Krankenhausfinanzierung: Ein Instrument zur Produktion von Profiten und Missständen

Hier soll nur grob skizziert werden, wie die Krankenhausfinanzierung in Deutschland funktioniert und welches die Folgen sind.

Axel Hopfmann

Für weitergehende und detaillierte Informationen sind die Veröffentlichungen des Bündnisses „Krankenhaus statt Fabrik“ zu empfehlen. [1] Zunächst wollen wir kurz in Erinnerung rufen, wie es lief, als die Krankenhausversorgung noch eine öffentliche Aufgabe war.

Es galt mal das Kostendeckungsprinzip



Zu klein zum Leben
Krankenhaus Geesthacht (Foto: hh oldman)

Bis Anfang dieses Jahrhunderts galt für Krankenhäuser das „Selbstkostendeckungsprinzip“. Dazu hieß es in der Bundespflegesatzverordnung

lapidar: Die Pflegesätze sollen die laufenden Kosten eines wirtschaftlich arbeitenden Krankenhauses decken. Will sagen: Die tagesgleichen Pflegesätze waren so kalkuliert, dass damit die Kosten des vergangenen Jahres im Prinzip wieder reinkamen. Die „laufenden Kosten“ sind die Kosten ohne Investitionen. Die Investitionen wurden aus Steuergeldern bezahlt. So soll es eigentlich immer noch sein, aber kein Bundesland stellt dafür auskömmliche Mittel bereit.

Das Kostendeckungsprinzip wurde und wird systematisch schlecht geredet. Da heißt es, es sei für die „Kostenexplosion“ verantwortlich gewesen. Welche Kostenexplosion? Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen pendeln seit 1973 um einen Wert von 6 % des Bruttoinlandsprodukts. Es gehört schon viel Mühe dazu, eine Kostenexplosion herbeizureden. Dafür, dass es keine Kostenexplosion gab, sorgten die Krankenkassen durch „Wirtschaftlichkeitsüberprüfungen“. Das heißt: Fanden die Krankenkassen Ausgaben eines Krankenhauses unwirtschaftlich, wurden diese einfach nicht bezahlt, also bei der Berechnung der Pflegesätze ausgeklammert. Die Folge war, dass die Krankenhäuser unterfinanziert waren und bei Beginn der Krankenhausreformen jeweils Schulden in zweistelligen Millionenhöhen hatten.

Die zweite Legende ist die über das Kostendeckungsprinzip: Durch die tagesgleichen Pflegesätze habe es einen Anreiz gegeben, Patient:innen länger im Krankenhaus zu behalten als nötig. Zahlreiche Geschichten werden darüber erzählt, dass angeblich nie Patient:innen zum Wochenende entlassen wurden. Einen Schönheitsfehler haben sie allerdings: Sie sind mit der amtlichen Statistik über die Verweildauer in Krankenhäusern nicht vereinbar. Diese zeigen eine linear sinkende Verweildauer, unabhängig von den Zeiten der verschiedenen Finanzierungssysteme.

Warum also dieses Schlechtreden?

Das gehört zu den Aspekten, über die *nicht* so laut geredet wird: Mit dem Selbstkostendeckungsprinzip machen Krankenhäuser keine Profite.

Von der öffentlichen Aufgabe zur

Profitorientierung

Bis zum Anfang des 21. Jahrhunderts galten die Pflegesätze grundsätzlich weiter. Allerdings wurde unter der Regie des Gesundheitsministers Seehofer schon eifrig an einer Umstellung auf „Fallpauschalen“ gebastelt. Das ließ sich zunächst etwas holperig an, bis schließlich um das Jahr 2000 das „DRG“-System importiert wurde (DRG: Diagnosis Related Groups). [2] Es handelt sich dabei um ein raffiniert gestricktes und verfeinertes System der Fallpauschalen. Im Ergebnis läuft es darauf hinaus, dass es statt der tagesgleichen Pflegesätze politisch festgelegte Preise für die Behandlung bestimmter Krankheiten gibt.

Das war so etwas wie eine neoliberale Revolution, die – bis auf einer Handvoll Fachleuten – niemandem auffiel. Die Folgen: Mit einem Mal war es möglich, mit Krankenhäusern Profit zu erwirtschaften. Damit wurden sie für private Investoren interessant. Die Krankenhausprivatisierungen nahmen rasant zu. Billiger wurde es nicht. Da aber das Gesamtbudget für alle Krankenhäuser gedeckelt war, wurde die Konkurrenz zwischen ihnen zu einem Kampf, bei dem es ums Überleben ging (und nach wie vor geht).

Das setzte den Zwang, auf Teufel komm raus zu sparen. Es war klar, wo gespart werden musste: Der größte Anteil der Krankenhauskosten sind Personalkosten und davon wiederum der größte Anteil Kosten für Pflegekräfte. Die Arbeitsbedingungen in der Krankenhauspflege, die noch nie gut waren, verschlechterten sich drastisch. Es setzte eine Flucht aus dem Beruf ein, obwohl die allermeisten Pflegekräfte ihren Beruf als einen schönen empfinden. Schätzungsweise gibt es bundesweit über 400 000 Pflegekräfte, die aus dem Beruf ausgestiegen sind. Viele gingen in Teilzeit, um die Belastungen überhaupt noch aushalten zu können. Nach einer Studie der Arbeitnehmerkammer Bremen wäre ein großer Teil bereit, wieder zurückzukehren, unter der Voraussetzung, dass die Arbeitsbedingungen sich verbessern. [3]

Es gibt keinen Fachkräftemangel in der Pflege, sondern eine Vertreibung der Fachkräfte aus ihrem Beruf. Das führte zu gravierenden Missständen, die in trauter Eintracht von Krankenhausbetreibern und Aufsichtsbehörden verharmlost werden.

Zur Illustration:

Eine Pflegekraft, mit den Patientinnen allein auf Station, hat mit einer Patientin zu tun, die massiven Durchfall hat, jedoch nicht aufstehen und zur Toilette gehen kann. Aber die anderen auf der Station brauchen die Pflegekraft ja auch. In ihrer Verzweiflung stellt die Pflegekraft das Bett schräg, damit die Sauce der Patientin wenigstens nicht ins Gesicht läuft.

In der Notaufnahme eines großen Krankenhauses: Ein Mann bringt seinen Bruder als Notfall dorthin. Doch niemand kann sich um den akut Kranken kümmern. Dem geht es derweil immer schlechter, bis sein Bruder sein Handy nimmt und die Nummer 112 wählt.

Auch in einer Notaufnahme: Zwei Pflegekräfte sind anwesend. In einem Teil der Notaufnahme liegt ein Patient, der hoch infektiös ist und isoliert werden muss. Das heißt für die Pflegekräfte, sie können nicht einfach in das Zimmer hinein- und wieder hinausgehen, sondern müssen eine etwas umständliche Prozedur befolgen. Die andere Pflegekraft betreut eine Patientin, die am EKG-Monitor hängt, weil jederzeit ein Herz- oder Atemstillstand droht. Die Pflegekraft für das Isolierzimmer braucht Hilfe, weil sie allein den schwergewichtigen Mann nicht bewegen kann und holt sich ihre Kollegin. Als diese sich wieder ausgeschleust hat und in ihren vorherigen Arbeitsbereich zurückkehrt, findet sie die Überwachungspatientin vor dem Bett auf dem Boden liegend vor.

In den Qualitätsberichten der Krankenhäuser sieht es in der Regel so aus, als ob alles mehr oder weniger in Ordnung sei. Doch sind die geschilderten Situationen keine Einzelfälle, sondern Alltag. Das können einem fast alle Pflegenden bestätigen – jedenfalls unter vier Augen. Schreiben sie Gefährdungsanzeigen an ihre Vorgesetzten, wird dem Mangel nicht abgeholfen. Mancherorts gab es stattdessen schon mal Abmahnungen.

Proteste und das Pflegebudget

Pflegekräfte gelten als geduldig, aber das war ihnen zu viel. Es kam zu Protesten. Sie verlangten eine angemessene Personalausstattung. Diese Forderung bekam Nachdruck, als Kolleginnen der Berliner Charité auf den entscheidenden Trick verfielen. Sie formulierten die Forderung als Tarifforderung. Das Zauberwort heißt seitdem: Tarifvertrag Entlastung. So konnte dafür gestreikt werden. Und das geschah auch.

Schließlich konnte der damalige Bundesgesundheitsminister Spahn das nicht mehr einfach aussitzen. 2019 wurde das „Pflegepersonalstärkungsgesetz“ verabschiedet. Damit wurden den Krankenhäusern ab 2020 die Personalkosten für die Pflege außerhalb der DRGs erstattet. Es brachte weniger als den gewünschten Effekt, die Flucht aus dem Beruf hatte längst eingesetzt, so dass nur die Krankenhäuser, die ihre Pflegekräfte pfleglich behandelten, wirklich etwas davon hatten.

Lauterbachs „Revolution“

Nach Jens Spahn betrat ein Sozialdemokrat die Bühne: Karl Lauterbach versprach, die Krankenhausfinanzierung zu revolutionieren und die Krankenhauslandschaft zu „entökonomisieren“. Die Revolution erinnert im Ergebnis an den Satz aus Tomasio di Lampedusas Roman *Der Leopard*: „Wir müssen alles verändern, damit es so bleiben kann, wie es ist.“

Einige Dinge sind neu hinzugekommen. Eingeführt wurden Vorhaltekosten. Das sind die Aufwendungen, die nötig sind, um auf Anforderungen vorbereitet zu sein. So z. B. muss eine Notaufnahme rund um die Uhr und jeden Tag besetzt sein, egal wie viele Notfälle nun wirklich kommen.

60 % der Kosten sollen so aus den DRGs herausgenommen werden. Für die

restlichen 40 % gelten die DRGs weiter. Interessant die Kriterien, nach denen die Vorhaltekosten verteilt werden: Fallschwere und Fallzahl. Will sagen: Es lohnt sich weiterhin für jedes Krankenhaus, möglichst viele Fälle der gleichen Art zu versorgen und es dabei mit möglichst komplizierten Fällen zu tun zu haben.

Das ist genau das, was an den DRGs immer als „Fehlanreiz“ kritisiert wurde. Zum Beispiel stiegen (und steigen wohl weiterhin) die Zahlen der Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne ausreichende medizinische Gründe.

Eine weitere Neuerung: Die Einführung von Mindestmengen. Für jede Behandlungsart („Leistungsgruppe“) die ein Krankenhaus anbietet, muss es eine minimale Fallzahl haben, ansonsten darf es diese Behandlung nicht mehr durchführen.

Einige Folgen der lauterbachschen Revolution: Kleine Krankenhäuser geraten in Schwierigkeiten und müssen in Zukunft häufig schließen. Für alle Menschen, die nicht gerade in einer Großstadt wohnen, werden das die Krankenhäuser in ihrer Nähe sein.

Beim Krankenhaussterben ist offen verkündete Absicht dabei. Nach Ansicht der herrschenden Gesundheitspolitiker gebe es zu viele Krankenhäuser. Begründet wird das alles mit dem Ziel einer besseren Versorgungsqualität.

Was es allerdings damit zu tun hat, wenn für den Transport eines Patienten mit Herzinfarkt eine Zeit von bis zu 40 Minuten in Kauf genommen werden soll, bleibt ein Geheimnis. Die Zahlen werden wohl auch in diesem Fall stimmen: Es sterben dann weniger Patienten *im* Krankenhaus an einem Herzinfarkt, unter anderem deswegen, weil etliche den Transport dorthin nicht überleben.

Mehr dazu

Daniel Berger: Unsere Krankheit – Ihr Profit, *die internationale* Nr. 4/2026 (Juli/August 2026) (Online-Vorabdruck). Auch bei intersoz.org.

Axel Hopfmann: Lauterbachs Krankenhausreform: Eine Revolution, damit alles so bleibt?, *intersoz.org* (06.12.2024)

Jean-Claude Laumonier: Gesundheitswesen in Frankreich, *Inprekorr* Nr. 1/2013 (Januar/Februar 2013).

Jan Malewski: Europäische Konferenz zur Verteidigung des öffentlichen Gesundheitssystems, *Inprekorr* Nr. 5/2011 (September/Oktober 2011).

Amsterdamer Erklärung der europäischen Konferenz zur Verteidigung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, *Inprekorr* Nr. 5/2011 (September/Oktober 2011).

Thadeus Pato: Krankenhausprivatisierung: Unter Geiern, *intersoz.org* (01.07.2009)

Durch die Beibehaltung der DRGs für 40 % der Kosten und die Kriterien der Verteilung der Vorhaltekosten, wird die Konkurrenz unter den Kliniken nicht weniger. „Entökonomisierung“ hörte sich anders an. Was an den DRG kritisiert wurde, bleibt. Zum Teil wird es noch verschärft.

Am Pflegebudget hat dieses Konzept nichts geändert. In Kraft trat das Konzept erst nach Antritt der neuen Bundesregierung.

Und nun? Frau Warken verschlimmbessert

Das Konzept der jetzigen Gesundheitsministerin Nina Warken sieht vor allem vor, im Gesundheitswesen 20 Milliarden Euro einzusparen.

Für Krankenhäuser heißt das: Kliniken sollen sich stärker spezialisieren. Bestimmte komplizierte Eingriffe sollen künftig nur noch Häuser durchführen dürfen, die genug Erfahrung und Personal haben. Kleine Häuser verlieren dadurch Leistungen.

Es wird mehr finanzielle Kontrolle geben. Die Regierung plant Ausgabenbremsen, unter anderem bei Personal- und Behandlungskosten. Ziel ist es, Milliarden bei den Krankenkassen einzusparen. Das Pflegebudget fällt erstmal weg und damit die einzige Hoffnung auf Besserung unter den derzeitigen Rahmenbedingungen.

Vorabdruck aus die internationale Nr. 4/2026 (Juli/August 2026) (Online-Vorabdruck). | Startseite | Impressum | Datenschutz

---

[1] https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/

[2] Seit 2003 galt das Abrechnungssystem *German Diagnosis Related Groups*. (Bis 2002 waren die stationären Krankenhausleistungen zu ca. 80 % über tagesgleiche Pflegesätze und zu ca. 20 % über Fallpauschalen oder Sonderentgelte

abgerechnet worden.) Seit 2004 wurde das System mehrfach (zuletzt 2024) modifiziert, aber im Kern beibehalten bis zur „Lauterbachschen Revolution“.

[3] https://www.arbeitnehmerkammer.de/politik/befragungen/ich-pflege-wieder-wenn/#c3694

Der Artikel wird in der in Kürze erscheinenden „Internationale“ veröffentlicht, siehe: https://inprekorr.de