



Dominik Rottenkolber
Georg Hellmann
Günter Thiele
(Hrsg.)

Das Pflege- administrationsbuch

Pflege – Pflegemanagement –
Verantwortung

Prof. Dr. Dominik Rottenkolber (Hrsg.)

Professur für Gesundheitsökonomie und
Gesundheitspolitik

Alice Salomon Hochschule Berlin
Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin
rottenkolber@ash-berlin.eu

Prof. Dr. Georg Hellmann (Hrsg.)

Lehrstuhl für Betriebswirtschaft und
Management im Gesundheitswesen
Akkon Hochschule für Humanwissenschaften

Colditzstraße 34–36, 12099 Berlin
georg.hellmann@akkon-hochschule.de

Prof. Dr. Günter Thiele (Hrsg.)

Studiengangleiter BWL für Sozialunternehmen und
Nonprofit-Organisationen B.A., Schwerpunkt
Sozial- und Nonprofit-Management
Akkon-Hochschule für Humanwissenschaften
Colditzstraße 34–36, 12099 Berlin
günter.thiele@akkon-hochschule.de

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Pflege
z. Hd.: Jürgen Georg
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
<http://www.hogrefe.ch>

Lektorat: Jürgen Georg, Thomas Sonntag

Bearbeitung: Thomas Sonntag

Herstellung: Daniel Berger

Umschlagabbildung: Martin Glauser, Uttigen

Umschlag: Claude Borer, Riehen

Satz: punktgenau GmbH, Bühl

Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten

Printed in Germany

1. Auflage 2020

© 2020 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95752-4)

(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-75752-0)

ISBN 978-3-456-85752-7

<http://doi.org/10.1024/85752-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	11
<hr/>	
1 Pflegewirtschaftliche Einrichtungen	13
<i>Günter Thiele</i>	
1.1 Einleitung	13
1.2 Einrichtungen nach § 107 SGB V	13
1.2.1 Krankenhäuser	14
1.2.2 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	17
1.3 Einrichtungen nach § 71 SGB XI	19
1.3.1 Stationäre Pflegeeinrichtungen	19
1.3.2 Ambulante Pflegeeinrichtungen	22
1.4 Private Haushalte	25
1.5 Zusammenfassung und Ausblick	26
<hr/>	
2 Pflegeadministration – Theoretische Grundlegung	29
<i>Dominik Rottenkolber</i>	
2.1 Einleitung	29
2.2 Der Begriff „Nursing Administration“	30
2.3 Aufgabenfelder der Pflegeadministration	32
2.4 Führung und Pflege	34
2.5 Zusammenfassung und Ausblick	35
<hr/>	
3 Die Professionalisierung der Pflege: Ein Vergleich zwischen den USA und Deutschland	37
<i>Katja Boguth</i>	
3.1 Einleitung	37
3.2 Entstehungsgeschichte in den USA	38

3.2.1	Der Pflegeberuf akademisiert sich	38
3.2.2	Exkurs: Was ist Pflege?	38
3.2.3	Die Entstehung des Pflegeprozesses in den USA	40
3.2.4	Die Technisierung des Pflegeprozesses: Entstehung der Pflegediagnosen	43
3.3	Entwicklung und Umsetzung des Pflegeprozesses in Deutschland	45
3.3.1	Akademisierung der Pflege	46
3.3.2	Entwicklung des Pflegeprozesses in Deutschland	49
3.3.3	Der Pflegeprozess in der Berufsgesetzgebung	51
3.3.4	Der Pflegeprozess in der Sozialgesetzgebung	54
3.3.5	Umsetzung des Pflegeprozesses in der Praxis	55
3.4	Zusammenfassung und Ausblick	56
<hr/>		
4	Organisation	59
	<i>Dominik Rottenkolber</i>	
4.1	Einleitung	59
4.2	Warum Organisation in der Gesundheitswirtschaft notwendig ist	60
4.3	Organisationsbegriff und Kriterien zur Unterscheidung von Organisationen	61
4.4	Organisationstheorien	62
4.4.1	Analyse der Bürokratie nach Max Weber	62
4.4.2	Scientific Management („Taylorismus“)	63
4.4.3	Human-Relations-Bewegung	65
4.4.4	Systemtheoretisch-kybernetische Organisationstheorie	66
4.5	Organisationsstrukturen	66
4.5.1	Grundlagen der Organisation	66
4.5.2	Traditionelle Organisationsformen	68
4.6	Zusammenfassung und Ausblick	73
<hr/>		
5	Strategie	75
	<i>Dominik Rottenkolber</i>	
5.1	Einleitung	75
5.2	Was bedeutet „Strategie“?	75
5.3	Strategie und Management	78
5.4	Strategieebenen	79
5.5	Ausgewählte strategische Ansätze	81
5.5.1	Wettbewerbsstrategien nach Michael E. Porter	82
5.5.2	BCG-Matrix	86
5.6	Zusammenfassung und Ausblick	87

6	Theoretische Fundierungen des Pflegecontrollings	89
	<i>Georg Hellmann, Günter Thiele</i>	
6.1	Einleitung	89
6.2	Controllingkonzeptionen	90
6.3	Theoretische Fundierungen	90
6.3.1	Verhaltenswissenschaftliche Ansätze	91
6.3.2	Neue Institutionenökonomie	92
6.4	Controlling in Gesundheitseinrichtungen	96
6.4.1	Grundlagen	96
6.4.2	Pflegecontrolling	97
6.5	Zusammenfassung und Ausblick	104
<hr/>		
7	Personal	105
	<i>Uwe Bettig</i>	
7.1	Einleitung	105
7.2	Entwicklungen der Personalwirtschaft	106
7.3	Personalmanagement	107
7.3.1	Personalplanung	107
7.3.2	Personalbeschaffung	111
7.3.3	Personalführung	112
7.3.4	Personalentwicklung	114
7.3.5	Personalverwaltung	115
7.3.6	Personalcontrolling	116
7.4	Pflege und Personal	117
7.5	Zusammenfassung und Ausblick	120
<hr/>		
8	Erfolgreiches Pflege-Personalmanagement im Krankenhaus	121
	<i>Georg Hellmann, Günter Thiele</i>	
8.1	Einleitung	121
8.2	Einige theoretische Ansätze der Personalwirtschaft	121
8.3	Human Resource Management und Pflege	123
8.3.1	Zur Situation der Pflege im Krankenhaus	123
8.3.2	Human Resource Management	124
8.3.3	Wege zu einem erfolgreichen Pflege-Personalmanagement – Beispiele	125
8.4	Veränderungserfordernisse	132
8.5	Zusammenfassung und Ausblick	134

9	Finanzierung der Krankenhaus-Pflege – Der Strukturierungsansatz	137
	<i>Günter Thiele, Uwe Bettig</i>	
9.1	Einleitung	137
9.2	Der Strukturierungsansatz für das Krankenhaus	138
9.2.1	Steuerung der Krankenhausversorgung	138
9.2.2	Mittelherkunft	139
9.2.3	Mittelweitergabe	139
9.2.4	„Ziellösungen“ – leistungsbezogene Vergütung und monistische Finanzierung	141
9.3	DRGs und die Folgen für die Pflege	141
9.4	Prüfung des Strukturierungsansatzes für die Pflegeheime	142
9.5	Belgisches Nursing Minimum Data Set	143
9.6	Zusammenfassung und Ausblick	144
<hr/>		
10	Marketing	145
	<i>Dominik Rottenkolber</i>	
10.1	Einleitung	145
10.2	Marketingbegriff	145
10.3	Markt- und Wettbewerbsanalyse	148
10.4	Marketing-Mix	152
10.4.1	Marketingziele und Marketingstrategie	152
10.4.2	Submix	153
10.5	Marketing-Controlling	159
10.6	Markenstrategie	161
10.7	Zusammenfassung und Ausblick	162
<hr/>		
11	Qualitätsmanagement – Theoretische Hintergründe und Konzepte	163
	<i>Karen Pottkämper</i>	
11.1	Einleitung	163
11.2	Systembezogene Modelle der WHO und OECD zur Gesundheitsversorgung	164
11.3	Total Quality Management	166
11.3.1	Crosbys 14 Schritte zur Qualitätsverbesserung	168
11.3.2	Der Deming-Zyklus	168
11.3.3	Das EFQM-Modell	169
11.4	Studien und Weiterentwicklungen zum QM	170
11.5	Anwendung von QM-Modellen mit direktem Bezug zur Pflege	173
11.5.1	Zentrale Methoden zur Verbesserung der Pflegequalität	174
11.5.2	Dezentrale Methoden zur Verbesserung der Pflegequalität	175

11.6	Pflegemanagementmodelle mit pflegerischer Excellence und Qualitätsmodell-Anteilen	176
11.6.1	Das „Magnet Model“ des ANCC	176
11.6.2	Das „AACN Synergy Model for Patient Care“	177
11.6.3	Integratives Modell und Zürcher Pflege-Qualitätsmodell	178
11.7	Zusammenfassung und Ausblick	180
<hr/>		
12	Pflegeadministration – Perspektiven	185
	<i>Georg Hellmann, Günter Thiele</i>	
12.1	Einleitung	185
12.2	Wohin des Weges	185
12.3	Beispiele für wissenschaftliche Studien	186
12.4	Zusammenfassung und Ausblick	191
	Anhang	195
	Literaturverzeichnis	197
	Gesetze	215
	Herausgeber- und Autorenverzeichnis	217
	Abkürzungsverzeichnis	219
	Sachwortverzeichnis	221

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

mit der Ökonomisierung in der Pflege und einer ganzen Reihe von legislativen Veränderungen (z. B. Pflegestärkungsgesetze I bis III und Pflegeberufegesetz) ist auch ein Wandel der Rollenverteilung in pflegewirtschaftlichen Einrichtungen zu beobachten. Die neue Rolle der Pflegenden erfordert vielfältige Kompetenzen in der Pflege am Patienten und im Pflegemanagement, um den sich stetig verändernden und steigenden Anforderungen gerecht zu werden.

Es gibt viele aktuelle Impulse aus der Theorie und Praxis, um ein neues Buch über Pflege und Pflegemanagement herauszugeben. Anders als der Großteil der bereits erhältlichen Veröffentlichungen zum Pflegemanagement bezieht sich das vorliegende Buch jedoch nicht schwerpunktmäßig auf das Management von ambulanten Pflegediensten oder stationären Pflegeeinrichtungen. Unser Ziel ist vielmehr, Entscheidungsträgern in der Pflege die theoretischen Grundlagen des Managements – mit einem klaren Fokus auf pflegerische Aspekte – zu vermitteln, um insbesondere auch in der Kommunikation mit anderen Entscheidungsträgern (z. B. Kaufmännische Direktion, Ärztliche Direktion, Vertreter und Vertreterinnen von Kranken- und Pflegeversicherungen, politische Akteure) auf Augenhöhe argumentieren und sich interdisziplinär abstimmen zu können.

Vor diesem Hintergrund ist auch unser Verständnis von Pflegeadministration zu sehen. Es reicht weit über die übliche Interpretation hinaus: Mit Pflegeadministration meinen wir nicht die Verwaltung der Pflege (wie das Wort „Administration“ vermuten lassen könnte), sondern vielmehr die Gestaltung und die Verantwortung der Pflege für die Patienten. Angesichts knapper werdender finanzieller Mittel kann eine hochwertige Pflege nur unter Berücksichtigung von ausbalancierten Entscheidungen aus den drei Perspektiven Medizin, Pflege und Betriebswirtschaft realisiert werden, wenn sie für alle Pflegebedürftigen gleichwertig zur Verfügung stehen soll.

Ein weiterer Punkt erscheint uns an dieser Stelle noch wichtig: Die Praxis hat in den letzten Jahren gezeigt (und bestätigt), dass die Akademisierung der Pflege ein zentrales Thema ist, damit sich alle Akteure in der Medizin- und Pflegepraxis auf Verantwortungsebenen gleichberechtigt begegnen können. Die Betonung liegt auf Verantwortung. In Zukunft darf es keine Privilegien für einzelne Akteure in der medizinischen und pflegerischen Patientenversorgung mehr geben. Da diese Privilegien heute noch bestehen, beschäftigen sich die Autoren und Autorinnen der einzelnen Beiträge dieses Buches mit den Funktionen der Pflege aus unterschiedlichen Blickwinkeln: Pflegeprozess, Pflegeorganisation, Pflegestrategie,

Pflegecontrolling, Pflegepersonal, Pflegefinanzierung, Pflegemarketing und Pflegequalität.

Mit diesem Buch richten wir uns explizit an aktive und zukünftige Studierende, an Fach- und Führungskräfte in der pflegerischen Praxis sowie an alle Interessierten, die die Zukunft der Pflege nachhaltig mitgestalten möchten. Wir wünschen uns, dass sie dieses Buch lesen und Antworten auf folgende aktuelle Fragen finden:

Was bedeutet Pflegeadministration und wofür ist sie verantwortlich?

Wie zeigt sich diese Verantwortung in den unterschiedlichen Pflegemanagementbereichen?

Wie verändern zukünftige Herausforderungen die Rolle der Pflege?

Was bedeutet „Human Resource“ für die Pflege?

Wie wirkt sich eine stärkere Akademisierung des Pflegeberufes auf die Pflege selbst, aber

auch auf die Medizin aus? Und welche Folgen hat dieser Prozess für Geschäftsführungen, insbesondere aber für die Patienten?

Wir sind überzeugt, dass Sie, liebe Leserin und lieber Leser, durch diese und weitere Fragen, auf die Sie im Rahmen Ihres beruflichen Werdeganges gestoßen sind oder noch werden, neue Denkanstöße erhalten. Wenn Ihnen dieses Buch einen Impuls gibt und Sie zu einer Entscheidung motiviert, mit der sich Ihr Verantwortungsbereich für Sie selbst, für Ihre Berufsgruppe oder für die Patienten weiterentwickelt, dann haben wir unser Ziel erreicht.

Das Gleiche gilt für Studierende, die dieses Buch lesen. Es soll Ihnen im Rahmen ihrer akademischen Ausbildung neue Denkanstöße zu den vorhandenen Theorien geben.

Berlin, im Februar 2020

Dominik Rottenkolber

Georg Hellmann

Günter Thiele

1

Pflegewirtschaftliche Einrichtungen

Günter Thiele

Der folgende Beitrag gibt einen kurzen Überblick über die pflegerische Versorgung in Deutschland. Mithilfe statistischer Daten aus den Bereichen Organisation, personelle Ausstattung und finanzielle Situation werden Entwicklungstrends in der Pflegewirtschaft aufgezeigt.

1.1

Einleitung

Zu den pflegerischen Einrichtungen, in denen professionelle Pflegekräfte tätig sind, zählen die Krankenhäuser, die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie die stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. Daneben können auch die privaten Haushalte dazu gezählt werden, da in ihnen die meisten Pflegebedürftigen versorgt werden – entweder durch ambulante Pflegeeinrichtungen oder zu meist durch pflegende Angehörige.

Für die Vorstellung der genannten pflegerischen Einrichtungen nach ökonomischen Gesichtspunkten werden Gliederungskriterien des Statistischen Bundesamtes, Fachserie 12, Reihe 6.1.1 und 6.1.2 – Grunddaten der Krankenhäuser und Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen –, mit herangezogen. Daneben werden für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen die Daten aus der jeweiligen Pflegestatistik vorgestellt.

Beschrieben werden insbesondere:

- die Organisation: Art der Zulassung, Art des Trägers, sachliche Ausstattung sowie Patientenbewegung
- die personelle Ausstattung: Vollkräfte im Jahresdurchschnitt, im Pflege- und im Funktionsdienst, Personalbelastungszahl nach Fällen.

Für die Erläuterung der finanziellen Situation der pflegerischen Einrichtungen wird auf die Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes sowie auf die Veröffentlichungen des Deutschen Sparkassen- und Giroverbandes zurückgegriffen. Beschrieben werden

- die finanzielle Situation nach Ausgabenträgern und
- die finanzielle Situation nach den Kennzahlen „Umsatzrentabilität“ und „Personalaufwandsquote“.

1.2

Einrichtungen nach § 107 SGB V

Die Auswahl der Daten erfolgt für den Zeitraum von 2007 bis 2016. In dieser Zeit war das Abrechnungssystem der G-DRGs für die Krankenhäuser bereits vollständig etabliert.

1.2.1

Krankenhäuser

Die Organisation der Krankenhäuser wird beschrieben nach der Art der Zulassung, der Art des Trägers, der sachlichen Ausstattung sowie nach der Patientenbewegung (vgl. **Tab. 1-1**).

Während die Anzahl der Hochschulkliniken im Jahr 2016 gegenüber 2007 fast konstant geblieben ist, hat die Zahl der Plankrankenhäuser dagegen abgenommen und lag 2016 bei 1343. Die Plankrankenhäuser haben in den einzelnen Bundesländern einen Rechtsanspruch auf entsprechende Investitionsmittel. Bei einem Vergleich der Trägerschaft von Krankenhäusern zeigt sich, dass sich die Anzahl der öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser ver-

ringert hat, während die Zahl der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, die schon seit Jahren kontinuierlich ansteigt, auf 575 in 2016 zunahm. Bei der sachlichen Ausstattung sank die Zahl der aufgestellten Betten. Eine relativ starke Zunahme war bei den teuren Intensivbetten zu verzeichnen. Fast konstant geblieben ist der Nutzungsgrad, der die durchschnittliche Auslastung der Betten angibt. Mit dem Sinken der Zahl der Plankrankenhäuser ging auch ein Sinken der Anzahl der Fachabteilungen einher.

Bei der Patientenbewegung zeigt sich ein gewaltiger Anstieg der Fallzahlen um knapp 2,5 Millionen im 10-Jahres-Zeitraum. Dieser Anstieg ging mit dem Sinken der Verweildauer um einen Tag einher. Die durchschnittliche Verweildauer lag 2016 bei 7,3 Tagen.

Tabelle 1-1: Organisation der Krankenhäuser 2007 und 2016 (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2009b, 2017c)

Merkmal	2007	2016	Veränderung
Krankenhäuser nach der Art der Zulassung (Anzahl):			
• Hochschulkliniken	34	35	+1
• Plankrankenhäuser	1 512	1 343	-169
Krankenhäuser nach der Art des Trägers (Anzahl):			
• öffentlich	587	478	-109
• freigemeinnützig	678	554	-124
• privat	526	575	+49
Sachliche Ausstattung:			
• aufgestellte Betten	506 954	498 718	-8 236
• Intensivbetten	23 357	27 609	+4 252
• Nutzungsgrad der Betten (in Prozent)	77,2	77,9	+0,7
• Fachabteilungen nach Fachrichtung	8 494	8 189	-305
Patientenbewegung:			
• Fallzahl	17 178 573	19 532 779	+2 354 206
• Belegungstage	142 893 016	142 169 544	-723 472
• durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)	8,3	7,3	-1,0

Personelle Ausstattung

Die personelle Ausstattung wird erläutert anhand der Anzahl der Vollkräfte im Krankenhaus insgesamt und daneben an der Beschäftigtenzahl in ausgewählten Personalgruppen. Bei der Personalgruppe „Pflegedienst“ werden die beschäftigten Pflegekräfte ausgewiesen. Beim Funktionsdienst sind die Pflegekräfte, die im Operationsdienst tätig sind, aufgeführt. Die Personalbelastungszahl gibt Auskunft über die durchschnittlich pro Pflege-Vollkraft zu versorgenden Fälle (s. **Tab. 1-2**).

Auffällig ist, dass sich die Zahl der Vollkräfte im Krankenhaus in dem angegebenen 10-Jahres-Zeitraum insgesamt erhöht hat, während die Vollkräftezahl in der Pflege gesunken ist. Beim Funktionsdienst ist die Vollkräftezahl gestiegen. Diese Veränderung geht einher mit dem Anstieg der durchgeführten Operationen im Krankenhaus. Es ist nicht überraschend, dass bei dieser Entwicklung die Personalbelastungszahl für die Pflegekräfte gestiegen ist, insbesondere merklich bei den privaten Krankenhausträgern.

Finanzielle Situation

Geht es um die Finanzierung der Krankenhäuser, so steht die Frage nach den Ausgabenträgern und damit die Gesundheitsausgabenrechnung im Mittelpunkt, wofür in Deutschland das Statistische Bundesamt und die Statistischen Ämter der Bundesländer zuständig sind. Im Rahmen der Gesundheitsausgabenrechnung wird zwischen acht Ausgabenträgern unterschieden. Danach ergaben sich für die Jahre 2007 und 2016 bei den Krankenhäusern die folgenden Ausgaben (s. **Tab. 1-3**).

Wie **Tabelle 1-3** zu entnehmen ist, werden die Krankenhäuser zum überwiegenden Teil durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert. Hierbei handelt es sich um die Finanzierung der Betriebskosten. Daneben tragen die Privatversicherten zur Finanzierung merklich bei. Es folgen die Arbeitgeber und die privaten Haushalte. Es erstaunt, dass die öffentlichen Haushalte mit ihrer Investitionsfinanzierung relativ wenig zur Finanzierung der Krankenhäuser beitragen. Insgesamt hat sich die Summe der Ausgaben für die Kran-

Tabelle 1-2: Personelle Ausstattung der Krankenhäuser 2007 und 2016 (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2009b, 2017c)

Merkmal	2007	2016	Veränderung
Vollkräfte (VK) im Jahresdurchschnitt:			
• VK insgesamt	792 299	818 910	+26 611
• VK im Pflegedienst	298 325	295 001	-3 324
• VK im Funktionsdienst	86 216	103 388	+17 172
Personalbelastungszahl (Anzahl der durchschnittlich je VK zu versorgenden Fälle):			
• Pflegedienst	58	60	+2
Personalbelastungszahl Pflegedienst nach Krankenhausträger:			
• öffentlich	55	56	+1
• freigemeinnützig	62	64	+2
• privat	59	64	+5

Tabelle 1-3: Ausgabenträger der Krankenhäuser 2007 und 2016 (in Mio. Euro) (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2009a, 2018 und eigene Zusammenstellung)

Merkmal	2007	2016	Veränderung
Öffentliche Haushalte	435	878	+443
Gesetzliche Krankenversicherung	52 859	76 458	+23 599
Soziale Pflegeversicherung	-	-	-
Gesetzliche Rentenversicherung	-	-	-
Gesetzliche Unfallversicherung	841	1 105	+264
Private Krankenversicherung	6 652	8 799	+2 147
Arbeitgeber	2 377	3 409	+1 032
Private	1 353	1 870	+517
Gesamt	64 517	92 519	+28 002

kenhäuser von 64,5 Mrd. Euro auf 92,5 Mrd. Euro erhöht, also um gut 43 %.

Daneben lässt sich die finanzielle Situation der Krankenhäuser am Beispiel des Branchenreports Krankenhäuser des Deutschen Sparkassen- und Giroverbandes erläutern (vgl. Deutscher Sparkassen- und Giroverband, 2018c), der die wirtschaftliche und konjunkturelle Entwicklung der Branche unter anderem anhand einer Analyse der Jahresabschlüsse jährlich neu bewertet. Die theoretischen Hintergründe zu dieser Bilanzauswertung können dem Buch von C. Riebell entnommen werden (vgl. Riebell, 2006). Da hier grundsätzlich nur Jahresabschlüsse von solchen Krankenhäusern ausgewertet werden, die als mögliche Kreditnehmer bei ihrer Sparkasse nach Krediten nachfragen, ist ein systematischer Fehler (auch Bias genannt) bei den Kennzahlen des Sparkassen- und Giroverbandes gegeben (vgl. Thiele, Blum & Güntert, 2007). Im Hinblick auf die Ergebnisse dieser Kennzahlen ist anzumerken, dass sie nicht repräsentativ sind für die jeweilige Branche. Dennoch zeigen die Werte sicherlich Tendenzen, wie es einer Branche finanziell geht.

Im Folgenden wird die finanzielle Entwicklung der Krankenhäuser am Beispiel von drei ausgewählten Kennzahlen verdeutlicht: Umsatzrentabilität (Betriebsergebnis in Prozent der Gesamtleistung), Personalaufwandsquote (Personalaufwand in Prozent der Gesamtleistung) und Materialaufwandsquote (Materialaufwand in Prozent der Gesamtleistung). Die Gesamtleistungen ergeben sich aus den Erträgen der Krankenhäuser, dem Umsatz.

*Im Jahr 2016 hat sich die **Umsatzrentabilität der Krankenhäuser** mit einem Zentralwert von 1,0 % leicht verbessert [...], nachdem sie im Vorjahr noch bei 0,9 % lag. Wie bereits im Vorjahr war diesbezüglich das Ergebnis für die Krankenhäuser deutlich schlechter als der Durchschnitt des gesamten Gesundheitswesens, obwohl hier ein Rückgang der Umsatzrentabilität von 6,6 % (2015) auf 3,7 % (2016) zu verzeichnen war. Die geringe Umsatzrentabilität könnte ein Indiz dafür sein, dass die klassischen **Rationalisierungsreserven der Kliniken weitgehend erschöpft** sind. So sind trotz **Marktkonsolidierung und gesetzlicher Stützprogramme** die meisten Krankenhäuser*

nach wie vor nicht in der Lage, die für einen Erhalt ihrer Infrastruktur notwendigen Überschüsse zu erwirtschaften. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Umsatzrentabilität im Jahr 2016 vor allem bei den Kliniken der Umsatzklasse zwischen 2,5 bis 5 Mio. € verbessert. Hier stieg der Zentralwert von 4,4% im Jahr 2015 auf 5,3% im Jahr 2016. Wie bereits im Vorjahr wurde in der Umsatzklasse 0,25 bis 0,5 Mio. € die absolut höchste Umsatzrentabilität mit einem Wert von 17,6% (oberes Quartil) erreicht. Auch der niedrigste Wert mit -22,8% (unteres Quartil) fiel auf diese Umsatzklasse.

Krankenhäuser als personalintensive Dienstleistungsbetriebe

*Den mit Abstand größten Betriebskostenblock der dienstleistungsintensiven Krankenhäuser stellen die **Personalkosten** dar. Im Jahr 2016 stieg die Personalaufwandsquote gegenüber dem Vorjahr um 2,3 Prozentpunkte auf 60% [...]. Der Anteil der Personalkosten kann als **Indikator für die Ertragskraft** eines Krankenhauses und damit für dessen Wettbewerbsfähigkeit gelten. Im Gegensatz zu den öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern, die oft negative oder nur knapp ausgeglichene Ergebnisse ausweisen, verdanken Privatkliniken ihre positiven Umsatz- und Eigenkapitalrenditen unter anderem den zum Teil vergleichsweise deutlich niedrigeren Personalkosten. Charakteristisch für die Krankenhausbranche sind die im Vergleich zu den Personalkosten niedrigeren Sachkosten. Die **Materialaufwandsquote** sank im Jahr 2016 leicht von 24,7% (2015) auf 24,0% [...]. (Deutscher Sparkassen- und Giroverband, 2018c, S. 9 f.; Hervorh. im Orig.)*

Wie dem Auszug aus dem Branchenreport 2018 zu entnehmen ist, lag die Umsatzrentabilität für das Jahr 2016 bei 1,0% (Zentralwert). Auf das Personal entfielen 60% der Aufwendungen im Krankenhaus. Diese Personalaufwandsquote ist gegenüber dem Vorjahr um 2,3% gestiegen.

Abschließend kann im Hinblick auf die Gesamtsituation der Krankenhäuser festgehalten werden, dass die wenigen Daten einen Hinweis darauf geben, dass sich der Leistungsumfang und die Gesundheitsausgaben für diese Einrichtung ausgeweitet haben, die personelle Situation dagegen nicht mit dieser Entwicklung Schritt gehalten hat. Der niedrige Wert für die Umsatzrentabilität deutet darauf hin, dass die Krankenhäuser kaum in der Lage sind, die notwendigen Investitionen mit selbst erwirtschafteten Mitteln zu finanzieren.

1.2.2 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Organisation

Auch hier wird die Organisation wie beim Krankenhaus nach den Merkmalen Art der Zulassung, Art des Trägers, sachliche Ausstattung und Patientenbewegung beschrieben (s. **Tab. 1-4**).

Für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen kann für den 10-Jahres-Zeitraum festgehalten werden, dass Kapazitäten abgebaut wurden. Leicht angestiegen ist die Fallzahl. Eine der Ursachen für diese Entwicklung ist in den veränderten rechtlichen Bestimmungen für diese Einrichtungen zu finden.

Personelle Ausstattung

Die personelle Ausstattung insgesamt und in der Pflege wird anhand der Merkmale Vollkräfte im Jahresdurchschnitt, Pflegedienst in Vollkräften sowie an den entsprechenden Personalbelastungszahlen beschrieben (s. **Tab. 1-5**).

Korrespondierend mit der Entwicklung in der Organisation zeigt sich bei der personellen Ausstattung auch der Kapazitäts-Stillstand in der Entwicklung. Die Personalbelastung im Pflegedienst ist mit Ausnahme bei den öffentlichen Trägern (+5) fast unverändert geblieben.

Tabelle 1-4: Organisation der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2007 und 2016 (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2008, 2017d)

Merkmal	2007	2016	Veränderung
Vorsorge-/Reha-Einrichtungen nach der Art der Zulassung (Anzahl):			
• mit Versorgungsvertrag (Zulassung für die Versorgung der Versicherten)	1 115	1 062	-53
• ohne Versorgungsvertrag (ohne Vertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen u. den Verbänden der Ersatzkassen)	124	87	-37
Vorsorge-/Reha-Einrichtungen nach der Art des Trägers (Anzahl):			
• privat	707	611	-96
• freigemeinnützig	314	315	+1
• öffentlich	219	223	+4
Sachliche Ausstattung:			
• aufgestellte Betten	170 845	165 223	-5 622
• Nutzungsgrad der Betten (in Prozent)	79,4	83,0	+3,6
• Fachabteilungen nach Fachrichtung	1 239	1 149	-90
Patientenbewegung:			
• Fallzahl	1 942 566	1 984 020	+41 454
• Pfl egetage	49 483 000	50 211 476	+728 476
• durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)	25,5	25,3	-0,2

Tabelle 1-5: Personelle Ausstattung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2007 und 2016 (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2008, 2017d und eigene Zusammenstellung)

Merkmal	2007	2016	Veränderung
Vollkräfte (VK) im Jahresdurchschnitt:			
• VK insgesamt	91 020	91 494	+474
• VK im Pflegedienst	21 131	21 329	+198
Personalbelastungszahl (Anzahl der durchschnittlich je VK zu versorgenden Fälle):			
• Pflegedienst	92	92	±0
Personalbelastungszahl Pflegedienst nach Träger der Vorsorge-/Reha-Einrichtungen:			
• öffentlich	104	109	+5
• freigemeinnützig	77	77	±0
• privat	93	92	-1

Finanzielle Situation

Nach der Gesundheitsausgabenrechnung 2007 und 2016 ergaben sich für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen die folgenden Ausgaben (s. **Tab. 1-6**).

Wie nicht anders zu erwarten, sind die größten Ausgabenträger für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen die gesetzliche Krankenversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung. Die Ausgaben sind insgesamt um ca. 22 % angestiegen.

1.3 Einrichtungen nach § 71 SGB XI

Da die Daten der Pflegestatistik vom Statistischen Bundesamt nur alle zwei Jahre veröffentlicht werden, beziehen sich die folgenden Zahlen auf die Jahre 2005 und 2015.

1.3.1 Stationäre Pflegeeinrichtungen

Organisation

Die Organisation der stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) wird beschrieben

nach ihrer Anzahl und der Art des Trägers, der sachlichen Ausstattung sowie nach der Zahl der Pflegebedürftigen (s. **Tab. 1-7**).

Die **Tabelle 1-7** lässt deutlich werden, dass der Pflegeheim-Markt gewachsen ist. Nach Trägerschaft waren die freigemeinnützigen Pflegeheime im Jahr 2015 nach wie vor in einer dominanten Rolle. Diese Form der Trägerschaft umfasst zum überwiegenden Teil die Pflegeheime in katholischer oder evangelischer Trägerschaft. Daneben wiesen die privaten Pflegeheimträger den stärksten Zuwachs mit über 1700 Pflegeheimen auf. Auch die Zahl der verfügbaren Plätze in den Pflegeheimen ist stark angestiegen. Anders als bei der vollstationären Pflege im 2-Bett-Zimmer hat diese Pflegeform bei den 1-Bett-Zimmern gegenüber 2005 sehr stark zugenommen. Es wird deutlich, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen in allen Pflegestufen erhöht hat. Insgesamt ist die Zahl der Pflegebedürftigen um 16 % gestiegen. Das „durchschnittliche Pflegeheim“ hatte 2015 ca. 63 verfügbare Plätze, wobei die Pflegeheime in öffentlicher Trägerschaft über 79 Plätze verfügten. Die privaten Betreiber hatten die „kleinsten“ Pflegeheime.

Tabelle 1-6: Ausgabenträger der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2007 und 2016 (in Mio. Euro) (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2009a, 2018 und eigene Zusammenstellung)

Merkmal	2007	2016	Veränderung
Öffentliche Haushalte	980	1 213	+233
Gesetzliche Krankenversicherung	2 612	2 931	+319
Soziale Pflegeversicherung	-	-	-
Gesetzliche Rentenversicherung	2 950	3 667	+717
Gesetzliche Unfallversicherung	112	147	+35
Private Krankenversicherung	108	142	+34
Arbeitgeber	839	1 163	+324
Private	154	193	+39
Gesamt	7 755	9 456	+1 701

Tabelle 1-7: Organisation der Pflegeheime 2005 und 2015 (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2007, 2017e)

Merkmal	2005	2015	Veränderung
Anzahl:			
• Pflegeheime insgesamt	10 424	13 596	+3 172
• Pflegeheime mit anderen Sozialleistungen (gemischte Einrichtungen)	2 702	3 405	+703
Art des Trägers:			
• privat	3 974	5 737	+1 763
• freigemeinnützig	5 748	7 200	+1 452
• öffentlich	702	659	-43
Sachliche Ausstattung:			
• verfügbare Plätze	757 186	928 939	+171 753
• vollstationäre Pflege mit 1-Bett-Zimmer	391 278	565 530	+174 252
• vollstationäre Pflege mit 2-Bett-Zimmer	333 931	307 808	-26 123
• Auslastung der verfügbaren Plätze (in Prozent)	88,7	89,3	+0,6
Pflegebedürftige:			
• Anzahl der Pflegebedürftigen	676 582	783 416	+106 834
• Pflegebedürftige mit Pflegestufe I	231 106	338 197	+107 091
• Pflegebedürftige mit Pflegestufe II	293 551	340 869	+47 318
• Pflegebedürftige mit Pflegestufe III	141 104	168 698	+27 594
• Pflegebedürftige je Pflegeheim	65	63	-2
– privat	53	56	+3
– freigemeinnützig	71	67	-4
– öffentlich	80	79	-1

Personelle Situation

Die personelle Situation wird dokumentiert anhand der Zahl der Beschäftigten, der Vollzeitbeschäftigten sowie der Teilzeitbeschäftigten. Aufgezeigt wird auch, wo die Pflegebeschäftigten überwiegend tätig sind und welche Qualifikation sie haben (s. **Tab. 1-8**).

Zunächst fällt auf, dass sich die Zahl der vollzeitbeschäftigten Pflegekräfte im Jahr 2015 gegenüber 2005 nur wenig erhöht hat, während die Zahl der Pflegebedürftigen mit

16% in dem betrachteten Zeitraum (s. **Tab. 1-7**) wesentlich stärker angestiegen ist. Diese werden offenbar verstärkt durch Teilzeitbeschäftigte versorgt. Im Hinblick auf die Qualifikation der Pflegekräfte ist festzustellen, dass sich die Zahl der staatlich anerkannten Altenpfleger und Altenpflegerinnen erhöht hat, während die Bedeutung der Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpfleger und -pflegerinnen zahlenmäßig deutlich zurückgegangen ist.

Tabelle 1-8: Personelle Ausstattung der Pflegeheime 2005 und 2015 (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2007, 2017e und eigene Zusammenstellung)

Merkmal	2005	2015	Veränderung
Personal insgesamt	546 397	730 145	+183 748
Beschäftigungsverhältnis:			
• vollzeitbeschäftigt	208 201	209 881	+1 680
• teilzeitbeschäftigt:			
– über 50 %	162 385	292 971	+130 586
– 50 % und weniger, aber nicht geringfügig beschäftigt	78 485	107 246	+28 761
– geringfügig beschäftigt	55 238	61 821	+6 583
Überwiegender Tätigkeitsbereich im Pflegeheim:			
• Pflege und Betreuung	374 116	468 812	+94 696
• Hauswirtschaft	100 346	116 546	+16 200
Qualifikation in:			
• staatlich anerkannter Altenpflege	122 333	168 131	+45 798
• Gesundheits- und Krankenpflege	61 238	52 570	-8 668
• Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	3 764	3 503	-261

Finanzielle Situation

Nach der Gesundheitsausgabenrechnung ergaben sich für die Jahre 2005 und 2016 bei den Pflegeheimen die folgenden Ausgaben (s. **Tab. 1-9**).

Wie **Tabelle 1-9** zu entnehmen ist, trugen 2016 drei Ausgabenträger zur Finanzierung der Pflegeheime entscheidend bei: die Pflegeversicherung, die öffentlichen Haushalte mit ihren Sozialhilfezahlungen für die Pflegebedürftigen und die Privaten. Die Leistungsausgaben im Jahr 2016 beliefen sich auf 30,8 Mrd. Euro. Dieses Ausgabenvolumen machte 8,6 % der Gesundheitsausgaben in Deutschland aus (356,5 Mrd. Euro für 2016).

Die finanzielle Entwicklung der Pflegeheime wird im Folgenden auch noch einmal am Beispiel der Kennzahlen „Umsatzrentabilität“ und „Personalaufwandsquote“ verdeutlicht. Grundlage ist der Branchenreport Heime des Deut-

schen Sparkassen- und Giroverbandes (2018b). Die Gesamtleistungen ergeben sich aus den Erträgen der Pflegeheime, dem Umsatz.

Die Umsatzrentabilität der Gesamtbranche ist gestiegen. Entsprechend der Branchenkennzahlen des Branchendienstes der Sparkassen-Finanzgruppe lag die Umsatzrentabilität der Gesamtbranche im Jahr 2016 bei 3,4 % (Median) und somit um 0,4 Prozentpunkte höher als im Vorjahr. Die Streubreite reicht dabei von 0,4 bis 8,4 %.

Dabei zeigen sich je nach Größenklassen hinsichtlich der Umsatzrentabilität deutliche Unterschiede. Bei kleineren Einrichtungen mit einem Umsatz von 0,25 Mio. € bis 0,5 Mio. € verbesserte sich die Umsatzrentabilität 2016 von 9,8 auf 10,6 %. In der Umsatzklasse von 0,5 Mio. € bis 2,5 Mio. € stieg die Umsatzrendite um 1,6 Prozentpunkte auf 7,5 %.

Tabelle 1-9: Ausgabenträger der Pflegeheime 2005 und 2016 (in Mio. Euro) (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2014, 2018 und eigene Zusammenstellung)

Merkmal	2005	2016	Veränderung
Öffentliche Haushalte	2 795	3 331	+536
Gesetzliche Krankenversicherung	38	124	+86
Soziale Pflegeversicherung	9 047	13 459	+4 412
Gesetzliche Rentenversicherung	-	-	-
Gesetzliche Unfallversicherung	77	151	+74
Private Krankenversicherung	268	469	+201
Arbeitgeber	467	738	+271
Private	5 420	12 590	+7 170
Gesamt	18 113	30 862	+12 749

Einrichtungen in der Umsatzklasse bis 12,5 Mio. € konnten ihre durchschnittliche Umsatzrentabilität um 0,3 Prozentpunkte auf 2,4% steigern. Insgesamt verringert sich die Umsatzrentabilität mit zunehmender Größe und Gesamtleistung der Heime.

Im Jahr 2016 sank die Personalaufwandsquote gegenüber dem Vorjahr weiter um einen Prozentpunkt auf 0,5%. Auch die Schwankungsbreite sank auf 52%, im unteren Bereich bis 69,4%.

Auch hier sind starke Unterschiede zwischen den Umsatzklassen festzustellen. Kleinere Heime in der Umsatzklasse zwischen 0,5 und 2,5 Mio. € weisen Personalaufwandsquoten mit einem Median von 57,3% und einer Schwankungsbreite von 50,1 bis 64,8% auf.

In den Einrichtungen der Umsatzgrößenklasse über 50 Mio. € lag der Personalaufwand mit 66,1% im Median deutlich höher. (Deutscher Sparkassen- und Giroverband, 2018b, S. 12)

Wie dem Auszug aus dem Branchenreport 2018 zu entnehmen ist, lag die Umsatzrentabilität für das Jahr 2016 bei 3,4% (Zentralwert). Auffällig bleibt, dass die Umsatzrentabilität

mit zunehmender Größe des Heimes sinkt. Auf das Personal entfielen 60,5% der Aufwendungen im Heim.

1.3.2

Ambulante Pflegeeinrichtungen

Organisation

Die Organisation der ambulanten Pflegeeinrichtungen, also der Pflegedienste, wird beschrieben anhand der Anzahl, der Art des Trägers sowie der Anzahl der Pflegebedürftigen (s. **Tab. 1-10**).

Auch bei den ambulanten Pflegediensten zeigt sich eine ähnliche Entwicklung wie bei den Pflegeheimen: eine (fast durchgängige) Zunahme bei den einzelnen Kennziffern. Während bei den ambulanten Diensten die privaten Träger mit relativ wenigen Pflegebedürftigen je Pflegedienst dominieren, sind es bei den Pflegeheimen die freigemeinnützigen Träger (s. **Tab. 1-7**). Weiterhin fällt auf, dass die privaten Träger auch bei den ambulanten Pflegediensten wie bei den Pflegeheimen mit einer kleinen Betriebsgröße arbeiten.

Tabelle 1-10: Organisation der ambulanten Pflegedienste 2005 und 2015 (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2007, 2017e)

Merkmal	2005	2015	Veränderung
Anzahl:			
• ambulante Dienste insgesamt	10977	13323	+2346
• ambulante Dienste mit anderen Sozialleistungen (gemischte Einrichtungen)	10866	13156	+2290
Art des Trägers:			
• privat	6327	8670	+2343
• freigemeinnützig	4457	4461	+4
• öffentlich	193	192	-1
Pflegebedürftige:			
• Anzahl der Pflegebedürftigen	471543	692273	+220730
• Pflegebedürftige mit Pflegestufe I	240086	409191	+169105
• Pflegebedürftige mit Pflegestufe II	172937	215121	+42184
• Pflegebedürftige mit Pflegestufe III	58520	67961	+9441
Pflegebedürftige je Pflegedienst:			
• privat	43	52	+9
• freigemeinnützig	58	74	+16
• öffentlich	45	64	+19

Personelle Situation

Die personelle Situation in den ambulanten Pflegediensten wird wie bei den stationären Pflegeeinrichtungen anhand der Zahl der Beschäftigten, der Vollzeitbeschäftigten sowie der Teilzeitbeschäftigten beleuchtet. Aufgezeigt wird auch, wo die Pflegebeschäftigten überwiegend tätig sind und welche Qualifikation sie haben (s. **Tab. 1-11**).

Bei der personellen Ausstattung der ambulanten Pflegedienste sind bei den Beschäftigtenzahlen insgesamt wie auch beim Personal in Vollzeit und Teilzeit 2015 durchgängig erhebliche Zuwächse gegenüber 2005 zu verzeichnen gewesen. Das überrascht nicht, hat sich doch die Zahl der Pflegebedürftigen in

diesem Zeitraum sehr erhöht (+47%). Erwähnenswert ist, dass in den ambulanten Pflegediensten die Teilzeitbeschäftigung dominiert. Der Anstieg der Zahl der staatlich anerkannten Altenpfleger und Altenpflegerinnen ist mit knapp 42000 sehr deutlich.

Finanzielle Situation

Nach der Gesundheitsausgabenrechnung von 2005 und von 2016 wurden für die ambulanten Dienste die folgenden Ausgaben nach Ausgabenträger ermittelt (s. **Tab. 1-12**).

Wichtige Ausgabenträger für die ambulanten Pflegedienste waren 2016 neben der sozialen Pflegeversicherung die gesetzliche Krankenversicherung sowie die privaten Ausgaben

Tabelle 1-11: Personelle Ausstattung der ambulanten Pflegedienste 2005 und 2015 (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2007, 2017e)

Merkmal	2005	2015	Veränderung
Personal insgesamt	214 307	355 613	+141 306
Beschäftigungsverhältnis:			
• vollzeitbeschäftigt	56 354	96 701	+40 347
• teilzeitbeschäftigt:			
– über 50 %	68 141	128 256	+60 115
– 50 % und weniger, aber nicht geringfügig beschäftigt	35 040	49 291	+14 251
– geringfügig beschäftigt	47 957	68 727	+20 770
Überwiegender Tätigkeitsbereich im Pflegedienst:			
• Pflegedienstleitung	13 753	18 091	+4 338
• Grundpflege	147 973	238 828	+90 855
Qualifikation in:			
• staatlich anerkannter Altenpflege	36 484	78 281	+41 797
• Gesundheits- und Krankenpflege	71 425	81 969	+10 544
• Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	6 309	8 098	+1 789

Tabelle 1-12: Ausgabenträger der ambulanten Pflegedienste 2005 und 2016 (in Mio. Euro) (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2014, 2018 und eigene Zusammenstellung)

Merkmal	2005	2016	Veränderung
Öffentliche Haushalte	227	888	+661
Gesetzliche Krankenversicherung	1 973	5 745	+3 772
Soziale Pflegeversicherung	2 679	6 065	+3 386
Gesetzliche Rentenversicherung	-	-	-
Gesetzliche Unfallversicherung	29	68	+39
Private Krankenversicherung	103	224	+121
Arbeitgeber	161	334	+173
Private	1 962	4 687	+2 725
Gesamt	7 135	18 012	+10 877

der Pflegebedürftigen. Insgesamt war ein Ausgabenanstieg gegenüber 2005 um 152% zu verzeichnen. Die Ausgaben für die ambulanten Pflegedienste machten 2016 aber nur 5% der Gesundheitsausgaben in Deutschland aus (356,5 Mrd. Euro für 2016).

Die finanzielle Entwicklung der ambulanten Pflegedienste wird im Folgenden wieder am Beispiel der Kennzahlen „Umsatzrentabilität“ und „Personalaufwandsquote“ erläutert. Grundlage ist hier der Branchenreport „Ambulante soziale Dienste“ von 2018 des Deutschen Sparkassen- und Giroverbandes.

Bei der Betrachtung der Branchenkennzahlen für 2016 sank die Umsatzrendite gegenüber dem Vorjahr um 2 Prozentpunkte auf 10,4%. Das zeigt, dass die Ertragslage nach einer leichten Entspannung in 2015 weiter angespannt bleibt.

Hinsichtlich der Umsatzklassen lassen sich bei der Umsatzrendite deutliche Unterschiede feststellen. Ambulante Pflegedienste mit einem Umsatz zwischen 0,5 Mio. und 2,5 Mio. € erwirtschafteten in 2016 eine Umsatzrentabilität von 13,2%, während diese bei den großen Betrieben mit einem Umsatz von 5 Mio. bis 12,5 Mio. € von 3,7% in 2015 auf 4,0% in 2016 stieg.

Eine wesentliche Ursache für die geringere Umsatzrentabilität liegt in den traditionell hohen Personalkosten. Sie stiegen gegenüber 2015 um 1,7 Prozentpunkte auf 66,4%. Mit höherer Umsatzklasse steigen sie weiter und erreichen in der Umsatzklasse von 5 Mio. € bis 12,5 Mio. € einen Wert von 75,7%. Die hohen Personalkosten entstehen durch die hohe Dienstleistungsintensität bei den ambulanten Diensten, die mit Dienstleistungsbetrieben außerhalb des Pflegemarktes nicht vergleichbar sind. (Deutscher Sparkassen- und Giroverband, 2018a, S. 14)

Wie dem Auszug aus dem Branchenreport 2018 zu entnehmen ist, lag die Umsatzrentabilität für das Jahr 2016 bei 10,4% (Zentralwert). Festzuhalten bleibt, dass die Umsatzrentabili-

tät wie bei den Pflegeheimen mit zunehmender Größe des ambulanten Pflegedienstes sinkt.

1.4 Private Haushalte

Die meisten Pflegebedürftigen werden nach wie vor zu Hause versorgt. Im Jahr 2015 waren dies 2,08 Millionen Personen. 1,38 Millionen Pflegebedürftige wurden von Angehörigen und 692000 von ambulanten Pflegediensten betreut (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017e). Um die Pflegesituation in den privaten Haushalten beschreiben zu können, wird auf die Ergebnisse der repräsentativen Studie der Hans-Böckler-Stiftung aus dem Jahr 2017 zurückgegriffen (vgl. Hans-Böckler-Stiftung, 2017). Diese Studie diente unter anderem dem Ziel, „die tatsächlichen Aufwendungen privater Haushalte für die Pflegebedürftigen präziser als zuvor zu ermitteln [und] soziale Ungleichheitsstrukturen aufzudecken“ (Hans-Böckler-Stiftung, 2017, S. 28).

In den folgenden Ausführungen werden anhand von Auszügen aus der genannten Studie kurz die Struktur der Pflegearrangements, der zeitliche Aufwand und die finanziellen Aspekte zusammengefasst.

Struktur der Pflegearrangements

Hinsichtlich der Rolle der Hauptpflegeperson lässt sich resümierend feststellen, dass bei den betrachteten Pflegehaushalten fast immer eine Person die Hauptverantwortung für die Bewältigung der Pflegebedürftigkeit übernommen hat. Diese Hauptpflegeperson war zum überwiegenden Teil weiblich [...]. Im Durchschnitt sind die Hauptpflegepersonen selbst bereits rund 67 Jahre alt [...]. Mehr als ein Drittel der Hauptpflegepersonen schultert die umfangreichen Aufgaben zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit, ohne von weiteren Personen aus dem Kreis von Familie und Freunden unterstützt zu werden. (Hans-Böckler-Stiftung, 2017, S. 53 f)

Zeitlicher Aufwand der informellen und formellen Helfer

Die größten Zeitaufwendungen ergaben sich für die Hauptpflegepersonen mit durchschnittlich über 16 Stunden pro Woche im Bereich der Betreuung und Beaufsichtigung der Pflegebedürftigen. [...] Die hauswirtschaftliche Versorgung, die aufgrund der Pflegebedürftigkeit nicht mehr selbst ausgeführt werden kann, war mit rund 13 Stunden an zweiter und der Aufwand für die Körperpflege erst an dritter Stelle (7,7 Stunden; die Verfasser). [...] Nimmt man die Aufwendungen für Betreuungsleistungen und hauswirtschaftliche Hilfen zusammen, machen diese mit rund 54% mehr als die Hälfte der gesamten Zeitaufwendungen (54,6 Stunden pro Woche; die Verfasser) der Hauptpflegepersonen aus. (Hans-Böckler-Stiftung, 2017, S. 56f)

Finanzielle Aufwendungen der Haushalte

Die [...] Aufstellungen beziehen sich jeweils auf eine Schätzung der anfallenden Kosten pro Monat. [...] Nur ein Fünftel der Hauptpflegepersonen hat finanzielle Zuwendungen für Aufwandsentschädigungen, Fahrtkosten etc. erhalten. Für die entsprechenden Pflegehaushalte ergaben sich durchschnittlich rund 230 Euro monatliche Kosten für die Hauptpflegeperson. (Hans-Böckler-Stiftung, 2017, S. 62)

Im Ergebnis zeigt sich für die privaten Pflegehaushalte, dass sie die meisten Pflegebedürftigen (ca. 1,4 Millionen) versorgen. Dabei konzentriert sich diese Aufgabe der meistens weiblichen Hauptpflegepersonen auf Betreuungsleistungen und hauswirtschaftliche Hilfen. Zumeist wird die Sorgearbeit von der Hauptpflegeperson unentgeltlich geleistet.

1.5

Zusammenfassung und Ausblick

Die pflegewirtschaftlichen Einrichtungen nach SGB V und SGB XI haben sich in dem hier betrachteten 10-Jahres-Zeitraum enorm verän-

dert. Diese Einrichtungen hatten in dieser Zeit einen Anstieg der Fallzahlen um ca. 2,4 Millionen im Krankenhaus- sowie Vorsorge- und Reha-Bereich und eine Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen, um über 320 000 Personen im Pflegebereich zu bewältigen. Die privaten Haushalte hatten gegenüber dem Bezugsjahr 2005 mehr als 400 000 Pflegebedürftige neu durch Angehörige zu versorgen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017e).

Diese Zahlen zeigen, dass innerhalb von einem Jahrzehnt die Zahl der Kranken und Pflegebedürftigen auffallend zugenommen hat. Bewältigt wurde dieser Anstieg mit einer Leistungsverdichtung im Krankenhaus und auch im Pflegeheim, wobei dort die Arbeitsverdichtung über einen Anstieg der Zahl der Teilzeitbeschäftigten aufgefangen wurde.

Die finanzielle Situation der Krankenhäuser kann für das Jahr 2016 nach der Umsatzrentabilität von 1,0% (Zentralwert) als schwierig bezeichnet werden. Bei den stationären Pflegeeinrichtungen lag die Umsatzrentabilität zwar bei 3,4%, aber die Daten zeigen auch, dass sich mit zunehmender Größe die Umsatzrentabilität rapide verschlechtert. Dagegen kann die Umsatzrentabilität bei den ambulanten Pflegediensten mit 10,4% als gut bezeichnet werden. Nach dem Krankenhaus-Barometer 2018 (vgl. Deutsches Krankenhausinstitut, 2018) haben im Jahr 2017 ca. 30% der Krankenhäuser Verluste geschrieben, 60% erzielten einen Jahresüberschuss und ca. 11,0% schlossen mit einem ausgeglichenen Ergebnis ab. Im Hinblick auf die wirtschaftlichen Erwartungen ermittelte das Deutsche Krankenhausinstitut: „Nur gut ein Sechstel der Häuser (18%) erwartet eine Verbesserung und 37% der Krankenhäuser eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation, während die übrigen in dieser Hinsicht unentschieden sind“ (Deutsches Krankenhausinstitut, 2018, S. 10).

Angesichts dieser finanziellen Situation und der Herausforderungen der Zukunft (Stichwörter: Digitalisierung, personalisierte Medi-

zin usw.) bleibt die Frage zu klären, wie die Krankenhäuser dies bewältigen können.

Für die Pflegeversicherung und die pflegerische Versorgung gilt eine ähnliche Frage. In ihrem Fazit zum 6. Pflegebericht formulierte die Bundesregierung Ende 2016:

Wichtige Faktoren der Pflegeversicherung für die nächsten Jahre werden weiterhin die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung vor

Ort, insbesondere in vom demografischen Wandel besonders betroffenen Regionen, das Ziel einer guten Qualität der Leistungserbringung, die Sicherung der dafür erforderlichen Fachkräftebasis, die Verhinderung von betrügerischem Abrechnungsverhalten, die kontinuierliche Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“, die weitere Sicherung der Finanzierung sowie die Bezahlbarkeit der Leistungen für alle sein. (Deutscher Bundestag, 2016, S. 130)