

KRANKENHAUS

BAROMETER

Umfrage 2019

Dr. Karl Blum

Dr. Sabine Löffert

Dr. Matthias Offermanns

Dr. Petra Steffen

**DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT**



KRANKENHAUS BAROMETER 2019

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 47 051 – 17
Fax: 0211 / 47 051 – 67
E-Mail: karl.blum@dki.de

Düsseldorf, Dezember 2019

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	4
1 WIRTSCHAFTLICHE SITUATION DER KRANKENHÄUSER	6
1.1 Jahresergebnis 2018.....	6
1.2 Entwicklung der Jahresergebnisse 2017/2018	7
1.3 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation	9
1.4 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen.....	10
2 PFLEGEPERSONALUNTERGRENZEN	12
2.1 Vorhaltung pflegesensitiver Bereiche.....	12
2.2 Einhaltung der Untergrenzen	13
2.3 Ausnahmetatbestände	14
2.4 Änderungen im Belegungsmanagement.....	16
2.5 Umsetzungsprobleme	17
2.6 Änderungen in der Organisation des Pflegedienstes.....	20
2.7 Mehrkosten	24
2.8 Stellenbesetzungsprobleme in pflegesensitiven Bereichen.....	25
2.9 Verbesserung der Personalbesetzung.....	26
2.10 Künftige Einhaltung der Untergrenzen	27
3 FACHKRÄFTEMANGEL	29
3.1 Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst	29
3.2 Stellenbesetzungsprobleme im Pflegedienst auf Allgemeinstationen.....	31
3.3 Stellenbesetzungsprobleme in der Intensivpflege	33
3.4 Stellenbesetzungsprobleme in therapeutischen Gesundheitsfachberufen	35
3.5 Einsatz von Honorar- und Zeitarbeitskräften.....	36
3.6 Fluktuationsquoten in der Pflege.....	38
3.7 Stellenbewerbungen in der Pflege	40
3.8 Mitarbeiterakquise in der Pflege.....	42
3.9 Stellenausbau in der Pflege für 2020	43
4 ÜBERGRIFFE AUF MITARBEITER UND IHRE PRÄVENTION	45
4.1 Erfassung von Übergriffen	45
4.2 Häufigkeit von Übergriffen.....	47
4.3 Betroffene Personalgruppen und Bereiche	49
4.4 Präventive Maßnahmen im Krankenhaus	51
4.5 Übergriffe auf Mitarbeiter in Notfallambulanzen.....	52
4.6 Präventive Maßnahmen in Notfallambulanzen	54
4.7 Ursachen von Übergriffen auf Mitarbeiter	55
4.8 Folgen von Übergriffen auf Mitarbeiter.....	57
5 KLAGEWELLE DER KRANKENKASSEN	60
5.1 Ausmaß der Klagewelle	61
5.2 Gegenstand und Zeitraum der Klagen	64
5.3 Höhe der Erstattungsforderungen.....	66
5.4 Auswirkungen des Vermittlungsversuchs des Bundesministers für Gesundheit	68
5.5 Rückforderungen und Vergleichsangebote.....	69



6	UNTERNEHMENSZIELE	72
6.1	Wichtigkeit von Unternehmenszielen	72
6.2	Erreichung von Unternehmenszielen	76
6.3	Zusammenhang von Wichtigkeit und Zielerreichung	80
6.4	Künftige Herausforderungen der Krankenhäuser	82
6.5	Einflussfaktoren auf Unternehmensziele und strategische Entscheidungen	86
	LITERATURVERZEICHNIS	89



KRANKENHAUS BAROMETER 2019



Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* 2019 vor.

Beim *Krankenhaus Barometer* handelt es sich um eine jährlich durchgeführte Repräsentativbefragung deutscher Krankenhäuser zu aktuellen gesundheits- und krankenhauspolitischen Themen. Das *Barometer* wird im Auftrag der Träger des DKI erstellt; das sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Verband der Krankenhausedirektoren Deutschlands (VKD) und der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK).

Ziel des *Krankenhaus Barometers* ist es, den Krankenhäusern und den Krankenhausverbänden zeitnahe Informationen zum aktuellen Krankenhaugeschehen zur Verfügung zu stellen. Seit seiner Einführung im Jahr 2000 hat sich das *Krankenhaus Barometer* zu einem einzigartigen Informationsinstrument im Krankenhausbereich entwickelt, das seither exklusiv, kontinuierlich und auf repräsentativer Basis über zahlreiche aktuelle Themen aus dem Krankenhausbereich berichtet. Die jährlichen Ausgaben des *Krankenhaus Barometers* sind im Downloadbereich der DKI-Homepage abrufbar (www.dki.de).

Die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* 2019 beruhen auf der schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten in Deutschland, welche von Mitte April bis Mitte Juli 2019 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 268 Krankenhäuser.

Die Krankenhäuser unter 100 Betten wurden nicht in die Erhebung einbezogen, da es sich vielfach um Kliniken mit einem besonderen Leistungsspektrum und einer besonderen Struktur handelt (z. B. zahlreiche Privatkliniken ohne Versorgungsauftrag, kleine Fach- und Belegkliniken). Durch die Nicht-Einbeziehung dieser Häuser, auf die bundesweit lediglich ca. 4 % der Betten, der Patienten und des Krankenhauspersonals entfallen, wird eine homogenere Gruppe der kleineren Krankenhäuser in der Grund- und Regelversorgung geschaffen.

Das Deutsche Krankenhausinstitut möchte sich an dieser Stelle herzlich bei den Krankenhäusern bedanken, die mit ihrer Teilnahme an der Erhebung den vorliegenden Bericht ermöglicht haben.



KRANKENHAUS BAROMETER 2019

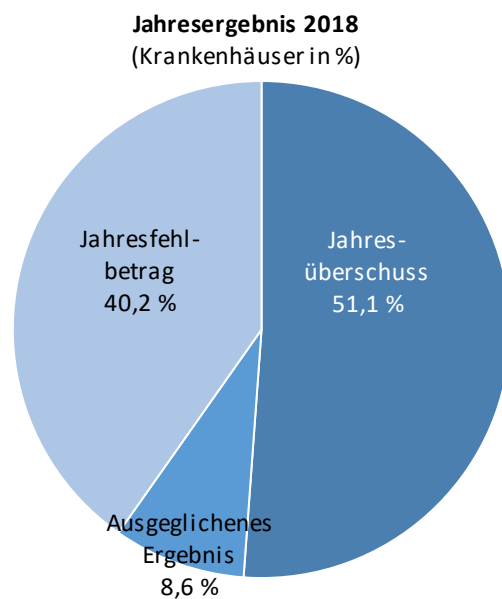
1 Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser

1.1 Jahresergebnis 2018

Mit Blick auf ihre wirtschaftliche Situation sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie in der Gewinn- und Verlustrechnung für das Jahr 2018 ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis erzielt haben.

Danach haben 40 % der deutschen Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten Jahr 2018 Verluste geschrieben. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss liegt bei 51 % und der Anteil der Häuser mit einem ausgeglichenen Jahresergebnis bei 9 % (Abb. 1)

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die wirtschaftliche Situation merklich verschlechtert. Im Jahr 2017 hatten 30 % der Krankenhäuser einen Jahresfehlbetrag und 60 % der Häuser einen Jahresüberschuss.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 1: Jahresergebnis 2018

Nach Bettengrößenklassen differenziert wiesen die großen Häuser ab 600 Betten am häufigsten einen Jahresüberschuss (53 %) und am seltensten einen Jahresfehlbetrag auf (33 %). Verglichen damit fällt vor allem die wirtschaftliche Lage der kleinen Krankenhäuser unter 300 Betten schlechter

aus (Abb. 2). Verglichen mit dem Vorjahr haben sich die Jahresergebnisse vor allem in der mittleren Bettengrößenklasse verschlechtert (vgl. DKI, 2018).

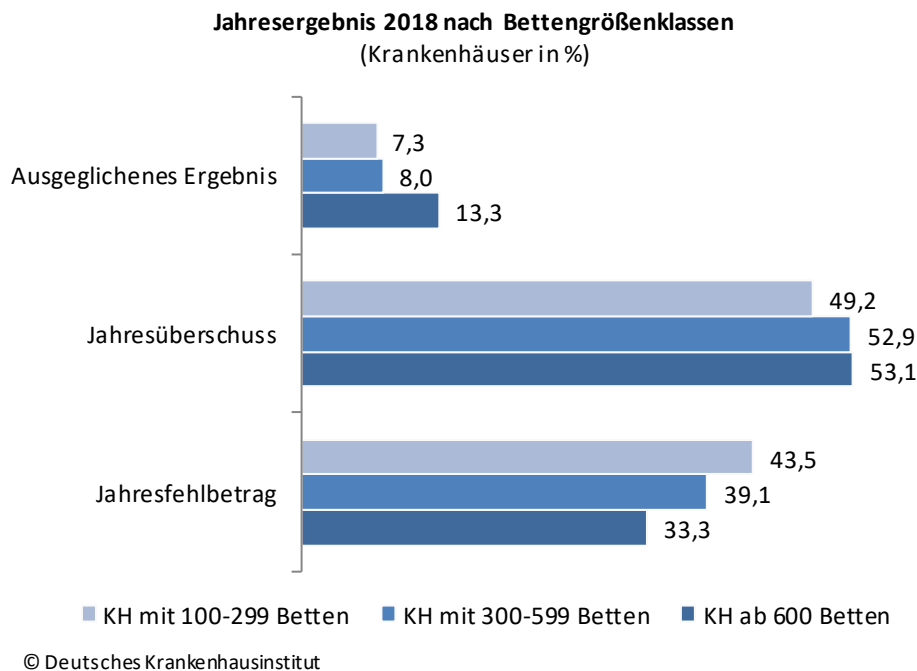


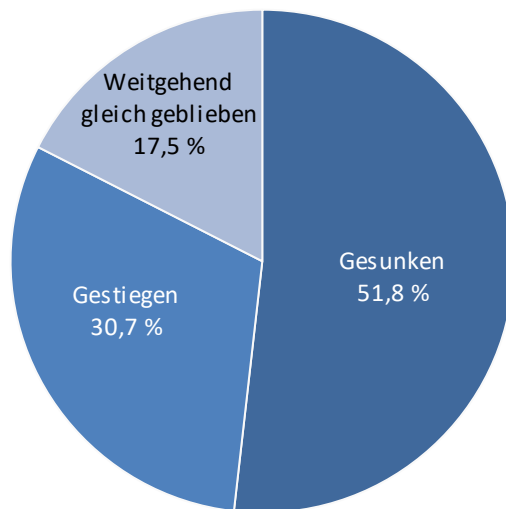
Abb. 2: Jahresergebnis 2018 nach Bettengrößenklassen

1.2 Entwicklung der Jahresergebnisse 2017/2018

Über die bloße Angabe von positiven, negativen oder ausgeglichenen Jahresergebnissen hinaus, sollten die Krankenhäuser des Weiteren über die konkrete Entwicklung der Jahresergebnisse laut Gewinn- und Verlustrechnung in den Jahren 2017 und 2018 informieren.

Danach ist das Jahresergebnis im Jahr 2018 im Vergleich zu 2017 in 52 % der Krankenhäuser gesunken und bei 31 % der Häuser gestiegen. Bei den übrigen ist es konstant geblieben (Abb. 3).

Entwicklung des Jahresergebnisses 2018 im Vergleich zu 2017
(Krankenhäuser in %)

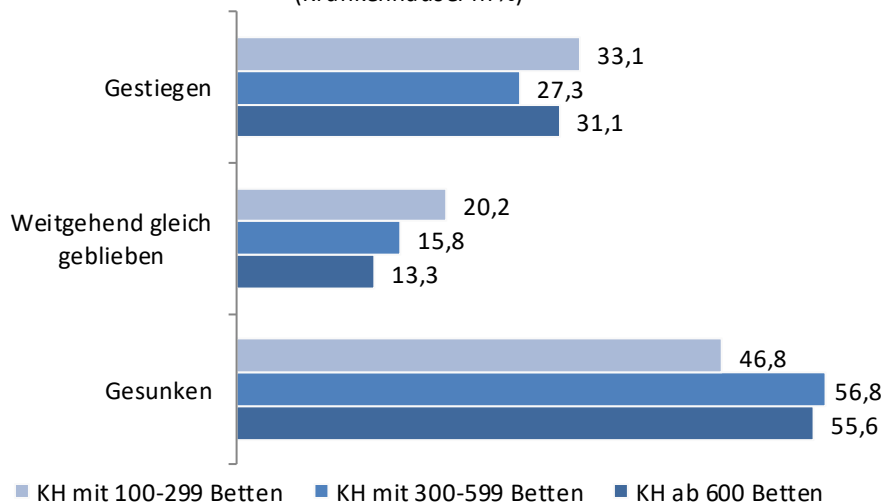


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 3: Entwicklung des Jahresergebnisses 2018 im Vergleich zu 2017

Nach Krankenhausgröße haben sich vor allem in den kleineren Krankenhäusern die Jahresergebnisse in der Tendenz weniger verschlechtert als in den übrigen Bettengrößenklassen (Abb. 4).

Entwicklung des Jahresergebnisses 2018 im Vergleich zu 2017
(Krankenhäuser in %)



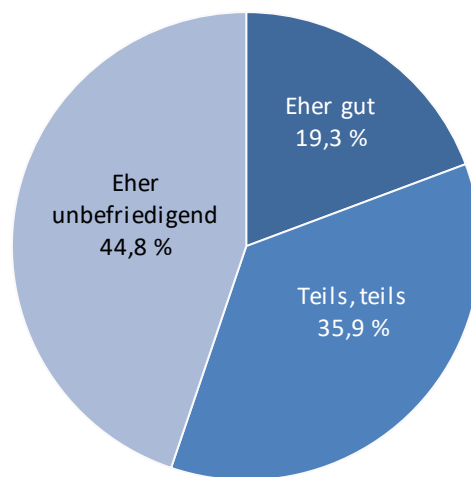
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 4: Entwicklung des Jahresergebnisses 2017 im Vergleich zu 2016 nach Bettengrößenklassen

1.3 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

Über das Jahresergebnis 2018 hinaus sollten die Krankenhäuser auch ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2019 beurteilen. Demnach stufte nur ein Fünftel der Krankenhäuser ihre wirtschaftliche Lage als eher gut ein. Rund 45 % der Krankenhäuser schätzten ihre wirtschaftliche Lage als eher unbefriedigend ein, während 19 % in dieser Hinsicht unentschieden sind (Abb. 5).

Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation des eigenen Krankenhauses
(Krankenhäuser in %)



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 5: Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation des eigenen Krankenhauses

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Einschätzung der wirtschaftlichen Lage damit verschlechtert. Seinerzeit stufte noch ein Drittel der Krankenhäuser ihre wirtschaftliche Lage als unbefriedigend ein (DKI, 2017).

Nach Krankenhausgröße beurteilen die großen Krankenhäuser ab 600 Betten ihre aktuelle wirtschaftlich Lage am schlechtesten und die Häuser der mittleren Bettengrößenklasse am besten. Die Werte für die kleinen Häuser unter 300 Betten entsprechen in etwa dem Bundesdurchschnitt (Abb. 6).

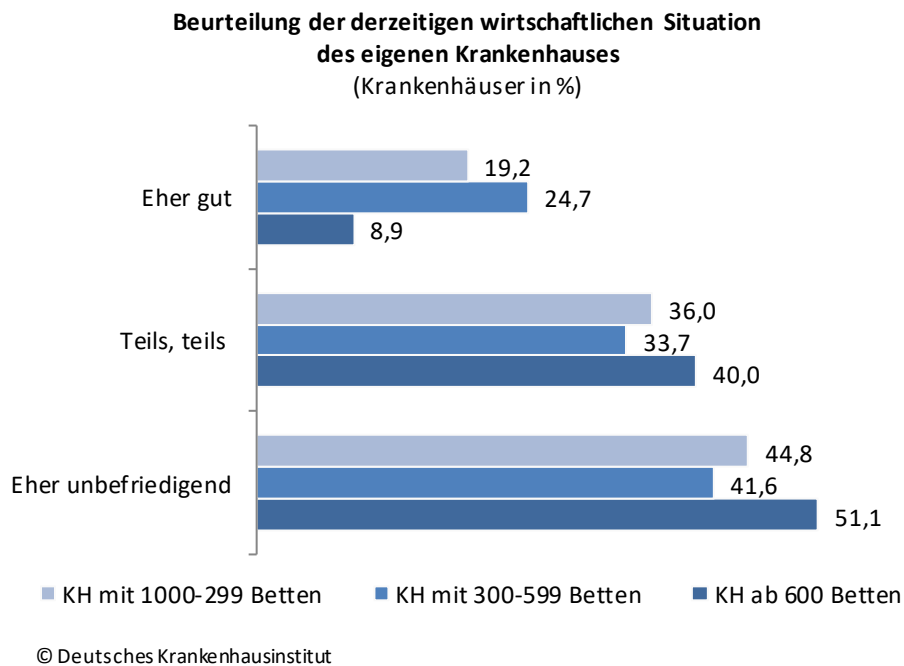


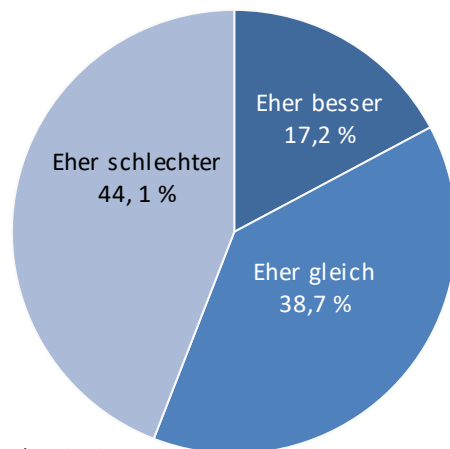
Abb. 6: Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation des eigenen Krankenhauses nach Bettengrößenklassen

1.4 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen

Abschließend sollten sich die Krankenhäuser auch zu ihren Erwartungen für das kommende Jahr 2020 äußern: Nur rund ein Sechstel der Häuser (17 %) erwartet eine Verbesserung und 44 % der Krankenhäuser eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation, während die übrigen in dieser Hinsicht unentschieden sind (Abb. 7). Die Zukunftserwartungen der Krankenhäuser fallen also insgesamt ambivalent aus.

Nach Bettengrößenklassen differenziert fallen die Erwartungen in den kleinen Krankenhäusern unter 300 Betten am besten und in den großen Häusern ab 600 Betten am schlechtesten aus (Abb. 8).

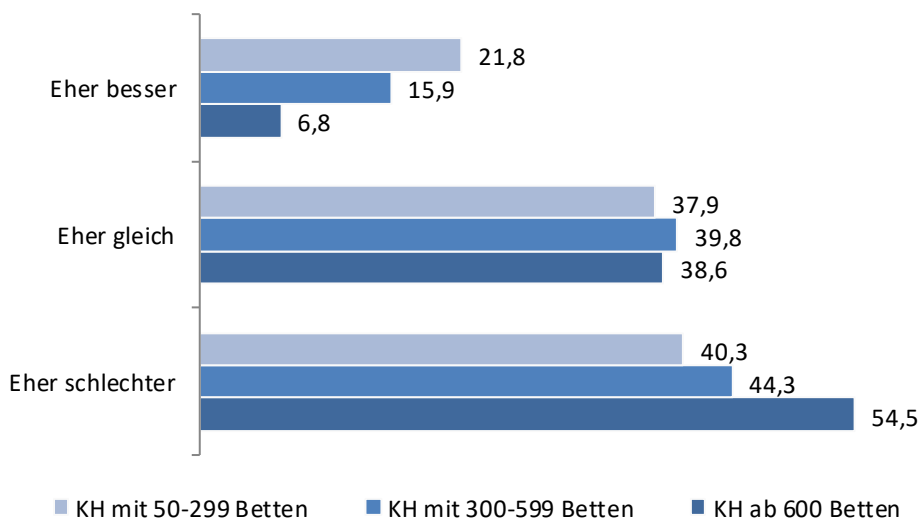
Erwartungen für das eigene Krankenhaus für 2020
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 7: Erwartungen für das eigene Krankenhaus für 2020

Erwartungen für das eigene Krankenhaus für 2020
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 8: Erwartungen für das eigene Krankenhaus für 2020 nach Bettengrößenklassen



2 Pflegepersonaluntergrenzen

2.1 Vorhaltung pflegesensitiver Bereiche

Mit Wirkung zum 01.01.2019 trat die die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) in Kraft. Für pflegesensitive Bereiche definiert sie Mindestbesetzungen für die Tag- und Nachtschicht des Pflegedienstes. Nach der PpUGV gab es im Jahr 2019 Personaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche in den Fachabteilungen der Geriatrie, Kardiologie, Unfallchirurgie und Intensivmedizin.

Eine Fachabteilung ist nach § 3 Abs. 3 PpUGV ein pflegesensitiver Bereich, wenn sie als Fachabteilung der Geriatrie, Kardiologie oder Unfallchirurgie bzw. als Fachabteilung mit einer entsprechenden Schwerpunktbezeichnung ausgewiesen ist oder bezogen auf die Gesamtfallzahl 40 % Indikatoren-DRGs gemäß Anlage zur PpUGV aufweist. In intensivmedizinische Behandlungseinheiten aufgestellten Betten einer Station sind ein pflegesensitiver Bereich, wenn sie mindestens 400 Fälle mit den intensivmedizinischen Komplexcodes OPS 8-980 oder OPS 8-98ff. in Krankenhäusern aufweisen.

Jedes fünfte Allgemeinkrankenhaus ab 100 Betten in der Stichprobe hält keinen der vier genannten pflegesensitiven Fachbereiche vor. Davon entfallen 91 % auf kleinere Krankenhäuser unter 300 Betten. Vier von fünf Häusern haben folglich mindestens einen pflegesensitiven Bereich. Die Verteilung nach Fachgebieten kann im Einzelnen der Tab. 1 entnommen werden.

Tab. 1: Krankenhäuser mit pflegesensitiven Fachbereichen

Pflegesensitive Fachbereiche	Krankenhäuser in %
Keine	20,1
Geriatrie	36,2
Kardiologie	35,8
Unfallchirurgie	47,8
Intensivmedizin	55,2



Am häufigsten halten die Krankenhäuser pflegesensitive Intensivbereiche und pflegesensitive Allgemeinstationen in der Unfallchirurgie vor. Dies ist jeweils bei rund der Hälfte der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten der Fall. Jeweils 36 % der Häuser haben pflegesensitive Allgemeinstationen in der Geriatrie und Kardiologie.

Von den Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten mit pflegesensitiven Bereichen in der Stichprobe halten gut ein Drittel eine pflegesensitive Fachabteilung und ein Fünftel zwei Abteilungen vor. 28 % der Häuser haben drei und 16 % vier pflegesensitive Fachabteilungen.

2.2 Einhaltung der Untergrenzen

Auf eine differenzierte Erfassung der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen wurde im *Krankenhaus Barometer* bewusst verzichtet, weil diese Daten routinemäßig und vollständig vom InEK auf Basis der Meldungen der Krankenhäuser erfasst werden.

Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer nur allgemein angeben, inwieweit sie im 1. Quartal 2019 die Untergrenzen in mehreren Schichten nicht erreicht haben bzw. wie sich die Nicht-Erreichung auf Tag- und Nachtschicht verteilt. Nach der PpUGV umfasst die Tagschicht den Zeitraum von 6:00 Uhr bis 22:00 Uhr und die Nachtschicht den Zeitraum von 22:00 Uhr bis 6:00 Uhr.

Wie aus Abb. 9 ersichtlich, hat im 1. Quartal 2019 nur jeweils eine Minderheit der Krankenhäuser mit pflegesensitiven Bereichen die Pflegepersonaluntergrenzen durchgängig in allen Schichten erreicht. Der jeweilige Anteilswert fällt in der Intensivmedizin mit 35 % und der Geriatrie mit 29 % merklich höher aus als in der Kardiologie (18 %) und der Unfallchirurgie (12 %).¹

Fachgebietsübergreifend haben alle Krankenhäuser mit pflegesensitiven Bereichen die Untergrenzen häufiger in der Nachtschicht als in der Tagschicht nicht erreicht. Der entsprechende Anteilswert fällt in der Intensivmedizin mit

¹ Die entsprechenden Werte sagen ausdrücklich nichts darüber aus, wie oft die Krankenhäuser die Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt nicht eingehalten haben.

31 % deutlich niedriger als auf den pflegesensitiven Allgemeinstationen der übrigen Fachabteilungen mit Werten zwischen 47 % (Geriatric) und 57 % (Unfallchirurgie).

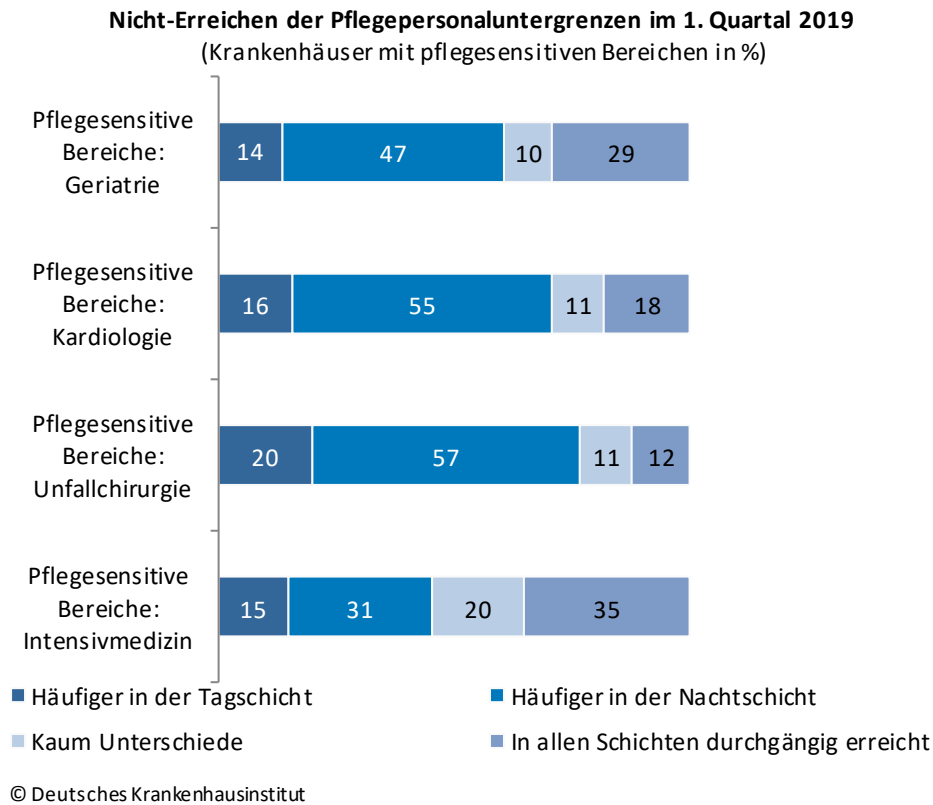


Abb. 9: Einhaltung der Untergrenzen im 1. Quartal

2.3 Ausnahmetatbestände

Der § 8 Abs. 2 PpUGV sieht Ausnahmetatbestände für die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen vor. Danach sind die Untergrenzen nicht einzuhalten bei kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfällen, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß hinausgehen, oder bei starken Erhöhungen der Patientenzahlen, beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen. Die Befragungsteilnehmer sollten angeben, inwieweit sie im 1. Quartal 2019 diese Ausnahmetatbestände geltend gemacht haben.

Danach hat jedes 10. Krankenhaus mit pflegesensitiven Intensivbereichen den Ausnahmetatbestand krankheitsbedingter Personalausfälle über das

übliche Maß hinaus geltend gemacht. Bei Krankenhäusern mit pflegesensitiven Allgemeinstationen war es etwa jedes sechste Haus.

Verglichen damit spielte der Ausnahmetatbestand der kurzfristigen Erhöhung der Patientenzahlen, z. B. bei Epidemien oder Großschadensereignissen, weder in den Intensivbereichen noch auf den pflegesensitiven Allgemeinstationen eine Rolle (Abb. 10).

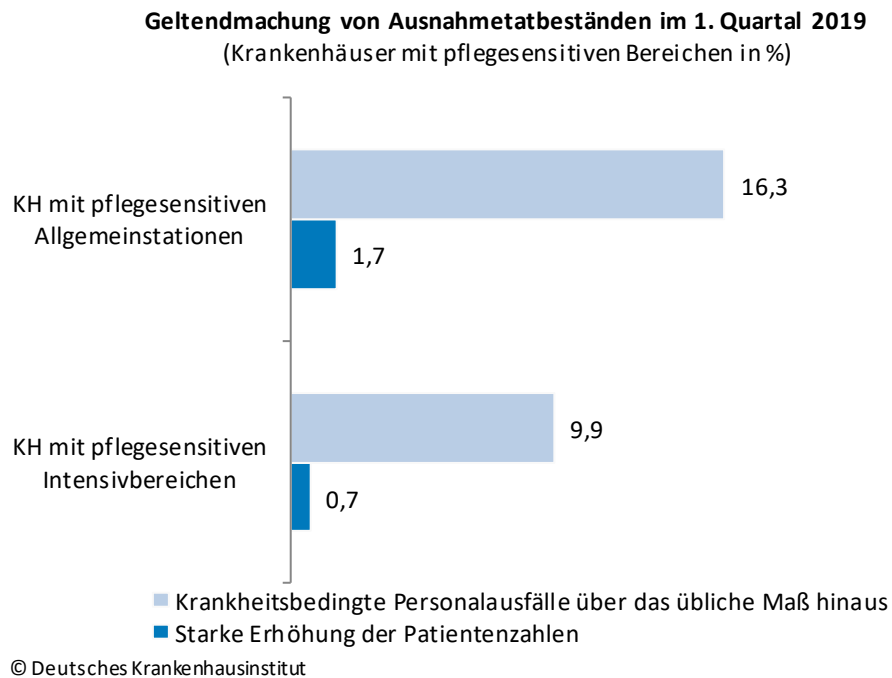


Abb. 10: Geltendmachung von Ausnahmetatbeständen der PpUGV

Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass das erste Quartal 2019 sanktionsfrei gestellt war, so dass die Geltendmachung von Ausnahmetatbeständen in diesem Zeitraum noch nicht so relevant war.



2.4 Änderungen im Belegungsmanagement

Abb. 11 zeigt, inwieweit Krankenhäuser mit pflegesensitiven Bereichen Änderungen im Belegungsmanagement durchgeführt haben oder konkret planen, um die Pflegepersonaluntergrenzen einhalten zu können.

Die am häufigsten durchgeführte Änderung im Belegungsmanagement bilden Bettensperrungen in pflegesensitiven Intensivbereichen. Bis zur Jahresmitte 2019 haben 37% der Krankenhäuser mit entsprechenden Bereichen Intensivbetten gesperrt. Weitere 6 % der Häuser planen dies konkret.

Von vorübergehenden Abmeldungen einzelner Krankenhausbereiche von der Notfallversorgung aufgrund der Vorgaben der PpUGV berichten 29 % der Häuser.

Bettensperrungen auf pflegesensitiven Allgemeinstationen gab es in 23 % der Krankenhäuser. In 14 % der Krankenhäuser ist es zu Terminverschiebungen bei elektiven Eingriffen auf pflegesensitiven Allgemeinstationen gekommen. Vereinzelt haben Krankenhäuser Wartelisten auf pflegesensitiven Allgemeinstationen eingeführt oder ausgebaut (7 %), um die Untergrenzen einhalten zu können.

Darüber hinaus hat jeweils rund die Hälfte der Krankenhäuser mit pflegesensitiven Bereichen aufgrund der PpUGV Anpassungen bzw. Straffungen ihres Belegungs- und Entlassmanagements durchgeführt oder konkret geplant.

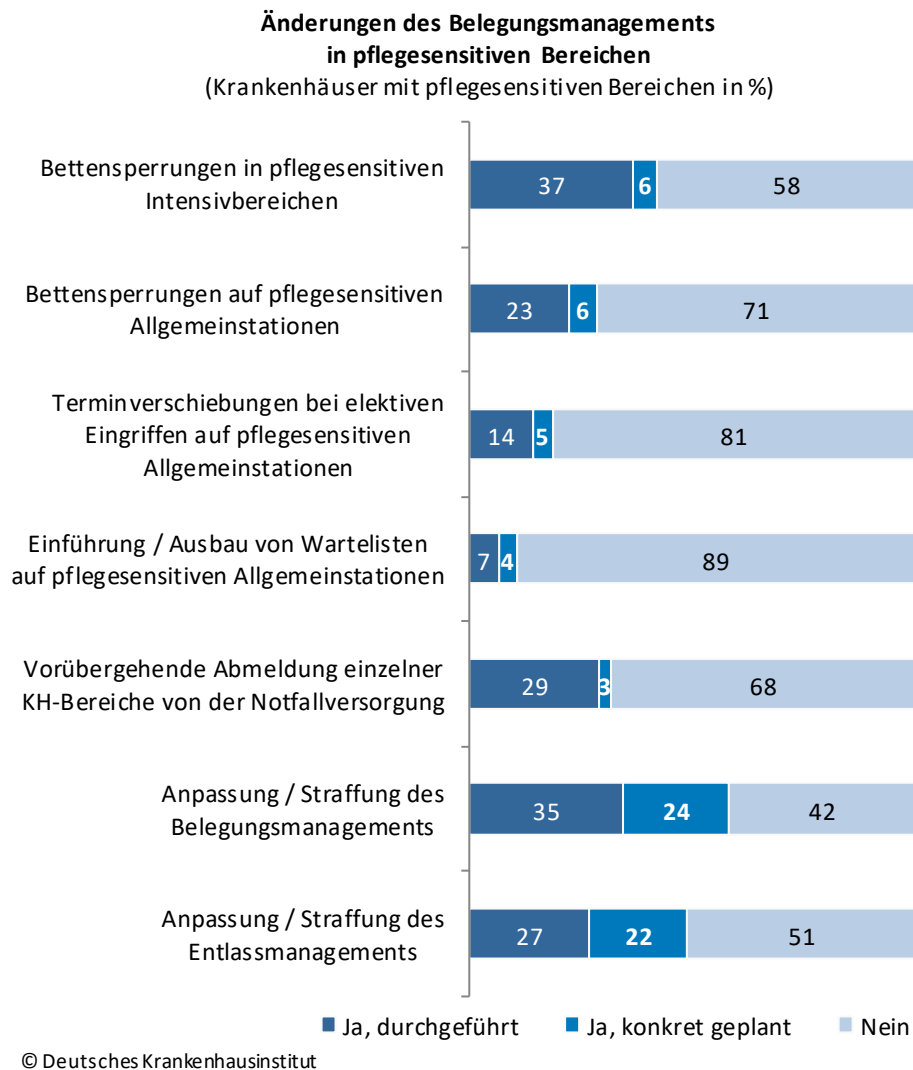


Abb. 11: Änderungen im Belegungsmanagement

2.5 Umsetzungsprobleme

Eine Reihe von Aspekten kann die Umsetzung oder Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen erschweren. Krankenhäuser mit mindestens einem pflegesensitiven Bereich sollten angeben, inwieweit das bei ihnen für ausgewählte Aspekte zutrifft oder nicht. Abb. 12 zeigt die Mittelwerte der entsprechenden Fragestellungen.



Die mit Abstand größten Herausforderungen bei der Umsetzung oder Einhaltung der Untergrenzen bilden demnach kurzfristige Personalausfälle, der deutlich gestiegene Organisations- und Controllingaufwand sowie der deutlich gestiegene Dokumentationsaufwand. Zwischen 97 % (Personalausfälle) und 81 % (Dokumentationsaufwand) der Krankenhäuser stimmen hier zu.

Ein zentrales Problem aus Krankenhaussicht stellt der § 6 Abs. 2 PpUGV dar, wonach neben Pflegefachkräften nur Pflegehilfskräfte gemäß § 2 Abs. 1 PpUGV in begrenztem Umfang auf das Verhältnis von Patienten pro Pflegekraft angerechnet werden können. Pflegehilfskräfte sind Personen mit einer mindestens einjährigen Ausbildung in der Krankenpflege- oder Altenhilfe- oder einer anderen Helfer- oder Pflegeausbildung von mindestens einjähriger Dauer (vgl. im Einzelnen § 2 Abs. 1 und § 6 Abs. 2 PpUGV).

Anderweitig qualifiziertes Personal, das die Pflege in den pflegesensitiven Bereichen ggf. entlasten kann, sind keine Pflegehilfskräfte im Sinne der PpUGV. Die fehlende Anrechenbarkeit von MFA und Pflegehilfspersonal mit weniger als einjähriger Ausbildung sowie von Service- und Administrationspersonal auf die Pflegepersonaluntergrenzen wird von jeweils rund drei Vierteln der Krankenhäuser kritisiert. Darüber hinaus gab knapp die Hälfte der Häuser an, in den pflegesensitiven Bereichen mehr Pflegehilfskräfte gemäß § 2 Abs. 1 PpUGV vorzuhalten als nach § 6 Abs. 2 PpUGV auf die Personaluntergrenzen anrechenbar.

Weitere Umsetzungsprobleme der Untergrenzen zumindest in einem Teil der Krankenhäuser bilden insbesondere die interdisziplinäre Belegung von pflegesensitiven Bereichen (keine „Sortenreinheit“), kurzfristige Belegungssteigerungen (z. B. wegen mehr Notfällen als üblich), die Aufnahme von lebensbedrohlichen Fällen bei fehlenden Behandlungskapazitäten sowie in Häusern mit pflegesensitiven Intensivbereichen die Abgrenzung zwischen Intensiv- und Intermediate-Care-Bereichen.

Umsetzungsprobleme bei den Pflegepersonaluntergrenzen
 (Mittelwerte
 auf einer Skala von 1 = trifft gar nicht zu bis 4 = trifft voll zu)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 12: Umsetzungsprobleme bei den Pflegepersonaluntergrenzen



2.6 Änderungen in der Organisation des Pflegedienstes

Die Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen erfordert ggf. auch Anpassungen in der Organisation des Pflegedienstes. Differenziert nach pflegesensitiven Allgemeinstationen und Intensivbereichen sollten die Befragungsteilnehmer angeben, welche Änderungen sie zu diesem Zweck durchgeführt haben oder planen.

Abb. 13 zeigt zunächst die Ergebnisse für pflegesensitive Allgemeinstationen. Die gravierendsten Änderungen betreffen die Personalsteuerung des Pflegedienstes dort. Mehr als zwei Drittel der Krankenhäuser mit pflegesensitiven Allgemeinstationen steuern die Personalbesetzung in der Pflege tagesaktuell, um die Pflegepersonaluntergrenzen einhalten zu können. Weitere 13 % der Häuser mit pflegesensitiven Allgemeinstationen planen dies konkret. Infolgedessen gibt es in knapp zwei Dritteln der Häuser kurzfristige Änderungen der Dienstpläne (57 %) bzw. entsprechenden Planungen hierzu (7 %). Überdies hat die Hälfte der Krankenhäuser aufgrund der PpUGV Änderungen in ihrer Schichteinteilung von Tag- und Nachtdienst vorgenommen (40 %) oder geplant (9 %).

Entsprechende Maßnahmen erfordern eine merkliche höhere Flexibilität des Pflegepersonals. Darüber hinaus ist es in jeweils knapp 40 % Krankenhäusern mit pflegesensitiven Allgemeinstationen zu mehr Abrufen aus dem Frei und zum Aufbau von Mehrarbeitsstunden gekommen, daneben auch vereinzelt zur Einführung von Rufdiensten oder Urlaubssperren.

Des Weiteren haben sich durch die Pflegepersonaluntergrenzen auch die Personalbesetzungen und die Personalstruktur auf dem pflegesensitiven Allgemeinstationen verändert, etwa durch Personalaufstockungen (45 %), Personalverlagerungen aus anderen Abteilungen (32 %), die Aufstockung vorhandener Springerpools (18 %) und die Einführung neuer Pools (14 %).

Der Skill-Mix auf den pflegesensitiven Allgemeinstationen gemäß § 2 Abs. 1 PpUGV wurde bislang deutlich zugunsten von Pflegefachkräften und zu Lasten der Pflegehilfskräfte verändert. Jedes dritte betroffene Krankenhaus hat demnach mehr Pflegefachkräfte und weniger Pflegehilfskräfte eingesetzt.

Hingegen haben nur 3 % der Häuser die Personalstruktur zugunsten von Pflegehilfskräften verschoben.

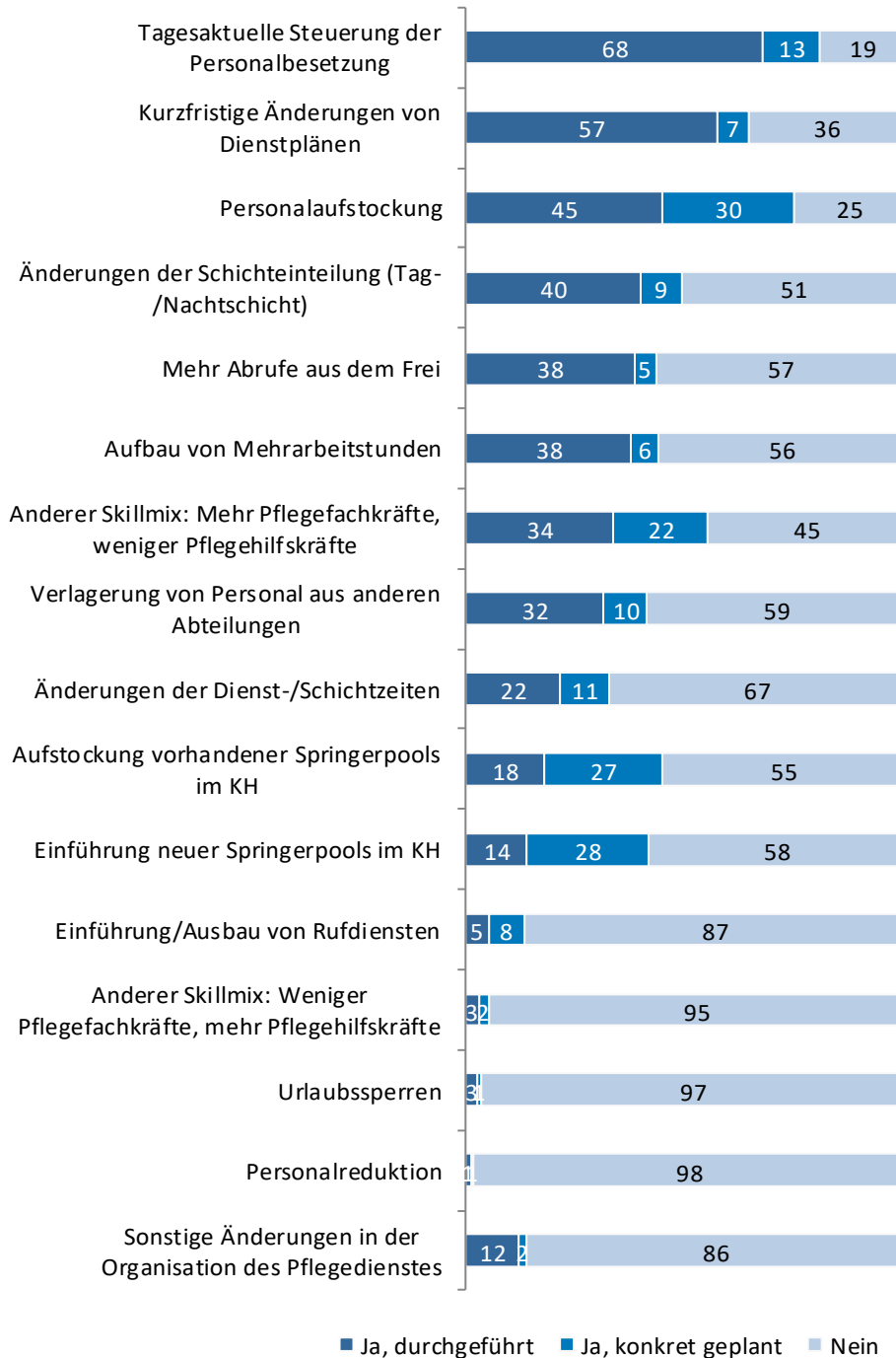
In der Zukunft planen die Krankenhäuser mit pflegesensitiven Allgemeinstationen vor allem weitere Personalaufstockungen, den Einsatz von mehr Pflegefachkräften und die Einführung oder Aufstockung von Springerpools.

Die Änderungen in der Organisation des Pflegedienstes in pflegesensitiven Intensivbereichen entsprechen in der Struktur weitgehend den Anpassungen auf dem Allgemeinstationen, fallen in der Tendenz aber überwiegend schwächer aus (Abb. 14). Die vorherrschenden organisatorischen Veränderungen im Pflegedienst sind auch hier die tagesaktuelle Steuerung der Personalbesetzung und die kurzfristige Änderung von Dienstplänen. Das Intensivpflegepersonal wird infolge der Untergrenzen gleichfalls durch Mehrarbeit, mehr Abrufe aus dem Frei oder veränderte Dienst- und Schichtzeiten zusätzlich belastet.

Im Vergleich zu den pflegesensitiven Allgemeinstationen fallen in den Intensivbereichen insbesondere die Personalaufstockung sowie der veränderte Skill-Mix zugunsten von Pflegefachkräften merklich geringer aus. Dies reflektiert ggf. die vergleichsweise gute Personalausstattung und Personalqualifikation in der Intensivpflege.



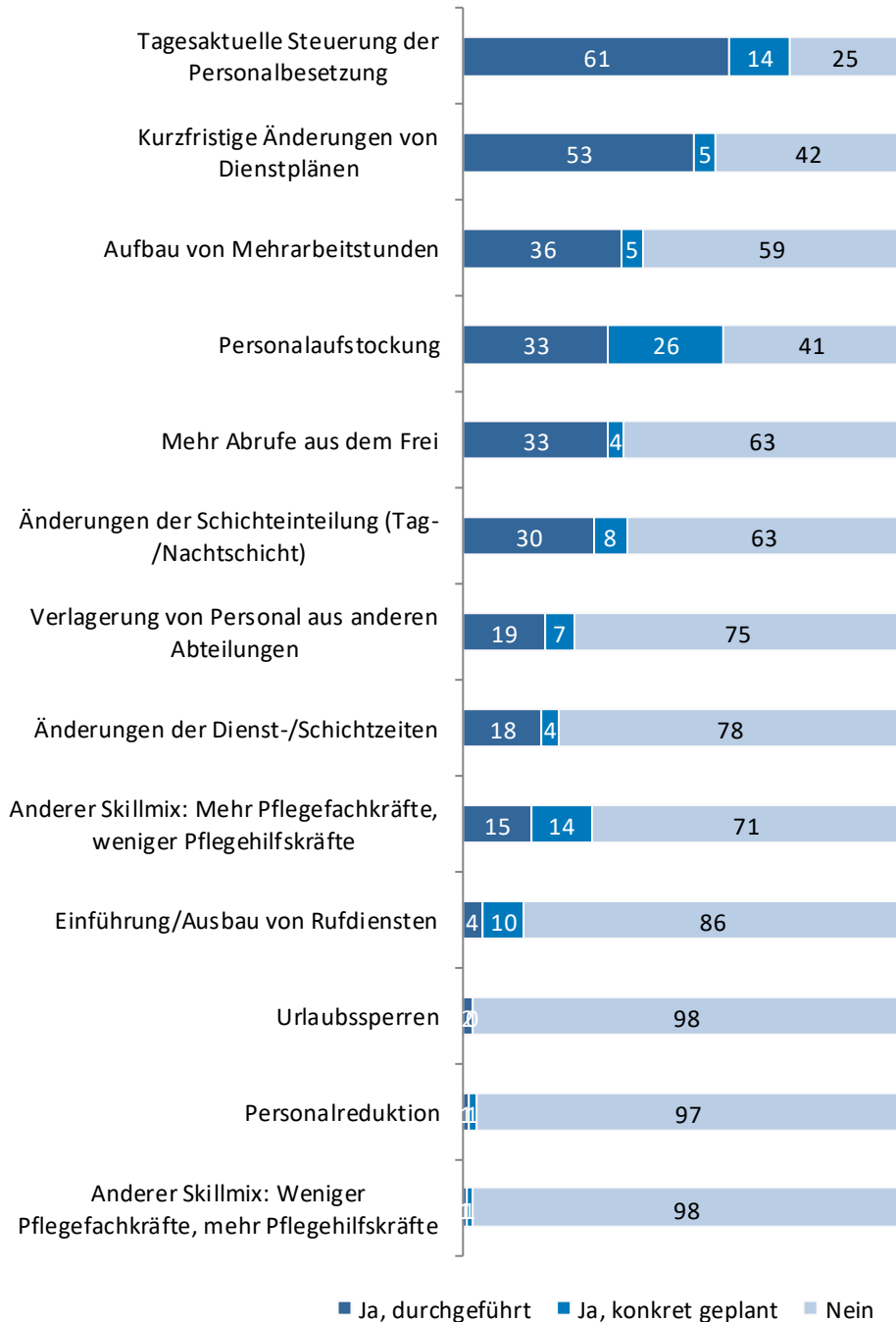
Änderungen in der Organisation des Pflegedienstes auf pflegesensitiven Allgemeinstationen
(Krankenhäuser mit pflegesensitiven Allgemeinstationen in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 13: Änderungen in der Organisation des Pflegedienstes auf pflegesensitiven Allgemeinstationen

Änderungen in der Organisation des Pflegedienstes in pflegesensitiven Intensivbereichen
(Krankenhäuser mit pflegesensitiven Intensivbereichen in %)



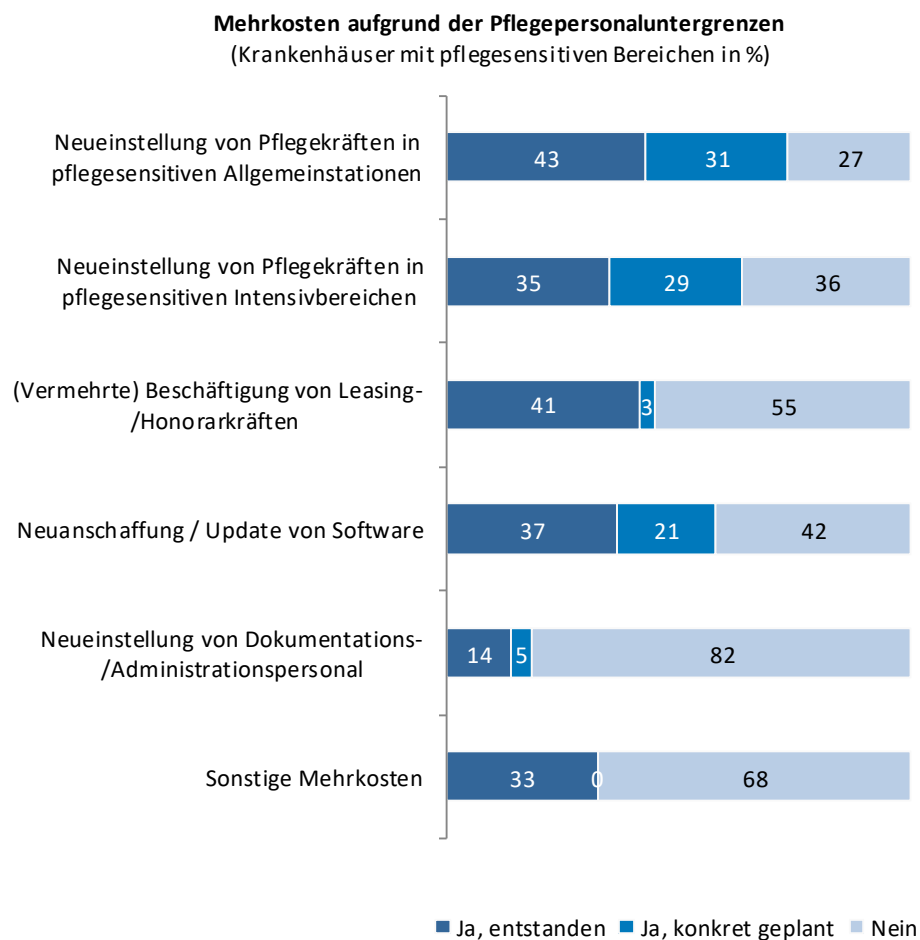
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 14: Änderungen in der Organisation des Pflegedienstes auf pflegesensitiven Intensivstationen

2.7 Mehrkosten

Über den organisatorischen Anpassungsbedarf hinaus haben die Pflegepersonaluntergrenzen in vielen Krankenhäusern auch zu Mehrkosten geführt.

So berichten 43 % der Krankenhäuser mit pflegesensitiven Allgemeinstationen bzw. 35 % der Häuser mit pflegesensitiven Intensivbereichen von Mehrkosten durch Neueinstellungen von Pflegekräften. Jeweils rund 30 % der Einrichtungen planen dies konkret.



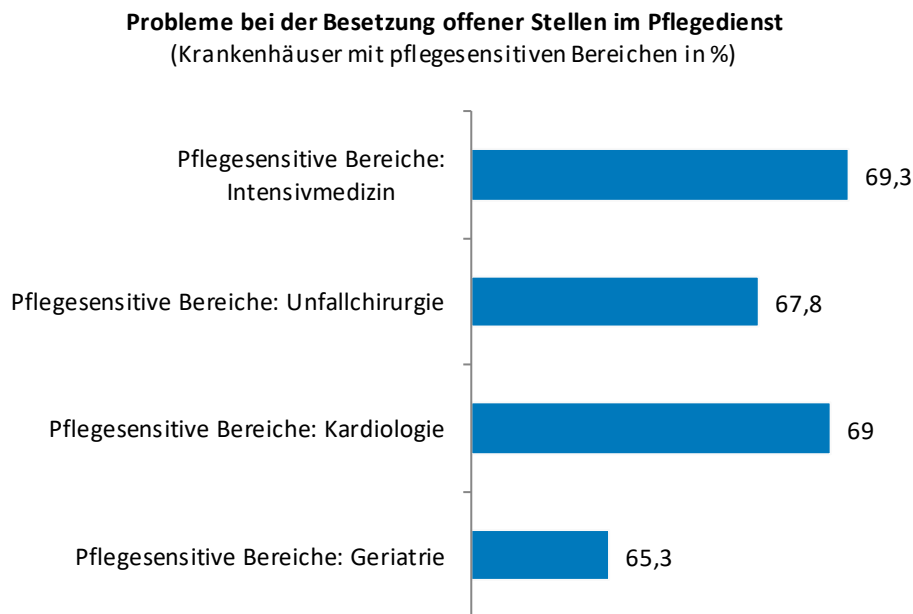
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 15: Mehrkosten aufgrund der Pflegepersonaluntergrenzen

Weitere Mehrkosten sind durch die vermehrte Beschäftigung von Leasing- oder Honorarkräften, die Neuanschaffung bzw. das Update von Software und die Neueinstellung von Dokumentations- und Administrationspersonal entstanden oder geplant (Abb. 15). Unter die sonstigen Mehrkosten fallen insbesondere Kosten für Personalschulungen, die Personalsteuerung bzw. das Personalcontrolling.

2.8 Stellenbesetzungsprobleme in pflegesensitiven Bereichen

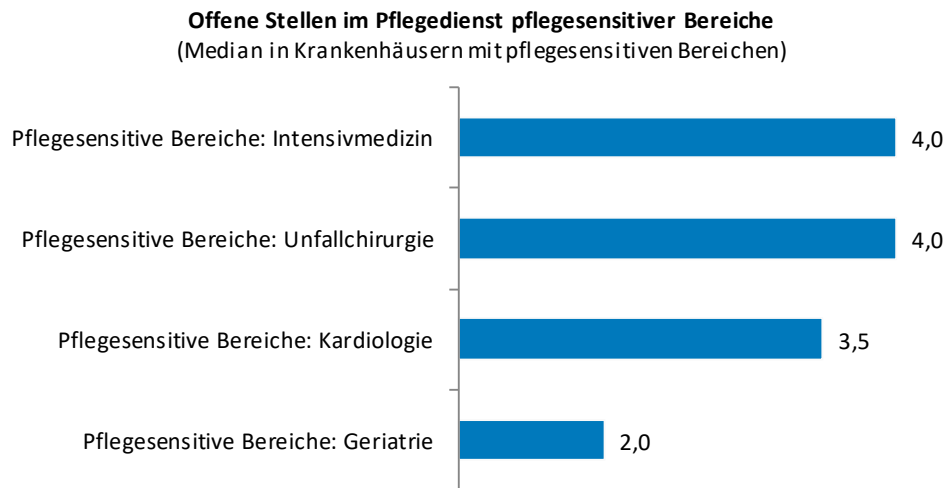
Stellenbesetzungsprobleme stellen nicht nur allgemein ein Problem im Pflegedienst der Krankenhäuser dar (vgl. Kap. 2.2, 2.3), sondern auch speziell in den pflegesensitiven Bereichen. Zum Erhebungszeitpunkt im Frühsommer 2019 hatten jeweils rund zwei Drittel der von der PpUGV betroffenen Krankenhäuser Probleme, offene Stellen in ihren pflegesensitiven Intensivbereichen bzw. auf den pflegesensitiven Allgemeinstationen der Geriatrie, Kardiologie und Unfallchirurgie zu besetzen (Abb. 16).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 16: Stellenbesetzungsprobleme in pflegesensitiven Bereichen

In den betroffenen Häusern waren im der Intensivpflege, der Unfallchirurgie und der Kardiologie im Mittel rund 4 Vollkraftstellen unbesetzt (Medianwerte). In der Geriatrie fielen die Stellenvakanzen mit zwei Vollkraftstellen je Haus niedriger aus (Abb. 17).



© Deutsches Krankenhausinstitut

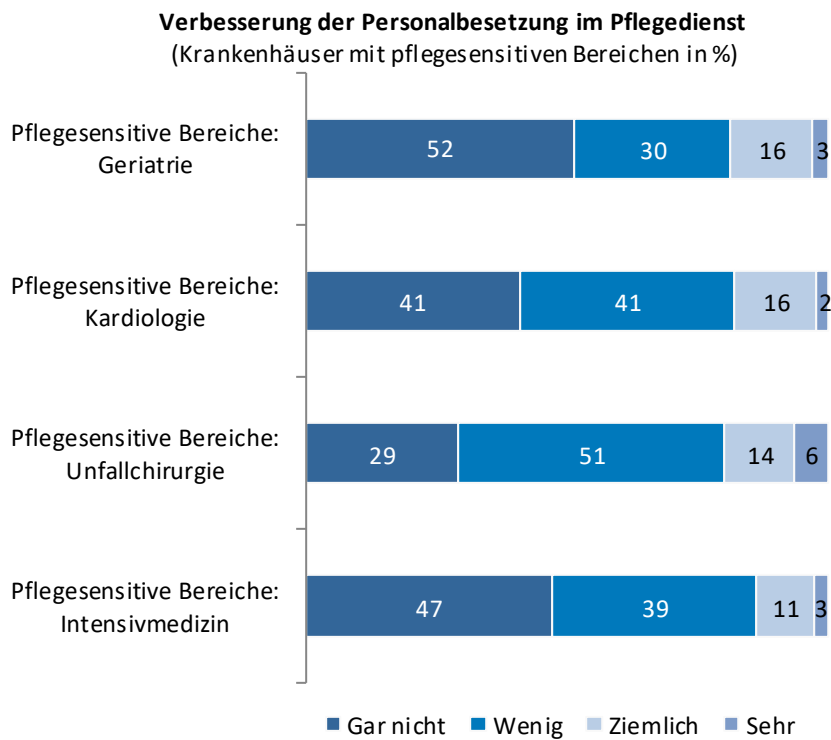
Abb. 17: Offene Stellen im Pflegedienst pflegesensitiver Bereiche

2.9 Verbesserung der Personalbesetzung

Ein zentrales Ziel der PpUGV ist die Verbesserung der Personalbesetzung im Pflegedienst der pflegesensitiven Bereiche. Abb. 18 zeigt, inwieweit den Angaben der befragten Krankenhäuser zu Folge die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen zu einer verbesserten Personalsituation in der Pflege beigetragen hat.

In Krankenhäusern mit pflegesensitiven Allgemeinstationen hat sich demnach aufgrund der PpUGV in jeweils knapp 20 % der Häuser die Personalbesetzung in der Pflege ziemlich oder sehr verbessert und in jeweils gut 80 % der Häuser gar nicht oder wenig.

Für die pflegesensitiven Intensivbereiche fallen die Ergebnisse etwas schlechter aus. Hier haben in 86 % der betroffenen Krankenhäuser die Untergrenzen gar nicht oder wenig zu einer besseren Personalbesetzung in der Intensivpflege beigetragen, bei 14 % der Häuser ziemlich oder sehr.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 18: Verbesserung der Personalbesetzung im Pflegedienst durch Pflegepersonaluntergrenzen

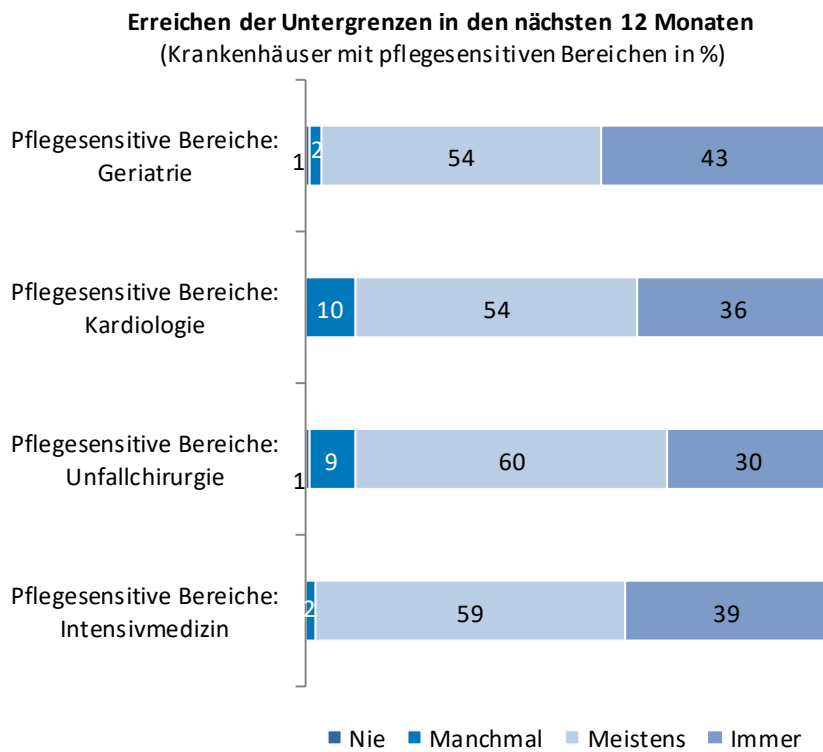
2.10 Künftige Einhaltung der Untergrenzen

Abschließend zu diesem Themenkomplex wurden die Krankenhäuser mit pflegesensitiven Bereichen um eine Einschätzung gebeten, inwieweit sie in den nächsten zwölf Monaten ab Erhebungszeitpunkt die Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt voraussichtlich erreichen werden.

Demnach geht in allen pflegesensitiven Bereichen jeweils weniger als die Hälfte der Krankenhäuser davon aus, die Untergrenzen im Monatsdurchschnitt immer einhalten zu können. Die entsprechenden Anteilswerte variieren hier zwischen 30 % (Unfallchirurgie) und 43 % (Geriatrie).

Jeweils mehr als die Hälfte der Krankenhäuser erwartet, die Pflegepersonaluntergrenzen in ihren pflegesensitiven Bereichen in den nächsten zwölf Monaten zumindest meistens zu erreichen.

Nur vergleichsweise wenige Krankenhäuser nehmen an, die Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt gar nicht oder wenig erreichen zu können. Dabei fallen die diesbezüglichen Anteilswerte in der Kardiologie und Unfallchirurgie mit jeweils knapp 10 % höher aus als in der Intensivmedizin und Geriatrie mit 2 – 3 % (Abb. 19).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 19: Erreichen der Pflegepersonaluntergrenzen in den nächsten 12 Monaten



3 Fachkräftemangel

3.1 Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst

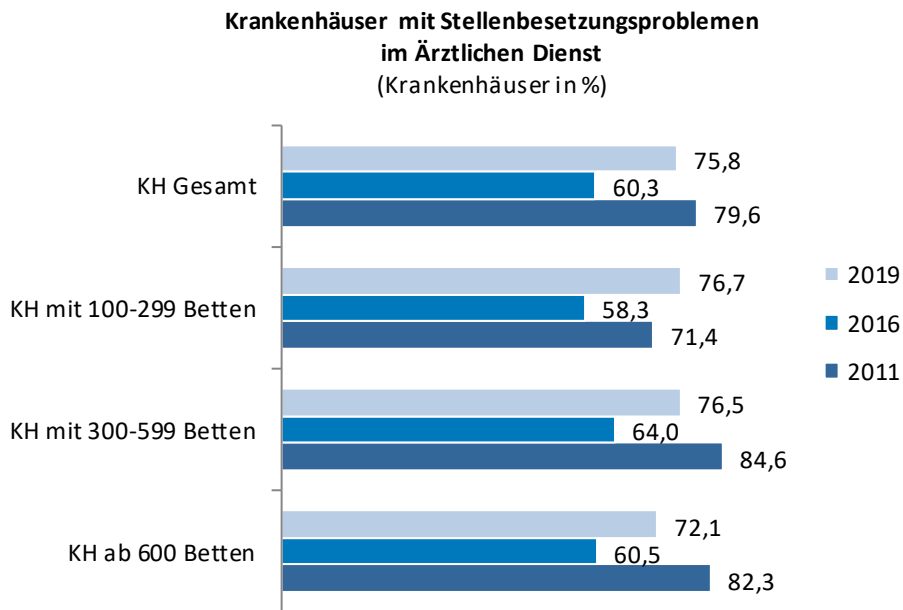
Der Fachkräftemangel bzw. Stellenbesetzungsprobleme bilden eine zentrale Herausforderung für die stationäre Krankenhausversorgung in Deutschland. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer, wie schon in den Erhebungen zum *Krankenhaus Barometer* 2011 und 2016, angeben, inwieweit es bei ihnen einen entsprechenden Fachkräftemangel bei ausgewählten Berufen gibt.

Der Fachkräftemangel wird im *Krankenhaus Barometer* also darüber gemessen, dass offene Stellen (wieder) besetzt werden sollen, aber mangels (geeigneter) Bewerber kurzfristig nicht besetzt werden können bzw. längere Zeit vakant bleiben. Aussagen dazu, inwieweit die aktuellen Stellenpläne bedarfsgerecht sind, werden – auch mangels objektiver und weitestgehend konsensfähiger Maßstäbe – somit ausdrücklich nicht getroffen.

Zunächst werden die Ergebnisse für den Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser dargestellt. Die konkrete Fragestellung lautete, inwieweit das jeweilige Krankenhaus zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2019 Probleme hatte, offene Arztstellen zu besetzen bzw. wie viele Stellen, gemessen in Vollkräften, vakant waren.

Im Frühjahr 2019 hatten 76 % der Krankenhäuser Probleme, offene Arztstellen zu besetzen. Nachdem im Zeitvergleich die Zahl der vom Ärztemangel betroffenen Krankenhäuser im Jahr 2016 noch rückläufig war, hat sie seither wieder merklich zugenommen. Nach Krankenhausgröße gab es kaum Unterschiede mit Blick auf Ausmaß und Entwicklung der Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst (Abb. 20).²

² Im *Krankenhaus Barometer* 2011 bildeten die Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten noch die Grundgesamtheit der Erhebung. Für Zeitvergleiche zwischen den Barometern 2011 und 2016 sind deswegen die *Barometer*-Ergebnisse von 2011 erneut ausgewertet worden. Konkret beziehen sich die Vergleichsergebnisse für 2011 nunmehr auf die Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten bzw. in der unteren Bettengrößenklasse auf Krankenhäuser mit 100-299 Betten. Deswegen kommt es in der unteren Größenklasse bzw. bei den Ergebnissen für die Krankenhäuser insgesamt zu leichten Abweichungen zu den im *Krankenhaus Barometer* 2011 explizit ausgewiesenen Ergebnissen (vgl. DKI, 2011). Das Gleiche gilt analog für die nachfolgend dargestellten Ergebnisse zu Stellenbesetzungsproblemen in den anderen Berufsgruppen und Diensten.



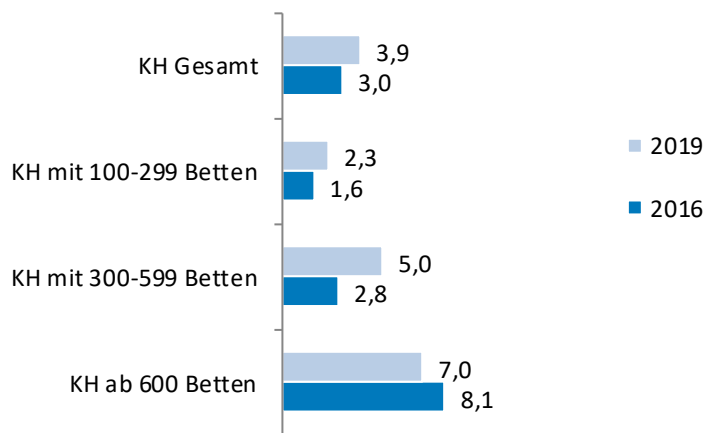
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 20: Fachkräftemangel im Ärztlichen Dienst 2011 – 2019

Im Zeitvergleich ist nicht nur die Anzahl der vom Ärztemangel betroffenen Krankenhäuser, sondern auch die Anzahl der vakanten Arztstellen dort angestiegen. Konnten die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im Ärztlichen Dienst 2016 im Mittel drei Vollkraftstellen nicht besetzen, sind es aktuell knapp 4 Stellen. Vor allem in den Krankenhäusern unter 600 Betten haben die Stellenvakanzen überproportional zugenommen, während sie in den großen Häusern leicht rückläufig sind (Abb. 21).

Rechnet man die Ergebnisse auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten hoch, konnten bundesweit rund 3.300 Vollkraftstellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzt werden. Das entspricht einem Anteilswert von gut 2 % der ärztlichen Vollkraftstellen in der genannten Grundgesamtheit insgesamt. 2016 lag die Anzahl der nicht besetzten Arztstellen noch bei 2.000 Vollkraftstellen.

Nicht besetzte Vollkraftstellen im Ärztlichen Dienst pro KH
(Mittelwerte für Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 21: Nicht besetzte Arztstellen 2016 - 2019

3.2 Stellenbesetzungsprobleme im Pflegedienst auf Allgemeinstationen

Im Pflegedienst auf den Allgemeinstationen der Krankenhäuser haben aktuell vier von fünf Krankenhäusern Probleme, offene Pflegestellen zu besetzen. Von allen untersuchten Berufsgruppen ist der Pflegedienst hier mittlerweile am stärksten von Stellenbesetzungsproblemen betroffen. Mit steigender Krankenhausgröße nimmt der Anteil der betroffenen Häuser merklich zu. So kann fast jedes Krankenhaus ab 600 Betten (95 %) derzeit offene Pflegestellen nicht besetzen (Abb. 22).

Die Stellenbesetzungsprobleme im Pflegedienst der Allgemeinstationen haben seit Beginn des Jahrzehnts dramatisch zugenommen. Im Jahr 2016 hatte gut die Hälfte der Krankenhäuser Stellenbesetzungsprobleme. 2011 lag der entsprechende Anteilswert noch bei 37 %.

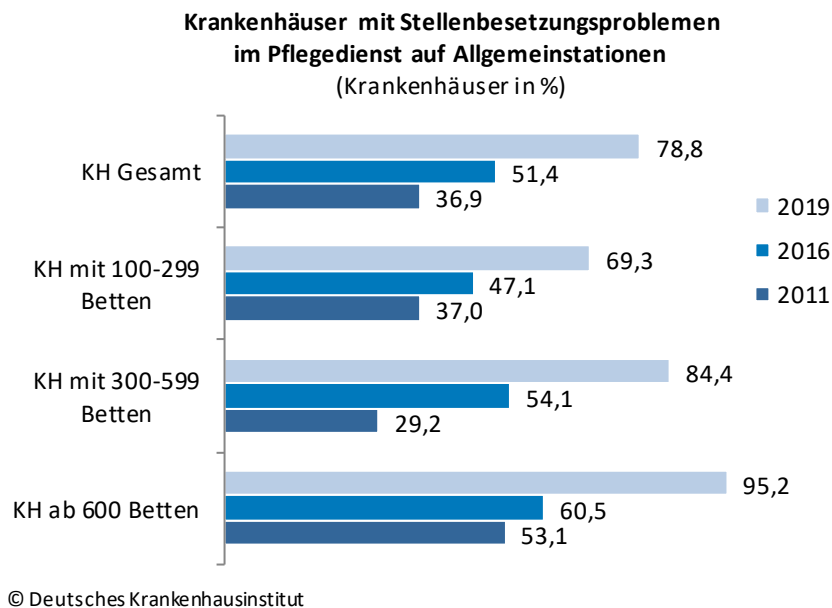


Abb. 22: Fachkräftemangel im Pflegedienst auf Allgemeinstationen 2011 bis 2019

Die von Stellenbesetzungsproblemen betroffenen Krankenhäuser konnten im Mittel rund 13 Vollkraftstellen nicht besetzen. Gegenüber 2016 (6,6 VK) haben sich die Stellenvakanzen im Pflegedienst der Allgemeinstationen damit verdoppelt. Dies gilt, relativ gesehen, auch für die beiden unteren Bettengrößenklassen. Absolut haben vor allem die Großkrankenhäuser ab 600 Betten eine deutlich überdurchschnittliche Anzahl an unbesetzten Pflegestellen (Abb. 23).

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten blieben bundesweit rund 12.000 Vollkraftstellen im Pflegedienst der Allgemeinstationen unbesetzt. Gegenüber 2016 mit rund 3.900 unbesetzter Pflegestellen entspricht dies in etwa einer Verdreifachung der offenen Stellen. Bezogen auf die Vollkraftstellen im Pflegedienst auf den Allgemeinstationen der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten insgesamt sind rund 6 % der Pflegestellen derzeit vakant.

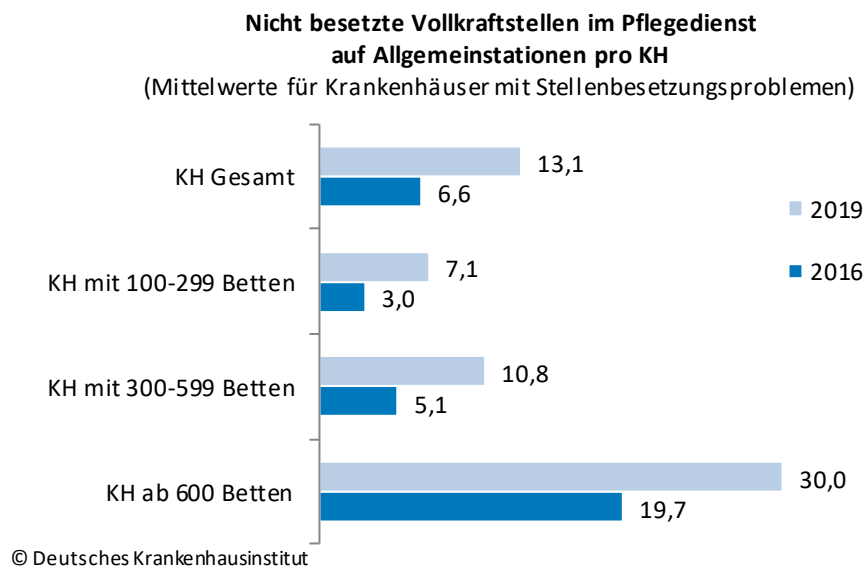


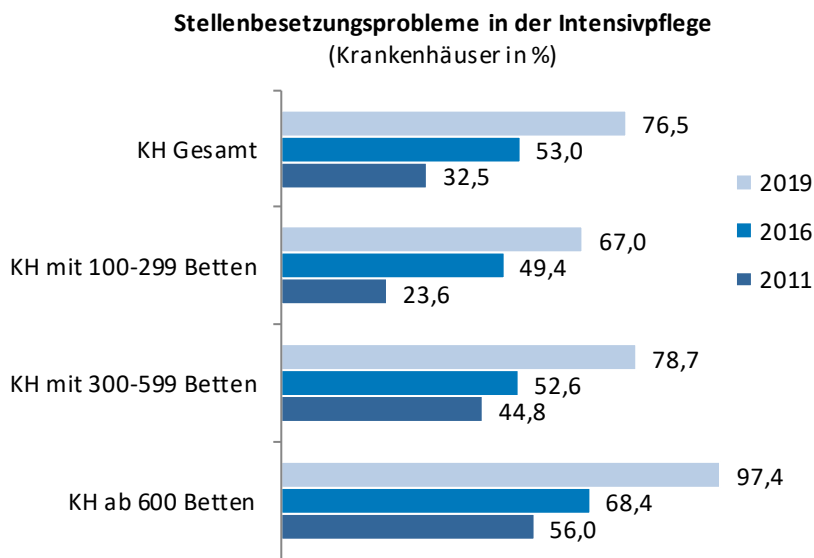
Abb. 23: Nicht besetzte Pflegestellen auf Allgemeinstationen 2016 bis 2019

3.3 Stellenbesetzungsprobleme in der Intensivpflege

Die Entwicklung der Stellenbesetzungsprobleme in der Intensivpflege entspricht weitgehend den Ergebnissen für den Pflegedienst auf Allgemeinstationen. Mittlerweile können drei Viertel der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten offene Stellen in der Intensivpflege nicht besetzen. Mit steigender Krankenhausgröße nimmt der Anteil der betroffenen Häuser merklich zu. So kann fast jedes Krankenhaus ab 600 Betten (97 %) derzeit offene Intensivpflegestellen nicht besetzen (Abb. 24).³

Der Fachkräftemangel in der Intensivpflege hat in den letzten Jahren spürbar zugenommen. Im Jahr 2016 hatte noch gut die Hälfte der Krankenhäuser Stellenbesetzungsprobleme und 2011 knapp ein Drittel.

³ Die Vergleichswerte für das Jahr 2016 stammen nicht aus dem *Krankenhaus Barometer* dieses Jahres, sondern aus einer DKI-Studie zur Personalsituation in der Intensivpflege und Intensivmedizin (Blum, 2017).

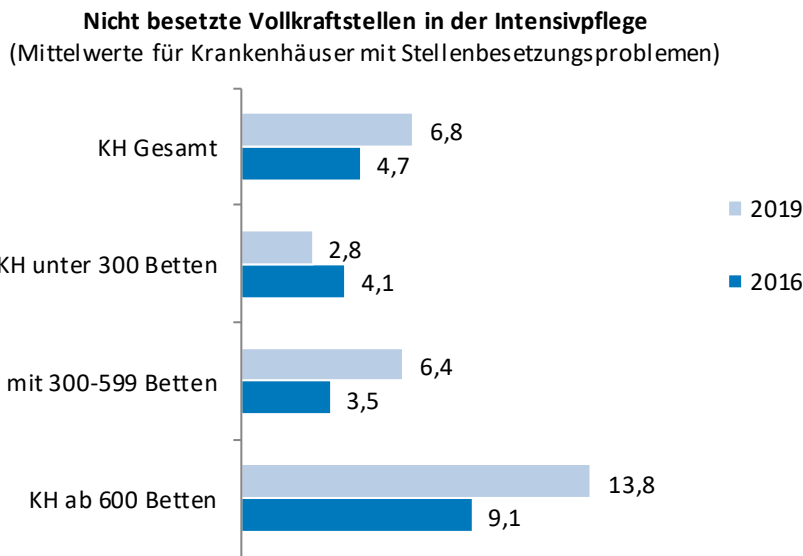


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 24: Fachkräftemangel in der Intensivpflege 2011 bis 2019

Die von Stellenbesetzungsproblemen betroffenen Krankenhäuser konnten im Mittel rund sieben Vollkraftstellen in der Intensivpflege nicht besetzen. Gegenüber 2016 (4,7 VK) haben sich die Stellenvakanzen auf den Intensivstationen damit um etwa 45 % erhöht. Nach Bettengrößenklassen betrifft dies jedoch nur die Krankenhäuser ab 300 Betten. In den kleineren Häusern unter 300 Betten ist die Anzahl der offenen Stellen in der Intensivpflege rückläufig (Abb. 25).

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten mit Intensivstationen blieben bundesweit rund 4.700 Vollkraftstellen in der Intensivpflege unbesetzt. Gegenüber 2016 mit rund 3.150 unbesetzter Intensivpflegestellen entspricht dies einem Anstieg von rund 50 %. Bezogen auf die Vollkraftstellen in der Intensivpflege der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten insgesamt sind rund 7 % der Pflegestellen derzeit vakant.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 25: Nicht besetzte Pflegestellen in der Intensivpflege 2016 – 2019

3.4 Stellenbesetzungsprobleme in therapeutischen Gesundheitsfachberufen

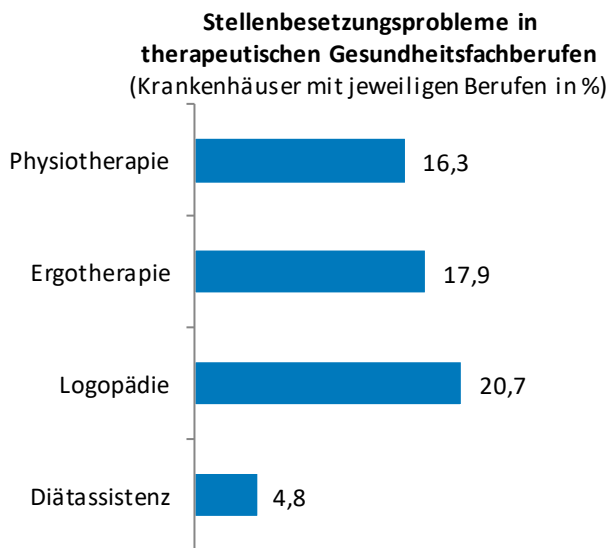
Ergänzend zum Ärztlichen und Pflegedienst wurden im aktuellen *Krankenhaus Barometer* auch Stellenbesetzungsprobleme für ausgewählte therapeutische Gesundheitsfachberufe untersucht, im Einzelnen für die Physio- und Ergotherapie, die Logopädie und Diätassistenz. Mit Ausnahme der Physiotherapie (für das Jahr 2011) liegen hier keine Vergleichswerte aus früheren Jahren vor.⁴

Abb. 26 ersichtlich, fallen die Stellenbesetzungsprobleme in den erfassten therapeutischen Berufen deutlich niedriger aus als bei Ärzten und Pflegekräften. Bezogen auf die Krankenhäuser, welche die jeweiligen Berufsgruppen vorhalten, hatten 2019 zwischen 5 % (Diätassistenz) und 21 % (Physiotherapie) Probleme, offene Stellen zu besetzen.

Im Mittel waren in den von Stellenbesetzungsproblemen betroffenen Krankenhäusern bei den Diätassistenten 0,4 Vollkraftstellen und bei

⁴ Für technische Gesundheitsfachberufe, etwa im OP oder für die MTA-Berufe, wurden Stellenbesetzungsprobleme im aktuellen Barometer nicht erhoben. Speziell für die MTA-Berufe liegen hierzu Ergebnisse aus einer aktuellen DKI-Studie zum Fachkräftemangel in MTA-Berufen vor (Blum, 2019).

Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten jeweils rund eine Vollkraftstelle unbesetzt.



© Deutsches Krankenhausinstitut

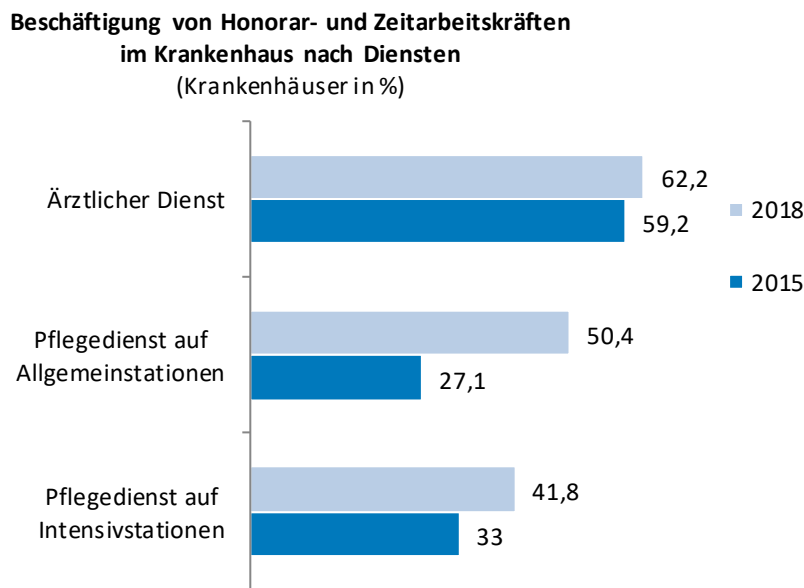
Abb. 26: Fachkräftemangel in therapeutischen Gesundheitsfachberufen

3.5 Einsatz von Honorar- und Zeitarbeitskräften

Sofern ein Krankenhaus keine (geeigneten) Bewerber für vakante Stellen findet, kann es ggf. auf Honorar- oder Zeitarbeitskräfte zurückgreifen (z. B. über Personalagenturen). Für den Ärztlichen und Pflegedienst sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit dies in ihren Häusern im Jahr 2018 der Fall war. Für diese Thematik liegen Vergleichswerte aus dem Jahr 2015 vor.

Gut 60 % der Krankenhäuser haben im Jahr 2018 Honorarärzte beschäftigt. Honorarärzte im engeren Sinne sind Ärzte, die ohne eigene Praxis bzw. ohne ein gleichzeitig bestehendes Angestelltenverhältnis gegen Honorar im Krankenhaus tätig sind. Davon zu unterscheiden sind honorarärztlich tätige Ärzte, die neben ihrer in eigener Praxis oder Tätigkeit als angestellter Arzt gegen Honorar im Krankenhaus arbeiten. Im Vergleich zum Jahr 2015 ist der Anteil der Krankenhäuser mit Beschäftigung von Honorarärzten (59 %) nahezu konstant geblieben.

In der Pflege hat jedes zweite Krankenhaus Leih- oder Zeitarbeitskräfte auf den Allgemeinstationen eingesetzt. Im Vergleich zum Jahr 2015 (27 %) hat sich deren Anteil nahezu verdoppelt. Darüber hinaus kommen in 42 % der Krankenhäuser mit Intensivstationen Leih- oder Zeitarbeitskräfte in der Intensivpflege zum Einsatz. Auch hier ist im Zeitvergleich eine Zunahme zu verzeichnen (Abb. 27).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 27: Beschäftigung von Honorar- und Zeitarbeitskräften 2015 bis 2018

Über den bloßen Einsatz von Honorar- oder Zeitarbeitskräften hinaus sollten die Befragungsteilnehmer angeben, wie viele Kräfte sie umgerechnet in Vollzeitäquivalente in ihrem Krankenhaus im Jahr 2018 im Jahresdurchschnitt beschäftigt hatten (Abb. 28). Demnach entsprach die Beschäftigung von Honorarärzten einem Stellenäquivalent von durchschnittlich 2,8 ärztlichen Vollkräften pro entsprechendes Krankenhaus. Im Vergleich zu 2015 (1,4 VK) bedeutet dies eine Verdopplung der Vollzeitäquivalente an Honorarärzten.

Im Pflegedienst von Allgemeinstationen ist die Anzahl der Leih- oder Zeitarbeitskräfte von 3,6 Vollzeitäquivalente in Jahr 2015 auf 5,5 Vollkräfte in 2018 angestiegen. In der Intensivpflege hat sich die entsprechende Anzahl von 2,1 auf 4,6 Vollzeitäquivalente mehr als verdoppelt (Abb. 28).

Vollzeitäquivalente an Honorar- und Zeitarbeitskräften
(Mittelwerte für Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen)

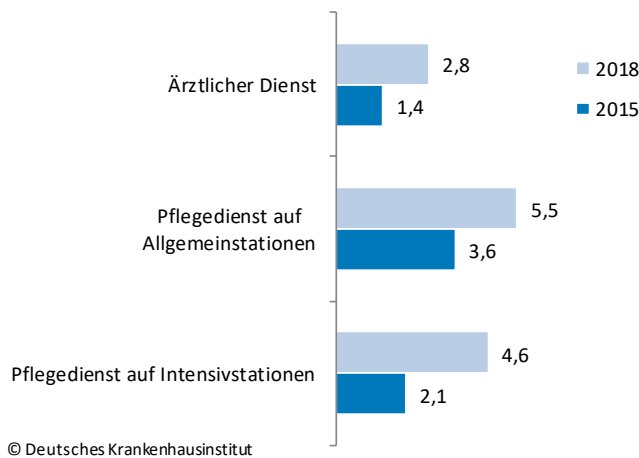
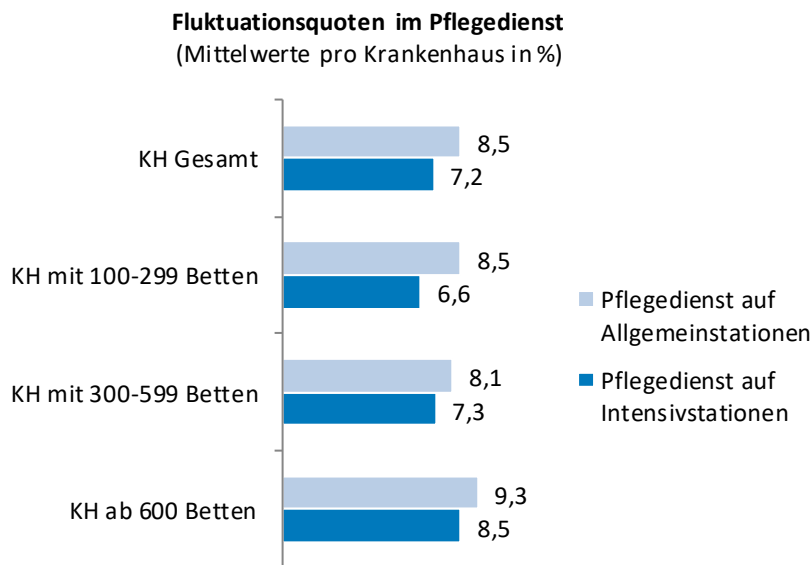


Abb. 28: Vollzeitäquivalente an Honorar- und Zeitarbeitskräften 2015 bis 2018

3.6 Fluktuationsquoten in der Pflege

Eine Ursache von Stellenbesetzungsproblemen in der Pflege bildet ggf. die Personalfluktuatation. Deswegen sollten die Krankenhäuser ihre Fluktuationsquoten im Pflegedienst von Allgemein- und Intensivstationen angeben, konkret die jeweiligen Anteile der 2018 aus dem Pflegedienst ausgeschiedenen Pflegekräfte an den Pflegekräften insgesamt (in Köpfen).

In der Intensivpflege lag die die Fluktuationsquote im Jahr 2018 danach im Durchschnitt bei 7,2 % pro Krankenhaus. Mit 8,5 % fiel die Fluktuation im Pflegedienst der Allgemeinstationen etwas höher aus. In größeren Krankenhäusern ab 600 Betten sind die Fluktuationsquoten im Pflegedienst sowohl auf den Allgemeinstationen als auch auf den Intensivstationen tendenziell höher (Abb. 29).

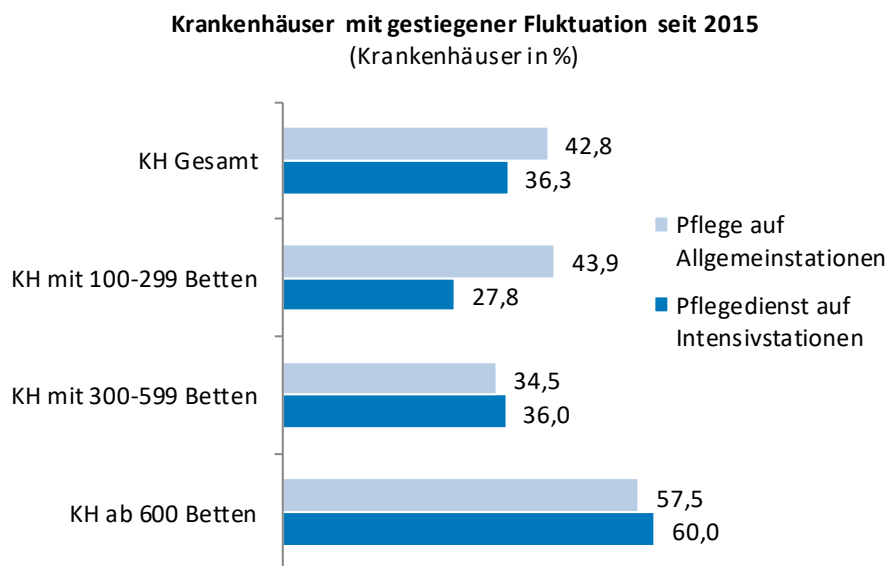


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 29: Fluktuationsquoten im Pflegedienst

Seit 2015 sind in 43 % der Krankenhäuser die Fluktuationsquoten im Pflegedienst der Allgemeinstationen gestiegen. In der Intensivpflege hat die Fluktuation bei 36 % der Krankenhäuser zugenommen. Bei den übrigen Krankenhäusern sind die Fluktuationsquoten überwiegend konstant geblieben bzw. bei jeweils 7 % der Häuser gesunken (Ergebnisse nicht dargestellt).

Nach Bettengrößenklassen fallen die Anteilswerte der Krankenhäuser mit gestiegenen Fluktuationsquoten in den großen Häusern ab 600 Betten mit jeweils rund 60 % merklich überproportional aus. In den kleinen Krankenhäusern bis 300 Betten (Intensivpflege) bzw. in der mittleren Bettengrößenklasse (Pflege auf Allgemeinstationen) ist die Entwicklung der Fluktuation dagegen unterproportional (Abb. 30).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 30: Krankenhäuser mit gesteigener Fluktuation seit 2015

3.7 Stellenbewerbungen in der Pflege

Die schwierige Personalsituation in der Pflege wird auch durch die Entwicklung der Stellenbewerbungen belegt. Seit 2015 ist die Anzahl der Bewerbungen für Stellen im Pflegedienst in der Mehrzahl der Krankenhäuser rückläufig.

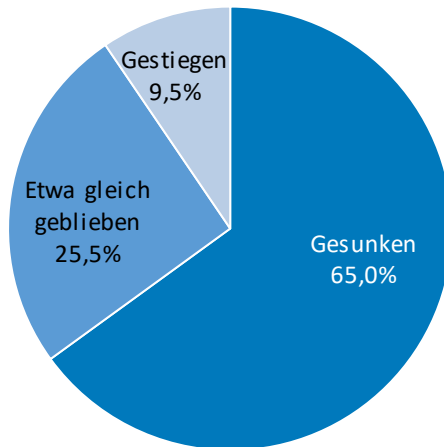
In der Intensivpflege sind die Bewerberzahlen in 65 % der Krankenhäuser gesunken. Nur in jedem zehnten Haus sind sie gestiegen. Beim Rest sind sie konstant geblieben (Abb. 31).

Noch schlechter ist die Bewerbersituation für den Pflegedienst auf Allgemeinstationen. Hier liegt der Anteil der Krankenhäuser mit rückläufigen Bewerberzahlen bei 70 %. 22 % der Befragten berichten hier konstante Bewerberzahlen und 9 % eine positive Entwicklung der Bewerbungen (Abb. 32).

Nach Bettengrößenklassen gab es keine größeren Unterschiede in der Entwicklung der Bewerberzahlen für die Intensivpflege und die Pflege auf

Allgemeinstationen (Ergebnisse nicht dargestellt). Krankenhäuser unterschiedlicher Größe sind von der schwierigen Bewerbersituation also gleichermaßen betroffen.

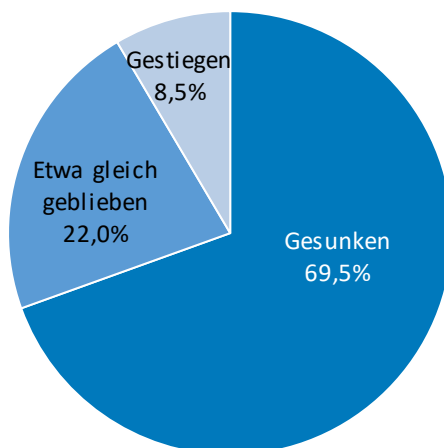
Stellenbewerbungen für die Intensivpflege seit 2015
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 31: Stellenbewerbungen für die Intensivpflege seit 2015

Stellenbewerbungen für Pflege auf Allgemeinstationen seit 2015
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 32: Stellenbewerbungen für Pflege auf Allgemeinstationen seit 2015

3.8 Mitarbeiterakquise in der Pflege

Vor dem Hintergrund der schwierigen Personalsituation in der Pflege sollten die Krankenhäuser angeben, welche Maßnahmen zur Mitarbeiterakquise im Pflegedienst sie ergreifen. Abb. 33 zeigt die Mittelwerte für die diesbezüglichen Fragestellungen.

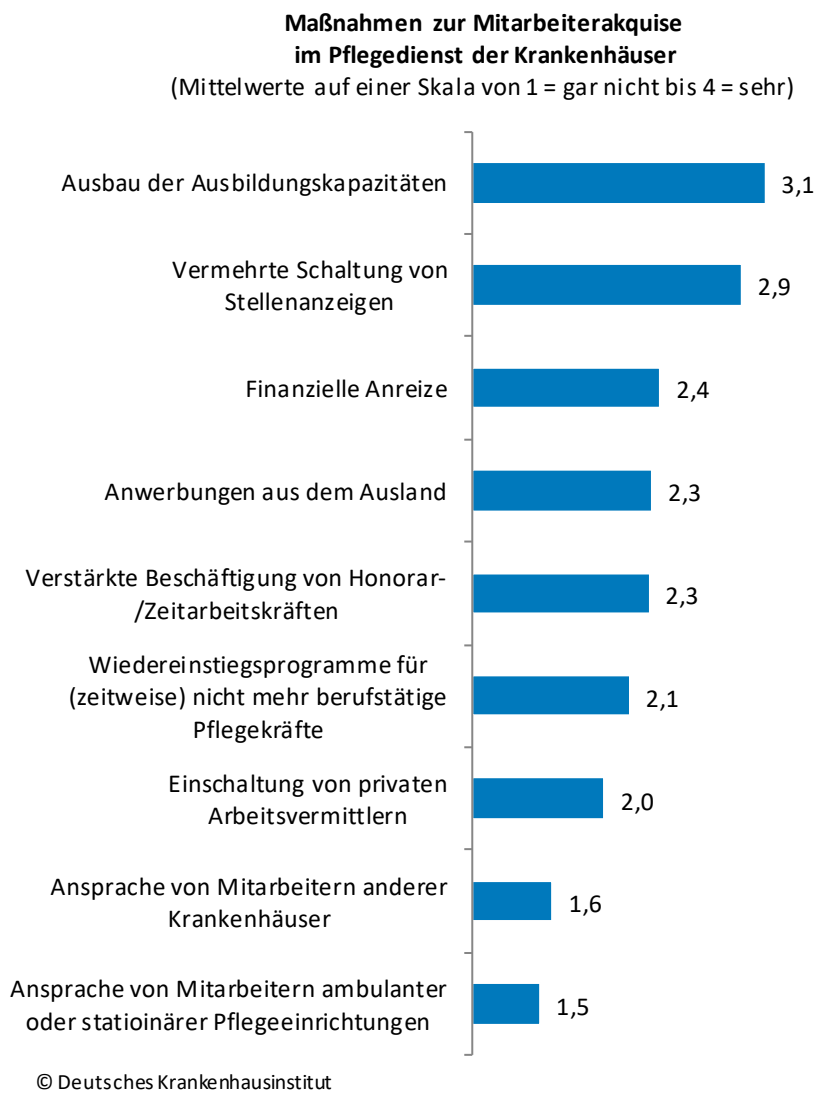


Abb. 33: Mitarbeiterakquise in der Pflege

Die mit Abstand am häufigsten durchgeführten Maßnahmen bilden der Ausbau der Ausbildungskapazitäten in der Pflege sowie die vermehrte



Schaltung von Stellenanzeigen. Diese Maßnahmen sind in jeweils drei Vierteln der Häuser sehr oder ziemlich umgesetzt.

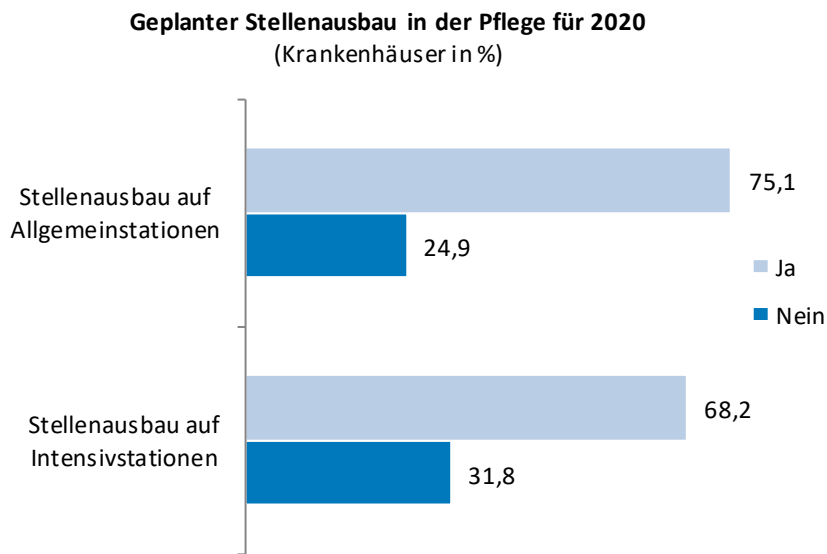
Ein Teil der Krankenhäuser nutzt zur Mitarbeiterakquise finanzielle Anreize (wie außer- und übertarifliche Zahlungen oder die Vorweggewährung von Aufstiegsstufen), Anwerbungen aus dem Ausland, die vermehrte Beschäftigung von Honorar- und Zeitarbeitskräften oder Wiedereinstiegsprogramme für (zeitweise) nicht mehr berufstätige Pflegekräfte.

Eine gezielte Ansprache von Mitarbeitern anderer Krankenhäuser oder aus ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen findet dagegen vergleichsweise selten statt.

3.9 Stellenausbau in der Pflege für 2020

Laut Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sollen 2020 die Pflegekosten aus den Fallpauschalen ausgegliedert und zusätzliche Pflegestellen vollständig refinanziert werden. Deswegen sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit sie vor diesem Hintergrund schon 2019 einen gezielten Ausbau der Pflegestellen für das kommende Jahr planen.

Demnach planen 75 % der Krankenhäuser bereits in diesem Jahr einen Stellenausbau im Pflegedienst der Allgemeinstationen. In der Intensivpflege sind es 68 % der Häuser (Abb. 34). In den großen Krankenhäusern ab 600 Betten fallen die entsprechenden Anteile mit Werten über 80 % deutlich überproportional aus, während die Ergebnisse für kleineren Einrichtungen jeweils dem Bundesdurchschnitt entsprechen (Ergebnisse nicht dargestellt).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 34: Geplanter Stellenausbau in der Pflege für 2020



4 Übergriffe auf Mitarbeiter und ihre Prävention

In deutschen Krankenhäusern und insbesondere in Notaufnahmen steigt das Konfliktpotential. Immer häufiger berichten Mitarbeiter von verbalen Übergriffen (etwa in Form von Beleidigungen, Bedrohungen, Beschimpfungen) oder körperlichen Übergriffen durch Patienten, Angehörige, Begleiter oder Besucher (z. B. Schlagen, Kratzen, Beißen, Anspucken).

Vor diesem Hintergrund wurden im *Krankenhaus Barometer* 2019 die Verbreitung von Übergriffen auf Krankenhausmitarbeiter in den Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland, ihre Ursachen und Folgen sowie die ergriffenen Präventionsmaßnahmen umfassend erhoben.

Ausdrücklich möchten wir in diesem Zusammenhang klarstellen, dass verbale und vor allem körperliche Übergriffe auf Mitarbeiter durch Patienten und Dritte die Ausnahme und nicht die Regel in den deutschen Krankenhäusern sind. Die meisten ambulanten und stationären Patienten verhalten sich respekt- und verständnisvoll gegenüber dem Krankenhauspersonal. Etwaige Konflikte zwischen Personal und Patienten werden in der Regel friedlich und einvernehmlich gelöst.

Gleichwohl sind verbale und körperliche Gewaltvorfälle, selbst wenn sie vergleichsweise selten auftreten, ein zusätzlicher und besonders schwerer Stressfaktor für das Krankenhauspersonal. Das gilt nicht nur für die unmittelbar Betroffenen, sondern auch für ihre Kollegen, die von entsprechenden Übergriffen erfahren.

4.1 Erfassung von Übergriffen

Etwa zwei von drei Krankenhäusern (64 %) erfassen standardmäßig körperliche Übergriffe von Patienten oder Dritte auf Mitarbeiter. Verbale Übergriffe werden nur in jedem dritten Krankenhaus (36 %) standardmäßig erfasst.

Unabhängig davon, ob Übergriffe standardmäßig erfasst sind oder nicht, werden sie von den Krankenhäusern in unterschiedlicher Weise dokumentiert (Abb. 35). So sind körperliche oder verbale Gewaltvorfälle in jeweils 43 % der

Einrichtungen Bestandteil eines klinikinternen CIRIS. 27 % (körperliche Gewaltvorfälle) bzw. 36 % (verbale Gewaltvorfälle) der Krankenhäuser sammeln Daten zu Patientenübergriffen in einem speziell zu diesem Zweck entwickelten Meldesystem.

Daneben kommen selbst entwickelte oder vorhandene Fragebögen zum Einsatz. Auf eine Datensammlung nur über die Meldestatistik ihrer Unfallversicherer beschränken sich 30 % (körperliche Gewaltvorfälle) bzw. 15 % (verbale Gewaltvorfälle) der Krankenhäuser.

Im Rahmen einer offenen Frage wurden als sonstige Erfassungswege von Übergriffen u. a. schriftliche Meldungen an die Krankenhausleitung, ein Verletztenmelde- oder Verbandbuch, die Patientenakte bzw. die Pflegedokumentation, die Erfassung über den Betriebsarzt oder in Einzelfällen auch Strafanzeigen genannt.

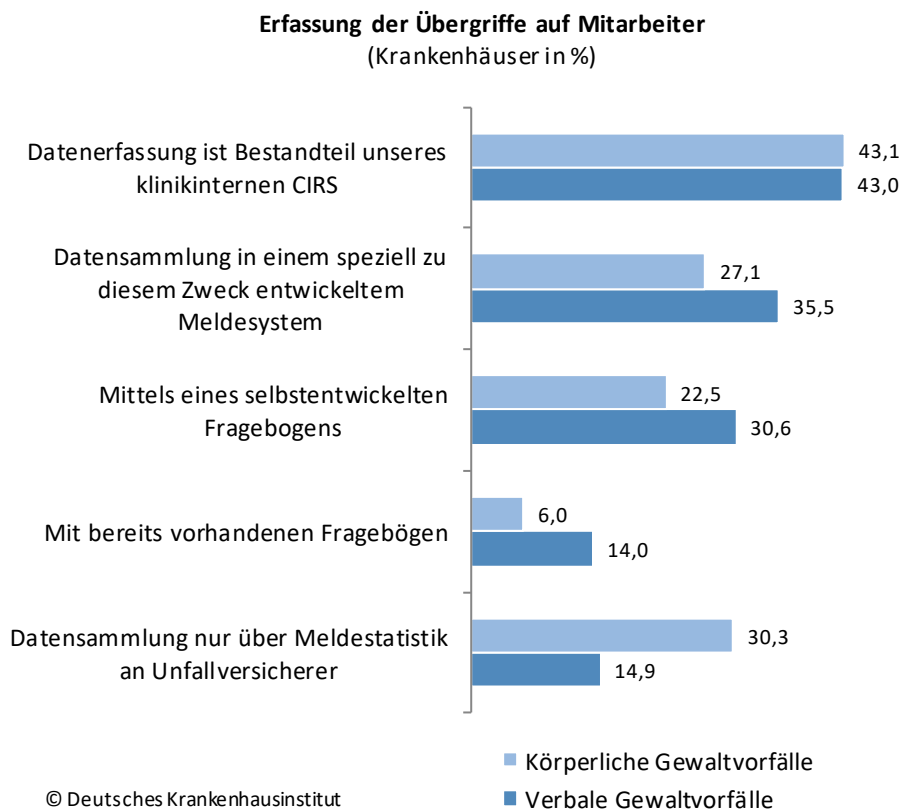


Abb. 35: Erfassung der Übergriffe auf Mitarbeiter



4.2 Häufigkeit von Übergriffen

Mit Blick auf die Häufigkeit von körperlicher oder verbaler Gewalt gegen Krankenhausmitarbeiter ist die Datenlage äußerst schwierig. Zum einen werden entsprechende Gewaltvorfälle in vielen Häusern nicht standardmäßig erfasst (vgl. Kap. 4.1). Unabhängig davon dürften erfolgte Übergriffe krankenhausesintern von den Mitarbeitern nur selektiv gemeldet oder dokumentiert werden. Insofern ist von einer erheblichen Dunkelziffer bei körperlicher oder verbaler Gewalt gegen Krankenhausmitarbeiter auszugehen. Über deren Ausmaß sind keine verlässlichen Schätzungen möglich.

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse stellen daher nur die „Spitze des Eisbergs“ dar. Mit Blick auf Übergriffe durch Patienten oder Dritte wird dabei zwischen Unfallmeldungen an die zuständige Berufsgenossenschaft (BG-Fälle) und anderweitig dokumentierten Übergriffen unterschieden.

Übergriffe auf Mitarbeiter führen vergleichsweise selten zu Unfallmeldungen bei den Berufsgenossenschaften (Tab. 2). Im Jahr 2018 wurden im Mittel knapp vier körperliche Patientenübergriffe bzw. zwei körperliche Übergriffe durch Dritte (z. B. Angehörige) gemeldet. Etwas höher fallen die Durchschnittswerte für verbale Übergriffe durch Patienten (8,8) respektive Dritte aus (6,1). Von körperlichen Übergriffen durch Patienten abgesehen, meldet mindestens jeweils die Hälfte der Krankenhäuser überhaupt keine Übergriffe an die zuständige Berufsgenossenschaft.

Tab. 2: Unfallmeldungen durch Übergriffe auf Mitarbeiter

Unfallmeldungen je Krankenhaus in 2018	Mittelwert	Perzentile		
		25%	50%	75%
Unfallmeldungen (BG-Fälle / Fälle Unfallkasse) durch körperliche Übergriffe von Patienten	3,7	0,0	2,0	4,0
Unfallmeldungen (BG-Fälle / Fälle Unfallkasse) durch körperliche Übergriffe von Dritten (z. B. Angehörige)	2,0	0,0	0,0	1,3
Unfallmeldungen (BG-Fälle / Fälle Unfallkasse) durch verbale Übergriffe von Patienten	8,8	0,0	0,0	4,0
Unfallmeldungen (BG-Fälle / Fälle Unfallkasse) durch verbale Übergriffe von Dritten (z. B. Angehörige)	6,1	0,0	0,0	0,0

Über die BG-Fälle hinaus fallen die dokumentierten Häufigkeiten für weitere Übergriffe merklich höher aus (Tab. 3). Danach wurden 2018 im Durchschnitt rund 18 körperliche Übergriffe bzw. 25 verbale Übergriffe von Patienten dokumentiert. Die entsprechenden Durchschnittswerte für die Übergriffe durch Dritte liegen bei rund sechs körperlichen Übergriffen bzw. bei knapp 14 verbalen Übergriffen.

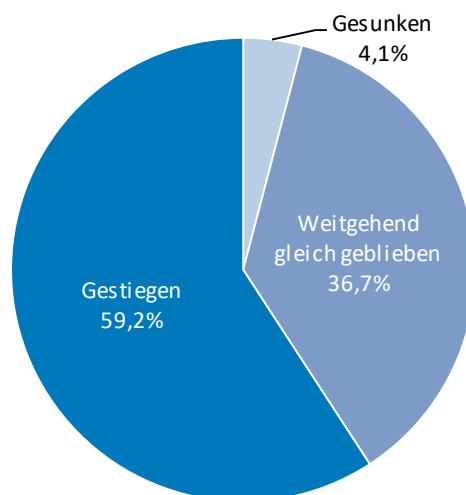
Tab. 3: Weitere dokumentierte Übergriffe auf Mitarbeiter

Weitere Übergriffe je Krankenhaus in 2018	Mittelwert	Perzentile		
		25%	50%	75%
Weitere dokumentierte körperliche Übergriffe von Patienten (ohne BG-Fälle)	17,8	1,8	5,0	16,8
Weitere dokumentierte körperliche Übergriffe von Dritten (ohne BG-Fälle)	6,3	0,0	0,0	5,8
Weitere dokumentierte verbale Übergriffe von Patienten (ohne BG-Fälle)	24,9	2,0	10,0	30,0
Weitere dokumentierte verbale Übergriffe von Dritten (ohne BG-Fälle)	13,8	0,0	4,0	12,3

Addiert man die jeweiligen Mittelwerte für die BG-Fälle und weitere dokumentierte Übergriffe, dann gab es im Jahr 2018 in Summe rund 83 körperliche oder verbale Gewaltvorfälle pro Krankenhaus und Jahr bzw. ca. 1,6 Vorfälle pro Woche. Dabei handelt es sich ausschließlich um erfasste Übergriffe ohne die eingangs erwähnte erhebliche „Dunkelziffer“ bei körperlicher oder verbaler Gewalt gegen Krankenhausmitarbeiter.

Über die Quantifizierung von Übergriffen hinaus sollten die Krankenhäuser auch eine Einschätzung zu ihrer Entwicklung im Zeitablauf geben. Demnach gehen die Befragungsteilnehmer mehrheitlich von einer Zunahme körperlicher oder verbaler Übergriffe auf ihre Mitarbeiter aus (Abb. 36). In 59 % der Krankenhäuser sind Übergriffe in den letzten fünf Jahren gestiegen. Lediglich in 4 % der Häuser sind sie gesunken. Beim Rest sind sie gleich geblieben.

Wie hat sich die Anzahl der Übergriffe von Patienten, Angehörigen, Begleitern oder Besuchern gegenüber Ihren Mitarbeitern in den letzten fünf Jahren entwickelt?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 36: Entwicklung der Übergriffe in den letzten fünf Jahren

4.3 Betroffene Personalgruppen und Bereiche

Nach Personalgruppen ist das Pflegepersonal deutlich überproportional von Übergriffen durch Patienten und Dritte betroffen. In 32 % der Krankenhäuser ist der Pflegedienst häufig und in 61 % der Häuser gelegentlich Opfer von Übergriffen.

Zum Vergleich: Der Ärztliche Dienst ist in 4 % der Krankenhäuser häufig, in 71 % der Häuser gelegentlich von Übergriffen betroffen. Noch seltener sind Übergriffe auf Angehörige sonstiger Berufsgruppen, etwa aus dem Funktionsdienst oder Medizinisch-technischen Dienst (Abb. 37).

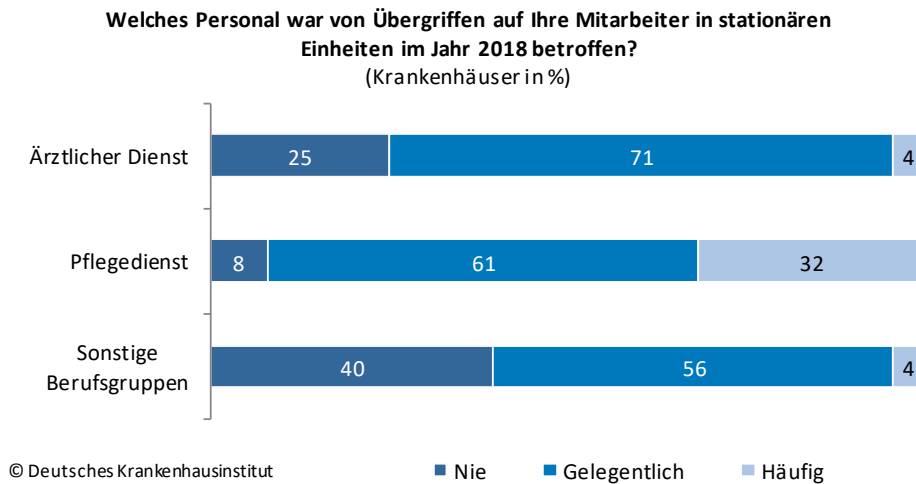


Abb. 37: Von Übergriffen betroffenes Personal

Im Rahmen einer offenen Frage nach Stationen oder Bereichen, wo vorwiegend Übergriffe gegenüber Mitarbeitern auftreten, wurde mit Abstand am häufigsten die Notfallambulanz genannt (vgl. auch Kap. 4.5).

Weitere Nennungen betrafen überproportional vor allem die psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern, die Intensivstationen und den Empfang oder die Pforte. Insgesamt sind also Mitarbeiter in patientennahen Bereichen außerhalb der somatischen Allgemein- oder Normalstationen am stärksten von körperlichen und verbalen Übergriffen durch Patienten oder Dritte betroffen.

Unter den somatischen Allgemein- oder Normalstationen weisen die Fachabteilungen für Geriatrie, Innere Medizin und Neurologie die häufigsten Nennungen für Gewaltvorfälle gegenüber Krankenhausmitarbeitern auf.



4.4 Präventive Maßnahmen im Krankenhaus

Zum Umgang mit und zur Prävention von Patientenübergriffen gegenüber Mitarbeitern setzten die Krankenhäuser zahlreiche Maßnahmen um (Abb. 38). Die drei häufigsten Maßnahmen bilden die Umsetzung baulicher und technischer Maßnahmen, z. B. Zutrittskontrollen oder Videoüberwachung (75 %), Deeskalationstrainings für Mitarbeiter besonders betroffener Stationen (74 %) sowie Seminare zum professionellen Umgang mit Gewalt und Aggression für Mitarbeiter besonders betroffener Stationen (71 %).

Weitere Präventionsmaßnahmen sind u. a. klinikinterne Handlungsempfehlungen bzw. Leitlinien zum Umgang mit aggressiven Patienten (56 %) oder körperlichen und verbalen Übergriffen (50 %) sowie regelmäßige Fallbesprechungen im multiprofessionellen Team unter Einbeziehung der Pflege (32 %).

Sind Mitarbeiter bereits konkret Opfer von Patientenübergriffen geworden, werden ihnen gezielt individuelle Unterstützungsangebote offeriert. Dazu zählen etwa psychologische Unterstützung zur psychischen Bewältigung von Übergriffen (58 %) oder Nachsorge- und Hilfsangebote nach Übergriffen (54 %).

Darüber hinaus setzt etwa jedes dritte Krankenhaus (36 %) bereits Sicherheitspersonal ein, um seine Mitarbeiter vor körperlichen und verbalen Übergriffen von Patienten, Angehörigen, Begleitern und Besuchern zu schützen.

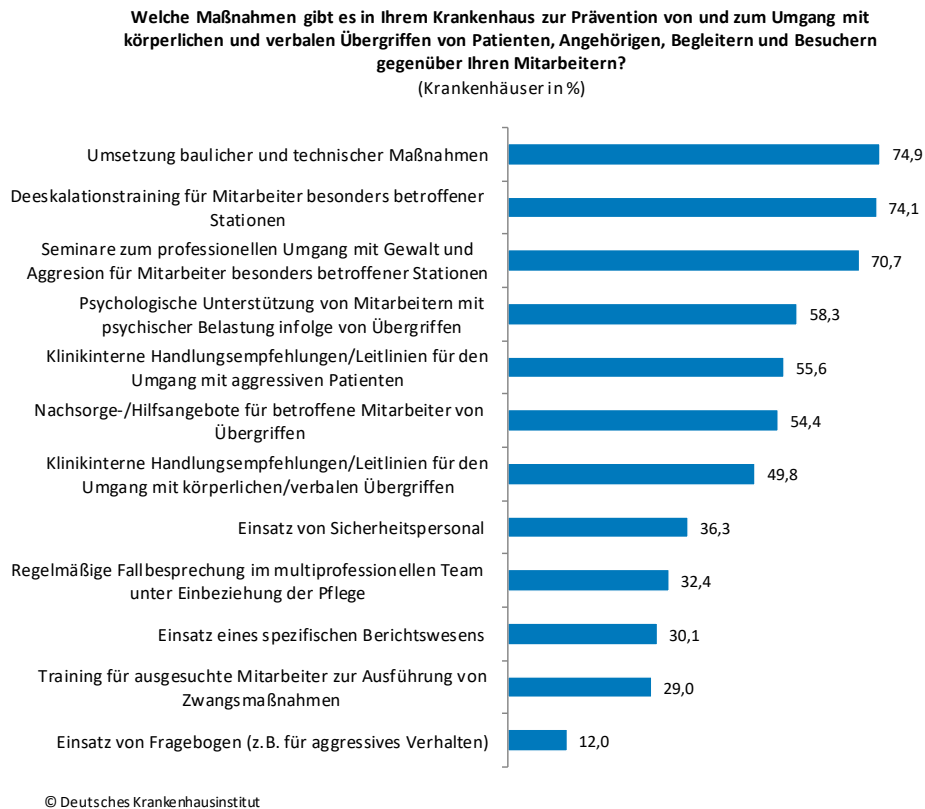
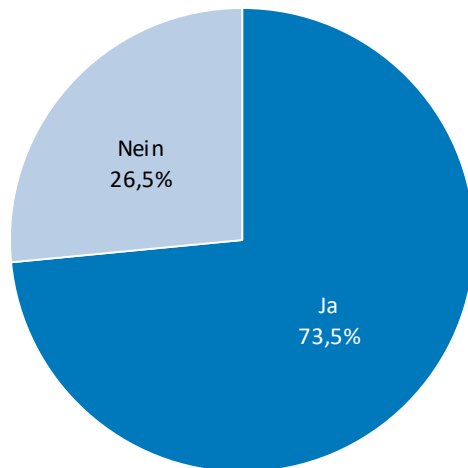


Abb. 38: Prävention von Übergriffen im Krankenhaus

4.5 Übergriffe auf Mitarbeiter in Notfallambulanzen

Körperliche oder verbale Gewalt gegen Krankenhausmitarbeiter tritt gehäuft in den Notfallambulanzen auf. Drei von vier Krankenhäusern (73 %) berichten, dass es speziell hier zu Übergriffen auf das Ambulanzpersonal durch Patienten oder Dritte kommt (Abb. 39).

Treten körperliche und verbale Übergriffe von Patienten, Angehörigen, Begleitern und Besuchern gegenüber Ihren Mitarbeitern speziell in der / den Notfallambulanz/en auf?
(Krankenhäuser in %)

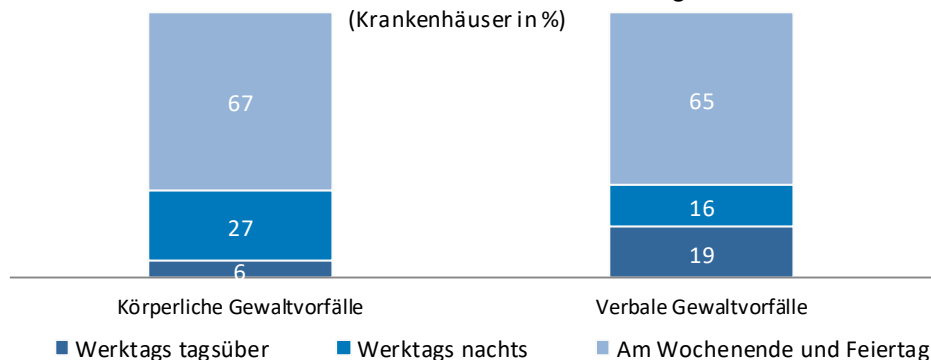


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 39: Übergriffe auf Mitarbeiter in Notfallambulanzen

Ergänzend wurde hier nach den Zeitpunkten von Übergriffen auf das Ambulanzpersonal gefragt (Abb. 40). Danach treten in jeweils zwei von drei Kliniken körperliche und verbale Gewaltvorfälle überproportional an Wochenend- und Feiertagen auf. An Werktagen kommt es nachts häufiger als tagsüber zu körperlicher Gewalt und etwa genauso oft zu verbaler Gewalt wie tagsüber. Insofern ist die Lage in den Notfallambulanzen vor allem in den sprechstundenfreien Zeiten der niedergelassenen Ärzte besonders kritisch.

Wann treten körperliche und wann verbale Gewaltvorfälle durch Patienten oder Dritte in der Notaufnahme am häufigsten auf?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 40: Zeitpunkte von Übergriffen in Notfallambulanzen



4.6 Präventive Maßnahmen in Notfallambulanzen

Analog zu den Präventionsmaßnahmen für das Krankenhaus insgesamt wurden die Teilnehmer auch zur Prävention von Übergriffen gegen Mitarbeiter speziell in den Notfallambulanzen befragt (Abb. 41).

Die Rangfolge der Maßnahmen ist näherungsweise vergleichbar mit den Präventionsmaßnahmen für das Krankenhaus insgesamt (vgl. Kap. 4.4). Die vorherrschenden Maßnahmen sind auch in den Notfallambulanzen Deeskalationstrainings für das betroffene Personal und baulich-technische Sicherheitsmaßnahmen wie Videoüberwachung oder Zutrittskontrollen.

Daneben offerieren die Krankenhäuser dem Ambulanzpersonal weitere Schulungs- und Trainingsmaßnahmen sowie den von Gewaltvorfällen betroffenen Mitarbeitern diverse Nachsorge- und Unterstützungsangebote. Auch klinikinterne Handlungsempfehlungen oder Leitlinien kommen teilweise zum Einsatz. In jeder vierten Notfallambulanz wird zudem Sicherheitspersonal eingesetzt.

Auffallend ist gleichwohl, dass die genannten Präventionsmaßnahmen in den Notfallambulanzen weniger verbreitet sind als in den vollstationären Krankenhausbereichen, obwohl körperliche und verbale Gewaltvorfälle überproportional in den Notfallambulanzen auftreten.

Welche Maßnahmen ergreifen Sie von und zum Umgang mit körperlichen und verbalen Übergriffen von Patienten, Angehörigen, Begleitern und Besuchern gegenüber Ihren Mitarbeitern speziell in der / den Notfallambulanz/en?

(Teilnehmer in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 41: Prävention von Übergriffen in Notfallambulanzen

4.7 Ursachen von Übergriffen auf Mitarbeiter

Gefragt nach den üblicherweise erkennbaren Ursachen für Patientenübergriffe gegenüber Krankenhausmitarbeitern, wurden überproportional drei Aspekte genannt (Abb. 42). Hauptursachen von körperlichen und verbalen Gewaltvorfällen sind demnach der besondere Zustand des Patienten (etwa bedingt durch Schmerzen oder Alkohol), ein spezielles Patientengut (z. B. Patienten mit Schizophrenie oder Demenz) und zu lange Wartezeiten im Krankenhaus (etwa bei der Aufnahme oder in den Funktionsbereichen).

Daneben können aus Sicht der Krankenhäuser schwierige Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung wie ein hohes Patientenaufkommen, das Verschieben diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen

und der Fachkräftemangel, aber auch Konflikte mit Mitpatienten Aggressionen und Gewalt gegenüber den Mitarbeitern begünstigen.

Keine erkennbaren Ursachen für aggressive Vorfälle mit Patienten scheinen dagegen der Anteil an Klinikmitarbeitern mit geringer Berufserfahrung sowie der Fortbildungsstand der Mitarbeiter im Bereich von Deeskalation und Umgang mit Aggressionen zu sein.

Als vereinzelt auftretende sonstige Ursachen wurden im Rahmen einer offenen Frage eine hohe Anspruchshaltung oder ein hohes Aggressionspotenzial einiger Patienten, Sprachbarrieren bei Patienten mit Migrationshintergrund sowie speziell in der Notfallambulanz die Abweisung von Patienten genannt.

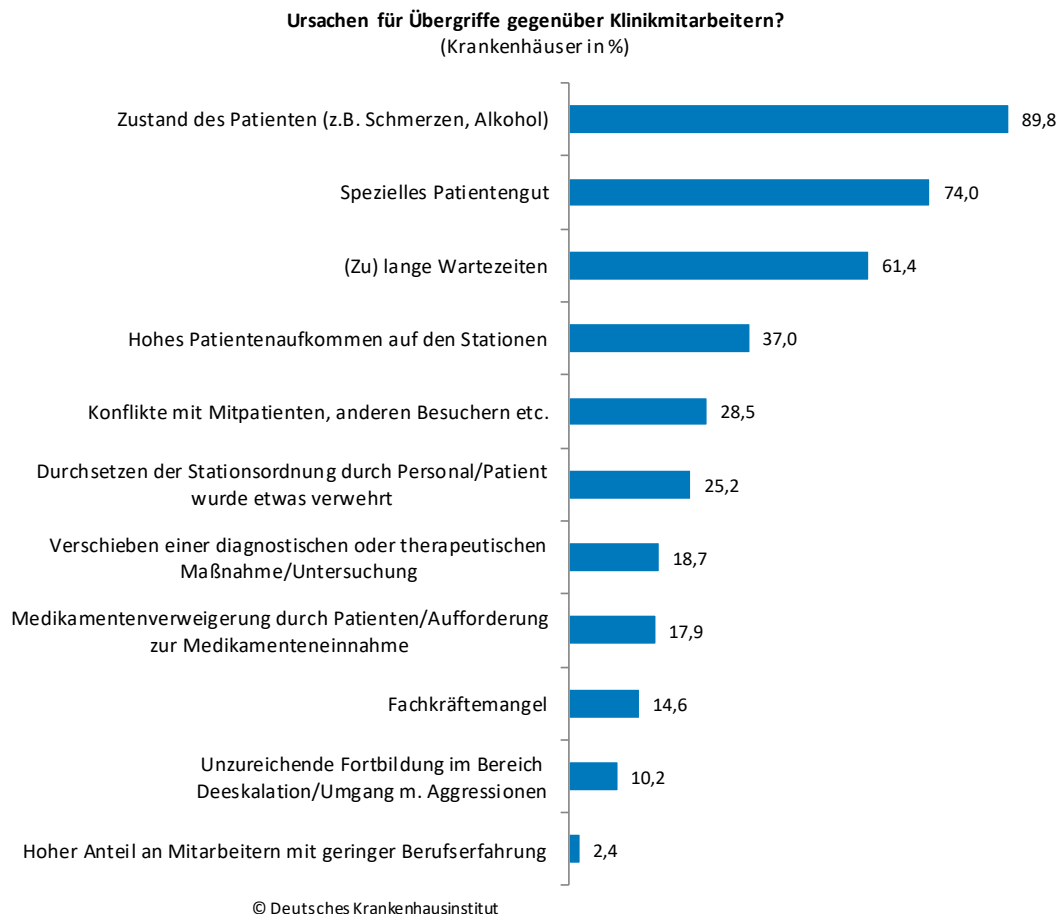


Abb. 42: Ursachen von Übergriffen auf Mitarbeiter



4.8 Folgen von Übergriffen auf Mitarbeiter

Die maßgebliche Folge von Übergriffen sind merkliche psychische Belastungen der betroffenen Mitarbeiter (z. B. durch Schock, Angstgefühle, Niedergeschlagenheit). In 76 % der befragten Krankenhäuser kommt dies gelegentlich und bei 8 % häufig vor.

In jeweils rund 60 % der Häuser beenden betroffene Mitarbeiter gelegentlich den Dienst vorzeitig oder begeben sich teilweise auch in ärztliche Behandlung. In jedem zweiten Haus ist Arbeitsunfähigkeit Folge von körperlichen oder verbalen Gewaltvorfällen (Abb. 43).

Des Weiteren kommt es durch körperliche Gewalt gegenüber Mitarbeitern auch zu körperlichen oder Sachschäden. So berichten 8 % der Krankenhäuser von häufigen und 66 % gelegentlich von geringen physischen Schäden ihrer Mitarbeiter infolge von Übergriffen (etwa Hämatome, Kratz- oder Bisswunden). In etwa gleich häufig treten Sachschäden ohne Körperschäden auf (z. B. zerstörte Brille oder Kleidung).

Große physische Schäden (z. B. Knochenbrüche, Bewusstlosigkeit) kommen in 13 % der befragten Einrichtungen gelegentlich vor. Sachschäden ohne Personenbeteiligung, die ggf. aber auch die Arbeitssicherheit gefährden können, gibt es zumindest gelegentlich in 39 % der Krankenhäuser.

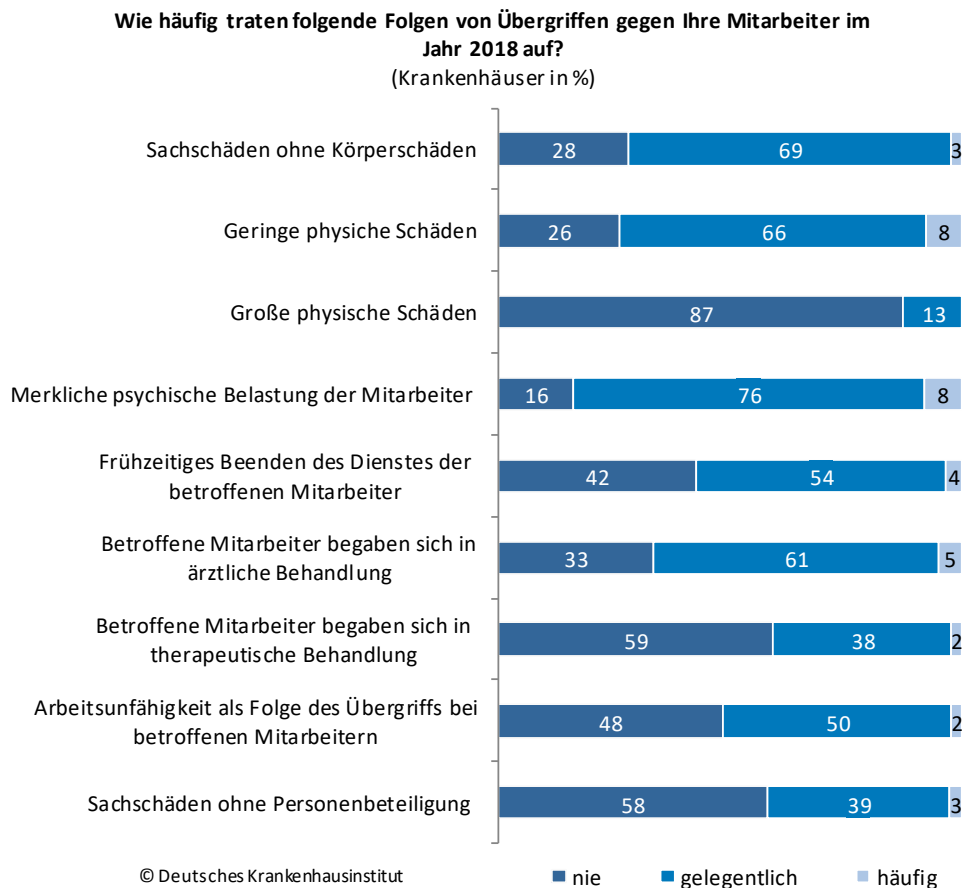


Abb. 43: Folgen von Übergriffen auf Mitarbeiter

Über die unmittelbaren und mittelbaren Folgen für die betroffenen Krankenhausmitarbeiter hinaus verursachen Gewaltvorfälle auch zusätzliche Kosten in den Krankenhäusern. Neben den Kosten für krankheitsbedingte Ausfallzeiten oder den Schadenersatz bei Sachschäden betrifft dies auch Kosten für Sicherheitspersonal. Wie oben erwähnt, kommt bereits in jedem dritten Krankenhaus Sicherheitspersonal zum Schutz von Mitarbeitern, Patienten und Sachgütern zum Einsatz (vgl. Kap. 4.4).

Die entsprechenden Kosten haben in den letzten fünf Jahren tendenziell zugenommen (Abb. 44). Zwar hat die Hälfte der befragten Krankenhäuser in diesem Zeitraum keine nennenswerten Kosten für Sicherheitspersonal aufgrund von Übergriffen auf Mitarbeiter gehabt. In 28 % der Häuser sind die Kosten für Sicherheitspersonal jedoch gestiegen und in kaum einem Haus gesunken.

Wie haben sich die Kosten für Sicherheitspersonal in Ihrer Klinik zur Vermeidung von Übergriffen von Patienten, Angehörigen, Begleitern oder Besuchern gegenüber Ihren Mitarbeitern in den letzten fünf Jahren entwickelt?
(Krankenhäuser in %)

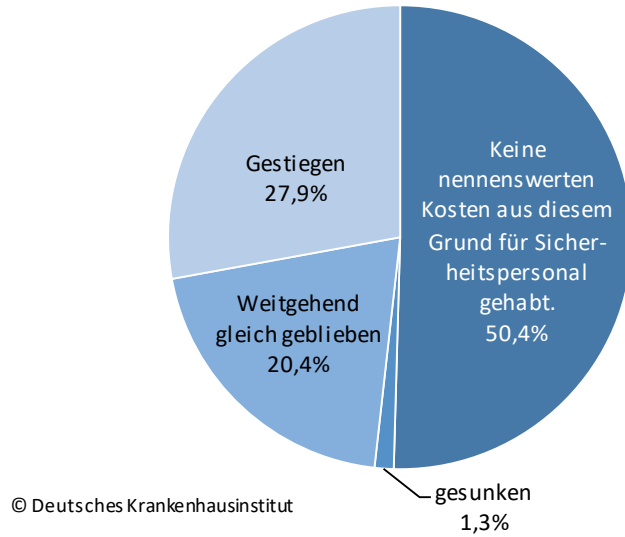


Abb. 44: Entwicklung der Kosten für Sicherheitspersonal



5 Klagewelle der Krankenkassen

Das Bundessozialgericht hat in zwei Urteilen zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (Urteil vom 19. Dezember 2017, Az.: B 1 KR 19/ 17 R) und zur neurologischen Komplexbehandlung (Urteil vom 19. Juni 2018, Az.: B 1 KR 38/ 17 R) Feststellungen getroffen und Auslegungen vorgenommen, die vorher nicht oder nicht in diesem Umfang aus den Abrechnungsregeln der betroffenen OPS-Kodes ersichtlich waren. Die Urteile des Bundessozialgerichts haben dazu geführt, dass sich viele Krankenkassen veranlasst sahen, das Vorliegen der in den entsprechenden OPS-Kodes geforderten Abrechnungsvoraussetzungen bis zu vier Jahre rückwirkend zu prüfen.

Folge war eine erhebliche Zunahme der Zahl von MDK-Prüfungen sowie der Aufrechnungen von noch offenen Rechnungen mit schon abgeschlossenen Fällen seitens der Krankenkassen. Den dadurch entstehenden Liquiditätsproblemen der Krankenhäuser versuchte der Gesetzgeber durch zwei Regelungen im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11. Dezember 2018 entgegenzusteuern:

- Die Verjährungsfrist gegenseitiger Vergütungs- und Erstattungsansprüche wurde von vier auf zwei Jahre verkürzt.
- Die Geltendmachung von Altforderungen zu Lasten der Krankenhäuser wurde ausgeschlossen, sofern sie vor dem Stichtag vom 1. Januar 2017 entstanden sind und nicht bis zum 9. November 2018 gerichtlich geltend gemacht wurden.

Allerdings führte gerade der letzte Punkt zu einer deutlichen Verschärfung der Situation. Die Krankenkassen sahen sich jetzt veranlasst, zur Sicherung ihrer Ansprüche zahlreiche Klagen gegen Krankenhäuser bei den Sozialgerichten einzureichen.

Unter Vermittlung von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn wurde am 6. Dezember 2018 vom GKV-Spitzenverband, den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Gemeinsame Empfehlung zu den Klagefällen und Aufrechnungen verabschiedet. Im Interesse der Herstellung von Rechtsfrieden und



Planungssicherheit sowie der Gewährleistung der Versorgungssicherheit wurde den Krankenkassen folgendes empfohlen zu prüfen:

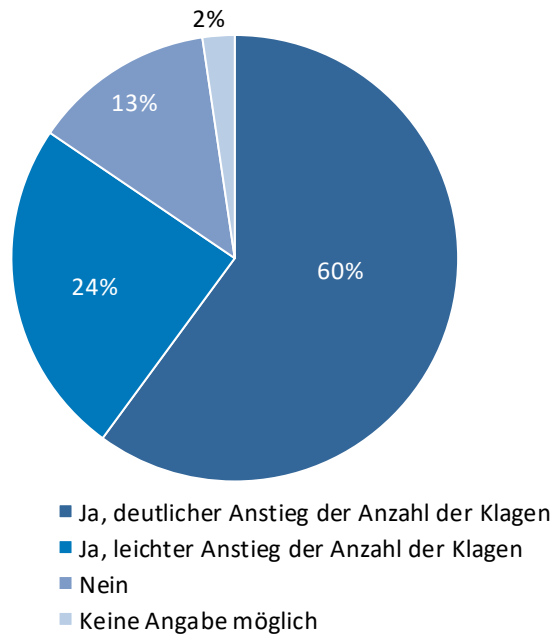
- entweder sollten die bis zum 9. November 2018 eingeleiteten Klageverfahren hinsichtlich der Rückforderungen von an Krankenhäuser geleisteten Vergütungen bei der Abrechnung der neurologischen Komplexbehandlung bzw. der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung beendet werden;
- oder es sollten die Forderungen, gegen die aufgerechnet wurde, anerkannt werden.

Die Krankenhäuser sollten ab dem 6. Dezember 2018 keine weiteren kostenwirksamen Maßnahmen zur Bearbeitung der Klagen und Aufrechnungen veranlassen.

5.1 Ausmaß der Klagewelle

Das Ausmaß der Klagewelle der Krankenkassen war beachtlich. Von einem deutlichen Anstieg der Anzahl der Klagen bis zum 9. November 2018 berichteten 60 % der Krankenhäuser.

Gab es bis zum 9.11.18 eine Zunahme von Klagen von Krankenkassen? (Krankenhäuser in %)

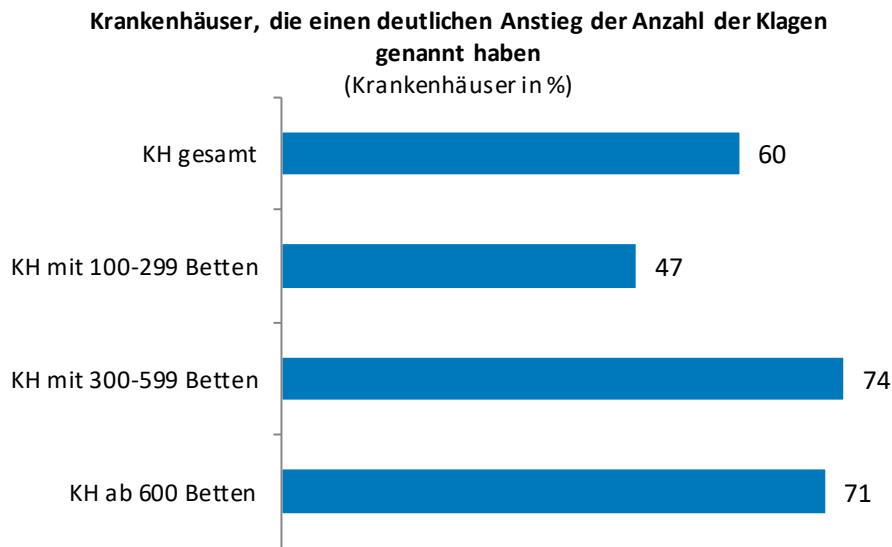


© Deutsche Krankenhausinstitut eV.

Abb. 45: Zunahme der Klagen von Krankenkassen auf Erstattung gezahlter Vergütungen

Weitere 24 % der Häuser nannten einen leichten Anstieg der Zahl der Klagen. Nur in 13 % der Krankenhäuser war die Situation im Vergleich zu den Vorjahren unverändert.

Von dem deutlichen Anstieg der Klagen durch die Krankenkassen waren vor allem die mittleren und großen Krankenhäuser betroffen. Jeweils über 70 % der Häuser in den beiden Größenklassen „300 bis 599 Betten“ und „ab 600 Betten“ betraf die deutliche Erhöhung der Klagen. Bei den Häusern mit 100 bis 299 Betten“ waren dagegen rund 47 % betroffen.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 46: Anteil der Krankenhäuser, die einen deutlichen Anstieg der Klagen durch die Krankenkassen verzeichneten

Die Krankenhäuser, die eine Zunahme von Klagen genannt hatten, sollten die Anzahl der beklagten Fälle angeben. In der nachfolgenden Abbildung wurde getrennt zwischen den Krankenhäusern, die eine leichte und die eine deutliche Zunahme der Klagen verzeichneten. Aus Vergleichsgründen wurde auch der Anstieg über alle Krankenhäuser eingefügt.

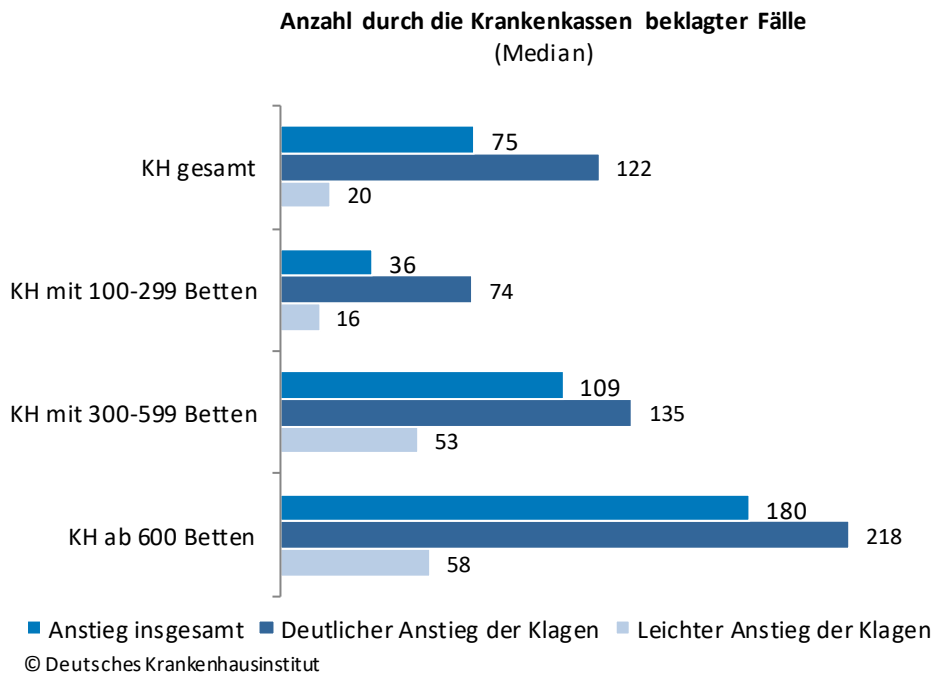


Abb. 47: Durchschnittliche Anzahl von den Krankenkassen beklagter Fälle

Im Mittel (Median) wurden bei den Häusern mit einer leichten Zunahme der Klagen 20 Fälle von den Krankenkassen beklagt. Im Vergleich dazu liegt die Zahl der beklagten Fälle in Häusern mit einer deutlichen Zunahme mehr als sechs Mal so hoch, nämlich bei durchschnittlich 122 Fällen (Median).

Die Unterschiede bei der Zahl der beklagten Fälle fallen in Abhängigkeit von der Bettengrößenklasse erwartungsgemäß unterschiedlich hoch aus. So kamen auf die Krankenhäuser ab 600 Betten mit einer deutlichen Zunahme der Klagen auf im Mittel (Median) 218 beklagte Fälle. Bei den kleinen Krankenhäusern mit 100 bis 299 Betten waren es 74 Fälle, die von den Krankenkassen gerichtlich angefochten worden sind (jeweils Medianwerte).

5.2 Gegenstand und Zeitraum der Klagen

Von den Krankenkassen wurden vorwiegend Fälle bei vier Leistungsarten beklagt. Bei den Krankenhäusern, die nur einen leichten Anstieg der Klagen hinnehmen mussten, war die Aufwandspauschale Klagegegenstand. Die Hälfte aller Klagen für diese Krankenhäuser betrifft diesen Leistungsbereich.

Daneben spielten geriatrische Leistungen (19 % der beklagten Fälle) und sonstige, nicht näher aufgegliederte Fälle eine Rolle.

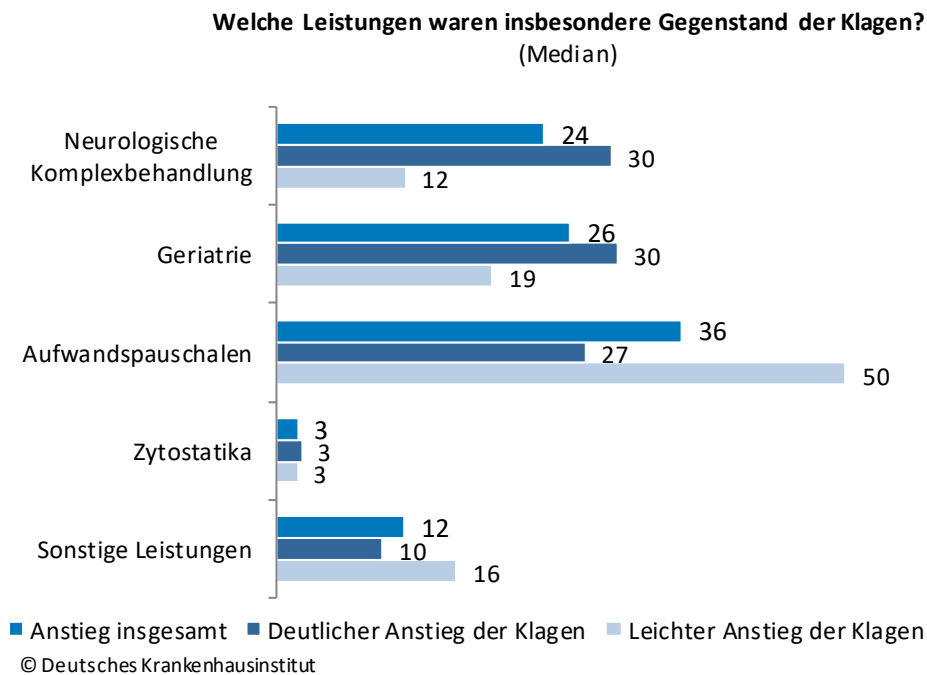


Abb. 48: Gegenstand der Klagen der Krankenkassen

Bei den Krankenhäusern, die einen deutlichen Anstieg der Klagen angegeben haben, sieht dies etwas anders aus. Hier wurden fast gleichgewichtig Fälle mit neurologischer Komplexbehandlung und geriatrische Fälle (jeweils 30 % der beklagten Fälle) sowie Leistungen mit Aufwandspauschalen (27 % der beklagten Fälle) von den Krankenkassen moniert und den Gerichten zur Entscheidung vorgelegt.

Die Krankenkassen klagten nicht nur wegen Fällen, die das Leistungsjahr 2018 betreffen, sondern auch und vor allem wegen Fällen aus den Jahren 2015 bis 2017.

Gut zwei Drittel der Krankenhäuser mit einem leichten Anstieg der Klagen gaben an, dass sich Klagen sowohl auf das Jahr 2015 als auch auf 2016 bezogen haben. Bei den Häusern, die einen deutlichen Anstieg der Klagen zu verzeichnen hatten, lag der entsprechende Anteil jeweils über 80 %.

Auf welche Zeiträume haben sich die Klagen der Krankenkassen bezogen? (Krankenhäuser in %)

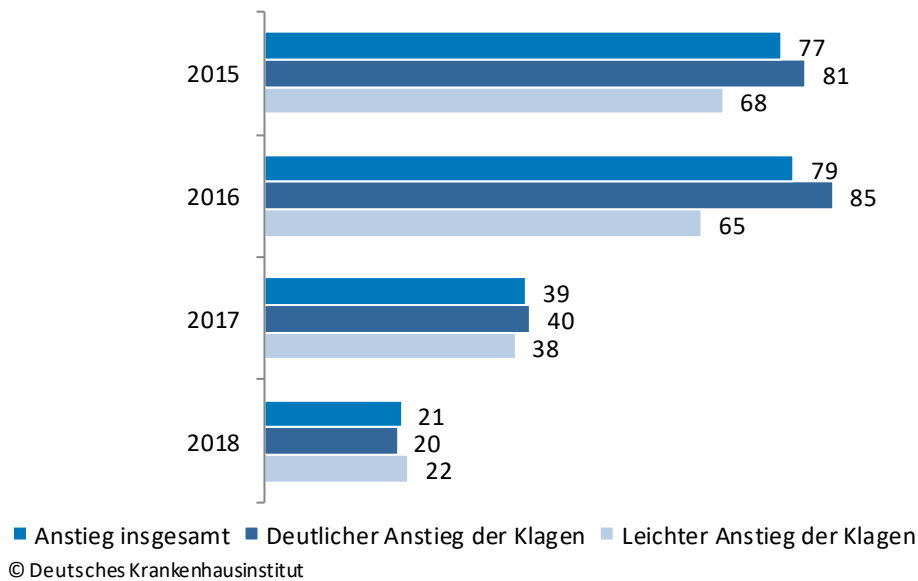


Abb. 49: Zeiträume, auf die sich die Klagen der Krankenkassen beziehen

Für die Jahre 2017 und 2018 liegen nur geringe Unterschiede zwischen den Krankenhäusern mit einer leichten und mit einer deutlichen Zunahme der Klagen vor. Außerdem ist der Anteil der Häuser mit Klagen deutlich rückläufig.

5.3 Höhe der Erstattungsforderungen

Die Krankenhäuser wurden gefragt, wie hoch die Erstattungsforderungen der Krankenkassen insgesamt waren. Wiederum wurde danach unterschieden, ob die Krankenhäuser eine leichte oder eine deutliche Zunahme der Klagen der Krankenkassen angegeben haben.

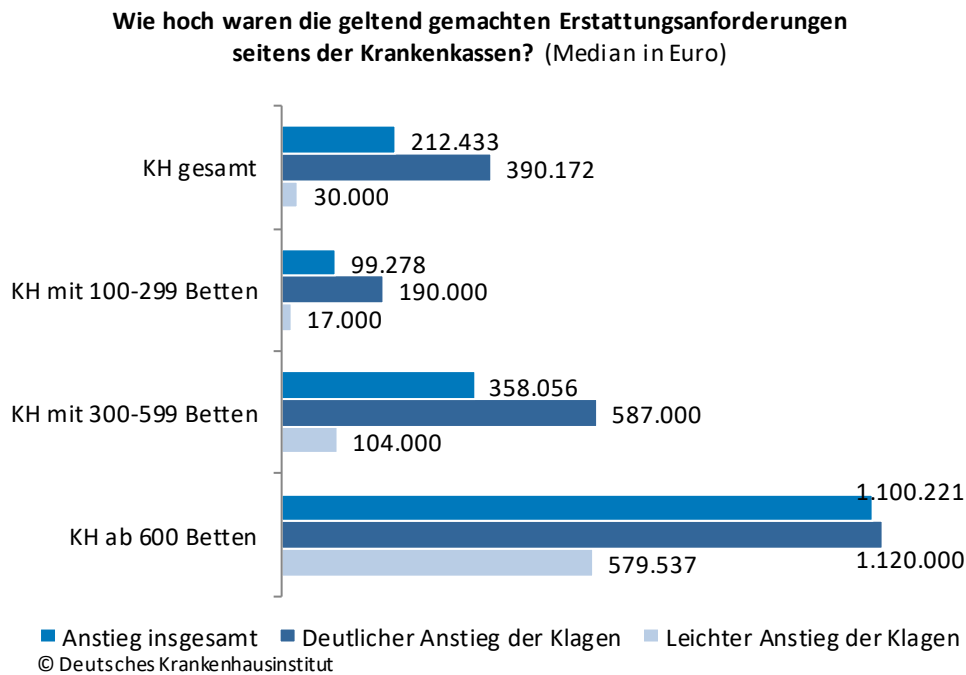


Abb. 50: Höhe der Erstattungsforderungen seitens der Krankenkassen

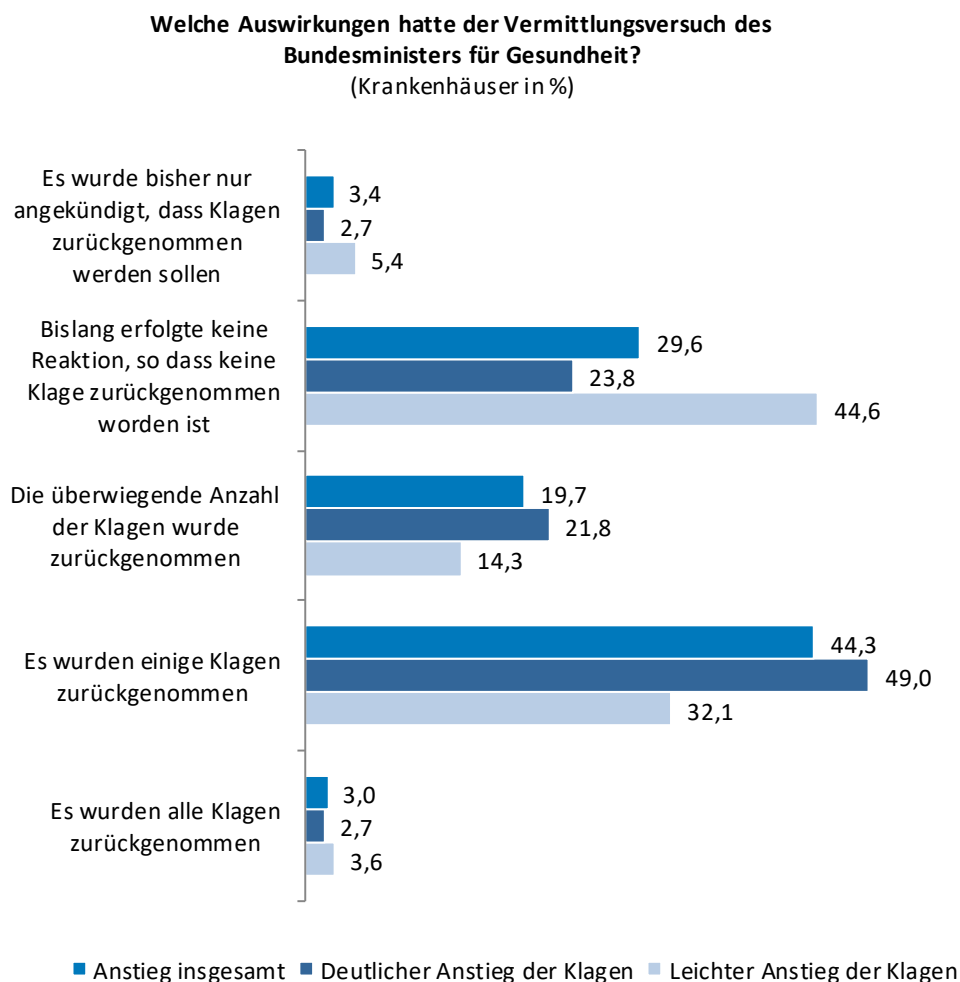
Im Mittel (Median) lag die Erstattungsforderung der Krankenkassen über alle Krankenhäuser mit einer leichten Erhöhung der Klagen bei 30.000 Euro je Haus. Je nach Bettengrößenklasse variierten die Forderungen zwischen 17.000 Euro bei den Krankenhäusern mit 100 bis 299 Betten bis hin zu rund 580.000 Euro bei den Häusern ab 600 Betten.

Gänzlich andere Dimensionen nehmen die Erstattungsforderungen bei den Krankenhäusern mit einer deutlichen Zunahme der Klagen an. Hier wurden über alle Häuser im Durchschnitt (Median) rund 390.000 Euro je Krankenhaus von den Krankenkassen zurückgefordert. Bei den Krankenhäusern mit 100 bis 299 Betten summierten sich die Forderungen auf 190.000 Euro je Haus. Die großen Häuser ab 600 Betten sahen sich mit Erstattungsforderungen in Höhe von durchschnittlich rund 1,1 Millionen Euro konfrontiert.

5.4 Auswirkungen des Vermittlungsversuchs des Bundesministers für Gesundheit

Unter Vermittlung von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn haben sich die Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des GKV-Spitzenverbandes und der Bundesverbände der Krankenkassen am 6. Dezember 2018 auf eine gemeinsame Empfehlung für alle Klagefälle und Aufrechnungen geeinigt.

Inwieweit diese Empfehlungen zwischen April und August 2019 in der Krankenhauspraxis angekommen und umgesetzt worden sind, zeigt die nachfolgende Abbildung.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 51: Auswirkungen des Vermittlungsversuchs des Bundesministers für Gesundheit



Nur bei sehr wenigen Krankenhäusern wurden alle Klagen seitens der Krankenkassen zurückgenommen, nämlich bei rd. 3 %.

Bei den Krankenhäusern mit einer leichten Zunahme der Klagen gaben 45 % an, dass bislang keine Reaktion der Krankenkassen erfolgt sei, so dass keine Klage zurückgenommen worden sei. Bei einem Drittel der Häuser wurden einige Klagen von den Krankenkassen nicht weiterverfolgt. Gut 14 % der Häuser gaben an, dass die überwiegende Zahl der Klagen eingestellt worden sei.

Anders sieht es bei den Krankenhäusern mit einer deutlichen Zunahme der Klagen aus. Bei fast der Hälfte dieser Häuser wurden einige Klagen zurückgenommen. Ein weiteres Fünftel der betroffenen Krankenhäuser konnte vermelden, dass die überwiegende Anzahl der Klagen von den Krankenkassen nicht weiterverfolgt werde. Bei rund einem Viertel der Häuser erfolgte keine Reaktion der Krankenkassen.

5.5 Rückforderungen und Vergleichsangebote

Als Folge der Empfehlung vom 6. Dezember 2018 hätten die Krankenkassen von ihren Forderung Abstand nehmen können. Die Krankenkassen haben allerdings nur in geringem Umfang komplett auf Rückforderungen verzichtet.

Krankenkassen haben nicht komplett auf die Geltendmachung von Rückforderungen verzichtet (Krankenhäuser in %)

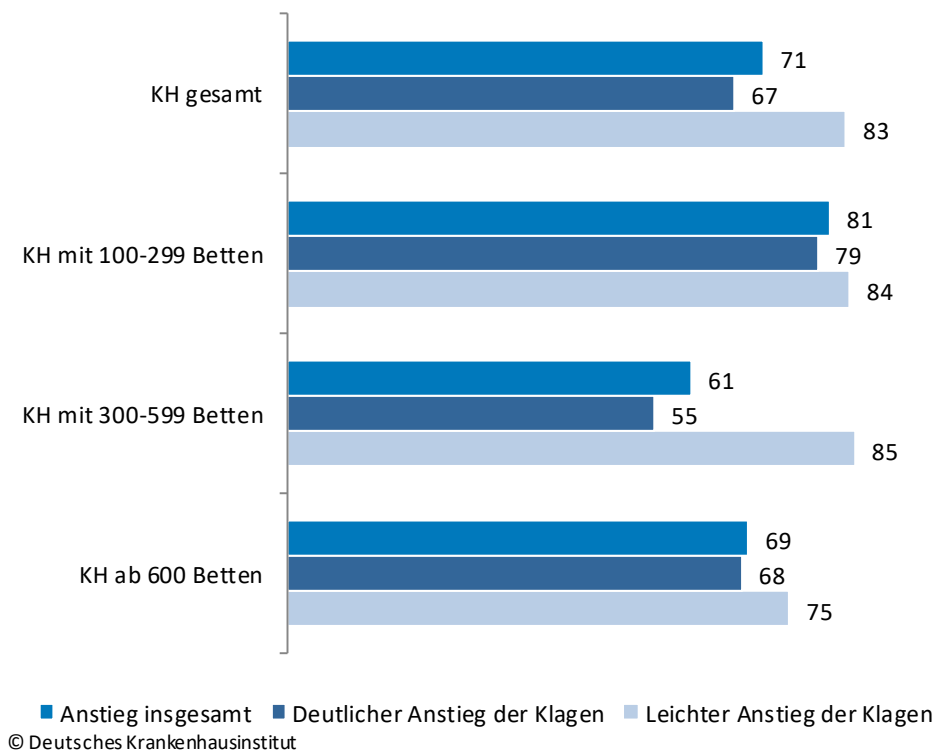


Abb. 52: Anteil Krankenhäuser, bei denen die Krankenkassen nicht komplett auf die Geltendmachung von Rückforderungen verzichtet haben

In zwei Drittel der Krankenhäuser mit einem leichten Anstieg der Klagen und in mehr als vier Fünftel der Häuser mit einem deutlichen Anstieg der Klagen wurden weiterhin Rückforderungen geltend gemacht.

Auch nach Bettengrößenklassen fallen die entsprechenden Anteilswerte bei den Krankenhäusern mit einem deutlichen Anstieg der Klagen höher aus.

Die Krankenkassen haben darüber hinaus die Möglichkeit, den Krankenhäusern Vergleichsangebote zu machen. Das wurde vor allem bei Krankenhäusern mit einem deutlichen Anstieg der Klagen gemacht. Mehr als die Hälfte dieser Häuser hat ein solches Angebot von den Krankenkassen erhalten. Bei den Häusern mit einem leichten Anstieg der Klagen lag der Anteil bei einem Drittel.

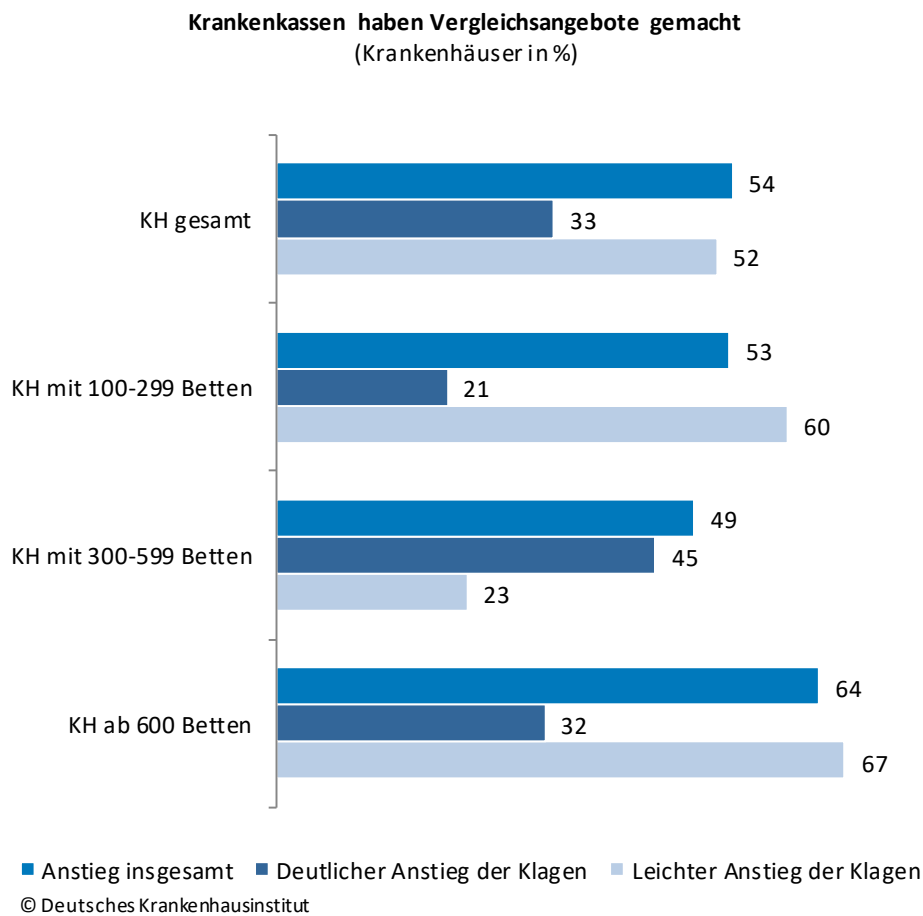


Abb. 53: Anteil Krankenhäuser, die Vergleichsangebote von den Krankenkassen erhalten haben

Bei der Höhe der Vergleichsangebote gab es keine Unterschiede zwischen den Krankenhäusern mit einem leichten oder einem deutlichen Anstieg der Klagen. Die von den Krankenkassen angebotene Höhe der Vergleichsangebote lag im Mittel (Median) bei 50 % der ursprünglichen Rechnungssumme.



6 Unternehmensziele

Traditionell gibt es in den Krankenhäusern eine Reihe unterschiedlicher Unternehmensziele. Grundsätzlich kann zwischen ökonomischen Zielen (wie Gewinn- und Umsatzsteigerung), regionalwirtschaftlichen bzw. wettbewerbspolitischen Zielen (wie die Verstärkung der Einweiserbindung oder der umfassenden Versorgung der Bevölkerung vor Ort), qualitäts- und patientenorientierten Zielen (wie eine hohe Leistungsqualität und Patientenzufriedenheit) sowie mitarbeiterorientierten Zielen unterschieden werden (wie Mitarbeiterzufriedenheit und Beschäftigungssicherung).

Bereits im *Krankenhaus Barometer 2007* wurden die Krankenhäuser nach der Wichtigkeit und der Erreichung ihrer Unternehmensziele befragt. Im *Krankenhaus Barometer 2019* wurde diese Fragestellung in etwas veränderter Form aufgegriffen, um mögliche Entwicklungen aufzeigen zu können. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass es sich hier um eine Selbsteinschätzung der Häuser handelt und keine Rückschlüsse auf die Sichtweise anderer Akteure, wie z. B. Patienten, möglich sind.

6.1 Wichtigkeit von Unternehmenszielen

Abb. 54 stellt die Wichtigkeit der erfragten Unternehmensziele in absteigender Rangfolge dar. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass der Großteil der erfragten Unternehmensziele als äußerst oder sehr wichtig bewertet wurde.

Betrachtet man die Ziele im Einzelnen, so sind den Häusern eine hohe Qualität der Leistungserbringung, eine hohe Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie das gute Image und eine hohe Attraktivität als Arbeitgeber am wichtigsten. Die Verstärkung der Einweiserbindung, die Sicherung der selbständigen Unternehmensexistenz, die Schaffung und Erhaltung von Arbeitsplätzen sind den Kliniken ebenfalls äußerst wichtig.

Am Ende der Rangfolge der erfragten Unternehmensziele stehen eine Erschließung oder der Aufbau neuer Leistungsbereiche und Geschäftsfelder, die Erhöhung des Umsatzes, des Marktanteils im Einzugsgebiet, des



Eigenkapitals oder der Kapitalrendite sowie die Gewinnerzielung oder die Fusion mit anderen Krankenhäusern.

Im Vergleich zum Jahr 2007 dominieren in den deutschen Krankenhäusern nach wie vor eindeutig qualitäts- und mitarbeiterorientierte Ziele, während ökonomische sowie regionalwirtschaftliche bzw. wettbewerbspolitische Ziele tendenziell von geringerer Relevanz sind. Bei den Einzelzielen hat vor allem eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit an Bedeutung gewonnen, während die Verbesserung der wirtschaftlichen Situation an Bedeutung verloren hat (DKI, 2007).

Betrachtet man die Unternehmensziele der Krankenhäuser Trägerschaft, so zeigt sich, wie auch im Jahr 2007, dass trägerübergreifend qualitäts-, patienten- und mitarbeiterorientierte Ziele die höchste Priorität haben. Trägerunabhängig stehen weiterhin eine hohe Qualität der Leistungserbringung und eine hohe Patientenzufriedenheit auf den ersten zwei Plätzen der Rangfolge. Eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit, das gute Image des Hauses sowie die hohe Attraktivität des Arbeitsplatzes rangieren bei leicht abweichenden Plätzen jeweils unter den weiteren fünf wichtigsten Unternehmenszielen.

Gleichwohl zeigen sich dennoch leichte Unterschiede in der Ausrichtung nach Trägerschaft. Regionalwirtschaftlichen bzw. wettbewerbspolitischen Zielen wird vor allem in den öffentlichen Krankenhäusern eine hohe Bedeutung zugemessen. Häusern in öffentlicher Trägerschaft ist eine umfassende Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen signifikant wichtiger als Einrichtungen mit freigemeinnützigen Trägern oder privaten Trägern. Kliniken in privater Trägerschaft messen der Gewinnerzielung und der Erhöhung der Kapitalrendite eine signifikant höhere Wichtigkeit bei als Häuser in anderer Trägerschaft (Abb. 55).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 54: Wichtigkeit von Unternehmenszielen (Mittelwerte)



Abb. 55: Wichtigkeit von Unternehmenszielen nach Trägerschaft (Mittelwerte)



6.2 Erreichung von Unternehmenszielen

Bei den einzelnen Unternehmenszielen fällt die Zielerreichung höchst unterschiedlich aus (Abb. 56).

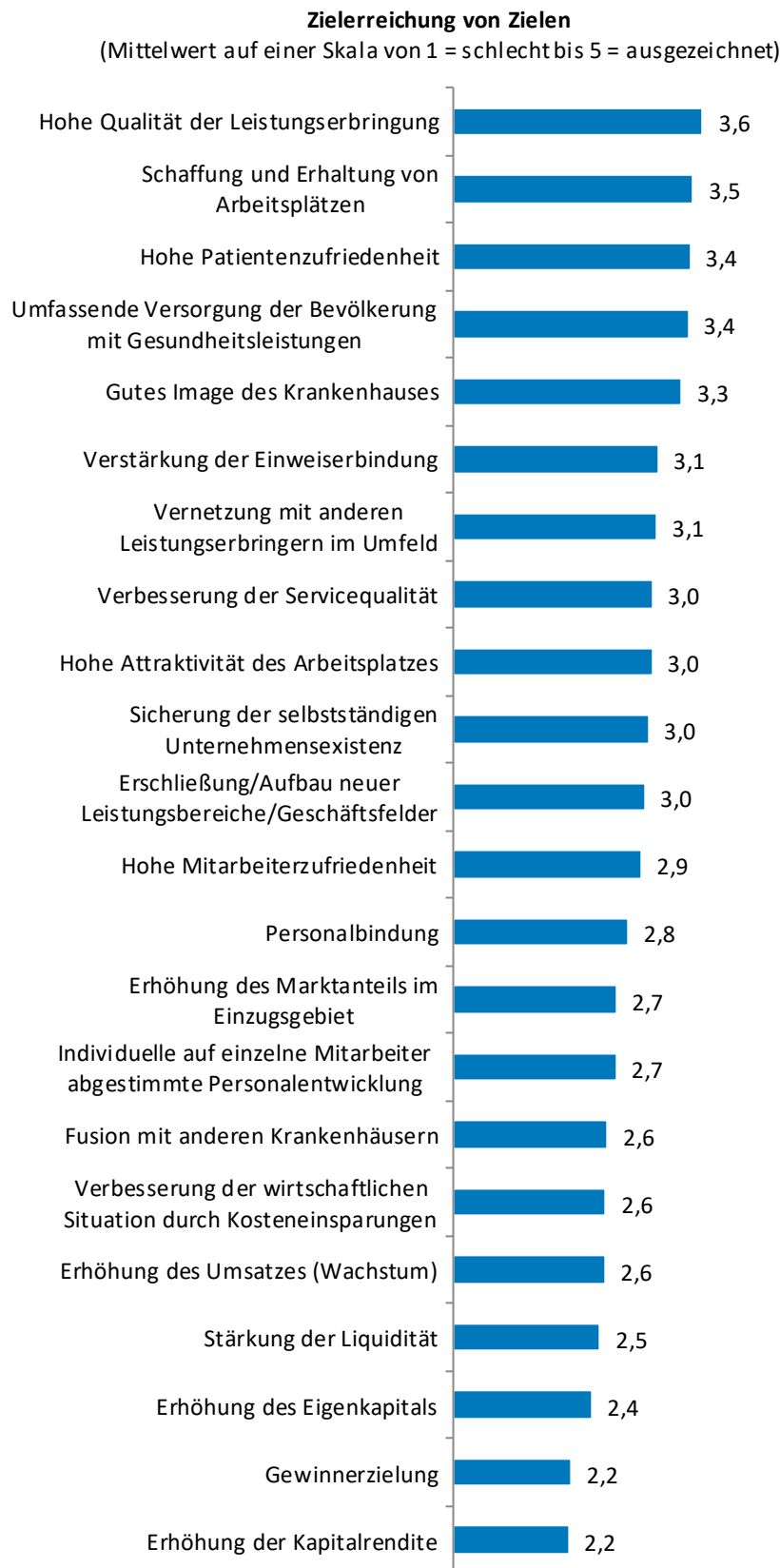
Den höchsten Zielerreichungsgrad weisen die Qualität der Leistungserbringung, die Schaffung und Erhaltung von Arbeitsplätzen, die Patientenzufriedenheit, die umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung vor Ort und das gute Image des Krankenhauses auf. Die Krankenhäuser bewerten den Erreichungsgrad bei diese Unternehmenszielen im Mittel als gut bis sehr gut.⁵

Verglichen damit fällt die Zielerreichung bei ausgewählten mitarbeiterorientierten Zielen wie einer hohen Mitarbeiterzufriedenheit, der Personalbindung und Personalentwicklung geringer aus.

Vor allem bei den ökonomischen Zielen wird die Zielerreichung eher kritisch gesehen. Dies gilt im Einzelnen für die Erhöhung der Kapitalrendite, die Gewinnerzielung, die Erhöhung des Eigenkapitals, die Stärkung der Liquidität und das Umsatzwachstum. Somit belegen ausnahmslos ökonomische Ziele in der Rangfolge des Zielerreichungsgrades die fünf letzten Plätze.

Damit hat sich der Trend, der im Jahr 2007 zu beobachten war (DKI, 2007), weiter bestätigt. Bei hohem Zielerreichungsgrad qualitativer Ziele fällt die Zielerreichung bei den ökonomischen Zielen kontinuierlich schlechter aus.

⁵ Die Zielerreichung wurde mit folgenden Antwortmöglichkeiten erfragt: ausgezeichnet (5), sehr gut (4), gut (3), annehmbar (2), schlecht (1).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 56: Zielerreichung von Unternehmenszielen (Mittelwerte)



Ähnlich wie bei der Einschätzung der Wichtigkeit der verschiedenen Unternehmensziele zeigt der Zielerreichungsgrad trägerübergreifend viele Parallelen. So finden sich unter den ersten fünf erreichten Zielen bei allen Trägergruppen jeweils die wichtigen qualitäts- und patientenorientierten Ziele einer hohen Qualität der Leistungserbringung, einer hohen Patientenzufriedenheit und des guten Krankenhausimage. Die fünf ersten Rangplätze werden zudem trägerübergreifend durch die Schaffung und Erhaltung von Arbeitsplätzen sowie der umfassenden Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen komplettiert.

Gleichwohl zeigen sich in der Reihenfolge der Zielerreichung bei den ersten fünf Zielen trägerspezifische Unterschiede. So weisen freigemeinnützige und private Häuser, gemäß ihrer Selbsteinschätzung, jeweils bei der Qualität der Leistungserbringung den höchsten Zielerreichungsgrad auf. Bei den Häusern in öffentlicher Trägerschaft nimmt die umfassende Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen den ersten Rang ein.

Deutliche trägerspezifische Unterschiede lassen sich bei sechs Zielen identifizieren: So bewerten Häuser in freigemeinnütziger Trägerschaft den Zielerreichungsgrad bei einer hohen Patientenzufriedenheit, bei dem guten Image des Hauses sowie der Erhöhung des Eigenkapitals merklich besser als Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft. Kliniken in öffentlicher Trägerschaft erzielen einen höheren Zielerreichungsgrad bei der umfassenden Versorgung der Bevölkerung als freigemeinnützige Krankenhäuser. Privatkliniken sind erfolgreicher bei der Erhöhung ihrer Kapitalrendite und der Gewinnerzielung als Häuser in anderer Trägerschaft.

Insgesamt zeigt sich über alle Ziele ein vergleichbarer Erreichungsgrad, wobei dieser bei den Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft in der Tendenz etwas geringer ausfällt als bei den Kliniken anderer Trägergruppen (Abb. 57).



Abb. 57: Zielerreichung von Unternehmenszielen nach Trägerschaft (Mittelwerte)



6.3 Zusammenhang von Wichtigkeit und Zielerreichung

Stellt man die Wichtigkeit und die Zielerreichung von Unternehmenszielen gegenüber, dann ergibt sich das folgende Bild (Abb. 58).

Eine hohe Wichtigkeit und eine hohe Zielerreichung werden vor allem bei den qualitäts- und patientenorientierten Zielen einer hohen Qualität der Leistungserbringung, einer hohen Patientenzufriedenheit und einem guten Image des Krankenhauses erreicht.

Bei den mitarbeiterorientierten Zielen fällt bei hoher Wichtigkeit dieser Ziele die Zielerreichung unterschiedlich aus. Während bei der Mitarbeiterzufriedenheit und der Attraktivität des Arbeitsplatzes die Zielerreichung eher unterdurchschnittlich ist, fällt die Zielerreichung bei der Schaffung und Erhaltung von Arbeitsplätzen eher hoch aus.

Beim regionalwirtschaftlichen Ziel der umfassenden Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen fällt bei hoher Wichtigkeit die Zielerreichung relativ hoch aus. Bei anderen regionalwirtschaftlichen Zielen, etwa der Stärkung der Einweiserbindung oder der Vernetzung mit anderen Leistungserbringern im Umfeld, sind die Zusammenhänge weniger eindeutig.

Bei den ökonomischen Zielen sind die Ergebnisse uneinheitlich. Auf der einen Seite weisen die Gewinnerzielung, die Erhöhung des Eigenkapitals sowie der Kapitalrendite bei vergleichsweise geringerer Wichtigkeit auch eine geringere Zielerreichung auf.

Auf der anderen Seite resultiert für eine Reihe ökonomischer Ziele bei hoher Wichtigkeit eine relativ geringe Zielerreichung. Das betrifft beispielsweise die Sicherung der selbständigen Unternehmensexistenz, Kosteneinsparungen und das Umsatzwachstum.

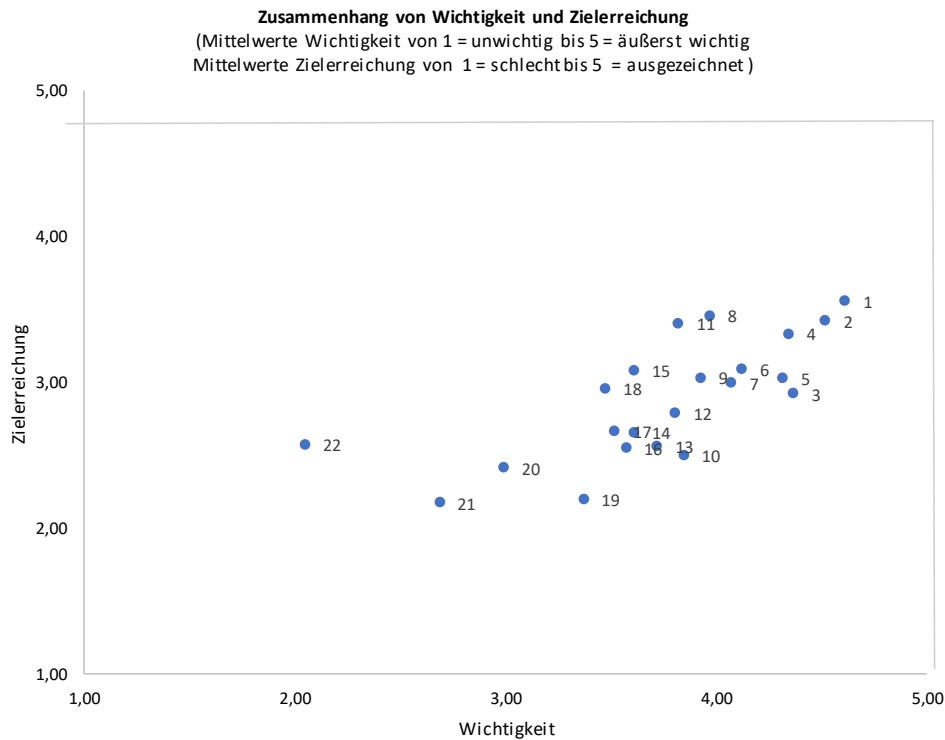


Abb. 58: Zusammenhang von Wichtigkeit und Zielerreichung

1	Hohe Qualität der Leistungserbringung	12	Personalbindung
2	Hohe Patientenzufriedenheit	13	Verbesserung der wirtschaftlichen Situation durch Kosteneinsparungen
3	Hohe Mitarbeiterzufriedenheit	14	Personalentwicklung
4	Gutes Image des Krankenhauses	15	Vernetzung mit anderen Leistungserbringern im Umfeld
5	Hohe Attraktivität des Arbeitsplatzes	16	Erhöhung des Umsatzes (Wachstum)
6	Verstärkung der Einweiserbindung	17	Erhöhung des Marktanteils im Einzugsgebiet
7	Sicherung der selbständigen Unternehmensexistenz	18	Aufbau neuer Leistungsbereiche und Geschäftsfelder
8	Schaffung und Erhaltung von Arbeitsplätzen	19	Gewinnerzielung
9	Verbesserung der Servicequalität	20	Erhöhung des Eigenkapitals
10	Stärkung der Liquidität	21	Erhöhung des Kapitalrendite
11	Umfassende Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen	22	Fusion mit anderen Krankenhäusern



6.4 Künftige Herausforderungen der Krankenhäuser

Die dargestellten Unternehmensziele stellen eher übergeordnete strategische Ziele der Krankenhäuser dar. Ergänzend wurden die Häuser gefragt, welche zentralen Herausforderungen sie in der nächsten Zukunft erwarten. Bei nahezu allen der 13 erfragten Aspekte sehen die Häuser in der nächsten Zeit konkreten Handlungsbedarf. Einzige Ausnahme stellen Betreibermodelle, Technologiepartnerschaften oder Bereitstellungsmodelle mit Medizintechnikunternehmen dar (Abb. 59).

Aus Sicht aller Kliniken bildet der Fachkräftemangel und seine Bekämpfung die größte Herausforderung. Gut drei Viertel der Häuser bewerten dies als sehr große Herausforderung, ein weiteres Fünftel als ziemlich große Aufgabe. Die Finanzierung von Personalkostensteigerungen stellt ein weiteres zentrales Thema dar. Knapp 94 % der Häuser schätzen dies als sehr oder ziemlich große Herausforderung ein.

Die Digitalisierung, die Investitionsfinanzierung und die Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRGs sowie die Umsetzung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) stellen für die Kliniken ebenso große Anforderungen dar.

Je circa ein Drittel der Einrichtungen bewertet die Entlastung der Mitarbeiter von Dokumentationsaufgaben, die Restrukturierung von Prozessen und Strukturen, die Umsetzung des gestuften Systems der stationären Notfallversorgung sowie die Umsetzung der Notfallversorgung in den Krankenhausambulanzen als sehr große Herausforderung. Zwischen 49 und 36 % der Kliniken schätzen dies als ziemlich große Aufgabe ein.

Die Veränderung von Leistungsschwerpunkten sowie eine neue, veränderte Arbeitsteilung von Gesundheitsberufen sehen jeweils gut ein Drittel als eine ziemlich große Aufgabe und jeweils rund 10 % als sehr große Herausforderung an.

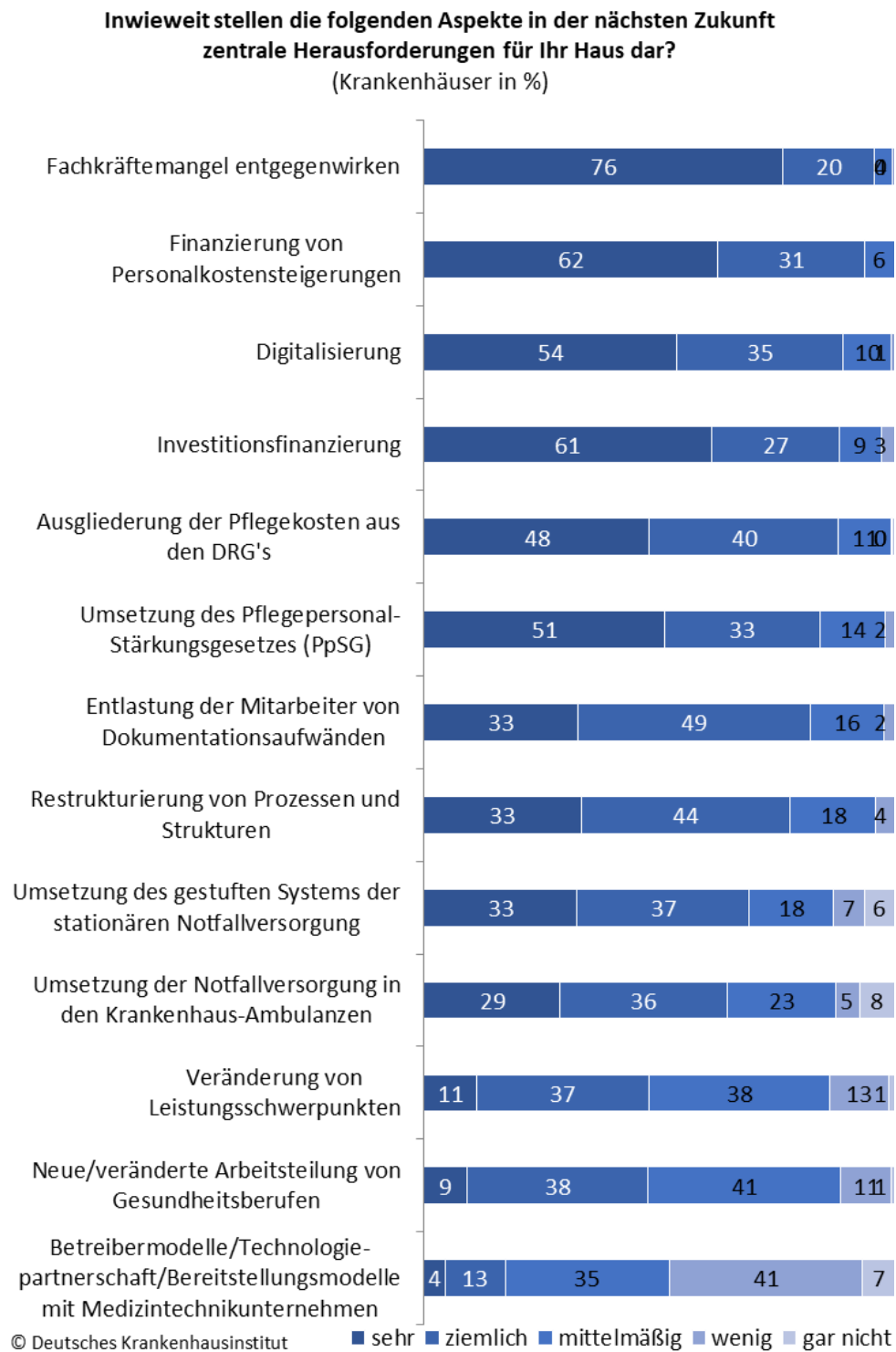


Abb. 59: Künftige Herausforderungen der Krankenhäuser

Betrachtet man die Bewertungen zukünftiger Herausforderungen nach Trägerschaft, so zeigen sich teilweise unterschiedliche Einschätzungen (Abb. 60).

Kliniken in privater Trägerschaft bewerten den Fachkräftemangel, das gestufte System der stationären Notfallversorgung bzw. die Notfallversorgung in den Krankenhausambulanzen sowie Technologiepartnerschaften mit Medizintechnikunternehmen als weniger herausfordernd als Häuser anderer Trägerschaft. Demgegenüber schätzen die Privatkliniken die Finanzierung von Personalkostensteigerungen als größere Herausforderung ein als öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser. Durch die zunehmende Digitalisierung sehen sich private und öffentliche Krankenhäuser stärker gefordert als Kliniken mit freigemeinnützigen Trägern.

Anforderungen durch die Investitionsfinanzierung, die Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRGs, die Umsetzung des PpSG, die Entlastung der Mitarbeiter von Dokumentationsaufwänden, die Veränderung von Leistungsschwerpunkten und die neue, veränderte Arbeitsteilung von Gesundheitsberufen zeigen sich in ähnlicher Weise bei allen Trägern.



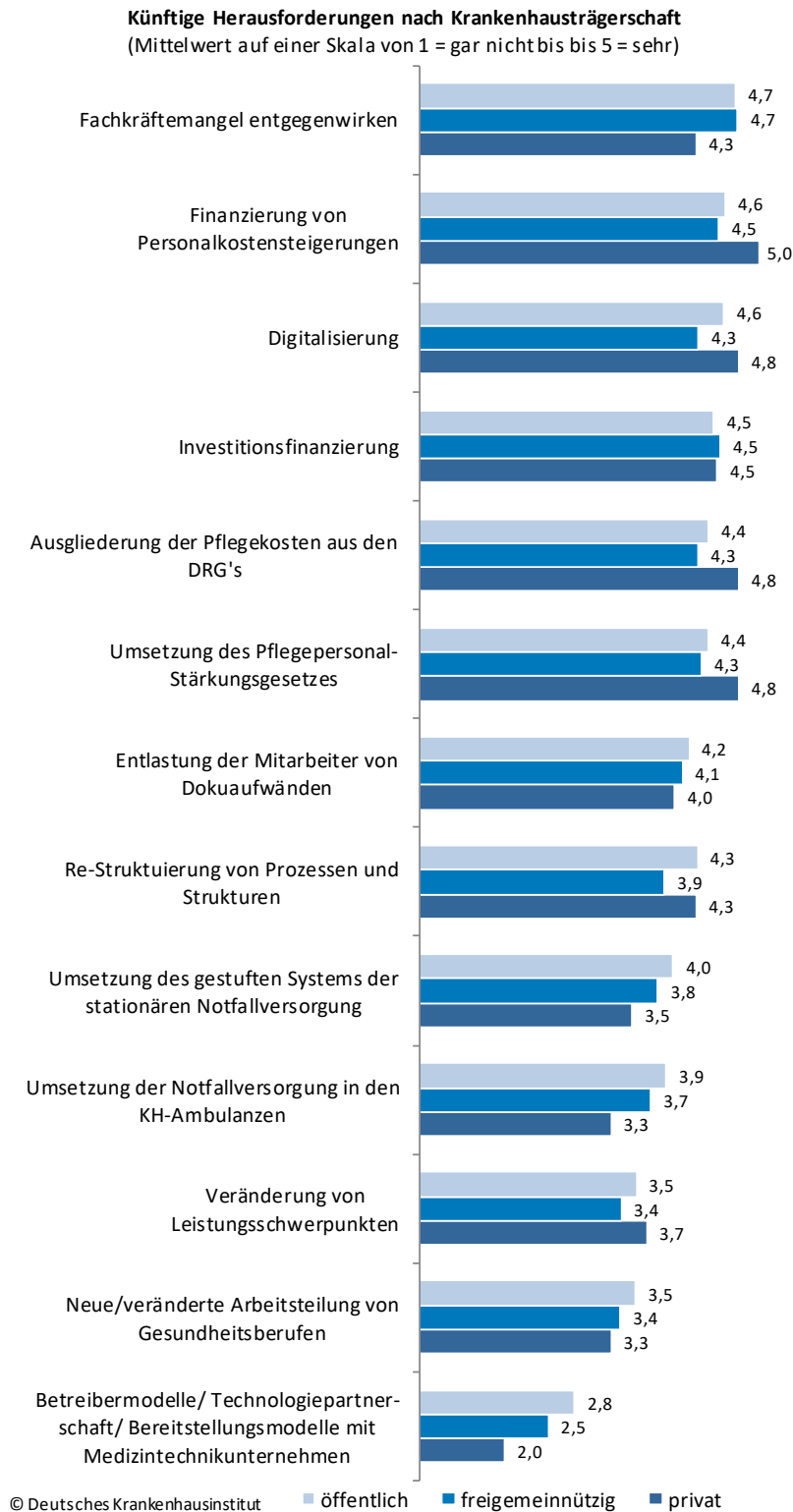


Abb. 60: Künftige Herausforderungen nach Krankenträgerschaft (Mittelwerte)



6.5 Einflussfaktoren auf Unternehmensziele und strategische Entscheidungen

Die Entwicklung von Unternehmenszielen und strategische Entscheidungen können nicht losgelöst von verschiedenen Einflussfaktoren gesehen werden. Die Krankenhäuser sollten daher angeben, wie stark ihre Unternehmensziele und strategischen Entscheidungen durch äußere Entwicklungen und Entscheidungen beeinflusst werden.

Die Ausrichtung der Kliniken wird vor allem von politisch-rechtlichen Faktoren, wie der Gesetzgebung oder gesundheitspolitischen Entwicklungen determiniert. Zwei Drittel der Häuser schätzen den Einfluss als „sehr stark“, knapp ein Drittel als „ziemlich stark“ ein. Alle weiteren erhobenen Faktoren haben deutlich geringere Auswirkungen auf die Unternehmensziele und strategischen Entscheidungen. Dennoch stuft jeweils mindestens die Hälfte der Kliniken die Beeinflussung durch diese Faktoren als sehr oder ziemlich stark ein.

Den zweitgrößten Einfluss messen die Häuser den ökonomischen Faktoren bei, z. B. der Wirtschaftsentwicklung oder der Marktkonzentration. Gut ein Viertel bewerten die Beeinflussung durch diese Aspekte als „sehr stark“, knapp die Hälfte als „ziemlich stark“.

Soziokulturellen Faktoren, wie demografische Entwicklungen oder Familienorientierung, wird von etwa der Hälfte der Häuser ein „ziemlich“, von 13 % der Kliniken ein „sehr starker“ Einfluss auf die Ausrichtung der Unternehmensziele oder strategischer Entscheidungen zugeschrieben. Technologische Faktoren, wie neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder innovative Technologien, spielen für knapp die Hälfte eine „ziemlich starke“ Rolle (Abb. 61).

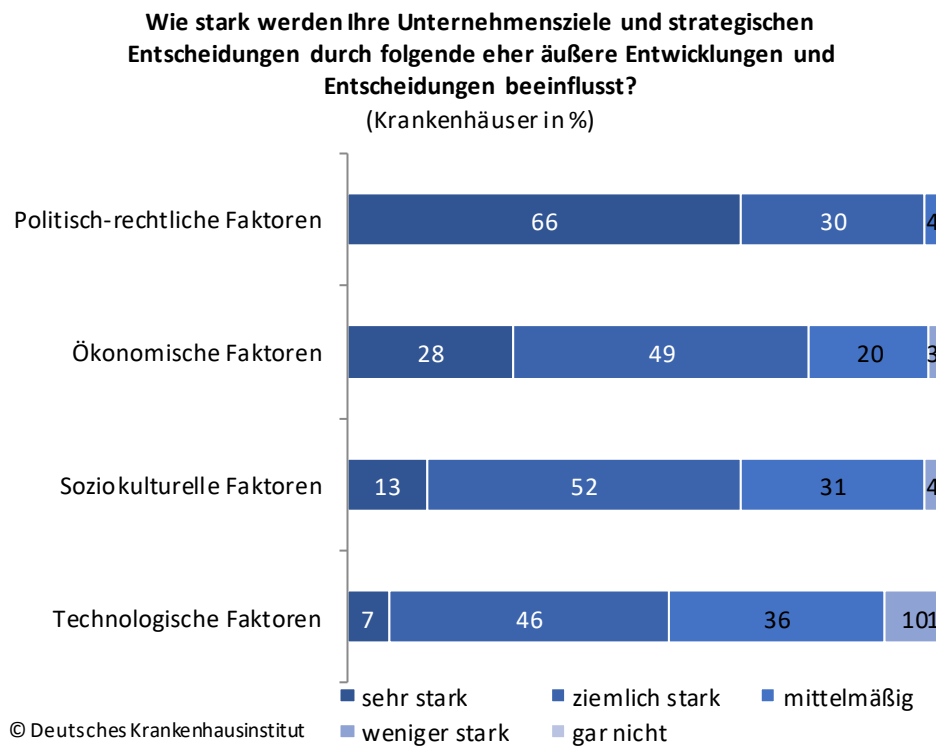
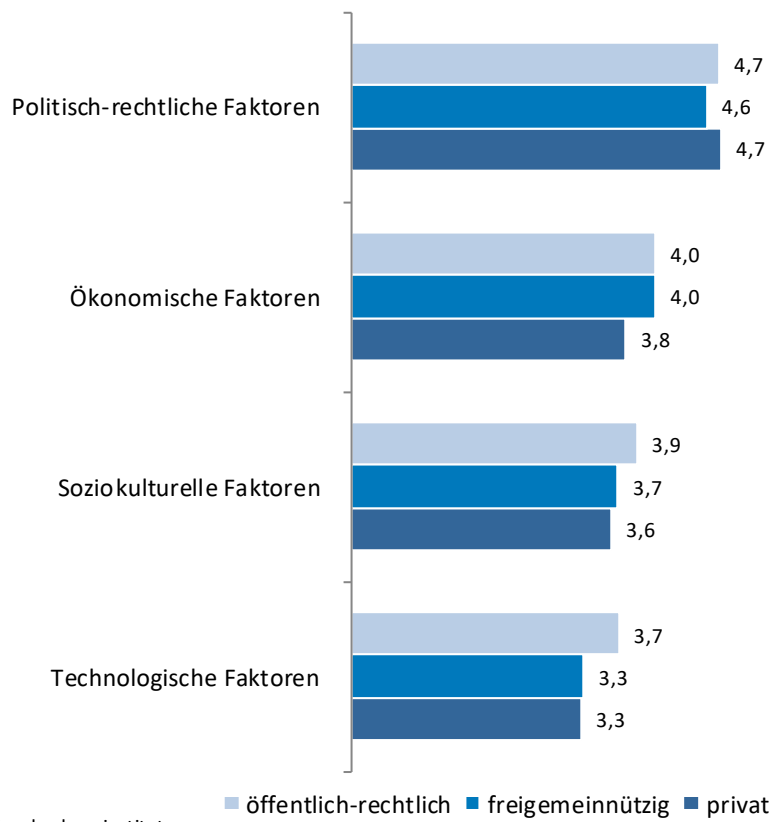


Abb. 61: Einflussfaktoren auf Unternehmensziele

Die Rangfolge der Einflussfaktoren auf Unternehmensziele und strategische Entscheidungen unterscheidet sich nicht nach der Trägerschaft. Trägerübergreifend haben die politisch-rechtlichen Faktoren den stärksten und technologische Aspekte den geringsten Einfluss.

Bei den einzelnen Einflussgrößen zeigt sich jedoch, dass Häuser in öffentlicher Trägerschaft nahezu durchgängig eine stärkere Beeinflussung wahrnehmen als Kliniken mit anderen Trägern. Einrichtungen in privater Trägerschaft bewerten die Einflüsse fast immer am geringsten (Abb. 62).

Einflussfaktoren auf Unternehmensziele
(Mittelwert auf einer Skala von 1 = gar nicht bis 5 = sehr stark)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 62: Einflussfaktoren auf Unternehmensziele nach Trägerschaft (Mittelwerte)

Literaturverzeichnis

Blum, K. (2019): Fachkräftemangel und Fachkräftebedarf in MTA-Berufen.
Düsseldorf. www.dki.de

Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (2007 ff.). *Krankenhaus Barometer*.
Düsseldorf. www.dki.de

