

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

1. Zusammenfassung.....	5
2. Einführung.....	9
2.1. Aufgabenstellung und Zielsetzung.....	9
2.2. Aufbau des Gutachtens	9
2.3. Begriffsabgrenzung und Herangehensweise.....	11
3. Marktaustritte von Krankenhäusern 2003 bis 2013 im Überblick	15
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
4. Fallstudien zu ausgewählten Marktaustritten.....	38
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
5. Kosten eines Marktaustritts und Schließungsförderung der Länder	56
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
6. Qualitative Analyse: Stakeholder, Einflussfaktoren, Typen von Marktaustritten.....	68
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
7.	Fazit.....	83
8.	Anhang.....	85
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
9.	Literaturverzeichnis.....	287

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“¹.

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) zugerechnet². So heißt es etwa in einer Definition der „barriers to exit“: „Obstacles

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

² <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.³

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.

³ <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.“⁴

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.

⁴ http://www.zes.uni-bremen.de/abteilungen/gesundheitssoekonomie-gesundheitspolitik-und-versorgungsforschung/gazette/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

Anzahl KHS	2002	2012	Diff. 2003-2011
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

Bundesland	Abnahme (-) oder Zunahme (+) der Krankenhausanzahl Krankenhausstatistik 2002 zu 2012	Anzahl identifizierte Marktaustritte (-) absolut	Anteil in %	Abnahme (-) der Bettenzahl Krankenhausstatistik 2002 zu 2012	Durch identifizierte Marktaustritte geschlossene Bettenzahl (absolut)	Anteil in %
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

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

Bundesland	Anzahl Markt- austritte abso- lut	Anteil der Markt- austritte in Prozent	Durch Markt- austritte ge- schlossene Bettenzahl (absolut)	Durch Markt- austritte ge- schlossene Bettenzahl (Anteil in %)
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

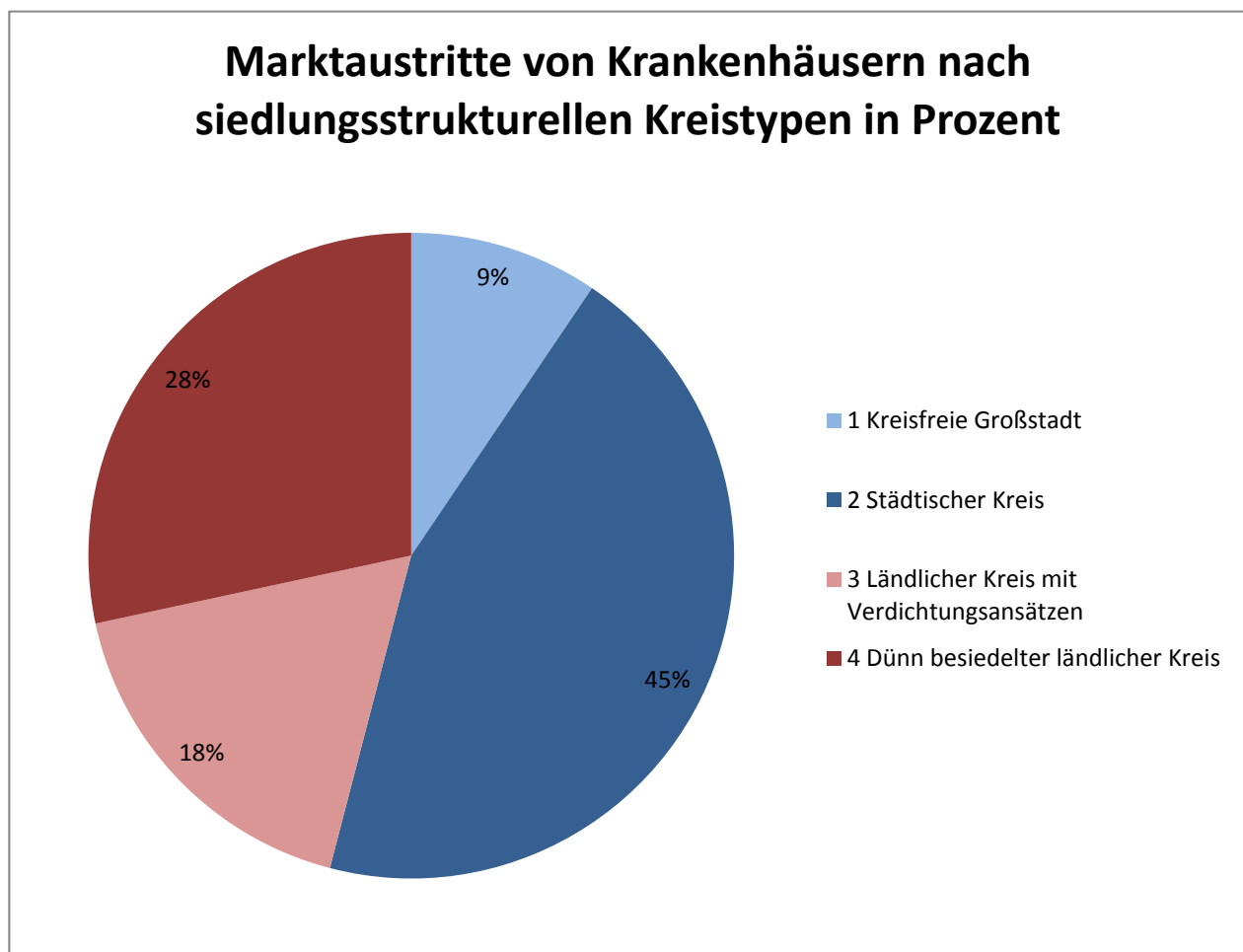


Schaubild 1 / Quelle: Eigene Recherchen und Berechnungen; Siedlungsstrukturelle Kreistypen nach BBSR

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.

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

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

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.

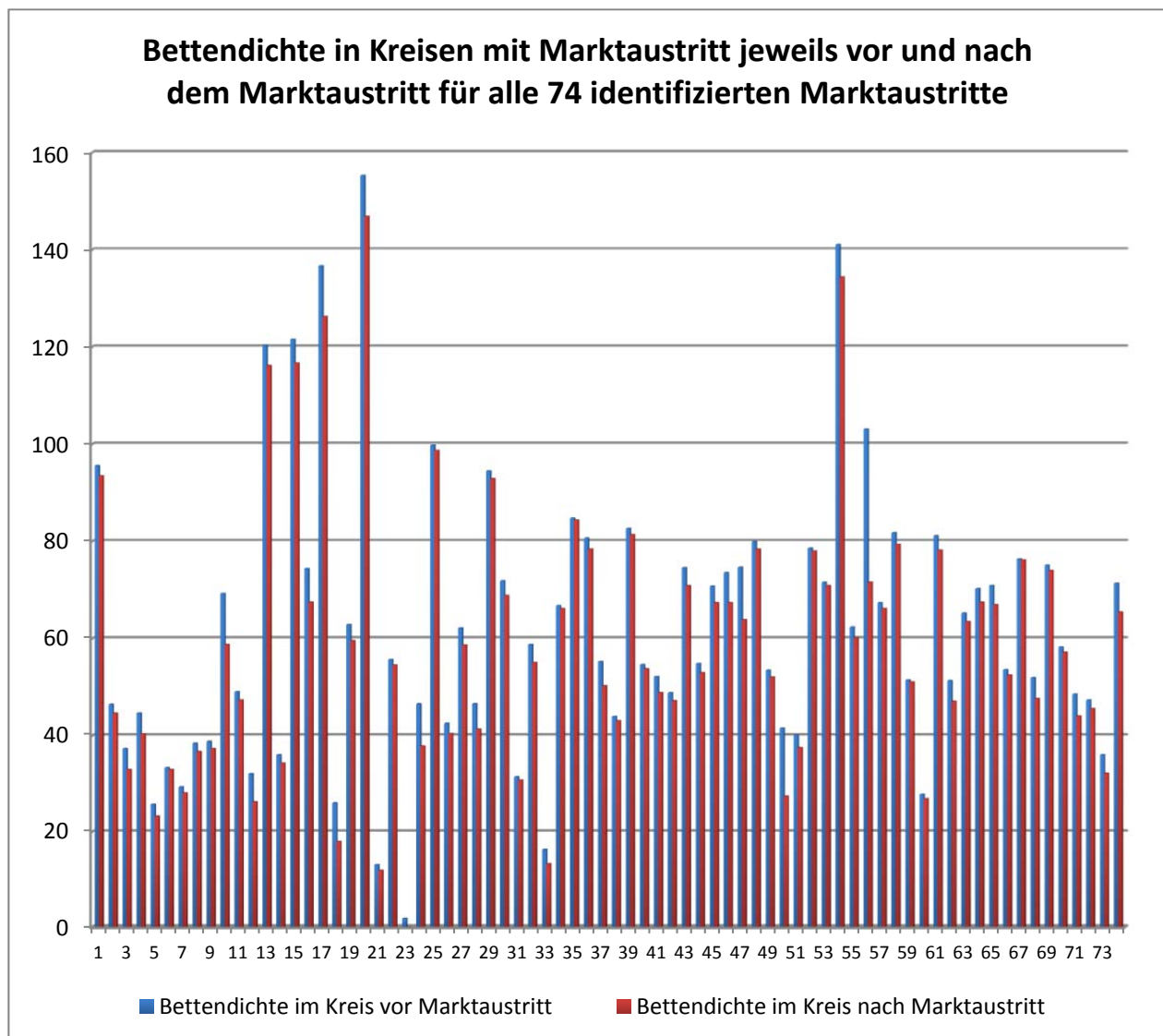
Um Anhaltspunkte für den Einfluss der vollständigen Marktaustritte auf die Versorgungssituation in den jeweiligen Kreisen bzw. kreisfreien Städten zu erhalten, wurde für jeden identifizierten Marktaustritt für das Jahr vor dem Marktaustritt jeweils die Anzahl der Krankenhausbetten, die Krankenhausbettendichte 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).⁵

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.



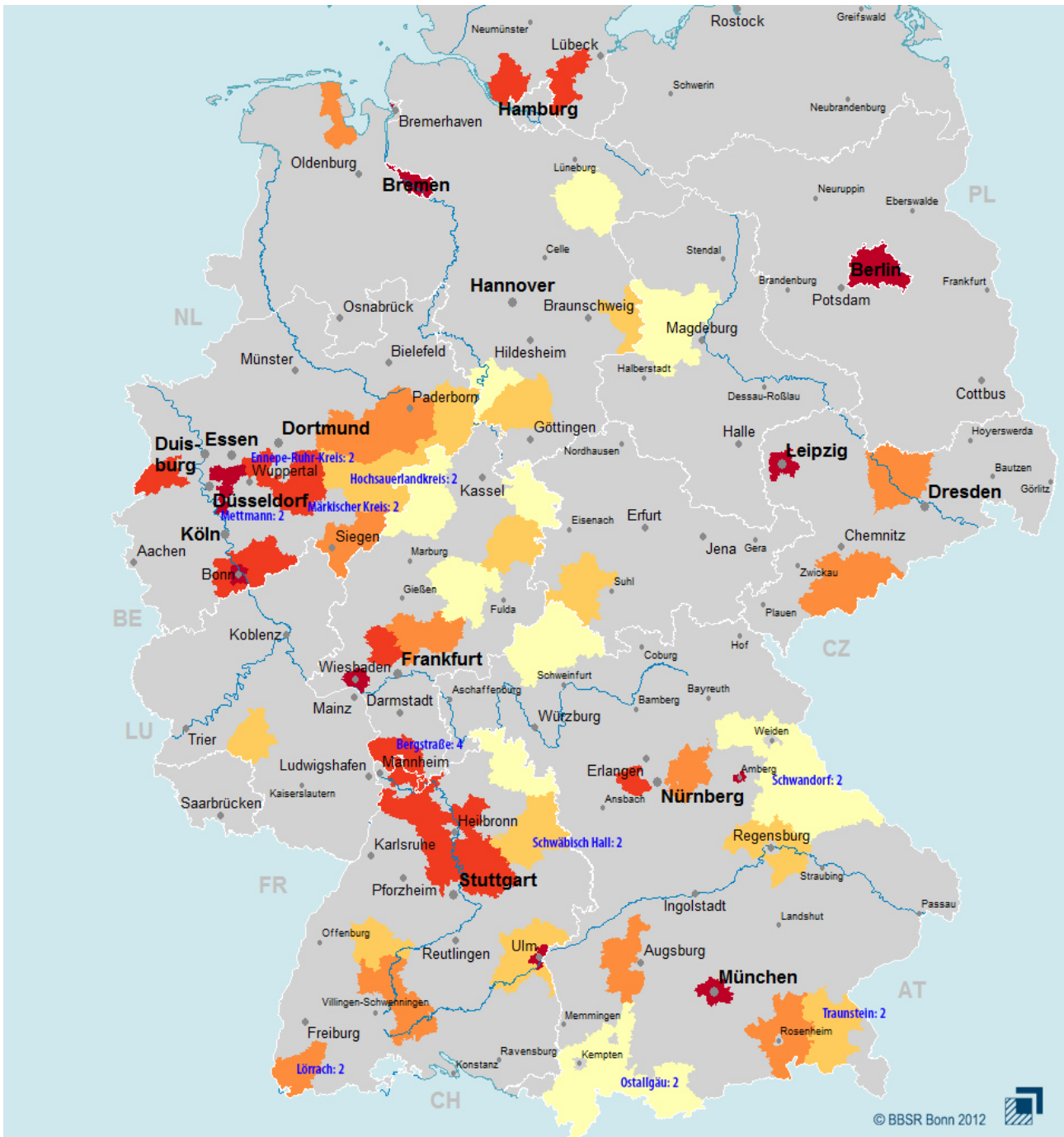
⁵ Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser 2012; Wiesbaden 2013; S. 11

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 km²

- 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 %⁶) 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.

⁶ 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)
Baden-Württemberg	14
freigemeinnützig	4
öffentlich	6
privat	4
Bayern	19
freigemeinnützig	2
öffentlich	13
privat	4
Berlin	1
privat	1
Bremen	1
privat	1
Hessen	11
freigemeinnützig	4
privat	7
Niedersachsen	5
freigemeinnützig	2
öffentlich	2
privat	1

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

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 Spannweite 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)⁷.

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.

⁷ 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

	Innere Medizin	Chirurgie	Sonstige
Anteil der Fachrichtung am Bettenabbau durch Marktaustritte insgesamt	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 zurückging⁸. 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).

⁸ Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser 2002 und 2012; Wiesbaden 2003 und 2013

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

Krankenhausart	Anzahl Markt- austritte abso- lut	Anteil der Markt- austritte in Prozent	Durch Markt- austritte ge- schlossene Bettenzahl (absolut)	Durch Markt- austritte ge- schlossene Bettenzahl (Anteil in %)
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

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

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) 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 Vorlage⁹ 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. (...)

⁹ Stadt Monheim am Rhein: Vorlage Nr. VIII/1269 vom 10.07.2013;
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 2008¹⁰ verfügte das Krankenhaus damals noch über 83 Betten und wies 2.185 vollstationäre Fälle aus.

Im „Oberpfalznetz“ hieß es dazu am 16. März 2010¹¹:

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 Qualitätsbericht¹² 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 Zeitung¹³ 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

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

¹¹ https://www.oberpfalznetz.de/zeitung/2239945-128-asklepios_uebernimmt_das_ruder,1,0.html

¹² Referenzbericht zum Qualitätsbericht 2010 Asklepios Kardiologische Klinik Nabburg

¹³ <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 2010¹⁴ über 110 Betten; die gleiche Zahl an Betten weist die Klinik gemäß den Angaben auf der Klinik-Internetseite auch aktuell auf¹⁵.

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.

¹⁴ Qualitätsbericht 2010 Asklepios Orthopädische Klinik Lindenlohe, S. 13

¹⁵ <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 Qualitätsbericht¹⁶ 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.“¹⁷

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.“¹⁸

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-

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

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

¹⁸ 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“¹⁹. 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.“²⁰

Hinzu kommt, dass die durchschnittliche Dauer von Insolvenzverfahren nach den Ergebnissen der gleichen Studie rund vier Jahre beträgt²¹ – 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

¹⁹ 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

²⁰ ebd.

²¹ 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.“²²

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.“²³

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

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

²³ 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.²⁴

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.“²⁵

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.“²⁶

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

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

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

²⁶ <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 Geriatrische 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 gGmbH²⁷ heißt es:

- „Die Krankenhäuser Landkreis Freudenstadt gGmbH in Freudenstadt und Horb verstehen sich als Anbieter von hervorragenden regionalen Dienstleistungen im Krankensektor in der Grund- und gehobenen Regelversorgung. Das Krankenhaus Freudenstadt, das Hospital zum Heiligen Geist Horb, die Klinik für Geriatrische 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.“

²⁷ 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.²⁸

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.²⁹

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,

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

²⁹ <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 nachgedacht³⁰.

- 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.’’³¹

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 Betrieb³². 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).³³

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.’’³⁴

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.³⁵ 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

³⁰

http://www.mittelbayerische.de/nachrichten/polizeimeldungen/artikel/_wird_klinik_hemau_ein_pflegeh/16310/_wird_klinik_hemau_ein_pflegeh.html

³¹ http://www.mittelbayerische.de/nachrichten/rundschau/rundschau-regensburg/artikel/notoperation_fuer_das_krankenh/58165/notoperation_fuer_das_krankenh.html

³²

http://www.mittelbayerische.de/region/regensburg/artikel/vertraege_mit_dem_rotem_kreuz_/60301/vertraege_mit_dem_rotem_kreuz_.html

³³ http://www.mittelbayerische.de/region/regensburg/nachrichten-aus-dem-landkreis-regensburg/artikel/mini_krankenhaus_in_hemau_droh/538191/mini_krankenhaus_in_hemau_droh.html

³⁴ ebd.

³⁵ 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.“³⁶

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.“³⁷
- 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.“³⁸

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

³⁶ http://www.mittelbayerische.de/region/regensburg/nachrichten-aus-dem-landkreis-regensburg/artikel/portalklinik_hemau_noch_keine_/693342/portalklinik_hemau_noch_keine_.html

³⁷ http://www.mittelbayerische.de/region/regensburg/nachrichten-aus-dem-landkreis-regensburg/artikel/das_kreiskrankenhaus_hemau_mus/718236/das_kreiskrankenhaus_hemau_mus.html

³⁸ <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.³⁹ 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“.⁴⁰

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.“⁴¹

„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

³⁹ 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;

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

⁴¹ 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.⁴²

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.

⁴² 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 Chefarzte.

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 unterhaltsberechtignte 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 werden⁴³.

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-

⁴³ <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 Landeskrankenhausgesetzen 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 Landeskrankenhausgesetze Regelungen zum Fördertatbestand „Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern“ (vgl. auch die Zusammenstellung der einschlägigen landesrechtlichen Regelungen im Anhang: „8.2 Dokumentation der Regelungen der Landeskrankenhausgesetze 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 krankenhaushausplanerischen Interesse, ist vom Widerruf abzusehen, wenn und soweit

1. krankenhausspezifische 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 krankenhaushausplanerischen 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 krankenhaushausplanerischen 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 25.07.2008⁴⁴ 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

⁴⁴Schreiben 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-Westfalen⁴⁵ 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-

⁴⁵ 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

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-Holstein⁴⁶

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/Thüringen⁴⁷

⁴⁶ <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/Bayern⁴⁸

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/Niedersachsen⁴⁹

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-Württemberg⁵⁰

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

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

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

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

⁵⁰ <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/Berlin⁵¹

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.):

⁵¹ <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 Schwalmatal (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 angestrebten 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“⁵². 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“⁵³.

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“⁵⁴. 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“⁵⁵.

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)“⁵⁶. Solche Marktbarrieren werden auch „institutionelle Marktschranken“ genannt, die auf staatlichen Gesetzen, behördlichen Entscheidungen oder auf historischen Gegebenheiten beruhen⁵⁷.

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-

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

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

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

⁵⁵ ebd.

⁵⁶ ebd.

⁵⁷ 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 genannt⁵⁸: „Die Folge ist eine Ressourcenfehlallokation, weil Ressourcen dort gebunden bleiben, wo sie zur Marktversorgung nicht mehr nötig sind“, betont zum Beispiel Böheim⁵⁹. 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.“⁶⁰ 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“⁶¹.

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“⁶². In solchen Fällen bestehe „eine hohe Wahrscheinlichkeit dafür, dass Politiker, die ihr Verhalten am Wahlkalkül orientieren, die geforderten Subventionen (...) auch gewähren werden“⁶³.

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

⁵⁸ ebd.

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

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

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

⁶² ebd.

⁶³ 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 Privatkrankehäuser 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)**

Ursachen-Typen von Marktaustritten: Marktaustritt wegen ...	Anzahl Mark- taustritte absolut	In Prozent
Belegungsproblemen und nachfolgend wirtschaftlichen Problemen	28	37,8 %
Insolvenz	14	18,9 %
Vorgaben der Landeskrankenhausplanung	13	17,6 %
Sonstiger Gründe	7	9,4 %
Einführung des DRG-Systems	6	8,1 %
Strategischer Planung des Trägers	5	6,8 %
Personal- bzw. Nachfolgermangels	1	1,4 %
Summe	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 %
Summe	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 %
Summe	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.⁶⁴ 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.^{65 66 67}

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"⁶⁸, 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.⁶⁹

⁶⁴ Siehe oben unter 6.2.3.

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

⁶⁶ Boris Augurzky et. al.: Krankenhaus Rating Report, Heidelberg 2013, S. 15

⁶⁷ Klinik Markt inside 02/2013, S. 1

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

⁶⁹ 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 gestrichen⁷⁰. 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.⁷¹

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.

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

⁷¹ Boris Augurzky et. al.: Krankenhaus Rating Report, Heidelberg 2012, S. 18

8. Anhang

8.1. Überblick: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013

Der nachfolgende Teil des Gutachtens gibt einen deskriptiven Überblick über alle identifizierten vollständigen Marktaustritte von Krankenhäusern seit der DRG-Einführung Anfang 2003 bis zum Herbst 2013. Dazu werden alle identifizierten Marktaustritte von Krankenhäusern jeweils in standardisierter Kurzform dargestellt. In einem weiteren Teil werden dann noch einige ausgewählte Teil-Marktaustritte bzw. gescheiterte oder nicht erfolgte Marktaustritte dargestellt.

8.1.1. Kurzbeschreibung aller identifizierten Marktaustritte

Marktaustritt Kreiskrankenhaus Creglingen (Creglingen/Baden-Württemberg)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Kreiskrankenhaus Creglingen
Institutionskennzeichen:	260811443
Träger des Krankenhauses:	Landratsamt Main-Tauber-Kreis
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Chirurgie, Innere Medizin
Bettenzahl:	35 (2003)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	-
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Baden-Württemberg
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	4640 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Main-Tauber-Kreis
Einwohnerzahl Kreis	136.964 Einwohner (2003)
Einwohner/qkm im Kreis:	105 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Dünn besiedelter ländlicher Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	95,6 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2001)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁷²	93,5 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2003
Zeitpunkt der Schließung	31.12.2003
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Im Zuge der Einführung des DRG-Systems geriet das Kreiskrankenhaus Creglingen in wirtschaftliche Probleme und musste im Endeffekt geschlossen werden. Im Gebäude wurde im Jahr nach der Schließung ein Ambulatorium eingerichtet.
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger
Zentrale Gründe für Marktaustritt	Wirtschaftliche Probleme
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen und nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen○ einstufig

⁷² Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2001 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2003

Zitate:

- „Das ehemalige Kreiskrankenhaus Creglingen wurde 2004 zu einem Ambulatorium umstrukturiert. Heute befinden sich dort eine chirurgische Praxis (mit OP für ambulante Eingriffe) und eine internistische Praxis. Zusammen mit einer Rot-Kreuz-Rettungswache im Hause kann so die Grundversorgung der Bevölkerung in diesem Teil des Main-Tauber-Kreises gewährleistet werden.“
- „Zum 31. Dezember 2003 musste das Kreiskrankenhaus Creglingen schließen. Ausschlaggebend waren wirtschaftliche Gründe und die Veränderungen im Gesundheitssystem, die auf größere medizinische Einheiten zielten. Nach der Schließung zogen in das Gebäude ein Alten- und Pflegeheim ein und wurde dort eine Rettungswache des Roten Kreuzes stationiert. Im übrigen Teil des Gebäudes eröffneten Dr. Barbara Baier und der ehemalige Belegarzt Dr. Walter Willfahrt mit Unterstützung des Landkreises eine ambulante Tagesklinik.“

Quellen:

1. <http://www.service-bw.de/zfinder-bw-web/authorities.do?beid=2158856&>
2. http://www.swp.de/bad_mergentheim/lokales/vorbach_und_taubertal/Drei-Jahrzehnte-herausragender-Einsatz-fuer-die-Menschen;art5640,1032482
3. <http://www.creglingen.de/index.php?id=422>

Marktaustritt Städtisches Krankenhaus Eppingen (Eppingen/Baden-Württemberg)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Städtisches Krankenhaus Eppingen
Institutionskennzeichen:	260810987
Träger des Krankenhauses:	Stadt Eppingen
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Chirurgie, Innere Medizin
Bettenzahl:	35 (2004)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	-
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Baden-Württemberg
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	20.769 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Heilbronn
Einwohnerzahl Kreis	328.866 Einwohner (2004)
Einwohner/qkm im Kreis:	299 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	46,5 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2001)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁷³	44,7 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	02/2004-06/2004
Zeitpunkt der Schließung	30.06.2004
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">o Beschluss zur Schließung durch den Gemeinderat am 10.02.2004o Vorgegangen waren 25 Jahre Kampf mit zunehmenden wirtschaftlichen Schwierigkeiteno So betrug das Defizit im Jahr 2001 117.644 Euro und 2003 173.951 Euroo Zum Jahresende 2004 wurde ein Fehlbetrag – einschließlich der Abfindungszahlungen für die Beschäftigten – in Höhe von 417.652,80 Euro verzeichneto Am 30. Juni 2004 wurde das Eppinger Krankenhaus nach 109 Jahren endgültig geschlosseno Träger
Wesentliche Akteure:	
Zentrale Gründe für Marktaustritt	Belegungsrückgang und folgende Wirtschaftliche Probleme
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">o Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen und nachfolgend wirtschaftlichen Problemeno einstufig

⁷³ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2001 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2004

Zitate:

- „Den traurigen Schlusspunkt in der Geschichte des Eppinger Krankenhauses musste dann der Eppinger Gemeinderat setzen. In der Gemeinderatssitzung am 10. Februar 2004 wurde der Beschluss gefasst, das Krankenhaus wegen Unrentabilität zum 30. Juni 2004 zu schließen. Die letzten 25 Jahre kämpfte das kleine Eppinger Krankenhaus immer um sein Überleben. In dieser Zeit hatte die Stadt Eppingen alljährlich das Defizit getragen, um diese Einrichtung zu retten.“

Quellen:

1. Reinhard Ihle: Zur Geschichte des Eppinger Krankenhauses, S. 59–68; in: Eppingen - Rund um den Ottilienberg 9: Beiträge zur Geschichte der Stadt Eppingen und Umgebung

Marktaustritt Kreiskrankenhaus Gaildorf (Gaildorf/Baden-Württemberg)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Klinikum Gaildorf
Institutionskennzeichen:	260811136
Träger des Krankenhauses:	Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall gGmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall gGmbH
Trägertyp:	freigemeinnützig
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin; Chirurgie
Bettenzahl:	85 (2008)
Mitarbeiterzahl	28 (Vollkräfte / 2008)
Fallzahl vollstationär:	904 (2008)
Abgerechnetes Casemixvolumen	707,335 (2008)
Erlösbudget (Euro)	2.161.055,81 (2008)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Baden-Württemberg
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	12.000 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Schwäbisch Hall
Einwohnerzahl Kreis	186.928 Einwohner (31.12.2012)
Einwohner/qkm im Kreis:	127 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	37,4 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2011)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁷⁴	33,1 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2011 bis Mitte 2012
Zeitpunkt der Schließung	01.07.2012
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ende März 2007 wurde die Chirurgie des Gaildorfer Krankenhauses geschlossen ○ Zum 1.1.2009 wurde das KH Standort des Diakonie-Klinikums ○ Zum Ende 2011 hatte das Diakonie-Klinikum die gemeinsame Holding mit dem Landkreis aufgekündigt und die volle Übernahme der Verluste der ehemaligen Kreiskrankenhäuser gefordert ○ Im Dezember 2011 beschloss der Träger dann die Schließung des Standortes wegen mangelnder Belegung und wachsender Defizite (fast 1 Mill. Euro/Jahr)
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Träger des Krankenhauses ○ Politik (Landrat/Bürgermeister) ○ Bürgerinitiative „Krankenhaus Gaildorf“ ○ örtliche Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nach Trägerwechsel und Teilschließung dennoch schlechte Belegung und wachsende Defizite
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen mit nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen ○ mehrstufig

⁷⁴ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2011 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2012

Zitate:

- „Der Landkreis habe sich innerhalb der gemeinsamen Gesundheitsholding "stets für eine Weiterführung des Standortes Gaildorf und damit auch der Geriatrie" eingesetzt. Nach der Kündigung der Holding durch das Haller Diak - das seit 1. Januar 2009 in Gaildorf Regie führt - zum Ende des Jahres 2011 habe der Klinikträger vom Kreis gefordert, die Defizite der früheren Kreiskrankenhäuser vollständig zu übernehmen. Und damit, so der Landrat an Kreisrat Eichele, "ergab sich das grundsätzliche Problem, dass der Landkreis nicht für Ergebnisse eines Krankenhauses eintreten kann, das sich nicht in seiner Trägerschaft befindet" - und dessen Ergebnisse zudem von einer Geschäftsführung zu verantworten seien, auf die der Kreis "keinen maßgeblichen Einfluss" habe. Die Holding ist Geschichte, was blieb, ist eine "strategische Partnerschaft" zwischen Kreis und Diak". Letzterer Partner sah mit dem Ende der Holding auch die Bestands-garantie für Gaildorf hinfällig. Die desolante wirtschaftliche Lage mit jährlichen Verlusten in Höhe von "nahezu 1 Million Euro" (Klinikchef Dr. Peter Haun in einer Stellungnahme an den Landrat) machten den Betrieb des Gaildorfer Krankenhauses, vereinfacht gesagt, unrentabel.“
- “Das Gaildorfer Klinikum, zwischenzeitlich eine Abteilung des Diak, spielt in dieser Kooperation keine Rolle mehr. Man habe für das Krankenhaus keine wirtschaftliche sinnvolle Perspektive gefunden und wolle es deshalb zum Ende des Jahres 2012 endgültig schließen.”
- „Vor rund einem Jahr gingen im Gaildorfer Krankenhaus die Lichter aus. Jetzt wurde die Nutzung des Gebäudes vorgestellt: Die meisten Flächen sind im "Centrum-Mensch" vermietet.“

Quellen:

1. <http://www.swp.de/gaildorf/lokales/gaildorf/Landrat-Bauer-sieht-keine-Moeglichkeit-fuer-Rettung;art5533,1345911>
2. http://www.swp.de/gaildorf/lokales/gaildorf/Gaildorfer-Klinik-soll-geschlossen-werden;art5533,1260053,PRINT?_FRAME=32
3. http://www.swp.de/gaildorf/lokales/gaildorf/Gaildorfer-Klinik-wird-Centrum-Mensch;art5533,2077865,PRINT?_FRAME=32

Marktaustritt Hospital zum Heiligen Geist (Horb/Baden-Württemberg)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Hospital zum Heiligen Geist
Institutionskennzeichen:	260821467 (ab 2008 Standort der IK 260821376)
Träger des Krankenhauses:	Krankenhäuser Landkreis Freudenstadt gGmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Krankenhäuser Landkreis Freudenstadt gGmbH
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin; Chirurgie; Gyn.; HNO
Bettenzahl:	66 (2006 – letzte getrennte Ausweisung)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	1.183 (2006 – letzte getrennte Ausweisung)
Abgerechnetes Casemixvolumen	851,274 (2006 – letzte getrennte Ausweisung)
Erlösbudget (Euro)	2.881.039,43 (2006 – letzte getrennte Ausweisung)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Baden-Württemberg
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	24.300 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Freudenstadt
Einwohnerzahl Kreis	115.055 Einwohner (31.12.2012)
Einwohner/qkm im Kreis:	141 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	44,7 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2011)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁷⁵	40,4 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2010 bis Februar 2013
Zeitpunkt der Schließung	01.02.2013
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ 2004 Übernahme durch den Landkreis Freudenstadt○ 2010 beschließt der Kreistag, in Horb insgesamt zwölf Millionen Euro zu investieren○ Wegen hohen Investitionsbedarfs und hoher Verluste (8,5 Millionen Euro in 2012) beschloss der Träger, den Standort per Markterkundungsverfahren zu veräußern○ Ende 2012 Beschluss zur Schließung des Standortes Horb○ Zum 1. Februar 2013 wurden Akutkrankenhaus und Notfallambulanz in Horb geschlossen○ Nachnutzung durch ein MVZ sowie ein Geriatrisches Rehasentrum
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger des Krankenhauses○ Ehemaliger Träger (Kath. Spitalstiftung Horb)○ Politik (Gemeinderat/Bürgermeister/Kreistag/Landrat)○ örtliche bzw. regionale Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Hoher Investitionsbedarf, hohe Verluste, schlechte Auslastung
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen mit nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen○ mehrstufig

⁷⁵ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2011 (letzter verfügbarer Wert) abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2012 (letzter verfügbarer Wert)

Zitate:

- „Für die beiden Kliniken in Horb und Freudenstadt (360 Betten) war für 2012 ein Verlust von 7,5 Millionen Euro (Abmangel und Bauinvestitionen) 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. Deshalb beschloss der Kreistag, „aus wirtschaftlichen Gründen“ den stationären Bereich in Horb zum Jahresende zu schließen – zunächst vorläufig. (...)Das Hospital zum Heiligen Geist war 1352 vom Horber Wohltäter Dietrich Gutermann gestiftet worden. 1854 übernahmen die Schwestern vom Orden des heiligen Vinzenz die Krankenpflege. Das katholische Hospital (132 Betten in 1972) hat laut Krankenhausplan des Landes 2001 noch 100 Betten. Die Spitalstiftung Horb übergibt die Klinik 2004 an den Kreis Freudenstadt. Die Bettenzahl wird im Mai 2005 auf 75 reduziert, es werden 25 Plätze für die Geriatrische Rehabilitation geschaffen. Zum 1. Juni 2006 werden die Kliniken in Horb und Freudenstadt als gemeinnützige GmbH geführt. Horb hat nun 66 Betten. Auch wegen Vorgaben des Bundes (u.a. Fallpauschalenabrechnung) gerät die Betreibergesellschaft KLF in Schwierigkeiten. Dennoch beschließt der Kreistag 2010, in Horb zwölf Millionen Euro zu investieren.“
- „Stationäre Akutversorgung: Ab 1. Februar sind Akutkrankenhaus und Notfallambulanz in Horb vorläufig geschlossen.“

Quellen:

1. <http://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.patientenversorgung-in-horb-horber-klinik-ist-vorlaeufig-geschlossen.d7d0f17f-7f7b-48a1-8dd7-f1ed7abf1bfe.html>
2. https://www.neckar-chronik.de/Home/nachrichten/nachrichten-horb_artikel,-Hospital-Uebergabe-anno-20032004-Was-die-Horber-Spitalstiftung-mit-dem-Landkreis-vereinbart-hat-_arid,204211.html
3. <http://www.klf-web.de/index.php/willkommenhorb>

Marktaustritt Krankenhaus Laichingen (Laichingen/Baden-Württemberg)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Krankenhaus Laichingen
Institutionskennzeichen:	260840299
Träger des Krankenhauses:	Pflegezentrum Laichinger Alb gGmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Diakonische Krankenhaus- und Pflegeheim-Betriebs-GmbH
Trägertyp:	freigemeinnützig
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin, Chirurgie, Gyn. und Geburtshilfe (Beleg-KH)
Bettenzahl:	49 (2008)
Mitarbeiterzahl	15 (Vollkräfte Pflege / 2006)
Fallzahl vollstationär:	1.088 (2008)
Abgerechnetes Casemixvolumen	601,985 (2008)
Erlösbudget (Euro)	2.429.111,3 (2008)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Baden-Württemberg
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	10.830 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Alb-Donau-Kreis
Einwohnerzahl Kreis	189.884 Einwohner (31.12.2009)
Einwohner/qkm im Kreis:	140 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	25,8 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2008)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁷⁶	23,3 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Anfang 2009 bis November 2009
Zeitpunkt der Schließung	30.11.2009
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Das örtliche Belegkrankenhaus war seit längerer Zeit schlecht ausgelastet○ Im Frühjahr 2009 schlossen Kreis und Trägerverein einen Vertrag, der u.a. die Schließung des Akutkrankenhauses im Zuge der Übernahme durch die Krankenhausgesellschaft des Kreises (ADK GmbH für Gesundheit und Soziales) vorsah○ Heute gibt es im „Zentrum für Medizin, Pflege und Soziales Laichlingen“ ein Seniorenzentrum mit 86 Pflegeplätzen, eine Tagespflegeeinrichtung für 12 Gäste, einen ambulanten Pflegeservice, ein ambulantes OP-Zentrum sowie Arztpraxen
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger○ Politik (Kreis und Stadt)○ Örtliche Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Schließung des Krankenhauses war eine der Bedingungen für die Übernahme des Pflegezentrums einschl. Grundstück und Gebäude durch die Krankenhausgesellschaft des Alb-Donau-Kreises
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen und nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen○ einstufig

⁷⁶ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2009 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2010

Zitate:

- „Das Laichinger Akutkrankenhaus steht endgültig vor der Schließung. Das hat der Kreistag mit der Kaufzustimmung des dortigen Pflegezentrums Laichinger Alb durch die Gesundheitsgesellschaft des Kreises, die ADK GmbH, beschlossen. Pflegeheim und andere Einrichtungen bleiben dagegen erhalten. Die ADK übernimmt für 4,9 Millionen Euro Unternehmen und Grundstücke. Der Kreistag als Gesellschafterversammlung der Krankenhaus GmbH des Alb-Donau-Kreises (ADK) hat am Montag in nichtöffentlicher Sitzung den Eckpunkten für den Kauf der Pflegezentrum Laichinger Alb GmbH zugestimmt. Die Vertragsunterzeichnung steht allerdings noch aus. Dies geht aus einer gestern veröffentlichten Pressemitteilung hervor. Aus Reihen des Kreistags verlautete, dass die Kreisräte den Eckpunkten nach kurzer Diskussion rasch zustimmten. Weitere Inhalte: Das Akutkrankenhaus wird vor der Übernahme geschlossen. Die Beschäftigungsgarantie für die Mitarbeiter ist zudem ein zentraler Bestandteil der Vereinbarung. Ein genauer Termin für die Krankenhausschließung steht allerdings noch nicht fest. (...) Dass benachbarte Krankenhäuser wie Ehingen und Blaubeuren nach der Schließung mit wesentlich mehr Patienten von der Laichinger Alb rechnen müssen, steht nicht zu erwarten. Die 49 Betten in Laichingen waren zu selten ausreichend belegt.“
- „Weshalb konnte so schnell eine Einigung mit dem Land erreicht werden? Die 1,4 Mio. Euro Schließungsförderung ist ja eine hohe Summe! Neumeister: Ich bin daher dem Land Baden-Württemberg und der Sozialministerin Dr. Monika Stolz auch ganz besonders dankbar für die Bereitschaft, hier unterstützend mitzuwirken. Von einer plötzlichen Einigung kann man aber nicht reden, denn wir verhandeln bereits seit April mit dem Land. Dabei gab es Verhandlungen – zahlreiche Gespräche und Schriftwechsel – mit dem Regierungspräsidium und dem Sozialministerium und wir mussten hier auch schlüssige Konzepte vorlegen. Ich bin aber wirklich froh, dass es uns gelungen ist, hier einen Durchbruch zu erzielen. Wir haben damit eine ganz wichtige Voraussetzung für den erfolgreichen Abschluss der Übergangsverhandlungen erfüllt, so dass ich zum jetzigen Zeitpunkt davon ausgehe, dass wir die Verträge Anfang August unterzeichnen können, sofern alle beteiligten Gremien dem Verhandlungsergebnis zustimmen.“
- „Das zur ADK GmbH für Gesundheit und Soziales gehörende Zentrum für Medizin, Pflege und Soziales in Laichingen hat gestern seinen Betrieb aufgenommen. Alle Probleme bei der Übernahme des Laichinger Krankenhauses wurden ausgeräumt und das Akut-Krankenhaus wurde von den Laichinger Gremien geschlossen.“

Quellen:

1. http://www.schwaebische.de/home_artikel,-Kreis-schliesst-Laichinger-Krankenhaus-_arid,2876878.html#
2. <http://www.laichingen.de/ceasy/modules/cms/print.php5?cPageId=1621&&view=publish&item=article&id=65>
3. http://www.swp.de/ulm/lokales/alb_donau/Laichinger-Krankenhaus-in-neuen-Haenden;art4299,279473,PRINT?_FRAME=32

Marktaustritt HNO-Fachklinik Dr. Bauer (Ludwigsburg/Baden-Württemberg)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	HNO-Fachklinik Dr. Bauer
Institutionskennzeichen:	260810670
Träger des Krankenhauses:	Dr. med. Herbert Bauer
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	HNO
Bettenzahl:	16 (2008)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	788 (2008)
Abgerechnetes Casemixvolumen	330,887 (2008 / vereinbart)
Erlösbudget (Euro)	888.125 (2008 / vereinbart)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Baden-Württemberg
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	88.200 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Ludwigsburg
Einwohnerzahl Kreis	516.874 Einwohner (31.12.2009)
Einwohner/qkm im Kreis:	753 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	33,5 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2008)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁷⁷	33,1 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Anfang 2009 bis 31.07.2009
Zeitpunkt der Schließung	31.07.2009
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Die Privatklinik wurde zum 31.07.2009 geschlossen○ Weitere Informationen zur Schließung und den Gründen waren nicht zu recherchieren
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Unbekannt
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Sonstige Gründe○ einstufig

⁷⁷ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2008 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2009

Zitate:

- „HNO-Fachklinik Dr. med. Herbert Bauer (zum 31.07.2009 geschlossen)“

Quellen:

1. AOK-Bundesverband; Basisfallwerte (Zahlbetrag) aller DRG-Krankenhäuser von 2003 bis 2013; Stand 17.05.2013
2. Liste der vereinbarten Basisfallwerte des GKV-SV vom 17.07.2012
3. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland Stand 31.12.2009 / Stand 31.12.2009

Marktaustritt SRH-Fachkrankenhaus (Neckargemünd/Baden-Württemberg)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	SRH-Fachkrankenhaus Neckargemünd
Institutionskennzeichen:	260820843
Träger des Krankenhauses:	SRH Kliniken gGmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	SRH Kliniken gGmbH
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Med.; Nephrol.; Pädiatrie; Frühreha Phase B
Bettenzahl:	104 (2010)
Mitarbeiterzahl	62 (2011)
Fallzahl vollstationär:	1.543 (2010)
Abgerechnetes Casemixvolumen	2.147,802 (2010)
Erlösbudget (Euro)	7.020.343,69 (2010)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Baden-Württemberg
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	13.000 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Rhein-Neckar-Kreis
Einwohnerzahl Kreis	539.132 Einwohner (31.12.2011)
Einwohner/qkm im Kreis:	506 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	29,5 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2010)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁷⁸	28,2 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	März 2011 bis August 2011
Zeitpunkt der Schließung	31.08.2011
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Die Patientenzahl des Fachkrankenhauses war in den Jahren vor der Schließung um insgesamt 85 Prozent zurückgegangen○ Zur Standortsicherung plante die SRH zwischenzeitlich eine Umwandlung in ein kinderneurologisches Zentrum○ Die Fachklinik meldete Ende März 2011 wegen drohender Zahlungsunfähigkeit Insolvenz an○ Der Aufsichtsrat der SRH Kliniken gGmbH beschloss Ende Juli 2011 endgültig, den Betrieb nicht fortzuführen○ Zum 31. August 2011 wurde die Fachklinik auf Beschluss des Insolvenzverwalters geschlossen
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger des Krankenhauses (SRH Kliniken gGmbH)○ Insolvenzverwalter○ Betriebsrat○ örtliche Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Zunehmende Belegungs- und wirtschaftliche Probleme und nachfolgende Insolvenz
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt nach Insolvenz○ einstufig

⁷⁸ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2010 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2011

Zitate:

- „Für das geplante Kinderneurologische Zentrum Neckargemünd gibt es allen Anstrengungen der SRH zum Trotz keine nachhaltige Perspektive. Dies ergibt sich aus der stark rückläufigen Belegung, insbesondere in der Frührehabilitation. Dort ging die Zahl der Patienten im Vergleich zum Vorjahr um 85 Prozent zurück. (...)Der Aufsichtsrat der SRH Kliniken GmbH konnte unter diesen Bedingungen keiner Fortführungsvereinbarung mit dem Insolvenzverwalter zustimmen. Der Insolvenzverwalter muss nun eigenständig prüfen, ob er den Klinikbetrieb fortführen kann. Die SRH wird ihn dabei unterstützen, die Versorgung der derzeitigen stationären Patienten sicher zu stellen. Die 62 Mitarbeiter des Zentrums wurden heute Vormittag (27.7.) über die Situation informiert.“
- “In dem Insolvenzverfahren der SRH Fachkrankenhaus Neckargemünd gGmbH haben sich der Betriebsrat und der Insolvenzverwalter, der Mannheimer Rechtsanwalt Tobias Wahl, anchor Rechtsanwälte, gestern Abend abschließend über einen Interessenausgleich und Sozialplan geeinigt. Danach besteht Einigkeit, dass der Klinikbetrieb spätestens zum 31.08.2011 stillzulegen ist. (...) Die Stilllegung war unumgänglich, nachdem die SRH Kliniken GmbH Ende Juli mitgeteilt hatte, dass sie keine weiteren Mittel zur Fortführung des Klinikbetriebes mehr bereitstellen werde.”

Quellen:

1. <http://mrn-news.de/2011/07/27/neckargemuend-patientenzahlen-in-neckargemuend-sinken-weiter-45902/>
2. <http://mrn-news.de/2011/08/09/heidelberg-srh-fachkrankenhaus-neckargemuende-ggmbh-stellt-klinikbetrieb-bis-spaetestens-zum-31-08-2011-ein-46491/>

Marktaustritt Frauenklinik Rheinfelden (Rheinfelden/Baden-Württemberg)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Frauenklinik Rheinfelden
Institutionskennzeichen:	260831642
Träger des Krankenhauses:	Frauenklinik Rheinfelden Betriebs GmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Bettenzahl:	48 (2010)
Mitarbeiterzahl	80 (2012)
Fallzahl vollstationär:	1.706 (2011)
Abgerechnetes Casemixvolumen	1.187,367 (2011)
Erlösbudget (Euro)	3.525.522,91 (2011)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Baden-Württemberg
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	32.000 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Lörrach
Einwohnerzahl Kreis	220.606 Einwohner (31.12.2012)
Einwohner/qkm im Kreis:	276 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	38,5 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2011)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁷⁹	36,8 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2011 bis 31. Januar 2012
Zeitpunkt der Schließung	31.01.2012
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Im Herbst 2011 wurde die Geburtshilfe der 1957 gegründeten privaten Frauenklinik geschlossen, da der Bereich seit Jahren sinkende Fallzahlen aufwies und zunehmend defizitär war; in diesem Zusammenhang wurden 40 der 120 Mitarbeiter entlassen○ Ende August 2011 wurde die Insolvenz für die verbliebene Klinik eingereicht○ Die Schließung im Anschluss an die Insolvenz und den erfolglosen Versuch, private Investoren für die Fortführung zu gewinnen, erfolgte zum 31. Januar 2012○ Mindererlösausgleich von 29.781 Euro im zeitlichen Zusammenhang mit der Schließung
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger des Krankenhauses (Frauenklinik Rheinfelden Betriebs GmbH)○ Insolvenzverwalter○ örtliche Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Schrittweise Schließung wegen zurückgehender Fallzahlen und daraus folgenden wirtschaftlichen Problemen
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt nach Insolvenz○ einstufig

⁷⁹ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2011 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2012

Zitate:

- “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.”
- „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.“
- “20. Juli 2011: Die Frauenklinik kündigt die Schließung der Geburtshilfe an
29. August 2011: Drei Gesellschaften der Frauenklinik stellen Insolvenzantrag
31. Oktober 2011: Die Geburtshilfe wird nach 57 Jahren stillgelegt
23. Dezember 2011: Insolvenzverwalter meldet Interesse der DHK (Deutschen Klinik Holding) an der Frauenklinik an
31. Januar 2012 Betrieb eingestellt”

Quellen:

1. <http://www.suedkurier.de/region/hochrhein/rheinfelden/Frauenklinik-schliesst-Geburtshilfe;art372615,5010958>
2. http://www.econo.de/no_cache/nachrichten/einzelansicht/article/frauenklinik-rheinfelden-ist-insolvent.html
3. <http://www.badische-zeitung.de/rheinfelden/heute-schliesst-die-rheinfelder-frauenklinik--55319060.html>

Marktaustritt Spital Schönau (Schönau im Schwarzwald /Baden-Württemberg)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Spital Schönau im Schwarzwald
Institutionskennzeichen:	260831675
Träger des Krankenhauses:	Spitalfondsstiftung Schönau
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin (Beleg-KH)
Bettenzahl:	30 (2008)
Mitarbeiterzahl	27 (2011)
Fallzahl vollstationär:	436 (2010)
Abgerechnetes Casemixvolumen	273,839 (2010)
Erlösbudget (Euro)	787.174,74 (2010)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Baden-Württemberg
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	2.300 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Lörrach
Einwohnerzahl Kreis	223.286 Einwohner (31.12.2011)
Einwohner/qkm im Kreis:	276 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	38,9 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2010)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁸⁰	37,4 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Frühjahr 2011 bis 31.12.2011
Zeitpunkt der Schließung	31.12.2011
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Die Auslastung des Belegkrankenhauses sank seit Jahren○ Die Stadt Schönau, der die Spitalstiftung (formaler Träger des KH) gehörte, hatte zur Abdeckung von Verlusten eine Bürgschaft in Höhe von fast einer Million Euro übernommen○ Im Frühjahr 2011 hatte der Gemeinderat der Stadt Schönau dann beschlossen, das Krankenhaus zum Jahresende zu schließen○ Wegen drohender Zahlungsunfähigkeit wurde Mitte Oktober 2011 von der Stadt ein Insolvenzantrag gestellt○ Zum Jahresende 2011 wurde das Krankenhaus dann geschlossen○ Mindererlösausgleich von 36.860 Euro im zeitlichen Zusammenhang mit der Schließung
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger des Krankenhauses (Spitalstiftung Schönau)○ Politik (Bürgermeister, Gemeinderat)○ Insolvenzverwalter○ örtliche Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Wachsende Belegungs- und wirtschaftliche Probleme führten zum Schließungsbeschluss und schließlich zur Insolvenz
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt nach Insolvenz○ einstufig

⁸⁰ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2010 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2011

Zitate:

- „Über das Vermögen der Spitalfondsstiftung Schönau ist vom Amtsgericht Waldshut-Tiengen gestern das Insolvenzverfahren eingeleitet worden. Der Insolvenzantrag wurde am Samstag auf Beschluss des Gemeinderates wegen drohender Zahlungsunfähigkeit gestellt, damit die 27 Mitarbeiter des Spitals, das zum Jahresende ohnehin geschlossen wird, nicht auf der Straße stehen und die Patienten noch weiter versorgt werden. (...)Weil die Belegung des Krankenhauses gemessen an den vorgegebenen Fallzahlen nicht besser wurde, sondern immer schlechter, und das Defizit bereits auf Millionenhöhe geklettert war, hatte die Stadt ja bereits die Notbremse gezogen und beschlossen, das Krankenhaus zum Jahresende zu schließen. Nun zeichnet sich ab, dass das im Wirtschaftsplan 2011 einkalkulierte, erneute Defizit von 63 000 Euro wohl noch größer ausfällt.“
- “Das Städtische Krankenhaus (Spitalfond) wurde aus finanziellen Gründen zum 31.12.2011 geschlossen. Die Immobilie wurde 2012 in den Eigenbetrieb Seniorenzentrum Schönau überführt.”

Quellen:

1. <http://www.badische-zeitung.de/schoenau/insolvenzantrag-fuer-spitalstiftung--50565618.html>
2. Vorbericht zum Haushaltsplan für das Haushaltsjahr 2013; Stadt Schönau im Schwarzwald (Landkreis Lörrach)

Marktaustritt Kreiskrankenhaus Schramberg (Schramberg/Baden-Württemberg)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Kreiskrankenhaus Schramberg
Institutionskennzeichen:	260831094
Träger des Krankenhauses:	Krankenhausgesellschaft des Landkreises Rottweil mbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Krankenhausgesellschaft des Landkreises Rottweil mbH
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Med., Chir., Anästh. u. Intensivmed., Gyn. u. Geburtsh., HNO
Bettenzahl:	150 (2010)
Mitarbeiterzahl	360 (2010)
Fallzahl vollstationär:	3.552 (2011)
Abgerechnetes Casemixvolumen	2.465,388 (2011)
Erlösbudget (Euro)	7.381.135,46 (2011)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Baden-Württemberg
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	21.000 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Rottweil
Einwohnerzahl Kreis	138.719 Einwohner (31.12.2011)
Einwohner/qkm im Kreis:	181 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	69,3 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2010)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁸¹	58,8 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2010 bis 10/2011
Zeitpunkt der Schließung	31.10.2011
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Das 1965 eröffnete Krankenhaus Schramberg wurde 1982 in die kreiseigene Krankenhausgesellschaft eingebracht○ 2010 wies das Krankenhaus ein Defizit von 4 Millionen Euro auf○ Ende Februar 2011 beschließt der Kreistag den Verkauf der kreiseigenen Klinikgesellschaft an die Helios Kliniken GmbH; Bedingung war die Schließung des Krankenhauses Schramberg○ Zum 31.10.2011 wurde die Klinik dann von Helios geschlossen
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger des Krankenhauses○ Politik (Stadt Schramberg und Kreis)○ Helios Kliniken GmbH/Ameos Gruppe○ Bürgerinitiative „Pro Region Schramberg“○ örtliche Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Wachsende Belegungs- und wirtschaftliche Probleme; Helios machte die Schließung des Standortes Schramberg zur Bedingung der Übernahme der kreiseigenen Krankenhäuser
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen mit nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen○ mehrstufig

⁸¹ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2010 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2011

Zitate:

- „Es hat alles nichts genutzt: Weder die Demonstrationen mit mehreren Tausend Teilnehmern auf dem Rathausplatz der Schwarzwaldstadt. Noch der Brandbrief an den grünen Ministerpräsidenten in Stuttgart. Oder die vielen Leserbriefe in den Lokalzeitungen. Ende Oktober schließt das Schramberger Kreiskrankenhaus seine Pforten. Die Klinik steckt seit Jahren tief in den roten Zahlen. Im Februar zog der Kreistag schließlich die Reißleine. Eigentlich sollte das Aus erst zum Jahresende kommen. Aber da vieles bereits jetzt auf Sparflamme läuft, sollen die Betten nicht bis zum Schluss belegt werden. (...) Am 28. Februar hatte der Kreistag entschieden, das Schramberger Krankenhaus zusammen mit einer zweiten Klinik im nahegelegenen Rottweil an die private Helios- Kliniken GmbH zu verkaufen. Das Krankenhaus in Rottweil soll nun ausgebaut werden, für Schramberg mit seinen 150 Betten kommt das Aus. (...) Als die Schließung des Krankenhauses absehbar wurde, begehrte Schramberg mit seinen etwa 21 000 Einwohnern auf. Eine Bürgerinitiative mit dem Namen „Pro Region Schramberg“ gründete sich. Sie habe zurzeit 13 000 bis 14 000 Mitglieder, sagt ihr Sprecher Arkas Förstner. Die Bürgerinitiative hat mehrere große Kundgebungen organisiert, eine Klagemauer mit Beiträgen von Bürgern errichtet, sich in Stuttgart über die Schließung beschwert. Erfolgreich war der Protest nicht.“
- “Krankenhaus Schramberg schließt Ende Oktober
Die Sicherheit der Patienten hat oberste Priorität - aus diesem Grund haben sich die Chefärzte am Schramberger Krankenhaus mit der Klinikgeschäftsführung und dem Betriebsrat geeinigt, den Krankenhaus-betrieb Ende Oktober 2011 einzustellen. Bereits ab 21. Oktober werden keine Patienten mehr stationär aufgenommen. Grund dafür ist die steigende Anzahl von Mitarbeitern, die einen neuen Job angetreten haben und kurzfristig die Schramberger Klinik verlassen.”

Quellen:

1. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/111078/Krankenhaussterben-in-Suedbaden-Wenn-ein-Stueck-Heimat-verloren-geht>
2. Pressemeldung der Helios Kliniken GmbH vom 03.10.2011

Marktaustritt Städtisches Krankenhaus Schrozberg (Schrozberg/Baden-Württemberg)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Städtisches Krankenhaus Schrozberg
Institutionskennzeichen:	260811170
Träger des Krankenhauses:	Stadtverwaltung Schrozberg
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin (Beleg-KH)
Bettenzahl:	25 (2003)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	-
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	905.000€ (2003)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Baden-Württemberg
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	5730 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Schwäbisch Hall
Einwohnerzahl Kreis	188.563 Einwohner (2003)
Einwohner/qkm im Kreis:	127 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	49,1 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2001)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁸²	47,4 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2003
Zeitpunkt der Schließung	31.12.2003
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Ende der 90er Jahre wurde die Zahl der Betten im KH Schrozberg deutlich reduziert. Die Planungsbehörde befand ein Haus mit 20 Betten für ausreichend, die Stadt konnte unter großen Anstrengungen den Erhalt von 25 Betten durchsetzen. Die abnehmende Belegung machte allerdings deutlich, dass die Einschätzung richtig war. Man beschloss daher mit Aussicht auf die Einführung des DRG-Systems, das KH zu schließen (geplant war die schrittweise Umwandlung in eine Pflegeeinrichtung)
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger○ Planungsbehörde
Zentrale Gründe für Marktaustritt	Belegungsrückgang; DRG-System mit zu erwartenden Einbußen
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Einführung des DRG-Systems○ einstufig

⁸² Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2001 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2003

Zitate:

- „Auf Grund der rückläufigen Belegung, haben die Krankenkassen deshalb bei den Budgetverhandlungen für das Jahr 2001 deutlich gemacht, dass sie auf Grund der zurückgehenden Berechnungstage und auch der zurückgehenden Fallzahl Abstriche beim Budget machen müssten. Sie haben, wie auch schon in den Jahren zuvor schon darauf hingewiesen, dass dieses Krankenhaus auf Dauer nicht existenzfähig sein wird. Im Jahr 2003 soll das Abrechnungssystem umgestellt werden. Es gibt dann nur noch Diagnoseabhängige Entgelte, dies heißt bezahlt wird pro Krankenhausfall und Diagnose, unabhängig von der Liegezeit im Krankenhaus. Eine unabhängige Firma hat die bisherigen Patientenfälle des Städtischen Krankenhauses beurteilt, das Ergebnis war mehr als ernüchternd. Würde das Abrechnungssystem bereits jetzt umgesetzt, könnten zahlreiche Fälle gar nicht mehr abgerechnet werden, bei anderen Fällen wäre das Entgelt im Vergleich zur jetzigen langen Liegezeit bei weitem nicht auskömmlich. Diese Hochrechnung hat ein Verlust von mindestens 300.000,- DM pro Jahr ergeben. Bei realistischer Betrachtungsweise kann deshalb das Städtische Krankenhaus, wenn es zur Umstellung des Entgeltsystems kommt, nicht weiter betrieben werden.“
- „Letzter Pflegesatz für das Schrozberger Krankenhaus - Im Juni waren die Pflegesatzverhandlungen für das letzte Betriebsjahr des Schrozberger Krankenhauses. Schwierigkeit bei den Verhandlungen war, dass es für den Zeitraum 2003 keinen Ausgleichszeitraum mehr gibt. Bisher war es so, dass im Folgejahr berücksichtigt wurde, wenn die dem Budget zugrunde liegenden Berechnungstage nicht erreicht wurden. Doch das geht für 2004 nicht mehr, da das Krankenhaus definitiv zum 31.12.2003 geschlossen werden muss. Es war daher Ziel der Stadtverwaltung, die festzulegenden Berechnungstage gegenüber dem Vorjahr entsprechend der zurückgehenden Belegung zu reduzieren. Allerdings war es für das Krankenhaus ein besonderes Winterhalbjahr, denn bedingt durch die grassierende Grippewelle wurde das Krankenhaus gut ausgelastet. Wird diese Belegung auf das Jahr hochgerechnet, wird dieser Ansatz für die Berechnungstage zu hoch sein. Teilt man das verhandelte Budget durch die angenommenen Berechnungstage, ist die Vergütung pro Tag entsprechend geringer. Bei den Verhandlungen konnte man sich auf ein Budget von 905.000 € bei 4000 Berechnungstagen einigen, was zu einem Pflegesatz von 226,26 € pro Berechnungstag führt - nachrichtlich: 2002 waren es 205,67 € bei 4500 Berechnungstagen. Zu mehr Kompromissbereitschaft waren die Krankenkassen nicht bereit. Seitens des Gemeinderates wurde das Ergebnis der Verhandlungen positiv aufgenommen. Der Gemeinderat hat diesem letzten Pflegesatz zugestimmt. (aus der Sitzung vom Donnerstag, 26. Juni 2003)“

Quellen:

1. http://www.stadt-schrozberg.de/index.php?option=com_k2&view=item&id=40:wird-aus-dem-krankenhaus-eine-pflegeeinrichtung?&tmpl=component&print=1&Itemid=172
2. http://www.stadt-schrozberg.de/index.php?option=com_k2&view=item&id=509:letzter-pflegesatz-für-das-schrozberger-krankenhaus

Marktaustritt Krankenhaus Bethel (Trossingen/Baden-Württemberg)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Krankenhaus Bethel Trossingen
Institutionskennzeichen:	260831389
Träger des Krankenhauses:	Krankenhaus Bethel Trossingen gGmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Diakoniewerk Bethel e.V.
Trägertyp:	freigemeinnützig
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin (Fachkrankenhaus)
Bettenzahl:	80 (2005)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	401 (2005)
Abgerechnetes Casemixvolumen	545,492 (2005)
Erlösbudget (Euro)	1574440,92 (2005)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Baden-Württemberg
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	15.108 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Tuttlingen
Einwohnerzahl Kreis	135.291 Einwohner (31.12.2006)
Einwohner/qkm im Kreis:	184 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	32,2 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2005)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁸³	26,3 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2004 bis Dezember 2006
Zeitpunkt der Schließung	31.12.2006
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1977 wurde das Kreiskrankenhaus Trossingen von Bethel übernommen ○ 2004 beschließt die Mitgliederversammlung die Ausgliederung von fünf Seniorenzentren in Berlin, Welzheim, Trossingen und München, zwei Krankenhäusern in Welzheim und Trossingen sowie einer Diakoniestation und einer Jugendhilfeeinrichtung in Berlin in selbständige gGmbHs ○ Die Schließung als Akutkrankenhaus und die Umwandlung in eine geriatrische Reha-Klinik erfolgte dann zum Ende des Jahres 2006
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Träger
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none"> ○ Umorientierung nach der Übernahme als Kreiskrankenhaus immer stärker in Richtung Altersmedizin bis hin zur Umwandlung in geriatrische Reha-Klinik
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Strategisch geplanter Marktaustritt ○ mehrstufig

⁸³ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2005 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2006

Zitate:

○ „1977

Das Kreiskrankenhaus Trossingen wird von Bethel übernommen. Es wird heute als Geriatrische Reha-Klinik Bethel Trossingen weitergeführt.“ (...)

2004

Die Mitgliederversammlung beschließt weitere Ausgliederungen von fünf Seniorenzentren in Berlin, Welzheim, Trossingen und München, zwei Krankenhäusern in Welzheim und Trossingen sowie einer Diakoniestation und einer Jugendhilfeeinrichtung in Berlin in selbständige gGmbHs. □

Quellen:

1. http://www.bethelnet.de/index2.php?site=historie_unserechronik
2. Strukturierter Qualitätsbericht Krankenhaus Bethel Trossingen Berichtsjahr 2004

Marktaustritt Fachklinik Dr. Bertele Michelsberg (Ulm/Baden-Württemberg)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Chirurgische und Orthopädische Fachklinik Dr. Bertele Michelsberg
Institutionskennzeichen:	260840255
Träger des Krankenhauses:	Dr. Georg Bertele GmbH & Co. KG
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Chirurgie; Orthopädie
Bettenzahl:	45 (2006)
Mitarbeiterzahl	50 (2007)
Fallzahl vollstationär:	824 (2007)
Abgerechnetes Casemixvolumen	1.020,268 (2007)
Erlösbudget (Euro)	2.700.827,20 (2007)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Baden-Württemberg
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	121.434 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Kreisfreie Großstadt
Einwohnerzahl Kreis	-
Einwohner/qkm im Kreis:	1.023 Einwohner/qkm (in Ulm)
Kreistyp (nach BBSR)	Kreisfreie Großstadt
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	120,4 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2006)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁸⁴	116,2 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Von 2001 bis Dezember 2007
Zeitpunkt der Schließung	31.12.2007
Ablauf des Marktaustritts	Das 1950 eröffnete private Belegkrankenhaus wurde Ende 2007 von den Besitzern und Betreibern nach achtjähriger vergeblicher Suche nach einem geeigneten Nachfolger geschlossen
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Fehlen eines (nach Meinung des bisherigen Inhabers/Betreibers) geeigneten Nachfolgers
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Personal- bzw. Nachfolgermangel○ einstufig

⁸⁴ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2006 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2007

Zitate:

- „Hin und her gerissen zwischen Freude und Schmerz ist das Ehepaar Grosspeter-Bertele. "Meine Frau arbeitet seit 50 Jahren hier, viele unserer Mitarbeiter über 30 Jahre, da fällt die Trennung nicht leicht", gibt Dr. Klaus Grosspeter zu. Die rund 50 Mitarbeiter der Privatklinik wurden nun gekündigt, aber die Gefahr, dass einer von ihnen auf der Straße stehen wird, sei gering, ist sich Grosspeter sicher. Er habe bereits Kontakt zu anderen Krankenhäusern aufgenommen und einige seiner Mitarbeiter hätten ihm auch signalisiert, dass sie gerne im neuen Hospizhaus arbeiten möchten. Küche und Hausverwaltung könnten übernommen werden. Seit acht Jahren habe Grosspeter nach einem passenden Nachfolger gesucht. Ohne Erfolg. Die Rahmenbedingungen für Belegkliniken würden vor dem Hintergrund der Gesundheitsreformen immer schwieriger, das enorme Risiko wolle kaum noch ein Arzt tragen. "Für uns stand fest, dass der Stil des Hauses nicht verändert werden darf", betont Grosspeter, "und wenn wir den nicht halten können, müssen wir uns trennen."“
- „Die chirurgische und orthopädische Privatklinik Dr. Bertele schließt nach 52 Jahren zum 31. Dezember 2007.“
- „Nach der Schließung der Klinik Dr. Bertele am Michelsberg und der darauf folgenden Schenkung an das Ulmer Hospiz operieren nun künftig zwei der betroffenen Ärzte in der Ulmer Tagesklinik Söflingen.“

Quellen:

1. Strukturierter Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2004 für das Krankenhaus Chirurgisch und Orthopädische Klinik Dr. Bertele
2. http://www.schwaebische.de/home_artikel,-Aus-bisheriger-Klinik-Dr-Bertele-wird-ein-Hospiz-_arid,2122204.html
3. Chronik der Stadt Ulm
<http://www.ulm.de/sixcms/media.php/29/JB2007%20Chronik.pdf>
4. http://www.schwaebische.de/home_artikel,-Aerztewechseln-zu-Ulmer-Tagesklinik-_arid,2252984.html

Marktaustritt Krankenhaus Bethel (Welzheim/Baden-Württemberg)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Krankenhaus Bethel
Institutionskennzeichen:	260810783
Träger des Krankenhauses:	Krankenhaus Bethel Welzheim gGmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Diakoniewerk Bethel
Trägertyp:	freigemeinnützig
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Geriatric (Fachkrankenhaus)
Bettenzahl:	70 (2005)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	111 (2006)
Abgerechnetes Casemixvolumen	221,432 (2006)
Erlösbudget (Euro)	563.587,08 (2006)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Baden-Württemberg
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	11.045 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Rems-Murr-Kreis
Einwohnerzahl Kreis	417.609 Einwohner (31.12.2006)
Einwohner/qkm im Kreis:	487 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	36,1 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2005)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁸⁵	34,4 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2004 bis Dezember 2006
Zeitpunkt der Schließung	31.12.2006
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Das Kreiskrankenhaus Welzheim wurde 1975 vom Diakoniewerk Bethel übernommen○ 2004 beschließt die Mitgliederversammlung die Ausgliederung von fünf Seniorenzentren in Berlin, Welzheim, Trossingen und München, zwei Krankenhäusern in Welzheim und Trossingen sowie einer Diakoniestation und einer Jugendhilfeeinrichtung in Berlin in selbständige gGmbHs○ Die Schließung als Akutkrankenhaus und die Umwandlung in eine geriatrische Reha-Klinik erfolgte dann zum Ende des Jahres 2006
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Umorientierung nach der Übernahme als Kreiskrankenhaus immer stärker in Richtung Altersmedizin bis hin zur Umwandlung in geriatrische Reha-Klinik
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Strategisch geplanter Marktaustritt○ mehrstufig

⁸⁵ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2005 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2006

Zitate:

- „1975
Das Kreiskrankenhaus Welzheim wird vom Diakoniewerk Bethel übernommen (heute Geriatri-
sche Reha-Klinik Bethel Welzheim). Gleichzeitig wird die Diakoniestation Bethel Welzheim
eröffnet.“ (...)
2004
Die Mitgliederversammlung beschließt weitere Ausgliederungen von fünf Seniorenzentren in
Berlin, Welzheim, Trossingen und München, zwei Krankenhäusern in Welzheim und Trossin-
gen sowie einer Diakoniestation und einer Jugendhilfeeinrichtung in Berlin in selbständige
gGmbHs. □
- „Geriatriische Reha-Klinik Bethel Welzheim
Die Fachklinik für Altersheilkunde versorgt den Rems-Murr-Kreis und anliegende Gebiete in
Kooperation mit den jeweiligen Akutkrankenhäusern.“

Quellen:

1. http://www.bethelnet.de/index2.php?site=historie_unserechronik
2. Strukturierter Qualitätsbericht Krankenhaus Bethel Welzheim Berichtsjahr 2004

Marktaustritt Bundeswehrkrankenhaus Amberg (Amberg/Bayern)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Bundeswehrkrankenhaus Amberg
Institutionskennzeichen:	260930584
Träger des Krankenhauses:	Bundesrepublik Deutschland
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	-
Bettenzahl:	24 (nach § 108/109 SGB V / von insgesamt 156 / 2006)
Mitarbeiterzahl	543 (gilt für das gesamte BW-KH / 2007)
Fallzahl vollstationär:	934 (2005)
Abgerechnetes Casemixvolumen	1.094,037 (2005)
Erlösbudget (Euro)	1.893.018,98 (2005)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Bayern
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	44.216 Einwohner (31.12.2006)
Kreiszugehörigkeit:	Kreisstadt des Landkreises Amberg-Sulzbach
Einwohnerzahl Kreis	103.352 Einwohner (31.12.2012)
Einwohner/qkm im Kreis:	82 Einwohner/qkm (in der kreisfreien Stadt Amberg)
Kreistyp (nach BBSR)	Dünn besiedelter ländlicher Kreis
Bettendichte (Kreis) vor Marktaustritt	121,6 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2006)
Bettendichte (Kreis) nach Marktaustritt ⁸⁶	116,7 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Von November 2004 bis März 2007
Zeitpunkt der Schließung	31.03.2007
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Das Oberpfälzer Krankenhaus war 1956 als Lazarett in Betrieb gegangen und gehörte zu den kleineren der acht Bundeswehrkrankenhäuser○ Das Haus war mit 24 seiner insgesamt 156 Betten im Landeskrankenhausplan aufgenommen○ Ende 2004 wurde beschlossen, drei der acht Bundeswehrkrankenhäuser zu schließen oder zu veräußern○ Das Bundeswehr-Krankenhaus Amberg wurde daraufhin am 31. März 2007 geschlossen
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger○ Bundesverteidigungsministerium
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ politische Beschlüsse über die Reduzierung der Anzahl der Bundeswehrkrankenhäuser
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Strategisch geplanter Marktaustritt○ einstufig

⁸⁶ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2006 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2007

Zitate:

- „1956 wurde das Areal als Chirurgisches Lazarett 4 von der Bundeswehr übernommen und nach Umbau und der Errichtung mehrerer Nebengebäude im Jahre 1971 umbenannt in Bundeswehrkrankenhaus Amberg. Nach dem Strukturwandel des Hauses (1982: 186 Betten; 1992: 156 Betten) und einer Modernisierung (Neubau des OP-Traktes, Apothekengebäudes und Funktionstraktes sowie Sanierung des Mitteltraktes) wird das Bundeswehrkrankenhaus Amberg im Rahmen der Neustrukturierung der Bundeswehr bis spätestens zum Jahr 2010 geschlossen.“
- „Mit einem militärischen Zeremoniell wurde am 28. März 2007 das Bundeswehrkrankenhaus Amberg durch den Kommandeur des Sanitätskommandos IV aus Bogen, Oberstarzt Dr. Frank Schindelhauer, außer Dienst gestellt. Zukünftig ist das Bundeswehrkrankenhaus Ulm für die Soldaten aus dem gesamten süddeutschen Raum zuständig. Das einzige bayerische Bundeswehrkrankenhaus musste nach über einem halben Jahrhundert auf Grund der Umstrukturierung des Sanitätsdienstes schließen.“

Quellen:

1. Qualitätsbericht 2004 Bundeswehrkrankenhaus Amberg
2. http://www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de/portal/a/sanitaetsdienst/!ut/p/c4/NYrBCsIwEAX_aDdVUPHWIoIU9KjpLWIDDbabst-lYED_e5OAbmMs87DBD5u1HIz6QmfCBuvdHu8InGoLkrONEEez64mfEe_kPDvpATorFkfjY0EhiWwTKUk5lzAD6hVdWrUQf1XfXedbup2v91erucbLvNc_wBbzHvn/

Marktaustritt Theresien-Krankenhaus Bad Kissingen (Bad Kissingen/Bayern)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Theresien-Krankenhaus Bad Kissingen
Institutionskennzeichen:	260960251
Träger des Krankenhauses:	Theresienspitalstiftung Bad Kissingen
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	freigemeinnützig
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin (Fachkrankenhaus)
Bettenzahl:	77 (2003)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	-
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Bayern
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	21.102 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Bad Kissingen
Einwohnerzahl Kreis	108.926 Einwohner (2003)
Einwohner/qkm im Kreis:	96 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Dünn besiedelter ländlicher Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	74,4 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2002)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁸⁷	67,5 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2003
Zeitpunkt der Schließung	31.12.2003
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ ... wurde es bis zum Jahr 2003 betrieben. Die Strukturreformen im Gesundheitswesen führten dazu, dass die Immobilie an das Diakonische Werk verpachtet wurde. Seitdem wird dort ein Senioren- und Pflegeheim betrieben.
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger
Zentrale Gründe für Marktaustritt	Zu niedrige Belegungszahlen
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen und nachfolgend wirtschaftlichen Problemen○ einstufig

⁸⁷ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2002 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2003

Zitate:

- „Für rund 3,5 Millionen Euro hat das Diakonische Werk Schweinfurt das ehemalige Theresien-Krankenhaus in Bad Kissingen zu einem Zentrum für Altenpflege und -hilfe umgebaut. (...) Die katholische Stiftung war Betreiberin des 1839 durch die bayerische Königin Theresia gegründeten Hospitals. Zuerst für hilfsbedürftige Knechte und Mägde in den Kurhäusern errichtet, war es zuletzt Krankenhaus für Innere Medizin. 2003 musste es aus wirtschaftlichen Gründen geschlossen werden.“
- „Aus Theresienkrankenhaus wird eine Rehaklinik - Das Theresienkrankenhaus werde zur geriatrischen Rehaklinik umgenutzt, kündigte Stadtpfarrer und Verwaltungsratsvorsitzender Oskar Pflüger vor zehn Jahren an. Das auf innere Medizin spezialisierte Haus war wegen zu niedriger Belegungszahlen von nur 50 Prozent unrentabel geworden.“

Quellen:

1. Artikel aus TOuKU vom 13.12.2005 / <http://archive.is/TOuKu>
2. : <http://www.mainpost.de/regional/bad-kissingen/Rueckblende-Neues-Sportheim-und-ein-teuer-Klinik-Umbau;art766,7271989>

Marktaustritt Kreiskrankenhaus Bad Königshofen (Bad Königshofen/Bayern)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Kreiskrankenhaus Bad Königshofen
Institutionskennzeichen:	260960672
Träger des Krankenhauses:	Landkreis Rhön-Grabfeld
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Chirurgie, Innere Medizin
Bettenzahl:	90 (2003)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	-
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Bayern
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	6914 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Rhön-Grabfeld
Einwohnerzahl Kreis	86.859 Einwohner (2003)
Einwohner/qkm im Kreis:	89 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Dünn besiedelter ländlicher Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	136,7 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2002)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁸⁸	126,3 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2003
Zeitpunkt der Schließung	31.12.2003
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Nach der im Bayerischen Landeskrankenhausplan vorgesehenen Reduzierung der Bettenzahl im Landkreis Rhön-Grabfeld beschloss der Kreis, das Haus in Bad Königshofen zum 31.12.2003 zu schließen.
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Land○ Träger
Zentrale Gründe für Marktaustritt	Krankenhausplanung
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Vorgaben der Landeskrankenhausplanung○ einstufig

⁸⁸ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2002 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2003

Zitate:

- „Das Kreiskrankenhaus: Die Anfänge des ehemaligen Kreiskrankenhauses liegen in der Zeit um 1900. Damals wurde ein erster Krankenhausbau errichtet. Eine Erweiterung erfolgte um 1930, bevor dann von 1963 bis 1966 der Neubau errichtet wurde, der 1967 offiziell in Betrieb ging. Das Krankenhaus verfügte damals über 117 Betten. Im Erdgeschoss des Neubaus befanden sich die Behandlungsräume, bestehend aus der OP-Gruppe, der Röntgenabteilung, der Ambulanz und der Verwaltung, in der ersten Etage die Betten der chirurgischen Abteilung und im zweiten Geschoss die Männer- und Frauenstation der inneren Abteilung. Über dem zweiten Geschoss befand sich in der Art eines Penthauses der Personalspeiseraum mit Ausgang auf eine große Terrasse, die auch den Patienten zur Verfügung stand. Nach Schließung der Kreisklinik im Jahr 2003 kaufte Dr. Franz Pullmann den Gebäudekomplex und eröffnete Anfang 2005 dort eine Praxis und Notfallambulanz. Seit 2011 praktiziert Franz Pullmann wieder an seinem Wohnsitz in Sulzfeld, seitdem steht das ehemalige Bad Königshöfer Kreiskrankenhaus leer.“
- „14. Der Landkreis Rhön-Grabfeld hatte bis Ende 2003 drei Kreiskrankenhäuser, eines in jeder der ehemaligen Kreisstädte Bad Neustadt an der Saale, Mellrichstadt und Bad Königshofen. Das Kreiskrankenhaus in Bad Königshofen wurde jedoch zum 31. Dezember 2003 geschlossen (...).“

Quellen:

1. <http://www.mainpost.de/regional/rhoengrabfeld/Neue-Nutzung-fuer-die-Kreisklinik;art767,7433975>
2. Quelle: Sondergutachten der Monopolkommission zum Zusammenschlußvorhaben Rhön Klinikum AG ./.. Landkreis Rhön-Grabfeld

Marktaustritt Kreiskrankenhaus Eschenbach (Eschenbach i. d. OPf./Bayern)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Kreiskrankenhaus Eschenbach i. d. OPf.
Institutionskennzeichen:	260930334
Träger des Krankenhauses:	Kliniken Nordoberpfalz AG
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Kliniken Nordoberpfalz AG
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Chirurgie; Innere Medizin; Frauenheilkunde
Bettenzahl:	80 (2010)
Mitarbeiterzahl	64 (2010)
Fallzahl vollstationär:	784 (2012)
Abgerechnetes Casemixvolumen	519,376 (2012)
Erlösbudget (Euro)	1.575.152,42 (2012)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Bayern
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	3.900 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Neustadt an der Waldnaab
Einwohnerzahl Kreis	95.849 Einwohner (31.12.2012)
Einwohner/qkm im Kreis:	68 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Dünn besiedelter ländlicher Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	26,1 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2011)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁸⁹	18,0 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2011 bis Mitte 2012
Zeitpunkt der Schließung	01.07.2012
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Das Krankenhaus Eschenbach wurde 2006 vom Landkreis in die Kliniken Nordoberpfalz AG eingebracht○ In der Folgezeit wurde wegen schlechter Auslastung die Chirurgie geschlossen○ Auch die Belegung der Inneren Medizin blieb schlecht (rd. 60-70 Prozent), das Defizit betrug im 1. Hj. 2012 rd. 450.000 Euro○ Am 25. Juni 2012 beschloss der Aufsichtsrat der Kliniken Nordoberpfalz die Schließung des Krankenhauses○ Zum 1. Juli 2012 wurde das Krankenhaus geschlossen und dort eine Demenzstation eingerichtet; die Physiotherapie wurde für die Behandlung ambulanter Patienten vor Ort beibehalten
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger des Krankenhauses (Kliniken Nordoberpfalz AG)○ Politik (Landrat)○ örtliche Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Schlechte Belegungssituation, hohes Defizit
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen mit nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen○ mehrstufig

⁸⁹ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2011 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2012

Zitate:

- „Das Krankenhaus Eschenbach wird nicht geschlossen. Das haben die Aufsichtsräte der Kliniken Nordoberpfalz AG auf der gestrigen Sitzung beschlossen. Von einer Schließung sei laut dem Vorstand der Kliniken Nordoberpfalz AG, Josef Götz, auch nie die Rede gewesen. Lediglich sollte das Krankenhaus umstrukturiert werden. Laut Götz soll für die Versorgung von Demenzkranken ein weiteres Leistungsspektrum in Eschenbach aufgebaut werden. Auch die akutstationäre Versorgung wird aufrechterhalten. Die Bürger von Eschenbach hatten sich gegen eine Schließung des Krankenhauses mit 10.000 Unterschriften und einer Demonstration am Dienstag stark gemacht. Für Götz ein klares Zeichen: Der Bedarf für das Krankenhaus besteht. Auch die Arbeitsplätze im Krankenhaus in Eschenbach sollen erhalten bleiben.“ (09.12.2011)
- „Was sich schon länger abgezeichnet hatte, ist seit gestern Gewissheit: Die innere Abteilung des Krankenhauses wird zum 1. Juli geschlossen (...). Ab September soll nun hier eine spezielle Einrichtung für Demenzkranke ihren Betrieb aufnehmen. Das gaben Vorstand Josef Götz und Regionalleiter Christian Stadler von der Kliniken Nordoberpfalz AG bei einer Pressekonferenz im Haus Eschenbach bekannt. (...) Von der zu geringen Auslastung des Hauses und von politischen Rahmenbedingungen gesprochen, die eine Bedrohung seien für viele kleine Krankenhäuser. „Wir haben uns die Entscheidung nicht leicht gemacht, aber es blieb kein anderer Weg“, brach der Vorstand eine Lanze für den Aufsichtsrat, der das Aus tags zuvor beschlossen hatte. 30 Betten hätten belegt sein müssen, 21 waren es nur. Zu wenig für eine Weiterführung. Allein im ersten Halbjahr 2012 habe man 450.000 Euro Defizit gemacht. (...) Für die neue Demenzstation wird bereits fleißig umgebaut im ehemaligen Krankenhaus. 22 Betten sollen ab dem 1. September zur Verfügung stehen. Im Endausbau bis 2013 seien 60 Betten geplant.“
- „Nach dem Aus für das Krankenhaus Eschenbach werden nun auch negative Folgen für den dortigen Notarztstandort befürchtet.“

Quellen:

1. <http://www.ramasuri.de/37742/nachrichten/nachrichten-neustadt-waldnaab/krankenhaus-in-eschenbach-wird-doch-nicht-geschlossen/>
2. http://www.bt24.de/aktuelles/region/item/63936/gebiet/kemnath/ende_des_krankenhaus_es_eschenbach_ist_jetzt_offiziell_8211_demenzstation_als_chance
3. <http://www.nordbayerischer-kurier.de/print/284778>

Marktaustritt Krankenhaus St. Georg (Furth im Wald/Bayern)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Kommunalunternehmen Krankenhaus St. Georg
Institutionskennzeichen:	260930664
Träger des Krankenhauses:	Stadt Furth im Wald
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Allg. Chirurgie, Orthopädie, Gyn., Geburtshilfe (Beleg-KH)
Bettenzahl:	45 (2006)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	1.351 (2006)
Abgerechnetes Casemixvolumen	1.220,43 (2006)
Erlösbudget (Euro)	3.009.004,32 (2006)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Bayern
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	9.001 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Cham
Einwohnerzahl Kreis	129.605 Einwohner (31.12.2007)
Einwohner/qkm im Kreis:	86 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Dünn besiedelter ländlicher Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	62,9 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2006)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁹⁰	59,6 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Von 2006 bis Juni 2007
Zeitpunkt der Schließung	30.06.2007
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Im Jahr 1975 übernahm der Landkreis das Krankenhaus Furth mit 70 Akutbetten○ Medizinische Anforderungen machten umfangreiche Sanierungsmaßnahmen von 1991 bis 1994 nötig; insgesamt investierte der Landkreis rund 22 Millionen D-Mark○ Aufgrund der ständig steigenden Kosten beschloss der Kreistag 1993, sich von dem Haus zu trennen○ Durch eine Rückübertragungsklausel aus dem Vertrag von 1975 fiel das Haus 1995 zurück an die Kommune, die es in ein Fachkrankenhaus für Orthopädie umwandelte○ Schulden von rund 7 Millionen Euro führten dann 2007 zur Schließung
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger○ Politik (Kreis, Stadt)
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Mehrere Trägerwechsel, Umwandlung zur Fachklinik für Orthopädie bei bleibenden wirtschaftlichen Problemen
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen mit nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen○ mehrstufig

⁹⁰ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2006 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2007

Zitate:

- „Furth im Wald. "Weit in den Hunderttausendern" sei alljährlich die Summe, die für das Defizit des Krankenhauses "St. Georg" aufgebracht werden müsse. Zudem würden Millionen Euro an alten Schulden das Haus belasten. - Eine Situation, mit der die Stadt Furth im Wald nicht weiterleben kann, betonte Ende Januar Bürgermeister Johannes Müller. Aus diesem Grund informierte er im Rahmen einer Pressekonferenz über die angedachten Pläne, mit denen zum einen das jährliche Draufzahlgeschäft beendet werden könnte, zum anderen die Zukunftsfähigkeit dieses Hauses und vor allem die Sicherung der Arbeitsplätze gewährleistet wäre.“
- „Jahrelang war das Krankenhaus in Furth Anlaufstelle für alle Notfälle. Mit dem 30. Juni endet diese Ära. Sollten die bereits bestehenden Pläne nun nicht umgesetzt werden, droht erst mal ein Leerstand.“
- „Nach zwölfjährigem städtischem Betrieb wurde das Krankenhaus St. Georg in Furth im Wald im Jahr 2007 geschlossen.“
- „Das Krankenhaus St. Georg in Furth im Wald wird zum 30. Juni geschlossen. Lange war es vorhersehbar, dass das Krankenhaus St. Georg nicht mehr zu halten ist. Inzwischen haben sich sieben Millionen Euro Schulden angehäuft.“

Quellen:

1. <http://www.hallertauer-zeitung.de/lokales/artikel/2007/01/31/st-georg-koennte-bald-ein-altenheim-sein-krankenhaus-fuer-stadt-nicht-mehr-bezahlbar-bericht-chamer-zeitung-vom-27-januar-2007>
2. http://www.mittelbayerische.de/_misc/print/article_print.cfm?pid=10213&lid=0&cid=0&tid=0&pk=101221
3. <http://www.mittelbayerische.de/nachrichten/artikel/das-krankenhaus-st-georg/994037/das-krankenhaus-st-georg.html>
4. Mittelbayerische Zeitung vom 27.06.2007
5. kma-online vom 01.03.2007

Marktaustritt Klinik Dr. Beger (Garmisch-Partenkirchen/Bayern)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Klinik Dr. Beger
Institutionskennzeichen:	260911342
Träger des Krankenhauses:	Anton Klotz
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Chirurgie (Fach-KH)
Bettenzahl:	69 (2009)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	912 (2009)
Abgerechnetes Casemixvolumen	727,525 (2009)
Erlösbudget (Euro)	2.065.913,06 (2009)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Bayern
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	25.900 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Garmisch-Partenkirchen
Einwohnerzahl Kreis	86.336 Einwohner (31.12.2010)
Einwohner/qkm im Kreis:	85 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Dünn besiedelter ländlicher Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	155,3 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2009)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁹¹	146,9 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2009 bis Januar 2010
Zeitpunkt der Schließung	01.01.2010
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Laut Krankenhausplan Bayern 2006 und 2009 war die Klinik Dr. Beger ein nicht gefördertes Krankenhaus mit Versorgungsvertrag mit 69 Betten Innere Medizin und Chirurgie. Der Qualitätsbericht 2006 weist 71 Betten in der Inneren Medizin aus.○ Im DESTATIS-Krankenhausverzeichnis 2009 ist die Klinik mit dem Vermerk „, Schließung zum 31.12.2009“ verzeichnet○ Seit 2010 steht sie nicht mehr im Krankenhausverzeichnis, und lt. GKV-SV-Liste bzw. Verzeichnis der Zahlbeträge der Basisfallwerte existiert nach 2009 auch keine Vereinbarung über Basisfallwert bzw. Budget○ Heute ist die Klinik Dr. Beger lt. ihrer Homepage ausschließlich auf Reha nach Endoprothesenoperationen spezialisiert
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger○ Klinikum Garmisch-Partenkirchen
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Aufgabe der Ausweisung als Akutklinik; Umwandlung in reine Rehabilitationseinrichtung in enger Kooperation mit dem Klinikum Garmisch-Partenkirchen
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Sonstige Gründe○ einstufig

⁹¹ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2009 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2010

Zitate:

- „Schließung zum 31.12.2009“
- „Als Orthopädische Klinik für degenerative rheumatische Krankheiten nimmt die Dr. Beger Klinik seit 30 Jahren eine zentrale Rolle bei der Anschluss-Heilbehandlung nach einer unmittelbaren Hüft- oder Knieendoprothese oder einem Prothesen- oder Inlaywechsel ein. Die nahtlose Weiterbehandlung und die räumliche Nähe zur endogap Klinik für Gelenkersatz trägt zum Erfolg eines Gelenkwechsels entscheidend bei. Durch eine Kooperationslösung zwischen der endogap Klinik für Gelenkersatz im Klinikum Garmisch-Partenkirchen, und der Klinik Dr. Beger, unter der Leitung von Chefarzt Dr. Holm Schlemmer, werden unsere Patienten individuell von unseren Ärzten und Physiotherapeuten behandelt.“

Quellen:

1. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland – Krankenhausverzeichnis Stand 31.12.2009
2. Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2006/2009/2010
3. <http://www.klinikum-gap.de/fachabteilungen/klinische-partner/klinik-dr-beger/>
4. <http://www.klinik-dr-beger.de/klinik/willkommen.html>
5. Strukturierter Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2006 gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V für die Klinik Dr. Beger

Marktaustritt Kreiskrankenhaus Hemau (Hemau/Bayern)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Kreiskrankenhaus Hemau
Institutionskennzeichen:	260930389
Träger des Krankenhauses:	Landkreis Regensburg
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin (Beleg-KH)
Bettenzahl:	20 (2011)
Mitarbeiterzahl	12,5 (Vollkräfte med. Personal / 2008)
Fallzahl vollstationär:	507 (2011)
Abgerechnetes Casemixvolumen	283,364 (2011)
Erlösbudget (Euro)	845.160,89 (2011)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Bayern
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	8.500 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Regensburg
Einwohnerzahl Kreis	184.845 Einwohner (31.12.2011)
Einwohner/qkm im Kreis:	132 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	13,1 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2010)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁹²	11,9 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2010 bis Dezember 2011/Jahr
Zeitpunkt der Schließung	31.12.2011
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Bereits Ende 2006 wurde über die Umwandlung des Krankenhauses in ein Pflegeeinrichtung mit zusätzlich 30 internistischen Akutbetten diskutiert; die Pläne wurden Mitte 2008 realisiert („kleinstes Krankenhaus Bayerns“)○ 2010 wies das Krankenhaus ein Defizit von 270.000 Euro auf○ Zur Zukunftssicherung wurde das Krankenhaus zum April 2011 in eine Portalklinik verwandelt○ Die weiterhin niedrigen Belegungszahlen (unter 50%) in den letzten Monaten vor dem Schließungsbeschluss am 8.11.2011 gaben den Ausschlag für die Entscheidung des Landkreises
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger des Krankenhauses (Landkreis Regensburg)○ Politik (Landrat, Kreistag und Bürgermeister von Hemau)○ Mitarbeitervertretung/Betriebsrat etc.○ örtliche Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Belegungsrückgang und nachfolgende wirtschaftliche Probleme
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen mit nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen○ einstufig

⁹² Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2010 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2011

Zitate:

- „Unter dem Vorsitz von Landrat Herbert Mirbeth fasste der Krankenhausausschuss am Freitag den einstimmigen Beschluss, dem Kreistag die Schließung des Hauses zum nächstmöglichen Zeitpunkt vorzuschlagen. Die Belegungszahlen in den letzten Monaten gaben den Ausschlag zu dieser Entscheidung. Von den vorhandenen 20 Betten waren seit Januar 2011 durchschnittlich nur noch 9,3 Betten belegt. (...) Mit mehrfachen Umstrukturierungen des Kreiskrankenhauses, wie beispielsweise durch die Errichtung des Zentrums für integrierte Versorgung 2008, hatte man in den letzten Jahren immer wieder versucht, die medizinische Versorgung für den westlichen Landkreis Regensburg aufrecht zu erhalten. Der letzte Versuch, die Errichtung einer Portalklinik im April 2011, führte allerdings auch nicht zum gewünschten Erfolg.“
- “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.”
- “Das Kreiskrankenhaus Hemau wird demnächst geschlossen. Der Krankenhausausschuss zog am Freitagabend in nicht öffentlicher Sitzung die Konsequenz aus der schwachen Auslastung der Klinik.”

Quellen:

1. <http://www.presse-meldung-bayern.de/regensburg-die-geschichte-des-kreiskrankenhauses-hemau-geht-zu-ende-11024/>
2. <http://www.buergerzeit.de/?p=1939#sthash.BS3fpi45.dpuf>
3. http://www.mittelbayerische.de/region/regensburg/nachrichten-aus-dem-landkreis-regensburg/artikel/das_kreiskrankenhaus_hemau_mus/718236/das_kreiskrankenhaus_hemau_mus.html

Marktaustritt Gemeindekrankenhaus Inzell (Inzell/Bayern)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Gemeindekrankenhaus Inzell
Institutionskennzeichen:	260912343
Träger des Krankenhauses:	Gemeinde Inzell
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Allg. Chirurgie
Bettenzahl:	22 (2005)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	614 (2005)
Abgerechnetes Casemixvolumen	392,839 (2005)
Erlösbudget (Euro)	514.071,71 (2005)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Bayern
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	4.520 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Traunstein
Einwohnerzahl Kreis	170.906 Einwohner (31.12.2005)
Einwohner/qkm im Kreis:	111 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	55,7 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2005)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁹³	54,6 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Von Januar bis Dezember 2006
Zeitpunkt der Schließung	31.12.2006
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Informationen zum Marktaustritt des Gemeindekrankenhauses Inzell konnten nicht ermittelt werden
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ unbekannt
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Sonstige Gründe○ einstufig

⁹³ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2009 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2010

Anmerkung:

Der Marktaustritt wurde von den Krankenkassen über eine starke Erhöhung des Zahlbetrages des Basisfallwertes im Jahre 2006 unterstützt. Konkret sah die Entwicklung des Zahlbetrages des Basisfallwertes von 2004 bis 2006 wie folgt aus:

260912343	Gemeindekrankenhaus Inzell	Inzell	01.07.04	31.12.04	1.102,83
260912343	Gemeindekrankenhaus Inzell	Inzell	01.01.05	31.12.05	1.293,59
260912343	Gemeindekrankenhaus Inzell	Inzell	01.01.06	31.01.06	1.293,59
260912343	Gemeindekrankenhaus Inzell	Inzell	01.02.06	31.07.06	2.254,08
260912343	Gemeindekrankenhaus Inzell	Inzell	01.08.06	31.08.06	1.706,71
260912343	Gemeindekrankenhaus Inzell	Inzell	01.09.06	31.12.06	2.540,50

Im DESTATIS-Krankenhausverzeichnis 2005 war das Haus noch verzeichnet; im 2006er Verzeichnis wurde es nicht mehr aufgeführt. Auch im Verzeichnis der Basisfallwerte aller DRG-Krankenhäuser des AOK-Bundesverbandes (Stand 17.05.2013) brechen die Informationen zum Haus mit dem Jahr 2006 ab.

Weitere Informationen über den Marktaustritt waren nicht zu ermitteln.

Zitate:

- „Vor drei Jahren wurde das Gemeindekrankenhaus Inzell geschlossen. Seitdem stehen die Räumlichkeiten im Ortszentrum leer. Jetzt hat sich womöglich ein Käufer gefunden.“
- „Das ehemalige Gemeindekrankenhaus Inzell ist seit rund 2 Jahren geschlossen und unterliegt derzeit keiner Nutzung. Das Areal befindet sich im Ortskern von Inzell und verfügt über keine Grün- bzw. Erweiterungsflächen. Expansionsflächen könnten sich jedoch mit dem benachbarten Gasthof ergeben. Das Krankenhaus besteht aus 2 Gebäuden, wobei sich die Bausubstanz laut Aussagen des Bürgermeisters in einem guten Zustand befindet. Bei den künftigen Nutzungsoptionen soll auch eine touristische Nutzung geprüft werden.“

Quellen:

1. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen Deutschlands 2005 und 2006
2. AOK-Bundesverband, Zahl-Basisfallwerte deutscher Krankenhäuser Stand: 17.05.2013
3. Strukturierter Qualitätsbericht 2004 für das Krankenhaus Gemeindekrankenhaus Inzell
4. <http://www.chiemgau24.de/chiemgau/achental/grassau/neuer-kaeufer-ehemalige-klinik-ch24-469582.html>
5. Landkreis Traunstein, Masterplan Hotelentwicklung für den Landkreis Traunstein 2009

Marktaustritt Städt. Krankenhaus Langenzenn (Langenzenn/Bayern)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Städt. Krankenhaus Langenzenn
Institutionskennzeichen:	260950328
Träger des Krankenhauses:	Stadt Langenzenn
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin, kleine Chirurgie (Beleg-Krankenhaus)
Bettenzahl:	20 (2006)
Mitarbeiterzahl	13 (Vollkräfte Pflege / 2004)
Fallzahl vollstationär:	203 (2007)
Abgerechnetes Casemixvolumen	140,795 (2007)
Erlösbudget (Euro)	359.802,02 (2007)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Bayern
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	10.339 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Fürth
Einwohnerzahl Kreis	114.483 Einwohner (31.12.2007)
Einwohner/qkm im Kreis:	372 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	1,8 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2006)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁹⁴	0 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Von Mitte 2006 bis Oktober 2007
Zeitpunkt der Schließung	30.10.2007
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none"> ○ Das 1382 gestiftete Langenzenner Spital verfügte 1992 über 28 Betten ○ Die Auslastung des Krankenhauses sank von 87% im Jahr 2000 auf 44% im Jahr 2005 ○ Ende 2005 wurde der Gesamt-Fehlbetrag der Klinik mit rund 600.000 Euro pro Jahr beziffert; dieser Betrag entfiel etwa hälftig auf Krankenhaus und Pflegeheim ○ Ein Sanierungskonzept für 25.000 Euro wurde Mitte 2006 vom Finanzausschuss des Stadtrats als zu teuer abgelehnt ○ Am 30. Oktober 2007 wurde das Krankenhaus nach 625 Jahren aus Wirtschaftlichkeitsgründen geschlossen ○ Damit schloss das letzte verbliebene Krankenhaus im Kreis Fürth
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Träger ○ Politik (Stadt Langenzenn)
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sinkende Auslastung und damit verbundene wirtschaftliche Probleme; bauliche Probleme durch alte Bausubstanz
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen mit nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen ○ einstufig

⁹⁴ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2006 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2007

Zitate:

- „Ferner wurde bekannt, dass die Stadt 2007 das hochdefizitäre Kleinklinikum im Alten Spital schließen wolle. (...) Am 30. Oktober 2007 wurde nun aus Wirtschaftlichkeitsgründen nach 625 Jahren das beliebte und bewährte Krankenhaus für immer geschlossen.“
- „Unsere Spitalstiftung fällt in das Jahr 1382. In einer zweiten Urkunde von 1384 regelt der Nürnberger Burggraf Friedrich I. Aufgaben und Pflichten des Langenzener Spitals. Das ursprüngliche Spitalgebäude fällt dem großen Stadtbrand von 1533 zum Opfer und wird 1536 durch ein neues ersetzt. Dieser Südbau steht bis heute an der Friedrich-Ebert-Straße. Ein weiteres Spitalgebäude grenzte im Norden an die Stadtmauer und wurde 1670/71 wegen Baufälligkeit erneuert. 1714-1716 wurde dieses hintere Spitalhaus um 60 Schuh = ca. 17 m, entlang der heutigen Sanktus-Tor-Straße nach Süden erweitert. Dendrochronologische Untersuchungen datieren den mittleren Westtrakt entlang der Sanktus-Tor-Straße ins Jahr 1762. Der nördliche marmore Teil dieses Westflügels wurde wiederum 1890 mit dem dortigen Stadttor (Sanktus-Tor) abgerissen und neu aufgebaut. Von 1987 bis 1992 wurden verbliebene Baulücken geschlossen und der Gesamtbau als Krankenhaus modernisiert. Als dieses 2007 schließen musste, entschied man sich seitens der Stadt, hier die Stadtverwaltung, die Stadtwerke, ein Bürgerbüro und Veranstaltungsräume unterzubringen.“
- „Bis vor kurzem stand das historische Gebäude im Ortskern Langenzenns als Krankenhaus, Alten- und Pflegeheim der Bevölkerung zur Verfügung. Das Krankenhaus im Spitalgebäude schloss 2007 aufgrund der hohen finanziellen Verluste nach der Gesundheitsreform von 2003. Kurze Zeit später folgte nach der Öffnung des neuen Pflegeheimes in der Nürnberger Straße auch die Schließung des Pflegeheims der Hospitalstiftung 2009.“

Quellen:

1. Kurt Sellner: 625 Jahre Spital Langenzenn; in: Heimatgruß aus Langenzenn Nr. 71 vom Dezember 2007
2. <http://www.langenzenn.de/index.php?id=450> Seite
3. Stadt Langenzenn, Das neue Rathaus im Spital; Langenzenn o. J.
4. Strukturierter Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2004 nach § 137 SGB V für das Städtische Krankenhaus Langenzenn

Marktaustritt Krankenhaus Marktoberdorf (Marktoberdorf/Bayern)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Krankenhaus Marktoberdorf
Institutionskennzeichen:	260970969
Träger des Krankenhauses:	Kliniken Ostallgäu Kaufbeuren Anstalt des öffentlichen Rechts
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Kliniken Ostallgäu Kaufbeuren Anstalt des öffentlichen Rechts
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Chirurgie; Innere Medizin; Frauenheilkunde; Orthop.; Urol.; HNO
Bettenzahl:	117 (2010)
Mitarbeiterzahl	76 (2013/Vollkräfte)
Fallzahl vollstationär:	1. 3.678 (2011)
Abgerechnetes Casemixvolumen	134,602 (2012)
Erlösbudget (Euro)	405.468,69 (2012)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Bayern
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	18.100 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Ostallgäu
Einwohnerzahl Kreis	149.457 Einwohner (31.12.2012)
Einwohner/qkm im Kreis:	96 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	dünn besiedelter ländlicher Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	46,6 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2011)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁹⁵	37,9 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2011 bis Juni 2013
Zeitpunkt der Schließung	30.06.2013
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none"> ○ Zum 1. Januar 2007 wurden die Kliniken des Landkreises Ostallgäu, Marktoberdorf, Buchloe, Obergünzburg und Füssen mit dem Klinikum Kaufbeuren zum Kommunalunternehmen "Kliniken Ostallgäu-Kaufbeuren" fusioniert ○ Zum 1. Februar 2012 wurde in der Klinik das „Endoprothetikzentrum Obergünzburg“ eingerichtet ○ Angesichts hoher Defizite, eines Bettenüberhangs in der Region und einer niedrigen Bettenauslastung entschied der Klinikverbund im April 2013, die Klinik zu schließen
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Träger des Krankenhauses (Kliniken Ostallgäu Kaufbeuren Anstalt des öffentlichen Rechts) ○ Politik (Kreistagsfraktionen, Gemeinderat, Landrat) ○ örtliche bzw. regionale Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hohe Verluste des Trägers (rd. 13 Millionen Euro in 2012), schlechte Belegung (unter 60%) sowie Bettenüberhang in der Region
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen mit nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen ○ mehrstufig

⁹⁵ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2011 (letzter verfügbarer Wert) abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2012 (letzter verfügbarer Wert)

Zitate:

- „Die Krankenhäuser in Obergünzburg und Marktoberdorf werden geschlossen. Das hat der Verwaltungsrat der Kliniken Ostallgäu-Kaufbeuren beschlossen. Der Ostallgäuer Landrat Johann Fleischhut bei einer Pressekonferenz in Kaufbeuren am Donnerstagabend (18.4.): ‚Angesichts der anhaltend hohen Millionendefizite des Kommunalunternehmens ist diese Entscheidung dringend notwendig gewesen.‘ Man habe lange für den Erhalt aller fünf Kliniken im Ostallgäu gekämpft, so Fleischhut, Defizite in der Größenordnung von 13 Millionen Euro pro Jahr seien für das Unternehmen und die Kommunen aber nicht mehr verkraftbar. Bis 30. Juni sollen die beiden Krankenhäuser in Obergünzburg und Marktoberdorf deshalb nun geschlossen werden.“
- „In der Klinik Obergünzburg entsteht ein Endoprothetikzentrum. (...)Obwohl für die Umstrukturierung ein Zeitfenster von ein bis zwei Jahren vorgesehen war, konnten aufgrund der sich rasant verändernden personellen Entwicklung bereits zum 1. November in der Klinik Marktoberdorf und in der Klinik Obergünzburg keine internistischen Patienten mehr aufgenommen werden. Die Versorgung der Patienten im Ostallgäu war jedoch zu jedem Zeitpunkt in gewohnt hoher medizinischer Qualität sicher gestellt. Am 08.11.2011 wurde beim Landkreis Ostallgäu ein Bürgerbegehren „Erhalt der 4 Kreiskliniken – Austritt aus dem Kommunalunternehmen“ eingereicht.“
- „Schließlich müsse man laut Fleischhut die Entscheidung auch vor dem Hintergrund der Tatsache sehen, dass das Ostallgäu rund 370 Betten über dem Bedarf aufweise. Dies spiegele sich in der niedrigen Auslastung der Betten im Klinikverbund von unter 60 Prozent wieder, so Fleischhut.“

Quellen:

1. <http://www.br.de/nachrichten/schwaben/schliessung-krankenhaus-ostallgaeu-100.html>
2. Jahresbericht des Landratsamtes <http://p115651.typo3server.info/514.html>
3. <http://www.kreisbote.de/lokales/kaufbeuren/standorte-oberguenzburg-marktoberdorf-sind-betroffen-2861105.html?popup=print>

Marktaustritt Frauenklinik Bogenhausen (München/Bayern)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Frauenklinik Bogenhausen
Institutionskennzeichen:	260910557
Träger des Krankenhauses:	Frauenklinik Bogenhausen GmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	
Bettenzahl:	41 (2005)
Mitarbeiterzahl	50 (2005)
Fallzahl vollstationär:	2.054 (vereinbarte Fallzahlen / 2004)
Abgerechnetes Casemixvolumen	1.105,048 (vereinbarter Casemix / 2004)
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Bayern
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	1.388.000 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Kreisfreie Großstadt
Einwohnerzahl Kreis	1.259.677 Einwohner (31.12.2005)
Einwohner/qkm im Kreis:	4.054 Einwohner/qkm (München)
Kreistyp (nach BBSR)	Kreisfreie Großstadt
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	99,8 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2004)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁹⁶	98,7 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Von 2004 bis Januar 2005
Zeitpunkt der Teil-Schließung	14.01.2005 (Datum der Insolvenz-Anmeldung)
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Die Frauenklinik hatte schon seit 1992 stark zurückgehende Belegungszahlen (minus 40%); gleichzeitig stieg das Budget um rund 30% an○ Anfang 2005 musste der Betreiber wegen der desolaten finanziellen Situation Insolvenz anmelden, die 46 Jahre nach der Gründung zur Schließung der Frauenklinik führte○ Träger
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Belegungs- und wirtschaftliche Probleme, zuletzt Insolvenz
Zentrale Gründe für Teil-Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt nach Insolvenz
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ einstufig

⁹⁶ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2004 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2005

Zitate:

- „Pleite nach 46 Jahren: Die Frauenklinik Bogenhausen hat Insolvenz angemeldet. (...) Peter Boruths Vater Michael hatte die Frauenklinik 1959 gegründet. (...) Nun steht das Haus vor finanziellen Problemen. (...) Von 1992 bis heute sei das Budget der Klinik um 30 Prozent gestiegen, während die Gesamtzahl der behandelten Fälle um vierzig Prozent gesunken sei.“
- “ Die Frauenklinik Dr. Boruth existiert schon seit Jahren nicht mehr. und die nachfolgende "Frauenklinik Bogenhausen GmbH" unter neuer Leitung hat auch schon vor knapp vier Jahren Insolvenz angemeldet.”

Quellen:

1. <http://www.merkur-online.de/lokales/regionen/streit-krankenhauspleite-244879.html>
2. <http://www.klinikbewertungen.de/klinik-forum/erfahrung-mit-klinik-boruth-muenchen>

Marktaustritt Asklepios-Krankenhaus Nabburg (Nabburg/Bayern)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Asklepios Kardiologische Klinik Nabburg
Institutionskennzeichen:	260930458
Träger des Krankenhauses:	Asklepios Klinik Lindenlohe GmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Asklepios Kliniken GmbH
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin (Fachkrankenhaus)
Bettenzahl:	30 (2010)
Mitarbeiterzahl	62 (2012)
Fallzahl vollstationär:	1.673 (2010)
Abgerechnetes Casemixvolumen	950,666 (2009)
Erlösbudget (Euro)	3.100.624,32 (2009)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Bayern
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	6.000 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Schwandorf
Einwohnerzahl Kreis	142.947 Einwohner (31.12.2012)
Einwohner/qkm im Kreis:	97 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	dünn besiedelter ländlicher Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	42,6 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2011)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁹⁷	40,5 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2010 bis April 2013
Zeitpunkt der Schließung	01.04.2013
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none"> ○ 2010 Übernahme durch Asklepios-Konzern ○ Ab 2011 Standort der IK 260930447 (Asklepios Klinik Lindenlohe) ○ Der Versuch, den Standort mit einem Herzkatheterlabor zu sichern, schlug wegen zu geringer Fallzahlen fehl ○ Eine Umwidmung der internistischen in psychosomatische Betten wurde vom Krankenhausplanungsausschuss abgelehnt ○ Ende Januar 2013 Beschluss zur Schließung des Standortes ○ Nachnutzung durch ambulantes „Medizinisches Zentrum Nabburg“
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Träger des Krankenhauses (Asklepios Gruppe) ○ Politik (Landkreis) ○ örtliche bzw. regionale Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sehr geringe Auslastung, wachsendes Defizit, Spezialisierungsversuche schlugen fehl, ärztliche Besetzung für eine so kleine Einheit sehr problematisch
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen mit nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen ○ mehrstufig

⁹⁷ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2011 (letzter verfügbarer Wert) abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2012 (letzter verfügbarer Wert)

Zitate:

- „Nach langen Bemühungen, eine sinnvolle medizinische Nutzung für das Krankenhaus Nabburg 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 internistischen in psychosomatische Betten (Stichwort: Schmerzbehandlung) gab es wiederum kein Plazet vom Krankenhausplanungsausschuss. „Aus unserer Sicht war es damit nicht mehr möglich, in Nabburg dauerhaft eine Krankenhausversorgung aufrechtzuerhalten“, so Rapp. Zum 1. April soll der Krankenhausbetrieb eingestellt werden. Ausschlaggebend für diese Entscheidung war nach den Worten des Regionalvorstands zum einen die geringe Auslastung der Klinik. Im Schnitt waren lediglich zehn von 30 Betten belegt, in der Vorweihnachtszeit sogar nur drei bis vier. Als zweiten Grund nannte Rapp die Schwierigkeit, Ärzte für die Klinik in Nabburg zu gewinnen. „Es gab keine Perspektive, bei 30 Betten, einen Chefarzt zu gewinnen“, brachte es Rapp auf den Punkt. Zwar habe man versucht, über Honorarärzte gegenzusteuern, doch habe dies zu einer großen Fluktuation geführt.“
- “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. Am Montag wechselte auch die Geschäftsführung. (...) Burglengenfeld und Oberviechtach bleiben Häuser der Grund- und Regelversorgung. Nabburg wird zu einer Fachklinik für Innere Medizin ausgebaut.”
- „Am 2. April öffnet das Gesundheitszentrum Nabburg. Nur zwei Monate nachdem Asklepios das Aus für die Klinik verkündet hat, geht es in den Räumen mit einem neuen Konzept weiter. „Wir sind uns der Verantwortung bewusst und haben deshalb in den letzten Wochen mit Hochdruck daran gearbeitet“, erklärt Dr. Rapp.“

Quellen:

1. <http://www.mittelbayerische.de/region/schwandorf/artikel/krankenhaus-nabburg-schliesst-am-1-april/875918/krankenhaus-nabburg-schliesst-am-1-april.html>
2. https://www.oberpfalznetz.de/zeitung/2239945-128-asklepios_uebernimmt_das_ruder,1,0.html
3. Pressemeldung der Asklepios-Kliniken GmbH vom 22.03.2013 - http://www.asklepios.com/Pressemitteilung_220313.Asklepios

Marktaustritt Krankenhaus Neunburg vorm Wald (Neunburg vorm Wald/Bayern)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Krankenhaus Neunburg vorm Wald
Institutionskennzeichen:	260930469
Träger des Krankenhauses:	Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Schwandorf
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Chirurgie, Innere Medizin
Bettenzahl:	50 (2004)
Mitarbeiterzahl	70 (2004)
Fallzahl vollstationär:	597 (2004)
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Bayern
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	7979 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Schwandorf
Einwohnerzahl Kreis	144.904 Einwohner (2004)
Einwohner/qkm im Kreis:	98 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Dünn besiedelter ländlicher Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	62,2 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2003)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁹⁸	58,7 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	11/2003-04/2004
Zeitpunkt der Schließung	30.04.2004
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ 24. November 2003 Auf Vorschlag des Landrats beschließt der Kreisrat mit 32:29 Stimmen gegen alle friedlichen Bürgerproteste das Neunburger Krankenhaus aus der stationären Grundversorgung herauszunehmen.○ 05. Februar 2004 Beschluss des Neunburger Stadtrates das Krankenhaus zu übernehmen.○ 22. März 2004 Landrat Liedtke verhindert Übernahme des Krankenhauses durch Stadt und setzt Schließung durch.○ 29. März 2004 Krankenhausplanungsausschuss billigt Schließung.○ 30. April 2004 Das Neunburger Krankenhaus wird endgültig aus der stationären Grundversorgung herausgenommen.
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger
Zentrale Gründe für Marktaustritt	Wirtschaftliche Probleme
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen und nachfolgend wirtschaftlichen Problemen○ einstufig

⁹⁸ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2003 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2004

Zitate:

- „Nach fast 100 Jahren wechselvoller Geschichte wird das Kreiskrankenhaus Neunburg vorm Wald nun endgültig geschlossen. (...) Nach dem knappen Mehrheitswillen der Kreistagsräte endet für uns Bürger damit die stationäre medizinische Grundversorgung vor Ort. Da kein Ersatz in Form eines Notarztes installiert wurde, gibt es keine örtliche und zeitgerechte Akutversorgung mehr außerhalb der regulären Dienstzeiten. Immer wieder beeindruckend ist, für welchen Preis Neunburg für die anderen geopfert wurde. In den letzten drei Monaten haben wir einen Verlust von ca. 21.000 € erwirtschaftet. In den drei anderen Krankenhäusern entstanden im gleichen Zeitraum insgesamt über 780.000 € Verlust. Das sind rein rechnerisch 260.000 € pro Haus – also das 12fache – ob damit die GmbH aus der Verlustzone kommt ist sehr fraglich. Für die ca. 70 Angestellten unseres Krankenhauses, die in hervorragender Weise bis zuletzt ihren Dienst an uns Menschen leisteten, beginnt eine schwere Zeit – ihnen gilt unsere Solidarität. (...) Über 8000 Unterschriften und der Protest von Hunderten betroffener Bürger bei den letzten Kreistagssitzungen fanden kein Gehör.“
- „In.“
- „Schließlich.“

Quellen:

1. http://www.neunburgerinfo.de/oeffentliches_Leben/Aktionskreis%20Gesundheit/Mai%202004.htm

Marktaustritt Krankenhaus Obergünzburg (Obergünzburg/Bayern)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Krankenhaus Obergünzburg
Institutionskennzeichen:	260970969
Träger des Krankenhauses:	Kliniken Ostallgäu Kaufbeuren Anstalt des öffentlichen Rechts
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Kliniken Ostallgäu Kaufbeuren Anstalt des öffentlichen Rechts
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Allgemeine Chirurgie; Innere Medizin; Frauenheilkunde
Bettenzahl:	70 (2010)
Mitarbeiterzahl	76 (2013/Vollkräfte)
Fallzahl vollstationär:	1.255 (2012)
Abgerechnetes Casemixvolumen	1.449,71 (2012)
Erlösbudget (Euro)	4.418.882,71 (2012)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Bayern
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	6.200 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Ostallgäu
Einwohnerzahl Kreis	149457 Einwohner (31.12.2012)
Einwohner/qkm im Kreis:	96 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	dünn besiedelter ländlicher Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	46,6 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2011)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ⁹⁹	41,4 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2011 bis Juni 2013
Zeitpunkt der Schließung	30.06.2013
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none"> ○ Zum 1. Januar 2007 wurden die Kliniken des Landkreises Ostallgäu, Marktoberdorf, Buchloe, Obergünzburg und Füssen mit dem Klinikum Kaufbeuren zum Kommunalunternehmen "Kliniken Ostallgäu-Kaufbeuren" fusioniert ○ Zum 1. Februar 2012 wurde in der Klinik das „Endoprothetikzentrum Obergünzburg“ eingerichtet ○ Angesichts hoher Defizite, eines Bettenüberhangs in der Region und einer niedrigen Bettenauslastung entschied der Klinikverbund im April 2013, die Klinik zu schließen
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Träger des Krankenhauses (Kliniken Ostallgäu Kaufbeuren Anstalt des öffentlichen Rechts) ○ Politik (Kreistagsfraktionen, Gemeinderat, Landrat) ○ örtliche bzw. regionale Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hohe Verluste des Trägers (rd. 13 Millionen Euro in 2012), schlechte Belegung (unter 60%) sowie Bettenüberhang in der Region
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen mit nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen ○ mehrstufig

⁹⁹ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2011 (letzter verfügbarer Wert) abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2012 (letzter verfügbarer Wert)

Zitate:

- „Die Krankenhäuser in Obergünzburg und Marktoberdorf werden geschlossen. Das hat der Verwaltungsrat der Kliniken Ostallgäu-Kaufbeuren beschlossen. Der Ostallgäuer Landrat Johann Fleischhut bei einer Pressekonferenz in Kaufbeuren am Donnerstagabend (18.4.): ‚Angesichts der anhaltend hohen Millionendefizite des Kommunalunternehmens ist diese Entscheidung dringend notwendig gewesen.‘ Man habe lange für den Erhalt aller fünf Kliniken im Ostallgäu gekämpft, so Fleischhut, Defizite in der Größenordnung von 13 Millionen Euro pro Jahr seien für das Unternehmen und die Kommunen aber nicht mehr verkraftbar. Bis 30. Juni sollen die beiden Krankenhäuser in Obergünzburg und Marktoberdorf deshalb nun geschlossen werden.“
- „In der Klinik Obergünzburg entsteht ein Endoprothetikzentrum. (...)Obwohl für die Umstrukturierung ein Zeitfenster von ein bis zwei Jahren vorgesehen war, konnten aufgrund der sich rasant verändernden personellen Entwicklung bereits zum 1. November in der Klinik Marktoberdorf und in der Klinik Obergünzburg keine internistischen Patienten mehr aufgenommen werden. Die Versorgung der Patienten im Ostallgäu war jedoch zu jedem Zeitpunkt in gewohnt hoher medizinischer Qualität sicher gestellt. Am 08.11.2011 wurde beim Landkreis Ostallgäu ein Bürgerbegehren „Erhalt der 4 Kreiskliniken – Austritt aus dem Kommunalunternehmen“ eingereicht.“
- „Schließlich müsse man laut Fleischhut die Entscheidung auch vor dem Hintergrund der Tatsache sehen, dass das Ostallgäu rund 370 Betten über dem Bedarf aufweise. Dies spiegele sich in der niedrigen Auslastung der Betten im Klinikverbund von unter 60 Prozent wieder, so Fleischhut.“

Quellen:

1. <http://www.br.de/nachrichten/schwaben/schliessung-krankenhaus-ostallgaeu-100.html>
2. Jahresbericht des Landratsamtes <http://p115651.typo3server.info/514.html>
3. <http://www.kreisbote.de/lokales/kaufbeuren/standorte-oberguenzburg-marktoberdorf-sind-betroffen-2861105.html?popup=print>

Marktaustritt Frauenklinik Prien (Prien am Chiemsee/Bayern)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Frauenklinik Prien
Institutionskennzeichen:	260912172
Träger des Krankenhauses:	Frauenklinik Prien GmbH & Co. KG
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Frauenheilkunde, Geburtshilfe
Bettenzahl:	31 (2008)
Mitarbeiterzahl	35 (2009)
Fallzahl vollstationär:	701 (2008)
Abgerechnetes Casemixvolumen	318,952 (2008)
Erlösbudget (Euro)	1.272.704,87 (2008)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Bayern
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	10.075 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Rosenheim
Einwohnerzahl Kreis	248.819 Einwohner (31.12.2009)
Einwohner/qkm im Kreis:	173 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	94,5 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2008)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁰⁰	92,9 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Von Januar 2009 bis Juni 2009
Zeitpunkt der Schließung	30.06.2009
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Die Belegungszahlen der Belegklinik waren seit Jahren rückläufig○ Daraufhin wurde die Bettenzahl im Landeskrankenhausplan reduziert○ Danach entschied der Betreiber der 1962 gegründeten Frauenklinik Prien den Betrieb zum 30. Juni 2009 einzustellen○ Der Betrieb sei mit der reduzierten Bettenzahl nicht mehr wirtschaftlich, wurde als Begründung angeführt○ Auch laut Information des AOK-Bundesverbandes ist das Krankenhaus seit dem 01.07.2009 geschlossen
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger○ Landesplanungsbehörde
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Reduzierung der Bettenzahl gemäß Vorgabe des Landeskrankenhausplanes
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen mit nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen○ einstufig

¹⁰⁰ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2008 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2009

Zitate:

- „15.000 Babys haben in der Priener Frauenklinik ihren ersten Schrei getan. Jetzt wird es still in der Dr.-Siebert-Straße 5. Die traditionsreiche Fachklinik schließt heute. Der Betrieb ist nicht mehr wirtschaftlich, sagt ärztlicher Leiter und Geschäftsführer Dr. Matthias Lehnert. (...) Bereits Anfang des Jahres hatte Dr. Lehnert seine 35-köpfige Mannschaft auf das Ende der Klinik vorbereitet. Das "Streichkonzert" im Krankenhaus-Bedarfsplan hätte auch sein Haus getroffen, einige der 31 Betten hätten aufgegeben werden müssen. "Lieber aussteigen als ersticken", umschreibt der Frauenarzt im Gespräch mit der Chiemgau-Zeitung den schweren Entschluss.“ (...) Weil nicht nur die Geburtenzahlen rückläufig sind - im Spitzenjahr 1990 half die Frauenklinik 476 Babys auf die Welt -, sondern auch die Belegärzte immer weniger Patientinnen haben, weil die meisten Frauen aus finanziellen Erwägungen nur noch unvermeidliche Operationen durchführen lassen, wurde ein wirtschaftlicher Betrieb in den vergangenen Jahren immer schwieriger und jetzt unmöglich.

Quellen:

1. <http://www.chiemgau24.de/chiemgau/chiemsee/chiemsee/frauenklinik-prien-schliessung-stilles-ende-ch24-374664.html?popup=print>
2. AOK-Bundesverband; Basisfallwerte (Zahlbetrag) aller DRG-Krankenhäuser von 2003 bis 2013; Stand 17.05.2013

Marktaustritt Kreiskrankenhaus Schnaittach (Schnaittach/Bayern)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Kreiskrankenhaus Schnaittach
Institutionskennzeichen:	260950420
Träger des Krankenhauses:	Gem. Krankenhausgese. des Landkreises Nürnberger Land mbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin
Bettenzahl:	50 (2003)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	-
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Bayern
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	7928 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Nürnberger Land
Einwohnerzahl Kreis	164.564 Einwohner (2003)
Einwohner/qkm im Kreis:	212 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	71,9 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2002)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁰¹	68,9 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2003
Zeitpunkt der Schließung	November 2003
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Das vom Landkreis betriebene kleine Kreiskrankenhaus wurde im November 2003 wegen mangelnder Wirtschaftlichkeit geschlossen○ Träger
Wesentliche Akteure:	
Zentrale Gründe für Marktaustritt	Wirtschaftliche Probleme/Konzentration der Versorgung auf die anderen Standorte der Krankenhausgesellschaft
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen und nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen○ einstufig

¹⁰¹ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2002 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2003

Zitate:

- „Das vom Landkreis betriebene kleine Kreiskrankenhaus wurde im November 2003 wegen mangelnder Wirtschaftlichkeit geschlossen und steht seither leer.“

Quellen:

1. Ort schafft Mitte.de – Bürgerstiftung als Akteure in der Sanierung. Markt Schnaittach. Zwischenbericht 2011

Marktaustritt Fachklinik Römerhaus (Sulzberg/Bayern)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Fachklinik Römerhaus
Institutionskennzeichen:	260970878
Träger des Krankenhauses:	Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband GmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband GmbH
Trägertyp:	freigemeinnützig
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Entgiftung
Bettenzahl:	10 (2006)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	176 (2004)
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Bayern
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	4.729 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Oberallgäu
Einwohnerzahl Kreis	150.690 Einwohner (31.12.2007)
Einwohner/qkm im Kreis:	99 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Dünn besiedelter ländlicher Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	31,6 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2006)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁰²	30,9 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Von 2005 bis Januar 2007
Zeitpunkt der Schließung	01.01.2007
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Die Fachklinik Römerhaus war auf die Entgiftung von Alkohol-abhängigen spezialisiert○ Die Fachklinik hat das DRG-System aufgrund dieses Leistungs-spektrums nicht angewandt○ Sie wurde u.a. deshalb zum Jahreswechsel 2006/2007 in eine reine Rehabilitationsklinik zur Behandlung von Glücksspielsucht umgewandelt
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Nicht-Anwendbarkeit des DRG-Systems aufgrund des spezifi-schen Leistungsspektrums (Behandlung von Alkoholabhängig-keit)
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund der Einführung des DRG-Systems○ einstufig

¹⁰² Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2006 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefal-lenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2007

Zitate:

- Die Fachklinik hat das DRG-System nicht angewendet. Im Qualitätsbericht 2004 heißt es dazu auf Seite 7: „Aufgrund des Leistungsspektrums des Römerhauses werden keine DRG ausgewiesen und abgerechnet“

Quellen:

1. Römerhaus Fachklinik für suchtkranke Männer des Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverbandes GmbH, Strukturierter Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2004 gemäß § 137 SGB V

Marktaustritt Krankenhaus Waging am See (Waging am See/Bayern)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Krankenhaus Waging am See
Institutionskennzeichen:	260912467
Träger des Krankenhauses:	Zweckverband Waging am See
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin, Orthopädie
Bettenzahl:	63 (2004)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	-
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Bayern
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	6523 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Traunstein
Einwohnerzahl Kreis	170.449 Einwohner (2004)
Einwohner/qkm im Kreis:	111 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	58,8 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2003)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁰³	55,1 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2002-12/2004
Zeitpunkt der Schließung	31.12.2004
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ 2002 Erkenntnis "dass wir aussteigen müssen - und zwar relativ bald, um noch in den Genuss der Förderung für Bettenabbau zu kommen".○ Schließungsförderung in Höhe von 11.800 Euro pro Bett, insgesamt 743.000 Euro wurde gezahlt○ Zu Ende 2004 wurde das Krankenhaus endgültig geschlossen○ Träger
Wesentliche Akteure:	
Zentrale Gründe für Marktaustritt	Einführung DRG-System, fehlen von Personal (ärztlich), keine Zulassung von Chirurgie
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Einführung des DRG-Systems○ einstufig

¹⁰³ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2003 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2004

Zitate:

- „Nachdem der frühere Krankenhaus-Zweckverband aufgehört hat zu existieren, ist die Markt-gemeinde Waging am See auf einem Schuldenberg von knapp 325.000 Euro sitzen geblieben. Dieses "Erbe des Zweckverbandes", so Bürgermeister Häusl, wurde in den Folgejahren mit jähr-lichen Raten von der Gemeinde großenteils abgestottert. Ein Restbetrag von knapp 95.000 Euro wurde schließlich vom Krankenhaus selbst aus Überschüssen bezahlt, und auch die Zinsen wur-den aus dem Krankenhaus-Etat erwirtschaftet. (...) Dass dann trotz dieser Belastungen eine rela-tiv hohe Summe als Gewinn übrig blieb, liegt an der so genannten "Schlachtprämie", einer Ent-schädigung des Staates dafür, dass die Gemeinde Waging bereit war, frühzeitig Bettenkapazitä-ten abzubauen. Dafür waren an das Krankenhaus 743.000 Euro überwiesen worden. (...) Die Schließung des Krankenhauses sei unvermeidlich gewesen: Dies betonten Geschäftsführer Stuh-ler und Bürgermeister Häusl. Stuhler erläuterte, die bayerische Staatsregierung habe hinter den Kulissen von langer Hand den Bettenabbau betrieben. Die Zulassungsverfahren für Ärzte und die Genehmigung von Fachabteilungen seien erschwert worden. (...) Ein dritter Grund für das Ende des Waginger Krankenhauses sei das neue Entgeltsystem gewesen. ‚Vorher haben wir nach Tagessätzen abgerechnet und waren natürlich billiger als zum Beispiel Traunstein. Somit konnten einfachere Krankheiten in Waging günstiger behandelt werden als anderswo‘. Durch diesen klaren Preisvorteil sei Waging von den Kassen geduldet und auch unterstützt worden, so Stuhler. Mit den neuen Entgeltsystemen aber sei dies zunichte gemacht worden, da auf dieser Basis eine Behandlung für eine bestimmte Diagnose überall in etwa gleich viel koste. All das habe zu der Erkenntnis geführt, so Stuhler, ‚dass wir in Waging mit unseren Strukturen keine Chance haben. Es wären Defizite ohne Ende angefallen.‘ So sei etwa ab 2002 die Erkenntnis ge-reift, ‚dass wir aussteigen müssen - und zwar relativ bald, um noch in den Genuss der Förderung für Bettenabbau zu kommen‘. Das Land Bayern förderte jedes wegfallende Bett mit 11.800 Eu-ro, so dass Waging den Verlust des Krankenhauses mit immerhin noch 743.000 Euro der ‚Schlachtprämie‘, wie dies in Waging immer genannt wird, versüßte wurde.“

Quellen:

1. http://cho.chiemgau-e.com/lokalnachrichten/text_sr.php3?satz=17223

Marktaustritt Zusamklinik (Zusmarshausen/Bayern)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Zusamklinik
Institutionskennzeichen:	269721067
Träger des Krankenhauses:	LVA Schwaben
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	LVA Schwaben
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Lungen- und Bronchialheilkunde (Fachkrankenhaus)
Bettenzahl:	75 (2010)
Mitarbeiterzahl	51 (Vollkräfte / 2012)
Fallzahl vollstationär:	1.308 (2012)
Abgerechnetes Casemixvolumen	1.527,761 (2012)
Erlösbudget (Euro)	4.633.353,12 (2012)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Bayern
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	6.200 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Augsburg
Einwohnerzahl Kreis	239.004 Einwohner (31.12.2012)
Einwohner/qkm im Kreis:	224 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	16,3 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2011)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁰⁴	13,3 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Januar bis Dezember 2012
Zeitpunkt der Schließung	31.12.2012
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Die Zusamklinik der LVA Schwaben war eine 1969 eröffnete Rehabilitationsklinik mit zusätzlichem Akut-Angebot in der Lungen- und Bronchialheilkunde○ Anfang 2012 hatte das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit wegen der auf 61 % gesunkenen Auslastung eine Überprüfung der Anzahl der geförderten Betten angekündigt○ 2010 wurde die Intensivstation von 10 auf 4 Betten reduziert und Mitte 2012 dann ganz geschlossen○ Die Vertreterversammlung der LVA Schwaben hat am 27.09.2012 die Schließung der Klinik beschlossen
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger des Krankenhauses (LVA Schwaben)○ Politik (Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit)
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Stetig zurückgehende Belegung; wachsende Verluste; schließlich Schließung der Intensivstation
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen mit nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen○ einstufig

¹⁰⁴ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2011 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2012

Zitate:

- „Die Zusamklinik war 1969 durch die frühere Landesversicherungsanstalt Schwaben für die Behandlung von Tbc-Erkrankungen eröffnet worden. Die Einrichtung startete damals mit 151 geförderten Betten. In den folgenden Jahren wurde die Anzahl der geförderten Betten zunächst auf 113, dann 100, 90 und zuletzt 75 reduziert. Anfang 2012 hatte das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit wegen der auf 61 % gesunkenen Auslastung eine erneute Überprüfung der Anzahl der geförderten Betten angekündigt. 2010 wurde die Intensivstation von 10 auf 4 Betten reduziert und Mitte 2012 dann ganz geschlossen. Ohne die Möglichkeit einer Behandlung von mindestens 10 Patienten auf der Intensivstation stehe aber fest, so die LVA Schwaben, dass die Klinik bereits im Jahr 2012 1 Mio. € Verlust sowie auch in Zukunft erhebliche Verluste schreiben würde. Anders als kommunale Krankenhäuser hatte die Zusamklinik keinen Versorgungsauftrag. Sie war ein Relikt aus Zeiten, in denen die Rentenversicherung für die Behandlung von Tbc-Erkrankungen zuständig war. Mit dem fast vollständigen Verschwinden dieser Erkrankung war der DRV Schwaben aufgrund einer Sondervorschrift im Gesetz der Weiterbetrieb als Akutklinik zugestanden worden. Der wirtschaftliche Betrieb der Zusamklinik wurde jedoch, so betonte die LVA Schwaben, seit Einführung eines veränderten Abrechnungssystems (DRGs) im Jahr 2004 immer schwieriger.“

Quellen:

1. http://www.deutsche-rentenversicherung.de/sid_4595134F3A54D014D35EDF0C61423591.cae03/Schwaben/de/Inhalt/4_Presse/02_Medieninformationen/01_pressemitteilungen/Schwaben/2012/schliessung_zusamklinik.html

Marktaustritt Grunewald-Klinik (Berlin/Berlin)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Grunewald-Klinik (Berlin)
Institutionskennzeichen:	261100401
Träger des Krankenhauses:	Herr und Frau Böttger
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Chirurgie, Innere Medizin
Bettenzahl:	86 (2003)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	-
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Berlin
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	3.404.191 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	-
Einwohnerzahl Kreis	3.404.191 Einwohner (2003)
Einwohner/qkm im Kreis:	3817 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Kreisfreie Stadt
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	66,8 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2001)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁰⁵	66,2 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	-
Zeitpunkt der Schließung	31.01.2003
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Der Berliner Krankenhausplan 1999 sah die Streichung einer Vielzahl von Betten vor; unter anderem sollten laut Plan diverse Krankenhäuser geschlossen werden. Eines dieser Häuser war die Grunewaldklinik; die Eigentümer beschlossen, das Haus zu Ende Januar 2003 zu schließen.
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Land○ Träger
Zentrale Gründe für Marktaustritt	Krankenhausplanung
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Vorgaben der Landeskrankenhausplanung○ einstufig

¹⁰⁵ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2001 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2003

Zitate:

- „Gesundheitssenatorin Beate Hübner (CDU) hält trotz eines gegenteiligen Beschlusses ihrer Fraktion an der Schließung des katholischen St. Gertrauden Krankenhauses fest. Hübner will zudem das katholische Malteser Krankenhaus sowie das St. Antonius Krankenhaus, die private Klinik Hygiea, die West-Klinik Dahlem und die Grunewaldklinik und das Krankenhaus Moabit dichtmachen. (...) Für den Fall, dass es zu keinem Ergebnis kommt, haben die Kassen angedroht, die Versorgungsverträge mit neun Kliniken zu kündigen.“
- **Zur Person: Dr. med. Johannes Bruns (Auszüge)**
 - 1986 – 2002: Chefarzt und weiterbildungsbefugter Arzt der Grunewald - Klinik Berlin als Vertreter einer generalistischen Inneren Medizin mit umfangreicher Privatpraxis und Ärztlicher Direktor.
 - Jan. 2003: Schließung der Klinik aufgrund des Berliner Bettenbedarfsplanes und Eigentümerentscheidung.

Quellen:

1. <http://www.berliner-zeitung.de/archiv/klinik-schliessungen--spd-attackiert-beate-huebner--durcheinander-ist-nicht-mehr-zu-steigern-,10810590,9586066.html>

2. Lebenslauf Dr. Johannes Bruhns

Marktaustritt Chirurgische Klinik Dr. Tjaden Bremen (Bremen / Bremen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Chirurgische Klinik Dr. Tjaden Bremen
Institutionskennzeichen:	260400311
Träger des Krankenhauses:	Chirurgische Klinik Dr. Tjaden GmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Chirurgie (Fachkrankenhaus)
Bettenzahl:	26 (2003)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	-
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Bremen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	545.000 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	-
Einwohnerzahl Kreis	-
Einwohner/qkm im Kreis:	1.682 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Kreisfreie Stadt
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	84,8 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2003)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁰⁶	84,4 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2003
Zeitpunkt der Schließung	2003
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none"> ○ Einstellung des Krankenhausbetriebs im Jahr 2003 und Umstellung auf rein ambulantes Angebot
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Träger des Krankenhauses
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none"> ○ Einführung des DRG-Systems
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Marktaustritt aufgrund der Einführung des DRG-Systems ○ einstufig

¹⁰⁶ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2004 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2003

Zitate:

○ **„DIE KRANKENHÄUSER IM LAND BREMEN**

Die Zahl der Krankenhäuser in der Stadt Bremen ist in den letzten 20 Jahren zurückgegangen: Vom kommunalen Träger wurden die Krankenhausstandorte Hohehorst (Innere Medizin), Brauel (Infektionen/Kinder), Krankenhaus Findorff (Innere Medizin, Chirurgie), Lungenklinik Holdheim sowie Kloster Blankenburg (Langzeitpsychiatrie) geschlossen bzw. in andere Krankenhäuser integriert. Zudem wurden in dieser Zeit die beiden Häuser Wieland-Klinik (Gynäkologie und Geburtshilfe) und Herder-Klinik (Innere Medizin, Chirurgie, Frauenheilkunde, HNO sowie Augenheilkunde) geschlossen. In den Jahren 2002 und 2003 haben zudem die Privatkliniken Chirurgische Klinik Dr. Tjaden und die Orthopädische Klinik Alten Eichen den Krankenhausbetrieb eingestellt und bieten jetzt ausschließlich ambulante Leistungen an.“

Quelle:

1. <http://www.krankenhauswegweiser.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen02.c.738.de>

Marktaustritt Krankenhaus St. Elisabeth (Bad Hersfeld/Hessen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Krankenhaus St. Elisabeth
Institutionskennzeichen:	260620293
Träger des Krankenhauses:	St. Vinzenz Krankenhaus gGmbH Fulda
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	St. Vinzenz Krankenhaus gGmbH Fulda
Trägertyp:	freigemeinnützig
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Chirurgie, Gyn. und Geburtshilfe, Innere Medizin (Beleg-KH)
Bettenzahl:	43 (2010)
Mitarbeiterzahl	40 (2012)
Fallzahl vollstationär:	1.243 (2011)
Abgerechnetes Casemixvolumen	589,473 (2011)
Erlösbudget (Euro)	1.694.333,56 (2011)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Hessen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	29.000 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Hersfeld-Rotenburg
Einwohnerzahl Kreis	120.165 Einwohner (31.12.2012)
Einwohner/qkm im Kreis:	111 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Dünn besiedelter ländlicher Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	80,7 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2011)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁰⁷	78,4 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2011 bis 31.03.2012
Zeitpunkt der Schließung	31.03.2012
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none"> ○ Das 1946 eröffnete St. Elisabeth Krankenhaus wurde 2003 von der St. Vinzenz Krankenhaus gGmbH Fulda übernommen ○ Der Träger schloss mit dem hessischen Sozialministerium 2011 eine Vereinbarung zur Schließung und gleichzeitigen Umwandlung in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie ○ Die Klinik war bei der Schließung zum 31. März 2012 eine reine Belegklinik mit insgesamt 43 Betten ○ Anfang 2014 wurde in Abstimmung mit dem hessischen Sozialministerium mit dem Umbau zu einer Kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik begonnen
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Träger des Krankenhauses ○ Politik (Landesplanungsbehörde) ○ Belegärzte des Krankenhauses ○ weitere Krankenhäuser im Umkreis ○ örtliche Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vereinbarung zwischen Träger und Landesplanungsbehörde
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Marktaustritt aufgrund von Vorgaben des Landeskrankenhausesplanungsplanes ○ mehrstufig

¹⁰⁷ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2011 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2012

Zitate:

- „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 jugendpsychiatrische Versorgung des Landkreises, versicherte dazu eine Sprecherin des Wiesbadener Sozialministeriums auf Anfrage.“
- “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.”
- “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.”

Quellen:

1. <http://www.hersfelder-zeitung.de/nachrichten/lokales/bad-hersfeld/elisabeth-krankenhaus-schliesstmaerz-2012-1292081.html>
2. <http://www.hersfelder-zeitung.de/nachrichten/lokales/bad-hersfeld/kliniken-weisen-vorwuerfe-zurueck-1514104.html?popup=print>
3. <http://www.hna.de/lokales/rotenburg-bebra/juwel-wird-plattgemacht-1494404.html?popup=print>

Marktaustritt Neurologische Klinik (Bad Homburg/Hessen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Neurologische Klinik Bad Homburg
Institutionskennzeichen:	260610894
Träger des Krankenhauses:	Wittgensteiner Kliniken AG
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Neurologie (Fachkrankenhaus)
Bettenzahl:	112 (2003)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	-
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Hessen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	52.108 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Hochtaunuskreis
Einwohnerzahl Kreis	226.881 Einwohner (2003)
Einwohner/qkm im Kreis:	471 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	55,3 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2002)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁰⁸	50,3 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	09/2003-12/2003
Zeitpunkt der Schließung	31.12.2003
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Der ehemalige Träger „Verein Hirnverletztenheim e. V.“ war mit der Neurologischen Klinik in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten. Darauf folgte der Übergang an die Wittgensteiner Kliniken AG im April 2002 gegen Übernahme der Verbindlichkeiten. Der Träger beantragte im September 2003 aufgrund der anhaltenden wirtschaftlichen Probleme die Herausnahme aus dem Krankenhausplan.
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger○ Krankenhauskonferenz
Zentrale Gründe für Marktaustritt	Sinkende Belegungszahlen; drohende Budgetabsenkung
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen und nachfolgend wirtschaftlichen Problemen○ mehrstufig

¹⁰⁸ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2002 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2003

Zitate:

- „Neurologische Klinik ist verkauft Fresenius-Tochter führt Haus in Bad Homburg weiter - BAD HOMBURG. Die Neurologische Klinik an der Tannenwaldallee in Bad Homburg ist verkauft worden. Das Krankenhaus im Gustavsgarten wurde von der Wittgensteiner Kliniken AG erworben, die dafür nach eigenen Angaben keinen Kaufpreis gezahlt, sondern die Verbindlichkeiten der verschuldeten Eigentümer in Millionenhöhe übernommen hat. Der bisherige Träger, der Verein Hirnverletztenheim aus Frankfurt, war mit dem Haus in finanzielle Schwierigkeiten geraten. Die Wittgensteiner Klinikgruppe mit Sitz in Bad Berleburg will den Betrieb nach Angaben von Unternehmenssprecher Etzel Walle weiterhin als neurologisches ... “
- „Aus für Neurologische Klinik Wittgensteiner Kliniken AG wollen zum Jahresende aufgeben - BAD HOMBURG. Die Wittgensteiner Kliniken AG (WKA) haben bei der Krankenhauskonferenz Frankfurt/Offenbach beantragt, zum Ende des Jahres die Trägerschaft der Neurologischen Tannenwaldklinik in Bad Homburg aufzugeben. Das Unternehmen begründet die Entscheidung mit der drohenden Budgetabsenkung durch die Krankenkassen und einer zurückgegangenen Belegung des Hauses. Ein wirtschaftlicher Betrieb, so heißt es in der Mitteilung, sei vor diesem Hintergrund in Zukunft nicht mehr gegeben. Die neue Bedarfsplanung des Landes zeige im Rhein-Main-Gebiet einen Überhang auf dem Gebiet der Neurologie, weshalb eine Budgetabsenkung ...“

Quellen:

1. Rhein-Main-Zeitung vom 17.04.2002, S. 069 / Seitenüberschrift: Hochtaunus - Main-Taunus Ressort
2. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 17.09.2003, Nr. 216, S. 53 / <http://www.seiten.faz-archiv.de/RMO/20030917/fab200309172022803.html>

Marktaustritt Parkinsonklinik (Bad Nauheim/Hessen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Parkinsonklinik Bad Nauheim
Institutionskennzeichen:	260640721
Träger des Krankenhauses:	Parkinsonklinik im Zentrum für Bewegungsstörungen gGmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Neurologie (Fachkrankenhaus)
Bettenzahl:	30 (2008)
Mitarbeiterzahl	120 (2010)
Fallzahl vollstationär:	349 (2009)
Abgerechnetes Casemixvolumen	444,31 (2009)
Erlösbudget (Euro)	1.262.733,63 (2009)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Hessen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	31.000 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Wetteraukreis
Einwohnerzahl Kreis	298.015 Einwohner (31.12.1010)
Einwohner/qkm im Kreis:	271 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	44,0 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2009)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁰⁹	43,1 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Mai 2010 – Oktober 2010
Zeitpunkt der Schließung	15.10.2010
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none"> ○ Die Bettenbelegung der 1990 erbauten Parkinsonklinik ging in den zehn Jahren vor der Schließung immer stärker zurück ○ Am Ende hatte die Klinik 2,5 Millionen Euro Schulden und machte rund 100.000 Euro Verlust im Monat ○ Versuche, die Klinik zu verkaufen, blieben erfolglos ○ Am 26. Mai 2010 hatte die Geschäftsführung der Parkinsonklinik Insolvenzantrag gestellt ○ Zum 15.10.2010 wurde die Klinik dann auf Beschluss des Insolvenzverwalters geschlossen
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Träger des Krankenhauses ○ Insolvenzverwalter ○ Politik (Bürgermeister) ○ Mitarbeitervertretung/Betriebsrat etc. ○ örtliche Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sinkende Belegung und wirtschaftliche Probleme, in der Folge Insolvenz
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Marktaustritt nach Insolvenz ○ einstufig

¹⁰⁹ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2009 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2010

Zitate:

- „Über Interesse von Investoren würden sich die Verantwortlichen der Parkinson-Klinik, für die am 26. Mai ein Insolvenzantrag gestellt wurde, sicherlich freuen. Fragt man nach bei möglichen Interessenten, fällt allerdings unisono das Wort »marode«, und gemeint ist die wirtschaftliche Lage der Träger-GmbH des Spezialkrankenhauses. Bürgermeister Bernd Witzel, der Vorsitzender des GZW-Aufsichtsrats ist, winkt auf Anfrage unserer Redaktion ebenso ab wie Marcus Jürgens, Geschäftsführer der Kalovida Grundbesitz GmbH, der die Gebäude der Parkinson-Klinik in der Franz-Groedel-Straße gehören. Witzel und Jürgens halten die Unternehmensstruktur der »Parkinsonklinik im Zentrum für Bewegungsstörungen«, so der offizielle Name, für undurchschaubar und wollen sich auch aufgrund der Geschichte des Krankenhauses, die mit zahlreichen Klagen, Ermittlungsverfahren (siehe auch unten stehenden Bericht) wirtschaftlichen Flauten, Entlassungen von Spitzenpersonal und einem Gewaltverbrechen (vor zwei Jahren wurde Klinik-Geschäftsführerin Karin Prokein von ihrem ägyptischen Berater erschlagen) belastet ist, nicht auf ein Geschäft einlassen. Äußerst einsilbig geben sich Insolvenzverwalterin Petra Fuchs und die derzeitige Geschäftsführerin der Parkinson-Klinik, Marion Schiebel-Zuske.“
- “Lange rumorte es im Umfeld der Parkinsonklinik, nun ist das Aus besiegelt: Die Klinik wird zum 15. Oktober geschlossen. Die 120 Mitarbeiter haben ihre Kündigungen bereits erhalten. (...) Am 26. Mai dieses Jahres hatte die Geschäftsführung der Parkinsonklinik im Zentrum für Bewegungsstörungen GmbH, so der offizielle Firmename des Privatkrankenhauses, einen Insolvenzantrag gestellt. (...) 2,5 Millionen Euro Schulden, 100 000 Euro Verlust im Monat, kein Käufer: Diese Zahlen soll die Insolvenzverwalterin den Mitarbeitern am 20. November auf einer Betriebsratssitzung mitgeteilt haben. (...) In den letzten zehn Jahren ging es mit der Bettenbelegung bergab: Im Jahr 2001 waren 144 von 160 Betten belegt. Zum Zeitpunkt des Insolvenzantrags in diesem Jahr waren es nur noch 60.”

Quellen:

1. http://www.wetterauer-zeitung.de/Home/Kreis/Staedte-und-Gemeinden/Bad-Nauheim/Artikel,-Parkinson-Klinik-Zweifelhafter-Ruf-schreckt-Investoren-ab-_arid,195494_regid,3_puid,1_pageid,75.html
2. http://www.giessener-allgemeine.de/Home/Nachrichten/Uebersicht/Artikel,-Parkinsonklinik-Am-15-Oktober-ist-Schluss-_arid,209984_regid,1_puid,1_pageid,9.html

Marktaustritt St. Liborius-Krankenhaus (Bad Wildungen/Hessen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	St. Liborius-Krankenhaus
Institutionskennzeichen:	260620749
Träger des Krankenhauses:	St. Liborius-Krankenhaus GmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Urologisches Fachkrankenhaus
Bettenzahl:	30 (2005)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	-
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Hessen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	16.600 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Waldeck-Frankenberg
Einwohnerzahl Kreis	168.293 Einwohner (31.12.2005)
Einwohner/qkm im Kreis:	91 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Dünn besiedelter ländlicher Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	82,7 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2004)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹¹⁰	81,4 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Von 2003 bis Dezember 2005
Zeitpunkt der Teil-Schließung	31.12.2005
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Das Fachkrankenhaus für Urologie hat das DRG-System nicht angewandt○ 2005 wurde es aus dem Bettenbedarfsplan des Landes gestrichen
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger○ Landesplanungsbehörde
Zentrale Gründe für Teil-Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Streichung aus dem Bettenbedarfsplan des Landes Hessen
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Vorgaben des Landeskrankenhausplanes○ einstufig

¹¹⁰ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2004 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2005

Anmerkung:

Das Haus wurde nach Angaben des ehemaligen leitenden Arztes des Krankenhauses aus dem Bettenbedarfsplan des Landes Hessen gestrichen.

Da in keinem Verzeichnis ein Basisfallwert für dieses Krankenhaus zu finden ist, ist davon auszugehen, dass das Krankenhaus kein DRG-Haus geworden war. Das ist wahrscheinlich ein weiterer wichtiger Grund, weshalb es 2005 aus der Versorgung ausscheiden musste.

Zitate:

- „2000-2005 Leitender Arzt des St. Liborius-Krankenhauses in Bad Wildungen bis zur Schließung“

Quelle:

1. Gespräch mit ehemaligem leitenden Arzt des Krankenhauses, Dr. med. Jens Gerrit Hoffmann, Bad Wildungen
2. <http://www.urologie-bad-wildungen.de/html/hoffmann.html>

Marktaustritt Alleeklinik Bergstraße (Bensheim/Hessen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Alleeklinik Bergstraße
Institutionskennzeichen:	-
Träger des Krankenhauses:	Allee Klinik GmbH & Co. KG
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie (Fachkrankenhaus)
Bettenzahl:	22 (2003)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	-
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Hessen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	39.395 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Bergstraße
Einwohnerzahl Kreis	265.852 Einwohner (2003)
Einwohner/qkm im Kreis:	370 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	54,7 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2002)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹¹¹	53,8 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	11/2004-12/2004
Zeitpunkt der Schließung	01.12.2004
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Die Alleeklinik Bergstraße in Bensheim wurde 1998 als chirurgische Fachklinik gegründet. Sie wurde 2004 im Anschluss an eine Insolvenz wegen wirtschaftlicher Probleme geschlossen.○ Träger
Wesentliche Akteure:	
Zentrale Gründe für Marktaustritt	Wirtschaftliche Probleme
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Insolvenz○ einstufig

¹¹¹ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2002 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2004

Zitate:

- „Im November 2004 wurde die 1998 gegründete Allee-Klinik insolvent, wie der BA am 20.11.2004 berichtete. Als chirurgische Fachklinik mit 20 Betten begonnen, änderte sich das Profil in Richtung Plastischer Chirurgie, auch „Schönheitsoperationen“, bis schließlich und endlich zur Behandlung von Rückenleiden.“

Quellen:

1. 175 Schlagzeilen: Die Serie zum Jubiläum 175 Jahre BA

Marktaustritt Klinik Auerbach (Bensheim/Hessen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Klinik Auerbach
Institutionskennzeichen:	260610634
Träger des Krankenhauses:	Dr. med. G. Vetter KG
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Rheumaklinik (Fachkrankenhaus)
Bettenzahl:	89 (2004)
Mitarbeiterzahl	110 (2004)
Fallzahl vollstationär:	-
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Hessen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	39.400 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Kreis Bergstraße
Einwohnerzahl Kreis	266.312 Einwohner (31.12.2005)
Einwohner/qkm im Kreis:	370 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	52,2 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2005)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹¹²	48,9 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2004-01/2005
Zeitpunkt der Teil-Schließung	01.01.2005
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Die Auerbach Klinik war 1957 als Rheumaklinik gegründet worden○ Die Klinik hatte das DRG-System nicht angewendet○ Sie wurde zum Jahreswechsel 2004/2005 wegen wirtschaftlicher Probleme geschlossen○ Träger
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Wirtschaftliche Probleme
Zentrale Gründe für Teil-Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen mit nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ einstufig

¹¹² Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2004 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2005

Zitate:

- „Im selben Monat des selben Jahres kam auch die Nachricht vom Aus für die renommierte Auerbacher Rheumaklinik, die Dr. Vetter 1957 gegründet hatte, wie der BA am 11. 11. 2004 schrieb. „Die Krankenkassen (...) haben die Klinik im Sinne der Gesundheitsreform am ausgestreckten Arm verhungern lassen“, hieß es im BA. Nach dem Sanner-Werk war die Vetterklinik, mit rund 110 Beschäftigten, der zweitgrößte Arbeitgeber in Auerbach.“
- “ Die 1957 gegründete Vetter-Klinik hatte noch mehr als 100 Mitarbeiter, als sie 2004 ihre Pforten schloss. Seitdem wartet das 8000 Quadratmeter große Areal in einer ruhigen Auerbacher Wohnlage mit wohltuendem Abstand zwischen Bahnlinie und Darmstädter Straße auf eine neue Verwendung.”

Quellen:

1. 175 Schlagzeilen: Die Serie zum Jubiläum 175 Jahre BA
2. <http://www.morgenweb.de/region/bergstrasser-anzeiger/bensheim/vetter-klinik-machtplatz-fur-wohnhäuser-1.249561?print=true>

Marktaustritt Nachsorgeklinik Bergstraße (Bensheim/Hessen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Nachsorgeklinik Bergstraße
Institutionskennzeichen:	260640333
Träger des Krankenhauses:	HDV gGmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Hessischer Diakonieverein e.V.
Trägertyp:	freigemeinnützig
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin (Fachkrankenhaus)
Bettenzahl:	53 (2006)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	262 (2007)
Abgerechnetes Casemixvolumen	231,945 (2007)
Erlösbudget (Euro)	1.843.503,86 (2007)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Hessen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	39.395 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Kreis Bergstraße
Einwohnerzahl Kreis	264.380 Einwohner (31.12.2007)
Einwohner/qkm im Kreis:	367 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	48,9 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2005)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹¹³	47,2 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Von 2005 bis Juli 2007
Zeitpunkt der Schließung	31.07.2007
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Die 1969 gegründete Nachsorgeklinik war damals eines der ersten dieser Art in der Bundesrepublik○ Das DRG-System führte jedoch zum Entschluss des Trägers, das Haus nicht weiterzuführen○ Die Nachsorgeklinik Bergstraße schloss am 31. Juli 2007○ Der Basisfallwert 2007 in Höhe von 8.389,33 Euro deutet angesichts der deutlich niedrigeren Basisfallwerte der vorhergehenden Jahre darauf hin, dass es eine Vereinbarung mit den Kostenträgern für eine Mitfinanzierung des Marktaustritts durch die deutliche Erhöhung des Basisfallwertes gegeben hat (siehe gesonderte Tabelle auf der nächsten Seite)
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger○ Krankenkassen
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Aufgabe des Akutkrankenhausbetriebes (Nachsorge) wegen der Einführung des DRG-Systems
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund der Einführung des DRG-Systems○ einstufig

¹¹³ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2005 (Angaben zu Bettenzahlen Ende 2006 sind nicht verfügbar) abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2007

Anmerkung:

- Der abrechenbare Basisfallwert 2007 in Höhe von 8.389,33 Euro deutet angesichts der deutlich niedrigeren Basisfallwerte der vorhergehenden Jahre darauf hin, dass es eine Vereinbarung mit den Kostenträgern für eine Mitfinanzierung des Marktaustritts durch die deutliche Erhöhung des Basisfallwertes gegeben hat.

	Erlös- budget	Mittlerer abge- rechner Basisfall- wert	Abgerech- neter Casemix	Fall- zahlen	CMI	Mittlerer (tagesgewichteter) abrechenbarer Basisfallwert
2004						4.503
2005	1.686.206	3.239	520	508	1,02	3.151
2006	1.588.468	3.216	494	500	0,99	3.221
2007	1.843.504	7.955	232	262	0,89	8.389

- Quelle: GKV-SV: Kennwerte zum Leistungsgeschehen und den Vereinbarungen ausgewählter Krankenhäuser

Zitate:

- „Die Nachsorgeklinik Bergstraße schloss am 31. Juli 2007; das neue Abrechnungssystem im Krankenhausbereich bedeutete das Aus. Rund 50 Betten umfasste das 1969 gegründete Haus, einst eines der ersten dieser Art in der Bundesrepublik.“

Quellen:

1. BA v.16.7. 2007
2. Hessischer Krankenhausrahmenplan 2005 / 2009

Marktaustritt Asklepios Fachklinik Homberg/Ohm (Homberg (Ohm)/Hessen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Asklepios Fachklinik Homberg/Ohm
Institutionskennzeichen:	260590607
Träger des Krankenhauses:	Asklepios Kliniken GmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	Privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin
Bettenzahl:	50 (2003)
Mitarbeiterzahl	Ca. 50
Fallzahl vollstationär:	-
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Hessen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	7.579 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Vogelsbergkreis
Einwohnerzahl Kreis	116.718 Einwohner (2004)
Einwohner/qkm im Kreis:	80 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Dünn besiedelter ländlicher Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	74,6 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2002)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹¹⁴	70,9 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2004
Zeitpunkt der Schließung	2004
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none"> ○ Die ehemalige Asklepios Klinik Dr. Walb (Überregionales Krankenhaus für Ganzheitsmedizin) wurde von der Asklepios Kliniken ab 1989 unter der Bezeichnung Asklepios Fachklinik Homberg/Ohm für Innere Medizin, Psychosomatik und Psychotherapie weitergeführt und war 2002 noch per Versorgungsvertrag an der akutmedizinischen Versorgung der Region beteiligt ○ Es waren keine detaillierteren Informationen zum Marktaustritt zu ermitteln ○ Träger
Wesentliche Akteure:	
Zentrale Gründe für Marktaustritt	-
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sonstige Gründe ○ einstufig

¹¹⁴ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2004 (letzter verfügbarer Wert) abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2004 (letzter verfügbarer Wert)

Zitate:

- „Neben den drei in der Vorbemerkung der Fragestellerin erwähnten Plankrankenhäusern, denen in den aktuellen Bescheiden des Sozialministeriums 659 Betten und 15 teilstationäre Plätze zugewiesen sind, gibt es zwei weitere Krankenhäuser, die Versorgungsverträge mit den Krankenkassen abgeschlossen haben, nicht jedoch in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen sind. Dazu zählen zum einen die HELIOS Klinik Oberwald Grebenhain, die unter privater Trägerschaft der HELIOS Kliniken GmbH 168 chirurgische Betten (Gefäßchirurgie) vorhält, und zum anderen die Asklepios Fachklinik Homberg (ehemals: Asklepios Klinik Dr. Walb) in Homberg/Ohm, die unter privater Trägerschaft der Asklepios Kliniken GmbH einen Versorgungsvertrag über 50 Betten innere Medizin besitzt. (Stand: Dezember 2002).“
- “Die.”

Quellen:

1. Hessischer Landtag, Drucksache 16/478; Kleine Anfrage der Abg. Kordula Schulz-Asche (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) vom 05.09.2003 betreffend Krankenhausversorgung des Vogelsbergkreises und Antwort der Sozialministerin
2. Asklepios Intern Frühjahr 2002, S.44f.

Marktaustritt Desaga Klinik (Lindenfels / Hessen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Desaga Klinik (Lindenfels) Fachklinik für Stoffwechselerkrankungen
Institutionskennzeichen:	260640297
Träger des Krankenhauses:	Priv. Doz. Dr. med. J.F. Desaga
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin (Fachkrankenhaus)
Bettenzahl:	43 (2003)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	-
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Hessen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	5027 (2012)
Kreiszugehörigkeit:	Kreis Bergstraße
Einwohnerzahl Kreis	266.230 Einwohner (2003)
Einwohner/qkm im Kreis:	370 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	54,9 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2002)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹¹⁵	53 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2003
Zeitpunkt der Schließung	31.12.2003
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Versorgungsvertrag wurde durch Aufhebungsvertrag zwischen KH-Träger und Kostenträgern beendet
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Krankenhausträger○ Kostenträger
Zentrale Gründe für Marktaustritt	Aufhebung des Versorgungsvertrags
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Sonstige Gründe○ einstufig

¹¹⁵ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2002 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2003

Zitate:

- „Darüber hinaus war die Desaga-Klinik in Lindenfels bis 31. Dezember 2003 im Rahmen des Altvertrages nach § 371 RVO nach § 109 Abs. 3 SGB V als Fachklinik für Stoffwechselerkrankungen zugelassen. Der Versorgungsauftrag wurde durch einen zwischen dem Krankenhausträger und den Kostenträgern geschlossenen Aufhebungsvertrag beendet.“
- „Danach erfolgte eine Umwandlung in ein ambulantes Angebot“

Quellen:

1. Hessischer Landtag; Drucksache 16/2095 vom 10.05.2004
2. <http://www.desaga.de> : „Die ehemalige Desaga-Klinik ...“

Marktaustritt Rotes Kreuz Krankenhaus (Wiesbaden/Hessen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Rotes Kreuz Krankenhaus Wiesbaden
Institutionskennzeichen:	260610451
Träger des Krankenhauses:	Rotes Kreuz Krankenhaus Wiesbaden gGmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	freigemeinnützig
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Chir., Gyn./Geb., HNO, Urologie (Beleg-Krankenhaus)
Bettenzahl:	90 (2004)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	536 (2005)
Abgerechnetes Casemixvolumen	314,469 (2005)
Erlösbudget (Euro)	1.194.796,68 (2005)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Hessen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	273.000 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Kreisfreie Großstadt
Einwohnerzahl Kreis	274.611 Einwohner (31.12.2005)
Einwohner/qkm im Kreis:	1.347 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Kreisfreie Großstadt
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	70,8 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2004)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹¹⁶	67,4 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Von Herbst 2004 bis Juli 2005
Zeitpunkt der Teil-Schließung	01.07.2005
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none"> ○ Das 1892 eingeweihte Rot Kreuz Krankenhaus war eine reine Belegklinik mit 90 Betten ○ Ende 2004 beschloss die Krankenhauskonferenz Wiesbaden-Limburg, die Schließung des Krankenhauses zu empfehlen ○ Seit Februar 2005 gab es in der Klinik Kurzarbeit; die Auslastung war auf nur noch auf 20 % gesunken ○ Daraufhin beantragte die Geschäftsführerin des Krankenhauses die Herausnahme aus dem hessischen Krankenhausplan
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Träger/Geschäftsführerin ○ Krankenhauskonferenz Wiesbaden-Limburg, ○ Landesplanungsbehörde
Zentrale Gründe für Teil-Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none"> ○ Belegungsprobleme; Schließungs-Beschluss der Krankenhauskonferenz Wiesbaden und Antrag auf Herausnahme aus dem Krankenhausplan durch den Träger
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Marktaustritt aufgrund von Vorgaben des Landeskrankenhausplanes ○ einstufig

¹¹⁶ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2004 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2005

Zitate:

- „Ende 2004 beschloss die Krankenhauskonferenz Wiesbaden-Limburg, die Schließung des Rot-Kreuz-Krankenhauses der Schwesternschaft Oranien in der Schönen Aussicht zu empfehlen. (...) Seit Februar 2005 gibt es in der Klinik Kurzarbeit. Die Auslastung ist nach Angaben von Beschäftigten auf 20 % gesunken. Vielen Beschäftigte, die nicht zur Schwesternschaft gehören, wurde gekündigt.“
- “Die Geschäftsführerin des Rot-Kreuz-Krankenhauses Wiesbaden, Angelika Beltz, hat beim hessischen Sozialministerium die Schließung ihres Hauses beantragt.”
- „Heute zählt der Verein 104 Mitglieder und hat 87 Angestellte. Die Schwestern betreiben ein Altenpflegeheim in den modernisierten Bauten des Rot-Kreuz-Krankenhauses.“

Quellen:

1. http://www.wiesbadenertagblatt.de/region/objekt.php3?artikel_id=1869309; zitiert nach: http://www.ungesundleben.org/privatisierung/index.php/Rot-Kreuz-Krankenhaus_Wiesbaden
2. Klinik Markt inside 14/2005, S. 14f.
3. <http://www.fr-online.de/wiesbaden/rote-kreuz-schwesterenschaft-fuer-die-kranken,1472860,4591712,view,printVersion.html>

Marktaustritt Klinik am Warteberg (Witzenhausen/Hessen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Klinik am Warteberg
Institutionskennzeichen:	260621078
Träger des Krankenhauses:	Nestophiler Verein e.V.
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	Freigemeinnützig
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin (Fachkrankenhaus für Fasten)
Bettenzahl:	69 (2003)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	-
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Hessen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	16.111 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Werra-Meißner-Kreis
Einwohnerzahl Kreis	111.692 Einwohner (2003)
Einwohner/qkm im Kreis:	109 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Dünn besiedelter ländlicher Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	73,6 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2002)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹¹⁷	67,4 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	05/2003-11/2003
Zeitpunkt der Schließung	30.11.2003
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Bereits seit 2001 ging die Patienten Zuweisung durch Krankenkassen rapide zurück. Der Anteil der Privatpatienten reichte für einen wirtschaftlichen Betrieb nicht aus. Potentielle Kooperationspartner gab es, diese wurden jedoch durch die Haltung der Krankenkassen abgeschreckt. Daraufhin wurde am 01.05.2003 das Insolvenzverfahren eröffnet, zum 30.11.2003 wurde der Betrieb eingestellt. Das Insolvenzverfahren wurde im Jahr 2011 abgeschlossen. (Siehe Zitat)
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger
Zentrale Gründe für Marktaustritt	Insolvenz
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Insolvenz○ einstufig

¹¹⁷ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2002 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2003

Zitate:

- „Acht Jahre nach der Insolvenz der Klinik am Warteberg in Witzenhausen ist das Verfahren vom Amtsgericht Eschwege jetzt abgeschlossen worden. Die gute Nachricht für die früheren Beschäftigten: alle erhalten eine Abfindung, die sich nach der Zeit der Betriebszugehörigkeit richtet. Jörg Losemann, Vorsitzender des Nestophilen-Vereins Witzenhausen, geht im Schnitt von einer Summe von 5000 Euro aus. Losemann: „Die Mitarbeiter haben zwar ihren Job verloren, wir bleiben ihnen aber nichts schuldig.“ Das gelte auch für die Gehälter in der Zeit zwischen Insolvenzanmeldung und Betriebseinstellung zum 30. November 2003. Freuen kann sich das Diakonische Werk Kassel. Denn ihm fließt eine Summe von 70 000 Euro zu, die aus der Insolvenzmasse nach den Abfindungen noch übrig ist, gebunden an soziale Zwecke. Eine Entscheidung des Gerichts. Die Fastenklinik hatte keine Chance mehr, nachdem die Kassen Fastenkuren nicht mehr bezuschussten und keine Patienten mehr zugewiesen wurden. Auch ein modifizierter Versorgungsauftrag konnte das Ende der traditionsreichen Klinik nicht aufhalten. Alle Liegenschaften, die zur Klink gehörten, konnten an verschiedene neue Nutzer veräußert werden “

Quellen:

1. HNA vom 23.03.2011; <http://www.hna.de/lokales/witzenhausen/warteberg-klinik-ende-insolvenzverfahrens-abfindungmitabeiter-1172726.html>
2. Gespräch mit dem Vorsitzenden des Trägervereins

Marktaustritt Diabetes-Klinik (Bevensen/Niedersachsen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Diabetes-Klinik Bevensen
Institutionskennzeichen:	260330043
Träger des Krankenhauses:	Diabetes-Klinik Verwaltungsgesellschaft mbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin (Fachkrankenhaus)
Bettenzahl:	106 (2003)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	-
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Niedersachsen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	8.762 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Kreis Uelzen
Einwohnerzahl Kreis	97.410 Einwohner (Jahr)
Einwohner/qkm im Kreis:	67 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Dünn besiedelter ländlicher Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	74,7 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2003)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹¹⁸	63,9 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	-
Zeitpunkt der Schließung	11.08.2003
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Die Klinik wurde aufgrund eines Beschlusses im Landeskrankenhausplan zum 11.08.2003 geschlossen
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Land Niedersachsen○ Träger
Zentrale Gründe für Marktaustritt	Beschluss Landeskrankenhausplan
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Vorgaben der Landeskrankenhausplanung○ einstufig

¹¹⁸ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2003 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2003

Zitate:

- Laut KMi 03-2003, Seite 7, wurde die Klinik aufgrund eines Beschlusses im Landeskrankenhausplan zum 11.08.2013 geschlossen bzw. hat zu diesem Datum den Betrieb eingestellt
- „Nach mehr als vier Jahren des Leerstandes hatte die Kölner Unternehmensgruppe, die auf Projektentwicklung und -verwaltung spezialisiert ist, die einst angesehene Diabetes-Klinik gekauft. Nach zahlreichen erfolglosen Zwangsversteigerungsterminen erhielt sie im Sommer 2007 bei 700 000 Euro den Zuschlag.“

Quellen:

1. Klinik Markt inside 3/2003, S. 7
2. <http://www.az-online.de/lokales/landkreis-uelzen/bad-bevensen/wir-ignorieren-das-geht-1407153.html?popup=print>

Marktaustritt Klinik Dr. Bohnen GmbH (Helmstedt/Niedersachsen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Klinik Dr. Bohnen
Institutionskennzeichen:	260310540
Träger des Krankenhauses:	Dr. med. Bohnen GmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Landkreis Helmstedt
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Frauenheilkunde, Geburtshilfe, Chirurgie, Orthopädie (Beleg-KH)
Bettenzahl:	24 (2006)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	444 (2006)
Abgerechnetes Casemixvolumen	237,806 (2006)
Erlösbudget (Euro)	1.567.866,86 (2006)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Niedersachsen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	22.924 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Helmstedt
Einwohnerzahl Kreis	95.871 Einwohner (31.12.2007)
Einwohner/qkm im Kreis:	142 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	80,0 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2006)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹¹⁹	78,4 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Von 2006 bis Dezember 2007
Zeitpunkt der Schließung	31.12.2007
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Der Landkreis Helmstedt kaufte die Privatklinik Dr. Bohnen im Jahr 2005○ Das medizinische Angebot sollte dann schrittweise in das Kreis-krankenhaus Marienberg verlegt werden○ Danach schieden drei der sechs Belegärzte aus; die Auslastung und wirtschaftliche Situation verschlechterte sich drastisch○ Seit Juni 2007 drohte dann eine Insolvenz, die schließlich tatsächlich angemeldet wurde○ Nach Informationen des AOK-Bundesverbandes ist das Haus ab Ende 2007 geschlossen
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger○ Politik (Landkreis)
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Trägerwechsel, Ausscheiden eines Teils der Belegärzte, Fallzahlen-Rückgang und Insolvenz
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt nach Insolvenz○ mehrstufig

¹¹⁹ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2006 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2007

Zitate:

- „Die SPD-Kreistagsfraktion hat mit der Entscheidung, die Klinik Dr. Bohnen in Helmstedt zu kaufen, die Grundlage für die langfristige Sicherung des Kreiskrankenhauses, gerade auch der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, gelegt. Aufgrund sinkender Geburtenzahlen wären zwei Krankenhäuser mit eigenen Geburtshilfeabteilungen im Landkreis Helmstedt nicht mehr wirtschaftlich tragbar gewesen.“
- „Das Ausscheiden von 3 der 6 Belegärzte hatte eine Fallzahlverringering zur Folge. Das von den Kassen zur Verfügung gestellte Budget reichte zur Kostendeckung nicht aus. Dies stellte sich erst im Oktober 2007 im vollem Umfang dar“, betont Ebeling. Eine drohende Insolvenz sei erstmals nach der ersten Budgetverhandlungsrunde im Juni problematisiert worden. Sie sei weder vorhersehbar noch gar – wie behauptet – zum Jahresende 2007 angekündigt gewesen. Mit einer geplanten Insolvenz hätte man keine Budgetvereinbarung mit den Kassen im September für das Jahr 2008 abgeschlossen.“

Quellen:

1. SPD-Unterbezirk Helmstedt: Helmstedt! Ein starker Landkreis in einer starken Region!
http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.spd-helmstedt.de%2Fimperia%2Fmd%2Fcontent%2Fbezirkbraunschweig%2Fub-helmstedt%2Fprogramm_kreistag.doc&ei=_9znUrWDEeTByQPsyIDIAg&usg=AFQjCNEFwyb3KZ6Qsvm572oIN_1wBsQTKQ&bvm=bv.59930103,d.bGQ
2. : <http://www.helmstedter-nachrichten.de/lokales/Helmstedt/ebeling-talfahrt-der-bohnen-klinik-war-nicht-abzusehen-id422342.html>
3. AOK-Bundesverband; Basisfallwerte (Zahlbetrag) aller DRG-Krankenhäuser von 2003 bis 2013; Stand 17.05.2013
4. KMi Nr. 13/2005, S. 15

Marktaustritt Sophienstift (Jever/Niedersachsen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Sophienstift
Institutionskennzeichen:	260340498
Träger des Krankenhauses:	Nordwest-Krankenhaus Sanderbusch gGmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Geburtshilfe, HNO (Beleg-KH)
Bettenzahl:	16 (2004)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	1.038 (2004)
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Niedersachsen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	13.826 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Friesland
Einwohnerzahl Kreis	101.192 Einwohner (31.12.2006)
Einwohner/qkm im Kreis:	167 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	53,5 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2005)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹²⁰	52,1 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Von Mitte 2005 bis Juni 2006
Zeitpunkt der Schließung	30.06.2006
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none"> ○ Zum 1. Januar 1994 erfolgte die Zusammenlegung des Sophienstifts Jever mit dem Nordwest-Krankenhaus Sanderbusch, neuer Name beider Häuser "Friesland-Kliniken" ○ Im Jahr 2000 wurden im Standort Jever noch knapp 3.000 Patienten behandelt, in 2005 lag die Fallzahl deutlich unter 1.500 ○ Die Zahl der Geburten sank ebenfalls kontinuierlich: Nach mehr als 400 Entbindungen zu Bestzeiten wurden 2005 nicht einmal mehr 200 Entbindungen erreicht ○ Im November 2005 beschloss dann die Gesellschafterversammlung die stufenweise Schließung des Belegkrankenhauses bis spätestens Mitte 2006
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Träger ○ Politik (Kreis, Stadt Jever) ○ Örtliche Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none"> ○ Zurückgehende Belegung; wachsendes Defizit für den sehr kleinen Standort
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen mit nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen ○ mehrstufig

¹²⁰ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2005 abzüglich der durch den Marktaustritt weggeführten Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2006

Zitate:

- „Zum Nordwest-Krankenhaus Sanderbusch gGmbH gehören das Nordwest-Krankenhaus Sanderbusch in Sande und das Krankenhaus Sophienstift in Jever. Die Belegabteilungen sind im Krankenhaus Sophienstift angesiedelt.“
- „Die Gesellschafterversammlung der neuen Nordwest-Krankenhaus Sanderbusch gGmbH ist gestern dem Vorschlag von Geschäftsführer Frank Germeroth gefolgt und hat die Schließung des Krankenhauses einstimmig beschlossen. Gestern wurden die betroffenen Mitarbeiter informiert, heute ist eine Gesamtbetriebsversammlung in Sanderbusch geplant. Die Geburtshilfe soll bereits zum 15. Dezember eingestellt werden. Werdenden Müttern wird im Rahmen der Kooperation mit dem Wilhelmshavener Reinhard-Nieter-Krankenhaus eine dortige Entbindung empfohlen. Die übrigen medizinischen Leistungen des Sophienstifts in den Bereichen Chirurgie, Gastroenterologie und Hals-Nasen-Ohren-Behandlungen sollen künftig in einem neuen ambulanten Operationszentrum in Sanderbusch angeboten werden, das spätestens im Mai nächsten Jahres seine Arbeit aufnehmen soll. (...) Der finanzielle Negativ-Trend im Sophienstift konnte Germeroth zufolge trotz intensiver Sparbemühungen nicht gestoppt werden. Die Politik der Krankenkassen, immer weniger stationäre Behandlungen zu bezahlen, mache der kleinen Einrichtung schwer zu schaffen. Allein in diesem Jahre verbuche das Sophienstift eine Unterdeckung von 400.000 Euro.“

Quellen:

1. Qualitätsbericht 2004
2. http://www.nwzonline.de/friesland/wirtschaft/keine-hoffnung-mehr-fuers-sophienstift_a_6,1,3595517611.html

Marktaustritt Charlottenstift (Stadtoldendorf /Niedersachsen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Charlotten-Hospital Stadtoldendorf GmbH
Institutionskennzeichen:	260320882
Träger des Krankenhauses:	AWO Krankenhausbetriebsgesellschaft (KHBG)
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	AWO Krankenhausbetriebsgesellschaft (KHBG)
Trägertyp:	freigemeinnützig
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Allg. Chirurgie, Innere Medizin
Bettenzahl:	102 (2010)
Mitarbeiterzahl	160 (2012)
Fallzahl vollstationär:	2.650 (2011)
Abgerechnetes Casemixvolumen	2.343,789 (2011)
Erlösbudget (Euro)	6.945.539,06 (2011)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Niedersachsen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	5.600 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Holzminden
Einwohnerzahl Kreis	72.459 Einwohner (31.12.2012)
Einwohner/qkm im Kreis:	106 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Dünn besiedelter ländlicher Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	41,6 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2011)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹²¹	27,5 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2008 bis 31.10.2012
Zeitpunkt der Schließung	31.10.2012
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Dezember 2008: proDiako übernimmt vom Landkreis das Management des 1901 gegründeten Krankenhauses○ August 2010: Verkauf an die Gesellschaft für Hospital Management mbH (GeHoMa) Ratingen○ Dezember 2011: Weiterverkauf an die AWO Krankenhausbetriebsgesellschaft (KHBG) Magdeburg○ Juni 2012: Anmeldung einer Planinsolvenz○ Zum 31.10.2012 wurde das Krankenhaus vom Insolvenzverwalter geschlossen
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Div. aufeinander folgende Träger des Krankenhauses, zum Schluss die AWO KHBG○ Politik im Landkreis Holzminden○ örtliche Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Belegungs- und wirtschaftliche Probleme, dadurch mehrere Trägerwechsel, schließlich Insolvenz
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt nach Insolvenz○ mehrstufig

¹²¹ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2011 abzüglich der durch den Marktaustritt weggeführten Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2012

Zitate:

- „Mit der Unterzeichnung einer Kooperationsvereinbarung im Dezember 2008 hat die proDiako im September 2009 das Management des Charlottenstiftes übernommen. Der Kreistag hat sich unterdessen für einen Verkauf der Charlottenstift Stadtoldendorf GmbH inklusive der dazugehörigen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ausgesprochen. (...) Im August 2010 übernahm die Gesellschaft für Hospital Management mbH (GeHoMa) aus Ratingen das bis dahin kommunale Krankenhaus Charlottenstift und firmierte es unter Charlotten-Hospital. Im Dezember 2011 erfolgt der (Weiter-)verkauf der GeHoMa an die AWO Krankenhausbetriebsgesellschaft (KHBG) aus Magdeburg und (im Juni) 2012 musste das Charlotten-Hospital in die Insolvenz und stellte im Herbst 2012 den Betrieb ein.“
- “Die AWO Krankenhausbetriebsgesellschaft mbH (AWO KHBG) hat sich bei der Sanierung der beiden Krankenhäuser AWO Sertürner-Krankenhaus Einbeck und AWO Charlottenstift Stadtoldendorf für ein Planinsolvenzverfahren entschieden. Damit sollen die Altschulden, die beide Häuser belasten, neu geregelt werden.”
- “Das Einbecker Sertürner-Krankenhaus, das ebenfalls der Awo- Krankenhausbetriebsgesellschaft Magdeburg gehört, soll hingegen gestärkt werden. Die Entscheidung zur Zukunft der beiden Awo-Kliniken teilte am Freitag der Insolvenzverwalter für beide Häuser, Jens Rüdiger von der Wirtschaftskanzlei Bosse, Rüdiger, Förster & Partner (Hannover), mit. Die 160 Mitarbeiter der Klinik in Stadtoldendorf wurden am Freitagmittag in einer Betriebsversammlung über die Schließungspläne informiert.”

Quellen:

1. <http://de.wikipedia.org/wiki/ProDiako>
2. <http://www.awo-khbg.de/home/aktuelleskhbg/198-sanierung-der-awo-...er-in-einbeck-und-stadtoldendorf-durch-planinsolvenz-fortgefuehrt>
3. <http://www.hna.de/lokales/northeim/klinik-stadtoldendorf-bald-dicht-2444656.html?popup=print>

Marktaustritt Albert-Schweitzer-Krankenhaus (Uslar/Niedersachsen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Gesundheitszentrum Solling-Oberweser gGmbH GSO (Uslar)
Institutionskennzeichen:	260310722
Träger des Krankenhauses:	Klinik- und Rehazentrum Lippoldsberg gGmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Klinik- und Rehazentrum Lippoldsberg gGmbH
Trägertyp:	freigemeinnützig
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin, Allg. Chirurgie
Bettenzahl:	44 (2010)
Mitarbeiterzahl	75 (2012)
Fallzahl vollstationär:	1.723 (2010)
Abgerechnetes Casemixvolumen	1147,416 (2010)
Erlösbudget (Euro)	3.337.708,81 (2010)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Niedersachsen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	14.500 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Northeim
Einwohnerzahl Kreis	135.418 Einwohner (31.12.2012)
Einwohner/qkm im Kreis:	110 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Dünn besiedelter ländlicher Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	40,2 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2011)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹²²	37,6 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2009 bis 31.03.2012
Zeitpunkt der Schließung	01.04.2012
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Zum 1. Februar 2006 war die Trägerschaft des ehemaligen Albert-Schweitzer-Krankenhauses Uslar an die Klinik und Rehazentrum Lippoldberg gGmbH übergegangen○ Danach wurde das Krankenhaus in GSO Gesundheitszentrum Solling - Oberweser umbenannt○ Das Krankenhaus hatte bereits mehrere Jahre vor dem Marktaustritt wirtschaftliche Probleme (siehe Zitate)○ Am 16. März 2012 haben der Träger der Klinik und die Muttergesellschaft Insolvenz angemeldet○ Ende März 2012 wurde das Krankenhaus auf Beschluss des Insolvenzverwalters geschlossen
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger des Krankenhauses○ Land Niedersachsen○ Insolvenzverwalter○ örtliche Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Langjährig zu geringe Belegung und wirtschaftliche Probleme
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt nach Insolvenz○ mehrstufig

¹²² Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2011 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2012

Zitate:

- „Vor zwei Wochen wurde die Insolvenz der GSO mit den beiden Töchtern Klinik und Reha Zentrum Lippoldsberg und Krankenhaus Uslar bekanntgegeben. Zwei Insolvenzverwalter prüfen seitdem die Zukunft beider Häuser. Das Personal des Uslarer Krankenhauses hat inzwischen die Kündigung empfangen und seit 1. April 2012 ist hier der Krankenhausbetrieb eingestellt. (...) Eine in 2009, auf Andringen von Verdi, in Auftrag gegebene Machbarkeitsstudie für den Erhalt des Uslarer Krankenhauses, erwies sich leider als wenig hoffnungsgebend. Empfohlen wurde, das Krankenhaus Uslar lediglich als ambulante Praxisklinik zu erhalten. Vorgeschlagen wurde die Insolvenz.“
- “Das Haus war schon vor einem Jahr mit zu geringen Belegungszahlen finanziell in die Breddouille geraten. Der Umsatz lag laut HWW (*der Insolvenzverwalter; d. Verf.*) 2011 bei rund fünf Millionen Euro. Vor kurzem wollte das Haus offenbar noch vier Millionen Euro "Schließungsgeld" vom Land Niedersachsen haben. Aber Hannover blockte ab: "Das Land ist kein Ersatzbürge für fehlende Wirtschaftlichkeit", so Thomas Spieker, Sprecher der Niedersächsischen Gesundheitsministerin Aygül Özkan (CDU). Schließungsgeld erhalten nur Häuser, die aus dem Krankenhausplan des Landes gestrichen wurden und deshalb "unbilliger Härte" unterlägen.”
- “Dr. Arndt sagte, dass es möglicherweise ein Fehler war, das Krankenhaus Uslar zu kaufen (obwohl es bereits 2006 aus der Verlustzone heraus war) und es als Tochter dem Reha-Zentrum anzugliedern. Eine selbstständige Lösung wäre wohl besser gewesen. Ab 2008 hätten Ärztemangel auf dem Land, neues Vergütungssystem und Bankenkrise die Lage verschärft.”

Quellen:

1. http://www.dtoday.de/regionen/lokal-wirtschaft_artikel,-Zerrieben-zwischen-konkurrierenden-Interessen---KH-Uslar-geschlossen-_arid,145458.html
2. <http://www.aerztezeitung.de/extras/druckansicht/?sid=808593&pid=816578>
3. <http://www.hna.de/lokales/uslar-solling/hoffnung-ex-mitarbeiter-2282634.html?popup=print>

Marktaustritt Schloßberg-Klinik (Bad Laasphe/NRW)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Schloßberg-Klinik Neurologische Fachklinik Bad Laasphe
Institutionskennzeichen:	260592459
Träger des Krankenhauses:	Laasphe Kliniken GmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Neurologie (Fachkrankenhaus)
Bettenzahl:	70 (2008)
Mitarbeiterzahl	113 (2010)
Fallzahl vollstationär:	510 (2010)
Abgerechnetes Casemixvolumen	466,351 (2010)
Erlösbudget (Euro)	1.348.928,04 (2010)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Nordrhein-Westfalen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	14.000 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Kreis Siegen-Wittgenstein
Einwohnerzahl Kreis	282.681 Einwohner (31.12.2010)
Einwohner/qkm im Kreis:	250 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	78,6 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2009)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹²³	78,0 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Dezember 2009 – Dezember 2010
Zeitpunkt der Schließung	15.12.2010
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Im Dezember 2009 ging die HGC Kliniken GmbH als Träger der Fachklinik für Neurologie in die Insolvenz; in der Geschichte der Klinik waren bereits zwei Insolvenzen vorausgegangen○ Mitte 2010 erfolgte die Übernahme durch die Laasphe Kliniken GmbH○ Am 15.12.2010 meldete auch der neue Träger Insolvenz an○ Die Schloßberg-Klinik wurde zum 15.12.2010 auf Beschluss des Insolvenzverwalters endgültig geschlossen
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger des Krankenhauses (Laasphe Kliniken GmbH)○ Insolvenzverwalter○ Politik (Bürgermeister von Bad Laasphe)○ örtliche Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Langfristige Belegungs- und wirtschaftliche Probleme; insgesamt vier Insolvenzverfahren
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt nach Insolvenz○ mehrstufig

¹²³ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2009 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2010

Zitate:

- „Die HGC Kliniken GmbH betreiben zwei Krankenhäuser bzw. Rehabilitationskliniken, es werden 300 Mitarbeiter beschäftigt. Die HGC Kliniken gehören zu den größeren Rehabilitationseinrichtungen im Wittgensteiner Land. Die Insolvenzverwalterin führte die HGC Kliniken GmbH fort. BBL hat den Insolvenzplan angefertigt, mit der Insolvenzverwaltung und insbesondere den zahlreichen Gläubigern und dem zuständigen Gericht abgestimmt. Der Insolvenzplan sieht eine einmalige Insolvenzdividende, die in zwei Tranchen ausgezahlt wird, vor. Der Insolvenzplan umfasst weiter den vollständigen Erhalt der HGC Kliniken und aller ihrer Arbeitsplätze. Alle Verbindlichkeiten sind in dem 30-seitigen Plan endgültig geregelt und erfüllt. Die Gläubiger haben im Erörterungs- und Abstimmungstermin beim Amtsgericht Siegen am 07.05.2010 das von BBL entworfene Konzept gebilligt und den vorgelegten Insolvenzplan einstimmig zugestimmt. Das Amtsgericht hat den Plan in der gleichen Sitzung bestätigt.“
- „Das Unternehmen, das erst in diesem Jahr die insolventen HGC Kliniken ablöste, verbreitete eine Pressemitteilung, in der die Fortführung des Sanierungsplanes aus Sicht der Geschäftsführung nicht mehr möglich sei. Die Geschäftsführer Dr. Dietmar Herberhold und Rainer Räsch sehen demnach "keine Möglichkeit mehr, die Betriebe ohne eine Gesamtfinanzierung geordnet weiterzuführen". (...) Insolvenzverwalterin Dr. Sabine Feuerborn machte auf Anfrage deutlich, warum der Insolvenzplan letztlich gescheitert sei: "Das größte Problem lag darin, dass zum 15. Dezember insgesamt 800000 Euro an die Gläubiger zu zahlen waren. Das ist nicht geschehen, weil die Banken dafür keinen Kredit gewährt haben." Klar sei aus ihrer Sicht, so die Kölner Juristin, "dass es nach drei Insolvenzen und jetzt dem vierten Insolvenzverfahren sehr schwierig werden wird für die Kliniken". Alles Weitere werde sich aber erst in der nächsten Woche ergeben.“

Quellen:

1. <http://www.bbl-law.de/neues/2010-05-07/insolvenzplan-zur-beendigung-des-insolvenzverfahrens-ueber-das-vermoegen-der-hgc-kliniken-gmbh-angenommen>
2. <http://www.siegener-zeitung.de/a/417202>

Marktaustritt St. Marien-Hospital (Balve/NRW)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	St. Marien-Hospital
Institutionskennzeichen:	260590890
Träger des Krankenhauses:	Kath. Kliniken im Märkischen Kreis gem. GmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Kath. Kliniken im Märkischen Kreis gem. GmbH
Trägertyp:	freigemeinnützig
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Allg. Chirurgie; Anästhesie und Intensivmedizin; Innere Medizin
Bettenzahl:	90 (2010)
Mitarbeiterzahl	117 (2012)
Fallzahl vollstationär:	2.859 (2010)
Abgerechnetes Casemixvolumen	2.115,918 (2009)
Erlösbudget (Euro)	6.010.588,92 (2009)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	NRW
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	11.700 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Märkischer Kreis
Einwohnerzahl Kreis	419.976 Einwohner (31.12.2012)
Einwohner/qkm im Kreis:	407 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	71,6 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2011)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹²⁴	70,9 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Herbst 2010 bis Juni 2012
Zeitpunkt der Schließung	15.05.2012
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none"> ○ Im Herbst 2010 wurden erste Überlegungen des Trägers KKiMK bekannt, das Krankenhaus in Balve zu schließen ○ Daraufhin versuchten Kirchengemeinde St. Blasius sowie Stadt vergeblich, das Krankenhaus zurückzukaufen, um es zu erhalten ○ Versuch des Trägers, das Krankenhaus zu veräußern, schlug fehl ○ Im Februar 2012 beschloss die Gesellschafterversammlung der KKiMK, das Krankenhaus zu schließen ○ Die Schließung erfolgte zum 15. Mai 2012, weil große Teile des Personals wegen der bevorstehenden Schließung gekündigt hatte
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Träger des Krankenhauses ○ St. Blasius Kirchengemeinde Balve ○ Örtliche Politik ○ Bevölkerung ○ örtliche Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fallzahlrückgang sowie wachsende wirtschaftliche Schwierigkeiten des Balver Krankenhauses sowie des Trägers
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen mit nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen ○ mehrstufig

¹²⁴ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2011 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2012

Zitate:

- „Mit dem Beschluss der Gesellschafter geht ein jahrelanger Kampf um den Erhalt des Krankenhauses zu Ende. Immer wieder hatte es in den vergangenen Jahren Unterschriftensammlungen im Raum Balve und auch in Sundern gegeben. Eine große Demonstration nutzte ebenfalls nichts mehr. (...) Zwar war auch für das Jahr 2011 ein „strukturelles Minus“ in der Bilanz abzusehen, doch im 2. Halbjahr seien die Kosten dann explodiert. Rote Zahlen in Höhe von rund einer Million Euro schrieb das Krankenhaus. (...) Zugleich fehlte es jedoch an der zuletzt nötigen Patientenzahl für das 90-Betten-Haus. (...) Hinzu kam, dass die Verweildauer im Balver Krankenhaus zu lange war. Die Patienten, die eingeliefert wurden, waren entweder ‚zu leichte Fälle‘ oder ‚zu differenzierte Fälle‘.“
- “Um das St.-Marien-Hospital rentabel führen zu können, müsste die Patientenzahl um 60 Prozent gesteigert werden, und das ist nicht möglich.”

Quellen:

1. <http://www.derdom.de/Das-Ende-einer-beliebten-Klinik.3784.0.html>
2. <http://www.derwesten.de/widget/id6005744?ctxArt=6339232&view=print>
3. <http://www.come-on.de/lokales/balve/krankenhaus-knapp-drei-wochen-schluss-2291628.html?popup=print>

Marktaustritt St. Johannes-Hospital (Bonn/NRW)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	St. Johannes-Hospital
Institutionskennzeichen:	260530147
Träger des Krankenhauses:	Gemeinschaftskrankenhaus Bonn gGmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Gemeinschaftskrankenhaus Bonn gGmbH
Trägertyp:	freigemeinnützig
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Chirurgie, Gefäßchirurgie, Innere Medizin
Bettenzahl:	200 (2004)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	3.596 (2005)
Abgerechnetes Casemixvolumen	3.539,045 (2005)
Erlösbudget (Euro)	11.236.432,68 (2005)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	NRW
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	310.000 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Kreisfreie Großstadt
Einwohnerzahl Kreis	312.818 Einwohner (Stadt Bonn / 31.12.2005)
Einwohner/qkm im Kreis:	2.215 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Kreisfreie Großstadt
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	141,1 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2004)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹²⁵	134,4 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Oktober 2004 bis Dezember 2005
Zeitpunkt der Teil-Schließung	31.12.2005
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Das St. Johannes-Hospital hatte sich im April 2002 der „Gemeinschaftskrankenhaus Bonn gGmbH“ angeschlossen○ 2004 schlagen die Krankenkassen vor, das Haus zu schließen○ Im September 2005 erfolgt dann der Feststellungsbescheid zur Schließung
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger○ Krankenkassen○ Politik (Stadt/Landesplanungsbehörde)
Zentrale Gründe für Teil-Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Geringe Belegung; Bettenabbau durch Landesplanung
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Vorgaben des Landeskrankenhauses○ Schließung○ mehrstufig

¹²⁵ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2004 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2005

Anmerkung:

Laut Presseberichten vor der Schließung (siehe unten) sollten im Zuge der Schließung die Gefäßchirurgie und Teile der Inneren Abteilung in die Häuser St. Elisabeth und St. Petrus verlagert werden. Zusätzlich sollte am Gemeinschaftskrankenhaus eine neue Abteilung für Kardiologie entstehen. Die Mitarbeiter des Johannes-Hospitals sollten weiter beschäftigt werden. Allerdings ist über die Krankenhausverzeichnisse der entsprechenden Jahre (2005-2007) zu erkennen, dass die Zahl der Betten im Gemeinschaftskrankenhaus (St. Elisabeth und St. Petrus) nur um vier gestiegen ist, also 196 Betten abgebaut wurden.

Zitate:

- „Die Krankenhauslandschaft in der Region steht vor einem Umbruch - wenn es nach den Krankenkassen geht: Für die Neuauflage des Krankenhausplans in Nordrhein-Westfalen schlagen die Kassen die Schließung von drei Krankenhäusern in Bonn und dem Rhein-Sieg-Kreis vor. Auf der Streichliste stehen das Malteser-Krankenhaus Sankt Martin in Rheinbach, das Krankenhaus "Zur heiligen Familie" in Merten und das Sankt-Johannes-Hospital in Bonn. Das bestätigte am Dienstag Michael Lobscheid, der Sprecher der federführenden Innungskrankenkasse Nordrhein, auf Anfrage des General-Anzeigers. (...) Hinter der Forderung der Kassen stehe das Überangebot an Krankenhausbetten, das sich in Nordrhein-Westfalen auf zehn Prozent belaufe, erklärte Lobscheid. Bereits im Krankenhausplan 2001 sei deshalb vorgesehen gewesen, die Bettenzahl in NRW von 118 961 um 9 473 abzubauen. Allein im Regierungsbezirk Köln soll sie von 23 324 um 1 988 gesenkt werden. "Deshalb haben wir vorgeschlagen, dass die drei Krankenhäuser geschlossen werden sollen. Sie werden nicht mehr benötigt", so Lobscheid. Zu einer Einschränkung in der Versorgung werde es aber nicht kommen.“
- “ Das Johannes-Hospital, Bonns ältestes Krankenhaus, wird geschlossen. Das hat die Landesregierung in einem so genannten Feststellungsbescheid mitgeteilt. Das Papier wurde dem Krankenhausträger, der Gemeinschaftskrankenhaus St. Elisabeth, St. Petrus und St. Johannes gGmbH, gestern zugestellt. Das Krankenhaus mit den Abteilungen Chirurgie, Gefäßchirurgie und Inneres hat 200 Betten, bei einer Belegungszahl von 40 Prozent. Weil die Erlöse nicht mehr stimmten, drängten Krankenkassen und das Land auf die Schließung des Hauses. (...) Wenn das Johannes-Hospital geschlossen wird, werden die Gefäßchirurgie und Teile der Inneren Abteilung in die Häuser St. Elisabeth und St. Petrus verlagert.”
- „Auf Anweisung der Landesregierung wurde das St. Johannes Hospital, im Dezember 2005 im Rahmen des Bettenabbaus als stationärer Standort geschlossen.“

Quellen:

1. <http://www.general-anzeiger-bonn.de/lokales/region/Kliniken-wehren-sich-gegen-Schliessungsplaene-article14315.html>
2. <http://www.rundschau-online.de/lokales/das-st--johannes-hospital-wird-geschlossen,15185494,15825938.html>
3. http://www.gk-bonn.de/bb_bonn/JoHo/Hisorie.php

Marktaustritt St. Nikolaus-Hospital (Büren /NRW)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	St. Nikolaus-Hospital
Institutionskennzeichen:	260571648
Träger des Krankenhauses:	Marseille Kliniken AG
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Marseille Kliniken AG
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin
Bettenzahl:	60 (2008)
Mitarbeiterzahl	72 (2010)
Fallzahl vollstationär:	1.427 (2009)
Abgerechnetes Casemixvolumen	1.092,955 (2009)
Erlösbudget (Euro)	3.686.787,42 (2009)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Nordrhein-Westfalen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	21.500 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Kreis Paderborn
Einwohnerzahl Kreis	299.816 Einwohner (31.12.2010)
Einwohner/qkm im Kreis:	241 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	62,4 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2009)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹²⁶	60,2 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Anfang 2010 bis Oktober 2010
Zeitpunkt der Schließung	15.10.2010
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none"> ○ 2001 drohte erstmals die Schließung des Hospitals ○ 2003 übernahmen das Ev. Johannisstift Paderborn und Ev. Krankenhaus Lippstadt die Geschäftsführung des Hospitals ○ In der Folge wurden Geburtshilfe und Chirurgie geschlossen ○ 2006 übernahm die Marseille-Kliniken AG die Geschäftsführung ○ Die Stadt übernahm die Zinszahlung und eine 3,5%ige Tilgung der 2,3 Millionen Euro betragenden Schulden des ehemaligen Trägers, der St. Nikolaus-Gemeinde Büren ○ In der Folge sank die Belegung des Krankenhauses auf rund 50% mit in der Folge zunehmenden wirtschaftlichen Problemen ○ Im April 2010 meldete Marseille dann Insolvenz an ○ Zum 15.10.2010 wurde das Hospital auf Beschluss des Insolvenzverwalters endgültig geschlossen
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Träger des Krankenhauses (Marseille Kliniken AG) ○ Kirchengemeinde St. Nikolaus ○ Politik ○ örtliche Presse ○ Langfristige Belegungs- und wirtschaftliche Schwierigkeiten
Zentrale Gründe für Marktaustritt	

¹²⁶ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2009 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2010

Schließungstyp:

- Marktaustritt nach Insolvenz
- mehrstufig

Zitate:

- „Anfang 2001 tauchte das katholische Bürener St. Nikolaus Hospital erstmals auf einer Streichliste der Krankenkassen auf. Wenig später protestierten über 1.000 Bürger in der Schützenhalle gegen diese Pläne. Das Haus stellte daraufhin neue Chefärzte für Hüftoperationen und zur Stärkung der Unfall-Chirurgie ein, bekam diese jedoch nicht entsprechend vergütet. Ende 2002 wurde die erst wenige Jahre zuvor komplett erneuerte Geburtsstation geschlossen. Im Mai 2003 übernahmen das Evangelische Johannisstift Paderborn und Evangelische Krankenhaus Lippstadt die Geschäftsführung. Die neuen Träger verkauften 2004 die Chirurgie, kassierten für die 50 Betten eine Prämie – der Anfang vom Ende. Das Hospital wurde 2006 mit finanzieller Beteiligung der Kirche und der Stadt Büren an die Marseille Kliniken AG verkauft, die ihre Investitionspläne aber nicht verwirklichte.“
- „Die Marseille Kliniken AG hat für ihr St. Nikolaus Hospital in Büren Insolvenz angemeldet.“
- „Im Januar 2006 übernahm die Marseille-Kliniken AG die Geschäftsführung des St. Nikolaus-Hospital, nachdem die Verhandlungen der Kirchengemeinde St. Nikolaus als Träger mit den katholischen Interessenten (Barmherzige Brüder von Trier, Brüder-Krankenhaus Pb); Kongregation der Vincentinerinnen, Vincenz-Krankenhaus Pb; Josefs-Gesellschaft, Köln) sowie der Rettungsversuch (vergesellschaftet auch mit dem Verzicht auf die chirurgische Abteilung) durch die evangelischen Krankenhäuser Lippstadt und Johannisstift PB gescheitert waren. Die Stadt übernahm, quasi als „Prämie“ und „Schlussgratifikation“ (wie es der ehemalige Bürgermeister Runge formulierte), die Zinszahlung und eine 3,5%ige Tilgung eines 2,3 Millionen großen Schuldenbergs des ehemaligen Trägers, der St. Nikolaus-Gemeinde Büren. Die Zahlungen der Stadt an die St. Nikolaus-Gemeinde (nicht an die Marseille-Kliniken AG) summieren sich bis einschl. 2010 auf ca. 536.000 €.“

Quellen:

1. http://www.nw-news.de/owl/3847222_Buerener_Krankenhaus_entlaesst_letzte_Patientin.html
2. http://www.nw-news.de/owl/?em_cnt=3507029&em_loc=279
3. SPD-Fraktion im Rat der Stadt Büren: Stellungnahme zur Insolvenz des Krankenhauses in Büren; 09.05.2010; ; <http://www.spd-stadt-bueren.de/meldungen/10511/85097/Stellungnahme-zur-Insolvenz-des-Krankenhauses-in-Bueren.html>

Marktaustritt Asklepios Weserbergland-Klinik (Höxter/Nordrhein-Westfalen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Asklepios Weserbergland-Klinik
Institutionskennzeichen:	260570362
Träger des Krankenhauses:	Asklepios Weserbergland-Klinik GmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie (Fachkrankenhaus)
Bettenzahl:	496 (2004)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	-
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Nordrhein-Westfalen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	29.812 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Höxter
Einwohnerzahl Kreis	154.289 Einwohner (2004)
Einwohner/qkm im Kreis:	129 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	103,1 Betten/10.000 Einwohner (21.12.2003)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹²⁷	71,6 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2003 bis Dezember 2004
Zeitpunkt der Schließung	31.12.2004
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Die Klinik wurde in eine Rehabilitationsklinik umgewandelt○ Träger
Wesentliche Akteure:	
Zentrale Gründe für Marktaustritt	Einführung des DRG-Systems
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Einführung des DRG-Systems○ einstufig

¹²⁷ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2003 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2005

Anmerkung/Zitate:

- Das Krankenhaus wurde nach einer Übersicht aus Nordrhein-Westfalen (siehe Quelle) 2004 aus der Akutversorgung herausgenommen und in eine Rehabilitationsklinik umgewandelt.
- „Die Asklepios Weserbergland-Klinik ist eine Fachklinik für Neurologische, Orthopädische und Geriatrische Rehabilitation und Therapiezentrum für Neuromuskuläre Erkrankungen.“

Quellen:

1. Übersichtstabelle “KH-Entwicklung_Schließungen seit 2002 in NRW_Stand 22 11 2013.xlsx”
2. <http://www.asklepios.com/klinik/default.aspx?cid=739&pc=03>

Marktaustritt Klinik Wilkenberg (Meinerzhagen/Nordrhein-Westfalen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Klinik Wilkenberg
Institutionskennzeichen:	260591631
Träger des Krankenhauses:	Dr. med. Baican
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Psychosomatik (Fachkrankenhaus)
Bettenzahl:	54 (2003)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	-
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Nordrhein-Westfalen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	21.970 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Märkischer Kreis
Einwohnerzahl Kreis	455.199 Einwohner (2003)
Einwohner/qkm im Kreis:	429 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	67,4 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2002)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹²⁸	66,2 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2003
Zeitpunkt der Schließung	31.12.2003
Ablauf des Marktaustritts	o Zur Schließung waren keine weiteren Informationen zu ermitteln
Wesentliche Akteure:	o Träger
Zentrale Gründe für Marktaustritt	unbekannt
Schließungstyp:	o Sonstige Gründe o einstufig

¹²⁸ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2002 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2003

Anmerkung/Zitate:

- Das Krankenhaus wurde nach einer Übersicht aus Nordrhein-Westfalen (siehe Quelle) 2004 geschlossen
- „Die KLINIK WILKENBERG war ein Vertragskrankenhaus nach § 109 SGB V. und §39 SGB V., Akutkrankenhaus für Psychosomatische Medizin. Die Behandlungsdauer beträgt 4 bis 6 Wochen. Gleichzeitig können wir gemäß §111 SGB V. und §40 SGB V. auch eine medizinische Rehabilitation durchführen. Wir belegen 54 Betten und sind bei allen Krankenkassen zugelassen (Einschließlich der Privaten; ebenso beihilfefähig)“

Quellen:

1. Übersichtstabelle “KH-Entwicklung_Schließungen seit 2002 in NRW_Stand 22 11 2013.xlsx”
2. <http://institut-new-medicine.de/krankenhaus.htm>

Marktaustritt Veramed-Klinik (Meschede/NRW)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Veramed-Klinik für ganzheitliche Tumortherapie
Institutionskennzeichen:	260591948
Träger des Krankenhauses:	E+V-Fachkrankenhäuser GmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	E+V-Fachkrankenhäuser GmbH
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Onkologie (Fachkrankenhaus)
Bettenzahl:	80 (2008)
Mitarbeiterzahl	78 (2009)
Fallzahl vollstationär:	414 (2009)
Abgerechnetes Casemixvolumen	411,694 (2009)
Erlösbudget (Euro)	1.325.490,91 (2009)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Nordrhein-Westfalen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	30.400 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Hochsauerlandkreis
Einwohnerzahl Kreis	269.927 Einwohner (31.12.2009)
Einwohner/qkm im Kreis:	138 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	81,8 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2008)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹²⁹	79,4 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Von Mitte 2008 bis August 2009
Zeitpunkt der Schließung	31.08.2009
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Am 01.08.2008 wurde das Insolvenzverfahren über die Veramed-Klinik eröffnet○ Zum 31.08.2009 wurde das Krankenhaus endgültig geschlossen
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger○ Insolvenzverwalter
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Zurückgehende Belegung, nachfolgend wirtschaftliche Probleme, schließlich Insolvenz; da sich kein Käufer bzw. Investor fand, wurde die Klinik schließlich ein Jahr später geschlossen
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt nach Insolvenz○ einstufig

¹²⁹ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2008 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2009

Zitate:

- „Rund ein Jahr nach der Eröffnung des Insolvenzverfahrens schließt die Veramed-Klinik endgültig ihre Türen. Wenn der letzte Patient das Krankenhaus verlassen hat, sind 78 Mitarbeiter – vom Küchenpersonal über die kaufmännischen Angestellten bis zu Ärzten und Pflegern - arbeitslos. In einer Pressemitteilung informierte darüber der Insolvenzverwalter. Auch die Mitarbeiter wurden Mittwochmittag informiert. Ein Jahr habe man versucht einen Investor zu finden, sagte der Insolvenzverwalter Dr. Christoph Schulte-Kaubrügger. Zuletzt hatte sich auch die Veramed-Klinik Betriebsgesellschaft, die extra zum Zwecke der Übernahme gegründet worden war, zurückgezogen. Vielleicht sei der Bedarf einfach nicht da, mutmaßte Schulte-Kaubrügger. Da die Krankenkassen immer weniger Patienten eingewiesen hätten, sei das Haus nicht mehr rentabel zu führen gewesen. Er sagte, dass die Verhandlungen mit den Krankenkassen sehr schwierig gewesen seien. Offiziell habe das zwar keiner gesagt, aber die Kassen hätten durchblicken lassen, dass der Bedarf eigentlich gedeckt sei. Trotzdem hätten alle bis zuletzt gehofft, dass sich doch noch eine Lösung findet.“
- „Nach einem einjährigen Insolvenzverfahren wurde die Veramed-Klinik am 31. August 2009 geschlossen. Seitdem stand das alte Anwesen „Am Tannenberg“ leer.“
- „Sachstandsbericht über die Aufbewahrung und den Verbleib der Patienten-Akten in dem Gebäude der ehemaligen Veramed-Klinik in Meschede-Beringhausen (...) Die E & V Fachkrankenhäuser GmbH ist Träger der Veramed-Klinik, Beringhausen 1, 59872 Meschede. Am 01.08.2008 wurde das Insolvenzverfahren eröffnet, der operative Geschäftsbetrieb ging zunächst weiter und wurde am 01.09.2009 nach Verlegung sämtlicher Patienten in andere Einrichtungen endgültig eingestellt. Die von mir erteilte Konzessionsurkunde nach § 30 Gewerbeordnung zum Betrieb einer Privatkrankenanstalt wurde anschließend an mich zurückgegeben. Das Insolvenzverfahren läuft derzeit immer noch. Mit Schließung der Klinik und Rückgabe der Konzessionsurkunde an mich endete jede konzessions- und krankenhausrrechtliche aufsichtsbehördliche Zuständigkeit des Gesundheitsamtes.“

Quellen:

1. <http://www.derwesten.de/wp/staedte/nachrichten-aus-meschede-eslohe-bestwig-und-schmallenberg/veramedklinik-schliesst-hinter-dem-letzten-patienten-ihre-tueren-id115898.html>
2. <http://www.derwesten.de/staedte/nachrichten-aus-meschede-eslohe-bestwig-und-schmallenberg/investorenwollen-klinik-wiederbeleben-id3602293.html>
3. <http://www.schiebener.net/wordpress/?p=11053>

Marktaustritt St. Josef-Krankenhaus (Monheim/NRW)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	St. Josef-Krankenhaus (Monheim)
Institutionskennzeichen:	260511155
Träger des Krankenhauses:	St. Josef Krankenhaus Monheim GmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Kplus-Verbund
Trägertyp:	freigemeinnützig
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Chirurgie, Innere Medizin / Röntgen
Bettenzahl:	107 (2010)
Mitarbeiterzahl	127 (2013)
Fallzahl vollstationär:	2.908 (2012)
Abgerechnetes Casemixvolumen	2.617,882 (2012)
Erlösbudget (Euro)	7.777.225,45 (2012)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Nordrhein-Westfalen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	43.000 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Kreis Mettmann
Einwohnerzahl Kreis	477.400 Einwohner (2012)
Einwohner/qkm im Kreis:	1.216 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	51,5 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2011)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹³⁰	51,1 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Februar bis August 2013
Zeitpunkt der Schließung	02.08.2013
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Ab Februar 2013 vergeblicher Versuch, das Krankenhaus per Bieterverfahren zu verkaufen○ Daraufhin Schließungsentscheidung zum 31. August 2013; die tatsächliche Schließung erfolgte zum 2. August 2013○ Gebäude und Grundstück sind an die kath. Kirchengemeinde St. Gereon zurückgefallen○ Den 127 Mitarbeitern wurde gekündigt und ein Sozialplan aufgestellt
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger des Krankenhauses○ Bürgermeister und Rat der Stadt Monheim○ örtliche Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	Belegungsprobleme, strukturelles Defizit bereits bei der Übernahme im Jahr 2000 sowie sechsstelliges monatliches Defizit vor der Schließung
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen mit nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen○ mehrstufig

¹³⁰ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2011 (letzter verfügbarer Wert) abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2012 (letzter verfügbarer Wert)

Zitate:

- „Der Kplus Verbund schließt bereits zum 31. August die St. Josef-Klinik. Im März hatte der katholische Träger ein Angebotsbieterverfahren in Gang gesetzt, um einen anderen Träger für das chronisch defizitäre Haus zu finden. Von den 18 direkt angesprochenen Trägergesellschaften waren fünf in eine eingehendere Wirtschaftlichkeitsrechnung eingestiegen (...). Letztlich konnte keiner der Interessenten ein Konzept entwerfen, mit dem das Krankenhaus wirtschaftlich geführt werden könnte. Tatsächlich muss das sechsstellige Defizit, das die Klinik monatlich erwirtschaftet, von den anderen Häusern des Verbundes aufgefangen werden. Daher sahen Gesellschafter, Aufsichtsrat und Geschäftsführung keinen anderen Weg, als den Betrieb einzustellen. (...) Nicht nur die Größe des Krankenhauses ist problematisch, weil die Mindestbesetzung schwer zu finanzieren ist. Auch die Fallpauschalen und die Basisfallwerte setzen vor allem solch kleineren Häusern zu. Nicht zuletzt wurde mit der aufgeschobenen Krankenhausbedarfsplanung die letzte Hoffnung auf eine Neuausrichtung des Hauses durch eine Geriatrie begraben. (...) Aber nach der Übernahme 2000 habe man immer wieder sehr große Beträge in die Klinik gesteckt, acht Millionen Euro in den vergangenen vier Jahren.“
- “Die Geschäftsführung des Kplus-Verbundes ist gezwungen, den stationären Betrieb des St. Josef Krankenhauses Monheim vorzeitig einzustellen. Ursprünglich war dies für den 31. August vorgesehen, allerdings unter der Maßgabe, dass eine zuverlässige Rund-um-die-Uhr-Versorgung gewährleistet werden kann.”

Quellen:

1. <http://www.rp-online.de/nrw/staedte/langenfeld/traeger-kplus-schliesst-stjosef-krankenhaus-aid-1.3429943>
2. Pressemeldung des Kplus-Verbundes vom August 2013; http://www.k-plus.de/home/kplus_gruppe/aktuelles/archiv/details/artikel/st-josef-krankenhaus-beendet-ab-sofort-den-krankenhausbetrieb.html?L=0&cHash=cc7dc3eda64baca288e7f3febed47b28

Marktaustritt Malteser Krankenhaus St. Martin (Rheinbach/NRW)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Malteser Krankenhaus St. Martin
Institutionskennzeichen:	260531809
Träger des Krankenhauses:	Malteser Trägergesellschaft gGmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Malteser Trägergesellschaft gGmbH
Trägertyp:	freigemeinnützig
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Allg. Chirurgie, Innere Medizin, HNO, Intensivmedizin
Bettenzahl:	50 (2005)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	355 (2006)
Abgerechnetes Casemixvolumen	243,349 (2006)
Erlösbudget (Euro)	1.274.634,83 (2006)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Nordrhein-Westfalen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	26.639 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Rhein-Sieg-Kreis
Einwohnerzahl Kreis	598.805 Einwohner (31.12.2006)
Einwohner/qkm im Kreis:	519 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	27,9 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2005)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹³¹	27,0 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Von 2002 bis April 2006
Zeitpunkt der Schließung	31.04.2006
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ 1995 übernimmt der Malteser-Orden das Krankenhaus○ 2004 schlagen die Krankenkassen vor, das Haus zu schließen○ Anfang 2005 wurde die Bettenzahl von 113 auf 50 reduziert; die Abteilungen Chirurgie und HNO werden geschlossen○ Mitte 2005 beauftragt die Stadt Rheinbach Gebera mit einem Gutachten, das die die Beibehaltung der stationären Versorgung vorschlägt○ Nach Ablehnung dieses Planes durch die Kassen erfolgt im Januar 2006 der Feststellungsbescheid zur Schließung
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger○ Krankenkassen○ Politik (Stadt Rheinbach/Landesplanungsbehörde)○ Örtliche Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Zurückgehende Belegung; Aktivitäten der Krankenkassen zur Schließung des Hauses; schließlich dreiseitige Vereinbarung zwischen Träger, Land und Kassen
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Vorgaben des Landeskrankenhausplanes○ mehrstufig

¹³¹ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2005 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2006

Zitate:

- „Gemeinsam mit dem Malteser Krankenhaus St. Martin (Rheinbach), dem Malteser Seniorenheim Marienheim (Rheinbach) und den Malteser Ambulanten Diensten Bonn/Rhein-Sieg bilden wir ein regionales Verbundsystem mit therapeutisch aufeinander abgestimmten Angeboten.“
- „Die Krankenhauslandschaft in der Region steht vor einem Umbruch - wenn es nach den Krankenkassen geht: Für die Neuauflage des Krankenhausplans in Nordrhein-Westfalen schlagen die Kassen die Schließung von drei Krankenhäusern in Bonn und dem Rhein-Sieg-Kreis vor. Auf der Streichliste stehen das Malteser-Krankenhaus Sankt Martin in Rheinbach, das Krankenhaus "Zur heiligen Familie" in Merten und das Sankt-Johannes-Hospital in Bonn. Das bestätigte am Dienstag Michael Lobscheid, der Sprecher der federführenden Innungskrankenkasse Nordrhein, auf Anfrage des General-Anzeigers. (...) Hinter der Forderung der Kassen stehe das Überangebot an Krankenhausbetten, das sich in Nordrhein-Westfalen auf zehn Prozent belaufe, erklärte Lobscheid. Bereits im Krankenhausplan 2001 sei deshalb vorgesehen gewesen, die Bettenzahl in NRW von 118 961 um 9 473 abzubauen. Allein im Regierungsbezirk Köln soll sie von 23 324 um 1 988 gesenkt werden. "Deshalb haben wir vorgeschlagen, dass die drei Krankenhäuser geschlossen werden sollen. Sie werden nicht mehr benötigt", so Lobscheid. Zu einer Einschränkung in der Versorgung werde es aber nicht kommen.“
- „Das von der Schließung bedrohte Krankenhaus Rheinbach hat vier Monate Zeit gewonnen: Bis zum 1. April 2006 müssen die Stadt Rheinbach, der Rhein-Sieg-Kreis und die Bürgerinitiative „Pro Krankenhaus Reinbach“ ein Modell entwickeln, das die Überlebensfähigkeit des Hospitals sichert. Diese Zusage hat Landesminister Karl-Josef Laumann (CDU) den Kämpfern für den Erhalt des Krankenhauses, dessen Aus für Ende des Jahres besiegelt schien, gegeben.“
- „Februar 2006: Der Feststellungsbescheid für das Malteser-Krankenhaus liegt vor: Die Klinik wird vom Krankenhausbedarfsplan gestrichen, die Stationen sollen bis Ende April geschlossen werden. Die Klinik soll aber als Betriebsteil des Hardtberger Malteser-Krankenhauses ohne Betten erhalten bleiben – jetzt soll das "Drei-Säulen-Modell" umgesetzt werden.“

Quellen:

1. Qualitätsreport 2004 Malteser Krankenhaus Bonn-Hardtberg
2. <http://www.general-anzeiger-bonn.de/lokales/region/Kliniken-wehren-sich-gegen-Schliessungsplaene-article14315.html>
3. <http://www.rundschau-online.de/lokales/vier-monate-aufschub-fuer-daskrankenhaus,15185494,15808064.html>
4. <http://www.general-anzeiger-bonn.de/lokales/region/Geschichte-des-Rheinbacher-Krankenhaus-article91012.html>

Marktaustritt St. Georg Krankenhaus (Schmallenberg /NRW)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	St. Georg Krankenhaus
Institutionskennzeichen:	260590787
Träger des Krankenhauses:	KH Kurklinik Hochsauerland GmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Johannesbad-Unternehmensgruppe
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Allg. Chirurgie; Innere Medizin; Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Bettenzahl:	92 (2010)
Mitarbeiterzahl	117 (2012)
Fallzahl vollstationär:	2.820 (2011)
Abgerechnetes Casemixvolumen	2.076,981 (2011)
Erlösbudget (Euro)	6.055.246,9 (2011)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	NRW
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	26.000 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Hochsauerlandkreis
Einwohnerzahl Kreis	263.720 Einwohner (31.12.2012)
Einwohner/qkm im Kreis:	137 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	81,2 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2011)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹³²	78,2 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Januar bis November 2012
Zeitpunkt der Schließung	30.11.2012
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Das Krankenhaus war bis Ende 2011 Teil der KH Kurklinik Hochsauerland GmbH innerhalb der AKG-Klinikgruppe○ Zum 1. Januar 2012 übernahm die Johannesbad-Gruppe das Krankenhaus von der AKG-Kliniken-Gruppe○ Im September 2012 Insolvenz wegen anhaltender Verluste○ Da kein Käufer gefunden wurde, beschloss der Insolvenzverwalter die Schließung zum Ende November 2012○ Anfang 2013 eröffnete das Klinikum Arnsberg dann im ehemaligen Krankenhausgebäude ein MVZ
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger des Krankenhauses (Johannesbad-Gruppe)○ Insolvenzverwalter○ Örtliche Politik (Bürgermeister)○ Freundeskreis der Klinik○ Betriebsrat○ örtliche Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Mehrere Trägerwechsel, Belegungsprobleme, nachfolgend wirtschaftliche Probleme bis zur Insolvenz
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt nach Insolvenz○ mehrstufig

¹³² Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2011 abzüglich der durch den Marktaustritt weggeführten Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2012

Zitate:

- „Doch laut Pressemitteilung des Insolvenzverwalters Dr. Axel Kampmann lag Staatssekretärin Marlis Bredehorst eine Stellungnahme der Bezirksregierung Arnsberg vor, nach der sowohl die stationäre Grundversorgung als auch die Notfallversorgung mit dem Wegfall des Krankenhauses nicht beeinträchtigt seien. „Dadurch sah die Staatssekretärin keine Chance für das Krankenhaus“, heißt es dort. Bredehorst habe auch die Vorgeschichte und den akuten Fachkräftemangel als belastende Faktoren genannt. Eine Neustrukturierung zum ambulanten Gesundheitszentrum befürworte sie allerdings. (...) 'Trotz dieses großen finanziellen Aufwands ist es uns nicht gelungen, schwarze Zahlen zu schreiben', sagte Dr. Schlaudt. Ein hoher Kostenfaktor seien zum Beispiel die hohen Gehälter für Honorarärzte. Die sich zunehmend verschlechternden Personalsituation für Fachpersonal und Ärzte bereitet der Klinik große Probleme.“

Quellen:

1. <http://www.derwesten.de/widget/id6005744?ctxArt=7317541&view=print>

Marktaustritt St. Antonius-Hospital (Schwalmtal/Nordrhein-Westfalen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	St. Antonius-Hospital
Institutionskennzeichen:	260511371
Träger des Krankenhauses:	Hospitalgemeinschaft St. Michael GmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	freigemeinnützig
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Chirurgie, Innere Medizin
Bettenzahl:	129 (2004)
Mitarbeiterzahl	Ca. 160 (2004)
Fallzahl vollstationär:	2.541 (2004)
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Nordrhein-Westfalen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	18.895 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Viersen
Einwohnerzahl Kreis	304.344 Einwohner (2004)
Einwohner/qkm im Kreis:	540 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	51,4 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2003)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹³³	47,1 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	03/2003-12/2004
Zeitpunkt der Schließung	31.12.2004
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Die Verbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen in Nordrhein haben im Rahmen der Neuaufstellung des Krankenhausplanes Nordrhein-Westfalen und der damit verbundenen Vorgabe eines erheblichen Bettenabbaus im Frühjahr 2003 vorgeschlagen, das St. Antonius-Hospital Schwalmtal zu schließen○ Krankenkassen, Träger
Wesentliche Akteure:	
Zentrale Gründe für Marktaustritt	Sinkende Belegung, Empfehlung der Krankenkassenverbände zur Schließung, Trägerbeschluss
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen und nachfolgend wirtschaftlichen Problemen○ einstufig

¹³³ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12. 2003 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2004

Zitate:

- „Schwalmtal, Januar 2005, im Konferenzraum des St.-Antonius-Krankenhauses. „Das ist schon bitter“, sagt Geschäftsführer Dieter Polmanns. „Es ist bitter, einen Laden abzuwickeln, in dem man selber 20 Jahre gearbeitet hat.“ Als Polmanns im September 2004 den Stellvertreter- mit dem Geschäftsführer-Posten tauschte, war schon klar, dass sein Krankenhaus zum 1. Januar 2005 geschlossen würde. „Trotzdem war es hart, als Mitte Dezember die letzten zwei Patienten das Haus verlassen haben – da sind Tränen geflossen“, erinnert er sich. „Am schlimmsten aber war es für die Mitarbeiter.“ Wie viele von ihnen inzwischen eine neue Anstellung haben, weiß er nicht. Knapp 160 Angestellte haben mit der Schließung ihren Job verloren – für die 19 000-Einwohner-Gemeinde an der niederländischen Grenze ein schwerer Schlag – nicht nur weil sich mit dem Wegfall des Hauses die Notfallversorgung der Region verschlechtert, auch wirtschaftliche Folgen sind erkennbar.“
- „Die Verbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen in Nordrhein haben im Rahmen der Neuaufstellung des Krankenhausplanes Nordrhein-Westfalen und der damit verbundenen Vorgabe eines erheblichen Bettenabbaus jetzt vorgeschlagen, das St. Antonius-Hospital Schwalmtal zu schließen.“

Quellen:

1. Deutsches Ärzteblatt: Wirtschaftsfaktor Gesundheitswesen: Die unterschätzte Branche (11.03.2005)
2. <http://keen.beepworld.de/apps/guestbook?userid=427465&from=69>

Marktaustritt Marienhospital Schwelm (Schwelm/NRW)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Marienhospital Schwelm
Institutionskennzeichen:	260590594
Träger des Krankenhauses:	Kliniken St. Antonius Wuppertal Schwelm gGmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Klinikverbund St. Antonius und St. Josef GmbH Wuppertal
Trägertyp:	Freigemeinnützig
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Chirurgie; Innere Medizin; Anästhesie
Bettenzahl:	95 (2010)
Mitarbeiterzahl	130 (2013)
Fallzahl vollstationär:	2.883 (2012)
Abgerechnetes Casemixvolumen	2.861,323 (2012)
Erlösbudget (Euro)	8.486.618,32 (2012)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	NRW
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	30.000 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Ennepe-Ruhr-Kreis
Einwohnerzahl Kreis	324.223 Einwohner (31.12.2012)
Einwohner/qkm im Kreis:	812 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	65,3 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2011)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹³⁴	63,5 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Monat/Jahr bis Monat/Jahr
Zeitpunkt der Schließung	11.11.2013
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Das Krankenhaus stand bereits 1978 vor der Schließung○ 1995 Übernahme durch den Klinikverbund St. Antonius und St. Josef○ Anfang 2013 beschloss der Träger angesichts eines siebenstelligen jährlichen Defizits die Schließung○ Mindererlösausgleich von 131.042 Euro im zeitlichen Zusammenhang mit der Schließung
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger des Krankenhauses (Klinikverbund St. Antonius und St. Josef als Teil der Stiftung der Celitinnen zur hl. Maria, Köln)○ Politik (Bürgermeister von Schwelm)○ Kirchengemeinde St. Marien als ehemaliger Träger○ örtliche Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Belegungsprobleme und langfristiges siebenstelliges jährliches Defizit
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen mit nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen○ mehrstufig

¹³⁴ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2011 (letzter verfügbarer Wert) abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2012 (letzter verfügbarer Wert)

Zitate:

- „Diesmal ist es wohl endgültig: Das vor rund 120 Jahren in Betrieb genommene Marienhospital in Schwelm soll zum 30. Juni 2013 geschlossen werden. Dies gab die Geschäftsführung des Klinikverbundes St. Antonius und St. Josef als Träger des Hauses vor wenigen Tagen bekannt. Grund ist der stark defizitäre Betrieb des Hauses, der nach wochenkurier-Informationen eine siebenstellige Summe pro Jahr verschlingt. (...) Angesichts der tief roten Zahlen besteht nur wenig Hoffnung, das Haus mit Protestaktionen oder anderen Finanzierungsmodellen noch zu retten, wie es 1978 und Ende der 90-er Jahre gelungen war.“
- „Ende der 1990er Jahre stand das Hospital erneut vor seiner Schließung. Nur die Übernahme durch die Kliniken St. Antonius 1995 mit der Übertragung von Grundstück und Immobilie konnte damals die Schließung des Marienhospitals abwenden.“

Quellen:

1. <http://www.wochenkurier.de/archiv/2013/02/10/aus-fuer-das-schwelmer-marienhospital/>
2. <http://www.derwesten.de/widget/id6005744?ctxArt=7545364&view=print>
3. <http://www.marienhospital-schwelm.de/>
4. <http://www.marburger-bund.de/landesverbaende/nw-rlp/artikel/allgemein/gesundheitspolitik/2013/strategische-weiterentwicklung-des-klinikverbundes>

Marktaustritt Krankenhaus Wetter (Wetter/Ruhr/Nordrhein-Westfalen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Krankenhaus Wetter
Institutionskennzeichen:	260590607
Träger des Krankenhauses:	Krankenhaus Wetter (Ruhr) GmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Chirurgie, Innere Medizin
Bettenzahl:	104 (2004)
Mitarbeiterzahl	124 (2004)
Fallzahl vollstationär:	Anzahl (Jahr)
Abgerechnetes Casemixvolumen	Anzahl (Jahr)
Erlösbudget (Euro)	Betrag (Jahr)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Nordrhein-Westfalen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	27.725 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Ennepe-Ruhr-Kreis
Einwohnerzahl Kreis	344.824 Einwohner (2004)
Einwohner/qkm im Kreis:	845 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	70,3 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2003)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹³⁵	67,5 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	02/2004-06/2004
Zeitpunkt der Schließung	30.06.2004
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none"> ○ In den 70er Jahren verhinderte eine Bürgerschaftsbewegung, dass das Krankenhaus Wetter aus dem Krankenhausbedarfsplan gestrichen wurde. Anfang der 80er wurde es aus dem Bedarfsplan gestrichen, dann wieder aufgenommen. Nach einer Phase der Konsolidierung schrieb das 104-Betten-Haus Ende der 90er Jahren tiefer Zahlen. Deshalb privatisierte die Stadt Wetter ihre Klinik. Neuer Träger wurde die "Neue Pergamon GmbH". Dann sank die Auslastung unter 60 Prozent, das Krankenhaus geriet in finanzielle Schieflage. Die Krankenkassen kündigten im Frühjahr (2004) an, das Krankenhaus aus dem Bedarfsplan zu streichen. Ein geplanter Übergang von Teilen des Krankenhauses an das Marienhospital Witten wurde nicht realisiert. Im Klinikgebäude wurde ein Altenpflegeheim eingerichtet.
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Krankenkassen ○ Träger
Zentrale Gründe für Marktaustritt	Bedarfsplanung, Belegungsprobleme
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Marktaustritt aufgrund von Vorgaben der Landeskrankenhausplanung ○ mehrstufig

¹³⁵ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2003 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2004

Zitate:

- „Stadt Wetter trägt ihr Hospital zu Grabe - Westfalenpost 30.06.2004 / MANTEL / MANTEL Wetter. Der Patient "Krankenhaus" ist tot. Es war ein langes Sterben. Doch zuletzt gab es keine Rettung mehr. Gestern trug die Stadt Wetter ihr Hospital zu Grabe. 124 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen auf der Straße. Schon mehrfach hatte es schlecht um das 1891 durch Spenden und Schenkungen finanzierte Krankenhaus gestanden. Erstmals lag es zu Zeiten der kommunalen Neugliederung in den 70er Jahren auf der Intensivstation. Dass es aus dem Krankenhausbedarfsplan des Landes gestrichen und ihm damit die finanzielle Grundlage entzogen wurde, konnte eine breite Bürgerschaftsbewegung damals noch verhindern. Anfang der 80er stand das Haus wieder kurz vor dem Kollaps, wurde aus dem Bedarfsplan gestrichen, dann wieder aufgenommen. Nicht zuletzt durch die Hilfe des Landtagspräsidenten Ulrich Schmidt bekam das Haus eine Gnadenfrist, obwohl viele damals schon ahnten, dass die Tage von Chirurgie und Innerer Abteilung in der Harkortstadt längst gezählt waren. Nach einer Phase der Konsolidierung schrieb das 104-Betten-Haus Ende der 90er Jahren tiefrote Zahlen. Deshalb privatisierte die Stadt Wetter ihre Klinik. Neuer Träger wurde die "Neue Pergamon GmbH". Sie bekam die historische Immobilie mit angrenzendem Park im Herzen der 30 000-Einwohner-Stadt für eine symbolische Mark - mit der Maßgabe, dort ausschließlich Leistungen aus Gesundheits- und Sozialwesen anzubieten. Doch bald machte das Krankenhaus Wetter wieder Schlagzeilen. Die Auslastung sank unter 60 %, das Krankenhaus geriet in finanzielle Schieflage. Die Krankenkassen waren es schließlich, die der Einrichtung den Dolchstoß versetzten, als sie im Frühjahr ankündigten, es aus dem Bedarfsplan zu streichen. Der letzte Patient wurde schon letzten Freitag entlassen, gestern schloss das Krankenhaus Wetter für immer. Am Standort Wetter will die "Neue Pergamon" dennoch festhalten. Monate lang verhandelte sie mit dem Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, dem Evangelischen Krankenhaus Hagen-Haspe und dem Marienhospital Witten wegen einer Übernahme. Am Montag dieser Woche dann teilte die "Neue Pergamon" dem Krankenhausbeirat ihre Entscheidung mit: Den Zuschlag bekommt das Marienhospital Witten. Es will am bisherigen Krankenhaus-Standort in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten eine ärztliche Notfallversorgung und ambulantes Operieren anbieten. Und einen Teil des Gebäudes will die "Neue Pergamon" für Alten- und Krankenpflege nutzen. Dazu jedoch bedarf es noch zahlreicher behördlicher Genehmigungen. "Wann und wie es weitergeht, steht in den Sternen", fürchtet Betriebsratsvorsitzender Norbert Reifer.“

Quellen:

1. : <http://de.scribd.com/doc/32972922/Der-deutschlandweite-NPK-Skandal-Kurzversion>

Marktaustritt Marienkrankenhaus (Wickede/NRW)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	St. Marienkrankenhaus Wickede-Wimbern
Institutionskennzeichen:	260592415
Träger des Krankenhauses:	St. Marienkrankenhaus Wickede-Wimbern gGmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Katholische Hospitalverbund Hellweg
Trägertyp:	freigemeinnützig
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Allg. Chirurgie, Innere Medizin, Anästhesie und Intensivmedizin
Bettenzahl:	122 (2010)
Mitarbeiterzahl	224 (2011)
Fallzahl vollstationär:	3.625 (2011)
Abgerechnetes Casemixvolumen	3.781,478 (2011)
Erlösbudget (Euro)	11.027.674,05 (2011)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Nordrhein-Westfalen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	11.500 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Kreis Soest
Einwohnerzahl Kreis	303.688 Einwohner (31.12.2011)
Einwohner/qkm im Kreis:	229 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	70,9 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2010)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹³⁶	67,0 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Januar bis Dezember 2011
Zeitpunkt der Schließung	31.12.2011
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Das Krankenhaus wurde in den 1990er Jahren an den „Deutschen Orden“ übergeben und 2008 von der Katholischen Hospitalverbund Hellweg übernommen○ Die Betten- und Fallzahl sank in der Folgezeit immer weiter○ Die Folge waren wachsende Verluste○ Der Hospitalverbund versuchte dann Anfang 2011 mehrfach, das Krankenhaus zu veräußern, was aber fehlschlug○ Zum Ende des Jahres 2011 wurde das Krankenhaus auf Beschluss des Trägers geschlossen○ Mindererlösausgleich von 5.224.573 Euro im zeitlichen Zusammenhang mit der Schließung
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger des Krankenhauses○ örtliche Politik○ örtliche Presse○ Wachsende Belegungs- und wirtschaftliche Probleme
Zentrale Gründe für Marktaustritt	
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen mit nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen○ mehrstufig

¹³⁶ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2010 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2011

Zitate:

- „Da bundesweit kein neuer Träger für das Marienkrankenhaus Wickede-Wimbern gefunden werden konnte, wurde eine Weiterführung des Hauses in veränderten Strukturen geprüft. Diverse Zukunftsszenarien wurden erarbeitet, analysiert und besprochen, intern sowie durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO, die als Dienstleister des Hospitalverbundes während der Verkaufsphase unterstützt hat. Keines der Szenarien zeigt jedoch eine Chance für die Fortführung des Marienkrankenhauses unter akzeptablen Bedingungen. Die beabsichtigte Beendigung des Krankenhausbetriebes am Standort Wickede-Wimbern steht damit am Ende eines langen Prozesses. (...) Trotz all dieser strukturellen, personellen und finanziellen Maßnahmen und dem hohen Engagement der Mitarbeiter stagnierte die Patientenzahl im Jahr 2010. Auf Basis des Jahresabschlusses 2010 und der Prognose für 2011 (absehbarer Verlust: ca. 1,5 Millionen Euro) wurde aber erneut und dann endgültig eine Handlungsnotwendigkeit deutlich. (...) Anfang September kam jedoch auch die endgültig letzte Absage. Damit musste der Hospitalverbund leider das Ende der Verkaufsbestrebungen akzeptieren.“
- “Der Katholische Hospitalverbund Hellweg schließt das Marienkrankenhaus Wimbern zum 31. Dezember dieses Jahres. Als Grund gab der Träger gestern „drei Jahren mit Verlusten in Millionenhöhe, weitere prognostizierte Verluste und eine erfolglos gebliebene intensive Verkaufsphase“ an. (...) Die bisher erworbene Anwartschaft der kirchlichen Zusatzversorgung sei für alle Mitarbeiter gesichert.”

Quellen:

1. <http://www.derwesten.de/widget/id6005744?ctxArt=5151176&view=print>
2. <http://www.soester-anzeiger.de/lokales/wickede/mitarbeiter-verlieren-ihren-wimbern-1442337.html>

Marktaustritt Herminghausstift (Wülfrath/NRW)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Herminghausstift
Institutionskennzeichen:	260511235
Träger des Krankenhauses:	Herminghausstift Wülfrath gGmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Kliniken St. Antonius und Josef
Trägertyp:	freigemeinnützig
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin, Chirurgie
Bettenzahl:	65 (2005; für 2004 gab der Qualitätsbericht noch 137 Betten an)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	2.970 (2004)
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Nordrhein-Westfalen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	21.040 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Kreis Mettmann
Einwohnerzahl Kreis	504.972 Einwohner (31.12.2005)
Einwohner/qkm im Kreis:	1.240 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	53,6 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2005)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹³⁷	52,5 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Von 2005 bis Dezember 2006
Zeitpunkt der Schließung	31.12.2006
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none"> ○ Das Herminghausstift Wülfrath befand sich bis 1998 in der Trägerschaft der Stadt und der evangelischen Kirchengemeinde; dann wurde es von den Kliniken St. Antonius, Wuppertal, übernommen ○ Wegen zurückgehender Belegung und wirtschaftlichen Problemen wollte der Träger das Haus schließen; auch die Landesverbände der Krankenkassen plädierten für eine Schließung ○ 2005 wurde die Bettenzahl von 137 auf 65 reduziert ○ Eine Bürgerinitiative versuchte per Unterschriftensammlung nochmals, die Schließung zu verhindern ○ Ende 2006 wurde das Haus dann geschlossen
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Träger ○ Politik (Stadt, Land, Planungsbehörde) ○ Landesverbände der Krankenkassen ○ Bürgerinitiative
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sinkende Belegung und dadurch stark steigende Kosten
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen mit nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen ○ mehrstufig

¹³⁷ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2005 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2006

Zitate:

- „Es ist ziemlich still geworden am Empfang des Herminghaus-Stifts in Wülfrath. „Sonst klingelt vormittags hier um diese Uhrzeit pausenlos das Telefon“, sagt Ursula Prinz, die im Eingang die wenigen Patienten betreut, die das Krankenhaus in diesen Tagen noch besuchen. Zum 31. Dezember schließt die Klinik endgültig ihre Pforten. (...) Zum Schluss betrugen die Kosten pro Patient 3100 Euro, 400 Euro mehr als im Landesschnitt - fast so viel wie in einer Universitätsklinik.“
- „Mehr als 6500 Unterschriften wurden in Wülfrath gesammelt, um eine Schließung des örtlichen Krankenhauses zu verhindern. Wolfgang Werner MdL, der ärztliche Direktor Ulrich Mairose, Adelheid Heiden (Bürgerverein), Alois Huning (Krankenhausförderverein), Bürgermeister Ulrich Eilebrecht und Kerstin Griese MdB (im Bild von links nach rechts) übergaben der NRW-Gesundheitsministerin Birgit Fischer (Bildmitte) den Karton mit den Protestpostkarten. „Ginge es nach dem Vorschlag des Landesverbandes der Krankenkassen, würde das Herminghaus-Stift alsbald geschlossen“, stellt die Rheinische Post fest.“

Quellen:

1. <http://www.rp-online.de/nrw/staedte/mettmann/die-letzten-tage-einer-klinik-aid-1.881836>
2. http://kerstin-griese.de/k_khwuelfrath.htm
3. AOK-Bundesverband; Basisfallwerte (Zahlbetrag) aller DRG-Krankenhäuser von 2003 bis 2013; Stand 17.05.2013

Marktaustritt Fachkrankenhaus Baumholder (Baumholder/Rheinland-Pfalz)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Fachkrankenhaus Baumholder des Klinikums Idar-Oberstein
Institutionskennzeichen:	260710624
Träger des Krankenhauses:	Klinikum Idar-Oberstein GmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	SHG Saarland Heilstätten GmbH
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin (Beleg-KH)
Bettenzahl:	18 (2008)
Mitarbeiterzahl	18 (2010)
Fallzahl vollstationär:	807 (2008)
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Rheinland-Pfalz
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	4.000 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Birkenfeld
Einwohnerzahl Kreis	82.492 Einwohner (31.12.2011)
Einwohner/qkm im Kreis:	107 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Dünn besiedelter ländlicher Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	76,4 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2010)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹³⁸	76,2 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Januar bis September 2011
Zeitpunkt der Schließung	30.09 .2011
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Die Klinik wurde 1997 von der SHG-Gruppe übernommen○ Zum 1. Januar 2001 wurden die Städtischen Krankenanstalten Idar-Oberstein GmbH und die Krankenhaus Baumholder GmbH zum Klinikum Idar-Oberstein GmbH verschmolzen○ Am Standort Baumholder wurden 2008 18 Belegbetten der Inneren Medizin und 60 Betten und 10 tagesklinische Plätze für geriatrische Frührehabilitation vorgehalten○ Das Fachkrankenhaus (genauer: die internistische Belegabteilung) wurde zum 30.09.2011 auf Beschluss des Trägers hin geschlossen
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger des Krankenhauses (SHG Saarland Heilstätten GmbH)○ Belegarzt○ örtliche Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Der Träger der Fachklinik beschloss, die kleine internistische Belegabteilung zu schließen; Gründe wurden nicht öffentlich gemacht
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Strategisch geplanter Marktaustritt○ mehrstufig

¹³⁸ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2010 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2011

Zitate:

- „Die letzten Patienten werden am heutigen Freitag bis 24 Uhr in der internistischen Belegabteilung (18 Betten) im Baumholderer Krankenhaus von Dr. Karl-Heinz Doms behandelt. "Dann ist Schluss", sagt der 66-jährige Mediziner. Mit Wirkung vom 1. Oktober wird die internistische Belegabteilung geschlossen, erklärt die Betreiberin der Fachklinik Baumholder, die Saarland-Heilstätten GmbH (SHG). (...) Mit der Aufgabe der Belegabteilung fällt die Notfallversorgung weg.“
- “Ab dann müssen sich Patienten der VG Baumholder außerhalb der üblichen Praxiszeiten zur Notfallversorgung an die Arztbereitschaftsdienstzentralen (ABZ) in Birkenfeld oder Idar-Oberstein wenden. Ab dann betreibt der Facharzt für Innere Medizin am selben Standort nur noch eine Facharztpraxis, in der wie bisher internistische Untersuchungen wie Magen- und Darmspiegelungen, Röntgenuntersuchungen, Ultraschall, Bronchoskopie und Laboruntersuchungen vorgenommen werden, allerdings nur noch ambulant und von einem von 18 auf vier Personen geschrumpften Praxisteam, wie der Arzt gegenüber der Nahe-Zeitung erklärt.”

Quellen:

1. http://www.rhein-zeitung.de/startseite_artikel,-Keine-Notfallversorgung-mehr-am-Krankenhaus-_arid,313543.html
2. <http://www.krankenhaus-idar-oberstein.de/index.php?id=2383>
3. http://www.rhein-zeitung.de/startseite_artikel,-Keine-Notfallversorgung-mehr-am-Krankenhaus-_arid,313543.html

Marktaustritt Kreiskrankenhaus Großenhain (Großenhain/Sachsen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Kreiskrankenhaus Großenhain
Institutionskennzeichen:	261400676
Träger des Krankenhauses:	Elblandkliniken Riesa-Großenhain gGmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Elblandkliniken Stiftung & Co. KG
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Chirurgie, Innere Med.; Gyn.; Radiologie; Neurologie
Bettenzahl:	140 (2008)
Mitarbeiterzahl	140 (2008)
Fallzahl vollstationär:	5.706 (2008)
Abgerechnetes Casemixvolumen	4.662,499 (2006)
Erlösbudget (Euro)	15.719.238,24 (2006)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Sachsen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	18.500 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Meißen
Einwohnerzahl Kreis	244.717 Einwohner (31.12.2012)
Einwohner/qkm im Kreis:	174 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	52,0 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2011)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹³⁹	47,7 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	2009 bis April 2012
Zeitpunkt der Schließung	01.04.2012
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ 2007 erfolgte die Zusammenführung der Krankenhäuser Riesa und Großenhain zu einem Plankrankenhaus unter der Bezeichnung Elblandkliniken Riesa-Großenhain gGmbH○ 2008 erfolgte dann die Fusion mit den Krankenhäusern Meißen und Radebeul zu den Elblandkliniken○ 2009 entschied der Träger auf der Grundlage von Vorgaben der Landeskrankenhausplanung, das Krankenhaus Großenhain zu schließen und an der Stelle eine Rehabilitations- und Präventionsklinik mit 125 Betten zu errichten○ Das Akutkrankenhaus wurde dann im April 2012 geschlossen
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger des Krankenhauses (Landkreis Riesa-Großenhain)○ Landesplanungsbehörde○ Politik (Kreistag/Landrat)○ örtliche Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Schließung in Absprache mit der Landesplanungsbehörde und Neubau einer Rehabilitationseinrichtung an gleicher Stelle
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Vorgaben des Landeskrankenhausplanes○ mehrstufig

¹³⁹ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2011 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2012

Zitate:

- „Im Juli 2010 starteten am Standort Großenhain die ersten Teilabrissarbeiten: Sie bilden den Auftakt zu einer kompletten Erneuerung des ELBLANDKLINIKUMS Großenhain. 23 Mio. € aus Eigenmitteln stehen dafür zur Verfügung. Das bisherige Akutkrankenhaus wird durch den Neubau einer Rehabilitations- und Präventionsklinik mit 125 Betten bedarfsgerecht zu einer der modernsten Rehakliniken des Freistaates Sachsen umgewidmet. Es entstehen 234 neue Arbeitsplätze in den Reha-Disziplinen Neurologie, Kardiologie und Orthopädie. An die Klinik angeschlossen werden ein Facharztzentrum und eine ambulante Dialyse, die weiterhin eine medizinische Versorgung der Bevölkerung auf höchstem Niveau garantiert.“
- “Großenhain behält nach dem Abriss des Krankenhauses 2012 seine Notfallambulanz. Mit dieser Antwort auf eine Anfrage des Landtagsabgeordneten Sebastian Fischer (CDU), verblüffte jetzt Sachsens Staatsministerin Christine Clauß. Im neuen Facharztzentrum wurden Räume für eine Notfallambulanz zur Erstversorgung von Notfallpatienten eingerichtet, so die Ministerin. Dafür steht diesen Patienten in der neuen Rehaklinik auch die Röntgendiagnostik (einschließlich CT) zur Verfügung.”

Quellen:

1. Elblandkliniken Riesa-Großenhain gGmbH: Strukturierter Qualitätsbericht 2010, S. 5
2. <http://www.sz-online.de/nachrichten/notfallversorgung-bleibt-in-grossenhain-319227.html>
3. Sächsisches Amtsblatt Sonderdruck 1/2012 vom 11. Februar 2012, Krankenhausplan des Freistaats Sachsen Stand 1. Januar 2012, S. 42

Marktaustritt Bundeswehrkrankenhaus Leipzig (Leipzig/Sachsen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Bundeswehrkrankenhaus Leipzig
Institutionskennzeichen:	261401245
Träger des Krankenhauses:	Bundesrepublik Deutschland
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	-
Bettenzahl:	24 (nach § 108/109 SGB V / von insgesamt 156 / 2006)
Mitarbeiterzahl	500 (2007)
Fallzahl vollstationär:	1.018 (2005)
Abgerechnetes Casemixvolumen	1.052,778 (2005)
Erlösbudget (Euro)	1.452.488,43 (2005)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Sachsen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	510.512 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Kreisfreie Großstadt
Einwohnerzahl Kreis	-
Einwohner/qkm im Kreis:	1.717 Einwohner/qkm (in Leipzig)
Kreistyp (nach BBSR)	Kreisfreie Großstadt
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	75,1 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2006)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁴⁰	74,0 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Von November 2004 bis März 2007
Zeitpunkt der Schließung	31.03.2007
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Das 1990 als Bundeswehrkrankenhaus übernommene ehemalige NVA-Lazarett wurde 1996-1998 saniert○ Das Haus war mit 24 seiner insgesamt 156 Betten im Landeskrankenhausplan aufgenommen○ Ende 2004 wurde beschlossen, drei der acht Bundeswehrkranken Häuser zu schließen oder zu veräußern○ Das Bundeswehr-Krankenhaus Leipzig wurde daraufhin am 31. März 2007 geschlossen
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger○ Bundesverteidigungsministerium
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ politische Beschlüsse über die Reduzierung der Anzahl der Bundeswehrkranken Häuser
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Strategisch geplanter Marktaustritt○ einstufig

¹⁴⁰ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2006 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2007

Zitate:

- „Die Stationierungsentscheidung vom 01.11.2004 beinhaltete eine erneute Umstrukturierung der Bundeswehrkrankenhäuser und Regionalen Sanitätseinrichtungen, welche in Anbetracht der einsatzbezogenen Ausrichtung als zwingend erforderlich angesehen wurde. Demnach sollten von den bis dahin betriebenen acht Bundeswehrkrankenhäusern mit ihren insgesamt 2.272 Betten lediglich die Häuser in Koblenz, Ulm, Berlin, Hamburg und Westerstede bestehen bleiben, wobei letzteres zum 01.06.2008 als Neubau in zivil-militärischer Kooperation mit der Ammerlandklinik Westerstede aus dem Bundeswehrkrankenhaus Westerstede hervorging. Die übrigen drei Bundeswehrkrankenhäuser in Amberg, Hamm und Leipzig stellten infolgedessen 2007 ihren Betrieb ein.“
- „Das hochmoderne Bundeswehr-Krankenhaus wurde am 31. März 2007 geschlossen. Zuvor, von 1996 bis 1998, war das Militärhospital für 118 Millionen D-Mark (umgerechnet rund 60 Millionen Euro) saniert worden. Noch im Juli 1998, zur Übergabe des ersten Bauabschnitts, hatte der damalige Verteidigungsminister Volker Rühle (CDU) das Krankenhaus als "das beste und neueste, was im Osten entsteht", bezeichnet. Es galt damals zugleich als das modernste Bundeswehr-Krankenhaus und hatte knapp 500 Beschäftigte. Gegen die Schließung hatte es erhebliche Proteste gegeben, letztlich erfolglos. Die Ärzte in der Klinik waren ausschließlich Soldaten. Behandelt wurden aber auch zivile Patienten.“

Quellen:

1. Christian Weck: Die Geschichte der Bundeswehrkrankenhäuser Koblenz, Hamm, Detmold, Gießen und Osnabrück 1957 bis 2007; Dissertation; München 2010, S. 17
2. <http://www.lvz-online.de/leipzig/citynews/ehemaliges-bundeswehrkrankenhaus-in-wiederitzsch-wird-chirurgisches-zentrum/r-citynews-a-22171.html>
3. Qualitätsbericht 2004 Bundeswehrkrankenhaus Leipzig

Marktaustritt Fachkrankenhaus Marienstift (Schwarzenberg/Sachsen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Onkologisches Fachkrankenhaus Marienstift
Institutionskennzeichen:	261401132
Träger des Krankenhauses:	EKH Erzgebirgische Krankenhaus- und Hospitalgesellschaft mbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	EKH Erzgebirgische Krankenhaus- und Hospitalgesellschaft mbH
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin / Internistische Onkologie
Bettenzahl:	70 (2009)
Mitarbeiterzahl	33 (Vollkräfte; nur med. Personal / 2008)
Fallzahl vollstationär:	1.465 (2009)
Abgerechnetes Casemixvolumen	828,71 (2009)
Erlösbudget (Euro)	3.365.705,17 (2009)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Sachsen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	17.743 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Erzgebirgskreis
Einwohnerzahl Kreis	372.390 Einwohner (31.12.2009)
Einwohner/qkm im Kreis:	204 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	58,3 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2008)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁴¹	57,2 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Von 2008 bis Ende 2009
Zeitpunkt der Schließung	31.12.2009
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Das Krankenhaus Marienstift wurde 1997 mit Hilfe von gut 13 Millionen Euro Fördermitteln des Freistaates Sachsen in ein Onkologisches Fachkrankenhaus umgebaut○ In Vorbereitung auf die Schließung begann im Laufe des 2. Halbjahres 2009 der Umbau des Fachkrankenhauses in eine Pflegeeinrichtung○ Laut Verzeichnissen des GKV-SV und des AOK-Bundesverbandes gab es bis Ende 2009 einen Basisfallwert (Zahlbetrag) für das Krankenhaus; danach ist kein Basisfallwert mehr verzeichnet
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ unbekannt
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Sonstige Gründe○ einstufig

¹⁴¹ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2008 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2009

Zitate:

Einrichtung	Titel des Vorhabens	Förderbetrag in EUR
Onkologisches Fachkrankenhaus Marienstift Schwarzenberg	Ausbau Altbau und Neubau	13.091.117

- „Die EKH Erzgebirgische Krankenhaus- und Hospitalgesellschaft mbH hat das Onkologische Fachkrankenhaus Marienstift Schwarzenberg betrieben, jetzt gibt es in Schwarzenberg nur noch das Gesundheits- und Pflegezentrum Marienstift.“
- „Umbau des Fachkrankenhauses „Marienstift“ zu einem Seniorenpflegeheim mit 90 Plätzen und Tagespflege.“
- „Marienstift zurzeit eine Großbaustelle: Im Inneren des ehemaligen Onkologischen Fachkrankenhauses Marienstift in Schwarzenberg geben sich derzeit die Bauleute die Klinke in die Hand.“

Quellen:

1. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Große Krankenhausbaumaßnahmen im Freistaat Sachsen seit 1991 (Stand 01.01.2012)
2. <http://de.wikipedia.org/wiki/Erzgebirgskreis#Gesundheitswirtschaft>
3. Liste der vereinbarten Basisfallwerte des GKV-SV vom 17.07.2012
4. AOK-Bundesverband; Basisfallwerte (Zahlbetrag) aller DRG-Krankenhäuser von 2003 bis 2013; Stand 17.05.2013
5. <http://www.sickmann-noth.de/112.0.html> Seite
6. <http://www.freiepresse.de/LOKALES/ERZGEBIRGE/SCHWARZENBERG/Marienstift-zurzeit-eine-Grossbaustelle-artikel1689799.php#>
7. Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2008 Fachkrankenhaus Marienstift Schwarzenberg

Marktaustritt Krankenhaus Wolmirstedt (Wolmirstedt/Sachsen-Anhalt)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Krankenhaus Wolmirstedt
Institutionskennzeichen:	261500600
Träger des Krankenhauses:	Sana Ohre-Klinikum GmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Sana Kliniken AG
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Urologie, HNO
Bettenzahl:	82 (2006)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	3.120 (2006)
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Sachsen-Anhalt
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	11.509 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Börde
Einwohnerzahl Kreis	182.866 Einwohner (31.12.2008)
Einwohner/qkm im Kreis:	77 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Dünn besiedelter ländlicher Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	48,6 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2008)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁴²	44,1 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Von 2007 bis Januar 2008
Zeitpunkt der Schließung	01.01.2008
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Im Jahr 2000 erfolgte die Fusion mit dem Krankenhaus Haldensleben; seither war Wolmirstedt Standort des KH Haldensleben○ Die Sana-Kliniken AG übernahm das Krankenhaus Haldensleben 2007 und benannte es in Sana Ohre-Klinikum um○ Die Vereinbarung, die Sana bei der Übernahme des Ohre-Klinikums akzeptiert hatte, sah die Schließung des Standortes Wolmirstedt gleichzeitig mit der Fertigstellung des Neubaus am Standort Haldensleben vor○ Die Fördermittelzusage für den Neubau des Krankenhauses in Haldensleben sah dabei die Schließung in Wolmirstedt als Bedingung vor
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger○ Landesplanungsbehörde
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Schließung des Standortes gemäß Vorgaben der Landeskrankenhausplanung; Fördermittel für Neubau in Haldensleben waren an diese Bedingung geknüpft
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Vorgaben des Landeskrankenhausplans○ mehrstufig

¹⁴² Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2008 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2008

Anmerkungen:

- Im Qualitätsbericht 2006 wird für Wolmirstedt die Klinik für Urologie (1.240 Fälle) und die Klinik für Hals-Nasen- und Ohrenkrankheiten (1.880 Fälle) getrennt ausgewiesen, ohne allerdings die Bettenzahl zu nennen. Laut Krankenhausverzeichnis des Stat. Bundesamtes hatte das Krankenhaus Wolmirstedt 82 Betten.
- Das Sana Ohre-Klinikum hatte im Jahr 2006 – also vor der Schließung von Wolmirstedt – eine Bettenzahl von 440 und eine vollstationäre Fallzahl in Höhe von 15.057 Fällen (Qualitätsbericht 2006). Der Qualitätsbericht 2008 weist dann für das Ohre-Klinikum 358 Betten und 13.759 vollstationäre Fälle aus. Dies macht deutlich, dass die Bettenzahl des gesamten Klinikums nach der Schließung von Wolmirstedt exakt um 82 Betten gesunken ist.

Zitate:

- „Das Sana Ohre-Klinikum ist ein modernes Akutkrankenhaus. Seit 2007 gehört das Krankenhaus zum starken Sana Kliniken-Konzern und profitiert vom Know-how eines großen Klinikbetreibers. Jährlich lassen sich bei uns ca. 14.000 Patienten stationär und etwa 14.000 ambulante Patienten in insgesamt 9 Fachabteilungen betreuen. Am Rande der Stadt Haldensleben, in landschaftlich reizvoller Umgebung, wurde 1954 das Krankenhaus gegründet. Im Jahr 2000 erfolgte die Fusion mit dem Krankenhaus Wolmirstedt.“
- „Obwohl das Sana-Ohreklinikum an Ameos verkauft wird, wird am Abriss des Wolmirstedter Krankenhauses festgehalten. Das bestätigte Ameos-Sprecherin Susanne Heintzmann. "Unser Ziel ist es, den Abriss noch in diesem Jahr durchzuführen", sagt sie auf Volksstimme-Nachfrage.“
(Anmerkung der Autoren: Susanne Heinzmann ist tatsächlich Sprecherin der Sana Kliniken AG)

Quellen:

1. Qualitätsbericht 2006 und 2008 des Sana Ohre-Klinikum, Standort Haldensleben
2. http://www.volksstimme.de/nachrichten/lokal/wolmirstedt/1090796_Das-Krankenhaus-faellt.html

Marktaustritt Klinik Ahrensburg (Ahrensburg/Schleswig-Holstein)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Klinik Ahrensburg
Institutionskennzeichen:	260101466
Träger des Krankenhauses:	Klinik Ahrensburg Betreiber GmbH & Co. KG
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Allg. Chirurgie (Fachkrankenhaus)
Bettenzahl:	37 (2008)
Mitarbeiterzahl	27,5 (2008)
Fallzahl vollstationär:	1.138 (2010)
Abgerechnetes Casemixvolumen	671,624 (2010)
Erlösbudget (Euro)	1.914.301,57 (2010)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Schleswig-Holstein
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	31.000 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Kreis Stormarn
Einwohnerzahl Kreis	231.092 Einwohner (31.12.2011)
Einwohner/qkm im Kreis:	300 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	47,4 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2010)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁴³	45,6 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Januar bis Juni 2011
Zeitpunkt der Schließung	30.06.2011
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none"> ○ Die Privatklinik litt bereits mehrere Jahre vor der Schließung unter sinkenden Patientenzahlen und wirtschaftlichen Problemen ○ Im Frühjahr 2011 stellte der Träger der Klinik den Antrag, die Klinik aus der Krankenhausplanung herauszunehmen; die Beteiligtenrunde der KH-Planung stimmte am 18.05.2011 zu ○ Das Krankenhaus schloss zum 30.06.2011; an gleicher Stelle wurde eine ambulante chirurgische Versorgung weitergeführt ○ Vom Land wurde nach Zeitungsmeldungen eine Schließungsförderung in Höhe von 400.000 Euro gezahlt
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Träger des Krankenhauses ○ Verpächter der Räumlichkeiten (gleichzeitig Konkurrent!) ○ konkurrierende Krankenhäuser vor Ort ○ Krankenhausplanungsbehörde ○ örtliche Presse
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none"> ○ Streitigkeiten zwischen dem Betreiber der Klinik und dem Verpächter der Räumlichkeiten, der gleichzeitig Konkurrent war
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Marktaustritt aufgrund von Vorgaben des Landeskrankenhausplanes ○ einstufig

¹⁴³ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2010 abzüglich der durch den Marktaustritt weggeführten Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2011

Zitate:

- „Die an der Krankenhausplanung Beteiligten (so genannte Beteiligtenrunde) haben auf ihrer Sitzung heute (18. Mai) dem Antrag der Klinik Ahrensburg auf Schließung zugestimmt. Die Klinik Ahrensburg hatte beim Gesundheitsministerium die Herausnahme aus dem Krankenhausplan und beim Kreis Stormarn eine Schließungsförderung beantragt. Für beide Anträge sollen in Kürze entsprechenden Bescheide erstellt werden. Die Klinik Ahrensburg ist im aktuellen Krankenhausplan mit 37 Planbetten enthalten. Dies bedeutet, dass rund 1.480 Patienten jährlich (entspricht durchschnittlich rund vier Patienten täglich) stationär behandelt werden könnten. Nach den vorliegenden Daten ist die Klinik seit längerem unterdurchschnittlich ausgelastet, so dass die tatsächlichen Versorgungszahlen deutlich geringer sind. Die im Kreis Stormarn befindlichen Krankenhäuser sind aufgrund freier Kapazitäten in der Lage, zusätzliche Patienten aufzunehmen.“
- “In einer kurz nach dem Ende der Sitzung am Nachmittag vom Kieler Gesundheitsministerium veröffentlichten Erklärung klingt die Niederlage wie ein Sieg. Da schreibt der Ministeriumssprecher Christian Kohl: "Die Klinik Ahrensburg hatte beim Gesundheitsministerium die Herausnahme aus dem Krankenhausplan und beim Kreis Stormarn eine Schließungsförderung beantragt. Für beide Anträge sollen in Kürze entsprechenden Bescheide erstellt werden." Damit ist nunmehr auch offiziell, dass Zellner Geld dafür bekommt, dass er seine Klinik schließen muss. Nach Informationen dieser Zeitung ist von rund 400 000 Euro die Rede.”

Quellen:

1. Pressemitteilung Ministerium für Soziales und Gesundheit Schleswig-Holstein vom 18.05.2011; <http://www.lifepr.de/inaktiv/ministerium-fuer-soziales-gesundheit-familie-und-gleichstellung-des-landes-schleswig-holstein/Krankenhausplanung-Beteiligtenrunde-stimmt-Antrag-der-Klinik-Ahrensburg-auf-Schliessung-zu/boxid/231973>
2. <http://www.abendblatt.de/region/stormarn/article1894981/Klinik-Aus-fuer-Ahrensburger-Haus-jetzt-amtlich.html#>

Marktaustritt Kreiskrankenhaus Uetersen (Uetersen/Schleswig-Holstein)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Kreiskrankenhaus Uetersen
Institutionskennzeichen:	260102365
Träger des Krankenhauses:	Kreis Pinneberg
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Kliniken des Kreises Pinneberg
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin, Allg. Chirurgie, Intensivmedizin, Belegabteilungen: Urologie. Orthopädie. HNO
Bettenzahl:	109 (2004)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	2.637 (2004)
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Schleswig-Holstein
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	17.598 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Pinneberg
Einwohnerzahl Kreis	298.272 Einwohner (2004)
Einwohner/qkm im Kreis:	449 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	36,1 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2003)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁴⁴	32,3 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	01/2004-10/2004
Zeitpunkt der Schließung	31.10.2004
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none"> ○ Das Kreiskrankenhaus Uetersen schrieb bis 2002 schwarze Zahlen. Dann fiel die Belegung der Betten auf durchschnittlich 80 Prozent, was in den ersten beiden Monaten des Jahres 2004 zu Verlusten von 231.000 Euro führte. Rund ein Drittel der geplanten stationären Fälle wurde als zukünftig ambulant behandelbar eingestuft. Die Intensivstation mit vier Betten war mit im Durchschnitt nur zwei Patienten belegt, das Haus im nahegelegenen Elmshorn hatte Kapazitäten, um diese Patienten mit zu versorgen. Der Kreis beschloss deshalb Anfang 2004, den Betrieb des Hauses vorübergehend einzustellen.
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Träger
Zentrale Gründe für Marktaustritt	Belegungsrückgang, Kostensituation auf Grund der Größe des Hauses
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen und nachfolgend wirtschaftlichen Problemen ○ einstufig

¹⁴⁴ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2003 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2004

Zitate:

- „Offiziell ließ der Kreis als Gesellschafter und damit Verantwortlicher für die Klinik verlauten: "Das Krankenhaus Uetersen stellt (. . .) vorübergehend den Betrieb ein." Denn noch hängt die Klage der Stadt Uetersen, die den Kreis juristisch zwingen will, den Klinikbetrieb aufrechtzuerhalten oder ein Gesundheitszentrum zu errichten. Den meisten Beteiligten ist trotz dieser rechtlich ungeklärten Situation bewusst, dass Freitag der Schlussstrich für die allgemeine Krankenversorgung gezogen worden ist. 130 Jahre Geschichte, die mit der Stiftung von Cäcilie und Anton Georg Bleeker begannen, sind abrupt gestoppt. (...) Als die Stadt 1971 die Klinik an den Kreis abtrat, erwirtschaftete das Haus Gewinn. Auch bis zur Bekanntgabe der Schließungspläne waren die Zahlen gut.“
- „Erster Kandidat für eine Schließung dürfte das kleinste Haus in Uetersen sein. Zwar schrieb die Klinik bis 2002 noch schwarze Zahlen. Doch von den 110 Betten sind nach Angaben Grimmes durchschnittlich nur 80 belegt. Nach den Belegungszahlen der ersten beiden Monate fehlten schon zu Jahresbeginn 231 000 EUR in der Kasse. Allein die Wartung des Hauses kostet den Kreis monatlich 30 000 EUR. Weitere Gründe, die aus Sicht des Landrats gegen Uetersen sprechen: Von den 662 geplanten Fällen in den beiden ersten Monaten des Jahres sind rund 240 künftig potenziell ambulant zu versorgen. Die Intensivstation (tägliche Personalkosten pro Bett: 1 759 EUR) ist nicht ausgelastet - die Versorgung könnte von Elmshorn aus übernommen werden. Das größte Problem Uetersens: Das Haus ist zu klein. Damit können die Kosten nicht auf ausreichende Fallzahlen umgelegt werden. So kostet die Telefonzentrale in Uetersen laut Grimme 1 600 EUR pro belegtem Bett und Jahr. In besser ausgelasteten Häusern mit 200 Betten betragen diese Kosten nur die Hälfte.“
- Zitat aus einer Verlautbarung des Landrates des Kreises Uetersen vom 29.01.2004: „Wir spüren in Uetersen direkt die Folgen aus den eben genannten Entwicklungen, weil es ein kleines Krankenhaus ist. Ich nenne Ihnen folgende Fakten, allein nur für die Monate Januar und Februar 2004, die normalerweise "auslastungsintensive" Monate sind:
 - Von 110 Betten sind durchschnittlich nur 80 Betten belegt.
 - Wir haben mit 662 Fällen in diesen beiden Monaten gerechnet, tatsächlich wurden wegen des Rückgangs der Belegungszahlen nur 540 Fälle im Krankenhaus behandelt.
 - Die Differenz von 122 Fällen bedeutet Einnahmeverluste in Höhe von 231.000 €.
 - Von den 662 geplanten Fällen sind etwa 240 Fälle zukünftig potentiell ambulant zu versorgen (laut Katalog: stationersetzende Maßnahmen/ambulantes Operieren).
 - Im Krankenhaus Uetersen müssen wir pro Monat 30.000 € (360.000 € im Jahr) an Wartungskosten zahlen.
 - Die Intensivstation mit 4 Betten kostet an Personal 1.759 € pro Tag. Die Station ist in an vielen Tagen nur mit 2 Patienten belegt, die Kosten entstehen aber täglich für vier Betten.
 - In Elmshorn hat die Intensivstation 14 Betten, von denen an vielen Tagen durchschnittlich 10 bis 12 Betten belegt sind. Die Patienten aus Uetersen könnten hier mitversorgt werden.
 - Die Telefonzentrale kostet in einem Haus mit rund 200 Betten durchschnittlich 800 € im Jahr je durchschnittlich belegtem Bett. In einem Haus wie Uetersen fallen im Vergleich Kosten von 1.600 € im Jahr an.“

Quellen:

1. Hamburger Abendblatt vom 04.12.2004 - <http://www.abendblatt.de/region/pinneberg/article714423/Das-Krankenhaus-Uetersen-schliesst-voruebergehend.html#>
2. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 05/2004, S. 33 / 34
3. Verlautbarung des Landrates des Kreises Uetersen vom 29.01.2004

Marktaustritt Klinik am Lerchenberg (Zella-Mehlis/Thüringen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Klinik am Lerchenberg gGmbH
Institutionskennzeichen:	261600667
Träger des Krankenhauses:	Stadt Zella-Mehlis
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin, Chirurgie (Wirbelsäulen-), Anästhesie
Bettenzahl:	90 (2005)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	2.723 (2005)
Abgerechnetes Casemixvolumen	2.465,784 (2005)
Erlösbudget (Euro)	5.627.287,52 (2005)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Thüringen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	10.855 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Schmalkalden-Meiningen
Einwohnerzahl Kreis	137.267 Einwohner (31.12.2005)
Einwohner/qkm im Kreis:	113 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	71,4 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2005)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁴⁵	65,5 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Von 2004 bis Juni 2006
Zeitpunkt der Schließung	30.06.2006
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Seit Anfang 1991 wurde das "Städtische Fachkrankenhaus Zella-Mehlis" in Trägerschaft der Stadt Zella-Mehlis geführt○ Ab dem 01.10.2004 wurde der Eigenbetrieb in die "Klinik am Lerchenberg gGmbH" überführt○ Zum 30. Juni 2006 wurde das Haus dann aufgrund von Vorgaben des 4. Thüringer Landeskrankenhausplanes geschlossen○ Die Klage der Stadt Zella-Mehlis gegen den Schließungsbescheid führte zur Zahlung von Schließungsförderung in Höhe von rund 733.000 Euro, verhinderte die Schließung aber nicht
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger○ Politik (Landesplanungsbehörde / Stadt)
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Vorgaben der Thüringer Landeskrankenhausplanung
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Marktaustritt aufgrund von Vorgaben des Landeskrankenhausplanes○ einstufig

¹⁴⁵ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2005 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2006

Zitate:

- „Unser Haus wurde am 30. Juni 2006 geschlossen“
- „Die Stadt Zella-Mehlis klagte gegen den 4. Landeskrankenhausplan, in dem die Schließung des Krankenhauses Zella-Mehlis festgeschrieben war (das Krankenhaus wurde zum 30. Juni 2006 geschlossen) und erreichte vor dem Verwaltungsgericht in Meiningen einen gerichtlichen Vergleich. An diesen Vergleich gebunden war die Schließungsförderung des Landes.“
- Mit Bescheid des Thüringer Landesverwaltungsamtes vom 23. Juni 2006 wurden für Abfindungskosten Fördermittel in Höhe von 733.352,80 Euro bewilligt und auch ausgezahlt.

Quellen:

1. <http://www.krankenhaus-zella-mehlis.de>
2. Thüringer Landtag 5. Wahlperiode Drucksache 5/287 □ 04.01.2010
3. Klinik am Lerchenberg gGmbH Zella-Mehlis, Qualitätsbericht 2004 gemäß § 137 SGB V

8.1.2. Ausgewählte Teil-Marktaustritte bzw. gescheiterte Marktaustritte

Teil-Marktaustritt Kreiskrankenhaus Hechingen (Hechingen/Baden-Württemberg)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Kreiskrankenhaus Hechingen
Institutionskennzeichen:	260840175
Träger des Krankenhauses:	Zollernalbkreis
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Zollernalb Klinikum gGmbH
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Chirurgie; Innere Medizin
Bettenzahl:	185 (2006)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	5.553 (2006)
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Baden-Württemberg
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	18.700 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Zollernalbkreis
Einwohnerzahl Kreis	184.658 Einwohner (31.12.2012)
Einwohner/qkm im Kreis:	201 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	28,1 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2011/12)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁴⁶	28,1 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Teil-Marktaustritts-Prozess:	Von 2006 bis Juni 2012
Zeitpunkt der Teil-Schließung	30.06.2012
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aufgrund eines vom Kreistag und Klinikum verabschiedeten Strukturkonzeptes aus dem Jahr 2006 sollte der Klinikbetrieb zukünftig an den Standorten Albstadt und Balingen unter Aufgabe des Standortes Hechingen konzentriert werden ○ Diese Planung ist dann Mitte 2012 konkret umgesetzt worden – der Standort Hechingen wurde vollständig aufgegeben
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Träger ○ Politik (Kreis)
Zentrale Gründe für Teil-Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none"> ○ Konzentration des Klinikbetriebs an zwei statt bisher drei Standorten
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Strategisch geplanter (Teil-) Marktaustritt (Stilllegung eines von drei Standorten) ○ einstufig

Zitate:

¹⁴⁶ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2011 (letzter verfügbarer Wert) abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2012

- „Aufgrund des vom Kreistag und Klinikum verabschiedeten Strukturkonzeptes wird der Klinikumsbetrieb zukünftig an den Standorten Albstadt und Balingen unter Aufgabe des Standortes Hechingen geplant. Die Versorgung der Bevölkerung des Raumes Hechingen wird nach der geplanten Schließung der Hechinger Chirurgie ab 1. Januar 2009 durch die Häuser Albstadt und Balingen erfolgen. Die Schwerpunktleistungen der Bauchchirurgie und Coloproktologie werden dann im entsprechenden Schwerpunkt im Krankenhaus Albstadt durchgeführt. Bis Ende 2008 bleibt die Chirurgie in Hechingen jedoch in vollem Betrieb. Die Klinik für Innere Medizin in Hechingen bleibt inklusive des geriatrischen Schwerpunktes voraussichtlich bis ins Jahr 2010 weiter in vollem Betrieb, bis durch den Erweiterungsbau des Krankenhauses Balingen dort die erforderliche Bettenkapazität zur Verfügung gestellt werden kann.“

Angesichts dieser Informationen, die auch durch Zeitungsberichte bestätigt werden, ist eher von einer Verlegung der Kapazitäten an einen anderen Standort und damit von einer unechten Schließung auszugehen.

- “Seit 1966 hat der Raum Hechingen den Luxus einer wohnortnahen Patientenversorgung in der Weilheimer Straße gehabt. Jetzt geht diese Ära zu Ende. Ohne größere Begleitumstände. Der enorme Proteststurm, den die Nachricht von der Schließung des früheren Kreiskrankenhauses ausgelöst hat, ist längst wieder vorbei. An den Förderverein erinnert man sich ebenfalls kaum mehr. Derweil ist in Balingen für die Nachfolge kräftig investiert worden. So kräftig und über Plan, dass man in Hechingen zwar nochmal nachgerechnet hat, aber da war es halt längst zu spät. Fortan führt definitiv kein Weg mehr an Balingen oder Albstadt vorbei, wenn man im Raum Hechingen wohnt und ins Krankenhaus muss - wenn man nicht gleich Tübingen oder Reutlingen vorzieht.”
- „Das wars. Das Hechinger Krankenhaus ist Geschichte. 46 Jahre hat es gute Dienste geleistet. Die letzten 29 Patienten wurden gestern in den Balingen Klinik-Neubau verlegt - und dort mit Rosen begrüßt.“
- „Eigentlich hatte das Hechinger Krankenhaus eine Gnadenfrist bis Ende 2012. Jetzt ist aber doch ein gutes Jahr früher Schluss. Mitte 2011 zieht die letzte Abteilung des Klinikums Zollernalb nach Balingen um.“

Quellen:

1. Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V für das Berichtsjahr 2006 Krankenhaus Hechingen
2. <http://www.swp.de/1506934>
3. <http://www.swp.de/1521677>
4. <http://www.gea.de/region+reutlingen/tuebingen/hechinger+krankenhaus+schliesst+ein+jahr+frueher.1447725.htm?mode=print>

Teil-Marktaustritt Helios Klinik Herbolzheim (Herbolzheim/Baden-Württemberg)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Helios Klinik Herbolzheim
Institutionskennzeichen:	260830641
Träger des Krankenhauses:	Helios Kliniken GmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Helios Kliniken GmbH
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Gyn./Geb., Chirurgie und Unfallchir., Innere M., Anästh./Intensivm.
Bettenzahl:	113 (2005)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	4.080 (2005)
Abgerechnetes Casemixvolumen	3.257,819 (2005)
Erlösbudget (Euro)	10.159.604,54 (2005)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Baden-Württemberg
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	10.152 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Emmendingen
Einwohnerzahl Kreis	157.265 Einwohner (31.12.2006)
Einwohner/qkm im Kreis:	231 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	68,5 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2005)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁴⁷	61,0 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Teil-Marktaustritts-Prozess:	Von 2002 bis Dezember 2006
Zeitpunkt der Teil-Schließung	31.12.2006
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Das städtische Krankenhaus Herbolzheim wurde im April 2002 mehrheitlich von der Wittgensteiner Kliniken AG (WKA) übernommen○ Die WKA gehört seit Mitte 2001 zur Helios Gruppe, die sich ihrerseits wiederum im Besitz der Fresenius SE befindet○ 2005 übernahmen die Helios Kliniken GmbH die Leitung des Krankenhauses von der WKA; die Klinik wurde in Helios Klinik Herbolzheim umbenannt; der neue Geschäftsführer konstatierte dann einen Finanzbedarf in Höhe von 20 Millionen Euro○ 2006 gliederte der Landkreis Emmendingen das Haus teilweise ein und übernahm 2/3 der Mitarbeiter○ Helios zahlte knapp zwei Millionen Euro als Interessenausgleich an den Landkreis
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger (WKA/Helios)○ Politik (Kreis)○ Belegungsprobleme, Defizit
Zentrale Gründe für Marktaustritt	
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ (Teil-) Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen mit nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen○ mehrstufig

¹⁴⁷ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2009 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2010

Zitate:

- **„Gesundheitsvorsorge, Betreuung**
Eine einschneidende strukturelle Veränderung und ein heiß diskutiertes Thema in Schillings zweiter Amtsperiode war die Schließung des Herbolzheimer Krankenhauses. "Um den Standort zu sichern, werden wir unser medizinisches Angebot weiter spezialisieren müssen", sagte Schilling im BZ-Gespräch im Jahr 2004. Doch auch Investitionen in Höhe von 1,5 Millionen Euro konnten angesichts der strukturellen Veränderungen im Krankenhauswesen den Niedergang nicht abwenden. Anfang des Jahres 2006 wurde das Herbolzheimer Haus der Wittgensteiner Kliniken von der Gruppe der Helios-Kliniken übernommen. Ein halbes Jahr später kam die Ernüchterung, die Schließung aus wirtschaftlichen Gründen. Der Investitionsbedarf wurde als zu hoch beziffert. Auch eine Bürgerinitiative und Tausende von Unterschriften änderten nichts: Die medizinischen Abteilungen wurden in das Kreiskrankenhaus Emmendingen integriert, 114 von 155 Mitarbeitern übernommen.“
- „Nach der geplanten Schließung des Stadtkrankenhauses im südbadischen Herbolzheim will der Landkreis Emmendingen zwei Drittel der Beschäftigten übernehmen. Rund 105 der 160 Klinik-Mitarbeiter könnten künftig im Kreiskrankenhaus in Emmendingen arbeiten, sagte Landrat Hanno Hurth (CDU). Bis zum März kommenden Jahres könnten drei Abteilungen des Krankenhauses Herbolzheim in die Emmendinger Klinik integriert werden.“
- „Einstimmig hat der Kreistag gestern Nachmittag beschlossen, der Herbolzheimer Helios Klinik GmbH die Übernahme des Betriebs im Emmendinger Kreiskrankenhaus anzubieten. Landrat Hanno Hurth und die Sprecher aller Fraktionen erklärten, die Alternative zu dieser Auffang-Lösung wäre die Insolvenz der Helios-Klinik. Dies habe der Kreis im Interesse der medizinischen Versorgung und der Arbeitsplätze unbedingt vermeiden wollen. Sollten die Gesellschafter der Helios-Klinik GmbH, zu denen auch die Stadt Herbolzheim mit 26 Prozent gehört, dem Übernahmeangebot zustimmen, haben 105 Beschäftigte ihren Arbeitsplatz künftig im Kreiskrankenhaus Emmendingen. ... Grünen-Fraktionssprecher Stefan Bilharz (Kenzingen) wies darauf hin, dass sich die Übernahme von zwei Dritteln der bisher in Herbolzheim Beschäftigten auch aufs Personal des Kreiskrankenhauses auswirke: Dort bestehende Zeitverträge würden nicht verlängert. (...)
Der frühere CDU-Landtagsabgeordnete und CDU-Kreisrat Alfred Haas (Emmendingen) sagte, nicht der Kreis trage den "schwarzen Peter" und lasse ihn sich auch nicht zuschieben: "Helios ist für die Misere verantwortlich".“

Hinweis:

Das Kreiskrankenhaus Emmendingen-Herbolzheim hatte laut Krankenhausverzeichnis 2007 278 Betten, 15 mehr als in den Jahren davor.

Quellen:

1. <http://www.badische-zeitung.de/herbolzheim/eher-zu-schnell-als-zu-langsam--60409261.html>
2. : http://www.schwaebische.de/home_artikel,-Kreisuebernimmt-Personal-_arid,1818914.html#
3. http://www.ungesundleben.org/privatisierung/index.php/Helios_Kliniken#Dezember_2006:_Der_Fall_Herbolzheim

Teil-Marktaustritt Krankenhaus Isny/Leutkirch (Isny und Leutkirch /Ba.-Wü.)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Krankenhaus Isny/Leutkirch
Institutionskennzeichen:	260841713
Träger des Krankenhauses:	Oberschwaben Klinik gGmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Oberschwaben Klinik gGmbH
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Allg. Chirurgie; Anästh./Intensiv; Innere Medizin; Frauenheilkunde
Bettenzahl:	128 (2010)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	4.055 (2010)
Abgerechnetes Casemixvolumen	4.005,755 (2010)
Erlösbudget (Euro)	11.840.739,04 (2010)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Baden-Württemberg
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	13.186 Einwohner (Isny) /
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Ravensburg
Einwohnerzahl Kreis	272.425 Einwohner (31.12.2012)
Einwohner/qkm im Kreis:	167 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	66,0 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2011/12)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁴⁸	64,6 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Marktaustritts-Prozess:	Von 2012 bis Juni 2013
Zeitpunkt der Teil-Schließung	30.06.2013
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Die Krankenhäuser Isny und Leutkirch gehörten seit 1997 zur Oberschwaben Klinik gGmbH von Landkreis und Stadt Ravensburg○ Sie wurden ab 2006 unter der IK 260841713 als ein Krankenhaus mit zwei Standorten geführt○ Seit 2011 gehörten sie als Betriebsstätten zum Klinikum Westallgäu○ Mitte 2013 wurden die beiden Standorte geschlossen; 90 der insgesamt 128 Planbetten wurden an das ebenfalls zur Oberschwaben Klinik gGmbH gehörende Betriebsstätte Wangen des Klinikums Westallgäu verlagert
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger○ Politik (Kreis)
Zentrale Gründe für Teil-Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Zunehmende Belegungsprobleme und steigendes Defizit
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ (Teil-) Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen mit nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen○ mehrstufig

¹⁴⁸ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2011 (letzter verfügbare Zahl) abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2012

Zitate:

- Im Folgenden ist der Beschluss des Kreistages zur Zukunft der Oberschwabenklinik dokumentiert (...)
 1. Klinikum Westallgäu - Betriebsstätte Isny
Die stationäre Versorgung an der Betriebsstätte Isny wird aufgegeben. Die Nebenbetriebsstätte der MVZ GmbH Wangen bleibt davon unberührt; sie wird unverändert fortgesetzt. Dabei gelten folgende Termine:
 - Ende der stationären Versorgung: spätestens 31.03.2013
 - Ende des Betriebs der Notaufnahme der Betriebsstätte: spätestens 31.03.2013Die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung der Region Allgäu mit stationären Krankenhausleistungen der Grund- und Regelversorgung erfolgt künftig zentral über das Klinikum Westallgäu, Betriebsstätte Wangen. Der Landkreis ist bereit, die notwendigen Räume
 - für den Betrieb der Notarztversorgung sowie
 - zur Einrichtung einer Notfallpraxis der niedergelassenen Ärzte (KV Notfallpraxis) zur Verfügung zu stellen.(...)
 2. Klinikum Westallgäu - Betriebsstätte Leutkirch
Die stationäre Versorgung an der Betriebsstätte Leutkirch wird aufgegeben. Dabei gelten folgende Termine:
 - Ende der stationären Versorgung Innere Medizin: 30.06.2013
 - Ende der stationären Versorgung Chirurgie: 30.06.2013
 - Ende der stationären Versorgung Gynäkologie: 31.12.2012
 - Ende des Betriebs der Notaufnahme der Betriebsstätte: 31.12.2012.“
- „Der Oberschwabenklinik-Verbund, ein Zusammenschluss aus sechs Krankenhäusern in Trägerschaft von Kreis und Stadt Ravensburg, kann nach Überzeugung der meisten Kommunalpolitiker nur durch die Schließung von zwei Standorten, Isny und Leutkirch, gerettet werden. (...) Wie die Schwäbische Zeitung mehrfach berichtete, geriet die Oberschwabenklinik (OSK) im vergangenen Jahr nach drei Jahren mit einem leichten Überschuss im Betriebsergebnis in finanzielle Schwierigkeiten. Mehr als acht Millionen Euro Miese schreckten die Verantwortlichen auf. Dieses Jahr befürchten sie ein Defizit in Höhe von zehn Millionen Euro.“

Quellen:

1. <http://www.oberschwabenklinik.de/aktuelles/pressemitteilungen/presse-details/news/1991/return/143/index.html>
2. http://www.schwaebische.de/region/oberschwaben/ravensburg/rund-um-ravensburg_artikel,-Kliniken-in-Isny-und-Leutkirch-schliessen-_arid,5345551.html

Teil-Marktaustritt Wiesentalklinik (Zell im Wiesental/Baden-Württemberg)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Wiesentalklinik
Institutionskennzeichen:	260831711
Träger des Krankenhauses:	Stadt Zell
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Geriatric
Bettenzahl:	10 (2007)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	-
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Baden-Württemberg
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	6.059 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Lörrach
Einwohnerzahl Kreis	222.650 Einwohner (31.12.2010)
Einwohner/qkm im Kreis:	276 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	37,7 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2009)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁴⁹	37,2 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Teil-Marktaustritts-Prozess:	Von 2009 bis April 2010
Zeitpunkt der Teil-Schließung	April 2010
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Geringe Belegung und wachsende Verluste führten 2006/2007 zur Umwandlung des kleinen Akutkrankenhauses in eine reine Geriatric mit zehn Betten○ Nachdem die Verluste in Höhe von 300.000-400.000 Euro jährlich insgesamt auf drei Millionen Euro angewachsen waren, vereinbarte man im März 2010 einen Betriebsübergang auf das Kreis Krankenhaus Rheinfelden○ Politik (Stadt/Kreis)
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Hohes und wachsendes Defizit trotz Umwandlung in Geriatric
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ (Teil-) Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen mit nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ einstufig

¹⁴⁹ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2009 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2010

Zitate:

- „Schweren Herzens beschloss der Zeller Gemeinderat vor vollen Zuhörerreihen aus wirtschaftlichen Gründen einstimmig die Schließung der Wiesentalklinik als geriatrische Reha-Einrichtung. Der Versorgungsvertrag wird zum nächst möglichen Termin gekündigt, zuerst will man die Bestätigung für den Betriebsübergang auf die Kreiskliniken GmbH in der Hand haben. Die ausgehandelte Vereinbarung beinhaltet, dass das medizinische Personal zu den bestehenden Bedingungen ans Kreis Krankenhaus Rheinfelden wechseln kann, wenn dort die Geriatrie mit angeschlossener Reha angesiedelt wird. (...) Dass die geriatrische Reha als separate Einrichtung nicht mehr lebensfähig sein würde, zeichnete sich 2009 aufgrund der Strukturreformen ab. Da die "überdurchschnittlich hohen" Reha-Leistungen in Baden-Württemberg auf bundesweites Niveau nivelliert werden sollten, so Bürgermeister Rümmele, hätten sich die roten Zahlen der Wiesentalklinik noch mehr“ verschlechtert. Angehäufte Fehlbeträge in Höhe von 3 Millionen Euro gilt es abzutragen. (...) Vom Sozialministerium und auch vom Landkreis sei man immer bestärkt worden, dass die geriatrische Reha erhalten bleiben soll, das jährliche Defizit von 300 000 bis 400 000 Euro sei nicht aber mehr zu verkraften gewesen.“
- „Damit sind die Voraussetzungen gegeben für die angestrebte Integration der geriatrischen Reha in die neue Rheinfelder Akut-Geriatrie, die der Aufsichtsrat der Kliniken GmbH am Freitag beschlossen hat. Wie berichtet, bietet die Kliniken GmbH die Übernahme des medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Personals der Wiesentalklinik an. Dies sind zirka 30 Mitarbeiter.“

Quellen:

1. <http://www.badische-zeitung.de/zell-im-wiesental/die-klinik-geht-die-verluste-bleiben--28715021.html>
2. <http://www.badische-zeitung.de/zell-im-wiesental/ende-der-wiesentalklinik--28470140.html>

Teil-Marktaustritt Kreiskrankenhaus Mellrichstadt (Mellrichstadt/Bayern)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Kreiskrankenhaus Mellrichstadt
Institutionskennzeichen:	260960763
Träger des Krankenhauses:	Landkreis Rhön-Grabfeld
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Medizin, Chirurgie
Bettenzahl:	70 (2004)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	868 (2006)
Abgerechnetes Casemixvolumen	673,784 (2006)
Erlösbudget (Euro)	2.112.316,19 (2006)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Bayern
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	5.625 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Rhön-Grabfeld
Einwohnerzahl Kreis	85.313 Einwohner (31.12.2006)
Einwohner/qkm im Kreis:	84 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Dünn besiedelter ländlicher Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	128,2 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2005)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁵⁰	121,2 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Teil-Marktaustritts-Prozess:	Von September 2004 bis Dezember 2006
Zeitpunkt der Teil-Schließung	31.12.2006
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nach dem endgültigen Scheitern des Verkaufs der Kreiskliniken an die Rhön-Klinikum AG begann die Konzentration der akutstationären Versorgung am Standort Bad Neustadt mit Kapazitätserweiterung auf 225 Betten und Schließung des Hauses Mellrichstadt ○ Die Schließung des KKH Mellrichstadt erfolgte zum 31.12.2006, die hämatologisch-onkologische Ambulanz wurde jedoch nach Bad Neustadt verlegt ○ Die Umsetzung des mit dem Personalrat abgeschlossenen Sozialplans vom 19.12.2005 erfolgte zum 01.01.2007
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Träger ○ Rhön-Klinikum AG ○ Bundeskartellamt/Monopolkommission ○ Politik (Kreis) ○ Vom Bundeskartellamt untersagter Verkauf
Zentrale Gründe für Marktaustritt	
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sonstige Gründe ○ einstufig

¹⁵⁰ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2009 abzüglich der durch den Marktaustritt weggeführten Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2010

Besonderheit im Zusammenhang mit der Schließung des Kreiskrankenhauses Mellrichstadt:

Die Rhön-Klinikum AG wollte beide Kliniken übernehmen. Die Übernahme wurde aber vom Bundeskartellamt untersagt; eine Beschwerde beim Bundesgerichtshof gegen die Untersagung wurde von diesem mit Urteil vom 16.01.2008 endgültig abgelehnt. Auch eine beantragte Ministererlaubnis wurde nicht erteilt.

**Leistungsentwicklung Kreiskrankenhaus Mellrichstadt
2006**

		Veränderung 2006 zu 2005	
Fälle E1	873	-771	-46,90%
2005	1644		
Relativgew.	679,437	-768	-53,07%
2005	1.423,881		
CMI	0,778	-0,088	-10,16%
2005	0,866		

(Quelle: Jahresbericht 2006 Landkreis Rhön-Grabfeld)

Anmerkung: Das Kreiskrankenhaus Bad Neustadt hatte laut Qualitätsbericht 2004 und 2006 jeweils 200 Planbetten. Im QB 2008 wurden dann 225 Betten, also 25 Betten mehr ausgewiesen. Daraus kann geschlossen werden, dass 25 der insgesamt 70 Betten des Kreiskrankenhauses Mellrichstadt nach Bad Neustadt verlegt wurden, also nur ein Teil-Marktaustritt vorliegt.

Zitate:

- „Drei Jahre sind es her, daß der Landkreis Rhön-Grabfeld aus Kostengründen das Kreiskrankenhaus Mellrichstadt geschlossen hat.“

Quellen:

1. <http://osthessen-news.de/beitrag.php?id=1170792&Druck=1>
2. Jahresbericht 2006 Landkreis Rhön-Grabfeld
3. Monopolkommission, Sondergutachten „Zusammenschlussvorhaben der Rhön-Klinikum AG mit dem Landkreis Rhön-Grabfeld“, Bonn, April 2006

Teil-Marktaustritt Dr. Schweckendiek Klinik (Marburg/Hessen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Dr. Schweckendiek Klinik
Institutionskennzeichen:	260650154
Träger des Krankenhauses:	Dr. Schweckendiek Klinik GmbH & Co. Klinik KG
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	HNO
Bettenzahl:	17 (2008)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	884 (2008)
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Hessen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	72.400 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Marburg-Biedenkopf
Einwohnerzahl Kreis	241.279 Einwohner (31.12.2012)
Einwohner/qkm im Kreis:	191 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	64,1 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2010)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁵¹	64,1 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Teil-Marktaustritts-Prozess:	Von Januar 2011 bis Mai 2011
Zeitpunkt der Teil-Schließung	31.05.2011
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Die Klinik wurde im Jahre 1953 von dem HNO-Arzt Dr. Hermann Schweckendiek gegründet○ Seit 1956 wurde er von seinem Sohn Prof. Dr. Wolfram Schweckendiek, ebenfalls HNO-Arzt, unterstützt○ 2011 erfolgte die Umwandlung des Belegkrankenhauses in eine Tagesklinik und ambulantes Zentrum im Zusammenhang mit dem Ausscheiden von Prof. Dr. Wolfram Schweckendiek○ Die Belegbetten wurden im Zuge dieser Umwandlung an die HNO-Abteilung der Uniklinik Marburg abgegeben
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger○ Uniklinik Marburg
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Umwandlung in ambulantes Angebot und Abgabe der Belegbetten an Uniklinik
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Strategisch geplanter (Teil-) Marktaustritt○ einstufig

¹⁵¹ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2009 abzüglich der durch den Marktaustritt weggeführten Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2010

Zitate:

- „Im Alter von 75 Jahren legte Prof. Schweckendiek die Klinik in die Hände einer GmbH. Seit 01.06.2011 wurden die Belegbetten an die Universitäts HNO Klinik abgegeben; seitdem wird die Klinik als ambulante operative Tagesklinik geführt.“

Quellen:

1. http://www.hno-klinik.de/content/Historie_51.html
2. Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2008 Dr. Schweckendiek GmbH & Co. Klinik KG

Teil-Marktaustritt Sertürner-Hospital (Einbeck/Niedersachsen)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Sertürner Hospital Einbeck GmbH / Einbecker BürgerSpital
Institutionskennzeichen:	260310345
Träger des Krankenhauses:	Einbecker Bürgerspital GmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	-
Trägertyp:	privat
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Chirurgie; Innere Medizin; Anästhesie und Intensivmedizin
Bettenzahl:	109 (2010)
Mitarbeiterzahl	300 (2012)
Fallzahl vollstationär:	4234 (2012)
Abgerechnetes Casemixvolumen	3.323,931 (2012)
Erlösbudget (Euro)	9.801.598,21 (2012)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Niedersachsen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	31.750 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Landkreis Northeim
Einwohnerzahl Kreis	135.418 Einwohner (31.12.2012)
Einwohner/qkm im Kreis:	110 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Dünn besiedelter ländlicher Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	40,2 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2011/12)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁵²	40,2 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Fast-Marktaustritts-Prozess:	Von 2009 bis 2012
Zeitpunkt der Fast-Schließung	Ende 2012
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nachdem sich das Haus bis Ende 2008 in öffentlicher Trägerschaft befand, ging es 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 Magdeburg ○ Juni 2012: Anmeldung einer Planinsolvenz ○ Einbeck 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 (siehe hierzu die Fallstudie)
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Träger ○ Mitarbeiter der Klinik ○ Politik (Landkreis/Stadt) und Bürger von Einbeck ○ Diverse Träger- und Strategiewechsel
Zentrale Gründe für Fast-Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none"> ○ (Fast-) Marktaustritt nach Insolvenz
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none"> ○ mehrstufig

¹⁵² Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2011 abzüglich der durch den Marktaustritt weggeführten Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2012

Zitate:

- „Wer über die wundersame Auferstehung von Einbecks Krankenhaus aus finanziellen Ruinen berichten will, der muss mit allen sprechen: Mitarbeitern, Bürgern, Rathaus. Sie lassen sich nicht auseinanderdividieren – gegen ihre Widersacher, gegen das Land Niedersachsen und den Landkreis Northeim, die das Hospital aufgeben wollten. “

Quellen:

1. <http://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.die-pleite-abgewendet-leben-retten-ein-krankenhaus-retten.b2144694-9e0f-4dc5-ac9a-4d3087906a80.html>
2. Johanna Schoener: Das Bürgerspital; in: Die Zeit 11/2013, S. 69f.

Teil-Marktaustritt Ev. Bethesda-Krankenhaus (Essen-Borbeck/NRW)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Ev. Bethesda-Krankenhaus Essen-Borbeck
Institutionskennzeichen:	260510483
Träger des Krankenhauses:	Ev. Bethesda-Krankenhaus Essen-Borbeck gGmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Diakoniewerk Bethesda gGmbH Wuppertal
Trägertyp:	freigemeinnützig
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Chirurgie, Visceral-, Unfallchir., Gyn./Geb., AnästH./Intensiv, Rad.
Bettenzahl:	177 (2004)
Mitarbeiterzahl	-
Fallzahl vollstationär:	6.005 (2005)
Abgerechnetes Casemixvolumen	6.387,802 (2005)
Erlösbudget (Euro)	21.582.682,38 (2005)

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Nordrhein-Westfalen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	566.862 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Kreisfreie Großstadt
Einwohnerzahl Kreis	583.198 Einwohner (Stadt Essen zum 31.12.2006)
Einwohner/qkm im Kreis:	2.773 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Kreisfreie Großstadt
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	96,3 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2005)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁵³	94,6 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Teil-Marktaustritts-Prozess:	Von 2003 bis Juni 2006
Zeitpunkt der Teil-Schließung	30.06.2006
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Seit 2002 gehört das Bethesda Krankenhaus Essen Borbeck zum Diakoniewerk Bethesda gGmbH Wuppertal, das am Essener Haus eine Mehrheitsbeteiligung übernommen hatte○ Bereits 2003 gab es erhebliche wirtschaftliche Probleme○ Daraufhin wurde die Bettenzahl deutlich reduziert○ Anfang September 2005 stellte der Träger dann den Antrag, das Haus zur Jahresmitte 2006 zu schließen○ Ein Teil der chirurgischen Betten (55) wurden an das benachbarte Philippus-Stift übertragen
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger○ Landesplanungsbehörde
Zentrale Gründe für Teil-Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ wirtschaftlichen Problemen und Antrag des Trägers auf Herausnahme aus dem Krankenhausplan
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ (Teil-) Marktaustritt aufgrund von Belegungsproblemen mit nachfolgenden wirtschaftlichen Problemen○ mehrstufig

¹⁵³ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2005 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2006

Zitate:

- „Schon bei den Verhandlungen über ein Planungskonzept im Jahre 2003 bestanden beim Ev. Bethesda-Krankenhaus Essen-Borbeck erhebliche wirtschaftliche Probleme. Vor diesem Hintergrund suchte der Krankenhausträger Kooperationspartner, Investoren bzw. neue Gesellschafter, um eine verlässliche Zukunftsperspektive zu erarbeiten. Diese ausschließlich in der Zuständigkeit und Verantwortung des Krankenhausträgers liegende Aktivität hat aber zu keinem durchgreifenden Ergebnis geführt. Die Beteiligten vor Ort einigten sich zunächst auf die Reduzierung der Gesamtbettenzahl von 290 auf 145 bei Beibehaltung der Disziplinenstruktur. Mit Bericht (Fax) vom 2. September 2005 informierte die Bezirksregierung Düsseldorf über den Antrag des Krankenhausträgers, das Krankenhaus zum 30. Juni 2006 zu schließen. Grundlage ist ein Beschluss der Gesellschafterversammlung der Ev. Bethesda-Krankenhaus gGmbH Essen-Borbeck vom 26. August 2005.
Der Fachbereich Geburtshilfe ist nicht mehr der örtlichen Versorgung zuzurechnen. Mit den verbleibenden Krankenhäusern in Essen kann eine wohnortnahe medizinische Versorgung der Bevölkerung weiterhin als gesichert angesehen werden, zumal beabsichtigt ist, einen Teil der Betten der Chirurgie und Unfallchirurgie an das benachbarte Kath. Krankenhaus Philippus-Stift zu verlagern. Hierzu wird derzeit ein regionales Planungskonzept gemäß § 16 KHG NRW ebenso wie zur Herausnahme des Ev. Bethesda-Krankenhauses aus dem Krankenhausplan erarbeitet.“

Anmerkung:

Laut Qualitätsbericht 2004 hatte das Kath. Krankenhaus Philippus-Stift 2004 insgesamt 422 Betten und eine vollstationäre Fallzahl von 10.758. Der Qualitätsbericht 2006 weist dann 477 Betten und 12.233 vollstationäre Fälle aus, der Qualitätsbericht 2008 ebenfalls 477 Betten und eine vollstationäre Fallzahl von 11.761.

Diese Zahlen lassen darauf schließen, dass der Unterschied in der Gesamtbettenzahl zwischen 2004 und 2006 in Höhe von 55 Betten auf eine Verlagerung der Chirurgie/Unfallchirurgie aus dem geschlossenen Bethesda-Krankenhaus in das Philippus-Stift zurückzuführen ist. Die Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasive Chirurgie sowie die Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, spezielle Unfallchirurgie, Hand- und Fußchirurgie existierten nach dem QB 2004 im Philippus-Stift nicht, werden aber im QB 2006 dann ausgewiesen (mit zusammen 1.555 Fällen).

Quellen:

1. Landtag NRW, Drs. 14/308
2. Qualitätsbericht der Bethesda Krankenhaus gGmbH Essen-Borbeck 2004
3. <http://www.thomas-kutschaty.de/meldungen/11583/28641/Bethesda-Krankenhaus-schlieszt-nun-doch-seine-Pforten.html>

Teil-Marktaustritt Krankenhaus Rheda (Rheda-Wiedenbrück/NRW)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Krankenhaus Rheda
Institutionskennzeichen:	260570215
Träger des Krankenhauses:	Klinikum Gütersloh gGmbH
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	Klinikum Gütersloh gGmbH
Trägertyp:	öffentlich
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Chirurgie, Unfallchirurgie, Plastische, Ästhetische und Handchirurgie
Bettenzahl:	50 (2013)
Mitarbeiterzahl	71 (2013)
Fallzahl vollstationär:	4.300 (2011)
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Nordrhein-Westfalen
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	46.858 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Kreis Gütersloh
Einwohnerzahl Kreis	351.624 Einwohner (31.12.2012)
Einwohner/qkm im Kreis:	363 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	40,0 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2011/12)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁵⁴	40,0 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Teil-Marktaustritts-Prozess:	Von 2011 bis Juni 2013
Zeitpunkt der Teil-Schließung	30.06.2013
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Das frühere Ev. Krankenhaus Rheda war 2005 vom Klinikum Gütersloh übernommen worden○ Seit 2011 war Rheda dann Standort des Klinikums Gütersloh (unter der gleichen IK)○ Im Oktober beschloss dann das Klinikum Gütersloh die Schließung des Standortes Rheda
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger○ Politik (Kreis)
Zentrale Gründe für Teil-Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Konzentration des Klinikbetriebs an zwei statt bisher drei Standorten
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Strategisch geplanter (Teil-) Marktaustritt (Stilllegung eines von drei Standorten)○ einstufig

¹⁵⁴ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2011 (letzter verfügbarer Wert) abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2012

Zitate:

- „Befürchtet hatten es die Mitarbeiter schon lange. Aber als aus der Ahnung gestern traurige Gewissheit wurde, "war Totenstille im Raum", wie Chefarzt Dr. Eugen Klein am Nachmittag berichtete. Einige Stunden zuvor hatte die Geschäftsführung des Klinikums Gütersloh den Beschäftigten des Standorts Rheda mitgeteilt, dass das Krankenhaus Ende September 2013 endgültig geschlossen wird, vielleicht auch schon drei Monate früher. (...) So erhalten nach Aussage von Geschäftsführerin Maud Beste sämtliche 71 Mitarbeiter – sie wurden bereits 2011 auch formal übernommen – am Hauptsitz einen neuen Arbeitsplatz. Denn auch die beiden in Rheda etablierten Abteilungen und somit weite Teile der Arbeit und Betten werden nach Gütersloh verlegt. (...) Das vom Aufsichtsrat einhellig beschlossene Aus für Rheda ist bereits das zweite. 2005 hatten die Krankenkassen im Zuge der komplikationsreichen Fusion von Gütersloh dem damaligen Evangelischen Krankenhaus über Nacht Rheda den Geldhahn zugekehrt.“
- “ Der Verlagerung der Rhedaer Betriebsstätte – sie verfügte zuletzt über die Schwerpunkte Allgemeine und Unfallchirurgie sowie Plastische, Ästhetische und Handchirurgie (Chefarzt Dr. Bernd Ruhnke) – an den Hauptstandort des Klinikums in Gütersloh sieht er positiv entgegen. Er hofft, dass der finanzielle Druck nachlassen werde.”
- „Ein Trostpflaster für die 71 Mitarbeiter aus Rheda ist die Beschäftigungsgarantie. Alle werden künftig am Hauptstandort des Klinikums in Gütersloh arbeiten. Auch die beiden Behandlungsschwerpunkte der Zweigstelle Rheda werden komplett in die Kreisstadt verlagert. (...) Am Standort Rheda waren im Jahr 2011 4300 Patienten ambulant und 2050 stationär behandelt worden. Die Hochrechnungen für das laufende Jahr liegen auf ähnlichem Niveau. „Die geringen Fallzahlen erschweren den kostendeckenden Betrieb zusätzlich“, erklärte Klinikums-Geschäftsführerin Maud Beste. Die medizinische Versorgung der Patienten aus Rheda sei mit dem St.- Vinzenz-Hospital in Wiedenbrück und den drei Häusern in Gütersloh auch künftig gegeben.“

Quellen:

1. http://www.nw-news.de/owl/kreis_guetersloh/guetersloh/guetersloh/?em_cnt=7130144
2. <http://www.die-glocke.de/lokalnachrichten/kreisguetersloh/Krankenhaus-Rheda-schliesst-seine-Pforten-de24bfd2-9abf-4f69-953d-fb0c4b885274-ds>
3. <http://www.die-glocke.de/lokalnachrichten/kreisguetersloh/Rheda-ab-Herbst-2013-ohne-Krankenhaus-484eb741-325a-466f-8d1b-9aec118ce757-ds>

Teil-Marktaustritt Klinik Rotes Kreuz (Saarbrücken/Saarland)

Eckpunkte zum Krankenhaus/Standort:

Name des Krankenhauses:	Klinik Rotes Kreuz Saarbrücken
Institutionskennzeichen:	261000320 ¹⁵⁵
Träger des Krankenhauses:	DRK gem. Krankenhaus GmbH Saarland
Zugehörigkeit zu einem Verbund:	DRK gem. Krankenhaus GmbH Saarland
Trägertyp:	freigemeinnützig
Fachabteilungen/Med. Bereiche:	Innere Med., Chirurgie, Gyn. und Geburtshilfe, Orthopädie, HNO
Bettenzahl:	92 (2005)
Mitarbeiterzahl	114 (2006)
Fallzahl vollstationär:	3.466 (2004)
Abgerechnetes Casemixvolumen	-
Erlösbudget (Euro)	-

Regionale Kennziffern / Wettbewerbs- und Versorgungssituation:

Bundesland:	Saarland
Einwohnerzahl Stadt/Gemeinde:	178.914 Einwohner
Kreiszugehörigkeit:	Regionalverband Saarbrücken
Einwohnerzahl Kreis	341.940 Einwohner (31.12.2012)
Einwohner/qkm im Kreis:	833 Einwohner/qkm
Kreistyp (nach BBSR)	Städtischer Kreis
Bettendichte Kreis vor Marktaustritt	86,8 Betten/10.000 Einwohner (31.12.2005)
Bettendichte Kreis nach Marktaustritt ¹⁵⁶	84,6 Betten/10.000 Einwohner

Informationen zum Marktaustritt:

Zeitraum Teil-Marktaustritts-Prozess:	Von 2004 bis Dezember 2006
Zeitpunkt der Teil-Schließung	31.12.2006
Ablauf des Marktaustritts	<ul style="list-style-type: none">○ Die Klinik Rotes Kreuz Saarbrücken war die einzige reine Belegklinik im Saarland (23 Belegärzte)○ Im Jahr 2005 betrug die durchschnittliche Bettennutzung aber nur rund 35 % nach 48% in 2004○ Daraufhin sah der Krankenhausplan des Saarlandes die Schließung zum Jahresende 2006 vor
Wesentliche Akteure:	<ul style="list-style-type: none">○ Träger○ Landesplanungsbehörde
Zentrale Gründe für Marktaustritt	<ul style="list-style-type: none">○ Starker Belegungsrückgang; daraufhin Streichung aus dem Landeskrankenhausplan
Schließungstyp:	<ul style="list-style-type: none">○ Teil-Marktaustritt aufgrund von Vorgaben des Landeskrankenhausplanes○ einstufig

¹⁵⁵ Das gleiche Institutskennzeichen wird vom Krankenhaus Saarlouis vom DRK benutzt; das lässt den Schluss zu, dass das Saarbrücker Belegkrankenhaus zuletzt Standort des Krankenhauses Saarlouis war

¹⁵⁶ Berechnungsgrundlage ist die Bettenzahl im Kreis zum 31.12.2009 abzüglich der durch den Marktaustritt weggefallenen Betten sowie die Einwohnerzahl zum 31.12.2010

Zitate:

- „Der Krankenhausplan 2006 - 2010 beinhaltet folgende wesentliche Strukturveränderungen: Schließung der Klinik Rotes Kreuz Saarbrücken zum 1.1.2007 und Verlagerung der prognostizierten bedarfsnotwendigen Belegbetten an das Evangelische Stadtkrankenhaus Saarbrücken, das St. Josef Krankenhaus Dudweiler und die Caritasklinik St. Theresia, Saarbrücken. Die Schließung war unvermeidlich, weil die durchschnittliche Bettennutzung im Jahr 2005 auf 35,1 % gesunken war (2004: 48,1 %), die Fallzahl mit 2.668 im Jahr 2005 deutlich unter der Prognose des Gutachtens für das Jahr 2010 lag 16 (Mittelwert 3.362 Fälle) und die Geburtenzahl nur noch 172 betrug (2004: 184), also erheblich unter der gesetzlichen Mindestgeburtenzahl von 300 Geburten jährlich lag. In einer konzertierten Aktion zwischen dem MJAGS, dem Krankenhausträger und den Krankenkassen wurde die Schließung des Krankenhauses sozialverträglich flankiert.“

(Anmerkung: Die Gesamtzahl der Krankenhausbetten an den drei genannten Kliniken sank jedoch vom 01.01.2006 auf den 01.01.2007 von 672 auf 644. Das bedeutet, dass diese Kliniken durch die Schließung der Klinik Rotes Kreuz Saarbrücken zwar zusätzliche Belegbetten erhielten, gleichzeitig aber in größerer Zahl eigene Betten abgeben bzw. schließen mussten)

- Von der zum 31.12.2006 erfolgten Schließung der Klinik Rotes Kreuz Saarbrücken waren 114 Beschäftigte betroffen. Davon sind auf Grund von Auflösungsverträgen 58 Beschäftigte mit einer Abfindung auf der Basis eines Monatsgehaltes pro Beschäftigungsjahr ausgeschieden. Die übrigen Beschäftigten konnten in ein neues Arbeitsverhältnis vermittelt werden.
- Die Kosten in Höhe von ca. 1,84 Mio. € für die Abfindungszahlungen wurden vom Land vor-schussweise dem Krankenhausträger gezahlt. An den Gesamtkosten (Abfindungen und Mehrkosten durch Personalübernahme bei anderen Krankenhäusern) beteiligen sich die Kostenträger mit insgesamt 2,75 Mio. €. Die endgültige Höhe des Landesanteils wird erst 2009 feststehen.
-

Quellen:

1. Krankenhausbericht der Regierung des Saarlandes für die Jahre 2004 – 2009, S. 15f.
2. Klinik Rotes Kreuz Saarbrücken Qualitätsbericht 2004

8.1.3. Ergänzende Tabellen und Schaubilder

Tabelle 19: Kreise und kreisfreie Städte mit Marktaustritten von Krankenhäusern 2003-2013 (Anzahl absolut)

Kreisnummer	Name des Kreises/der kreisfreien Stadt	Anzahl der Marktaustritte
01056	Pinneberg	1
01062	Stormarn	1
03154	Helmstedt	1
03155	Northeim	1
03255	Holzminen	1
03360	Uelzen	1
03455	Friesland	1
04011	Bremen	1
05158	Mettmann	2
05166	Viersen	1
05314	Bonn	1
05382	Rhein-Sieg-Kreis	1
05762	Höxter	1
05774	Paderborn	1
05954	Ennepe-Ruhr-Kreis	2
05958	Hochsauerlandkreis	2
05962	Märkischer Kreis	2
05970	Siegen-Wittgenstein	1
05974	Soest	1
06414	Wiesbaden	1
06431	Bergstraße	4
06434	Hochtaunuskreis	1
06440	Wetteraukreis	1
06535	Vogelsbergkreis	1
06632	Hersfeld-Rotenburg	1
06635	Waldeck-Frankenberg	1
06636	Werra-Meißner-Kreis	1
07134	Birkenfeld	1
08118	Ludwigsburg	1
08119	Rems-Murr-Kreis	1
08125	Heilbronn	1
08127	Schwäbisch Hall	2
08128	Main-Tauber-Kreis	1
08226	Rhein-Neckar-Kreis	1
08237	Freudenstadt	1
08325	Rottweil	1
08327	Tuttlingen	1
08336	Lörrach	2
08421	Ulm	1

08425	Alb-Donau-Kreis	1
09162	München	1
09180	Garmisch-Partenkirchen	1
09187	Rosenheim	1
09189	Traunstein	2
09361	Amberg	1
09372	Cham	1
09374	Neustadt a.d. Waldnaab	1
09375	Regensburg	1
09376	Schwandorf	2
09573	Fürth	1
09574	Nürnberger Land	1
09672	Bad Kissingen	1
09673	Rhön-Grabfeld	1
09772	Augsburg	1
09777	Ostallgäu	2
09780	Oberallgäu	1
11000	Berlin	1
14521	Erzgebirgskreis	1
14627	Meißen	1
14713	Leipzig	1
15083	Börde	1
16066	Schmalkalden-Meiningen	1
Summe der identifizierten Marktaustritte		74

Quelle: Eigene Berechnungen; Datengrundlage: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes des Bundes und der Länder, Eurostat-Regio-Datenbank

Tabelle 20: Marktaustritte von Krankenhäusern 2003-2013 nach Bundesland, Krankenhausträger-Art und Krankenhausart

Bundesland Träger-Art Krankenhausart	Summe Betten	Marktaustritte
Baden-Württemberg	838	14
freigemeinnützig	284	4
Allgemein-KH	85	1
Beleg-KH	49	1
Fach-KH	150	2
öffentlich	341	6
Allgemein-KH	286	4
Beleg-KH	55	2
privat	213	4
Fach-KH	213	4
Bayern	984	19
freigemeinnützig	87	2
Fach-KH	87	2
öffentlich	726	13
Allgemein-KH	566	9
Beleg-KH	85	3
Fach-KH	75	1
privat	171	4
Fach-KH	171	4
Berlin	86	1
privat	86	1
Allgemein-KH	86	1
Bremen	26	1
privat	26	1
Fach-KH	26	1
Hessen	631	11
freigemeinnützig	255	4
Beleg-KH	133	2
Fach-KH	122	2
privat	376	7
Fach-KH	376	7
Niedersachsen	292	5
freigemeinnützig	146	2

Allgemein-KH	146	2
öffentlich	40	2
Beleg-KH	40	2
privat	106	1
Fach-KH	106	1
Nordrhein-Westfalen	1814	15
freigemeinnützig	858	8
Allgemein-KH	858	8
privat	956	7
Allgemein-KH	256	3
Fach-KH	700	4
Rheinland-Pfalz	18	1
öffentlich	18	1
Fach-KH	18	1
Sachsen	234	3
öffentlich	164	2
Allgemein-KH	164	2
privat	70	1
Fach-KH	70	1
Sachsen-Anhalt	82	1
privat	82	1
Allgemein-KH	82	1
Schleswig-Holstein	146	2
öffentlich	109	1
Allgemein-KH	109	1
privat	37	1
Fach-KH	37	1
Thüringen	90	1
öffentlich	90	1
Allgemein-KH	90	1
Summe	5241	74

Quelle: Eigene Recherchen und Berechnungen

8.2. Dokumentation der Regelungen der Landeskrankenhausgesetze zur Schließungsförderung und zur Rückzahlung von Fördermitteln bei Krankenhausschließung

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG)

§ 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.“

Landeskrankenhausgesetz (LKG) Berlin

§ 13 Landeskrankenhausgesetz 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.“

§ 15 Abs. 2 Landeskrankenhausgesetz 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.“

Landeskrankenhausgesetz (LKHG) Baden-Württemberg

§ 21 LKHG Ba.-Wü.:

- (1) Für Krankenhäuser, die auf Grund einer Entscheidung nach § 7 Abs. 1 oder 4 oder mit Zustimmung des Regierungspräsidiums ihren Betrieb ganz oder teilweise einstellen, werden auf Antrag Ausgleichszahlungen bewilligt, um die Schließung des Krankenhauses oder seine Umstellung auf andere Aufgaben zu erleichtern.*
- (2) Die Ausgleichszahlungen sollen finanzielle Härten für den Krankenhausträger vermeiden, die sonst mit der Schließung oder Umstellung des Krankenhauses verbunden wären.*
- (3) 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.*
- (4) Bei Umstellung des Krankenhauses auf andere Aufgaben können nur Investitionen berücksichtigt werden, die erforderlich sind, um die vorhandenen Gebäude für die neue Zweckbestimmung nutzbar zu machen. Für wesentliche Erweiterungen oder für Neubauten kann nur ein angemessener Zuschuss nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel geleistet werden.*
- (5) Für Krankenhäuser, die nicht in den Krankenhausplan aufgenommen worden sind und die am 1. Oktober 1972 betrieben wurden oder mit deren Bau vor dem 1. Januar 1972 begonnen worden ist, gelten die Absätze 1 bis 4 entsprechend. Eine Förderung erfolgt nur nach Maßgabe der hierfür bereitstehenden Haushaltsmittel. Die in §§ 3 und 5 KHG genannten Krankenhäuser werden nicht gefördert.*

§ 23 LKHG Ba.-Wü.:

- (1) Fördermittel dürfen nur dem Förderzweck entsprechend verwendet werden. Das Krankenhaus hat für das abgelaufene Kalenderjahr einen Nachweis über die Verwendung der ihm in diesem Jahr zugewiesenen Fördermittel nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz zu erstellen und bei späteren Änderungen zu berichtigen. Der Nachweis ist dem Regierungspräsidium auf Verlangen vorzulegen. Das Ministerium kann durch Rechtsverordnung Inhalt, Gliederung und Form des Nachweises festlegen.*
- (2) Fördermittel für Investitionen sind zu erstatten, wenn das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan ausscheidet. Im Falle der gemeinsamen Trägerschaft nach § 2a Satz 3 haften die Träger als Gesamtschuldner. Soweit mit den Fördermitteln Anlagegüter geschaffen worden sind, mindert sich die Verpflichtung zur Erstattung entsprechend der abgelaufenen betriebsgewöhnlichen Nutzungsdauer dieser Anlagegüter. Soweit Fördermittel zur Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern verwendet worden sind, gilt Satz 3 mit der Maßgabe entsprechend, dass auf die Nutzungsdauer dieser Maßnahmen, längstens aber auf die der erhaltenen oder wiederhergestellten Anlagegüter abzustellen ist. Die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel besteht nur bis zur Höhe des Liquidationswertes der Anlagegüter, wenn das Krankenhaus aus von ihm nicht zu vertretenden Gründen aus dem Krankenhausplan ausscheidet. Absatz 3 Satz 3 bleibt unberührt. Bei teilweiser Förderung ist die Verpflichtung zur Erstattung anteilig begrenzt.*
- (3) Von einer Rückforderung nach Absatz 2 kann abgesehen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit dem Regierungspräsidium aus dem Krankenhausplan ausscheidet. Liegt das*

Ausscheiden des Krankenhauses nach Absatz 2 im krankenhausplanerischen Interesse, ist von einer Rückforderung abzusehen, wenn und soweit 1. krankenhauspezifische bauliche Investitionen in den Krankenhausbau 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 stationäre Akutversorgung eingesetzt werden können. Erträge aus einer Verwertung der geförderten Anlagegüter sowie nicht zweckentsprechend verwendete Pauschalmittel sind jedoch zu erstatten. Absatz 2 Satz 7 gilt entsprechend. (4) Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend, wenn das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan teilweise ausscheidet und deshalb Bereiche des Krankenhauses nicht mehr für Krankenhauszwecke genutzt werden. (5) Werden einzeln geförderte Anlagegüter vor Ablauf ihrer Nutzungsdauer nicht mehr für Krankenhauszwecke genutzt, so können Erträge zurückgefordert werden, die aus einer Verwertung der Anlagegüter erzielt worden sind oder zumutbar hätten erzielt werden können. Bei Förderung einer Ersatzinvestition sind die Erträge zur Finanzierung der Ersatzinvestition zu verwenden.

(6) Von der Rückforderung nach Absatz 5 kann abgesehen werden, wenn 1. geförderte bewegliche oder unbewegliche Anlagegüter, die nicht unmittelbar dem Betrieb von bettenführenden Abteilungen des Krankenhauses zuzuordnen sind, aus fachlichen oder wirtschaftlichen Gründen mit Einverständnis des Regierungspräsidiums aus dem Krankenhausbetrieb ausgegliedert werden, 2. die geförderten Anlagegüter weiterhin überwiegend für die stationäre Krankenhausversorgung genutzt werden und 3. die Erträge aus der Nutzung oder Veräußerung der geförderten Anlagen den Pauschalfördermitteln des Krankenhauses zugeführt werden. Das Krankenhaus hat darüber Nachweis zu führen.

(7) Fördermittel können ganz oder teilweise zurückgefordert werden, 1. wenn sie nicht dem Förderzweck entsprechend oder entgegen Nebenbestimmungen des Bewilligungsbescheids verwendet worden sind, 2. soweit damit finanzierte Anlagegüter sicherungsübereignet worden sind, 3. wenn nach der Gewährung von Leistungen nach § 21 der Krankenhausbetrieb nicht eingestellt oder nicht umgestellt wird, 4. wenn die allgemein geltenden vergaberechtlichen Vorgaben bei Bau- und anderen Leistungen nicht eingehalten wurden.

(8) Übersteigen die auf Grund einer Bewilligung ausgezahlten Fördermittel, insbesondere die Abschlagszahlungen für Investitionen, den endgültigen förderungsfähigen Betrag, so ist der Mehrbetrag zu erstatten. Dies gilt nicht für Pauschalmittel.

(9) Für die Erstattung von Fördermitteln in sonstigen Fällen gelten die allgemeinen Vorschriften. § 24 Abs. 1 bleibt unberührt. Ein Erstattungsanspruch nach den Absätzen 2 bis 4 entfällt, soweit der Ausgleichsanspruch für Eigenmittel nach § 20 Abs. 3 um den Restnutzungswert geförderter Anlagegüter vermindert wird. (10) Das Regierungspräsidium soll vom Krankenhausträger verlangen, dass er für einen möglichen Rückforderungsanspruch vor Auszahlung oder Übertragung der Fördermittel in geeigneter Weise, in der Regel durch Bestellung von Grundpfandrechten, Sicherheit leistet. Soweit eine Kommune oder das Land Träger des Krankenhauses ist, besteht kein Sicherheitsbedürfnis.

Bayerisches Krankenhausgesetz (BayKrG)

Art. 17 Bayerisches Krankenhausgesetz:

„(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 krankenhausplanerischer Zusammenhang mit dem Aufbau von Behand-

lungsplätzen 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.“

Art. 19 Bayerisches Krankenhausgesetz:

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

1. krankenhausespezifische 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 krankenhausesplanerischen 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 krankenhausesplanerischen 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.“

Bremisches Krankenhausgesetz (BremKrhG)

§ 15 BremKrhG:

(1) Krankenhäuser, die aus Gründen des fehlenden Bedarfs im Einvernehmen mit der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales aus dem Krankenhausplan ausscheiden, können auf Antrag Ausgleichszahlungen erhalten, um die Schließung des Krankenhauses oder seine Umstellung auf andere Aufgaben zu erleichtern.

(2) Die Ausgleichszahlungen können mit Zustimmung des Krankenhausträgers auch pauschal geleistet werden.

§ 17 BremKrhG:

(1) Bewilligungsbescheide sind zu widerrufen, wenn und soweit das Krankenhaus seine Aufgaben nach dem Krankenhausplan nicht erfüllt oder die zweckentsprechende Verwendung der Fördermit-

tel für kurz-, mittel- und langfristige Anlagegüter nicht nachgewiesen werden kann. Eine nicht zweckentsprechende Verwendung liegt auch dann vor, wenn nach der Gewährung von Fördermitteln nach § 15 die Umstellung auf andere Aufgaben oder die Einstellung des Krankenhausbetriebes nicht erfolgt. Im Übrigen gelten die Regelungen des Bremischen Verwaltungsverfahrensgesetzes über den Widerruf und die Rücknahme von Verwaltungsakten.

(2) Die Rückerstattung von Fördermitteln und die Verzinsung des Erstattungsanspruchs erfolgen nach § 49a des Bremischen Verwaltungsverfahrensgesetzes. Von einer Rückerstattung kann abgesehen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales aus dem Krankenhausplan ausscheidet.

(3) Soweit mit den Fördermitteln Anlagegüter beschafft worden sind, mindert sich die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel auf den Restbuchwert der jeweils geförderten Anlagegüter. Die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel besteht jedoch nur bis zur Höhe des Liquidationswertes der Anlagegüter, wenn dem Krankenhaus aus einem von ihm nicht zu vertretenden Grund nach Gewährung der Fördermittel die Erfüllung seiner Aufgaben unmöglich wird.

(4) Erstattungsansprüche können mit Förderleistungen nach diesem Gesetz verrechnet werden.

Hamburgisches Krankenhausgesetz (HmbKHG)

§ 20 HmbKHG:

(1) Fördermittel dürfen nur nach Maßgabe des Fördermittelbescheides verwendet werden.

(2) Die Fördermittel sind zu erstatten, wenn das Krankenhaus seine Aufgabe nach dem Krankenhausplan nicht mehr erfüllt. Soweit mit den Fördermitteln Anlagegüter angeschafft oder beschafft worden sind, mindert sich die Erstattungspflicht entsprechend der abgelaufenen regelmäßigen Nutzungsdauer des betreffenden Anlagegutes. Die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel besteht jedoch nur bis zur Höhe des Liquidationswertes der Anlagegüter, wenn dem Krankenhaus aus einem von ihm nicht zu vertretenden Grund nach Gewährung der Fördermittel die Erfüllung seiner Aufgaben unmöglich wird.

(3) Von der Rückforderung nach Absatz 2 kann abgesehen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde aus dem Krankenhausplan ausscheidet.

(4) Fördermittel können ganz oder teilweise auch für die Vergangenheit zurückgefordert werden, wenn sie nicht oder nicht mehr ihrem Zweck entsprechend, unwirtschaftlich oder wenn sie entgegen festgesetzten Nebenbestimmungen verwendet worden sind. 2 § 49a Absatz 2 des Hamburgischen Verwaltungsverfahrensgesetzes vom 9. November 1977 (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt Seite 333) in der jeweiligen Fassung gilt entsprechend.

(5) Die Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend, wenn das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan teilweise ausscheidet und deshalb wesentliche Bereiche des Krankenhauses nicht mehr für Krankenhauszwecke genutzt werden.

(6) Absatz 4 gilt entsprechend, wenn nach Beendigung der Leistungen nach § 27 die Umstellung auf andere Aufgaben oder die Einstellung nicht erfolgt.

§ 27 HmbKHG:

(1) Auf Antrag werden Fördermittel bewilligt für

1. die Erleichterung der Schließung,

2. die Umstellung auf andere Aufgaben,

sofern die Krankenhäuser auf Grund einer Entscheidung der zuständigen Behörde ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan ausscheiden und die dadurch entstehenden Kosten unzumutbare finanzielle Härten für das Krankenhaus darstellen.

(2) Der Krankenhausträger hat in der Regel entsprechend seiner Vermögenssituation einen Teil der Kosten selbst zu tragen und andere Finanzierungsmöglichkeiten auszuschöpfen. Ferner sind Erträge zu berücksichtigen, die bei einer anderen Nutzung des Krankenhauses erzielt und zur Finanzierung herangezogen werden können.

(3) Bei der Bemessung des Ausgleichsbetrages können insbesondere berücksichtigt werden

1. unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen,

2. Betriebsverluste, soweit sie auf der Einstellung des Krankenhausbetriebs beruhen und unabwendbar waren,

3. angemessene Aufwendungen für die Milderung besonderer wirtschaftlicher Härten, die den im Krankenhaus Beschäftigten entstehen,

4. Investitionen zur Umstellung auf andere, vor allem soziale Aufgaben, soweit diese nicht anderweitig öffentlich gefördert werden.

(4) Bei Umstellung des Krankenhauses oder einzelner Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben können nur Investitionen berücksichtigt werden, die erforderlich sind, um die vorhandenen Gebäude für die neue Zweckbestimmung nutzbar zu machen.

Hessisches Krankenhausgesetz 2011 (HKHG 2011)

§ 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.

§ 32 HKHG 2011:

Für die Rücknahme, den Widerruf und die Erstattung von Bewilligungen gelten die §§ 48 bis 49a des Hessischen Verwaltungsverfahrensgesetzes mit der Maßgabe, dass

1. von einem Widerruf

a) abzusehen ist, wenn geförderte Anlagegüter, die nicht unmittelbar dem Betrieb von bettenführenden Abteilungen des Krankenhauses zugeordnet sind,

aa) aus fachlichen oder wirtschaftlichen Gründen aus dem Krankenhausbetrieb ausgegliedert werden,

bb) die betroffenen Anlagegüter weiterhin ausschließlich oder überwiegend für Krankenhauszwecke genutzt werden und

cc) entsprechenden Rücklagen zugeführt werden, bis die nicht aufgezehrten Fördermittel durch interne Verrechnung ausgeglichen sind,

b) abgesehen werden kann, wenn eine Umstellung der geförderten Einrichtungen auf andere soziale Aufgaben erfolgt oder der strukturellen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens dient,

2. die Erstattungspflicht

a) soweit von den Fördermitteln Anlagegüter beschafft worden sind, sich entsprechend der abgelaufenen regelmäßigen Nutzungsdauer des betreffenden Anlageguts mindert,

b) nur bis zur Höhe des Liquidationswerts der Anlagegüter besteht, wenn dem Krankenhaus aus einem von ihm nicht zu vertretenden Grund nach Gewährung der Fördermittel die Erfüllung der Aufgaben unmöglich wird.

Gesetz zur Entwicklung der Krankenhäuser im Land Brandenburg (Brandenburgisches Krankenhausentwicklungsgesetz – BbgKHEG)

§ 18 BbgKHEG:

(1) Zur Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern oder ihrer Umstellung auf andere Aufgaben werden auf Antrag des Krankenhausträgers Ausgleichsleistungen bewilligt, soweit diese erforderlich sind, um bei der Umstellung des Krankenhauses auf andere Aufgaben oder bei der Einstellung des Krankenhausbetriebes unzumutbare Härten zu vermeiden. Ausgleichsleistungen sind insbesondere zu bewilligen für:

1. unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen,

2. angemessene Aufwendungen für den Ausgleich oder die Milderung wirtschaftlicher Nachteile, die den im Krankenhaus Beschäftigten infolge der Umstellung oder Einstellung entstehen, und

3. Investitionen zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere, vor allem soziale Aufgaben, insbesondere zu ihrer Umstellung in Pflegeeinrichtungen oder selbstständige organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen, soweit diese nicht anderweitig öffentlich gefördert werden.

Die Ausgleichsleistungen können mit Zustimmung des Krankenhauses auch pauschal geleistet werden.

(2) Bei einer Absenkung der Gesamtbettenzahl können dem Krankenhaus Träger bis zur Dauer von zwei Jahren Fördermittel nach § 16 in der bisherigen Höhe weitergewährt werden, insbesondere wenn die Verminderung der Gesamtbettenzahl zur Anpassung an den Bedarf geboten ist.

§ 20 BbgKHEG:

(1) Die Fördermittel sind zu erstatten, wenn das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan ausscheidet. Soweit aus den Fördermitteln Anlagegüter beschafft worden sind, beschränkt sich die Erstattungspflicht wertmäßig auf den verbleibenden Teil der regelmäßigen Nutzungsdauer je Anlagegut. Von einer Rückforderung soll abgesehen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium ganz oder zum Teil aus dem Krankenhausplan ausscheidet.

(2) Die Fördermittel sind zu erstatten, wenn das Krankenhaus ohne Zustimmung des zuständigen Ministeriums vom Feststellungsbescheid abweicht.

Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)

§ 24 KHGG NRW:

„(1) Krankenhäusern, die aufgrund einer Entscheidung des zuständigen Ministeriums ganz oder mindestens mit einer Abteilung aus dem Krankenhausplan ausscheiden, sind auf Antrag 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 BPflV 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.“

§ 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.

Krankenhausgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern (LKHG M-V)

§ 19 LKHG M-V:

(1) Krankenhäuser, die aufgrund einer Entscheidung des für Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums aus dem Krankenhausplan ausscheiden, erhalten auf Antrag Ausgleichszahlungen, soweit

diese erforderlich sind, um die Einstellung des Krankenhausbetriebes oder seine Umstellung auf andere Aufgaben zu erleichtern.

(2) Ausgleichszahlungen sollen finanzielle Härten für den Krankenhausträger vermeiden, die ansonsten mit der Schließung oder Umstellung verbunden wären. Sie sind insbesondere zu bewilligen für:

1. unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen,

2. angemessene Aufwendungen für den Ausgleich oder die Milderung wirtschaftlicher Nachteile, die den im Krankenhaus Beschäftigten infolge der Umstellung oder Schließung entstehen,

3. Investitionen zur Umstellung auf andere, vor allem soziale Aufgaben, soweit diese nicht anderweitig öffentlich gefördert werden,

4. Betriebsverluste, soweit sie wegen der Einstellung des Krankenhausbetriebes unvermeidlich waren.

(3) Bei Förderung der Umstellung des Krankenhauses auf andere Aufgaben können nur diejenigen Investitionen berücksichtigt werden, die erforderlich sind, um die vorhandenen Anlagegüter für die neue Zweckbestimmung nutzbar zu machen. Eine Förderung für wesentliche Erweiterungen oder für Neubauten ist grundsätzlich ausgeschlossen.

(4) Der Krankenhausträger hat sich entsprechend seiner Vermögenssituation an den Kosten zu beteiligen und andere Finanzierungsmöglichkeiten auszuschöpfen. Die Erträge, die bei einer anderen Nutzung des Krankenhauses erzielt und zur Finanzierung herangezogen werden können, sind zu berücksichtigen.

(5) Die Ausgleichszahlungen können pauschal geleistet werden.

§ 21 LKHG M-V:

(1) Die Bewilligung von Fördermitteln kann mit Nebenbestimmungen verbunden werden, die zur Verwirklichung des Gesetzes- und Förderzwecks geboten sind. Die notwendige Barrierefreiheit ist in die Nebenbestimmungen aufzunehmen.

(2) Dem Krankenhausträger obliegt es, alle für die Prüfung des Förderanspruchs notwendigen Angaben zu machen und zu belegen. Kommt er dieser Pflicht nicht in einem angemessenen Zeitraum nach, so kann der Antrag abgelehnt werden.

(3) Der Krankenhausträger ist unbeschadet sonstiger gesetzlicher Vorschriften verpflichtet, das förderfähige Anlagevermögen in betriebsüblichem Umfang gegen Risiken zu versichern. Bei Einzelförderung entfällt ein Förderanspruch, soweit für die Investitionen Versicherungsleistungen gewährt werden oder eine Investitionsmaßnahme durch schuldhaft unterlassene Wartung und Instandhaltung notwendig geworden ist. Versicherungsleistungen für kurzfristige Anlagegüter sind den Pauschalfördermitteln zuzuführen, soweit sie nicht nach Satz 2 für die Erstausrüstung einzusetzen sind. Unterbleibt die Versicherung, so ist das Krankenhaus im Schadensfalle zu behandeln, als wenn es versichert gewesen wäre.

(4) Das für Gesundheitswesen zuständige Ministerium kann von dem Krankenhausträger verlangen, dass er für einen möglichen Rückerstattungsanspruch in geeigneter Weise Sicherheit leistet, in der Regel durch die Bestellung von Grundpfandrechten. Die notwendigen Kosten der Absicherung werden in die Förderung einbezogen.

(5) Fördermittel für Investitionen sind zu erstatten, wenn das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan ausscheidet. Soweit mit den Fördermitteln Anlagegüter angeschafft worden sind, mindert sich

die Verpflichtung zur Erstattung entsprechend der abgelaufenen betriebsgewöhnlichen Nutzungsdauer dieser Anlagegüter. Soweit Fördermittel zur Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern verwendet worden sind, gilt Satz 2 mit der Maßgabe entsprechend, dass auf die Nutzungsdauer dieser Maßnahmen, längstens aber auf die der erhaltenen oder wiederhergestellten Anlagegüter abzustellen ist. Die Verpflichtung zur Erstattung der Fördermittel besteht nur bis zur Höhe des Liquidationswertes der Anlagegüter, wenn das Krankenhaus aus von ihm nicht zu vertretenden Gründen aus dem Krankenhausplan ausscheidet. Absatz 3 Satz 3 bleibt unberührt.

(6) Von einer Rückforderung nach Absatz 5 kann ausnahmsweise abgesehen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit dem für Gesundheitswesen zuständigen Ministerium aus dem Krankenhausplan ausscheidet. Liegt das Ausscheiden des Krankenhauses nach Absatz 6 im krankenhausplanerischen Interesse, ist von einer Rückforderung abzusehen, wenn und soweit

1. krankenhauspezifische bauliche Investitionen in den 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 stationäre Akutversorgung eingesetzt werden können.

Erträge aus einer Verwertung der geförderten Anlagegüter sowie nicht zweckentsprechend verwendete Pauschalfördermittel sind jedoch zu erstatten. Absatz 5 Satz 6 gilt entsprechend.

(7) Die Absätze 5 und 6 gelten entsprechend, wenn das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan teilweise ausscheidet und deshalb Bereiche des Krankenhauses nicht mehr für Krankenhauszwecke genutzt werden.

(8) Werden einzeln geförderte Anlagegüter vor Ablauf ihrer Nutzungsdauer nicht mehr für Krankenhauszwecke genutzt, so ist dies dem Fördermittelgeber anzugeben, damit Erträge, die aus einer Verwertung der Anlagegüter erzielt worden sind oder zumutbar hätten erzielt werden können, zurückgefordert werden können. Bei Förderung einer Ersatzinvestition sind die Erträge zur Finanzierung der Ersatzinvestition zu verwenden.

(9) Von der Rückforderung nach Absatz 5 kann abgesehen werden, wenn

1. geförderte bewegliche oder unbewegliche Anlagegüter, die nicht unmittelbar dem Betrieb von bettenführenden Abteilungen des Krankenhauses zuzuordnen sind, aus fachlichen oder wirtschaftlichen Gründen mit Einverständnis des für Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums aus dem Krankenhausbetrieb ausgegliedert werden oder

2. die geförderten Anlagegüter weiterhin überwiegend für die stationäre Krankenhausversorgung genutzt werden oder

3. die Erträge aus der Nutzung oder Veräußerung der geförderten Anlagen den Pauschalfördermitteln des Krankenhauses zugeführt werden. Das Krankenhaus hat darüber Nachweis zu führen.

(10) Fördermittel sind ganz oder teilweise zurückzufordern,

1. wenn sie nicht dem Förderzweck entsprechend oder entgegen den Nebenbestimmungen des Bewilligungsbescheids verwendet worden sind. Eine nicht zweckentsprechende Verwendung der Mittel liegt auch vor, wenn das Krankenhaus seine Aufgaben nach dem Feststellungsbescheid ganz oder zum Teil nicht oder nicht mehr erfüllt;

2. soweit damit finanzierte Anlagegüter sicherungsübereignet worden sind,

3. wenn nach der Gewährung von Leistungen nach § 19 der Krankenhausbetrieb nicht eingestellt oder nicht umgestellt wird,

4. wenn die allgemein geltenden vergaberechtlichen Vorgaben bei Bau- und anderen Leistungen nicht eingehalten wurden.

(11) Übersteigen die aufgrund einer Bewilligung ausgezahlten Fördermittel, insbesondere die Abschlagszahlungen für Investitionen, den endgültigen förderfähigen Betrag, so ist der Mehrbetrag zu erstatten. Dies gilt nicht für Pauschalfördermittel und die Festbetragsfinanzierung.

(12) Ein Erstattungsanspruch nach den Absätzen 5 und 6 entfällt, wenn der Ausgleichsanspruch für Eigenmittel nach § 18 Absatz 3 um den Restnutzungswert geförderter Anlagegüter vermindert wird.

Niedersächsisches Krankenhausgesetz (NKHG)

§ 8 NKHG:

(1) Um die Schließung von Krankenhäusern zu ermöglichen, sind Ausgleichszahlungen zu bewilligen, soweit diese erforderlich sind, um unzumutbare Härten zu vermeiden. Ausgleichszahlungen sind insbesondere zu bewilligen für

1. unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen,
2. angemessene Aufwendungen für den Ausgleich oder die Milderung wirtschaftlicher Nachteile, die den im Krankenhaus Beschäftigten infolge der Schließung oder Umstellung entstehen, und
3. Investitionen zur Umstellung auf andere, insbesondere soziale Aufgaben, soweit diese nicht anderweitig öffentlich gefördert werden.

Die Ausgleichszahlungen können mit Zustimmung des Krankenhausträgers als Pauschalbetrag bewilligt werden.

(2) Sind in einem Krankenhaus bei Beginn der Förderung nach diesem Gesetz mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschaffte, der Abnutzung unterliegende Anlagegüter vorhanden, deren regelmäßige Nutzungsdauer zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgelaufen ist, so ist dem Krankenhausträger bei Ausscheiden aus dem Krankenhausplan auf Antrag ein dem Anteil der Eigenmittel entsprechender Ausgleich für die Abnutzung während der Zeit der Förderung aus Fördermitteln zu bewilligen. Dies gilt auch für förderungsfähige Investitionsmaßnahmen, die mit Zustimmung des Fachministeriums aus Eigenmitteln finanziert worden sind. Bei Anwendung der Sätze 1 und 2 können Abschreibungen unberücksichtigt bleiben, die auf Investitionen entfallen, die mit öffentlichen Mitteln außerhalb des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und dieses Gesetzes finanziert worden sind.

§ 11 NKHG:

Ein Förderbescheid ist mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen, wenn das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan ausscheidet. Der Förderbescheid kann auch mit Wirkung für die Vergangenheit widerrufen werden, soweit im Zeitpunkt des Ausscheidens

1. der bewilligte Betrag noch nicht zweckentsprechend verwendet wurde oder
2. die regelmäßige Nutzungsdauer der geförderten Anlagegüter noch nicht abgelaufen ist.

Von dem Widerruf kann abgesehen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit dem Fachministerium aus dem Krankenhausplan ausscheidet. Im übrigen bleibt § 49 des Verwaltungsverfahrensgesetzes unberührt.

Landeskrankenhausgesetz (LKG) Rheinland-Pfalz

§ 18 LKG Rhld.-Pf.:

(1) Für ein Krankenhaus, das für die Versorgung der Bevölkerung nicht mehr erforderlich ist und das deshalb von der zuständigen Behörde aus dem Landeskrankenhausplan herausgenommen wird, erhält der Krankenhausträger auf Antrag Ausgleichszahlungen, um unzumutbare finanzielle Härten bei der Schließung des Krankenhauses oder seiner Umstellung auf andere Aufgaben zu vermeiden. Bei der Bemessung der Ausgleichszahlungen sollen die Finanz- und Vermögenslage des Krankenhausträgers sowie Leistungen Dritter angemessen berücksichtigt werden.

(2) Ausgleichszahlungen können insbesondere bewilligt werden für:

- 1. unvermeidbare Kosten, die bei der Abwicklung von Verträgen entstehen,*
- 2. angemessene Aufwendungen zur Milderung wirtschaftlicher Nachteile, die den im Krankenhaus Beschäftigten infolge der Schließung oder Umstellung entstehen,*
- 3. Betriebsverluste, soweit sie auf der Einstellung des Krankenhausbetriebs beruhen,*
- 4. Investitionen zur Umstellung auf andere, insbesondere soziale Aufgaben, soweit diese nicht anderweitig öffentlich gefördert werden.*

Sächsisches Krankenhausgesetz (SächsKHG)

§ 16 SächsKHG:

(1) Für ein Krankenhaus, das auf Grund einer Entscheidung des zuständigen Staatsministeriums ganz oder teilweise mit mindestens einer Abteilung oder Ausbildungsstätte aus dem Krankenhausplan ausscheidet, erhält der Krankenhausträger auf Antrag Ausgleichszahlungen, soweit sie erforderlich sind, um unzumutbare finanzielle Härten bei der Schließung des Krankenhauses bzw. Betriebsteiles oder seiner Umstellung auf andere Aufgaben zu vermeiden. Bei der Bemessung der Ausgleichszahlungen sind die Finanz- und Vermögenslage des Krankenhausträgers sowie Leistungen Dritter angemessen zu berücksichtigen.

(2) Ausgleichszahlungen können insbesondere bewilligt werden für

- 1. unvermeidbare Kosten, die bei der Abwicklung von Verträgen entstehen,*
- 2. angemessene Aufwendungen zur Milderung wirtschaftlicher Nachteile, die den im Krankenhaus Beschäftigten infolge der Schließung oder Umstellung entstehen,*
- 3. unvermeidliche Betriebsverluste, soweit sie auf der Einstellung des Krankenhausbetriebes beruhen,*
- 4. Investitionen zur Umstellung auf andere, insbesondere soziale Aufgaben, soweit diese nicht anderweitig öffentlich gefördert werden.*

(3) Ausgleichszahlungen nach den Absätzen 1 und 2 können unmittelbar Dritten gewährt werden, wenn das Krankenhaus als andere Einrichtung fortgeführt wird und die Umstellungskosten vereinbarungsgemäß dem künftigen Betreiber der Einrichtung zur Last fallen.

§ 18 SächsKHG:

(1) Werden Fördermittel entgegen dem im Förderbescheid bestimmten Zweck verwendet oder werden mit der Förderung verbundene Auflagen nicht oder nicht innerhalb einer dem Empfänger der Fördermittel gesetzten Frist erfüllt, kann der Bescheid ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft oder für die Vergangenheit widerrufen werden. Eine nicht zweckentsprechende Verwendung liegt auch vor, wenn

1. Fördermittel nicht mehr für den vorgesehenen Zweck oder nicht alsbald nach der Auszahlung hierfür verwendet werden,

2. nach der Gewährung von Fördermitteln gemäß § 16 die Umstellung auf andere Aufgaben oder die Einstellung des Krankenhausbetriebes nicht erfolgt oder

3. bei einem geförderten Anlagegut infolge erheblicher Verletzung der Sorgfaltspflicht die der Krankenhausträger zu vertreten hat, eine wesentliche Verkürzung der üblichen Nutzungsdauer des Anlagegutes eingetreten ist und daher die Wiederbeschaffung mit Fördermitteln vorzeitig erfolgt.

Die Verpflichtung zur alsbaldigen Verwendung nach der Auszahlung gilt nicht für Fördermittel nach § 11.

(2) Förderbescheide sind zu widerrufen, wenn und soweit das Krankenhaus seine Aufgabe nach dem Krankenhausplan nicht oder nicht mehr erfüllt. Hiervon kann abgesehen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit dem zuständigen Staatsministerium aus dem Krankenhausplan ausscheidet. Satz 2 gilt auch, wenn der Träger eines in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhauses wechselt und

1. das Krankenhaus mit dem neuen Krankenhausträger in den Krankenhausplan aufgenommen ist,

2. der bisherige Krankenhausträger die gewährten Fördermittel auf den neuen Krankenhausträger überträgt,

3. der neue Krankenhausträger durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Freistaat Sachsen sämtliche bisherigen Förderbescheide und die mit der Förderung verbundenen Verpflichtungen, Bedingungen und Auflagen anerkennt und

4. sichergestellt ist, dass die bestehenden Sicherungsrechte für mögliche Rückforderungsansprüche nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und diesem Gesetz nicht erlöschen.

Krankenhausgesetz Sachsen-Anhalt (KHG LSA)

§ 7 KHG LSA:

Zur Erleichterung der Schließung oder Teilschließung von Krankenhäusern oder ihrer Umstellung auf andere Aufgaben sind Ausgleichszahlungen zu gewähren, soweit diese erforderlich sind, um bei der Umstellung des Krankenhauses auf andere Aufgaben oder bei der Einstellung des Krankenhausbetriebes unzumutbare Härten zu vermeiden. Ausgleichszahlungen sind insbesondere zu gewähren für

1. unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen,

2. angemessene Aufwendungen für den Ausgleich oder die Milderung wirtschaftlicher Nachteile, die den im Krankenhaus Beschäftigten infolge der Umstellung oder Einstellung entstehen und

3. Investitionen zur Umstellung auf andere, vor allem soziale Aufgaben, soweit diese nicht anderweitig öffentlich gefördert werden.

Die Ausgleichszahlungen können mit Zustimmung des Krankenhauses auch pauschal geleistet werden.

§ 13 KHG LSA:

(1) Ist der Fördermittelbescheid wegen Nichterfüllung des Förderzwecks widerrufen worden, mindert sich die Verpflichtung zur Erstattung von Fördermitteln für Anlagegüter entsprechend der abgelaufenen regelmäßigen Nutzungsdauer dieser Anlagegüter. Von einem Widerruf des Fördermittelbescheides wird ganz oder teilweise abgesehen, wenn das Krankenhaus oder ein Krankenhausbetriebsteil im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde ganz oder teilweise auf andere medizinische oder auf soziale Aufgaben umgestellt wird. Das für Gesundheit zuständige Ministerium kann weitere Ausnahmen zulassen.

(2) Die Fördermittel sollen zurückverlangt werden, wenn sie entgegen festgesetzten Bedingungen oder Auflagen verwendet wurden.

(3) Werden geförderte kurzfristige Anlagegüter nicht nur für die stationäre Behandlung genutzt, sind die mit der anderweitigen Nutzung erzielten Entgelte in Höhe der enthaltenen Investitionskostenanteile für die Zwecke gemäß § 6 Abs. 1 zu verwenden.

(4) § 1 Abs. 1 Satz 1 des Verwaltungsverfahrensgesetzes Sachsen-Anhalt in Verbindung mit den §§ 48 bis 49a des Verwaltungsverfahrensgesetzes bleibt unberührt.

Gesetz zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AG-KHG) Schleswig-Holstein

§ 13 AG-KHG:

Scheidet ein Krankenhaus aufgrund einer Entscheidung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren oder mit dessen Zustimmung ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan aus, bewilligen die Kreise und kreisfreien Städte mit Zustimmung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren auf Antrag Fördermittel, soweit diese erforderlich sind, um bei der Umstellung des Krankenhauses auf andere Aufgaben oder im Fall der Schließung des Krankenhausbetriebs erhebliche Härten zu vermeiden. Fördermittel sind insbesondere zu bewilligen für

- 1. unvermeidbare Kosten der Abwicklung von Verträgen,*
- 2. angemessene Aufwendungen zum Ausgleich oder zur Milderung wirtschaftlicher Nachteile, die den im Krankenhaus Beschäftigten infolge der Umstellung oder Schließung entstehen, und*
- 3. Investitionen zur Umstellung auf andere, vor allem auf soziale Aufgaben, soweit diese nicht anderweitig öffentlich gefördert werden.*

§ 16 AG-KHG:

(1) Der Krankenhausträger hat die Fördermittel zu erstatten, wenn das Krankenhaus seine Aufgabe nach dem Krankenhausplan nicht mehr erfüllt. Von der Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs kann in den Fällen des § 13 Satz 1 abgesehen werden.

(2) Soweit mit den Fördermitteln Anlagegüter beschafft worden sind, mindert sich die Pflicht zur Erstattung entsprechend dem Umfang der abgelaufenen durchschnittlichen Nutzungsdauer der je-

weiligen Gruppe der Anlagegüter; eine im Einzelfall kürzere oder längere Nutzungsdauer des Anlagegutes bleibt außer Betracht. Die Pflicht zur Erstattung der Fördermittel besteht jedoch nur bis zur Höhe des Liquidationswertes der Anlagegüter, wenn das Krankenhaus aus einem von ihm nicht zu vertretenden Grund nach Gewährung der Fördermittel seine Aufgaben nicht mehr erfüllen kann; dies gilt sinngemäß bei teilweiser Förderung.

(3) Die für die Bewilligung zuständige Behörde kann die Fördermittel zurückverlangen, wenn sie zweckwidrig verwendet oder Nebenbestimmungen nicht erfüllt werden.

(4) Die zu erstattenden Fördermittel sind mit 6 v.H. zu verzinsen

1. bei zweckwidriger Verwendung ab deren Erhalt,

2. im übrigen mit Ablauf eines Monats nach Zugang des Bescheides.

Werden Fördermittel nach § 7 nicht alsbald nach der Auszahlung zur Erfüllung des Förderungszwecks verwendet und werden die Fördermittel nicht zurückverlangt, können für die Zeit bis zur zweckentsprechenden Verwendung Zinsen in Höhe von 6 v.H. verlangt werden.

(5) Gehen die mit Fördermitteln errichteten oder beschafften Anlagegüter kraft Gesetzes in das Eigentum eines Dritten über, ist auch dieser zur Erstattung der Fördermittel verpflichtet.

Saarländisches Krankenhausgesetz (SKHG)

§ 37 Saarländisches KHG:

(1) Krankenhäuser, die aufgrund einer Entscheidung der Krankenhausplanungsbehörde aus dem Krankenhausplan ganz oder teilweise ausscheiden, erhalten Ausgleichszahlungen, soweit mit dem Vermögen, das dem Krankenhaus zur Verfügung steht, eine Umstellung des Krankenhauses auf andere Aufgaben oder die Schließung des Krankenhausbetriebs nicht möglich ist.

(2) Ausgleichszahlungen im Sinne des Absatzes 1 sind insbesondere zu bewilligen für:

1. unvermeidbare Kosten für die Abwicklung von Verträgen,

2. angemessene Aufwendungen für den Ausgleich oder die Milderung wirtschaftlicher Nachteile, die den im Krankenhaus Beschäftigten infolge der Umstellung oder Schließung entstehen,

3. Investitionen zur Umstellung auf andere Aufgaben, soweit diese nicht anderweitig öffentlich gefördert werden.

(3) Die Ausgleichszahlungen können auch pauschaliert werden.

§ 40 Saarländisches KHG:

(1) Fördermittel können jederzeit zurückgefordert werden, wenn sie entgegen den festgesetzten Bedingungen oder Auflagen verwendet werden.

(2) Fördermittel sind zurückzuerstatten, wenn das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan ausscheidet. Soweit mit den

Fördermitteln Anlagegüter angeschafft oder wieder beschafft worden sind, mindert sich die Pflicht zur Erstattung entsprechend der abgelaufenen regelmäßigen Nutzungsdauer der jeweils geförderten Anlagegüter. Die Pflicht zur Erstattung besteht nur bis zur Höhe des Liquidationswertes der Anlagegüter.

(3) Von einer Rückforderung nach Absatz 2 kann abgesehen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der Krankenhausplanungsbehörde aus dem Krankenhausplan ausscheidet.

Thüringer Krankenhausgesetz (ThürKHG)

§ 13 ThürKHG:

Es werden Fördermittel bewilligt

1. für die Nutzung von Anlagegütern, soweit sie mit vorheriger Zustimmung des für das Krankenhauswesen zuständigen Ministeriums erfolgt,

2. für Anlaufkosten, Umstellungskosten bei erheblichen innerbetrieblichen Änderungen sowie für Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken, soweit ohne die Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebs gefährdet ist,

3. für Lasten aus Darlehen, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderungsfähige Investitionskosten aufgenommen worden sind,

4. als Ausgleich für die Abnutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschafft worden sind und bei Beginn der Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz vorhanden waren,

5. zur Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern oder Krankenhausbetriebsteilen einschließlich der Umstellung auf andere soziale Aufgaben.

Fördermittel nach Satz 1 Nr. 5 können mit Zustimmung des Krankenhausträgers auch als Festbetrag geleistet werden.

§ 15 ThürKHG:

(1) Werden Fördermittel entgegen dem im Förderbescheid bestimmten Zweck verwendet oder werden mit der Förderung verbundene Auflagen nicht oder nicht innerhalb einer dem Empfänger der Fördermittel gesetzten Frist erfüllt, so kann der Förderbescheid ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft oder für die Vergangenheit widerrufen werden. Eine nicht zweckentsprechende Verwendung liegt auch vor, wenn

1. Fördermittel nicht mehr für den vorgesehenen Zweck oder Fördermittel nach den §§ 10 und 13 nicht alsbald nach der Auszahlung hierfür verwendet werden,

2. nach der Gewährung von Fördermitteln nach § 13 Satz 1 Nr. 5 die Einstellung des Krankenhausbetriebs oder -betriebsteils oder die Umstellung auf andere Aufgaben nicht erfolgt oder

3. bei einem geförderten Anlagegut infolge grober Verletzung der Sorgfaltspflicht, die der Krankenhausträger zu vertreten hat, eine wesentliche Verkürzung der üblichen Nutzungsdauer des Anlagegutes eingetreten ist und daher die Wiederbeschaffung mit Fördermitteln vorzeitig erfolgt.

(2) Ein Förderbescheid ist zu widerrufen, soweit das Krankenhaus seine Aufgaben nach dem Krankenhausplan nicht mehr erfüllt. Hiervon kann abgesehen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium aus dem Krankenhausplan ausscheidet und die Belassung der Fördermittel im öffentlichen Interesse liegt; dies gilt insbesondere bei der Umstellung auf andere soziale Aufgaben, wenn für diese ein zusätzlicher Bedarf besteht. Satz 2 gilt auch, wenn der Träger eines Plankrankenhauses wechselt und

1. der bisherige Krankenhausträger die gewährten Fördermittel auf den neuen Krankenhausträger überträgt,
 2. der neue Krankenhausträger durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Land sämtliche bisherigen Förderbescheide sowie die mit der Förderung verbundenen Verpflichtungen, Bedingungen und Auflagen anerkennt und
 3. sichergestellt ist, dass die bestehenden Sicherungsrechte für mögliche Rückforderungsansprüche nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und diesem Gesetz nicht erlöschen.
- (3) Die §§ 48, 49 und 49 a des Thüringer Verwaltungsverfahrensgesetzes in der Fassung vom 27. November 1997 (GVBl. S. 430) in der jeweils geltenden Fassung bleiben unberührt.

8.3. Dokumentation der einschlägigen Bestimmungen des KHG und ausgewählter Landeskrankenhausgesetze im Hinblick auf einen Trägerwechsel

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG)

Zuletzt geändert durch Art. 5c G v. 15.7.2013 I 2423

§ 1 Grundsatz

- (1) Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.
- (2) Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Dabei ist nach Maßgabe des Landesrechts insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten. Die Gewährung von Fördermitteln nach diesem Gesetz darf nicht mit Auflagen verbunden werden, durch die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit von Krankenhäusern über die Erfordernisse der Krankenhausplanung und der wirtschaftlichen Betriebsführung hinaus beeinträchtigt werden.

§ 6 Krankenhausplanung und Investitionsprogramme

- (1) Die Länder stellen zur Verwirklichung der in § 1 genannten Ziele Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf; Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, sind zu berücksichtigen.
- (2) Hat ein Krankenhaus auch für die Versorgung der Bevölkerung anderer Länder wesentliche Bedeutung, so ist die Krankenhausplanung insoweit zwischen den beteiligten Ländern abzustimmen.
- (3) Die Länder stimmen ihre Krankenhausplanung auf die pflegerischen Leistungserfordernisse nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch ab, insbesondere mit dem Ziel, Krankenhäuser von Pflege-

fällen zu entlasten und dadurch entbehrlich werdende Teile eines Krankenhauses nahtlos in wirtschaftlich selbständige ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen umzuwidmen.

(4) Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt.

§ 8 Voraussetzungen der Förderung

(1) Die Krankenhäuser haben nach Maßgabe dieses Gesetzes Anspruch auf Förderung, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes und bei Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 in das Investitionsprogramm aufgenommen sind. Die zuständige Landesbehörde und der Krankenhausträger können für ein Investitionsvorhaben nach § 9 Abs. 1 eine nur teilweise Förderung mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger vereinbaren; Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 ist anzustreben. **Die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan wird durch Bescheid festgestellt. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben.**

(2) **Ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan und in das Investitionsprogramm besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird.**

(3) Für die in § 2 Nr. 1a genannten Ausbildungsstätten gelten die Vorschriften dieses Abschnitts entsprechend.

Niedersächsisches Krankenhausgesetz (NKHG)

vom 19.01.2012 Nds. GVBl. Nr. 1/2012

§ 12 Trägerwechsel

(1) **Wechselt der Träger eines geförderten Krankenhauses, so scheidet es mit dem Wechsel aus dem Krankenhausplan aus.** Wird das Krankenhaus auf Antrag des neuen Trägers in den Krankenhausplan aufgenommen, so gehen die Rechte und Pflichten nach diesem Gesetz und aus den auf seiner Grundlage erlassenen Bescheiden auf den neuen Träger über.

(2) Der bisherige Krankenhausträger ist verpflichtet, noch nicht verwendete Fördermittel dem neuen Krankenhausträger zu überlassen.

Thüringer Krankenhausgesetz (ThürKHG)

in der Fassung der Bekanntmachung vom 30. April 2003

§ 4 Krankenhausplan

(1) Zur Verwirklichung der in § 1 KHG sowie in § 1 dieses Gesetzes genannten Grundsätze stellt das für das Krankenhauswesen zuständige Ministerium einen Krankenhausplan für das Landesgebiet auf.

(2) Der Krankenhausplan stellt insbesondere die für eine patienten- und bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung notwendigen Krankenhäuser nach Standort, Versorgungsaufgaben, Bettenzahl und Fachrichtung sowie die allgemeinen Planungsgrundsätze dar. Die Ziele, die Grundsätze und sonstigen Erfordernisse der Raumordnung sind zu beachten und zu berücksichtigen. Der Krankenhausplan enthält auch die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a KHG. Er wird in angemessenen Zeiträumen, spätestens jedoch nach fünf Jahren, fortgeschrieben und veröffentlicht.

(3) Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan erfolgt durch Feststellungsbescheid an den Krankenhausträger. ***Wechselt der Träger eines geförderten Krankenhauses und soll das Krankenhaus seine Aufgaben nach dem Krankenhausplan weiter erfüllen, so bedarf der neue Träger eines Feststellungsbescheids nach Satz 1 und nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG. Der Trägerwechsel ist dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium anzuzeigen; dies gilt auch für Veränderungen in der Trägerstruktur, insbesondere bei der Änderung der Mehrheitsverhältnisse von Gesellschaften, sowie falls der Krankenhausträger sich zur Führung des Krankenhausbetriebs eines Dritten bedient für dessen Wechsel.***

(4) Ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan besteht nicht. Soweit auf Dauer die Voraussetzungen der Aufnahme nicht mehr erfüllt sind, kann sie ganz oder teilweise widerrufen werden.

(5) Bei der Krankenhausplanung sind Hochschulkliniken und Versorgungsvertragskrankenhäuser gemäß § 108 Nr. 1 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie Krankenhäuser nach § 3 Satz 1 Nr. 1 und 4 KHG zu berücksichtigen, soweit sie stationäre Versorgungsaufgaben wahrnehmen und an der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung teilnehmen.

Bremisches Krankenhausgesetz (BremKrhG)

Vom 12. April 2011

§ 5 Aufnahme in den Krankenhausplan

(1) Ein Krankenhaus, dessen Träger geeignet im Sinne des § 3 Absatz 3 Satz 3 ist, kann im Rahmen des Planungsverfahrens nach § 4 auf Antrag und nur mit den Gebieten und gegebenenfalls Schwerpunkten nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Bremen (Disziplinen) in den Krankenhausplan aufgenommen werden, für die jeweils

1. eine dauerhafte und bedarfsgerechte Vorhaltung gesichert ist,
2. die durchgängige ärztliche und pflegerische Versorgung für das jeweilige Gebiet oder den jeweiligen Schwerpunkt gewährleistet ist,
3. die ärztliche Leitung und deren Vertretung die für sie disziplinrelevante Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen hat,
4. der leitenden Ärztin oder dem leitenden Arzt eine Weiterbildungsbefugnis im Umfang der in der betreffenden Klinik angebotenen Leistungen von der Ärztekammer Bremen erteilt und das Krankenhaus von der Ärztekammer Bremen als Weiterbildungsstätte zugelassen worden ist,
5. durchgehend die entsprechende fachärztliche Versorgung (Facharztstandard im Sinne des § 28 Absatz 1), eine Tag- und Nachtaufnahmebereitschaft sowie eine Notfallversorgung im Rahmen ihres Versorgungsauftrags gewährleistet ist und

6. die Einhaltung von Maßnahmen der Qualitätssicherung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und nach den §§ 28 und 29 nachgewiesen werden.

(2) Das Krankenhaus hat die Voraussetzungen für die Aufnahme mit den jeweiligen Disziplinen in den Krankenhausplan der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales bis zum Ende des Jahres 2012 nachzuweisen. Das Krankenhaus ist verpflichtet, Änderungen der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales unverzüglich mitzuteilen. Diese unterrichtet die Krankenkassen im Lande Bremen über die nach Satz 2 mitgeteilten Änderungen.

(3) Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales hat sich in den Fällen, in denen von der Ärztekammer Bremen nicht die volle Weiterbildungsbefugnis erteilt worden ist, mit dem Planungsausschuss nach § 6 Absatz 1 Satz 3 über das zugelassene Leistungsspektrum ins Benehmen zu setzen. Über die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Nummer 3 und 4 entscheidet die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales unter Beteiligung der Ärztekammer Bremen.

(4) Die Aufnahme eines Krankenhauses mit den einzelnen Disziplinen in den Krankenhausplan erfolgt durch schriftlichen Bescheid der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Der Bescheid enthält zur Bestimmung des Versorgungsauftrages mindestens

1. den Namen und den Standort des Krankenhauses und seiner Betriebsstellen,

2. die Bezeichnung, Rechtsform und den Sitz des Krankenhausträgers sowie den Eigentümer des Krankenhauses,

3. die dauerhaft vorzuhaltenden Disziplinen und die Schwerpunkte der arbeitsteiligen Koordination,

4. die Gesamtzahl der Planbetten und

5. die Ausbildungsstätten und -plätze nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

(5) Der Bescheid kann Nebenbestimmungen enthalten, soweit dies zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans, der Qualitätssicherung oder der dauerhaften Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von besonderen Leistungen erforderlich ist.

(6) Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan ist Voraussetzung für die Förderung nach dem Dritten Abschnitt. Auf die Aufnahme in den Krankenhausplan besteht kein Rechtsanspruch.

(7) Wird ein in den Krankenhausplan aufgenommenes Krankenhaus von einem anderen Träger übernommen, so tritt dieser in die Rechte und Pflichten des bisherigen Trägers nach diesem Gesetz ein, soweit er geeignet im Sinne des § 3 Absatz 3 Satz 3 ist.

(8) Widerspruch und Anfechtungsklage eines Dritten gegen einen Bescheid nach Absatz 4 haben keine aufschiebende Wirkung.

Hamburgisches Krankenhausgesetz (HmbKHG)

Vom 17. April 1991

§ 15 Krankenhausplan

(1) Abweichend von § 2 gelten die Vorschriften der §§ 15 bis 18 auch für Krankenhäuser außerhalb Hamburgs, soweit sie an der allgemeinen Versorgung der Hamburger Bevölkerung teilnehmen.

(2) 1 Die zuständige Behörde stellt einen Krankenhausplan für die Freie und Hansestadt Hamburg auf. 2 Der Krankenhausplan und seine Fortschreibungen sind im Amtlichen Anzeiger zu veröffentlichen. 3 Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und der Landesplanung sowie die Folgekosten sind zu berücksichtigen.

(3) Der Krankenhausplan legt die allgemeinen Versorgungsziele fest und prognostiziert den künftigen Bedarf an Krankenhausleistungen auf der Grundlage wissenschaftlicher Methoden, insbesondere unter Berücksichtigung der Entwicklung der Krankheitsarten, der Bevölkerungszahl, der Bevölkerungsstruktur, der Krankenhaushäufigkeit, der Verweildauer, der Bettenausnutzung sowie vor- und nachstationärer Leistungsangebote.

(4) 1 Der Krankenhausplan weist die bedarfsgerechten Krankenhäuser nach gegenwärtiger und zukünftiger Aufgabenstellung aus, insbesondere nach Standort, Versorgungsstufe, Bettenzahl, Fachrichtungen, Versorgungsauftrag und Trägerschaft. 2 Diese Einzelfestsetzungen können inhaltlich und zeitlich beschränkt werden, soweit dies zur Anpassung des gegenwärtigen Leistungsangebots an die prognostizierte Bedarfsentwicklung geboten ist. 3 Der Krankenhausplan weist daneben die Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nummer 1 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in der Fassung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 887), zuletzt geändert am 22. Juni 2005 (BGBl. I S. 1723) aus. 4 Die Aufgaben des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf in Lehre und Forschung sind zu berücksichtigen.

(5) 1 Einzelnen Krankenhäusern können mit Zustimmung des Krankenhausträgers besondere Aufgaben zugewiesen werden, wenn dies der Zielsetzung nach Absatz 2 entspricht. 2 Das gilt insbesondere für Aufgaben der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten und in den Fachberufen des Gesundheitswesens, wenn die Finanzierung der damit verbundenen Kosten gewährleistet ist. 3 Der Krankenhausplan soll ferner darlegen, wie die Krankenhäuser auch durch Zusammenarbeit und Aufgabenteilung untereinander, z. B. bei der Vorhaltung medizinisch-technischer Großgeräte oder der Einrichtung von Krankenhaus-Apotheken, die Versorgung in wirtschaftlichen Betriebseinheiten sicherstellen können.

(6) 1 Die Krankenhausträger sind verpflichtet, der zuständigen Behörde die für die Durchführung der Absätze 2 bis 5 erforderlichen Auskünfte monatlich zu erteilen. 2 Unter die Auskunftspflicht fallen insbesondere Angaben

1. über Planbetten und aufgestellte Betten, gegliedert nach Art der Förderung und Fachabteilung sowie aufgestellte Betten zusätzlich nach Art der Nutzung und Vertragsbestimmung,

2. Pfl egetage, Patientenzugang und -abgang, jeweils gegliedert nach Art und Zahl sowie nach Fachabteilung.

(7) 1 Durch den Krankenhausplan ist das Zusammenwirken der Träger der ambulanten und stationären gesundheitlichen Versorgung zu fördern. 2 Dabei ist die jeweils kostengünstigste Versorgungsmöglichkeit unter Berücksichtigung von Art und Schwere der Erkrankung anzustreben.

(8) Die Bescheide gemäß § 8 Absatz 1 KHG über die Aufnahme in den Krankenhausplan sind den Krankenkassen für Zwecke des Pflegesatzverfahrens bekannt zu geben.

(9) 1 Wird ein in den Krankenhausplan aufgenommenes Krankenhaus von einem anderen Träger übernommen, so tritt dieser in die Rechte und Pflichten des bisherigen Trägers nach diesem Gesetz ein. 2 Dieses gilt vorbehaltlich einer Prüfung durch die zuständige Behörde.

Saarländisches Krankenhausgesetz (SKHG)

Vom 13. Juli 2005

geändert durch das Gesetz vom 21. November 2007 (Amtsbl. 2008 S. 75).

§ 25 Aufnahme in den Krankenhausplan

(1) Die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan erfolgt nach § 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes durch Feststellungsbescheid der Krankenhausplanungsbehörde. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Wird auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung der Feststellungsbescheid geändert, so ändert er insoweit unmittelbar den Krankenhausplan.

(2) Der Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan hat insbesondere zu enthalten

1. den Namen des Krankenhauses und seinen Standort bzw. die Standorte seiner Betriebsstätten,
- 2. die Bezeichnung, die Rechtsform und den Sitz des Krankenhausträgers sowie, falls abweichend, den Eigentümer des Krankenhauses,**
3. das Datum der Aufnahme in den Krankenhausplan,
4. die Bezeichnung besonderer Aufgaben und Leistungen,
5. die Gesamtzahl der im Krankenhausplan anerkannten Planbetten einschließlich der teilstationären Plätze,
6. die Zahl, Art und Größe (Betten- und Platzzahl) der Fachabteilungen,
7. die Art der Teilnahme an der Notfallversorgung,
8. den Versorgungsbezirk für die psychiatrische Pflichtversorgung,
9. die Ausbildungsstätten für Gesundheitsfachberufe sowie die Anzahl der Ausbildungsplätze,
10. die inhaltlichen und zeitlichen Beschränkungen für einzelne Festlegungen und die dafür maßgeblichen Gründe.

(3) Darf eine planbare Leistung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – nicht mehr erbracht werden, weil die erforderliche Mindestmenge je Ärztin oder Arzt oder Krankenhaus innerhalb eines Jahres nicht erreicht wird, so sind die Festlegungen des Krankenhausplans und des Feststellungsbescheides entsprechend anzupassen. Erforderlichenfalls ist die entsprechende Fachabteilung zu schließen. Wenn ein Krankenhaus ohne Zustimmung der Krankenhausplanungsbehörde von den Feststellungen nach Absatz 2 abweicht, kann es ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden.

(4) Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan ist das Krankenhaus verpflichtet, im Rahmen seines Versorgungsauftrags an der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Apothekerinnen und Apothekern, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie von Angehörigen der Gesundheitsfachberufe nach § 2 Nr. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mitzuwirken sowie die Ausbildung der Angehörigen der Gesundheitsfachberufe entsprechend den Planungsvorgaben sicherzustellen.

(5) Zur optimalen Nutzung der vorhandenen Krankenhauskapazitäten ist im Rahmen der Gesamtbettenzahl ein interdisziplinärer Bettenausgleich zwischen den einzelnen Fachabteilungen am jeweiligen Standort zulässig.

Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)

vom 11.12.2007 (GV. NRW. S. 702), zuletzt geändert am 16.3.2010 (GV NRW S. 184)

§ 12 Krankenhausplan

(1) Das zuständige Ministerium stellt einen Krankenhausplan gemäß § 6 KHG auf und schreibt ihn fort. Der Krankenhausplan wird regelmäßig im Internet veröffentlicht.

(2) Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser und Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1a KHG aus. Er berücksichtigt die Versorgungsangebote benachbarter Länder, die Vielfalt der Krankenhausträger nach § 1 Abs. 2 Satz 1 KHG und besteht aus

1. den Rahmenvorgaben und
2. den regionalen Planungskonzepten.

Die Fortschreibung des Krankenhausplans erfolgt durch Änderung der Rahmenvorgaben und der regionalen Planungskonzepte. Die Änderungen nach Satz 2 Nr. 2 sind durch Bescheid nach § 16 festzustellen. Im Krankenhausplan im Ist anerkannte Betten zur stationären Versorgung sind Planbetten. Anerkannte Plätze zur teilstationären Versorgung sind Behandlungsplätze.

(3) Die Universitätskliniken sowie die in § 3 Nrn. 1 und 4 KHG genannten Krankenhäuser sind in die Krankenhausplanung einzubeziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen. Die Festlegungen nach § 14 werden, soweit sie durch Bescheid nach § 16 festgestellt sind, Bestandteil des Krankenhausplans. Die Aufgaben aus Forschung und Lehre sind zu berücksichtigen.

(...)

§ 16 Feststellungen im Krankenhausplan

(1) Die Feststellungen über die Aufnahme oder Nichtaufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan werden durch Bescheid der zuständigen Behörde getroffen. Der Bescheid über die Aufnahme enthält mindestens

1. den Namen und den Standort des Krankenhauses und seiner Betriebsstellen,
2. *die Bezeichnung, Rechtsform und den Sitz des Krankenhausträgers sowie den Eigentümer des Krankenhauses,*
3. die Nummer und das Datum der Aufnahme in den Krankenhausplan,
4. das Versorgungsgebiet,

5. die Versorgungsregion für die psychiatrische Pflichtversorgung,
6. die Gesamtzahl der im Ist und Soll anerkannten Planbetten,
7. die Art der Abteilungen mit ihrer Planbettenzahl und ihren Behandlungsplätzen sowie
8. die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a KHG.

(2) Wenn Krankenhausträger ohne Zustimmung der zuständigen Behörde von den Feststellungen nach Absatz 1 abweichen oder planwidrige Versorgungsangebote an sich binden, kann das Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden.

(3) Widerspruch und Anfechtungsklage eines Dritten gegen einen Feststellungsbescheid haben keine aufschiebende Wirkung.

Gesetz zur Entwicklung der Krankenhäuser im Land Brandenburg (Brandenburgisches Krankenhausentwicklungsgesetz – BbgKHEG)

(Brandenburgisches Krankenhausentwicklungsgesetz - BbgKHEG)

Vom 8. Juli 2009 (GVBl. I S. 310) / Geändert durch Gesetz vom 18. Dezember 2012 (GVBl. I Nr. 44)

§ 14 Aufnahme in den Krankenhausplan

(1) Nach Aufstellung des Krankenhausplanes wird die Aufnahme oder Nichtaufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan durch einen schriftlichen Bescheid festgestellt (Feststellungsbescheid). Der Feststellungsbescheid legt in Verbindung mit den Festlegungen des Krankenhausplanes nach § 12 den Versorgungsauftrag des Krankenhauses fest. Er muss insbesondere enthalten:

1. den Namen und den Standort des Krankenhauses,
- 2. die Bezeichnung, Rechtsform und den Sitz des Krankenhausträgers sowie die Einordnung der Trägerschaft nach § 1 Absatz 3 Satz 2,**
3. das Datum der Aufnahme in den Krankenhausplan,
4. das Versorgungsgebiet,
5. die Gesamtzahl der im Krankenhausplan im Ist-Bestand gemeldeten und als Soll-Zahlen anerkannten Betten und teilstationären Plätze,
6. die Zahl und Art der Abteilungen,
7. die Schulen für Gesundheitsberufe nach § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,
8. besondere Schwerpunktaufgaben,
9. inhaltliche und zeitliche Beschränkungen nach § 12 Absatz 2 Satz 3 und die dafür maßgebenden Gründe.

Die nach Satz 3 Nummer 5 als Soll-Zahlen ausgewiesenen Betten sind Planbetten.

(2) Der zuständigen Behörde sind Abweichungen von den Festsetzungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 1, 2, 5 und 6 unverzüglich anzuzeigen. Die Abweichungen werden bei der Förderung nur nach Änderung des Feststellungsbescheides berücksichtigt. Die Landesverbände der Krankenkas-

sen, die Verbände der Ersatzkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung sind über die angezeigten Abweichungen zu unterrichten.

(3) Gegen den Feststellungsbescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Die Anfechtungsklage eines Dritten hat keine aufschiebende Wirkung.

(4) Für Krankenhäuser in privater Trägerschaft gilt mit der Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes die Konzession als Privatkrankenanstalt nach § 30 der Gewerbeordnung als erteilt.

Krankenhausgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern

(Landeskrankenhausgesetz LKHG M-V -)

Vom 20. Mai 2011

§ 9 Krankenhausplanung

(1) Zur Verwirklichung der in den §§ 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Ziele stellt das für Gesundheitswesen zuständige Ministerium für das Land einen Krankenhausplan als Rahmenplan auf und schreibt ihn regelmäßig entsprechend der tatsächlichen Bedarfsentwicklung fort. Die Ziele und die Grundsätze der Raumentwicklung sind zu beachten. Insbesondere sind die Qualität und Sicherstellung der Versorgung zu beachten. Bei Krankenhäusern nach § 3 Absatz 2 sind die besonderen Belange von Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Der Krankenhausplan kann Einzelregelungen zur medizinischen Fachplanung enthalten. Diese Planungen sind dann Bestandteil des Krankenhausplanes. Er wird in der aktuellen Fassung im Internet öffentlich zugänglich gemacht.

(2) Entscheidungen über die Aufnahme in den und das Ausscheiden aus dem Krankenhausplan werden durch schriftlichen Bescheid gegenüber dem Krankenhausträger festgestellt. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Die Anfechtungsklage eines Dritten gegen den Bescheid nach Satz 1 hat keine aufschiebende Wirkung. Die Änderung eines Feststellungsbescheides durch gerichtliche Entscheidung zieht unmittelbar die entsprechende Änderung des Krankenhausplanes nach sich.

(3) Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan ist Voraussetzung für die Förderung nach dem dritten Abschnitt. Der Krankenhausplan enthält allgemeine Zielsetzungen.

(4) Der Krankenhausplan wird von dem für Gesundheitswesen zuständigen Ministerium unter Beteiligung der an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten erstellt. Sofern im Einvernehmen mit den Krankenhausträgern nicht bettenführende Angebote aufgegeben oder Gesamtbettenreduzierungen vorgenommen werden, muss der Änderung des Feststellungsbescheides grundsätzlich kein Anhörungsverfahren vorausgehen.

(5) Das für Gesundheitswesen zuständige Ministerium kann ein Krankenhaus zur Bereitstellung von Bettenkapazitäten bei einem Massenansturm von Patientinnen und Patienten verpflichten.

(6) Rehabilitationskliniken können von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium im Einvernehmen mit dem für Brand- und Katastrophenschutz und Rettungsdienst zuständigen Ministerium im Rahmen von Katastrophen oder Großschadensereignissen verpflichtet werden, Patientinnen und Patienten zur Behandlung oder zur Isolierung im Rahmen ihrer Möglichkeiten stationär aufzunehmen. Sie gelten für die Dauer und den Umfang ihrer Inanspruchnahme als in den Krankenhausplan aufgenommen.

(7) Die Einzelfestsetzungen für jedes Krankenhaus umfassen mindestens die Fachabteilungen und die Gesamtzahl der Planbetten. Darüber hinaus kann auch die Zahl der Planbetten je Fachabteilung, die Zuweisung besonderer Aufgaben sowie die Zusammenarbeit mehrerer Krankenhäuser festgelegt werden. Der Krankenhausplan hat insbesondere den Anforderungen an eine ortsnahe Notfallversorgung Rechnung zu tragen und weist die teilnehmenden Krankenhäuser entsprechend aus.

(8) Der Krankenhausplan weist auch die Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der förderfähigen Ausbildungsplätze aus. Im Krankenhausplan ist nachrichtlich anzugeben, für welche Gebiete und Schwerpunkte ein Krankenhaus als Weiterbildungsstätte zugelassen ist.

(9) Wird ein in den Krankenhausplan aufgenommenes Krankenhaus von einem anderen Träger übernommen, so tritt dieser in die Rechte und Pflichten des bisherigen Trägers ein. Dies ist dem für Gesundheitswesen zuständigen Ministerium mitzuteilen.

Bayerisches Krankenhausgesetz (BayKrG)

in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. März 2007 (GVBl S. 288, BayRS 2126-8-UG), geändert durch § 4 des Gesetzes vom 23. April 2008 (GVBl S. 139)

Art. 3 Grundsätze der Krankenhausplanung

(1) Zur Verwirklichung des in Art. 1 genannten Ziels wird ein Krankenhausplan für das gesamte Staatsgebiet aufgestellt und entsprechend der Entwicklung fortgeschrieben.

(2) Die Krankenhausplanung wirkt auf wirtschaftliche Strukturen bei der bedarfsgerechten Versorgung durch medizinisch leistungsfähige Krankenhäuser hin. Dabei soll die - auch kommunale Gebietsgrenzen überschreitende - Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit dem Ziel der Bildung von Behandlungsschwerpunkten im Einzugsbereich unterstützt werden.

(3) Die Kooperation der Krankenhäuser mit niedergelassenen Ärzten, insbesondere beim kooperativen Belegarztwesen, mit den Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Einrichtungen soll Berücksichtigung finden.

(4) Die Hochschulklinikplanung und die Krankenhausplanung sind aufeinander abzustimmen. Der Bestand an Krankenhäusern nach § 108 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) ist bei der Krankenhausplanung zu berücksichtigen.

Art. 4 Krankenhausplan

(1) Der Krankenhausplan stellt die für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser nach Standort, Zahl der Betten und teilstationären Plätze, Fachrichtungen sowie Versorgungsstufe dar. Der Krankenhausplan kann als Bestandteil auch Fachprogramme enthalten, in denen spezifische Versorgungsschwerpunkte ausgewiesen werden.

(2) Der Krankenhausplan legt Allgemeinkrankenhäuser mit drei Versorgungsstufen und Fachkrankenhäuser fest. Krankenhäuser der I. Versorgungsstufe dienen der Grundversorgung. Krankenhäuser der II. Versorgungsstufe erfüllen in Diagnose und Therapie auch überörtliche Schwerpunktaufgaben. Krankenhäuser der III. Versorgungsstufe halten im Rahmen des Bedarfs ein umfassendes und differenziertes Leistungsangebot sowie entsprechende medizinisch-technische Einrichtungen vor. Der Krankenhausplan kann allgemeine Grundsätze dazu enthalten, welche Fachrichtungen Krankenhäuser der einzelnen Versorgungsstufen in der Regel vorhalten. (3) Die jährliche Fortschreibung des Krankenhausplans wird im Bayerischen Staatsanzeiger bekannt gemacht.

Art. 5 Aufnahme in den Krankenhausplan

(1) Ein Krankenhaus ist bedarfsgerecht, wenn und soweit es zur Deckung des in seinem Einzugsgebiet vorhandenen Bedarfs an akutstationärer Versorgung notwendig und hierzu geeignet ist. Das Krankenhaus ist geeignet, wenn es die Gewähr dafür bietet, dass es nach seinem Standort und seiner Größenordnung innerhalb des abgestuften Versorgungssystems seine ihm zugeordnete Aufgabe medizinisch leistungsfähig und wirtschaftlich wahrnehmen kann.

(2) Gegenüber dem Krankenhausträger wird festgestellt, ob und mit welchen Festlegungen im Sinn des Art. 4 sein Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen wird. Die Feststellung nach Satz 1 kann ganz oder teilweise widerrufen werden, wenn und soweit die Voraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan nicht nur vorübergehend nicht mehr vorliegen.

Zweites Gesetz zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen

(Hessisches Krankenhausgesetz 2011 - HKHG 2011)

Vom 21. Dezember 2010 - Gesamtausgabe in der Gültigkeit vom 28.09.2011 bis 31.12.2015

§ 17 Aufgaben und Grundsätze der Krankenhausplanung

(1) Zur Verwirklichung der in § 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und in § 1 dieses Gesetzes genannten Ziele wird für das Land ein Krankenhausplan aufgestellt, auf dessen Grundlage die bedarfsgerechte Krankenhausversorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist.

(2) Bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seinen Einzelfestlegungen haben Krankenhäuser Vorrang, die eine umfassende und ununterbrochene Vorhaltung von Leistungen der Notfallversorgung sicherstellen und mindestens die Gebiete Chirurgie und Innere Medizin abdecken.

(3) Fachkliniken haben nur dann einen Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan, wenn sie bedarfsgerecht sind und sie glaubhaft machen, dass ihr Leistungsspektrum und die Qualität ihrer Leistungen die Versorgung der Bevölkerung verbessern werden.

(4) Ein Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes kann nur Krankenhäusern gewährt werden, die für die Versorgung der hessischen Bevölkerung unverzichtbar sind und bei denen eine nachgewiesene Betriebsgefährdung vorliegt. Das Nähere kann durch Rechtsverordnung geregelt werden.

(5) Der nach Versorgungsgebieten gegliederte Krankenhausplan beinhaltet die allgemeinen Rahmenvorgaben, die qualitativen, strukturellen und zeitlichen Anforderungen an die ortsnahe Notfallversorgung, die Bestimmungen über die Wahrnehmung überörtlicher Schwerpunktaufgaben nach Abs. 7 und besonderer Aufgaben nach Abs. 8, die Entscheidungen nach § 19 Abs. 1 Satz 1 und 2, die Ausweisung der Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

(6) Die Versorgungsgebiete sind so festzulegen, dass in jedem ein bedarfsgerecht gegliedertes leistungsfähiges Krankenhausangebot sichergestellt ist. Dabei sind unter Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung insbesondere die Siedlungs-, Bevölkerungs- und Erwerbsstruktur, die topografischen Verhältnisse, die Verkehrsverbindungen sowie Krankenhäufigkeit, Verweildauer, Bettennutzung und Krankheitsartenstatistik zu berücksichtigen. Das Nähere über die Anzahl und die Abgrenzung der Versorgungsgebiete wird durch Rechtsverordnung bestimmt; der Landeskrankenhausausschuss nach § 20 und die betroffenen Gesundheitskonferenzen nach § 21 sind anzuhören.

(7) Zur Sicherung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung kann der Krankenhausplan für spezielle medizinische Fachgebiete eine versorgungsgebietsübergreifende, landesweite Aufgabenwahrnehmung der Krankenhäuser festlegen.

(8) Zur Sicherung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen regionalen Versorgung soll der Krankenhausplan für bestimmte medizinische Indikationen, insbesondere für chronische Erkrankungen, bei denen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich ist, und einzelne Bereiche der Notfallversorgung einschließlich der ambulanten Notfallversorgung Anforderungen an die Zusammenarbeit und eine Aufgabenteilung zwischen Krankenhäusern festlegen. Einzelnen Krankenhäusern oder Netzwerken aus mehreren Krankenhäusern können zur Umsetzung dieser Anforderungen besondere Aufgaben zugeordnet werden. Hierbei soll auch auf eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern geachtet werden. Soweit es um die Beteiligung ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte geht, ist das Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen erforderlich.

§ 18 Krankenhausplan

(1) Die allgemeinen Rahmenvorgaben des Krankenhausplans enthalten insbesondere die Planungsgrundsätze und Planungsziele sowie die Bestimmungen über das Planungsverfahren und die Planungsmethode.

(2) In den Krankenhausplan werden die Universitätskliniken unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben in Forschung und Lehre und die in § 3 Satz 1 Nr. 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Krankenhäuser einbezogen, soweit sie der stationären Versorgung der Bevölkerung allgemein dienen. Auf Krankenhäuser, die aufgrund eines Versorgungsvertrags nach § 108 Nr. 3 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch oder einer Erlaubnis nach § 30 Abs. 1 Satz 1 der Gewerbeordnung in der Fassung vom 22. Februar 1999 (BGBl. I S. 203), zuletzt geändert durch Gesetz vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2258), an der Krankenhausversorgung teilnehmen, ist im Krankenhausplan zusätzlich hinzuweisen.

(3) Der Krankenhausplan wird von dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium aufgestellt und in angemessenen Zeitabständen fortgeschrieben. Bei seiner Aufstellung wirken die Beteiligten nach Maßgabe des § 19 und den Bestimmungen des Siebten Teils mit; weitere im Bereich des

Krankenhauswesens tätige Verbände und Organisationen sind anzuhören. Er wird von der Landesregierung beschlossen und ist im Staatsanzeiger für das Land Hessen zu veröffentlichen.

§ 19 Durchführung und Weiterentwicklung des Krankenhausplans

(1) Die Feststellungen über die Aufnahme in den und die Herausnahme aus dem Krankenhausplan sowie die Einzelfestlegungen nach Abs. 4 einschließlich deren Änderungen werden durch Bescheid des für das Krankenhauswesen zuständigen Ministeriums getroffen. Bei den Entscheidungen sind auch die in den §§ 135 bis 139c des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch entwickelten Indikatoren zur Ergebnisqualität zu berücksichtigen. Die Entscheidungen nach Satz 1 und 2 sind auch für die Sozialeistungsträger verbindlich. Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan ist das Krankenhaus verpflichtet, den Versorgungsauftrag umfassend zu erfüllen, sofern nicht davon abweichende Festlegungen im Rahmen von Kooperationen mit anderen Krankenhäusern getroffen wurden. Zur Erfüllung des Versorgungsauftrags gehören auch die Verpflichtungen nach dem Transplantationsgesetz in der Fassung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2207), geändert durch Gesetz vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990), und dem Hessischen Gesetz zur Ausführung des Transplantationsgesetzes vom 29. November 2000 (GVBl. I S. 514), geändert durch Gesetz vom 14. Dezember 2006 (GVBl. I S. 711), sowie die Pflichten nach dem Dritten Teil. Sofern eine Behandlung von in den Versorgungsauftrag des Krankenhauses fallenden Patientinnen und Patienten durch vom Krankenhausträger beherrschte oder mit ihm verbundene Privatkliniken, die eine eigenständige Zulassung nach der Gewerbeordnung haben, erfolgen soll, hat der Krankenhausträger die Patientinnen und Patienten darüber aufzuklären, welche Unterschiede zwischen den Krankenhäusern bestehen. Die Aufklärung erstreckt sich insbesondere auf die Art der medizinischen Behandlung, die Unterbringung, die Sonderleistungen und die Höhe der jeweiligen voraussichtlichen Gesamtkosten.

(2) Leistungen des Krankenhauses außerhalb der belegärztlichen Tätigkeit müssen in Organisationseinheiten erbracht werden, die von mindestens einer hauptamtlich tätigen Fachärztin oder einem hauptamtlich tätigen Facharzt in Leitungsfunktion geführt werden.

(3) Das Krankenhaus ist auch verpflichtet, im Rahmen seiner Versorgungsmöglichkeiten Stellen für die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten bereitzustellen und an der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Berufen nach § 2 Nr. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mitzuwirken. Soweit rechtlich zulässig, sollen die Krankenhäuser Weiterbildungsverbände gründen. Dies gilt insbesondere im Rahmen der Zusammenarbeit zur Umsetzung des § 17 Abs. 8.

(4) Die Einzelentscheidungen nach Abs. 1 Satz 1 beschränken sich neben der Zuweisung von Aufgaben der Notfallversorgung und der Festlegung oder Zuordnung von Aufgaben nach § 17 Abs. 7 und Abs. 8 Satz 2 auf die Bestimmung des Standorts und der Fachgebiete. Darüber hinaus werden im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Gebiete Bettenzahlen und sonstige Kapazitätsfestlegungen so weit und so lange festgesetzt, wie es für die Budgetverhandlungen erforderlich ist.

(5) Die Anfechtungsklage eines Dritten gegen einen Bescheid nach Abs. 1 Satz 1 hat keine aufschiebende Wirkung.

9. Literaturverzeichnis

- Abteilung "Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung" des Zentrums für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen: Schließung von Krankenhäusern?. In: Gazesse, 2008/02. http://www.zes.uni-bremen.de/abteilungen/gesundheitsoekonomie-gesundheitspolitik-und-versorgungsforschung/gazesse/2008_02/schliessung-krankenhaeuser/ / 30.03.2014
- Ärzte Zeitung, 13.03.2014: Klinikreform in den Startlöchern
- Augurzky, Boris et. al.: Krankenhaus Rating Report. Essen 2011
- Augurzky, Boris et. al.: Krankenhaus Rating Report. Heidelberg 2012
- Augurzky, Boris et. al.: Krankenhaus Rating Report. Heidelberg 2013
- AWO Krankenhausbetriebsgesellschaft: Pressemitteilung vom 07.06.2012. <http://www.awo-khbg.de/startseite/aktuelleskhbg/198-sanierung-der-awo-krankenhaeuser-in-einbeck-und-stadtoldendorf-durch-planinsolvenz-fortgefuehrt>
- Bayerisches Ministeriums der Finanzen: Schreiben vom 25.07.2008 an die Regierungen von Oberbayern, Niederbayern, der Oberpfalz, von Oberfranken, Mittelfranken, Unterfranken und Schwaben
- Beivers, Andreas: Ländliche Versorgung. In: Augurzky, Boris et. al.: Krankenhaus Rating Report, Essen 2011, S. 123
- Benedikt, Dorothea; Sulanke, Alexander: Klinik-Aus für Ahrensburger Haus jetzt amtlich. In: Hamburger Abendblatt. <http://www.abendblatt.de/region/stormarn/article1894981/Klinik-Aus-fuer-Ahrensburger-Haus-jetzt-amtlich.html#> / 19.11.2013
- Blum, Karl et. al.: Krankenhaus Barometer. Düsseldorf div. Jahre
- Böheim, Michael: Die Privatisierung öffentlichen Eigentums als Instrument der Wirtschaftspolitik. München: WIFO-Monatsberichte 11/2011
- Bundeskartellamt: Leitfaden zur Marktbeherrschung in der Fusionskontrolle. Bonn, 29.03.2012
- Ciliberto, Federico et. al.: Exit from the Hospital Industry. Munich Personal RePEc Archive, Paper No. 24917. München 2007
- Deutschlands Zukunft gestalten - Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD 18. Legislaturperiode; Berlin, Herbst 2013
- Econo: Frauenklinik Rheinfeldern ist insolvent. http://www.econo.de/no_cache/nachrichten/einzelansicht/article/frauenklinik-rheinfeldern-ist-insolvent.html
- Fürstenberg, Torsten et. al.: G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG. Berlin 2013
- Gabler Wirtschaftslexikon online. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de>
- GKV-Spitzenverband: Kennwerte zum Leistungsgeschehen und den Vereinbarungen ausgewählter Krankenhäuser; Berlin 2013
- Hersfelder Zeitung, 21.06.2011: Elisabeth-Krankenhaus schließt im März 2012. <http://www.hersfelder-zeitung.de/nachrichten/lokales/bad-hersfeld/elisabeth-krankenhaus-schliesstmaerz-2012-1292081.html>

Hersfelder Zeitung, 01.12.2011: Kliniken weisen Vorwürfe zurück. <http://www.hersfelder-zeitung.de/nachrichten/lokales/bad-hersfeld/kliniken-weisen-vorwuerfe-zurueck-1514104.html?popup=print>

Hessisches Sozialministerium: Hessischer Krankenhausrahmenplan 2005. Besonderer Teil: Regionale Planungskonzepte. Wiesbaden 2005

HNA, 17.11.2011: St. Elisabeth Krankenhaus macht zu: „Juwel wird plattgemacht“.
<http://www.hna.de/lokales/rotenburg-bebra/juwel-wird-plattgemacht-1494404.html?popup=print>

HNA, 23.03.2011: Warteburg-Klinik: Ende des Insolvenzverfahrens - Abfindung für Mitarbeiter.
<http://www.hna.de/lokales/witzenhausen/warteburg-klinik-ende-insolvenzverfahrens-abfindung-mitabeiter-1172726.html>

Link, Christoph: Leben retten, ein Krankenhaus retten. In: Stuttgarter Zeitung, 17.10.2013.
<http://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.die-pleite-abgewendet-leben-retten-ein-krankenhaus-retten.b2144694-9e0f-4dc5-ac9a-4d3087906a80.html> / 08.04.2014

Merkur-Online, 30.10.2004: 944000 Euro für Schließung. <http://www.merkur-online.de/lokales/regionen/euro-schliessung-240606.html?popup=print> / 19.11.2013

Mittelbayerische, 25.11.2006: Wird Klinik Hemau ein Pflegeheim?
http://www.mittelbayerische.de/nachrichten/polizeimeldungen/artikel/_wird_klinik_hemau_ein_pfl_egeh/16310/_wird_klinik_hemau_ein_pflegeh.html / 08.04.2014

Mittelbayerische, 20.03.2007: Notoperation für das Krankenhaus Hemau.
http://www.mittelbayerische.de/nachrichten/rundschau/rundschau-regensburg/artikel/notoperation_fuer_das_krankenh/58165/notoperation_fuer_das_krankenh.html / 08.04.2014

Mittelbayerische, 20.03.2007: Verträge mit dem Rotem Kreuz gebilligt.
http://www.mittelbayerische.de/region/regensburg/artikel/vertraege_mit_dem_rottem_kreuz_/60301/vertraege_mit_dem_rottem_kreuz_.html / 08.04.2014

Mittelbayerische, 26.03.2010: Mini-Krankenhaus in Hemau droht die Schließung.
http://www.mittelbayerische.de/region/regensburg/nachrichten-aus-dem-landkreis-regensburg/artikel/mini_krankenhaus_in_hemau_droh/538191/mini_krankenhaus_in_hemau_droh.html / 08.04.2014

Mittelbayerische, 16.11.2010: Krankenhaus Hemau soll Portalklinik werden.
http://www.mittelbayerische.de/region/regensburg/nachrichten-aus-dem-landkreis-regensburg/artikel/krankenhaus_hemau_soll_portalk/607591/krankenhaus_hemau_soll_portalk.html / 08.04.2014

Mittelbayerische, 11.08.2011: Portalklinik Hemau: Noch keine Bilanz.
http://www.mittelbayerische.de/region/regensburg/nachrichten-aus-dem-landkreis-regensburg/artikel/portalklinik_hemau_noch_keine_/693342/portalklinik_hemau_noch_keine_.html / 08.04.2014

Mittelbayerische, 21.10.2011: Das Kreiskrankenhaus Hemau muss schließen.
http://www.mittelbayerische.de/region/regensburg/nachrichten-aus-dem-landkreis-regensburg/artikel/das_kreiskrankenhaus_hemau_mus/718236/das_kreiskrankenhaus_hemau_mus.html / 08.04.2014

Mittelbayerische, 31.01.2013: Krankenhaus Nabburg schließt am 1. April.
<http://www.mittelbayerische.de/region/schwandorf/artikel/krankenhaus-nabburg-schliesst-am-1-april/875918/krankenhaus-nabburg-schliesst-am-1-april.html> / 08.04.2014

Koch-Widmann, Andrea: Horber Klinik ist vorläufig geschlossen. In: Stuttgarter Zeitung, 10.01.2013. <http://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.patientenversorgung-in-horb-horber-klinik-ist-vorlaeufig-geschlossen.d7d0f17f-7f7b-48a1-8dd7-f1ed7abf1bfe.html> / 08.04.2014

Wirtschaftslexikon24.com. <http://www.wirtschaftslexikon24.com>

Oberpfalznetz.de: Asklepios übernimmt das Ruder. https://www.oberpfalznetz.de/zeitung/2239945-128-asklepios_uebernimmt_das_ruder,1,0.html / 08.04.2014

Investopedia Dictionary. <http://www.investopedia.com>

Icks, Annette, Kranzusch, Peter: Sanierungen in Insolvenzverfahren; Bonn 2010; http://www.ifm-bonn.org/studien/unternehmenslebenszyklus/wachstumsschwellen/studie-detail/?tx_ifmstudies_detail%5Bstudy%5D=35&cHash=c93da07e4363f6231d166a8cf0e87425

Klauber, Jürgen et. al.: Krankenhausreport 2013; Stuttgart 2013

Klinik Markt inside: Div. Jahrgänge und Ausgaben

Landesregierung Thüringen: Antwort auf die Kleine Anfrage Nr. 102 vom 18. November 2009

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

Osthessen-News, 06.11.2002: Vinzenterinnen-Orden Eigentümer von St. Elisabeth-Krankenhaus. <http://osthessen-news.de/beitrag.php?id=2283&Druck=1>

Preusker, Uwe K.: Lexikon des deutschen Gesundheitssystems; 4. Auflage, Heidelberg 2013

Preusker, Uwe K.: „Welche Trägerschaft ist egal –Hauptsache, unser Krankenhaus ist kommunal!“ – Zur Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser; in: Joachim Bovelet et. al.: Klinik Struktur Versorgung, Berlin 2013

Qualitätsbericht 2010 Asklepios Orthopädische Klinik Lindenlohe, S. 13

Rath, Markus: Experiment Portalklinik ist gescheitert. In: Bürger Zeit vom 25.10.2011. <http://www.buergerzeit.de/?p=1939#sthash.BS3fpi45.dpuf>

Referenzbericht zum Qualitätsbericht 2010 Asklepios Kardiologische Klinik Nabburg

Schöner, Johanna: Das Bürgerspital. In: Die Zeit, Nr 11/2013, 7. März 2013, S. 69f.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin: 69. Sitzung des Abgeordnetenhauses vom 03. März 2004; Drs Nr. 15 /1800 und 15/ 2400. Berlin, 13. Mai 2005. <http://www.parlament-berlin.de/ados/Haupt/vorgang/h15-3024-v.pdf>

Südkurier, 21.07.2011: Frauenklinik schließt Geburtshilfe. <http://www.suedkurier.de/region/hochrhein/rheinfelden/Frauenklinik-schliesst-Geburtshilfe;art372615,5010958>

Stadt Laichingen: Wie geht es im Krankenhaus Laichingen nun weiter? 23.07.2009. <http://www.laichingen.de/ceasy/modules/cms/print.php5?cPageId=1621&&view=publish&item=article&id=65> / 19.11.2013

Stadt Monheim am Rhein: Vorlage Nr. VIII/1269 vom 10.07.2013; https://ris.monheim.de/session/bi/vo0050.php?__kvonr=3300 ; 28.03.2014

Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser 2002 und 2012; Wiesbaden 2003 und 2013

Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser 2012; Wiesbaden 2013

Steffen, Petra et. al.: Erfolgskritische Faktoren von Krankenhausfusionen; Düsseldorf 2011

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

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

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

Thiele, Thomas:: Krankenhaus Uslar: Landesregierung laut Gesetz zu Zahlungen verpflichtet. In: HNA, 18.04.12. <http://www.hna.de/lokales/uslar-solling/hoffnung-ex-mitarbeiter-2282634.html> / 19.11.2013

Tiemann, Oliver et. al.: Changes in hospital efficiency after privatization; in: Health Care Manag Sci, DOI 10.1007/s10729-012-9193-z