



Freitag, 30. Januar 2026, 17:00 Uhr
~9 Minuten Lesezeit

Krankenhäuser als Kostenstelle

Mit Einführung der Fallpauschale wurde der medizinische Betrieb einem enormen Effizienzdruck ausgesetzt — die Fürsorge für den Patienten erscheint seither zweitrangig.

von Günther Burbach
Foto: LEDOMSTOCK/Shutterstock.com

Über Jahrzehnte galten Krankenhäuser in Deutschland

als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge. Ihr Auftrag war politisch klar definiert: flächendeckende medizinische Versorgung, unabhängig von Rentabilität, sozialem Status oder regionaler Lage. Dieses Verständnis wurde nicht abrupt aufgegeben, sondern schrittweise umgebaut. Der Wandel vollzog sich leise, technisch, juristisch und administrativ. Er war kein Unfall, sondern das Ergebnis politischer Reformen, die Gesundheitsversorgung zunehmend nach betriebswirtschaftlichen Kriterien organisieren. Der entscheidende Systemwechsel erfolgte mit der Abkehr von der Selbstkostendeckung. Krankenhäuser erhielten früher die tatsächlich angefallenen Kosten erstattet, ergänzt durch staatliche Investitionsfinanzierung. Dieses Modell setzte keinen Effizienzdruck im ökonomischen Sinn, sondern orientierte sich am Versorgungsauftrag. Mit der Einführung des diagnosebezogenen Fallpauschalensystems wurde dieses Prinzip grundlegend ersetzt. Seitdem wird nicht mehr die reale Behandlungsdauer oder der individuelle Aufwand vergütet, sondern ein pauschalierter Betrag pro definiertem Behandlungsfall.

Das sogenannte DRG-System übersetzt medizinische Leistungen in ökonomische Kategorien. Jede Diagnose, jede Prozedur, jede Kombination aus Behandlungsmerkmalen wird einem Abrechnungscode zugeordnet, dem ein fixer Geldwert entspricht. Dieser Wert ist unabhängig davon, wie aufwendig die Behandlung im Einzelfall tatsächlich ist. Das System basiert auf statistischen

Durchschnittswerten, nicht auf individuellen Verläufen. Damit wird medizinische Realität abstrahiert und standardisiert, um sie kalkulierbar zu machen.

Diese Logik ist nicht neutral. Sie setzt klare Anreize. Behandlungen, die sich gut standardisieren lassen, werden planbar und wirtschaftlich attraktiv. Komplexe, zeitintensive oder schwer kalkulierbare Leistungen geraten unter Druck. Das Krankenhaus wird gezwungen, seine Abläufe an ökonomische Parameter anzupassen, um finanziell überlebensfähig zu bleiben. Wirtschaftlichkeit wird nicht zur Option, sondern zur Existenzbedingung.

Parallel dazu veränderte sich die Rolle des Staates. Die Länder sind formal für die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser zuständig. In der Praxis wurde diese Verpflichtung über Jahre hinweg nicht im notwendigen Umfang erfüllt. Investitionsstaus entstanden, die Kliniken zwangen, notwendige Modernisierungen aus laufenden Betriebsmitteln zu finanzieren. Damit verschärfte sich der ökonomische Druck zusätzlich.

Krankenhäuser mussten Gewinne erwirtschaften, um Infrastruktur zu erhalten, die eigentlich staatlich hätte finanziert werden sollen.

Diese strukturelle Unterfinanzierung schuf die Voraussetzungen für eine weitere Transformation: die Veränderung der Trägerschaft. Kommunale Krankenhäuser wurden privatisiert, in GmbHs umgewandelt oder an private Konzerne verkauft. Begründet wurde dies mit Effizienzgewinnen, Professionalisierung und Entlastung öffentlicher Haushalte. Faktisch bedeutete es eine Verschiebung der Zielsetzung. Private Träger unterliegen nicht nur wirtschaftlichen Zwängen, sie verfolgen explizit Renditeziele. Der Versorgungsauftrag wird damit einem unternehmerischen Kalkül untergeordnet.

Doch auch öffentliche und freigemeinnützige Träger agieren längst nach denselben Regeln. Das Abrechnungssystem macht keinen Unterschied zwischen Eigentumsformen. Alle Krankenhäuser konkurrieren um Fallzahlen, Erlöse und Marktanteile. Das Gesundheitswesen wird damit zu einem regulierten Markt, in dem Versorgung nicht mehr primär nach Bedarf, sondern nach Abrechenbarkeit organisiert wird. Wettbewerb ersetzt Planung, Kennzahlen ersetzen Bedarfsanalysen.

Politisch wird dieser Prozess häufig mit dem Begriff der Effizienz legitimiert.

Effizienz gilt als Wert an sich, losgelöst von der Frage, wofür sie eingesetzt wird. Dass medizinische Versorgung nicht beliebig rationalisierbar ist, bleibt dabei zweitrangig.

Der Krankenhaussektor wird behandelt wie ein industrieller Produktionsbereich, in dem Prozesse optimiert, Durchlaufzeiten verkürzt und Kosten gesenkt werden müssen. Die Besonderheit medizinischer Arbeit, ihre Unvorhersehbarkeit, ihre Abhängigkeit von Zeit, Zuwendung und individueller Situation, passt schlecht in dieses Raster.

Hinzu kommt eine zunehmende Steuerung über Qualitäts- und Strukturvorgaben. Mindestmengen, Zertifizierungen, Leistungsbündelungen und Zentralisierungsstrategien sollen Qualität sichern, wirken aber gleichzeitig als ökonomische Filter. Häuser, die bestimmte Vorgaben nicht erfüllen, verlieren Leistungen oder schließen. Diese Mechanismen wirken formal sachlich, haben aber klare strukturelle Effekte: Konzentration, Standortabbau, Verdrängung kleinerer Häuser. Die politische Verantwortung dafür wird oft technokratisch verschleiert, indem Entscheidungen an Gremien, Expertengruppen oder Selbstverwaltungsorgane delegiert werden.

Ein weiterer zentraler Aspekt der Systemarchitektur ist die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung. Diese historisch gewachsene Struktur erzeugt Schnittstellenprobleme, Doppelstrukturen und Ineffizienzen, wird aber im bestehenden Finanzierungssystem konserviert. Reformen zielen häufig darauf ab, Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu verlagern, ohne die Finanzierungslogik grundlegend zu ändern. Auch hier dominiert die Kostenperspektive gegenüber einer integrierten Versorgungsplanung.

Gleichzeitig wird das Krankenhaus zunehmend als steuerbares Unternehmen betrachtet. Managementebenen gewinnen an Bedeutung, Controlling, Kodierung und Dokumentation werden zu zentralen Aufgaben. Medizinische Entscheidungen müssen abrechnungsfähig sein, Prozesse revisionssicher dokumentiert werden. Die innere Organisation orientiert sich an betriebswirtschaftlichen Zielvorgaben, nicht am Versorgungsauftrag.

Das Krankenhaus wird damit institutionell neu definiert: nicht mehr als öffentliche Einrichtung, sondern als leistungsproduzierender Betrieb.

Dieser Umbau vollzieht sich innerhalb eines rechtlich stabilen Rahmens. Es handelt sich nicht um eine Aushöhlung geltenden Rechts, sondern um dessen konsequente Anwendung. Gerade darin liegt seine politische Brisanz. Die Ökonomisierung der Krankenhäuser ist kein Regelbruch, sondern Regelvollzug. Sie ist systemisch verankert und politisch abgesichert. Reformen korrigieren Details, nicht die Grundlogik.

Auffällig ist dabei die rhetorische Entkopplung von System und Verantwortung. Politische Akteure verweisen auf Sachzwänge, Demografie, Kostenentwicklung oder medizinischen Fortschritt. Entscheidungen erscheinen alternativlos, strukturelle Fragen

werden technisiert. Die normative Frage, welchen Stellenwert Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft haben soll, tritt in den Hintergrund. Stattdessen dominiert die Debatte über Finanzierbarkeit, Effizienz und Wettbewerbsfähigkeit.

Das Ergebnis ist ein System, das medizinische Versorgung konsequent in ökonomische Kategorien übersetzt.

Krankenhäuser werden nicht mehr primär als Orte gesellschaftlicher Fürsorge verstanden, sondern als Kostenstellen, deren Leistung gemessen, verglichen und optimiert werden muss.

Diese Transformation ist vollständig vollzogen, auch wenn sie politisch selten offen benannt wird. Sie bildet den strukturellen Rahmen, innerhalb dessen alle weiteren Entwicklungen stattfinden.

Wenn Rationalisierung in Rationierung übergeht

Die Ökonomisierung der Krankenhäuser bleibt nicht abstrakt. Sie übersetzt sich in konkrete Prioritäten, Routinen und Entscheidungsmuster, die den Alltag medizinischer Versorgung prägen. Diese Folgen entstehen nicht aus Fehlverhalten einzelner Akteure, sondern aus der inneren Logik des Systems. Wo medizinische Leistungen in abrechenbare Einheiten zerlegt werden, entsteht zwangsläufig eine Hierarchisierung von Behandlungen, Patientengruppen und Versorgungsformen. Was sich rechnen lässt, wird ausgebaut. Was schwer kalkulierbar ist, gerät unter Druck.

Ein zentrales Resultat ist die schleichende Verschiebung von medizinischer Notwendigkeit hin zu ökonomischer Opportunität. Entscheidungen werden nicht offen nach Rentabilität getroffen,

aber strukturell von ihr beeinflusst. Das betrifft zunächst die Frage, welche Leistungen vorgehalten werden. Bereiche mit hoher Planbarkeit und klarer Abrechenbarkeit gewinnen an Gewicht, während komplexe, zeitintensive oder risikobehaftete Leistungen zunehmend als Belastung erscheinen. Diese Verschiebung vollzieht sich leise, über Investitionsentscheidungen, Personalausstattung und Organisationsstrukturen.

Besonders deutlich zeigt sich dies bei der Priorisierung elektiver Leistungen. Planbare Eingriffe lassen sich terminieren, standardisieren und effizient abarbeiten. Sie ermöglichen eine verlässliche Erlösplanung und sind daher betriebswirtschaftlich attraktiv. Demgegenüber stehen Leistungen, deren Verlauf schwer vorhersehbar ist und die häufig mit höherem Ressourceneinsatz verbunden sind. Die formale Gleichwertigkeit medizinischer Indikationen bleibt bestehen, die faktische Gewichtung verschiebt sich jedoch. Wartelisten, Verschiebungen und Umsteuerungen sind die sichtbaren Symptome dieser Logik.

Gleichzeitig verändert sich der Umgang mit Zeit.

Zeit ist im medizinischen Kontext kein neutraler Faktor, sondern ein zentraler Bestandteil von Diagnostik, Therapie und Betreuung. Das bestehende Vergütungssystem behandelt Zeit jedoch primär als Kostenfaktor.

Je kürzer ein Behandlungsfall abgewickelt wird, desto günstiger erscheint er in der Bilanz. Diese Anreizstruktur wirkt unabhängig von individuellen Intentionen. Sie beeinflusst Abläufe, Personalplanung und Dokumentationsanforderungen. Die Folge ist eine systematische Verdichtung von Arbeit.

Diese Verdichtung trifft insbesondere jene Bereiche, die auf kontinuierliche Betreuung angewiesen sind. Komplexe

Krankheitsverläufe erfordern Koordination, interdisziplinäre Abstimmung und häufig längere Verweildauern. Im ökonomischen Rahmen gelten sie als ineffizient. Die Konsequenz ist nicht zwangsläufig der Ausschluss solcher Patienten, sondern eine strukturelle Überforderung der Systeme, die sie versorgen sollen. Die Versorgung wird formell aufrechterhalten, faktisch aber unter Bedingungen, die ihre Qualität unter Druck setzen.

Ein weiterer Effekt ist die zunehmende Bedeutung administrativer Steuerung. Dokumentation, Kodierung und Abrechnung nehmen einen wachsenden Raum ein. Medizinische Entscheidungen müssen nicht nur fachlich begründet, sondern auch abrechnungsfähig formuliert werden. Dieser Umstand verändert die innere Logik klinischer Arbeit.

Aufmerksamkeit verlagert sich von der unmittelbaren Versorgung hin zur Sicherung von Erlösen. Die medizinische Tätigkeit wird von administrativen Anforderungen durchzogen, die ihren eigenen Rationalitäten folgen.

Diese Entwicklung hat unmittelbare Auswirkungen auf die Arbeitsrealität des Personals. Die Verantwortung für Patienten bleibt bestehen, während die Handlungsspielräume schrumpfen. Entscheidungen müssen innerhalb enger Zeitfenster und unter hohem Druck getroffen werden. Das erzeugt Spannungen zwischen professionellem Anspruch und strukturellen Vorgaben. Der daraus entstehende moralische Stress ist kein individuelles Problem, sondern eine systemische Folge. Er entsteht dort, wo bekannt ist, was fachlich geboten wäre, aber organisatorisch nicht umgesetzt werden kann.

Langfristig wirkt sich diese Situation auf die Stabilität des Systems aus. Hohe Belastung, geringe Gestaltungsspielräume und der Eindruck permanenter Unterdeckung führen zu Abwanderung aus

den Gesundheitsberufen. Nachwuchs lässt sich unter diesen Bedingungen nur schwer gewinnen. Die resultierenden Personallücken verschärfen wiederum den Druck auf die verbleibenden Strukturen. Es entsteht ein sich selbst verstärkender Kreislauf, der nicht durch Appelle oder Einzelmaßnahmen durchbrochen werden kann.

Auf der Ebene der Versorgung führt die Ökonomisierung zu einer wachsenden Ungleichverteilung. Diese Ungleichheit ist nicht formalisiert, sondern faktisch. Sie ergibt sich aus regionalen Unterschieden, institutionellen Ressourcen und individuellen Möglichkeiten. In Regionen mit dichter Versorgungsstruktur lassen sich Engpässe eher kompensieren. In strukturschwächeren Gebieten hingegen wirken sich Schließungen und Zentralisierungen unmittelbar aus. Wege werden länger, Zugänge schwieriger, Alternativen begrenzter.

Für Patienten bedeutet dies eine zunehmende Intransparenz. Entscheidungen erscheinen oft schwer nachvollziehbar, Zuständigkeiten unklar. Die formale Gleichbehandlung bleibt als Anspruch bestehen, die tatsächliche Erfahrung ist jedoch von Zufälligkeit geprägt. Wer über Informationen, Zeit und soziale Ressourcen verfügt, kann sich im System besser orientieren. Wer diese Möglichkeiten nicht hat, ist stärker von dessen strukturellen Defiziten betroffen.

Diese Entwicklung untergräbt langfristig das Vertrauen in die Gesundheitsversorgung. Vertrauen entsteht nicht allein durch medizinische Kompetenz, sondern durch Verlässlichkeit, Erreichbarkeit und das Gefühl, im Bedarfsfall nicht priorisiert oder aussortiert zu werden. Wo Versorgung als knappes Gut erlebt wird, verändert sich das Verhältnis zwischen Bevölkerung und Institutionen.

Gesundheit wird nicht mehr als gesicherte öffentliche

Aufgabe wahrgenommen, sondern als Ressource, um die konkurriert werden muss.

Politisch wird dieser Zustand häufig als Übergangsphase beschrieben. Reformen sollen nachjustieren, Fehlanreize korrigieren, Qualität sichern. Dabei bleibt die Grundlogik unangetastet. Solange medizinische Versorgung primär über Abrechnungsfähigkeit gesteuert wird, reproduzieren sich ihre Folgen. Jede weitere Rationalisierung verschiebt die Grenzen ein Stück weiter. Rationierung wird nicht beschlossen, sondern implizit vollzogen.

Ein besonders problematischer Aspekt ist die Entkopplung von Verantwortung. Entscheidungen über Leistungsabbau, Standortschließungen oder Strukturveränderungen erscheinen als technische Notwendigkeiten. Politische Akteure verweisen auf Sachzwänge, Träger auf gesetzliche Rahmenbedingungen, Einrichtungen auf ökonomische Realitäten. Verantwortung diffundiert. Für Betroffene bleibt unklar, wer für die entstandenen Lücken zuständig ist. Diese Unklarheit ist kein Zufall, sondern Teil der Systemstabilisierung.

Die Transformation des Krankenhauses hat damit eine Qualität erreicht, die über einzelne Reformen hinausgeht. Sie verändert das Verständnis von Gesundheit als gesellschaftlichem Gut. Versorgung wird zur Dienstleistung, deren Umfang und Qualität von ökonomischen Parametern abhängen. Der normative Anspruch gleicher medizinischer Behandlung bleibt bestehen, seine praktische Einlösung wird jedoch zunehmend kontingent.

Diese Entwicklung ist weder naturgegeben noch alternativlos. Sie ist das Ergebnis politischer Entscheidungen, die bestimmte Werte priorisieren und andere nachordnen. Dass sie selten offen diskutiert wird, liegt auch daran, dass ihre Folgen fragmentiert auftreten. Es gibt keinen plötzlichen Zusammenbruch, sondern eine Vielzahl

kleiner Verschiebungen, die sich erst in ihrer Gesamtheit als Strukturproblem erkennen lassen.

Am Ende steht ein Paradox: Das Gesundheitssystem funktioniert weiter, aber unter Bedingungen, die seine eigene Grundlage untergraben. Es versorgt, aber selektiv. Es behandelt, aber unter Druck. Es bleibt formal universal, wird faktisch jedoch ungleich. Solange Krankenhäuser primär als Kostenstellen organisiert sind, werden diese Spannungen nicht verschwinden. Sie sind kein Betriebsunfall, sondern Ausdruck eines Systems, das medizinische Versorgung nach Maßgaben organisiert, die ihrem gesellschaftlichen Anspruch widersprechen.



Günther Burbach, Jahrgang 1963, ist Informatikkaufmann, Publizist und Buchautor. Nach einer eigenen Kolumne in einer Wochenzeitung arbeitete er in der Redaktion der Funke Mediengruppe. Er veröffentlichte vier Bücher mit Schwerpunkt auf Künstlicher Intelligenz sowie deutscher Innen- und Außenpolitik. In seinen Texten verbindet er technisches Verständnis mit gesellschaftspolitischem Blick – immer mit dem Ziel, Debatten anzustoßen und den Blick für das Wesentliche zu schärfen.