. Hinzu kommt ein weiteres Phänomen, das auch bei anderen Schließungen zu beobachten ist: In dem Moment, in dem ein Krankenhausträger beginnt, öffentlich über eine grundlegende Veränderung (möglicher Verkauf, Schließung von Teilen oder des gesamten Krankenhauses), hat dies sowohl negativen Einfluss auf die Belegung des Hauses als auch auf die Personalfuktuation – insbesondere bisherige Leistungsträger versuchen, rechtzeitig eine andere Stelle zu finden. Deshalb kommt es – wie in diesem Fall - auch zu einer Situation, dass die Belegung noch weiter einbricht und der eigentlich geplante Schließungszeitpunkt am Ende vorgezogen werden muss, weil durch den hohen Personalabfluss ein 24-Stunden-Betrieb nicht mehr gewährleistet werden kann.

### **4.3. Marktaustritt nach Übernahme durch privaten Träger: Fallstudie Asklepios Klinik Nabburg**

Eine Besonderheit stellt die Fallstudie zum Marktaustritt der Asklepios Klinik Nabburg vor: Hierbei handelt es sich um einen Marktaustritt, bei dem das betroffene Krankenhaus zunächst aus der frühe-

ren öffentlichen Trägerschaft von einem privaten Träger übernommen und dann durch verschiedene Umstrukturierungsmaßnahmen wirtschaftlich stabilisiert werden sollte, aber schließlich doch vollständig geschlossen wurde. Solche Fallgestaltungen finden sich eher selten – denn insbesondere für große private Krankenhausgruppen stellt jede Schließung eines übernommenen Krankenhauses eine nachhaltige Image-Belastung dar. So wurde den Autoren gegenüber in Gesprächen und den geführten Interviews immer wieder betont, dass die Schließung von Krankenhäuser speziell für private Krankenhausträger immer die allerletzte Alternative darstelle, weil das Geschäftsmodell der großen privaten Krankenhausgruppen ja im Kern darauf beruhe, in wirtschaftlichen Schwierigkeiten steckende öffentliche Krankenhäuser zu übernehmen, zu sanieren und in eine – wirtschaftlich wie medizinisch – gesicherte Zukunft zu führen. Eine Besonderheit stellt ebenfalls dar, dass in diesem Fall ausdrücklich Probleme bei der Personalbeschaffung, insbesondere bei der Gewinnung eines Chefarztes, als einer der Gründe für die letztlich erfolgten Marktaustritt genannt werden.

Die Asklepios Kardiologische Klinik Nabburg (Bayern / dünn besiedelter ländlicher Kreis), ein Fachkrankenhaus mit der Abteilung Innere Medizin, hatte vor dem Marktaustritt 30 Betten und behandelte gut 1.800 vollstationäre Patienten und rund 720 ambulante Fälle (2009). Das Erlösbudget betrug für das Jahr 2009 3,1 Millionen Euro.

Der Asklepios-Konzern hatte das Krankenhaus Nabburg Mitte 2010 vom bisherigen Träger, der Gemeinnützigen Krankenhausgesellschaft des Landkreises Schwandorf mbH, einem Tochterunternehmen des Landkreises Schwandorf, zusammen mit zwei weiteren Krankenhäusern übernommen. Nach den Angaben im Qualitätsbericht 2008<sup>10</sup> verfügte das Krankenhaus damals noch über 83 Betten und wies 2.185 vollstationäre Fälle aus.

Im „Oberpfalznetz“ hieß es dazu am 16. März 2010<sup>11</sup>:

Ein sogenannter Krankenhausbetriebsführungsvertrag regelt ab sofort für die drei Landkreiskrankenhäuser Burglengenfeld, Nabburg und Oberviechtach die Zeit zwischen der Managementübernahme durch den Asklepios-Konzern bis zur letztlichen Betriebsübernahme vom bisherigen Träger, der gemeinnützigen Krankenhausgesellschaft des Landkreises. Der Vertrag trat am 15. März in Kraft.“

Der eigentliche Betriebsübergang auf Asklepios erfolgte dann zum 1. Juni 2010.

Das Krankenhaus wurde dann von Asklepios in eine kardiologische Klinik umgewandelt und ab 2011 unter der IK 260930447 (Asklepios Klinik Lindenlohe) als Standort 02 geführt. Der letzte Basisfallwert (Zahlbetrag) belief sich auf 2.982,50 Euro, und für 2010 weist der Qualitätsbericht<sup>12</sup> eine Fallzahl von nun noch 1.673 vollstationären Fällen aus.

Zum 1. April 2013 wurde das Krankenhaus aufgrund erheblicher Fallzahlrückgänge und nachfolgender wirtschaftlicher Schwierigkeiten geschlossen und in den Räumen des ehemaligen Krankenhauses ein ambulantes „Gesundheitszentrum Nabburg“ eröffnet.

Die Mittelbayrische Zeitung<sup>13</sup> schrieb dazu:

- „Krankenhaus Nabburg schließt am 1. April  
Die Klinik sei nicht mehr zu retten, verkündet der Regionalgeschäftsführer von Asklepios. (...) Nach langen Bemühungen, eine sinnvolle medizinische Nutzung für das Krankenhaus Nabburg

<sup>10</sup> Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2008 Krankenhaus Nabburg

<sup>11</sup> [https://www.oberpfalznetz.de/zeitung/2239945-128-asklepios\\_uebernimmt\\_das\\_ruder,1,0.html](https://www.oberpfalznetz.de/zeitung/2239945-128-asklepios_uebernimmt_das_ruder,1,0.html)

<sup>12</sup> Referenzbericht zum Qualitätsbericht 2010 Asklepios Kardiologische Klinik Nabburg

<sup>13</sup> <http://www.mittelbayerische.de/region/schwandorf/artikel/krankenhaus-nabburg-schliesst-am-1-april/875918/krankenhaus-nabburg-schliesst-am-1-april.html>

zu finden, hat der Asklepios-Konzern jetzt die Reißleine gezogen. Bei einer Pressekonferenz am Donnerstag in Lindenlohe erklärte der neue Regionalgeschäftsführer Dr. Boris Rapp, die Klinik in Nabburg sei nicht mehr zu retten. (...) Der Versuch, hier ein Herzkatheterlabor zu etablieren, sei wegen der zu geringen Fallzahlen fehlgeschlagen. Für die geplante Umwidmung der inter-nistischen in psychosomatische Betten (Stichwort: Schmerzbehandlung) gab es wiederum kein Plazet vom Krankenhausplanungsausschuss. „Aus unserer Sicht war es damit nicht mehr mög-lich, in Nabburg dauerhaft eine Krankenhausversorgung aufrechtzuerhalten“, so Rapp. Zum 1. April soll der Krankenhausbetrieb eingestellt werden.“

Den 62 Mitarbeitern sollte eine Beschäftigung in den anderen Asklepios-Kliniken in der Region angeboten werden, hieß es weiter. Außerdem habe man im Einvernehmen mit dem Betriebsrat eine Einigungsstelle eingerichtet.

Die ursprünglich nach einer Quelle von Asklepios geplante Verlegung der Betten des Krankenhau-ses Nabburg in die Klinik Lindenlohe ist nach den Recherchen nicht erfolgt – die Klinik Lindenlohe verfügte nach dem Qualitätsbericht 2010<sup>14</sup> über 110 Betten; die gleiche Zahl an Betten weist die Klinik gemäß den Angaben auf der Klinik-Internetseite auch aktuell auf<sup>15</sup>.

Ausschlaggebend für die Schließungs-Entscheidung sei zum einen die geringe Auslastung der Kli-nik gewesen - im Durchschnitt seien nur 10 von 30 Betten belegt gewesen, in der Vorweihnachts-zeit sogar nur drei bis vier. Auch hätten die von Asklepios entwickelten Umstrukturierungspläne für die Klinik keine Unterstützung durch den Krankenhausplanungsausschuss erhalten. Als weiteren Grund nannte Asklepios die Schwierigkeit, Ärzte für die Klinik in Nabburg zu gewinnen. Für eine 30-Betten-Klinik habe man faktisch keine Chance gehabt, einen Chefarzt zu gewinnen. Auch der Versuch, mit der Beschäftigung von Honorarärzten gegenzusteuern, habe nicht aus der Misere ge-holfen, denn dadurch sei es zu einer zu großen Fluktuation gekommen.

Auch diese zuletzt erwähnte Aussage stellt nach den Recherchen zu Marktaustritten von Krankenhäusern eine Seltenheit dar. Denn solche Personalprobleme werden zwar vielfach von Krankenhäu-sern vorgetragen – als konkreter Grund für eine Schließung eines Krankenhauses bzw. Standortes werden sie aber in der Regel nicht erwähnt.

Die wesentlichen Akteure im Zuge des Marktaustritts waren:

- der Träger des Krankenhauses
- der Landkreis (als ehemaliger Eigentümer)
- sowie die örtliche und regionale Presse.

Als systematische Vorgehensweise kann man in diesem Fall sehen, dass (vor allem) private Kran-kenhausgruppen im Rahmen von größeren Übernahmen auch Krankenhäuser bzw. Standorte mit übernehmen, die bereits mit erheblichen Problemen zu kämpfen haben. Diese Krankenhäuser ver-sucht man dann in der Folgezeit durch Restrukturierungsmaßnahmen und Kapazitätsreduzierung wirtschaftlich zu sanieren – meist durch eine Umwandlung und Spezialisierung in ökonomisch luk-rative Medizin-Bereiche – in diesem Fall im Bereich der Kardiologie. Schlägt dies fehl bzw. lässt die Landeskrankenhausplanung keine weiteren Versuche in dieser Richtung zu, wird das Kranken-haus schließlich geschlossen.

Ähnlich wie in der vorhergehenden Fallstudie hat die regionale Presse auch in diesem Fall die Ar-gumente des Krankenhausträgers zur geplanten Schließung zwar sehr intensiv, aber weitestgehend ohne kritische Hinterfragung der Gründe in die Öffentlichkeit transportiert und damit von der Ten-denz unterstützend im Sinne des Trägers gewirkt.

---

<sup>14</sup> Qualitätsbericht 2010 Asklepios Orthopädische Klinik Lindenlohe, S. 13

<sup>15</sup> <http://www.asklepios.com/klinik/default.aspx?cid=701&pc=03>; 28.03.2014

## 4.4. Insolvenz vor dem Marktaustritt: Fallstudie Frauenklinik Rheinfelden

Insolvenzen waren für fast 20 % der identifizierten Marktaustritte letztlich der endgültige Grund für die Schließung. Exemplarisch für diesen – ebenfalls recht häufigen und damit typischen – Fall werden nachfolgend die Insolvenz und der darauf folgende Marktaustritt der Frauenklinik Rheinfelden dargestellt.

Die 1957 gegründete, in privater Trägerschaft geführte Frauenklinik Rheinfelden (Baden-Württemberg / städtischer Kreis / 48 Betten) verfügte neben den Abteilungen Gynäkologie und Geburtshilfe auch über ein Brust- und Beckenbodenzentrum. 2007 war die Klinik für rund 2,5 Millionen Euro erneuert und erweitert worden. Für 2010 weist der Qualitätsbericht<sup>16</sup> 2.625 vollstationäre Fälle aus.

Im Juli 2011 kündigte der Leiter der Klinik dann wegen kontinuierlich zurückgehender Geburtenzahlen (von vormals 800 auf zu diesem Zeitpunkt nur noch knapp 400 pro Jahr) und daraus erwachsenden wirtschaftlichen Problemen die Schließung der Abteilung für Geburtshilfe an. Mit weniger als 400 Geburten pro Jahr sei „die Schmerzgrenze erreicht“, sagte der Klinikchef gemäß Zeitungsberichten. Im Zusammenhang mit der zum 31. Oktober 2011 erfolgten Schließung der Geburtshilfe wurden 40 der 120 Mitarbeiter der Klinik entlassen.

- Zitat: „Nach 50 Jahren kommt das Aus für die Geburtshilfe in der Frauenklinik: Sichtlich bewegt hat Klinikchef Holger Dieterich am Mittwochnachmittag bekanntgegeben, dass der seit Jahren defizitäre Bereich aufgegeben werden müsse, um die Klinik nicht zu gefährden. Mit der Schließung im letzten Quartal 2011 trennt sich die Klinik von 40 der derzeit 120 Mitarbeiter.“<sup>17</sup>

Noch vor der bereits geplanten Schließung der Geburtshilfe war die wirtschaftliche Situation der Frauenklinik jedoch so prekär geworden, dass die Gesellschafter am 29. August 2011 Insolvenz anmelden mussten.

- Zitat: „Klinikchef Holger Dietrich begründet die Pleite mit „hohen Kostensteigerungen“ und verweist auf Folgen der Gesundheitsreform. (...) Um eine Insolvenz abzuwenden hatte die Frauenklinik versucht, mit anderen Kliniken im Landkreis zusammen zu arbeiten. Außerdem soll die Geburtshilfe der Klinik im Herbst geschlossen werden. Alle Restrukturierungsüberlegungen hätten aber bislang zu keinem nachhaltigen Ergebnis geführt, heißt es aus Rheinfelden. (...) Die Frauenklinik war 2007 für 2,5 Millionen Euro erneuert und erweitert worden.“<sup>18</sup>

Kurz nach der Eröffnung des Insolvenzverfahrens gab es dann zunächst Interessenten für eine mögliche Übernahme der Klinik; letztlich haben sich diese Übernahme-Möglichkeiten aber nicht manifestiert. Die Schließung im Anschluss an die Insolvenz und den erfolglosen Versuch, private Investoren für die Fortführung zu gewinnen, erfolgte dann zum 31. Januar 2012

Die wesentlichen Akteure im Zuge des Marktaustritts waren:

- der Träger des Krankenhauses
- der Insolvenzverwalter
- sowie die örtliche Presse.

Am geschilderten Ablauf des Marktaustritts mit vorausgehender Insolvenz wird auch hier eine immer wieder anzutreffende Strategie deutlich: Der Inhaber und ärztliche Leiter der Privatklinik versuchte durch erhebliche Investitionen, den Rückgang der Belegungszahlen vor allem in der Ge-

<sup>16</sup> Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2010 Frauenklinik Rheinfelden Betriebs GmbH

<sup>17</sup> <http://www.suedkurier.de/region/hochrhein/rheinfelden/Frauenklinik-schliesst-Geburtshilfe;art372615,5010958>

<sup>18</sup> [http://www.econo.de/no\\_cache/nachrichten/einzelansicht/article/frauenklinik-rheinfelden-ist-insolvent.html](http://www.econo.de/no_cache/nachrichten/einzelansicht/article/frauenklinik-rheinfelden-ist-insolvent.html)

burtshilfe zu stoppen. Doch die Investitionen in Höhe von rund 2,5 Millionen Euro brachten nicht den gewünschten Erfolg bei den Belegungszahlen, verschärften aber die wirtschaftlich bereits damals nicht einfache Situation. Der Beschluss zur Schließung der stark defizitären Geburtshilfe kam dann deutlich zu spät, so dass schließlich die Insolvenz der einzige verbliebene Ausweg aus den wirtschaftlichen Problemen war. Diese Feststellung beschränkt sich jedoch nicht auf den Fall einer Insolvenz von Krankenhäusern: Wie das Institut für Mittelstandsforschung (IfM) in seiner Studie „Sanierungen im Insolvenzverfahren“ feststellte, „führt die Stigmatisierung des Scheiterns zu einer verspäteten Insolvenzbeantragung“<sup>19</sup>. Weiter heißt es in der Zusammenfassung der Studie:

„Bei fast 40% der untersuchten Unternehmen erfolgte der Insolvenzantrag erst, als das Unternehmen schon längst stillgelegt war. Gerade Einzelunternehmen scheuen immer noch den frühen Gang zum Insolvenzgericht. Doch auch bei jeder vierten Kapitalgesellschaft wurde der Insolvenzantrag erst mit dem eingeleiteten Marktaustritt gestellt. Das hat zur Folge, dass in nahezu 40% der Fälle grundsätzlich keine Fortführungsaussichten im Insolvenzverfahren bestanden.“<sup>20</sup>

Hinzu kommt, dass die durchschnittliche Dauer von Insolvenzverfahren nach den Ergebnissen der gleichen Studie rund vier Jahre beträgt<sup>21</sup> – eine Beobachtung, die auch aus einigen der Insolvenzfälle vor dem endgültigen Marktaustritt gestützt wird. So betrug die Dauer des Insolvenzverfahrens im Fall der Klinik am Wartberg in Witzenhausen (Hessen) 8 Jahre. Das unterstützt den Eindruck, dass der Weg in eine Insolvenz von den Verantwortlichen erst dann eingeschlagen wird, wenn dies unabwendbar geworden ist und der Marktaustritt eigentlich schon eingeleitet wurde.

Dass es sich in diesem Insolvenz-Fall um eine private Klinik handelt, ist ebenfalls symptomatisch: Krankenhäuser in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft waren nach den Recherche-Ergebnissen so gut wie nicht von Insolvenz vor dem endgültigen Marktaustritt betroffen (siehe Tabelle 17 im Abschnitt 6.3).

## **4.5. Marktaustritt aufgrund von Vorgaben der Krankenhausplanung: Fallstudie Krankenhaus St. Elisabeth (Bad Hersfeld)**

Die folgende Fallstudie befasst sich mit dem Marktaustritt des St. Elisabeth-Krankenhauses in Bad Hersfeld (Hessen / dünn besiedelter ländlicher Kreis), einem Belegkrankenhaus mit 43 Betten und den Belegabteilungen Chirurgie, Innere Medizin sowie Gynäkologie und Geburtshilfe. Es repräsentiert die insgesamt knapp 18 % identifizierten Marktaustritte aufgrund von Vorgaben der Landeskrankenhausplanung. Dabei muss darauf hingewiesen werden, dass hinter dieser Eingruppierung ganz unterschiedliche Abläufe zu finden sind. So gibt es Fälle, in denen die Initiative zur Schließung vom Träger selbst ausgeht, aber auch Fälle, in denen die Initiative von der Landesplanungsbehörde ausgegangen ist. Beweggrund dafür, dass die Krankenhausträger möglichst nicht direkt einen Antrag auf Herausnahme aus dem Krankenhausplan stellen, ist unter anderem die Handhabung der Frage der Zahlung von Schließungsbeihilfen und der Rückzahlung von Investitionskostenzuschüssen. Hier befinden sich die Träger nach Aussagen von befragten Krankenhausmanagern häufig in

<sup>19</sup> Annette Icks, Peter Kranzusch: Sanierungen in Insolvenzverfahren; Bonn 2010; [http://www.ifm-bonn.org/studien/unternehmenslebenszyklus/wachstumsschwellen/studie-detail/?tx\\_ifmstudies\\_detail%5Bstudy%5D=35&cHash=c93da07e4363f6231d166a8cf0e87425](http://www.ifm-bonn.org/studien/unternehmenslebenszyklus/wachstumsschwellen/studie-detail/?tx_ifmstudies_detail%5Bstudy%5D=35&cHash=c93da07e4363f6231d166a8cf0e87425)

<sup>20</sup> ebd.

<sup>21</sup> [http://www.ifm-bonn.org/studien/unternehmenslebenszyklus/wachstumsschwellen/studie-detail/?tx\\_ifmstudies\\_detail%5Bstudy%5D=36&cHash=ea192e62a3d954cdda17fe981b418fe1](http://www.ifm-bonn.org/studien/unternehmenslebenszyklus/wachstumsschwellen/studie-detail/?tx_ifmstudies_detail%5Bstudy%5D=36&cHash=ea192e62a3d954cdda17fe981b418fe1)

einer schlechten Verhandlungsposition, wenn sie die Initiative ergreifen und von sich aus einen solchen Antrag stellen, statt vorab über eine denkbare Schließung und die Rahmenbedingungen dazu mit dem Land und den Krankenkassen zu verhandeln (siehe weitere Ausführungen zu dieser Frage unter 5. „Kosten eines Marktaustritts und Schließungsförderung der Länder“). Diese Fallstudie ist gleichzeitig auch eines der Beispiele für Marktaustritte von Belegkrankenhäusern.

Das 1946 eröffnete St. Elisabeth Krankenhaus mit damals 60 Betten wurde 2003 von der St. Vinzenz Krankenhaus gGmbH Fulda übernommen, die es dann 2012 geschlossen hat. Als Gründe für den Trägerwechsel 2003 wurden „Probleme im Gesundheitswesen“ sowie Nachwuchsmangel bei den Ordensschwestern des vorherigen Trägers angegeben.

- Zitat: „Der Orden der Barmherzigen Schwestern aus Fulda ("Vinzentinerinnen-Orden") führt ab dem kommenden Jahr das Bad Hersfelder Sankt-Elisabeth-Krankenhaus mit seinen 60 Betten weiter: Zum 1. Januar 2003 übernimmt die gemeinnützige GmbH St.-Vinzenz-Krankenhaus in Fulda das Krankenhaus am Rande der Stadt (Weinberg 19), um es in der Tradition der Schwestern vom Herz-Jesu-Orden mit Sitz in Wien weiterzuführen. Der jetzige Träger, die Kühler-Fürsorge GmbH mit Sitz in Niederfell an der Mosel, trennt sich von ihrem Bad Hersfelder Belegkrankenhaus, um sich in vollem Umfang dem Ausbau ihres Behindertenheims in Koblenz zu widmen. Am Betrieb des St-Elisabeth-Krankenhaus soll sich nichts ändern. Das Hersfelder Krankenhaus werde in gleicher Größe und mit der kompletten Belegschaft von 75 Angestellten in christlicher Tradition weitergeführt werden, bestätigte heute der künftige Geschäftsführer Roman Wermers in der Fuldaer Zentrale. Neben den Problemen im Gesundheitswesen gab der Verwaltungsleiter von St.Elisabeth, Christoph Schwab auch die Nachwuchsprobleme bei den Ordensschwestern als Grund für den Eigentümerwechsel an. Vor zehn Jahren gehörten noch 15 Ordensschwestern zum kirchlichen Team in Bad Hersfeld, derzeit gibt es nur noch die Oberin und vier weitere Ordensschwestern.“<sup>22</sup>

Die Klinik war vor dem Marktaustritt im Jahre 2012 eine reine Belegklinik mit insgesamt 43 Betten. Das zeigt, dass der neue Träger – die St. Vinzenz Krankenhaus gGmbH Fulda - in der Zwischenzeit bereits deutliche Umstrukturierungsmaßnahmen vorgenommen hat und die Landesplanungsbehörde den Bedarf für die Klinik deutlich geringer eingeschätzt hat als noch bei der Übernahme im Jahr 2003. So wurde zum Beispiel mit dem Krankenhausplan 2005 die Kapazität des Hauses von vormals 54 auf 45 herabgesetzt. Zusätzlich war bei den Bemerkungen für das Krankenhaus festgehalten: „Krankenhaus St. Elisabeth, Bad Hersfeld: Zur fachlichen und wirtschaftlichen Sicherung des Standortes als Gesundheitszentrum ist es dringend notwendig, eine Vernetzung mit geeigneten Kliniken zu erreichen.“<sup>23</sup>

Diese vom Krankenhausplan geforderte Vernetzung war offensichtlich nicht zu realisieren. Daraufhin schloss der Träger 2011 mit dem hessischen Sozialministerium eine Vereinbarung zur Schließung des Beleg-Krankenhauses und zur gleichzeitigen Umwandlung in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie über den dafür notwendigen Umbau. Die Schließung der Beleg-Klinik erfolgte dann zum 31. März 2012.

- Zitat: „Das katholische Krankenhaus St. Elisabeth im Bad Hersfelder Kurpark schließt im März 2012. Die 40 Mitarbeiterinnen erhalten ihre Kündigungen. (...) Das Haus wird jedoch nicht verwaisen. Das Hessische Sozialministerium hat mit dem Betreiber, dem Fuldaer Herz-Jesu-Klinikum, vereinbart, dass St. Elisabeth in eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Tagesklinik umgewandelt wird. Dies sichere die Zukunft des Gesundheitsstandortes sowie die kinder- und

---

<sup>22</sup> <http://osthessen-news.de/beitrag.php?id=2283&Druck=1>

<sup>23</sup> Hessisches Sozialministerium: Hessischer Krankenhausrahmenplan 2005; Besonderer teil: Regionale Planungskonzepte; Wiesbaden 2005, S. 27f.



jugendpsychiatrische Versorgung des Landkreises, versicherte dazu eine Sprecherin des Wiesbadener Sozialministeriums auf Anfrage.<sup>24</sup>

In der öffentlichen Diskussion in Bad Hersfeld und der Region liefen die Schließung und Umwidmung keineswegs ohne kontroverse Diskussionen ab. So wurde den übrigen Krankenhäusern in Bad Hersfeld der Vorwurf gemacht, sie hätten die Schließung betrieben, um vor allem ihre eigenen Geburtshilfen abzusichern – ein Vorwurf, den die drei betroffenen Krankenhäuser gemeinsam zurückwiesen.

- Zitat: „In scharfer Form haben das Klinikum Bad Hersfeld, das St. Elisabeth-Krankenhaus und das Kreiskrankenhaus Rotenburg in einer gemeinsamen Stellungnahme Vorwürfe zurückgewiesen, sie hätten aktiv die Schließung des St. Elisabeth-Krankenhauses in Bad Hersfeld betrieben, um damit die Stellung des Klinikums zu stärken. Die Geschäftsführer der drei Kliniken reagierten damit auf ein Interview mit dem Mediziner Dr. Bernhard Hennes, der als Belegarzt am St. Elisabeth-Krankenhaus arbeitet. Dr. Hennes hatte darin behauptet, „ein Juwel werde plattgemacht“, weil man am Klinikum eine Mindestzahl von 800 Geburten brauche, um eine Neugeborenen-Intensiv-Station gefördert zu bekommen. „Dazu muss das Elisabeth-Krankenhaus ebenso geschlossen werden wie die Geburtsstation in Rotenburg,“ hatte Dr. Hennes erklärt. Michael Sammet, der Geschäftsführer des Sankt Elisabeth-Krankenhauses, macht darin noch einmal deutlich, dass die Entscheidung zur Umwidmung des Sankt Elisabeth-Krankenhauses in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Entscheidung seines Trägers ist und damit der Standort in Bad Hersfeld langfristig mit der neuen Aufgabenstellung abgesichert werde. Es treffe nicht zu, dass die Geschäftsführung des Klinikums aktiv daran mitgewirkt habe. Viel mehr habe sich das Klinikum bereit erklärt, für die niedergelassenen Ärzte den OP-Betrieb im Sankt Elisabeth-Krankenhaus weiter aufrecht zu erhalten.“<sup>25</sup>

Im Zuge der Schließung sollen nach Zeitungsberichten Schließungsbeihilfen in Höhe von 70.000 Euro pro Bett gezahlt worden sein. Außerdem wurde beklagt, dass in das Haus noch kurz vor der Schließung in erheblichem Maße investiert worden sei.

- Zitat: „Obwohl hier in den vergangenen Jahren ständig investiert wurde, zuletzt beispielsweise in eine neue Liegendeinfahrt, wird dieses kleine schmucke Krankenhaus, dieses Juwel, einfach aus wirtschaftlichen Interessen plattgemacht. Der OP-Bereich und der Kreißsaal sind erst saniert worden. 70 000 Euro bekommt der Träger, die St. Vinzenz Krankenhaus gGmbH, vom Land pro Bett für die Schließung. Für den Umbau zur Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es auch wieder Landesmittel.“<sup>26</sup>

Anfang 2014 wurde dann in Abstimmung mit dem hessischen Sozialministerium mit dem Umbau zu einer Kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik begonnen.

Wesentliche Akteure im Zuge des Marktaustrittes waren:

- der Träger des Krankenhauses
- die Landesplanungsbehörde
- die Belegärzte des Krankenhauses
- weitere Krankenhäuser im Umkreis
- sowie die örtliche Presse.

Der Ablauf macht eine weitere Strategie deutlich: Hier haben sich der Krankenhausträger und die Landesplanungsbehörde auf ein Zukunftskonzept für das Krankenhaus geeinigt, das den Bestand

<sup>24</sup> <http://www.hersfelder-zeitung.de/nachrichten/lokales/bad-hersfeld/elisabeth-krankenhaus-schliesstmaerz-2012-1292081.html>

<sup>25</sup> <http://www.hersfelder-zeitung.de/nachrichten/lokales/bad-hersfeld/kliniken-weisen-vorwuerfe-zurueck-1514104.html?popup=print>

<sup>26</sup> <http://www.hna.de/lokales/rotenburg-bebra/juwel-wird-plattgemacht-1494404.html?popup=print>

des Standortes, nicht aber den Bestand als Beleg-Krankenhaus sichern sollte. Damit konnte der Träger seinen Standort sichern und die Landesplanungsbehörde einen von ihr identifizierten Bedarf im Bereich der psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen decken.

#### **4.6. Hohes Minus trotz guter Auslastung: Fallstudie Hospital zum Heiligen Geist Horb**

Auch der Marktaustritt des Hospitals zum Heiligen Geist in Horb (Baden-Württemberg / ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen / 66 Betten / Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und HNO) stellt einen Sonderfall dar: Hier kam es trotz relativ guter Belegung schließlich zum Marktaustritt. Allerdings hat man diese relativ gute Belegung dadurch erkaufte, dass man die Bettenzahl im Laufe der Zeit halbiert hat – ein Vorgehen, das wiederum typisch für viele der Marktaustritte ist. Doch auch diese Halbierung der Bettenzahl konnte in Horb nicht verhindern, dass es zu zunehmenden wirtschaftlichen Problemen und schließlich zum Marktaustritt kam, weil parallel zum Bettenabbau die Kosten nicht ebenfalls in gleichem Maße abgebaut wurden.

Das Hospital zum Heiligen Geist datiert zurück auf das Jahr 1352. 1854 übernahmen die Schwestern vom Orden des heiligen Vinzenz die Krankenpflege. 2004 übergab der damalige Träger, die Katholische Spitalstiftung Horb, die Klinik an den Kreis Freudenstadt. Die Bettenzahl wurde im Mai 2005 auf 75 reduziert, und es wurden 25 Plätze für die Geriatrie Rehabilitation geschaffen.

Ab dem 1. Juni 2006 wurden die Kliniken in Horb und Freudenstadt als gemeinnützige GmbH zusammen geführt. Das Krankenhaus in Horb verfügt nun nur noch über 66 Betten – die Bettenzahl, die auch bei Marktaustritt noch ausgewiesen wurde. 2006 wurden in diesem Krankenhaus knapp 2000 Patienten vollstationär und gut 5.000 Fälle ambulant behandelt; das Erlösbudget betrug knapp 2,9 Millionen Euro.

Im Qualitätsbericht 2010 der Krankenhäuser Landkreis Freudenstadt gGmbH<sup>27</sup> heißt es:

- „Die Krankenhäuser Landkreis Freudenstadt gGmbH in Freudenstadt und Horb verstehen sich als Anbieter von hervorragenden regionalen Dienstleistungen im Krankenhausesektor in der Grund- und gehobenen Regelversorgung. Das Krankenhaus Freudenstadt, das Hospital zum Heiligen Geist Horb, die Klinik für Geriatrie Rehabilitation Horb und die Medizinischen Versorgungszentren Freudenstadt und Horb werden dabei als ein gemeinsames Gesundheitsunternehmen im Landkreis Freudenstadt geführt.“

2010 geriet die Betreibergesellschaft Krankenhäuser Landkreis Freudenstadt gGmbH (KLF) zunehmend in finanzielle Schwierigkeiten, die auch den Standort Horb betrafen. Dennoch beschloss der Kreistag 2010, in Horb insgesamt zwölf Millionen Euro zu investieren. In der Folge stiegen die Defizite des Krankenhausunternehmens jedoch so an, dass die Situation nicht auf Dauer tragbar wurde. Deshalb beschloss der Kreistag die Schließung des Standortes Horb.

- Zitat: „Für die beiden Kliniken in Horb und Freudenstadt (360 Betten) war für 2012 ein Verlust von 7,5 Millionen Euro (...) erwartet worden. Tatsächlich hatte sich dieser auf 8,5 Millionen Euro erhöht. Der Kreistag musste deshalb eine weitere Million Euro drauflegen. Schlimmer noch: Laut neuen Gutachten würden die Verluste weiter steigen: auf 8,6 Millionen Euro in 2013. Davon entfallen 4,6 Millionen auf Horb – bei einer Auslastung von 90 Prozent. Für 2014 wird für die kleine Klinik ein Defizit von 4,7 Millionen, in 2015 von 5 Millionen Euro prognostiziert.“

---

<sup>27</sup> Strukturierter Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2010 gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V für die Krankenhäuser Landkreis Freudenstadt gGmbH

Deshalb beschloss der Kreistag, „aus wirtschaftlichen Gründen“ den stationären Bereich in Horb zum Jahresende zu schließen – zunächst vorläufig.<sup>28</sup>

Zum 01.02.2013 wurde das Krankenhaus dann wegen der aufgelaufenen wirtschaftlichen Probleme geschlossen. Auf der Website heißt es zu den medizinischen Leistungen am Standort Horb seither:

„Stationäre Akutversorgung:

- Ab 1. Februar sind Akutkrankenhaus und Notfallambulanz in Horb vorläufig geschlossen.<sup>29</sup>

Wesentliche Akteure im Zuge des Marktaustrittes waren:

- der Träger des Krankenhauses
- der ehemaliger Träger (Kath. Spitalstiftung Horb)
- die Politik (Gemeinderat/Bürgermeister/Kreistag/Landrat)
- sowie die örtliche bzw. regionale Presse.

Der Marktaustritt des Hospitals zum Heiligen Geist in Horb ist – wie bereits erwähnt - einer der wenigen Fälle, in denen identifiziert werden konnte, dass die wirtschaftlichen Probleme, die letztlich zur Schließung des Standortes geführt haben, keinen direkten Bezug zu einer schlechten Nutzung durch die Bevölkerung hatte. Denn bei einer Auslastung von rund 90 Prozent gab es in Horb in der Endphase keine Belegungsprobleme. Allerdings muss dabei beachtet werden, dass die hohe Belegung des Krankenhauses in der Schlussphase vor allem durch einen massiven Bettenabbau erreicht wurde – von noch 132 Betten im Jahr 1972 auf schließlich nur noch 66 Betten vor dem Marktaustritt - und vor allem parallel zum Kapazitätsabbau offensichtlich die Kosten nicht in gleichem Maße reduziert werden konnten. Am Ende musste das Krankenhaus wegen der nicht mehr zu bewältigenden wirtschaftlichen Probleme doch geschlossen werden.

Sichtbar wird auch hier die Strategie, dass – wie in anderen bereits erwähnten Fällen auch – relativ kurz vor dem Schließungsbeschluss noch erhebliche Summen in den Standort investiert wurden. Dies macht deutlich, welch hohem Druck insbesondere öffentliche und freigemeinnützige Krankenhausträger unterliegen, wenn sie vor der Entscheidung stehen, einen Standort wegen wirtschaftlicher Probleme schließen zu müssen: In dieser Situation versuchen sie vielfach, durch Umstrukturierungen und damit in direktem Zusammenhang stehende zusätzliche Investitionen eine durchaus schon drohende oder absehbare Schließung des Standortes bzw. Krankenhauses doch noch abzuwehren. Diese Investitionen in ein akut bedrohtes Krankenhaus geben im Falle des Scheiterns der Öffentlichkeit zumindest das Signal: Wir haben wirklich alles versucht, aber das Krankenhaus war nicht zu retten!

## **4.7. Marktaustritt von Kleinst-Krankenhäusern: Fallstudie Kreiskrankenhaus Hemau**

Die Fallstudie zum Kreiskrankenhaus Hemau (Bayern / ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen / Belegkrankenhaus mit 20 Betten und der Abteilung Innere Medizin) repräsentiert die häufigen Fälle des Marktaustritts von Kleinst-Krankenhäusern. Denn von den insgesamt identifizierten 74 vollständigen Marktaustritten entfallen 32 auf Krankenhäuser mit einer Bettenzahl von bis zu 50 Betten,

---

<sup>28</sup> <http://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.patientenversorgung-in-horb-horber-klinik-ist-vorlaeufig-geschlossen.d7d0f17f-7f7b-48a1-8dd7-f1ed7abf1bfe.html>

<sup>29</sup> <http://www.klf-web.de/index.php/willkommenhorb>

darunter sechs mit nur bis zu 20 Betten. Ergänzend handelt es sich auch bei diesem Krankenhaus um ein Belegkrankenhaus, so dass auch hier nochmals der Frage nachgegangen werden kann, warum Belegkrankenhäuser in dem betrachteten Zeitraum relativ häufig von vollständigen Marktaustritten betroffen waren.

Das Kreiskrankenhaus Hemau war ein 20-Betten-Haus im Kreis Regensburg (“Kleinstes Krankenhaus Bayerns”) und wurde in den letzten Jahren des Bestehens als reines Belegkrankenhaus geführt. Die Bettenzahl war in den Jahren vor der Schließung mehrfach reduziert worden – das Krankenhausverzeichnis 2000 weist noch 80 Betten aus, im Jahr 2011 werden nur noch 20 Betten ausgewiesen. Schon 2006 wurde über den Umbau des Kreiskrankenhauses in ein Pflegeheim mit kleiner Akutabteilung nachgedacht<sup>30</sup>.

- Zitat: “Das Krankenhaus Hemau sorgt weiter für Diskussionsstoff. Jetzt will der Landrat wenigstens 30 Betten erhalten. „Sinnlos und teuer“, schimpfen die Kritiker. Seit Jahren tobt im Landkreis der Streit, was mit dem Kreiskrankenhaus Hemau geschehen soll. Eigentlich hatte sich ja schon abgezeichnet, dass nur das Krankenhaus in Wörth überleben und für Hemau eine andere Lösung gefunden werden sollte. Die zeichnete sich auch schon ab: Ein Pflegeheim des Roten Kreuzes war im Gespräch. Jetzt gibt es eine neue Variante: sowohl Pflegeheim als auch Krankenhaus.”<sup>31</sup>

Es bestanden von verschiedenen Seiten große Zweifel, ob die Bevölkerung ein 30-Betten-Haus annehmen würde. Die Pläne wurden aber umgesetzt, das Rote Kreuz wurde Betreiber eines Pflegeheims mit 90 Plätzen und einer angeschlossenen Akutabteilung mit 30 Betten. Das Modell ging zum 1. September 2008 in Betrieb<sup>32</sup>. 2010 schien sich jedoch nach wie vor keine Besserung der wirtschaftlichen Situation abzuzeichnen – auch im Pflegeheim war nur ein Teil der Plätze belegt (50 von 90).<sup>33</sup>

Das Defizit wurde für 2009 mit 370.000 Euro ausgewiesen, 2008 lag das Defizit bei 922.300 Euro. Auch bei der Belegung gab es einen Rückgang.

- Zitat: “Für einen ausgeglichenen Haushalt, so Karl, bräuchte das Haus pro Jahr 800 Patienten, das hieße, durchschnittlich 16 belegte Betten. Die Zahl habe sich jedoch von 580 Patienten im Jahr 2008 reduziert auf 550 Patienten im letzten Jahr.”<sup>34</sup>

Im November 2010 kam dann die Entscheidung des Kreistages, das Krankenhaus Hemau als Portalklinik des Kreiskrankenhauses Wörth a. d. Donau zu betreiben. Gleichzeitig beschloss man auch, die Schließung einzuleiten, sollte innerhalb von sechs Monaten keine Trendwende bei den Patientenzahlen stattfinden.<sup>35</sup> Das Portalklinikmodell wurde als „letzte Chance“ gehandelt.

- Zitat: „Am 1. April startete das Kreiskrankenhaus als Portalklinik durch – mit neuem Konzept und besserer Ärzteversorgung. Der Kreistag machte bei seiner Zustimmung aber auch klar, dass

---

<sup>30</sup>

[http://www.mittelbayerische.de/nachrichten/polizeimeldungen/artikel/\\_wird\\_klinik\\_hemau\\_ein\\_pflegeh/16310/\\_wird\\_klinik\\_hemau\\_ein\\_pflegeh.html](http://www.mittelbayerische.de/nachrichten/polizeimeldungen/artikel/_wird_klinik_hemau_ein_pflegeh/16310/_wird_klinik_hemau_ein_pflegeh.html)

<sup>31</sup> [http://www.mittelbayerische.de/nachrichten/rundschau/rundschau-regensburg/artikel/notoperation\\_fuer\\_das\\_krankenh/58165/notoperation\\_fuer\\_das\\_krankenh.html](http://www.mittelbayerische.de/nachrichten/rundschau/rundschau-regensburg/artikel/notoperation_fuer_das_krankenh/58165/notoperation_fuer_das_krankenh.html)

<sup>32</sup>

[http://www.mittelbayerische.de/region/regensburg/artikel/vertraege\\_mit\\_dem\\_rotem\\_kreuz\\_/60301/vertraege\\_mit\\_dem\\_rotem\\_kreuz\\_.html](http://www.mittelbayerische.de/region/regensburg/artikel/vertraege_mit_dem_rotem_kreuz_/60301/vertraege_mit_dem_rotem_kreuz_.html)

<sup>33</sup> [http://www.mittelbayerische.de/region/regensburg/nachrichten-aus-dem-landkreis-regensburg/artikel/mini\\_krankenhaus\\_in\\_hemau\\_droh/538191/mini\\_krankenhaus\\_in\\_hemau\\_droh.html](http://www.mittelbayerische.de/region/regensburg/nachrichten-aus-dem-landkreis-regensburg/artikel/mini_krankenhaus_in_hemau_droh/538191/mini_krankenhaus_in_hemau_droh.html)

<sup>34</sup> ebd.

<sup>35</sup> [http://www.mittelbayerische.de/region/regensburg/nachrichten-aus-dem-landkreis-regensburg/artikel/krankenhaus\\_hemau\\_soll\\_portalk/607591/krankenhaus\\_hemau\\_soll\\_portalk.html](http://www.mittelbayerische.de/region/regensburg/nachrichten-aus-dem-landkreis-regensburg/artikel/krankenhaus_hemau_soll_portalk/607591/krankenhaus_hemau_soll_portalk.html)

dies die „letzte Chance“ für die defizitäre Klinik sei. Am Mittwoch war das Hemauer Krankenhaus Thema im nicht öffentlichen Teil einer Sitzung des Krankenhausausschusses. Auf Anfrage der MZ teilte das Landratsamt gestern mit, dass es noch zu früh sei, eine Entscheidung über den Fortbestand zu treffen. Der Krankenhausausschuss werde in der ersten Oktoberhälfte in der Portalklinik tagen und sich vor Ort ein Bild von der Lage machen.“<sup>36</sup>

Am 20.10.2011 beschloss der Krankenhausausschuss dann die Konsequenzen aus den niedrigen Belegungszahlen - das Krankenhaus sollte schließen.

- Zitat: „Die Belegungszahlen in den letzten Monaten vor dem Schließungsbeschluss am 8.11.2011 gaben den Ausschlag für die Entscheidung des Landkreises für die Schließung. Von den insgesamt 30 möglichen Betten (sic! Das Krankenhausverzeichnis spricht hier schon nur noch von 20 Betten) des Krankenhauses waren seit Januar 2011 durchschnittlich nur noch 9,3 belegt. An dieser Situation hatte auch das Portalklinik-Modell nichts geändert, nach dem die Hemauer Einrichtung seit April 2011 arbeitete. Das Portalklinikmodell war aber an eine Bedingung gekoppelt: Um längerfristig betrieben werden zu können, mussten im Schnitt zumindest 20 der insgesamt 30 zur Verfügung stehenden Betten belegt sein. Vor Einführung des Portalmodells wurden im Schnitt etwa zehn Betten genutzt.“<sup>37</sup>
- Zitat: „Die vorgelegten Zahlen, eine Auslastung der Betten von weniger als 50 Prozent und ein erwartetes Defizit von 160.000 Euro in diesem Jahr zuzüglich der Kosten von rund 230.000 Euro für die Assistenzärzte haben uns dazu gezwungen, diesen Schritt zu gehen“, sagte Landrat Herbert Mirbeth.“<sup>38</sup>

Der endgültige Marktaustritt des Kreiskrankenhauses Hemau erfolgte schließlich zum Jahreswechsel 2011/2012.

Wesentliche Akteure im Zuge des Marktaustrittes waren:

- Träger des Krankenhauses (Landkreis Regensburg)
- Politik (Landrat, Kreistag und Bürgermeister von Hemau)
- Mitarbeitervertretung/Betriebsrat etc.
- sowie die örtliche Presse.

Die zentrale Strategie des Krankenhausträgers in diesem Marktaustritts-Fall war die wiederholte Restrukturierung mit Kapazitätsabbau, der Angliederung einer stationären Pflegeeinrichtung und der Umwandlung in eine Portalklinik. Alle diese Maßnahmen wurden, wie die Zitate belegen, immer von dem Zweifel begleitet, ob ein Krankenhaus in dieser Größenordnung überhaupt überlebensfähig sein und von der Bevölkerung angenommen würde – ein Zweifel, der sich am Ende als richtig herausstellte.

## 4.8. Fast-Marktaustritt: Fallstudie Krankenhaus Einbeck

In der nachfolgenden Fallstudie wird das Beispiel eines Krankenhauses dargestellt, das zunächst in eine Insolvenz gegangen war, schließlich aber durch Aktivitäten von Teilen der Mitarbeiter und von Bürgern weitergeführt werden konnte. Sie steht einerseits für die insgesamt zehn Beispiele von Fast-Marktaustritten bzw. teilweisen Marktaustritten, die in die Übersicht unter 8.1.3. aufgenommen

<sup>36</sup> [http://www.mittelbayerische.de/region/regensburg/nachrichten-aus-dem-landkreis-regensburg/artikel/portalklinik\\_hemau\\_noch\\_keine\\_/693342/portalklinik\\_hemau\\_noch\\_keine\\_.html](http://www.mittelbayerische.de/region/regensburg/nachrichten-aus-dem-landkreis-regensburg/artikel/portalklinik_hemau_noch_keine_/693342/portalklinik_hemau_noch_keine_.html)

<sup>37</sup> [http://www.mittelbayerische.de/region/regensburg/nachrichten-aus-dem-landkreis-regensburg/artikel/das\\_kreiskrankenhaus\\_hemau\\_mus/718236/das\\_kreiskrankenhaus\\_hemau\\_mus.html](http://www.mittelbayerische.de/region/regensburg/nachrichten-aus-dem-landkreis-regensburg/artikel/das_kreiskrankenhaus_hemau_mus/718236/das_kreiskrankenhaus_hemau_mus.html)

<sup>38</sup> <http://www.buergerzeit.de/?p=1939#sthash.B53fpi45.dpuf>

men worden sind. Gleichzeitig stellt das Einbecker Beispiel aber auch einen Sonderfall dar, weil hier die Bürger und einzelne betroffene Beschäftigte aktiv geworden sind und eine Möglichkeit zur Weiterführung des Krankenhauses gefunden haben.

Dem Beinahe-Marktaustritt des Sertürner-Hospitals Einbeck (heute: Einbecker BürgerSpital / Niedersachsen / dünn besiedelter ländlicher Kreis / 109 Betten mit den Fachabteilungen Chirurgie, innere Medizin, Anästhesie und Intensivmedizin) gehen wie in vielen anderen Fällen auch diverse Trägerwechsel voraus. Nachdem sich das Haus bis Ende 2008 in öffentlicher Trägerschaft in privatrechtlicher Form befand, ging es dann 2009 in private Trägerschaft über. 2010 übernahm die Gesellschaft für Hospital Management mbH (GeHoMa) aus Ratingen das Sertürner-Hospital Einbeck. Im Dezember 2011 erfolgte der (Weiter-) Verkauf der GeHoMa an die AWO Krankenhausbetriebsgesellschaft (KHBG) aus Magdeburg, die sich im Rahmen der Sanierung der beiden Krankenhäuser AWO Sertürner-Krankenhaus Einbeck und AWO Charlottenstift Stadtoldendorf dann Mitte 2012 für ein Planinsolvenzverfahren entschied. Damit sollten die Altschulden, die beide Häuser belasteten, neu geregelt werden.<sup>39</sup> Das Haus in Stadtoldendorf wurde kurze Zeit später jedoch geschlossen, und auch Einbeck, wo die Versorgung beider Häuser nach der Schließung des Hauses in Stadtoldendorf ursprünglich konzentriert werden sollte, stand im Sommer 2012 wegen Zahlungsunfähigkeit vor der Schließung.

Das Krankenhaus wird heute von einer Betreibergesellschaft geführt, deren Geschäftsführer der Chefarzt des Krankenhauses ist. Gesellschafter sind Bürger der Stadt, Mitarbeiter des Hauses sowie die Stadt Einbeck.

Das Land und der Landkreis Northeim hätten das Krankenhaus bereits „abgeschrieben“ gehabt; gerade der Kreis habe eigene Interessen gehabt, sei an einem konkurrierenden Klinikneubau des Helios-Konzerns im 20 Kilometer entfernten Northeim beteiligt gewesen, so Beteiligte der späteren Rettung des Hauses in einem Artikel der „Stuttgarter Zeitung“.<sup>40</sup>

Nachdem Olaf Städtler, Chefarzt des Krankenhauses, die Bücher überprüft hatte, beschloss er zu versuchen, das Krankenhaus zu erhalten. Auch aus der Einbecker Bevölkerung kam der Wunsch, das Krankenhaus zu erhalten – was gegen die Widerstände von Land und Kreis auch gelungen ist. Städtler gründete mit Geld aus seinem Privatvermögen und zusammen mit zehn wohlhabenden Familien um Jochen Beyes die neue Betreiber-Gesellschaft, gut eine halbe Million kam so zusammen. „Auf die privaten Mittel legte die Stadt noch eine halbe Million Euro für den laufenden Betrieb drauf und zahlte 2,5 Millionen Euro als stiller Gesellschafter in der neu gegründeten gemeinnützigen GmbH Einbecker Bürgerspital ein. Das Personal verzichtete auf 8,5 Prozent seines Gehalts, 40 der einst 300 Mitarbeiter mussten gehen.“<sup>41</sup>

„Das Sanierungskonzept der neu gegründeten Gesellschaft fußt nicht auf Altruismus, Sponsoring ist in dem Modell nicht vorgesehen. Bereits 2014 soll das Spital kostendeckend wirtschaften. Ein Beirat, in dem ein renommierter Professor, ein Vertreter der Stadt und sogar der Insolvenzverwalter sitzen, soll die Arbeit der neuen Betreiber kontrollieren. Am Ende möchten sie die Frage ehrlich beantworten können: Funktioniert ein solches Modell neben den großen Klinikkonzernen oder nicht? Sie werden eine aussagekräftige Antwort geben können, denn nachdem im vergangenen Jahr zwei andere kleine Krankenhäuser in der Umgebung insolvent gegangen sind, bleiben nur zwei Helioskliniken als direkte Wettbewerber. Während Städtler und Beyes bei den Behörden von

---

<sup>39</sup> Pressemitteilung der AWO Krankenhausbetriebsgesellschaft vom <http://www.awo-khbg.de/startseite/aktuelleskhbg/198-sanierung-der-awo-krankenhäuser-in-einbeck-und-stadtoldendorf-durch-planinsolvenz-fortgeführt> 07.06.2012;

<sup>40</sup> <http://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.die-pleite-abgewendet-leben-retten-ein-krankenhaus-retten.b2144694-9e0f-4dc5-ac9a-4d3087906a80.html>

<sup>41</sup> ebd.

Kommune, Kreis und Stadt saßen, um die 5,5 Millionen für die Sanierung zusammenzukriegen, von denen die Bürger gut zehn Prozent selbst tragen, wehte auf der einen gerade der Richtkranz. Der Klinikneubau von Helios steht rund zwanzig Kilometer von Einbeck entfernt in der Kreisstadt Northeim, ein 60-Millionen-Projekt, unterstützt vom Land Niedersachsen.<sup>42</sup>

Wesentliche Akteure im Zuge des Marktaustrittes waren:

- diverse Träger des Krankenhauses
- Mitarbeiter der Klinik
- Politik (Landkreis, Stadt) und Bürger von Einbeck
- sowie die örtliche Presse.

Fast-Marktaustritte und Teil-Marktaustritte weisen in ihrem Verlauf eine sehr heterogene Gestaltung auf. Der Fall des Einbecker Krankenhauses stellt aber auch dort einen echten Sonderfall dar, weil die Verhinderung des Marktaustritts auf einen Chefarzt des Krankenhauses und eine Gruppe von Einbecker Bürgern zurückzuführen ist, nicht aber auf den – ehemaligen – Träger des Krankenhauses oder die Stadt bzw. den Landkreis. Dennoch sind auch in diesem Fall einige typische Entwicklungen und Strategien zu beobachten:

- Trägerwechsel statt Schließungs-Beschluss
- Versuch des (Weiter-) Verkaufs – in diesem Fall gelungen
- Investitionen zur Abwendung der Schließung
- schließlich die (Plan-) Insolvenz, die – weil zu spät eingeleitet – fast mit dem Marktaustritt geendet hätte.

Die Nutzung des relative neuen Instruments der Planinsolvenz ist allerdings für die identifizierten Marktaustritte ebenso wie die mit einbezogenen Fälle von Fast- bzw. Teil-Marktaustritten eine echte Ausnahme – sie wurde in keinem anderen Fall festgestellt.

---

<sup>42</sup> Die Zeit, Nr 11/2013, 7. März 2013

## 5. Kosten eines Marktaustritts und Schließungsförderung der Länder

Im Zuge der Arbeiten am Gutachten wurde deutlich, dass die Kosten des Marktaustritts einen wesentlichen Einflussfaktor bzw. eine wesentliche Marktaustrittshürde darstellen. Denn der Marktaustritt eines Krankenhauses/Standortes führt zwar langfristig zu Kosteneinsparungen für den Träger - wie auch für das Land und die Kostenträger -, kurz- und mittelfristig aber vor allem zu erheblichen Kosten für den Träger. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass die Kosten einer Krankenhausschließung bzw. eines Marktaustritts ein wichtiger Aspekt für die Entscheidungsfindung auf Krankenhausträger-Seite sind – eine Einschätzung, die auch in den Interviews mit Verantwortlichen aus dem Krankenhaus-Management immer wieder betont wurde. Deshalb wird in diesem Abschnitt exemplarisch dargestellt, mit welchen Kosten ein Marktaustritt eines Krankenhauses konkret verbunden ist.

In diesen Zusammenhang gehören auch die zum Teil sehr unterschiedlichen landesrechtlichen Voraussetzungen für Krankenhausschließungen und die für diesen Fall gegebenenfalls zu gewährenden Schließungsförderungen, aber auch die Regelungen zur möglichen Rückforderung von in der Vergangenheit geflossenen Investitionskostenförderung durch die Länder bzw. den Verzicht auf eine solche Rückforderung. Dargestellt werden in diesem Zusammenhang auch Recherche-Ergebnisse zu konkreten Schließungsförderungen, die von Ländern gezahlt worden sind.

Dazu gehört vor allem auch die Frage, ob und unter welchen Bedingungen die Bundesländer die Rückzahlung bereits geflossener Fördergelder einfordern müssen. Dies spielt nach den qualitativen Interviews mit Krankenhausmanagern insbesondere im Zusammenhang mit der Frage, ob der Träger eines Krankenhauses die Streichung des Krankenhauses aus dem Bettenbedarfsplan des Landes beantragt, eine zentrale Rolle. Denn ein solcher Antrag führt regelhaft dann zur Rückzahlungsverpflichtung, wenn zwischen Träger und Land bzw. Träger, Land und Kostenträgern nicht vorher eine Einigung über die Schließung des betreffenden Krankenhauses und die Verteilung der Lasten erzielt werden konnte. Daraus resultiert unter anderem die Aussage eines der Interviewten: „Nichts ist so schwierig, wie ein Krankenhaus zu schließen.“

Berücksichtigt werden müssen aber auch immaterielle Kosten (Image-Verlust, befürchtete Stimmenverluste bei Wahlen etc.), die vor allem den Entscheidungsträgern vor Ort drohen. Im Rahmen der qualitativen Interviews mit Entscheidungsträgern wurde auch darauf hingewiesen, dass die Schließung von Krankenhäusern bei späteren Akquisitionsversuchen einen echten Nachteil darstellen kann, weil solche Schließungsvorgänge von den Verantwortlichen vor allem in Kommunen, aber auch von freigemeinnützigen Trägern sehr genau beobachtet werden.

Den beim Marktaustritt entstehenden Kosten müssen jedoch auch die Kosten gegenübergestellt werden, die einem Krankenhausträger durch das Aufschieben eines Marktaustritts entstehen (insbesondere Defizit-Ausgleich, Investitionskosten etc.).

Nachfolgend werden die entstehenden Schließungskosten konkreter betrachtet, um in einem weiteren Unterabschnitt dann auf die Schließungsförderung der Bundesländer einzugehen. Schließlich wird an konkreten Beispielen dargestellt, wie hoch solche Schließungskosten bzw. die von den Ländern gezahlten Schließungsbeihilfen ausfallen können.



## 5.1. Kosten eines Marktaustritts – Ergebnisse der Recherche

Die Schließung eines Krankenhauses ist mit nicht unerheblichen Kosten für den Träger verbunden. Diese Kosten setzen sich insbesondere aus den Aufwendungen für einen Sozialplan, für Abfindungen außerhalb des Sozialplanes, für mögliche Sonderabschreibungen für noch nicht abgeschriebene Gebäude oder Gebäudeteile, Infrastrukturbereinigungskosten (möglicherweise Sanierung oder Abriss des Krankenhausgebäudes) und Kosten im Kontext von Dauerschuldverhältnissen für Darlehen, Leasingvereinbarungen, Wartungsverträgen für Gerätetechnik und Infrastruktur zusammen. Hinzu kommen möglicherweise nicht unerhebliche Aufwendungen für die Sicherung von Pensionszusagen für einzelne Mitarbeiter, insbesondere für Chefärzte.

Erhebliche zusätzliche Kosten kommen möglicherweise auf Krankenhäuser zu, die Mitglieder in Zusatzversorgungskassen wie der VBL oder den verschiedenen kommunalen bzw. kirchlichen Zusatzversorgungskassen sind. In diesen Fällen muss – wie das Beispiel des Krankenhauses Moabit in Berlin zeigt - zusätzlich zu den ansonsten entstehenden kostenmäßigen Belastungen mit Kosten in Millionenhöhe wegen der fällig werdenden Ausgleichszahlungen an das jeweilige Versorgungswerk aufgrund des Ausscheidens des betroffenen Krankenhauses aus dem Versorgungswerk gerechnet werden.

Allerdings gibt es nach Auskunft von befragten Krankenhausmanagern je nach Fallgestaltung gewisse Möglichkeiten, diese Kosten zu vermeiden oder zumindest zu minimieren, indem einmal der Weg über eine Insolvenz gesucht wird oder alle betroffenen Mitarbeiter vor der endgültigen Schließung entlassen werden. Ansprüche auf Ausgleichszahlungen entstehen auch nicht für den Teil des Personals, der in anderen Einrichtungen des gleichen Trägers oder in Einrichtungen anderer Träger, die der gleichen Zusatzversorgungskasse angehören, weiterbeschäftigt werden. Dennoch bleibt ein erhebliches Restrisiko in diesem Bereich der Zusatzversorgungskassen bestehen, das vielfach zu erheblichen finanziellen Belastungen im Fall einer Schließung führt.

Die hier angesprochenen unterschiedlichen Arten der Schließungskosten fallen zu unterschiedlichen Zeitpunkten an. So ist mit einem Großteil der Schließungskosten grundsätzlich vor der eigentlichen Schließung zu rechnen. Der Schwerpunkt dieser Kosten liegt dabei typischerweise bei den Kosten eines Sozialplanes. Diese Kosten betragen bei den konkret recherchierten Beispielen (siehe weiter unten in diesem Abschnitt) zwischen 25.000 und 36.000 Euro pro Beschäftigtem. Für die Ermittlung der Höhe der Abfindungen, die den zentralen Teil eines Sozialplanes ausmachen, hat sich ein Faktorenmodell als Pseudo-Standard durchgesetzt, in dem die Faktoren Dauer der Betriebszugehörigkeit, Alter der Beschäftigten sowie das Brutto-Monatseinkommen berücksichtigt werden. Die eigentliche Abfindung wird dann so ermittelt, dass für alle betroffenen Beschäftigten ein Grundbetrag vereinbart wird, der dann um einen auf der Grundlage der genannten Faktoren ermittelten Steigerungsbetrag sowie einen weiteren Zuschlag für unterhaltsberechtigten Kinder sowie eine eventuell vorliegende Schwerbehinderung erhöht wird. Im Falle einer Kündigung, die beim Marktaustritt von Krankenhäusern ebenfalls häufig anzutreffen ist, ist nach § 1a Kündigungsschutzgesetz (KSchG) eine Abfindung in Höhe von 0,5 Monatsverdiensten für jedes Jahr des Bestehens des Arbeitsverhältnisses bis zu einer Maximalhöhe von zwölf Monatsverdiensten (§ 10 KSchG) vorgeschrieben.

Dagegen fallen die Infrastrukturbereinigungskosten (Sanierung, möglicher Abriss des Krankenhausgebäudes etc.) grundsätzlich während eines mehrjährigen Zeitraums nach der eigentlichen Schließung an. Hierfür wurden im Rahmen der qualitativen Interviews als typische Zeiträume drei bis sieben Jahre genannt; dieser Zeitraum kann sich aber je nach Einzelsituation auch schnell deutlich länger hinziehen. In Einzelfällen bleibt die Klinikimmobilie auch ein Jahrzehnt oder länger nach der Schließung ungenutzt – ein Hinweis darauf, dass sich Krankenhausimmobilien nur recht schwer in einer völlig anderen Nutzungsform weiternutzen lassen.

Für den Fall einer Insolvenz muss zum Teil mit noch deutlich längeren Fristen bis zur endgültigen Abwicklung der Insolvenz gerechnet werden. Dies illustriert das Beispiel der Schließung der Klinik am Wartenberg in Witzenhausen (Hessen / Marktaustritt im Laufe des Jahres 2003): Das Insolvenzverfahren konnte hier erst im Jahr 2011 und damit acht Jahre nach der Schließung des Krankenhauses abgeschlossen werden<sup>43</sup>.

Die im Zuge der Recherchen für dieses Gutachten ermittelten Größenordnungen für die tatsächlichen Schließungskosten eines Krankenhauses variieren aufgrund der sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen für den jeweiligen Marktaustritt erheblich. Sie wurden in Gesprächen von den befragten Krankenhausmanagern im Minimum auf 0,8 bis – für den Fall von Ausgleichszahlungen an Zusatzversorgungskassen – auf maximal 2,5 Jahresbudgets des jeweils betroffenen Krankenhauses beziffert. In den meisten eruierten bzw. von den Befragten genannten Fällen liegt die Höhe der Schließungskosten in der Spanne zwischen einem und anderthalb Jahresbudgets.

Wie unterschiedlich die Höhe der Schließungskosten, vor allem aber der gezahlten Schließungsförderungen tatsächlich ausfällt, machen einige im Zuge der Recherchen zu diesem Gutachten konkret ermittelte Beispiele deutlich:

- Für die Schließung des Krankenhauses Laichingen in Baden-Württemberg (49 Betten, 1.069 vollstationäre Fälle in 2006) im Jahr 2009 hat das Land Baden-Württemberg eine Schließungs- und Umwandlungsbeihilfe in Höhe von 1,4 Millionen Euro bewilligt. Dies entspricht einer Schließungs- und Umwandlungsförderung in Höhe von rund 28.600 Euro pro Bett. Das Erlösbudget betrug im Jahr 2008 2,43 Millionen Euro.
- Im Zuge der 2011 erfolgten Schließung des Krankenhauses Ahrensburg (37 Planbetten, 1.480 Patienten jährlich) hat das Land Schleswig-Holstein eine Schließungsbeihilfe in Höhe von rund 400.000 Euro bewilligt. Die Schließungsförderung pro Bett liegt damit bei gut 10.800 Euro. Das Erlösbudget lag 2010 bei rund 3,22 Millionen Euro.
- Für die aufgrund der Festlegungen des Saarländischen Krankenhausplanes 2006-2010 erfolgte Schließung der Klinik Rotes Kreuz Saarbrücken (92 Betten; ausschließlich Belegkrankenhaus) zum 31. Dezember 2006 stellte das Saarland als Vorschuss für die Abfindungszahlungen von 58 Beschäftigten insgesamt 1,84 Millionen Euro zur Verfügung. Im Krankenhausbericht für die Jahre 2004 – 2009 des Saarlandes heißt es ergänzend, dass sich die Kostenträger an den Gesamtkosten (Abfindungen und Mehrkosten durch Personalübernahme bei anderen Krankenhäusern) mit insgesamt 2,75 Millionen Euro beteiligt hätten. Insgesamt ergibt sich damit ein Betrag in Höhe von rund 4,39 Millionen Euro.
- Für die Schließung des Knappschaftskrankenhauses Quierschied (insbesondere Übernahme der Schuldendienste) und die Umstrukturierung des Evangelischen Krankenhauses Saarbrücken wurden aus dem Landeshaushalt in 2003 insgesamt 1,775 Millionen Euro und in 2004 1,441 Millionen Euro zur Verfügung gestellt.
- Im Zusammenhang mit der Schließung des Krankenhauses Uslar in Niedersachsen (GSO Gesundheitszentrum Solling-Oberweser / 44 Betten und 1.725 vollstationäre Fälle in 2010) zum 01.04.2012 wurde über Aufwendungen in Höhe von 2,7 Millionen Euro für einen Sozialplan für die 75 Mitarbeiter des Krankenhauses berichtet. Das Erlösbudget 2010 betrug rund 3,3 Millionen Euro.
- Einen Sonderfall stellen die Schließungskosten im Zusammenhang mit der Schließung des Krankenhauses Moabit in Berlin dar: Hier musste das Land Berlin als Träger des bereits zum 31. Oktober 2001 geschlossenen Krankenhauses Moabit gGmbH im Jahr 2005 Ausgleichszah-

---

<sup>43</sup> <http://www.hna.de/lokales/witzenhausen/warteberg-klinik-ende-insolvenzverfahrens-abfindung-mitabeiter-1172726.html>

lungen in Höhe von insgesamt 31,97 Millionen Euro an die VBL (Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder) zahlen. Im konkreten Fall wurde der Ausgleichsbetrag für insgesamt 1.247 Bewertungsfälle berechnet und gezahlt, pro Bewertungsfall (aktuell beschäftigte Mitarbeiter mit Rentenanwartschaft bzw. bereits ausgeschiedene Mitarbeiter mit Rentenbezug) im Durchschnitt also 25.640 Euro.

### **Übersicht Schließungskosten: Typische Einflussgrößen und Bestandteile**

- Sozialplan
- Abfindungen außerhalb des Sozialplanes (z. B. für leitende Ärzte, leitende Angestellte)
- Abschreibungen (für noch nicht abgeschriebene Gebäude bzw. Gebäudeteile)
- Kosten aus Dauerschuldvereinbarungen (z. B. Darlehen, Leasingvereinbarungen, Wartungsverträge etc.) bzw. der Abwicklung von Verträgen
- Kosten der Infrastrukturbereinigung (Sanierung bzw. Abriss etc.)
- Ausgleichszahlungen an Zusatzversorgungskassen
- Kosten durch sinkende Belegung nach Bekanntgabe der Schließungspläne, aber vor der eigentlichen Schließung

## **5.2. Schließungsförderung in den Landeskrankenhausesetzen und Beispiele für tatsächliche Schließungsförderung durch Bundesländer**

Bei den Überlegungen zum Marktaustritt eines Krankenhauses spielen finanzielle Erwägungen angesichts der daraus entstehenden, hier dargestellten erheblichen Kosten eine nicht unbedeutende Rolle. Insofern ist es von erheblicher Bedeutung, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang die Bundesländern als Krankenhaus-Planungsbehörden Gelder im Falle der Schließung eines Krankenhauses zur Verfügung stellen und auch, ob und unter welchen Bedingungen die Bundesländer auf die Rückzahlung bereits geflossener Fördergelder verzichten.

Auf der Grundlage der Vorgaben des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (§ 9 Abs. 1 KHG) beinhalten alle Landeskrankenhausesetze Regelungen zum Fördertatbestand „Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern“ (vgl. auch die Zusammenstellung der einschlägigen landesrechtlichen Regelungen im Anhang: „8.2 Dokumentation der Regelungen der Landeskrankenhausesetze zur Schließungsförderung und zur Rückzahlung von Fördermitteln bei Krankenhausschließung“). Dabei variieren allerdings die Vorschriften zur Schließungsförderung und ihrer Höhe von Land zu Land erheblich. Drei landesrechtliche Regelungen enthalten konkrete Angaben über die Höhe der Schließungsförderung (Berlin, NRW, Hessen), die zwischen 6.000 Euro (Berlin) und bis zu 16.500 Euro pro Bett eines vollständig geschlossenen Krankenhauses (Hessen; Schließung eines Krankenhauses mit mehr als 90 Betten) reichen. Nordrhein-Westfalen setzt mit seiner pauschalen Förderung dagegen am genehmigten Budget des der Schließung vorausgegangenen Jahres an und bemisst die pauschale Schließungsförderung auf 1 % dieses Budgets.

Die meisten landesrechtlichen Regelungen dagegen beinhalten eine generelle Vorschrift zum Anspruch auf Förderung bei der Schließung, die erst durch untergesetzliche Normen oder Einzelfallentscheidungen konkretisiert werden muss (Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Brandenburg,

Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Saarland, Thüringen). Viele dieser landesrechtlichen Regelungen sehen dabei die Möglichkeit zur Pauschalierung vor, ohne sie aber im Gesetzestext zu konkretisieren.

Die landesrechtlichen Vorschriften zum Verzicht auf die Rückforderung von bereits geflossenen Fördermitteln bei einer Krankenhausumwidmung oder Klinikschließung sind dagegen weitgehend ähnlich ausgestaltet und sehen vor, dass auf eine Rückforderung dann verzichtet werden kann, wenn die Umstellung oder Schließung im Einvernehmen mit der Landesplanungsbehörde erfolgt bzw. im krankenhaushausplanerischen Interesse liegt.

Konkret sieht das Krankenhausfinanzierungsgesetz zur Förderung von Krankenhausumstellungen oder Krankenhausschließungen folgendes vor (§ 9 Abs. 2 KHG):

*„Die Länder bewilligen auf Antrag des Krankenhausträgers ferner Fördermittel (...)*

*5. zur Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern,*

*6. zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben, insbesondere zu ihrer Umwidmung in Pflegeeinrichtungen oder selbständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen.“*

### **5.2.1. Beispiel Bayern: Ausgleichsanspruch bei Krankenhausschließung**

Die konkrete Ausgestaltung der landesrechtlichen Regelungen variiert. So schreibt zum Beispiel das Bayerische Krankenhausgesetz (Art. 17 BayKrG „Förderung bei Schließung oder Umstellung von Krankenhäusern“) vor:

*„(1) Bei Schließung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen oder deren Umstellung auf andere Aufgaben werden auf Antrag pauschale Ausgleichszahlungen gewährt. Der Anspruch ist ausgeschlossen, soweit ein krankenhaushausplanerischer Zusammenhang mit dem Aufbau von Behandlungsplätzen oder der Neuaufnahme entsprechender Fachrichtungen an anderen Krankenhäusern besteht. Leistungen nach § 9 Abs. 3a KHG sind auf die Ausgleichszahlungen anzurechnen.*

*(2) Die Ausgleichszahlungen sind nach der Zahl der aus der Akutversorgung und dem Krankenhausplan ausscheidenden Behandlungsplätze sowie nach den aufgegebenen Fachrichtungen zu bemessen.*

*(3) Die Entscheidung über den Anspruch ist mit der Entscheidung über eine Erstattung von Fördermitteln zu verbinden.“*

Die konkrete Höhe der Ausgleichszahlungen ist in der Verordnung zur Durchführung des Bayerischen Krankenhausgesetzes (§ 12 DVBayKrG vom 14. Dezember 2007) geregelt. Dort heißt es:

*„(1) Eine Schließung eines Krankenhauses im Sinn von Art. 17 BayKrG liegt vor, wenn alle Behandlungsplätze eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan und der Akutversorgung ausscheiden.*

*(2) Die Ausgleichszahlungen betragen 12000 € für jeden aus dem Krankenhausplan und der Akutversorgung ausscheidenden Behandlungsplatz, sofern nicht die Ausgleichszahlungen nach § 13 Abs. 2 Sätze 1 bis 4 günstiger sind. Bei den Ausgleichszahlungen sind auch die in den letzten drei Jahren vor der Schließung des Krankenhauses abgebauten Behand-*

*lungsplätze mit einzubeziehen; für diese bereits gewährte Ausgleichszahlungen sind anzurechnen.“*

Gleichzeitig schreibt das Bayerische Krankenhausgesetz für den Fall einer Krankenhausschließung vor (Art. 19 Abs. 2f. BayKrG):

*„(2) Scheidet ein Krankenhaus vollständig oder teilweise aus dem Krankenhausplan aus, sind die Förderbescheide insoweit zu widerrufen. Liegt das Ausscheiden im krankenhauserplanerischen Interesse, ist vom Widerruf abzusehen, wenn und soweit*

*1. krankenhauserpezifische bauliche Investitionen in Krankenhausgebäuden zu keiner Steigerung des Gebäudewertes für Nachfolgenutzungen geführt haben und auch nicht entsprechend ihrer ursprünglichen oder einer ähnlichen Zweckbestimmung weiter verwendbar sind oder*

*2. umsetzbare Anlagegüter anderweitig für die Akutversorgung eingesetzt werden können.*

*Liegt das Ausscheiden im krankenhauserplanerischen Interesse, soll vom Widerruf abgesehen werden, wenn und soweit Anlagegüter einer anderen, im sozialstaatlichen Interesse liegenden Zweckbestimmung zugeführt werden und durch die neue Nutzung eine Refinanzierung geförderter Investitionen nicht gegeben ist.*

*(3) Soweit mit den Fördermitteln Anlagegüter angeschafft worden sind, vermindert sich die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel entsprechend der abgelaufenen regelmäßigen Nutzungsdauer der jeweils geförderten Anlagegüter. Liegt das vollständige oder teilweise Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan im krankenhauserplanerischen Interesse, besteht die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel nur bis zur Höhe des erzielbaren Verwertungserlöses der geförderten Anlagegüter; dies kann in Teilbeträgen erfolgen. Soweit diese Verwertungserlöse vom Krankenhausträger ganz oder teilweise in der Vergangenheit erzielbar waren, sind sie mit sechs v. H. jährlich zu verzinsen.“*

Die konkrete Handhabung bei der Berechnung der Ausgleichszahlungen ist vom Bayerischen Ministerium der Finanzen mit Schreiben vom 25.07.2008<sup>44</sup> an die Bezirksregierungen im Wege von Vollzugshinweisen geregelt. In der im Schreiben enthaltenen Beispielrechnung ergeben sich für die vollständige Schließung eines Krankenhauses mit 118 Betten Ausgleichszahlungen in Höhe von 1,416 Millionen Euro.

#### **Beispiel für die Berechnung der Höhe des Ausgleichsanspruchs:**

Ein Krankenhaus mit 83 Behandlungsplätzen und zwei Krankenhausabteilungen wird geschlossen. Bereits zwei Jahre zuvor war eine andere Krankenhausabteilung mit 35 Betten abgebaut worden; für diesen Abbau hatte der Krankenhausträger Ausgleichszahlungen gem. § 13 Abs. 2 DVBayKrG in Höhe von 240.000 € (30.000 € + 35 x 6.000 €) erhalten.

#### **1. Berechnungsschritt: Vergleichsberechnung**

<sup>44</sup>Schreiben des Bayerischen Ministeriums der Finanzen vom 25.07.2008 an die Regierungen von Oberbayern, Niederbayern, der Oberpfalz, von Oberfranken, Mittelfranken, Unterfranken und Schwaben

Berechnung gem. § 12 Abs. 2 DVBayKrG:

118 (83 + 35) Betten x 12.000 € = 1.416.000 €

Vergleichsberechnung gem. § 13 Abs. 2 DVBayKrG:

Fachrichtungspauschale: 3 FR (2 + 1) x 30.000 € = 90.000 €

Behandlungsplatzpauschale: 118 x 6.000 € = 708.000 €

Gesamtsumme 798.000 €

Zwischenergebnis: Die Ausgleichszahlungen gem. § 12 Abs. 2 Satz 1 DVBayKrG sind höher als die Ausgleichszahlungen gem. § 13 Abs. 2 Sätze 1 bis 4 DVBayKrG.

2. Berechnungsschritt: Anrechnung gem. § 12 Abs. 2 Satz 2, 2. HS DVBayKrG

Höhere Ausgleichszahlungen nach der Vergleichsberechnung 1.416.000 €

abzüglich bereits bewilligte Ausgleichszahlungen - 240.000 €

= noch zu bewilligende Ausgleichszahlungen 1.176.000 €

Endergebnis: Dem Krankenhausträger stehen aufgrund der Schließung Ausgleichszahlungen in Höhe von 1.176.000 € zu.

### **5.2.2. Pauschale Schließungsförderung in Berlin, NRW und Hessen**

Im Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen<sup>45</sup> lautet die entsprechende Regelung wie folgt (§ 24 KHGG NRW):

*„(1) Krankenhäusern, die aufgrund einer Entscheidung des zuständigen Ministeriums ganz oder mindestens mit einer Abteilung aus dem Krankenhausplan ausscheiden, sind auf An-*

---

<sup>45</sup> Geltende Gesetze und Verordnungen (SGV. NRW.) mit Stand vom 20.9.2013 /

[https://recht.nrw.de/lmi/owa/br\\_bes\\_text?anw\\_nr=2&gld\\_nr=2&ugl\\_nr=2128&bes\\_id=11147&aufgehoben=N&menu=1&sg=0#det258857](https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?anw_nr=2&gld_nr=2&ugl_nr=2128&bes_id=11147&aufgehoben=N&menu=1&sg=0#det258857)

*trag pauschale Ausgleichsleistungen zu bewilligen, soweit diese erforderlich sind, um die Schließung des Krankenhauses oder seine Umstellung auf andere Aufgaben zu erleichtern.*

*(2) Die pauschale Ausgleichsleistung beträgt 1% des nach den §§ 11 Abs. 1, 14 Abs. 1 KHEntG und §§ 17 Abs. 1, 20 Abs. 1 BPfIV genehmigten Budgets des Krankenhauses. Maßgeblich ist hierfür das 12 Monate umfassende, genehmigte Budget des der Schließung vorangegangenen Jahres. Bei Ausscheiden einer Abteilung ist der dieser Abteilung entsprechende Anteil des Budgets zugrunde zu legen.“*

Zur Rückforderung von Fördermitteln heißt es (§ 28 Abs. 1 KHGG NRW):

*(1) Der Bewilligungsbescheid kann mit Wirkung für die Vergangenheit ganz oder teilweise widerrufen werden, wenn das Krankenhaus ohne Zustimmung der Bewilligungsbehörde von den Feststellungen nach § 16 abweicht oder seine Aufgaben nach den Feststellungen im Bescheid nach § 16 ganz oder zum Teil nicht oder nicht mehr erfüllt. Der Bewilligungsbescheid soll nicht widerrufen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde ganz oder zum Teil aus dem Krankenhausplan ausscheidet.*

Das Landekrankenhausgesetz Berlin sieht für den Fall einer vollständigen Schließung eines Krankenhauses eine Pauschale in Höhe von 6.000 Euro pro Bett als Ausgleich vor (§ 13 LKG Berlin):

*„(1) Krankenhäuser, die auf Grund einer Entscheidung der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung aus dem Krankenhausplan ganz oder teilweise ausscheiden, erhalten auf Antrag pauschale Ausgleichszahlungen, um die Schließung oder Umstellung auf andere Aufgaben zu erleichtern.*

*(2) Die pauschalen Ausgleichszahlungen bemessen sich nach der Zahl der Planbetten und Behandlungsplätze, die auf Dauer pro Krankenhaus aus der vollstationären und teilstationären Krankenversorgung ausscheiden. Sie betragen pro Planbett beziehungsweise Behandlungsplatz 3 000 Euro.*

*(3) Der in Absatz 2 Satz 2 genannte Betrag erhöht sich um 500 Euro, wenn bei einem Krankenhaus mindestens 120 Planbetten und Behandlungsplätze abgebaut werden. Er verdoppelt sich, wenn sämtliche Planbetten und Behandlungsplätze eines Krankenhauses abgebaut werden.*

*(4) Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung entscheidet auf Antrag über die Einbringung von im Krankenhaus zum Zeitpunkt der Umstellung vorhandenen pauschalen Fördermitteln nach § 8 zur Finanzierung der Umstellung auf andere gesundheitlich-soziale Aufgaben. Die vorhandenen pauschalen Fördermittel können höchstens entsprechend dem auf die Schließung entfallenden Planbetten- beziehungsweise Behandlungsplatzanteil eingebracht werden.“*

Zur Rückforderung von Fördermitteln sieht das Berliner Landekrankenhausgesetz analog zu den Regelungen in Bayern und NRW folgendes vor (§ 15 Abs. 2 LKG Berlin):

*„Im Falle des Absatzes 1 Satz 1 kann von einer Rückforderung abgesehen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan ausscheidet oder eine Umstellung auf andere Aufgaben nach § 13 Abs. 4 erfolgt.“*

Auch das Hessische Krankenhausgesetz 2011 sieht pauschale Ausgleichszahlungen für den Fall eines Ausscheidens von Abteilungen oder ganzen Krankenhäusern bzw. Betriebsstätten vor (§ 32 HKHG 2011). Dabei wird bei der Höhe der zu gewährenden Förderung gemäß der Bettenzahl sowie dem Ausscheiden von Abteilungen und Betriebsstätten eines Krankenhauses einerseits und dem Ausscheiden eines gesamten Krankenhauses andererseits unterschieden. Für den Fall des Marktaustritts eines Krankenhauses werden die nach Bettengrößenklassen gestuften Förderungen verdreifacht. Maximal bedeutet dies für Krankenhäuser mit mehr als 90 Betten 16.500 Euro Fördermittel pro Bett des Krankenhauses, das aus dem Markt ausscheidet. Für ein Krankenhaus mit 100 Betten würde die Förderhöhe bei vollständigem Marktaustritt damit 100 mal 16.500 Euro = 1,65 Millionen Euro betragen.

Konkret sieht der Wortlaut dieser hessischen Regelung folgendes vor (§ 32 HKHG 2011):

*(1) Für Krankenhäuser, die aus dem Krankenhausplan ganz oder teilweise ausscheiden, weil sie für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung nicht mehr erforderlich sind, sind anstelle der nach den §§ 25 bis 31 zu zahlenden Fördermittel auf Antrag pauschale Ausgleichszahlungen zu bewilligen, um die Einstellung des Krankenhausbetriebs oder seine Umstellung auf andere Aufgaben zu erleichtern.*

*(2) Scheidet ein Fachgebiet oder mehrere Fachgebiete oder eine Betriebsstätte eines Krankenhauses ersatzlos aus dem Krankenhausplan aus, betragen die Ausgleichszahlungen bei einer Verminderung der Zahl der festgesetzten oder aufgestellten Betten des Krankenhauses um*

*1. 11 bis zu 30 Betten 3 400 Euro pro Bett,*

*2. bis zu 60 Betten 4 100 Euro pro Bett,*

*3. bis zu 90 Betten 4 800 Euro pro Bett,*

*4. über 90 Betten 5 500 Euro pro Bett.*

*Scheidet ein Krankenhaus ganz aus dem Krankenhausplan aus, sind die pauschalen Ausgleichszahlungen nach Satz 1 zu verdreifachen.*

*(3) Krankenhäuser und Einrichtungen nach den §§ 3 und 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erhalten keine Ausgleichszahlungen.*

### **5.2.3. Konkrete Beispiele für die Höhe von Schließungsförderung**

Nachfolgend wird über einige Beispiele von Schließungsbeihilfen für den Marktaustritt von Krankenhäusern berichtet, die im Zuge der Recherchen zu diesem Gutachten identifiziert wurden.

#### Schließungsförderung Krankenhaus Ahrensburg/Schleswig-Holstein<sup>46</sup>

Im Zuge der 2011 erfolgen Schließung des Krankenhauses Ahrensburg (37 Planbetten, 1.480 Patienten jährlich) hat das Land Schleswig-Holstein eine Schließungsbeihilfe in Höhe von rund 400.000 Euro bewilligt. Die Schließungsförderung pro Bett liegt damit bei gut 10.800 Euro.

#### Schließungsförderung Krankenhaus Zella-Mehlis/Thüringen<sup>47</sup>

<sup>46</sup> <http://www.abendblatt.de/region/stormarn/article1894981/Klinik-Aus-fuer-Ahrensburger-Haus-jetzt-amtlich.html#> / 19.11.2013



Im Zuge der Schließung des Krankenhauses Zella-Mehlis in Thüringen (90 Betten) im Jahre 2006 wurde anschließend über die Schließungsförderung zwischen dem Land und der Stadt Zella-Mehlis gestritten. Die Höhe der – strittigen – Schließungsförderung wurde auf 733.352,80 Euro beziffert. Die Schließungsbeihilfe pro Bett liegt in diesem Fall damit bei rund 8.150 Euro.

#### Förderung Schließung Gynäkologie/Geburtshilfe Klinik Pöbneck/Thüringen

Gemäß dem Thüringer Krankenhausinvestitionsprogramm 2008 hat die Klinik Pöbneck im Jahr 2008 eine Förderung in Höhe von insgesamt 350.000 Euro für die Schließung der Abteilung Gynäkologie/Geburtshilfe erhalten. 50.000 Euro davon waren Fördermittel aus den Vorjahren, die angerechnet wurden.

#### Förderung Bettenabbau Krankenhaus Peißenberg/Bayern<sup>48</sup>

Für den Abbau von 80 Betten im Krankenhaus Peißenberg/Oberbayern im Jahr 2004 wurde von einem Gutachten eine Schließungsförderung in Höhe von insgesamt 944.000 Euro errechnet. Das entspricht einer Schließungsförderung in Höhe von 11.800 Euro pro abgebautem Bett. Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass zumindest nach den heute geltenden Regelungen die Schließung von Abteilungen geringer gefördert wird als die Schließung eines vollständigen Krankenhauses.

#### Schließungsförderung Krankenhaus Uslar/Niedersachsen<sup>49</sup>

Auch hierbei handelt es sich um eine strittige Schließungsförderung. Konkret geht es um die Schließung des Krankenhauses Uslar in Niedersachsen (GSO Gesundheitszentrum Solling-Oberweser / 44 Betten und 1.725 vollstationäre Fälle in 2010). Nach Presseberichten war zunächst mündlich eine Schließungsförderung durch das Land Niedersachsen in Höhe von 4 Millionen Euro zugesagt (pro Bett also rund 90.000 Euro – eine Größenordnung, die weit über den ansonsten bekannten Daten liegt). Darin enthalten waren nach dem gleichen Pressebericht u.a. 2,7 Millionen Euro für einen Sozialplan für die 75 Mitarbeiter des Krankenhauses. Die im Rahmen eines Gespräches gegebene Zusage des Landes Niedersachsen wurde dann aber wieder zurückgezogen. Nach weiteren Gesprächen wurde dann jede Schließungsförderung abgelehnt.

#### Schließungsförderung Krankenhaus Laichingen/Baden-Württemberg<sup>50</sup>

Für die Schließung des Krankenhauses Laichingen in Baden-Württemberg (49 Betten, 1.069 vollstationäre Fälle in 2006) im Jahr 2009 hat das Land Baden-Württemberg eine Schließungs- und Umwandlungsbeihilfe in Höhe von 1,4 Millionen Euro bewilligt. Dies entspricht einer Schließungs- und Umwandlungsförderung in Höhe von rund 28.600 Euro pro Bett. Sie liegt damit weit über den in anderen Bundesländern gewährten Förderungen.

#### Schließungsförderung Klinik Rotes Kreuz Saarbrücken/Saarland

---

<sup>47</sup> Antwort der Landesregierung Thüringen auf die Kleine Anfrage Nr. 102 vom 18. November 2009

<sup>48</sup> <http://www.merkur-online.de/lokales/regionen/euro-schliessung-240606.html?popup=print> / 19.11.2013

<sup>49</sup> <http://www.hna.de/lokales/uslar-solling/hoffnung-ex-mitarbeiter-2282634.html> / 19.11.2013

<sup>50</sup> <http://www.laichingen.de/ceasy/modules/cms/print.php5?cPageId=1621&&view=publish&item=article&id=65> / 19.11.2013

Für die aufgrund der Festlegungen des Saarländischen Krankenhausplanes 2006-2010 erfolgten Schließung der Klinik Rotes Kreuz Saarbrücken (92 Betten) zum 31. Dezember 2006 stellte das Saarland als Vorschuss für die Abfindungszahlungen von 58 Beschäftigten insgesamt 1,84 Millionen Euro zur Verfügung. Im Krankenhausbericht für die Jahre 2004 – 2009 des Saarlandes heißt es ergänzend, dass sich die Kostenträger an den Gesamtkosten (Abfindungen und Mehrkosten durch Personalübernahme bei anderen Krankenhäusern) mit insgesamt 2,75 Millionen Euro beteiligt hätten.

#### Schließungsförderung Knappschaftskrankenhaus Quierschied/Saarland

Für die Schließung des Knappschaftskrankenhauses Quierschied (insbesondere Übernahme der Schuldendienste) und die Umstrukturierung des Evangelischen Krankenhauses Saarbrücken wurden aus dem Landeshaushalt in 2003 insgesamt 1,775 Millionen Euro und in 2004 1,441 Millionen Euro zur Verfügung gestellt.

#### VBL-Ausgleichsförderungen für die Schließung des Krankenhauses Moabit gGmbH/Berlin<sup>51</sup>

Im Jahr 2005 musste das Land Berlin als Träger des bereits zum 31. Oktober 2001 geschlossenen Krankenhauses Moabit gGmbH Ausgleichszahlungen in Höhe von insgesamt 31,97 Millionen Euro an die VBL (Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder) zahlen. Diese Zahlungen beruhen auf versicherungsmathematischen Gutachten, nach denen der Träger des Krankenhauses Moabit für das aufgrund der Schließung erfolgende vollständige Ausscheiden des Krankenhauses aus der VBL an diese Ausgleichszahlungen zu leisten hatte. Die Grundlage für eine solche Forderung findet sich in der Satzung der VBL, betrifft damit grundsätzlich jedes Krankenhaus, das Mitglied der VBL ist und geschlossen wird. Solche Forderungen können aber immer erst mit zeitlicher Verzögerung, nämlich nach dem Ausscheiden des letzten Mitarbeiters aus der VBL, berechnet und dann in Rechnung gestellt werden. Im konkreten Fall wurde der genannte Ausgleichsbetrag für insgesamt 1.247 Bewertungsfälle berechnet und gezahlt, pro Bewertungsfall (aktuell beschäftigte Mitarbeiter mit Rentenanwartschaft bzw. bereits ausgeschiedene Mitarbeiter mit Rentenbezug) im Durchschnitt also 25.640 Euro. Die konkrete Höhe wird jeweils durch versicherungsmathematische Gutachten ermittelt.

### **5.3. Zwischenfazit: Schließungsförderungen decken tatsächliche Schließungskosten nicht**

Zwar beinhalten alle Landeskrankenhausgesetze gemäß den Vorgaben des KHG Vorschriften zu Ausgleichszahlung bei der Schließung (dem Marktaustritt) eines Krankenhauses. Soweit gesetzlich keine feste pauschalierte Größenordnung hierfür vorgesehen ist, wird im Gesetzestext für die Bemessung der Schließungsförderung weit überwiegend eine Orientierung an den Betriebsverlusten, soweit sie auf der Einstellung des Krankenhausbetriebs beruhen und unabwendbar waren, an den Kosten des Sozialplanes für die Mitarbeiter sowie an den unvermeidbaren Kosten für die Abwicklung von Verträgen vorgeschrieben. In mehreren Landeskrankenhausgesetzen werden auch Investitionen zur Umstellung von Krankenhäusern auf andere, vor allem soziale Aufgaben erwähnt. Am umfassendsten regelt hier das Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg die zu berücksichtigenden Kosten. Dazu heißt es dort (§21 Abs. 3 LKHG Ba.-Wü.):

---

<sup>51</sup> <http://www.parlament-berlin.de/ados/Haupt/vorgang/h15-3024-v.pdf>

*„Berücksichtigt werden insbesondere 1. unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen, 2. Betriebsverluste, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Schließung des Krankenhauses stehen, 3. Kosten eines Sozialplanes, zu dessen Aufstellung das Krankenhaus verpflichtet ist, 4. angemessene Aufwendungen zur Milderung besonderer wirtschaftlicher Härten, die einzelnen im Krankenhaus Beschäftigten entstehen, wenn ein Sozialplan nicht aufzustellen ist, 5. Investitionen zur Umstellung auf andere, vor allem soziale Aufgaben, soweit diese nicht anderweitig öffentlich gefördert werden.“*

In vielen landesrechtlichen Regelungen ist außerdem explizit vorgesehen, dass der Krankenhausträger sich entsprechend seiner Vermögenssituation an den Kosten zu beteiligen und andere Finanzierungsmöglichkeiten auszuschöpfen hat sowie Erträge, die bei einer anderen Nutzung des Krankenhauses erzielt und zur Finanzierung herangezogen werden können, dabei zu berücksichtigen sind.

Die tatsächlichen Zahlungen variieren von Land zu Land in der Höhe sehr stark. Nach den hierzu angestellten Recherchen liegen die Ausgleichszahlung zwischen 6.000 Euro (Berlin) und bis zu gut 28.000 Euro (Beispiel Baden-Württemberg) oder den Kosten für einen Sozialplan in Höhe von 1,84 Millionen Euro für 114 Beschäftigte eines Ende 2006 geschlossenen Krankenhauses im Saarland bzw. der Zahlung von 31,97 Millionen Euro an die VBL aufgrund des Ausscheidens des Krankenhauses Moabit aus der VBL. Gesetzlich festgelegte Euro-Sätze für die Ausgleichszahlung existieren hierbei nur in Berlin (6.000 Euro pro Bett) und Hessen (je nach Krankenhausgröße zwischen 10.200 und 16.500 Euro pro Bett). Die nordrhein-westfälische Regelung sieht eine Ausgleichszahlung in Höhe von 1 % des letzten bewilligten Budgets des zu schließenden Krankenhauses vor. Alle anderen Landeskrankenhausgesetze sehen solche feste Sätze nicht vor – die konkreten Festlegungen erfolgen vielmehr im Einzelfall bzw. auf der Grundlage von untergesetzlichen Regelungen (Beispiel Bayern – 12.000 Euro pro geschlossenem Krankenhausbett bei vollständiger Schließung).

Erhebliche zusätzliche Kosten kommen auf Krankenhäuser zu, die Mitglieder in Zusatzversorgungskassen wie der VBL oder den verschiedenen kommunalen bzw. kirchlichen Zusatzversorgungskassen sind. In diesen Fällen muss – wie das Beispiel des Krankenhauses Moabit in Berlin zeigt - zusätzlich zu den ansonsten entstehenden kostenmäßigen Belastungen mit Kosten in Millionenhöhe wegen der fällig werdenden Ausgleichszahlungen an die jeweilige Versorgungskasse aufgrund des Ausscheidens des betroffenen Krankenhauses aus der Versorgungskasse gerechnet werden.

Weitgehend einheitlich geregelt ist in den Landeskrankenhausgesetzen dagegen, dass in den Fällen, in denen ein Krankenhaus im Einvernehmen mit der zuständigen Landesplanungsbehörde aus dem Krankenhausplan ausscheidet und schließt bzw. nicht mehr in den Landeskrankenhausplan aufgenommen wird, vom Land auf die Rückforderung der verbleibenden gezahlten Fördermittel verzichtet werden kann.

Insgesamt stellt sich die Situation im Hinblick auf die Förderung des Ausscheidens eines Krankenhauses aus dem Markt damit so dar, dass in allen Ländern zwar solche Beihilfen gesetzlich vorgesehen sind und in Einzelfällen auch gezahlt werden, die Höhe dieser Zahlungen aber insgesamt die tatsächlichen Schließungskosten eines Krankenhauses, die je nach Situation des betreffenden Krankenhauses auf mindestens ein bis – für den Fall von Ausgleichszahlungen an Zusatzversorgungskassen - maximal 2,5 Jahresbudgets eines Krankenhauses beziffert werden, nicht notwendigerweise decken. Außerdem kann der Träger nicht sicher sein, dass die vollständigen oder zumindest ein wesentlicher Teil der tatsächlich anfallenden Schließungskosten durch eine Schließungsförderung des Landes abgedeckt werden können, weil die tatsächliche Höhe einer möglichen Schließungsförderung letztlich ein Verhandlungsergebnis ist, das durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflussbar ist.

## 6. Qualitative Analyse: Stakeholder, Einflussfaktoren, Typen von Marktaustritten

### 6.1. Stakeholder-Analyse im Hinblick auf den Marktaustritt von Krankenhäusern

Im Zusammenhang mit den Vorüberlegungen für die Erstellung des Gutachtens ist deutlich geworden, dass eine kurze Stakeholder-Analyse im Hinblick auf den Marktaustritt von Krankenhäusern eine sinnvolle Ergänzung des Gutachtens darstellt. Dabei soll analysiert werden, welche Stakeholder im Zusammenhang mit einem Marktaustritt von Krankenhäusern betroffen sind, welchen Einfluss diese haben und wie diese im Zweifel ihren Einfluss geltend machen können.

Im Zusammenhang mit dem Marktaustritt von Krankenhäusern sind nach den Recherche-Ergebnissen vor allem die folgenden Stakeholder mit ihren je unterschiedlichen Interessen zu berücksichtigen:

- Krankenhausträger (zu unterscheiden nach öffentlich, freigemeinnützig und privat)
- Aufsichtsgremium/Aufsichtsrat des Krankenhauses/ggf. der übergeordneten Krankenhausgruppe
- Management des Krankenhauses
- ggf. Management der übergeordneten Krankenhausgruppe
- Personal (möglicherweise unterschieden nach Personalgruppen)
- Personal- bzw. Betriebsrat oder Mitarbeitervertretung des Krankenhauses
- ggf. Belegärzte
- Zuweiser
- Politik (ggf. unterschieden nach Orts-, Kreis- und Landesebene / häufig zumindest teilweise identisch mit Aufsichtsgremium)
- Landessozial- bzw. Landesgesundheitsministerium / Landesplanungsbehörde
- Bevölkerung vor Ort und in der Region
- Örtliche und regionale Presseorgane
- Kostenträger

Im Hinblick auf die jeweiligen Interessenlagen zum Themenbereich Marktaustritt gelten folgende grundsätzliche Charakterisierungen:

- Krankenhausträger (zu unterscheiden nach öffentlich, freigemeinnützig und privat)

Der Krankenhausträger hat zunächst einmal ein Interesse an einer sinnvollen gesundheitlichen Versorgung durch das Krankenhaus. Im Rahmen der gegenwärtigen Finanzierung der Krankenhäuser muss er aber auch ein Interesse daran haben, dass sein Krankenhaus wirtschaftlich zu betreiben ist und eine gewisse Rendite zu erwirtschaften ist. Dies gilt auch für kommunale und freigemeinnützige Krankenhäuser, weil sie gezwungen sind, erhebliche Teile der notwendigen Investitionen selbst aus dem Betrieb des Krankenhauses zu refinanzieren. Eine Schließung kommt nur dann in Frage,

wenn dauerhaft Verluste in erheblicher Höhe anfallen. Bevor eine Schließung erwogen wird, werden regelhaft alle anderen Möglichkeiten (Restrukturierung, Personalabbau, medizinische Schwerpunktbildung etc. bis hin zum Verkauf des Krankenhauses) geprüft und evtl. auch umgesetzt. Dies zeigen die identifizierten vollständigen Marktaustritte nahezu durchgängig. Als typische Beispiele können dabei die Fallstudien Monheim (4.2), Rheinfelden (4.4) oder auch Hemau (4.7) gelten. Für den Fall, dass das betreffende Krankenhaus im Einzugsbereich eines anderen Krankenhauses des gleichen Trägers liegt, kann allerdings eine Schließung aus strategischen und Wettbewerbsgründen einem Verkauf vorgezogen werden. Für den Fall der Unabwendbarkeit einer Schließung ist ein Krankenhausträger immer daran interessiert, den dadurch entstehenden finanziellen und Image-Schaden zu minimieren.

Deutlich wird bei der Analyse des Verhaltens vor allem öffentlicher und freigemeinnütziger Träger auch, dass Fragen der Versorgungssicherheit für die Bevölkerung vor Ort in der Phase vor dem Marktaustritt kaum eine Rolle spielen, sondern die Erhaltung des Krankenhauses aus politischen oder Image-Gründen das eigentliche Ziel der Bemühungen um die Verhinderung der Schließung ist. Deutlich wird dies unter anderem an der Fallstudie Hemau (4.7): Dort hatte man schon viele Jahre vor der endgültigen Schließung Bedenken, ob die Bevölkerung das Krankenhaus auch nach den verschiedenen Umstrukturierungen noch ausreichend nutzen würde – am Ende wurde das dann nur noch über 20 Betten verfügende Haus geschlossen.

Krankenhausträger haben angesichts einer drohenden Schließung auch zunehmend zum Mittel des Verkaufs oder der Abgabe eines bedrohten Krankenhauses an einen größeren Krankenhausträger gegriffen, etwa eine kreiseigene Krankenhausgesellschaft oder eine kirchliche Krankenhausgruppe. Dadurch sollte einerseits die drohende Schließung durch den neuen finanzkräftigeren Träger abgewehrt werden, andererseits wurde damit aber die Verantwortung für einschneidende Maßnahmen zur Sanierung oder am Ende doch zur Schließung von der direkten örtlichen auf eine überregionale – und damit fernere – Ebene verlagert.

- Aufsichtsgremium bzw. Aufsichtsrat des Krankenhauses/ggf. der übergeordneten Krankenhausgruppe

Die Aufsichtsgremien vor allem von kleineren kommunalen Krankenhäusern sind vielfach noch ausschließlich oder überwiegend mit Kommunal- bzw. Kreispolitikern besetzt. Hier ist damit eine weitgehende Interessensidentität mit den Kommunal- bzw. Regionalpolitikern gegeben. Das bedeutet, dass einerseits in erheblichem Maße Rücksicht auf die stark durch Veröffentlichungen in der örtlichen bzw. regionalen Presse beeinflusste Stimmung in der Öffentlichkeit und der Bevölkerung genommen werden muss, andererseits aber auch die finanzielle Situation der Kommune bzw. des Landkreises eine gewichtige Rolle bei der Entscheidung spielt, ob an einem langfristig verlustbringenden Krankenhaus weiterhin festgehalten wird oder ein Beschluss zu einer Schließung mitgetragen wird. In den meisten Fällen wird aber auch hier die Neigung bestehen, das betreffende Krankenhaus zur Rettung zunächst an einen anderen Träger zu veräußern. Bei den Aufsichtsgremien übergeordneter Krankenhausgruppen dagegen besteht bei dauerhaften finanziellen Belastungen durch ein einzelnes Krankenhaus eher die Bereitschaft, sich von diesem „Verlustbringer“ zu trennen – notfalls auch durch eine Schließung. Aber auch auf dieser Ebene kann davon ausgegangen werden, dass die Schließung immer erst die letzte Alternative sein wird.

Die identifizierten Marktaustritte und insbesondere die Fallstudien zeigen, dass die Aufsichtsgremien im Normalfall nicht die „Treiber“ im Hinblick auf Lösungen solcher krisenhaften Situationen zu sein scheinen. Vielmehr vollziehen sie häufig nach, was auf der Ebene der Geschäftsführungen bzw. der Bürgermeister bzw. Landräte vorbereitet wurde. Dies wird an den Fallstudien Monheim (4.2), Nabburg (4.3.) oder auch Horb (4.6.) und Hemau (4.7.) deutlich. Als Ausnahme, die ein gegenteiliges Beispiel repräsentiert, kann jedoch der Marktaustritt des SRH-Fachkrankenhauses Neckargemünd (Baden-Württemberg) angeführt werden: Hier nahm der Aufsichtsrat der SRH Kli-

niken GmbH eine zentrale aktive Rolle im Hinblick auf die Entscheidungen ein, die letztlich zum Marktaustritt führten.

- Management des Krankenhauses

Das Management des Krankenhauses ist in seiner Interessenlage vielfach identisch mit den Träger-Interessen. Allerdings verliert das Krankenhausmanagement häufig im Zusammenhang mit der Schließung eines Krankenhauses den eigenen Arbeitsplatz, sodass hier ein noch höheres Interesse besteht, auch im Falle länger anhaltender wirtschaftlicher Probleme das Krankenhaus zu erhalten. Dies ist mit ein Grund, weshalb es vielfach erst sehr spät zum Schließungs- und Marktaustritts-Beschluss kommt. Handelt es sich beim Geschäftsführer zusätzlich um den – dann meist ärztlichen – Inhaber, verschärft dies die Problematik noch. Insbesondere an den Insolvenz-Fällen ist diese Tendenz sehr gut nachvollziehbar, so etwa im Falle der Frauenklinik Rheinfelden (4.4.).

- Management der übergeordneten Krankenhausgruppe

Soweit es sich um ein Krankenhaus mit Zugehörigkeit zu einer größeren Klinikgruppe handelt, muss auch das spezifische Interesse des Managements der übergeordneten Krankenhausgruppe berücksichtigt werden. Dieses ist im Normalfall insbesondere am ökonomischen Wohlergehen der Gesamt-Gruppe orientiert und deutlich weiter von den Problemen vor Ort entfernt. Daher ist hier für den Fall von anhaltenden Belegungs- und wirtschaftlichen Schwierigkeiten, die dauerhaft sogar die gesamte Gruppe betreffen, von einer höheren Bereitschaft zur Schließung eines Krankenhauses bzw. Standortes auszugehen. Hinzu kommt der Umstand, dass es sich bei den betroffenen Krankenhäusern bzw. Standorten meist um solche Fälle handelt, die bereits mit erheblichen Belegungs- und wirtschaftlichen Problemen in die Gruppe eingebracht wurden. Beispiele hierfür sind das St. Josef-Krankenhaus Monheim (4.2) oder auch die Marktaustritte der Krankenhäuser Marktoberdorf und Obergünzburg (Bayern), des Kreiskrankenhauses Eschenbach (Bayern) oder des Krankenhauses St. Marien-Hospitals Balve (NRW).

- Personal (möglicherweise unterschieden nach Personalgruppen)

Das Personal eines Krankenhauses ist in aller Regel am Erhalt der zum Teil langjährigen Arbeitsplätze interessiert. Eine geplante Schließung ist daher auch aus der Sicht des Personals die „Ultima Ratio“ – man wird sich so lange und so intensiv wie möglich gegen diese letzte Möglichkeit wehren. Vielfach ist das Personal von bedrohten Krankenhäusern auch bereit, sich über Notlagentarifverträge an den Rettungsversuchen für solche Krankenhäuser zu beteiligen und so einen eigenen Beitrag zum Erhalt einer solchen Klinik zu leisten. Allerdings zeigten die Recherchen zum Gutachten nur in verhältnismäßig wenigen Fällen eine aktive Position des Krankenhauspersonals im Hinblick auf eine geplante Schließung. Zu einem Teil ist dies sicher auch darauf zurückzuführen, dass es sich bei der Mehrzahl der Marktaustritte um kleine bzw. kleinere Krankenhäuser handelt, bei denen die Anzahl der Mitarbeiter ebenfalls relativ klein ist und damit eine massive Unterstützung etwa durch Medien oder Arbeitnehmerorganisationen kaum zu erwarten ist. Vielfach reagierte das Personal im Anschluss an den erfolgten und veröffentlichten Schließungsbeschluss mit der individuellen Suche nach neuen Arbeitsverhältnissen – eine durchaus verständliche Reaktion der Betroffenen, die allerdings in etlichen Fällen dazu geführt hat, dass der eigentliche Schließungstermin vorgezogen werden musste, weil angesichts der Personalabwanderung ein 24-Stunden-Betrieb nicht mehr aufrechterhalten werden konnte. Ein Beispiel hierfür ist wiederum die Fallstudie Monheim (4.2) oder auch der Marktaustritt des St. Marien-Hospitals Balve (NRW).

- Personal- bzw. Betriebsrat oder Mitarbeitervertretung des Krankenhauses

Die Interessenlage der Personalvertretung ist weitestgehend deckungsgleich mit der des Personals. Wo möglich, werden Personalvertretungen auch Hilfe von außen (Gewerkschaften, Presse, Politik) zur Unterstützung zu gewinnen versuchen. In etlichen der identifizierten Marktaustritts-Fälle war

die Personalvertretung vor allem an der Aushandlung eines Sozialplanes beteiligt - eine aktive Rolle im Hinblick auf die Verhinderung des Marktaustritts konnte nur in wenigen Fällen festgestellt werden. Häufig wird er erst eingeschaltet, wenn die Schließung oder Insolvenz faktisch nicht mehr abwendbar ist, wie zum Beispiel im Fall des St. Georg-Krankenhauses Schmallebenberg (NRW).

- Belegärzte

Falls es Belegärzte in einem von der Schließung bedrohten Krankenhaus gibt, gilt auch für diese, dass sie einer Schließung so lange wie möglich distanziert bis ablehnend gegenüberstehen werden. Denn die belegärztliche Tätigkeit stellt vielfach einen nennenswerten Teil der beruflichen Tätigkeit insgesamt und damit auch eine nennenswerte Grundlage für das persönliche Einkommen dar. Beispiele für dieses Verhalten lassen sich etwa in der Fallstudie zum Marktaustritt des St. Elisabeth-Krankenhauses Bad Hersfeld (Hessen) finden. Allerdings kann es durchaus bei vorhandenen Alternativen in der Region auch zu schnellen Abwanderungsbewegungen der Belegärzte kommen, wenn Gerüchte um eventuelle Schließungen zu lange anhalten oder der vorherige Betriebsübergang nicht auf die Zustimmung der betroffenen Belegärzte trifft. Ein Beispiel hierfür stellt der Marktaustritt der Klinik Dr. Bohnen in Helmstedt (Niedersachsen) dar.

- Zuweiser

Die Haupt-Zuweiser für ein Krankenhaus sind eine zentrale Personengruppe, wenn es um die Überlebensfähigkeit eines Krankenhauses geht. Denn vor den wirtschaftlichen Schwierigkeiten stehen ja fast regelhaft Belegungsprobleme, die meist nicht alleine durch eine ablehnende Haltung in der Bevölkerung, sondern auch durch die nicht ausreichende Nutzung durch die Zuweiser erklärbar ist. Außerdem zeigen einige Beispiele von Klinik-Schließungen, dass ihnen Auseinandersetzungen mit den Zuweisern in der Region vorausgegangen sind, so zum Beispiel im Fall der Klinik Ahrensburg (Schleswig-Holstein) oder auch Krankenhaus Uetersen (Schleswig-Holstein). Allerdings handelt es sich hierbei um Ausnahmen und nicht um die Regel. Im Zusammenspiel mit der örtlichen Politik und der Presse spielen Zuweiser aber eine gewichtige Rolle im Hinblick auf eine mögliche Schließung eines Krankenhauses.

- Politik (ggf. unterschieden nach Orts-, Kreis- und Landesebene / häufig zumindest teilweise identisch mit Aufsichtsgremium)

In sehr vielen der identifizierten Marktaustritte war die örtliche und/oder regionale Politik, vielfach vertreten durch den Bürgermeister und/oder den Landrat, eine der aktiven Gruppen im Prozess des Marktaustritts. Vielfach ging es dabei darum, wie eine drohende Schließung vermeidbar ist oder wie die Stadt bzw. der Landkreis eine drohende Schließung durch den Träger noch verhindern kann. Dagegen gibt es auch recht viele Fälle, in denen die genannten politischen Akteure als Vorsitzende der Aufsichtsgremien eine tragende Rolle beim Beschluss für den endgültigen Marktaustritt spielten. Die Fallstudien bieten für beide genannten Situationen hinreichend Beispiele, so etwa die Fallstudie Monheim für den Versuch der Stadt, das Krankenhaus vor der Schließung zu bewahren, oder die Fallstudien Horb und Hemau für die tragende Rolle der Politik im Rahmen des Schließungsbeschlusses (siehe ergänzend oben die Ausführungen zu den Aufsichtsgremien).

- Landessozial- bzw. Landesgesundheitsministerium / Landesplanungsbehörde

Je nach Situation im Lande können Landesplanungsbehörden bzw. die Landessozialministerien/Landesgesundheitsministerien eine mehr oder weniger aktive Rolle im Hinblick auf eine mögliche Schließung spielen. So sind im Rahmen der Recherchen zu diesem Gutachten Fälle aufgetaucht, in denen die Zustimmung zum Verkauf kommunaler Krankenhäuser und der damit verbundenen Fördermittelzusagen an einen privaten Betreiber an die Bedingung geknüpft waren, einen Standort im Zuge eines Neubaus am Standort des zweiten Krankenhauses zu schließen (Marktaustritt des Krankenhauses Wolmirstedt/Sachsen-Anhalt). Einige Beispielen zeigen, dass die Bundes-

länder durchaus auch eine führende Rolle im Hinblick auf den Marktaustritt durch entsprechende Vorgaben im Landeskrankenhausplan spielen könne, so etwa im Fall St. Johannes-Hospital Bonn oder St. Elisabeth (Bad Hersfeld). Eine zentrale Rolle spielt diese Ebene immer dann, wenn es im Zusammenhang mit der geplanten Schließung eines Krankenhauses um die Frage der Rückzahlungsverpflichtung von erhaltenen und noch nicht abgeschriebenen Fördermitteln und die eventuelle Zahlung einer Schließungsbeihilfe geht. Beispiele hierfür sind das Krankenhaus Laichingen (Baden-Württemberg) oder die Klinik am Lerchenberg (Zella-Mehlis/Thüringen).

- Bevölkerung vor Ort und in der Region

In nahezu allen Fällen kann man davon ausgehen, dass die Bevölkerung vor Ort ein klarer Gegner einer jeden Schließung von Krankenhäusern bzw. Standorten ist. Dies gilt selbst für den – recht häufigen – Fall, dass das Krankenhaus, für das sich die Bevölkerung in Bürgerinitiativen, Petitionen, Demonstrationen und Menschenketten einsetzt, von eben dieser Bevölkerung kaum oder zumindest nicht ausreichend in Anspruch genommen wird, wie etwa im Falle des St. Marien-Krankenhauses Balve (NRW). Dieser Zusammenhang wird von der Bevölkerung nicht gesehen – ein Krankenhaus wird als Teil der öffentlichen Grundversorgung angesehen, die für alle (Not-) Fälle möglichst vor Ort vorhanden sein muss. Entsprechend geht die Bevölkerung davon aus, dass solche Vorhaltungen für Notfälle grundsätzlich auch (öffentlich) finanziert werden müssen.

- Örtliche und regionale Presseorgane

Die örtlichen und regionalen Presseorgane stehen in aller Regel auf der Seite der Bevölkerung, d.h., sie begleiten den Prozess einer – möglichen - Schließung eines Krankenhauses kritisch. Eine differenzierte Berichterstattung mit den Vor- und Nachteilen der möglichen Nachfolgeregelungen und der Gründe für eine Schließung erfolgt eher selten und meist erst nach mehrfach gescheiterten Rettungsversuchen über viele Jahre hinweg. Beispiele hierfür lassen sich viele finden, so etwa den Fall der Neurologischen Klinik Bad Homburg (Hessen).

- Kostenträger

In der Diskussion um mögliche Schließungen von Krankenhäusern sind die Kostenträger vor Ort und in der Region zurückhaltend. Auf Landes- und vor allem Bundesebene wird von ihnen dagegen häufiger die Forderung nach einer allgemeinen Anpassung der Krankenhauskapazitäten erhoben. Beispiele hierfür sind etwa die Fälle St. Johannes-Hospital Bonn (NRW), Malteser-Krankenhaus St. Georg (NRW) oder St. Antonius-Hospital Schwalmtal (NRW). Dennoch gilt: Die Kostenträger vor Ort und in der Region sind im Normalfall nicht die Rufer nach dem Marktaustritt von Krankenhäusern, sondern fördern diese – wenn überhaupt - eher im Hintergrund.

## **6.2. Unterstützende Faktoren und Hindernisse für Marktaustritte**

### **6.2.1. Marktaustritt als mehrstufiger Prozess**

Ein zentrales Ergebnis der Recherchen zu Marktaustritten von Krankenhäusern ist, dass es sich bei einem Marktaustritt in rund 40 % aller identifizierten Fälle um einen mehrstufigen Prozess handelt. Dies trifft in zunehmendem Maße für Allgemeinkrankenhäuser und für die Zeit nach den Anpassungen aufgrund der Einführung des DRG-Systems zu, also für die Zeit nach 2006/2007. Konkret bedeutet diese Strategie, dass der ursprüngliche Träger eines Krankenhauses, zum Beispiel eine Kirchengemeinde oder eine Stadt, das Krankenhaus im Zuge von Belegungsproblemen und daraus



entstehenden wirtschaftlichen Problemen an einen größeren Verbund abgibt. Bei diesen größeren Verbänden handelt es sich typischerweise um einen Krankenhausverbund eines Landkreises oder eines Landkreises und einer kreisfreien Stadt - wie in den Beispielen der Krankenhäuser Marktoberdorf und Obergünzburg/Bayern oder des Kreiskrankenhauses Eschenbach/Bayern - oder um den Kauf durch einen privaten Krankenhausträger (siehe die Fallstudie 4.3. Nabburg). Im Falle kirchlicher Krankenhäuser handelt es sich typischerweise um einen Verbund kirchlicher Krankenhäuser (Beispiele Fallstudie 4.2. Monheim oder Marienkrankenhaus Wickede). Erst in jüngster Zeit sind kirchliche Krankenhäuser auch von privaten Krankenhausträgern übernommen worden; solche Fälle waren bei den im Rahmen dieses Gutachtens identifizierten Marktaustritten aber nicht vertreten.

Neben der im Normalfall besseren Management- und Finanzausstattung größerer Trägergruppen hat ein solcher Trägerwechsel hin zu einem regionalen oder überregionalen Träger auch noch einen anderen Hintergrund: Notwendige, für die Belegschaft und die örtliche Bevölkerung aber schmerzhafte Restrukturierungs-Eingriffe in den Krankenhausbetrieb bis hin zur Schließung von einzelnen Abteilungen oder gar des gesamten Krankenhauses bzw. Standortes sind von einer meist auf überregionaler Ebene agierenden Krankenhausgruppe deutlich einfacher durchzusetzen als von einem einzelnen Krankenhausträger vor Ort.

In einem nächsten Schritt versucht der Verbund, der das Krankenhaus übernommen hat, dieses Krankenhaus durch zusätzliche – zum Teil selbst finanzierte, zum Teil aus Landesmitteln finanzierte - Investitionen und/oder Sparmaßnahmen, Umstrukturierungen sowie häufig durch die Etablierung neuer medizinischer Angebote (vielfach Geriatrie wie in der Fallstudie 4.6. Horb oder auch Kardiologie wie in der Fallstudie 4.3. Nabburg) wirtschaftlich so zu stabilisieren, dass der Bestand auf Dauer gesichert werden kann.

Gelingt dies nicht, wird in einigen Fällen vor einer endgültigen Schließung versucht, erneut einen Käufer zu finden, der bereit ist und sich in der Lage sieht, das betreffende Krankenhaus mit Hilfe eines veränderten medizinischen Konzeptes aus der wirtschaftlichen Problemzone zu führen. Beispiele hierfür sind der Marktaustritt des St. Josef-Krankenhauses in Monheim (NRW) oder auch des Marienkrankenhauses in Wickede (NRW).

Die Recherchen zu Krankenhausschließungen haben gezeigt, dass solche Versuche allerdings entweder direkt gescheitert sind, weil die angesprochenen möglichen Käufer eine Übernahme wegen der Aussichtslosigkeit des weiteren Rettungsversuches abgelehnt haben, oder kurz nach einer solchen Übernahme ebenfalls scheitern und teilweise sogar in der Insolvenz des Krankenhausträgers enden (siehe z. B. den Fall Charlottenstift Stadtoldendorf/Niedersachsen). Hat der Krankenhausstandort allerdings strategisch eine Bedeutung für den Verbund, wird in aller Regel nicht versucht, ihn an andere Träger zu veräußern, weil dies diesen anderen Trägern die Möglichkeit geben würde, in das „Hoheitsgebiet“ des abgebenden Trägers einzudringen (z. B. die Marktaustritte der Krankenhäuser Marktoberdorf und Obergünzburg/Bayern oder des Kreiskrankenhauses Eschenbach/Bayern).

Scheitert der Krankenhausträger mit dem Versuch, das betreffende Krankenhaus nochmals an andere Krankenhausbetreibergruppen zu veräußern, wird dies typischerweise zum Anlass genommen, dann öffentlich darzustellen, dass eine Weiterführung trotz aller Bemühungen um eine wirtschaftlich tragfähige Betriebsführung nicht darstellbar war und auch andere Krankenhausträgergruppen eine solche Möglichkeit nicht gesehen hätten. Dies wird dann im Allgemeinen zusammen mit dem Schließungsbeschluss veröffentlicht.

Als typisch für den hier dargestellten Ablauf bei kirchlichen Krankenhäusern kann zum Beispiel der Marktaustritt des St. Josef-Krankenhauses Monheim in Nordrhein-Westfalen genannt werden:

- Das St. Josef-Krankenhaus Monheim war im Jahr 2000 vom damaligen Träger, der katholischen Kirchengemeinde St. Gereon, an den Kplus-Verbund abgegeben worden. Der Kplus-Verbund

hat in den Jahren danach mit zum Teil erheblichen Beträgen versucht, das Krankenhaus aus der Defizit-Zone zu bringen. So wurde 2009 eine stationäre Geriatrie etabliert.

- Im Februar 2013 teilte die Geschäftsführung dann mit, dass das Krankenhaus im Rahmen eines Bieterverfahrens verkauft werden sollte. Das Bieterverfahren scheiterte, nachdem sich von den angesprochenen 18 Krankenhausträgern insgesamt fünf interessierte Träger nach eingehenden Wirtschaftlichkeitsberechnungen schließlich entschieden hatten, kein Übernahme-Angebot vorzulegen, weil auch aus ihrer Sicht kein Konzept gefunden werden konnte, um das Krankenhaus in Zukunft wirtschaftlich zu betreiben.
- Angesichts eines monatlichen Defizits in sechsstelliger Höhe entschied sich der Träger dann im Mai 2013 für die Schließung des Krankenhauses zum 31. August 2013. Die tatsächliche Schließung erfolgte jedoch bereits zum 2. August 2013, weil ein 24-Stunden-Betrieb über diesen Zeitpunkt hinaus nach Auskunft des Trägers nicht mehr möglich war.
- Den 127 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses wurde gekündigt; außerdem wurde ein Sozialplan aufgestellt.

Als beispielhaft für den Ablauf bei kommunalen Krankenhäusern kann der Marktaustritt des Kreiskrankenhauses Eschenbach i. d. OPf. gelten:

- Das Kreis Krankenhaus Eschenbach i. d. OPf. war mit der Gründung der Kliniken Nordoberpfalz AG Ende 2006 vom Landkreis als dem vorherigen Träger an die Kliniken Nordoberpfalz AG abgegeben worden. Träger der Kliniken Nordoberpfalz AG sind die Stadt Weiden in der Oberpfalz, der Landkreis Tirschenreuth sowie der Landkreis Neustadt an der Waldnaab.
- Bereits 2011 gab es konkrete Gespräche über eine Schließung des kleinen Krankenhauses (80 Betten lt. Qualitätsbericht 2010; knapp 3.000 vollstationäre Fälle). Letztlich wurde das Krankenhaus aber nach massiven Protesten in der Bevölkerung – unter anderem mit einer Unterschriftensammlung mit rund 10.000 Unterschriften sowie einer Demonstration für den Erhalt des Krankenhauses - nicht geschlossen, sondern umstrukturiert.
- Mitte 2012 wurde das Krankenhaus dann wegen schlechter Belegung und dauerhafter Verluste geschlossen. Allein im ersten Halbjahr 2012 betragen die Verluste nach Angaben des Trägers 450.000 Euro. Am Standort wurde allerdings mit dem Aufbau einer Demenzstation, die im Endausbau 60 Betten umfassen soll, begonnen.

Ein Beispiel für die Übernahme eines ehemals in öffentlicher Trägerschaft befindlichen Krankenhauses durch einen privaten Krankenhaus Träger mit späterer Schließung der Einrichtung stellt der Marktaustritt des Krankenhauses Nabburg dar:

- Der Asklepios-Konzern hatte das Krankenhaus Nabburg Mitte 2010 vom bisherigen Träger, der Gemeinnützigen Krankenhausgesellschaft des Landkreises Schwandorf mbH, ein Tochterunternehmen des Landkreises Schwandorf, zusammen mit zwei weiteren Krankenhäusern übernommen.
- 2011 wurde es zum Standort der Asklepios Klinik Lindenlohe.
- Der Versuch, in Nabburg zur Standortsicherung ein Herzkatheterlabor zu etablieren, ist nach Angaben des Trägers wegen der zu geringen Fallzahlen fehlgeschlagen. Für eine geplante Umwidmung der internistischen in psychosomatische Betten mit dem Schwerpunkt Schmerzbehandlung gab es dagegen keine Zustimmung vom Krankenhausplanungsausschuss.
- Zum 1. April 2013 wurde das Krankenhaus geschlossen, weil es aus Sicht des Trägers angesichts einer Auslastung von rund 30 % nicht möglich war, dort dauerhaft eine Krankenhausversorgung aufrechtzuerhalten. Als zweiter Grund wurde die Schwierigkeit genannt, Ärzte für die Klinik in Nabburg zu gewinnen. Zitat: „Es gab keine Perspektive, bei 30 Betten, einen Chefarzt zu gewinnen.“ Im Sinne einer medizinischen Nachnutzung wurde in den Räumen des ehemaligen Krankenhauses ein ambulantes „Gesundheitszentrum Nabburg“ eröffnet.

Insgesamt lassen sich damit vier typische Strategien erkennen, die regelhaft oder zumindest häufiger einem Marktaustritt entweder nacheinander oder zumindest zum Teil vorweggehen:

- Vom Einzelträger zum Verbund oder zur Krankenhaus-Gruppe und damit auf eine überregionale Ebene
- Restrukturierung unter Einsatz von zum Teil hohen Finanzmitteln, um die drohende Schließung abzuwenden – und dies vielfach trotz öffentlich bekannter erheblicher Zweifel am Erfolg solcher Umstrukturierungs-Maßnahmen
- Sonderfall: Private Träger übernehmen immer einmal wieder eine ganze Gruppe von (kommunalen) Krankenhäusern; dabei sind dann auch solche, die eigentlich nicht restrukturierungsfähig sind und entweder sofort (Krankenhaus Schramberg/Baden-Württemberg) oder nach einiger Zeit – und dem einen oder anderen dennoch angestregten Restrukturierungsversuch – geschlossen werden (Krankenhaus Nabburg/Bayern)
- Vor dem Schließungsbeschluss wird versucht, das betreffende Krankenhaus bzw. den betreffenden Standort an andere Krankenhausträger-Gruppen zu veräußern; gelingt dies nicht, hat man gute Argumente in der Öffentlichkeit, den Beschluss zum endgültigen Marktaustritt nicht nur mit der eigenen Einschätzung, sondern auch mit der von weiteren größeren Marktteilnehmern zu begründen (Beispiele Monheim und Wetter / beide NRW)
- Bei aufgrund der Belegungs- und Wirtschaftssituation absehbar nicht haltbaren Krankenhäusern treten die Träger in Gespräche mit der jeweils zuständigen Landesplanungsbehörde ein, um gemeinsam mit dieser und möglichst unter Nutzung von weiteren Fördermitteln eine Umstrukturierung zu langfristigen Sicherung des Standortes zu erreichen (Beispiel St. Elisabeth in Bad Nauheim/Hessen).

## **6.2.2. Krankenhausschließung als letzte Alternative**

Im Zuge der Recherchen zu diesem Gutachten ist eine Tatsache immer wieder deutlich geworden: Die Schließung eines Krankenhauses wird in Deutschland von den Verantwortlichen nach wie vor aus sehr unterschiedlichen Gründen nach Möglichkeit vermieden. Dabei spielen neben den rein ökonomischen Gründen, die mit den Kosten sowie der fehlenden systematischen Regelung der Umstände bzw. des Procederes eines Marktaustritts zusammenhängen, auch viele andere Gründe eine Rolle, so etwa die regelhaft auftretenden Proteste in der Bevölkerung, die selbst dann auftreten, wenn das betreffende Krankenhaus von der Bevölkerung nicht ausreichend genutzt wird, um einen dauerhaften Betrieb auch wirtschaftlich zu gewährleisten.

Speziell für private Krankenhausträger liegt der zentrale Grund dafür, dass eine Schließung eines Krankenhauses oder Standortes nur die letzte Alternative ist, auch im Geschäftsmodell, das ja wesentlich darauf beruht, Krankenhäuser von anderen Trägern zu übernehmen, die ein Krankenhaus wegen wirtschaftlicher Probleme abgeben, und dieses dann erfolgreich aus den wirtschaftlichen Schwierigkeiten herauszuführen. Die Schließung eines Krankenhauses bedeutet also im Prinzip das Eingeständnis, dass auch ein privater Krankenhausträger nicht in allen Fällen garantieren kann, dass ein Krankenhaus nach einer Übernahme auf Dauer als Klinikstandort erhalten bleibt.

In den Interviews mit verantwortlichen Krankenhausmanagern wurde immer wieder deutlich, dass vor einer Schließung bzw. einem endgültigen Marktaustritt eines Krankenhauses oder Klinikstandortes zunächst alle anderen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zum Erhalt des Krankenhauses bzw. Standortes genutzt werden – die Schließung und der Marktaustritt stellen immer die allerletzte Alternative dar. In diesem Zusammenhang fiel auch der bereits zitierte Satz eines der befragten Krankenhausmanager: „Nichts ist so schwierig, wie ein Krankenhaus zu schließen.“

Vor einer Schließung wird dabei – wie bereits dargestellt - in aller Regel zunächst versucht, Belegungsrückgänge und/oder wirtschaftliche Probleme durch strukturelle Maßnahmen zu bekämpfen. Dazu gehören Umstrukturierungen einschließlich der Veränderung des medizinischen Angebotes, etwa durch den Versuch der Spezialisierung, das Auswechseln der Geschäftsführung, die Zusammenführung des betreffenden Krankenhauses mit einem anderen, größeren und wirtschaftlich stärkeren Krankenhaus des gleichen Trägers, die Umwandlung von Hauptabteilungen in Belegabteilungen oder in aller Regel als letzte Möglichkeit der Verkauf bzw. die Abgabe an einen anderen Träger – meist mit der Auflage oder zumindest der Absichtserklärung, den Standort als medizinisches Angebot zu erhalten.

Erst wenn sich kein Käufer mehr für ein Krankenhaus findet oder wenn der Verkauf aus strategischen Gründen für den bisherigen Krankenhausträger nicht in Frage kommt, wird über eine Schließung nachgedacht, die häufig zunächst als Teil-Marktaustritt versucht wird, wenn es andere Einrichtungen des gleichen Trägers in der Nähe gibt, in denen zumindest ein Teil des medizinischen Angebotes des zu schließenden Krankenhauses bzw. Standortes integriert und damit weitergeführt werden kann. Erst wenn auch dies nicht möglich ist, kommt es zu einem vollständigen Marktaustritt des Krankenhauses oder Standortes.

Dieses Muster ist in der großen Mehrheit aller recherchierten Marktaustritte zu erkennen. Ausnahmen stellen vor allem die frühen Marktaustritte in den Jahren 2003 bis etwa 2005/2006 dar, bei denen der Marktaustritt nach den Recherche-Ergebnissen häufig auf die grundlegende Veränderungen des Abrechnungssystems, also auf die Einführung des DRG-Systems zurückzuführen ist. Konkrete Beispiele sind etwa die Schließung des Krankenhauses Schrozberg (Baden-Württemberg) im Jahr 2003 oder des Krankenhauses Waging am See (Bayern) im Jahr 2004. Nach diesen ersten Jahren des DRG-Systems ist die hier geschilderte Verhaltensweise der Vermeidung eines Marktaustritts durch vorhergehende andersartige Maßnahmen bis hin zum Verkauf an einen anderen Träger diejenige, die typischerweise anzutreffen ist.

Betont wurde von den interviewten Krankenhausmanagern unisono, dass eine „offensive Finanzierung“ bzw. „sichere konkrete finanzielle Förderung“ für die Schließungskosten den Beschluss zum Marktaustritt auf Seiten der Krankenhausträger und des Krankenhausmanagements deutlich erleichtern bzw. beschleunigen würde. Gerade die Unsicherheit über den letztlich zu einem Marktaustritt führenden Prozess sei einer der zentralen Gründe, warum ein Marktaustritt vielfach erst nach mehreren Rettungsversuchen erfolgen würde. Ergänzend wurde dabei betont, dass es für alle Seiten – also für Krankenhausträger, das Land und die Kostenträger – von Vorteil wäre, wenn es auch ein zuverlässiges und klar geregeltes Procedere im Rahmen einer Schließung gäbe. Denn heute sei es so, dass der Krankenhausträger, der von sich aus einen Antrag auf Streichung aus dem Krankenhausplan stelle, leer ausgehe. Deshalb müsse ein Krankenhausträger immer versuchen, vorher mit Kostenträgern und Land eine Vereinbarung über die Modalitäten eines Marktaustritts zu treffen. Dann – so die Aussage – wäre eine Schließung, die offiziell mit der Streichung aus dem Krankenhausplan begründet wird, in Wirklichkeit das Ergebnis einer solchen Vereinbarung.

Von einigen Interviewten wurde darauf hingewiesen, dass für die Krankenhausträger im Zuge einer Schließung auch immer die Problematik der späteren Verwertung des geschlossenen Krankenhauses auftauchen würde. Auch hier sei es wichtig, im Zuge der einer Schließung vorausgehenden Verhandlungen zu regeln, welche Nachnutzung für das geschlossene Krankenhaus noch zulässig und möglich ist. Das bestätigen die Ergebnisse der Recherchen eindrucksvoll. Vielfach – insbesondere bei Krankenhäusern der Allgemeinversorgung – ist die Frage einer Fortführung als ambulantes Angebot, zum Beispiel für die Notfallversorgung der Bevölkerung, einer der zentralen Auseinandersetzungspunkte, auf die immer wieder in der öffentlichen Berichterstattung eingegangen wird. Es sollte in solchen Fällen also standardmäßig eine medizinische Nachnutzung angestrebt werden.

Als weiteres Problem betont wurde durch die Interviews auch nochmals die vielfach sehr lange Dauer des Schließungsprozesses, vor allem, wenn man die spätere Verwertung der Krankenhausimmobilie mit einbezieht. Hier muss mit einem mehrjährigen Prozess bis zur vollständigen Abwicklung gerechnet werden. Ähnliches gilt allerdings auch, wenn das Krankenhaus vor dem Marktaustritt in die Insolvenz geht – auch hier gibt es Beispiele für einen nachfolgenden mehrjährigen Abwicklungsprozess, so etwa das Beispiel der Insolvenz der Klinik am Wartberg in Witzenhausen (Hessen), wo die Dauer des Insolvenzverfahrens insgesamt 8 Jahre betrug.

Dass es nur in rund 40 Prozent der vollständigen Marktaustritte zu einer Nachnutzung im Sinne eines gesundheitlichen Versorgungsangebotes kommt, ist angesichts der in den Medienveröffentlichungen zu Krankenhausschließungen nachzuvollziehenden öffentlichen Diskussion speziell zu dieser Frage erstaunlich. Auch hier zeigt sich nach der Auffassung der Autoren eine klare Lücke im Hinblick auf die Regelungen rund um Marktaustritte von Krankenhäuser: Offensichtlich bleibt es bisher häufig dem Zufall oder dem Engagement Einzelner überlassen, ob es zu einer Nachnutzung im Sinne eines ambulanten Versorgungsangebots kommt. Hier müsste durch eine engere Kooperation zwischen Land und Kassenärztlicher Vereinigung bzw. Land und Kommunen sowie entsprechende Förderungen und Hilfestellungen - auch finanzieller Art - die Chance genutzt werden, vorhandene Gesundheitsimmobilien für eine sinnvolle Nachnutzung insbesondere für die ambulante ärztliche und die pflegerische Versorgung zu erhalten.

Als unterstützende Faktoren für einen Marktaustritt wurden im Wesentlichen die folgenden drei identifiziert

- wachsender wirtschaftlicher Druck

Je höher der wirtschaftliche Druck wurde, desto eher waren die Verantwortlichen schließlich zum Marktaustritt bereit. Die Entscheidung hin zu einem Marktaustritt fällt in aller Regel erst dann, wenn die absehbaren - finanziellen und ideellen - Verluste und weiteren erforderlichen Investitionskosten die erwarteten Schließungskosten deutlich überschreiten. Allerdings dauert der Prozess bis zu diesem Punkt – vor allem wegen der geschilderten Vorbehalte in der Öffentlichkeit und des Fehlens eines geeigneten, klar strukturierten und beschriebenen Prozesses sowie einer nachvollzieh- und berechenbaren Regelung für die Verteilung der Schließungskosten - sehr lange und ist in nahezu allen Fällen von einer ganzen Reihe von Restrukturierungsmaßnahmen begleitet, die ihrerseits wieder in erheblichem Maße zusätzliche Finanzmittel erforderten.

- Verringerung der Bettenzahl durch die Krankenhausbedarfsplanung

In einer ganzen Reihe von Marktaustritts-Fällen wurde deutlich, dass dem eigentlichen Beschluss zum Marktaustritt eine Reduzierung der Bettenzahl des betroffenen Krankenhauses – meist in mehreren Stufen – vorausging. Dabei entstand in vielen Fällen allerdings der Eindruck, dass mit dieser Reduzierung der Bettenzahl im Krankenhausbedarfsplan nur die tatsächliche Entwicklung der durchschnittlichen Belegung des betreffenden Krankenhauses nachvollzogen wurde, es sich also nicht um grundsätzliche planerische Entscheidungen handelte. Doch der geänderte Krankenhausbedarfsplan konnte dann in der öffentlichen Diskussion als Argument für die Verringerung der Bettenzahl genutzt werden.

- Förderung der Umstrukturierung per Krankenhausbedarfsplanung einschließlich einer finanziellen Förderung der damit einhergehenden Baumaßnahmen.

Lediglich in zwei Fällen (Krankenhaus Wolmirstedt/Sachsen-Anhalt sowie Kreiskrankenhaus Großenhain/Sachsen) konnte gezeigt werden, dass die Planungsbehörde gezielt die Genehmigung

der Übernahme der Krankenhausgruppe (Ohre-Klinikum) und von Investitionszuschüssen für einen Neubau (Haldensleben) an die Schließung eines Standortes (Wolmirstedt) geknüpft hatte. Im Falle Großenhain war die Unterstützung des Neubaus einer Rehabilitationsklinik am Standort des bisherigen Krankenhauses an die Schließung des Kreiskrankenhauses Großenhain geknüpft.

### 6.2.3. Marktaustrittsschranken und Krankenhausmarkt

Die dargestellten Ergebnisse der Analyse machen deutlich, dass der deutsche Krankenhausmarkt durch sehr hohe Marktaustrittsschranken gekennzeichnet ist. Marktaustrittsschranken werden in der wirtschaftswissenschaftlichen Literatur definiert als „Faktoren, die den Rückzug eines Unternehmens aus einem Markt erschweren (z.B. arbeitsrechtliche Hemmnisse, hohe Stilllegungskosten, die häufig den Charakter von sunk costs haben, und staatliche Regulierungsmaßnahmen), obwohl (dauerhafte) Nachfrageschwäche und/oder Überkapazitäten den Markt kennzeichnen“<sup>52</sup>. Unter „sunk cost“ (versunkene Kosten) versteht man „fixe Kosten des Markteintritts, die bei Marktaustritt weder abgeschrieben sind, noch durch Verkauf oder alternative Nutzung der erworbenen Anlagen und Ausrüstungsgüter für das Unternehmen zurückgewonnen werden können“<sup>53</sup>.

Es werden verschiedene Arten von Marktaustrittskosten unterschieden. Einmal handelt es sich um strukturelle Marktaustrittskosten, also solche Kosten, bei denen „der Liquidationserlös bzw. der Alternativertrag (Opportunitätskosten) der Kapitalgüter bei Marktaustritt zu einem Wert führen würde, der geringer ist als die beim Marktzutritt zugrunde gelegten Kosten der in dieser bestimmten Verwendung gebundenen Ressourcen“<sup>54</sup>. Davon unterschieden werden strategische Marktaustrittsschranken, die für ein etabliertes Unternehmen darin bestehen können, „dass es z.B. aus Gründen der Imagepflege, der Vermarktungsmöglichkeiten oder des Zugangs zu den Finanzmärkten dem Verbleib im Markt eine höhere strategische Bedeutung zumisst als der Profitrate, die es in diesem Markt erzielt“<sup>55</sup>.

Darüber hinaus werden in der Literatur auch Marktschranken angeführt, die auf vom Staat gesetzte rechtliche Rahmenbedingungen zurückgehen bzw. in konkreten Maßnahmen staatlicher Wirtschaftspolitik bestehen. □ Hier unterscheidet die Literatur zwischen strukturellen und strategischen Marktschranken: „(a) Staatliche Marktschranken struktureller Art sind z.B. das Patentrecht oder im Hinblick auf den Marktaustritt Vorschriften über Sozialpläne für die Beschäftigten eines Unternehmens im Insolvenzfall. □ (b) Staatliche Marktschranken strategischer Art sind z.B. die Regulierung des Marktzutritts im Verkehrswesen oder eine Moral-Suasion-Politik im Fall drohender Entlassungen von Arbeitnehmern (bei Großunternehmen mit einer hohen Zahl an Arbeitsplätzen)“<sup>56</sup>. Solche Marktbarrieren werden auch „institutionelle Marktschranken“ genannt, die auf staatlichen Gesetzen, behördlichen Entscheidungen oder auf historischen Gegebenheiten beruhen<sup>57</sup>.

Bezogen auf den Krankenhausmarkt muss man zu solchen strategischen oder institutionellen Marktschranken vor allem die Regulierung im Hinblick auf den Status des Plankrankenhauses sowie die weiter oben ausführlich dargestellten rechtlichen Regelungen zur Rückzahlungsverpflichtung von Investitionskostenzuschüssen im Zusammenhang mit dem Ausscheiden eines Plankrankenhauses aus dem Krankenhausbedarfsplan sowie die Vorschriften zu Schließungsbeihilfen zäh-

<sup>52</sup> <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/11987/marktaustrittsschranken-v8.html>

<sup>53</sup> <http://www.wirtschaftslexikon24.com/d/sunk-costs/sunk-costs.htm>

<sup>54</sup> <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/6282/potenzieller-wettbewerb-v10.html>

<sup>55</sup> ebd.

<sup>56</sup> ebd.

<sup>57</sup> Lexikon der Sozialen Marktwirtschaft; <http://www.kas.de/wf/de/71.11516/>

len. Hinzu kommt die gesetzliche Verpflichtung der Kommunen zur Sicherstellung der stationären Versorgung, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt werden kann.

Als Folgen von Marktaustrittsschranken werden in der Literatur vor allem Beeinträchtigungen des Marktmechanismus und Fehlallokation genannt<sup>58</sup>: „Die Folge ist eine Ressourcenfehlallokation, weil Ressourcen dort gebunden bleiben, wo sie zur Marktversorgung nicht mehr nötig sind“, betont zum Beispiel Böheim<sup>59</sup>. Das Bundeskartellamt führt hierzu aus: „Marktaustrittshindernisse führen zudem dazu, dass auch unrentable oder erfolglose Anbieter im Markt verbleiben, wodurch die Erfolgsaussichten von eintretenden Unternehmen beeinträchtigt werden können. Solche Kosten können z.B. behördliche Auflagen bei Beendigung einer Tätigkeit oder Stilllegung einer Anlage verursachen.“<sup>60</sup> An anderer Stelle heißt es: „Unterbleibt in einer Branche, deren traditionelle Märkte an Ergiebigkeit einbüßen, die erforderliche Anpassung der Produktionsprogramme, Kapazitäten, Standorte und Verfahren, dann kommt es hier zu einer Strukturkrise. Es bilden sich in erheblichem Umfang bei der Mehrzahl der Branchenmitglieder Überkapazitäten. Es sind dauerhaft hohe Verluste hinzunehmen“<sup>61</sup>.

In solchen Situationen, so betonen die Autoren, komme es häufig zu einer Situation, in der die in Bedrängnis gekommenen Marktteilnehmer die Erwartung hätten, „der Staat werde der in Bedrängnis geratenen Branche mit Subventionen zu Hilfe kommen, die dazu veranlasst, Anpassungsmaßnahmen zu verzögern oder zu unterlassen“<sup>62</sup>. In solchen Fällen bestehe „eine hohe Wahrscheinlichkeit dafür, dass Politiker, die ihr Verhalten am Wahlkalkül orientieren, die geforderten Subventionen (...) auch gewähren werden“<sup>63</sup>.

### 6.3. Typologien von Marktaustritten

Für die Typologisierung der recherchierten Marktaustritte sind anhand der Recherche-Ergebnisse zu den Marktaustritten verschiedene grundlegende Möglichkeiten erwogen worden. Das sind vor allem:

- Typologie I - Kategorisierung nach Ursachen:
  - Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen mit nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen
  - Marktaustritt nach Insolvenz
  - Marktaustritt aufgrund von Vorgaben des Landeskrankenhausplanes
  - Marktaustritt aufgrund fehlender Käufer (z. B. fehlgeschlagenes Bieterverfahren)
  - Marktaustritt aufgrund von Personal- bzw. Nachfolgermangel
  - Strategisch geplanter Marktaustritt
  - Marktaustritt aufgrund der Einführung des DRG-Systems und Auflösung historischer Preisniveaus
  - Sonstige Gründe
  
- Typologie II – Kategorisierung nach dem Marktaustritts-Prozess

---

<sup>58</sup> ebd.

<sup>59</sup> Michael Böheim: Die Privatisierung öffentlichen Eigentums als Instrument der Wirtschaftspolitik; WIFO-Monatsberichte 11/2011, S. 728

<sup>60</sup> Bundeskartellamt: Leitfaden zur Marktbeherrschung in der Fusionskontrolle; Bonn, 29.03.2012, S. 30

<sup>61</sup> <http://www.wirtschaftslexikon24.com/d/marktaustrittsbarrieren/marktaustrittsbarrieren.htm>

<sup>62</sup> ebd.

<sup>63</sup> ebd.

- einstufiger Marktaustrittsprozess
- mehrstufiger Marktaustrittsprozess
- Typologie III – Kategorisierung nach einer möglichen Nachnutzung für gesundheitliche Versorgungsangebote:
  - Nachnutzung für ambulantes Versorgungsangebot (einschließlich Notfallstation)
  - Nachnutzung als Rehabilitationseinrichtung (einschließlich geriatrische Rehabilitation)
  - Nachnutzung als Pflegeeinrichtung
  - Keine Nachnutzung für gesundheitliche Versorgungsangebote
  - Nachnutzung nicht bekannt
- Typologie IV – Kategorisierung nach Schließungsförderung:
  - Schließungsförderung ist gezahlt / nicht gezahlt worden

Als sinnvoll und gut realisierbar nach den Recherche-Ergebnissen stellte sich die Typisierung nach den Ursachen des Marktaustritts (Typologie I) dar. So kommt es in den meisten identifizierten Fällen von Krankenhaus-Marktaustritten zunächst zu Belegungsproblemen und nachfolgend zu wirtschaftlichen Schwierigkeiten, bevor der Marktaustritt erfolgt (siehe Tabelle 16 und 17); in etlichen Fällen kommt es auch erst nach einer Insolvenz zum Marktaustritt. Der Fall der Insolvenz ist eng verwandt mit der ersten Kategorie des Marktaustritts (Belegungs- und wirtschaftliche Probleme), nur dass diese schließlich in einer Insolvenz gemündet sind, die in den anderen Fällen vermieden wurde. Dabei gehören Belegungsprobleme und wirtschaftliche Probleme faktisch immer zusammen – wirtschaftliche Probleme ohne Belegungsprobleme als zentraler Grund für einen Marktaustritt sind nicht identifiziert worden.

Eine nicht unwichtige Rolle hat in den ersten Jahren des Untersuchungszeitraumes die Einführung des DRG-Systems gespielt. So sind kleinste Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft sowie kleinere Privatkrankenhäuser in den ersten drei Jahren nach DRG-Einführung explizit mit dieser Begründung geschlossen worden. Konkrete Beispiele sind etwa die Schließung des Krankenhauses Schrozberg (Baden-Württemberg) im Jahr 2003 oder des Krankenhauses Waging am See (Bayern) im Jahr 2004; in beiden Fällen wurde die Einführung des DRG-Systems ausdrücklich als Begründung für die Schließung aufgeführt.

Auch die Typologisierung danach, ob es sich um einen einstufigen oder mehrstufigen Marktaustritt handelt (Typologie II; siehe Tabelle 18), ist gut umsetzbar und bringt einen Erkenntnisgewinn. Wie bereits dargestellt, findet sich im Zeitablauf in zunehmend mehr Fällen ein mehrstufiger Prozess, der am Ende zum Marktaustritt führt. Konkret bedeutet dies, dass in den Jahren vor dem endgültigen Marktaustritt ein oder gar mehrere Trägerwechsel stattgefunden haben.

Als im Zeitablauf zunehmend wichtiger Aspekt hat sich die Frage einer Nachnutzung für ein medizinisches Versorgungsangebot herausgestellt (Typologie III; siehe auch Tabelle 15): In sehr vielen Diskussionen um die Schließung von Krankenhäusern spielt die Frage, ob für die Bevölkerung vor Ort denn irgend eine Art der medizinischen Versorgung erhalten bleibt, auch wenn das betreffende Krankenhaus geschlossen wird, eine zentrale Rolle. Dieser Aspekt – so ergibt die Auswertung der insgesamt 74 identifizierten Fälle von vollständigen Marktaustritten – spielt in den späteren untersuchten Jahren eine zunehmend wichtigere Rolle, auch deshalb, weil zunehmend Krankenhäuser geschlossen wurden, die eindeutig oder zumindest überwiegend der Grundversorgung zuzuordnen waren.

Als faktisch nicht realisierbar hat sich dagegen eine Typisierung danach herausgestellt, ob eine Schließungsförderung gezahlt worden ist oder nicht (Typologie IV). Die hierzu vorliegenden öffentlich zugänglichen Informationen reichen nicht aus, um zu einer wirklichen Systematisierung zu



kommen. Deshalb sind weiter oben Beispiele für tatsächlich gezahlte Schließungsförderungen und die rechtlichen Rahmenbedingungen dazu ausführlich dargestellt worden (siehe Kapitel 5. Kosten eines Marktaustritts und Schließungsförderung der Länder).

**Tabelle 16: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013  
nach Ursachen-Typen des Marktaustritts (gemäß Typologie I)**

<b>Ursachen-Typen von Marktaustritten: Marktaustritt wegen ...</b>	<b>Anzahl Mark- taustritte absolut</b>	<b>In Prozent</b>
<b>Belegungsproblemen und nachfolgend wirtschaftlichen Problemen</b>	28	37,8 %
<b>Insolvenz</b>	14	18,9 %
<b>Vorgaben der Landeskrankenhausplanung</b>	13	17,6 %
<b>Sonstiger Gründe</b>	7	9,4 %
<b>Einführung des DRG-Systems</b>	6	8,1 %
<b>Strategischer Planung des Trägers</b>	5	6,8 %
<b>Personal- bzw. Nachfolgermangels</b>	1	1,4 %
<b>Summe</b>	74	100,0 %

Quelle: Eigene Recherchen und Berechnungen

**Tabelle 17: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013  
nach Trägern und Ursachen-Typen des Marktaustritts**

Ursachen-Typen von Marktaustritten: Marktaustritt wegen ...	Träger-Typ			Anzahl Marktaustritte insges. absolut	Insges. in Prozent
	Öffentl.	Freigem.	Privat		
Belegungsproblemen und nachfolgend wirtschaftlichen Problemen	15	9	4	28	37,8 %
Insolvenz	2	3	9	14	18,9 %
Vorgaben der Landeskrankenhausplanung	3	4	6	13	17,6 %
Sonstiger Gründe	-	-	7	7	9,4 %
Einführung des DRG-Systems	2	2	2	6	8,1 %
Strategischer Planung des Trägers	3	3	-	5	6,8 %
Personal- bzw. Nachfolgermangels	-	-	1	1	1,4 %
<b>Summe</b>	25	20	29	74	100,0 %

Quelle: Eigene Recherchen und Berechnungen

**Tabelle 18: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013  
nach Kategorisierung des Marktaustritts-Prozesses  
(ein- oder mehrstufig / Typologie II)**

Kategorisierung des Marktaustritts-Prozesses	Anzahl Marktaustritte absolut	In Prozent
Einstufiger Marktaustritt	44	59,5 %
Mehrstufiger Marktaustritt	30	40,5 %
<b>Summe</b>	74	100,0 %

Quelle: Eigene Recherchen und Berechnungen

## 7. Fazit

Lediglich ein gutes Drittel des in der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes für den Zeitraum 2003 bis 2012 ausgewiesenen Rückgangs der Gesamtzahl der Krankenhäuser in Deutschland und nur knapp 12 % des Rückgangs der Bettenzahl gehen auf vollständige Marktaustritte zurück. Hintergrund ist, dass der größte Teil des Rückgangs der Krankenhaus- und Bettenzahl zwischen 2003 und 2012 auf die Schließung von Abteilungen und Standort- oder Kapazitätsverlagerungen zurückgeht. Das Gutachten zeigt zudem, dass es sich bei den identifizierten vollständigen Marktaustritten vor allem um kleinere und kleinste Krankenhäuser handelt.

Die qualitative Analyse des Ablaufs der Marktaustritte hat gezeigt, dass der deutsche Krankenhausmarkt durch sehr hohe Marktaustrittsschranken gekennzeichnet ist.<sup>64</sup> Die Schließung eines Krankenhauses wird von den Verantwortlichen in Deutschland nach wie vor aus sehr unterschiedlichen Gründen nach Möglichkeit vermieden - selbst dann, wenn schon lange erhebliche Zweifel an einer betriebswirtschaftlichen Perspektive und der Versorgungsrelevanz eines Hauses bestehen. Vor einem endgültigen Marktaustritt eines Krankenhauses oder Klinikstandortes werden zunächst alle anderen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zum Erhalt des Krankenhauses bzw. Standortes genutzt.

Insbesondere die sogenannten strategischen Marktaustrittsschranken verhindern Marktaustritte. So betrachten vor allem öffentliche Träger, bzw. die in diesem Fall verantwortlichen Politiker, eine Schließung eines Krankenhauses und den endgültigen Marktaustritt als Bedrohung ihrer (Wahl-) Position und ihrer Akzeptanz in der Wahlbevölkerung, die es um nahezu jeden Preis, jedenfalls aber so lange wie möglich zu verhindern gilt - auch dann, wenn Rettungsversuche unter Einsatz von vielfach erheblichen öffentlichen Mitteln absehbar nicht erfolgreich sein werden. Für freigemeinnützige und private Krankenhausträger bedeutet jeder Marktaustritt einen Image-Schaden. Dieser Aspekt gilt angesichts der Entwicklung hin zu größeren Einheiten und Trägergruppen als schädlich für die zukünftige Übernahmenmöglichkeiten. Hinzu kommen die Marktschranken, die auf vom Staat gesetzte rechtlichen Rahmenbedingungen zurückgehen – insbesondere die Krankenhausplanung. Daraus resultiert nach Auffassung der Marktteilnehmer selbst aber auch nach der Einschätzung der Wissenschaft eine Strukturkrise im Krankenhausmarkt. Die aufgrund der hohen Marktaustrittsbarrieren unterbleibende, aber eigentlich erforderliche Anpassung der Kapazität hat dazu geführt, dass viele Marktteilnehmer dauerhaft hohe Verluste erwirtschaften, von einer Insolvenz bedroht sind und keine optimale Versorgung mehr erbringen.<sup>65 66 67</sup>

Angesichts der Tatsache, dass es sich beim Krankenhausmarkt um einen hoch regulierten Markt handelt, ist es nicht verwunderlich, dass viele Marktteilnehmer versuchen, über den Gesetzgeber Einfluss auf die Finanzierung zu nehmen. Dies geschah erfolgreich beim "Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung"<sup>68</sup>, mit dem Preiserhöhungen durchgesetzt werden konnten. Doch diese kurzfristigen finanziellen Unterstützungen führen weder zu der eigentlich erforderlichen Strukturbereinigung des Krankenhausmarktes noch zum Abbau von Marktaustrittsbarrieren, sondern gewähren lediglich den bereits wirtschaftlich massiv gefährdeten Krankenhäusern eine kurze Atempause.<sup>69</sup>

<sup>64</sup> Siehe oben unter 6.2.3.

<sup>65</sup> siehe vor allem Boris Augurzky et. al.: Krankenhaus Rating Report, Essen/Heidelberg, div. Jahre; sowie: Karl Blum et. al.: Krankenhaus Barometer,, Düsseldorf, div. Jahre

<sup>66</sup> Boris Augurzky et. al.: Krankenhaus Rating Report, Heidelberg 2013, S. 15

<sup>67</sup> Klinik Markt inside 02/2013, S. 1

<sup>68</sup> Klinik Markt inside 13/2013, S. 1ff.

<sup>69</sup> Boris Augurzky et. al.: Krankenhaus Rating Report, Heidelberg 2013, S. 17

Eine echte Anpassung der Kapazitäten könnte nach den Ergebnissen dieses Gutachtens insbesondere durch eine deutliche Absenkung der bestehenden Marktaustrittsbarrieren gefördert werden. Zwar existieren grundsätzlich schon wirtschaftliche Anreizmechanismen zur Unterstützung von Marktaustritten, doch sind sie bisher in ihrer Skalierung offensichtlich nicht ausreichend und zu wenig berechenbar.

Denn neben den strategischen Marktaustrittshürden müssen auch die relativ hohen Schließungskosten, die ein Krankenhausträger als „sunk cost“ im Rahmen eines Marktaustritts tragen, berücksichtigt werden. Hier erscheint es dringend erforderlich, Lösungen im Sinne von Marktaustrittsbeihilfen oder Beihilfen zur Umwandlung von Krankenhäusern in andere gesundheitliche Versorgungsangebote zu schaffen.

Solche finanziellen Anreize waren im Rahmen der Verhandlungen zur Bildung der großen Koalition zwischen CDU/CSU und FDP im Herbst 2013 mit dem Investitionsfonds in Höhe von 500 Millionen Euro bereits konkret in der Planung, wurden dann aber in letzter Minute wieder aus dem Koalitionsvertrag gestrichen<sup>70</sup>. Da es sich bei der strukturellen Anpassung der Krankenhauskapazitäten jedoch nicht um einen einmaligen Schritt, sondern um eine dauerhafte Aufgabe handelt, wäre eine dauerhafte Lösung in der Form von Strukturanpassungs- bzw. Umwandlungszuschüssen anzustreben. Auch im Rahmen der gesundheitsökonomischen Diskussion wurden solche Anreize bereits mehrfach empfohlen.<sup>71</sup>

Für die sinnvolle Anpassung der Krankenhauskapazitäten kommt den Krankenhausträgern eine zentrale Rolle zu. Diese müssen letztendlich die Entscheidungen über Marktaustritt, Modernisierung oder Umwandlung von Krankenhäusern und damit einer Neujustierung der Krankenhausstruktur treffen und operativ umsetzen.

Ziel der Politik müsste es sein, ein unterstützendes regulatives und finanzielles Umfeld für Marktaustrittsentscheidungen von Krankenhausträgern zu schaffen. Das könnte konkret bedeuten, dass Krankenhausträger einen rechtssicheren Anspruch auf Marktaustrittshilfe erhalten, sofern die Schließung bzw. Umwandlung die wohnortnahe Versorgung nicht gefährdet. Welche Krankenhäuser für die Versorgung unverzichtbar sind, könnte anhand der zukünftig durch den G-BA konkretisierten Voraussetzungen für die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags überprüft werden. Sofern ein Träger einen verzichtbaren Krankenhausstandort umwandelt oder schließt, wäre es dann an den Ländern, auf die Rückforderung von in der Vergangenheit geflossener Investitionskostenförderung zu verzichten.

So könnte einerseits gewährleistet werden, dass es zu den notwendigen strukturellen Anpassungen kommt. Andererseits wird sichergestellt, dass durch den Marktaustritt und die Umwandlung von Krankenhauskapazitäten die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen nicht gefährdet wird. Voraussetzung hierfür wäre allerdings, dass nicht erneut, wie im Status Quo, die Entscheidungskompetenz hinsichtlich der Planung bzw. der Prüfung der Bedarfsnotwendigkeit und die Verantwortung für die Finanzierung auseinanderfallen.

---

<sup>70</sup> Klinik Markt inside 23/2013, S. 1ff.

<sup>71</sup> Boris Augurzky et. al.: Krankenhaus Rating Report, Heidelberg 2012, S. 18