Eine spieltheoretische Analyse der Krankenhausreform

Vom Mengenanreiz zur strategischen Unsicherheit

Mit der Krankenhausreform wird die stationäre Versorgung in Deutschland grundlegend neu ausgerichtet. Vorhaltevergütung, Leistungsgruppen und neue Planungsmechanismen sollen wirtschaftliche Fehlanreize reduzieren und Qualität sowie Spezialisierung stärken.[1] Ob diese Ziele erreicht werden, hängt davon ab, wie Krankenhäuser und Bundesländer auf die neuen Spielregeln reagieren. Ziel dieses Beitrags ist es, die komplexen Anreizstrukturen der Reform mithilfe der Spieltheorie in grundlegende strategische Entscheidungssituationen zu überführen. Die Spieltheorie zählt zu den einflussreichsten Ansätzen der modernen Wirtschaftswissenschaften und wurde mehrfach mit dem Nobelpreis ausgezeichnet.[2] Durch die Vereinfachung komplexer Wechselwirkungen lässt sich analysieren, welche Verhaltensweisen für die beteiligten Akteure rational erscheinen und welche Entwicklungen sich unter den gegebenen Spielregeln mit hoher Wahrscheinlichkeit einstellen werden. Die Analyse basiert auf den mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz[3] eingeführten und durch das Krankenhausreformanpassungsgesetz[4] ergänzten gesetzlichen Regelungen in der zum Zeitpunkt der Manuskripterstellung geltenden Fassung (Stand: August 2026). Analysiert werden die daraus resultierenden strategischen Anreizstrukturen mithilfe spieltheoretischer Konzepte.

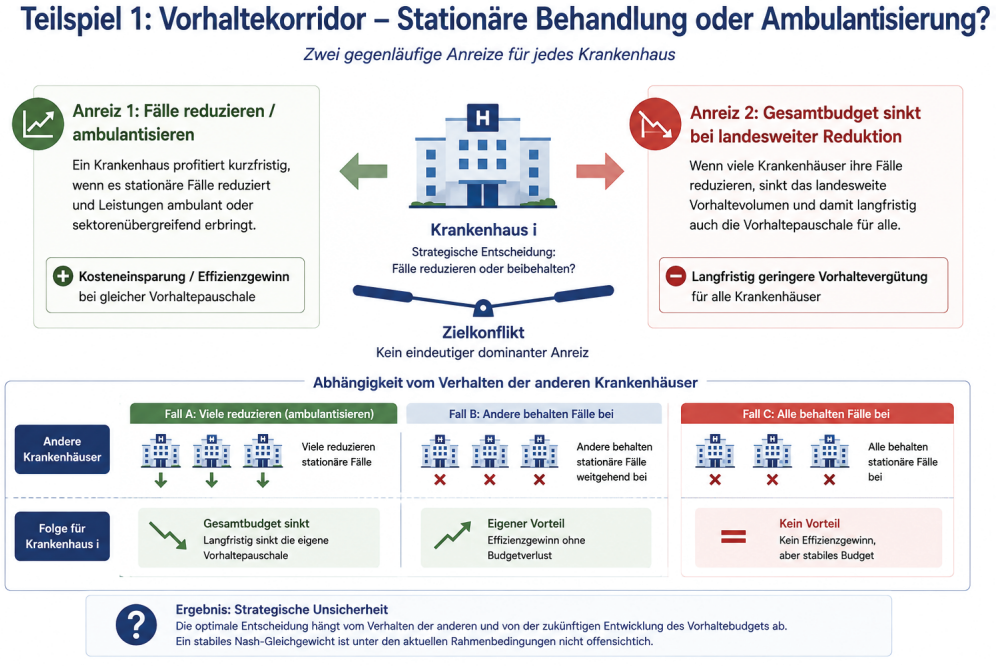
Teilspiel 1

Vorhaltekorridor – Stationäre Behandlung oder Ambulantisierung

>> Mit der ab 2028 schrittweise eingeführten Vorhaltevergütung verfolgt die Krankenhausreform das Ziel, den bisherigen Anreiz zur Ausweitung stationärer Leistungen innerhalb des DRG-Systems abzuschwächen. Da ein erheblicher Teil der Vergütung innerhalb des Vorhaltekorridors künftig unabhängig von der tatsächlich erbrachten Leistungsmenge gezahlt wird, entsteht erstmals ein ökonomischer Anreiz, Leistungen ambulant oder in sektorenübergreifenden Versorgungsformen zu erbringen, anstatt sie stationär durchzuführen.

Für die einzelne Klinik ist dabei insbesondere die in § 37 Abs. 2 KHG verankerte 20%-Schwelle relevant. Bei der turnusmäßigen Neuermittlung der Vorhaltepauschale wird grundsätzlich die zuvor berücksichtigte Fallzahl weiterverwendet. Eine Anpassung erfolgt dann, wenn diese um mehr als 20 Prozent von der zuvor zugrunde gelegten Fallzahl abweicht. Für die Ermittlung der landesweiten Vorhaltevolumina in 2028 und 2029 werden die Leistungsdaten des Jahres 2024 zugrunde gelegt.

Langfristig schafft die Reform jedoch einen gegenläufigen Anreiz. Werden stationäre Leistungen ab 2030 reduziert, sinkt langfristig auch das Vorhaltevolumen eines Bundeslandes, das die Grundlage für die Finanzierung der Vorhaltepauschalen bildet. Kurzfristige Effizienzgewinne durch Ambulantisierung



1: Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2026): Krankenhausreform: Neuordnung der Krankenhausversorgung. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform (abgerufen am 18.08.2026)

2: Lindbeck A. (2007): The Sveriges Riksbank Prize in Economic Sciences in Memory of Alfred Nobel 1969–2007. NobelPrize.org. www.nobelprize.org/prizes/themes/the-sveriges-riksbank-prize-in-economic-sciences-in-memory-of-alfred-nobel-1969-2007 (abgerufen am 18.08.2026).

3: Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) (2024): BGBl. 2024 I Nr. 400 vom 5.12.2024.

4: Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG) (2026): BGBl. 2026 I Nr. 98 vom 9.4.2026.

können dadurch langfristig teilweise wieder verloren gehen. Aus Sicht eines einzelnen Krankenhauses stellt sich deshalb die strategische Frage, ob der Abbau stationärer Fälle die eigene wirtschaftliche Ausgangsposition langfristig sogar verschlechtert.

Spieltheoretisch entsteht dadurch keine eindeutig dominante Strategie. Die optimale Entscheidung hängt sowohl vom Verhalten der übrigen Krankenhäuser als auch von der zukünftigen Entwicklung des landesweiten Vorhaltebudgets ab. Ambulantisierung kann wirtschaftlich sinnvoll sein, wenn alle Krankenhäuser vergleichbar handeln und die freiwerdenden Ressourcen dauerhaft im Versorgungssystem verbleiben. Besteht hingegen die Erwartung, dass langfristig sinkende Vorhaltebudgets die kurzfristigen Effizienzgewinne übersteigen, erscheint die Beibehaltung stationärer Leistungen aus individueller Sicht rational.

Ein stabiles Nash-Gleichgewicht ist unter den derzeitigen Rahmenbedingungen daher nicht offensichtlich erkennbar. Die Unsicherheit über das zukünftige Verhalten der übrigen Krankenhäuser sowie über die langfristige Entwicklung der Vorhaltebudgets erschwert eine verlässliche strategische Entscheidung. Die Krankenhausreform ersetzt damit die bisher dominante Strategie der Mengenausweitung nicht durch eine neue dominante Strategie, sondern zunächst durch strategische Unsicherheit.

Die Spieltheorie diagnostiziert Anreizprobleme; Mechanism Design dreht die Perspektive und fragt, wie Regeln gestaltet sein müssen, damit Eigeninteresse und Versorgungsziele übereinstimmen.[5] So könnte dieser Zielkonflikt entschärft werden, indem die durch den Abbau stationärer Leistungen erzielten Einsparungen im jeweiligen Bundesland verbleiben und gezielt in die Krankenhauslandschaft reinvestiert werden – etwa in moderne Infrastruktur, Digitalisierung oder Medizintechnik. Für die Krankenhäuser entstünde damit ein unmittelbarer Anreiz: Weniger stationäre Fälle würden nicht mehr als wirtschaftlicher Verlust wahrgenommen, sondern als Investition in die eigene Zukunft. Individuelles Eigeninteresse und das gesellschaftliche Ziel einer effizienteren Versorgung würden dadurch erstmals konsequent in dieselbe Richtung weisen.

Teilspiel 2

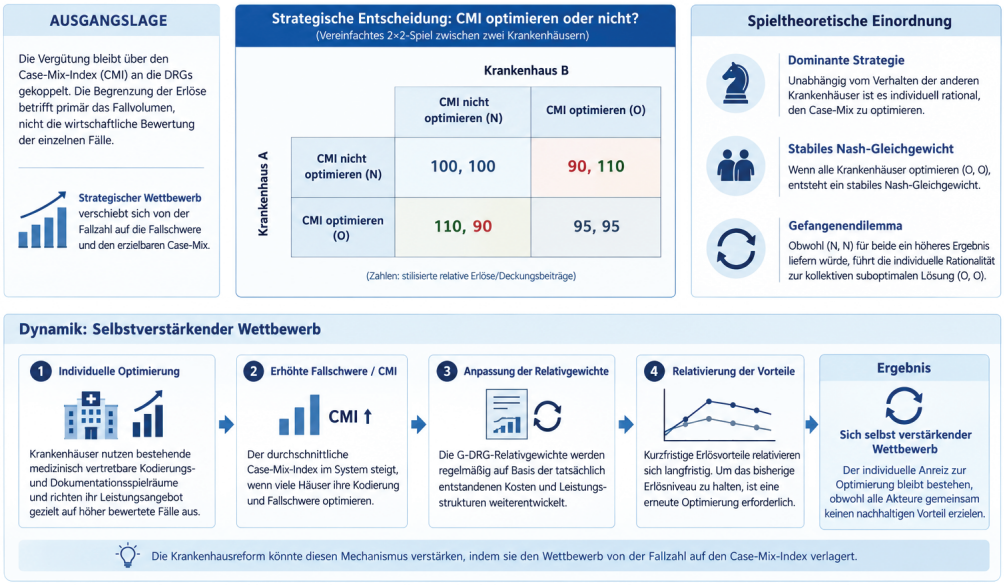
Kodierung und Fallschwere – Verlagerung des Wettbewerbs

Während die Krankenhausreform den ökonomischen Anreiz zur Ausweitung stationärer Fälle abschwächt, bleibt die Vergütung weiterhin über den Case-Mix-Index an die DRGs gekoppelt. Die Begrenzung der Erlöse bezieht sich damit primär auf das Fallvolumen, nicht jedoch auf die wirtschaftliche Bewertung der einzelnen Fälle. Aus Sicht einer Krankenhausgeschäftsführung verschiebt sich der strategische Wettbewerb daher von der Anzahl der behandelten Patienten auf deren Fallschwere und den erzielbaren Case-Mix.

Dieser Effekt kann auf unterschiedliche Weise entstehen. Erstens kann es wirtschaftlich attraktiver werden, gezielt komplexere und höher bewertete Patientinnen und Patienten zu akquirieren oder bestimmte Leistungsangebote entsprechend auszurichten. Zweitens besteht weiterhin ein Anreiz, vorhandene Dokumentations- und Kodierungspotenziale konsequent auszuschöpfen und sämtliche medizinisch vertretbaren Nebendiagnosen zu kodieren, sofern diese zu einer höheren Bewertungsrelation führen. Dass DRG-basierte Vergütung entsprechende Kodierungsanreize erzeugen kann, wurde sowohl für Deutschland als auch international empirisch beschrieben.[6] Der zunehmende Einsatz von KI könnte diesen Optimierungswettbewerb zusätzlich verstärken. Solche lernenden Systeme ermöglichen es, regelkonforme Kodierungs- und Entscheidungsspielräume systematisch zu identifizieren und für die Abrechnung das maximale Potenzial auszuschöpfen.[7] Drittens können zusätzliche diagnostische oder therapeutische Prozeduren wirtschaftlich attraktiv sein, wenn dadurch der Patient einer höher vergüteten DRG zugeordnet wird oder sich die Bewertungsrelation erhöht.[8] Die ökonomische Optimierung verlagert sich damit von der Fallzahl auf den Case-Mix-Index (CMI).

Teilspiel 2: Kodierung und Fallschwere – Verlagerung des Wettbewerbs

Mit der Vorhaltevergütung sinkt der Anreiz zur Ausweitung der Fallzahl, der Wettbewerb verlagert sich jedoch auf Fallschwere und Case-Mix-Index (CMI).



5: Hurwicz L. Optimality and informational efficiency in resource allocation processes. In: Arrow KJ, Karlin S, Suppes P, eds. Mathematical Methods in the Social Sciences. Stanford University Press; 1960.
6: Jürges H, Köberlein J. What explains DRG upcoding in neonatology? The roles of financial incentives and infant health. Journal of Health Economics. 2015;43:13–26; Crespin DJ, Dworsky M, Levin J, Ruder T, Whaley CM. Upcoding Linked to Up to Two-Thirds of Growth in Highest-Intensity Hospital Discharges in 5 States, 2011–19. Health Affairs. 2024;43(12):1619–1627.
7: Bickert E. Was bleibt von der Krankenhausrechnungsprüfung im Zeitalter der KI? Lernende Systeme verändern die Prüfung stationärer Abrechnungen grundlegend. Observer Gesundheit. 12.08.2026. Abruf am 13.08.2026 von https://www.observer-gesundheit.de/was-bleibt-von-der-krankenhausrechnungsprufung-im-zeitalter-der-ki.
8: Reifferscheid A, Pomorin N, Wasem J. Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage in deutschen Krankenhäusern. Dtsch Med Wochenschr. 2015;140(13):e129–e135. doi:10.1055/s-0041-102550.

Verfolgen einige Krankenhäuser diese Strategie, drohen wirtschaftliche Nachteile für diejenigen Häuser, die bewusst darauf verzichten. Die individuell rationale Entscheidung besteht daher darin, sämtliche medizinisch zulässigen Möglichkeiten zur Verbesserung des Case-Mix auszuschöpfen.

Aus spieltheoretischer Sicht entsteht erneut eine dominante Strategie: Unabhängig vom Verhalten der übrigen Krankenhäuser erscheint eine konsequente Optimierung von Fallschwere, Kodierung und DRG-Zuordnung wirtschaftlich rational. Verfolgen alle Krankenhäuser diese Strategie, stellt sich ein stabiles Nash-Gleichgewicht ein. Dabei handelt es sich spieltheoretisch um ein Gefangenendilemma. Denn kein Krankenhaus erzielt einen dauerhaften Wettbewerbsvorteil, wenn alle Marktteilnehmer ihre Kodierung und Fallschwere gleichermaßen optimieren. Da die Bewertungsrelationen und Relativgewichte im G-DRG-System regelmäßig auf Basis der tatsächlich entstandenen Kosten und Leistungsstrukturen weiterentwickelt werden, relativieren sich die kurzfristig erzielten Erlösvorteile langfristig wieder.[9] Um das bisherige Erlösniveau zu halten oder weiter zu steigern, sind die Krankenhäuser gezwungen, ihre Kodierung und Dokumentation erneut zu optimieren.

Es entsteht ein sich selbst verstärkender Wettbewerb, bei dem der individuelle Anreiz zur Optimierung bestehen bleibt, obwohl alle Akteure gemeinsam keinen nachhaltigen Vorteil erzielen. Die Krankenhausreform könnte diesen Mechanismus sogar verstärken, indem sie den Wettbewerb von der Fallzahl auf den Case-Mix-Index verlagert.

Teilspiel 3

Leistungsgruppen und Spezialisierung – Kooperation und Vertrauen

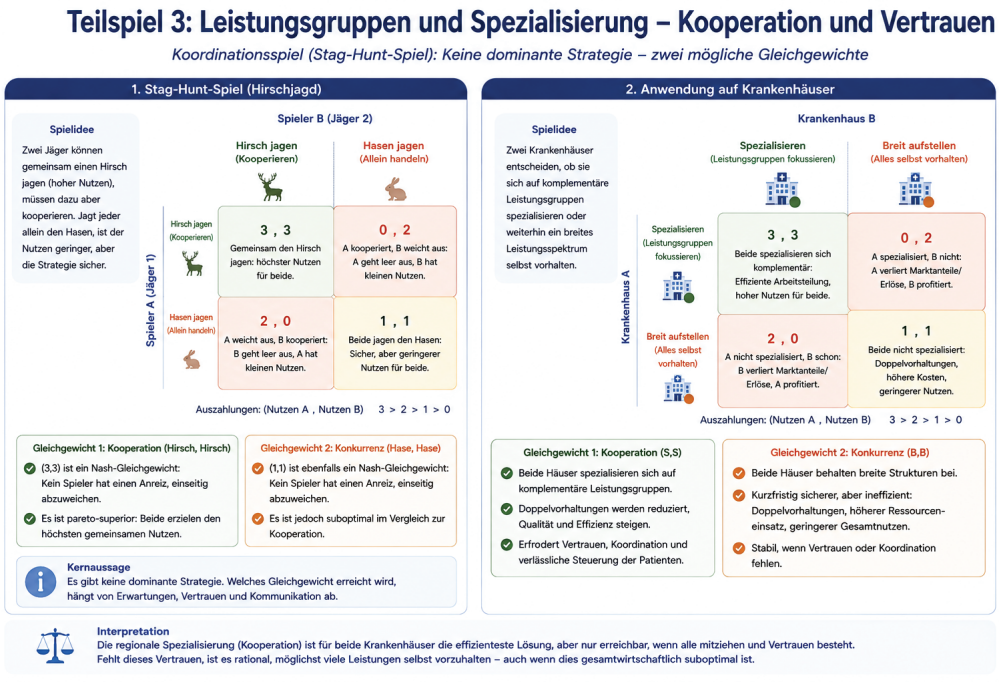
Mit der Einführung von Leistungsgruppen verfolgt die Krankenhausreform das Ziel, komplexe medizinische Leistungen stärker zu konzentrieren und eine regionale Spezialisierung der Krankenhäuser zu fördern. Aus Sicht des Gesamtsystems kann eine solche Arbeitsteilung erhebliche Vorteile bieten. Doppelvorhaltungen werden reduziert, medizinische Expertise konzentriert sich auf spezialisierte Standorte und knappe personelle Ressourcen können effizienter eingesetzt werden.

Für die einzelne Krankenhausgeschäftsführung stellt sich die Situation deutlich komplexer dar. Der freiwillige Verzicht auf bestimmte Leistungsbereiche kann kurzfristig mit dem Verlust von Erlösen, Marktanteilen oder medizinischer Bedeutung verbunden sein. Die Entscheidung zur Spezialisierung ist deshalb nur dann wirtschaftlich attraktiv, wenn gleichzeitig auch andere Krankenhäuser bereit sind, sich auf komplementäre Leistungsbereiche zu konzentrieren und Patienten entsprechend zu steuern.

Spieltheoretisch handelt es sich hierbei um ein Koordinationsspiel (Stag-Hunt-Spiel). Anders als beim Gefangenendilemma existiert keine dominante Strategie.

Stag-Hunt-Spiele (Hirschjagd) sind Koordinationsspiele, bei denen Kooperation den höchsten gemeinsamen Nutzen erzeugt, aber nur erfolgreich ist, wenn alle Beteiligten mitwirken. Der Begriff geht auf den französischen Philosophen Jean-Jacques Rousseau zurück. Er beschreibt eine Gruppe von Jägern, die gemeinsam einen Hirsch erlegen könnten – eine Beute, die für alle den größten Nutzen bringt, jedoch nur durch Zusammenarbeit erreichbar ist. Entdeckt einer der Jäger stattdessen einen Hasen, kann er diesen allein erbeuten. Obwohl der Nutzen geringer ist, erscheint diese Strategie sicherer. Sobald jedoch ein Jäger den Hasen verfolgt, scheitert die gemeinsame Hirschjagd.[10]

Auf die Krankenhausreform übertragen bedeutet dies: Die regionale Spezialisierung von Krankenhäusern wäre für alle Beteiligten die effizienteste Lösung. Sie setzt jedoch voraus, dass alle Häuser darauf vertrauen können, dass auch die übrigen Kliniken ihre Leistungen entsprechend konzentrieren. Fehlt dieses Vertrauen, erscheint es rationaler, möglichst viele Leistungen weiterhin selbst vorzuhalten.



9: GKV-Spitzenverband: DRG-Entwicklung, Kalkulation und Falldaten. Berlin.
10: Osborne MJ. An Introduction to Game Theory. Oxford University Press; 2004.

Es existieren somit zwei Nash-Gleichgewichte: eine gegenseitige Kooperation mit regionaler Spezialisierung sowie eine gegenseitige Konkurrenz mit weitgehender Beibehaltung bestehender Leistungsstrukturen.

Die Problematik wird zusätzlich durch die zukünftige Krankenhausplanung verstärkt. Da heutige Fallzahlen mittelbar Einfluss auf die Vergabe von Leistungsgruppen und zukünftige Versorgungsaufträge haben können, entsteht ein intertemporales strategisches Spiel. Krankenhäuser müssen ihre aktuelle Entscheidung nicht nur unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten bewerten, sondern zugleich berücksichtigen, welche Auswirkungen eine Spezialisierung oder die Abgabe von Leistungen auf ihre langfristige Position im Versorgungssystem hat. Planfallzahlen verstärken damit den Wettbewerb um zukünftige Marktpositionen und können einer kooperativen Spezialisierung entgegenwirken.

Gerade an dieser Stelle zeigt sich eine wesentliche Grenze der Krankenhausreform. Zwar setzt sie sich Kooperation als Ziel, gewährleistet jedoch nicht, dass sich das kooperative Gleichgewicht tatsächlich durchsetzt. Ohne langfristige Verträge, gegenseitiges Vertrauen oder zusätzliche Anreizmechanismen besteht weiterhin die Gefahr, dass sich Krankenhäuser aus Sorge vor zukünftigen Wettbewerbsnachteilen gegen die Kooperation und Spezialisierung entscheiden.

Teilspiel 4

Krankenhausplanung – Wenn der Regelsetzer selbst Mitspieler ist

Ein weiteres strategisches Teilspiel entsteht auf Ebene der Krankenhausplanung. Anders als die ersten drei Teilspiele findet dieses Spiel nicht auf Ebene der Leistungserbringer statt, sondern auf Ebene der Regelsetzer. Mit der Zuweisung von Leistungsgruppen und Planfallzahlen erhalten die Bundesländer einen erheblichen Gestaltungsspielraum bei der zukünftigen Verteilung stationärer Leistungen. Spieltheoretisch handelt es sich dabei um ein strategisches Spiel zwischen den Bundesländern, die jeweils die Interessen ihrer eigenen Krankenhauslandschaft vertreten.

Besonders deutlich wird dieser Zielkonflikt in Grenzregionen. Aus gesamtgesellschaftlicher Sicht könnte es effizient sein, hochspezialisierte Leistungen an wenigen Standorten – auch länderübergreifend – zu konzentrieren. Für das einzelne Bundesland besteht jedoch ein Anreiz, möglichst viele Leistungen, Wertschöpfung und medizinische Infrastruktur im eigenen Land zu halten. Ohne ausgleichende Mechanismen wäre die dominante Strategie aus Sicht eines Bundeslandes daher, möglichst viele Leistungsgruppen im eigenen Land zu sichern. Treffen alle Länder diese rationale Entscheidung, entsteht ein Nash-Gleichgewicht, in dem Doppelstrukturen erhalten bleiben und länderübergreifende Spezialisierung erschwert wird, obwohl diese gesamtgesellschaftlich effizienter wäre. Der Gesetzgeber adressiert mögliche Konflikte an Landesgrenzen bereits: Hat ein Krankenhaus wesentliche Bedeutung für die Versorgung der Bevölkerung eines anderen Landes, ist die Krankenhausplanung nach § 6 Abs. 2 KHG zwischen den beteiligten Ländern abzustimmen. Ob diese Abstimmungspflicht ausreicht, um gegenläufige strategische Interessen der Länder vollständig aufzulösen, bleibt jedoch eine Frage der praktischen Umsetzung.

Zusätzlich können strategische Fehlanreize entstehen, da einige Bundesländer zugleich Eigentümer oder Träger einiger Krankenhäuser – insbesondere der Universitätskliniken – sind und damit neben ihrer Rolle als Planungsbehörde teilweise auch eigene wirtschaftliche Interessen vertreten.[11]

Aus spieltheoretischer Perspektive liegt die Schwäche damit bereits in der Konstruktion des Spiels: Ein Akteur, der die Verteilung strategisch relevanter Ressourcen mitbestimmt und zugleich ein eigenes Interesse an deren Verteilung haben kann, benötigt klare institutionelle Begrenzungen und unabhängige Kontrollmechanismen. Die Spielregeln müssen selbst sicherstellen, dass mögliche

Teilspiel 4: Krankenhausplanung – Strategischer Wettbewerb zwischen Bundesländern

Auszahlungsmatrix (ordinaler Nutzen)

Land A \ Land B	Länderübergreifend koordinieren (K)	Eigene Strukturen sichern / Leistungsgruppen im eigenen Land halten (E)
Länderübergreifend koordinieren (K)	3 / 3	1 / 4
Eigene Strukturen sichern / Leistungsgruppen im eigenen Land halten (E)	4 / 1	2 / 2

= Nutzen Land A = Nutzen Land B Werte: relativer Nutzen (ordinal)

Annahme: ohne hinreichend wirksamen Ausgleichs- bzw. Koordinationsmechanismus zwischen den Ländern.

Interpretation: Unter der Annahme, dass jedem Land ein eigenes Interesse daran besteht, Leistungsgruppen, medizinische Infrastruktur und Wertschöpfung im eigenen Land zu sichern, ist „eigene Strukturen sichern (E)" die dominante Strategie.

➡ **Nash-Gleichgewicht:** (E, E) = (2 / 2) – beide Länder sichern eigene Strukturen, obwohl eine länderübergreifende Koordination (K, K) mit (3 / 3) für das Gesamtsystem vorteilhafter wäre.

Der Gesetzgeber adressiert dieses Problem durch die Abstimmungspflicht nach § 6 Abs. 2 KHG. Entscheidend ist, ob dieser Mechanismus die Nutzenstruktur so verändert, dass Kooperation auch für das einzelne Land attraktiv wird.

11: Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2025): Krankenhäuser – Wissenswertes zu ihren Aufgaben, Unterschieden und zur Krankenhaussuche. gesund.bund.de. Abruf am 10.08.2026.

Zitationshinweis

Barlozek, M.: „Eine spieltheoretische Analyse der Krankenhausreform: vom Mengenanreiz zur strategischen Unsicherheit“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/26), S. 20–24. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2863

Eigeninteressen die Wettbewerbsbedingungen nicht verzerren.

Implikationen für die Reformgestaltung

Die Krankenhausreform gehört zu den größten Strukturreformen des deutschen Gesundheitswesens seit Jahrzehnten. Angesichts des erheblichen finanziellen und organisatorischen Aufwands wird ihr Erfolg letztlich daran zu messen sein, ob sie langfristig tatsächlich zu mehr Effizienz, höherer Versorgungsqualität und einer nachhaltigen Nutzung knapper Ressourcen beiträgt.

Die spieltheoretische Analyse zeigt, dass die neuen gesetzlichen Regelungen bestehende Fehlanreize nicht durch eindeutige, versorgungsorientierte Anreize ersetzen. Stattdessen wird der Ort der ökonomischen Optimierung verschoben und die strategische Unsicherheit erhöht.

Die eigentliche Herausforderung zukünftiger Gesundheitsreformen besteht daher nicht darin, immer neue Vergütungs- oder Planungsinstrumente einzuführen, sondern konsistente Spielregeln zu entwickeln, die das Eigeninteresse aller Beteiligten auf ein gemeinsames Ziel ausrichten. Wie dies aussehen könnte, zeigen beispielsweise populationsbezogene und regionale Vergütungsmodelle: Werden Akteure nicht primär für einzelne Leistungen, sondern für die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Ergebnisse einer definierten Population verantwortlich gemacht und an erzielten Effizienzgewinnen beteiligt, verändern sich ihre strategischen Anreize. Kooperation, Prävention, Ambulantisierung und sektorenübergreifende Steuerung können dann auch aus individueller Perspektive wirtschaftlich attraktiv werden. Entsprechende Ansätze reichen von Population Based Payment und virtuellen Regionalbudgets bis zu regionalen Gesundheitskonsortien.[12]

Die vier Teilspiele zeigen damit eine zentrale Herausforderung der Reform: Neue Spielregeln verändern nicht die Eigeninteressen der Akteure, sondern die Strategien, mit denen sie diese verfolgen. Gesetzgeber und Länder müssen deshalb bei der Ausgestaltung von Vergütung und Krankenhausplanung systematisch antizipieren, wie Krankenhäuser und andere Akteure rational darauf reagieren und welches Gleichgewicht daraus entsteht. Eine solche strategische Anreizanalyse sollte fester Bestandteil der Gesetzesfolgenabschätzung zukünftiger Gesundheitsreformen sein. Denn gute Gesundheitspolitik definiert nicht nur das gewünschte Ergebnis – sie gestaltet die Spielregeln so, dass rationales Eigeninteresse möglichst genau zu diesem Ergebnis führt. <<

von: Madeleine Barlozek MBA[1]
ORCID 0009-0005-6731-1561

1: Beraterin und Senior Market Access Manager bei Danone

Kontakt zur Autorin:
Madeleine Barlozek MBA | Barlozek Consulting
info@barlozek-consulting.de

Autorenerklärung

Madeleine Barlozek MBA ist freiberufliche Beraterin und Autorin im Gesundheitswesen (Barlozek Consulting). Darüber hinaus besteht ein Beschäftigungsverhältnis als Senior Market Access Manager bei Danone, aus dem sie sich derzeit in Elternzeit befindet. Der vorliegende Beitrag wurde unabhängig und ohne Auftrag oder finanzielle Unterstützung durch Unternehmen oder andere Organisationen erstellt.

Zusammenfassung

Einleitung: Die Krankenhausreform soll ökonomische Fehlanreize reduzieren und die Versorgungsqualität stärken. Ob dies gelingt, hängt davon ab, welche Anreize die neuen Regeln setzen und wie Akteure darauf reagieren.
Methoden: Der Beitrag analysiert die Reform aus Sicht der Spieltheorie, einer nobelpreisgekrönten Forschungsrichtung zur Analyse strategischer Entscheidungen. Die neuen Rahmenbedingungen werden hierfür in vier Teilspiele zerlegt und hinsichtlich ihrer Anreize und Gleichgewichte untersucht.
Ergebnisse: Die Reform hebt ökonomischen Optimierungsdruck nicht auf, sondern verlagert ihn. Anreize zur Abschmelzung stationärer Fallzahlen durch die Vorhaltepauschalen stehen langfristigen gegenläufigen Effekten auf die Vorhaltevolumina der Länder gegenüber. Der ökonomische Anreiz verlagert sich stärker auf den Case-Mix-Index und kann spieltheoretisch die Struktur eines Gefangenendilemmas annehmen, weil nachlaufend angepasste Bewertungsrelationen die Erlösvorteile aufzehren. Regionale Spezialisierung folgt der Logik eines Koordinationsspiels (Stag Hunt) mit zwei Gleichgewichten. Auf Landesebene wird der Regelsetzer selbst zum Mitspieler: Die Länder gestalten die Krankenhausplanung und sind zugleich Krankenhausträger.
Diskussion: Zunehmende Komplexität und gegenläufige Anreize erhöhen die strategische Unsicherheit. Ansätze des Mechanism Designs, etwa der Verbleib eingesparter Mittel im jeweiligen Land oder populationsbezogene Regionalbudgets, könnten individuelles Eigeninteresse und Versorgungsziele stärker in Übereinstimmung bringen. Strategische Anreizanalysen sollten daher Bestandteil zukünftiger Reformgestaltung sein.

From volume incentives to strategic uncertainty: a game-theoretical analysis of the German hospital reform

Introduction: The German hospital reform aims to reduce misguided economic incentives and strengthen the quality of healthcare. Whether it succeeds depends on the incentives created by the new rules and how stakeholders respond to them.
Methods: This article analyses the reform from a game-theoretical perspective, a field of research recognised by Nobel Prizes for its contributions to the analysis of strategic decision-making. The new framework is divided into four subgames, which are examined in terms of their incentives and equilibria.
Results: The reform does not eliminate economic incentives for optimization but shifts them. Incentives to reduce inpatient case volumes through capacity-based payments are counteracted by potential long-term effects on state-level capacity-payment volumes. Economic optimisation increasingly shifts towards the case-mix index and may take the form of a prisoner’s dilemma, as subsequent adjustments of DRG cost weights erode initial revenue advantages. Regional specialization constitutes a coordination game (Stag Hunt) with two equilibria. At the federal-state level, the rule-maker becomes a player in the game: the states shape hospital planning while also acting as hospital owners.
Discussion: Complex and conflicting incentives make strategic outcomes increasingly uncertain. Mechanism design approaches, such as retaining savings within the respective federal state or population-based regional budgets, could align individual interest with system-level objectives. Strategic incentive analyses should therefore form part of the design of future healthcare reforms.

12: Hildebrandt H, Stuppardt R (Hrsg.). Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert. 1. Aufl. Heidelberg: medhochzwei Verlag; 2021. ISBN 978-3-86216-845-3.