



FACTSHEET:

Die neue Krankenhausplanung NRW aus feministischer Sicht



Seit 1.4.2025 wird das Krankenhauswesen in NRW neu organisiert: Bis 2032 werden fast 18% der Betten (18.400) abgebaut – durch Zentralisierung, Spezialisierung, Ambulantisierung. Künftig entscheidet das Land, welche Klinik was behandeln darf. Was nicht „zugewiesen“ wird, fällt weg.



Als Patient*in: Gefahr von Versorgungslücken

Vor allem hochspezialisierte und planbare Leistungen will das Land abbauen und zentralisieren. Entsprechend darf nur etwa ¼ aller Kliniken, die Leber-OPs anbieten wollen, dies künftig tun; bei Eierstockkrebs jede dritte Klinik. Aber auch in kritischeren Bereichen gibt es starke Kürzungen:

- Altersmedizin:
Abweichung **-18%**
- Schlaganfallversorgung:
Abweichung **-18%**
- Schwangeren- & Neugeborenenversorgung:
Abweichung **-26%**.

„Abweichung“: Differenz der Anzahl an beantragenden Kliniken und denen, die Zuschlag erhalten haben

In diesen Bereichen sind FLINTA* die größte Patient*innengruppe. Sie erfahren weniger wohnortnahe Behandlungen, längere Fahrtwege, drohende Versorgungslücken auf dem Land.

sie kaum tragbar. Die Gefahr: Viele verlassen die Branche. Schon heute fehlen über 100.000 Vollzeitkräfte in der klinischen Pflege. Wir können uns keine Person weniger mehr leisten!

Als Angehörige: Unsichtbare Mehrbelastung

Weiter entfernte Klinikangebote treffen auch die Angehörigen der Patient*innen: Es sind vor allem Frauen, nicht-binäre, trans und agender Personen, die unbezahlte Sorgearbeit leisten. Frauen investieren dafür fast 45% mehr Zeit (79 Minuten täglich) als Männer. Längere Wege bedeuten zusätzlichen Stress und erschweren die Vereinbarkeit von Fürsorge, Beruf und Alltag.

Fallbeispiel Geburtshilfe

Besonders alarmierend ist die Entwicklung in der Geburtshilfe. Kreißaalsterben ist seit Jahren ein Problem – selbst das Land will weiteren Abbau eigentlich vermeiden.

- Seit 2007 hat NRW 1/3 seiner Kreißsäle verloren (von 180 auf 121; 59 Schließungen)
- In den letzten 5 Jahren schlossen durchschnittlich jährlich mehr als fünf (insgesamt 21).

Die NRW-Reform verschärft das Problem systematisch: Geburten sind für Kliniken finanziell unattraktiv – viele machen hier Verluste. Bisher glichen sie das durch Quersubventionierung aus lukrativen Behandlungen wie Gelenkersatz aus. Doch durch die Reform werden diese umverteilt und reduziert. So können sich viele Kliniken ihre Geburtshilfe endgültig nicht mehr leisten.

2025 schließen mindestens sieben weitere Geburtsstationen mit 3.380 Geburten. Setzt sich diese Entwicklung ungebremst fort, gibt es 2035 in NRW noch rund 60 Stück (Annahme: 6 Schließungen pro Jahr). So hätte sich die Anzahl in 10 Jahren halbiert.

Was das bedeutet:

- Kliniken verlieren ganze Fachabteilungen und Stationen, teils ersatzlos
- Benachbarte Kliniken haben zu wenig Platz und Personal, um adäquat aufzufangen
- Patient*innen und Angehörige müssen weite Wege in Kauf nehmen
- Beschäftigte müssen hinterherziehen oder gehen.

Als Beschäftigte: Arbeit unter Druck

Offiziell heißt es: Es gibt keinen Personalabbau – Leistungen werden nur gebündelt; Beschäftigte „wandern“ mit. Wir sehen: In Bereichen wie Service oder Verwaltung fallen durchaus Stellen weg. Und selbst ein Wechsel heißt oft hohe Belastung durch neues Kollegium, längere Anfahrt, anderen Tarifvertrag oder schlechtere Arbeitsbedingungen. Und die Arbeitgeber? Gehen meist auf Konfrontation, anstatt sozial abzusichern:

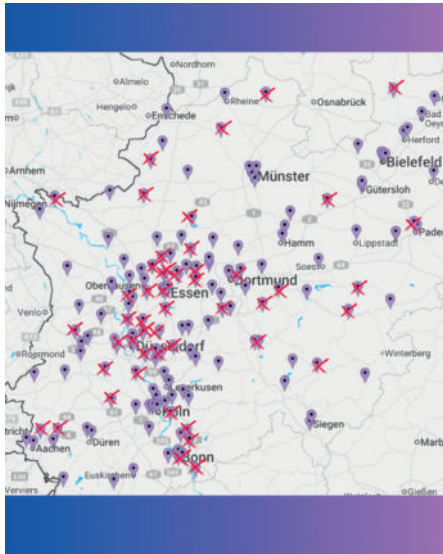
- Betroffene erfahren nur kurzfristig von den Veränderungen
- Rechtliche Schutzmechanismen werden umgangen; Sozialpläne bleiben aus
- Druck zu Eigenkündigungen oder Versetzungsanträgen ohne Nachteilsausgleich

Besonders betroffen sind FLINTA*: ¾ des Gesundheitspersonals in NRW ist weiblich; die Hälfte aller Frauen arbeitet in Teilzeit – meist wegen hoher Arbeitsbelastung oder Betreuungspflichten. Längere Wege oder Gehaltseinbußen sind für

ver.di

Wir begrüßen das Ziel von bedarfsgerechter Versorgung und weniger Wettbewerb zwischen Kliniken. Doch die Umsetzung ist mangelhaft und die Reform erfolgt vor allem auf dem Rücken von Frauen, Lesben, inter, nicht-binären, trans und agender Personen (FLINTA*), da sie in mehrfacher Hinsicht besonders betroffen sind.





Jedes Kreuz = eine geschlossene Geburtsstation

Schließungen von Geburtsstationen 2025:

- 31.03.
Dortmund: Knappschafts Kliniken
2024: **400 Geburten**
- 31.03.
Oelde: Marienhospital
2024: **343 Geburten**
- 02.05.
Dormagen: Rheinland Klinikum
2024: **483 Geburten**
- 16.05.
Castrop-Rauxel: St. Rochus-Hospital
2024: **553 Geburten**
- 01.07.
Duisburg: Helios St. Anna
2024: **433 Geburten**
- 25.07.
Bonn: Gemeinschaftskrankenhaus,
Haus St. Elisabeth
2024: **396 Geburten**
- tba.
Duisburg: Bethesda
2024: **772 Geburten**

Besonders brisant:

Darunter sind zwei Hebammengeführte Kreißsäle, die eigentlich gefördert werden sollen. In die Umwandlung der Station in Dortmund investierte das Land 2023 25.000€.

Folgen von Kreißsaalschließungen Einschränkung der wohnortnahen Versorgung

Zielmarke des Landes ist die Erreichbarkeit einer Geburtsklinik in 40 Autominuten. Doch in 10 Kreisen (z.B. Westfalen, Hochsauerland) fahren Schwangere bis zu 70 Minuten. Menschen mit Blinddarmentzündung werden 20 Minuten zugemutet. Längere Fahrzeiten heißen mehr Stress, Komplikationen oder schlechtere Geburtserfahrungen – was die geburtshilflichen Probleme hierzulande verschärft:

- Jede dritte Frau erlebt ein Geburtstrauma
- Die Totgeburt rate ist überdurchschnittlich hoch und steigt, während sie in Europa sinkt (2,8 in 2010; 3,7 in 2021)
- Vmtl. versterben 9,1 Frauen pro 100.000 Geburten – knapp die Hälfte ist vermeidbar



Schwangere ohne Auto und/oder Begleitperson erhalten keine zusätzliche Hilfe.

So werden sich Geburten auf Rettungsdienste verlagern – ohne ausreichende Ausstattung und Qualifikation. In den letzten 5 Jahren gab es allein 28 RTW-Geburten in Essen, 26 in Borken, 19 in Soest.

Kapazitätsprobleme an verbleibenden Kreißsälen

Bei Kreißsaalschließungen weichen Schwangere auf benachbarte Kliniken aus, ohne dass deren Kapazitäten (rechtzeitig) ausgebaut werden. Ihnen fehlt ohnehin schon Personal – Hebammen betreuen oft 2-4 Geburten gleichzeitig, obwohl 1:1 Betreuung empfohlen ist. Gesundheitsrisiken für Gebärende und Kinder steigen; auch die Belastung des Personals wächst.

Über- und Fehlversorgung in den Städten

Die Zentralisierung führt zur Konzentration von Geburten auf große Kliniken, die oft auf Risikogeburten ausgerichtet sind. Das begünstigt unnötige medizinische Interventionen mit höheren Risiken und Kosten. Schon heute erfolgt fast jede dritte Geburt per Kaiserschnitt – damit liegt Deutschland im oberen Drittel der OECD.

verdi fordert:

- ✓ **Sofortiger Stopp weiterer Kreißsaalschließungen**
- ✓ **Keine Schließungen ohne ausreichend Auffangsstrukturen**
- ✓ **Faire Übergänge für Beschäftigte – mit sicherem Arbeitsplatz, Mitbestimmung & Sozialplänen**
- ✓ **Versorgung nach Patient*innenbedürfnissen und Qualität – nicht nach Profit**
- ✓ **Kostendeckende Finanzierung von Krankenhausleistungen, vor allem der Geburtshilfe.**



Stand: 07/2025.

Mehr Infos und Quellen:



<https://gesundheit-soziales-bildung-nrw.verdi.de/themen/krankenhausplanung-nrw>