

Transformation in der Krankenhauslandschaft Zielbild der Krankenkassen

Dirk Ruiss

Leiter der Landesvertretung des vdek in Nordrhein–Westfalen

Inhalt

- ❖ Aktuelles zur Finanzsituation von Krankenhäusern und Krankenkassen
- ❖ Transformation der Krankenlandschaft im Zuge der aktuellen Krankenhausplanung
- ❖ Ambulantisierung als Chance für die Bestandssicherung
- ❖ Notfallreform als sinnvolles Strukturelement
- ❖ Maßnahmen der Entbürokratisierung
- ❖ Fazit: Zielbild des vdek/Ersatzkassen

Die GKV steht vor einer strukturellen Finanzkrise

Nicht die Einnahmen–, sondern die Ausgabendynamik ist das zentrale Problem.

- +86 % GKV–Ausgabenanstieg seit 2010
- Aber nur +33 % kumulierte Inflation im selben Zeitraum
- +ca. 370 Mrd. Euro GKV–Gesamtausgaben 2026

Ohne Gegenmaßnahmen steigt die Finanzierungslücke auf:

- 21,5 Mrd. Euro (2028)
- 31,9 Mrd. Euro (2029)
- 40,4 Mrd. Euro (2030)

Die Ausgaben wachsen dauerhaft schneller als die beitragspflichtigen Einnahmen. Kurzfristige Finanzhilfen ersetzen keine Strukturreformen.



Quelle Grafik: FinanzKommission Gesundheit | Erster Bericht | 30.03.2026, S. 16

Krankenhausversorgung ist der größte „Ausgabentreiber“

Linearer Anstieg der Krankenhausausgaben 2020–2026: ca. 7 Mrd. Euro pro Jahr

Ausgabenentwicklung 2025:

- DRG: + 8,2 %
- Pflege: +11,9 %
- Psychiatrie: +11,7 %

Seit 2020 betrugen die zusätzlichen Förderungen für Krankenhäuser:
--> mehr als 30 Mrd. Euro.

Gleichzeitig

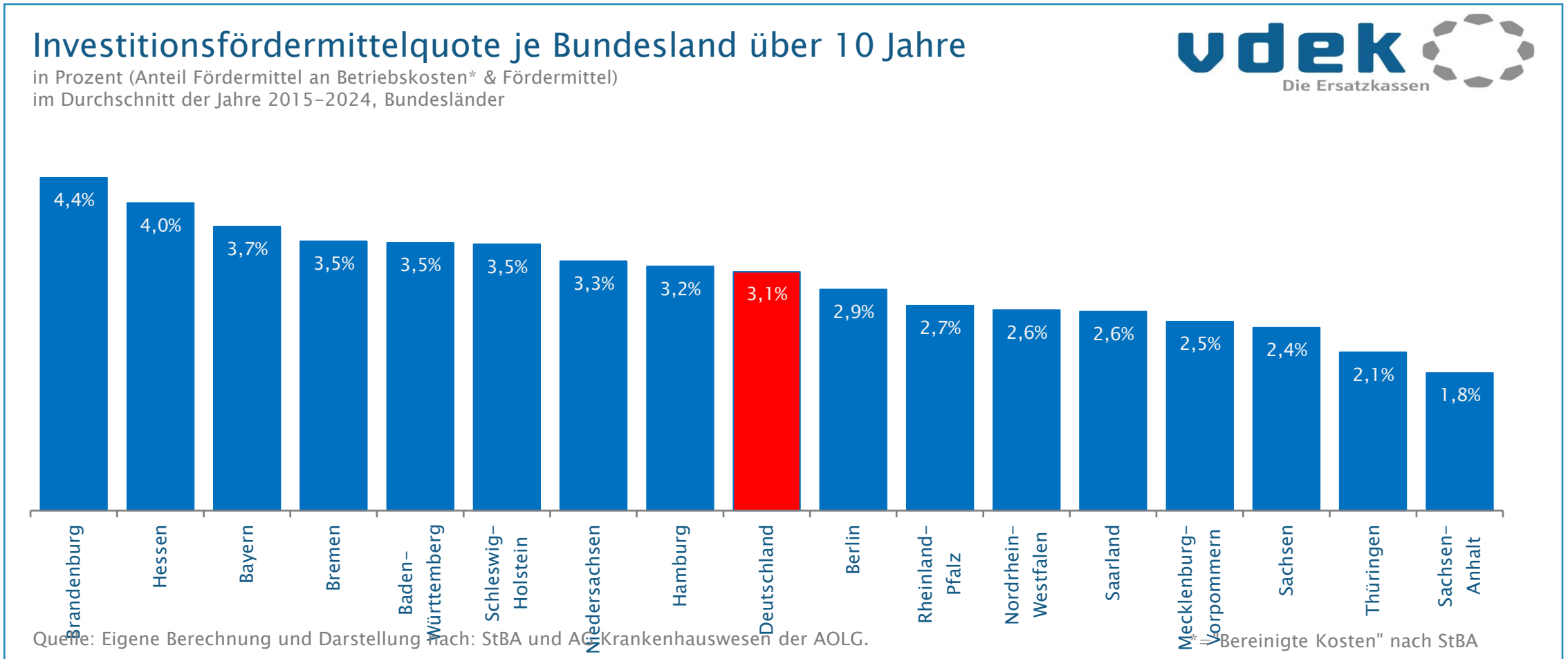
- Stationäre Fallzahlen liegen weiterhin unter Vor-Coronaniveau.
- Pflege- und Arztpersonal wurde deutlich ausgebaut.
- Die „Produktivität“ sinkt, zuletzt auf 43 Fälle je VK im Vergleich zu 56 vor der Pandemie.

Mehr Geld = mehr Leistung = höhere Effizienz!?



Länder investieren seit Jahren zu wenig in Krankenhausstrukturen

Dies führt zur Notwendigkeit, dass Krankenhäuser diese aus den GKV-Einnahmen finanzieren müssen.



Beitragssatzstabilisierung und Krankenhausversorgung: Konsolidierung bei gleichzeitiger Unterstützung der Transformation

Dämpfung der GKV-Ausgabendynamik

Beitragssatzstabilisierung BStabG 2026

- Ausgabenentwicklung wird an die Einnahmenentwicklung gekoppelt
- Ziel: Stabilisierung der Ausgaben im Verhältnis zu den Einnahmen
- Das BStabG begrenzt die Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich, während die Bundesregierung zugleich zusätzliche Entlastungen, Bürokratieabbau und finanzielle Unterstützung für die Krankenhausreform zusagt.
- Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Ausgaben für die Krankenhausversorgung zu begrenzen, während die Bundesregierung zugleich zusätzliche Entlastungen, Bürokratieabbau und finanzielle Unterstützung für die Krankenhausreform zusagt.

Gleichzeitig zugesagte Entlastungen

Flankierung der Krankenhausversorgung

- Zusätzliche Finanzierung:
 - +100 Mio. € Vorhaltezuschlag Universitätskliniken
 - +450 Mio. € Zuschlagsvolumen für weitere Krankenhäuser

Krankenhausreform bleibt notwendig

Die Reform darf nicht in einen Strukturerhalt bestehender Überkapazitäten umschlagen.

Problemlage

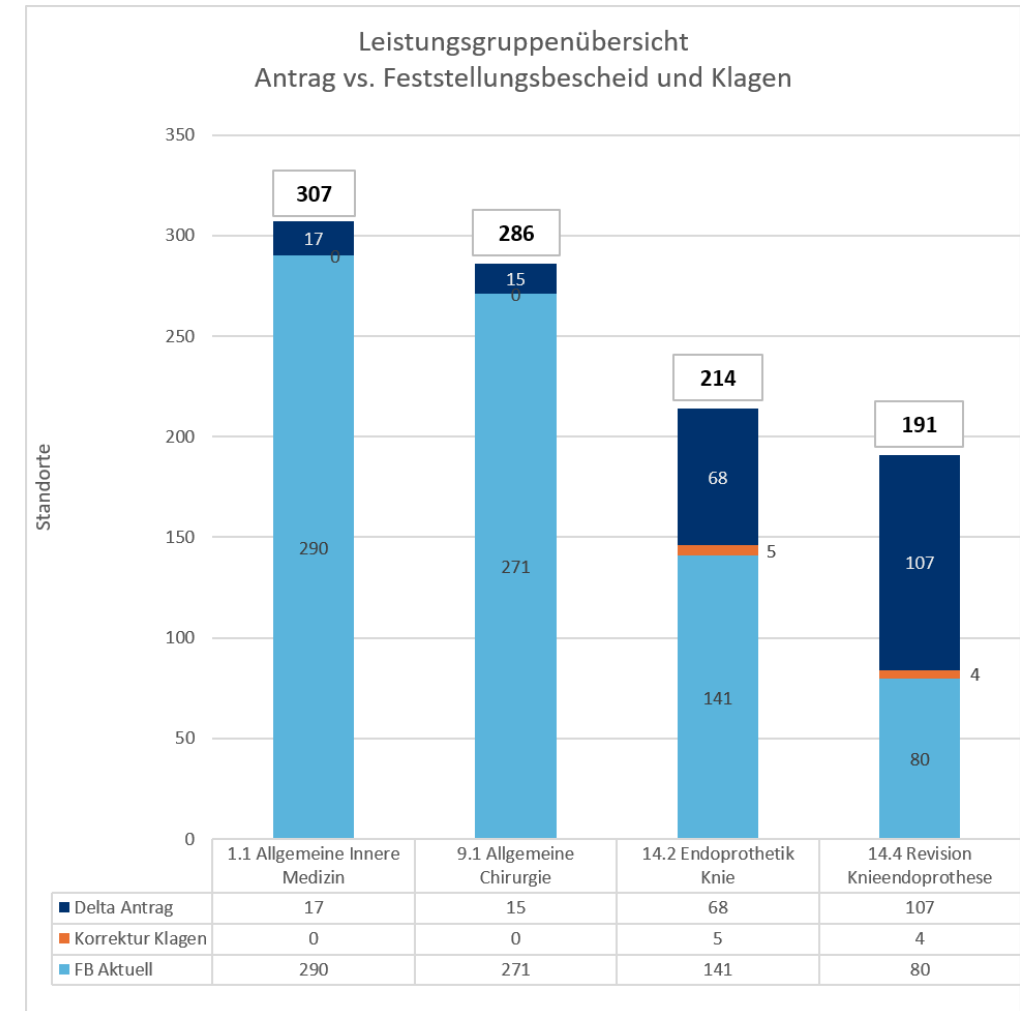
- Länder erhalten weitreichende Ausnahmemöglichkeiten bei Leistungsgruppen; bei Sprinterregelung ohne Benehmen mit der GKV.
- Qualitätsvorgaben können über bis zu sechs Jahre lang in ländlichen Regionen ausgesetzt werden.
- Übergangsregelungen zum Inkrafttreten erforderlich, analog NRW
- Vorhaltevergütung wird ein Jahr später eingeführt.
- Einheitliche Definition für Fachkrankenhäuser wird voraussichtlich erst 2030 eingeführt.
- Transformationsfonds finanziert künftig teilweise auch Strukturerhalt.

Qualitätsorientierung und Konzentration müssen Vorrang vor Bestandsschutz haben!

Solange weiter überflüssige Kliniken mit finanziellen Rettungsaktionen am Leben gehalten werden, gefährden wir die Krankenhäuser, die wir brauchen!

In NRW wurden die Ziele der Zentralisierung und Spezialisierung bei Sicherstellung der Grundversorgung erreicht

- Feststellungsbescheide sind zum 01.04.2025, bzw. 01.01.2026 in Kraft getreten
 - Geringe Standortveränderungen bei grundversorgenden Leistungsgruppen (z. B. Allgemeine Innere und Chirurgie, Geriatrie, Pädiatrie)
 - Leistungskonzentration bei mengenintensiven Leistungsgruppen (z. B. Knie- und Hüftendoprothetik, onkologische Chirurgie)
 - Wenige Standorterweiterungen bei hoch spezialisierten Leistungen (z. B. Herzchirurgie, Neurochirurgie)
- Erkenntnisse der ersten Planungsrunde fließen in zukünftige Planungsprozesse ein
- Planung als lernendes System



Insgesamt betrachtet ist der Planungsprozess in NRW positiv verlaufen

- Die Krankenhausplanung NRW war getragen von allen Beteiligten der Krankenhausplanung und wird dies weiterhin
 - **breiter Konsens**
- Der Ende 2024 abgeschlossene Planungsprozess war ein sinnvoller Auftakt zur geplanten Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft
 - **Vermeidung eines kalten Strukturwandels**
- Auch nach Abschluss des Planungsverfahrens justieren Krankenhäuser ihr Leistungsportfolio neu, verhandeln Zusammenlegungen von Standorten, beantragen nicht-zugewiesene LG neu, usw.
 - **neuerliche Planungsverfahren**
- Für NRW Bestandschutz bis Ende 2030 ohne Nachteile für die Vorhaltefinanzierung
 - **neue Planungsrunde ca. ab 2028**
- Neuer Planungsprozess wird aufgrund anderer LG-Definition und neuer LG sowie Mindestvorhaltezahlen herausfordernd
 - **Planung bleibt auch in Zukunft anspruchsvoll**

... der Planungsprozess muss aber auch weitergehen

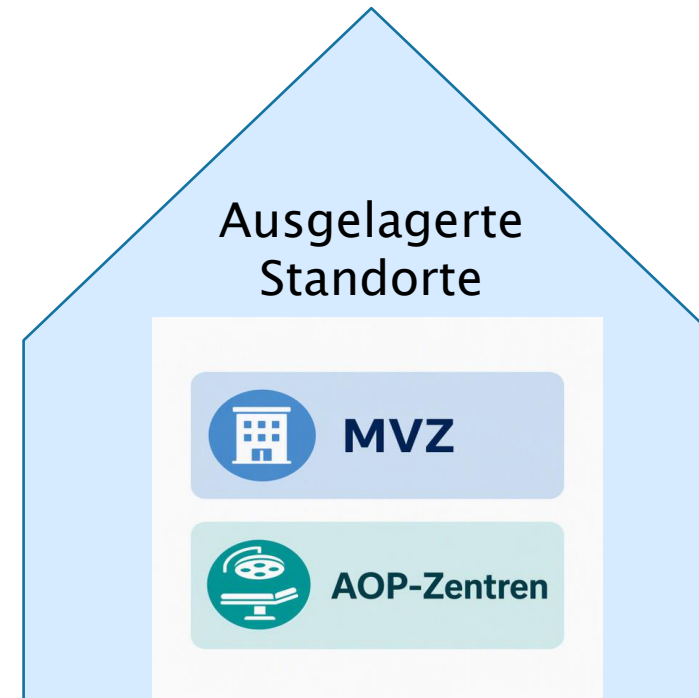
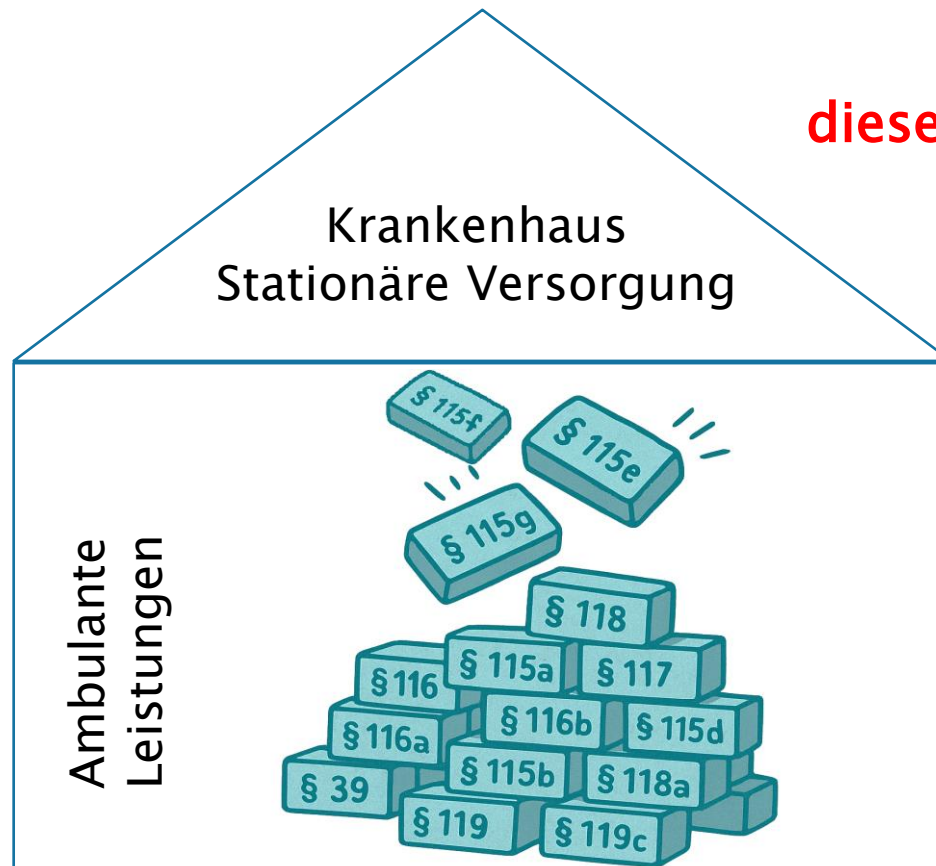
- Anpassung an den aktuellen Versorgungsbedarf und Berücksichtigung von Veränderungen in der Krankenhauslandschaft
- Fit machen für die Umstellung auf die Bundesplanung, beispielsweise andere Definition der Leistungsgruppen
- Fortsetzung des Zentralisierungsprozesses, insbesondere mit Blick auf Mindestvorhaltezahlen und Mindestmengenleistungen
- Umstellung auf die Vorhaltefinanzierung: diese wird seitens der Länder unterschiedlich bedient durch die Möglichkeit zur Meldung von Planfallzahlen oder Ist-Zahlen an das InEK

Krankenhäuser nehmen bereits heute an ambulanter Versorgung teil

Laut WidO: **hohes Ambulantisierungspotenzial** von 60 %* in den Bereichen:
Operationen, stationersetzende Leistungen, Hybrid, Kurzliegerfälle, Notfälle,
pflegesensitive Fälle

*Quelle: WidO 01.12.2025

dieses gilt es zu heben!



Hinweis: KI-generiertes Bild

Hebung von Ambulantisierungspotenzial durch Krankenhäuser

Hindernisse einer Ambulantisierung

- Unterschiedliche strukturelle und personelle Voraussetzungen für Leistungserbringung
- Unterschiedliche Abrechnungssysteme
- Unterschiedliche Vergütungssysteme
- Bildung von Doppelstrukturen
- Konkurrenz um Personal
- Unterschiedliche Zugangswege
- Fehlende Steuerung der Versicherten in die richtige Versorgung
- Politischer Druck

Was ist dagegen zu tun?

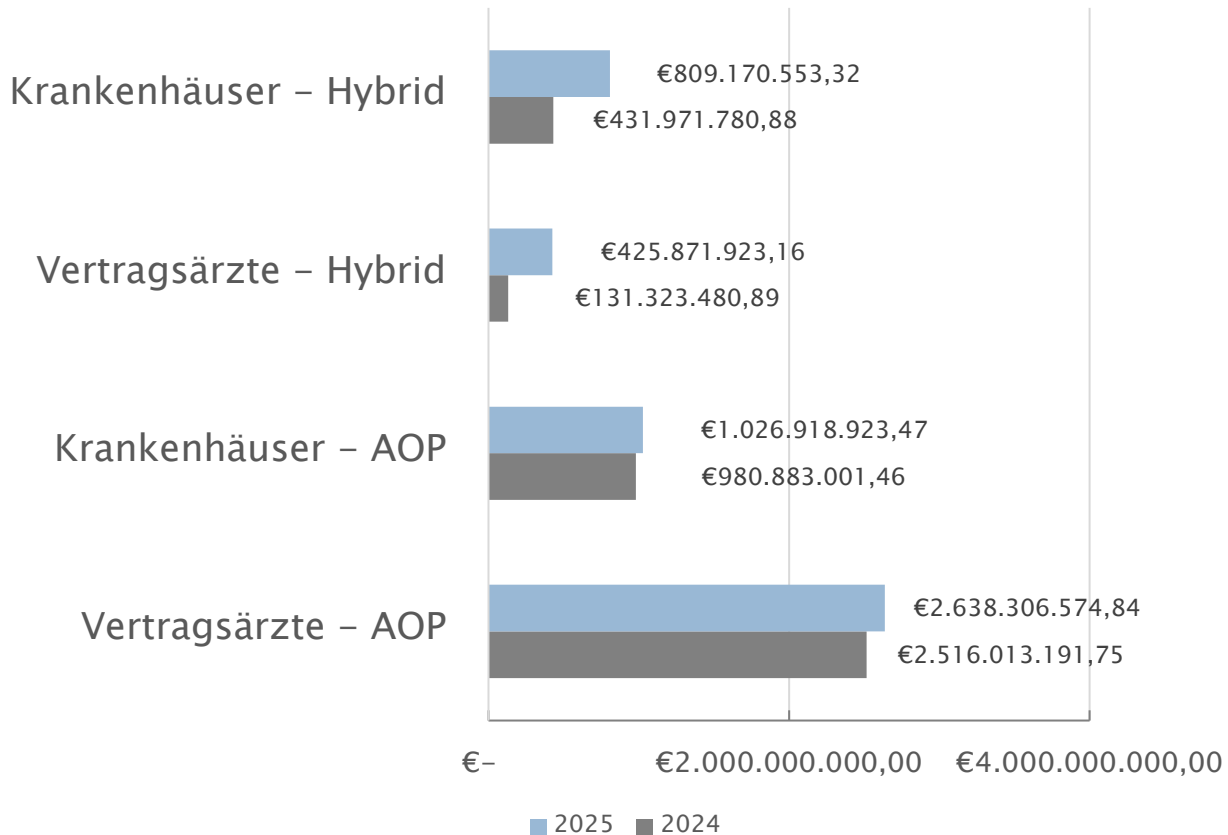
- Einheitliche Abrechnungs- und Vergütungssysteme
- Sektorübergreifende Versorgungsplanung
- Aufhebung doppelter Facharztschiene
- Steuerung der Versicherten in die geeignete Versorgung

Mit der Chance auf

- Deckung von Versorgungslücken und drohender Unterversorgung der Bevölkerung
- Hohe Versorgungsqualität
- Transparentes, strukturiertes Versorgungsgeschehen

Hybrid-DRG führen zu Leistungssteigerungen im vertragsärztlichen Sektor

Aktuelles Finanzvolumen



Ab 2026 sollen mind. 1 Mio. vormals vollstationäre Fälle durch Hybrid-DRG erfasst werden.

- Bis 2030: mind. 2 Mio. Fälle jährlich.

2026: 69 Fallpauschalen mit 904 OPS-Codes

Vertragsarztbereich (2025 zu 2024): Sehr dynamisches Leistungsgeschehen.

Ausschluss von Kindern und Menschen mit Behinderung.

- KHAG mit Korrektur zum 01.01.2027.

Quelle: KV45 – 1. bis 4. Quartal 2024, sowie 1. bis 4. Quartal 2025

Für Krankenhäuser und GKV sind Hybrid-DRG durchaus problembehaftet

Die quantitative Vorgabe greift in der ersten Stufe erstmals in diesem Jahr!

Politisch waren sie gewollt, obwohl es Alternativen im DRG-System gibt, wie z. B.:

- teilstationäre Behandlungen mit entsprechenden ICD-/OPS-Beschreibungen
- Kurzzeitpauschalen

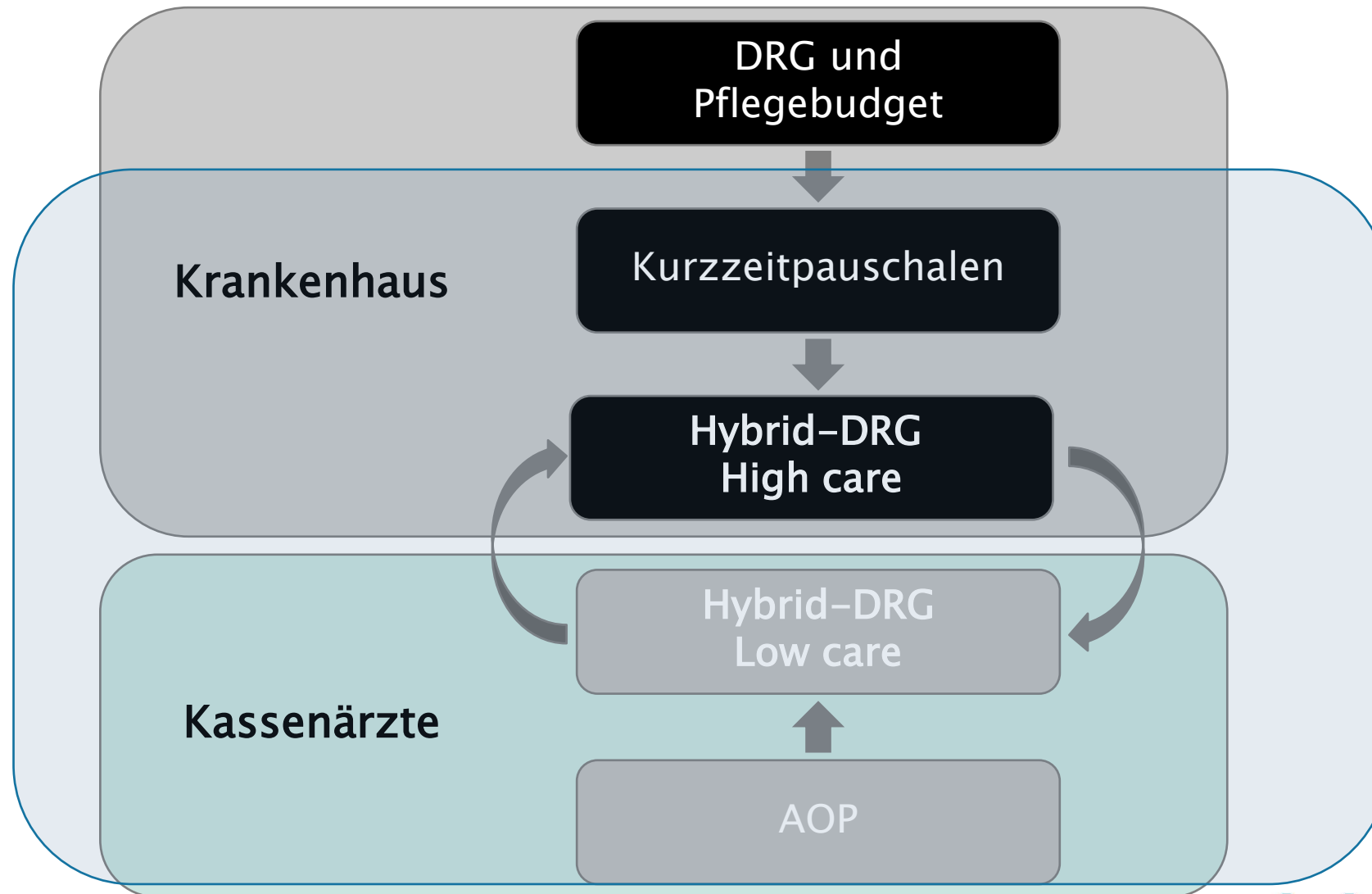
Mit der Einführung der Hybrid-DRG können für Krankenhäuser kurzfristig Probleme in der Vorhaltefinanzierung entstehen.

Auch Investitionskostenfinanzierung der Länder greift nicht.

Langfristig haben die Krankenkassen ein Mengenrisiko, da der demografische Wandel im nächsten Jahrzehnt einen Nachfrageschub auslösen wird.

Eine Lösung könnte in rechtssicheren 10-Jahres-Vereinbarungen, z. B. in Form von Modellvorhaben, liegen.

Zusammenführung von AOP, Hybrid-DRG und Kurzzeitpauschalen könnte eine sinnvolle Fortentwicklung sein

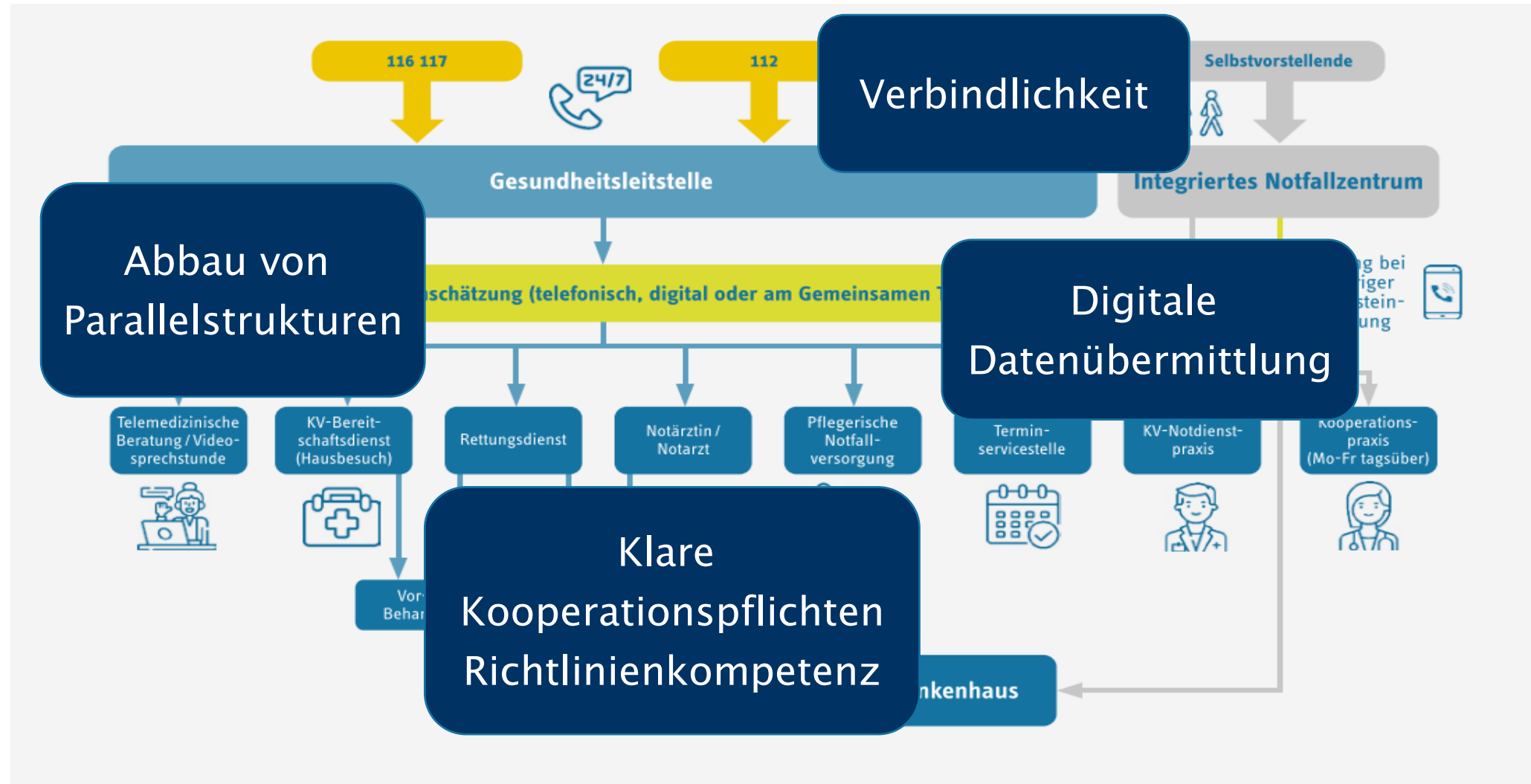


Level-1i-Häuser können der Versorgungssicherheit in ländlichen Regionen dienen

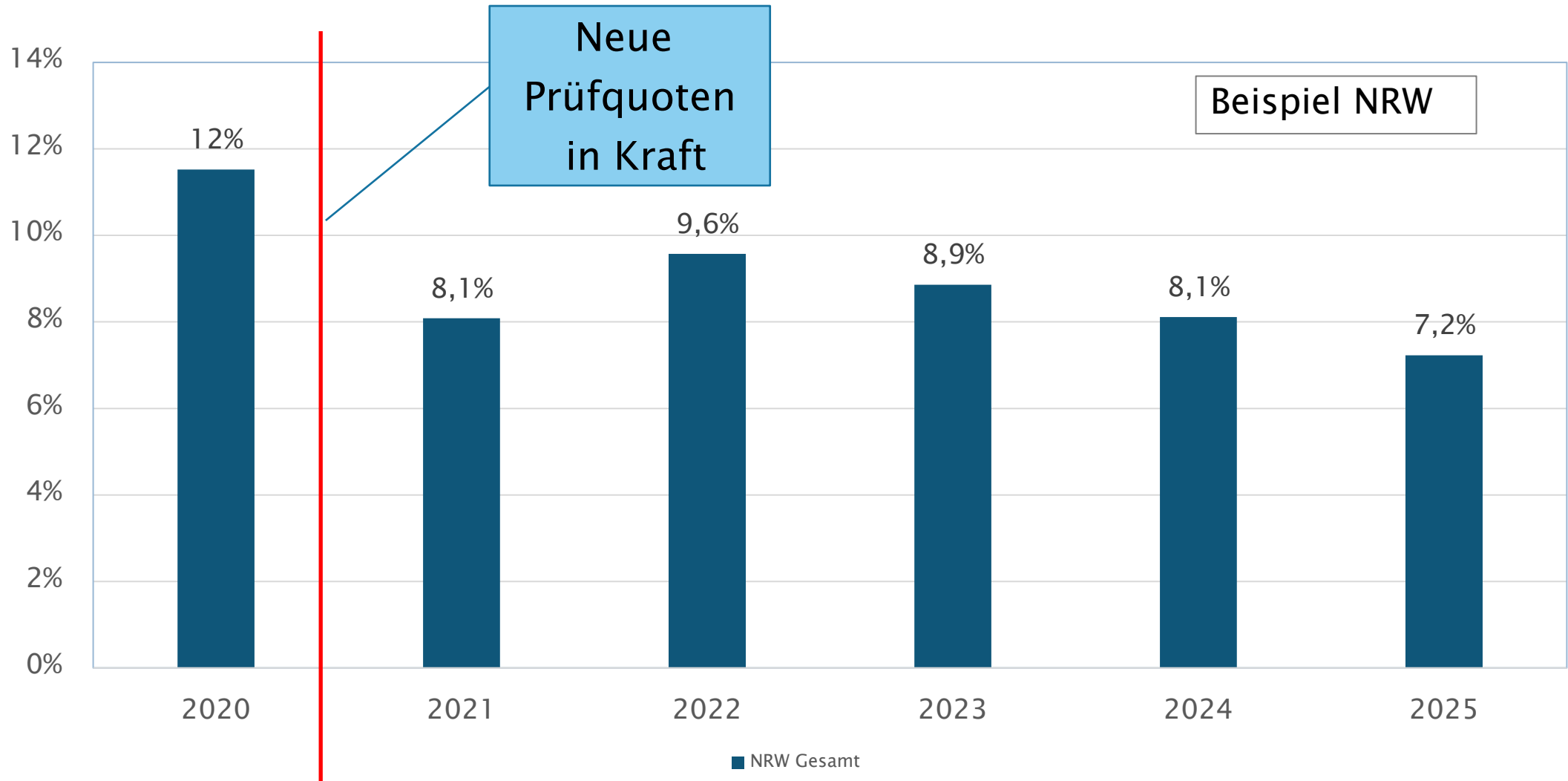
- Ansiedelung Level-1i-Standorte primär in ländlichen Regionen
- Sicherstellung der Versorgung unter Einbeziehung ambulanter Kapazitäten
- Klar definierter Versorgungsrahmen
- Personalknappheit könnte limitierender Faktor sein
- Identifizierung anhand der Auswertungstools von GKV-SV und vdek



Versorgungspfade der künftigen Notfallversorgung mit genereller Ersteinschätzung werden die Notaufnahmen entlasten



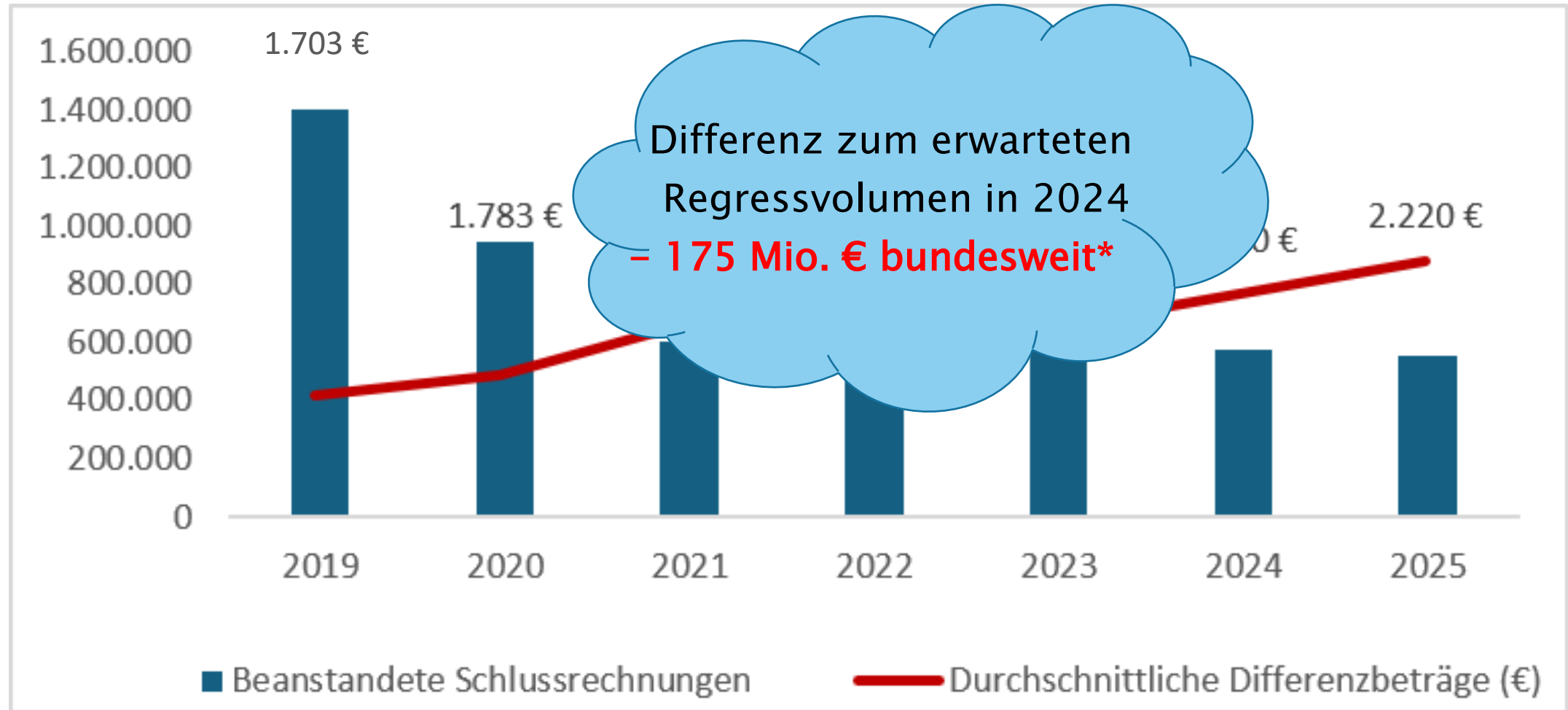
MD-Reformgesetz führte zu einer Absenkung der Prüfquoten



*Berichte der MD zu § 17s Abs. 7 KHG

Rechnungen wurden seit 2020 um ca. 7,7 Mrd. Euro gekürzt

Das Volumen für die GKV hätte höher ausfallen können



*Auswertung IGES zu § 17s Abs. 7 KHG, Juli 2026

Ab 2027 werden die Prüfquoten angehoben und Auffälligkeitsquoten verschärft

IST-Situation	
Prüfquote (alt)	korrekte Schlussrechnungen
5%	$\geq 60\%$
10%	$\geq 40\%$ und $< 60\%$
15%	$< 40\%$
unbegrenzt	$< 20\%$

Kalkulatorische Anwendung neue Prüfregeln	
Prüfquote (neu)	korrekte Sschlussrechnungen
5%	$\geq 80\%$
20%	$\geq 65\%$ und $< 80\%$
40%	≥ 50 bis $< 65\%$
unbegrenzt	$< 50\%$

- Gleichbleibende Zahl der betroffenen Krankenhäuser
- Erhöhung der Zahl der Prüfaufträge (Schätzungen der MDen liegen zwischen 66 % und 94 %)
- Beanstandungsquote mit $< 50\%$ gleichbleibend
- hohe Herausforderungen für den MD mit erhöhten Personalbedarf
- KI-Unterstützung erforderlich
- Anhebung der Aufwandspauschale und des Zusatzbeitrags auf 500 €

Fazit:

- Das Prüfen für die Krankenkassen lohnt sich.
- De facto kommt die Prüfquotenerhöhung deren Abschaffung gleich.

Die Bundesregierung plant Maßnahmen zum Bürokratieabbau

Im Rahmen des Beitragssatzstabilisierungsgesetz bereits erfolgt:

- **Streichung von Pflegepersonaluntergrenzen bei Leistungsgruppen.** Dies reduziert den bürokratischen Prüf- und Ausnahmeaufwand im Zuweisungsprozess immens
- **Verzicht auf Anwendung der Personalbemessungsinstrumente** zu Gunsten einer „angemessenen Ausstattung“ bei pflegerischem und ärztlichem Personal
- Für Krankenhäuser mit über 80 % beanstandeter Rechnung wird eine **einheitliche Pauschale für den Rechnungszuschlag** fällig (anstelle Berechnung bis Obergrenze erreicht wird)

In Planung: Entlastungsgesetz im August 2026

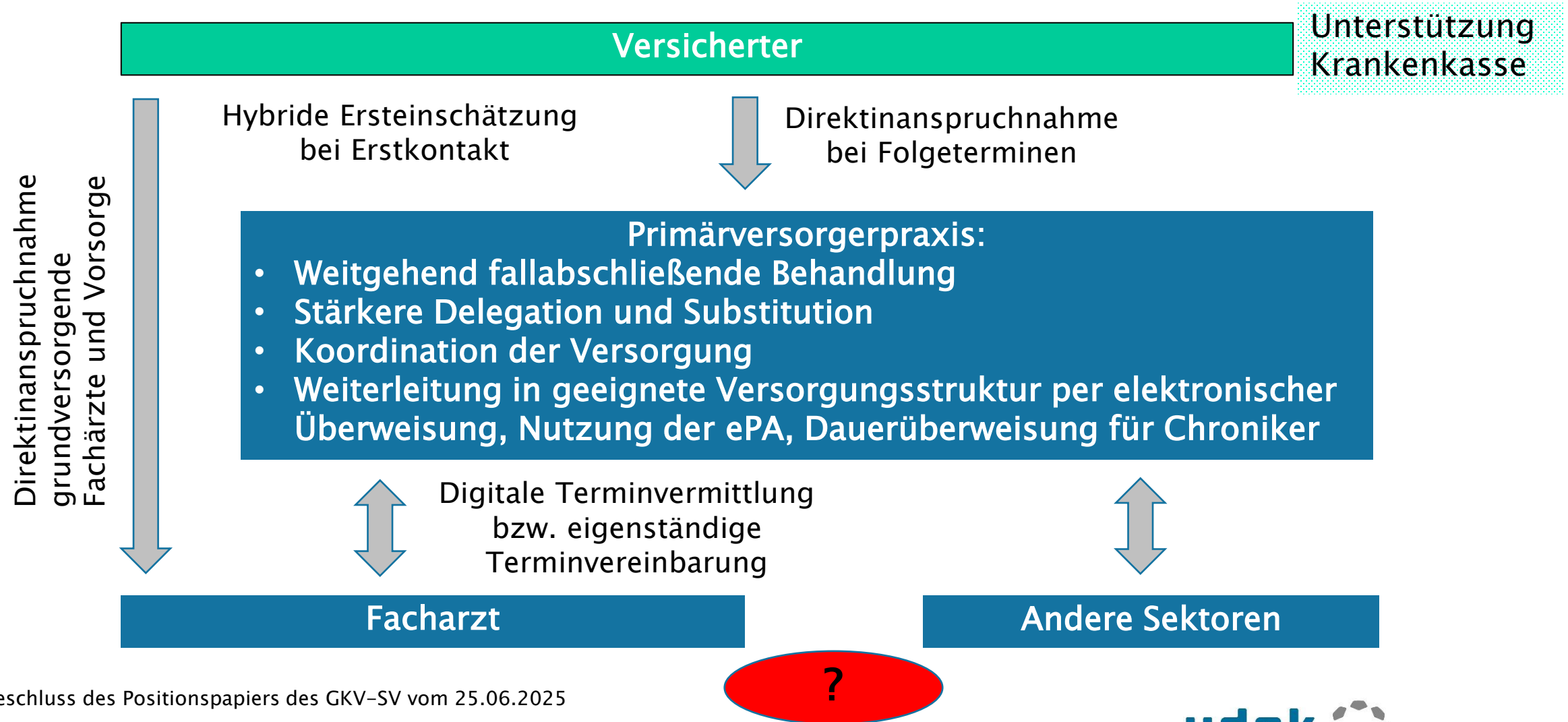
- **Vereinfachung von Dokumentations- und Nachweispflichten** für die Kliniken
- Schaffung eines **Minimaldatensatz** zur Meldung der Pflegekräfte und **Verzicht auf differenzierte Meldewege** für psychiatrische Einrichtungen

Weiterhin: **Evaluation bestehender Regelungen**, z. B. Prüfquoten bei dauerhaft unauffälligen Krankenhäusern, Fallzusammenführungen

Die Ersatzkassen haben weitere Ideen zur Entbürokratisierung

- **Vollständige Abschaffung der Prüfquoten:**
Reduktion des Aufwands für die GKV zur Ermittlung und Überwachung
- **Reduktion des Stichprobenumfangs im Rahmen der Prüfung nach der MD-QP-Richtlinie auf 10 Fälle:**
Reduzierung des Aufwands der Vorbereitung für Krankenhäuser
- **Hinzuziehung des MD in Vorverfahren:**
Einbindung MD vor Beauftragung in die Erörterungsverfahren, führt zur Klärung weitergehender Fragestellungen und Vermeidung aufwändiger, formaler Prüfverfahren
- **Vereinheitlichung der Fristen der G-BA-Richtlinien und Einführung ihrer uneingeschränkten Gültigkeit bei Bestätigung der Leistungserbringung:**
Reduktion der Arbeitsaufwände der Krankenhäuser
- **Aktualisierung des technischen Handbuches nur einmal in der ersten Jahreshälfte:**
Reduktion Aufwand zur Meldung per DTA und Vermeidung manueller Nacherfassungen

Nach der Einführung des Konzepts zur Primärversorgung sind die weiteren Sektoren einzubinden



Beschluss des Positionspapiers des GKV-SV vom 25.06.2025

Wie sieht eine tragfähige, bedarfsgerechte Krankenhauslandschaft der Zukunft aus?

- Krankenhäuser etablieren sich über die Vorhaltung stationärer und spezialisierter ambulanter Leistungen (u. a. AOP, Direktabrechner) als Folgeebene der Primärversorgung und fachärztlichen Grundversorgung.
- Grundversorgende Leistungsgruppen werden flächendeckend angeboten, teilweise auch über Sektorübergreifende Versorgungszentren.
- Spezialisierte Leistungsgruppen werden weiter zentralisiert unter Einhaltung aller Qualitätsvoraussetzungen.
- Krankenhäuser nehmen – bei Anpassung der gesetzlichen Grundlagen – eine stärkere Rolle in der fachärztlichen, ambulanten Versorgung ein. Dies führt langfristig zur Auflösung der doppelten Spezial–Facharztschiene.
- Qualitätssicherung und Abrechnungsprüfung werden weiter entbürokratisiert.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dirk Ruiss
Leiter der Landesvertretung des vdek in Nordrhein-Westfalen
Ludwig-Erhard-Allee 9, 40277 Düsseldorf
Tel.: 02 11 / 3 84 10 – 11, Fax: 02 11 / 3 84 10 – 20, dirk.ruiss@vdek.com