

17.2.2026

Pressemitteilung des Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

Der Kampf um die Krankenhausreform in der heißen Phase – oder wie Politik mit wissenschaftlichem Anstrich betrieben wird

Die Auseinandersetzung um die umstrittene Krankenhausreform spitzt sich zu: Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) der Ampelregierung soll wegen vieler Kritikpunkte insbesondere der Länder von der schwarz-rote Koalition durch ein Folgegesetz, das Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG), geändert werden. Es wird derzeit zwischen Bund und Ländern verhandelt.

Da meldet sich mit dem hochtrabenden Anspruch der wissenschaftlichen Expertise das RWI – Leibnitz-Institut für Wirtschaftsforschung mit einer „Impact Note“ zu Wort. Die Autoren Boris Augurzky und Christian Karagiannidis sind als Wortführer der vom damaligen Gesundheitsminister Lauterbach ernannten Regierungskommission bekannt. Jetzt sehen sie „ihre“ Krankenhausreform in Gefahr und malen ein düsteres Bild der Zukunft unserer stationären Versorgung, wenn nicht ihre Vorschläge ohne alle Abstriche umgesetzt werden. „Research with impact“ steht unter ihrem Papier – das ohne Quellenangaben und ohne Darstellung der eigenen Berechnungsmethoden auskommt. Grundbedingungen wissenschaftlichen Arbeitens sind also nicht erfüllt. So bleiben Zweifel: Ist das Wissenschaft oder wird hier einfach eine politische Agenda mit wissenschaftlichem Anstrich verfolgt?

Wir haben einige Einwände zu den vorgetragenen Thesen:

„Eine Neustrukturierung würde 64 Milliarden Euro kosten, aber 11 Milliarden Euro jährlich sparen, sofern die geplanten weitreichenden Ausnahmeregelungen nicht erfolgen.“

Die Autoren behaupten, dass die von ihnen postulierten Einsparungen der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) durch die Schließung von Krankenhäusern verursacht würden. Das ist nicht richtig. Die Vergütung der Krankenhäuser erfolgt über Fallpauschalen (DRGs), richtet sich also nach der Fallzahl und der Fallschwere. Krankenhausschließungen verringern die Zahl der Fälle nicht. Der Trick, den die

Autoren anwenden, um zu ihren politisch motivierten Schlussfolgerungen zu kommen, ist schlicht, dass sie die Zahl der stationären Patient*innen um 2,7 Mio. reduzieren – 1,8 Mio. sollen überhaupt nicht mehr stationär behandelt werden, 900.000 sollen als Hybrid-DRG-Fälle abgerechnet werden. Die Autoren multiplizieren diese Zahlen mit 4.800 Euro für jeden nicht mehr stationären Patienten – laut Autoren der durchschnittliche DRG-Preis. Die Hybrid-Fälle multiplizieren sie mit 2.800 Euro – laut Autoren die durchschnittliche Einsparung durch Umwandlung. So ergeben sich genau die Einsparsummen, die angeblich durch das (unveränderte) KHVVG bedingt seien.

Einmal abgesehen davon, dass auch die Kosten für ambulante Fälle und die dabei zusätzlich entstehenden ambulanten Pflegekosten gegengerechnet und von der Einsparsumme abgezogen werden müssten. Denn auch diese werden von der GKV bezahlt. Insgesamt ist die Berechnung der Einsparsumme ein Taschenspielertrick und wissenschaftlich absolut unhaltbar, weil falsche Zusammenhänge konstruiert werden.

„Deutschlands Krankenhauslandschaft ist nicht optimal: 1.600 Standorte existieren, 1.000 würden genügen; die Konzentration würde die Qualität steigern und damit Leben retten.“

Inwieweit eine Konzentration von Krankenhausstandorten in diesem Ausmaß die Qualität der Behandlung steigern und damit Leben retten würde, ist nicht bewiesen. Der Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der durchgeführten Behandlungen und einem besseren Behandlungsergebnis ist nur für einzelne Leistungen wissenschaftlich belegt, für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) Mindestfallzahlen festgelegt worden sind. Die im KHVVG vorgeschriebenen Mindestvorhaltezahlen für ganze Leistungsgruppen fassen oftmals sehr unterschiedliche Leistungen zusammen, für die ein Beweis der besseren Qualität bei höherer Fallzahl bisher aussteht oder gar nicht möglich ist. Dies betrifft insbesondere die Leistungsgruppen der Grundversorgung und damit kleinere Krankenhäuser auf dem Land, die hauptsächlich von den Schließungen betroffen sein sollen.

„Damit 99 % der Bevölkerung innerhalb von 30 PKW-Minuten mindestens einen Standort erreichen können, würden bei einer kompletten Neugestaltung der Krankenhauslandschaft in Deutschland rein hypothetisch rund 340 der aktuell 1.600 somatischen Standorte genügen“

Die behaupteten „30 PKW-Minuten“ sind rein virtuelle, computerermittelte Fahrtzeiten. Sie berücksichtigen weder die Wetterlage noch die Verkehrslage. Patient*innen und Angehörige, die auf die Öffentlichen Verkehrsmittel angewiesen sind, fallen völlig unter den Tisch. Außerdem: Bei einem Einzugsgebiet von 100.000 Einwohner*innen bedeutet diese Vorgabe, dass 1.000 Menschen länger (und zum Teil deutlich länger) als 30 Minuten für ihre Weg ins Krankenhaus brauchen. Auch das ist ein reales Problem ländlicher Gebiete. Hinzu kommt: Welche Auswirkungen haben diese Annahmen auf Behandlungsqualität, Komplikationsrate und Mortalität?

„Aufgrund der rasanten Alterung der Bevölkerung müssen zwar einerseits mehr Patienten in Krankenhäusern versorgt werden, andererseits können mehr leichtere oder gut planbare Fälle ambulant erbracht werden.“

Wie sollen all diese Behandlungen ambulant erbracht werden, wenn schon jetzt Patient*innen der GKV monatelang auf einen ganz normalen Facharzttermin warten müssen? Und wie wird die ambulante Pflege für all die Patient*innen gewährleistet, die ambulant operiert worden sind?

Durchgehend fällt in der Argumentation dieser „Impact Note“ auf, dass mit monetären Vorteilen begründet wird, warum das ursprüngliche KHVVG ohne jede Änderung durchgesetzt werden müsse. Die Einsparsummen sind aber reine Spekulation. Die „Impact Note“ suggeriert, dass Krankenhausschließungen durch ein unverändertes KHVVG Milliarden einsparungen bringen. An dieser Stelle sei daran erinnert, dass auch die Einführung der DRG-Fallpauschalen vor über 20 Jahren von Gesundheitsökonom*innen mit einer vorhersehbaren Reduzierung der Krankenhauskosten politisch durchgesetzt wurde. Tatsächlich sind die Krankenhauskosten aber in den letzten 30 Jahren nach Einführung der DRG's am stärksten gestiegen.

Die Diagnose lautet also: Augurzky und Karagiannidis' „Impact Note“ ist eine tagespolitisch motivierte Aktion aber kein wissenschaftlicher Beitrag.

Will man wirklich Kosten senken, muss man die finanziellen Anreize durch das DRG-System beseitigen und Gewinne verbieten. Stattdessen muss das, was für eine gute Versorgung der Bevölkerung notwendig vollständig refinanziert werden.

Dr. Dietmar Lange (Pressesprecher KsF)

Für Nachfragen steht Dr. Thomas Böhm unter 0172 185 80 23 zur Verfügung