

Die Krankenhausstrukturen zukunftsfit machen!

Kontakt: Prof. Dr. Boris Augurzky, ✉ Boris.Augurzky@rwi-essen.de
 Prof. Dr. med. Christian Karagiannidis, ✉ Christian.Karagiannidis@uni-wh.de

DIE WICHTIGSTEN ERGEBNISSE

Deutschlands Krankenhauslandschaft ist nicht optimal: 1.600 Standorte existieren, 1.000 würden genügen; die Konzentration würde die Qualität steigern und damit Leben retten.

Eine Neustrukturierung würde 64 Milliarden Euro kosten, aber 11 Milliarden Euro jährlich sparen, sofern die geplanten weitreichenden Ausnahmeregelungen nicht erfolgen.

Der Transformationsfonds von 50 Milliarden Euro kann immerhin 80% der Optimierung finanzieren.

Die deutsche Krankenhauslandschaft verändert sich nur langsam hin zu mehr Zentralisierung, obwohl die Vorteile einer stärkeren Schwerpunktbildung klar auf der Hand liegen: Die medizinische Qualität ist höher, wodurch Leben gerettet werden können, und die Wirtschaftlichkeit ist besser, wodurch sowohl Krankenhäuser als auch Beitragszahler und die öffentliche Hand entlastet werden können.

Von 2019 bis 2023 ist die Zahl der Krankenhausstandorte um etwa 5 % zurückgegangen. Das Potenzial der Optimierung geht allerdings weit darüber hinaus. Damit 99 % der Bevölkerung innerhalb von 30 Pkw-Minuten mindestens einen Standort erreichen können, würden bei einer kompletten Neugestaltung der Krankenhauslandschaft in Deutschland rein hypothetisch rund 340 der aktuell 1.600 somatischen Standorte genügen. Ausgehend von den bestehenden Standorten bräuchte man etwa 740. Will man zudem regionale Monopolisten vermeiden, sind es nochmal etwas mehr – jedoch bei Weitem nicht 1.600.

Tabelle 1 stellt eine Soll-Struktur dar, die eine gute flächendeckende Erreichbarkeit sicherstellt und trotzdem noch genügend Auswahlmöglichkeiten für Patienten lässt. Aufgrund der rasanten Alterung der Bevölkerung müssen zwar einerseits mehr Patienten in Krankenhäusern versorgt werden, andererseits können mehr leichtere oder gut planbare Fälle ambulant erbracht werden. Im Ergebnis sinkt die Zahl der stationären Fälle und die benötigte Bettenzahl deutlich.

Tabelle 1: Soll- und Ist-Struktur im Vergleich

Bettenzahl	Anzahl Standorte	
	Ist 2023	Soll 2035
Unter 200	787	350
- Anteil an allen	49 %	35 %
200 bis unter 500	599	355
500 bis unter 900	167	220
900 und mehr	61	75
Gesamt	1.614	1.000
Betten je Standort	280	379
- Veränderung		36 %
Standorte je 1.000 qkm	4,51	2,80
- Veränderung		- 38 %

Quelle: Qualitätsberichte der Krankenhäuser mit Datenjahr 2023; eigene Darstellung

Handlungsempfehlungen:

Der Transformationsfonds sollte zweckgebunden eingesetzt werden. Das heißt, dass nur echte Strukturveränderungen gefördert werden sollten, nicht jedoch Bestandsinvestitionen.

Eine weitere Verwässerung des Transformationsfonds im Rahmen des Krankenhausreform-anpassungsgesetzes (KHAG) muss vermieden werden.

Um die aufgezeigte Sollstruktur zu erreichen, sind nach unseren Berechnungen rund 64 Milliarden Euro an Investitionen nötig – für den Bau von Zentralkliniken sowie zur Umwandlung oder Schließung von Altstandorten. Mit dem Transformationsfonds von 50 Milliarden Euro könnte also fast 80 % dieses Zielbilds erreicht werden. Allerdings sieht der Transformationsfonds bereits in seiner jetzigen Fassung Fördertatbestände vor, die nicht ausschließlich der Optimierung der Krankenhausstrukturen dienen. Wir gehen davon aus, dass sie zu einer „Verwässerung“ von 15 % führen. Somit ließen sich nur rund zwei Drittel des skizzierten Zielbilds erreichen.

Ließe sich diese Verwässerung vermeiden, könnten die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen zusammen mit fast neun Milliarden Euro weniger Ausgaben pro Jahr rechnen. Bezogen auf die GKV wären dies 0,4 Prozentpunkte weniger Beitragssatz. Sollte nur zwei Drittel des Zielbilds erreicht werden, läge das Einsparvolumen der GKV und PKV lediglich bei jährlich 7,3 Milliarden Euro (0,33 Prozentpunkte GKV-Beitragssatz). Immer noch beachtlich, doch erheblich weniger als bei optimalen Strukturen möglich wäre. Zum Vergleich: Allein 2025 werden sich die Mehrausgaben für die Krankenhäuser gegenüber dem Vorjahr wahrscheinlich auf etwa 10 Milliarden Euro belaufen.

Die Bundesländer streben über das Krankenausreformenpassungsgesetz (KHAG) eine weitere Abschwächung der Schwerpunktbildung an. Erstens sollen die Strukturvorgaben an die Leistungsgruppen aufgeweicht werden, zum Beispiel hinsichtlich der nötigen Zahl der Fachärzte je Leistungsgruppe. Als besonders gravierend sind die Ausnahmeregelungen und Anrechenbarkeiten von Fachärzten im KHAG zu werten. Zweitens wird gefordert, auch Bestandsinvestitionen über Mittel des Transformationsfonds zu finanzieren, was laut Krankenhausfinanzierungsgesetz eine ureigene Aufgabe der Bundesländer ist. Damit würden die Mittel des Fonds weiter zweckentfremdet.

Dann könnten sich die Einsparungen bei den Krankenhausaussgaben auf lediglich 4,3 Milliarden Euro pro Jahr (0,20 Prozentpunkte GKV-Beitragssatz) belaufen, also fast drei Milliarden Euro weniger als nach derzeitiger Gesetzeslage erreicht werden könnte. Sollte das geplante KHAG sogar dazu führen, den Istzustand weitestgehend zu zementieren, was insbesondere durch die Regelungen zu Kooperationen droht, würden überhaupt keine Einsparungen erzielt. Angesichts der explodierenden Sozialabgabenquote, die ohne ein beherztes Gegensteuern bis zum Jahr 2035 insgesamt bei über 50 % liegen dürfte, ist ein Ausbremsen der Strukturoptimierung unverantwortlich.

Tabelle 2: Grad der Zielerreichung und erwartete Effekte auf die Ausgaben

	Zielerreichung	Betten	Diff.	In %	Stationäre Fallzahl	Diff.	In Hybrid	Hybrid-DRG	Ausgaben in Mrd. €	Diff.	BS in %
Status quo											
Grad des Erreichens des Zielbilds		451.517			16.979.651			294.838	82,2		
Ohne Einschränkungen (nötig: 64 Mrd. € Investitionen)	100 %	379.274	-72.243	-16 %	14.262.907	-2.716.744	905.581	1.200.419	71,3	-10,9	-0,50
Bei 50 Mrd. € Investitionen, ohne Verwässerung durch die aktuelle Transformationsfondsverordnung	80 %	393.723	-57.794	-13 %	14.806.256	-2.173.395	724.465	1.019.303	73,5	-8,7	-0,40
Mit Verwässerung durch die aktuelle Transformationsfondsverordnung	67 %	403.114	-48.403	-11 %	15.159.432	-1.820.219	606.740	901.578	74,9	-7,3	-0,33
Mögliche weitere Verwässerung durch KHAG	40 %	422.620	-28.897	-6 %	15.892.953	-1.086.698	362.233	657.071	77,9	-4,3	-0,20
Komplette Einstellung der Zentralisierungsbemühungen	0 %	451.517	0	0 %	16.979.651	0	0	294.838	82,2	0,0	0,00

Annahmen: Ausgaben je stationärem Fall (DRG und Zuschläge) = 4.800 Euro; je Hybrid-DRG = 2.000 Euro. Umwandlung von stationären Fällen in Hybrid-Fälle = 33,3 %; BS = GKV-Beitragssatz.

Herausgeber:

RWI – Leibniz-Institut für
Wirtschaftsforschung
Hohenzollernstr. 1–3
45128 Essen/Germany
Fon: +49 (0) 201 8149-0

Redaktion:

Alexander Bartel,
Dr. Niels Oelgart

© RWI Januar 2026