

Die Krankenhausreform in Deutschland

Ein Kommentar aus sozialetischer Sicht



Die Krankenhausreform hat zum Ziel, die Behandlungsqualität zu verbessern, Über-, Unter- und Fehlversorgung einzudämmen, das wirtschaftliche Überleben der Krankenhäuser zu sichern und eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung für alle Bürger:innen zu garantieren. Erreicht werden sollen dies, indem die Krankenhäuser einzelnen Versorgungs- und Leistungsgruppen zugeordnet werden, das Vergütungssystem neu aus einer Kombination von Vorhalte- und Fallpauschalen bestehen und eine flächendeckende Grundversorgung durch Schaffung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen gesichert wird. Aus sozialetischer Sicht werden die Missstände seit Jahren kritisiert und ein Handeln der Gesundheitspolitik gefordert: An die Stelle der ökonomischen Selbstregulierung der Krankenhäuser soll eine sinnvolle Planung treten, um die Behandlungsqualität und die Arbeitssituation des Gesundheitspersonals zu verbessern.



Markus Zimmermann

Nachdem der Deutsche Bundestag im Oktober und der Bundesrat im November 2024 der vom damaligen Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach vorgelegten Krankenhausreform zugestimmt haben, konnte diese im Dezember 2024 in Kraft treten. Der Bandwurm-Titel des entsprechenden neuen Bundesgesetzes lautet „Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz“, abgekürzt KHVVG. Angesichts der Komplexität der mit der Reform in Gang gesetzten Maßnahmen wird dessen Einführung einige Jahre in Anspruch nehmen. Geplant ist, dass die 16 Bundesländer bis Ende 2026 ihre Krankenhäuser bestimmten Leistungsgruppen zuweisen und in den dann folgenden zwei Jahren auch das Finanzierungssystem umstellen, so dass der gesamte Umstrukturierungsprozess der Krankenhausplanung in Deutschland voraussichtlich im Jahr 2029 abgeschlossen sein dürfte.

Auch wenn die dieser „Systemrevolution“ (Karl Lauterbach) vorausgegangen Debatten teilweise kontrovers und scharf verliefen, hat dabei

niemand ernsthaft einen Handlungsbedarf im Bereich der Krankenhausplanung in Deutschland in Frage gestellt (Erbe 2024; Klauber u. a. 2024). Gestritten wurde darum auch weniger über die Notwendigkeit von Maßnahmen als vielmehr um angemessene Strategien zur Verbesserung der Situation. Ob der nun eingeschlagene Weg tatsächlich dazu verhilft, die gegenwärtige Krise abzuwenden und die gesetzten Ziele zu erreichen, nämlich die Behandlungsqualität zu verbessern, Über-, Unter- und Fehlversorgung einzudämmen, das wirtschaftliche Überleben der Krankenhäuser zu sichern und eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung für alle Bürger:innen zu garantieren, wird sich frühestens in einigen Jahren erweisen. Solange müssen wir uns gedulden, während die Verantwortlichen in den Krankenhäusern – in der Verwaltung und damit auf der Mesoebene – und diejenigen in der Gesundheitspolitik – in den Bundesländern, also auf der Makroebene – während der nächsten Jahre eine Fülle von Auf-

gaben umzusetzen haben. Abgesehen von einer differenzierten Bewertung der Reform ist zunächst einmal wesentlich, dass nach vielen Jahren der Abstinenz nun endlich Entscheidungen auf der Makroebene angegangen werden, nachdem während vieler Jahre *faute de mieux* einzig eine „Mangelverwaltung“ (Marckmann 2021, 191) auf der Ebene der Organisationen im Umgang mit dem akuten Problemdruck übrigblieb.

Zur Situation der Krankenhäuser in Deutschland

Momentan existieren knapp 1 800 Krankenhäuser in Deutschland, die für die flächendeckende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung von großer Bedeutung sind (Degen 2024, 7). Vor dreißig Jahren waren es noch etwa 2 400: eine langsame, aber kontinuierlich stattfindende Schließung von Krankenhäusern ist also seit Jahren im Gang und dürfte aller Voraussicht nach auch während der nächsten Jahre auf ähn-