

Faktenblatt

Thema: Stationäre Versorgung

16.06.2021, Pressestelle GKV-Spitzenverband

Anzahl Krankenhäuser in Deutschland

	2010	2014	2016	2017	2018	2019
Krankenhäuser	2.064	1.980	1.951	1.942	1.925	1.914
Betten	502.749	500.680	498.718	497.182	498.192	494.326
Bettenauslastung	77,4 %	77,4 %	77,9 %	77,8 %	77,1 %	77,2%

Quelle: Statistisches Bundesamt; Krankenhausstatistik 2019

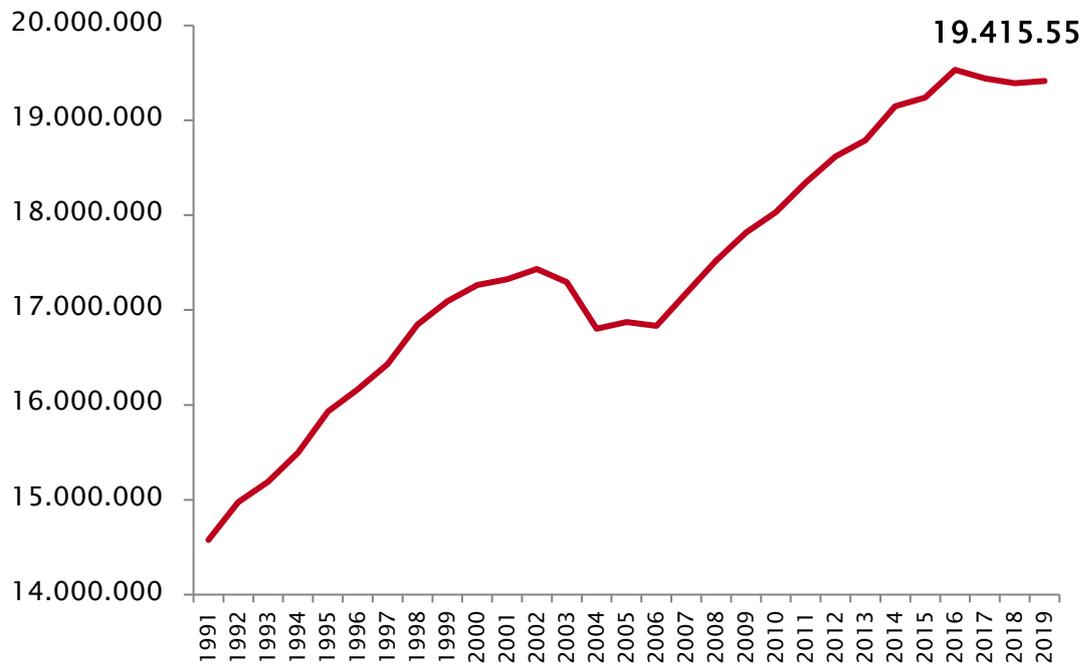
Trägerschaft

		Prozentpunkte zum Vorjahr
in öffentlicher Hand	28,5 %	-0,2 %
in freigemeinnütziger Hand	33,7 %	-0,1 %
privater Hand	37,8 %	+0,2 %

Quelle: Statistisches Bundesamt; Krankenhausstatistik 2019

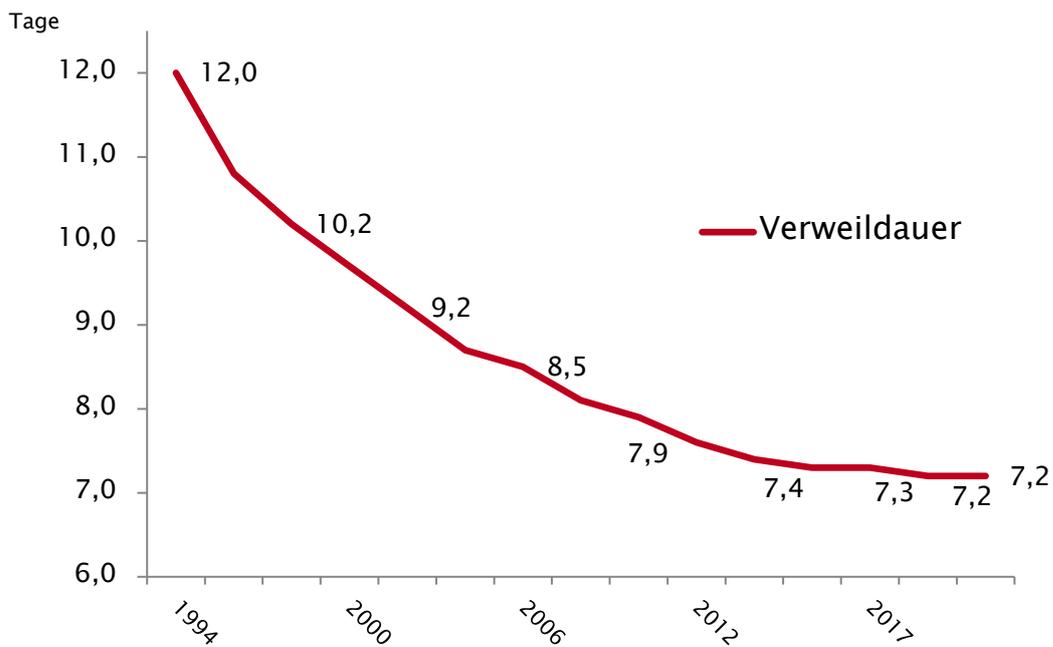


Vollstationäre Krankenhausfälle bis 2019



Quelle: Statistisches Bundesamt; Grunddaten der Krankenhäuser 2019

Stationäre Verweildauer



Quelle: Statistisches Bundesamt; Grunddaten Krankenhaus 2019

Finanzierung

Seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (1972) teilen sich Bundesländer und GKV die Krankenhausfinanzierung (duale Finanzierung).

- Die Investitionskosten – wie z. B. Neubauten oder neue Geräte – sollen durch die Bundesländer finanziert werden.
- Die Betriebskosten – zu denen unter anderem das Gehalt der Mitarbeitenden zählt – werden von den Krankenkassen bezahlt.

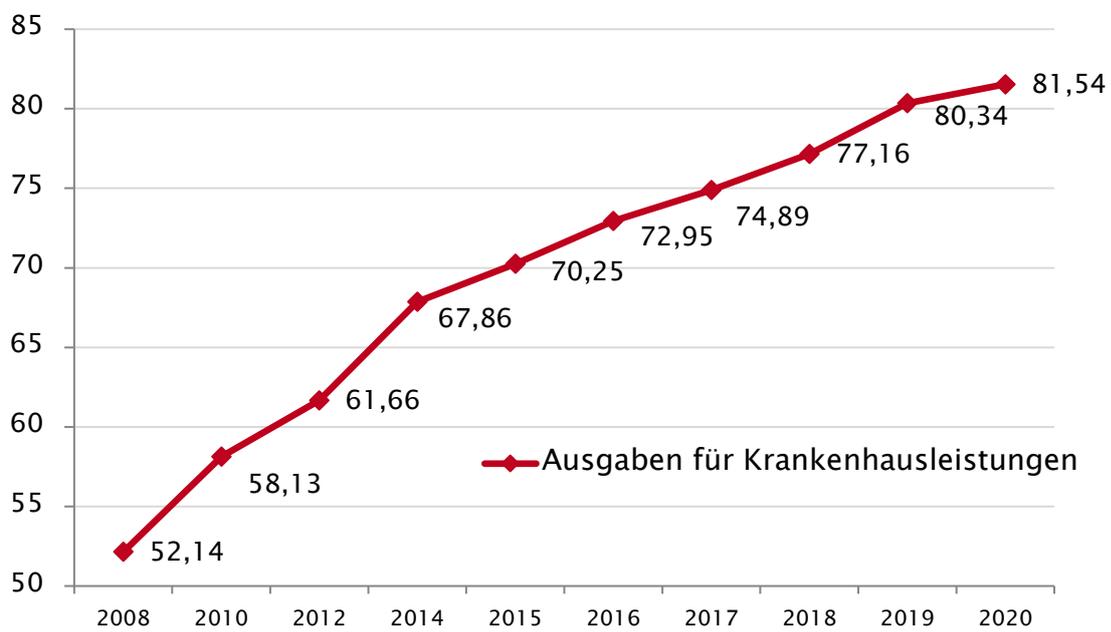
Die Kosten der stationären Krankenhausversorgung betragen im Jahr 2019 rd. 98,8 Mrd. Euro (+5,6 Prozent im Vergleich zu 2018). Dabei handelt es sich um bereinigte Kosten, d. h. ohne nichtstationäre Kosten wie Ambulanz, wissenschaftliche Forschung und Lehre. Berücksichtigt man diese Kosten mit, beliefen sich die Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser im Jahr 2019 auf 109,4 Mrd. Euro¹. Sie setzten sich im Wesentlichen aus den Personalkosten von 70,3 Mrd. Euro (+5,6 % vs. 2018) und den Sachkosten von 43,1 Mrd. Euro (+5,6 %) zusammen.

¹ Ab dem Berichtsjahr 2018 sind die Aufwendungen für den Ausbildungsfonds nicht mehr Bestandteil sowohl der Brutto-Gesamtkosten als auch der bereinigten Kosten.

GKV-Ausgaben für Krankenhausleistungen

Seit Jahren sind die Ausgaben für „Krankenhausbehandlung insgesamt“ der größte Posten im Finanzergebnis der GKV. Etwa jeder dritte Euro fließt derzeit in die Kliniken (Leistungsausgaben 2020 gesamt: 248,884 Mrd. Euro laut KJ 1).

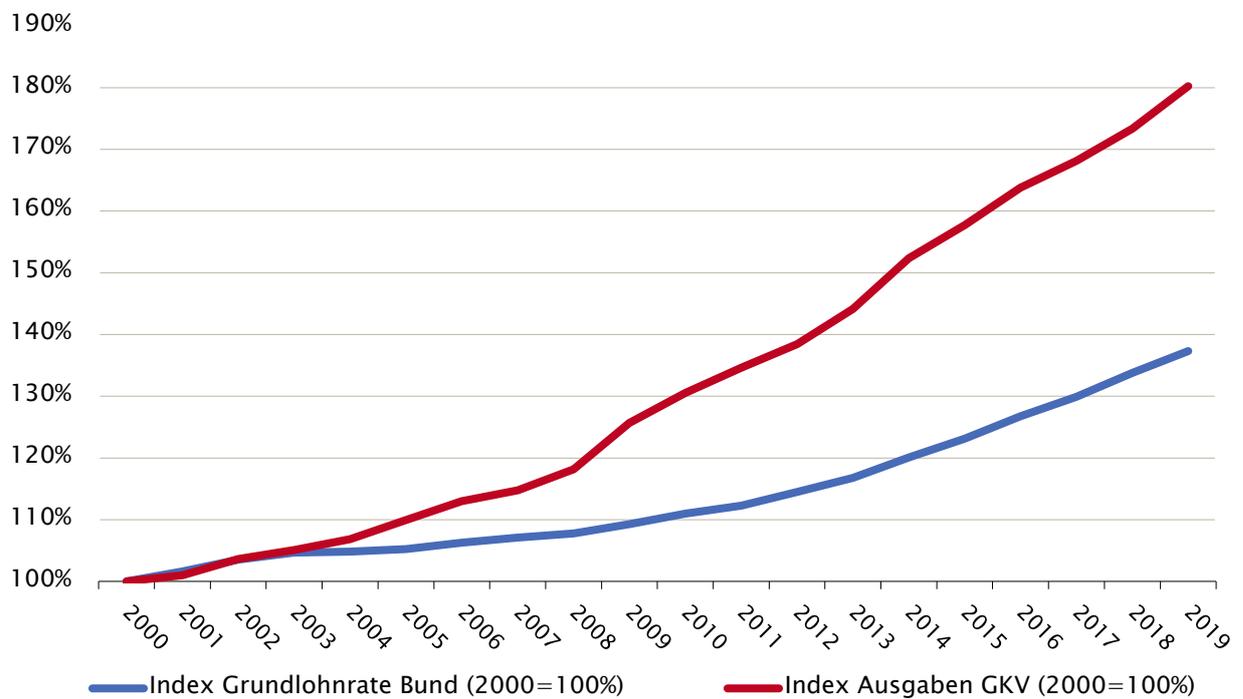
Angaben in Mrd. Euro



Quelle: Amtliche Statistik KJ 1/KV45

GKV-Ausgabenentwicklung im Vergleich zur Grundlohnrate

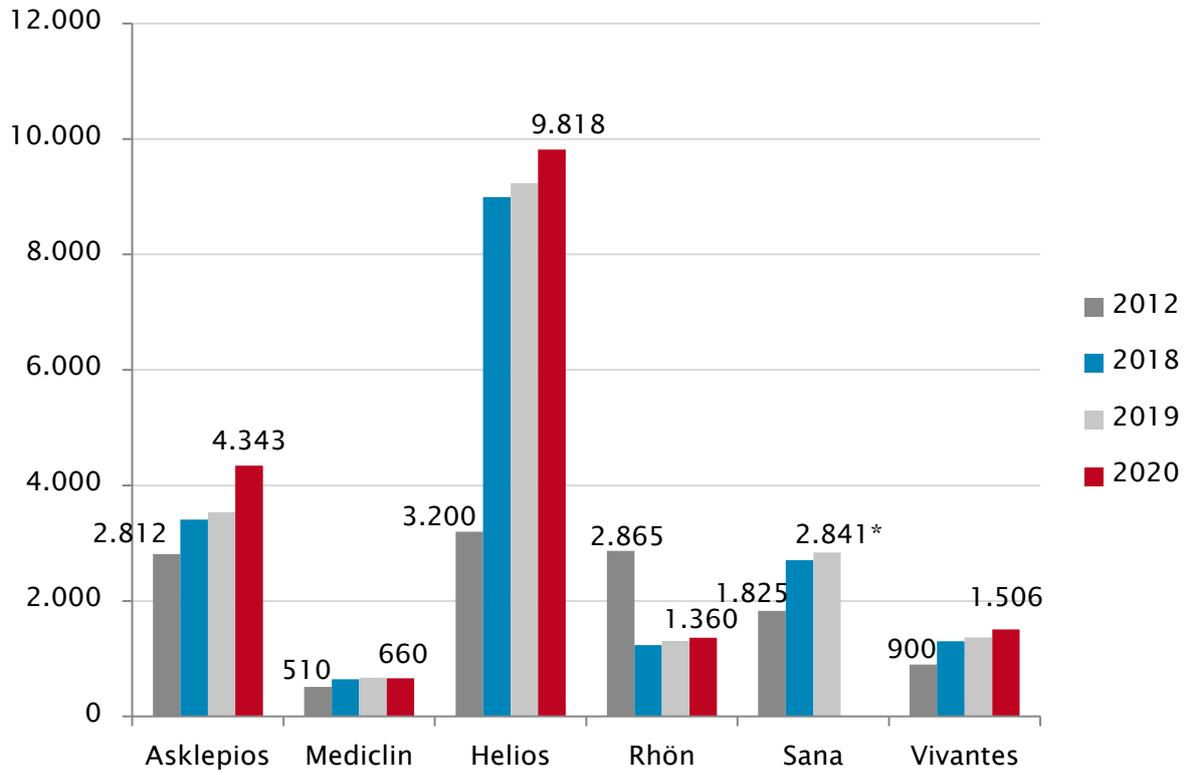
Die GKV-Ausgaben für Krankenhausleistungen entwickelten sich in den vergangenen Jahren dynamischer als die beitragspflichtigen Löhne und Gehälter der Beitragszahlenden (Grundlohnrate = Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller GKV-Mitglieder).



Quelle: Amtliche Statistik KJ 1

Umsatzentwicklungen ausgewählter Klinikkonzerne

Umsätze; Angaben in Mio. € gerundet



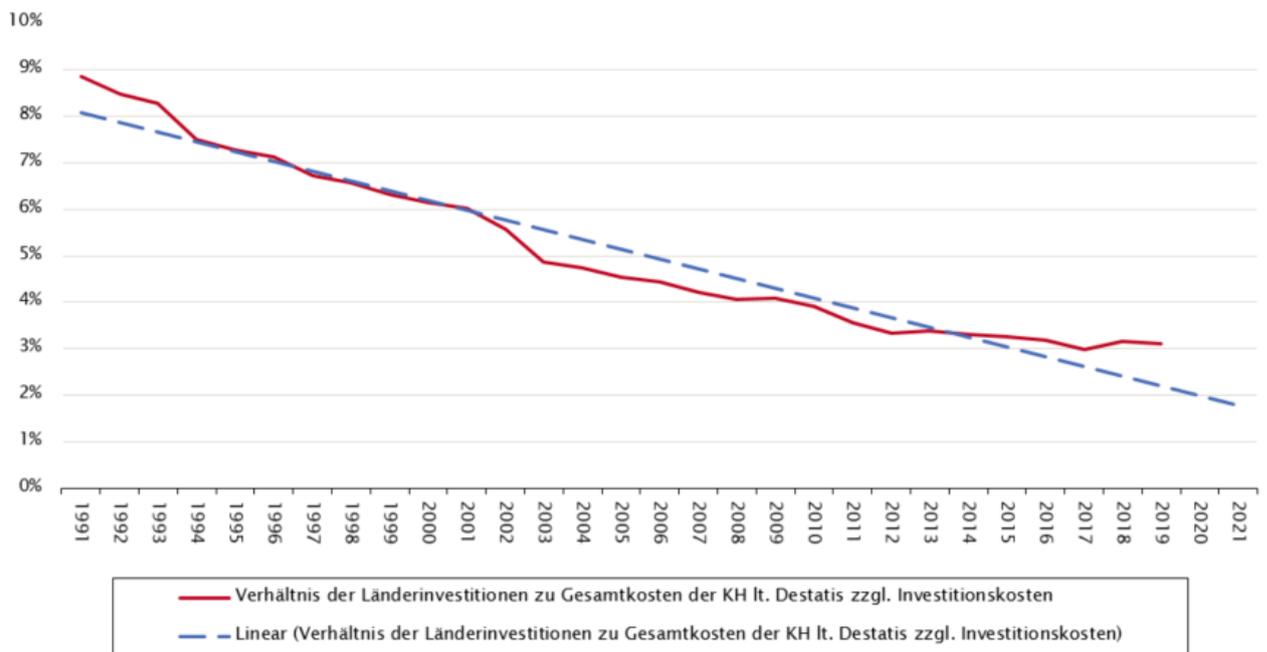
Quelle: Geschäftsberichte der angegebenen Unternehmen, Darstellung: GKV-Spitzenverband

* Bei den Sana Kliniken lagen die Konzernabschlusszahlen für 2020 noch nicht vor.

Erosionen der Länderinvestitionen

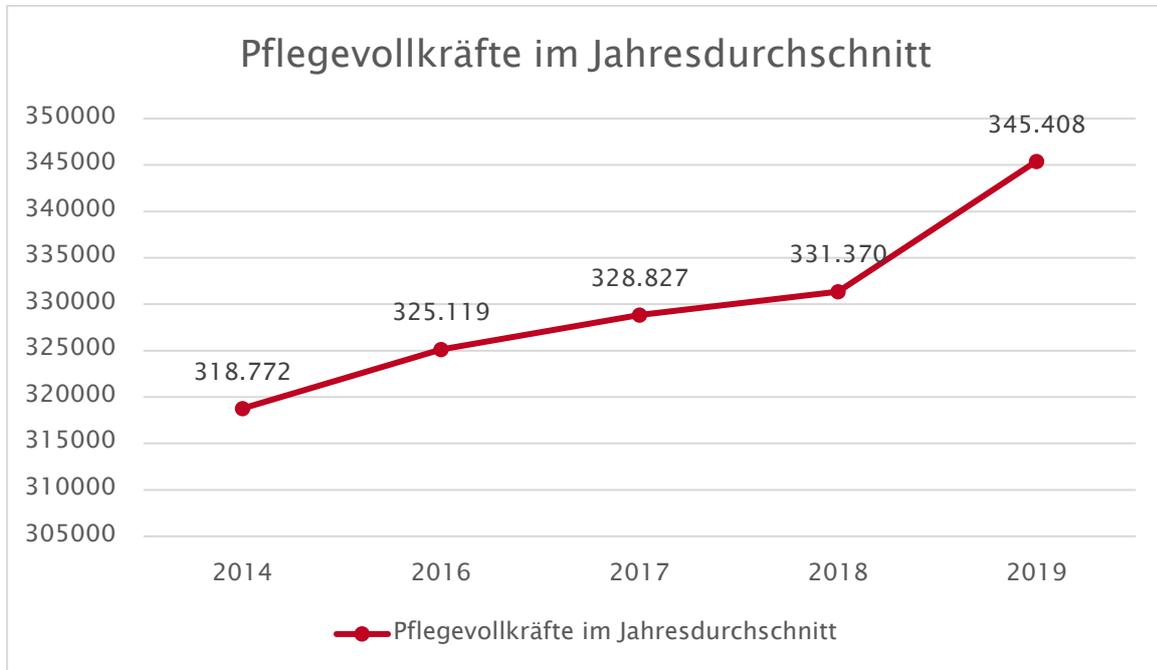
Die Bundesländer kommen ihrer Verpflichtung, die Investitionskosten der Kliniken zu finanzieren, seit Jahren nicht mehr in ausreichendem Maße nach. Sie fahren ihre Investitionskosten sogar zurück. Die Höhe der Investitionen unterscheidet sich von Bundesland zu Bundesland.

1993 zahlten die Länder noch 3,9 Mrd. Euro, 2019 nur noch ca. 3,2 Mrd. Euro. Die Investitionsquote der Länder sank von 25 Prozent im Jahr 1972 auf ca. drei Prozent im Jahr 2019.



Quelle: AOLG-Umfrage, Daten des Statistischen Bundesamtes, eigene Darstellung

Mehr Pflegefachkräfte in Kliniken

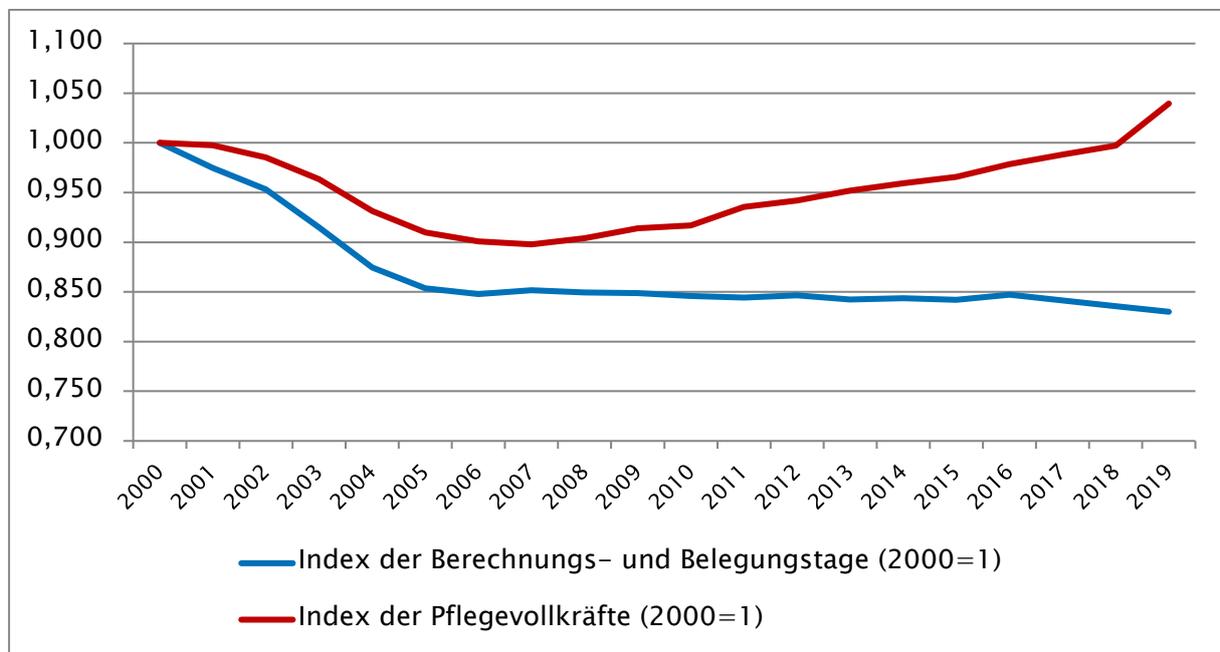


Quelle: Statistisches Bundesamt; Ergebnisse der Krankenhausstatistik

Neben dem Anstieg der Pflegekräfte gab es folgende Effekte:

- Verlagerung der Pflege in andere Bereiche wie z. B. häusliche Pflege, Hospiz unter anderem
- nichtpflegerische Aufgaben wie z. B. Betten reinigen, Essen austragen usw. werden von anderen Arbeitskräften übernommen

Berechnungs- und Belegungstage und Personal im Pflegedienst (Vollzeitkräfte)



Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik, eigene Berechnungen, jeweils indiziert 2000 = 1

Pflegepersonaluntergrenzen – PpUG

Derzeit gelten Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG, § 137i SGB V) in zwölf pflegesensitiven Krankenhausbereichen:

- seit 2019 für die Intensivmedizin, die Geriatrie, die Unfallchirurgie und die Kardiologie;
- seit 2020 für die Herzchirurgie, die Neurologie, die Neurologische Schlaganfallereinheit und die Neurologische Frührehabilitation;
- seit Februar 2021 für die Allgemeine Chirurgie, die Innere Medizin, die Pädiatrie und die Pädiatrische Intensivmedizin.

Der erste gesetzliche Auftrag stammt aus dem Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten von 2017. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG; 12/2018) wurde die Weiterentwicklung und Ausweitung dieser Grenzen in Krankenhäusern gesetzlich verankert. Das bedeutet, der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sind damit beauftragt, jährlich die vorhandenen Untergrenzen zu überprüfen und weiterzuentwickeln sowie neue Festlegungen für weitere pflegesensitive Bereiche und weitere Personaluntergrenzen zu treffen.

Eine Vereinbarung zwischen DKG und GKV-Spitzenverband konnte weder bei der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen für das Jahr 2019 noch für die Überprüfung und Ausweitung für das Jahr 2020 geschlossen werden. Daher legte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) per Verordnung die Grenzwerte fest. Diese neuen Grenzwerte traten zum 1. Januar 2020 in Kraft, wurden jedoch aufgrund der Coronavirus-Pandemie durch das BMG per PpUG-Verordnung vom 1. März 2020 bis zum 31. Januar 2021 befristet ausgesetzt. Zum 1. August 2020 erfolgte die teilweise Wiedereinsetzung der PpUG-Verordnung in den pflegesensitiven Bereichen Intensivmedizin und Geriatrie. In den anderen sechs pflegesensitiven Bereichen blieben die Pflegepersonaluntergrenzen bis zum 31. Januar 2021 ausgesetzt.

Im Sommer 2020 sind auch die Verhandlungen zur Festlegung weiterer pflegesensitiver Bereiche ab 2021 gescheitert. Im Anschluss daran wurden weitere Pflegepersonaluntergrenzen per Verordnung festgelegt, die ab dem 1. Februar 2021 verbindlich einzuhalten sind (s. Tabelle). Dafür hatte das BMG im Dezember 2019 das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zur Datenerhebung und -auswertung in den Bereichen Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie und Pädiatrie beauftragt. Für den Monat Januar 2021 gelten nur die Pflegepersonaluntergrenzen in den Bereichen Intensivmedizin und Geriatrie. Ab Februar 2021 sind die Pflegepersonaluntergrenzen in allen zwölf pflegesensitiven Bereichen verpflichtend umzusetzen.

Pflegepersonaluntergrenzen ab dem 01.02.2021

	Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie		Geriatric		Herzchirurgie		Innere Medizin und Kardiologie		Intensivmedizin und pädiatrische Intensivmedizin*		Neurologie		Neurologische Frührehabilitation		Neurologische Schlaganfall-einheit		Pädiatrie	
	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht	Tag	Nacht
Pat./Pfl.-k.	10	20	10	20	7	15	10	22	2	3	10	20	5	12	3	5	6	10
Anteil Hilfsk.	10 %	10 %	15 %	20 %	5 %	-	10 %	10 %	5 %	5 %	8 %	8 %	10 %	10 %	-	-	5 %	5 %

Pflegepersonaluntergrenzen werden als Verhältnis von Pflegekraft pro zu versorgende Patientin bzw. pro zu versorgenden Patienten verstanden. Sie dürfen von Krankenhäusern mit pflegeintensiven Bereichen zu keiner Zeit unterschritten werden. Dabei handelt es sich um Festlegungen, die sich auf den pflegerischen Ist-Zustand beziehen. Laut gesetzlichem Auftrag definieren sie eine personelle Mindestausstattung, um den Patientenschutz sicherzustellen und Pflegepersonen vor Überlastung zu schützen; es handelt sich jedoch nicht um eine Pflegebedarfsermittlung.

Seit April 2019 müssen Krankenhäuser quartalsweise nachweisen, ob sie diese Personalmindestvorgaben einhalten. Werden die Vorgaben nicht eingehalten, drohen Sanktionen. Zeigt eine Prüfung im Folgejahr, dass das Krankenhaus die Mindestpersonalbesetzungen im Durchschnitt eines Monats im abgelaufenen Jahr tatsächlich nicht eingehalten hat, muss die Einrichtung entweder für das übernächste Jahr die Fallzahl reduzieren oder eine Strafzahlung in Form von Vergütungsabschlägen akzeptieren und behält die Fallzahl bei.