

Masterstudiengang

Führung und Management im Gesundheitswesen

an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Neu-Ulm

Ökonomische Steuerbarkeit von Krankenhäusern in Deutschland nach der Krankenhausreform (KHVVG)

Erstkorrektor: Professor Roger Jaeckel

Zweitkorrektor: Professor Dr. Patrick Da-Cruz

Verfasser: Christian Martin Winter (Matrikel-Nr.: 305961)

Thema erhalten: 04.05.2025

Arbeit abgegeben: 21.08.2025

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	II
Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis.....	V
Abkürzungsverzeichnis	VI
1 Einleitung	1
1.1 Zielsetzung der Arbeit.....	1
1.2 Vorhaltepauschalen und Korridorregelung	2
1.3 Leistungsgruppen	3
2 Theoretischer Hintergrund	5
2.1 Duale Krankenhausfinanzierung.....	5
2.2 Betriebskosten und -Erlöse: InEK-Kalkulation und Landesbasisfallwerte	7
2.3 Personalkosten	8
2.4 Sachkosten	9
2.5 Medizinische/Nicht-Medizinische Infrastruktur.....	10
2.6 Ökonomische Instrumente zur betriebswirtschaftlichen Steuerung von Krankenhäusern.....	11
2.7 Ökonomisch wirksame Änderungen durch das KHVVG.....	14
2.7.1 Vorhaltekosten, r-aG-DRG	14
2.7.2 Fahlzahlkorridore.....	16
2.7.3 Leistungsgruppenzuteilung	17

3	Analyse der ökonomischen Steuerung eines Krankenhauses mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) am Beispiel eines Grund- und Regelversorgers.....	20
3.1	Beschreibung des der Analyse zugrundeliegenden fiktiven Krankenhauses.....	20
3.2	Methodik der Entwicklung von Kosten und Erlösen sowie Deckungsbeiträgen.....	22
3.3	Gleichbleibende Leistungserbringung (Szenario 1).....	24
3.4	Steigende Leistungserbringung (Szenario 2).....	25
3.5	Konzentration von Leistungen (Szenario 3).....	26
4	Betriebswirtschaftliche und politische Einordnung der Auswirkungen des KHVVG auf die ökonomische Steuerung der Krankenhäuser.....	29
4.1	Betriebswirtschaftliche Einordnung.....	29
4.2	Gesundheitspolitische Einordnung.....	30
4.3	Zusammenfassung.....	33
5	Schlussbetrachtung.....	36
	Literaturverzeichnis.....	40
	Eidesstattliche Erklärung.....	VII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Eröffnete Insolvenzverfahren im Zeitverlauf, Anzahl. Quelle: (Augurzky et al., 2025, Schaubild 80).....	1
Abbildung 2:	Anteil der KHG-Fördermittel an Erlösen der Krankenhäuser in %. KHG: Krankenhausfinanzierungsgesetz Quelle: (Augurzky et al., 2025, Schaubild 42).....	6
Abbildung 3:	Verteilung der Sachkosten auf Sachmittelarten in %. Sonstige = Zentraler Verwaltungs- und Gemeinschaftsdienst, sonstige Angaben, Versicherungen, wiederbeschaffte Gebrauchsgüter, sonstige Sachkosten. Quelle: (Augurzky et al., 2025, Schaubild 38).....	9
Abbildung 4:	Kalkulierte Verteilung von Vorhaltung, r-aG-DRG und Pflege für ausgewählte DRG nach KHVVG Quelle: (Nicole Eisenmenger, 2025).....	15
Abbildung 5:	Systemweite Berechnung der r-aG-DRG, Vorhalteanteil und Pflege. Quelle: (Eisenmenger, 2024).....	15
Abbildung 6:	Anteil stationärer Fälle in Deutschland und Anteil Anzahl Krankenhäuser je Bettencluster sowie durchschnittliche Anzahl Fachabteilungen je Krankenhaus im jeweiligen Bettencluster in Deutschland in der stationären Krankenhauserbringung 2023. Eigene Darstellung nach Quelle: (Statistisches Bundesamt, 2025).....	18
Abbildung 7:	Verlauf der Deckungsbeiträge in den drei Untersuchten Szenarien über die Zeit in Millionen Euro. Eigene Darstellung.....	37

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht Fördertatbestände im KHVVG. Quelle: Darstellung in Anlehnung an: (Bundesgesetzblatt Teil I - Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen - Bundesgesetzblatt, 2025b, S. 2f).....	7
Tabelle 2:	Überblick über zentrale ökonomische Steuerungsinstrumente im Krankenhaus. Quelle: Eigene Darstellung.....	13
Tabelle 3:	Auswahl der Fachabteilungen, Fallzahlen und Fachabteilungsschlüssel als Grundlage der Simulation für ein fiktives Krankenhaus mit 200-299 Betten in Deutschland	21
Tabelle 4:	Definition der Parameter als Grundlage der Deckungsbeitragsrechnungen für das Modellkrankenhaus..	22
Tabelle 5:	Deckungsbeitragsrechnung des Modellkrankenhauses mit gleichbleibender Leistungserbringung über 10 Jahre. CM: Casemix, BWR: Bewertungsrelation, Personalkosten ohne Pflege, Erlöse ohne Pflegeerlöse.....	25
Tabelle 6:	Deckungsbeitragsrechnung des Modellkrankenhauses mit jährlich um 5 % steigender Leistungserbringung über 10 Jahre. CM: Casemix, BWR: Bewertungsrelation, Personalkosten ohne Pflege, Erlöse ohne Pflegeerlöse.....	26
Tabelle 7:	Deckungsbeitragsrechnung des Modellkrankenhauses Leistungskonzentration auf drei Fachabteilungen und moderat steigender Leistungserbringung über 10 Jahre. CM: Casemix, BWR: Bewertungsrelation, r-aG-DRG: reste-aG-DRG, Personalkosten ohne Pflege, Erlöse ohne Pflegeerlöse.....	28
Tabelle 8	Übersicht über geplante Änderungen des KHVVG mit dem KHAG (Bundesministerium für Gesundheit, 2024)(Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform, 2025).....	32

Abkürzungsverzeichnis

aG-DRG	(Pflege)ausgegliederte German Diagnosis Related Groups
CM	Casemix
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BWR	Bewertungsrelation
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DRG	Diagnosis Related Groups
FDP	Freie Demokratische Partei
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KHAG	Krankenhausanpassungsgesetz
KHBV	Krankenhaus-Buchführungsverordnung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausgesetz
KHVVG	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
KHZG	Krankenhauszukunftsgesetz
LBFW	Landesbasisfallwert
Mio.	Millionen
NRW	Nordrhein-Westfalen
PwC	PricewaterhouseCoopers International
r-aG-DRG	Reste-(Pflege)ausgegliederte German Diagnosis Related Groups
RWI	Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (vormals Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung)
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
Tsd.	Tausend

1 Einleitung

1.1 Zielsetzung der Arbeit

Das deutsche Krankenhauswesen zeichnet sich durch eine Vielfalt an Einrichtungen aus, die von kleinen Grund- und Regelversorgern bis hin zu Universitätskliniken reichen. Insgesamt existieren rund 1.900 Krankenhäuser mit etwa 7,7 Betten pro 1000 Einwohnern, was einer hohen Krankenhausedichte im internationalen Vergleich entspricht (Bschor et al., 2025, S. 5) (Statistisches Bundesamt, 2025). Der durch den demografischen Wandel und die strukturelle Fehlverteilung hervorgerufene Fachkräftemangel erhöht den Druck auf Krankenhäuser, ökonomisch mit finanziellen und infrastrukturellen Ressourcen umzugehen. Dadurch ist die wirtschaftliche Lage vieler deutscher Krankenhäuser angespannt. Laut dem Krankenhaus Rating Report 2025 waren im Jahr 2022 rund 30 % aller Krankenhäuser defizitär und etwa 14,4 % akut insolvenzgefährdet (Augurzky et al., 2025, S. 218). Dies spiegelt sich auch in der steigenden Anzahl der angemeldeten Insolvenzverfahren wider (vgl. Abbildung 1). Wesentliche Gründe für diese Lage liegen in der Kombination aus unzureichender Investitionsfinanzierung durch die Länder bei gleichzeitig struktureller Unterfinanzierung der hohen und steigenden Personal- und Sachkosten im DRG-System (Diagnosis Related Group) bei im Vergleich zu 2019 unverändert niedrigem Leistungsvolumen (Augurzky et al., 2025, S. 218).

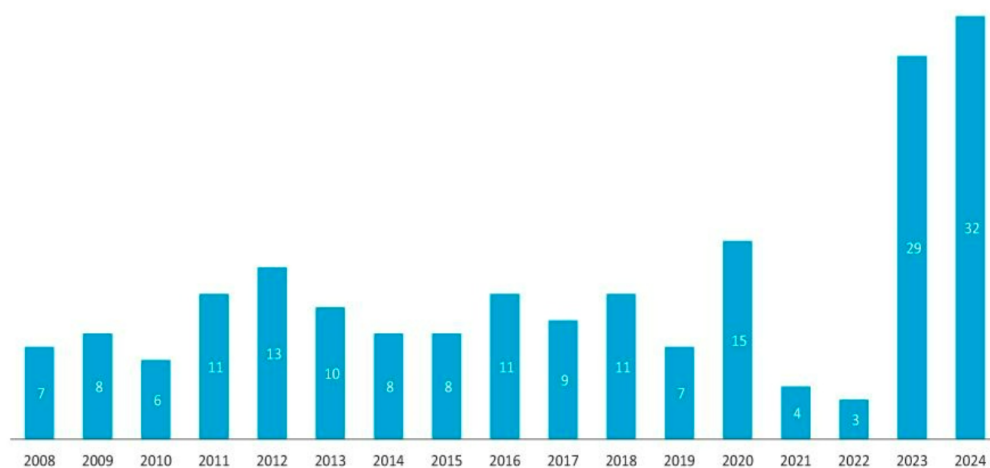


Abbildung 1: Eröffnete Insolvenzverfahren im Zeitverlauf, Anzahl. Quelle: (Augurzky et al., 2025, Schaubild 80)

Vor dem Hintergrund dieser Herausforderungen verfolgt die Bundesregierung mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung. Ziel des Gesetzes ist eine qualitativ hochwertige, wirtschaftlich tragfähige und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (Bschor et al., 2022, S. 4). Kern der Reform sind dabei zwei zentrale neue Finanzierungsinstrumente: Vorhaltepauschalen mit Korridorregelung und die Einführung von bundeseinheitlichen Leistungsgruppen.

Ziel dieser Arbeit ist es, vor dem Hintergrund der Änderungen des KHVVG anhand einer Deckungsbeitragssimulation festzustellen

1. welche strategische Ausrichtung für einen Grund- und Regelversorger (Wachstum, Beibehaltung des Leistungsspektrums, Spezialisierung oder Effizienzsteigerung) zu empfehlen ist, um durch positive Deckungsbeiträge aus den verbleibenden r-aG-DRGs eine nachhaltige Finanzierung zu sichern
2. wie die geplante Vorhaltevergütung in Kombination mit der Korridorregelung im Rahmen der wirtschaftlichen Steuerung und Leistungsplanung der Krankenhäuser für die drei genannten Strategien berücksichtigt werden kann, sowie
3. in Zusammenschau dieser beiden Aspekte einen Ausblick zu geben, wie die betriebswirtschaftliche Leistungssteuerung eines Krankenhauses nach der Krankenhausreform gelingen kann.

1.2 Vorhaltepauschalen und Korridorregelung

Ein wesentliches Element der Reform ist die Einführung von Vorhaltepauschalen, mit denen Krankenhäuser für die Vorhaltung der ihnen zugeordneten Leistungsgruppen und -kapazitäten im Wesentlichen unabhängig von der tatsächlichen Fallzahl vergütet werden sollen. Ergänzt wird dies durch eine Korridorregelung, die budgetwirksame Fallzahlen definiert, um eine angemessene Leistungserbringung sowie wirtschaftliche Effizienz in der regionalen Versorgung sicherzustellen.

Für die Berechnung der Vorhaltepauschalen schlägt die Regierungskommission in ihrer ‚Dritten Stellungnahme für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung‘ als grundlegende Reform der Krankenhausvergütung einen pauschalen Abschlag von 40 % auf die aG-DRG einschließlich Pflegebudget vor. Ausgenommen sind Intensiv-, Notfallmedizin, Geburtshilfe und Neonatologie.

“Hier sollte der gesamte Vorhalteanteil auf 60 % gesetzt werden, um den ökonomischen Druck in diesen Bereichen stark zu reduzieren und dem Charakter dieser Bereiche mit hoher Vorhaltung gerecht zu werden“ (Bschor et al., 2022, S. 22) (Abbildung 2). Dieser Empfehlung ist der Gesetzgeber gefolgt und hat eine ausführliche Berechnung der Vorhaltekosten im KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) eingeführt (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG, 2024, S. §17b Abs. 4b).

Um strukturelle Veränderungen in der Krankenhauslandschaft sowie die Dynamik von Konzentrationsprozessen angemessen abzubilden, sieht das KHVVG eine regelmäßige Neubewertung der Leistungsmenge eines Krankenhauses innerhalb der vom jeweiligen Bundesland zugewiesenen Leistungsgruppen vor. Die erste Überprüfung erfolgt zwei Jahre nach der initialen Einstufung, weitere Neubewertungen werden anschließend im Turnus von jeweils drei Jahren durchgeführt. Bei der Beurteilung der Fallzahlen gilt ein Toleranzkorridor von $\pm 20\%$ gegenüber dem Ausgangswert: Liegt die Fallzahlentwicklung innerhalb dieses Rahmens, hat dies keine Konsequenzen für die Einstufung in Bezug hinsichtlich des Leistungsvolumens (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG, 2024, §37 Abs. 2, S.7).

1.3 Leistungsgruppen

Weiterhin sieht die Reform die Einführung von bundeseinheitlichen, klar definierten Leistungsgruppen vor. Krankenhäuser müssen spezifische Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität erfüllen, um bestimmte Leistungsgruppen anbieten zu dürfen. Dies beinhaltet etwa Mindestvorgaben bezüglich personeller und technischer Ausstattung sowie festgelegte Mindestmengen. Die Einführung der Leistungsgruppen soll die Versorgungsqualität erhöhen und eine stärker bedarfsorientierte Struktur schaffen. Die Definition und Auswahl der Leistungsgruppen erfolgt auf Grundlage der in der Krankenhausreform in Nordrhein-Westfalen (NRW) festgelegten Leistungsgruppen, zuzüglich fünf weiterer: Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle Traumatologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin und spezielle Kinder- und Jugendchirurgie (Bundesministerium für Gesundheit, 2023, S. 7–10). Diese wurden zunächst mit dem KHVVG definiert. Mit dem Referentenentwurf zum Krankenhausanpassungsgesetz (KHAG) ist geplant, von dem

KHVVG abweichend, die Zahl der Leistungsgruppen auf 61 fest zu legen, wobei die Leistungsgruppen Notfallmedizin, Infektiologie und spezielle Kinder- und Jugendchirurgie entfallen sollen (Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform, 2025, S. 25–64).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die geplante Krankenhausreform mittels Vorhaltepauschalen und Leistungsgruppen die Krankenhausfinanzierung nachhaltig verändern wird. Ziel ist eine Stabilisierung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser und eine Verbesserung der Versorgungsqualität, insbesondere im Hinblick auf regionale Unterschiede.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Duale Krankenhausfinanzierung

Die Finanzierung von Krankenhäusern in Deutschland basiert seit dem Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) im Jahr 1972 auf einem dualen Finanzierungssystem. Dieses unterscheidet grundsätzlich zwischen zwei Finanzierungsströmen: Zum einen fallen darunter die Investitionskosten, die von den Bundesländern getragen werden, zum anderen die Betriebskosten, die durch die gesetzliche und private Krankenversicherung über Fallpauschalen (DRGs) und weitere Leistungsvergütungen finanziert werden.

Die Investitionskosten umfassen Ausgaben für bauliche Maßnahmen, medizintechnische Großgeräte und infrastrukturelle Maßnahmen wie Digitalisierung. Ursprünglich waren die Bundesländer verpflichtet, eine vollständige Finanzierung notwendiger Investitionen sicherzustellen. Diese Verpflichtung wird jedoch seit Jahrzehnten nur unzureichend erfüllt. Während der jährliche Investitionsbedarf für 2021 durch die DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) auf 6,3 Milliarden Euro geschätzt wird, stellen die Länder nur etwa 50 % davon zur Verfügung, was einen massiven Investitionsstau nach sich zieht (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2022, S. 8). Dieser Investitionsstau zwingt Krankenhäuser zunehmend dazu, notwendige Investitionen aus laufenden DRG-Einnahmen zu finanzieren - eine Praxis, die zu einer Verschlechterung der Liquidität und langfristigen Substanzverlusten führt (Behrends, 2020, S. 72).

Der Anteil der Investitionsförderung durch die Bundesländer an den Gesamterlösen der Krankenhäuser ist seit Jahren rückläufig. Dieser lag im Jahr 2023 bei lediglich 3,6 % der Erlöse, wobei das Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (vormals Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung) in seinem Krankenhaus Rating Report 2025 einen notwendigen Anteil von 7-8 % identifiziert (vgl. Abbildung 2). Dies deckt sich mit der Einschätzung der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Diese Entwicklung untergräbt die zentrale Idee der dualen Finanzierung. Krankenhäuser können ihrer Aufgabe der Daseinsvorsorge nur noch erschwert nachkommen und sind zunehmend gezwungen, betriebswirtschaftliche Querfinanzierungen vorzunehmen.

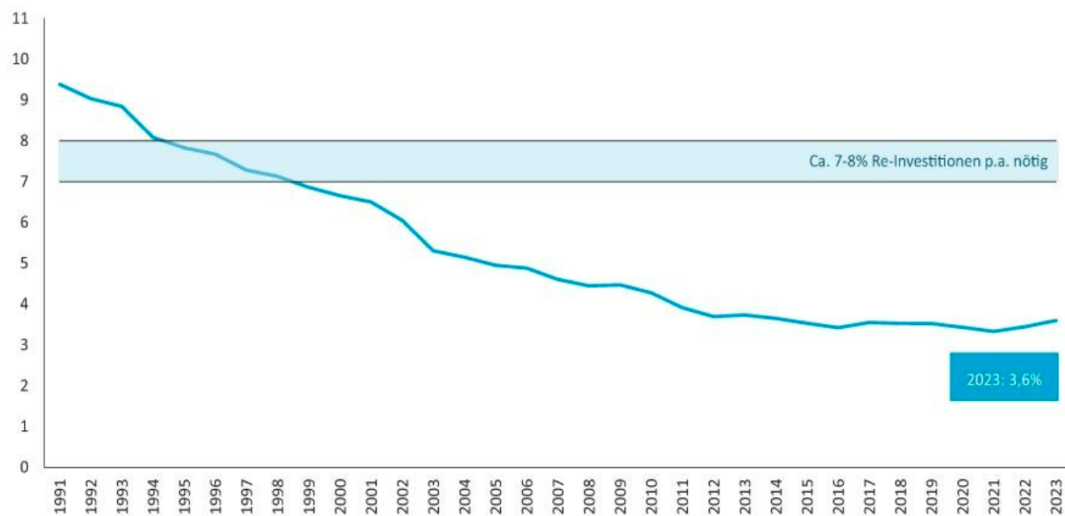


Abbildung 2: Anteil der KHG-Fördermittel an Erlösen der Krankenhäuser in %. KHG: Krankenhausfinanzierungsgesetz Quelle: (Augurzky et al., 2025, Schaubild 42).

Zwar hat die Bundesregierung mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) und zuletzt mit dem KHVVG erste Schritte zur Modernisierung und Digitalisierung der Krankenhauslandschaft eingeleitet, doch bleibt die strukturelle Unterfinanzierung im investiven Bereich bestehen.

Mit dem Transformationsfonds aus dem KHVVG soll erreicht werden, die bestehende Unterfinanzierung der Krankenhäuser mit Anreizen für strukturelle Veränderungen in der Versorgungslandschaft zu verknüpfen. In insgesamt acht Förderatbeständen werden unter anderem Voraussetzungen für telemedizinische Netzwerkstrukturen, Krankenhausschließungen und Umstrukturierungen geschaffen bzw. gefördert, um eine nachhaltig ökonomische und qualitativ hochwertige Versorgungsstruktur in Deutschland zu etablieren. Dieser Fonds wird mit insgesamt 50 Milliarden Euro Steuermitteln über die nächsten zehn Jahre, beginnend im Jahr 2025, finanziert. Bund und Länder teilen sich diese Kosten jeweils zur Hälfte, wobei ein – je nach Bundesland unterschiedlicher – Eigenanteil der Krankenhäuser hinzukommt (*Bundesgesetzblatt Teil I - Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen - Bundesgesetzblatt, 2025a, S. 2f*) (Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform, 2025, S. 10) (vgl. Tabelle 1).

<i>Fördertatbestand</i>	<i>Beschreibung</i>
1	Standortübergreifende Versorgungskapazitäten
2	Konzentration zu einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung
3	Telemedizinische Netzwerkstrukturen inkl. Voraussetzungen für die robotergestützte Telechirurgie
4	Bildung von Zentren für seltene, komplexe oder schwerwiegende Erkrankungen
5	Bildung regionaler Krankenhausverbünde
6	Bildung und Ausstattung integrierter Notfallstrukturen
7	Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses
8	Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten

Tabelle 1: Übersicht Fördertatbestände im KHVVG. Quelle: Darstellung in Anlehnung an: (Bundesgesetzblatt Teil I - Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen - Bundesgesetzblatt, 2025b, S. 2f)

Gezielte Investitionen in Innovation und medizinischen Fortschritt sind entscheidende strategische Vorteile für Krankenhäuser in Deutschland. Die im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung unzureichende Investitionsförderung der Länder begünstigt zunehmende strukturellen Defizite und verzögert die Umsetzung ökonomischer und medizinischer Verbesserungen, insbesondere durch Digitalisierung und technischen Fortschritt.

2.2 Betriebskosten und -Erlöse: InEK-Kalkulation und Landesbasisfallwerte

Die Betriebskosten der Krankenhäuser werden in Deutschland im Rahmen der DRG-Systematik durch das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) kalkuliert. Diese Kalkulation bildet die Grundlage für die Vergütung der Fallpauschalen, die Krankenhäuser pro Behandlungsfall abrechnen können. Das Kalkulationshandbuch (aktuell gültig in Version 4.0) sowie die jährlich veröffentlichten Hinweise zur Kostenkalkulation definieren die methodischen Vorgaben für die Kostenerhebung in den Kalkulationskrankenhäusern.

Die InEK-Kalkulation basiert auf den Prinzipien der Istkostenrechnung. Krankenhäuser, die an der Kalkulation teilnehmen, ermitteln die tatsächlichen Kosten pro Fall auf Basis der im jeweiligen Kalenderjahr angefallenen Kosten. Diese werden

nach dem Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV)-Kontenrahmen in drei übergeordnete Kostenarten gegliedert (Personal-, Sach- und Infrastrukturkosten, Kostenarten 1-3), und über eine differenzierte Kostenstellenrechnung den jeweiligen medizinischen Leistungsbereichen zugeordnet (*Kalkulation von Behandlungskosten*, 2016, S. 252). Diese Kosten fließen in eine InEK-Bezugsgröße je Bewertungsrelation. Für den DRG-Katalog 2025 gibt das InEK die Bezugsgröße mit 4.172,63 EUR an (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH, 2024, S. 36).

Ein zentrales Problem ergibt sich jedoch aus der Verzögerung der Abrechnung der Fälle auf Grundlage InEK-Kalkulation: Die Fallpauschalen für ein bestimmtes Jahr basieren auf den Kosten aus dem Kalkulationsjahr, das zwei Jahre zurückliegt. Die daraus resultierende Diskrepanz zwischen aktuellen Kosten (z. B. inflationsbedingte Steigerungen/Orientierungswert) und den zugewiesenen Erlösen führt zu einem strukturellen Ungleichgewicht. Diese Lücke wird besonders problematisch in Phasen hoher Inflation oder stark steigender Energie- und Personalkosten.

Im DRG-System wird der Abrechnungsbetrag für eine stationäre oder teilstationäre Leistung ermittelt, indem das Relativgewicht der jeweiligen Fallpauschale mit dem Landesbasisfallwert (LBFW) multipliziert wird. Ergänzend werden weitere Erlösbestandteile wie Pflegeentgelte, Zusatzentgelte, krankenhausesindividuelle Vergütungen, Zu- und Abschläge sowie Erlöse aus Wahlleistungen oder ambulanten Angeboten separat kalkuliert (KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz), 2024, §9).

Der LBFW fungiert als zentrales Steuerungsinstrument zur Abbildung der allgemeinen Kostenentwicklung im DRG-System. Seine jährliche Anpassung wird zwischen den Landeskrankenhausgesellschaften und den Landesverbänden der Krankenkassen verhandelt, wobei eine gesetzlich definierte Obergrenze gemäß § 9 Abs. 1b Satz 1 KHEntgG gilt.

2.3 Personalkosten

Die Personalkosten stellen mit rund 60 % den größten Kostenblock in deutschen Krankenhäusern dar (Augurzky et al., 2025, S. 68). Eine besondere Dynamik

entfaltet sich durch den zunehmenden Fachkräftemangel. Laut Krankenhaus-Barometer 2022 des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) konnten 90 % der befragten Häuser vakante Pflegestellen nicht besetzen, 75 % berichteten über Engpässe im ärztlichen Bereich.

Die Folge ist eine steigende Inanspruchnahme von Fremdpersonal. Dieses ist nicht nur kostenintensiver – etwa 30 bis 50 % teurer als Stammpersonal – sondern auch organisatorisch und qualitativ herausfordernder. Die Tarifverträge gelten hier oft nicht, und die Fluktuation ist hoch (Deutsches Krankenhaus Institut, 2022, S. 67–79). Diese Entwicklung belastet insbesondere personalintensive Fachbereiche wie die Pädiatrie oder die Geriatrie.

2.4 Sachkosten

Sachkosten umfassen in der InEK-Kalkulation sämtliche Aufwendungen für Materialien, Medikamente, medizinische Produkte, Hilfsmittel sowie weitere verbrauchsabhängige Ausgaben, die direkt der Leistungserbringung zugeordnet werden können. In der InEK-Kostenartenmatrix entsprechen sie den Kostenarten 4 bis 6c.

Laut Krankenhaus Rating Report 2025 entfallen durchschnittlich rund 30,2 % der gesamten Kosten auf die Sachkosten (Augurzky et al., 2025, S. 68), wobei etwa die Hälfte dieser Kosten auf den medizinischen Bedarf entfällt. (vgl. Abbildung 3).

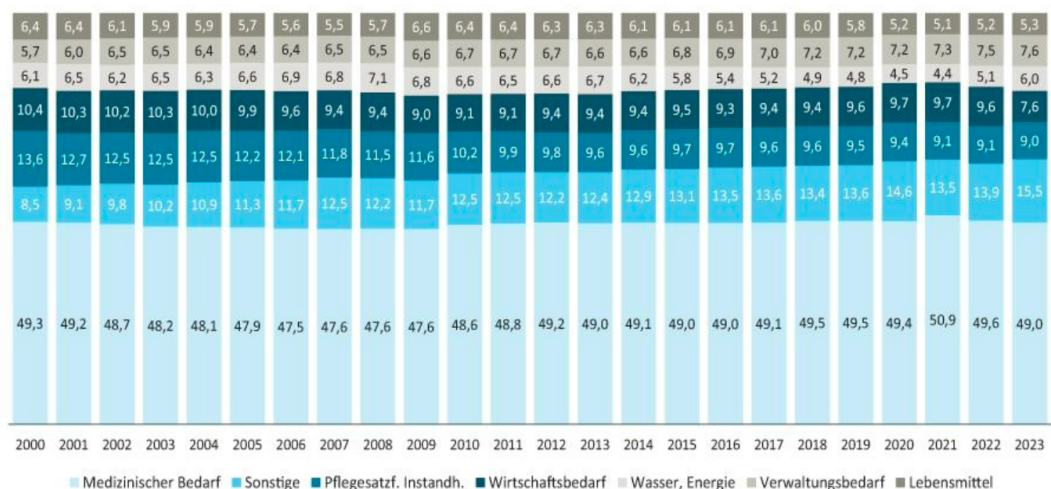


Abbildung 3: Verteilung der Sachkosten auf Sachmittelarten in %. Sonstige = Zentraler Verwaltungs- und Gemeinschaftsdienst, sonstige Angaben, Versicherungen, wiederbeschaffte Gebrauchsgüter, sonstige Sachkosten. Quelle: (Augurzky et al., 2025, Schaubild 38)

Dies bedeutet auch, dass Fachabteilungen mit mehr medizinischem Bedarf (in der Regel sind dies operative Eingriffe, zum Beispiel Endoprothetik) tendenziell höhere Sachkosten aufweisen als pflegeintensive konservative Fächer mit vergleichsweise niedrigem Sachkostenbedarf (zum Beispiel Kinderheilkunde oder Geriatrie).

Ein bedeutsamer Aspekt in der betriebswirtschaftlichen Steuerung ist die Abgrenzung zwischen investiven und betrieblichen Sachkosten. Während langlebige Investitionsgüter – beispielsweise roboterassistierte Chirurgesysteme – als Investitionskosten klassifiziert werden, gelten deren Verbrauchskomponenten (zum Beispiel Einmalinstrumente, sterile Verpackungen) als Betriebskosten und müssen im DRG-System über Fallpauschalen refinanziert werden. In der Praxis führt die Unterfinanzierung auf der Investitionsseite häufig dazu, dass Krankenhäuser gezwungen sind, Kosten über den operativen Betrieb querzufinanzieren – ein Vorgang, der betriebswirtschaftlich riskant und systematisch problematisch ist (vgl. auch Abschnitt 2.1 zur dualen Finanzierung).

2.5 Medizinische/Nicht-Medizinische Infrastruktur

Die InEK-Kalkulation unterscheidet die Kosten für medizinische Infrastruktur – wie etwa Operationssäle, Intensivstationen, diagnostische Großgeräte – und nicht-medizinische Infrastruktur – etwa Küche, Technik, Verwaltung, Reinigung und Logistik – im Rahmen der sogenannten Gemeinkosten. Diese werden auf Basis standardisierter Umlageschlüssel anteilig den medizinischen Leistungsbereichen zugerechnet und bilden wesentliche Bestandteile der Kostenstellenrechnung (*Kalkulation von Behandlungskosten*, 2016, S. 55ff). Besonders aufwendig sind Infrastrukturkosten in Bereichen mit hohem apparativ-technischem Aufwand, zum Beispiel in der Radiologie.

Die Abgrenzung zwischen investiver und betrieblicher Infrastruktur ist in der betriebswirtschaftlichen Betrachtung von zentraler Bedeutung: Der Bau eines neuen Operationstraktes ist investiv und fällt in die Zuständigkeit der Länder, während dessen laufender Betrieb (zum Beispiel Wartung, Reinigung, Energie) über die Fallpauschalen refinanziert werden muss. Die anhaltende Investitionsschwäche auf Länderseite führt jedoch dazu, dass viele Kliniken mit veralteter Infrastruktur arbeiten und hohe Instandhaltungskosten im Betriebshaushalt

tragen müssen (*Der Modernisierungstau in deutschen Krankenhäusern wächst weiter* - PwC, 2023)

2.6 Ökonomische Instrumente zur betriebswirtschaftlichen Steuerung von Krankenhäusern

Die betriebswirtschaftliche Steuerung von Krankenhäusern hat in den vergangenen zwei Jahrzehnten einen tiefgreifenden Wandel erfahren. Anstelle der reinen Kostenkontrolle rücken zunehmend strategische Steuerungselemente in den Vordergrund, um medizinische Qualität, Ressourceneffizienz und Wirtschaftlichkeit in Einklang zu bringen. Im Kontext des KHVVG gewinnen dabei insbesondere Instrumente an Bedeutung, die sowohl Struktur- als auch Leistungsdaten systematisch auswerten und damit eine fundierte Entscheidungsgrundlage für die Führungsebene schaffen.

Ein zentrales Steuerungselement stellt die Deckungsbeitragsrechnung dar. Sie ermöglicht die differenzierte Gegenüberstellung von Erlösen und variablen Kosten auf Ebene einzelner Leistungen oder Leistungsbereiche. In Krankenhäusern wird sie primär zur Bewertung medizinischer Fachabteilungen oder DRG-Gruppen eingesetzt. Die Grundlage hierfür liefert die InEK-Kalkulation, die über eine standardisierte Zuordnung von Kostenarten zu Fallpauschalen die Ermittlung von Deckungsbeiträgen erlaubt. In operativen Fächern wie der Herzchirurgie, invasiven Kardiologie oder in gut strukturierten, planbaren Fächern wie der Orthopädie lassen sich durch hochpreisige Sachleistungen und definierte Prozeduren verhältnismäßig hohe Deckungsbeiträge realisieren (Hierl, 2025; Plehn et al., 2017).

Die systematische Steuerung über die Erlösseite im DRG-System ist dabei zentraler Bestandteil der wirtschaftlichen Führung von Krankenhäusern – gleichzeitig jedoch zunehmend problematisch. DRG-basierte Erlöse sind zwei Jahre retrospektiv kalkuliert und beziehen sich daher auf vergangene Daten. Dies führt insbesondere in Phasen stark steigender Kosten durch Inflation, Energiepreise oder Tarifabschlüsse zu einer systematischen Refinanzierungslücke zwischen der aktuellen Kostenrealität und den zugewiesenen Pauschalen (vgl. Abschnitt 2.1. Duale Krankenhausfinanzierung). Laut RWI liegt die Finanzierungslücke bei jährlich etwa 5,5 % (Augurzky et al., 2025, S. 206).

Zudem ist das aktuelle aG-DRG-System auf Mengenausweitung ausgerichtet, und ökonomische Anreize bestehen vorrangig für steigende Fallzahlen. Diese Logik kann jedoch im Widerspruch zu Versorgungszielen wie der Entlastung von Notaufnahmen, sektorenübergreifender Versorgung oder dem Rückbau von Überkapazitäten stehen. Die Einführung von Vorhaltepauschalen soll dem bewusst entgegenwirken (Bschor et al., 2022, S. 26). Durch den pandemiebedingten Rückgang der Fallzahlen seit 2019 haben viele Krankenhäuser mit hoher Belastung durch bestehende Infrastruktur bei gleichzeitig niedrigerer Fallzahl zu kämpfen. Insbesondere Maximalversorger können Überkapazitäten und vorgehaltene Strukturen nicht schnell genug abbauen, um der gesunkenen Fallzahl ökonomisch gerecht zu werden.

Das Prozesscontrolling erweitert diese Perspektive um die Analyse von Abläufen innerhalb der klinischen Leistungserbringung. Ziel ist es, Ineffizienzen in administrativen, pflegerischen oder ärztlichen Prozessen sichtbar zu machen und durch gezielte Maßnahmen – etwa Lean-Management, Pfadoptimierung oder Automatisierung – zu reduzieren (Zapp & Ahrens, 2017, S. 183f).

Ein weiteres zentrales Instrument ist das Benchmarking. Hierbei werden eigene Leistungs- und Kostenkennzahlen mit regionalen, nationalen oder internationalen Vergleichswerten abgeglichen (Horváth & Partners, 2005, S. 69–86). Die Herausforderung besteht darin, dass Krankenhäuser häufig keinen Zugang zu Benchmarking-Daten haben. Es gibt im Markt kommerzielle Anbieter, die im Rahmen ihrer Dienstleistungen für Krankenhäuser (zum Beispiel Kostenträgerrechnungen oder Beratungsleistungen auf Grundlage von § 21-Daten) Zugang zu Benchmark-Daten ermöglichen. Verbünde nutzen diese Möglichkeit zunehmend und verbessern dadurch ihre Steuerung mit diesem Instrument (Crasselt et al., 2021).

Krankenhäuser in Deutschland stehen vor der Herausforderung, qualitativ hochwertige Leistungen ökonomisch effizient zu erbringen, ohne, dass es hierfür immer eine sinnvolle Benchmark gibt. Die InEK-Kalkulationsdaten eignen sich noch am ehesten, um die eigenen Kosten in den Vergleich der Leistungserbringer zu stellen, jedoch nahmen in Deutschland an der Kalkulation des Fallpauschalenkataloges 2025 nur 279 Krankenhäuser teil (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH, 2024, S. 5). Bei insgesamt 1.848 Krankenhäusern in

Deutschland bedeutet dies, dass nur etwa 15 % über eine diesem Standard entsprechende Kostenträgerrechnung verfügen. Viele Krankenhäuser verwenden daher eigene Kostenträgerrechnungen, wodurch die Datenbasis für Vergleiche eingeschränkt bleibt.

Auch das Innovationscontrolling gewinnt zunehmend an Relevanz, insbesondere im Hinblick auf die Einführung neuer Versorgungsformen und Technologien. Tiedal beschreibt das sogenannte „Innovation Excellence Modell“, das Innovationsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und Implementierungsgrad systematisch bewertet. Im Kontext der Digitalisierung – etwa bei Telemedizin oder robotergestützter Chirurgie – bietet dieses Instrument einen Rahmen für Investitionsentscheidungen und die strategische Allokation von Ressourcen (M. Tiedal in Zapp, 2019, S. 161–165).

In der Praxis werden diese Instrumente zunehmend integriert, etwa in Form von Business-Intelligence-Systemen, die klinische, administrative und ökonomische Daten in Dashboards visualisieren. Diese Tools ermöglichen Echtzeitanalysen und fördern faktenbasierte Entscheidungen im Krankenhausmanagement (DKI, 2022). Angesichts der Anforderungen des KHVVG – insbesondere im Hinblick auf Vorhaltefinanzierung, Strukturtransparenz und Leistungsgruppen – steigt die Relevanz solcher Systeme deutlich an.

Instrument	Zielsetzung	Relevanz im KHVVG-Kontext
<i>Deckungsbeitragsrechnung</i>	Bewertung wirtschaftlicher Leistungserbringung	Hoch – vor allem zur Steuerung von Leistungsmengen und Vorhaltebudgets
<i>Prozesscontrolling</i>	Identifikation und Optimierung von Ablaufprozessen	Mittel – zur Effizienzsteigerung in Kernprozessen
<i>Benchmarking</i>	Vergleich von Leistungs- und Strukturkennzahlen	Hoch – erleichtert durch Leistungsgruppen
<i>Innovationscontrolling</i>	Bewertung neuer Versorgungsformen und Technologien	Steigend – relevant für Digitalstrategie
<i>Business Intelligence</i>	Datenintegration und visuelle Steuerungsunterstützung	Hoch – fördert datenbasierte Führung

Tabelle 2: Überblick über zentrale ökonomische Steuerungsinstrumente im Krankenhaus. Quelle: Eigene Darstellung

2.7 Ökonomisch wirksame Änderungen durch das KHVVG

2.7.1 Vorhaltekosten, r-aG-DRG

Die Einführung des KHVVG markiert einen Paradigmenwechsel in der Finanzierung stationärer Leistungen in Deutschland. Mit der Abkehr von einer rein leistungsbezogenen Vergütung hin zu Strukturkomponenten durch Leistungsgruppen und regionalisierte Vorhaltepauschalen wird der ökonomische Steuerungsrahmen für Krankenhäuser neu gesetzt. Dies soll sowohl Versorgungsqualität als auch Wirtschaftlichkeit fördern und dem Ziel einer bedarfsgerechteren, regional gesteuerten Versorgung dienen (Bundesministerium für Gesundheit, 2023, S. 3).

Das neue Finanzierungssystem basiert auf drei Säulen: 1) Ausgliederung von Vorhaltekosten aus den bisherigen aG-DRGs 2) Zahlung von Fallkorridor- und regional (auf Länderebene) abhängigen Vorhaltepauschalen sowie 3) Einführung von bundeseinheitlichen Leistungsgruppen mit festgelegten Struktur- und Qualitätskriterien für die Krankenhausplanung.

Während r-aG-DRGs weiterhin leistungsabhängig abzurechnen sind, enthalten sie also keinen Anteil mehr für die Vorhaltung der Leistung. Diese wird über regionalisierte Vorhaltebewertungsrelationen ermittelt und über auf DRG-Ebene kalkulierte Vorhaltepauschalen ausgezahlt. In der Praxis sollen r-aG-DRGs künftig nur noch leistungsabhängige Kosten umfassen – etwa Sachkosten oder Teile der Infrastruktur. Vorhaltungsbezogene Kosten wie Personal und Infrastruktur werden ausgegliedert. Die genaue Definition der der Kalkulation zugrundeliegenden Kostenarten und -stellen steht zum Zeitpunkt der Arbeit noch nicht zur Verfügung. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz legt die Ausgliederung pauschal mit 60 % der bisherigen DRG-Kosten (inklusive Pflegekosten) nach Abzug der variablen Sachkosten fest (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG, 2024, §17b Abs. 4b). Dies ist ein sehr pauschaler Ansatz und zeigt bei der Analyse der einzelnen DRGs eine hohe Spannbreite, je nach Art der Leistungserbringung in den einzelnen DRG, die zu einer Ausgliederung von 49,87 % im Schnitt (ungewichtet) über alle DRG 2024 führt. Dabei können einzelne DRG mehr (DRG P61B = 54,2 %) oder weniger (DRG F95A = 25,61 %) Kostenausgliederungen erfahren (vgl. Abbildung 4 und Abbildung 5).

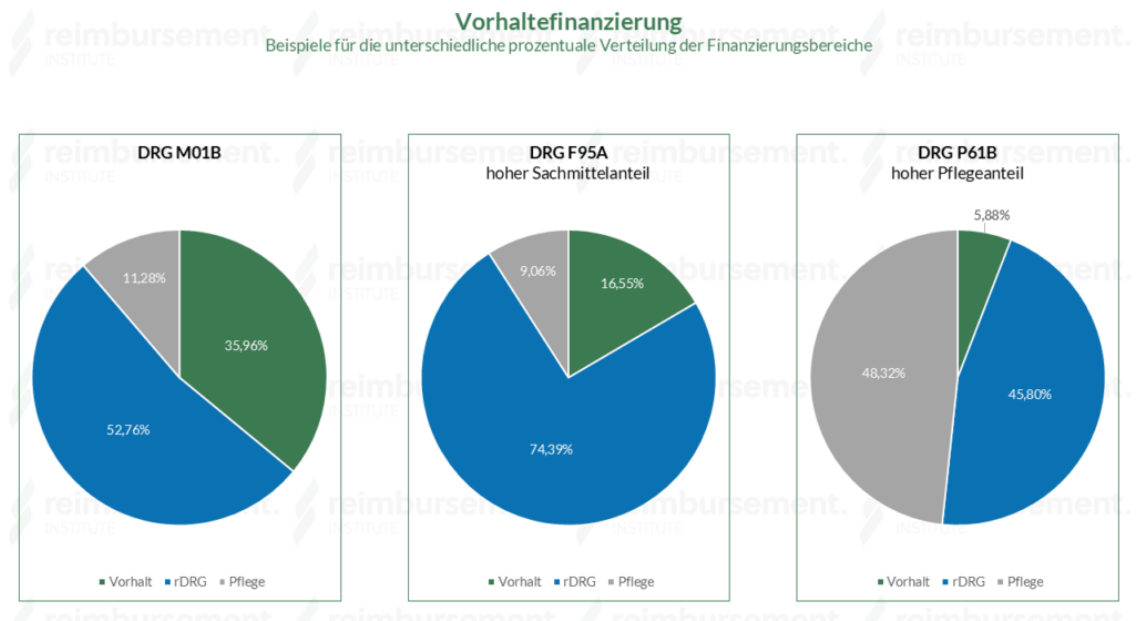


Abbildung 4: Kalkulierte Verteilung von Vorhaltung, r-aG-DRG und Pflege für ausgewählte DRG nach KHVVG Quelle: (Nicole Eisenmenger, 2025)

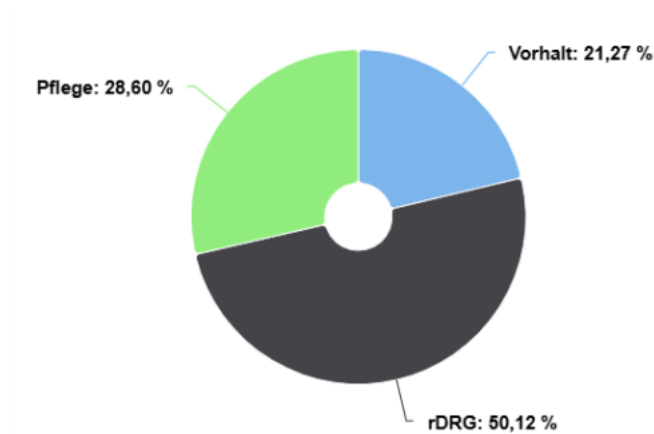


Abbildung 5: Systemweite Berechnung der r-aG-DRG, Vorhalteanteil und Pflege. Quelle: (Eisenmenger, 2024)

Diese Neuordnung bedeutet einen grundlegenden Wandel der Erlösmechanik. Krankenhäuser benötigen eine strategische Planung der zu erbringenden Leistungen und Leistungsgruppen in Abhängigkeit der eigenen Kostenstrukturen und derer des DRG-Systems. Ziel ist es, Anreize zur Leistungskonzentration zu schaffen und die Versorgung zunehmend in regionalübergreifenden Netzwerkstrukturen zu organisieren.

2.7.2 Fallzahlkorridore

Ein zentrales Regulierungsinstrument im Rahmen des KHVG ist die Einführung von Fallzahlkorridoren zur Festlegung von Leistungsmengen je Krankenhaus und Leistungsgruppe. Sie legen fest, in welchem Umfang Leistungsgruppen regional verteilt und finanziert werden und sollen unkontrollierten Mengenausweitungen entgegenwirken. Ziel ist es, eine Über- oder Unterversorgung in bestimmten Regionen zu vermeiden und eine bedarfsgerechte Verteilung medizinischer Ressourcen zu gewährleisten (Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen, 2024, S. 5). Die Korridorregelung sieht vor, dass erbrachte Leistungen zunächst für zwei Jahre, anschließend für drei Jahre festgelegt werden. Je Leistungsgruppe sind Abweichungen von maximal $\pm 20\%$ zulässig. Erst bei einer darüber hinausgehenden Abweichung wird das zugewiesene Vorhaltebudget angepasst. Grundsätzlich sind die Krankenhäuser damit in der Lage, ihre Leistung zu steuern, es entsteht ein Anreiz möglicherweise an der Untergrenze der Erbringung (untere 20%) zu steuern, damit aus der Vorhaltung eine maximale Ökonomie entsteht. Dies könnte im weiteren Verlauf dazu führen, dass es zu Wartelisten für bestimmte Leistungserbringung in den Regionen kommt. Zudem haben die Krankenhäuser keinen Einfluss auf die Leistungen anderer Marktteilnehmer derselben Leistungsgruppe im Bundesland. Da das InEK die Vorhaltebudgets auf Länderebene kalkuliert und verteilt, ist es theoretisch möglich, dass ein Krankenhaus seine Leistungen mengenidentisch zum Vorjahr erbringt, im Folgebudget jedoch eine geringere Vorhaltepauschale erhält, wenn die Gesamtleistung im Land zurückgeht. Dies erschwert die wirtschaftliche Planbarkeit der Vorhaltepauschalen für die Krankenhäuser.

Ökonomisch betrachtet wirkt die Korridorregelung als Steuerungsbremse gegen unerwünschte Mengenausweitungen innerhalb definierter Versorgungsbereiche. Für Häuser mit etablierten Fachabteilungen kann dies zu Einschränkungen in der Leistungsentwicklung führen, sofern sie außerhalb der definierten Korridore liegen. Für Krankenhäuser in unterversorgten Regionen hingegen eröffnet sich die Möglichkeit, gezielt gefördert zu werden. Die Wirkungsweise ist daher ambivalent: Einerseits verhindert die Regel Überangebote, andererseits ermöglicht sie gezielte Strukturpolitik.

Die Vebeto-Studie zeigt anhand von Modellregionen, dass gerade kleinere Grundversorger mit einem hohen Anteil an r-aG-DRG-relevanten Leistungen von der Regelung profitieren können – sofern die Planungsträger eine entsprechende Zuteilung ermöglichen. Für Schwerpunktkliniken ergibt sich hingegen die Notwendigkeit einer strategischen Fokussierung auf Leistungsgruppen mit überregionalem Versorgungsauftrag (Hansis & Dahnke, 2024).

Das Krankenhausreformatenpassungsgesetz mit Referentenentwurf vom 30.07.2025 schlägt eine Änderung der bestehenden Fristen zur Einführung der Vorhaltepauschalen vor. Die Jahre 2026 und 2027 sind als budgetneutrale Jahre vorgesehen, mit einer Konvergenzphase in den Jahren 2028 und 2029. Erst im Jahr 2030 soll die volle Finanzwirksamkeit der Vorhaltevergütung eintreten.

2.7.3 Leistungsgruppenteilung

Ein wesentlicher Mechanismus des neuen Finanzierungssystems ist die Zuteilung von Leistungsgruppen. Krankenhäuser müssen für die Abrechnungsmöglichkeit von Krankenhausfällen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmte Leistungsgruppen gemäß den Qualitäts- und Strukturvorgaben dauerhaft vorhalten und von den Ländern zugewiesen erhalten (Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen, 2024, S. 2). Diese Leistungsgruppen reichen von der Grundversorgung (zum Beispiel Allgemeine Innere Medizin oder Allgemeine Chirurgie) bis hin zu hochspezialisierten Leistungsgruppen (zum Beispiel Spezielle Traumatologie).

Die ökonomische Bedeutung der Leistungsgruppenteilung ist erheblich. Für kleinere Häuser ist dies Chance und Risiko zugleich – viele der Strukturvorgaben (z. B. Mindestfallzahlen, Facharztpräsenz) sind aufwendig und mit hohem Personaleinsatz verbunden (Hansis & Dahnke, 2024, S. 11). Für große Kliniken bedeutet dies hingegen eine stärkere Legitimation ihrer spezialisierten Angebote und Planungssicherheit. In Deutschland erbringen etwa 30 % der Krankenhäuser 60 % der Leistungen. Diese Krankenhäuser haben in der Regel sieben oder mehr Fachabteilungen (Statistisches Bundesamt, 2025) (vgl. Abbildung 6). Daher ist es leicht nachvollziehbar, dass der Verlust einer Leistungsgruppe für Häuser mit weniger als sieben Fachabteilungen dort zu existenziellen Veränderungen kommen

kann. Der Wegfall der Allgemein Chirurgie hat einen direkten Einfluss auf alle anderen dort verbliebenen Leistungsgruppen, wie beispielsweise der inneren Medizin.

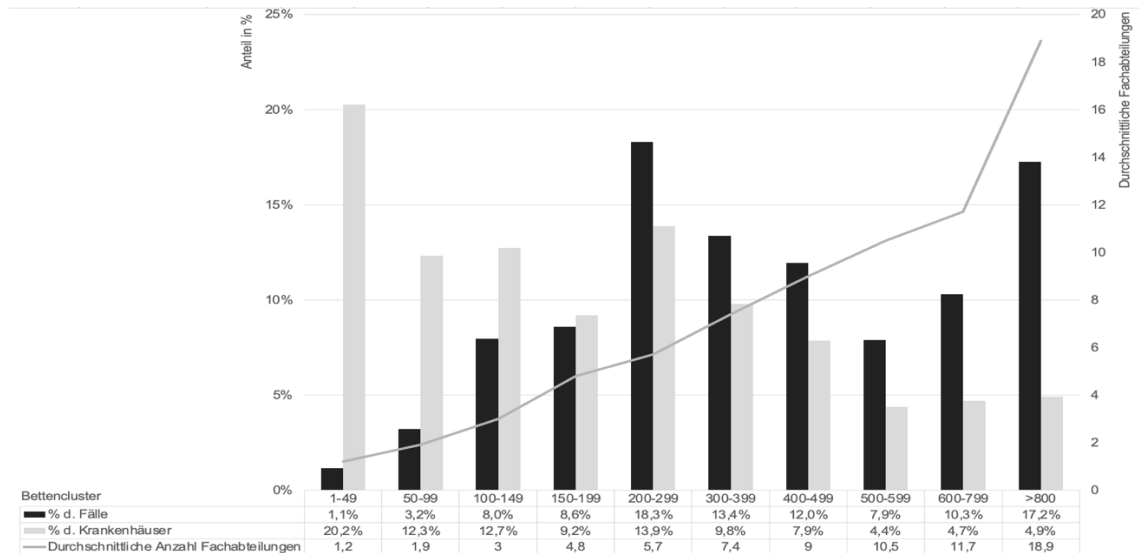


Abbildung 6: Anteil stationärer Fälle in Deutschland und Anteil Anzahl Krankenhäuser je Bettencluster sowie durchschnittliche Anzahl Fachabteilungen je Krankenhaus im jeweiligen Bettencluster in Deutschland in der stationären Krankenhauserbringung 2023. Eigene Darstellung nach Quelle: (Statistisches Bundesamt, 2025)

Krankenhäuser mit 1 bis 299 Betten stellen 68,4 % aller Häuser in Deutschland. Sie verfügen im Schnitt über bis zu 5,7 Fachabteilungen (bei 200–299 Betten) und erbringen dabei 39,2 % der stationären Leistungen. Krankenhäuser ab 300 Betten machen 31,6 % aller Häuser aus, decken jedoch 60,8 % der stationären Fälle ab (vgl. Abbildung 6). Es ist anzunehmen, dass im Rahmen der Krankenhausreform die Menge an kleineren Krankenhäusern in der stationären Erbringung abnehmen wird, wenn nicht mehr alle Leistungsgruppen zugeteilt wurden. Verlust oder hinzugewinn von Leistungsgruppen kann erhebliche Konsequenzen haben. Wahrscheinlich wird die Zahl der Krankenhäuser mit sieben oder mehr Fachabteilungen steigen, die dann entsprechend auch mehrere Leistungsgruppen abdecken. Umgekehrt kann eine gezielte Konzentration auf einzelne Leistungsgruppen zu einer stärkeren Spezialisierung führen. Davon dürften vor allem hochspezialisierte Fachkliniken und Maximalversorger profitieren.

Die Einführung des KHVVG verändert die ökonomischen Steuerungsparameter in den Krankenhäusern grundlegend. Bisher orientierte sich die betriebliche Planung vor allem an Fallzahlen, Casemix-Index und DRG-Erlösen. Zukünftig rücken strukturbezogene Kriterien, Regionalplanung und Vorhaltepauschalen stärker in den Fokus.

Für das Controlling und das Medizincontrolling steigt damit der Bedarf an strategischer Analyse: Leistungsgruppen, Vorhaltepauschalen und regionale Korridore müssen fortlaufend überwacht und in die Investitions- sowie Personalplanung integriert werden. Auch die Erlösplanung wird anspruchsvoller, da die Mischung aus fixen Vorhaltebeträgen und variablen Fallpauschalen komplexe Szenarien erfordert.

Die Vebeto-Studie zeigt exemplarisch, dass insbesondere kleinere Häuser durch stabile Vorhaltebeträge wirtschaftlich entlastet werden können (Hansis, Eberhard & Dahnke, Hannes, 2024). Allerdings entfalten diese Effekte nur dann ihre Wirkung, wenn die Krankenhausstruktur entsprechend angepasst wird. Für Krankenhäuser aller Versorgungsstufen bedeutet das KHVVG daher nicht nur eine finanzielle Neuordnung, sondern auch eine Neuausrichtung der gesamten betriebswirtschaftlichen Steuerung.

3 Analyse der ökonomischen Steuerung eines Krankenhauses mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) am Beispiel eines Grund- und Regelversorgers.

3.1 Beschreibung des der Analyse zugrundeliegenden fiktiven Krankenhauses

Das Modellkrankenhaus orientiert sich an einem durchschnittlichen Grund- und Regelversorger in Deutschland mit 250 Planbetten. Grundlage ist die durchschnittliche Bettenzahl deutscher Krankenhäuser im Jahr 2023 (264 Betten) sowie die häufigste Krankenhausgröße im Cluster 200–299 Betten (Statistisches Bundesamt, 2025). In Krankenhäusern mit 200–299 Betten entfallen 74,92 % aller Fälle auf die Fachabteilungen Innere Medizin, Allgemein-/Viszeralchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2025). Da die Zuordnungen von Diagnosen und Prozeduren zu den Leistungsgruppen noch nicht veröffentlicht sind, wird die Zuordnung der Fälle auf Fachabteilungsebene durchgeführt.

Zur möglichst genauen Abbildung des Leistungsspektrums werden die DRGs aus dem InEK-Datenbrowser 2024 für die in Tabelle 3 genannten Fachabteilungsschlüssel herangezogen. Die Fallmengen des Modellkrankenhauses werden dann je Fachabteilung auf die prozentuale Erbringung der jeweiligen DRG gerundet. DRGs, die in weniger als 0,5 % aller Fälle einer Fachabteilung in Deutschland vorkommen, entfallen aus dem Leistungsspektrum (vgl. Tabelle 3).

Fachabteilungen und Leistungsspektrum: Auf dieser Basis umfasst das fiktive Krankenhaus folgende Fachrichtungen und Fallzahlen:

<i>Fachabteilung</i>	<i>Fälle</i>	<i>Casemix Index</i>	<i>Fachabteilungsschlüssel</i>
<i>Innere Medizin</i>	6000	1,090	0100, 0102, 0103, 0104, 0105, 0106, 0107, 0108, 0109, 0114, 0152, 0153, 0154, 0156
<i>Allgemein-/ Viszeralchirurgie</i>	3700	0,524	1500, 1519, 1536, 1550, 3618, 3650, 3757
<i>Orthopädie/ Unfallchirurgie</i>	3200	0,703	1523, 1600, 2300, 2309, 2315, 2316
<i>Frauenheilkunde und Geburtshilfe</i>	2200	1,178	2400, 2405, 2425, 2500

Tabelle 3: Auswahl der Fachabteilungen, Fallzahlen und Fachabteilungsschlüssel als Grundlage der Simulation für ein fiktives Krankenhaus mit 200-299 Betten in Deutschland.

Kosten- und Erlösstruktur: Es werden die dem Fallpauschalenkatalog 2025 zugrunde liegenden InEK-Kalkulationsdaten verwendet sowie ein Bundesbasisfallwert von 4.394,22 EUR (GKV-Spitzenverband, 2025). Die Personal- und Sachkostenquoten orientieren sich am Krankenhaus Rating Report 2025. Der Orientierungswert zur Kostensteigerung beträgt 4,24 %, der Teilorientierungswert für Personalkosten 4,7 % und für Sachkosten 3,73 % (Statistisches Bundesamt, 2024). Die r-aG-DRG und Vorhaltekosten werden um den Mittelwert der Bezugsgrößensteigerung der Jahre 2013-2025 von 3,67 % (Reimbursement.info, 2025b). Diese Werte werden anstelle der Inflation für branchenspezifische Preissteigerungen verwendet (vgl. Tabelle 4).

Die Steigerung des dem Modellkrankenhaus zugrunde liegenden Bundesbasisfallwertes (als angenommener Landesbasisfallwert) wird analog zum Krankenhaus Rating Report für die Jahre zwei und drei mit 3,4 % und anschließend mit 3,5 % angesetzt (Augurzky et al., 2025, S. 123) (vgl. Tabelle 4).

<i>Parameter</i>	
<i>Bundesbasisfallwertsteigerung</i>	Jahr 2 und 3: 3,40 % ab Jahr 4: 3,5 %
<i>Fallzahlsteigerung Szenario 1 / Szenario 2 / Szenario 3</i>	0 %/5 %/2 %
<i>Steigung InEK-Bezugsgröße</i>	3,67 %
<i>Fallzahlkorridor für Vorhaltekosten</i>	20 %
<i>Personalorientierungswert</i>	4,7 %
<i>Sachkostenorientierungswert</i>	3,73 %
<i>Orientierungswert für Krankenhäuser</i>	4,24 %

Tabelle 4: Definition der Parameter als Grundlage der Deckungsbeitragsrechnungen für das Modellkrankenhaus

Die Kosten- und Erlösstruktur geht von einem InEK-Idealhaus aus, sodass sich im Ausgangsjahr 1 Kosten und Erlöse exakt ausgleichen und einen Deckungsbeitrag von 0 EUR ergeben. Dies ist zwar bei der aktuellen Kostendifferenz von 5,5 % nicht realitätsnah, wird aber zur Fragestellung des Einflusses von Leistungsentscheidungen auf die Deckungsbeiträge vereinfachend angenommen.

Der Fixkostendegressionsabschlag wird mit dem KHVVG ab 2027 abgeschafft (KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz), 2024, S. §4 Abs. 2a), sodass dieser in den Szenarien, die auf zehn Jahre angelegt sind, ebenfalls nicht in die Berechnung mit einbezogen wird – theoretisch könnte er zumindest in den Jahren 1 und 2 sowie in den Folgejahren bis Jahr 6 einen erlös- und damit deckungsbeitragsmindernden Effekt haben. Da dieser Effekt jedoch die grundsätzliche Aussage der Arbeit nicht beeinträchtigt, wird auf eine gesonderte Berechnung des Fixkostendegressionsabschlags verzichtet. Auch weitere Minder- und Mehrerlösausgleiche werden nicht in die Kalkulation einbezogen

3.2 Methodik der Entwicklung von Kosten und Erlösen sowie Deckungsbeiträgen

Zur Ermittlung der DRGs der jeweiligen Fachabteilungen werden die jeweiligen Fachabteilungsschlüssel im InEK-Datenbrowser für das Jahr 2024 für Häuser mit 200-299 Betten ausgewertet und die Fallnummern auf die DRGs prozentual verteilt. Daraus ergibt sich die durchschnittliche Leistungserbringung und der

durchschnittliche Casemixindex einer Fachabteilung (vgl. Tabelle 3). Das erste Jahr entspricht erlösseitig in der Kalkulation dem Fallpauschalenkatalog 2025. Daraus abgeleitet werden analog zum Krankenhausrating-Report 2025 60,2 % Personalkosten, 30,2 % Sachkosten und 9,6 % sonstige Kosten errechnet. Die Pflegekosten und -erlöse werden aus der Berechnung entfernt, da diese aufgrund der theoretischen vollständigen Refinanzierung im Jahresabschluss durchlaufende Posten sind und damit nicht deckungsbeitragsrelevant.

Zur Ermittlung des Deckungsbeitrages werden Erlöse aus r-aG-DRGs und Vorhaltekosten summiert und von der Summe aus simulierten Personal-, Sach-, und Sonstigen Kosten abgezogen. Für die Szenarien mit gleichbleibender Leistungsentwicklung (Szenario 1) werden die sach- und sonstigen Kosten jährlich mit dem Teilorientierungswert für Sachkosten bzw. Orientierungswert für Krankenhäuser (sonstige Kosten) gesteigert, für die leistungsabhängigen Szenarien 2 und 3 werden diese beiden leistungsabhängigen Kosten prozentual am Gesamterlös ermittelt. Dies soll den gesteigerten Sach- und Infrastrukturbedarf bei Mehrleistung widerspiegeln. Alle Szenarien gehen davon aus, dass die Leistungen mit dem in Jahr 1 vorhandenen Personal erbringen zu müssen. Daher wird von einer leistungsbezogenen Personalkostensteigerung für die Berechnungen abgesehen.

Die Auswirkungen des KHVVG werden ab Jahr 2 simuliert. Eine Investitionskostenfinanzierung wird nicht modelliert; die Berechnungen basieren ausschließlich auf dem operativen Betriebsergebnis. Die Vorhaltekosten aus dem KHVVG werden in den Szenarien systematisch berücksichtigt gemäß den Vorgaben der Kalkulation zur Errechnung der Vorhaltekosten und Trennung von der r-aG-DRG sowie unter Berücksichtigung der Pflegeerlöse je DRG.

Die Vorhaltekosten werden jährlich um die Steigerung der Bezugsgröße erhöht, was wiederum dämpfend auf den Erlös aus den r-aG-DRGs wirkt. Die Höhe der Vorhaltebewertungsrelationen je Bundesland ist zum Zeitpunkt der Arbeit noch nicht bekannt. Daher werden die Vorhaltekosten, wie in Kapitel 2.7.2 beschrieben, je DRG berechnet und für das Modellkrankenhaus als gegeben angenommen – in dem Wissen, dass diese für dasselbe Krankenhaus in einem anderen Bundesland davon abweichen werden. Das Modell verzichtet auch auf die Festschreibung der Vorhaltekosten für die ersten zwei bzw. anschließend alle drei Jahre und nimmt an, dass mit Erreichen des Fallzahlkorridors von 20 % im Folgejahr

eine Anpassung der Vorhaltekosten erfolgt. Auch ist davon auszugehen, dass die Kalkulation der Kosten derselben Kostensteigerung unterliegt wie das bisherige aG-DRG-System (Bezugsgrößendifferenzen) und damit dieselben Kosten in die Kalkulation einfließen wie bisher. Es wird angenommen, dass auch bei einer Neukalkulation nach mehreren Jahren die Preissteigerungen der „übersprungenen“ (nicht kalkulierten) Jahre berücksichtigt werden müssen. Das Modell geht daher vereinfacht davon aus, dass diese Steigerungen in jedem Jahr erlösseitig wirksam werden. In der Realität kommt es zu einer Vorfinanzierung gesteigerter Vorhaltekosten durch Krankenhäuser bis zur Neukalkulation nach den vorgegebenen Jahren.

3.3 Gleichbleibende Leistungserbringung (Szenario 1)

Auf dem Hintergrund regionaler Unterschiede gibt es möglicherweise für Grund- und Regelversorger keine Alternative zur bisherigen Leistungserbringung. Zudem dauern Infrastrukturprojekte wie Neubauten zur Zusammenführung von mehreren Standorten oft viele Jahre. Das führt dazu, dass das Modellkrankenhaus in Szenario 1 strategisch den Status quo als Steuerungsweg gewählt hat.

Für das Modellkrankenhaus wird die Leistungsmenge auf 14.508 Fälle festgeschrieben und Kosten sowie Erlöse nach obigem Modell über zehn Folgejahre hochgerechnet.

Die Kombination aus niedrigerer Steigung der Vorhaltekosten und r-aG-DRG gegenüber der Kostenentwicklung in den Personal- und Sachkosten führt über die Zeit zu einem kumulativen Effekt mit negativer Auswirkung auf den Deckungsbeitrag.

Die aus dem operativen Geschäft entstehende Unterdeckung (vor Rechnungs-korrekturen durch den Medizinischen Dienst) beträgt im ersten Jahr 390 Tsd. EUR und im zehnten Jahr 5,56 Mio. EUR.

Über den Betrachtungszeitraum benötigt dieses Krankenhaus zusätzliche Finanzmittel in Höhe von 27,22 Mio. EUR (vgl. Tabelle 5).

Jahr	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Fälle	4.394,22 €	4.543,62 €	4.698,11 €	4.862,54 €	5.032,73 €	5.208,87 €	5.391,19 €	5.579,88 €	5.775,17 €	5.977,30 €	6.186,51 €
CM	14.508	14.508	14.508	14.508	14.508	14.508	14.508	14.508	14.508	14.508	14.508
Vorhalte BWR	12.643	12.676	12.709	12.730	12.751	12.772	12.792	12.813	12.834	12.855	12.876
Vorhaltekosten je BWR	1.651,81 €	1.712,41 €	1.775,24 €	1.840,37 €	1.907,88 €	1.977,88 €	2.050,44 €	2.125,66 €	2.203,65 €	2.284,49 €	2.333,13 €
Erlöse	55,56 Mio €	57,60 Mio €	59,71 Mio €	61,90 Mio €	64,17 Mio €	66,53 Mio €	68,97 Mio €	71,50 Mio €	74,12 Mio €	76,84 Mio €	79,66 Mio €
Davon r-a-G-DRG	34,67 Mio €	35,95 Mio €	37,26 Mio €	38,63 Mio €	40,05 Mio €	41,52 Mio €	43,04 Mio €	44,62 Mio €	46,26 Mio €	47,95 Mio €	49,71 Mio €
Davon Vorhaltekosten	20,88 Mio €	21,65 Mio €	22,45 Mio €	23,27 Mio €	24,12 Mio €	25,01 Mio €	25,92 Mio €	26,88 Mio €	27,86 Mio €	28,88 Mio €	29,94 Mio €
Gesamtkosten	55,56 Mio €	57,98 Mio €	60,51 Mio €	63,16 Mio €	65,91 Mio €	68,79 Mio €	71,80 Mio €	74,94 Mio €	78,22 Mio €	81,65 Mio €	85,22 Mio €
Davon Personalkosten	33,45 Mio €	35,02 Mio €	36,66 Mio €	38,39 Mio €	40,19 Mio €	42,08 Mio €	44,06 Mio €	46,13 Mio €	48,30 Mio €	50,57 Mio €	52,94 Mio €
Davon Sachkosten	16,78 Mio €	17,40 Mio €	18,05 Mio €	18,73 Mio €	19,43 Mio €	20,15 Mio €	20,90 Mio €	21,68 Mio €	22,49 Mio €	23,33 Mio €	24,20 Mio €
Sonstige Kosten	5,33 Mio €	5,56 Mio €	5,80 Mio €	6,04 Mio €	6,30 Mio €	6,56 Mio €	6,84 Mio €	7,13 Mio €	7,44 Mio €	7,75 Mio €	8,08 Mio €
Deckungsbeitrag Szenario 1	0,00 Mio €	-0,39 Mio €	-0,80 Mio €	-1,26 Mio €	-1,74 Mio €	-2,27 Mio €	-2,84 Mio €	-3,45 Mio €	-4,10 Mio €	-4,81 Mio €	-5,56 Mio €

Tabelle 5: Deckungsbeitragsrechnung des Modellkrankenhauses mit gleichbleibender Leistungserbringung über 10 Jahre. CM: Casemix, BWR: Bewertungsrelation, Personalkosten ohne Pflege, Erlöse ohne Pflegeerlöse.

Die Berechnungen verdeutlichen ein zentrales Problem der aktuellen Erlösstruktur: Krankenhäuser mit durchschnittlicher Fallschwere und ohne besondere Spezialisierung geraten auch bei stabiler Leistungsmenge durch die unzureichende Anpassung der DRG-Erlöse an die Kostenentwicklung zunehmend unter Druck. Für strukturschwache Regionen bedeutet dies für die Träger erhebliche Mehrausgaben zur Kompensation der defizitären Strukturen.

3.4 Steigende Leistungserbringung (Szenario 2)

Im DRG-System vor Einführung des KHVVG bestand eines der häufigsten Steuerungsmodelle darin, die Fallzahlen zu steigern, um über höhere Erlöse die Wirtschaftlichkeit zu sichern. Mit dem KHVVG wurden zur Reduktion dieser mengenorientierten Anreizstruktur Vorhaltekosten und Fallzahlkorridore eingeführt.

Das Modellkrankenhaus in diesem Szenario folgt dennoch dem bisherigen strategischen Ansatz und erhöht seine Leistungsmenge jährlich um 5 %. Ausgehend von 14.508 Fällen im Startjahr ergibt sich so bis zum zehnten Jahr eine Fallzahlsteigerung auf 23.690 Fälle. Die Erhöhung wird proportional auf alle Fachabteilungen und DRGs verteilt und gerundet. Dadurch kann die jährliche Steigerung leicht unter 5 % liegen. Der Fallzahlkorridor von 20 % wird in den Jahren 5 und 9 überschritten, was in den Folgejahren zu sprunghaften Anstiegen der Erlöse und Deckungsbeiträge führt (vgl. Tabelle 6).

Die Sach- und sonstigen Kosten steigen erlösabhängig, während der Personalstamm unverändert bleibt und die Mehrleistung erbringen muss. Personal- und Sachkosten werden entsprechend mit den jeweiligen Teilorientierungswerten fortgeschrieben. Bereits ab dem ersten Jahr entstehen positive

Deckungsbeiträge, die sich über zehn Jahre kumuliert auf 84,8 Mio. EUR belaufen (vor Rechnungskorrekturen durch den Medizinischen Dienst und ohne Fixkostendegressionsabschlag).

Auffällig ist in der Modellierung, dass die Sachkosten weniger stark steigen als die r-aG-DRG-Erlöse, obwohl diese kalkulatorisch auf Verbrauchskosten beruhen. So steht einem Erlöszuwachs von 2,87 Mio. EUR zwischen Jahr 1 und Jahr 2 lediglich ein Anstieg der Sachkosten um 1,1 Mio. EUR gegenüber. Dies deutet auf eine mögliche Verzerrung hin, die auf einem zu niedrig angesetzten Sachkostenanteil (30,2 %) beruhen könnte – insbesondere in sachkostenintensiven Fachabteilungen wie der Orthopädie. Würden ab Jahr 2 etwa 1,77 Mio. EUR an Sachkosten zusätzlich berücksichtigt, hätte dies einen erheblich negativen Einfluss auf den Deckungsbeitrag.

Um diese Verzerrung abzumildern, wird im Modell auch für Sach- und sonstige Kosten der relative Kostenanteil an den Erlösen herangezogen, anstelle der bloßen Fortschreibung mit dem Teilorientierungswert (3,73 %). Dieser liegt nur geringfügig über der vom InEK ermittelten durchschnittlichen Kostensteigerung (3,67 %). Ohne diese Anpassung wären Auswirkungen auf die Deckungsbeiträge noch deutlicher ausgefallen (vgl. Tabelle 6).

Jahr	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Fälle	4.394,22 €	4.543,62 €	4.698,11 €	4.862,54 €	5.032,73 €	5.208,87 €	5.391,19 €	5.579,88 €	5.775,17 €	5.977,30 €	6.186,51 €
CM	14.508	15.195	15.988	16.833	17.654	18.552	19.335	20.398	21.428	22.468	23.690
Vorhalte BWR	12.643	13.027	13.499	14.004	14.490	15.708	16.125	16.761	17.345	19.050	19.790
Vorhaltekosten je BWR	1.651,81 €	1.712,41 €	1.775,24 €	1.840,37 €	1.907,88 €	1.977,88 €	2.050,44 €	2.125,66 €	2.203,65 €	2.284,49 €	2.368,30 €
Erlöse	55,56 Mio €	59,19 Mio €	63,42 Mio €	68,10 Mio €	72,92 Mio €	81,82 Mio €	86,94 Mio €	93,52 Mio €	100,17 Mio €	113,87 Mio €	122,43 Mio €
Davon r-aG-DRG	34,67 Mio €	37,54 Mio €	40,97 Mio €	44,83 Mio €	48,80 Mio €	53,16 Mio €	57,23 Mio €	62,72 Mio €	68,24 Mio €	74,24 Mio €	81,36 Mio €
Davon Vorhaltekosten	20,88 Mio €	21,65 Mio €	22,45 Mio €	23,27 Mio €	24,12 Mio €	28,66 Mio €	29,71 Mio €	30,80 Mio €	31,93 Mio €	39,62 Mio €	41,08 Mio €
Gesamtkosten	55,56 Mio €	58,58 Mio €	61,91 Mio €	65,49 Mio €	69,21 Mio €	74,64 Mio €	78,66 Mio €	83,35 Mio €	88,16 Mio €	95,89 Mio €	101,67 Mio €
Davon Personalkosten	33,45 Mio €	35,02 Mio €	36,66 Mio €	38,39 Mio €	40,19 Mio €	42,08 Mio €	44,06 Mio €	46,13 Mio €	48,30 Mio €	50,57 Mio €	52,94 Mio €
Davon Sachkosten	16,78 Mio €	17,88 Mio €	19,15 Mio €	20,57 Mio €	22,02 Mio €	24,71 Mio €	26,25 Mio €	28,24 Mio €	30,25 Mio €	34,39 Mio €	36,97 Mio €
Sonstige Kosten	5,33 Mio €	5,68 Mio €	6,09 Mio €	6,54 Mio €	7,00 Mio €	7,85 Mio €	8,35 Mio €	8,98 Mio €	9,62 Mio €	10,93 Mio €	11,75 Mio €
Deckungsbeitrag Szenario 2	0,00 Mio €	0,62 Mio €	1,52 Mio €	2,61 Mio €	3,71 Mio €	7,18 Mio €	8,28 Mio €	10,17 Mio €	12,00 Mio €	17,98 Mio €	20,76 Mio €

Tabelle 6: Deckungsbeitragsrechnung des Modellkrankenhauses mit jährlich um 5 % steigender Leistungserbringung über 10 Jahre. CM: Casemix, BWR: Bewertungsrelation, Personalkosten ohne Pflege, Erlöse ohne Pflegeerlöse.

3.5 Konzentration von Leistungen (Szenario 3)

Die Konzentration medizinischer Leistungen auf spezialisierte Bereiche stellt unter den Rahmenbedingungen des KHVVG eine zentrale Strategie dar, um wirtschaftlich tragfähige Strukturen zu sichern. Ziel ist nicht nur eine Fallzahlerhöhung in einzelnen Abteilungen, sondern vor allem die Bündelung von Leistungen

mit hoher Wirtschaftlichkeit und standardisierten Prozessen. Für dieses Szenario wird daher eine moderate Fallzahlsteigerung von 2 % jährlich angenommen.

In den Szenarien 1 und 2 verteilen sich die stationären Leistungen des Modellkrankenhauses auf vier Abteilungen: Innere Medizin, Orthopädie/Unfallchirurgie, Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie Gynäkologie. In Szenario 3 konzentriert sich das Krankenhaus hingegen auf drei Leistungsgruppen: Innere Medizin, Orthopädie/Unfallchirurgie und Allgemein-/Viszeralchirurgie. Die Auswahl folgt klaren Kriterien: stabile Fallzahlen (Innere Medizin), hohes Deckungsbeitragspotenzial durch hohen Sachkosteneinsatz (Orthopädie) und relevante Prozesskomplexität (Allgemeine Chirurgie).

Es wird angenommen, dass durch die Verlagerung von Ressourcen aus Schließung der Gynäkologie zusätzlich rund 2.000–3.000 Fälle in den verbliebenen drei Bereichen erbracht werden können, ohne größere Infrastrukturinvestitionen. Die Fixkosten bleiben konstant und steigen lediglich mit dem Teilorientierungswert für Personal für das Jahr 2024. Variable Sach- und sonstige Kosten entwickeln sich linear zur Fallzahl.

Nach Schließung der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe erbringt das Modellkrankenhaus im Ausgangsjahr 12.342 Fälle mit einem Casemix von 11.509 Punkten. Damit liegt die Fallzahl um etwa 14,9 % unter der Ausgangsmenge der Szenarien 1 und 2, der Casemix jedoch nur um rund 9 % niedriger. Grund hierfür ist der vergleichsweise geringe Casemix-Index gynäkologischer und geburtshilflicher DRGs.

Durch Effizienzgewinne in Verweildauer, Fixkostendegression und optimierter Infrastruktur können bereits ab dem ersten Jahr positive Deckungsbeiträge erwirtschaftet werden. Mit einer jährlichen Fallzahlsteigerung von 2 % erreicht das Krankenhaus im achten Jahr etwa die Fallmenge der Szenarien 1 und 2. Zu diesem Zeitpunkt liegt der Deckungsbeitrag bei rund 3,06 Mio. EUR (vgl. Tabelle 7).

Ohne Fallzahlsteigerung würde in diesem Szenario hingegen schon ab dem zweiten Jahr ein negativer Deckungsbeitrag entstehen, der bis Jahr 10 auf 5,07 Mio. EUR anwächst. Über den gesamten Zeitraum wären in diesem Szenario 24,7 Mio. EUR an zusätzlichen Finanzmitteln erforderlich – rund 3 Mio. EUR

weniger als in Szenario 1. Strategisch entspricht dies der Schließung einer Fachabteilung ohne gleichzeitige Effizienzsteigerung in den verbleibenden Strukturen.

Jahr	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Fälle	4.394,22 €	4.543,62 €	4.698,11 €	4.862,54 €	5.032,73 €	5.208,87 €	5.391,19 €	5.579,88 €	5.775,17 €	5.977,30 €	6.186,51 €
CM	12.342	12.523	12.762	13.016	13.255	13.612	13.967	14.214	14.498	14.768	15.077
Vorhalte BWR	11.509	11.633	11.792	11.954	12.115	12.354	12.618	12.774	12.992	13.155	13.358
Vorhaltekosten je BWR	1.644,66 €	1.705,00 €	1.767,55 €	1.832,40 €	1.899,62 €	1.870,73 €	1.939,36 €	2.010,51 €	2.084,27 €	2.014,95 €	2.088,87 €
Erlöse	50,57 Mio €	52,86 Mio €	55,40 Mio €	58,13 Mio €	60,97 Mio €	64,35 Mio €	68,03 Mio €	71,28 Mio €	75,03 Mio €	78,63 Mio €	82,64 Mio €
Davon r-aG-DRG	31,64 Mio €	33,23 Mio €	35,06 Mio €	37,04 Mio €	39,11 Mio €	41,69 Mio €	44,53 Mio €	46,92 Mio €	49,78 Mio €	52,45 Mio €	55,50 Mio €
Davon Vorhaltekosten	18,93 Mio €	19,62 Mio €	20,34 Mio €	21,09 Mio €	21,86 Mio €	22,66 Mio €	23,50 Mio €	24,36 Mio €	25,25 Mio €	26,18 Mio €	27,14 Mio €
Gesamtkosten	50,57 Mio €	52,78 Mio €	55,08 Mio €	57,49 Mio €	60,00 Mio €	62,62 Mio €	65,36 Mio €	68,22 Mio €	71,20 Mio €	74,32 Mio €	77,57 Mio €
Davon Personalkosten	30,44 Mio €	31,88 Mio €	33,37 Mio €	34,94 Mio €	36,58 Mio €	38,30 Mio €	40,10 Mio €	41,99 Mio €	43,96 Mio €	46,03 Mio €	48,19 Mio €
Davon Sachkosten	15,27 Mio €	15,84 Mio €	16,43 Mio €	17,05 Mio €	17,68 Mio €	18,34 Mio €	19,03 Mio €	19,74 Mio €	20,47 Mio €	21,24 Mio €	22,03 Mio €
Sonstige Kosten	4,85 Mio €	5,06 Mio €	5,28 Mio €	5,50 Mio €	5,73 Mio €	5,98 Mio €	6,23 Mio €	6,49 Mio €	6,77 Mio €	7,06 Mio €	7,35 Mio €
Deckungsbeitrag Szenario 3	0,00 Mio €	0,08 Mio €	0,32 Mio €	0,64 Mio €	0,97 Mio €	1,73 Mio €	2,67 Mio €	3,06 Mio €	3,83 Mio €	4,31 Mio €	5,07 Mio €

Tabelle 7: Deckungsbeitragsrechnung des Modellkrankenhauses Leistungskonzentration auf drei Fachabteilungen und moderat steigender Leistungserbringung über 10 Jahre. CM: Casemix, BWR: Bewertungsrelation, r-aG-DRG: reste-aG-DRG, Personalkosten ohne Pflege, Erlöse ohne Pflegeerlöse.

4 Betriebswirtschaftliche und politische Einordnung der Auswirkungen des KHVVG auf die ökonomische Steuerung der Krankenhäuser

4.1 Betriebswirtschaftliche Einordnung

Im Zentrum der wirtschaftlichen Betrachtung eines Krankenhauses nach Inkrafttreten des KHVVG steht die Entwicklung des Deckungsbeitrags als wesentliches Steuerungsinstrument. Die vorangegangenen Szenarienanalysen zeigen exemplarisch, wie sich unterschiedliche strategische Ausrichtungen – Beibehaltung des Status quo, Mengenausweitung oder Konzentration auf wirtschaftlich tragfähige Leistungsbereiche – auf die betriebswirtschaftliche Ergebnislage eines Grund- und Regelversorgers auswirken.

Bei gleichbleibender Leistungserbringung zeigte sich, dass die Steigerung der Basisfallwerte sowie die Einführung der Vorhaltefinanzierung nicht ausreichen, um die dynamisch steigenden Kosten auszugleichen. Über den betrachteten Zeitraum resultiert daraus ein sukzessiver Rückgang des Deckungsbeitrags.

Dieses Ergebnis verdeutlicht die ökonomische Dysfunktion des bisherigen DRG-Systems und verweist zugleich auf die Grenzen der Reformziele des KHVVG: Ohne strukturelle Anpassungen durch Leistungskonzentration oder Mengenausweitung können Grund- und Regelversorger auch künftig kaum positive Deckungsbeiträge erwirtschaften.

Im Gegensatz dazu zeigte jedes Szenario mit zunehmender Leistungserbringung einen positiven Effekt auf den Deckungsbeitrag, sofern die Mehrleistung innerhalb der bestehenden Kapazitäten erfolgen kann. Dabei profitiert das Krankenhaus insbesondere von der Steigerung der DRG-basierten Erlöse durch Mehrleistung, die dadurch, zumindest im Modellrahmen, die bestehende Kostendynamik kompensiert. Derartige Effizienzgewinne sind jedoch in der Realität durch Personalengpässe und infrastrukturelle Beschränkungen limitiert. Die Annahme einer kontinuierlichen Mehrleistung von rund 10.000 Fällen in zehn Jahren ohne zusätzliche Ressourcen ist daher kritisch zu bewerten und weist auf eine Schwäche von Szenario 2 hin. Die Leistungssteigerung als alleinige Lösung greift damit zu kurz.

Zudem bleibt der größte Teil der zusätzlichen Erlöse auf den variablen Rest-DRG-Anteil beschränkt. Die Vorhaltefinanzierung verbessert zwar die Grundstabilität, belohnt aber steigende Produktivität nur bedingt. Sie steigt zwar auch moderat, entfaltet aber die eigentlich deutliche Wirkung erst ab dem ersten Jahr, in dem der Korridor überschritten wurde, bzw. die Neukalkulation durch das InEK mit entsprechender Mehrleistung erfolgt. Hier könnte es zu Fehlsteuerungen kommen, da es über einen längeren Zeitraum (2, bzw. 3 Jahre) zu einer Vorfinanzierung von Vorhaltestrukturen für eine Mehrleistung durch die Krankenhäuser kommen muss, bevor diese erlöswirksam vergütet werden.

Am eindeutigsten fällt die Verbesserung des Deckungsbeitrags im Szenario der Konzentration auf ausgewählte, wirtschaftlich tragfähige Fachabteilungen aus. Die modellhafte Fokussierung auf Innere Medizin, Allgemeinmedizin und Orthopädie erlaubt eine signifikante Ergebnisverbesserung, ohne die Gesamtkapazität im Vergleich zu Szenario 1 wesentlich auszuweiten. Die Verlagerung von wenig rentablen zu erlösstarken Leistungsbereichen stärkt die Kostenstruktur und reduziert Fixkostenanteile jenseits der Vorhaltevergütung.

Die strategische Leistungsbündelung bringt jedoch auch Risiken mit sich. So ist eine Überlastung der verbleibenden Ressourcen (zum Beispiel Operationskapazitäten, Intensivstation, pflegerische Versorgung etc.) möglich. Zudem drohen Versorgungsdefizite in der Region, wenn der Rückbau einzelner Abteilungen – wie der Frauenheilkunde und Geburtshilfe – nicht durch andere Träger oder sektorenübergreifende Kooperationsmodelle kompensiert wird.

4.2 Gesundheitspolitische Einordnung

Die Krankenhausreform hat laut Webseite des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vier Ziele:

„Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität,

Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten,

Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung,

Entbürokratisierung: Durch besseren Ressourceneinsatz soll das Krankenhauspersonal entlastet werden.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2025b)

Das ursprüngliche Ziel der Entökonomisierung durch Einführung von Vorhaltepauschalen, mit dem das Reformvorhaben unter anderem begonnen wurde, wurde von der Webseite des BMG entfernt (Reimbursement.info, 2025a).

Um die grundlegenden Reformvorhaben zu entwerfen und in Empfehlungen zu formulieren, wurde eine „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ eingesetzt, die insgesamt 14 Empfehlungen zu unterschiedlichen Themen der aktuellen stationären Gesundheitsversorgung in Deutschland erarbeitete (Bundesministerium für Gesundheit, 2025a).

Aus der dritten Stellungnahme mit dem Titel „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“ wurden insgesamt drei Punkte in das KHVVG übernommen:

1. die Einführung von Vorhaltepauschalen,
2. die Einführung von Leistungsgruppen sowie
3. die Schaffung eines neuen Versorgungslevel („Versorgungslevel 1i“).

Insbesondere die Einführung der Vorhaltepauschalen sollte den ökonomischen Druck von den Krankenhäusern nehmen, indem die Vergütung weniger stark von der erbrachten Menge abhängt als bisher. Allerdings erfüllt die komplexe Kalkulation dieser Vorhaltepauschalen diesen Zweck bisher nicht. Dafür lassen sich im Wesentlichen drei Gründe anführen:

1. Zeitlicher Verzug des Inkrafttretens der Vorhaltefinanzierung

Die Einführung der Maßnahmen und Wirksamkeitsstufen des KHVVG war ursprünglich für das Jahr 2029 vorgesehen. Von diesem Zeitpunkt aus wurden die notwendigen Schritte rückwärts geplant: von der Gesetzgebung über die Definition der Leistungsgruppen, deren Zuteilung, bis hin zur Kalkulation der Vorhaltepauschalen (vgl. Tabelle 8).

Thema	KHVVG (ursprünglich)	KHAG-RefE (Anpassung)
Vorhaltepauschalen <i>Erste Kalkulationsrunden</i>	2025/2026	2027/2028
Vollständige Umsetzung Vorhaltefinanzierung	01.01.2029	01.01.2030
Neubewertung Turnus Vorhaltepauschalen durch das InEK	Initial nach 2 Jahren, dann alle 3 Jahre (Ausnahmen möglich)	unverändert

Tabelle 8 Übersicht über geplante Änderungen des KHVVG mit dem KHAG (Bundesministerium für Gesundheit, 2024)(Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform, 2025).

Nach dem Ende der Regierungskoalition aus SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP und dem damit verbundenen Regierungswechsel im Jahr 2025 wurden zentrale Aspekte des KHVVG mit dem ersten Referentenentwurf zum KHAG (Krankenhausreformanpassungsgesetz) vom 30.07.2025 erneut überprüft und angepasst (Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform, 2025). Für die Steuerung und diese Arbeit relevant ist insbesondere das um ein Jahr verschobene Inkrafttreten Vorhaltefinanzierung, mit budgetneutralen Jahren 2026 und 2027. In den Jahren 2028 und 2029 wird die Vorhaltevergütung schrittweise eingeführt und entfaltet dann ab 2030 ihre volle Systemwirksamkeit. Diese Verzögerung führt zu einer großen Unsicherheit hinsichtlich der ökonomischen Steuerbarkeit der Krankenhäuser für die nächsten Jahre, da weder die Leistungsgruppenzuteilung noch die Höhe der Vorhaltebewertungsrelationen je Bundesland oder die Höhe der Vorhaltepauschalen zum jetzigen Zeitpunkt bekannt sind. In diesem Kontext spielt auch der zeitliche Verzug bei der Kalkulation der Vorhaltefinanzierung eine entscheidende Rolle.

2. Zeitlicher Verzug der Kalkulation der Vorhaltepauschalen

Mit den Änderungen durch das KHAG soll die volle Wirksamkeit der Vorhaltefinanzierung erst im Jahr 2030 eingeführt werden, erste Kalkulationen erfolgen jedoch bereits 2026/2027. Das bedeutet, dass die Krankenhäuser im Jahr 2030 mit Vorhaltekosten aus vorvergangenen Jahren berücksichtigt werden – vermutlich mit einem Zeitverzug von rund zwei Jahren, ähnlich wie bei den bisherigen DRG-Kalkulationen. Welche Form von Übergangsregelungen es 2028/2029 geben soll, ist derzeit unbekannt.

Betriebswirtschaftlich schwerwiegender ist jedoch, dass eine Neubewertung der Kosten nach dem ersten Turnus von zwei Jahren, dann regelhaft nach drei

Jahren erfolgt. Damit müssen Krankenhäuser zusätzliche Leistungen für etwa drei Jahre vorfinanzieren, bevor die dafür vorgesehene Vorhaltefinanzierung erneut berechnet wird und erlöswirksam greift. Rückwirkende Ausgleichs sind im Gesetz nicht vorgesehen.

Dies zwingt die Krankenhäuser dazu, ihre Wirtschaftlichkeit weiterhin stark über Mengenausweitungen zu sichern, um die steigenden Vorhaltekosten im Haus zu decken (weil die Vorhaltefinanzierung die steigenden Kosten bis zu drei Jahren nicht kompensiert) – was eigentlich verhindert werden sollte. Daher müssen Querfinanzierungen aus anderen Erlösquellen (zum Beispiel r-aG-DRG-Erlösen, Zuschlägen etc.) erfolgen. Eine solche ökonomische Steuerung ist nicht praktikabel: Weder Personal noch Infrastruktur können für Jahre ohne gesicherte Refinanzierung aufgebaut werden.

3. Zeitlicher Verzug bei Infrastrukturmaßnahmen

Wenn Krankenhäuser künftig Leistungen erbringen müssen, die umliegende Einrichtungen nicht mehr erbringen können, wollen oder dürfen, benötigen diese Häuser zusätzliche Ressourcen: mehr Personal, Betten, Operationssäle, Intensivkapazitäten und Therapieplätze. Der Ausbau solcher Strukturen dauert in Deutschland erfahrungsgemäß viele Jahre.

In dieser Übergangszeit müssen die Krankenhäuser jedoch bereits die Mehrmengen erbringen, ohne dass entsprechende bauliche oder personelle Kapazitäten zur Verfügung stehen. Auch hier ergibt sich eine Vorfinanzierung der Leistungserbringung, ohne dass zeitnah die nötigen Mittel dafür fließen.

4.3 Zusammenfassung

Krankenhäuser, die ihren Status quo unverändert beibehalten, laufen nicht erst mit Einführung der Instrumente des KHVVG in die Gefahr der wirtschaftlichen Schiefelage. Die Modellierung zeigt, dass ohne Konzentration der Leistung mit Auslastung der bestehenden Strukturen und Fallzahlsteigerung die Deckungsbeiträge zur nachhaltigen Finanzierung nicht ausreichen und zusätzliche Finanzmittel vom Träger oder eine Insolvenz nötig werden.

Eine Unbekannte bleibt das Vorhaltebudget. Durch die regionale Abhängigkeit der Leistungserbringer vom Markt ist eine Planung mit diesen Mitteln zwar für

etwa zwei bis drei Jahre möglich, Ausnahmeregelungen (zum Beispiel bei Veränderung des Marktes, etwa durch Wegfall eines Marktteilnehmers) können aber auch zwischen regulären Kalkulationsphasen eine Neukalkulation nach sich ziehen und so unerwartet zu Veränderungen führen. So kann es unter Umständen für das Krankenhaus in der Vorhaltefinanzierung zu Mindererlösen bei gleichbleibender Leistungserbringung kommen. Strategische Vorausplanung der Leistungszahlen und gute Marktkenntnis werden in der Zukunft eine deutlich größere Rolle spielen als bisher.

Die Vorhaltevergütung wird auch ihrem Namen kaum gerecht: Es handelt sich nicht um eine Vergütung der Vorhaltung im Voraus, sondern eher um eine nachgelagerte Finanzierung bereits erbrachter Vorhaltungskosten, die möglicherweise aufgrund eines Mengenaufwuchses bereits gestiegen sind, bis sie ausgezahlt werden. Dies widerspricht dem ursprünglichen gesetzgeberischen Ziel Versorgung nachhaltig zu sichern.

Der Transformationsfonds soll dafür zwar finanzielle Mittel bereitstellen, kann jedoch dadurch allein langwierige Bau- und Strukturprojekte nicht beschleunigen. Eine Kompensation für die erhöhten Vorhalteleistungen ist darin nicht vorgesehen. Selbst bei einer Laufzeit von zehn Jahren müssen Förderanträge jährlich neu gestellt werden. Von einer nachhaltigen, strategisch abgesicherten Finanzierung der vorgehaltenen Strukturen zur Leistungserbringung kann daher nicht gesprochen werden.

Die Ergebnisse dieser Arbeit verdeutlichen, dass die ökonomische Steuerung im KHVVG-Regelungsrahmen zum einen sehr wohl über Mengenausweitung zu einer Wirtschaftlichkeit führt, in Anbetracht ökonomisch einzusetzender Personal- und Infrastrukturengpässe aber auch sehr gut über strukturelle Anpassung und Leistungsdifferenzierung erfolgen kann. Während die DRG-Systematik weiterhin zentrale Grundlage der Erlösbildung bleibt, verschieben sich die Gestaltungsoptionen zunehmend in den Bereich der strategischen Leistungsallokation und Effizienzsteigerung in Relation zur Vorhaltefinanzierung. Krankenhäuser ohne klare wirtschaftliche Profilierung geraten damit in ein strukturelles Defizit, dessen Überwindung tiefgreifende Anpassungen erfordert.

Die Simulation zeigt also, dass eine gezielte Konzentration auf wirtschaftlich tragfähige Leistungsgruppen im KHVVG-Kontext ein strategisches

Steuerungsinstrument darstellen kann, um die Ertragslage von Krankenhäusern zu verbessern. Die damit verbundenen Chancen müssen jedoch vor dem Hintergrund begrenzter personeller und infrastruktureller Ressourcen sowie regionalpolitischer Versorgungsaufträge bewertet werden. Für eine nachhaltige Umsetzung bedarf es daher flankierender Maßnahmen wie sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen, klarer Leistungsgruppenzuteilung und verlässlicher, auskömmlicher Vorhaltefinanzierung.

Sollte die Krankenhausreform ursprünglich die Entökonomisierung der stationären Krankenversorgung zum Ziel gehabt haben und dies mit der Einführung der Vorhaltefinanzierung erreichen wollen, so wäre dieses Ziel verfehlt. Die Mengenkompente ist nicht aus dem System eliminiert – Mengenausweitungen sind auch bei der durchaus gewollten Konzentration von Leistungen und Ressourcen notwendig. Jedoch wird durch die dreijährige Verzögerung der Kostenkalkulation der Vorhaltung ein praktisch kaum plan- und umsetzbarer strategischer Spagat verlangt, der ökonomisch zwar im Sinne des optimalen Einsatzes knapper Ressourcen zu verstehen sein mag, im Lichte des Fachkräftemangels aber wohl eher zu Mehrleistung bei geringerer Personaldichte und damit auch womöglich zu Einbußen in der Qualität der Leistungserbringung führt. Hinzu kommt die Vorhaltung und der Aufbau von Infrastruktur über einen Zeitraum, den sich viele Krankenhäuser heute mit ohnehin angespannter Finanzsituation kaum leisten können. Dabei ist es nicht unbedingt ein strategischer Schritt, die Leistung ausweiten zu wollen – wenn umliegende Krankenhäuser Leistungsgruppen nicht mehr erbringen, müssen die verbliebenen Häuser diese Fälle auffangen – mit oder ohne Personal, mit oder ohne die dafür nötige Infrastruktur. Dies kann kaum im Sinne der Gestaltung der politischen Rahmenbedingungen gewesen sein.

5 Schlussbetrachtung

Die vorliegende Arbeit untersucht die ökonomische Steuerung von Krankenhäusern unter dem Einfluss des KHVVG. Ziel ist es, die Auswirkungen dieses umfassenden Reformvorhabens auf das betriebswirtschaftliche Ergebnis eines durchschnittlichen Grund- und Regelversorgers in Deutschland zu analysieren und daraus strategische Handlungsempfehlungen für ein Krankenhaus dieser Versorgungsstufe abzuleiten. Ausgangspunkt ist die Erkenntnis, dass sich das deutsche Krankenhauswesen in einem strukturellen Spannungsfeld zwischen Finanzierungsengpässen, steigenden Versorgungsansprüchen und politischer Neuausrichtung befindet.

Auf Basis eines fiktiven, jedoch empirisch plausibilisierten Modellkrankenhauses wurde in Kapitel 3 eine mehrjährige Simulationsrechnung zur Entwicklung von Kosten, Erlösen und Deckungsbeiträgen durchgeführt. Dabei wurden drei strategische Optionen zur Leistungssteuerung untersucht:

1. gleichbleibende Leistungserbringung,
2. Mengenausweitung sowie
3. die gezielte Konzentration auf profitable Fachabteilungen mit effizienter Nutzung bestehender Infrastrukturen.

Kapitel 4 stellt die Ergebnisse dar und zeigt erhebliche Unterschiede in der Wirtschaftlichkeit auf. Während das Szenario konstanter Leistung mit jährlich steigenden Verlusten verbunden ist, konnten durch moderate Fallzahlerhöhungen und insbesondere durch eine strategische Spezialisierung positive Deckungsbeiträge erzielt werden (vgl. Abbildung 7).

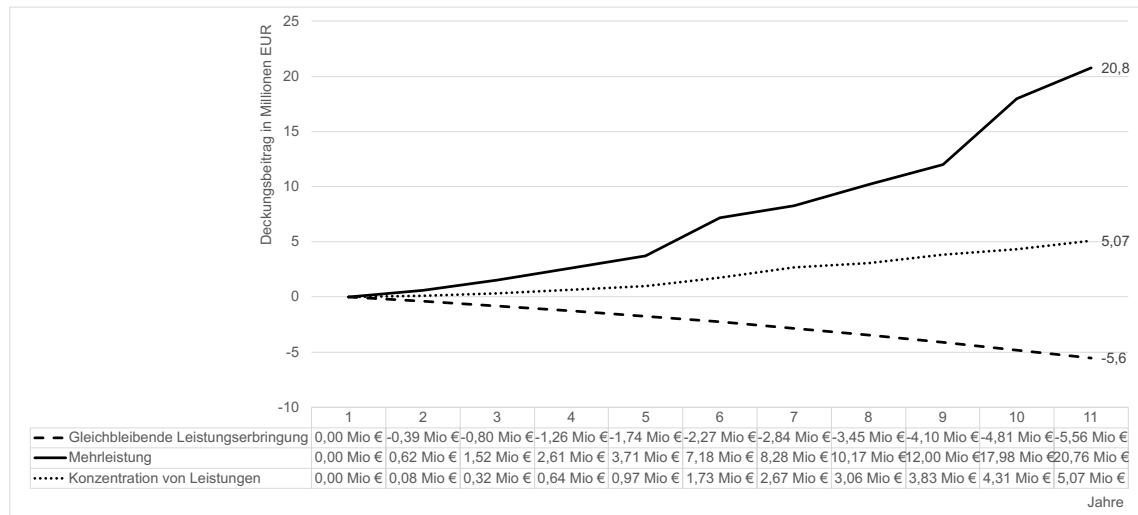


Abbildung 7: Verlauf der Deckungsbeiträge in den drei untersuchten Szenarien über die Zeit in Millionen Euro. Eigene Darstellung.

Die Entwicklung des Deckungsbeitrags stellt eine zentrale Kenngröße zur Bewertung der ökonomischen Steuerungsfähigkeit unter KHVVG-Bedingungen dar. Insbesondere die Einführung von Vorhaltepauschalen führt zu einer grundlegenden Verschiebung der Erlösstruktur: weg von einer rein mengenbasierten Logik hin zu einer kombinierten Finanzierung aus leistungs- und strukturbasierten Komponenten.

Gleichzeitig verdeutlichen die Ergebnisse, dass eine passive Fortschreibung der bisherigen Geschäftsmodelle unter der neuen Systematik nicht tragfähig ist. Demgegenüber eröffnet sich das Potenzial, durch gezielte Profilierung, aufbau von Prozesseffizienz und die Konzentration auf häufige, gut strukturierbare Leistungsgruppen – wie Innere Medizin, Orthopädie oder Allgemein-/Viszeralchirurgie – eine betriebswirtschaftliche Trendumkehr zu erreichen.

Die Analyse der Deckungsbeiträge liefert hierzu einen quantitativen Orientierungsrahmen: Während im konservativen Szenario über den Betrachtungszeitraum ein kumulierter Verlust von mehr als 27,2 Millionen Euro entsteht, ergibt sich im Spezialisierungsszenario ein positiver Saldo von über 22,7 Millionen Euro. Der zentrale Wirkmechanismus liegt dabei weniger in der absoluten Mengenausweitung, sondern in der gezielten Reallokation von Ressourcen auf erlösstarke Segmente bei gleichzeitiger ökonomischer Allokation von Personal und Infrastruktur.

Die Ergebnisse zeigen auch, dass das KHVVG nicht allein als regulatorisches Instrument zu verstehen ist, sondern als ökonomischer Steuerungsimpuls, der Managemententscheidungen auf allen Ebenen des Krankenhauses beeinflusst. Dies betrifft insbesondere Investitionsentscheidungen, die Personalstrukturplanung sowie die mittelfristige Leistungsstrategie. Dabei entsteht ein Spannungsfeld zwischen betriebswirtschaftlicher Optimierung und der Daseinsvorsorgefunktion öffentlicher Gesundheitsversorgung. Gerade in ländlichen und strukturschwachen Regionen kann nicht allein aus wirtschaftlichen Gründen auf Grund- und Regelversorger verzichtet werden. Zudem erfordern Infrastrukturprojekte mehrere Jahre bis zur Umsetzung.

Ein weiterer zentraler Aspekt der zukünftigen Krankenhausversorgung ist die Erbringung ambulanter Leistungen. Die Einführung von Hybrid-DRGs und die Umwidmung stationärer Fälle in ambulante Tagesfälle sollen den Spagat zwischen teuren vollstationären und günstigeren ambulanten/fachärztlichen Fällen schließen. Allerdings fehlt in Deutschland vielfach die notwendige Infrastruktur, um die Kostenvorteile dieser Abrechnungsform tatsächlich zu nutzen. Hybrid-DRG-Fälle im kostenintensiven Zentral-Operationsbereich können bei geringeren Erlösen nicht kostendeckend erbracht werden und erfordern zunächst den Aufbau einer ökonomisch und prozessual optimierten Infrastruktur.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die erfolgreiche Umsetzung der Ziele des KHVVG wesentlich von der Fähigkeit der Krankenhausträger abhängt, die ökonomischen Implikationen der Reform zu erkennen, zu modellieren und proaktiv zu gestalten. Die Instrumente betriebswirtschaftlicher Steuerung – von der Leistungsgruppenanalyse über die Deckungsbeitragsrechnung bis hin zur strategischen Angebots- und Kapazitätsplanung – gewinnen unter dem neuen System nicht nur an Relevanz, sondern werden zum integralen Bestandteil zukunftsfähiger Krankenhausführung. Die komplexen und sich laufend verändernden Zeitpläne der Implementierung von KHVVG und KHAG erschweren jedoch eine planbare und nachhaltige Steuerung. Infrastrukturprojekte benötigen lange Vorlaufzeiten, während verbleibende Krankenhäuser kurzfristig den Wegfall von Leistungsgruppen im Markt kompensieren müssen. Dies ist zwar in der strategischen Leistungsplanung zu berücksichtigen, im aktuellen Reformumfeld jedoch kaum verlässlich planbar.

Zukünftige Forschung sollte die in dieser Arbeit entwickelten betriebswirtschaftlichen Ansätze empirisch validieren und insbesondere untersuchen, wie sich unterschiedliche Trägertypen (kommunal, freigemeinnützig, privat) unter den neuen Rahmenbedingungen entwickeln. Darüber hinaus ist eine kontinuierliche Evaluation der tatsächlichen Effekte des KHVVG erforderlich, um gegebenenfalls regulatorische Anpassungen vorzunehmen.

Literaturverzeichnis

Augurzky, B., Krolop, S., Monsees, D., Pilny, A., & Schmidt, C. M. (2025). *Krankenhaus Rating Report 2025—Aufbruch aus dem Tal der Tränen*. medhochzwei.

Behrends, B. (2020). *Praxishandbuch Krankenhausfinanzierung*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
<https://doi.org/10.32745/9783954665259>

Bschor, T., Augurzky, B., Busse, R., Dötsch, J., Evans, M., Felix, D., Gürkan, I., Seeberg, H., Hasseler, M., Huster, S., Karagiannidis, C., Kingreen, T., Kroemer, H., Münkler, L., Schmitt, J., Somasundaram, R., & Sundmacher, L. (2022, Dezember 6). *Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung—Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung*.

Bschor, T., Augurzky, B., Busse, R., Dötsch, J., Evans, M., Felix, D., Gürkan, I., Haeske-Seeberg, H., Hasseler, M., Huster, S., Karagiannidis, C., Kingreen, T., Kroemer, H., Münkler, L., Schmitt, J., Somasundaram, R., & Sundmacher, L. (2025, März 7). *Krankenhausversorgung in Deutschland 2035 Zielbild der Reformen – zukünftige Aufgaben und Bedeutung der - Krankenhäuser*.

Bundesgesetzblatt Teil I - Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen—Bundesgesetzblatt. (2025a, Juni 22).
<https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/400/VO.html>

Bundesgesetzblatt Teil I - Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen—

Bundesgesetzblatt. (2025b, Juni 22).

<https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/400/VO.html>

Bundesministerium für Gesundheit. (2023, Juli 10). *Eckpunktepapier—Krankenhausreform* -.

Bundesministerium für Gesundheit. (2024). *Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen.*

Bundesministerium für Gesundheit. (2025a, März 7). *Schwerpunkt Krankenhausreform | BMG.* <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung.html>

Bundesministerium für Gesundheit. (2025b, Juli 21). *Fragen und Antworten zur Krankenhausreform | BMG.* <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform/faq-krankenhausreform.html>

Crasselt, N., Heitmann, C., & Maier, B. (2021, Juli 2). Benchmarking ist ein facettenreiches Thema. *Health&Care Management.* <https://www.hcm-magazin.de/benchmarking-ist-ein-facettenreiches-thema-261532/>

Der Modernisierungstau in deutschen Krankenhäusern wächst weiter—PwC. (2023, Oktober 4). <https://www.pwc.de/de/pressemitteilungen/2023/der-modernisierungstau-in-deutschen-krankenhaeusern-waechst-weiter.html>

Deutsche Krankenhausgesellschaft. (2022, Dezember 31). *Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern* 2022.

https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.5._Publikationen___Downloads/3.4.7._Bestandsaufnahme_im_Krankenhaus/2022_DKG_Bestandsaufnahme_KH-Planung_und_Investitionsfinanzierung.pdf

Deutsches Krankenhaus Institut. (2022). *Krankenhaus Barometer—Umfrage 2022*.

Eisenmenger, N. (2024, November 16). *Gutachten zur Prüfung der Aussage: „Die Vorhaltevergütung beträgt 60 %“*. https://reimbursement.institute/wp-content/uploads/Gutachten-zur-Vorhaltefinanzierung_RI-Innovation-GmbH_250106.pdf

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform, Bundesministerium für Gesundheit (2025).

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen, Bundesministerium für Gesundheit (2024).

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2025). *Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über das Berichtsjahr 2023*. www.reimbursement.info

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (2024). https://www.gesetze-im-internet.de/khg/_37.html

GKV-Spitzenverband. (2025, März 28). *Bundesbasisfallwert (BBFW)*. <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/bundesbasisfallwert/bundesbasisfallwert.jsp>

Hansis, E., & Dahnke, H. (2024). *Simulationsstudie zur Krankenhausreform*.

- Hansis, Eberhard & Dahnke, Hannes. (2024, Januar 2). *Hilft die Vorhaltefinanzierung kleinen Krankenhäusern? VEBETO STUDIE*. https://www.vebeto.de/_files/ugd/3642ff_e7b0e1be6898484f82952a221d201b23.pdf
- Hierl, K. (2025). *Erlösanalyse von orthopädischen und unfallchirurgischen Standardeingriffen sowie der Polytraumaversorgung im aG-DRG-System*. <https://doi.org/10.5283/EPUB.74809>
- Horváth & Partners (Hrsg.). (2005). *Prozessmanagement umsetzen: Durch nachhaltige Prozessperformance Umsatz steigern und Kosten senken*. Schäffer-Poeschel.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH. (2024, Dezember 19). *Abschlussbericht Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2025*.
- Kalkulation von Behandlungskosten: Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern* (Version 4.0, 10. Oktober 2016). (2016). Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH.
- KHEntG (Krankenhausentgeltgesetz) (2024).
- Nicole Eisenmenger. (2025, August 12). *Vorhaltevergütung—Berechnungsbeispiel und Interpretation*. <https://reimbursement.institute/glossar/vorhalteverguetung/>
- Plehn, G., Oernek, A., Vormbrock, J., Maagh, P., Butz, T., & Meissner, A. (2017). Vergleich der Kosten- und Erlössituation invasiver und konservativer kardiologischer Behandlungsfälle: Modell einer Deckungsbeitragsrechnung. *Das Gesundheitswesen*, 79(08/09), e62–e69. <https://doi.org/10.1055/s-0041-110672>

- Reimbursement.info. (2025a, Februar 5). *BMG ändert die Zielformulierung zur Krankenhausreform*. <https://reimbursement.institute/publikationen/bmg-aendert-die-zielformulierung-zur-krankenhausreform/>
- Reimbursement.info. (2025b, August 16). *Bezugsgröße des InEK - Wie wird sie ermittelt & wofür verwendet?* <https://reimbursement.institute/glossar/bezugsgroesse/>
- Statistisches Bundesamt. (2024, September 30). *Orientierungswert für Krankenhauskosten 2024 beträgt 4,24 %*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/orientierungswert.html>
- Statistisches Bundesamt. (2025, August 2). *Krankenhausverzeichnis 2023*. Statistisches Bundesamt. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuserjahre.html>
- Zapp, W. (2019). *Controlling Im Krankenhaus: Das Zusammenspiel Von Werten, Prozessen und Innovationen*. Springer Vieweg. in Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Zapp, W., & Ahrens, J. (Hrsg.). (2017). *Von der Prozess-Analyse zum Prozess-Controlling: Analyse - Verfahren - Praxisbeispiele*. Springer Gabler. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-13171-5>



Hochschule Neu-Ulm
University of Applied Sciences

Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbständig angefertigt, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, sowie wörtliche und sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet habe und die Überprüfung mittels Anti-Plagiatssoftware dulde.

Ulm, 21.08.2025

Ort, Datum

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. W. fe.' with a large, sweeping flourish at the beginning.

Unterschrift