

Folgen des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser

28. April 2026

Three dark red horizontal stripes on the bottom right of the page, tapering to the right, mirroring the design of the header bar.

Projektteam

Prof. Dr. Boris Augurzky
Henrik Bergschneider

Impressum

hcb GmbH
Friedrich-Ebert-Straße 55
45127 Essen

www.hcb-institute.de

The logo for hcb consists of three horizontal, slanted bars of increasing length from top to bottom, followed by the lowercase letters 'hcb' in a bold, sans-serif font.

hcb

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	4
1 Das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz	7
2 Die Ausgaben der GKV für Krankenhäuser	8
3 Auswirkungen auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser.....	10
4 Maßnahmen zur Anpassung der Betriebskosten der Krankenhäuser	13
4.1. Personal	13
4.2. Standorte	16
5 Ermöglichung von Veränderungen	16
Literatur.....	19

Zusammenfassung

In den vergangenen Jahren sind die Zusatzbeiträge der gesetzlichen Krankenkassen von im Durchschnitt 1,0% im Jahr 2020 auf über 3,0% im Jahr 2026 gestiegen. Die Sozialabgabenquote hat im Jahr 2026 den hohen Wert von über 42% erreicht. Ohne Gegenmaßnahmen wird sie weiterwachsen und könnte im Jahr 2035 bei über 50% liegen. Um dem entgegenzuwirken, hat das Bundesministerium für Gesundheit am 16. April einen Referentenentwurf zum GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz vorgelegt, der einige der von der Finanzkommission Gesundheit am 30. März 2026 vorgeschlagenen Maßnahmen aufgreift. Damit soll eine Entlastung der GKV in Höhe von 19,6 Milliarden Euro im Jahr 2027 erzielt werden, die bis zum Jahr 2030 auf 42,8 Milliarden Euro aufwachsen soll.

Die gewählten Maßnahmen sind nicht darauf ausgelegt, die Strukturen des Gesundheitswesens effizienter zu gestalten, sondern sie haben den Anspruch, sehr schnell die Ausgaben der Krankenkassen zu senken. Daher handelt es sich auf Seiten der Leistungserbringer um Maßnahmen, die deren Erlöse, jedoch nicht deren Betriebskosten absenken. Im Krankenhausbereich sind dies folgende Maßnahmen:

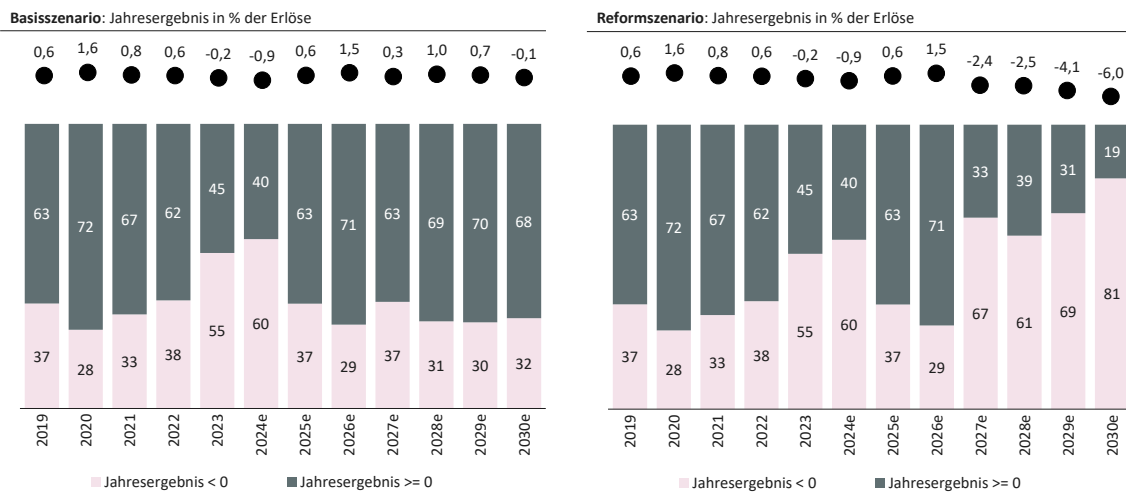
1. Die Prüfquoten des Medizinischen Diensts (MD) sollen angepasst werden.
2. Der Prüfauftrag des MD soll erweitert werden.
3. Schrittweise soll ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren für so genannte mengensensitiven Behandlungen eingeführt werden.
4. Die „Meistbegünstigtenklausel“, wonach sich der Veränderungswert der Obergrenze bei den Verhandlungen zu den Landesbasisfallwerten (LBFW) an dem höheren Wert von Grundlohnrate und Kostenorientierungswert der Krankenhäuser orientiert, soll entfallen. Stattdessen soll künftig der kleinere der beiden Wert maßgebend für die Obergrenze bei den Verhandlungen der LBFW sein.
5. Budgetsteigerungen im PEPP-Bereich werden ebenfalls in diesem Sinne begrenzt.
6. Das Pflegebudget soll erhalten bleiben, aber künftig höchstens noch mit der Grundlohnrate wachsen können.
7. Dabei soll die Grundlohnrate in den Jahren 2027 bis 2029 um 1%-Punkt vermindert in die Kalkulationen eingehen.
8. Die pauschale Vergütung für pflegeentlastende Maßnahmen in Höhe von 2,5% des Pflegebudgets soll entfallen.
9. Die im Jahr 2024 eingeführte vollständige Tarifrefinanzierung aller Berufsgruppen im Krankenhaus soll gestrichen werden.
10. Zusätzlich zu den Vorschlägen der FKG sollen „DRG-Kurzzeitfallpauschalen“ eingeführt werden, deren Finanzwirksamkeit jedoch erst im Jahr 2030 erwartet wird.
11. Ob und in welchem Maße eine erweiterte Fallzusammenführung stattfinden soll, wird bis zum 30.6.2027 geprüft.

Auf Grundlage der Daten des Krankenhaus Rating Reports 2025 erstellen wir eine Fortschreibung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser bis zum Jahr 2030 ohne Berücksichtigung des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes (**Basisszenario**). Sie beinhaltet das Auslaufen des 3,25%-Rechnungsaufschlags und die Auslagerung von weniger patientennahen pflegerischen Tätigkeiten aus dem Pflegebudget. Daneben betrachten wir ein **Reformszenario**, das die genannten Maßnahmen des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes berücksichtigt.

Im Basisszenario gehen wir ab dem Jahr 2028 von einer Stabilisierung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser aus, insbesondere weil dann die Zuschläge aus dem KHVVG bzw. KHAG ausbezahlt werden und noch die Meistbegünstigtenklausel und die Tarifierfinanzierung gelten. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresverlust dürfte dann ab 2028 bei rund 30% liegen, was leicht oberhalb des Durchschnitts der 2010er Jahre (26%) liegt. Das durchschnittliche Jahresergebnis würde um die +1% schwanken.

Im Vergleich zum Basisszenario führt das Reformszenario zu Erlöseinbußen der Krankenhäuser in Höhe von 3,9 Milliarden Euro im Jahr 2027, 4,9 Milliarden Euro 2028, 6,3 Milliarden Euro 2029 und 7,3 Milliarden Euro 2030. Damit steigt der zu erwartende Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresverlust von 29% im Jahr 2026 auf hohe 67% im Jahr 2027. Bis 2030 würde er auf rund 80% wachsen (Abbildung 1). Die durchschnittliche Umsatzrendite würde von 2,2% im Jahr 2026 auf -6,0% bis 2030 fallen. Fast die Hälfte der Krankenhäuser würde bis 2030 eine hohe Insolvenzgefahr aufweisen.

Abbildung 1: Projektion der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser je Szenario
 Jahresergebnis als Anteil der Erlöse in % sowie Anteil Krankenhäuser mit Verlust



Quelle: Aktualisierung auf Grundlage des Krankenhaus Rating Report 2025.

Um die Erlöseinbußen im Reformszenario kompensieren zu können, müssen Krankenhäuser in gleichem Maße ziemlich rasch ihre Betriebskosten senken, weil sie flächendeckend keine Reserven in Form positiver Betriebsergebnisse haben, die einen relevanten Teil der Einsparungen auffangen könnten. Zwischen 2019 und 2024 ist die Zahl der Vollkräfte pro Fall im Krankenhaus um 20% gestiegen. Eine Reduktion des Personalbestands aller Dienstarten – bis auf die Pflege, die über das Pflegebudget gesteuert wird – um 10% wäre nötig, um die Erlöseinbußen aufzufangen. Danach läge die Zahl der Vollkräfte je Fall trotzdem noch um 12% höher als im Jahr 2019.

Derzeit ist dies jedoch vielfach gar nicht ohne weiteres möglich. Die Zahl der gesetzlichen und tariflichen Vorschriften zum Personaleinsatz hat in den vergangenen Jahren immer mehr zugenommen. Auch Anforderungen an die Dokumentation sind gestiegen. Regulatorische Vorgaben legen implizit Mindestpersonalkosten fest, die dazu führen, dass Krankenhäuser ihre Betriebskosten nicht einfach senken können. Es ist daher dringend geboten, ihnen mehr Gestaltungsfreiheit und Innovationsräume zu geben, wenn man möchte, dass sie aus eigener Kraft Defizite vermeiden können sollen. Dabei hilft es, wo immer dies möglich ist, den Fokus auf Ergebnisorientierung, anstatt auf Struktur- oder Prozessvorgaben zu legen.

Je mehr regulatorische Vorgaben ein Betrieb einhalten muss, desto weniger effizient kann er geführt werden. Denn jede Vorgabe ist eine in der Optimierung des betrieblichen Ressourceneinsatzes einzuhaltende Nebenbedingung. Das erreichbare Optimum mit vielen Nebenbedingungen liegt – mathematisch zwingend – stets niedriger als mit wenigen oder ohne Nebenbedingungen. Zwar erreicht eine konkrete regulatorische Nebenbedingung ein berechtigtes Nebenziel. Beispielsweise minimieren Brandschutzvorgaben das Schadensrisiko bei einem Brand oder Hygienevorschriften das Hygienierisiko. Wenn jedes dieser Nebenziele indessen absolut gesetzt wird, nehmen die Nebenwirkungen auf den eigentlichen Kernbetrieb stark zu. Am Ende werden dann zwar lauter Nebenziele zu 100% erreicht, aber der Kernbetrieb muss heruntergefahren werden, weil die Ressourcen zu seiner Aufrechterhaltung in die Erfüllung all der Nebenziele fließen und für das Hauptziel der Patientenversorgung nicht mehr zur Verfügung stehen.

Beispiele für starre Vorgaben sind die Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG). Anstatt starrer abteilungsbezogener PPUG sollte zu Vorgaben auf der Hausebene übergegangen werden, um innerhalb eines Hauses teure Personalressourcen flexibel dort einsetzen zu können, wo sie am meisten Nutzen stiften. Damit entfallen kostentreibende abteilungsspezifische Puffer, um zufällige Schwankungen des Personalbedarfs stets abfangen zu können. Der Königsweg wäre, ganz auf PPUG zu verzichten und stattdessen Pflegequalität zu messen und zu sanktionieren. Dann würden nur solche Kosten entstehen, die für die zu erzielende Qualität wirklich nötig sind.

Ein anderes Beispiel ist die neue grundsätzliche Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Notfallstufenstandards. Bestimmte Ärzte mit besonderer Qualifikation müssen nunmehr innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein. Solche Standards lassen sich nach arbeitsgerichtlicher Feststellung nicht mehr über die Rufbereitschaft abbilden, was im Vergleich zur bisherigen Regelung, die auch Rufbereitschaften erlaubte, zu erheblichen Mehrkosten führt. Selbst wenn die neue Regelung eine leichte Verbesserung in der Patientenversorgung bringen sollte, muss der zusätzliche Kostenaufwand stets dem Zusatznutzen gegenübergestellt werden. Grundsätzlich gilt, dass das Hochschrauben von Standards, um auch das letzte Prozent an (vermeintlicher) Verbesserung zu erreichen, enorme Kostensprünge verursacht.

Schließlich können die Betriebskosten eines Krankenhauses durch den Abbau von Bürokratie gesenkt werden. Abbau von Regulierung würde automatisch die Bürokratielast reduzieren. Auch ein stärkerer Fokus auf Ergebnisse sowohl in der Qualitätssicherung als auch bei der Vergütung anstatt auf Strukturen und Abrechnungen würde Bürokratielast senken. Einige Themen liegen auch außerhalb des Bereichs „Krankenhaus“ wie das Handels- und Dienstleistungstatistikgesetz, das Lieferkettensorgfaltspflichtengesetz, Dokumentationspflicht für Import-Arzneimittel bei Lieferengpass, Anerkennungsverfahren für internationale Talente aus Drittstaaten, Befristungen beim Energieaudit und die Trinkwasserverordnung in Bezug auf Legionellen.

Sollten die Betriebskosteneinsparungen nicht in diesem Maße realisiert werden, liegt die Alternative in der Aufgabe von defizitären Krankenhausbetrieben. Deren Patienten würden von den restlichen Krankenhäusern zu versorgen sein, sodass ihre Erlöse entsprechend zunehmen, während ihre Betriebskosten in geringeren Maße stiegen, was den nötigen Einspareffekt bringt. Wir gehen davon aus, dass 36% der Standorte aufgegeben werden müssten, um im Gesamtmarkt ein durchschnittliches Jahresergebnis von +1,0% zu erzielen – anstatt der rund -3,0% im Reform-szenario. Es handelt sich hierbei jedoch um ein hypothetisches Szenario, das in dieser Geschwindigkeit nicht realisierbar ist. Denn dazu wären enorme Strukturveränderungen mit entsprechenden Investitionen nötig. Diese können nur über einen langen Zeitraum erreicht werden. Der Transformationsfonds mit einem weniger ambitionierten Ziel hinsichtlich der zu erreichenden Strukturveränderungen setzt dafür mindestens zehn Jahre an.

1 Das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz

In den vergangenen Jahren sind die Zusatzbeiträge der gesetzlichen Krankenkassen von im Durchschnitt 1,0% im Jahr 2020 auf über 3,0% im Jahr 2026 gestiegen. Ebenfalls ist der Beitrag zur Pflegeversicherung gestiegen, sodass die Sozialabgabenquote im Jahr 2026 mit über 42% inzwischen den Wert von 40% überschritten hat. Ohne Gegenmaßnahmen wird sie weiterwachsen und könnte im Jahr 2035 bei über 50% liegen. Die amtierende Regierungskoalition aus CDU, CSU und SPD hat sich daher in ihrem Koalitionsvertrag vorgenommen, die Beitrags-sätze zu stabilisieren. Um dies in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erreichen, hat die Regierungskoalition im Jahr 2025 eine Finanzkommission Gesundheit (FKG) eingesetzt, die kurz- und langfristige Maßnahmen erarbeiten soll, um das Ausgabenwachstum zu bremsen.

Am 30. März 2026 hat die FKG ein Bündel von 66 Maßnahmen vorgelegt, das im Jahr 2027 ein Einsparvolumen von 19,0 Milliarden Euro seitens der Leistungserbringer und weitere 4,1 Milliarden Euro auf Seiten der Patienten verspricht. Darüber hinaus beinhaltet es Maßnahmen zur Steigerung der Beitragseinnahmen in Höhe von 19,2 Milliarden Euro. Höhere Einnahmen werden erreicht, indem erstens ausgewählte Beitragszahler einen höheren Beitrag leisten, zweitens Konsumsteuern zum Beispiel auf zuckerhaltige Getränke angehoben werden und drittens die Krankenversicherungskosten der Bürgergeldbezieher vom Staatshaushalt über Steuermittel getragen werden. Rechnet man alle 66 Maßnahmeneffekte zusammen, kommt die FKG auf eine Entlastung der GKV von rund 42 Milliarden Euro im Jahr 2027. In den Jahren 2028 bis 2030 soll dieser Wert ansteigen. Damit ließe sich die von der FKG errechnete Deckungslücke der Krankenkassen in Höhe von 15,3 Milliarden Euro im Jahr 2027, 21,5 Milliarden Euro im Jahr 2028, 31,9 Milliarden Euro im Jahr 2029 und 40,4 Milliarden Euro im Jahr 2030 mehr als schließen.

Auf dieser Grundlage hat das Bundesministerium für Gesundheit am 16. April einen Referententwurf zum GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz vorgelegt, der einige der vorgeschlagenen Maßnahmen aufgreift und sie um weitere Maßnahmen ergänzt. Nach Angaben des BMG wird damit eine Entlastung der GKV in Höhe von 19,6 Milliarden Euro im Jahr 2027 erzielt. In den Folgejahren wächst sie auf 27,5, dann auf 35,6 und im Jahr 2030 schließlich auf 42,8 Milliarden Euro. Ein weiterer Anstieg des Zusatzbeitrags der GKV ließe sich damit vermeiden.

Die gewählten Maßnahmen sind nicht darauf ausgelegt, die Strukturen des Gesundheitswesens effizienter zu gestalten, sondern sie haben nur den Anspruch sehr schnell die Ausgaben der Krankenkassen senken. Daher handelt es sich auf Seiten der Leistungserbringer in der Regel um Maßnahmen, die deren Erlöse, jedoch nicht deren Betriebskosten absenken. Im Krankenhausbereich sind dies folgende Maßnahmen:

1. Die Prüfquoten des Medizinischen Diensts (MD) sollen angepasst werden.
2. Der Prüfauftrag des MD soll erweitert werden.
3. Schrittweise soll ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren für so genannte mengensensitiven Behandlungen eingeführt werden.
4. Die „Meistbegünstigtenklausel“, wonach sich der Veränderungswert der Obergrenze bei den Verhandlungen zu den Landesbasisfallwerten (LBFW) an dem höheren Wert von Grundlohnrate und Kostenorientierungswert der Krankenhäuser orientiert, soll entfallen. Stattdessen soll künftig der kleinere der beiden Wert maßgebend für die Obergrenze bei den Verhandlungen der LBFW sein.
5. Budgetsteigerungen im PEPP-Bereich werden ebenfalls in diesem Sinne begrenzt.
6. Das Pflegebudget soll erhalten bleiben, aber künftig höchstens noch mit der Grundlohnrate wachsen können.

7. Dabei soll die Grundlohnrate in den Jahren 2027 bis 2029 um 1%-Punkt vermindert in die Kalkulationen eingehen.
8. Die pauschale Vergütung für pflegeentlastende Maßnahmen in Höhe von 2,5% des Pflegebudgets soll entfallen.
9. Die im Jahr 2024 eingeführte vollständige Tarifierfinanzierung aller Berufsgruppen im Krankenhaus soll gestrichen werden.
10. Zusätzlich zu den Vorschlägen der FKG sollen „DRG-Kurzzeitfallpauschalen“ eingeführt werden, deren Finanzwirksamkeit jedoch erst im Jahr 2030 erwartet wird.
11. Ob und in welchem Maße eine erweiterte Fallzusammenführung stattfinden soll, wird bis zum 30.6.2027 geprüft.

Eine Verlängerung des auf zwölf Monate gewährten Rechnungszuschlags von 3,25% ist nicht vorgesehen. Er wird zum 31. Oktober 2026 auslaufen. Zusätzlich sollen Tätigkeiten von Pflegekräften, die nicht nahe genug am Patienten erbracht werden, nicht mehr über das Pflegebudget vergütet werden. Letzteres ist eine Maßnahme aus dem Krankenhausreformatungsanpassungsgesetz.

Wir werden im Folgenden auf Grundlage der Daten des Krankenhaus Rating Reports 2025 eine Fortschreibung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser bis zum Jahr 2030 unter folgenden zwei Szenarien erstellen:

- a) Basisszenario: Fortschreibung des Status quo ohne Berücksichtigung des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes. Diese Fortschreibung beinhaltet die letztgenannten zwei Maßnahmen: Auslaufen des 3,25%-Rechnungsaufschlags und Auslagerung von weniger patientennahen pflegerischen Tätigkeiten aus dem Pflegebudget.
- b) Reformszenario: Fortschreibung des Basisszenarios unter Berücksichtigung der oben genannten ersten zehn Maßnahmen des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes.

Im Reformszenario prüfen wir zudem, wie stark Personal abgebaut werden muss, um die Betriebskosten der Krankenhäuser so weit zu senken, dass sie wieder auf den Pfad des Basisszenarios gelangen. Zusätzlich prüfen wir, wie viele wirtschaftlich defizitäre Krankenhausstandorte geschlossen werden müssten, um auf diese Weise den Pfad des Basisszenarios zu erreichen. Dabei nehmen wir an, dass die nicht-geschlossenen Standorte die Leistungen der geschlossenen übernehmen können. Diese Annahme ist zwar kurzfristig unrealistisch, weil damit erhebliche strukturelle Veränderungen – einhergehend mit Investitionen – verknüpft wären, was die Aufgabe des über zehn Jahre angelegten Transformationsfonds ist. Dieses SubszENARIO soll jedoch die damit verbundene Größenordnung illustrieren.

2 Die Ausgaben der GKV für Krankenhäuser

Im Jahr 2024 haben die gesetzlichen Krankenkassen für Krankenhausleistungen insgesamt 102,2 Milliarden Euro ausgegeben. Davon entfielen 22,8 Milliarden Euro bzw. 22,3% auf das Pflegebudget. Im Jahr 2020 waren es insgesamt 81,6 Milliarden Euro bzw. 15,2 Milliarden Euro (18,6%) für das Pflegebudget. Von 2020 bis 2024 wuchs es um beachtliche 50,6%, während alle anderen Krankenhausaufgaben um 19,6% zunahm. Wäre das Pflegebudget in gleichem Maße wie die anderen Ausgaben gestiegen, hätte es sich im Jahr 2024 nur auf 18,1 Milliarden Euro belaufen, also 4,7 Milliarden Euro weniger. Tabelle 1 stellt die GKV-Ausgaben für verschiedene Segmente sowie das nominale Bruttoinlandsprodukt und den Verbraucherpreisindex für die Jahre 2010, 2019, 2020 und 2024 dar.

Tabelle 1: Ausgaben der GKV im Zeitverlauf

In Milliarden Euro

	Mrd. €	2010	2019	2020	2024
Gesamt		176,0	252,3	262,9	327,4
Krankenhaus		58,7	80,3	81,6	102,2
Pflegebudget				15,2	22,8
				100,0	150,6
Andere KH-Ausgaben				66,4	79,4
				100,0	119,6
Pflegebudget*				15,2	18,1
Krankenhaus*		58,7	80,3	81,6	97,5
Ärztliche Leistungen		27,6	41,1	44,0	50,3
Arzneimittel		30,3	41,0	43,3	55,2
Heil- und Hilfsmittel		10,6	17,7	18,2	25,0
Verwaltungskosten		9,5	11,1	11,8	12,6
Rest		39,2	61,0	64,1	82,1
Nominales Bruttoinlandsprodukt		2.615	3.537	3.451	4.329
Verbraucherpreisindex		88,1	99,5	100,0	119,3

* Wenn Pflegekosten im Krankenhaus wie andere Krankenhauskosten gewachsen wären.

Quelle: 2010-2021 stammen aus KF2022Bund_Juni_2022; 2022-2024 stammen aus KF2025Bund_Dezember_2025; eigene Darstellung

Der erste Teil der Tabelle 2 normiert die GKV-Ausgaben je Kategorie, das nominale Bruttoinlandsprodukt und den Verbraucherpreisindex auf 100 im Jahr 2010 und der zweite Teil der Tabelle auf 100 im Jahr 2019. Zwischen 2010 und 2024 sind die gesamten Ausgaben um 86% gewachsen. Die Krankenhausausgaben nahmen in diesem Zeitraum unterdurchschnittlich um 74% zu. Ohne die Einführung des Pflegebudgets wären sie nur um 66% gestiegen. Stark überdurchschnittlich wuchsen dagegen die Ausgaben für den Heil- und Hilfsmittelbereich sowie für hier nicht weiter aufgeschlüsselte restliche Positionen. Eine vertiefende Analyse dieser Positionen zeigt, dass darunter vor allem die Behandlungspflege und die häusliche Krankenpflege, Fahrtkosten sowie Krankengeld starke Kostentreiber waren.

Tabelle 2: Ausgaben der GKV im Zeitverlauf

Normiert auf 100 im Jahr 2010 bzw. im Jahr 2019

	2010	2019	2020	2024	2010	2019	2020	2024
Gesamt	100	143	149	186	70	100	104	130
Krankenhaus	100	137	139	174	73	100	102	127
Krankenhaus*	100	137	139	166	73	100	102	121
Ärztliche Leistungen	100	149	160	182	67	100	107	122
Arzneimittel	100	135	143	182	74	100	105	134
Heil- und Hilfsmittel	100	167	171	236	60	100	103	141
Verwaltungskosten	100	117	124	133	86	100	107	114
Rest	100	155	163	209	64	100	105	135
Nominales Bruttoinlandsprodukt	100	135	132	166	74	100	98	122
Verbraucherpreisindex	100	113	114	135	89	100	101	120

* Wenn Pflegekosten im Krankenhaus wie andere Krankenhauskosten gewachsen wären.

Quelle: 2010-2021 stammen aus KF2022Bund_Juni_2022; 2022-2024 stammen aus KF2025Bund_Dezember_2025; eigene Darstellung

Auch im kürzeren, von der Corona-Pandemie geprägten Zeitraum von 2019 bis 2024 nahmen die Krankenhausaussgaben unterdurchschnittlich zu (+27% versus +30% insgesamt). Ohne die Einführung des Pflegebudgets hätte der Zuwachs der Krankenhausaussgaben sogar nur 21% betragen. Überdurchschnittliche Zuwachsraten verzeichneten in diesem kürzeren Zeitraum auch die Heil- und Hilfsmittel, die restlichen Positionen und Arzneimittel. Am geringsten wuchsen stets die Verwaltungskosten der Krankenkassen. Interessant ist zudem, dass die GKV-Aussgaben für Krankenhäuser, wenn es die starken Steigerungsraten des Pflegebudgets nicht gegeben hätte, fast exakt so zugenommen hätten wie das nominale Bruttoinlandsprodukt. Dabei ist anzumerken, dass das reale Bruttoinlandsprodukt 2024 im Vergleich zum Jahr 2019 praktisch unverändert ist, was an der Entwicklung des Verbraucherpreisindex sichtbar wird.

Diese Analyse macht deutlich, dass Segmente mit überdurchschnittlichem Ausgabenwachstum in den vergangenen Jahren besonders unter die Lupe genommen werden sollten. Im Krankenhausbereich betrifft dies das Pflegebudget, das in seinem Wachstum alle anderen aufgelisteten Segmente seit 2020 sehr deutlich übertrifft. Die Analyse zeigt zudem, dass eine Stagnation des realen Bruttoinlandsprodukts seit 2019 bei wachsenden Sozialausgaben zu Verwerfungen führt. Während bis 2019 die GKV-Aussgaben nur um 0,7%-Punkte p.a. schneller als das BIP wuchsen, stiegen sie seit 2020 um 1,2%-Punkte p.a. stärker an. Anders formuliert fehlt ein Wirtschaftswachstum von mindestens 0,5% jährlich. Die beste „Gesundheitsreform“ ergäbe sich daher, wenn Maßnahmen ergriffen würden, die die Volkswirtschaft wieder in Schwung brächten. Ein Rückbau von in den vergangenen Jahren immer mehr aufgebauten regulatorischen Fesseln würde dabei helfen und praktisch nichts kosten.

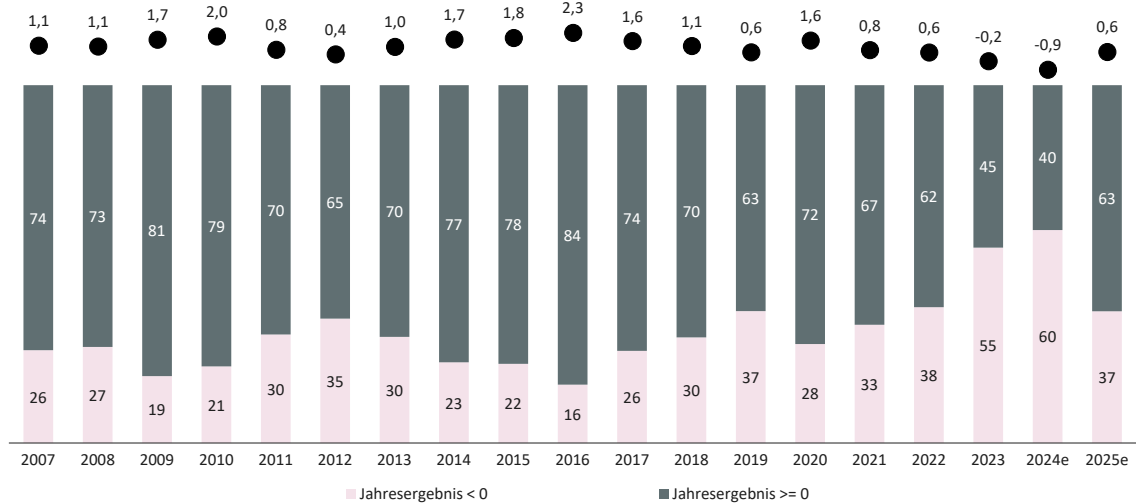
3 Auswirkungen auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser hat sich in den vergangenen Jahren verschlechtert. Abbildung 2 zeigt die Veränderungen im Zeitverlauf seit dem Jahr 2007 mit Daten aus dem Krankenhaus Rating Report 2025. Bisher hatten wir in den Reports die Krankenhausstandorte je Kategorie einzeln gezählt. Um die Gesamtsituation künftig besser abzubilden, gewichten wir in Abbildung 2 nunmehr jeden Standort mit seinem Umsatzvolumen – anders als im Krankenhaus Rating Report 2025. Da in unserer Stichprobe mit Jahresabschlüssen private Träger überrepräsentiert sind, gewichten wir jede Trägerschaft zusätzlich so, dass wir damit den Gesamtmarkt wiedergeben.

Während im langjährigen Durchschnitt rund 26% der Krankenhäuser einen Jahresverlust auswiesen, stieg dieser Anteil Ende der 2010er Jahre auf mehr als ein Drittel und im Jahr 2023 auf 55%. Erstmals war in diesem Jahr auch das durchschnittliche Jahresergebnis als Anteil der Erlöse negativ. Das Jahr 2024 dürften sogar 60% der Krankenhäuser mit einem Verlust abgeschlossen haben. Eine Analyse von Solidaris für den Krankenhaus Rating Report 2025 mit bereits vorliegenden Jahresabschlüssen des Jahres 2024 bestätigt diese deutliche Verschlechterung. Die

schwierige wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser äußert sich auch in der hohen Zahl der Krankenhausinsolvenzen. Im Zeitraum von Juli 2022 bis Oktober 2024 zählten wir 61 Insolvenzen (Abbildung 3).

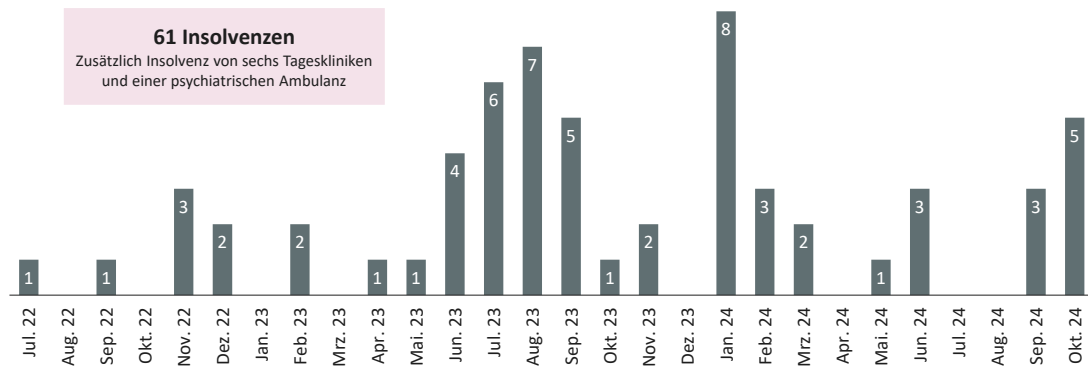
Abbildung 2: Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser im Zeitverlauf
 Jahresergebnis als Anteil der Erlöse in % sowie Anteil Krankenhäuser mit Verlust



Anmerkung: Die Jahre 2024 und 2025 sind eine Prognose.

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2025; Gewichtung der Standorte, um Repräsentativität zum Gesamtmarkt zu erzielen.

Abbildung 3: Anzahl der Krankenhausinsolvenzen im Zeitverlauf

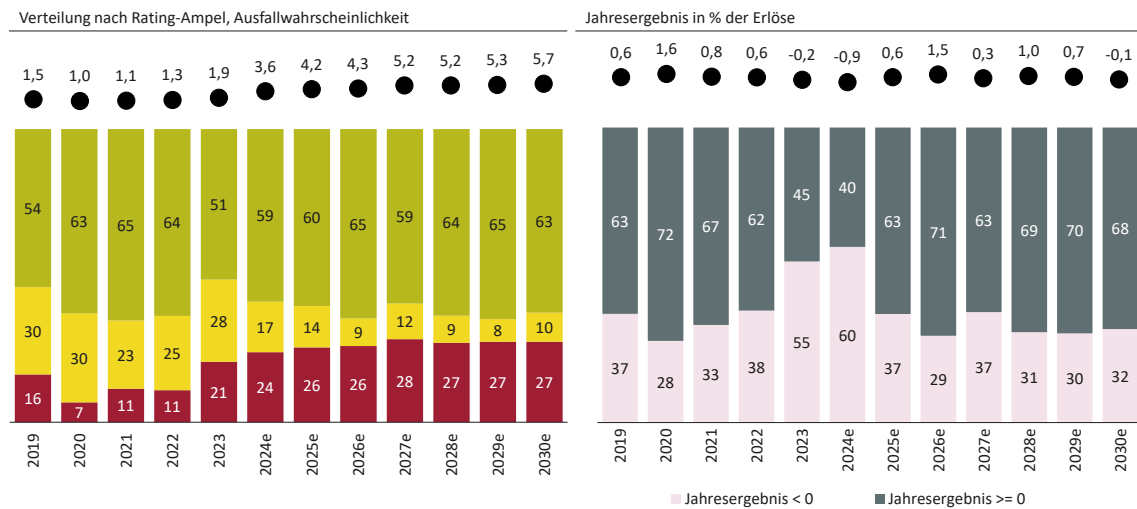


Quelle: Krankenhaus Rating Report 2025

Für die Jahre 2025 und 2026 erwarten wir eine Verbesserung der Lage. Grund dafür ist vor allem der Rechnungsaufschlag von 3,25% und die Steigerung der LBFW im Jahr 2025 in Höhe von über 5%. Ohne die Maßnahmen des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes gehen wir von einer Stabilisierung der Lage aus – mit Ausnahme des Jahres 2027, in dem der Rechnungsaufschlag entfällt und damit zu rechnen ist, dass es zu Kürzungen im Pflegebudget durch eine restriktivere Zuordnung von Personal zum Pflegebudget kommt. Dagegen steht die deutliche Erhöhung der LBFW im Jahr 2027 um über 5%, worin die nachgelagerte zusätzliche Erhöhung um 1,14% enthalten ist. Ab dem Jahr 2028 gehen wir wieder von einer Verbesserung aus, insbesondere weil dann die Zuschläge aus dem KHVVG bzw. KHAG ausgezahlt werden und weil in diesem Szenario noch die

Meistbegünstigtenklausel und die Tarifrefinanzierung gelten. Abbildung 4 stellt das Basisszenario bis 2030 dar.

Abbildung 4: Projektion der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser im Basisszenario



Quelle: Aktualisierung auf Grundlage des Krankenhaus Rating Report 2025.

Im zweiten Szenario berücksichtigen wir die ab 2027 vorgesehenen Maßnahmen des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes. In Tabelle 3 haben wir die erwarteten Einspareffekte der Maßnahmen für die Jahre 2027 bis 2030 zusammengefasst. Die ersten vier Maßnahmen sowie die geplante Einführung von DRG-Kurzzeitfallpauschalen ab 2030 reduzieren im Modell direkt die Erlöse der Krankenhäuser in den angegebenen Jahren. Der Wegfall der Meistbegünstigtenklausel, die Absenkung der Grundlohnrate um einen Prozentpunkt in den Jahren 2027 bis 2029, die Begrenzung des Wachstums des Pflegebudgets, die Streichung der pauschalen Vergütung für pflegeentlastende Maßnahmen sowie die Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung werden durch Anpassungen von Parametern des Prognosemodells berücksichtigt.

Tabelle 3: Maßnahmen und effektive Belastung der Krankenhäuser durch das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz (Stand 16.4.2026)

In Millionen Euro

	2027	2028	2029	2030	PKV
1 Anpassung der Prüfquoten des MD ⁽¹⁾	1.655	1.400	1.461	1.513	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 Meistbegünstigtenklausel	<i>Direkt im Modell hinterlegt.</i>				Ja
6 Grundlohnrate -1%-Punkte für 2027 bis 2029	<i>Direkt im Modell hinterlegt.</i>				Ja
7 Begrenzung des Wachstums des Pflegebudgets	<i>Direkt im Modell hinterlegt</i>				Ja
8 Streichung pauschale Vergütung für pflegeentl. Maßn.	<i>Direkt im Modell hinterlegt.</i>				Ja
9 Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung	<i>Direkt im Modell hinterlegt.</i>				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%	

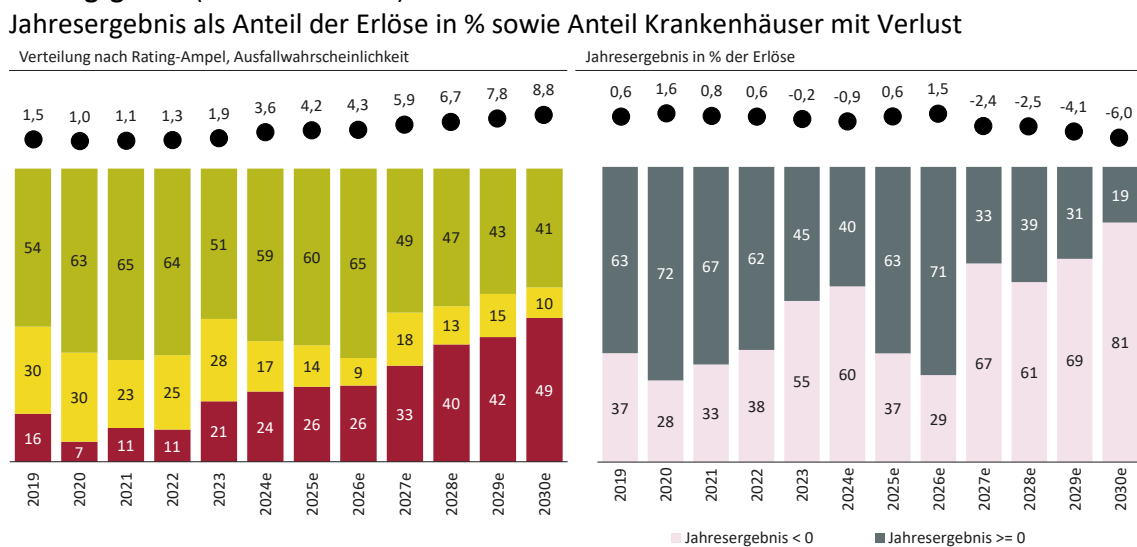
(1) Da die Vorhaltevergütung gemäß § 37 KHG bis zum Abschluss der Konvergenzphase auf historischen Leistungsdaten (Datenjahr 2024) basiert, werden kurzfristige Erlösverluste, z. B. durch erweiterte MD-Prüfungen bzw. einer Ausweitung der Prüfquote im Jahr 2027, in der Konvergenzphase teilweise kompensiert.

Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage des Krankenhaus Rating Report 2025.

Wenn wir alle Erlöseinbußen durch die Sparmaßnahmen des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes mit den Erlöszuwächsen aus dem Basisszenario saldieren, ergibt sich gegenüber dem Basisszenario eine Nettobelastung der Krankenhäuser in Höhe von 3,9 Mrd. Euro im Jahr 2027. Die Differenz zwischen Erlös- und Kostenwachstum beträgt -4,3%. Im Folgejahr 2028 überwiegt das Erlöswachstum leicht das Kostenwachstum um 0,4%-Punkte, obwohl die Belastung der Krankenhäuser im Vergleich zum Basisszenario auf 4,9 Mrd. Euro zunimmt. 2029 und 2030 steigt die Belastung jedoch so stark, dass die Differenz zwischen Erlös- und Kostenwachstum mit jeweils -1,0% wieder negativ wird.

Abbildung 5 stellt die Veränderung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser unter den Belastungen des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes dar. Mit Inkrafttreten der Maßnahmen steigt der zu erwartende Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresverlust von 29% im Jahr 2026 auf hohe 67% im Jahr 2027. Eine leichte Besserung tritt 2028 ein. Bis zum Ende des Jahrzehnts steigt der Anteil aber auf 81%. Die durchschnittliche Umsatzrendite fällt von 2,2% im Jahr 2026 auf -6,0% bis 2030. Wir gehen davon aus, dass bis 2030 49% der Krankenhäuser eine hohe Insolvenzgefahr aufweisen – im Jahr 2026 „nur“ 26%.

Abbildung 5: Projektion der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser mit GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz (Stand 16.4.2026)



Quelle: Aktualisierung auf Grundlage des Krankenhaus Rating Report 2025.

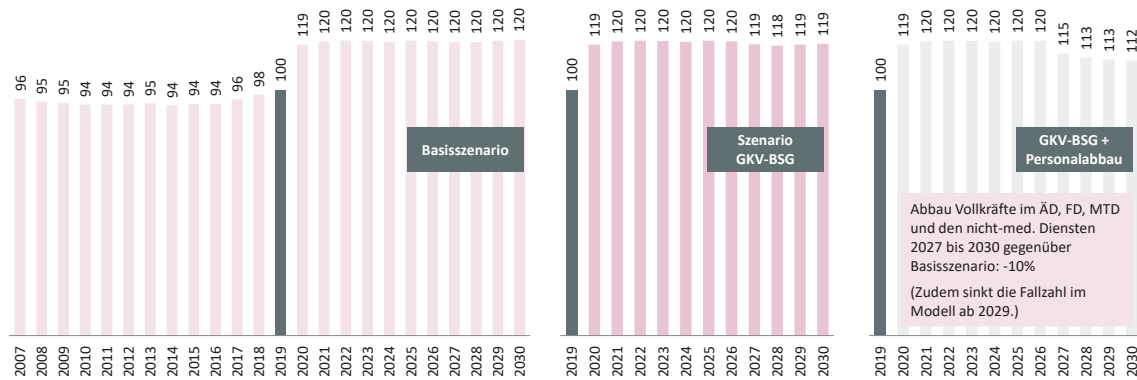
4 Maßnahmen zur Anpassung der Betriebskosten der Krankenhäuser

4.1. Personal

Um die Erlöseinbußen im Szenario mit GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz kompensieren zu können, müssen Krankenhäuser in gleichem Maße ziemlich rasch ihre Betriebskosten senken, weil sie flächendeckend keine Reserven in Form positiver Betriebsergebnisse haben, die einen relevanten Teil der Einsparungen auffangen könnten. Dabei verändert sich gegenüber dem Basisszenario die Leistungsmenge der Krankenhäuser nicht, weshalb es um die Erhöhung der Produktivität gehen muss. Die Sachkosten dürften bei unveränderter Leistungsmenge nur wenig Spielraum für Absenkungen bieten, weil sie in den vergangenen Jahren vermutlich schon stark optimiert wurden. Eher ist mit einer wieder wachsenden Preisinflation zu rechnen, mindestens im Energiebereich. Dagegen ist zwischen 2019 und 2024 die Zahl der Vollkräfte in Krankenhäusern

im Verhältnis zur Fallzahl um beachtliche 20% gestiegen (Abbildung 6). Offenbar konnte die – sogar höhere – Leistungsmenge im Jahr 2019 mit weitaus weniger Personal erbracht werden, als dies derzeit der Fall ist.

Abbildung 6: Vollkräfte je Fall im Zeitverlauf
Normierung auf 100 im Jahr 2019



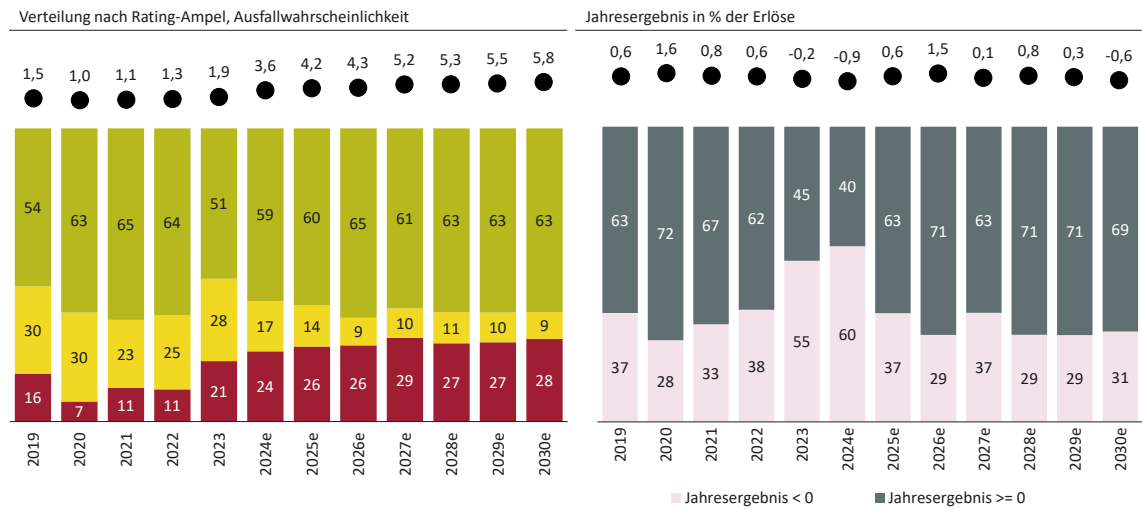
Anmerkung: Wir zählen neben stationären Fällen auch Hybrid-DRG-Fälle; letztere zählen im Jahr 2024 wie 0,65 eines stationären Falls, dann mit den Jahren weniger bis 0,56 eines Falls im Jahr 2030.
Quelle: Statistisches Bundesamt (2026)

Wir gehen davon aus, dass das künftig gedeckelte Wachstum des Pflegebudgets dazu führt, dass kein weiterer Aufwuchs der Zahl der Pflegefachpersonen stattfinden wird. Das gesetzlich vorgegebene Wachstum des Pflegebudgets gibt zudem eine Obergrenze für die Lohnentwicklung vor, die vermutlich ausgereizt werden dürfte. Damit besteht kein Spielraum mehr für eine weitere Ausweitung der Personalmenge. Vor dem Hintergrund des bislang enormen Aufwuchses in der Pflege dürfte ein weiterer Aufwuchs auch nicht mehr nötig sein. Die Zahl der Vollkräfte in der Pflege pro Fall lag im Jahr 2024 um rund 30% höher als 2019. Allerdings rechnen wir in den Jahren 2027 bis 2029 trotzdem mit einer Reduktion der Zahl der Pflegekräfte um insgesamt 3% aufgrund der Reduktion der Grundlohnrate um einen Prozentpunkt in diesen Jahren.

Der Personalabbau wird also in den anderen Dienstleistungen stattfinden. Dort müssen bis zum Jahr 2030 rund 10% der Stellen abgebaut werden, um die Erlöseinbußen auffangen und die Überlebensfähigkeit der Krankenhäuser sichern zu können. Die Zahl der Vollkräfte pro Fall würde bis 2030 von derzeit (normiert) 120 auf dann (normiert) 112 fallen, was weiterhin noch deutlich über dem einstigen Wert von 100 im Jahr 2019 liegt (Abbildung 6). Abbildung 7 stellt das Szenario dar, wenn Personalabbau in diesem Maße realisiert würde. Es stimmt weitgehend mit dem Basisszenario überein. Abbildung 8 fasst alle drei Szenarien zusammen.

Abbildung 7: Projektion der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser mit GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz (Stand 16.4.2026) und entsprechendem Personalabbau

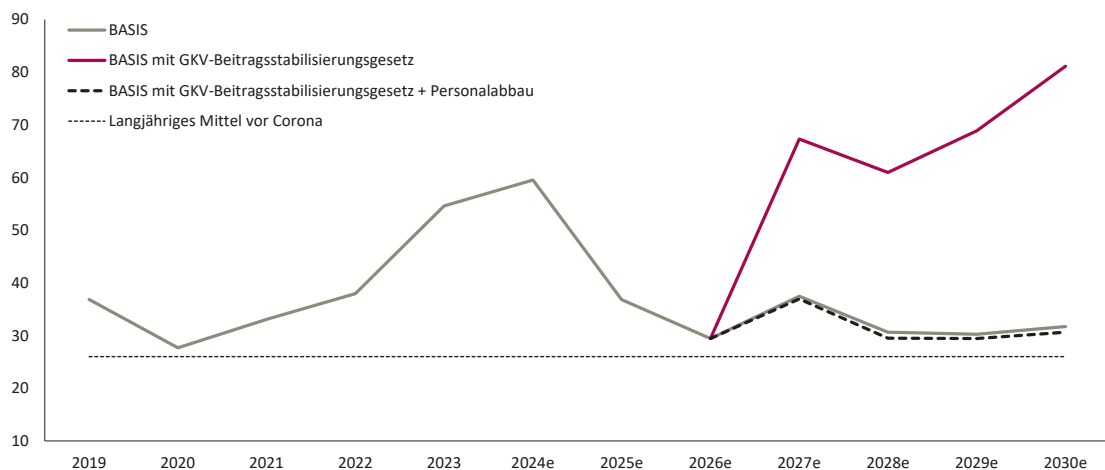
Jahresergebnis als Anteil der Erlöse in % sowie Anteil Krankenhäuser mit Verlust



Quelle: Aktualisierung auf Grundlage des Krankenhaus Rating Report 2025.

Abbildung 8: Projektion der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser für alle Szenarien

Anteil Krankenhäuser mit einem Jahresfehlbetrag in %



Quelle: Aktualisierung auf Grundlage des Krankenhaus Rating Report 2025.

4.2. Standorte

Sollten die Betriebskosteneinsparungen nicht in diesem nötigen Maße realisiert werden, liegt die Alternative in der Aufgabe von (hoch) defizitären Krankenhausbetrieben. Dabei müssen die Patienten der aufgegebenen Standorte von den noch vorhandenen Krankenhäusern versorgt werden. Die Erlöse der geschlossenen Standorte wandern daher zu den noch vorhandenen Krankenhäusern. Wir nehmen an, dass jedoch nicht auch sämtliche Betriebskosten 1:1 „mitwandern“, sondern dass die aufnehmenden Krankenhäuser Skaleneffekte realisieren, das heißt, ihre Fixkosten besser finanzieren können. Um die Größenordnung der nötigen Betriebsaufgaben mit anschließenden Umschichtungen abschätzen zu können, treffen wir die Annahme, dass nur 92% der Kosten „mitwandern“ und ein Zielwert von +1% Jahresüberschuss erzielt werden muss. Der Wert muss positiv sein, um auch Spielraum für eigenfinanzierte Investitionen zu geben. Zudem gehen wir davon aus, dass der Gesamtumsatz aller Krankenhäuser bei 130 Milliarden Euro liegt.

Wenn wir davon ausgehen, dass im Ausgangszustand der durchschnittliche Jahresverlust im Gesamtmarkt bei -3,0% liegt, was etwa dem Durchschnitt in den Prognosejahren 2027 bis 2030 des Szenarios mit GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz entspricht, dann müssen 36% der Standorte aufgegeben werden, um am Ende im Gesamtmarkt ein durchschnittliches Jahresergebnis von +1,0% zu erzielen (Tabelle 4). Es handelt sich um ein hypothetisches Szenario, das in dieser Geschwindigkeit nicht realisierbar ist. Denn dazu wären enorme Strukturveränderungen mit entsprechenden Investitionen nötig. Diese können nur über einen langen Zeitraum erreicht werden. Der Transformationsfonds mit einem weniger ambitionierten Ziel hinsichtlich der zu erreichenden Strukturveränderungen setzt dafür mindestens zehn Jahre an.

Tabelle 4: Nötige Betriebsaufgaben zur Stabilisierung der Lage

In Milliarden Euro

	Start	Umzuverteilen	Rest	Umverteilt	Neu
Umsatz	130,0	46,8	83,2	46,8	130,0
Kosten	-133,9	-48,2	-85,7	-43,1	-128,8
EAT	-3,90				1,25
EAT-Marge	-3,0%				1,0%

Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage des Krankenhaus Rating Report 2025.

5 Ermöglichung von Veränderungen

Um als Betrieb überleben zu können, ist es für Krankenhäuser ein Muss, ihren Personalbestand so anzupassen, dass sie dauerhafte Defizite vermeiden. Derzeit ist dies jedoch vielfach gar nicht ohne weiteres möglich. Die Zahl der Vorschriften zum Personaleinsatz hat in den vergangenen Jahren immer mehr zugenommen. Auch Anforderungen an die Dokumentation sind gestiegen. Regulatorische Vorgaben legen implizit Mindestpersonalkosten fest, die dazu führen, dass Krankenhäuser ihre defizitäre Lage nicht einfach verändern können. Es ist daher dringend geboten, den Krankenhausbetrieben mehr Gestaltungsfreiheit zu ermöglichen, wenn man möchte, dass sie aus eigener Kraft Defizite vermeiden können sollen. Dabei hilft es, wo immer dies möglich ist, den Fokus auf Ergebnisorientierung, anstatt auf Vorschriften zu legen.

Je mehr regulatorische Vorgaben ein Betrieb einhalten muss, desto weniger effizient kann der Betrieb geführt werden. Denn jede Vorgabe ist eine in der Optimierung des betrieblichen Ressourceneinsatzes einzuhaltende Nebenbedingung. Das erreichbare Optimum mit vielen Neben-

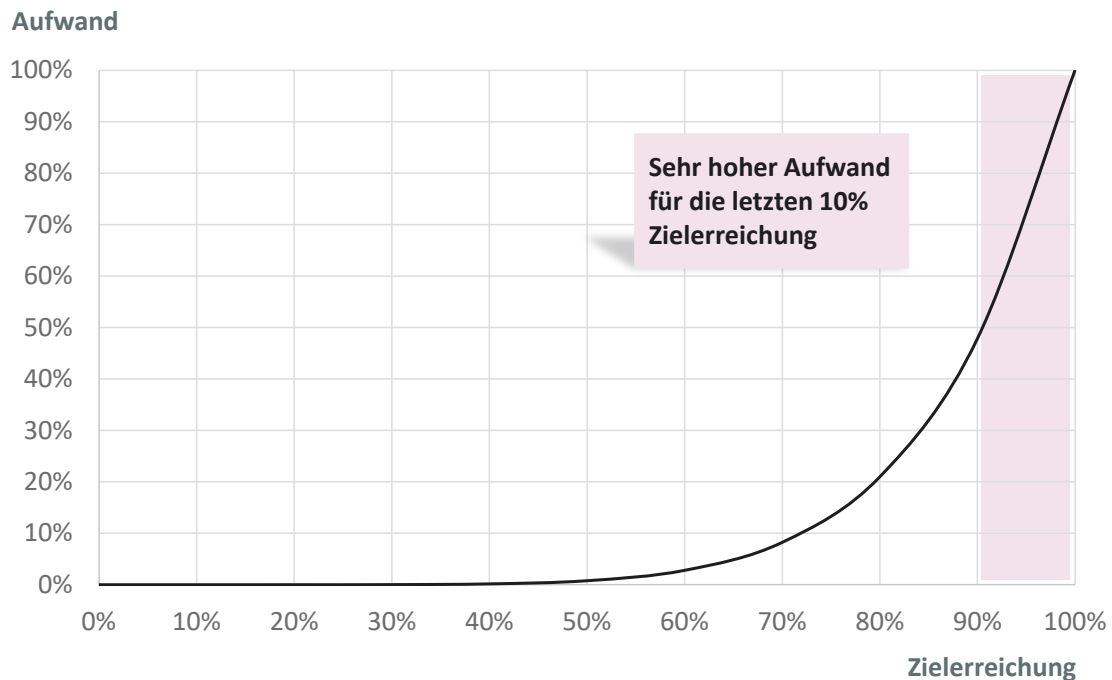
bedingungen liegt – mathematisch zwingend – stets niedriger als mit wenigen oder ohne Nebenbedingungen. Zwar erreicht eine konkrete regulatorische Nebenbedingung ein berechtigtes Nebenziel. Beispielsweise minimieren Brandschutzvorgaben das Schadensrisiko bei einem Brand oder Hygienevorschriften das Hygienierisiko. Wenn jedes dieser Nebenziele indessen absolut gesetzt wird, das heißt als 100%-Ansatz verstanden wird, nehmen die Nebenwirkungen auf den eigentlichen Kernbetrieb stark zu. Am Ende werden dann zwar lauter Nebenziele zu 100% erreicht, aber der Kernbetrieb muss heruntergefahren werden, weil die Ressourcen zu seiner Aufrechterhaltung in die Erfüllung all der Nebenziele fließen und für das Hauptziel der Patientenversorgung nicht mehr zur Verfügung stehen.

Ein Beispiel sind bundesweit einheitliche Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG) auf der Ebene von einzelnen Abteilungen und abhängig von der Uhrzeit, aber unabhängig von betrieblichen Besonderheiten. Jeder Betrieb ist anders organisiert und Abteilungsgrößen können variieren. Aber vor allem unterliegt der verfügbare Pool an Personal auch zufälligen, nicht durchweg planbaren Schwankungen über die Zeit, zum Beispiel durch krankheitsbedingte Personalausfälle. Ein starrer 100%-Ansatz zu jeder Uhrzeit erfordert daher einen großen Personalpuffer, um unter allen stochastischen Schwankungen stets immer oberhalb der Mindestvorgaben bleiben zu können. Ein solcher Puffer bindet Ressourcen und verursacht Kosten.

Zudem kann es passieren, dass Pflegepersonal aus einer Abteilung ohne PPUG abgezogen werden muss, um eine Abteilung mit PPUG unterstützen zu können – unabhängig davon, ob es der Patientenversorgung in diesem Moment nützt oder nicht. Dies kann zu einer ineffizienten Allokation des Personals führen und damit zu Verschwendung teurer Arbeitskraft bzw. zu höheren Kosten als nötig. Anstatt starrer abteilungsbezogener PPUG sollte zu Vorgaben auf der Haus-ebene übergegangen werden, um innerhalb eines Hauses teure Personalressourcen flexibel dort einsetzen zu können, wo sie am meisten Nutzen stiften. Damit entfallen auch kostentreibende abteilungsspezifische Puffer, um alle stochastischen Schwankungen stets abfangen zu können. Der Königsweg wäre, ganz auf PPUG zu verzichten und stattdessen Pflegequalität zu messen und zu sanktionieren. Dann würden nur solche Kosten entstehen, die für die zu erzielende Qualität wirklich nötig sind. Zusatzkosten, die entstehen, weil eine bundesweite Regulierung nie passgenau für alle Betriebe sein kann, würden entfallen.

Ein anderes Beispiel ist die neue grundsätzliche Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für die Notfallstufenstandards. Bestimmte Ärzte mit besonderer Qualifikation müssen nunmehr innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein. Solche Standards lassen sich nach arbeitsgerichtlicher Feststellung nicht mehr über die Rufbereitschaft abbilden, was im Vergleich zur bisherigen Regelung, die auch Rufbereitschaften erlaubte, zu erheblichen Mehrkosten führt. Selbst wenn die neue Regelung eine leichte Verbesserung in der Patientenversorgung bringen sollte – was nicht nachgewiesen ist – muss stets der zusätzliche Kostenaufwand dem Zusatznutzen gegenübergestellt werden. In den gesamtwirtschaftlich gegenwärtig äußerst schwierigen Zeiten und bei einer immer ungünstigeren demografischen Struktur in Deutschland sollte der über lange Zeit ebenfalls passable Status quo ante auch in der Zukunft weiterhin tauglich sein. Das Hochschrauben von Standards, um auch das letzte Prozent an (vermeintlicher) Verbesserung zu erreichen, verursacht dagegen enorme Kostensprünge. Abbildung 9 verdeutlicht diesen Gedankengang schematisch. Das Problem der hohen Kosten für die „letzte Meile“ betrifft dabei nicht nur die Gesundheitsversorgung, sondern viele gesellschaftliche Themengebiete, und dürfte neben den internationalen Rahmenbedingungen eine wesentliche Ursache für die schlechte gesamtwirtschaftliche Lage sein.

Abbildung 9: Zusammenhang von Aufwand und Zielerreichung



Quelle: Eigene Darstellung.

Ein drittes Beispiel ist die Zwei-Kilometer-Standortdefinition. Krankenträger mit mehreren nahe gelegenen Standorten innerhalb einer Stadt haben in den vergangenen Jahren über Standorte und Distanzen hinweg Formen der Zusammenarbeit entwickelt, die Standortspezialisierungen ohne Doppelvorhaltungen an den Standorten ermöglichen. Die gesetzlich definierte Zwei-Kilometer-Standortdefinition erfordert in einigen Fällen eine Rückabwicklung von Spezialisierungen und damit auch von kostengünstigen Strukturen. Nach der Rückabwicklung wird das Kostenniveau daher höher als zuvor liegen. Außerdem werden noch nicht realisierte, weitere mögliche lokale Spezialisierungen mit höherer Kosteneffizienz unterbunden. Eine Alternative zur strikten Entfernungsdefinition wäre die Ermöglichung flexibler Entfernungsdefinitionen in Rücksprache mit den Krankenkassen vor Ort, die von sinkenden Kosten ebenfalls einen Vorteil haben.

Generell können die Betriebskosten eines Krankenhauses durch den konsequenten Abbau von Bürokratie gesenkt werden. Zwar dient Bürokratie auch immer einem Zweck, also einem Nebenziel. Nicht immer ist aber ein vor vielen Jahren oder gar Jahrzehnten beabsichtigter Zweck noch aktuell, aber die dazu gehörige Bürokratie läuft dennoch weiter. Wichtig wäre also zunächst eine Entrümpelung von Bürokratie über die Identifikation von nicht mehr relevanten Zwecken – oder sogar einer Priorisierung von Nebenzielen.

Zudem würde der oben erwähnte Abbau von Regulierung automatisch die Bürokratielast reduzieren. Auch ein stärkerer Fokus auf Ergebnisse sowohl in der Qualitätssicherung als auch bei der Vergütung anstatt auf Strukturen und Abrechnungen würde Bürokratielast senken. Viel Bürokratie fällt außerdem im Rahmen der Informations- und Einwilligungspflichten von Patienten an, die sogar Unwillen bei Patienten selbst hervorrufen können und die pragmatischer gestaltet werden sollten. Schließlich liegen einige Themen auch außerhalb des Bereichs „Krankenhaus“ wie das Handels- und Dienstleistungstatistikgesetz, das Lieferkettensorgfaltspflichtengesetz, Dokumentationspflicht für Import-Arzneimittel bei Lieferengpass, Anerkennungsverfahren für

internationale Talente aus Drittstaaten, Befristungen beim Energieaudit und die Trinkwasser-verordnung in Bezug auf Legionellen. Zahlreiche diskussionswürdige Vorschläge zum Abbau von Überbürokratisierung finden sich in DKG (2025).

Literatur

Augurzky, B., Krolop, S., Hollenbach, J., Bergschneider, H., Monsees, D., Pilny, A. und Schmidt, C.M. (2025). Krankenhaus Rating Report 2025: Aufbruch aus dem Tal der Tränen. Heidelberg: medhochzwei Verlag.

DKG (2025), „Weniger Bürokratie – Mehr Ressourcen für Patientinnen und Patienten“, Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Abbau von Überbürokratisierung, November 2025.