

## Quo vadis stationärer Sektor?

### *Quo vadis inpatient care?*

Die stationären Versorgungseinrichtungen – Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheime – erweiterten ihre Kapazitäten in den letzten Jahren auf über 1,5 Millionen Betten. Die meisten Betten stehen inzwischen in Pflegeheimen. Es stellt sich die Frage, ob diese Expansion patientengerecht und wirtschaftlich ist. Die großen regionalen Unterschiede in Deutschland, aber auch in Europa, deuten nicht nur auf erhebliche Gestaltungsspielräume, sondern auch auf Verbesserungsmöglichkeiten hin. Der Gesetzgeber will diese durch eine Qualitätsoffensive nutzen.

Die stationäre Versorgung durch Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Pflegeheime wird in Deutschland unterschiedlich finanziert. Doch der Wettbewerb um immer knapper werdende Pflegekräfte wird größer. Es ist deshalb notwendig, den stationären Sektor insgesamt zu betrachten.

### Bettenkapazität

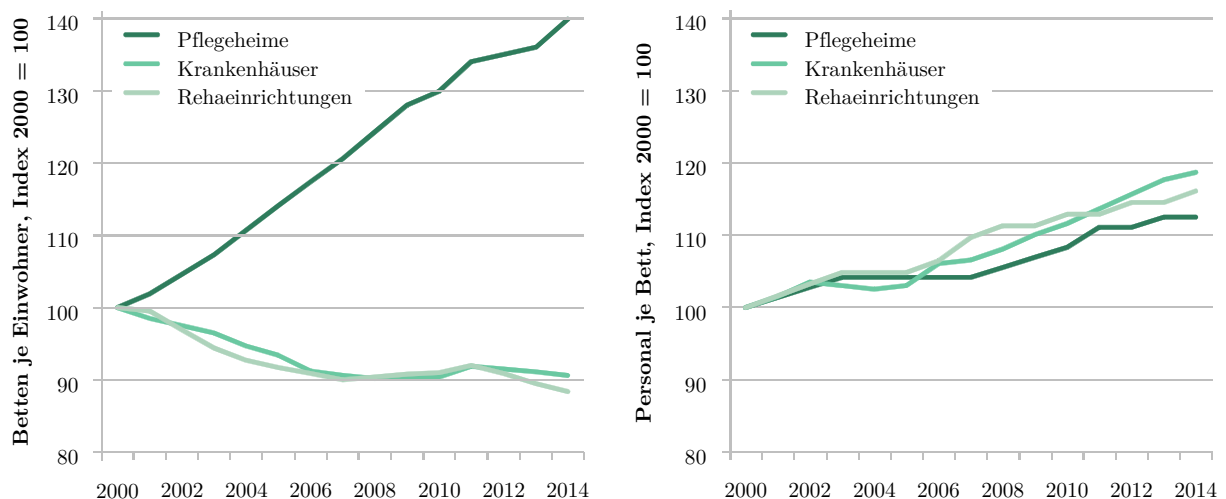
In Deutschland hat der stationäre Sektor seine Bettenkapazität in den letzten Jahren auf über 1,5 Millionen Betten ausgebaut. Davon stehen inzwischen rund 860 Tsd. Betten in Pflegeheimen, 500 Tsd. in Krankenhäusern und 166 Tsd. in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Während in Krankenhäusern in den letzten 15 Jahren rund 60 Tsd. Betten abgebaut wurden, erweiterten die Pflegeheime

In Germany, inpatient care facilities - hospitals, rehabilitation centers and nursing homes - have expanded their capacities to more than 1.5 million beds in recent years. Most of the beds are now in nursing homes. One might question whether this expansion is patient-friendly and efficient. The large regional variations in German Laender, but in European countries too, indicate not only considerable scope for action, but also opportunities for improvement. The government plans to use them by several activities focusing on the quality of care.

ihre Kapazitäten um rund 230 Tsd. Betten (vgl. Abb.1). Gleichzeitig wurden in diesem Zeitraum rund 4.200 Pflegeheime neu gebaut. Anfang 2014 gab es in Deutschland über 13.000 Heime, davon sind die meisten (rund 7.000) in freigemeinnütziger Trägerschaft. Nur rund 600 Einrichtungen haben einen öffentlichen Träger. Das stärkste Wachstum verzeichneten die Heime der privaten Träger, die um über 2.300 Einrichtungen zunahmen.

Bereinigt man die Kapazitäten um die Bevölkerungsentwicklung, wuchsen die Bettenkapazitäten besonders stark in den neuen Bundesländern, allen voran in Sachsen-Anhalt, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern. Dies lässt sich vor allem mit den strukturellen demographischen Änderungen, aber auch den

Abb. 1: Entwicklung der stationären Betten- und Personalkapazitäten, 2000 - 2014



Finanzierungsanreize der stationären Pflege erklären. Außerdem bewirkt die höhere Krankheitsprävalenz im Alter vor allem im Osten einen zusätzlichen stationären Behandlungsbedarf.

### Fachkräfte

Mit den Bettenkapazitäten wurde auch der Personalbestand in den letzten Jahren stetig erweitert. Derzeit arbeiten in Krankenhäusern, Pflegeheimen und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen rund 1,9 Mio. Menschen, darunter 175 Tsd. Ärztinnen und Ärzte sowie 950 Tsd. Kranken-/ Altenpfleger -innen (einschl. Pflegeassistentinnen und -assistenten).

Auch wenn regional unterschiedliche Entwicklungen zu beobachten sind, ist der Anstieg des Fachkräftebedarfs nach wie vor ungebrochen. Der Bevölkerungsrückgang, der in den östlichen Regionen zu beobachten ist, bewirkt aufgrund des zunehmenden stationären Bedarfs im Alter noch keine nachfragesenkende Wirkung. Per Saldo stieg die Erwerbstätigkeit im stationären Sektor im Osten etwas stärker als im Westen (1,4 % jährlich im Vergleich zu 1,3 % im Westen). Bezogen auf die Bettenzahl ergibt sich damit eine weitere Angleichung der Personalrelation in beiden Teilen Deutschlands.

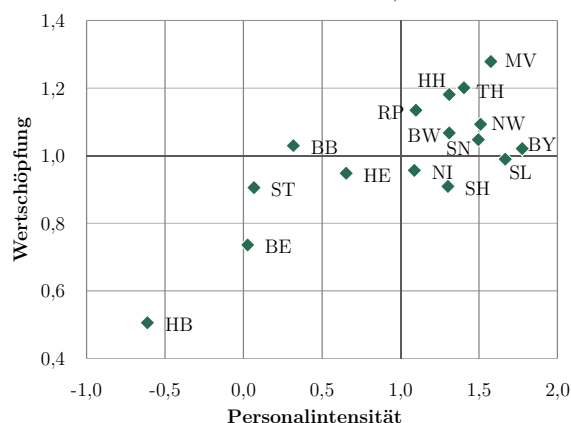
### Wertschöpfung

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die Betrachtung der Wertschöpfung. Im Westen ist die Wertschöpfung des stationären Sektors je Erwerbstätigen mit 46.500 € im Jahr 2013 rund 5 % geringer als im Osten mit rund 49.000 € [1]. Die Unterschiede sind neben der bereits erwähnten Personalausstattung im relativen Vergütungsniveau, der Qualifikation, Teilzeitbeschäftigung sowie in strukturellen Faktoren im Angebot der Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen und Pflegeheime zu suchen.

Am geringsten ist die Bruttowertschöpfung je Erwerbstätigen in der stationären Versorgung in Brandenburg, Thüringen und Sachsen, am höchsten in Hamburg und Berlin, die in hohem Maße das Umland mitversorgen.

Offensichtlich gibt es einen Zusammenhang zwischen der Zunahme der Personalintensität (Personal je Bett) und den Wertschöpfungsgewinnen. In Bremen, Berlin, Sachsen-Anhalt und Hessen ist die Personalintensität gemessen am Bundesdurchschnitt nur unterdurchschnittlich gewachsen. Das bundesdurchschnittliche Wertschöpfungswachstum des

Abb. 2: Relatives Wachstum von Personalintensität und Wertschöpfung im stationären Sektor nach Bundesländern, 2005 - 2013



stationären Sektors von 3,9 % konnte hier im Zeitraum 2005 - 2013 nicht erreicht werden (siehe Abb. 2). Ein deutlich überdurchschnittliches Wertschöpfungswachstum verzeichneten Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Sachsen, die alle ihre Personalintensität steigerten.

### Ausblick

Die aktuelle Krankenhausstrukturreform und die Pflegereform zielen darauf ab, die Qualität der Versorgung zu verbessern, die Position der Pflegekräfte zu stärken und die Finanzierungsanreize an die Qualität zu binden. Diese Reformen lassen eine weitere Wertschöpfungssteigerung des stationären Sektors vermuten. Dies muss jedoch nicht zwangsläufig mit Beitragssatzsteigerungen verbunden sein.

Bei knappen Pflegekräften und der bestehenden Finanzierungsstruktur darf man allerdings gespannt sein, wie sich Wertschöpfung, Qualität und Kapazitäten des stationären Sektors sowie die Beitragssätze weiter entwickeln. Aufgrund der steigenden Beitragssätze der Kranken- und Pflegekassen empfiehlt es sich, die Wertschöpfungseffekte auch gesamtwirtschaftlich zu berechnen. Grundlage hierfür bieten die Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnungen [2].

### References

- [1] BASYS (2013), BASYS|RHA Regionale Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen, Kurzfassung, Augsburg (unveröffentlichtes Manuskript).
- [2] BMWI (2015), Neue Erkenntnisse zu den volkswirtschaftlichen Effekten der Gesundheitswirtschaft Schlaglichter der Wirtschaftspolitik, Berlin.

Autoren: Markus Schneider, Uwe Hofmann, Thomas Krauss.