

BWKG-Vorschlag zur Schaffung eines Anreizes zur Strukturoptimierung und finanziellen Absicherung effizienter Klinikstrukturen

Sehr geehrte,

in den Diskussionen um die künftige Finanzierung der Krankenhäuser in Deutschland hatten wir in den vergangenen Wochen einen Vorschlag für ein Anreizsystem zur Optimierung der Klinikstrukturen und zur finanziellen Absicherung effizienter Klinikstrukturen angekündigt. Dieses wissenschaftlich ausgearbeitete Anreizsystem liegt inzwischen vor und ist diesem Schreiben als Anlage beigefügt. Wir möchten es nun in die Diskussion einbringen und senden es Ihnen anbei zu.

Leider sieht das vorliegende Beitragssatzstabilisierungsgesetz lediglich Einnahmeerhöhungen auf Seiten der Krankenkassen und des Bundes vor sowie drastische und undifferenzierte Einsparungen auf Seiten der Leistungserbringer, ohne strukturelle Veränderungen vorzunehmen. Dabei liegt das Klinikdefizit im Land Baden-Württemberg schon aktuell bei 880 Millionen Euro pro Jahr, Tendenz steigend. Den vom Kabinett beschlossenen Entwurf des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes kritisiere ich als Vorstandsvorsitzender der BWKG daher in aller Deutlichkeit. Bei den Plänen bleibt vollkommen unberücksichtigt, dass sich die Krankenhäuser aktuell in einem massiven Reformprozess befinden. Dass die Bundesregierung die Unterfinanzierung der GKV durch das Gesetz noch verstärken will, anstatt sie zu lindern und dabei von einer „ausgewogenen Lastenverteilung“ spricht, ist für uns nicht im Ansatz nachvollziehbar. Es wird auch als große Ungerechtigkeit empfunden, dass die Krankenhäuser in Deutschland insgesamt über 40 % des Einsparbeitrags leisten sollen, obwohl ihr Ausgabenanteil lediglich bei 33 % liegt und sie bereits in 2026 einen signifikanten Sparbeitrag geleistet haben. Und dass die Kliniken im Südwesten, die bundesweit über die anerkannt effizientesten Klinikstrukturen verfügen, den gleichen Sparbeitrag leisten sollen wie alle anderen Krankenhäuser zeigt, dass die Bundesregierung den weit fortgeschrittenen Strukturwandel in unserem Bundesland völlig ausblendet. Um in diesem Punkt zu einer besseren Lösung zu kommen, schlagen wir Ihnen den beigefügten konzeptionellen Ansatz vor. Er berücksichtigt effizientere Strukturen und setzt einen gesetzgeberischen Rahmen, der die Klinikstrukturen durch Anreize in die gewünschte Richtung lenkt.

Die BWKG hat gemeinsam mit Professor Augurzky einen „durchgerechneten“ Vorschlag erarbeitet. Grundlage der Überlegungen ist der weit überwiegende politische Wille, die Krankenhauskapazitäten in Deutschland zu reduzieren. Um dieses Ziel zu erreichen, sollen die Krankenhäuser in den Ländern finanziell belohnt werden, die bereits heute eine effiziente Struktur bieten oder sich auf dem Weg dorthin befinden. Die Kliniken in diesen Ländern sollen auch nach dem Wegfall des Rechnungszuschlags von 3,25 % einen Zuschlag in gleicher Höhe abrechnen können. Dieser Mechanismus ist aber nicht an den Rechnungszuschlag gebunden, sondern kann auch auf andere Sachverhalte übertragen werden. Wichtig ist die Grundsystematik: Wer gut ist oder auf dem Weg dorthin ist, soll finanziell bessergestellt werden.

Der erste hierfür vorgeschlagene Parameter ist die Anzahl der Betten in allgemeinen Krankenhäusern je eine Million Einwohner in einem Bundesland. Dabei müssen die Stadtstaaten und die sie umgebenden Länder zusammen betrachtet und die unterschiedliche Altersstruktur berücksichtigt werden. Der zweite Parameter ist die Bettenreduktion in den Bundesländern in den letzten drei verfügbaren Jahren in Prozent. Es wird vorgeschlagen, jeweils das „erste Quartil“ – also die „25 % Besten“ - besonders zu fördern. Den vollen Zuschlag erhalten dann die Kliniken in den Ländern, deren Bettenzahl im ersten Quartil liegt (4.904 Betten je eine Million Einwohner oder weniger). Ebenfalls den vollen Zuschlag erhalten die Länder, die im ersten Quartil der Bettenreduktion liegen (Bettenabbau von mehr als 4,4 %). Jedes Land/jede Region erhält nur einen Zuschlag, und zwar den höheren.

Wir sind überzeugt, dass ein solcher Finanzierungsbaustein den Weg zu einer effizienteren Krankenhausstruktur deutlich beschleunigen würde, weil die Länder Anreize zu einer Optimierung der Krankenhausstruktur hätten. Gleichzeitig würden Häuser, die weiter versorgungsnotwendig sind, eine Finanzierungsperspektive erhalten.

Es bestehen sehr gute Chancen, dass sich ein derartiges Anreizsystem selbst finanziert. Es ist bekannt, dass es in Teilen eine „angebotsinduzierte Nachfrage“ gibt. Rückläufige Bettenkapazitäten führen damit zu sinkenden Fallzahlen und somit zu geringeren Kosten für die GKV.

Sehr geehrte

uns ist sehr daran gelegen, dass wir durch das jetzt vorliegende Beitragssatzstabilisierungsgesetz nicht in „englische Verhältnisse“ kommen. Das würde uns allen schaden. Daher möchten wir uns konstruktiv in die Diskussion einbringen. Sehr gerne stellen wir Ihnen unser Positionspapier in einem persönlichen Gespräch vor.

Strukturorientierter Zuschlag auf den Landesbasisfallwert

Schaffung eines Anreizes zur Strukturoptimierung

Positionspapier für die Baden-
Württembergische Krankenhausgesellschaft

17. April 2026

In the bottom right corner, there is a decorative graphic consisting of three horizontal dark red bars of varying lengths, each starting with a diagonal cut-off from the left.

Projektteam

Prof. Dr. Boris Augurzky

Dr. Adam Pilny

Impressum

hcb GmbH

Friedrich-Ebert-Straße 55

45127 Essen

www.hcb-institute.de

The logo for hcb consists of three horizontal, overlapping bars of varying lengths, creating a stepped effect. The top bar is the longest, the middle bar is shorter and starts further to the left, and the bottom bar is the shortest and starts furthest to the left. The letters 'hcb' are positioned to the right of these bars, with the 'h' overlapping the middle bar and the 'c' and 'b' overlapping the bottom bar.

hcb

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	5
1 Gegenwärtige Krankenhausstruktur	7
2 Anreiz zur Optimierung der Strukturen	9
2.1. Hintergrund.....	9
2.2. Zielgrößen	10
2.3. Regelwerk und Höhe des Strukturzuschlags.....	12
Literatur.....	15

Abkürzungsverzeichnis

BB	Brandenburg
BE	Berlin
BW	Baden-Württemberg
BY	Bayern
CHIR	Chirurgie
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Group
GEB	Geburtshilfe
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HB	Bremen
HE	Hessen
HH	Hamburg
INN	Innere Medizin
KIND	Kinder- und Jugendmedizin
LBFW	Landesbasisfallwert
MV	Mecklenburg-Vorpommern
NI	Niedersachsen
NW	Nordrhein-Westfalen
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PKV	Private Krankenversicherung
PLZ-8	Achtstellige Postleitzahl
QB-Daten	Daten der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser
RP	Rheinland-Pfalz
SH	Schleswig-Holstein
SL	Saarland
SN	Sachsen
ST	Sachsen-Anhalt
SVR Gesundheit	Sachverständigenrat zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen
vdek	Verband der Ersatzkassen

Zusammenfassung

Über die Krankenhausstrukturen wird in Deutschland seit vielen Jahren diskutiert. Themen sind die große Standortdichte, die vielen kleinen Standorte und die hohe Bettenzahl. Es ist überwiegender politischer Wille, die Krankenhausstruktur zu verändern und die Anzahl der Krankenhausbetten zu verringern. Tatsächlich haben sich in vielen Regionen die Strukturen in den vergangenen Jahren bereits weiterentwickelt. Beispielsweise sank die Zahl der Standorte der Allgemeinkrankenhäuser zwischen den Jahren 2020 und 2023 um 5% und die Zahl der Betten je Einwohner nahm um 3,6% ab. Dennoch besteht weiterhin Optimierungspotenzial. Denn sowohl die Krankenhausdichte als auch die Bettenzahl je Einwohner ist im internationalen Vergleich hoch. Auch im innerdeutschen Vergleich gibt es beachtliche Unterschiede. So liegt die Zahl der Betten je einer Million Einwohner in Baden-Württemberg im Jahr 2023 bei 4.361, während sie in Thüringen mit 7.114 um 63% höher liegt. Auch wenn berücksichtigt wird, dass die Bevölkerung in Thüringen älter ist als in Baden-Württemberg und die Bettenzahlen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstruktur adjustiert werden, bleibt immer noch eine nennenswerte Differenz von 55% bestehen. Offenbar haben sich die einzelnen Länder in der Vergangenheit in unterschiedlichem Maße auf den Weg gemacht, ihre Krankenhausversorgung umzustrukturieren. Zudem verläuft der Veränderungsprozess generell langsam.

Dies hat auch damit zu tun, dass die Sorgen der Bevölkerung bei Veränderungen groß sind. Viele Menschen befürchten, dass sich dadurch die Erreichbarkeit zum nächsten Krankenhaus verschlechtert. Ob dies ein Problem für die Versorgung darstellt, muss in jedem Einzelfall geprüft werden. Die Gründe für die meisten Veränderungsprozesse liegen – mit unterschiedlicher Gewichtung auf die einzelnen Faktoren – darin, finanzielle Defizite von Krankenhäusern abzubauen und gleichzeitig die Versorgungsqualität und die Notfallversorgung in der Region zu verbessern sowie für die Zukunft bei wachsendem Fachkräftemangel zu stabilisieren. Diese Vorteile spürt man aber erst, wenn die Veränderungen umgesetzt sind, während man sich den möglichen Nachteil einer größeren Distanz zum nächsten Krankenhaus sofort vorstellen kann. Insofern können lokale Widerstände gegenüber Veränderungen sehr groß sein, sodass die Kommunal- und Landespolitik viel Mut brauchen, um diesen Widerständen mit Aufklärungsarbeit zu begegnen.

Veränderungen erfordern aber meist auch umfangreiche Investitionen. Allein der Bau eines neuen größeren Zentralklinikums kann Hunderte Millionen Euro kosten. Der im Rahmen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes geschaffene und mit 50 Milliarden Euro ausgestattete Transformationsfonds soll solche Investitionen in den Jahren 2026 bis 2035 fördern. Dies ist jedoch auch der Zeitraum, in dem der Übergang der geburtenstarken Jahrgänge in die Rente stattfindet. Die Volkswirtschaft wird davon stark belastet werden, das heißt die Knappheit der gesamtwirtschaftlichen Ressourcen wird zunehmen, sodass nicht mehr viel Zeit bleibt, effizientere Krankenhausstrukturen zu schaffen.

Wir plädieren daher dafür, weitere Anreize zur Beschleunigung von Strukturveränderungen zu setzen, und schlagen vor, den aktuell geltenden Rechnungsaufschlag von 3,25% nach seinem Auslaufen am 30.10.2026 in einen Strukturzuschlag umzuwandeln. Der Strukturzuschlag soll nur dann in voller Höhe von 3,25% gewährt werden, wenn entweder die Zahl der Betten der Allgemeinkrankenhäuser je Einwohner in einem Bundesland niedrig ist oder wenn die Reduktion der Bettenzahl in den vergangenen vier Jahren überdurchschnittlich hoch war. Wir empfehlen die Bettenzahl je Einwohner als Kennzahl, weil sie einfach messbar ist und wenig Interpretationsspielraum lässt. Dabei muss die Altersstruktur der Bundesländer berücksichtigt werden, wofür es praktikable Verfahren gibt. Zudem müssen die Stadtstaaten, die mit ihrer hohen Bettenzahl

in großem Maße auch ihr Umland in benachbarten Bundesländern mitversorgen, mit diesen benachbarten Bundesländern stets zusammen betrachtet werden.

Der Strukturzuschlag würde über zwei Wege bestimmt: erstens über die aktuelle Bettenzahl je Einwohner. Als Zielwert für diese Kennzahl verwenden wir ihr unterstes Quartil. Auf Basis der Qualitätsberichtsdaten und der gewählten Altersadjustierung liegt dieses Quartil im Jahr 2023 bei einem Wert von 4.904 (altersadjustierten) Betten je eine Million Einwohner. Bundeslandregionen, die einen geringeren Wert als diesen haben, erhalten den vollen Zuschlag von 3,25%. Länder, die darüber liegen, erhalten einen anteiligen Zuschlag. Zweitens verwenden wir die Reduktion der Bettenzahl je Einwohner in den Jahren 2020 bis 2023. Das oberste Quartil beträgt hier 4,4%. Bundeslandregionen, die einen höheren Wert als 4,4% erreichen, erhalten den vollen Zuschlag von 3,25%. Liegt ihr Wert unter 4,4%, erhalten sie einen entsprechenden Anteil des vollen Zuschlags. Am Ende zählt der größere der beiden so errechneten Zuschläge.

Für die Bundesländer Baden-Württemberg, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein fällt der Strukturzuschlag mit 3,25% auf Krankenhausabrechnungen am größten aus. Dies liegt entweder daran, dass ihre (altersadjustierte) Bettenzahl je Einwohner besonders niedrig ist oder dass die Reduktion ihrer Bettenzahl je Einwohner zwischen 2020 und 2023 besonders hoch ausfiel. Andere Bundesländer erhalten ebenfalls einen Zuschlag, der allerdings niedriger als 3,25% ausfällt. In der Summe ergibt sich ein Zuschlagsvolumen in Höhe von 3,1 Milliarden Euro pro Jahr, das anders als der bisherige pauschale Zuschlag einen Anreiz zu Strukturveränderungen setzt. Der Wert liegt niedriger als die vier Milliarden Euro des derzeit gültigen Rechnungszuschlags, weil nicht alle Bundesländer zum heutigen Zeitpunkt den maximalen Wert von 3,25% erreichen würden. Wenn die Reduktion der Bettenzahl jedoch mit der Zeit voranschreitet, werden immer mehr Länder den Maximalwert erreichen.

Bundesländer mit sehr geringer Bevölkerungsdichte, die einzelne, nicht wirtschaftlich betreibbare Krankenhausstandorte aus Gründen der Erreichbarkeit aufrechterhalten müssen, werden den Zielwert indessen kaum zur Gänze erreichen können. Beispielweise erhalten in Mecklenburg-Vorpommern schon heute 64% der Allgemeinkrankenhäuser einen Sicherstellungszuschlag gemäß den Vereinbarungen von DKG, GKV-Spitzenverband und PKV-Verband, was nur wenig Spielraum für größere Veränderungen lässt. Daher schlagen wir zusätzlich vor, die bestehenden Sicherstellungszuschläge pro Standort um den Faktor 2,5 zu erhöhen. In der Summe würden sich die Sicherstellungszuschläge von derzeit rund 80 auf 200 Millionen Euro erhöhen. Das gesamte Zuschlagsvolumen würde sich dann auf 3.275 Millionen Euro belaufen. Hinzu kommen Zuschläge für die rein psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken, die wir in den vorliegenden Überlegungen nicht berücksichtigt haben. Für sie sollte ebenfalls ein an Versorgungs- und/oder Strukturzielen geknüpfter Zuschlag erarbeitet werden.

Wenn schließlich der Strukturzuschlag die Bundesländer, zusammen mit den Krankenhausträgern dazu anhält, den Bettenabbau zu forcieren, ist damit zu rechnen, dass auch die Zahl der stationären Fälle infolgedessen sinken wird. Denn eine hohe Bettenzahl schafft auch einen Anreiz, sich zugunsten einer stationären anstelle einer vielleicht möglichen anderen, zum Beispiel ambulanten Behandlung zu entscheiden. Je weniger Betten zur Verfügung stehen, desto weniger wird in den unklaren Fällen zugunsten des „Betts“ entschieden. Wenn eine Bettenreduktion um 10% zu einer Reduktion von 10% einfacheren stationären Fällen führt, könnte sich das Erlös-volumen aus stationären DRG-Fällen etwa um 6% vermindern, was circa vier Milliarden Euro entspräche. Auf diese Weise könnte sich der Strukturzuschlag letztlich sogar selbst finanzieren. Dabei sollten begleitende strukturpolitische Maßnahmen ergriffen werden, die die ambulante Leistungserbringung am und durch Krankenhäuser fördern.

1 Gegenwärtige Krankenhausstruktur

In Deutschland gab es im Jahr 2023 gemäß den Qualitätsberichten der Krankenhäuser (GBA 2025) insgesamt 2.309 Krankenhausstandorte. Davon waren 375 Tages- und Nachtkliniken und 320 rein psychiatrische oder psychosomatische Kliniken. Allgemeinkrankenhäuser, deren Schwerpunkt auf der stationären somatischen Versorgung liegt, verfügten demnach über 1.614 Standorte. In der öffentlichen Debatte über die Krankenhausstrukturen geht es in der Regel um diese 1.614 Standorte. Die Hälfte dieser Standorte verfügte über eine Bettenzahl von unter 200 und können als „klein“ bezeichnet werden. Dabei handelte es sich jedoch nicht ausschließlich um Krankenhäuser der Grundversorgung, sondern zum Teil um Fachkliniken, die sich auf wenige Leistungen konzentrieren. Wir schätzen ihre Zahl auf 348 (Vebeto und hcb 2023)¹.

Lässt man Fachkliniken außen vor, konnte im Krankenhaus Rating Report 2025 (Augurzky et al. 2025) gezeigt werden, dass unter wirtschaftlichen Aspekten eine Krankenhausgröße zwischen 500 und 900 Betten ideal ist. Zwischen 250 und 500 Betten lässt sich ebenfalls noch einigermaßen gut wirtschaften. Darunter wird es allerdings schwierig. Auch hinsichtlich der medizinischen Versorgung können mittelgroße und große Krankenhäuser aufgrund ihrer höheren Fallzahlen und breiteren Interdisziplinarität besser abschneiden. Daher ist eine Krankenhausstruktur, die durch einen größeren Zentralisierungsgrad und mehr Schwerpunktbildung gekennzeichnet ist, vorteilhafter in Bezug auf Wirtschaftlichkeit und medizinische Qualität.

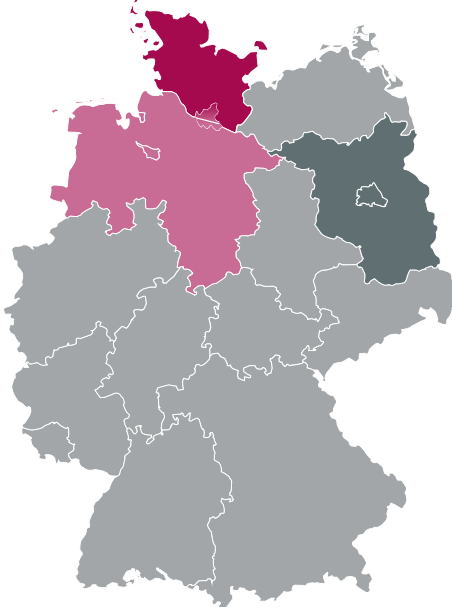
Ferner ist die Menge der vorgehaltenen Krankenhauskapazitäten – gemessen anhand der Bettenzahl – ein wichtiges Strukturmerkmal der Krankenhausversorgung. Im internationalen Vergleich weist Deutschland eine hohe Bettenzahl je Einwohner auf (OECD 2026). Im innerdeutschen Vergleich sind außerdem große Unterschiede bei der Menge der vorgehaltenen Betten zu beobachten, die sich nicht allein durch eine unterschiedliche Altersstruktur erklären lassen. Einige derzeit stationär erbrachte Leistungen könnten aus fachlicher Sicht auch ambulant erbracht werden, was den Bettenbedarf reduzieren würde. Auch die Verweildauer in der stationären Versorgung ist hoch, was mit einem höheren Bettenbedarf einhergeht. Diskutiert wird zudem, ob eine große Bettenzahl zu einer angebotsinduzierten Nachfrage führt. Wir gehen davon aus, dass eine gute Krankenhausversorgung mit weniger Betten möglich ist, und werden im Folgenden die Bettenzahl als ein wichtiges Kriterium zur Beurteilung von regionalen Krankenhausstrukturen verwenden.

Wir beschränken uns bei den Ausarbeitungen auf die Allgemeinkrankenhäuser und stellen auf Bundeslandebene Kennzahlen dar, die die regionalen Krankenhausstrukturen charakterisieren. Dabei darf nicht übersehen werden, dass die drei Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg in relevantem Maße auch ihr Umland mitversorgen. So stammen rund 40% der Patienten in Bremer Krankenhäusern aus Niedersachsen. Aus diesem Grund müssen die Stadtstaaten mit ihrem Umland stets gemeinsam betrachtet werden, wenn Krankenhauskapazitäten regional verglichen werden sollen.

¹ Die Definition der Fachklinik ist nicht eindeutig und war im März 2026 noch in der Diskussion. Da wir uns im Folgenden mit regionalen Krankenhausstrukturen befassen und nicht mit Einzelfällen, genügt jedoch eine ungefähre Definition, um regionale Muster aufzeigen zu können.

Wir betrachten Bremen und Niedersachsen als eine Einheit, ebenso Berlin und Brandenburg. Hamburg grenzt sowohl an Niedersachsen als auch an Schleswig-Holstein, sodass jeweils ein Teil Hamburgs einem der beiden Nachbarländer nach einem festzulegenden Schlüssel zugeordnet werden muss. Als Schlüssel würde sich die Verteilung der aus den beiden umliegenden Ländern in Hamburg versorgten stationären Patientenzahlen anbieten. Diese Zahlen liegen uns aber nicht vor. Stattdessen verwenden wir die Länge der gemeinsamen Außengrenze Hamburgs mit seinen beiden Nachbarländern: 39% seiner Außengrenze schließt an Niedersachsen und 61% an Schleswig-Holstein an. Nach diesem Schlüssel ordnen wir Hamburg den beiden umliegenden Bundesländern zu. Karte 1 stellt die sich daraus ergebenden 13 Bundeslandregionen dar, die die Grundlage des vorliegenden Papiers bilden.

Karte 1: Definition der verwendeten Bundeslandregionen

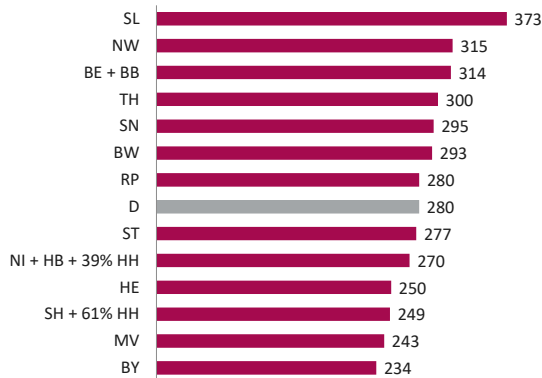


Quelle: Eigene Darstellung

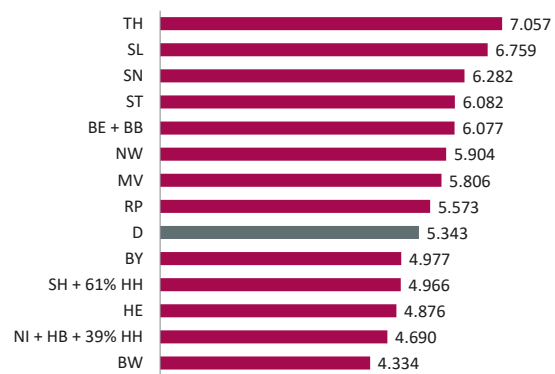
Die durchschnittliche Bettenzahl je Standort liegt in Deutschland im Jahr 2023 bei 280. Sie schwankt zwischen den Bundeslandregionen zwischen 234 in Bayern und 373 im Saarland (Abbildung 1). Die gesamte Bettenzahl einer Region – bezogen auf ihre Bevölkerung – schwankt ebenfalls stark. Während Baden-Württemberg 4.334 Betten je eine Million Einwohner vorhält, sind es in Thüringen 7.057 Betten, also 63% mehr. Die Erreichbarkeit von Standorten mit der Notfallstufe 1, 2 oder 3 innerhalb von 40 Minuten mit dem Pkw sind trotz dieser großen innerdeutschen Unterschiede fast überall sehr gut (Abbildung 2). Mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern erreichen mehr als 98% der Bevölkerung einen Standort mit Notfallstufe nach dem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern des Gemeinsamen Bundesausschusses innerhalb von 40 Minuten. In Mecklenburg-Vorpommern sind es 95%. Es ist daher nicht verwunderlich, dass in diesem Bundesland 64% der Allgemeinkrankenhäuser einen Sicherstellungszuschlag erhalten. Hier ist das Potenzial zu weiterer Schwerpunktbildung aufgrund der Distanzen gering – anders als in den meisten anderen Regionen. Bei der Bemühung um Strukturoptimierungen müssen diese regionalen Besonderheiten berücksichtigt werden.

Abbildung 1: Größe der Standorte und Bettendichte

Durchschnittliche Bettenanzahl der Allgemeinkrankenhäuser je Standort im Jahr 2023



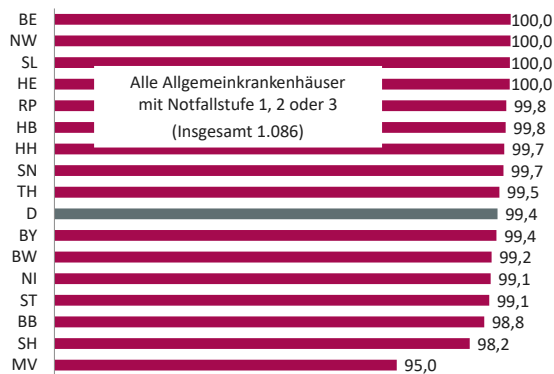
Anzahl der Betten von Allgemeinkrankenhäusern je 1 Mio. Einwohner im Jahr 2023



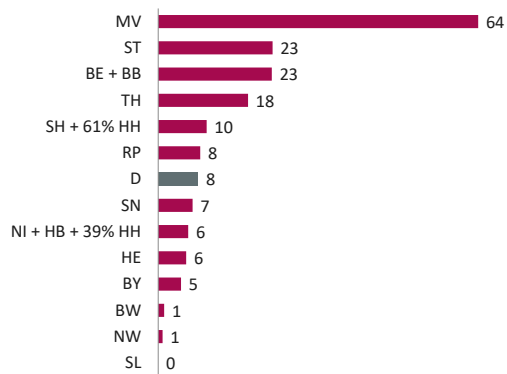
Quelle: Eigene Darstellung; GBA (2025), Statistisches Bundesamt (2025a, b).

Abbildung 2: Erreichbarkeiten und Sicherstellungszuschläge

Anteil der Bevölkerung mit Fahrzeit von höchstens 40 Minuten zu einem Krankenhaus mit Notfallstufe 1, 2 oder 3, in %



Anteil der Standorte von Allgemeinkrankenhäusern mit einem Sicherstellungszuschlag⁽¹⁾, in %



(1) In mind. einem der Gebiete „Innere Medizin“, „Chirurgie“, „Geburtshilfe“ oder „Kinder- und Jugendmedizin“ erhält ein Standort Sicherstellungszuschläge; Sicherstellungshäuser des Jahres 2026 gemäß den Kriterien der Vertragsparteien DKG, GKV und PKV.

Anmerkung: Die abgedeckte Bevölkerung für die Erreichbarkeiten wurden mittels PLZ-8-Daten berechnet.

Quelle: Eigene Darstellung; GBA (2025), GKV-Spitzenverband (2025), microm (2025), eigene Berechnungen.

2 Anreiz zur Optimierung der Strukturen

2.1. Hintergrund

Die Diskussion über die Krankenhausstrukturen in Deutschland findet schon seit vielen Jahren statt. Im Krankenhaus Rating Report wurden die Strukturen in den vergangenen 20 Jahren immer wieder thematisiert; ebenso vom Sachverständigenrat Gesundheit (SVR Gesundheit 2023) und beispielsweise von der Bertelsmann Stiftung (Loos et al 2019). Tatsächlich hat sich in den vergangenen Jahren einiges an Veränderungen getan. Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft beobachtet den Strukturwandel auf einer eigens dafür eingerichteten Internetseite². Auch wenn schon viel passiert ist, besteht noch weiterhin Optimierungspotenzial.

² Siehe <https://www.krankenhausstrukturwandel-bw.de/>.

Veränderungen erzeugen aber häufig lokale Widerstände. Wenn beispielsweise zwei Krankenhausstandorte zu einem größeren Standort zusammengelegt werden sollen, machen sich die Menschen in den betroffenen Regionen Sorgen, ob die Erreichbarkeit des neuen Standorts noch ausreichend gut ist. Ob dies der Fall ist oder nicht, kann man nicht pauschal beurteilen. Dazu braucht es immer eine Einzelfallbetrachtung. Sollten die Distanzen nach einer möglichen Veränderung zu groß werden, müssen andere Optionen in Betracht gezogen werden. Ein Sicherstellungszuschlag zur Stabilisierung eines Standorts, der ansonsten nicht überlebensfähig wäre, ist ein Instrument, das – wie in Abbildung 2 gezeigt – in manchen Regionen vielfach bereits Anwendung findet.

Unstrittig ist aber auch, dass dieser Fall nicht die Regel ist und dass manche Regionen hinsichtlich der Optimierung ihrer Krankenhausstrukturen mehr Potenzial aufweisen als andere. Die große Krankenhausreform (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, KHVVG) und ihre Anpassung (Krankenhausreformanpassungsgesetz, KHAG) setzen daher die Rahmenbedingungen derart, dass Strukturveränderungen weiter und zügiger vorangetrieben werden. Dazu werden neben neuen regulatorischen Anforderungen über den neu geschaffenen Transformationsfonds 50 Milliarden Euro über zehn Jahre zur Verfügung gestellt, der Investitionen in Strukturveränderungen fördern soll.

Wir unterbreiten im Folgenden einen Vorschlag, wie ein zusätzlicher Anreiz zu Strukturveränderungen gesetzt werden kann, der auf dem aktuellen, zeitlich auf zwölf Monate begrenzten 3,25%igen Aufschlag auf die Krankenhausabrechnungen fußt. Derzeit handelt es sich um einen pauschalen Rechnungsaufschlag, der für alle Krankenhäuser gleich ausfällt. Dieser Zuschlag könnte so weiterentwickelt werden, dass er in Bundesländern, die im Status quo günstigere Krankenhausstrukturen aufweisen oder die in den vergangenen Jahren ihre Strukturen günstig verändert haben, höher ausfällt als bei Ländern, in denen die Veränderungen weniger stark ausgeprägt waren.

Dazu braucht es Kennzahlen, die Strukturen und Strukturveränderungen gut abbilden können. Sie sollten einfach messbar sein und einen geringen Adjustierungsbedarf aufweisen. Anschließend müssen Zielwerte festgelegt und auf dieser Basis ein Regelwerk zur Berechnung eines Strukturzuschlags erarbeitet werden. Zudem sollten die vorhandenen Sicherstellungszuschläge erhöht werden, sodass auch Regionen mit einem grundsätzlich begrenzten Potenzial zu Strukturoptimierung – und damit ohne Aussicht auf einen hohen Zuschlag – nicht per se schlechter gestellt werden.

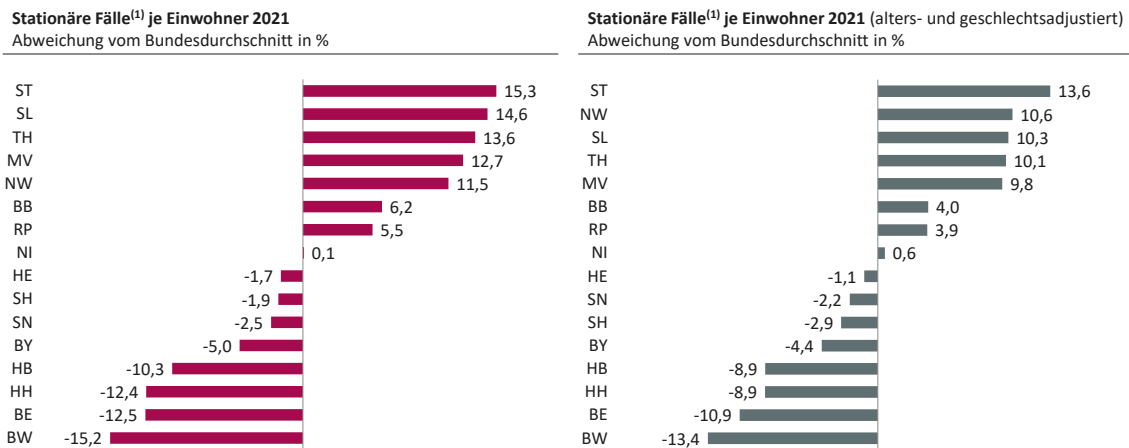
2.2. Zielgrößen

Die Krankenhausstruktur kann auf vielfältige und komplexe Weise in Zahlen abgebildet werden. Je komplexer ein Kennzahlenset jedoch ist, desto größer ist der Interpretationsspielraum und desto aufwändiger ist seine zeitnahe Berechnung. Einfache und gut verfügbare Kennzahlen sind die Bettendichte und die Standortdichte. Die Standortdichte hängt allerdings nicht nur vom Grad der Schwerpunktbildung einer Region ab, sondern auch von der Flächen- und Bevölkerungsstruktur. Zwar ergibt sich bei einem höheren Zentralisierungsgrad eine geringere Standortdichte. Allerdings lässt sich sowohl für eine sehr dünn als auch für eine sehr dicht besiedelte Region eine höhere Standortdichte als der Durchschnitt rechtfertigen. Eine sehr dünn besiedelte Region wie Mecklenburg-Vorpommern braucht mehr (kleinere) Standorte, um die Erreichbarkeit der Angebote zu gewährleisten, auch wenn dies zu Lasten der Wirtschaftlichkeit und der Versorgungsqualität gehen kann. Umgekehrt ist für Ballungsgebiete nicht zu empfehlen, nur Mega-Kliniken mit über 1.000 Betten vorzuhalten, wenn die optimale Klinikgröße bei 500 bis 900

Betten liegt. Die Kennzahl „Standortdichte“ kann daher nicht durchgehend im Sinne von „weniger ist besser“ verwendet werden. Der Interpretationsspielraum dieser Kennzahl ist zu groß.

Anders ist es bei der Bettendichte. Je höher die Zahl der Betten je Einwohner, desto größer die Erklärungsnotwendigkeit für diese hohen Kapazitäten. Eine Erklärung für einen höheren Bettenbedarf ist die Altersstruktur der Bevölkerung. Eine ältere Bevölkerung wird häufiger im Krankenhaus behandelt als eine jüngere. Die bundeslandspezifischen Altersprofile der Bevölkerung lassen sich jedoch herausrechnen. Abbildung 3 zeigt beispielhaft für das Jahr 2021 die unbereinigten sowie die um die Alters- und Geschlechtsstruktur bereinigten Fallzahlen je Einwohner als Abweichung vom Bundesdurchschnitt.

Abbildung 3: Unbereinigte und bereinigte Zahl stationärer Fälle

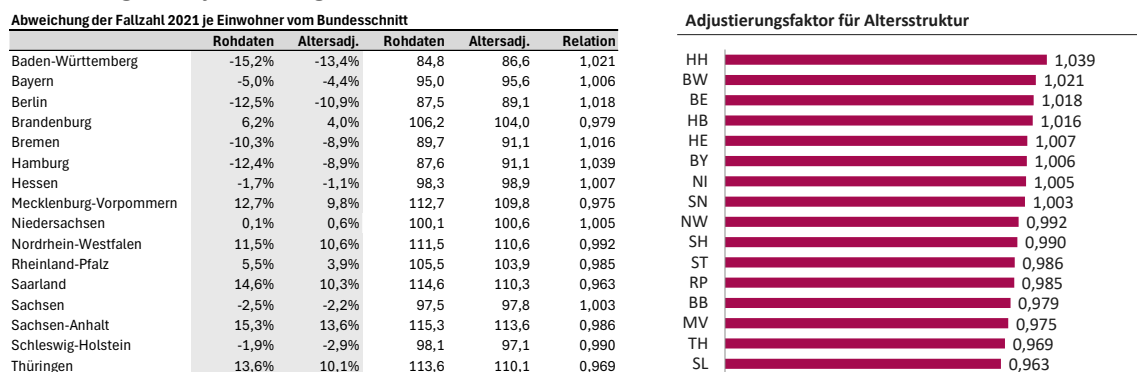


(1) Fälle nach Wohnort.

Quelle: Eigene Darstellung; Augurzky et al (2025).

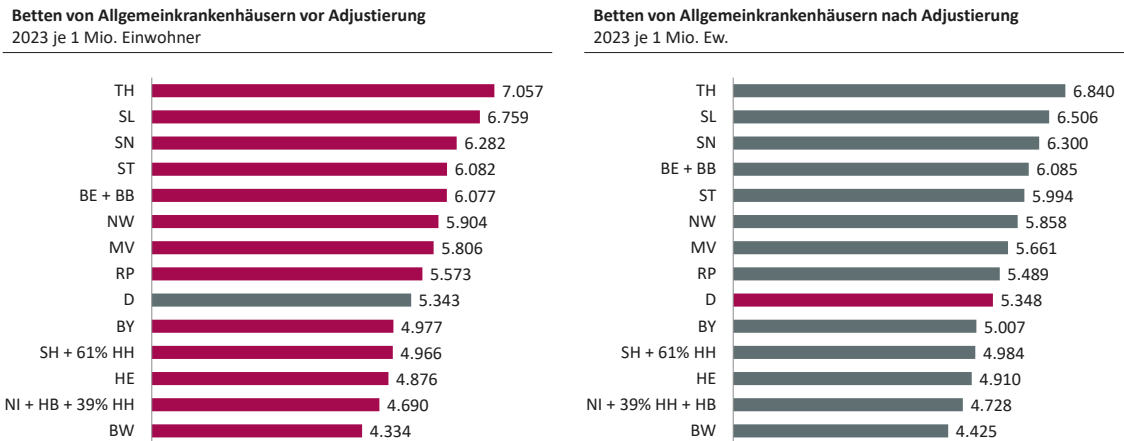
Beispielhaft adjustieren wir auf dieser Grundlage die Bettenzahl je Einwohner. In Abbildung 4 berechnen wir für jedes Bundesland einen Adjustierungsfaktor. Je größer der Wert in der Spalte „Relation“ ausfällt, desto jünger ist die Bevölkerung des Bundeslands. Tatsächlich ist Baden-Württemberg mit der niedrigsten Bettenzahl eines der „jüngsten“ und Thüringen mit der höchsten Bettenzahl je Einwohner eines der „ältesten“ Bundesländer. Die Adjustierung um die Altersstruktur führt zu einer Abnahme der Variation zwischen den Bundesländern (Abbildung 5). An der Reihenfolge ändert sich jedoch nicht viel. Die höhere Bettenzahl von Thüringen im Vergleich zu Baden-Württemberg reduziert sich dadurch von 63% auf 55%.

Abbildung 4: Adjustierungsfaktor für die Altersstruktur



Quelle: Eigene Darstellung; Augurzky et al (2025).

Abbildung 5: Nicht-adjustierte und adjustierte Bettenzahl je Einwohner

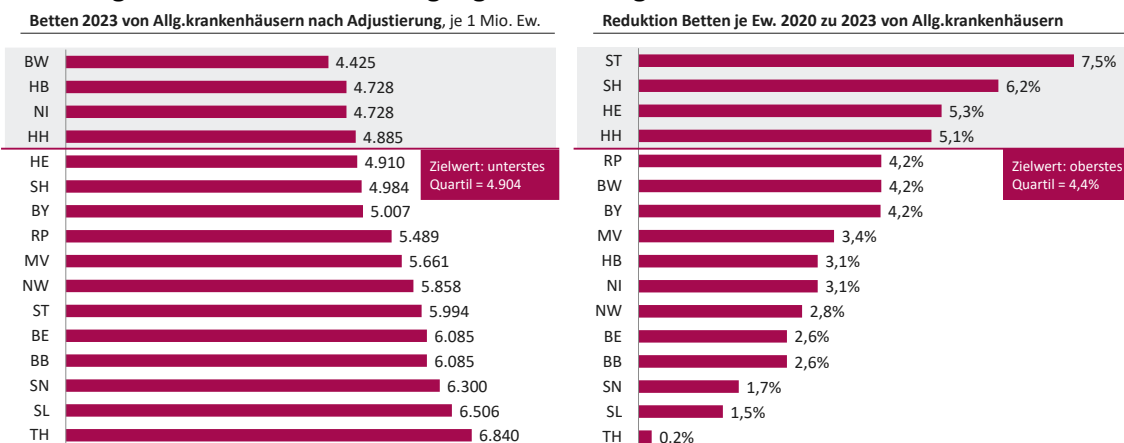


Quelle: Eigene Darstellung; GBA (2025), Statistisches Bundesamt (2025a, b), Augurzky et al (2025).

2.3. Regelwerk und Höhe des Strukturzuschlags

Wir verwenden die altersadjustierte Bettenzahl je Einwohner als Grundlage zur Festlegung eines differenzierten Strukturzuschlags auf die Krankenhausabrechnungen, der einen Anreiz setzen soll, die Krankenhausstrukturen zu optimieren. Der Zuschlag wird über zwei Wege bestimmt: erstens über die aktuelle Bettenzahl je Einwohner. Als Zielwert für diese Kennzahl verwenden wir ihr unterstes Quartil. Auf Basis der Qualitätsberichtsdaten der Jahre 2020 bis 2023 liegt dieses Quartil bei einem Wert von 4.904 Betten je eine Million Einwohner (Abbildung 6). Bundesländer, die einen geringeren Wert als diesen haben, erhalten den vollen Zuschlag von 3,25%. Länder, die darüber liegen, erhalten einen anteiligen Zuschlag. Der Anteil liegt bei 0, wenn ihr Wert dem Maximum von 6.840 entspricht. Je näher der Ist-Wert am Zielwert liegt, desto näher liegt der Zuschlag an den 3,25%.³ Hierdurch werden Länder belohnt, die bereits eine gute Struktur aufweisen.

Abbildung 6: Kennzahlen zur Festlegung des Zuschlags



Quelle: Eigene Darstellung; GBA (2025), Statistisches Bundesamt (2025a, b), Augurzky et al (2025).

Zweitens verwenden wir die Reduktion der Bettenzahl je Einwohner in den vergangenen drei Jahren (2020 bis 2023), die zwischen 0,2% und 7,5% variiert. Das oberste Quartil beträgt 4,4%.

³ Konkret lautet die Formel: Zuschlag anteilig von 3,25% mit Anteil = $(6.840 - \text{Landeswert}) / (6.840 - 4.904)$.

Bundeslandregionen, die einen höheren Wert als 4,4% erreichen, erhalten den vollen Zuschlag von 3,25%. Liegt ihr Wert unter 4,4%, erhalten sie einen entsprechenden Anteil des vollen Zuschlags.⁴ Am Ende zählt der größere Wert der beiden Berechnungen.

Auf Grundlage dieses Regelwerks und den adjustierten Bettenzahlen der Bundeslandregionen für die Jahre 2020 und 2023 ergeben sich die in Tabelle 1 dargestellten Zuschläge. Für die Bundesländer Baden-Württemberg, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein fällt der Zuschlag mit 3,25% auf Rechnungen am größten aus. Dies liegt entweder daran, dass ihre (adjustierte) Bettenzahl je Einwohner unterhalb des unteren Quartils liegt oder dass die Reduktion ihrer Bettenzahl je Einwohner zwischen 2020 und 2023 besonders hoch ausfiel. In der Summe ergibt sich ein Zuschlagsvolumen in Höhe von 3,1 Milliarden Euro, das anders als der bisherige pauschale Zuschlag einen Anreiz zu Strukturveränderungen setzt. Der Wert liegt niedriger als die vier Milliarden Euro des derzeit gültigen Rechnungszuschlags, weil nicht alle Bundesländer zum heutigen Zeitpunkt den maximalen Wert von 3,25% erreichen. Wenn die Reduktion der Bettenzahl jedoch mit der Zeit fortschreitet, werden immer mehr Länder den Maximalwert erreichen.

Tabelle 1: Strukturzuschläge

	#Betten je 1 Mio. adj. Ew.			Zuschlag 1 Bettenzahl		Summe in Mio. €	Zuschlag 2 ΔBettenzahl		Summe in Mio. €	Summe in Mio. €
	2020	2023	Δ2020-23	Anteil Ziel	in %		Anteil Ziel	in %		
Baden-Württemberg	4.620	4.425	-4,2%	100,0%	3,25%	418	95,1%	3,09%	398	418
Bayern	5.226	5.007	-4,2%	94,7%	3,08%	560	94,8%	3,08%	560	560
Berlin	6.246	6.085	-2,6%	39,0%	1,27%	69	58,1%	1,89%	104	104
Brandenburg	6.246	6.085	-2,6%	39,0%	1,27%	43	58,1%	1,89%	64	64
Bremen	4.880	4.728	-3,1%	100,0%	3,25%	39	70,2%	2,28%	28	39
Hamburg	5.146	4.885	-5,1%	100,0%	3,25%	105	100,0%	3,25%	105	105
Hessen	5.182	4.910	-5,3%	99,7%	3,24%	278	100,0%	3,25%	279	279
Mecklenburg-Vorpommern	5.859	5.661	-3,4%	60,9%	1,98%	53	76,6%	2,49%	67	67
Niedersachsen	4.880	4.728	-3,1%	100,0%	3,25%	336	70,2%	2,28%	236	336
Nordrhein-Westfalen	6.029	5.858	-2,8%	50,7%	1,65%	476	64,1%	2,08%	602	602
Rheinland-Pfalz	5.730	5.489	-4,2%	69,8%	2,27%	129	95,1%	3,09%	175	175
Saarland	6.603	6.506	-1,5%	17,2%	0,56%	10	33,0%	1,07%	18	18
Sachsen	6.412	6.300	-1,7%	27,9%	0,91%	55	39,3%	1,28%	77	77
Sachsen-Anhalt	6.484	5.994	-7,5%	43,7%	1,42%	48	100,0%	3,25%	111	111
Schleswig-Holstein	5.316	4.984	-6,2%	95,8%	3,11%	111	100,0%	3,25%	116	116
Thüringen	6.856	6.840	-0,2%	0,0%	0,00%	0	5,2%	0,17%	6	6
Summe	5.549	5.348	-3,6%			2.730			2.945	3.078
Berlin + Brandenburg	6.246	6.085	-2,6%							
Niedersachsen + 39% HH + HB	4.880	4.728	-3,1%							
Schleswig-Holstein + 61% HH	5.316	4.984	-6,2%							

Anmerkung: Die Werte für Hamburg ergeben sich aus den entsprechend gewichteten Werten der Regionen „Niedersachsen + 39% HH + HB“ und „Schleswig-Holstein + 61% HH“. Die farblich hervorgehobenen Länder sind Teil einer der eingangs definierten Bundeslandregionen.

Quelle: Eigene Berechnungen; vdek (2026).

Eine Reduktion der Bettenzahl eines Bundeslands sollte am besten dadurch erfolgen, dass die Zahl der Standorte sinkt, nicht aber dass je Standort die Bettenzahl abnimmt. Denn letzteres würde die Wirtschaftlichkeit und die medizinische Leistungsfähigkeit der schrumpfenden Standorte verschlechtern. Manche sehr ländlich geprägte Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte werden die Zahl der Krankenhausstandorte jedoch nicht in gleichem Maße wie die Bettenzahl vermindern können, weil sonst die Erreichbarkeit darunter leiden würde. Sie müssen teilweise Angebote aufrechterhalten, die mangels zu versorgender Bevölkerung nicht ausreichend gut ausgelastet werden können. Damit sie wirtschaftlich trotzdem überleben können, benötigen sie einen Sicherstellungszuschlag.

⁴ Konkret lautet die Formel: Zuschlag anteilig von 3,25%, Anteil = Landeswert / 4,4%.

Wir gehen davon aus, dass Bundeslandregionen mit vielen Sicherstellungshäusern den Strukturzuschlag nicht in dem Maße erreichen können wie andere Länder. Daher schlagen wir zusätzlich vor, die bestehenden Sicherstellungszuschläge um den Faktor 2,5 zu erhöhen. Tabelle 2 fasst das Ergebnis davon zusammen. In der Summe würden sich die Sicherstellungszuschläge von derzeit rund 80 auf 200 Millionen Euro erhöhen. Addiert man die Strukturzuschläge hinzu, ergeben sich die in Tabelle 3 gezeigten Werte. Das gesamte Zuschlagsvolumen würde sich auf 3.275 Millionen Euro belaufen. Hinzu kommen Zuschläge für die rein psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken, die wir in den vorliegenden Überlegungen nicht berücksichtigt haben. Für sie sollte ebenfalls ein an Versorgungs- und/oder Strukturzielen geknüpfter Zuschlag erarbeitet werden.

Tabelle 2: Sicherstellungszuschläge

	Sicherstellungszuschlagshäuser					Aktuell	Künftig
	Anzahl	INN	CHIR	GEB	KIND	in Mio. €	in Mio. €
Baden-Württemberg	2	1	1	1	1	1,3	3,1
Bayern	13	9	9	4	3	6,8	16,9
Berlin	0	0	0	0	0	0,0	0,0
Brandenburg	28	24	24	8	12	17,5	43,8
Bremen	0	0	0	0	0	0,0	0,0
Hamburg	0	0	0	0	0	0,0	0,0
Hessen	7	6	6	3	1	4,3	10,6
Mecklenburg-Vorpommern	25	21	21	11	11	16,3	40,6
Niedersachsen	10	9	9	4	2	6,3	15,6
Nordrhein-Westfalen	3	1	1	3	1	1,8	4,4
Rheinland-Pfalz	7	5	5	1	2	3,5	8,8
Saarland	0	0	0	0	0	0,0	0,0
Sachsen	6	4	4	3	4	4,0	10,0
Sachsen-Anhalt	11	8	8	5	7	7,8	19,4
Schleswig-Holstein	8	8	8	2	1	4,8	11,9
Thüringen	9	2	2	5	7	5,0	12,5
Summe	129	98	98	50	52	79	198

Anmerkung: INN = Innere Medizin, CHIR = Chirurgie, GEB = Geburtshilfe, KIND = Kinder- und Jugendmedizin. Die farblich hervorgehobenen Länder sind Teil einer der eingangs definierten Bundeslandregionen.

Quelle: Eigene Berechnungen; GKV-Spitzenverband (2025).

Tabelle 3: Addition der Strukturzuschläge und Sicherstellungszuschläge

	Struktur- zuschläge, M€	Sicherstellungs- zuschläge, M€	Summe in Mio. €
Baden-Württemberg	418	3,1	421
Bayern	560	16,9	577
Berlin	104	0,0	104
Brandenburg	64	43,8	107
Bremen	39	0,0	39
Hamburg	105	0,0	105
Hessen	279	10,6	290
Mecklenburg-Vorpommern	67	40,6	107
Niedersachsen	336	15,6	352
Nordrhein-Westfalen	602	4,4	606
Rheinland-Pfalz	175	8,8	184
Saarland	18	0,0	18
Sachsen	77	10,0	87
Sachsen-Anhalt	111	19,4	130
Schleswig-Holstein	116	11,9	128
Thüringen	6	12,5	19
Summe	3.078	198	3.275

Anmerkung: Die farblich hervorgehobenen Länder sind Teil einer der eingangs definierten Bundeslandregionen.
Quelle: Eigene Berechnungen

Wenn schließlich der Strukturzuschlag die Bundesländer dazu anhält, den Bettenabbau zu forcieren, ist damit zu rechnen, dass auch die Zahl der stationären Fälle infolgedessen sinken wird. Denn eine hohe Bettenzahl schafft auch einen Anreiz, sich zugunsten einer stationären anstelle einer vielleicht möglichen anderen, zum Beispiel ambulanten Behandlung zu entscheiden. Je weniger Betten zur Verfügung stehen, desto weniger wird in den unklaren Fällen zugunsten des „Betts“ entschieden. Wenn eine Bettenreduktion um 10% zu einer Reduktion von 10% einfacheren stationären Fällen führt, könnte sich das Erlösvolumen aus stationären DRG-Fällen etwa um 6% vermindern, was circa vier Milliarden Euro entspräche. Auf diese Weise könnte sich der Strukturzuschlag letztlich sogar selbst finanzieren. Dabei sollten begleitende strukturpolitische Maßnahmen ergriffen werden, die die ambulante Leistungserbringung am und durch Krankenhäuser fördern.

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.

GBA (2025), Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2023. Link: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/datenerhebung-zur-qualitaetssicherung/datenerhebung-qualitaetsbericht/>, abgerufen am 30.7.2025.

GKV-Spitzenverband (2025). Vereinbarung der Liste der Krankenhäuser gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG vom 30.06.2025. Link: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/zu_ab-schlaege/liste_kh/2025_06_30_Vb_Liste_laendl_KH_2026.pdf, abgerufen am 17.3.2025

microm (2025), Bevölkerung des Jahres 2024 auf PLZ-8-Ebene. Microm Micromarketing-Systeme und Consult GmbH. Neuss.

OECD (Hrsg.) (2026), OECD Health Data: Health Care Resources: Hospitals. Internet: <https://stats.oecd.org/>, abgerufen am 17.3.2025.

Loos, S., M. Albrecht und K. Zich (2019), Zukunftsfähige Krankenhausversorgung, Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

SVR Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2023), Resilienz im Gesundheitswesen Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Gutachten 2023. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2025a), Feststellung des Gebietsstands. Gebietsfläche: Bundesländer, Stichtag (11111-0001). Wiesbaden, abgerufen am 8.10.2025.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2025b), Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag (12411-0010). Wiesbaden, abgerufen am 8.10.2025.

vdek (2026), Landesbasisfallwerte des Jahres 2025. Link: https://www.vdek.com/vertrags-partner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte/_jcr_content/par/download_1809441988/file.res/LBFW_2025_inkl_Tarifrate_Stand_04.06.2025.pdf, abgerufen am 17.3.2026.

Vebeto und hcb (2023), Auswirkungsanalyse zur Krankenhausstrukturreform. Auswirkungsanalyse im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V.