

40 Jahre Gewinn und Verlust im Krankenhaus – eine Bilanz



Mit dem im Jahr 1985 in Kraft getretenen Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (KHNG) ermöglichte die damalige Koalition aus CDU/CSU und FDP Gewinne und Verluste im Krankenhauswesen¹. Das sogenannte Kabinett Kohl II führte damit das Markt- und Konkurrenzprinzip auch im Kliniksektor ein und öffnete Tür und Tor für private Konzerne: Kliniken wurden zum Geschäfts- und Anlagemodell. Das Gesetz veränderte die Krankenhauslandschaft und die Gesundheitsversorgung grundlegend. Nach gut 40 Jahren ist es Zeit, Bilanz über die Folgen dieser Entscheidung zu ziehen.

Berlin, den 17. Dezember 2025

Inhaltsverzeichnis

I. EINFÜHRUNG.....	1
II. PRIVATISIERUNGEN UND SCHLIESSUNGEN IN ZAHLEN.....	2
III. GEWINNE UND VERLUSTE DER KRANKENHÄUSER.....	4
III.I. Öffentliche vs. private Allgemeinkrankenhäuser: ein Vergleich.....	7
III.II. Allgemeinkrankenhäuser vs. Fachkliniken: ein Vergleich.....	11
IV. QUELLEN FÜR GEWINNE.....	13
IV. FAZIT: ABFLIESENDE GEWINNE MACHEN DEN KRANKENHAUSBETRIEB TEURER.....	20

I. EINFÜHRUNG

Kaum etwas verkörpert Daseinsvorsorge so eindrücklich wie Krankenhäuser. Entsprechend sind sie auch in Deutschland seit Gründung der ersten modernen Krankenhäuser im 18. Jahrhundert im Allgemeinen mit Gemeinnützigkeit verbunden. Selbst in den von Mangel geprägten Kriegs- und Nachkriegsjahren galten für Krankenhäuser Gemeinnützigkeit und Gewinnverbot. Das bedeutete: Was medizinisch oder pflegerisch sinnvoll war, wurde bezahlt, Gewinne mit der Krankenhausversorgung waren nicht erlaubt. Dieses Prinzip galt auch nach der Teilung Deutschlands in beiden Teilen. In der Bundesrepublik Deutschland basierte die Krankenhausfinanzierung zwischen 1972 und 1986 auf dem Prinzip der Selbstkostendeckung. Dieses Prinzip schloss Gewinne aus und bot daher privaten Investoren keine Möglichkeit zur Geldanlage.

In den 1980er Jahren befeuerte die weltweite Wende zum Neoliberalismus in Westdeutschland entsprechende Entwicklungen. Hier leitete die christlich-liberale Koalition unter Kanzler Helmut Kohl (CDU) den Umstieg zu mehr Markt und kapitalistischer Konkurrenz in allen Bereichen der bis dahin öffentlichen Daseinsvorsorge ein – so auch im Krankenhauswesen. Schon 1981 verankerten die Bundestagsabgeordneten die Trägervielfalt im Krankenhausfinanzierungsgesetz, damit stellten sie

¹ https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#/switch/tocPane?_ts=1764794910810

private Träger den öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern im Krankenhausbereich gleich.² Mit dem Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, das am 1. Januar 1985 in Kraft trat, schrieb der Gesetzgeber die wirtschaftliche Sicherung privater und freigemeinnütziger Träger durch die öffentliche Übernahme ihrer Investitionskosten sowie der Betriebskosten fest.³ Eine zentrale Weichenstellung stellte die Regelung im § 17 dar:

„Überschüsse, die bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehen, sollen dem Krankenhaus verbleiben; vom Krankenhaus zu vertretende Verluste sind von ihm zu tragen.“

Eine Mehrheit der Bundestagsabgeordneten sprach sich mit dem 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 untersagt.

Die Aufhebung des Gewinnverbots leitete den Weg zur Abschaffung der Selbstkostendeckung ein. Die neu eröffnete Möglichkeit, Gewinne abzuführen, machte es für Private interessant, massiv in den Krankenhaussektor einzudringen.

Das Gesetz stellte die Weichen für die großen deutschen Klinikketten: 1985 ist das Gründungsjahr der aktuell größten Krankenhausketten Deutschlands, Helios und Asklepios. Die Sana Kliniken übernahmen 1984 ihr erstes kommunales Krankenhaus, eine Privatisierung, auf die viele weitere folgen sollten. Im Jahr 1989 ging die Rhön-Klinikum AG als erster deutscher Klinikkonzern an die Börse, nachdem sie 1988 in eine Aktiengesellschaft umgewandelt worden war.⁴

Nach der Wiedervereinigung wurden die gesetzlichen Regelungen der Bundesrepublik Deutschland auf Ostdeutschland ausgeweitet und die Gesundheitspolitik danach ausgerichtet. Der Krankenhauskahlschlag, der daraufhin in den sogenannten neuen Bundesländern erfolgte, war mit 20 Prozent zwischen 1991 und 1999 um ein Vielfaches heftiger als im Westen Deutschlands, wo die Krankenhauszahl im gleichen Zeitraum um vier Prozent reduziert wurde. Eine toxische Mischung aus wirtschaftlicher Rezession, Abbau des Sozialstaats und Vormarsch der Privatisierungen führten zu diesem beispiellosen Kahlschlag.⁵

II. PRIVATISIERUNGEN UND SCHLIESSUNGEN IN ZAHLEN

Das Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung stellte einen Paradigmenwechsel dar und veränderte Deutschlands Krankenhauslandschaft spürbar. Einerseits wuchs die Zahl der privat geführten Krankenhäuser, andererseits wurde die Krankenhauslandschaft zunehmend ausgedünnt. Der finanzielle Druck führte in vielen Kommunen dazu, dass die öffentlichen Träger ihre Krankenhäuser unter Wert verkauften. Rückenwind bot die mantrahaft beschworene Effizienz der Privaten. Private Konzerne übernahmen bereitwillig Krankenhäuser für einen symbolischen Preis und nahmen sie zum Teil wieder vom Markt – sei es aufgrund der mangelnden Profitabilität oder aus Konkurrenzgründen.

Während die Zahl der öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser in den letzten 35 Jahren sank, stieg die der privaten Krankenhäuser signifikant an. Im Jahr 1991 machten öffentliche und freigemeinnützige Träger mit zusammen 85 Prozent noch den Löwenanteil der Krankenhäuser aus,

² Freigemeinnützige Träger spielen schon seit Jahrhunderten eine wichtige Rolle in der Krankenhausversorgung.

³ Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (Krankenhaus-Neuordnungsgesetz – KHNG), Bundesgesetzblatt 1984, Teil I, Nr. 56, 29.12.1984, S. 1716 ff.

⁴ Gesundheitsmarkt: Die Liste der Top 30 Krankenhausträger 2024, 22.1.2024, www.gesundheitsmarkt.de/liste-der-top-30-krankenhaustraeger/#i-Lightbox

⁵ 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

während private Träger nur 15 Prozent der Häuser betrieben. Heute betreiben die öffentlichen Träger mit 28,5 Prozent weniger als ein Drittel der Krankenhäuser, die freigemeinnützigen mit 31,5 Prozent nur wenig mehr. Zahlenmäßig sind private Krankenhauskonzerne, denen inzwischen 40 Prozent der Krankenhäuser gehören, mittlerweile der dominante Player in der Krankenhausversorgung.⁶

Die Schließungszahlen machen deutlich, wie stark die Krankenhauslandschaft seit 1985 ausgedünnt wurde. Während es 1985 in Westdeutschland 1.825 und in Ostdeutschland 537 Krankenhäuser gab (zusammen: 2.362 Krankenhäuser), sank die Zahl der Häuser bis zum Jahr 2024 um 521, also fast um ein Viertel (auf 1.841 Krankenhäusern im Jahr 2024⁷). Von 537 Krankenhäusern waren in den ostdeutschen Bundesländern im Jahr 2024 nur noch 268 Kliniken übrig (ohne 86 Kliniken im Jahr 2024 im gesamten Berlin), in westdeutschen Bundesländern gab es 2024 nur noch 1.487 Krankenhäuser (von 1.825 im Jahr 1985).⁸

In dem Zusammenhang ist die Entwicklung der Bettenzahl interessant: Während die Zahl der öffentlichen Krankenhäuser sank und sich im Jahr 2023 nur noch 28,5 Prozent der Häuser in öffentlicher Trägerschaft befanden, liegt die Bettenzahl dort mit 47 Prozent viel höher als in den privaten Krankenhäusern, die nur 19 Prozent der Betten in 40 Prozent der Krankenhäuser betreiben.⁹ Ursache dafür ist, dass öffentliche Krankenhäuser überwiegend Allgemein- und Notfallversorgung leisten und für Behandlungen, die nicht planbar sind, Kapazitäten vorhalten müssen. Private Klinikträger betreiben gern kleinere Fachkliniken, die sich auf planbare Spezialbehandlungen fokussieren und nur wenige Betten benötigen. Diese Kliniken bieten keine umfassende Grund- und Notfallversorgung an. Vor allem private Fachkliniken spezialisieren sich auf lukrative Fachgebiete wie beispielsweise Orthopädie oder Herzchirurgie – Stichwort Rosinenpickerei. Für die Allgemeinversorgung der Bevölkerung bedarf es aber eines breiten Behandlungsspektrums inklusive Notfall- und Intensivmedizin. Das ist auch für Katastrophenfälle wie Pandemien oder Epidemien wichtig.

Das eher geringe Interesse der Privaten an der Allgemeinversorgung belegen auch die Zahlen. Seit 2010 ist die Zahl der Allgemeinkrankenhäuser in privater Trägerschaft lediglich um 1,6 Prozent gewachsen: von 575 auf 584.¹⁰ Zum Vergleich: Die Gesamtzahl der Kliniken in privater Trägerschaft wuchs in der gleichen Zeit um 10,5 Prozent.¹¹ Auch die Zahl der in privater Trägerschaft befindlichen Klinikstandorte, die eine stationäre allgemeine Notfallversorgung anbieten, ist mit 19 Prozent im Vergleich zu öffentlichen Krankenhäusern mit 43 Prozent sehr gering.¹²

Aktuell gibt es zwei Beispiele – in Breisach und Zerbst –, wo Helios zwei Standorte der Allgemeinversorgung inklusive stationärer Notfallversorgung abstoßen will. In Breisach (Baden-Württemberg) soll das Krankenhaus Mitte 2026 geschlossen werden, wobei die Notfallversorgung

⁶ Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser 2023, 23111-04: Krankenhäuser und Betten nach Trägerschaft, 1991-2023

⁷ <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Tabellen/eckzahlen-krankenhaeuser.html>

⁸ Statistisches Bundesamt: Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1990, Wiesbaden 1992, https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00006946/2120610907004.pdf

⁹ Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser, 2023, 23111-05: Bettenausstattung nach Krankenhaustypen

¹⁰ Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser 2010-2023

¹¹ Vdek: Krankenhäuser nach Trägerschaft 2004-2024, https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/daten/d_ausgaben_krankenhaus/krankenhaeuser_nach_traegerschaft_2004_2024.jpg

¹² Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser 2023, Tabelle 23111-43, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611237005.xlsx?__blob=publicationFile&v=6

schon ein halbes Jahr früher – Ende 2025 – schließt.¹³ In Zerbst (Sachsen-Anhalt) wollte Helios das Krankenhaus Ende 2025 schließen und lediglich ein ambulantes Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) eröffnen. Nach längeren Auseinandersetzungen übernimmt das Land den Betrieb und sichert die stationäre Allgemein- und Notfallversorgung.¹⁴

III. GEWINNE UND VERLUSTE DER KRANKENHÄUSER

Gesundheitsversorgung ist ein Bereich der Daseinsvorsorge, für dessen Finanzierung nicht nur stetig steigende Versichertenbeiträge, sondern auch große Mengen an Steuermitteln eingesetzt werden. Hinzu kommen die Ausgaben privater Haushalte und Organisationen sowie Arbeitgeberbeiträge. 2023 belief sich der Gesamtumfang aller Gesundheitsausgaben auf mehr als 500 Milliarden Euro. Das entsprach zwölf Prozent vom Bruttoinlandsprodukt (BIP).

Allein im Jahr 2023 gingen rund 121 Milliarden Euro der Gesundheitsausgaben an die Krankenhäuser.¹⁵ Das ruft Begehrlichkeiten hervor und erklärt, warum Krankenhauskonzerne, Investitionsfonds und seit einigen Jahren auch Private-Equity-Fonds großes Interesse am Krankenhaussektor haben. Besonders attraktiv ist für die Privaten der Umstand, dass die Gelder – wegen des Versorgungsauftrags und anderer gesetzlicher Verpflichtungen der öffentlichen Hand und der Krankenkassen – verlässlich zur Verfügung stehen.

Den steten Geldabfluss bezeugen die Gewinne der vier größten privaten Klinikbetreiber – Helios, Rhön-Klinikum, Asklepios und Sana. Laut Statista summieren sich ihre Gewinne auf mehrere Hundert Millionen Euro und zwar jährlich.¹⁶ Den stärksten Zuwachs weist Helios (Fresenius) auf, wobei der Konzern etwas weniger als die Hälfte der Gewinne mit den Kliniken in Spanien erwirtschaftet. Die fehlende Transparenz macht es leider unmöglich, genaue Zahlen zu ermitteln.¹⁷

Das Geld, das in Form von Gewinnen, dem Krankenhaussektor seit 1985 entzogen wird, fehlt seither im System. Das hat Auswirkungen auf die Versorgung der Bevölkerung (Unter-, Über- und Fehlversorgung), aber auch auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten. Gleichzeitig sorgen zahlreiche, vorwiegend private Akteure im Krankenhausbereich dafür, dass die Zahlungen der Kostenträger an die Krankenhäuser ausgeweitet werden, damit die angestrebten Profite zustande kommen.¹⁸

¹³ SWR: Helios Klinik in Breisach schließt wie es weitergehen soll, 10.10.2025, <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/suedbaden/schliessung-helios-rosmann-klinik-breisach-am-rhein-102.html>

¹⁴ MDR: Landkreis Anhalt-Bitterfeld übernimmt Krankenhaus Zerbst, 3.12.2025, <https://www.mdr.de/nachrichten/sachsen-anhalt/dessau/anhalt/helios-klinik-zerbst-bleibt-erhalten102.html>

¹⁵ Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen, 16.4.2025, www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/einrichtungen.html

¹⁶ 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/>

¹⁷ Fresenius: FutureFresenius. Annual Report 2023, https://www.fresenius.com/sites/default/files/2024-05/Fresenius_Annual_Report_2023_0.pdf

¹⁸ 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. 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 Medizinproduktehersteller. Quelle: Simon, Michael: Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser, Düsseldorf 2020, S. 149.

Neben der Gesetzgebung, die Gewinne ermöglichte, war die Einführung der DRG-Fallpauschalen [Diagnosis Related Groups; dt. Diagnosebezogene (Fall-)Gruppen] ab 2004 ein wesentlicher Hebel für die Gewinnsteigerung. Das liegt an der Besonderheit der DRG-Abrechnung: Für die durchgeführten Behandlungen bekamen die Krankenhäuser nicht mehr die real angefallenen Kosten erstattet, sondern die festgelegten Pauschalen. Die Pauschalbeträge sind jedoch zum Teil zu niedrig angesetzt, so dass die Versorgung in manchen Bereichen verlustreich ist, beispielsweise die Grund- und Notfallversorgung, die Geburtshilfe oder auch generell pflegeintensive Therapien. Gleichzeitig gibt es Behandlungen, die sehr gut vergütet werden, dazu gehören solche mit viel Einsatz von Technik, wie zum Beispiel Knieoperationen.¹⁹

Als Folge der DRG-Einführung rutschen immer mehr öffentliche Krankenhäuser, die gesetzlich verpflichtet sind, die notorisch unterfinanzierte Allgemeinversorgung zu leisten, in die roten Zahlen, während private Träger viel schneller defizitäre Bereiche abstoßen und sich auf lukrativere Behandlungen konzentrieren. Hinzu kommt die jahrelange Unterfinanzierung der Investitionskosten von Seiten der Bundesländer.²⁰

Laut einer Studie des Unternehmens Roland Berger verzeichneten drei von vier Krankenhäusern im Geschäftsjahr 2024 ein negatives Jahresergebnis.²¹ Bemerkenswert ist dabei die Polarisierung der Defizite zwischen den Trägern: So machten 83 Prozent der privaten und immerhin 21 Prozent der freigemeinnützigen Krankenhäuser im Jahr 2024 Überschüsse; bei den öffentlichen Krankenhäusern wiederum hatten neun Prozent eine positive, zwei Prozent eine ausgeglichene und ganze 89 Prozent eine negative Bilanz.²² Wie die Gewinne der einen Träger mit den Verlusten der anderen Träger zusammenhängen, macht die Gegenüberstellung von ver.di deutlich (siehe Abb. 2. „Private Gewinne, öffentliche Verluste“).²³ Sie zeigt: Das Geld, das private Klinikkonzerne verdienen, kann von den anderen Krankenhäusern nicht mehr verdient werden. Wenn die Privaten sich auf bestimmte lukrativere Behandlungen konzentrieren und zahlreiche Fachkliniken gründen, dann fehlen der öffentlichen Hand einerseits Verdienstmöglichkeiten in diesen Bereichen, andererseits müssen die

¹⁹ Mehr zu den Mechanismen der DRG-Finanzierung in: Jorinde Schulz und Laura Valentukeviciute „Kahlschlag in der Krankenhauslandschaft“, 2025, S. 53-61, <https://www.rosalux.de/publikation/id/53833/kahlschlag-in-der-krankhauslandschaft>

²⁰ Im System der dualen Finanzierung sind die Bundesländer verpflichtet die Investitionskosten der Krankenhäuser zu übernehmen. Ihren gesetzlich vorgesehenen Zahlungsverpflichtungen kommen sie seit rund 30 Jahren allerdings immer weniger nach. So sank die Investitionsquote der Länder für die Krankenhäuser, also der Anteil der Investitionen an den Gesamtkosten eines Krankenhauses, von 25 Prozent im Jahr 1972 auf nur noch rund drei Prozent im Jahr 2021. Im Jahr 2023 zahlten die Länder nur noch die Hälfte der entstandenen Kosten: drei Milliarden Euro statt der erforderlichen sechseinhalb Milliarden Euro pro Jahr. Siehe: Bundesministerium für Gesundheit: Investitionskostenfinanzierung durch die Länder, 3.6.2025, www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausesfinanzierung.html#c28130 und gemeinsame Pressemitteilung der Krankenkassenverbände vom 9.4.2024, www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1791552.jsp

²¹ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft Wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser erreicht historischen Tiefpunkt, Pressemitteilung, 27.12.2024, www.dkgev.de/dkg/presse/details/wirtschaftliche-lage-der-krankhaeuser-erreicht-historischen-tiefpunkt/

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 Ver.di: Klinik.Zeitung, Winter 2025/26, S. 2., <https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/service/publikationen/++co++d53567ce-7d6f-11ee-b4cb-001a4a160100>

öffentlichen Kliniken alle anderen Fälle auffangen, die weder lukrativ sind noch von Privaten behandelt werden. Mehr dazu im Abschnitt „Allgemeinkrankenhäuser vs. Fachkliniken: ein Vergleich“.

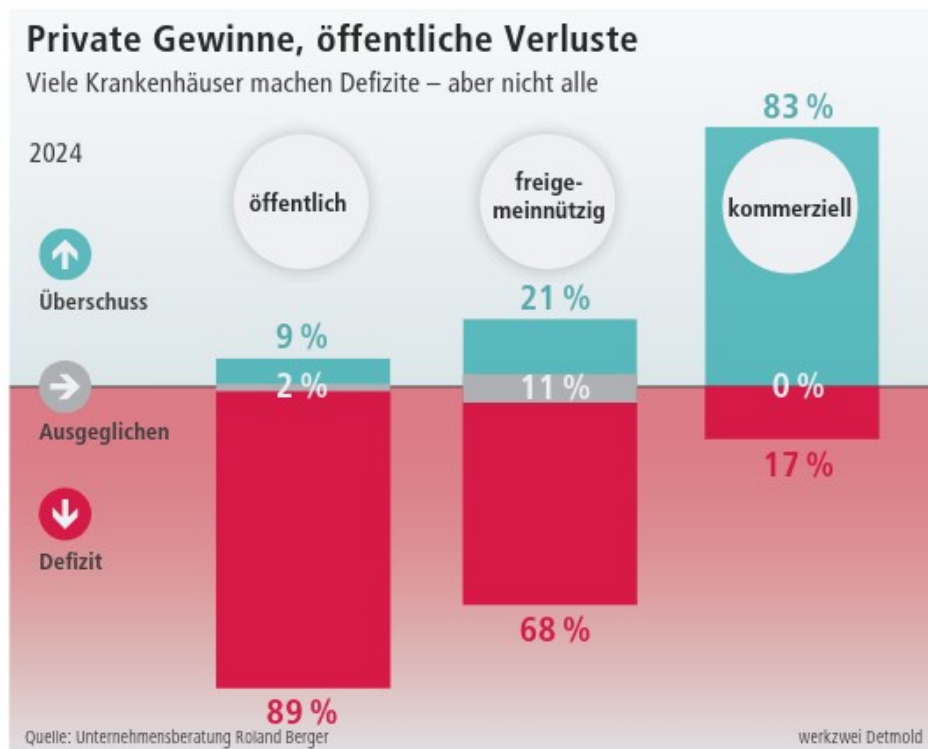


Abbildung Nr. 2. „Private Gewinne, öffentliche Verluste“, Quelle: ver.di Klinik.Zeitung, Winter 2025/26, S. 2.

Die Effekte der Ökonomisierung und des Gewinnstrebens im Krankenhaussektor fassten die Ersatzkassen in einer Berechnung zusammen (Abb. 3. „Krankenhausindikatoren: Krankenhäuser, Betten, Berechnungstage, Fälle und Ausgaben“). Die Darstellung beantwortet auch die Frage, warum die Bevölkerung mit immer mehr Schließungen und Unterversorgung konfrontiert ist bei gleichzeitigen Kostensteigerungen. Die Grafik zeigt, dass es einen enormen Anstieg der Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhausbehandlungen gibt bei relativ moderat steigenden Fallzahlen und sinkenden Krankenhaus- und Bettenzahlen. Vor dem Hintergrund der Erkenntnisse aus der Analyse des Beratungsunternehmens Roland Berger zu Gewinnen und Verlusten lässt sich ableiten, dass seit Jahren eine Verschiebung in der Versorgung stattfindet: **Einerseits findet ein Abbau von Kapazitäten und Angeboten im Bereich der Grund- und Notfallversorgung statt, und andererseits gibt es eine Ausweitung der Versorgung in Kliniken und Abteilungen mit lukrativen planbaren Behandlungen.** In der Folge verschwindet wohnortnahe stationäre Grund- und Notfallversorgung.²⁴ Dadurch werden die Wege bis zum nächsten Krankenhaus weiter (siehe Schließungsbilanz 2025), und die Wartezeiten in den Notaufnahmen verlängern sich, was laut einer Studie aus Großbritannien zu höheren Mortalitätsraten führt.²⁵

Die Verschiebung in der Versorgung führt auch dazu, dass die Ausgaben der Krankenkassen zwar steigen, aber gleichzeitig die Deckung des Bedarfs nicht an oberster Stelle steht, sondern die Bedienung der Gewinnerwartungen.

²⁴ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Unterversorgung, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/unterversorgung/>

²⁵ Thieme: Notaufnahme: Lange Wartezeiten erhöhen Mortalitätsraten, 2022 <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1926-4856?innerWidth=412&offsetWidth=412&lang=de&device=desktop&id=>

Krankenhausindikatoren: Krankenhäuser, Betten, Berechnungstage, Fälle und Ausgaben

Index (2003 = 100)

2003 - 2023

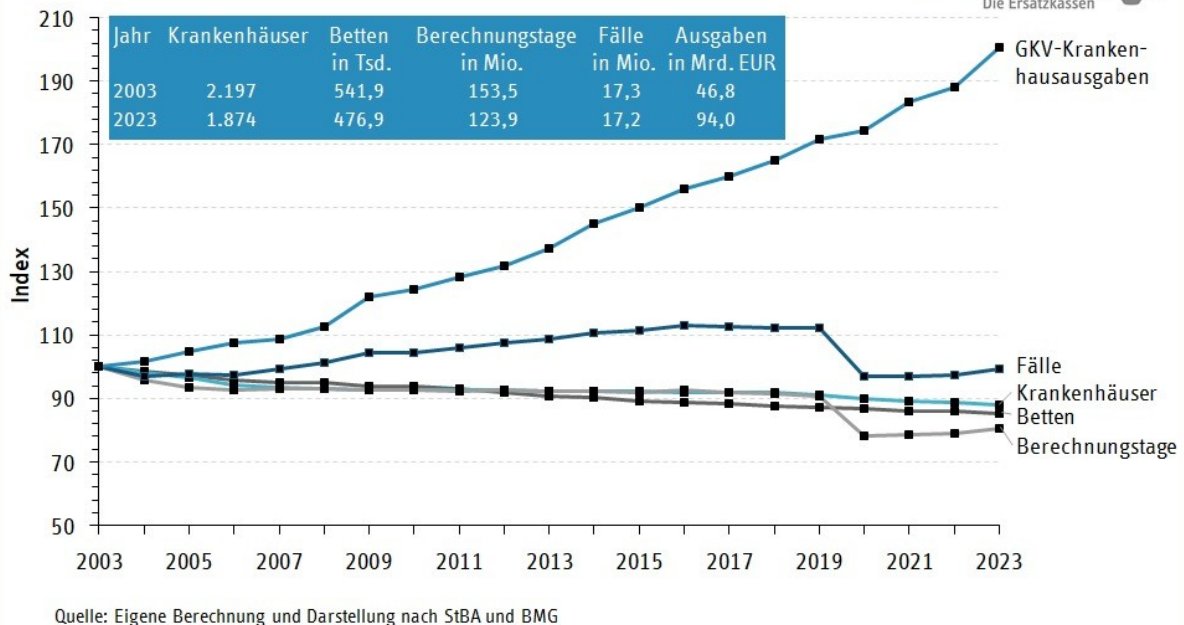


Abb. 3. „Krankenhausindikatoren: Krankenhäuser, Betten, Berechnungstage, Fälle und Ausgaben“, Quelle: vdek.

III.1. Öffentliche vs. private Allgemeinkrankenhäuser: ein Vergleich

Die Krankenhäuser in Deutschland werden in drei oder vier Versorgungsstufen eingeteilt, die von Bundesland zu Bundesland etwas variieren. Grob kann man zwischen Maximalversorgern, Schwerpunktkrankenhäusern, Grundversorgern unterscheiden – sie gelten alle als Allgemeinkrankenhäuser. Fachkrankenhäuser werden keiner Versorgungsstufe zugeteilt. Die Besonderheit der Fachkliniken besteht darin, dass sie sich auf nur eine oder ein paar wenige Fachdisziplinen fokussieren und keine allgemeine Notfallversorgung leisten. Die anderen Krankenhaustypen unterscheiden sich vor allem nach der Bettenzahl und dem Umfang der angebotenen Leistungen und typisch für sie ist auch, dass sie die allgemeine (gestufte) Notfallversorgung übernehmen.

Aus dem Vergleich einiger Kennzahlen öffentlicher und privater Allgemeinkrankenhäuser lassen sich manche Unterschiede in der Versorgung und der Prioritätensetzung ableiten und dadurch Anhaltspunkte für Gewinnerwirtschaftung erkennen.

An der Entwicklung der **Zahl der Allgemeinkrankenhäuser** erkennt man die Tendenz, dass die Menge der Kliniken in öffentlicher Hand durch Schließungen und Übernahmen kontinuierlich zurückgeht und zugleich die Zahl privater Kliniken im Bereich der Allgemeinversorgung stagniert. Die Allgemeinversorgung ist unterfinanziert – das führt zu Schließungen und ist zugleich unattraktiv als Investitionsobjekt. (Abb. 4. „Zahl öffentlicher und privater Allgemeinkrankenhäuser“)

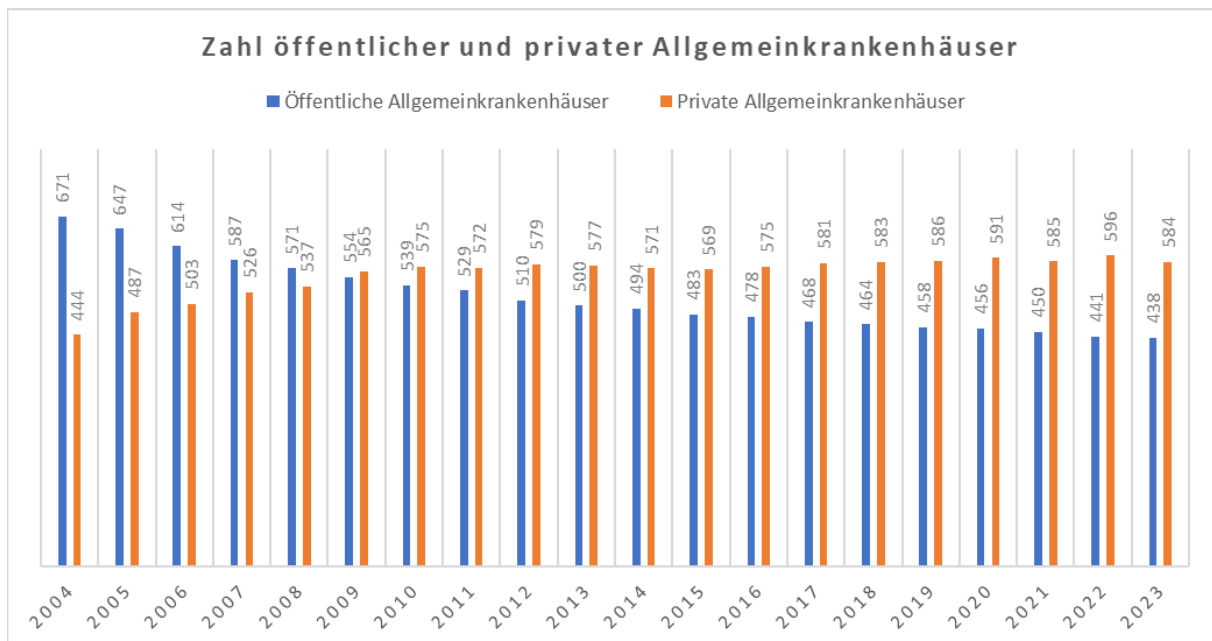


Abb. 4. „Zahl öffentlicher und privater Allgemeinkrankenhäuser“, Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, eigene Darstellung.

Die Grafik zur **Zahl der Betten** (Abb. 5. „Zahl der Betten in öffentlichen und privaten Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland“) macht anschaulich, dass die Krankenhäuser in öffentlicher Hand über die größten Bettenkapazitäten verfügen, während die Bettenzahl in privater Hand auf einem niedrigen Niveau verharrt. Im Jahr 2023 gab es rund 240 Prozent mehr Betten in öffentlichen als in privaten Allgemeinkrankenhäusern. Das ist ein Indiz dafür, dass öffentliche Krankenhäuser belastbarer sind, wenn es um Krankheitswellen oder Pandemien geht und auch Kapazitäten für Redundanzen bereitstellen. Das mindert ihre Effizienz im betriebswirtschaftlichen Sinne, ist aber unabdingbar aus volkswirtschaftlicher Sicht. Die Redundanz bei der Vorhaltung der Kapazitäten ist für alle Bereiche der Daseinsvorsorge notwendig. So benötigt zum Beispiel die Bahn ausreichend Ausweichgleise sowie fahrbereite Ersatzzüge und Ersatzlokomotiven. Mangelt es hier, kommt es zu Verspätungen und Ausfällen.

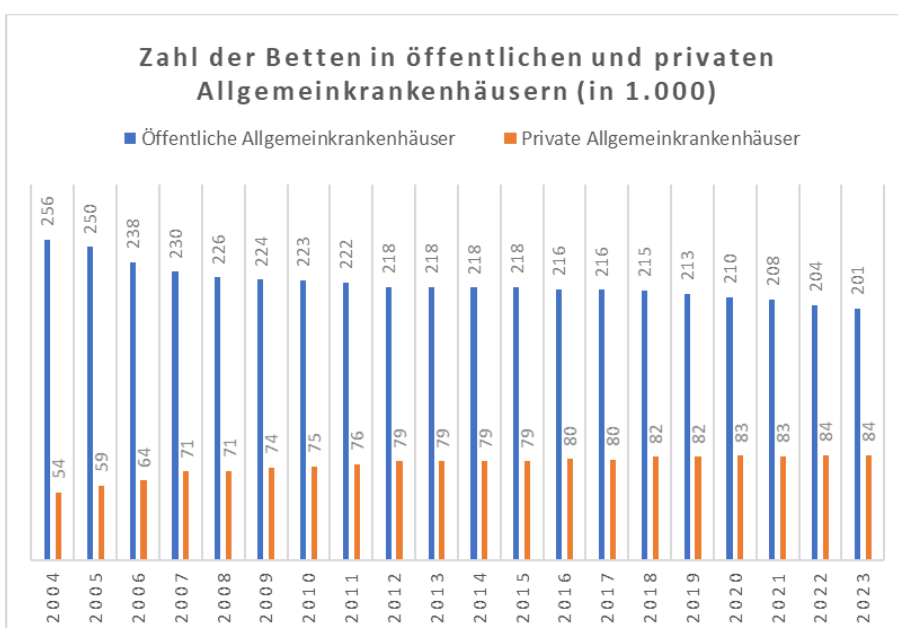


Abb. 5. „Zahl der Betten in öffentlichen und privaten Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland“, Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, eigene Darstellung.

Trotz des starken Rückgangs der Zahl der öffentlichen Allgemeinkrankenhäuser, bleiben die **Fallzahlen** dort deutlich höher als in privaten Allgemeinkrankenhäusern (Abb. 6. „Zahl der Fälle in öffentlichen und privaten Allgemeinkrankenhäusern“), was mit der hohen Bettenzahl zusammenhängt. Das höhere Patient*innenaufkommen in öffentlichen Allgemeinkrankenhäusern führt aber nicht dazu, dass sie schwarze Zahlen schreiben. Durch die Unterfinanzierung der Allgemein- und Notfallversorgung befinden sie sich in einer Abwärtsspirale: Mehr unterfinanzierte Fälle führen nicht zu mehr Einnahmen, sondern zu einem höheren Defizit.²⁶

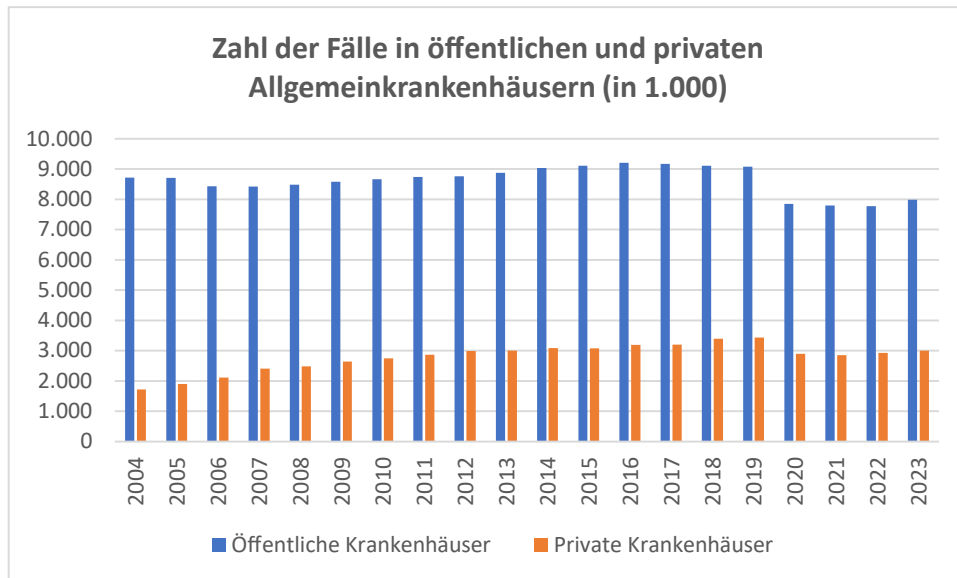


Abb. 6. „Zahl der Fälle in öffentlichen und privaten Allgemeinkrankenhäusern“, Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, eigene Darstellung.

Die Zahl der **Belegungstage** hängt von der Zahl der Patient*innen ab, die stationär eingewiesen werden (Abb. 7. „Belegungstage in öffentlichen und privaten Allgemeinkrankenhäusern“). Andererseits deutet die große Differenz darauf hin, dass die öffentlichen Krankenhäuser Patient*innen aufnehmen, die andere Kliniken nicht aufnehmen wollen. Berichte von Beschäftigten und Betroffenen belegen, dass private Allgemeinkrankenhäuser stärker Patient*innen aussortieren und multimorbide (mehrfacherkrankte) Fälle an die öffentlichen Allgemeinkrankenhäuser weitergeben.

²⁶ Vgl. Das Krankenhaus: Klinik Groß-Gerau klagt gegen Bundesregierung wegen Unterfinanzierung. Klinikchefin Prof. Dr. Erika Raab bereitet sich auf Gerichtsverhandlung vor, 07/2025, https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.5_Publikationen_Downloads/3.4.1._das_Krankenhaus/das_krankenhaus_7-25_Politik-Schadenersatz.pdf

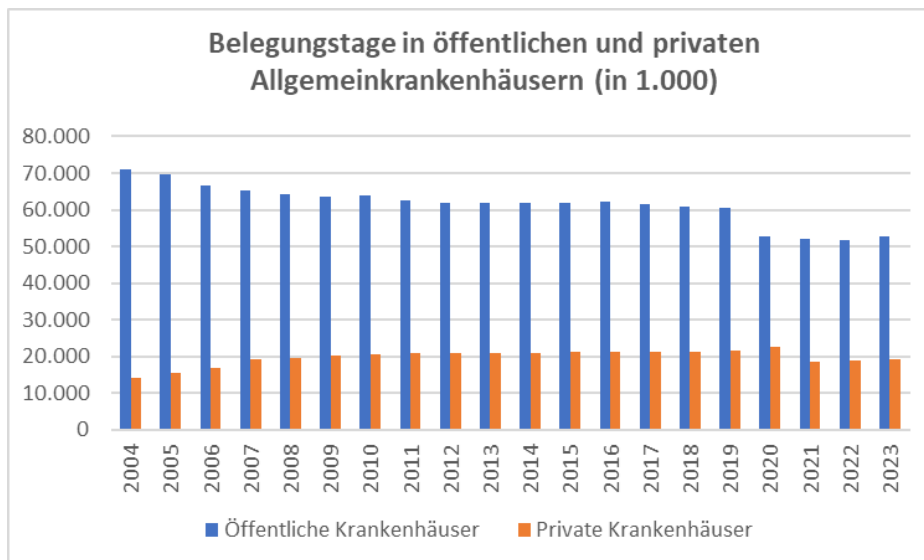


Abb. 7. „Belegungstage in öffentlichen und privaten Allgemeinkrankenhäusern“, Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, eigene Darstellung.

Bei der **Verweildauer** sind keine signifikanten Unterschiede erkennbar (Abb. 8. „Belegungstage in öffentlichen und privaten Allgemeinkrankenhäusern“). Es liegt nahe, dass das Fall- und Entlassungsmanagement im Rahmen des DRG-Systems bei beiden Trägern ähnliche Auswirkungen hat.

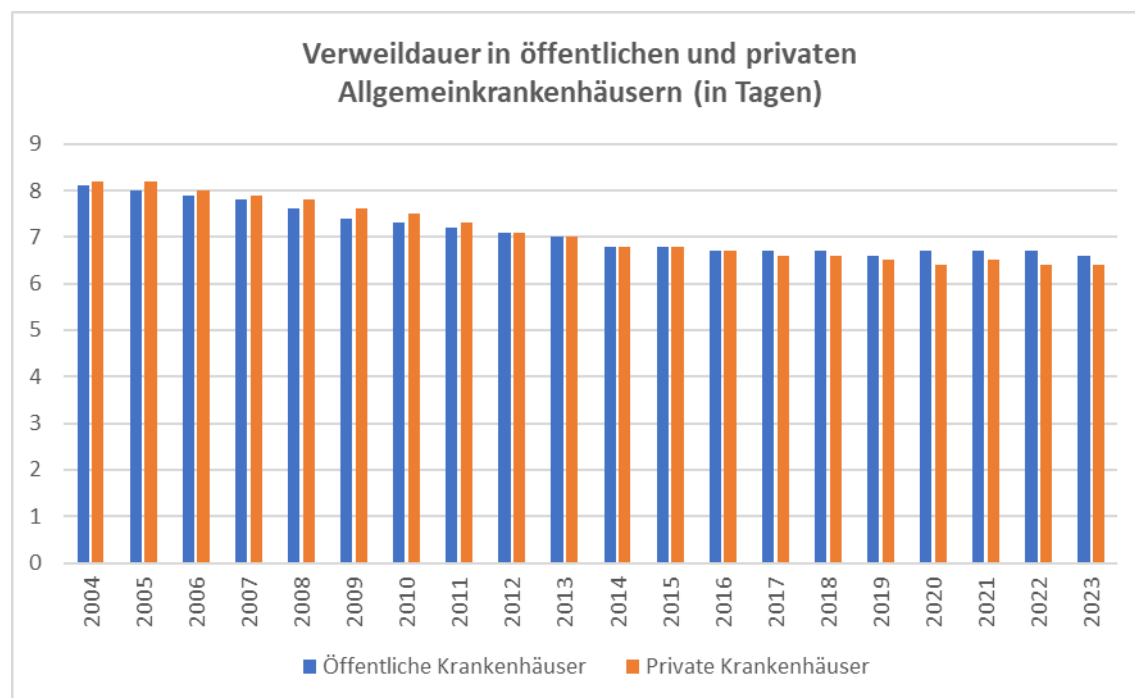


Abb. 8. „Verweildauer in öffentlichen und privaten Allgemeinkrankenhäusern“, Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, eigene Darstellung.

Der Vergleich wichtiger Kennzahlen macht deutlich: Die öffentlichen Kliniken leisten – trotz zahlreicher Schließungen – den Großteil der Allgemeinversorgung und spielen aufgrund ihrer Kapazitäten eine wichtige Rolle. Da die Allgemeinversorgung keine großen Spielräume für Gewinne ermöglicht, sind diese Krankenhäuser als Anlageobjekte für die privaten Träger nicht sonderlich interessant. Daher stagniert die Zahl privater Allgemeinkliniken seit Jahren, während die Zahl der Fachkliniken in privater Hand steigt.

Gleichzeitig sind es die Allgemeinkrankenhäuser, vor allem die kleineren, die am meisten von Schließung bedroht sind. Ihre Schließung wird in der Regel mit der notwendigen Kostenersparnis begründet. Berechnungen zeigen aber genau das Gegenteil: **Während die Zahl der Kliniken seit 1991 um 22 Prozent reduziert wurde, haben sich die Kosten der Krankenhäuser in der gleichen Zeit mehr als verdreifacht: von 37 Milliarden Euro im Jahr 1991 auf 128 Milliarden Euro im Jahr 2024 (inflationsbereinigt beträgt die Steigerung ungefähr 77 Prozent).**²⁷ Ein Armutszeugnis für die bisherigen Reformen inklusive der aktuellen Krankenhausreform, die darauf abzielen und damit argumentieren, durch Standortschließungen Geld zu sparen.

Kleiner Exkurs zur Darstellung der Ausgaben für Krankenhäuser

Der Debatte über die Ausgaben und Einnahmen der Krankenhäuser fehlt die Transparenz. Die Krankenhausverbände argumentieren, dass die Gesundheitsausgaben in Deutschland über Jahrzehnte hinweg rund zwölf Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) betragen. Auch der Anteil der Ausgaben für Krankenhäuser liegt gemessen am BIP – mit kleinen Schwankungen – bei rund drei Prozent. Eine Ausnahme bildet die Zeit der Corona-Pandemie.²⁸ Zugleich weisen die Krankenkassen darauf hin, dass ihre Ausgaben für Krankenhäuser enorm steigen. Und beides ist richtig: Der Betrag bleibt gemessen am BIP relativ konstant. Auch die Schwankungen sind gemessen am BIP minimal, weil das BIP ein Gesamtvolumen von 4,33 Billionen Euro hat. Eine Schwankung von zum Beispiel 0,1 Prozent am BIP entspricht allerdings rund vier Milliarden Euro. Solange das BIP und die Ausgaben für Krankenhäuser relativ gleichmäßig steigen, sind dort keine Veränderungen ablesbar – die Ausgaben liegen weiterhin bei circa drei Prozent des BIP. Erst bei der konkreten Bezifferung der Ausgaben in Euro pro Jahr wird die Steigerung sichtbar: von 37 Milliarden Euro im Jahr 1991 auf 128 Milliarden Euro in 2024.²⁹

III.II. Allgemeinkrankenhäuser vs. Fachkliniken: ein Vergleich

Fachkliniken sind ein besonderer Typ von Krankenhäusern. Manche von ihnen, wie zum Beispiel Lungenfachkliniken, existieren schon länger. Seit einigen Jahren wecken Fachkliniken jedoch das besondere Interesse privater Träger und werden daher immer mehr zum Gegenstand der gesundheitspolitischen Debatte. Deswegen lohnt es sich, einen Blick auf diese Einrichtungen zu werfen.

Bund und Länder versuchen, sich aktuell im Rahmen der Krankenhausreform auf eine gemeinsame Definition zu einigen. Weil eine einheitliche Definition fehlt, veröffentlicht das Statistische Bundesamt keine Erhebungen zu diesen Einrichtungen. Allerdings erfassen die Gesetzlichen

²⁷ Statistisches Bundesamt: Kostennachweis der Krankenhäuser 2023, Fach 23121-01, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-kostennachweis-krankenhaeuser-2120630237005.html> und <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Tabellen/kosten-krankenhaeuser-bl.html>

²⁸ DKI: Gesundheits- und Krankenhausaussgaben im europäischen Vergleich, S. 12, https://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

²⁹ Statistisches Bundesamt: Kostennachweis der Krankenhäuser 2023, Fach 23121-01, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-kostennachweis-krankenhaeuser-2120630237005.html> und <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Tabellen/kosten-krankenhaeuser-bl.html>

Krankenversicherungen (GKV) als Kostenträger über ihren Spitzenverband Daten zu Zahl und Ausgaben der Fachkliniken. Für die GKV gelten als Fachkliniken „[...] somatische Krankenhausstandorte, die Ihre Leistungserbringung auf wenige Fallpauschalen konzentrieren, welche deutschlandweit selten erbracht werden und einen gewissen Aufwand erfordern [...]“³⁰

Laut GKV gab es im Jahr 2024 306 Fachkliniken; sie machten 19 Prozent aller Krankenhäuser aus (die GKV gehen von insgesamt 1.649 Krankenhäusern aus, davon sind 1.343 sonstige Krankenhäuser). Im Jahr 2024 behandelten Fachkliniken 830.015 Fälle, das entsprach 5,4 Prozent aller 15,3 Millionen Krankenhausfälle. **Die Fachkliniken übernehmen also im Vergleich zu ihrem Standortanteil (19 Prozent) deutlich weniger Fälle (5,44 Prozent). Das bedeutet, die anderen Krankenhäuser müssen das ausgleichen und dadurch umso mehr Patient*innen übernehmen, denn sie bewältigen mit einem Anteil von 81,4 Prozent der Einrichtungen 94,56 Prozent der Fälle. Das offenbart ein erhebliches Gefälle hinsichtlich der Last der Behandlungen.**

Für die Behandlungen in Fachkliniken zahlten die GKV im Jahr 2024 sechs Milliarden Euro, das sind 6,57 Prozent der Gesamtausgaben der GVK für Krankenhäuser in Höhe von 92,5 Milliarden Euro. **Das heißt, Fachkliniken erzielen, gemessen an ihrem Anteil an der Versorgung der Fälle, mehr Erlöse als andere Krankenhäuser: Mit im Durchschnitt 7.326 Euro pro Fall sind die Fachklinikbehandlungen um 22 Prozent teurer als andere Kliniken, die pro Fall 5.993 Euro bekommen.**

	Alle Kliniken		Fachkliniken		Sonstige Kliniken		Mehrkosten pro Fall Fachkliniken gegenüber sonstigen Kliniken:
	Zahl	Anteil	Zahl	Anteil	Zahl	Anteil	
Häuser	1.649	100 %	306	18,56 %	1.343	81,44 %	
Fälle	15.250.485	100 %	830.015	5,44 %	14.420.470	94,56 %	
Kosten (€)	92.498.859.611	100 %	6.080.325.465	6,57 %	86.418.534.146	93,43 %	
Kosten pro Fall (€)	6.065		7.326		5.993		22,24%

Zum Vergleich: Medizinische Versorgungszentren (MVZ) rechnen durchschnittlich circa 8,3 Prozent höhere Honorarvolumina ab als Einzelpraxen (bei MVZ im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften beträgt der Unterschied sogar 10,4 Prozent).³¹ Dieser Umstand wird seit einigen Jahren von Kassenärzt*innen kritisiert. Sie fordern, die Beteiligung der Finanzinvestoren in der ambulanten Versorgung zu begrenzen. Zu Fachkliniken, die mit 22 Prozent mehr als das Doppelte im Vergleich zu sonstigen Krankenhäusern abrechnen, ist eine solche Debatte ebenso notwendig und längst überfällig.

³⁰ Schriftverkehr vom 11.12.2025 zwischen dem GKV Spitzenverband und Gemeingut in BürgerInnenhand.

³¹ Tisch, Thorsten / Nolting, Hans-Dieter: Versorgungsanalysen zu MVZ im Bereich der KV Bayerns, Ergebnisbericht für die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, 7.12.2021, https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27954/e27955/e27963/attr_objjs27964/IGES-MVZ-Gutachten-April-2022_ger.pdf

IV. QUELLEN FÜR GEWINNE

Die privaten Klinikbetreiber nutzen diverse Möglichkeiten, um ihre Einnahmen zu steigern. Im Folgenden werden vier zentrale Bereiche dargestellt, aus denen Gewinne extrahiert werden: (1) Beschäftigte, (2) Versorgung, (3) Organisation, Verwaltung und Beschaffung sowie (4) Förderung.

1. Beschäftigte

Im Krankenhauswesen in Deutschland arbeiten aktuell rund 1,66 Millionen Menschen, das entspricht circa 3,8 Prozent aller Beschäftigten. Im Jahr 2023 waren 1,43 Millionen Beschäftigte bzw. 1,03 Millionen Vollzeitäquivalente direkt bei den Krankenhäusern angestellt.³² Die höchsten Ausgaben eines Krankenhauses entfallen auf das Personal. Im Jahr 2023 betrugen die Personalkosten bundesweit 84.702.236 Euro und machten damit gut 60 Prozent der Krankenhauskosten aus.³³ Weil die Fallpauschalen keine Mechanismen enthalten, die eine personelle Mindestbesetzung oder Standards für die Arbeitsbedingungen vorgeben, ergibt sich im Bereich Personal ein großes Potential, durch Einsparungen Gewinne zu maximieren. Dazu nutzen die Krankenhausträger vor allem folgende Maßnahmen: Auflösung, Nichteinhaltung oder Unterwanderung von Tarifverträgen bzw. keine Tarifvertragsabschlüsse, Auslagerung einfacher Tätigkeiten an Niedriglohnfirmen, Verringerung der Beschäftigtenzahl und Verdichtung der Arbeit. Um bei den beiden letztgenannten Praktiken im Bereich der Pflege gegenzusteuern, beschloss der Bundestag 2018 das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, das seit 2019 dazu führt, dass die Kosten für das Personal, das die „Pflege am Bett“ übernimmt, aus der DRG-Finanzierung ausgelagert sind und den Krankenhäusern vollständig erstattet werden. Leider betraf das Gesetz nicht die Pflegetätigkeiten in den nicht-Betten-führenden Stationen, wie zum Beispiel in Rettungsstellen oder OP-Sälen. Ausgenommen wurden auch andere Servicekräfte, die beispielsweise die Betten reinigen oder das Essen austeilen. Hier gelten nach wie vor DRG-Fallpauschalen, die solche Personalkosten nicht kostendeckend finanzieren.

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. Im Jahr 2024 belief sich ihre Zahl auf rund 1,2 Millionen Beschäftigte (bei 217.724 ärztlichen Beschäftigten).³⁴ Fehlende Tarifverträge sind besonders ein Thema in Kliniken, in denen bei der Privatisierung eine Tarifbindung vertraglich nicht festgeschrieben wurde. 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.³⁵

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

³² Deutsche Krankenhausgesellschaft: DKG-Fachkräftemonitoring 2025, Abb.7, S. 12., <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/krankenhaeuser-haben-massiv-personal-aufgebaut/>

³³ Statistisches Bundesamt: Kostennachweis der Krankenhäuser 2023, Reiter 23121-08: Personalkosten der Krankenhäuser nach Ländern, 2023, 27.11.2024, www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-kostennachweis-krankenhaeuser-2120630237005.html

³⁴ Statistisches Bundesamt: Ärztliches und nichtärztliches Personal in Krankenhäusern, 16.9.2025, www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/personal-krankenhaeuser-jahre.html

³⁵ Dpa: Ministerin will in Tarifstreit bei Asklepios vermitteln, bibliomedmanager, 12.7.2024, www.bibliomedmanager.de/news/ministerin-will-in-tarifstreit-bei-asklepios-vermitteln

betroffen sind zum Beispiel die Verwaltung, der Transport von Patient*innen, die Objektbetreuung, die Wäscherei, die Küche, das Labor oder die Sterilisationsabteilung.³⁶ 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.³⁷ 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.“³⁸

Die **Arbeitsverdichtung** ist ein weiteres Problem, das aufgrund der falschen finanziellen Anreize entsteht und dazu führt, dass an Qualität und Umfang der Versorgung gespart wird.³⁹ Welche Gefahren dadurch für die Patient*innen und die Beschäftigten entstehen, haben die Beschäftigten schon in zahlreichen Appellen und Veröffentlichungen geschildert.⁴⁰

Während sich die Zahl der Ärzt*innen seit 1991 fast verdoppelt hat, ist die Zahl nicht-ärztlicher Mitarbeiter*innen nur geringfügig angestiegen. Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sollte dazu beitragen, dass Pflegepersonal aufgestockt und die Arbeitsverdichtung reduziert wird. Es führte dazu, dass die Zahl der Pfleger*innen zwar angestiegen ist (zwischen 2018 und 2024 um 18 Prozent bzw. 60.136 Beschäftigte als Vollzeitäquivalent)⁴¹, aber ihre Arbeitsbelastung dennoch anwuchs. Das liegt daran, dass die Kliniken die Zahl der Servicekräfte, die weiterhin über DRG finanziert werden, reduzieren und ihre Tätigkeiten den Pflegekräften aufbürden.

Berichte von Beschäftigten und Gewerkschafter*innen im Zusammenhang mit den Krankenhausstreiks in den vergangenen Jahren legen außerdem nahe, dass die gesetzlich festgelegten 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 Normalbetrieb⁴² – obwohl Notbesetzungen eigentlich nur das absolute Minimum sichern sollen, damit ein Streik nicht lebensgefährlich wird.

³⁶ 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

³⁷ Kucera, Martin: Konzentration auf das Kerngeschäft, kma Online, 29.6.2016, www.kma-online.de/aktuelles/management/detail/konzentration-auf-das-kerngeschaeft-a-31678

³⁸ 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++6ca3c-d8e-8226-11ee-ba15-93811ccd8465>

³⁹ Deutscher Bundestag: Antrag der Fraktion die Linke „Vorhaltungen der Krankenhäuser verlässlich finanzieren – Ausgliederung sämtlicher Personalkosten aus den Fallpauschalen“, Drucksache 21/2707, S. 2.

⁴⁰ 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

⁴¹ Deutsche Krankenhausgesellschaft: DKG-Fachkräftemonitoring 2025, Abb. 7, S. 20., <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/krankenhaeuser-haben-massiv-personal-aufgebaut/>

⁴² 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

Die mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz eingeführte Kostendeckung für die Pflegekräfte wird aktuell besonders von den Kostenträgern kritisiert und in Frage gestellt. Die Rückkehr zur Fallpauschalenfinanzierung würde allerdings bedeuten, dass in der Pflege wieder Unterfinanzierung und dadurch Unterbesetzung und Arbeitsverdichtung herrschen würden. Wie der Personalmangel mit der Arbeitsverdichtung zusammenhängt, zeigt ein Vergleich zwischen den Krankenhausträgern im Jahr 2020. Darin 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.⁴³ Die Privaten gaben weniger Geld für Personal aus und konnten mehr von dem Geld, das sie über die Fallpauschalen bekommen, anderweitig nutzen. PwC zeigte in der Studie, dass die Material- und Personalaufwandsquote bei den privaten Trägern um fast zehn Prozent niedriger ist als bei den öffentlichen.⁴⁴

2. Versorgung

Bei der Gewinnabschöpfung im Bereich Versorgung geht es vor allem um die Ausnutzung der Schlupflöcher in der DRG-Finanzierung und die dadurch bedingte Unter-, Über- und Fehlversorgung. Dass mit der Einführung der DRG-Fallpauschalen „auch Eingriffe vorgenommen werden, die medizinisch nicht unbedingt notwendig wären“, gab zuletzt auch der ehemalige Gesundheitsminister Karl Lauterbach zu.⁴⁵ Zu diesen Eingriffen gehören hauptsächlich Hüft-, Knie- und Wirbelsäulenoperationen, aber auch Eingriffe am Herzen, deren Zahl seit 2005 stark angestiegen ist.⁴⁶

Da im DRG-System Behandlungen mit Einsatz von Medizintechnik besser vergütet werden als pflege- und zeitintensive Therapieformen, steigt seit Jahren auch die Zahl der Amputationen bei arteriellen Verschlusskrankheiten. Auf dem 1. Nationalen Interdisziplinären Kongress zur kritischen Extremitätenischämie in 2019 schlugen die Gefäßmediziner*innen Alarm: „Es wird zu viel und zu schnell amputiert. [...] Aufwendige Katheterv Verfahren sind teuer, werden aber nicht gut vergütet – im Gegensatz zur Amputation.“ Und sie stellten fest: „Die Bedrohung, die für den Patienten von der peripheren AVK (Arterielle Verschlusskrankheit, Anm. d. Verf.) ausgeht, ist angesichts der Mortalität nach einer Amputation höher als bei Herzinfarkt oder Schlaganfall.“⁴⁷

Zentralkliniken als OP-Fabriken sind längst eine Vision der Manager der großen Klinikkonzerne. Die Krankenhausreform, die zu Zentralisierungen führt, wurde unter anderem damit begründet, dass der hohen Mortalität von Herz- und Schlaganfallpatient*innen begegnet werden muss – das wichtigste dabei sei, in einem dafür geeigneten Krankenhaus behandelt zu werden. Die hohe Sterblichkeit nach Amputationen spielte in der Debatte keine Rolle. Ein weiterer Beweis, wie selektiv die Argumente der Befürworter*innen einer Krankenhausreform, die auf Zentralisierung setzt, sind.

⁴³ PwC: PwC-Studie: Krankenhaus-Vergleich 2020, September 2020, www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/krankenhaeuser/pwc-studie-krankenhaus-vergleich-2020.html

⁴⁴ Ebd.

⁴⁵ 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

⁴⁶ Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Tabelle: Operationen und Prozeduren in Krankenhäusern: Beispielhaft Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk in 2005, Anzahl: 128.932; in 2024, Anzahl 249.248, https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.fundstellen?p_uid=gast&p_aid=17065080&p_sprache=D&p_thema_id=18651&p_action=TRT#wrap

⁴⁷ Deutsches Ärzteblatt: Medizinreport. Periphere arterielle Verschlusskrankheit: Amputationsrate ist ein Desaster, 2019, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/periphere-arterielle-verschlusskrankheit-amputationsrate-ist-ein-desaster-bd1b8999-2df1-48d2-8a58-b17458f84733>

Wie die DRG-Finanzierung die Unter- und Fehlversorgung verursacht und vorantreibt, kann man beispielhaft an dem Abbau der Geburtsstationen und dem Anstieg der Kaiserschnitte sehen. Da private Träger sich möglichst aus den Bereichen heraushalten, in denen es schwieriger ist, Behandlungen zu planen und fließbandmäßig vorzunehmen, verschwinden die Geburtsstationen bei einem gleichzeitigen Anstieg der privat geführten Kliniken. Der Kahlschlag bei den Geburtskliniken ist noch dramatischer als bei den Krankenhäusern insgesamt: Während 1991 fast die Hälfte aller Krankenhäuser eine Geburtshilfe anboten, waren es 2023 weniger als ein Drittel. Die Zahl der Kreißsäle halbierte sich im selben Zeitraum, so dass 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. Seit 2011 steigt sie aber wieder an und befindet sich seit 2016 wieder auf dem Niveau wie in den 1990er Jahren.

Der Beitrag, den private Krankenhäuser zur Geburtshilfe leisten, ist gering, die meisten Geburten werden nach wie vor in öffentlichen Krankenhäusern betreut. Private Träger betreiben mittlerweile 40 Prozent der Krankenhäuser, versorgen aber seit Jahren relativ konstant nur zwölf Prozent der Entbindungen.

In diesem Zusammenhang steht auch der Anstieg der Kaiserschnitte: Ihre Anzahl hat sich in den vergangenen 30 Jahren verdoppelt und beträgt aktuell über 30 Prozent. 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.⁴⁸

Beispielhaft für diese Entwicklung steht die Klinik Kösching: In der dortigen Geburtsabteilung werden seit Juni 2025 nur noch Kaiserschnitte mit einer vorherigen Terminvereinbarung und keine natürlichen Geburten mehr angeboten.⁴⁹

Weitere Stellschrauben, die hinsichtlich der Gewinnerwirtschaftung manipulierbar sind, sind die Dauer einer Behandlung oder der Zeitpunkt der Entlassung.⁵⁰ 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 Krankheitsfälle – laut PwC- Krankenhausvergleich bei den privaten Kliniken deutlich höher.⁵¹ Um Gewinne zu steigern, macht das Klinikmanagement sogar mitunter die Vorgabe, Patient*innen mit lukrativen Diagnosen aufzunehmen und die anderen abzuweisen.⁵² Andere Krankenhausträger setzen die Beschäftigten mit einem Ampelsystem unter Druck, um die von der ökonomischen Leitung berechneten Gewinnmargen zu erreichen. Werden die

⁴⁸ 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

⁴⁹ 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

⁵⁰ Gnirke, Kristina/Hülsen, Isabell/Müller, Martin U.: Der kranke Konzern, Spiegel Wirtschaft, 21.12.2016, www.spiegel.de/spiegel/asklepios-klinikkonzern-der-kranken-konzern-a-1126679.html

⁵¹ PwC: Krankenhaus-Vergleich 2020, September 2020, www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/krankenhaeuser/pwc-studie-krankenhaus-vergleich-2020.html

⁵² Strohschneider, Thomas: Krankenhaus im Ausverkauf. Private Gewinne auf Kosten unserer Gesundheit, Frankfurt a. M. 2022, S. 24.

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.“⁵³

Im DRG-System bezahlen die Krankenkassen nur die Behandlung der gestellten Hauptdiagnose. Die Behandlung weiterer Erkrankungen wird während dieses Krankenhausaufenthalts nicht durch gesonderte Fallpauschalen vergütet. Sie kann allenfalls den Schweregrad des Falls 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.⁵⁴ Diese Praxis der Fallzahlsteigerung ist so etabliert, dass es sogar eine Bezeichnung dafür gibt: Fallsplitting.

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.⁵⁵

3. Organisation, 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 zum Beispiel für garantierte Großabnahmen auch günstiger einkaufen. Zusammenschlüsse kommunaler Krankenhäuser sind allerdings erst mit dem Ende 2024 verabschiedeten Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (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 kommunalen Kliniken untersagt ist.

Eine Rolle spielt auch, wie viele und welche Medikamente und Verbrauchsmaterialien die Krankenhäuser bestellen. Die bereits erwähnte PwC-Studie aus dem Jahr 2020 hob hervor, dass die privaten Träger die niedrigste Materialaufwandsquote haben und für Material und Personal im Trägervergleich am wenigsten ausgeben (84 Prozent, während freigemeinnützige und öffentliche Träger jeweils 88 Prozent aufwenden).⁵⁶ Diese Kennziffer wertete PwC aus betriebswirtschaftlicher Sicht als positiv – so verbleibe mehr Geld beim Träger. Aus Sicht der Versorgung bedeutet es, dass die bei der Beschaffung eingesparten Gelder für anderweitige Zwecke, u. a. auch für Gewinne, zweckentfremdet werden und in der Versorgung fehlen.

⁵³ Bericht einer Beschäftigten in: Hontschik, Bernd: Heile und herrsche. Eine gesundheitspolitische Tragödie, Frankfurt a. M. 2022, S. 64.

⁵⁴ Strohschneider, Thomas: Krankenhaus im Ausverkauf. Private Gewinne auf Kosten unserer Gesundheit, Frankfurt a. M. 2022, S. 166.

⁵⁵ Ebd., S. 40.

⁵⁶ PwC: Krankenhaus-Vergleich 2020, September 2020, S. 8., www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/krankenhaeuser/pwc-studie-krankenhaus-vergleich-2020.html und das Interview „Wirtschaftlich an der Spitze sind weiterhin die Kliniken in privater Trägerschaft“, <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/krankenhaeuser/pwc-studie-krankenhaus-vergleich-2020/wirtschaftlich-an-der-spitze-sind-weiterhin-die-kliniken-in-privater-tragerschaft.html>

Die Heilung der Patient*innen hängt stark davon ab, ob das Personal wirksame Medikamente und qualitativ hochwertige Verbrauchsmaterialien bestellt 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.⁵⁷

Da die Krankenhäuser nach Fällen bezahlt werden und nicht wie Feuerwehren, dass sie da sind, stellt die Steuerung der Patient*innenströme auch für Krankenhäuser eine organisatorische Herausforderung dar. Vor allem die Zuführung der „richtigen“ Patient*innen – im Fachjargon wird das „gesunder Case-Mix“ genannt – spielt eine wichtige Rolle für die Finanzierung bzw. Gewinnerwirtschaftung der Kliniken. „[...] günstigere Zusammensetzung der Fälle“ nannte der Vorstandsvorsitzende von Fresenius, Michael Sen, den Hebel, die Gewinnmarge zu halten.⁵⁸

Eine Scharnierfunktion übernehmen dabei immer mehr die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ).⁵⁹ Und auch hier haben die Privaten die Nase vorn, weil sie – anders als die kommunalen Träger – über die Grenzen der Landkreise hinweg agieren dürfen. Um ein MVZ zu gründen, muss der Träger einen Kassensitz nachweisen oder ein Krankenhaus betreiben. Das letztere ist am häufigsten der Fall, die meisten MVZ gehören aktuell Krankenhäusern⁶⁰. Besonders private Investoren expandieren in dem Bereich, auch Private-Equity-Fonds dringen auf den Markt. So gab es zum Beispiel Ende 2024 in Sachsen-Anhalt 111 MVZ, kein einziges davon war kommunal.⁶¹ Neben der in den Medien schon vielfach kritisierten „Rosinenpickerei“, die eine wichtige Rolle bei der Gewinnmaximierung spielt, geben die Träger zu, dass die MVZ für sie vor allem für die Steuerung der Patient*innenströme von strategischer Bedeutung sind. Laut Krankenhausbarometer 2024 des Deutschen Krankenhausinstituts zielen 92 Prozent der Befragten Krankenhäuser darauf ab, mit dem Betrieb des MVZ vor allem Patient*innenströme für die Krankenhausversorgung zu generieren. Untersuchungen nach Einweisung, Behandlungen, aber auch die Nachsorge können so in den Händen eines Trägers rotieren und zuverlässig Einnahmen und Gewinne generieren.⁶²

4. 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.⁶³ Beispiele zeigen, dass solche Fördergelder aber auch anders als bezweckt eingesetzt werden können. So wurde das Krankenhaus Roding in Bayern Ende März 2022 geschlossen, obwohl

⁵⁷ „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.

⁵⁸ F.A.Z.: „Es herrschte Orientierungslosigkeit“ – Interview mit Michael Sen, 1.10.2023, S. 19.

⁵⁹ MVZ sind ambulante Versorgungseinrichtungen mit einer oder mehreren Fachrichtungen.

⁶⁰ <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17021.php>

⁶¹ MDR: Mehr Medizinische Versorgungszentren in Sachsen-Anhalt, 9.5.2025, <https://www.mdr.de/nachrichten/sachsen-anhalt/mvz-medizinische-versorgungszentren-100.html#:~:text=Immer%20mehr%20private%20Tr%C3%A4ger%20Anger%20kritisiert%2C%20dass,wirtschaftliche%20Erw%C3%A4gungen%20und%20nicht%20die%20Daseinsvorsorge%20dominierten.>

⁶² Deutsches Krankenhausinstitut: Krankenhausbarometer, Umfrage 2024, S. 22.-23., https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2024/2024-12-27_Anlage_DKI-Krankenhaus-Barometer_2024.pdf

⁶³ Bundesministerium für Gesundheit: Krankenhausfinanzierung, 3.6.2025, www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html

es laut Gesetz als unverzichtbar galt und der Träger Sana Kliniken AG auch für das Jahr 2022 Sicherstellungszuschläge für den Erhalt 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.⁶⁴ In Melsungen sollte Asklepios mit der Förderung des Bundeslandes Hessen eine neue Klinik bauen. 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.“⁶⁵ Kurz darauf zog sich der Konzern zurück: Der vorgesehene Neubau wurde nicht errichtet, und Asklepios schloss auch das bisherige Krankenhaus in Melsungen Anfang 2023 ersatzlos.^{66, 67}

Einen weiteren Schritt geht Bayern mit seinem 7-Punkte-Plan: Die bayerische Staatsregierung verzichtet auf die Rückforderung zweckgebundener Fördergelder für Krankenhäuser, wenn die Träger im Rahmen der Krankenhausreform die Nutzungsänderung vollziehen. Damit werden die Träger doppelt belohnt: Sie dürfen die Fördergelder behalten und die bisherigen Einrichtungen für stationäre Versorgung in ertragreichere Einrichtungen im gesundheitlichem oder pflegerischen Bereich umwandeln.⁶⁸

IV. FAZIT: ABFLIESENDE GEWINNE MACHEN DEN KRANKENHAUSBETRIEB TEURER

Es lässt sich nicht abschließend klären, mit welchen der geschilderten Maßnahmen in welchen Bereichen wie viel Profit erwirtschaftet wird. Die finanziellen Ressourcen, die dem Krankenhaussystem jedoch aufgrund von Gewinnentnahmen entzogen werden, sind immens. In einer Studie zum Krankenhauskonzern Asklepios zeigt Autor Christoph Trautvetter, dass der Chef der Klinikette 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.

⁶⁴ 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/>

⁶⁵ Pressemitteilung von Asklepios, 5.10.2018, www.asklepios.com/presse/presse-mitteilungen/melsungen/grundsteinlegung-zum-klinikneubau~ref=925b29b7-8b44-4b99-bcd0-df0af3ccb6a9~

⁶⁶ 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

⁶⁷ Mehr zu den Vorgängen in Melsungen in: Jorinde Schulz und Laura Valentukeviciute „Kahlschlag in der Krankenhauslandschaft“, 2025, S. 39, <https://www.rosalux.de/publikation/id/53833/kahlschlag-in-der-krankenhauslandschaft>

⁶⁸ Pressemitteilungen: Gerlach: Bayerns 7-Punkte-Plan hat innerhalb eines Jahres zahlreiche Krankenhäuser beim Strukturwandel unterstützt – Seit dem Ministerrats-Beschluss am 22. Oktober 2024 wurden unter anderem Strukturgutachten gefördert, 22.10.2025. „Punkt Nr. 7. Möglicher Verzicht auf Rückforderung von Fördermitteln bei Nutzungsänderung. Umgesetzt: Bereits im Frühjahr hat der Freistaat die gesetzlichen Möglichkeiten erweitert, um die Krankenhausträger größtmöglich von der Rückzahlung noch nicht abgeschriebener Fördermittel zu entlasten, wenn die geförderte Krankenhausimmobilie im Zuge der Umstrukturierung anderweitig genutzt werden soll – etwa im gesundheitlichen bzw. pflegerischen Bereich.“, <https://www.bayern.de/gerlach-bayerns-7-punkte-plan-hat-innerhalb-eines-jahres-zahlreiche-krankenhaeuser-beim-strukturwandel-unterstuetzt-seit-dem-ministerrats-beschluss-am-22-oktober-2024-wurden-unter-anderem-struktur/>

Trautvetter schlussfolgert: „So finanziert am Ende das deutsche Gesundheitssystem den privaten Vermögensaufbau.“⁶⁹

Die Gewinne im Krankenhauswesen sind im Vergleich zu anderen Bereichen der Daseinsvorsorge 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 den Druck in diesem Sektor herausnehmen und das Defizit der Krankenkassen lindern. Gesamtgesellschaftlich gesehen machen die abfließenden Gewinne das Krankenhauswesen teuer. Die Forderung zahlreicher Initiativen, ein Renditeverbot oder zumindest eine Begrenzung der Renditen in der jüngsten Reform umzusetzen, fand bisher keinerlei Eingang in die Gesetzesvorhaben im Krankenhausbereich. Anlässlich von 40 Jahren „Aderlass“ im Krankenhaussektor fordert das Bündnis Klinikrettung deswegen die Regierung erneut dazu auf, Gewinne im Krankenhauswesen gesetzlich zu unterbinden.

⁶⁹ 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