DKG
Fachkräftemonitoring
2026



DKG-Fachkräfte-monitoring 2026

Veröffentlichungsreihe der Deutschen Krankenhaus-gesellschaft (DKG) in Koope-ration mit dem Deutschen Krankenhausinstitut (DKI)

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT
DEUTSCHES KRANKENHAUS INSTITUT

DKG

Fachkräftemonitoring

2026

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser[1],

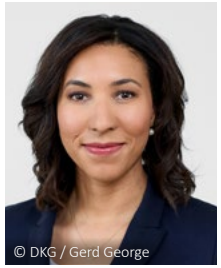
unsere Krankenhäuser stehen vor enormen Herausforderungen: Der Gesetzgeber konfrontiert die Krankenhäuser mit immer mehr Vorgaben für die Personalausstattung. Die mit der Krankenhausreform auf den Weg gebrachten Personalvorgaben im Leistungsgruppenkatalog und der gesetzliche Auftrag zur Entwicklung von Personalbemessungsinstrumenten für Ärzte und weitere Gesundheitsberufe sind lediglich die prominentesten Beispiele. Gleichzeitig bleibt eine Entlastung durch die Aussetzung oder Reform bestehender Instrumente – etwa der Pflegepersonaluntergrenzen – bislang aus. Hinzu kommen Sparmaßnahmen zur Entlastung der angespannten wirtschaftlichen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung, die den Krankenhäusern eine vollständige Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen weitgehend unmöglich machen. Die in den kommenden Jahren anstehende Verrentung der Babyboomer wird die schon heute äußerst angespannte Lage am Arbeitsmarkt zudem weiter verschärfen und es den Krankenhäusern noch schwerer machen, die für die Versorgung ihrer Patienten dringend benötigten Fachkräfte in ausreichender Zahl zu rekrutieren.

Umso wichtiger ist ein umfassender und verlässlicher Überblick über die aktuelle Lage am Arbeitsmarkt und die für die Zukunft zu erwartenden Entwicklungen im Bereich der Personalgewinnung. Auch in seiner zweiten Ausgabe beleuchtet das Fachkräftemonitoring der Deutschen Krankenhausgesellschaft daher exakt diese Aspekte und darüber hinaus den Stand der Personalausstattung, der Ausbildungsaktivitäten der Krankenhäuser sowie deren Probleme bei der Besetzung offener Stellen. Erstmals gibt das Fachkräftemonitoring außerdem ausgewiesenen Experten die Möglichkeit, ihre unterschiedlichen Einschätzungen zum Einsatz von Personalbemessungsinstrumenten und zu deren künftiger Ausgestaltung in Fachbeiträgen fundiert darzulegen.

Ebenso wie unseren externen Autoren gilt unser besonderer Dank den Wissenschaftlern des Deutschen Krankenhausinstituts, den Experten der Deutschen Krankenhausgesellschaft und allen weiteren Beteiligten, die an der Erstellung des diesjährigen Fachkräftemonitorings mitgewirkt haben.

Wir laden Sie herzlich ein, sich mit den Ergebnissen des diesjährigen Fachkräftemonitorings auseinanderzusetzen, neue Perspektiven zu gewinnen und sie gemeinsam mit uns zu diskutieren.

Mit herzlichen Grüßen,


© DKG / Gerd George

Henriette Neumeyer
Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
Stv. Vorstandsvorsitzende

[1] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.

Inhalt

Vorwort 3

Zusammenfassung 6

Aufbau und Daten 11

1 SCHWERPUNKT 2026: PERSONALBEMESSUNG 12

1.1 Personalbemessung in der stationären Versorgung: ein Überblick 12

1.2 Einschätzung der Krankenhäuser (DKI-Befragung) 15

1.2.1 Chancen, Risiken und Hindernisse von Personalbemessungsinstrumenten 15

1.2.2 Ärztliche Personalbemessung: Pilotierung von § 137m SGB V 21

1.3 Gastbeiträge 22

1.3.1 Personalbemessung im Krankenhaus: Orientierung schaffen, Versorgung sichern 22

1.3.2 Personalbemessung kann nur eine vorübergehende Lösung sein 24

1.3.3 Personalbedarf im Krankenhaus – zwischen Freiheit, Vorgaben, Bürokratie und Fachkräftemangel 27

2 BASISKENNZAHLEN 31

2.1 Personalausstattung 31

2.1.1 Insgesamt und nach Bereiche 31

2.1.2 Fokus Pflegedienst 38

2.1.3 Fokus ärztlicher Dienst 42

2.1.4 Nach Berufsgruppen 45
2.1.5 Teilzeit- / geringfügige Beschäftigung und Geschlecht 48
2.2 Personalbeanspruchung 52
2.2.1 Stationäre Leistungsentwicklung 52
2.2.2 Stationäre Fälle und Belegungstage je Vollkraft 54
2.2.3 Ambulante Leistungsentwicklung am Krankenhaus 56
2.3 Altersstruktur des Personals 59
2.4 Ausbildung und Studium 64
2.5 Stellenbesetzungsprobleme und Maßnahmen (DKI-Befragung) 75
2.5.1 Stellenbesetzungsprobleme 75
2.5.2 Maßnahmen 80

Abbildungsverzeichnis 84

Zusammenfassung

Die Mehrheit der Krankenhäuser hat trotz eines anhaltenden Beschäftigungswachstums weiterhin große Probleme, offene Stellen zu besetzen. Allein im Bereich der Pflegefachkräfte auf Allgemeinstationen können in den Kliniken mit Stellenbesetzungsproblemen (66 %) laut aktuellen Befragungsdaten im Mittel rund 18 Stellen nicht besetzt werden. Trotz Rekordzahlen bei den neu besetzten Ausbildungsplätzen und Assistenzarztstellen dürfte die Lage in den kommenden Jahren angespannt bleiben. Hauptgrund ist der demografische Wandel, in dessen Folge bis zum Jahr 2035 absehbar mindestens einer von vier Krankenhausbeschäftigten und damit umgerechnet mehr als 300 Tsd. Mitarbeitende altersbedingt aus den Kliniken ausscheiden.

Dies sind zentrale Ergebnisse des **DKG-Fachkräftemonitorings 2026**, der neuen Veröffentlichungsreihe in Kooperation mit dem Deutschen Krankenhausinstitut (DKI). Ziel des Monitorings ist es, durch statistische Analysen von Routinedaten, Krankenhausbefragungen und Expertenbeiträge einen umfassenden Überblick über die Personalsituation im Krankenhaus zu geben.

Schon heute arbeitet fast jeder zweite Krankenhausbeschäftigte in Teilzeit oder geringfügiger Beschäftigung. Während der Trend zu mehr Teilzeit im Pflegedienst 2024 erstmals gebrochen wurde, setzt er sich im ärztlichen Dienst dynamisch fort und beeinträchtigt die real verfügbaren Personalkapazitäten. Hinzu kommen gestiegene Anforderungen durch eine enorme Ausweitung der ambulanten Leistungen im Krankenhaus, eine größere Fallschwere im stationären Bereich und eine wachsende Dokumentationslast: Pflegekräfte und Ärzte verbringen heute im Schnitt etwa ein Drittel ihrer Arbeitszeit mit Dokumentation.

Verschiedene Personalvorgaben oder -richtlinien sollen die Personalsituation in der Pflege verbessern, etwa durch Mindestbesetzungen (Pflegepersonaluntergrenzenverordnung) oder bedarfsgerechte Personalschlüssel (Pflegepersonalbemessungsverordnung). Gemäß aktuellen Befragungsdaten bewerten die meisten Krankenhäuser die Instrumente jedoch als bürokratisch, unausgereift, zu aufwendig und zu starr. Im Ergebnis ist die vom Gesetzgeber intendierte Wirkung verbesserter Personalschlüssel im stationären Bereich – auch begünstigt durch die Verringerung der Fallzahlen nach Einbruch der COVID-19-Pandemie – erreicht worden. Die Beanspruchung des Personals ist aufgrund der zunehmenden Anforderungen jedoch nicht zwangsläufig gesunken.

Dennoch sei es positiv, dass durch Personalbemessungsinstrumente wie die PPR 2.0 einheitliche Kriterien für die Personalplanung geschaffen würden. Eine Akzeptanz unter den betroffenen Mitarbeitern bestätigt zumindest eine Mehrheit von 57 % der befragten Krankenhäuser.

Weitere Kernergebnisse im Überblick:

Mit rund 1,46 Mio. direkten Beschäftigungsverhältnissen und insgesamt ca. 1,7 Mio. Erwerbstätigen zählt das Krankenhauswesen zu den größten Beschäftigungszweigen Deutschlands. Umgerechnet auf die volle tarifliche Arbeitszeit verfügen die Krankenhäuser über rund 1,05 Mio. Vollzeitäquivalente (Vollkräfte). Mit über 408 Tsd. (40 %) sind die meisten Vollkräfte dem Pflegedienst zugeordnet. Auf den Plätzen zwei und drei folgen der ärztliche Dienst mit rund 180 Tsd. (18 %) sowie der medizinisch-technische Dienst mit rund 166 Tsd. (16 %) Vollkräften.

Die Quote der in Teilzeit- und geringfügiger Beschäftigung tätigen Personen liegt mit rund 49 % im Krankenhaus deutlich über dem Bundesdurchschnitt (40 %). Dies steht im engen Zusammenhang zum überproportional hohen Anteil an weiblichen Beschäftigten im Krankenhaus. Während sich der Frauenanteil im Pflegedienst von rund 86 % im Jahr 2000 auf knapp 83 % im Jahr 2024 nur unwesentlich verringerte, hat er sich im ärztlichen Dienst von ca. einem Drittel auf aktuell knapp die Hälfte (rund 48 %) erhöht.

Insgesamt ist der Personalbestand der Kliniken sowohl in der langfristigen Betrachtung als auch zuletzt deutlich gewachsen. Zwischen 2000 und 2024 wuchs das direkt angestellte Krankenhauspersonal um rund 313 Tsd. (+31 %) Beschäftigte. Auch die real verfügbaren Personalkapazitäten erhöhten sich um rund 180 Tsd. (+22 %) Vollkräfte. Allerdings gibt es große Unterschiede zwischen den Entwicklungen im Pflegedienst und im ärztlichen Dienst.

Die Zahl der im Krankenhaus angestellten Ärzte ist seit dem Jahr 2000 kontinuierlich gewachsen und hat sich von ca. 122 Tsd. auf nahezu 218 Tsd. im Jahr 2024 fast verdoppelt (+78 %). Auch umgerechnet in Vollzeitäquivalenten ist der ärztliche Dienst zwischen 2000 und 2024 mit einem Plus von

rund 72 Tsd. (+66 %) Vollkräften erheblich gewachsen. Dies wäre ohne Zuwanderung nicht möglich gewesen. Im Jahr 2024 besaß ein Viertel aller Krankenhausärzte eine ausländische Staatsangehörigkeit. Allein in den letzten zehn Jahren hat sich die Zahl der ausländischen Ärzte im Krankenhaus von rund 28 Tsd. im Jahr 2014 auf rund 54 Tsd. nahezu verdoppelt.

Im Pflegedienst ist der Personalbestand von 2002 bis 2006 dagegen zwischenzeitlich so stark gesunken, dass, trotz des danach einsetzenden und bis dato anhaltenden Wachstumspfads, die Anzahl der Vollkräfte erst im Jahr 2018 wieder das Ausgangsniveau des Jahres 2000 erreicht hat. Seit Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) im Jahr 2019 verzeichnete der Pflegedienst einen stark überproportionalen Personalaufwuchs. So gewann der Pflegedienst von 2018 bis 2024 rund 116 Tsd. (+ 26 %) neue Mitarbeitende bzw. rund 77 Tsd. (+23 %) neue Vollkräfte hinzu. Allein im Jahr 2024 wuchs die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst um rund 4 % und im ärztlichen Dienst um rund 2 %.

Neben Pflegekräften sowie Ärzten ist auch eine Vielzahl weiterer patientennaher Berufsgruppen im Krankenhaus tätig und für die Versorgung unverzichtbar. Mit rund 66 Tsd. Beschäftigten stellen die medizinischen Fachangestellten unter ihnen die mit Abstand größte und absolut am stärksten wachsende Berufsgruppe. Mit Blick auf die prozentuale Entwicklung hat sich die Berufsgruppe der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten am stärksten vergrößert (+172 %).

Eine Analyse der Leistungskennzahlen zeigt, dass die Zahl der stationären Fälle zuletzt wieder steigt. Dennoch liegt sie mit etwa 17,5 Mio. im Jahr 2024 noch immer rund 10 % unter dem Niveau vor der COVID-19-Pandemie. In Kombination mit dem Personalaufbau ist die Anzahl der stationären Fälle sowie Belegungstage pro Vollkraft in allen Bereichen folglich deutlich gesunken. Der durchschnittliche Aufwand pro Fall ist jedoch gestiegen: So nahm der Anteil der Patienten ab 85 Jahren (+15 %) und der intensivpflichtigen Fälle (+12 %) zwischen 2019 und 2024 merklich zu. Parallel wurde die ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus deutlich ausgeweitet: Zwischen 2019 und 2024 stiegen die Zahl der ambulanten Behandlungsfälle um rund 3 Mio. (+14 %) und die der ambulanten Notfallbehandlungen um etwa 2 Mio. (+19 %). Hinzu kommen bereits über 300 Tsd. Hybrid-DRG-Fälle. Insgesamt ist die rechnerische Entlastung durch sinkende stationäre Fallzahlen daher nur begrenzt in eine tatsächliche Entlastung der Beschäftigten übersetzbar.

Im Jahr 2024 war mehr als ein Fünftel (22 %) aller Krankenhausbeschäftigten 55 Jahre oder älter. Damit stehen bis zum Jahr 2035 rund 320 Tsd. Beschäftigte vor dem altersbedingten Ausscheiden, da sie das Rentenalter erreichen oder kurz davorstehen.

Das Durchschnittsalter des Krankenhauspersonals liegt mit 41,0 Jahren jedoch mehr als zwei Jahre unter dem der abhängig Beschäftigten in Deutschland insgesamt (43,3 Jahre).

Dies liegt vor allem daran, dass weiterhin viele junge Menschen eine Tätigkeit im Krankenhaus anstreben. Im Jahr 2024 gab es in den Krankenhäusern über 95 Tsd. Assistenzärzte in erster fachärztlicher Weiterbildung und insgesamt über 58 Tsd. neu besetzte Ausbildungsplätze.

Mit mehr als 13 Tsd. Studierenden im ersten Hochschulsemester nahmen im Jahr 2024 mehr Personen als je zuvor ein Medizinstudium auf. Ebenso ist die Nachfrage nach einer Ausbildung in der Pflege auch nach dem Wechsel zur generalistischen Pflegeausbildung im Jahr 2020 anhaltend hoch. Im Jahr 2024 starteten mehr als 59 Tsd. Personen die neue Ausbildung zur Pflegefachperson. Mehr als 37 Tsd. schlossen die Ausbildung erfolgreich ab. Damit befinden sich sowohl die Zahl der Auszubildenden im ersten Lehrjahr als auch die Zahl der Absolvierenden auf einem Allzeithoch.

Analog hierzu hat sich, gemäß den vorliegenden Befragungsdaten im Bereich des Pflegepersonals, die Zahl der von Stellenbesetzungsproblemen betroffenen Häuser und darunter die Zahl der nicht besetzten Stellen pro Haus im Vergleich zum Vorjahr leicht verringert. Dahingegen haben Stellenbesetzungsprobleme sowie nicht besetzte offene Stellen im Bereich des nichtärztlichen Personals im OP- und Anästhesiedienst zugenommen. Im ärztlichen Dienst zeigt sich ein uneinheitliches Bild: Die Zahl der betroffenen Häuser ist leicht gestiegen, während die durchschnittliche Zahl unbesetzter Stellen je betroffenes Haus etwas zurückgegangen ist. Weiterhin haben fast alle Kliniken Probleme, offene Stellen in mindestens einem der genannten Bereiche zu besetzen.

Um Stellenbesetzungsproblemen entgegenzuwirken, ergreifen die Krankenhäuser nach eigenen Angaben bereits heute eine Reihe von Maßnahmen. Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung sowie materielle Anreize sind fast flächendeckend krankenhausweiter Standard. Rund die Hälfte aller Krankenhäuser zählt flexible Arbeitszeitmodelle zum krankenhausweiten Standard. Weitere 43 % bieten dies für einzelne Berufsgruppen an. Rund 60 % der Krankenhäuser bieten für ausgewählte Berufsgruppen ein garantiertes Frei an.



Aufbau und Daten

Ziel des **DKG-Fachkräftemonitorings** ist es, durch ein aktuelles und ganzheitliches Informationswerk zu mehr Orientierung beim drängenden Thema der Fachkräftesicherung beizutragen.

Schwerpunktthema Personalbemessung (Kapitel 1)

Kapitel 1 des diesjährigen Fachkräftemonitorings beleuchtet das Thema der Personalbemessung im Krankenhaus. Nach einem kurzen Überblick zu den politischen Entwicklungen werden exklusive Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung[2] unter 143 Allgemeinkrankenhäusern vorgestellt. Abgerundet wird das Kapitel durch drei Gastbeiträge. Während Arne Evers, Prokurist im Verbund des St.-Josefs-Hospitals Wiesbaden für Pflege und Prozesse, PRO einheitliche Personalbemessungsinstrumente im Krankenhaus plädiert, begegnet Boris Augurzky, Geschäftsführer der hcb GmbH und Vorstandsvorsitzender der Rhön Stiftung, entsprechenden Regulierungen mit einem KONTRA. Einen weiteren Schwerpunkt setzt Michael van Loo, Leiter des Geschäftsbereichs Personal am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, mit einem Praxiseinblick in das Thema Personalbemessung.

Basiskennzahlen (Kapitel 2)

Kapitel 2 liefert eine Reihe von **Basiskennzahlen** zur Personalausstattung und -leistung im Krankenhaus sowie zur Altersstruktur des Personals, zu den Auszubildenden- und Studierendenzahlen sowie zu Stellenbesetzungsproblemen. Dabei wird die aktuelle Situation dargestellt und es werden dort, wo möglich, durch die Bildung von Zeitreihen auch historische Entwicklungen sichtbar gemacht. Die Datengrundlage bilden diverse amtliche Statistiken des Statistischen Bundesamts (Destatis), eine länderübergreifende Abfrage zur Altersstruktur der Beschäftigten beim Statistischen Landesamt Sachsen sowie vereinzelt weitere Primär- und Sekundärdaten verschiedener Quellen. Das Abbildungsverzeichnis finden Sie hier.

[2] Die Befragung wurde zur Jahreswende 2025/2026 durchgeführt. Adressaten der Befragung waren die Geschäftsführungen der Krankenhäuser. Die Grundgesamtheit bilden alle Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten. Unterschiede im Rücklauf nach der Krankenhausgröße wurden durch eine entsprechende Gewichtung ausgeglichen. Nach Maßgabe dieser Gewichtung sind die Ergebnisse repräsentativ für die Grundgesamtheit.

1 SCHWERPUNKT 2026: PERSONALBEMESSUNG

1.1 Personalbemessung in der stationären Versorgung: ein Überblick

Kim Klecha

Der Bedarf an Pflegepersonal steigt seit Jahren kontinuierlich. Die demografische Entwicklung sorgt dafür, dass immer mehr ältere und pflegebedürftige Menschen versorgt werden müssen, während gleichzeitig das verfügbare Arbeitskräftepotenzial abnimmt. Verschiedene Prognosen weisen bereits seit geraumer Zeit auf erhebliche Versorgungslücken hin, die bis 2030 je nach Szenario mehrere Hunderttausend Vollzeitkräfte betreffen könnten. Dennoch rückte das Thema einer unzureichenden pflegerischen Versorgung erst vergleichsweise spät in den Fokus der Politik und der Öffentlichkeit.

Der Fachkräftemangel in der Pflege spiegelt dabei einen gesamtwirtschaftlichen Trend wider: Geburtenstarke Jahrgänge scheiden aus dem Erwerbsleben aus, während nachfolgende, kleinere Jahrgänge diese Lücken nicht ausgleichen können. Für die Pflegebranche sind diese Entwicklungen besonders relevant, da sie bereits historisch unter strukturellen Belastungen litt.

Ein einschneidender Faktor war die Einführung des DRG-Fallpauschalensystems Anfang der 2000er Jahre. Durch die Orientierung an den durchschnittlichen Ist-Kosten entstanden ökonomische Anreize, Pflegepersonal abzubauen, da Krankenhäuser mit höheren Personalkosten finanziell benachteiligt wurden. In der Folge kam es zu einem deutlichen Rückgang der Stellen in der Krankenhauspflege, während andere Berufsgruppen, insbesondere der ärztliche Dienst, personell ausgebaut wurden. Erst ab etwa 2008 stieg die Zahl der Pflegekräfte wieder an; das Niveau von Mitte der 1990er Jahre wurde rund 25 Jahre später wieder erreicht. Gleichzeitig führte die verkürzte Verweildauer bei steigenden Patientenzahlen zu einer deutlich höheren Arbeitsbelastung, ohne dass der Personalschlüssel angepasst wurde.

Diese Entwicklungen zeigen, warum Personalbemessung heute eine zentrale Rolle in der Krankenhausplanung spielt. Angesichts zunehmender Arbeitsverdichtung, Fachkräftemangel und wachsender Anforderungen an die Versorgung sind transparente Instrumente erforderlich, um den Personalbedarf fundiert zu ermitteln und die Qualität der Patientenversorgung sicherzustellen. Vor diesem Hintergrund hat die Diskussion über Personalbemessung in Krankenhäusern in den vergangenen Jahren deutlich an Dynamik gewonnen. Während Fragen zur Personalausstattung lange Zeit vor allem innerhalb der Versorgungseinrichtungen selbst verhandelt wurden, ist das Thema heute zu einem zentralen strukturellen Faktor für die stationäre Versorgung geworden. Dabei handelt es sich keineswegs um ein neues Phänomen: Personalbemessung begleitet das deutsche Gesundheitswesen seit Jahrzehnten und tritt regelmäßig dann in den Vordergrund, wenn Versorgungsengpässe, Überlastungen des Personals oder finanzielle Steuerungsfragen besonders sichtbar werden. Die Gründe dafür sind vielfältig: steigende Patientenzahlen, eine sich verändernde Versorgungslandschaft, ein zunehmend angespannter Arbeitsmarkt und politische Reformvorhaben auf Bundes- und Landesebene. Hinzu kommt, dass frühere Ansätze zur Personalbemessung häufig primär kosten- und leistungsorientiert ausgestaltet waren und die tatsächliche Arbeitsbelastung der Beschäftigten nur unzureichend abbildeten. Personalbemessung wird damit exemplarisch für die Frage, wie Krankenhäuser künftig organisiert, finanziert und gesteuert werden sollen, instrumentalisiert.

In deutschen Krankenhäusern ist die Personalsituation seit Jahren angespannt. In nahezu allen Berufsgruppen – von dem pflegerischen über den ärztlichen Dienst bis hin zum medizinisch-technischen Dienst und OP- und Anästhesiediensten – gibt es große Rekrutierungsprobleme (Kapitel 2.5). Dabei geht es nicht nur um

offene Stellen, sondern zunehmend um strukturelle Engpässe: Die Altersstruktur der Belegschaften verschiebt sich und der Wettbewerb untereinander und mit anderen Versorgungseinrichtungen sowie dem internationalen Arbeitsmarkt nimmt zu. Gleichzeitig wächst der Versorgungsbedarf. Eine alternde multi-morbide Bevölkerung, steigende Zahlen an chronischen Erkrankungen, geringe Gesundheitspräventionsmaßnahmen und daraus resultierend höhere Behandlungsintensitäten führen in vielen Kliniken zu einer wachsenden täglichen Belastung für das Personal und die Klinikstrukturen insgesamt. Personalbemessung wird in diesem Kontext zunehmend auch als arbeitsmarktpolitisches Instrument diskutiert, um Arbeitsbedingungen zu stabilisieren, Fachkräfte zu binden und Berufsausstiege zu begrenzen. Die Folge ist ein System, das mit hoher Auslastung und knappen Personalressourcen arbeiten muss, bei gleichzeitig restriktiven wirtschaftlichen Rahmenbedingungen.

Personalbemessungsinstrumente als Strukturinstrumente

Vor diesem Hintergrund hat sich beim Gesetzgeber die Notwendigkeit von Strukturvorgaben als notwendiges Narrativ und Instrument etabliert. Personalbemessung erscheint dabei als Schlüsselthema. Für Politik, Kostenträger und Kliniken stellt sich aber zunehmend die Frage, wie Personalbedarf transparent und nachvollziehbar ermittelt werden kann und welche Instrumente geeignet sind, um sowohl Versorgungsqualität als auch Wirtschaftlichkeit abzusichern. Dabei bewegt sich Personalbemessung stets im Spannungsfeld zwischen gesetzlicher Normierung, Selbstverwaltung und betrieblichem Gestaltungsspielraum.

Politische Vorgaben für die stationäre Versorgung finden sich vor allem in § 137 des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V). Mittlerweile weist der Paragraf sechs Vorgaben auf, von denen jede einzelne eine Maßnahme zur Personalorganisation und -regulierung vorsieht.[3] Das Pflegepersonalbemessungsinstrument (PPR 2.0) gilt hiervon als prominentestes Beispiel dafür, dass sich Personalbemessungsmodelle grundsätzlich umsetzen lassen.[4] Zugleich zeigen die Erfahrungen aus der Pflege, dass Personalbemessung weit über eine rein methodische Fragestellung hinausgeht. Sie beeinflusst die Arbeitsabläufe in einer Klinik, die Besetzung auf Station und damit den Behandlungsalltag spürbar. Gleichwohl wird deutlich, dass Pflegepersonalbedarfsbemessung unter Pflegebudgetbedingungen realisierbar ist und sich gegenseitig positiv beeinflussen kann. Der limitierende Faktor dabei bleibt der Fachkräftemangel. Klar ist: Eine Pflegepersonalbedarfsbemessung, wie sie mit der PPR 2.0 nun in den Häusern vorliegt, ohne eine Refinanzierbarkeit des Personals über das Pflegebudget wird die Krankenhäuser vor sehr große Herausforderungen stellen.

Personalbemessung bewegt sich damit nicht nur im Spannungsfeld zwischen Organisation, Wirtschaftlichkeit und Arbeitsbedingungen, sondern auch zwischen Qualität der Versorgung und dem demografisch bedingten wachsenden Pflegebedarf.

Personalbemessung ist jedoch nur ein Element eines umfassenderen Strukturwandels. Die Krankenhausreform, die Einführung von Leistungsgruppen, die Neuordnung der Notfallversorgung, immer kleinteiliger werdende Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und die Definition von Mindeststandards für die stationäre Versorgung regeln einerseits den Handlungsspielraum von Krankenhäusern. Andererseits steuern sie auch die Debatte über sektorenübergreifende Versorgung und beeinflussen damit maßgeblich, wie Personalstrukturen künftig aussehen können. Dies passiert parallel zu diversen weiteren Bestrebungen des Gesetzgebers. Mit den §§ 137m und 137n SGB V wird das Thema Personalbemessung zudem auf den ärztlichen Dienst sowie weitere Berufsgruppen ausgeweitet. Damit kann ein breiterer gesetzlicher Rahmen, der die Organisation, Ressourcenallokation und den Einsatz qualifizierten Personals in allen relevanten Berufsgruppen stärker strukturiert, entstehen. Einerseits wächst der Anspruch an Spezialisierung, andererseits steigt der Bedarf an generalistischer Versorgung oder interprofessionellen Teams. Personalbemessung muss sich daher in eine sich wandelnde Versorgungslandschaft einfügen, ohne diese einzuengen. Gleichzeitig bedarf es flankierender entlastender Maßnahmen für das Gesundheitsfachpersonal sowie innovativer Versorgungsstrategien, beginnend bei der Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit.

[3] § 137 SGB V regelt die Durchsetzung und Prüfung der Qualitätsanforderungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) festlegt, und dient dazu, die Einhaltung der Qualitätsstandards im Gesundheitswesen zu kontrollieren und durchzusetzen. Darunter lassen sich folgende Vorgaben finden: § 137i SGB V Pflegepersonaluntergrenzen, § 137j SGB V Pflegepersonalquotient, § 137k SGB V Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus, § 137l Wissenschaftliche Weiterentwicklung der Pflegepersonalbemessungsregelung, § 137m SGB V Bemessung des ärztlichen Personals im Krankenhaus, § 137n SGB V Personalbemessung für weitere Berufsgruppen.

[4] Die PPR 2.0 gilt aufgrund der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) seit dem 1. Juli 2024 verbindlich in deutschen Krankenhäusern.



Exkurs Notaufnahmen: ein besonderer Bereich

Insbesondere Notaufnahmen stehen exemplarisch für diese Spannungsfelder. Hier treffen steigende Patientenzahlen auf komplexe Anforderungen an multidisziplinäre Teams, die rund um die Uhr einsatzbereit sein müssen. Seit Jahren verzeichnen Notaufnahmen steigende Fallzahlen, eine hohe Arbeitsdichte und vielfältige Schnittstellen zu weiteren Gesundheitseinrichtungen (ambulant und stationär). Gerade in diesem Bereich wird deutlich, dass Personalbemessung nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern eng mit Fragen der Organisation, der Aufgabenverteilung und der regionalen Versorgungsstrukturen verknüpft ist. Erste fachliche Ansätze zur Umsetzung einer Pflegepersonalbemessung in Notaufnahmen liegen vor, doch zeigen die Ergebnisse auch hier: Die heterogenen Strukturen in Notaufnahmen, die gering kontrollierbare Anzahl an Patienten sowie die Notwendigkeit von vielfältigen Qualifikationsniveaus lassen eine Umsetzung einer Pflegepersonalbemessung zum jetzigen Zeitpunkt nicht zu.[5] Personalbemessung kann eine Orientierung bieten, ist aber gleichzeitig eng mit strukturellen und organisatorischen Fragen der Notfallversorgung verknüpft. Ob Personalbemessung mit konkreten Vorgaben und daraus folgenden Konsequenzen, wie normierten Personalvorgaben und potenziellen Sanktionierungen bei Nichteinhaltung, für die Versorgung in einer besonderen Organisationseinheit wie der Notaufnahme dienlich ist, ist fraglich.

[5] Vgl. Bundesministerium für Gesundheit Referat 216 – Grundsatzfragen der Krankenhausversorgung, Krankenhausfinanzierung und Personal im Krankenhaus (2024): „Entwicklung eines Konzeptes für ein Verfahren zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung in Notaufnahmen“; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_PflegepersonalNotaufnahmen_final.pdf (zuletzt: 08.12.2025).

Personalbemessung: eine Auswirkung der aktuellen Strukturreform-Bestrebungen

Personalbemessung bildet einen wichtigen Analyse- und Diskussionsrahmen und ist längst kein Randthema mehr. Für die pflegerische Versorgung zeigt sich bereits, dass die einst flexible Aufgabe der Personalplanung mittlerweile ein streng regulierter Prozess geworden ist (z. B. durch die Pflegepersonaluntergrenzen, G-BA-Vorgaben), der einen immensen Bürokratieaufwand abfordert. Damit ist Personalbemessung zugleich Ausdruck einer veränderten staatlichen Steuerungslogik im Krankenhausbereich. Aus Sicht der Krankenhäuser wird dabei deutlich: Personalbemessungsinstrumente dürfen nicht als Kontroll- und Sanktionsinstrumente missbraucht werden. Stattdessen müssen sie zur krankenhauseigenen Personalsteuerung und -gestaltung beitragen. Zudem dürfen sie keinesfalls die medizinisch-pflegerische Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen einschränken. Insbesondere im Notfall muss weiterhin sichergestellt sein, dass alle qualifizierten Fachpersonen – ob Rettungsassistent, Pflegefachperson oder ärztliches Personal – eine notwendige Behandlung durchführen können. Eine Regelung, nach der aufgrund einer Personalbemessung nur eine Berufsgruppe handeln darf bzw. angerechnet wird, könnte insbesondere bei temporären Engpässen gefährdend sein.

1.2 Einschätzung der Krankenhäuser (DKI-Befragung)

Personalbemessungsinstrumente für deutsche Krankenhäuser sind ein beliebter Ansatzpunkt der Politik. Sie versprechen Transparenz über den Personaleinsatz im Vergleich zum tatsächlich vorhandenen Personalbedarf, bringen jedoch auch mehr Komplexität und bürokratischen Aufwand in den Krankenhausalltag. Ob die Patientenversorgung und Arbeitsbedingungen durch den Einsatz von Personalbemessungsinstrumenten tatsächlich verbessert werden, ist daher unklar. Vor diesem Hintergrund erfasst und bewertet das Fachkräftemonitoring die aktuelle Situation in Bezug auf Personalbemessungsinstrumente sowie ihre Einsatzmöglichkeiten aus Sicht der Krankenhäuser.

1.2.1 Chancen, Risiken und Hindernisse von Personalbemessungsinstrumenten

In der Krankenhausbefragung des Monitorings wurden die Häuser nach ihrer Einschätzung der Chancen und Risiken von Personalbemessungsinstrumenten befragt. Insgesamt sehen die befragten Einrichtungen mehr Risiken als Chancen (vgl. **Abb. 1** und **Abb. 2**).

Demnach steigern Personalbemessungsinstrumente die ohnehin schon hohe Bürokratielast in den Krankenhäusern zusätzlich. 80 % der Krankenhäuser stimmen dieser Aussage voll und ganz zu. Ein weiteres Risiko wird im mangelnden Reifegrad von Personalbemessungsinstrumenten gesehen. Rund 90 % der befragten Einrichtungen zufolge sind sie derzeit noch nicht ausgereift. Kritisch wird zudem gesehen, dass Personalbemessungsinstrumente Alternativen zum vorgegebenen Personaleinsatz, z. B. durch die Delegation von Tätigkeiten, behindern. Ebenso betrachten die meisten Befragungsteilnehmer sie als nicht praktikabel und nicht flexibel genug.

Die Chancen von Personalbemessungsinstrumenten werden eher skeptisch beurteilt (vgl. **Abb. 2**). Den größten Vorteil sehen die befragten Einrichtungen in der Schaffung einheitlicher Kriterien für die Personalplanung. 69 % stimmen hier voll und ganz oder eher zu. 57 % der Krankenhäuser attestieren den Instrumenten eine hohe Akzeptanz unter den betroffenen Berufsgruppen. Hingegen sind die Befragten mehrheitlich der Auffassung, dass Personalbemessungsinstrumente die Versorgung nicht verbessern (57 %), die individuelle Arbeitsbelastung nicht reduzieren (73 %) und die Mitarbeiterzufriedenheit nicht steigern (69 %).

Eines der Haupthindernisse bei der Umsetzung der gesetzlich vorgegebenen Maßgaben zur Personalausstattung sehen die befragten Krankenhäuser im Fachkräftemangel (94 %). Zudem stellt der hohe Dokumentationsaufwand ein zentrales Hindernis in der Umsetzung dar (84 %). Eher weniger Relevanz haben Arbeitszeitmodelle (40 %) (vgl. **Abb. 3**). Die Rückmeldungen über das Freitextfeld ergaben, dass weiterhin Hindernisse in der fehlenden Flexibilität in der Organisation sowie durch das hohe wirtschaftliche Risiko bei Wegfall der Refinanzierung von Pflegekräften gesehen werden.

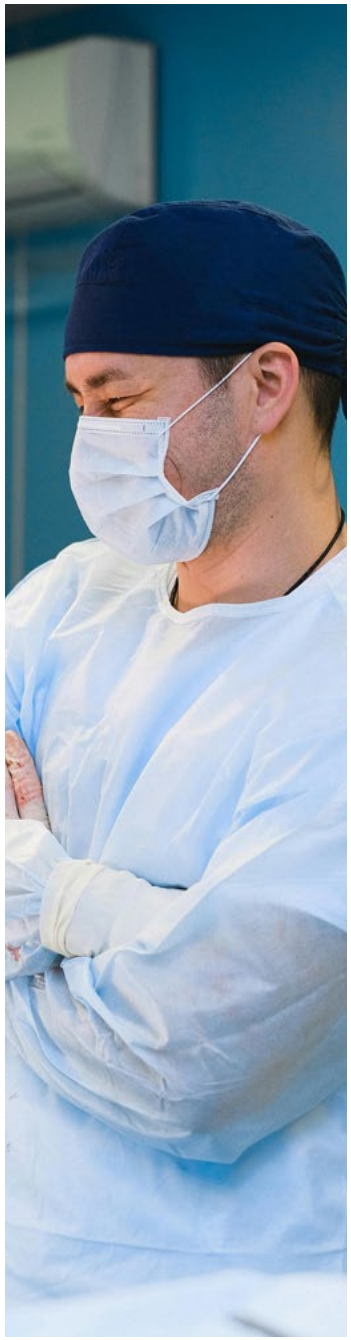
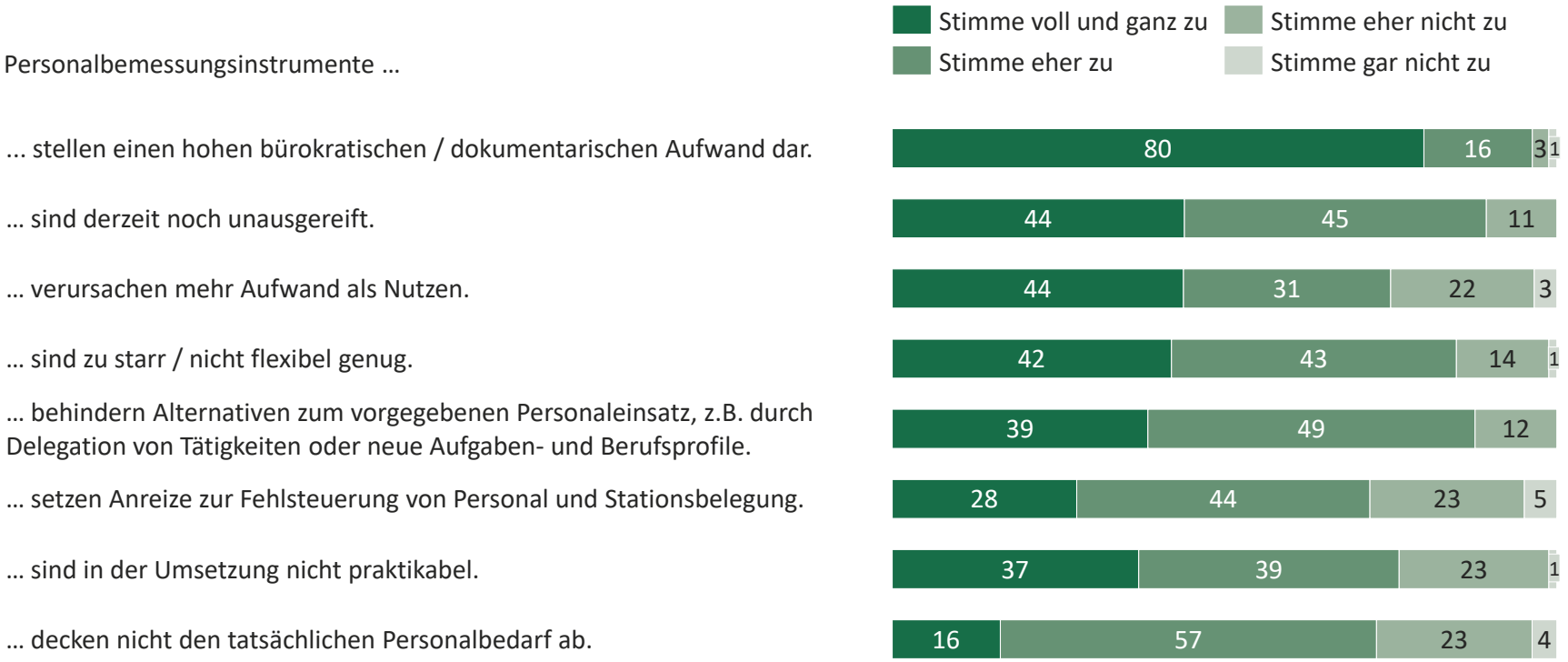


Abb. 1: Risiken von Personalbemessungsinstrumenten

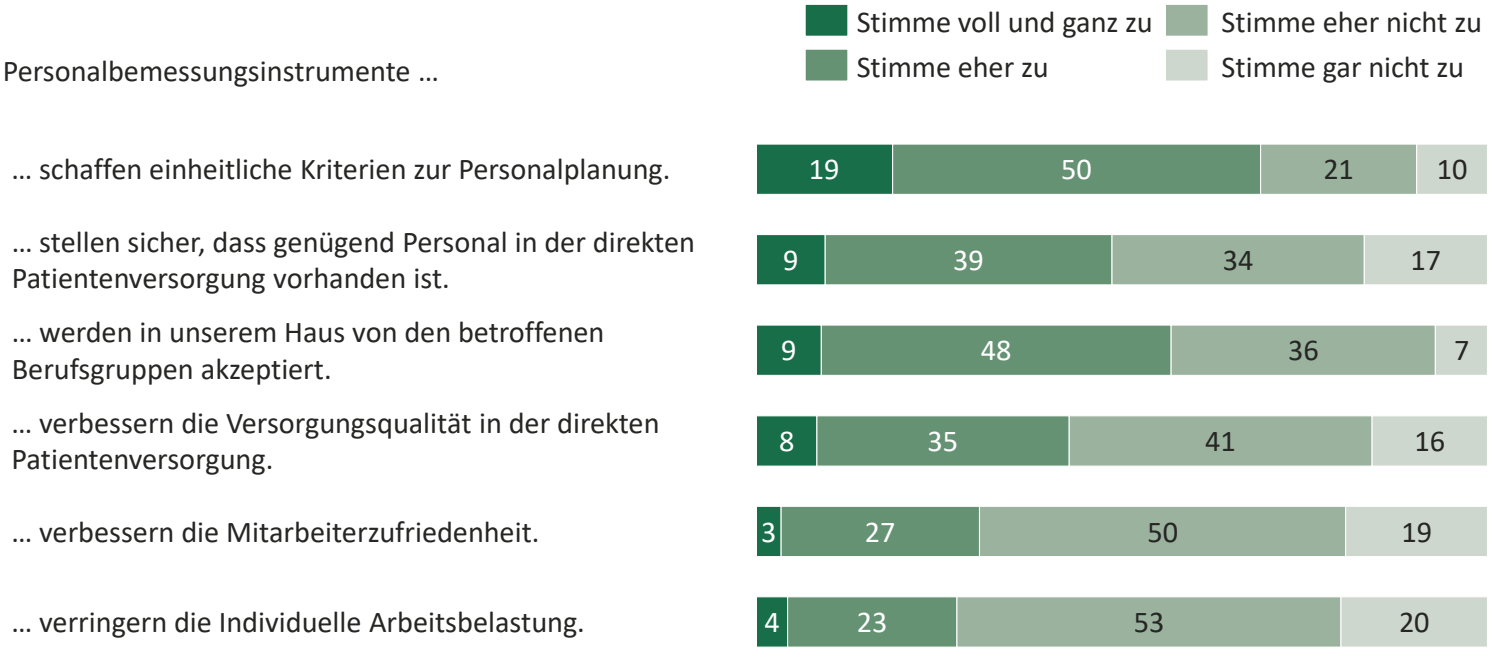
Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen bezüglich der **Risiken** von Personalbemessungsinstrumenten zu? (z.B. nach den §§ 137i, 137j, 137k) (Krankenhäuser in %)



Quelle: Primärerhebung im Rahmen des Fachkräftemonitorings 2026 © Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 2: Chancen von Personalbemessungsinstrumenten

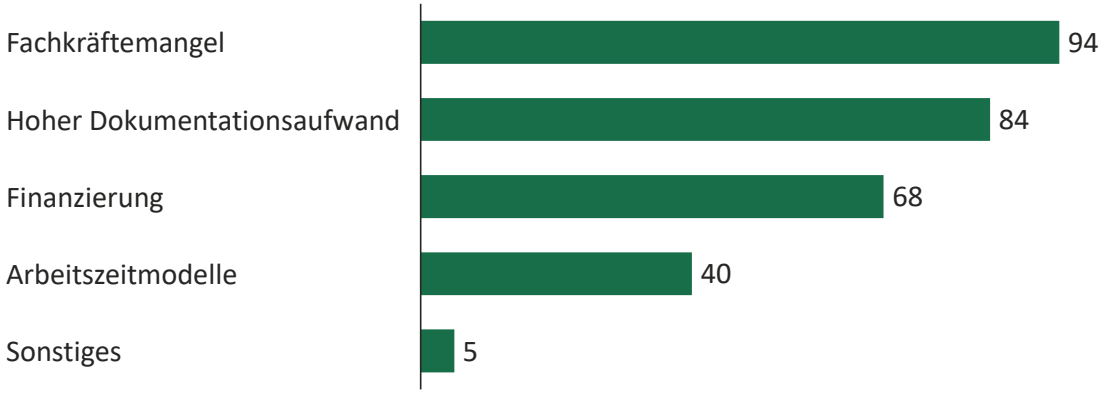
Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen bezüglich der **Chancen** von Personalbemessungsinstrumenten zu? (z.B. nach den §§ 137i, 137j, 137k)
(Krankenhäuser in %)



Quelle: Primärerhebung im Rahmen des Fachkräftemonitorings 2026 © Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 3: Hindernisse bei der Umsetzung von gesetzlich vorgegebenen Maßgaben zur Personalausstattung

Welche Hindernisse bestehen bei der Umsetzung von gesetzlich vorgegebenen Maßgaben zur Personalausstattung?
(Mehrfachantworten möglich)
(Einrichtungen in %)



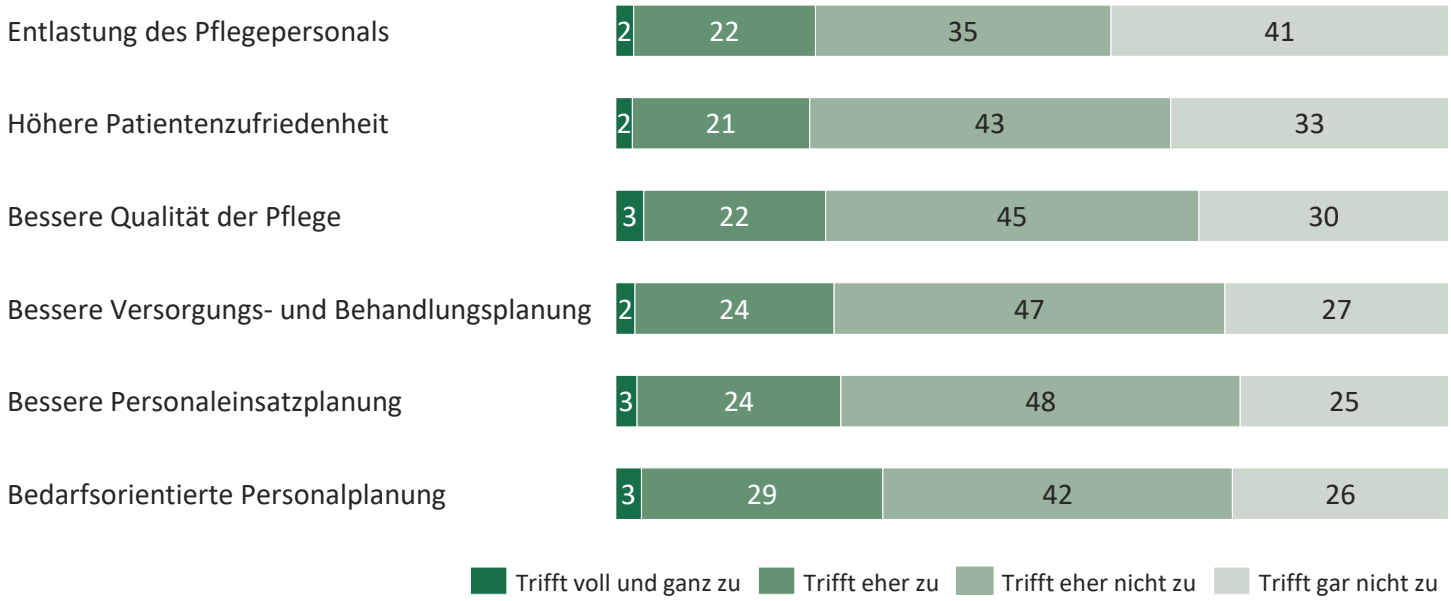
Quelle: Primärerhebung im Rahmen des Fachkräftemonitorings 2026 © Deutsches Krankenhausinstitut

Auch das aktuelle Krankenhaus Barometer 2025 des DKI belegt die Skepsis der Krankenhäuser bei Personalbemessungsinstrumenten. Ein Schwerpunktthema waren hier die Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) und die damit verbundene Einführung der Pflegepersonalregelung (PPR) 2.0. Die PPR 2.0 definiert bedarfsgerechte Personalschlüssel für die Pflege im Krankenhaus. Mehrheitlich erkennen die Befragungsteilnehmer aber zumindest noch keine kurzfristigen Effekte auf die pflegerische Versorgung (vgl. **Abb. 4**). Das betrifft gleichermaßen eine bedarfsorientierte Personalplanung, eine bessere Personaleinsatzplanung und eine bessere Versorgungs- und Behandlungsplanung. Auch eine Entlastung der Pflege ist bislang nicht erkennbar oder zu erwarten.

Im Rahmen einer offenen Frage haben einige Teilnehmer darauf hingewiesen, dass zum jetzigen Zeitpunkt die Auswirkungen der PPBV noch nicht beurteilt werden könnten, aktuell noch kein Nutzen erkennbar sei oder sich die Effekte der PPBV erst einspielen müssten. Vor diesem Hintergrund sind auch die Befragungsergebnisse mit Vorbehalt zu interpretieren.

Abb. 4: Verbesserung durch die PPBV

Inwieweit geht mit der PPBV und der damit verbundenen Einführung der PPR 2.0 eine Verbesserung für Ihr Krankenhaus einher? (Krankenhäuser in %)

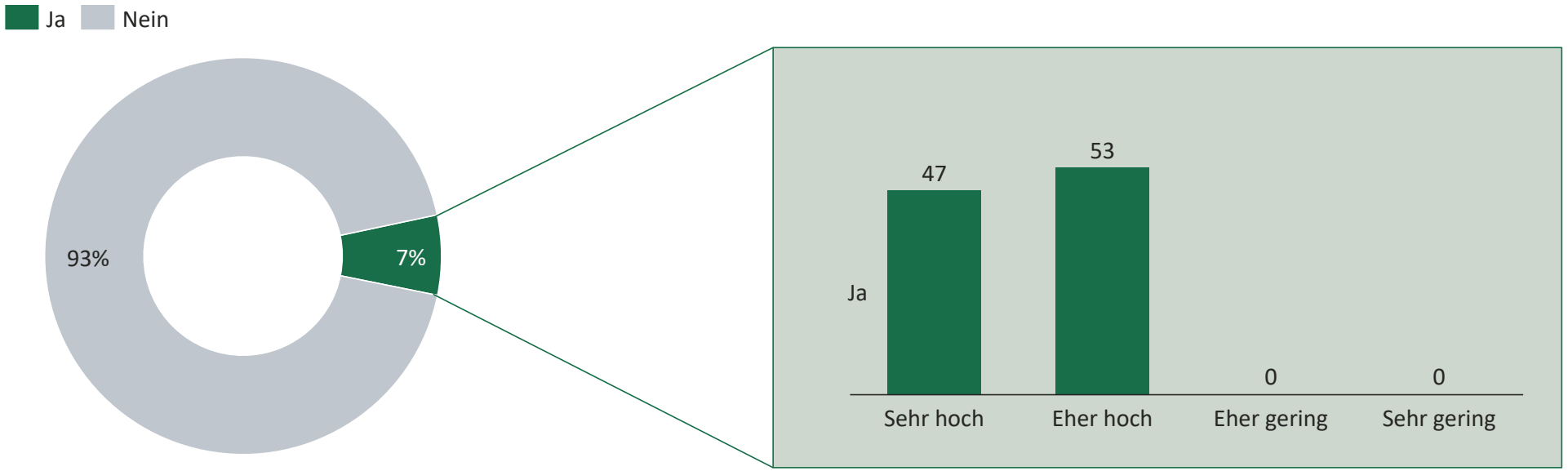


Quelle: Krankenhausbarometer 2025 © Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 5: Teilnahme und Aufwand: Pilotierung § 137m SGB V

Haben Sie in Ihrem Krankenhaus an der Pilotierung von § 137m SGB V teilgenommen?
(Krankenhäuser in %)

Wie hoch schätzen Sie den Verwaltungsaufwand für die Datenerhebung gemäß § 137m SGB V ein?
(Krankenhäuser mit Teilnahme an der Pilotierung von § 137m SGB V in %)



Quelle: Primärerhebung im Rahmen des Fachkräftemonitorings 2026 © Deutsches Krankenhausinstitut

1.2.2 Ärztliche Personalbemessung: Pilotierung von § 137m SGB V

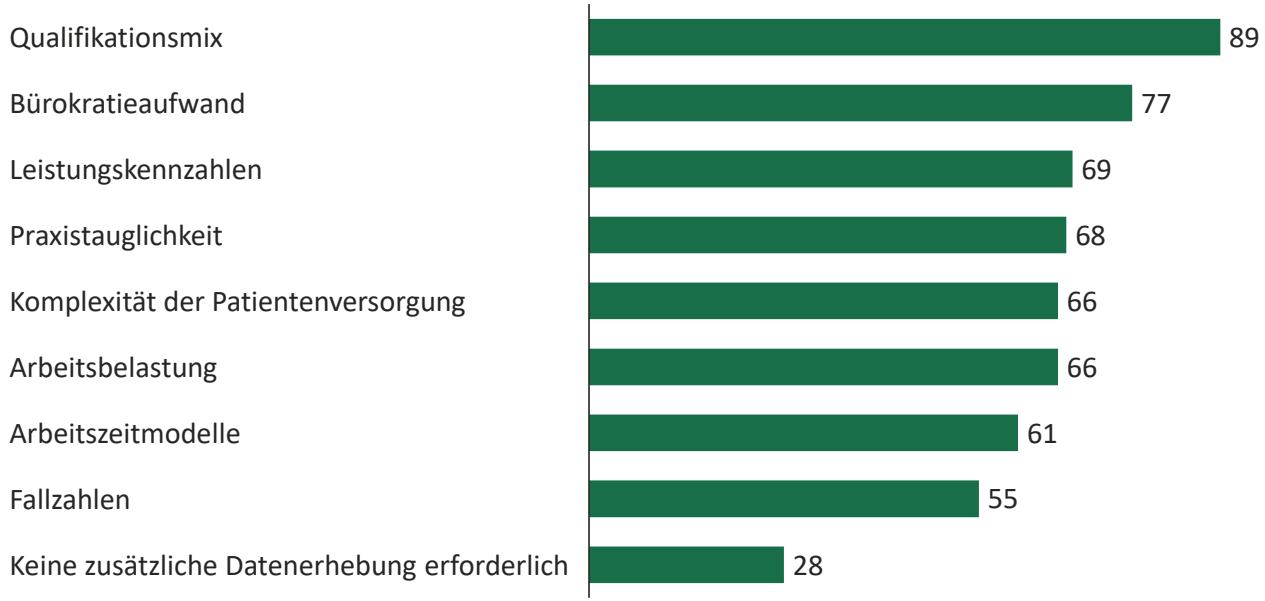
Analog zur Personalbemessung in der Pflege sieht § 137m SGB V eine Verordnungsermächtigung zur Personalbemessung im ärztlichen Dienst vor. Momentan befindet sich ein bundeseinheitliches Instrument zur ärztlichen Personalbemessung im Krankenhaus in der Erprobung.

In der Krankenhausbefragung zum Monitoring berichten 7 % der befragten Einrichtungen, an der Pilotierung teilgenommen zu haben (vgl. **Abb. 5**). Bei allen der wenngleich wenigen Krankenhäuser war die Teilnahme mit einem sehr oder eher hohen bürokratischen Verwaltungsaufwand verbunden, etwa weil die Zahl der eingesetzten Ärzte, differenziert nach Weiterbildungsstufen, zu ermitteln und zu dokumentieren war.

Hinsichtlich der Kriterien als Grundlage für die ärztliche Personalbemessung (vgl. **Abb. 6**) stehen Qualifikationsmix (89 %) sowie ein geringer Bürokratieaufwand (77 %) ganz oben im Ranking, gefolgt von den Leistungskennzahlen (69 %).

Abb. 6: Kriterien für die Personalbemessung

Welche Kriterien sollte eine Personalbemessung im ärztlichen Dienst berücksichtigen? (Mehrfachantworten möglich) (Einrichtungen in %)



Quelle: Primärerhebung im Rahmen des Fachkräftemonitorings 2026 © Deutsches Krankenhausinstitut

1.3 Gastbeiträge

Die folgenden drei Gastbeiträge spiegeln unterschiedliche Einschätzungen wider, wie Personalbemessung im Krankenhaus künftig ausgestaltet werden kann und welche Chancen und Risiken damit verbunden sind.

1.3.1 Personalbemessung im Krankenhaus: Orientierung schaffen, Versorgung sichern

Arne Evers



Arne Evers ist Gesundheits- und Krankenpfleger, mit einem B. Sc. Gesundheit und Pflege und M. Sc. Pflegewissenschaft. Er ist Prokurist im Verbund des St.-Josefs-Hospitals Wiesbaden für Pflege & Prozesse, berufspolitisch in verschiedenen Verbänden und Gremien engagiert (DBfK, KKVD, DKG) und hat mehrere Zeitschriftenartikel und Sammelbandbeiträge zum Thema Pflegepersonalbemessung / -budget publiziert.

Alle Menschen, die in ein Krankenhaus kommen, wollen fachgerecht versorgt werden. „Fachgerecht“ bedeutet neben adäquater Personalqualifikation auch eine ausreichend vorhandene Personalzahl. Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und patientensicheren Versorgung gehört zu den zentralen Herausforderungen der Krankenhausversorgung. Angesichts des anhaltenden Fachkräftemangels und steigender Versorgungsanforderungen rückt die Frage einer bedarfsgerechten Personalbemessung zunehmend in den Fokus.

Die Krankenhäuser haben in den vergangenen Jahren erhebliche Anstrengungen unternommen, um unter schwierigen Rahmenbedingungen eine verlässliche Versorgung sicherzustellen. Trotz wirtschaftlicher Belastungen, Personalengpässen und zusätzlicher regulatorischer Anforderungen ist es vielerorts gelungen, Versorgungsqualität und Patientenorientierung aufrechtzuerhalten.

Eine sachgerecht ausgestaltete Personalbemessung kann dabei helfen, den tatsächlichen Personalbedarf transparent abzubilden. Dadurch kann ausreichend Personal mit entsprechendem Qualifikationsniveau für die durchzuführenden Tätigkeiten vorhanden sein. Eine Personalbemessung bzw. ein Instrument dafür sollte nicht als starres Instrument verstanden werden, sondern als Orientierungs- und Steuerungshilfe, die Krankenhäuser in ihrer täglichen Praxis unterstützt.

Derart niedrigschwellig läuft es in der Realität allerdings nicht ab und es ist dabei entscheidend, dass Personalbemessung der Vielfalt der Krankenhauslandschaft Rechnung trägt. Die Vorgaben sind um einiges komplexer und mit bürokratischem Aufwand verbunden. Das Erfordernis flexibler und differenzierter Lösungen wird oftmals zum Anlass genommen, Personalbemessung in Gänze infrage zu stellen. Dabei können Instrumente zur Personalbemessung ein wesentlicher Beitrag zur Versorgung der Patienten sein, sofern sie den individuellen Bedingungen vor Ort gerecht werden.

Personalbemessung – braucht es das überhaupt?

Personalbemessung dient im Wesentlichen mehreren Zwecken. Das wichtigste Ziel dabei ist: Sicherheit für die Patienten und Mitarbeiter. Eine Mindestbesetzung an Personal ist daher gleichzeitig die Einhaltung eines Sicherheitsstandards für die Patienten. Damit wird auch ein zweites Ziel erfüllt: Eine realistische Personalbemessung kann zugleich einen Beitrag zur Entlastung der Mitarbeitenden leisten. Mehr Transparenz und bessere Planbarkeit stärken die Arbeitszufriedenheit, indem Beschäftigten im Gesundheitswesen überhaupt ermöglicht wird, ihre Tätigkeit angemessen auszuüben. Einen positiven Nebeneffekt zeigen Instrumente zur Personalbemessung ebenfalls: Viele der Instrumente, aber auch Personalvorgaben bedingen das Beschreiben der Personalsituation. Die Personalsituation muss anhand von Daten gemeldet werden. Diese Daten werden dementsprechend gesammelt und könnten zielgerichtet ausgewertet werden. Eine gelungene Datenauswertung und daraus abgeleitete Personalvorgaben – im Sinne einer Personalbemessung – können zu einer nachhaltigen Personalstruktur beitragen. Geringere Fluktuation und weniger krankheitsbedingte Ausfälle durch einen effizienten Personaleinsatz tragen zur wirtschaftlichen Stabilität eines

Krankenhauses bei und zu mehr Zufriedenheit bei den Mitarbeitern. Diese Sachverhalte können ebenfalls einzeln und mit anderen Methoden erfasst werden, aber gerade in der systemischen Zusammenfassung und dem Potenzial, daraus Maßnahmen abzuleiten, liegt die Stärke von Personalbemessungsinstrumenten.

Klar ist zugleich, dass Personalbemessung allein den Fachkräftemangel nicht beheben kann. Sie muss eingebettet sein in eine Gesamtstrategie aus Ausbildung, Qualifizierung, internationaler Fachkräftegewinnung und attraktiven Arbeitsbedingungen. Denn das aktuelle Spannungsfeld, nämlich das Korrelieren einer hohen Anzahl an hochkomplexen Patienten mit dem existierenden Fachkräftemangel, muss zügig aufgehoben werden.

Qualitätsmessung und Personalbemessung

Vor allem der Begriff der Qualität ist im Zusammenhang mit Personalbemessung interessant zu betrachten. In der Pflege hat sich in den letzten Jahren maßgeblich eine Form durchgesetzt, die Qualität sicherstellen soll: die Mindestbesetzung, die sogenannte rote Linie. Diese gilt es nicht zu unterschreiten. Es wird – zumindest rechnerisch – ein Grenzwert definiert, entweder über Verhältniszahlen oder Erfüllungsgrade. Durch diesen Grenzwert und seine Einhaltung soll das Auftreten von negativen und adversen Effekten (z. B. eine höhere Dekubitusrate) vermieden werden.

Andere Varianten wie beispielsweise die Neonatologie-Richtlinie QFR-RL oder auch die Notfallstufen des GBA nutzen hierfür die Sicherstellung von Qualifikationsniveaus, welche für eine bestimmte Patientengruppe vorzuhalten sind. Das sind sinngemäß auch rote Linien, sie haben aber einen anderen Fokus, da sie die Fachlichkeit des zuständigen Personals stärker betonen.

Im Rahmen des Ärztlichen Personalbemessungssystems der Bundesärztekammer (ÄPS-BÄK) wird wieder eine andere Form genutzt: Über das Auswerten von Tätigkeiten, Besprechungen, Patientendaten und weiteren Parametern soll ein Gesamtniveau an Ärztinnen und Ärzten auf Fachabteilungsebene generiert werden.

An den drei Beispielen zeigt sich erneut die Parallelität von verschiedenen Vorgaben. Sie verdeutlichen aber auch ein allgemeineres Problem des deutschen Gesundheitswesens: fehlende Forschung, die ebensolche Fragen wissenschaftlich beantworten könnte. So gibt es z. B. auch keine Begleitforschung, die den Zusammenhang von Mindestbesetzung und Qualität aufzeigt. Häufig haben die genannten Regelungen dadurch den Geschmack von „Willkür“ oder auch „Intransparenz“. Auf der anderen Seite braucht es Maßnahmen, die qualitativ niedrige Versorgung und potenzielle Unterversorgung verhindern.

Gemeinsame Verantwortung und verlässliche Rahmenbedingungen

Damit Personalbemessung ihre Wirkung entfalten kann, braucht es verlässliche Rahmenbedingungen. Angefangen bei evidenzbasierten und wissenschaftlich entwickelten Instrumenten bis hin zu realistischen Mindest- und Maximalvorgaben für eine Personalbesetzung, die den Häusern die Möglichkeit für einen flexiblen Personaleinsatz lässt. Krankenhäuser benötigen dafür jedoch eine auskömmliche Refinanzierung und Planungssicherheit. Nur im Zusammenspiel von Politik, Kostenträgern und Leistungserbringern lassen sich tragfähige Lösungen entwickeln.

Zur Legitimation der Personalbemessung in Deutschland sollte eine grundlegende Forschungsagenda aufgebaut werden. Die Instrumente werden sich in der Zukunft weiterentwickeln müssen. Reduzierte Ressourcen müssen sachgemäß gesteuert werden. Bürokratische Hürden sind vorhanden – häufig in der doppelten Dokumentation gleicher Sachverhalte mit jeweils anderem Ansatz. Wichtig ist dabei, die Berufsgruppen von der „richtigen“ Bürokratie zu entlasten, die nicht ausschließlich in Instrumenten zur Personalbemessung zu finden ist.

Personalbemessung sollte daher als lernendes System verstanden werden, das kontinuierlich evaluiert und weiterentwickelt wird. Richtig ausgestaltet kann sie einen wichtigen Beitrag leisten, um die Krankenhausversorgung auch unter schwierigen Bedingungen zukunftsfest zu gestalten und patientenorientiert zu lassen.

1.3.2 Personalbemessung kann nur eine vorübergehende Lösung sein

Prof. Dr. Boris Augurzky



Prof. Dr. Boris Augurzky, Geschäftsführer der hcb GmbH, Vorstandsvorsitzender der Rhön-Stiftung, gesundheitspolitischer Sprecher des RWI, außerplanmäßiger Professor an der Universität Duisburg-Essen und Mitglied verschiedener Ausschüsse und Beiräte, darunter BMC, IQM, BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, WIdO, Rat für Gesundheit und Medizinethik des Bistums Essen sowie acatech.

Als Patient möchte ich, dass mit einer stationären Behandlung mein gesundheitliches Problem beseitigt oder zumindest gelindert wird. Auf welche Art und Weise dies geschieht, ist für mich nachrangig. Natürlich erwarte ich, dass bei Herzangelegenheiten ein fachkundiger Kardiologe und entsprechend versierte Pflegefachkräfte zugegen sind. Auch spielen viele weitere Berufsgruppen sowie moderne Medizintechnik und Pharmazie eine nicht unwichtige Rolle. Aber welche Kombination aus all diesen personellen und anderen Ressourcen führt zu der erwünschten guten Qualität?

Und mein Interesse als Beitragszahler, der auch einmal zu einem Patienten werden könnte, ist ebenfalls eine gute Qualität, aber nicht zu jedem beliebigen Preis. Denn neben Gesundheitsgütern gibt es auch noch viele andere Güter bzw. Dienstleistungen, die meine Lebensqualität steigern können. Hier spielt ihr jeweiliges Kosten-Nutzen-Verhältnis eine wesentliche Rolle. Nicht jeder geringe Nutzenzuwachs rechtfertigt auch einen Kostenzuwachs. Zudem muss gesamtgesellschaftlich stets abgewogen werden, wofür wir knappe Ressourcen einsetzen. Wenn überproportional viel in das Gesundheitswesen fließt, bleibt für andere Bereiche weniger übrig. Dies gilt besonders für die immer knapper werdende Ressource Personal. Wir sollten also sehr genau abwägen, welche Anforderungen wir an den Einsatz von Personal stellen. Hohe Anforderungen binden viel Personal, das dann anderweitig – innerhalb sowie außerhalb des Gesundheitswesens – nicht zur Verfügung steht.

Der Aspekt der Effizienz spielt dabei eine zentrale Rolle. Je effizienter das vorhandene Personal eingesetzt werden kann, desto geringer ist der Personalbedarf, um eine gewünschte Leistungsmenge mit einer gewissen Qualität erbringen zu können. Um also auch künftig möglichst viele Menschen mit hoher Qualität versorgen zu können, ist es von größter Bedeutung, nur das maximal dafür nötige Personal einzusetzen.

Es ist natürlich plausibel, dass ein größerer Einsatz von Fachpersonal die Qualität der stationären Versorgung steigern kann. Der genaue Zusammenhang zwischen Personaleinsatz und Qualität hängt aber von vielen Faktoren ab: vom Personalmix, vom Engagement und der Erfahrung des Personals, von der Art der Arbeitsabläufe, von der eingesetzten Technologie und sicherlich noch von vielem mehr. Es ist die ureigene Aufgabe eines Betriebs bzw. seines Managements, die Prozesse und Strukturen vor Ort so zu organisieren, dass bei Einsatz von geeignetem Personal in Kombination mit Technologie eine gute Qualität und eine hohe Leistungsmenge erzielt werden. Die konkreten Kombinationen können sich von Ort zu Ort und je nach Leistungsart unterscheiden.

Ein Passepartout für alle Orte und Leistungsarten wird es nicht geben. Genau dies nehmen bundesweit einheitliche Personalbemessungsinstrumente oder Mindestpersonalvorgaben aber für sich in Anspruch. Sie werden aber nicht für jeden Ort und jeden Betrieb das Optimum darstellen können. Es wird also meist zu suboptimalen Lösungen kommen. Das heißt, es werden dann mehr Ressourcen als nötig eingesetzt. In Zeiten von Personalmangel bedeutet dies, dass nicht alle Bedarfe berücksichtigt werden können.

Zwar sind Personalvorgaben im Sinne einer Strukturqualität nachvollziehbar, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen nicht gut messbar ist. Zudem geht es im Gesundheitswesen nicht selten um Leben und Tod, zumindest aber um Lebensqualität. Fehler können folgenschwer sein. Deshalb lässt sich aus Gründen der Sicherheit ein gewisses Maß an Ineffizienz im Personaleinsatz im Sinne eines Puffers rechtfertigen. Allerdings muss dieser Puffer mit den Nachteilen von bundesweiten starren Personalvorgaben abgewogen werden:

1. Arbeitssparende Innovationen finden nicht statt.

2. Es entstehen höhere Kosten für die Beitragszahler.

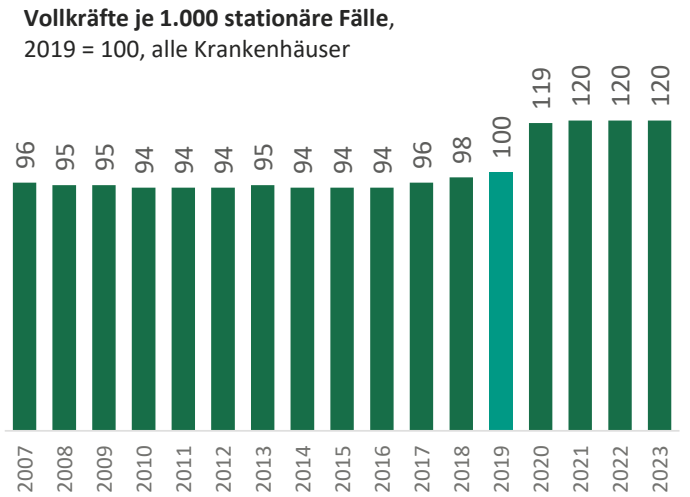
3. Bei wachsender Personalknappheit können nicht mehr alle Bedarfe bedient werden.

Innovative Ansätze wie die Nutzung moderner Technologien, die Etablierung effizienter Betriebsabläufe, die Schaffung eines klugen Personalmixes, die Rekrutierung von engagiertem Personal und neue Methoden zur Motivierung des Personals können dazu führen, dass mit weniger Personal die gleiche Leistung und Qualität erzielt werden können. **Starre Personalvorgaben verhindern jedoch arbeitssparende Innovationen**, weil die damit verbundenen Einsparungen an Personalkosten gar nicht realisiert werden können.

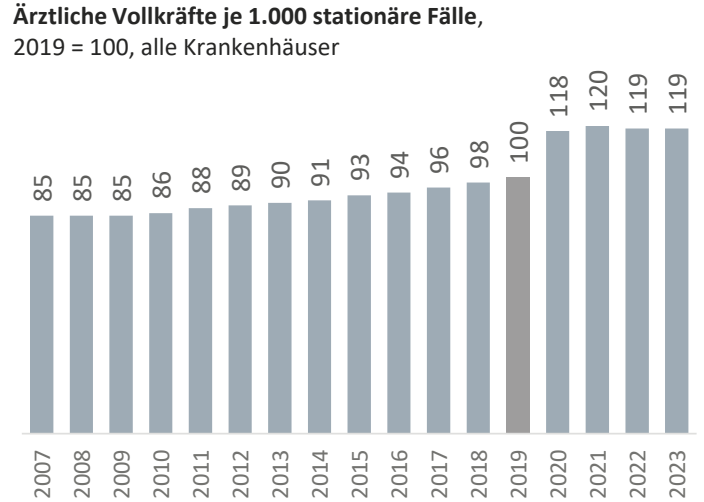
Würden in allen Branchen strikte Personalvorgaben existieren, wäre Fortschritt nicht mehr möglich. Die kluge Rekombination von vorhandenen Ressourcen als Folge von arbeitssparenden Innovationen hat die Weiterentwicklung der Menschheit und die Schaffung von Wohlstand ermöglicht. Man mache sich nur klar, dass um das Jahr 1800 rund 75 % der Menschen in der Landwirtschaft tätig waren. Heute sind es nur noch 2 %. Zwar ist der Effekt des technischen Fortschritts in Dienstleistungsbranchen kleiner als in der Industrie oder im produzierenden Gewerbe. Aber auch bei Dienstleistungen gilt, dass eine kluge Kombination der Ressource „Personal“ den Output erhöhen kann. Solche Rekombinationen entstehen aber nicht durch Regulierung, sondern nur dort, wo unternehmerische Freiheit herrscht.

In den vergangenen Jahren nahm im Gesundheitswesen die Regulierungsdichte immer mehr zu, was das Suchen nach effizienten Lösungen behindert. Zudem schafft Regulierung Bürokratie, die die vorhandenen Ressourcen blockiert. Tatsächlich ist seit Jahren zu beobachten, dass die Produktivität in der Krankenhausversorgung deutlich gesunken ist (**Abb. 7**). Besonders auffällig ist dies seit Beginn der COVID-19-Pandemie, aber auch schon davor. Inzwischen ist immer mehr Personal nötig, um die gleiche Zahl an Patienten zu versorgen. Offen ist, ob dadurch auch die Versorgungsqualität gestiegen ist. Bekannt ist dagegen, dass sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser deutlich verschlechtert hat (Krankenhaus Rating Report 2025) und ebenso die **Belastung der Beitragszahler** erhöht sich.

Abb. 7: Vollkräfte je 1.000 stationäre Fälle



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2025



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2025

Bisher ist es zwar stets gelungen, zusätzliches Personal für die Krankenhäuser zu finden: Die Menge der in Krankenhäusern tätigen Menschen, gemessen in Vollzeitäquivalenten, ist von Jahr zu Jahr gestiegen. Nun beschleunigt sich allerdings die Alterung unserer Gesellschaft in einem rasanten Tempo. Die geburtenstarken Jahrgänge, die bislang ein Motor unserer Volkswirtschaft waren, verlassen schrittweise den Arbeitsmarkt und nur noch halb so stark besetzte Jahrgänge treten in den Arbeitsmarkt ein.

Es braucht nicht viel Mathematik, um zu erkennen, dass wir auf ein ernstes Ressourcenproblem zusteuern: Wir werden in den kommenden Jahren nicht mehr all das Personal finden, um die hohen und womöglich noch steigenden Personalvorgaben erfüllen zu können. Oder andersherum: **Bei Erfüllung der Vorgaben werden nicht mehr alle Patienten versorgt werden können.** Wir laufen auf einen Zielkonflikt zu: entweder die Erfüllung hoher Vorgaben, in der Hoffnung, damit eine hohe Behandlungsqualität zu erzielen, oder Ausschluss von manchen Patienten aus der Versorgung.

Die Alternative ist, mit den vorhandenen Ressourcen das bestmögliche Ergebnis zu erzielen und alle Patienten zu versorgen. Besonders dramatisch könnte dieser Zielkonflikt in der Altenpflege werden. Wir werden schon bald vor der ethischen Frage stehen, ob wir – beispielhaft – 80 % der Patienten in Einrichtungen versorgen, die die gegebenen Personalvorgaben zu 100 % erfüllen, aber 20 % der Patienten mangels Personals unversorgt lassen müssen oder ob wir es den Einrichtungen überlassen, wie sie die Versorgung gestalten, um alle Patienten versorgen zu können, und wir anschließend die erzielten Ergebnisse der Einrichtungen kontrollieren.

Der Zusammenhang von hoher Regulierung und Mangel an Angeboten lässt sich übrigens gut auf dem Wohnungsmarkt studieren. Die Bauvorschriften sind in den vergangenen Jahren so stark ausgeweitet worden, dass die Baukosten in Kombination mit dem wieder normalisierten Zinsniveau oftmals prohibitiv hoch sind und sich der Bau von neuen Wohnungen nicht lohnt. Es kommt zu einem Mangel an Wohnraum. Auf dem Wohnungsmarkt können sich die Konsumenten noch dadurch einschränken, dass sie auf Wohnfläche verzichten. In der Gesundheitsversorgung ist der Konsumverzicht schwieriger möglich.

Gleichwohl sei an dieser Stelle erwähnt, dass wir den Konsum von Gesundheitsleistungen auch reduzieren müssen, etwa durch Prävention und die Vermeidung von Behandlungen mit geringem oder keinem Nutzen. Zur Bewältigung der anstehenden Herausforderungen werden wir alle Register ziehen müssen: Steigerung der Effizienz der Gesundheitsversorgung wie in diesem Beitrag geschildert, Reduktion der Bedarfe und stärkere Aktivierung der vorhandenen sowie Zuwanderung von ausländischen Fachkräften. Zur Steigerung der Effizienz sollten wir den Mut finden, immer dort, wo es möglich ist, Zielvorgaben anstelle von Personalvorgaben zu machen. Denn nur die Ziele interessieren die Patienten.

Das heißt: Messung und Kontrolle der Ergebnisqualität, wo immer dies möglich ist. Wo dies der Fall ist, kann auf Vorgaben zum Ressourceneinsatz verzichtet werden. Das wird nicht überall und nicht sofort machbar sein. Aber wichtig ist, sich stets von dem Gedanken leiten zu lassen: maximale Gestaltungsfreiheit, wo Ziele definierbar, messbar und kontrollierbar sind. Und dort, wo auf Personalvorgaben nicht verzichtet werden kann, sollte zumindest ein „Ganzhausansatz“ gewählt werden, das heißt Vorgaben nur bezogen auf das gesamte Krankenhaus, nicht auf einzelne seiner Segmente, um innerhalb des Betriebs das knappe Personal flexibel dort einsetzen zu können, wo der Bedarf, der von Tag zu Tag schwanken kann, am größten ist.

1.3.3 Personalbedarf im Krankenhaus – zwischen Freiheit, Vorgaben, Bürokratie und Fachkräftemangel

Michael van Loo


© UKE / Pressestelle

Michael van Loo ist Geschäftsbereichsleiter Personal am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und verantwortet die Personalarbeit für rund 16.500 Beschäftigte in 20 Gesellschaften. Zudem ist er stellvertretend für den personalzuständigen Vorstand tätig, Mitglied im Gruppenausschuss Krankenhäuser der VKA sowie Autor, Herausgeber und Consultant im Personalmanagement.

Personalbedarfsermittlung dient dazu, möglichst genau herauszufinden, wie viele Mitarbeiter in welcher Qualifikation zu welchem Zeitpunkt an welchem Ort gebraucht werden, um wirtschaftlich zu handeln.

Die Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus betrachtet aber nicht nur die Frage der Wirtschaftlichkeit. Sie hat vor allem mit der gesetzlichen Vorgabe zu tun, eine gesundheitliche Versorgung bereitzustellen, die ausreichend, zweckmäßig und qualitativ hochwertig ist – ohne dabei unnötige Überversorgung zu betreiben.

Wie viele Menschen braucht es nun aber, damit ein Krankenhaus funktioniert? Auf diese scheinbar einfache Frage gibt es erstaunlich viele Antworten – und keine ist so eindeutig, wie man denken könnte. Denn die Personalbedarfsermittlung ist ein komplexer Balanceakt zwischen medizinischen Anforderungen, gesetzlichen Vorgaben, ökonomischen Zwängen und dem ganz normalen Alltagsgeschäft einer Klinik.

Wer einen Blick in die Vergangenheit wirft, erkennt, dass die Freiheit früher größer war: Krankenhäuser konnten sich ihre Methoden zur Berechnung des Personalbedarfs weitgehend selbst aussuchen. Das hatte Vorteile, aber auch erhebliche Unsicherheiten. Finanzierungsprobleme und teilweise fragwürdige Qualitätsvorgaben verändern die Situation: Normen und Mindeststandards geben klare Leitplanken vor – was zunächst nach Sicherheit klingt, in der Praxis aber zahlreiche Probleme mit sich bringt. Und über allem schwebt wie ein Damoklesschwert der Fachkräftemangel. Dieser Beitrag beleuchtet die Entwicklung, die Herausforderungen und die besondere Rolle, die der Personalbedarf im Krankenhausalltag spielt – mit einem Augenzwinkern, wo es passt.

1. Früher: viel Freiheit, wenig Daten

In den 1980er und 1990er Jahren war die Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus eine bunte Mischung: Es gab theoretische Grundlagen, ja – aber wie sie angewendet wurden, blieb den Häusern weitgehend selbst überlassen. Die Verantwortlichen konnten nach eigenem Gutdünken entscheiden, ob sie lieber mit Kennzahlen arbeiteten, sich an Arbeitsplatzberechnungen versuchten oder schlichtweg Erfahrungswerte heranzogen. Das führte zu einer erstaunlichen Vielfalt – und zu noch erstaunlicheren Ergebnissen. Der Versuch einer Pflegepersonal-Regelung (PPR) Anfang der 1990er Jahre erstickte im Keim nach der ernüchternden Erkenntnis des Mehrbedarfs.

Problematisch war vor allem die Frage nach Daten. Wer wusste schon genau, welche Benchmark-Zahlen wirklich belastbar waren? Vergleichsdaten der Krankenhäuser waren schwer zu bekommen, und wenn man sie hatte, waren sie oft nicht wirklich vergleichbar: Eine Uniklinik hat nun einmal andere Anforderungen als ein Kreiskrankenhaus. Viele Berechnungen basierten auf Durchschnittswerten.

So hing die Personalausstattung oft weniger von objektiven Zahlen ab, sondern eher von internen Verhandlungen. Ein überzeugender Pflegedienstleiter oder Chefarzt konnte im Budgetgespräch mehr erreichen als jede mathematische Formel. Und nicht selten wurde die Personalplanung so lange „angepasst“, bis sie ins vorhandene Budget passte – und nicht unbedingt in den tatsächlichen Bedarf.

2. Methodenvielfalt: die Qual der Wahl

Mit der Zeit entstand ein regelrechter Methodenkatalog. Da gab es die Kennzahlenrechnung: eine Pflegekraft pro X Patienten oder ein Arzt pro Y Betten. Klingt einfach, doch die Frage blieb: Welche Zahl ist die richtige? Dann die Arbeitsplatzmethode: Wie viele Menschen braucht es pro Station und Schicht, um den Betrieb am Laufen zu halten? Schließlich kamen leistungs- und erlösorientierte Verfahren hinzu, die versuchten, den Personalbedarf aus den Fallzahlen und den zugehörigen Erlösen abzuleiten.

Jede Methode hatte ihre Stärken – und ihre Schwächen. Die Kennzahlenrechnung war einfach, aber grob. Die Arbeitsplatzmethode war praxisnah, aber aufwendig. Erlösorientierte Modelle waren modern, aber risikobehaftet, weil sie den tatsächlichen Arbeitsaufwand oft unterschätzten. Am Ende setzte sich häufig ein Methodenmix durch, der alles ein bisschen und nichts so richtig abbildete. Wer also hoffte, mit der perfekten Formel das Rätsel des Personalbedarfs zu lösen, wurde schnell enttäuscht.

3. Heute: Normen, Mindeststandards und Bürokratie

Seit einigen Jahren hat sich das Bild dramatisch verändert. Der Gesetzgeber und verschiedene Institutionen haben klare Vorgaben eingeführt, die Krankenhäuser bei der Personalplanung einhalten müssen (vgl. **Abb. 8**). Besonders prägend sind dabei, neben den vielfältigen Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), wie u. a. den Psychiatrie-Personalvorgaben (PPP-RL), die Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG) und die zur eingeführten PPR 2.0 gehörige Pflegepersonalbemessungs-Verordnung (PPBV). In den Vorgaben zur Erfüllung der kommenden Leistungsgruppen im Rahmen der Krankenhausreform finden sich hinsichtlich der Struktur- und Personalvorgaben einige der an diversen Stellen beschriebenen Vorgaben. Weitere Bemessungsinstrumente mit dem Ziel von Mindeststandards für den ärztlichen Dienst und weitere primär und sekundär versorgende Berufsgruppen sind in Arbeit. Diese Instrumente definieren Untergrenzen und Mindeststandards – und setzen die Häuser damit unter erheblichen Druck. Allein den Überblick zu behalten ist schon eine große Herausforderung.

Die Standards sind größtenteils nicht immer gleichzusetzen mit optimaler Versorgung. Sie markieren das absolute Minimum, unter dem die Patientensicherheit gefährdet wäre. Für viele Krankenhäuser bedeutet das, dass sie schon kämpfen müssen, um diese Schwelle überhaupt zu erreichen. Bei Unterschreitung drohen nicht nur diverse Sanktionen, sondern auch Imageschäden.

Das Ergebnis: Aus einer ehemals flexiblen Aufgabe ist zumindest für die größten Berufsgruppen ein streng regulierter Prozess geworden. Was früher Verhandlungssache war, ist heute eine rechtliche Pflicht. Und während die Vorgaben einerseits für mehr Transparenz sorgen, rauben sie den Häusern andererseits die Möglichkeit, eigene Wege zu gehen. Das klingt nach Sicherheit – fühlt sich in der Praxis aber oft wie ein Korsett an.

4. Herausforderungen der Gegenwart

Die größte Herausforderung unserer Zeit ist der Fachkräftemangel. Selbst wenn Budget und Vorgaben vorhanden sind – das passende Personal wächst nicht auf Bäumen. In vielen Regionen sind Pflegekräfte kaum zu finden, und auch ärztliche Fachrichtungen haben mit Engpässen zu kämpfen. Die logische Folge: Selbst die Einhaltung der Mindeststandards ist für viele Häuser schon ein Kunststück.

Hinzu kommt die Bürokratie. Die normativen Vorgaben wollen kontrolliert und dokumentiert werden. Das bedeutet: Tabellen, Statistiken, Nachweise, Audits. Es braucht dringend eine Reduzierung der Vorgaben auf das vermeintlich Wesentliche. Redundanzen müssen vermieden und Datenlieferungen zentralisiert und zentral verarbeitet werden.

Es bleibt der Spagat zwischen Wirtschaftlichkeit und Qualität. Krankenhäuser stehen unter immensem Kostendruck. Personal ist teuer – gleichzeitig aber der entscheidende Faktor für die Versorgungsqualität.

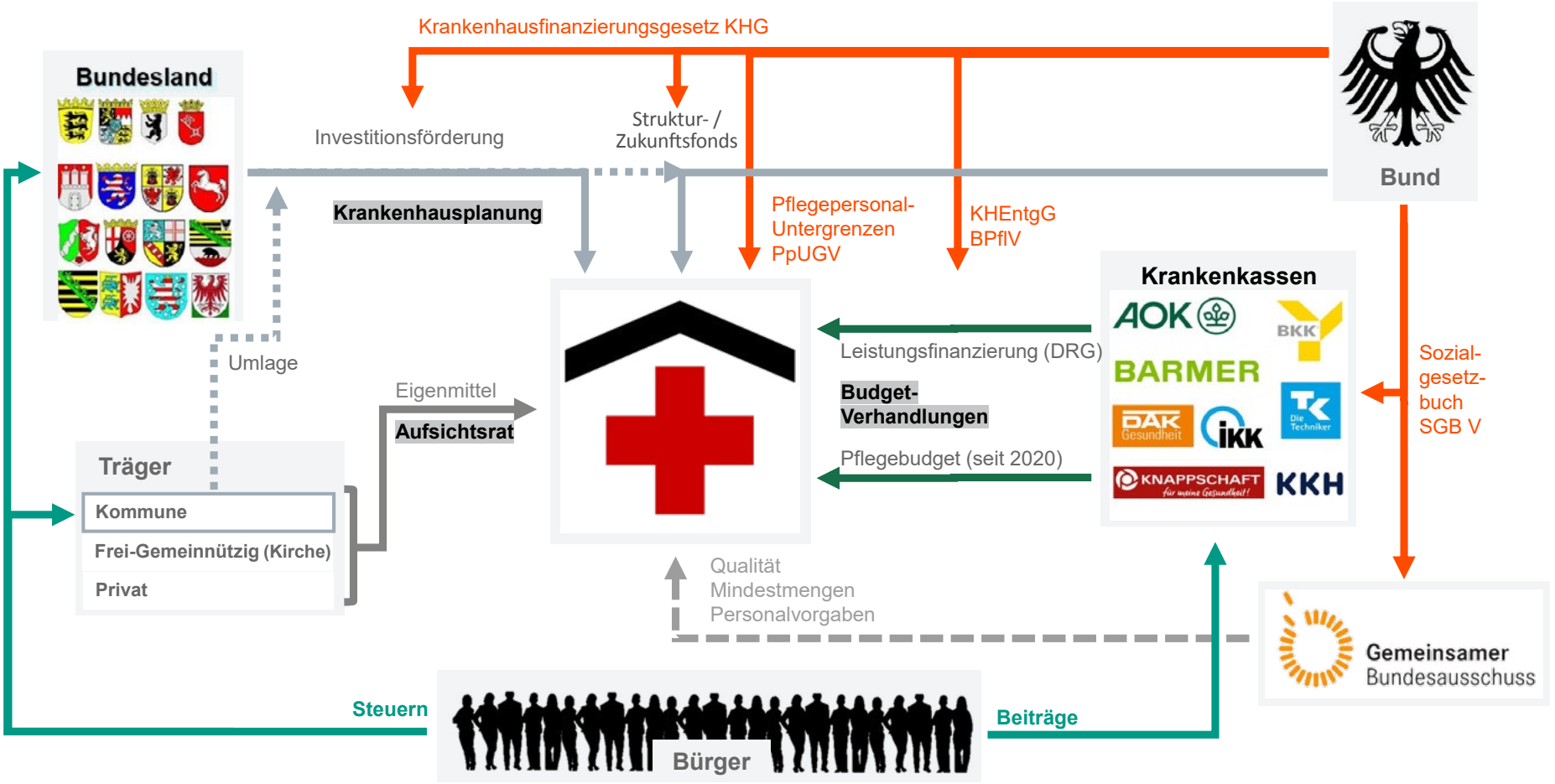
5. Fazit: zwischen gestern und morgen

Der Weg von den freien Methoden der Vergangenheit hin zu den strikten Vorgaben der Gegenwart zeigt, wie sehr sich die Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus

gewandelt hat. Früher war vieles flexibler, aber auch unsicherer. Heute ist vieles klarer geregelt, aber die Umsetzung ist oft eine Herkulesaufgabe. Krankenhäuser müssen Mindeststandards erfüllen, mit einem Markt klarkommen, auf dem Fachkräfte knapp sind, und gleichzeitig wirtschaftlich arbeiten.

Krankenhäuser werden auch weiterhin Wege finden müssen, zwischen Bürokratie, Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit zu navigieren – und das am besten so, dass am Ende weder die Mitarbeiter noch die Patienten die Leidtragenden sind.

Abb. 8: Krankenhausfinanzierung in Deutschland



Quelle: R. Schaffert, Klinikverbund Hessen e. V.



2 BASISKENNZAHLEN

2.1 Personalausstattung

2.1.1 Insgesamt und nach Bereichen

Mit insgesamt rund 1,7 Mio. Erwerbstätigen – und damit in etwa 4,0 % aller Erwerbstätigen in Deutschland – ist das Krankenhauswesen ein bedeutender und wachsender Beschäftigungszweig (vgl. **Abb. 9**). Innerhalb des Gesundheitswesens stellen die Krankenhäuser wiederum die Hälfte aller Erwerbstätigen, gefolgt von den Arzt- und Zahnarztpraxen (29 %).

Von den rund 1,7 Mio. Erwerbstätigen waren im Jahr 2024 rund 1,46 Mio. Beschäftigte („Köpfe“) und umgerechnet auf die volle tarifliche Arbeitszeit rund 1,05 Mio. Vollzeitäquivalente („Vollkräfte“) direkt bei den Krankenhäusern angestellt (vgl. **Abb. 10**). Abgesehen von Schülern und Auszubildenden ist das Personal vollständig den einzelnen vom Statistischen Bundesamt definierten Dienstbereichen im Krankenhaus zugeordnet.

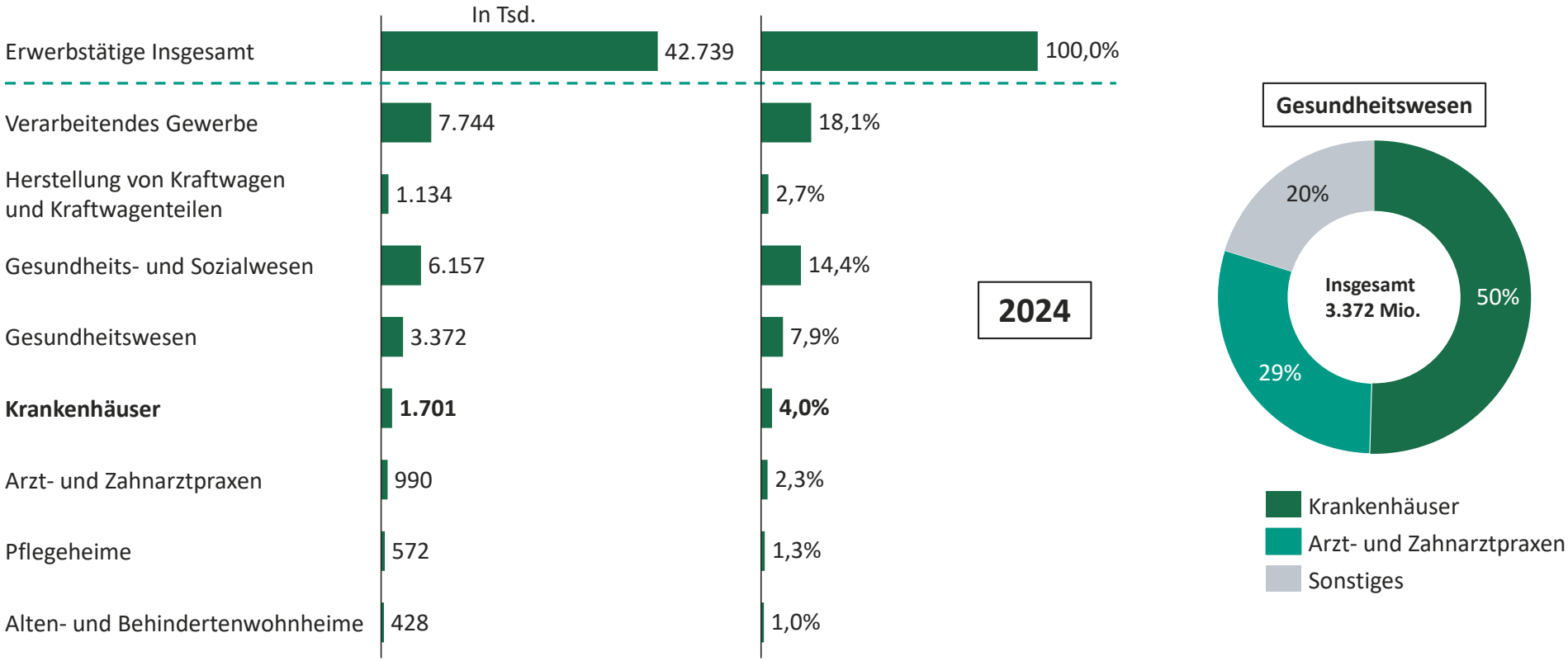
Mit mehr als 400 Tsd. Vollkräften im Jahr 2024 sind die meisten Krankenhausbeschäftigten im Pflegedienst (40 %) tätig, gefolgt vom ärztlichen Dienst mit rund 180 Tsd. Vollkräften (18 %) und dem medizinisch-technischen Dienst mit rund 166 Tsd. Vollkräften (16 %).

Im Vergleich zum Jahr 2000 macht das Personal im ärztlichen Dienst heute einen signifikant größeren Anteil am Gesamtpersonal aus, das unter „weiteren Bereichen“ zusammengefasste Personal dagegen einen deutlich geringeren. Während sich der Anteil des Pflegedienstes zwischenzeitlich etwas verringert hat, haben sich die Anteile des medizinisch-technischen und des Funktionsdienstes etwas erhöht. Heute befinden sich alle drei wieder in etwa auf dem Ausgangsniveau des Jahres 2000 (vgl. **Abb. 11**).

Ein Blick auf die Gesamtentwicklung (vgl. **Abb. 12**) zeigt, dass der Krankenhauspersonalbestand im Zeitraum von 2000 bis 2024 deutlich gestiegen ist – und zwar um rund 313 Tsd. Köpfe (+31 %) bzw. etwa 180 Tsd. Vollkräfte (+22 %). Dabei sank der Personalbestand zunächst. Die Anzahl der Beschäftigten (Köpfe) verringerte sich zwischen 2002 und 2005 um rund 43 Tsd. (-4 %) und die Anzahl der Vollkräfte um rund 42 Tsd. (-5 %). Als Gründe können die Einführung der DRG-Fallpauschalen, (ggf. damit verbunden) sinkende Fall- und Belegungstage sowie die arbeitsmarktpolitischen Reformen im Zuge der „Agenda 2010“ diskutiert werden. Seit 2006 ist der Personalbestand kontinuierlich gewachsen, so auch zuletzt im Jahr 2024 wieder deutlich um 2,9 % (Köpfe) bzw. 2,8 % (Vollkräfte) pro Jahr.

Die Aufgliederung nach Dienstbereichen (vgl. **Abb. 13** und **Abb. 14**) zeigt, dass der erwähnte Personalabbau zu Beginn der Jahrtausendwende vollständig auf die Entwicklungen im Pflegedienst und den „sonstigen Bereichen“ zurückgeht. Letztere, zu denen u. a. der Wirtschafts- und Versorgungsdienst, das sonstige Personal und der technische Dienst gehören, sind bis heute kontinuierlich geschrumpft und verzeichneten im Jahr 2024 rund 38 % (41 %) weniger Köpfe (Vollkräfte) als noch im Jahr 2000. Alle weiteren Dienstbereiche sind seit dem Jahr 2000 stetig gewachsen, wobei das Wachstum im ärztlichen Dienst mit 78 % (Köpfe) bzw. 66 % (Vollkräfte) in der Langzeitbetrachtung prozentual am größten ausfiel.

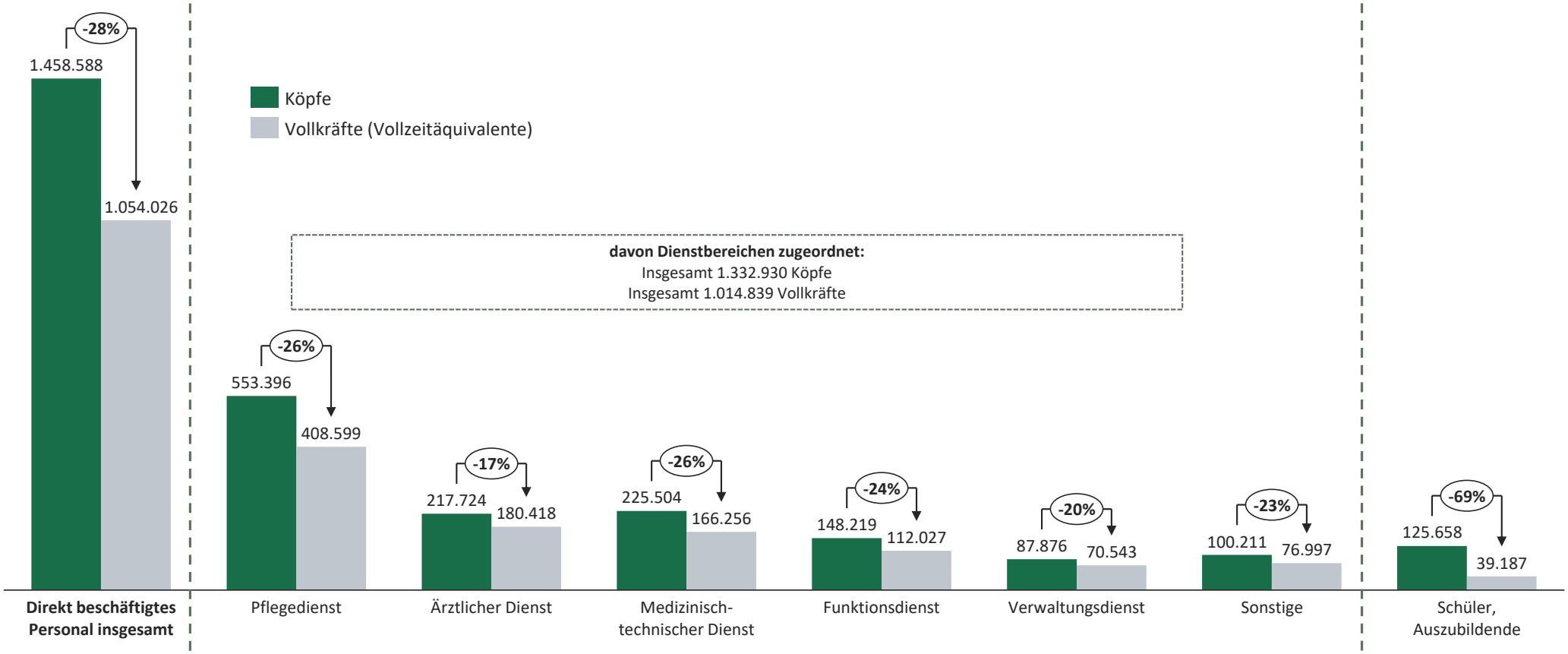
Abb. 9: Beschäftigte (Köpfe) nach Klassifikation der Wirtschaftszweige im Jahr 2024



Quelle: (Eigene Berechnungen auf Basis von) Destatis, Mikrozensus – Arbeitsmarkt 2024, EVAS-Nummer 12211-05

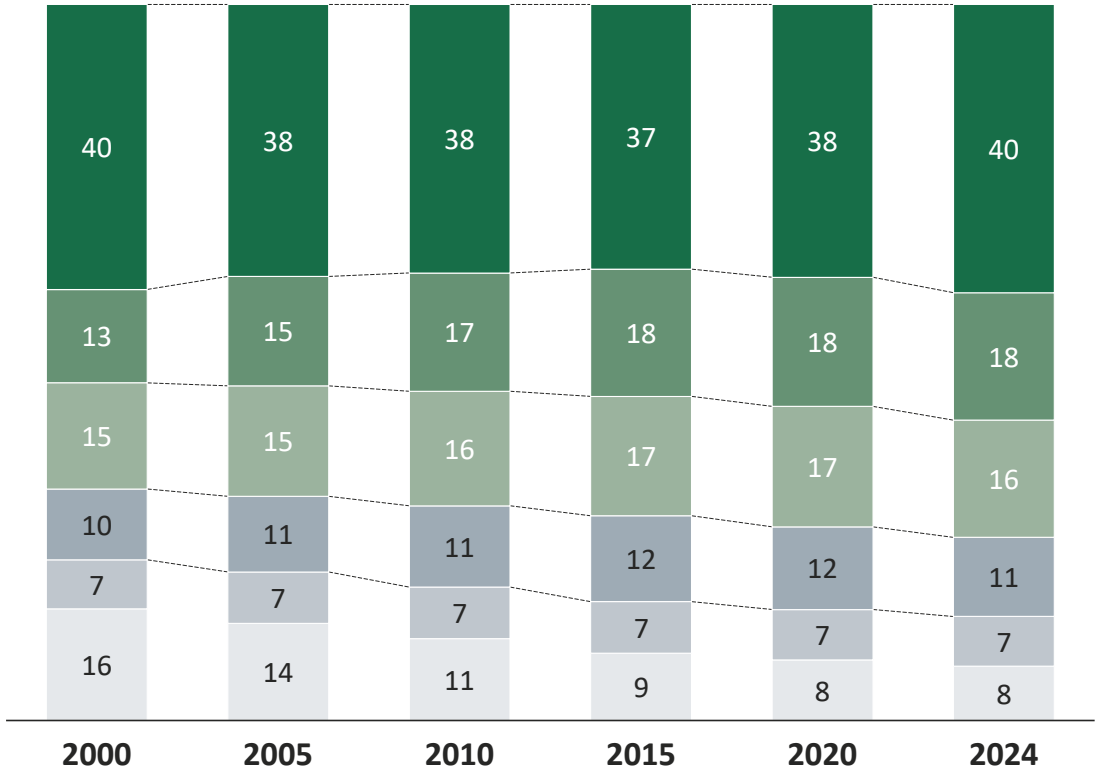
© Deutsches Krankenhausinstitut

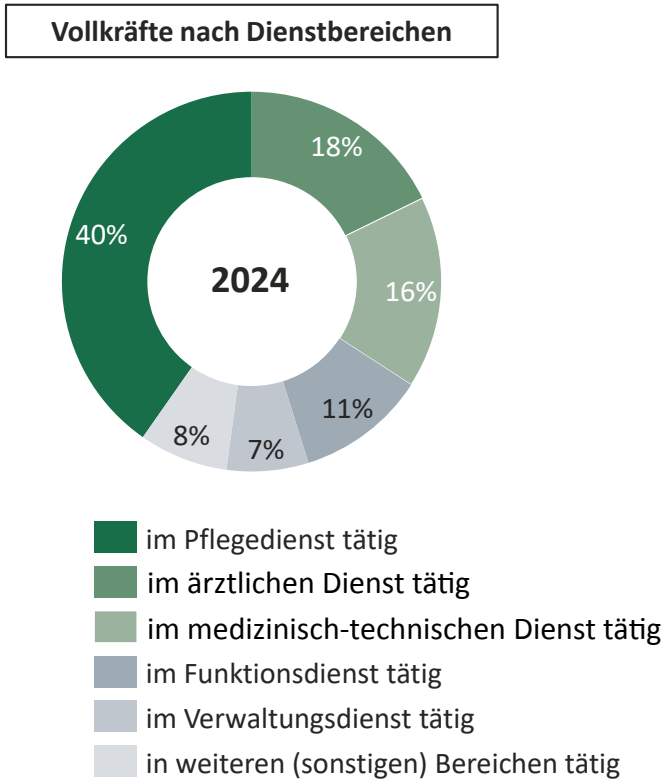
Abb. 10: Krankenhausbeschäftigte (Köpfe) und Vollzeitäquivalente (Vollkräfte) mit direktem Beschäftigungsverhältnis im Jahr 2024



Hinweise: Ohne Personal der Ausbildungsstätten. Hauptamtliche Ärzte ohne Belegärzte. Ab 2004 inkl. Ärzte im Praktikum. Ab 2018 inkl. Zahnärzte. Unter „Sonstige“ fallen nach Größe absteigend die Bereiche Wirtschafts- und Versorgungsdienst, Sonstiges Personal, Technischer Dienst, Klinisches Hauspersonal und Sonderdienste.
Quelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1. bzw. 6.1.1. Verschiedene Jahrgänge (Destatis 1990 ff., 2004 ff.). © Deutsches Krankenhausinstitut

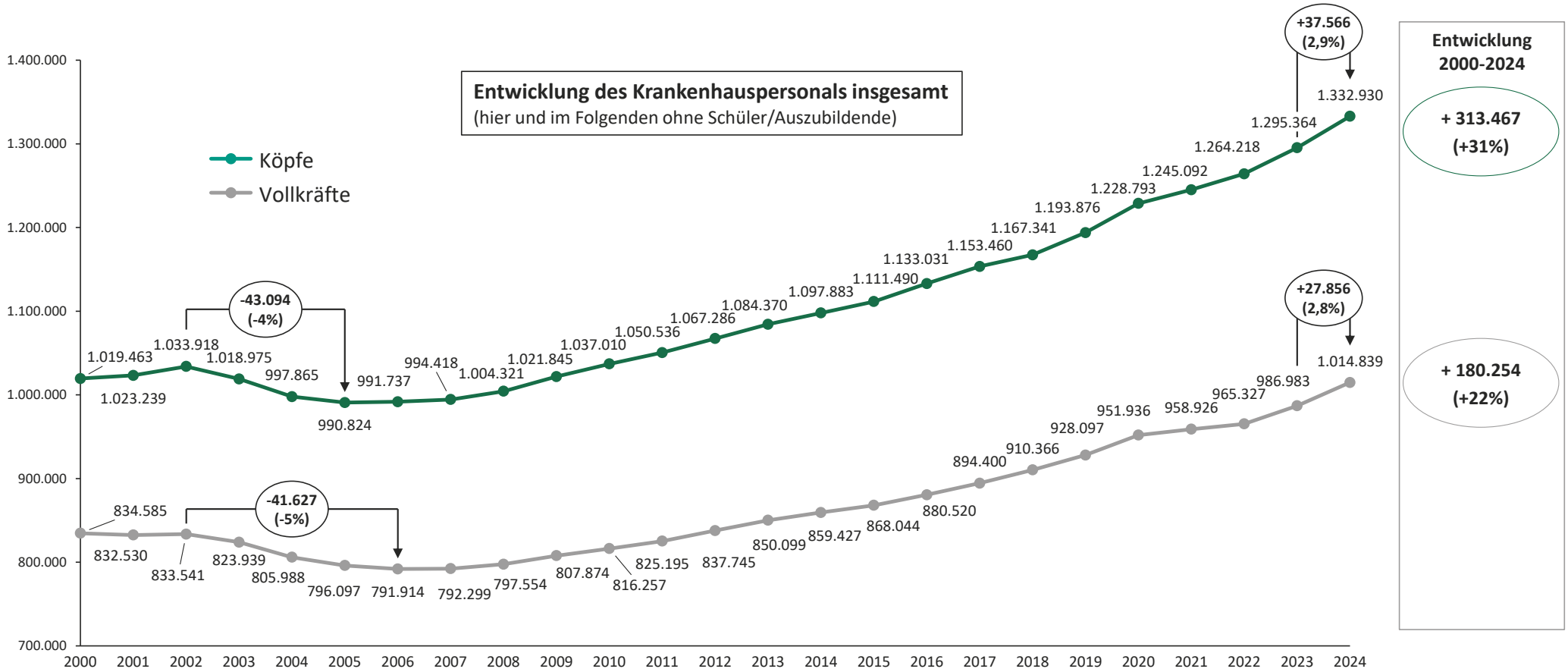
Abb. 11: Vollkräfte nach Dienstbereichen im Zeitraum 2000–2024





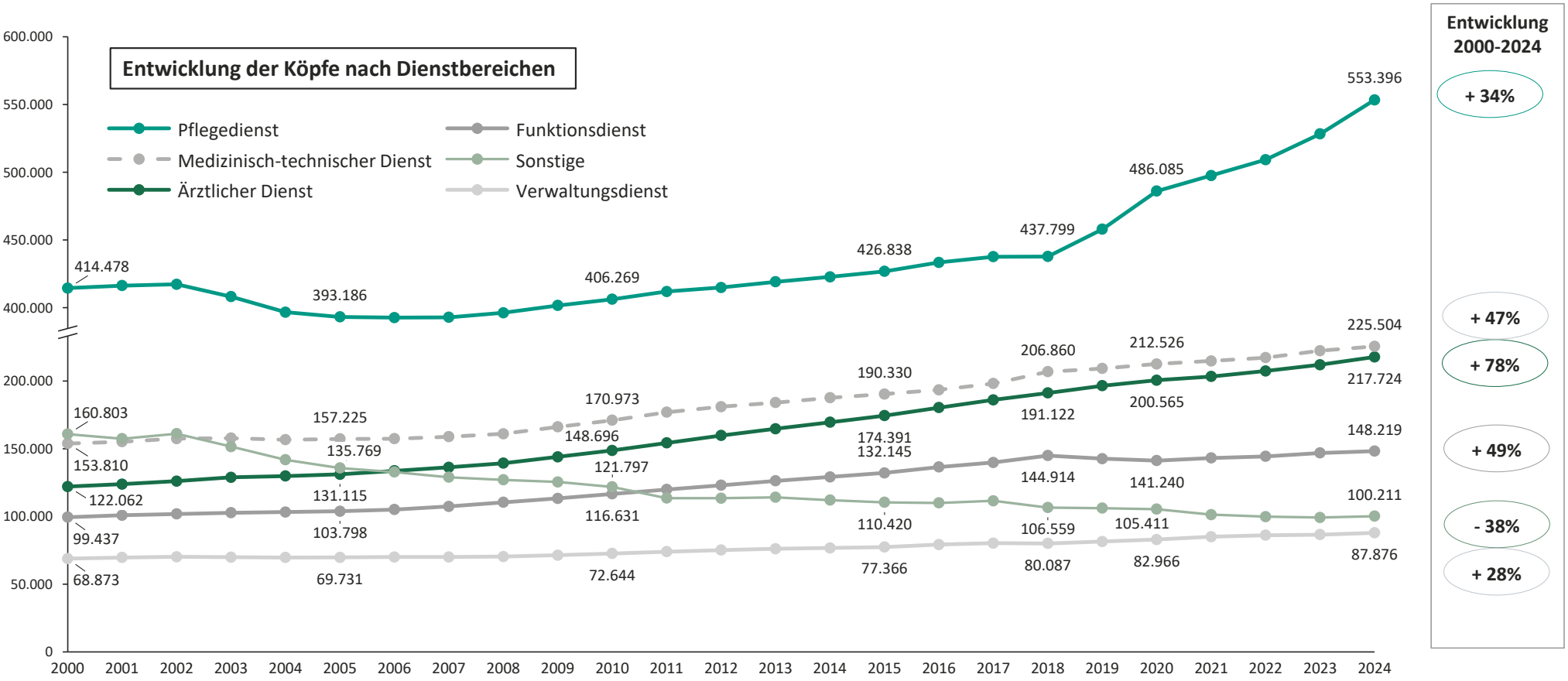
Hinweise: Hauptamtliche Ärzte ohne Belegärzte. Ab 2004 inkl. Ärzte im Praktikum. Ab 2018 inkl. Zahnärzte. Nichtärztliches Krankenhauspersonal ohne Personal der Ausbildungsstätten und Schüler bzw. Auszubildende. Unter „weitere Bereiche“ fallen nach Größe absteigend die Bereiche Wirtschafts- und Versorgungsdienst, Sonstiges Personal, Technischer Dienst, Klinisches Hauspersonal und Sonderdienste.
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1. bzw. 6.1.1. Verschiedene Jahrgänge (Destatis 1990 ff., 2004 ff.). © Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 12: Entwicklung der Köpfe und Vollkräfte im Zeitraum 2000–2024



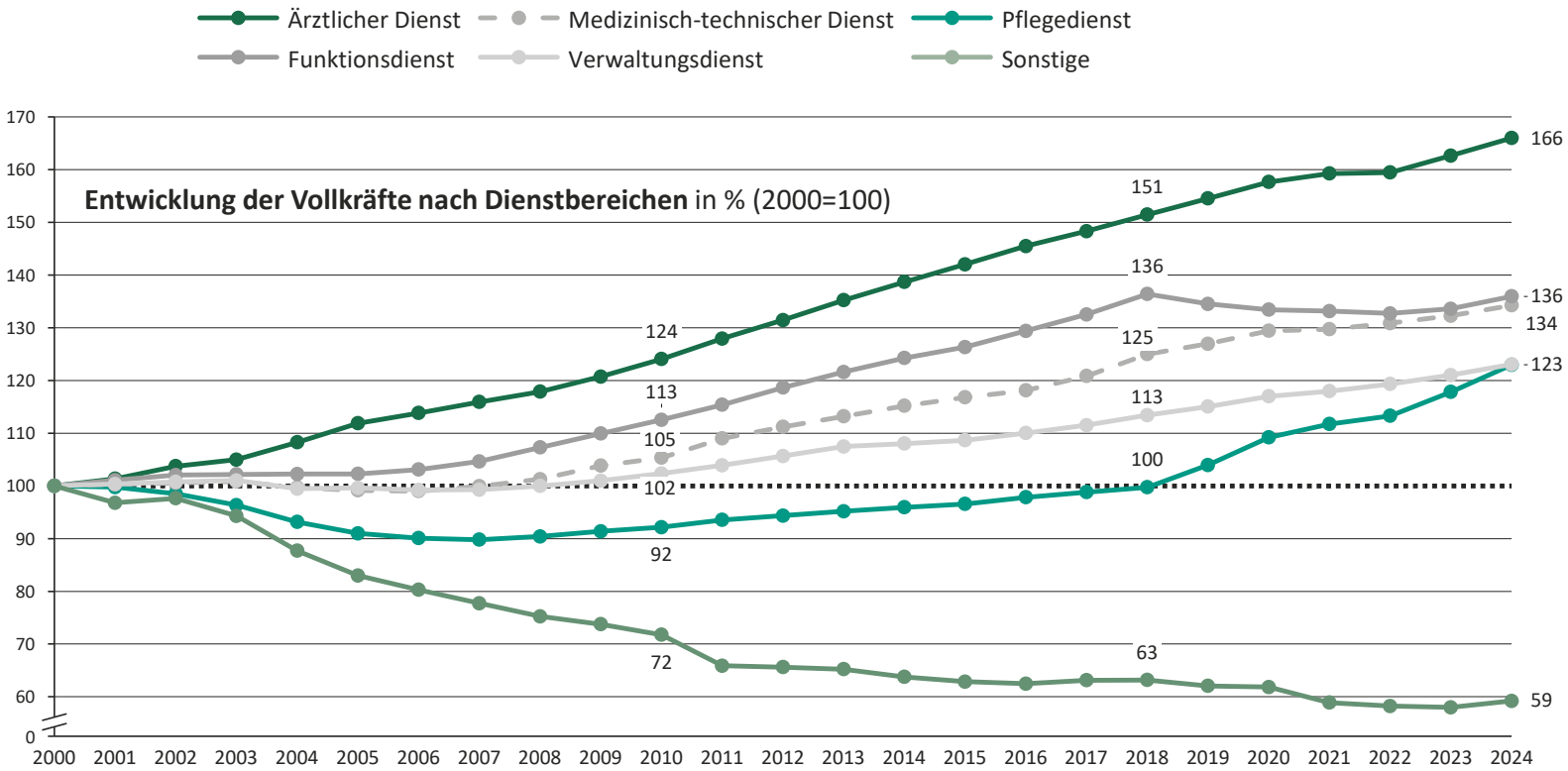
Hinweise: Summen aus hauptamtlichen Ärzten und Zahnärzten (ohne Belegärzte und bis 2017 ohne Zahnärzte, bis 2003 einschließlich Ärzte im Praktikum, ab 2004 sind die ehemaligen Ärzte im Praktikum als Assistenzärzte in der Zahl der hauptamtlichen Ärzte enthalten) und nichtärztlichem Krankenhauspersonal (ohne Personal der Ausbildungsstätten und Schüler bzw. Auszubildende).
Quelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1. bzw. 6.1.1. Verschiedene Jahrgänge (Destatis 1990 ff., 2004 ff.). © Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 13: Entwicklung der Köpfe nach Dienstbereichen im Zeitraum 2000–2024



Hinweise: Hauptamtliche Ärzte ohne Belegärzte. Ab 2004 inkl. Ärzte im Praktikum. Ab 2018 inkl. Zahnärzte. Nichtärztliches Krankenhauspersonal ohne Personal der Ausbildungsstätten und Schüler bzw. Auszubildende. Unter „Sonstige“ fallen nach Größe absteigend die Bereiche Wirtschafts- und Versorgungsdienst, Sonstiges Personal, Technischer Dienst, Klinisches Hauspersonal und Sonderdienste.
Quelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1. bzw. 6.1.1. Verschiedene Jahrgänge (Destatis 1990 ff., 2004 ff.). © Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 14: Prozentuale Entwicklung der Vollkräfte nach Dienstbereichen im Zeitraum 2000–2024 (Index 2000 = 100)



Hinweise: Hauptamtliche Ärzte ohne Belegärzte. Ab 2004 inkl. Ärzte im Praktikum. Ab 2018 inkl. Zahnärzte. Nichtärztliches Krankenhauspersonal ohne Personal der Ausbildungsstätten und Schüler bzw. Auszubildende. Unter „Sonstige“ fallen nach Größe absteigend die Bereiche Wirtschafts- und Versorgungsdienst, Sonstiges Personal, Technischer Dienst, Klinisches Hauspersonal und Sonderdienste.
Quelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1. bzw. 6.1.1. Verschiedene Jahrgänge (Destatis 1990 ff., 2004 ff.). © Deutsches Krankenhausinstitut



2.1.2 Fokus Pflegedienst

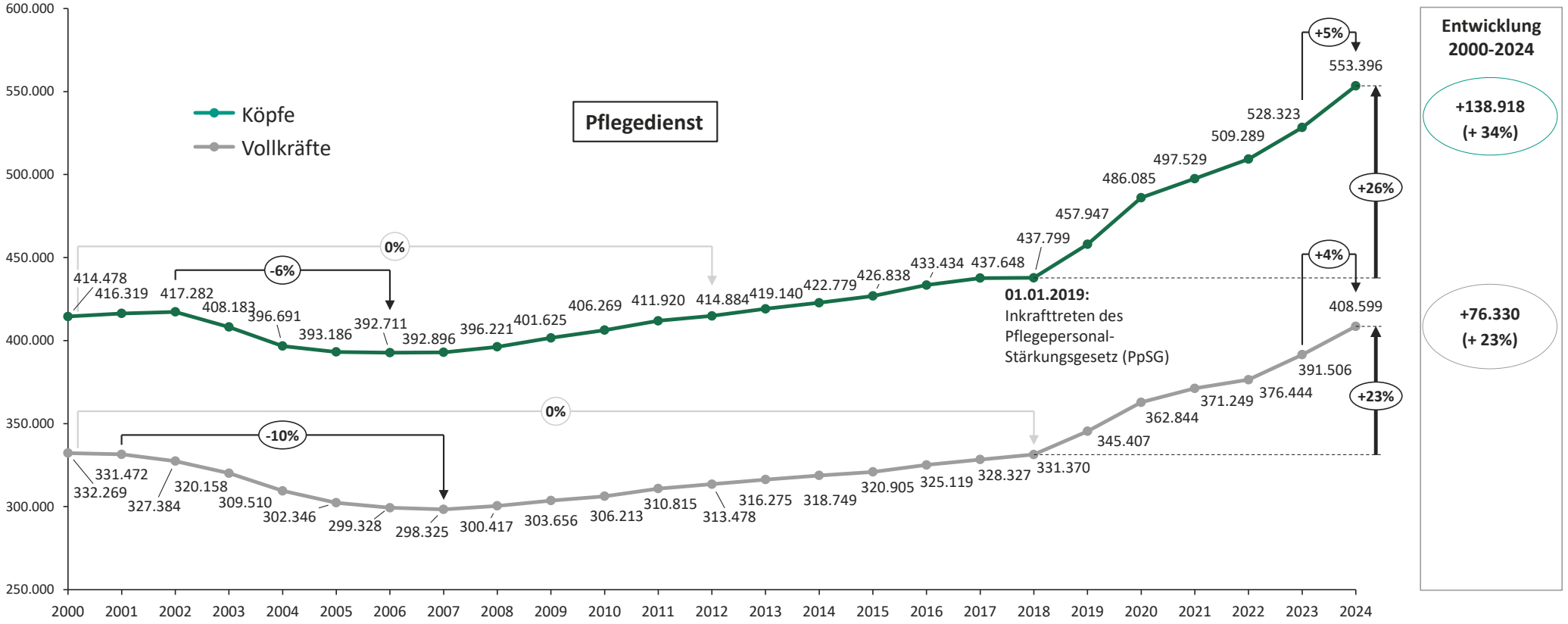
Bei gezielter Betrachtung des Pflegedienstes (vgl. **Abb. 15**) wird ersichtlich, dass die Anzahl der Vollkräfte im Zeitraum von 2000 bis 2024 zwar insgesamt um rund 76 Tsd. anwuchs, dies jedoch maßgeblich seit 2018 erfolgte. Die Anzahl der Vollkräfte sank zunächst von 2001 bis 2007 um rund 33 Tsd. (-10 %) und erreichte im Jahr 2018 wieder das Ausgangsniveau des Jahres 2000. Mit Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) im Jahr 2019, in dessen Zuge die Pflegekosten aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert und zusätzliche Pflegestellen voll refinanziert wurden, verzeichnete der Pflegedienst einen enormen Personalaufwuchs. Zwischen 2018 und 2024 gewann der Pflegedienst rund 115 Tsd. (+26 %) neue Köpfe bzw. rund 77 Tsd. (+23 %) neue Vollkräfte hinzu. Allein im Jahr 2024 wuchs die Anzahl der Vollkräfte zuletzt um 5,0 %.

Schaut man auf die einzelnen Berufsgruppen innerhalb des Pflegedienstes (vgl. **Abb. 16**), so verzeichneten die dreijährig ausgebildeten Gesundheits- und Krankenpfleger seit 2018 mit rund 30 Tsd. Köpfen in absoluten Zahlen den stärksten Zuwachs. Die größten relativen Wachstumsraten im Pflegedienst (vgl. **Abb. 17**) sind dagegen bei den medizinischen Fachangestellten (MFA), bei den Altenpflegern und bei Mitarbeitenden ohne Berufsabschluss zu beobachten.

Der Anstieg der Zahl der Altenpfleger ist vor allem im Kontext des demografischen Wandels zu sehen. Die wachsende Zahl hochbetagter und pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten stellt Krankenhäuser zunehmend vor die Herausforderung, Versorgungskonzepte stärker auf geriatrische Bedarfe auszurichten. Speziell qualifizierte Pflegekräfte mit Erfahrungen in der Versorgung älterer Menschen gewinnen daher an Bedeutung, um den steigenden Pflegeaufwand zu bewältigen, ohne die Versorgung jüngerer Patientengruppen zu beeinträchtigen.

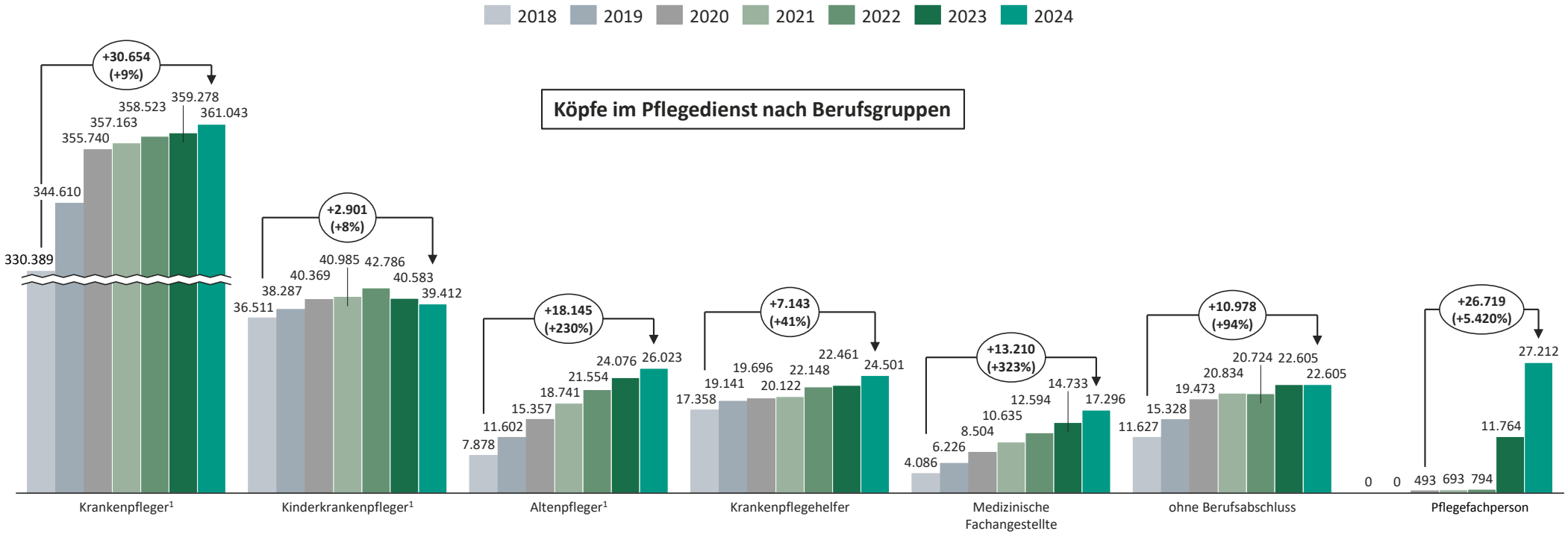
Seit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung im Jahr 2020 ist erwartungsgemäß im Jahr 2024 erneut eine deutlich gestiegene Zahl an Pflegefachpersonen im Pflegedienst der Krankenhäuser zu verzeichnen. Diese Berufsgruppe vereint zunehmend die zuvor getrennten Berufsgruppen Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege.

Abb. 15: Entwicklung der Köpfe und Vollkräfte im Pflegedienst im Zeitraum 2000–2024



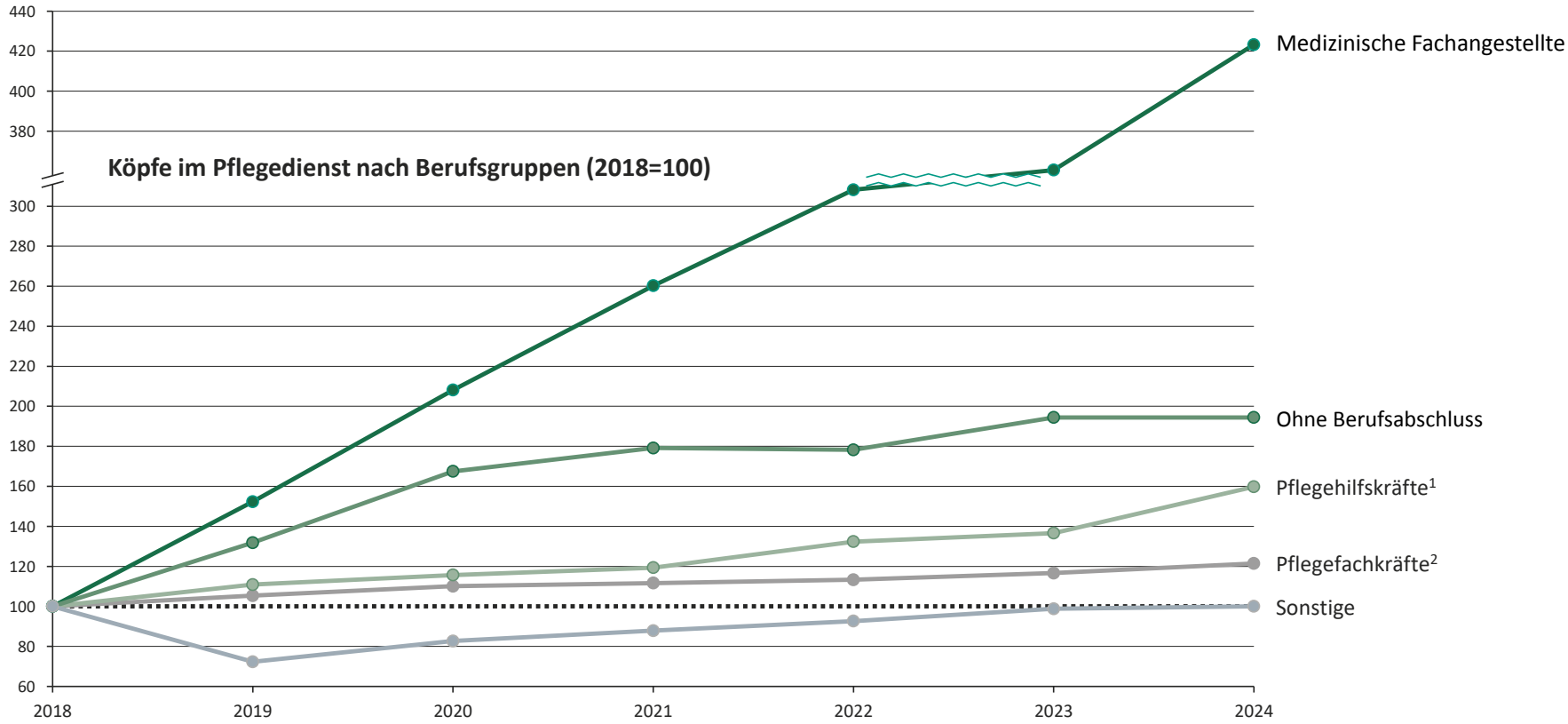
Hinweise: Ohne Schüler bzw. Auszubildende.
Quelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1. bzw. 6.1.1. Verschiedene Jahrgänge (Destatis 1990 ff., 2004 ff.). © Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 16: Entwicklung der Köpfe im Pflegedienst nach Berufsgruppen im Zeitraum 2018–2024



Hinweise: Ohne Schüler bzw. Auszubildende
[1] Dreijährig ausgebildete oder gleichwertig anerkannte Gesundheits- und Kranken- / Kinderkrankenpfleger bzw. Altenpfleger
Quelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1. bzw. 6.1.1. Verschiedene Jahrgänge (Destatis 1990 ff., 2004 ff.). © Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 17: Prozentuale Entwicklung der Köpfe im Pflegedienst nach Berufsgruppen im Zeitraum 2018–2024 (Index 2018 = 100)



Hinweise: Ohne Schüler bzw. Auszubildende

[1] Bis zu zweijährig ausgebildete oder gleichwertig anerkannte Pflegekräfte

[2] Dreijährig ausgebildete oder gleichwertig anerkannte Pflegekräfte inkl. akademisch ausgebildete Pflegekräfte

Quelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1. bzw. 6.1.1. Verschiedene Jahrgänge (Destatis 1990 ff., 2004 ff.). © Deutsches Krankenhausinstitut

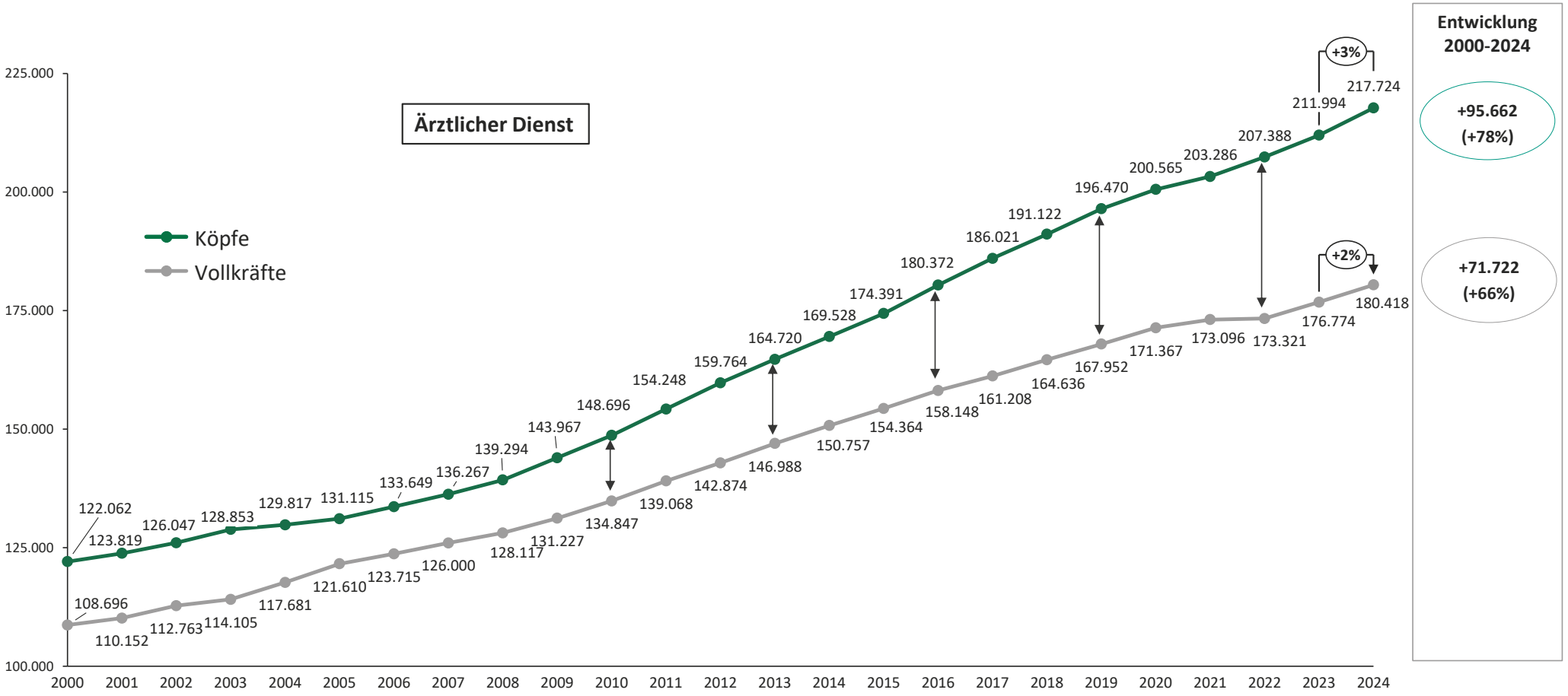


2.1.3 Fokus ärztlicher Dienst

Anders als im Pflegedienst ist die Anzahl der Ärzte (vgl. **Abb. 18**) durchgängig gestiegen und hat sich von ca. 122 Tsd. Köpfen im Jahr 2000 auf fast 218 Tsd. Köpfe im Jahr 2024 erhöht (+78 %). Nachdem die „Schere“ zwischen den Köpfen und den Vollkräften seit 2008 und insbesondere in den Jahren 2020 bis 2022 immer deutlicher auseinandergegangen war, stieg die Zahl der Vollkräfte zuletzt mit über 3.600 Vollkraftstellen (2,0 %) im Jahr 2024 wieder etwas stärker an.

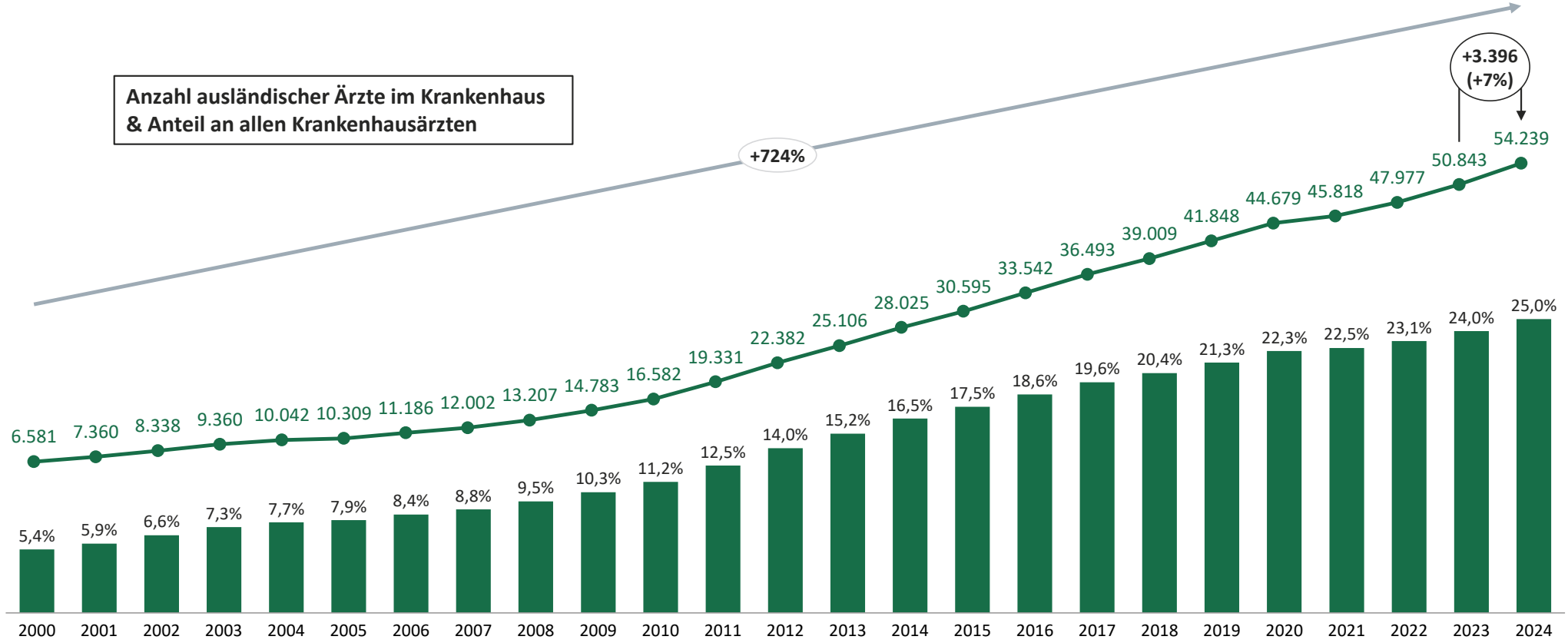
Dies wäre ohne ausländische Fachkräfte nicht möglich gewesen (vgl. **Abb. 19**). Im Jahr 2024 besaß ein Viertel aller Krankenhausärzte keine deutsche Staatsangehörigkeit – im Jahr 2000 waren es gerade einmal 5,4 %. Allein in den letzten zehn Jahren hat sich die Zahl der ausländischen Ärzte im Krankenhaus von rund 28 Tsd. im Jahr 2014 auf rund 54 Tsd. im Jahr 2024 fast verdoppelt.

Abb. 18: Entwicklung der Köpfe und Vollkräfte im ärztlichen Dienst im Zeitraum 2000–2024



Hinweise: Hauptamtliche Ärzte ohne Belegärzte. Ab 2004 inkl. Ärzte im Praktikum. Ab 2018 inkl. Zahnärzte.
Quelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1. bzw. 6.1.1. Verschiedene Jahrgänge (Destatis 1990 ff., 2004 ff.). © Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 19: Entwicklung der ausländischen Ärzte im Krankenhaus (Köpfe) im Zeitraum 2000–2024



Hinweise: Hauptamtliche Ärzte ohne Belegärzte. Ab 2004 inkl. Ärzte im Praktikum. Ab 2018 inkl. Zahnärzte.
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Ärztestatistik der Bundesärztekammer, Jahre 2006-2024 und Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1. bzw. 6.1.1. Verschiedene Jahrgänge (Destatis 1990 ff., 2004 ff.).
© Deutsches Krankenhausinstitut

2.1.4 Nach Berufsgruppen

Dreijährig ausgebildete oder gleichwertig anerkannte Pflegefachkräfte bilden erwartungsgemäß mit Abstand die größte Berufsgruppe im Krankenhaus, gefolgt von Ärzten und Mitarbeitenden ohne Berufsabschluss. Daneben gibt es eine Vielzahl anderer Berufe in der Krankenhausversorgung (vgl. **Abb. 20**). Mit mehr als 66 Tsd. Köpfen im Jahr 2024 ist hier an vorderster Stelle die Gruppe der medizinischen Fachangestellten zu nennen. Danach folgen die Krankengymnasten mit rund 21 Tsd. Köpfen und die medizinischen Technologen mit rund 19 Tsd. Köpfen. Den niedrigsten Personalbestand wiesen die psychologisch-technischen Assistenten mit 76 Köpfen auf.

Auch im Zeitverlauf von 2018[6] bis 2024 (vgl. **Abb. 21**) weist die Gruppe der medizinischen Fachangestellten mit Blick auf die absoluten Zahlen nach den Pflegefachkräften den größten Zuwachs auf (+26.905 Köpfe). Prozentual hat sich die Berufsgruppe der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten am stärksten vergrößert (+175 %). Auch die Kopfzahl der Rettungssanitäter bzw. Rettungs- / Notfallassistenten hat sich im betrachteten Zeitraum mehr als verdoppelt (+130 %).

Die besonders dynamische Entwicklung bei den medizinischen Fachangestellten (MFAs) dürfte auf mehrere Faktoren zurückzuführen sein. Zum einen bieten Krankenhäuser für MFAs häufig attraktivere Arbeitsbedingungen als der ambulante Bereich, insbesondere höhere Einstiegsgehälter und stabilere Arbeitszeiten. Zum anderen werden MFAs in Krankenhäusern zunehmend als vielseitig einsetzbare Berufsgruppe geschätzt, etwa zur Unterstützung in administrativen Tätigkeiten, der Patientenorganisation sowie in technisch-diagnostischen Bereichen. Durch die zunehmende Ambulantisierung von ehemals stationären Leistungen dürfte die Nachfrage nach MFAs im Krankenhaus auch in Zukunft weiter steigen.

Auch die deutlichen Zuwächse im Bereich der Psychotherapeuten sowie bei den Heilpädagogen und Heilerziehungspflegern lassen sich vor dem Hintergrund veränderter Versorgungsbedarfe einordnen. Insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik ist in den vergangenen Jahren – nicht zuletzt durch die COVID-19-Pandemie – ein steigender Behandlungsbedarf zu beobachten. Die wachsende Bedeutung multiprofessioneller Behandlungsansätze in diesem Bereich erhöht den Bedarf an psychotherapeutischen, pädagogischen und sozialintegrativen Berufsgruppen. Heilpädagogen und Heilerziehungspfleger übernehmen dabei zentrale Aufgaben in der Betreuung, Förderung und Alltagsstrukturierung von Patienten mit komplexem psychosozialem Unterstützungsbedarf.

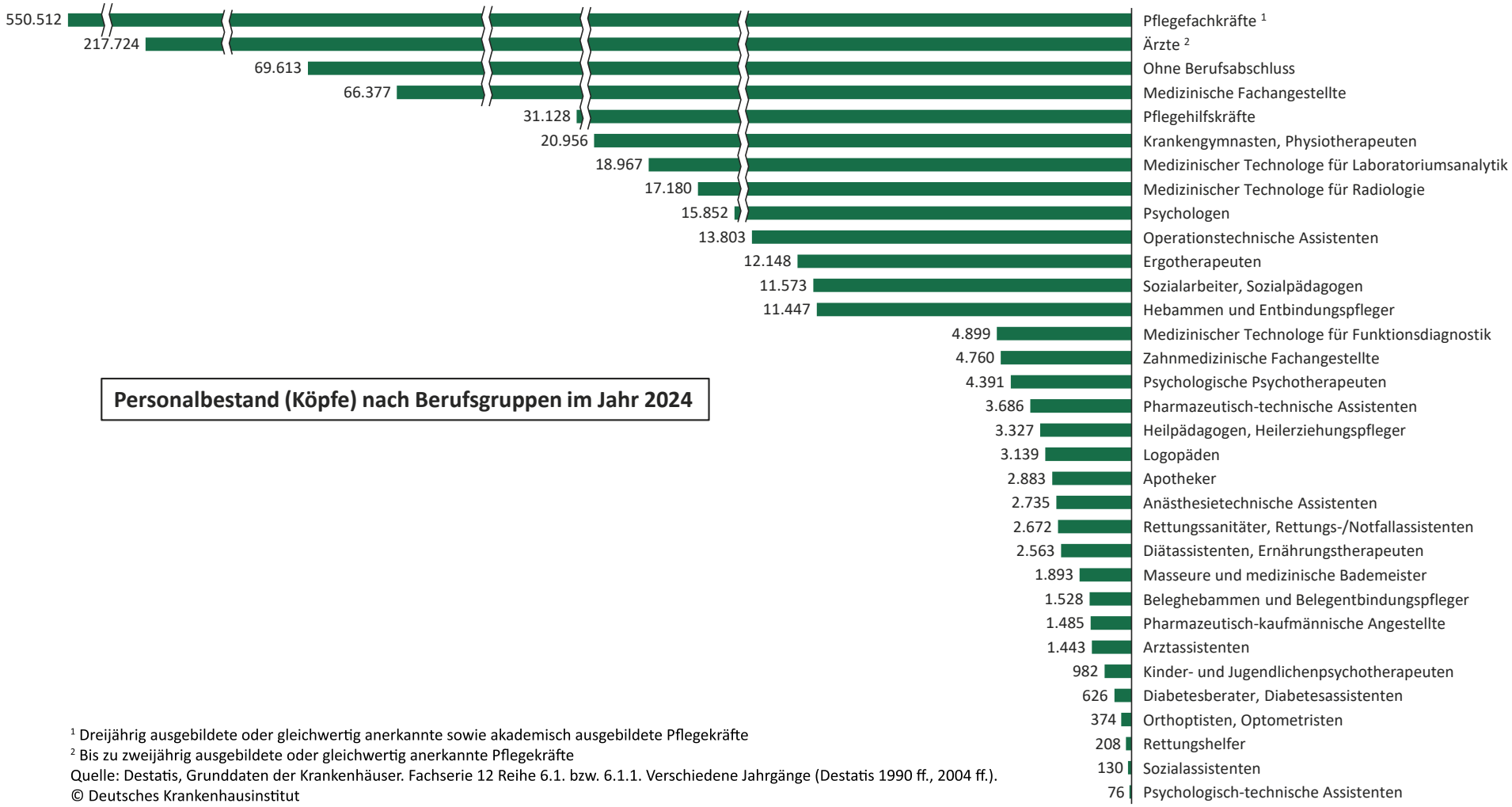
Die Entwicklung der operationstechnischen (OTAs) und anästhesietechnischen Assistenten (ATAs) spiegelt die zunehmende Spezialisierung im OP- und Anästhesiebereich wider. Beide Bereiche sind durch hohe Anforderungen an Prozesssicherheit, Hygiene und Dokumentation sowie durch einen ausgeprägten Fachkräftemangel gekennzeichnet. OTAs und ATAs übernehmen klar definierte Aufgaben in der OP- und Anästhesieassistenz und tragen so zu einer effizienten Arbeitsteilung im Bereich des nichtärztlichen Personals bei. Die zunehmende Komplexität chirurgischer Eingriffe sowie der Ausbau ambulanter Operationen und Hybrid-DRG-Leistungen dürften ihre Bedeutung im Krankenhaus weiter stärken.

Der starke Personalzuwachs bei Rettungssanitätern sowie Rettungs- und Notfallassistenten steht in engem Zusammenhang mit der zunehmenden Inanspruchnahme der Notfallversorgung. In vielen Regionen wurden kassenärztliche Bereitschaftsdienste und ambulante Notfallpraxen reduziert oder ganz eingestellt, sodass sich Patienten häufiger an den Rettungsdienst und die Notaufnahmen wenden. Gleichzeitig ist die Zahl der Rettungseinsätze in den letzten Jahren deutlich gestiegen, insbesondere bei älteren Bevölkerungsgruppen. Die Entwicklung wird durch demografische Effekte weiter verstärkt, da ältere Menschen überdurchschnittlich häufig auf notfallmedizinische Leistungen angewiesen sind.

Insgesamt verdeutlichen die Entwicklungen nach Berufsgruppen, dass der Personalaufbau im Krankenhaus weniger durch eine pauschale Ausweitung aller Berufsgruppen geprägt ist als vielmehr durch eine gezielte Anpassung an veränderte Versorgungsanforderungen. Insbesondere psychologisch, geriatrisch und therapeutisch orientierte Berufsgruppen mit koordinierenden, psychosozialen oder rehabilitativen Aufgaben gewinnen an Bedeutung, was die zunehmende Komplexität der stationären Versorgung und den höheren Bedarf an multiprofessionellen Behandlungskonzepten widerspiegelt.

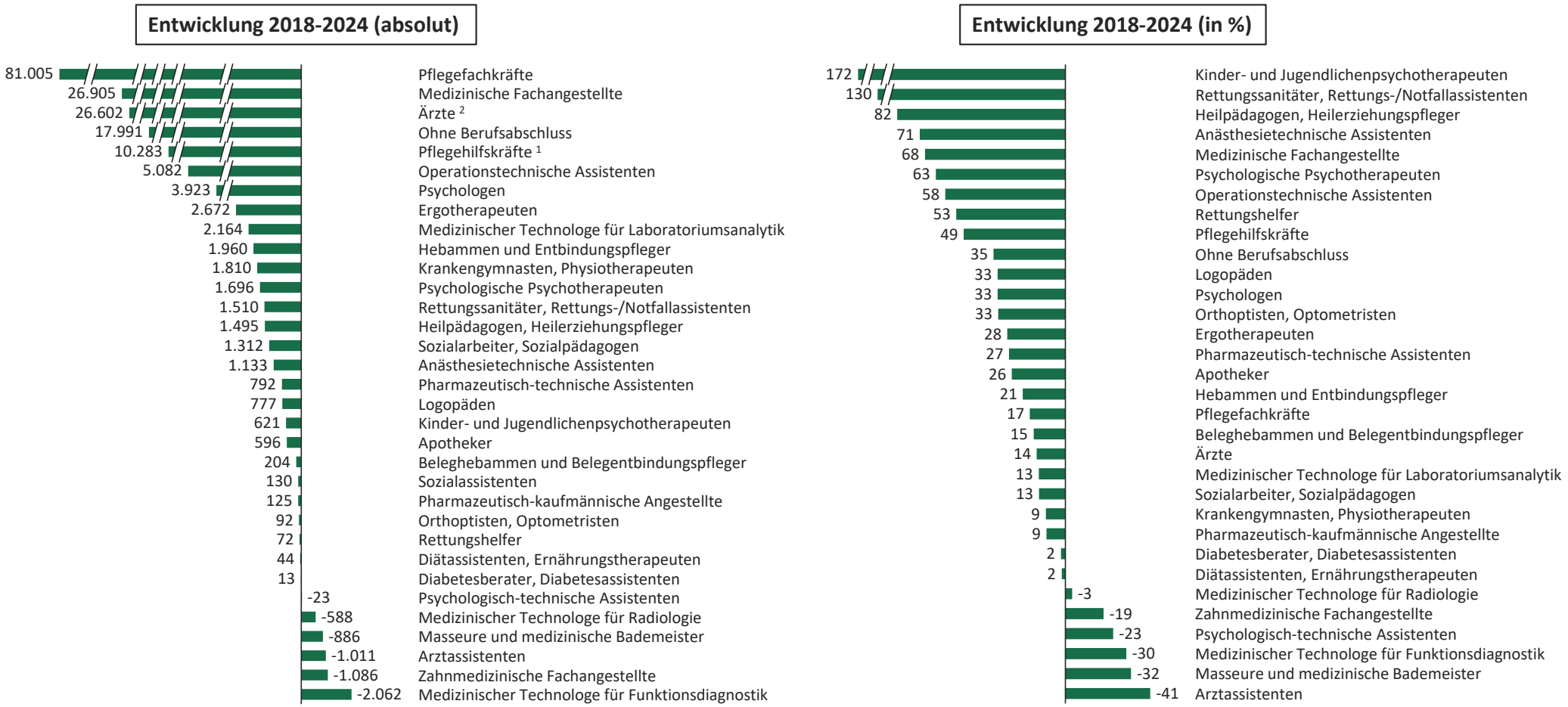
[6] Eine vollständige Ausweisung des Personalbestands nach Berufsgruppen ist in der Statistik „Grunddaten der Krankenhäuser“ erst seit 2018 gegeben.

Abb. 20: Personalbestand nach Berufsgruppen im Jahr 2024



[1] Dreijährig ausgebildete oder gleichwertig anerkannte sowie akademisch ausgebildete Pflegekräfte
[2] Bis zu zweijährig ausgebildete oder gleichwertig anerkannte Pflegekräfte
Quelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1. bzw. 6.1.1. Verschiedene Jahrgänge (Destatis 1990 ff., 2004 ff.).
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 21: Entwicklung des Personalbestands nach Berufsgruppen im Zeitraum 2018–2024



[1] Dreijährig ausgebildete oder gleichwertig anerkannte sowie akademisch ausgebildete Pflegekräfte

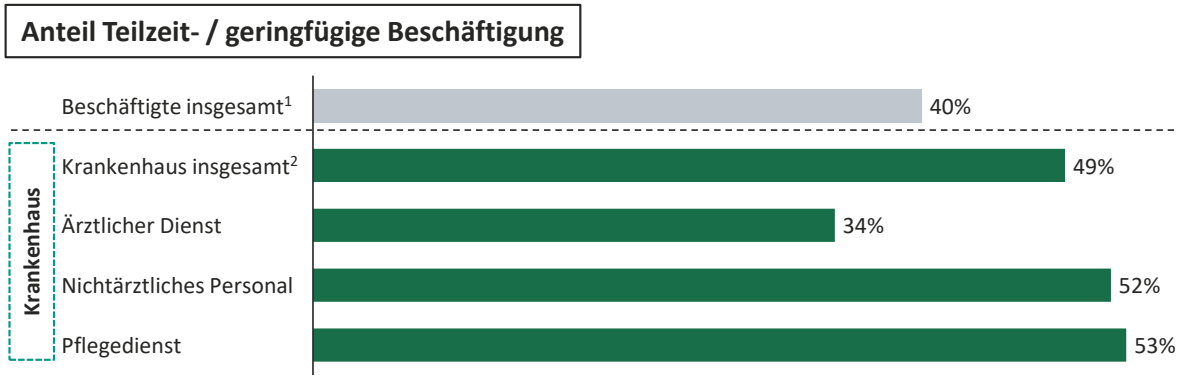
[2] Bis zu zweijährig ausgebildete oder gleichwertig anerkannte Pflegekräfte Quelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1. bzw. 6.1.1. Verschiedene Jahrgänge (Destatis 1990 ff., 2004 ff.).

© Deutsches Krankenhausinstitut

2.1.5 Teilzeit- / geringfügige Beschäftigung und Geschlecht

Wie bereits in den vorherigen Darstellungen zu beobachten war, unterscheidet sich das Verhältnis von Vollkräften (Vollzeitäquivalenten) zu Köpfen zwischen den Dienstbereichen teils deutlich. Dies hängt erwartungsgemäß mit Unterschieden bei der Ausprägung von Teilzeit- und geringfügiger Beschäftigung zusammen (vgl. **Abb. 22**). Im Pflegedienst arbeitete im Jahr 2024 mehr als die Hälfte (ca. 53 %) der Beschäftigten in Teilzeit oder geringfügiger Beschäftigung. Im ärztlichen Dienst arbeitete im Jahr 2024 dagegen nur jeder Dritte (ca. 34 %) in Teilzeit und geringfügiger Beschäftigung. Die meisten Teilzeitkräfte im ärztlichen und im Pflegedienst arbeiten 30 bis unter 35 Stunden pro Woche (Ergebnis nicht dargestellt). Insgesamt liegt die Quote der in Teilzeit- und geringfügiger Beschäftigung tätigen Personen im Krankenhaus mit rund 49 % deutlich über dem Bundesdurchschnitt der abhängig Beschäftigten (ca. 40 %).

Abb. 22: Anteil der Teilzeit- / geringfügig Beschäftigten im Jahr 2024



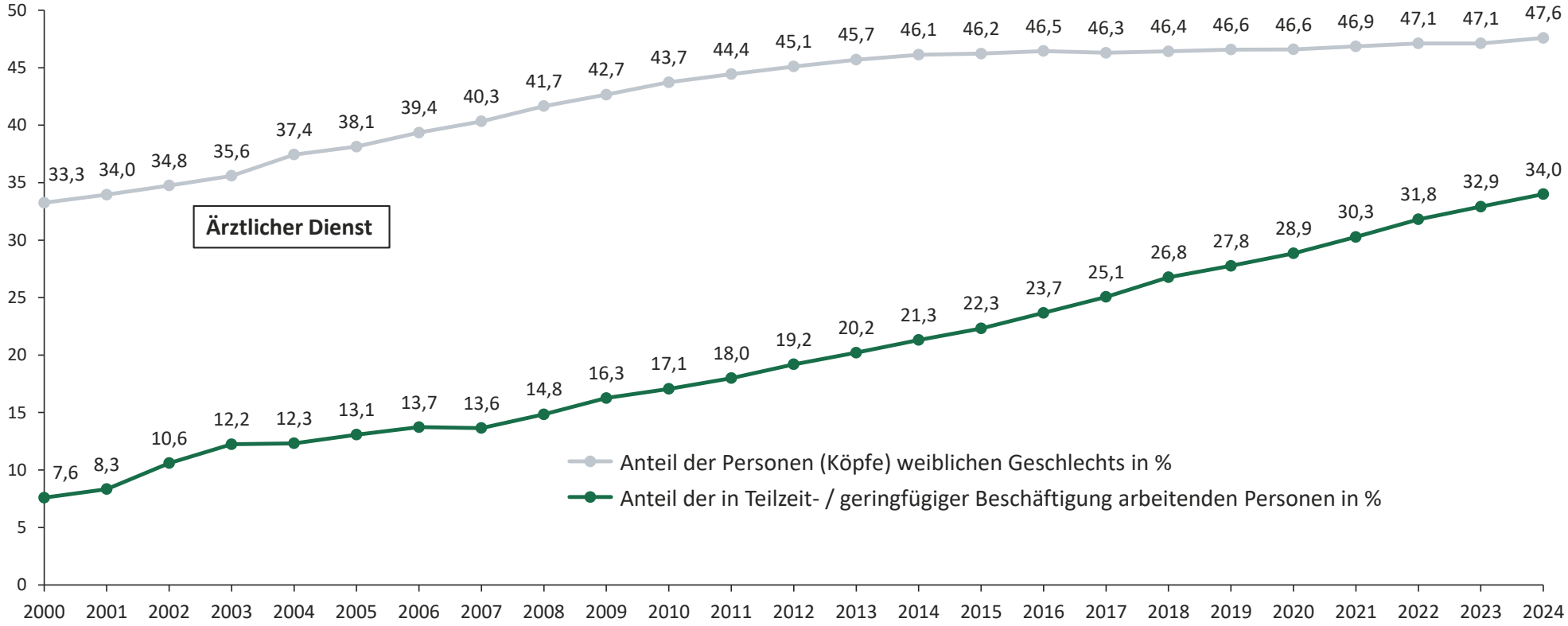
Hinweise: [1] Abhängig Erwerbstätige in Deutschland. [2] Ohne Personal der Ausbildungsstätten und Schüler bzw. Auszubildende.
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1. bzw. 6.1.1. Verschiedene Jahrgänge (Destatis 1990 ff., 2004 ff.) und Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) tab_az2502.xlsx .
© Deutsches Krankenhausinstitut

Nach Geschlechtern betrachtet hat der Anteil der Frauen im ärztlichen Dienst seit dem Jahr 2000 kontinuierlich zugenommen (vgl. **Abb. 23**). Während laut amtlicher Statistik im Jahr 2000 gerade einmal ein Drittel aller Beschäftigten im ärztlichen Dienst weiblichen Geschlechts war, sind es im Jahr 2024 fast die Hälfte (ca. 47 %).

Anders als im ärztlichen Dienst sind die Mitarbeiterinnen im Pflegedienst den männlichen Kollegen historisch zahlenmäßig sehr überlegen (vgl. **Abb. 24**). Der Anteil hat sich allerdings von 89 % im Jahr 2000 auf mittlerweile knapp 83 % verringert. Dennoch hat sich auch hier die Quote der Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten, die sich historisch auf einem recht hohen Niveau bewegt, kontinuierlich weiter bis auf 53,4 % im Jahr 2023 erhöht. Allerdings kann für das Jahr 2024 ein Trendbruch beobachtet werden, da sich die Quote erstmals wieder verringert hat (53,0 %).

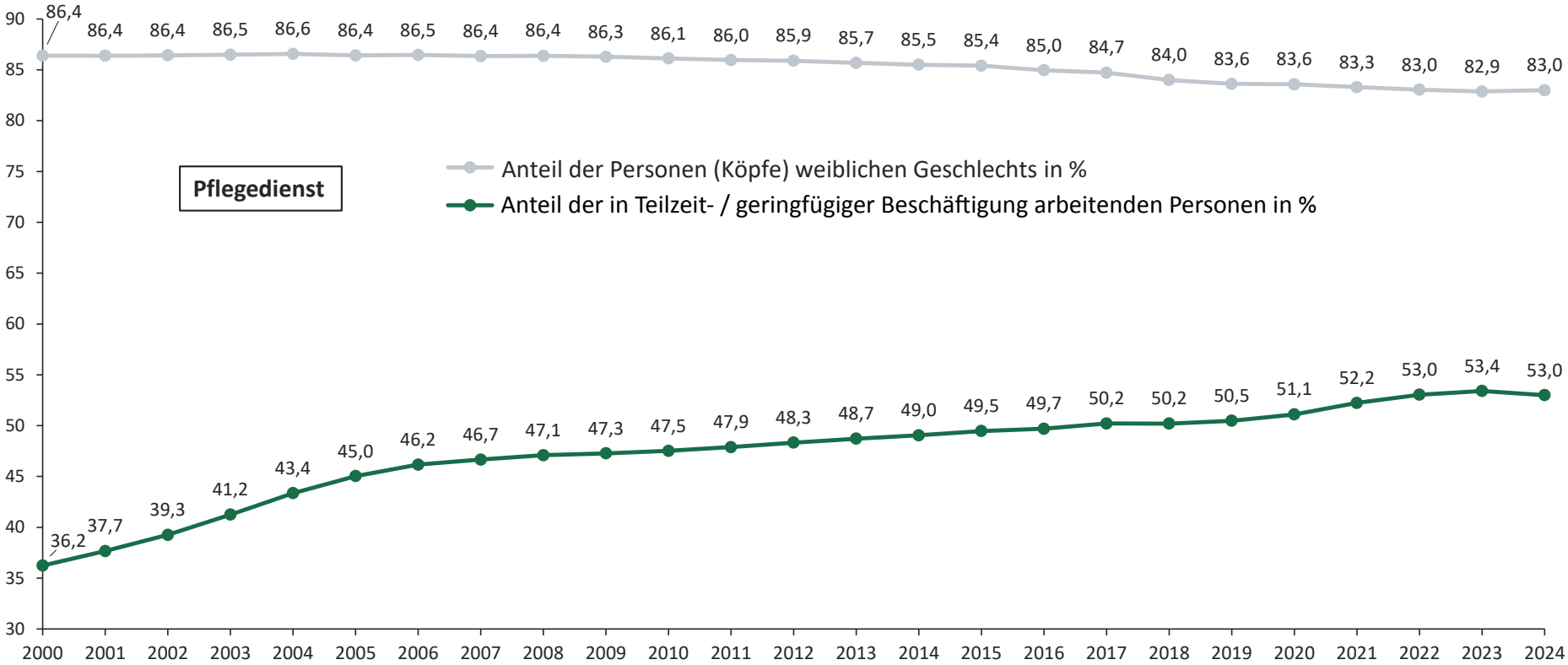
Nach Geschlechtern getrennt betrachtet (vgl. **Abb. 25**) ist der Anteil der Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten innerhalb der beiden Gruppen Pflegedienst und ärztlicher Dienst insbesondere seit 2010 sowohl unter Frauen als auch unter Männern ähnlich steil gestiegen. Damit arbeiten weiterhin deutlich mehr Frauen in Teilzeit- oder geringfügiger Beschäftigung als Männer.

Abb. 23: Anteil der Teilzeit- / geringfügig Beschäftigten und Frauenanteil im ärztlichen Dienst im Zeitraum 2000–2024



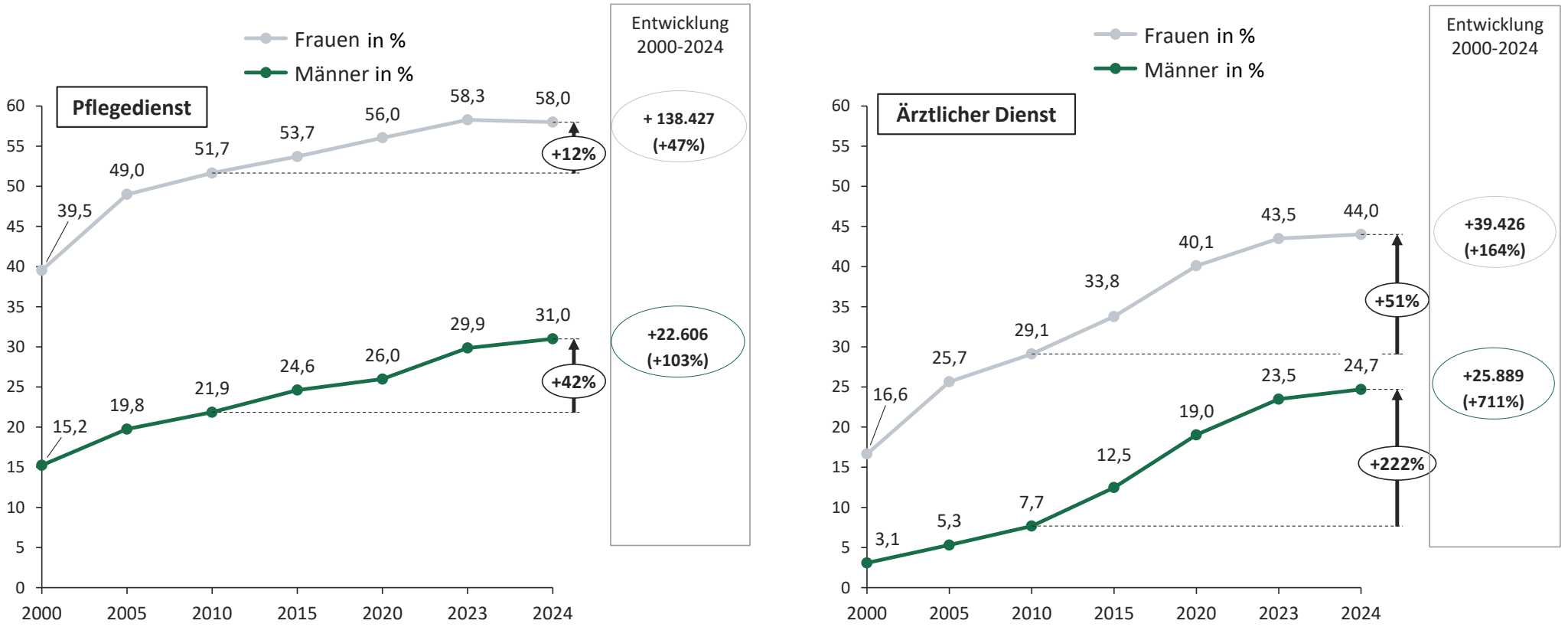
Hinweise: Hauptamtliche Ärzte ohne Belegärzte. Ab 2004 inkl. Ärzte im Praktikum. Ab 2018 inkl. Zahnärzte.
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1. bzw. 6.1.1. Verschiedene Jahrgänge (Destatis 1990 ff., 2004 ff.). © Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 24: Anteil der Teilzeit- / geringfügig Beschäftigten und Frauenanteil im Pflegedienst im Zeitraum 2000–2024



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1. bzw. 6.1.1. Verschiedene Jahrgänge (Destatis 1990 ff., 2004 ff.). © Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 25: Anteil der Teilzeit- / geringfügig Beschäftigten nach Geschlecht im Pflegedienst und ärztlichen Dienst im Zeitraum 2000–2024



Hinweise: Hauptamtliche Ärzte ohne Belegärzte. Ab 2004 inkl. Ärzte im Praktikum. Ab 2018 inkl. Zahnärzte.
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1. bzw. 6.1.1. Verschiedene Jahrgänge (Destatis 1990 ff., 2004 ff.). © Deutsches Krankenhausinstitut



2.2 Personalbeanspruchung

Die Beanspruchung des Personals im Krankenhaus wird wesentlich durch die Entwicklung der Leistungsmenge bestimmt. Im Folgenden wird die Fallzahlentwicklung für stationäre und ambulante Krankenhausleistungen sowie die Entwicklung der vollstationären Fälle und Belegungstage je Vollkraft in den zentralen Dienstbereichen betrachtet.

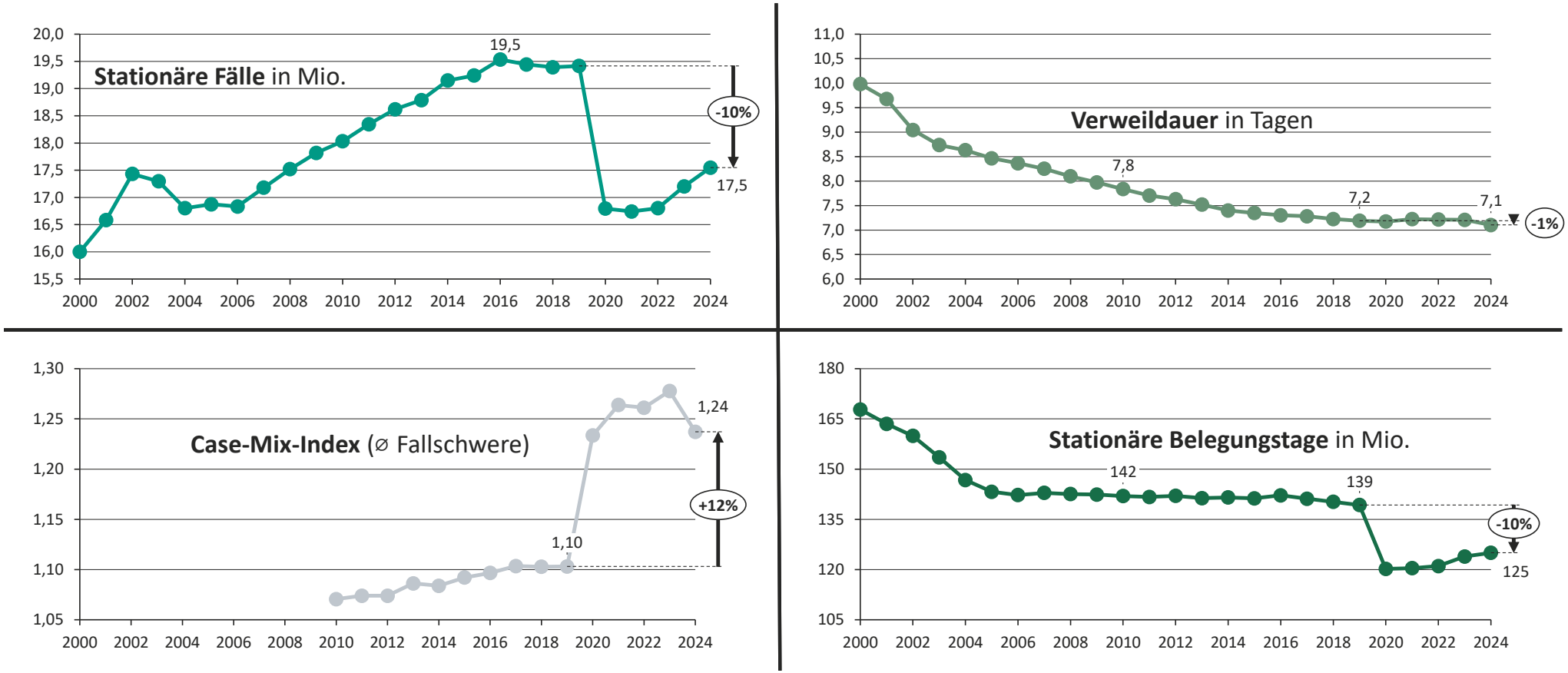
2.2.1 Stationäre Leistungsentwicklung

Die Zahl der (voll-)stationären Fälle ist in Deutschland über viele Jahre hinweg angestiegen und erreichte 2016 mit rund 19,5 Mio. einen Höchststand (vgl. **Abb. 26**). Seit Beginn der COVID-19-Pandemie ist, aufgrund der bewussten Reduzierung elektiver Fälle, ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen: 2020 sank die Fallzahl sprunghaft um etwa 14 % auf 16,8 Mio. Zuletzt nahm die Zahl der stationären Fälle wieder kontinuierlich zu. Die Fälle der zum 1. Januar 2024 eingeführten Hybrid-DRGs, die bisher keine explizite Erfassung durch das Statistische Bundesamt erfahren, werden nicht zu den stationären Fällen gezählt. Bereinigt um diese ca. 300 Tsd. liegt der Fahlzahlanstieg 2024 bei 2 %. Insgesamt liegt die Zahl der stationären Fälle im Jahr 2024 mit rund 17,5 Mio. jedoch weiterhin etwa 10 % unter dem Niveau von 2019.

Die mittlere Verweildauer je vollstationären Fall ist seit 2000 dagegen nahezu kontinuierlich zurückgegangen. Nach einem stärkeren Rückgang in den 2000er Jahren flachte die Entwicklung in den letzten Jahren ab; zwischen 2019 und 2024 verringerte sich die mittlere Verweildauer nur noch geringfügig um etwa 1 % auf 7,1 Tage. Dementsprechend blieb die Zahl der stationären Belegungstage zwischen 2005 und 2019 zunächst relativ konstant, nahm jedoch danach in ähnlicher Größenordnung wie die Zahl der stationären Fälle ab (-10 % gegenüber 2019).

Gleichzeitig hat die Komplexität der stationären Behandlung ab 2019 zugenommen. Der Case-Mix-Index, der den durchschnittlichen Ressourcenaufwand pro Fall misst und indirekt mit Einschränkungen auch Auskunft über die medizinische Fallschwere gibt, ist zwischen 2019 und 2024 (nicht zuletzt durch eine deutliche Zunahme des Anteils intensivmedizinischer Fälle) um rund 12 % gestiegen. Auch der Anteil der Patienten ab 85 Jahren steigt seit vielen Jahren kontinuierlich an und hat allein im Vergleich zum Vorkrisenniveau um etwa 15 % zugenommen. Dies deutet darauf hin, dass mit der rückläufigen Zahl stationärer Fälle kein proportionaler Rückgang der Behandlungsintensität verbunden ist. Vielmehr machen komplexe und pflegeintensive Fälle einen wachsenden Anteil der stationären Versorgung aus. Methodische Einschränkungen durch Kataloganpassungen und Normierungen sind bei langfristigen Vergleichen des Case-Mix-Indexes zwar zu berücksichtigen, die beobachteten Trends deuten jedoch robust auf einen steigenden durchschnittlichen Fallaufwand hin.

Abb. 26: Entwicklung stationärer Leistungskennzahlen in Deutschland im Zeitraum 2000–2024



Hinweis: Laut Auskunft von Destatis enthalten die ausgewiesenen stationären Fälle keine Hybrid-DRG-Fälle gemäß § 115f SGB V. Case-Mix-Index: Summe der DRG-Relativgewichte (Case-Mix) / Anzahl der DRG-Fälle. Ab 2020 Summe aus Case-Mix aG-DRG und „Pflege-Case-Mix“ (Bezugsgröße Pflege*Tage / Bezugsgröße DRG). Vergleichbarkeit über längere Zeiträume wegen Normierung / Katalogänderungen eingeschränkt.
Quellen: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1. bzw. 6.1.1. Verschiedene Jahrgänge (Destatis 1990 ff., 2004 ff.) und Simulation der DKG auf Basis der § 21 Daten (Case Mix Index).
© Deutsches Krankenhausinstitut

2.2.2 Stationäre Fälle und Belegungstage je Vollkraft

Bildet man nun den Quotienten aus stationären Fällen bzw. Belegungstagen und den Vollkräften nach Dienstbereichen, so ergibt sich folgendes Bild (vgl. **Abb. 27**): Über den gesamten Zeitraum von 2000 bis 2024 zeigt sich eine Abnahme der Fälle und Belegungstage je Vollkraft in fast allen Bereichen, wenngleich mit deutlichen Unterschieden zwischen den Funktionsdiensten. Im Pflegedienst stieg die Zahl der stationären Fälle je Vollkraft zunächst an und lag bis Ende der 2010er Jahre etwa 20 % über dem Ausgangswert von 2000. In den anderen Dienstbereichen ist dagegen bis 2019 ein kontinuierlicher Rückgang der Fälle je Vollkraft zu beobachten – insbesondere im ärztlichen Dienst (mehr als 20 %). Bei den stationären Belegungstagen je Vollkraft verläuft der Trend über alle Bereiche hinweg bereits seit 2000 abwärts, wobei durch die sinkenden Liegedauern von einer deutlichen Arbeitsverdichtung pro Belegungstag ausgegangen werden muss.

Mit dem pandemiebedingten Einbruch der Fallzahlen ab 2020 sank die Zahl der stationären Fälle und Belegungstage je Vollkraft in allen Dienstbereichen deutlich. Durch den starken und weiter anhaltenden Personalaufbau im Pflegedienst seit 2018 geht die Fallzahl je Vollkraft hier auch nach 2020 weiter zurück. Die Interpretation des Rückgangs im Vergleich zu 2019 als reine „Produktivitätsminderung“ greift allerdings zu kurz. Mehrere Entwicklungen, die teils politisch forciert, teils strukturell bedingt sind, tragen zur Verschiebung von Leistungsmenge und Personalrelation bei:

1. Politisch gesteuerte Verbesserung der Personalschlüssel:

Seit 2019 wurden zahlreiche pflegepersonalrelevante Regelungen eingeführt oder ausgeweitet, darunter die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV), das Pflegebudget (PpSG), die Personalrichtlinie Psychiatrie und Psychosomatik (PPR-RL), die Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV). Hinzu kommen neue personalwirksame Strukturvorgaben, z. B. durch die (künftigen) Leistungsgruppen, jährlich erweiterten OPS-Komplexkodes und Qualitätsrichtlinien des G-BA. Diese Instrumente zielen ausdrücklich auf eine bessere Personalausstattung und führen damit zwangsläufig und politisch erwünscht zu niedrigeren Fall- und Belegungstagszahlen je Vollkraft.

2. Gestiegene Komplexität pro stationärem Fall:

Die Zunahme des Case-Mix-Indexes (+12 %), des Anteils sehr alter Patienten (+15 %) sowie des Anteils intensivmedizinischer Fälle (+12 %) seit 2019 verdeutlicht, dass die verbleibenden stationären Fälle aufwendiger zu versorgen sind. Höhere Anforderungen an Pflegeintensität, Überwachung und ärztliche Steuerung wirken sich direkt auf die Leistungsfähigkeit je Vollkraft aus.

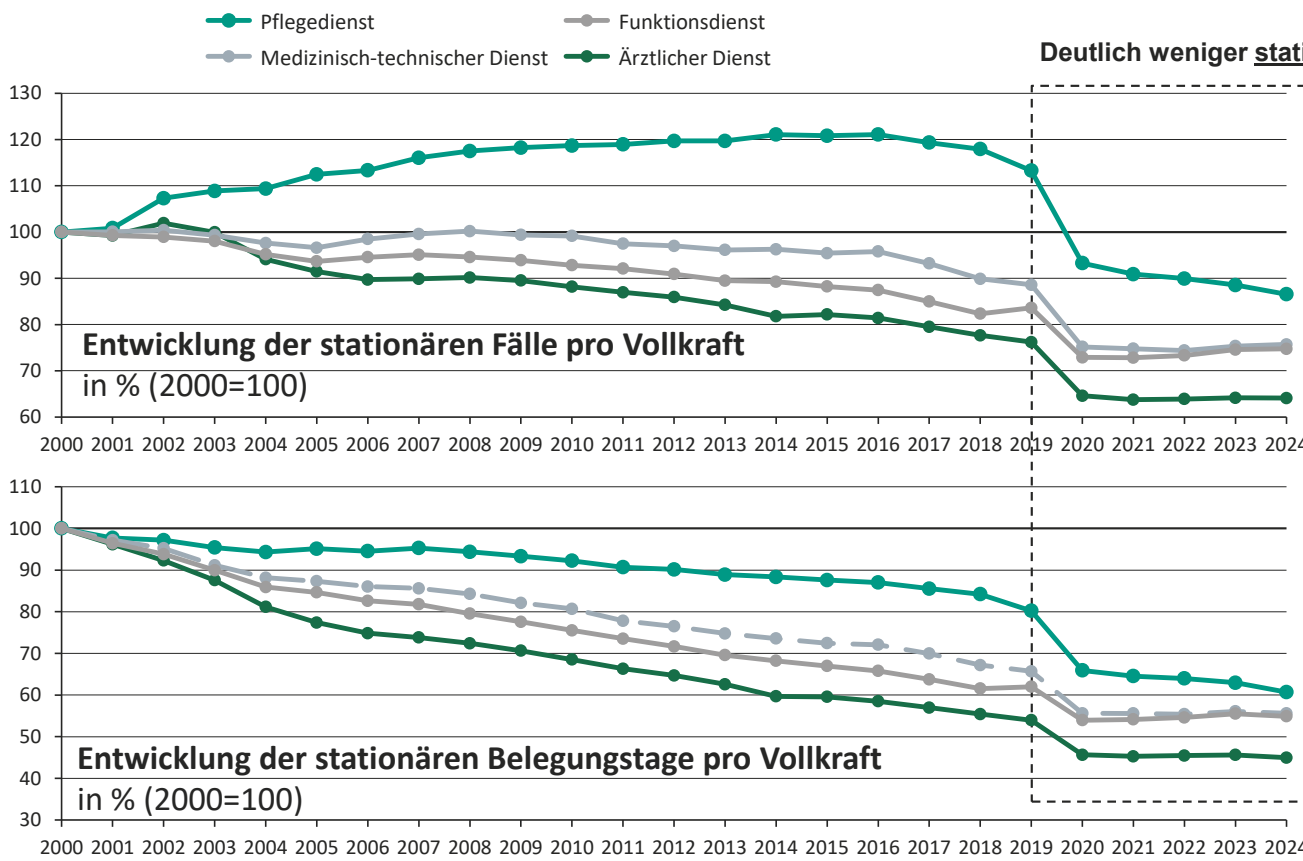
3. Hoher Krankenstand und zunehmende Bürokratielast:

Im Jahr 2024 lag die durchschnittliche Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage in der Krankenpflege bei rund 27 Tagen und damit deutlich über dem Durchschnitt aller Berufstätigen (etwa 18 Tage). Zusätzlich wird der Dokumentationsaufwand im ärztlichen Dienst und im Pflegedienst auf rund drei Stunden pro regulärem (achtstündigem) Arbeitstag und Vollkraft geschätzt. Beide Faktoren reduzieren die effektive Zeit für direkte Patientenversorgung.

4. Nicht erfasste Arbeitslast durch ambulante Leistungen:

Die dargestellten Kennzahlen „Fälle bzw. Belegungstage je Vollkraft“ beziehen sich ausschließlich auf stationäre Leistungen. Das erhebliche Wachstum der ambulanten Leistungen seit 2019, insbesondere im Bereich der ambulanten Operationen nach § 115b SGB V (+23 %), der Notfallbehandlungen (+19 %) und neuerdings im Bereich der Hybrid-DRG-Fälle, erhöht die Arbeitslast des Personals zusätzlich, ohne in den stationären Leistungskennzahlen sichtbar zu werden.

Abb. 27: Prozentuale Entwicklung der stationären Fälle / Belegungstage pro Vollkraft nach Dienstbereichen im Zeitraum 2000–2024



Deutlich weniger <u>stationäre</u> Fälle / Belegungstage pro Vollkraft seit 2019:

(1) Bessere Personalschlüssel politisch erwünscht:
- Seit 2019: Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV)
- Seit 2019: Diverse neue personalwirksame Strukturvorgaben (Leistungsgruppen, OPS-Komplexcodes, G-BA-Qualitätsrichtlinien)
- Seit 2020: Pflegebudget (PpSG)
- Seit 2020: Personalrichtlinie Psychiatrie und Psychosomatik (PPR-RL)
- Seit 2024: Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV)
- Seit 2025: Erprobung ärztlicher Personalbemessung (§ 137m SGB V)

(2) Aber: Gestiegene Komplexität pro stationärem Fall (2019-2024):
- Anteil Patienten ≥ 85 Jahre: + 15%[1]
- Case-Mix-Index: + 12%[2]
- Anteil intensivmedizinischer Fälle: + 12%

(3) Aber: Hoher Krankenstand und zunehmende Bürokratielast (2024):
- ⌀ 27 AU-Tage in der Krankenpflege (⌀ 18 bei Beschäftigten insgesamt)[3]
- ⌀ rund 3 Std. Dokumentationsaufwand pro Tag & VK im ÄD/PD[4]

(4) Zudem hier nicht berücksichtigt: Gestiegene Arbeitslast durch hohes Wachstum <u>ambulanter</u> Leistungen im Krankenhaus (2019-2024):
- Ambulante Behandlungsfälle: + 3 Mio. (+ 14%)
- Ambulante Notfallbehandlungen: + 2 Mio. (+ 19%)
- Vorstationäre Behandlungsfälle: + 540 Tsd. (+ 11%)
- Teilstationäre Berechnungstage: + 470 Tsd. (+ 6%)
- Hybrid-DRG-Fälle + 326 Tsd. (2024)

Hinweis: Ärztlicher Dienst: Hauptamtliche Ärzte und Zahnärzte (ohne Belegärzte und bis 2017 ohne Zahnärzte, bis 2003 einschließlich Ärzte im Praktikum, ab 2004 sind die ehemaligen Ärzte im Praktikum als Assistenzärzte in der Zahl der hauptamtlichen Ärzte enthalten). Nichtärztliches Krankenhauspersonal ohne Schüler / Auszubildende. Case-Mix-Index: Summe der DRG-Relativgewichte (Case-Mix) / Anzahl der DRG-Fälle. Ab 2020 Summe aus Case-Mix aG-DRG und „Pflege-Case-Mix“ (Bezugsgröße Pflege*Tage / Bezugsgröße DRG). Vergleichbarkeit über längere Zeiträume wegen Normierung / Katalogänderungen eingeschränkt.
Quellen: Eigene Berechnungen auf Basis von Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser (Fachserie 12, Reihe 6.1 bzw. 6.1.1), verschiedene Jahrgänge 2000–2024 (Destatis 2000 ff.);
[1] Regionaldatenbank statistische Ämter des Bundes und der Länder: 23131-0002;
[2] Simulation der DKG auf Basis der § 21 Daten;
[3] Techniker Krankenkasse 2025;
[4] DKI-Blitzumfrage September 2025
© Deutsches Krankenhausinstitut

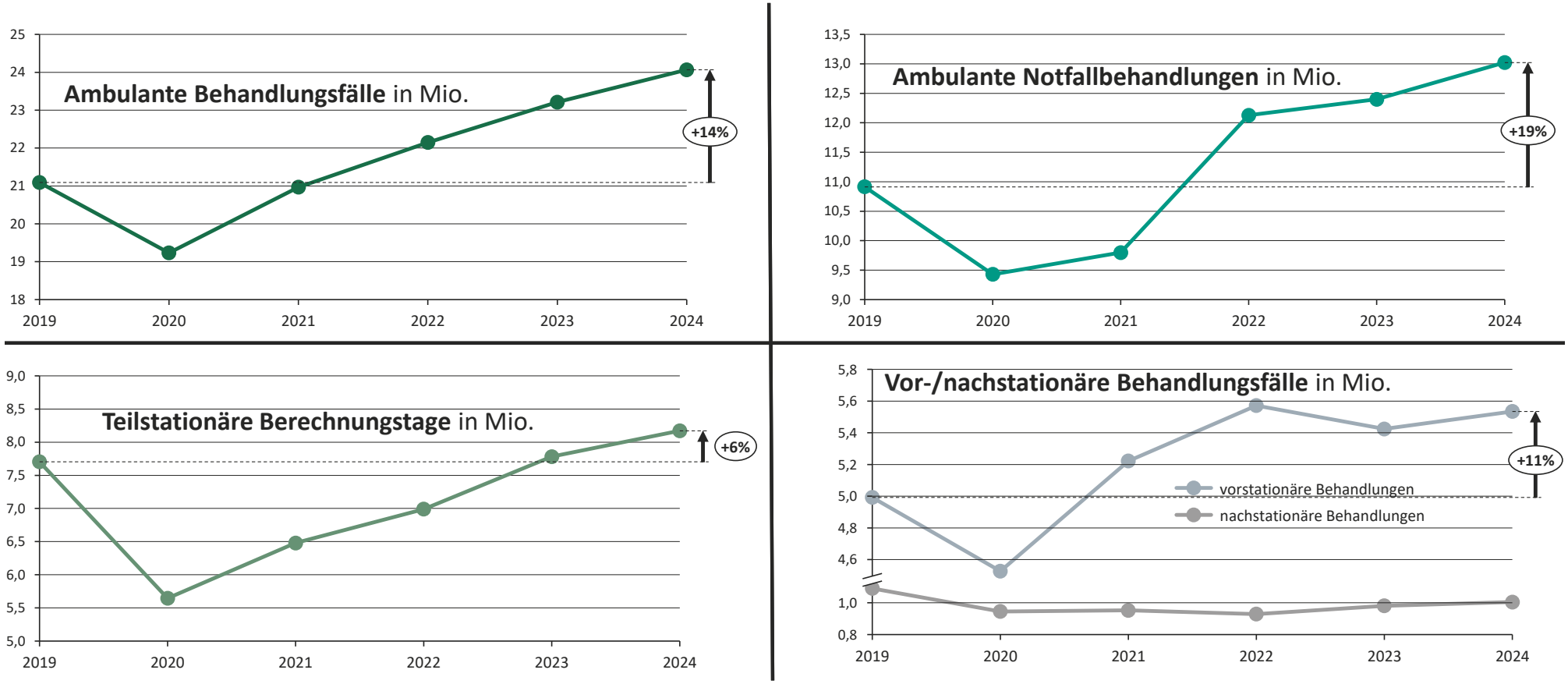
2.2.3 Ambulante Leistungsentwicklung am Krankenhaus

Gegenläufig zur rückläufigen Entwicklung im stationären Bereich ist in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg der ambulanten Krankenhausleistungen zu beobachten (vgl. **Abb. 28** und **Abb. 29**).

Zwischen 2019 und 2024 stieg die Zahl der ambulanten Behandlungsfälle in Krankenhäusern um rund 3 Mio. (+14 %). Hervorzuheben ist hierbei das starke Wachstum bei den ambulanten Operationen nach § 115b SGB V (+25 %), den Behandlungen durch Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V (+26 %) und psychiatrischen Institutsambulanzen nach§ 118 SGB V (+8 %) sowie den sonstigen ambulanten Leistungen (+23 %).[7]

[7] Ergebnisse nicht dargestellt. Quelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1. bzw. 6.1.1. Verschiedene Jahrgänge (Destatis 1990 ff., 2004 ff.). © Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 28: Entwicklung ambulanter Krankenhausleistungen in Deutschland im Zeitraum 2019–2024

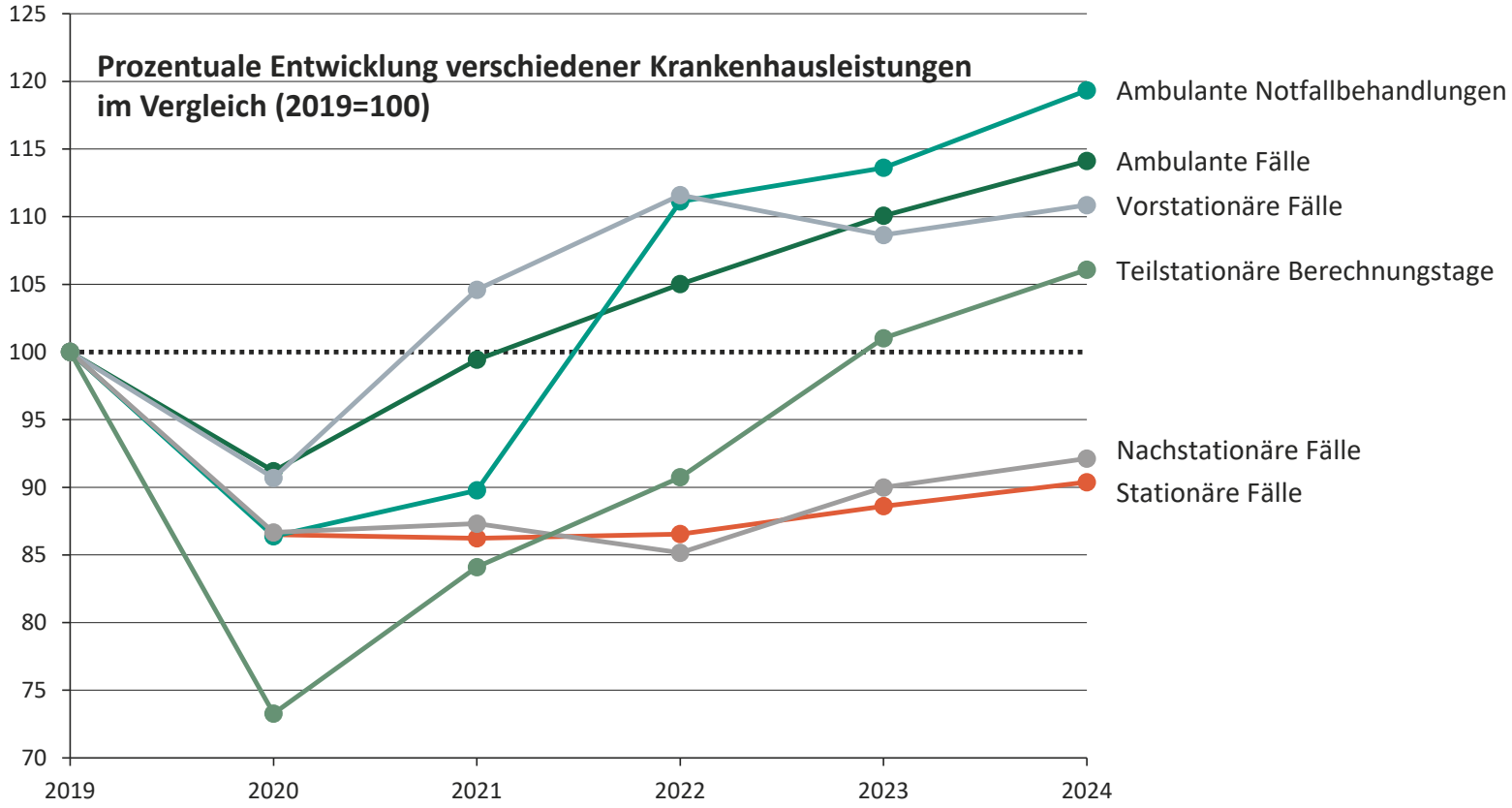


Quelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1. bzw. 6.1.1. Verschiedene Jahrgänge (Destatis 1990 ff., 2004 ff.). © Deutsches Krankenhausinstitut

Auch die ambulanten Notfallbehandlungen nahmen im gleichen Zeitraum um etwa 2 Mio. Fälle zu (+19 %). In Summe erbrachten die Krankenhäuser im Jahr 2024 rund 37 Mio. ambulante Behandlungsfälle und Notfallbehandlungen. Zwischen 2019 und 2024 ist zudem die Zahl der vorstationären Fälle um 540 Tsd. gestiegen (+11 %), und die Zahl der teilstationären Berechnungstage erhöhte sich um etwa 470 Tsd. (+6 %). Hinzu kommt, dass im Jahr 2024 bereits etwa 300 Tsd. Hybrid-DRG-Fälle abgerechnet wurden.

Diese Entwicklungen verdeutlichen, dass die Krankenhäuser einerseits zunehmend in die klassisch ambulante Versorgung involviert sind und sich andererseits die Ambulantisierung von ehemals stationären Fällen in den letzten Jahren spürbar intensiviert hat. Vor allem weniger komplexe Eingriffe und Behandlungen werden zunehmend ambulant erbracht, während die verbleibenden stationären Fälle einen höheren Anteil an schweren und multimorbiden Patienten umfassen.

Abb. 29: Prozentuale Entwicklung verschiedener Krankenhausleistungen in Deutschland im Vergleich im Zeitraum 2019–2024



Hinweis: Laut Auskunft von Destatis enthalten die ausgewiesenen stationären Fälle keine Hybrid-DRG-Fälle gemäß § 115f SGB V.
Quelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1. bzw. 6.1.1. Verschiedene Jahrgänge (Destatis 1990 ff., 2004 ff.). © Deutsches Krankenhausinstitut

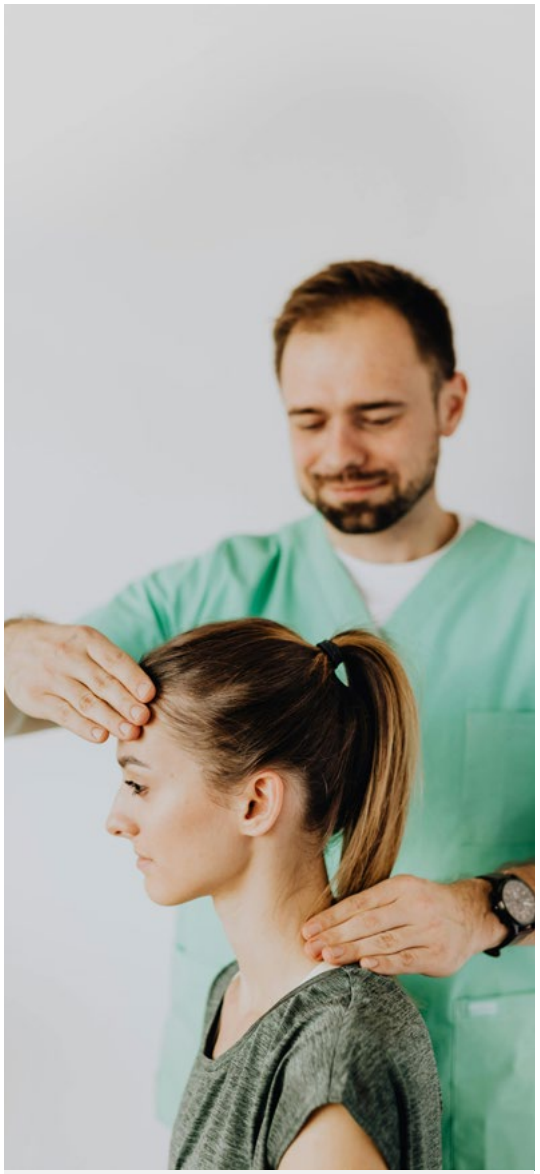
Für die Personalleistung in den Krankenhäusern ist zudem von Bedeutung, zu welchen Zeiten ambulante Leistungen erbracht werden. Mit Ausnahme der Notfallbehandlungen finden ambulante Krankenhausleistungen überwiegend zu den gleichen Tageszeiten statt wie die reguläre stationäre Versorgung, also vor allem vormittags und nachmittags an Werktagen. Da die räumliche Organisation vieler Krankenhäuser ambulante und stationäre Versorgungseinheiten zumindest teilweise trennt, können sich daraus mehrere Effekte ergeben:

- **Arbeitsverdichtung** kann entstehen, wenn zur gleichen Zeit sowohl ambulante als auch stationäre Patienten an unterschiedlichen Orten versorgt werden müssen, ohne dass der Personalbestand entsprechend ausgeweitet wurde.

- **Spitzenbelastungen** entstehen insbesondere dann, wenn ambulante Leistungen auf bestimmte Tageszeiten oder Wochentage konzentriert sind. Stationäre Behandlungen können in diesen Zeitfenstern häufig nicht im gleichen Umfang wie zuvor durchgeführt werden.

- **Leerzeiten** können dort auftreten, wo Personal zwischen ambulanten und stationären Behandlungsorten wechseln muss, etwa durch Wegezeiten, Umrüstzeiten oder Wartezeiten zwischen terminierter ambulanter Versorgung und nicht planbaren stationären Anforderungen.

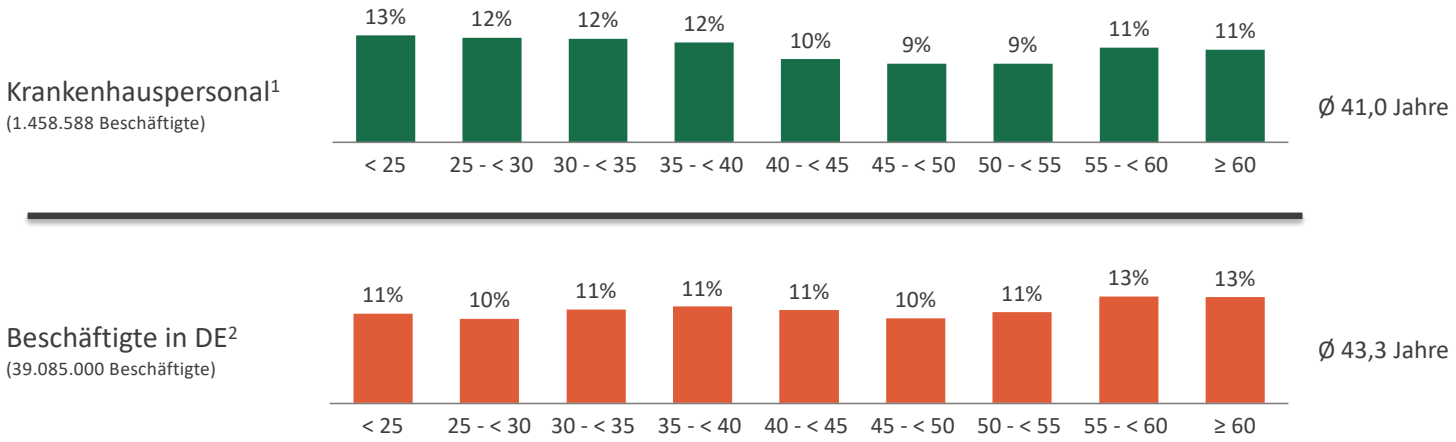
Damit bedeutet der Rückgang der Zahl der stationären Fälle und Belegungstage nicht automatisch eine Entlastung des Personals. Vielmehr deuten die Kennzahlen darauf hin, dass ein Teil der stationären Leistungsmenge in den ambulanten Sektor verlagert wurde und dort zusätzliche Arbeitslast erzeugt, die in klassischen stationären Kennziffern (z. B. Fällen oder Belegungstagen pro Vollkraft) nicht sichtbar ist.



2.3 Altersstruktur des Personals

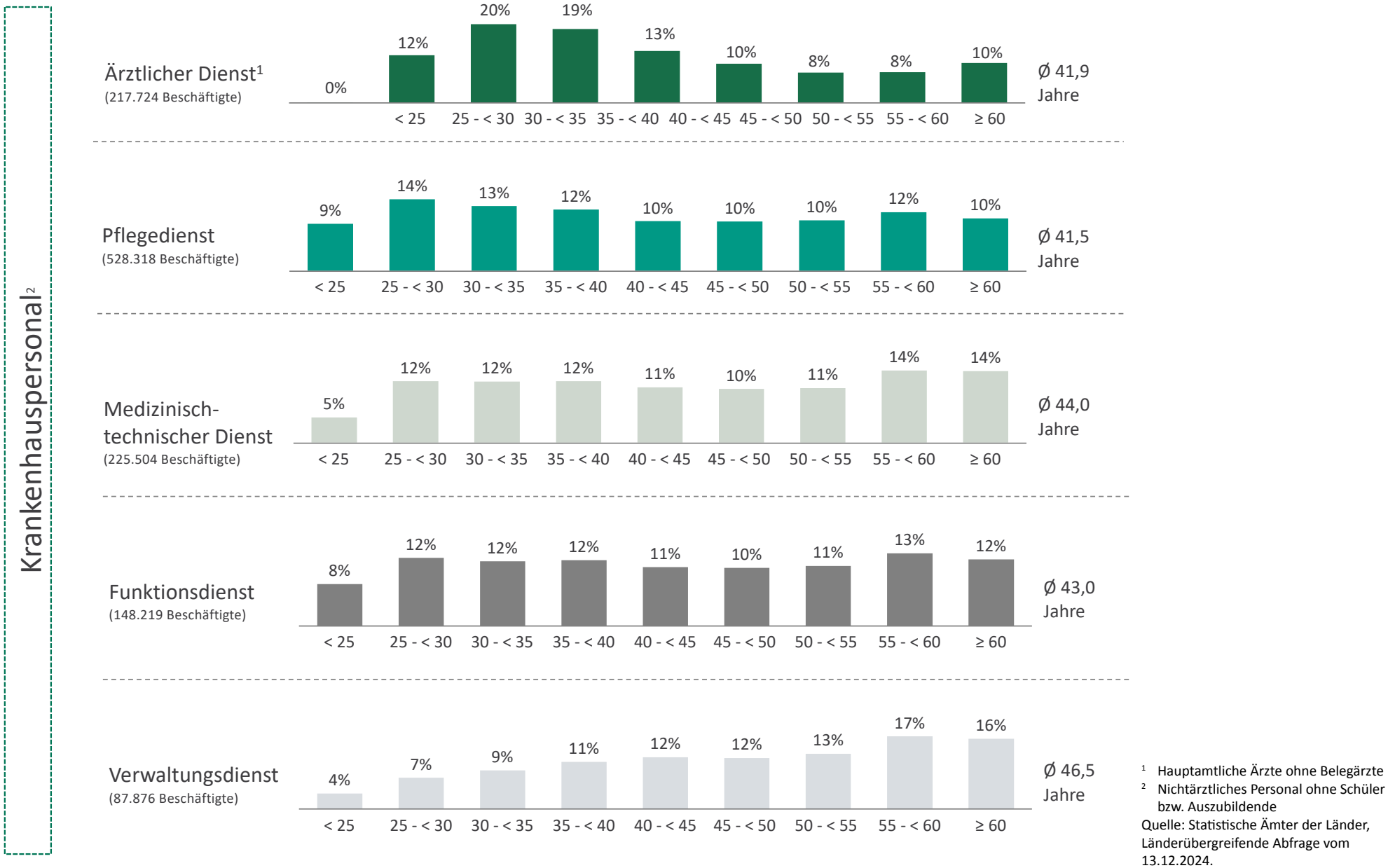
Das Durchschnittsalter des Krankenhauspersonals lag im Jahr 2024 mit 41,0 Jahren mehr als zwei Jahre unter dem Durchschnittsalter der abhängig Beschäftigten in Deutschland (43,3 Jahre, vgl. **Abb. 30**). Gleichwohl war im Jahr 2024 mehr als ein Fünftel (22 %) aller Krankenhausbeschäftigten 55 Jahre und älter. Es ist folglich absehbar, dass bis zum Jahr 2035 hochgerechnet rund 320 Tsd. Mitarbeiter altersbedingt aus dem Krankenhausdienst ausscheiden, da sie das Rentenalter erreichen oder kurz davorstehen. Gemessen am Anteil der 55-Jährigen und Älteren fällt der altersbedingte Ersatzbedarf in den Krankenhäusern (22 %) somit rein kalkulatorisch etwas geringer aus als insgesamt bei den abhängig Beschäftigten (26 %). Die günstigere Altersstruktur könnte jedoch auch damit zusammenhängen, dass ein Teil der Beschäftigten den Krankenhausbereich vor Erreichen der Regelaltersgrenze verlässt. Insbesondere im Pflegedienst, der mit hohen körperlichen und psychischen Anforderungen einhergeht, sprechen erhöhte krankheitsbedingte Ausfallzeiten und eine vergleichsweise schwächere Besetzung mit Mitarbeitern im Alter von 62 bis 65 Jahren dafür (vgl. **Abb. 33**). Der tatsächliche Ersatzbedarf könnte daher höher ausfallen, als es die Altersstruktur allein nahelegt.

Abb. 30: Altersverteilung der Krankenhausbeschäftigten insgesamt (inkl. Auszubildende) im Jahr 2024



[1] Summe aus hauptamtlichen Ärzten ohne Belegärzte und nichtärztlichem Krankenhauspersonal einschließlich Schüler bzw. Auszubildende
[2] Abhängig Beschäftigte in Deutschland einschließlich Schüler bzw. Auszubildende
Quelle: Krankenhauspersonal – Statistische Ämter der Länder, Länderübergreifende Abfrage vom 13.12.2024; Beschäftigte – Mikrozensus – Arbeitsmarkt 2024 (Erstergebnis) EVAS-Nummer 12211 und 12251. © Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 31: Altersverteilung der Krankenhausbeschäftigen nach Dienstbereichen (ohne Auszubildende) im Jahr 2024



[1] Hauptamtliche Ärzte ohne Belegärzte
[2] Nichtärztliches Personal ohne Schüler bzw. Auszubildende

Quelle: Statistische Ämter der Länder, Länderübergreifende Abfrage vom 13.12.2024.

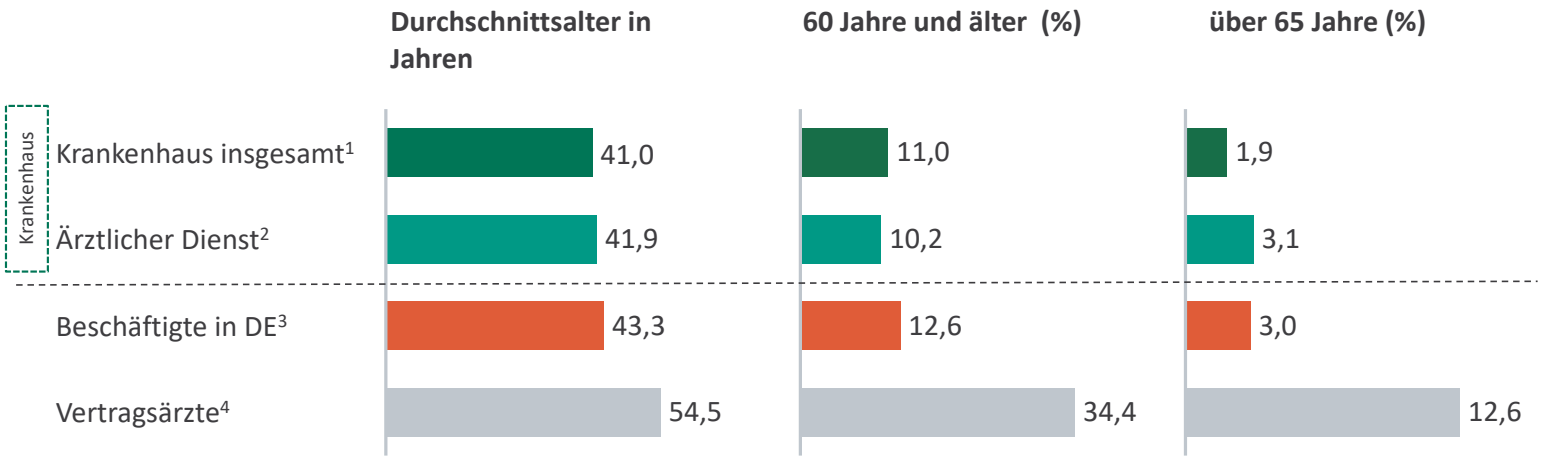
© Deutsches Krankenhausinstitut

Mit durchschnittlich 41,9 Jahren bzw. 41,5 Jahren waren die Beschäftigten (hier ohne Schüler und Auszubildende) im ärztlichen Dienst sowie im Pflegedienst im Jahr 2024 deutlich jünger als die Kolleginnen und Kollegen im Funktionsdienst (43,0 Jahre), medizinisch-technischen Dienst (44,0 Jahre) oder dem Verwaltungsdienst (46,5 Jahre) (vgl. **Abb. 31**).

Rund zwei Fünftel der Beschäftigten im ärztlichen Dienst waren im Jahr 2024 zwischen 30 und 40 Jahre alt. Hier spiegelt sich die im Vergleich zur Pflege deutlich längere Aus- und Weiterbildungszeit der Mediziner wider. Im Unterschied dazu nimmt in den anderen Dienstbereichen der Anteil von Beschäftigten in den Gruppen höheren Alters im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen tendenziell zu. Bei den Beschäftigten im Pflegedienst, medizinisch-technischen Dienst sowie Funktionsdienst war die Altersverteilung im Jahr 2024 insgesamt etwas gleichmäßiger und ähnlich der Altersverteilung des bundesweiten Durchschnitts.

Die im niedergelassenen Bereich tätigen Ärzte waren im Jahr 2024 mit 54,5 Jahren mehr als elf Jahre älter als der bundesweite Durchschnitt und mehr als zwölf Jahre älter als ihre im Krankenhaus tätigen Kollegen (vgl. **Abb. 32**). Das deutlich höhere Durchschnittsalter spiegelt sich auch im Anteil der über 60-Jährigen bzw. über 65-Jährigen wider. Im Vergleich zu den Krankenhausärzten war der Anteil der über 60-Jährigen und über 65-Jährigen im Vertragsarztbereich mit 34,4 % bzw. 12,6 % rund drei bzw. vier Mal so hoch.

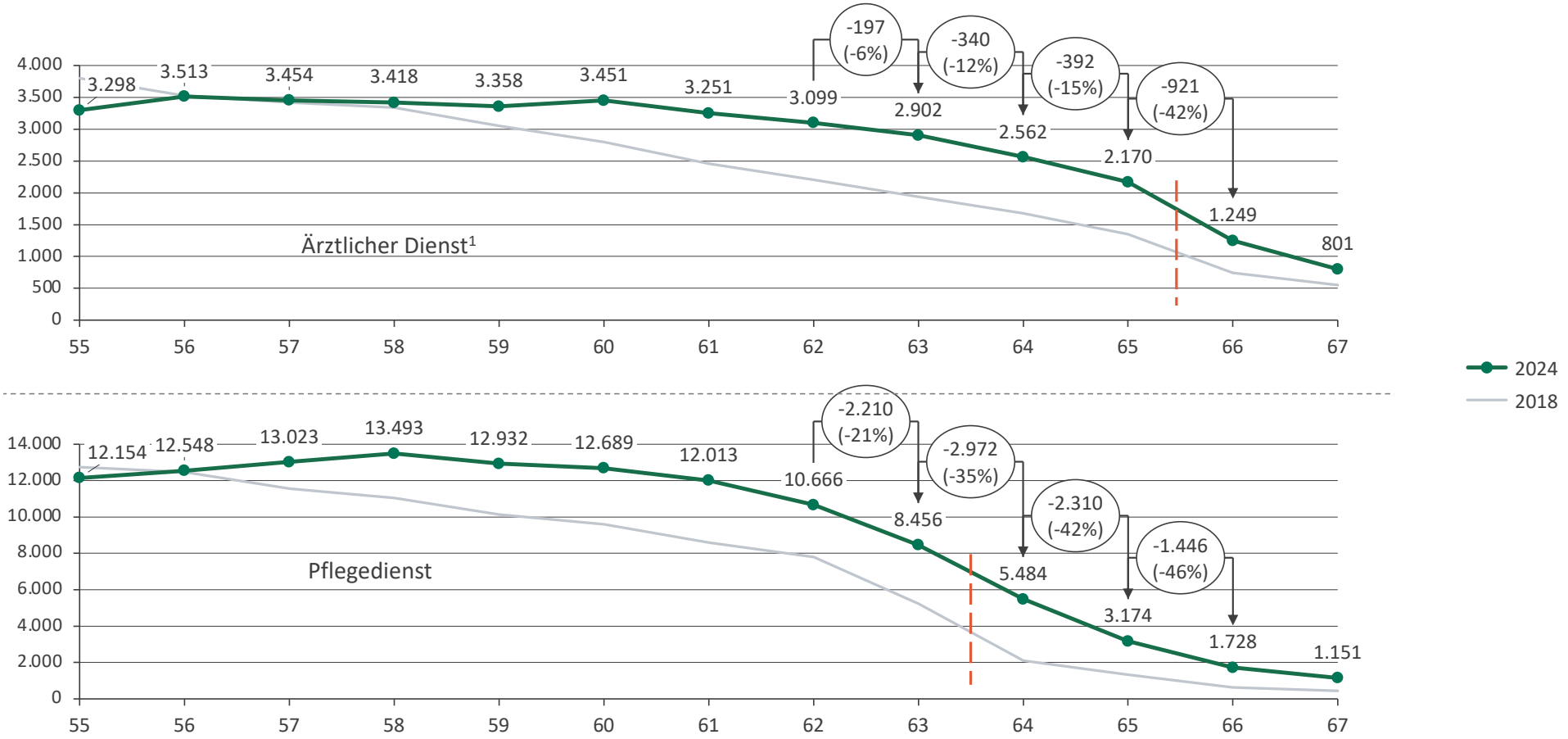
Abb. 32: Altersverteilung der Krankenhausbeschäftigten im Vergleich im Jahr 2024



[1] Summe aus hauptamtlichen Ärzten ohne Belegärzte und nichtärztlichem Krankenhauspersonal einschließlich Schüler bzw. Auszubildende
[2] Hauptamtliche Ärzte ohne Belegärzte
[3] Abhängig Beschäftigte in Deutschland
[4] An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte (ohne psychologische Psychotherapeuten)

Quellen: Krankenhauspersonal - Statistische Ämter der Länder, Länderübergreifende Abfrage vom 13.12.2024; Beschäftigte – Destatis, Mikrozensus – Arbeitsmarkt 2024 (Erstergebnis), EVAS-Nummer 12211 und 12251; Vertragsärzte - Eigene Berechnungen auf Basis der statistischen Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV (Abrufbar unter: https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php). © Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 33: Altersverteilung der Krankenhausbeschäftigten > 55 Jahre – Entwicklung im Zeitraum 2018–2024



[1] Hauptamtliche Ärzte ohne Belegärzte

Quelle: Statistische Ämter der Länder, Länderübergreifende Abfrage vom 13.12.2024. © Deutsches Krankenhausinstitut

Gemäß den jahrgangsbezogenen Altersdaten nimmt der Personalbestand im ärztlichen Dienst und im Pflegedienst ab einem Alter von 60 Jahren sukzessive ab (vgl. **Abb.33**). Bei den Beschäftigten im ärztlichen Dienst nimmt der Personalbestand überproportional zwischen 65 und 66 Jahren ab, im Pflegedienst zwischen 63 und 64 Jahren, das heißt, zwischen diesen Jahren verlassen die allermeisten Beschäftigten das Krankenhaus alters- bzw. rentenbedingt. Im Vergleich zum Jahr 2018 ist deutlich erkennbar, dass in beiden betrachteten Dienstbereichen die absolute Anzahl der Beschäftigten in höheren Altersgruppen während der letzten Jahre zugenommen hat.





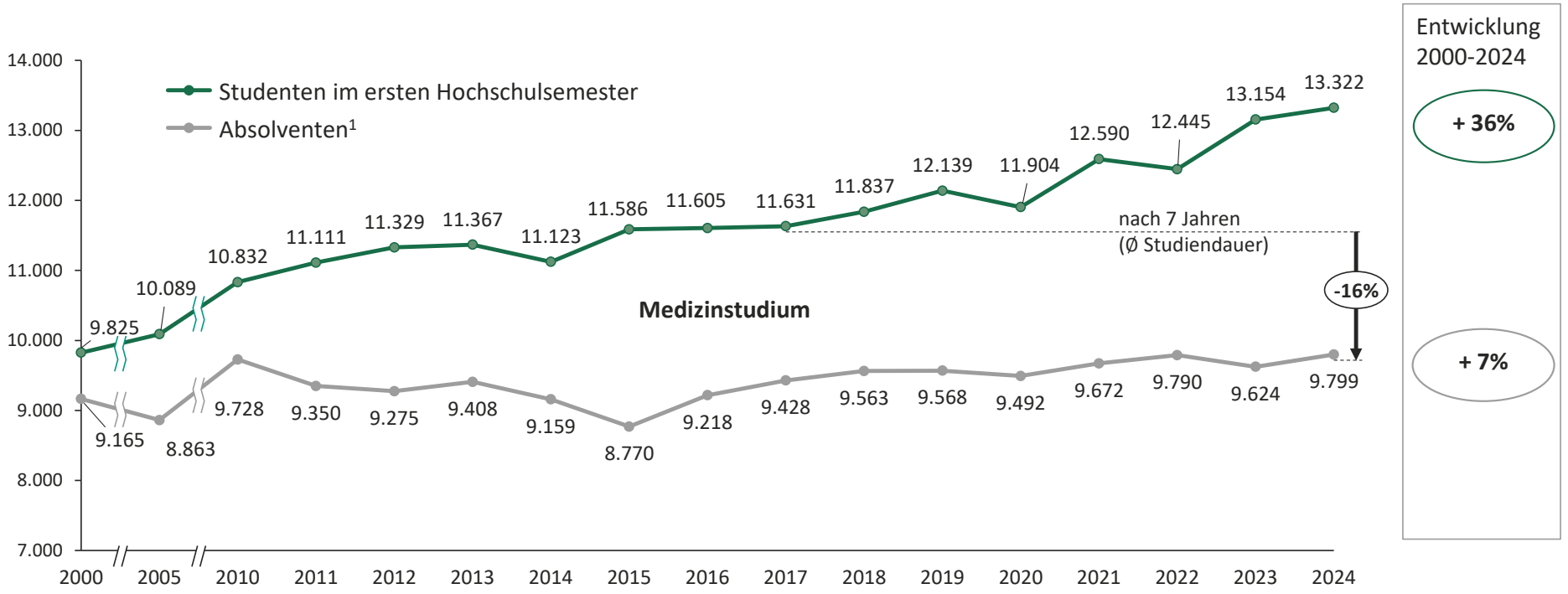
2.4 Ausbildung und Studium

Die Anzahl der im ersten Semester Studierenden der Humanmedizin ist seit dem Jahr 2000 von rund 9.800 um 36 % auf rund 13.200 gestiegen (vgl. **Abb. 34**). Die Anzahl der Absolvierenden ist dagegen nur um 7 % gestiegen. Das Verhältnis von Studierenden im ersten Hochschulsemester zu Absolvierenden nach durchschnittlicher Studiendauer von sieben Jahren (im Folgenden vereinfacht „Abbruchquote“ genannt) lag im Zeitraum von 2017 bis 2024 bei rund 16 %.

Die dreijährig examinierten Pflegefachkräfte bildeten im Jahr 2024 mit ca. 94 % weiterhin die große Mehrheit unter den pflegerisch ausgebildeten Krankenhausmitarbeitenden (vgl. **Abb. 35**). Der Anteil der Pflegekräfte mit ein- bis zweijähriger Ausbildung belief sich im Jahr 2024 auf 5,4 %. Mit rund 4.700 Personen verfügen nur sehr wenige Pflegekräfte über ein Studium (0,8 %). Im Jahr 2024 ist die Anzahl der akademisch ausgebildeten Pflegekräfte im Krankenhaus kaum gewachsen. Gleichwohl haben sich Anzahl und Akademisierungsquote zwischen 2018 und 2024 mehr als verdoppelt.

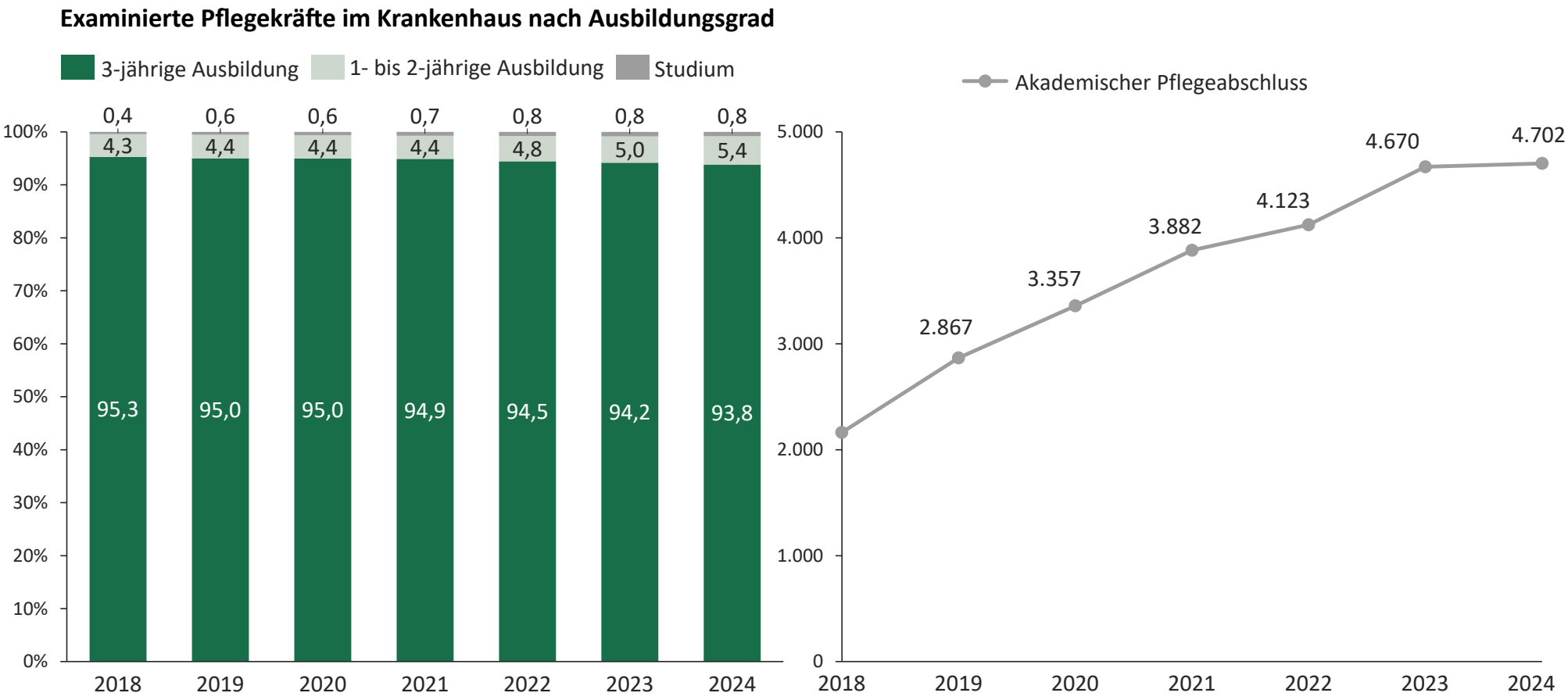
Die Anzahl der Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr, die eine dreijährige Pflegeausbildung begonnen haben, ist im Zeitraum von 2000 bis 2024 von 39.006 auf ca. 59.400 (+52 %) gestiegen (vgl. **Abb. 36**). Im Vergleich zum Vorjahr verzeichnet die Zahl der neuen Auszubildenden im Jahr 2024 den größten Anstieg (+9 %) seit 15 Jahren. Auch die Zahl der Absolvierenden erreicht mit 37.419 einen neuen Rekord. Zusätzlich ist die „Abbruchquote“ nach drei Jahren Ausbildungsdauer im Vergleich zum Allzeithoch des Vorjahres (37 %) wieder deutlich gesunken (auf 33 %) und liegt wieder näher an dem Niveau des letztverfügbaren Vergleichszeitraums vor Einführung der generalistischen Pflegeausbildung von 2017 bis 2020 (30 %). Die hohe Zahl der Absolvierenden könnte zum Teil jedoch noch mit pandemiebedingten Sondereffekten wie der Verzögerung durch fehlenden Präsenzunterricht zusammenhängen.

Abb. 34: Studenten und Absolventen der Humanmedizin im Zeitraum von 2000–2024



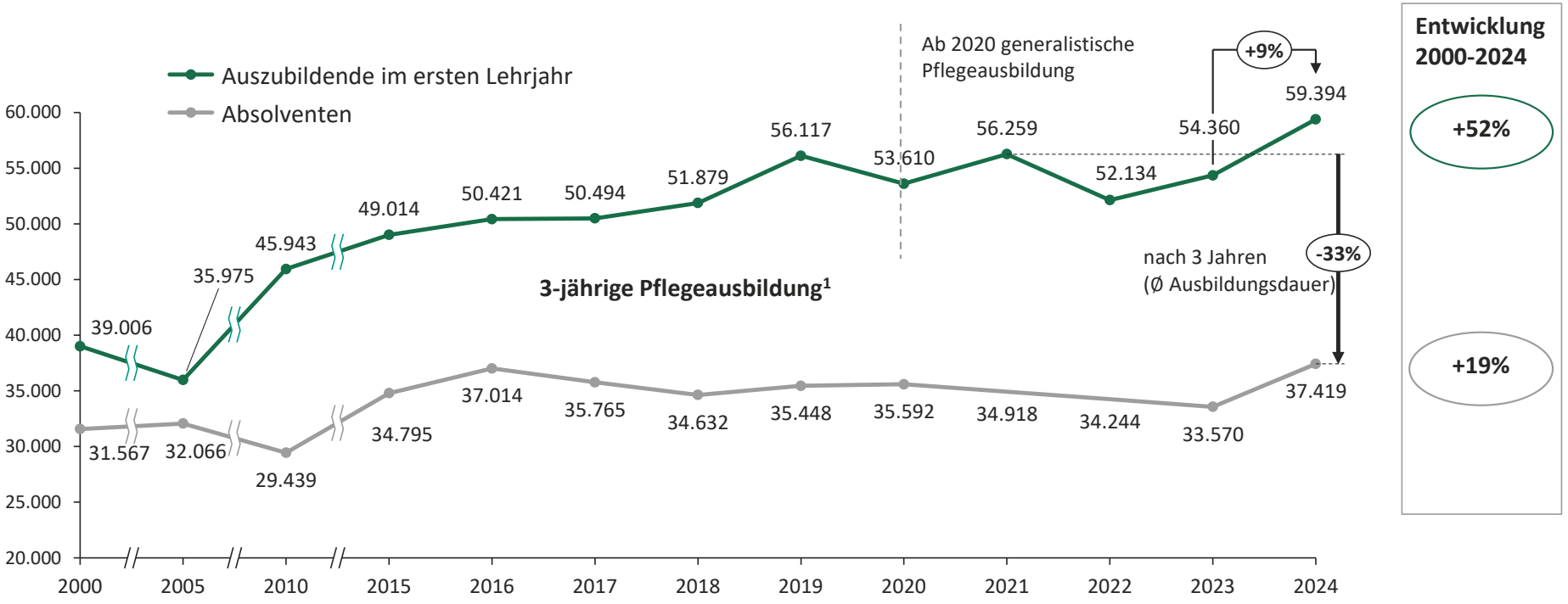
[1] Universitärer Abschluss (ohne Bachelor- und Masterabschluss)
Quelle: Destatis, Fachserie 11 Reihe 4.1, Hochschulstatistik, ab 2022: Destatis, Statistik der Studenten (Wintersemester 2022/2023, Wintersemester 2023/2024, Wintersemester 2024/25) & Statistik der Prüfungen (Prüfungsjahr 2022, Prüfungsjahr 2023, Prüfungsjahr 2024). © Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 35: Pflegerisch ausgebildete Krankenhausmitarbeiter (Köpfe) nach Ausbildungsgrad im Zeitraum 2018–2024



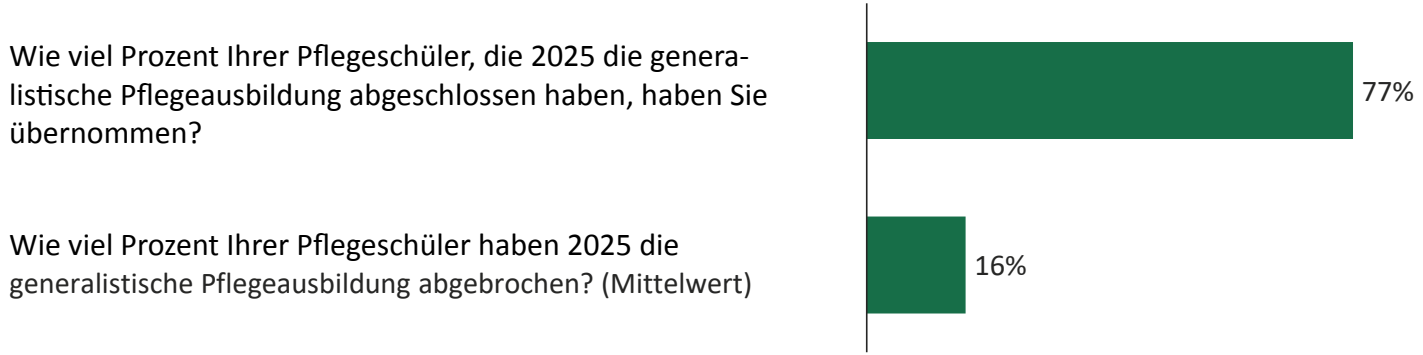
Quelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1. bzw. 6.1.1. Verschiedene Jahrgänge (Destatis 1990 ff., 2004 ff.). © Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 36: Auszubildende und Absolventen der dreijährigen Pflegeausbildung im Zeitraum 2000–2024



[1] Dreijährig ausgebildete oder gleichwertig anerkannte Gesundheits- und Kranken-/ Kinderkranken-/ Altenpfleger. Ab 2020: Generalistische Ausbildung zur Pflegefachperson.
Quelle: Bis 2019: Destatis, Bildung und Kultur, Fachserie 11 Reihe 2, Berufliche Schulen; 2020-2024: Destatis, Bildung und Kultur, Statistik nach der Pflegeberufe Ausbildungsfinanzierungsverordnung.
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 37: Einschätzung der Übernahme- und Abbruchquoten durch Krankenhäuser



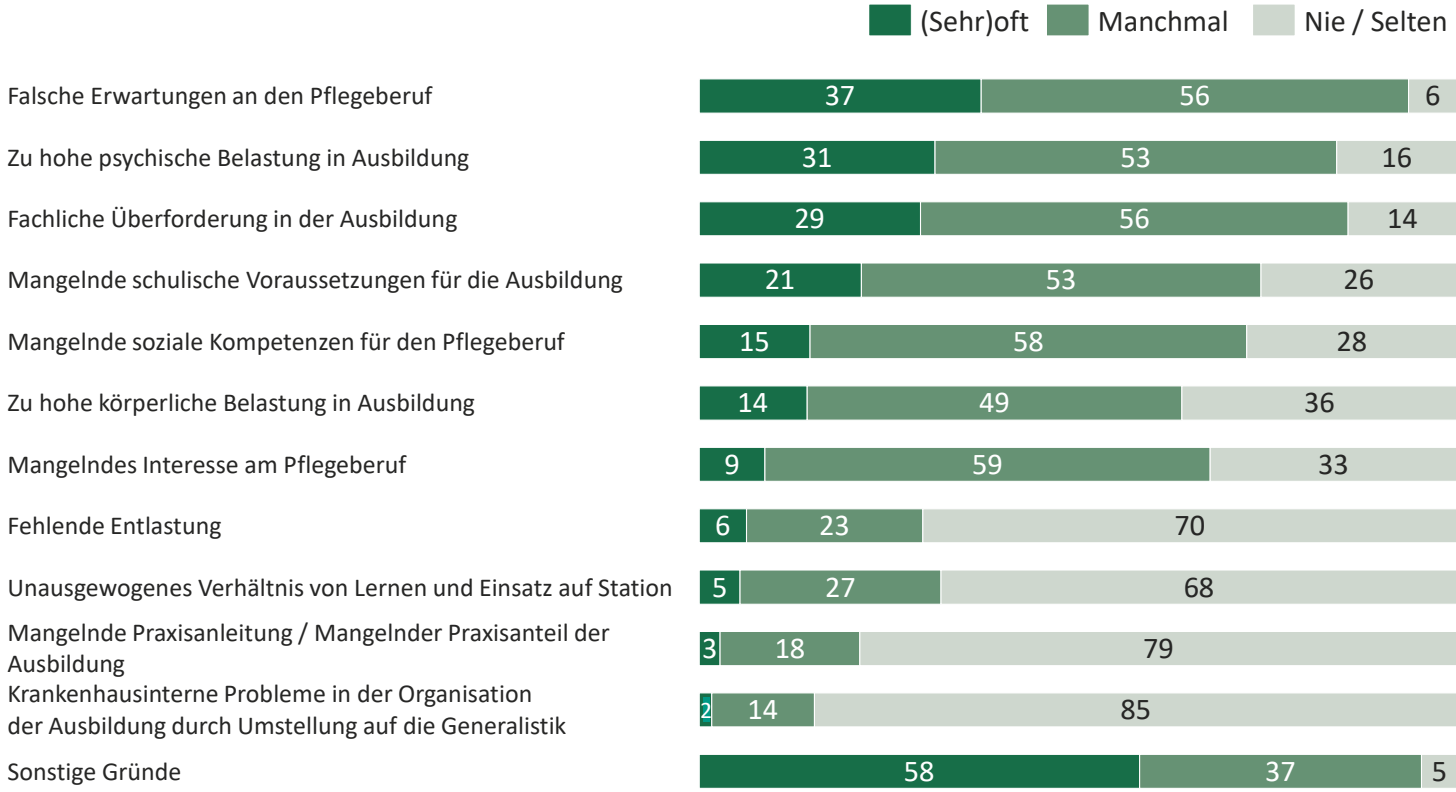
Quelle: Primärerhebung im Rahmen des Fachkräftemonitorings 2026. © Deutsches Krankenhausinstitut

Die Krankenhäuser selbst haben in der Befragung im Rahmen des Fachkräftemonitorings 2026 angegeben, dass im Mittel 16 % ihrer Pflegeschüler die generalistische Pflegeausbildung im Jahr 2025 abgebrochen haben (vgl. **Abb. 37**). Laut der Umfrage des DKI für das Krankenhaus Barometer 2025 bestanden im Jahr 2024 rund 14 % der Schüler die Abschlussprüfung nicht (Ergebnisse nicht dargestellt). Die Kliniken geben darüber hinaus an, im Mittel 77 % der Schüler, die 2025 die generalistische Pflegeausbildung erfolgreich absolvierten, übernommen zu haben.

Gründe für Ausbildungsabbrüche in der generalistischen Pflegeausbildung sind nach Erfahrungen der Krankenhäuser vor allem falsche Erwartungen an den Beruf, zu hohe psychische Belastung in der Ausbildung und fachliche Überforderung in der Ausbildung (vgl. **Abb. 38**).

Abb. 38: Gründe für Ausbildungsabbrüche in der generalistischen Pflegeausbildung

Wie oft sind nach Ihrer Erfahrung bzw. den Rückmeldungen der Auszubildenden die folgenden Aspekte Gründe für den Abbruch der Ausbildung? (Krankenhäuser mit praktischer Ausbildung in der generalistischen Pflegeausbildung und Abbrüchen bei Ausbildungsverträgen in %)

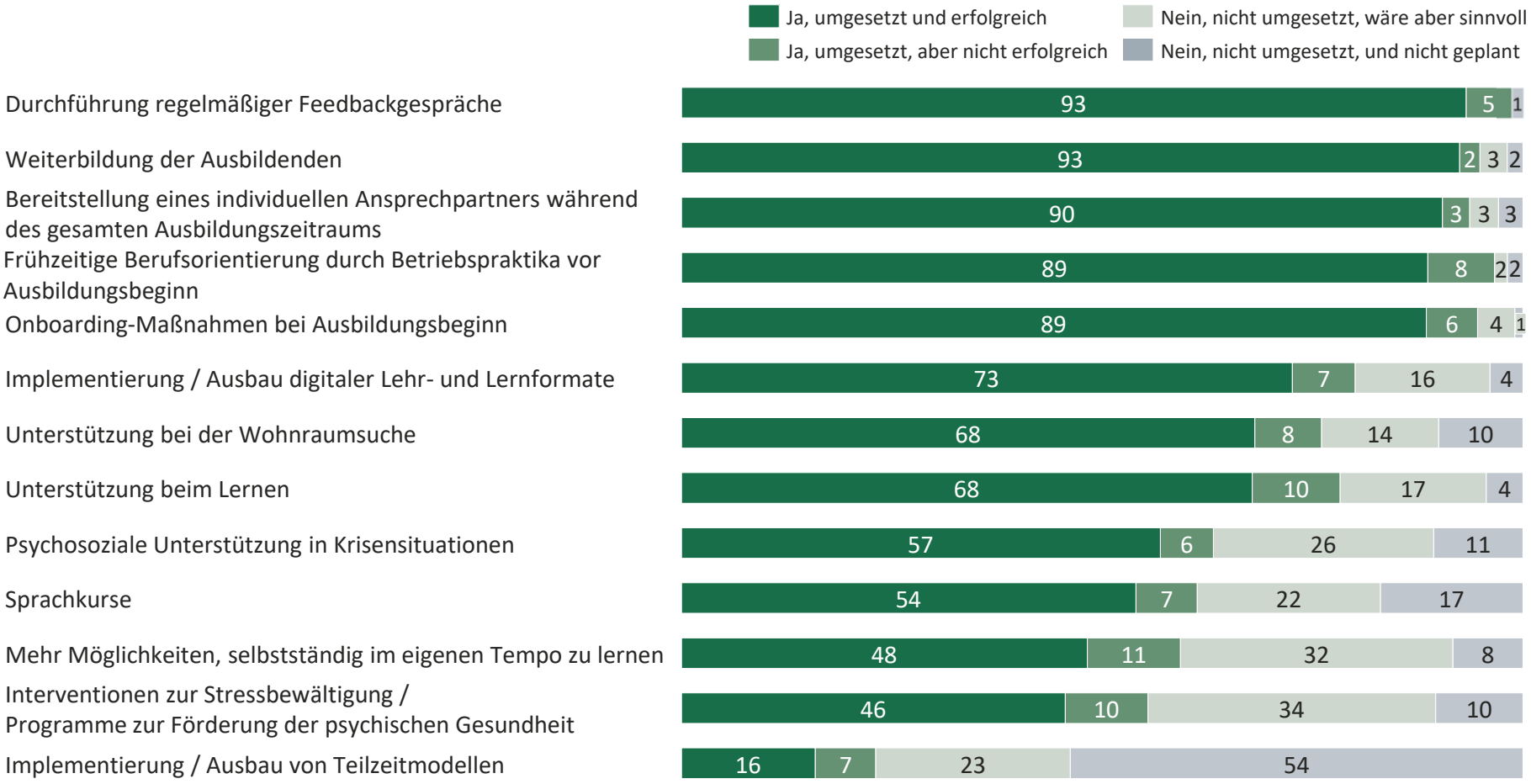


Quelle: Krankenhaus Barometer 2023. © Deutsches Krankenhausinstitut

Der Großteil der Krankenhäuser steuert nach eigener Angabe mit einer Vielzahl an Maßnahmen den Ausbildungsabbrüchen (erfolgreich) gegen (vgl. **Abb. 39**). Grundlegende Unterstützungsangebote wie die Durchführung regelmäßiger Feedbackgespräche oder Onboarding-Maßnahmen sind weitgehend flächendeckend etabliert. Mehr als zwei Drittel der Kliniken unterstützen die Auszubildenden zudem bei der Wohnraumsuche oder beim Lernen. Flexible, psychosoziale und gesundheitsfördernde Maßnahmen finden dagegen deutlich seltener Anwendung – obwohl viele Einrichtungen deren Einführung als sinnvoll erachten.

Abb. 39: Unterstützungsmaßnahmen der Kliniken für Auszubildende der generalistischen Pflegeausbildung im Jahr 2025

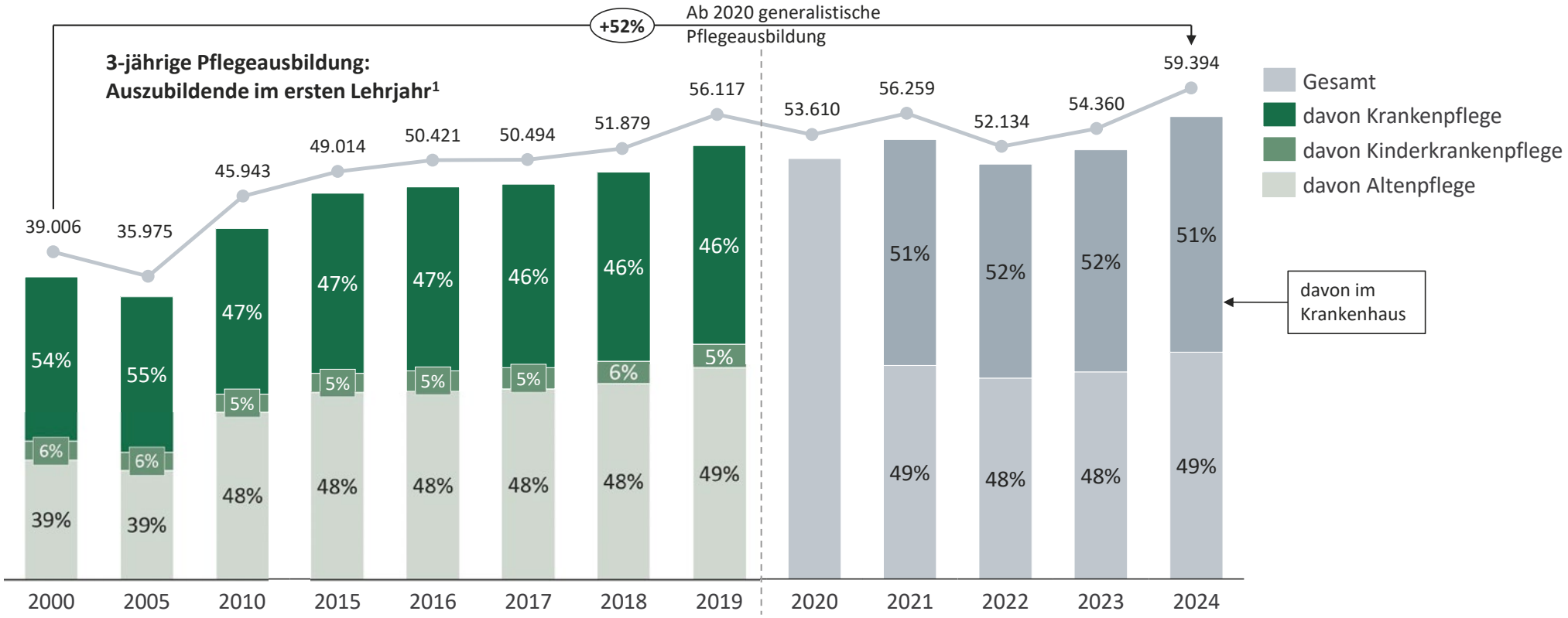
Welche der folgenden Maßnahmen werden im Rahmen der praktischen Ausbildung in der Generalistik in Ihrer Einrichtung umgesetzt?
(Krankenhäuser in %)



Quelle: Krankenhaus Barometer 2025. © Deutsches Krankenhausinstitut

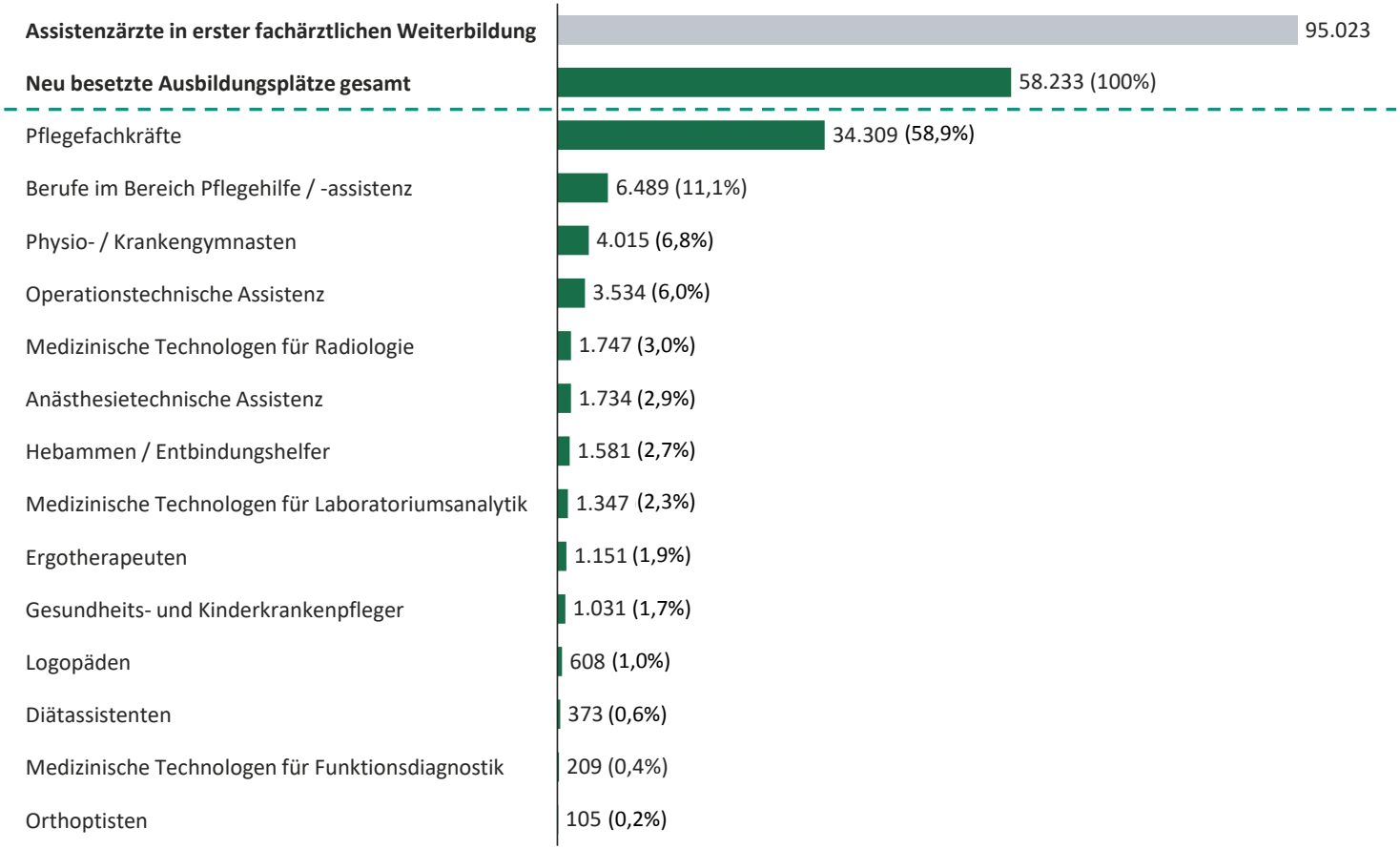
Im Jahr 2024 war etwa die Hälfte (51 %) der sich im ersten Ausbildungsjahr befindenden Schüler der generalistischen Pflegeausbildung im Krankenhaus tätig (vgl. **Abb. 40**). Dieser Anteil entspricht fast genau den addierten Anteilen der im Jahr 2019 letztmalig separat in die Ausbildung (am Krankenhaus) gestarteten Krankenpfleger sowie Kinderkrankenpfleger. Die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung hat somit bislang nicht dazu geführt, dass deutlich mehr Schüler des Pflegefachberufs die Ausbildung im Krankenhaus (anstatt z. B. in Pflege- oder Altenheimen) begonnen haben.

Abb. 40: Pflegefachkräfte (dreijährig): Auszubildende im ersten Lehrjahr nach Ausbildung im Zeitraum 2000–2024



[1] Dreijährig ausgebildete oder gleichwertig anerkannte Gesundheits- und Kranken-/ Kinderkranken-/ Altenpfleger. Ab 2020: Generalistische Ausbildung zur Pflegefachperson.
Quelle: Bis 2019: Destatis, Bildung und Kultur, Fachserie 11 Reihe 2, Berufliche Schulen; 2020-2024: Destatis, Bildung und Kultur, Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2020-2024.
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 41: Ärzte in erster Weiterbildung und neu besetzte Ausbildungsplätze im Jahr 2024



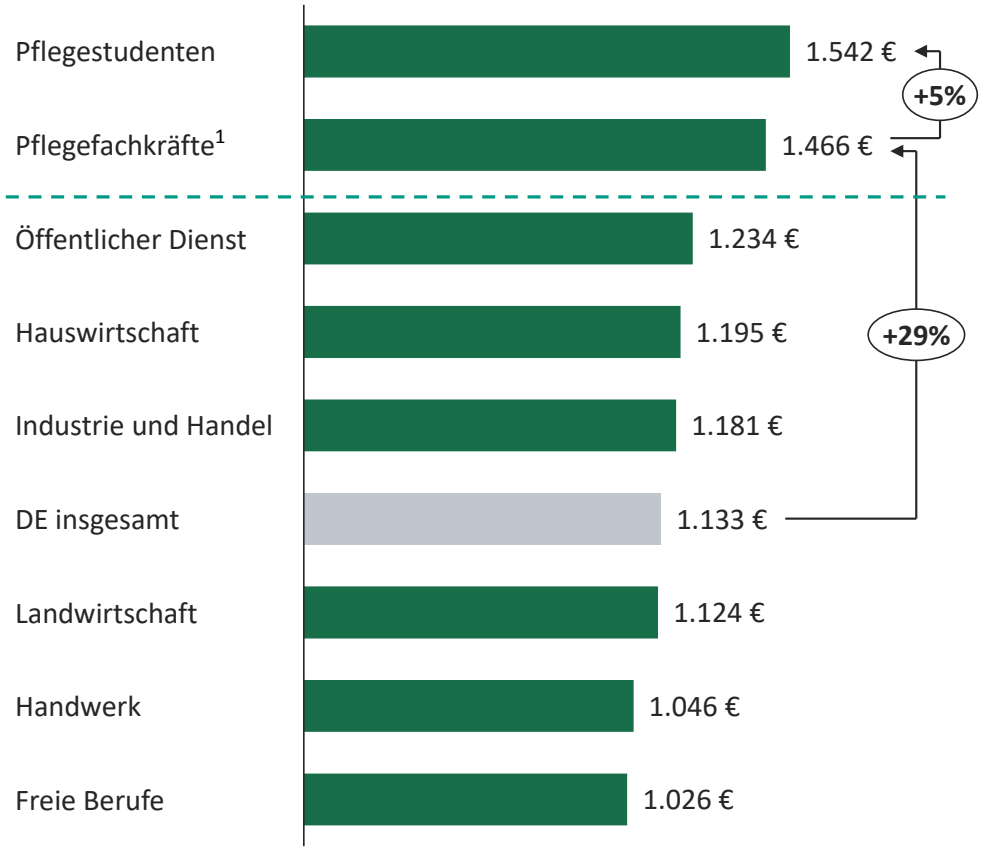
Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2023, 23111-27: Ausbildungsstätten nach Ländern 2023. © Deutsches Krankenhausinstitut

Im Jahr 2024 gab es in den Krankenhäusern über 95.000 Assistenzärzte in erster fachärztlicher Weiterbildung und insgesamt über 58.000 neu besetzte Ausbildungsplätze (vgl. **Abb. 41**). Den Großteil davon (58,9 %) machten dabei die Auszubildenden der generalistischen Pflegeausbildung aus. Der Anteil der Auszubildenden im Bereich der Pflegehilfe und -assistenz war (auch wenn tendenziell steigend) mit 11,1 % immer noch wesentlich geringer.

Die durchschnittliche Ausbildungsvergütung in der generalistischen Pflegeausbildung liegt mit 1.466 € pro Monat deutlich über dem bundesweiten Durchschnitt von 1.133 € (vgl. **Abb. 42**). Pflegestudierende erhalten im Mittel mit 1.542 € pro Monat nochmals eine rund 5 % höhere Vergütung. Auch im Vergleich zu anderen Branchen, wie z. B. dem öffentlichen Dienst, Industrie und Handel oder der Landwirtschaft, werden die Auszubildenden der generalistischen Pflegeausbildung und Pflegestudierende deutlich besser vergütet.

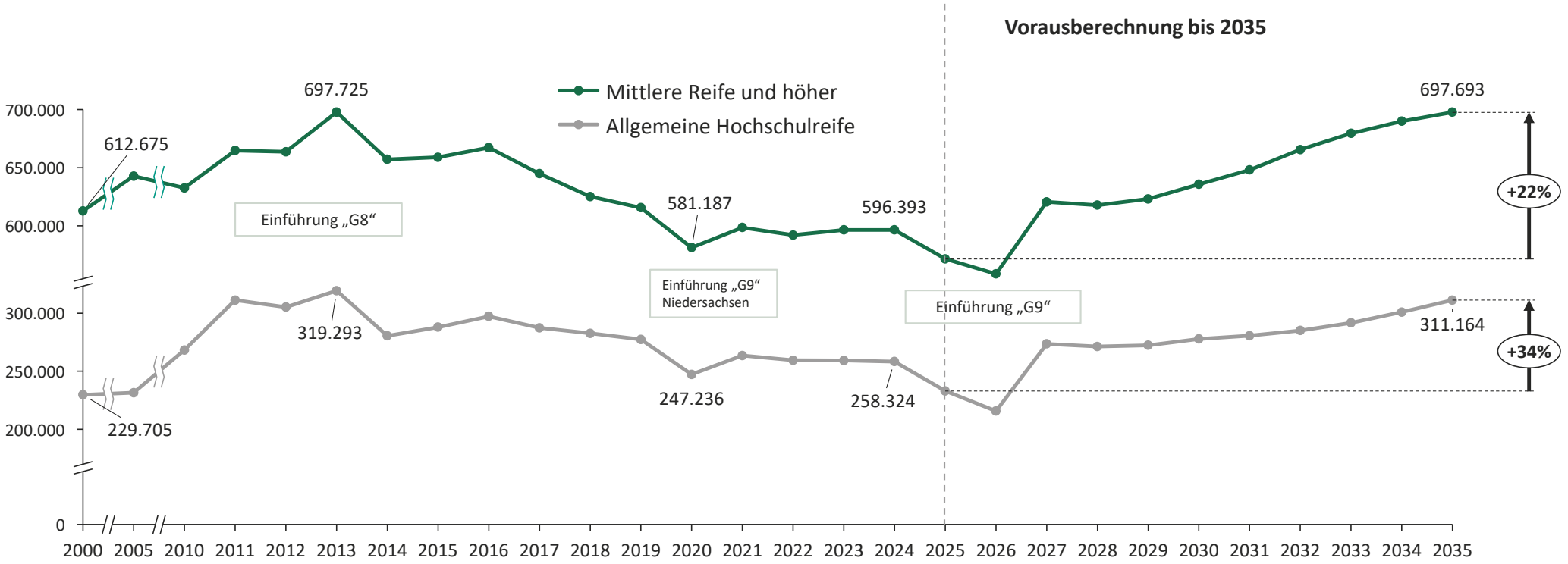
Zwischen 2025 und 2035 wird für die Anzahl der absolvierenden Schüler mit mittlerer Reife und höherem Abschluss eine Steigerung von 22 % erwartet (vgl. **Abb. 43**). Betrachtet man nur die Absolventen mit allgemeiner Hochschulreife, wird ein Anstieg von 34 % erwartet. Im Jahr 2015 lag das Verhältnis von Berufsschülern im ersten Ausbildungsjahr zu Schulabgängern mit Abschluss „Mittlere Reife und höherer Abschluss“ noch bei 7,4 % – zusammengenommen für die Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege. Neun Jahre später, im Jahr 2024, betrug das Verhältnis zwischen Berufsschülern in Ausbildung zur Pflegefachperson und Schulabgängern allgemeinbildender Schulen 10 %. Bei den Studierenden im ersten Hochschulsemester Humanmedizin lag das Verhältnis zu den Schulabgängern mit dem Abschluss „Allgemeine Hochschulreife“ 2015 bei 4,0 % und 2024 bei 5,2 %.

Abb. 42: Durchschnittliche monatliche Ausbildungsvergütung (alle Lehrjahre) im Vergleich



[1] Dreijährige Ausbildung zur Pflegefachperson.
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Schönfeld & Wenzelmann (2024) https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/20155/ und Destatis, Bildung und Kultur, Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2020-2024.
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 43: Absolventen allgemeinbildender Schulen nach Schulabschluss bis 2035



Quelle: Bis 2021: Destatis, Fachserie 11 Reihe 1, Bildung und Kultur; 2022-2024: Statistisches Bundesamt abgerufen am 29.10.2025, Statistik der allgemeinbildenden Schulen; Ab 2025: Statistische Veröffentlichungen der Kultusministerkonferenz Nr. 242 – November 2024 Bearbeitet im Sekretariat der Kultusministerkonferenz, Vorausberechnung der Zahl der Schüler und Absolventen 2022–2035
© Deutsches Krankenhausinstitut

2.5 Stellenbesetzungsprobleme und Maßnahmen (DKI-Befragung)

2.5.1 Stellenbesetzungsprobleme

Auch 2026 bleibt der Anteil der Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen auf hohem Niveau (vgl. **Abb. 44**). Zum Befragungszeitpunkt im Januar 2026 waren 66 % der Kliniken und damit etwas mehr als im Vorjahr von Stellenbesetzungsproblemen im ärztlichen Dienst betroffen. Im Zeitverlauf von 2011 bis 2026 gab es allerdings immer wieder Schwankungen, der Höchststand lag 2011 bei 80 %. Bei dem dreijährig examinierten Pflegepersonal auf den Allgemeinstationen war von 2011 bis 2022 eine kontinuierliche Zunahme des Anteils der Kliniken mit Stellenbesetzungsproblemen von 37 % auf 89 % zu beobachten. 2026 war der Anteil der Kliniken, die in diesem Bereich Probleme haben, wie auch im Vorjahr weiter etwas rückläufig und liegt bei 66 %. Der Anteil der Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im Bereich des dreijährig examinierten Pflegepersonals auf den Intensivstationen ist seit 2019 auf einem ähnlich hohen Niveau und liegt im Jahr 2026 bei 72 %. Die Stellenbesetzungsprobleme beim nichtärztlichen Personal im OP-Dienst sind von 2016 bis 2022 deutlich gewachsen und haben 2026 mit 69 % einen neuen Höchststand erreicht. Im Bereich des nichtärztlichen Personals im Anästhesiedienst ist ebenfalls von 2016 bis 2022 ein hoher Anstieg zu verzeichnen, der 2026 bei 56 % lag.

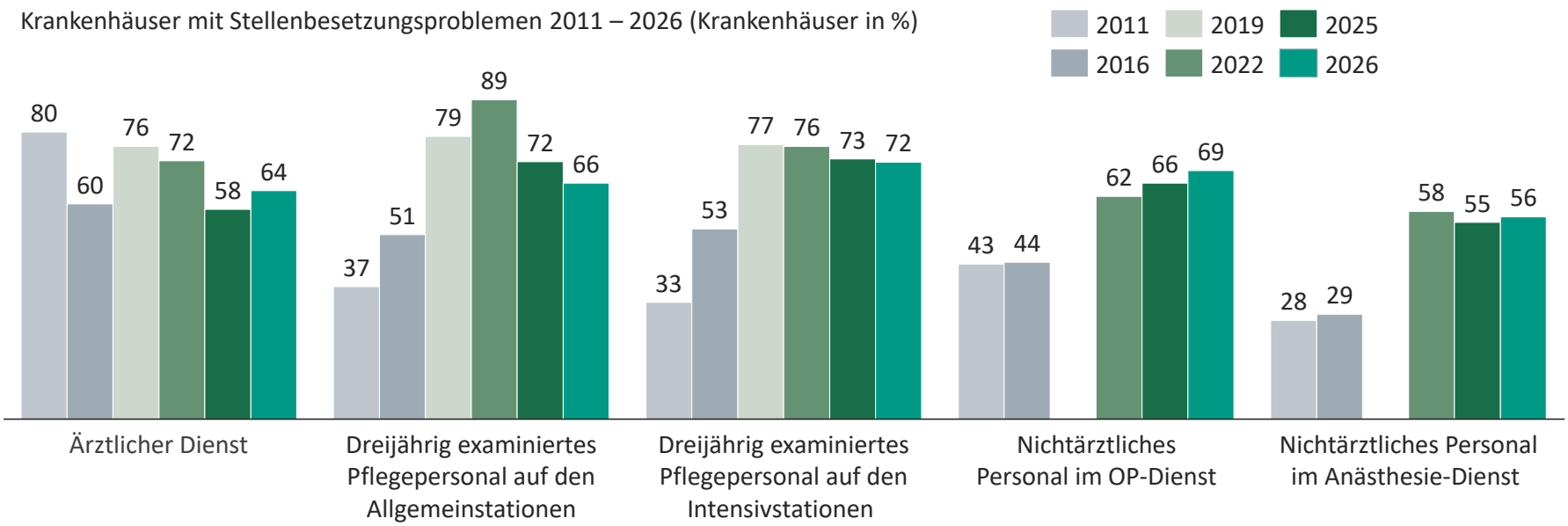
Insgesamt ist der Anteil der Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen beim dreijährig examinierten Pflegepersonal auf Intensivstationen mit 72 % am ausgeprägtesten. 62 % der befragten Krankenhäuser haben im Jahr 2026 im Bereich „Medizinische Technologen für Radiologie“ Probleme, offene Stellen zu besetzen (vgl. **Abb. 45**). Bei den Ergotherapeuten hat knapp die Hälfte der Krankenhäuser Stellenbesetzungsprobleme. Bei medizinischen Technologen für Laboratoriumsanalytik liegt der Anteil der Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen bei 40 %.

Die von Stellenbesetzungsproblemen betroffenen Krankenhäuser konnten im ärztlichen Dienst 2026 im Mittel 4,7 Stellen nicht besetzen, womit die Anzahl der Vakanzen pro Krankenhaus im Vergleich zum Vorjahr zurückgegangen ist (vgl. **Abb. 46**). Im Bereich des dreijährig examinierten Pflegepersonals auf Allgemeinstationen ist die Anzahl der vakanten Stellen im Mittel bei Krankenhäusern mit Stellenbesetzungsproblemen von 2019 auf 2022 deutlich angestiegen und bis 2025 auf einem hohen Niveau verblieben. Im Jahr 2026 ist die Zahl leicht rückläufig und liegt im Mittel bei 18,2 Stellen. Im Bereich des dreijährig examinierten Pflegepersonals auf Intensivstationen ist die Zahl der Vakanzen im Mittel bis 2022 jährlich gestiegen, jedoch zuletzt gesunken und 2025 und 2026 bei 7,6 Stellen stabil geblieben. Beim nichtärztlichen Personal im OP-Dienst sowie im Anästhesiedienst ist die Zahl der Vakanzen im Mittel von 2016 bis 2022 auf 5,4 bzw. 4,3 Stellen gestiegen. Mit Blick auf die Entwicklung zwischen 2022 und 2026 ist in diesen Berufsgruppen eine Zunahme der Vakanzen zu beobachten.

Offene Stellen im Pflegedienst sowie beim nichtärztlichen Personal im OP- und Anästhesiedienst bleiben im Mittel zwischen 21 und 23 Wochen im Jahr unbesetzt (vgl. **Abb. 47**). Bei den Ärzten fallen die Stellenvakanzen mit durchschnittlich 16 Wochen etwas geringer aus. Insgesamt betrachtet hat sich die Dauer der Stellenbesetzungsprobleme in Wochen über alle dargestellten Dienstarten von 2025 auf 2026 etwas verringert.



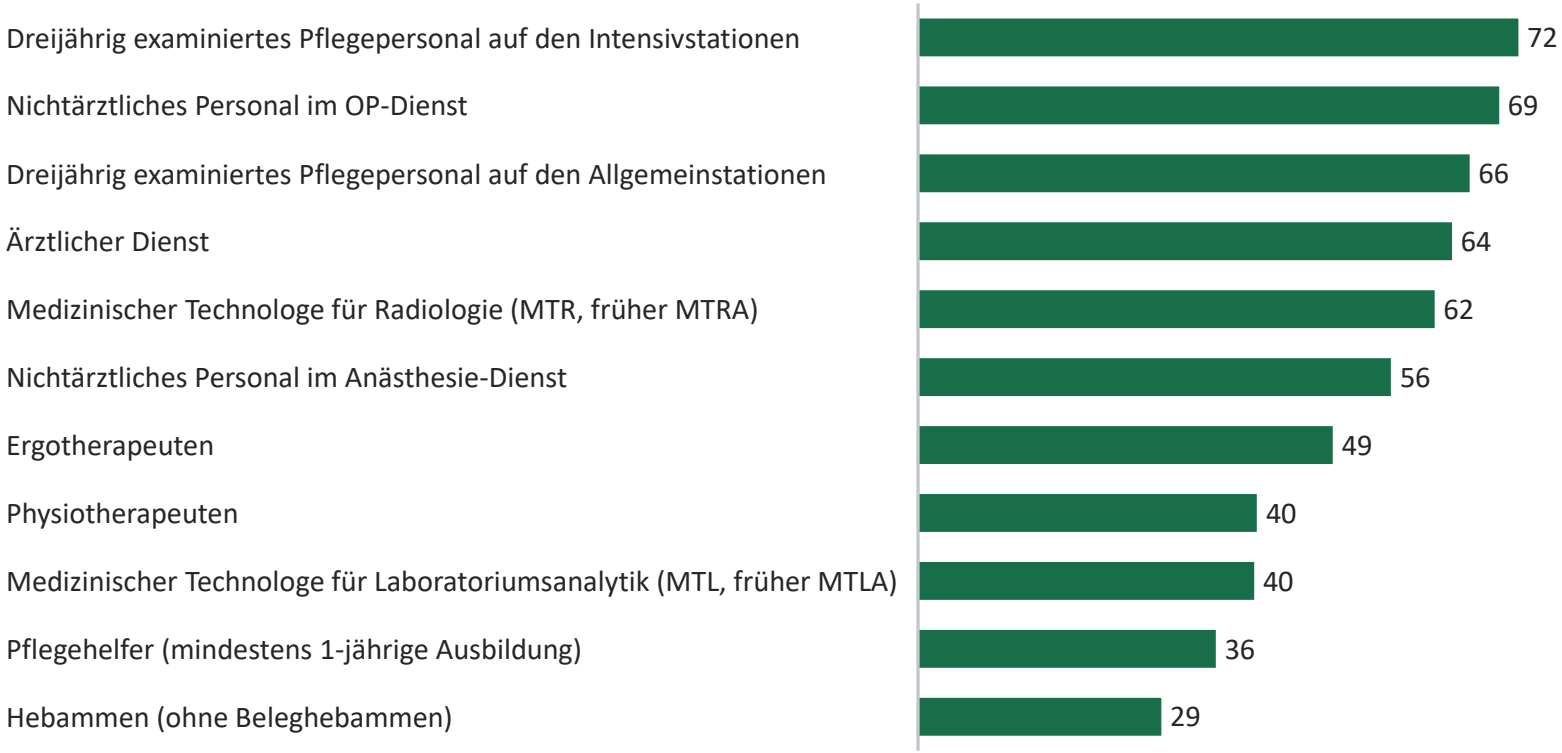
Abb. 44: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen 2011–2026



Quelle: Krankenhaus Barometer 2011-2022, Primärerhebung im Rahmen des Fachkräftemonitorings 2025 und 2026 © Deutsches Krankenhausinstitut
Hinweis: Für die Berufsgruppen „Nichtärztliches Personal im OP-Dienst und „Nichtärztliches Personal im Anästhesie-Dienst“ liegen für 2019 keine Daten vor.

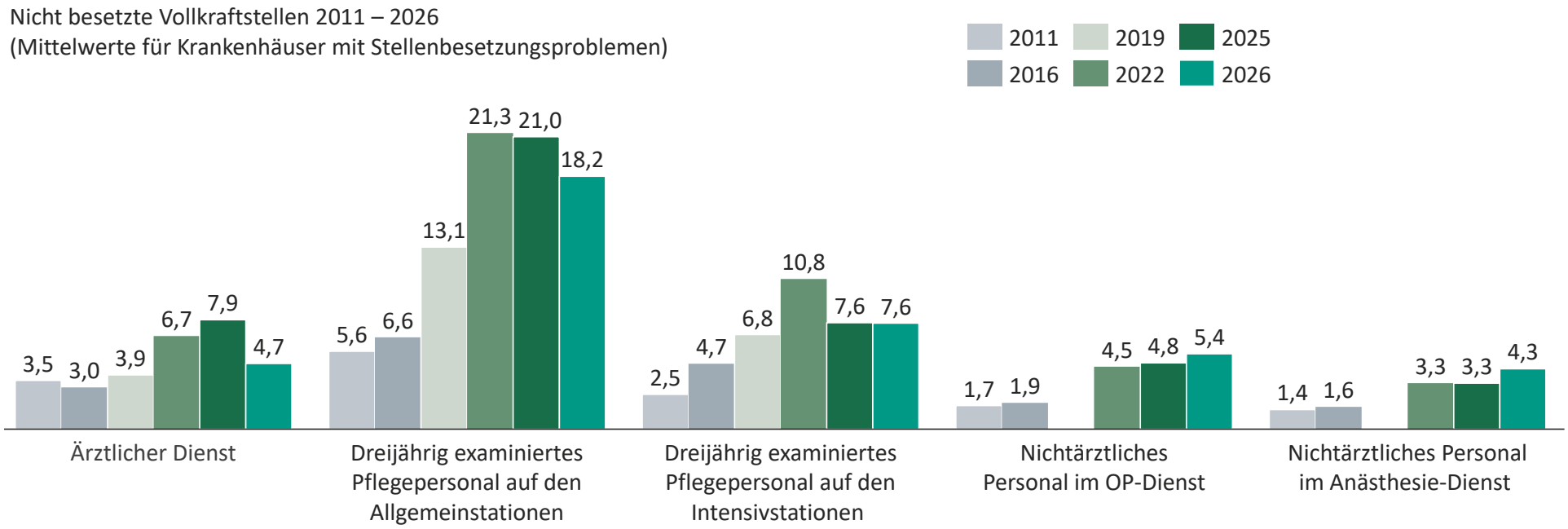
Abb. 45: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen 2026

Haben Sie in Ihrem Krankenhaus derzeit Probleme, offene Stellen in den folgenden Berufsgruppen zu besetzen?
(Krankenhäuser in %)



Quelle: Primärerhebung im Rahmen des Fachkräftemonitorings 2026 © Deutsches Krankenhausinstitut

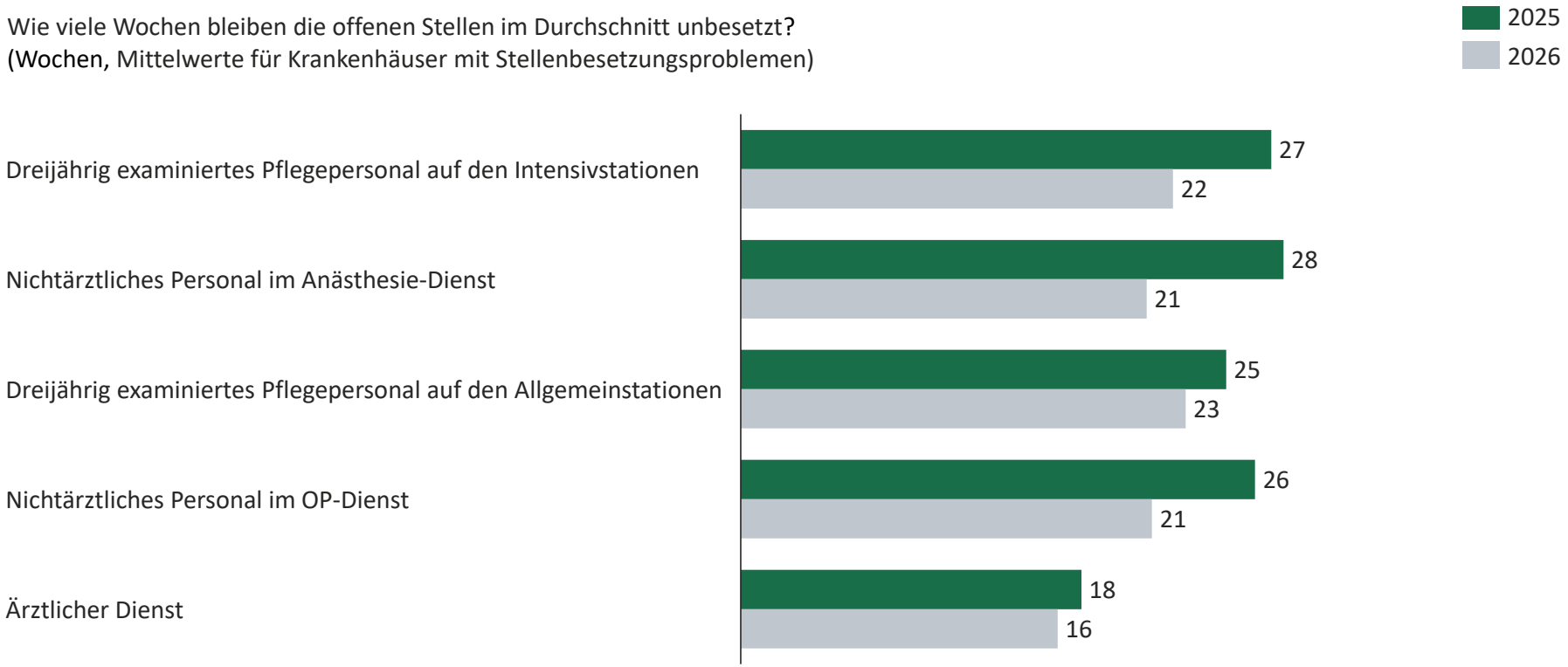
Abb. 46: Nicht besetzte Vollkraftstellen 2011–2026



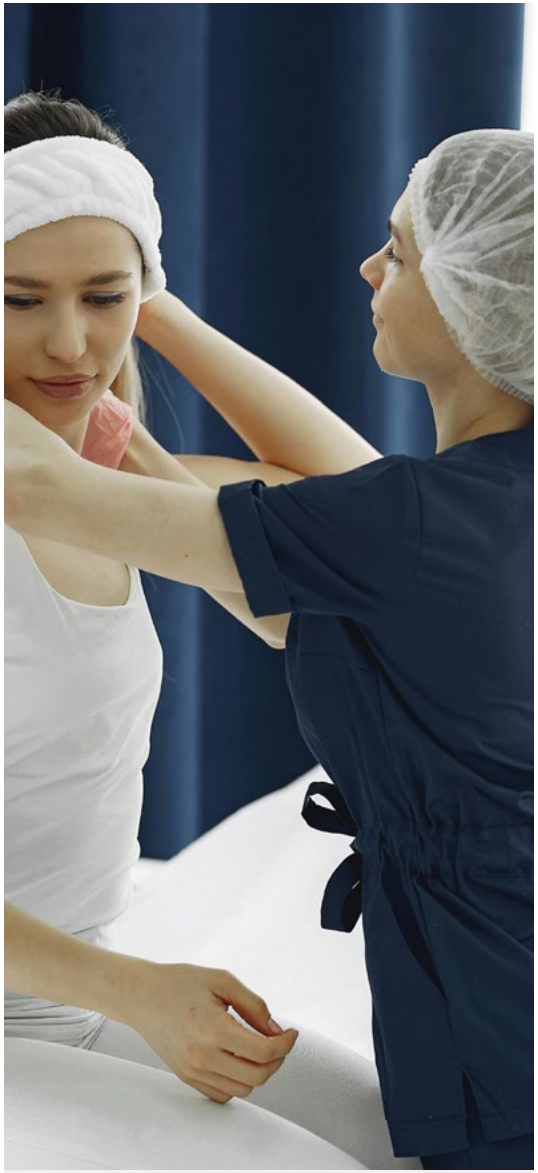
Quelle: Krankenhaus Barometer 2011-2022, Primärerhebung im Rahmen des Fachkräftemonitorings 2025 und 2026 © Deutsches Krankenhausinstitut
Hinweis: Für die Berufsgruppen „Nichtärztliches Personal im OP-Dienst und „Nichtärztliches Personal im Anästhesie-Dienst“ liegen für 2019 keine Daten vor.

Abb. 47: Dauer der Stellenvakanzen 2025 und 2026 in Wochen

Wie viele Wochen bleiben die offenen Stellen im Durchschnitt unbesetzt?
(Wochen, Mittelwerte für Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen)



Quelle: Primärerhebung im Rahmen des Fachkräftemonitorings 2025 und 2026 © Deutsches Krankenhausinstitut



2.5.2 Maßnahmen

Um Stellenbesetzungsproblemen entgegenwirken zu können, können Kliniken Maßnahmen aus dem Bereich der Mitarbeiterförderung und Arbeitskultur sowie aus dem Bereich Vereinbarkeits- und Unterstützungsangebote anwenden, zu denen die Krankenhäuser im Rahmen des vorliegenden Fachkräftemonitorings befragt wurden (vgl. **Abb. 48** und **Abb. 49**).

Jährliche Mitarbeitergespräche sind bereits weitreichend etabliert und in 77 % der Häuser krankenhausweiter Standard. Digitalisierung als Entlastung der Mitarbeiter kommt in 65 % und eine positive Fehlerkultur in 63 % der Häuser krankenhausweit zum Einsatz. In rund der Hälfte aller befragten Einrichtungen sind systematische Qualifizierungs- und Entwicklungsmöglichkeiten sowie Führungskräfteentwicklung krankenhausweiter Standard. Supervision findet vornehmlich bei einzelnen Berufsgruppen statt (75 %). Ein ähnliches Bild zeigt sich bei Zielvereinbarungen, die überwiegend für einzelne Berufsgruppen etabliert sind (70 %). Arbeitsplatzgestaltung zum Abbau von Arbeitsbelastung sehen 24 % noch als Zukunftsthema. Dem stehen 40 % der Krankenhäuser gegenüber, die dies schon krankenhausweit umsetzen.

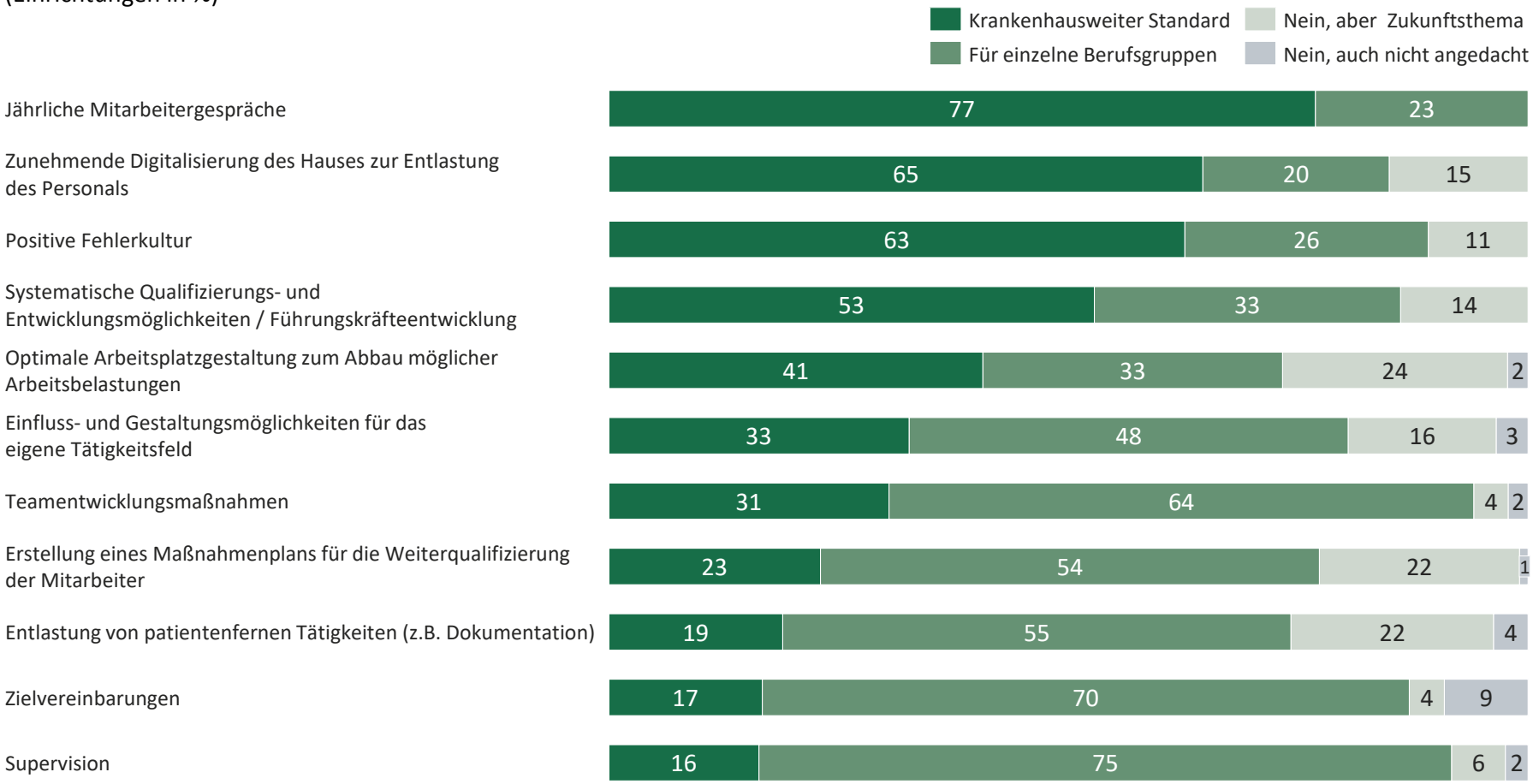
Maßnahmen im Bereich Vereinbarkeits- und Unterstützungsangebote sind vor allem in den Bereichen Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement sowie durch materielle Anreize (z. B. Jobticket oder JobRad®) verbreitet. Diese sind zu 87 % bzw. 82 % krankenhausweiter Standard.

Rund die Hälfte aller Krankenhäuser zählt flexible Arbeitszeitmodelle zum krankenhausweiten Standard. Weitere 43 % bieten dies für einzelne Berufsgruppen an.

Ein festes Frei kann nur rund jedes fünfte Krankenhaus garantieren. Rund 60 % bieten dies für ausgewählte Berufsgruppen an. Kurse für familiäre Pflege und pflegende Angehörige sehen 34 % noch als Zukunftsthema. Demgegenüber nutzen ebenfalls 34 % dies bereits als Maßnahme für ihre Mitarbeiter. Betriebseigene Kinderbetreuungseinrichtungen haben 36 % im Angebot. 40 % gaben jedoch an, dies nicht im Angebot zu haben und auch nicht zu planen.

Abb. 48: Maßnahmen im Bereich Mitarbeiterförderung und Arbeitskultur

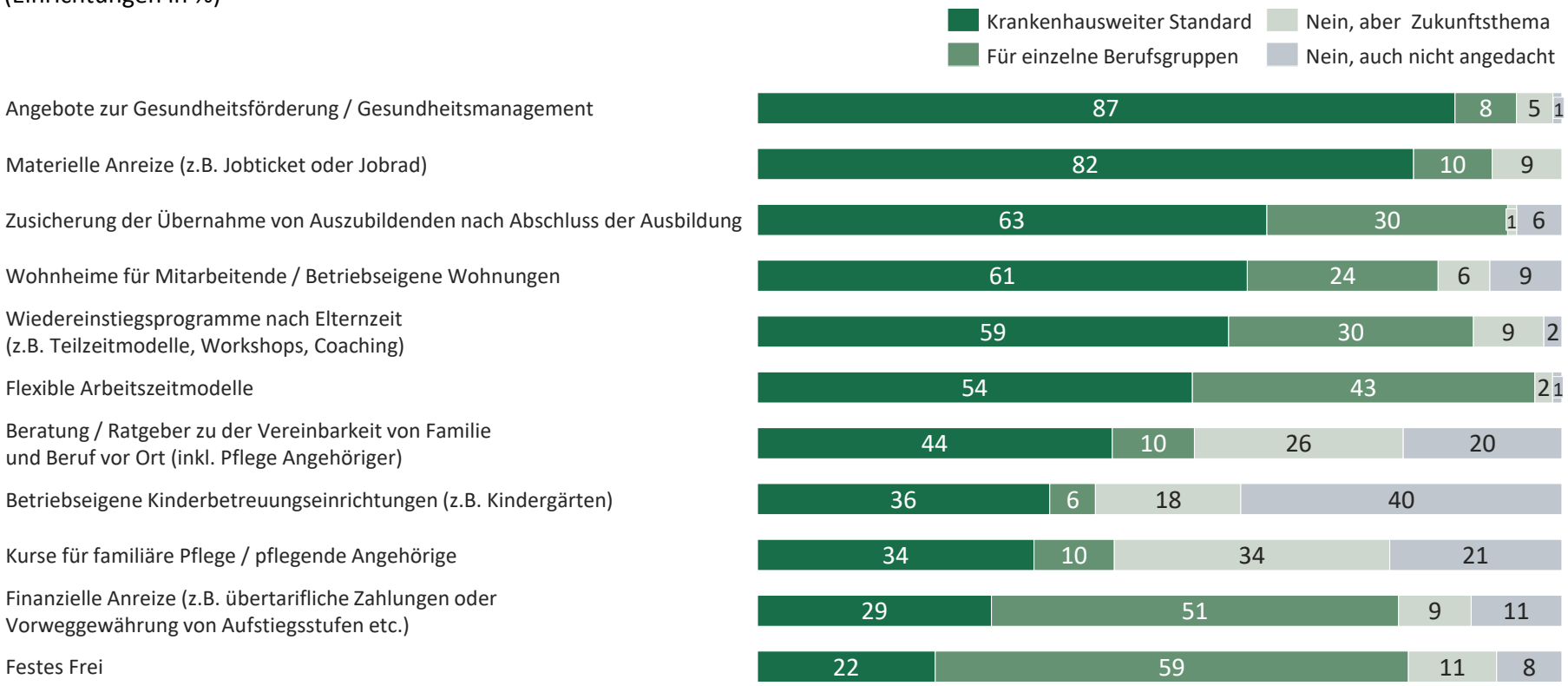
Welche Möglichkeiten und Maßnahmen im Bereich Mitarbeiterförderung und Arbeitskultur werden in Ihrem Krankenhaus umgesetzt bzw. vorgehalten, auch um Mitarbeiter zu akquirieren und stärker an Ihr Haus zu binden?
(Einrichtungen in %)



Quelle: Primärerhebung im Rahmen des Fachkräftemonitorings 2026 © Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 49: Maßnahmen im Bereich Vereinbarkeits- und Unterstützungsangebote

Welche Möglichkeiten und Maßnahmen im Bereich Vereinbarkeits- und Unterstützungsangebote werden in Ihrem Krankenhaus umgesetzt bzw. vorgehalten, auch um Mitarbeiter zu akquirieren und stärker an Ihr Haus zu binden?
(Einrichtungen in %)



Quelle: Primärerhebung im Rahmen des Fachkräftemonitorings 2026 © Deutsches Krankenhausinstitut



Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Risiken von Personalbemessungsinstrumenten 16
Abb. 2: Chancen von Personalbemessungsinstrumenten 17
Abb. 3: Hindernisse bei der Umsetzung von gesetzlich vorgegebenen Maßgaben zur Personalausstattung 18
Abb. 4: Verbesserung durch die PPBV 19
Abb. 5: Teilnahme und Aufwand: Pilotierung § 137m SGB V 20
Abb. 6: Kriterien für die Personalbemessung 21
Abb. 7: Vollkräfte je 1.000 stationäre Fälle 25
Abb. 8: Krankenhausfinanzierung in Deutschland 29
Abb. 9: Beschäftigte (Köpfe) nach Klassifikation der Wirtschaftszweige im Jahr 2024 32
Abb. 10: Krankenhausbeschäftigte (Köpfe) und Vollzeitäquivalente (Vollkräfte) mit direktem Beschäftigungsverhältnis im Jahr 2024 33
Abb. 11: Vollkräfte nach Dienstbereichen im Zeitraum 2000–2024 34
Abb. 12: Entwicklung der Köpfe und Vollkräfte im Zeitraum 2000–2024 35
Abb. 13: Entwicklung der Köpfe nach Dienstbereichen im Zeitraum 2000–2024 36
Abb. 14: Prozentuale Entwicklung der Vollkräfte nach Dienstbereichen im Zeitraum 2000–2024 (Index 2000 = 100) 37
Abb. 15: Entwicklung der Köpfe und Vollkräfte im Pflegedienst im Zeitraum 2000–2024 39
Abb. 16: Entwicklung der Köpfe im Pflegedienst nach Berufsgruppen im Zeitraum 2018–2024 40
Abb. 17: Prozentuale Entwicklung der Köpfe im Pflegedienst nach Berufsgruppen im Zeitraum 2018–2024 (Index 2018 = 100) 41
Abb. 18: Entwicklung der Köpfe und Vollkräfte im ärztlichen Dienst im Zeitraum 2000–2024 43
Abb. 19: Entwicklung der ausländischen Ärzte im Krankenhaus (Köpfe) im Zeitraum 2000–2024 44
Abb. 20: Personalbestand nach Berufsgruppen im Jahr 2024 46
Abb. 21: Entwicklung des Personalbestands nach Berufsgruppen im Zeitraum 2018–2024 47
Abb. 22: Anteil der Teilzeit- / geringfügig Beschäftigten im Jahr 2024 48
Abb. 23: Anteil der Teilzeit- / geringfügig Beschäftigten und Frauenanteil im ärztlichen Dienst im Zeitraum 2000–2024 49
Abb. 24: Anteil der Teilzeit- / geringfügig Beschäftigten und Frauenanteil im Pflegedienst im Zeitraum 2000–2024 50
Abb. 25: Anteil der Teilzeit- / geringfügig Beschäftigten nach Geschlecht im Pflegedienst und ärztlichen Dienst im Zeitraum 2000–2024 51

Abb. 26: Entwicklung stationärer Leistungskennzahlen in Deutschland im Zeitraum 2000–2024 53
Abb. 27: Prozentuale Entwicklung der stationären Fälle / Belegungstage pro Vollkraft nach Dienstbereichen im Zeitraum 2000–2024 55
Abb. 28: Entwicklung ambulanter Krankenhausleistungen in Deutschland im Zeitraum 2019–2024 56
Abb. 29: Prozentuale Entwicklung verschiedener Krankenhausleistungen in Deutschland im Vergleich im Zeitraum 2019–2024 57
Abb. 30: Altersverteilung der Krankenhausbeschäftigten insgesamt (inkl. Auszubildende) im Jahr 2024 59
Abb. 31: Altersverteilung der Krankenhausbeschäftigen nach Dienstbereichen (ohne Auszubildende) im Jahr 2024 60
Abb. 32: Altersverteilung der Krankenhausbeschäftigten im Vergleich im Jahr 2024 61
Abb. 33: Altersverteilung der Krankenhausbeschäftigten > 55 Jahre – Entwicklung im Zeitraum 2018–2024 62
Abb. 34: Studenten und Absolventen der Humanmedizin im Zeitraum von 2000–2024 65
Abb. 35: Pflegerisch ausgebildete Krankenhausmitarbeiter (Köpfe) nach Ausbildungsgrad im Zeitraum 2018–2024 66
Abb. 36: Auszubildende und Absolventen der dreijährigen Pflegeausbildung im Zeitraum 2000–2024 67
Abb. 37: Einschätzung der Übernahme- und Abbruchquoten durch Krankenhäuser 68
Abb. 38: Gründe für Ausbildungsabbrüche in der generalistischen Pflegeausbildung 69
Abb. 39: Unterstützungsmaßnahmen der Kliniken für Auszubildende der generalistischen Pflegeausbildung im Jahr 2025 70
Abb. 40: Pflegefachkräfte (dreijährig): Auszubildende im ersten Lehrjahr nach Ausbildung im Zeitraum 2000–2024 71
Abb. 41: Ärzte in erster Weiterbildung und neu besetzte Ausbildungsplätze im Jahr 2024 72
Abb. 42: Durchschnittliche monatliche Ausbildungsvergütung (alle Lehrjahre) im Vergleich 73
Abb. 43: Absolventen allgemeinbildender Schulen nach Schulabschluss bis 2035 74
Abb. 44: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen 2011–2026 76
Abb. 45: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen 2026 77
Abb. 46: Nicht besetzte Vollkraftstellen 2011–2026 78
Abb. 47: Dauer der Stellenvakanzen 2025 und 2026 in Wochen 79
Abb. 48: Maßnahmen im Bereich Mitarbeiterförderung und Arbeitskultur 81
Abb. 49: Maßnahmen im Bereich Vereinbarkeits- und Unterstützungsangebote 82

DKG

Fachkräftemonitoring

2026

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

DEUTSCHES KRANKENHAUS INSTITUT

Autorenverzeichnis

Prof. Dr. Boris Augurzky

Dr. Karl Blum

Arne Evers

Robin Heber

Kim Maren Klecha

Michael van Loo

Dr. Anna Levsen

Dr. Michael Mörsch

Prof. Dr. Henriette Neumeyer

Ansprechpartner



Kim Klecha

Referentin Abteilung Krankenhauspersonal
Geschäftsbereich I – Krankenhauspersonal & Politik
Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
Telefon: +49 (0)30 39 801-2025
E-Mail: k.klecha@dkgev.de



Robin Heber

Senior Research Manager
Geschäftsbereich Forschung
Deutsches Krankenhausinstitut e. V.
Telefon: +49 (0)211 470 51-54
E-Mail: robin.heber@dki.de

Impressum

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.

Wegelystraße 3
10623 Berlin
Telefon: +49 (0)30 3 98 01 - 10 21
E-Mail: pressestelle@dkgev.de

Deutsches Krankenhausinstitut e. V.

Prinzenallee 13
40549 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 2 11 4 70 51-0
E-Mail: info@dki.de

Berlin, 19. März 2026

DKG
Fachkräftemonitoring
2026

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

DEUTSCHES KRANKENHAUS INSTITUT