



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

KRANKENHAUS BAROMETER

Umfrage 2022

INHALT

| SEITE | KAPITEL |
|-------|--|
| 4 | EINLEITUNG |
| 6 | 1 AUSWIRKUNGEN VON CORONA AUF DIE KRANKENHÄUSER |
| 7 | 1.1 Auslastung |
| 8 | 1.2 Besuchseinschränkungen |
| 9 | 1.3 Pandemiebedingte Schutzmaßnahmen |
| 10 | 1.4 Einschränkungen von Behandlungen |
| 12 | 1.5 Anpassung des Krankenhausalarm- und Einsatzplans |
| 14 | 2 WIRTSCHAFTLICHE LAGE DER KRANKENHÄUSER |
| 14 | 2.1 Jahresergebnis 2021 |
| 16 | 2.2 Entwicklung des Jahresergebnisses im Vergleich zum Vorjahr |
| 17 | 2.3 Erwartetes Jahresergebnis 2022 |
| 18 | 2.4 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation |
| 20 | 2.5 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen |
| 21 | 2.6 Ganzjahreserlösausgleich 2021 |
| 23 | 3 INVESTITIONEN |
| 24 | 3.1 Höhe und Herkunft der Investitionen |
| 26 | 3.2 Fördermittel |
| 29 | 3.3 Einschätzung der Investitionsfähigkeit |
| 30 | 3.4 Einschätzung des Insolvenzrisikos |
| 33 | 3.5 Gewinnmargen zur Finanzierung der Investitionen |
| 38 | 3.6 Investitionsbedarf |
| 41 | 3.7 Instandhaltung |
| 42 | 4 MD-PRÜFUNGEN DER QUALITÄTSANFORDERUNGEN BEI NOTFALLSTRUKTUREN |
| 44 | 4.1 Verteilung auf Notfallstufen und Häufigkeit von Kontrollen |
| 47 | 4.2 Art, zeitlicher Umfang und Aufwand der Kontrollen |
| 49 | 4.3 Zusammenarbeit mit dem medizinischen Dienst und Ergebnisse der Kontrollen |

| SEITE | KAPITEL |
|-------|--|
| 51 | 5 KRANKENHAUSINDIVIDUELLE PFLEGE BUDGETS |
| 52 | 5.1 Abschluss eines Pflegebudgets |
| 54 | 5.2 Dauer und Aufwand der Verhandlungen |
| 58 | 5.3 Akzeptanz von Wirtschaftsprüfer testaten |
| 59 | 5.4 Unterdeckung durch den Pflegeentgeltwert und Liquidität |
| 61 | 5.5 Ausbau der Stellenpläne aufgrund des PpSG |
| 64 | 5.6 Auswirkungen auf Personalausstattung und Finanzen (2022) |
| 66 | 6 STELLENBESETZUNGSPROBLEME |
| 67 | 6.1 Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst |
| 69 | 6.2 Stellenbesetzungsprobleme im Pflegedienst auf Allgemeinstationen |
| 71 | 6.3 Stellenbesetzungsprobleme in der Intensivpflege |
| 73 | 6.4 Stellenbesetzungsprobleme im OP- und Anästhesiedienst |
| 75 | 6.5 Stellenbesetzungsprobleme bei Hebammen |
| 76 | 6.6 Einsatz von Honorar- und Zeitarbeitskräften |
| 80 | 6.7 Fluktuation in der Pflege |
| 81 | 6.8 Auswirkungen von Fluktuation und Stellenbesetzungsproblemen |
| 82 | 7 GENERALISTISCHE PFLEGEAUSBILDUNG |
| 83 | 7.1 Auszubildende in der Generalistik |
| 84 | 7.2 Abbruch der Ausbildung |
| 86 | 7.3 Bewertung der Generalistik |
| 87 | LITERATURVERZEICHNIS |

EINLEITUNG

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht die **Ergebnisse des Krankenhaus Barometers 2022** 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 Krankenhausdirektoren 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 Krankenhausgeschehen 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 Ergebnisse des Krankenhaus Barometers 2022 beruhen auf der schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten in Deutschland, welche von Mitte April bis Ende Juni 2022 durchgeführt worden ist.

Beteiligt haben sich insgesamt 309 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.

Die jährlichen Ausgaben des **Krankenhaus Barometers** sind im Downloadbereich der Homepage abrufbar.
www.dki.de



Dr. Karl Blum



Robin Heber



Dr. Anna Levsen



Dr. Matthias Offermanns



Ann Katrin Parloh



Luisa Schumacher

Das Deutsche Krankenhausinstitut bedankt sich herzlich bei den Krankenhäusern, die sich an der Erhebung beteiligt haben. Sie haben es auf diese Weise ermöglicht, den Bericht zu einer wichtigen Erkenntnisgrundlage und Entscheidungshilfe für all diejenigen zu machen, die im Gesundheitswesen Verantwortung tragen.



Sophia Siewert

Düsseldorf, im Dezember 2022

Deutsches Krankenhausinstitut e. V.

Hansaallee 201

40549 Düsseldorf

Telefon 02 11 4 70 51 - 17

Fax 02 11 4 70 51 - 67

E-Mail karl.blum@dki.de

www.dki.de



1 AUSWIRKUNGEN VON CORONA AUF DIE KRANKENHÄUSER

Die Corona-Pandemie hatte erwartungsgemäß deutliche Auswirkungen auf die Auslastung der befragten Krankenhäuser. Insgesamt geben 55 % an, dass die Auslastung im Jahr 2021 geringer war als zum Vorjahreszeitraum.

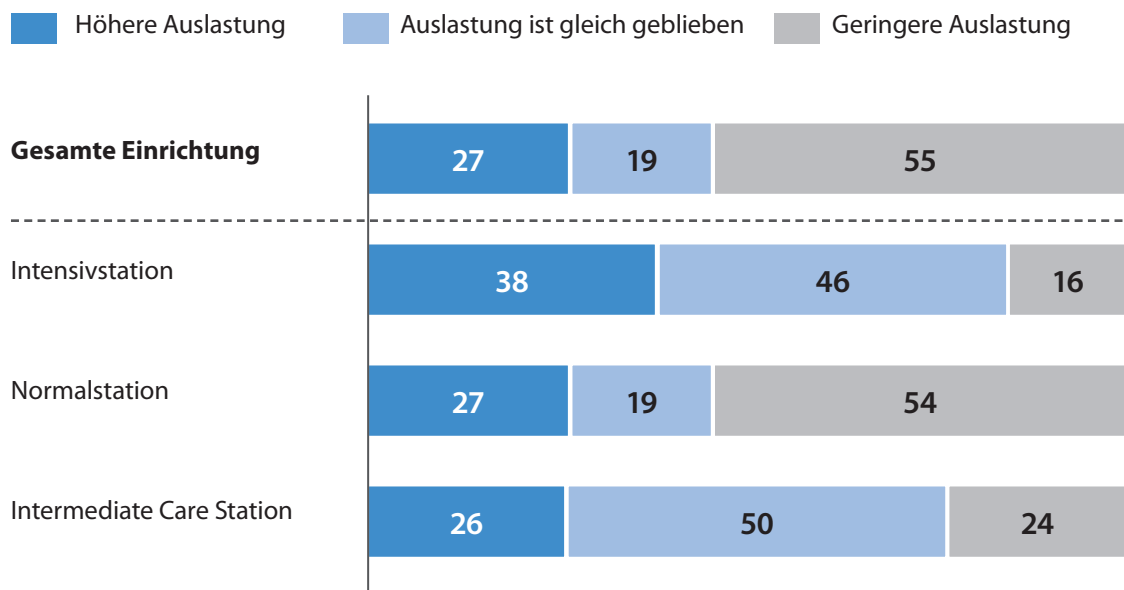
1.1 Auslastung

Nur 19 % der befragten Krankenhäuser berichten von einer unveränderten Auslastung. 27 % konnten eine höhere Auslastung über die gesamte Einrichtung verzeichnen. Ein Rückgang der Auslastung zeigte sich besonders deutlich für den Bereich der Normalstationen. Dort war bei 54 % der befragten Krankenhäuser die Auslastung rückläufig. Intensivstationen hingegen wiesen bei 38 % eine höhere Auslastung auf. Die Auslastung der Intermediate Care Station ist bei 50 % der befragten Krankenhäuser gleichgeblieben (**Abb. 01**).

Abb. 01

Auslastung zum Befragungszeitpunkt im Vergleich zum Vorjahreszeitpunkt

Wie hat sich die stationäre Auslastung in Ihrer Einrichtung während der Corona-Pandemie im Jahr 2021 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum dargestellt?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

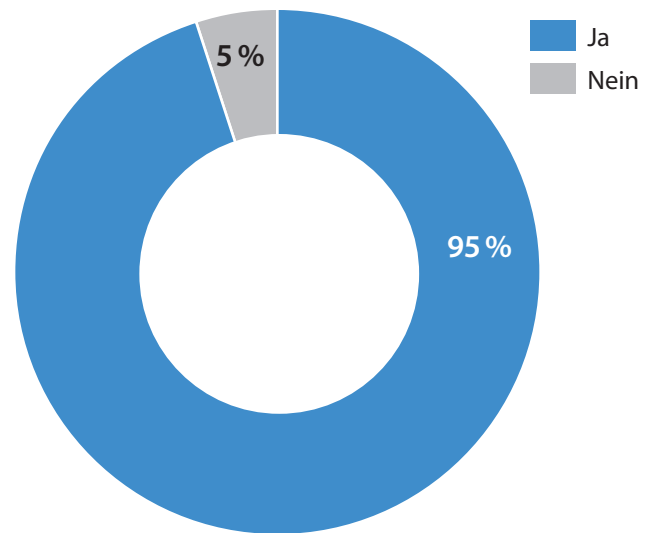
1.2 Besuchseinschränkungen

Aus Infektionsschutzgründen wurden Krankenhäusern während der Pandemie Besuchseinschränkungen empfohlen. 95 % der Häuser sprachen im Jahr 2021 in Ihrer Einrichtung bzw. in Teilen davon ein (erneutes) Besuchsverbot aus (**Abb. 02**). Knapp 20 % der Häuser geben an, dass sie Besuchseinschränkungen, aber keine Besuchsverbote erließen (Ergebnisse nicht dargestellt).

Besuchseinschränkungen betrafen überwiegend die gesamte Einrichtung bzw. Normal- wie Intensivstationen. Ausnahmen wurden vor allem in der Geburtshilfe gemacht (**Abb. 03**).

Abb. 02 *Besuchsverbote während der Pandemie*

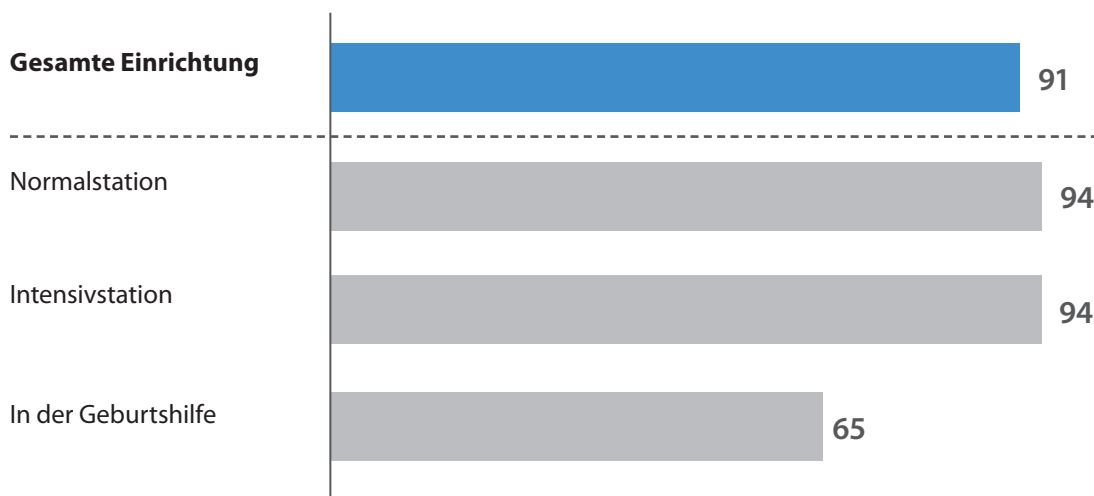
Haben Sie im Jahr 2021 in Ihrer Einrichtung bzw. in Teilen davon ein (erneutes) Besuchsverbot ausgesprochen? (Krankenhäuser mit vorherigem Besuchsverbot in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Abb. 03 *Besuchsverbote nach Bereichen*

In welchen Bereichen Ihrer Einrichtung haben Sie (zeitweise) ein Besuchsverbot ausgesprochen? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

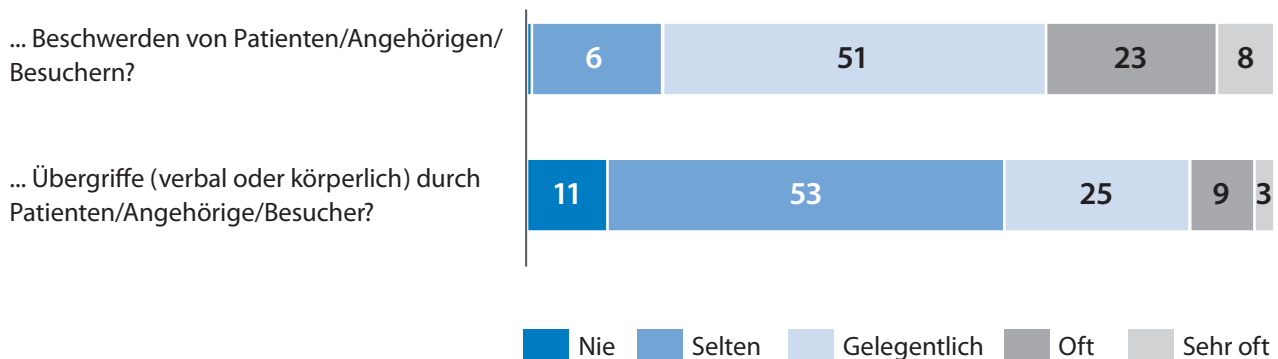


1.3 Pandemiebedingte Schutzmaßnahmen

Neben den Besuchseinschränkungen setzten die Kliniken weitere pandemiebedingte Schutzmaßnahmen um. Aufgrund dieser Maßnahmen kam es in 31 % der Kliniken (sehr) oft zu Beschwerden von Patienten, Angehörigen und Besuchern (**Abb. 04**). Bei 12 % der Häuser kam es (sehr) oft zu Übergriffen (verbal oder körperlich) durch Patienten, Angehörige und Besucher.

Abb.
04 *Pandemiebedingte Schutzmaßnahmen*

In welchem Umfang gab es in Ihrer Einrichtung im Jahr 2021 aufgrund von pandemiebedingten Schutzmaßnahmen (z. B. FFP2-Maskenpflicht, Testpflicht vor Aufnahme/Besuch trotz Impfung, Besuchseinschränkungen/-verbote) ... (Krankenhäuser in %)



1.4 Einschränkungen von Behandlungen

Der Aussage, dass in ihrem Krankenhaus das elektive Programm im Jahr 2021 aufgrund der bevorzugten Behandlung von COVID-Patienten eingeschränkt war, stimmen 83 % der Häuser zu.

Zwei Drittel der Krankenhäuser gehen davon aus, dass Patienten aus Sorge vor Ansteckung mit dem COVID-19-Erreger zum Erhebungszeitpunkt noch auf elektive Operationen und Eingriffe verzichtet haben (**Abb. 05**).

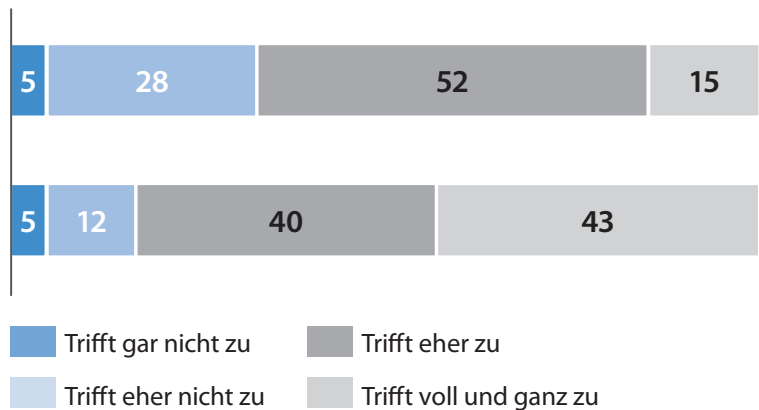
Der Anteil der Häuser, die Einschränkungen des elektiven Programms im Jahr 2021 aufgrund der bevorzugten Behandlung von COVID-Patienten angeben, stieg mit zunehmender Bettengrößenklasse an (**Abb. 06**).

Abb. 05 *Verzicht und Einschränkung der Behandlungen*

Inwieweit stimmen Sie den Aussagen zu, dass ...
(Krankenhäuser in %)

... Patienten aus Sorge vor Ansteckung mit dem COVID-19-Erreger derzeit noch auf elektive Operationen und Eingriffe verzichten?

... in Ihrem Krankenhaus das elektive Programm im Jahr 2021 aufgrund der bevorzugten Behandlung von COVID-Patienten eingeschränkt war?

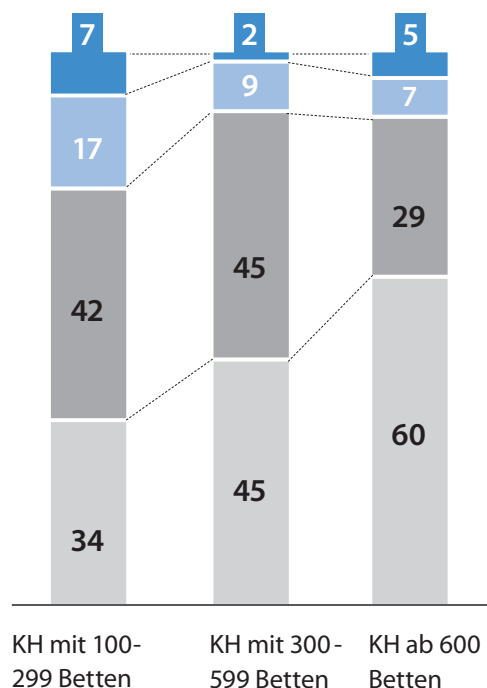


© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Abb. 06 *Einschränkung des elektiven Programms*

Inwieweit stimmen Sie der Aussage zu, dass in Ihrem Krankenhaus das elektive Programm im Jahr 2021 aufgrund der bevorzugten Behandlung von COVID-Patienten eingeschränkt war?
(Krankenhäuser in %)

- Trifft gar nicht zu
- Trifft eher nicht zu
- Trifft eher zu
- Trifft voll und ganz zu



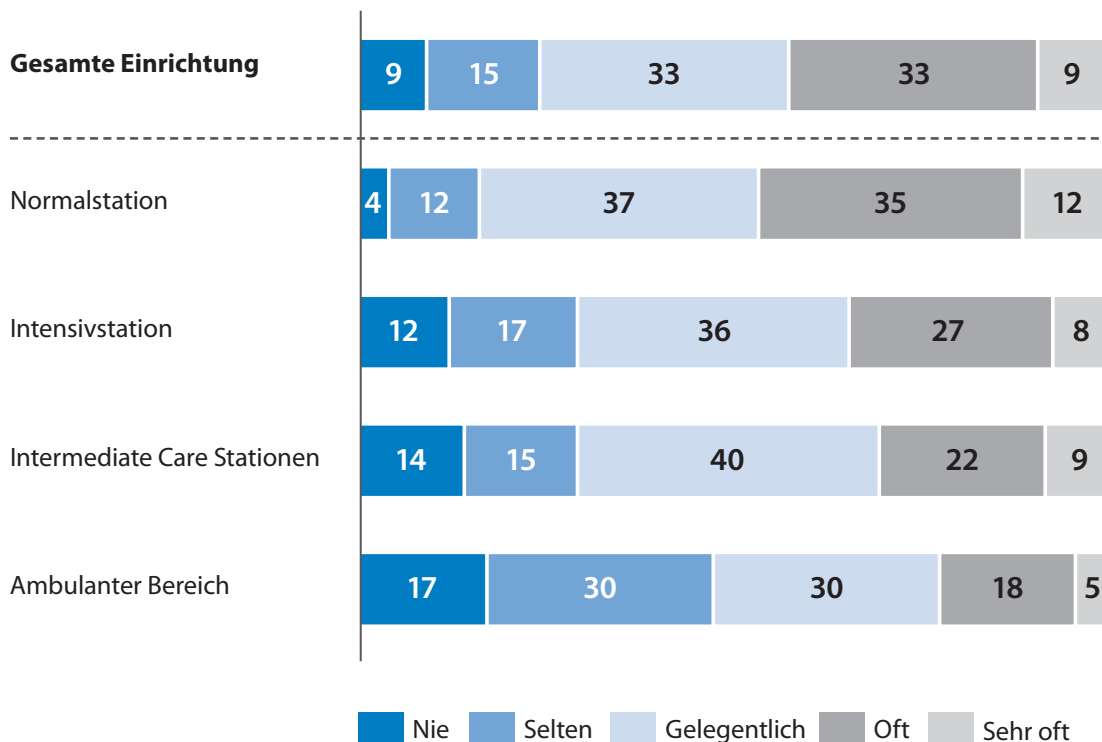
© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

42 % der Krankenhäuser geben an, dass sie im Jahr 2021 aufgrund von coronabedingten Personalausfällen ihre Behandlungskapazitäten in der gesamten Einrichtung (sehr) oft einschränken mussten (**Abb. 07**). Auf den Normalstationen kam es häufiger zu Einschränkungen als auf Intensiv- und Intermediate Care Stationen. Im ambulanten Bereich wurden die Behandlungskapazitäten aufgrund von coronabedingten Personalausfällen am seltensten eingeschränkt.

Abb.
07

Einschränkung der Behandlungskapazität

Wie häufig haben Sie im Jahr 2021 aufgrund von coronabedingten Personalausfällen (AU, Quarantäne) Ihre Behandlungskapazitäten in folgenden Bereichen einschränken müssen?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

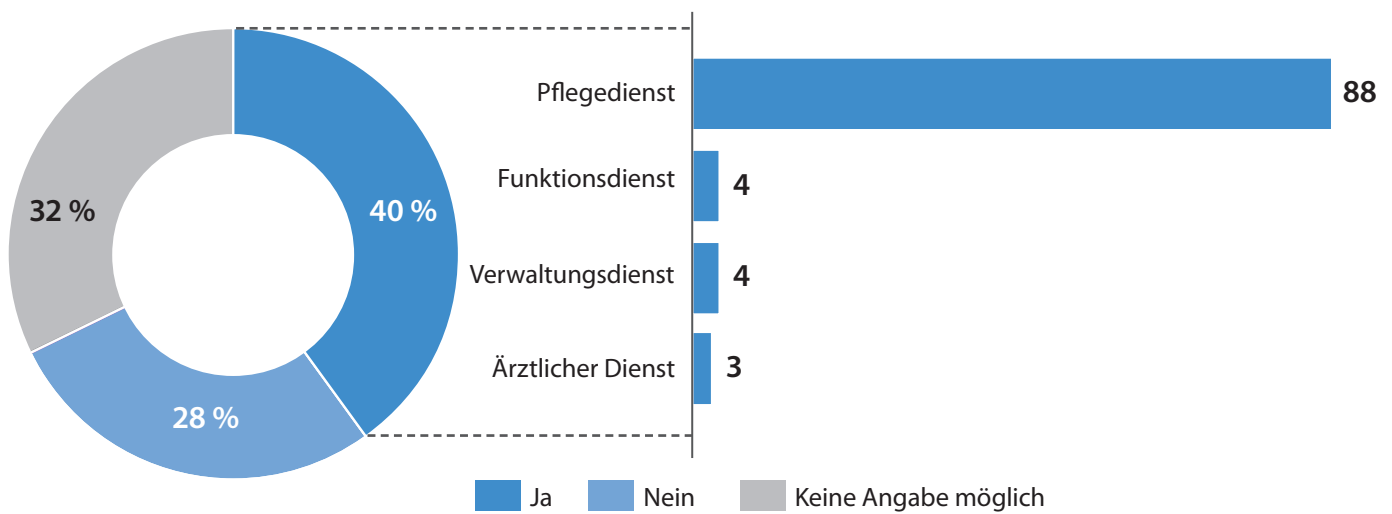
40 % der Häuser geben an, dass Mitarbeitende im Jahr 2021 vor allem aufgrund pandemiebedingter Belastungen ihre Stelle kündigten (**Abb. 08**). Hiervon war vorrangig der Pflegedienst betroffen.

Abb.
08

Kündigungen aufgrund pandemiebedingter Belastungen

Haben Mitarbeiter Ihres Krankenhauses im Jahr 2021 vor allem aufgrund pandemiebedingter Belastungen ihre Stelle gekündigt? (Krankenhäuser in %)

Welche Berufsgruppen waren hiervon hauptsächlich betroffen? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

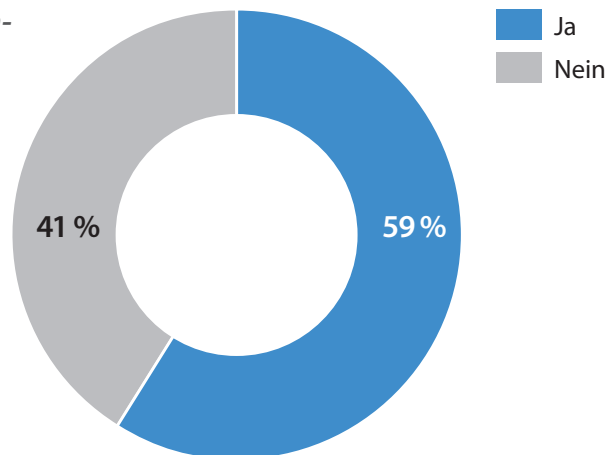
1.5 Anpassung des Krankenhausalarm- und Einsatzplans

59 % der Krankenhäuser passten ihren Krankenhausalarm- und Einsatzplan aufgrund der Erfahrungen in der Corona-Pandemie an (**Abb. 09**).

Abb.
09

Anpassung des Krankenhausalarm- und Einsatzplans

Hat Ihre Einrichtung den Krankenhausalarm- und Einsatzplan aufgrund der Erfahrungen in der Corona-Pandemie angepasst? (Krankenhäuser in %)



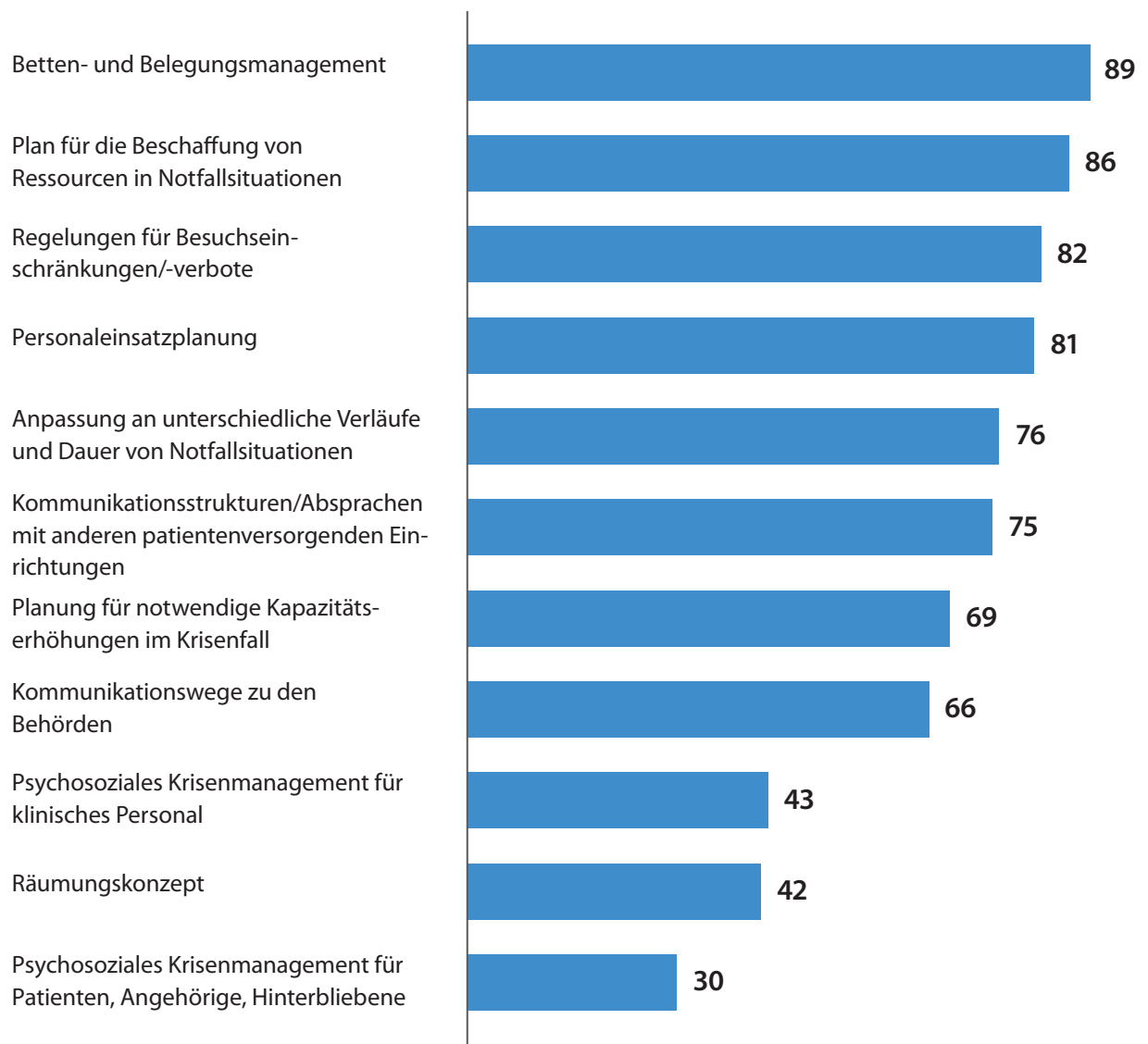
© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Die meisten Kliniken nahmen im Betten- und Belegungsmanagement, bei der Beschaffungsplanung von Ressourcen in Notfallsituationen, den Regelungen für Besuchseinschränkungen und -verboten sowie in der Personaleinsatzplanung Optimierungen vor (**Abb. 10**).

Ca. 75 % der Häuser passten ihren Krankenhausalarm- und Einsatzplan in den Bereichen an unterschiedliche Verläufe und Dauer von Notfallsituationen sowie Kommunikationsstrukturen/Absprachen mit anderen patientenversorgenden Einrichtungen an.

Abb.
10 *Optimierung des Krankenhausalarm- und Einsatzplans*

Welche Aspekte und Bereiche des Krankenhausalarm- und Einsatzplans wurden optimiert?
(Krankenhäuser mit Anpassung des Krankenhausalarm- und Einsatzplans in %)



2 WIRTSCHAFTLICHE LAGE DER KRANKENHÄUSER

Mit Blick auf ihre wirtschaftliche Situation sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie in der Gewinn- und Verlustrechnung für das Geschäftsjahr 2021 ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis erzielt haben.

2.1 Jahresergebnis 2021

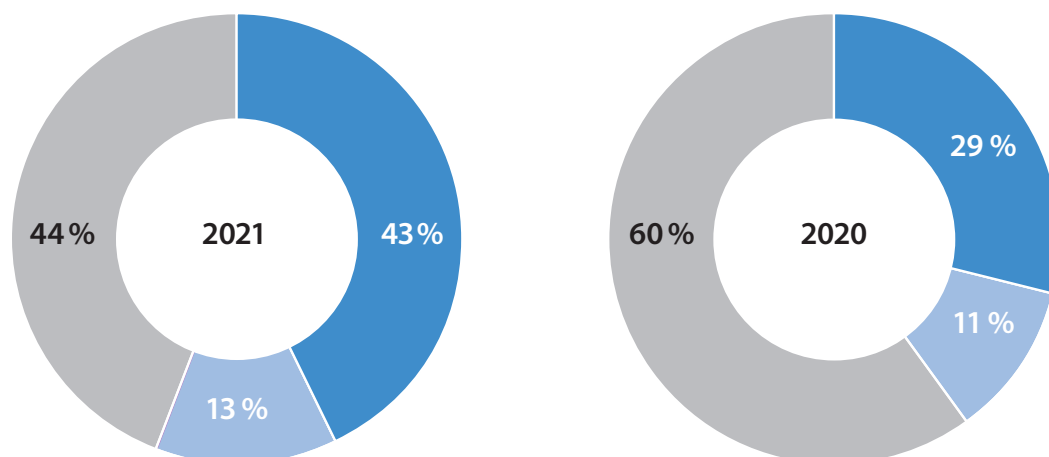
Danach haben 43 % der deutschen Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten im Jahr 2021 Verluste geschrieben. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss liegt bei 44 % und der Anteil der Häuser mit einem ausgeglichenen Jahresergebnis bei 13 % (**Abb. 11**).

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die wirtschaftliche Situation deutlich verschlechtert. Im Jahr 2020 hatten nur 29 % der Krankenhäuser einen Jahresfehlbetrag und 60 % der Häuser einen Jahresüberschuss.

Abb.

11 Jahresergebnis der Krankenhäuser 2021 und 2020
(Krankenhäuser in %)

■ Jahresfehlbetrag ■ Ausgeglichenes Ergebnis ■ Jahresüberschuss



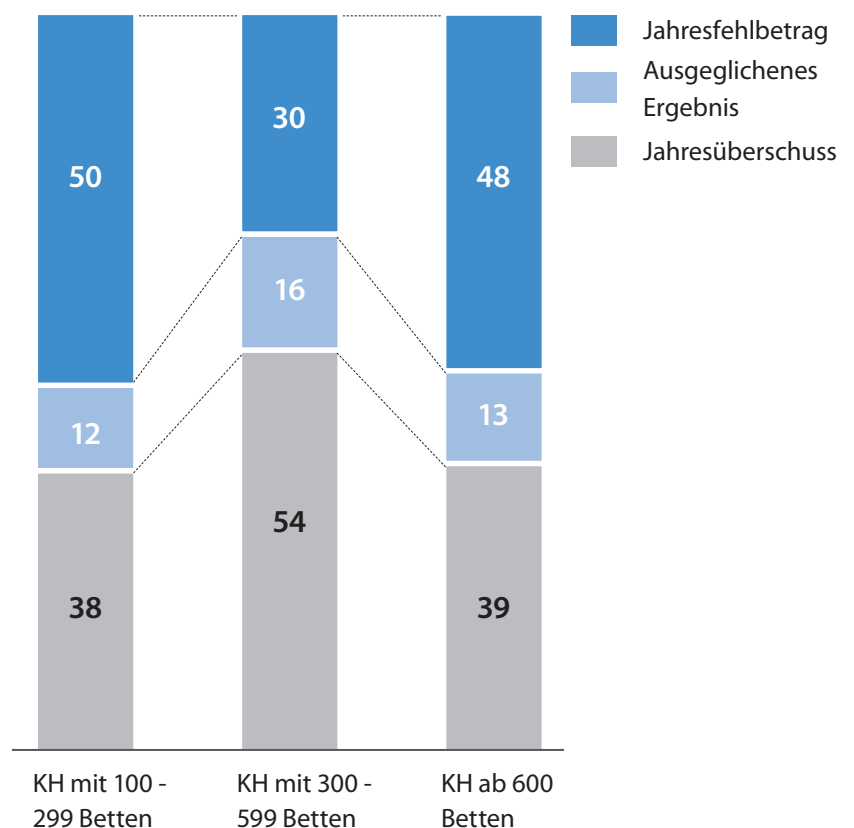
© Deutsches Krankenhausinstitut 2022



Nach Bettengrößenklassen differenziert, erwirtschafteten die kleinen Krankenhäuser (bis 299 Betten) mit 50 % sowie die großen Häuser (ab 600 Betten) mit 48 % deutlich häufiger ein negatives Jahresergebnis als die mittelgroßen Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten (30 %). Umgekehrt erzielten die mittelgroßen Krankenhäuser mit 54 % deutlich häufiger einen Jahresüberschuss

(Abb. 12).
Verglichen mit dem Vorjahr haben sich die Jahresergebnisse in der unteren und mittleren Bettengrößenklasse deutlich verschlechtert, während sie sich in der oberen Bettengrößenklasse verbessert haben (vgl. DKI, 2020).

Abb. 12 **Jahresergebnis der Krankenhäuser 2021 nach Bettengrößenklassen (Krankenhäuser in %)**

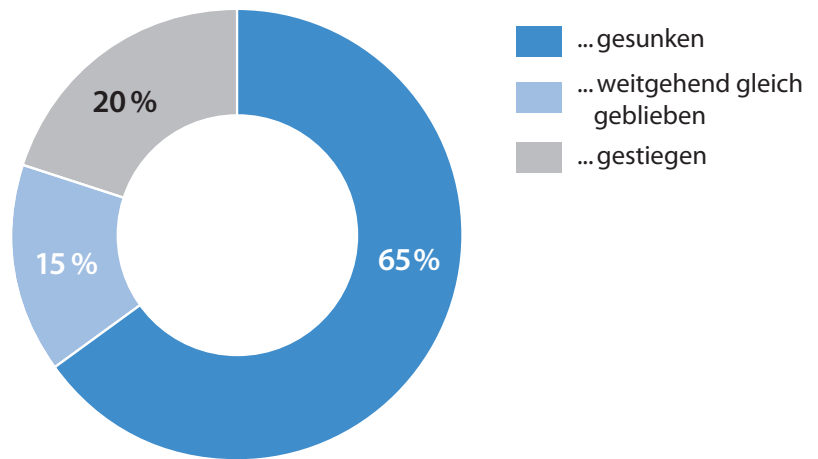


2.2 Entwicklung des Jahresergebnisses im Vergleich zum Vorjahr

Über die bloße Angabe von positiven, negativen oder ausgeglichenen Jahresergebnissen hinaus, sollten die Krankenhäuser über die konkrete Entwicklung der Jahresergebnisse laut Gewinn- und Verlustrechnung in den Jahren 2020 und 2021 informieren.

Demnach ist in 65 % der Krankenhäuser das Jahresergebnis 2021 im Vergleich zum Vorjahr gesunken. Nur 20 % der Krankenhäuser konnten ihr Jahresergebnis verbessern und bei 15 % der Krankenhäuser hat sich das Jahresergebnis weitestgehend nicht verändert (**Abb. 13**).

Abb. 13 Entwicklung des Jahresergebnisses 2021 im Vergleich zum Vorjahr (Krankenhäuser in %)

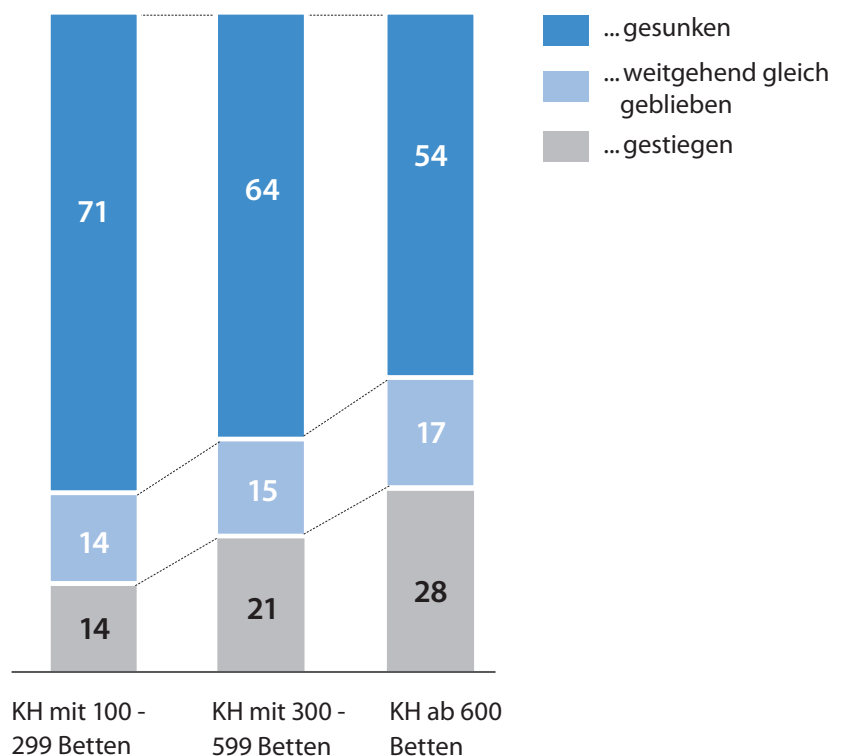


© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Der Anteil der Krankenhäuser, deren Jahresergebnis sich verschlechtert hat, nimmt mit steigender Krankenhausgröße ab. In den kleinen Krankenhäusern bis 299 Betten ist er mit 71 % am höchsten und liegt damit deutlich über dem bundesweiten Durchschnitt (**Abb. 14**).

Gleichzeitig ist der Anteil der Krankenhäuser, deren Jahresergebnis sich im Vergleich zum Vorjahr verbessert hat, hier auch am niedrigsten (14 %). In den großen Krankenhäusern ab 600 Betten ist der Anteil der Krankenhäuser, deren Jahresergebnis sich im Vergleich zum Vorjahr verschlechtert hat, mit 54 % am niedrigsten. Bei den mittelgroßen Krankenhäusern mit 300 bis 599 Betten beträgt er 64 %.

Abb. 14 Entwicklung des Jahresergebnisses 2021 im Vergleich zum Vorjahr nach Bettengrößenklassen (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

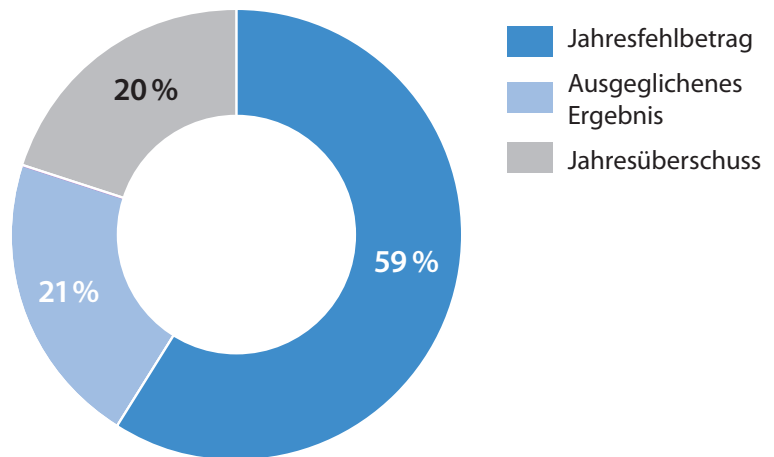
2.3 Erwartetes Jahresergebnis 2022

Für das Jahr 2022 sind insgesamt weitere Verschlechterungen der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser zu erwarten (**Abb. 15**).

Im Vergleich zum Jahr 2021 wird der Anteil der Häuser mit negativen Jahresergebnis von 43 % auf voraussichtlich 59 % ansteigen. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem positiven Jahresergebnis wird von 44 % auf voraussichtlich 20 % sinken, womit der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss sich um mehr als die Hälfte reduziert. Etwa jedes fünfte Krankenhaus geht von einem ausgeglichenen Jahresergebnis aus.

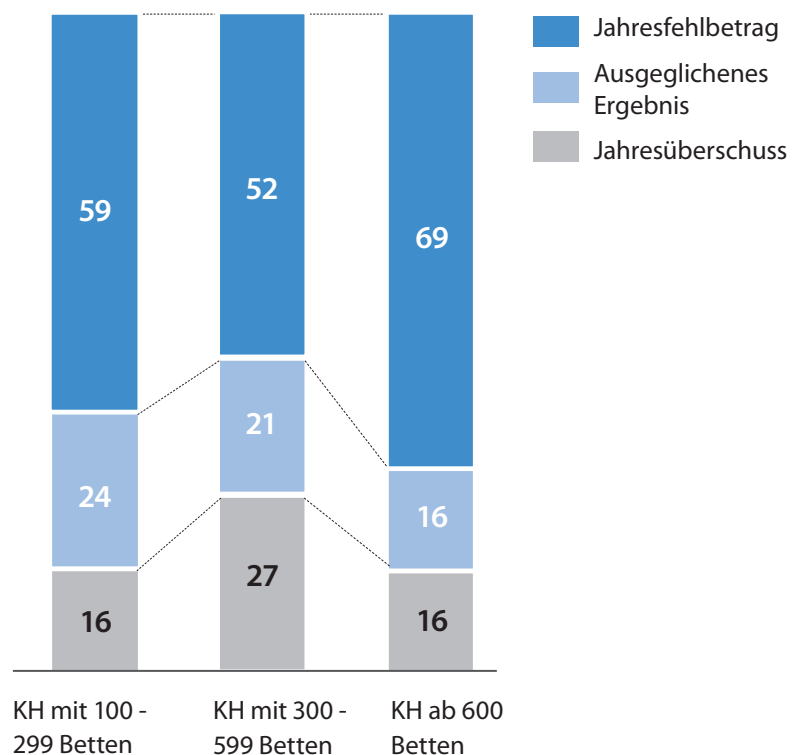
Auffallend sind hier vor allem die pessimistischen Prognosen der größeren Krankenhäuser ab 600 Betten. Für das Jahr 2022 gehen 69 % der Häuser dieser Bettengrößenklasse von einem negativen und nur 16 % von einem positiven Ergebnis aus. Auch in den anderen Größenklassen erwarten die Krankenhäuser eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation im Vergleich zum Vorjahr (**Abb. 16**).

Abb. 15 Erwartetes Jahresergebnis der Krankenhäuser 2022 (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Abb. 16 Erwartetes Jahresergebnis der Krankenhäuser 2022 nach Bettengrößenklassen (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

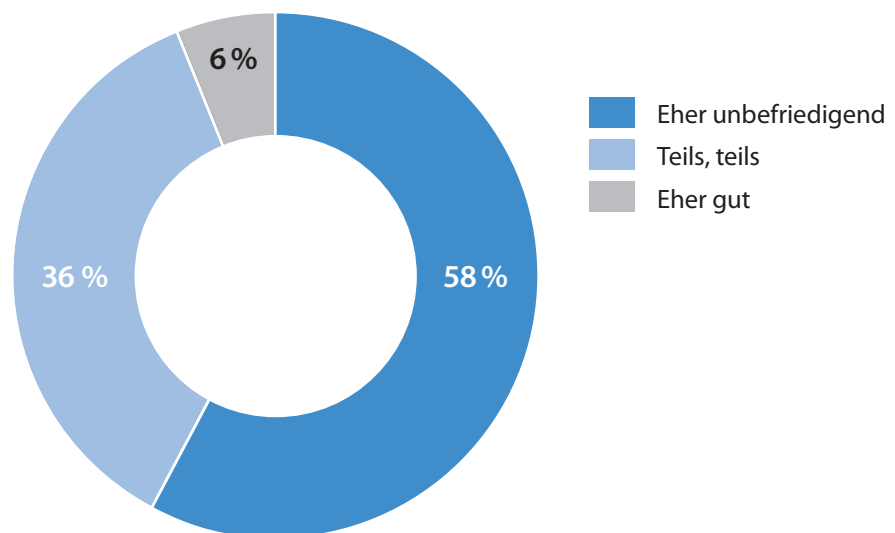
2.4 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation



Über das erwartete Jahresergebnis für das Jahr 2022 hinaus sollten die Krankenhäuser auch ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2022 beurteilen. Demnach stufen 58 % der Krankenhäuser ihre wirtschaftliche Lage als eher unbefriedigend ein. 6 % der Krankenhäuser schätzten ihre wirtschaftliche Lage als eher gut ein, während 36 % in dieser Hinsicht unentschieden waren (**Abb. 17**).

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die kritische Einschätzung der wirtschaftlichen Lage über alle Krankenhäuser hinweg auf hohem Ausgangsniveau noch weiter verschlechtert (*DKI, 2020*).

Abb. 17 *Aktuelle wirtschaftliche Situation des eigenen Krankenhauses (Krankenhäuser in %)*

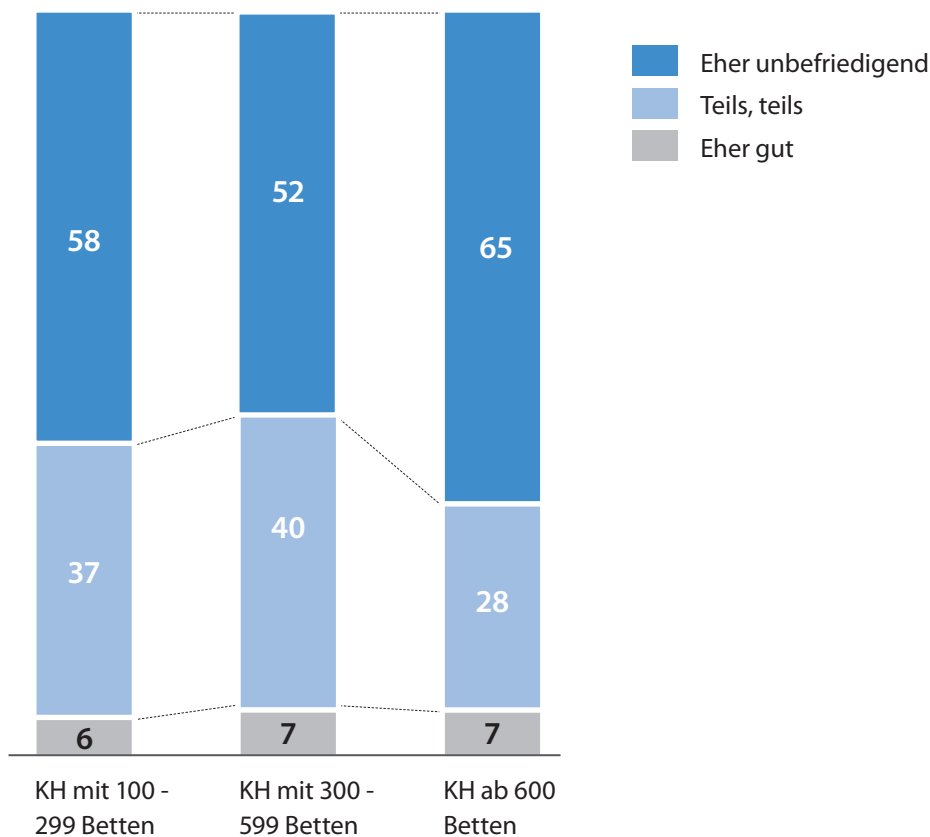


© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Unabhängig von der Krankenhausgröße wird die aktuelle wirtschaftliche Lage insgesamt kritisch gesehen (**Abb. 18**). Besonders dramatisch ist die Situation in den großen Krankenhäusern ab 600 Betten. Hier beurteilen 65 % der Krankenhäuser ihre aktuelle wirtschaftliche Situation als eher unbefriedigend.



Abb. 18 Aktuelle wirtschaftliche Situation des eigenen Krankenhauses nach Bettengrößenklassen (Krankenhäuser in %)



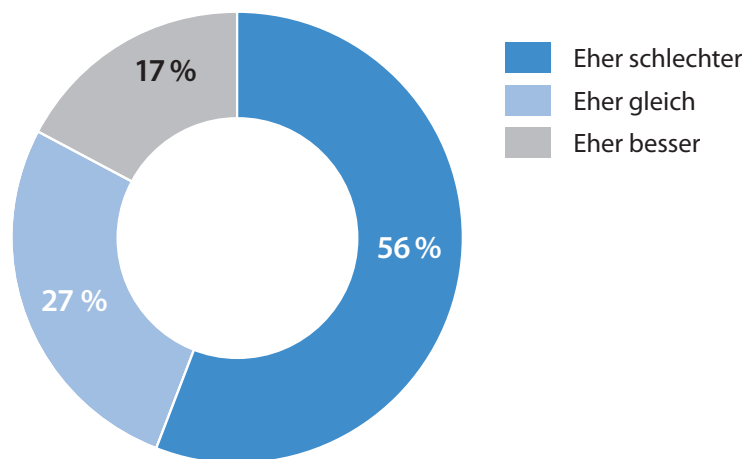
© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

2.5 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen

Darüber hinaus sollten sich die Krankenhäuser zu ihren Erwartungen für das Jahr 2023 äußern: Mehr als die Hälfte der Krankenhäuser (56 %) erwartet für das Jahr 2023 eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation, während nur 17 % der Krankenhäuser eine Verbesserung der wirtschaftlichen Situation erwarten. 27 % der Krankenhäuser sind in dieser Hinsicht unentschieden (**Abb. 19**).

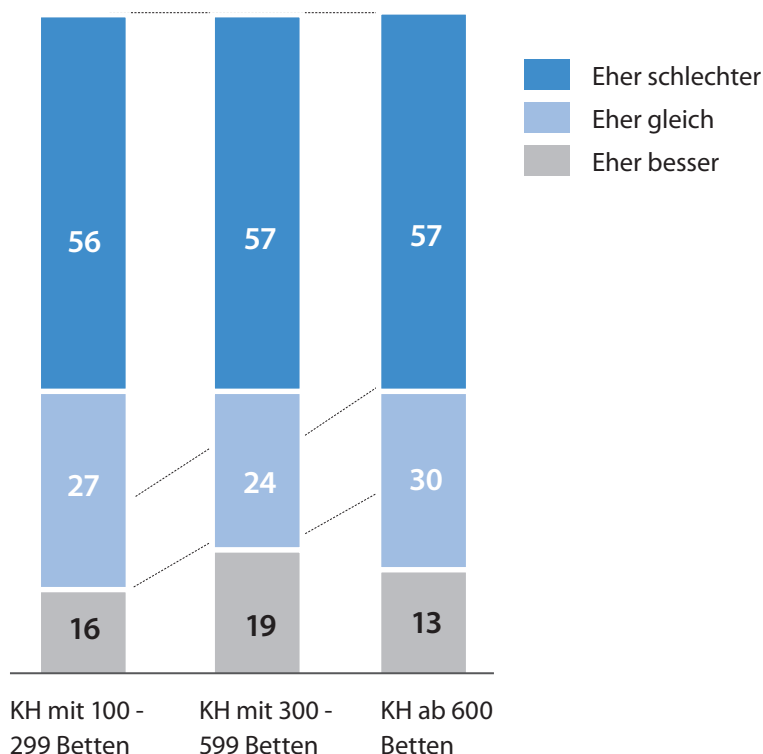
Unabhängig von der Krankenhausgröße sind die wirtschaftlichen Erwartungen für das Jahr 2023 nahezu gleichermaßen pessimistisch (**Abb. 20**).

Abb. 19 *Wirtschaftliche Erwartungen für das eigene Krankenhaus für 2023 (Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Abb. 20 *Wirtschaftliche Erwartungen für das eigene Krankenhaus für 2023 nach Bettengrößenklassen (Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

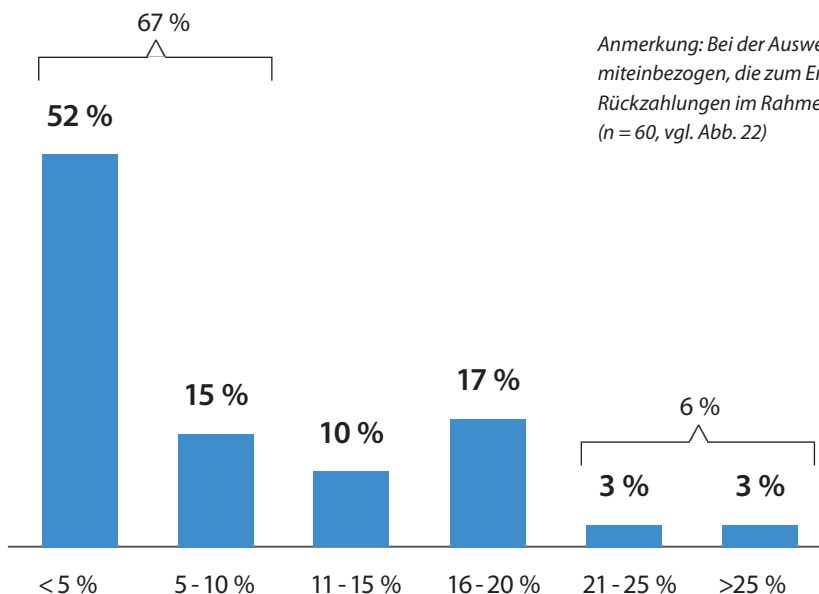
2.6 Ganzjahreserlösausgleich 2021

Der Ganzjahreserlösausgleich für das Jahr 2021 sieht einen Ausgleich des aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgangs vor. Außerdem werden Erlösanstiege ausgeglichen, die auf Ausgleichszahlungen oder auf Versorgungsaufschlägen für das Jahr 2021 zurückzuführen sind. Der Ganzjahreserlösausgleich ergibt sich aus der Gegenüberstellung der um die variablen Sachkosten bereinigten Erlöse 2021 und 2019 für stationäre Krankenhausleistungen.

Zusätzlich werden für das Jahr 2021 die erhaltenen Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser (§ 21 Abs. 1a und 1b KHG) in Höhe von 85 % angerechnet. Außerdem werden die Versorgungsaufschläge gemäß § 21a Abs. 1 Satz 1 KHG zu 50 % berücksichtigt.

Abb. 21 Höhe des geplanten oder verhandelten Corona Ausgleichsbetrags (Krankenhäuser in %)

In welcher Höhe machen Sie den Ausgleichsbetrag bezogen auf den Budgetreferenzwert 2019 in Prozent geltend?
(Krankenhäuser mit geplantem oder verhandeltem Corona-Ausgleich 2021)

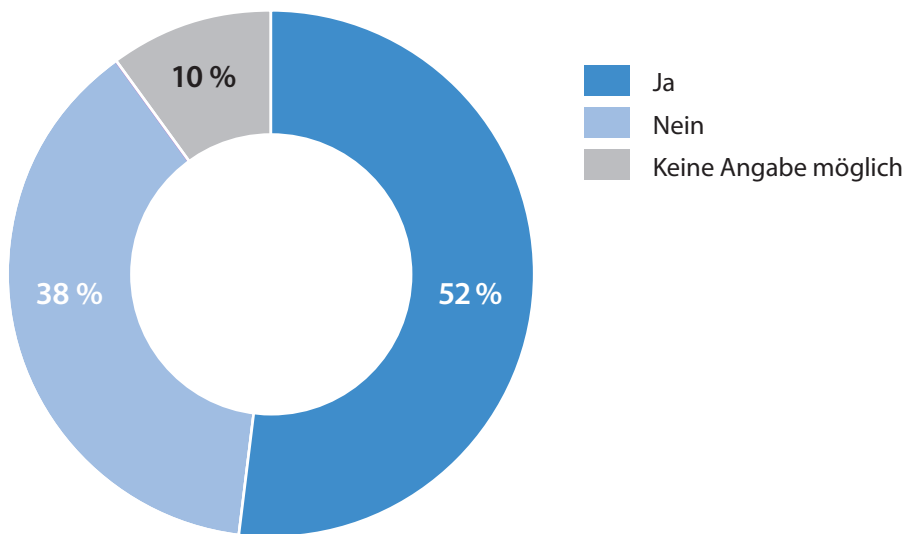


Anmerkung: Bei der Auswertung dieser Frage wurden nur die Krankenhäuser miteinbezogen, die zum Erhebungszeitpunkt davon ausgegangen sind, keine Rückzahlungen im Rahmen des Ganzjahreserlösausgleichs zahlen zu müssen (n = 60, vgl. Abb. 22)

52 % der Krankenhäuser gingen zum Befragungszeitpunkt im Frühjahr 2022 davon aus, dass sie Rückzahlungen im Rahmen des Ganzjahreserlösausgleichs für das Jahr 2021 leisten müssen. 38 % der Krankenhäuser gehen vom Gegenteil aus und 10 % konnten keine Angabe machen (**Abb. 22**).

Abb. 22 Rückzahlungen im Rahmen des Ganzjahreserlösausgleichs für das Jahr 2021 (Krankenhäuser in %)

Rechnen Sie damit, Rückzahlungen im Rahmen des Ganzjahreserlösausgleichs für das Jahr 2021 leisten zu müssen?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

3 INVESTITIONEN

In der Befragung sollten die Krankenhäuser die Höhe der Investitionen für das Jahr 2021 angeben. Hierbei wurden als Investitionsvolumen die Zugänge laut Anlagennachweis ohne Finanzanlagen definiert.



3.1 Höhe und Herkunft der Investitionen

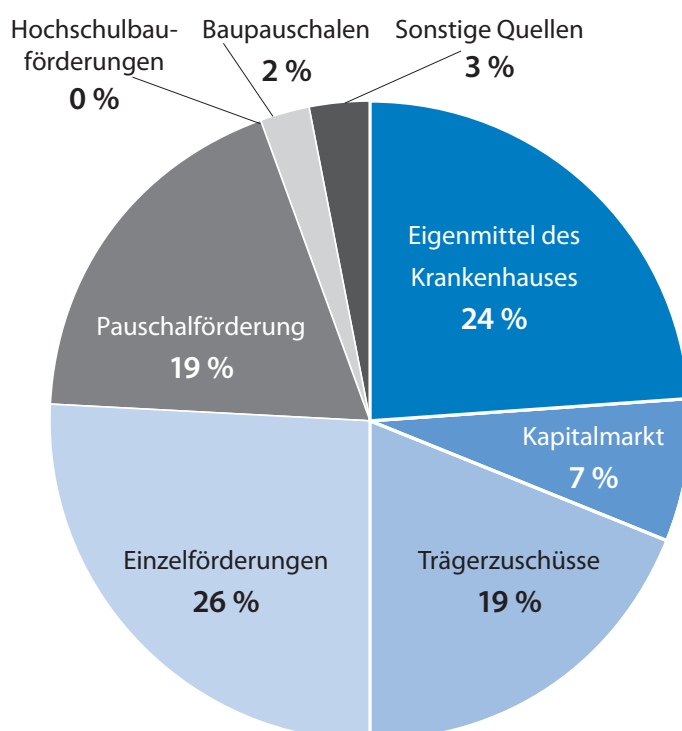
Die Hochrechnung zeigt, dass die Investitionssumme 2021 bei 6,8 Mrd. € liegt und damit im Vergleich zu 2017 unverändert hoch ist. Umgerechnet entspricht das einem mittleren Investitionsvolumen von etwa 6,8 Mio. € je Allgemeinkrankenhaus ab 100 Betten.

Tab.
01 *Investitionen im Jahr 2021*

| Investitionen 2021 | Kennwert |
|------------------------------|------------|
| Investitionssumme gesamt | 6,8 Mrd. € |
| Investitionen je Krankenhaus | 6,8 Mio. € |

Die Krankenhäuser sollten zusätzlich angeben, aus welchen Finanzierungsquellen ihre Investitionsmittel stammen (**Abb. 23**).

Abb.
23 *Herkunft der Investitionsmittel der Krankenhäuser 2021 (Angaben in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Aus öffentlichen Fördermitteln stammen 47 % der investiven Mittel der Krankenhäuser. Hierzu zählen die Einzel- und Pauschalförderung, die in einigen Bundesländern verwendete Baupauschale sowie die Mittel für die Universitätskliniken.

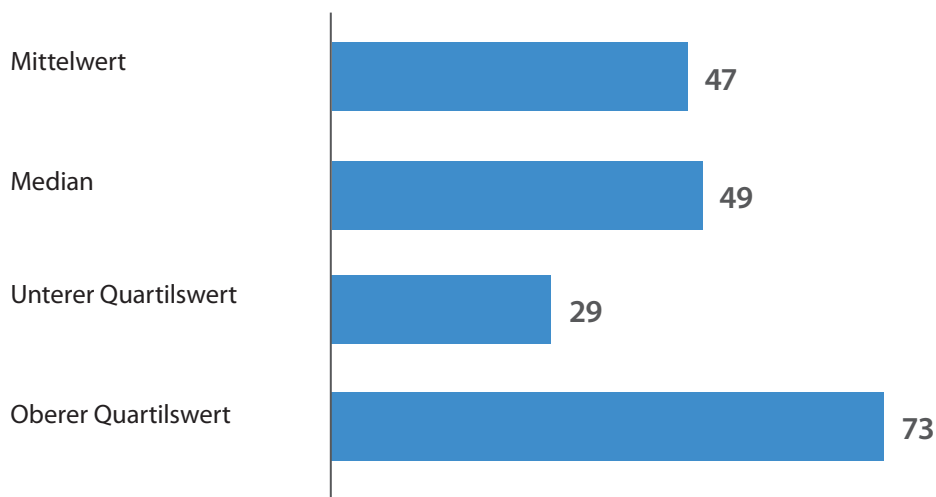
Das bedeutet im Umkehrschluss, dass über die Hälfte der von den Krankenhäusern eingesetzten investiven Mittel nicht aus öffentlichen Fördermitteln stammt. Den nicht geförderten Anteil der Investitionen müssen die Krankenhäuser anderweitig aufbringen. 24 % stammen direkt aus Eigenmitteln des Krankenhauses (z.B. Wahlleistungserlöse, Überschüsse aus den Leistungsentgelten). Von den Trägern der Krankenhäuser werden 19 % der Investitionen zur Verfügung gestellt.

Im Vergleich zu 2017 ist das mehr als eine Verdoppelung der Trägerzuschüsse. Im Vergleich dazu hat sich der Anteil der kapitalmarktfinanzierten Investitionen mehr als halbiert: Im Jahr 2017 lag der Anteil bei 17 % und im Jahr 2021 bei nur noch 7 %. Der Rest entfällt auf andere Finanzierungsquellen (z.B. Spenden, Fördervereine).

In einem Viertel der Krankenhäuser liegt die öffentliche Förderquote nur noch bei 29% oder weniger (unterer Quartilswert). Etwas weniger als ein Viertel der Einrichtungen erreicht eine Förderquote von 73% oder mehr (oberer Quartilswert).

Abb.

24 Anteil öffentlicher Investitionen an den Investitionen der Krankenhäuser 2021
(Angaben in %)



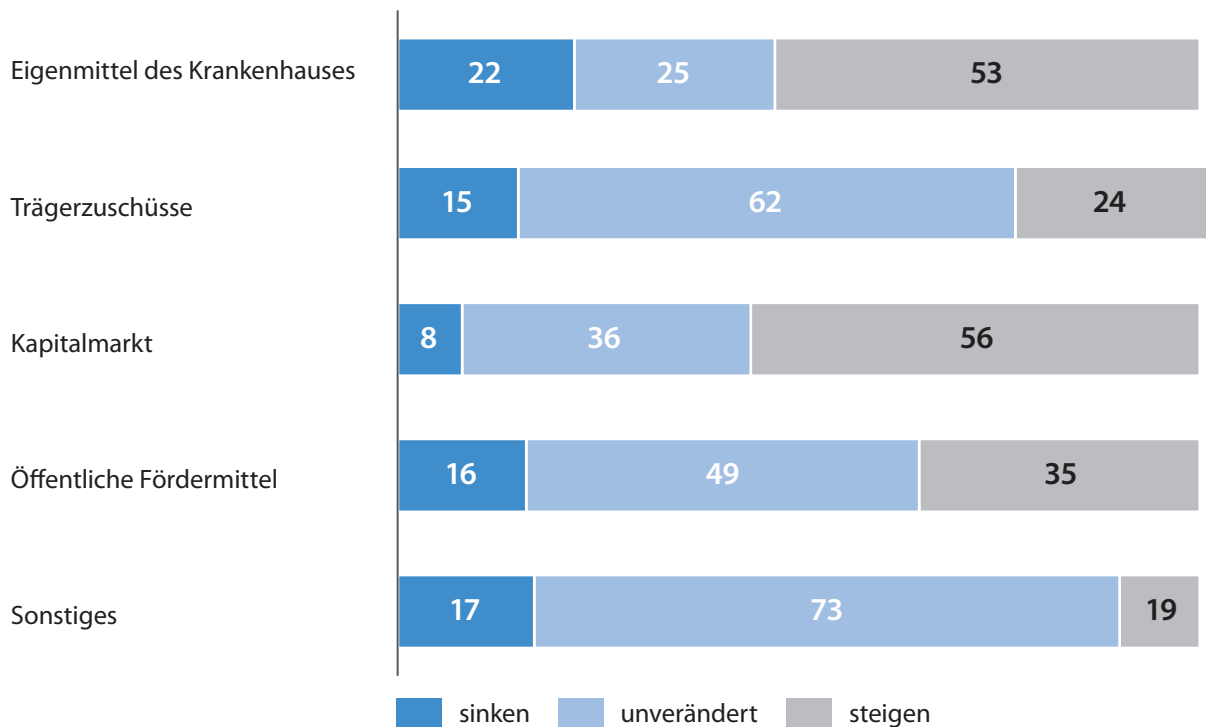
© Deutsches Krankenhausinstitut 2022



Die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen über öffentliche Fördermittel ist für viele Krankenhäuser nicht mehr ausreichend, um den Herausforderungen der Zukunft zu begegnen.

Die Erwartungen der Krankenhäuser an einer Erhöhung der öffentlichen Investitionen sind begrenzt: Ein Drittel der Krankenhäuser erwartet zukünftig eine Steigerung des Anteils der öffentlichen Investitionen (vgl. Abb. 25). Die Hälfte der Häuser erwartet allerdings keine Änderung. Sie gehen davon aus, dass der Anteil der öffentlichen Investitionsmittel an allen Investitionen in den kommenden Jahren unverändert sein werde.

Abb. 25 *Wie wird sich der Anteil der Investitionen in Ihrem Krankenhaus aus den folgenden Finanzierungsquellen entwickeln? (Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Jeweils über die Hälfte der Krankenhäuser erwartet einen höheren Anteil der Eigenmittel des Krankenhauses bzw. von Kapitalmarktmitteln an den zur Verfügung stehenden investiven Mitteln.

Über 60 % der Krankenhäuser erwarten für die nächsten 5 Jahre einen gleichbleibenden Anteil der Trägerzuschüsse an den Investitionen. Gleiches trifft auch auf sonstige Finanzierungsquellen wie u.a. Spenden, Fördervereine zu.

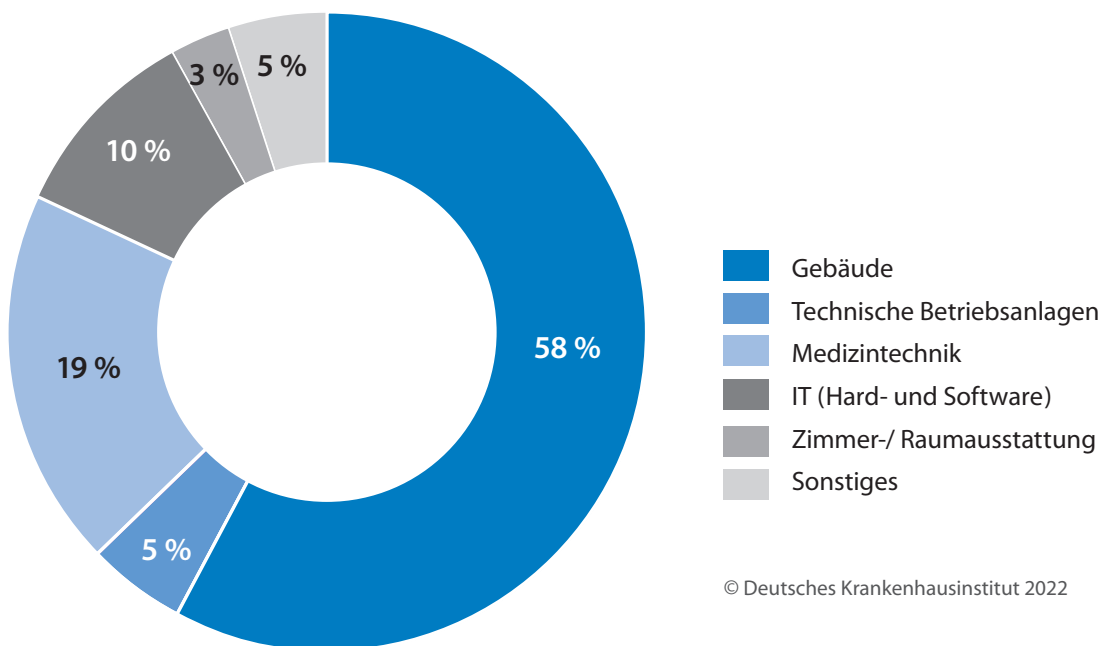
3.2 Verwendung der Investitionen

Die Krankenhäuser verwendeten 2021 wie schon 2017 ihre Investitionen zum überwiegenden Teil (58 %) für den Neu- und Umbau von Gebäuden. In die Medizintechnik flossen 19 % der investierten Mittel. Der Anteil für IT (Hard- und Software) lag bei 10 % und damit um 3 Prozentpunkte höher als 2017.

Auf die technischen Betriebsanlagen entfielen 5 % der Mittel. Weitere 3 % wurden für die Zimmer- und Raumausstattung eingesetzt. Das war weniger als die Hälfte als im Jahr 2017. Auf sonstige Verwendungszwecke entfielen 5 % der Investitionen.



Abb. 26 Investitionsverwendung für 2021 (Angaben in %)

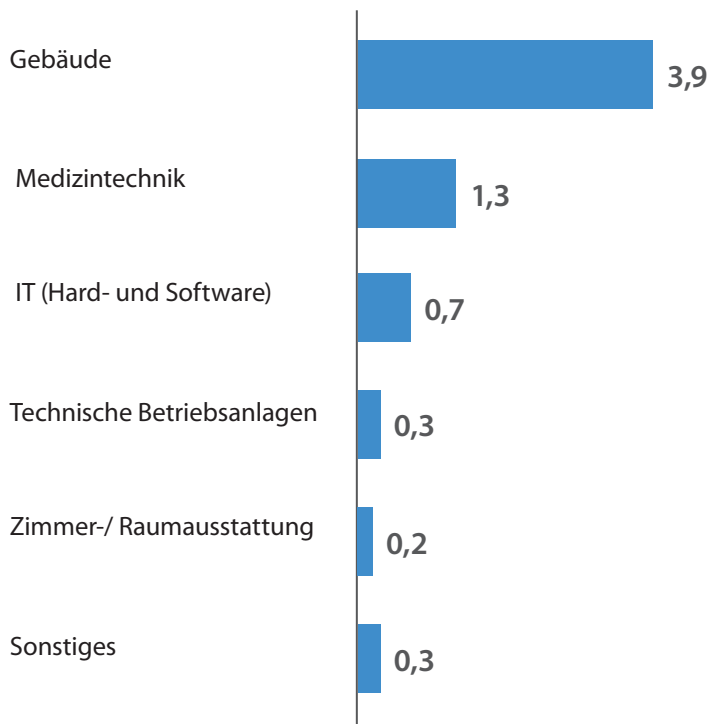


© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Rechnet man die Angaben der Krankenhäuser in Eurobeträge um, so investierten die Krankenhäuser im Jahr 2021 3,9 Mrd. Euro in Gebäude. Für Medizintechnik wurden 1,3 Mrd. Euro ausgegeben. IT-Investitionen lagen bei 0,7 Mrd. Euro.

Abb.
27

*Investitionsverwendung 2021
(Angaben in Mrd. Euro)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

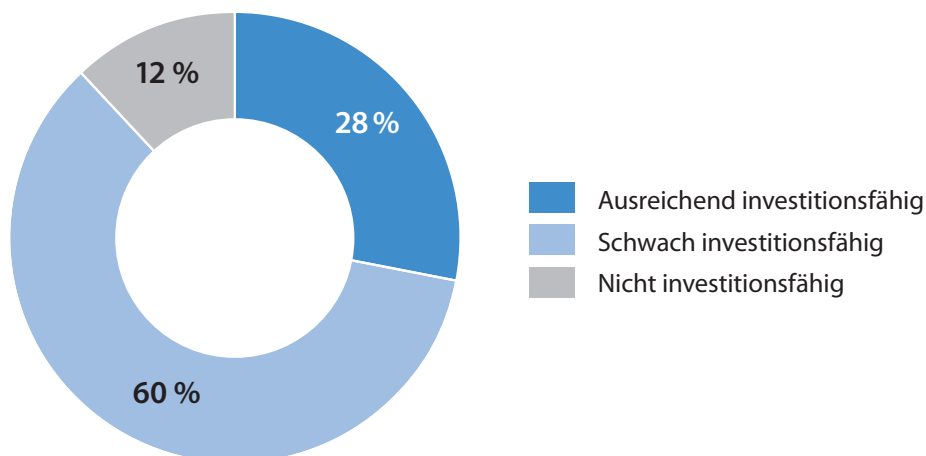


3.3 Einschätzung der Investitionsfähigkeit

In ihrer Selbsteinschätzung betrachten die Krankenhäuser ihre Investitionsfähigkeit derzeit äußerst kritisch. Aktuell schätzen sich nur 28 % der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten in Deutschland als ausreichend investitionsfähig ein.

Als schwach investitionsfähig schätzen sich 60 % der Häuser ein. 12 % der Befragungsteilnehmer betrachten sich als nicht investitionsfähig.

Abb. 28 *Einschätzung der Investitionsfähigkeit (Krankenhäuser in %)*

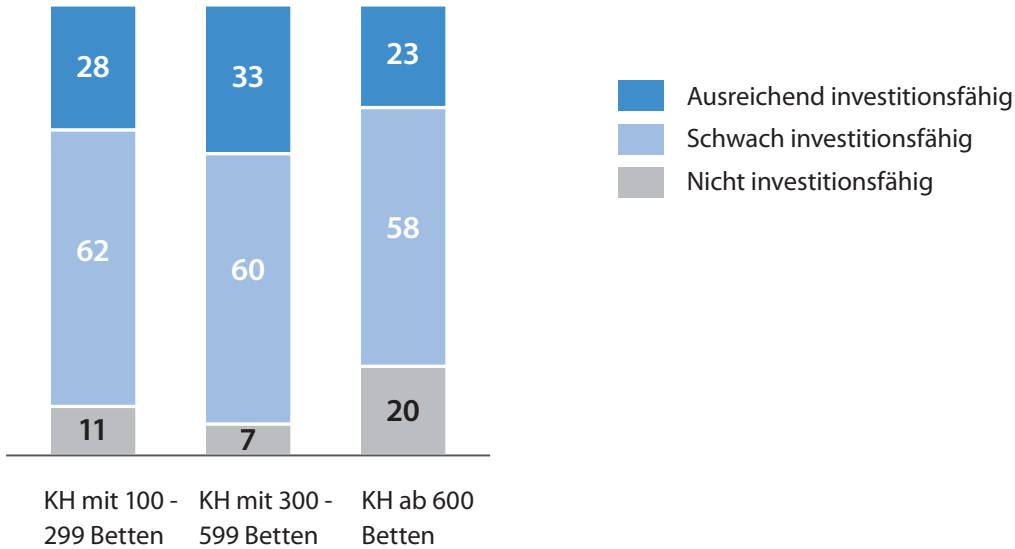


© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Nach Krankenhausgröße schätzen vor allem die großen Krankenhäuser ab 600 Betten ihre Investitionsfähigkeit als relativ gering ein. Der Anteil der nicht investitionsfähigen Häuser fällt hier überproportional hoch aus (20 %), der Anteil der ausreichend investitionsfähigen Häuser ist unterproportional niedrig (23 %).

Eine dazu abweichende Einschätzung haben die Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten. Hier liegt der Anteil der Häuser, die sich für ausreichend investitionsfähig halten, mit einem Drittel deutlich höher. Lediglich 7 % der Häuser in dieser Bettengrößenklasse teilen die Aussage, dass sie nicht investitionsfähig seien.

Abb. 29 *Einschätzung der Investitionsfähigkeit (Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Die Werte für die Krankenhäuser mit 100 bis 299 Betten entsprechen hingegen näherungsweise dem Bundesdurchschnitt.

3.4 Einschätzung des Insolvenzrisikos

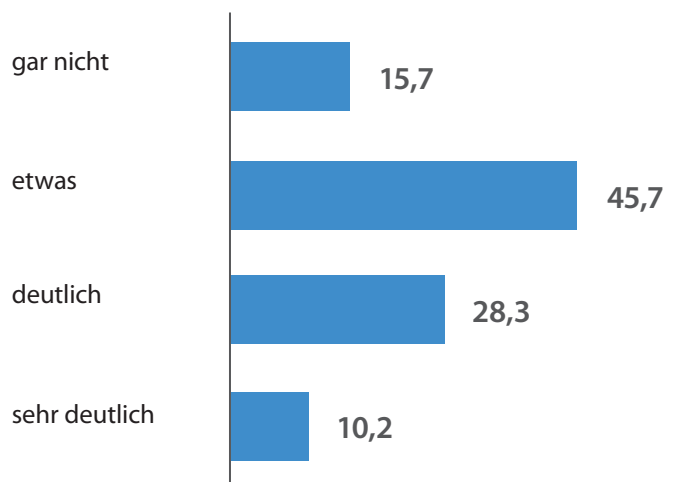
Die Krankenhäuser mit keiner bzw. schwacher Investitionsfähigkeit wurden um eine Einschätzung gebeten, ob dadurch das Insolvenzrisiko für ihr Haus steigen würde.

Demnach gehen 39 % der Krankenhäuser davon aus, dass sich ihr Insolvenzrisiko deutlich oder sehr deutlich erhöhe.

Dagegen nehmen 46 % der Häuser an, dass sich ihr Insolvenzrisiko etwas erhöhe.

Lediglich 16 % der Krankenhäuser erwarten kein höheres Insolvenzrisiko durch die schwache bzw. fehlende Investitionsfähigkeit.

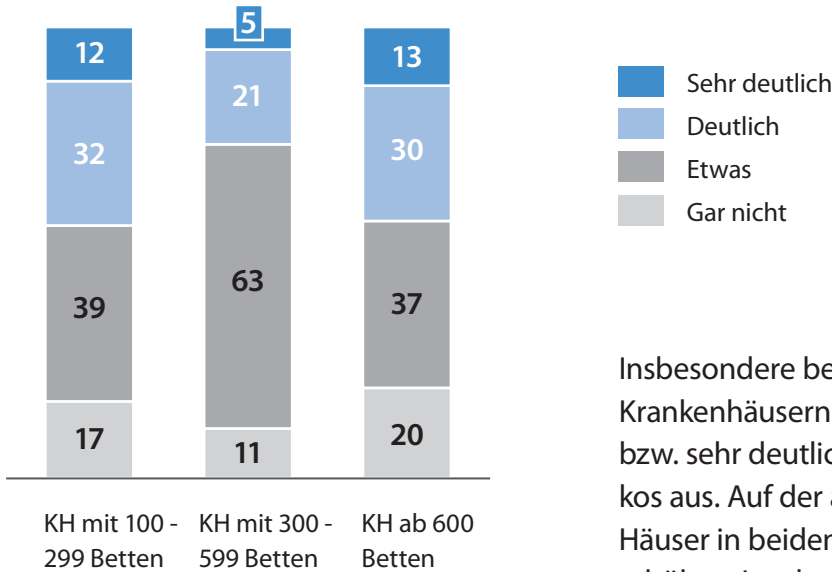
Abb. 30 *Erhöht die schwache bzw. fehlende Investitionsfähigkeit das Insolvenzrisiko? (Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Abb.
31

Erhöht die schwache bzw. fehlende Investitionsfähigkeit das Insolvenzrisiko?
(Krankenhäuser in %)

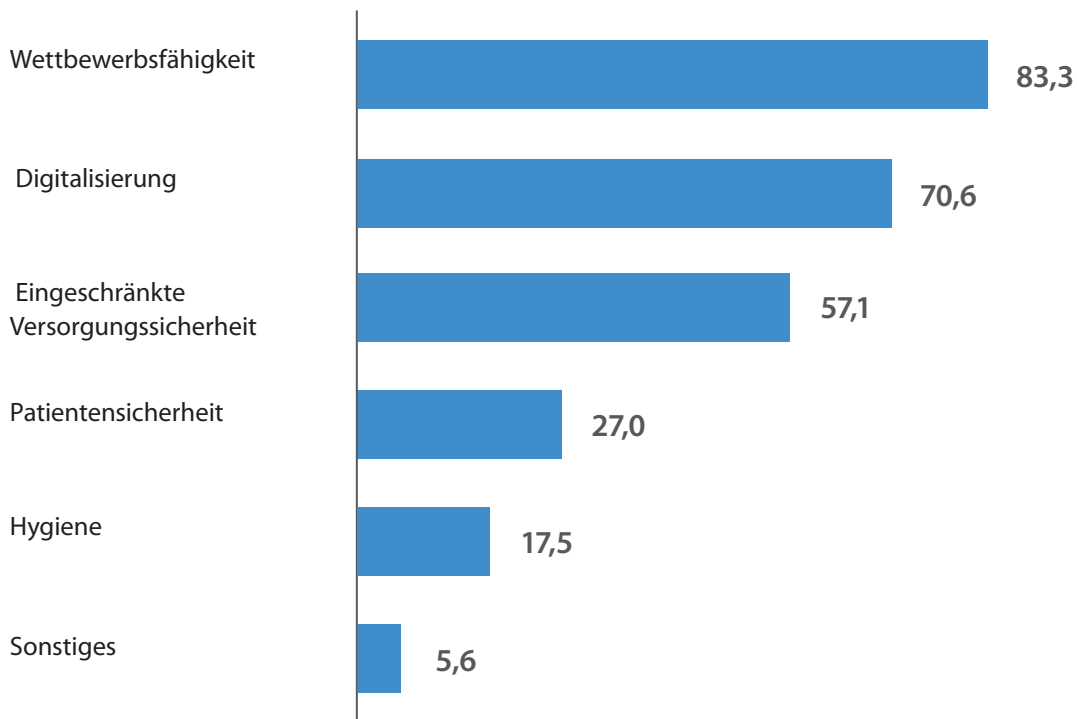


© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Insbesondere bei den kleinen und den großen Krankenhäusern geht man von einer deutlichen bzw. sehr deutlichen Erhöhung des Insolvenzrisikos aus. Auf der anderen Seite liegt der Anteil der Häuser in beiden Bettengrößenklassen, die kein erhöhtes Insolvenzrisiko sehen, über dem Bundesdurchschnitt. Fast zwei Drittel der Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten sehen ein eher geringes Insolvenzrisiko.

Abb.
32

In welchen Bereichen könnten sich die fehlenden Investitionsmittel in Zukunft spürbar auswirken?
(Krankenhäuser in %)



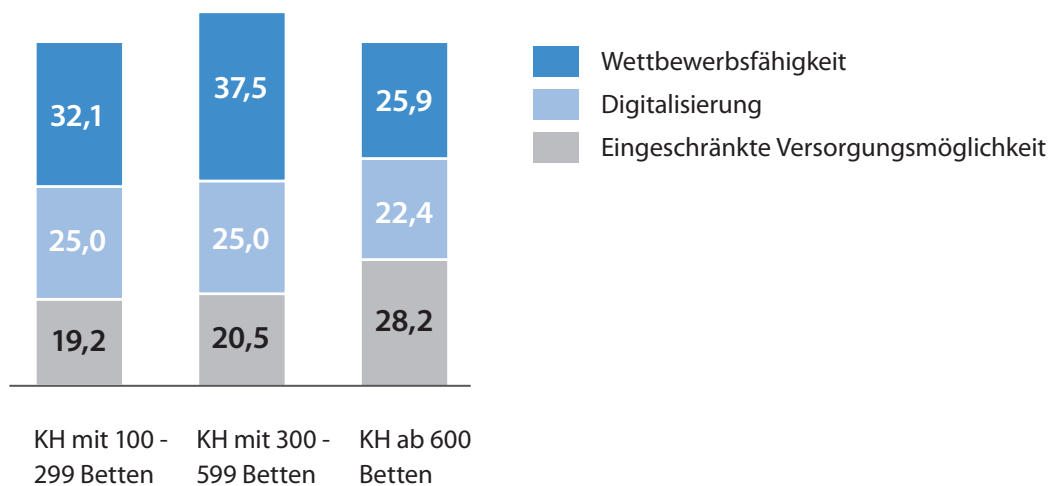
© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Mehr als vier Fünftel aller Krankenhäuser befürchten Auswirkungen auf ihre Wettbewerbsfähigkeit aufgrund fehlender Investitionsmittel (vgl. Abb. 32).

Fast 71 % der Häuser gehen davon aus, dass fehlende Mittel auch die Digitalisierung gefährden könnten. Insbesondere die Krankenhäuser ab 600 Betten gehen davon aus, dass eingeschränkte Versorgungsmöglichkeiten die Folge von unzureichenden Investitionsmitteln sein könnten (vgl. Abb. 33).

Bei den anderen Häusern rangiert diese Befürchtung an dritter Stelle, während die großen Häuser diesen Punkt als ersten nennen.

Abb. 33 In welchen Bereichen könnten sich die fehlenden Investitionsmittel in Zukunft spürbar auswirken? Top 3-Antworten. (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

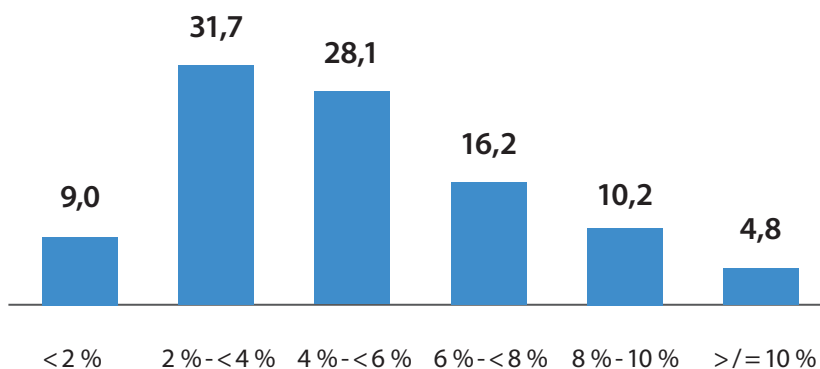
3.5 Gewinnmargen zur Finanzierung der Investitionen

Nur rund 47 % der tatsächlich getätigten Investitionen in den deutschen Krankenhäusern stammen aus öffentlichen Fördermitteln. Den Rest müssen die Krankenhäuser anderweitig aufbringen. Allein zur Finanzierung der erforderlichen Investitionen müssen sie daher eine bestimmte Rendite erwirtschaften.

Wie hoch diese ausfallen muss, um die eigenmittelfinanzierten Investitionen refinanzieren zu können, sollten die Krankenhäuser anhand des operativen Gewinns oder der EBITDA-Marge (Gewinn vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen) beziffern.

Demnach benötigt weniger als ein Drittel der Krankenhäuser (32 %) eine EBITDA-Marge von 2 % - < 4 %, um die erforderlichen Investitionen finanzieren zu können. Zu diesem Zweck brauchen 28 % eine EBITDA-Marge von 4 % - < 6 %.

Abb. 34 *Erforderliche EBITDA-Marge zur Finanzierung eigenmittelfinanzierter Investitionen des Krankenhauses (Krankenhäuser in %)*



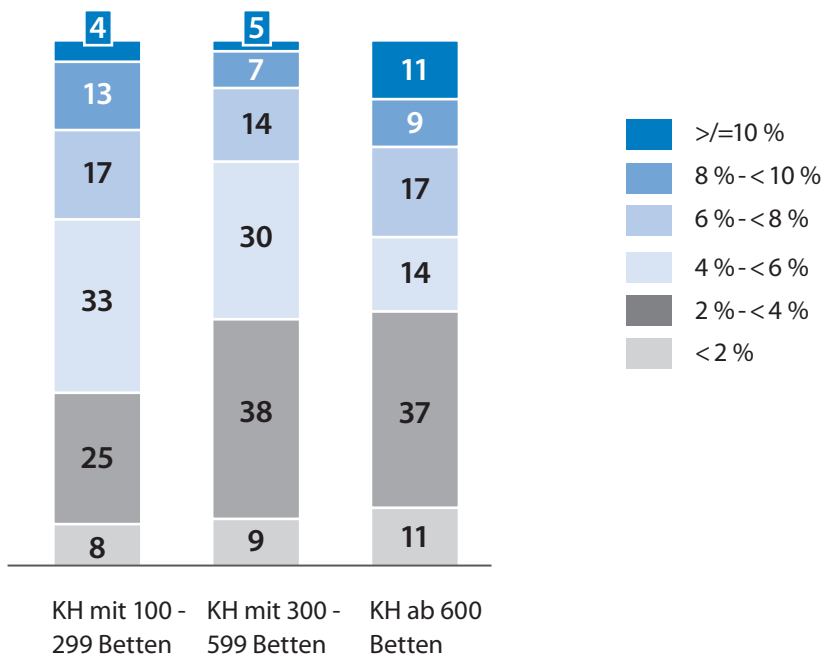
© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Lediglich 5 % der Häuser halten eine EBITDA-Marge von mindestens 10 % für erforderlich zur Finanzierung eigenmittel-finanzierter Investitionen.

Nach Krankenhausgrößen war die entsprechende Verteilung sehr heterogen. Für ein Drittel der Krankenhäuser mit bis zu 299 Betten ist eine EBITDA-Marge von 4 % - < 6 % ausreichend (vgl. Abb. 35). Im Jahr 2017 benötigten 50 % dieser Krankenhäuser eine Marge von bis zu 2 %.

Bei den Krankenhäusern in den beiden Bettengrößenklassen ab 300 Betten gehen jeweils rund 37 % davon aus, dass eine EBITDA-Marge von 2 % - < 4 % ausreichend ist.

Abb. 35 Erforderliche EBITDA-Marge zur Finanzierung eigenmittelfinanzierter Investitionen des Krankenhauses nach Bettengrößenklasse (Krankenhäuser in %)

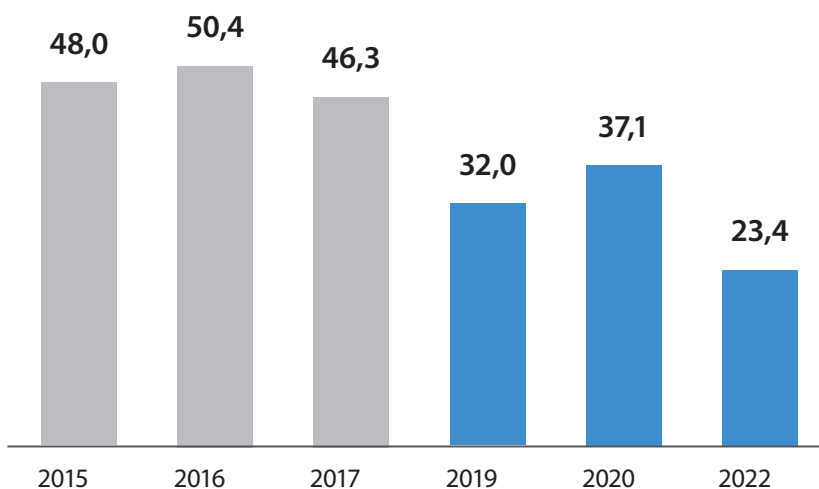


© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Angesichts der zur Eigenmittelfinanzierung von Investitionen nötigen Renditen stellt sich die Frage, inwieweit die Krankenhäuser ihre erforderliche EBITDA-Marge regelmäßig erreichen bzw. auch künftig erreichen werden.

In den Jahren 2019-2021 reichten die operativen Gewinne der Krankenhäuser zumeist nicht aus, um die eigenmittelfinanzierten Investitionen decken zu können. In diesen Jahren erreichte nur zwischen 32 % (2019) und 34 % der Krankenhäuser (2020) ihre erforderliche EBITDA-Marge (**vgl. Abb. 36**). In den Jahren 2015 bis 2017 lag die Anzahl der Krankenhäuser, die eine ausreichende Marge erzielen konnten, bei jeweils um die 50 %.

Abb. 36 *Ausreichende EBITDA-Marge zur Finanzierung eigenmittelfinanzierter Investitionen des Krankenhauses (Krankenhäuser in %)*



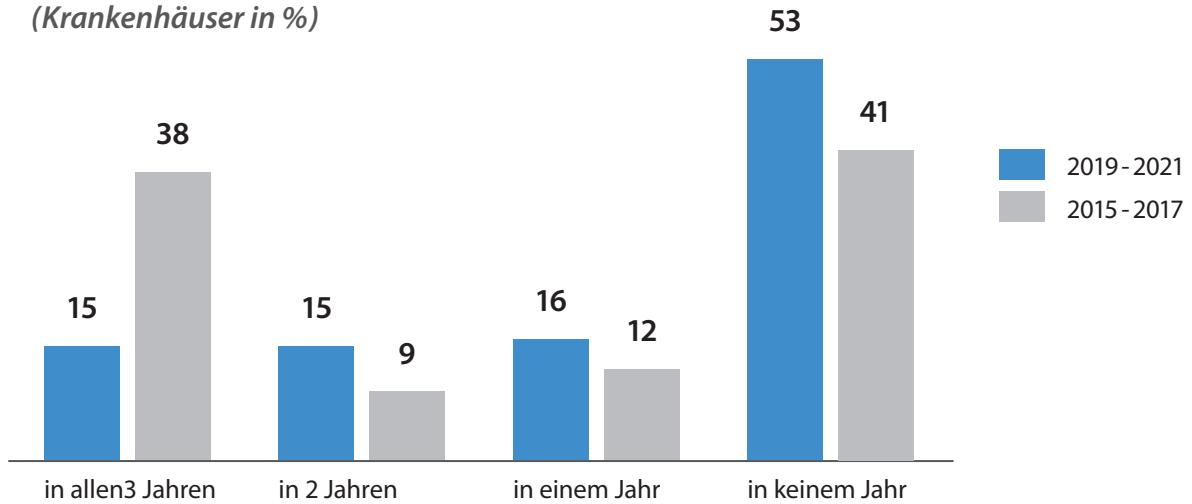
© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Betrachtet man nicht einzelne Jahre, sondern den gesamten Zeitraum zwischen 2019 und 2021, dann haben jeweils etwa nur 15 % der Krankenhäuser in allen Jahren eine ausreichende EBITDA-Marge zur Finanzierung eigenmittelfinanzierter Investitionen erreicht (**vgl. Abb. 37**).

Für den Zeitraum 2015 bis 2017 lag dieser Wert noch bei 38 %. Nur in einem dieser drei Jahre konnten 16 % der Häuser dieses Ziel erreichen.

Über die Hälfte der Befragten hat in keinem Jahr zwischen 2019 und 2021 die für die Finanzierung der eigenmittelfinanzierten Investitionen erforderliche EBITDA-Marge erreicht. Für den Zeitraum 2015 bis 2017 gaben dies 41 % der Krankenhäuser an.

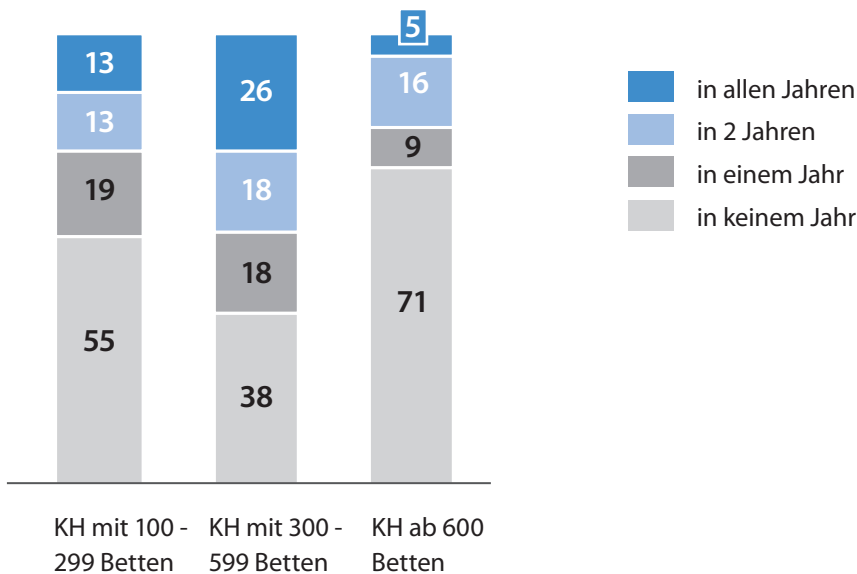
Abb. 37 *Ausreichende EBITDA-Marge zur Finanzierung eigenmittelfinanzierter Investitionen des Krankenhauses (Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Differenziert man die Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen, zeigen sich deutliche Unterschiede (vgl. **Abb 38**).

Abb. 38 *Ausreichende EBITDA-Marge zur Finanzierung eigenmittelfinanzierter Investitionen des Krankenhauses zwischen 2019 und 2021 (Krankenhäuser in %)*

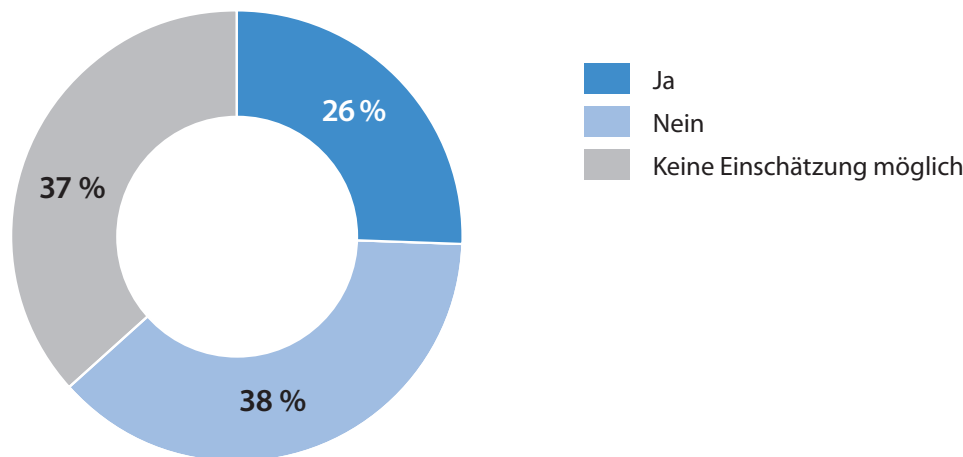


© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Mehr als 70 % der Krankenhäuser ab 600 Betten haben zwischen 2019 und 2021 in keinem Jahr die benötigte EBITDA-Marge erzielt. Bei den Häusern mit 300 bis 599 Betten lag der entsprechende Anteil bei 38 %.

Dafür hat mehr als ein Viertel der Krankenhäuser in dieser Bettengrößenklasse in jedem Jahr die notwendige Marge erreicht. Bei den großen Krankenhäusern ab 600 Betten lag dieser Anteil bei 5 %.

Abb. 39 *Ausreichend Potenziale, die erforderliche EBITDA-Marge in den nächsten fünf Jahren regelmäßig zu erreichen (Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

38 % der Krankenhäuser (vgl. **Abb. 39**) glauben nicht, ausreichend Potenzial zu haben, um die jeweils erforderliche EBITDA-Marge in den nächsten fünf Jahren regelmäßig zu erreichen. Ein Viertel der Häuser ist in dieser Hinsicht dagegen zuversichtlich. Die Übrigen konnten hierzu keine Angaben machen.

Die Einschätzung darüber, ob das Krankenhaus in der Zukunft über ausreichend Potenzial verfügt, um die erforderliche EBITDA-Marge zu erreichen,

hängt stark davon ab, wie die Situation zwischen 2019 und 2021 war. So gehen 60 % der Krankenhäuser, die zwischen 2019 und 2021 in jedem Jahr die erforderliche EBITDA-Marge erreicht haben, davon aus, dass ihr Krankenhaus über ausreichend Potenzial auch in der Zukunft verfügt. Bei den Krankenhäusern, die im gleichen Zeitraum in keinem Jahr die erforderliche Marge erreichen konnten, schätzen dies nur 14 % so ein. Von diesen Häusern gehen 48 % davon aus, auch in Zukunft nicht über ausreichend Potenzial zu verfügen.

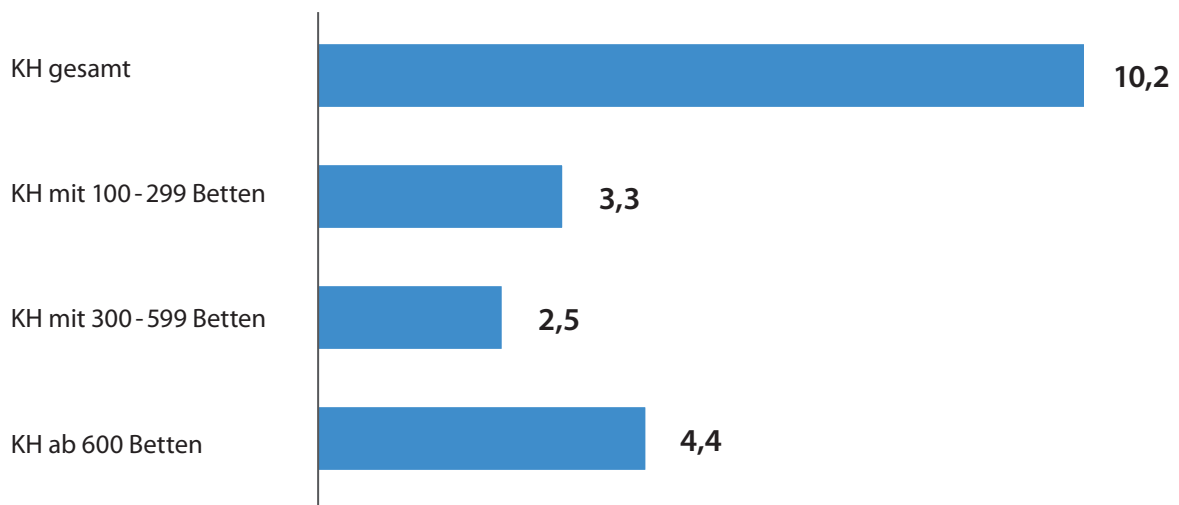
3.6 Investitionsbedarf



Die Krankenhäuser sollten den Investitionsbedarf für ihr Krankenhaus für die nächsten fünf Jahre (2023-2027) schätzen. Bezogen auf alle Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten in Deutschland liegt der hochgerechnete Investitionsbedarf für die Jahre 2023-2027 bei insgesamt 51,1 Mrd. Euro. Der Investitionsbedarf der Krankenhäuser pro Jahr des Prognosezeitraums beträgt somit 10,2 Mrd. Euro.

Der prognostizierte Investitionsbedarf liegt ca. 50 % über der Investitionssumme im Jahr 2021 (6,8 Mrd. Euro). Berücksichtigt man, dass die Förderung aus öffentlichen Mitteln nur 47 % aller Investitionen ausmachen, dann setzt sich die Unterfinanzierung der Krankenhäuser durch die Länder weiter fort. Der Investitionsstau wird noch weiter zunehmen.

Abb.
40 *Investitionsbedarf der Krankenhäuser insgesamt pro Jahr für 2023-2027 (Angaben in Mrd. Euro)*



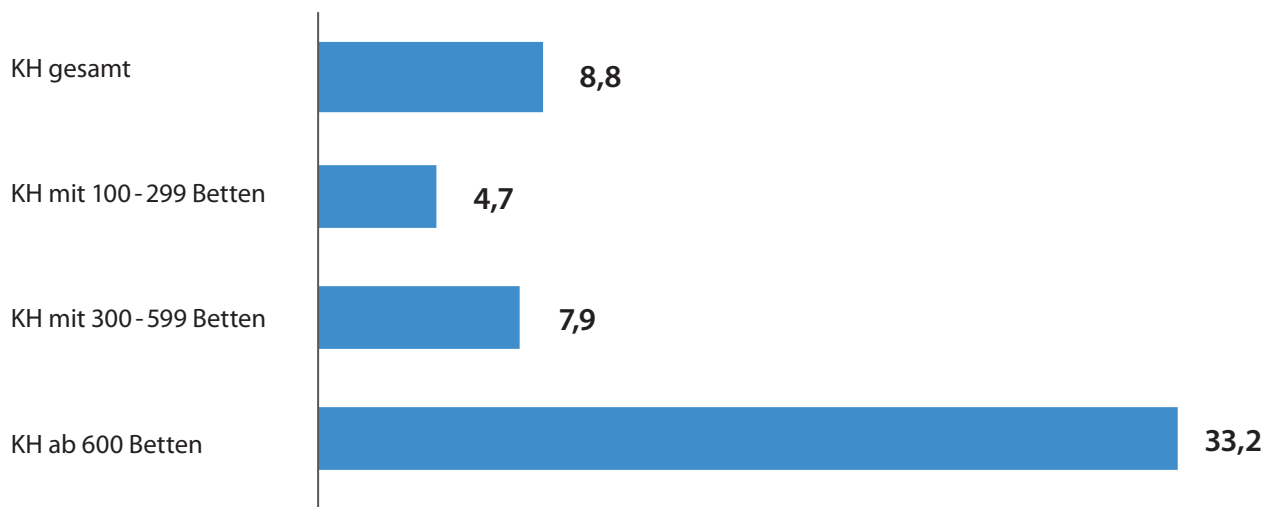
© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Der Investitionsbedarf der Krankenhäuser im Zeitraum 2023 bis 2027 liegt bei 10,2 Mrd. Euro pro Jahr. Davon entfallen auf die Krankenhäuser ab 600 Betten 4,4 Mrd. Euro pro Jahr, also etwa 43 % der in der Zukunft benötigten investiven Mittel.

Rechnet man den investiven Bedarf auf das einzelne Krankenhaus herunter, dann liegt der durchschnittliche Investitionsbedarf je Krankenhaus bei 8,8 Mio. € pro Jahr des Prognosezeitraums 2023-2027 (vgl. Abb. 41).



Abb. 41 *Investitionsbedarf pro Krankenhaus und Jahr für 2023-2027 (Angaben in Mio. Euro)*



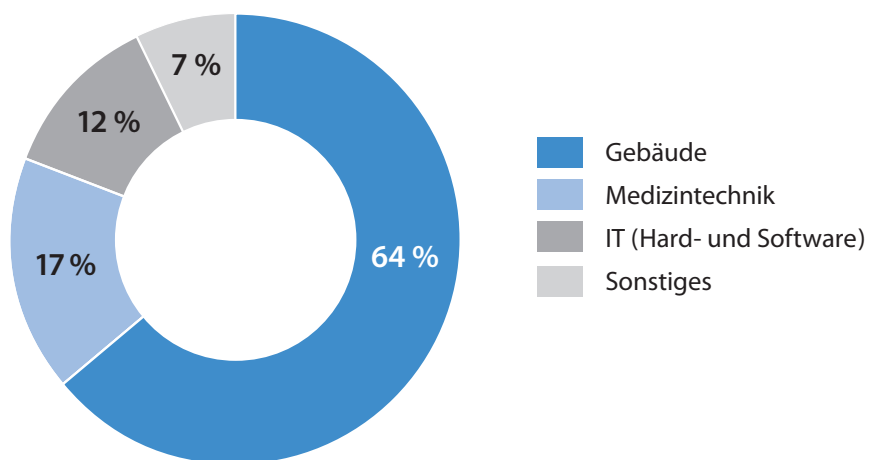
© Deutsches Krankenhausinstitut 2022



Bei relativ starker Streuung innerhalb der einzelnen Bettengrößeklassen steigt der Investitionsbedarf mit zunehmender Krankenhausgröße überproportional an. Während die großen Häuser ab 600 Betten ihren Investitionsbedarf auf durchschnittlich 33,2 Mio. € pro Jahr taxieren, fällt er in der unteren Bettengrößeklasse (4,7 Mio. €) und der mittleren Bettengrößeklasse (7,9 Mio. €) merklich niedriger aus.

Die Prognose der Investitionsentscheidung zeigt in etwa das gleiche Bild wie die heutige Verwendung (**vgl. Abb. 42**).

Abb.
42 Investitionsverwendung für 2023-2027
(Angaben in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Die Investitionen in Gebäude und in die IT sollen einen höheren Anteil im Vergleich zu heute einnehmen. Dagegen werden die Investitionen in die Medizintechnik anteilmäßig etwas abnehmen.

3.7 Instandhaltung

Neben den Investitionskosten für Anlagegüter entstehen Kosten für deren Instandhaltung. Instandhaltungskosten sind jedoch keine Investitionskosten im Sinne des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Bei den Instandhaltungskosten handelt es sich um pflegesatzfähige Kosten zur Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern des Krankenhauses.

Um die Substanz ihrer Anlagegüter zu erhalten, müssen die Krankenhäuser entsprechende Instandhaltungsmaßnahmen durchführen. Die Krankenhäuser wurden nach der Höhe der substanzerhaltenden Instandhaltungskosten im Jahr 2021 befragt.

Hochgerechnet gaben die Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten in Deutschland 3,7 Mrd. € für die pflegesatzfähige Instandhaltung pro Jahr aus.

Tab.
02 *Instandhaltungskosten im Jahr 2021*

| Instandhaltung 2021 | Kennwerte |
|--|------------|
| Instandhaltungssumme gesamt | 3,7 Mrd. € |
| Relation Instandhaltung zu Investitionen | 46 % |

Die Krankenhäuser führen neben Neu- und Erweiterungsinvestitionen auch eine reine Substanzerhaltung durch, die Instandhaltungskosten verursacht. Vergleicht man die Angaben der Krankenhäuser, die sowohl ihre jährlichen Investitionen als auch ihre Instandhaltungskosten ausgewiesen haben, dann liegt das Verhältnis von Instandhaltungskosten zu Investitionen bei etwa 46 %.



4 MD-Prüfungen der Qualitätsanforderungen bei Notfallstrukturen

Auf Basis des gesetzlichen Auftrags in § 136c Absatz 4 SGB V wurde durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit Beschluss vom 19. April 2018 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung, eingeführt¹.

Die Notfallversorgung wird darin in drei Stufen unterteilt (Basisnotfallversorgung, erweiterte Notfallversorgung sowie umfassende Notfallversorgung), die sich anhand der Art und der Anzahl von Fachabteilungen, der Anzahl und der Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie dem zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen unterscheiden. Neben diesen drei Hauptstufen existiert eine weitere Stufe der speziellen Notfallversorgung².

Die Regelungen des G-BA zum gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern dienen als Grundlage für gestaffelte Zuschläge für die Krankenhäuser, die die Mindestvoraussetzungen einer der drei Stufen erfüllen. Zur Überprüfung der Erfüllung der Mindestanforderungen wurden mit Beschluss des G-BA³ vom 17. Dezember 2020

Kontrollen zur Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach den Regelungen des gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern in die Richtlinie nach § 137 Absatz 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a SGB V (MD-Qualitätskontroll-Richtlinie, Teil B, Abschnitt 3)⁴ aufgenommen.

Erste Prüfungen wurden ab dem zweiten Halbjahr 2021 durchgeführt. Aufgrund der Corona-Pandemie wurden die Prüfungen jedoch zeitweise ausgesetzt oder einzelne Mindestanforderungen gelockert (z. B. Ausnahmeregelung zur Aufnahmebereitschaft für beatmungspflichtige Patienten), um die Zusatzbelastung der Krankenhäuser durch die Pandemie zu berücksichtigen. Erste Erkenntnisse aus bereits erfolgten Prüfungen sind Teil des folgenden Kapitels.

¹https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2340/Not-Kra-R_2020-11-20_iK-2020-11-01.pdf

² Diese Stufe wurde geschaffen, um einerseits die Teilnahme von notfallrelevanten Spezialversorgern (Überregionale Traumazentren, selbständige Kinderkliniken) an dem gestuften System von Notfallstrukturen anzuerkennen, die die allgemeinen Notfallstufen nicht erfüllen, weil sie nicht alle der dort geforderten Fachabteilungen vorhalten, und andererseits Einrichtungen, die an dem gestuften System von Notfallstrukturen teilnehmen, deren Vorhaltungen aber bereits über andere Finanzierungsinstrumente finanziert werden (psychiatrische Krankenhäuser, besondere Einrichtungen), von einem Abschlag zu befreien.

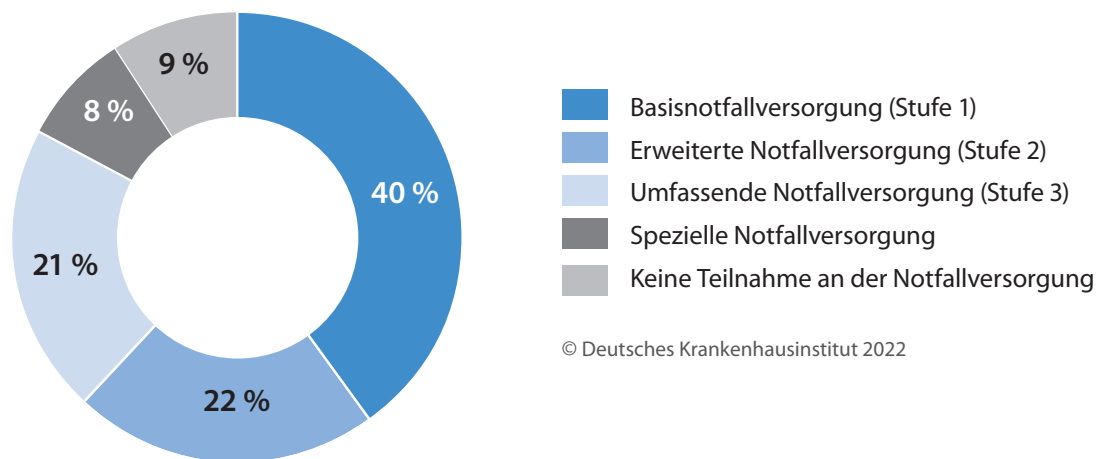
³ https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4635/2020-12-17_MD-QK-RL_Ergaenzung-Teil-B_Abschnitt_3_Notfallstrukturen_BAnz.pdf

⁴ https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2906/MD-QK-RL_2022-01-20_iK-2022-08-17.pdf

4.1 Verteilung auf Notfallstufen und Häufigkeit von Kontrollen

Insgesamt beteiligen sich zum Befragungszeitpunkt 91 % der befragten Krankenhäuser in unterschiedlichen Ausprägungen an der Notfallversorgung. 40 % der befragten Einrichtungen sind der Basisnotfallversorgung zugeordnet und stellen im Rahmen der Umfrage den größten Anteil dar. Krankenhäuser mit erweiterter Notfallversorgung sowie umfassender Notfallversorgung waren mit jeweils rund 20 % vertreten. 8 % decken eine spezielle Notfallversorgung ab (**Abb. 43**).

Abb.
43 *Welcher Notfallstufe gehört Ihre Einrichtung an?*
(Krankenhäuser in %)



Bezogen auf Bettengrößenklassen befinden sich die meisten Krankenhäuser der Bettengrößenklasse 100-299 Betten in Stufe 1 (Basisnotfallversorgung, 61 %). Rund die Hälfte der befragten Krankenhäuser der Bettengrößenklasse 300-599 Betten ist der erweiterten Notfallversorgung (48 %) zugeordnet. Die meisten Krankenhäuser der Bettengrößenklasse über 600 Betten finden sich in Stufe 3 (Umfassende Notfallversorgung, 66 %) wieder (**Abb. 44**).

Abb. 44 Notfallstufen nach Bettengrößenklassen

Welcher Notfallstufe gehört Ihre Einrichtung an?
(Krankenhäuser in %)

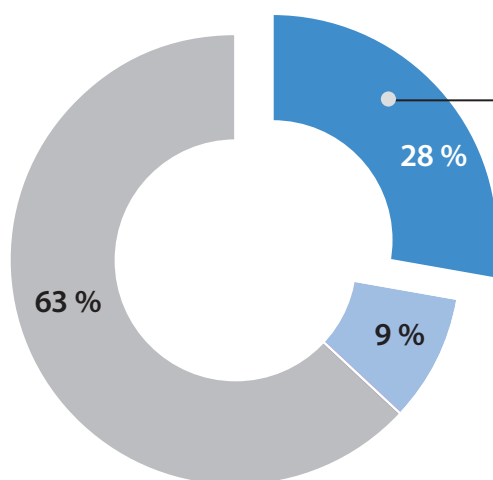
| | KH mit 100 - 299 Betten | KH mit 300 - 599 Betten | KH ab 600 Betten |
|--|-------------------------|-------------------------|------------------|
| Keine Teilnahme an der Notfallversorgung | 19 | 0 | 0 |
| Basisnotfallversorgung (Stufe 1) | 61 | 28 | 12 |
| Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) | 8 | 48 | 17 |
| Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3) | 1 | 20 | 66 |
| Spezielle Notfallversorgung | 11 | 5 | 5 |

© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Bei 28 % der befragten Einrichtungen wurde bereits eine Kontrolle durchgeführt. Diese haben überwiegend in 2021 (91,5 %) stattgefunden, was einerseits durch die Prüfungsaussetzung aufgrund der Corona-Pandemie und andererseits auf den Befragungszeitpunkt im ersten Halbjahr 2022 zurückzuführen ist. Bei 9 % wurde eine Prüfung zum Befragungszeitpunkt für 2022 bereits angekündigt (**Abb. 45**).

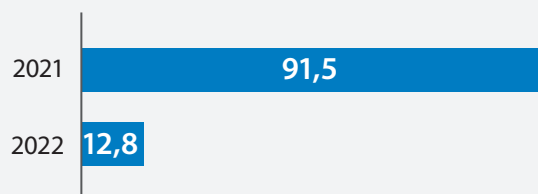
Abb. 45 Häufigkeiten von Kontrollen

Wurde Ihre Einrichtung bereits einer Kontrolle zur Einhaltung der Mindestvorgaben der Regelungen in Ihrer Notfallstufe unterzogen oder eine Kontrolle angekündigt?
(Krankenhäuser in %)



In welchem Jahr erfolgte in Ihrer Einrichtung bereits eine Kontrolle zur Einhaltung der Mindestvorgaben der Regelungen in Ihrer Notfallstufe?

(Mehrfachantworten möglich, Krankenhäuser, bei denen eine Kontrolle erfolgt ist, in %)



- Ja, eine Kontrolle ist erfolgt
- Nein, aber eine Kontrolle ist für 2022 bereits angekündigt
- Nein, es wurde bisher keine Kontrolle durchgeführt oder angekündigt

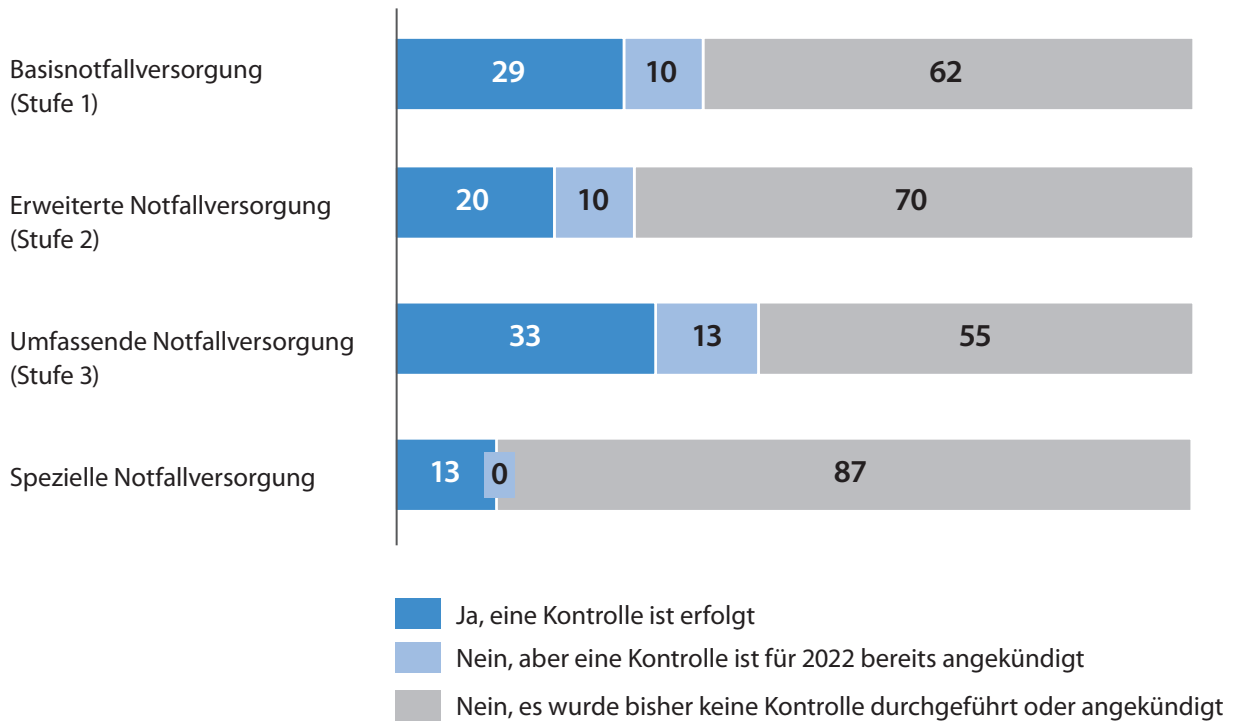
© Deutsches Krankenhausinstitut 2022



Mit Blick auf die Notfallstufen zeigte sich, dass in Stufe 3 (Umfassende Notfallversorgung) mit 33 % bisher die meisten Prüfungen durchgeführt wurden. Bei Krankenhäusern mit Basisnotfallversorgung waren es mit 29 % etwas weniger. In der erweiterten Notfallversorgung wurde jedes fünfte Krankenhaus in der Befragungsstichprobe bereits geprüft (Abb. 46).

Abb. 46 Häufigkeiten von Kontrollen nach Notfallstufe

Wurde Ihre Einrichtung bereits einer Kontrolle zur Einhaltung der Mindestvorgaben der Regelungen in Ihrer Notfallstufe unterzogen oder eine Kontrolle angekündigt?
(Krankenhäuser in %)



4.2 Art, zeitlicher Umfang und Aufwand der Kontrollen

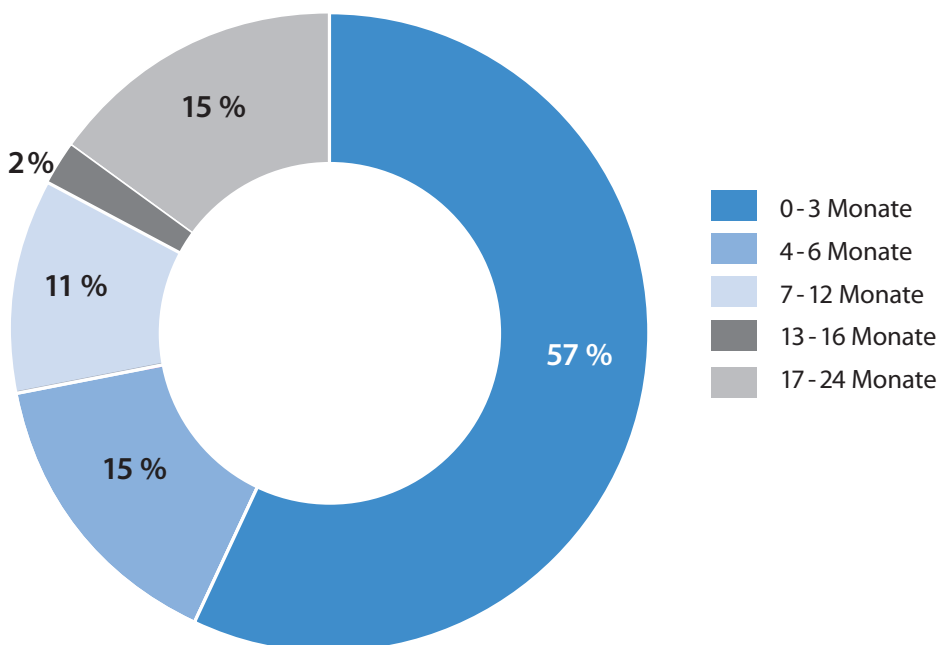
Die Auswertungen der folgenden Fragen beziehen sich immer auf Krankenhäuser, die bereits einer Prüfung unterzogen wurden bzw. bei denen eine Prüfung angekündigt wurde. Da dies nur auf 28 % bzw. 9 % der befragten Einrichtungen zutrifft, muss dies bei der Dateninterpretation berücksichtigt werden.

Mindestvorgaben zu den Notfallstrukturen können aus zwei Gründen kontrolliert werden: Einerseits kann eine Prüfung auf Basis von konkreten Anhaltspunkten erfolgen, wie z. B. Implausibilitäten zwischen den Angaben veröffentlichter Qualitätsberichte. Andererseits finden jährlich Stichprobenprüfungen zur Kontrolle der Einhaltung

von Mindestvorgaben statt. Bei 85 % der einer Prüfung unterzogenen Teilnehmer erfolgte dies auf Basis einer Stichprobenprüfung. 15 % wurden aufgrund von Anhaltspunkten geprüft. Zu den Anhaltspunkten haben die befragten Krankenhäuser keine Angaben gemacht.

In über der Hälfte der Krankenhäuser (57 %), bei denen bereits eine Prüfung erfolgt ist, wurde ein Zeitraum von 0 bis 3 Monaten einbezogen (57 %). Bei 17 % wurde ein Zeitraum von über einem Jahr erfasst. In den restlichen Krankenhäusern lag der Prüfungszeitraum zwischen 4 und 12 Monaten (**Abb. 47**).

Abb. 47 *Welcher Zeitraum wurde einer Prüfung unterzogen? (Krankenhäuser, die bereits einer Prüfung unterzogen wurden, in %)*



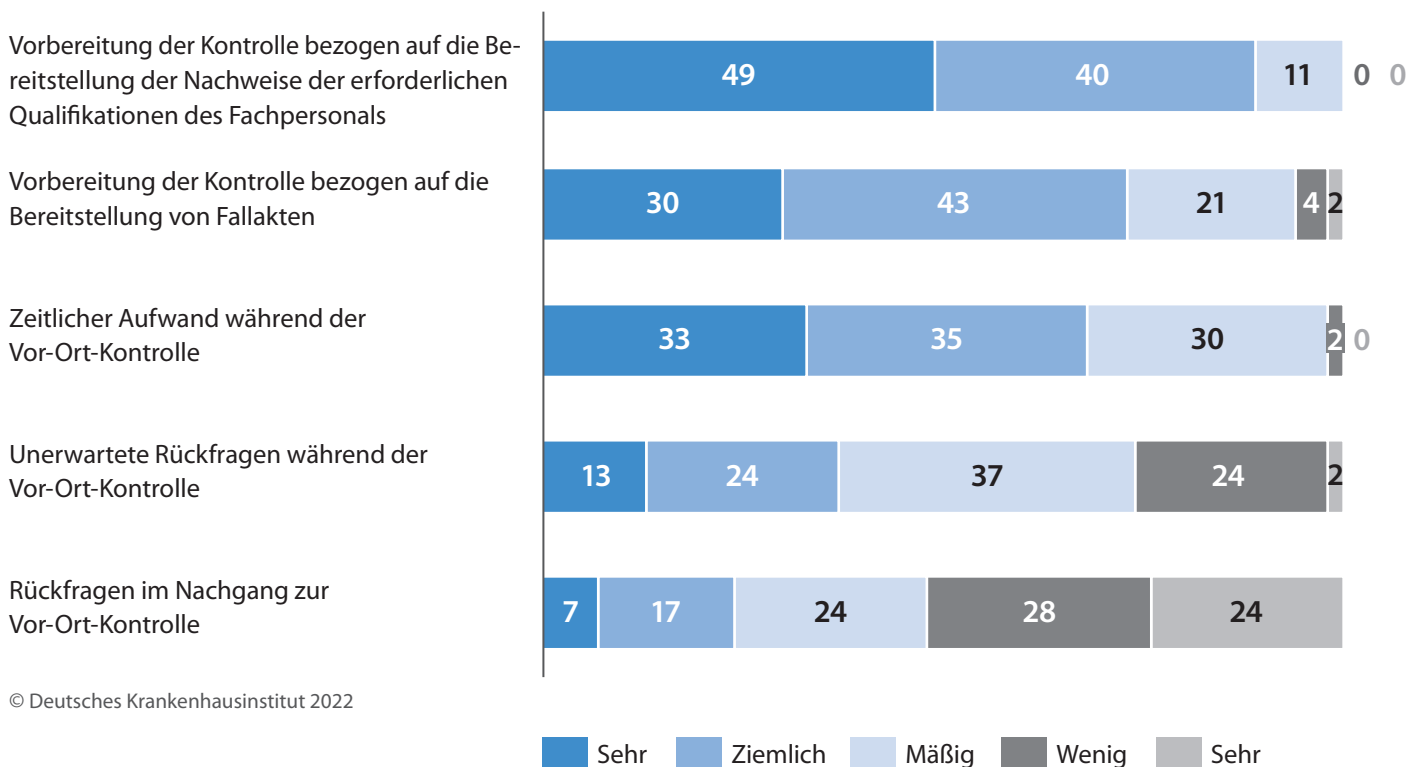
© Deutsches Krankenhausinstitut 2022



Die Kontrollen des Medizinischen Dienstes sind für die betroffenen Krankenhäuser sehr zeitaufwändig. Fast 90 % der Befragten, gaben an, dass es in Vorbereitung auf die Kontrolle sehr oder ziemlich aufwändig gewesen sei, die Nachweise der erforderlichen Qualifikation des Fachpersonals bereitzustellen. Für den Aufwand zur Bereitstellung der Fallakten und die Vor-Ort-Kontrollen lagen die entsprechenden Anteilswerte bei jeweils rund 70 %. Unerwartete Rückfragen bei der Vor-Ort-Kontrolle und Rückfragen im Nachgang zur Vor-Ort-Kontrolle werden dagegen als weniger aufwändig eingestuft (**Abb. 48**).

Abb. 48 *Einschätzung zum Aufwand der Kontrollen*

Wie aufwändig schätzen Sie die Kontrollen durch den Medizinischen Dienst bezogen auf die genannten Teilbereiche ein?
(Krankenhäuser, bei denen eine Prüfung durchgeführt oder angekündigt wurde, in %)



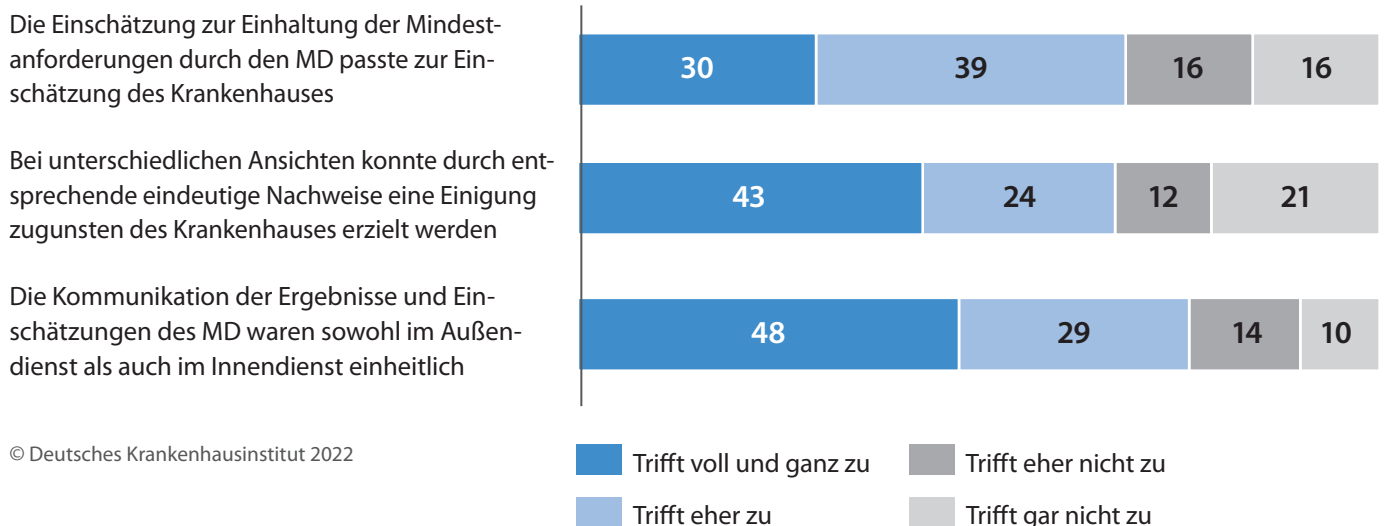
4.3 Zusammenarbeit mit dem medizinischen Dienst und Ergebnisse der Kontrollen

Die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Medizinischem Dienst ergab auch bei der Prüfung der Mindestanforderungen für die Notfallstufen nicht immer übereinstimmende Ergebnisse. Einerseits gaben jeweils rund zwei Drittel der Krankenhäuser an, dass sie und der Medizinische Dienst die Einhaltung der Mindestvorgaben ähnlich einschätzten bzw. bei unterschiedlichen Ansichten eine Einigung zugunsten des Krankenhauses erzielten. Andererseits war dies bei je einem Drittel nicht der Fall. Knapp die Hälfte der Krankenhäuser kam zu dem Ergebnis, dass die Kommunikation der Ergebnisse und Einschätzungen des Medizinischen Dienstes sowohl im Innen- als auch im Außendienst einheitlich waren (**Abb. 49**).

Abb. 49

Zusammenarbeit mit dem medizinischen Dienst

Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit dem medizinischen Dienst im Kontext der Kontrolle zur Einhaltung der Mindestanforderung in der Notfallstufe? (Krankenhäuser, bei denen eine Prüfung durchgeführt wurde, in %)



Bei 67 % der geprüften Einrichtungen wurde die Einhaltung der Mindestanforderungen nicht beanstandet. Bei 17 % der geprüften Einrichtungen wurde beanstandet, dass eine Mindestanforderung nicht eingehalten wurde. Bei 15 % kam es zur Beanstandung, dass zwei oder mehr Mindestanforderungen nicht eingehalten wurden (**Abb. 50**).⁵

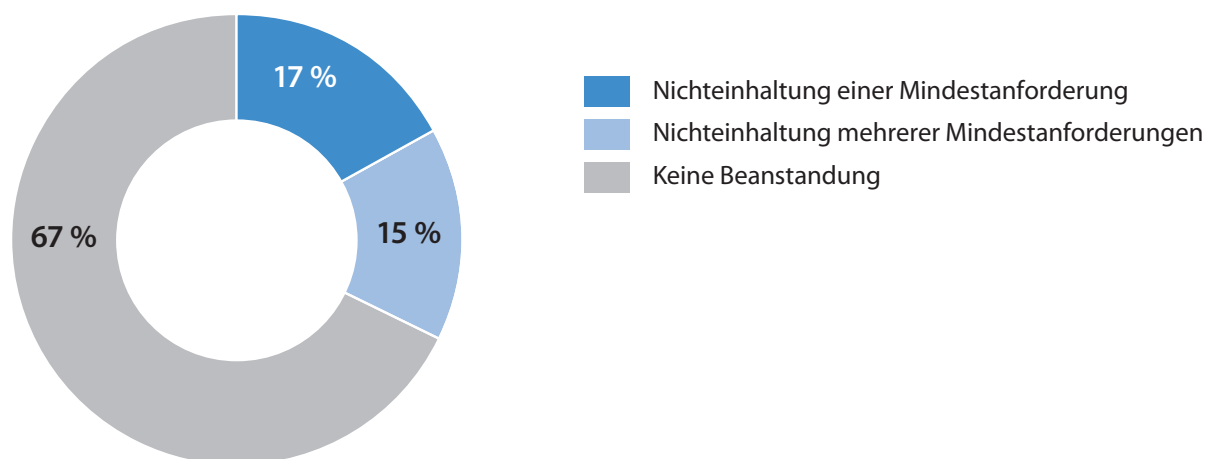
Beanstandet wurde vor allem, dass ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit entsprechenden Qualifikationsnachweisen nicht ständig innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar war. Weitere Gründe für Beanstandungen waren die Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie Strukturen und Prozesse in der Notaufnahme.

Als Reaktion auf einen negativen Kontrollbericht haben die meisten der betroffenen Krankenhäuser die Mängel behoben oder Maßnahmen dazu eingeleitet. Ebenso haben die meisten Krankenhäuser eine Stellungnahme verfasst, wonach die Auffassung des Medizinischen Dienstes bei mindestens einer Beanstandung nicht geteilt wurde.

Alle Krankenhäuser, die bereits einer erneuten Kontrolle unterzogen wurden, konnten die beanstandeten Mängel beheben.

Abb. 50 Ergebnis der Prüfung

Zu welchem Ergebnis ist der Medizinische Dienst bei der Kontrolle zur Einhaltung der Mindestanforderungen in Ihrer Einrichtung gekommen?
(Krankenhäuser, bei denen eine Prüfung durchgeführt wurde, in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

⁵In absoluten Zahlen war die Anzahl der Stichprobenkrankenhäuser, bei denen es zu Beanstandungen kann, sehr klein. Deswegen wird nachfolgend auf eine quantitative Auswertung verzichtet.



5 KRANKENHAUSINDIVIDUELLE PFLEGE BUDGETS

Mit der Verabschiedung des Pflegepersonalstärkungsgesetzes (PpSG) gilt seit Januar 2020, dass alle anfallenden Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen aus den ehemals ganzheitlichen DRG-Fallpauschalen herausgelöst und nach dem Selbstkostendeckungsprinzip voll refinanziert werden. Gemäß § 6a KHEntgG werden dazu krankenspezifische, durch mit den Kostenträgern zu verhandelnde, Pflegebudgets vereinbart.

Die Umsetzung dieses weitreichenden und komplexen Eingriffs in die Krankenhausfinanzierung stellt sowohl die Vertragspartner der Selbstverwaltung als auch die betroffenen Akteure vor Ort bis heute vor große Herausforderungen. In den beiden letzten Krankenhaus Barometern 2020 und 2021 wurde hierüber bereits in jeweils eigenen Kapiteln berichtet.

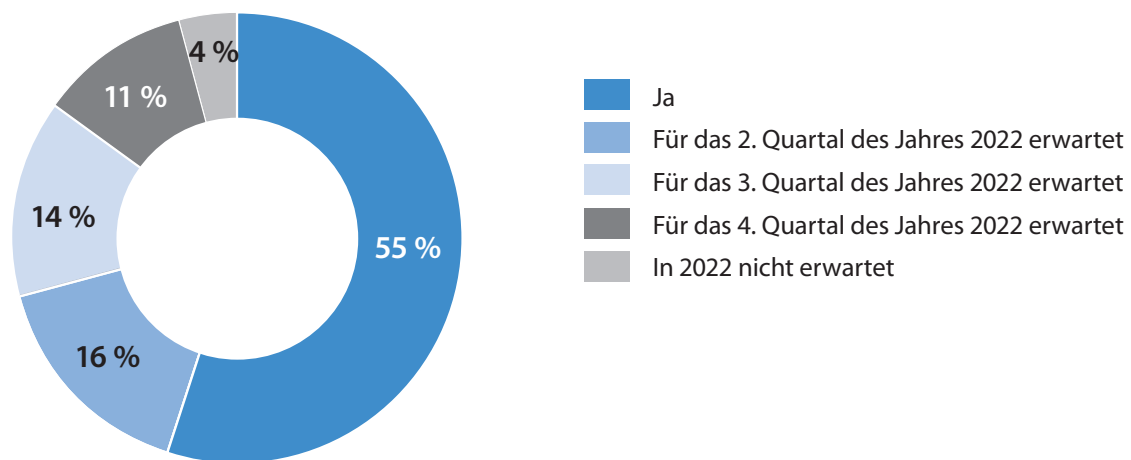
Differenzierter als zuvor werden im vorliegenden Krankenhaus Barometer 2022 die Entwicklung der Pflegebudgetabschlüsse inkl. Dauer und Aufwand der Verhandlungen sowie Auswirkungen auf die Klinikfinanzen und Personalplanung bzw. -lage in der Pflege beleuchtet. Des Weiteren werden Ergebnisse zur Anerkennung der Testate von Jahresabschlussprüfern präsentiert.

5.1 Abschluss eines Pflegebudgets

Nachdem in der letztjährigen Barometer-Befragung erst jede fünfte Klinik den Abschluss eines Pflegebudgets für das Jahr 2020 verzeichnen konnte (vgl. DKI, 2021), sind es in diesem Jahr mehr als die Hälfte (55 %) der Häuser, die zum 01.04.2022 ein Pflegebudget für das Jahr 2020 vereinbart haben (**Abb. 51**).

Subgruppenanalysen zeigen, dass kleinere Häuser mit weniger als 300 Betten im Vergleich zu größeren Häusern eine überdurchschnittliche Abschlussquote aufweisen (Ergebnisse nicht dargestellt). Bis auf eine kleine Minderheit von 4 % gingen zum Befragungszeitpunkt zudem alle Häuser davon aus, eine entsprechende Vereinbarung im Laufe des Jahres 2022 zu erzielen.

Abb. 51 *Haben Sie zum Stand 01.04.2022 das Pflegebudget für das Jahr 2020 abgeschlossen?*
(Krankenhäuser in %)



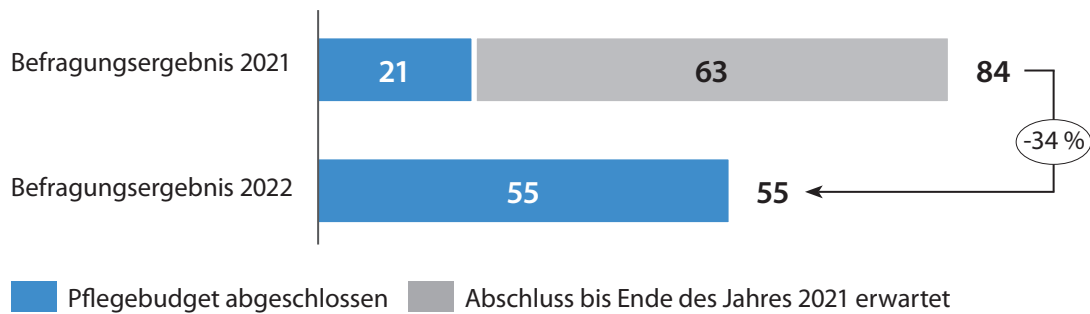
© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Mit Blick auf die Ergebnisse der beiden vergangenen Barometer-Befragungen könnte diese Einschätzung jedoch zu optimistisch sein. Denn die Abschlussquote ist erneut deutlich langsamer vorangeschritten als von den Kliniken noch im Vorjahr prognostiziert. Im Krankenhaus Barometer 2021 erwarteten 63 % der befragten Häuser ohne Pflegebudget, dieses bis Ende des Jahres 2021 abzuschließen. Dem aktuellen Befragungsergebnis des Jahres 2022 nach, sind bis zum 01.04.2022 allerdings erst 34 % der Häuser mit entsprechender Vereinbarung hinzugekommen (**Abb. 52**).

Abb. 52

Erwartete und tatsächliche Anzahl an Pflegebudgetabschlüssen 2020

Vergleich Krankenhausbarometer 2021 und 2022: Erwartete Anzahl an abgeschlossenen **Pflegebudgets 2020** und tatsächlich abgeschlossene Anzahl (Krankenhäuser in %)



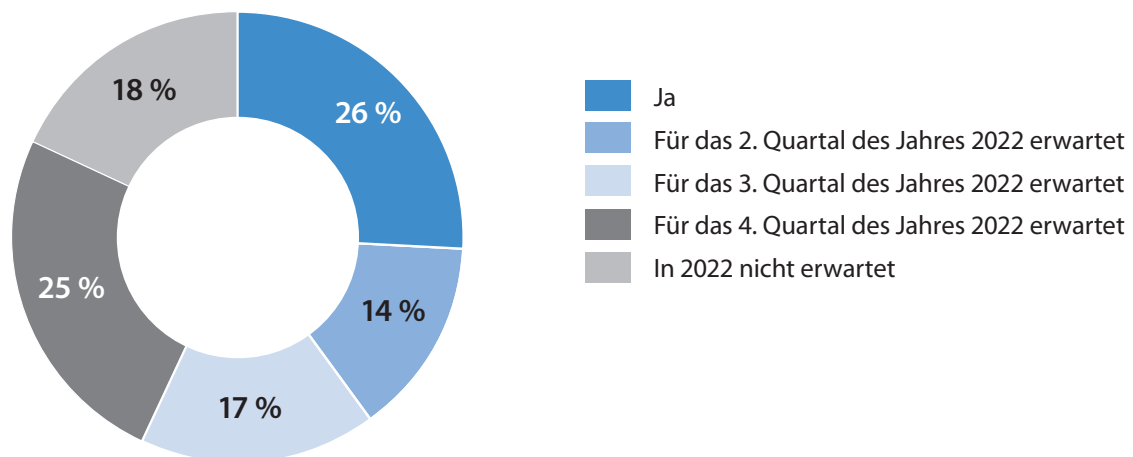
© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Auch die Abschlüsse der Pflegebudgets für das Jahr 2021 verlaufen bislang schleppend. Zum 01.04.2022 lag erst in 26 % der Krankenhäuser eine entsprechende Pflegebudgetvereinbarung vor.

Die restlichen Kliniken sind zum Befragungszeitpunkt überwiegend zuversichtlich gewesen, noch im Jahr 2022 nachzuziehen. Allerdings erwartete jedes fünfte Haus für 2022 keinen Abschluss mehr (**Abb. 53**).

Abb. 53

Haben Sie zum Stand 01.04.2022 das Pflegebudget für das Jahr 2021 abgeschlossen? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

5.2 Dauer und Aufwand der Verhandlungen

Aufgrund der schleppenden Abschlüsse von Pflegebudgets wurden die Kliniken im diesjährigen Krankenhaus Barometer zur Dauer der Verhandlungen befragt (**Abb. 54**).

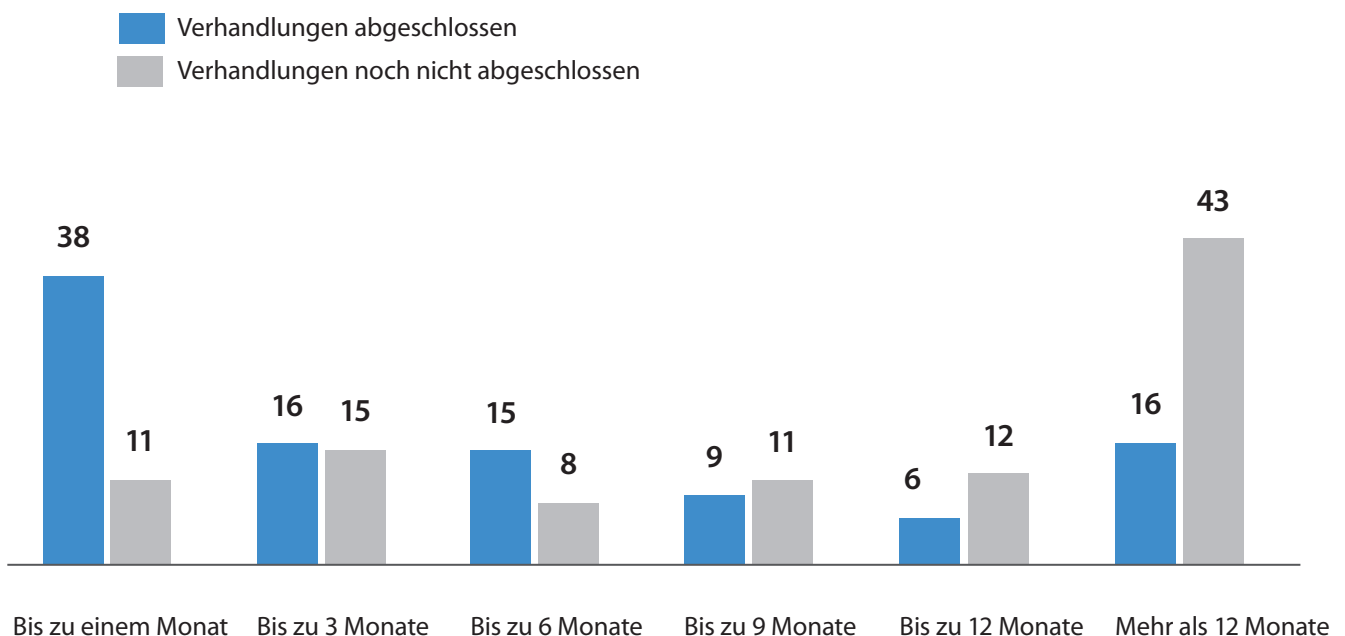
Für das Jahr 2020 stechen hier zwei Extreme hervor: Bei 43 % der Häuser ohne Pflegebudget zum 01.04.22 dauern die Verhandlungen bereits seit mehr als einem Jahr an. Auf der anderen Seite benötigten 38 % der Häuser mit Pflegebudget zu

diesem Zeitpunkt nicht mehr als einen Monat für die Verhandlungen. Die Verhandlungsdauer der restlichen Kliniken verteilt sich in beiden Gruppen relativ gleichmäßig auf die in **Abb. 54** dargestellten Zeitintervalle.

Erwartungsgemäß zeigen Zusatzanalysen auch hier, dass die Verhandlungsdauer mit der Krankenhausgröße signifikant ansteigt (Ergebnisse nicht dargestellt).

Abb. **54** *Dauer der Verhandlungen für das Pflegebudget 2020*

Wie lange haben bei Ihnen die Verhandlungen für das **Pflegebudget 2020** gedauert, bzw. wie lange dauern die Verhandlungen bereits an? (Krankenhäuser in %)



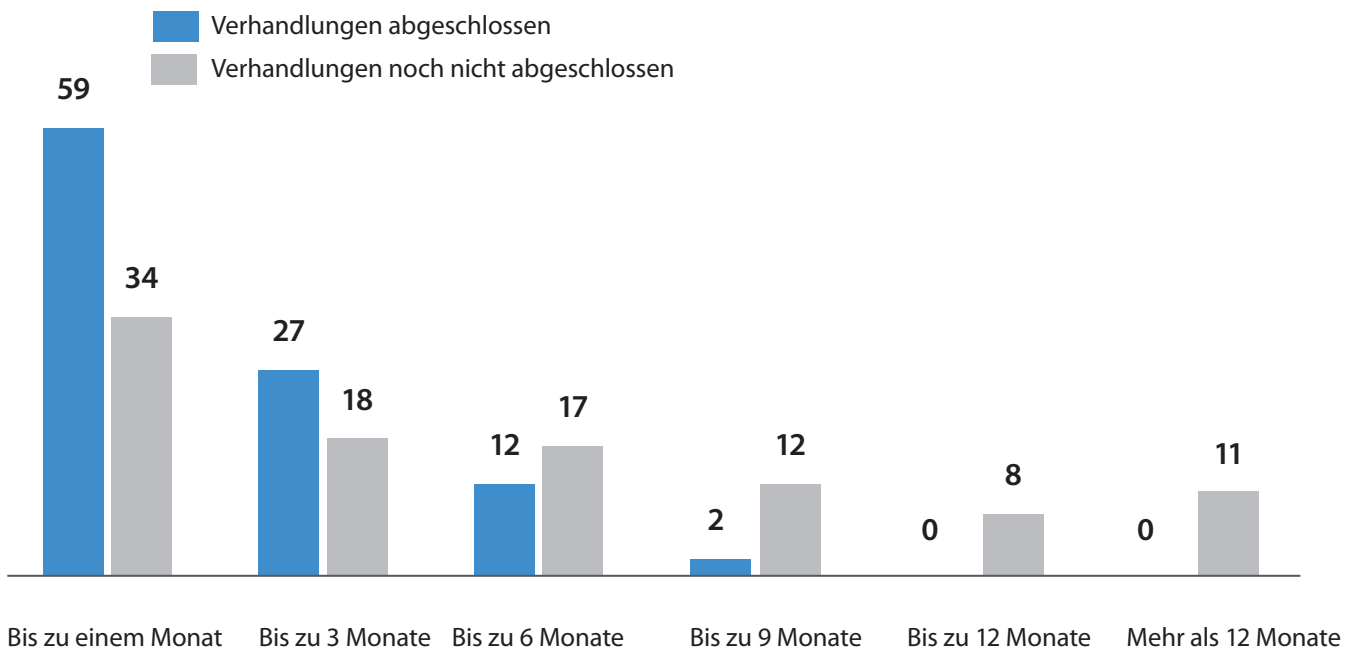
Auch für den Vereinbarungszeitraum 2021 laufen die Verhandlungen nur langsam an. 42 % der Krankenhäuser haben zum 01.04.2022 noch nicht mit den Verhandlungen begonnen.

Allerdings werden die Verhandlungen selbst schneller durchgeführt als noch für den Vorjahreszeitraum (**Abb. 55**).

88 % der Krankenhäuser, die bereits ein Pflegebudget 2021 zum 01.04.22 abschließen konnten, verhandelten hierüber nur bis zu 3 Monate mit den Krankenkassen. 59 % erzielten eine Einigung sogar binnen eines Monats. Allerdings lag die Verhandlungsdauer auch hier bei immerhin 31 % der sich zum Stand 01.04.22 bereits in Verhandlungen befindenden Häuser bei mehr als 6 Monaten.

Abb.
55 *Dauer der Verhandlungen für das Pflegebudget 2021*

Wie lange haben bei Ihnen die Verhandlungen für das **Pflegebudget 2021** gedauert, bzw. wie lange dauern die Verhandlungen bereits an? (Krankenhäuser mit begonnenen Verhandlungen in %)



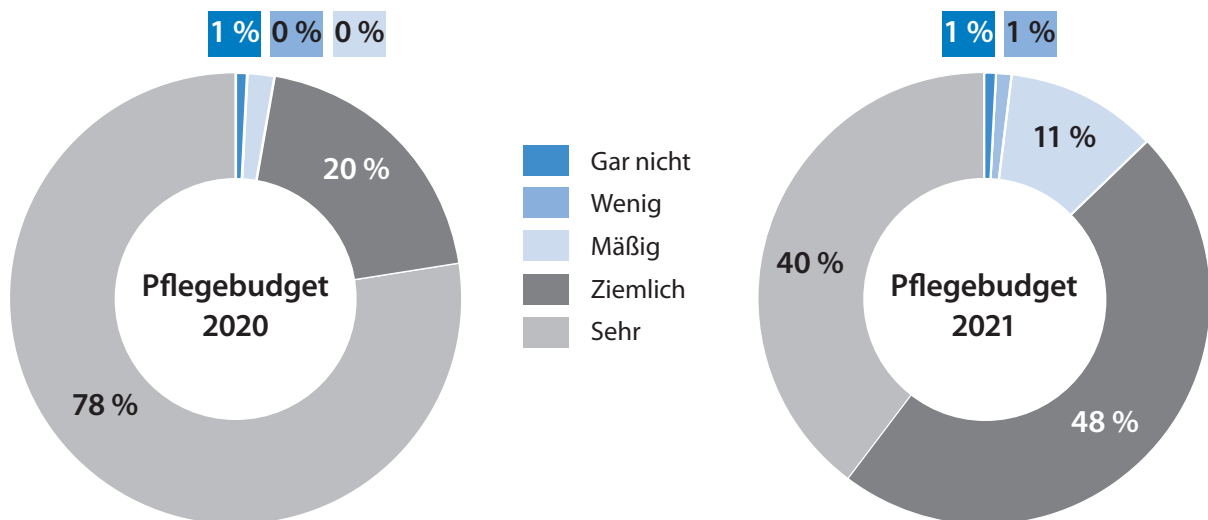


Die vielerorts langwierigen Verhandlungen zeigen, dass die Umstellung auf krankenhaushausindividuelle Pflegebudgets für viele Kliniken einen hohen zusätzlichen Aufwand darstellt.

Insbesondere für das erstmalig nach der Umstellung zu vereinbarte Pflegebudget 2020 sind oder waren die zusätzlichen Vorbereitungen für die Verhandlungen laut fast allen teilnehmenden Krankenhäusern sehr (78 %) oder ziemlich (20 %) aufwändig. Für das Budget 2021 nimmt der Zusatzaufwand für die Verhandlungen etwas ab. Dennoch bewerteten 48 % der Häuser auch hier die zusätzlichen Vorbereitungen immer noch als ziemlich und 40 % als sehr aufwändig (**Abb. 56**).

Abb. 56 *Bewertung des zusätzlichen Vorbereitungsaufwands durch die Einführung der Pflegebudgets: Budgetverhandlungen 2020 und 2021 im Vergleich*

Wie aufwändig sind oder waren die zusätzlichen Vorbereitungen für die Budgetverhandlungen infolge der Vereinbarung krankenhaushausindividueller Pflegebudgets? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Im Durchschnitt brauchten die Mitarbeitenden der Krankenhäuser fast 34 volle Arbeitstage à 8 Stunden (Median: 20), um die erforderlichen Unterlagen für die Vereinbarung des Pflegebudgets 2020 zusammenzustellen (**Tab. 03**). Mitarbeitende großer Krankenhäuser ab 600 Betten mussten hierfür mit im Mittel ca. 70 (Median: 30) Arbeitstagen überdurchschnittlich viel Zeit investieren (Ergebnisse nicht dargestellt).



Tab.
03 Zeitaufwand für die Vorbereitung der Verhandlungen des Pflegebudgets 2020 in Arbeitstagen à 8 Stunden

| Statistische Kennzahlen | Zeitaufwand für die Vorbereitung der Verhandlungen des Pflegebudgets 2020 (in Arbeitstagen à 8 Stunden) |
|---------------------------|---|
| Mittelwert | 33,6 |
| 5 % getrimmter Mittelwert | 24,9 |
| Median | 20,0 |
| Unterer Quartilswert | 10,0 |
| Oberer Quartilswert | 30,0 |

5.3 Akzeptanz von Wirtschaftsprüfertestaten

Nach § 6a Abs. 3 KHEntgG müssen die Krankenhäuser den Krankenkassen im Rahmen der örtlichen Pflegebudgetverhandlungen eine Bestätigung (Testat) des Jahresabschlussprüfers zur jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung in Pflegevollkräften, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie zu den Pflegepersonalkosten vorlegen.

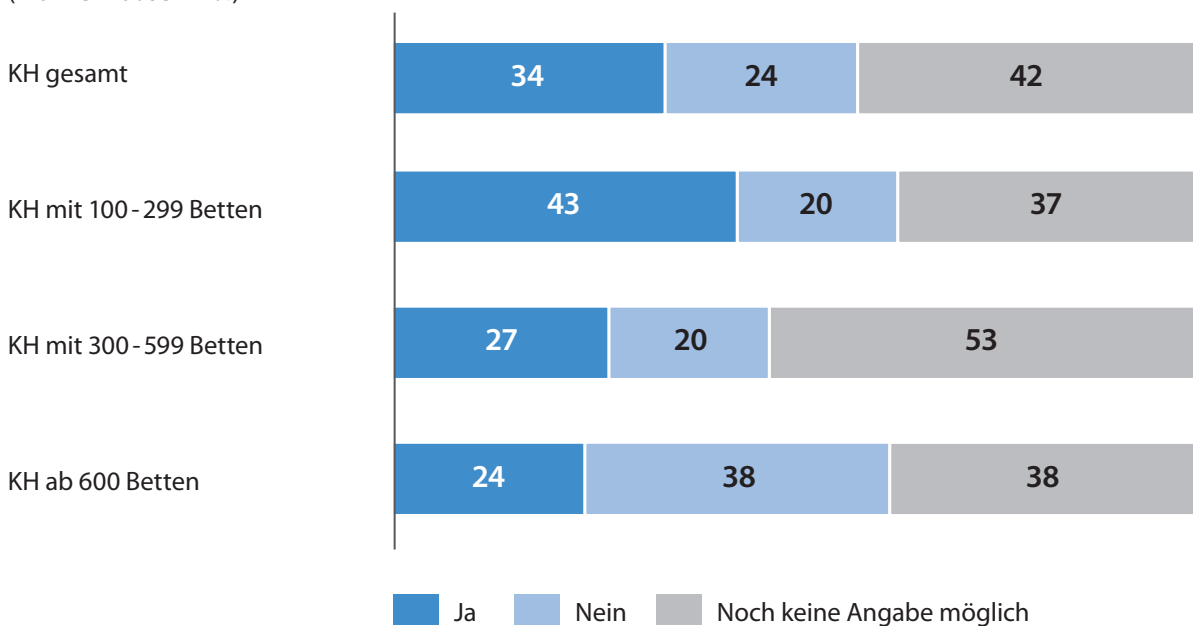
Zum Befragungszeitpunkt April 2022 berichteten nur 34 % der Krankenhäuser, dass das vorgelegte Testat des Wirtschaftsprüfers für den Vereinbarungszeitraum 2020 von den Krankenkassen uneingeschränkt akzeptiert wurde. Fast ein Viertel

der Häuser (24 %) gab an, dass die Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer von den Krankenkassen nicht vollumfänglich akzeptiert wurden. Aufgrund der verzögerten Verhandlungen konnten die meisten Befragungsteilnehmern (42 %) hierzu noch keine Angabe machen.

Aufgeteilt nach Bettengrößenklassen ist ersichtlich, dass bei kleineren Krankenhäusern unter 300 Betten das Testat bislang relativ häufig und bei größeren Häusern ab 600 Betten relativ selten akzeptiert wurde. Mehr als die Hälfte (53 %) der Kliniken mit 300 bis 599 Betten konnte hierüber noch keine Auskunft geben.

Abb. 57 Akzeptanz der Testate des Jahresabschlussprüfers durch Krankenkassen im Rahmen der Verhandlungen des Pflegebudgets 2020

Wurde das ggf. im Rahmen der örtlichen Pflegebudgetverhandlungen von Ihnen vorgelegte Testat des Jahresabschlussprüfers für den Vereinbarungszeitraum 2020 von den Krankenkassen uneingeschränkt akzeptiert?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

5.4 Unterdeckung durch den Pflegeentgeltwert und Liquidität

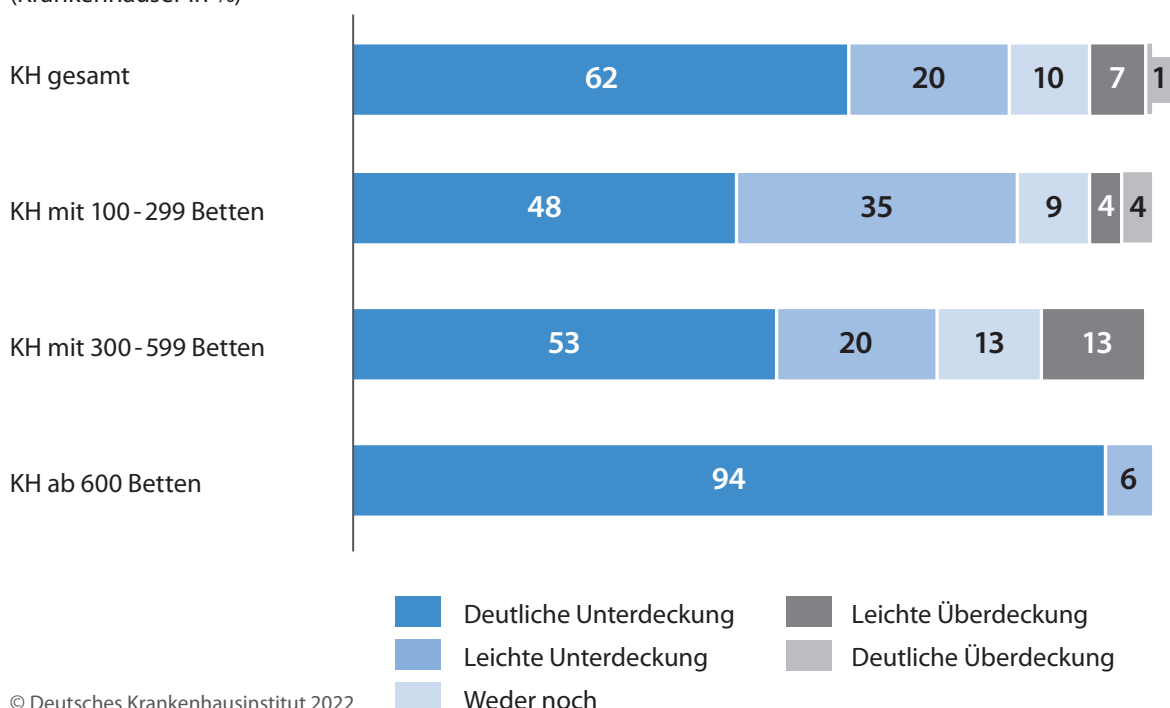
Für die Berechnung und Auszahlung des Pflegebudgets wird je abzurechnender DRG der Punkt- wert der Pflegeerlösbewertungsrelation pro Tag mit einem krankenhausindividuellen Pflegeent- geltwert multipliziert.

Wie erwähnt, hatte jedoch etwa die Hälfte der Kran- kenhäuser zum Befragungszeitpunkt 01.04.2022 noch kein Pflegebudget abgeschlossen. Für sie galt von Januar 2021 bis zum Ende Juni 2022 ein gesetzlich festgelegter vorläufiger Pflegeentgelt- wert von 163,09 €. Für den Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis 31. Dezember 2022 wurde ein vorläufiger Pflegeentgeltwert in Höhe von 200 € festgelegt.

Der zum Befragungszeitpunkt noch geltende Pfl- egeentgeltwert von 163,09 € war für die allermeis- ten Krankenhäuser zu niedrig angesetzt. In 82 % der Häuser ohne abgeschlossenes Pflegebudget hat er zu einer erheblichen (62 %) oder leichten (20 %) Unterdeckung der Pflegepersonalkosten geführt. Eine Analyse nach Krankenhausgröße zeigt, dass mit 94 % insbesondere große Kranken- häuser ab 600 Betten mit einer deutlichen Unter- deckung konfrontiert waren (**Abb. 58**).

Abb.
58 Pflegeentgeltwert nach Bettengrößenklassen

Falls Ihre Einrichtung noch kein Pflegebudget für das Jahr 2020 abgeschlossen hat. Führt der nach § 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG vorläufig erhobene Pflegeentgeltwert von aktuell 163,09 € zu einer Über- oder Unterdeckung der Pflegepersonalkosten in Ihrer Einrichtung? (Krankenhäuser in %)

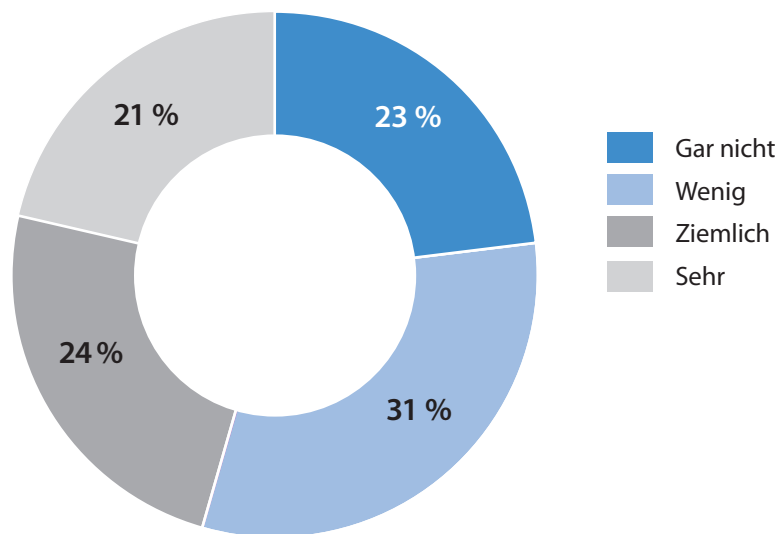


Da bei der Mehrheit der Krankenhäuser keine kostendeckende Finanzierung des Pflegepersonals vorlag, stellte sich die Frage, inwiefern sich die Verzögerungen beim Abschluss des Pflegebudgets auf die Liquidität der Häuser auswirken (**Abb. 59**).

In fast der Hälfte (45 %) aller Krankenhäuser haben Verzögerungen beim Abschluss des Pflegebudgets ziemlich (23 %) oder sehr (21 %) zu Liquiditätsengpässen geführt. 31 % der Häuser sind laut der Umfrage hiervon wenig und nur 23 % gar nicht betroffen gewesen.

Abb.
59

Entstandene Liquiditätsengpässe



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

5.5 Ausbau der Stellenpläne aufgrund des PpSG

Ein zentrales Ziel des im Jahr 2019 beschlossenen Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) ist die Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern. Die Krankenhäuser sollten daher angeben, ob sie primär aufgrund des PpSG Stellenpläne in der Pflege auf den Intensiv- und Allgemeinstation ausgebaut haben.

In Bezug auf Intensivstationen bejahten dies 47 % der Krankenhäuser (**Abb. 60**). Die Anzahl der im Zusammenhang mit dem PpSG ausgebauten Planstellen auf Intensivstationen nimmt mit der Krankenhausgröße zu und lag im Durchschnitt⁵ bei 7,7 (Median: 6) VK-Stellen. Gemessen an den aktuell tätigen VK in der Intensivpflege⁶ dieser Häuser entspricht dies einem Stellenanteil von ca. 12 % (Ergebnisse nicht dargestellt). In 82 % der Häuser wurden zwischen einer und 5 VK-Stellen und in 11 % der Häuser zwischen 6 und 10 VK-Stellen primär aufgrund des PpSG geplant. Mehr als 10 VK-Planstellen wurden insgesamt nur in 6 % der Häuser zusätzlich geschaffen.

Auf den Allgemeinstationen haben laut der vorliegenden Umfrage 58 % der Kliniken ihre Stellenpläne primär wegen des PpSG erweitert (**Abb. 61**). Unter diesen wurden durchschnittlich⁷ 26,1 (Median: 18) neue VK-Stellen in der Pflege geplant, was einem Stellenanteil von ca. 11 % der in diesen Häusern auf den Allgemeinstationen aktuell vorhandenen VK in der Pflege⁸ entspricht. Die konkrete Anzahl korreliert auch hier stark mit der Größe der Kliniken (Ergebnisse nicht dargestellt). In 67 % der Häuser wurden zwischen einer und 10 VK-Stellen und in 15 % der Häuser zwischen 11 und 20 VK-Stellen zusätzlich geplant. In jedem fünften Haus wurden sogar mehr als 20 VK-Stellen in Folge der Einführung des PpSG laut den Teilnehmenden der Umfrage ausgebaut.

⁵ 5 % getrimmter Mittelwert

⁶ Nur dreijährig examiniertes Krankenpflegepersonal auf den Intensivstationen

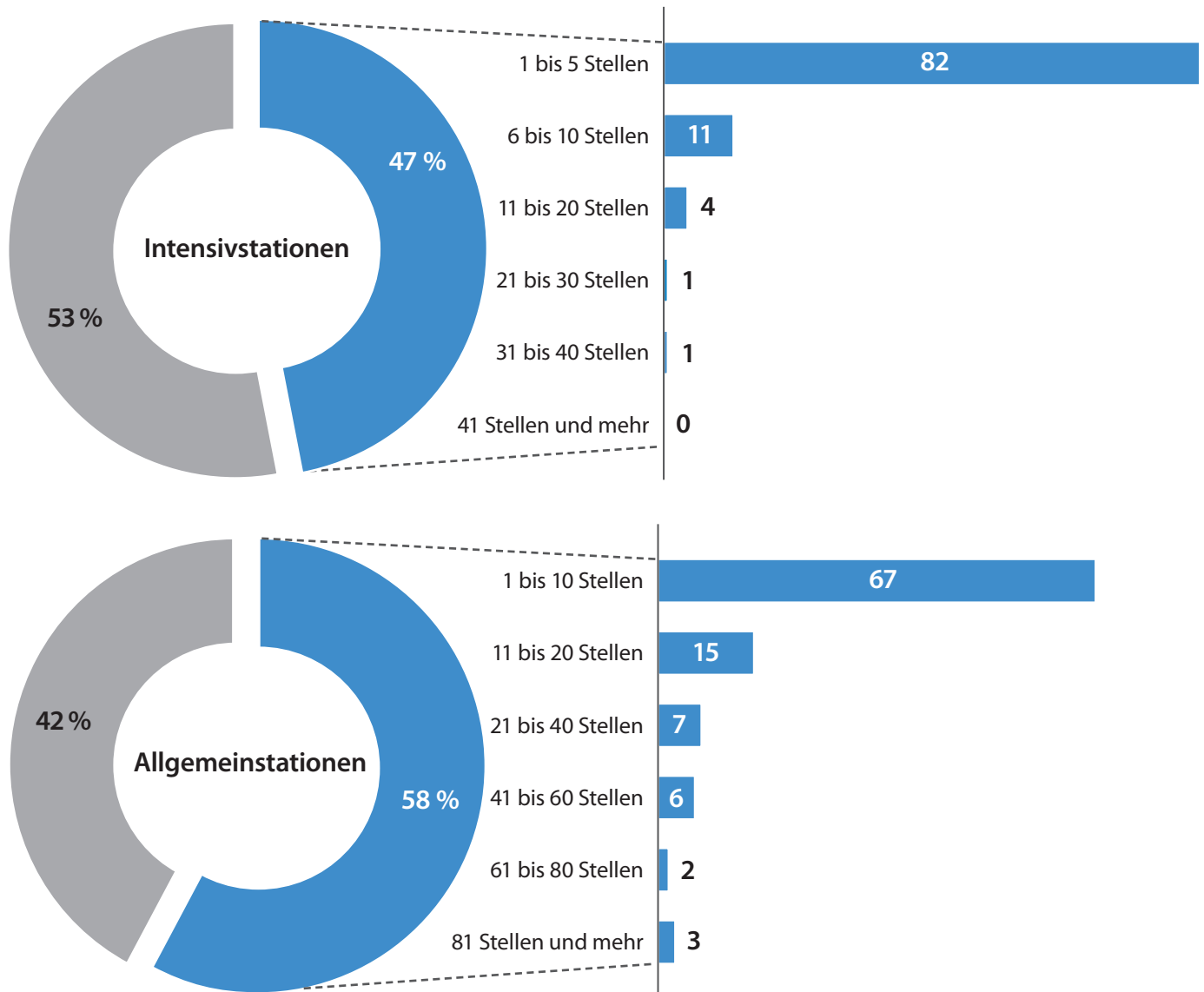
⁷ 5 % getrimmter Mittelwert

⁸ Nur dreijährig examiniertes Krankenpflegepersonal auf den Allgemeinstationen

Abb. 60 *Ausbau von Stellenplänen in der Pflege*

Haben Sie seit 2019 in Ihrem Krankenhaus primär aufgrund des PpSG die Stellenpläne in der Pflege auf den Allgemein- und Intensivstationen gezielt ausgebaut?
(Krankenhäuser in %)

■ Ja ■ Nein



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

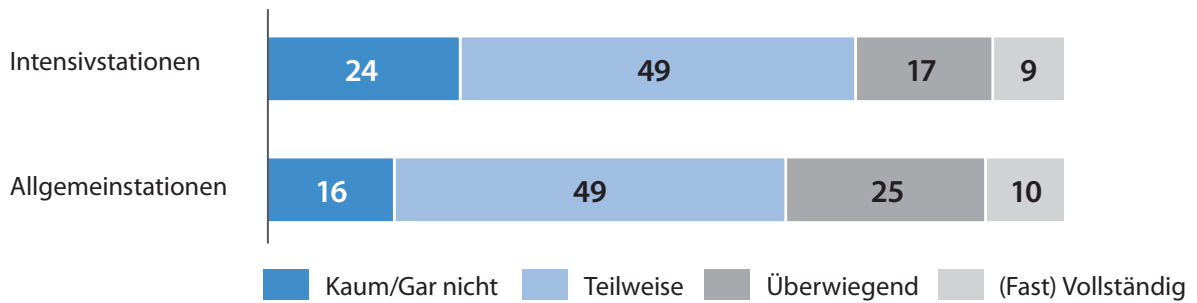
Nicht alle dieser neu geschaffenen Planstellen konnten auch tatsächlich besetzt werden. Rund die Hälfte der Krankenhäuser gab an, hierbei teilweise erfolgreich gewesen zu sein. Besetzungen in der Pflege auf den Allgemeinstationen gelangen insgesamt etwas häufiger als auf den Intensivstationen (**Abb. 61**).

Abb.
61

Besetzung zusätzlicher Stellen in der Pflege

Die Stellenpläne in der Pflege auf den Allgemein- oder Intensivstationen wurden primär aufgrund des PpSG gezielt ausgebaut: Inwieweit konnten Sie die zusätzlichen Planstellen tatsächlich besetzen?

(Krankenhäuser mit Ausbau der Stellenpläne in %)



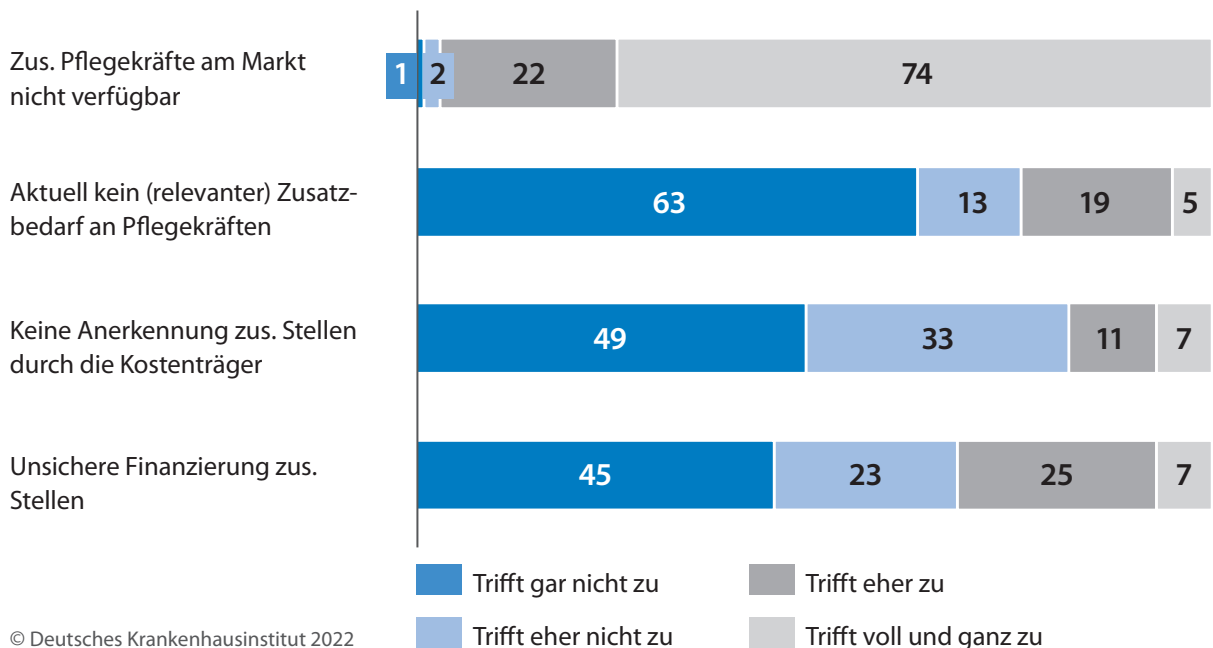
© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Das knappe Angebot von Pflegepersonal am Markt ist auch die Hauptursache, warum ca. die Hälfte der Krankenhäuser ihre Stellenpläne erst gar nicht ausgebaut hat. Für 74 % der betreffenden Häuser trifft dieser Grund voll und ganz und für weitere 24 % zumindest eher zu. Dabei haben 63% der Krankenhäuser durchaus einen (relevanten) Zusatzbedarf an Pflegekräften (**Abb. 62**).

Abb.
62

Gründe gegen einen Ausbau der Stellenpläne in der Pflege

Gründe gegen einen Ausbau der Stellenpläne in der Pflege auf den Allgemein- oder Intensivstationen (Krankenhäuser mit Ausbau der Stellenpläne in %)



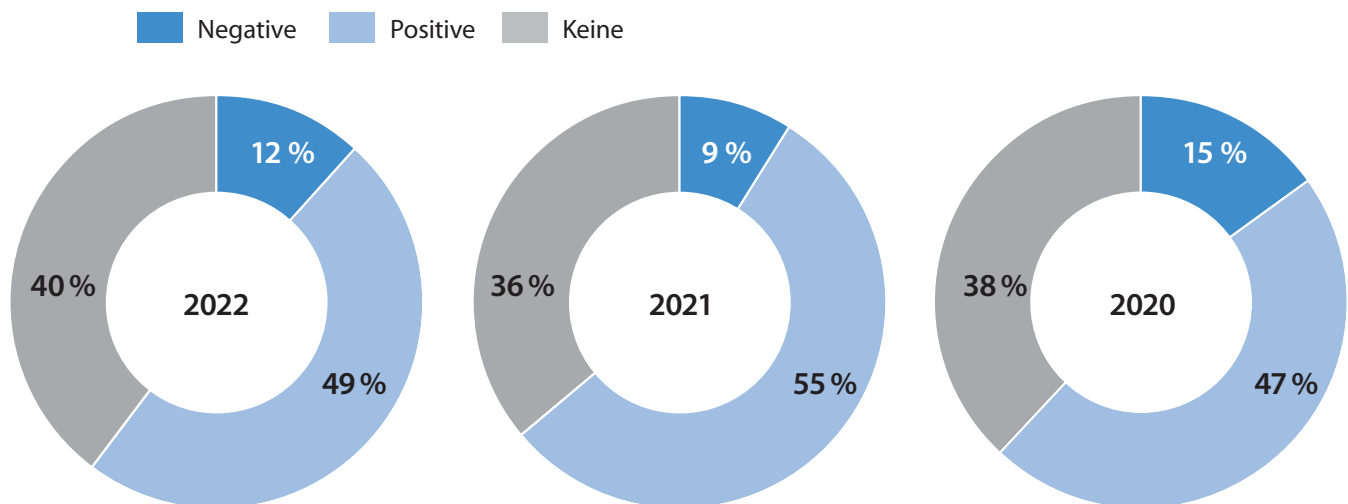
© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

5.6 Auswirkungen auf Personalausstattung und Finanzen (2022)

Wie bereits in den Barometern der letzten zwei Jahre, wurden die Krankenhäuser final um eine allgemeine Einschätzung zu den (erwarteten) finanziellen und personellen Auswirkungen der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-Vergütungssystem und der Einführung krankenspezifischer Pflegebudgets gebeten. Fast die Hälfte (49 %) der Krankenhäuser rechnete zum diesjährigen Befragungszeitpunkt damit,

dass sich die Maßnahme positiv auf die Personalausstattung in der Pflege auswirkt (**Abb. 63**). 40 % der Häuser sehen oder erwarten keine und 12 % der Teilnehmenden negative Auswirkungen. Insgesamt wurde damit ein leicht kritisches Bild hinsichtlich der Auswirkungen auf die Pflegepersonalausstattung als noch im vergangenen Jahr gezeichnet, aber ein leicht positiveres gegenüber dem Jahr 2020.

Abb. **63** Auswirkungen der Pflegebudgets auf die Pflegepersonalausstattung (Krankenhäuser in %)

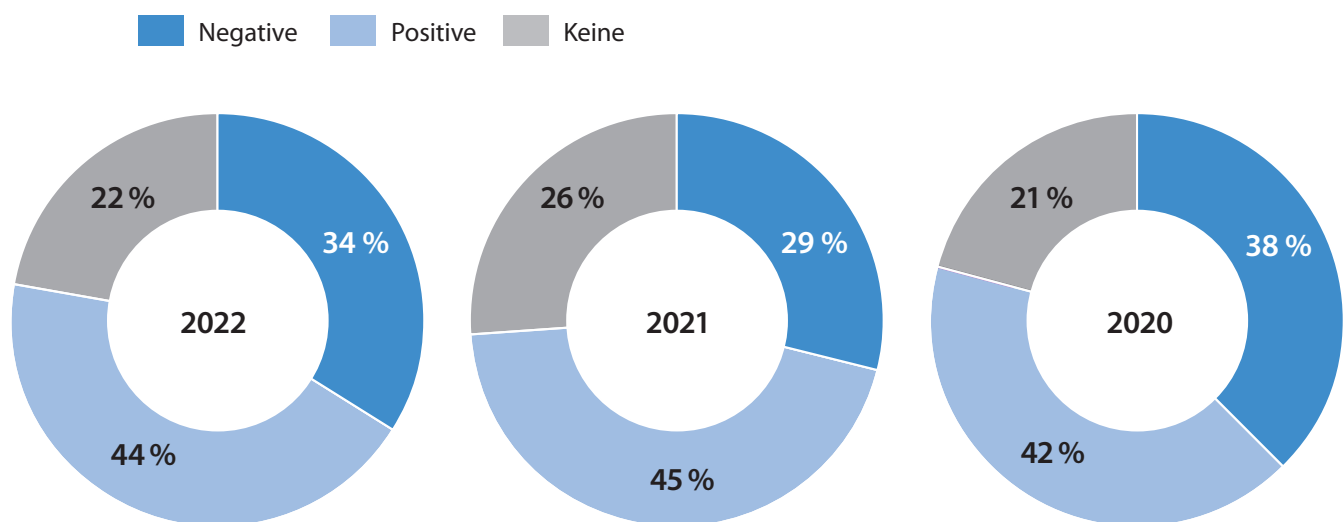


© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Auch hinsichtlich der Auswirkungen der Pflegebudgets auf die finanzielle Lage sind die Krankenhäuser im Vergleich zum letzten Jahr insgesamt etwas pessimistischer (**Abb. 64**). 44 % der Befragungsteilnehmer assoziierten mit der Einführung der Pflegebudgets zum diesjährigen Befragungszeitpunkt immer noch positive Auswirkungen auf die finanzielle Lage (44 %).

Auf der anderen Seite votierte knapp jedes dritte Haus für negative (34 %) und jedes fünfte Haus (22 %) für keinerlei finanzielle Auswirkungen.

Abb.
64 Auswirkungen der Pflegebudgets auf die finanzielle Lage (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022



6 STELLENBESETZUNGS- PROBLEME

Der Fachkräftemangel bzw. Stellenbesetzungsprobleme in der Pflege 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, 2016 und 2019 angeben, inwieweit es bei ihnen einen entsprechenden Fachkräftemangel gibt.

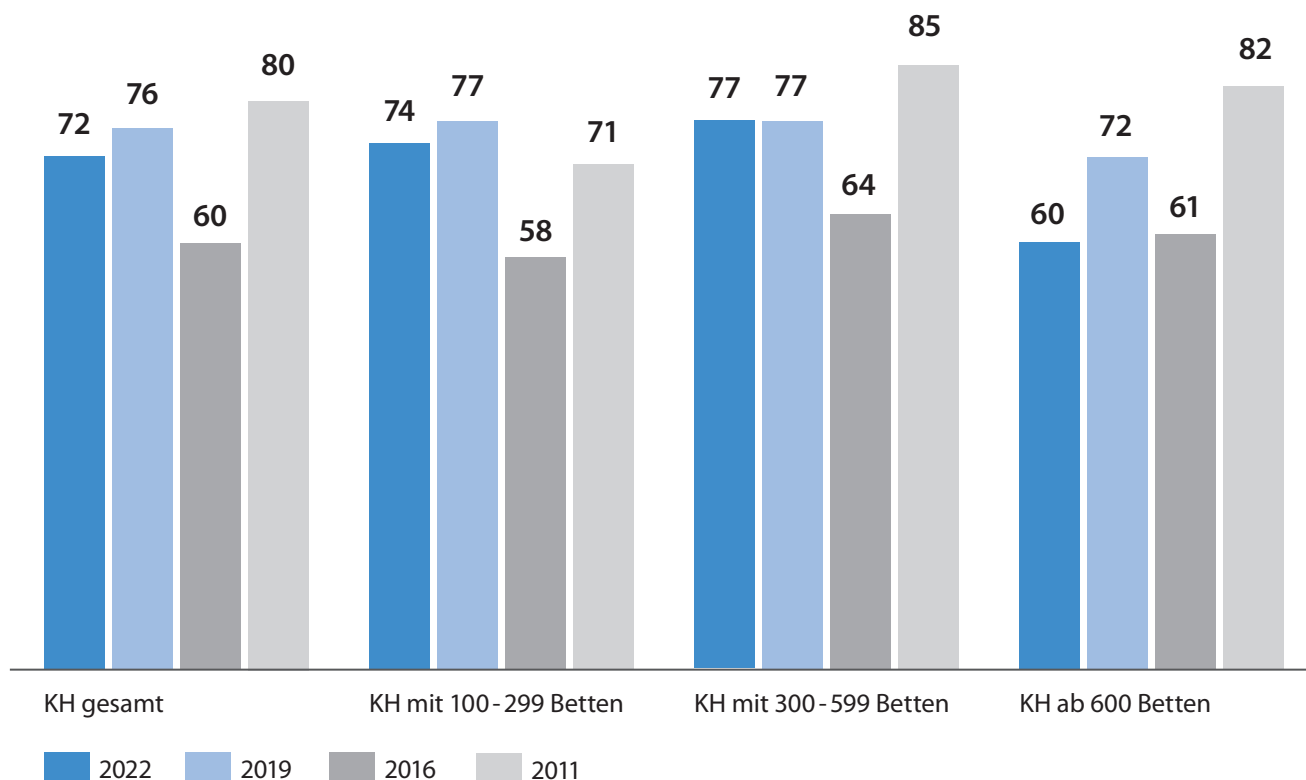
Der Fachkräftemangel wird im **Krankenhaus Barometer** darüber gemessen, dass offene Stellen (wieder) besetzt werden sollen, aber mangels (geeigneter) Bewerber kurzfristig nicht besetzt werden können bzw. längere Zeit vakant bleiben. Aussagen dazu, inwieweit die aktuellen Stellenpläne bedarfsgerecht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

6.1 Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst

Im Frühjahr 2022 hatten 72 % der Krankenhäuser Probleme, offene Stellen im Ärztlichen Dienst zu besetzen. Im Vergleich zum Jahr 2019, als die Stellenbesetzungsprobleme bei Ärzten letztmalig erhoben wurden, ist die Entwicklung leicht rückläufig.

Auffallend ist zudem, dass größere Krankenhäuser ab 600 Betten mittlerweile weniger vom Ärztemangel betroffen sind als kleinere Häuser (**Abb. 65**). Im Mittel waren die offenen Arztstellen 19 Wochen unbesetzt.

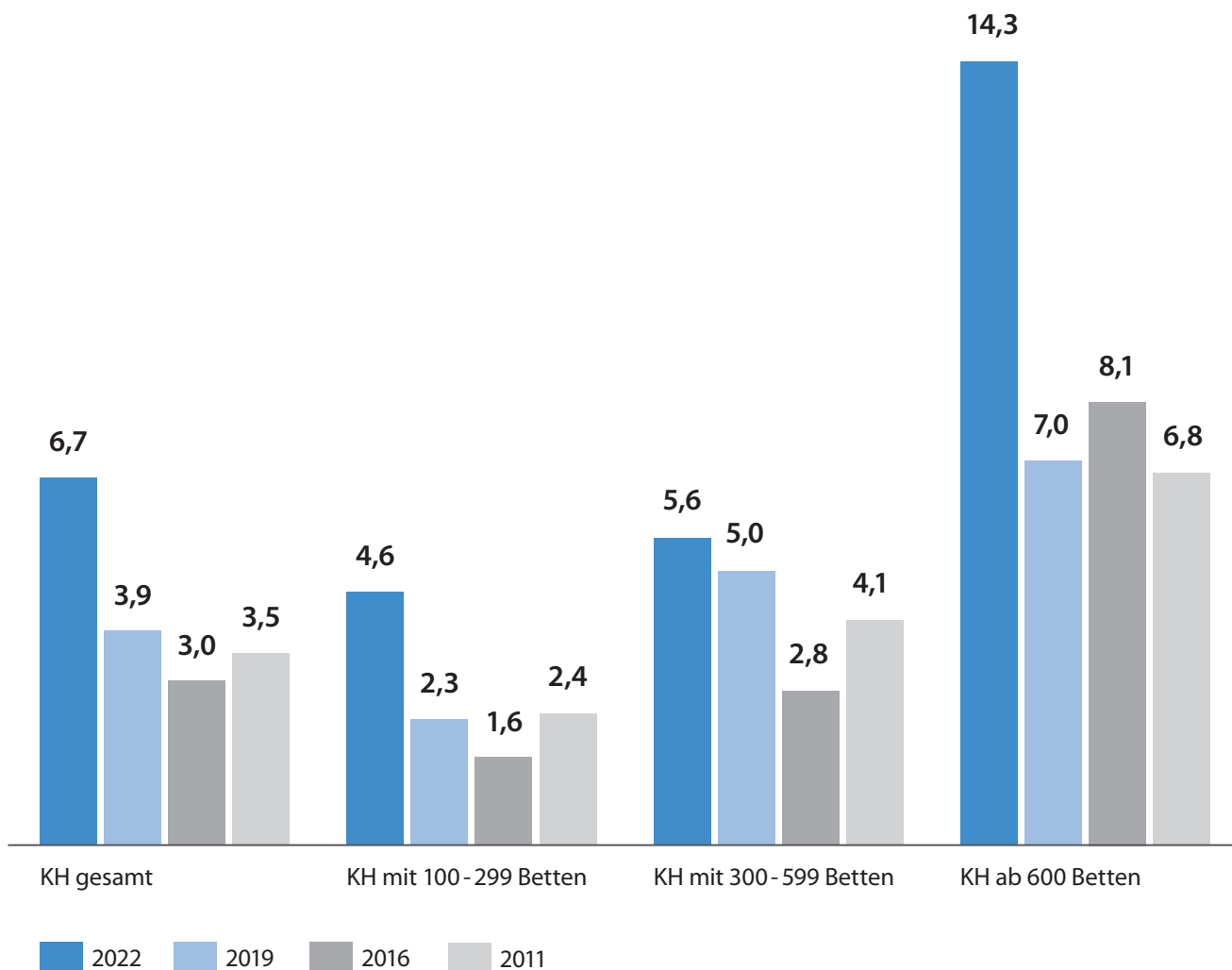
Abb. **65** Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im Ärztlichen Dienst 2011 - 2021 (Krankenhäuser in %)



Im Zeitvergleich mit 2019 hat sich die Zahl der offenen Arztstellen je betroffenes Krankenhaus auf durchschnittlich fast sieben Vollkraftstellen nahezu verdoppelt. Vor allem in den Krankenhäusern ab 600 Betten hat sich die Situation verschärft. Hier sind durchschnittlich 14 Vollkraftstellen im Ärztlichen Dienst vakant (**Abb. 66**).

Rechnet man die Ergebnisse auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten hoch, konnten bundesweit rund 5.200 Vollkraftstellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzt werden. Das entspricht einem Anteilswert von rund 3 % der ärztlichen Vollkraftstellen in der genannten Grundgesamtheit. 2019 lag die Anzahl der nicht besetzten Arztstellen noch bei 3.300 Vollkraftstellen.

Abb. **66** Nicht besetzte Vollkraftstellen im Ärztlichen Dienst 2011 - 2022 (Mittelwert für Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen)



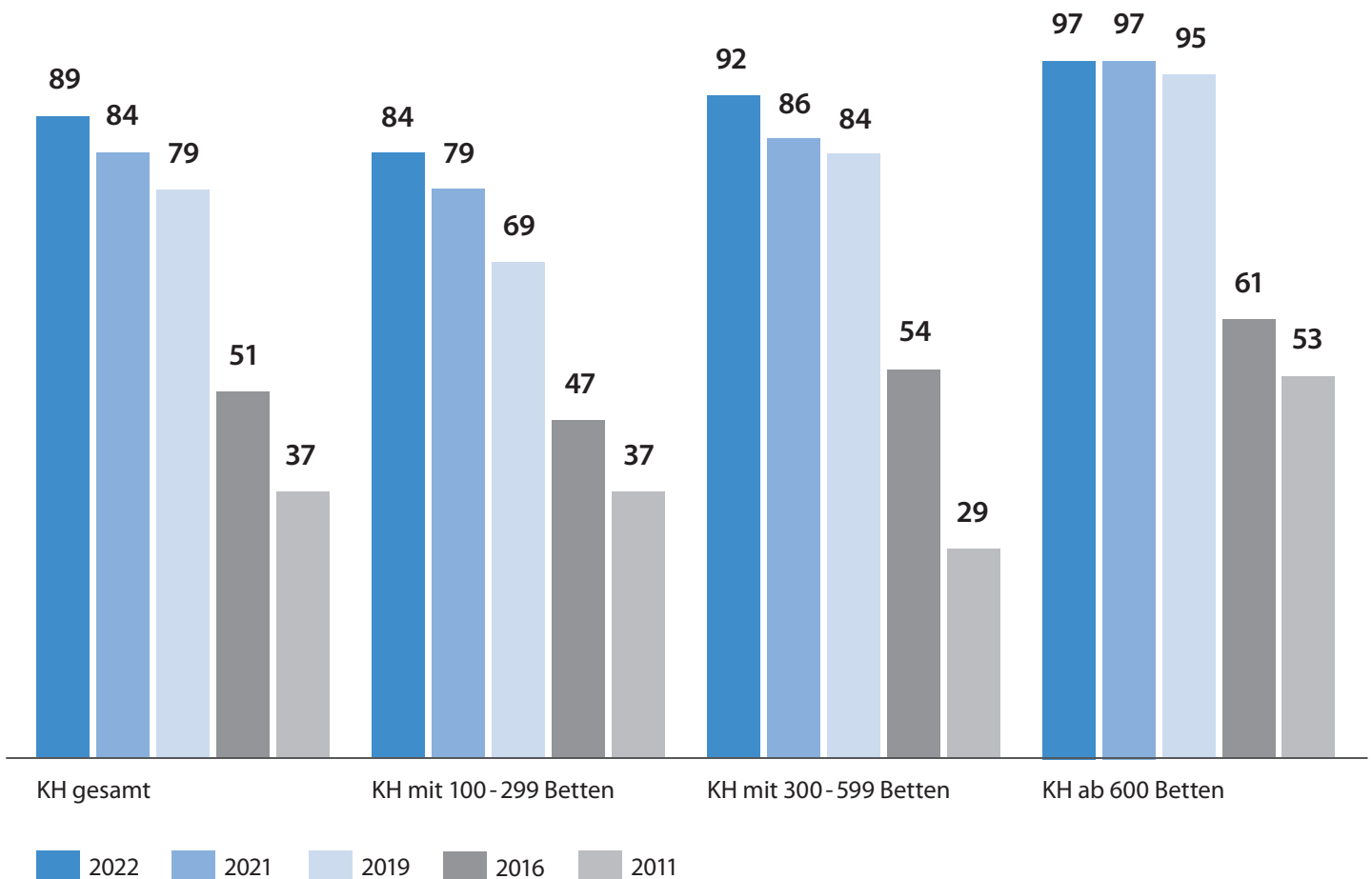
© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

6.2 Stellenbesetzungsprobleme im Pflegedienst auf Allgemeinstationen

Im Frühjahr 2022 hatten 89 % der Krankenhäuser Probleme, offene Pflegestellen auf Allgemeinstationen zu besetzen. Mit steigender Krankenhausgröße nimmt der Anteil der betroffenen Häuser noch zu. So kann fast jedes Krankenhaus ab 600 Betten derzeit offene Pflegestellen nicht besetzen. Im Durchschnitt sind offene Pflegestellen auf den Allgemeinstationen 23 Wochen, also fast ein halbes Jahr unbesetzt.

Die Stellenbesetzungsprobleme im Pflegedienst der Allgemeinstationen haben seit 2011 kontinuierlich zugenommen. In den letzten Jahren sind sie auf ohnehin hohem Niveau noch weiter gestiegen. Dieser Trend ist unabhängig von der Krankenhausgröße (**Abb. 67**).

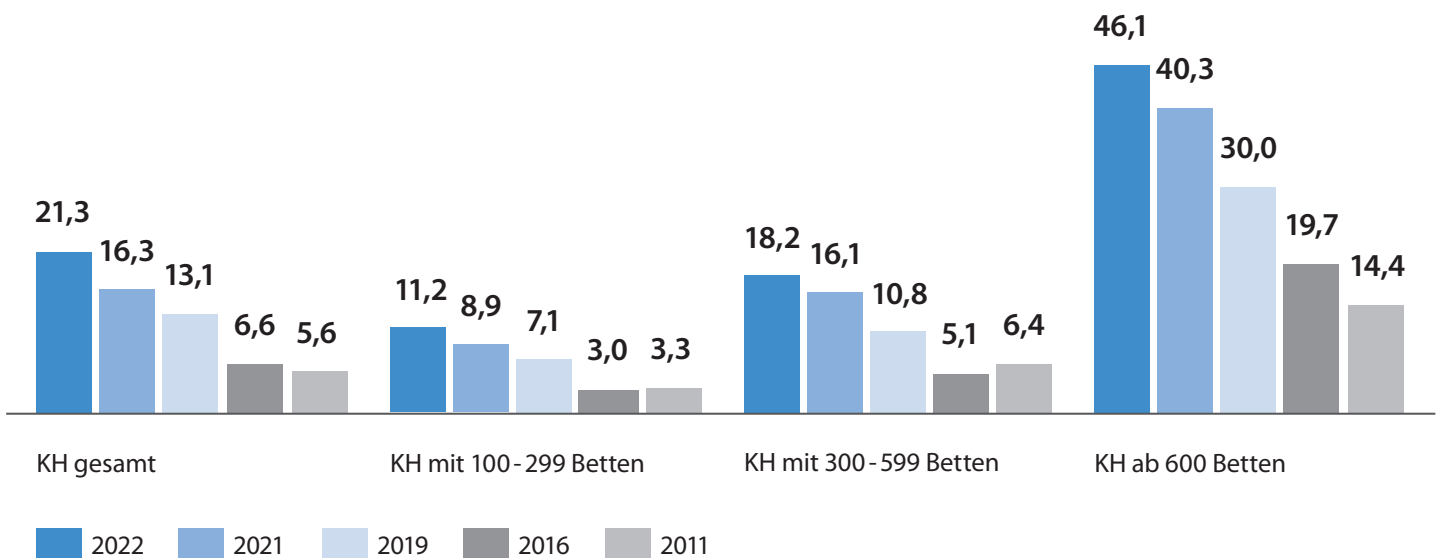
Abb. 67 Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im Pflegedienst auf Allgemeinstationen 2011 - 2021 (Krankenhäuser in %)



Die von Stellenbesetzungsproblemen betroffenen Krankenhäuser konnten im Mittel rund 21 Vollkraftstellen nicht besetzen. Im Vergleich zum Vorjahr mit durchschnittlich rund 16 offenen Stellen entspricht das einem Anstieg von 31 %. Auch in den einzelnen Bettengrößenklassen haben die Stellenvakanzen zugenommen. Absolut haben vor allem die Großkrankenhäuser ab 600 Betten mit 46 offenen Stellen deutlich überdurchschnittliche Stellenvakanzen (**Abb. 68**).

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten blieben bundesweit rund 20.600 Vollkraftstellen im Pflegedienst der Allgemeinstationen unbesetzt. Gegenüber dem Vorjahr mit rund 14.400 unbesetzten Pflegestellen entspricht dies einer Zunahme der offenen Stellen von 43 %. Bezogen auf die Vollkraftstellen im Pflegedienst auf den Allgemeinstationen der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten insgesamt sind knapp 8 % der Pflegestellen derzeit vakant (Vorjahr: 6 %).

Abb. 68 Nicht besetzte Vollkraftstellen im Pflegedienst auf Allgemeinstationen 2011 - 2021 (Mittelwert für Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

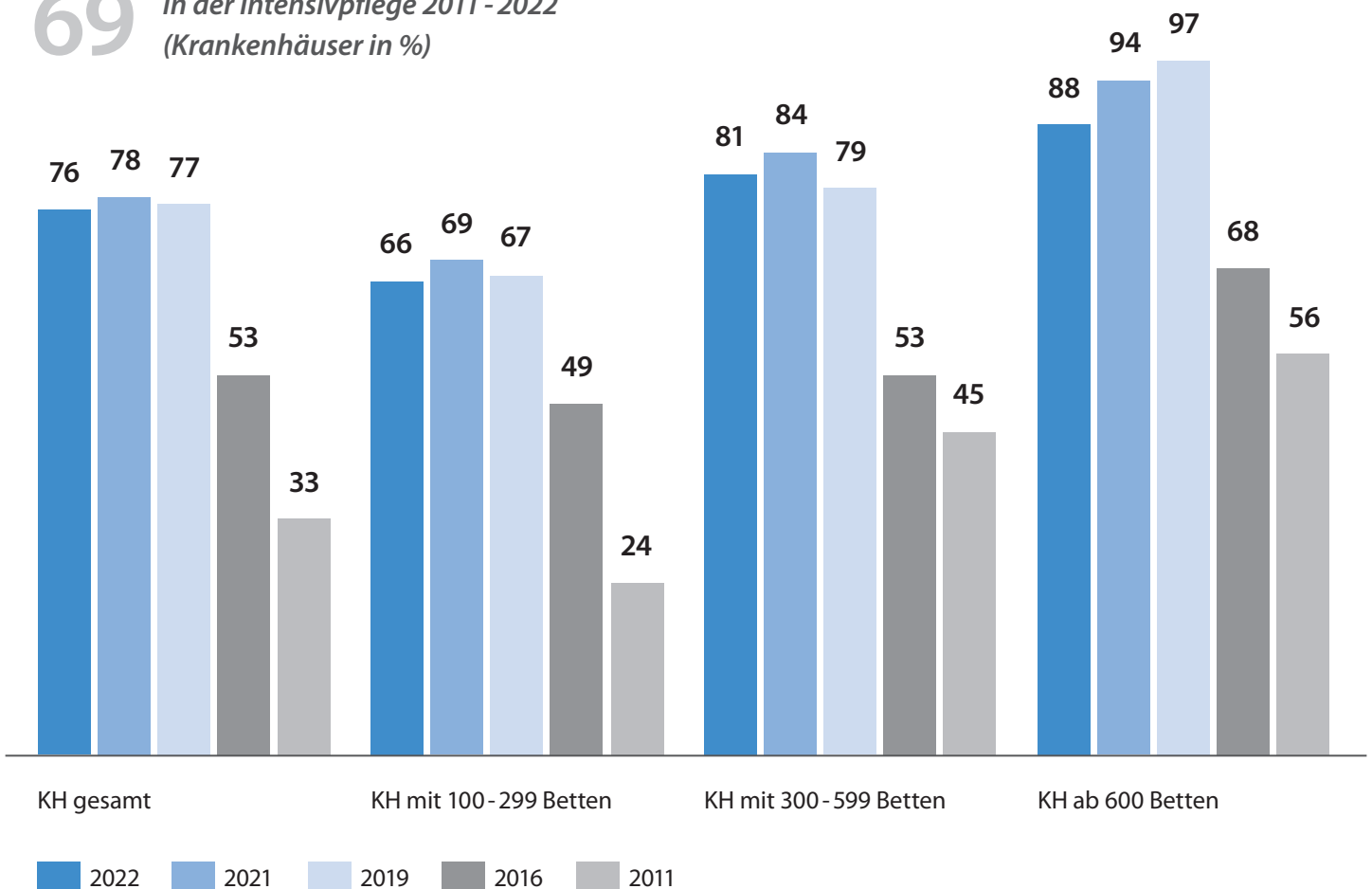
6.3 Stellenbesetzungsprobleme in der Intensivpflege

Im Frühjahr 2022 hatten 3 von 4 Krankenhäusern mit Intensivstationen Probleme, offene Intensivpflegestellen zu besetzen. In den größeren Krankenhäusern ab 300 Betten fallen die Stellenbesetzungsprobleme in der Intensivpflege überproportional aus.

Der Anteil der vom entsprechendem Fachkräftemangel betroffenen Krankenhäuser hat sich in den letzten Jahren auf hohem Niveau stabilisiert (**Abb. 69**). Im Durchschnitt sind offene Pflegestellen auf den Intensivstationen 24 Wochen, also fast ein halbes Jahr unbesetzt.



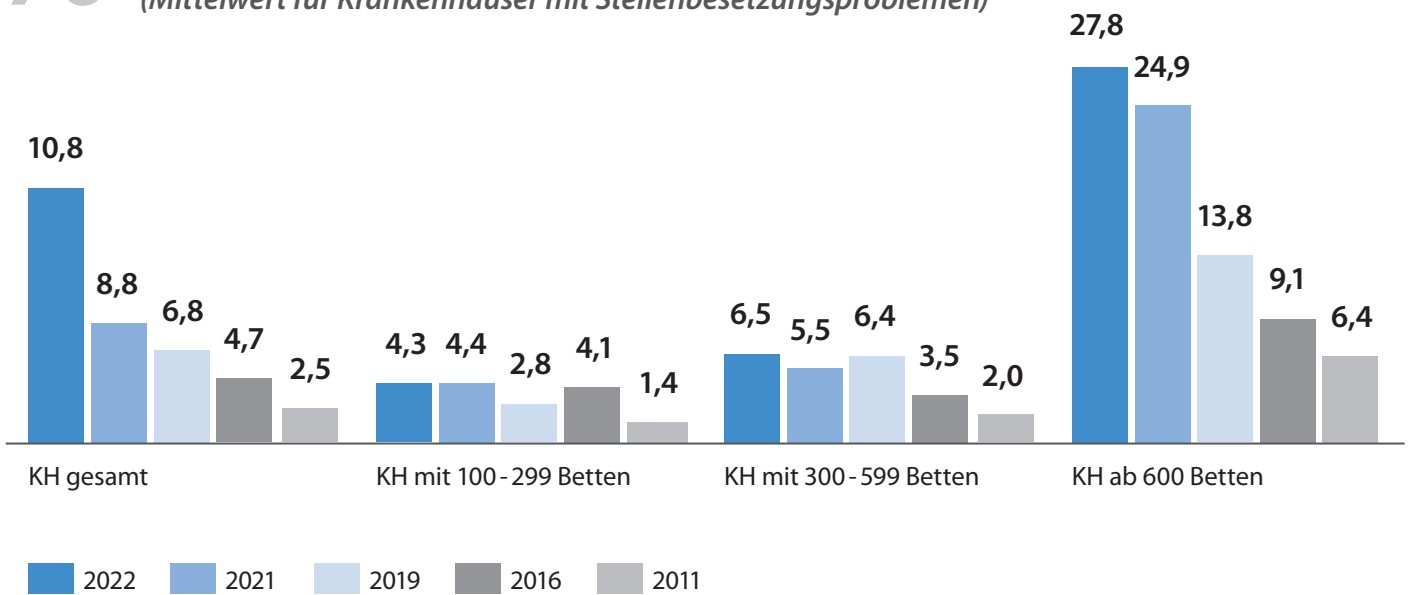
Abb. 69 Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen in der Intensivpflege 2011 - 2022 (Krankenhäuser in %)



Die von Stellenbesetzungsproblemen betroffenen Krankenhäuser konnten im Mittel fast 11 Vollkraftstellen in der Intensivpflege nicht besetzen (**Abb. 70**). Im Vergleich zum Vorjahr mit durchschnittlich rund 9 offenen Stellen entspricht das einem Anstieg von 23 %. Vor allem in den Krankenhäusern ab 600 Betten hat sich die Situation weiter verschärft. Hier sind mittlerweile fast 28 Vollkraftstellen vakant.

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten mit Intensivstationen blieben bundesweit rund 9.500 Vollkraftstellen in der Intensivpflege unbesetzt. Gegenüber dem Vorjahr mit 7.900 unbesetzter Intensivpflegestellen entspricht dies einem Anstieg von 20 %. Bezogen auf die Vollkraftstellen in der Intensivpflege der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten insgesamt sind rund 14 % der Pflegestellen derzeit vakant (Vorjahr: 12 %).

Abb. **70** Nicht besetzte Vollkraftstellen in der Intensivpflege 2011 - 2022 (Mittelwert für Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

6.4 Stellenbesetzungsprobleme im OP- und Anästhesiedienst

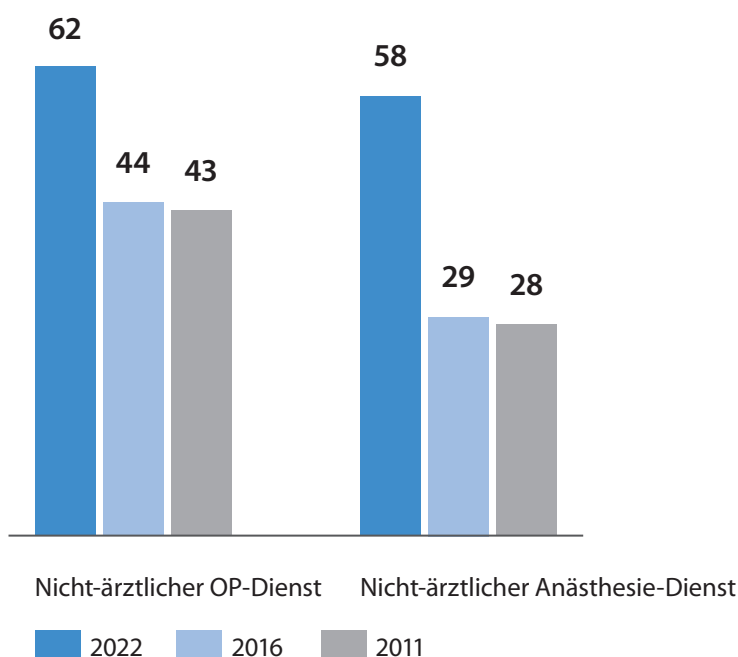
Das nicht-ärztliche Personal im Operationsdienst umfasst Operationstechnische Assistenten (OTA), weitergebildete OP-Pflegefachkräfte sowie nicht entsprechend aus- oder weitergebildetes OP-Personal. Das nicht-ärztliche Personal in der Anästhesie umfasst Anästhesietechnische Assistenten (ATA), weitergebildete Anästhesie- und Intensivfachpflegekräfte sowie Anästhesiepersonal ohne Aus- oder Weiterbildung.

62 % der Krankenhäuser hatten im Frühjahr 2022 Probleme, offene Stellen beim nicht-ärztlichen Personal im Operationsdienst zu besetzen. Im Vergleich zum Jahr 2016, als die Stellenbesetzungsprobleme im OP letztmalig erhoben wurden, bedeutet dies eine merkliche Steigerung des Fachkräftemangels in den OP-Berufen (**Abb. 71**). Im Mittel waren die OP-Stellen 17 Wochen vakant.



Beim nicht-ärztlichen Personal im Anästhesiedienst waren 58 % der Krankenhäuser von Stellenbesetzungsproblemen betroffen. Im Vergleich zum Jahr 2016 hat sich der Anteilswert damit verdoppelt. Die durchschnittliche Stellenvakanz betrug 12 Wochen.

Abb. 71 Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im nicht-ärztlichen OP- und Anästhesiedienst 2011 - 2022 (Krankenhäuser in %)



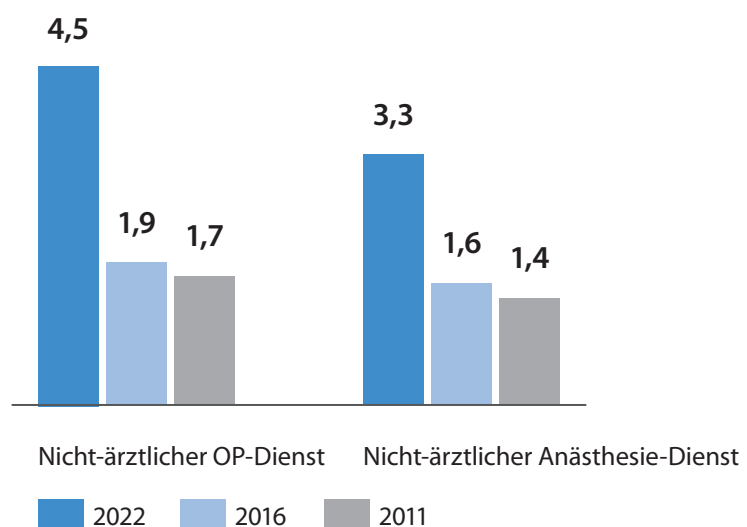


Die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen konnten im Mittel 4,5 Vollkraftstellen im Operationsdienst nicht besetzen. Für das nicht-ärztliche Personal in der Anästhesie lag der Durchschnittswert bei 3,3 Stellen. Im Vergleich zum Jahr 2016 haben sich die Stellenvakanzen in beiden Bereichen mehr als verdoppelt (**Abb. 72**).

Rechnet man die Stichprobenergebnisse auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten hoch, blieben bundesweit rund 2.500 Vollkraftstellen im Operationsdienst unbesetzt. Gegenüber dem Jahr 2016 mit 900 unbesetzten Stellen entspricht dies einem Anstieg von 178 %. Bezogen auf die Vollkraftstellen im OP-Dienst insgesamt sind knapp 8 % der Stellen derzeit vakant (2016: 3 %).

Beim nicht-ärztlichen Personal in der Anästhesie konnten hochgerechnet rund 1.700 Vollkraftstellen nicht besetzt werden. Verglichen mit 2016 (500 Stellen) bedeutet dies eine Zunahme von 240%. Aktuell sind 8 % der Vollkraftstellen beim nicht-ärztlichen Personal in der Anästhesie vakant (2016: 3 %).

Abb. 72 Nicht besetzte Vollkraftstellen im nicht-ärztlichen OP- und Anästhesiedienst 2011 - 2022
(Mittelwert für Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

6.5 Stellenbesetzungsprobleme bei Hebammen

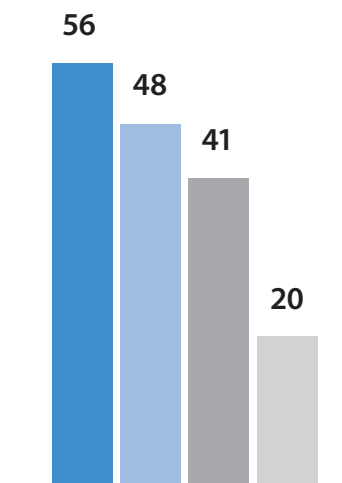
Bei festangestellten Hebammen hatten im Frühjahr 2022 rund 56 % der Krankenhäuser mit Geburtshilfe Stellenbesetzungsprobleme. Der Trend aus früheren Vergleichsjahren setzt sich damit unvermindert fort (**Abb. 73**). Die offenen Stellen blieben im Mittel 25 Wochen unbesetzt.

Im Mittel der betroffenen Geburtskliniken waren 2,6 Hebammenstellen unbesetzt. Auch hier hat sich der Trend der vergangenen Jahre fortgesetzt (**Abb. 74**). Hochgerechnet blieben damit etwa 800 Vollkraftstellen für Hebammen oder schätzungsweise 10 % der entsprechenden Stellen insgesamt unbesetzt.⁹



Abb. 73 Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen bei festangestellten Hebammen 2014 - 2022 (Krankenhäuser mit Geburtshilfe in %)

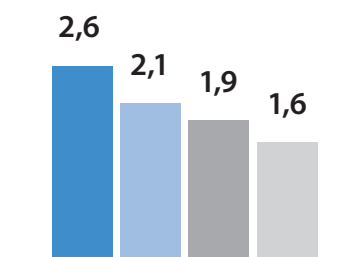
■ 2022 ■ 2020 ■ 2018 ■ 2014



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Abb. 74 Nicht besetzte Vollkraftstellen bei festangestellten Hebammen 2014 - 2022 (Mittelwerte für Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen)

■ 2022 ■ 2020 ■ 2018 ■ 2014



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

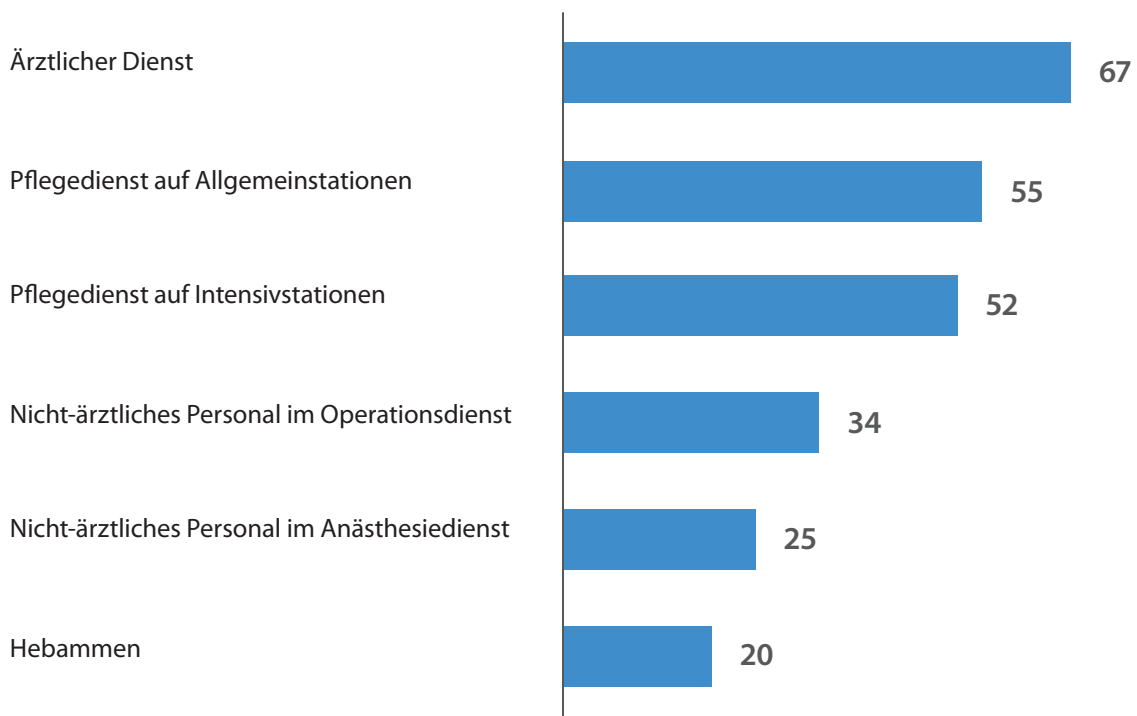
⁹ Die Schätzung ist hier mit größeren Unsicherheiten behaftet, weil der Bedarf, zumindest teilweise, auch durch Beleghebammen gedeckt werden kann.

6.6 Einsatz von Honorar- und Zeitarbeitskräften

Sofern ein Krankenhaus keine (geeigneten) Bewerber für vakante Stellen findet, kann es ggf. auf Honorar- und Zeitarbeitskräfte zurückgreifen (z. B. über Personalagenturen). Für ausgewählte Berufsgruppen sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit dies in ihren Häusern im Jahr 2021 der Fall war.

Im Ärztlichen Dienst haben 2021 zwei Drittel der Krankenhäuser Honorar- oder Zeitarbeitskräfte eingesetzt. In der Pflege auf den Allgemein- und Intensivstationen war es jeweils gut die Hälfte. Beim nicht-ärztlichen OP-Personal und bei den Hebammen kommen diese Kräfte seltener zum Einsatz (**Abb. 75**). Bei allen Berufsgruppen nimmt der Einsatz von Honorar- und Zeitarbeitskräften mit steigender Krankenhausgröße zu (Ergebnisse nicht dargestellt).

Abb. 75 Beschäftigung von Honorar- und Zeitarbeitskräften nach Diensten 2021 (Krankenhäuser in %)

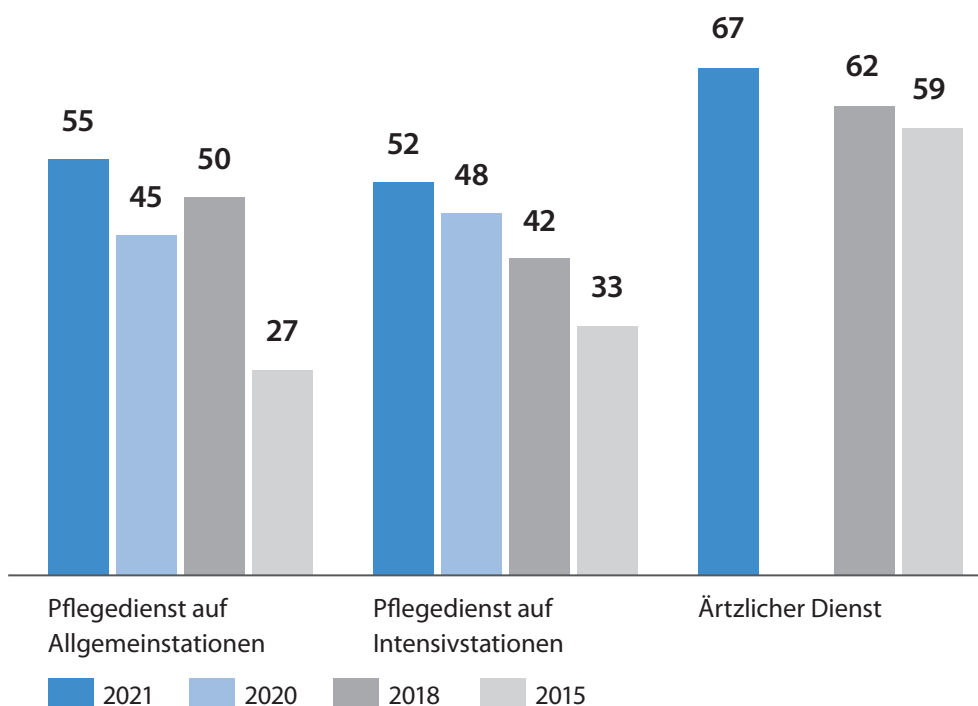


© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Für den Ärztlichen Dienst und den Pflegedienst liegen mehrere Vergleichswerte aus früheren Krankenhaus Barometern vor. Die Ergebnisse belegen, dass die Zeitarbeit in diesen Berufsgruppen nahezu kontinuierlich angestiegen ist (**Abb. 76**).

Beispielsweise hat sich der entsprechende Anteilswert im Pflegedienst der Allgemeinstationen seit 2015 faktisch verdoppelt. Im Ärztlichen Dienst war Zeitarbeit schon damals stärker verbreitet und hat bei hohem Ausgangsniveau weiter zugenommen.¹⁰

Abb. 76 Beschäftigung von Honorar- und Zeitarbeitskräften nach Diensten 2015 - 2021
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

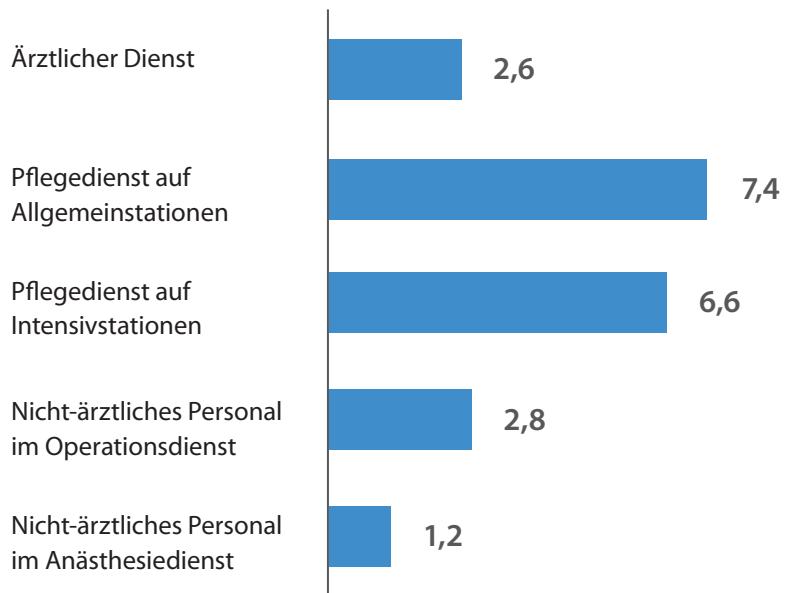
¹⁰ Für den Ärztlichen Dienst ist die Frage 2020 nicht gestellt worden.

Über den bloßen Einsatz von Honorar- und Zeitarbeitskräften hinaus sollten die Befragungsteilnehmer angeben, wie viele Kräfte sie umgerechnet in Vollzeitäquivalente in ihrem Krankenhaus im Jahr 2021 beschäftigt hatten (**Abb. 77**)¹¹.

Demnach entsprach die Beschäftigung von Honorarärzten einem Stellenäquivalent von durchschnittlich 2,6 ärztlichen Vollkräften pro Krankenhaus. In der Pflege waren es 7,4 (Allgemeinstationen) bzw. 6,6 Vollkräfte (Intensivstationen).

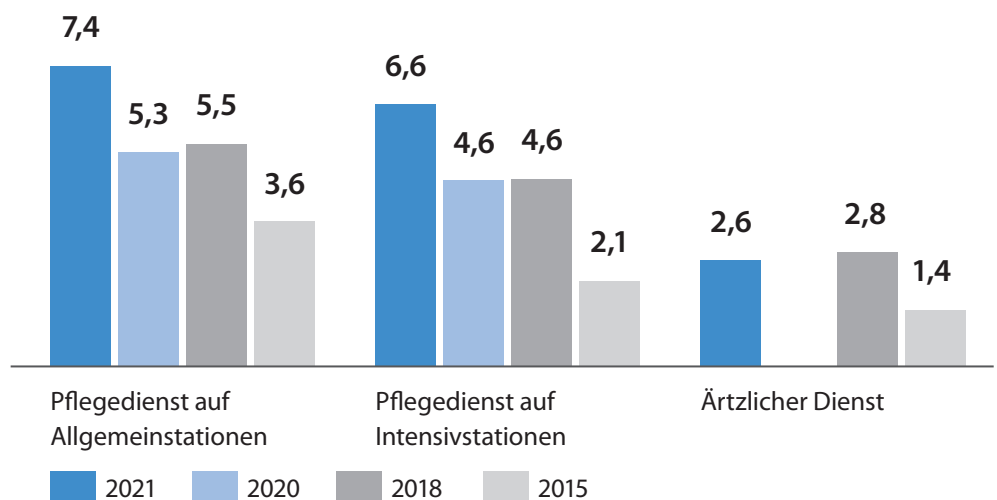
Auch hierfür liegen Vergleichswerte aus früheren Jahren vor. Vor allem im Pflegedienst auf den Allgemein- und Intensivstationen haben sich 2021 die Stellenäquivalente in der Zeitarbeit merklich erhöht. So sind sie etwa in der Intensivpflege von jeweils 4,6 Stellen in 2020 und 2018 auf nunmehr 6,6 Vollzeitäquivalente gestiegen (+ 43 %).

Abb. 77 *Vollzeitäquivalente an Honorar- und Zeitarbeitskräften nach Diensten in 2021*
(Mittelwerte für Krankenhäuser mit entsprechenden Kräften)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Abb. 78 *Vollzeitäquivalente an Honorar- und Zeitarbeitskräften 2015 - 2021*
(Mittelwerte für Krankenhäuser mit entsprechenden Kräften)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

¹¹ Für die Hebammen wurden bei dieser Frage kaum Angaben gemacht, sodass sie im Folgenden von der Darstellung ausgenommen sind.

Um das Ausmaß der Zeitarbeit im Krankenhaus zu messen, wurden die entsprechenden Vollzeitäquivalente auf die Gesamtzahl der Vollkräfte in den einzelnen Berufsgruppen je Krankenhaus bezogen. **Tab. 04** zeigt verschiedene Kennwerte für die entsprechenden Prozentsätze.

Die größte Relevanz hat die Zeitarbeit aktuell in der Intensivpflege. In den Häusern mit Honorar- oder Zeitarbeitskräften in der Intensivpflege entspricht ihre Anzahl einem durchschnittlichen Verhältnis von 9,2 % der (fest angestellten) Vollzeitkräfte in der Intensivpflege insgesamt. Der Median der Verteilung liegt bei 7,4 %. In je einem Viertel der Intensivbereiche beträgt die Quote an Zeitarbeitern höchstens 2,1 % (unterer Quartilswert) oder mindestens 13,0 % (oberer Quartilswert).

Auch bei den nicht-ärztlichen Berufsgruppen im OP und in der Anästhesie sind Honorar- und Zeitarbeitskräfte relativ stark vertreten. Ihre Anzahl in Vollzeitäquivalenten entspricht im Durchschnitt 7,2 % (OP-Dienst) bzw. 5,2 % (Anästhesiedienst) der Vollkräfte in den beiden Diensten.

Geringer fallen die Mittelwerte für den Pflegedienst auf Allgemeinstationen (3,5 %) und im Ärztlichen Dienst aus (1,8 %). Nichtsdestotrotz sind auch hier, ebenso wie in den anderen Berufsgruppen, Honorar- und Zeitarbeitskräfte im Einsatz, um kurz- oder längerfristige Personalausfälle zu kompensieren.

Tab.
04 Honorar- und Zeitarbeitskräfte in % der Vollzeitkräfte in 2021
(in Krankenhäusern mit Einsatz von Honorar- und Zeitarbeitskräften)

| | Mittelwert | Median | Unterer Quartilswert | Oberer Quartilswert |
|---|------------|--------|----------------------|---------------------|
| Ärztlicher Dienst | 1,8 % | 1,0 % | 0,5 % | 2,3 % |
| Pflegedienst auf Intensivstationen | 9,3 % | 7,4 % | 2,1 % | 13,0 % |
| Pflegedienst auf Allgemeinstationen | 3,5 % | 2,1 % | 0,9 % | 4,3 % |
| Nicht-ärztliches Personal im Operationsdienst | 7,2 % | 5,7 % | 2,6 % | 9,5 % |
| Nicht-ärztliches Personal im Anästhesiedienst | 5,2 % | 3,1 % | 1,8 % | 7,2 % |

6.7 Fluktuation in der Pflege

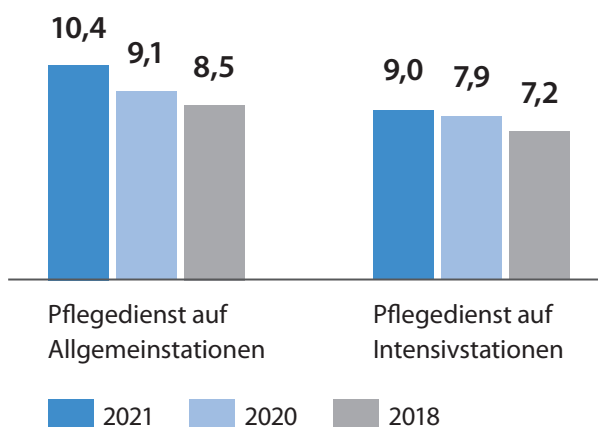
Ein Einflussfaktor von Stellenbesetzungsproblemen in der Pflege bildet ggf. die Personalfluktuationsquoten im Pflegedienst von Allgemein- und Intensivstationen angeben, konkret die jeweiligen Anteile der 2021 aus dem Pflegedienst ausgeschiedenen Pflegekräfte an den Pflegekräften insgesamt (in Köpfen). Hierzu liegen wiederum Vergleichswerte aus früheren Barometern vor.

Auf den Allgemeinstationen lag die Fluktuationsquote im Jahr 2021 danach im Durchschnitt bei 10,4 % pro Krankenhaus (Median: 10 %).

Legt man den Personalbestand in der Pflege zum Jahresbeginn zugrunde, hat also jede 10. Pflegekraft im Laufe des Jahres das Krankenhaus verlassen.¹² Im Vergleich zu den Jahren 2020 und 2018 zeichnet sich ein kontinuierlicher Anstieg der Fluktuation in der Pflege ab (**Abb. 79**).

Mit 9 % (Median: 8,2 %) fiel die Fluktuation in der Intensivpflege etwas geringer aus. Aber auch hier hat die Fluktuation in den letzten Jahren zugenommen.

Abb. 79 *Fluktuationsquoten im Pflegedienst 2018 - 2021 (Mittelwert pro Krankenhaus mit Fluktuation in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

¹² Dies bedeutet ausdrücklich nicht, dass diese Pflegekräfte nicht mehr in der Pflege im oder ggf. auch außerhalb des Krankenhauses tätig sind. Zum Verbleib von Pflegekräften nach einem Stellenwechsel vgl. DKI, 2018.

6.8 Auswirkungen von Fluktuation und Stellenbesetzungsproblemen

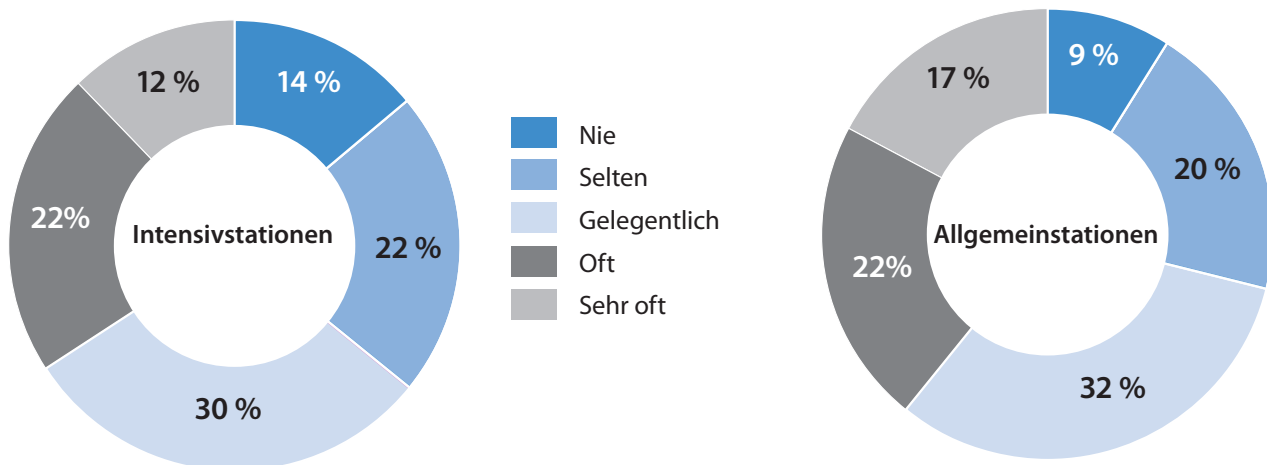
Eine hohe Fluktuation und Stellenbesetzungsprobleme in der Pflege führen dazu, dass in vielen Krankenhäusern die vorhandenen Kapazitäten nicht vollständig ausgelastet werden können.

In diesem Jahr konnten jeweils rund zwei Drittel der Krankenhäuser aufgrund von Ausfällen und Abwanderungen von Pflegekräften ihre Betten zumindest gelegentlich nicht vollumfänglich be-

treiben. Das gilt ähnlich für die Allgemein- und Intensivstationen (**Abb 80**).

Bei 39 % (Allgemeinstationen) bzw. 34 % (Intensivstationen) war dies sogar oft oder sehr oft der Fall. Mit steigender Krankenhausgröße nehmen entsprechende Bettensperren zu (Ergebnisse nicht dargestellt).

Abb. **80** *Inwieweit konnten Sie in diesem Jahr auf den Allgemein- und Intensivstationen aufgrund von Ausfällen oder Abwandlungen von Pflegekräften Betten nicht vollumfänglich betreiben?*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022



7 Generalistische Pflegeausbildung

Mit dem Pflegeberufegesetz wurde die generalistische Pflegeausbildung eingeführt. Sie löst die im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz getrennt geregelten Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Kinderkrankenpflege und in der Altenpflege zugunsten einer gemeinsamen Ausbildung ab. Allerdings besteht die Möglichkeit, in einer zunächst auf 6 Jahre befristeten Übergangsphase einen gesonderten Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder Altenpflege zu erwerben.

Das aktuelle Krankenhaus Barometer erfasst erste Erfahrungen mit der Generalistik in den Krankenhäusern. Im Kontext des Fachkräftemangels (**vgl. Kap. 6**) stehen dabei die Abbrecherquoten sowie die Anzahl und Qualität der Bewerber in der generalistischen Pflegeausbildung im Fokus.

7.1 Auszubildende in der Generalistik

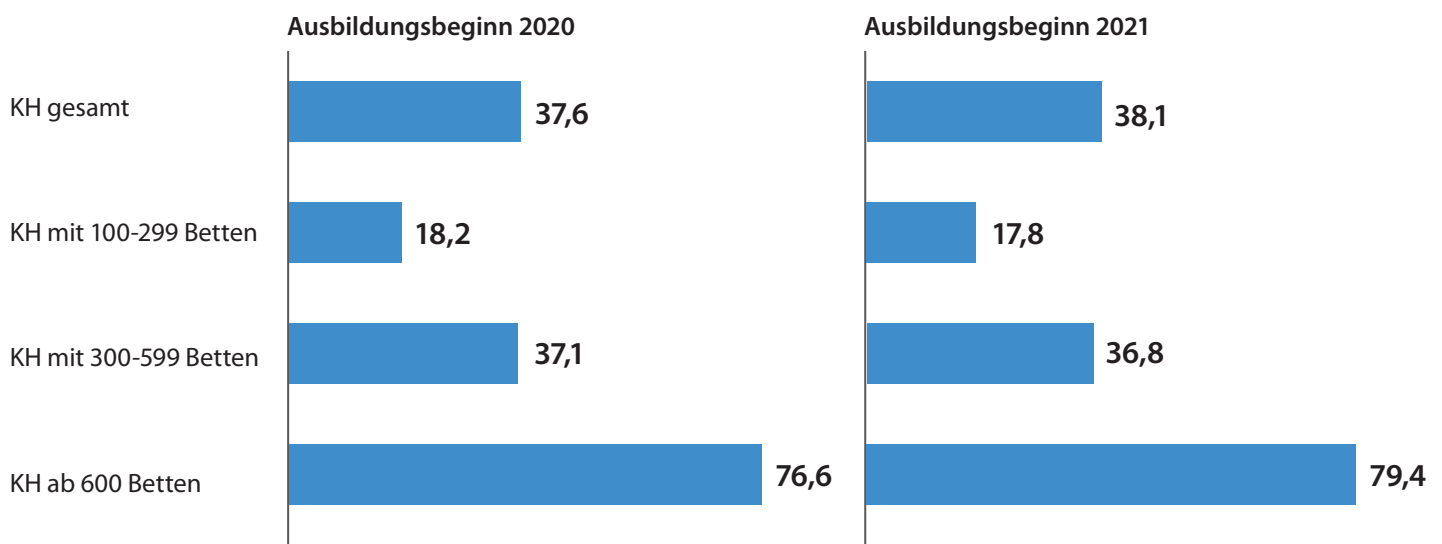
In der Stichprobe bieten vier von fünf Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten (83 %) die generalistische Pflegeausbildung an.

Erstmals wurde die generalistische Pflegeausbildung im Jahr 2020 angeboten. In diesem Jahr haben in den Stichprobenkrankenhäusern durchschnittlich 37,6 Auszubildende die Ausbildung begonnen.¹² Im Folgejahr 2021 blieb die Zahl der Auszubildenden mit Ausbildungsbeginn nahezu konstant.

Mit steigender Krankenhausgröße nehmen die Ausbildungszahlen merklich zu. So ist die durchschnittliche Anzahl der Auszubildenden in den Krankenhäusern ab 600 Betten etwa fünfmal höher als in der unteren Bettengrößenklasse und doppelt so hoch wie in der mittleren Klasse (**Abb. 81**).

Abb. 81

*Auszubildende mit Beginn der generalistischen Pflegeausbildung
(Mittelwerte je Krankenhaus)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

¹² Laut Statistischen Bundesamt (2022) gab es 2020 in den deutschen Krankenhäusern insgesamt 36.756 besetzte Ausbildungsplätze für Pflegefachfrauen und -männer.

7.2 Abbruch der Ausbildung



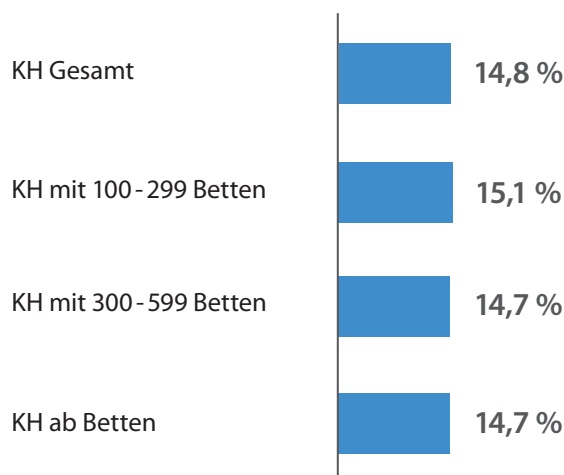
In 87 % der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten, welche die generalistische Pflegeausbildung anbieten, hat seit 2020 mindestens ein Auszubildender die Pflegeausbildung abgebrochen.

Von den Auszubildenden mit Ausbildungsbeginn im Jahr 2020 oder 2021 hatten bis zum Frühjahr 2022, also dem Erhebungszeitpunkt des Krankenhaus Barometers, im Mittel 11 Auszubildende ihre Ausbildung abgebrochen. Entsprechend den Ausbildungszahlen insgesamt nimmt auch die Anzahl der Ausbildungsabbrecher mit steigender Krankenhausgröße merklich zu (Ergebnisse nicht dargestellt).

In den Häusern mit Ausbildungsabbrechern haben insgesamt rund 15 % der Auszubildenden, die im Jahr 2020 und 2021 die generalistische Pflegeausbildung im Krankenhaus begonnen hatten, sie bis zum Frühjahr 2022 abgebrochen. In diese Hinsicht gab es keine nennenswerten Unterschiede nach Bettengrößenklassen (**Abb. 82**).

Abb.
82

Anteil der Ausbildungsabbrecher an den Auszubildenden mit Beginn der generalistischen Pflegeausbildung in 2020 oder 2021 (Stand Frühjahr 2022)

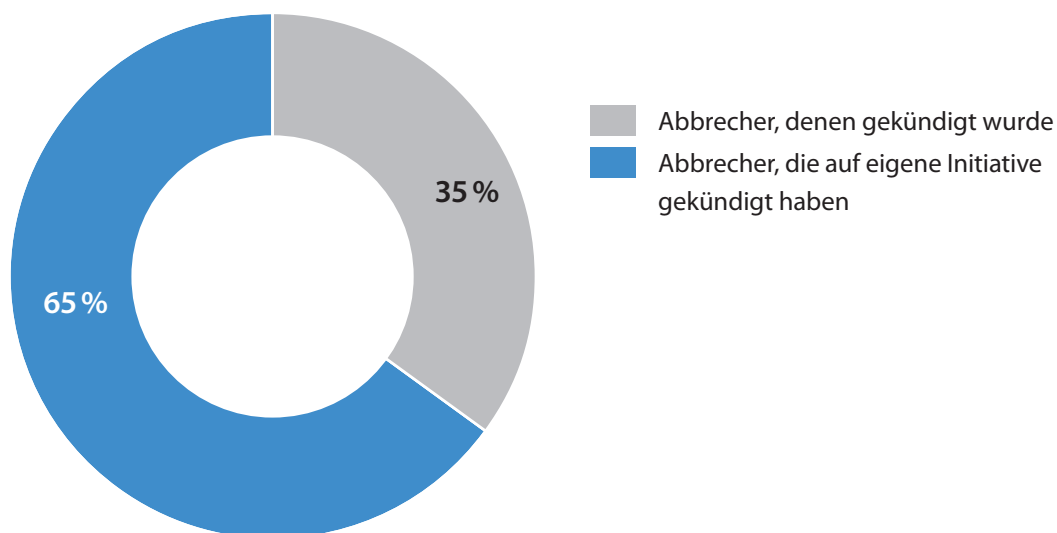


© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

Der Anteil der Auszubildenden, die auf eigene Initiative gekündigt haben, fällt merklich höher aus als der Anteil der gekündigten Auszubildenden (**Abb. 83**). Im Mittel über alle Häuser haben 65 % der Ausbildungsabbrecher von sich aus gekündigt. Bei 35 % der Abbrecher hat der Arbeitgeber die Kündigung ausgesprochen. In der mittleren Bettengrößenklasse mit 300 bis 599 Betten fällt dieser Anteil mit 40 % etwas höher aus als in den übrigen Klassen mit jeweils 32 %.

Abb.
83

Wie verteilen sich die Ausbildungsabbrecher prozentual auf Kündigungen durch Ihr Haus und Abbruch auf eigene Initiative?



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022

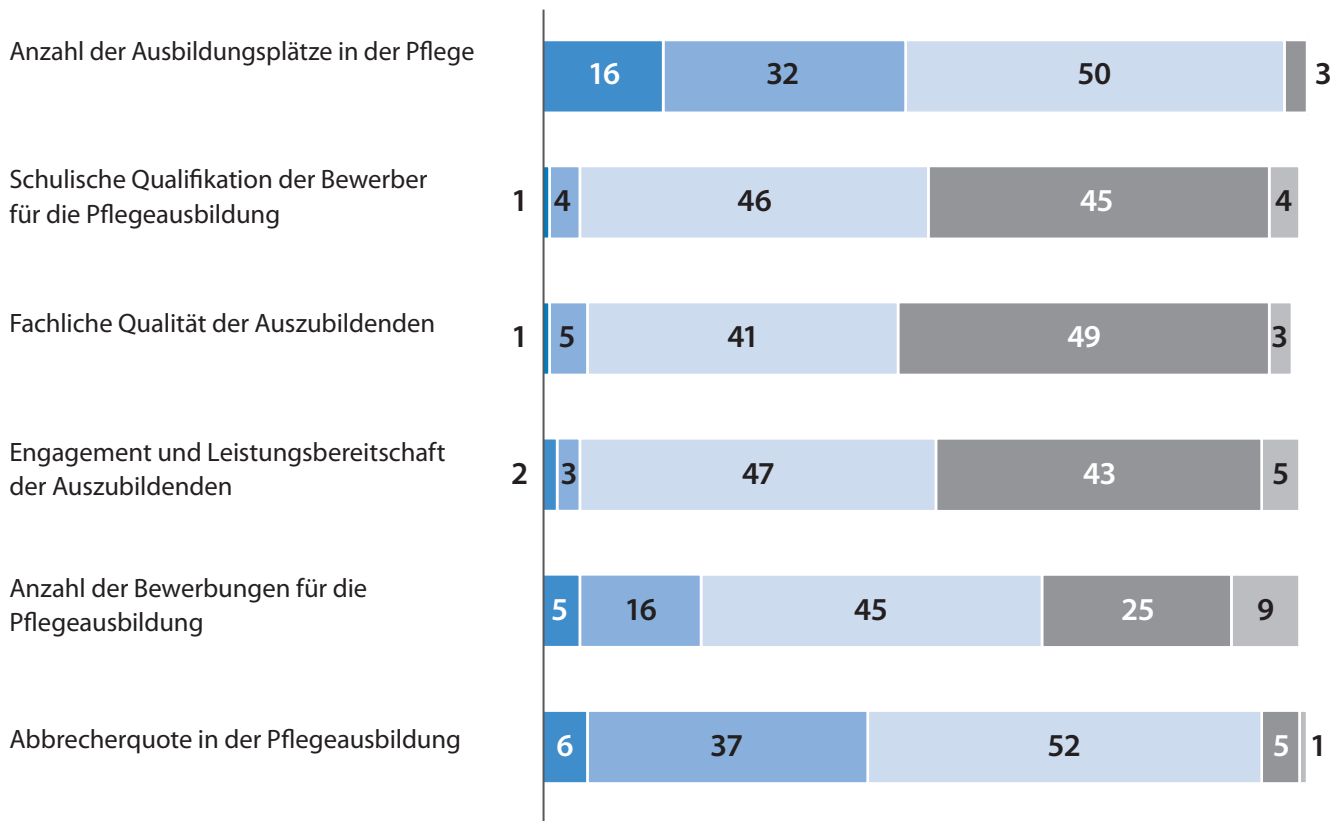


7.3 Bewertung der Generalistik

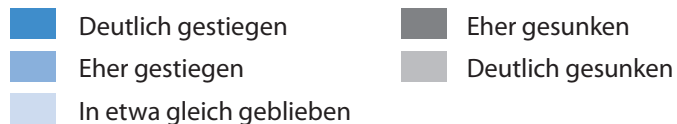
Abschließend zu diesem Fragenkomplex sollten die Teilnehmer einschätzen, wie sich in ihren Krankenhäusern ausgewählte Kennzahlen für die generalistische Pflegeausbildung im Vergleich zur bisherigen Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz entwickelt haben. Insgesamt fällt diese Bilanz gemischt aus (**Abb. 84**).

Abb. 84

Wie haben sich in Ihrem Krankenhaus die folgenden Kennzahlen für die generalistische Pflegeausbildung im Vergleich zur bisherigen Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz entwickelt? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2022



Positiv ist vor allem hervorzuheben, dass die Anzahl der Ausbildungsplätze in der Pflege vielfach zugenommen hat. In fast der Hälfte der Krankenhäuser ist sie eher (32 %) oder deutlich gestiegen (16 %). Nur bei 3 % ist sie gesunken und bei den übrigen in etwa gleichgeblieben.

Hingegen beklagt jeweils rund die Hälfte der Befragten, dass die schulische Qualifikation der Bewerber für die generalistische Pflegeausbildung und die fachliche Qualität der Auszubildenden

sowie ihr Engagement und ihre Leistungsbereitschaft gesunken sei, wenn man sie mit der Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz vergleicht.

Die Abbrecherquoten in der Pflegeausbildung sind zwar in gut der Hälfte der Krankenhäuser in etwa gleichgeblieben. Bei 43 % der Befragten sind sie aber eher (37 %) oder deutlich gestiegen (6 %). Tendenziell gesunken ist die Anzahl der Bewerbungen für die generalistische Pflegeausbildung.

LITERATURVERZEICHNIS

Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (2022 ff.): Krankenhaus Barometer.

<https://www.dki.de/barometer/krankenhaus-barometer>

Statistisches Bundesamt (2022): Grunddaten der Krankenhäuser.

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/_publikationen-innen-grunddaten-krankenhaus.html

Bildnachweis alle stock.adobe.com: Seite 6: #398466541, ©VAKSMANV; Seite 9: # 334333734, ©Andy Dean Photography, Seite 15: #143181795, ©xy; Seite18: #266060432, ©Maha Haeng 245789, Seiten 19, 66, 73, 84 : #331002764, 330996165, # 47638818, #403046874, ©Robert Kneschke; Seite 23: #410509194, ©Von czchampz; Seite 26: #22563183 modifiziert, Original ©Kim Schneider Seite 27: #526009135, ©Von visoot; Seite 28: #503256761, ©Von tippapatt; Seite 38:#378998988, ©Von fizkes; Seite 39: # 229392466, ©yurolaitsalbert; Seite 40: # 189222732, ©bnenin; Seite 42: #498916638, ©Von Nekrasov; Seite 46: #399140587, ©Gorodenkoff; Seite 48: #306334273, ©rido; Seite 51: #466497150, ©Von chayantorn; Seite 56: #504197625, ©kamiphotos; Seite 57: #532736937, ©Jade Maas/peopleimages.com; Seite 71: # 398014456, © Julien; Seite 74: #240129027, ©alfa27; Seite 75: # 430128739, © New Africa; Seite 82: #322319610, ©Pixel-Shot; Seite 85: # 221842664, ©Kzenon.