



Krankenhäuser unter Druck

27.02.2026, 16:49 Uhr

Von: Bernd Hontschik



Der damalige Bundesminister für Gesundheit, Karl Lauterbach (SPD), nimmt am 8. Oktober 2024 in Berlin an einer Pressekonferenz zu Fortschritten bei der Krankenhausreform teil. © Fabian Sommer/dpa

Das System wird kollabieren / Eine Kolumne von Bernd Hontschik

Das Gesundheitswesen kommt nicht zur Ruhe. Was heute verkündet wird, ist morgen schon wieder verworfen. Das Chaos begann 2022 mit einer angekündigten Revolution. Gesundheitsminister Karl Lauterbach hatte eine 17-köpfige Kommission berufen, die einen Weg aus der alarmierenden Situation der Krankenhäuser finden sollte.

Wegen der Fallpauschalen (DRGs) diktierte das Gewinninteresse den medizinischen Alltag, eine massenhafte Flucht aus den Pflegeberufen war eingetreten, das ärztliche Personal klagte über unerträglichen ökonomischen Druck bei der Arbeit, und die undurchdringliche Trennung zwischen ambulanter Medizin und den Krankenhäusern verursachte eine grandiose Verschwendung von

personellen und finanziellen Ressourcen. „Es brennt lichterloh“, sagte Tom Bschor, der Vorsitzende der Regierungskommission, das Gesundheitswesen sei in eine gefährliche Schieflage geraten, und ohne grundlegende Veränderungen werde das ganze System alsbald „kollabieren“.

Mit den Vorschlägen der Kommission trat Karl Lauterbach 2022 an die Öffentlichkeit. Statt der

reinen Finanzierung über Fallpauschalen sollte ein Zwei-Säulen-System von Vorhaltepauschalen (60%) und Fallpauschalen (nur noch 40%) entstehen. Vorgeschlagen wurden 128 Leistungsgruppen, um Versorgungsqualität definieren zu können. Eine Einteilung der Krankenhäuser in drei Versorgungsstufen (Grundversorgung, Regelversorgung, Maximalversorgung) sollte verhindern, dass Krankenhäuser Behandlungen vornehmen, für die sie nicht eingerichtet sind, für die aber viel Geld winkt: Ohne Katheterplatz keine Herzinfarktbehandlung, ohne Stroke-Unit keine Schlaganfallbehandlung, ohne zertifiziertes Zentrum keine Krebsbehandlung. Das Ganze nannte Lauterbach das „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz — KHVVG)“. Was für ein Wortungetüm!

Wie zu erwarten war, gab es viele Reaktionen – von vorsichtiger Zustimmung einiger Krankenkassen bis zu pauschaler Ablehnung wie zum Beispiel vom damaligen bayerischen Gesundheitsminister Klaus Holetschek, der das Ganze als „unzumutbar und nicht akzeptabel“ bezeichnete, denn das sei ein „zentral gesteuertes, quasi planwirtschaftliches und hochtheoretisches System“, mit enormer Bürokratie verbunden. Man greife in die Hoheit der Länder ein, ergänzte er entsetzt. Nachdenklichere Stimmen hingegen zweifelten zwar nicht an der Notwendigkeit einer Reform, befürchteten aber eine Beschleunigung des Krankenhaussterbens, insbesondere von kleineren Häusern auf dem Land, was für die Kranken immer weitere Wege zu einer Versorgung nach sich ziehe. Die halbherzige Reduktion der Fallpauschalen bezeichneten sie als gefährlich.

Es dauerte bis Anfang 2025, bis die zum Teil längst zerredeten Reste des Gesetzes endlich in Kraft treten konnten. Die neue Bundesregierung machte sich aber rasch an die Arbeit, das Konzept noch weiter zu verwässern. Sie nannte es das Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG), wie erfinderisch! Es hat keinen Sinn, sich mit all den Streitereien, Sitzungen und Kommissionen seitdem zu beschäftigen, denn sie haben bis jetzt nicht viel zustande gebracht. In der Koalition herrscht Dissens, und die Bundesländer sehen sich an den Rand gedrängt.

Man hat inzwischen gar nicht mehr den Eindruck, dass es um Gesundheit und Krankheit geht, um Krankenhäuser. Die eigentliche grundlegende Problematik ist völlig aus den Augen geraten, nämlich die Profitorientierung. Der berühmte Nobelpreisträger Bernard Lown sagte dazu einmal: „Ein profitorientiertes Gesundheitswesen ist ein Oxymoron, ein Widerspruch in sich. In dem Augenblick, in dem die Fürsorge dem Profit dient, hat sie die wahre Fürsorge verloren.“

Was wäre also zu tun? Krankenhäuser müssten allein nach ihrem Auftrag finanziert werden. Sie müssten Teil der staatlichen Daseinsvorsorge sein, ihre Rechtsform muss eine gemeinnützige sein. Gewinne im Krankenhaus müssten im System bleiben und reinvestiert werden. Börsennotierter Privatbesitz muss im Krankenhausbereich tabu sein. Die konkrete Medizin am Krankenbett muss von jedem ökonomischen Diktat befreit werden. Erst wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind,

kann man von einer Krankenhausplanung sprechen, die diesen Namen verdient. Davon kann man aber weder im KHVVG noch im KHAG auch nur ein Wort finden.

Weiterlesen bei Gemeingut in BürgerInnenhand: www.gemeingut.org

An dieser Stelle wird online ein interaktiver oder fremderInhalt eingeblendet. Geben Sie die URL im Browser ein oder scannen Sie den QR-Code auf der ersten Seite.

Bernd Hontschik ist Chirurg und Publizist. www.medizinHuman.de



Bernd Hontschik ist Chirurg und Publizist. © Ute Schendel