

KASSENGIPFEL 2025

Transformation der Krankenhauslandschaft entlang der Versorgungsrelevanz – Die Sicht der Versicherten

Johannes Wolff

Abteilungsleiter Krankenhäuser

GKV-Spitzenverband



Der Sturz in den Kaninchenbau Krankenhausreform

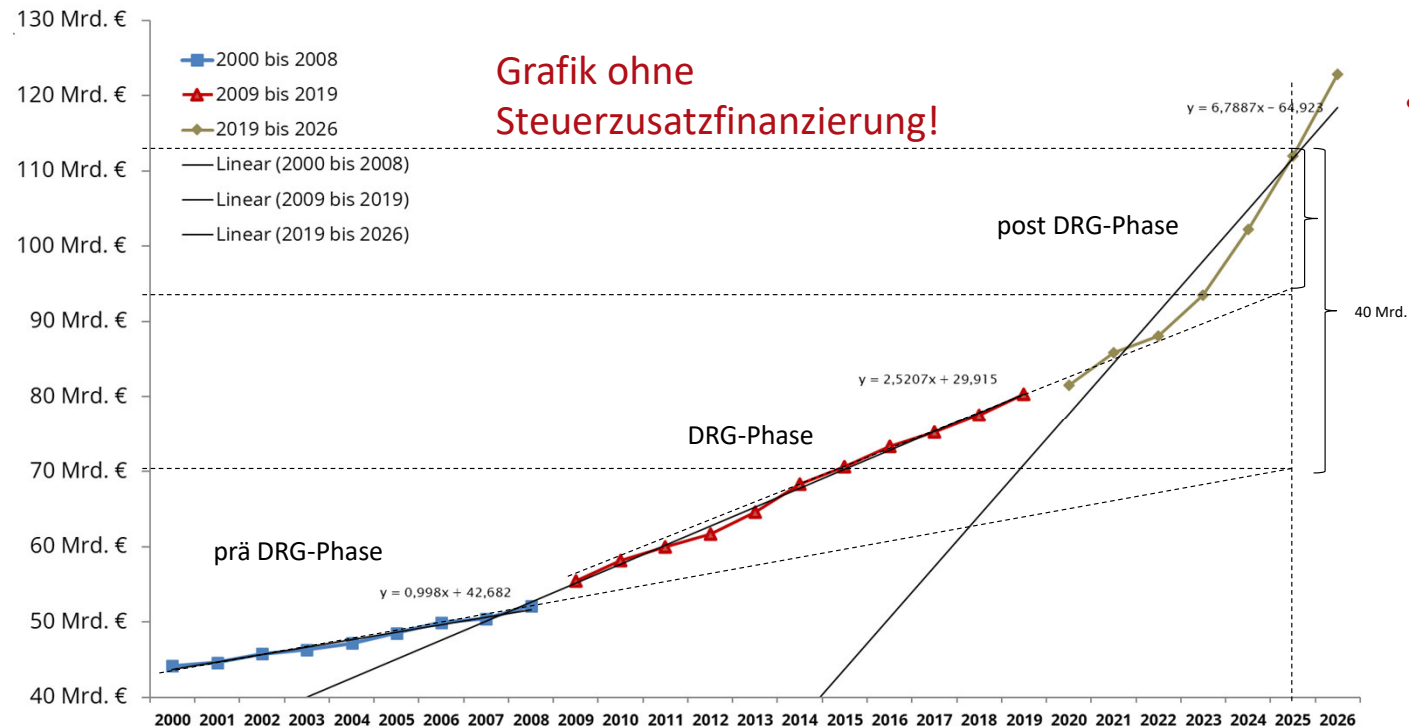
- Alice fragt die Grinsekatz: "Würdest du mir bitte sagen, welchen Weg ich einschlagen muss?"
- „Das hängt davon ab, wohin du gehen willst“, sagte die Katze.
- „Das ist mir eigentlich egal“, sagte Alice.
- „Dann ist es auch egal, welchen Weg du nimmst“, sagte die Katze.



Gemini KI

Von der „Budget-Phase“ zum „Kontrollverlust“

Die gemeinsame Agenda für das Gesundheitswesen: Gesundheit für alle bezahlbar halten!



Quelle: Amtliche Statistik KJ1 (2004-2023), 2024 KV45

Quelle: Amtliche Statistik KJ1 2004-2025, 2026 Schätzung

- **Verteidigungshaushalt:**
Die jährliche Summe von 100 Mrd. Euro entspricht in etwa dem gesamten deutschen Verteidigungsbudget. Der Betrieb und die Versorgung in deutschen Krankenhäusern kosten die Gesellschaft ca. so viel wie die gesamte Landesverteidigung.

Ausgabenprognose 2025/2026

Gesamtentwicklung 2025:

Eine **Gesamtsteigerung von 9,6 %** wird erwartet.

- Preiseffekt: +6,4 %
- Mengeneffekt: +2,5 %
- Soforttransformation: +0,7 %

Gesamtentwicklung 2026:

Eine **Gesamtsteigerung von 8,7 %** wird prognostiziert.

- Preiseffekt: +4,6 %
- Mengeneffekt: +1,7 %
- Soforttransformation: +2,4 %

Somatik 2026:

- Erwarteter Preisanstieg von 4,60 %.
- Hybrid-DRGs reduziert den Casemix um ca. -3,2 % , gleichzeitig moderater Mengenanstieg von +1,0 % erwartet.

Pflegebudget 2026:

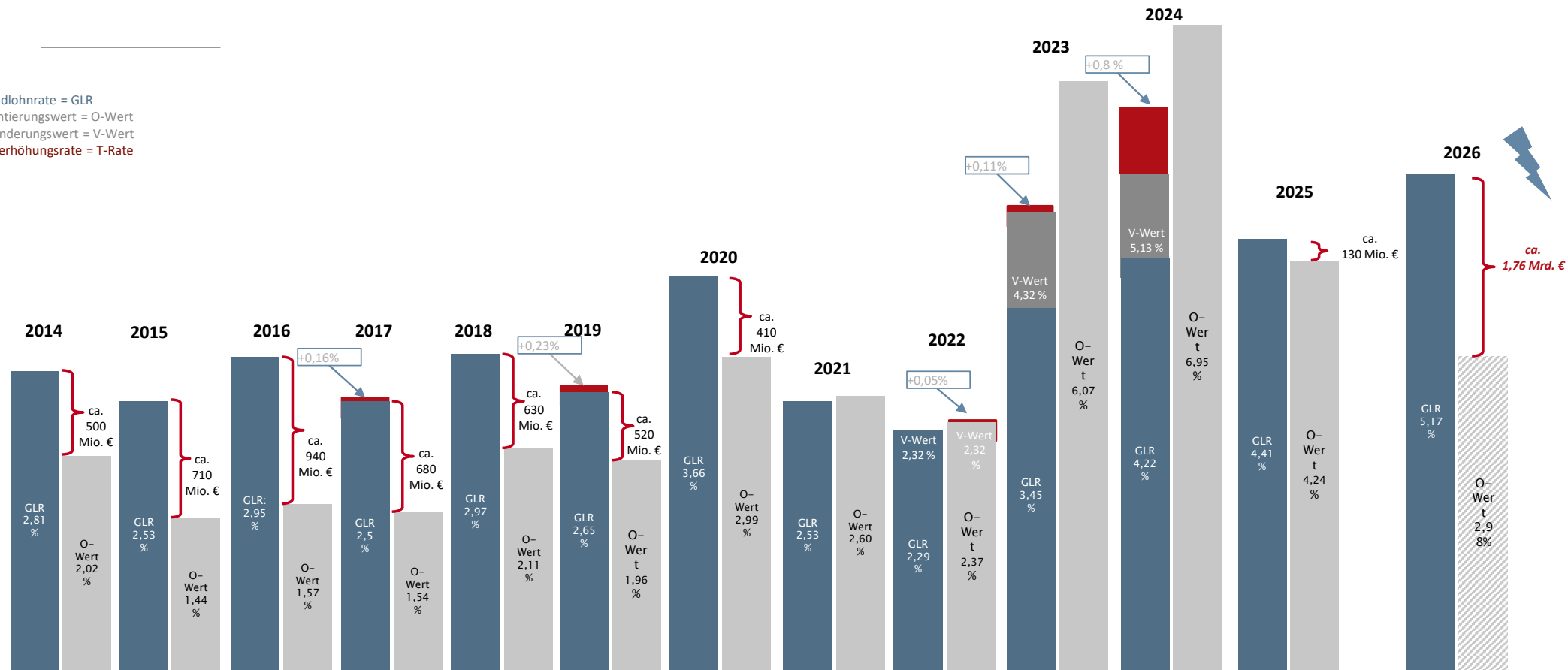
- Anstieg um +9,5 % (+2,4 Mrd. €).

Psychiatrie 2026:

- Preiserwartung von 7,3 % bei einem weiteren moderaten Mengenanstieg.
- Haupttreiber sind die Budgetbeschleunigung und die Umsetzung der PPP-RL.

Unbegründet hohe Preissetzungsspielräume

Grundlohnrate = GLR
Orientierungswert = O-Wert
Veränderungswert = V-Wert
Tariferhöhungsrate = T-Rate



Reale Produktivität der Krankenhausbehandlung

Produktivität = Casemixpunkte (inkl. Pflege) / reale GKV-Ausgaben

Mehr rein: „Gießkannengeld“

- Preis-Erhöhungen
- Steuermilliarden

Weniger raus: Leistungsmenge

- Fallzahl-Stagnation
- COVID-19-Effekt
- Ambulantisierung

Beschäftigungsausweitung
und Bürokratie

- unbegrenztes Pflegebudget zu Selbstkosten
- Diverse weitere Personalvorgaben
- **Mehr rein, weniger raus!**



Gemini KI

Der Effekt der notwendigen Reformen in der GKV übersteigt selbst die Erwartungen an die kommenden Reformen

Keines der aktuellen Reformprojekte und
keine der bestehenden gesetzlichen Regelungen liefert das
notwendige Kaliber!

- Weder der **aktuelle Stand der Krankenhausreform**,
- noch die **Ambulantisierungsprojekte** (Hybrid, SüV, INZ, AOP...),
- noch die **Verhandlungen** zur Krankenhausfinanzierung (LBFW, Tarifräte, ...),
- noch die „Rettung“ des Systems über **Schulden und Steuermittel**,
- noch die Hoffnung auf **Wachstum** (der Einnahmen)

Was tun?



Gemini KI

Was tun: Reformvorschläge des GKV-SV zur Krankenhausfinanzierung

Das große Kaliber

Krankenhauspreise auf das notwendige begrenzen:

- Umkehrung der Meistbegünstigungsklausel
[wenn O-Wert < GLR dann O-Wert]
- Streichung der direkten Refinanzierung der vollen Tarifraten

Effizienzreserven über die DRG-System Normierung heben:

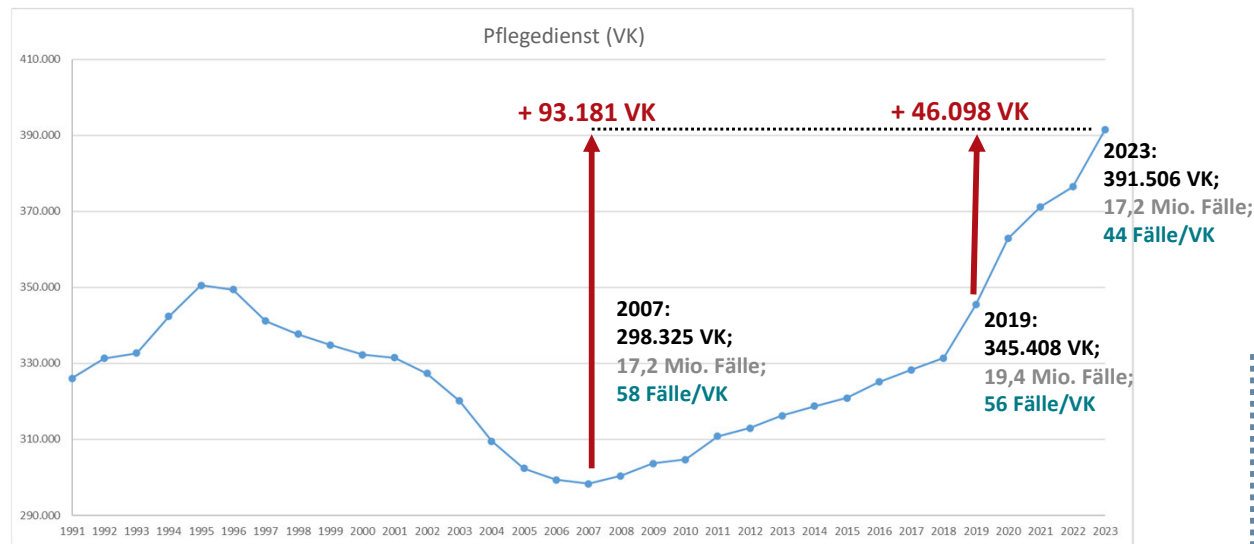
- Kompensation der Mengeneffekte
- Hebung der im KHVVG „gesetzten Effizienzreserven“
- Nebenbei: „Effizienzgewinne“ im Zuge der KH-Reform bislang gesetzlich ohne Effekt auf die GKV-Finanzen

Ende des Pflegebudgets in Selbstkosten:

- KH mit einer überdurchschnittlichen Personalausstattung dürfen kein weiteres Personal einstellen
- Steigerungen des PB oberhalb der GLR sind preissenkend bei dem Landesbasisfallwert anzusetzen

Pflege im Krankenhaus

Überblick



Pflegebudget:

	Pflegebudget (KJ1/KV45)
2019	
2020	15.208.360.581
2021	17.320.381.723
2022	18.669.460.088
2023	20.492.872.256
2024	22.648.893.838

> 10 %
jährlich Anstieg
der
GKV-Ausgaben

Pflegepersonaluntergrenzen:

Jahr ▲	Anteil unterbesetzter Schichten an Schichten gesamt	Datensätze
2021	13,4 %	268.675
2022	15,6 %	318.703
2023	15,2 %	330.522
2024	14,5 %	330.127
2025	14,6 %	82.670

Quellen:

Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12, verschiedene Jahrgänge;
Pflegepersonaluntergrenzen Jahresmeldungen 2021 bis 2024 sowie Quartalsmeldung Q1/2025; Auswertung GKV-Spitzenverband



Verrückte Teeparty der Bürokratie



Gemini KI

Leistungsgruppen (LG) als Kernelement des KHVVG

Leistungsgruppen verbinden Planung, Qualität und Vergütung



- LG verbunden mit **Mindestqualitätskriterien** (Personal, Ausstattung, Strukturen und Prozesse)
- Zuweisung von LG an einen Standort durch **Landeskrankenhausplanung**
- **Vorhaltevergütung** baut auf LG auf. Zuweisung einer LG ist Voraussetzung für Abrechnung der DRGs.
- **Instrument**: Leistungsgruppen verbindet die Ansätze Planung, Markt, Qualität, Personal und Budget
- **Zielbild und Wirkung**

Zielbild und Wirkung unbekannt

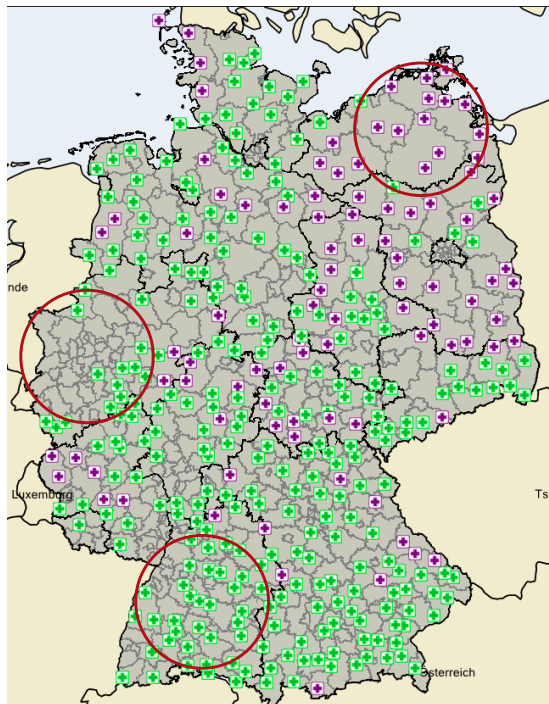
- Die **Leistungsgruppennamen und Definitionen**, die Anzahl und die Anforderungen sind (fast vollständig) aus NRW übernommen und so gemacht, dass spezialisierte Leistungen konzentriert werden (Folgenabschätzung ist unbekannt)
- Die **Anrechnungsregeln** sind aus dem KHVVG-Prozess und behandeln (fast alle Leistungsgruppen gleich)
- Der **Grouper** ist aus dem InEK und ordnet jeden Fall eineindeutig zu (**Alternative: Versorgungsauftrag**)
- Die gewünschte Dosis der „Konzentration“ ist allen unklar. Folgenabschätzung und Regelwerk zwingend!
- **Ausnahmentsunami erwartbar...**



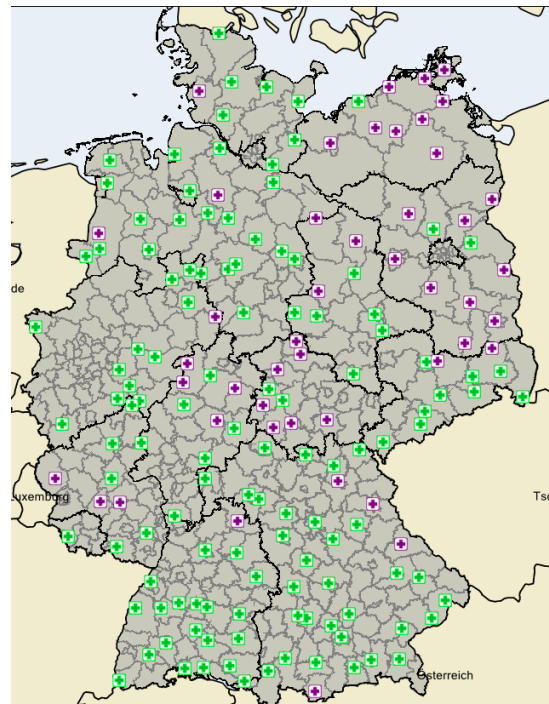
Gesetzentwurf KHAG : „Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung“

Botschaft vs. Ergebnis: Ausnahmen von den Qualitätskriterien (zwei Beispiele)

KHVVG Beispiel: Allgemeine Innere Medizin 30 min.



KHVVG Beispiel: Tiefe Rektumeingriffe 40 min.



Standorte mit 92,5 %-Kappung nach NRW-Algorithmus im Jahre 2023

grün: bei Wegfall mindestens 5.000 Menschen, die mehr als 30 (bzw. 40) Fahrzeitminuten benötigen

Sicherstellungshäuser wurden – unabhängig – in lila dargestellt.

Durch die o. a. Kappung fallen einige Sicherstellungshäuser aus der Menge der dargestellten Häuser.

Regelung 30/40 min. soll mit KHAG „entfallen“ und wird durch Länderausnahme „Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung“ ersetzt.

Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung für planbare/elektive Leistungsgruppen (Stadtstaaten)?

Quelle: Daten gem. § 21 KHEntgG

Gesetzentwurf KHAG: Erweiterte Ausnahme- und Kooperationsmöglichkeiten

Kooperationen: Wir schaffen eine Regel und schaffen Sie gleich wieder ab

- „Kooperation“: 29-mal im KHVVG, jetzt 127-mal in KHAG-Version vom 09.09.2025 erwähnt.
- Betrifft nicht nur LG, sondern auch Versorgungsverträge und schon länger auch OPS-Kodes.
- **Fazit: Wenn es einen Vertrag gibt und der Kooperations-partner innerhalb von 2.000 Metern um das Krankenhaus liegt, dann geht alles.**
-

**Kooperationen selbst in Ballungsräumen?
Bei planbaren Leistungen?**

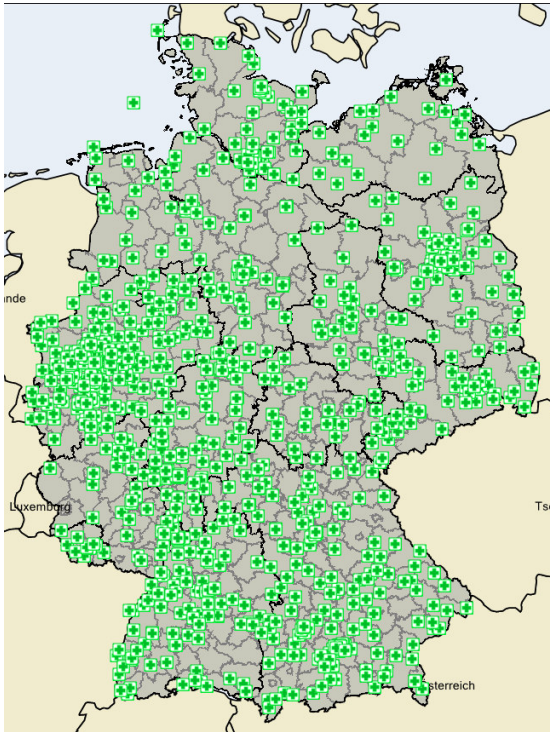
Krankenhäuser können ein Qualitätskriterium in **Kooperationen und Verbünden** insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der **vertragsärztlichen Versorgung** erfüllen können, wenn eine **schriftliche Kooperationsvereinbarung** vorliegt und

- a) die Erfüllung in Kooperation in dem jeweiligen **Qualitätskriterium [der LG]** vorgesehen ist,
- b) dies zur Sicherstellung einer **flächendeckenden Versorgung** zwingend erforderlich ist oder
- c) sich der Kooperationspartner in einem Gebäude des jeweiligen Krankenhausstandortes befindet oder der Abstand zwischen den am weitesten voneinander entfernt liegenden Gebäudepunkten des jeweiligen Krankenhausstandortes und des Kooperationspartners **nicht mehr als 2.000 Meter Luftlinie** beträgt.



Gesetzentwurf KHAG: Fachklinikdefinition ist Ländersache

Voll daneben und keine bessere Idee



Fachkliniken 2023 nach KHVVG gemäß NRW-Leistungsgruppen
(EPU/Ablation, Interventionelle Kardiologie, Kardiale Devices und Minimale Herzklappenintervention wurden unter EPU/Ablation zusammengefasst; Allgemeine Innere und Chirurgie wurden nicht berücksichtigt; Standorte mit weniger als 50 Fällen in den vier TOP-LG wurden ebenfalls nicht berücksichtigt)

KHVVG: „Level F“, wenn sie mindestens 80 Prozent der im vorhergehenden Kalenderjahr von ihnen abgerechneten Fälle in höchstens vier der in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen abzüglich der Fälle der in Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie erbracht haben;

- Allgemeine Innere und allgemeine Chirurgie zählen nicht auf die Prozentsätze
- 1.025 Krankenhäuser sind potenzielle Fachkliniken.

Gesetzentwurf KHAG: Entscheidung in Länderkompetenz

Fazit aus Länderentscheidungen zur „Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung“ „Kooperation“ und „Fachklinik“:

- Qualitätskriterien gelten nur noch, wenn sie sowieso erfüllt werden!
- Wozu noch das ganze bürokratische Theater?

Qualitätskriterien-Grinsekatze



Gemini KI



Was tun? KH-MoVeR: Versorgung der Versicherten in den Mittelpunkt stellen

Projekt „Modellierung der Versorgungsrelevanz von Krankenhäusern“ (KH-MoVeR)

Prof. Dr. med. Jochen Schmitt MPH
Prof. Dr. oec. Leonie Sundmacher MSc
Prof. Dr. rer. pol. Boris Augurzky
Prof. Dr. med. Reinhard Busse MPH FFPH
Prof. Dr. med. Christian Karagiannidis
Franz Krause
Ronald Schwarz MSc
Dipl.-Volkswirt Johannes Wolff
Prof. Dr. med. Tom Bschor

Krankenhausreform in Deutschland: Populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung

Ein zentraler Baustein der von der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vorgeschlagenen Krankenhausreform ist die Konzentration und Zentralisierung von Behandlungskapazitäten in den

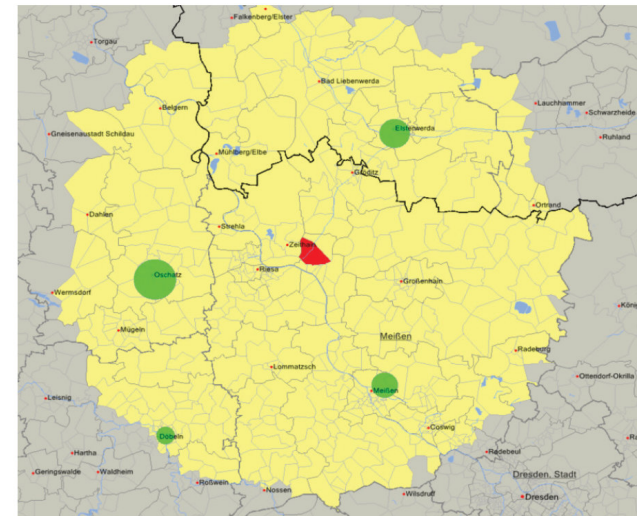
Zusammenfassung

Hintergrund: Aufgrund des sich weiter verschärfenden Fachkräftemangels, überproportional steigender Kosten und unzureichender Behandlungsqualität plant Deutschland eine grundlegende Krankenhausreform. Die Regierungskommission hat hierfür die zentralen Konzepte erarbeitet. So soll mit einer Planung nach Leistungsgruppen, denen definierte Vorgaben zur Strukturqualität zugrunde liegen, mit einer Reduktion des ökonomischen Drucks auf eine Fallzahlausweitung durch die Einführung einer Vorhaltevergütung und mit einer Einteilung der Krankenhäuser in Level – zumindest in Form einer transparenten Information der Allgemeinheit – eine Zentralisierung der Krankenhausangebote in den überversorgten Ballungsgebieten erreicht werden. Bislang fehlt aber ein generisches Modell, das populationsbezogen unter Berücksichtigung der Kapazität eines Krankenhausstandorts bezüglich Behandlungszahl und -schwere ein Maß für die Versorgungsbedeutung und Bedarfsnotwendigkeit der Krankenhäuser ermittelt.

Methoden: Wir entwickelten ein generisches Modell zur Ermittlung der krankenhausaufstellungsbezogenen Versorgungsbedeutung und Bedarfsnotwendigkeit für die unterschiedlichen Leistungsgruppen. Die so ermittelten Maße für die Bedarfsnotwendigkeit könnten auch bei der Bemessung der Vorhaltefinanzierung Anwendung finden. Für das Modell wurden die Leistungsgruppen nach Spezialisierungsgrad und Dringlichkeit in vier Kategorien mit Erreichbarkeitsgrenzen von 30, 45, 90 und 180 Minuten eingeteilt. Zur Simulation der populationsbezogenen Versorgungsbedeutung kamen Gravitationsmodelle zum Einsatz. Im Basismodell erfolgte die Bestimmung der Versorgungsbedeutung ausschließlich anhand der Erreichbarkeit für die innerhalb des jeweiligen Erreichbarkeitskorridors lebende Bevölkerung. In erweiterten Modellen wurden zusätzlich die historische Fallzahl und deren Fallschwere berücksichtigt, um aktuelle Versorgungskapazitäten und bestehende Wahlentscheidungen der Bevölkerung u. a. bezüglich der Versorgungsqualität zu berücksichtigen. Das Modell wurde basierend auf bundesweiten § 21-Daten implementiert und Auswirkungen der Gewichtung der drei Einflussgrößen (i) Population, (ii) Fallzahl und (iii) Fallschwere auf die Verteilung Versorgungsbedeutung der Krankenhausstandorte ermittelt. Am Beispiel der „Endoprothetik Knie“ (LG 14.2 in NRW) im Bundesland Sachsen wurde die Auswirkung der Konzentration auf die Verteilung der Vorhaltebudgets und auf die Erreichbarkeit der Bevölkerung beispielhaft dargestellt. Diese so ermittelte Versorgungsbedeutung wird mit einem Kennwert kontrastiert, der die Bedarfsnotwendigkeit von Krankenhäusern im Sinne der Sicherstellung in ländlichen Räumen abbildet.

Ergebnisse: Von den rund 16,5 Mio. somatischen Behandlungsfällen des Jahres 2021 konnten 89,5% einer der 60 somatischen NBM-Leistungszentren

- Versichertenperspektive!
- Bedarfskomponente!
- Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse!

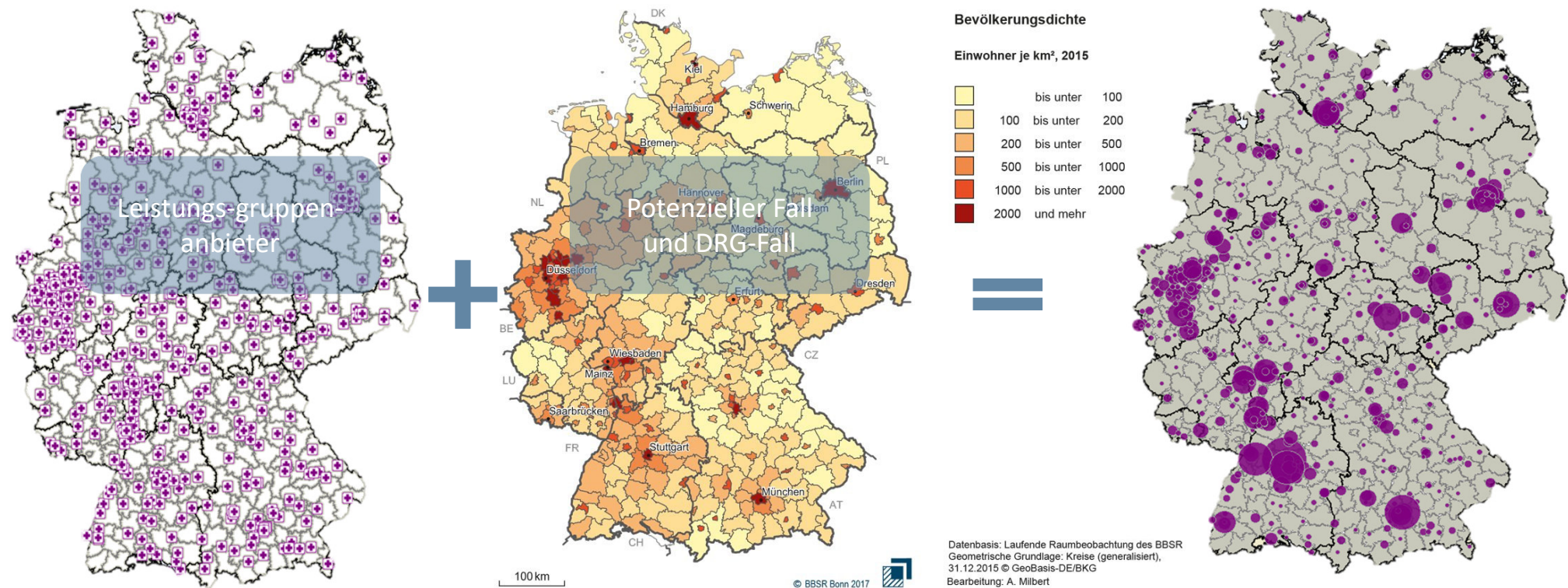


Geburtshilfliche Fachabteilungen der Krankenhäuser mit Fahrzeit 45 min.

Quelle: „Monitor Versorgungsforschung“ <http://doi.org/10.24945/MVF.03.24.1866-0533.2606>

KH-MoVeR: Versorgung der Versicherten in den Mittelpunkt stellen

Projekt „Modellierung der Versorgungsrelevanz von Krankenhäusern“ (KH-MoVeR)



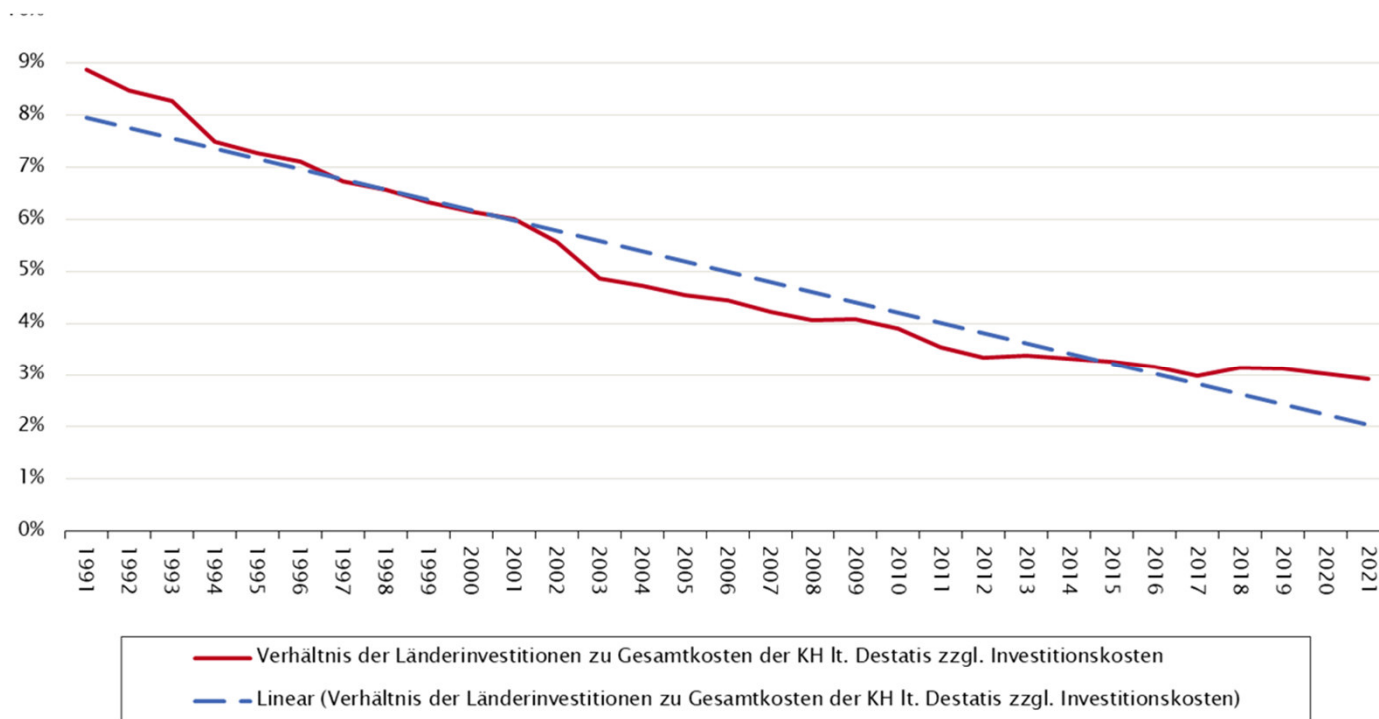
16 Herzköniginnen – politische Dekrete anstelle gemeinsamer Selbstverwaltung



Gemini KI

Ungelöst: Länder-Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser

Die Reputation der Länder



Modernisierungsagenda - Bessere Rechtsetzung

Bundesministerium für Digitales und Staatsmodernisierung

Frühphase der Gesetzgebung durch
Wirkungsanalysen mit **einheitlicher Methodik**
stärken

„Law as Code“ (parallel zum juristischen Text
als maschinenlesbaren Code bereitstellen) &
Rulemapping

KI-gestützte Tools für Gesetzgebung

Erfolgsindikatoren und **Evaluierungsplattform**



[Link zum Bundesministerium für Digitales und Staatsmodernisierung](#), [Link zur Bildzeitung](#)

Vielen Dank



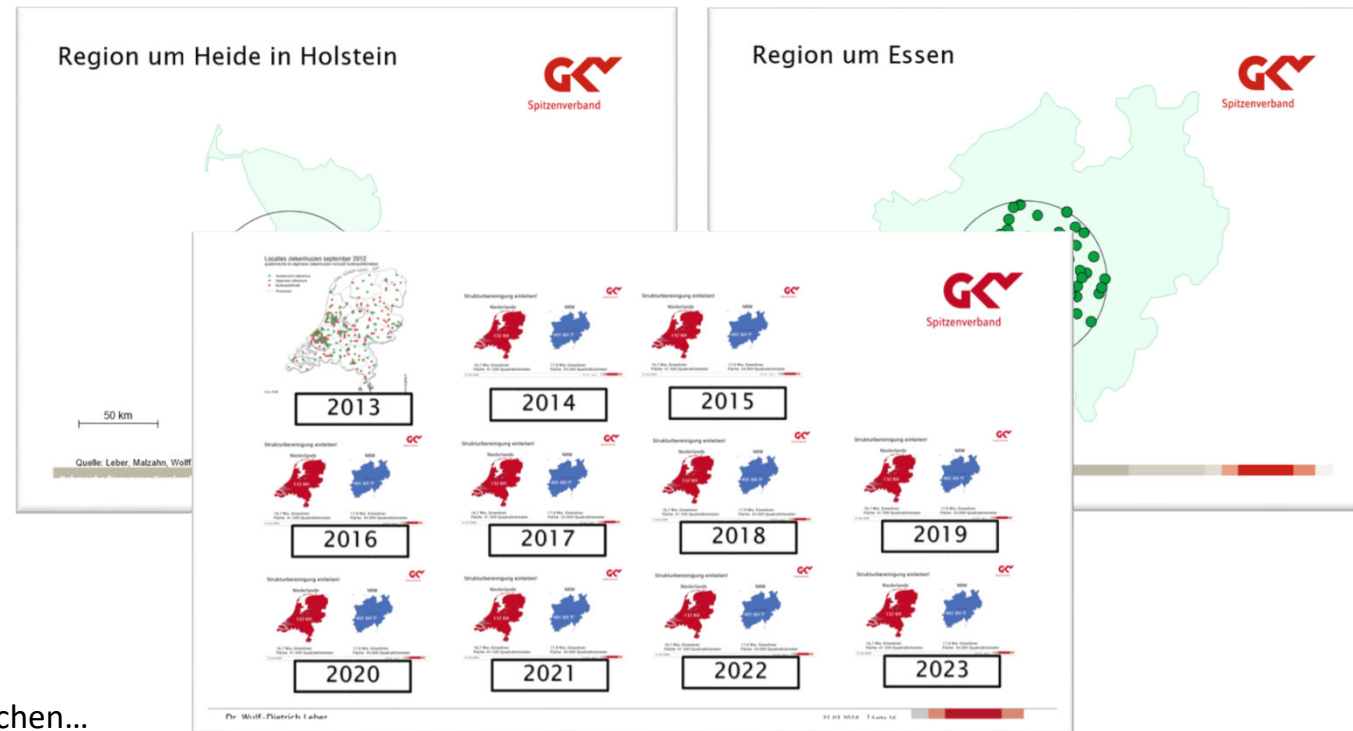
Zu viel oder wenig Krankenhäuser?

Angebot und Nachfrage

- 2008: Krankenhäuser im **50-km-Umkreis** von Essen und Heide, die Kniegelenk-Endoprothesen implantieren (OP-Schlüssel 5-822).
- In der Region um Heide wird diese Leistung in vier Krankenhäusern erbracht, in der Region um Essen in 106 Häusern.

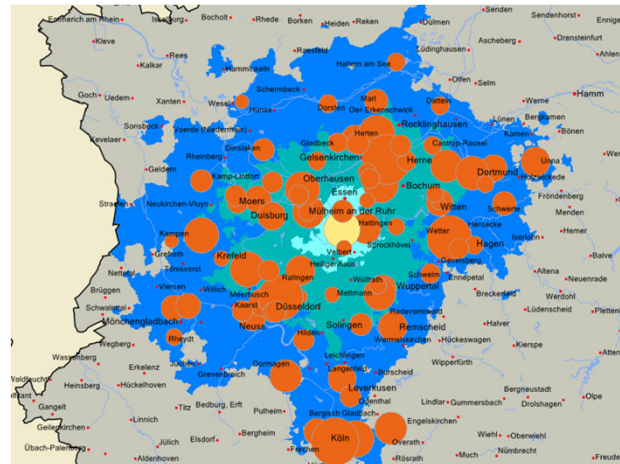
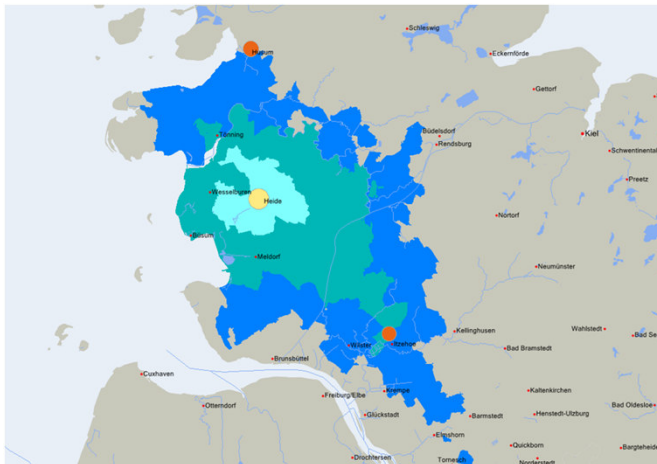
Da leben ja auch mehr Menschen...

Aber welches Krankenhaus ist in dieser Leistung überflüssig...



KH MoVeR – Versorgungsrelevanz

LG Endoprothetik Knie Erstimplantation



- Tatsächliche Fahrzeiten (50km Luftlinie vs. 45 min. PKW)
- Wichtigkeit aus der Perspektive des Versicherten
- Singularität/Sicherstellung zusätzlich prüfen
- **Fazit: Rationale Konzentrationsprozesse möglich!**

- Fälle der Leistungsgruppe 024 (Endoprothetik Knie) mit Entlassung im Jahre 2024 in der Nachbarschaft von zwei ausgewählten Krankenhäusern (Heide/Essen) - betrachtete Häuser: gelb
- Häuser mit ausreichend Fällen nach 2,5%-Kappung: orange. Nicht dargestellt: Häuser unterhalb der Kappungsgrenze
- Fahrtzeitgrenzen dargestellt: 15, 30 und 45 Minuten