

Die Krankenhausversorgung in Deutschland

Die Krankenhausversorgung wird derzeit durch etwa 1.950 Krankenhäuser sichergestellt. Diese Krankenhäuser befinden sich zu jeweils einem Drittel in öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Trägerschaft.

Die Vorhaltung von Krankenhäusern ist ein wesentliches Element der staatlichen Daseinsvorsorge. Jedes Krankenhaus erhält basierend auf den Krankenhausplänen der Bundesländer einen genau definierten Versorgungsauftrag (Fachabteilungen, medizinische Leistungsschwerpunkte, Notfallversorgung). Um mit den begrenzten finanziellen Mitteln eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung zu garantieren, nehmen Bund und Länder alle Krankenhäuser in die Pflicht nach strengen wirtschaftlichen Parametern zu handeln und zu behandeln. Die Krankenhausbetreiber wirken in diesem Sinne eigenverantwortlich für eine qualitativ hochwertige medizinische Patientenversorgung zu sozial tragbaren Pflegesätzen. Dadurch ergibt sich eine bundesweit flächendeckende Krankenhausversorgung.

Mit dem erteilten Versorgungsauftrag ist jedes Krankenhaus unabhängig von seiner Trägerschaft dazu verpflichtet Patienten medizinisch zu behandeln. Eine Bevorzugung von Patienten mit hoher Fallschwere mit dem Ziel der Gewinnmaximierung ist somit nicht möglich.

Die Krankenhausversorgung ist nach dem Subsidiaritätsprinzip organisiert. Damit trägt der Staat die Verantwortung für eine umfassende Krankenhausversorgung der Bevölkerung. Die Gewährleistung dieser medizinischen Versorgungsleistung erfolgt durch kirchliche, private und öffentliche Krankenhausträger.

Als Grundsatz ist dabei gesetzlich festgelegt, dass die Krankenhäuser vom jeweiligen Träger in wirtschaftliche Eigenverantwortlichkeit betrieben werden.

Wettbewerb im Gesundheitswesen sichert gute medizinische Versorgung

Das wettbewerblich orientierte Gesundheitswesen ist eine politische Entscheidung, die sich gesetzlich manifestiert. Der gesetzliche Rahmen, § 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und §§ 111 SGB V, 19 SGB IX legen fest, dass Krankenhäuser eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen haben. Dies sollen qualitativ hochwertige und eigenverantwortlich wirtschaftende Krankenhäuser gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beitragen.

Der Wettbewerb ist zu recht auch auf das Gesundheitswesen übertragen worden. Ein wettbewerbliches Gesundheitswesen entfaltet positive Steuerungswirkung in einem System, in dem zur Versorgung kranker Menschen nur begrenzte Ressourcen zur Verfügung stehen. Wettbewerb zwingt die Leistungserbringer im positiven Sinne:

- zu mehr Patientenorientierung,
- zur sofortigen Verfügbarkeit von qualitativ hochwertiger medizinischer Gesundheitsversorgung. Dies ist nur vom medizinischen Bedarf im Einzelfall abhängig, nicht von der Höhe des Einkommens des Einzelnen.
- zur innovativen Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung und zur schnellstmöglichen Verfügbarkeit für alle Bevölkerungsgruppen,
- zu einem effizienten Mitteleinsatz durch die wirtschaftliche Eigenverantwortung der Leistungserbringer und damit zu einer bezahlbaren Gesundheitsversorgung.

Deshalb ist der Wettbewerb im Gesundheitswesen ein sinnvoller ordnungspolitischer Rahmen für eine leistungsfähige und bezahlbare Gesundheitsversorgung mit gleichzeitig vielen anspruchsvollen Arbeitsplätzen. Dafür müssen Krankenhäuser unternehmerisch handeln. Nur so wird eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung für jedermann zu vertretbaren Preisen gewährleistet.

In Folge einer immer älter und kränker werdenden Gesellschaft steigt der Bedarf nach qualifizierten Gesundheitsdienstleistungen. Dieser Bedarf ist nur über ein flexibles und leistungsfähiges Gesundheitswesen zu decken. Ein planwirtschaftlich reguliertes System der Gesundheitsversorgung durch den Staat wird diesen Herausforderungen nicht gerecht und bietet keine Alternative zum wettbewerblich organisierten Gesundheitswesen.

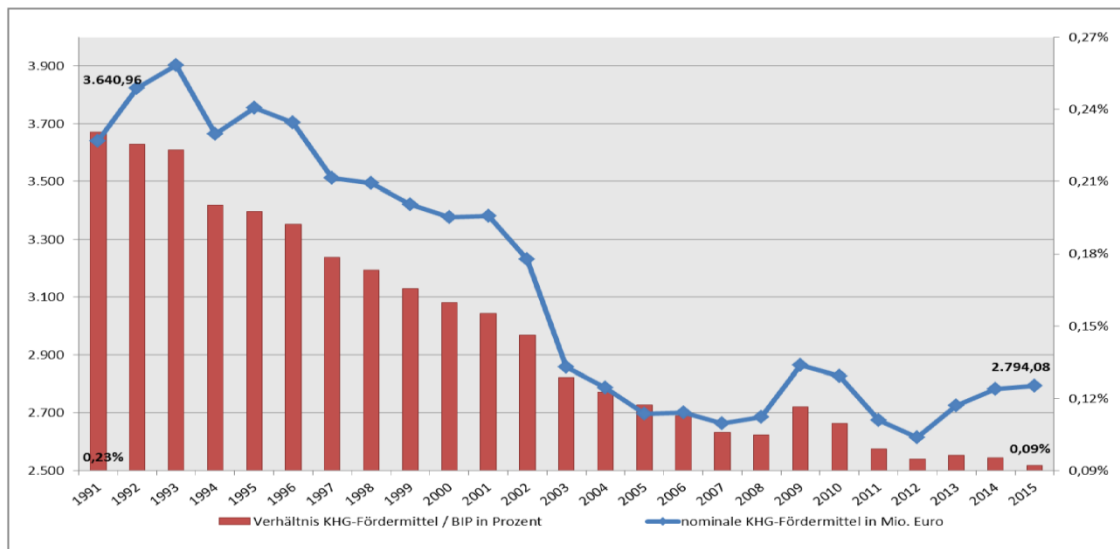
Die Finanzierung von Krankenhäusern

Grundsätzlich wird zwischen der Betriebskostenfinanzierung (medizinischer Bedarf, Personal, Medizintechnik etc.) und der Investitionskostenfinanzierung (Gebäude etc.) unterschieden. Die Betriebskosten werden von den Krankenkassen über sogenannte Fallpauschalen (DRGs) vergütet. Für die Finanzierung der Investitionskosten sind die Bundesländer, die auch die Krankenhauspläne erstellen, verantwortlich.

Gesundheitsausgaben für Krankenhäuser, Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2017

Gesundheitsausgaben in Mio. EUR für Krankenhäuser 2015	
Gesamt	89.479
GKV	74.046
PKV	8.668

Abbildung 4.1: Entwicklung der nominalen KHG-Mittel¹⁴ in Mio. Euro und im Verhältnis zum BIP in Prozent von 1991 bis 2015



In den Haushaltsansätzen der neuen Bundesländer (einschließlich Berlin) sind in den Jahren 1995 bis 2014 jeweils die Investitionszuschläge gemäß Art. 14 GSG enthalten.

Aktuelle Zahlen belegen, dass die Krankenhäuser sowohl im Bereich der Betriebskosten als auch im Bereich der Investitionskosten unterfinanziert sind. Die Unterfinanzierung im Bereich der Betriebskosten wird besonders anhand der stetig steigenden Personalkosten deutlich. Kostensteigerungen durch Tarifvertragsabschlüsse sind nur zu 50 % gegenfinanziert. Dieser nur hälftige Ausgleich der Kosten von Tarifabschlüssen verstärkt den Unterfinanzierungseffekt von Jahr zu Jahr. Diese Finanzierungslücke, Tarifschere genannt, zwingt die Krankenhäuser zu Personaleinsparungen.

Ein zentrales Problem aller Krankenhäuser stellt die Unterfinanzierung im Bereich der Investitionen dar. Mittlerweile beträgt die Investitionsquote in deutschen Krankenhäusern weniger als vier Prozent. Stehen weiterhin zu wenig Investitionsmittel bereit, gefährdet das die Zukunftsperspektive aller Krankenhäuser. Insgesamt besteht im Krankenhausbereich eine Investitionskostenlücke in Höhe von mind. 3 Mrd. EUR.

Infolgedessen sind Krankenhäuser gezwungen von Jahr zu Jahr mehr zu sparen. Dies verschlechtert die Perspektiven für die Krankenhäuser, Mitarbeiter und Patienten. Die wirtschaftliche Schiefelage eines Krankenhausbetriebs birgt für seine Mitarbeiter die Gefahr des Arbeitsplatzverlustes. Für Patienten sind schlecht ausgestattete Krankenhäuser kein zuverlässiger Ort der medizinischen Leistungserbringung.

Krankenhäuser sind betriebswirtschaftlich organisierte Unternehmen

Die betriebswirtschaftlich und Gewinn orientierte Gesundheitsversorgung der Krankenhäuser gerät immer wiederkehrend in die öffentliche Kritik. Krankenhäuser müssen Gewinne machen, um fehlende Investitionsfinanzierungen und unzureichende Vergütungssätze für Rehabilitationseinrichtungen auszugleichen. Ein wirtschaftlicher Mitteleinsatz ist dafür Grundvoraussetzung. Dringend notwendige Investitionen werden durch Bankkredite finanziert, müssen von Krankenhäusern mit Zins und Tilgung zurückgezahlt werden. Überraschend in der kritischen Diskussion einer ökonomisierten Gesundheitsversorgung ist die Tatsache, dass Gewinne von Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft allgemein als positiv gewertet werden.

Wirtschaftlicher Erfolg dient einer guten Patientenversorgung

Wirtschaftlicher Erfolg und die Qualität der Patientenversorgung hängen eng zusammen. Die Analysen des Krankenhausrating-Reports des RWI zeigen, dass Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht zueinander im Zielkonflikt stehen und dass Krankenhäuser mit positiven Jahresabschlüssen eine bessere medizinische Ergebnisqualität besitzen (z. B. Krankenhausrating Report 2011). Das Ergebnis des trägerspezifischen Vergleichs der Qualität der Leistungserstellung auf Grundlage der Qualitätsdaten der BQS im Rahmen des Faktenbuchs Krankenhäuser (RWI 2015) zeigt, dass private Träger weniger häufig qualitative Auffälligkeiten aufweisen und die Zahl kritischer Qualitätsdialoge dort deutlich niedriger ist als bei anderen Trägern.

Die Behauptung, Gewinne privater Kliniken gehen zu Lasten der Patientenversorgung, ist falsch und fußt auf einer verkürzten Darstellung. Ebenso verkürzt wie die Annahme, dass Krankenhäuser mit hohen Verlusten, eine bessere Patientenversorgung anbieten. Gewinnerorientiertes Wirtschaften erfordert vor allem effiziente Arbeitsabläufe und eine moderne Infrastruktur in Krankenhäusern. Dazu zählen: schlanke Strukturen im Verwaltungsbereich, Entlastung des medizinischen Personals durch patientenferne Service- und Dienstleistungen, digitalisierte Krankenhausinformationssysteme. Investitionen in qualitativ hochwertige medizinische Strukturen sind ohne die Erwirtschaftung von Gewinnen nicht möglich.

Für alle Akteure im Gesundheitssektor gilt das ethische Gebot, medizinische Leistungen auf dem Stand der neuesten medizinischen Erkenntnisse zu organisieren. Dazu müssen die aktuell geltenden Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften in den Versorgungsalltag des Krankenhauses übersetzt werden. Nur in diesem stetigen Bestreben zwischen Über-, Unter- und Fehlversorgung abzuwägen, lässt sich eine gute und effiziente medizinische Patientenversorgung organisieren.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft sind für die Gesundheitsversorgung in Deutschland unentbehrlich

Private Krankenhausträger sichern die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen dort, wo die öffentliche Hand dies aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr gewährleisten kann. Fast alle privat geführten Krankenhäuser wurden in den vergangenen Jahrzehnten aus kommunaler Trägerschaft übernommen. Die Schließung des Krankenhausstandortes wurde somit verhindert. An oftmals wirtschaftlich schwierigen Standorten stellen Krankenhäuser in privater Trägerschaft eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung sicher. Mit dem Erhalt und der Bereitstellung moderner sowie zukunftssicherer Arbeitsplätze leisten sie einen wichtigen Beitrag zur finanziellen Entlastung staatlicher Haushalte und zur wirtschaftlichen Konsolidierung strukturschwacher Regionen.

Private Kliniken sichern zukunftsfähige Arbeitsplätze

Klinikunternehmen in privater Trägerschaft bieten deutschlandweit Arbeitnehmern unterschiedlichster Berufsgruppen zukunftssichere Arbeitsplätze.

Beschäftigte 2015 in Privaten Kliniken	Anzahl
Pflegekräfte	51.098
Ärzte	23.734
Auszubildende	9.470

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017

Aufgrund hoher Standards in der baulichen, medizin- und verwaltungstechnischen Ausstattung und den damit einhergehenden guten Arbeitsbedingungen gehören private Kliniken in vielen Regionen zu den attraktivsten Arbeitgebern. Betriebsinterne Schulungen und Weiterbildungsmöglichkeiten, gute Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten, ein hoher Anteil von Frauen in Führungspositionen sind wichtige Eckpunkte einer zukunftsfähigen Personalentwicklung.

Bei der Suche nach gut ausgebildetem Fachpersonal müssen sich Kliniken in privater Trägerschaft an den marktüblichen Bedingungen orientieren. Das permanente Fehlen geeigneter Fachkräfte stellt sich für private Klinikbetreiber als große Herausforderung dar. Dem können private Klinikunternehmen nur mit einer leistungsgerechten Bezahlung in Anlehnung an geltende öffentliche Tarifverträge begegnen. Die Besetzung freier Stellen im Pflegebereich ist allein auf diesem Weg möglich.

Die Festlegung von Personaluntergrenzen ist Aufgabe der Kliniken

Die Bundesregierung versucht aktuell auf den steigenden Fachkräftebedarf und die steigende Arbeitsbelastung der Pflegefachkräfte mit der gesetzlichen Verankerung von Personaluntergrenzen zu reagieren. Dieser Lösungsansatz ist aus Sicht des BDPK nicht zielführend. Hintergrund dafür ist, dass Krankenhäuser allein für die Erbringung einer qualitativ hochwertigen und gleichzeitig bezahlbaren Gesundheitsversorgung verantwortlich sind.

Diese Logik wird mit der Einführung von Personaluntergrenzen konterkariert. Damit gehen die Krankenhäuser zurück in die sogenannte Selbstkostendeckung. Zusätzliches Personal kann nämlich unabhängig von der Frage der Verfügbarkeit nur dann eingestellt werden, wenn es auch dauerhaft zu 100 % bezahlt wird. In keinem anderen Wirtschaftsbereich wäre es denkbar, den Unternehmen vorzuschreiben, welchen Personaleinsatz sie zu gewährleisten haben. Damit wird jede Form von Eigenverantwortlichkeit und Innovationsstreben des einzelnen Krankenhauses obsolet. Am Ende geht es nämlich dann nicht mehr um die Frage, wer eine gute Patientenversorgung mit guter Krankenhausorganisation im Zusammenspiel mit allen Berufsgruppen organisieren kann, sondern um die Frage, ob eine ausreichende Zahl von Köpfen vorhanden ist.

Darüber hinaus nehmen vom Gesetzgeber vorgegebene Personaluntergrenzen keine Rücksicht auf die unterschiedlichen Organisationsformen der Patientenversorgung im Krankenhaus. So spielt es beispielsweise keine Rolle, ob ein Krankenhaus in der Patientenversorgung Pflegeassistenten und Servicekräfte zum Beispiel bei der Essensvergabe, der Körperpflege, der Bettenaufbereitung, der Patiententransporte innerhalb der Klinik einsetzen. Insofern ist eine Vorgabe von Fachkräften nur sehr schwer auf die unterschiedlichen Bedingungen der unterschiedlichen Krankenhäuser vernünftig umsetzbar.

Dies gilt auch für die sogenannten vulnerablen Patientengruppen mit einem höheren Pflegebedarf (Patienten mit Demenzerkrankungen, Patienten mit Behinderungen, psychisch kranker Patienten usw.). Diese Patienten haben, wenn sie auf Normalstationen behandelt werden, nachweislich einen höheren (pflegerischen) Betreuungsbedarf als normale Patienten. Wie allerdings solche zusätzlichen Personalvorgaben und die Sicherstellung der tatsächlichen Erbringung zusätzlicher Pflege „am Bett“ sinnvoll aussehen sollen, erschließt sich nicht. Als ungelöste Probleme bleiben folgende Punkte:

- Berücksichtigung der unterschiedlichen Ausgangsniveaus der Krankenhäuser für Personalvorgaben
- Berücksichtigung der Aufgabenteilung zwischen examinierten Pflegefachkräften, Pflegeassistenten, Servicekräften, neuen Berufsbildern wie operationstechnischen Assistenten, chirurgischen Assistenten und Dokumentationsassistenten

- die Problematik, dass Patienten mit einem erhöhten pflegerischen Bedarf auf unterschiedlichen „Normalstationen“ behandelt werden
- die Problematik, dass zusätzliche Pflegekräfte nicht zu bekommen sind, weil es immer weniger junge Menschen gibt, die sich für den Pflegeberuf entscheiden

Zahlen, Daten, Fakten

Personalsituation in deutschen Kliniken

Die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst mit direktem Beschäftigungsverhältnis hat sich zwischen 2005 von 302.346 und 2016 auf 325.119 erhöht.

Deutschlands Krankenhäuser haben im europäischen Vergleich sehr niedrige Kosten. Die Kosten für die Behandlung eines Krankenhauspatienten im Jahr 2014 betragen in

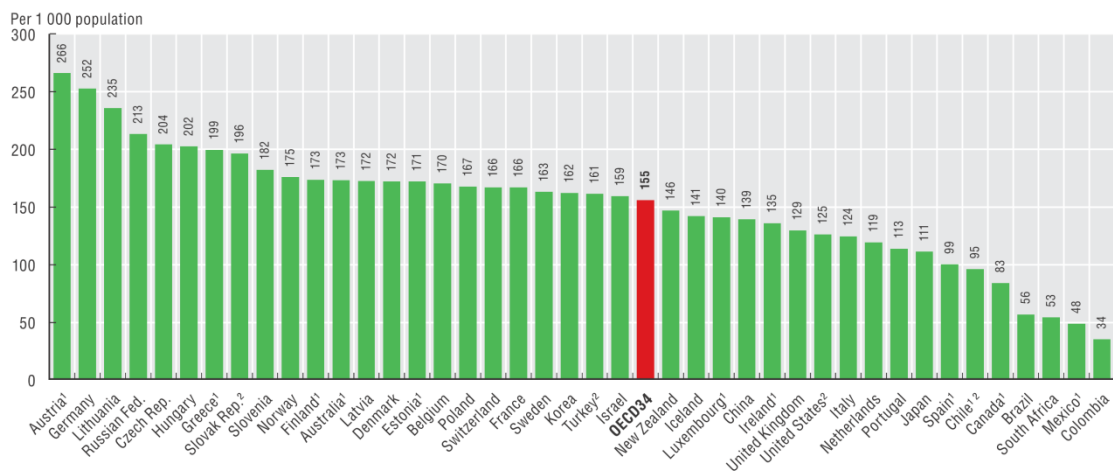
- Deutschland 4.999 €
- Norwegen 7.687 €
- Niederlande 11.419 €.
- Vergleich der Patienten je Krankenpflegekraft in Deutschland und in den Niederlanden

	Patienten pro Pflegekraft-Relation	
	Patienten zu Pflegefachkräfte	Patienten zu Pflegegesamtpersonal
Niederlande	7,0	5,0
Deutschland	13,0	10,5

Quelle: RN4CAST-Studie, Aiken et al., 2012

Vergleich Zahl der Krankenhausaufnahmen in beiden Ländern und in Europa

6.10. Hospital discharges, 2013 (or nearest year)



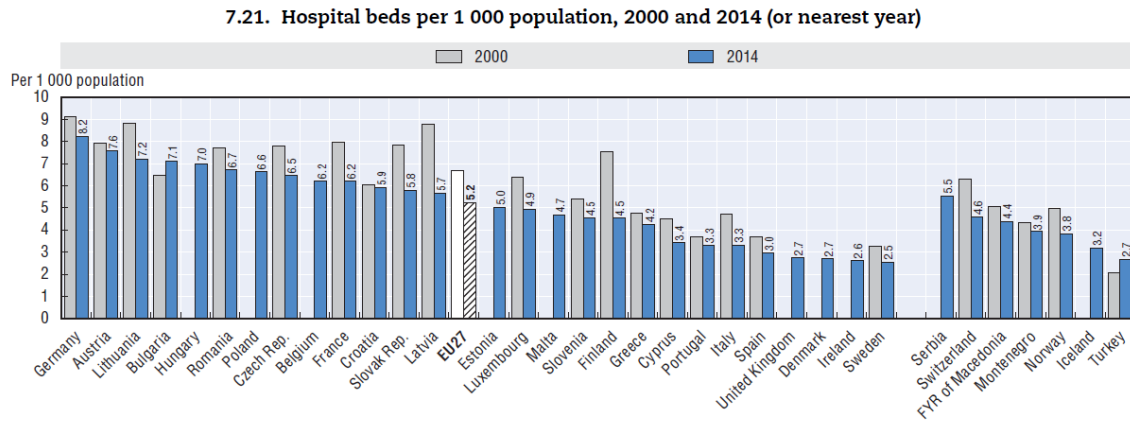
1. Excludes discharges of healthy babies born in hospital (between 3-10% of all discharges).

2. Includes same-day discharges.

Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933280996>

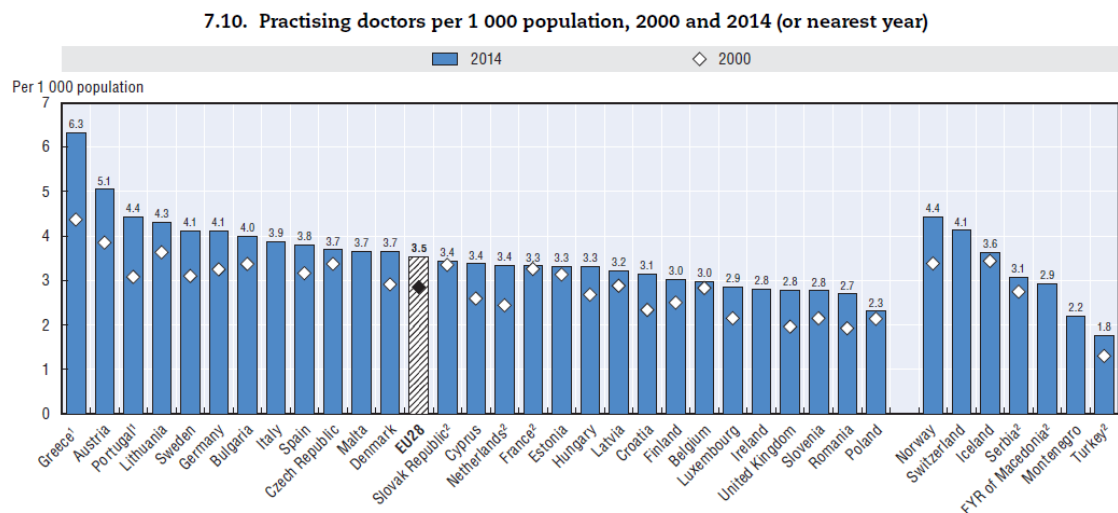
Vergleich der Zahl von Krankenhausbetten in beiden Ländern und in Europa



Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database.


StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933429902>

Vergleich Zahl der Ärzte pro 10.000 Einwohner in beiden Ländern und in Europa

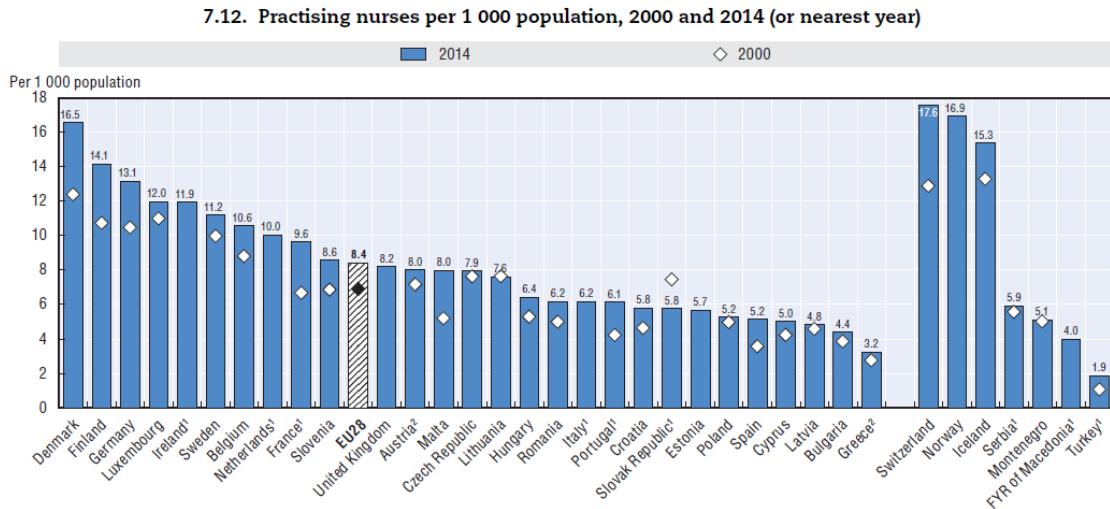


1. Data refer to all doctors licensed to practice, resulting in a large over-estimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30% in Portugal).
2. Data include not only doctors providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors).


Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933429793>

Vergleich der Zahl der Pflegekräfte pro 10.000 Einwohner in beiden Ländern und in Europa



1. Data include not only nurses providing care for patients, but also those working as managers, educators, researchers, etc.
 2. Austria and Greece report only nurses employed in hospital.
- Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933429812>

Nicht nur der Gesundheitsbranche fehlen Fachkräfte. Auch Arbeitgeber anderer Wirtschaftsbereiche können freie Stellen nicht besetzen, da ihnen entsprechend ausgebildetes Personal nicht zur Verfügung steht. Laut dem Institut für Deutsche Wirtschaft (IW) in Köln suchen Personaler in 96 von insgesamt 619 Berufen qualifizierten Nachwuchts. Besonders betroffen sind naturwissenschaftlich-technischen Berufe und das Handwerk.

Der Pflegeberuf hat in Deutschland stark an Attraktivität verloren. Nur durch seine Aufwertung und eine selbstverständlichere arbeitsteilige Aufgabenverteilung kann der Arbeitsbelastung von Pflegefachkräften begegnet werden: Pflegekräfte müssen von patientenfernen Tätigkeiten im Krankenhaus entlastet werden. Bürokratieabbau kann nur durch neue staatlich anerkannte Berufsbilder in der Pflege (OTA, ATA und CTA) erfolgen.