

Die krankenhauspolitische Bilanz der Bundesregierung

Viel Geld, wenig Wirkung

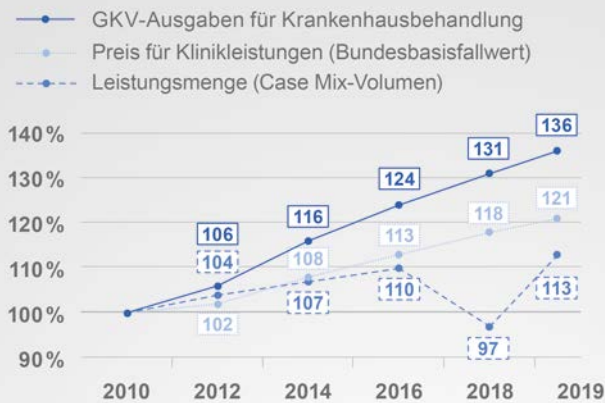
Im September endet die Amtszeit des wohl aktivsten Gesundheitspolitikers der vergangenen Jahrzehnte. Im nahezu monatlichen Rhythmus legte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) seit 2018 neue Regelungen vor. Die Auswirkungen auf die stationäre Versorgung sind ungewiss. Zu den wichtigsten Themen gehörte die Pflege. Durch die Einführung der Selbstkostendeckung bei den Pflegepersonal-kosten sollen Kliniken motiviert werden, mehr Pflegekräfte zu

beschäftigen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) rechnete dafür die Pflegekosten aus den DRGs heraus – die Effekte der aufwändigen Maßnahme konnten bisher nicht gemessen werden. Zu den 2017 beschlossenen Untergrenzen für Pflegepersonal kam mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz die Regelung, dass das BMG konkrete Personalvorgaben machen und Verstöße sanktionieren kann. Auch bei den Mindestmengen zielte das Ministerium auf mehr Qualität: Zur Durchsetzung der Fallzahl-Vorgaben für komplexe Eingriffe schaffte das BMG die aufschiebende Wirkung der Klagen von Kliniken ab, die wegen zu geringer Leistungsmengen von der Vergütung ausgeschlossen werden sollten, und eliminierte weitere Ausnahmetatbestände.

Weiterhin versuchte der Minister, die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzutreiben. Per Gesetz forcierte er die Erweiterung der Telematikinfrastruktur und den Anschluss der Kliniken. Hinzu kamen die Ausweitung der Förderzwecke des Krankenhausstrukturfonds auf Digitalisierungsprojekte und – mit dem Krankenhauszukunftsgesetz – ein milliarden-schweres Förderprogramm. Ebenfalls zugunsten der Kliniken änderte die MDK-Reform zudem maßgebliche Parameter der Abrechnung, indem sie die Prüfquoten senkte.

Grundlegende Reformen, die in der Fachwelt seit Langem gefordert werden, blieben dagegen aus, so etwa eine wirksame Neuregelung der Krankenhausfinanzierung und der Notfallversorgung. Die Strukturen blieben weitgehend unverändert, die Anzahl der Häuser hat sich seit 2017 kaum reduziert. Während die Auslastung der Kliniken niedrig bleibt, gehen die Ausgaben weiter hoch. Seit 2010 sind sie von 55,2 Milliarden Euro auf 82,2 Milliarden Euro (2020) gestiegen.

Ausgaben für Krankenhäuser steigen schneller als die Leistungsmenge



Während die Leistungsmenge der Kliniken seit 2010 nur um 13 Prozent gestiegen ist, gingen die Preise um 21 Prozent und die GKV-Ausgaben um 36 Prozent hoch. Quelle und Grafik: AOK-BV

INHALT

Hintergrund Seite 2
„Die Regierung hat eine große Chance verpasst“

Markt und Meinung Seite 4
Überversorgung im Krankenhaus?
Mehr Kliniken werden gefördert
Corona-Prämie erweitert

Versorgung und Service Seite 5
SVR will Daten besser nutzen
Kaiserschnitt rate steigt wieder an
BSG bestätigt 30-Minuten-Frist
Kliniken sollen ihre Personalausstattung öffentlich machen

Zahlen – Daten – Fakten Seite 6
Eckdaten im Kliniksektor: hoher Reformdruck, starre Strukturen

„Die Corona-Pandemie wird eine Art Katalysator sein, um nach der Bundestagswahl heilige Kühe im Gesundheitswesen zu schlachten.“

Prof. Boris Augurzky, Bereichsleiter Gesundheit
am RWI - Leibniz Institut für Wirtschaftsforschung

Die 19. Legislaturperiode im Spiegel der Fachöffentlichkeit

„Die Regierung hat eine große Chance verpasst“

Mit Jens Spahn übernahm 2018 ein profilierter Gesundheitspolitiker das Bundesgesundheitsministerium (BMG). Der ehemalige gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion im Bundestag bürdete seinem Haus ein hohes Pensum auf, das weit über den Koalitionsvertrag hinausreichte. Lange stand seine Politik in der öffentlichen Wahrnehmung auf der positiven Seite der Regierungsbilanz, und dies bis weit in die Pandemie hinein. „Blickpunkt Klinik“ fragte Expertinnen und Experten im Kliniksektor nach den Auswirkungen der zahlreichen Regelungen auf die Finanzierung und Personalsituation (DKG), nach Folgen für die Patientensicherheit (APS), Verbesserungen für die Versicherten (Selbstverwaltung) und was die Legislaturperiode für die Landesebene (Nordrhein-Westfalen) bedeutet.

Dr. Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

Es ist eine Bilanz mit Licht und Schatten. Der Fokus im Personalbereich lag und liegt in dieser Legislaturperiode richtigerweise auf der Pflege. Einschneidend ist insbesondere die Ausgliederung der Pflege aus dem DRG-System. Die Krankenhäuser bewerten diesen Schritt positiv, da nun die Personalkosten und alle zusätzlichen Stellen in der Pflege vollständig refinanziert werden. Das ist entscheidend, um die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern. Auch die Konzertierte Aktion Pflege (KAP), unter anderem mit der Ausbildungsinitiative, sehen wir durchaus positiv. Allerdings kritisieren wir scharf, dass sich der Minister weiterhin weigert, das Pflegepersonalbemessungsinstrument PPR 2.0 zeitnah einzuführen. Wir, die DKG zusammen mit dem Deut-



Dr. Gerald Gaß,
*Vorstandsvorsitzender
der Deutschen Krankenhaus-
gesellschaft (DKG)*

Foto: Tobias Vollmer

schen Pflegerat (DPR) und ver.di, haben mit der PPR 2.0 dem BMG zum 31. Dezember 2019 ein Pflegepersonalbemessungsinstrument vorgelegt – und damit unseren Auftrag erfüllt. Dass Minister Spahn an den untauglichen Pflegepersonaluntergrenzen festhält, ist für die Krankenhäuser völlig unverständlich.

Die finanzielle Lage der Kliniken bleibt angespannt. Seit 2016 ist der Anteil der Krankenhäuser mit positivem Jahresergebnis von 61 auf 29 Prozent gesunken. Umgekehrt ist der Anteil der Kliniken in schwieriger wirtschaftlicher Lage kontinuierlich gestiegen. Verschobene Operationen und andere Folgen der Corona-Pandemie haben die Lage noch einmal verschärft. Für 2021 erwartet nur knapp ein Viertel der Krankenhäuser eine Verbesserung. Das liegt vor allem daran, dass nach wie vor Kosten und Erlöse nicht zusammenkommen. Deutliche Personalkostensteigerungen ohne ausreichende Gegenfinanzierung jenseits der Pflege, unzureichende Investitionsmittel in den Ländern und hohe Defizite in den Notfallambulanzen sind weiterhin zentrale Probleme. Es gibt in jedem Fall noch Luft nach oben.

Dr. Ruth Hecker, Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS)

Leider müssen wir im Aktionsbündnis Patientensicherheit zu dem Schluss kommen, dass die letzten vier Jahre hinsichtlich der Patientensicherheit keine spürbaren Verbesserungen gebracht haben. Das ist keine wirkliche Überraschung, denn die sichere Patientenversorgung aller Versorgungsstufen war kein explizites oder gar vorrangiges Leitmotiv der Gesundheitspolitik. Am besten erkennt man das am Beispiel der Digitalisierung. Diese ist, bei aller Hoffnung auf Verbesserungen, nur ein Werkzeug und nicht der Zweck. So konnte es geschehen, dass neben Fragen der Anbindung, der Technik und des Datenschutzes das eigentliche Ziel fast verloren ging: nämlich der Nutzen für Patientinnen und Patienten sowie für Leistungserbringende bei der Steuerung von Versorgungsprozessen und der Erhöhung der Patientensicherheit.

Politische Ansätze, die eigentlich im Sinne der Patientensicherheit sind – etwa die Verbesserung der Pflegepersonalausstat-



Dr. Ruth Hecker,
*Vorsitzende des
Aktionsbündnisses
Patientensicherheit*

Foto: APS e.V.

Fortsetzung auf Seite 3

Fortsetzung von Seite 2

tung – wurden nicht zu Ende gedacht. Alle Hinweise, dass die gewählten Lösungen, Vorgehensweisen und auch die Form der Transparenz wenig geeignet sind, blieben unbeachtet, ebenso wie viele weitere ernst gemeinte Verbesserungsvorschläge. Patientensicherheit ist ohne die Sicherheit der Mitarbeitenden genauso wenig denkbar wie Gesundheitsversorgung ohne ausreichende und kompetente Pflege.

Jetzt hoffen wir, dass die Bundesregierung aus den Erfahrungen der letzten vier Jahre und auch aus der Corona-Pandemie lernt: Kurzfristig angelegte Kostendämpfungen im Gießkannenprinzip und halbherzige Reformen zahlen sich nicht aus. Die Veränderungen müssen nicht nur klug angelegt, sondern auch in der Umsetzung begleitet und nachgesteuert werden. Schnellschüsse können wir uns weder mit Blick auf die Patientensicherheit leisten noch hinsichtlich der Folgen für die Gesellschaft. Weder menschlich noch finanziell.

**Monika Lersmacher, Versichertenvertreterin im
Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes**

Ehrlich gesagt, hat die Bund-Länder-AG eine große Chance ungenutzt gelassen. In der sektorenübergreifenden Versorgung hätten wir uns konkretere Ergebnisse gewünscht. Die

Notfallreform blieb im Entwurfsstadium stecken, obwohl der Sachverständigenrat wissenschaftlich aufbereitete Ideen vorgelegt hatte. Natürlich kann die Bundesregierung nichts dafür, dass sie ihre Kräfte in weiten Bereichen auf das Management der Pandemie fokussieren muss. Im Rückblick auf Weichenstellungen des Gesundheitsministeriums bekomme ich aber den Eindruck, dass manche Initiative als Tiger gesprungen und als Bettvorleger gelandet ist. Von der großen Notfallreform ist als solitäres Element das Ersteinschätzungsverfahren in Notfallaufnahmen übrig geblieben, das sich noch im laufenden Gesetzgebungsverfahren des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) befindet. Obwohl die Regierung die sektorenübergreifende Versorgung neu ordnen wollte, ist es im Ergebnis doch bei regional möglichen Insellösungen geblieben. Dabei beweisen Projektpartner immer wieder, dass sie funktionierende Versorgungsmodelle auf der geltenden Rechtsgrundlage auf die Beine stellen können. Hierfür wünschen wir uns als Selbstverwaltung mehr Freiheit bei den Gestaltungsmöglichkeiten, um einerseits die Sektoren miteinander zu verbinden und andererseits für unsere Versicherten echte Wahlmöglichkeiten in einem Qualitätswettbewerb zu schaffen.

**Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit
und Soziales in Nordrhein-Westfalen**

Der Gesundheitssektor hat sich in den letzten Jahren zunehmend verändert, was für alle Akteure der Gesundheitspolitik eine große Herausforderung darstellt. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat sich dieser Probleme angenommen und schon vor der Pandemie wichtige Reformen auf den Weg gebracht. Bei der Vielzahl der Gesetzesänderungen kann ich hier nur einige Bereiche herausgreifen.

Ganz wesentlich ist das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, das ein neues System zur Finanzierung der Personalkosten und die Festlegung von Personaluntergrenzen für pflegein-



Karl-Josef Laumann,
*Minister für Arbeit, Gesundheit
und Soziales in
Nordrhein-Westfalen*

Foto: NRW-Ministerium für Gesundheit

tensive Bereiche geschaffen hat. Das fördert die Qualität der Patientenversorgung und sorgt für eine Verbesserung der Arbeitssituation in den Krankenhäusern.

Klar ist aber auch, dass wir einen Mangel in den Gesundheitsfachberufen haben, dem wir entgegenwirken müssen. In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche Berufsbilder durch das BMG modernisiert und an die aktuellen Gegebenheiten angepasst.

Ein weiterer wichtiger Eckpfeiler für den Wandel in der Krankenhauslandschaft stellt die Weiterführung des Krankenhausstrukturfonds dar. Durch diesen stehen zwei Milliarden Euro zur Verfügung. Die Digitalisierung der Krankenhäuser wird mit Bundesmitteln in Höhe von drei Milliarden Euro aus dem Krankenhaus-zukunftsfonds unterstützt.

Die Steigerung der Versorgungsqualität in der Krankenhauslandschaft, die hierdurch gefördert werden soll und erstmals seit Langem auch auskömmlich finanziert wird, entspricht auch meiner Krankenhauspolitik in Nordrhein-Westfalen. Deshalb treiben wir die auf Bundesebene angestoßenen Maßnahmen hier in NRW tatkräftig an.

Nicht zuletzt hat Jens Spahn die Digitalisierung im Gesundheitswesen entschieden vorangetrieben, etwa in den Bereichen Genetik und elektronische Patientenakte. Mit dem „Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz“ stellt das BMG die richtigen Weichen für digitale Transformationen der Pflege.

Monika Lersmacher,
*Alternierende Verwaltungsratsvorsitzende der
AOK Baden-Württemberg*



Foto: Timmo Böles

Krankenhaus-Report 2021

Übersversorgung im Krankenhaus?

Herzinsuffizienz und die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) gelten als Indikationen, die in einem gut aufgestellten Gesundheitswesen ambulant behandelt werden können. Datenauswertungen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) haben nun gezeigt, dass in deutschen Kliniken die entsprechenden Fallzahlen in beiden Wellen der Covid-19-Pandemie des Jahres 2020 zurückgingen, und dies auch in der Zwischenzeit von Juni bis September. Die Studie werfe die Frage auf, ob die Patienten 2020 statt in Krankenhäusern von niedergelassenen Ärzten versorgt wurden, so die Autoren. Möglicherweise sei die normalerweise hohe Zahl an Krankenhausbehandlungen ein Hinweis auf Übersversorgung in diesem Bereich.

Corona-Rettungsschirm

Mehr Kliniken werden gefördert

Krankenhäuser erhalten weiterhin Finanzhilfen für pandemiebedingte Erlösausfälle. Das hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) in der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser geregelt. Demnach sollen Kliniken in Kreisen oder kreisfreien Städten mit einer Sieben-Tage-Inzidenz ab 50 je 100.000 Einwohner bis Ende Mai Pauschalen für das Freihalten von Betten für Covid-19-Patienten erhalten. Für die zu ermittelnden Erlöse des Jahres 2021 werden die Ausgleichszahlungen zu 85 Prozent berücksichtigt; beim Ganzjahresausgleich werden 98 Prozent der Erlöse des Jahres 2019 zugrunde gelegt. Verluste werden gegebenenfalls zu 85 Prozent kompensiert. Auch bestimmte Fach- und Spezialkliniken können ihre coronabedingten Einnahmeausfälle weiterhin ausgleichen lassen.

>> www.aok.de/gesundheitspartner

Pflegepersonal

Corona-Prämie erweitert

Etwa 1.000 Krankenhäuser erhalten auch 2021 Sonderzahlungen, um ihren Beschäftigten eine sogenannte Corona-Prämie zu zahlen. Das hat die Bundesregierung beschlossen. Insgesamt werden 450 Millionen Euro aus Bundesmitteln nach einem neuen Mechanismus auf die Häuser verteilt. Die Gelder sollen insbesondere Pflegekräften zugutekommen, die durch die Behandlung von Covid-19-Patienten besonders belastet sind. Unterdessen rief die Berliner Krankenhausgesellschaft alle Berliner mit einer medizinischen Fachausbildung auf, die Kliniken personell zu unterstützen. In Mecklenburg-Vorpommern appellierte Landesgesundheitsminister Harry Glawe an ehemalige Ärzte und Pflegekräfte, in den Kliniken zu helfen.

>> www.aok.de/gesundheitspartner

DREI FRAGEN AN ...

... **Maria Klein-Schmeink**,
gesundheitspolitische Sprecherin und
stellvertretende Fraktionsvorsitzende der
Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen



„Wir brauchen einen Aufbruch“

Was ist im stationären Bereich die wichtigste Aufgabe der neuen Bundesregierung?

Die bedarfsgerechte Versorgung muss für alle gesichert und nach einheitlichen Grundsätzen geplant sein. Dabei müssen differenzierte Versorgungsstufen, definierte Leistungsbereiche und Qualitätsanforderungen zugrunde gelegt werden. Weiterhin brauchen wir eine Reform der Finanzierung, die Investitionen sichert. Notwendige Vorhaltekosten sollten pauschal gesichert und Fallpauschalen nach Versorgungsstufen differenziert werden.

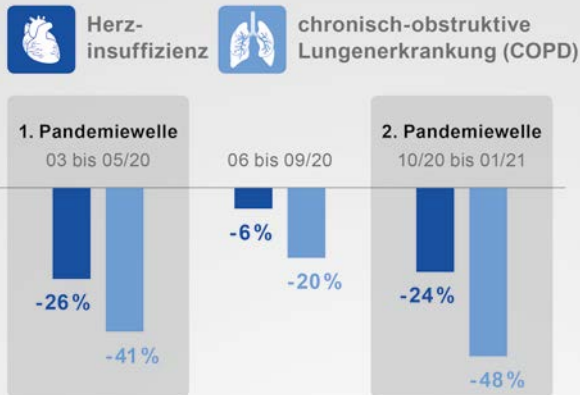
In Dänemark ist die Zufriedenheit der Beschäftigten in Krankenhäusern trotz weniger Standorte gestiegen – ein Vorbild für unsere Strukturen?

Die Konzentration spezialisierter Leistungen an weniger Standorten sorgt für Qualität und dafür, dass hoch qualifiziertes Personal zielgerichteter eingesetzt wird. Zudem sollten wir alles dafür tun, mehr Menschen für den Pflegeberuf zu gewinnen und im Beruf zu halten.

Rechnen Sie in naher Zukunft mit einschneidenden Veränderungen in der Kliniklandschaft?

Angesichts des demografischen Wandels ist die Versorgung in den jetzigen Strukturen nicht aufrechtzuerhalten. Wir brauchen einen grundlegenden Neubeginn und mehr sektorenübergreifende, regionale Versorgungsverbände, in die Kliniken als Akteure eingebunden sind.

Pandemiefolgen: Auch im Sommer blieben die Fallzahlen niedrig



In beiden Pandemiewellen brachen die Fallzahlen bei COPD um über 40 Prozent ein, doch auch im Sommer lagen sie 20 Prozent unter dem Vorjahresniveau. Quelle: WiDO; Grafik: AOK-BV

Illustration: iStock.com/kathykonkle

Gutachten zu Digitalisierung

SVR will Daten besser nutzen

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat sich für die verpflichtende Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) ausgesprochen. Bei der Vorstellung des aktuellen Gutachtens zur Digitalisierung stellte das Gremium eine Art Widerspruchslösung vor, die das bisher vorgesehene Mehrfach-Opt-in-Verfahren ersetzen sollte. Zudem sollte die ePA Hinweise auf eine Patientenverfügung oder einen Organspendeausweis enthalten. Der SVR-Vorsitzende Prof. Ferdinand Gerlach regte außerdem ein „Gesundheitsdatennutzungsgesetz“ an.
>> www.svr-gesundheit.de

Qualität

Kaiserschnittrate steigt wieder an

Fast jedes dritte Neugeborene wurde 2019 per Kaiserschnitt entbunden. Das teilte das Statistische Bundesamt mit. Von zirka 742.500 Kindern kamen demnach etwa 221.500 durch einen chirurgischen Eingriff auf die Welt. Die Kaiserschnittrate lag mit 29,6 Prozent etwas höher als 2018 (29,1 Prozent), seit 1991 (15,3 Prozent) hat sich der Anteil operativ durchgeführter Geburten fast verdoppelt. Seit dem Höchststand von 32,2 Prozent im Jahr 2011 war er bis zum Jahr 2018 zurückgegangen. Die Gründe für diese Entwicklung werden in der Fachwelt intensiv diskutiert. Gemeinhin gilt eine Sectiorate von über 15 Prozent als ungünstig für Mutter und Kind.
>> www.aok.de/gesundheitspartner

TERMINE

21. Mai 2021 in Berlin

Digitalforum Gesundheit – Wege zum Smart Hospital (Online-Format)

15. bis 17. Juni 2021 in Berlin

Hauptstadtkongress für Medizin und Gesundheit (hybrides Format)

7. und 8. September in Köln

Gesundheitskongress des Westens (hybrides Format)

>> www.blickpunkt-klinik.de

Belegärzte

BSG bestätigt 30-Minuten-Frist

Belegärzte müssen ihr Krankenhaus auch dann binnen 30 Minuten erreichen können, wenn sie Mitglied einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (üBAG) sind. Das stellte das Bundessozialgericht (BSG) in einem Urteil (Az. B6 KA 6/20 R) klar. In dem Fall hatte ein in München niedergelassener Facharzt gegen die Kassenärztliche Vereinigung Bayern geklagt, die ihn nicht als Belegarzt am 42 Kilometer entfernten Standort Erding (Fahrzeit: 39 Minuten) zulassen wollte. Die 30-Minuten-Grenze, die der Bundesmantelvertrag vorgebe, gelte auch nach der Abschaffung der Residenzpflicht für Vertragsärzte, so das Gericht.
>> www.bundessozialgericht.de

Pflege

Kliniken sollen ihre Personalausstattung öffentlich machen

Die Bundesregierung will an dem Plan festhalten, die Pflegepersonalquotienten von Krankenhäusern zu veröffentlichen. Das geht aus ihrer Erwiderung auf eine Stellungnahme des Bundesrates zum Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) hervor (19/26822), der sich dagegen ausgesprochen hatte. Die Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten solle deutlich machen, wie viel Pflegepersonal eine Klinik im Verhältnis zum Pflegeaufwand einsetze.
>> www.bundestag.de

PERSONALIA

Maag wird neue Unparteiische



Karin Maag soll neues unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) werden. Die gesundheitspolitische Sprecherin der CDU-Bundestagsfraktion folgt in der Position auf Elisabeth Pott, die sich im Februar überraschend aus dem G-BA zurückgezogen hat. Der Wechsel soll Ende der aktuellen Legislaturperiode abgeschlossen sein.

Führungswechsel beim MDS



Dr. Stefan Gronemeyer hat zum 1. April die Geschäftsführung beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) übernommen, der ab 2022 als Körperschaft öffentlichen Rechts unter MD Bund firmiert. Der 60-Jährige war seit 2010 Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer beim MDS. Er folgt im Amt auf Dr. Peter Pick (65), der nun als stellvertretender Geschäftsführer und Beauftragter für Errichtungsfragen fungiert.

BMC unter neuer Leitung



Johanna Nüsken wird neue Geschäftsführerin des Bundesverbandes Managed Care (BMC). Die 34-Jährige soll im Mai 2021 Dr. Patricia Ex ablösen und will sich insbesondere um die Verankerung innovativer Versorgungsansätze in der Regelversorgung kümmern. Zu ihrem Stellvertreter wurde Malte Behmer ernannt, der seit Oktober 2019 die politische Ausrichtung des BMC verantwortet.

>> Abrechnung

>> Finanzierung

>> Infografiken

>> Jahresabschlüsse

>> Klinikstrukturen

>> Markt

>> Personal

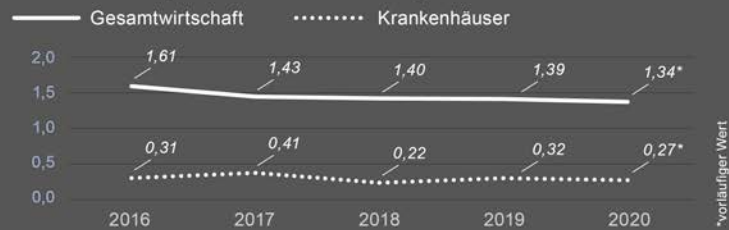
>> Qualität

Eckdaten im Kliniksektor: hoher Reformdruck, starre Strukturen

Klinikbetrieb ohne Risiko

Das Risiko für Kreditausfälle (Creditreform-Risiko-Indikator, CRI) ist bei deutschen Kliniken erneut geringer als in der Gesamtwirtschaft. Während der CRI der Unternehmen 2019 bei 1,39 Prozent lag, erreichte er im Kliniksektor nur 0,32 Prozent, das berichtet der aktuelle „Branchenreport Krankenhäuser“ des Deutschen Sparkassen- und Giroverbandes (DSV). Ein Grund dafür seien hohe Zahlungen der kommunalen Träger zum Ausgleich von Defiziten. Für 2020 geht der Verband sogar von einer weiteren Senkung aus. Trotz der ineffizienten Strukturen wächst der Kliniksektor stetig weiter. Mit Ausnahme des Jahres 2017/2018 entwickelten sich die Krankenhäuser in den vergangenen Jahren meist besser als die Gesamtwirtschaft beziehungsweise das Bruttoinlandsprodukt (BIP). Zwischen den Kliniken gibt es jedoch große Unterschiede, so verfügen laut DSV vor allem große Häuser über eine hohe Personalproduktivität (93.000 Euro). Im Durchschnitt erzeugte jeder Beschäftigte im Krankenhaus 2018 einen Umsatz von 86.000 Euro; kleine Einrichtungen blieben deutlich darunter (59.000 Euro). In ihrem Fazit schlagen die Autoren vor, die Krankenhausplanung zu verbessern und die Kapazitäten im Klinikbereich zu verringern. Dafür spricht auch die sinkende Auslastung der Häuser, die laut Statistischem Bundesamt seit Jahren unter den wirtschaftlich gebotenen 85 Prozent liegt.

Ausfallrisiko (Creditreform-Risiko-Indikator) in Prozent



Produktivität pro Beschäftigtem 2018 in Euro

93.000
Kliniken mit mehr als 50 Mio. Euro Umsatz

59.000
Kliniken mit 0,25 bis 0,5 Mio. Euro Umsatz

Bettenauslastung in Prozent



Entwicklung von Kliniksektor und Bruttoinlandsprodukt in Prozent



Quelle: Branchenreport Krankenhäuser 2020 (Deutscher Sparkassen- und Giroverband), Statistisches Bundesamt; Grafik: AOK-BV