

Anina Harter, Lenard Holler, Peter Kreß, Martin Werding, Christopher Zuber

Krankenhausfinanzierung und Angebotsstruktur bedarfsgerecht ordnen

Die Gesetzliche Krankenversicherung steht vor einem strukturellen Finanzierungsproblem. Seit Jahren wachsen die Ausgaben stärker als die Einnahmen. Dies ist nicht nur auf die demografische Alterung zurückzuführen. In der Krankenhausversorgung wurden in den vergangenen Jahren auch Anreize zu Kostendisziplin und Effizienz gemindert. Um die Entwicklung der Beitragssätze zu dämpfen und eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung sicherzustellen, bedarf es einer Krankenhausreform, die die Fallzahlabhängigkeit der Vergütung reduziert, die Vorhaltung bedarfsgerechter Kapazitäten sichert und stärkere Spezialisierung schafft. Darüber hinaus sollten das Pflegebudget zielgenauer begrenzt und die Verantwortung der Länder für Investitionen in Krankenhäuser gestärkt werden.

Seit dem Jahr 2005 sind die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) deutlich stärker gestiegen als die beitragspflichtigen Einnahmen. Der durchschnittliche Beitragssatz hat sich dadurch erhöht und dürfte weiter steigen. Treiber sind neben der demografischen Entwicklung und dem medizinisch-technischen Fortschritt (MTF) Probleme bei der effizienten Mittelverwendung im Gesundheitswesen. Nach den Langfristsimulationen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR Wirtschaft) auf Grundlage von Werding et al. (2026) dürfte der Beitragssatz von 17,7 % im Jahr 2027 auf 18,2 % im Jahr 2030 und 19,8 % im Jahr 2040 zunehmen (Abbildung 1 links). Wird ein ungebremster Anstieg der Ausgaben wie in den letzten 20 Jahren unterstellt, könnte der Beitragssatz bis zum Jahr 2040 sogar auf 20,2 % steigen. Die Finanzentwicklung der GKV im ersten Quartal 2026 deutet darauf hin, dass die Ausgaben am aktuellen Rand trotz des im November 2025 beschlossenen Sparpakets der Bundesregierung weiterhin stärker wachsen als die beitragspflichtigen Einnahmen (BMG, 2026a).

Dieser Ausgabenanstieg ist nicht allein Ausdruck demografischer Alterung, die bei gleicher Versorgungsqualität die Pro-Kopf-Ausgaben erhöht, oder medizinisch-technischen Fortschritts, der die Qualität angemessen verbessern könnte. Im Krankenhausbereich wurden Anreize

zu Kostendisziplin in den vergangenen Jahren schrittweise geschwächt. Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem Fallpauschalensystem hat es Leis-

Dr. Anina Harter ist Referentin für angewandte Mikroökonomik und öffentliche Finanzen im wissenschaftlichen Stab des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR Wirtschaft).

Dr. Lenard Holler ist Senior Referent für Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik im wissenschaftlichen Stab des SVR Wirtschaft.

Dr. Peter Kreß ist Referent für Makroökonomik und öffentliche Finanzen im wissenschaftlichen Stab des SVR Wirtschaft.

Prof. Dr. Martin Werding ist Mitglied des SVR Wirtschaft und Professor für Sozialpolitik und öffentliche Finanzen an der Ruhr-Universität Bochum.

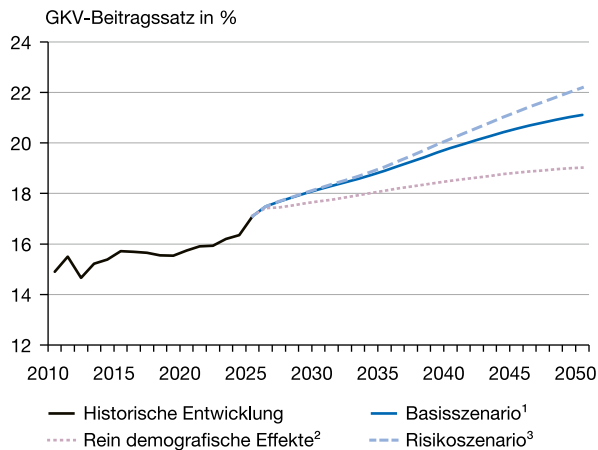
Dr. Christopher Zuber ist Teamleiter für Makroökonomik im wissenschaftlichen Stab des SVR Wirtschaft.

© Der/die Autor:in 2026. Open Access: Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht (creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de).

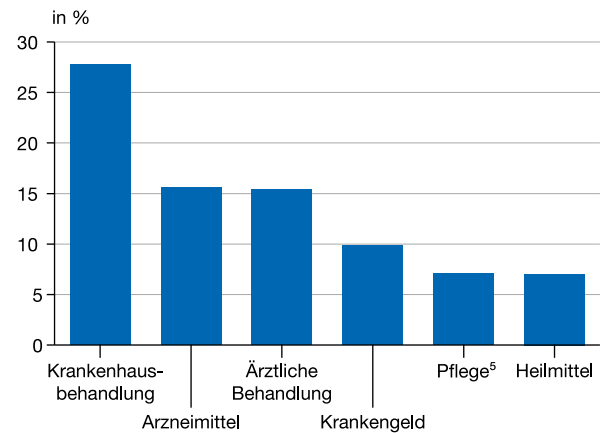
Open Access wird durch die ZBW – Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft gefördert.

Abbildung 1
GKV-Beitragssatz und Ausgaben im Status Quo

GKV-Beitragssatz unter dem geltenden Recht



Anteil einzelner Ausgabenarten am Anstieg der Gesamtausgaben⁴



¹ Entwicklung nach geltendem Recht bei regelbasierter Fortschreibung der Bundesmittel, erwarteter demografischer Entwicklung und unter Fortschreibung des medizinisch-technischen Fortschritts (MTF) mit moderater Dynamik. ² Entwicklung nach geltendem Recht, bei regelbasierter Fortschreibung der Bundesmittel und bei erwarteter demografischer Entwicklung. ³ Entwicklung nach geltendem Recht, bei regelbasierter Fortschreibung der Bundesmittel, bei erwarteter demografischer Entwicklung und unter Fortschreibung des MTF mit ungebremster Dynamik. ⁴ Entwicklung der GKV-Ausgaben im Zeitraum der Jahre 2005 bis 2025. Werte für das Jahr 2025 auf Basis der vorläufigen Rechnungsergebnisse. ⁵ Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege.

Quellen: BMG (2006), BMG (2026b), Simulationsmodell SIM.24 (Werdning et al., 2026), Statistisches Bundesamt (2026), eigene Berechnungen.

tungserbringern erleichtert, Kostensteigerungen an die Versicherten weiterzugeben. Die Meistbegünstigungsklausel bei der Fortschreibung der Landesbasisfallwerte erlaubt es, das Maximum aus Kosten- oder Einnahmenentwicklung mechanisch in höhere Vergütungen zu übertragen. Gleichzeitig bestehen vielerorts Angebotsstrukturen fort, die durch geringe Spezialisierung, kleine Standorte und Überkapazitäten geprägt sind. Daher geraten die Ausgaben nicht nur wegen steigender Bedarfe, sondern auch wegen schwächerer Effizienzanreize unter Druck.

Steigende Beitragssätze sind gesamtwirtschaftlich relevant. Sie erhöhen die Lohnnebenkosten, verringern die verfügbaren Einkommen und können Arbeitsangebot, Arbeitsnachfrage, Investitionen und Wettbewerbsfähigkeit beeinträchtigen. Vor diesem Hintergrund werden regelmäßig Maßnahmen vorgeschlagen, die Finanzierungsbasis der GKV zu verbreitern. Solche einnahmenseitige Reformen können die Beitragslast anders verteilen. Sie adressieren jedoch nicht die Frage, ob die finanzierten Leistungen bedarfsgerecht und effizient erbracht werden. Ohne ausgabenseitige Reformen besteht die Gefahr, zusätzliche Mittel in ein System mit fortbestehenden Fehlanreizen zu lenken.

Der Krankenhausbereich stellt mit rund einem Drittel der GKV-Ausgaben den größten Ausgabenblock und hat mit rund 28 % den größten Beitrag zum Anstieg der GKV-Ausgaben geleistet (Abbildung 1 rechts). Eine verbesserte Abstimmung von Vergütungsanreizen, Finanzierungsverantwortung und Angebotsstrukturen kann zu einer nachhaltigen Stabilisierung der GKV beitragen. Das Reformziel der Krankenhausfinanzierung muss sein, Mittel so zu lenken, dass bedarfsgerechte Versorgung gesichert, ineffiziente Strukturen abgebaut und die Behandlungsqualität erhöht werden.

Fehlanreize des Fallpauschalensystems

Die stationäre Krankenhausversorgung wird bisher überwiegend über diagnosebezogene Fallpauschalen finanziert. Krankenhäuser haben damit innerhalb eines definierten Vergütungsrahmens einen Anreiz, Behandlungen effizient zu erbringen. Das kann grundsätzlich kostendisziplinierend wirken. Zugleich setzt es jedoch Mengenanreize: Zusätzliche stationäre Fälle führen zu zusätzlichen Erlösen. Wegen Informationsasymmetrien zwischen Leistungserbringern und Patient:innen kann dabei angebotsinduzierte Nachfrage entstehen (McGuire, 2000; Schneider, 2002). Empirische Studien für

Deutschland zeigen, dass die Einführung der Fallpauschalen die Kosten je Aufenthalt zwar tendenziell gesenkt, die Zahl stationärer Behandlungen aber zugleich erhöht hat (Böcking et al., 2005; Quentin et al., 2010; Messerle & Schreyögg, 2024).

Diese Mengenanreize sind insbesondere problematisch, wenn Kapazitäten nicht bedarfsgerecht verteilt sind. Das kann wirtschaftlichen Druck erzeugen, vorhandene Betten, Fachabteilungen und Infrastruktur stärker auszulasten. Deutschland weist im internationalen Vergleich eine hohe Krankenhaushichte mit vielen kleinen und wenig spezialisierten Standorten auf. Analysen zeigen, dass größere Häuser und spezialisierte Leistungsprofile systematisch mit höherer Effizienz einhergehen, während kleine Kliniken mit breitem Leistungsspektrum in der Krankenversorgung tendenziell weniger effizient sind (Lindlbauer & Schreyögg, 2014; Varabyova et al., 2017). Zudem bestehen erhebliche regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme stationärer Leistungen, die nicht allein durch Morbidität und sozioökonomische Faktoren erklärt werden können. Dies deutet auf Unterschiede im Versorgungsangebot und Behandlungsstil hin (Eibich & Ziebarth, 2014). Solche regionalen Unterschiede können Krankenhäuser veranlassen, vorhandene Kapazitäten durch zusätzliche Fälle auszulasten (Reifferscheid et al., 2015).

Das bisherige System begünstigt die Aufrechterhaltung vieler Standorte, selbst wenn dort für bestimmte Leistungen keine ausreichende Nachfrage besteht. Werden Leistungen stärker konzentriert, können Mindestmengen und Spezialisierungsgewinne realisiert werden. Dies dürfte insbesondere bei elektiven und komplexeren Eingriffen die Behandlungsqualität erhöhen.

Das Effizienzproblem resultiert daher aus der Art der Vergütung im Zusammenspiel mit der Angebotsstruktur. Ein Fallpauschalensystem kann Kosten je Fall begrenzen, aber bei Überkapazitäten zugleich zusätzliche Fälle begünstigen. Eine kleinteilige Krankenhauslandschaft kann wohnortnahe Versorgung sichern, aber zugleich Spezialisierung und effiziente Auslastung erschweren.

Krankenhausreform als Struktur- und Qualitätsreform

Die bereits eingeleitete Krankenhausreform setzt an diesem Zusammenspiel von Vergütung und Angebotsstruktur an. Ihr Kern besteht darin, die Finanzierung weniger stark von Fallzahlen abhängig zu machen und zugleich eine stärkere Spezialisierung der Krankenhauslandschaft zu erreichen. Fallunabhängige Vorhaltepauschalen sollen die Bereitstellung notwendiger Kapazitäten finanzieren.

Bundeseinheitliche Vorgaben sollen dazu beitragen, komplexere Leistungen dort zu konzentrieren, wo Fachpersonal, technische Ausstattung und Behandlungserfahrung vorhanden sind.

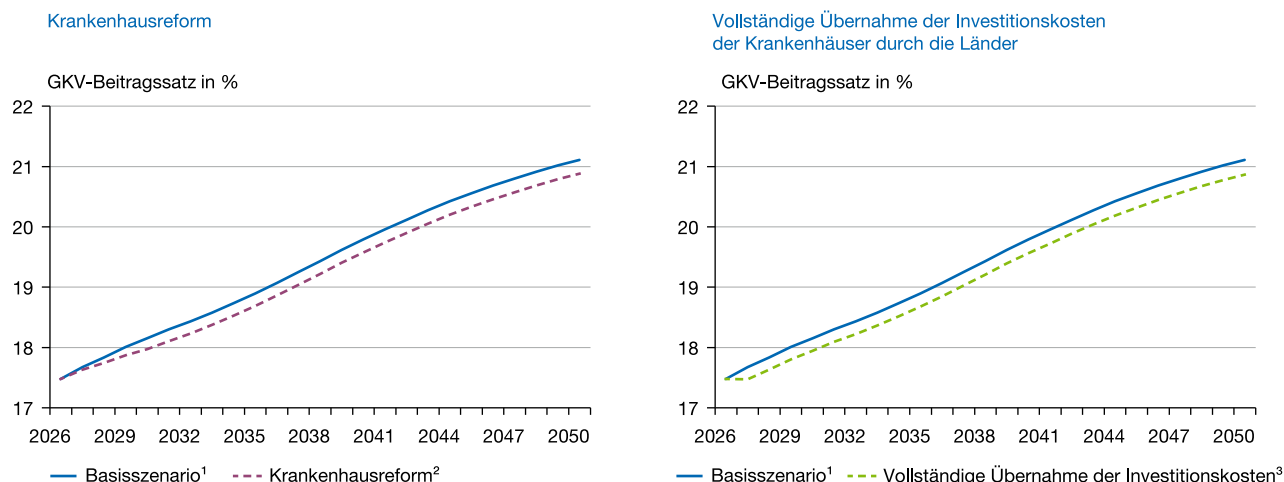
Die Krankenhausreform soll kein pauschaler Rückzug aus der Fläche sein. Entscheidend ist eine differenzierte Versorgungsperspektive. Bei zeitkritischen Notfällen müssen Erreichbarkeit, Rettungsdienststrukturen und qualifizierte Erstversorgung gewährleistet bleiben. Dazu können auch kleinere oder regional verteilte Standorte beitragen. Die Bündelung von planbaren Eingriffen in spezialisierten Kliniken mit längerer Anfahrt kann die Qualität der Behandlung jedoch erhöhen. Vergleichsweise wenig längere Fahrzeiten erscheinen vertretbar, wenn dadurch Komplikationsrisiken deutlich sinken und Behandlungsergebnisse verbessert werden.

Modellrechnungen zeigen, dass eine stärkere Spezialisierung der Krankenhauslandschaft nicht zwangsläufig mit deutlich längeren Fahrzeiten verbunden wäre. Für die Regelversorgung ergab sich in einer Simulation eine durchschnittliche Fahrzeit von 17 Minuten anstelle von 16 Minuten in der jetzigen Krankenhausstruktur. Für 97 % der Bevölkerung bliebe die Fahrzeit höchstens 30 Minuten (Loos et al., 2019). Bei planbaren Eingriffen erhöht sich je nach Indikation die durchschnittliche Fahrzeit ebenfalls nur um wenige Minuten (Loos et al., 2016). Beispielsweise steigt die durchschnittliche Erreichbarkeit für Behandlungen in der Hüftendoprothetik nur von neun auf elf Minuten.

Eine vollständige Umsetzung der ursprünglich geplanten Maßnahmen der Krankenhausreform kann nach Simulationen des SVR Wirtschaft den GKV-Beitragssatz gegenüber dem Basisszenario dauerhaft um bis zu 0,4 Prozentpunkte senken (Abbildung 2 links). Nach Abschwächungen im Krankenhausreformenpassungsgesetz dürfte jedoch nur etwa die Hälfte dieses Potenzials realisiert werden. Stärkere Strukturreformen im Krankenhausbereich können daher dauerhafte Basiseffekte entfalten.

Die Umsetzung einer stärker spezialisierten Krankenhausstruktur erfordert eine überregionale Koordination. Auswirkungen einzelner Standortentscheidungen auf die Versorgungsstruktur lassen sich häufig erst in einer übergeordneten Betrachtung angemessen einordnen. Für lokale Träger und politische Entscheidungsträger können zudem (z. B. Wiederwahl-)Anreize bestehen, Standorte zu erhalten, auch wenn dies aus überregionaler Versorgungsperspektive ineffizient ist. Gerade deshalb müssen die Länder ihre Planungs- und Koordinationsverantwortung wahrnehmen, um die angebotsseitigen Ineffizienzen zu reduzieren.

Abbildung 2

Effekte von Reformen der Krankenhausfinanzierung auf den GKV-Beitragssatz

¹ Entwicklung nach geltendem Recht bei regelbasierter Fortschreibung der Bundesmittel, erwarteter demografischer Entwicklung und unter Fortschreibung des medizinisch-technischen Fortschritts mit moderater Dynamik. ² Effekte der Krankenhausreform bei einer Umsetzung aller von der Vorgängerregierung in der 20. Legislaturperiode geplanten Maßnahmen. ³ Effekte einer vollständigen Übernahme der Investitionskosten der Krankenhäuser durch die Länder.

Quellen: Simulationsmodell SIM.24 (Werding et al., 2026).

Krankenhäuser durch Ausbau der ambulanten Versorgung entlasten

Die Krankenhausreform sollte durch eine konsequente Ambulantisierung ergänzt werden. Deutschland weist im internationalen Vergleich viele stationäre Behandlungen und lange Verweildauern auf. Ein Teil dieser Leistungen kann bei gleicher Qualität ambulant erbracht werden. Die weitere Ausweitung sektorgleicher Vergütungen, etwa über die im Jahr 2024 eingeführten Hybrid-DRGs, kann dazu beitragen. Für Leistungen im Hybrid-DRG Katalog gilt eine einheitliche Fallpauschale, unabhängig davon, ob die Behandlung ambulant oder (kurz-)stationär erfolgt. Entsprechend sinken die Fallpauschalen für Krankenhäuser, während die ambulante Behandlung im Vergleich zur Abrechnung nach ambulanten Vergütungsschlüsseln höher vergütet wird. Dadurch werden die Anreize zugunsten ambulanter Behandlungen verschoben, die in vergleichbarer Qualität erbracht werden können.

Ambulantisierung entlastet die GKV jedoch nur dann, wenn ambulante Leistungen stationäre Fälle tatsächlich ersetzen und nicht lediglich zusätzliche Behandlungen erzeugen. Entscheidend sind daher Qualitätsvorgaben, Nachsorgestrukturen und eine bessere Patientensteuerung. Ambulantisierung sollte in die übergreifende Reformlogik eingebettet werden: Leistungen sollten dort

erbracht werden, wo sie medizinisch angemessen, qualitativ hochwertig und effizient organisiert werden können.

Vergütungsfortschreibung am effizienten Mittelbedarf ausrichten

Zusätzlich zur Strukturreform sollte auch die jährliche Fortschreibung der Krankenhausvergütung reformiert werden. Der Landesbasisfallwert wird bislang anhand eines gesetzlichen Anpassungsmechanismus fortgeschrieben. Dabei gilt eine Meistbegünstigungsklausel: Die Vergütung steigt mit dem Kostenindex für Krankenhauskosten, mindestens aber mit der Entwicklung der GKV-Einnahmen. Diese Regel kann Krankenhäuser vor Unterfinanzierung schützen. Sie überträgt aber zugleich das jeweilige Maximum aus Kosten- oder Einnahmedynamiken mechanisch in die Krankenhausvergütung.

In einem System mit ineffizienten Angebotsstrukturen kann dies problematisch sein. Kostenorientierung ist kein geeigneter Maßstab, wenn die Kostenentwicklung aus einer ineffizienten Mittelverwendung resultiert. Werden solche Kosten automatisch fortgeschrieben, gibt es keine Anreize zur Anpassung. Die Meistbegünstigungsklausel sollte daher abgeschafft werden. An ihre Stelle sollte kein automatischer Anspruch auf Weitergabe sämtlicher Kostensteigerungen treten. Maßgeblich sollte vielmehr sein,

welcher Mittelbedarf für eine effiziente und qualitativ angemessene Leistungserbringung erforderlich ist.

Kostenentwicklungen wie Tarifsteigerungen und steigende Energiepreise sollten bei sachgerechten Anpassungen der Vergütung weiterhin berücksichtigt werden. Zugleich sollten sie aber den Mittelbedarf einer effizienten Versorgung abbilden. Um systemische Unterfinanzierung bei außergewöhnlichen Schocks zu vermeiden, könnten eng begrenzte und befristete Ausnahmeregeln vorgesehen werden, etwa bei Pandemien oder klar definierten krisenhaften Sonderbelastungen.

Pflegebudget zielgenauer ausgestalten

Weiterer Reformbedarf besteht beim Pflegebudget. Seit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System werden stationäre Pflegepersonalkosten über krankenhausindividuelle Budgets finanziert. Ziel war es, die Personalausstattung in der Pflege zu stärken und zu verhindern, dass Pflegepersonal im Wettbewerb um Fallpauschalen eingespart wird. Jedoch hat die separate Finanzierung den Pauschalcharakter der Krankenhausvergütung geschwächt.

So können Kostensteigerungen durch Personalaufbau oder Tarifentwicklung unmittelbar an die GKV weitergegeben werden als im DRG-System, auch wenn Fallzahlen und Fallpauschalen unverändert bleiben (Hentschker et al., 2023; Hentschker et al., 2026). Damit wird ein Teil der kostendisziplinierenden Wirkung des Fallpauschalensystems außer Kraft gesetzt. Besonders problematisch wird dies, wenn die Finanzierung nicht hinreichend klar auf pflegerische Tätigkeiten am Bett begrenzt wird oder wenn Pflegekräfte für pflegefremde Aufgaben eingesetzt werden.

Das Pflegebudget sollte daher zielgenauer ausgestaltet werden. Entscheidend ist eine rechtlich und operativ klare Abgrenzung finanzierungsfähiger Pflegedienstleistungen. Zugleich sollten Krankenhäuser mehr Verantwortung für eine effiziente Personal- und Budgetorganisation tragen. Eine bessere Personalausstattung in der Krankenhauspflege ist wichtig, darf aber bei knappen Pflegekräften nicht isoliert betrachtet werden. Zusätzlicher Personalbedarf im Krankenhaus kann Engpässe in anderen Bereichen, insbesondere in der Altenpflege, verschärfen. Verbesserungen der Pflegepersonalausstattung sollten deshalb sektorübergreifend bewertet werden.

Investitionsverantwortung der Länder stärken

Die duale Krankenhausfinanzierung sieht vor, dass die Betriebskosten der Krankenhäuser über die GKV und In-

vestitionen in Krankenhäuser und ihre Ausstattung durch die Länder finanziert werden. Diese Aufgabenteilung wird seit Jahren unterlaufen. Die Länderinvestitionen in die Krankenhausinfrastruktur sind preisbereinigt deutlich zurückgegangen. Nach Schätzungen wird nur etwa die Hälfte des jährlichen Investitionsbedarfs von rund 6,8 Mrd. € durch öffentliche Mittel gedeckt (Augurzky et al., 2024). Die Investitionslücke wird für das Jahr 2022 auf 2,5 bis 4,5 Mrd. € geschätzt und faktisch teilweise über Krankenhausvergütungen von der GKV mitfinanziert (KH-Regierungskommission, 2025).

Diese Lücke verstärkt damit den Mengendruck im Fallpauschalensystem. Wenn Krankenhäuser notwendige Investitionen aus Überschüssen der Leistungsentgelte finanzieren müssen, steigt der Anreiz, zusätzliche Fälle zu generieren. Unzureichende Investitionen erzeugen daher nicht nur ein Infrastrukturproblem. Sie verschärfen auch die Fehlanreize der Leistungsvergütung. Eine vollständige Übernahme der Investitionskosten durch die Länder würde die GKV entlasten und den Beitragssatz nach Simulationen des SVR Wirtschaft dauerhaft um bis zu 0,2 Prozentpunkte senken (Abbildung 2 rechts).

Auch die ursprünglich vorgesehene Finanzierung von Transformationskosten der Reform der Krankenhausstruktur aus Mitteln der GKV ist vor diesem Hintergrund nicht sachgerecht. Eine Finanzierung über das Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität ist gegenüber einer Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds zwar vorzugswürdig, weil sie den kurzfristigen Beitragsdruck in der GKV mindert. Das Sondervermögen ist jedoch temporär, in der Höhe begrenzt und soll zusätzliche Investitionen ermöglichen. Die Finanzierung notwendiger Infrastrukturinvestitionen sollte langfristig gesichert und über die Kernhaushalte der Länder getätigt werden. Zudem gilt der Grundsatz der Aufgabenkonnexität. Die Krankenhausplanung liegt wesentlich in der Verantwortung der Länder. Entsprechend sollten die Länder auch die damit verbundenen Investitionskosten tragen.

Fazit

Eine Reform der Krankenhausfinanzierung kann zu einer nachhaltigen Stabilisierung der GKV beitragen. Der Anstieg des Beitragssatzes lässt sich dämpfen, wenn Fehlanreize zur Ausweitung der Fallzahlen, ineffiziente Angebotsstrukturen und unzureichend geklärte Investitionsverantwortung reduziert werden. Am aktuellen Rand verschärft sich dieses Problem, weil kostendisziplinierende Elemente der Krankenhausvergütung geschwächt wurden. Pflegebudget und Meistbegünstigungsklausel erleichtern in ihrer derzeitigen Ausgestaltung die Weitergabe von Kostensteigerungen, ohne hinreichend sicher-

zustellen, dass diese Kosten bei einer effizienten und bedarfsgerechten Versorgung entstehen.

Eine Krankenhausreform sollte deshalb die Fallzahlabhängigkeit der Vergütung reduzieren, die Vorhaltung bedarfsgerechter Kapazitäten sichern, Qualitätsvorgaben verbindlicher machen und Spezialisierung erzwingen. Entscheidend ist dabei, dass diese Reformlogik nicht durch Ausnahmen und politische Standortinteressen verwässert wird. Die Notfallversorgung muss in der Fläche gesichert bleiben. Planbare und komplexe Eingriffe sollten hingegen dort stärker konzentriert werden, wo Qualität, Erfahrung und Ausstattung eine effiziente Versorgung ermöglichen.

Ergänzend sollten die Vergütungsfortschreibung am effizienten Mittelbedarf ausgerichtet, das Pflegebudget zielgenauer begrenzt und die Investitionsverantwortung der Länder gestärkt werden. Eine nachhaltige Stabilisierung der GKV erfordert damit weit mehr als zusätzliche Einnahmen. Sie setzt voraus, dass Krankenhäuser nicht für möglichst viele Fälle und die Fortschreibung bestehender Kostenstrukturen finanziert werden, sondern für bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und effizient erbrachte Versorgung.

Literatur

- Augurzyk, B., Weiler, S. & Pilny, A. (2024, 27. Juni). *Krankenhaus Rating Report 2024: Wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser hat sich 2022 erneut verschlechtert* [Pressemitteilung]. RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit. (2006). *Endgültige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Statistik KJ 1 – 2005*.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit. (2026a, 19. Juni). *Finanzentwicklung der GKV im 1. Quartal 2026* [Pressemitteilung].
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit. (2026b). *Gesetzliche Krankenversicherung – Vorläufige Rechnungsergebnisse, 1.–4. Quartal 2025, Statistik KV45, Stand: 26. März 2026*.
- Böcking, W., Ahrens, U., Kirch, W. & Milakovic, M. (2005). First results of the introduction of DRGs in Germany and overview of experience from other DRG countries. *Journal of Public Health*, 13(3), 128–137.
- Eibich, P. & Ziebarth, N. R. (2014). Analyzing regional variation in health care utilization using (rich) household microdata. *Health Policy*, 114(1), 41–53.
- Hentschker, C., Goerd, G. & Scheller-Kreinsen, D. (2023). Das Pflegebudget der Krankenhäuser im dritten Jahr der Umsetzung: Analysen und Entwicklungen. In J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers & C. Mostert (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2023: Schwerpunkt: Personal* (S. 251–264). Springer.
- Hentschker, C., Mostert-Brenck, C. & Scheller-Kreinsen, D. (2026). Das Pflegebudget: eine empirische Zwischenbilanz. *WIdO e-Paper*, 6. Wissenschaftliches Institut der AOK.
- KH-Regierungskommission – Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. (2025). *Reform der Investitionskostenfinanzierung für die Krankenhäuser in Deutschland: Bestandsinvestitionen und Strukturinvestitionen. Dreizehnte Stellungnahme und Empfehlung*.
- Lindlbauer, I. & Schreyögg, J. (2014). The relationship between hospital specialization and hospital efficiency: Do different measures of specialization lead to different results? *Health Care Management Science*, 17(4), 365–378.
- Loos, S., Albrecht, M., Schiffhorst, G., Ochmann, R. & Möllenkamp, M. (2016). *Faktencheck Krankenhausstruktur – Spezialisierung und Zentrenbildung*. Bertelsmann Stiftung.
- Loos, S., Albrecht, M. & Zich, K. (2019). *Zukunftsfähige Krankenhausversorgung – Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen*. Bertelsmann Stiftung.
- McGuire, T. G. (2000). Physician agency. In A. J. Culyer & J. P. Newhouse (Hrsg.), *Handbook of Health Economics* (Bd. 1A, S. 461–536). Elsevier Science.
- Messerle, R. & Schreyögg, J. (2024). Country-level effects of diagnosis-related groups: Evidence from Germany's comprehensive reform of hospital payments. *European Journal of Health Economics*, 25(6), 1013–1030.
- Quentin, W., Geissler, A., Scheller-Kreinsen, D. & Busse, R. (2010). DRG-type hospital payment in Germany: The G-DRG system. *Euro Observer*, 12(3), 4–7.
- Reifferscheid, A., Pomorin, N. & Wasem, J. (2015). Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung: Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage in deutschen Krankenhäusern. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 140(13), e129–e135.
- Schneider, U. (2002). Beidseitige Informationsasymmetrien in der Arzt-Patient-Beziehung: Implikationen für die GKV. *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*, 71(4), 447–458.
- Statistisches Bundesamt. (2026). *Verbraucherpreisindex: Deutschland, Jahre*. GENESIS-Online, Tabelle 61111-0001.
- Varabyova, Y., Blankart, C. R., Torbica, A. & Schreyögg, J. (2017). Comparing the efficiency of hospitals in Italy and Germany: Nonparametric conditional approach based on partial frontier. *Health Care Management Science*, 20(3), 379–394.
- Werdning, M., Harter, A., Hauber, P., Hermann, T., Holler, L. P., Kreß, P., Neef, T., Ochsner, C., Püschel, V., Rochell, C., Runschke, B., Schwarz, M. & Zuber, C. (2026). *Alterungsschub und Sozialbeiträge: Simulationen zu GKV und Pflegeversicherung. SVR-Arbeitspapier. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. (Im Erscheinen)*.

Title: *Organising hospital funding and service provision to meet needs*

Abstract: *The statutory health insurance system is facing a structural funding problem. For years, expenditure has been growing faster than revenue. This is not solely due to an ageing population. In the hospital sector, incentives for cost discipline and efficiency have also been reduced in recent years. In order to curb the rise in contribution rates and ensure needs-based, high-quality and efficient care, a hospital reform is needed that reduces the dependence of remuneration on the number of cases, safeguards the provision of capacity tailored to needs and promotes greater specialisation. Furthermore, the nursing care budget should be capped in a more targeted manner and the responsibility of the federal states for investment in hospitals should be strengthened.*