

Positionspapier
zur aktuellen Krankenhausreform

**„Transformationspfad konsequent beschreiten –
Potenziale und Chancen der Krankenhausreform
für Niedersachsen nutzen“**

Stand: 08.05.2025

Mit der Verkündung des sogenannten Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes im Dezember 2024 und dem Beschluss eines Transformationsfonds im März 2025 nimmt die seit Jahren diskutierte Krankenhausreform Gestalt an. Die Umsetzung der Reform obliegt jedoch in ganz wesentlichen Teilen den Bundesländern im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die Krankenhausplanung und die Investitionsförderung der Krankenhäuser.

Mit diesem Papier unterstreicht der LRH die Notwendigkeit, die Potenziale dieser Krankenhausreform für Niedersachsen zu nutzen. Ziel muss es hierbei sein, mit einer bedarfsgerechten Krankenhausstruktur die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung dauerhaft sicherzustellen. Der LRH als externe Finanzkontrolle des Landes rückt dabei die langfristigen Auswirkungen von Planungs- und Förderentscheidungen in den Vordergrund. Die über den Transformationsfonds bereitgestellten Mittel sind daher in den kommenden Jahren mit Bedacht einzusetzen.

Der LRH hält zwei Schritte für unumgänglich, die im Positionspapier ausführlich dargestellt sind.

Erstens gelingt der Einstieg in die Transformation nur mit einer aktuellen Peilung und einer klaren Standortbestimmung. Hierzu bedarf es zunächst einer Fortschreibung des Krankenhausplans auf Grundlage aktueller Auslastungsquoten, um maximale Transparenz und Übersicht zu schaffen. Zweitens bedingt es die Reform, Überkapazitäten zu reduzieren. Nur in einer zweckmäßigen Gesamtstruktur auf Basis einer verbindlichen Zielplanung sind begrenzte Fördermittel effizient einsetzbar und Fehlinvestitionen vermeidbar.

Die verfassungsmäßige Zuständigkeit und Verantwortung für die Krankenhausplanung liegt auf Länderebene - auf dieser Ebene sind nun konsequente und richtungsweisende Planungs- und Förderentscheidungen angezeigt.

Die neue Krankenhausreform bietet eine große Chance für Niedersachsen. Sie zielt darauf ab, die Gesundheitsversorgung zukunftsfest zu gestalten und die Versorgungsstrukturen nachhaltig auszurichten. Im Fokus stehen die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten und die Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung.

Neue Finanzierungskonzepte, wie die Einführung von Leistungsgruppen und daran bemessene Vorhaltepauschalen, schaffen eine grundsätzliche Neuausrichtung für die Betriebskostenfinanzierung von Krankenhäusern. Hiermit sollen Fehlanreize in der Leistungvergütung mit DRG-Fallpauschalen behoben werden, um schädliche und teure Über- und Fehlversorgungen zu vermeiden.

Der Bund unterstützt die Länder mit Finanzmitteln aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In einem Transformationsfonds stehen bundesweit 25 Mrd. € zur Förderung strukturverbessernder Vorhaben bereit. Diese Querfinanzierung aus dem Bereich der GKV ist außergewöhnlich und das Volumen erhöht sich um Ko-Finanzierungsmittel aus den Landeshaushalten auf bis zu 50 Mrd. €. Das eröffnet auch für Niedersachsen Handlungsspielräume.

Zentrale Akteure bei der Umsetzung der Reform bleiben die Länder: Sie legen den Versorgungsauftrag im stationären Krankenhausbereich fest. Sie bestimmen für Krankenhäuser den grundlegenden Leistungsrahmen. Sie tragen hohe Verantwortung dafür, dass die bereitgestellten Mittel ihre wichtige Anreiz- und Steuerungswirkung entfalten können. Im Mittelpunkt von Förderentscheidungen stehen daher die langfristigen Effekte und Auswirkungen. Konsequente Planungs- und Förderentscheidungen sind unbedingt geboten, um eine bedarfsgerechte, hochwertige Krankenversorgung und damit gleichwertige Lebensverhältnisse in ganz Niedersachsen auch zukünftig sicherstellen zu können.

Dazu müssen allerdings die Reformmittel des Bundes und die zusätzlichen Ko-Finanzierungsmittel aus dem Landeshaushalt zweckmäßig und zielgerichtet in das Krankenhausystem fließen.

Empfehlung 1: Einstieg in die Transformation mit aktueller Peilung und klarer Standortbestimmung – Fortschreibung des Krankenhausplans auf Grundlage aktueller Auslastungsquoten

Krankenhausplanbetten (Planbetten) bleiben zunächst ein zentraler Maßstab der dualen Krankenhausfinanzierung. Sie dienen seit langem als Planungsinstrument und Kapazitätsmaß. Für die Investitionskostenfinanzierung sind sie die zentrale Größe, um Investitions- und Fördermittel¹ sachgerecht zu bemessen. Für die Betriebskostenfinanzierung setzen sie für Budget- und Entgeltverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen den Leistungsrahmen. Die Auslastungsquoten der Planbetten sind ein wichtiges Indiz für die Bedarfsgerechtigkeit im Versorgungssystem.

Bis zum Beginn der Coronapandemie passte das niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung (MS) die Planbettenzahl der Krankenhäuser regelmäßig auf Basis der tatsächlichen Auslastung an. Eine mehrjährige Unterschreitung des fachrichtungsabhängigen Sollauslastungsgrades um mindestens 5 %-Punkte war hierbei Anlass für die Reduzierung der Bettenanzahl. Mit Beginn der Pandemie sanken die Belegungszahlen jedoch aus unterschiedlichen Gründen bundesweit erheblich ab und waren damit nicht mehr repräsentativ. Daher verzichtete das MS ab dem Jahr 2021 auf Bettenreduzierungen auf Basis unterschrittener Sollauslastungsgrade und monitorierte die Auslastungsquoten nicht mehr flächendeckend. Auslastungsbedingte Erhöhungen der Planbettenzahl nahm das MS während dieser Zeit auf Antrag einzelner Krankenhäuser gleichwohl vor. Diese Verfahrensweise begründete das MS damit, dass die Krankenhäuser ansonsten die erbrachten Leistungen nicht in vollem Umfang vergütet bekommen hätten. Inzwischen ist die Pandemie-Notlage überwunden und das Versorgungsgeschehen hat sich nachhaltig geändert. Trotzdem kündigte das Ministerium in diesem Jahr an, weiterhin auf eine Anpassung der Bettenkapazitäten an die tatsächliche Auslastung verzichten zu wollen.

Dagegen halten wir es gerade jetzt für zweckmäßig, mit aussagekräftigen und aktuellen Ist-Daten in die anstehende Transformation zu starten. Die kommenden Jahre sind eine Übergangsphase zwischen zwei grundverschiedenen Planungslogiken. Ohne eine Aktualisierung der Planbettenzahl auf Basis von aktuellen Auslastungsquoten läuft Niedersachsen in diese tiefgreifende Veränderung ohne aktuelle Einordnung / Bestimmung seiner gegenwärtigen Position. Unbestreitbar spiegeln veraltete Daten die gegenwärtige Versorgungslage nicht verlässlich. Blieben derzeitige Überkapazitäten unentdeckt, erschweren sie den Erfolg des Reformprozesses als „Zusatzlast“ unnötig.

¹ Vgl. Ziele aus § 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) bzw. § 2 Niedersächsisches Krankenhausgesetz (NKHG).

Es ist wichtig zu unterstreichen, dass die hier propagierte Aktualisierung nicht zu Leistungseinschränkungen führt. Es handelt sich vielmehr um die administrative Nachzeichnung der im Plan abgebildeten Kapazitäten entsprechend der real längst stattgefundenen Veränderung der Versorgungslage. Diese Verwaltungsaufgabe ist kontinuierlich angezeigt. Rechtliche Bedenken, die ein weiteres Aufschieben rechtfertigen, erkennen wir nicht.

Ohne eine solche Fortschreibung befürchten wir negative Effekte und Folgewirkungen:

Ordnungspolitische Steuerungseffekte

1. Zentrales Thema der Krankenhausreform ist der Abbau ineffizienter Bettenkapazitäten.. Ohne aktuelle Krankenhausplanung kann Niedersachsen keine sachgerechten Bezugs- und Referenzgrößen für die Erfolgskontrolle bzw. Wirkungsanalyse der Transformation beisteuern. Aussagekräftige Daten werden nach unserer Auffassung in der Zukunft essentiell sein, um Reformen zu planen und zu überwachen.
2. Niedersachsen bleibt in der Pflicht für die Investitionskostenfinanzierung. In dem Zusammenspiel verschiedener Politik- und Verwaltungsebenen, teils mit voneinander abweichenden Interessen, bleiben zunächst Planbetten nachweislich eine Plangröße. Gerade in Anbetracht gesellschaftlicher Veränderungen mit regional schwankenden Bevölkerungszahlen sind sie eine wichtige zusätzliche Kennzahl. Ein Rückblick auf die Geschichte der bundesweiten Krankenhausplanung belegt, dass Planbetten geeignet sind, Versorgungsbedarfe zu regionalisieren und einzelnen Landesbereichen zuzuordnen. Auch unter diesen Gesichtspunkten rücken Datenqualität und die Aktualität von Planbetten in den Mittelpunkt.
3. Das Land bemisst die Höhe der Pauschalförderung bislang nach der Planbettenzahl.² Auch die Förderungen bei Schließungen bzw. Umstellungen von Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen bemisst sich zurzeit auf dieser Grundlage.³ Daraus folgt: der im Landshaushalt für diesen Zweck etatisierte Planansatz wird auf die Bezugsgröße Planbetten heruntergebrochen. Sie sind die Kalkulationsgrundlage. Eine überhöhte Gesamtzahl führt zu einer fehlerbehafteten Verteilung.

² Grundpauschale (Krankenhausförderung) nach § 9 Absatz 3 KHG & § 11 Absatz 2 Nummer 1 NKHG i. V. m. § 2 NKHG-FörderVO.
³ § 9 Absatz 2 Nummer 5 und 6 KHG sowie § 12 NKHG i. V. m. § 5 NKHVO.

4. Die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) nimmt im Zuge des Abbaus von Bettenüberkapazitäten⁴ ausdrücklich Bezug auf Planbetten. Planbetten sind auch hier die zentrale Bemessungsgröße für die Verteilung knapper öffentlicher Mittel, um akutstationäre Versorgungskapazitäten zu konzentrieren, bestehende Krankenhausstandorte in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen umzustrukturieren, telemedizinische Netzwerkstrukturen zu bilden und integrierte Notfallstrukturen zu schaffen.
5. Zukünftig wird das MS den Krankenhäusern auf deren Antrag hin Leistungsgruppen und – aufbauend – leistungsgruppenbezogene Planfallzahlen zuweisen. Seine Auswahlentscheidung trifft das MS dann nach dem Versorgungsbedarf. Erfahrungswerte aus anderen Ländern zeigen bereits, dass Konflikte und Rechtsstreitigkeiten drohen (z. B. bei Ablehnung von Anträgen). Denn die Planungsentscheidungen bestimmen u. a. das leistungsgruppenbezogene Vorhaltevolumen und tangieren maßgeblich die Finanzierung der Krankenhäuser. Der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst (GBD) des Landtags wies diesbezüglich bereits darauf hin, dass Leistungsgruppen und Planfallzahlen für die Krankenhausfinanzierung maßgeblich sind. Gleichzeitig gebe es für die Vorgabe der Planfallzahlen jedoch noch „keine gesetzlichen Regelungen darüber (...), wie zu verfahren und zu entscheiden sein soll, wenn eine Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern notwendig wird. (...). Das MS hat dazu erklärt, die Vorgabe von Planfallzahlen solle nach Ermessen erfolgen. Dazu werde man sich Ermessensrichtlinien geben, auf deren gleichmäßige Anwendung die Krankenhäusertäger dann aufgrund der Selbstbindung der Verwaltung einen Anspruch hätten.“

Bei diesem Dreh- und Angelpunkt ist im Einzelnen also noch gar nicht absehbar, welche zusätzlichen Elemente, Maße, Kennzahlen oder Informationen notwendig sind, um die Planung rechtssicher durchzuführen. Weder mit Blick auf die Systemgesamtgestaltung, noch für die Bewertung von Einzelfallentscheidungen. Sicher ist allein, dass die Planbettenzahl über Jahrzehnte hinweg das bestimmende Kapazitätsmaß im Versorgungssystem war. Sie bildet allein deswegen eine wichtige Hilfs- und Vergleichsgröße. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die bisherigen Versorgungsaufträge (Planbetten) als Indizien für zukünftige Kapazitäten herangezogen werden müssen, um Auswahlentscheidungen zu begründen oder zu rechtfertigen. Um allerdings für diese Reformphase rechtssicher gewappnet zu sein, sind aktuelle Daten notwendig.

⁴ § 12 Absatz 1 KHSFV, § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 11 KHSFV sowie in § 22 Absatz 2 Satz 1 Nummer 9 KHSFV.

Ausgabeeffekte

6. Das Land zahlt Pauschalmittel zur Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie für kleine bauliche Maßnahmen⁵ (vgl. Ziffer 3 oben). Bei einer zu hohen Planbettenzahl würde das Land im Vergleich potenziell nicht angemessene, weil zu hohe Pauschalfördermittel an ein einzelnes Krankenhaus auszahlen. Denn die Grundpauschale dieser Pauschalmittel richtet sich stufenweise „nach der Zahl der Planbetten“. Im Sinne der Wirtschaftlichkeit gemäß § 7 Landeshaushaltsordnung gilt, mit den vorhandenen und im Haushalt etatisierten Mitteln einen größtmöglichen Erfolg zu erreichen. Bereits eine zu hohe Anzahl Planbetten in nur wenigen Krankenhäusern sorgt folglich unmittelbar für eine – insgesamt – nicht mehr zweckmäßige Verteilung der Finanzmittel.

7. Das Land zahlt Ausgleichszahlungen als Pauschale im Zuge der Schließungs- bzw. Umwandlungsförderung.⁶ Bei einer zu hohen Planbettenzahl zahlt das Land allerdings überhöhte Ausgleichszahlungen in der Schließungs- oder Umwandlungsförderung. Denn die Anzahl der Planbetten wird mit dem festgelegten Wert von 25.000 Euro je Planbett multipliziert⁷, um das sich die Zahl der Planbetten durch die Schließung oder Umwandlung vermindert. Als Folge profitieren insbesondere die aus dem System scheidenden Krankenhäuser unverhältnismäßig, welche zum Zeitpunkt des Ausscheidens mit einer überhöhten Planbettenzahl abgebildet sind. Dieser Negativeffekt durchzöge sich über die zehnjährige Dauer der Transformationsfonds-Finanzierung.

Empfehlung 2: Ziele im Blick behalten, Umwege stoppen und Verzögerungen vermeiden – Transformationspfad zielstrebig gehen

Versorgungsbedarfe sind naturgemäß nicht konstant. Durch demographische Entwicklungen und medizinischen Fortschritt unterliegen sie Veränderungen. Moderne Medizin verfügt über andere Behandlungsmethoden als früher. Sie setzt andere Diagnostik ein und andere Bildgebung. Ebenso benötigt sie eine andere Form der Heilbehandlung und Zusammenarbeit. Medizinische Therapien sind heute optimalerweise qualitäts- bzw. evidenzbasiert und in Zentren zusammengefasst. Erfolgreiche Spezialisierungen und Kooperationen bündeln dazu Erfahrung und Routine (u. a. Mindestmengen, Vermeidung fehleranfälliger Gelegenheitsversorgung in unspezialisierten Krankenhäusern). Neuerungen in der

⁵ § 9 Absatz 3 KHG i. V. m. § 11 Absatz 2 Nummer 1 NKHG.

⁶ § 12 Absatz 4 NKHG.

⁷ § 34 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 NKHG i. V. m. § 5 Satz 1 NKHVO.

Medizin führen zu fortwährend veränderten personellen, medizinischen, infrastrukturellen und informationstechnischen Anforderungen. Ein wirtschaftliches Verhältnis aus Nutzen und Kosten ist nur in zeitgemäßen Versorgungsstrukturen zu erreichen. Moderne Gebäudestrukturen und richtige Betriebsgrößen sind hierfür Bedingung.

Der LRH prüfte das Krankenhaussystem in Niedersachsen in den vergangenen Jahren wiederkehrend und unter verschiedenen Gesichtspunkten. Prüfungsergebnisse und Handlungsempfehlungen sind u. a. in den folgenden Jahresberichten als Beitrag publiziert:

- „Schwachstellen der Krankenhausplanung für das südliche Niedersachsen“ (2013),
- „Mangelnde Entscheidungsfreude bei der Krankenhausplanung und -förderung im westlichen Niedersachsen“ (2014),
- „Förderung nicht erforderlicher Krankenhausbetten im westlichen Niedersachsen“ (2014),
- „Notwendige Neuregelung der Schließungsförderung von Krankenhäusern“ (2016),
- „Krankenhausplanung im Bremer Umland - viel Lärm um nichts?“ (2018),
- „Finanzierungslücken beim Neubau der Hochschulkliniken“ (2019),
- „Krankenhauslandschaft: Versorgungssicherheit statt Standortbewahrung“ (2023),
- „Unzureichende Investitionsförderung und notwendiger Strukturwandel im Krankenhausbereich“ (2024),
- „Medizinische Hochschulen: Mehr Investitionen erforderlich“ (2024)

Darin wiesen wir nicht nur fortlaufend auf die Notwendigkeit einer an den tatsächlichen Bedarfen und einer dahingehenden Zielplanung ausgerichteten Krankenhausplanung hin. Wir monierten auch fehlende Vorausschau bei Förderentscheidungen und forderten angesichts der Herausforderungen einer alternden Gesellschaft mit steigendem Versorgungsbedarf bei sich gleichzeitig verschärfendem Fachkräftemangel, die medizinische Versorgungssicherheit zum alleinigen Maßstab von Entscheidungen in der Krankenhausplanung und -förderung zu machen (vgl. insbesondere Jahresbericht 2023).

Dennoch erkennen wir seit Jahren keine wesentlichen Fortschritte. Die vom LRH mehrfach geforderte Zielplanung erfolgte nicht und eine wirkliche Steuerung unterblieb. Die Neuausrichtung im Krankenhausbereich steht weiterhin aus. In den vergangenen Jahren haben

wir immer wieder auf verzögerte und unzureichende Zentralisierungen mit der Folge unwirtschaftlicher Doppelvorhaltungen konkret hingewiesen.

Die Reduzierung von Überkapazitäten bleibt notwendig, um begrenzte Fördermittel effizient einsetzen zu können und um Fehlinvestitionen zu vermeiden. Fehlförderungen bedeuten unnötige Ausgaben und führen zu vermeidbaren organisatorischen Aufwänden. Oft sind regionale Befindlichkeiten das Argument für Förderungen nach einem Prinzip des „sowohl als auch“. Nicht bedarfsgerechte, unwirtschaftliche Krankenhäuser dürfen nicht gefördert werden. Denn das verausgabte Geld fehlt für die Umsetzung bedarfsgerechter Investitionen. Außerdem sorgen sie für falsche Anreiz- und Steuerungswirkungen, die zu vermeidbaren Folgekosten in der Betriebskostenfinanzierung führen. Zudem verhindern sie den effizienten Einsatz des schon heute nicht mehr ausreichend vorhandenen Fachpersonals in ärztlichen und pflegerischen Bereichen. Gleichzeitig sinken die Finanzierungsmöglichkeiten durch weitere gesellschafts- und wirtschaftspolitische Herausforderungen drastisch. Deshalb sind jetzt klare und verbindliche Zielstrukturen für die Krankenhausplanung und -förderung nötig.

Für zukunftsfähige Zielstrukturen ist die medizinische Versorgungssicherheit der Entscheidungsmaßstab. Mit den reformierten Planungswerkzeugen verfügt das Land nunmehr über Instrumente, diese Zielstrukturen zu entwerfen und zu gestalten. Das bedeutet, in der Investitionsförderung fortan ausschließlich zukunftsfähige Strukturen und Standorte zu berücksichtigen, damit alle Finanzmittel ihre wichtige Anreiz- und Steuerungswirkung maximieren können. Nur ein so etablierter Leistungsrahmen gewährleistet hinreichende Voraussetzungen für Effektivität und Effizienz. Das beugt in der Verkettung zur Betriebskostenfinanzierung auch Kosten- und Beitragssteigerungen in der GKV vor. Der Transformationsfonds ist dahingehend ein äußerst wertvolles Instrument und sorgsam zu nutzen. Neben konsequenten und richtungsweisenden Planungs- und Förderentscheidungen erscheint zugleich auch eine deutlichere politische Kommunikation wichtig: Erforderlich ist die Verbreitung der Erkenntnis, dass nicht das räumlich nächste Krankenhaus für die eigene Gesundheit entscheidend ist – sondern das nahegelegene und medizinisch geeignete Krankenhaus, das qualitativ leistungsfähig ist. Ein „weiter so“ führt nicht ans Ziel.

Dr. v o n K l a e d e n

S c h r ö d e r - E h l e r s

Dr. L a n t z

H a a c k

Dr. L i n d n e r

B r e u s i n g