Rede von Dr. Christoph Galli – Demonstration für den Erhalt der Rosmann-Klinik Breisach

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

Ich freue mich, dass Sie heute so zahlreich erschienen sind … und dass Sie zeigen: Breisach steht auf – für sein Krankenhaus!

Mein Name ist Christoph Galli, ich bin Anästhesist und Notarzt, seit vielen Jahren in Breisach tätig.

Ich habe die Entwicklung unseres Krankenhauses über mehr als 50 Jahre miterlebt – und ich sage Ihnen: Diese Klinik ist unverzichtbar.

1. Unser Krankenhaus ist lebenswichtig

Das Krankenhaus Breisach – mit Notaufnahme und stationärer Versorgung – ist lebenswichtig für unsere Region.

Das von den Bürgermeistern der Region vorgeschlagene ambulante Versorgungszentrum mag besser sein als nichts – aber es ist kein Ersatz für ein Krankenhaus.

Es ist eine politische Lösung, keine medizinische. Politisch deshalb, weil im März 2026 Landtagswahlen sind – Man versucht, den Bürgerinnen und Bürgern Sand in die Augen zu streuen, damit sie keine alternativen Überlegungen anstellen.

Doch wir lassen uns nicht täuschen!

2. Medizinisch ist der Plan Unsinn

Im Rettungsdienst sehen wir täglich Fälle, die über Nacht überwacht und behandelt werden müssen – zum Beispiel:

- ein Sturz auf den Kopf mit Gehirnerschütterung,
- eine Bewusstseinsstörung nach Alkoholgenuss,
- unklare Brustschmerzen,
- oder die akute Verschlechterung eines Pflegefalls zu Hause.

Diese Patientinnen und Patienten können in Breisach schnell, sicher und wohnortnah versorgt werden.

Wenn Breisach schließt, werden diese Menschen nach Freiburg gebracht – und dort Betten und Personal blockiert, die eigentlich für Schwerkranke gebraucht werden.

Das ist unwirtschaftlich, ineffizient – und unmenschlich.

3. Realität im Rettungsdienst

Schon heute erleben wir: An heißen Tagen, bei Glatteis oder Unwettern sind die Kliniken an der Belastungsgrenze.

Wenn Breisach wegfällt, muss auch jeder leichte Notfall nach Freiburg, Müllheim oder Emmendingen gebracht werden.

Das bedeutet: zwei Stunden ist der Rettungswagen gebunden – und kein Fahrzeug mehr in Breisach verfügbar.

Und wenn Sie sich künftig den Fuß verstauchen, machen Sie eine ca. 1-stündige kleine Sightseeing-Tour durch den Breisgau – mit schöner Aussicht vom Tuniberg! Sie bekommen für die Fahrt bei hoffentlich schönem Wetter einen Fensterplatz!

Nur: Wer will als Notfallpatient Tourist sein?

4. Baden-Württemberg auf dem letzten Platz

Warum ist die Lage so ernst? Weil CDU und Grüne in unserem Bundesland das Gesundheitssystem seit Jahren kaputtsparen.

Baden-Württemberg hat nur 478 Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner – der schlechteste Wert in ganz Deutschland.

Der Bundesdurchschnitt liegt ca. 100 Betten höher bei 573 Betten. Den 1. Platz belegt Thüringen mit 715 Betten je 100.000 Einwohnern, das sind fast 240 Betten mehr als in Baden-Württemberg.

Und während Breisach wächst und unsere Bevölkerung älter wird, sollen hier Krankenhäuser geschlossen werden. Jedem dürfte klar sein, dass wir mit dem

Wachstum von Breisach, seinem Umland und einer älter werdenden Gesellschaft mehr Kapazitäten an medizinischer Versorgung brauchen.

Aber seit 2020 sind in Baden-Württemberg mindestens 14 Klinikstandorte verschwunden – und 2026 sollen Breisach und Bühl folgen.

Das ist gesundheitspolitischer Wahnsinn!

5. Zentralisierung ist der falsche Weg

Schon 2019 beschlossen CDU und SPD in Berlin, unter Kanzlerin Merkel und Gesundheitsminister Spahn, die Zahl der Kliniken von 2000 auf 400 zu reduzieren.

Das nennt man Optimierung. Ich nenne es: Entfernung von der Realität.

Minister Lucha (Grüne) in Baden-Württemberg treibt diese Zentralisierung mit großem Eifer voran.

Seine Logik: Ein 40-jähriger Fußballer mit verstauchtem Sprunggelenk darf nicht in Breisach behandelt werden – theoretisch könnte er ja auch noch eine Prostataerkrankung bekommen. Man weiß ja nie, wie lange der Klinikaufenthalt dauert.

Das ist Bürokratielogik – keine Medizin.

6. Wie man Kliniken systematisch zerstört

Wie bringt man kleine Krankenhäuser zum Sterben? Ganz einfach – durch Gesetze.

Man deckelt die Einnahmen, erhöht die Auflagen, lässt Investitionen ausbleiben – und wundert sich dann über Defizite.

Und das Schönste: Wer schließt, bekommt noch eine Martkaustrittsprämie. Beim Helios-Krankenhaus in Bad Schwalbach waren das 9,6 Millionen Euro.

Auch unsere Rosmann-Klinik gehört zu Helios. 1998 verkaufte der Landkreis seine drei Häuser – Breisach, Müllheim und Titisee-Neustadt – für einen

symbolischen Preis an den privatwirtschaftlichen Krankenhausbetreiber Helios Kliniken GmbH von Dr. Lutz Helmig zu einem symbolischen Preis. Die 3 Krankenhäuser waren sanierungs- und modernisierungsbedürftig, In Müllheim war ein Neubau unumgänglich. Nach einem Interview mit dem damaligen Landrat Jochen Glaeser von der CDU waren die Investitionskosten von 100 Mio. DM für den Landkreis nicht zu stemmen. Es war also Ratlosigkeit des Landkreises, die zum Verkauf führte. Zu dieser Zeit war Breisach ein bedeutendes traumatologisches Zentrum in Südwestdeutschland und das ertragreichste der 3 Krankenhäuser. Den Vorsitz im Aufsichtsrat führt seither der Landrat, jetzt der Landrat Dr. Ante von der CDU.

Heute wissen wir: Breisach wurde gezielt heruntergewirtschaftet.

Seit Jahren wurden die Verantwortlichen im Aufsichtsrat laufend über die Entwicklung informiert – die Reaktion: freundliches Kopfnicken.

Ich habe inzwischen gelernt: Kopfnicken bei Politikern ist ein spinaler Reflex – ohne Großhirnbeteiligung. Die nicken den ganzen Tag mit dem Kopf.

7. Schlusswort – klar, kämpferisch

Meine Damen und Herren, am 8. März 2026 ist Landtagswahl.

Wir können in Deutschland nicht über einzelne Themen abstimmen – aber wir können Parteien für ihre Fehlentscheidungen abstrafen.

Fordern wir klare Stellungnahmen von den Parteien, besonders von den hierfür verantwortlichen Parteien CDU, SPD und Grüne. Nutzen wir den Wahlkampf für die Realisierung unserer Forderungen.

Denn die Rosmann-Klinik Breisach darf nicht sterben – nicht infolge politischer Fehlentscheidungen, nicht infolge politischer Unfähigkeit, nicht infolge falscher Haushaltsschwerpunkte.

liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

für eine erfolgreiche Strategie wird viel Faktenwissen und Hintergrundinformation notwendig sein. Diese wird Ihnen in den nächsten Wochen auf der Hompage der Bürgerinitative Breisach zur Verfügung gestellt.

Ich danke allen für Ihr Kommen.

Die Rosmann-Klinik Breisach wird nicht sterben!

Datenzusammenstellung: 19.10.25

I) Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner:
Hier ist die **Rangliste der Krankenhausbettendichte 2022** (Betten je 100.000 Einwohner), **absteigend sortiert** — also von den Ländern mit der höchsten Dichte bis zur niedrigsten:

Rang	Bundesland	Betten je 100.000 Einwohner (2022)
1	Thüringen	**715**
2	Bremen	**749**
3	Sachsen	**650**
3	Sachsen-Anhalt	**650**
5	Rheinland-Pfalz	**633**
6	Mecklenburg-Vorpommern	**628**
7	Niedersachsen	**626**
8	Saarland	**618**
9	Brandenburg	**604**
10	Bayern	**566**
11	Nordrhein-Westfalen	**561**
12	Hessen	**548**
13	Schleswig-Holstein	**541**
14	Berlin	**545**
15	Hamburg	**684**
16	Baden-Württemberg	**478**

Bundesdurchschnitt (Deutschland): 573 Betten je 100.000 Einwohner.
Quelle: *Gutachten zur Weiterentwicklung der Krankenhausplanung in Baden-Württemberg (2025, Abschnitt A, Abb. 6) auf Basis von Destatis-Grunddaten 2022*

In Baden-Württemberg gibt es aktuell etwa **478 Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner**. Baden-Württemberg.de+2Das Krankenhaus+2

Eine neuere Angabe aus dem Rahmen des Strukturwandels nennt für das Jahr 2023 **467 Betten pro 100.000 Einwohner** als Bettendichte in Baden-Württemberg

Baden-Württemberg ist Schlusslicht.

II) Krankenhausschließungen in BW:
Hier ist eine **rekonstruierte (bestmöglich verifizierte) Liste** von Krankenhäusern/Standorten in **Baden-Württemberg**, die **seit 2020 den stationären Betrieb eingestellt** oder **als Klinikstandort geschlossen** wurden. Ich unterscheide „geschlossen“ (Standort als Akutklinik aufgegeben) und „umgewandelt/relokiert“ (z. B. in ambulantes Zentrum verlagert oder Klinikleistungen an anderen Standort verlegt).

Datum	Krankenhaus / Standort	Ort (Landkreis)	Status	Quelle
30.06.2020	**Klinik Forbach (Klinikum Mittelbaden)**	Forbach (RA)	**geschlossen** (Akutklinik aufgegeben; später Pflege- und Tagespflegeangebote)	Wikipedia
30.06.2020	**Sana Klinik Riedlingen**	Riedlingen (BC)	**geschlossen** (stationärer Betrieb beendet)	BibliomedManager+1
01–03/2021	**Klinik St. Blasien / Lungenklinik Breisgau**	St. Blasien (WT)	**umgezogen/geschlossen** am alten Standort (Verlagerung nach Waldkirch)	gemeingut.org+1
30.06.2021	**Alb-Donau-Klinikum Langenau**	Langenau (UL)	**Umwandlung** (Akutklinik neu als Fachklinik Innere Medizin; Chirurgie/Notfall geschlossen)	gemeingut.org+1
03.09.2021	**Ortenau Klinikum Oberkirch**	Oberkirch (OG)	**geschlossen/umgewandelt** (stationärer Betrieb beendet; ZfG Oberkirch)	Ortenau Klinikum Ortenau 2030+1
01.10.2021	**Sana Klinik Laupheim**	Laupheim (BC)	**geschlossen** (Akutklinik aufgegeben; 10/2021→Zentrum für Älterenmedizin, dieses 12/2022 geschlossen)	Wikipedia+1
15.07.2022	**Klinik Schillerhöhe (RBK-Lungenzentrum)**	Gerlingen (LB)	**umgezogen/geschlossen** am Standort Schillerhöhe (Leistungen ins RBK Stuttgart verlegt)	Bosch Health Campus+1
31.07.2022	**Sana Klinik Bad Wildbad**	Bad Wildbad (CW)	**geschlossen**	wirtschaftskraft.de+1
31.07.2022	**Hegau-Bodensee-Klinikum Stühlingen**	Stühlingen (WT)	**stationär geschlossen** (MVZ weiterbetrieben, später verlagert)	glkn.de+1
31.10.2022	**SRH Krankenhaus Pfullendorf**	Pfullendorf (SIG)	**geschlossen**	kliniken-sigmaringen.de+1
30.11.2022	**SRH Krankenhaus Bad Saulgau**	Bad Saulgau (SIG)	**stationär geschlossen**	kliniken-sigmaringen.de+1
23.12.2022	**Ortenau Klinikum Ettenheim**	Ettenheim (OG)	**geschlossen** (ZfG Ettenheim ab 01.01.2023)	Badische Zeitung+1
19.07.2023	**Oberschwabenklinik – Krankenhaus Bad Waldsee**	Bad Waldsee (RV)	**geschlossen**	kma Online+1

Datum	Krankenhaus / Standort	Ort (Landkreis)	Status	Quelle
31.12.2023	**Helfenstein-Klinik Geislingen (AFK)**	Geislingen (GP)	**stationär/Notfall geschlossen**, 2024 als ambulantes **Gesundheitszentrum** weitergeführt	alb-fils-klinikum.de+1

Hinweise & Abgrenzung

- Die Liste enthält **nur Baden-Württemberg** und **nur Standorte mit Aufgabe des stationären Krankenhausbetriebs** seit 2020. Teilschließungen einzelner Abteilungen (z. B. Geburtshilfe) ohne Aufgabe des Klinikstandorts sind **nicht** aufgenommen.
- **Zahlenangaben aus Gesamtübersichten** (z. B. „8 Schließungen 2020/2021 in BW") stammen vom **Bündnis Klinikrettung** und halfen, Fälle zu identifizieren; ich habe oben **nur Fälle gelistet, für die es zusätzliche Primär-/Pressequellen gibt.** gemeingut.org
- **Angekündigte, aber noch nicht vollzogene** Schließungen in BW (z. B. **Helios Rosmann Krankenhaus Breisach** für **Sommer 2026**; **Klinikum Mittelbaden Bühl** bis **Ende 2026**) sind **separat** zu sehen, da (noch) kein Vollzug: Badische Zeitung+1

Kurzfazit

- Nach dieser Rekonstruktion wurden **mindestens 14 Standorte** seit 2020 in BW als Akutkrankenhaus **geschlossen** oder **in reine/überwiegende Ambulanz- bzw. Pflegeangebote umgewandelt** (siehe Tabelle).
- Für einzelne Häuser (z. B. Oberkirch, Geislingen, Laupheim) bestehen **Nachnutzungen** als Gesundheits-/Ambulanzzentren, d. h. **keine vollstationäre Akutversorgung** mehr am Standort.

III) Insolvenzgefährdete Krankenhäuser:
Ich konnte keine verlässliche Quelle finden, die eine aktuelle Zahl nennt, wie viele **Kliniken in Baden-Württemberg derzeit als insolvenzgefährdet** gelten.

Ein paar relevante Hinweise:

- Im Klinikbericht 2022 wird gesagt: „Knapp 30 % der Häuser in Baden-Württemberg sind laut Krankenhaus Rating Report insolvenzgefährdet." Klinikum Stuttgart
- Eine neuere Studie (Roland Berger, 2024) weist aus, dass im deutschen Durchschnitt **28 % der Kliniken kurzfristig als insolvenzgefährdet** eingestuft werden (nicht spezifisch für BW). bdpk.de+1
- Laut Bericht des Klinikverbands VdEK sind seit Juli 2022 insgesamt 43 Krankenhaus-insolvenzen bundesweit bekannt. vdek

IV) Gesetze und Regelungen

Hier ist eine strukturierte Übersicht der **Gesetze und Regelungen**, die insbesondere **kleinen und ländlichen Krankenhäusern** in Deutschland (und damit auch in Baden-Württemberg) das wirtschaftliche Überleben erschweren:

📄 1. Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) & Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

Kernaussage:
Diese beiden Gesetze regeln die **Grundfinanzierung** der Krankenhäuser in Deutschland – und sie **bevorzugen größere Häuser** mit hoher Fallzahl.

Problem für kleine Kliniken:

- Finanzierung über **Fallpauschalen (DRG-System)** (§ 17b KHG, § 7 KHEntgG).
  → Kleine Häuser mit weniger Patienten haben geringere Einnahmen, obwohl Fixkosten (Personal, Infrastruktur) fast gleich bleiben.
- Fehlanreize: ökonomischer Druck führt zu Mengenausweitung bei großen Kliniken, aber Unterdeckung bei kleinen Häusern.
- Keine ausreichende Berücksichtigung von **Vorhaltekosten** (z. B. Notfallversorgung, Nacht-/Wochenendbetrieb).

Beispiel:
Ein kleines Kreiskrankenhaus bekommt dieselbe DRG für eine Blinddarm-OP wie eine Uniklinik – aber ohne Skaleneffekte und mit höheren Pro-Kopf-Kosten.

💶 2. Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg (LKHG BW)

Kernaussage:
Regelt die Krankenhausplanung und Investitionsförderung auf Landesebene.

Problem:

- Das Land fördert nur Investitionen (Bau, Technik), **nicht den laufenden Betrieb** (§ 9 ff. LKHG BW).
- Die Fördermittel reichen seit Jahren nicht aus – laut BWKG ist der **Investitionsstau > 1 Mrd. €**.
- Kleine Häuser erhalten seltener Landesmittel, weil sie in der „Versorgungsstrukturplanung“ oft als „nicht zukunftsfähig“ gelten (§ 6 LKHG BW).

🧮 3. Fallpauschalen-System (DRG-System)

Gesetzliche Basis: § 17b KHG + DRG-Fallpauschalenverordnung

Problem:

- Erlöse hängen von **Fallzahl und Fallschwere** ab.
- Kleine Krankenhäuser haben geringere Fallzahlen und verlieren somit Einnahmen.
- Keine Kostendeckung für Leistungen mit hoher Vorhalteleistung, z. B. Notaufnahme oder Geburtshilfe.

Folge:
Viele kleinere Häuser mit hohem Anteil an Notfällen (geringe planbare Eingriffe) schreiben rote Zahlen.

👩‍⚕️ 4. Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)

Gesetzliche Basis: § 137i SGB V

Kernaussage:
Legt **verbindliche Mindestpersonalquoten** für pflegeintensive Bereiche fest (Intensiv, Chirurgie, Innere etc.).

Problem für kleine Kliniken:

- Personalmangel macht Einhaltung schwierig.
- Bei Verstößen drohen **Sanktionen** (Leistungskürzungen).
- Kleine Häuser können keine Poollösungen bilden und verlieren Bettenkapazität, weil Stationen geschlossen werden müssen.

⚖️ 5. Notfallstufen-System nach G-BA (2018)

Gesetzliche Basis: § 136c SGB V (Gemeinsamer Bundesausschuss)

Kernaussage:
Nur Krankenhäuser mit bestimmter Ausstattung (z. B. Intensivstation, 24h-Facharzt, CT, Labor) werden als **Notfallkrankenhäuser** anerkannt.

Problem:

- Kleine Häuser ohne umfassende Infrastruktur werden **nicht mehr als Notfallversorger anerkannt** → verlieren Notfallzuschläge.
- Das reduziert Einnahmen und Patientenströme drastisch.

💣 6. Krankenhausreform 2023/2024 (Lauterbach-Entwurf)

Geplante Umsetzung: § 137g SGB V n. F., Krankenhausversorgungsstärkungsgesetz (KHSG)

Kernaussage:
Einführung von **Versorgungsstufen (Level I–III)** und **Leistungsgruppen**.

Problem für kleine Kliniken:

- Viele kleine Häuser werden nur als „Level I – Grundversorgung" eingestuft → geringere Finanzierung.
- Strikte Leistungsgruppen könnten bewirken, dass kleine Kliniken viele Fachabteilungen verlieren (z. B. Geburtshilfe, Innere, Chirurgie).
- Gefahr, dass sich Betrieb wirtschaftlich nicht mehr trägt, bevor die Reform greift.

🧩 7. Weitere relevante Regelungen

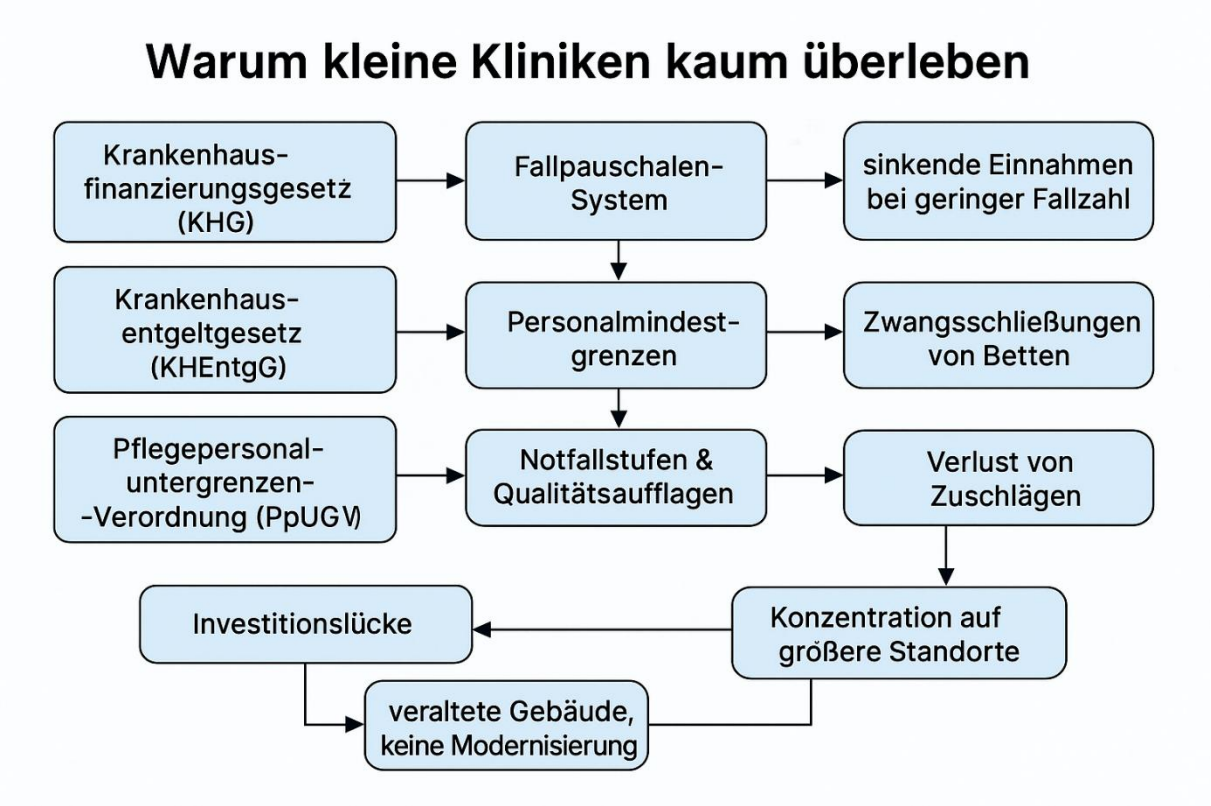
Bereich	Gesetz / Vorschrift	Nachteil für kleine Häuser
Qualitätsanforderungen	§ 135a SGB V	erfordern teure technische Ausstattung, Zertifizierungen
Digitalisierung	Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG, 2020)	komplizierte Förderanträge, kofinanzierungspflichtig
Tarifsteigerungen	TVöD & Pflegetarifbindung	kein voller Ausgleich in DRGs, führt zu Defiziten
Energie- und Materialkosten	EnSiG, CO_2-Preis etc.	keine dynamische Refinanzierung im DRG-System

---

🩺 Zusammenfassung

Warum kleine Kliniken kaum überleben:

1. **Fallpauschalen-System (DRG)** → Einnahmen sinken bei geringer Fallzahl.
2. **Notfallstufen & Qualitätsauflagen** → Verlust von Zuschlägen.
3. **Personalmindestgrenzen** → Zwangsschließungen von Betten.
4. **Investitionslücke** → veraltete Gebäude, keine Modernisierung.
5. **Neue Krankenhausreform** → Konzentration auf größere Standorte.


Warum kleine Kliniken kaum überleben
Krankenhaus-finanzierungsgesetz (KHG)
Fallpauschalen-System
sinkende Einnahmen bei geringer Fallzahl
Krankenhaus-entgeltgesetz (KHEntgG)
Personalmindest-grenzen
Zwangsschließungen von Betten
Pflegepersonal-untergrenzen--Verordnung (PpUGV)
Notfallstufen & Qualitätsaufflagen
Verlust von Zuschlägen
Investitionslücke
Konzentration auf größere Standorte
veraltete Gebäude, keine Modernisierung