

Ist die Krankenhausversorgung noch gesichert?

Erkenntnisse vor dem Hintergrund der Reformen im Gesundheitswesen

Welttag der Patientensicherheit, Berlin, 17. September 2026

Agenda

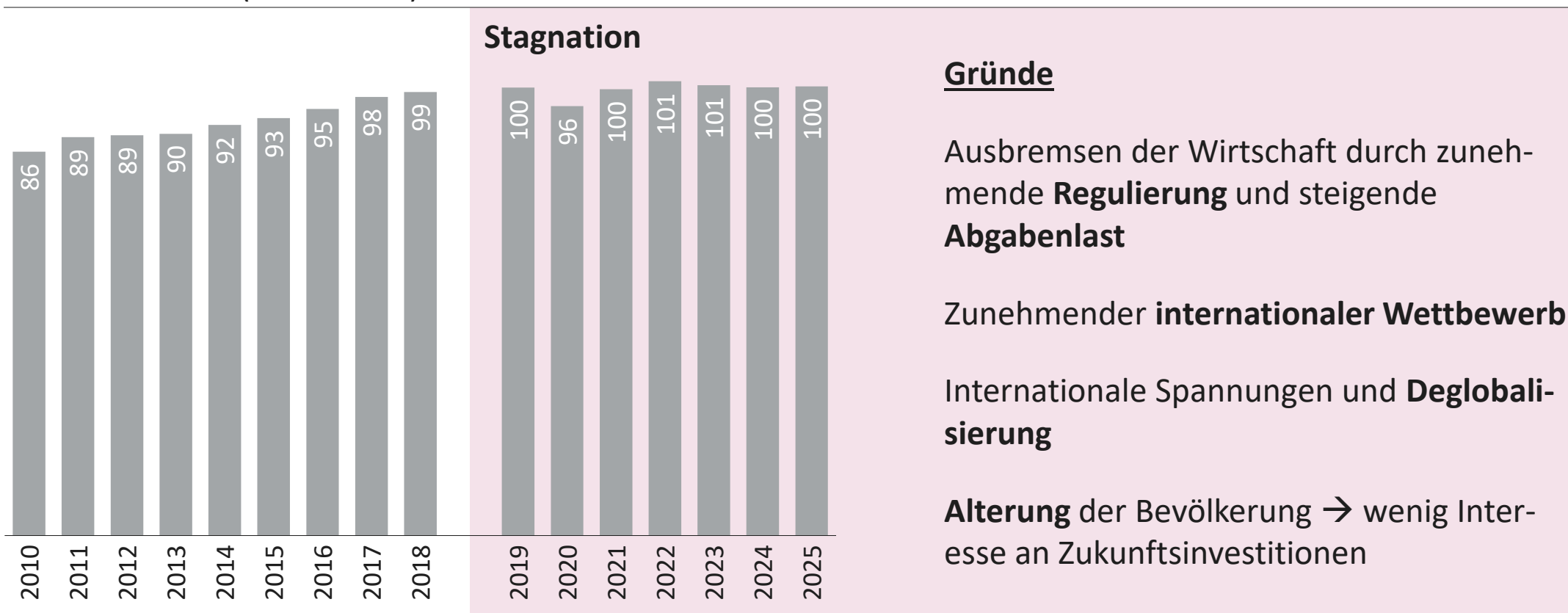


Wo stehen wir?

Was tun?

Seit 2019 tritt die deutsche Wirtschaft auf der Stelle

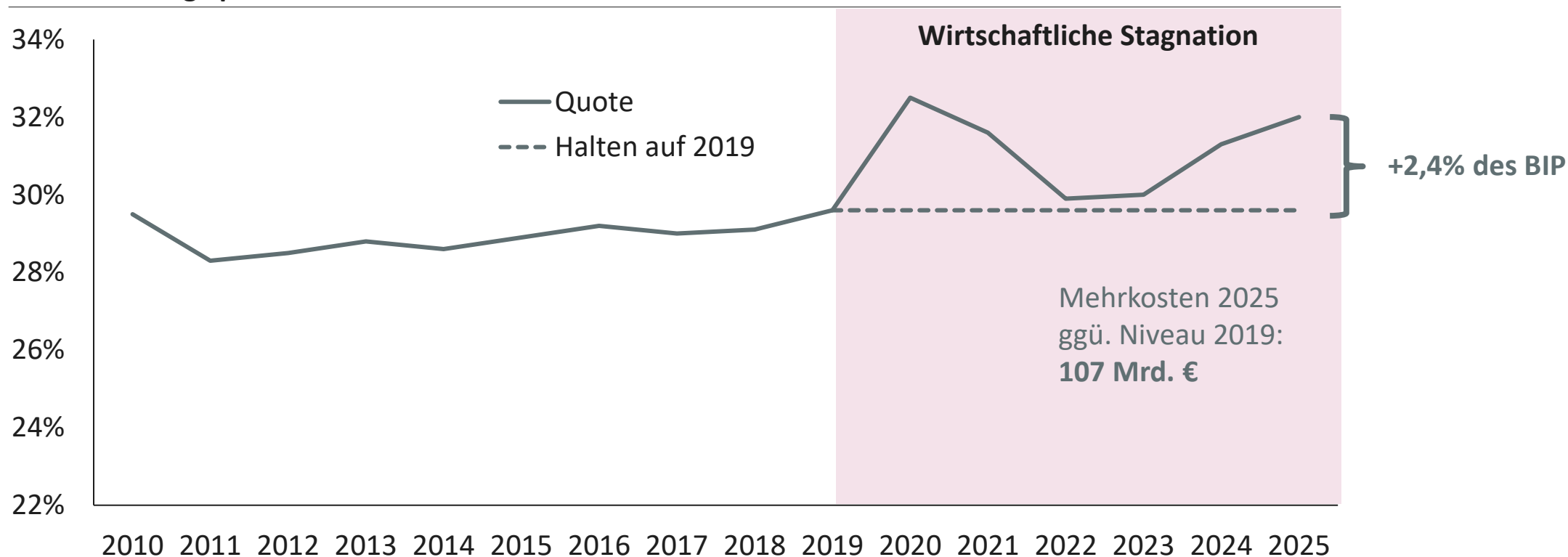
BIP-Wachstum (2019 = 100)⁽¹⁾



(1) BIP preisbereinigt, Kettenindex
Quelle: hcb, Statistisches Bundesamt – Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung des Bundes (2026)

Dagegen sind die Sozialleistungen und damit die Sozialleistungsquote gestiegen

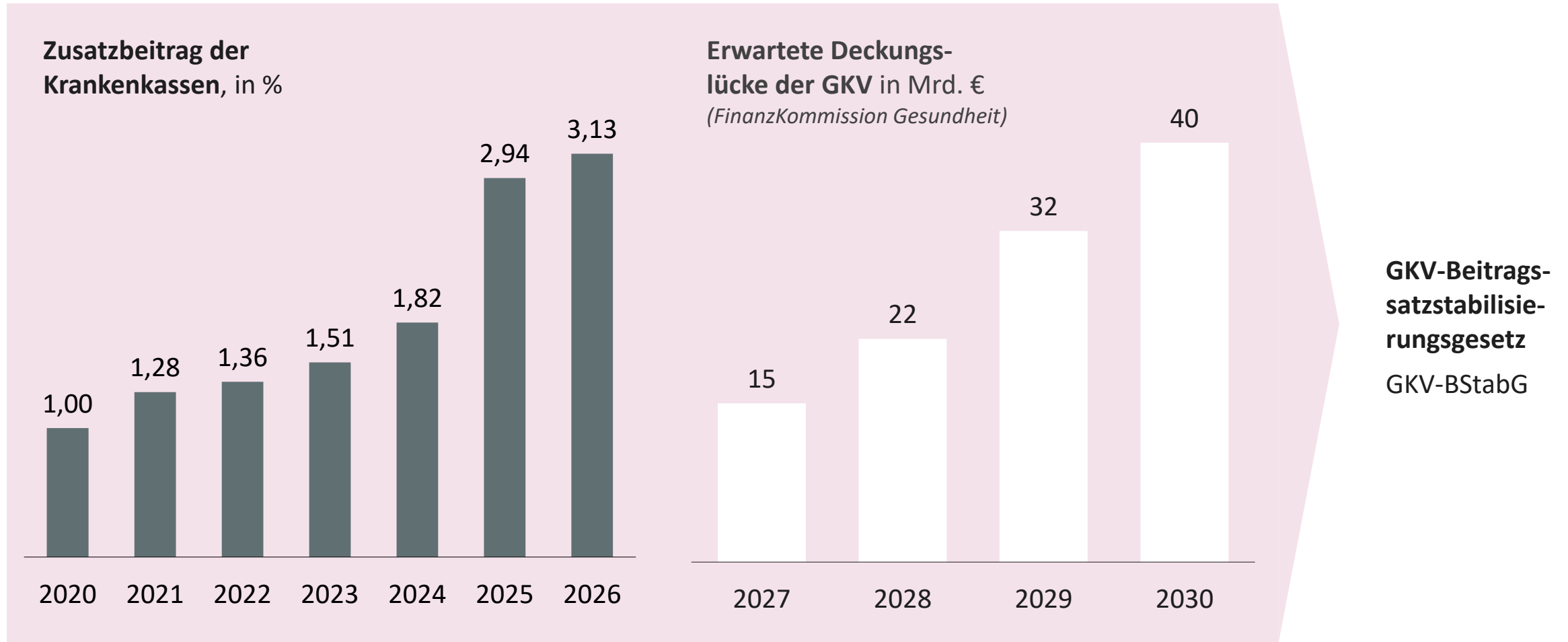
Sozialleistungsquote als Anteil am BIP



Im Jahr 2025 liegen die Sozialleistungen um 107 Mrd. € über dem, was wir uns mit der aktuellen Wirtschaftskraft leisten könnten

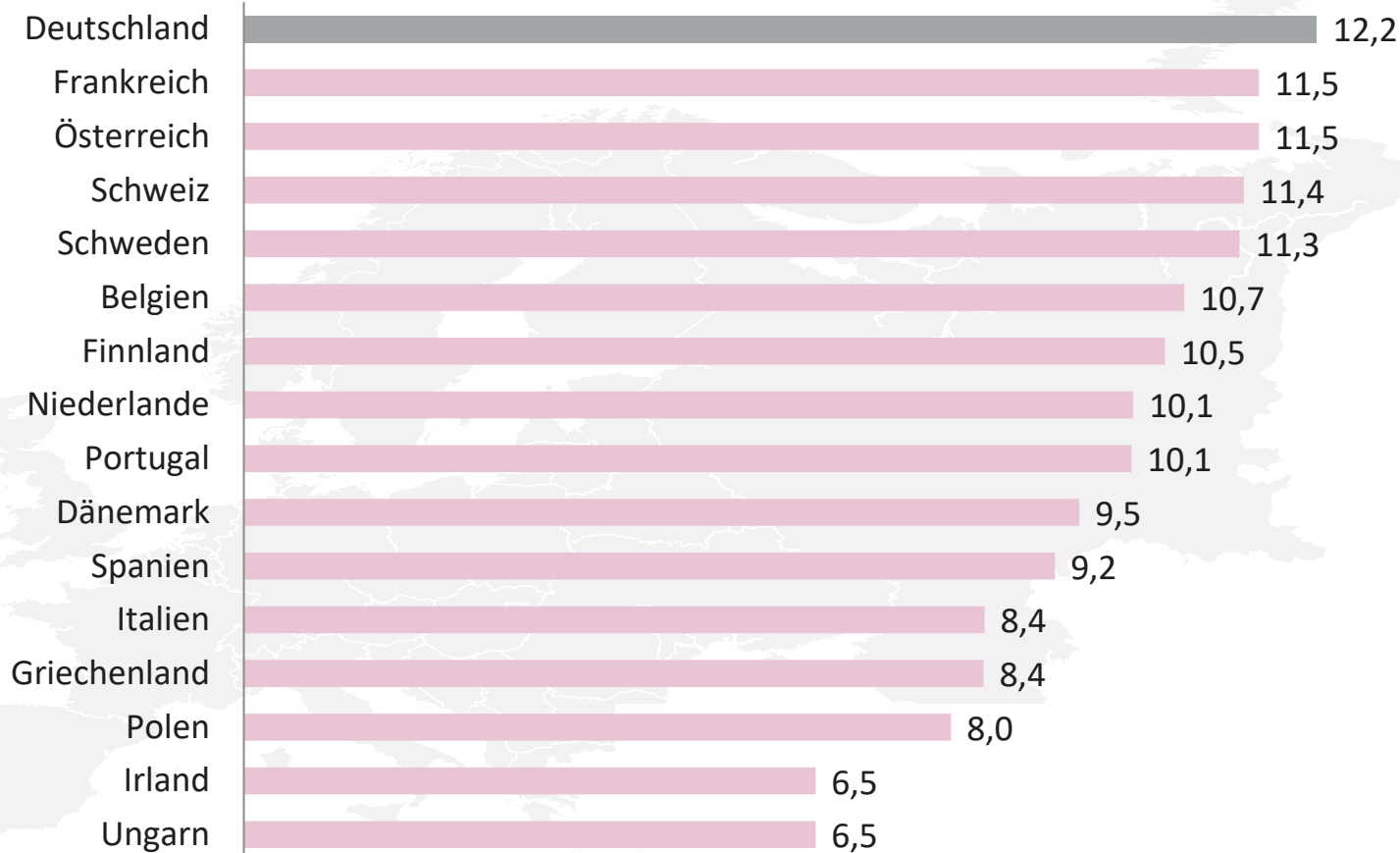
Es ist daher nicht verwunderlich, dass Deckungslücken in der GKV entstanden und zu immer höheren Zusatzbeiträgen führten

Weiter wachsende Deckungslücken in den kommenden Jahren erwartet



Eigentlich geben wir bereits viel für das Gesundheitswesen aus

Gesundheitsausgaben
als Anteil am Brutto-
inlandsprodukt
2023 bzw. 2024



Anmerkung: Daten für die Jahre 2023 bzw. 2024
Quelle: hcb; Eurostat (2026)

Trotzdem schneiden wir bei den Gesundheitsoutcomes nicht besonders gut ab



OECD: Befunde zu Deutschland

Teures System (Anteil am BIP)

Viele Kapazitäten (bezogen auf Einwohnerzahl)

Viele Pflegekräfte und Ärzte je Einwohner

Spezialistenlastig, nur ein Viertel der Mediziner sind Hausärzte

Unkoordinierte Behandlungspfade

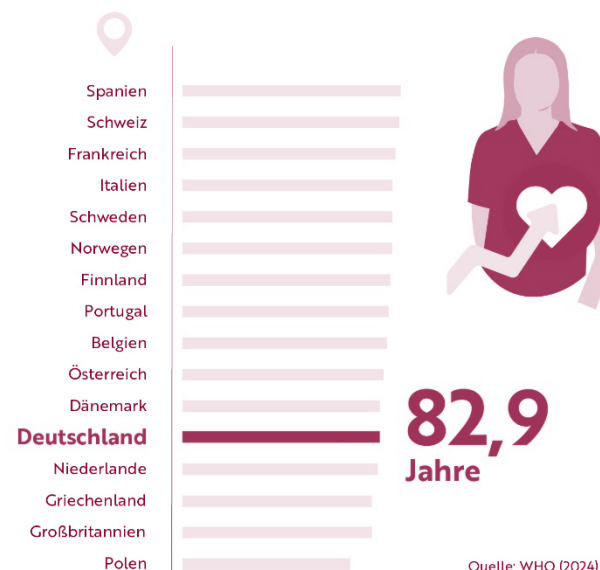
Viele Hüftgelenksoperationen

Vermeidbare

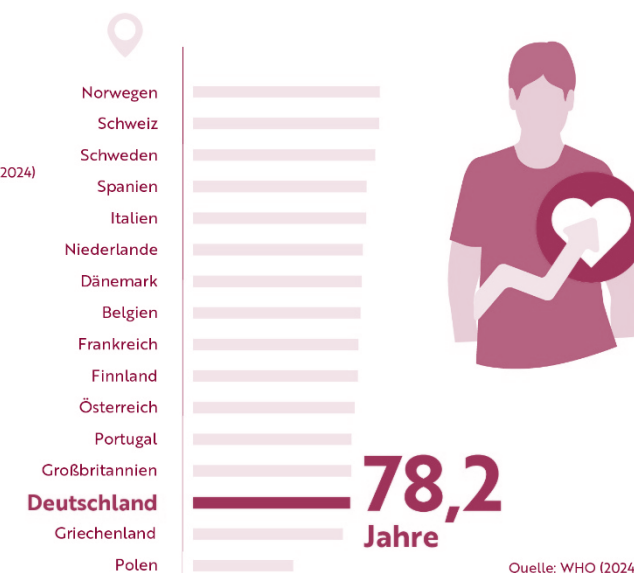
Krankenhauseinweisungen

Hohes ambulantes Potenzial, z.B. Diabetes, Asthma, Herzinsuffizienz

Lebenserwartung von Frauen bei Geburt



Lebenserwartung von Männern bei Geburt



Das deutsche Gesundheitswesen nutzt die Ressourcen offenbar nicht effizient

Erschwerend kommen neue Herausforderungen hinzu, die die bestehende Ressourcennutzung in Frage stellen

Was es schon immer gab

Ineffiziente
Krankenhaus-
strukturen

Ambulant-stationäre
Sektorengrenze
(und weitere)

Intransparenz, unzureichende
Datenverfügbarkeit und Digitalisierung
und mangelnde Kosten-Nutzen-
Orientierung

Mengenorientierte
Vergütungssysteme (anstatt
qualitätsorientiert)

Was noch dazugekommen ist

Beschleunigte
Alterung der
Gesellschaft

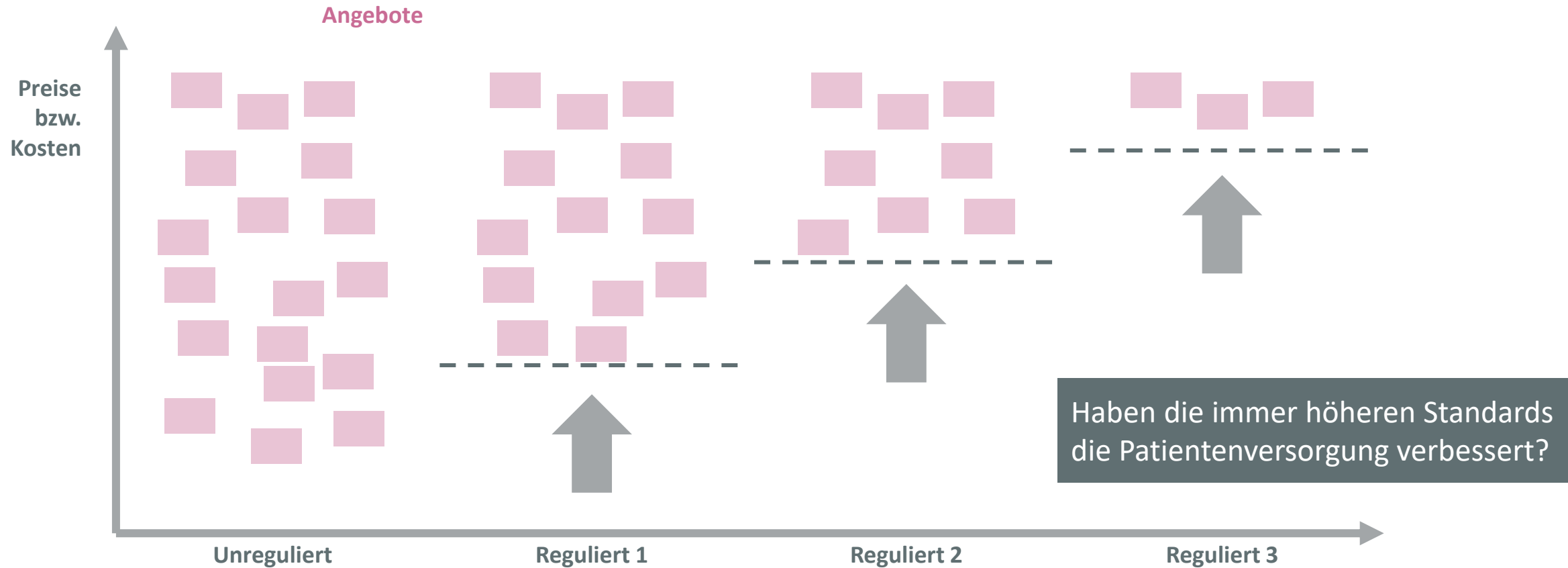
Stagnation der
Wirtschaftskraft

**Leistungsauswei-
tungen** (u.a. auch
neue Produkte)

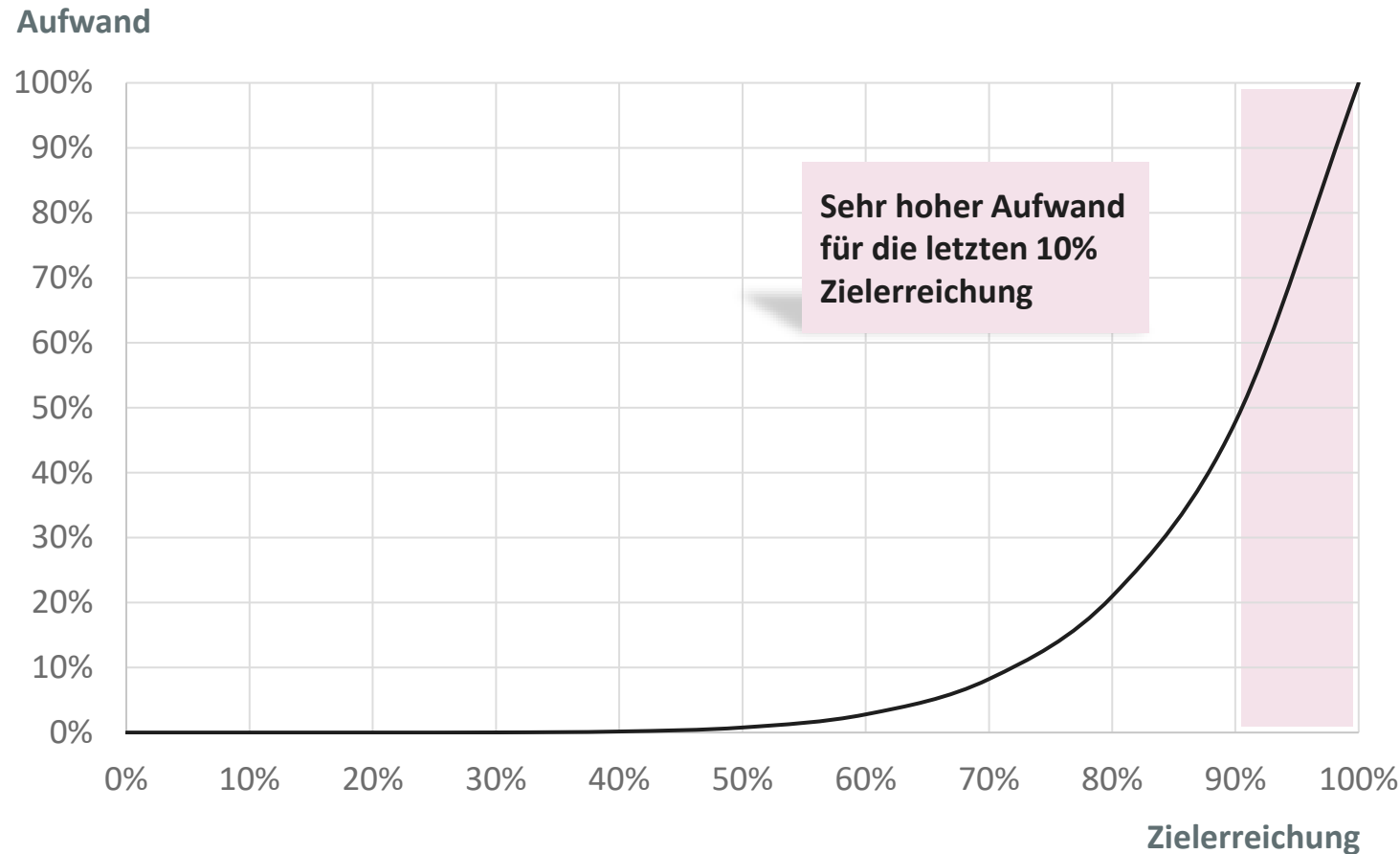
Regelmäßige
Ausweitung der
Regulierung und
Erhöhung der
Standards
100%-Ansatz

100%-Ansatz: Politik erhöht immer mehr die Standards in der Gesundheitsversorgung

Dabei treibt sie die Kosten und Preise in die Höhe



Die „letzte Meile“ ist extrem teuer und verschlingt Ressourcen, die woanders nutzenbringender eingesetzt werden könnten



Beispiel:

Bushaltestelle für ein 140-Seelen-Dorf in einer ländlichen Region, die zwei Mal am Tag angefahren wird.

Behindertengerechter Umbau der Haltestelle für einen 6-stelligen Betrag.

Anstatt die Frage vom Ziel her zu stellen:
Wie kann Mobilität für Menschen mit einer Behinderung erreicht werden?

Nebenwirkung: Es fehlen Mittel für die Optimierung von anderen Zielen.
Eine intersektorale **Priorisierung unter Kosten-Nutzen-Aspekten** findet nicht statt.

Das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz soll nun ab 2027 die GKV-Ausgaben senken, was allerdings zu erheblichen Erlöseinbußen bei Krankenhäusern ab dem Jahr 2027 führt

Stand 29.4.2026

Maßnahmen und erwartete Einspareffekte für die GKV, in Mio. Euro

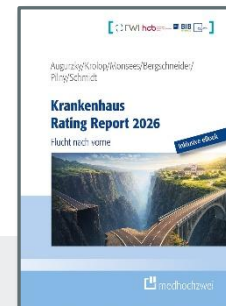
	2027	2028	2029	2030	PKV
1 Anpassung der Prüfquoten des MD ⁽¹⁾	1.655	1.400	1.456	1.506	Nein
2 Erweiterung des MD-Prüfauftrags ⁽¹⁾					
3 Verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren	50	150	300	400	Nein
4 Begrenzung der Budgetsteigerungen im PEPP-Bereich	400	425	450	480	Ja
5 Wegfall Meistbegünstigungsklausel	Direkt im Modell hinterlegt.				Ja
6 Grundlohnrate -1%-Punkte für 2027 bis 2029	Direkt im Modell hinterlegt.				Ja
7 Begrenzung des Wachstums des Pflegebudgets	Direkt im Modell hinterlegt.				Ja
8 Streichung pauschale Vergütung für pflegeentl. Maßn.	Direkt im Modell hinterlegt.				Ja
9 Hälfte Tarifrefinanzierung	Direkt im Modell hinterlegt.				Ja
10 Einführung von DRG-Kurzzeitfallpauschalen	0	0	0	1.000	Ja
Effektive Belastung durch Reformgesetz	3.862	4.867	6.338	7.276	
Veränderung Erlöse - Kosten	-4,3%	0,4%	-1,0%	-1,0%	

Mittel- und langfristig wird eine **einnahmeorientierte Ausgabenpolitik** der GKV angestrebt

(1) Da die Vorhaltevergütung gemäß § 37 KHG bis zum Abschluss der Konvergenzphase auf historischen Leistungsdaten (Datenjahr 2024) basiert, werden kurzfristige Erlösverluste, z. B. durch erweiterte MD-Prüfungen bzw. einer Ausweitung der Prüfquote im Jahr 2027, in der Konvergenzphase teilweise kompensiert.

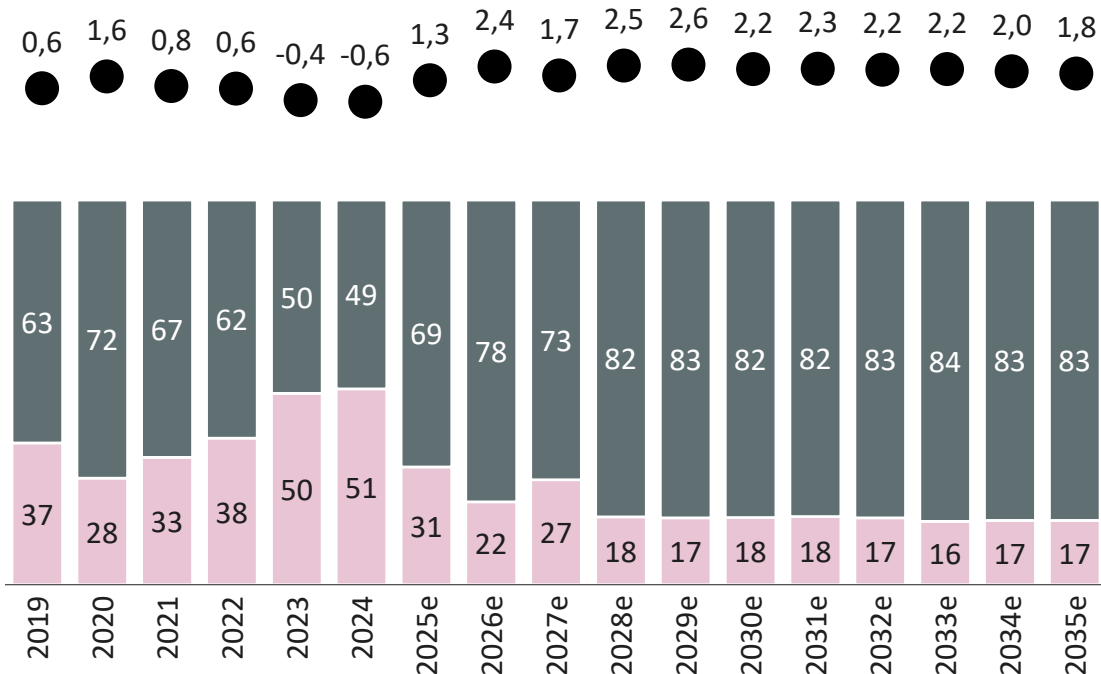
Quelle: hcb: Gesetzentwurf GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz vom 29.4.2026

Mit der Krankenhausreform sollte sich die Lage der Krankenhäuser allmählich verbessern; Maßnahmen des GKV-BStabG werden jedoch 2027 zu erheblicher Verschlechterung führen



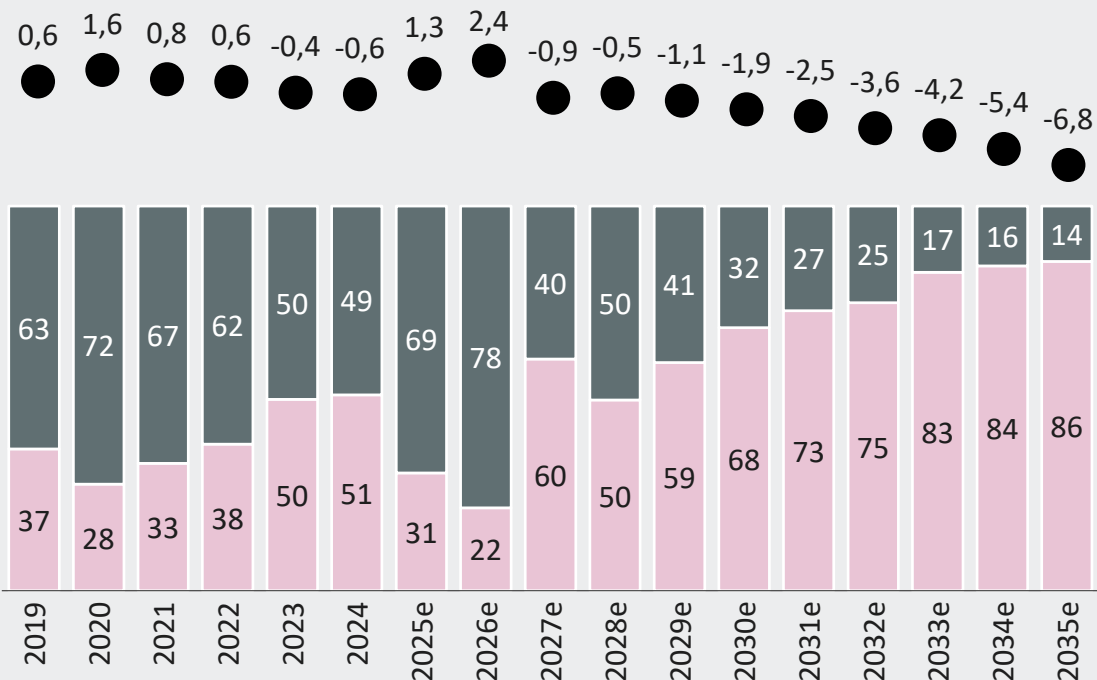
Basisszenario (KHVVG und KHAG)

Jahresergebnis in % der Erlöse



Szenario „GKV-BStabG“

Jahresergebnis in % der Erlöse



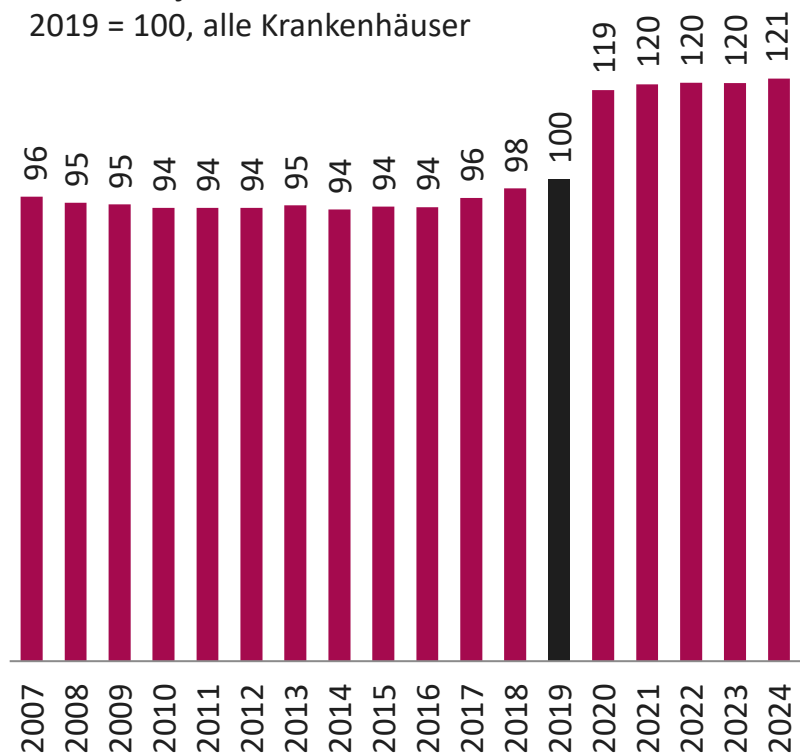
Jahresergebnis < 0
 Jahresergebnis >= 0

Erhebliche Anstrengungen zur **Senkung der Betriebskosten** der Krankenhäuser werden nötig, um die Lage mittelfristig zu stabilisieren.

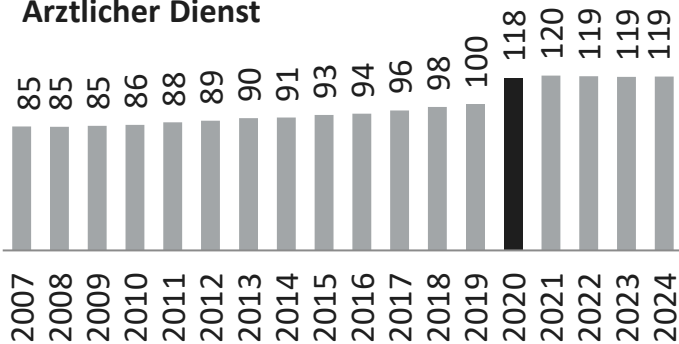
**Woran
hängt es?**

Krankenhäuser waren einmal deutlich produktiver als heute

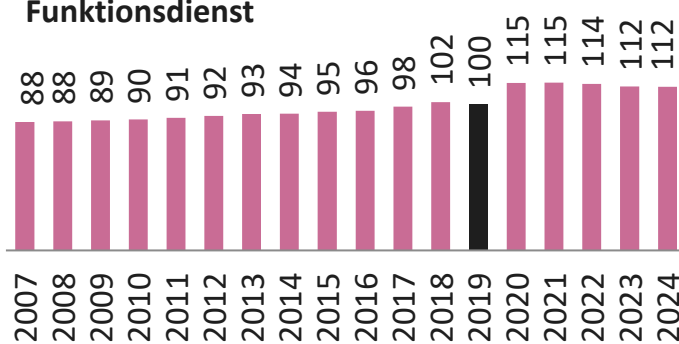
Vollkräfte je stationärem Fall,
2019 = 100, alle Krankenhäuser



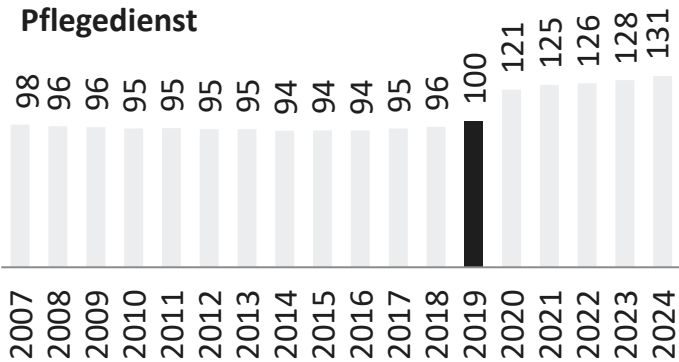
Ärztlicher Dienst



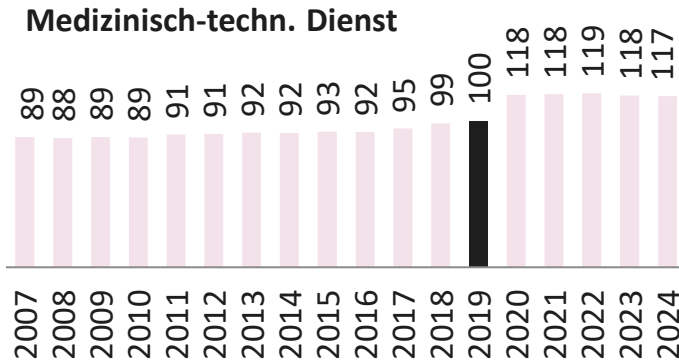
Funktionsdienst



Pflegedienst



Medizinisch-techn. Dienst



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2025

Hat dieser starke Aufwuchs an
Personal pro Fall die **Patienten-**
versorgung bzw. die **Versor-**
gungsqualität spürbar
verbessert?



Für den hohen Personaleinsatz gibt es verschiedene Gründe

Personalvorgaben

- Gesetzlich
- GBA-Notfallstufen
- Über Tarifverträge

Selbstkosten- deckung

in der Pflege⁽¹⁾

Arbeitsnehmermarkt

Arbeitnehmer setzen ihre
Interessen stärker durch

Steigende Teilzeitquote

2 mal 50% < 1 mal 100%

Für die gleiche Anzahl an Fällen
wird mehr Personal benötigt



Ggü. 2019 ca. **+21%**
Personal pro Fall

Höherer Schweregrad

weil einfachere Fälle ambulant
behandelt werden

Stetiger
**Aufbau von
Bürokratie**

Höherer Krankenstand,

Schnellere Überlastung
seit Corona

(1) Personalkosten werden vollständig von den Krankenkassen übernommen
Quelle: hcb

Agenda



Wo stehen wir?

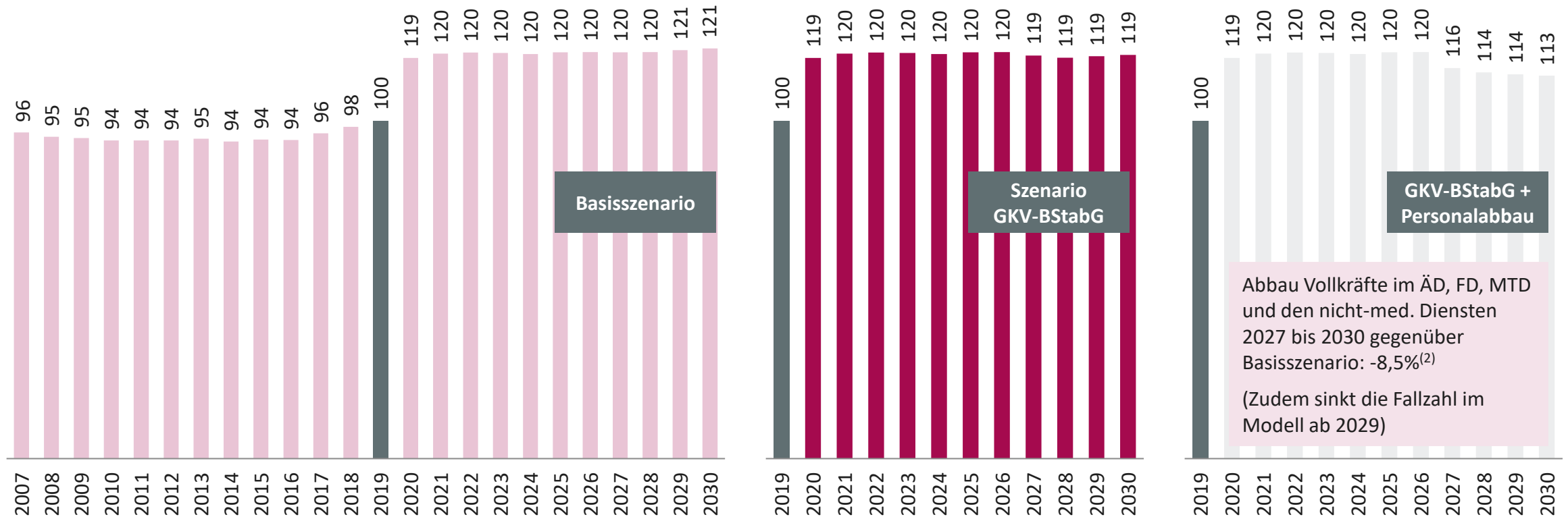
Was tun?

Krankenhäuser müssen zum
**1.1.2027 Maßnahmen zur Senkung
ihrer Betriebskosten** in gleichem
Maße durchführen, wie ihre Erlöse
gesenkt werden – bzw. sogar stärker,
um die bereits bestehenden hohen
Defizite abtragen zu können.

Um die Erlöseinbußen unter dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz aufzufangen, müssen Krankenhäuser bis 2030 produktiver werden (können)

Der Personalbestand bliebe dabei aber immer noch über dem Niveau von 2019

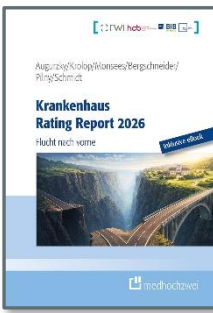
Vollkräfte je Fall⁽¹⁾,
2019 = 100, alle Krankenhäuser



(1) Wir zählen neben stationären Fällen auch Hybrid-DRG-Fälle; letztere zählen im Jahr 2024 wie 0,65 eines stationären Falls, dann mit den Jahren weniger bis 0,58 eines Falls im Jahr 2030

(2) Ausgenommen in der Pflege: Wegen Pflegebudget dort nur 3% Abbau bis 2030

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2026



Was bedeutet dies für die **Patientensicherheit** und die **Versorgungsqualität?**

Ist die Krankenhausversorgung dann noch **gesichert**?

Wenn sie im Jahr 2019 gesichert war, sollte sie mit 13% mehr Personal je Fall eigentlich auch 2027 gesichert sein.



Die zentralen Fragen sind:

1. Was bringt eine Regulierung den **Patienten**?
2. Was kostet eine Regulierung die **Beitragszahler**?

Jede **Regulierung**, die darauf keine befriedigende Antwort hat, kann **entfallen**.

Welchen Nutzen schafft eine Regulierung für Patienten und welche Kosten entstehen den Beitragszahler?

Beispiele

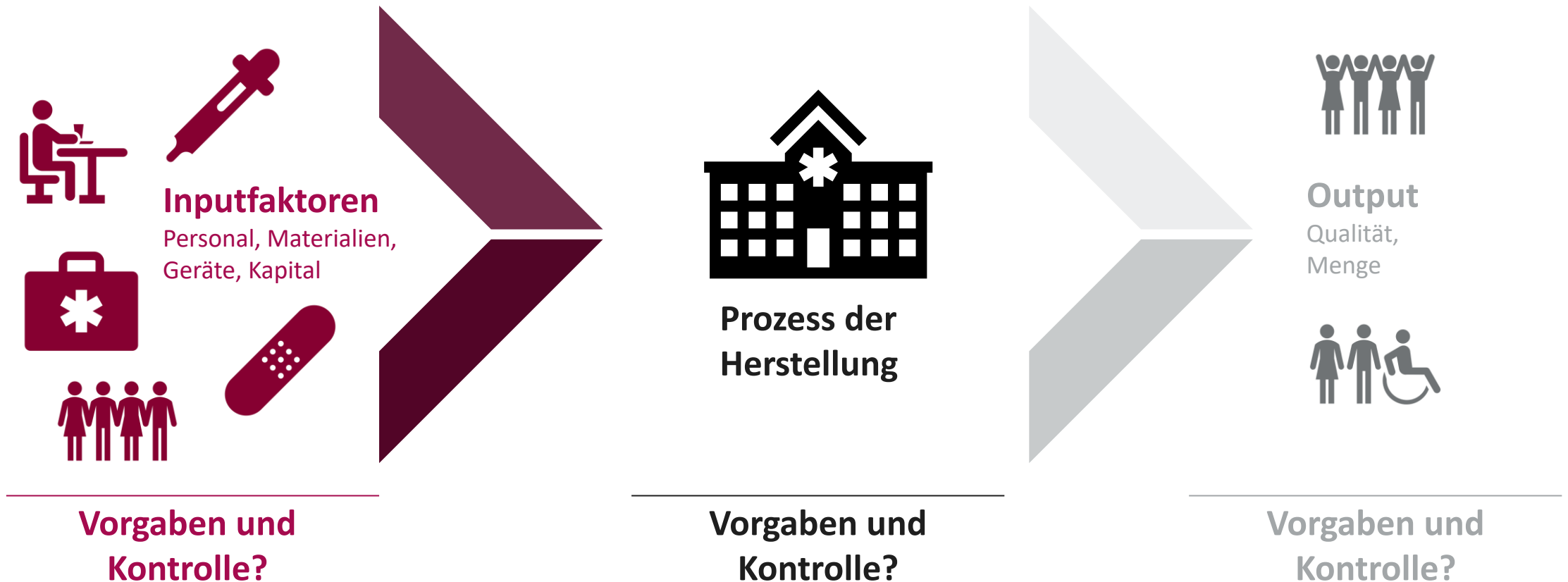
<u>Regulierung</u>	<u>Für Patienten?</u>	<u>Für Beitragszahler?</u>
Lieferkettensorgfaltspflichtengesetz	?	?
Dokumentationspflicht für Import-Arzneimittel bei Lieferengpass	?	?
Handels- und Dienstleistungsstatistikgesetz	?	?
Anerkennungsverfahren für internationale Talente aus Drittstaaten	?	?
Befristungen beim Energieaudit	?	?
Trinkwasserverordnung in Bezug auf Legionellen	?	?
:	:	:
Starre abteilungsbezogene Pflegepersonaluntergrenzen	?	?
30-Minuten-Verfügbarkeit von Ärzten über Rufbereitschaft	?	?

Hilft nur noch die Kettensäge?



Es braucht einen Mentalitätswechsel: Wir müssen in der Gesundheitsversorgung stärker vom Ergebnis her denken, statt nur auf die Inputfaktoren zu schauen

Das Ergebnis zählt für die Patienten



Feste **Budgets** für Leistungserbringer mit
definierten Wachstumsraten, **Gestaltungs-**
freiheit, Ergebnisverantwortung und
Wettbewerbselementen, ...

... um den **Mentalitäts-**
wechsel einzuleiten.



Vielen Dank!



hcb GmbH

Friedrich-Ebert-Str. 55

45127 Essen

Deutschland



+49 (0)201 / 29 39 3000



info@hcb-institute.de



hcb-institute.de



hcb GmbH