JORINDE SCHULZ UND LAURA VALENTUKEVICIUTE

KAHLSCHLAG IN DER KRANKENHAUS-LANDSCHAFT

WIE SCHLIESSUNGEN UND PRIVATISIERUNG DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNG VERSCHLECHTERN UND WAS WIR DAGEGEN TUN KÖNNEN

INHALT

Einleitung 3

1 Krankenhauskahlschlag: eine Bestandsaufnahme 7
1.1 Krankenhausschließungen von 1991 bis 2023 7
1.2 Warum wir wohnortnahe Krankenhäuser brauchen 29
1.3 Die Privatisierung der Krankenhauslandschaft 34

2 Die strukturellen Ursachen für Kahlschlag und Privatisierung 47
2.1 Gesetzliche Voraussetzungen für Ausverkauf und Abbau 49
2.2 Gewinne und ihre Quellen 76

3 Krankenhäuser für alle: bedarfsgerecht und gemeinwohlorientiert 87
3.1 Gewinnverbot und Selbstkostendeckung 88
3.2 Vorteile der Selbstkostendeckung 90
3.3 Vergleich zwischen DRG-Fallpauschalenfinanzierung und Selbstkostendeckung 90
3.4 Demokratische Landeskrankenhaus- und Bedarfsplanung 92
3.5 Demokratisches Krankenhaus als Ausweg aus der Misere 94

4 Ein eingespieltes Team: die Schließungslobby 97
4.1 Die Neuordnung der Krankenhauslandschaft – ein Projekt der konzernnahen Stiftungen 103
4.2 Expert*innenkommission oder Lobbyunterfangen? 107

5 Sechs Mythen zu kleinen Allgemeinkrankenhäusern 109
Mythos 1: Unser Krankenhauswesen ist das teuerste in Europa 110
Mythos 2: Kleine Krankenhäuser = schlechte Qualität 111
Mythos 3: Es gibt zu viele Krankenhäuser in Deutschland 113
Mythos 4: Wir haben nicht genug Personal für alle Krankenhäuser 114
Mythos 5: Menschen gehen unnötig ins Krankenhaus 115
Mythos 6: Ambulantisierung und Medizinische Versorgungszentren können Krankenhäuser ersetzen 117

6 Werkzeugkasten für Aktive: Was tun, wenn vor Ort die Schließung droht? 119
1. Schließungsvorbereitung 119
2. Der Schließungsbeschluss 119
3. Informationsmöglichkeiten und ihre Nutzung 120
4. Umgang mit Medien 122
5. Strategische Überlegungen 123
6. Aktionsmöglichkeiten 124

Verzeichnis der Abbildungen, Tabellen und Textkästen 127

Glossar 129

Danksagung 132

Autorinnen 135

EINLEITUNG

Über die katastrophale Lage der deutschen Krankenhäuser wird viel diskutiert. Auf der einen Seite häufen sich Berichte und Dokumentationen über schlimme Zustände auf den Stationen, wo durch eine systematische Überlastung der Beschäftigten gesundheits- oder gar lebensgefährliche Situationen entstehen.[1] Streiks und Proteste des Krankenhauspersonals zeigen, dass sich die Beschäftigten nicht mehr damit abfinden, überbelastet, unterbezahlt und ausgebeutet zu werden. In ländlichen Regionen und benachteiligten Stadtteilen organisieren sich Menschen, um Krankenhausschließungen und den Abbau der medizinischen Versorgung vor Ort zu verhindern.

Auf der anderen Seite behaupten Politiker*innen und neoliberale Gesundheitsökonom*innen, Deutschland sei mit Krankenhäusern überversorgt. Es gebe zu viele und vor allem zu viele kleine Krankenhäuser, die zudem eine schlechte Behandlungsqualität böten.[2] Die Zukunft, so der Tenor dieses einstimmigen Chors, liege in der Spezialisierung und Zentralisierung der Krankenhäuser. Kämpfe um das wohnortnahe Krankenhaus stehen in dieser Erzählung dem angeblichen Fortschritt im Weg. Die Menschen, die sich wehren, werden als uninformierte Wutbürger*innen oder sentimentale Nostalgiker*innen dargestellt, der Abbau der Versorgungslandschaft wird als unvermeidlich und als Königsweg zur Lösung aller Probleme präsentiert.

Mit der unter der Ampelregierung 2024 beschlossenen Krankenhausreform des damaligen Gesundheitsministers Karl Lauterbach (SPD) wird dieser Kahlschlag zum Gesetz.[3] Die Neuerungen der Reform betreffen sowohl die Finanzierung des Krankenhausbetriebs als auch die Struktur der Krankenhauslandschaft und werden voraussichtlich zur Herabstufung des Behandlungsspektrums oder sogar zur Schließung mehrerer Hundert Krankenhäuser führen. Dieser Prozess hat bereits begonnen.

Die Vorarbeiten für diese Reform leistete eine dafür eingesetzte Expert*innenkommission, die «Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte

1 Vgl. Schenkenberger, Paula/Mucha, Anuschka/Schlagheck, Lisa/Voigt, Anja/Ost, Ellen: Schwarzbuch Krankenhaus. Das Schweigen brechen, hrsg. von der Rosa-Luxemburg-Stiftung, Berlin 2023, www.rosalux.de/publikation/id/50301 **2** Vgl. beispielhaft Haarhoff, Heike: «Krankenhäuser sind in Deutschland überflüssig». Gesundheitsökonom Reinhard Busse im Interview, Der Tagesspiegel, 22.9.2021, www.tagesspiegel.de/politik/krankenhauser-sind-in-deutschland-uberflussig-4278700.html; Detert, Stephan/Schumann, Florian: Zu wenig Erfahrung: Müssen kleinere Kliniken bald schließen?, Der Tagesspiegel, 12.06.2019, www.tagesspiegel.de/wissen/mussen-kleinere-kliniken-bald-schliessen-5554711.html **3** Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG), BGBl. 2024 I Nr. 400 vom 11.12.2024, www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/400/VO.html

EINE KOSTENDECKENDE FINANZIERUNG UND EINE DEMOKRATISCHE BEDARFSPLANUNG WÜRDEN DIE KRANKENHÄUSER AUS DEM GNADENLOSEN VERDRÄNGUNGSWETTBEWERB BEFREIEN.

Krankenhausversorgung», in deren Arbeit weder Vertreter*innen des Krankenhauspersonals noch der Patient*innen eingebunden waren. Ende 2024 wurde das zentrale Reformgesetz mit dem euphemistischen Namen Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vom Bundestag verabschiedet und befindet sich seit 2025 in der Umsetzung. Entgegen den Versprechungen Lauterbachs, die Krankenhäuser von ökonomischen und bürokratischen Zwängen zu befreien, vollzieht die Reform keinen Richtungswechsel, sondern schreibt den neoliberalen Kurs in der Krankenhaus- und Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte fort. Nach wie vor ist es erlaubt und möglich, mit dem Betrieb von Krankenhäusern Gewinne zu erwirtschaften, der Krankenhausbereich bleibt so eine Profitquelle für private Konzerne. Einige Ausnahme- und Übergangsregelungen für die Reform, welche die neue Gesundheitsministerin Mitte 2025 per Gesetzesentwurf einbrachte, ändern an dieser übergeordneten Ausrichtung nichts. Dabei gibt es sinnvolle gemeinwohlorientierte Alternativen. Eine kostendeckende Finanzierung, die das aktuelle Fallpauschalensystem vollständig ersetzt, und eine demokratische Bedarfsplanung würden die Krankenhäuser aus dem gnadenlosen Verdrängungswettbewerb der letzten Jahrzehnte befreien und die Profitmache mit der Gesundheit beenden. Zahlreiche gesundheitspolitische Initiativen von unten und die kämpfenden Beschäftigten fordern dies, um den Weg

zu einem demokratischen und bedarfsgerechten Krankenhauswesen freizumachen.

Ziel der vorliegenden Broschüre ist es, über den Umfang, die Ursachen und die Folgen des Krankenhauskahlschlags aufzuklären und die solidarischen Alternativen aufzuzeigen. Nach einer Bestandsaufnahme in Kapitel 1 skizzieren wir in Kapitel 2 die Entwicklung der Krankenhauslandschaft in den letzten dreieinhalb Jahrzehnten und beleuchten die zentralen politischen Weichenstellungen für ihre Umstrukturierung zugunsten von Privatisierung und Kommerzialisierung. In Kapitel 3 zeigen wir auf, wie wir den Krankenhauskahlschlag stoppen und eine solidarische, bedarfsgerechte und gemeinwohlorientierte Krankenhausversorgung aufbauen können. Kapitel 4 beleuchtet den Vormarsch der Krankenhauskonzerne durch den Einfluss einer Schließungslobby aus Gesundheitsökonom*innen und konzernnahen Akteuren. Kapitel 5 entkräftet eine Reihe von gängigen Mythen über kleine, allgemeinversorgende Krankenhäuser und gibt Argumente für den Erhalt wohnortnaher Krankenhäuser an die Hand. Zum Abschluss der Broschüre haben wir in Kapitel 6 einen Werkzeugkasten zusammengestellt, um Aktive, die sich in ihrem Landkreis oder ihrer Stadt gegen eine drohende Schließung zur Wehr setzen, zu unterstützen.

Die Ausführungen, Analysen und Argumente dieser Broschüre basieren auf der Arbeit des Bündnis Klinikrettung. Es ist im Jahr 2020 auf Initiative von Krankenhausbeschäftigten und aktiven Klinikretter*innen in ganz Deutschland entstanden. 20 Vereine und Initiativen sind unter seinem Dach versammelt. Seit seiner Gründung klärt das Bündnis über die verheerenden Folgen des Krankenhauskahlschlags auf und setzt sich für den flächendeckenden Erhalt und Wiederaufbau der stationären klinischen Versorgung in Deutschland ein. Das Ziel ist eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung für alle Menschen – unabhängig von ihrem Wohnort – und die Bereitstellung von Versorgungskapazitäten, die auch im Katastrophenfall ausreichen.

1 KRANKENHAUSKAHLSCHLAG: EINE BESTANDSAUFNAHME

Das folgende Kapitel zeigt anhand von statistischen Daten die Entwicklung der deutschen Krankenhauslandschaft in den letzten 35 Jahren auf. Im Fokus steht dabei der flächendeckende Abbau der stationären Gesundheitsversorgung, also der Krankenhäuser und ihrer verschiedenen Behandlungsangebote. Auch vor den 1990er-Jahren gab es Krankenhausschließungen, in der vorliegenden Untersuchung nehmen wir allerdings «nur» die dreieinhalb Jahrzehnte des Krankenhauskahlschlags seit der deutschen Wiedervereinigung in den Blick, der mit dem verheerenden Siegeszug des Neoliberalismus zusammenfällt.

Im Folgenden wird die unterschiedliche Entwicklung in den ost- und westdeutschen Bundesländern beleuchtet und die voranschreitende Privatisierung der Krankenhauslandschaft in Fakten und Zahlen dokumentiert. Schlaglichtartig wird die Entwicklung von Geburtenstationen als besonders gravierendes Beispiel dafür herausgehoben, wie die Grundversorgung schwindet (siehe Exkurs 1). Weitere Fallbeispiele illustrieren die Konsequenzen von Krankenhausschließungen für die betroffenen Kommunen (siehe Beispiel-Box 1 + 2).

WÄHREND ES IM JAHR 1991 NOCH 2.411 KRANKENHÄUSER GAB, WAREN ES 2023 NOCH 1.874. DAS ENTSPRICHT EINEM RÜCKGANG VON 22,3 PROZENT.

1.1 KRANKENHAUS-SCHLIESSUNGEN VON 1991 BIS 2023

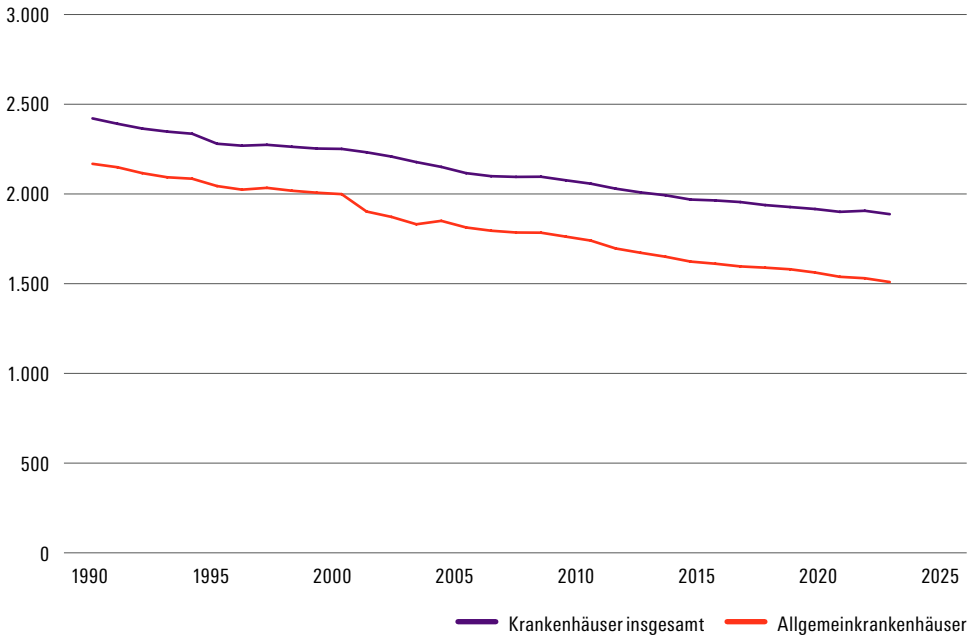
Seit den 1990er-Jahren sinkt die Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland. Während es im Jahr 1991 – das erste Jahr, für das das Bundesamt für Statistik Daten für das gesamte Bundesgebiet zur Verfügung stellt – noch 2.411 Krankenhäuser gab, waren es im Jahr 2023 insgesamt 537 weniger, also noch 1.874 Krankenhäuser, die sich auf 2.776 Standorte verteilen (siehe Abbildung 1). Das entspricht einem Rückgang von 22,3 Prozent.

Noch drastischer ist die Entwicklung bei den Allgemeinkrankenhäusern. Nach der Definition des Bundesamts für Statistik sind das diejenigen Krankenhäuser, die nicht ausschließlich psychosomatische, psychotherapeutische und psychiatrische Abteilungen vorhalten (siehe Info-Box 4). Ihre Anzahl sank im Zeitraum

1991 bis 2023 um 30,5 Prozent oder um 659 von 2.164 auf aktuell 1.505 Häuser (siehe Abbildung 1). Zu den Allgemeinkrankenhäusern zählt das Statistische Bundesamt allerdings auch schätzungsweise 355 Fachkliniken,[1] die sich auf einzelne medizinische Bereiche spezialisiert haben und somit keine umfassende Grundversorgung anbieten. Insbesondere private Fachkliniken sind meist auf lukrative Fachgebiete wie beispielsweise Orthopädie oder Herzchirurgie spezialisiert. Für die Allgemeinversorgung der Bevölkerung braucht es aber ein breites Behandlungsspektrum inklusive Notfall- und Intensivmedizin. Das ist auch für Katastrophenfälle wie Pandemien oder Epidemien wichtig. Dies leisten die Fachkliniken in der Regel nicht. Es tragen also weit weniger Krankenhäuser als die rund 1.500 Allgemeinkrankenhäuser

1 Derzeit gibt es keine statistische Erfassung von Fachkliniken in der deutschen Krankenhausstatistik, die Anzahl der Krankenhäuser mit lediglich einer Fachabteilung wird daher hier als Schätzwert für die Anzahl an Fachkliniken angeführt. Vgl. Destatis: Grunddaten der Krankenhäuser 2023, Reiter 23111-11, 11.10.2024, www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00161660

Abbildung 1: Sinkende Anzahl an Krankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern (1991–2023)



Quelle: Destatis: Grunddaten der Krankenhäuser 1991–2023, www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DESerie_mods_00007772

auch tatsächlich zur Allgemeinversorgung der Bevölkerung bei, nämlich 1.150. Insgesamt machen Fachkliniken zusammen mit den nicht-somatischen Krankenhäusern knapp 39 Prozent aller Krankenhäuser aus, für die Allgemeinversorgung stehen 61 Prozent zur Verfügung.[2]

Seit einigen Jahren hat die Debatte um Krankenhausschließungen Konjunktur. Dafür sind einerseits gezielte Interventionen von neoliberalen Gesundheitsökonom*innen[3] und von konzernnahen Stiftungen verantwortlich, die in zahlreichen Gutachten und Studien einen massiven Abbau der Versorgung empfohlen und durch Lobbyarbeit vorangetrieben haben (siehe dazu Kapitel 4). Andererseits sind die Folgen der vielen bereits erfolgten Schließungen in den betroffenen Städten und Regionen immer deutlicher spürbar. Tatsächlich begann der Kahlschlag in der deutschen Krankenhauslandschaft bereits in den 1990er-Jahren. Besonders drastisch war der Abbau der Krankenhäuser in den Jahren 1992 bis 1996, in den Jahren 2002 bis 2006 und in den Jahren 2010 bis 2015.

Der starke Rückgang zu Beginn der 1990er-Jahre ist auf die Ausdünnung der Krankenhauslandschaft in den ostdeutschen Bundesländern zurückzuführen. Nach dem Ende der DDR fand dort, zeitgleich mit dem Verscherbeln des Volkseigentums durch die Treuhandanstalt, ein allgemeiner Infrastrukturabbau statt, der auch mit einem Rückgang der Bevölkerungszahlen einherging. Die Schließungen zu Beginn des neuen Jahrtausends fallen mit der vorbereitenden Phase und der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems (DRG – Diagnosis Related Groups; dt. Diagnosebezogene [Fall-]Gruppen) im Jahr 2003/04 zusammen. Bei den Allgemeinkrankenhäusern gibt es eine ähnliche Entwicklung, wobei hier die Jahre 2002 bis 2006 besonders hervorstechen.

Deutschland weist heute, am Ende dieses 35 Jahre anhaltenden Prozesses, im europäischen Vergleich immer noch eine hohe Bettendichte auf.[4] In Bezug auf die Anzahl an Krankenhäusern liegt Deutschland europaweit zwar deutlich vorn, allerdings hinter Ländern wie Frankreich, den Niederlanden oder Finnland.[5] Besonders schlecht wiederum schneidet Deutschland in Bezug auf das Pflegepersonal in Krankenhäusern ab; im europäischen Vergleich liegt die Anzahl an Pflegekräften pro Patient*in hierzulande deutlich unter dem europäischen Durchschnitt.[6]

2 Von den 1.505 Allgemeinkrankenhäusern stehen 1.246 als Plankrankenhäuser in den Krankenhausplänen der Länder, 34 davon sind Hochschul- bzw. Universitätskliniken. 62 Krankenhäuser stehen zwar nicht in den Krankenhausplänen, haben aber mit den Krankenkassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen. Ganze 163 Häuser haben gar keinen Versorgungsvertrag – sind also reine Privatkliniken. **3** Die Gesundheitsökonomie bzw. Gesundheitsökonomik ist eine normativ-präskriptive Disziplin, sie betrachtet das Gesundheitswesen primär aus der Perspektive seiner möglichen ökonomischen Rationalisierung und zielt laut Politikökonom Kai Mosebach auf die «politische Gestaltung effizienter Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen mittels wettbewerblicher Instrumente» ab. Mosebach, Kai: Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik – eine hegemonie-theoretische Betrachtung zur kritischen Neuorientierung solidarischer Gesundheitspolitik, 2018, https://politisch-oekonomie-gesundheit.de/journal-fuer-solidarische-gesundheitspolitik/gesundheitsoekonomie-und-gesundheitspolitik-einige-kritische-anmerkungen **4** OECD: Hospital beds, Per 1 000 inhabitants, 2022, www.oecd.org/en/data/indicators/hospital-beds.html; die Zahl bezieht sich auf Betten in allen Krankenhäusern, nicht nur in Allgemeinkrankenhäusern. **5** Auch in Japan, Australien und Mexiko ist die Krankenhausdichte höher als in Deutschland, vgl. Trading Economics: Hospitals by Country, o. J., https://tradingeconomics.com/country-list/hospitals?continent=world **6** Bertelsmann Stiftung: Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus, https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/pflegepersonal/ergebnis-ueberblick/

INFO-BOX 1

ZUR INTERPRETATION DER STATISTISCHEN DATEN

Die in dieser Broschüre genannten Schließungszahlen basieren auf den jährlich veröffentlichten Grunddaten zu Krankenhäusern des Statistischen Bundesamts. Darin wird die Anzahl der Krankenhäuser seit 1991 zwar bundesweit erfasst, die Statistik gibt allerdings weder Aufschluss über die Zusammenlegung von Krankenhäusern noch über die Anzahl der Standorte pro Krankenhaus. Werden also mehrere Krankenhäuser zu einem einzigen Krankenhaus mit mehreren Standorten zusammengelegt, erscheint das in der Statistik als Schließungsvorgang, auch wenn keiner der Standorte geschlossen wurde. Umgekehrt taucht die Schließung eines Krankenhauses nur dann in der Statistik auf, wenn es zuvor als eigenständiges Krankenhaus erfasst wurde und nicht bloß als Standort eines Krankenhauses.

Diese Art und Weise der statistischen Erfassung führt nicht nur zu unterschiedlichen Interpretationen der Zahlen, sondern vor allem zu einer Intransparenz der Gesamtsituation in der Krankenhauslandschaft, die in der aktuellen Debatte um Krankenhausschließungen nicht hilfreich ist und teilweise dazu führt, dass erfolgte Schließungen von Standorten verharmlost werden.

Es ist nicht ungewöhnlich oder neu, dass ein Krankenhaus mehrere Standorte betreibt, sodass die Anzahl der Standorte wesentlich höher ist als die der gezählten Krankenhäuser. Statistisch erfasst wird diese Differenz allerdings erst seit dem Jahr 2020. Das geschah 2018 zum Teil infolge der Einführung der gestuften Notfallversorgung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA, siehe Glossar + Kapitel 1.2). In diesem Zusammenhang musste nämlich ermittelt werden, welche und wie viele Standorte welcher Stufe der Notfallversorgung zugeordnet werden können. Dadurch ist die Notfallversorgung bemerkenswerterweise der einzige Bereich in der Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik, in dem die Versorgung nach Standorten und nicht nach Krankenhäusern aufgeschlüsselt ist. Wer Informationen zur Anzahl der Standorte der Krankenhäuser sucht, muss sie sich für jedes einzelne Haus umständlich aus dem Krankenhausverzeichnis zusammensuchen.

Diese statistische Besonderheit führt unter Kritiker*innen der neoliberalen Krankenhauspolitik zu unterschiedlichen Einschätzungen im Hinblick auf das Schließungsgeschehen. Auch wenn Einigkeit darüber besteht, dass ein stetiger Strukturabbau stattfindet, argumentiert beispielsweise der Gesundheitswissenschaftler Michael Simon, einer der wissenschaftlichen

Kritiker*innen des DRG-Systems und der Ökonomisierung[7] des Gesundheitswesens, dass Schließungen zwar seit den 1980er-Jahren politisches Programm sind, die Schließungszahlen aber insgesamt überschätzt werden.[8] Simon stützt sein Argument auf eine Studie des Spitzenverbands der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aus dem Jahr 2014.[9] Diese ergab, dass in den neun Jahren zwischen 2003 und 2012 nur 74 der 204 statistisch verzeichneten Schließungen tatsächliche Schließungen – vor allem kleiner Kliniken – waren, während die restlichen auf Zusammenlegungen zurückzuführen sind. In seiner Argumentation berücksichtigt Simon allerdings nicht, dass Standortschließungen in der Statistik nicht als Schließungen auftauchen, wenn die Standorte keine eigenständigen Krankenhäuser waren. Dabei bedeutet aber die Schließung eines Standorts – vollkommen unabhängig davon, zu welchem Betrieb er gehört –, dass es für die Einwohner*innen der entsprechenden Region weniger Anlaufstellen für die medizinische Versorgung gibt.

Hinzu kommt, dass auch Schließungen von einzelnen oder mehreren Abteilungen vom Statistischen Bundesamt nicht erfasst werden, obwohl sie zu einer Verschlechterung der Versorgung etwa in Form von längeren Wegen oder dem Zwang zu ständigen Verlegungen führen. Auch über dieses statistische Problem gibt die GKV-Studie keinerlei Aufschluss.

Die Erhebungen des Bündnis Klinikrettung versuchen, diese statistischen Lücken zu schließen und der Erfahrung derjenigen gerecht zu werden, deren wohnortnahes Krankenhaus geschlossen wird. In seiner Schließungsbilanz erfasst es daher jede Schließung eines Krankenhausstandorts als solche, unabhängig davon, ob es zu einem größeren Betrieb gehört oder nicht. Denn für die Gesundheitsversorgung vor Ort macht es keinen Unterschied, ob eine Klinik auf dem Papier «nur» ein Standort ist oder ein eigenständiger Betrieb.

Die Schließungsbilanzen des Bündnis Klinikrettung zeichnen daher ein ganz anderes Bild der Entwicklung der Krankenhauslandschaft in den letzten Jahren als die GKV-Studie (siehe Abbildung 2).[10] Im Fünfjahreszeitraum von 2020 bis 2024 hat das Bündnis weit mehr Schließungen dokumentiert als das Statistische Bundesamt für denselben Zeitraum. Mit 100 vom Bündnis Klinikrettung erfassten gegenüber 29 aus der Krankenhausstatistik er-

7 Mit Ökonomisierung ist die Ausrichtung und Umformung des Gesundheitswesens nach ökonomischen Prinzipien gemeint. Konkret bedeutet das die Einführung von Preissystemen, Wettbewerbsmechanismen sowie das Primat der Kostensteuerung und Gewinnmaximierung vor einer bedarfsorientierten Gestaltung. Auch Rechtsformprivatisierungen von Versorgungseinrichtungen, das heißt beispielsweise die Umwandlung von kommunalen Eigenbetrieben in Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbH), gehören zur Ökonomisierung. **8** Simon, Michael: Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser, Düsseldorf 2020, www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-07898 **9** Preusker, Uwe K./Müschenich, Markus/Preusker, Sven: Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern, Deutschland 2003–2013, o. O. 2014, www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/gutachten_marktaustritt_krankenhaeuser/Gutachten_Marktaustritte_KH_07-2014_gesamt.pdf **10** Ebd.

kennbaren ist die Zahl mehr als dreimal so hoch. Der Grund für diese Diskrepanz ist, dass die Bilanz vom Bündnis Klinikrettung Standortschließungen (nicht aber Zusammenlegungen, bei denen kein Standort vollständig schließt) ausdrücklich auch als Schließungen zählt.

Ein Beispiel: Das Bergarbeiterkrankenhaus Schneeberg wurde im Januar 2020 geschlossen. Damit wurde seine 2019 beschlossene Schließung um fünf Monate vorgezogen. Das Krankenhaus zählte in der Statistik nicht als eigenständiges Haus, sondern als Standort des Klinikums Chemnitz, daher wurde seine Schließung von der Statistik des Bundesamts nicht als solche erfasst. Trotzdem verloren die Einwohner*innen von Schneeberg und Umgebung damit ihr Krankenhaus; Chemnitz ist 40 Kilometer entfernt.

Die These, die Anzahl der Schließungen würde insgesamt stark überschätzt, lässt sich durch die Zahlen des Bündnis Klinikrettung nicht bestätigen. Im Gegenteil, diese deuten auf eine *Unterschätzung* der Schließungszahlen hin. Die Erfahrungen aus dem Bündnis Klinikrettung zeigen außerdem, dass Zusammenlegungen mehrerer Häuser, selbst dann, wenn sie zunächst nicht direkt zur Schließung führen, künftige Standortschließungen vorbereiten, indem Abteilungen zum Beispiel verlegt und dadurch einzelne Standorte schrittweise abgebaut werden.

Für die Einschätzung von Krankenhausschließungen ist ein Perspektivwechsel von einer formellen, organisatorischen Ebene auf die Bedeutung jeder geschlossenen Abteilung oder Einrichtung für die Menschen vor Ort entscheidend. Auch wenn ein Krankenhaus statistisch gesprochen «bloß» ein Standort eines Klinikverbunds ist, kann es eine unersetzliche Rolle für die lokale medizinische Versorgung spielen. Selbst die Schließung einer einzelnen Abteilung, wie zum Beispiel einer Geburtshilfestation oder der Chirurgie, kann dramatische Folgen für die örtliche Versorgung haben, auch wenn das Krankenhaus selbst bestehen bleibt. Das gilt ebenso und gerade für kleine Krankenhäuser, deren Schließung in der oben genannten GKV-Studie als weniger schlimm dargestellt wird. Aus der Perspektive der Erreichbarkeit – ein essenzieller Faktor für eine gute Versorgung – ist das ein Fehlschluss.

Angesichts der Tatsache, dass aufgrund der Art der statistischen Erhebung sowohl etliche Schließungen unerfasst bleiben als auch Schließungen «fälschlich» erfasst werden, gehen wir in der vorliegenden Studie davon aus, dass sich die in der Statistik erfassten «Schließungen» gegenseitig aufheben, sodass die in der deutschen Krankenhausstatistik verzeichneten Zahlen insgesamt ein realistisches Bild der *Tendenzen* in der Entwicklung der Krankenhausanzahl über die Jahre vermitteln und dass der Umfang der Schließungen darin keinesfalls überschätzt wird.

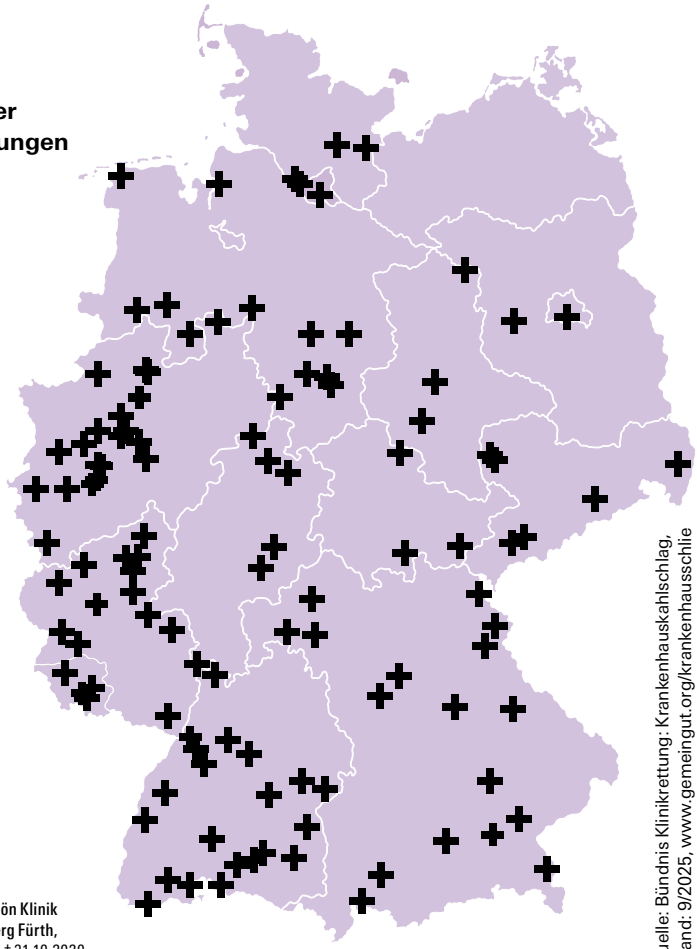
Das Bündnis Klinikrettung dokumentiert seit 2020 Krankenhausschließungen in ganz Deutschland und präsentiert eine jährliche Bilanz über geschlossene Krankenhäuser (siehe Abbildung 2).[11] Die Karte zum Krankenhauskahlschlag verzeichnet die Schließungen der letzten fünfeinhalb Jahre und markiert auch Orte, an denen Häuser von der Schließung bedroht sind. Mehr als 100 Krankenhäuser wurden seit 2020 geschlossen, hinzu kamen etliche Schließungen von Abteilungen, vor allem Geburtshilfen, Gynäkologien und Notaufnahmen. In den allermeisten Fällen wurde die Schließung mit der schlechten wirtschaftlichen Lage begründet. Dem Bündnis Klinikrettung ist kein einziger Fall bekannt, in dem ein Krankenhaus oder eine Rettungsstelle mit der Begründung geschlossen wurde, dass es keinen medizinischen Bedarf mehr gibt.

Traurige Spitzenreiter bei Schließungen waren die Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen. In drei davon – Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen – verfolgten die Landesregierungen in den letzten Jahren explizite Schließungsprogramme. Insbesondere die Gesundheitsminister Manfred Lucha (Baden-Württemberg, Grüne) und Karl-Josef Laumann (Nordrhein-Westfalen, CDU) profilierten sich als Befürworter des Versorgungsabbaus. In Baden-Württemberg und Niedersachsen ging die Schließungspolitik mit der finanziellen Förderung von Zentralklinikneubauten einher, unter anderem im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds (siehe Kapitel 2.1).

In Bayern, das als Flächenland besonders verletzlich durch den Abbau von Kliniken ist, entwickelte sich eine starke Bürger*innenbewegung gegen Schließungen. Klaus Holetschek (Bayerischer Gesundheitsminister von Januar 2021 bis Oktober 2023; CSU) und Judith Gerlach (seit November 2023 Bayerische Staatsministerin für Gesundheit, Pflege und Prävention; CSU) warben aufgrund des Drucks der Protestbewegung für den Erhalt von Versorgungsstrukturen und stellten sich öffentlichkeitswirksam gegen Lauterbachs Krankenhausreform.[12] Die Schließungen in Bayern verhinderten sie aber nicht. Insofern entpuppte sich ihre Kritik vor allem als politische Rhetorik, die sich gegen die Ampelregierung richtete und wenig mit dem tatsächlichen Erhalt der Gesundheitsversorgung zu tun hatte.

11 Bündnis Klinikrettung: Krankenhausschließungen und Ersatzmaßnahmen: Bilanz 2020–2023, vgl. insbesondere den Abschnitt «Studien, Bilanzen und Recherchen zu Krankenhausschließungen», www.gemeingut.org/krankenhausschliessungen/#1718287741186-0f304f97-71f9 **12** Vgl. Bayerische Staatsregierung: Holetschek ruft Lauterbach zum Einlenken bei Krankenhausreform auf, 9.7.2023, www.bayern.de/holetschek-ruft-lauterbach-zum-einlenken-bei-krankenhausreform-auf-bayerns-gesundheitsminister-bin-zu-sinnvollem-kompromiss-bereit-planungshoheit-muss-aber-bei-lndern-bleiben/; Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention: Gerlach warnt vor Einschnitten durch die Krankenhausreform – Bayerns Gesundheitsministerin: Reform der Reform muss nach Bundestagswahl oberste Priorität haben, Pressemitteilung, 29.12.2024, www.stmgp.bayern.de/gerlach-warnt-vor-einschnitten-durch-die-krankenhausreform-bayerns-gesundheitsministerin/

Abbildung 2: Karte der Krankenhausschließungen



Quelle: Bündnis Klinikrettung: Krankenhauskahlschlag, Stand: 9/2025, www.gemeingut.org/krankenhausschliessungen/#1683637052964-11c159ba-64ad

Endgültige Schließungen ab dem 01.01.2020

2020

1 Kreiskrankenhaus Parsberg, Bayern, † 01.02.2020

2 Bergarbeiter-Krankenhaus Schneeberg, Sachsen, † Juni 2020

3 Klinik Forbach, Mittelbaden, Baden-Württemberg, † 30.06.2020

4 Sana Klinik Riedlingen, Baden-Württemberg, † 01.07.2020

5 Kreiskrankenhaus Vohenstrauß, Bayern, † 01.08.2020

6 Krankenhaus Wedel, Schleswig-Holstein, † 01.08.2020

7 Krankenhaus Marbach, Baden-Württemberg, † 01.08.2020

8 KMG Klinikum Havelberg, Sachsen-Anhalt, † 01.09.2020

9 Krankenhaus 14 Nothelfer Weingarten, Baden-Württemberg, † 30.09.2020

10 Marienhospital Altenessen, Nordrhein-Westfalen, † 01.10.2020

11 St. Josefs-Hospital Bochum-Linden, Nordrhein-Westfalen, † 01.10.2020

12 Loreley-Klinik Oberwesel, Rheinland-Pfalz, † 01.10.2020

13 Loreley-Klinik St. Goar, Rheinland-Pfalz, † 01.10.2020

14 Schön Klinik Nürnberg Fürth, Bayern, † 31.10.2020

15 Marienhausklinik Ottweiler, Saarland, † 15.12.2020

16 St. Hedwig-Klinik Mannheim, Baden-Württemberg, † 20.12.2020

17 St. Vincenz-Krankenhaus Essen, Nordrhein-Westfalen, † 31.12.2020

18 Krankenhaus Ingelheim, Rheinland-Pfalz, † 31.12.2020

19 Krankenhaus Kloster Lehnin, Brandenburg, † 31.12.2020

20 St. Josefs-Krankenhaus Losheim, Saarland, † 31.12.2020

21 Krankenhaus Maria-Hilf Sankt Tönis, Nordrhein-Westfalen, † 31.12.2020

2021

22 Asklepios Rehaklinik Seesen, Goslar, Niedersachsen, † 01.01.2021

23 Agaplesion Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen, Lahn-Dill-Kreis, Hessen, † 01.03.2021

24 Klinik St. Blasien (Lungen-Fachklinik), Waldshut, Baden-Württemberg, † 1. Quartal 2021

25 Alb-Donau Klinikum Langenau, Alb-Donau-Kreis, Baden-Württemberg, † 30.06.2021

26 Mutterhaus Trier-Ehrang, Rheinland-Pfalz, † 12.07.2021

27 Ortenau Klinikum Oberkirch, Ortenau, Baden-Württemberg, † 03.09.2021

28 Sana Klinik Laupheim, Biberach, Baden-Württemberg, † 01.10.2021

29 Medizinische Klinik Borstel (Lungen-Fachklinik), Segeberg, Schleswig-Holstein, † 31.12.2021

30 Klinikum Main-Spessart Marktheidenfeld, Main-Spessart, Bayern, † 31.12.2021

2022

31 St. Elisabeth-Krankenhaus Niederwenigern, Hattingen, Nordrhein-Westfalen, † 2022

32 Krankenhaus Roding, Cham, Bayern, † 31.03.2022

33 Marienhaus Klinikum St. Josef Bendorf, Mayen-Koblenz, Rheinland-Pfalz, † Jahresmitte 2022

34 Klinik Schillerhöhe Gerlingen, Ludwigsburg, Baden-Württemberg, † 15.07.2022

35 Sana-Kliniken Bad Wildbad, Calw, Baden-Württemberg, † 31.07.2022

36 Hegau-Bodensee-Klinikum Stühlingen, Waldshut, Baden-Württemberg, † 31.07.2022

37 St. Josef Krankenhaus Wiesdorf, Leverkusen, Nordrhein-Westfalen, † 31.08.2022

38 Krankenhaus Maria-Hilf Stadtlohn, Westmünsterland, Nordrhein-Westfalen, † 22.10.2022

39 Krankenhaus Pfullendorf, Sigmaringen, Baden-Württemberg, † 31.10.2022

40 InnKlinikum Haag, Mühldorf am Inn, Bayern, † 01.11.2022

41 Krankenhaus Bad Saulgau, Sigmaringen, Baden-Württemberg, † 30.11.2022

42 Heinrich-Braun-Klinikum Kirchberg, Zwickau, Sachsen, † 21.12.2022

43 Krankenhaus Ettenheim, Ortenau, Baden-Württemberg, † 23.12.2022

44 CaritasKlinikum St. Josef Dudweiler, Saarbrücken, Saarland, † 31.12.2022

45 St. Josef Krankenhaus, Hamm-Bockum-Hövel, Nordrhein-Westfalen, † Ende 2022

2023

46 Helios-Klinik Hettstedt, Sachsen-Anhalt, † 2023

47 St. Agatha Krankenhaus, Köln-Niehl, Nordrhein-Westfalen, † 31.01.2023

48 St. Josef Krankenhaus Linnich, Düren, Nordrhein-Westfalen, † März 2023

49 Evangelisches Stadtkrankenhaus Saarbrücken, Saarland, † 10.03.2023

50 St. Josef Krankenhaus Adenau, Ahrweiler, Rheinland-Pfalz, † 31.03.2023

51 Asklepios Klinikum Melsungen, Schwalm-Eder, Hessen, † 31.03.2023

52 Paracelsus Klinik Reichenbach, Vogtlandkreis, Sachsen, † 31.03.2023

53 Niels-Stensen-Klinik Ankum-Bersenbrück, Bersenbrück, Niedersachsen, † 31.03.2023

54 Marienhaus Klinikum Eifel – Standort St. Elisabeth, Gerolstein, † 01.04.2023

55 St. Johannes Hospital Hagen-Boele, Nordrhein-Westfalen, † 01.04.2023

56 Ermstalklinik Bad Urach, Reutlingen, Baden-Württemberg, † 30.04.2023

57 Freilassing Kreisklinik, Berchtesgadener Land, Bayern, † 01.05.2023

58 Hegau-Bodensee-Klinikum Radolfzell, Konstanz, Baden-Württemberg,† 30.06.2023

59 Paracelsus-Klinik Bad Ems, Rhein-Lahn-Kreis, Rheinland-Pfalz, † 30.06.2023

60 Ubbo-Emmius-Klinik Norden, Aurich, Niedersachsen, † 01.07.2023

61 Krankenhaus Bad Waldsee, Ravensburg, Baden-Württemberg, † 19.07.2023

62 Annweiler, Südliche Weinstraße, Rheinland-Pfalz, † Ende Juli 2023

63 Helios Klinik Bad Gandersheim, Northeim, Niedersachsen, † 31.08.2023

64 Wenckebach Krankenhaus, Berlin-Tempelhof, † September 2023

65 Lübeck Marienkrankenhaus, Schleswig-Holstein, † 30.09.2023

66 Evangelisches Krankenhaus Holzminden, Niedersachsen, † Ende November 2023

67 Diakoneo Klinik Neuendettelsau, Ansbach, Bayern, † Dezember 2023

68 St. Lukas Krankenhaus Solingen, Nordrhein-Westfalen, † 01.12.2023

69 St. Josef Krankenhaus Haan, Mettmann, Nordrhein-Westfalen, † 21.12.2023

70 Helfenstein Klinik Geislingen, Göppingen, Baden-Württemberg, † 31.12.2023

2024

71 Klinik Dippoldiswalde, Sächsische Schweiz, Sachsen, † 01.01.2024

72 Krankenhaus Schongau, Weilheim-Schongau, Bayern, † 01.03.2024

73 St. Elisabeth Krankenhaus Lahnstein, Rhein-Lahn-Kreis, Rheinland-Pfalz, † 01.03.2024

74 KRH Klinikum Lehrte, Niedersachsen, † April 2024

75 Krankenhaus Tirschenreuth, Bayern, † 01.04.2024

76 Kreiskrankenhaus Rheinfelden, Lörrach, Baden-Württemberg, † 19.04.2024

77 Ameos-Klinikum Bremerhaven, Niedersachsen, † 30.04.2024

78 Ameos Klinikum Alfeld, Hildesheim, Niedersachsen, † 01.05.2024

79 St. Marien-Krankenhaus Ratingen, Mettmann, Nordrhein-Westfalen, † 15.05.2024

80 Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe Rüppurr, Baden-Württemberg, † 31.05.2024

81 Ameos-Klinikum Staßfurt, Sachsen-Anhalt, † 01.06.2024

82 Mathilden-Hospital Büdingen, Hessen, † 30.06.2024

83 Klinikum Fichtelgebirge Selb, Bayern, † 30.06.2024

84 Krankenhaus Bad Arolsen, Hessen, † 30.06.2024

85 Krankenhaus St. Vincentius Heidelberg, Baden-Württemberg, † 30.06.2024

86 Helios OrthoClinic, Hammelburg, Bayern, † 31.07.2024

87 Rotkreuzklinik Lindenberg, Bayern, † 31.07.2024

88 Krankenhaus Altdorf, Nürnberger Land, Bayern, † 01.08.2024

89 DRK-Krankenhaus Altenkirchen, Rheinland-Pfalz, † 15.08.2024

90 Sternbach-Klinik Schleiz, Thüringen, † 31.08.2024

91 Krankenhaus Schleiden, Nordrhein-Westfalen, † 01.09.2024

92 Berglandklinik Lüdenscheid, Nordrhein-Westfalen, † 30.09.2024

93 Alexianer Johannisstift Münster, Nordrhein-Westfalen, † 04.11.2024

94 Krankenhaus Neuhaus am Rennweg, Thüringen, † Dezember 2024

95 Klinikum Holwedestraße Braunschweig, Niedersachsen, † 11.12.2024

96 Mühlenkreis-Klinikum Rahden, Nordrhein-Westfalen, † 31.12.2024

97 Helios-Klinik Stolzenau, Niedersachsen, † 31.12.2024

98 Diakoniewerk München-Maxvorstadt, Bayern, † 31.12.2024

99 St. Josef-Krankenhaus Hermeskeil, Rheinland-Pfalz, † 31.12.2024

100 Theresienklinik Würzburg, Bayern, † 31.12.2024

2025

101 Evangelisches Krankenhaus Münster, Nordrhein-Westfalen, † 01.01.2025

102 Klinikum St. Georg, Standort in Leipzig-Grünau, Sachsen, † 01.01.2025

103 St. Hubertus-Stift Bedburg, Nordrhein-Westfalen, † 31.01.2025

104 Elisabeth-Krankenhaus Thuine, Niedersachsen, † 07.02.2025

105 KMG Manniske Klinik Bad Frankenhausen, Thüringen, † 31.03.2025

106 Helios Klinik Oberwald, Grebenhain, Hessen, † 10.05.2025

107 Helios Klinik Schkeuditz, Sachsen, † 28.05.2025

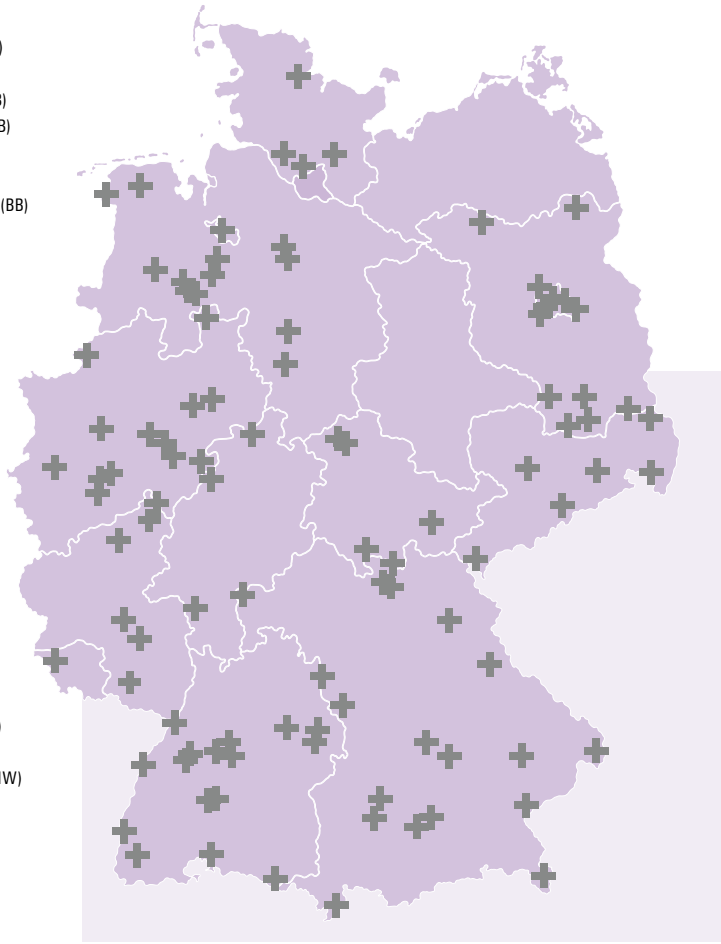
108 Klinikum Mittelmosel Zell, Rheinland-Pfalz, † 30.06.2025

109 Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand, Hamburg, † 15.07.2025

110 Krankenhaus St. Raphael Ostercappeln, Niedersachsen, † 31.07.2025

Orte, an denen Kliniken von Schließung bedroht sind

1 Aalen (BW)
2 Albstadt (BW)
3 Balg (BW)
4 Balingen (BW)
5 Bobingen (BW)
6 Böblingen (BW)
7 Breisach (BW)
8 Bühl (BW)
9 Ellwangen (BW)
10 Herrenberg (BW)
11 Kehl (BW)
12 Mutlangen (BW)
13 Rastatt (BW)
14 Schopfheim (BW)
15 Sindelfingen (BW)
16 Singen (BW)
17 Tettnang (BW)
18 Alzenau (BY)
19 Berchtesgaden (BY)
20 Burghausen (BY)
21 Dinkelsbühl (BY)
22 Ebern (BY)
23 Kemnath (BY)
24 Kösching (BY)
25 Landau (BY)
26 Lichtenfels (BY)
27 Mainburg (BY)
28 München-Neuhausen-Nymphenburg (BY)
29 Neustadt/Coburg (BY)
30 Oberstdorf (BY)
31 Oberviechtach (BY)
32 Rothenburg ob der Tauber (BY)
33 Schwabmünchen (BY)
34 Seefeld (BY)
35 Wegscheid (BY)
36 Elsterwerda (BB)
37 Finsterwalde (BB)
38 Herzberg (BB)
39 Henningsdorf (BB)
40 Lauchhammer (BB)
41 Prenzlau (BB)
42 Spremberg (BB)
43 Wittstock/Dosse (BB)
44 Bremen (HB)
45 Biedenkopf (HE)
46 Groß-Gerau (HE)
47 Wolfhagen (HE)
48 Alfeld (NI)
49 Aurich (NI)
50 Bassum (NI)
51 Diepholz (NI)
52 Emden (NI)
53 Hannover-Laatzen (NI)
54 Löningen (NI)
55 Lohne (NI)
56 Soltau (NI)
57 Sulingen (NI)
58 Vechta (NI)
59 Varel (NI)
60 Walsrode (NI)
61 Erwitte (NW)
62 Grevenbroich (NI)
63 Iserlohn (NW)
64 Köln-Holweide (NW)
65 Köln-Riehl (NW)
66 Lennestadt (NW)
67 Lübbecke (NW)
68 Paderborn (NW)
69 Steele (NW)
70 Troisdorf (NW)
71 Vreden (NW)
72 Werdohl (NW)
73 Winterberg (NW)
74 Hachenburg (RP)
75 Kirchen (RP)
76 Kirn (RP)
77 Neuwied (RP)
78 Rockenhausen (RP)
79 Rodalben (RP)
80 Adorf (SN)
81 Dresden-Neustadt (SN)
82 Ebersbach (SN)
83 Leisnig (SN)
84 Olbernhau (SN)
85 Weißwasser (SN)
86 Merzig (SL)
87 Bad Oldesloe (SH)
88 Eckernförde (SH)
89 Elmshorn (SH)
90 Pinneberg (SH)
91 Hildburghausen (TH)
92 Niederorschel (TH)
93 Pößneck (TH)
94 Worbis (TH)
95 Berlin-Charlottenburg
96 Berlin-Marzahn-Hellersdorf
97 Berlin-Mitte
98 Berlin-Pankow
99 Berlin-Tempelhof-Schöneberg
100 Berlin-Tiergarten
101 Berlin-Wilmersdorf
102 Berlin-Zehlendorf



Der Krankenhauskahlschlag in Ost und West

Differenziert man den Krankenhauskahlschlag nach Bundesländern, wird ersichtlich, dass er in den ostdeutschen Ländern früher einsetzte (siehe Abbildung 3). Die Ausdünnung fand vor allem in den 1990er- und 2000er-Jahren statt. So reduzierte sich die Anzahl der Krankenhäuser in Ostdeutschland zwischen 1991 und 1999 um rund 20 Prozent, während sie in den westdeutschen Bundesländern im selben Zeitraum lediglich um vier Prozent sank.[14] Seit 2007 verzeichnen nur noch Sachsen und Sachsen-Anhalt einen Rückgang der Anzahl von Krankenhäusern, während sie in den anderen ostdeutschen Bundesländern sogar teilweise statistisch ansteigt.

Anders sieht die Entwicklung in den alten Bundesländern aus. Hier sank die Anzahl der Krankenhäuser bis ins Jahr 2003 nur leicht, erst mit der Einführung des DRG-Systems nahm der Klinikabbau Fahrt auf. Nordrhein-Westfalen verzeichnet einen besonders drastischen Abbau, auch Baden-Württemberg und Bayern fallen mit vielen Schließungen auf. Hamburg stellt in der Statistik einen Ausreißer dar: In der Hansestadt gibt es seit 2002 einen deutlichen Aufwuchs an Krankenhäusern. Hamburg ist zugleich das Land, in dem der Anteil an privaten Krankenhäusern im bundesweiten Vergleich mit Abstand am höchsten ist, nämlich 77,8 Prozent, gefolgt von Nordrhein-Westfalen und Berlin mit 61,6 bzw. 61,4 Prozent.[15]

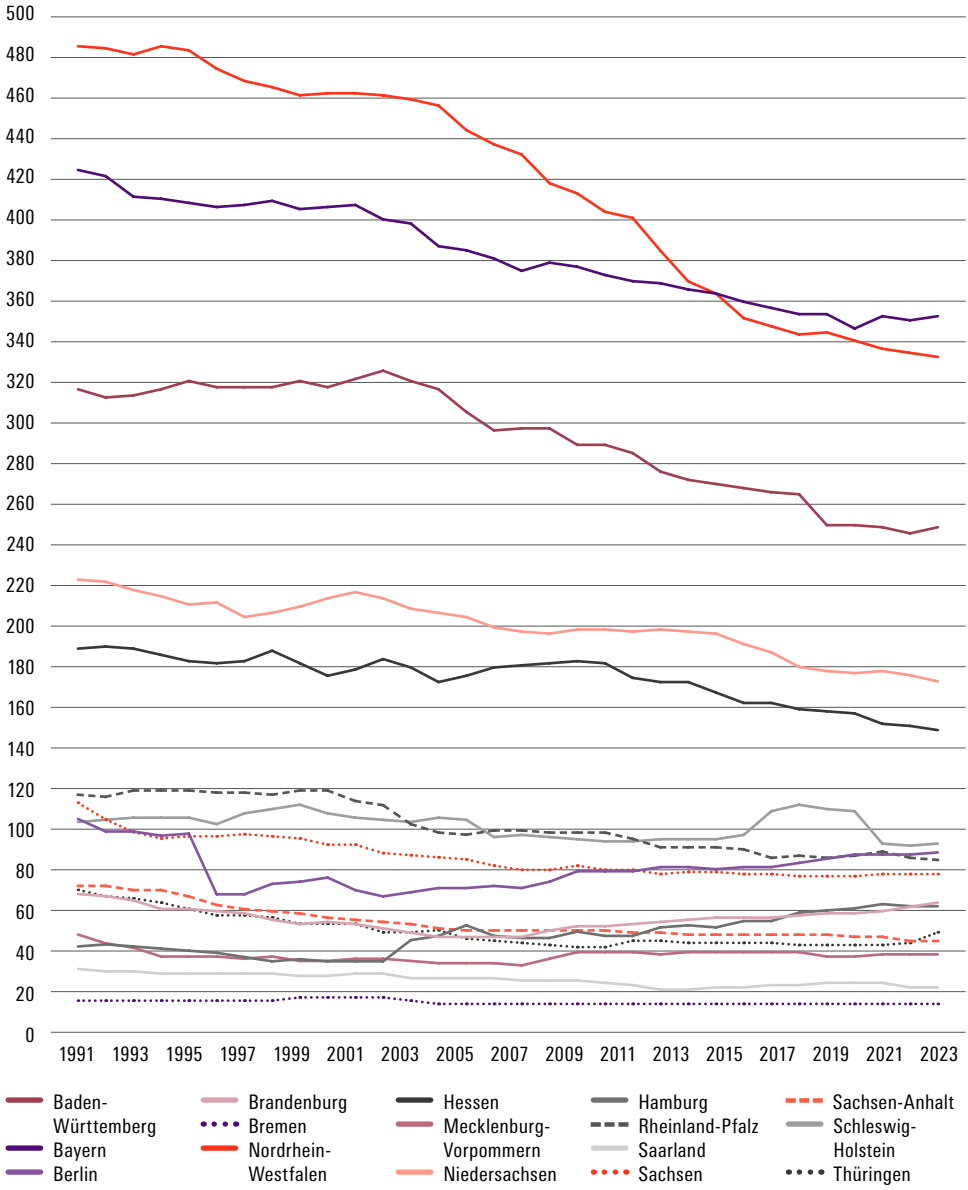
Die Hansestadt Bremen erlebte zwar keinen Anstieg, aber auch keinen Rückgang der Anzahl der Krankenhäuser, ähnlich wie das Saarland. Dort fanden und finden zwar ebenfalls Krankenhausschließungen, Privatisierungen und Neugründungen statt, die Anzahl der Krankenhäuser blieb aber trotz dieses Geschehens gleich.

Eine von der Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern initiierte interaktive Online-Karte erfasst ebenfalls regelmäßig neue Schließungen, Teilschließungen und Schließungsbeschlüsse. Nutzer*innen können auch nach Krankenhäusern in ihrer Nähe suchen oder herausfinden, ob das nächste Krankenhaus eine Notfallversorgung anbietet.[13]

Interaktive Online-Karte: «Kliniken in Gefahr»

13 Die Karte der Initiative ist online zu finden unter: www.initiative-klinik-erhalt.de/karte.php **14** Statistisches Bundesamt: Fachserie 12/6/1: Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1999, Tabelle 1.1.2, Stationäre Versorgung, www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00006945/2120610997004.pdf **15** Deutsche Krankenhausgesellschaft: Krankenhausstatistik – Eckdaten der Krankenhausversorgung, 11.2024, www.dkgev.de/service/zahlen-fakten/

Abbildung 3: Krankenhäuser nach Ländern (1991–2023)



Quelle: Destatis: Grunddaten der Krankenhäuser, Bettenausstattung nach Ländern 1991–2023

Krankenhäuser mit Notfallversorgung

Um die Bevölkerung im medizinischen Notfall stationär versorgen zu können, muss ein Krankenhaus das dafür notwendige medizinische Personal und die dazugehörige medizinische Ausstattung vorhalten. Aktuell wird die Notfallversorgung in Deutschland anhand von Richtlinien für drei Notfallstufen geregelt, welche der G-BA vorgibt.[16] Um eine bestimmte Notfallstufe anbieten zu können, muss ein Krankenhaus die entsprechenden Vorgaben erfüllen. Fachkliniken bieten in der Regel ausschließlich eine Notfallversorgung in dem Fachgebiet an, auf das sie spezialisiert sind, und leisten keine allgemeine klinische Notfallversorgung. Laut der statistischen Erhebung von 2023 nehmen nur 47 Prozent aller Krankenhausstandorte an der allgemeinen und/oder speziellen Notfallversorgung teil. 1.081 oder 39 Prozent der teilnehmenden Krankenhausstandorte bieten eine allgemeine Notfallversorgung der Stufe 1, 2 oder 3 an: 612 davon eine Basisnotfallversorgung der Stufe 1, 286 eine erweiterte Notfallversorgung der Stufe 2 und 183 eine umfassende Notfallversorgung der Stufe 3. Im Vergleich zum Jahr 2020 ist die Anzahl der Krankenhausstandorte, die an der allgemeinen Notfallversorgung gemäß Notfallstufen teilnehmen, leicht gesunken, nämlich von 42 Prozent auf 39 Prozent oder in absoluten Zahlen von 1.156 auf 1.081.

Das Anbieten einer Notfallversorgung erfordert hohe Vorhaltekosten und ist innerhalb des aktuellen Finanzierungssystems nicht kostendeckend (ausführlich dazu siehe Kapitel 2). Zwischen 35 und 45 Euro übernehmen die Krankenkassen für eine nicht-stationäre Behandlung im Krankenhaus. Bereits vor 2022, als durch den Angriff Russlands auf die Ukraine die Inflation sprunghaft anstieg, fielen durchschnittlich 135 Euro für die Vorhaltung der entsprechenden Leistungen im Krankenhaus an, seitdem sind die Preise deutlich gestiegen.[17]

Aktuell leiden sowohl die stationäre als auch die ambulante Notfallversorgung unter einem massiven Personalmangel. Insbesondere im ländlichen Raum ist die ambulante ärztliche Versorgung dramatisch ausgedünnt, was dazu führt, dass ambulante Notfälle in den Krankenhäusern landen. Die vielen Krankenhausschließungen bedeuten, dass die – ohnehin vielerorts unzulänglich ausgestatteten – Rettungsdienste durch längere Anfahrtswege stärker belastet werden. Auch die Versorgung der Patient*innen verschlechtert sich dadurch, da sich die Wartezeit, bevor sie in einem Krankenhaus aufgenommen und behandelt werden – die sogenannte Prähospitalzeit –, verlängert. In kritischen Situationen wie beispielsweise Herzinfarkt, Schlaganfall oder Polytrauma führt dies zu schlechteren Behandlungsergebnissen oder macht eine Behandlung sogar aussichtslos.[18]

16 G-BA: Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V, www.g-ba.de/richtlinien/103/ **17** Hohnstein, Aileen: In Hamburg zeigt sich, wie die Notfallversorgung besser läuft, kma Online, 26.7.2023, www.kma-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/in-hamburg-zeigt-sich-wie-die-notfallversorgung-besser-laeuft-50335 **18** Ausführlicher zu den laufenden Problemen und Konstruktionsmängeln der aktuellen Notfallversorgung sowie Reformierungsmöglichkeiten vgl. Emmerich, Klaus/Neef, Rainer/Valentukeviciute, Laura: Konzept einer bundeseinheitlichen klinischen und ambulanten Notfallversorgung, März 2025, www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2025/03/2025-03-04-Ambulante-und-klinische-Notfallversorgung-Konzept-Buendnis-Klinikrettung.pdf

Aufgrund der hohen Vorhaltekosten und der Unterfinanzierung «überlassen» private Krankenhausträger die Notfallversorgung gern den anderen, wie die statistischen Daten zeigen (siehe Tabelle 1): Nur 23,3 Prozent aller privat betriebenen Krankenhausstandorte bieten eine allgemeinklinische und rund 28 Prozent eine allgemeine oder spezielle Notfallversorgung an, bei den öffentlichen sind es 45,6 Prozent mit einer allgemeinklinischen und etwa 51 Prozent mit einer allgemeinen oder speziellen Notfallversorgung und bei den freigemeinnützigen 51,2 bzw. rund 55 Prozent. Auch in der Gesamtschau tragen die Privaten unterdurchschnittlich zur allgemeinen Notfallversorgung bei: Nur 19 Prozent aller Notfallversorgungsstandorte werden von privaten Klinikkonzernen betrieben, obwohl ihr Anteil an den Krankenhausstandorten insgesamt bei einem Drittel liegt.[19]

Krankenhausinsolvenzen

Krankenhauspleiten spielen eine wichtige Rolle beim Umbau der Krankenhauslandschaft. Seit Beginn des Jahres 2022 verzeichnet die Deutsche Krankenhausgesellschaft 64 Insolvenzverfahren in Krankenhäusern mit insgesamt 79 betroffenen Krankenhausstandorten, rund 34.000 betroffenen Beschäftigten und rund 15.900 Betten. Aktuell befinden sich 15 Krankenhäuser in unabgeschlossenen Insolvenzverfahren. Seit 2022 sind 49 Verfahren abgeschlossen oder entschieden, 16 davon endeten mit einer vollständigen Schließung, also 33 Prozent.[20] Einige der Krankenhäuser, die das Insolvenzverfahren überlebten, schlossen Abteilungen oder wurden zu einem Gesundheitszentrum herabgestuft.

Immer mehr Krankenhäuser schreiben Verluste, drei von vier Krankenhäusern verzeichneten laut einer Krankenhausstudie des Unternehmens Roland Berger im Geschäftsjahr 2024 ein negatives Jahresergebnis.[21] Bemerkenswert ist dabei die

19 Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser 2023, Tabelle 23111-43, www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Publikationen/_publikationen-innen-grunddaten-krankenhaus.html **20** Die Zahlen entstammen mit freundlicher Genehmigung der DKG dem nicht-öffentlichen DKG-Insolvenzmonitoring, Stand Juli 2025. **21** Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft Wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser erreicht historischen Tiefpunkt, Pressemitteilung, 27.12.2024, www.dkgev.de/dkg/presse/details/wirtschaftliche-lage-der-krankenhaeuser-erreicht-historischen-tiefpunkt/

Tabelle 1: Notfallversorgung

	Standorte	davon mit allg. Notfallversorgung (Anzahl/Anteil)		Anteil an den 1.108 Standorten mit allg. Notfallversorgung
Krankenhäuser insgesamt	2.776	1.108	39,9 %	100,0 %
Öffentliche Krankenhäuser	1.037	473	45,6 %	42,7 %
Freigemeinnützige Krankenhäuser	825	422	51,2 %	38,1 %
Private Krankenhäuser	914	213	23,3 %	19,2 %

Quelle: Destatis: Grunddaten der Krankenhäuser 2023, Tabelle 23111-43

Polarisierung der Defizite zwischen den Trägern: So machten 83 Prozent der privaten und immerhin 21 Prozent der freigemeinnützigen Krankenhäuser im Jahr 2024 Gewinne; bei den öffentlichen Krankenhäusern wiederum hatten neun Prozent eine positive, zwei Prozent eine ausgeglichene und ganze 89 Prozent eine negative Bilanz.[22] Ein weiterer Branchenreport informiert, dass 25 Prozent der Krankenhäuser eine Insolvenz befürchten, 40 Prozent außerdem von akuten Finanzierungsschwierigkeiten berichten.[23] Mit weiteren Insolvenzen ist daher zu rechnen. Besonders empfindlich treffen Insolvenzen freigemeinnützige Träger, die weder Kommune noch privates Kapital im Hintergrund haben und deren teilweise kirchlichen Eigentümer offenbar nicht bereit sind, die kirchlichen Vermögen zur Rettung einfließen zu lassen. Die Insolvenzwelle bei den Kliniken des Roten Kreuzes (DRK-Kliniken) steht beispielhaft für die Probleme der freigemeinnützigen Krankenhäuser.[24]

Ein Insolvenzverfahren kann zur finanziellen Sanierung eines Hauses führen, häufig endet es aber mit dessen Schließung und meist mit Kündigungen und dem Abbau von Abteilungen. In jedem Fall geht es mit einer Gefährdung der Versorgung und Unsicherheiten für die Beschäftigten einher. Selbst wenn die betroffene Einrichtung finanziell gerettet wird, bedeutet das nicht, dass sie als Krankenhaus erhalten bleibt – wie im Fall des insolventen Krankenhauses in Spremberg/Brandenburg, das im Zuge eines Insolvenzverfahrens rekommunalisiert wurde und nun in ein ambulantes Versorgungszentrum umgewandelt wird.

Wie verheerend es ist, wenn Insolvenz und Privatisierung Hand in Hand gehen, zeigt ein aktueller Fall aus Sachsen. Seit Oktober 2024 interessiert sich die Klinikkette Sana für den Aufkauf der finanziell in Not geratenen Muldentalkliniken in Grimma und Wurzen und verhandelte mit dem öffentlichen Träger, im Falle einer Übernahme keine Tarifverträge einhalten zu müssen.[25] Daran gab es scharfe öffentliche Kritik. Nachdem die Geschäftsführung der Kliniken aber schließlich die Insolvenz anmeldete und keine anderen Lösungen gefunden wurden, kam Sana wieder ins Spiel und übernahm die beiden Krankenhäuser im Mai 2025.[26] Sie werden nun in den Sana-Klinikverbund im Landkreis Leipzig eingegliedert, der aus der Privatisierung des Kreiskrankenhauses Borna im Jahr 1998 entstanden ist. Die Insolvenz der Muldentalkliniken ermöglichte es dem Konzern, eine Privatisierung mit Lohnkürzungen durchzusetzen.[27]

22 Magunia, Peter/Carl, Cecil: Krankenhausstudie 2025. Transformation durch Investition: Die Krankenhausbranche auf dem Weg in die Zukunft. Roland Berger GmbH, September 2025, www.rolandberger.com/de/Insights/Publications/Krankenhausstudie-2025-Transformation-durch-Investition.html **23** Vgl. Pressemitteilung der Beratungs- und Wirtschaftsprüfungsfirma Curacon vom 1.4.2025, www.medconweb.de/blog/wp-content/uploads/2025/04/PM_Krankenhausreform-mit-vielen-offenen-Fragen.pdf **24** So meldete DRK-Präsidentin Gerda Hasselfeldt im Januar 2025, jedes sechste DRK-Krankenhaus sei insolvenzgefährdet. Vgl. Neue Osnabrücker Zeitung, 28.1.2025, www.presseportal.de/pm/58964/5958372 **25** Mdr Sachsen: Beschäftigte sollen neuen Arbeitsverträgen zustimmen – und auf Lohn verzichten, 13.3.2025, www.mdr.de/nachrichten/sachsen/leipzig/leipzig-leipzig-land/muldentalkliniken-krankenhaus-gerettet-arbeitsplaetze-100.html **26** Prenzel, Simone: Von Duzen bis Dienstkleidung – was macht Sana an Muldentalkliniken anders?, Leipziger Volkszeitung, 5.5.2025, www.lvz.de/lokales/leipzig-lk/borna/borna-grimma-wurzen-leipzig-so-veraendert-sana-die-muldentalkliniken-HOGXJ7Y7FJDF5BAVG2G4WUGQXI.html **27** Kreistag bewilligt Verkauf der Muldentalkliniken, Mitarbeiter stimmen Lohneinbußen zu, MDR 24.3.2025, www.mdr.de/nachrichten/sachsen/leipzig/leipzig-leipzig-land/muldentalkliniken-verkauf-kreistag-mitarbeiter-lohnverzicht-100.html

Ähnlich verlief es bei den ehemaligen Imland-Kliniken in Rendsburg und Eckernförde. Das dortige Insolvenzverfahren endete 2023 mit einer Übernahme durch den Münchner Schön-Konzern. Im Jahr darauf kündigte dieser 250 Beschäftigten, um Auslagerungen von Arbeitsplätzen im nicht-medizinischen Bereich durchzuführen. Die gekündigten Mitarbeiter*innen sollten sich auf ihre nunmehr an Drittfirmen outgesourcten Jobs mit schlechteren Arbeitsverträgen neu bewerben.[28]

Es ist die seit Jahren bestehende Unterfinanzierung der Krankenhäuser, die sie in die Insolvenz treibt. Gleichzeitig dienen rote Zahlen und drohende Insolvenzverfahren den Trägern dazu, Löhne zu drücken und Personal abzubauen. So kündigte beispielsweise das Jüdische Krankenhaus in Berlin zum Jahreswechsel 2024/25 als Sparmaßnahme rund 20 Prozent des Pflegepersonals.[29] 2024 endete das Insolvenzverfahren des bayerisch-thüringischen kommunalen RegioMed-Klinikverbunds mit einer Veräußerung der Häuser in Coburg und Lichtenfels an die privaten Sana-Kliniken, bereits im Vorfeld wurden Mitarbeiter*innen entlassen.[30] Das Krankenhaus in Neustadt, das auch vom Sana-Konzern übernommen wurde, soll außerdem geschlossen werden, sobald das neue Klinikum in Coburg in Betrieb geht.[31]

Zentralkliniken

Häufig gehen Schließungsvorhaben mit der Planung von Zentralkliniken einher. Zugunsten teurer Neubauten auf der grünen Wiese sollen funktionierende wohnortnahe und gut angebundene Häuser dichtmachen. Besonders die Länder Niedersachsen und Baden-Württemberg verfolgen ihre Schließungsprogramme im Zusammenhang mit Zentralklinikvorhaben. In Baden-Württemberg befinden sich mindestens zehn Zentralkliniken in Planung oder im Bau. Die Kosten für die Neubauten summieren sich auf knapp 3,5 Milliarden Euro, mindestens 1,6 Milliarden davon will das Land stemmen. Zum Vergleich: Zwischen 2019 und 2021 gab das Land jährlich insgesamt zwischen 451 und 455 Millionen Euro für Investitionen in baden-württembergische Krankenhäuser aus.[32] Durch die Schwerpunktsetzung auf den Neubau werden den bestehenden Krankenhäusern in den kommenden Jahren also voraussichtlich kaum noch Mittel für Modernisierungen zur Verfügung stehen.[33]

Mitunter finden Schließungen statt, bevor die geplanten Zentralkliniken die medizinische Versorgung übernehmen. Bei-

28 Lang, Christian: Schön Kliniken: Kündigungswelle in Rendsburg und Eckernförde, NDR, 20.12.2024, www.ndr.de/nachrichten/schleswig-holstein/Schoen-Kliniken-Frust-wegen-Kuendigungswelle-in-Rendsburg-und-Eckernfoerde,schoenklinik130.html **29** Schwarz, Simon: 13 gekündigte Pflegehelferinnen dürfen bleiben: Jüdisches Krankenhaus Berlin ermöglicht Weiterbildung, Tagesspiegel, 28.1.2025, www.tagesspiegel.de/berlin/berliner-wirtschaft/13-gekundigte-pflegehelferinnen-durfen-bleiben-judisches-krankenhaus-berlin-ermoglicht-weiterbildung-13104181.html **30** Padberg, Richard/Küfner, Christina: Spekulation bewahrheitet sich: Entlassungen bei Regiomed, BR24, 4.10.2024, www.br.de/nachrichten/bayern/entlassungen-am-klinikum-coburg-befuerchtet,UQFQJSm **31** Radio Eins: «Ja» zum Sanaangebot, 25.7.2024, www.radioeins.com/sondersitzung-von-stadtrat-und-kreistag-zur-zukunft-der-regiomed-kliniken-laeuft-626397/ **32** Deutsche Krankenhausgesellschaft: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2022, Anhang, S. 120, www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.5._Publikationen___Downloads/3.4.7._Bestandsaufnahme_im_Krankenhaus/2022_DKG_Bestandsaufnahme_KH-Planung_und_Investitionsfinanzierung.pdf **33** Nachzulesen in der Bilanz des Bündnis Klinikrettung «Kahlschlag der Gesundheitsversorgung: Bilanz der Krankenhausschließungen in Baden-Württemberg» vom 6.4.2022, www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2022/04/Krankenhausschliessungen-in-Baden-Wuerttemberg_Pressemappe_06.04.22.pdf

spielsweise wurden die Krankenhäuser in Bad Saulgau und Pfullendorf 2022 geschlossen – das als Ersatz geplante Zentralklinikum Sigmaringen eröffnete erst ein Jahr später.[34] Im niedersächsischen Landkreis Aurich wurde das Krankenhaus Norden 2023 geschlossen – auch hier erfolgte die Schließung vor der Fertigstellung eines geplanten Zentralklinikums im Landkreis. Dessen Kosten haben sich von den anfangs veranschlagten 250 Millionen Euro mittlerweile auf geschätzte 822 Millionen Euro mehr als verdreifacht, erst im Jahr 2028 soll es in Betrieb genommen werden.[35]

Es sind öffentliche Mittel, die für die kostspieligen neuen Zentralkliniken aufgebracht werden. Trotzdem beziehen die Verantwortlichen die Bürger*innen vor Ort selten in die Entscheidungen ein. Über deren Köpfe hinweg setzen Klinikträger und Politik einen ressourcenintensiven Konzentrationsprozess durch, der zu immer längeren Fahrzeiten zum nächstgelegenen Krankenhaus führt. Dass die riesigen Summen nicht in die in der Regel wesentlich kostengünstigere Sanierung bestehender Häuser, in bessere Gehälter und in die Ausbildung von mehr Personal fließen, ist nicht sozial und wirtschaftlich schwer nachvollziehbar. Auch aus ökologischer Perspektive sind die Neubauten fragwürdig. Durch die Errichtung der Megabauten werden Zehntausende Tonnen zusätzliches Kohlendioxid emittiert. Da die Nachnutzung der «alten» Krankenhausgebäude zum Zeitpunkt der Klinikschließung oft ungeklärt ist, fallen sie häufig dem (Teil-)Abriss anheim.

Zudem kann das Modell Zentralkliniken oft nicht halten, was es verspricht. Das zeigt das Beispiel Dänemark, wo im Zuge einer drastischen Zentralisierung in der Krankenhauslandschaft im Rahmen der Krankenhausreform von 2007 bis 2021 sechs neue «Superkrankenhäuser» entstehen sollten. Sämtliche der Superkrankenhaus-Bauprojekte führten zu erheblichen Mehrkosten, teilweise in Milliardenhöhe, und verzögerten sich massiv – nur zwei der sechs Superkrankenhäuser sind bis heute fertig geworden.[36] Die medizinische Unterversorgung in der Fläche führte dazu, dass die dänische Regierung 2022 beschloss, 20 sogenannte Nahkrankenhäuser neu zu bauen – nur wenig mehr als ein Jahrzehnt nach dem Krankenhauskahlschlag im Zuge der Krankenhausreform. Gebaut sind allerdings auch die Nahkrankenhäuser bisher nicht, stattdessen werden nun technologische Lösungen und KI-unterstützte Telemedizin diskutiert.

Die Konsequenzen von Krankenhausschließungen

Krankenhausschließungen haben tiefgreifende Folgen für die Bevölkerung in den betroffenen Gemeinden. Sie bedeuten einen Abbau der örtlichen Daseinsvorsorge. Wichtige Teile der regionalen medizinischen Versorgung werden zerstört.

34 Lutz, Julia: Nur noch ein Krankenhaus im Kreis Sigmaringen: Klinik in Bad Saulgau schließt Ende November, Südkurier, 24.11.2022, www.suedkurier.de/region/linzgau/kreis-sigmaringen/nur-noch-ein-krankenhaus-im-kreis-sigmaringen-klinik-in-bad-saulgau-schliesst-ende-november;art372548,11374047; Kluthe, Moritz: Neuer Anbau der SRH Kliniken Sigmaringen eröffnet, SWR, 26.7.2023, www.kliniken-sigmaringen.de/news/2023/inbetriebnahme-des-neubaus-am-srh-klinikum-sigmaringen **35** Ausführlich dazu in Neef, Rainer/Schulz, Jorinde/Waßmuth, Carl: Klinikkahlschlag in Niedersachsen, 23.3.2022, www.gemeingut.org/klinikkahlschlag-in-niedersachsen/; zu den Kosten vgl. Wikipedia: Zentralklinik Georgsheil, https://de.wikipedia.org/wiki/Zentralklinik_Georgsheil **36** Eine aktuelle Übersicht findet sich auf Wikipedia: Supersygehus, https://da.wikipedia.org/wiki/Supersygehus

Die klinische Notfallversorgung, die Bereitschaftspraxis für ambulante Notfälle in der Nacht und am Wochenende, aber auch die Ausbildung von Ärzt*innen, Pflegekräften und Therapeut*innen sowie die Möglichkeit ambulanter Operationen im OP-Saal des Krankenhauses brechen bei einer Schließung weg. Dadurch müssen Patient*innen häufig längere Wege auf sich nehmen. Für Ältere und andere Menschen, deren Mobilität eingeschränkt ist, sowie für all jene ohne eigenes Auto erschwert oder verunmöglicht das den Weg ins Krankenhaus. Die Belastung örtlicher Rettungsdienste nimmt ebenfalls zu. Die Beschäftigten verlieren jahrelang aufgebaute, funktionierende Teams und Strukturen und müssen sich neue Arbeitsplätze suchen. Gerade in ländlichen Räumen mit ohnehin unzureichenden Verkehrsinfrastrukturen ist es häufig weder realistisch noch zumutbar, in weiter weg gelegenen Krankenhäusern eine neue Arbeit aufzunehmen. Insbesondere Pflegekräfte verlassen nach Schließungen daher oftmals den Krankenhausberuf (siehe auch Kapitel 5).

Auch die lokale Wirtschaftsstruktur wird nachhaltig geschädigt: Mit dem Verlust von Arbeitsplätzen im Krankenhaus gehen den Kommunen Steuereinnahmen verloren. Gewerbe, die um das Krankenhaus angesiedelt sind, wandern ab – die Einsparungen im Kommunalhaushalt, die sich die Verantwortlichen häufig von einer Schließung erhoffen, sind in Wirklichkeit ein volkswirtschaftlicher Bumerang. Während in den allermeisten Fällen betriebswirtschaftliche Gründe für die Schließungen angeführt werden, führen sie vielerorts nicht zur Entlastung der Kommunen, sondern zu einer Verschärfung der volkswirtschaftlichen Probleme. Daran zeigt sich, wie unzulänglich die beschränkte Betrachtung der betriebswirtschaftlichen Lage des jeweiligen Krankenhauses ist, ohne das wirtschaftliche Umfeld zu berücksichtigen.

Die gravierenden Folgen einer Krankenhausschließung werden von den verantwortlichen Politiker*innen und dem Klinikmanagement meist verharmlost oder missachtet, doch bei vielen, ganz alltäglichen Unfällen und Krankheiten kann eine Erstversorgung, die innerhalb von 30 Minuten erfolgt, über Leben und Tod entscheiden (siehe Kapitel 1.2). Das Argument, der flächendeckende Personalmangel könne behoben werden, indem man die Krankenhauslandschaft ausdünnt, wird dadurch Lügen gestraft, dass bei Schließungen in ländlichen Gebieten nicht nur die ambulante Ärzteschaft zumeist abwandert, sondern dass auch das Pflegepersonal den Krankenhaussektor häufig ganz verlässt.

Es ist daher kein Wunder, dass Krankenhausschließungen in der Regel mit massiven Protesten in den betroffenen Landkreisen einhergehen. Die Proteste gegen Schließungen haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Einen Eindruck von ihrem Umfang bieten die unzähligen Petitionen gegen Krankenhausschließungen. Rund 1,3 Millionen Menschen haben zwischen 2017 und 2023 Petitionen gegen den Krankenhauskahlschlag unterschrieben.[37]

37 Vgl. Bündnis Klinikrettung: Bilanz über Krankenhausschließungen im Jahr 2023: Ein Weiter-So des Kahlschlags mit Lauterbachs Krankenhausreform, 18.12.2023, www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2023/12/1_Jahresbilanz-Krankenhausschliessungen-2023_Buendnis-Klinikrettung.pdf

INFO-BOX 2

DIE FOLGEN VON KRANKENHAUSSCHLIESSUNGEN
«WENN IHR UNS NICHT HELFT, DANN LIEGEN WIR IN EUREN BETTEN»

In einer Videoreihe vom Bündnis Klinikrettung berichten Krankenhausbeschäftigte und betroffene Bürger*innen über die Schließungen von wohnortnahen Krankenhäusern, deren Folgen und die Gründe für den Protest dagegen. So schildert zum Beispiel die Kommunalpolitikerin Angelika Pflaum, die für die Hersbrucker Bürgergemeinschaft im Stadtrat Hersbruck sitzt, wie wesentliche Teile der medizinischen Versorgung nach der Schließung des Krankenhauses in Hersbruck im Jahr 2019 wegbrachen: Belegärzt*innen wanderten ab, Landarztpraxen und Apotheken schlossen. Auch die Notfallversorgung in Hersbruck verschlechterte sich mit der Schließung massiv. Angelika Pflaums Fazit: «Wir haben damals davor gewarnt und aufgezeigt, was wir alles verlieren werden. Und ich muss sagen: Es kam schlimmer. Es kam noch schlimmer.»

Der Hersbrucker Rentner und ehemalige Selbstständige in der Holzverarbeitung, Horst Vogel, der sich ebenfalls für den Erhalt des dortigen Krankenhauses eingesetzt hat, schildert, wie das Umland von Hersbruck seit der Krankenhausschließung 2019 mit Unterversorgung kämpft. Er macht deutlich, dass Klinikschließungen in strukturell benachteiligten Kommunen auch Auswirkungen auf benachbarte Städte und Regionen haben. Sein Appell: «Wenn ihr uns nicht helft, dann liegen wir in euren Betten – wenn ihr uns nicht helft, dann liegen wir in eurem Krankenhaus!»

Doreen Richter, Pflegekraft aus dem Landkreis Lippe in Nordrhein-Westfalen, hat wiederum als Beschäftigte mit den Folgen der Herunterwirtschaftung des Lemgoer Krankenhauses zu kämpfen: «Viele Fälle werden nun in Lemgo zu gewissen Uhrzeiten gar nicht mehr behandelt. Die Patient*innen werden nach Detmold verwiesen, wo die Notaufnahme dann heillos überfüllt ist. Stundenlanges Warten ist zur Normalität geworden, Flure sind mit Betten vollgestellt.»

Alle Videos der Reihe «Warum wir wohnortnahe Krankenhäuser brauchen» sind hier zu sehen: www.youtube.com/playlist?list=-PLqhfTCPUfjC5m86Jr-bUCKQyUh_MFSUDH7

BEISPIEL-BOX 1

SCHLIESSUNG UND WIDERSTAND: DAS KRANKENHAUS IN HAVELBERG

Die Geschichte des Krankenhauses in Havelberg ist beispielhaft für viele Schließungsvorgänge, bei denen Leistungen und Abteilungen schleichend abgebaut werden, bis schließlich das gesamte Krankenhaus geschlossen wird – und auf dessen Schließung kein Ersatz folgt. Im Jahr 2020 wurde das Krankenhaus in Havelberg in Sachsen-Anhalt geschlossen. Fünf Jahre später kämpft der Verein «Pro Krankenhaus Havelberg» immer noch um den Wiederaufbau der medizinischen Versorgung für die Havelberger Bevölkerung. Aber nicht einmal eine minimale Ersatzlösung ist zustande gekommen.

Zu DDR-Zeiten umfasste dieses Haus noch 170 Betten. 2002 verkaufte der Landkreis das Haus aufgrund wirtschaftlicher Probleme an das Krankenhausunternehmen KMG (Krankenhaus Management Gesellschaft SE). Wie in so vielen anderen Fällen führte die mangelnde öffentliche Finanzierung zur Privatisierung. KMG ist auf die Übernahme kommunaler Krankenhäuser in Ostdeutschland spezialisiert – teilweise schließt das Unternehmen mit den Häusern Managementverträge ab, teilweise übernimmt es die Trägerschaft – und betreibt außerdem private Rehakliniken, Medizinische Versorgungszentren und Arztpraxen. Bekannt ist es für die Unterwanderung öffentlicher Tarifverträge: Eine Mitgliederbefragung der Gewerkschaft ver.di aus dem Jahr 2023 ergab eine hohe Unzufriedenheit der Beschäftigten mit den dortigen Arbeitsbedingungen.[38]

2010, also acht Jahre nach der Übernahme des Krankenhauses Havelberg durch die KMG, war dessen Bettenzahl auf 80 geschrumpft. Zwar wurde 2016 eine Intensivstation gebaut, diese wurde allerdings nicht in Betrieb genommen. Vielmehr wurden die angebotenen Leistungen zunehmend reduziert, unter anderem durch den Abbau von Pflegekräfte- und Ärzt*innenstellen.[39] 2019 hatte das Krankenhaus nur noch 37 Betten in den Abteilungen Innere Medizin und Chirurgie sowie Anästhesie. Die Notfallversorgung war sukzessive eingestampft worden – 2015 fanden noch zwölf Notfalloperationen pro Woche statt, 2019 keine mehr.[40]

38 Ver.di: KMG: Tarifergebnis angenommen, 4.9.2023, https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/tarifbereiche/kmg/++co++3c06043a-4b26-11ee-a839-001a4a160110# **39** Schröder, Andrea: Neue Rettungswache ersetzt Klinik nicht, Volksstimme, 4.2.2020, www.volksstimme.de/lokal/havelberg/neue-rettungswache-ersetzt-klinik-nicht-1031140 **40** Bach, Ingo: Aus für Klinik mitten in Corona-Pandemie: «Wie in Havelberg werden viele kleine Krankenhäuser schließen», Tagesspiegel, 29.12.2020, www.tagesspiegel.de/wirtschaft/wie-in-havelberg-werden-viele-kleine-krankenhauser-schliessen-4219726.html

Im Januar 2020 gab KMG – für den örtlichen Bürgermeister «unerwartet» – die Schließung des Krankenhauses bekannt, obwohl KMG 2019 noch die Weiterführung mitgeteilt hatte. Den Verkauf des Gebäudes an den Landkreis knüpfte KMG an Bedingungen, die für diesen nicht annehmbar waren.[41] Ab März 2020 wurden Kündigungen ausgesprochen, ab September desselben Jahres gab es keine Behandlungen mehr.

Das geschah, obwohl das Krankenhaus in der sogenannten Sicherstellungsliste unentbehrlicher ländlicher Krankenhäuser steht, was zu einer finanziellen Förderung berechtigt.[42] Mehrfach hatte das Land Sachsen-Anhalt Modernisierungen und Erweiterungen finanziert. Zudem erhielt KMG mehr als sieben Millionen Euro aus dem Krankenhausstrukturfonds, der Umstrukturierungen, vor allem Schließungen, in der Krankenhauslandschaft bezuschusst (mehr zum Krankenhausstrukturfonds, siehe Kapitel 2.1).[43] Teile des ehemaligen Krankenhauses wurden zu einem Altenpflegeheim ausgebaut. Ein Shuttlebus ins nächstgelegene Krankenhaus in Kyritz wurde zunächst eingerichtet, mittlerweile gibt es ihn nicht mehr.[44] Infolge der anhaltenden Proteste der Havelberger Bevölkerung, organisiert durch den Verein Pro Krankenhaus Havelberg, versprach das Land, mit der landeseigenen Krankenhausgesellschaft Salus ein Ersatzangebot zu schaffen. Geplant war ein Medizinisches Versorgungszentrum, das es bis heute allerdings nicht gibt.

Die Röntgenassistentin Anke Görtz berichtet, dass die Schließung dazu geführt hat, dass viele ältere Menschen gar nicht mehr ins Krankenhaus gehen.[45]

Die Unterversorgung in der Region hat drastische Ausmaße angenommen, wie ein weiterer Aktiver, Sven Görtz, dem mdr berichtet: «Ich hatte letzten Monat eine Lungenentzündung. Es wurde einfach nicht besser. Ich wollte dann zum Arzt nach Stendal. Ein Termin war nicht zu bekommen. Ich habe dann die Servicenummer 116 117 für Facharzttermine angerufen. Dort bekam ich die Mitteilung, dass es in ganz Sachsen-Anhalt keinen Termin beim Lungenarzt gibt. In ein anderes Bundesland dürfe ich aber auch nicht gehen, sagte man mir. Ich bekam den Tipp, mittels eines Codes im Internet einen Termin zu buchen. Das hat geklappt. Wer sich da nicht auskennt, geht leer aus. Eine andere

41 Bickelmann, Jonas: «Standort bewusst ausgetrocknet»: Wenn das einzige Krankenhaus während Corona dichtmacht, Tagesspiegel, 5.12.2020, www.tagesspiegel.de/gesellschaft/wenn-das-einzige-krankenhaus-wahrend-corona-dichtmacht-5736577.html **42** Diese Schließung eines sogenannten Sicherstellungskrankenhauses durch einen privaten Betreiber ist kein Einzelfall. So schloss die Klinikkette Sana im Jahr 2002 das Krankenhaus in Roding, für das es jährliche Zuschüsse von mindestens 400.000 Euro erhalten hatte – ohne diese bei der Schließung zurückzuzahlen. Öffentliche Gelder, die die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung garantieren sollten, fließen so in private Taschen bei gleichzeitigem Abbau der Versorgung. **43** Volker-Brahms, Bernd: «Wurden jahrelang belogen»: Eine ehemalige Krankenschwester gibt nicht auf, MDR-Sachsen-Anhalt, 23.2.2025, www.mdr.de/nachrichten/sachsen-anhalt/stendal/elb-havel/medizinische-versorgung-krankenhaus-finanzen-kritik-100.html **44** Mündlicher Bericht der Aktiven bei Pro Krankenhaus Havelberg e. V. **45** Anke Görtz, Röntgenassistentin im Video «Warum wir wohnortnahe Krankenhäuser brauchen» vom Bündnis Klinikrettung, April 2024, www.youtube.com/watch?v=nDlf9QusdK0&t=77s

Geschichte noch: Ein Kumpel von mir hatte einen Herzinfarkt. Der musste eine Stunde warten, bis ein Rettungswagen kam.»[46]

Rosemarie Busse, 72, aus Kamern, erzählt von den Konsequenzen der fehlenden Wohnortnähe: «Eine Bekannte von mir, die auf einen Rollator angewiesen ist, ist bei sich zu Hause gestürzt. Sie rief die 112 und wurde dann nach Stendal ins Krankenhaus gebracht. Weil alles nicht so schlimm war, wie es ursprünglich ausgesehen hatte, wurde ihr gesagt, sie könne wieder nach Hause gehen. Sie habe die Ärztin dann gefragt, wie das um 23:30 Uhr gehen solle und die Antwort erhalten: ‹Das ist nicht mein Problem.› Mit dem Taxi ist sie daraufhin zum Busbahnhof in Stendal gefahren. Am frühen Morgen ist sie dann mit dem ersten Bus nach Havelberg gefahren. Dort hat sie noch jemanden gefunden, der sie nach Kamern brachte. Dort ist sie dann morgens wieder zurückgewesen.»[47]

46 Zit. n. Brahms, Bernd-Volker: Weite Wege. Die Leidensgeschichten der Havelberger ohne Krankenhaus, MDR, 26.5.2025, www.mdr.de/nachrichten/sachsen-anhalt/stendal/elb-havel/krankenhaus-havelberg-kampf-um-medizinische-versorgung-102.html **47** Ebd.

1.2 WARUM WIR WOHNORTNAHE KRANKENHÄUSER BRAUCHEN

Für die Erreichbarkeit von Krankenhäusern gibt es bundesweite Regelungen. Der G-BA sieht vor, dass jede Person ein Krankenhaus mit den Fachbereichen Innere Medizin und Chirurgie inklusive Grund- und Regel-Notfallversorgung innerhalb von 30 Minuten mit dem Auto erreichen können soll, eine Geburtshilfe, Gynäkologie und Pädiatrie innerhalb von 40 Minuten. Bereits jetzt ist das nicht überall in Deutschland der Fall, insbesondere in dünn besiedelten Regionen fallen teilweise deutlich längere Fahrzeiten an. Durch die vielen Krankenhausschließungen der letzten Jahre ist der Weg ins Krankenhaus für noch mehr Menschen länger geworden.

Die Wohnortnähe ist aber gerade in Notfällen entscheidend. Oft sind es ganz alltägliche Unfälle und Erkrankungen, die eine zügige Erstversorgung erforderlich machen. Blutungen, Brüche, Herzinfarkt, Sepsisgefahr oder Koma können die Folge von Missgeschicken sein, beispielsweise einem Sturz, einem Fahrradunfall oder einer kleinen Verletzung. In all diesen Fällen gilt: Eine medizinische Erstversorgung innerhalb von 30 Minuten kann, abhängig von der Schwere des Krankheitsbilds, lebensentscheidend sein. Sei es, weil nur die schnelle Versorgung das Überleben sichern kann, sei es, weil nur die zügige Erstuntersuchung eine lebensgefährliche Verschlimmerung verhindern kann. Außerdem gehört es zur Daseinsvorsorge, dass die Patient*innen nicht stundenlang starke Schmerzen aushalten müssen, weil die Versorgung abgebaut wurde. Gerade in ländlichen Regionen mit ausgedünnter hausärztlicher Versorgung und Notfallversorgung braucht es für diese Fälle eine erste Anlaufstelle, in der überhaupt erst einmal eine Diagnose gestellt werden kann. Ein rund um die Uhr geöffnetes Krankenhaus mit guter Grundausstattung bietet dafür die notwendigen fachärztlichen Ressourcen: Innere Medizin, Chirurgie, Intensivmedizin und Notfallversorgung der Notfallstufe 1, idealerweise außerdem Gynäkologie und Geburtshilfe. Nach Feststellung der Diagnose und Erstversorgung kann bei Bedarf ein Weitertransport in ein spezialisiertes Krankenhaus veranlasst werden.

Viele akute medizinische Vorfälle sind weder plan- noch vorhersehbar, daher muss eine Versorgung rund um die Uhr gewährleistet sein. Keine ambulante Einrichtung und kein ärztlicher Bereitschaftsdienst kann das leisten. Beide sind zwar sinnvolle ergänzende Angebote zum wohnortnahen Krankenhaus, können es aber nicht ersetzen. Die Regelung des G-BA, dass wohnortnahe Krankenhäuser innerhalb von 30 Minuten mit dem Auto erreichbar sein sollen, ist daher gerechtfertigt. Aber sie reicht nicht aus. Es muss auch funktionierende Rettungsdienste geben, die die Patient*innen im Notfall rechtzeitig ins Krankenhaus bringen. Denn in Situationen wie beispielsweise einem Herzinfarkt oder Schlaganfall ist genau genommen nicht die Transportzeit, sondern die Prähospitalzeit – die Dauer vom Beginn der Symptome bis zum Eintreffen in der behandelnden Klinik – entscheidend. Die Leitlinien der entsprechenden medizinischen Fachgesellschaft legen fest, wie schnell nach Eintreten der Symp-

tome eine invasive Behandlung erfolgen muss, weil sie sonst keinen Erfolg mehr haben kann, Stichwörter: «time is muscle» und «time is brain». In vielen ländlichen Regionen können diese Leitlinien bereits jetzt nicht mehr eingehalten werden, weil Krankenhäuser geschlossen wurden und die Rettungsdienste nicht ausgebaut wurden.

Außerdem lässt die Verengung auf Pkw-Fahrzeitminuten außer Acht, dass viele Menschen kein Auto fahren – sei es aus finanziellen, gesundheitlichen oder anderen Gründen. Für diese Menschen bedeutet Wohnortnähe, dass das Krankenhaus gut an den öffentlichen Nahverkehr angebunden sein muss und dass es Mobilitätsangebote gibt, die auch außerhalb der üblichen Tageszeiten zur Verfügung stehen. Wohnortnähe ist nicht nur im Notfall potenziell lebensrettend, sondern verbessert die Gesundheitsversorgung auch dadurch, dass regelmäßige Untersuchungen niedrigschwellig durchgeführt werden können und ein persönliches Verhältnis zwischen Personal und Patient*innen gefördert wird. Menschen, die eine längere Zeit im Krankenhaus liegen, können zudem unkomplizierter von Angehörigen besucht werden – das hilft bei der Genesung.

In der Debatte um die Krankenhausschließungen wird gegenüber Kritiker*innen des Kahlschlags immer wieder behauptet, dass ambulante Einrichtungen – wie zum Beispiel Medizinische Versorgungszentren (MVZ, siehe Glossar) – in Kombination mit Schwerpunktkrankenhäusern in weiterer Entfernung die wohnortnahen Allgemeinkrankenhäuser ersetzen könnten. Ambulantisierung gilt als Zukunftsmodell für die Krankenhäuser. Eine engere Verzahnung von ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung wäre in der Tat eine Verbesserung – dafür müssten die bedarfsnotwendigen Krankenhäuser vor Ort aber erhalten bleiben und dürften nicht geschlossen werden. Der einseitige Fokus auf Ambulantisierung blendet zudem aus, dass diese in vielen Fällen nicht ausreichend ist, um eine fachgerechte medizinische Versorgung sicherzustellen.[48] Schließlich ist der ambulante Sektor maßgeblich durch private Akteure geprägt und unterliegt weiterer Privatisierung. In den letzten Jahren dringt Private-Equity-Kapital verstärkt in den MVZ-Bereich ein. Häufig werden dazu öffentliche Krankenhäuser aufgekauft, um in den Besitz einer MVZ-Trägergesellschaft zu gelangen.[49]

Die nachfolgend zusammengestellten Beispiele illustrieren, wann ein wohnortnahes Krankenhaus unabdingbar ist. Mit Wohnortnähe ist hier keine fixe Kilometerzahl gemeint, sondern die tatsächliche Erreichbarkeit, also: für die Menschen binnen maximal 30 Minuten erreichbar, sei es im eigenen Fahrzeug, sei es mit dem Rettungswagen. Die Fälle «Geburt» und «Sepsis» haben sich so zugetragen, die anderen Beispiele sind fiktiv, wurden aber mithilfe von ärztlicher Expertise und auf der Grundlage echter Notfälle entwickelt.

48 Zudem verbinden sich mit dem Ruf nach Ambulantisierung auch die Interessen einer Reihe von privaten Akteuren, siehe dazu Kapitel 4. **49** Li, Aurora/ Zöllner, Uwe/Peters, Michael: Private-Equity-Beteiligungen an Arztpraxen in Deutschland. Profite vor Patientenwohl, Finanzwende Recherche, Mai 2023, www.finanzwende-recherche.de/unsere-themen/private-equity-beteiligungen-an-arztpraxen/; ver.di: Versorgungszentren als Profitquelle, 28.8.2021, https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/mein-arbeitsplatz/mvz/++co++4c913c64-8c1b-11e7-8dc4-525400940f89

NUR 19 PROZENT ALLER NOTFALLVERSORGUNGS-STANDORTE WERDEN VON PRIVATEN KLINIKKONZERNEN BETRIEBEN, OBWOHL IHR ANTEIL AN DEN KRANKENHAUSSTANDORTEN INSGESAMT BEI EINEM DRITTEL LIEGT.

Geburt

17. Januar 2022, Eckernförde. Bei einer schwangeren Frau setzen die Wehen ein – es ist ihre erste Geburt. Sie telefoniert mit dem Krankenhaus und fährt zur empfohlenen Zeit in die Geburtsklinik. Die Geburtsabteilung in Eckernförde wurde geschlossen, der nächste Kreißsaal ist weiter entfernt. Das Baby hat es plötzlich eilig, und die werdenden Eltern müssen auf dem Parkplatz eines Baumarktes anhalten. Ein Rettungswagen eilt herbei, in dem das Kind dann zur Welt kommt. Seit dieser ersten Parkplatzgeburt haben dort mittlerweile drei weitere Geburten aufgrund der geschlossenen Geburtsabteilung stattgefunden.

Ein wohnortnahes Krankenhaus ist unabdingbar. Ein Rettungswagen ist kein Kreißsaal, die Schließungen gefährden das Leben von Gebärenden und Kindern.

Krankenhausschließer*innen argumentieren, dass Geburtsstationen an großen Kliniken konzentriert werden sollten, weil sie über eine Frühgeborenenstation verfügen. Aber bei Geburten geht es manchmal schnell, weshalb ein Kreißsaal in der Nähe unabdingbar ist. Davon gibt es aber immer weniger, weil Geburten im Fallpauschalensystem unterfinanziert sind.

Wunde mit Sepsisgefahr

2019, Breisach. Eine Frau wird mitten in der Woche von einem Hund gebissen, der Hausarzt versorgt die Wunde. Am Sonntagnachmittag beginnt die Hand, stark anzuschwellen. Sicherheitshalber entscheidet sich die Frau, ins örtliche Krankenhaus zu gehen, das damals noch nicht geschlossen war. Der diensthabende Chirurg schaut sich die Hand an: Die Wunde ist bereits voller Eiter, die Muskeln sind zum Teil schon angegriffen und es besteht Sepsisgefahr. Er ordnet sofort eine Operation an und rettet damit nicht nur ihre Hand, sondern womöglich ihr Leben. Wenn es kein Krankenhaus vor Ort gegeben hätte, wäre die Frau wahrscheinlich erst am nächsten Tag zum Hausarzt gegangen. Das wäre zu spät gewesen.

Ein wohnortnahes Krankenhaus ist unabdingbar. Fällt es weg, besteht die Gefahr, dass Erkrankungen zu spät erkannt werden und zu spät gehandelt wird.

Krankenhausschließer*innen argumentieren, dass Pkw-Fahrzeiten von bis zu 40 Minuten vertretbar seien. Wie steht es aber um Bürger*innen, die auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind? Wenn das Krankenhaus zu weit entfernt ist, nehmen die Menschen die Fahrt eventuell nicht auf sich, sondern warten ab. Aus kleineren Beschwerden können sich dann schwerwiegende Probleme entwickeln. Die Schließungen gehen auch auf Kosten dieser Patient*innen.

Blinddarmentzündung
Ein Patient auf dem Land kommt in die Hausarztpraxis. Er hat heftige Bauchschmerzen. Es besteht dringender Verdacht auf Blinddarmentzündung. Er muss in ein Krankenhaus mit Allgemeinchirurgie gebracht werden. Der Weg dahin ist weit, unterwegs platzt der Appendix am Blinddarm, es muss schnell gehandelt werden.

Ein wohnortnahes Krankenhaus ist unabdingbar. Fällt es weg, verschlimmert das die Lage der Patient*innen.

Krankenhausschließer*innen argumentieren, dass längere Fahrzeiten durch höhere Qualität ausgeglichen würden. Aber auch in kleinen Krankenhäusern ist die Qualität bei Standardoperationen nachweislich hoch. Wenn schnell gehandelt werden muss, hilft in einer solchen Situation das wohnortnahe Krankenhaus mehr als der weit entfernte Maximalversorger.

Innere Organverletzung
Ein Fahrradfahrer stürzt und rammt sich dabei den Lenkergriff gegen den Bauch. Er verspürt heftige Schmerzen und geht zur Hausärztin. Sie vermutet eine innere Organverletzung von Niere oder Milz. Wegen des Verdachts auf eine akute Organblutung muss der Patient sofort ins Krankenhaus. Die örtliche Klinik wurde geschlossen. Während des Transports in das über 30 Minuten entfernte Zentralkrankenhaus fällt der Patient wegen eines inneren Blutungsschocks in Ohnmacht.

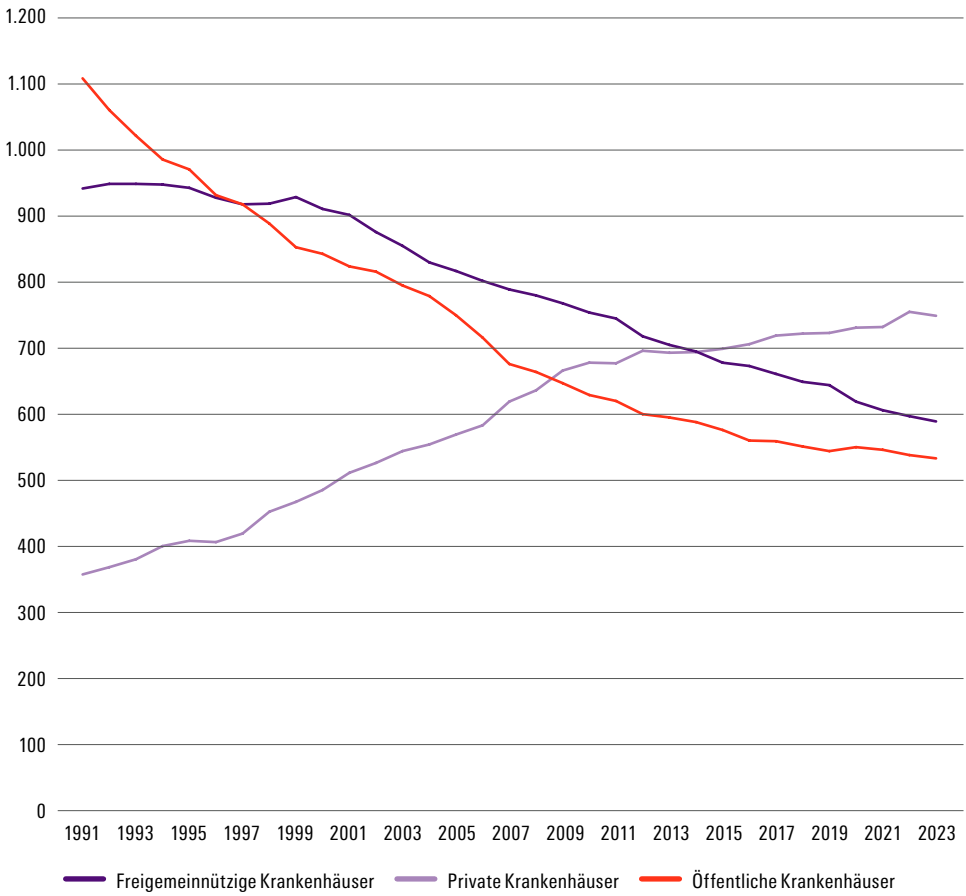
Ein wohnortnahes Krankenhaus ist unabdingbar. Ein weiter entferntes Zentralkrankenhaus hilft bei Zeitdruck nicht weiter.

Krankenhausschließer*innen argumentieren, dass Zentralklinikneubauten die Qualität verbessern würden. Aber die teuren Neubauten auf der grünen Wiese, die mehrere vorhandene Kliniken ersetzen, sind häufig schlecht angebunden. Das verlängert die Fahrzeiten und damit auch die Zeit bis zur rettenden Behandlung.

Herzinfarkt
Eine Patientin kommt mit Schmerzen in Rücken und Brust in die Hausarztpraxis. Das Elektrokardiogramm zeigt, dass ein Herzinfarkt nicht ausgeschlossen werden kann. Die Patientin muss ins Krankenhaus, aber das nächstgelegene ist geschlossen worden. Sie wird daher in die weiter entfernt gelegene Spezialklinik gefahren. Während der Fahrt erleidet sie einen Herzstillstand.

Ein wohnortnahes Krankenhaus ist unabdingbar. Wenn die Rettungszeit aufgrund der Fahrt ins nächste größere Krankenhaus zu lange dauert, hilft alle Spezialisierung nicht weiter.

Abbildung 4: Krankenhäuser nach Trägern (1991–2023)



Quelle: Destatis: Grunddaten der Krankenhäuser, Bettenausstattung nach Ländern 1991–2023

Krankenhausschließer*innen argumentieren, dass kleine Krankenhäuser Herzinfarkte nicht gut behandeln können. Aber bei Herzinfarkten ist die schnelle Erstversorgung lebensentscheidend. Auch wenn für die Behandlung manchmal Spezialabteilungen mit besonderer Ausstattung benötigt werden, gilt: ohne Erstversorgung in der Notaufnahme oder auf der Intensivstation keine Lebensrettung. Ambulanten Einrichtungen fehlt die Ausstattung für eskalierende Krankheitsverläufe. Ambulanter Ersatz kann hier nicht helfen.

WÄHREND DIE ANZAHL DER ÖFFENTLICHEN UND FREIGEMEINNÜTZIGEN KRANKENHÄUSER IN DEN LETZTEN 35 JAHREN GESUNKEN IST, IST DIE DER PRIVATEN KRANKENHÄUSER DEUTLICH ANGESTIEGEN.

Kopfverletzung
Nachts stürzt eine Frau zu Hause die Treppe hinab und fällt auf Schulter und Kopf. Das örtliche Krankenhaus ist geschlossen, das neue Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) öffnet erst wieder am nächsten Tag. Die Patientin wartet daher bis zum Morgen, um ihre Hausärztin zu kontaktieren. Am frühen Morgen fällt sie ins Koma.

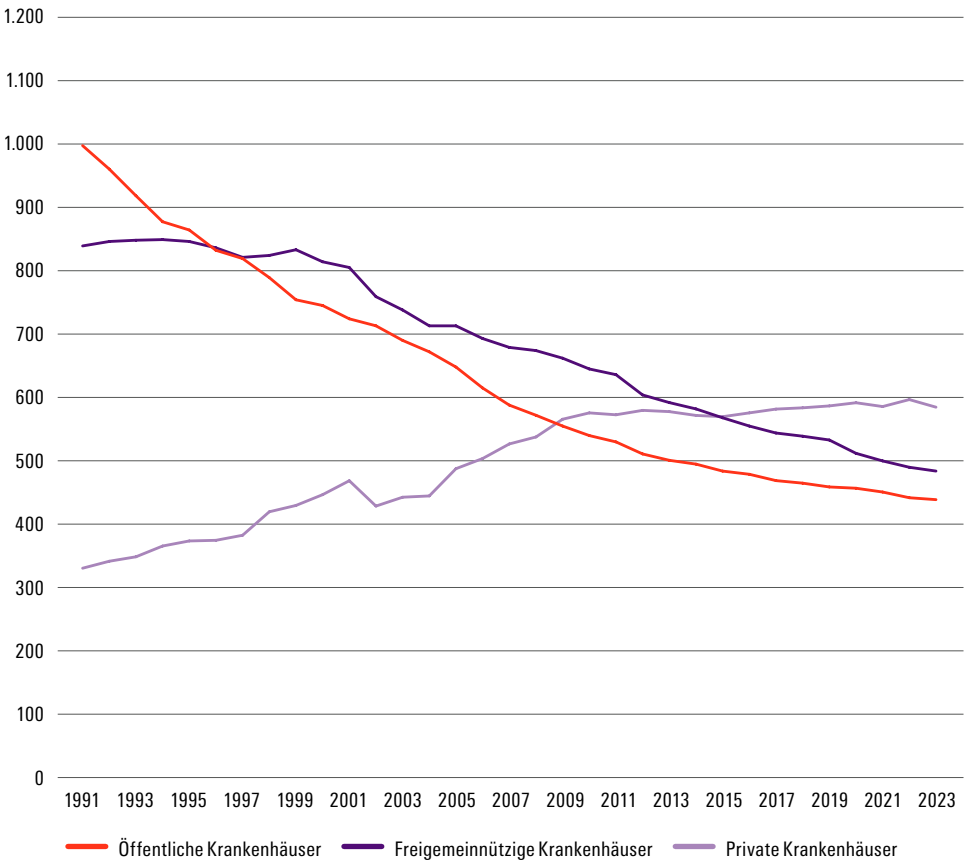
Ein wohnortnahes Krankenhaus ist unabdingbar. Ein MVZ reicht wegen der begrenzten Öffnungszeiten nicht aus.

Krankenhausschließer*innen argumentieren, dass die entstehenden Versorgungslücken durch MVZ oder andere ambulante Strukturen ausgeglichen werden können. Aber diese stehen nicht rund um die Uhr zur Verfügung und bieten oft nicht die erforderliche Diagnostik per Computer- oder Magnetresonanztomografie (CT oder MRT). Hinzu kommt: Wenn das Krankenhaus schließt, gehen damit auch lange aufgebaute, vertrauensvolle Beziehungen verloren. Viele Menschen entscheiden sich dann, bei Problemen erst einmal abzuwarten. Das kann tödlich enden.

1.3 DIE PRIVATISIERUNG DER KRANKENHAUSLANDSCHAFT

Die Ausdünnung der Krankenhauslandschaft ist Teil eines Privatisierungsgeschehens. Schrittweise wurden die Krankenhäuser nach dem Bild konkurrierender Unternehmen umgeformt, die Profite machen müssen und medizinische Versorgung als Ware anbieten. Anstatt die Krankenhausplanung an Bedarfen aus-

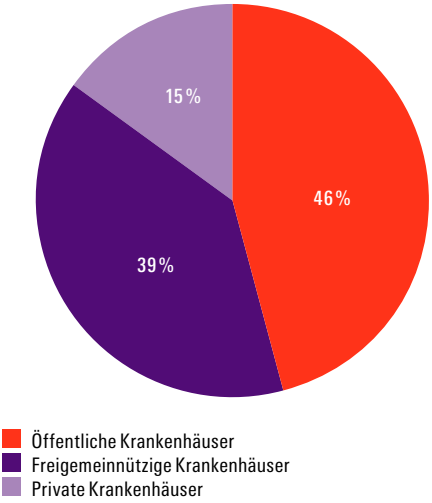
Abbildung 5: Allgemeinkrankenhäuser nach Trägern (1991–2023)



Quelle: Destatis: Grunddaten der Krankenhäuser, 1991–2023, Krankenhäuser nach Krankenhaustypen

zurichten, zielten diverse neoliberale Reformen darauf ab, die Entwicklung der Krankenhauslandschaft einem Verdrängungswettbewerb der Häuser untereinander zu überlassen. Das nutzte privaten Trägern, die zu großen Krankenhauskonzernen anwuchsen (siehe Kapitel 2). Während die Anzahl der öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser in den letzten 35 Jahren gesunken ist, ist die der privaten Krankenhäuser signifikant angestiegen. Mit fast 400 zusätzlichen Privatkrankenhäusern hat sie sich mehr als verdoppelt: von 358 privaten Krankenhäusern im Jahr 1991 auf 750 im Jahr 2023 (siehe Abbildung 4). Auch bei den Allgemeinkran-

Abbildung 6: Krankenhausträger (1991)



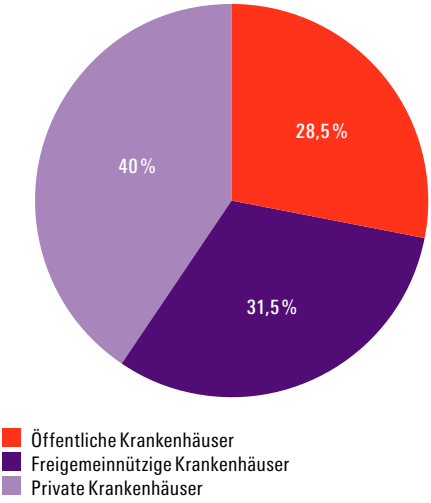
Quelle: Destatis: Grunddaten der Krankenhäuser 2023, 23111-04: Krankenhäuser und Betten nach Trägerschaft, 1991–2023

kenhäusern stieg die Anzahl der privaten Häuser im selben Zeitraum von 330 auf 584 (siehe Abbildung 5). Die neuen privaten Krankenhäuser haben die verlorenen öffentlichen Einrichtungen zahlenmäßig nicht ersetzt, sodass die Gesamtzahl der Krankenhäuser gesunken ist.

Das Verhältnis der unterschiedlichen Träger hat sich im Laufe der rund drei Jahrzehnte also entschieden gewandelt. Im Jahr 1991 machten öffentliche und freigemeinnützige Träger mit zusammen 85 Prozent noch den Löwenanteil der Krankenhäuser aus, während private Träger nur 15 Prozent der Häuser betrieben. Heute ist der Anteil der öffentlichen Träger im Krankenhausbereich wesentlich kleiner, sie betreiben weniger als ein Drittel der Krankenhäuser, die freigemeinnützigen nur wenig mehr. Zahlenmäßig sind private Krankenhauskonzerne, denen inzwischen 40 Prozent der Krankenhäuser gehören,

DER ABBAU UND DIE PRIVATISIERUNG DER KRANKENHAUSLANDSCHAFT SIND ZWEI SEITEN DERSELBEN MEDAILLE.

Abbildung 7: Krankenhausträger (2023)



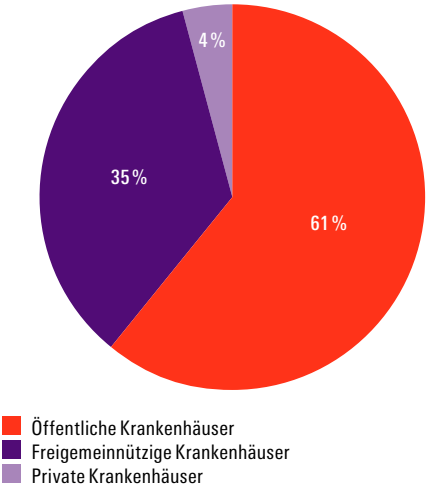
Quelle: Destatis: Grunddaten der Krankenhäuser 2023, 23111-04: Krankenhäuser und Betten nach Trägerschaft, 1991–2023

mittlerweile der dominante Player in der Krankenhausversorgung.

Bei den Betten sieht die Verteilung etwas anders aus, da öffentliche Träger mit 47 Prozent immer noch knapp die Hälfte der Betten bereitstellen, gegenüber 19 Prozent bei den privaten und 34 Prozent bei den freigemeinnützigen Trägern (siehe Abbildungen 8 + 9). Das hat damit zu tun, dass die allermeisten größeren Krankenhäuser und alle bis auf zwei Universitätskliniken in öffentlicher Hand sind. Auch hier hat jedoch eine Verschiebung stattgefunden: So lag der Anteil der Betten privater Krankenhäuser 1991 noch bei lediglich vier Prozent.

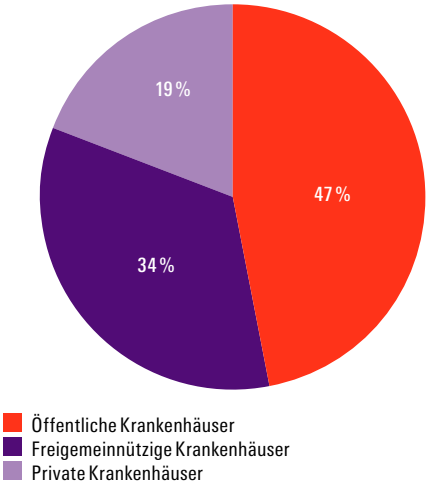
Der Abbau und die Privatisierung der Krankenhauslandschaft sind zwei Seiten derselben Medaille. Sie sind die Konsequenzen einer jahrzehntelangen Krankenhauspolitik, die auf eine Umgestaltung dieses Da-

Abbildung 8: Betten nach Trägern 1991



Quelle: Destatis: Grunddaten der Krankenhäuser, 1991, Bettenausstattung nach Krankenhaustypen, S. 24–25

Abbildung 9: Betten nach Trägern 2023



Quelle: Destatis: Grunddaten der Krankenhäuser, 2023, 23111-05: Bettenausstattung nach Krankenhaustypen

seinsvorsorgebereichs zugunsten von Konzernen abzielt. Da die Gewinnorientierung und nicht das Gemeinwohl der leitende Grundsatz der privaten Akteure ist, verschlechtern sich durch die Privatisierung sowohl die Versorgung der Bevölkerung, vor allem in der Fläche, als auch die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten. Gleichzeitig steigen die Kosten für die Versorgung, weil Gewinne aus dem Betrieb nicht vollständig in die Krankenhäuser reinvestiert werden, sondern als Renditen abfließen (siehe dazu ausführlicher Kapitel 2). Es gibt zahlreiche Beispiele für Kliniken, die trotz Versorgungsauftrag, Sicherstellungszuschlägen oder ausgezahlter Förderungen geschlossen wurden. Eines davon ist das Krankenhaus in Melsungen im Schwalm-Eder-Kreis in Nordhessen (siehe Beispiel-Box 2).

BEISPIEL-BOX 2

PRIVATISIERUNG, FALSCHE VERSPRECHEN UND SCHLIESSUNG: DAS KRANKENHAUS IN MELSUNGEN

In Melsungen machte der Krankenhauskonzern Asklepios der Bevölkerung nach der Privatisierung des örtlichen Krankenhauses mit anspruchsvollen Plänen große Hoffnungen. Heute gibt es dort – entgegen allen Versprechen, Verträgen und bereits gezahlten staatlichen Zuschüssen – gar kein Krankenhaus mehr.

Für einen Euro kaufte der Asklepios-Konzern im Jahr 2006 die kreiseigenen Krankenhäuser in Melsungen, Homberg und Schwalmstadt. Als Zugabe erhielt der Konzern 15 Millionen Euro Zuschuss vom Schwalm-Eder-Kreis.[50] Im Jahr 2013 kündigte das Unternehmen einen Neubau des Krankenhauses Melsungen an, der neben dem alten Klinikstandort entstehen sollte. Die hessische Landesregierung unter Ministerpräsident Volker Bouffier (CDU) stellte dafür 15 Millionen Euro Fördermittel bereit.[51] Wie der Kreisbeigeordnete Dr. Jürgen Kaufmann herausfand, hatte Asklepios aber gar kein Interesse an einem Neubau. Anfang 2018 beauftragte der Konzern das landeseigene Beratungsunternehmen Hessen Agentur, ein Szenario für eine mögliche Schließung der chirurgischen Abteilung am Klinikum Melsungen zu erarbeiten.[52] Die Erstellung der Studie wurde vom hessischen Sozialministerium genehmigt und das Ergebnis, wonach die Chirurgie in Melsungen entbehrlich sei, lag dem hessischen Sozialministerium bereits am 11. September 2018 vor. «Dennoch hat Asklepios weiter behauptet – und sogar damit geworben – den Neubau wie geplant zu errichten. Da mutet es schon sehr bizarr an, dass dann – am 4.10.2018 – im Beisein von Ministerpräsident Bouffier der Grundstein für einen Neubau gelegt wurde» – so Dr. Jürgen Kaufmann in seinem Bericht für den Kreisausschuss.[53] Zudem beantragte der Konzern eine weitere Förderung beim Land, die jedoch abgelehnt wurde.[54]

In den nachfolgenden Jahren baute Asklepios das Leistungsspektrum des Melsunger Krankenhauses sukzessive ab und schloss schließlich Anfang 2023 das Krankenhaus und die stationäre Notfallversorgung endgültig. Geblieben ist nur noch eine psychiatrische Ambulanz und eine psychiatrische Tagesklinik, die beide seit 2012 vom privaten Träger Vitos Klini-

50 Schmidt, Katja: Privatisiert und geschlossen, Frankfurter Rundschau, 2.2.2019, www.fr.de/politik/spd-org26325/privatisiert-geschlossen-11677067.html **51** Klein, Uli: Land fördert Klinikneubau mit 15 Millionen Euro, 1.5.2016, www.asklepios.com/presse/presse-mitteilungen/melsungen/klinikneubau~ref=-f62942a5-b9c2-44da-b9fe-3c9a2e56d1d6~ **52** Auszug aus der Niederschrift über die Sitzung des Kreistags Schwalm-Eder am 21.9.2020, https://sessionnet.owl-it.de/schwalm-eder-kreis/bi/si0050.asp?smcred=20&__ksinr=5804 **53** Ebd. **54** Ebd.

kum Kurhessen betrieben werden.[55] Eine Klage des Landkreises gegen Asklepios wegen nicht erbrachter Leistungen wurde fallengelassen, da 15 Jahre nach dem Verkauf der Schwalm-Eder-Kliniken kaum Anspruch auf Erfüllung der 2006 vertraglich zugesicherten Leistungen bestand. Im Jahr 2023 kaufte die Stadt Melsungen dem Asklepios-Konzern das alte Klinikgebäude ab. Auf dem Gelände gegenüber soll ein neues sogenanntes Intersektorales Gesundheitszentrum (IGZ) errichtet werden. Die Pläne für das IGZ hängen aber immer noch in der Schwebe.[56]

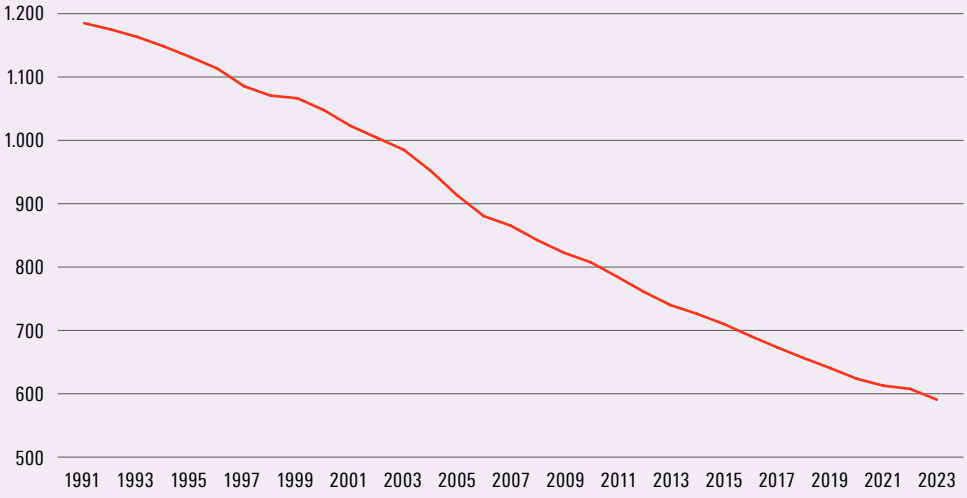
55 Dewert, Damai: Asklepios schließt Klinik in Melsungen: Patienten müssen künftig nach Schwalmstadt, HNA, 15.12.2022, www.hna.de/lokales/melsungen/melsungen-ort45520/asklepios-schliesst-klinik-melsungen-patientenversorgung-ab-januar-in-schwalmstadt-91977169.html **56** Ruge, Marcel: Nach Klinik-Schließung in Melsungen. Warten, bis der Arzt kommt, Hessenschau, 5.7.2025, www.hessenschau.de/gesellschaft/nach-klinik-schliessung-in-melsungen-medizinische-versorgung-ungewiss-v1,klinikum-melsungen-100.html

EXKURS 1: PRIVATISIERUNG UND ABBAU DER VERSORGUNG: DAS BEISPIEL DER GEBURTSHILFE

Die Entwicklungen im Bereich der Geburtshilfe illustrieren, dass der Privatisierungsprozess vor allem auf Kosten der Grundversorgung stattfindet. Private Träger scheuen medizinische Bereiche, in denen es schwieriger ist, Behandlungen zu planen und fließbandmäßig abzufertigen. Ein solcher Bereich ist die Geburtshilfe. Hier ist der Versorgungskahlschlag daher noch dramatischer als bei den Krankenhäusern insgesamt (siehe Abbildung 10). 1991 boten fast die Hälfte aller Krankenhäuser eine Geburtshilfe an, 2023 waren es weniger als ein Drittel. Die Zahl der Kreißsäle halbierte sich im selben Zeitraum, sodass die Wege zur nächsten Geburtshilfe für Schwangere immer weiter werden. Zwar schwankt die Zahl der Frauen, die entbinden, von Jahr zu Jahr und ging zwischen 1991 und 2011 tatsächlich kontinuierlich zurück. Ab 2011 ist sie aber wieder angestiegen und befindet sich seit 2016 wieder auf demselben Niveau wie in den 1990er-Jahren.

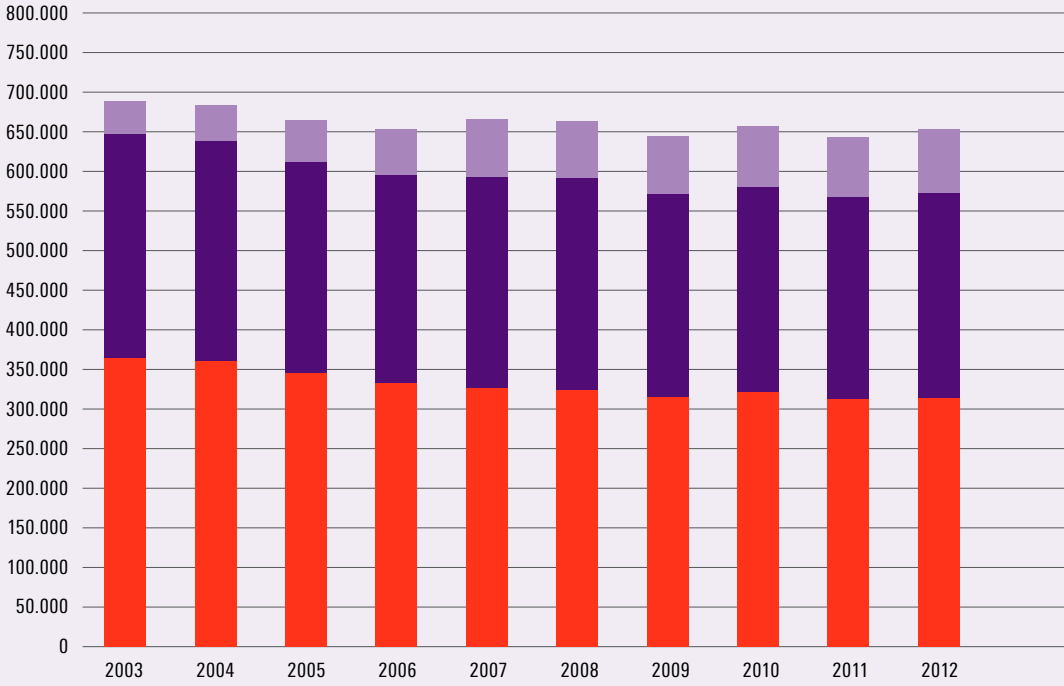
Der Beitrag, den private Krankenhäuser zur Geburtshilfe leisten, ist gering (siehe Abbildung 11). Obwohl sich die Anzahl privater Krankenhäuser verdoppelt hat, werden die meisten Geburten nach wie vor in öffentlichen Krankenhäusern betreut. Private Trä-

Abbildung 10: Krankenhäuser mit Entbindung (1991–2023)



Quelle: Destatis: Grunddaten der Krankenhäuser, Entbindungen und Geburten im Krankenhaus, nach Krankenhaustypen und Ländern, 1991–2023

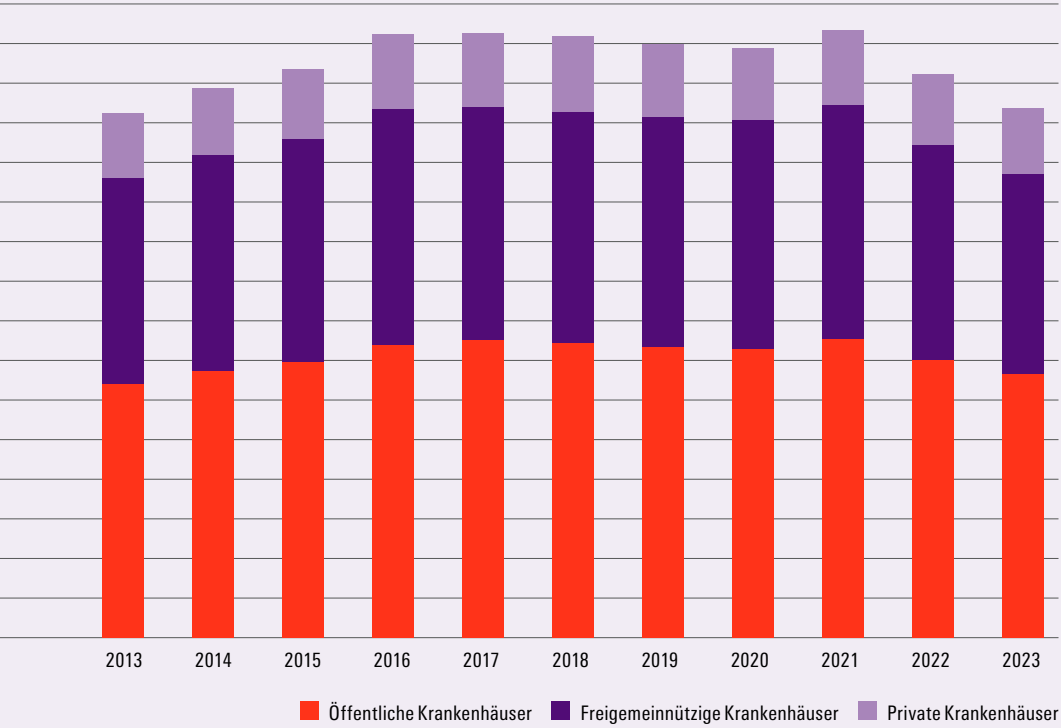
Abbildung 11: Entbindungen nach Trägern (1991–2023)



Quelle: Destatis: Grunddaten der Krankenhäuser, Entbindungen und Geburten im Krankenhaus, nach Krankenhaustypen und Ländern, 1991–2023

ger betreiben mittlerweile 40 Prozent der Krankenhäuser, versorgen aber seit Jahren relativ konstant nur 12 Prozent der Entbindungen.

Die Schließungen im Bereich der Geburtshilfe haben nicht nur für die Geburt selbst Konsequenzen, sondern auch für die medizinische Betreuung und die Untersuchungen im Vorfeld der Geburt, die dadurch mühsamer und zeitaufwendiger werden. Aus der Perspektive der Geschlechtergerechtigkeit und der Geburtenförderung ist das ein Rückschritt. Angesichts dieser Entwicklung überrascht es nicht, dass die Anzahl der Kaiserschnitte in den vergangenen 30 Jahren nach oben geschnellt ist (siehe Abbildung 12). Ein weiterer Weg zum Kreißsaal erhöht den Druck auf die Betroffenen, das Kind zu einem vorher geplanten Termin, der vor dem errechneten Termin einer natürlichen Geburt liegt, per Kaiserschnitt zur Welt zu bringen. Hinzu kommt der Anreiz für die Kliniken, dass der Personaleinsatz bei einem Kaiserschnitt optimiert werden kann und ein Kaiserschnitt

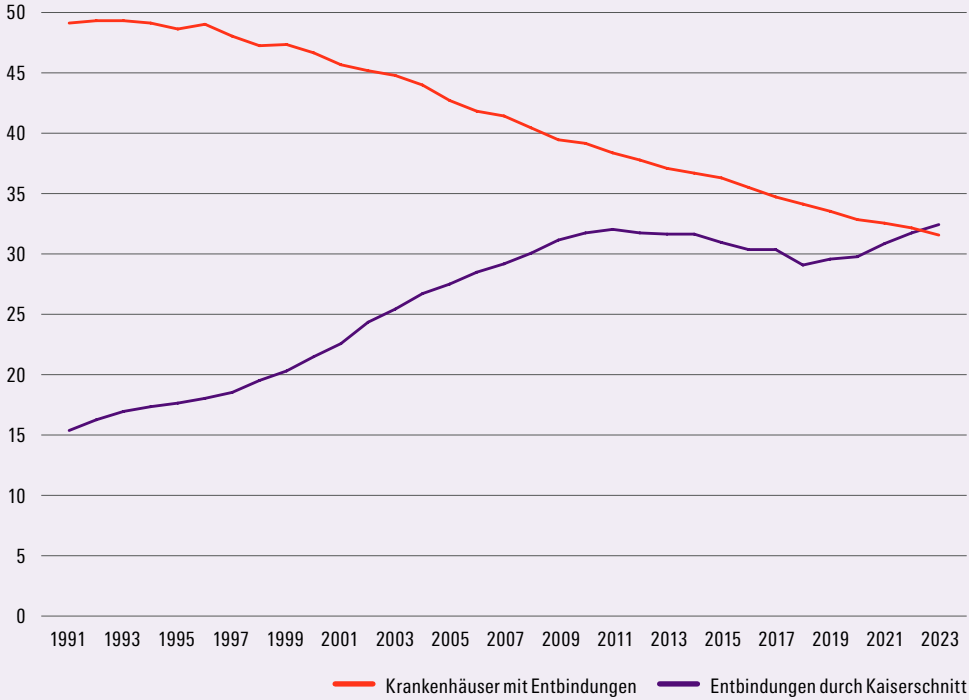


für das Krankenhaus im aktuellen Finanzierungsmodell wesentlich lohnenswerter ist als die vaginale Geburt.[57]

In der Klinik Kösching kann man diese Entwicklung sehr gut nachvollziehen. In der dortigen Geburtsabteilung werden seit Juni 2025 nur noch Kaiserschnitte mit einer vorherigen Terminvereinbarung und keine natürlichen Geburten mehr angeboten. Für werdende Mütter, die eine natürliche Geburt bevorzugen, fällt die Versorgung weg, Frauen werden regelrecht zu einem Kaiserschnitt gedrängt. Hinzu kommt, dass für sie aufgrund der weiteren Entfernungen das Risiko für eine komplikationsreiche Geburt steigt – auch das erhöht die Wahrscheinlichkeit eines Kaiserschnitts.[58]

57 Vgl. dazu ausführlicher Sorge, Tina: Ökonomisierung des Gesundheitssystems und Auswirkungen auf die Geburtshilfe, in: Dück, Julia/Garscha, Julia (Hrsg.): Aus Sorge kämpfen. Von Krankenhausstreiks, Sicherheit von Patient*innen und guter Geburt, hrsg. von der Rosa-Luxemburg-Stiftung, luxemburg beiträge 9, Berlin 2022, www.rosalux.de/publikation/id/45949 **58** Olivares, Daniela/Menner, Sophie: Weniger Geburtshilfe: Was heißt das für die Schwangeren?, BR24, 18.6.2025, www.br.de/nachrichten/bayern/weniger-geburtshilfe-was-heisst-das-fuer-die-schwangeren,UnEtMy6

Abbildung 12: Kaiserschnitte und Geburtshilfestationen in Prozent (1991–2023)



Quelle: Destatis: Grunddaten der Krankenhäuser, Entbindungen und Geburten im Krankenhaus, nach Krankenhaustypen und Ländern, 1991–2023

Trotz des bereits erfolgten radikalen Abbaus findet politisch kein Umdenken statt. Die 2024 verabschiedete Krankenhausreform wird mithilfe der neu eingeführten Leistungsgruppen weitere Zentralisierungen erzwingen, sodass sich auch die Zahl der Geburtskliniken weiter verringern wird. Die im sogenannten Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vorgesehene Förderung durch Sicherstellungszuschläge ist zwar richtig, kann aber nur denjenigen Kliniken helfen, die überhaupt erhalten bleiben (ausführlicher zum KHVVG siehe Kapitel 2).

Dass ein weiterer Konzentrationsprozess auch in diesem Bereich erwünscht ist, zeigt eine Stellungnahme zur geburtshilflichen Versorgung, die die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung im November 2024 vorgelegt hat.[59] Laut dieser Stellungnahme sollen Geburten auf Häuser mit mindestens 500 oder mehr Geburten und mit

Spezialabteilungen für geburtshilfliche und pädiatrische Notfälle konzentriert werden. Die für die meisten Geburten wichtige zeit- und wohnortnahe Versorgung würde damit noch weiter erschwert, sodass die Gefahr, dass die Verzögerung und damit gegebenenfalls die fehlende medizinische Unterstützung zu Komplikationen und damit zu negativen gesundheitlichen Folgen für die Mütter und ihre Kinder führen, steigt.

Der Hebammenverband Schleswig-Holstein kritisiert, dass in dieser Stellungnahme «ein tragfähiges Konzept für die geburtshilfliche Versorgung in der Fläche fehlt […]. Schwangere benötigen zuallererst ein wohnortnahes, sowohl ambulantes als auch klinisches Versorgungsnetz 24/7. Dieses essenzielle, niedrigschwellige Angebot soll zugunsten des Ausbaus der Perinatalmedizin abgeschafft werden, was eine massive Verschlechterung der Notfallversorgung für Schwangere und Gebärende in der Fläche zur Folge hätte.»[60] Der Hebammenverband beanstandet außerdem, dass Schwangerschaft und Geburt mit diesem Konzept pathologisiert werden. «Schwangerschaft und Geburt [stellen] in den meisten Fällen gesunde Lebensphasen dar[…], die nicht zwangsläufig einer hochspezialisierten medizinischen Umgebung bedürfen, sondern einer wohnortnahen Versorgung mit guten Verlegungskonzepten.»[61]

Eine weitere Maßnahme zur Zentralisierung der Geburtshilfe stellt der Beschluss des G-BA dar, demzufolge ab 2024 die Mindestmenge für die Behandlung von Frühgeborenen mit einem Gewicht unter 1.250 Gramm von 20 auf 25 Fälle pro Jahr festgelegt wurde.[62] Die Regierungskommission mutmaßt in ihrer Stellungnahme zur Geburtshilfe, dass etwa ein Viertel der bisherigen Perinatalzentren des Levels 1 diese erhöhten Mengen innerhalb der Übergangsfrist von drei Jahren nicht erreichen. Das wiederum würde «positiv dazu beitragen», eine Zentralisierung herbeizuführen.[63] Eine solche Herabstufung der bisherigen Perinatalzentren des Level 1 zu Level 2 würde zur Folge haben, dass es bei ähnlich bleibender Strukturanforderung weniger Förderung gibt.[64]

Neben ihrem Zentralisierungsvorschlag macht die Kommission aber keine Finanzierungsvorschläge für die verbleibende, reduzierte Versorgung. Das zeigt, dass es der Kommission vor allem um Schließungen geht, die mithilfe der Sparmaßnahmen erreicht werden sollen.

59 Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Zwölfte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Zukunftsfähige flächendeckende geburtshilfliche Versorgung, 14.11.2024, S. 3, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Regierungskommission_12te_Zukunftsfaehige_Versorgung.pdf **60** Deutscher Hebammenverband: An den Problemen in der Geburtshilfe vorbei gedacht: Gute Geburtshilfe geht anders!, Pressemitteilung, 15.11.2024, https://hebammen-sh.de/zukunftsfaehige-flaechendeckende-geburtshilfe-zwoelfte-stellungnahme-und-empfehlung-der-regierungskommision-veroeffentlicht/ **61** Ebd. **62** G-BA: Mindestmengen schützen Patientinnen und Patienten!, Pressemitteilung, 16.8.2023, www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1125/ **63** Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Zwölfte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Zukunftsfähige flächendeckende geburtshilfliche Versorgung, 14.11.2024, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Regierungskommission_12te_Zukunftsfaehige_Versorgung.pdf **64** «Voraussetzung ist dabei auch eine dauerhafte Sicherung der Finanzierung der Level-II-Zentren, die die gleichen Strukturvorgaben wie Level-I-Zentren vorhalten müssen, bei jedoch geringeren Erlösen. Die dauerhafte finanzielle Sicherung der pädiatrischen Abteilungen wiederum ist entscheidend, damit der Anreiz entfällt, ein Level-I-Zentrum lediglich aufgrund der im Vergleich zur übrigen Pädiatrie besseren Vergütung aufrechtzuerhalten.» Ebd., S. 9.

2 DIE STRUKTURELLEN URSACHEN FÜR KAHLSCHLAG UND PRIVATISIERUNG

Das Thema «Krankenhaussterben» ist seit einigen Jahren in aller Munde. So warnte beispielsweise der ehemalige Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) mehrfach vor einem «Krankenhaussterben»[1] – er tat dies allerdings, um für seine Krankenhausreform zu werben, die selbst ein Schließungsprogramm darstellt. Damit eignete sich Lauterbach in zynischer Weise ein Schlagwort an, mit dem sich Klinikretter*innen in unzähligen Aktionen, offenen Briefen oder Mahnwachen gegen Krankenhausschließungen vor Ort gewehrt und auf die lebensgefährlichen Folgen des Kahlschlags aufmerksam gemacht haben. Die Formulierung traf einen Nerv, weil sie den bundesweit immer spürbarer werdenden Abbau der Krankenhauslandschaft auf den Punkt brachte, und wurde deshalb breit aufgegriffen.

So sehr die Bezeichnung «Krankenhaussterben» der Dramatik dieses Abbaus Rechnung trägt, im Mund der politisch Verantwortlichen dient sie einem anderen Zweck. Denn das Schlagwort gibt wenig Aufschluss über die Ursachen für den Abbau der stationären Versorgung, sondern lässt das «Sterben» eher als jeder politischen Steuerung entzogen erscheinen. Analog verhält es sich mit einer weiteren, häufig bemühten Formulierung: die des «kalten Strukturwandels» in der Krankenhauslandschaft. Diese Bezeichnung wird als Gegenbegriff zu einer planvollen Umstrukturierung verwendet, soll also ebenso die flächendeckenden Schließungen als Prozess beschreiben, der angeblich unausweichlich ist und ohne willentliches Zutun der verantwortlichen Politiker*innen oder Klinikbetreiber geschieht. Neben der Alternativlosigkeit, die dieser Begriff suggeriert, führt er dazu, dass die sozialen Folgen der Schließungen durch die technokratische Wortwahl verschleiert werden.

In der Tat gilt für die allermeisten Krankenhausschließungen in den letzten Jahren, dass «Unwirtschaftlichkeit», ein defizitärer Klinikbetrieb oder mangelnde Einnahmen als Ursache genannt werden – sei es von Klinikträgern oder von Kommunalpolitiker*innen. Was bedeutet es aber, dass der Betrieb eines Krankenhauses Verluste schreibt? Ganz einfach: Die Kosten für die Bereitstellung der medizinischen Versorgung waren höher als die Mittel, die dafür zur Verfügung gestellt wurden. Ein defizi-

1 Der Spiegel: Lauterbach warnt vor Krankenhaussterben, 23.3.2023, www.spiegel.de/politik/deutschland/karl-lauterbach-warnt-vor-krankenhaussterben-a-26ac5e45-134e-4cd3-8dbf-17222b237d70

täres Krankenhaus ist also ein unterfinanziertes Krankenhaus – eines, das zu wenig Geld für die Personal- und Sachkosten bekommt, die ihm bei der Versorgung von Patient*innen und dem Vorhalten der dafür notwendigen Ausstattung entstehen. Es ist also kein natürlicher Prozess, der zu einem «kalten Strukturwandel» führt, sondern ein bestimmtes Finanzierungsmodell.

In Deutschland ist es gesetzlich so geregelt, dass die Betriebskosten der Krankenhäuser über DRG-Fallpauschalen abgerechnet und die Investitionskosten von den Ländern finanziert werden. Diese Aufteilung nennt sich duale Finanzierung. Mit der Krankenhausreform 2024 sollen die Betriebskosten nicht mehr ausschließlich über Fallpauschalen, sondern teilweise über ein weiteres Pauschalensystem, die Vorhaltepauschalen, finanziert werden (siehe ausführlicher hierzu Kapitel 2.1). Das ändert allerdings nichts daran, dass die duale Finanzierung unzureichend ist:

Erstens decken die DRG-Fallpauschalen und die Vorhaltepauschalen nicht die tatsächlichen Betriebskosten und schaffen zudem eine Konkurrenzsituation zwischen den Häusern, die durch die neuen Vorhaltepauschalen aufrechterhalten und sogar noch verschärft wird. Zweitens kommen die Länder ihrer Verpflichtung zur Finanzierung der Investitionskosten seit Jahren nicht nach. Diese beiden Faktoren führen zu einer systematischen Unter- und Fehlfinanzierung im Krankenhausbereich, die massenhafte Krankenhausschließungen zur Folge hat. Das ist der «kalte Strukturwandel».

Befeuert wird diese Schließungsdynamik durch die zusätzlichen finanziellen Belastungen aufgrund der massiven Preissteigerungen der letzten Jahre. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) schätzt das Gesamtdefizit der Krankenhäuser für das Jahr 2024 auf 12,7 Milliarden Euro.[2] Diese Entwicklung war durchaus beabsichtigt; schon in den Diskussionen um die Einführung der DRG-Fallpauschalen wurden Bettenabbau und Krankenhausschließungen durch «Marktbereinigung» explizit als Zielsetzung genannt.[3]

DIE SYSTEMATISCHE UNTERFINANZIERUNG VOR ALLEM DER GRUNDVERSORGUNG UND DIE ERZWINGUNG EINES WETTBEWERBS UNTER DEN KRANKENHÄUSERN SIND DIE ZENTRALEN URSACHEN FÜR DAS «KRANKENHAUSSTERBEN».

2 Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft: Wie entsteht das Defizit, o. J., www.dkgev.de/dkg/presse/defizituhr/ **3** Böhm, Thomas/Gerlof, Katrin/Kaufmann, Stephan/Matthiesen, Sigrun: Finanzialisierung von Gesundheit und Pflege. 20 Jahre DRGs und Profite mit Kranken, Münster 2024, Teil 1: Die Einführung der DRGs, S. 156.

Das duale Finanzierungssystem fungiert in seiner aktuellen Form als Hebel, um die Privatisierungen im Krankenhausbereich und den damit einhergehenden Abbau der flächendeckenden stationären Grundversorgung abzusichern und zu beschleunigen. Die systematische Unterfinanzierung vor allem der Grundversorgung und die Erzwingung eines Wettbewerbs unter den Krankenhäusern sind die zentralen Ursachen für das «Krankenhaussterben». Kleine Krankenhäuser mit verhältnismäßig hohen Fixkosten für die Vorhaltung von Personal und Ausstattung werden in diesem Wettbewerb systematisch benachteiligt. Größere Kliniken und Fachkliniken, die sowohl von Skaleneffekten profitieren als auch viele der lukrativen DRG-Pauschalen abrechnen können, sind die Gewinner dieses Systems. Dass insbesondere kleine Kliniken der Grundversorgung von Schließungen betroffen sind, ist also das politisch gewollte Ergebnis dieses Prozesses.

Das folgende Kapitel gibt einen historischen Überblick, mit welchen Gesetzen und Regelungen die Ökonomisierung der Krankenhausversorgung herbeigeführt wurde. Weil über die gravierenden Mängel der Finanzierung über DRG-Fallpauschalen bereits viel geschrieben wurde[4] – ihre Abschaffung gehört zu den Kernforderungen der kämpfenden Krankenhausbeschäftigten –, liegt der Fokus im Folgenden darauf, die Rolle des Modells der Fallpauschalenfinanzierung für Privatisierung und Kahlschlag zu analysieren und deren systematische Zusammenhänge herauszustellen.

2.1 GESETZLICHE VORAUSSETZUNGEN FÜR AUSVERKAUF UND ABBAU

Die aktuelle Krankenhausreform ist der vorerst letzte Schritt in einer mehr als 40 Jahre währenden Abfolge von Reformen zur Privatisierung und Kommerzialisierung des Krankenhauswesens, die auch zu den flächendeckenden Klinikschließungen geführt haben. Zahlreiche Gesetze haben in dieser Zeit das Gesundheitswesen verändert,[5] aber die wichtigsten Umwälzungen in der Krankenhausstruktur und -finanzierung fanden im Rahmen von vier Reformen statt:

Die erste Reform erfolgte 1972 mit der Einführung der dualen Finanzierung, deren Voraussetzung die fiskalische Trennung zwischen Infrastruktur und Betrieb der Krankenhäuser war. Im Jahr 1985 folgte mit der Neufassung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die gesetzliche Erlaubnis, Gewinne aus dem Betrieb von Krankenhäusern abzuführen. Der nächste Schritt bestand in der stufenweisen Einführung der Finanzierung des Krankenhausbetriebs über DRG-Fallpauschalen ab 2004.[6] Vorangegangen war ein Jahrzehnt der

4 Wir empfehlen besonders die instruktive Broschüre von Krankenhaus statt Fabrik: Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser – Kritik und Alternativen, Maintal 2025, www.krankenhaus-statt-fabrik.de/2024/03/05/broschuere-das-fallpauschalensystem-und-die-oekonomisierung-der-krankenhaeuser/ **5** Für eine ausführliche Darstellung und Analyse der gesetzlichen Weichenstellungen im Krankenhausbereich vgl. Böhm, Thomas/Gerlof, Katrin/Kaufmann, Stephan/Matthiesen, Sigrun: Finanzialisierung von Gesundheit und Pflege. 20 Jahre DRGs und Profite mit Kranken, Münster 2024, Teil 1: Die Einführung der DRGs, S. 1–215. **6** Hontschik, Bernd: Heile und herrsche. Eine gesundheitspolitische Tragödie, Frankfurt a. M. 2022, S. 57.

Austerität, in dem die Krankenhausausgaben zunächst gedeckelt, dann sogar abgesenkt wurden. Die letzte Reform der Finanzierung und Struktur der Krankenhäuser, initiiert von Karl Lauterbach, reiht sich in die Traditionslinie der Austerität und des Verdrängungswettbewerbs zwischen den Krankenhäusern ein und befindet sich seit 2024 mit dem Beschluss des Krankenhaustransparenzgesetzes in der Umsetzung. Weitere Reformen der Notfallversorgung, aber auch der Krankenkassen, sind bereits in Planung.

1972 – Infrastruktur und Betrieb werden getrennt finanziert

Mit der Krankenhausfinanzierungsreform von 1972 führte die Regierung die duale Finanzierung der Krankenhäuser ein. Die Finanzierung von Investitionen in die Infrastruktur der Krankenhäuser (wie Modernisierung, Um- und Neubau oder Anschaffung größerer technischer Geräte) wurde in die Verantwortung von Bund und Ländern übertragen, während der Betrieb (wie etwa Gehälter und Sachkosten) wie bisher durch die Krankenkassen über die Beiträge der Versicherten getragen werden sollte.

In diesem dualen Ansatz wird gewöhnlich ein Fortschritt in der Finanzierung des Krankenhauswesens gesehen, denn durch die Einbindung von Bund und Ländern kamen dringend benötigte neue Finanzierungsquellen hinzu. Bis zu der Reform hatten die Krankenkassen Pflegesätze in Form von Abschlagszahlungen an die Krankenhäuser gezahlt (siehe Kapitel 3.1). Aus diesen Mitteln mussten sowohl der Betrieb als auch die Investitionen bestritten werden. Dieses Finanzierungsmodell wird daher als monistische Finanzierung bezeichnet.

Weil die Pflegesätze allerdings unter den tatsächlichen Kosten lagen, mussten die Krankenhausträger – vor allem Kommunen – die entstandenen Defizite ausgleichen. Dadurch stand die Krankenhausfinanzierung in den Kommunen in Konkurrenz zu anderen Bereichen der Daseinsvorsorge, beispielsweise Schwimmbädern, Bibliotheken oder Rathäusern, die alle aus demselben kommunalen Topf finanziert werden mussten.[7] Dass mit der Krankenhausfinanzierungsreform nun auch Bund und Länder in die Finanzierung einbezogen wurden, versprach eine Entspannung der Finanzlast für die Träger und die Krankenkassen. Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 wurde die Selbstkostendeckung eingeführt, die eine volle Refinanzierung sowohl der Betriebskosten (über die Krankenhausbeiträge) als auch der Investitionskosten (über Zuschüsse von Bund und Ländern) vorsah.

Im Rahmen des Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes (KHNG) vom 20. Dezember 1984 wurden die Finanzzuschüsse des Bundes für die Krankenhausinvestitionen allerdings wieder abgeschafft. Seitdem sind die Länder allein für die Krankenhausinvestitionen zuständig. Ihren gesetzlich vorgesehenen Zahlungsverpflichtungen kommen sie seit rund 30 Jahren immer weniger nach. So sank die Investitionsquote der Länder für die Krankenhäuser, also der Anteil der Investitionen an den Gesamtkosten eines Krankenhauses, von 25 Pro-

7 Ebd.

zent im Jahr 1972 auf nur noch rund drei Prozent im Jahr 2021.[8] Wie niedrig diese Quote ist, verdeutlicht auch der Vergleich mit der gesamtgesellschaftlichen Investitionsquote, also dem Verhältnis zwischen Bruttoanlageinvestitionen und Bruttoinlandsprodukt: Die volkswirtschaftliche Investitionsquote lag im Jahr 2020 bei rund 22 Prozent. Die Regierungskommission weist in ihren Empfehlungen eine Investitionsquote im Krankenhaussektor von sieben bis neun Prozent als Zielsetzung aus.[9]

Im Jahr 2023 zahlten die Länder nur noch die Hälfte der entstandenen Kosten: drei Milliarden Euro statt der erforderlichen sechseinhalb Milliarden Euro pro Jahr.[10] Die gesetzlich festgesetzte Refinanzierung aller Selbstkosten der Krankenhäuser wurde also über Jahrzehnte ausgehöhlt. Diese strukturelle Unterfinanzierung durch die Länder ist maßgeblich mitverantwortlich für den finanziellen Ruin und die Schließung sowie die Privatisierung zahlreicher Krankenhäuser.

Die Grundlage für die duale Finanzierung ist die Trennung zwischen Infrastruktur und Betrieb. Diese Aufsplittung, die im Fall von Krankenhäusern eine rein buchhalterische ist, gilt im Kontext von Privatisierungsbemühungen in anderen Bereichen der Daseinsvorsorge als der erste entscheidende Schritt auf dem Weg hin zu einer späteren Privatisierung eines Gemeinguts. Häufig bleibt dabei die kostenintensive Infrastruktur, insbesondere deren Wartung und Ausbau, in der Verantwortung der öffentlichen Hand. Der Betrieb hingegen, der meist durch Vergütung bzw. Erhebung von Entgelten (wie zum Beispiel Maut, Fahrkarten oder eben Krankenkassenbeiträge) gegenfinanziert werden kann und deshalb lukrativ ist, wird privatisiert.[11]

Ein Beispiel dafür ist der Schienennahverkehr: Während sich das Schienennetz und häufig auch die Waggons in öffentlicher Hand befinden, ist der Betrieb von regionalen Zugstrecken in vielen Bundesländern privatisiert worden. Für die privaten Betreiber bedeutet das, dass sie Gewinne aus dem Betrieb abschöpfen können, sich an den teuren Instandhaltungskosten für das Schienennetz aber nicht beteiligen müssen und sogar noch von bezuschussten Ticketpreisen profitieren. Bei den Krankenhäusern ist das Modell ein wenig anders: Die öffentliche Hand kommt in jedem Fall für die Investitionskosten in die Infrastruktur – im Wesentlichen die Krankenhausge-

8 Die Investitionsquote wird berechnet als Verhältnis der Krankenhausgesetz-Fördermittel und bereinigten Krankenhauskosten, vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Krankenhausfinanzierung, 3.6.2025, www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html; Deutsche Krankenhausgesellschaft: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Dezember 2022, S. 94, www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.5._Publikationen___Downloads/3.4.7._Bestandsaufnahme_im_Krankenhaus/2022_DKG_Bestandsaufnahme_KH-Planung_und_Investitionsfinanzierung.pdf **9** Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Dreizehnte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Reform der Investitionskostenfinanzierung für die Krankenhäuser in Deutschland. Bestandsinvestitionen und Strukturinvestitionen, 7.5.2025, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Regierungskommission_13te_Investitionskostenfinanzierung.pdf **10** Bundesministerium für Gesundheit: Investitionskostenfinanzierung durch die Länder, 3.6.2025, www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html#c28130 und gemeinsame Pressemitteilung der Krankenkassenverbände vom 9.4.2024, www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1791552.jsp **11** Waßmuth, Carl: Die Bahn in Deutschland: Trennung von Netz und Betrieb zu Lasten von Klima, Fahrgästen und Beschäftigten?, 19.6.2022, S. 37, https://bahn-fuer-alle.de/wp-content/uploads/2022/06/bahn_fuer_alle_studie_netz_und_betrieb_juni_2022.pdf

bäude – auf, auch wenn die Krankenhäuser privat betrieben und die Krankenhausgebäude in privatem Eigentum sind. Die Finanzflüsse verdeutlichen, wie unsinnig die Privatisierung von Krankenhäusern ist: Die Steuerzahler*innen finanzieren über die Länder die Investitionskosten und die Beitragszahler*innen bezahlen den Krankenhausbetrieb über ihre Krankenkassenbeiträge – die privatisierten Krankenhäuser bleiben aber trotzdem im Eigentum eines privaten Akteurs, der Gewinne abschöpft.

Zwar sieht dieses Modell vor, dass die Kosten, die den Krankenhäusern durch Investitionen und Betrieb entstehen, refinanziert werden, in der Realität werden sie, wie beschrieben, aber schon seit Jahrzehnten nicht ausreichend gedeckt, sodass Kliniken – auch mit der Begründung der mangelnden Finanzierung – an private Träger verkauft werden. Aber selbst wenn ein privater Träger ein Krankenhaus übernimmt und modernisiert, können die Investitionskosten dafür von der öffentlichen Hand erstattet werden – dafür sind auch diverse Fördertöpfe vorgesehen.[12]

Die Einführung der dualen Finanzierung kann aus den genannten Gründen als Vorbedingung für umfassende Privatisierungen im Krankenhausbereich interpretiert werden. Allerdings muss der Vollständigkeit halber erwähnt werden, dass sich Befürworter*innen von Privatisierung durchaus auch für eine monistische Finanzierung aussprechen. Diese ermögliche

12 Bundesministerium für Gesundheit: Investitionskostenfinanzierung durch die Länder, 3.6.2025, www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html#c28130 **13** So befürwortete beispielsweise die von der Robert Bosch Stiftung einberufene Kommission Krankenhausfinanzierung in ihrem 1983 vorgelegten Bericht die Umstellung auf die Monistik. Böhm, Thomas/Gerlof, Katrin/Kaufmann, Stephan/Matthiesen, Sigrun: Finanzialisierung von Gesundheit und Pflege. 20 Jahre DRGs und Profite mit Kranken, Münster 2024, S. 23–28.

DIE PRIVATEN STIEGEN EIN, WEIL SIE IN DER KRANKENHAUSBRANCHE EIN RISIKOFREIES GESCHÄFTSFELD MIT GESETZLICH GARANTIERTEN EINNAHMEN ENTDECKT HABEN.

eine freiere Preisbildung und damit mehr Wettbewerb unter den Häusern.[13] Die Privaten stiegen ein, weil sie in der Krankenhausbranche ein risikofreies Geschäftsfeld mit gesetzlich garantierten Einnahmen entdeckt haben. Folgerichtig war 1973 zum Beispiel das Gründungsjahr der privaten Betreibergesellschaft Rhön-Klinikum, die mittlerweile Krankenhäuser und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in ganz Deutschland betreibt. Auch der heute drittgrößte private Klinikkonzern Deutschlands, die Sana Kliniken AG, wurde im Jahr 1976 von privaten Krankenkassen als «Verein zur Planung und Förderung privater Krankenhäuser e. V.» gegründet.[14]

1985 – Krankenhäuser können Gewinne machen

Die weltweite Wende zum Neoliberalismus befeuerte auch entsprechende Entwicklungen im Krankenhauswesen. In Deutschland strebte die schwarz-gelbe Koalition unter Kanzler Helmut Kohl (CDU) den Umstieg zu mehr Markt und kapitalistischer Konkurrenz innerhalb der Daseinsvorsorge und in allen öffentlichen Bereichen an.[15] Der von Kohl ins Leben gerufene «Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen» (2004 umbenannt in «Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen») entwickelte unter anderem Konzepte zum Übergang zu prospektiven Budgets statt Kostendeckung und zu einem marktwirtschaftlichen Preissystem.[16] Seine Koalition läutete den Übergang weg vom bisherigen zumindest auf dem Papier bestehenden kostendeckenden Finanzierungssystem (Selbstkostendeckung) hin zu einer auf Mengen und Preis basierenden Fallpauschalenabrechnung ein. Dies geschah anhand mehrerer gesetzlicher Neuregelungen, die durch den Sachverständigenrat, die Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert Bosch Stiftung und andere ideologisch vorbereitet wurden.

14 Wikipedia: Sana Kliniken, https://de.wikipedia.org/wiki/Sana_Kliniken **15** Der Neoliberalismus zielt auf die Vermarktlichung aller Lebensbereiche ab und erhöht den Markt zum effizientesten Ordnungsprinzip. Das bedeutet allerdings nicht, dass staatliche Steuerung abgeschafft oder verkleinert würde – im Gegenteil geht es um eine Neuorientierung und einen Umbau staatlicher Instanzen, ohne die eine Durchsetzung der Vermarktlichung gar nicht möglich wäre. Dieser Umbau besteht u. a. in der Einführung betriebswirtschaftlicher Prinzipien in der öffentlichen Verwaltung, in zahlreichen Rechtsformprivatisierungen von Eigenbetrieben, in Austeritätsmaßnahmen sowie in der Stärkung der punitiven Elemente von Staatlichkeit (Ausbau der Polizei etc.). Der neoliberale Staat ist ein starker Staat, der für die Durchführung des neoliberalen Programms gebraucht wird. Ausführlicher hierzu beispielsweise Mirowski, Philip: Untote Leben länger. Warum der Neoliberalismus nach der Krise noch stärker ist, Berlin 2019. **16** Bündnis Krankenhaus statt Fabrik: Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser – Kritik und Alternativen, Maintal 2020, S. 19.

Bereits 1981 wurde im Krankenhausfinanzierungsgesetz die Trägervielfalt verankert, das heißt das Bekenntnis zur Existenz auch privater und freigemeinnütziger Träger im Krankenhausbereich. 1984 wurde dann die Gewährleistung der wirtschaftlichen Sicherung der privaten und freigemeinnützigen Träger durch die öffentliche Übernahme ihrer Investitionskosten sowie der Betriebskosten ebenfalls gesetzlich festgeschrieben.[17] Eine zentrale Weichenstellung stellt die Neufassung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom 23. Dezember 1985 dar. Eine Mehrheit der Bundestagsabgeordneten sprach sich mit diesem Gesetz dafür aus, dass Krankenhäuser Gewinne und Verluste erwirtschaften können, die sich aus der Differenz zwischen den vereinbarten Budgets und den tatsächlich entstandenen Kosten am Jahresende ergeben. Der Ausgleich von Verlusten der Krankenhäuser sowie die Zurückzahlung ihrer Gewinne wurden ausdrücklich untersagt. Die damit eröffnete Möglichkeit, Gewinne abzuführen, rief die Privaten auf den Plan, massiv in den Krankenhaussektor einzudringen.

Für die großen deutschen Klinikketten war diese gesetzliche Weichenstellung entscheidend: 1985 ist das Gründungsjahr sowohl des Helios- als auch des Asklepios-Konzerns, die aktuell größten Krankenhausketten Deutschlands. Die Sana-Kliniken übernahmen 1984 ihr erstes kommunales Krankenhaus, eine Privatisierung, auf die viele weitere folgen sollten. 1989 ging die Rhön-Klinikum AG als erster deutscher Klinikkonzern an die Börse, nachdem sie 1988 in eine Aktiengesellschaft umgewandelt worden war.[18]

2004 – Fallpauschalen und Gesundheitsmarkt

Die Einführung der DRG-Fallpauschalen im Jahr 2004 geht maßgeblich auf die Initiative von Karl Lauterbach zurück, der Anfang der 2000er-Jahre Berater der damaligen SPD-Gesundheitsministerin Ulla Schmidt war. Das lange vorbereitete neoliberale Vorhaben, die Finanzierung des Krankenhausbetriebs anhand eines Preissystems zu gestalten, wurde damit in die Tat umgesetzt. Diese Finanzierungsreform erweiterte die Möglichkeiten, Gewinne mit dem Betrieb von Krankenhäusern zu erwirtschaften, massiv. Sie befeuerte das Interesse privater Träger, im Krankenhaussektor zu expandieren. Im Bericht des «Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung» aus dem Jahr 2000 wird genau das in Aussicht gestellt: «Und natürlich wird es bei und nach einer effizienzsteigernden Intensivierung des Wettbewerbs um Patienten und zwischen den Leistungsanbietern Verlierer geben. Gleichzeitig aber werden die wettbewerbsfähigen Ärzte, Praxisnetze, Krankenhäuser oder Arzneimittelanbieter – auch im Vergleich zum Status quo – mit höheren Gewinnen oder Überschüssen rechnen können.»[19] Wer die Verlierer sein sollten, war ebenfalls gesetzt: Der Wettbewerb, der «unwirtschaftliche» Häuser aus dem «Markt» drängt, hatte die «‹Struktur-

17 Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (Krankenhaus-Neuordnungsgesetz – KHNG), Bundesgesetzblatt 1984, Teil I, Nr. 56, 29.12.1984, S. 1716 ff. **18** Gesundheitsmarkt: Die Liste der Top 30 Krankenhausträger 2024, 22.1.2024, www.gesundheitsmarkt.de/liste-der-top-30-krankenhaustraeger/#iLightbox **19** Böhm, Thomas/Gerlof, Katrin/Kaufmann, Stephan/Matthiesen, Sigrun: Finanzialisierung von Gesundheit und Pflege. 20 Jahre DRGs und Profite mit Kranken, Münster 2024, S. 155. **20** Simon, Michael: Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser, Düsseldorf 2020, S. 214.

bereinigung› durch Krankenhausschließungen» zum Ziel.[20]

Die Fallpauschalen lösten die bisherige Finanzierung über die tagesgleichen Pflegesätze ab. Seit der Einführung der Fallpauschalen bezahlen die Krankenkassen die Krankenhäuser nun für die behandelten Fälle, sortiert nach Fallgruppen auf der Basis von Diagnosen (DRG – Diagnosis Related Groups), die unterschiedlich hoch vergütet werden. Durch dieses Preissystem erhalten verschiedene Behandlungen jeweils einen Fixpreis. Wichtig ist hierbei, dass die Höhe dieser Fixpreise nicht den tatsächlichen Kosten für die Behandlung entspricht, sie also nicht kostendeckend sind. Im Gegenteil ist das Prinzip dieser Pauschalen, dass Arbitrage möglich wird: die Spekulation auf eine Differenz zwischen den entstandenen Kosten und dem dafür bezahlten Preis. Einige Behandlungen sind niedriger bepreist als die in der Regel entstehenden Kosten für die Behandlung, sodass Krankenhäuser mit ihnen Verluste machen. Andere sind höher bepreist, sodass es lukrativ ist, sie vorzunehmen. Wer mit den entstehenden Differenzen zwischen Behandlungskosten und «Erstattung» Profite machen will, für den gilt die Faustregel: Planbare operative Eingriffe bringen dem Krankenhaus mehr Geld als Behandlungen, die zeit- und pflegeintensiv sind.

Ein anschauliches Beispiel dafür ist die Behandlung eines diabetischen Fußes: Eine operative Entfernung des kranken Fußes hat im Vergleich eine kurze Behandlungs- und Nachsorgedauer und bringt mehr Geld als die sogenannte konservative Behandlung, bei der die Ärzt*innen und Pflegekräfte über mehrere Wochen die Wunde versorgen, die Funktion der Gefäße wieder herstellen und den Fuß erhalten.[21]

Besonders lukrativ sind häufig die DRG-Fallpauschalen für die sogenannten Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), deren Vergütung wegen der Neuartigkeit der Behandlungsmethode vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) noch nicht festgesetzt ist. Die NUB können im Rahmen eines jährlichen Vorschlagsverfahrens in den DRG-Katalog aufgenommen werden. Das Vorschlagsverfahren ermöglicht es Krankenhäusern, Fachverbänden und -gesellschaften, Anträge für die Aufnahme und die zusätzliche Vergütung neuer Behandlungsmethoden zu stellen. Eine Untersuchung der Nutzung dieses Verfahrens von 2005 bis 2010 zeigte, dass sich nur sieben Prozent der Krankenhäuser daran beteiligten, sechs Prozent aller Antragsteller knapp 50 Prozent aller Vorschläge einbrachten und das aktivste eine Prozent allein 23 Prozent aller Vorschläge einbrachte. Wer waren diese besonders aktiven Antragsteller? Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken, das Deutsche Herzzentrum Berlin, die Rhön-Klinikum AG und der Bundesverband der Medizinprodukthersteller.[22]

Für die Festlegung der Höhe der DRG-Fallpauschalen werden nach Vorgaben des InEK-Kalkulationshandbuchs Kostenberechnungen einer Stichprobe von etwa

21 Vgl. Strohschneider, Thomas: Krankenhaus im Ausverkauf. Private Gewinne auf Kosten unserer Gesundheit, Frankfurt a. M. 2022. **22** Simon, Michael: Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser, Düsseldorf 2020, S. 149.

300 Krankenhäusern aus dem ganzen Bundesgebiet herangezogen. Ursprünglich war die Teilnahme an der Stichprobe freiwillig und es waren weniger Kliniken Teil der Kalkulation. Insbesondere private Träger weigerten sich, daran teilzunehmen, weil sie nicht daran interessiert waren, ihre verschiedenen Maßnahmen zur Kostenoptimierung offenzulegen.

Um die Repräsentativität der Kostenkalkulation zu erhöhen, wurde ab 2016 die verpflichtende Teilnahme durch Losverfahren eingeführt. So gehörten zum Beispiel im Jahr 2022 zu den 300 Krankenhäusern der Stichprobe 26 private und vier freigemeinnützige Krankenhäuser, die zur Teilnahme verpflichtet wurden; im Jahr 2023 waren es 27 private, 18 freigemeinnützige und fünf öffentliche Krankenhäuser.[23] Aber auch die etwas optimierte Stichprobe, die die Grundlage für die Berechnung der Höhe der Fallpauschale darstellt, ist mit nur rund 300 Krankenhäusern und aufgrund der aktuellen Schließungsdynamik nicht repräsentativ.

Für die Finanzierung der Krankenhäuser bedeutet das, dass diesen eben nicht die Kosten erstattet werden, die tatsächlich entstehen, sondern nur ein fiktiver Durchschnittsbetrag, der zahlreiche Kostenfaktoren und strukturelle Unterschiede zwischen den Krankenhäusern nicht berücksichtigt. Zwar können Schweregrade oder Nebendiagnosen zum Teil innerhalb des Fallpauschalensystems mit einbezogen werden, eine ganze Reihe von infrastrukturellen und personellen Voraussetzungen, die im Grunde auch gar nicht kalkulierbar sind, werden jedoch nicht bezahlt (wie zum Beispiel Vorhaltung, obwohl keine Behandlungen stattfinden, oder Weiterbildungen).

Wie in jedem System, das auf Pauschalen basiert, gilt auch hier: Wer seine Kosten unter den Durchschnitt drückt – wie beispielsweise Private, die durch Personaleinsparungen ihre Kosten senken –, zieht aus dem System finanzielle Vorteile. Wer aber überdurchschnittliche Kosten hat, wird benachteiligt. Konkret heißt das, dass Krankenhäuser, die ausreichend Personal beschäftigen, das sie gut bezahlen und regelmäßig weiterbilden, finanziell benachteiligt sind, weil diese Ausgaben und der Aufwand in den Fallpauschalen keine Berücksichtigung finden.

Ein weiteres zentrales, aber selten diskutiertes Merkmal des DRG-Systems ist, dass es verschiedene Mechanismen enthält, um die Gesamtausgaben zu deckeln.[24] Die Anzahl der Behandlungen und damit die Höhe der Kosten soll begrenzt werden. Dies findet auf Landesebene über die Festlegung der Höhe der Landesbasisfallwerte (LBFW) statt. Diese werden jährlich für jedes Bundesland festgelegt und wirken dann begrenzend, wenn die Anzahl der Fälle oder ihre Schwere (Case-Mix-Index) stark ansteigt. Wenn eine Klinik mehr Fälle behandelt als ursprünglich vereinbart, bekommt sie für die Mehrleistungen nicht die vollen

23 Reimbursement Institute: Kalkulationskrankenhäuser, o. J., https://reimbursement.institute/glossar/kalkulationskrankenhaeuser/ und InEK: Vierte Ziehung zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation, Ziehungsergebnis vom 22.9.2023, Entgeltbereich DRG, o. J., www.g-drg.de/kalkulation/erhoehung-der-repraesentativitaet-der-kalkulation/vierte-ziehung-zur-erhoehung-der-repraesentativitaet-der-kalkulation **24** Simon, Michael: Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser, Düsseldorf 2020, S. 85.

Beträge von den Krankenkassen erstattet, sondern nur 35 Prozent.

Seit 2016 gibt es eine weitere Kostenbegrenzung: Werden Mehrleistungen im Rahmen der jährlichen Entgeltverhandlungen prospektiv vereinbart, gelten für diese Mehrleistungen Abschläge für die Fixkosten (sogenannte Fixkostendegressionsabschläge) in Höhe von 35 Prozent, und zwar für die nächsten drei Jahre – es wird also 35 Prozent weniger bezahlt. Ein Anreiz zur Mengensteigerung gibt es für die Träger trotzdem: Denn obwohl die Mehrleistungen, die über die verhandelten Mengen hinausgehen, schlechter vergütet werden, nehmen Krankenhäuser diese Verluste in Kauf, weil die Menge der Behandlungen im laufenden Jahr die Grundlage für die Verhandlungen mit den Krankenkassen über das Budget im folgenden Jahr darstellt. Langfristig erhöhen die Krankenhäuser, die mehr Leistungen anbieten, so ihr Budget. Es entsteht dabei allerdings eine negative Folge für alle Krankenhäuser im betreffenden Bundesland, denn dadurch wird der Landesbasisfallwert bei der nächsten Berechnung nicht so stark angehoben, als wenn Mengenausweitungen der betreffenden Krankenhäuser nicht stattgefunden hätten oder sie gering ausgefallen wären.

Die Budgetdeckelung bedeutet also: Behandeln bestimmte Krankenhäuser mehr Fälle als geplant, gibt es in Folge eine geringere Steigerung der Landesbasisfallwerte und damit weniger Geld pro Fall für alle. Dass trotz der gedeckelten Finanzierung Mengensteigerungen vorgenommen werden, beweist zum Beispiel die Zahl der Knieersatzoperationen: Sie ist zwischen 2003 und 2023 um 78 Prozent angestiegen.[25] Die nicht lukrativen Bereiche wiederum, wie Notfall- oder Kindermedizin, werden seither zunehmend abgebaut.

Es ist die Kombination aus Pauschalvergütung (die für zahlreiche Behandlungen zu niedrig ist) und Budgetdeckelung, die dazu führt, dass das DRG-System einen Wettbewerb entfacht, der bestimmte Anbieter begünstigt und andere benachteiligt. Gewinner sind all jene Krankenhäuser, denen es gelingt, Behandlungskosten zu senken und sich auf besonders erlösträchtige Behandlungen zu spezialisieren. Verlierer sind Krankenhäuser mit hohen Fixkosten, die ein breites Behandlungsspektrum anbieten.[26] Das sind typischerweise kleine ländliche Allgemeinkrankenhäuser mit stationärer Notfallversorgung. Gerade diese Krankenhäuser – für wohnortnahe lebenserhaltende stationäre Behandlungen binnen 30 Fahrminuten unverzichtbar – sind deshalb aufgrund der Fallpauschalenabrechnung am stärksten von Insolvenzen und Schließungen bedroht. So erklärt sich der Zusammenhang zwischen Fallpauschalenfinanzierung und Krankenhausschließungen.

25 Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Häufigste Operationen in Krankenhäusern: Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk in 2005, Anzahl: 128.932, www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.information?p_uid=gast&p_aid=28345240&p_sprache=D&p_thema_id=27&p_thema_id2=14501&p_thema_id3=18502&p_thema_id4=18651 und Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk in 2023, Anzahl: 229.551, www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.information?p_uid=gast&p_aid=28345240&p_sprache=D&p_thema_id=27&p_thema_id2=14501&p_thema_id3=18502&p_thema_id4=18651 **26** Simon, Michael: Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser, Düsseldorf 2020, S. 85.

INFO-BOX 3

DIE BEGRIFFE UND MECHANISMEN DER DRG-BERECHNUNG

Der Landesbasisfallwert (LBFW) ist der Basispreis, der für eine DRG-Leistung bezahlt wird. Er wird jedes Jahr zwischen Krankenkassenverbänden, Vertreter*innen von Kliniken und der Legislative vereinbart. Landesbasisfallwerte werden kontinuierlich aneinander angeglichen, damit es perspektivisch einen bundesweit gleichen Basisfallwert gibt. Aktuell (Stand 4.6.2025) bewegen sich die Landesbasisfallwerte zwischen 4.420,04 Euro in Sachsen-Anhalt und 4.535,56 Euro in Rheinland-Pfalz.[27]

Der Case-Mix-Index ist der Durchschnittswert, der die Schwere der Fälle darstellt, die in einer Abteilung im Krankenhaus innerhalb eines Jahres behandelt worden sind. Die Multiplikation von Case-Mix-Index mit dem Landesbasisfallwert ergibt den Gesamterlös einer Abteilung. So wurde zum Beispiel im Jahr 2020 für die Bremer Krankenhäuser ein Erlösvolumen in Höhe von 682.922.509 Euro vereinbart. Dieses ergab sich aus 186.369 Case-Mix-Punkten multipliziert mit dem Landesbasisfallwert von 3.664,35 Euro.[28]

Der Arzt und Autor Thomas Strohschneider macht deutlich, wie unnötig kompliziert und kontraproduktiv diese Berechnungsmechanismen sind: «Ein wichtiges Steuerungsinstrument und *die* Zahl schlechthin für die ökonomische Bewertung einer Abteilung ist der sogenannte Case-Mix-Index. Ein Abteilungsleiter sollte diese magische Zahl selbst nachts im Traum herbeten können. Sie gibt die Fallschwere der behandelten Patienten in seiner Abteilung an. Dabei kann ein Patient nicht krank genug sein, damit man das Maximum des potenziellen Fallerlöses herausholen kann. Aber bitte möglichst nur auf dem Papier! Denn schließlich soll er ja möglichst zeitgerecht die Klinik wieder verlassen.»[29]

Dieser Berechnungsmechanismus erzeugt einen Anreiz für die Kliniken, ihre behandelten Patient*innen als möglichst schwere Fälle auszuweisen, das heißt, jeden Fall möglichst hoch einzugruppieren (sogenanntes Upcoding), sodass der Ca-

27 VDEK – Die Ersatzkassen: Landesbasisfallwerte (LBFW), 5.6.2025, www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte.html **28** Simon, Michael: Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser, Düsseldorf 2020, S. 95. **29** Strohschneider, Thomas: Krankenhaus im Ausverkauf. Private Gewinne auf Kosten unserer Gesundheit, Frankfurt a. M. 2022, S. 46. **30** Ebd., S. 47. **31** Ebd.

se-Mix möglichst hoch ausfällt. Bei leichteren Erkrankungen liegt der Index zum Beispiel bei 0,4 oder 0,7, bei schweren Erkrankungen steigt er auf drei und höher. Strohschneider, der lange als Chefarzt in einer privatwirtschaftlich geführten Klinik gearbeitet hat, schildert, wie das Personal angehalten wird, möglichst alle Begleiterkrankungen zu dokumentieren, die den Schweregrad und damit den Case-Mix-Index steigern können.[30]

In der Tat ist der Behandlungsaufwand bei multimorbiden (mehrfacherkrankten) Patient*innen höher, weswegen höhere Erlöse hier durchaus sinnvoll sein können. Problematisch ist es jedoch, wenn der Fokus auf die Erlösmaximierung auf Kosten der medizinischen Qualität geht: «Welche Erkrankung am Ende erfasst und behandelt werden soll, entscheidet sich daran, ob sie ‹erlösrelevant› ist, nicht aber ‹patientenrelevant›. Man nimmt tunlichst die Erkrankung, die den höchsten Erlös einbringt. Begleiterkrankungen, die vielleicht für den Patienten wichtig sind, werden eher ignoriert, wenn es dafür kein Geld gibt!»[31]

Die in der DRG-Systematik verankerten Mechanismen zur Begrenzung des Erlösvolumens ähneln den Gesetzesvorhaben aus den Jahren 1995 und 1997 zur sogenannten landesweiten Gesamtvergütung. Sie sollten die Ausgaben der Krankenhäuser deckeln. Beide Gesetzesvorhaben der schwarz-gelben Koalition scheiterten allerdings am Widerstand des Bundesrats. Seitdem wird auf die Verwendung des Begriffs Gesamtvergütung daher verzichtet, auch wenn das Ziel der Kostenbegrenzung weiterhin verfolgt wird und im System der DRG-Finanzierung letztendlich doch implementiert wurde.[32] Diese Kostenbegrenzung muss auch vor dem Hintergrund gesehen werden, dass sie nach einem Jahrzehnt erfolgte, in dem die Kosten der Krankenhäuser bereits gedeckelt bzw. gesenkt worden waren. 1993 wurde beschlossen, das Gesamtbudget der Krankenhäuser zu deckeln, in den Jahren 1997 bis 1999 gab es sogar jährliche pauschale Kürzungen der Krankenhausfinanzierung. Das DRG-System zementierte also mit seiner Zielsetzung einer Kostenobergrenze eine bestehende Mittelknappheit.

Die Einführung des DRG-Systems führte neben dem Abbau der Allgemeinversorgung und einer höheren Arbeitsbelastung durch Einsparungen am Personal auch zu einer zusätzlichen und kontinuierlich steigenden Belastung der Beschäftigten durch aufwendige Kodierungs- und Dokumentationsaufgaben. Das bestätigen Umfragen vom Marburger Bund aus dem Jahr 2023: «Lag der Anteil derer, die täglich mehr als drei Stunden mit Verwaltung und Dokumentation befasst sind, im Jahr 2013 noch bei acht Prozent, so sind es aktuell [2023, Anm. d. Verf.] 32 Prozent.»[33] Dadurch steht den Ärzt*innen und Pflegekräften immer weniger Zeit für Patient*innen zur Verfügung.

Die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern und das Bündnis Klinikrettung berechneten im Jahr 2024 anhand von Daten des Statistischen Bundesamts, dass der aus der DRG-Dokumentation und -Kodierung resultierende Verwaltungsaufwand 126.150 Vollzeitstellen des medizinischen Personals beansprucht.[34] Fehlende Mitarbeiter*innen auf der Station sind mitunter ein Grund, warum Krankenhäuser Betten sperren lassen. Diesen Leerstand zog Karl Lauterbach in der Reformdebatte in den Jahren 2023/24 als Begründung heran, Krankenhäuser zu schließen. Durch eine Verkehrung der Wirkungszusammenhänge leitete er aus den Bettensperrungen einen sinkenden Bedarf ab, der als Beleg dafür dienen sollte, dass viele Betten nicht

32 Simon, Michael: Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser, Düsseldorf 2020, S. 89–94. **33** Pressemitteilung vom Marburger Bund, 17.5.2023, www.marburger-bund.de/bundesverband/pressemitteilung/buerokratie-abbauen-aerztinnen-und-aerzte-entlasten-vorschlaege-des **34** Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern: Selbstkostendeckung der Krankenhäuser. Reale Finanzierungsalternative zu Lauterbachs Krankenhausreform, 2024, https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13365751699/Selbstkostendeckung+der+Krankenh%C3%A4user+-+Reale+Finanzierungsalternative+zu+Lauterbachs+Krankenhausreform.pdf?t=1733157603

SEIT EINFÜHRUNG DER DRG-FALLPAUSCHALEN GILT DER KRANKENHAUSSEKTOR ALS KONJUNKTURUNABHÄNGIGER WACHSTUMSMARKT.

benötigt würden und der Kahlschlag der Krankenhauslandschaft berechtigt sei.[35]

Das Interesse der privaten Akteure, in den Gesundheitsmarkt einzusteigen, nahm durch die Einführung der DRG-Fallpauschalen stark zu, denn seither gilt der Krankenhaussektor unter den Aktienanleger*innen und Marktstrateg*innen als konjunkturunabhängiger Wachstumsmarkt. Laut einer Studie der Unternehmensberatung PricewaterhouseCoopers (PwC Deutschland) aus dem Jahr 2021 sind Finanzinvestor*innen oder -strateg*innen aus dem Ausland «die treibenden Marktteilnehmer», die «weiterhin Plankrankenhäuser oder Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag» erwerben.[36]

Zu der üblichen Praxis nach einer Übernahme gehört auch die Umwandlung der Allgemeinkrankenhäuser in Fachkliniken, die keine Allgemein- und Notfallversorgung mehr anbieten, sondern zumeist nur in einem – bevorzugt lukrativen – Fachbereich tätig sind. Die meisten Spezialkliniken leisteten auch in der Zeit der Covid-19-Pandemie keinen wesentlichen Beitrag zur Versorgung der Patient*innen.

35 Deutscher Bundestag: Kontroverse Debatte über die geplante Krankenhausreform, 27.6.2024, www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2024/kw26-de-krankenhausversorgung-1008316 **36** Macho, Andreas: Rendite auf Kosten der Patienten – Deutsche Kliniken im Fokus von Investoren, Die Welt, 27.12.2022, www.welt.de/wirtschaft/article242735747/Krankenhaus-Wie-Investoren-Kliniken-ausschlachten-auf-Kosten-der-Patienten.html

EXKURS 2: PROFITE MIT DER GESUNDHEIT: DEUTSCHLANDS GRÖSSTE KRANKENHAUSKONZERNE

Wenige große Konzerne dominieren die deutsche Krankenhauslandschaft. Mit seinen 122 Kliniken ist das Unternehmen Helios, Tochter des Gesundheitskonzerns Fresenius, gemessen an der Anzahl der Krankenhäuser mit Abstand der größte private Krankenhauskonzern in Deutschland.[37] Auf europäischer Ebene ist Helios ebenfalls einer der größten Anbieter von stationärer und ambulanter medizinischer Versorgung. Der börsennotierte Mutterkonzern Fresenius ist auch in weiteren Geschäftsfeldern im Gesundheitssektor tätig, zu seinen Anteilseignern gehören der Harris Associates Investment Trust, die Allianz-Versicherung und der Vermögensverwalter BlackRock. Den größten Anteil besitzt die Else-Kröner-Fresenius-Stiftung mit 27 Prozent der Aktien, eine der größten unternehmensnahen gemeinnützigen Stiftungen Deutschlands. Die nächstgrößten privaten Klinikketten sind Asklepios mit 79 Kliniken, Sana mit 55 und Ameos mit 38 Häusern.

Die Entstehungskontexte dieser Konzerne sind unterschiedlich: So wurde das Unternehmen, das später zu Helios wurde, 1987 vom Chirurgen Lutz Helmig gegründet. 1985 rief er, gemeinsam mit dem Betriebswirt Bernard große Broermann, der mittlerweile Milliardär ist, Asklepios ins Leben. Rhön-Klinikum und Sana wurden bereits in den 1970er-Jahren gegründet, jeweils von einem Betriebswirt und von einem Zusammenschluss privater Versicherungen. Bis heute befindet sich Sana im Eigentum privater Versicherungen. Die Ameos-Gruppe mit Sitz in Zürich gibt es erst seit den 2000er-Jahren. Sie betreibt Krankenhäuser, Pflege- und Eingliederungseinrichtungen im deutschsprachigen Raum mit einem besonderen Fokus auf psychiatrischen Einrichtungen. Hinter Ameos steht Private-Equity-Kapital – 2021 kündigten die Private-Equity-Gesellschaft The Carlyle Group und der Finanzinvestor Quadriga Capital an, ihre Anteile zu verkaufen, als Käufer war die Intermediate Capital Group (ICG) im Gespräch.

Für alle diese Konzerne gilt, dass sie wuchsen, indem sie – meist in Finanzierungsprobleme geratene – öffentliche Krankenhäuser aufkauften, hauptsächlich seit der großen Privatisierungswelle der 2000er-Jahre, aber auch in den 1980er- und 1990er-Jahren. «Die privaten Träger wachsen deswegen so stürmisch, weil klamme Kommunen notgedrungen unrentable Krankenhäuser verkaufen müssen», so beschrieb 2002 das *Manager Magazin* ihr Erfolgsrezept.[38] Häufig übernahmen sie zwar die Krankenhäuser, nicht aber die bestehenden Schulden, die beim alten Eigentümer verblieben – ein doppelter Verlust für die Kommunen.[39]

37 Die Liste der Top 30 Krankenhausträger 2024, 22.1.2024, www.gesundheitsmarkt.de/liste-der-top-30-krankenhaustraeger/ **38** Scheele, Martin: Skalpell statt Homöopathie, Manager Magazin, 2.11.2004, www.manager-magazin.de/unternehmen/karriere/a-325258.html **39** Böhlke, Nils/Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai/Schmucker, Rolf/Schulten, Thorsten (Hrsg.): Privatisierung von Krankenhäusern, Hamburg 2009, S. 213, www.vsa-verlag.de/uploads/media/VSA_Boehlke_ua_Privatisierung_von_Krankenhaeusern.pdf

So ging beispielsweise auch Eugen Münch, Gründer der Rhön-Klinikum AG, auf Schnäppchenjagd im Gesundheitssektor und suchte nach kommunalen Krankenhäusern in finanzieller Notlage. Nach der Übernahme unterwarf er sie harschen Sparmaßnahmen. In einem bezeichnenden Interview von 2002 schilderte er seine Methoden:

«**Spiegel Online:** Sie müssen weiter sparen. Wie machen Sie das?

Münch: Einmal, indem wir keine neuen Stellen schaffen und in den vorhandenen Häusern die Kapazität halten. […] Außerdem können wir nur noch in Ausnahmefällen mehr Patienten behandeln, als vom Budget gedeckt sind. […] Sie wandern wahrscheinlich auf Wartelisten. In manchen Bereichen wie bei der Herzchirurgie werden die nicht so lang sein, weil die Kapazitäten hoch sind, schlimmer ist es beispielsweise in der Orthopädie. Am meisten steigen die Wartezeiten bei den modernsten Krankenhäusern, die ohnehin den größten Zulauf haben. Da können wir den Anzug nicht weiter dehnen, nur um es allen recht zu machen.

Spiegel Online: Sie verändern also den Großteil der Arbeitsabläufe und Räumlichkeiten, um Kosten zu drücken. Und Sie zahlen nicht mehr nach dem Tarif des öffentlichen Dienstes, nach BAT.

Münch: Es gibt Haustarifverträge. Das Durchschnittsgehalt liegt bei uns aber nicht unter BAT. Die Leistungsträger und die Jüngeren sind in aller Regel besser dran. Wir zahlen lieber dafür, dass einer was kann, als dafür, dass er jahrelang seinen Stuhl gewärmt hat.»[40]

Die Geschichte von Asklepios verdeutlicht, wie es privaten Konzernen gelingt, auf Kosten der öffentlichen Daseinsvorsorge groß zu werden. Asklepios' Grundstock an «Krankenhaus-Kapital» stammt aus der Übernahme kommunaler Kliniken in Hamburg im Jahr 2005. Vor diesem Aufkauf war Asklepios ein eher kleiner Konzern. Er beschäftigte knapp 10.000 Mitarbeiter*innen und hatte einen Umsatz von weniger als 800 Millionen Euro. Nach der Privatisierung wuchs er auf doppelte Größe an, wie eine Studie aus dem Jahr 2023 belegt.[41] Die Studie zeigt, wie Asklepios aus den bereits privatisierten Kliniken Gewinne abschöpfte, mit denen er die nächsten Zukäufe finanzierte. So wuchs Asklepios von einem Unternehmen mit geringem Startkapital zu einem der größten Klinikkonzerne Deutschlands an und Broermann wurde zum Multimilliardär.

Studienautor Christoph Trautvetter schlussfolgert: «Die Kombination aus Privatisierung und Erschließung neuer Renditemöglichkeiten sorgt dafür, dass kurz- und langfristig Gewinne aus der öffentlichen Daseinsvorsorge extrahiert werden und der Renditedruck im Gesundheitswesen steigt.»[42] Um das Image eines soliden Familienunterneh-

40 Streitz, Matthias: «Diese Krankenhäuser wird es erwischen», Interview mit Rhön-Klinikum-Chef Münch, Der Spiegel, 2.12.2002, www.spiegel.de/wirtschaft/interview-mit-rhoen-klinikum-chef-muench-diese-krankenhaeuser-wird-es-erwischen-a-224825.html **41** Trautvetter, Christoph: Mit kostendeckenden Fallpauschalen zum Milliardär. Der Fall Asklepios und das deutsche Gesundheitswesen, Online-Studie 8/2023, hrsg. von der Rosa-Luxemburg-Stiftung, S. 10, www.rosalux.de/publikation/id/51423 **42** Ebd., S. 5.

mens zu wahren, dem es nicht um private Profite geht, gab der Asklepios-Eigentümer immer wieder an, seine Gewinne zu reinvestieren. Dabei unterschied er bewusst nicht zwischen Investitionen in seine bestehenden Kliniken und seinem Expansionskurs.[43]

Private Klinikkonzerne erreichen ihre größten Gewinne durch Arbeitsverdichtung und das Drücken der Personalkosten (siehe Kapitel 2.2).[44] Der frühere Chef des Fresenius-Konzerns, Ulf Schneider, legte das Spannungsfeld zwischen der hohen Rendite und der Personalpolitik des Konzerns in mehreren Interviews eindrücklich dar: «‹Eine Klinik, die wir übernommen haben, muss erst nach fünf bis sechs Jahren zwölf bis 15 Prozent Rendite erwirtschaften.› Das erfordere zum Teil schwierige Entscheidungen, man fordere die Mitarbeiter. ‹Aber wir schauen auch, dass die Arbeit zu bewältigen ist.›»[45]

Die über Jahre steigende Arbeitsbelastung führte zu massiven Protesten gegen das Management der Fresenius-Tochter Helios. So veröffentlichten Helios-Ärzt*innen 2011 einen Brandbrief, in dem sie die unhaltbaren Arbeitsbedingungen in den Helios-Kliniken beklagten – damals ein Novum in der Geschichte der privaten Krankenhauskonzerne.[46] Auch bei Ameos häuften sich die Berichte über Tarifflucht, den Missbrauch von Leiharbeit und andere Versuche, die Rechte der Beschäftigten einzuschränken.[47] Die Vernachlässigung von Patient*innen drang ebenfalls zunehmend an die Öffentlichkeit.[48]

Das Unternehmen versucht, harscher politischer Kritik dadurch vorzubeugen, dass es seine selbsternannten «Regionalbeiräte» mit Politiker*innen aus dem gesamten Parteienspektrum besetzt. So warb beispielsweise der für sein zuvorkommendes Verhalten gegenüber Unternehmen bekannte CDU-Bundestagsabgeordnete Philipp Amthor, ehemaliges Mitglied des Ameos-Regionalbeirats Vorpommern, persönlich für eine neue Ameos-Rehaklinik in Ueckermünde.[49]

43 Ebd., S. 12. **44** Berger, Jens: 15 % Rendite auf Kosten der Patienten – ein Irrweg der Privatisierung, nachdenkseiten, 24.3.2011, www.nachdenkseiten.de/?p=8797 **45** Stüwe, Heinz: Private Krankenhausträger: Der Markt ist neu aufgeteilt, Deutsches Ärzteblatt, 1.9.2014, www.aerzteblatt.de/archiv/161402/Private-Krankenhaustraeger-Der-Markt-ist-neu-aufgeteilt **46** Berliner Zeitung: Ärzte erheben schwere Vorwürfe gegen Helios-Kliniken. Zunehmender Druck auf medizinische Entscheidungsträger: Gewinn wichtiger als die Patienten, 4.2.2020, www.berliner-zeitung.de/aerzte-erheben-schwere-vorwuerfe-gegen-helios-kliniken-zunehmender-druck-auf-medizinische-entscheidungstraeger-gewinn-wichtiger-als-die-patienten-li.31560 **47** Ver.di: Ameos – Informationen aus der Unternehmensgruppe, o. J., https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/tarifbereiche/ameos **48** Volksstimme: Ameos-Klinikum – Tote liegt stundenlang neben Patienten, 18.12.2020, www.volksstimme.de/lokal/stassfurt/tote-liegt-stundenlang-neben-patienten-944587 und Ziegenmeyer, André: Geburten nur noch von 7 bis 16 Uhr, Volksstimme, 5.3.2016, www.volksstimme.de/lokal/haldensleben/geburten-nur-noch-von-7-bis-16-uhr-728056 **49** Wikipedia: Ameos, o. J., https://de.wiki.li/Ameos#cite_note-31

2015 – Geld für Schließungen aus demKrankenhausstrukturfonds

Um die Krankenhausschließungen zu beschleunigen, ergriff das Bundesgesundheitsministerium eine weitere Maßnahme und rief 2015 den Krankenhausstrukturfonds (KHSF) ins Leben, der sowohl vom Bund als auch von den Ländern finanziert wurde. Die Grundlage dafür bot das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) aus dem Jahr 2015, in dem festgelegt wurde, «insbesondere den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen (z. B. Gesundheits- oder Pflegezentren, stationäre Hospize) zu fördern».[50] Mit dem Fonds wurden ab dem Jahr 2016 Krankenhausschließungen bezuschusst: In der ersten Phase von 2016 bis 2018 wurde dafür eine Milliarde Euro bereitgestellt und ausgegeben; für die zweite Phase zwischen 2019 und 2022 (verlängert bis Ende 2024) waren zwei Milliarden Euro vorgesehen.

In den Jahren von 2016 bis 2018 wurden laut einer vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebenen Auswertung des Krankenhausstrukturfonds von 2021 insgesamt 34 Krankenhäuser im Rahmen dieser Förderung geschlossen.[51] Hinzu kamen 36 Abteilungen in weiteren 24 Krankenhäusern – davon fast die Hälfte Gynäkologien und Geburtshilfen. Mithilfe des Krankenhausstrukturfonds wurden insgesamt 3.099 Betten abgebaut. Diese Zahlen erfassen allerdings nicht alle in diesen Jahren erfolgten Schließungen, da nicht für alle Schließungsfälle eine Förderung beantragt oder bewilligt wurde.

Tendenziell wurden mehr Krankenhäuser in Regionen mit ohnehin geringerer Krankenhausdichte geschlossen. Dies führte dazu, dass für 61.000 Menschen die Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus auf über 30 Minuten stieg.[52] Für den Abbau der Krankenhauslandschaft haben die Autor*innen der Auswertung eine sogenannte Sollstruktur definiert, die eine Reduktion der Krankenhausbetten um 14,6 Prozent vorgab. In der Auswertung wird bemängelt, dass zwar die Krankenhausschließungen mit einem Wert von 14 Prozent dem gewünschten Rückgang entsprechen, aber der Bettenabbau mit nur 4,4 Prozent des gewünschten Rückgangs unzureichend ist. Das zeigt, dass hauptsächlich kleinere Krankenhäuser mit wenigen Betten geschlossen worden sind. Das Fazit dazu ist: «Insgesamt muss sich die Krankenhausstruktur aber noch deutlich ändern, um den Sollwert zu erreichen.»[53]

50 Deutscher Bundestag: Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht über den durch die Förderung nach dem Krankenhausstrukturfonds bewirkten Strukturwandel, Drucksache 20/225, 30.11.2021, https://dserver.bundestag.de/btd/20/002/2000225.pdf. Für die «auswertende Begleitung» des Krankenhausstrukturfonds beauftragte die Bundesregierung das RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung. Dort hat Boris Augurzky eine außerplanmäßige Professur inne (siehe Kapitel 4). **51** Ebd., S. 4. **52** Ebd. **53** Ebd.

Der Krankenhausstrukturfonds mit dem Fokus auf Abbau belegt ebenfalls, dass die Schließungen politisch gewollt sind. Vor diesem Hintergrund ist die Aussage von Dr. Thomas Gebhart, dem Staatssekretär des damaligen Bundesgesundheitsministers Jens Spahn (CDU), besonders bemerkenswert: «Die Bundesregierung hat keine Kenntnis über Schließungen von Kliniken im Pandemiejahr 2020.»[54]

DIE MANGEL-WIRTSCHAFT UND DER DAMIT EINHERGEHENDE KAMPF UM KNAPPE MITTEL WERDEN MIT DER REFORM FORTGESCHRIEBEN.

2024 – Verordneter Kahlschlag mit der Krankenhausreform

Im Dezember 2024 unterschrieb Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG). Das Gesetz ist die wichtigste Säule der aktuellen Struktur- und Finanzierungsreform im Krankenhaussektor. Damit endete ein langer und zäher Weg, an dessen Anfang der damalige Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach die Entökonomisierung und die Überwindung der Fallpauschalen sowie eine Entbürokratisierung versprochen hatte.[55] Rhetorisch griff er die weit verbreitete Kritik an der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens durch Fallpauschalen und Privatisierungen auf und versprach grundlegende Veränderungen im Krankenhausbereich.

Das Besondere an dieser Reform ist, dass mit ihr das Ziel flächendeckender Krankenhausschließungen im Rahmen einer umfassenden Zentralisierung und Spezialisierung der Krankenhäuser explizit verfolgt wird – auch wenn diese Zielsetzung erst spät zugegeben wurde.[56] Zudem gibt die Deckelung des Gesamtbudgets eine weitere Ausgabenbegrenzung vor – eine Tatsache, die in der öffentlichen Debatte rund um die Reform bislang kaum eine Rolle spielte. Noch schlimmer: Der Erzählung des ehemaligen Gesundheitsministers Lauterbach und ihm nahestehender Gesundheitsökonom*innen, stetig steigende Kosten seien unabwendbar und ihnen müsse mit Schließungen und Sparmaßnahmen begegnet werden, wurde in der Debatte kaum widersprochen. Sie schürten den Eindruck, wir stünden vor enorm steigenden Ausgaben und müssten sie im Zaum halten. Dabei ist das Gegenteil der Fall: Gemessen am Bruttoinlandsprodukt (BIP) sind die Ausga-

54 Deutscher Bundestag: Stenografischer Bericht, 203. Sitzung, Plenarprotokoll 19/203, Frage der Bundestagsfraktion der Linken an das Bundesgesundheitsministerium, 13.1.2021, S. 25594, https://dserver.bundestag.de/btp/19/19203.pdf **55** Lauterbach für «Ent-Ökonomisierung», ver.di, 21.3.2023, https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/themen/gesundheitspolitik/++co++176d52d8-c7df-11ed-b71d-001a4a160111 **56** Forster, Josef/Thiede, Peter: Lauterbach kündigt Kliniksterben in westdeutschen Großstädten an, Bild, 20.10.2024, www.bild.de/politik/inland/karl-lauterbach-im-interview-deutschland-wird-hunderte-kliniken-verlieren-670fc28bb3637d7cb5b6d0d1

ben für Krankenhäuser in den letzten Jahren vergleichsweise konstant (siehe hierzu auch Kapitel 5: Mythos 1), reichen aber seit Jahren nicht aus, um deren Betrieb und Erhalt sicherzustellen. Diese Mangelwirtschaft und der damit einhergehende Kampf um knappe Mittel werden mit der Reform fortgeschrieben.

Lauterbach hat es wie keine*r seiner Vorgänger*innen geschafft, die Öffentlichkeit mit Euphemismen, also beschönigenden Begriffen wie «Vorhaltepauschalen» oder «Entökonomisierung», in die Irre zu führen. Am 19. Oktober 2024, zwei Tage nach der Verabschiedung des Gesetzes im Bundestag, gab er in einem Interview für die *Bild-Zeitung* zu, dass die Reform zu Hunderten Klinikschließungen führen werde. Zuvor hatte er wiederholt behauptet, dass die Reform gerade die kleinen Kliniken retten werde. In einer Sendung von Markus Lanz sagte er sogar: «Diese Schließungsdiskussion ist für mich nicht so spannend.»[57] Diese Worte stehen in eklatantem Widerspruch zu den unzähligen Menschen, die überall in Deutschland gegen Krankenhausschließungen protestieren. Was für Lauterbach «nicht so spannend ist», kann vor Ort im schlimmsten Fall über Leben und Tod entscheiden. Dass die Folgen der Krankenhausreform durchaus Besorgnis in der Bevölkerung hervorrufen, belegt auch eine Studie des Meinungsforschungsunternehmens Civey, die von Gemeingut in BürgerInnenhand in Auftrag gegeben und im November 2024 veröffentlicht wurde: Eine deutliche Mehrheit der Bevölkerung (62,4 Prozent) gibt an, von der Reform Verschlechterungen in der Versorgung zu erwarten.[58]

Die Krankenhausreform betrifft sowohl die Finanzierung des Krankenhausbetriebs als auch die Struktur der Krankenhauslandschaft. In Bezug auf die Finanzierung besteht die Neuerung vor allem in der Einführung von Vorhaltepauschalen, die die DRG-Pauschalen teilweise ersetzen sollen. Strukturelle Änderungen ergeben sich aus der Einführung von Leistungsgruppen und von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen.

Die **Vorhaltepauschalen** kommen als zweite Säule der Betriebskostenfinanzierung hinzu. Die Höhe der Vorhaltepauschalen wird für jedes Bundesland gesondert ermittelt und beträgt insgesamt bis zu 60 Prozent des Erlösvolumens aus allen DRG-Fallpauschalen. 20 Prozent davon entfallen allerdings auf das Pflegebudget, also die kostendeckende Finanzierung der Pflege am Bett. Abgezogen werden außerdem variable Sachkosten. Die Summe der Vorhaltepauschalen ist gedeckelt, es handelt sich also um ein Festbudget. Dieses Budget wird auf die einzelnen Leistungsgruppen aufgeteilt. Für jede Leistungsgruppe steht pro Bundesland ein bestimmtes, gedeckeltes Budget zur Verfügung, das zwischen all jenen Krankenhäusern aufgeteilt wird, die die entsprechende Leistungsgruppe anbieten dürfen (siehe unten).

Vorhaltepauschalen sind also ein klassisches Instrument zur Kostensteuerung.

57 RND: Lanz kritisiert Lauterbachs Krankenhausreform, 23.6.2023, www.rnd.de/medien/lanz-kritisiert-lauterbachs-krankenhausreform-UHPJ7NZEVNB2DEXDZLPQV5SL5Q.html **58** Gemeingut in BürgerInnenhand: Schließungsbilanz 2024 – Krankenhauskahlschlag in Zahlen, 20.11.2024, S. 8–9, www.gemeingut.org/gesundheitsbuendnisse-warnen-vor-khvvg-und-praesentieren-krankenhauschliessungsbilanz-2024/

Das Budget ist vorab festgelegt. Es ergibt sich nicht aus den medizinischen Bedarfen. Die Festlegung der Höhe der Pauschale geschieht auf der Grundlage der DRG-Fallpauschalen, genau der Finanzierungsweise, von der seit Jahren bekannt ist, dass sie medizinische Bedarfe nur unzureichend vergütet, insbesondere die Grundversorgung. Da diese Budgets von den zugeteilten Leistungsgruppen abhängen, wäre der Begriff Leistungsgruppenbudgets zutreffender.

Die **Leistungsgruppen** fungieren als Instrument der finanziellen, aber auch der strukturellen Steuerung. Aktuell sind 65 Leistungsgruppen geplant, die das Versorgungsspektrum kleinteilig gliedern. Um bestimmte Leistungsgruppen anbieten zu dürfen, muss ein Krankenhaus Mindestvorgaben erfüllen: beim Personal, bei den Behandlungen und bei der technischen Ausstattung. Alle Krankenhäuser müssen sich jedes Jahr für die Leistungsgruppen bewerben, umgesetzt wird dies ab dem Jahr 2025. Eine Anpassung der Krankenhausreform unter Lauterbachs Nachfolgerin Nina Warken (CDU) führt einige Ausnahme- und Übergangsregelungen für die Zuteilung zu den Leistungsgruppen ein, ändert jedoch am Prinzip nichts.

Die **sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen** ergeben sich aus einer neu eingeführten Systematik von Versorgungsstufen. Ursprünglich war die verpflichtende Einstufung aller Krankenhäuser in drei Level mit dazugehörigen Strukturvorgaben geplant, mit 1 als niedrigster und 3 als höchster Stufe. Aufgrund heftiger Kritik wurde dieses Vorhaben fallengelassen, trotzdem sind die Level nicht vom Tisch. Die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen entsprechen so dem Level 1i – einer Gesundheitseinrichtung, die kein Krankenhaus mehr ist.

Wie mithilfe dieser Maßnahmen die Versorgung ausgedünnt und damit verschlechtert wird, lässt sich an den Details der Reform ablesen: Mit der Herabstufung zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (früher Level 1i genannt) werden mehrere Hundert Krankenhäuser nicht mehr als Häuser durchgehender stationärer Versorgung und Notfallversorgung existieren. Nach Schätzungen einer Studie im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums handelt es sich dabei um rund 350 Krankenhäuser.[59] Laut einer Auswertung der Beratungsfirmen Vebeto und hbc (dessen Geschäftsführer Boris Augurzky auch in der Regierungskommission saß, siehe dazu auch Kapitel 4) im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft sollen sogar rund 560 Krankenhäuser betroffen sein.[60] Das spätere Zugeständnis Lauterbachs, dass mehrere Hundert Krankenhäuser schließen werden, und die Konkretisierung des Marburger Bundes, dass jedes vierte Allgemeinkrankenhaus betroffen sein wird,[61] bestätigen diese Berechnungen.

59 Deutsches Ärzteblatt: Krankenhausreform: Rund 350 Kliniken könnten dem Level 1i zugeordnet werden, 2.6.2023, www.aerzteblatt.de/nachrichten/143653/Krankenhausreform-Rund-350-Kliniken-koennten-dem-Level-1i-zugeordnet-werden **60** Hansis, Eberhard/Dahnke, Hannes/Mensen, Anne/Emde, Annika/Augurzky, Boris: Auswirkungsanalyse zur Krankenhausstrukturreform, 7.2.2023, www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/Kurzversion_DKG_Auswirkungsanalyse_Basisszenario_von_Vebeto_und_hcb.pdf **61** Deutsches Ärzteblatt: Johna warnt vor hunderten Krankenhausschließungen, 2.11.2024, www.aerzteblatt.de/news/johna-warnt-vor-hunderten-krankenhausschliessungen-53988870-a62f-44e3-b370-bd81503b098e

Zahlreiche weitere Kliniken werden durch die Einführung der Leistungsgruppen dazu gezwungen sein, Abteilungen abzubauen oder ganz zu schließen. Die Erfahrungen in Nordrhein-Westfalen, wo die Leistungsgruppen bereits im April 2025 eingeführt werden, bestätigen das. 95 Klagen und 28 Eilanträge wurden dort von Krankenhausträgern gegen die Aberkennung von Leistungsgruppen eingereicht, einige der Klagen wurden bereits entschieden.[62] In manchen Fällen haben die Träger Recht bekommen und können die zunächst aberkannten Leistungsgruppen doch weiter anbieten. In der Schweiz, wo die Leistungsgruppen bereits seit 2011 Schritt für Schritt eingeführt wurden, sind die Gerichtsprozesse ebenso zahlreich. Häufig ziehen sie sich über mehrere Jahre hin und destabilisieren die Versorgung. Da die Leistungsgruppenzuweisung ein dynamischer Prozess sein soll, in dem die Zuteilung der Leistungsgruppen laufend überprüft werden soll, sind einerseits ständige Veränderungen bei den angebotenen Leistungen der Krankenhäuser und andererseits eine weiter zunehmende Konzentration in der Krankenhauslandschaft vorprogrammiert.

Die Bezeichnung «Vorhaltevergütung» verspricht, dass Krankenhäusern diejenigen Kosten finanziert werden, die ihnen unabhängig von der Menge der getätigten Behandlungen für das Vorhalten von Personal und Ausstattung entstehen. Genau das ist aber nicht der Fall: «Tatsächlich handelt es sich bei dem, was im Kommissionspapier als ‹Vorhaltefinanzierung› bezeichnet wird, um ein System, das dazu dienen soll, die Entwicklung der Fallzahlen und der Gesamtausgaben stärker als bisher kontrollieren, begrenzen und auch absenken zu können», kritisiert beispielsweise der Gesundheitswissenschaftler Michael Simon. Auch das Bündnis Krankenhaus statt Fabrik bezeichnet die Vorhaltefinanzierung als «Etikettenschwindel».[63] Hinzu kommt, dass die Vorhaltepauschalen nicht an die Entwicklung der Kosten angepasst werden, sondern auf dem Niveau der sogenannten Basisjahre 2022 und 2023 fixiert werden sollen, sodass sich im Zeitverlauf eine immer größere Differenz zwischen den tatsächlich entstehenden Kosten und den bezahlten Vorhaltepauschalen ergeben wird.[64] Da es sich bei Vorhaltepauschalen eben nicht um DRG-Fallpauschalen handelt, profitieren sie nicht von den Erhöhungen des Landesbasiswertes. Die Reform der Finanzierung wird somit zu weiteren Insolvenzen und insolvenzbedingten Schließungen und Privatisierungen führen. Die aktuell unzureichende Krankenhausvergütung wird lediglich umbenannt und zwischen Fallpauschalen und Vorhaltepauschalen aufgeteilt, aber nicht erhöht.

Insbesondere die Gestaltung der Leistungsgruppen enthält eine Reihe von Mechanismen, die zu Schließungen führen werden. Die Ursache dafür ist, dass das leitende Prinzip der Reform nicht darin besteht, auf der Grundlage der Ermittlung von Versorgungsbedarfen Krankenhäuser

62 WDR: Erfolgreiche Klagen gegen NRW-Krankenhausreform, 19.3.2025, www1.wdr.de/nachrichten/klagen-gegen-krankenhausreform-teils-erfolgreich100.html **63** Bündnis Krankenhaus statt Fabrik: Bedarfsgerechte Finanzierung und Krankenhausplanung statt Etikettenschwindel und Abrissbirne, 6.5.2024, S. 2, www.krankenhaus-statt-fabrik.de/wp-content/uploads/2024/05/PM_KH_statt_Fabrik_KHVG_04_2024_1-1.pdf; Simon, Michael: Grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung. Analyse und Kritik des Vorschlags der Regierungskommission, in: Das Krankenhaus 4/2023, S. 333. **64** Ebd., S. 336.

mit den entsprechenden finanziellen Mitteln auszustatten, damit sie diesen Bedarf in hoher Qualität decken können. Stattdessen werden vermeintliche «Qualitätsvorgaben» eingeführt, deren (zukünftige) Nichterfüllung jedoch daraus resultiert, dass den Krankenhäusern die entsprechenden Leistungsgruppen und damit auch die finanziellen Mittel entzogen werden. Mitnichten wird dadurch die Qualität verbessert, vielmehr werden Abteilungen und ganze Krankenhäuser geschlossen werden.

Im Detail bestehen folgende Probleme bei den Leistungsgruppen:

– Anhand rigider Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen,[65] zum Beispiel Vorgaben zur personellen und technischen Ausstattung, zu Schwellenwerten für die Fallzahlen, sogenannte Mindestvorhaltezahlen, oder Vorgaben zur Bereitstellung weiterer Leistungsgruppen, werden den Krankenhäusern bestimmte Leistungsgruppen entzogen – sie dürfen die entsprechende Behandlung also nicht mehr durchführen. Anstatt Krankenhäuser, denen die nötige Ausstattung fehlt, um bestimmte Behandlungen durchführen zu können, finanziell und personell zu ertüchtigen, wird das Leistungsspektrum, das sie anbieten, abgebaut. Zudem sind Mengen allein kein Kriterium für Qualität. In ihrer Ausgestaltung stellen die Leistungsgruppen also kein Instrument zur Qualitätssteigerung dar, sondern erhöhen die Konkurrenz zwischen den Krankenhäusern um bestimmte Behandlungen, bei der die Verlierer Abteilungen abbauen oder vollständig schließen müssen. Denn je weniger Krankenhäuser eine Leistungsgruppe anbieten, desto mehr Geld steht den verbleibenden Krankenhäusern über die Vorhaltepauschalen pro Leistungsgruppe zur Verfügung.

– Die Bundesländer können sich in ihrer Krankenhausplanung zwischen Pest und Cholera entscheiden: Verteilen sie die Leistungsgruppen auf möglichst wenige Häuser, müssen die anderen schließen oder ihr Behandlungsangebot einschränken. Verteilen sie die Leistungsgruppen an viele Krankenhäuser, gibt es pro Haus zu wenig Geld – sodass auch hier Schließungen vorprogrammiert sind. Die Rede von der Qualitätssteigerung durch Leistungsgruppen ist daher bloß ein weiterer Euphemismus für den Krankenhauskahlschlag.

65 Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz — KHVVG), 11.12.2024, www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/400/VO.html

– Bei einigen Leistungsgruppen sieht das Gesetz vor, diese nur in Kombination mit anderen Leistungsgruppen zuzulassen. Ein Beispiel: Die Leistungsgruppen «Allgemeine Innere Medizin» und «Allgemeine Chirurgie», in die das Gros der Krankenhausbehandlungen fallen, benötigen beide laut Qualitätskriterien zwingend auch die Leistungsgruppe «Intensivmedizin» mit Notfall-Labor, eine*n Fachärzt*in mit Weiterbildung Intensivmedizin, drei intensivmedizinisch erfahrene Fachärzt*innen in Rufbereitschaft und die Möglichkeit einer CT-Nutzung rund um die Uhr. Das sind zwar sinnvolle Vorgaben, aber diesen Standard werden die meisten Krankenhäuser ohne Basisnotfallversorgung nicht erreichen. Folglich werden sie keinen Versorgungsauftrag für die «Allgemeine Innere Medizin» und «Allgemeine Chirurgie» erhalten und daher schließen müssen. Dies stellt eine gravierende Bedrohung für die Häuser der Grundversorgung im ländlichen Raum dar. Aufgrund dieser vorgesehenen Kriterien forderten einige Landesgesundheitsminister*innen vor Verabschiedung der Reform Ausnahmen von dieser Regelung. So argumentierte Andreas Philippi (SPD), der Gesundheitsminister in Niedersachsen, dass er fünf von sechs Kinderchirurgien im Land schließen müsste, wenn die Anforderungen an die Zahl der Fachärzt*innen wie vorgesehen bestehen blieben.[66] Die Reform wurde trotzdem unverändert verabschiedet. Allerdings wurden im Koalitionsvertrag zwischen SPD und CDU von 2025 Ausnahmeregelungen verabredet,[67] die mit dem Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) umgesetzt werden sollen. Die meisten Ausnahmen sind jedoch zeitlich begrenzt, sodass die Schließungen lediglich verzögert werden.[68]

DIE HOHEN RENDITEN PRIVATER KRANKENHAUSKONZERNE BEDEUTEN, DASS ÖFFENTLICHE GELDER DEM GESUNDHEITSWESEN ENTZOGEN WERDEN.

66 Töpfer, Änne: «Ich brauche für die Planung mehr Beinfreiheit», Interview mit Andreas Philippi, Gesundheitsminister von Niedersachsen, AOK, 18.9.2024, www.aok.de/pp/gg/magazine/gesundheit-gesellschaft-09-2024/interview-gesundheitsminister-philippi/ **67** Verantwortung für Deutschland. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 21. Legislaturperiode, 2025, www.koalitionsvertrag2025.de/ **68** Mau, Jens: Maximale Beinfreiheit für die Länder, 22.7.2025, www.bibliomedmanager.de/news/krankenhausreform-khag-leistungsgruppen-qualitaetskriterien

– Eine weitere Schwierigkeit für kleinere Krankenhäuser stellt die Verwaltung der neuen Anforderungen dar. Um die Qualitätskriterien zu erfassen, sollen komplexe und technisch anspruchsvolle Verfahren entwickelt werden. Das bedeutet nicht nur eine Erhöhung des bürokratischen Aufwands für die Krankenhäuser, sondern auch einen Nachteil für die kleinen unter ihnen. Denn sie werden den technischen und personellen Mehraufwand nicht so einfach stemmen können, sodass für sie zusätzliche Schwierigkeiten bei der Leistungsgruppenverteilung entstehen. Große Kliniken hingegen können ganze Abteilungen für Qualitätsmanagement aufbauen und werden damit die Gewinner der Reform sein.

Weitere geplante Reformen im Gesundheitsbereich

Die wohnortnahe Versorgung ist besonders in Notfällen wichtig. Um die Notfallversorgung trotz Ausdünnung der Krankenhauslandschaft gewährleisten zu können, müsste das Rettungswesen ausgebaut werden. Die Ampelregierung legte im Oktober 2024 einen Gesetzesentwurf für eine Reform der Notfallversorgung vor, der jedoch vor dem Ende der Koalition nicht mehr beschlossen wurde. Auch die Nachfolgeregierung plant eine Notfallreform, deren genaue Inhalte jedoch unklar sind. Der bestehende Entwurf sieht vor, ambulante Ärzt*innen im Rahmen von sogenannten Integrierten Notfallzentren stärker in die Notfallversorgung einzubinden, macht allerdings keine Vorschläge dazu, wie die Kapazitäten im ambulanten Bereich erhöht werden können. Die ambulante Ärzt*innenschaft stößt bereits jetzt an ihre Kapazitätsgrenzen, insbesondere auf dem Land. Viele Praxen in ländlichen Regionen werden in den nächsten Jahren nicht mehr besetzt sein, weil ältere Ärzt*innen in Rente gehen und der Nachwuchs fehlt. Abhilfe könnte die ambulante Versorgung in Krankenhäusern schaffen, wenn sie explizit ermöglicht werden würde und die Krankenhäuser flächendeckend als Orte für sowohl stationäre als auch ambulante Versorgung erhalten blieben.[69]

Mit der Krankenhausreform ist aber vielmehr folgendes Szenario absehbar: Entweder schließt das wohnortnahe Krankenhaus und es gibt gar keine Einrichtung mehr vor Ort, oder das Krankenhaus wird in eine hauptsächlich ambulante sektorenübergreifende Einrichtung umgewandelt, die keine Notfallversorgung rund um die Uhr anbietet. Die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen können mit ihrer gesetzlich vorgesehenen Minimalausstattung keine Krankenhäuser ersetzen. Dabei brauchen die Menschen vor Ort beides: sowohl eine stationäre Versorgung mit – besonders wichtig – einer Notfallversorgung rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche als auch eine ambulante Versorgung, entweder in ambulanten Praxen oder in Zentren wie Ärztehäusern, MVZ oder Polikliniken.[70]

69 Vgl. Emmerich, Klaus/Neef, Rainer/Valentukeviciute, Laura: Konzept einer bundeseinheitlichen klinischen und ambulanten Notfallversorgung, März 2025, www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2025/03/2025-03-04-Ambulante-und-klinische-Notfallversorgung-Konzept-Buendnis-Klinikrettung.pdf **70** Vgl. Bündnis Klinikrettung: Ja zur besseren Krankenhausstruktur – nein zu Lauterbachs Leveln, 13.3.2023, www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2023/03/2023-03-13_Buendnis-Klinikrettung_Modell_bedarfsgerechte_Krankenhausstruktur.pdf

Fazit: Neoliberaler Kahlschlag versus Krankenhäuser als Daseinsvorsorge

Die hier geschilderten Krankenhausreformen wurden hauptsächlich von Politiker*innen der CDU/CSU, SPD und FDP vorangetrieben – die FDP war von 1970 bis 2000 durchgehend an den wechselnden Regierungskoalitionen mit CDU/CSU und SPD beteiligt. Seit der Jahrtausendwende ist insbesondere Karl Lauterbach ein Treiber der neoliberalen Reformen. Er bewirbt seit mittlerweile mehr als 20 Jahren mit den immer gleichen Argumenten die Verringerung der Anzahl von Krankenhäusern und setzte auch die aktuelle Reform in der Ampelregierung durch, wobei FDP und Bündnis 90/Die Grünen die Reformvorschläge stark unterstützten.[71] Und auch wenn er sie als umfassende Entökonomisierung verkaufte, ist sie – wie beschrieben – das genaue Gegenteil: Ökonomische Erwägungen und Kostensteuerung bilden ihren Kern.

Aus der Perspektive neoliberaler Gesundheitsökonomie versprechen Krankenhausschließungen finanzielle Einsparungen und Entlastungen sowohl für die Krankenkassen als auch für die öffentlichen Haushalte, darunter auch der Haushalte der Bundesländer. Aus der Perspektive einer Gesellschaft, die auf die Krankenhausversorgung als Daseinsvorsorge angewiesen ist und dafür Steuern und Krankenkassenbeiträge zahlt, stellt der mit dem Gesetz angestrebte Krankenhauskahlschlag allerdings eine Missachtung ihrer Grundrechte dar.

Dass dieser Kahlschlag unter anderem damit begründet wird, dass die Gelder für eine Ausfinanzierung aller Krankenhäuser fehlen würden, ist falsch. Denn die hohen Renditen privater Krankenhauskonzerne bedeuten, dass öffentliche Gelder tatsächlich dem Gesundheitswesen entzogen werden und als private Profite abfließen. Diese Gelder könnten stattdessen in den Betrieb und den Erhalt von Krankenhäusern investiert werden. Dafür müsste in der Krankenhauspolitik jedoch ein Paradigmenwechsel stattfinden, denn solange die Reformen dem Primat der Profitmaximierung folgen und sich nicht an den Bedürfnissen der Bevölkerung orientieren, dienen sie in erster Linie den Interessen privater Konzerne.

71 Karl Lauterbach schrieb bereits 2003 in seinem Buch «DRG in deutschen Krankenhäusern» (zusammen mit Markus Lüngen, Stuttgart 2003), dass 1.410 der damals 2.242 Krankenhäuser und 194.000 der 523.114 Betten in allgemeinen Krankenhäusern überflüssig seien; Haarhoff, Heike: Gesundheitsökonom Reinhard Busse im Interview: «Krankenhäuser sind in Deutschland überflüssig», Tagesspiegel, 22.9.2021, www.tagesspiegel.de/politik/krankenhauser-sind-in-deutschland-uberflussig-4278700.html

EXKURS 3: WIE DEN PRIVATEN DER BODEN BEREITET WURDE

Die gesetzlichen Reformen im Krankenhauswesen haben diesen Bereich der Daseinsvorsorge grundlegend verändert. Der Übergang von der Selbstkostendeckung zur Fallpauschalenfinanzierung führte zu einem Primat betriebswirtschaftlicher Erwägungen im Krankenhausbetrieb (siehe hierzu auch Kapitel 2.1). Das steht im Widerspruch dazu, die Versorgung nach medizinischen Bedarfen zu organisieren. Die Ausrichtung der Krankenhäuser nach Marktprinzipien begünstigt private Player. Selbst die nicht-privatisierten Häuser stehen unter dem Wettbewerbsdruck des Systems. Das führt zu Lohndrückerei, einer Reduktion des Behandlungsangebots bzw. zur Konzentration auf rentable Leistungen. Die systematische Unterfinanzierung wiederum ist ein Einfallstor für Privatisierung und ein Motor der Schließungen.

Die Aufkäufe kommunaler Krankenhäuser durch private Träger und die flächendeckenden Schließungen sind Teile ein und desselben Prozesses: Private Klinikbetreiber maximieren ihre Gewinne auf Kosten anderer Krankenhäuser – der dem DRG-System inhärente Wettbewerb ist ein Verdrängungswettbewerb. Private Investor*innen inszenieren sich selbst gern als Retter in der Not, die dringende Investitionen in unterfinanzierte öffentliche Infrastrukturen ermöglichen. Der Gründer der Bertelsmann Stiftung, Reinhard Mohn, hat diese Absicht gut auf den Punkt gebracht: «Es ist ein Segen, dass uns [dem Staat, Anm. d. Verf.] das Geld ausgeht» – dann können, so Mohn sinngemäß, die Privaten das Ruder übernehmen. Austeritätsprogramme sind also meist auch Privatisierungsprogramme.

Dieser Prozess verläuft häufig in Privatisierungszyklen: Ein Krankenhaus wird privatisiert, auf Gewinn getrimmt, ausgequetscht und am Ende gern auch wieder an die öffentliche Hand abgestoßen. Letzteres passiert insbesondere dann, wenn privat betriebene Kliniken doch keine Gewinne abwerfen. Ein Beispiel für eine solche Rekommunalisierung ist das Krankenhaus in Crivitz in Mecklenburg-Vorpommern, das der Landkreis Ludwigslust-Parchim 2021 von der Asklepios-Tochter Mediclin übernahm. Im niedersächsischen Ottendorf wurde die kommunale Klinik 2005 an den Klinikkonzern Capio veräußert, der im Besitz eines Private-Equity-Fonds ist. 2020 wurde die hoch verschuldete Klinik wieder rekommunalisiert. Auch der Rhön-Konzern, der 2006 das Universitätsklinikum Gießen und Marburg zum Spottpreis von 112 Millionen Euro erwarb, profitiert weiterhin von Steuergeldern – 2022 bekam er die Zusage für öffentliche Investitionszuschüsse in Höhe von 500 Millionen Euro.[72] Aktuell kämpfen die Beschäftigten ebendieser Universitätsklinik aufgrund katastrophaler Arbeitsbedingungen als Teil der bundesweiten Krankenhausbewegung für bessere Löhne und Entlastung. Solche Ar-

72 Fittkau, Ludger: Unikliniken Gießen und Marburg. Steuergeld für das privatisierte Krankenhaus, Deutschlandfunk Kultur, 23.3.2022, www.deutschlandfunkkultur.de/steuergelder-unikliniken-giessen-marburg-100.html

beitskämpfe gehören daher zusammen mit den vielen lokalen Aufständen gegen die Schließungen von Geburtshilfen, Notaufnahmen oder auch ganzen Kliniken. Denn sie alle stellen sich gegen die gesundheitsgefährdenden Nebenwirkungen der jahrzehntelangen Privatisierungen.

Ein wesentlicher Schritt im Privatisierungsprozess ist die Änderung der Rechtsform einer Einrichtung von öffentlichem in privates Recht. Die Rechtsformprivatisierung nennt sich auch formale Privatisierung und kann zum Beispiel darin bestehen, dass ein Krankenhaus von der rechtlichen Form einer Anstalt öffentlichen Rechts (AöR) oder eines Eigenbetriebs der Kommune oder des Landes in eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) umgewandelt wird. Als kommunaler oder Landesbetrieb besitzt ein Krankenhaus keine volle Rechtsfähigkeit (nicht außenrechtsfähig), schließt keine eigenen Arbeitsverträge ab und ist weder Dienst- noch Bauherr. Daher wird bei der formellen Privatisierung auch manchmal von einer rechtlichen «Verselbstständigung» gesprochen: Das Krankenhaus wird gewissermaßen aus der öffentlichen Verwaltung herausgelöst, sodass eine eigene wirtschaftliche Einheit entsteht.

Die formelle Privatisierung ebnet, ähnlich wie die Trennung von Infrastruktur und Betrieb, häufig einer späteren materiellen Privatisierung den Weg. Denn die Umwandlung in eine private Rechtsform bedeutet unter anderem, dass die Erwirtschaftung von Gewinnen zu einer Vorgabe für den Betrieb wird. Außerdem steht hinsichtlich der Transparenz der Schutz der Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse vor den Auskunftsansprüchen der Öffentlichkeit, die öffentliche Kontrolle wird eingeschränkt oder sogar unmöglich. Viele dieser Umwandlungen von Krankenhäusern fanden in den 1990er- und 2000er-Jahren statt und wurden von gewerkschaftlichen Abwehrkämpfen begleitet.

PRIVATE INVESTOR*INNEN INSZENIEREN SICH SELBST GERN ALS RETTER IN DER NOT, DIE DRINGENDE INVESTITIONEN IN UNTERFINANZIERTE ÖFFENTLICHE INFRASTRUKTUREN ERMÖGLICHEN.

Auch die Einführung der Schuldenbremse 2009 befeuerte Privatisierungen im Krankenhausbereich: Per Grundgesetzänderung ist es Bund und Ländern seither verboten, sich neu zu verschulden. Auch für die Kommunen wurde die Kreditaufnahme stark beschränkt. Das führte in allen Bereichen der Daseinsvorsorge zu Privatisierungen und Schattenhaushalten – das heißt zur Aufnahme von Krediten über beispielsweise landeseigene Unternehmen – und hatte eine drastische Erhöhung der Zinskosten zur Folge. Kommunen mit defizitären Krankenhäusern werden seit dem Verbot der Neuverschuldung dazu gezwungen, diese zu verkaufen, da sie die Defizite nur kurzfristig ausgleichen können.

2.2 GEWINNE UND IHRE QUELLEN

Es ist offensichtlich, warum private Akteure – «Gesundheits-»Konzerne, aber auch Investitionsfonds und Private-Equity-Kapital – daran interessiert sind, verstärkt in die Gesundheitsversorgung einzusteigen. Denn es handelt sich um einen Bereich der Daseinsvorsorge, für dessen Finanzierung nicht nur große Mengen an Steuermitteln, sondern auch stetig steigende Versichertenbeiträge zur Verfügung stehen. Hinzu kommen die Ausgaben privater Haushalte und Organisationen sowie Arbeitgeberbeiträge. Von dem fetten Kuchen aller Gesundheitsausgaben – im Jahr 2023 belief sich deren Höhe auf mehr als 500 Milliarden Euro, 12 Prozent des BIPs – möchten die Privaten ein möglichst großes Stück abhaben. Die gesetzlichen Krankenkassen sind mit 56 Prozent der größte Ausgabenträger, gefolgt von privaten Haushalten und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck mit 12 Prozent sowie der sozialen Pflegeversicherung mit 11,6 Prozent. Die privaten Krankenkassen tragen nur 8,2 Prozent der Ausgaben.[73]

Allein im Jahr 2023 gingen rund 121 Milliarden Euro der Gesundheitsausgaben an die Krankenhäuser.[74] Besonders attraktiv am Krankenhaus- und Gesundheitsbereich ist für die Privaten, dass diese Gelder – wegen des Versorgungsauftrags und anderer gesetzlicher Verpflichtungen der öffentlichen Hand und der Krankenkassen – verlässlich zur Verfügung stehen.

Die Verknappung der Ausgaben der öffentlichen Haushalte und die strukturelle Unterfinanzierung, insbesondere die Vernachlässigung der Investitionsfinanzierung durch die Länder, ist ein Einfallstor für private Aufkäufe. Beides ermöglicht privaten Betreibern die Expansion in diesem Daseinsvorsorgebereich und steigert langfristig deren Gewinne (siehe hierzu auch Exkurs 2).

Auch die politische Forderung nach mehr Zentralisierung in der Krankenhauslandschaft muss im Zusammenhang mit den Gewinnstrategien privater Krankenhauskonzerne verstanden werden, denn die privaten Betreiber ringen darum, dass ihr Anteil an den Ausgaben nicht kleiner wird. Dadurch entsteht ein Verdrängungswettbewerb, der unweigerlich Schließungen zur Folge hat. So formulierten beispielsweise die Autor*innen einer Krankenhausstudie der Unternehmensberatung Roland Berger im Jahr 2018: «Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser hat sich im Jahr 2017 erneut leicht verschlechtert. Im abgelaufenen Geschäftsjahr konnten 41 Prozent der befragten Krankenhäuser keinen Überschuss erwirtschaften.»[75] Die Krankenhausstudie derselben Beratungsfirma aus dem darauffolgenden Jahr trägt den Titel «Das Ende des Wachstums. Deutschlands Krankenhäuser zwischen Kostendruck und steigendem Wettbewerb».[76] Daraus ergibt

73 Destatis: Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern, 16.4.2025, www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/ausgabentraeger.html **74** Destatis: Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen, 16.4.2025, www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/einrichtungen.html **75** Rong, Oliver/Magunia, Peter: Roland Berger Krankenhausstudie 2018, München 2018, www.rolandberger.com/publications/publication_pdf/roland_berger_krankenhausstudie_2018.pdf **76** Rong, Oliver/Magunia, Peter/Grotelüschen, Janes/Bähner, Vanessa: Das Ende des Wachstums. Deutschlands Krankenhäuser zwischen Kostendruck und steigendem Wettbewerb. Roland Berger Krankenhausstudie 2019, o. J., www.rolandberger.com/publications/publication_pdf/roland_berger_krankenhausstudie_2019.pdf

DER MANGEL AN PFLEGEKRÄFTEN HAT AUCH DAMIT ZU TUN, DASS DIE BESCHÄFTIGTEN AUFGRUND DER KATASTROPHALEN ARBEITS-BEDINGUNGEN IN TEILZEIT GEHEN ODER GANZ AUS DEM BERUF FLIEHEN, UM SICH ZU SCHÜTZEN.

sich für die Privaten die logische Folgerung, die Wettbewerber zu beseitigen, um ein größeres Stück vom Ausgabenkuchen abzubekommen. Diese Strategie scheint insofern aufzugehen, als dass die neueste Studie von Roland Berger ergibt, dass eine starke Polarisierung zwischen profitabel wirtschaftenden und defizitären Krankenhäusern stattgefunden hat: 89 Prozent der befragten öffentlichen Krankenhäuser schreiben Verluste, während 83 Prozent der privaten Krankenhäuser Gewinne abschöpfen.[77]

Die privaten Klinikbetreiber nutzen diverse Möglichkeiten, um ihre Einnahmen zu steigern. Manche davon sind sehr kreativ, andere bewegen sich bisweilen an der Grenze des Legalen. Im Folgenden werden vier zentrale Bereiche dargestellt, aus denen die Privaten im Krankenhaussektor Gewinne extrahieren: (1) Beschäftigte, (2) Versorgung, (3) Verwaltung und Beschaffung sowie (4) Förderung.

Beschäftigte

Die höchsten Ausgaben im Krankenhaus entfallen auf das Personal. Im Jahr 2023 betrugen die Personalkosten bundesweit 84.702.236 Euro und machten damit gut 60 Prozent der Krankenhauskosten aus.[78] Weil die Fallpauschalen keine Mechanismen enthalten, die eine personelle Mindestbesetzung oder Standards für die Arbeitsbedingungen vorgeben, ergibt sich im Bereich Personal ein großes Potenzial, durch Einsparungen Gewinne zu maximieren. Dazu nutzen die Krankenhausträger vor allem folgende Maßnahmen: Auflösung, Nichteinhaltung bzw. Unterwande-

77 Magunia, Peter/Carl, Cecil: Krankenhausstudie 2025. Transformation durch Investition: Die Krankenhausbranche auf dem Weg in die Zukunft. Roland Berger GmbH, September 2025, www.rolandberger.com/de/Insights/Publications/Krankenhausstudie-2025-Transformation-durch-Investition.html **78** Destatis: Kostennachweis der Krankenhäuser 2023, Reiter 23121-08: Personalkosten der Krankenhäuser nach Ländern, 2023, 27.11.2024, www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-kostennachweis-krankenhaeuser-2120630237005.html

rung von Tarifverträgen bzw. keine Tarifvertragsabschlüsse, Auslagerung einfacher Tätigkeiten an Niedriglohnfirmen, Verringerung der Beschäftigtenzahl sowie Verdichtung der Arbeit.

Die Maßnahmen sind vor allem für private Träger typisch und schrecken Beschäftige zu Recht ab. So flohen bei der Übernahme der Hamburger Kliniken durch den Asklepios-Konzern im Jahr 2004 rund 1.500 Beschäftigte vor dem neuen Arbeitgeber.[79]

– Die Nichteinhaltung bzw. Unterwanderung von Tarifverträgen ist vor allem ein Thema für die schlechter bezahlten, nicht-ärztlichen Beschäftigten. Dazu zählen Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, medizinische Fachangestellte, operationstechnische, anästhesietechnische und chirurgisch-technische Assistent*innen, Reinigungskräfte, Köch*innen, Verwaltungsangestellte oder Techniker*innen. Ihre Zahl betrug 2024 rund 1,2 Millionen (bei 217.724 ärztlichen Beschäftigten).[80] Fehlende Tarifverträge sind besonders ein Thema in den Kliniken, in denen bei der Privatisierung keine Tarifbindung vertraglich festgeschrieben wurde oder in denen durch das Outsourcing die Tarifverträge verlassen wurden. Das nutzt zum Beispiel der Konzern Asklepios: Seit das ehemalige Kreiskrankenhaus Pasewalk vor mehr als 20 Jahren privatisiert wurde, gibt es für das Pflegepersonal keinen Tarifvertrag mehr.[81] Über die Verhältnisse bei Asklepios in Hamburg berichtet ver.di: «Achteinhalb Jahre ohne jede Lohnerhöhungen: Keinen Cent mehr haben die Beschäftigten der Asklepios Objektbetreuung Hamburg seit ihrer Ausgliederung aus dem Krankenhauskonzern 2015 erhalten.»[82]

– Auch die Auslagerung von Arbeitsplätzen in nicht-medizinischen Bereichen ist ein gängiger Weg, Geld für diese Dienstleistungen einzusparen und einen Teil davon als Gewinn abzuführen. Davon betroffen sind zum Beispiel die Verwaltung, der Transport von Patient*innen, die Objektbetreuung, die Wäscherei, die Küche, das Labor oder die Sterilisationsabteilung.[83] Eine bundesweite Schätzung der Gewerkschaft ver.di aus dem Jahr 2016 geht davon aus, dass solche Ausgliederungen «bis zu 20 Prozent aller bisherigen Krankenhausmitarbeiter*innen» betreffen. Eine Befragung von 100 Klinik-Geschäftsführer*innen zeigte, dass im Jahr 2016 «circa 50 Prozent aller Klinikwäschereien, 46 Prozent aller Reinigungsdienste und 38 Prozent aller Krankenhausküchen fremdvergeben» waren.[84]

79 Gnirke, Kristina/Hülsen, Isabell/Müller, Martin U.: Der kranke Konzern, Spiegel Wirtschaft, 21.12.2016, www.spiegel.de/spiegel/asklepios-klinikkonzern-der-kranke-konzern-a-1126679.html **80** Destatis: Ärztliches und nichtärztliches Personal in Krankenhäusern, 16.9.2025, www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Tabellen/personal-krankenhaeuser-jahre.html **81** Dpa: Ministerin will in Tarifstreit bei Asklepios vermitteln, bibliomedmanager, 12.7.2024, www.bibliomedmanager.de/news/ministerin-will-in-tarifstreit-bei-asklepios-vermitteln **82** Ver.di: «Einfach anfangen». Bei der Asklepios Objektbetreuung in Hamburg haben in drei Monaten 60 Beschäftigte den ver.di-Mitgliedsantrag unterschrieben. Ihr Ziel: Tarifvertrag, 13.11.2023, https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/mein-arbeitsplatz/servicegesellschaften/++co++6ca3cd8e-8226-11ee-ba15-93811ccd8465 **83** Hans-Böckler-Stiftung: Eine Stadt holt sich ihre Klinik zurück, Düsseldorf 2021, www.boeckler.de/de/magazin-mitbestimmung-2744-eine-stadt-holt-sich-ihre-klinik-zurueck-36419.htm **84** Kucera, Martin: Konzentration auf das Kerngeschäft, kma Online, 29.6.2016, www.kma-online.de/aktuelles/management/detail/konzentration-auf-das-kerngeschaeft-a-31678

– Während sich die Zahl der Ärzt*innen seit 1991 fast verdoppelt hat, ist die Zahl nicht-ärztlicher Mitarbeiter*innen nur geringfügig angestiegen. Der Mangel an Pflegekräften führt in manchen Kliniken dazu, dass Betten nicht belegt, sondern gesperrt werden[85] und an Qualität und Umfang der Versorgung gespart wird.[86] Laut Gesundheitswissenschaftler Simon fehlen in deutschen Allgemeinkrankenhäusern gut 100.000 Vollzeitstellen für Pfleger*innen. Wollte man ein Verhältnis von Pflegekräften pro 1.000 Einwohner*innen wie in der Schweiz oder Dänemark erlangen, «müssten sogar zwischen 160.000 und 260.000 Vollzeitkräfte zusätzlich eingestellt werden».[87] Der Mangel an Pflegekräften hat auch damit zu tun, dass die Beschäftigten aufgrund der katastrophalen Arbeitsbedingungen in Teilzeit gehen oder ganz aus dem Beruf fliehen, um sich zu schützen. Eine Studie aus dem Jahr 2021 ergab, dass viele Pflegekräfte bereit wären, in ihren Beruf zurückzukehren oder ihre Stunden aufzustocken, wenn sie durch mehr Personal mehr Zeit für eine gute Pflege bekämen, mit verlässlichen Arbeitszeiten rechnen könnten und besser bezahlt werden würden.[88]

– Mit dem Personalmangel hängt die Verdichtung der Arbeit zusammen. In einem Vergleich zwischen den Krankenhausträgern im Jahr 2020 stellte die Unternehmensberatung PwC fest, dass die privaten Kliniken mit 30,1 Patient*innen pro Pflegekraft die höchste Personalauslastung (und damit Belastung) im Vergleich zu öffentlichen (26,7) und freigemeinnützigen (26,0) Trägern aufweisen.[89] Daher geben die Privaten weniger Geld für Personal aus und können mehr von dem Geld, das sie über die Fallpauschalen bekommen, anderweitig nutzen. So zeigt PwC in seiner Studie, dass die Material- und Personalaufwandsquote bei den privaten Trägern um fast 10 Prozent niedriger ist als bei den öffentlichen.[90]

– Auch die Überlastungsanzeigen, die Beschäftigte aufgrund der Unterbesetzung an die Klinikleitung stellen, sind ein Zeichen der Arbeitsverdichtung. Die Menge solcher Anzeigen in Hamburg im Jahr 2016 ist ein Indiz für den Druck auf die Beschäftigten in der privatisierten Klinik: «Rund 5.200 sogenannte Gefährdungsanzeigen haben die Pflegekräfte in den Hamburger Kliniken in diesem Jahr geschrieben. Von Januar bis Ende Oktober gingen allein 837 solcher Anzeigen aus dem Krankenhaus St. Georg an die Klinikleitung, doppelt so viele wie im Jahr zuvor.»[91] Die Ausgliederung der Perso-

85 Durch die Sperrung von Betten werden nicht alle Kapazitäten eines Krankenhauses genutzt. Aus diesem Zustand schlussfolgern Schließungsbefürworter*innen absurderweise, dass nicht alle Betten benötigt werden und deswegen Kapazitäten abgebaut werden können. **86** Ausführlich berichten darüber die Beschäftigten in: Schenkenberger, Paula/Mucha, Anuschka/Schlagheck, Lisa/Voigt, Anja/Ost, Ellen: Schwarzbuch Krankenhaus. Das Schweigen brechen, hrsg. von der Rosa-Luxemburg-Stiftung, Berlin 2023, www.rosalux.de/publikation/id/50301 **87** Simon, Michael: Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung, Oktober 2018, www.boeckler.de/fpdf/HBS-006992/p_fofoe_WP_096_2018.pdf **88** Auffenberg, Jennie/Becka, Denise/Evans, Michaela/Kokott, Nico/Schleicher, Sergej/Braun, Esther: «Ich pflege wieder, wenn …» – Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften, Bremen 2022, www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bundesweite_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Langfassung.pdf **89** PwC: PwC-Studie: Krankenhaus-Vergleich 2020, September 2020, www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/krankenhaeuser/pwc-studie-krankenhaus-vergleich-2020.html **90** Ebd. **91** Gnirke, Kristina/Hülsen, Isabell/Müller, Martin U.: Ein krankes Haus, Der Spiegel, 16.12.2016, www.spiegel.de/politik/ein-krankes-haus-a-ad490db8-0002-0001-0000-000148564812

nalkosten für Pflege aus den DRG-Fallpauschalen (2020) und die neu eingeführten Personaluntergrenzen (2019) führen theoretisch dazu, dass der Druck sinkt, auf Kosten der Pflegekräfte Einsparungen durchzuführen. Allerdings steigt dadurch der Druck, bei anderen Berufsgruppen zu sparen. Berichte von Beschäftigten und Gewerkschafter*innen im Zusammenhang mit den Krankenhausstreiks in den vergangenen Jahren legen außerdem nahe, dass die Personaluntergrenzen häufig nicht eingehalten werden. So wies die Berliner ver.di-Fachbereichsleiterin Gisela Neunhöffer darauf hin, dass Klinikleiter während des Streiks von 2023 Notdienstvereinbarungen gefordert hatten, die eine bessere Personalbesetzung bedeuteten als der Normalbetrieb[92] – obwohl Notbesetzungen eigentlich nur das absolute Minimum sichern sollen, damit ein Streik nicht lebensgefährlich wird.

Versorgung

Bei der Gewinnabschöpfung im Bereich Versorgung geht es vor allem um die Ausnutzung der Schlupflöcher in der DRG-Finanzierung. Dass mit der Einführung der DRG-Fallpauschalen «auch Eingriffe vorgenommen werden, die medizinisch nicht unbedingt notwendig wären», gibt mittlerweile auch Karl Lauterbach zu.[93] Dazu gehören hauptsächlich Hüft-, Knie- und Wirbelsäulenoperationen, aber auch Eingriffe am Herz, deren Zahl seit 2004 stark angestiegen ist.

Weitere Stellschrauben, die hinsichtlich der Gewinnerwirtschaftung manipulierbar sind, sind die Dauer einer Behandlung oder der Zeitpunkt der Entlassung.[94] Auch die Attestierung eines höheren Schweregrads einer Erkrankung bringt mehr Geld. So liegen die Case-Mix-Punkte – der Indikator für die durchschnittliche Schwere der behandelten Krankenhausfälle – laut PwC-Krankenhausvergleich bei den privaten Kliniken deutlich höher.[95] Um Gewinne zu steigern, machen Klinikmanagements sogar mitunter die Vorgabe, Patient*innen mit lukrativen Diagnosen aufzunehmen und die anderen abzuweisen.[96] Andere Krankenhausträger setzen die Beschäftigten mit einem Ampelsystem unter Druck, um die von der ökonomischen Leitung berechneten Gewinnmargen zu erreichen. Werden die fiktiven Zielmarken verfehlt, folgen reale Entlassungen, wie das folgende Beispiel zeigt: «[…] eine Million Gewinn war erwartet, ‹nur› eine halbe wurde erwirtschaftet. Falsche Berechnungen wurden als reale Verluste betrachtet und das ärztliche Team von 32 auf 26 gekürzt.»[97]

Im DRG-System bezahlen die Krankenkassen nur die Behandlung der gestellten Hauptdiagnose. Die Behandlung weiterer Erkrankungen wird während dieses Kran-

92 Heine, Hannes: Notdienst-Debatte in Charité und Vivantes: Welche Patienten in Berlins Kliniken trotz Streiks versorgt werden, Tagesspiegel, 1.3.2023, www.tagesspiegel.de/berlin/berliner-wirtschaft/debatte-um-notdienste-in-charite-und-vivantes-welche-patienten-in-berlin-trotz-klinik-streiks-versorgt-werden-9433091.html **93** Hans-Böckler-Stiftung: Arbeitsbedingungen in der Pflege, 8.5.2024, www.boeckler.de/de/auf-einen-blick-17945-zahlen-und-studien-zum-pflegenotstand-und-wege-hinaus-17962.htm **94** Gnirke, Kristina/Hülsen, Isabell/Müller, Martin U.: Der kranke Konzern, Spiegel Wirtschaft, 21.12.2016, www.spiegel.de/spiegel/asklepios-klinikkonzern-der-kranke-konzern-a-1126679.html **95** PwC: PwC-Studie: Krankenhaus-Vergleich 2020, September 2020, www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/krankenhaeuser/pwc-studie-krankenhaus-vergleich-2020.html **96** Strohschneider, Thomas: Krankenhaus im Ausverkauf. Private Gewinne auf Kosten unserer Gesundheit, Frankfurt a. M. 2022, S. 24. **97** Bericht einer Beschäftigten in: Hontschik, Bernd: Heile und herrsche. Eine gesundheitspolitische Tragödie, Frankfurt a. M. 2022, S. 64.

ALLEIN DIE VIER GRÖSSTEN PRIVATEN KLINIKBETREIBER – HELIOS, RHÖN-KLINIKUM, ASKLEPIOS UND SANA – ERZIELTEN IM JAHR 2023 EINEN GEWINN VON 924 MILLIONEN EURO.

kenhausaufenthalts nicht durch gesonderte Fallpauschalen vergütet. Sie kann allenfalls den Schweregrad der Fallpauschale erhöhen und dadurch die Vergütung geringfügig anheben. Ärzt*innen berichten, dass multimorbide Patient*innen nach der Entlassung zur Behandlung ihrer weiteren parallelen Leiden wieder neu aufgenommen werden.[98]

Auch mit dem Schließen unrentabler Abteilungen wie Gastroenterologie, Allgemein- oder Viszeralchirurgie erhöhen private Krankenhausträger den Spielraum für Gewinne. Sie müssen dann die Gelder aus den lukrativeren Bereichen nicht mehr zur Querfinanzierung defizitärer Bereiche heranziehen.[99]

Verwaltung und Beschaffung

Die Beschaffung qualitativ hochwertiger und ausreichender medizinischer Produkte, Gerätschaften und anderer Materialien ist wichtig für die Versorgungsqualität. Kostenersparnisse in diesem Bereich stellen für Krankenhausträger eine mögliche Gewinnquelle dar: Ein zentralisierter Einkauf und eine gemeinsame Verwaltung können auf sinnvolle Weise Kosten reduzieren. So dürfen sich zum Beispiel alle Träger in Einkaufsgemeinschaften organisieren und so effizienter und aufgrund von Mengenrabatten auch günstiger einkaufen. Zusammen-

98 Strohschneider, Thomas: Krankenhaus im Ausverkauf. Private Gewinne auf Kosten unserer Gesundheit, Frankfurt a. M. 2022, S. 166. **99** Ebd., S. 40.

schlüsse kommunaler Krankenhäuser sind allerdings erst mit dem KHVVG unkompliziert möglich, während private Träger schon zuvor bundesländerübergreifend agieren konnten. Sie profitieren auch davon, dass sie bestimmte Dienstleistungen, zum Beispiel in den Bereichen Verwaltung, Großküchen oder Wäschereien, gewinnbringend Dritten verkaufen können, was den kommunalen Kliniken untersagt ist.

Eine Rolle spielt aber auch, welche Medikamente und Verbrauchsmaterialien die Krankenhäuser bestellen. Die Heilung der Patient*innen hängt stark davon ab, ob das Personal wirksame Medikamente und qualitativ hochwertige Verbrauchsmaterialien bestellen und einsetzen darf – unabhängig davon, ob diese teuer oder günstig sind. Nur wenige Beschäftigte trauen sich, ihren Unmut über den Druck zu äußern, auch in diesem Bereich auf Kosten der Qualität zu sparen.[100]

Förderung

Für die Anschaffung von Geräten, aber auch für die energetische Modernisierung, den Strukturumbau oder den Erhalt bestimmter Abteilungen – die sogenannte Sicherstellung – haben alle Plankrankenhäuser, auch solche, die in privater Trägerschaft sind, Anspruch auf staatliche Förderung.[101] Beispiele zeigen, dass solche Fördergelder aber auch anderweitig genutzt werden können als bezweckt. So wurde das Krankenhaus Roding in Bayern Ende März 2022 geschlossen, obwohl es laut Gesetz als unverzichtbar galt und der Träger Sana Kliniken AG Sicherstellungszuschläge für den Erhalt auch für das Jahr 2022 bewilligt bekommen hatte. «Mit der Schließung werden nicht nur gesetzliche Regelungen umgangen, sondern auch Steuergelder missbraucht. 400.000 Euro jährlich erhielt der Sana-Konzern, um den dauerhaften Fortbestand der Klinik zu sichern – ohne die Aufgabe zu erfüllen. Dieser Vorgang ist empörend und beispiellos», urteilte Klaus Emmerich, ehemaliger Leiter zweier kommunaler Krankenhäuser in Bayern und Mitbegründer vom Bündnis Klinikrettung.[102] In Melsungen sollte Asklepios mit der Förderung des Bundeslandes Hessen eine neue Klinik bauen (siehe Beispiel-Box 2). In einer Pressemitteilung machte es die Förderung öffentlich: «Ministerpräsident Volker Bouffier hob hervor, dass die Landesregierung mit den in den Klinikneubau investierten 15 Millionen Euro Fördermitteln ein deutliches Signal für die Stärkung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum setzen wolle.»[103] Kurz darauf zog sich der Konzern zurück: Der vorgesehene Neubau wurde nicht errichtet und auch das bisherige Krankenhaus in Melsungen schloss Asklepios Anfang 2023 ersatzlos.[104]

100 «Ständige Ermahnungen, wenn ich das teurere und bessere Medikament nutze statt das unsinnige für 50 ct.», in: Hontschik, Bernd: Heile und herrsche. Eine gesundheitspolitische Tragödie, Frankfurt a. M. 2022, S. 63. **101** Bundesministerium für Gesundheit: Krankenhausfinanzierung, 3.6.2025, www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html. **102** Pressemitteilung vom Bündnis Klinikrettung, 22.3.2022, www.gemeingut.org/lauterbach-schaut-tatenlos-zu/ und Pressemitteilung der Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, 18.3.2025, https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/kliniken-in-not/klinikschlie%C3%9Fungen-ab-2021/krankenhaus-roding/ **103** Pressemitteilung von Asklepios, 5.10.2018, www.asklepios.com/presse/presse-mitteilungen/melsungen/grundsteinlegung-zum-klinikneubau~ref=925b29b7-8b44-4b99-bcd0-df0af3ccb6a9~ **104** Ruge, Marcel: Nach Klinik-Schließung in Melsungen. Warten, bis der Arzt kommt, Hessenschau, 5.7.2025, www.hessenschau.de/gesellschaft/nach-klinik-schliessung-in-melsungen-medizinische-versorgung-ungewiss-v1,klinikum-melsungen-100.html

Fazit: Abfließende Gewinne machen den Krankenhausbetrieb teurer

Mit welchen der geschilderten Maßnahmen in welchen Bereichen wie viel Profit erwirtschaftet werden kann, lässt sich nicht abschließend klären. Aber die Menge an finanziellen Ressourcen, die entzogen werden, ist immens. Allein die vier größten privaten Klinikbetreiber – Helios, Rhön-Klinikum, Asklepios und Sana – erzielten im Jahr 2023 einen Gewinn von 924 Millionen Euro.[105] In der bereits erwähnten Studie zum Krankenhauskonzern Asklepios zeigt Christoph Trautvetter, dass der Chef der Klinikkette entgegen früheren Behauptungen «fast 300 Millionen Euro an seine private Holding und von dort teilweise in zwei Schweizer Luxushotels und privat gehaltene Wertpapiere» abgeführt hat. Trautvetter schlussfolgert: «So finanziert am Ende das deutsche Gesundheitssystem den privaten Vermögensaufbau.»[106]

Die Gewinne im Krankenhauswesen sind im Vergleich zu anderen Bereichen der Daseinsvorsorge sehr hoch und bisher nicht gedeckelt, die Renditen liegen bei bis zu 15 Prozent. In anderen Sektoren der Daseinsvorsorge wurden die Renditen im Laufe der Jahre eingeschränkt, so zum Beispiel bei der Wasserversorgung oder der Müllabfuhr. Die vom Kartellamt verordnete Begrenzung der Renditen im Fall der Berliner Wasserbetriebe war einer der Gründe dafür, dass die privaten Konzerne ausgestiegen sind.

Eine Abschaffung der Renditen im Krankenhauswesen ist überfällig. Das würde sowohl den Druck im Krankenhauswesen als auch das Defizit der Krankenkassen lindern. Auch gesamtgesellschaftlich gesehen machen die abfließenden Gewinne das Krankenhauswesen teuer. Aber die Forderung zahlreicher Initiativen, ein Renditeverbot oder zumindest eine Begrenzung der Renditen in der jüngsten Reform umzusetzen, finden bisher keinerlei Eingang in die von neoliberalen Gesundheitsökonom*innen geprägten Debatten und Gesetzesvorhaben im Krankenhausbereich.

105 Statista: Gewinn der größten privaten Klinikbetreiber in Deutschland in den Jahren 2007 bis 2023, Februar 2025, https://de.statista.com/statistik/daten/studie/322501/umfrage/gewinn-der-groessten-privaten-klinikbetreiber-in-deutschland/ **106** Trautvetter, Christoph: Mit kostendeckenden Fallpauschalen zum Milliardär. Der Fall Asklepios und das deutsche Gesundheitswesen, Online-Studie 8/2023, hrsg. von der Rosa-Luxemburg-Stiftung, S. 5, www.rosalux.de/publikation/id/51423

INFO-BOX 4

KRANKENHAUSTYPEN

Laut Definition des Bundesgesundheitsministeriums[107] wird grundsätzlich zwischen **zugelassenen Krankenhäusern** und reinen **Privatkrankenhäusern** unterschieden. Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung können sich in jeder zugelassenen Klinik behandeln lassen, die Behandlung wird von der jeweiligen Krankenkasse bezahlt, in die die Versicherten einzahlen. In reinen Privatkliniken werden in der Regel nur Selbstzahler*innen behandelt. Zugelassene Krankenhäuser unterliegen der Preisbindung durch das Krankenhausentgeltgesetz, während Privatkrankenhäuser in ihrer Preisgestaltung weitgehend freie Hand haben.

Krankenhaus mit Versorgungsvertrag – ein Krankenhaus, das aufgrund eines Versorgungsvertrags mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen zur Krankenhausbehandlung Versicherter zugelassen ist. Alle Plankrankenhäuser haben einen Versorgungsvertrag, aber nicht alle Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag sind im Krankenhausplan eines Landes aufgenommen. Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag sind von der Umsatzsteuer befreit.

Plankrankenhaus – ein Krankenhaus, das in den Krankenhausplan eines Bundeslands aufgenommen ist und damit Anspruch auf staatliche Investitionsförderung hat.

Es gibt verschiedene Krankenhaustypen, die sich vor allem in ihrem Versorgungsumfang unterscheiden:

Universitätskrankenhaus – ein Krankenhaus, in dem alle medizinischen Fachrichtungen angeboten werden. Zu den Aufgaben der Universitätskliniken gehören außerdem Forschung, Lehre, ärztliche Weiterbildung und die Behandlung besonderer Erkrankungen.

Allgemeinkrankenhaus – ein Krankenhaus, das für eine umfassende stationäre Versorgung ausgelegt ist und nicht ausschließlich psychosomatische, psychotherapeutische und psychiatrische Abteilungen vorhält.

Fachkrankenhaus – ein Krankenhaus, das sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung oder Krankheitsgruppe spezialisiert hat, zum Beispiel Orthopädische Fachkliniken, Lungenkliniken, Fachkrankenhäuser für Augenheilkunde, Zentren für seltene Erkrankungen, für Psychiatrie

107 Bundesministerium für Gesundheit: Ratgeber Krankenhaus, Berlin 2025, S. 39, www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/ratgeber-krankenhaus.html

oder für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Außerdem werden Krankenhäuser nach vier Versorgungsstufen eingeteilt, wobei die Einteilung in den Bundesländern variiert:

Krankenhäuser der Grundversorgung bieten hauptsächlich in den Fachbereichen Innere Medizin und Allgemeinchirurgie eine Versorgung an. Sie gewährleisten die flächendeckende wohnortnahe Krankenhausversorgung und sind für die Basisnotfallversorgung zuständig.

Krankenhäuser der Regelversorgung verfügen über mehr Fachabteilungen, wie zum Beispiel Gynäkologie und Geburtshilfe, Augenheilkunde und Orthopädie.

Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung umfassen noch mehr Fachbereiche, darunter beispielsweise Pädiatrie und Neurologie.

Maximalversorgungskrankenhäuser sind Universitätskliniken und einige weitere sehr große Krankenhäuser. Sie weisen ein breites Behandlungsspektrum auf.

3 KRANKENHÄUSER FÜR ALLE: BEDARFSGERECHT UND GEMEINWOHLORIENTIERT

Nach vielen Jahren der Unterfinanzierung und der Privatisierung sind grundlegende Veränderungen in der Krankenhausversorgung dringend nötig: Nicht die Möglichkeit, mit Gesundheit als Ware Gewinne zu machen, sondern die Qualität der Versorgung sollte darüber entscheiden, wie die Krankenhäuser geplant, organisiert und finanziert werden. Viel zu lange haben Lobbygruppen, die die Profitinteressen privater Krankenhauskonzerne vertreten, über den Umgang mit dem wichtigsten Gut, das wir haben, entschieden – unsere Gesundheit.

Was die gesetzlichen Regelungen betrifft, ist das meiste, was im Krankenhaussektor dringend nötig wäre, schon erprobt, weil es entsprechende Verfahren und Gesetze schon einmal gab, zum Beispiel die Selbstkostendeckung oder das Verbot, Gewinne zu machen. Gleiches gilt für den kommunalen Betrieb der Häuser und die bedarfsorientierte Krankenhausplanung durch die Länder.

Damit sollen die Jahrzehnte der Selbstkostendeckung nicht als Goldenes Zeitalter verklärt werden. Patriarchale und hierarchische Strukturen, die eine Vormachtstellung männlicher Ärzte garantierten, prägen die Geschichte der Versorgung hilfebedürftiger Menschen in Krankenhäusern. Sie wirken bis heute, auch wenn sich eine Verschiebung von den «Göttern in Weiß» hin zu den «Gesundheitsmanagern» vollzogen hat. Als Disziplin hat die Medizin zur Ausgrenzung, Unterdrückung und Disziplinierung von Gruppen beigetragen, die als abnormal, rebellisch oder delinquent abgestempelt wurden: Frauen, Arbeiter*innen, Migrant*innen, psychisch Kranke und Krankgemachte oder rassifizierte Menschen. Die Arbeitsverhältnisse und die Verhältnisse zwischen Personal und Patient*innen waren und sind in verschiedener Weise durch Ausbeutung, Geschlechter- und Klassenhierarchien geprägt. Die Krankenhäuser müssen daher demokratisiert werden.

Im Folgenden werden einige pragmatische Vorschläge für die Finanzierung und Struktur der Krankenhäuser beschrieben. Leitend für diese Vorschläge ist der Gedanke, dass die tatsächlichen Bedürfnisse der Patient*innen und des Krankenhauspersonals die Krankenhausplanung und -finanzierung bestimmen sollten. Nur auf diese Weise können Lösungen für die drängenden Probleme wie Personalmangel, Fehlversorgung oder Krankenhausschließungen gefunden werden.

3.1 GEWINNVERBOT UND SELBSTKOSTENDECKUNG

Wie in Kapitel 2 dargestellt, war die 1985 geschaffene Möglichkeit, Gewinne abzuführen, ausschlaggebend dafür, dass private Akteure in den Krankenhaussektor eingestiegen sind. Wie andere Bereiche der öffentlichen Daseinsvorsorge ist auch die Gesundheitsversorgung aufgrund des Verfassungsauftrags zur staatlichen Fürsorge interessant für Private, da sie sichere Einkünfte und damit potenzielle Gewinne verheißt. Das kann aber gesetzlich auch verhindert werden: Eine Gewinnbeschränkung oder, noch besser, ein Gewinnverbot für den gesamten Krankenhaussektor würde ihn für private Akteure wieder unattraktiv machen und dazu führen, dass sie diesen Sektor verlassen und die öffentliche Hand wieder übernehmen könnte – wie das Beispiel der Rekommunalisierung der Berliner Wasserbetriebe zeigt. Eine konsequente Austrocknung der Gewinnmöglichkeiten ist der Grundstein für alle weiteren notwendigen Reformen. Denn die gegenwärtigen drängenden Probleme lassen sich nur dann grundsätzlich und nachhaltig lösen, wenn Krankenhäuser nicht dem Druck ausgesetzt sind, Gewinne zu erwirtschaften, wenn sie also nicht Privaten gehören, sondern vergesellschaftet werden.

Die Einführung der DRG-Fallpauschalen hat die Möglichkeiten, Gewinne zu erwirtschaften, enorm gesteigert. Deshalb gleicht der Versuch, innerhalb dieses Finanzierungssystems Gewinne zu beschränken oder ganz zu unterbinden, einem Hütchenspiel. Private Träger beschäftigen ganze Abteilungen von DRG-Controller*innen, die dafür sorgen, die Abrechnungen mit den Krankenkassen möglichst vorteilhaft für ihre Kliniken auszugestalten. Aus diesem Grund führt kein Weg daran vorbei, das DRG-System durch eine kostendeckende Finanzierung zu ersetzen.

Das Prinzip der Kostendeckung, auch Selbstkostendeckung genannt, funktioniert in seinen Grundzügen wie folgt:[1]

- Alle Betriebskosten, die einem Krankenhaus durch die Behandlung von Patient*innen gemäß Versorgungsauftrag entstehen, werden von den Krankenkassen erstattet.
- Um den Betrieb im Jahresverlauf zu sichern, werden monatliche Abschlagszahlungen geleistet, gestaffelt nach Versorgungsstufe und Bettenzahl. Als Orientierungsgröße können dabei zum Beispiel die stationären Vorjahreskosten des Krankenhauses dienen, zuzüglich der Kosten für die den Krankenhäusern gesetzlich zugestandenen ambulanten Tätigkeiten. Dabei muss die inflationsbedingte Steigerungsrate berücksichtigt werden.

1 Die Bezeichnungen Kostendeckung und Selbstkostendeckung haben die gleiche Bedeutung – es geht um die Erstattung der real entstandenen Kosten statt der pauschalisierten Bezahlung nach Fällen, wie bei DRG-Fallpauschalen. Wie eine kostendeckende Finanzierung umgesetzt werden kann und welche Vorteile sie bringt, hat das Bündnis Klinikrettung in einem Konzeptpapier dargestellt: Vgl. Emmerich, Klaus/Valentukeviciute, Laura/Schulz, Jorinde/Storn, Herbert/Kusche, Katrin: Selbstkostendeckung der Krankenhäuser. Kritik am Fallpauschalensystem und Entwicklung eines alternativen Modells, 12.12.2022, www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2022/12/2022-10_Studie_Selbstkostendeckung_Buendnis_Klinikrettung_aktualisierte_Ausgabe_2022-12-12.pdf. Ein weiteres überzeugendes Konzept liefert Krankenhaus statt Fabrik: «Kostendeckung 2.0» statt DRG-System. Krankenhausfinanzierung nach Gemeinwohl – statt nach Marktprinzip, 5.3.2024, www.krankenhaus-statt-fabrik.de/wp-content/uploads/2024/03/KsF_Finanzierung_kostendeckend_Maerz_2022-1.pdf

– Zum Jahresende legt das Krankenhaus sein Jahresergebnis offen.
– Die Jahresergebnisse werden von den Landesrechnungshöfen oder von der Kommunalaufsicht – und nicht von privaten Wirtschaftsprüfungsgesellschaften – geprüft. Anschließend müssen die Krankenkassen eventuell entstandene Defizite ausgleichen – entstandene Überschüsse muss das Krankenhaus an die Kassen zurückzahlen. Da Einnahmen und Ausgaben deckungsgleich sind, gibt es keine Gewinne mehr.

Im System der Selbstkostendeckung kann die duale Finanzierung beibehalten werden, sodass Investitionen in Modernisierungen oder Geräte von den Ländern getragen werden. Dabei muss allerdings sichergestellt werden, dass die Länder ihrer Verpflichtung zur Übernahme der Investitionskosten auch tatsächlich nachkommen.

Grundlage der kostendeckenden Finanzierung muss eine Bedarfsplanung sein, die in einem demokratischen Prozess erarbeitet wird. In diesen Planungsprozess sollen alle Betroffenen wie landes- und kommunalpolitisch Verantwortliche, Krankenhausträger, Gewerkschaften und Patient*innenverbände einbezogen werden. Auch medizinische und andere wissenschaftliche Expertise sollte einfließen. Bei der Planung wird ermittelt, welche medizinischen Bedarfe es gibt und welche Versorgungsstrukturen zu ihrer Erfüllung gebraucht werden. Auch Reserven für Krisen wie Pandemien oder Naturkatastrophen müssen mit eingeplant werden. Aus der Bedarfsplanung ergeben sich dann die Versorgungsaufträge für die Krankenhäuser, die in die Landeskrankenhauspläne aufgenommen werden.

Außerdem müssen die Tarifbindung für alle Beschäftigten sowie eine ausreichende Personalbemessung für alle Berufsgruppen gesetzlich vorgeschrieben werden, ebenso wie das Recht aller Einwohner*innen, dass binnen maximal 30 Fahrminuten ein Allgemeinkrankenhaus mit stationärer Notfallversorgung erreichbar ist.

WENN ÄRZT*INNEN NICHT PRO OPERATION BEZAHLT WERDEN, SONDERN DAFÜR, DASS SIE DA SIND UND IHRE ARBEIT MACHEN, GIBT ES WEDER ANLASS NOCH DRUCK, FINANZIELL VORTEILHAFTERE BEHANDLUNGEN IN DER THERAPIE VORZUZIEHEN ODER IHRE ANZAHL ZU STEIGERN.

3.2 VORTEILE DER SELBSTKOSTENDECKUNG

Da im System der Selbstkostendeckung die nachgewiesenen Verluste ausgeglichen werden, müssen keine bedarfsnotwendigen Krankenhäuser und Fachabteilungen aus betriebswirtschaftlichen Gründen geschlossen werden. Weil nur die entstandenen und nachgewiesenen Kosten erstattet werden, können mit dem Betrieb von Krankenhäusern keine Gewinne mehr erwirtschaftet werden. Das hat zur Folge, dass der Anreiz für medizinisch nicht indizierte Mengensteigerungen wegfällt. Denn wenn Ärzt*innen nicht pro Operation bezahlt werden, sondern dafür, dass sie da sind und ihre Arbeit machen, gibt es weder Anlass noch Druck, finanziell vorteilhaftere Behandlungen in der Therapie vorzuziehen oder ihre Anzahl zu steigern. Damit ist auch der Überlastung des Personals ein Riegel vorgeschoben. Außerdem entfällt der Anreiz, Fachkliniken für lukrative Behandlungen zu gründen und zu betreiben. Das eröffnet die Möglichkeit, die derzeit durch spezialisierte, meist privat betriebene Fachkliniken segmentierte Krankenhauslandschaft wieder zu konsolidieren, sodass Abteilungen, die den Allgemeinkrankenhäusern durch private Konkurrenten streitig gemacht wurden, wieder integriert und teure Managementkosten reduziert werden.

Das System der Selbstkostendeckung trägt zudem zu einer Reduzierung des Dokumentationsaufwands bei: Derzeit entfällt ein Drittel der Arbeitszeit des medizinischen Personals auf Dokumentationsaufgaben, die Hälfte davon dient allein der Dokumentation und Kodierung der DRG-Fallpauschalen. Durch die Abschaffung der DRG-Fallpauschalen hätte das Personal 15 Prozent mehr Zeit – daraus ergäben sich 166.400 zusätzliche Mitarbeitende bzw. 126.150 Vollzeitstellen, die hauptsächlich der dringend notwendigen Versorgung am Bett gewidmet werden könnten.[2] Angesichts der Umsetzung der Krankenhausreform von 2024, in deren Rahmen zusätzliche bürokratische Belastungen durch Vorhaltepauschalen und Leistungsgruppen anfallen werden, ist der Bürokratieabbau durch Selbstkostenfinanzierung umso dringlicher.

3.3 VERGLEICH ZWISCHEN DRG-FALLPAUSCHALEN-FINANZIERUNG UND SELBSTKOSTENDECKUNG

Die Kritik am Prinzip der Selbstkostendeckung ist damals wie heute dieselbe: Selbstkostendeckung führe aufgrund der Tagespauschalen zu langen Liegezeiten und verursache enorme Kosten, weil die stationäre gegenüber der ambulanten Versorgung bevorzugt werde. Die Daten des Statistischen Bundesamts[3] widerlegen aber die vermeintliche Ineffizienz der Selbstkostendeckung gegenüber der Finanzierung über DRG-Pauschalen (siehe Tabelle 2).

2 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern: Selbstkostendeckung der Krankenhäuser. Reale Finanzierungsalternative zu Lauterbachs Krankenhausreform, Himmelkron 2024, https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13365751699/Selbstkostendeckung+der+Krankenh%C3%A4user+-+Reale+-Finanzierungsalternative+zu+Lauterbachs+Krankenhausreform.pdf?t=1733157603 **3** Destatis: Grunddaten der Krankenhäuser 2023, Reiter 23111-12, 11.10.2024, www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Publikationen/_publikationen-innen-grunddaten-krankenhaus.html

Die **Belegungstage** konnten vor allem im Zeitraum der Selbstkostendeckung und aufgrund des medizinischen Fortschritts um rund 25 Prozent reduziert werden, die Absenkung im Rahmen der DRG-Finanzierung war viel geringer: 3,12 Prozent im Zeitraum 2004 bis 2016 und 12,55 Prozent zwischen 2011 und 2023. Solange Krankenhäuser für Mengen bezahlt werden, wird es immer den Anreiz geben, möglichst viele Patient*innen zu behandeln. Das verursacht einen ähnlichen Effekt, wie er der Selbstkostendeckung mit dem Schlagwort «Freiheitsentzug» vorgeworfen wurde.

Die **Verweildauer** (Liegezeit) wurde schon vor dem Umstieg auf die DRG-Finanzierung fast halbiert (46 Prozent), das ist vor allem dem medizinischen Fortschritt zu verdanken. Die Liegezeitverkürzungen nach Einführung der DRG-Finanzierung war nur noch minimal (2004–2016 um 16,09 Prozent und 2011–2023 um 6,5 Prozent). Sie ist zum Teil auch auf die falschen Mengenanreize zurückzuführen, die das Fallpauschalensystem mit sich bringt – man spricht in diesem Zusammenhang auch von «blutigen Entlassungen»: Je kürzer die Verweildauer ist, desto größer ist der Gewinn, der ein behandelter Fall potenziell abwerfen kann.

Tabelle 2: Vergleich von Dauer und Kosten bei Tagespflegesätzen und DRGs

	tagesgleiche Pflegesätze		DRG-Fallpauschalen Beginn		DRG-Fallpauschalen aktuell	
Zeitraum	1991–2003		2004–2016		2011–2023	
Belegungstage	204.203.529	153.517.615	146.745.762	142.169.544	141.676.442	123.893.592
Senkung		- 24,82 %		- 3,12 %		- 12,55 %
Verweildauer (in Tagen)	14	8,9	8,7	7,3	7,7	7,2
Senkung		- 36,43 %		- 16,09 %		- 6,49 %
Kosten (in Euro)	37.420.709	55.664.518	56.126.142	87.837.117	72.641.142	120.342.962

Anmerkung: Verglichen werden drei Zeiträume von jeweils zwölf Jahren miteinander: ein Abrechnungszeitraum mit Selbstkostendeckung bzw. Abrechnung per Tagessätze von 1991 bis 2003, der Zeitraum zwischen 2004 bis 2016 direkt nach Einführung der DRG-Fallpauschalen und die Jahre 2011 bis 2023.
Quellen: Bölt, Ute/Graf, Thomas: 20 Jahre Krankenhausstatistik, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2012, S. 117 und 133, https://www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2012/02/20-jahre-krankenhausstatistik-022012.pdf?__blob=publicationFile; Destatis: Fachserie 12 Reihe 6.3 Kostennachweis der Krankenhäuser, 2021, S. 9, www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/kostennachweis-krankenhaeuser-2120630217004.pdf?__blob=publicationFile&v=3; Destatis: Grunddaten der Krankenhäuser 2023, Reiter 23111-12, www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Publikationen/_publikationen-innen-grunddaten-krankenhaus.html; Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern: Selbstkostendeckung der Krankenhäuser. Reale Finanzierungsalternative zu Lauterbachs Krankenhausreform, Himmelkron 2024

Die **Kosten je Krankenhaus** stiegen im Vergleichszeitraum der Selbstkostendeckung von 1991 bis zur Einführung der DRG-Finanzierung im Jahr 2003 um 63,24 Prozent. Nach der Einführung der DRG-Fallpauschale war der Anstieg allerdings deutlich höher: um 73,75 Prozent zwischen 2004 und 2016 sowie um 83,50 Prozent zwischen 2011 und 2023. Der stärkere Kostenanstieg im DRG-System hat in erster Linie mit dem Mengenanreiz zu tun.

Der Anstieg der **Kosten je Behandlungsfall** fiel sogar beachtlich höher aus: Während des Zeitraums der Selbstkostendeckung betrug er 25,37 Prozent und in der Zeit seit der Einführung der DRG-Finanzierung waren es zunächst 34,72 Prozent (2004–2016), von 2011 bis 2023 erhöhten sich die Kosten um 79,32 Prozent.

3.4 DEMOKRATISCHE LANDESKRANKENHAUS- UND BEDARFSPLANUNG

Eine am Bedarf ausgerichtete und demokratisch geplante Gesundheitsversorgung stellt ein natürliches Monopol dar. In einem solchen System gibt es keinen Verdrängungswettbewerb und keinen Platz für wirtschaftlich bedingte Schließungen. Situationen der Über- und Fehlversorgung können identifiziert und durch Anpassungen der Planungen behoben werden. Ein solches System setzt aber eine Krankenhausplanung voraus, die demokratisch und transparent ist, statt des Top-down-Modells, das die Krankenhausreform vorsieht, und statt des aktuell herrschenden planerischen Wildwuchses, der aufgrund von Trägerentscheidungen oder Insolvenzen zustande kommt.

Eines der erklärten Ziele der neoliberalen Gesundheitsökonom*innen, die sich seit den 1980er-Jahren für die Privatisierung des Krankenhaussektors einsetzen, war die Abschaffung der staatlichen Krankenhausplanung.[4] Anstelle der auf der Bedarfsermittlung basierenden Krankenhausplanung sollte ein Markt entstehen, in dem die Kliniken in Wettbewerb zueinander treten und die Stärksten im Endeffekt überleben. Die real entstehenden Kosten der Kliniken sollten nicht mehr erstattet werden, sondern die Krankenhäuser sollten mithilfe von pauschalisierten Budgets für ihre Arbeit bezahlt werden, unabhängig von ihren unterschiedlichen Ausgaben.

Dieser Wettbewerb war aber von vornherein nicht fair: Kleinere Kliniken haben im Verhältnis zu größeren Kliniken höhere Verwaltungskosten, die sie aber aus weniger Falleinnahmen bezahlen müssen; Kliniken, die die allgemeine Notfallversorgung anbieten, haben mehr Vorhaltekosten als Kliniken, die nur planbare Spezialbehandlungen durchführen.

Das Prinzip des Wettbewerbs, das der DRG-Finanzierung zugrunde liegt und durch die geplante neue Finanzierungssäule der Vorhaltepauschalen ausgeweitet wird, profitiert von der fehlenden staatlichen Bedarfsplanung. Im Umkehrschluss würde die Wiedereinführung der Selbstkos-

4 Simon, Michael: Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser, Düsseldorf 2020, S. 86, www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-07898

UM UNSERE KRANKENHAUS-VERSORGUNG ZU ORGANISIEREN, SOLLTEN WIR EIN SYSTEM WÄHLEN, DAS MITBESTIMMUNG UND BEDARFSGE-RECHTIGKEIT IN DEN MITTELPUNKT STELLT.

tendeckung am meisten Wirkung entfalten, wenn es zugleich eine öffentliche, bedarfsorientierte Krankenhausplanung gäbe. Aber anders als im früheren Modell der Landeskrankenhausplanung müssten in eine zukunftsweisende Krankenhausplanung auch die mittelbar Betroffenen einbezogen werden, zum Beispiel die Beschäftigten, die Einwohner*innen vor Ort, aber auch in den umliegenden Landkreisen oder sogar in den angrenzenden Bundesländern, weil sie von den Umbau- oder Schließungsentscheidungen betroffen sind.

Ein anschauliches Beispiel dafür, dass Krankenhausbelange mehrere Bundesländer betreffen können, ist das Krankenhaus in Wertheim in Baden-Württemberg, das an der Grenze zu Bayern liegt und auch Patient*innen aus Bayern versorgt. Um insbesondere den kostenintensiven Rund-um-die-Uhr-Betrieb der Notaufnahme zu gewährleisten, wollten sich die angrenzenden bayerischen Gemeinden an der Finanzierung beteiligen. Das untersagte ihnen das Bayerische Innenministerium zunächst, stimmte dann, nach Protesten aus den Kommunen, allerdings doch zu.[5]

Wenn die Krankenhäuser den medizinischen Bedarf decken sollen, müssen sie ausfinanziert werden. Das gilt nicht nur für Kosten, die durch den Betrieb entstehen, sondern auch für Investitionen. Deswegen muss die Krankenhausplanung verpflichtende Grundlage für die Investitionsförderung der Länder sein. Dass die Länder

5 Weinhold, Max: Streit um Finanzierung: Bayerische Kommunen dürfen doch Klinik in Baden-Württemberg unterstützen, Süddeutsche Zeitung, 11.3.2025, www.sueddeutsche.de/bayern/buergerspital-wertheim-kreuzwertheim-zuschuss-li.3217240

in den letzten Jahrzehnten nur rund die Hälfte der erforderlichen Finanzierung geleistet haben, ist allerdings kein Zufall: So empfahl die Bund-Länder-Arbeitsgruppe (unter der schwarz-roten Koalition 2013–2017) den Ländern, «mindestens den Durchschnitt der Höhe der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 ausgewiesenen Mittel für die Krankenhausfinanzierung» zu bezahlen.[6] Der Rest sollte aus dem neu gegründeten Strukturfonds kommen, der aber nur Gelder für den Um- und Abbau im Krankenhaussektor bereitstellt, nicht jedoch für dessen Erhalt. Den ausgewählten Vergleichszeitraum 2012 bis 2014 kommentierte das *Deutsche Ärzteblatt* wie folgt: «Aber gerade in diesem Zeitraum lagen die Investitionskosten im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt so niedrig wie noch niemals zuvor.»[7] Die Unterfinanzierung wurde durch diese Empfehlung von der Regierung also bewusst vorangetrieben.

Zur Krankenhausbedarfsplanung gehören in erster Linie die Entscheidungen, welche Krankenhäuser wo vorhanden sein müssen, welche Abteilungen und Ausstattung sie haben müssen und wie die Notfallversorgung inklusive des Rettungswesens organisiert und ausgestattet sein muss. Ferner muss im Zusammenhang mit der Krankenhausplanung auch die ambulante Versorgung durch die Kassenärzt*innen, die Reha-Kliniken und auch die Pflegeeinrichtungen geplant werden.

3.5 DEMOKRATISCHES KRANKENHAUS ALS AUSWEG AUS DER MISERE

Immer wieder wird der angebliche Missbrauch des Systems der Selbstkostendeckung durch die Krankenhäuser angeführt, um gegen ihre Wiedereinführung zu argumentieren. Aber warum wird der systematische Missbrauch unserer jetzigen Gesundheitsversorgung durch private Konzerne, die Krankenkassenmittel als Gewinne zweckentfremden, nicht angeprangert? Um unsere Krankenhausversorgung zu organisieren, sollten wir ein System wählen, das Mitbestimmung und Bedarfsgerechtigkeit in den Mittelpunkt stellt. Die Selbstkostendeckung mit einer demokratischen Bedarfsplanung ist ein Ansatz dafür. Ein wichtiger weiterer Schritt, um ein Krankenhauswesen aufzubauen, das resilient gegen die Profitmaximierung wäre, besteht darin, die Krankenhäuser in gemeinnützige Rechtsformen zu überführen oder als öffentliche Betriebe zu organisieren.

Die aktuelle Lage zeichnet sich nicht nur dadurch aus, dass rund 40 Prozent der Krankenhäuser in privater Trägerschaft sind, sondern auch, dass die meisten Krankenhäuser mittlerweile (2017: 59 Prozent)[8] privatrechtlich organisiert sind, zum Bei-

6 Bund-Länder-AG Krankenhausreform: Eckpunkte der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015, 5.12.2014, S. 23, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/B/Bund_Laender_Krankenhaus/Eckpunkte_Bund_Laender_Krankenhaus.pdf **7** Osterloh, Falk: Krankenhausreform: Welche Häuser müssen schließen?, Deutsches Ärzteblatt 24/2015, www.aerzteblatt.de/archiv/krankenhausreform-welche-haeuser-muessen-schliessen-870ad75a-f6b1-4ed4-abb5-8ec24aeceaaf **8** Da diese Zahlen statistisch nicht mehr erhoben werden, ist 2017 das letzte Jahr, für das diese Zahl bekannt ist. Später stieg die Anzahl der privatrechtlich organisierten Krankenhäuser immer weiter.

spiel als Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbH). Das primäre Ziel solcher privaten Kliniken ist nicht mehr die Bedarfsdeckung, sondern die Gewinnerzielung.[9] Hinzu kommt, dass die Geheimhaltungsvorschriften des GmbH-Gesetzes nicht nur die öffentliche Debatte zu den wirtschaftlichen Fragen, sondern auch die politische Einflussnahme erschweren. Das gilt auch für öffentliche Häuser, wenn sie in privater Rechtsform verfasst sind.

Da Krankenhäuser allem voran der Gesundheitsversorgung und nicht der Erschließung von Geschäftsmöglichkeiten für private Investor*innen dienen, muss sich auch an der Rechtsform und der damit verbundenen internen Organisation der Unternehmen etwas Grundsätzliches ändern. Die genaue Ausgestaltung der Organisationsform müsste dem Zweck von Krankenhäusern, die Bevölkerung medizinisch hochwertig zu versorgen, entsprechen. Anders als jetzt müsste diese Versorgung auf Kooperation, Wissenschaftlichkeit, Inklusion, Prävention und Ganzheitlichkeit basieren. Die professionelle Expertise und das Ethos des medizinischen Personals sollten in die Planung einfließen, aber auch der Autonomie der Patient*innen sollte durch ihre Einbeziehung Rechnung getragen werden. Administrative Prozesse sollten mit der gleichen ergebnisorientierten Strenge überprüft werden wie pflegerische und ärztliche.[10]

Um eine solche Struktur überhaupt zu ermöglichen, müssen Krankenhäuser in öffentliche Rechtsformen überführt werden. Die Gängigsten sind der Eigenbetrieb und die Anstalt des öffentlichen Rechts, wobei Letztere mehr Spielraum für Beteiligung zulässt. Neben der Frage, wer beteiligt werden muss – Beschäftigte, Kommunalpolitiker*innen, Verbände, Patient*innen, Stadtgesellschaft bzw. Bewohner*innen vor Ort –, muss auch geklärt werden, bei welchen Entscheidungen wer und wann beteiligt werden muss. Dabei geht es um medizinische und nicht-medizinische, langfristige/strategische und kurzfristige/operative Fragen und die Strukturen, die eine demokratische Entscheidungsfindung ermöglichen: Das heißt weg von der Management- und der Chefärzt*innen-Hierarchie hin zu Gleichbehandlung und Einbeziehung aller Berufe im Krankenhaus; weg von der Geheimhaltung hin zu Transparenz und Öffentlichkeit; weg von den Privilegien der Privatversicherten hin zu einer Bürgerversicherung, die die Klassenunterschiede zumindest im Krankenhaus beseitigt und die Wahrnehmung des Menschenrechts auf Gesundheit ermöglicht. Und weil Krankenhäuser nur einen Teil der Gesundheitsversorgung übernehmen, ist die Demokratisierung auch in anderen Bereichen nötig, zum Beispiel in der ambulanten Versorgung und in der Rehabilitation, in der physio- und psychotherapeutischen Versorgung, in den Pflegeheimen, in der Pharma- und Geräteindustrie oder auch in der Forschung.[11]

9 Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestags: Krankenhäuser in privater Trägerschaft – Rechtsgrundlagen, verfassungsrechtliche Vorgaben und Finanzierung. Ausarbeitung WD 9 – 3000 – 095/13, 2014, S. 9, www.bundestag.de/resource/blob/410456/4e05aed207135be735046e76f13a107b/wd-9-095-13-pdf-data.pdf **10** So schlug es eine Konferenz der Rosa-Luxemburg-Stiftung 2023 vor: «Für demokratische Krankenhäuser» – Text zur Diskussion über Wege zu einer gemeinwohlorientierten Arbeitsweise öffentlicher Krankenhäuser und deren organisatorisch-institutioneller Gestaltung, Berlin 4.3.2023 in der Rosa-Luxemburg-Stiftung. **11** Vgl. Ahls, Felix/Rakowitz, Nadja/Winter, Bernhard: Das demokratische Potenzial des Gesundheitssystems in Deutschland, in: Demirović, Alex (Hrsg.): Wirtschaftsdemokratie neu denken, Münster 2018, www.rosa-lux.de/publikation/id/39832

4 EIN EINGESPIELTES TEAM: DIE SCHLIESSUNGSLOBBY

Die Schließung von Krankenhäusern ist ein politisches Programm. Bereits bei den ersten Anläufen für die Einführung einer Fallpauschalenfinanzierung in den 1980er-Jahren formulierten das Bundesgesundheitsministerium und die Kommission Krankenhausfinanzierung die Reduktion der Anzahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten als explizites Ziel.[1] In Form eines ökonomischen Überlebenskampfs sollten die Krankenhäuser, die aufgrund der systematischen Unterfinanzierung Verluste schreiben, zur Schließung gezwungen werden. Denn eine Vermarktlichung der Krankenhauslandschaft ist ohne eine sogenannte Marktbereinigung nicht denkbar: die Verdrängung aller Einrichtungen in diesem Daseinsvorsorgebereich, die der Konkurrenz nicht standhalten können, unabhängig davon, ob die Menschen sie brauchen oder nicht. Dieses Vorhaben eines Krankenhauskahlschlags (siehe Kapitel 1) gelang, obwohl die DRG-Finanzierung erst anderthalb Jahrzehnte später eingeführt werden sollte.

DER SCHLIESSUNGSLOBBY GELINGT ES IMMER WIEDER, DIE VERSCHLECHTERUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG ALS VERBESSERUNG ZU VERKAUFEN.

Allerdings gibt es eine Reihe von Akteuren, denen der bisherige Versorgungsabbau nicht weit genug geht und die für weitere Krankenhausschließungen werben. Um der Öffentlichkeit und der breiten Bevölkerung die meist unbeliebten Krankenhausschließungen schmackhaft zu machen, befürworten prominente neoliberale Gesundheitsökonom*innen, verschiedene im Krankenhausbereich tätige private Beratungsagenturen und unternehmensfreundliche Stiftungen wie die Bertelsmann Stiftung, die Rhön Stiftung (bis vor Kurzem: Münch Stiftung) oder die Robert Bosch Stiftung, die enge Verbindungen zu Krankenhaus- und Gesundheitskonzernen pflegen, mit beschönigenden Stichworten wie «Spezialisierung», «Zentralisierung», «Umwandlungen» oder «Ambulantisierung» flächendeckende Schließungen. Diese Akteure verbindet nicht nur ihr neoliberaler Ansatz, der Kosten-Nutzen-Rechnungen vor Bedarfsgerechtigkeit stellt, sondern auch eine Reihe von professionel-

1 Simon, Michael: Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser, Düsseldorf 2020, S. 163, www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-07898

len Netzwerken, die weit in journalistische und politische Kreise hineinreichen. Ihre Argumente werden daher von vielen Politiker*innen aufgegriffen und dominieren auch viele mediale Debatten.

Die Arbeit dieser Schließungslobby ist darauf ausgerichtet, die Gesundheitsversorgung zu vermarktlichen und zu privatisieren – ein Prozess, der zwar fortgeschritten, aber bei Weitem nicht abgeschlossen ist.[2] Der wachsende Widerstand gegen dieses Vorhaben, der vor allem von den Krankenhausbeschäftigten selbst, aber auch von vielen bürgerschaftlichen Initiativen getragen und organisiert wird, entfaltet aber bisher wenig Wirkung im politischen Diskurs. Das hängt unter anderem damit zusammen, dass es der Schließungslobby immer wieder gelingt, die Verschlechterung der Gesundheitsversorgung als Verbesserung zu verkaufen.

Es ist wichtig zu verstehen, dass das Ziel der Vermarktlichung der Krankenhäuser nicht – wie häufig vorausgesetzt – im Gegensatz zu weitreichenden staatlichen Eingriffen steht. Im Gegenteil: Sowohl die Gesetzgebung als auch staatliche Gelder werden unbedingt benötigt, um die Umstrukturierung des Gesundheitssektors zu bewerkstelligen und voranzutreiben – zum Beispiel, indem Finanzierungssysteme eingeführt werden, die eine Konkurrenz um knappe Mittel zwischen Einrichtungen der öffentlichen Daseinsvorsorge entfachen, die eigentlich kooperieren sollten. Versagen dann politische Strategien wie der durch Unterfinanzierung und den damit einhergehenden Verdrängungswettbewerb forcierte «kalte Strukturwandel», den Kahlschlag im nötigen Umfang durchzusetzen, werden weitere Reformprogramme – wie die Krankenhausreform von 2024 – initiiert.

Zentral für diese ideologische Orientierung ist es also mitnichten, den Staat zugunsten des Markts zurückzudrängen oder zu marginalisieren. Vielmehr geht es um die Bereitstellung von Anlagemöglichkeiten im Bereich der Daseinsvorsorge für privates Kapital zwecks dessen Vermehrung. Dafür sind verlässliche gesetzliche Rahmenbedingungen, die Planungssicherheit sowohl in finanzieller als auch in struktureller Hinsicht gewährleisten, unerlässlich. In diesem Umstrukturierungsprozess kann es durchaus zu Widersprüchen zwischen Kapitalinteressen und staatlichem Handeln kommen, beispielsweise wenn auch private Krankenhäuser unter Austeritätsmaßnahmen zu leiden haben. Dies wird in der Regel aber vonseiten des Kapitals als Gelegenheit genutzt, um Privatisierungen in weiteren Bereichen der Gesundheitsversorgung als Lösung vorzuschlagen, seien es Zuzahlungen für gesetzlich Versicherte oder private Zusatzversicherungen und dergleichen (siehe hierzu auch Kapitel 2.2).

Aufseiten der Politiker*innen, die sich für Krankenhausschließungen einsetzen, stehen Knappheits- und Sparargumente im Vordergrund. Die Kosten der Krankenhaus-

2 Wie Thomas Böhm überzeugend darlegt, stand der Plan der neoliberalen Umgestaltung des Gesundheitswesens zu einem Marktgeschehen mit Anlagemöglichkeiten für privates Kapital bereits in den 1980er-Jahren weitestgehend fest, vgl. Böhm, Thomas/Gerlof, Katrin/Kaufmann, Stephan/Matthiesen, Sigrun: Finanzialisierung von Gesundheit und Pflege. 20 Jahre DRGs und Profite mit Kranken, Münster 2024, Teil I: Die Einführung der DRGs.

versorgung für öffentliche Haushalte sollen gedeckelt, das zu knappe Personal soll besser eingesetzt werden. Auch die gesetzlichen Krankenkassen – deren Verlautbarungen von neoliberalem gesundheitsökonomischem Gedankengut maßgeblich geprägt sind – argumentieren dafür, Kosten zu konsolidieren.[3] Dass dabei Kostenerwägungen eine Priorität vor der Frage nach einer guten Versorgung eingeräumt wird, zeugt davon, wie tief neoliberale Ideen gesellschaftlich verankert sind, auch wenn sie gesetzlich fixierten Errungenschaften wie der Pflicht der Länder, eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, zuwiderlaufen.

Warum aber liegen Krankenhausschließungen im Interesse privater Akteure? Zwar betreiben Konzerne wie Sana oder Helios mitunter auch kleine Krankenhäuser der Grundversorgung – Kliniken also, die im Visier der Schließungslobby stehen. Trotz punktueller Partikularinteressen einzelner Konzerne ist das Programm, Krankenhäuser zu schließen, für private Gesundheitskonzerne und Privatkapital insgesamt von Nutzen, da hierdurch sowohl neue Möglichkeiten für die Erwirtschaftung von Profiten eröffnet werden als auch das Potenzial geschaffen wird, die Profitrate bestehender Krankenhäuser zu erhöhen.

Die Konzentration und die Spezialisierung medizinischer Versorgung – Schlüsselbegriffe der jüngsten Reform – verheißen Skalierungs-, Fließbandeffekte und Kostensenkungen – und damit innerhalb des DRG-Systems die Möglichkeit, Gewinne zu steigern. Hinzu kommt, dass die Expansion privater Konzerne in den von den Ländern geplanten Krankenhausbereich tatsächlich nur durch die Übernahme von Plankrankenhäusern gelingen kann, weil nur für sie die staatliche Investitionsförderung garantiert ist (siehe Info-Box 4).[4] Jede drohende Schließung ist also eine Möglichkeit für die Konzerne, weiter zu expandieren. Wie in Kapitel 2 beschrieben, prägten private Aufkäufe die Privatisierungswelle der 2000er-Jahre, und auch das aktuelle Insolvenzgeschehen befördert Privatisierungen. Dass die Länder ihren Investitionsverpflichtungen nicht nachkommen und damit die strukturelle Unterfinanzierung verschärfen, stellt eine wichtige Voraussetzung und damit einen Türöffner für privates Kapital dar.

Allerdings scheinen private Gesundheitskonzerne und Investoren Expansionsmöglichkeiten zunehmend durch ihren Einstieg und ihr Wachstum im ambulanten Sektor zu sehen, der sowieso wesentlich geringere Fix- und Personalkosten verspricht. Das Loblied auf die Ambulantisierung muss in diesem Zusammenhang verstanden werden. Die mit der Krankenhausreform eingeführten, bis 2030 wirksamen Hybrid-DRGs beinhalten, dass Leistungen, unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden, in gleicher Höhe vergütet werden – das macht die Ambulantisierung noch attraktiver. Ab 2030 werden diese Leistungen dann komplett nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für Vertragsärzt*innen (EBM) vergütet.

3 Hohe Ausgaben für Krankenhäuser, Tagesschau.de, 25.6.2024, www.tagesschau.de/inland/krankenkassen-166.html **4** Simon, Michael: Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser, Düsseldorf 2020, S. 169.

Schließlich nutzt die Ökonomisierung eines gesamten Bereichs der Daseinsvorsorge, selbst der Einrichtungen, die – noch – in öffentlicher Hand sind, den Privaten ebenfalls, weil damit die ihnen eigene Rationalität der Gewinnmaximierung diesen Bereich strukturiert. So zwang die Einführung der DRGs alle Krankenhausträger dazu, wie private Unternehmen zu wirtschaften, das heißt, mit Behandlungen Einnahmen und möglichst auch Gewinne zu generieren.

Die Gesundheitsökonomie ist deswegen die Königsdisziplin der neoliberalen Umstrukturierung des Gesundheitswesens, weil sie es primär aus der Perspektive seiner möglichen ökonomischen Rationalisierung betrachtet und damit (betriebs-)wirtschaftlichen Erwägungen wie Profitabilität, Effizienz oder Kosten-Nutzen-Verhältnissen den Vorrang vor gesundheitlichen Bedarfen einräumt. In diesem Sinn ist die Gesundheitsökonomie eine normative Disziplin. Neoliberale Gesundheitsökonom*innen prägen, gewissermaßen als Avantgarde der Schließungslobby, seit Jahren die konzernfreundliche Erzählung, dass Krankenhausschließungen, Ambulantisierung und Telemedizin unumgängliche Modernisierungsmaßnahmen seien. Ihre Perspektiven dominieren die krankenhauspolitischen Debatten. Dabei ist es ein erstaunlich kleiner Personenkreis, den öffentliche Gremien, Politiker*innen und Journalist*innen als Expert*innen zurate ziehen.

ES IST EIN ERSTAUNLICH KLEINER PERSONENKREIS, DEN ÖFFENTLICHE GREMIEN, POLITIKER*INNEN UND JOURNALIST*INNEN ALS EXPERT*INNEN ZURATE ZIEHEN.

Die zwei wohl prominentesten Stichwortgeber*innen in der Debatte sind Prof. Dr. Reinhard Busse und Dr. Boris Augurzky. Beide fordern seit vielen Jahren in wissenschaftlichen Publikationen, Beratergutachten und Regierungsgremien mit unveränderten Argumentationslinien Krankenhausschließungen ein. Als Professor für «Management im Gesundheitswesen» an der Technischen Universität Berlin genießt Busse eine gewisse wissenschaftliche Autorität, die jedoch nicht darüber hinwegtäuschen kann, dass sein Verständnis von Gesundheitsökonomie Gesundheit und Gesundheitsversorgung auf ökonomische Fragen reduziert. Busse ist ein einflussreicher Policy-Berater, der schon den Deutschen Bundestag, den Sachverständigenrat, die GKV oder die Bundesärztekammer beraten hat.[5] Zudem zählt er zu den Autoren einer für die Schließungsdiskussion einschlägigen Studie der Bertelsmann Stiftung, auf die im Folgenden eingegangen wird.

Boris Augurzky wiederum hat eine Vielzahl von Posten sowohl in der privaten Wirtschaft als auch in öffentlichen Einrichtungen inne. Er ist der Geschäftsführer einer privaten Beratungsagentur, Institute for Health Care Business GmbH (hcb), leitet den «Kompetenzbereich Gesundheit» am Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) und gehört dem «Fachausschuss Gesundheitsökonomie» des neoliberalen Vereins für Socialpolitik (VfS) an. Für die Rhön-Klinikum AG und das Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung sitzt er im Beirat, gemeinsam mit Rhön-Klinikum-Gründer Eugen Münch ist er als Vorsitzender im Vorstand der Rhön Stiftung. Mit seinem Unternehmen bietet Augurzky Auftragsforschung für Investor*innen und Gesundheitsunternehmen an – wobei die Nähe zu politischen Entscheidungsträger*innen, zum Beispiel als Mitglied der Regierungskommission für die Krankenhausreform, hervorzuheben ist. Als Wissenschaftler verfasste er unter anderem für den Bundestag Studien.[6] Das geschmeidige Wechseln zwischen privater Beratertätigkeit, Sitzen in Konzernaufsichtsräten und Einflussnahme in öffentlichen Gremien, das übrigens auch Karl Lauterbachs Karriere prägt, hat der Autorität der Exper-

5 Lange, Dietmar: Reform der Krankenhausfinanzierung. Die Vorschläge der Regierungskommission und der Einfluss neoliberaler Gesundheitsökonom*innen, hrsg. von der Rosa-Luxemburg-Stiftung, Online-Studien 7/2023, S. 8, www.rosalux.de/publikation/id/50826 **6** Vgl. beispielsweise das am RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung angesiedelte Projekt «Begleitende Auswertung des durch die Förderung bewirkten Strukturwandels in der Krankenhausversorgung gemäß § 14 KHG», 2017–2021, www.rwi-essen.de/projekte-1/detail/begleitende-auswertung-des-durch-die-foerderung-bewirkten-97

ten in der politischen Debatte bemerkenswerterweise bisher keinen Abbruch getan. Im Gegenteil: Gesundheitsmanager*innen und Berater*innen profitieren mitunter von den Gesetzgebungsvorhaben, die sie in öffentlichen Gremien mitgestalten. Während Lauterbach inmitten der Verhandlungen um seine Krankenhausreform damit beschäftigt war, eine Skandal-Schlagzeile der *Bild-Zeitung* zu dementieren, in der es hieß, dass seine Reform zur Schließung der Hälfte aller Krankenhäuser führen würde, erhielt Augurzkys Beratungsunternehmen hcb von der Deutschen Krankenhausgesellschaft 80.000 Euro für eine «Auswirkungsanalyse», die die von Augurzky persönlich mitgestalteten Reformvorschläge analysierte und feststellte, dass nach der Reform nur noch etwas über 60 Prozent der Krankenhäuser eine Notfallversorgung anbieten würden.[7]

Busse und Augurzky stehen beispielhaft für den Einfluss neoliberaler Gesundheitsökonom*innen auf öffentliche Debatten um die Gesundheitsversorgung. Ihre öffentlichen Äußerungen illustrieren, wie aus der Perspektive des ökonomischen Kalküls Patient*innen und Krankenhäuser zu Störfaktoren werden. «Ein Großteil der Krankenhäuser in Deutschland ist überflüssig», formulierte beispielsweise Reinhard Busse und attestierte den Krankenhäusern «zu viele Patienten».[8] Sein Kollege Augurzky wünschte sich gar eine «schöpferische Zerstörung» im Krankenhausbereich,[9] schrieb Kliniken «Ramsch-Status» zu[10] oder bemerkte markig: «Wir müssen nicht jedes Krankenhaus durchfüttern»,[11] als handele es sich bei Einrichtungen der Daseinsvorsorge um gierige Schmarotzer. Derartige

AUS DER PERSPEKTIVE DES ÖKONOMISCHEN KALKÜLS SIND PATIENT*INNEN UND KRANKENHÄUSER EIN STÖRFAKTOR.

Aussagen zeugen von der Verachtung gegenüber Beschäftigten und Patient*innen und dem Wunsch nach einer renditeorientiert zurechtgestutzten Krankenhauslandschaft. Zudem lenken sie davon ab, dass durchaus jemand von öffentlichen Geldern und Krankenkassenbeiträgen durchgefüttert wird: nämlich die Eigentümer*innen und Aktionär*innen privater Krankenhauskonzerne, die jährlich Hunderte Millionen an Gewinnen aus dem Krankenhausbetrieb ziehen (siehe Kapitel 2.2).

7 Keller, Martina: Lauterbachs Revolution? Doku über den Kampf gegen die Krankenhausreform, Erstausstrahlung 7.1.2024, WDR, Minute 19:00–19:20, www1.wdr.de/radio/wdr5/sendungen/dok5/ard-radiofeature-krankenhausreform-100.html **8** Haarhoff, Heike: Gesundheitsökonom Reinhard Busse im Interview: «Krankenhäuser sind in Deutschland überflüssig», Tagesspiegel, 22.9.2021, www.tagesspiegel.de/politik/krankenhauser-sind-in-deutschland-uberflussig-4278700.html **9** Team digitales-gesundheitswesen.de: Schöpferische Zerstörung, Digitales Gesundheitswesen Magazin, 2.12.2021, https://magazin.digitales-gesundheitswesen.de/schoepferische-zerstoerung/ **10** Sieger, Heiner: «13 Prozent der Kliniken haben Ramsch-Status», Interview mit Boris Augurzky, Digitales Gesundheitswesen Magazin, o. J., https://magazin.digitales-gesundheitswesen.de/13-prozent-der-kliniken-haben-ramsch-status/ **11** Boris Augurzky im Gespräch mit Silvia Engels, Deutschlandfunk, 26.9.2008, www.deutschlandfunk.de/wir-muessen-auch-nicht-jedes-krankenhaus-durchfuettern-100.html

4.1 DIE NEUORDNUNG DER KRANKENHAUSLANDSCHAFT – EIN PROJEKT DER KONZERNNAHEN STIFTUNGEN

Forschungen und Veröffentlichungen im Bereich Gesundheit gehören zu den zentralen Aktionsfeldern der Bertelsmann Stiftung. Sie spielt eine wichtige Rolle als Stichwortgeber verschiedener Privatisierungsstrategien. Das Interesse der Stiftung für das Thema hat zweifellos mit ihrer Nähe zu Gesundheitskonzernen zu tun: Die Bertelsmann-Tochter Arvato Systems beispielsweise ist mit der Installation der technischen Infrastruktur für die elektronische Patientenakte beauftragt und verdient so kräftig an der Digitalisierung im Gesundheitswesen mit.[12]

Im Juli 2019 veröffentlichte die Bertelsmann Stiftung im Rahmen des Projekts «Neuordnung der Krankenhaus-Landschaft» eine Studie mit dem Titel «Zukunftsfähige Krankenhausversorgung».[13] Die Autoren der Studie empfahlen in diesem Zusammenhang, die Anzahl der Krankenhäuser von den derzeit knapp 1.400 Plankrankenhäusern auf deutlich unter 600 Häuser zu verringern, denn: «Nur Kliniken mit größeren Fachabteilungen und mehr Patienten haben genügend Erfahrung für eine sichere Behandlung.»[14] Außerdem gebe es nicht genug medizinisches Personal, um die bestehende Anzahl an Häusern beizubehalten. «Deutschland hat zu viele Krankenhäuser. Veränderungen der Krankenhaus-Landschaft werden als unumgänglich erachtet», formuliert die Bertelsmann Stiftung in ihrem Begleittext zur Studie im Internet.[15] Augurzky und Busse verantworteten diese Studie als Mitglieder ihres «Review Boards» inhaltlich mit.[16]

Die zentralen Policy-Forderungen der Bertelsmann Stiftung sind nicht in der Studie selbst, sondern in der begleitenden Pressearbeit zu finden. Allerdings sind im «Zielmodell» für die Krankenhauslandschaft bereits die Grundzüge der Umstrukturierung erkennbar, die 2024 im KHVVG zum Gesetz wurde: Fallzahlreduktion, Zentralisierung und Spezialisierung, die Einführung von Mindestmengenvorgaben zur «Qualitätssteigerung», und Ambulantisierung. Besonders hervorzuheben ist, dass die Studie ihr Modell für eine bedarfsgerechte Versorgung nicht auf der Grundlage ermittelter

12 2013 erhielt Arvato Systems den Zuschlag zum Aufbau der Infrastruktur für die Erprobung der elektronischen Gesundheitskarte und wurde 2019 für weitere mindestens acht Jahre mit dem Betrieb der zentralen Telematikinfrastruktur betraut. Auftraggeber war die gematik GmbH, an der das Bundesgesundheitsministerium mit 51 Prozent als Gesellschafter beteiligt ist, neben Ärzt*innenvereinigungen, Krankenversicherungen und der DKG. Vgl. Arvato Systems: Elektronische Gesundheitskarte: gematik beauftragt arvato Systems, Pressemitteilung, 28.11.2013, www.pressebox.de/pressemitteilung/arvato-systems/Elektronische-Gesundheitskarte-gematik-beauftragt-arvato-Systems/boxid/643965; Arvato Systems: Arvato Systems bleibt IT-Partner der gematik, Pressemitteilung, 2.7.2019, www.arvato-systems.de/mehr/presse/arvato-systems-bleibt-it-partner-der-gematik; Arvato Systems: Gremien und Gesellschafter, o. J., www.gematik.de/ueber-uns/gremien-gesellschafter **13** Loss, Stefan/Albrecht, Martin/Zich, Karsten: Zukunftsfähige Krankenhausversorgung, Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen, Gütersloh 2019, www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zukunftsfaehige-krankenhausversorgung **14** Manager Magazin: Radikale Forderung in Bertelsmann-Studie. Sollte mehr als jede zweite Klinik in Deutschland schließen?, 15.7.2019, www.manager-magazin.de/unternehmen/artikel/bertelsmann-jedes-zweite-krankenhaus-sollte-schliessen-a-1277356.html **15** Bertelsmann Stiftung, Begleittext zur Studie, www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zukunftsfaehige-krankenhausversorgung **16** Loss, Stefan/Albrecht, Martin/Zich, Karsten: Zukunftsfähige Krankenhausversorgung, Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen, Gütersloh 2019, S. 104, www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zukunftsfaehige-krankenhausversorgung

medizinischer Bedarfe entwickelt, sondern ein Zielmodell vorab festlegt, nach dessen Maßgaben die Versorgung umgekrempelt werden soll.

In einem mittlerweile berühmt gewordenen Tweet bezog sich Karl Lauterbach 2019 – noch bevor er selbst zum Gesundheitsminister wurde – affirmativ auf genau diese Studie: «Jeder weiß, dass wir in Deutschland mindestens jede dritte, eigentlich jede zweite, Klinik schließen sollten. Dann hätten wir anderen Kliniken genug Personal, geringere Kosten, bessere Qualität, und nicht so viel Überflüssiges. Länder und Städte blockieren.»[17] Bereits damals wurde die Unabhängigkeit der Studie aufgrund der Doppelrolle von Brigitte Mohn als Vorstandsmitglied der auftraggebenden Bertelsmann Stiftung und Aufsichtsratsmitglied der Rhön-Klinikum AG infrage gestellt.[18] Im veröffentlichten Material der Bertelsmann Stiftung wird Mohn folgendermaßen zitiert: «Die Neuordnung der Krankenhauslandschaft ist eine Frage der Patientensicherheit und muss vor allem das Ziel verfolgen, die Versorgungsqualität zu verbessern.»[19]

Die breite Debatte über die Reduzierung von Klinikstandorten wird aber nicht erst seit 2019 geführt. Die prominenten Schließungsbefürworter*innen verbreiten diese Idee mittlerweile seit gut 20 Jahren. So gab es bereits Anfang der 2000er-Jahre Veröffentlichungen von Lauterbach und Augurzky, in denen sie die Effizienz und die Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft thematisieren und dabei vor allem die Konzentration von Behandlungen und Spezialisierung hervorheben.[20]

Ein Meilenstein für die Schließungslobby war eine Veröffentlichung im Jahr 2016. Die Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften hatte eine Tagung ausgerichtet, in deren Rahmen ein Diskussionspapier unter dem Titel «Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem» vorgestellt wurde, zu dessen Autor*innen auch Busse gehört.[21] In diesem Papier wird vorgeschlagen, zur Sicherung der Qualität und Effizienz der Versorgung «viele kleinere ältere Krankenhäuser durch wenige neue» zu ersetzen. Der hier präsentierte Vorschlag, die Anzahl der Krankenhäuser bundesweit auf 330 zu reduzieren, beruht auf einem Vergleich:

«Von den 1.646 allgemeinen Krankenhäusern in Deutschland im Jahr 2014 waren 35 Universitätsklinika und 1.371 Plankrankenhäuser, also solche, die in den Krankenhausplänen der Länder gelistet sind und Anspruch auf steuerfinanzierte Investitionen haben. […] Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark mit einem Krankenhaus pro 250.000 Einwohner, wären es bei uns 330 […]. Die dänische

17 Post von Karl Lauterbach auf X, vormals twitter, 4.6.2019, https://x.com/Karl_Lauterbach/status/1135874165599285249 **18** Dpa: Möglicher Interessenskonflikt – Bertelsmann weist Vorwürfe zu Klinikstudie zurück, kma Online, 18.7.2019, www.kma-online.de/aktuelles/politik/detail/bertelsmann-weist-vorwuerfe-zu-klinikstudie-zurueck-a-41379 **19** Bertelsmann Stiftung: «Eine bessere Versorgung ist nur mit halb so vielen Kliniken möglich», 15.7.2019, www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2019/juli/eine-bessere-versorgung-ist-nur-mit-halb-so-vielen-kliniken-moeglich **20** Vgl. dazu beispielsweise Augurzky, Boris et al.: Strukturreformen im deutschen Gesundheitswesen, hrsg. vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), RWI Materialien 8, Essen 2004, www.econstor.eu/bitstream/10419/61142/1/667990887.pdf **21** Hacker, Jörg (Hrsg.): Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem, Köthen 2016, www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/Leo_Diskussion_Medizin_und_Oekonomie_2016.pdf **22** Ebd., S. 9 f.

Krankenhausstruktur ist das Resultat einer landesweit abgestimmten Reform, die für rund 1.000 Euro pro Kopf der Bevölkerung viele kleinere ältere Krankenhäuser durch wenige neue ersetzt hat.»[22]

Der Wissenschaftliche Beirat des Bundesfinanzministeriums übernahm diese Vorschläge 2018: «Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur seines nordischen Nachbarn [Dänemark], kämen in der Akutversorgung auf 1.000 Einwohner nicht 6,1 Betten, sondern lediglich 2,5. Auch gäbe es nicht 1.371 Plankrankenhäuser, sondern lediglich 330.»[23]

Während sich die Bertelsmann Stiftung darauf konzentriert, den Krankenhausdiskurs auf Schließungen auszurichten, widmet sich die Rhön Stiftung der «weichen» Variante dieses Arguments und wirbt unter anderem dafür, unrentable Allgemeinkrankenhäuser «umzuwandeln», das heißt, sie zugunsten ambulanter Einrichtungen zu schließen. Zu diesem Zweck stellt sie einen Leitfaden für «lokale Entscheidungsträger» zur Verfügung, der beschreibt, wie die «sachlich vernünftigen» Schließungen auch gegen den mit technokratischem Paternalismus als «emotional» abgewerteten Widerstand der Bevölkerung durchgesetzt werden können. Patient*innen sollen stattdessen mit Telemedizin und anderen Digitalisierungsversprechen beruhigt werden.[24]

Digitalisierung und Ambulantisierung werden immer wieder als Lösungen für die strukturellen Probleme in der Gesundheitsversorgung angepriesen. Dahinter stehen auch private Interessen. So lobte zum Beispiel der Helios-Konzern Lauterbach für seine Ambulantisierungsbestrebungen im Rahmen der Krankenhausreform. Helios-Geschäftsführer Robert Möller brüstete sich damit, dass sich Lauterbach diese Reformidee wohl bei seinem Konzern abgeschaut habe.[25] Die Ambulantisierung ermöglicht Einsparungen gegenüber einem rund um die Uhr zu besetzenden Krankenhaus, die für einen renditeorientierten Konzern wie Helios hochinteressant sind: «In einem ambulanten OP-Saal können Sie 50 Eingriffe am Tag machen. Da kommt der Patient morgens rein, nachmittags ist er wieder zu Hause. Das ist sehr effizient: Eine Stunde nachdem der letzte Patient entlassen worden ist, haben alle Angestellten Feierabend»,[26] erklärte Möller. Welche Optionen den Patient*innen bleiben, wenn bei ihnen nach Feierabend ein Notfall eintritt, erläuterte Möller nicht.

Seit Jahren werden Krankenhausschließungen nach dem gleichen Muster durchgeführt: Im Auftrag von defizitären Klinikbetreibern oder ländlichen Kommunen erstellen Beratungsfirmen wie Lohfert & Lohfert, McKinsey, die Oberender AG oder Partnerschaften Deutschland – Berater der

23 Bundesministerium der Finanzen: Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen, Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen, Berlin 2018, www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Ministerium/Geschaeftsbereich/Wissenschaftlicher_Beirat/Gutachten_und_Stellungnahmen/Ausgewaehlte_Texte/2018-06-19-Ueber-und-Fehlversorgung-Krankenh.pdf?__blob=publicationFile&v=3 **24** Rhön Stiftung: Umwandeln statt Schließen: Wie Krankenhäuser an den Bedarf der Versorgung vor Ort angepasst werden können, 2.9.2022, www.rhoen-stiftung.de/umwandeln-statt-schliessen-wie-krankenhaeuser-an-den-bedarf-der-versorgung-vor-ort-angepasst-werden-koennen/ **25** Grabbe, Hanna/Neuhaus, Carla: Helios-Chef Robert Möller: «Lauterbach hat bei uns abgeguckt», 13.9.2023, www.zeit.de/2023/39/helios-chef-robert-moeller-krankenhausreform **26** Ebd.

öffentlichen Hand GmbH Gutachten,[27] in denen immer das Gleiche steht: Um Geld zu sparen, müssten vermeintliche Doppelstrukturen abgebaut werden, Krankenhausstandorte müssten geschlossen und die Zentralisierung müsste vorangetrieben werden. Millionenbeträge sollten in den Neubau von Zentralkliniken fließen, bestehende Häuser vom Netz genommen werden. Durch die betriebswirtschaftlich verengte Betrachtung dieser Gutachten gerät die Frage, welche medizinischen Bedarfe vor Ort bestehen, komplett in den Hintergrund.

Häufig erstellen die Beratungsfirmen mehrere Szenarien, sodass sich Kommunalpolitiker*innen zwischen einem Komplettkahlschlag und «sanfteren» Schließungsvarianten entscheiden können. Vom Standorterhalt wird abgeraten, dieser Weg sei nicht finanzierbar, zudem sei der Erhalt aus demografischen sowie Qualitäts- oder Personalgründen unmöglich. So wird der Glaube an die Unausweichlichkeit der Schließungen lokal verankert.

27 Ein aktuelles Beispiel ist die von der Oberender AG empfohlene Schließung der Krankenhäuser in Elsterwerda, Finsterwalde und Herzberg zugunsten einer neu gebauten Zentralklinik. Ähnliche Schließungsgutachten gab es im Baden-Württemberger Landkreis Konstanz im Jahr 2022 und im Landkreis Ortenau 2017–2018, beide wurden von der Firma Lohfert & Lohfert erstellt. Mehr dazu in: Niederlausitz aktuell: Kreistag Elbe-Elster berät über Klinik-Neubau & Gesundheitskonzept, 11.3.2025, www.niederlausitz-aktuell.de/niederlausitz-aktuell/orte/elbe-elster/289589/kreistag-elbe-elster-beraet-ueber-klinik-neubau-gesundheitskonzept.html; Cremer, Peter/Neef, Rainer/Schulz, Jorinde: Das Gutachten von Lohfert & Lohfert für den Klinikverbund Konstanz: Eine kritische Einschätzung, 18.3.2022, www.gemeingut.org/das-gutachten-von-lohfert-lohfert-fuer-den-klinikverbund-konstanz-eine-kritische-einschaetzung/; Pressemitteilung des Ortenau Kreises o. J., www.ortenaukreis.de/Newsroom/Pressemitteilungen/Ortenau-Klinikum-Strukturgutachten-zur-Agenda-2030-vorgestellt.php?object=tx,3406.5.1&ModID=7&FID=2390.13435.1&NavID=3406.254.1#:~:text=In%20der%20%C3%B6ffentlichen%20Sitzung%20des%20Krankenhausausschusses%20des,wie%20das%20Ortenau%20Klinikum%20zukunftssicher%20gemacht%20werden

ABGESEHEN DAVON, DASS MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN DIE NACH SCHLIESSUNGEN ENTSTANDENE LÜCKE IN DER VERSORGUNG NICHT SCHLIESSEN KÖNNEN, KOMMEN SIE MEISTENS GAR NICHT ZUSTANDE.

Als Ersatz für geschlossene Krankenhäuser werden ambulante Medizinische Versorgungszentren versprochen. Abgesehen davon, dass sie die entstandene Lücke in der Versorgung nicht schließen können, kommen sie meistens gar nicht zustande, wie eine Studie des Bündnis Klinikrettung zeigt.[28] Die Notfallversorgung verschlechtert sich schlagartig, weil kleine Orte häufig nur spärlich mit Krankenwagen versorgt sind.

4.2 EXPERT*INNENKOMMISSION ODER LOBBYUNTERFANGEN?

Viele der Vorschläge und Argumentationslinien, die sich bereits in der Bertelsmann-Studie von 2019 ebenso wie in den Broschüren und Verlautbarungen der Rhön Stiftung finden, prägen auch die Veröffentlichungen der von Karl Lauterbach im Rahmen seiner Krankenhausreform im Mai 2022 eingesetzten Regierungskommission. Sie sollte den Reformprozess mit wissenschaftlicher und fachlicher Expertise vorbereiten. Die Kommission veröffentlichte insgesamt 14 Stellungnahmen zu verschiedenen Aspekten der Krankenhausstruktur und -vergütung. Ein großer Teil ihrer Empfehlungen fand Eingang in die Reform, teils in abgeschwächter Form.

Die Kommission war durchaus divers besetzt, ihre Mitglieder waren nicht ausschließlich neoliberale Gesundheitsökonom*innen. Allerdings saßen in ihr keine Vertreter*innen von kleineren Krankenhäusern oder von Patient*innen. Viele der Kommissionsmitglieder zeichneten sich, wie Reinhard Busse und Boris Augurzky, die wohl prominentesten Mitglieder der Kommission, durch ihre Verbindungen zu privaten Gutachterfirmen, Krankenkassen und Klinikkonzernen aus.[29] Die großen Überschneidungen zwischen den Stellungnahmen der Kommission, dem tatsächlichen Gesetz und den «alten» Vorschlägen der Bertelsmann und der Rhön Stiftung sind deshalb nicht überraschend, sondern weisen auf den entscheidenden Einfluss hin, den Busse und Augurzky auf die Arbeit der Kommission genommen haben.[30]

28 Bündnis Klinikrettung: Bilanz über Ersatzeinrichtungen nach Krankenhausschließungen im Zeitraum 2020–2023. Leere Versprechen: Kaum Ersatz nach Krankenhausschließungen, Berlin, 19.3.2024, www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2024/03/2_Ersatz-Krankenhausschliessungen_Kurzbilanz_BKR.pdf **29** Für eine detaillierte Analyse zu Besetzung und Vorschlägen der «Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung» vgl. auch Lange, Dietmar: Reform der Krankenhausfinanzierung. Die Vorschläge der Regierungskommission und der Einfluss neoliberaler Gesundheitsökonom*innen, hrsg. von der Rosa-Luxemburg-Stiftung, Online-Studien 7/2023, www.rosalux.de/publikation/id/50826 **30** Ebd., S. 8.

5 SECHS MYTHEN ZU KLEINEN ALLGEMEINKRANKENHÄUSERN

Es ist nicht einfach, die Öffentlichkeit davon zu überzeugen, dass es sinnvoll ist, kleinere wohnortnahe Allgemeinkrankenhäuser zu schließen, um den «Krankenhausmarkt» zu «bereinigen» und dadurch renditeträchtiger zu machen. Denn tatsächlich gibt es einen breiten gesellschaftlichen Konsens *gegen* Krankenhausschließungen. So ergab zum Beispiel eine von Gemeingut in BürgerInnenhand beim Meinungsforschungsinstitut Forsa in Auftrag gegebene repräsentative Umfrage aus dem Jahr 2020, dass 88 Prozent der Befragten einen Abbau der Krankenhausstruktur nicht für sinnvoll halten.[1]

Um ihr Schließungsprogramm nicht nur salonfähig zu machen, sondern auch als dringend geboten erscheinen zu lassen, setzen die Befürworter*innen des Kahlschlags verschiedene Mythen in die Welt, die gezielt in den Medien platziert werden und insbesondere kleinere Krankenhäuser in ein schlechtes Licht rücken. Dazu ein plakatives Beispiel: Am selben Tag, dem 15. Juli 2019, als die Bertelsmann Stiftung ihre Studie zur Schließung zahlreicher Krankenhäuser veröffentlichte, wurde zur besten Sendezeit die ARD-Doku «Krankenhäuser schließen – Leben retten?» ausgestrahlt.[2] Die Dokumentation sollte die schlechte Versorgungsqualität in kleinen wohnortnahen Allgemeinkrankenhäusern belegen und den Zuschauer*innen nahelegen, dass kleine Kliniken geschlossen werden sollten. Sie ist gespickt mit Einzelbeispielen, die von der Prominenz der Schließungslobby, darunter Reinhard Busse (siehe Kapitel 4), kommentiert werden. Interessant ist auch, dass die Regisseurin der ARD-Doku, Meike Hemschemeier, für das Science Media Center tätig war, das die Bertelsmann Stiftung mit mehreren Hunderttausend Euro für das Projekt «Operation Explorer» gefördert hat, in dessen Rahmen das Thema der Dokumentation behandelt wurde.[3]

Insgesamt ist die mediale Berichterstattung zur Krankenhausreform, zum neuen «Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz» und zur Krankenhauspolitik im Allgemeinen – abgesehen von ein paar wenigen Ausnahmen – so unkritisch,[4] dass eine genauere Analyse von journalistisch-politischen Netzwerken im gesundheitspolitischen Bereich angezeigt ist – sie würde den Rahmen dieser Broschüre jedoch sprengen. Beispielhaft für die unkritische

1 Pressemitteilung von Gemeingut in BürgerInnenhand: Forsa-Umfrage: Große Mehrheit lehnt Krankenhausschließungen ab, 25.6.2020, www.gemeingut.org/forsa-umfrage-grosse-mehrheit-lehnt-krankenhausschliessungen-ab/ **2** Die ARD-Doku «Krankenhäuser schließen – Leben retten?» wurde erstmals am 15.7.2025 um 20:15 Uhr von der ARD ausgestrahlt. Der Film ist nicht mehr in der Mediathek vorhanden. Berger, Jens: «Krankenhäuser schließen – Leben retten?» – Öffentlich-rechtlicher Kampagnenjournalismus zur besten Sendezeit, nachdenkseiten, 16.7.2019, www.nachdenkseiten.de/?p=53434 **3** Hemschemeier, Meike: 40 Prozent der Kliniken operieren, ohne die Mindestmengen einzuhalten, Bertelsmann Stiftung, 3.6.2019, www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2019/juni/40-prozent-der-kliniken-operieren-ohne-die-mindestmengen-einzuhalten/ und https://sciencemediacenter.de/das-smc/finanzierung **4** Vgl. zum Beispiel Grabbe, Hanna: Das Krankenhaus schließt. Ist das so schlimm?, Die Zeit, 31.7.2023, www.zeit.de/2023/32/krankenhausreform-karl-lauterbach-schliessungen-spezialisierung-medizinische-versorgung

Berichterstattung steht die nach wie vor nahezu komplette Abwesenheit einer journalistischen Einordnung des Etikettenschwindels «Vorhaltepauschalen» in sämtlichen größeren deutschen Medien (siehe Kapitel 2.1).

Da Argumentationslinien von neoliberalen Gesundheitsökonom*innen und Schließungslobbyist*innen weitestgehend unkommentiert Eingang in die journalistische Berichterstattung erhalten haben, sollen hier einige der gängigsten Mythen, die die Debatte um die Krankenhäuser geprägt haben und immer noch prägen, untersucht und entkräftet werden.

MYTHOS 1: UNSER KRANKENHAUSWESEN IST DAS TEUERSTE IN EUROPA

Der Mythos über die zu hohen Ausgaben im Krankenhausbereich ist nicht neu, vielmehr wird er seit Jahren wiederholt, um den Abbau der Krankenhauslandschaft zu forcieren.[5]

Aber was ist «teuer»? Deutschland ist (nach Russland) das Land mit den meisten Einwohner*innen in Europa und die stärkste Volkswirtschaft in der Europäischen Union. Um fundiert argumentieren zu können, müssen die Ausgaben im Gesundheitswesen in Relation zum gesellschaftlichen Reichtum, gemessen zum Beispiel am Bruttoinlandsprodukt (BIP), gesetzt werden.

Eine Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) zeigt, dass die Ausgaben seit 2010 zwar gestiegen sind, diese Steigung aber vor allem mit der Corona-Pandemie in Verbindung steht.[6] Im Jahr 2022 betrugen sie 12,8 Prozent vom BIP, wobei 7 Prozent der Ausgaben im Gesundheitswesen im Zusammenhang mit der Pandemie getätigt wurden (unter anderem für Testzentren, Schutzausrüstung oder Impfungen). Zudem geht aus der DKI-Studie hervor, dass der Anteil der Krankenhausausgaben am BIP in Deutschland «seit jeher stabil bei ca. drei Prozent» liegt. Dieser Wert ist laut DKI niedriger als in Frankreich (3,6 Prozent), Österreich (3,7 Prozent), Dänemark (4,2 Prozent), Finnland (3,4 Prozent), Belgien (3,4 Prozent) oder der Schweiz (3,3 Prozent). Gleichzeitig sinkt der Anteil der Krankenhauskosten an den Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen. Deutsche Krankenhäuser sind also weder überdurchschnittlich teuer noch stellen sie einen Kostentreiber im Gesundheitsbereich dar.

Hinzu kommt, dass ein seriöser Kostenvergleich mit anderen Ländern, genauso wie ein Qualitätsvergleich (siehe Mythos 2), nicht ohne die Einbeziehung weiterer Parameter möglich ist. Dazu zählen die Struktur und Organisation der Versorgung, das Finanzierungssystem, der Anteil an versicherungsfremden Leistungen, der über die Krankenkassen finanziert wird, oder die Trägerschaft (siehe Mythos 3).

5 Vgl. zum Beispiel Kern, Anja/Jung, Peter: Leere Krankenhaus-Betten sind teuer für uns alle, Frankfurter Allgemeine Zeitung, 3.5.2021, www.faz.net/aktuell/wirtschaft/leere-krankenhaus-betten-sind-zu-teuer-fuer-uns-alle-17321699.html **6** Vgl. hier und im Folgenden Heber, Robin/Offermanns, Matthias: Gesundheits- und Krankenhausausgaben im europäischen Vergleich. Eine Analyse auf Basis von Daten der OECD und Eurostat, Deutsches Krankenhausinstitut, 17.2.2025, S. 13, www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2025/2025-02-17-DKI-Studie_Europaeische_Gesundheits-_und_Krankenhauskosten_im_Vergleich.pdf

Wenn sich Minister*innen und Gesundheitsökonom*innen ernsthaft Sorgen um steigende Ausgaben machen, müssten sie sich vor allem mit den Themen Begrenzung oder Verbot von Gewinnen und der Beseitigung von Anreizen zur Mengensteigerung befassen (siehe Kapitel 3.1).

MYTHOS 2: KLEINE KRANKENHÄUSER = SCHLECHTE QUALITÄT

Die Notwendigkeit von Krankenhausschließungen wird häufig damit begründet, dass die Qualität der Versorgung dadurch verbessert werden würde. Mangelnde Qualität wird dabei explizit kleinen Allgemeinkrankenhäusern unterstellt. Ihnen wird beispielsweise vorgeworfen, komplizierte Operationen durchzuführen, für die sie weder ausgestattet noch qualifiziert seien; sie würden diese Operationen auch dann ausführen, wenn es in der Nähe große Kliniken gebe, die besser geeignet wären, die Eingriffe vorzunehmen.[7] Dabei beziehen sich die Beispiele der Schließungslobby hauptsächlich auf vier Diagnosen, die angeblich in den «falschen» Kliniken behandelt werden würden, sodass Menschenleben gefährdet seien: Herzinfarkte, Schlaganfälle, Krebsbehandlungen und orthopädische Eingriffe.

Das Bundesgesundheitsministerium und seine Berater*innen gehen dabei offenbar davon aus, dass ein Krankenhaus nur dann gut sein kann, wenn es entweder groß ist und deshalb alle Arten von Operationen routinemäßig anbieten kann oder wenn es eine reine Fachklinik ist, die sich auf eine bestimmte Behandlung spezialisiert hat und nur diese durchführt. Glaubt man ihnen, kann Patient*innen nur in technisch optimal ausgestatteten Kliniken und nur durch Ärzt*innen geholfen werden, die täglich mehrere komplizierte Operationen durchführen.

Der Vorwurf der schlechten Qualität wiegt schwer. Er weckt Misstrauen und steigert die Angst in Situationen, in denen wir auf Hilfe angewiesen sind und uns auf die Kompetenz von Ärzt*innen verlassen können müssen.

Wie lässt sich die Versorgungsqualität messen? Die Schließungslobby arbeitet mit einem extrem verengten Begriff von Qualität, zu dessen Bestimmung sie lediglich quantitative Methoden wie Mortalitäts- und Komplikationsraten heranzieht[8] und qualitative Indikatoren wie Alter oder Vor- und Nebenerkrankungen außer Acht lässt. Auch qualitative Aspekte wie Wohnortnähe, vertrauensvolle Gespräche zwischen Patient*innen und Personal, gewachsene Strukturen, gute Nachsorge und viele weitere Faktoren, die etwa die Ergebnisqualität – das heißt das Wohlbefinden, die Schmerz- oder Bewegungsfreiheit der Patient*innen, insbesondere nach einer komplizierten Operation – betreffen, kommen in der Qualitätsdebatte der Schließungslobby nicht vor.

7 Vgl. zum Beispiel Woratschka, Rainer: Besser versorgt durch weniger Krankenhäuser: Experten fordern Schließung vieler Kliniken, Der Tagesspiegel, 15.7.2019, www.tagesspiegel.de/politik/experten-fordern-schliessung-vieler-kliniken-5025697.html und Schubert, Florian/Detert, Stephan: Zu wenig Erfahrung: Müssen kleinere Kliniken bald schließen?, Der Tagesspiegel, 12.6.2019, www.tagesspiegel.de/wissen/mussen-kleinere-kliniken-bald-schliessen-5554711.html **8** Simon, Michael: Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser, Düsseldorf 2020, S. 190, www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-07898

Auch im Hinblick auf die vier Diagnosen, auf die sich der Mythos stützt, greift die Argumentation der Schließungslobby zu kurz: Seit Jahren werden diese Fälle hauptsächlich in zertifizierten Zentren behandelt. So sorgt zum Beispiel das bundesweit agierende Schlaganfallnetzwerk dafür, dass Schlaganfallpatient*innen die nötige Diagnostik und Therapie bekommen. Auch Krebsbehandlungen werden in den dafür ausgestatteten onkologischen Zentren durchgeführt. Etliche kleinere Allgemeinkrankenhäuser sind ein wichtiger Teil dieser Netzwerke, die darin vor allem für die Erstversorgung der Patient*innen, die wohnortnahe Nachsorge oder die telemedizinische Unterstützung zuständig sind und damit eine wichtige Rolle spielen, aber nicht nur: Sogar der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums schreibt: «Ob es bei Krebs immer ein Spezialzentrum sein muss oder ob es auch das Krankenhaus vor Ort sein kann, hängt von verschiedenen Faktoren ab: von der Krebsart, der Erkrankungssituation und folglich von der Behandlung und wie aufwendig diese ist. Auch persönliche Wünsche dürfen eine Rolle spielen.»[9]

Natürlich kommt es auch vor, dass zum Beispiel ein Schlaganfall in einem dafür nicht ausgestatteten Krankenhaus behandelt wird. Das kann der Fall sein, wenn ein*e Patient*in während eines Klinikaufenthalts in einer kleinen Klinik einen Schlaganfall erleidet und schnell gehandelt werden muss. In dieser Situation ist es nicht nur logisch, sondern potenziell lebensrettend, dass der Schlaganfall behandelt wird. Die Gefahr, dass im Rahmen eines Klinikaufenthalts unerwartete Komplikationen auftreten, besteht allerdings auch in spezialisierten Fachkliniken, beispielsweise während einer orthopädischen Operation. Es ist nicht plausibel, warum solche Fälle durch die Schließung kleiner Kliniken vermieden werden könnten.

Auch in Bezug auf die häufig bemängelte Behandlung von Tumorpatient*innen in kleinen ländlichen Krankenhäusern, bei denen eine höhere Mortalitätsrate festgestellt wird, bleibt die Argumentation der Schließungsbefürworter*innen unvollständig. Ausgelassen wird, dass Patient*innen im Endstadium der Erkrankung oft nicht mehr in einer entfernten Großklinik weiterbehandelt werden wollen. Stattdessen möchten sie in der Nähe ihrer Familien in Würde sterben. Daraus ergeben sich in der Statistik kleinerer Kliniken höhere Mortalitätsraten.

Der Fokus der Schließungslobby verstellt zudem den Blick auf das Alltagsgeschäft der kleinen Allgemeinkrankenhäuser. Hier stehen Erkrankungen wie Stoffwechselstörungen, Atemwegserkrankungen, Blinddarmentzündungen, Sepsen oder Blutungen nach Auto- oder anderen Unfällen im Vordergrund. Besonders diese klinischen Routinebehandlungen bieten kleinere Krankenhäuser oft in besser Qualität an als Großkliniken. Deswegen werden viele kleinere Allgemeinkrankenhäuser regelmäßig in den Klinikvergleichen unter den Besten gelistet, zum Beispiel im Ranking «Deutschlands beste Krankenhäuser» des F.A.Z.-Instituts.[10] In der Auswertung «Bes-

9 Deutsches Krebsforschungszentrum in der Helmholz-Gemeinschaft: Krebs: Gute Krankenhäuser finden, Krebsinformationsdienst, 17.1.2025, www.krebsinformationsdienst.de/adressen-und-links/kliniksuche

te Gesundheitsdienstleister 2025» der *WirtschaftsWoche* steht der Klinikverbund Südwest auf Platz 1 im Vergleich der regionalen Krankenhausgruppen.[11] Zu diesem Verbund in öffentlicher Trägerschaft gehören die Krankenhäuser in Calw, Böblingen, Herrenberg, Nagold, Sindelfingen und Leonberg. Trotz dieser exzellenten Qualität sollen die Kliniken in Leonberg, Herrenberg und Calw die Geburtshilfe verlieren und das Krankenhaus in Herrenberg soll zu einem Gesundheitszentrum umgebaut werden.[12]

Auch wenn die Schließungslobby die Qualitätsdebatte verengt und für ihre eigene Agenda instrumentalisiert: Einen wahren Kern gibt es auch in ihrer Argumentation. Innerhalb des DRG-Systems bestehen in der Tat Anreize für Krankenhäuser, Behandlungen durchzuführen, obwohl sie nicht notwendig sind oder die notwendige Expertise fehlt. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass kleinere Krankenhäuser bei selteneren Diagnosen geringere Behandlungszahlen und damit weniger Routine haben. Deswegen wäre es richtig, wenn sie sich auf die Grundversorgung beschränken würden. Das wird aber durch das Finanzierungssystem erschwert: Die DRG-Fallpauschalen machen es unmöglich, mit der Grundversorgung eine ausgeglichene betriebswirtschaftliche Bilanz zu erreichen. Die Lösung ist aber nicht die Schließung kleiner Krankenhäuser, sondern die Einführung eines Finanzierungssystems, das die Grundversorgung kostendeckend finanziert und in dem die Ertüchtigung von mangelhaft ausgestatteten Krankenhäusern durch die Aufstockung von Personal oder Geräten ermöglicht wird. Sobald die auskömmliche Finanzierung für alle Behandlungen gesichert ist, kann über die Sinnhaftigkeit der Zentralisierung von spezialisierten Behandlungen aus der Perspektive der Bedarfsnotwendigkeit diskutiert werden.

MYTHOS 3: ES GIBT ZU VIELE KRANKENHÄUSER IN DEUTSCHLAND

Die Schließungsbefürworter*innen argumentieren, dass Deutschland mit rund 1.870 Krankenhäusern im Vergleich zu anderen Ländern überversorgt sei.[13] Daraus wird abgeleitet, dass viele Kliniken ohne Einbußen in der Versorgung geschlossen werden könnten.

Um die Zahl möglichst hoch erscheinen zu lassen, werden im Rahmen der Überversorgungsdebatte verschiedene Kliniken in einen Topf geworfen, obwohl es bei den Schließungen vor allem um kleinere regionale Krankenhäuser der Grundversorgung geht, deren Zahl um einiges niedriger ist (siehe Info-Box 4).

10 Deutschlands beste Krankenhäuser 2025, Studie des F.A.Z.-Instituts, 9.7.2025, www.faz.net/asv/beste-krankenhaeuser/ **11** Menn, Andreas: Das sind die besten Gesundheitsdienstleister Deutschlands, WirtschaftsWoche, 10.1.2025, www.wiwo.de/unternehmen/dienstleister/gesundheit-das-sind-die-besten-gesundheitsdienstleister-deutschlands/30158702.html. Datenbasis für die Bewertungen sind: die aktuellen verfügbaren Qualitätsberichte der Krankenhäuser, ausgewählte Daten des Bundes-Klinik-Atlas, des Social Media Monitoring oder direkte Kund*innenbefragungen. **12** Morawitzky, Thomas: Kleine Schritte voran – große zurück, Kontext: Wochenzeitung, 1.1.2025, www.kontextwochenzeitung.de/wirtschaft/718/kleine-schritte-voran-grosse-zurueck-9925.html **13** Winter, Torsten: Eine Reform, die Patienten und Kliniken nützt, Frankfurter Allgemeine Zeitung, 25.7.2025, www.faz.net/aktuell/rhein-main/region-und-hessen/hessisches-kliniknetzwerk-so-koennte-die-krankenhausreform-gelingen-110596012.html

Aktuell gibt es nach der Definition des Statistischen Bundesamts rund 1.500 Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland (siehe Kapitel 1). Sie tragen aber nicht alle zur Allgemeinversorgung bei. Insgesamt machen Fachkliniken zusammen mit den nicht-somatischen Krankenhäusern knapp 39 Prozent aller Krankenhäuser aus, für die Allgemeinversorgung stehen also 61 Prozent oder 1.150 Häuser zur Verfügung.

Das prominenteste Beispiel, das die Schließungsbefürworter*innen für die Reformdebatte in Deutschland heranziehen, ist Dänemark (siehe Kapitel 4.1). Dort startete die Regierung aus Liberalen und Konservativen 2007 eine Strukturreform mit dem Ziel, die Krankenhauslandschaft zu zentralisieren: Von 40 Standorten sollten nur noch 21 Großkrankenhäuser bleiben. Daraus leitete der Gesundheitsökonom Reinhard Busse im Jahr 2016 ab, dass in Deutschland lediglich 330 zentrale Krankenhäuser nötig seien. Seinen Vorschlag verfolgte er auch als Mitglied der Regierungskommission zur Krankenhausreform weiter. Dabei blendeten er und die anderen Mitglieder der Kommission konsequent folgende Unterschiede zwischen Dänemark und Deutschland aus:

- Das Staatsgebiet Dänemarks umfasst 43.094 Quadratkilometer, Deutschland ist mit 357.386 Quadratkilometern acht Mal größer. Entsprechend weiter ist die Entfernung hierzulande zum nächsten Krankenhaus.
- Das Krankenhauswesen in Dänemark ist fast vollständig in öffentlicher Hand.
- Die DRG-Finanzierung wurde dort teilweise wieder abgeschafft.
- In der ambulanten Versorgung in Dänemark gibt es nur eigenständig privatwirtschaftlich arbeitende Hausärzt*innen, die fachärztliche Versorgung findet in den stationären Strukturen statt.
- Die Zentralisierung führte in Dänemark dazu, dass die wohnortnahe Versorgung auf dem Land mangelhaft wurde, woraufhin es öffentliche Debatten um die Rettung der Nahversorgung gab.[14]

Unterm Strich bleibt: Allein die bloße Anzahl an Kliniken kann keine Auskunft über die Qualität der Versorgung geben. Entscheidend sind das Wie und Wo.

MYTHOS 4: WIR HABEN NICHT GENUG PERSONAL FÜR ALLE KRANKENHÄUSER

Gesundheitsminister auf Bundes- und Landesebene behaupten immer wieder, dass Krankenhausschließungen notwendig seien, um das knappe Personal auf weniger Krankenhäuser zu verteilen.[15]

Es ist mittlerweile allgemein bekannt, dass die Arbeit im Krankenhaus stressig und belastend ist, aber nicht ausreichend anerkannt und bezahlt wird. Deswegen verlassen viele Arbeitskräfte diesen Bereich. «Berufsflucht» ist der Hauptgrund für den

14 Schulz, Jorinde: Krankenhausreform in Dänemark: Die unendliche Geschichte der Superkrankenhäuser, 15.10.2022, www.gemeingut.org/krankenhausreform-in-daenemark-die-unendliche-geschichte-der-superkrankenhaeuser/ **15** «Wir müssen dieses Pflegepersonal, was wir haben, auf die Krankenhäuser verteilen, die wir wirklich benötigen. Dann haben wir auch wieder mehr Personal für die Patienten», formulierte beispielsweise Karl Lauterbach im ZDF-Morgenmagazin am 27.6.2024, www.zdfheute.de/politik/deutschland/krankenhaus-reform-lauterbach-kritik-laender-100.html

sogenannten Fachkräftemangel, der eben kein Mangel an guten Fachkräften, sondern ein Mangel an guten Arbeitsplätzen ist.

So arbeiteten zum Beispiel im Krankenhaus Havelberg vor seiner Schließung im Jahr 2020 48 Krankenpfleger*innen (siehe Beispiel-Box 1). Nach der Schließung sind nur noch drei von ihnen im Krankenhaussektor geblieben. Alle anderen haben dieser Arbeit den Rücken gekehrt.[16]

Zu glauben, Fachkräfte ließen sich im Rahmen einer Zentralisierung der Krankenhauslandschaft wie Spielfiguren auf einem Schachbrett verschieben, ist realitätsfern. Viele Pflegekräfte können es sich nicht leisten umzuziehen, ob aus familiären Gründen oder weil ihre Gehälter den Mietpreisen in den Ballungszentren nicht gewachsen sind. Eine Zentralisierung von Krankenhäusern erhöht den Druck auf gleich mehrere Bereiche der Daseinsvorsorge, darunter Mobilität, bezahlbarer Wohnraum oder Kita- und Schulplätze. Der Verlust von Arbeitsplätzen, die mit dem Krankenhausbetrieb zusammenhängen, führt zur Verwaisung kleinerer Orte. Diese Probleme blenden neoliberale Gesundheitsökonomen*innen konsequent aus.

Mit der jüngsten Reform werden sich die Arbeitsbedingungen weiter verschlechtern, weil Arbeitsbelastung und -dichte nicht zuletzt aufgrund des erhöhten Dokumentationsaufwands zunehmen werden – die Ausstiegsspirale dreht sich weiter. Schon jetzt bindet die DRG-Dokumentation und -Kodierung umgerechnet 126.150 medizinische Vollzeitkräfte – durch ihre Abschaffung und die Einführung der Selbstkostendeckung ließe sich das Personal zügig und ohne Mehrkosten aufstocken (siehe Kapitel 3.2).

Der einzige Weg, das Personal zu halten, besteht darin, für bessere Arbeitsbedingungen zu sorgen – so das Ergebnis der Studie «Ich pflege wieder, wenn …»: «Mindestens 300.000 Vollzeit-Pflegekräfte stünden in Deutschland durch Rückkehr in den Beruf oder Aufstockung der Arbeitszeit zusätzlich zur Verfügung – sofern sich die Arbeitsbedingungen in der Pflege deutlich verbessern.»[17]

MYTHOS 5: MENSCHEN GEHEN UNNÖTIG INS KRANKENHAUS

Den Vorwurf, dass Krankenhäuser deshalb überlastet seien, weil Menschen sie unnötig aufsuchen würden, hört man seit der Debatte um die jüngste Krankenhausreform immer häufiger, vor allem vonseiten der Schließungslobby.[18]

Die Tatsache, dass Patient*innen in der Notaufnahme landen, anstatt in eine Arzt-

16 Anke Görtz, Röntgenassistentin, im Video «Warum wir wohnortnahe Krankenhäuser brauchen» vom Bündnis Klinikrettung, April 2024, www.youtube.com/watch?v=nDlf9Qusd-K0&t=77s **17** Auffenberg, Jennie/Becka, Denise/Evans, Michaela/Kokott, Nico/Schleicher, Sergej/Braun, Esther: «Ich pflege wieder, wenn …» – Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften, Studie im Auftrag der Arbeitnehmerkammer Bremen, der Arbeitskammer im Saarland, des Instituts Arbeit und Technik (IAT), Westfälische Hochschule in Gelsenkirchen und der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf 2022, www.boeckler.de/de/pressemitteilungen-2675-neue-studie-mindestens-300-000-zusatzliche-pflegekrafte-40798.htm **18** Arzt, Ingo: «Niemand sieht einem Krankenhaus an, ob es eine Dorfklitsche ist». Interview mit Reinhard Busse, Die Zeit, 26.6.2023, www.zeit.de/gesundheit/2023-06/krankenhausreform-karl-lauterbach-plaene-insolvenz

praxis zu gehen, hat aber Gründe. Deswegen reicht es nicht, Lösungen bei den Patient*innen zu suchen und lediglich Strukturen für ihre Verteilung zu ändern, wie es die Vorschläge für die Reform der Notfallversorgung vorsehen (Stichwort: Integrierte Notfallzentren, INZ). Vielmehr müssen die Ursachen für die starke Auslastung der Rettungsstellen behoben werden.

Ein Grund ist die unzureichende ambulante Versorgung vor Ort. Die Zahl der niedergelassenen Ärzt*innen sinkt seit Jahren, die Lage ist vor allem in ländlichen Regionen, aber auch in städtischen Randlagen angespannt. Mitte 2023 waren 4.800 Hausärzt*innenstellen nicht besetzt.[19] Viele Landärzt*innen haben keine Nachfolger*innen und schließen, manche Fachärzt*innen, wie das Beispiel Hersbruck zeigt, ziehen nach der Klinikschließung in die Nähe eines anderen Krankenhauses um.[20]

Hinzu kommt, dass die ambulanten Strukturen nicht 24 Stunden zur Verfügung stehen. Auch die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), die als Ersatz für geschlossene Kliniken angepriesen werden, sind nicht rund um die Uhr geöffnet oder können bei Notfällen in der Nacht, nach Feierabend oder am Wochenende helfen (siehe Mythos 6).

Und nicht zuletzt geht es den Manager*innen und Berater*innen, die die Einsparungen anstreben, darum, die «falschen» Patient*innen zu identifizieren und sie aus den Kliniken herauszuhalten – egal wo diese Menschen dann Hilfe bekommen.[21] Eine andere Sicht auf die Dinge formuliert Joachim Flämig, Arzt aus Breisach, der auch im Rettungswesen tätig ist: «Das sind Menschen, sie sind einfach keine Experten, sie sind Laien. Es kann sein, dass es eine Bagatelle ist, dann kann man froh sein, da kann man die Leute wieder wegschicken, man hat keine Arbeit damit. Aber in vielen Fällen ist es auch so, dass man sagen kann: Gott sei Dank kommst du, das hätte böse ausgehen können.»[22]

Ein funktionierendes Gesundheitssystem sorgt dafür, dass alle Hilfesuchenden eine adäquate Versorgung bekommen. Patient*innen für ihre Hilflosigkeit oder ihre falsche Einschätzung ihres Gesundheitszustands zu beschuldigen und gleichzeitig die Strukturen für Hilfe abzubauen, wie es Schließungsbefürworter*innen zuweilen tun, wird weder der jeweiligen Notsituation noch den Menschen gerecht.

19 Kassenärztliche Bundesvereinigung: Sicherstellung. Niederlassung fördern, Praxen stärken, o. J., www.kbv.de/positionen/dossiers/sicherstellung **20** Angelika Pflaum, Erzieherin und Kommunalpolitikerin, im Video «Warum wir wohnortnahe Krankenhäuser brauchen» vom Bündnis Klinikrettung, April 2024, www.youtube.com/watch?v=FhM2g7OGJXI **21** Strohschneider, Thomas: Krankenhaus im Ausverkauf. Private Gewinne auf Kosten unserer Gesundheit, Frankfurt a. M. 2022, S. 20. **22** Joachim Flämig, Arzt, im Video «Warum wir wohnortnahe Krankenhäuser brauchen» vom Bündnis Klinikrettung, April 2024, www.youtube.com/watch?v=nzHc9ruoh5s

MYTHOS 6: AMBULANTISIERUNG UND MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN KÖNNEN KRANKENHÄUSER ERSETZEN

Um den Abbau der flächendeckenden Krankenhausversorgung zu verharmlosen, argumentieren die Schließungsbefürworter*innen mit den hohen Potenzialen und Vorteilen der Ambulantisierung im Rahmen der Umwandlung von Krankenhäusern in Medizinische Versorgungszentren (MVZ).[23]

Warum ein MVZ ein Akutkrankenhaus mit einer durchgehenden Notfallversorgung nicht ersetzen kann, liegt auf der Hand: Ein MVZ ist eine hauptsächlich ambulante Einrichtung, die nicht rund um die Uhr offen hat. Die meisten MVZ werden von privaten Trägern gegründet und bieten keine breite Allgemeinversorgung, sondern nur eine oder mehrere – eben lukrativere – Fachrichtungen an.[24]

Abgesehen davon zeigt eine jüngst veröffentlichte Studie des Bündnis Klinikrettung, dass das Versprechen, das geschlossene Krankenhaus durch ein MVZ zu ersetzen, in der Regel nicht eingehalten wird:[25] Zwischen 2020 und 2023 wurden in 32 Prozent der Fälle nach der Krankenhausschließung gar keine Ersatzmaßnahmen ergriffen, um den Verlust aufzufangen. In 26 Prozent aller Fälle entstand im Nachgang der Schließung eine Reha- oder Fachklinik, in 9 Prozent der Fälle wurde anstelle des geschlossenen Krankenhauses ein Alten- oder Pflegeheim eröffnet, in bloß 4 Prozent der Fälle kam ein Ärztehaus oder eine Tagesklinik zustande. Nur in insgesamt 29 Prozent der Schließungsfälle wurde vor Ort ein Gesundheitszentrum in Angriff genommen: Davon ist die eine Hälfte unzureichend ausgestattet, die andere Hälfte befindet sich noch in der Entwicklung.

Insgesamt zeigt die Studie, dass die Ersatzmaßnahmen unzureichend sind und die durch Schließungen weggebrochene medizinische Versorgung daher in den meisten Fällen nicht kompensiert wurde.

23 «Wir brauchen Vergütungsanreize zur Ambulantisierung», Fünf Fragen an Boris Augurzky, Deutsches Ärzteblatt, 16.6.2020, www.aerzteblatt.de/news/wir-brauchen-verguetungsanreize-zur-ambulantisierung-8aed1092-0cfa-4aa8-ba34-ac3babe24bcb **24** Hartnagel, Moritz/Hirl, Barbara: Medizinische Versorgungszentren – wenn Gesundheit zum Wirtschaftsgut wird, ARD-Sendung Plusminus, 8.1.2025, www.ardmediathek.de/video/plusminus/medizinische-versorgungszentren-wenn-gesundheit-zum-wirtschaftsgut-wird/das-erste/Y3JpZDovL2Rhc2Vyc3RILmRIL3BsdXNtaW51cy8yMTZjM2IwYS0xZjQ5LTRiMzYtYThjNC0xMjM0MmQ2OWUwMWE **25** Bündnis Klinikrettung: Bilanz über Ersatzeinrichtungen nach Krankenhausschließungen im Zeitraum 2020–2023. Leere Versprechen: Kaum Ersatz nach Krankenhausschließungen, Berlin, 19.3.2024, www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2024/03/2_Ersatz-Krankenhausschliessungen_Kurzbilanz_BKR.pdf

6 WERKZEUGKASTEN FÜR AKTIVE: WAS TUN, WENN VOR ORT DIE SCHLIESSUNG DROHT?

1. SCHLIESSUNGSVORBEREITUNG

Jede angekündigte Klinikschließung hat eine Vorgeschichte von zwei bis zum Teil mehr als fünf Jahren. Fast immer betrifft die Schließung kleinere Häuser eines Krankenhausträgers mit mehreren Klinikstandorten. Zu Beginn schließt der Träger einzelne Abteilungen, die finanziell wenig ertragreich sind oder Verluste bringen, um seine finanzielle Lage insgesamt zu verbessern. Dazu verlagert er manchmal auch ertragreiche Abteilungen an eines seiner größeren Häuser. In der Regel wird dem betroffenen Personal ein Platz an dem größeren Standort angeboten, oft wird es gedrängt, das Angebot anzunehmen. Potenziellen neuen Mitarbeiter*innen wird zumeist nahegelegt, sich gleich bei der größeren Klinik zu bewerben.

Leider werden diese frühen Warnzeichen für eine Schließung selten bekannt und richtig gedeutet. Viele, insbesondere öffentliche Träger beauftragen etliche Monate vor Bekanntmachung der geplanten Schließung ein Gutachten, meist bei einer der marktbeherrschenden Unternehmensberatungen wie Lohfert & Lohfert, McKinsey, KPMG oder Oberender. Sie beziehen sich bei ihrer Beurteilung in der Regel nur auf die betriebswirtschaftliche Lage der einzelnen Klinik, ohne die Versorgungslage und Bedarfe vor Ort ernsthaft zu betrachten, und kommen in der Regel immer zu dem gleichen Ergebnis: die Schließung ertragsarmer Häuser. Allerdings muss einer Schließung in jedem Fall die Krankenhausplanungsbehörde des jeweiligen Bundeslands zustimmen.

2. DER SCHLIESSUNGSBESCHLUSS

Die Bundesländer sind für die Krankenhausplanung zuständig. Die entsprechenden Planungsbehörden folgen in der Regel dem Schließungsvorschlag eines Trägers.[1] Verantwortlich für die regionale Gesundheitsversorgung ist ansonsten der Landkreis oder die (kreisfreie) Stadt. Die jeweilige Verwaltungsspitze und der Kreistag bzw. das Stadtparlament befinden über einen Schließungsvorschlag kommunaler Krankenhäuser.

1 Einer Schließung und der Aufkündigung eines eventuellen Versorgungsvertrags können die Planungsbehörden auf Länderebene formell widersprechen, müssten dann aber einen anderen Träger finden. Der Träger kann nicht gezwungen werden, ein Haus, das dauerhaft Verluste schreibt, weiter zu betreiben.

GUTACHTEN LIEFERN IN DER REGEL ZWAR EIN ÜBERMASS AN ZAHLEN, ERFAHRUNGSGEMÄSS ABER KEINE SCHLÜSSIGEN GRÜNDE FÜR EINE SCHLIESSUNG.

Private Träger können sich mit ihren Schließungsplänen am leichtesten durchsetzen, weil sie sich selten zur Pflicht- und Notfallversorgung vertraglich verpflichtet haben. Falls doch, können sie diese Verträge kündigen. Das Gleiche gilt für freigemeinnützige (meist kirchliche) Träger, die in der Regel einen entsprechenden Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Häufig sind einige von ihnen bereit, auch ertragsarme Kliniken weiter zu betreiben, andere aber auch nicht. Kliniken in kommunaler oder auch Landesträgerschaft haben eine Versorgungspflicht. Die Städte oder Landkreise sind aber nicht dazu verpflichtet, Defizite bei den Betriebskosten auszugleichen.[2]

Mit der bundesweiten Einführung des Gewinnprinzips im Jahr 1985 und der Abrechnung nach DRG-Fallpauschalen seit 2004 dominiert bei allen drei Trägerarten die (Betriebs-)Ökonomie gegenüber den Prinzipien medizinischer Versorgung. Die zuständigen kommunalen Politiker*innen folgen fast immer den Empfehlungen der betriebswirtschaftlich orientierten Geschäftsführungen, auch und gerade wenn sie im Aufsichtsrat des Trägers sitzen. Politisch brisant wird ein Schließungsvorhaben erst dann, wenn es publik wird und wenn Beratung und Beschlussfassung im Kommunalparlament bzw. Kreistag anstehen. Dass die Kommunen solche betriebswirtschaftlich begründeten Austeritätsentscheidungen treffen, ist maßgeblich auf die strengen Bestimmungen der Schuldenbremse zurückzuführen, die Auswirkungen auch auf die Kommunen haben.

3. INFORMATIONSMÖGLICHKEITEN UND IHRE NUTZUNG

Bei der Veröffentlichung eines Schließungsbeschlusses sind die Begründungen der Träger oft vage, allgemein gehalten und schlecht belegt. Gesichtspunkte medizinischer Versorgung fehlen fast immer, die Schließung wird meist mit Ertragsverlusten im Betrieb und Personalmangel gerechtfertigt. Gutachten liefern in der Regel zwar ein Übermaß an Zahlen, erfahrungsgemäß aber keine schlüssigen Gründe für eine Klinikschließung. In jedem Fall ist eine fachliche Überprüfung des Beschlusses notwendig. Maßstab sollte dabei immer der örtliche Bedarf, Mindeststandards an stationären Leistungen, die Erreichbarkeit sowie tragbare Arbeitsbedingungen für das Personal sein.

2 Alle Betriebs- und Personalkosten sollen aus Behandlungserträgen, überwiegend Fallpauschalen, gedeckt werden. Ob eine Kommune mäßige Verluste ausgleichen will, ist eine Frage ihrer Politik und Finanzlage. Je nach Bundesland müssen die Kommunen zu den Investitionskosten ihrer Häuser beitragen. Grundsätzlich sind nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) die Länder für die Finanzierung der Investitionen zuständig und dazu verpflichtet; im Verlauf der letzten 20 Jahre haben sie ihre Leistungen immer weiter eingeschränkt.

Einfache Kriterien sind zum Beispiel: Eine stationäre Grundversorgung soll immer binnen 30 Fahrminuten erreichbar sein. Sie besteht in der Regel aus Innerer Medizin, Chirurgie, Intensivmedizin, rund um die Uhr erreichbarer Notfallversorgung und Geburtsstation – vergleiche hierzu den sogenannten Kliniksimulator der Gesetzlichen Krankenversicherungen.[3]

Die fachliche Ausstattung der Klinik findet sich auf der Homepage des Trägers, im Deutschen Krankenhausverzeichnis[4] und im Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslands. Für den Umgang mit Fachdaten und für Beurteilungsmaßstäbe gibt das Bündnis Klinikrettung auf Anfrage gern Hinweise.

Oft wird die Einrichtung eines sogenannten Gesundheitszentrums (auch Gesundheitscampus, Medizinisches Versorgungszentrum/MVZ oder Ähnliches) als Ersatz für das zu schließende Haus angeboten. Häufig wird dabei suggeriert, der Klinikbetrieb werde im alten Gebäude in neuer Form fortgeführt. Dazu ist zu sagen: Dem Bündnis Klinikrettung ist kein Beispiel eines Ersatzes nach Maßstäben einer wie oben beschriebenen Grundversorgung bekannt. Daher ist es wichtig, die politisch Verantwortlichen nach Hinweisen und Beispielen für den geplanten Ersatz zu fragen und konkrete Informationen einzufordern, was mit welchem Betreiber konkret geplant ist![5]

Immer sollte ein Kontakt zur Belegschaft der Klinik bestehen oder aufgebaut werden. Pflegekräfte und Ärzt*innen kennen sich mit «ihrer» Klink am besten aus, sie können inhaltlich relevante Informationen zu Leistungen und Problemen des Klinikbetriebs und der Versorgung der Kranken geben. Ihre Expertise ist weit aussagekräftiger als der verengte Blick externer Gutachterfirmen auf rein betriebswirtschaftliche Zahlen:

- Betriebs- oder Personalräte können relevante Auskünfte geben. Sie haben das volle Informationsrecht über ökonomische und Arbeitsplatzdaten (leider dürfen sie diese nicht an Dritte weitergeben). Nicht selten aber äußern sie sich gar nicht oder sehr vage.[6] Betriebs-/ Personalräte, die eine Schließung nicht befürworten, können aber nützliche Informationen vermitteln; sie haben sogar das Recht, ein alternatives Gutachten zu bestellen. Für den Erfolg im Kampf gegen eine Krankenhausschließung sind sie daher von großer Bedeutung.
- Beschäftigte sind erfahrungsgemäß ebenfalls unterschiedlich auskunftsfreudig, nicht zuletzt aufgrund ihrer Schweigepflicht in Bezug auf Arbeitsfragen. Mit gutem Vertrauen und etwas eigenem Mut dürften sie aber die beste Auskunftsquel-

3 GKV-Kliniksimulator: www.gkv-kliniksimulator.de/, hierbei nicht nur Erreichbarkeit = «Standortwahl» mit Bezug «Erwachsene», «Geburtshilfe» und «Kinder- und Jugendmedizin» ansteuern. Auch die Antworten unter «Häufige Fragen» geben interessante Informationen zu offiziellen Maßstäben. **4** Deutsches Krankenhausverzeichnis: https://kurzelinks.de/gjp7 **5** Dasselbe gilt für die kurzstationären Einrichtungen nach dem Modell «StatAMed» der AOKs Niedersachsen und Rheinland/Hamburg, von denen etliche derzeit realisiert werden (vgl. www.aok.de/pk/niedersachsen/statamed-kurzstationaere-versorgung/). Gleichermaßen gilt dies für «Sektorenübergreifende Versorger» nach dem sogenannten Eckpunktepapier (Einigung Gesundheitsministerium mit Bundesländern, Juli 2023, Basis für Gesetzentwurf – hierzu «Bewertung finales Eckpunktepapier», www.krankenhaus-statt-fabrik.de/wp-content/uploads/2024/03/KsF_Bewertung_finales_Eckpunktepapier-6.pdf). Vgl. auch Neef, Rainer: Kann ein MVZ ein geschlossenes Krankenhaus ersetzen?, 14.9.2022, www.gemeingut.org/?s=MVZ+und+Grundversorgung **6** Zum Teil fürchten sie, die Klinik in ein «schlechtes Licht» zu rücken; zum Teil erhoffen sie sich eine bessere Arbeitsumgebung am größeren Standort, zum Teil kommt es ihnen auf ein gutes Klima mit Blick auf die Geschäftsführung an.

le sein. Gute Informationen kommen auch von örtlichen Ärzt*innenpraxen, sehr gute oft von ehemaligen Beschäftigten, zum Beispiel Chefärzt*innen von Abteilungen, die geschlossen wurden, oder von abgewanderten Pflegekräften.
– Die Erfahrungen und Einschätzungen von Patient*innen, zumal chronisch kranken, sind darüber hinaus oft wichtige Informationsquellen.

Das bürgerschaftliche Informationsrecht führt in der Regel nicht weit. Abgeordnete in Stadtparlamenten/Landkreisen haben ein weiter reichendes Informationsrecht. Es ist daher sinnvoll, mit ihnen Kontakt aufzunehmen – auch um herauszufinden, wie sie zur Schließung stehen. Sie können Einsicht in Daten, Gutachten und Berichte nehmen, die den Bürger*innen normalerweise nicht zugänglich sind.

4. UMGANG MIT MEDIEN

Im Allgemeinen vergrößern sich die Einflussmöglichkeiten durch kritische Medienberichte. Die lokale Presse wird von politischen Entscheidungsträger*innen aufmerksam studiert. Regionale Radio- und TV-Berichte erhöhen die Aufmerksamkeit bis hin zur Landespolitik.

Journalist*innen bringen in der Regel wenig Kenntnisse über den Klinikbetrieb mit. Deshalb greifen sie im Zweifelsfall auf die Darstellung von Klinikleitung und Verwaltungsspitzen zurück und übernehmen Passagen aus den Zusammenfassungen der Gutachten. Sie haben wenig Zeit für eigene Recherche und stehen oft unter dem Zeitdruck rascher aktueller Berichterstattung. Sie akzeptieren Pflegepersonen und Ärzt*innen der betroffenen Klinik, auch lokale Ärzt*innen, leichter als kompetente Interviewpartner*innen. Deswegen ist es sinnvoll, diese Personengruppen in die Pressearbeit einzubinden.

Die eigenen Informationen sollten vor allem faktenbezogen sein und sich auf wenige, klar formulierte Punkte beschränken. Details können auf Nachfrage erläutert werden. Zur Vorbereitung eines Gesprächs mit Journalist*innen, aber auch Politiker*innen, empfiehlt sich eine knappe schriftliche Faktendarstellung, die Passagen enthält, die direkt in Medienberichte aufgenommen werden können.

Wenn es um die Darstellung finanzieller Verluste aus dem Klinikbetrieb geht, ist der Zeitverlauf wichtig. Längerfristige Verluste haben oft eine vergleichsweise mäßige Höhe, zum Beispiel in Relation zum Straßenbau-Budget. Wenn Verluste erst in den letzten zwei bis drei Jahren entstanden oder stark gewachsen sind, kann auf den fehlenden Inflationsausgleich verwiesen werden. Bei der Auseinandersetzung mit Verlusten sollte deutlich werden, dass man diese näher betrachten muss.[7] Um das Schließungsargument «Personalman-

7 Verluste werden in Geschäftsberichten ausgewiesen, sie sind für GmbHs und AGs im Bundesanzeiger auffindbar. Einen genaueren fachlichen Überblick gibt die 50-seitige Projektstudie der Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern: Zukunft der Krankenhäuser. Auswertungsanalyse zum Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/krankenhausreform/krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz/. Dargestellt werden hier auch die weiteren Zusammenhänge der geplanten Krankenhausreform sowie eine eigene, zusammen mit dem Bündnis Klinikrettung ausgearbeitete Reformalternative.

gel» zu entkräften, ist es sinnvoll, darauf hinzuweisen, dass bei einer Schließung erfahrungsgemäß nur etwa ein Drittel der Beschäftigten in das ihnen nahegelegte größere Haus des Trägers wechselt.

5. STRATEGISCHE ÜBERLEGUNGEN

Zielformulierung: Welche Alternativen zu einer Schließung sind vorstellbar? Eine Sanierung? Eine eventuelle Verlagerung in eine andernorts erweiterte Klinik? Ein Neubau? Komplexe Fragen! Prinzipiell ist die Erhaltung einer medizinischen Infrastruktur ihrer Zerstörung mit ressourcenverschleißendem Neubau vorzuziehen. Die Sanierung der Bausubstanz und technischen Versorgungsstruktur eines Hauses kann aber sehr kostenaufwendig sein. Das muss für jedes Haus einzeln geklärt werden. Dabei gilt: Die Beschäftigten kennen sich auch in der Frage baulich-technischer Defizite oft gut aus. Klarheit brächte ein Sanierungsgutachten. Zwar fallen dafür in der Regel Kosten in sechsstelliger Höhe an, das ist aber letztlich nur ein Bruchteil der für einen Neubau eingesetzten Kostensumme, zumal das Gutachten die Chance für entsprechende Einsparungen eröffnet.

Vordringlich ist eine frühzeitige Verständigung zwischen Aktiven außerhalb der Klinik und Klinikbeschäftigten, um die bisherige Entwicklung, die aktuelle Lage und die Interessen sowie das Zeitbudget der Beteiligten zu klären. Gegenüber der Öffentlichkeit und bei Gesprächen mit Trägern und Politiker*innen haben Beschäftigte die größere Autorität. Wichtig zu klären: In welcher Form können sie ihre Mitteilungen für Verhandlungen und Medienarbeit nutzen? Können und wollen sie selbst auftreten?

Häufig wird nach der Bekanntmachung eines Schließungsvorhabens großer Zeitdruck gegenüber zu beteiligenden Gremien und Bürger*innen aufgebaut. Diesen gilt es mit dem Argument zurückzuweisen, dass eine Klinikschließung einen schwerwiegenden Eingriff in die örtliche Gesundheitsversorgung darstellt und nicht im Eilverfahren durchgepeitscht werden kann. Um die vorliegenden Dokumente wie Schließungsbeschlüsse oder Gutachten inhaltlich zu prüfen, aber auch, um Zeit für die eigene Informationsbeschaffung und Mobilisierung zu gewinnen, sind Verzögerungen wichtig. Gerade Entscheidungsvorlagen mit geringem Informationswert geben Abgeordneten die Möglichkeit, die Vertagung von Beschlusssitzungen zu beantragen, bis hinreichende Informationen vorgelegt werden. Schließungsmaßnahmen (oft in Verbindung mit Verlagerungen) sind meist mit Förderanträgen an das Land verbunden.

Hier kann eine Kleine Anfrage (meist von der Opposition) im Landesparlament mehr Informationen zutage fördern und zu Zeitgewinn führen. Klagen vor dem Verwaltungsgericht, auch verbunden mit einem Antrag auf einstweilige Anordnung, sind nach bisheriger Erfahrung meist erfolglos. Manche Verwaltungen lassen sich davon aufhalten, womit Zeit gewonnen wird; andere treiben ihr Schließungsvorhaben weiter voran, als wäre nichts geschehen.[8] Da eine rechtliche Auseinandersetzung viel

Zeit, Geld und Energie in Anspruch nimmt, ist dieses Vorgehen sorgfältig zu überdenken.

6. AKTIONSMÖGLICHKEITEN

Öffentlichkeitsarbeit aufbauen!
Informationsmaterial: Flugblätter, Postkarten, Plakate, Zeitungsbeilagen und Ähnliches

Flugblätter sind ein gutes Mittel, um mit mehr Menschen in Kontakt zu kommen. Die Verteilung von Informationsmaterial zum Beispiel vor der Klinik oder auf dem Wochenmarkt gibt gute Rückmeldungen, erhöht die Sichtbarkeit des Personals und trägt zur allgemeinen Aufklärung und zum Informationsaustausch bei. Informationsmaterial, das den örtlichen Zeitungen beigelegt wird, kann auf einen Schlag viele Menschen erreichen, die Kosten für Zeitungsbeilagen sind allerdings hoch.

Websites und soziale Medien
Ein Webangebot kann mittlerweile mit relativ wenig Aufwand erstellt und betreut werden – trotzdem müssen dafür die entsprechenden Kenntnisse und Ressourcen zur Verfügung stehen. Einfacher ist es zum Beispiel, eine Facebook-Seite zum Thema einzurichten. Websites oder Angebote in den sozialen Medien ermöglichen es, die drohende Gefahr einer Krankenhausschließung öffentlich und damit wichtige Informationen leicht zugänglich zu machen. Vor allem Kanäle in den sozialen Medien bieten die Chance, Fehlinformationen durch Klinikträger oder Politiker*innen schnell entgegenzuwirken.

Eigene Diskussionsveranstaltungen (online und in Präsenz)
Veranstaltungen ermöglichen die Aufklärung von Bürger*innen und den Austausch, außerdem ziehen sie die Presse an. Sie bilden ein Gegengewicht zu sogenannten Bürgerinformationen, die von den Trägern oder der Kommune angeboten werden und vielerorts das Ziel verfolgen, das Schließungsvorhaben schönzureden. Solche Veranstaltungen sollten zu gut vorbereiteten eigenen Auftritten genutzt werden.

Aktionen, Kundgebungen und Demonstrationen
Diese Aktionsformen haben das Potenzial, eine größere Mobilisierungswirkung zu entfalten und damit auch für eine stärkere Präsenz in der Medienberichterstattung zu sorgen. Die Anmeldung einer Versammlung ist der erste Schritt, der mittlerweile ganz einfach und auch kurzfristig online erfolgen kann. Während kleinere Aktionen schon mit wenigen Aktiven durchführt werden können, sind für Kundgebungen und Demonstrationen eine breitere Mobilisierung und eine große Anzahl an Teilnehmer*innen wichtig. Die Überreichung von Unterschrif-

8 «Nicht Bürger*innen als potenzielle Patient*innen oder Vereinigungen sind klagebefugt, sondern nur direkt Betroffene» (Urteil des Oberlandesgerichts Magdeburg gegen eine Klage wegen der Klinikschließung in Havelberg: https://ovg.sachsen-anhalt.de/aktuelles/pressemitteilungen?tx_tsarssinclude_pi1%5Baction%5D=single&tx_tsarssinclude_pi1%5Bcontroller%5D=Base&tx_tsarssinclude_pi1%5Buid%5D=376535&cHash=0b53b502028e9926be87bb89a50dd916). Immerhin kann ein Gericht, auch wenn es die Klage abweist, die Qualität der vom Träger vorgelegten Unterlagen bemängeln und ihn vor der Schaffung «unumkehrbarer Fakten» warnen – wie im Fall der Klage gegen die geplante Schließung des Krankenhauses in Norden geschehen (Recke, Aiko/Kresse, Rebecca: Oberverwaltungsgericht warnt vor «unumkehrbaren Fakten», OZ Online, 15.8.2023, www.oz-online.de/artikel/1393096/Oberverwaltungsgericht-warnt-vor-unumkehrbaren-Fakten); der Träger des Nordener Hauses sah sich dennoch in seinem Schließungsvorhaben «bestärkt» und kündigte an, im Zeitplan fortzufahren.

tensammlungen kann ein guter Anlass für eine Aktion oder Kundgebung sein. Auch Jahrestage (7. April: Weltgesundheitstag oder 5. Mai: Internationaler Hebammentag) oder eigene Jubiläen (25 Jahre Geburtshilfe im Ort oder 100 Tage Kreistag im Amt) bieten sich als Aufhänger für Aktionen oder Kundgebungen an. Dabei ist es wichtig, Medienvertreter*innen rechtzeitig einzuladen und selbst für Fotos in guter Qualität zu sorgen. Weitere Tipps können beim Bündnis Klinikrettung erfragt werden.

Bürger*innenbeteiligung organisieren!
Offene Briefe an Politiker*innen anregen
Man kann dazu aufrufen, Briefe selbst zu formulieren, oder einen Musterbrief erstellen und die Bürger*innen dazu einladen, die Vorlage ganz oder zum Teil zu nutzen und als persönlichen Brief oder als E-Mail zu versenden. Hilfreich ist es, wenn die Post- und E-Mail-Adressen der anzuschreibenden Politiker*innen bereitgestellt werden. Auch das Verschicken von Postkarten bietet sich an, insbesondere dann, wenn eigene Postkarten mit einem oder mehreren Motiven gedruckt und zum Beispiel an den Infoständen ausgelegt werden.

Leserbriefe in den Lokalzeitungen
Die Erfahrung zeigt, dass Leserbriefe von Lokalpolitiker*innen gelesen und ernst genommen werden. Sie sind deswegen vor allem in kleineren Orten ein wichtiges Medium, um zu informieren und die eigene Meinung publik zu machen.

Lokale Feste nutzen
Erntedankfest, Schützenfest, Weinfest und viele andere Zusammenkünfte dieser Art sind viel beachtete Termine. «Amtsträger*innen» wie der Schützenkönig oder die Weinkönigin sind wichtige und geübte Multiplikator*innen. Vielleicht kann der Schützenkönig im Festprogramm einen inhaltlichen Beitrag zur anstehenden Krankenhausschließung einplanen oder die Weinkönigin das Thema in ihre Rede einflechten? Satirische Beiträge sind bei solchen Anlässen gern gesehen, man muss aber klarmachen, dass es um Satire geht.

Online-Petitionen
Sie sind ein niedrigschwelliges Arbeitsinstrument und haben Potenzial für die Verbreitung des Anliegens in der Region, entfalten aber kaum politische Wirkung, da sie rechtlich nicht bindend sind.

Bürgerantrag beim Landkreis oder bei der kreisfreien Stadt
Je nach Bundesland ist ein solcher Antrag unterschiedlich machbar bzw. einbringbar, lokal zum Teil aber sehr lohnend, da sich daraus politische Verpflichtungen ergeben.

Bürgerentscheid
Dieses Mittel ist sehr zeitintensiv und benötigt viele Unterschriftensammler*innen. Ein Bürgerentscheid kann aber eine erhebliche Wirkung entfalten. Für einen solchen Entscheid sind die Bedingungen in den Bundesländern unterschiedlich, in manchen, zum Beispiel Niedersachsen, ist er nicht (mehr) zulässig.

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN, TABELLEN UND TEXTKÄSTEN

Abbildung 1: Sinkende Anzahl an Krankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern (1991–2023) 8
Abbildung 2: Karte der Krankenhausschließungen 14
Abbildung 3: Krankenhäuser nach Ländern (1991–2023) 18
Abbildung 4: Krankenhäuser nach Trägern (1991–2023) 33
Abbildung 5: Allgemeinkrankenhäuser nach Trägern (1991–2023) 35
Abbildung 6: Krankenhausträger (1991) 36
Abbildung 7: Krankenhausträger (2023) 37
Abbildung 8: Betten nach Trägern (1991) 38
Abbildung 9: Betten nach Trägern (2023) 38
Abbildung 10: Krankenhäuser mit Entbindung (1991–2023) 41
Abbildung 11: Entbindungen nach Trägern (1991–2023) 42
Abbildung 12: Kaiserschnitte und Geburtshilfestationen in Prozent (1991–2023) 44

Beispiel-Box 1: Schließung und Widerstand: Das Krankenhaus in Havelberg 26
Beispiel-Box 2: Privatisierung, falsche Versprechen und Schließung: Das Krankenhaus in Melsungen 39

Exkurs 1: Privatisierung und Abbau der Versorgung: Das Beispiel der Geburtshilfe 41
Exkurs 2: Profite mit der Gesundheit: Deutschlands größte Krankenhauskonzerne 62
Exkurs 3: Wie den Privaten der Boden bereitet wurde 74

Info-Box 1: Zur Interpretation der statistischen Daten 10
Info-Box 2: Die Folgen von Krankenhausschließungen: «Wenn ihr uns nicht helft, dann liegen wir in euren Betten» 25
Info-Box 3: Die Begriffe und Mechanismen der DRG-Berechnung 58
Info-Box 4: Krankenhaustypen 84

Tabelle 1: Notfallversorgung 20
Tabelle 2: Vergleich von Dauer und Kosten bei Tagespflegesätzen und DRGs 91

GLOSSAR

CT: Computertomografie. Sie ist eine spezielle dreidimensionale Röntgenuntersuchung: Eine rotierende Röntgenröhre nimmt mehrere Bilder von einem Organ oder einer bestimmten Körperregion aus unterschiedlichen Richtungen auf und setzt sie zu einem dreidimensionalen Bild zusammen.

DKG: Deutsche Krankenhausgesellschaft. Sie ist der Zusammenschluss von Spitzen- und Landesverbänden der Krankenhausträger in Deutschland.

DRG: Diagnosis Related Groups, dt.: diagnosebezogene (Fall-)Gruppen. Im aktuellen Finanzierungsmodell für die Krankenhäuser dienen die DRGs zur Kategorisierung medizinischer Behandlungen. Die behandelten Fälle werden auf ihrer Grundlage kodiert und dann pauschal vergütet.

Fixkostendegressionsabschlag: krankenhausspezifischer Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen eines Krankenhauses. Fixkosten sind dabei die konstanten Kosten, die unabhängig von der Zahl der behandelten Patient*innen anfallen, wie zum Beispiel Miete, medizinische Geräte oder Gehälter für Verwaltungspersonal.

G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss. Er ist ein von der Legislative eingesetztes Beschlussgremium, das den Anspruch aller gesetzlich Krankenversicherten auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung ausgestalten soll. In ihm sitzen insgesamt zehn Vertreter*innen der folgenden Verbände: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband). Hinzu kommen drei unparteiische Mitglieder, zurzeit Josef Hecken (CDU), Karin Maag (CDU) und Bernhard von Treeck. Patient*innenvertreter*innen haben kein Stimmrecht im G-BA.

GKV: Gesetzliche Krankenversicherung. Sie ist die zentrale Säule der deutschen Sozialversicherung. Fast 90 Prozent der Bevölkerung sind bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.[1]

1 Bundesministerium für Gesundheit: Aufgaben und Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung, o. J., www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv.html

IGZ: Intersektorales Gesundheitszentrum. Ein IGZ vereint ambulante und stationäre Versorgung. Es bietet die Möglichkeit, Patient*innen über einige Tage und Nächte zu überwachen und zu versorgen.

InEK GmbH: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Es übernimmt im Auftrag der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen – der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Verbands der Privaten Krankenversicherung – die Aufgaben im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des DRG-Systems.

INZ: Integrierte Notfallzentren. Sie sind eine Art gemeinsamer Tresen in einem Krankenhaus, an dem die Behandlungsdringlichkeit festgestellt und darüber entschieden werden soll, ob eine ambulante oder stationäre Behandlung erforderlich ist.

KBV: Kassenärztliche Bundesvereinigung. Sie ist die Dachorganisation der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen der KV-Bezirke und ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

KHVVG: Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz. Dieses Bundesgesetz trat am 1. Januar 2025 in Kraft und sieht eine weitreichende Reform der Krankenhausversorgung in Deutschland vor.

LBFW: Landesbasisfallwert. Er ist ein Begriff aus dem Fallpauschalensystem und bezeichnet den landesweit einheitlichen Basispreis, der für die einzelnen DRG-Leistungen im Krankenhaus bezahlt wird.

MRT: Magnetresonanztomografie (auch Kernspintomografie, KST genannt). Sie ist ein bildgebendes Verfahren zur Darstellung bestimmter Organe oder Körperregionen und gehört, wie das –› CT, zur Untergruppe der Schnittbildverfahren.

MVZ: Medizinisches Versorgungszentrum. Ein MVZ ist eine in Deutschland zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene, fachübergreifende Behandlungseinrichtung unter ärztlicher Leitung, in der im «Bundesarztregister» eingetragene Ärzt*innen als Inhaber*innen (Vertragsärzt*innen) oder Angestellte tätig sein können.

Private Organisationen ohne Erwerbszweck: Diese Organisationen sind gemeinnützige Rechtspersönlichkeiten, die ihre Haupteinnahmen aus freiwilligen Geld- oder Sachbeiträgen vor allem von privaten Haushalten, aus Zahlungen des Staates sowie aus Vermögenseinkommen beziehen. Beispiele für solche Organisationen sind Gewerkschaften, politische Parteien, Kirchen und Religionsgemeinschaften, soziale und kulturelle Vereinigungen, Wohlfahrtsverbände oder Sport- und Freizeitvereine.

DANKSAGUNG

Viele Menschen aus unserem 2020 gegründeten Bündnis Klinikrettung haben uns mit ihren tiefgehenden Kenntnissen und in vielen Fällen auch mit ihrer jahrelangen Berufserfahrung beim Verfassen dieser Broschüre zur Seite gestanden. Unser besonderer Dank gilt unseren Mitstreiter*innen Klaus Emmerich (Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern), Dr. Rainer Neef, Anne Schulze-Allen und Herbert Storn, Joachim Flämig und Iris Stellmacher (Initiative Rettet unsere Krankenhäuser Rosmann Breisach), Karl Kneisner (attac Hamburg), Arno Huth (Bündnis für Krankenhaus und gute Arbeit Neckartal-Odenwald), Charlotte Rutz-Sperling (Initiative Wenckeback-Klinikum muss bleiben!), Jochen Böhme-Gingold (Die Linke im Kreistag Schwalm-Eder), den Mitstreiter*innen von Aufstehen Spandau, vom Aktionsbündnis Klinikum Lippe, von der Initiative Pro Krankenhaus Havelberg, der Bürgerinitiative Rettet das Kirner Krankenhaus, dem Dresdner Bündnis für Pflege, dem Bundesverband Graue Panther und vielen anderen. Für die kritische Lektüre und wertvolle Hinweise danken wir herzlich unserem Mitstreiter und Unterstützer Dr. med. Bernd Hontschik sowie Dr. med. Arndt Dohmen und Dr. Thomas Böhm vom Bündnis Krankenhaus statt Fabrik. Wir freuen uns sehr und sind sehr dankbar, dass wir die Möglichkeit haben, mit so klugen, starken und zuverlässigen Menschen

zu arbeiten und uns gemeinsam für eine solidarische Gesundheitsversorgung einzusetzen!

Zum Bündnis Klinikrettung gehören:
– Gemeingut in BürgerInnenhand (Träger)
– Initiative Regionale Krankenhausstruktur erhalten
– Hamburger Bündnis für mehr Personal im Krankenhaus
– Dresdner Bündnis für Pflege
– Bündnis für Krankenhaus und gute Arbeit Neckartal-Odenwald
– Aktion Krankenhaus Groß-Sand bleibt!
– Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern
– Pro Krankenhaus Havelberg
– Bürgerinitiative Rettet das Kirner Krankenhaus
– Rettet unsere Krankenhäuser Rosmann Breisach
– Initiative Wenckeback-Klinikum muss bleiben!
– Aktionsbündnis Das Geislinger Krankenhaus muss bleiben
– Initiativgruppe Kreis Pinneberg des Bündnis Klinikrettung
– Aktionsbündnis Klinikum Lippe
– Bundesverband Graue Panther
– attac Berlin
– attac Hamburg
– Bundesverband Gemeinnützige Selbsthilfe Schlafapnoe
– Katholische Arbeitnehmer Bewegung (KAB)
– Aufstehen Spandau
– Gesundheitssyndikat Osnabrücker Land
– Bürgerinitiative Klinik-Zell-Erhalten

Unterstützer des Bündnis Klinikrettung:
– Arzt und Autor Dr. med Bernd Hontschik
– Oberarzt i. R. Dr. rer. nat. Rainer Hoffmann
– arbeitsorientierter Berater Peter Cremer

AUTORINNEN

Jorinde Schulz ist Autorin und Aktivistin. Über Privatisierung und neoliberale Politik schrieb sie u. a. für das Magazin *Jacobin,* die *Berliner Zeitung* und die *taz*. Sie ist Mitherausgeberin von «Generalverdacht. Wie mit dem Mythos Clankriminalität Politik gemacht wird» (Hamburg 2023).

Laura Valentukeviciute ist Mitbegründerin und Geschäftsführerin von Gemeingut in BürgerInnenhand e. V. Sie ist Sozialwissenschaftlerin, arbeitet als Autorin und Referentin und sprach mehrfach als Sachverständige im Deutschen Bundestag.

IMPRESSUM

luxemburg beiträge Nr. 28
wird herausgegeben von der Rosa-Luxemburg-Stiftung
V. i. S. d. P.: Ulrike Hempel
Straße der Pariser Kommune 8A · 10243 Berlin · www.rosalux.de
ISSN 2749-0939 · Redaktionsschluss: September 2025
Titelfoto: Aktion vom Bündnis Klinikrettung anlässlich der Anhörung zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, 25.9.2024, Berlin; Foto: Rolf Zöllner
Lektorat: TEXT-ARBEIT, Berlin
Layout/Herstellung: MediaService GmbH Druck und Kommunikation
Gedruckt auf Circleoffset Premium White, 100 % Recycling

Diese Publikation ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Rosa-Luxemburg-Stiftung.
Sie wird kostenlos abgegeben und darf nicht zu Wahlkampfzwecken verwendet werden.

«Für die allermeisten Krankenhausschließungen gilt, dass ‹Unwirtschaftlichkeit› oder ein defizitärer Klinikbetrieb als Ursache genannt werden. Was bedeutet es aber, dass ein Krankenhaus Verluste schreibt? Ganz einfach: Die Kosten für die Bereitstellung der medizinischen Versorgung waren höher als die Mittel, die dafür zur Verfügung gestellt wurden. Ein defizitäres Krankenhaus ist ein unterfinanziertes Krankenhaus – eines, das zu wenig Geld für seine Personal- und Sachkosten bekommt. […]
Nach vielen Jahren der Unterfinanzierung und der Privatisierung sind grundlegende Veränderungen dringend nötig: Nicht die Möglichkeit, mit Gesundheit als Ware Gewinne zu machen, sondern die Qualität der Versorgung sollte darüber entscheiden, wie Krankenhäuser geplant, organisiert und finanziert werden.»

Jorinde Schulz und Laura Valentukeviciute