



**Krankenhaus
Rating
Report 2026
Flucht nach vorne
Pressekonferenz**



Prof. Dr. Boris Augurzky, Dr. Sebastian Krolop, Henrik Bergschneider, Daniel Monsees, Dr. Adam Pilny, Prof. Dr. Christoph M. Schmidt

Agenda



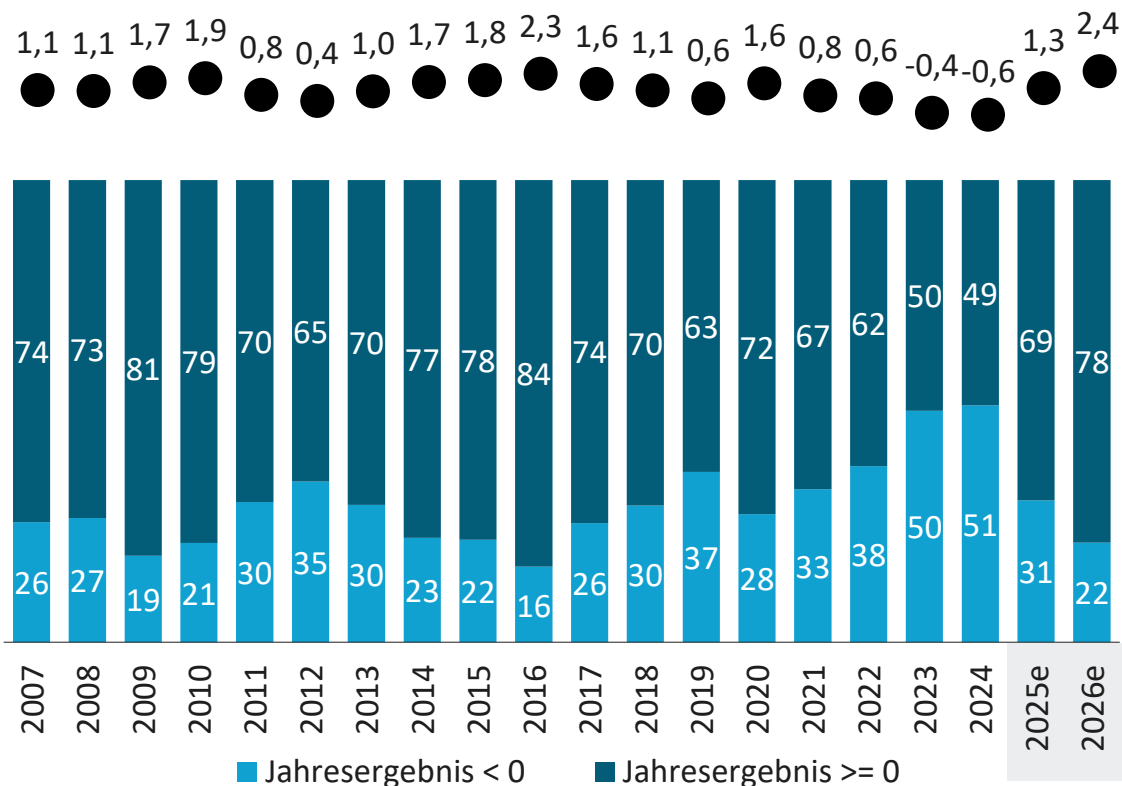
Status quo und Ausblick

Handlungsfelder

Die Lage der Krankenhäuser hat sich im Jahr 2024 erneut verschlechtert, jedoch Besserung im Jahr 2025 und 2026 erwartet

Jahresabschlüsse aus 2025 zeigen Verbesserung, wenngleich Lage weiterhin schwierig ist

Jahresergebnis⁽¹⁾, als Anteil an Erlösen



2025 und 2026 sind Hochrechnungen



Geprüfte
2025er-Jahresabschlüsse: 179
(Stand 19. Juni 2026)

122 freigemeinnützig
57 kommunal

Durchschnittliche
Bettenzahl: 393

Umsatzrendite im Jahr
2025 gegenüber 2024 um **1,3%-**
Punkte gestiegen, aber
weiterhin negativ mit **-1,4%**

EBITDA-Marge im Jahr 2025
wieder positiv mit **+0,6%**

50% können mit
ihrem Geldmittel-
bestand nur
Finanzbedarf
von anderthalb
Wochen oder
weniger decken

11% mit hoher
Insolvenz-
gefahr

(1) EAT, Earnings after taxes

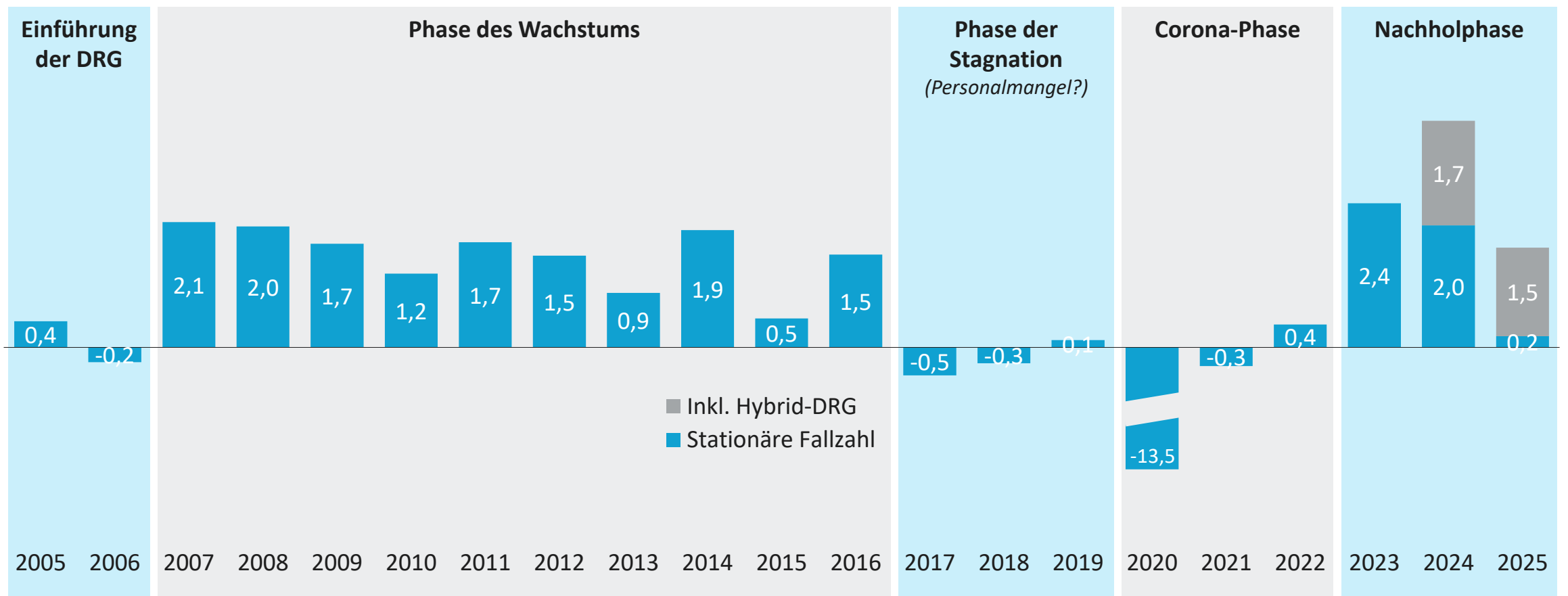
Anmerkung : Die jährliche Stichprobengröße schwankt zwischen 810 und 987 Einrichtungen.

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2026; erstmalig Gewichtung der Daten nach Umsatzvolumen und Verteilung der Trägerschaften; Solidararis

Dabei sind die Fallzahlen in den Jahren 2023 und 2024 stark gestiegen

Inklusive Hybrid-DRG auch 2025 großer Anstieg

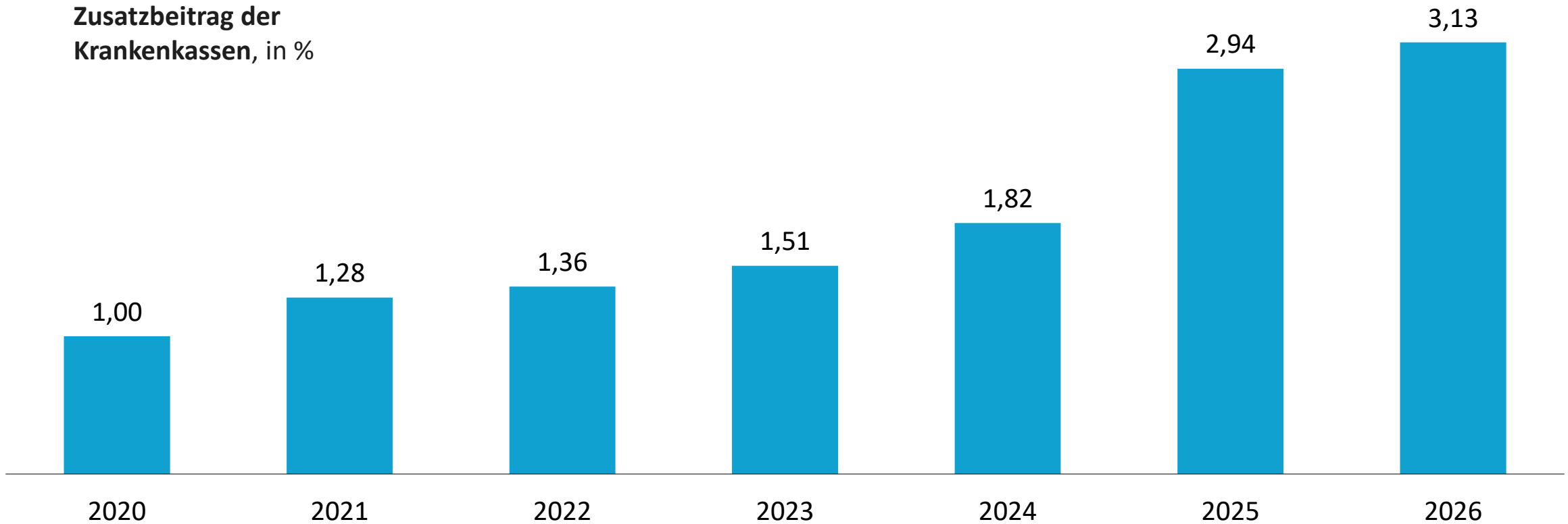
Veränderung der Fallzahl, in %, ab 2024 inklusive Hybrid-DRG



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2026

Gleichzeitig erreichen Zusatzbeiträge der Krankenkassen immer neue Höchststände

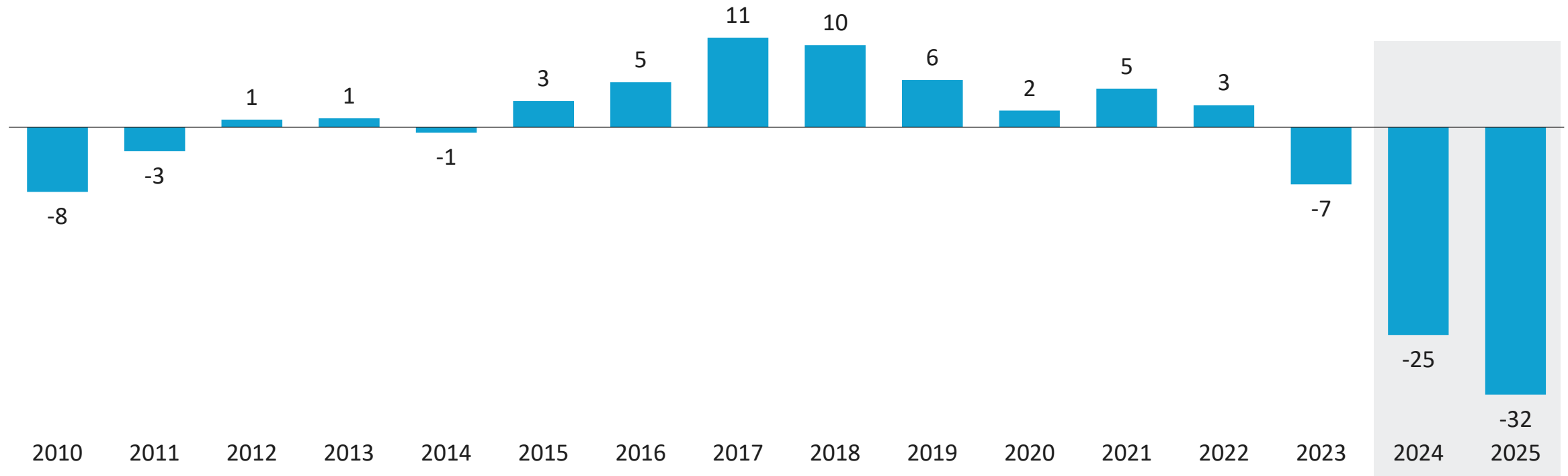
Durchschnittlicher
Zusatzbeitrag der
Krankenkassen, in %



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2026

Auch die kommunalen Finanzen befinden sich seit 2024 in bedrohlicher Schieflage

Finanzierungssaldo der Gemeinden
und Gemeindeverbände, Mrd. €

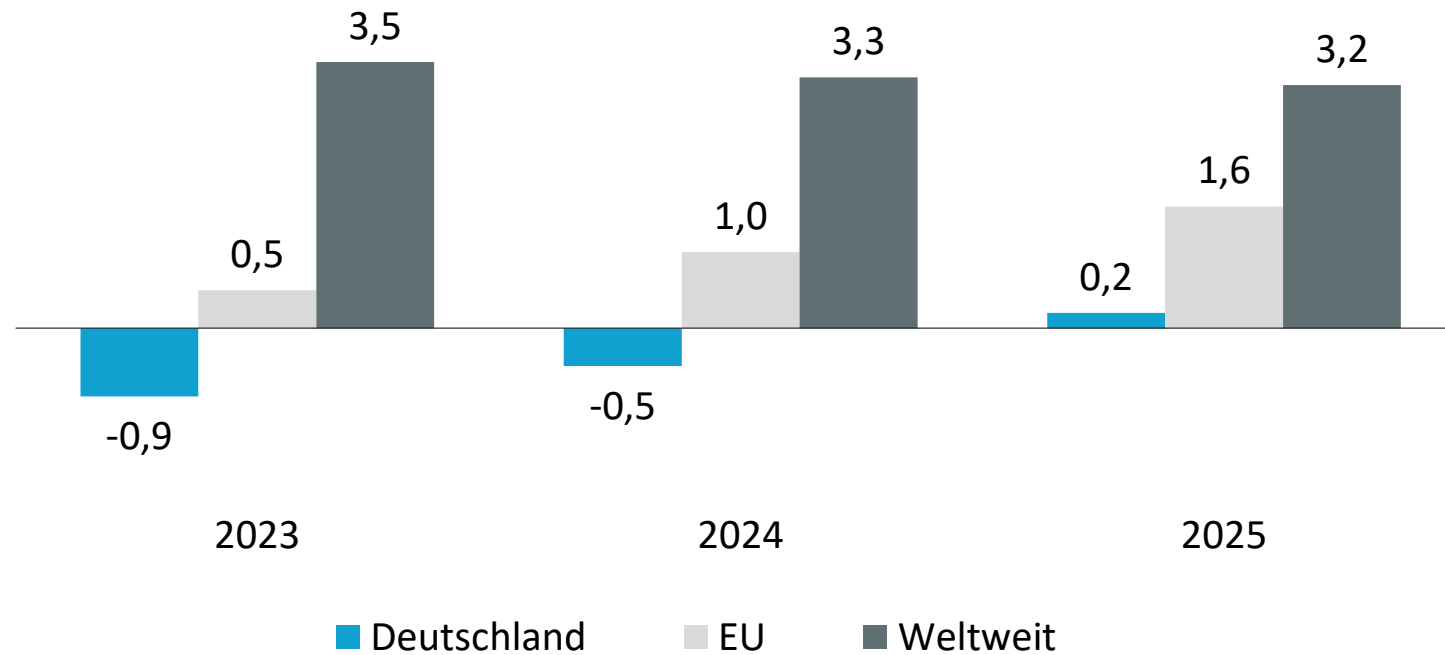


Einschränkung der finanziellen **Handlungsspielräume der Kommunen**

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2026

Die deutsche Volkswirtschaft stagniert ...

BIP-Wachstum⁽¹⁾, in %

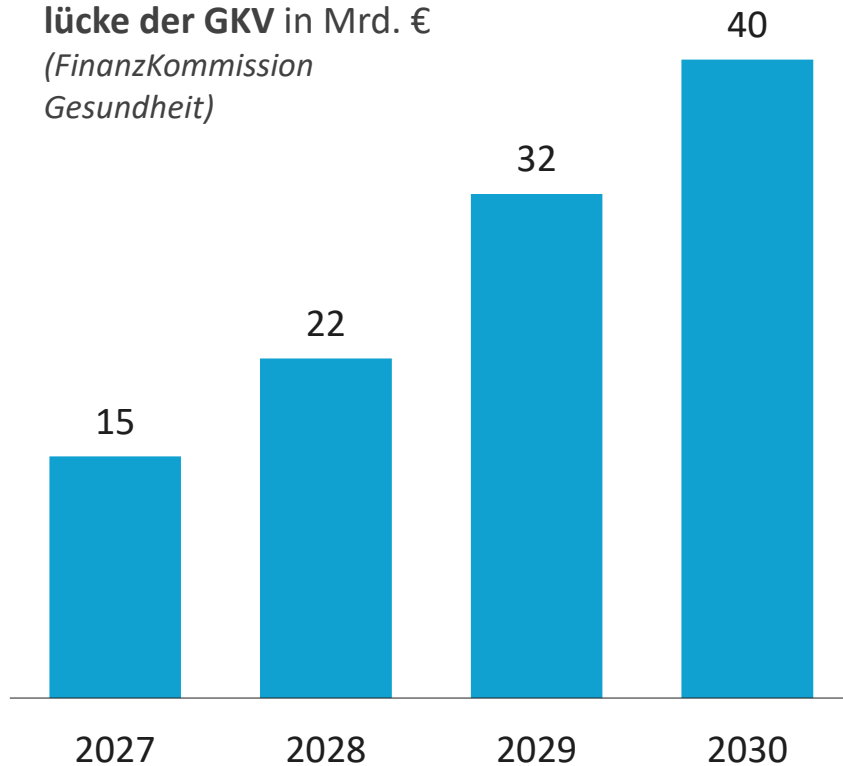


(1) Preisbereinigt; für Deutschland im Januar 2026 revidierte Zahlen des Statistischen Bundesamts
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2026

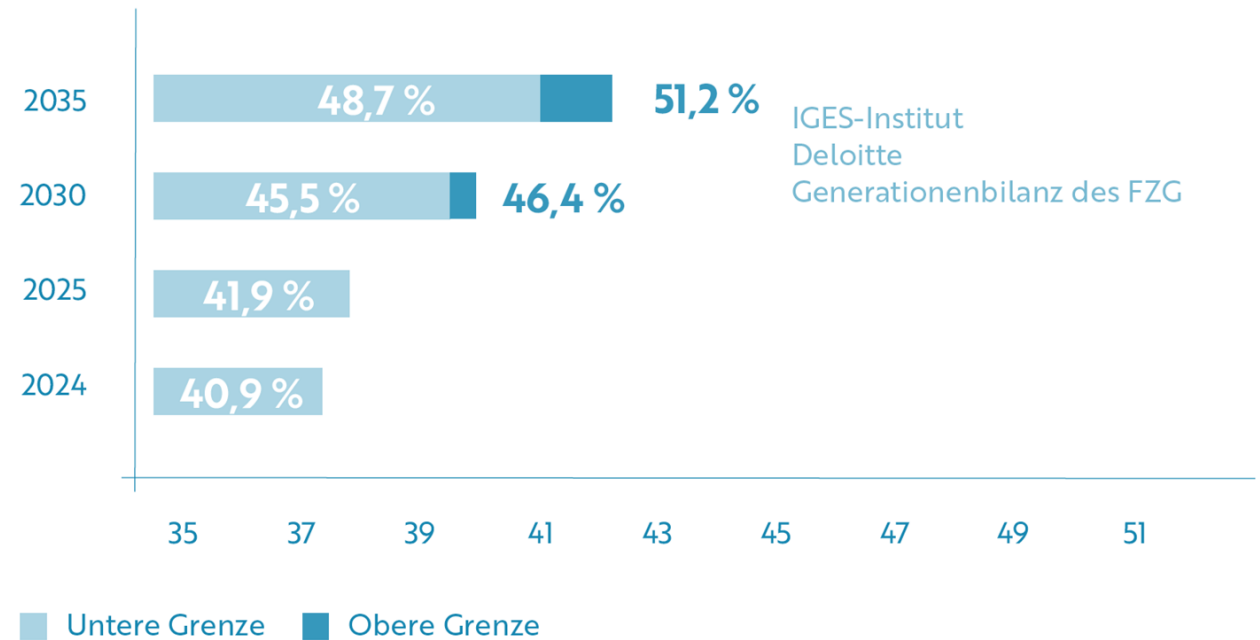
... und die Deckungslücke der GKV dürfte weiter zunehmen

Ohne Anpassungen dürften die Sozialabgaben bis 2035 auf über 50% steigen

Erwartete Deckungslücke der GKV in Mrd. €
(FinanzKommission
Gesundheit)



Sozialabgaben: GKV + SPV + DRV + Arbeitslosenversicherung,
als Anteil vom beitragspflichtigen Einkommen



GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) strebt Schließung der Deckungslücke der GKV an

Quelle: FinanzKommission Gesundheit 30. März 2026 ; Karagiannidis et al. (2025): „Die Gesundheit der Zukunft“

Wir schreiben die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser ohne und mit dem GKV-BStabG fort

Basisszenario		GKV-BStabG	
<p>Stationäre Fallzahlen: zunächst noch leichter Anstieg; nach Scharfschaltung der Vorhaltefinanzierung Reduktion aufgrund zunehmender Ambulantisierung (u.a. Hybrid-DRG)</p> <p>2024 bis 2035: -12%</p>		<p>Restriktivere Zuordnung von Personal zum Pflegebudget</p>	
<p>Verschiedene Zuschläge⁽²⁾</p> <p>Volle Tarifrefinanzierung</p>		<p>Hybrid-DRG⁽¹⁾: Starker Anstieg in den kommenden Jahren</p> <p>2025: 550.000 2035: 3,1 Mio.</p>	
<p>Wegfall der Zahlungen aus Härtefallfonds</p>		<p>Rechnungszuschlag in Höhe von 3,25% bis Oktober 2026</p>	
<p>Meistbegünstigungsklausel⁽³⁾</p> <p>Gilt, jedoch Aussetzen im Jahr 2026, dafür Anhebung der Basisfallwerte 2027 um 1,14%</p>		<p>Relevante Effekte der Strukturoptimierung ab dem Jahr 2031</p>	
<p>Anpassung der Prüfquoten des MD</p> <p>Erweiterung des MD-Prüfauftrags</p> <p>Verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren</p> <p>Begrenzung der Budgetsteigerungen im PEPP-Bereich</p> <p>Wegfall Meistbegünstigungsklausel</p> <p>Grundlohnrate -1%-Punkt für 2027-2029</p> <p>Begrenzung des Wachstums des Pflegebudgets</p> <p>Streichung pauschale Vergütung für pflegeentlastende Maßnahmen</p> <p>Hälftige Tarifrefinanzierung</p>			

(1) Oder andere Vergütungsformen für komplex-ambulante Fälle

(2) Geburtshilfe, Pädiatrie, Stroke Unit, spezielle Traumatologie, Intensivmedizin, Zuschläge für Teilnahme an Notfallversorgung, Koordinierungszuschläge, Erhöhung Sicherstellungszuschläge

(3) Veränderungswert des LBFW = Maximum aus Grundlohnrate und Orientierungswert

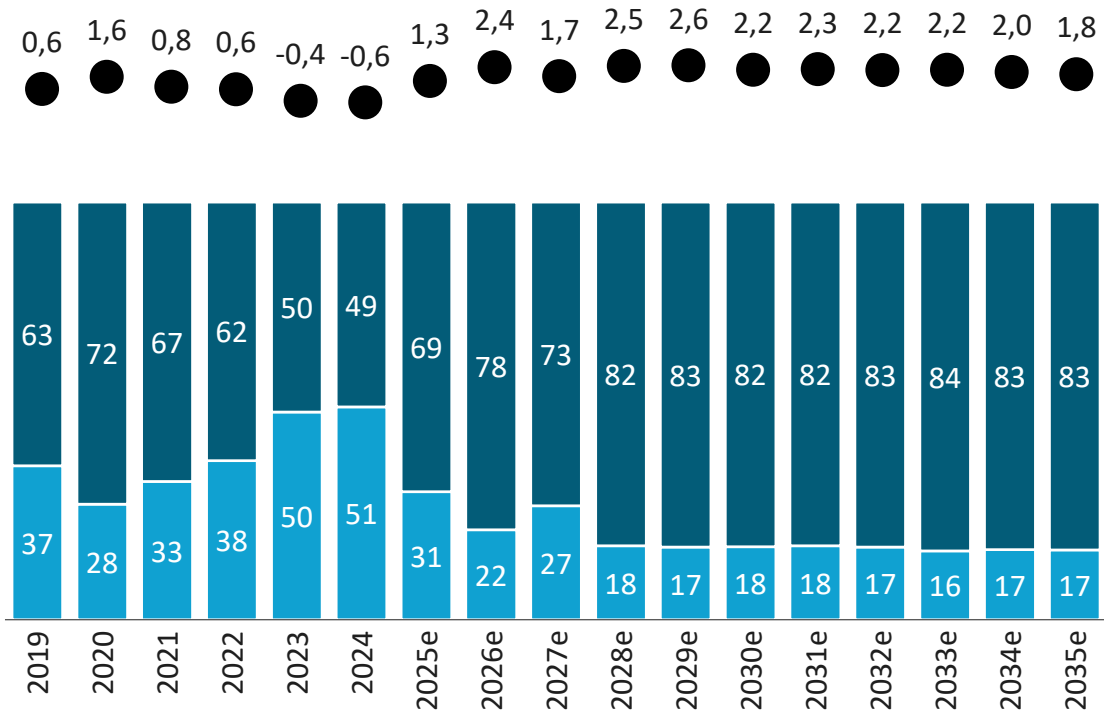
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2026

Im Basisszenario verbessert sich die Lage der Krankenhäuser mit der Zeit

Mit dem GKV-BStabG ist jedoch ab 2027 mit einer drastischen Verschlechterung der Lage zu rechnen

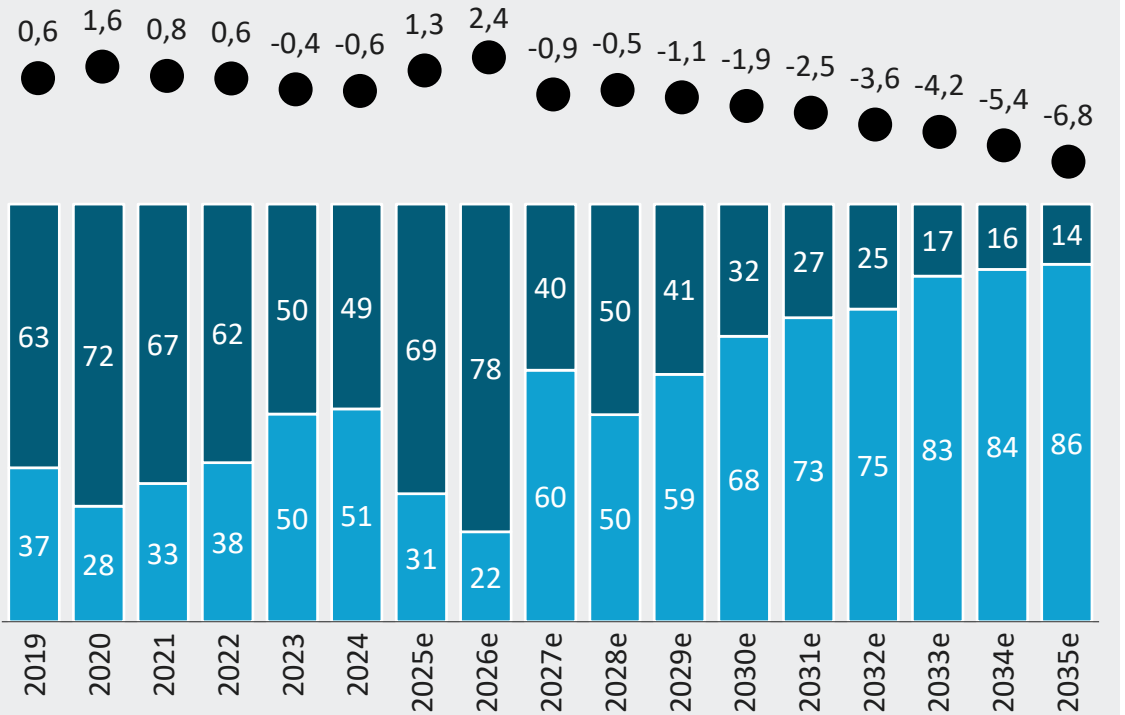
Basisszenario

Jahresergebnis in % der Erlöse



Szenario „GKV-BStabG“

Jahresergebnis in % der Erlöse



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2026

Wir untersuchen die Folgen einer „kalten“ Marktberreinigung auf die Erreichbarkeiten

Insgesamt betrachten wir 401 der 1.593 somatischen Standorte als gefährdet

Daten

Qualitätsberichte des Jahres 2024

1.593 somatische Standorte

Jahresabschlüsse des Jahres 2024

900 der somatischen Standorte mit Finanzdaten

Imputation von Finanzdaten der **restlichen 693** Standorte durch Regression auf Größe, Ländlichkeit, Trägerschaft, Notfallstufe

	EBITDA größer 1%	EBITDA zw. -1% und +1%	EBITDA kleiner -1%
Rating im grünen Bereich	731	69	39
Rating im gelben Bereich	203	98	61 gefährdet
Rating im roten Bereich	52	115 gefährdet	225 gefährdet

401 gefährdete Standorte



Gefährdet sind besonders öffentlich-rechtliche und ländliche Krankenhäuser, aber auch 36% der Standorte mit Notfallstufe 3



Gefährdungspotenzial von öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern abhängig von Finanzkraft des Trägers

	Alle	Gefährdet	Anteil
Standorte	1.593	401	25%
Betten	447.965	117.937	26%
Trägerschaft			
Kommunal	521	311	60%
Freigemeinnützig	555	69	12%
Privat	461	11	2%
Uniklinik	56	10	18%
Notfallstufe			
0	595	65	11%
1	534	205	38%
2	286	67	23%
3	178	64	36%
Einwohnerdichte			
Gering (ländlich)	406	132	33%
Mittel	474	145	31%
Hoch (städtisch)	713	124	17%
Bundesland			
West	1.248	337	27%
Ost	345	64	19%

Der Wegfall der gefährdeten Standorte erhöht den Anteil der Bevölkerung mit einem Anfahrtsweg von über 30 Minuten von 1,7% auf 6,9%

	Status quo	Selektion rein nach wirtschaftlicher Lage	Bewahrung von Sicherst.häusern ⁽¹⁾	Bewahrung auch der ländlichen Häuser ⁽²⁾
Standorte (Allgemein- krankenhäuser) 	1.593	-401	-357	-269
Betten (Allgemein- krankenhäuser) 	448.000	-118.000	-108.000	-91.000
Anteil Bevölkerung mit Anfahrtsweg > 30 Min.	1,7%	6,9%	5,5%	3,8%
Anteil Bevölkerung mit Anfahrtsweg > 40 Min.	0,4%	2,1%	1,3%	1,0%

(1) Bei der Selektion der rein wirtschaftlichen Lage sind 44 Standorte mit Sicherstellungszuschlag enthalten. Diese bleiben hier erhalten.

(2) Ländliche Kreise mit einer Einwohnerdichte von weniger als 135 Einwohnern je qkm. Es bleiben im Vgl. zur rein wirtschaftlichen Selektion 132 Standorte im ländlichen Raum erhalten, davon 40 Standorte mit Sicherstellungszuschlag.

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2026

Agenda

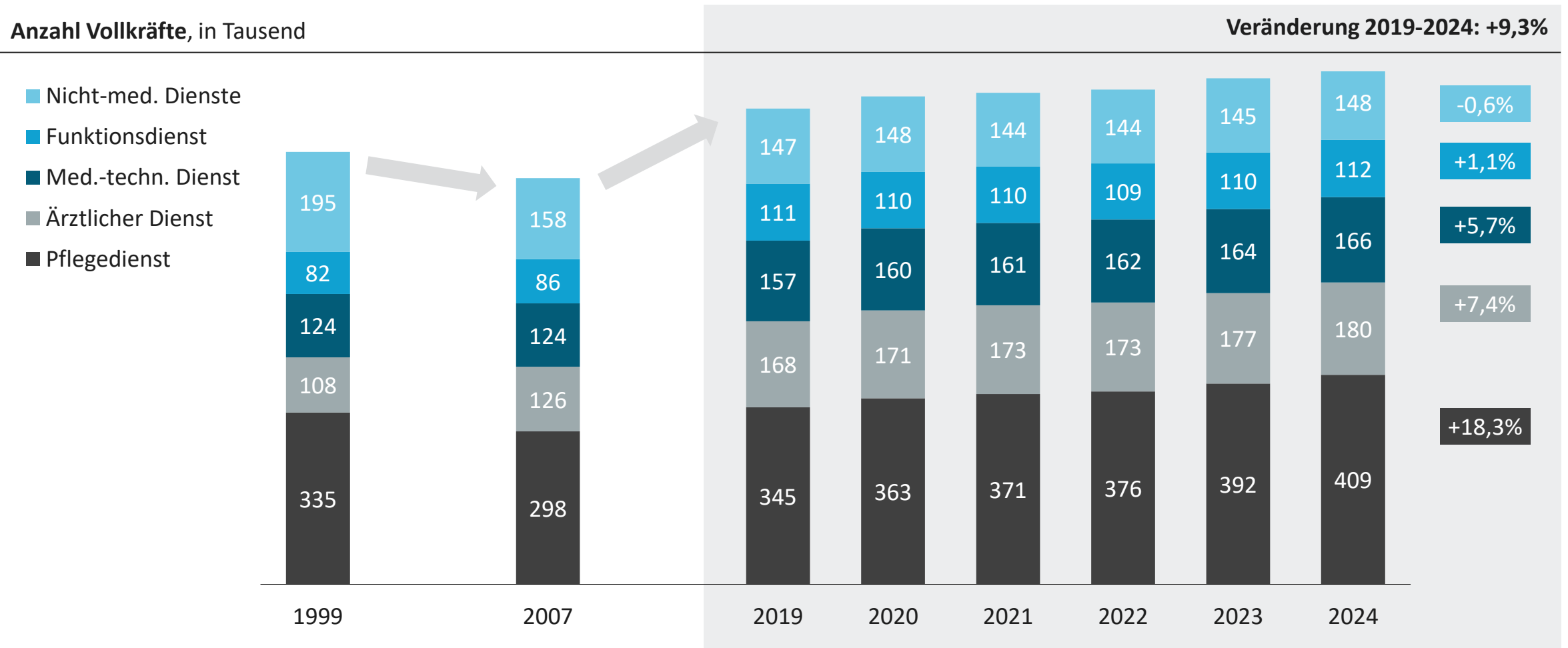


Status quo und Ausblick

Handlungsfelder

Im Jahr 2024 stieg die Zahl der Vollkräfte in den Krankenhäusern erstmals über eine Million

Die Zahl der Vollkräfte lag 2024 um 9,3% höher als 2019, enormer Aufbau in der Pflege



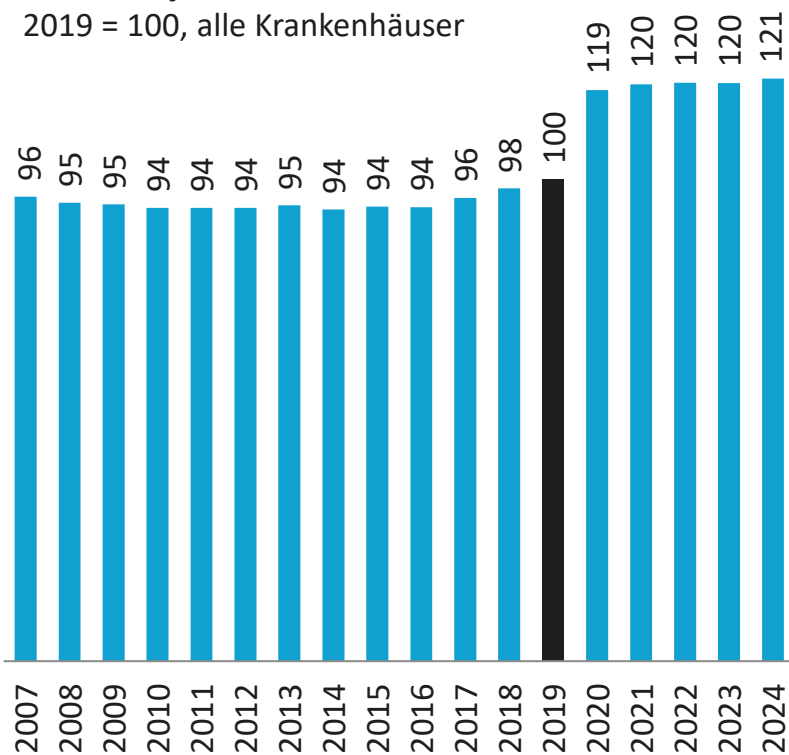
Anmerkung: Nicht-med. Dienste = klinisches Hauspersonal, technischer, Verwaltungs-, Wirtschafts- und Versorgungsdienst, Sonderdienste, sonstiges Personal

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2026

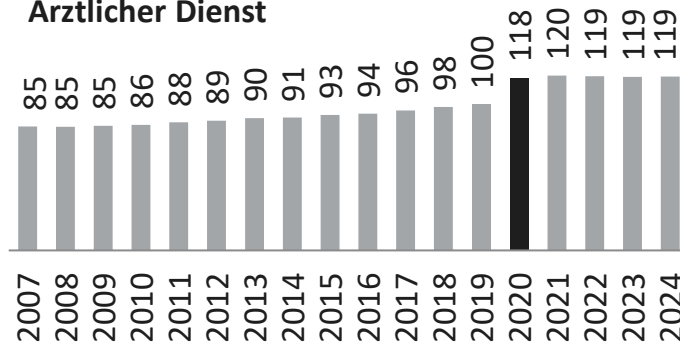
Damit steht je stationärem Fall immer mehr Personal zur Verfügung: +21% gegenüber 2019

Schon vor Corona leichter Anstieg seit 2017 und stetiger Anstieg im ärztlichen Dienst seit 2009

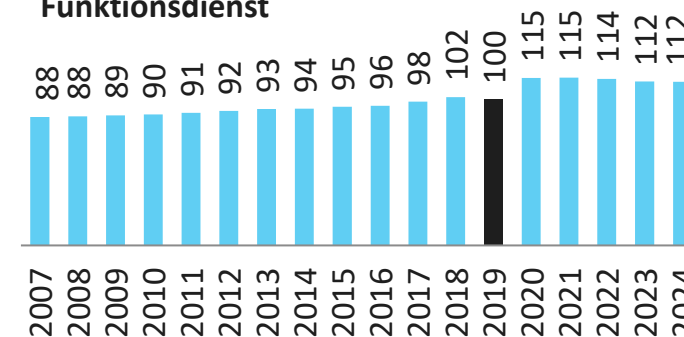
Vollkräfte je stationärem Fall,
2019 = 100, alle Krankenhäuser



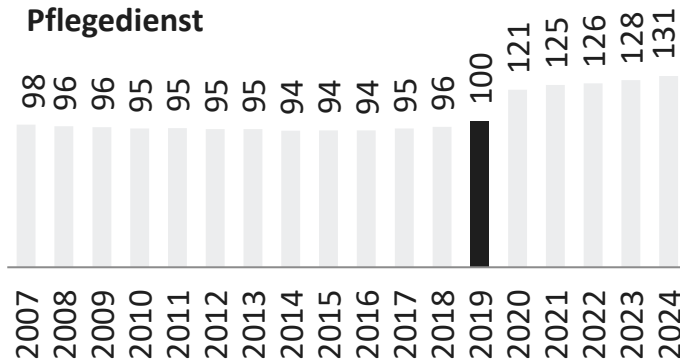
Ärztlicher Dienst



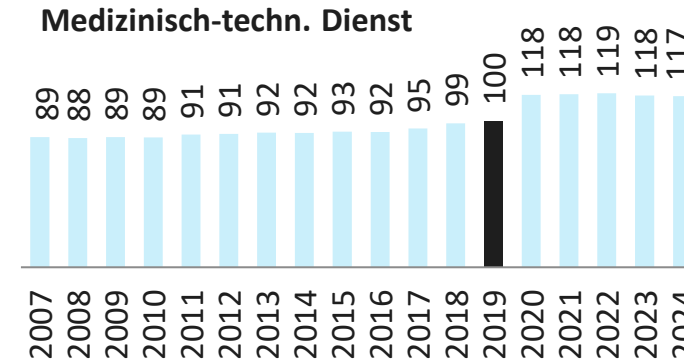
Funktionsdienst



Pflegedienst

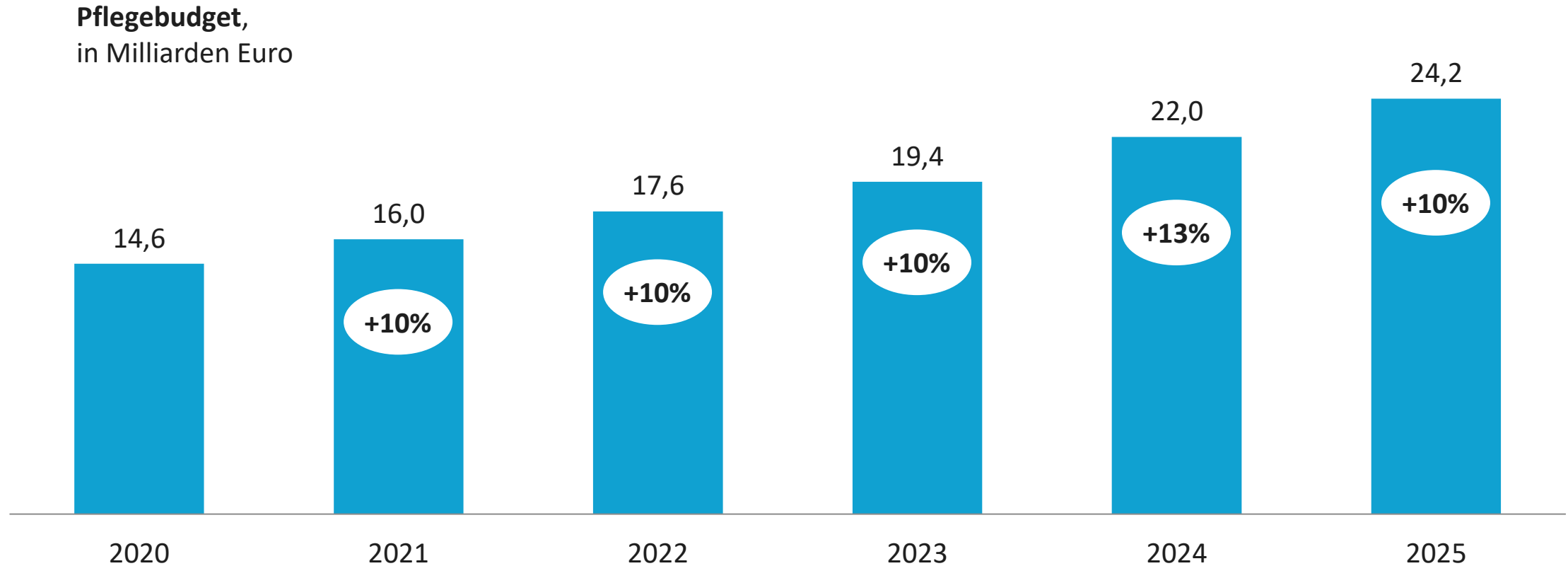


Medizinisch-techn. Dienst



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2026

Seit seiner Einführung fand ein gewaltiges Wachstum des Pflegebudgets statt Zwischen 2020 bis 2025 Zunahme um 66%



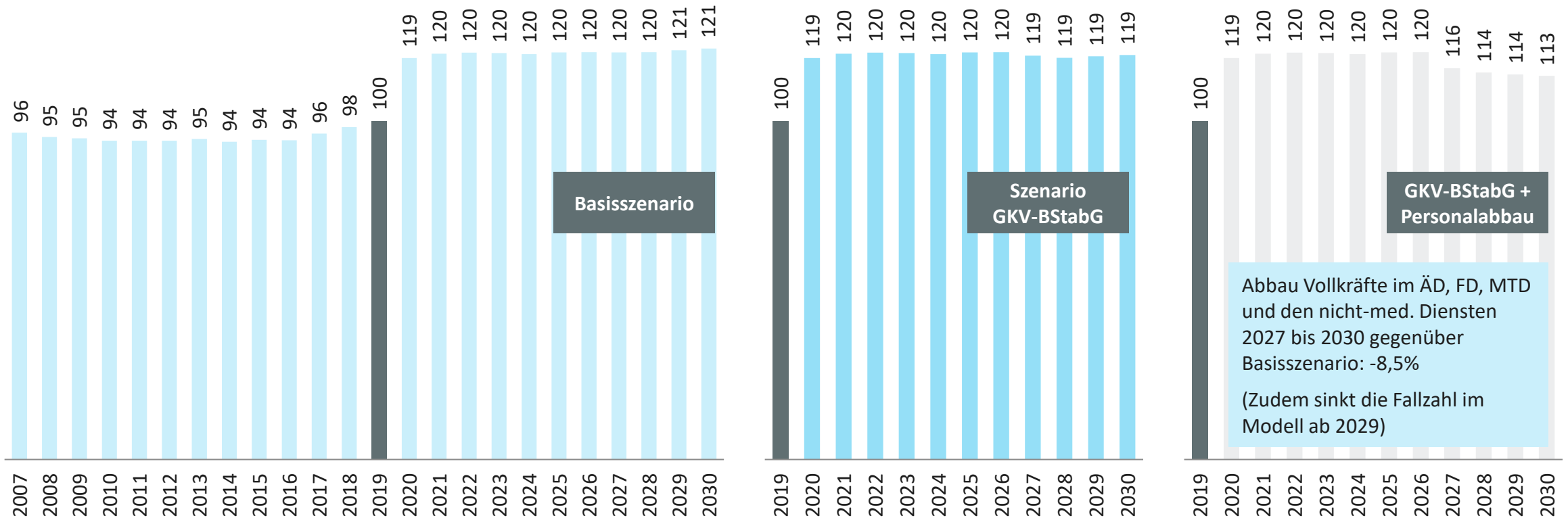
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2026

Krankenhäuser müssen zum 1.1.2027 gleichzeitig die Möglichkeit bekommen, **ebenfalls Sofortmaßnahmen zur Senkung ihrer Betriebskosten** in gleichem Maße durchführen zu können, wie ihre Erlöse gesenkt werden sollen – bzw. sogar stärker zu senken, um die bereits bestehenden hohen Defizite abtragen zu können.

Um die Erlöseinbußen unter dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz aufzufangen, müssen Krankenhäuser bis 2030 rund 8,5% Vollzeitstellen abbauen⁽¹⁾ (können)

Der größte Abbau davon muss 2027 stattfinden

Vollkräfte je Fall⁽²⁾,
2019 = 100, alle Krankenhäuser



(1) Ausgenommen in der Pflege: Wegen Pflegebudget dort nur 3% Abbau bis 2030

(2) Wir zählen neben stationären Fällen auch Hybrid-DRG-Fälle; letztere zählen im Jahr 2024 wie 0,65 eines stationären Falls, dann mit den Jahren weniger bis 0,58 eines Falls im Jahr 2030

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2026

Für den inzwischen deutlichen höheren Personaleinsatz gibt es verschiedene Gründe

Personalvorgaben

- Gesetzlich
- GBA-Notfallstufen
- Tarifverträge

**Selbstkosten-
deckung**
in der Pflege

Arbeitnehmermarkt
Arbeitnehmer setzen ihre
Interessen stärker durch

Steigende Teilzeitquote

2 mal 50% < 1 mal 100%

Für die gleiche Anzahl an Fällen
wird mehr Personal benötigt



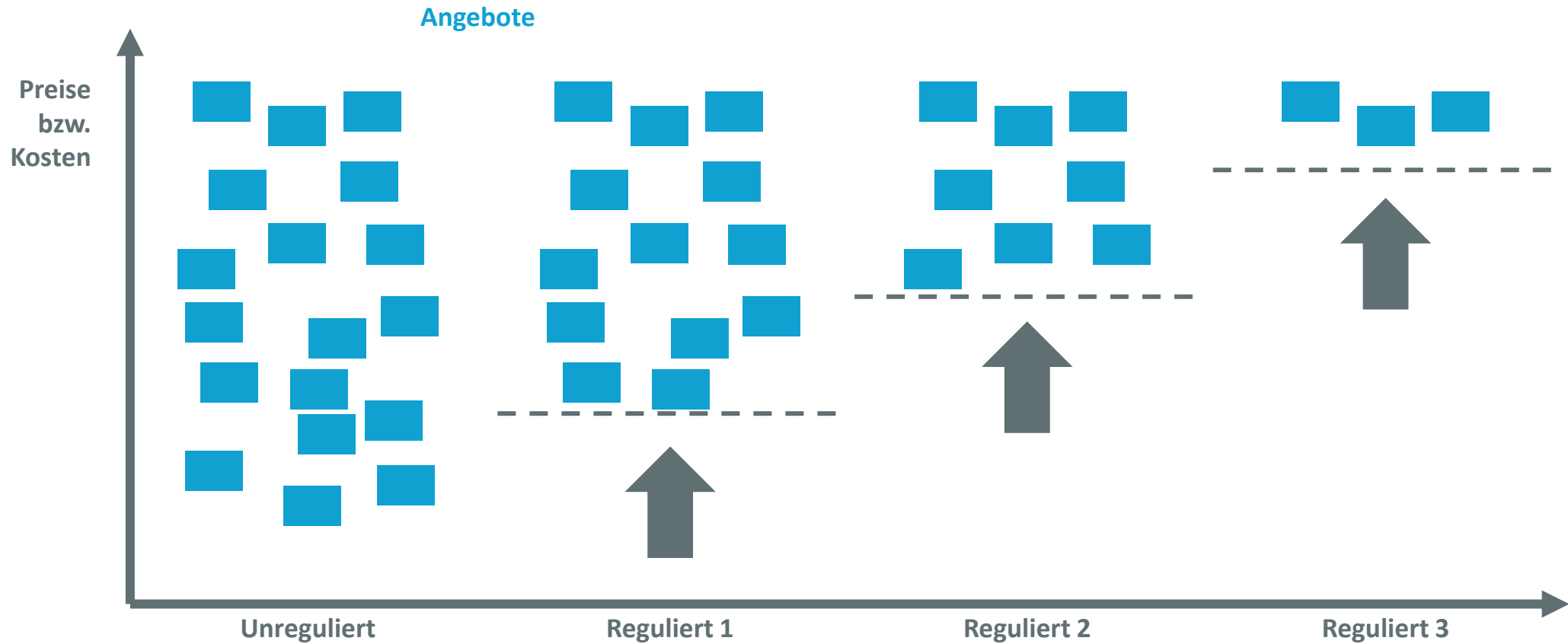
Ggü. 2019 ca. **+21%**
Personal pro Fall

Höherer Schweregrad
weil einfachere Fälle ambulant
behandelt werden

Stetiger
**Aufbau von
Bürokratie**

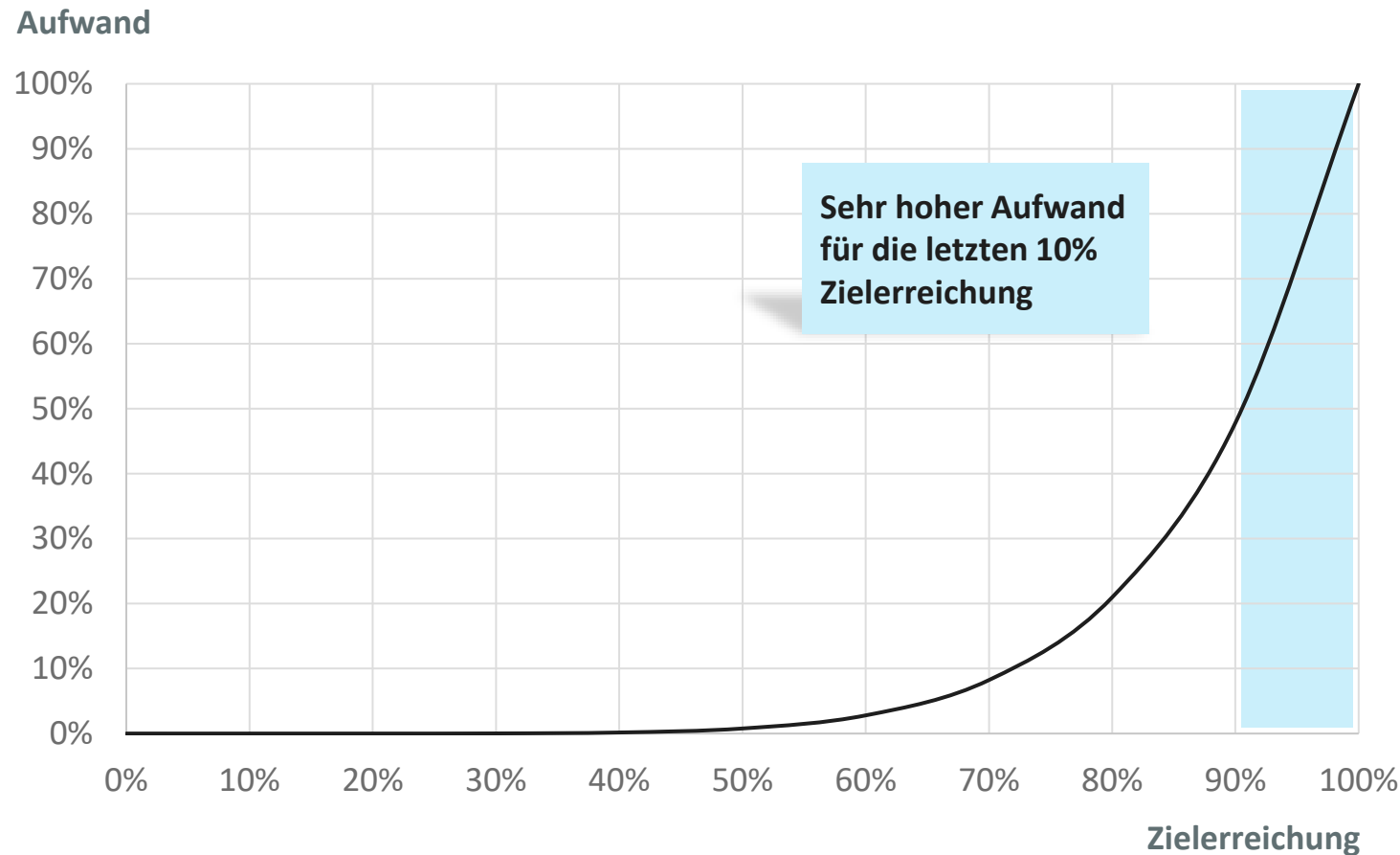
Höherer Krankenstand,
Schnellere Überlastung
seit Corona

Grundsätzliches Problem: Regulierung erhöht Mindeststandards und treibt damit die Kosten



Oft wird vergessen, dass die „letzte Meile“ extrem teuer ist

Die enormen Kosten für die „letzte“ Meile fehlen dann an anderer Stelle



Beispiel:

Bushaltestelle für ein 140-Seelen-Dorf in einer ländlichen Region, die zwei Mal am Tag angefahren wird.

Behindertengerechter Umbau der Haltestelle für einen 6-stelligen Betrag.

Anstatt die Frage vom Ziel her zu stellen: **Wie kann Mobilität für Menschen mit einer Behinderung erreicht werden?**

Nebenwirkung: Es fehlen Mittel für die Optimierung von anderen Zielen.
Eine intersektorale **Priorisierung unter Kosten-Nutzen-Aspekten** findet oft nicht statt.

In einer Welt, in der die **Wirtschaftskraft nicht wächst, können Standards nicht erhöht werden.**

Die Wirtschaftskraft stagniert seit 2019.

Wir müssen uns rückbesinnen auf Standards, die wir in den 2010er Jahren hatten.

Es braucht mehr Gestaltungsfreiheit und weniger Regulierung; dazu ist ein Umdenken nötig

Reduktion von regulatorischen Vorgaben

Je mehr Vorgaben eingehalten werden müssen, desto mehr Kosten entstehen in der Leistungserstellung

Beispiele

- i. Starre abteilungsbezogene PPUG
- ii. 30-Minuten-Verfügbarkeit von Ärzten über Rufbereitschaft

Mentalitätswechsel nötig

Vorgabe von **Versorgungszielen** anstatt kostentreibender staatlicher Eingriffe in die Leistungserbringung

Ambulantisierung von ehemals stationären Leistungen unter dem gleichen **Regelwerk wie im niedergelassenen Bereich**

Bürokratieabbau, Beispiele

- i. Handels- und Dienstleistungsstatistikgesetz
- ii. Lieferkettensorgfaltspflichtengesetz
- iii. Dokumentationspflicht für Import-Arzneimittel bei Lieferengpass
- iv. Anerkennungsverfahren für internationale Talente aus Drittstaaten
- v. Befristungen beim Energieaudit
- vi. Trinkwasserverordnung in Bezug auf Legionellen

Um den demografiebedingten wachsenden Bedarf bedienen zu können, **müssen wir die Kosten der Leistungserbringung senken**

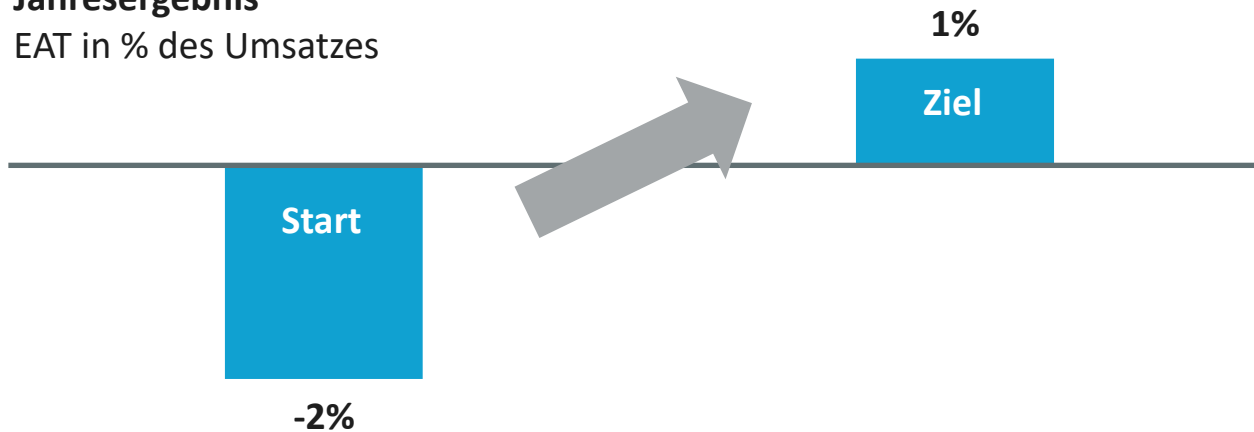
Feste **Budgets** mit definierten Wachstumsraten für einzelne Leistungssegmente oder für das gesamte Krankenhaus und mit **Gestaltungsfreiheit** und **Ergebnisverantwortung ...**

... haben das Potenzial die **Kosten der Leistungserbringung** zu senken.

Sollte die nötige Reduktion der Personalkosten an den heutigen Standorten nicht gelingen, kann sie auch indirekt über die Schließung unwirtschaftlicher Standorte erreicht werden

Jahresergebnis

EAT in % des Umsatzes



Normiert auf Umsatz zum Startzeitpunkt

	Start	Umzuverteilen	Rest	Umverteilt	Neu
Umsatz	100,0	30,0	70,0	30,0	100,0
Kosten	-102,0	-30,6	-71,4	-27,6	-99,0
EAT	-2,0				1,0

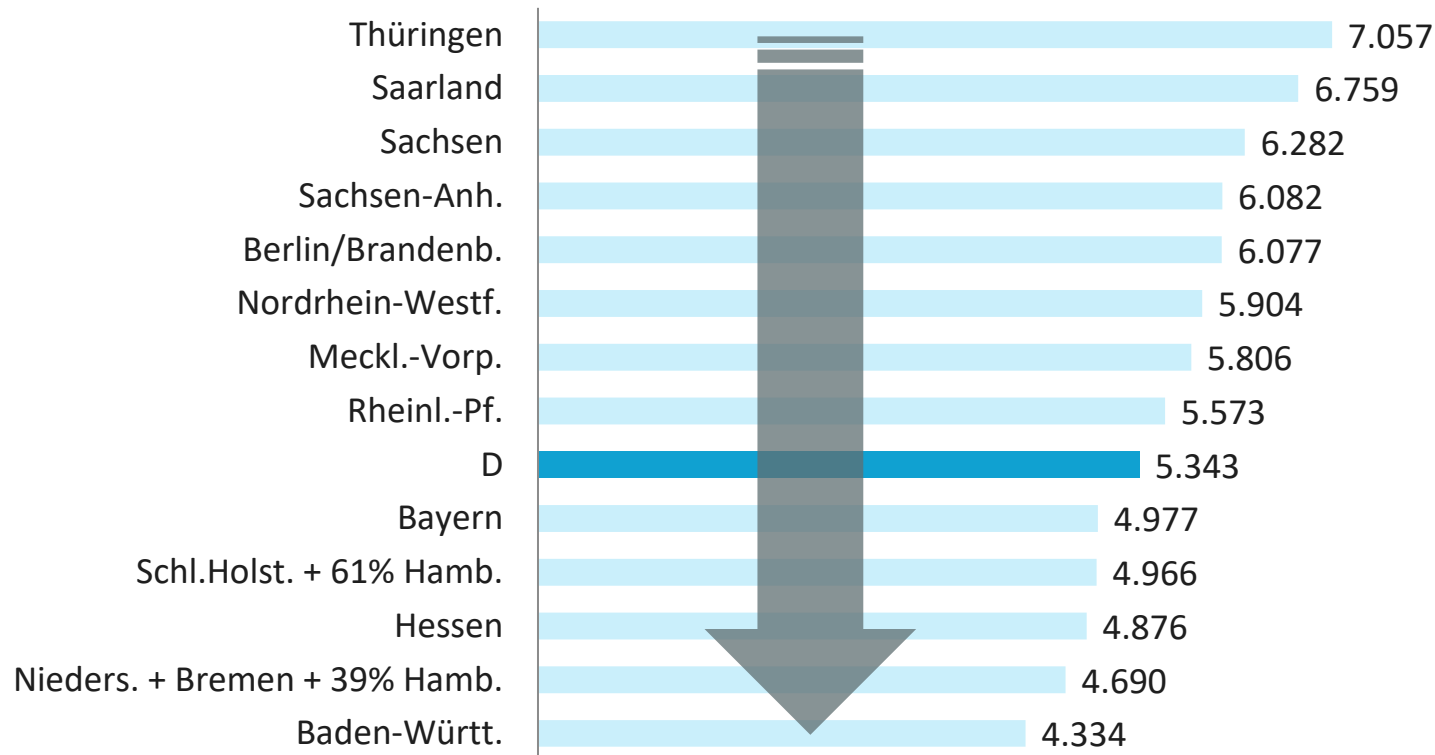
30% des Gesamtumsatzes umverteilen von Standorten mit hohen Kosten zu solchen mit niedrigeren Kosten.
 → **3% der Betriebskosten im System eingespart** und Personal effizienter genutzt.

(1) Wir nehmen Skaleneffekte bei den aufnehmenden Standorten an
 Quelle: Krankenhaus Rating Report 2026

Dabei Strukturoptimierung durch einen Strukturzuschlag weiter forcieren

Ergänzender Vorschlag

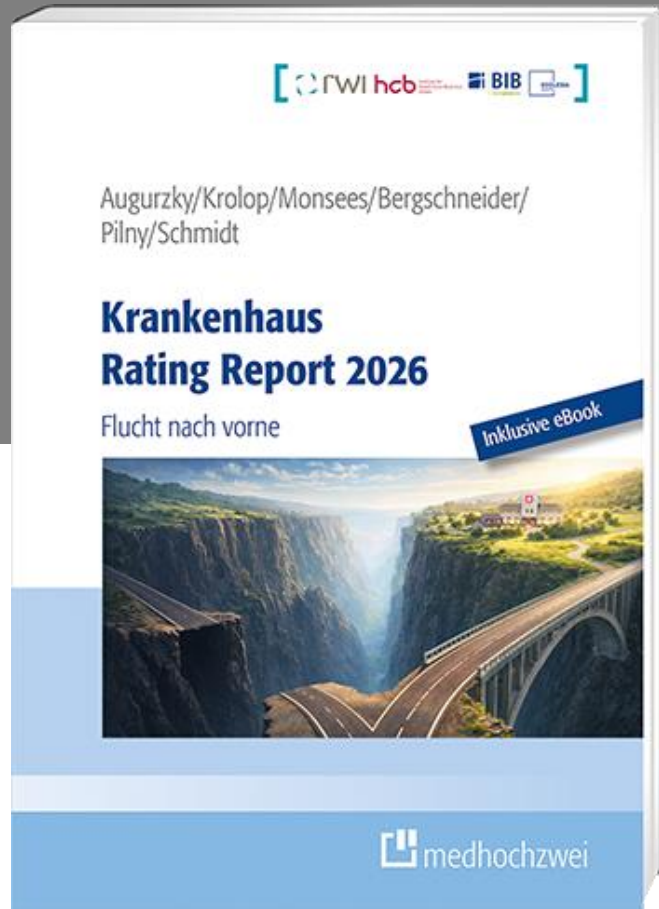
**Anzahl der Betten von Allgemeinkrankenhäusern
je 1 Mio. Einwohner im Jahr 2023**



Vorschlag

Umwandlung des **Rechnungszuschlags**
in einen **Strukturzuschlag**

- i. für Länder mit einer guten Krankenhausstruktur
- ii. für Länder, die eine Verbesserung ihrer Strukturen erzielen



Krankenhaus Rating Report 2026

Flucht nach vorne

Vollversion erhältlich bei medhochzwei Verlag

www.medhochzwei-verlag.de

Print + eBook: € 369

eBook: € 329

Foliensatz mit allen Grafiken und

Tabellen: € 898