



# Regierungskommission

für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung

**Vierzehnte Stellungnahme und Empfehlung  
der Regierungskommission für eine moderne  
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung**

## ***Krankenhausversorgung in Deutschland 2035***

**Zielbild der Reformen – zukünftige  
Aufgaben und Bedeutung der  
Krankenhäuser**



## INHALTSVERZEICHNIS

<b>I. Ausgangs-/Problemlage</b> .....	4
Veränderte Rahmenbedingungen und Herausforderungen für die Krankenhausversorgung.....	4
<b>II. Bereits initiierte Reformschritte</b> .....	20
<b>III. Zielbild einer zukünftigen Krankenhausversorgung</b> .....	25
Sektorenübergreifende und bevölkerungsbezogene regionale Planung.....	26
Settingunabhängige Behandlung.....	27
Ausgestaltung der Gesundheitsplanungsregionen.....	28
Primärarztsystem.....	30
Indikationsqualität.....	31
Finanzierung und Qualitätssicherung.....	34
Bereiche mit strukturellen Besonderheiten.....	36
Regionalbudgets.....	38
<b>Impressum</b> .....	40



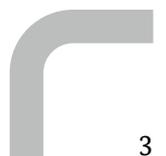


Die sich in den vergangenen und kommenden Jahren deutlich ändernden Rahmenbedingungen für die Krankenhausversorgung in Deutschland führen zu gravierenden Herausforderungen. Nur ein Teil dieser sich wandelnden Rahmenbedingungen lässt sich beeinflussen. Eine Umgestaltung des Krankenhauswesens ist bereits im Gange. Sie wird zu grundlegenden Veränderungen führen. Diese Umgestaltung geschah bislang überwiegend ungesteuert und (regional) unabgestimmt, was die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gefährden kann. Die Herausforderungen, mit denen sich die Krankenhausversorgung konfrontiert sieht, werden nachfolgend unter I. dargestellt.

In den vergangenen drei Jahren wurden bereits wichtige Reformprozesse angestoßen, die eine gute Basis sind, um den Umgestaltungsprozess so zu steuern, dass trotz der sich verändernden Bedingungen auch zukünftig eine hochqualitative und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung durch die Krankenhäuser sichergestellt werden kann. Diese Reformprozesse wurden teilweise zentral von der Regierungskommission vorbereitet oder begleitet. Die bereits eingeleiteten Reformen werden nachfolgend unter II. skizziert.

Die konsequente Umsetzung der nunmehr beschlossenen Reformen und die Initiierung weiterer dringend erforderlicher Gesetzesvorhaben sind notwendig. Der Reformprozess gelingt umso besser, je stärker die Reformen ein gemeinsames, integriertes Zielbild der zukünftigen Krankenhaus- und damit Gesundheitsversorgung verfolgen. Ein solches soll abschließend unter III. mit Bezugnahme auf die bisherigen, zwischen Juli 2022 und März 2025 veröffentlichten 13 Stellungnahmen und Empfehlungen<sup>1</sup> der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung und die bereits in die Wege geleiteten Reformen skizziert werden. Das Zielbild beschreibt die Krankenhausversorgung im Jahr 2035, wenn der durch den Transformationsfonds begleitete Umgestaltungsprozess der deutschen Krankenhauslandschaft zu einem großen Teil erfolgt sein wird, und darüber hinaus.

<sup>1</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung.html>

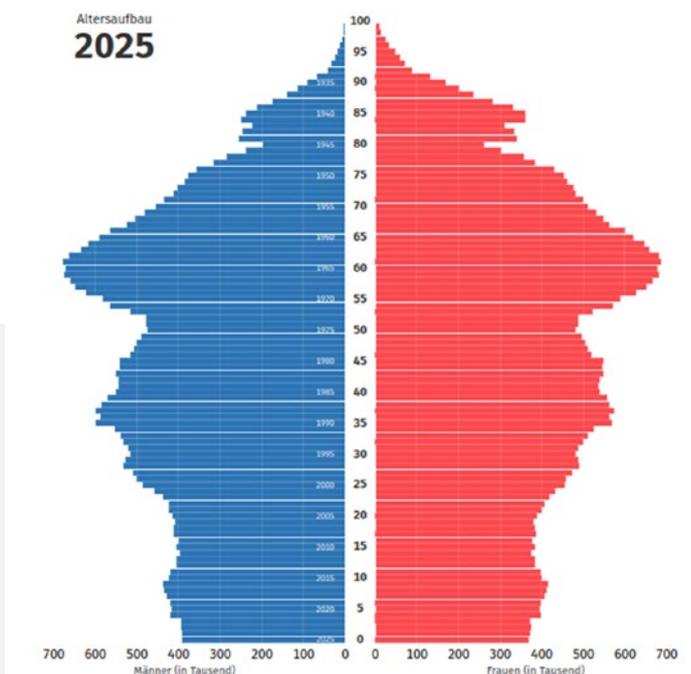




## I. Ausgangs-/Problemlage

### Veränderte Rahmenbedingungen und Herausforderungen für die Krankenhausversorgung

- › Der demographische Wandel führt zu einem sich zukünftig weiter verschärfenden Fachkräftemangel, der in verstärktem Maße die besonders personalintensive vollstationäre Gesundheitsversorgung beeinträchtigt. Abbildung 1 verdeutlicht, dass die stärkste Bevölkerungsgruppe (Babyboomer) gegenwärtig um die 60 Jahre alt ist. Diese Gruppe scheidet in den nächsten Jahren aus dem Arbeitsleben aus. Ihr steht nur ein knapp 60 % so großer Anteil von 16-Jährigen gegenüber, der in den Arbeitsmarkt nachfolgt.



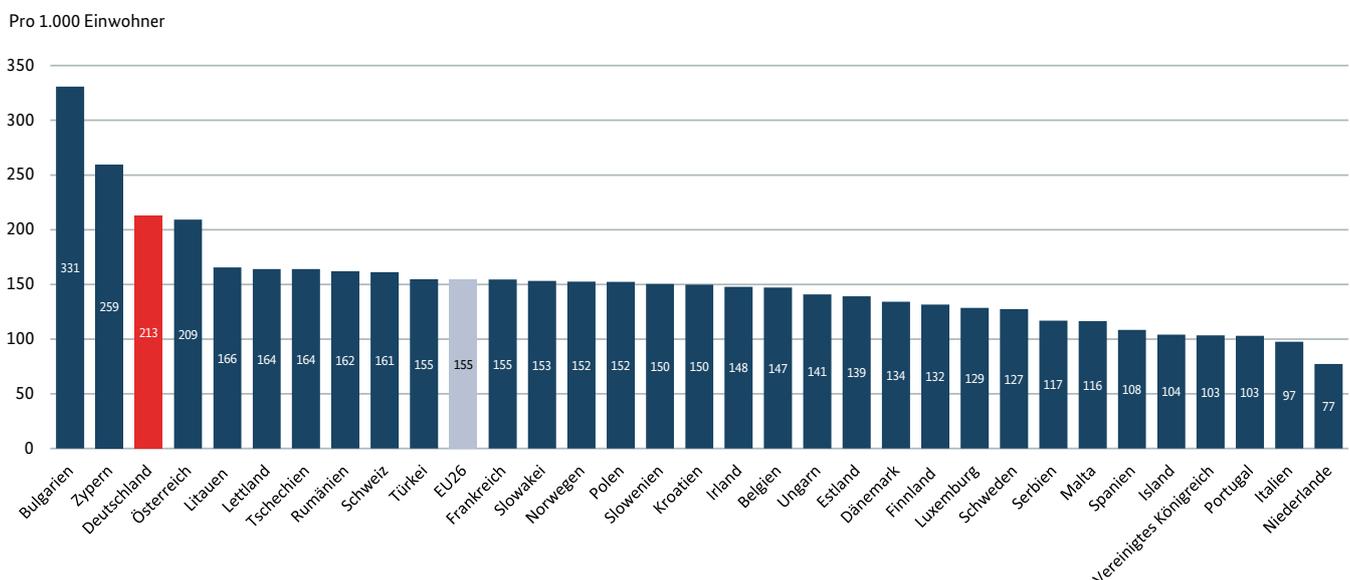
#### › **Abbildung 1:** **Bevölkerungspyramide Deutschland 2025<sup>2</sup>**

- › Die demographische Entwicklung führt aber nicht nur zu einem Mangel an Fachkräften, sondern mit dem Älterwerden der Babyboomer-Generation auch zu gravierenden Herausforderungen für die medizinische und pflegerische Versorgung. Ein abgestimmtes Konzept zur Vorbereitung des Gesundheitssystems und seiner Finanzierung auf diese absehbare Entwicklung existiert bislang nicht.

2 <https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/index.html#!y=2025>



- › Deutschland hat mehr Krankenhausbetten und führt mehr vollstationäre Behandlungen pro Einwohnerin/Einwohner durch als fast jedes andere europäische Land. Dies ist stark durch betriebswirtschaftliche Fehlanreize im bisherigen Finanzierungssystem – in dem die Betriebskosten ausschließlich über durchgeführte Behandlungen vergütet werden – mitbedingt. Die Bettendichte betrug 2022 in Deutschland 7,7 pro 1.000 Einwohner, während sie im EU-Durchschnitt nur bei 4,7 lag<sup>3</sup>. Über die Zahl der jährlichen vollstationären Behandlungen gibt Abbildung 2 einen Überblick.



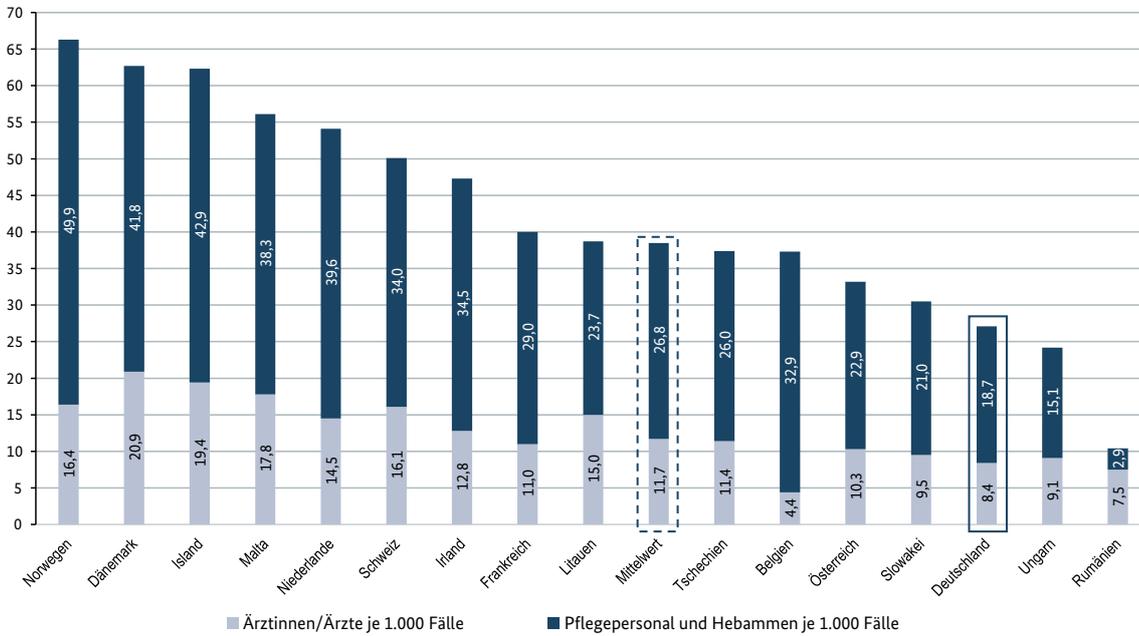
› **Abbildung 2:**  
**Krankenhausbehandlungen (Entlassungen) pro 1.000 Einwohner und Jahr (2022)<sup>4</sup>**

- › Die hohe Zahl an Krankenhäusern und Krankenhausbehandlungen und der Fachkräftemangel führen zu einer im europäischen Vergleich deutlich unterdurchschnittlichen Quote von ärztlichem und pflegerischem Personal pro im Krankenhaus behandelte Person (Abbildung 3), obwohl es in Deutschland bezogen auf die Bevölkerung im EU-Vergleich (noch) überdurchschnittlich viel Personal in diesen Berufsgruppen gibt (Abbildung 4). Der Personalmangel ist daher als ein relativer Mangel zu bezeichnen.

3 Die Zahl der Krankenhausbetten (Gesamtzahl aller Betten in Krankenhäusern) pro 1.000 Einwohner entspricht mit 7,7 Platz 2 hinter Bulgarien. Die Zahl der Betten zur Akutbehandlung beträgt in Deutschland 5,7/1.000 Einwohner, womit Deutschland auch in dieser Statistik Platz 2 nach Bulgarien belegt. Ein EU-Durchschnitt für Akutbetten ist nicht verfügbar, da nicht alle Länder getrennte Statistiken ausweisen. Quellen: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare\\_resource\\_statistics\\_-\\_beds](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_resource_statistics_-_beds); OECD/European Commission. Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris, 2024; <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>

4 nach OECD/European Commission. Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris, 2024; <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en> (EU-Durchschnitt: ungewichtet; Dänemark und Türkei: inkl. gesunder Neugeborener; Vereinigtes Königreich: ohne Privatkrankenhäuser; Niederlande: nur akute Heilbehandlungen; Dänemark und Malta: 2021)



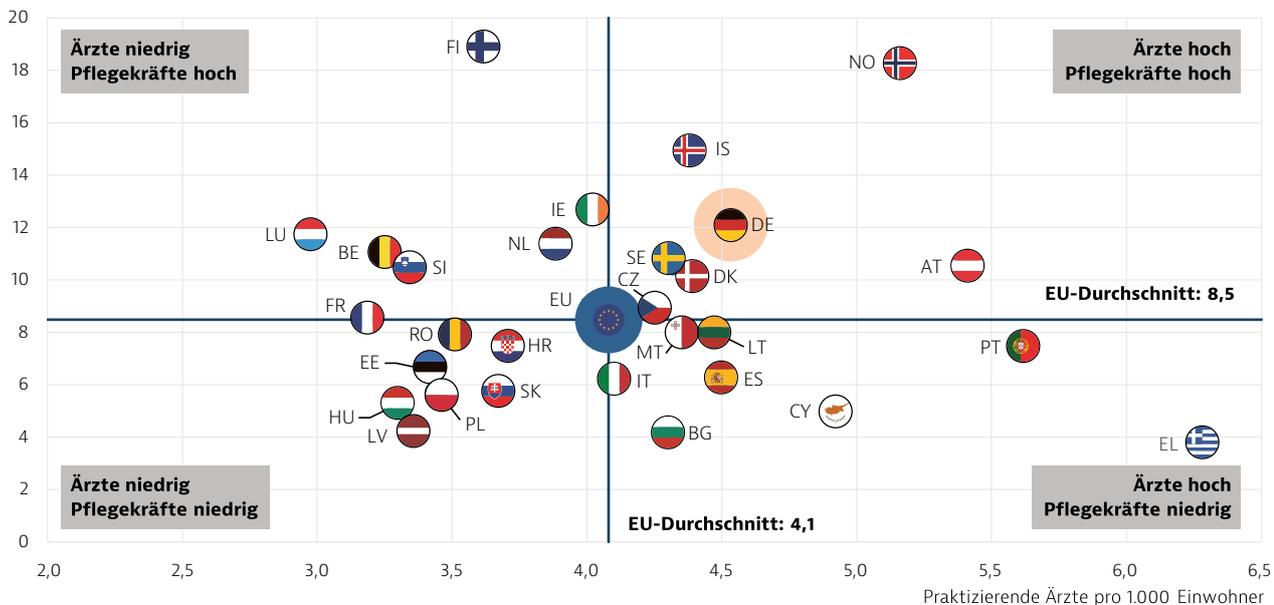


› **Abbildung 3:**  
**Krankenhauspersonal pro 1.000 Krankenhauspatienten im europäischen Vergleich (2023)<sup>5</sup>**

<sup>5</sup> nach Klauber, Wasem, Beivers, Mostert (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2023. Schwerpunkt: Personal. Springer, Berlin, 2023



Praktizierende Pflegekräfte pro 1.000 Einwohner



› **Abbildung 4:**

**Ärztliches und pflegerisches Personal pro 1.000 Einwohnerinnen/Einwohner im europäischen Vergleich<sup>6</sup>**

- › Die Gesundheitsversorgung in Deutschland wird durch mehrere, besonders stark voneinander getrennte Sektoren erschwert. Dies führt zu ineffizienten Doppelstrukturen und Schnittstellenproblemen beim Übergang der Patientinnen und Patienten von einem Sektor in den anderen. Für die Krankenhausversorgung ist insbesondere die Trennung in den vorrangig stationären Krankensektor (§ 107 SGB V) und den vorrangig ambulanten vertragsärztlichen Sektor (§ 95 Abs. 1 SGB V) relevant (siehe 10. Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission zur Überwindung der Sektorengrenzen im deutschen Gesundheitssystem<sup>7</sup>).
- › Die Trennung der Sektoren, bei denen das Rettungswesen wiederum einen eigenen Sektor darstellt, trägt maßgeblich zu einer Fehlsteuerung von Notfallpatienten bei. Daraus folgend sind die Notaufnahmen der Krankenhäuser vielfach durch Patientinnen und Patienten überlastet, die nicht die besonderen Ressourcen eines Krankenhauses benötigen (siehe 4. und 9.

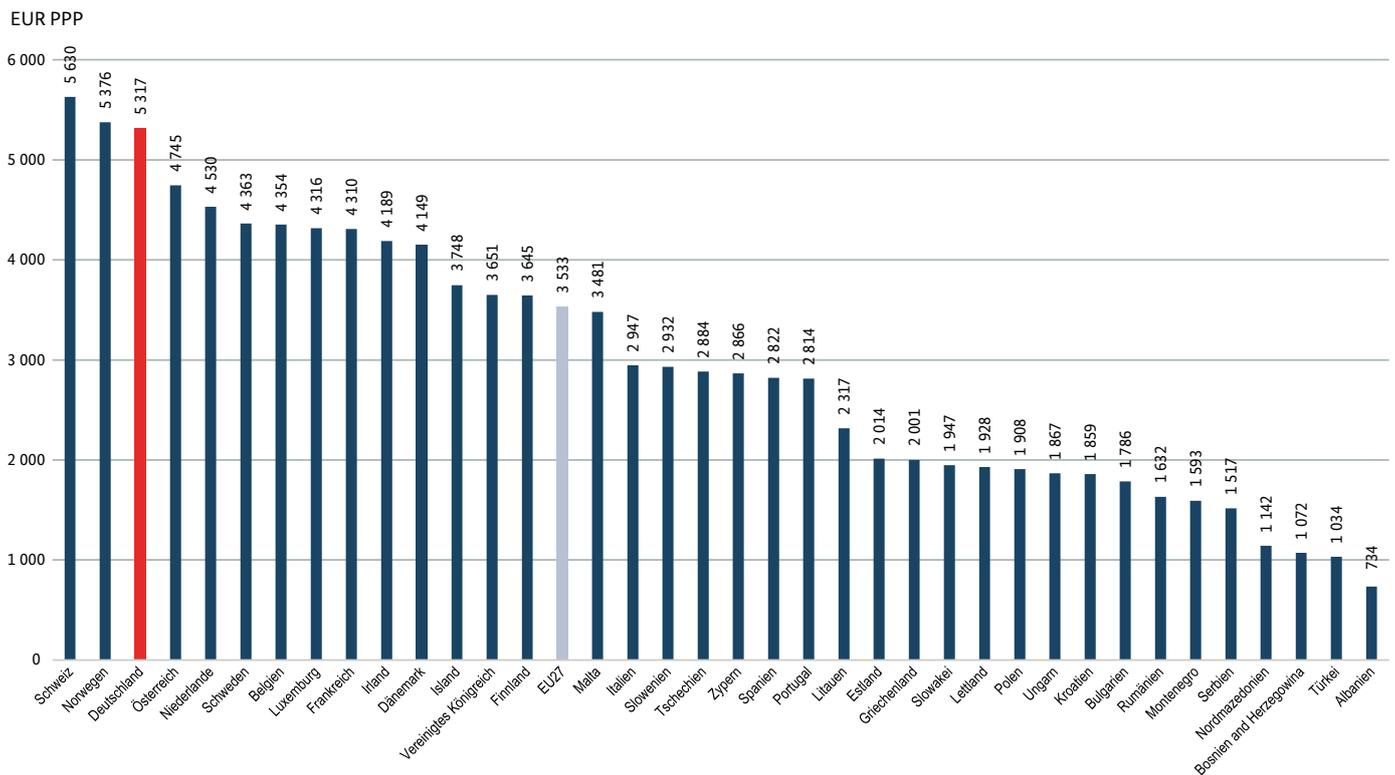
6 OECD. State of Health in the EU. Deutschland. Länderprofil Gesundheit 2023. Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2023 (Die Daten beziehen sich auf 2021 oder das nächstgelegene verfügbare Jahr. Die Daten zu Pflegekräften umfassen alle Kategorien von Pflegekräften, nicht nur diejenigen, die der EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen entsprechen. In Portugal und Griechenland beziehen sich die Daten auf alle approbierten Ärzte, was dazu führt, dass die Zahl der praktizierenden Ärzte stark überschätzt wird, z. B. etwa 30 % in Portugal. In Griechenland wird die Zahl der Pflegekräfte unterschätzt, da nur in Krankenhäusern tätige Pflegekräfte berücksichtigt werden.)

7 [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG\\_Regierungskommission\\_10te\\_Stellungnahme\\_Ueberwindung\\_der\\_Sektorengrenzen.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Regierungskommission_10te_Stellungnahme_Ueberwindung_der_Sektorengrenzen.pdf)



Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission zur Reform der Notfall- und Akutversorgung; Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen sowie Rettungsdienst und Finanzierung).

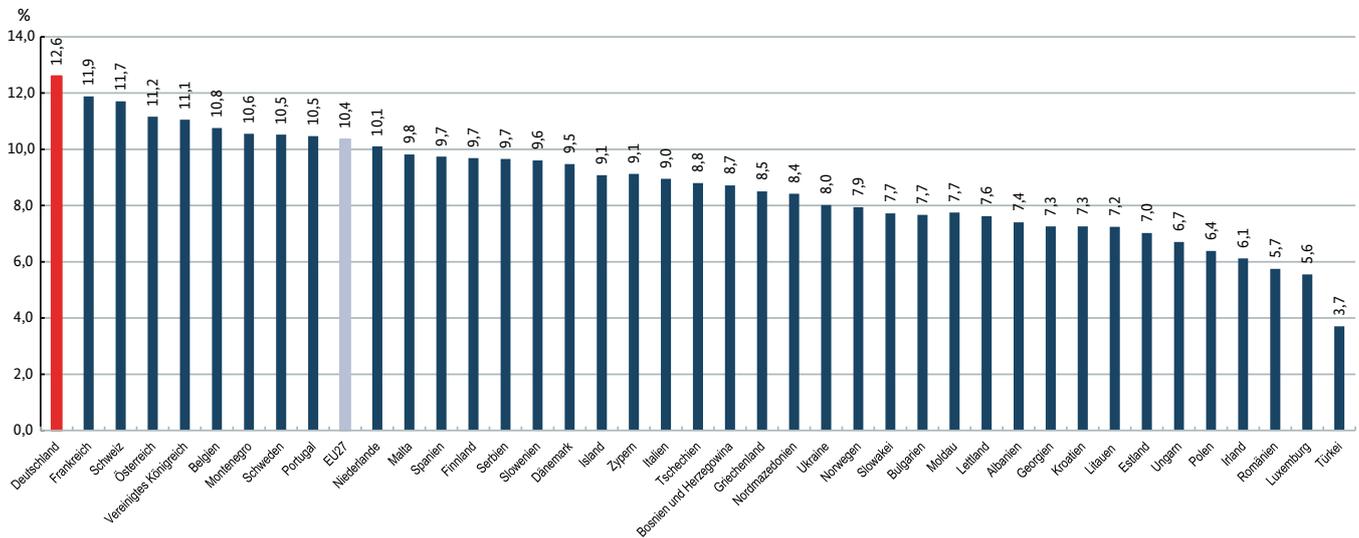
- › Der Anteil von Patientinnen und Patienten in den Notaufnahmen, die anschließend vollstationär aufgenommen werden, liegt deutlich über dem Anteil in europäischen Nachbarländern<sup>8</sup>, was ein Hinweis auf ökonomische Fehlanreize für vollstationäre Behandlungen und auf unzureichende ambulante Strukturen für Akutversorgung sein kann.
- › Die sektorale Trennung in Verbindung mit der hohen Zahl an Krankenhäusern, Krankenhausbetten und vollstationären Behandlungen trägt maßgeblich dazu bei, dass Deutschland, sowohl pro Kopf der Bevölkerung (neben der Schweiz und Norwegen) als auch gemessen am prozentualen Anteil am Bruttoinlandsprodukt, die höchsten Ausgaben für die Gesundheitsversorgung aller europäischen Länder bereitstellt (Abbildungen 5 und 6).



› **Abbildung 5:**  
**Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung im europäischen Vergleich (2022)<sup>9</sup>**

8 Geissler A, Quentin W, Busse R. Umgestaltung der Notfallversorgung: Internationale Erfahrungen und Potenziale für Deutschland. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.). Krankenhausreport 2017: Schwerpunkt Zukunft gestalten. Schattauer-Verlag, Stuttgart, 2017, S. 41-59  
9 nach OECD/European Commission. Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris, 2024; <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en> (2022 oder jüngstes verfügbares Jahr)





› **Abbildung 6:**  
**Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsproduktes im europäischen Vergleich (2022)<sup>9</sup>**

› Die hohen Ausgaben für Krankenhausbehandlungen resultieren im europäischen Vergleich nicht aus überdurchschnittlichen Preisen (Abbildung 7), sondern aus sehr hohen stationären Fallzahlen und einer weit überdurchschnittlichen Häufigkeit, mit der bestimmte Eingriffe im Krankenhaus durchgeführt werden. Diese überdurchschnittliche Häufigkeit kann durch Überversorgung, ökonomische Fehlanreize, niedrighschwelliger Zugang oder unzureichende ambulante Strukturen bedingt, aber – zumindest in einigen Indikationen – auch Ausdruck einer guten Versorgung sein.

- So führt innerhalb Europas Deutschland nach der Schweiz am meisten Hüft- und am meisten Kniegelenkersatzoperationen pro Einwohner durch (Abbildungen 8 und 9).
- Deutschland belegt den globalen Spitzenplatz bei der Anzahl von Transkatheter-Aortenklappen-Implantationen (TAVI) pro Einwohner (Abbildung 10)<sup>10</sup>. Dies geht mutmaßlich insbesondere auf weit überdurchschnittlich viele Implantationen bei hochbetagten Patientinnen und Patienten<sup>11</sup> zurück.

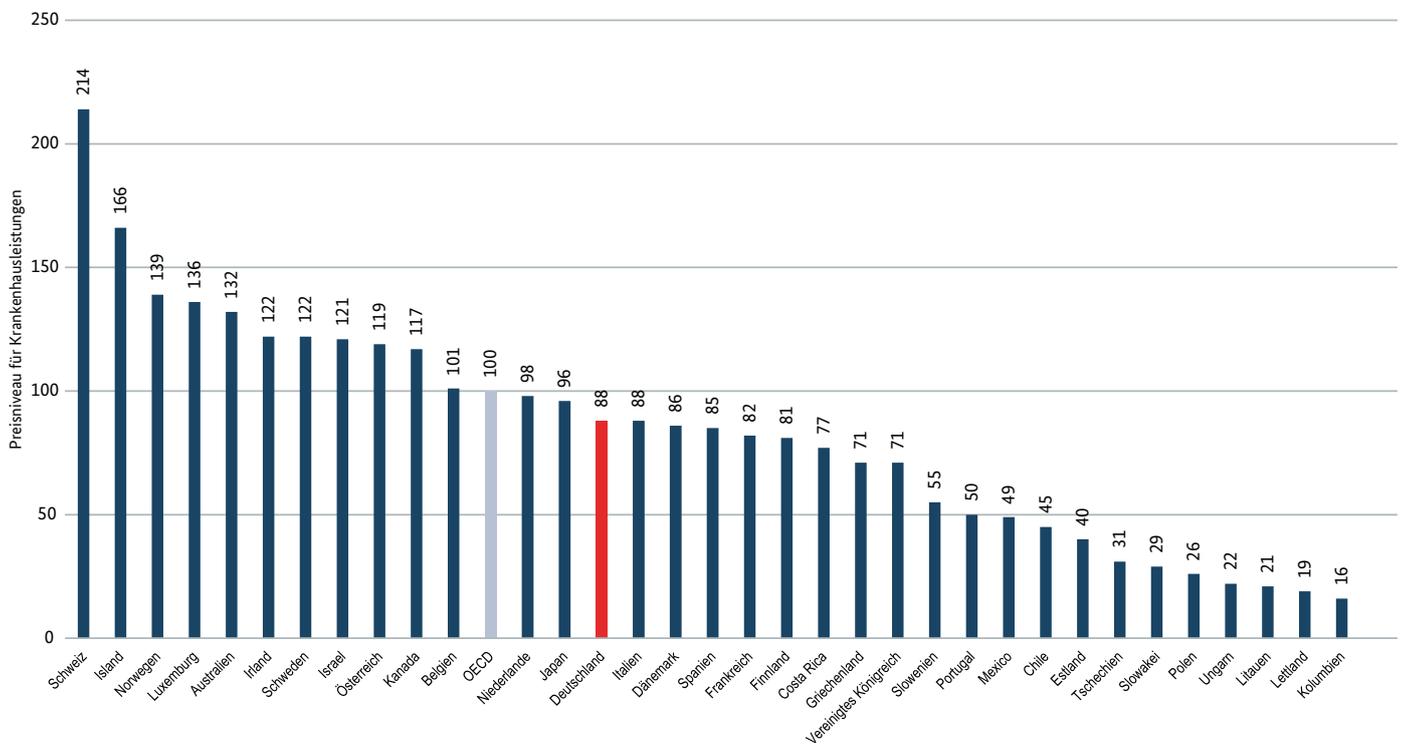
10 ESC, European Society of Cardiology; [https://eatlas.escardio.org/Data/Cardiovascular-healthcare-delivery/Interventional-cardiology-procedures/sipcp\\_ptavi\\_1m\\_r-percutaneous-aortic-valve-implantation-tavi-per-million-pe](https://eatlas.escardio.org/Data/Cardiovascular-healthcare-delivery/Interventional-cardiology-procedures/sipcp_ptavi_1m_r-percutaneous-aortic-valve-implantation-tavi-per-million-pe) und Pilgrim T, Windecker S. Expansion of transcatheter aortic valve implantation: new indications and socio-economic considerations. Eur Heart J 2018;39:2643-2645

11 80 Jahre und älter nach der Definition der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA 2015: Die Hochaltrigen – Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter von über 80 Jahren. Reihe: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 47. Köln 2015; <https://shop.bzga.de/band-47-die-hochaltrigen-60640047/>)





- Eine aktuelle Analyse von Krankenkassendaten<sup>12</sup> ergab eine mit dem Alter stark ansteigende Rate von künstlichen Beatmungen auf Intensivstationen von Krankenhäusern mit über 1.000 beatmeten Patienten pro 100.000 Einwohnern und Jahr bei den über 80-Jährigen (zum Vergleich, England: 209<sup>13</sup>). 60 % der Patientinnen und Patienten in dieser Altersgruppe verstarben unter der Beatmung. Die jährlichen Kosten für die Beatmung von Krankenhauspatienten betragen über 6 Milliarden Euro (zum Vergleich: GKV-Gesamtausgaben für Krankenhausbehandlungen 2023: 94 Milliarden Euro<sup>14</sup>).



› **Abbildung 7:**  
**Preise für Krankenhausbehandlung im Vergleich von OECD-Ländern<sup>15</sup>**

12 Karagiannidis C, Krause F, Bentlage C, Wolff J, Bein T, Windisch W, Busse R. In-hospital mortality, comorbidities, and costs of one million mechanically ventilated patients in Germany: a nationwide observational study before, during, and after the COVID-19 pandemic. *Lancet Reg Health Eur* 2024;42:100954

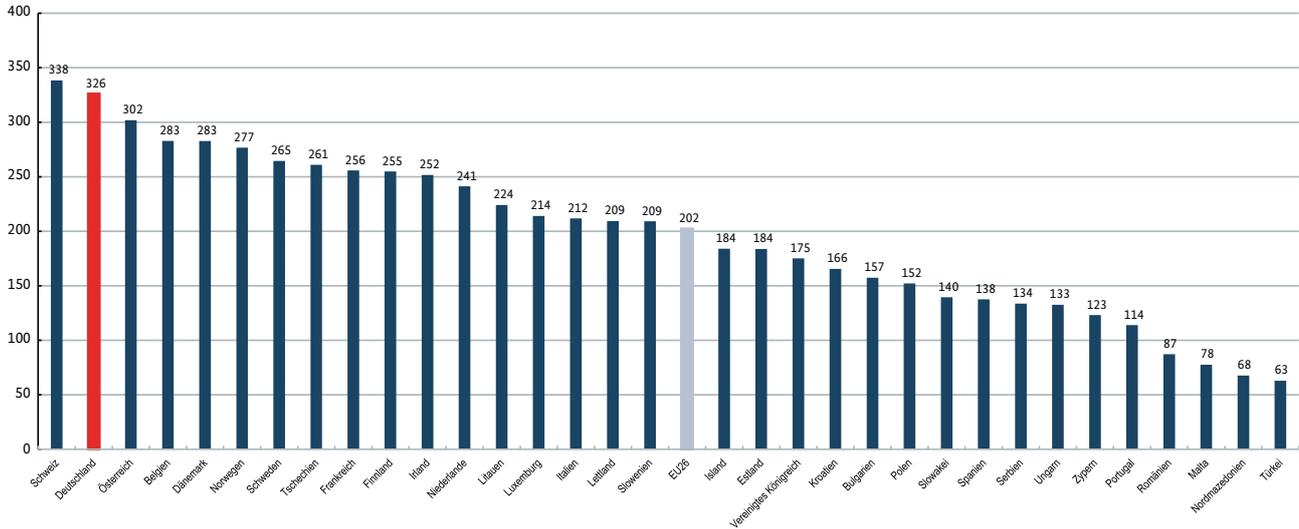
13 Jivraj NK et al. Use of mechanical ventilation across 3 countries. *JAMA Intern Med* 2023;183:824-831

14 [https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/presse/zahlen\\_und\\_grafiken/gkv\\_kennzahlen/gkv\\_kennzahlen.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp)

15 Lorenzoni L, Dougherty S. Understanding differences in health care spending: a comparative study of prices and volumes across OECD countries. *Health Serv Insights* 2022;15:11786329221109755 (Quelle: OECD Health Statistics, 2017; OECD = 100)



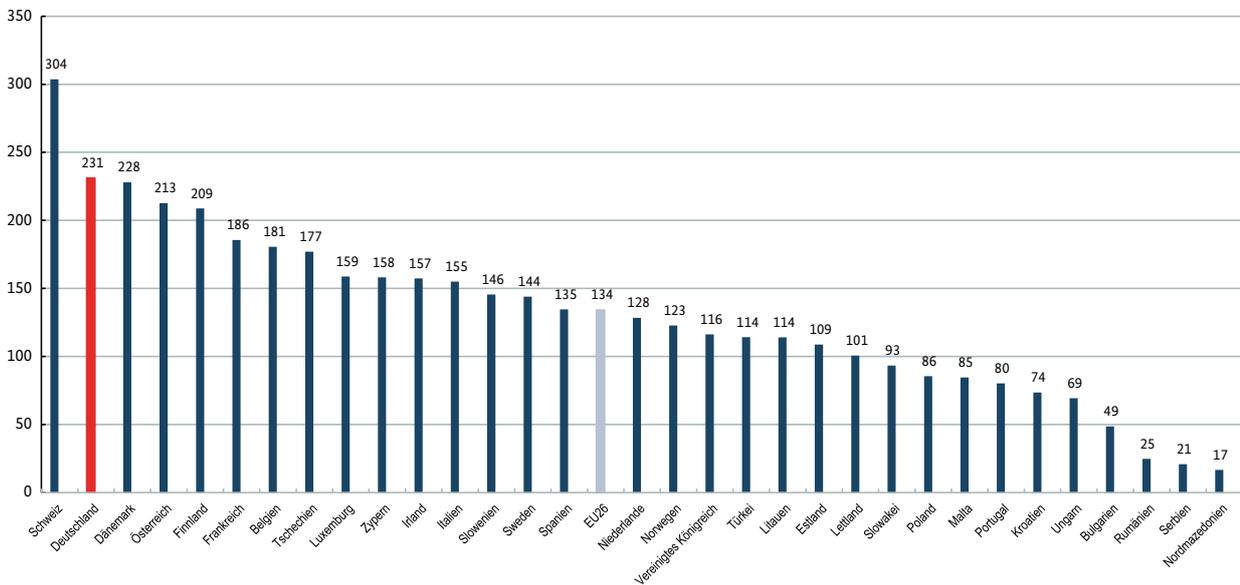
Pro 100.000 Bevölkerung



› **Abbildung 8:**

**Anzahl von Hüftgelenkersatzoperationen pro 100.000 Einwohnerinnen/ Einwohner und Jahr im europäischen Vergleich (2022)<sup>16</sup>**

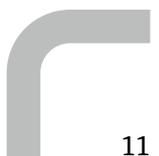
Pro 100.000 Bevölkerung

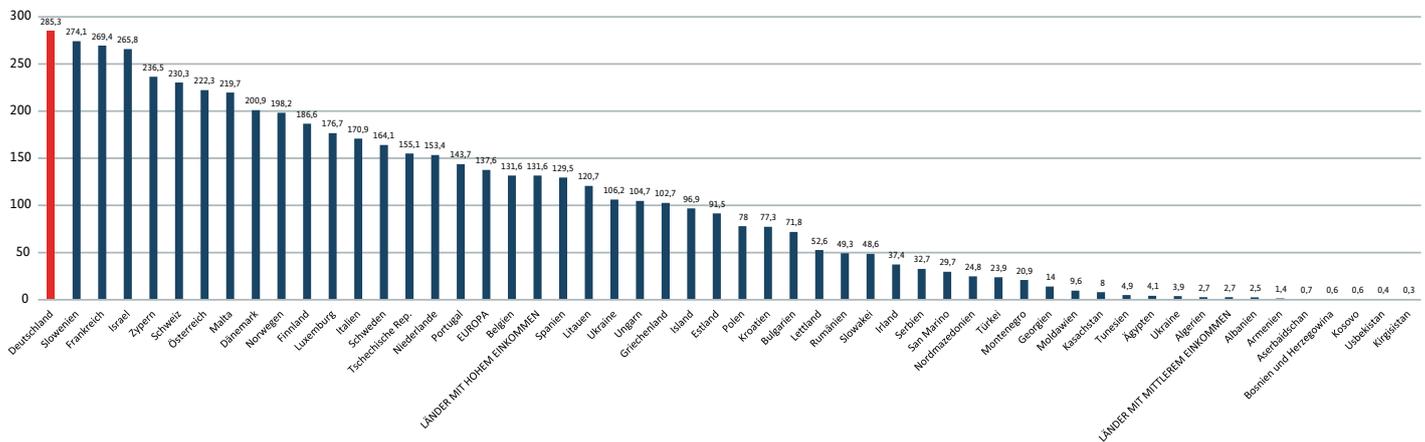


› **Abbildung 9:**

**Anzahl von Kniegelenkersatzoperationen pro 100.000 Einwohnerinnen/ Einwohner und Jahr im europäischen Vergleich (2022)<sup>16</sup>**

<sup>16</sup> nach OECD/European Commission. Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris, 2024; <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en> (Quelle: OECD Health Statistics, 2022 oder jüngstes verfügbares Jahr; EU-Durchschnitt ungewichtet; Portugal, Serbien und Vereinigtes Königreich: ohne Privatkrankenhäuser; Zypern: ohne privat finanzierte Behandlungen)





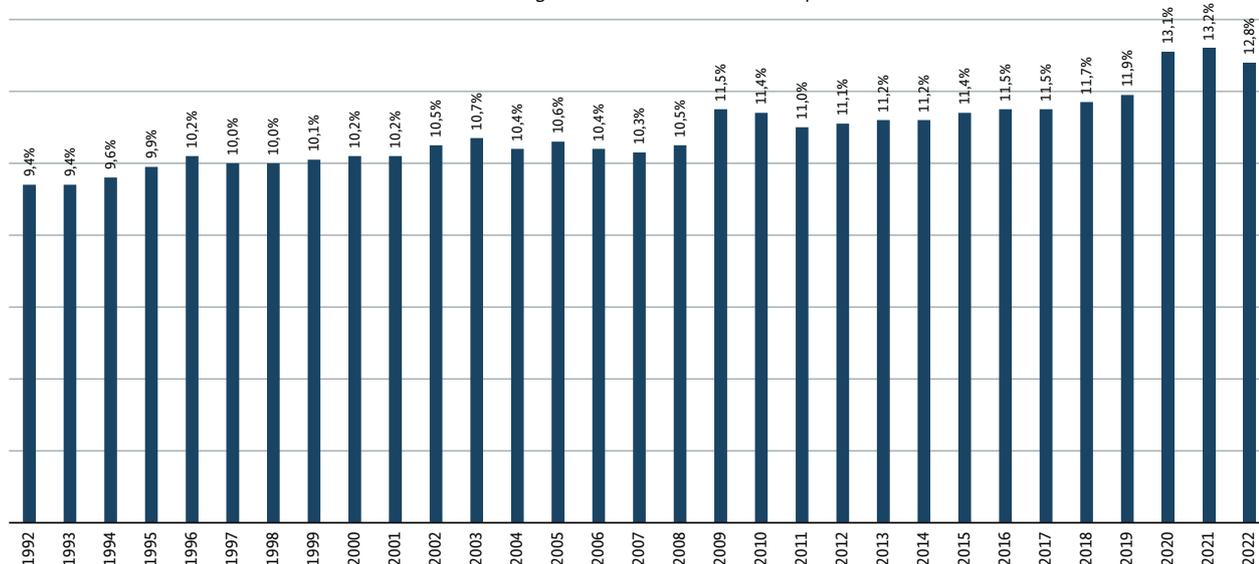
› **Abbildung 10:**  
**Anzahl von Transkatheter-Aortenklappen-Implantationen (TAVI)  
pro 1 Million Einwohner und Jahr im europäischen Vergleich (2023  
oder jüngste verfügbare Daten)<sup>17</sup>**

- › Der prozentuale Anteil am Bruttoinlandsprodukt, der für die Gesundheitsversorgung in Deutschland aufgewendet wird, ist seit Anfang der 1990er-Jahre immer weiter gestiegen (Abbildung 11). Diese Entwicklung hat zu kontinuierlich steigenden Sozialabgaben geführt. Diese haben inzwischen ein Ausmaß erreicht, dass eine weitere stetige überproportionale Ausgabensteigerung nicht realistisch zu erwarten ist. Sie hätte auch erhebliche unerwünschte volkswirtschaftliche und gesellschaftliche Auswirkungen.

<sup>17</sup> nach ESC, European Society of Cardiology; [https://eatlas.escardio.org/Data/Cardiovascular-healthcare-delivery/Interventional-cardiology-procedures/sipcp\\_ptavi\\_1m\\_r-percutaneous-aortic-valve-implantation-tavi-per-million-pe](https://eatlas.escardio.org/Data/Cardiovascular-healthcare-delivery/Interventional-cardiology-procedures/sipcp_ptavi_1m_r-percutaneous-aortic-valve-implantation-tavi-per-million-pe)



Gesundheitsausgaben als Anteil am Bruttoinlandsprodukt



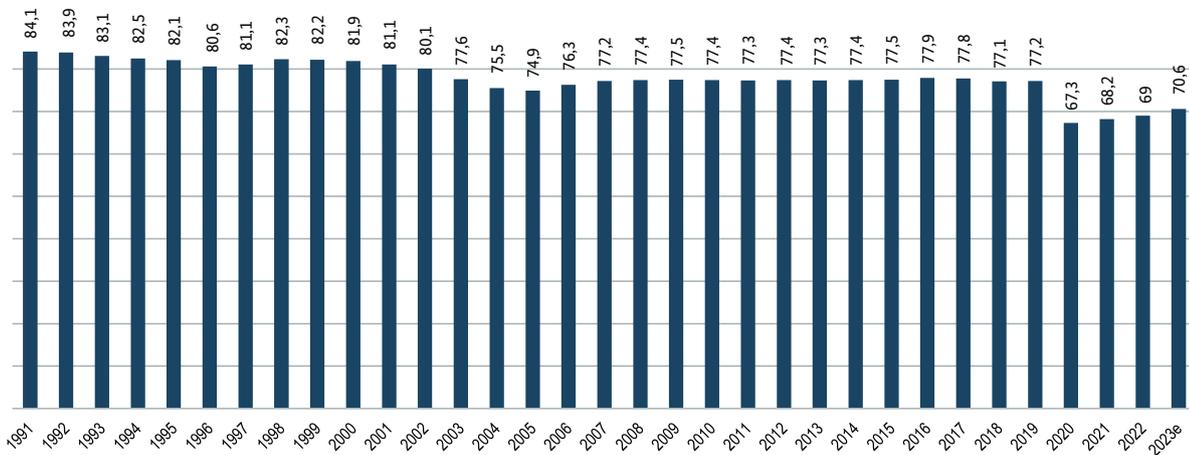
› **Abbildung 11:**  
**Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsproduktes in Deutschland im Zeitverlauf<sup>18</sup>**

- › Neue Arzneimittel und andere medizinische und medizintechnische Innovationen haben in den vergangenen Jahren zu gravierenden Ausgabensteigerungen geführt<sup>19</sup>, was die zukünftige Stabilität des Gesundheitssystems bedroht. Die bisherigen Regulierungen (etwa das AMNOG- und das EU-HTA-Verfahren) betreffen nur einen Teil der Innovationen, regulieren die Preisfindung teilweise nicht ausreichend und beinhalten keine Lösungen zur Re-Finanzierung der hieraus teilweise resultierenden exorbitanten Mehrkosten. So liegen die Jahreskosten für neue Medikamente zur Behandlung der häufigen Erkrankungen allergisches Asthma (z. B. mit den Biologica Omalizumab und Dupilumab [letzteres auch zur Behandlung von Neurodermitis]) oder rheumatoide Arthritis (z. B. mit dem Biologicum Etanercept oder dem JAK-Inhibitor Tofacitinib) zwischen 15.000 und 30.000 Euro.
- › Die Auslastung der somatischen Krankenhausbetten ist seit der Coronapandemie zurückgegangen. Sie beträgt nur noch gut 70 % und hat das präpandemische Niveau nicht wieder erreicht (Abbildung 12). Dies weist auf Überkapazitäten, daneben auch auf wegen Personalmangels gesperrte Behandlungsbereiche hin.

<sup>18</sup> nach Augurzky B et al. Krankenhaus Rating Report 2024 – Zwischen Hoffen und Bangen. medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2024 und [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/_inhalt.html)

<sup>19</sup> Greiner W et al. AMNOG-Report 2024. medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2024





› **Abbildung 12:**  
**Auslastung der Krankenhausbetten in Deutschland in Prozent im Zeitverlauf<sup>20</sup>**

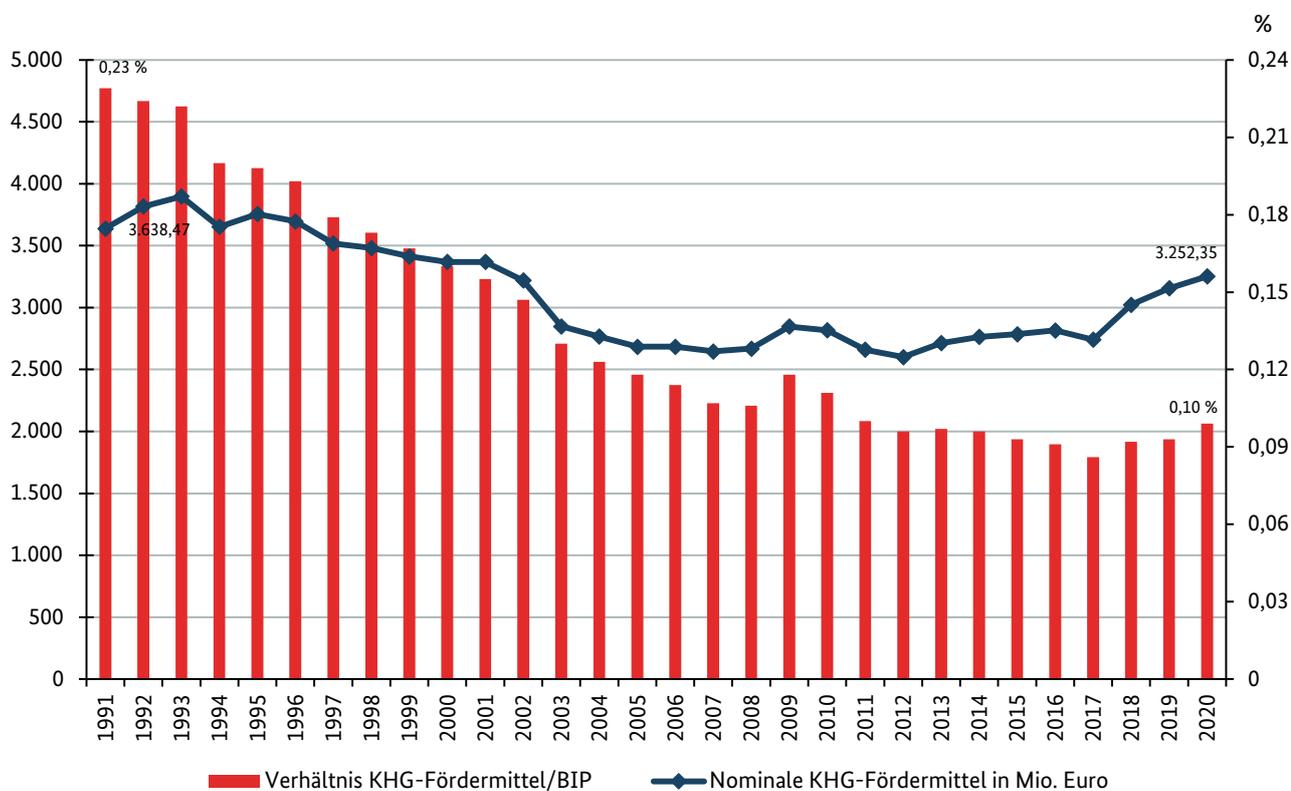
- › In einigen medizinischen Fachbereichen hingegen sind die Kapazitäten zumindest regional oder saisonal unzureichend, etwa in der Kinder- und Jugendmedizin und der Kinder- und Jugendpsychiatrie (siehe 1., 6. und 8. Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission zur kurzfristigen sowie langfristigen Reform der Kinder- und Jugendmedizin sowie zur Reform der Psych-Fächer).
- › Die beständig wachsende Zahl an gesetzlichen oder behördlichen Vorgaben und Auflagen, etwa für Bauten, Hygiene, Sicherheit oder Berichtspflichten, und der steigende Aufwand für Prüfungen durch den Medizinischen Dienst haben die Kosten der Krankenhäuser relevant erhöht. Diese zusätzlichen Kosten werden nur teilweise oder verzögert refinanziert.
- › Durch die Tarifabschlüsse der letzten Jahre haben sich die Lohnkosten für die medizinisch Beschäftigten in den Krankenhäusern ebenfalls stark erhöht. Diesen Kostensteigerungen standen bislang nur teilweise und verzögerte Anpassungen der Erlöse gegenüber.
- › Diese Entwicklungen und die geringe Bettenauslastung im noch ausschließlich fallzahlabhängigen System der Behandlungskostenfinanzierung tragen zusammen mit der unzureichenden Finanzierung der Investitionskosten durch die Bundesländer maßgeblich zu finanziellen Schwierigkeiten eines Großteils der Krankenhäuser<sup>21</sup> bei.

20 nach Augurzky B et al. Krankenhaus Rating Report 2024 – Zwischen Hoffen und Bangen. medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2024

21 Augurzky B et al. Krankenhaus Rating Report 2024 – Zwischen Hoffen und Bangen. medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2024; <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/156416/Etwas-mehr-als-20-Klinikinsolvenzen-in-diesem-Jahr>



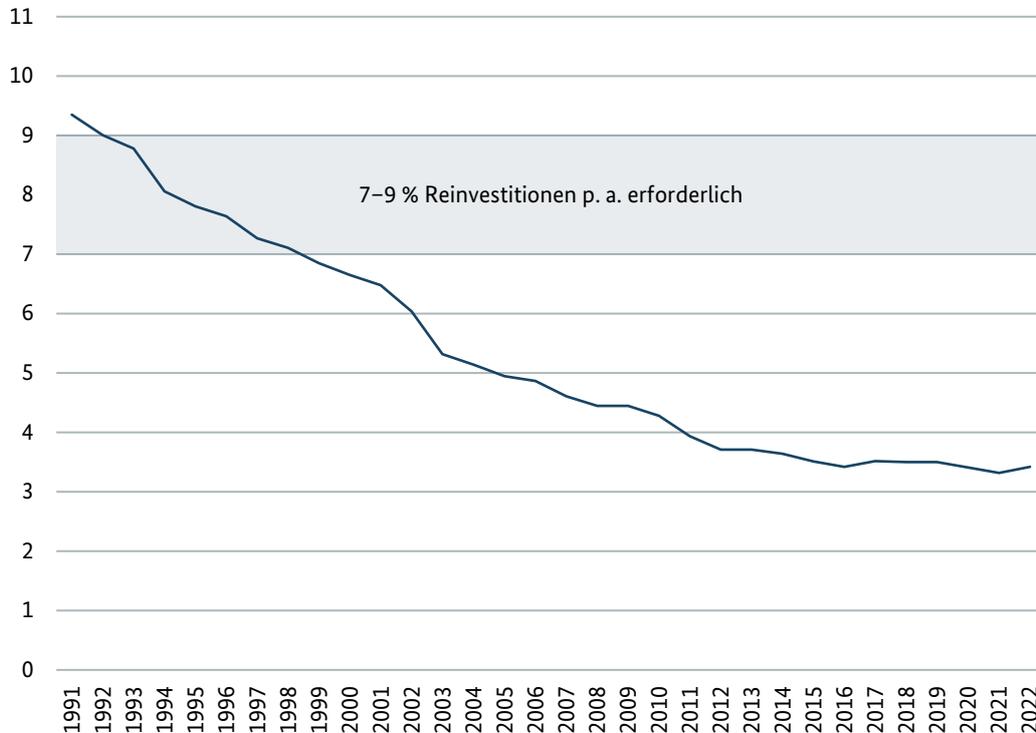
- › Die Investitionsmittel der Bundesländer, mit denen diese nach dem KHG die Investitionskosten der Krankenhäuser finanzieren sollen, haben sich seit Anfang der 1990er-Jahre sowohl bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt (Abbildung 13) als auch bezogen auf den Anteil an den Erlösen der Krankenhäuser (Abbildung 14) mehr als halbiert. Sie sind damit bei weitem nicht ausreichend, um den tatsächlichen Investitionsmittelbedarf der Krankenhäuser abzudecken (siehe 13. Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission zur Reform der Investitionskostenfinanzierung für die Krankenhäuser in Deutschland).



› **Abbildung 13:**  
**Nominale Investitionsmittel nach KHG (Mio €; blaue Kurve) und Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt (%; rote Balken) 1991 bis 2020<sup>22</sup>**

<sup>22</sup> Deutsche Krankenhausgesellschaft. Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021; [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1\\_DKG/1.7\\_Presse/1.7.1\\_Pressemitteilungen/2022/2022-01-17\\_Anlage\\_Bestandsaufnahme\\_2021.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2022/2022-01-17_Anlage_Bestandsaufnahme_2021.pdf). Quellen der DKG: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Statistisches Bundesamt, Berechnungen der DKG (In den Haushaltsansätzen der neuen Bundesländer einschließlich Berlin sind in den Jahren 1995 bis 2014 jeweils die Investitionszuschläge gemäß Art. 14 GSG enthalten.)





› **Abbildung 14:**  
**Anteil der KHG-Fördermittel an Erlösen der Krankenhäuser in Prozent  
im Zeitverlauf<sup>23</sup>**

- › Ein Übermaß an Bürokratie hält das knappe medizinische/pflegerische Fachpersonal von der direkten Patientenbehandlung ab, ist ineffizient, verursacht unnötige Kosten, führt zu beruflicher Unzufriedenheit und negativen Auswirkungen auf die Arbeitsqualität (siehe 11. Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission zum Abbau überbordender Bürokratie).
- › Im Vergleich zu anderen Ländern haben die Pflegeberufe und andere Gesundheitsberufe jenseits der Ärzteschaft in Deutschland geringe eigenständige Handlungskompetenzen, Verantwortlichkeiten und Rechte angesichts des in erheblichem Umfang bestehenden Arztvorbehalts<sup>24</sup>. Dies verkompliziert und bürokratisiert Abläufe, ist ineffizient und wirkt der Attraktivität einer Berufstätigkeit im Krankenhaus entgegen.
- › Trotz der Spitzenausgaben für Gesundheit liegt Deutschland bei maßgeblichen Parametern der Gesundheitsqualität nur im europäischen Mittel-

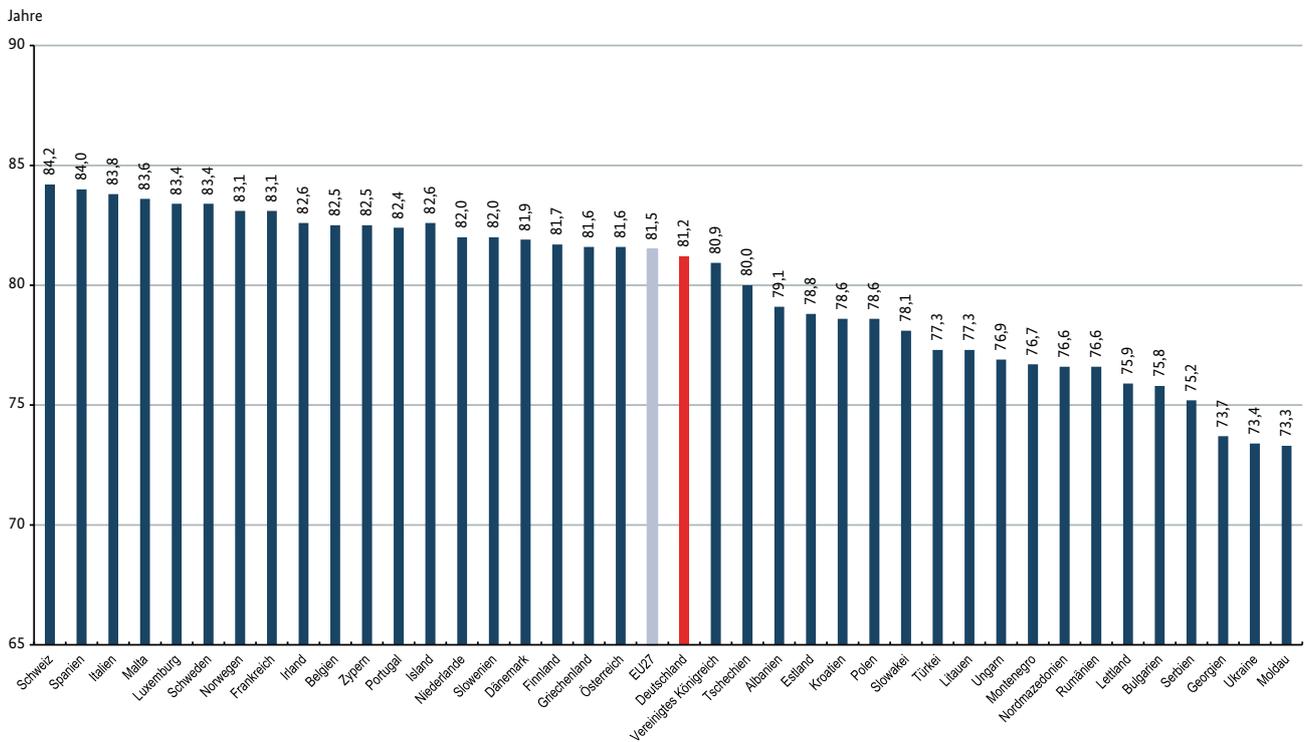
<sup>23</sup> nach: Augurzky B et al. Krankenhaus Rating Report 2024 – Zwischen Hoffen und Bangen. medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2024 (modifiziert; ohne Universitätskliniken)

<sup>24</sup> Maier CB, Köppen J, Busse R, MUNROS team. Task shifting between physicians and nurses in acute care hospitals: cross-sectional study in nine countries. Hum Resour Health 2018;16:24. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0285-9>





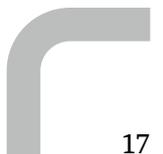
feld oder darunter. So sank die Lebenserwartung Ende 2024 erstmals unter den Mittelwert der EU und liegt zwischen 2,6 und 3 Jahren hinter Spanien, Italien und der Schweiz (Abbildung 15)<sup>25</sup>. Die Lebenserwartung wird stark multifaktoriell und nur zum Teil durch die Gesundheitsversorgung in einem Land beeinflusst. Aber auch in den stärker die medizinische Versorgung fokussierenden OECD-Statistiken zu vermeidbaren und zu behandelbaren Todesursachen liegt Deutschland nur im Mittelfeld (Abbildung 16).



› **Abbildung 15:**  
**Lebenserwartung bei Geburt 2023 im europäischen Vergleich<sup>26</sup>**

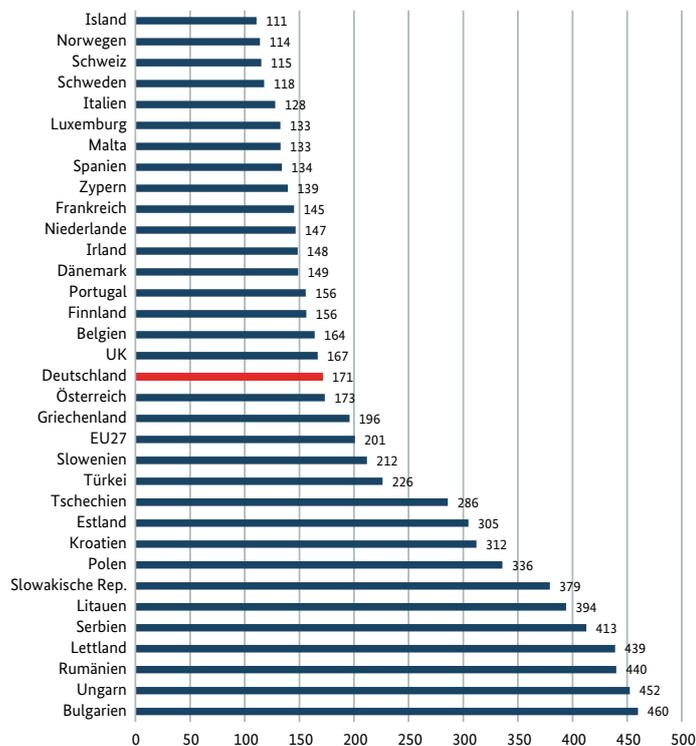
25 <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=155808&s=EU%2DDurchschnitt&s=Lebenserwartung>; Grigoriev P et al. Sterblichkeitsentwicklung in Deutschland im internationalen Kontext. Bundesgesundheitsblatt 2024;67:493-503; OECD Health Statistics 2024

26 OECD Health Statistics 2024. <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html> (EU-Durchschnitt: ungewichtet [2023 oder jüngstes verfügbares Jahr])

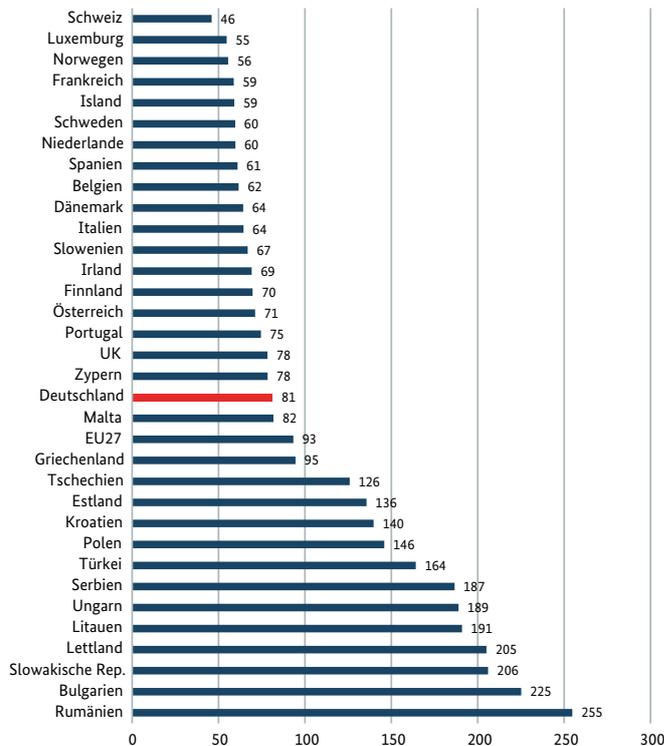




Sterblichkeit durch vermeidbare Todesursachen



Sterblichkeit durch behandelbare Todesursachen



## ► **Abbildung 16:**

### **Sterblichkeit durch vermeidbare und behandelbare Todesursachen im europäischen Vergleich (altersstandardisierte Sterberaten 2021 pro 100.000 Einwohner)<sup>27</sup>**

- Die Tatsache, dass ein Großteil der deutschen Krankenhäuser klein ist (67 % der Krankenhäuser haben weniger als 300 Betten<sup>28</sup>), trägt angesichts der für viele Behandlungen wissenschaftlich gesicherten Zusammenhänge zwischen Häufigkeit der Durchführung und Ergebnisqualität (Volume-Outcome-Beziehungen; siehe 5. Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission zur Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung; Potenzialanalyse) – neben verschiedenen anderen Faktoren – mutmaßlich zu den unbefriedigenden Ergebnissen in der Gesundheitsqualität bei.
- Die ausufernden, kleinteiligen, teils widersprüchlichen und nicht harmonisierten Vorgaben von qualitätssichernden Maßnahmen für einzelne

27 nach OECD/European Commission. Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris, 2024; <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>. Quelle: Eurostat (hlth\_cd\_apr). (Der EU-Durchschnitt ist gewichtet. Die Daten für UK beziehen sich auf 2020. Die Raten wurden von der OECD basierend auf der europäischen Bevölkerungsstruktur berechnet.)

28 Klauber, Wasem, Beivers, Mostert (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2023. Springer, Berlin, 2023





Leistungen ohne entsprechende Berücksichtigung bei der Krankenhausplanung befördern die ausufernde Bürokratie. Hingegen fehlen Anreize für umfassendes Qualitätsmanagement mit einer ergebnis-, evidenz- und patientenorientierten Prozessgestaltung in einzelnen Gesundheitseinrichtungen und in Versorgungsnetzwerken. Dafür geeignete Instrumente wie Peer Reviews, Patientenbefragungen mit PREMs und PROMs, Shared Decision Making sind vorhanden (siehe 7. Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, des Qualitäts- und klinischen Risikomanagements). Ihr Einsatz und die Ausgestaltung bleiben bisher jedoch den einzelnen Krankenhäusern überlassen. Ein Gesamtkonzept für die gesetzliche Qualitätssicherung und -steuerung, das über Anforderungen für die Strukturqualität hinausgeht, fehlt.





## II. Bereits initiierte Reformschritte

Seit die Regierungskommission im Mai 2022 ihre Arbeit aufgenommen hat, wurden viele ihrer Empfehlungen aufgegriffen und sind in wegweisende Reformgesetze eingeflossen.

Die Einführung der tagesstationären Behandlung und von Hybrid-DRGs zielt auf die Überwindung der Sektorengrenzen ab, die, wie in der 10. Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission (Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems) ausgeführt, als Hauptgrund für Ineffizienz im deutschen Gesundheitssystem angesehen werden.

Die Einführung der tagesstationären Behandlung (§ 115e SGB V) geht auf die 2. Empfehlung der Regierungskommission (Tagesbehandlung im Krankenhaus) zurück und beinhaltet im Kern, dass Krankenhäuser auch dann stationäre Behandlungen zulasten der GKV durchführen und als DRG abrechnen dürfen, wenn die Patientin oder der Patient bei medizinischer und sozialer Eignung während der stationären Behandlung zu Hause übernachtet. In den Krankenhäusern werden zahlreiche Behandlungen durchgeführt, die die Infrastruktur eines Krankenhauses, aber nicht eine Überwachung über Nacht erfordern. Eine Übernachtung zu Hause folgt dem Prinzip „ambulant vor stationär“, entspricht zumeist der Patientenpräferenz und kann insbesondere den Pflegedienst im Krankenhaus von Nachtschichten entlasten.

Über zwei Jahre nach Einführung dieser neuen Möglichkeit ist allerdings festzustellen, dass die meisten Krankenhäuser hiervon bislang noch kaum Gebrauch machen. Als Gründe werden häufig die Sorge, dass die Kostenträger die Vergütung mit Verweis auf die Übernachtung zu Hause ablehnen, und Angst vor Haftungsproblemen im Falle von Komplikationen während der häuslichen Übernachtung genannt. Die Regierungskommission würde es begrüßen, wenn mehr Leistungserbringer und Kostenträger Erfahrungen mit dieser neuen Möglichkeit sammeln. Die Vorstellung, dass Krankenhausbehandlung an Bettruhe und einen nächtlichen Aufenthalt geknüpft ist, ist überholt, wie die Erfahrung aus vielen anderen Ländern zeigt. Zudem regelt das Gesetz ausdrücklich, dass die Übernachtung zu Hause kein Ablehnungsgrund für die Kostenübernahme ist. Die Entscheidung, stationäre Patientinnen oder Patienten zu Hause übernachten zu lassen, erfordert keine grundsätzlich anderen Abwägungen als die täglich von Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus in hoher Zahl zu treffenden Entscheidungen für oder gegen die Aufnahme eines Patienten aus der Notaufnahme oder für die Entlassung aus stationärer Versorgung. Die Vertragsparteien werden ermutigt, in den nach § 115e Abs. 3 S. 4 und Abs. 4 SGB V getroffenen Vereinbarungen zur Berechnung der Entgelte und zur Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen durch den Medizinischen Dienst sowie zu den Anforderungen der Dokumentation eindeutige Rahmenbedingungen vorzugeben, die den Krankenhäu-



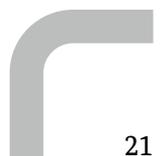


ern die notwendige Sicherheit geben und die tagesstationäre Behandlung zur attraktiven Behandlungsoption machen. Die Krankenhäuser sollten die erforderlichen organisatorischen Veränderungen vornehmen, um die tagesstationäre Behandlung breiter anzubieten und von den Entlastungen durch diese Behandlungsform zu profitieren. Mehrere Kliniken und Klinikverbände beschreiten diesen Weg bereits<sup>29</sup>.

Nicht auf eine Empfehlung der Regierungskommission, sondern auf das vom Innovationsfonds des G-BA geförderte Projekt „Einheitliche, sektorengleiche Vergütung“<sup>30</sup> geht die Einführung von Hybrid-DRGs (Spezielle sektorengleiche Vergütung, § 115f SGB V) zurück. Sie adressiert in sinnvoller Weise das hohe Ambulantisierungspotenzial unter den bisherigen vollstationären Leistungen und sieht über eine Fallpauschale erstmals eine vollständig identische Vergütung von Behandlungen, die hierfür von den Selbstverwaltungspartnern ausgewählt wurden, vor – unabhängig davon, wer die Behandlung erbringt (Krankenhäuser oder vertragsärztlicher Bereich) und ob die Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt wurde. Nach dem Start mit einem kleinen Katalog haben die Selbstverwaltungspartner (KBV, Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband), wie vom Gesetzgeber vorgegeben, knapp 100 weitere Eingriffe benannt, die zukünftig über Hybrid-DRGs vergütet werden. Diese und zukünftige Ausweitungen werden von der Regierungskommission als sinnvoll betrachtet. Zugleich sollten die praktische Umsetzung und ihre ökonomischen Auswirkungen systematisch evaluiert werden. Das betrifft auch die Frage, ob sich bei nunmehr identischer Vergütung eines Eingriffs die Patienten zwischen niedergelassenem und Krankenhausbereich so verteilen, dass Komplexität und Aufwand vergleichbar sind.

Die flächendeckende Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) stellt einen dringend erforderlichen Einstieg in eine bessere Vernetzung und einen digitalen Echtzeit-Informationsfluss zwischen allen zulasten der GKV arbeitenden Gesundheitsanbietern dar. Sie kann für die Patientinnen und Patienten die Sicherheit und die Qualität der Behandlungen erhöhen (siehe 7. Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission), das Gesundheitssystem durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und medizinischen Komplikationen aufgrund fehlenden Informationsaustausches entlasten, die Versorgungsforschung und die Planung der ambulanten und stationären Strukturen verbessern und zentral zum Bürokratieabbau (siehe 11. Stellungnahme und Empfehlung) beitragen.

29 [https://www.uksh.de/240215\\_pi\\_daycareunit-path-13576,9874,13830,209770.html](https://www.uksh.de/240215_pi_daycareunit-path-13576,9874,13830,209770.html)  
<https://www.uniklinik-freiburg.de/kinderklinik/behandlungsspektrum/chronische-immundefizienz/behandlung.html>  
<https://www.bibliomedmanager.de/fw/artikel/48693-helios-setzt-auf-tagesbehandlungen>  
30 [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/582/2024-05-17\\_ESV\\_Ergebnisbericht.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/582/2024-05-17_ESV_Ergebnisbericht.pdf)





Wie in der 1., 6. und 12. Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission empfohlen, hat der Gesetzgeber für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen und die Geburtshilfe eine zusätzliche Unterstützung beschlossen, um auf die Gefährdung einer flächendeckenden Versorgung in beiden Fächern und auf die besonderen Schwierigkeiten der beiden Fächer im gegenwärtigen Finanzierungssystem zu reagieren. Die Hintergründe sind in den erwähnten Stellungnahmen der Regierungskommission beschrieben. Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz hatte der Gesetzgeber für die Jahre 2023 und 2024 zusätzliche jährliche Mittel in Höhe von 300 Millionen Euro für die stationäre somatische Behandlung von Kindern und Jugendlichen und in Höhe von 120 Millionen Euro für die Geburtshilfe auf den Weg gebracht. Im Zuge der Krankenhausreform (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, KHVVG) wurden diese zusätzlichen Mittel in dieser Höhe verstetigt. Darüber hinaus wurde für pädiatrische Abteilungen und Kliniken das Erlösvolumen auch bei einem Rückgang der Behandlungszahlen von bis zu 20 % garantiert und geregelt, dass die Personalkosten von Hebammen durch die Aufnahme ins Pflegebudget vollständig refinanziert werden. Die Regierungskommission begrüßt die in Übereinstimmung mit ihren Empfehlungen stehende Stärkung der beiden Fächer und die begonnene Abkehr von einer strikt fallzahlorientierten Vergütung der Behandlungskosten.

Die grundlegendste Veränderung in der Krankenhausversorgung wurde mit der mit dem KHVVG verabschiedeten Krankenhausreform beschlossen. Die Reform trat, wie von Beginn an geplant, Ende 2024 in Kraft. Sie greift in ihren Kernelementen die Vorschläge der Regierungskommission in ihrer 3. Stellungnahme und Empfehlung zur grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung auf.

Die Abkehr von einer sich lediglich an Fachabteilungen ohne einheitliche Strukturvorgaben orientierenden Krankenhausplanung durch die Bundesländer hin zu einer Planung nach den von der Regierungskommission empfohlenen Leistungsgruppen (zum Start: 65 Leistungsgruppen) ermöglicht zukünftig eine deutlich präzisere Planung der Krankenhauskapazitäten nach dem tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung und eine qualitative Verbesserung der Versorgung. Erstmals gibt es bundeseinheitliche Mindeststandards, die ein Krankenhaus erfüllen muss, um eine bestimmte Leistungsgruppe zugewiesen zu bekommen, etwa bezüglich der Anzahl der Fachärzte, bestimmter Großgeräte oder anderer Bereiche im Krankenhaus wie einer Intensivstation.

Die Einführung einer Vorhaltevergütung, die zum Start circa 60 % des bisherigen DRG-Volumens ausmachen wird, bedeutet eine fundamentale Abkehr von einer rein an der Fallmenge orientierten Vergütung der Behandlungskosten. Mit der Möglichkeit für die Bundesländer, die Verteilung der Vorhaltebudgets auf die Krankenhäuser nach Planfallzahlen vorzunehmen, bietet sich zum ersten Mal die Möglichkeit einer Finanzierung unabhängig von tat-





sächlich erbrachten Behandlungsfällen. Auch wenn das Bundesland die Ist-Fallzahlen zugrunde legt, bleibt die Vorhaltevergütung innerhalb einer breiten Spanne von 80 bis 120 % der bisherigen Fallzahlen gleich. Die ökonomischen Fehlanreize zur Mengenausweitung werden hierdurch reduziert. Wie von der Regierungskommission empfohlen, hat sich der Gesetzgeber entschieden, einen fallabhängigen DRG-Anteil zu belassen, um keine Fehlanreize für Patientenabweisungen zu schaffen.

Auch die Empfehlung der Regierungskommission, kleineren Krankenhäusern die Umwandlung in eine sektorenübergreifende Einrichtung zu ermöglichen (Level Ii-Krankenhäuser), wurde im KHVVG aufgegriffen (vgl. § 115g SGB V: Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung). Die Regierungskommission sieht hierin einen wichtigen Schritt in Richtung Überwindung der Sektorengrenzen, da diese Krankenhäuser grundsätzlich ambulant und stationär – mit einem Schwerpunkt auf Erstem – arbeiten sollen.

Die von der Regierungskommission empfohlene Einteilung der Krankenhäuser in drei Level ist nicht Teil des KHVVG. Sie führt nicht zu Konsequenzen bei der Vergütung, wird aber zukünftig entsprechend dem Krankenhaus-transparenzgesetz im Bundes-Klinik-Atlas<sup>31</sup> für jede Klinik veröffentlicht und bietet der Bevölkerung eine gute Orientierung bei der Einordnung von Krankenhäusern. Der Bundes-Klinik-Atlas wurde nach Startschwierigkeiten grundlegend überarbeitet und stellt inzwischen verlässliche Informationen zur Verfügung, die eine benutzerfreundliche und gezielte Suche nach geeigneten Krankenhäusern ermöglichen. Einzelne Adjustierungen, etwa zur Berücksichtigung der Fallschwere bei der Darstellung der Personalausstattung, benötigen möglicherweise noch Anpassungen.

Neben der Schaffung der von der Regierungskommission mit Level Ii beschriebenen sektorenübergreifenden Krankenhäuser hat der Gesetzgeber auch die von der Regierungskommission im Level IIIU gesondert betrachteten Universitätskliniken für ihre besonderen Aufgaben in der Krankenversorgung gestärkt, unter anderem durch Zuschläge für die spezielle Vorhaltung von Leistungen der Universitätskliniken oder für die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach Maßgabe von § 6b S. 3 KHG.

Nach dem Inkrafttreten des KHVVG Ende 2024 haben die Bundesländer begonnen, ihre Landeskrankenhausgesetze anzupassen und ihre Krankenhausplanung unter Zuweisung der neuen Leistungsgruppen neu zu gestalten. Einer Neuordnung der Krankenhauslandschaft ist damit der Weg bereitet. Die Zielsetzung der Krankenhausreform ist dabei zum einen die Zentralisierung und Konzentration von komplexeren Behandlungen in größeren Zentren,

31 <https://bundes-klinik-atlas.de/>





um die Therapien zukünftig mit höherer Qualität und effizienter durchführen zu können. In diesem Zusammenhang sollen Doppel- und Mehrfachvorhaltungen von Leistungsgruppen in benachbarten Krankenhäusern abgebaut werden. Die Vorhaltevergütung von an einzelnen Krankenhausstandorten wegfallenden Leistungsgruppen geht dabei an die verbleibenden Anbieter dieser Leistungsgruppe über.

Ein im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums unter Mitwirkung der Regierungskommission entwickeltes digitales Planungs- und Folgenabschätzungstool<sup>32</sup>, das aber nicht zur allgemeinen Verfügung steht, unterstützt die Bundesländer dabei, bei der Konzentration und Zentralisierung von Leistungsangeboten Versorgungslücken zu vermeiden. Das Tool basiert auf einem Gravitationsmodell, das durch eine Arbeitsgruppe von Mitgliedern der Regierungskommission und des GKV-Spitzenverband entwickelt und publiziert wurde<sup>33</sup>. Das Tool zeigt auf, dass es nur in Einzelfällen in wenigen Leistungsgruppen und Regionen Deutschlands bei einer Reduktion von Anbietern im Zuge einer stärkeren Konzentration des Leistungsgeschehens zu einer relevanten Verschlechterung der Erreichbarkeit kommt.

Wie bereits ausgeführt, folgt die Krankenhausreform zum anderen dem Prinzip einer Abkehr von einer rein mengenorientierten Vergütung. Mit der erstmaligen durchgehenden Vorgabe von Strukturqualitätsvoraussetzungen wird ferner die Vergütung grundsätzlich an die Erfüllung bestimmter Qualitätsvorgaben gekoppelt. Mit den Level Ii-Krankenhäusern wird schließlich ein wichtiger Schritt in Richtung Überwindung der Trennung von ambulanter und stationärer Behandlung gegangen.

32 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/folgenabschaetzung-der-auswirkungen-der-krankenhausreform-2023.html>

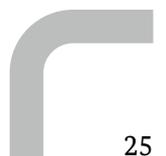
33 Schmitt J, Sundmacher L, Augurzky B, Busse R, Karagiannidis C, Krause F, Schwarz R, Wolff J, Bschor T. Krankenhausreform in Deutschland: populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung. Monitor Versorgungsforschung 2024 (03):45-58; <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/krankenhausreform-in-deutschland-populationsbezogenes-berechnungs-und-simulationsmodell-zur-planung-und-folgenabschaetzung/>

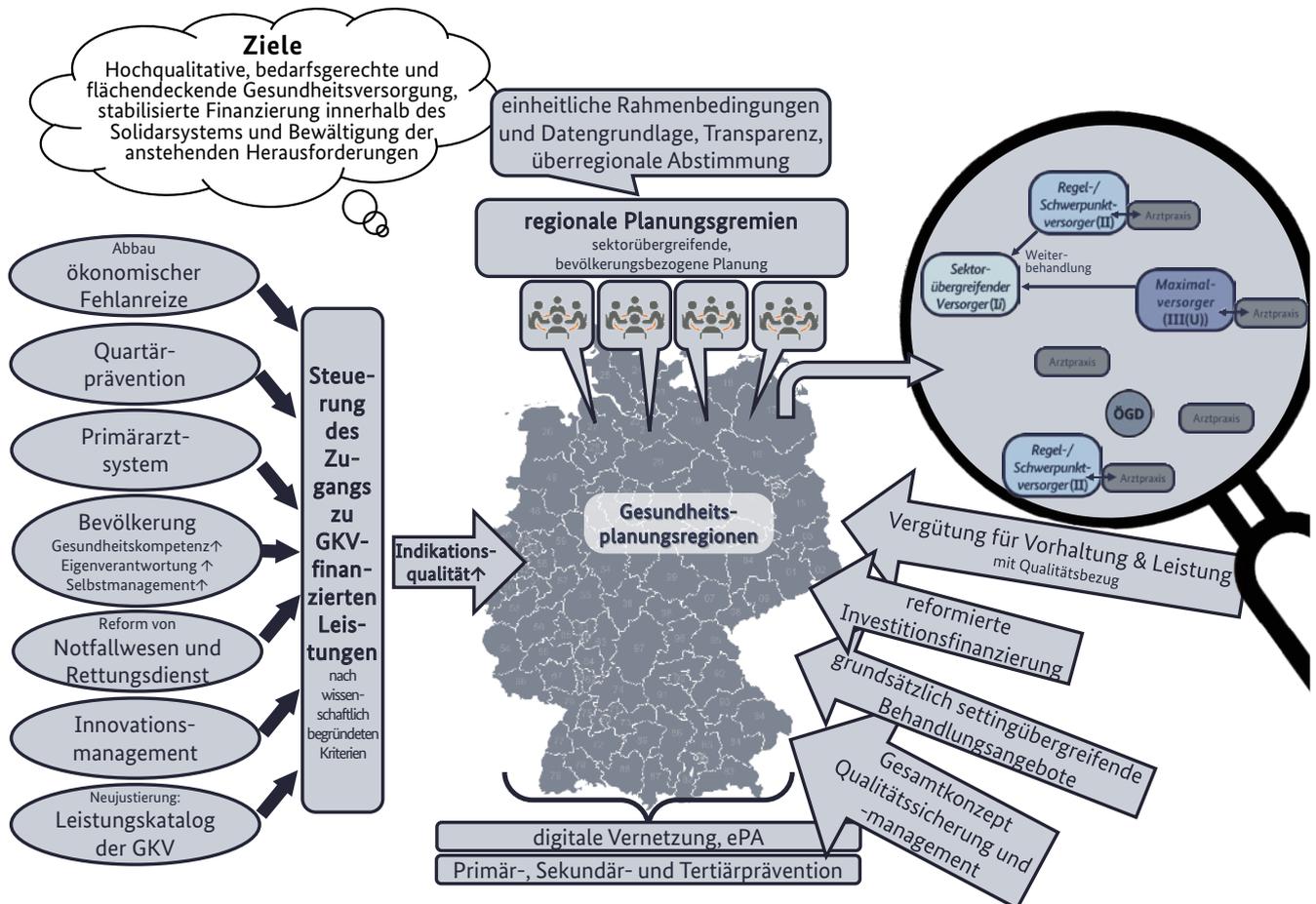




### III. Zielbild einer zukünftigen Krankenhausversorgung

Die unter I. dargestellten Herausforderungen für die zukünftige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Deutschland erzwingen eine grundlegende Neustrukturierung des Gesundheitssystems, die ohne Zeitverzug weiterverfolgt werden muss. Nachfolgend skizziert die Regierungskommission ein Zielbild der Umstrukturierungen, das eine Antwort auf die Herausforderungen sein kann (Abbildung 17). Den unter II. geschilderten bereits beschlossenen Reformschritten müssen weitere grundlegende Reformen folgen. Der zunächst bis Ende 2035 angelegte Transformationsfonds bildet faktisch eine gute Grundlage für die Finanzierung der Transformation des Krankenhausbereichs. Das nachfolgend in seinen Elementen geschilderte Zielbild geht in Teilen aber über diesen zeitlichen Horizont hinaus. Dem Auftrag der Regierungskommission entsprechend beschreibt das Zielbild vorrangig die zukünftige Rolle der Krankenhäuser für die Gesundheitsversorgung in Deutschland, nimmt hierbei aber im Sinne eines integrierten Konzepts auch zu weiteren Bereichen des Gesundheitssystems Stellung.





› **Abbildung 17:**  
**Reformierte Krankenhausversorgung 2035 in einem integrierten Gesundheitssystem (Erläuterungen im Text)**

## Sektorenübergreifende und bevölkerungsbezogene regionale Planung

Nur ein konsequenter Bevölkerungsbezug ermöglicht eine bedarfsgerechte Planung des Gesundheitssystems ohne Über- oder Unterversorgung. Bei der Planung müssen die demographische und andere strukturelle Entwicklungen sowie der Fortschritt der Medizin und der Ambulantisierung antizipiert werden. Hierbei empfehlen sich eine Einteilung Deutschlands in getrennt zu beplanende Gesundheitsplanungsregionen und die Entwicklung von bevölkerungsbezogenen Bedarfskennzahlen für die verschiedenen medizinischen Fächer und Teilbereiche. Sinnvoller Ausgangspunkt können die Leistungsgruppen (LG) nach dem KHVVG sein. Die Bedarfskennzahlen müssen regional spezifisch alters- und morbiditätsadjustiert ermittelt werden. Bislang folgt im Rahmen der psychiatrischen regionalen Pflichtversorgung nur die Pla-



nung der psychiatrischen und der kinder- und jugendpsychiatrischen stationären Versorgung einem solchen bevölkerungsbezogenen und regionalen Prinzip (siehe 8. Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission zu den Psych-Fächern). Etliche Bundesländer verwenden hierbei für ihre psychiatrische Planung Betten- oder Behandlungsplätze-Messziffern pro 1.000 Einwohner. Für somatische Behandlungen sind derartige Bedarfskennzahlen bislang kaum verbreitet. Solche Kennzahlen sollten aber entwickelt werden, wobei sich jedoch weniger ein Bezug zu Krankenhausbetten oder Behandlungsplätzen, sondern eher zur Zahl durchzuführender Behandlungen und ferner eher ein Korridor als eine fixe Zahl anbieten. In Fachgebieten, in denen sich ambulante und stationäre Strukturen gut substituieren können, kann es sinnvoll sein, eine gemeinsame Bedarfskennzahl für die Anzahl der jährlichen Behandlungen zu entwickeln. Im Unterschied zum Pflichtversorgungsprinzip der stationären psychiatrischen Organisation erscheint es auch nicht zwingend oder sinnvoll, in einer Gesundheitsregion grundsätzlich nur einen Anbieter einer bestimmten Leistung vorzusehen. Hierdurch würden die aus einem Wettbewerb resultierenden Vorteile nicht genutzt.

Eine zukunftsweisende, auf Gesundheitsregionen bezogene Planung kann nur gelingen, wenn der bisherige ambulante und stationäre Bereich gemeinsam geplant werden. Wie in der 10. Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission zur Überwindung der Sektorengrenzen ausgeführt, sind hierfür regionale Planungsgremien, die die spezifischen Besonderheiten vor Ort kennen, am besten geeignet. Zur Ausgestaltung dieser Gremien hatte die Regierungskommission in ihrer 10. Stellungnahme Vorschläge unterbreitet. Zum Einstieg in die gemeinsame Planung kann es sinnvoll sein, zunächst mit den von Krankenhäusern und KV-Bereich ambulant erbrachten Behandlungen zu beginnen, bevor in einem zweiten Schritt auch die stationären Leistungen einbezogen werden. In nachfolgenden Schritten sollte der Einbezug weiterer Sektoren, etwa der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) und der Rehabilitation (SGB IX), in die gemeinsame Planung erwogen werden.

Die Planung in den Gesundheitsplanungsregionen und die Festlegung der bevölkerungsbezogenen Bedarfskennzahlen muss auf der Basis einheitlich festgelegter Rahmenbedingungen und zugrunde zu legender Daten in transparenter Weise erfolgen. Hierdurch kann sichergestellt werden, dass die Planung zwischen den Regionen harmonisiert ist und die Gesundheitsversorgung in ganz Deutschland ein möglichst gleich hohes Niveau hat. Feste Strukturen zur überregionalen Abstimmung der Planungen sind zu etablieren.

## **Settingunabhängige Behandlung**

Nur eine gemeinsame Planung der ambulanten und stationären Versorgungsbereiche ermöglicht einen umfassenden Bevölkerungsbezug und die Vermeidung ambulant-stationärer Doppelstrukturen. Sie ist ferner eine





wichtige Voraussetzung für eine Überwindung von starren Behandlungssettings (ambulant; stationär; teilstationär; aufsuchend). Das Behandlungssetting sollte zukünftig grundsätzlich durch den Bedarf der Patientinnen und Patienten und nicht durch das Angebot des Gesundheitsanbieters vorgegeben werden (vergleiche 10. Stellungnahme und Empfehlung zur Überwindung der Sektorengrenzen). Zukünftig sollte daher jeder Leistungserbringer nach seinen Möglichkeiten berechtigt sein, Leistungen flexibel nach dem aktuellen Bedarf der Patienten in allen Behandlungssettings zu erbringen, sofern nachweislich eine vergleichbare Qualität gewährleistet ist. Dies hätte zur Konsequenz, dass alle Gesundheitsanbieter flexibel vollstationär, teilstationär, ambulant und aufsuchend tätig wären. Auch den in Praxen tätigen Fachärzten und -ärztinnen sollte grundsätzlich die Möglichkeit offenstehen, teilstationäre und in Kooperation mit Krankenhäusern auch vollstationäre Behandlungen durchzuführen. Dies vermeidet unnötige vollstationäre Behandlungen, was die knappen Ressourcen schont und häufig im Patienteninteresse ist.

## **Ausgestaltung der Gesundheitsplanungsregionen**

Das Rückgrat einer zukünftigen Krankenhausversorgung sollen größere Krankenhäuser der Regel- und Schwerpunktversorgung darstellen, wie sie in der 3. Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission zur grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung als Level II-Krankenhäuser beschrieben wurden. Diese größeren Krankenhäuser sollen alle häufig vorkommenden Untersuchungen und Behandlungen durchführen können. Sie verfügen über mindestens die Notfallstufe 2 (erweiterte Notfallversorgung) nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Die Notfallstufen des G-BA bieten eine gute Orientierung für die Einteilung von Krankenhäusern bei der Planung und Ausgestaltung einer Gesundheitsplanungsregion. Zur Versorgung aller häufigen Krankenhausindikationen sollen diese größeren Krankenhäuser in der Regel auch pädiatrische, geburtshilfliche (mit neonatologischer Versorgungskompetenz; siehe 12. Stellungnahme der Regierungskommission) und psychiatrische Behandlungsangebote umfassen. In einer idealen Zielstruktur ist allen Einwohnerinnen und Einwohnern Deutschlands ihr nächstgelegenes Level II-Krankenhaus bekannt, das in 30, maximal 40 Minuten erreicht werden kann.

Große Maximalversorger einschließlich der Universitätskliniken (Level III(U) gemäß 3. Stellungnahme der Regierungskommission; mit umfassender Notfallversorgung der Stufe 3 nach G-BA) erfüllen alle Aufgaben eines Level II-Krankenhauses und müssen darüber hinaus seltene, hochkomplexe und innovative Behandlungen sowie Koordinierungs-, Vernetzungs- und Beratungsaufgaben erfüllen und ferner besondere Vorhaltungen für Pandemien oder andere Krisensituationen bereithalten. Bei Universitätskliniken gehören zudem Lehre und Forschung zu den Aufgaben. Größe und Zuschnitt einer Gesundheitsplanungsregion könnten sich daran orientieren, dass eine





solche Region in der Regel über ein Maximalversorger-Krankenhaus im Sinne von Level III, weitere Level II-Krankenhäuser und je nach Bedarf über Level I-Krankenhäuser (s. nachstehend) verfügt.

Kleinere Krankenhäuser der Grundversorgung entsprechend dem Level I nach der 3. Stellungnahme der Regierungskommission haben in Gegenden Bedeutung, in denen ein Level II-Krankenhaus aufgrund dünner Besiedelung überdimensioniert wäre. In diesen Fällen sollten sie im Sinne von Level I-Kliniken über eine Notaufnahme verfügen (Basisnotfallversorgung, Stufe 1 nach G-BA). Sie gewährleisten hiermit die Versorgung von weniger komplexen Notfällen. Sofern Patientinnen oder Patienten mit komplexen Notfällen oder Notfällen mit sehr hoher Dringlichkeitsstufe nicht direkt in ein Level II-Krankenhaus gebracht werden können, übernehmen sie die Erstversorgung. Eine telemedizinische Vernetzung und Kooperation mit Krankenhäusern höherer Notfallstufen ist Voraussetzung.

Auch den mit der Krankenhausreform (KHVVG) geschaffenen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (Level II-Krankenhäuser nach der 3. Stellungnahme der Regierungskommission) kommt in den Gesundheitsplanungsregionen eine wichtige Aufgabe zu, die sich in ihrem Schwerpunkt je nach urbanem und ländlichem Raum unterscheidet. Im ländlichen Raum stellen diese Kliniken mit ihrem ambulanten Schwerpunkt – je nach regionalem Bedarf – die bereits heute oft lückenhafte ambulante Versorgung der Bevölkerung sicher. Sie verfügen ferner über ein stationäres Angebot zur wohnortnahen pflegerischen oder medizinischen Behandlung von Erkrankungen mit begrenzter Komplexität. Im urbanen Raum bauen die sektorenübergreifenden Versorger insbesondere Angebote für ambulantes Operieren auf und übernehmen die Weiterbehandlung nach initialer Behandlung in Krankenhäusern höheren Levels. Hierdurch wird eine Entlastung der größeren Krankenhäuser möglich. Zudem kann Übergangspflege nach § 39e SGB V stattfinden, was ebenfalls zur Entlastung größerer Häuser führt.

Wie oben beschrieben, sind in einem nach Gesundheitsplanungsregionen organisierten Versorgungssystem der Zukunft alle Gesundheitsanbieter settingübergreifend tätig. Besonders sinnvoll ist daher, dass Krankenhäuser mit Praxen oder MVZ auf dem Campus verbunden sind, sodass die Praxen/MVZ die Strukturen des Krankenhauses nutzen und die Behandlung der Patienten vor und nach einem Krankenhausaufenthalt übernehmen können. Es sollten Anreize geschaffen werden, damit Fachärztinnen und Fachärzte für ambulante und stationäre Behandlungen zukünftig vorrangig an Kliniken tätig werden. Dies ermöglicht Behandlerkonstanz bei stationärer Aufnahme und stärkt eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung, reduziert Informationsverluste beim Übergang zwischen Krankenhäusern und Praxen, vermeidet unnötige Doppeluntersuchungen und unabgestimmte Parallelbehandlungen und baut ineffiziente Doppelstrukturen ab.





In zukünftigen Gesundheitsplanungsregionen sollten fachlich eigenständig tätige Leistungserbringer Aufgaben der ambulanten und aufsuchenden pflegerischen Behandlung übernehmen. Pflegefachpersonen arbeiten derzeit häufig unter ihren Kompetenzen mit unangemessen begrenztem Aufgaben- und Verantwortungsbereich. Die zunehmende Akademisierung der Pflegeausbildung – zum Beispiel die Qualifikation Advanced Practice Nursing (APN) – erweitert die Bereiche, in denen Pflegefachpersonen ohne Arztvorbehalt selbstständig und eigenverantwortlich tätig sein können. Eine Kompetenzausweitung würde die Situation an die meisten europäischen Nachbarländer annähern, die Attraktivität der Tätigkeit erhöhen und für akademisch ausgebildete Pflegepersonen – auch für hochqualifizierte Pflegefachpersonen aus dem Ausland – adäquate Tätigkeitsfelder eröffnen. Arztpraxen und Krankenhäuser würden entlastet. Berufs- und Leistungsrecht sollten dann angeglichen werden.

Auch der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist Teil der Gesundheitsplanungsregion und unter Beachtung datenschutzrechtlicher Grundsätze mit den anderen Akteuren vernetzt. So sollte er zum Beispiel bei behandlungspflichtigen Befunden, etwa im Rahmen von Schuluntersuchungen, – mit Einverständnis des Patienten/der Patientin oder der Eltern – direkt an behandelnde Stellen überweisen und medizinische Daten austauschen können.

Im Rahmen einer umfassenden digitalen Vernetzung eines zukünftigen deutschen Gesundheitssystems – mit einheitlichen Standards und hohem Sicherheitsniveau – verfügen die Versorger in einer Gesundheitsplanungsregion – und darüber hinaus – über alle zur Behandlung erforderlichen Informationen der anderen Leistungserbringer und informieren in Echtzeit über ihre jeweiligen Behandlungskapazitäten. Der elektronischen Patientenakte wird bei dieser digitalen Vernetzung eine zentrale Bedeutung zukommen. Qualitätssicherungsdaten, insbesondere zur Prozess- und Ergebnisqualität, werden systematisch und weitestgehend automatisiert erhoben und regelmäßig veröffentlicht.

## **Primärarztsystem**

In ihrer 10. Stellungnahme und Empfehlung (Überwindung der Sektorengrenzen) hat sich die Regierungskommission zu den Vorteilen eines Primärarztsystems geäußert. In einem solchen System, wie es in vielen Ländern üblich ist und wie es auch der 128. Deutsche Ärztetag (2024) und der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (Gutachten „Fachkräfte im Gesundheitswesen“) gefordert haben, sind die Primärärztinnen und Primärärzte wohnortnah und ohne Zugangsbeschränkungen erreichbar und steuern ihrerseits per Überweisung den Zugang zu anderen Fachärzten oder Krankenhäusern. Zu den Primärärzten werden zumeist nicht nur hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Pädiater, Gynäkologen und Psychiater gezählt. In den oben be-





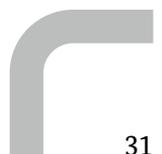
schriebenen Gesundheitsplanungsregionen käme den Primärärzten die entscheidende steuernde Funktion zu, da, von zu definierenden Ausnahmen abgesehen, nur noch über ihre Zuweisung die Inanspruchnahme von Klinik- oder anderweitigen Facharztleistungen möglich ist. Eine hohe Kompetenz zur angemessenen Steuerung von Überweisungen vorausgesetzt, würden hierdurch Übertherapie und Über- oder Mehrfachdiagnostik reduziert und neben den Patienten und Patientinnen auch die Gesundheitsanbieter der Region entlastet.

Synergistische Effekte ergeben sich auch durch die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung mit einem besseren Patienten-Selbstmanagement. Hier kommen unter anderem dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, breit angelegten Aufklärungskampagnen, einem Schulfach Gesundheitskompetenz und regelmäßigen Schulungen in den Betrieben zentrale Rollen zu. Anwenderfreundliche, wissenschaftlich basierte und regelmäßig evaluierte und aktualisierte digitale Hilfsmittel, unter gezieltem Einsatz von künstlicher Intelligenz, können das Selbstmanagement der Bevölkerung im Krankheits-, Erste-Hilfe- oder Notfall maßgeblich unterstützen und dazu beitragen, dass Unter-, Über- und Fehlversorgung vermieden werden.

## Indikationsqualität

Wie unter I. bereits ausgeführt, liegen die Gesundheitsausgaben Deutschlands vorrangig aufgrund sehr hoher Behandlungszahlen an der Spitze der europäischen Länder. Die in vielen Indikationen weit überdurchschnittliche einwohnerbezogene Fallzahl lässt sich dabei nicht vorrangig auf eine höhere Morbidität der Bevölkerung in Deutschland zurückführen. Zugleich führen die hohen Behandlungszahlen, wie oben ausgeführt, auch nicht zu überdurchschnittlich guten Ergebnissen Deutschlands in Parametern zur Morbidität und Mortalität. Zu diskutieren ist also die Frage der Angemessenheit der Indikationsqualität im deutschen Gesundheitssystem, mithin die Frage, in welchem Maß Behandlungen und Eingriffe zweifelsfrei medizinisch indiziert sind und dem einzelnen Patienten oder der einzelnen Patientin tatsächlich zugutekommen.

Die oben skizzierten Entwicklungen werden die Frage nach Indikation, Zugänglichkeit und Finanzierung durch das Solidarsystem von Untersuchungen und Behandlungen in den kommenden Jahren drängend machen. Die Spitzenausgaben Deutschlands für die Gesundheit führen mit über 12 % des Bruttoinlandsprodukts bereits jetzt zu Sozialabgaben, die für Arbeitnehmer und Arbeitgeber, volkswirtschaftlich und gesamtgesellschaftlich ein vertretbares Ausmaß zu überschreiten drohen. Weitere deutliche Steigerungen der Krankenkassenbeiträge zeichnen sich ab. Dies liegt, wie beschrieben, zum einen daran, dass die Babyboomer-Generation ein Alter mit hohem medizinischen Behandlungsbedarf erreicht. Zum anderen stehen aufgrund des medi-



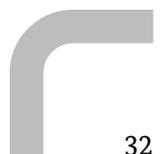


medizinischen Fortschritts immer spezifischere Therapien für immer mehr Krankheitskonstellationen bei zugleich exponentiell steigenden Kosten für neue Behandlungs- und Untersuchungsmethoden zur Verfügung.

Damit es nicht zu einem Konkurs des solidarischen Finanzierungssystems oder kurzfristigen und unzureichend durchdachten Ad hoc-Einschränkungen des Leistungsrechts kommt, sollte in Deutschland eine längst überfällige, breit angelegte Diskussion über die Frage geführt werden, welche Untersuchungen und Behandlungen in welchen Konstellationen auch zukünftig zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung gehören sollen und welche nicht. Diese ebenso erforderliche wie schwierige Diskussion muss gesamtgesellschaftlich auf einem breiten wissenschaftlichen und ethischen Fundament geführt werden und darf nicht auf gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Kreise beschränkt bleiben. Die Vermeidung dieser Diskussion würde letztlich zu sehr viel riskanteren Entwicklungen führen als eine aktive Neujustierung auf der Basis eines derartigen Diskurses in der Breite der Gesellschaft. Alle Neufestlegungen sollten auf wissenschaftlichen Erkenntnissen fußen und regelmäßig anhand geeigneter Indikatoren evaluiert werden.

In diesem Kontext kann auch die Forderung nach der gebotenen „Eigenverantwortung“ der Versicherten (§ 1 SGB V) eine größere Bedeutung gewinnen. Ausmaß und Ausgestaltung von Zuzahlungen oder einer fixen Selbstbeteiligung können hierbei sinnvolle Instrumente sein. Diese müssen sozialverträglich gestaltet werden, zum Beispiel, indem sie an das sozialversicherungspflichtige Einkommen gekoppelt werden.

Wichtige Schritte zur Verbesserung der Indikationsqualität sollten ohne Zeitverzug angegangen werden. Hierzu gehört ein konsequenter Abbau ökonomischer Fehlanreize für medizinisch nicht zweifelsfrei indizierte Behandlungen. Die Reduktion der DRGs auf circa 40 % im Rahmen der Einführung der Vorhaltevergütung mit der Krankenhausreform ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung. Im Sinne der Quartärprävention (Erkennen und Vermeiden von unnötigen medizinischen Maßnahmen, Übermedikalisierung und Überversorgung) gehört hierzu auch eine systematische Prüfung auf evidenzbasierter Grundlage, welche Patientinnen und Patienten von auffällig häufig durchgeführten Behandlungen tatsächlich individuell profitieren. Dies betrifft zum Beispiel die Behandlung in Grenzsituationen des Lebens. Gerade für diese Situationen sind auch Maßnahmen zur Förderung einer größeren Verbreitung und Beachtung von Patientenverfügungen (Advance Care Planning) sinnvoll. Ärztinnen und Ärzte sollten zu den schwierigen Fragen einer Therapiebeendigung oder Nichteinleitung systematischer aus- und weitergebildet werden. Ethikkomitees sollten in diese Entscheidungen regelhaft einbezogen werden, weshalb solche Komitees an jedem Krankenhaus, an dem sich derartige Herausforderungen stellen, existieren sollten.





Die aus den USA kommende, von verschiedenen deutschen Gesellschaften wie der AWMF übernommene „Choosing Wisely“-Initiative ist ein bereits existierender sinnvoller Ansatz, Überversorgung in Diagnostik und Therapie zu verringern. Er ist bislang aber zu unverbindlich und wird nicht in ausreichendem Maße umgesetzt. Zweitmeinungen, wie sie nach § 27b SGB V nur für einige Indikationen vorgesehen sind, und Indikationsboards für definierte Eingriffe sind weitere geeignete Instrumente zur Verringerung von Überversorgung. Zu beiden hatte sich die Regierungskommission in ihrer 7. Stellungnahme (Qualitätssicherung) detaillierter geäußert. Für nicht indizierte Behandlungen und nicht angezeigte Doppeluntersuchungen sollten Leistungserbringer zukünftig keinen Zahlungsanspruch mehr haben.

Auch eine durchgehende Digitalisierung des deutschen Gesundheitssystems nach einheitlichem Standard und das oben geschilderte Primärarztsystem können angegangen werden und entscheidend dazu beitragen, Überdiagnostik und Übertherapie einschließlich Übermedikalisierung zu verringern. Die gegenwärtige Überversorgung geht zu einem gewissen Teil auf Selbstindikation durch Patientinnen und Patienten mit überwiegend freiem Zugang zu allen Gesundheitsleistungen zurück<sup>34</sup>. Dies ließe sich durch ein Primärarztssystem medizinisch und ökonomisch sehr viel gezielter steuern.

Die dringend erforderliche Reform des Notfall- und Rettungsdienstwesens in Deutschland, zu der die Regierungskommission in ihrer 4. und 9. Stellungnahme Empfehlungen abgegeben hat und für die teilweise bereits fertige Gesetzesentwürfe vorliegen, hat ebenfalls das Potenzial, die Indikation für Krankenhausbehandlung deutlich zu verbessern und die Notaufnahmen der Kliniken zu entlasten, indem die Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten deutlich systematischer gesteuert wird und die Patienten nur noch dann ins Krankenhaus geleitet werden, wenn sie die besonderen Mittel eines Krankenhauses benötigen.

Wesentlicher Bestandteil eines dringend erforderlichen Konzeptes für die mit der demographischen Entwicklung klar absehbaren zusätzlichen Herausforderungen muss zudem eine breit angelegte Präventionsstrategie sein, die alle evidenzbasierten Bereiche der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention<sup>35</sup> umfasst. Die Verschiebung eines deutlich größeren Teils der hohen Gesundheitsausgaben Deutschlands von kurativen zu präventiven Maßnahmen wäre eine Investition in die Gesundheit der Bevölkerung und damit ein effizienterer Einsatz der Mittel. Die oben bereits angesprochenen Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz und des Patienten-Selbstmanagements sollten Teil einer Präventionsoffensive sein. Prävention, insbesondere

34 Grote Westrick M, Volbracht E. Überversorgung – Ausmaß, Ursachen und Gegenmaßnahmen. GGW 2019; 20(2):7-15

35 Tertiärprävention zielt auf die Verhütung von Folge-/Begleiterkrankungen und einer Verschlimmerung bei bereits eingetretener Erkrankung.





eine konsequente Verhältnisprävention, ist dabei nicht nur ein Auftrag an den Gesundheitssektor, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die im Sinne eines „Health in All Policies“-Konzeptes in allen Bereichen öffentlichen Handelns Berücksichtigung finden muss.

Die bisherige Konzeption des deutschen Gesundheitswesens, nach der neue diagnostische und therapeutische Methoden, zumindest, soweit sie einen Fortschritt bedeuten, dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung hinzugefügt werden, droht, das Gesundheitssystem an die Grenzen der Finanzierbarkeit zu bringen, da Instrumente zur Preisregulierung nur teilweise oder begrenzt greifen. Weil die Entwicklung medizinischer Innovationen weiter fortschreiten und erheblich an Dynamik gewinnen dürfte, bedarf es eines umfassenden Konzepts zum Innovationsmanagement. Ein Innovationsmanagement muss die Finanzierbarkeit im Gesamtsystem der GKV in den Blick nehmen, dabei Innovationen auch zukünftig ermöglichen und fördern sowie beachten, welche Kosten durch eine Innovation möglicherweise eingespart werden. Die Frage, inwieweit auch in Zukunft jeder medizinische Fortschritt uneingeschränkt zulasten der Solidargemeinschaft zugänglich sein kann, erfordert eine breite gesellschaftliche Diskussion, der sich Deutschland bislang nicht gestellt hat.

Um Innovationen auch zukünftig möglich und finanzierbar zu machen, muss der Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung in einem systematischen, regelmäßig wiederkehrenden Prozess um Leistungen bereinigt werden, die – zum Beispiel aufgrund neuer evidenzbasierter Erkenntnisse oder unzureichender Bewährung in der Praxis – nicht (mehr) die Anforderungen an eine Finanzierung durch das Solidarsystem erfüllen. Derartige Weiterentwicklungen werden auch als subtraktive Innovationen bezeichnet<sup>36</sup>. Eine spürbare Reduzierung und gezielte Anpassung des in einigen Bereichen zu umfangreichen Leistungskatalogs ist ohne Einbußen für die Gesundheitsversorgung möglich.

## Finanzierung und Qualitätssicherung

Die zukünftige Finanzierung des Gesundheitssystems in Deutschland stellt aufgrund der geschilderten Entwicklungen eine gewaltige Herausforderung dar. Die dargelegten Reformen sind die entscheidenden Maßnahmen zum Abbau von Überversorgung, ineffizienten Mehrfachstrukturen und einer ungesteuerten und nicht mehr finanzierbaren Ausweitung des Leistungsspektrums der gesetzlichen Krankenversicherung. Hierdurch muss es gelingen, die Gesamtkosten so zu reduzieren, dass ein solidarisch finanziertes Gesund-

<sup>36</sup> ExpertInnenrat der Bundesregierung „Gesundheit und Resilienz“. 2. Stellungnahme, 2024, „Resilienz, Innovation und Teilhabe“; <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2299664/547bb80c349fd4a46b74d17928eba02d/2024-07-18-expertinnenrat-stellungnahme-2-data.pdf?download=1>

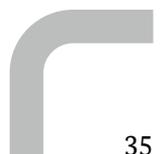


heitssystem erhalten bleiben kann. Ziel eines reformierten Gesundheitssystems muss sein, dass die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nur noch im gleichen Maße steigen wie die Grundlohnrate, also die Einnahmen der GKV durch die Beiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern. Eine gesicherte, bedarfsgerechte Versorgung in Krankheits- und medizinischen Notfällen für alle Einkommensschichten der Bevölkerung ist eine Voraussetzung für den Erhalt von sozialem Frieden und Demokratie.

Selbst bei konsequenter Hebung der Effizienzreserven bleibt die zukünftige Finanzierung der Gesundheitsversorgung aufgrund des zunehmenden Bedarfs und der Kostensteigerungen eine nur mit großer Kraftanstrengung zu lösende Aufgabe. Hierbei sind der betriebswirtschaftliche Blick auf die Leistungserbringer und der volkswirtschaftliche Blick auf das Solidarsystem der Krankenversicherung und seine Beitragssätze gleichermaßen wegleitend. In einem nach dem Bevölkerungsbedarf geplanten und durch Primärärztinnen und Primärärzte gesteuerten reformierten Gesundheitssystem sollte für jeden wirtschaftlich arbeitenden und bedarfsnotwendigen Leistungserbringer die Vergütung den Fortbestand der Einrichtung sichern. Zugleich muss die gesetzliche Krankenversicherung stabilisiert werden, ohne dass die Beitragssätze weiter steigen.

Sinnvoll ist die Entwicklung eines Qualitätsbezugs für einen Teil der Vergütung, wobei sich für die Vorhaltevergütung vorrangig ein Bezug zur Struktur- und eventuell Prozessqualität und für die Vergütung der Leistungen vorrangig ein Bezug zur Ergebnisqualität anbieten. Eine Orientierung der Vergütung an der Ergebnisqualität gelingt nicht für alle Behandlungen gleichermaßen gut. Gut geeignet sind Therapien und Eingriffe, deren Ergebnisse sich nach einem überschaubaren Zeitraum möglichst unaufwendig, zum Beispiel anhand von Routinedaten, und zugleich relativ präzise messen lassen und bei denen ein enger Zusammenhang zwischen der Qualität der Behandlung und dem Behandlungsergebnis (etwa gemessen an Komplikationsraten, Re-Operationen oder Mortalität) wissenschaftlich etabliert ist. Mit Blick auf das Gesundheitssystem und seine Finanzierung insgesamt wird das In-Bezug-Setzen von Behandlungsqualität und hierdurch verursachten Kosten als Value-based Healthcare bezeichnet.

Der Vergütungsbezug ist dabei nur Mittel zum Zweck. Ein gesetzlich verankertes Gesamtkonzept für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement (siehe 7. Stellungnahme der Regierungskommission) als integraler Bestandteil eines Krankenhauswesens der Zukunft ist zentrales Instrument zur Verbesserung von Morbidität und Mortalität in Deutschland, bei denen, wie oben ausgeführt, Deutschland im europäischen Vergleich nur mittlere Plätze einnimmt. Ein solches Gesamtkonzept beinhaltet nicht nur Vorgaben zur Strukturqualität, wie sie mit der Krankenhausreform für alle Leistungsgruppen eingeführt wurden, sondern berücksichtigt auch eine patientenorientiert





gemessene Ergebnisqualität. Es ersetzt die gegenwärtigen bürokratieintensiven vielfältigen Einzelvorgaben, die häufig nicht aufeinander abgestimmt, widersprüchlich und in vielen Bereichen zu kompliziert und kleinteilig sind. Für die Patientientorientierung etablierte Instrumente wie PREMs, PROMs, strukturierte Patientenbefragungen und Shared Decision Making werden auf der Basis evidenzbasierter Erkenntnisse systematisch bürokratiearm etabliert. Ein derartiges Gesamtkonzept arbeitet vorwiegend mit Anreizen und nur nachrangig mit Vorgaben oder Sanktionen.

Für die Krankenhäuser muss die unzureichende Investitionskostenfinanzierung beendet werden. Wie oben erwähnt und in der 13. Stellungnahme der Regierungskommission (Reform der Investitionskostenfinanzierung) differenziert ausgeführt, deckt die Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer (KHG-Fördermittel) gegenwärtig nur maximal die Hälfte der für die Sicherung des Bestands erforderlichen Investitionen. In ihrer 13. Stellungnahme hat die Regierungskommission Vorschläge für ein Anreizsystem oder eine zukünftige monistische Finanzierung zur Lösung dieser Problematik unterbreitet. Eine monistische Finanzierung für den Krankenhausbereich würde eine Angleichung an die übrigen Gesundheitsbereiche bedeuten, bei denen die Finanzierung von Leistungserbringung und Investitionen nicht getrennt ist.

### **Bereiche mit strukturellen Besonderheiten**

In ihrer 1., 6. und 12. Stellungnahme hatte sich die Regierungskommission zu den besonderen Herausforderungen für eine flächendeckende und hochqualitative kinder- und jugendmedizinische, kinder- und jugendchirurgische sowie geburtshilfliche Krankenhausversorgung geäußert. Die Pädiatrie muss bei insgesamt sehr viel weniger Patientinnen und Patienten eine ähnliche Vielfalt an Spezialisierungen vorhalten wie die Erwachsenenmedizin, was eine große Breite unterschiedlich spezialisierten Fachpersonals und eine aufwändige Infrastruktur beinhaltet. Wie in den Stellungnahmen der Regierungskommission beschrieben, war in den letzten Jahren ein kontinuierlicher Rückgang der Zahl pädiatrischer Krankenhausabteilungen und Kliniken zu verzeichnen. In der Kinder- und Jugendchirurgie werden, zum Beispiel mit Blick auf seltene angeborene Fehlbildungen, teilweise hochgradig spezialisierte und risikobehaftete Eingriffe vorgenommen, sodass es eine abgestufte Vorhaltung mit einer flächendeckenden Allgemeinversorgung einerseits und ausgewiesenen Zentren andererseits braucht. Die zusätzliche Einführung einer Leistungsgruppe Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie durch die Bundes-Krankenhausreform in Ergänzung zur Leistungsgruppe Allgemeine Kinder- und Jugendchirurgie, wie sie bereits die Krankenhausreform in Nordrhein-Westfalen vorsieht, war daher eine sinnvolle Weiterentwicklung. Analoges gilt für die zusätzliche Leistungsgruppe Spezielle Kinder- und Jugendmedizin.





Die Zuschläge für die Krankenhausbehandlung von Kindern und Jugendlichen, die nach der ersten Stellungnahme der Regierungskommission eingeführt und mit dem KHVVG verstetigt wurden, sind in den genannten strukturellen Besonderheiten begründet und müssen zukünftig mit der Kostenentwicklung mitwachsen. Um eine hochqualitative Versorgung von Kindern und Jugendlichen sicherzustellen und dem weiteren Rückgang pädiatrischer und kinder- und jugendchirurgischer Abteilungen entgegenzuwirken, sollte mit den Zuschüssen aber gezielt die Behandlung in Abteilungen oder Kliniken für Pädiatrie bzw. Kinder- und Jugendchirurgie bzw. in den hierzu gehörigen Leistungsgruppen unterstützt werden und nicht pauschal die Behandlung junger Patienten.

Wie in der 1. und 12. Stellungnahme der Regierungskommission begründet, muss Ziel eines reformierten Krankenhauswesens auch sein, dass an Standorten mit Geburtshilfe eine neonatologische Versorgungskompetenz gegeben ist. In ihrer 12. Stellungnahme hat die Regierungskommission hierfür ein flächendeckendes Konzept von perinatalmedizinischen Kompetenzverbänden empfohlen, das eine nach dem individuellen Risiko von Schwangerschaft und Geburt abgestufte Versorgung von Müttern und Neugeborenen ermöglicht. Die Neustrukturierung der Geburtshilfe in perinatalmedizinischen Kompetenzverbänden lässt sich ideal in das oben ausgeführte Konzept von Gesundheitsplanungsregionen integrieren.

Zu den Psych-Fächern Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik hatte sich die Regierungskommission in ihrer 8. Stellungnahme geäußert. Sie sind nicht direkter Teil der mit dem KHVVG eingeleiteten Reformen, aber indirekt betroffen, insbesondere, wenn sie Teil eines Allgemeinkrankenhauses oder allgemeinen Krankenhauskonzerns sind. Wie in der Stellungnahme ausgeführt, haben zahlreiche Besonderheiten der Organisation und Finanzierung der stationären Versorgung in den Psych-Fächern Modellcharakter für Reformen auch im somatischen Krankenhausbereich. Über 20 Modellprojekte nach § 64b des SGB V haben Umsetzbarkeit und Vorteile eines regionalen Globalbudgets (Regionalbudgets) gezeigt, weshalb die Regierungskommission in ihrer Stellungnahme derartige Budgets als optionale Form der Regelvergütung empfohlen hat. Mit einem Globalbudget wird dabei eine psychiatrische Abteilung oder Klinik settingunabhängig für die Versorgung einer definierten Region vergütet, sodass sie die Behandlung flexibel ambulant, aufsuchend, tagesklinisch oder vollstationär durchführen kann. In einem nächsten Schritt sollten die Psych-Fächer in weiterentwickelten Modellprojekten Umsetzbarkeit und Auswirkungen von Globalbudgets evaluieren, die nicht nur eine Klinik, sondern weitere Bereiche der Versorgungsstruktur, insbesondere den Niederlassungsbereich, umfassen (vgl. auch<sup>37</sup>).

37 GKV-Spitzenverband. Zehn-Punkte-Papier der GKV zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Krankenhausversorgung in Deutschland. 2023. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service\\_1/publikationen/20230718\\_Positionspapier\\_PsychiatrieKrankenhausversorgung\\_barrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/20230718_Positionspapier_PsychiatrieKrankenhausversorgung_barrierefrei.pdf)



## Regionalbudgets

Wie erläutert, konnte in über 20 Modellprojekten der Psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgreich eine Vergütung für die setting-übergreifende Versorgung der Bevölkerung einer definierten Region erprobt werden. Eine derartige Organisations- und Vergütungsform baut Anreize für nicht indizierte stationäre Behandlungen ab, ermöglicht flexible Therapien nach den aktuellen Patientenbedürfnissen und fördert präventives medizinisches Handeln. Aufbauend auf den psychiatrischen Erfahrungen sollten in vergleichbaren Modellprojekten derartige Regionalbudgets für geeignete somatische Disziplinen erprobt werden. Grundsätzliche Argumente, warum Regionalbudgets nur für die psychiatrische Versorgung vorteilhaft sein könnten, sind nicht erkennbar. Eine gesetzliche Grundlage analog zu § 64b des SGB V, die Modellprojekte außerhalb von Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie ermöglicht, sollte geschaffen werden. Auch hier sollte eine systematische wissenschaftliche Evaluation obligat sein.



**Diese und alle anderen Stellungnahmen der Regierungskommission sind im Internet abrufbar unter:**

[www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung.html)

Diese Stellungnahme und Empfehlung wurde von der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung einstimmig verabschiedet.

**Mitglieder der Regierungskommission sind (in alphabetischer Reihenfolge):**

Prof. Dr. Boris Augurzky  
Prof. Dr. Tom Bschor  
Prof. Dr. Reinhard Busse  
Prof. Dr. Jörg Dötsch  
Michaela Evans  
Prof. Dr. Dagmar Felix  
Irmtraud Gürkan  
Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg  
Prof. Dr. Martina Hasseler  
Prof. Dr. Stefan Huster  
Prof. Dr. Christian Karagiannidis  
Prof. Dr. Thorsten Kingreen  
Prof. Dr. Heyo Kroemer  
Prof. Dr. Laura Münkler  
Prof. Dr. Jochen Schmitt  
Prof. Dr. Rajan Somasundaram  
Prof. Dr. Leonie Sundmacher





**Regierungskommission**  
für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung



## Impressum

### **Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung**

#### **Leiter und Koordinator:**

Prof. Dr. med. Tom Bschor  
c/o Bundesministerium für Gesundheit  
Mauerstraße 29, 10117 Berlin

**Postanschrift:** 11055 Berlin  
Krankenhauskommission@bmg.bund.de

**Veröffentlichung:** 7. März 2025

