

Pressekonferenz „Krankenhaus-Report 2026“ des AOK-Bundesverbandes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)

Mittwoch, 6. Mai 2026, Berlin

Inhaltsübersicht

- **Ihre Gesprächspartner/innen**
- **Pressemitteilung von AOK-Bundesverband und Wissenschaftlichem Institut der AOK (WIdO)**
- **Statement von Dr. Carola Reimann**
Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes
- **Statement von Dr. David Scheller-Kreinsen**
Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und Mitherausgeber
des Krankenhaus-Reports
- **Folien zum Statement von Dr. David Scheller-Kreinsen**
- **Statement von Prof. Alexander Geissler**
Professor für Gesundheitsökonomie, -Politik und -Management an der Universität St. Gallen,
Schweiz
- **Folien zum Statement von Prof. Alexander Geissler**

**Pressekonferenz „Krankenhaus-Report 2026“ des AOK-Bundesverbandes
und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)**

Mittwoch, 6. Mai 2026, Berlin

Ihre Gesprächspartner/-innen



Dr. Carola Reimann

Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes



Dr. David Scheller-Kreinsen

Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)
und Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports



Prof. Alexander Geissler

Professor für Gesundheitsökonomie, -Politik und -Management
an der Universität St. Gallen, Schweiz

Pressemitteilung

Krankenhaus-Report 2026: In allen 16 Bundesländern könnten mehr als die Hälfte der Krankenhaufälle ambulant versorgt werden

Report bewertet aktuellen Stand der Krankenhausreform / Fehlende Maßnahmen zur Verlagerung und Vermeidung von Krankenhausaufenthalten

Mittwoch, 6. Mai 2026, Berlin

Berlin, 6. Mai 2026. In Deutschland gibt es ein großes Potenzial für die Verlagerung von mehr als 50 Prozent der Krankenhaus-Fälle in die ambulante Versorgung, wo die Patienten und Patientinnen deutlich günstiger und effizienter versorgt werden könnten. Das zeigt eine Analyse für den aktuellen Krankenhaus-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Das „Ambulantisierungspotenzial“ ist im Bereich der Grundversorgung wie der Inneren Medizin oder der Allgemeinen Chirurgie besonders groß. Erste Erfahrungen mit den sogenannten Krankenhaus-Leistungsgruppen in Nordrhein-Westfalen deuten laut Report darauf hin, dass die Krankenhausreform gerade in der Grundversorgung kaum für Strukturveränderungen sorgen wird, während im Bereich spezieller Operationen bereits eine deutliche Konzentration stattgefunden hat. Außerdem zeigen die Analysen des Krankenhaus-Report, dass die im Rahmen der Reform geplante Vorhaltevergütung und das 2020 eingeführte Pflegebudget einer stärkeren Ambulantisierung entgegenwirken. Problematisch sind außerdem die zahlreichen Ausnahmeregelungen, die im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens verankert wurden.

Der Report zeigt, dass in allen 16 Bundesländern mehr als die Hälfte der heute stationär versorgten Fälle potenziell vermieden oder ambulant versorgt werden könnten. In den Bundesländern reicht das Spektrum des „Ambulantisierungspotenzials“ von 53 Prozent bis 58 Prozent. „In keinem Bundesland ist es bislang gelungen, das Ambulantisierungspotenzial in einem strukturell relevanten Ausmaß zu heben“, sagt David Scheller-Kreinsen, WIdO-Geschäftsführer und Mitherausgeber des Krankenhausreports. Für die Analyse hat das WIdO in einer Modellrechnung alle wissenschaftlichen Ansätze zur Vermeidung oder zur Verlagerung von Krankenhaufällen in den ambulanten Bereich gemeinsam betrachtet und jeden im Jahr 2024 abgerechneten Krankenhaufall auf dieser

Basis überprüft. Auf Bundesebene wären demnach von den insgesamt 15,2 Millionen Krankenhausfällen des Jahres 2024 etwa 8,6 Millionen Fälle „ambulantisierbar“ oder vermeidbar. Daraus ergibt sich ein Verlagerungs-Potenzial von 42 Prozent der Belegungstage im Krankenhaus und von 39 Prozent der Klinik-Ausgaben. „Die ambulante Erbringung medizinischer Leistungen führt zu deutlich geringeren Kosten als die stationäre Versorgung, da vor allem der teure Bedarf einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung entfällt“, so David Scheller-Kreinsen. „Die verminderten Kosten sollten in der Umsetzung allerdings auch zu geringeren Erlösen führen, um einen wirksamen Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Finzen zu erreichen.“

Die Verminderung von Krankenhausfällen ist vor allem in den fallzahlstarken Leistungsgruppen der Grundversorgung möglich. Dazu gehören zum Beispiel die Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“, in denen jeweils über 60 Prozent der Fälle als ambulantes Potenzial identifiziert wurden. Die ersten Analysen aus Nordrhein-Westfalen zeigen allerdings, dass in den Leistungsgruppen der Grundversorgung kaum Veränderungen bei der Zahl der an der Versorgung beteiligten Krankenhausstandorte zu verzeichnen waren. „Das Thema wird mit der aktuellen Krankenhausreform nicht konsequent angegangen“, betont WIdO-Experte Scheller-Kreinsen. „Die Reform enthält praktisch keine Maßnahmen zur Ambulantisierung, die angesichts des Fachkräftemangels und der hohen Kosten im Krankenhausbereich aber dringend notwendig wäre.“ Hier müsse die Politik vor allem mit einer Reform der geplanten Vorhaltefinanzierung nachjustieren. Die Kapazitäten und die Vorhaltefinanzierung der Krankenhäuser müssen um die „ambulantisierbaren“ Leistungen bereinigt werden, damit der Status quo nicht zementiert werde. Auch die Regelungen für die sogenannten „sektorenübergreifenden Versorger“ an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung seien zu starr und verhinderten eine bedarfsgerechte Ausgestaltung in den Regionen.

Konzentration spezieller Operationen auf deutlich weniger Kliniken in NRW

Positive Effekte kann die Umsetzung der Krankenhausreform laut dem Report auf die Bündelung spezieller Krankenhaus-Eingriffe wie Hüft-Implantationen oder Krebsoperationen haben. Das zeigen die ersten Daten aus Nordrhein-Westfalen, wo die Einführung und Zuweisung sogenannter Leistungsgruppen bereits vorweggenommen worden ist. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe setzt voraus, dass die Kliniken spezifische Qualitätskriterien zur personellen Ausstattung sowie zur Struktur- und Prozessqualität erfüllen. Die 60 in NRW eingeführten somatischen Leistungsgruppen sind als „Blaupause“ für die Reform auf Bundesebene verwendet worden. Bei Leistungen der Spezialversorgung wie der Orthopädie, der Gefäßchirurgie oder der Krebschirurgie war laut einer ersten Analyse des Versorgungsgeschehens eine deutliche Reduzierung der operierenden Krankenhausstandorte um bis zu 70 Prozent zu verzeichnen. So haben vor der Reform beispielsweise 247 Klinikstandorte Hüftimplantationen durchgeführt, während es nach der Zuweisung der Leistungsgruppen nur noch 137 Standorte sind. Im zweiten Quartal 2025 wurden nur noch drei Prozent der Fälle an Standorten ohne Zuweisung einer Leistungsgruppe operiert, während es 2023 noch 17 Prozent der Fälle waren. „Das zeigt, dass das Reformziel der qualitätsorientierten Konzentration gelingen

kann, wenn – wie in Nordrhein-Westfalen – der nötige politische Wille zur konsequenten Krankenhausplanung vorhanden ist. Die berüchtigte Gelegenheitsversorgung bei Eingriffen der Spezialversorgung ist hier deutlich reduziert worden. Das ist eine gute Nachricht für die Patientensicherheit“, betont die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Carola Reimann. „In vielen anderen Bundesländern steht dieser Prozess der qualitätsorientierten Konzentration von Operationen aber noch bevor. Wir befürchten, dass dieser notwendige Strukturwandel durch die zahlreichen Ausnahmeregelungen, die zuletzt mit dem Krankenhausreform-Anpassungsgesetz beschlossen worden sind, deutlich reduziert stattfinden wird.“

Erfahrungen aus der Schweiz: Ausnahmeregelungen werden breit genutzt

Der aktuelle Krankenhaus-Report bietet auch eine detaillierte Analyse der Krankenhausplanung in der Schweiz, die ebenfalls auf Leistungsgruppen basiert. Dort sind Anforderungen an die Leistungsgruppen und insbesondere Qualitätsvorgaben seit der schrittweisen Einführung 2012 nicht national vorgegeben worden, sondern nach Kanton unterschiedlich umgesetzt worden. Der Kanton Zürich nahm hierbei eine Pionierrolle ein. Die übrigen Kantone waren frei, diese Kriterien für Qualität zu übernehmen, zu adaptieren oder auf deren Einführung zu verzichten. Die Analyse zeigt deutlich, dass mögliche Ausnahmen von Qualitätsvorgaben auch genutzt werden, wenn es keine Pflicht zur verbindlichen Umsetzung gibt. „Daraus kann man für die deutsche Krankenhausreform wichtige Schlüsse ziehen“, erklärt Alexander Geissler, Professor für Gesundheitsökonomie, -Politik und -Management an der Universität St. Gallen. „Bei zu vielen Ausnahmeregelungen besteht die Gefahr, dass der durch den Gesetzgeber eingeleitete Reformprozess konterkariert wird und der leistungs- und qualitätsorientierte Umbau der Krankenhauslandschaft durch einen Flickenteppich von Anforderungen nicht zum Tragen kommt“, so der Experte.

Report beleuchtet Fehlanreize und Zielkonflikte beim Pflegebudget

Der Krankenhaus-Report 2026 beleuchtet darüber hinaus das dynamische Wachstum des Pflegebudgets. Seit dem Jahr 2020 können die Krankenhäuser sämtliche Kosten für Personalzuwachs direkt an die Krankenkassen weitergeben. Dieses neu eingeführte Prinzip der Selbstkostendeckung hat laut einer WIdO-Analyse zu einem starken Anstieg der Pflegekräfte in den Krankenhäusern, aber auch zu einer enormen Steigerung der Kosten von 19,4 Milliarden Euro im Jahr 2020 auf 26,1 Milliarden Euro im Jahr 2024 geführt. In diesem Jahr liegen die Forderungen der Krankenhäuser aktuell zwölf Prozent über dem für 2025 vereinbarten Wert. Im aktuellen Maßnahmenpaket der Koalition zur Stabilisierung der GKV-Finzen ist daher vorgesehen, die Zuwächse beim Pflegebudget zu begrenzen. „Diese Maßnahme wird zur kurzfristigen Eindämmung der seit Jahren ständig steigenden Kosten beitragen. Aber sie behebt nicht die systemischen Fehlanreize und Zielkonflikte, die durch das Pflegebudget entstanden sind“, erklärt WIdO-Geschäftsführer David Scheller-Kreinsen. So sei seit der Einführung des Pflegebudgets ein verlangsamtes Wachstum des Pflegepersonals in der Langzeitpflege zu verzeichnen. Auch bremse das Pflegebudget die Ambulantisierung und verlagere Tätigkeiten in die Pflege, die keiner pflegerischen Qualifikation bedürfen. „Das Pflegebudget muss auch vor diesem Hintergrund weiterentwickelt werden“, fordert Scheller-Kreinsen.

„Wir müssen jetzt die Grundlagen für ein System schaffen, das langfristig Effizienz mit einer Abbildung von Pflegebedarf und perspektivisch Pflegequalität verbindet. Es sollten daher eine verbindliche Dokumentation von Pflegediagnosen und Pflegeleistungen gesetzlich verankert werden, die dann auch als Grundlage für ein neues Vergütungssystem genutzt werden können.“

Krankenhaus-Report 2026 zu verschiedenen Reformaspekten

Der Krankenhaus-Report 2026 widmet sich in insgesamt 20 Kapiteln dem diesjährigen Schwerpunktthema „Reformperspektiven“ in Bezug auf die Krankenhausstrukturen und die Krankenhausfinanzierung. Außerdem geht es um die Reformperspektiven für die Ambulantisierung und die sektorübergreifende Versorgung. Die Beiträge des 420-seitigen Sammelbandes beantworten aus verschiedenen Blickwinkeln die Frage, ob die aktuelle Krankenhausreform auf dem richtigen Weg ist, um die aktuellen Herausforderungen mangelnder Qualitätsorientierung, einer alternden Gesellschaft und knapper werdender finanzieller sowie personeller Ressourcen zu meistern.

Kontakt und Information: Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | presse@bv.aok.de

Pressekonferenz „Krankenhaus-Report 2026“ des AOK-Bundesverbandes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)

Mittwoch, 6. Mai 2026, Berlin

Statement von Dr. Carola Reimann

Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes

Es gilt das gesprochene Wort.

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir haben gesundheitspolitisch bewegte und ereignisreiche Tage und Wochen hinter uns. Mit dem Kabinettsbeschluss zum Beitragsstabilisierungsgesetz sind letzte Woche die Inhalte des GKV-Sparpaketes festgelegt worden.

Die letzten Änderungen am Sparpaket, die am vergangenen Mittwoch im Kabinett beschlossen worden sind, möchte ich hier noch einmal deutlich kritisieren. Einerseits werden die Steuerzuschüsse für die GKV dauerhaft um jährlich zwei Milliarden Euro gekürzt, um Haushaltslöcher zu stopfen. Auf der anderen Seite gibt es eine Anhebung der Bundesmittel zur Erstattung der Gesundheitskosten von Bürgergeldempfängern um einen Betrag, den man nur symbolisch nennen kann. Aus unserer Sicht ist das keine konsistente Politik. Ich habe das schon letzte Woche als Taschenspielertrick auf Kosten der Beitragszahlenden kritisiert.

Bei aller Kritik an diesen gravierenden Änderungen auf den letzten Metern möchte ich hier aber auch noch einmal festhalten: Wir finden es sehr gut, dass Gesundheitsministerin Nina Warzen mit diesem Gesetz den Einstieg in eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik markiert hat. Der Grundsatz, dass die Ausgaben nicht stärker steigen dürfen als die Einnahmen den Beiträgen der Versicherten und Arbeitgeber ist besonders wichtig für den Krankenhausbereich, über den wir heute sprechen.

Mit dem GKV-Sparpaket gibt es eine aus unserer Sicht sehr positive Änderung bei der Vergütung der Krankenhäuser. Die Streichung der sogenannten Meistbegünstigungsklausel ist ein wichtiger Schritt. Damit wird die derzeitige, nicht refinanzierbare Regelung zur Steigerung der Krankenhauspreise künftig nicht mehr gelten. Das wird den Ausgabenanstieg im Krankenhaus deutlich begrenzen.

Leider gab es hier zuletzt aber auch noch eine Abschwächung. So sollen im Krankenhausbereich die darüberhinausgehenden Tarifsteigerungen auch weiterhin zu 50 Prozent berücksichtigt werden. Das wird den Einspar-Effekt dieser Maßnahme wieder deutlich abschwächen und ist eine Abkehr von der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik.

Eine wichtige Änderung gibt es auch beim Pflegebudget, das ganz wesentlich zu den enormen Ausgabensteigerungen bei den Krankenhäusern beigetragen hat. Seit 2020 können die Kliniken die Kosten für das Pflegepersonal einfach an die Krankenkassen weitergeben. Dieses Selbstkostendeckungsprinzip hat nach den Analysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK die Ausgaben für die Krankenkassen massiv in die Höhe getrieben, während die erhofften Versorgungseffekte unklar geblieben sind. So sind nach der WIdO-Analyse zum Beispiel die Pflegepersonal-Untergrenzen trotz des politisch gewünschten Personalaufwuchses in den Krankenhäusern weiter zu häufig gerissen worden. Zudem sehen wir weitere Fehlentwicklungen durch das Pflegebudget, die Ihnen der Kollege David Scheller-Kreinsen gleich im Detail vorstellen wird.

Vor diesem Hintergrund ist es gut, dass die Bundesregierung die Zuwächse beim Pflegebudget im Zuge des GKV-Sparpaketes begrenzen will. Dabei darf es aber nicht bleiben – perspektivisch muss das Pflegebudget durch ein anderes, besser geeignetes Vergütungssystem ersetzt werden.

Unser Fokus liegt heute aber auf der Frage, wo wir aktuell bei der großen Krankenhausreform stehen. Ist die bisherige Gesetzgebung ausreichend, um die sich verschärfenden finanziellen und demografischen Herausforderungen im stationären Bereich zu bewältigen?

Um die Antwort gleich vorwegzunehmen: Aus unserer Sicht muss bei der Reform an vielen Stellen noch dringend nachgearbeitet werden. Diese Forderung können wir auch an Daten und Fakten festmachen. Denn ein wichtiger Teil der bundesweiten Reform ist in Nordrhein-Westfalen bereits vorweggenommen worden. Hier gelten bereits die sogenannten Leistungsgruppen, die wir von Anfang an befürwortet haben, weil sie eine Verknüpfung von Krankenhausplanung und Vergütung der Klinik ermöglichen.

Aus den ersten NRW-Ergebnissen können wir vor allem zwei Lehren ziehen: Wir müssen mehr tun, um die sogenannte Ambulantisierung – also die Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich – voranzubringen. Die aktuell geltende Krankenhausreform wird bei diesem Thema nicht viel erreichen können, das zeigen die ersten Auswertungen. Aber die Verlagerung von Krankenhausbehandlungen in den ambulanten Bereich ist dringend notwendig. Denn dort können Patientinnen und Patienten bei gleicher Qualität zu geringeren Kosten für die Versicherungsgemeinschaft behandelt werden. Andere Länder machen uns dies schon seit langer Zeit vor: Hier werden viel mehr Operationen und Behandlungen ambulant durchgeführt als in Deutschland. Das heißt übrigens nicht, dass alle diese Behandlungen in den vertragsärztlichen Bereich verlagert werden müssen, denn auch Krankenhäuser können ambulante Behandlungen durchführen.

Die zweite Lehre aus den Analysen des Krankenhaus-Reports ist: Die neu eingeführten Leistungsgruppen können wirken, wenn sie in den Ländern aktiv für ihre Krankenhausplanung genutzt werden – ohne Hintertüren oder Ausnahmen für Kliniken, die die Qualitätsvorgaben nicht erfüllen. Dies dient nicht nur dem Schutz der Patientinnen und Patienten vor schlechter Qualität, sondern fördert auch den sinnvollen und nachhaltigen Einsatz unserer medizinischen Fachkräfte.

Das große Reformziel der qualitätsorientierten Konzentration kann gelingen, wenn – wie in Nordrhein-Westfalen – der nötige politische Wille zur konsequenten Krankenhausplanung vorhanden ist. Die berüchtigte Gelegenheitsversorgung bei Eingriffen der Spezialversorgung ist hier deutlich reduziert worden. Das ist eine gute Nachricht für die Patientensicherheit.

In vielen anderen Bundesländern steht dieser Prozess der qualitätsorientierten Konzentration von Operationen aber noch bevor. Wir befürchten, dass dieser notwendige Strukturwandel durch die zahlreichen Ausnahmeregelungen, die zuletzt mit dem Krankenhausreform-Anpassungsgesetz beschlossen worden sind, deutlich reduziert stattfinden wird. Dass solche Hintertüren auch genutzt werden, wenn sie einmal da sind, zeigt das Beispiel der Leistungsgruppen in der Schweiz, das uns Herr Prof. Geissler gleich vorstellen wird.

Letztlich sind viele – auch finanzielle – Probleme in der deutschen Krankenhauslandschaft entstanden, weil die meisten Bundesländer in den letzten Jahren die aktive Krankenhausplanung, die Gestaltung der Versorgungslandschaft und die entsprechende Finanzierung der Krankenhausmodernisierung versäumt haben. Dadurch haben wir ineffiziente Strukturen, die nicht am Bedarf der Bevölkerung ausgerichtet, sondern historisch gewachsen sind. Um das zu ändern, brauchen wir die Einführung einer fallzahlunabhängigen und bedarfsorientiert ausgestalteten Vorhaltefinanzierung für die Krankenhäuser.

Bisher sieht die Krankenhausreform bei der Vorhaltefinanzierung aber weiter den Fallbezug vor. Daher wage ich die Prognose, dass das KHAG nicht das letzte Reformgesetz im Krankenhausbereich sein wird. Wir brauchen vor allem dringend die schnelle Beauftragung eines wissenschaftlichen Bedarfsbemessungsinstruments zur Bestimmung der Vorhaltebudgets, damit Planung und Finanzierung künftig Hand in Hand gehen können.

Zum Schluss möchte ich auf die finanzielle Situation der Kliniken zu sprechen kommen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft DKG hat ja im Anschluss an unsere Pressekonferenz ebenfalls zu einer Pressekonferenz eingeladen und verbreitet schon in der Einladung dazu Alarmstimmung. Sie verkündet, rund 80 Prozent der Kliniken schrieben inzwischen rote Zahlen. Die Lage werde sich durch das GKV-Sparpaket ab 2027 weiter verschärfen.

Dazu möchte die von der DKG letzte Woche selbst veröffentlichten Daten betrachten und die Fakten sprechen lassen. Laut des von der DKG versandten Gutachtens des Instituts für Health Care Business hcb gab es von Juli 2022 bis Oktober 2024 insgesamt 61 Krankenhausinsolvenzen – und dies bei einer Gesamtzahl von knapp 1.900 Krankenhäusern in Deutschland. Fakt ist, dass Krankenhausinsolvenzen nur in sehr seltenen Fällen zur Schließung einer Klinik führen. Die meisten Häuser nutzen das Insolvenzverfahren, um sich neu aufzustellen beziehungsweise neu auszurichten. Das macht zum Beispiel der jüngste Fall des DRK-Krankenhauses Saarlouis deutlich. Diese Klinik schließt die Sanierung im Eigenverwaltungsverfahren ab – mit dem Ziel, das Haus dauerhaft wirtschaftlich stabil aufzustellen und die medizinischen Angebote weiterzuentwickeln.

Außerdem zeigt das von der DKG versandte Gutachten, dass die Einnahmen der Krankenhäuser aus GKV-Mitteln in den letzten Jahren immer oberhalb der Inflationsrate lagen. Von einer Unterfinanzierung der Krankenhäuser durch die GKV kann also keine Rede sein – zumal der Bund den Kliniken im Zuge der Corona-Pandemie und der Energiekrise laut Bundesrechnungshof auch noch zusätzliche Mittel in Höhe von fast 25 Milliarden Euro zur Verfügung gestellt hat. 2025 und 2026 fließen außerdem noch insgesamt vier Milliarden Euro als sogenannte rückwirkende Investitionskosten-Beihilfe in Richtung der Krankenhäuser. Und die Ausgabensteigerungen durch die stetige Erhöhung des Pflegebudgets sind ja schon angesprochen worden.

Zusammenfassend ist festzustellen: Es ist so viel Geld im System wie nie zuvor. Aber wir müssen es sinnvoller und gezielter einsetzen, um die Krankenhausversorgung auch in Zukunft zu sichern. Die stärkere Ambulantisierung von Behandlungen, die Ablösung des Pflegebudgets durch eine bessere Regelung zur Pflegefinanzierung sowie die Reform der Vorhaltefinanzierung sind dabei aus unserer Sicht die wichtigsten Punkte.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt und Information: Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | presse@bv.aok.de

Pressekonferenz „Krankenhaus-Report 2026“ des AOK-Bundesverbandes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)

Mittwoch, 6. Mai 2026, Berlin

Statement von Dr. David Scheller-Kreinsen

Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und
Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports

Es gilt das gesprochene Wort.

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Krankenhausreform hat die gesundheitspolitische Szene in den letzten Jahren intensiv beschäftigt. Inzwischen sind die wesentlichen Gesetze verabschiedet und auch in Kraft getreten – zuletzt die „Reform der Reform“, das sogenannte Krankenhausreform-Anpassungsgesetz (KHAG). Mit dem diesjährigen Krankenhaus-Report wollen wir eine Zwischenbilanz ziehen und die weiteren Perspektiven der Krankenhausreform beleuchten. Die zentrale Frage ist dabei: Ist der eingeschlagene Weg richtig, um die finanziellen und demografischen Herausforderungen der Zukunft zu bewältigen?

Wir sehen hier vor allem drei Knackpunkte, die im Report und auch in dieser Pressekonferenz beleuchtet werden (**Folie 2**): erstens die Chancen und Risiken einer Planung auf Basis von Leistungsgruppen, zweitens die Perspektiven für die dringend notwendige Verlagerung von Krankenhausleistungen in den ambulanten Bereich, die sogenannte Ambulantisierung und drittens die Perspektiven für die Weiterentwicklung der Finanzierung und Vergütung der Kliniken.

Zunächst wollen wir einen Blick auf Nordrhein-Westfalen werfen (**Folie 3**). Dieses Bundesland hat seine Krankenhausplanung als erstes auf Leistungsgruppen umgestellt. Und diese Leistungsgruppen sind dann im Wesentlichen auch als eine Art „Blaupause“ für die Bundes-Reform verwendet worden. Daher ist es spannend, welche ersten Effekte sich durch die Einführung und Zuweisung der Leistungsgruppen hier zeigen.

Wir sehen in NRW einerseits eine deutliche Konzentration von Leistungen in der sogenannten Spezialversorgung, zu der orthopädische Eingriffe, Gefäßchirurgie, aber auch Krebsoperationen gehören (**Folie 4**). Hier gab es eine Reduktion der operierenden Standorte um bis zu 70 Prozent. So sind zum Beispiel bei der Leistungsgruppe Hüfte von 247 Standorten im Jahr 2019 nach der Zuweisung der entsprechenden Leistungsgruppe noch 137 Standorte übriggeblieben. Bei der sogenannten Maximalversorgung sehen wir kaum Bewegung – hier war die Versorgungslandschaft schon vor der Reform weitestgehend konzentriert.

Interessant im Hinblick auf die weiteren Reformperspektiven ist aber der Blick auf die Leistungsgruppen der sogenannten Grundversorgung wie der Allgemeinen Inneren Medizin oder der Allgemeinen Chirurgie. Auch hier sehen wir kaum relevante Veränderungen. Das ist daher besonders spannend, weil in diesen Leistungsgruppen besonders viele Krankenhaus-Fälle behandelt werden. Und weil es aus Sicht aller Expertinnen und Experten hier das größte Potenzial für die sogenannte Ambulantisierung gibt – also die Verlagerung von Krankenhausfällen in den vertragsärztlichen Bereich. Der „Lackmustest“ in NRW zeigt jetzt schon: Beim Thema Ambulantisierung wird die anstehende Krankenhausreform in ihrer bisherigen Ausgestaltung kaum Fortschritt bringen.

Schauen wir noch etwas näher auf dieses Thema: Wir haben analysiert, wie groß das Potenzial zur Verschiebung von Krankenhausfällen in den ambulanten Bereich ist (**Folie 5**). Dort können sie wesentlich günstiger und effizienter versorgt werden – nach Einschätzung der Expertinnen und Experten auch ohne Qualitätsverlust. Um das Potenzial zu ermitteln, hat das WIdO in einer Modellrechnung alle wissenschaftlichen Ansätze zur Verlagerung von Krankenhausfällen in den ambulanten Bereich gemeinsam betrachtet und jeden im Jahr 2024 abgerechneten Krankenhausfall auf dieser Basis überprüft.

Bundesweit wären von den insgesamt 15,2 Millionen Krankenhausfällen des Jahres 2024 etwa 8,6 Millionen Fälle „ambulantisierbar“. Mehr als 6,6 Millionen Fälle lassen sich unter dem Label „verlagerbare Fälle“ nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ clustern. Und etwa zwei Millionen Krankenhausfälle ließen sich bei einer besseren ambulanten Versorgung vermeiden. Wir reden hier über ein enormes Potenzial von 42 Prozent der Belegungstage im Krankenhaus und von 39 Prozent der Klinik-Ausgaben.

Der Report zeigt, dass in allen 16 Bundesländern mehr als die Hälfte der heute stationär versorgten Fälle ambulant versorgt werden könnten (**Folie 6**). Das regionale Spektrum des „Ambulantisierungspotenzials“ reicht von 53 Prozent der Krankenhausfälle in Bremen bis zu 58 Prozent in Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen.

Besonders wichtig ist, dass es hier vor allem um Leistungen der Grundversorgung geht. In diesem Versorgungsbereich weisen 58 Prozent der Fälle ein Ambulantisierungspotenzial auf (**Folie 7**). In den Versorgungsbereichen der Maximalversorgung und Spezialversorgung sind es 41 Prozent bzw. 29 Prozent. Der Bereich der Grundversorgung wurde durch die bisherige Krankenhausreform viel zu wenig berücksichtigt. Auch die NRW-Auswertung zeigt, dass sich gerade im Bereich der Grund- und Regelversorgung auf Basis der Leistungsgruppen bislang nicht viel bewegt hat. Das wäre aber enorm wichtig, um unsere Krankenhauslandschaft zukunftsfest aufzustellen, denn wir können unsere Pflegekräfte und finanziellen Ressourcen nur einmal einsetzen. Und wir legen mit den aktuellen Maßnahmen jetzt die Grundlage für die nächsten zehn bis 20 Jahre, denn Krankenhausstrukturen entwickeln sich sehr langsam.

Was also ist zu tun, um gerade im Bereich der Grundversorgung zu „ambulantisieren“ (**Folie 8**)? Ganz grob zeigt der Krankenhaus-Report drei Handlungsperspektiven auf:

1. Eine weitreichende Verlagerung von Fällen in ein ambulantes Setting, unter anderem durch konsequent umgesetzte „Kurzzeitfallpauschalen“, die jetzt im GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz verankert wurden.
2. Eine umfassende Notfallreform, die wirklich eigenständige Integrierte Notfallzentren (INZ) umfasst, um den Anreiz für stationäre Aufnahmen in der Notfallversorgung am Krankenhaus, auch Staubsaugereffekt genannt, zu beenden. Hier springt die jüngst auf den Weg gebrachte Reform noch zu kurz.
3. Eine verbesserte Primärversorgung, die noch auszuarbeiten ist. In diesem Zusammenhang müsste auch bei der Krankenhausreform noch mal nachgebessert werden: Die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SüV) sollten deutlich flexibler aufgestellt werden und unter anderem keine Verpflichtung zur stationären Leistungserbringung mehr haben.

Starken Nachbesserungsbedarf sehen wir außerdem bei der Vorhaltefinanzierung (**Folie 9**), die mit der Krankenhausreform eingeführt wird. Die Autoren des Krankenhaus-Reports zeigen, dass eine fallzahlunabhängige Vorhaltevergütung sinnvoll wäre. Die aktuelle Reform sieht allerdings weiter den Fallbezug vor – das heißt, man orientiert sich an den Fallzahlen aus der Vergangenheit und zementiert damit die bestehenden Strukturen. Mit diesem System schafft man auch keinen Anreiz zur Konzentration von Leistungen oder zur Ambulantisierung – und wird somit auch keinen Gewinn an Wirtschaftlichkeit erzielen. Um diesen grundlegenden Konstruktionsfehler der Reform zu beheben, sollte die Vorhaltefinanzierung grundlegend überarbeitet werden. Kurzfristig kann auf ein einfaches Startmodell – ohne Fallbezug, mit begrenztem Umfang und unter Berücksichtigung der ambulanten Potenziale, umgestellt werden. Langfristig sollten eine echte Bedarfsorientierung und eine Kopplung an die regionale Bevölkerungsstruktur angestrebt werden. Die Entwicklung eines geeigneten Instrumentariums ist im Gesetz zu verankern.

Zuletzt wollen wir noch einen Blick auf das Thema Pflegebudget werfen, das auch die FinanzKommission Gesundheit beschäftigt hat. Und das zu Recht, denn das Pflegebudget war nach unseren Analysen ein starker Treiber für Kosten im Krankenhausbereich. Seit dem Jahr 2020 können die Krankenhäuser sämtliche Kosten für Personalzuwachs direkt an die Krankenkassen weitergeben. Dieses neu eingeführte Prinzip der Selbstkostendeckung hat laut einer WIdO-Analyse zu einem starken Anstieg der Pflegekräfte in den Krankenhäusern von 297.000 im Jahr 2019 auf 350.000 im Jahr 2024 geführt (**Folie 10**). Wir sehen darüber hinaus auch ein überproportionales Wachstum der im Krankenhaus beschäftigten Altenpflegekräfte, während gleichzeitig in den Pflegeheimen und Pflegediensten ein verlangsamtes Wachstum des Pflegepersonals zu verzeichnen ist. Anders als im Krankenhausbereich ging dieser Rückgang des Wachstums im Bereich der Langzeitpflege nicht mit einer sinkenden Zahl der zu versorgenden Menschen einher. Das Wachstum des Pflegepersonals verteilt sich also zunehmend ungleich auf die Sektoren.

Auf der anderen Seite verzeichnen wir ein dynamisches Wachstum der Kosten von 19,4 Milliarden Euro im Jahr 2020 auf 26,1 Milliarden Euro im Jahr 2024 (**Folie 11**). In diesem Jahr ergibt sich aus den Forderungen der Krankenhäuser eine weitere Steigerung von zwölf Prozent. Neben diesen enormen Kostensteigerungen sehen wir infolge des Pflegebudgets systemische Probleme wie verlangsamte Budgetverhandlungen zwischen Kassen und Krankenhäusern sowie Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen dem Fallpauschalen-System und dem Pflegebudget.

Im Beitragsstabilisierungsgesetz der Koalition ist vorgesehen, die Zuwächse beim Pflegebudget zu begrenzen. Das ist eine sinnvolle Maßnahme zur kurzfristigen Eindämmung der stetig steigenden Kosten. Sie behebt jedoch nicht die systemischen Fehlanreize und Zielkonflikte, die durch das Prinzip der Selbstkostendeckung entstanden sind. Das Pflegebudget muss daher vollständig durch ein anderes Vergütungsinstrument der Pflege im Krankenhaus abgelöst werden, das einerseits einen systemeffizienten Ressourceneinsatz ermöglicht und andererseits auch die Abbildung des Pflegebedarfs sowie mittelfristig der Pflegequalität ermöglicht (**Folie 12**). Grundlage für alle denkbaren, neuen Systeme, die diese Anforderungen erfüllen, ist die verbindliche Dokumentation von Pflegediagnosen und Pflegeleistungen. Diese sind daher schnellstmöglich gesetzlich auf den Weg zu bringen.

Damit komme ich zu meinem Fazit (**Folie 13**): Die Krankenhausreform in ihrer jetzigen Form wird nicht ausreichen, um die Herausforderungen einer alternden Gesellschaft und einer sich dramatisch verschärfenden Ressourcenknappheit zu meistern. Sowohl in Bezug auf die Versorgungsstrukturen als auch bei der Finanzierung besteht weiterhin großer Reformbedarf.

Konkret zeigt die „Blaupause NRW“, dass die neu eingeführten Leistungsgruppen eine gute Grundlage bilden, um planerische Wirksamkeit zu erreichen. Ausschlaggebend ist jedoch die konsequente Umsetzung. Darauf wird auch Prof. Alexander Geissler in seinem anschließenden Vortrag noch näher eingehen.

Außerdem müssen wir die sogenannte Ambulantisierung dringend konsequenter angehen. Sonst wird „falsch-hoch“ geplant und vergütet – mit entsprechenden Konsequenzen für die Finanzierbarkeit des Systems und den sich verschärfenden Fachkräftemangel.

Last but not least muss auch die Vergütungsreform neu gedacht werden: Weder die Vorhaltevergütung noch das Pflegebudget setzen die richtigen Anreize, die aktuellen Regelungen sind ineffizient und werden zu einem weiteren Anstieg der Kosten führen.

Viele Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Reformperspektiven

Krankenhaus-Report 2026

Pressekonferenz zum Erscheinen des Krankenhaus-Reports 2026

Berlin, 6. Mai 2026

Dr. David Scheller-Kreinsen

Krankenhaus-Report 2026 beleuchtet Reformperspektiven in unterschiedlichen Dimensionen

Themenschwerpunkte des Krankenhaus-Reports 2026:

- Reformperspektiven für die **Krankenhausstrukturen**
- Reformperspektiven für **Ambulantisierung und sektorenübergreifende Versorgung**
- Reformperspektiven für **Finanzierung und Vergütung**



NRW hat als erstes Bundesland seine Krankenhausplanung auf Leistungsgruppen umgestellt

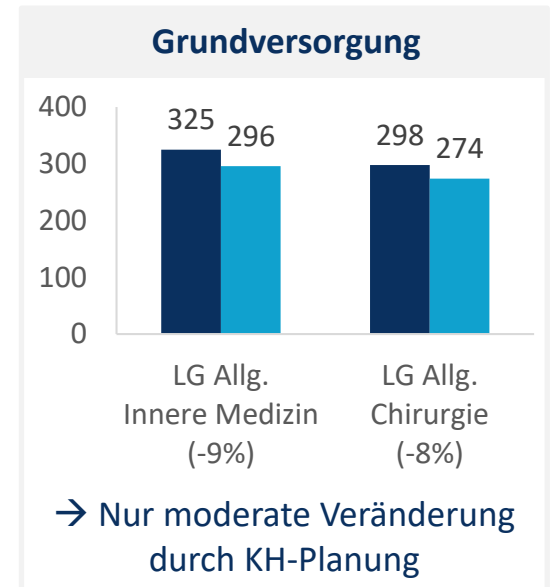
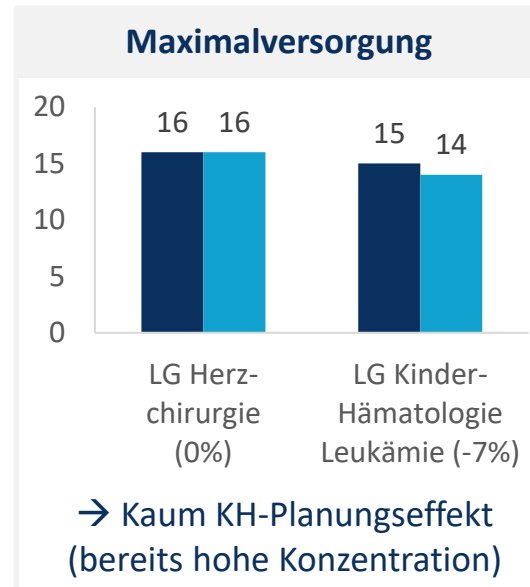
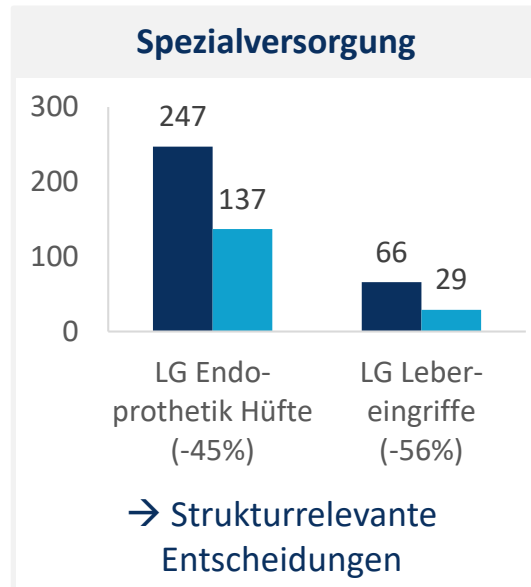


(1) Für einige Leistungsgruppen galten noch Übergangsfristen. Seit 01.01.2026 vollständige Umsetzung des NRW-Krankenhausplans.
Quelle: Krankenhaus-Report 2026 (Kapitel 4)

Unterschiedliche Wirkungen der NRW-KH-Planung je nach Versorgungsbereich

NRW-KH-Planung: Anzahl der Standorte nach Versorgungsbereich und Leistungsgruppe (Auswahl)

■ Standorte Versorger 2019 ■ Standorte Versorger 2025

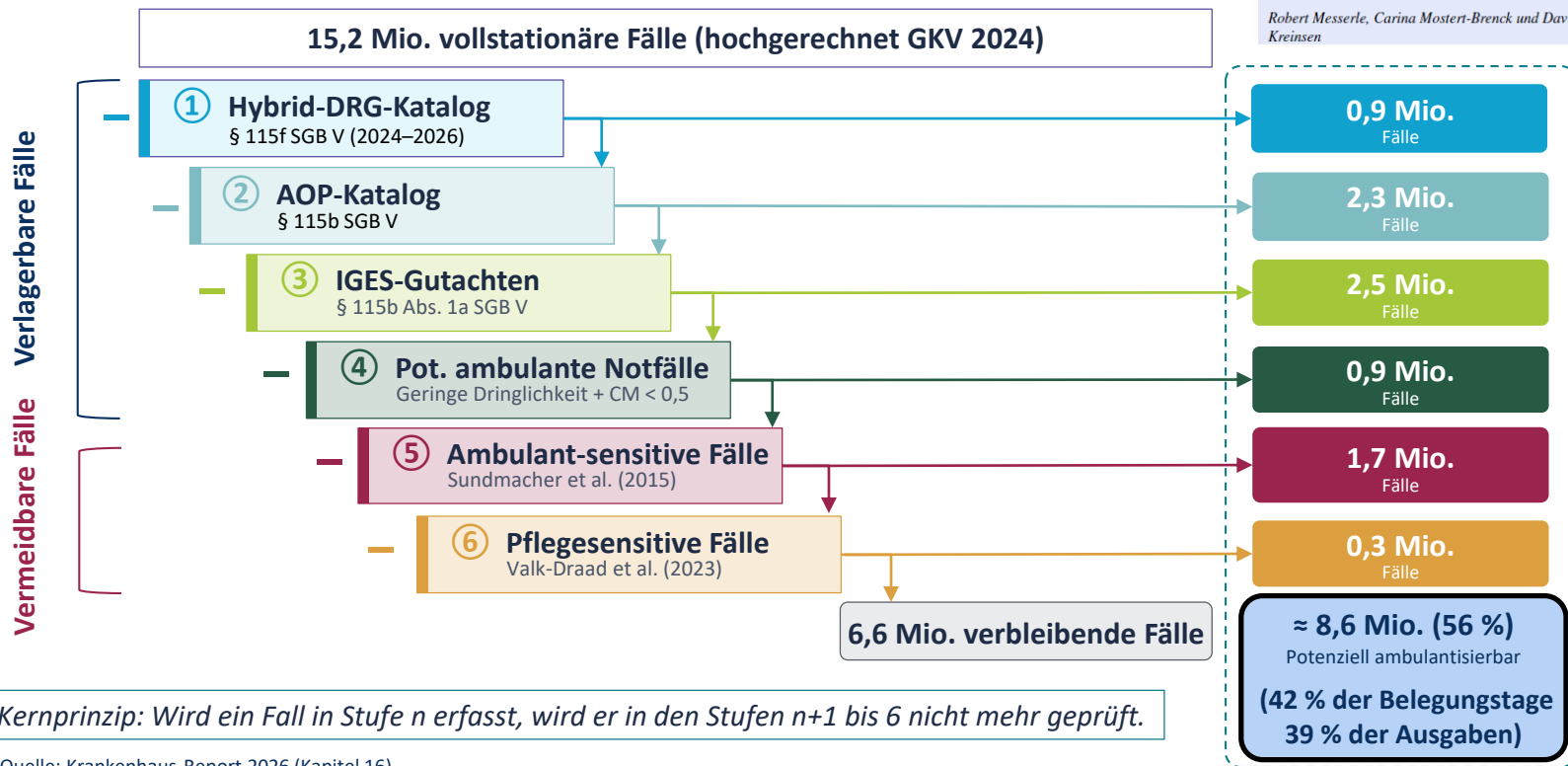


Anmerkung: LG - Leistungsgruppe
Quelle: Krankenhaus-Report 2026 (Kapitel 4)

8,6 Mio. Krankenhausfälle potenziell ambulantisierbar

Ambulantes Potenzial der Leistungsgruppen im Krankenhaus: Eine routinedatenbasierte Gesamtanalyse

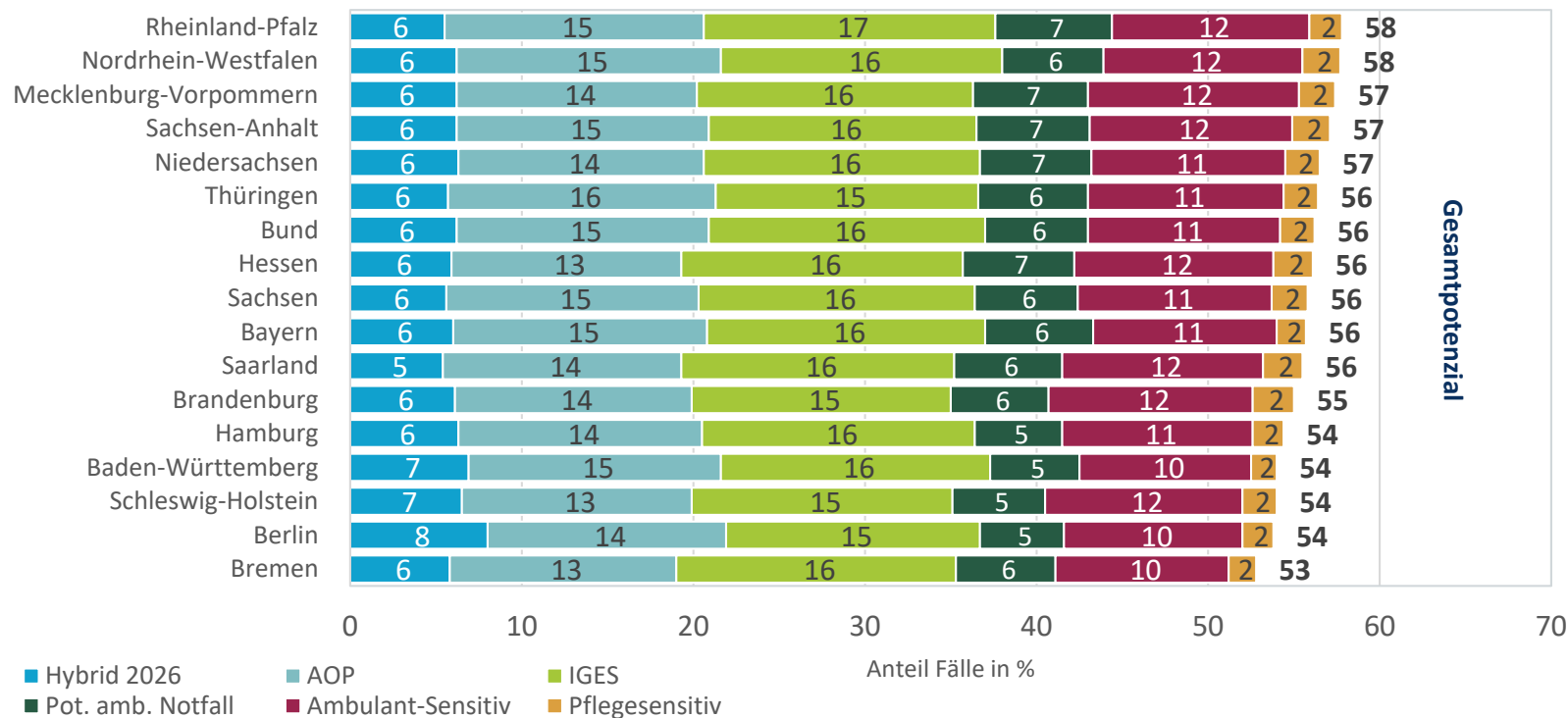
Robert Messerle, Carina Mostert-Brenck und David Scheller-Kreinsen



Quelle: Krankenhaus-Report 2026 (Kapitel 16)

Reformbedarf besteht über alle Bundesländer hinweg

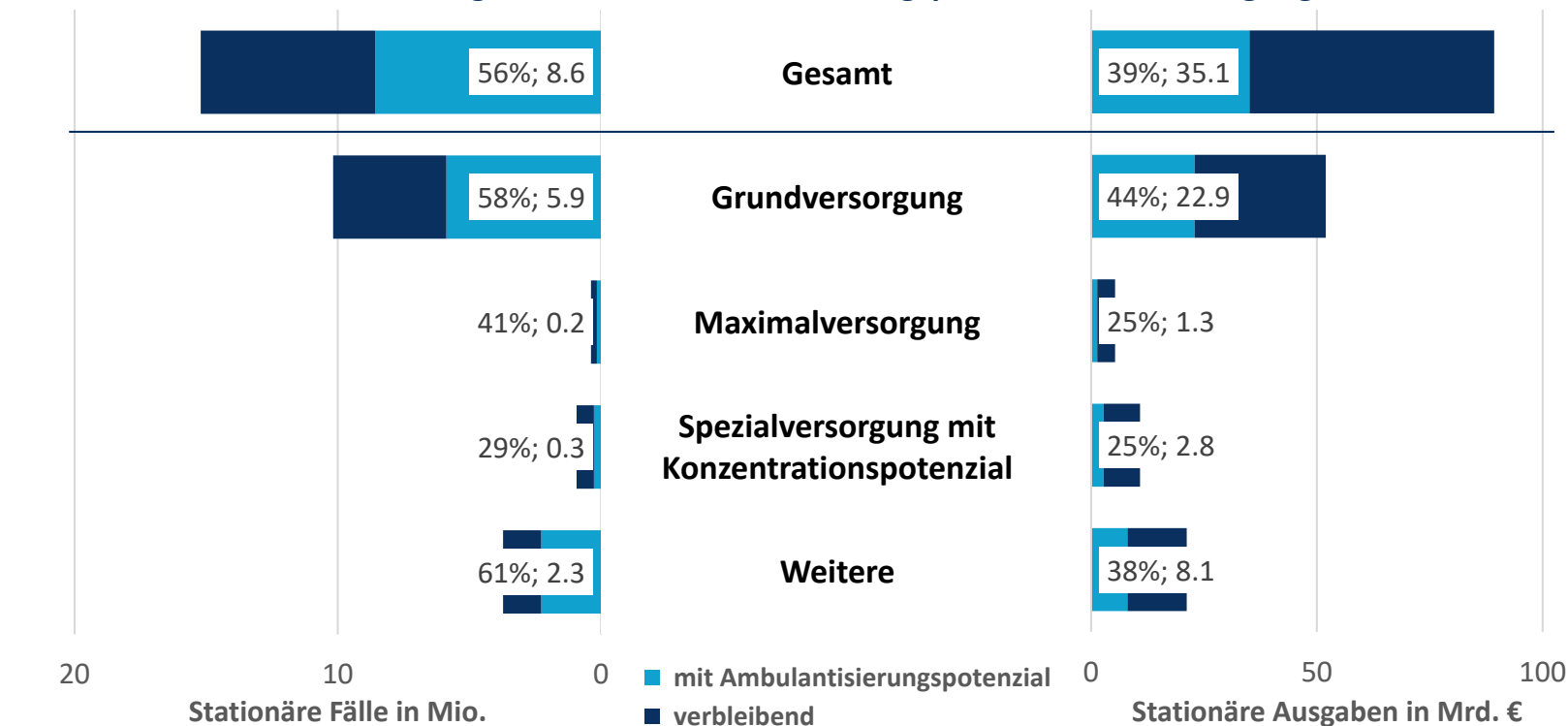
Fallbezogenes Ambulantisierungspotenzial nach Bundesländern und Ansätzen



Quelle: Krankenhaus-Report 2026 (Kapitel 16)

Das Ambulantisierungspotenzial ist je nach Versorgungsbereich unterschiedlich hoch

Fallzahlen und Ausgaben nach Ambulantisierungspotenzial und Versorgungsbereich



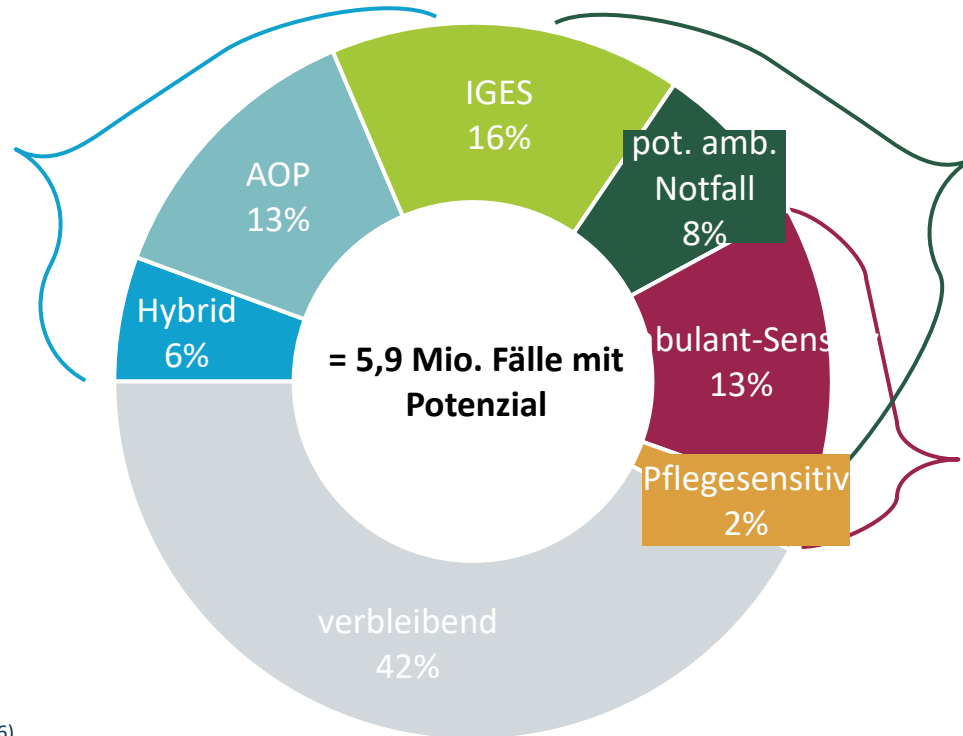
Quelle: Krankenhaus-Report 2026 (Kapitel 16)

Drei Handlungsperspektiven, um die unterschiedlichen Ambulantisierungspotenziale der Grundversorgung zu heben

Ambulantisierungspotenziale in Leistungsgruppen der Grundversorgung

Ambulante Erbringung elektiver Eingriffe

u. a. durch stringente Umsetzung der „Kurzzeitpauschalen“



Notfallreform

u. a. durch eigenständige INZs

Verbesserte Primärversorgung und Pflege

u. a. durch flexible SüV – ohne verpflichtende stationäre Versorgung

Geplante Vorhaltefinanzierung verfehlt die eigentlichen Ziele

Geplante Regelung

- Ab 2028 schrittweise: 60% der Vergütung erfolgt unabhängig von der Leistungsmenge (inkl. Pflegebudget)
- Festlegung erfolgt standortindividuell und mit Koppelung an historische Leistungsmenge/Kosten

Bewertung

- **Verfehlt die** mit dem Gesetzgebungsprozess verbundenen **Ziele**
 - **Entkopplung von der Leistungsmenge**
 - **Anreiz für bedarfsorientierte Modernisierung der Strukturen**
- Kein Beitrag zur Konzentration, Ambulantisierung und Qualitätssteigerung

**Die Vorhaltevergütung im
Lichte des KHVVG**

Andreas Schmid und Volker Ulrich

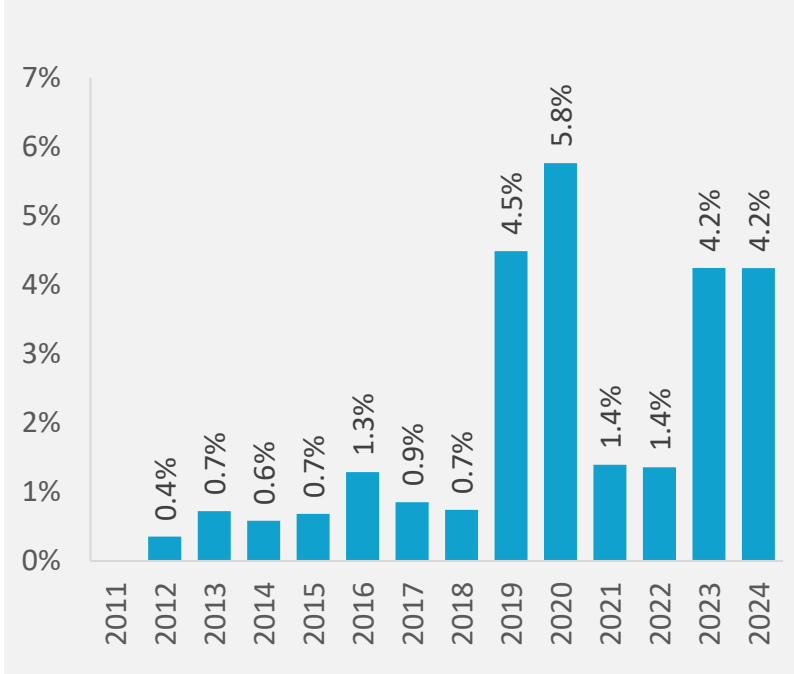
Reformvorschlag

- **Lösung vom Fall, Startmodell** mit einer eher niedrig angesetzten Vorhaltevergütung
- Sukzessive Erweiterung inklusive Berücksichtigung der Ambulantisierungspotenziale, **Koppelung** an die **regionale Bevölkerung** und **Morbidität**

Quelle: Krankenhaus-Report 2026 (Kapitel 11)

Deutliche Zunahme der Vollkräfte im Pflegedienst seit der Einführung des Pflegebudgets

Pflegedienst: VÄR Vollkräfte zum Vorjahr, in %⁽¹⁾



(1) Vollkräfte im direkten Beschäftigungsverhältnis, nur Somatik.
Quelle: Krankenhaus-Report 2026 (Kapitel 13)

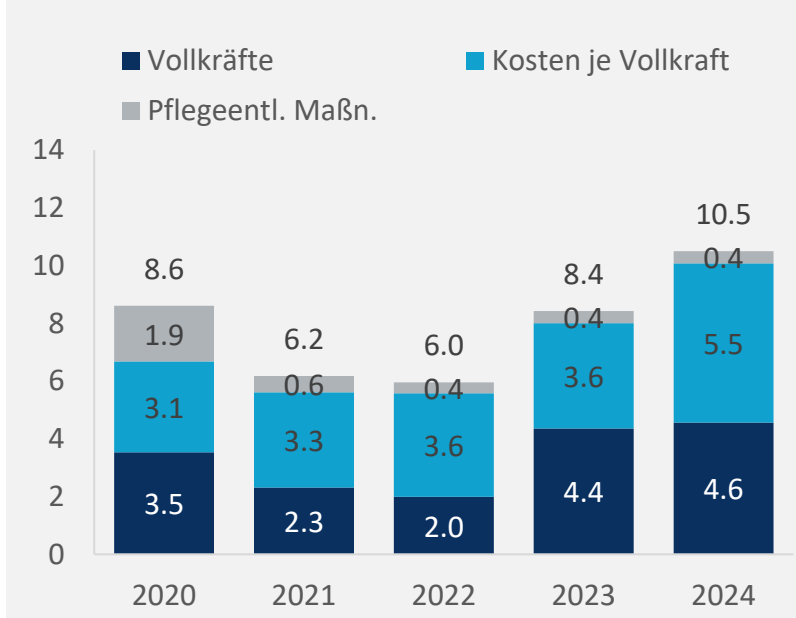
- Deutlicher **Pflegepersonalzuwachs** 2019 bis 2024: Vollkräfte steigen von 297.000 auf 350.000 (+50.000 VK; +18%)
[bei gesunkenen Fallzahlen seit 2020]
- Überproportionales Wachstum **Altenpfleger im Krankenhaus**: von 6.000 VK (2019) auf 14.700 VK (2024; Anteil 4%)
- Verlangsamtes Wachstum Pflegepersonal in der **Langzeitpflege**: durchschnittliches jährliches Wachstum in der amb. Pflege sinkt von 5,4% (2009-2019) auf 2,0% (2019-2023) (stat. Pflege von 2,6% auf 0,8%)
[kein Rückgang der Pflegebedürftigen]

**Das Pflegebudget
im sechsten Jahr
der Umsetzung: Ein
Zwischenfazit**

*Corinna Hentscher, Carina Mostert-Brenck und
David Scheller-Kreinsen*

Seit der Einführung des Pflegebudgets im Jahr 2020 unterliegt es einem dynamischen jährlichen Wachstum

Zusammensetzung Kostensteigerung Pflegebudget, Veränderung zum Vorjahr in %⁽¹⁾



- **Dynamisches Wachstum** des Pflegebudgets: von 19,4 Mrd. € (2020) auf 26,1 Mrd. € (2024), mit jährlichen Zuwächsen von über 8% (2023) und über 10% (2024)
- **Systemische Fehlanreize**
 - Tätigkeitsverlagerung – Übernahme von pflegefernen Tätigkeiten (unter Qualifikationsniveau)
 - Verlangsamte Budgetverhandlungen
 - Abgrenzungsprobleme zwischen aG-DRG-System und Pflegebudget

(1) N = 969. Steigerung der pflegeentl. Maßnahmen (PEM) um 2% im Jahr 2020 nur Basiseffekt, da PEM 2019 noch nicht in der Basis enthalten sind.
Quelle: Krankenhaus-Report 2026 (Kapitel 13)

Selbstkostendeckung des Pflegebudgets muss weiterentwickelt werden

- Pflegebudget hat kurzfristig politisch intendierten Personalaufbau befördert, aber Zielkonflikte verschärft
 - Weiterentwicklung des Pflegebudgets erforderlich inklusive Ablösung der reinen Selbstkostendeckung
 - **Kurzfristige Maßnahmen** zur Dämpfung Ausgabensteigerung und Vermeidung von Fehlanreizen zwingend notwendig
 - **Langfristige Lösung** für Pflegefinanzierung muss entwickelt werden
 - Verständigung über relevante Zielparameter notwendig
 - Vorschlag:
 - Systemeffizienter Fachkräfteeinsatz
 - Abbildung des Pflegebedarfs
 - Perspektivisch: Abbildung von Pflegequalität
- Verbindliche Einführung und Dokumentation von Pflegediagnosen und Pflegeleistungen, die dann auch als Grundlage für ein neues Vergütungssystem genutzt werden können

Quelle: Krankenhaus-Report 2026 (Kapitel 13)

Fazit

- Die Reform ist nicht ausreichend, um die Herausforderungen einer alternden Gesellschaft und einer sich dramatisch verschärfenden Ressourcenknappheit zu meistern. Es besteht sowohl hinsichtlich der Versorgungsstrukturen als auch bei der Finanzierung weiterhin großer Reformbedarf.
- Blaupause NRW zeigt – Leistungsgruppen sind eine gute Basis, aber konsequente Umsetzung ist entscheidend (vgl. auch nachfolgend Prof. Geissler).
- Die Ambulantisierung muss konsequenter angegangen werden. Sonst wird falsch-hoch geplant und vergütet – mit entsprechenden Konsequenzen für die Finanzierbarkeit des Systems und den Fachkräftemangel.
- Die Vergütungsreform muss neu aufgestellt werden: Weder die Vorhaltevergütung noch das Pflegebudget setzen die richtigen Anreize für eine Modernisierung der Strukturen und sind in jetziger Ausgestaltung systemineffizient.

Vielen Dank

Dr. David Scheller-Kreinsen

David.Scheller-Kreinsen@wido.bv.aok.de

Pressekonferenz „Krankenhaus-Report 2026“ des AOK-Bundesverbandes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)

Mittwoch, 6. Mai 2026, Berlin

Statement von Prof. Alexander Geissler

Professor für Gesundheitsökonomie, -Politik und -Management,
School of Medicine, Universität St. Gallen, Schweiz

Es gilt das gesprochene Wort.

Sehr geehrte Damen und Herren,

Leistungsgruppen sind als zentrales Steuerungselement der Krankenhausplanung in der Versorgungsrealität angekommen. Sie sollen die Erreichung der drei zentralen Ziele der Krankenhausplanung, namentlich Erreichbarkeit (wohnnah und bedarfsgerechte Versorgung), Versorgungsqualität (hochwertige medizinische Leistungen) gewährleisten und Wirtschaftlichkeit (effizienter Einsatz von vorhandenen Ressourcen) unterstützen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass zwischen den genannten Zielen einige Konflikte auftreten können, da zum Beispiel mehr Spezialisierung die Qualität verbessern, aber gleichzeitig die Erreichbarkeit verschlechtern kann.

Die aktuell vorgesehenen 61 Leistungsgruppen (KHVVG und KHAG) dienen einerseits der Vergabe von Versorgungsaufträgen durch die Bundesländer und sind andererseits zugleich Voraussetzung für den Zugang zur neuen Vorhaltevergütung. Diese neue Verknüpfung von Planung und Vergütung kann dazu beitragen, Versorgung besser zu steuern und Ressourcen gezielt einzusetzen.

Es stellt sich jedoch die Frage, ob die aktuellen Leistungsgruppen geeignet sind, um Qualität, Erreichbarkeit und Wirtschaftlichkeit zu verbessern. Vor diesem Hintergrund haben wir in Kapitel 3 des Krankenhaus-Reports 2026 untersucht, inwieweit die aktuelle Ausgestaltung der Leistungsgruppen geeignet ist, die Ziele der Krankenhausplanung – Erreichbarkeit, Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit – zu unterstützen.

Hierzu haben wir die somatischen Leistungsgruppen in Deutschland, insbesondere aus Nordrhein-Westfalen und auf Bundesebene, systematisch mit den seit 2012 etablierten und mehrfach weiterentwickelten Leistungsgruppen des Kantons Zürich verglichen. Der Fokus liegt dabei auf der Granularität der Leistungsgruppen, ihrer medizinischen Homogenität sowie den verknüpften Qualitätsanforderungen.

Der Vergleich mit der Schweiz zeigt, dass eine höhere Granularität und medizinische Homogenität der Leistungsgruppen eine präzisere Leistungssteuerung und bessere Verknüpfung mit Qualitätsanforderungen ermöglicht. In Deutschland sind mehrere Leistungsgruppen bislang sehr breit gefasst, was ihre planerische Steuerungswirkung einschränkt und Zielkonflikte zwischen Qualität, Erreichbarkeit und Wirtschaftlichkeit begünstigt. Eine höhere Granularität der Leistungsgruppen könnte darüber hinaus die Vorhaltefinanzierung gezielter auf komplexe Leistungen und weniger Standorte konzentrieren, während breit definierte Leistungsgruppen bestehende Strukturen verfestigen. Da die Höhe der Vorhaltefinanzierung weiterhin auf DRG-Ebene bestimmt wird, ist der Einfluss der Leistungsgruppenstruktur bislang unklar. Für eine Weiterentwicklung der Leistungsgruppen sind daher simulationsbasierte Auswirkungsanalysen erforderlich, um Fehlsteuerungen in Planung und Finanzierung zu vermeiden.

Die Qualitätsvorgaben der Leistungsgruppen sind der zentrale Hebel zur Leistungssteuerung und Verringerung von Qualitätsvariation.

In Deutschland wurden mit dem KHAG zahlreiche Struktur- und Qualitätsvorgaben der mit dem KHVVG beschlossenen Leistungsgruppen aufgeweicht, unter anderem durch bis sechs Jahre lange Übergangsfristen. Ein zentraler und umstrittener Aspekt der öffentlichen Debatte ist daher die Flexibilisierung der leistungsgruppenbezogenen Qualitätsvorgaben auf Landesebene. Vor diesem Hintergrund lohnt ein Blick in die Schweiz. Dort sind Anforderungen an die Leistungsgruppen und insbesondere Qualitätsvorgaben seit der schrittweisen Einführung 2012 nicht national vorgegeben, sondern kantonale unterschiedlich. Der Kanton Zürich nahm hierbei eine Pionierrolle ein. Die übrigen Kantone waren und sind frei, diese Vorgaben zu übernehmen, zu adaptieren oder auf deren Einführung zu verzichten. Durch die Analyse der kantonalen Anforderungen am Beispiel verschiedener Regelungen zu den Mindestfallzahlen sowie deren tatsächliche Umsetzung ist es das Ziel des Beitrags in Kapitel 9 des Krankenhaus-Reports, Empfehlungen für Deutschland abzuleiten.

Grundlage für die Analyse ist eine detaillierte Auswertung kantonalen Spitalplanungsunterlagen sowie eine quantitative Analyse aggregierter Fallzahlen aus der medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Schweizer Bundesamts für Statistik im Vergleich zu den vom Kanton Zürich festgelegten Mindestfallzahlen. Zur Einordnung der beobachteten kantonalen Unterschiede haben wir ergänzend Interviews mit kantonalen Akteuren der Spitalplanung geführt.

Die von Zürich entwickelte Vorlage wurde von vielen Kantonen aufgegriffen, jedoch in unterschiedlicher Weise umgesetzt. Von den 26 Schweizer Kantonen haben zehn Mindestfallzahlen mit Schwellenwerten auf Operateurs- und Krankenhausebene eingeführt, während elf Kantone Mindestmengen nur auf Krankenhausebene anwenden. Fünf Kantone verzichten vollständig auf Mindestmengenregelungen. Insgesamt werden in den Kantonen mit Mindestmengen-Vorgaben für 33 Leistungsgruppen definiert. Die Analyse ausgewählter Leistungsgruppen zeigt, dass kantonale Abweichungen nicht nur die Frage der Anwendung von Mindestmengen betreffen, sondern auch deren konkrete Höhe und Ausgestaltung.

Die Interviews zeigen, dass diese Variation insbesondere durch strukturelle Faktoren wie die Siedlungsstruktur, Topographie und damit Erreichbarkeitsziele (z. B. ländliche und gebirgige Regionen) sowie durch politischen Druck und öffentliche Diskussionen erklärt werden können. Zudem befinden sich die Kantone häufig in einem Zielkonflikt, da sie zugleich Planer, Finanzierer und teilweise Eigentümer von Krankenhäusern sind. Das kann zu Interessenkonflikten hinsichtlich der konsequenten Durchsetzung von Mindestmengen führen. Die Schweizer Erfahrungen deuten darauf hin, dass eingeräumte Spielräume zur Anpassung von Qualitätsvorgaben in der Praxis auch genutzt werden. Das hat in der Schweiz zu einem Flickenteppich von Qualitätsvorgaben geführt. Weiterhin gibt es als Konsequenz in vielen Kantonen Standorte mit sehr kleinen Fallzahlen – die sogenannte Gelegenheitsversorgung. Für die deutsche Reformdiskussion ist daher genau abzuwägen, ob und für welche Leistungsgruppen eine Flexibilisierung von Qualitätsvorgaben ermöglicht werden soll und wie diese konkret ausgestaltet werden kann, um den angestrebten leistungs- und qualitätsorientierten Wandel der Krankenhauslandschaft nicht zu gefährden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Universität St.Gallen

School of Medicine

Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und Flexibilisierung von Qualitätsvorgaben - Impulse aus der Schweiz -

Prof. Dr. Alexander Geissler
Chair of Health Economics, Policy and Management
School of Medicine, University of St. Gallen

From insight to impact.

“Leistungsgruppen sind als zentrales Steuerungselement der Krankenhausplanung in der Versorgungsrealität angekommen”

Hintergrund und Ziele der Krankenhausplanung

Drei zentrale Ziele der Krankenhausplanung

- Erreichbarkeit: wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung sichern
- Versorgungsqualität: hochwertige medizinische Leistungen gewährleisten
- Wirtschaftlichkeit: effizienter Einsatz von vorhandenen Ressourcen

Zielkonflikt: Mehr Spezialisierung verbessert Qualität, kann aber Erreichbarkeit verschlechtern.

Aktuell 61 Leistungsgruppen in Deutschland (KHVVG und KHAG)

- Vergabe von Versorgungsaufträgen
- Zugang zur Vorhaltevergütung
- Ziel: Konsistente Krankenhausplanung und Finanzierung

Frage: Sind die aktuellen Leistungsgruppen geeignet, Qualität, Erreichbarkeit und Wirtschaftlichkeit zu verbessern?

Leistungsgruppen und wesentliche Unterschiede DE und CH

Vorteile von Leistungsgruppen

- medizinisch homogene Leistungen werden zusammengefasst
- spezifische Qualitätsanforderungen können besser definiert werden
- gezielte Bedarfsanalyse und Versorgungsplanung möglich
- Förderung von Spezialisierung und Qualitätswettbewerb

Beispiel:

Endoprothetik → Mindestfallzahlen sinnvoll definierbar

Allgemeine Chirurgie → zu breit für gezielte Qualitätssteuerung

LG-Systematik in DE (NRW)

- 30 Leistungsbereiche
- 60 Leistungsgruppen (Bund: 61 LG)

Merkmale:

- allgemeine LG: z. B. Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie
- spezifische LG: über ICD- und OPS-Codes definiert

Problem: ca. 55 % aller Fälle liegen in allgemeinen LG

LG-Systematik in CH (Zürich)

- 26 Leistungsbereiche
- 152 Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG)

Merkmale:

- deutlich höhere Granularität
- komplexe Leistungen gezielt differenziert
- Intensivmedizin als Qualitätsanforderung, keine LG
- nationale Planung hochspezialisierter Medizin (IVHSM)

Ergebnis: präzisere Steuerung komplexer Leistungen

Mehr Granularität ermöglicht gezielte Steuerung komplexer Leistungen

Tab. 3.2 (SP)LG des (SP)LB Urologie

NRW (Deutschland)					Kanton Zürich (Schweiz)				
LG	Name	Ebene	Fallzahl (2024)	% der Gesamtfallzahl	SPLG	Name	Ebene	Fallzahl (2024)	% der Gesamtfallzahl
20.1	Urologie	Spezifisch	198,898	4,41	URO1	Urologie ohne Schwerpunktstitel ,Operative Urologie'		20,418	4,17
					URO1.1	Urologie mit Schwerpunktstitel ,Operative Urologie'		3,158	0,65
					URO1.1.1	Radikale Prostatektomie		1,832	0,37
					URO1.1.2	Radikale und einfache Zystektomie (IVHSM)	IVHSM	264	0,05
					URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)		424	0,09
					URO1.1.4	Isolierte Adrenalektomie		178	0,04
					URO1.1.7	Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters		118	0,02
					URO1.1.8	Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial		186	0,04
					URO1.1.9	Retroperitoneale Lymphadenektomie bei Hodentumoren nach Chemotherapie (IVHSM)	IVHSM	4	0,00

Qualitätsanforderungen

Deutschland

- Facharztanzahl
- sachliche Ausstattung
- Mindestfallzahlen (separat geregelt)
- eigene LG Intensivmedizin

Schweiz

- Verfügbarkeitslevel
- Intensivstation-Level
- Notfalldienst-Level
- Mindestfallzahlen direkt in SPLG integriert
- Enge Verbindung zwischen Leistung und Qualitätskriterien

Tab. 3.4 Vergleich (SP)LG-spezifischer Anforderungen

Anforderung	Deutschland (Beschluss Leistungsgruppen-Ausschuss; August 2025)	Zürich (Schweiz; 2024)
Erbringung verwandter (SP)LG		
Standort	Je nach LG	Je nach SPLG
Kooperation	Je nach LG	Je nach SPLG
Sachliche Ausstattung	Je nach LG	–
Personelle Ausstattung		
Qualifikation	Je nach LG	Je nach SPLG
Verfügbarkeit	Je nach LG	4 Level – je nach SPLG
Mindestfallzahlen ¹	– ¹	Spitallevel: 33 SPLG ² ; Operateurslevel 10 SPLG ²
Notfalldienst/-organisation	–	4 Level – je nach SPLG
Überwachungs- oder Intensivstation	Eigene LG	3 Level – je nach SPLG
Sonstige Struktur- und Prozessvorgaben	Je nach LG (z. B. Pflegepersonaluntergrenzen, Qualitätssicherungs-Richtlinien, Tumorboards)	Je nach SPLG (z. B. Tumorboards, Qualitätsprogramme)

Auswirkungen der LG-Definition auf Vorhaltefinanzierung

- KHVVG und KHAG reformieren die stationäre Vergütung
 - Teil der DRG-Vergütung wird zur Vorhaltefinanzierung umgestellt
- Krankenhäuser erhalten Mittel abhängig vom Leistungsgruppen (LG)-Umfang und Versorgungsauftrag
- LG übernehmen neben Planung auch eine Finanzierungsfunktion → Zugang zum Vorhaltebudget
- Granularität der LG entscheidend:
 - Höhere Differenzierung → gezieltere Mittelverteilung
 - Fokus auf komplexe Leistungen, weniger Standorte
- Anpassungen der LG-Struktur erfordern Simulationen und Wirkungsanalysen
 - Bundesländer müssen Versorgungsaufträge strategisch und standortgenau planen
- Versorgungsaufträge auf Grundlage derzeitiger LG-Systematik könnten bestehende Strukturen verfestigen
 - Weiterentwicklung der LG-Systematik notwendig

“Qualitätsvorgaben der Leistungsgruppen sind der zentrale Hebel zur Leistungssteuerung und Verringerung von Qualitätsvariation”

Mindestfallzahlen sind wissenschaftlich begründet, aber schwer optimal festzulegen

Qualitätsvorgaben zur Leistungssteuerung

- Reformdiskussion in Deutschland (KHVVG/KHAG)
- Zentrale Frage: Einheitliche vs. flexible Qualitätsvorgaben
- Erfahrungen aus der Schweiz zu Mindestfallzahlen

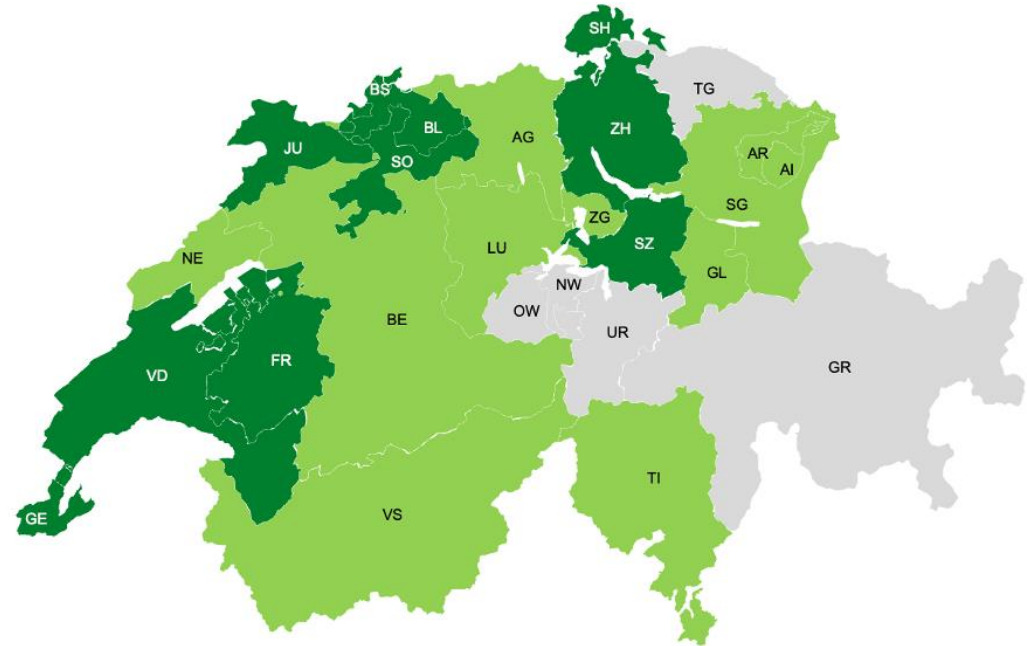
Mindestfallzahlen als Instrument der Qualitätssicherung

- Mindestfallzahlen für ausgewählte Leistungen
- Ziel: Verbesserung der Behandlungsqualität
- Evidenz: Volume-Outcome-Zusammenhang für viele aber längst nicht alle Prozeduren
- Schwellenwerte empirisch unsicher und oftmals normativ gesetzt

Flexibilisierung führt zu deutlicher Heterogenität

Starke kantonale Variation

- 10 Kantone: Spital- und Operateursebene (dunkelgrün)
- 11 Kantone: Spitalebene (hellgrün)
- 5 Kantone: keine Mindestfallzahlen (grau)
- Anpassungen betreffen:
 - Anwendung
 - Höhe der Schwellenwerte
 - Einzelne Leistungsbereiche
- Führt zu geringerer Leistungskonzentration und niedrigen Fallzahlen in einigen Regionen



Zentrales Spannungsfeld: Qualität vs. Zugang zur Versorgung

Gründe für Anpassungen in der Schweiz

Strukturelle Faktoren:

- ländliche Regionen, Topographie, Zugang

Politische Faktoren:

- Sicherung von Krankenhausstandorten

Institutionelle Rolle:

- Kantone = Planer + Finanzierer + Eigentümer



Implikationen für Deutschland

- Die Möglichkeit zur Flexibilisierung von Qualitätsvorgaben wird in der Praxis genutzt
- Risiko: Uneinheitliche Qualitätsstandards und damit Zementierung von Qualitätsvariation
- Chance: höhere politische Umsetzbarkeit

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Prof. Dr. Alexander Geissler

Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie, -Politik und -Management

alexander.geissler@unisg.ch



Universität St.Gallen (HSG)
School of Medicine
St. Jakob-Strasse 21
9000 St.Gallen

med.unisg.ch

Akkreditierungen

