

Augurzky/Krolop/Hollenbach/  
Monsees/Pilny/Schmidt/Wuckel

# Krankenhaus Rating Report 2023

Die Revolution?!

**Leseprobe**



Augurzky/Krolop/Hollenbach/Monsees/Pilny/Schmidt/Wuckel

**Krankenhaus Rating Report 2023**

Die Revolution?!

# Krankenhaus Rating Report 2023

## Die Revolution?!

Prof. Dr. Boris Augurzky  
Dr. Sebastian Krolop  
Johannes Hollenbach  
Daniel Monsees  
Dr. Adam Pilny  
Prof. Dr. Christoph M. Schmidt  
Dr. Christiane Wuckel



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Bei der Herstellung des Werkes haben wir uns zukunftsbewusst für umweltverträgliche und wiederverwertbare Materialien entschieden.  
Der Inhalt ist auf elementar chlorfreiem Papier gedruckt.

ISBN 978-3-86216-976-4

© 2023 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

[www.medhochzwei-verlag.de](http://www.medhochzwei-verlag.de)

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld

Druck: mediaprint solutions GmbH, Paderborn

Umschlaggestaltung: kreativmedia KONZEPTION & DESIGN, Hückelhovkreativmedia  
KONZEPTION & DESIGN, Hückelhoven

Titelbild: Kengoo/shutterstock.com; Abscent/shutterstock.com

## Vorwort

Hiermit legen die Autoren den nunmehr neunzehnten *Krankenhaus Rating Report 2023* vor. Sein wichtigstes Ziel ist es, im deutschen Krankenhausmarkt Transparenz zu schaffen. Damit verbindet sich der Anspruch, den Entscheidungsträgern auf den verschiedenen Ebenen (Krankenhäuser und deren Geschäftspartner, Politik, Krankenversicherungen, Banken und Investoren) empirisch abgesicherte Erkenntnisse über diesen Markt an die Hand zu geben. Für die aktuelle Ausgabe wird auf eine Stichprobe von 525 Jahresabschlüssen von Krankenhäusern aus dem Jahr 2021 und 521 aus 2020 zurückgegriffen. Diese umfassen insgesamt 976 Krankenhäuser mit einem am Umsatz gemessenen Marktanteil von 70 %. Diese umfangreiche Datengrundlage dient zusammen mit bereits bekannten Veränderungen über den möglichen Einfluss auf Kosten und Erlöse von Krankenhäusern als gute Grundlage für eine Hochrechnung für 2022.

Wir danken Ferdinand Rau (BMG), Dr. Hannes Dahnke, Dr. Eberhard Hansis (beide Vebeto), Dr. Ingo Kolodziej, Dr. Alexander Haering (beide RWI), Dr. Sven Lueke, Dr. Michaela Lemm und Christoph Steuber (alle hcb) für kritische und konstruktive Anregungen bzw. Mitarbeit bei Sonderanalysen sowie Claudia Lohkamp, Henrik Bergschneider, Khatere Rezwani Gilkalai und Leo Storchmann (alle RWI) für ihre engagierte Mitarbeit bei der Erstellung des Reports. Wir danken außerdem Julia Rondot für die konstruktive Zusammenarbeit bei der Produktion des Reports.

Die Verantwortung für den Inhalt und für eventuelle Fehler tragen selbstverständlich allein die Autoren. Wir freuen uns über Kritik und Anregungen zur stetigen Verbesserung des Reports.

Essen, 15. Juni 2023

Prof. Dr. Boris Augurzky  
Dr. Sebastian Krolop  
Johannes Hollenbach  
Daniel Monsees  
Dr. Adam Pilny  
Prof. Dr. Christoph M. Schmidt  
Dr. Christiane Wuckel

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	5
<b>Executive Summary</b> .....	15
<b>1. Einleitung</b> .....	21
<b>2. Der Krankenhausmarkt</b> .....	25
2.1 Status quo .....	25
2.1.1 Marktübersicht .....	25
2.1.2 Leistungen .....	30
2.1.3 Preise .....	42
2.1.4 Personal und Sachmittel .....	45
2.1.5 Fördermittel .....	61
2.1.6 Kapazitäten .....	65
2.1.7 Vertragsärztlicher Bereich .....	76
2.2 Projektionen .....	79
2.2.1 Leistungen .....	80
2.2.2 Kapazitäten .....	84
2.2.3 Kosten und Erlöse .....	86
2.3 Wesentliche Ergebnisse im Überblick .....	93
2.3.1 Status quo .....	93
2.3.2 Projektionen .....	95
<b>3. Das Rating der Krankenhäuser</b> .....	97
3.1 Datengrundlage .....	97
3.1.1 Jahresabschlussdaten .....	97
3.1.2 Spezialisierungsmaß .....	100
3.1.3 Das fusionierte Krankenhaus .....	100
3.2 Methodik des Ratings .....	100
3.3 Status quo und Rückblick .....	104
3.4 Projektionen .....	109
3.5 Rating nach Untergruppen .....	114
3.5.1 Simultane Analyse mehrerer Faktoren .....	114
3.5.2 Bundesländer .....	119
3.5.3 Trägerschaften .....	127
3.5.4 Ketten und Solisten .....	131
3.5.5 Weitere Untergruppen .....	133
3.6 Investitionen .....	134
3.6.1 Hintergrund .....	134
3.6.2 Mindest-EBITDA-Marge und Investitionsfähigkeit .....	137
3.6.3 Kapitalausstattung .....	141
3.7 Wesentliche Ergebnisse im Überblick .....	148

<b>4. Ausblick</b>	151
4.1 Herausforderungen und Handlungsoptionen	151
4.2 Beispielhaftes Zielbild 2030	155
<b>5. Sonderanalysen</b>	159
5.1 Leistungsgruppen und Transparenz für eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung	159
5.1.1 Neue Ansätze in der Krankenhausplanung	159
5.1.2 Leistungsgruppen als präzises Planungsinstrument	159
5.1.3 Abstimmung erfordert Transparenz	160
5.1.4 Statistische Modellierung aus öffentlichen Daten	161
5.1.5 Quantitatives Verständnis der Leistungsgruppen-Systematik	162
5.1.6 Wirkungsanalyse zum Vorschlag der Regierungskommission	163
5.1.7 Regionalkonferenzen zur Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen	166
5.1.8 Auf dem Weg zu öffentlichen Leistungsgruppen-Fallzahlen	167
5.2 Auswirkungen der neuen Krankenhausplanung Nordrhein-Westfalens auf die Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern	167
5.2.1 Die Neuverteilung der Versorgungsaufträge erzeugt „Gewinner und Verlierer“	167
5.2.2 Fallbeispiel 1: Haus der Grund- und Regelversorgung	168
5.2.3 Fallbeispiel 2: Schwerpunktversorger	169
5.3 Personal und Fachkräftemangel	170
5.3.1 Demografie	171
5.3.2 Beschäftigte und gemeldete Stellen	176
5.3.3 Entgelte	188
5.3.4 Mobilität	194
5.4 Energieeffizienz im Krankenhaus	196
5.4.1 Einleitung	196
5.4.2 Status quo: Wie energieeffizient sind die Krankenhäuser?	197
5.4.3 Wie kann die Energieeffizienz erhöht werden?	200
5.4.4 Schlussfolgerungen	205
<b>6. Benchmarks</b>	207
<b>7. Glossar</b>	219
<b>Literatur</b>	225
<b>Autorenverzeichnis</b>	231



### 1. Einleitung

Die COVID-19-Pandemie ist zwar zu Ende, aber der Krieg in der Ukraine ist noch in vollem Gange, weltweit ist die Inflation nach wie vor hoch, und es herrscht nach wie vor Krisenstimmung. Hierzulande steht jedenfalls die nächste große Krise unmittelbar bevor: Dem Gesundheitswesen geht der Nachwuchs aus, Vorboten dieser Entwicklung spüren wir bereits. Da die Preise im Gesundheitswesen reguliert sind, kann dies zu einer Rationierung von Leistungen führen, es sei denn, Angebot und Nachfrage finden ein neues Gleichgewicht. Langfristig steht zudem der Klimawandel an, der schon heute große Anpassungsbedarfe erzeugt.

Nach wie vor ist die Auslastung der Krankenhäuser niedrig, weitaus niedriger als im Jahr 2019. Dementsprechend fallen auch die Erlöse aus Krankenhausleistungen gering aus, während die Kosten inflationsbedingt steigen. Die Personalmenge wurde bislang noch nicht an die verringerte Leistungsmenge angepasst. Daher ist das Casemixvolumen je Vollzeitkraft im Krankenhaus stark zurückgegangen. Die öffentliche Berichterstattung betont jedoch weiterhin den Personalmangel vor allem in der Pflege. Ganz dezent scheinen sich die privaten Krankenhausbetreiber den veränderten Rahmenbedingungen anzupassen. Dort ist das Casemixvolumen je Vollzeitkraft im Jahr 2021 leicht gestiegen, wenngleich dieser Anstieg eher eine homöopathische Dimension annimmt. Die anderen Trägerschaften dürften bei diesen Anpassungen nachziehen.

Sollte die Auslastung der Krankenhäuser so gering bleiben, müssen auch die stationären Kapazitäten angepasst werden. Wenn von den rund 484 000 Betten in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2021 nur 68 % ausgelastet sind, bedeutet das eine überflüssige Kapazität von fast 100 000 Betten. Wenn zusätzlich die Ambulantisierung der Medizin voranschreitet, könnten weitere mindestens 50 000 Betten überflüssig werden – trotz einer alternden Bevölkerung mit wachsenden Bedarfen. Bei einer durchschnittlichen Krankenhausgröße von 250 Betten sprechen wir also über 600 Krankenhäuser, die rein kapazitätsmäßig nicht mehr benötigt würden. Das sind rund 30 % aller Häuser.

Allerdings erfordert die zunehmend ambulante Leistungserbringung in den Krankenhäusern, dass sie eine andere Art von Kapazitäten bereithalten müssen: Sie benötigen mehr ambulante Infrastruktur und ambulante Prozesse – nicht nur um einen Teil der bisher stationär erbrachten Leistungen aufzufangen, sondern auch um den Wandel in der kassenärztlichen Versorgung abzubilden. Denn die Arztpraxen stehen vor nicht minder schweren Aufgaben. Eine große Zahl an niedergelassenen Ärzten steht vor dem Renteneintritt und der knappe Nachwuchs hat vielfach andere Vorstellungen von der Gestaltung der ärztlichen Tätigkeit. Auch in der ambulanten Versorgung ist mit einer Bündelung der Kapazitäten zu rechnen



## 1. Einleitung

---

und im Gefolge dessen vermutlich mit einem engeren Schulterschluss der Arztpraxen mit Krankenhäusern – zumindest in strukturschwachen Regionen.

Auf freien Märkten würden die Marktteilnehmer auf die Änderungen reagieren, indem sie ihre Angebote möglichst zügig den neuen Gegebenheiten anpassen. So hat beispielsweise die Luftfahrtindustrie die Frequenz ihrer Inlandsflüge stark ausgedünnt. Im deutschen Luftraum wurden im Jahr 2022 38 % weniger Inlandsflüge registriert als im Vor-Corona-Jahr 2019 (DER SPIEGEL 2023). Im Gaststättengewerbe sank die Zahl der Betriebe von circa 165 000 im Jahr 2019 auf etwa 138 000 im Jahr 2021, was einem Rückgang von 16 % entspricht (DEHOGA Bundesverband 2023). Auch im Gesundheitswesen gibt es zahlreiche Ideen, Veränderungen zu gestalten und neuartige Angebote zu schaffen. Viele dieser Angebote und Veränderungsbedarfe lässt das hochregulierte Gesundheitswesen jedoch nicht zu.

Daher braucht es dringend Anpassungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen. Die Dringlichkeit rührt daher, dass mit vielen dieser Anpassungen große Investitionen verbunden sind, die erst in einigen Jahren ihre Wirkung entfalten können. Allein von der Planung bis zur Fertigstellung eines neuen Krankenhauses können sieben oder mehr Jahre vergehen. Der Bundesgesundheitsminister hat daher Ende des Jahres 2022 Vorschläge zu einer umfassenden Krankenhausreform vorgelegt, die revolutionären Charakter haben.

Regelmäßige Reformen im Sinne von kleinen Anpassungen ist die Krankenhauslandschaft gewohnt. Es vergeht kein Jahr ohne eine Reform. Die aktuellen Vorhaben gehen jedoch viel weiter. Es geht dabei um einen grundlegenden Umbau sowohl des Vergütungssystems als auch der Krankenhausstruktur in Deutschland. Der Begriff der „Revolution“ dient daher dem vorliegenden Krankenhaus Rating Report als Untertitel. Der Vorgänger-Report hatte die leeren Kapazitäten bereits thematisiert. Der aktuelle Report greift nun die Vorschläge auf, wie damit umgegangen werden könnte.

Aber es wäre zu kurz gesprungen, lediglich eine Krankenhausreform umzusetzen. Wenn die Ressourcen knapper werden, braucht es auch innovative Angebote, die dazu führen, dass die noch zur Verfügung stehenden Ressourcen effizienter eingesetzt werden können. Dazu ist Gestaltungsfreiheit nötig. Menschen mit Ideen müssen etwas ausprobieren können, ohne von den Besitzstandswahrern gleich wegen eines Regelverstößes verklagt zu werden.

Der vorliegende Report greift diese und andere Themen auf und schafft in bewährter Manier einen empirisch fundierten Überblick über den aktuellen Krankenhausmarkt. Er untersucht auf Basis eines sehr umfangreichen Datenpools die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser im Zeitverlauf. Der Datenpool bildet die Grundlage für die Analyse von Zusammenhängen zwischen Eigenschaften der Krankenhäuser und ihrer wirtschaftlichen Lage. Darüber hinaus gibt der Report einen Ausblick auf die



## 2. Der Krankenhausmarkt

### 2.1 Status quo

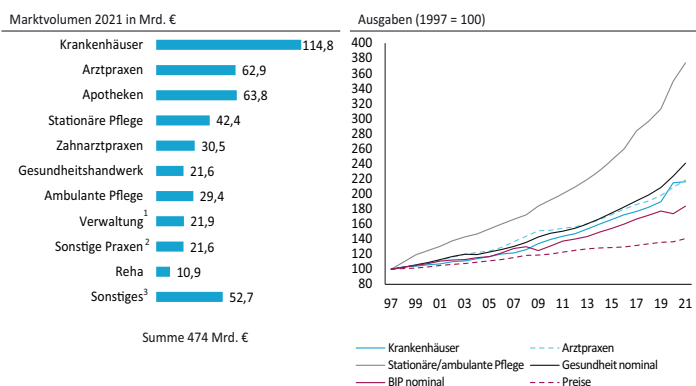
#### 2.1.1 Marktübersicht

Der deutsche Gesundheitsmarkt erreichte im Jahr 2021 ein Volumen von rund 474 Mrd. € und damit 34 Mrd. € bzw. 7,6 % mehr als 2020. Hiervon entfielen rund 24,0 % auf den Krankenhaussektor (115 Mrd. €) (Schaubild 1). Die Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben lag damit oberhalb der des Vorjahres (7,2 %). Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) nahm im Vergleich zum Vorjahr nominal wieder zu (5,8 %), sodass der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP weiterhin bei über 13 % lag (Schaubild 2). Der starke Sprung auf über 13 % im Jahr 2020 war eine Folge der Corona-Pandemie. Ein Sprung in ähnlicher Größenordnung war letztmals im Zuge der Finanzkrise im Jahr 2009 zu verzeichnen. Die Gesamtausgaben im Gesundheitsmarkt sind beachtlich, vergegenwärtigt man sich die Größenordnung zum Beispiel an Hand der Verteidigungsausgaben in Höhe von 47 Mrd. € im Jahr 2021 (BMVG 2023).

Schaubild 1

#### Marktvolumen

2021 (in Mrd. €) und Änderung 1997 bis 2021 (1997 = 100)



(1) Davon vor allem Verwaltungsausgaben der Krankenkassen.

(2) Praxen sonstiger medizinischer Berufe: physio-, sprach-, ergo- und musiktherapeutische Praxen, Massagepraxen, Praxen von Hebammen, Heilpraktikern oder medizinischen Fußpflegern.

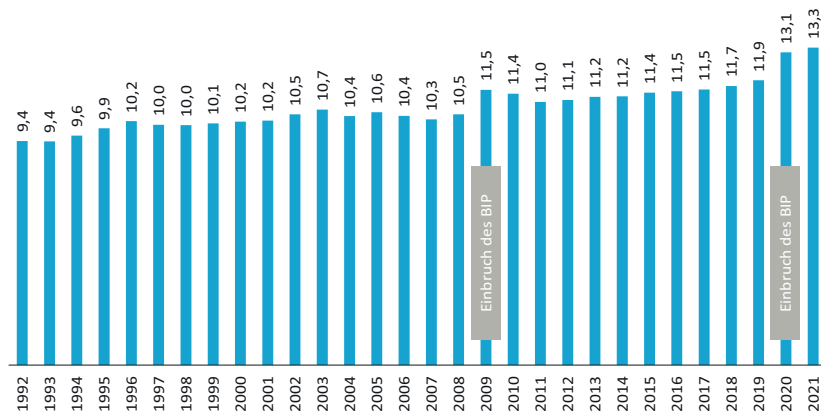
(3) Investitionen (Krankenhausfördermittel, Mittel für Pflegeheime u. a.), Gesundheitsschutz, Rettungsdienste, sonst. Einrichtungen und private Haushalte.

Anmerkung: Gesamtkosten ohne Kosten für das Ausland. Ab 2014 werden Leistungen für Dialysezentren den Arztpraxen zugerechnet.

Quelle: RWI/hcb, Statistisches Bundesamt (2023f, 2023m, 2023o).

## 2. Der Krankenhausmarkt

Schaubild 2  
**Gesundheitsausgaben als Anteil am Bruttoinlandsprodukt**  
1992 bis 2021, Anteil in %



Quelle: RWI/hcb, Statistisches Bundesamt (2023e, 2023o).

Im ersten Jahr der Corona-Pandemie sind die Finanzierungsanteile der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Privaten Krankenversicherung (PKV) bei den Krankenhausausgaben zurückgegangen. Im Jahr 2021 trug die GKV 80,7 % (Vorjahr: 76,9 %) wieder einen höheren Anteil der Ausgaben des Krankenhaussektors. Der von der PKV getragene Anteil ging indessen weiter zurück auf 8,2 % (Vorjahr: 8,4 %). Aufgrund der umfangreichen staatlichen Finanzierungshilfen stieg der durch die öffentliche Hand getragene Anteil von geringen 0,5 % im Jahr 2019 auf hohe 8,7 % im Jahr 2020. Im Jahr 2021 reduzierte er sich auf 5,3 %. Die restlichen Ausgaben trugen Arbeitgeber, private Haushalte und die Gesetzliche Unfallversicherung (Schaubild 3).



### 3. Das Rating der Krankenhäuser

#### 3.1 Datengrundlage

In diesem Kapitel werden unterschiedliche Datenquellen genutzt. Neben Jahresabschlussdaten von Krankenhäusern nutzen wir das Krankenhausverzeichnis des statistischen Bundesamtes (destatis) sowie Daten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zur Messung des Spezialisierungsgrads.

##### 3.1.1 Jahresabschlussdaten

Wir greifen auf eine Stichprobe von 521 Jahresabschlüssen von Krankenhäusern aus dem Jahr 2020 und 525 aus 2021 zurück. Auf Grundlage der Abschlüsse, die für beide Jahre vorliegen, wurde für die 205 Abschlüsse, die nur für 2020 vorhanden sind, eine Hochrechnung auf 2021 vorgenommen. Da Jahresabschlüsse für Klinikketten mehrere einzelne Krankenhäuser umfassen, beinhaltet die Stichprobe insgesamt 976 Krankenhäuser. Für viele Einrichtungen liegen Jahresabschlüsse seit 2007 vor, allerdings nicht immer für jedes Jahr. Daher variiert die Stichprobengröße abhängig vom Jahr zwischen 810 und 987 Beobachtungen. Wie im vorangegangenen Report werden auch Krankenhäuser einbezogen, deren Bilanzangaben nicht vollständig für alle Jahre sind. Außerdem werden längere Zeitreihen dargestellt, indem auf Daten von früheren Reports zurückgegriffen wird. Anhand dieser Stichprobe lässt sich der zeitliche Verlauf ausgewählter Kennzahlen besser als in früheren Reports untersuchen.

Die vorliegenden Daten repräsentieren rund 50 % aller Krankenhäuser und decken etwa 70 % des Umsatzes des gesamten Krankenhausmarkts ab. Sie besitzen damit eine relevante Aussagekraft. Dabei sind Krankenhäuser aus allen Bundesländern in der Stichprobe vertreten. Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein sind unter-, Brandenburg, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen überrepräsentiert (Schaubild 66). Bezogen auf die einzelnen Krankenhäuser wird die Verteilung der Trägerschaften in der Grundgesamtheit ausreichend gut abgebildet. Jedoch sind freigemeinnützige Häuser leicht über- und private leicht unterrepräsentiert (Schaubild 67).

Da es bei Krankenhäusern in privater Trägerschaft relativ viele große Klinikketten mit jeweils nur einem Jahresabschluss auf Kettenebene gibt, liegen insgesamt weniger einzelne Bilanzen von privaten Einrichtungen vor. Wir verwenden stets die Konzernbilanzen, nicht jedoch Bilanzen einzelner Krankenhäuser einer Klinikette, die ohnehin oft nicht verfügbar sind.<sup>16</sup> In den Analysen gewichten wir eine Bilanz nach

---

<sup>16</sup> In einem separaten Abschnitt untersuchen wir, welche Effekte der Wechsel von Konzern- auf Einzelhausebene haben könnte.

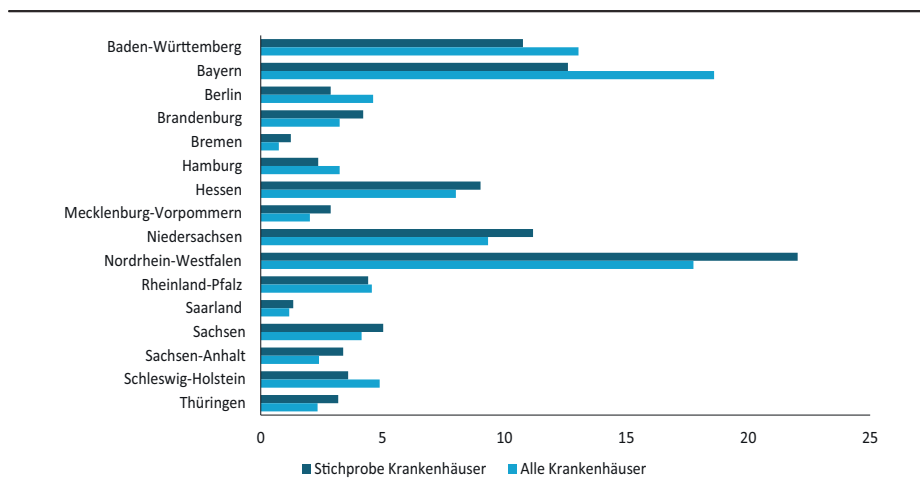
### 3. Das Rating der Krankenhäuser

der Zahl ihrer dazu gehörigen Krankenhäuser. Kleinere Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten sind in der Stichprobe unterrepräsentiert. Größere dafür jeweils leicht überrepräsentiert (Schaubild 68).

Schaubild 66

#### Verteilung der Krankenhäuser nach Bundesländern in Stichprobe<sup>1</sup> und Grundgesamtheit<sup>2</sup>

2021; Anteil in %



(1) Insgesamt handelt es sich um 544 Jahresabschlüsse. Manche Bilanz umfasst jedoch eine Kette von Krankenhäusern.

(2) Verteilung nach Grunddaten der Krankenhäuser 2021

Quelle: RWI / hcb; Statistisches Bundesamt (2022a).



## 4. Ausblick

### 4.1 Herausforderungen und Handlungsoptionen

In den kommenden Jahren verlassen die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er- und 1960er-Jahre schrittweise den Arbeitsmarkt und die geburtenschwachen Jahrgänge aus den 2000er-Jahren treten in den Arbeitsmarkt ein. Infolge dieser Veränderungen wird das Erwerbspersonenpotenzial sehr stark sinken. Allerdings bestehen noch gewisse Unklarheiten hinsichtlich der Folgen der Zuwanderung für den Arbeitsmarkt, insbesondere derjenigen infolge des Ukraine-Kriegs. Der Arbeitsmarkt wird aber gewiss zu einem neuen Gleichgewicht finden: Die Löhne der knappen Fachkräfte werden steigen und zu entsprechenden Preisanpassungen auf den Gütermärkten führen.

Im regulierten Gesundheitswesen werden diese Preisanpassungen jedoch nicht von allein geschehen. Sie werden mehr Zeit benötigen und die Beitragszahler der Krankenversicherungen belasten, was wiederum bei einer schrumpfenden Erwerbsbevölkerung zu überproportional steigenden Lohnnebenkosten führen wird. Höhere Preise werden zudem nur eingeschränkt die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen verringern können. Im schlimmsten Falle könnte es zu einer Rationierung von Leistungen kommen und pflegebedürftige Menschen und Patienten blieben unterversorgt.

Es ist daher unverzichtbar, im Gesundheitswesen die knappe Ressource Personal so effizient wie möglich einzusetzen und sie dorthin zu lenken, wo sie den höchsten Nutzen für die Gesundheitsversorgung stiften kann. Leistungen mit hohem Nutzen sind zu erkennen und zu priorisieren. Dazu kann die Ambulantisierung von bislang stationär erbrachten Leistungen ebenso beitragen wie eine erhöhte Transparenz im Gesundheitswesen. Den Schlüssel dazu stellt die elektronische Patientenakte bereit. Die Bundesregierung unternimmt in der laufenden Legislaturperiode weitreichende Schritte, um diese Entwicklung in Gang zu setzen. Unter anderem ist geplant, ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz zu erlassen.

Ein weiteres zentrales Vorhaben ist die große Krankenhausreform, die mehrere Ziele verfolgt. Eines ihrer zentralen Elemente ist die Einführung einer fallmengenunabhängigen Vorhaltefinanzierung, um die fallmengenabhängigen DRG-Fallpauschalen zu ergänzen, wie es auch bereits im Krankenhaus Rating Report 2022 diskutiert wurde (siehe Augurzyk et al. 2022). Damit sollen erstens der Mengenanreiz des DRG-Systems reduziert und zweitens die Daseinsvorsorge gestärkt werden.

Die Vorhaltefinanzierung soll an noch zu definierende Leistungsgruppen geknüpft werden, um damit drittens einen Anreiz zur Optimierung der Krankenhausstrukturen zu schaffen. Die Krankenhausplanung vergibt je Leistungsgruppe Versorgungs-

## 4. Ausblick

---

aufträge an diejenigen Krankenhäuser, die die Mindestvoraussetzungen für die Leistungsgruppe erfüllen. Das Land Nordrhein-Westfalen befindet sich im Rahmen seiner neuen Krankenhausplanung, die ebenfalls auf Leistungsgruppen basiert, bereits in einem solchen Prozess.

Jedoch anders als in Nordrhein-Westfalen ist bei der geplanten Krankenhausreform an die Leistungsgruppen eine Vergütung geknüpft. Je weniger Versorgungsaufträge je Leistungsgruppe vergeben, also je mehr sie gebündelt werden, desto höher fallen die Vorhaltekosten je Standort aus und desto auskömmlicher kann ein Standort seine Vorhaltekosten damit decken. Sollte in einer strukturschwachen Region keine Möglichkeit zur Bündelung bestehen, weil in der Region überhaupt nur ein einziger Krankenhausstandort in Frage kommt, ist zu prüfen, ob das Vorhaltekudget aufgestockt werden muss, um eine auskömmliche Finanzierung zu gewährleisten. Dies könnte vornehmlich Krankenhäuser betreffen, die heute einen Sicherstellungszuschlag erhalten.

Viertens sollen drei Versorgungsstufen, so genannte Levels, eingeführt werden, die die Krankenhäuser als Grundversorger (Level 1) und bis zum Maximalversorger (Level 3) nach bundeseinheitlichen Kriterien klassifizieren. Jedes Level ist durch personelle und technische Mindestvoraussetzungen definiert, die ein Krankenhaus erreichen muss. Das Level legt zudem fest, welche Leistungsgruppen ein Krankenhaus erbringen darf („Kopplung“). Je komplexer die Leistungen einer Leistungsgruppe sind, desto höher soll das Krankenhauslevel sein.

Die Levels setzen einen starken Anreiz zur Zusammenlegung von Standorten zu größeren Einheiten, um damit ein höheres Level zu erzielen. Wie stark die Kopplung von Level und Leistungsgruppen sein wird, ist Teil der zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Reports laufenden Verhandlungen zwischen Bund und Ländern. Die Kopplungsstärke bestimmt dabei unter anderem den Anpassungs- und mithin den Investitionsbedarf.

Ergänzt werden sollte die Krankenhausreform durch eine effektive Patientensteuerung – im Sinne der Patienten, um den passenden Weg im Dschungel des deutschen Gesundheitswesens zu finden. Drei Faktoren sind hierfür wesentlich: (i) die Etablierung einer „Türsteher- oder Gatekeeper-Funktion“, (ii) sozial abgedeckte Eigenbeteiligungen und (iii) der Ausbau der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung auch und gerade mit Hilfe digitaler Unterstützung. Integrierte Leitstellen (ILS) können die Gatekeeper-Funktion hervorragend übernehmen. Die ILS kann und sollte für alle Hilfesuchenden als erste Ansprechpartnerin dienen. Schaubild 107 stellt ihre Funktionsweise dar, wie sie in der vierten Stellungnahme der Regierungskommission (Regierungskommission 2023) ausgearbeitet wurde.



## 5. Sonderanalysen

### 5.1 Leistungsgruppen und Transparenz für eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung

*Beitrag von Dr. Hannes Dahnke, Vebeto, und Dr. Eberhard Hansis, Vebeto*

#### 5.1.1 Neue Ansätze in der Krankenhausplanung

Wir erleben derzeit in Deutschland den Beginn einer neuen Ära in der Krankenhausplanung. Seit Jahrzehnten ist die Planbettenzahl die entscheidende Währung in der Krankenhausplanung der Bundesländer. Teilweise werden den Kliniken neben der Gesamtbettenzahl weitere Vorgaben gemacht, etwa Bettenzahlen pro Fachgebiet, Kapazitäten für bestimmte Bereiche wie Onkologie und Geriatrie oder besondere Aufgaben in der Notfallversorgung. Innerhalb dieser Grenzen sind die Kliniken jedoch überwiegend frei darin, Schwerpunkte zu wählen und Versorgungsangebote zu gestalten. Kritiker sehen, je nach Region, Fachgebiet und politischer Funktion, jedoch Anzeichen von Unter- oder Überversorgung und es wird stellenweise der Vorwurf der „Rosinenpickerei“ bei der Portfoliogestaltung erhoben.

#### 5.1.2 Leistungsgruppen als präzises Planungsinstrument

Inwieweit diese Kritik gerechtfertigt ist, ist nicht Gegenstand dieser Ausführung. Breiten Konsens findet jedoch die Idee, die Krankenhausplanung künftig bundesweit einheitlicher und präziser zu gestalten. Ein erstes konkretes Beispiel dafür liefert der Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022: Darin wird eine Planung auf Basis von 60 somatischen Leistungsgruppen festgeschrieben, in die alle stationären Fälle eindeutig eingeordnet werden. Krankenhäuser erhalten Versorgungsaufträge für einzelne Leistungsgruppen. Dabei müssen sie Struktur- und Qualitätsvorgaben für die jeweilige Leistungsgruppe erfüllen. Die Versorgung wird regional geplant und zwischen allen beteiligten Parteien abgestimmt. Ziel ist es, eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung zu erreichen, bei der die Zahl der Versorger pro Leistungsgruppe auf ein sinnvolles Maß beschränkt wird. Gleichzeitig soll die Versorgungssicherheit gewahrt bleiben. Insgesamt können so die knappen finanziellen und personellen Ressourcen gezielter eingesetzt werden.

Ähnliche Grundgedanken verfolgt auch die Krankenhausreform, die die „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ des Bundesgesundheitsministeriums in ihrer dritten Stellungnahme vom 06.12.2022 vorschlägt. Den Kern der Reform bilden drei bundeseinheitlich definierte Komponenten: (1) die Einordnung der Krankenhäuser in Versorgungsstufen (Level), (2) die Planung auf Basis von medizinischen Leistungsgruppen und (3) die Einführung



## 5. Sonderanalysen

---

von Vorhaltebudgets zur Ergänzung der mengenabhängigen Finanzierung. Auch hier sind Struktur- und Qualitätsvorgaben an die einzelnen Leistungsgruppen gekoppelt. Des Weiteren sind die Leistungsgruppen an die Versorgungsstufen gebunden – etwa soll eine endoprothetische Versorgung nur noch an Krankenhäusern der Level 2 und 3 stattfinden. Vorhaltebudgets werden pro Leistungsgruppe finanziert, vorausgesetzt, dass ein Krankenhaus einen Versorgungsauftrag für die jeweilige Leistungsgruppe von der Planungsbehörde seines Bundeslandes erhalten hat. Diese Reformvorschläge werden derzeit kontrovers diskutiert, dazu unten mehr.

Im Vergleich zur „alten“ Form der Krankenhausplanung ergibt sich in den neuen Modellen eine stärker reglementierte Struktur mit wesentlich spezifischeren Vorgaben. Dies ist jedoch Voraussetzung für eine bessere Abstimmung der regionalen Versorgungsstrukturen zwischen den Krankenhäusern. In den Prozess der regionalen Planung müssen die Krankenhäuser eng einbezogen werden, neben den Vertretern der Kassen und der Planungsbehörden der Länder. Leistungsgruppen sind dabei ein Planungsinstrument, das präziser eingesetzt werden kann als Vorgaben zur Fachabteilungsstruktur und zu Planbettenzahlen, das jedoch übersichtlicher ist als beispielsweise die rund 1 300 DRGs oder 1 700 Dreisteller-ICD-Ziffern.

### 5.1.3 Abstimmung erfordert Transparenz

Dieser Prozess der engen Abstimmung stößt bei genauer Betrachtung auf eine Hürde: Alle bisher diskutierten Methoden zur Einordnung der stationären Fälle in medizinische Leistungsgruppen erfordern detaillierte Daten auf Patientenebene, in Form von Hauptdiagnosen (ICD-Ziffern), Operationen und Prozeduren (OPS-Ziffern) und weiteren Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Beatmungsdauer oder Nebendiagnosen. Diese Daten unterliegen jedoch einem strengen Datenschutz. Dadurch ist ihr Austausch nur sehr eingeschränkt möglich, auch in anonymisierter Form. Zudem berühren die Daten wirtschaftliche „Betriebsgeheimnisse“ der Krankenhäuser. Ein Krankenhausträger kann sich für seine eigenen Standorte also ein genaues Bild über die Leistungsgruppen-Fallzahlen machen, ein Überblick über die umliegenden Versorger ist dagegen kaum zu erlangen. Das erschwert den regionalen Abstimmungsprozess.

Die Problematik lässt sich gut am Beispiel des Gutachtens zur Krankenhausplanung illustrieren, das das Land Nordrhein-Westfalen (NRW) 2019 bei Partnerschaft Deutschland (PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH) in Auftrag gegeben hatte. Dieses Gutachten schlug eine Planung auf Basis von Leistungsgruppen vor, die dort anhand von DRGs (Diagnosis Related Groups) definiert waren. Für das Gutachten nutzten die Autoren die Datensätze nach § 21 KHEntgG aller Krankenhäuser Nordrhein-Westfalens. Diese wurden vom Land bereitgestellt. Da das Gutachten also auf Basis vertraulicher Daten erstellt wurde, konnten dessen Ergebnisse nur in aggregierter Form veröffentlicht werden.



## 6. Benchmarks

Dieses Kapitel stellt ausgewählte Kennzahlen aus der Stichprobe der Jahresabschlüsse für das Jahr 2021 dar. Wir bilden hierzu für jede Untergruppe ein repräsentatives Krankenhaus. Hierfür haben wir folgende Vorgehensweise gewählt. Zunächst weisen wir den Krankenhäusern, bei denen wir die Bilanzdaten nur auf der Kettenebene vorliegen haben, anhand ihres Bettenanteils die entsprechenden Bilanzwerte auf Einzelhausebene zu. Anschließend werden die einzelnen Bilanzwerte je Untergruppe aufsummiert. Damit erhalten wir das repräsentative („fusionierte“) Krankenhaus für jede Untergruppe. Die Zahlen dieses repräsentativen Hauses bilden die Grundlage zur Berechnung der dargestellten Kennzahlen. Die Kennzahlen können aufgrund dieser Vorgehensweise von den Angaben in den vorherigen Abschnitten zum Teil abweichen. Der Vorteil dieser Vorgehensweise liegt jedoch darin, dass die gebildeten Kennzahlen in sich konsistent sind. Würden wir für jede Kennzahl stattdessen den Durchschnittswert über alle Krankenhäuser wählen, wäre es aus mathematischen Gründen möglich, dass sich zwei Kennzahlen widersprüchen. Tabellen 18 bis 27 enthalten ausgewählte Kennzahlen verschiedener Untergruppen. Grundsätzlich sind zwar auch Kombinationen von Gruppen möglich, z. B. „groß und freigemeinnützig“. Dies würde jedoch den vorliegenden Rahmen sprengen. Im Glossar befinden sich die Definitionen der Kennzahlen.



## Der neue Krankenhaus Rating Report zur aktuellen wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser mit Erwartungen über die nähere und fernere Zukunft sowie Einschätzungen zu Folgen der großen Krankenhausreform

Die Corona-Pandemie ist zu Ende. Jedoch spüren die Krankenhäuser noch ihre Nachwirkungen: Eine geringe Auslastung und **Personalknappheit** prägen die Landschaft. Neu hinzugekommen ist die Energiekrise und eine seit Jahrzehnten ungekannte Preisinflation. **Steigende Kosten** stehen stagnierenden Erlösen gegenüber, die Liquidität wird knapp. Gleichzeitig binden zunehmende regulative Herausforderungen die Kräfte und Unsicherheiten über die Zukunft lähmen wichtige Entscheidungen. Befinden wir uns am Vorabend einer Revolution in der Krankenhaus- oder gar der gesamten Gesundheitsversorgung? Die größte Krankenhausreform seit 20 Jahren steht unmittelbar bevor.

**Der Krankenhaus Rating Report 2023** widmet sich der Darstellung der aktuellen **wirtschaftlichen Lage** der Krankenhäuser und wie sie sich verändert, wenn das Leistungsniveau niedrig, die Kostenanstiege dagegen hoch bleiben. Wie unterstützen die bereits beschlossenen **Kurzfristhilfen** der Energiepreisbremse und des Härtefallfonds? Welche mittel- und langfristigen Folgen haben Schwerpunktbildung und Zentralisierung, zwei wesentliche Ziele der angestrebten großen **Krankenhausreform**, auf die wirtschaftliche Lage und den Personalbedarf? Lässt sich **Rationierung** noch vermeiden? Der Report wirft einen besonderen Blick auf das alles entscheidende Thema **Personal** und diskutiert das Thema **Energie**.

Als Grundlage für den 19. Krankenhaus Rating Report dienen 525 Jahresabschlüsse von über 950 Krankenhäusern. Diese wurden von den Studienautoren des RWI und der hcb GmbH mit freundlicher Unterstützung der Bank im Bistum Essen analysiert und ihre Beiträge anhand zahlreicher farbiger Schaubilder, Karten und Tabellen veranschaulicht, darunter umfangreiche Benchmarks. Für Krankenhäuser und deren Geschäftspartner sowie für Entscheidungsträger aus Politik und Wirtschaft bietet der Report wertvolle, empirisch abgesicherte Erkenntnisse über die Entwicklung des Krankenhausmarkts.

### Die Autoren

- **Prof. Dr. Boris Augurzky** ist Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit am RWI und Geschäftsführer der Institute for Health Care Business (hcb) GmbH sowie Vorstandsvorsitzender der Stiftung Münch
- **Dr. Sebastian Krolop** ist CEO & Founder Planet Health Foundation
- **Johannes Hollenbach** ist Wissenschaftler im Kompetenzbereich Gesundheit am RWI
- **Daniel Monsees** ist Wissenschaftler im Kompetenzbereich Gesundheit am RWI
- **Dr. Adam Pilny** ist Projektleiter in der Institute for Health Care Business (hcb) GmbH
- **Prof. Dr. Christoph M. Schmidt** ist Präsident des RWI
- **Dr. Christiane Wuckel** ist Wissenschaftlerin im Kompetenzbereich Gesundheit am RWI

**Leseprobe**

[www.medhochzwei-verlag.de](http://www.medhochzwei-verlag.de)

 medhochzwei

ISBN 978-3-86216-976-4



9 783862 169764

€ 359,00 (D)