



Krankenhausreform 2026: Konsequenzen für die Healthcare-Industrie

Take-Home-Messages der Tagung des FORUM Instituts vom 7. Juli 2026

Sehr geehrte Leser*innen,

hier finden Sie wichtige Erkenntnisse der diesjährigen Krankenhaus-Tagung des FORUM Instituts mit Fokus „Konsequenzen für die Healthcare-Industrie“ zusammengefasst.

Lesen Sie erste Ergebnisse, aber auch Herausforderungen und derzeit noch offene Fragen für die Industrie.



Krankenhausreform 2026: Konsequenzen für die Healthcare-Industrie

Zusammenfassung der FORUM-Tagung vom 7. Juli 2026

Executive Summary

Die Krankenhausreform, verankert im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und dem nachfolgenden Krankenhausreformatanpassungsgesetz (KHAG), markiert die tiefgreifendste Umgestaltung der deutschen Krankenhauslandschaft seit Einführung der DRG-Fallpauschalen im Jahr 2004. Für die pharmazeutische Industrie und Medizinproduktehersteller entstehen dabei erhebliche Veränderungen in den Erstattungsstrukturen und Marktmechanismen. Dieses Whitepaper fasst die zentralen Erkenntnisse der FORUM-Fachtagung vom 7. Juli 2026 zusammen und bietet Orientierung für strategische Entscheidungen in einem sich grundlegend wandelnden Gesundheitsmarkt.

Leistungsgruppen als neues Strukturprinzip

Das deutsche Krankenhauswesen verabschiedet sich vom traditionellen Fachabteilungsdenken. An die Stelle der bisherigen Struktur treten **61 Leistungsgruppen**, die jeweils mit verbindlichen Qualitätsanforderungen verknüpft sind. Jede dieser Leistungsgruppen definiert, welche medizinischen Leistungen ein Krankenhaus erbringen darf und welche Voraussetzungen dafür erfüllt sein müssen.

Die Qualitätskriterien umfassen mehrere Dimensionen: Krankenhäuser müssen definierte Mindestfallzahlen nachweisen, über eine angemessene personelle Ausstattung sowohl beim ärztlichen als auch beim pflegerischen Personal verfügen, die erforderliche technische Infrastruktur vorhalten und regelmäßige Qualitätssicherungsnachweise erbringen. Diese Anforderungen sind nicht verhandelbar – sie bilden die Zugangsvoraussetzung zur neuen Finanzierungslogik. Denn ab 2030 erhalten Krankenhäuser die Vorhaltevergütung ausschließlich für zugewiesene Leistungsgruppen. Ohne Genehmigung einer Leistungsgruppe gibt es keine Vorhaltepauschale für den entsprechenden Versorgungsbereich. Dieser Mechanismus schafft einen starken Anreiz zur Spezialisierung und Qualitätssicherung, bedeutet aber auch, dass Kliniken, die die Anforderungen nicht erfüllen, aus bestimmten Versorgungsbereichen ausscheiden müssen.

Der zeitliche Fahrplan bis 2035

Die Krankenhausreform folgt einem gestaffelten Zeitplan, der den Beteiligten schrittweise Anpassungsmöglichkeiten bietet, gleichzeitig aber klare Zielmarken setzt.

In den Jahren **2026 und 2027** erfolgt die Zuweisung der Leistungsgruppen durch die Bundesländer. Parallel wird die Vorhaltevergütung bereits eingeführt, allerdings zunächst budgetneutral und um ein Jahr verschoben. Diese Phase dient der Erprobung und ermöglicht es Krankenhäusern und Ländern, erste Erfahrungen mit dem neuen System zu sammeln, ohne dass unmittelbar finanzielle Konsequenzen eintreten.

Die entscheidende Übergangsphase beginnt **2028 und 2029** mit der sogenannten Konvergenzphase. In diesen beiden Jahren erfolgt die schrittweise Umstellung der Finanzierung mit der tatsächlichen Einführung der Vorhaltebudgets. Erstmals fließt hier echtes Geld aus der Vorhaltevergütung an die Krankenhäuser, allerdings noch nicht im vollen Umfang. Diese graduierte Einführung soll abrupte finanzielle Verwerfungen vermeiden und den Krankenhäusern Zeit geben, ihre Strukturen anzupassen.

Ab 2030 greift die vollständige neue Vergütungssystematik: 60 Prozent der Betriebskosten werden über die Vorhaltevergütung abgedeckt, die unabhängig von der tatsächlich erbrachten Fallzahl für das Vorhalten der Infrastruktur gezahlt wird. Die verbleibenden 40 Prozent werden weiterhin über

DRG-basierte Fallpauschalen finanziert, allerdings in reformierter Form (rDRG). Diese Umkehrung des bisherigen Finanzierungsverhältnisses – weg von der reinen Fallzahlorientierung, hin zur Infrastrukturfinanzierung – soll den berüchtigten „Mengendruck“ im Krankenhaussektor deutlich reduzieren.

Der Transformationsfonds als Investitionshebel

Zur Unterstützung des tiefgreifenden Strukturwandels hat der Gesetzgeber einen **Krankenhaus-Transformationsfonds** mit einem Volumen von 50 Milliarden Euro aufgelegt, der über zehn Jahre von 2026 bis 2035 läuft. Die Mittel dienen ausdrücklich mehreren Zwecken: Sie sollen Krankenhausschließungen sozialverträglich begleiten, Umbauten und Strukturveränderungen finanzieren, die Ambulantisierung fördern und Investitionen in neue Versorgungsstrukturen ermöglichen.

Antragsberechtigt sind die Krankenhäuser selbst. Eine wichtige Neuerung brachte das KHAG: Seit dessen Inkrafttreten dürfen die Fondsmittel unter bestimmten Bedingungen auch zur Sicherung bestehender Krankenhausinfrastruktur eingesetzt werden, sogenannte „Bestandsinvestitionen“. Diese Regelung wird durchaus kritisch gesehen, da sie dem ursprünglichen Transformationsgedanken widerspricht und Mittel auch für Maßnahmen bereitstellt, die keine echten Strukturveränderungen darstellen, sofern diese nicht überwiegen. Für die Medizintechnik-Industrie eröffnet der Transformationsfonds erhebliche Geschäftschancen. Hersteller von Großgeräten können profitieren, da Investitionen in moderne technische Ausstattung explizit förderfähig sind. Kliniken, die ihre Strukturen modernisieren und neu ausrichten, benötigen zeitgemäße diagnostische und therapeutische Systeme – eine Nachfrage, die durch den Fonds finanziell unterlegt ist.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV)

Eine der strukturell innovativsten Komponenten der Reform sind die neu zu schaffenden **Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SÜV)**. Diese Primärversorgungszentren sollen im Rahmen der Ambulantisierung wohnortnahe akutstationäre Krankenhausbehandlung mit ambulanten und pflegerischen Leistungen verbinden und damit die traditionelle Trennung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung aufweichen.

SÜV unterliegen spezifischen Standortvorgaben: Sie müssen als eigenständige Versorgungseinrichtung geführt werden und räumlich von der Akutklinik getrennt sein. Ihr Leistungsspektrum umfasst einfache stationäre Leistungen wie Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie sowie Kurzzeitpflege. Die Vergütung erfolgt nicht über DRG-Abrechnungen, sondern über Tagesentgelte, deren detaillierte Ausgestaltung noch aussteht. Eine zentrale Frage für die pharmazeutische Industrie bleibt derzeit völlig ungeklärt: Wie werden Arzneimittel im SÜV abgerechnet? Erfolgt dies nach stationären Prinzipien, bei denen die Medikamente in die Tagesentgelte eingepreist sind? Oder werden sie – wie im ambulanten Sektor üblich – rezeptiert und vom Patienten in der Apotheke zu den einheitlichen Erstattungspreisen abgeholt? Diese Unklarheit schafft erhebliche Planungsunsicherheit. Informationen werden bis Ende 2026 erwartet.

Ambulantisierung und die Folgen für den Arzneimittelvertrieb

Professor Dr. Jan-Marc Hodek von der RWU Hochschule Ravensburg-Weingarten analysierte auf der Tagung die Marktdynamik und identifizierte einen doppelten Struktureffekt der Reform.

Einerseits kommt es zu einer **Krankenhauskonzentration**: Viele kleinere Krankenhäuser, die die Qualitätskriterien für relevante Leistungsgruppen nicht erfüllen können oder wirtschaftlich unter Druck geraten, werden schließen oder sich zu Versorgungsverbünden zusammenschließen. Diese Marktbereinigung führt zu größeren, spezialisierten Einheiten mit entsprechend höherer Verhandlungsmacht gegenüber Lieferanten.

Andererseits verstärkt sich die **Ambulantisierung** massiv: Mehr Einheiten bieten ambulante Leistungen an, sei es in Form von SÜV, ambulanten OP-Zentren oder anderen Versorgungsformen. Dieser Trend hat unmittelbare Konsequenzen für den Arzneimittelvertrieb.

Der entscheidende Unterschied liegt in der Abrechnungssystematik: Im stationären Bereich sind Arzneimittel in den DRG-Fallpauschalen eingepreist. Das Krankenhaus beschafft die Medikamente direkt vom Hersteller oder Großhändler und kalkuliert die Kosten in seine Fallpauschale ein. Im ambulanten Bereich hingegen werden Arzneimittel vom behandelnden Arzt rezeptiert, und der Patient holt sie in der Apotheke zu den einheitlichen Erstattungspreisen ab.

Die fortschreitende Ambulantisierung führt somit zu einer **Verschiebung der Vertriebswege**: Statt Direktvertrieb an Krankenhäuser werden zunehmend mehr Arzneimittel über den Apothekenkanal abgegeben. Für pharmazeutische Hersteller bedeutet dies eine strategische Neuausrichtung ihrer Vertriebsstrukturen, Preisgestaltung und Marktbearbeitung.

Herausforderungen und offene Fragen

Neben den strukturellen Veränderungen zeichnen sich an mehreren Stellen kritische Entwicklungen und Unsicherheiten ab.

Das **NUB-Verfahren** (neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) steht unter erheblichem Druck. Die Zahl der Anfragen beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) steigt dramatisch: von 103.459 Anfragen im Jahr 2024 über 130.816 Anfragen im Jahr 2025 (ein Zuwachs von 27.000) auf 148.488 Anfragen im Jahr 2026 (weitere 18.000 zusätzlich). Das System ist hier dringend reformbedürftig. Für Hersteller innovativer Therapien kann das zu Unsicherheiten bei der Erstattung führen.

Die bereits erwähnte **unklare Erstattung bei SÜV** bleibt bis Ende 2026 ein offenes Thema und schafft erhebliche Planungsunsicherheit für pharmazeutische Hersteller, die ihre Vertriebs- und Preisstrategien nicht verlässlich ausrichten können.

Fazit und Ausblick

Die Krankenhausreform 2026 ist kein kosmetischer Eingriff, sondern eine Systemtransformation. Für die Healthcare-Industrie ergeben sich erhebliche strategische Herausforderungen, aber auch Chancen. Der Erfolg wird davon abhängen, wie schnell und flexibel Unternehmen ihre Geschäftsmodelle an die neuen Rahmenbedingungen anpassen.

Die nächsten 18 Monate bis Ende 2027 werden entscheidend sein: In dieser Phase fallen die Würfel bei der Leistungsgruppenzuweisung, bei der SÜV-Erstattung und bei der praktischen Umsetzung der Reformgesetze. Unternehmen, die jetzt strategisch positionieren, können sich Wettbewerbsvorteile sichern, die über Jahre hinweg tragen.

Passende Weiterbildungen finden Sie hier:

Seminare zu Pharma & Healthcare

Wir bieten Ihnen maßgeschneiderte Weiterbildungsoptionen für die gesamte Healthcare-Branche. Wir konzipieren unsere Weiterbildungen gründlich recherchiert und nach didaktischen Gesichtspunkten. Wir garantieren fachlich hochwertige Weiterbildung für Ihren Erfolg – unsere ISO-Zertifizierungen nach 9001 und 21001 unterstreichen dies. [Jetzt informieren.](#)

e-Learning – Klicken und Lernen

Das FORUM Institut bietet mit hochwertigen e-Learning-Programmen eine flexible Weiterbildungsform. Entscheiden Sie selbst, wann und wo Sie lernen. [Jetzt gratis testen.](#)

Inhouse-Seminare – Maßgeschneiderte Lösungen

Alle unsere Seminare eignen sich auch hervorragend als [Inhouse-Training](#). [Jetzt individuelles Angebot anfordern.](#)