



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

KRANKENHAUS BAROMETER

Umfrage 2021

INHALT

SEITE	KAPITEL
4	EINLEITUNG
6	1 WIRTSCHAFTLICHE SITUATION DER KRANKENHÄUSER
6	1.1 Jahresergebnis 2020
8	1.2 Entwicklung der Jahresergebnisse 2019/2020
9	1.3 Erwartetes Jahresergebnis 2021
10	1.4 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation
12	1.5 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen
13	2 AUSWIRKUNGEN VON CORONA AUF DIE KRANKENHÄUSER
14	2.1 Auslastung
15	2.2 Besuchseinschränkungen
19	2.3 Inanspruchnahme
21	2.4 Alarm- und Einsatzplan
23	2.5 Neuerungen im Pflegebereich zur Anpassung an die Corona-Pandemie
27	3 FACHKRÄFTEMANGEL IN DER PFLEGE
28	3.1 Stellenbesetzungsprobleme im Pflegedienst auf Allgemeinstationen
30	3.2 Stellenbesetzungsprobleme im Pflegedienst auf Intensivstationen
32	3.3 Einsatz von Honorar- und Zeitarbeitskräften
34	3.4 Fluktuationsquoten und Ausfallzeiten in der Pflege
36	3.5 Entwicklung der Stellensituation im Pflegebereich
40	3.6 Pflegekräfte aus dem Ausland
42	3.7 Fachweiterbildungen auf Allgemein- und Intensivstationen

SEITE	KAPITEL
43	4 KRANKENHAUSINDIVIDUELLE PFLEGE BUDGETS
44	4.1 Abschluss eines Pflegebudgets zum 30.04.2021
45	4.2 Zusätzlicher Vorbereitungsaufwand
46	4.3 Überdeckung der Pflegepersonalkosten durch Pflegentgeltwert
47	4.4 Berücksichtigung pflegeentlastender Maßnahmen
49	4.5 Unterschreiten des Vorjahresbudgets ohne „Budget-Verlust-Begrenzung“
50	4.6 Auswirkungen auf Personalausstattung und Finanzen
54	5 UMSATZSTEUERFREIHEIT ZYTOSTATIKA
55	5.1 Betroffene Krankenhäuser
56	5.2 Auswirkungen auf die Krankenhäuser
58	5.3 Reaktionen der Krankenhäuser
60	5.4 Die Berücksichtigung des Vorsteuerabzugs
62	LITERATURVERZEICHNIS

EINLEITUNG

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht die **Ergebnisse des Krankenhaus Barometers 2021** vor. Beim Krankenhaus Barometer handelt es sich um eine jährlich durchgeführte Repräsentativbefragung deutscher Krankenhäuser zu aktuellen gesundheits- und krankenhauspolitischen Themen. Das Barometer wird im Auftrag der Träger des DKI erstellt; das sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) und der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK).

Ziel des Krankenhaus Barometers ist es, den Krankenhäusern und den Krankenhausverbänden zeitnahe Informationen zum aktuellen Krankenhausgeschehen zur Verfügung zu stellen. Seit seiner Einführung im Jahr 2000 hat sich das Krankenhaus Barometer zu einem einzigartigen Informationsinstrument im Krankenhausbereich entwickelt, das seither exklusiv, kontinuierlich und auf repräsentativer Basis über zahlreiche aktuelle Themen aus dem Krankenhausbereich berichtet.

Die Ergebnisse des Krankenhaus Barometers 2021 beruhen auf der schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten in Deutschland, welche von Ende Mai bis Ende Juli 2021 durchgeführt worden ist.

Beteiligt haben sich insgesamt 291 Krankenhäuser.

Die Krankenhäuser unter 100 Betten wurden nicht in die Erhebung einbezogen, da es sich vielfach um Kliniken mit einem besonderen Leistungsspektrum und einer besonderen Struktur handelt (z. B. zahlreiche Privatkliniken ohne Versorgungsauftrag, kleine Fach- und Belegkliniken).

Durch die Nicht-Einbeziehung dieser Häuser, auf die bundesweit lediglich ca. 4 % der Betten, der Patienten und des Krankenhauspersonals entfallen, wird eine homogenere Gruppe der kleineren Krankenhäuser in der Grund- und Regelversorgung geschaffen.

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



Dr. Karl Blum



Robin Heber



Dr. Anna Levsen



Dr. Sabine Löffert



Dr. Matthias Offermanns



Dr. Petra Steffen

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

Düsseldorf, im Dezember 2021

Deutsches Krankenhausinstitut e. V.

Hansaallee 201

40549 Düsseldorf

Telefon 02 11. 4 70 51 - 17

Fax 02 11. 4 70 51 - 67

E-Mail karl.blum@dki.de

www.dki.de

1 WIRTSCHAFTLICHE SITUATION DER KRANKENHÄUSER



Mit Blick auf ihre wirtschaftliche Situation sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie in der Gewinn- und Verlustrechnung für das Jahr 2020 ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis erzielt haben.

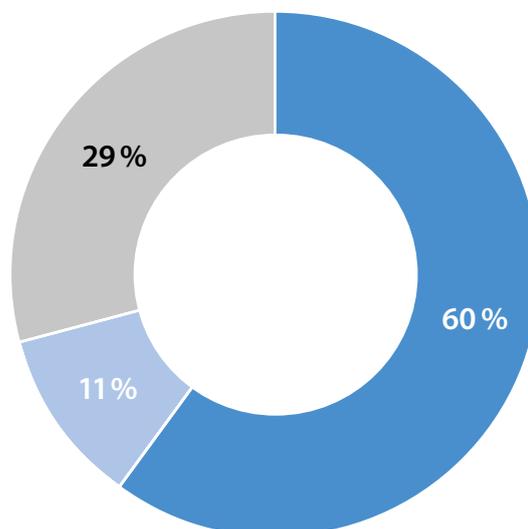
1.1 Jahresergebnis 2020

Danach haben 60 % der deutschen Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten im Jahr 2020 ein positives Jahresergebnis erzielt. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresfehlbetrag liegt bei 29 % und der Anteil der Häuser mit einem ausgeglichenen Jahresergebnis bei 11 % (Abb. 01).

Abb.
01

*Jahresergebnis der Krankenhäuser 2020
(Krankenhäuser in %)*

- Jahresüberschuss
- Ausgeglichenes Ergebnis
- Jahresfehlbetrag



© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

Im Vergleich zum Vorjahr hat der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss zugenommen bzw. der Anteil der Häuser mit einem Jahresfehlbetrag abgenommen.

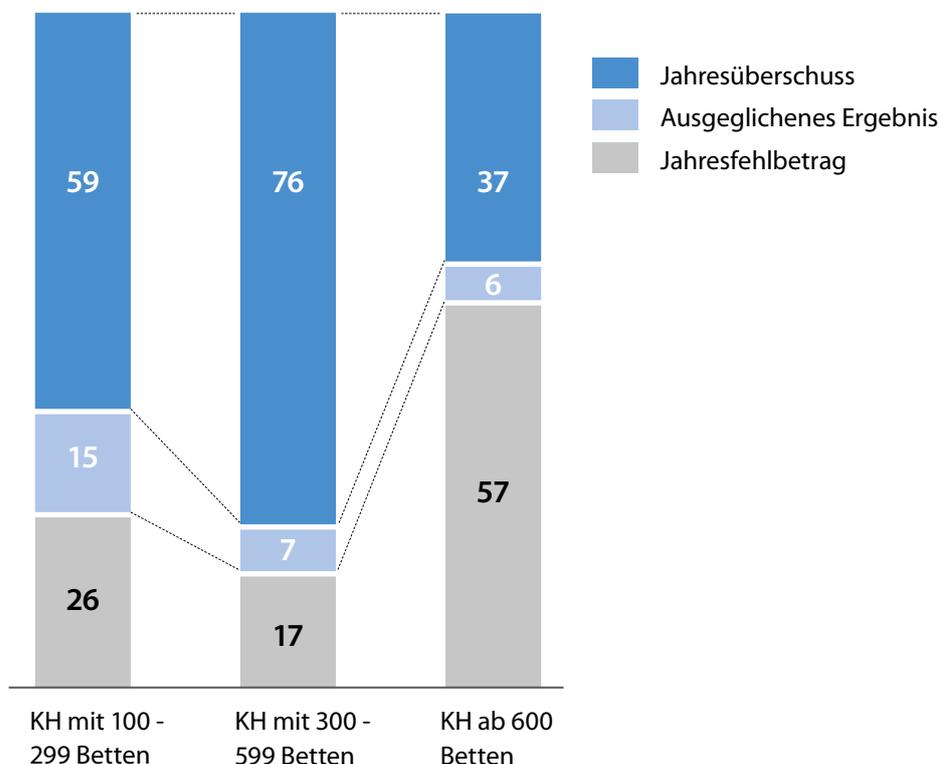
Im Jahr 2019 hatten 46 % der Krankenhäuser ein positives Jahresergebnis und 44 % der Häuser ein negatives Ergebnis (DKI, 2020).

Insofern haben die Ausgleichszahlungen nach dem Krankenhausentlastungsgesetz (§ 21 Abs. 1 KHG) für coronabedingt nicht belegte Betten zumindest in einem Teil der Häuser dazu beigetragen, die Auswirkungen der Corona-Pandemie im Jahr 2020 finanziell zu bewältigen.

Allerdings gibt es in dieser Hinsicht deutliche Unterschiede nach der Krankenhausgröße (**Abb. 02**).

Vor allem in den großen Krankenhäusern ab 600 Betten fallen die Jahresergebnisse deutlich schlechter aus als in den unteren Bettengrößenklassen. So weisen hier 57 % der Häuser für 2020 ein negatives Jahresergebnis aus und damit etwa doppelt so viel wie im Bundesdurchschnitt. Nur 37 % der Großkrankenhäuser haben im letzten Jahr ein positives Ergebnis erzielt. Demgegenüber sind es bei den kleinen Häusern 59 % und in der mittleren Bettengrößenklasse 76 %.

Abb. 02 **Jahresergebnis der Krankenhäuser 2020 nach Bettengrößenklassen (Krankenhäuser in %)**



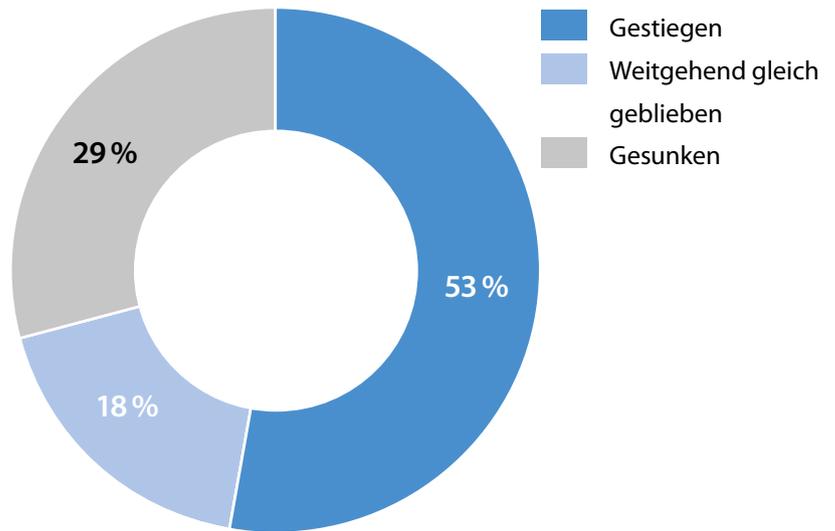
© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

1.2 Entwicklung der Jahresergebnisse 2019/2020

Über die bloße Angabe von positiven, negativen oder ausgeglichenen Jahresergebnissen hinaus, sollten die Krankenhäuser über die konkrete Entwicklung der Jahresergebnisse laut Gewinn- und Verlustrechnung in den Jahren 2019 und 2020 informieren.

Danach ist das Jahresergebnis im Jahr 2020 im Vergleich zu 2019 in 53 % der Krankenhäuser gestiegen und bei 29 % der Häuser gesunken. Bei den übrigen ist es konstant geblieben (**Abb. 03**).

Abb. 03 Entwicklung des Jahresergebnisses 2020 im Vergleich zu 2019 (Krankenhäuser in %)

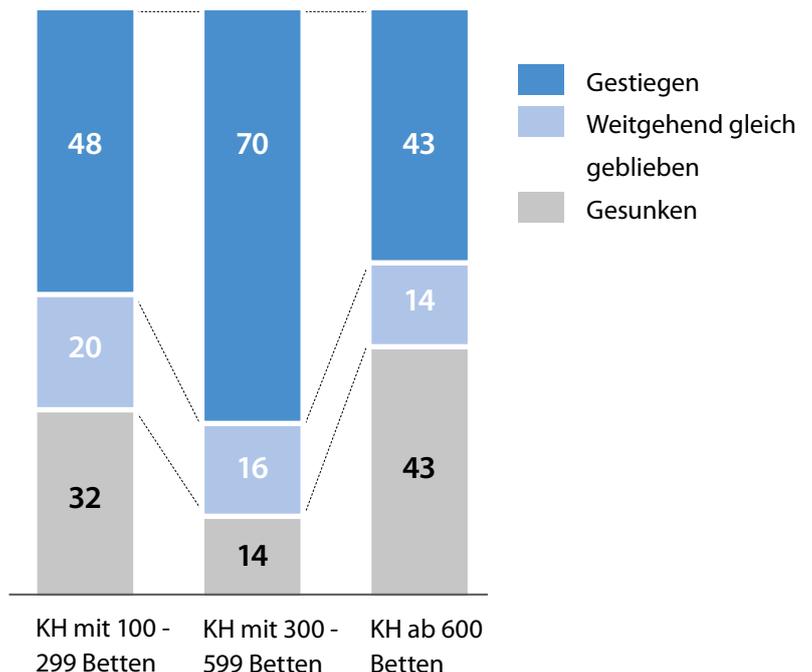


© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

Nach Krankenhausgröße haben sich die Ergebnisse vor allem in den großen Krankenhäusern ab 600 Betten überproportional verschlechtert (**Abb. 04**).

Hier ist das Ergebnis im Jahresvergleich in 43 % der Häuser gesunken, während es in den anderen Bettengrößenklassen 32 % (Krankenhäuser unter 300 Betten) bzw. 14 % (mittlere Bettengrößenklasse) waren.

Abb. 04 Entwicklung des Jahresergebnisses 2020 im Vergleich zu 2019 nach Bettengrößenklassen (Krankenhäuser in %)



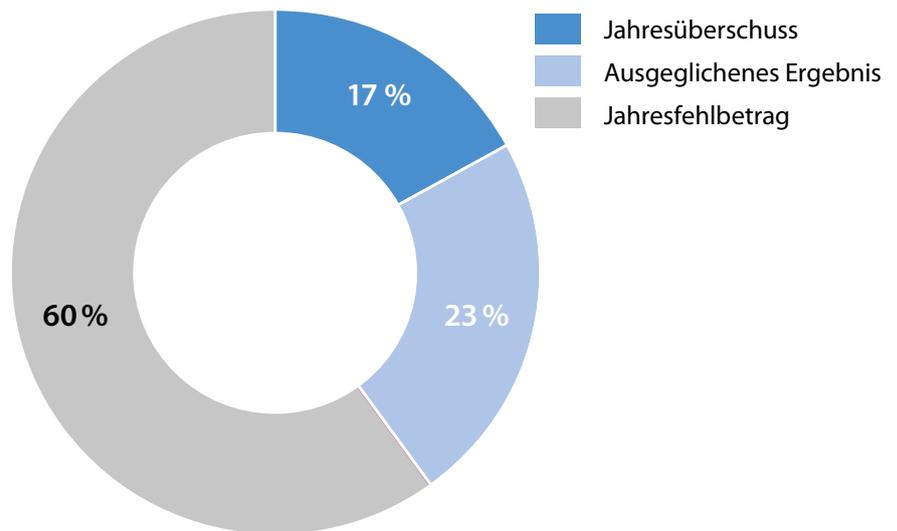
© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

1.3 Erwartetes Jahresergebnis 2021

Für das Jahr 2021 erwarten die Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten insgesamt eine deutliche Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Lage (**Abb. 05**).

Im Vergleich zu 2020 würde der Anteil der Häuser mit positivem Jahresergebnis von 60 % auf 17 % zurückgehen. Demgegenüber würde der Anteil der Krankenhäuser mit negativem Jahresergebnis von 29 % auf 60 % steigen.

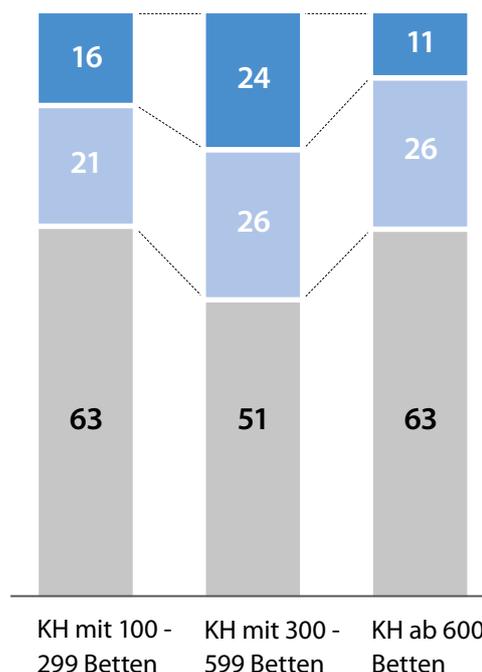
Abb. 05 Erwartetes Jahresergebnis der Krankenhäuser 2021 (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

Auch über alle Bettengrößenklassen würde sich die wirtschaftliche Lage in 2021 deutlich verschlechtern. In der Tendenz würden die entsprechenden Einbrüche in der mittleren Bettengrößenklasse etwas moderater ausfallen als in den anderen Klassen (**Abb. 06**).

Abb. 06 Erwartetes Jahresergebnis der Krankenhäuser 2021 nach Bettengrößenklassen (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

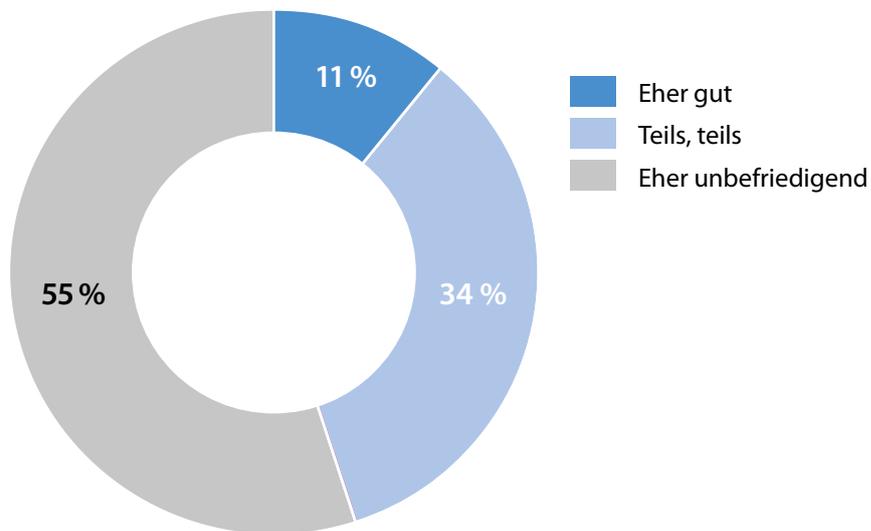
1.4 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation



Über das erwartete Jahresergebnis für dieses Jahr hinaus sollten die Krankenhäuser auch ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2021 beurteilen. Demnach stufte nur noch etwa jedes zehnte Krankenhaus seine wirtschaftliche Lage als eher gut ein. 55 % der Krankenhäuser schätzten ihre wirtschaftliche Lage als eher unbefriedigend ein, während 34 % in dieser Hinsicht unentschieden sind (**Abb. 07**).

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die kritische Einschätzung der wirtschaftlichen Lage über alle Krankenhäuser damit nochmals verschlechtert (DKI, 2020).

Abb. 07 *Aktuelle wirtschaftliche Situation des eigenen Krankenhauses (Krankenhäuser in %)*

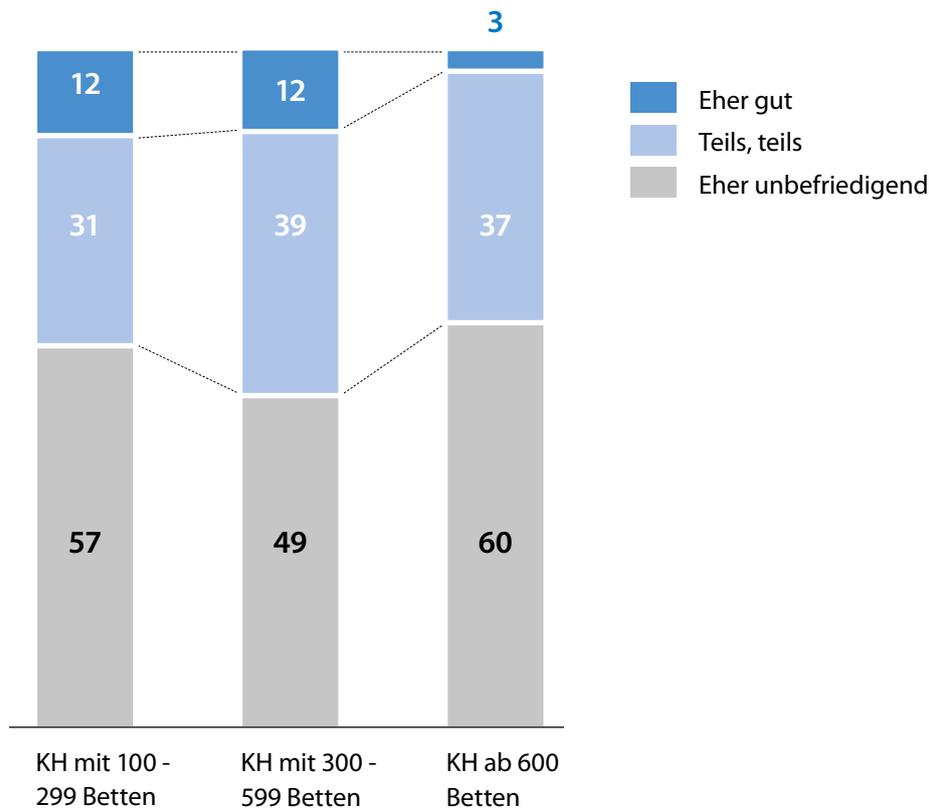


© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

Unabhängig von der Krankenhausgröße wird die aktuelle wirtschaftliche Lage nahezu gleichermaßen kritisch gesehen. Besonders dramatisch ist die Situation in den großen Krankenhäusern über 600 Betten. Hier gibt es kaum noch ein Haus, das seine wirtschaftliche Lage als gut beurteilt (Abb. 08).



Abb. 08 *Aktuelle wirtschaftliche Situation des eigenen Krankenhauses nach Bettengrößenklassen (Krankenhäuser in %)*



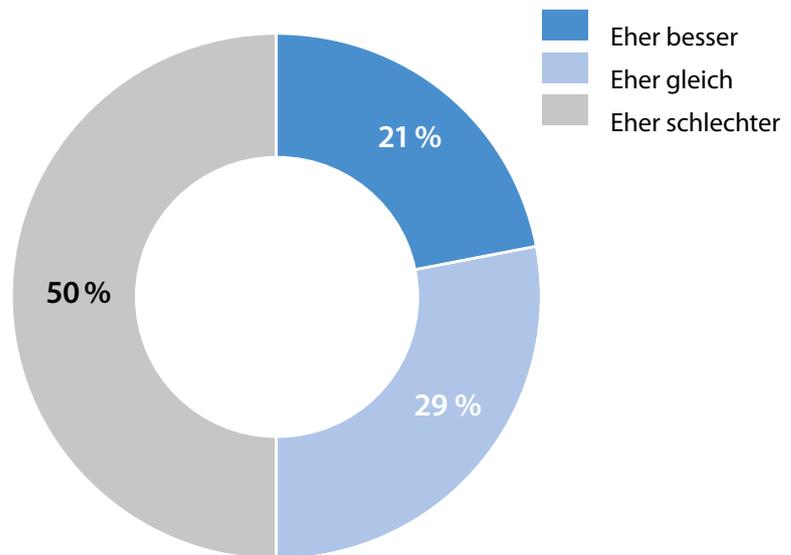
© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

1.5 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen

Des Weiteren sollten sich die Krankenhäuser auch zu ihren Erwartungen für das kommende Jahr 2022 äußern: Jedes zweite Krankenhaus erwartet eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation. Nur rund ein Fünftel der Häuser (21 %) geht von einer Verbesserung aus, während die übrigen in dieser Hinsicht unentschieden sind (Abb. 09).

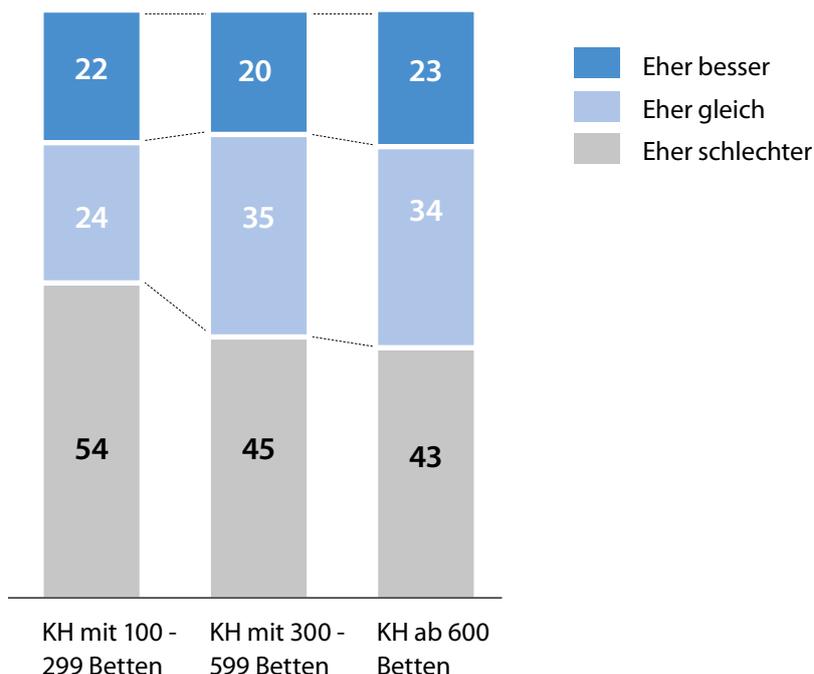
Nach Bettengrößenklassen differenziert fallen die Erwartungen in den kleinen Krankenhäusern ab 300 Betten tendenziell am schlechtesten aus (Abb. 10).

Abb. 09 *Wirtschaftliche Erwartungen für das eigene Krankenhaus für 2022 (Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

Abb. 10 *Wirtschaftliche Erwartungen für das eigene Krankenhaus für 2022 nach Bettengrößenklassen (Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2021



2 AUSWIRKUNGEN VON CORONA AUF DIE KRANKENHÄUSER

Die Corona Pandemie hatte erwartungsgemäß deutliche Auswirkungen auf die Auslastung der befragten Krankenhäuser. Insgesamt gaben 53 % an, dass die Auslastung zum Befragungszeitraum geringer war als zum Vorjahreszeitpunkt. Nur 15 % berichten von einer unveränderten Auslastung. 31 % konnten eine höhere Auslastung über die gesamte Einrichtung verzeichnen.

2.1 Auslastung

Ein Rückgang der Auslastung zeigte sich besonders deutlich für den Bereich der Normalstation, bei dem es bei 53 % der befragten Krankenhäuser zu einer geringeren Auslastung zum Zeitpunkt der Befragung im Vergleich zum Vorjahreszeitpunkt kam. Intensivstationen hingegen wiesen bei 43 % eine höhere Auslastung auf. Die Auslastung der Intermediate Care Station ist bei 39 % der befragten Krankenhäuser gleich geblieben (**Abb. 11**).

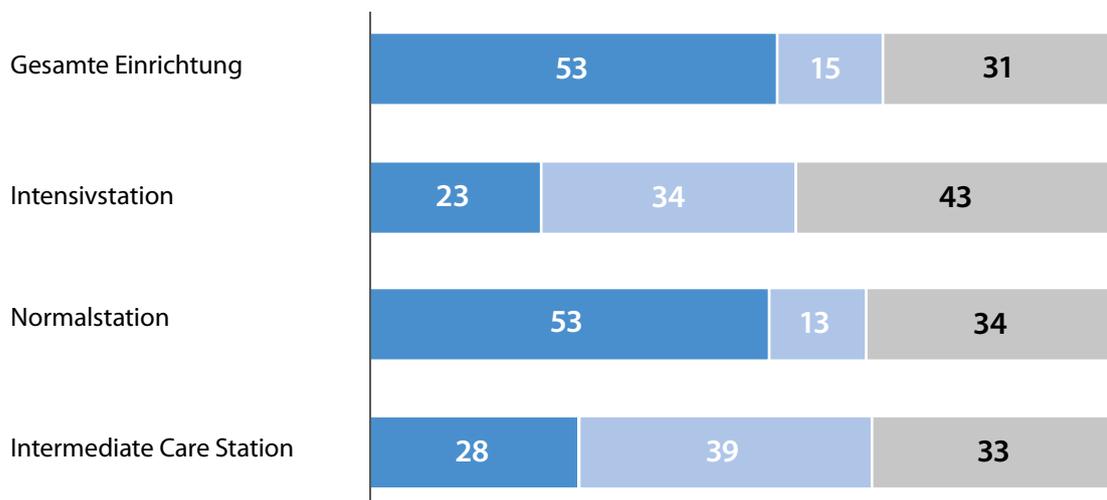
Abb.

11

Auslastung zum Befragungszeitpunkt im Vergleich zum Vorjahreszeitpunkt

Wie ist die derzeitige Auslastung im Vergleich zum Vorjahreszeitpunkt?
(Krankenhäuser in %)

■ Geringere Auslastung ■ Auslastung ist gleich geblieben ■ Höhere Auslastung



© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

2.2 Besuchseinschränkungen

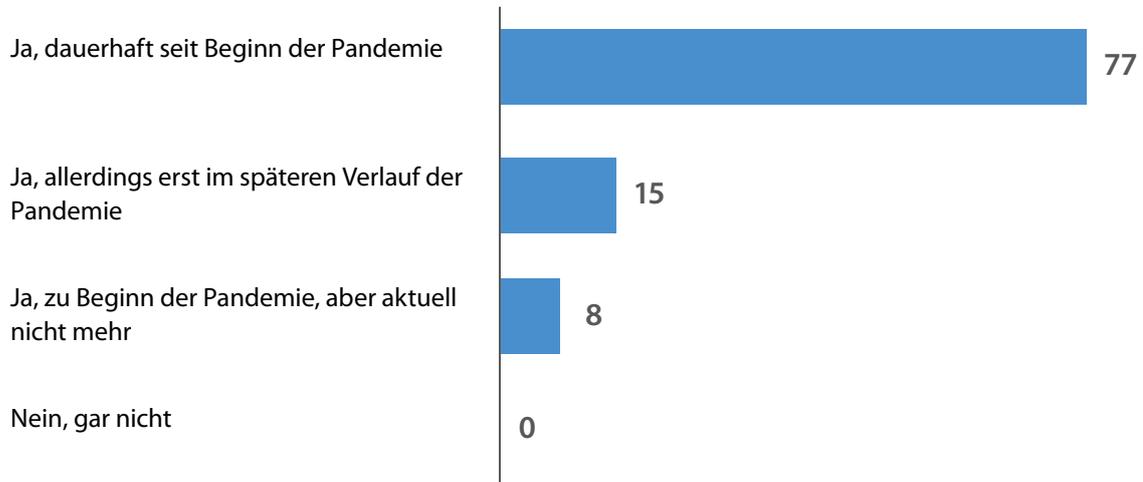
Aus Infektionsschutzgründen wurden Krankenhäusern während der Pandemie Besuchseinschränkungen für Besucherinnen und Besucher empfohlen. Alle befragten Häuser haben diese Empfehlung grundsätzlich umgesetzt, wie **Abb. 12** verdeutlicht.

Rund 77 % der befragten Krankenhäuser kamen der Empfehlung nach, indem sie dauerhaft seit Beginn der Pandemie Besuchseinschränkungen aussprachen. 15 % haben im späteren Verlauf der Pandemie Besuchseinschränkungen eingeführt. 8 % hatten die Besuchseinschränkungen zum Zeitpunkt der Befragung bereits wieder beendet.

Abb. 12

Besuchseinschränkungen während der Pandemie

Haben Sie während der Pandemie vollständig oder zeitweilig Besuchseinschränkungen in Ihrer Einrichtung bzw. Teilen davon ausgesprochen?
(Krankenhäuser in %)



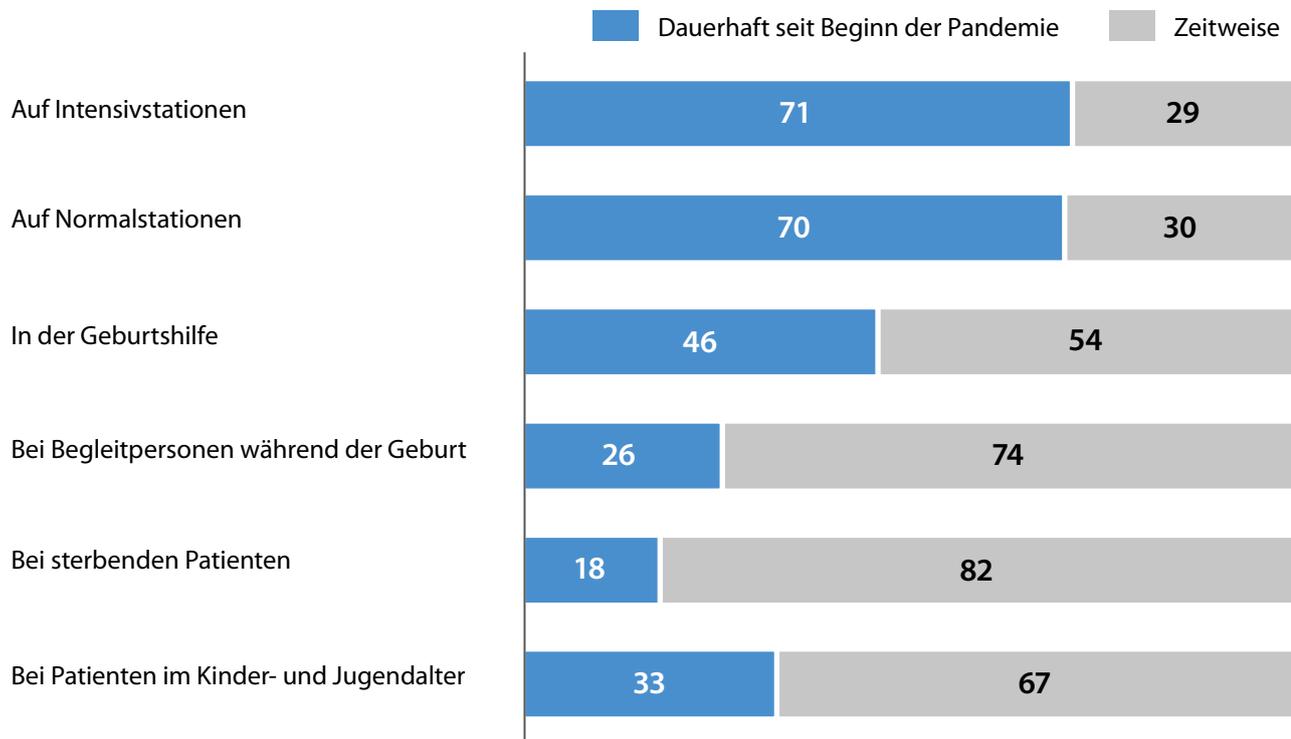
© Deutsches Krankenhausinstitut 2021



Besonders betroffen von Besuchseinschränkungen zeigen sich die Intensivstationen. Bei 71 % der befragten Einrichtungen sind dort dauerhaft seit Beginn der Pandemie Besucheinschränkungen gültig. Gleiches zeigt sich für Normalstationen, für die ebenfalls bei 70 % dauerhaft seit Beginn der Pandemie Besuchseinschränkungen ausgesprochen wurden (**Abb. 13**).

Abb.
13 *Besuchseinschränkungen nach Bereichen*

In welchen Bereichen Ihrer Einrichtung haben Sie während der Pandemie vollständig oder zeitweilig Besuchseinschränkungen ausgesprochen?
(Krankenhäuser mit Besuchseinschränkungen in %)



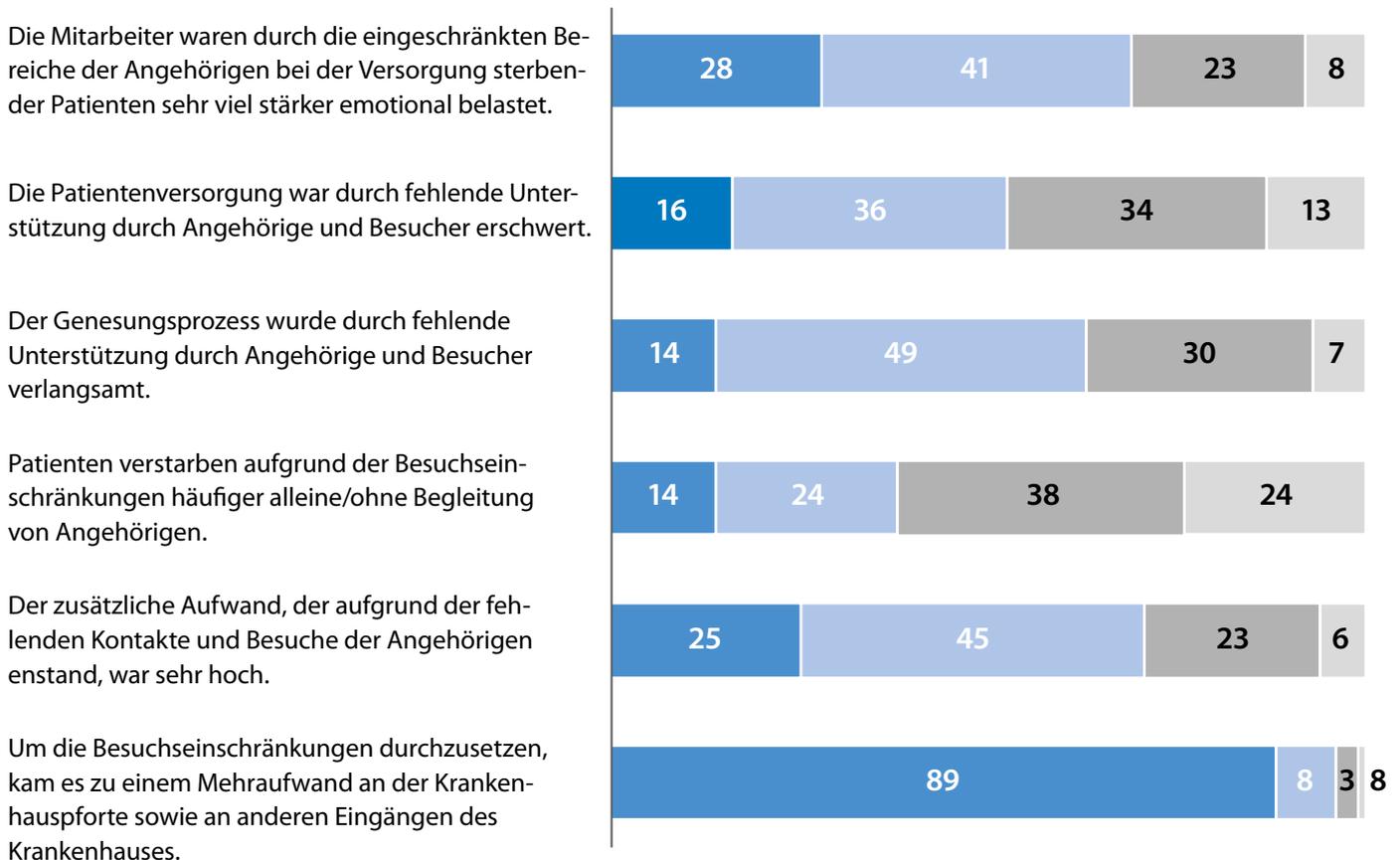
© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

Für die Patientengruppen „sterbende Patienten“, „Patienten im Kinder- und Jugendalter“ sowie „Begleitpersonen während der Geburt“ gaben die befragten Einrichtungen überwiegend an, dass nur zeitweise Besuchseinschränkungen galten. Dies trifft besonders auf sterbende Patienten zu, bei denen es bei 18 % der befragten Krankenhäuser zu einer dauerhaften Besuchseinschränkung kam. In der Geburtshilfe gaben 46 % der Häuser dauerhaft Besuchseinschränkungen und bei den restlichen 54 % zeitweise Einschränkungen an.

Abb.
14 *Auswirkungen der Besuchseinschränkungen*

Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?
(Krankenhäuser mit Besuchseinschränkungen in %)

■ Stimme voll und ganz zu ■ Stimme eher zu ■ Stimme eher nicht zu ■ Stimme gar nicht zu





In der Umsetzung der Besuchseinschränkungen hat sich insbesondere für die Krankenhausporte bei 90 % der befragten Krankenhäuser ein Mehraufwand ergeben, da Besucherinnen und Besucher vom Betreten des Krankenhauses über Haupt- und Nebeneingänge abgehalten werden mussten.

Über die Hälfte der befragten Krankenhäuser stimmten der Aussage zu, dass die emotionale Belastung der Mitarbeitenden durch die fehlende Unterstützung durch Angehörige in Bezug auf sterbende Patientinnen und Patienten sehr viel stärker ausgefallen ist.

24 % der Teilnehmer gaben an, dass Patientinnen und Patienten trotz Besuchseinschränkungen nicht alleine versterben mussten.

Demgegenüber stehen 14 % der befragten Krankenhäuser, bei denen dies der Fall war. Einem zusätzlichen Aufwand aufgrund fehlender Kontakte und Besuche durch Angehörige stimmen 70 % voll und ganz bzw. eher zu. Auch auf den Genesungsprozess wirkten sich die Besuchseinschränkungen aus. 63 % der befragten Häuser stimmten voll und ganz bzw. eher zu, dass dieser verlangsamt war (**Abb. 14**).

2.3 Inanspruchnahme

Wie bereits in Kapitel 2.1 zur Auslastung deutlich geworden ist, wirkt sich die Pandemie stark auf das Leistungsgeschehen in Krankenhäusern aus. Die Frage nach der Inanspruchnahme zu Hochzeiten der Pandemie (März bis Dezember 2020) im Vergleich zum Vorjahreszeitraum 2019 zeigt dies ebenso (**Abb. 15**).

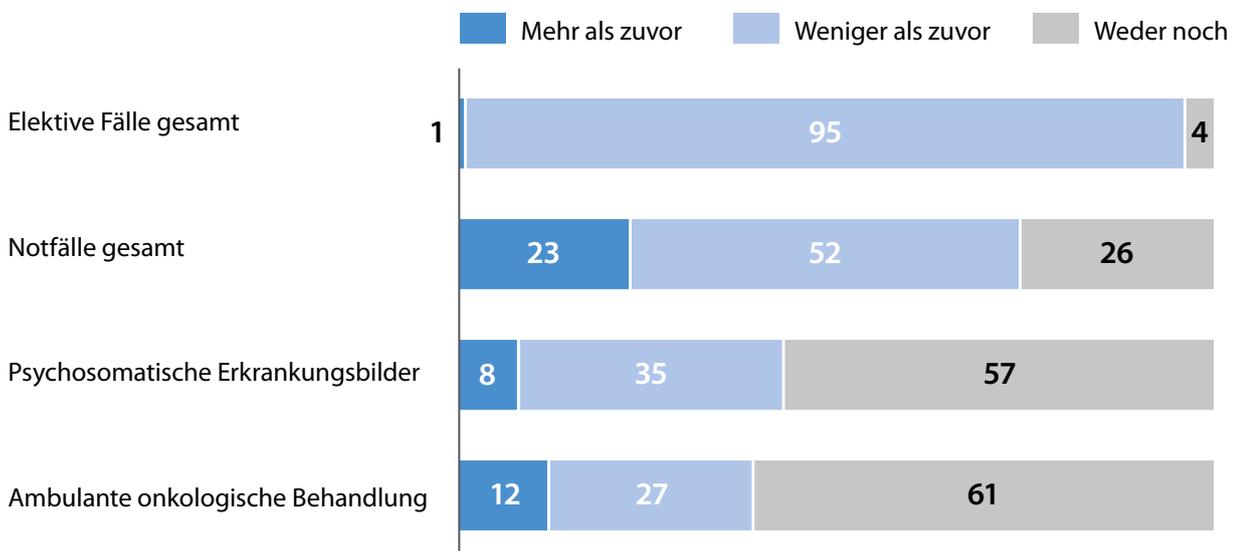
Den stärksten Rückgang gab es bei den elektiven Fällen in 95 % der Krankenhäuser. Die deutlichste

Fallzahlsteigerung zeigt sich bei Notfällen gesamt. Bei 23 % der befragten Einrichtungen kam es in Hochzeiten der Pandemie zu einer höheren Inanspruchnahme als im Vergleichszeitraum im Vorjahr.

Psychosomatische Erkrankungsbilder und ambulante onkologische Behandlungen zeigen in jeweils rund 60 % der Krankenhäuser keine Veränderung der Inanspruchnahme.

Abb. 15 *Inanspruchnahme des Krankenhauses*

Inwieweit hat sich die Inanspruchnahme Ihres Krankenhauses im Jahr 2020 während der Pandemie (März bis Dezember 2020) im Vergleich zum Vorjahreszeitraum 2019, relativ gesehen, geändert? (Krankenhäuser in %)



Der Blick auf die Patientenperspektive in **Abb. 16** offenbart, dass über 80 % der befragten Krankenhäuser davon ausgehen, dass Patientinnen und Patienten aus Sorge um Ansteckung mit dem COVID-19-Erreger zum Befragungszeitpunkt 2021 auf elektive Operationen und Eingriffe verzichten. Im Vergleich zur Einschätzung aus dem Vorjahr wird deutlich, dass die Zurückhaltung der Patientinnen

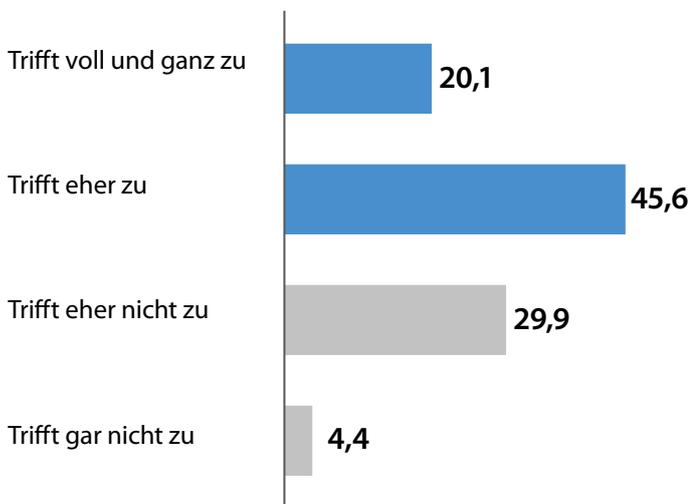
und Patienten in Bezug auf elektive Eingriffe und Operationen aktuell etwas stärker ausfällt. Während 2020 knapp über 30 % der befragten Einrichtungen nicht oder eher nicht zustimmen, dass Patientinnen und Patienten auf elektive Eingriffe und Operationen verzichten, so sind es 2021 nur noch knapp über 10 %.

Abb. 16 *Verzicht auf elektive Operationen und Eingriffe*

Inwieweit stimmen Sie der Aussage zu, dass Patienten aus Sorge um Ansteckung mit dem COVID-19-Erreger derzeit noch auf elektive Operationen und Eingriffe verzichten?

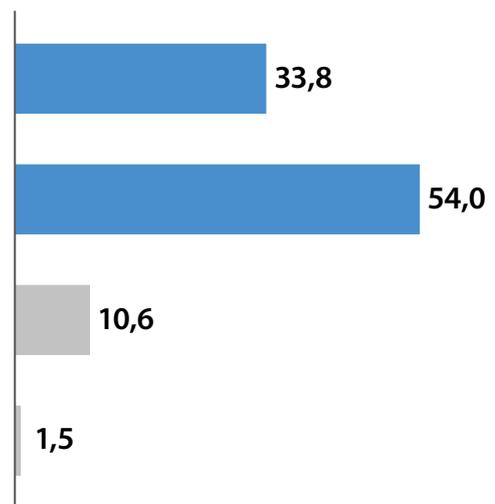
Befragungszeitpunkt 2020

(Krankenhäuser mit OP-Sälen und -Verschiebungen in %)



Befragungszeitpunkt 2021

(Krankenhäuser in %)



2.4 Alarm- und Einsatzplan

Ein Krankenhausalarm- und -einsatzplan hat die Aufgabe, Krankenhäuser bei der medizinischen Bewältigung von Katastrophenfällen und größeren Notfällen durch konkrete Handlungsanweisungen zu unterstützen.

Eine Pandemie kann ebenfalls Bestandteil eines Krankenhausalarm- und -einsatzplanes sein. 70 % der befragten Krankenhäuser gaben an, dass eine Pandemiesituation in ihrem Krankenhausalarm- und -einsatzplan berücksichtigt wurde (**Abb. 17**).

Allerdings kamen nur 19 % der Teilnehmenden zu dem Ergebnis, dass der Krankenhausalarm- und -einsatzplan sehr gut funktioniert hat. 62 % bewerten den Krankenhausalarm- und -einsatzplan immerhin mit gut.

Bei rund 20 % der befragten Einrichtungen hat er weniger gut oder gar nicht gut gegriffen (**Abb. 18**).

Abb.

17

Krankenhausalarm- und -einsatzplan inklusive Pandemiebefall

Hatten Sie vor Beginn der Corona-Pandemie einen individuell erarbeiteten Krankenhausalarm- und -einsatzplan entwickelt, der auch den Pandemiefall berücksichtigt hat? (Krankenhäuser in %)

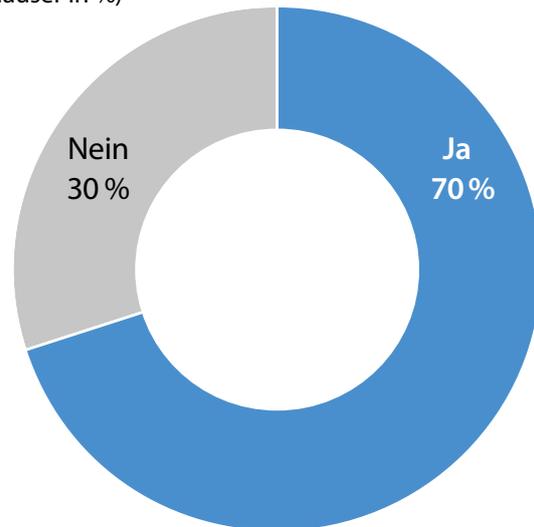
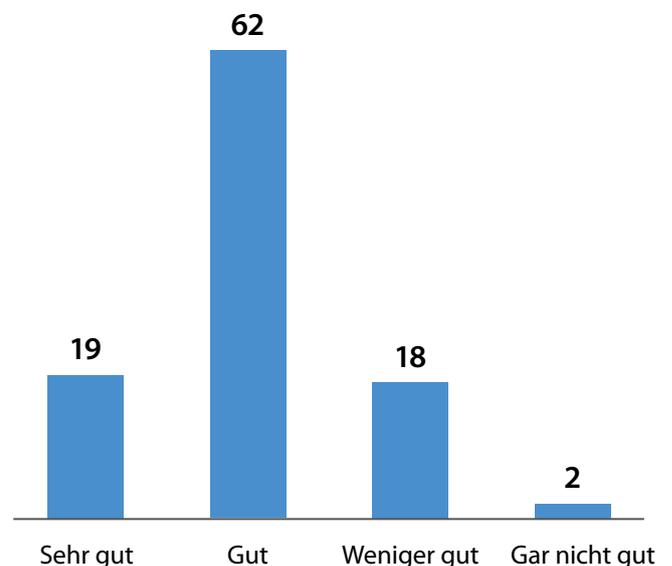


Abb.

18

Qualität des Krankenhausalarm- und -einsatzplans

Wie gut hat Ihr individuell erarbeiteter Krankenhausalarm- und -einsatzplan in der Corona-Pandemie in Ihrem Haus gegriffen? (Krankenhäuser mit Krankenhausalarm- und -einsatzplan für den Pandemiefall in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

Die Befragung zu Erfolgsfaktoren des Krankenhausalarm- und -einsatzplans in Form eines Freitextfeldes hat ergeben, dass dieser aufgrund von

- klaren Abläufen und Strukturen
- Arbeit im Krisenstab
- Kommunikation
- Einrichtung von Isolationsbereichen und -stationen
- Zusammenarbeit mit Behörden, Bundeswehr und Rettungsdienst
- Interdisziplinarität

besonders gut funktioniert hat.

Im Gegensatz dazu haben folgende Punkte ein gutes Funktionieren des Krankenhausalarm- und -einsatzplans behindert:

- Plan war zu starr für den zyklischen Verlauf der Pandemie
- Die zwischenzeitlich extreme Verknappung von Ressourcen (persönliche Schutzausrüstung, Desinfektionsmittel etc.) war im Pandemieplan nicht abgebildet
- Plan hat die Dauer der Pandemie nicht ausreichend berücksichtigt
- Informationsfluss vom Land und den Behörden
- Abstimmung mit anderen Krankenhäusern
- Anpassung an die kurzfristigen Änderungen der Gesetzeslage
- Zusätzliche Maßnahmen wie Besuchseinschränkungen, Erfassung von Besucherdaten oder Abstandsregeln waren nicht im Plan berücksichtigt

Die genannten Antworten wurden auf Basis von Einzelnenungen und ihren Häufigkeiten zusammengefasst.





2.5 Neuerungen im Pflegebereich zur Anpassung an die Corona-Pandemie

Vor dem Hintergrund der weiterhin bestehenden Pandemiesituation wurden die teilnehmenden Krankenhäuser im diesjährigen Krankenhaus Barometer gefragt, welche Neuerungen sie als Anpassung an die Corona-Pandemie in ihrem Haus im Pflegebereich entwickelt haben und sich ggf. auch als sinnvolle Neuerung in der zukünftigen Regelversorgung vorstellen können.

Im Bereich des Personaleinsatzes bzw. der Personalorganisation haben rund 40 % der Krankenhäuser während der Pandemie begonnen, auf Personal aus anderen Abteilungen mit abteilungsübergreifenden Dienstplänen zurückzugreifen, um die Versorgung ihrer Patienten zu gewährleisten. Diese Maßnahme wurde, ebenso wie die interne Schulung oder Fortbildung in der Intensivpflege, in knapp jeder dritten sowie die kurzfristige Änderung von Dienstplänen in jeder

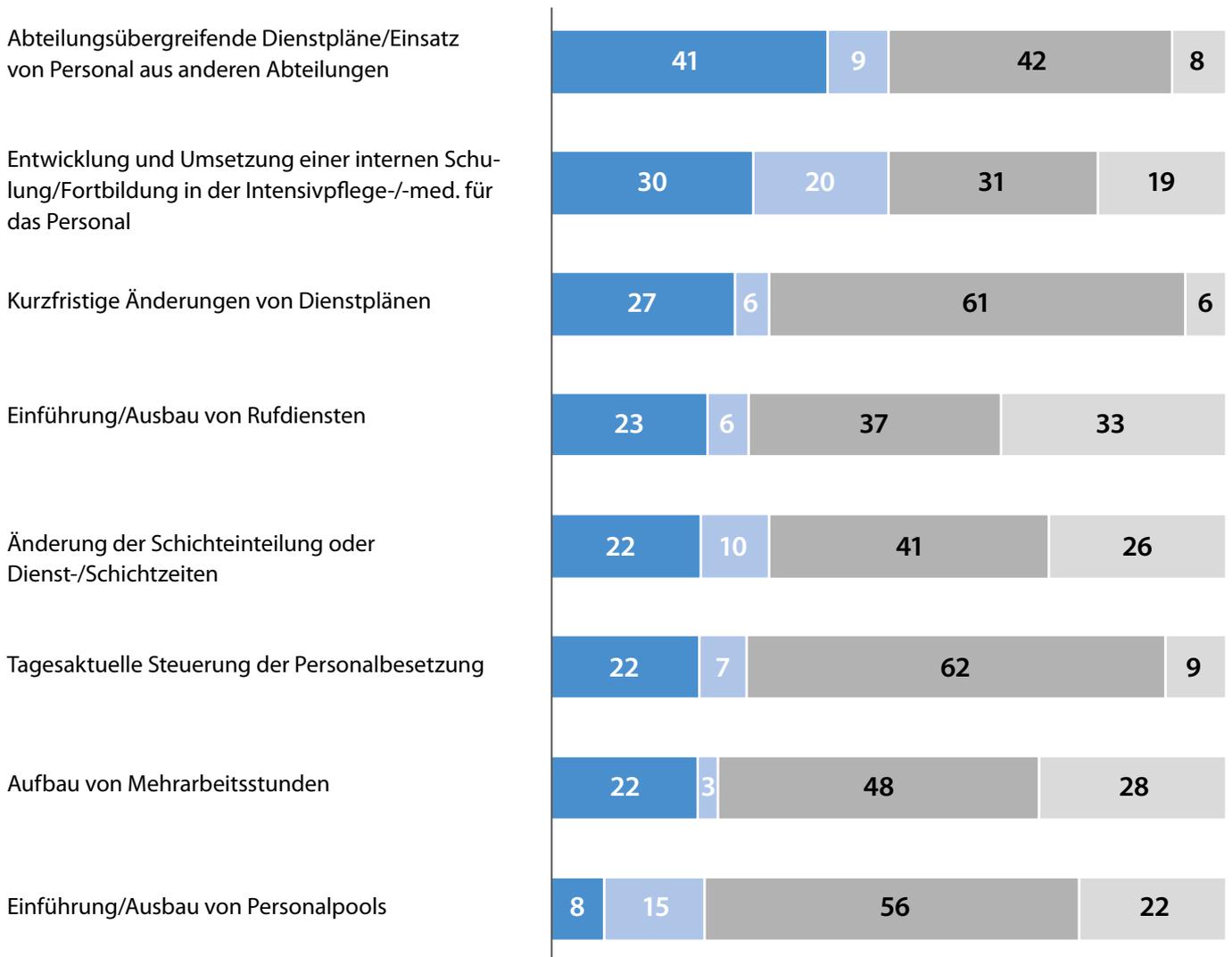
vierten Klinik neu umgesetzt, aber zeitlich nur begrenzt geplant. In jedem fünften Krankenhaus wurde in der Intensivpflege bzw. Intensivmedizin die Fortbildung des Personals zur Anpassung an die Corona-Pandemie neu eingeführt, aber auch als dauerhafte Umsetzung geplant. Weitere Neueinführungen im Bereich des Personaleinsatzes wurden eher nicht als Dauereinrichtung umgesetzt (**Abb. 19**).

Zahlreiche organisatorische Maßnahmen des Personaleinsatzes waren jedoch schon vor der Corona-Pandemie in vielen Krankenhäusern umgesetzt. So wurden bereits in rund 60 % der Einrichtungen Dienstpläne kurzfristig geändert und die Personalbesetzung tagesaktuell gesteuert. In rund jedem zweiten Krankenhaus gab es Personalpools oder einen möglichen Aufbau von Mehrarbeitsstunden (**Abb. 19**).

Abb.
19

Neuerungen des Personaleinsatzes bzw. der Personalorganisation in der Pflege als Anpassung an die Corona-Pandemie (Krankenhäuser in %)

■ Neu umgesetzt, aber zeitlich begrenzt geplant ■ Bereits vor der Corona-Pandemie umgesetzt
■ Neu umgesetzt, dauerhafte Umsetzung geplant ■ Nicht umsetzbar/sinnvoll



© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

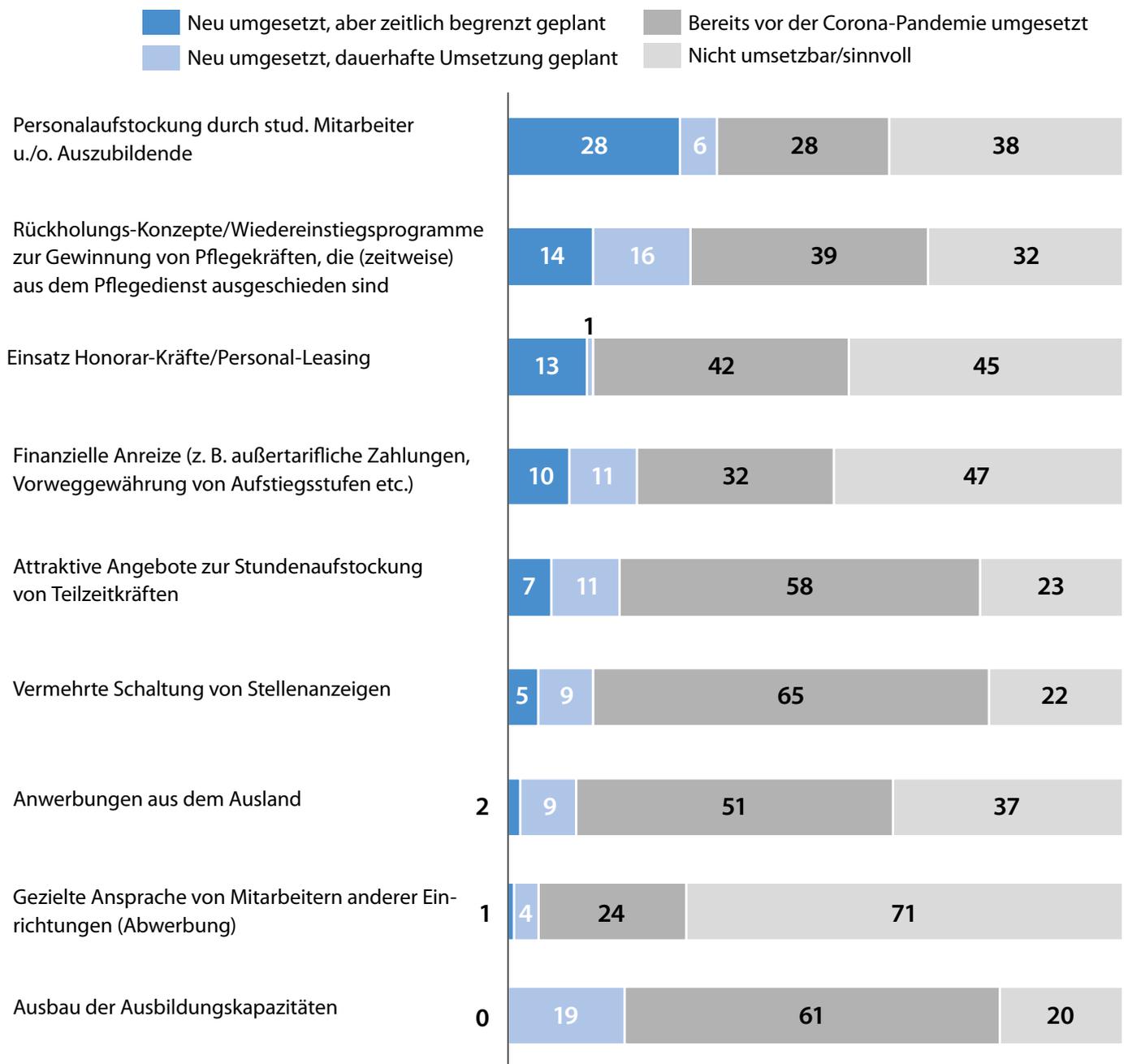
Im Bereich der Personalplanung bzw. Personalbeschaffung haben 28 % der Kliniken ihr Personal durch studentische Mitarbeiter und/oder Auszubildende zur Anpassung an die Corona-Pandemie zeitlich begrenzt aufgestockt (**Abb. 20**).

In 19 % der Krankenhäuser wurden der Ausbau der Ausbildungskapazitäten und in 16 % Rückholungskonzepte und Wiedereinstiegsprogramme zur Gewinnung von Pflegekräften, die (zeitweise) aus dem Pflegedienst ausgeschieden waren, neu implementiert und zugleich als dauerhafte Umsetzung geplant.

Auch bei der Personalplanung und -beschaffung waren schon vor der Corona-Pandemie zahlreiche Maßnahmen in den Krankenhäusern umgesetzt. So wurden bereits in zwei Dritteln der Einrichtungen Stellenanzeigen vermehrt geschaltet. In rund 60 % der Krankenhäuser wurden die Ausbildungskapazitäten ausgebaut und den Teilzeitkräften

attraktive Angebote zur Stundenaufstockung unterbreitet. Die Mehrheit der Kliniken (71 %) hält dagegen die gezielte Ansprache von Mitarbeitern anderer Einrichtungen mit dem Ziel der Abwerbung für kein geeignetes Mittel zur Personalbeschaffung (**Abb. 20**).

Abb. 20 Neuerungen zur Personalplanung bzw. -beschaffung in der Pflege als Anpassung an die Corona-Pandemie (Krankenhäuser in %)





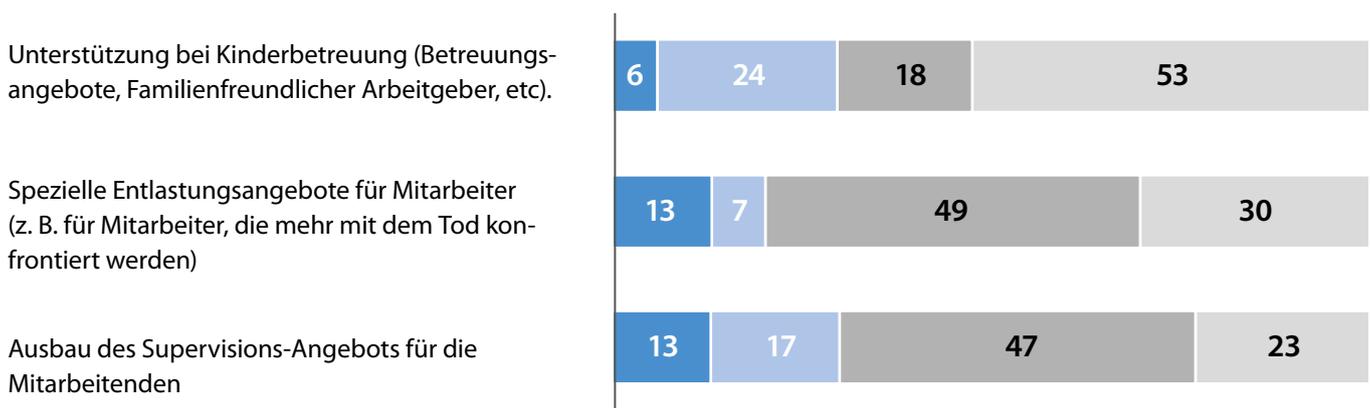
Als sonstige Maßnahmen der Personalplanung und -beschaffung zur Anpassung an die Corona-Pandemie nannten die teilnehmenden Krankenhäuser beispielsweise verstärkte Marketingmaßnahmen, z. B. Mitarbeiter werben Mitarbeiter oder eine Erhöhung der Mitarbeiterorientierung im Unternehmen (z. B. besondere Maßnahmen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement).

Als besondere Unterstützungsmaßnahmen der Pflegekräfte zu Zeiten der Corona-Pandemie haben 13 % der Krankenhäuser spezielle Entlastungsangebote für ihre Mitarbeiter, beispielsweise bei vermehrter Konfrontation mit dem Tod, oder einen Ausbau ihres Supervisions-Angebotes zeitlich begrenzt eingeführt.

Bei rund jeder zweiten Einrichtung waren diese Angebote an die Mitarbeitenden jedoch bereits vor der Pandemie umgesetzt. Jede vierte Klinik hat zusätzlich eine dauerhafte Unterstützung bei der Kinderbetreuung organisiert (**Abb. 21**).

Abb.
21

Neuerungen als besondere Unterstützungsmaßnahme in der Pflege zur Anpassung an die Corona-Pandemie (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2021



3 FACHKRÄFTEMANGEL IN DER PFLEGE

Der Fachkräftemangel bzw. Stellenbesetzungsprobleme in der Pflege bilden eine zentrale Herausforderung für die stationäre Krankenhausversorgung in Deutschland. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer, wie schon in den Erhebungen zum Krankenhaus Barometer 2011, 2016 und 2019 angeben, inwieweit es bei ihnen einen entsprechenden Fachkräftemangel gibt.

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

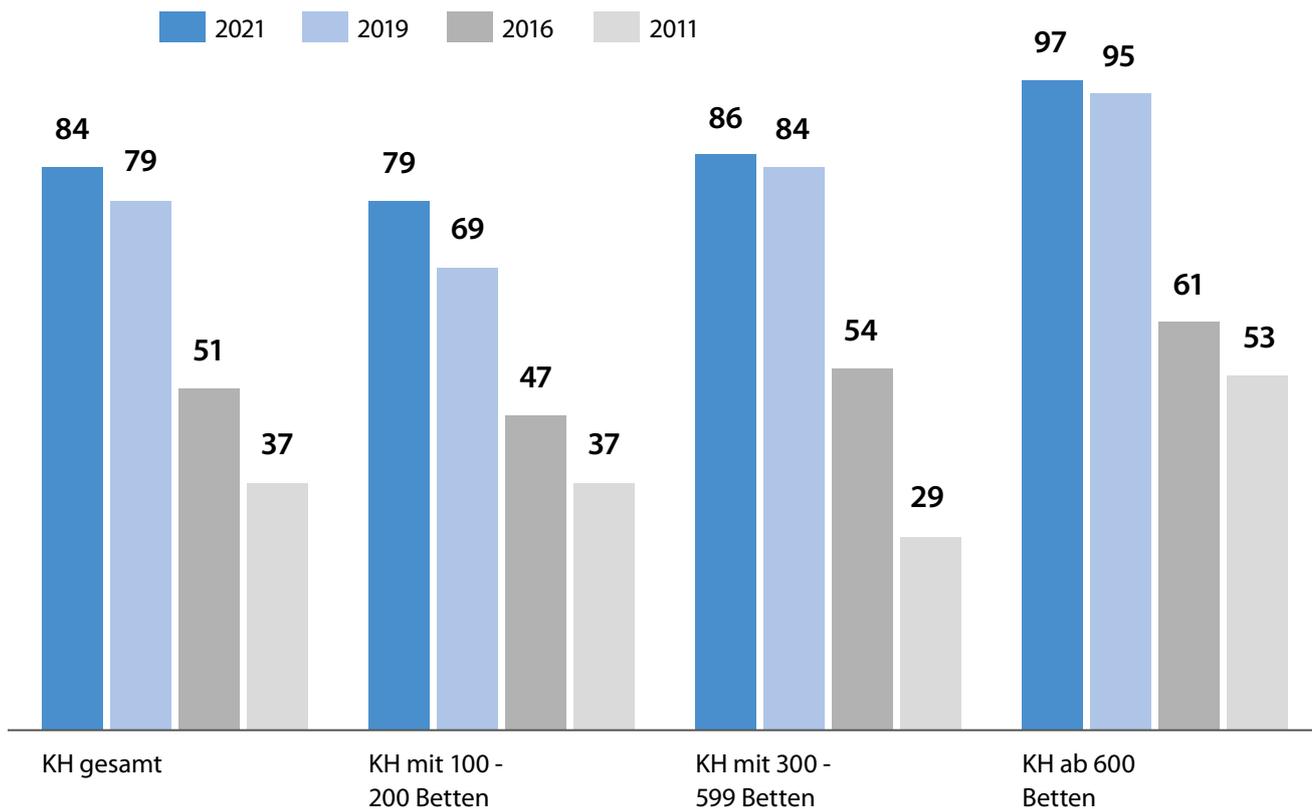
Im **Krankenhaus Barometer** lautet die konkrete Fragestellung an die teilnehmenden Kliniken, inwieweit das jeweilige Krankenhaus zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2021 Probleme hatte, offene Stellen im Pflegebereich zu besetzen bzw. wie viele Stellen, gemessen in Vollkräften, vakant waren.

3.1 Stellenbesetzungsprobleme im Pflegedienst auf Allgemeinstationen

Im Frühjahr 2021 hatten 84 % der Krankenhäuser Probleme, offene Pflegestellen auf Allgemeinstationen zu besetzen. Mit steigender Krankenhausgröße nimmt der Anteil der betroffenen Häuser merklich zu. So kann fast jedes Krankenhaus ab 600 Betten (97 %) derzeit offene Pflegestellen nicht besetzen (Abb. 22)¹.

Die Stellenbesetzungsprobleme im Pflegedienst der Allgemeinstationen haben seit 2011 dramatisch zugenommen. Während im Jahr 2019 schon vier von fünf Kliniken Stellenbesetzungsprobleme hatten, war es 2016 noch gut die Hälfte der Krankenhäuser. 2011 lag der entsprechende Anteilswert bei 37 %. Im Mittel bleiben die Stellen auf den Allgemeinstationen derzeit 17 Wochen (Median = 12 Wochen) unbesetzt.

Abb. 22 Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im Pflegedienst auf den Allgemeinstationen 2011 - 2021 (Krankenhäuser in %)



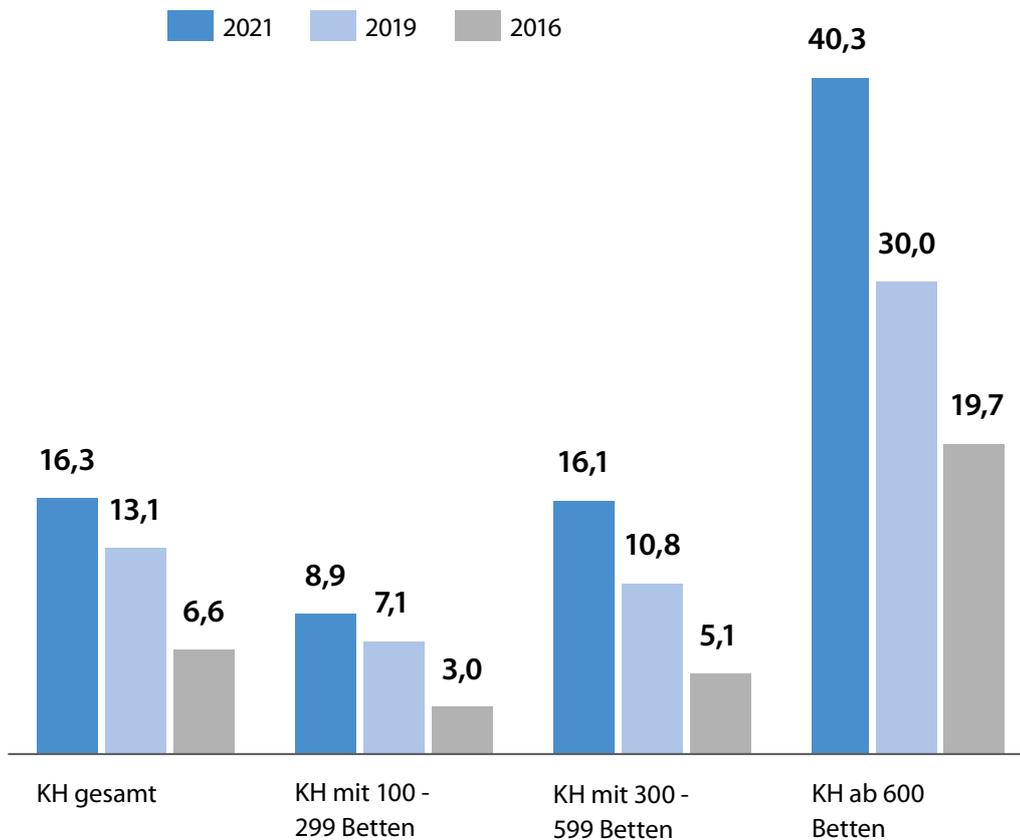
© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

¹ Im Krankenhaus Barometer 2011 bildeten die Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten noch die Grundgesamtheit der Erhebung. Für Zeitvergleiche zwischen den Barometern 2011 und 2016 sind deswegen die Barometer-Ergebnisse von 2011 erneut ausgewertet worden. Konkret beziehen sich die Vergleichsergebnisse für 2011 nunmehr auf die Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten bzw. in der unteren Bettengrößenklasse auf Krankenhäuser mit 100-299 Betten. Deswegen kommt es in der unteren Größenklasse bzw. bei den Ergebnissen für die Krankenhäuser insgesamt zu leichten Abweichungen zu den im Krankenhaus Barometer 2011 explizit ausgewiesenen Ergebnissen (vgl. DKI, 2011).

Die von Stellenbesetzungsproblemen betroffenen Krankenhäuser konnten im Mittel rund 16 Vollkraftstellen nicht besetzen. Gegenüber 2016 (6,6 VK) haben sich die Stellenvakanzen im Pflegedienst der Allgemeinstationen damit verzweieinhalbfacht. Bei den beiden unteren Bettengrößengruppen haben sich, relativ gesehen, die offenen Stellen seit 2016 sogar verdreifacht. Absolut haben vor allem die Großkrankenhäuser ab 600 Betten eine deutlich überdurchschnittliche Anzahl an unbesetzten Pflegestellen, die sich seit 2016 verdoppelt hat (**Abb. 23**).

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten blieben bundesweit rund 14.400 Vollkraftstellen im Pflegedienst der Allgemeinstationen unbesetzt. Gegenüber 2016 mit rund 3.900 unbesetzten Pflegestellen entspricht dies in etwa einer Verdreieinhalbfachung der offenen Stellen. Bezogen auf die Vollkraftstellen im Pflegedienst auf den Allgemeinstationen der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten insgesamt sind 6,3 % der Pflegestellen derzeit vakant.

Abb. 23 Nicht besetzte Vollkraftstellen im Pflegedienst auf Allgemeinstationen pro Krankenhaus 2016 - 2021 (Mittelwerte für KH mit Stellenbesetzungsproblemen)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

3.2 Stellenbesetzungsprobleme im Pflegedienst auf Intensivstationen

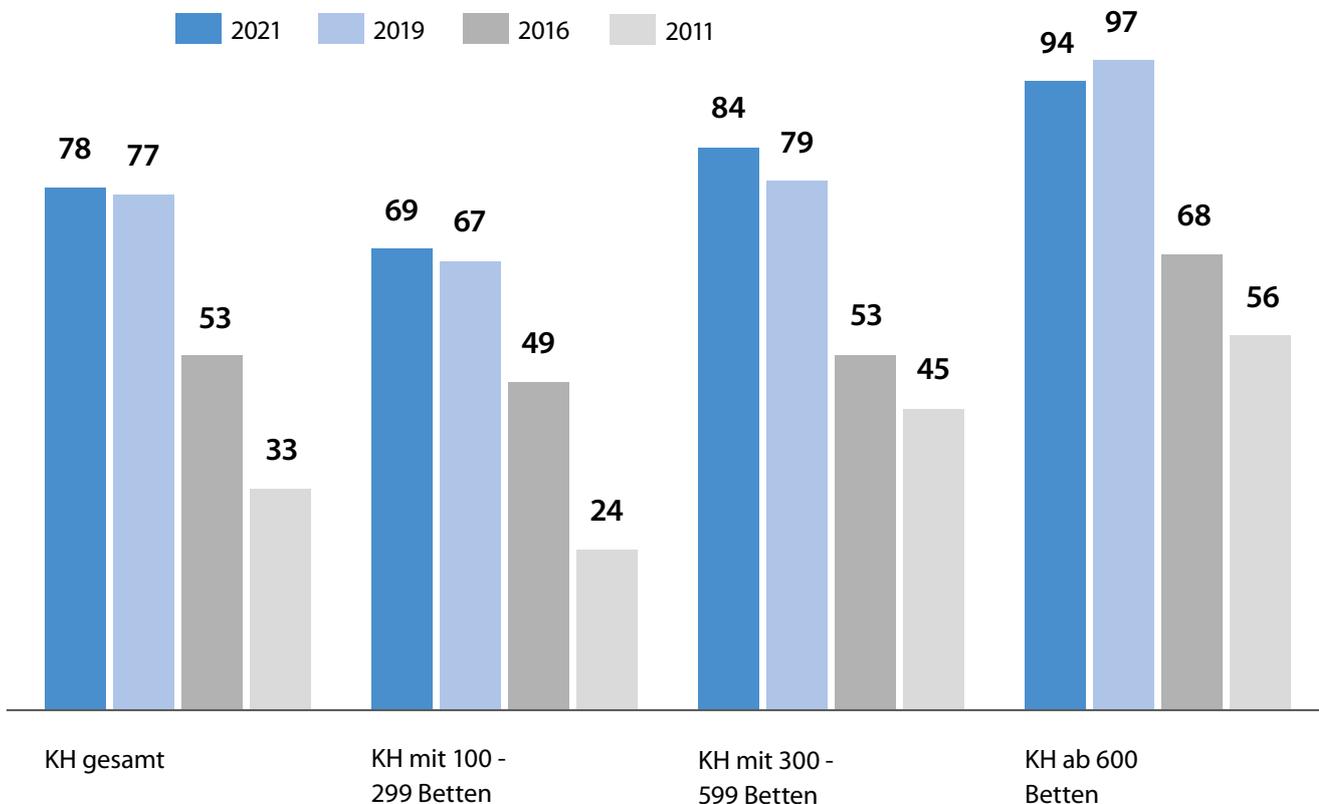
Die Entwicklung der Stellenbesetzungsprobleme in der Intensivpflege entspricht weitgehend den Ergebnissen für den Pflegedienst auf Allgemeinstationen. Mittlerweile können rund vier von fünf Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten offene Stellen in der Intensivpflege nicht besetzen. Mit steigender Krankenhausgröße nimmt der Anteil der betroffenen Häuser merklich zu. So kann fast jedes Krankenhaus ab 600 Betten (94 %) derzeit offene Intensivpflegestellen nicht besetzen (Abb. 24)².

Der Fachkräftemangel in der Intensivpflege hat in den letzten Jahren spürbar zugenommen. Im Jahr

2016 hatte noch gut die Hälfte der Krankenhäuser Stellenbesetzungsprobleme und 2011 knapp ein Drittel. Gegenüber 2019 zeigte sich 2021 jedoch eine Stagnation des Anstiegs des Fachkräftemangels auf den Intensivstationen auf hohem Niveau: Während bei den beiden kleineren Bettengrößenklassen noch ein geringer Anstieg zu verzeichnen war, berichteten die Kliniken ab 600 Betten einen leichten Rückgang der offenen Stellen.

Im Mittel bleiben unbesetzte Stellen in der Intensivpflege derzeit für 21 Wochen (Median = 16 Wochen) vakant.

Abb. 24 Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen in der Intensivpflege 2011 - 2021 (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

² Die Vergleichswerte für das Jahr 2016 stammen nicht aus dem Krankenhaus Barometer dieses Jahres, sondern aus einer DKI-Studie zur Personalsituation in der Intensivpflege und Intensivmedizin (Blum, 2017).

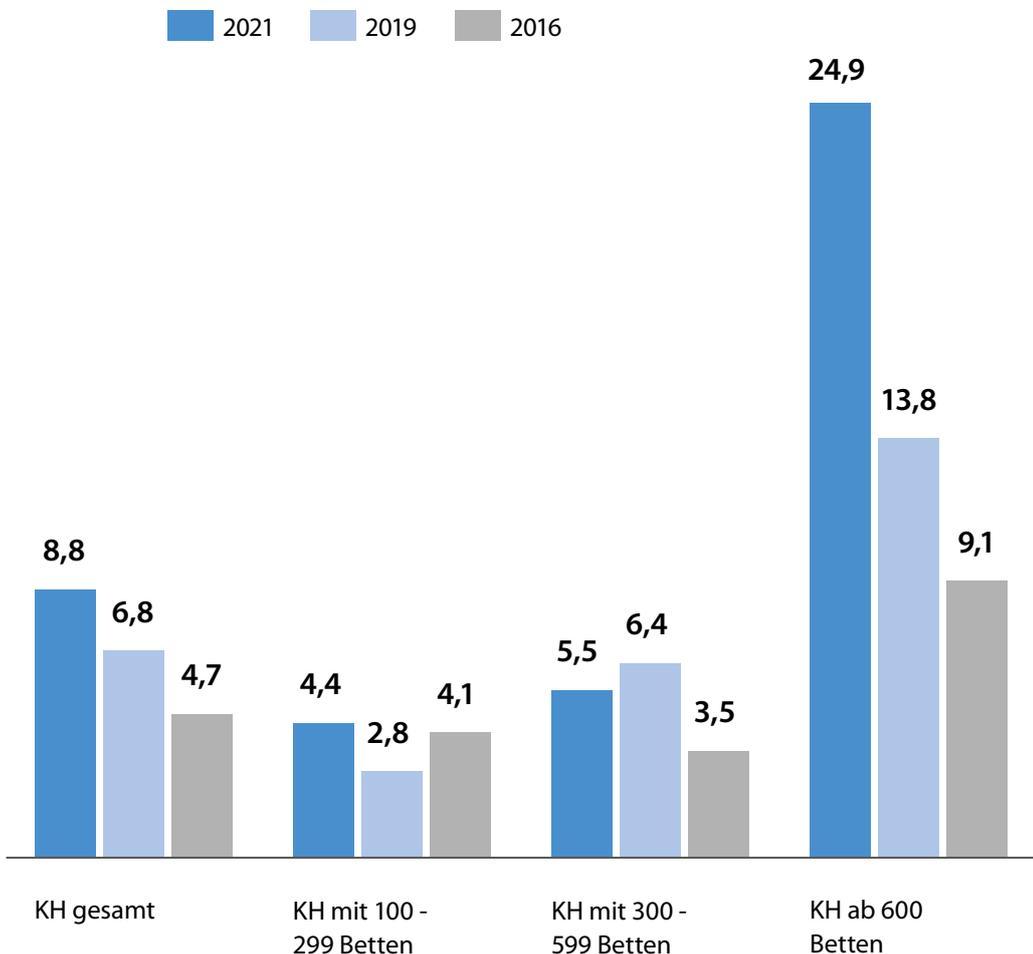
Die von Stellenbesetzungsproblemen betroffenen Krankenhäuser konnten im Mittel rund neun Vollkraftstellen in der Intensivpflege nicht besetzen. Gegenüber 2016 (4,7 VK) haben sich die Stellenvakanzen auf den Intensivstationen damit um etwa 87 % erhöht. Nach Bettengrößenklassen betrifft dies überproportional die großen Krankenhäuser ab 600 Betten. Dort ist derzeit jede vierte Stelle in der Intensivpflege unbesetzt. Dies bedeutet einen Anstieg der vakanten Stellen in Krankenhäusern ab 600 Betten seit 2019 um 80 % (**Abb. 25**).

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten mit Intensivstationen blieben bundesweit rund 7.900 Vollkraftstellen in der Intensivpflege unbesetzt. Gegenüber 2016 mit rund 3.150 unbesetzter Intensivpflegestellen entspricht dies einem Anstieg von rund 150 %.

Bezogen auf die Vollkraftstellen in der Intensivpflege der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten insgesamt sind rund 12 % der Pflegestellen derzeit vakant.

Abb.
25

Nicht besetzte Vollkraftstellen in der Intensivpflege pro Krankenhaus 2016 - 2021 (Mittelwert für KH mit Stellenbesetzungsproblemen)



3.3 Einsatz von Honorar- und Zeitarbeitskräften

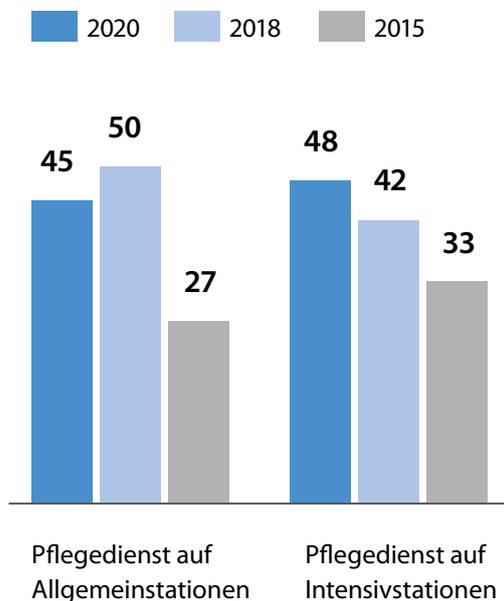


Sofern ein Krankenhaus keine (geeigneten) Bewerber für vakante Stellen findet, kann es ggf. auf Honorar- oder Zeitarbeitskräfte zurückgreifen (z. B. über Personalagenturen). Für den Pflegedienst sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit dies in ihren Häusern im Jahr 2020 der Fall war. Für diese Thematik liegen Vergleichswerte aus den Jahren 2015 und 2018 vor.

In der Pflege haben 45 % der Krankenhäuser Leih- oder Zeitarbeitskräfte auf den Allgemeinstationen eingesetzt. Im Vergleich zum Jahr 2018 liegt der Anteil der Krankenhäuser mit Leih- oder Zeitarbeitskräften damit um 5 % niedriger.

Darüber hinaus kommen in 48 % der Krankenhäuser mit Intensivstationen Leih- oder Zeitarbeitskräfte in der Intensivpflege zum Einsatz. Hier ist im Zeitvergleich dagegen eine Zunahme zu 2018 zu verzeichnen (**Abb. 26**).

Abb. 26 *Beschäftigung von Honorar- und Zeitarbeitskräften 2015 - 2020 im Pflegedienst der Krankenhäuser (Krankenhäuser in %)*



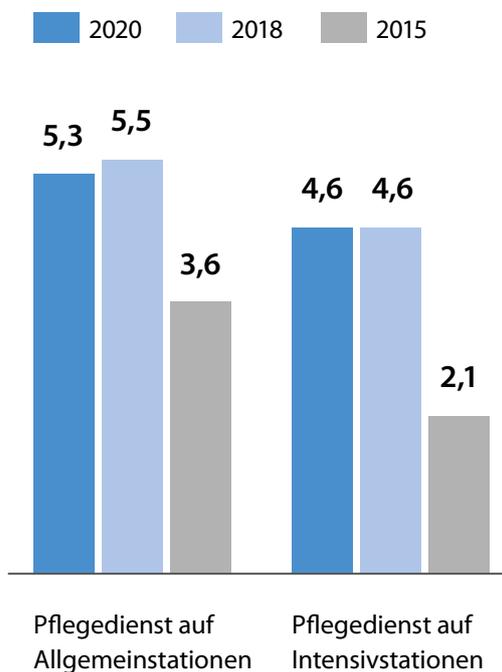
© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

Über den bloßen Einsatz von Honorar- oder Zeitarbeitskräften hinaus sollten die Befragungsteilnehmer angeben, wie viele Kräfte sie umgerechnet in Vollzeitäquivalente in ihrem Krankenhaus im Jahr 2020 im Jahresdurchschnitt beschäftigt hatten (Abb. 27).

Demnach gibt es kaum eine Veränderung in der Anzahl der beschäftigten Leih- oder Zeitarbeitskräfte nach Vollzeitäquivalenten auf Allgemeinstationen und in der Intensivpflege seit 2018.



Abb. 27 *Vollzeitäquivalente an Honorar- und Zeitarbeitskräften 2015 – 2020 (Mittelwerte für Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen)*



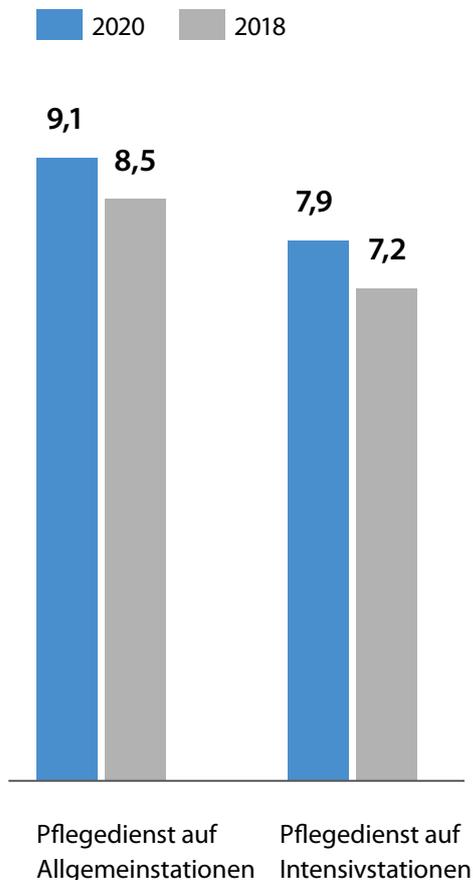
© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

3.4 Fluktuationsquoten und Ausfallzeiten in der Pflege

Eine Ursache von Stellenbesetzungsproblemen in der Pflege bildet ggf. die Personalfluktu-
ation. Deswegen sollten die Krankenhäuser ihre Fluktu-
ationsquoten im Pflegedienst von Allgemein- und
Intensivstationen angeben, konkret die jeweiligen
Anteile der 2020 aus dem Pflegedienst ausgeschie-
denen Pflegekräfte an den Pflegekräften insgesamt
(in Köpfen).

Auf den Allgemeinstationen lag die Fluktuations-
quote im Jahr 2020 danach im Durchschnitt bei
9,1 % pro Krankenhaus. Mit 7,9 % fiel die Fluktu-
ation in der Intensivpflege etwas geringer aus.
Dennoch bedeutet dies einen leichten Anstieg der
Fluktuation auf Allgemeinstationen und im Inten-
sivbereich der Krankenhäuser seit 2018 (**Abb. 28**).

Abb.
28 Fluktuationsquoten im Pflegedienst 2018 - 2020
(Mittelwert pro Krankenhaus in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

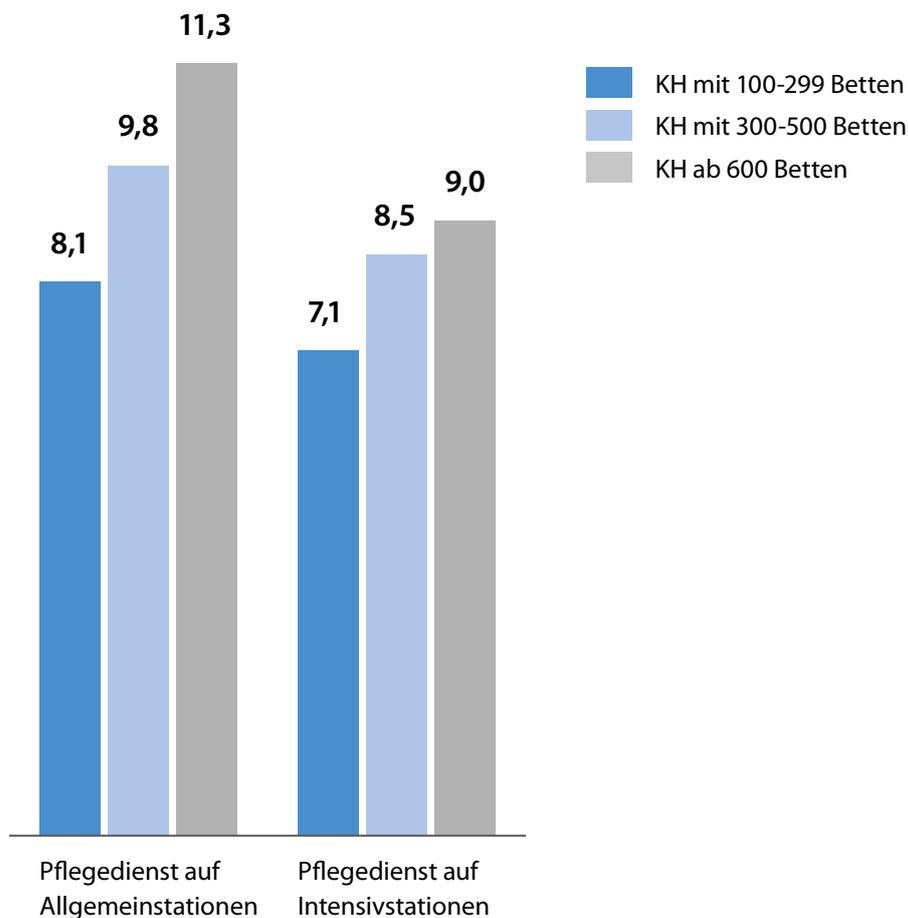
In größeren Krankenhäusern ab 600 Betten sind die Fluktuationsquoten im Pflegedienst sowohl auf den Allgemeinstationen als auch auf den Intensivstationen tendenziell höher als in den kleineren Einrichtungen (**Abb. 29**).

Die krankheitsbedingten Ausfallzeiten im Pflegedienst lagen 2020 auf den Allgemeinstationen mit durchschnittlich rund 18 Tagen pro Kopf über den Werten in der Intensivpflege mit rund 13 Tagen pro Kopf (Ergebnisse nicht dargestellt). Unterschiede in den Ausfallzeiten in Bezug auf die Größe der

Krankenhäuser konnten dagegen nicht festgestellt werden.

Hinsichtlich der Entwicklung der krankheitsbedingten Ausfallzeiten auf den Allgemeinstationen in den letzten drei Jahren haben 61 % der Krankenhäuser einen Anstieg vermerkt, während jede dritte Klinik keine Veränderungen berichtet hat. Im Intensivbereich hat jede zweite Klinik einen Anstieg und 10 % ein Absinken der krankheitsbedingten Ausfallzeiten in den letzten drei Jahren angegeben (Ergebnisse nicht dargestellt).

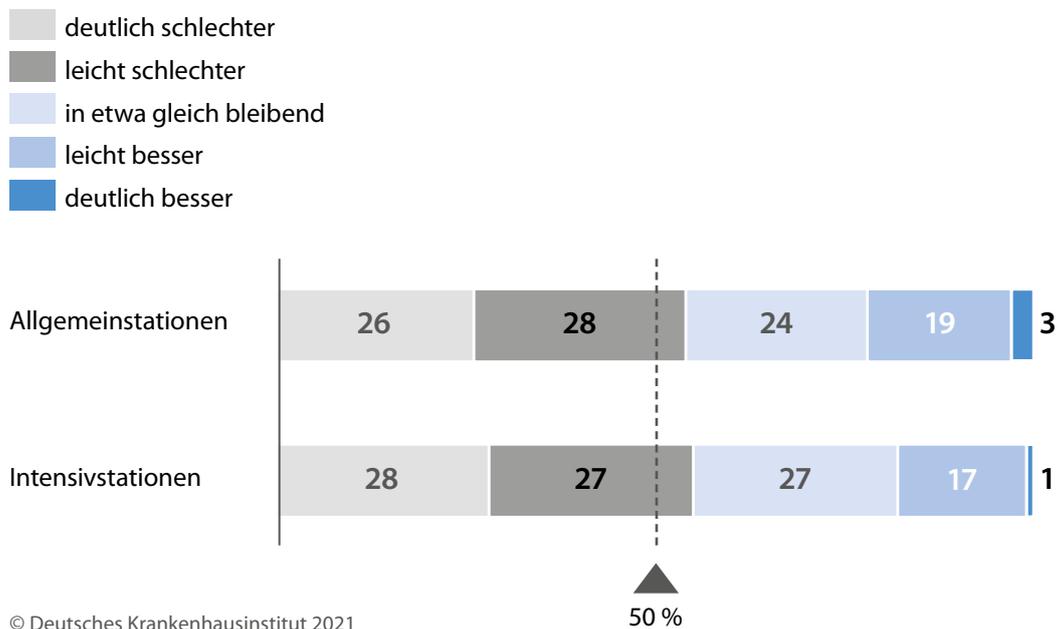
Abb. 29 *Fluktuationsquoten im Pflegedienst 2020 nach Bettengrößenklassen (Mittelwert pro Krankenhaus in %)*



3.5 Entwicklung der Stellensituation im Pflegebereich

Gefragt nach der zukünftigen Entwicklung der zahlenmäßigen Stellensituation im Pflegebereich, zeichnete die Mehrheit der Krankenhäuser ein eher negatives Bild. So sagen 54 % der Kliniken eine Verschlechterung der Stellensituation in den nächsten drei Jahren auf den Allgemeinstationen vorher, darunter jede vierte Einrichtung sogar eine deutliche Verschlechterung. Eine von fünf Kliniken sieht zukünftig eine Verbesserung der Stellensituation auf den Allgemeinstationen. Für den Intensivbereich sagen 55 % der Krankenhäuser eine Verschlechterung und 18 % eine Verbesserung der Stellensituation vorher (**Abb. 30**).

Abb. 30 Entwicklung der Stellensituation in den nächsten drei Jahren im Pflegebereich der Krankenhäuser (Krankenhäuser in %)



Auf der Grundlage der Bettengrößenklasse ist kein eindeutiger Trend in der Bewertung der zukünftigen Entwicklung der Stellensituation im Pflegebereich erkennbar. Die kleinen Krankenhäuser (bis 300 Betten) scheinen jedoch tendenziell ein etwas düsteres Zukunftsbild zu zeichnen als die übrigen Einrichtungen (Ergebnisse nicht dargestellt).

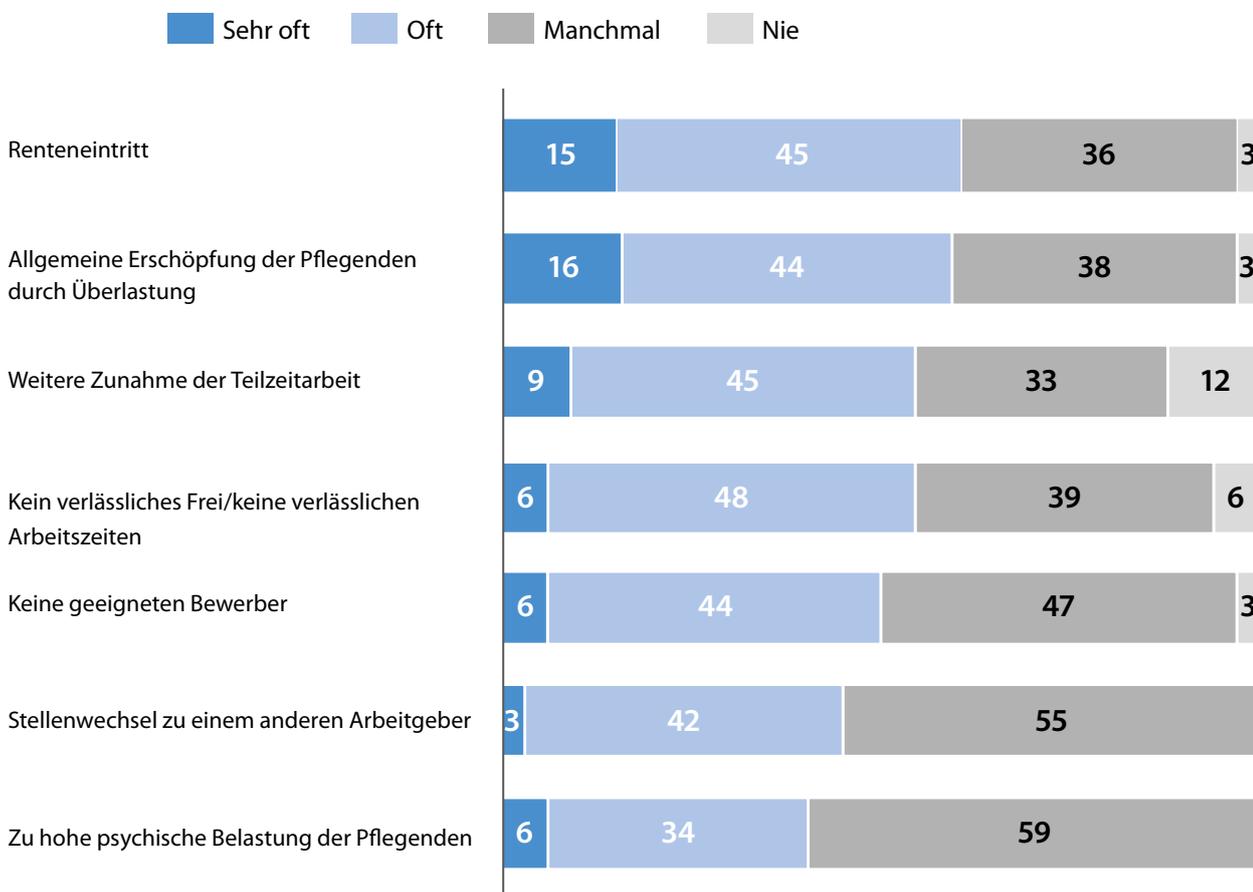
Krankenhäuser mit negativer Stellenprognose im Pflegebereich für die nächsten drei Jahre wurden gebeten, mögliche Gründe dafür anzugeben. Bei 60 % der Kliniken sind der Renteneintritt sowie eine allgemeine Erschöpfung der Pflegenden

durch Überbelastung, z. B. durch Arbeitsverdichtung oder unzureichende Personalausstattung, die Hauptgründe (sehr oft und oft) für eine mögliche zukünftige Stellenverschlechterung.

Gut die Hälfte der Einrichtungen nannte hier jeweils die weitere Zunahme der Teilzeitarbeit, das Fehlen verlässlicher Arbeitszeiten bzw. verlässlicher Freizeiten wegen Einspringen aus der Freizeit, unpünktlichem Dienstschluss oder zu vielen Überstunden sowie das Fehlen von geeigneten Bewerbern als Hauptgründe (**Abb. 31**).

Abb. 31

Gründe für eine zukünftige Verschlechterung der Stellensituation in der Pflege (Krankenhäusern mit negativer Stellenprognose in %)

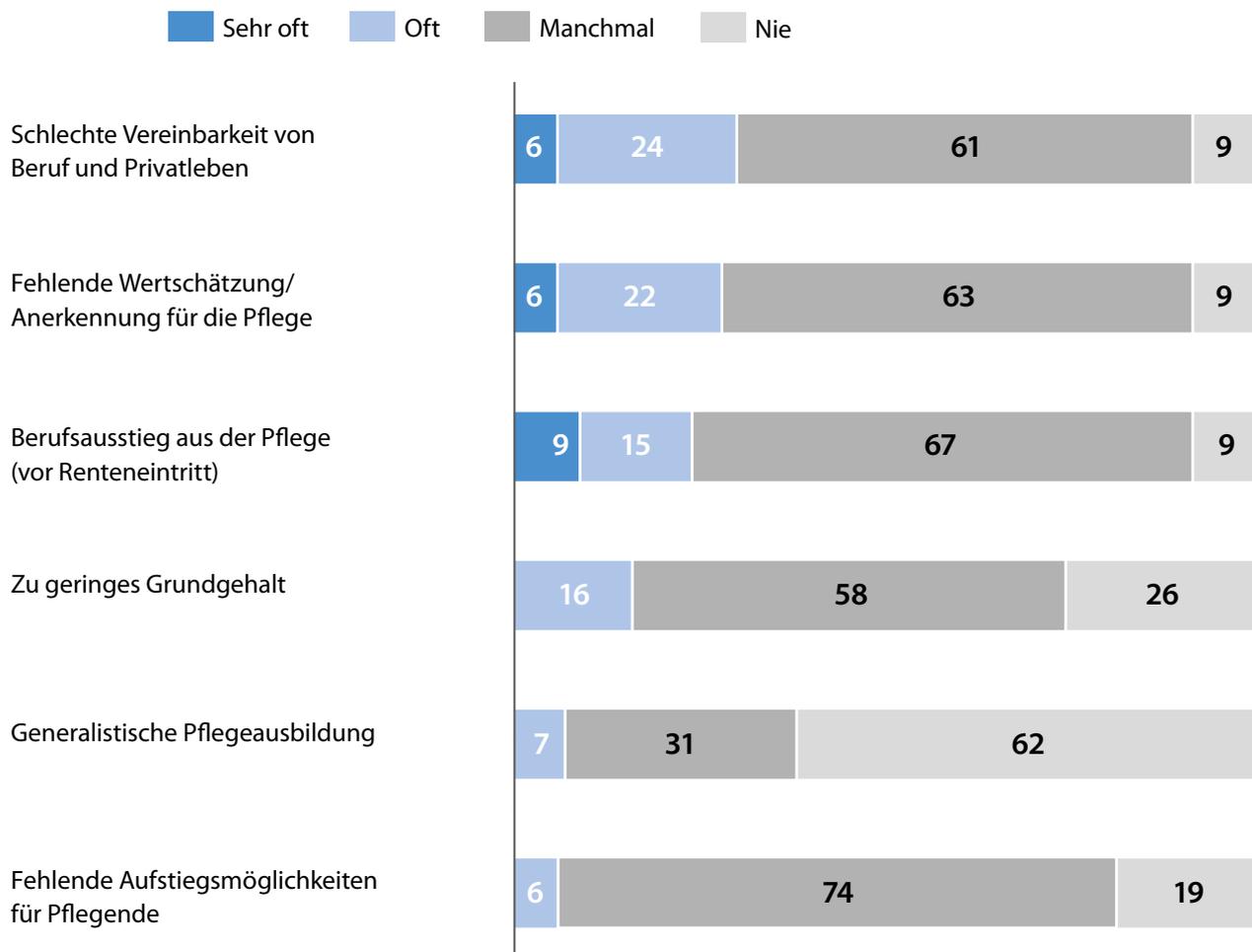




Eine schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben z. B. aufgrund des fehlenden Einflusses auf die Dienstplangestaltung, gaben 30 % der Krankenhäuser und 28 % eine fehlende Wertschätzung bzw. Anerkennung der Pflegenden durch Vorgesetzte oder die Gesellschaft als Hauptgründe (sehr oft oder oft) für eine Verschlechterung der personellen Situation in der Pflege an.

Fehlende Aufstiegsmöglichkeiten für Pflegendе spielten dagegen in drei von vier Kliniken nur manchmal eine Rolle und die generalistische Pflegeausbildung bei 62 % der Einrichtungen keine Rolle (nie) bei der zukünftigen Stellensituation (**Abb. 32**).

Abb. 32 Gründe für eine zukünftige Verschlechterung der Stellensituation in der Pflege II (Krankenhäusern mit negativer Stellenprognose in %)



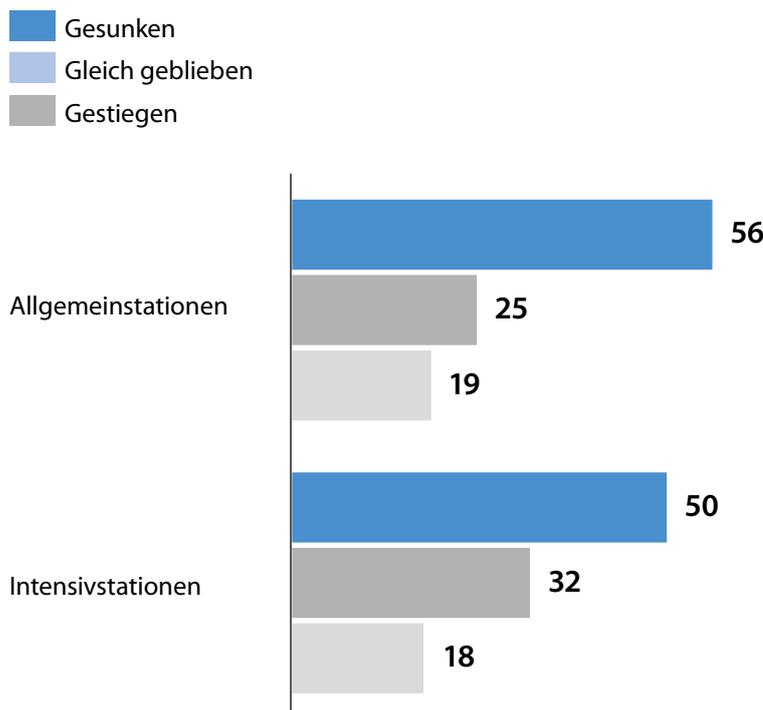
© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

Zu den negativen Stellenprognosen könnte auch ursächlich beitragen, dass jedes zweite Krankenhaus sowohl im Allgemein- als auch Intensivbereich von einer rückläufigen Bewerberlage in den letzten drei Jahren berichtet (**Abb. 33**).

Jede vierte Einrichtung sieht auf den Allgemeinstationen und jede dritte Klinik im Intensivbereich eine unveränderte Bewerberlage. Nur knapp jedes fünfte Krankenhaus kann für beide Bereiche eine Zunahme der Bewerbungen in den letzten Jahren erkennen.

Tendenziell profitieren eher die mittelgroßen und großen Krankenhäuser (KH ab 300 Betten) von der Bewerberlage in den letzten drei Jahren (Ergebnisse nicht dargestellt).

Abb. 33 *Einschätzung der Entwicklung der Anzahl der Stellenbewerber (in den letzten drei Jahren) im Pflegebereich auf Allgemein- und Intensivstationen (Krankenhäuser in %)*



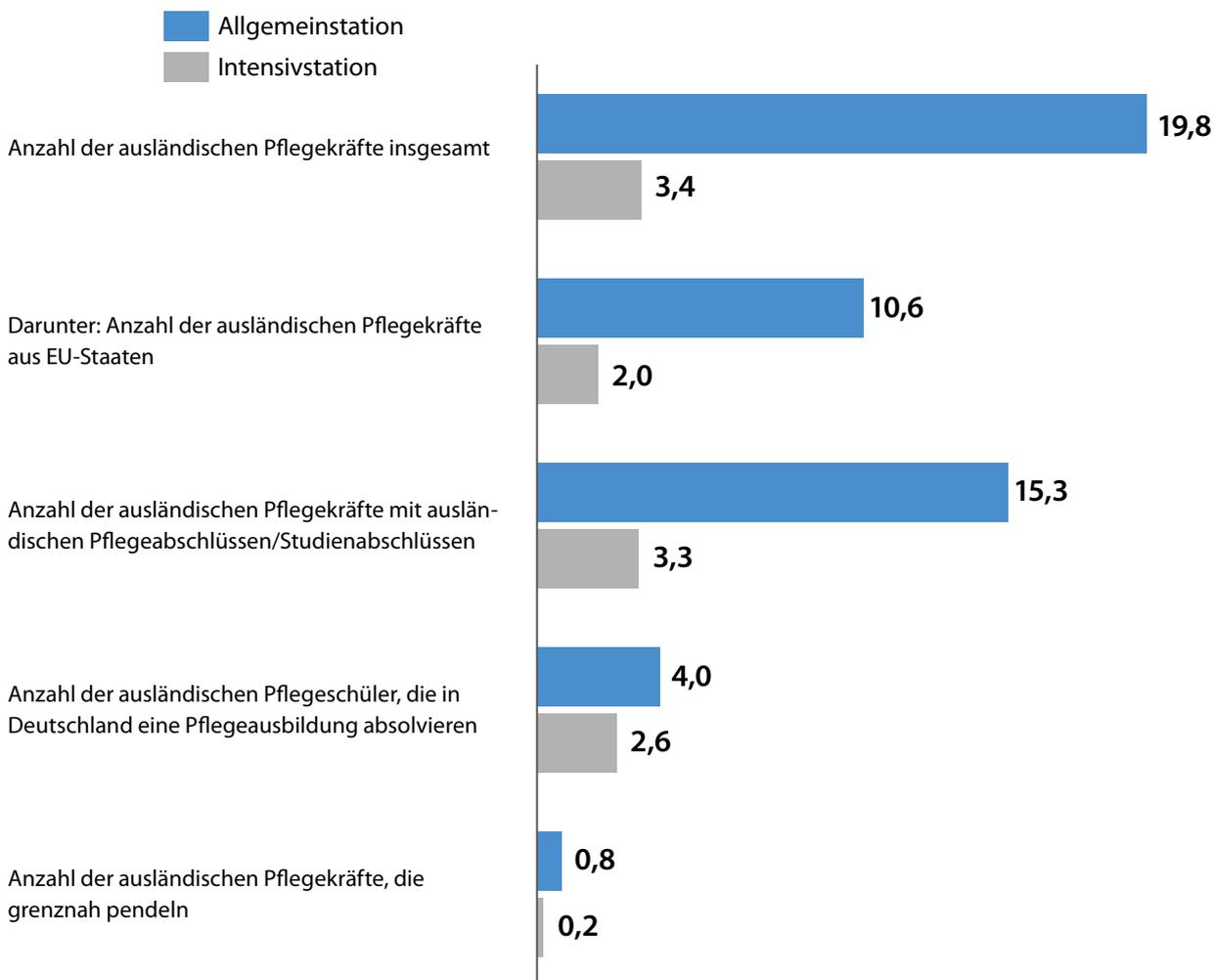
© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

3.6 Pflegekräfte aus dem Ausland

In Zeiten des Fachkräftemangels in Deutschland sowie bei Fehlen (geeigneter) Bewerber greifen Krankenhäuser zur Sicherung ihrer Pflegequalität vermehrt auch auf Fachkräfte aus dem Ausland zurück. Für den Pflegedienst sollten die Befragungsteilnehmer demnach angeben, inwieweit dies in ihren Häusern zum Zeitpunkt der Befragung der Fall war.

Im Mittel beschäftigen die Krankenhäuser im Jahr

Abb. 34 Anzahl der beschäftigten ausländischen Pflegekräfte in Köpfen auf Allgemein- und Intensivstationen (Mittelwerte pro Krankenhaus)



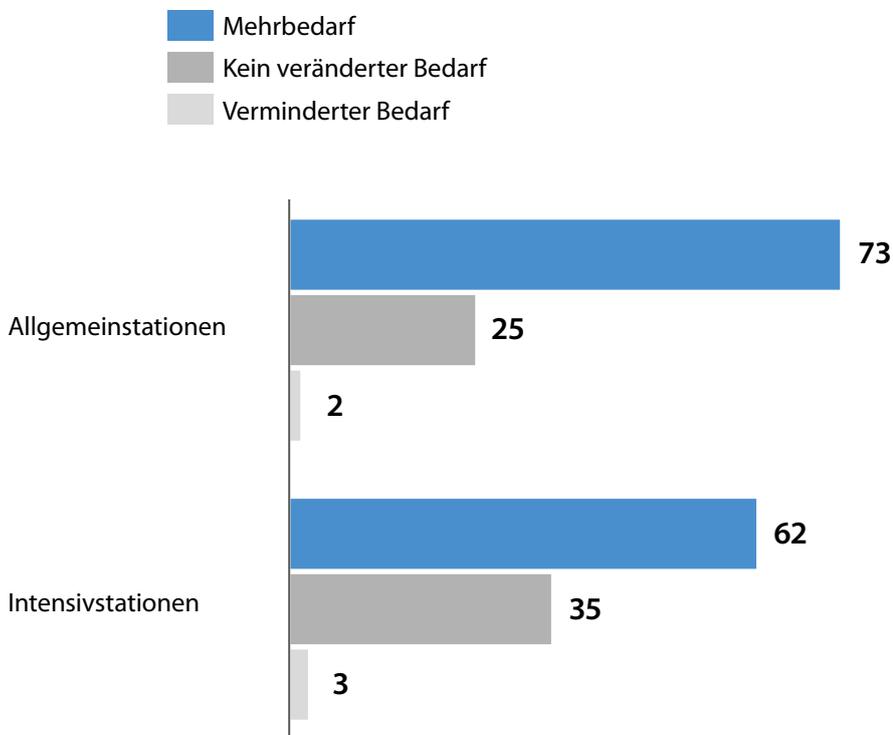
2021 rund 20 ausländische Pflegekräfte auf Allgemeinstationen und drei ausländische Pflegekräfte auf den Intensivstationen pro Krankenhaus. Von diesen stammen rund elf Pflegenden für die Allgemeinstationen und zwei für die Intensivstationen aus den Staaten der Europäischen Union.

Der größte Anteil der ausländischen Pflegekräfte (im Mittel 15 Köpfe pro KH auf den Allgemeinstationen und drei Köpfe auf den Intensivstationen) arbeitet in Deutschland mit einem ausländischen Pflegeabschluss bzw. Studienabschluss. Grenznahe Pendler sind hier eher die Ausnahme (**Abb. 34**).

Zur weiteren Bewertung der Situation der ausländischen Pflegekräfte wurden die teilnehmenden Einrichtungen gebeten, ihren zukünftigen Bedarf (in den nächsten drei Jahren) in ihrem Haus einzuschätzen.

Drei von vier Krankenhäusern sehen demnach einen Mehrbedarf in den nächsten drei Jahren an ausländischen Pflegefachkräften auf ihren Allgemeinstationen und nur ein Viertel der Kliniken schätzt dort keinen veränderten Bedarf ein. Im Bereich der Intensivstationen sehen rund 60 % der Krankenhäuser einen Mehrbedarf und gut ein Drittel der Einrichtungen keinen veränderten Bedarf an ausländischen Pflegekräften (**Abb. 35**).

Abb. 35 *Einschätzung des zukünftigen Bedarfs (in den nächsten drei Jahren) an ausländischen Pflegekräften auf Allgemein- und Intensivstationen (Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2021



3.7 Fachweiterbildungen auf Allgemein- und Intensivstationen

Im Krankenhaus Barometer wurden die teilnehmenden Krankenhäuser zudem gebeten, ihre fachweitergebildeten Pflegekräfte auf Allgemein- und Intensivstationen zum 31.12.2020 anzugeben. Die daraus erstellten Weiterbildungsquoten, gemessen an der Anzahl des Personals mit Fachweiterbildung im Verhältnis zur Gesamtanzahl des Pflegepersonals, liegen im Intensivbereich (29 %) etwas höher als auf den Allgemeinstationen (18 %)³. Hinsichtlich der Größe der Krankenhäuser liegen bei den Allgemeinstationen die kleinen Krankenhäuser bis 300 Betten und bei den Intensivstationen die mittelgroßen Kliniken (300 bis 599 Betten) mit der Fachweiterbildungsquote jeweils im vorderen Bereich (**Tab. 1**).

Tab.
01 Fachweiterbildungsquoten im Pflegebereich auf Allgemein- und Intensivstationen für das Jahr 2020

	Gesamt	KH mit 100 - 299 Betten	KH mit 300 - 599 Betten	KH ab 600 Betten
Fachweiterbildungsquote Allgemeinstationen (in %)	17,7 %	22,3 %	16,5 %	15,3 %
Fachweiterbildungsquote Intensivstationen (in %)	28,7 %	28,7 %	34,0 %	24,6 %

³ Die Anzahl der fachweitergebildeten Pflegekräfte sowie die daraus errechnete Fachweiterbildungsquote kann ggf. dadurch beeinträchtigt sein, dass in den berichtenden Krankenhäusern nicht eindeutig zwischen Fachweiterbildung und Fortbildung unterschieden wurde.

4 KRANKENHAUSINDIVIDUELLE PFLEGEGETS

Die mit der Verabschiedung des Pflegepersonalstärkungsgesetzes in Kraft getretene Umstellung auf krankenhausesindividuele Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG stellte die weitreichendste Veränderung in der Krankenhausfinanzierung seit Einführung des DRG-Systems im Jahr 2003 dar.

Seit Januar 2020 gilt, dass alle anfallenden Personalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen aus den ehemals ganzheitlichen DRG-Fallpauschalen herausgelöst und nach dem Selbstkostendeckungsprinzip voll refinanziert werden. Dazu werden krankenhausesindividuele, durch mit den Kostenträgern zu verhandelnde Pflegebudgets vereinbart.

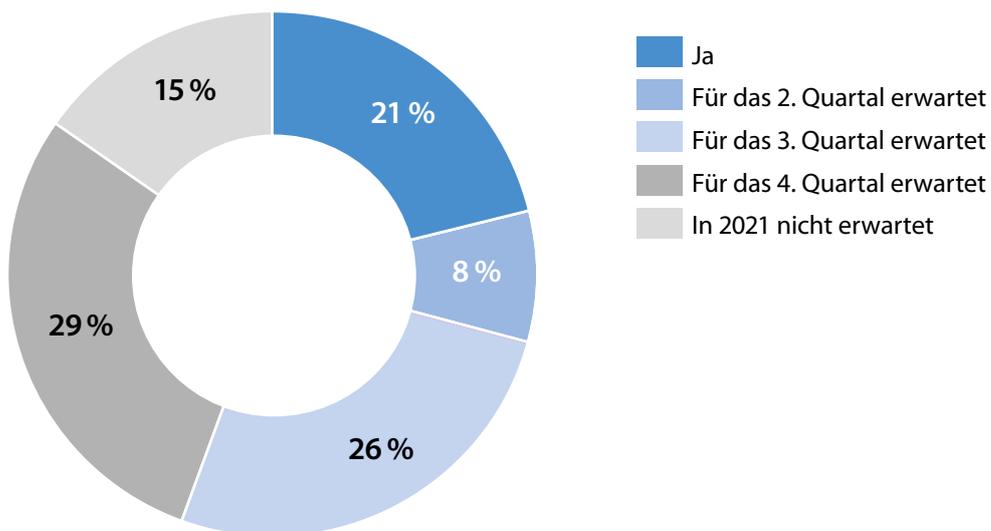
Ähnlich wie im Krankenhaus Barometer 2020 wurden auch in diesem Jahr die Umsetzung, Herausforderungen und Auswirkungen der Einführung krankenhausesindividuele Pflegebudgets bzw. einzelner Regelungen hierzu evaluiert. Thematisiert wurden u. a. auch die finanzielle Wirkung der vorläufigen Pflegeentgeltwerte und die Lage zur Berücksichtigung pflegeentlastender Maßnahmen.



4.1 Abschluss eines Pflegebudgets zum 30.04.2021

Zum Stichtag 30.04.2021 konnte erst jedes fünfte (21 %) Krankenhaus den Abschluss eines Pflegebudgets für das Jahr 2020 verzeichnen (**Abb. 36**). Die Mehrheit der Krankenhäuser ging zwar davon aus, noch einen Abschluss im dritten (26 %) oder vierten Quartal (29 %) 2021 zu erreichen. Eine Minderheit von 15 % erwartete dies in diesem Jahr jedoch nicht mehr.

Abb. 36 Haben Sie zum Stand 30.04.2021 das Pflegebudget für das Jahr 2020 abgeschlossen? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

Die Umstellung auf krankenhausesindividuelle Pflegebudgets ist damit langsamer, als noch im vergangenen Jahr erwartet, vorangeschritten. In der letztjährigen Erhebung des DKI-Krankenhaus Barometers ging mehr als die Hälfte der Kliniken davon aus, den Abschluss eines Pflegebudgets noch im Jahr 2020 verzeichnen zu können (vgl. DKI, 2020).

4.2 Zusätzlicher Vorbereitungsaufwand

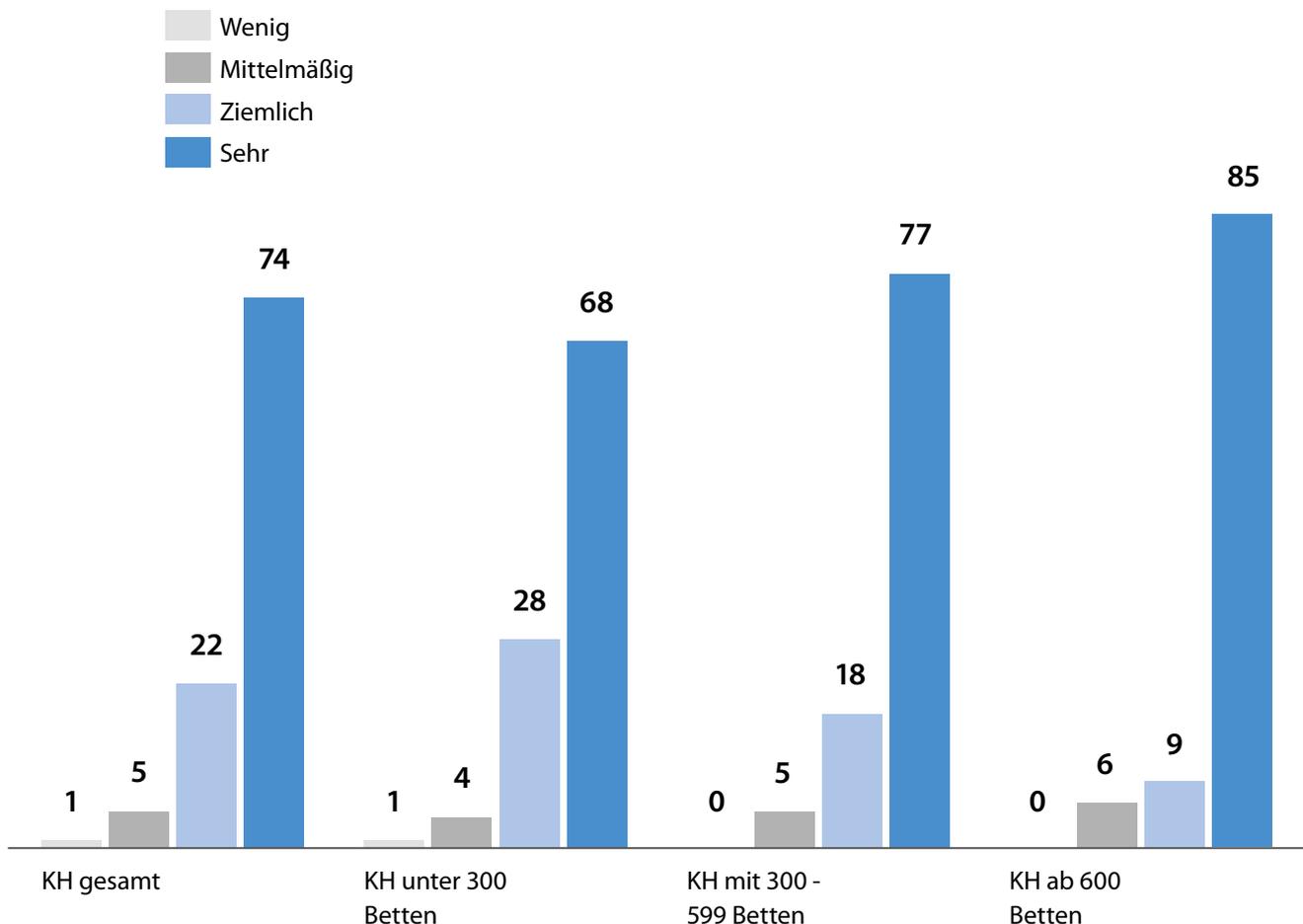
Die gesetzlichen Vorgaben zur Bestimmung des neuen Pflegebudgets sind komplex. So müssen die Krankenhäuser den Krankenkassen u. a. detaillierte und nach Berufsgruppen differenzierte Nachweise zu den pflegebudgetrelevanten Ist-Kosten vergangener Jahre sowie pflegeentlastende Maßnahmen darstellen.

Die Krankenhäuser wurden daher befragt, wie aufwändig die zusätzlichen Vorbereitungen für

die Budgetverhandlungen krankenhausesindividueller Pflegebudgets sind.

Fast alle teilnehmenden Krankenhäuser berichteten, dass die zusätzlichen Vorbereitungen sehr (74 %) oder ziemlich (22 %) aufwändig sind. Eine Analyse nach Bettengrößenklassen zeigt, dass der zusätzliche Vorbereitungsaufwand mit der Größe der Häuser ansteigt (**Abb. 37**).

Abb. 37 Wie aufwendig sind die zusätzlichen Vorbereitungen für die Budgetverhandlungen infolge der Vereinbarung krankenhausesindividueller Pflegebudgets? (Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen in %)



4.3 Überdeckung der Pflegepersonalkosten durch Pflegentgeltwert

Für die Berechnung und Auszahlung des Pflegebudgets wird je abzurechnender DRG der Punktwert der Pflegeerlösbewertungsrelation pro Tag mit einem krankenspezifischen Pflegentgeltwert multipliziert.

Nach § 15 Abs. 2a KHEntgG sind für Krankenhäuser ohne Pflegebudgetvereinbarung 2020 bundeseinheitliche Pflegeentgeltwerte vorgegeben. Von April bis einschließlich Dezember vergangenen Jahres betrug dieser 185,00 Euro. Seit dem 01.01.2021 sind 163,09 Euro abrechnungsfähig. Zudem wurde eine Günstigkeitsregelung bei Überdeckung der Pflegepersonalkosten für das Jahr 2020 eingeführt.

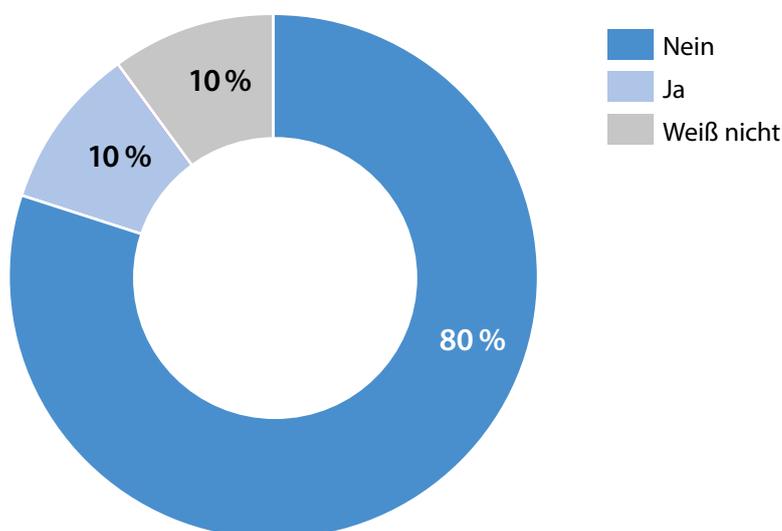
Zur Beurteilung der finanziellen Auswirkungen dieser Regelungen sollten die Krankenhäuser angeben, ob die Erhebung der vorläufigen Pflege-

entgeltwerte zu einer Überdeckung der Pflegepersonalkosten führt (**Abb. 38**).

Eine große Mehrheit von 80 % der Häuser verneinte dies. Lediglich bei 10 % sei dies der Fall und weitere 10 % können darüber (noch) keine Auskunft geben. Differenziert nach Krankenhausgröße lassen sich keine großen Unterschiede beobachten (Ergebnisse nicht dargestellt).

Vermutungen, dass die vorläufigen Pflegentgeltwerte zu hoch seien und sich vielfach positiv auf die Finanzen der Kliniken auswirken würden, wurden somit von den an der Umfrage teilnehmenden Krankenhäusern eindeutig zurückgewiesen. Ganz im Gegenteil sollte geprüft werden, inwiefern mit den Regelungen zum bundeseinheitlichen Pflegeentgeltwert eine ausreichende Finanzierung der Pflegepersonalkosten gewährleistet wird.

Abb. 38 *Führt die Erhebung der vorläufigen Pflegeentgeltwerte nach § 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG zu einer Überdeckung der Pflegepersonalkosten? (Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

4.4 Berücksichtigung pflegeentlastender Maßnahmen

Laut § 6a Abs. 2 KHEntgG sollen durch pflegeentlastende Maßnahmen eingesparte Pflegepersonalkosten (z. B. via Übertragung von pflegefremden Aufgaben an andere Personalgruppen) im Pflegebudget in einer Höhe von bis zu 4 % des Pflegebudgets erhöhend berücksichtigt werden.

Lediglich ein Drittel der teilnehmenden Krankenhäuser berichten über entsprechende Vereinbarungen mit den Krankenkassen (**Abb. 39**). Krankenhäuser, die bereits ein Pflegebudget abgeschlossen haben, konnten darin im Mittel pflegeentlastende Maßnahmen in Höhe von 2,5 % (Median: 2,1 %) des jeweiligen Pflegebudgets berücksichtigen.

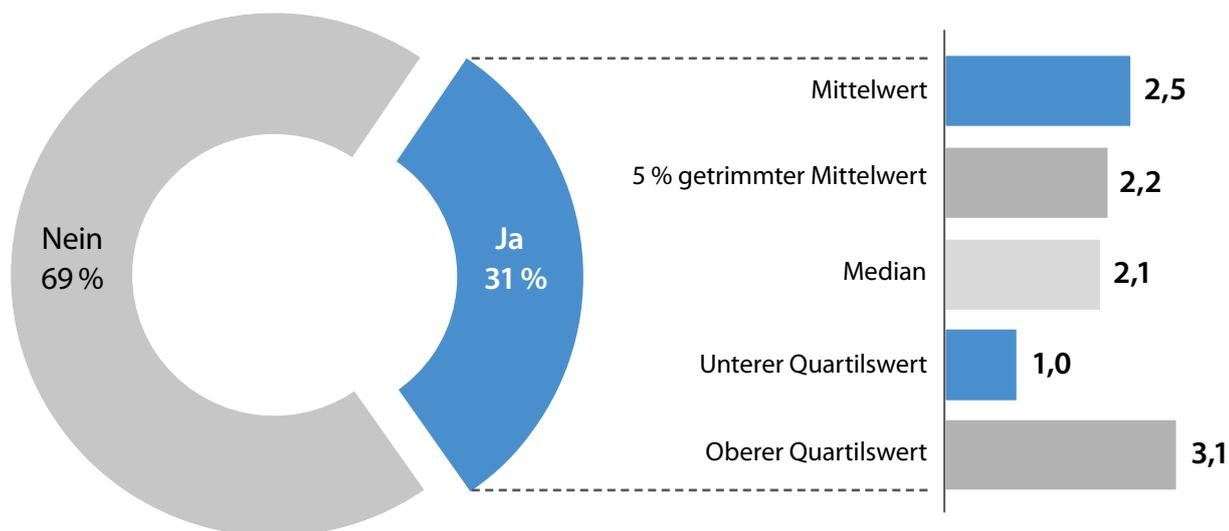
Abb.

39 Anzahl und prozentuale Höhe der Vereinbarungen zur Berücksichtigung pflegeentlastender Maßnahmen

Laut § 6a Abs. 2 KHEntgG sollen durch pflegeentlastende Maßnahmen eingesparte Pflegepersonalkosten im Pflegebudget in einer Höhe von bis zu 4 % des Pflegebudgets erhöhend berücksichtigt werden.

Wurden für Ihr Krankenhaus entsprechende Vereinbarungen mit den Krankenkassen getroffen?
(Krankenhäuser in %)

Falls ja: Wie viel Prozent konnten Sie für Ihr Haus vereinbaren?

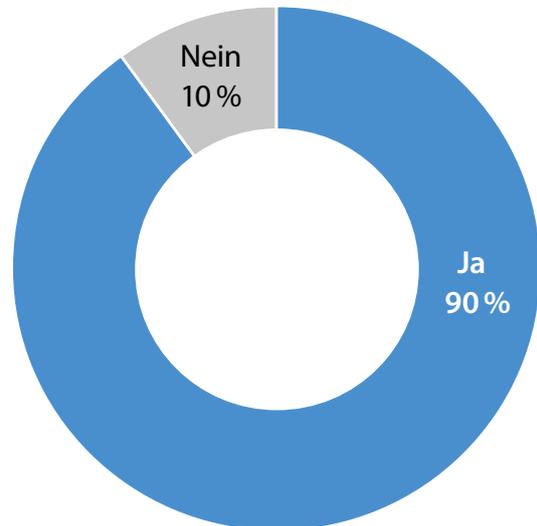


© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

Die unzureichende Berücksichtigung pflegeentlastender Maßnahmen ist auch auf das Verhalten der Krankenkassen zurückzuführen. 9 von 10 teilnehmenden Häusern gaben an, dass die Krankenkassen die Berücksichtigung pflegeentlastender Maßnahmen erschweren (**Abb. 40**).

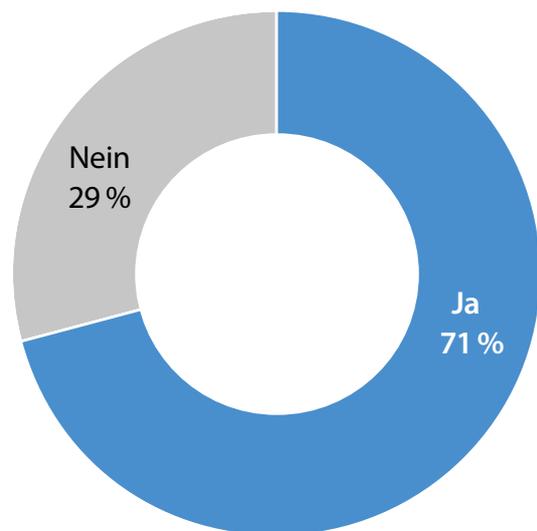
Auch hält die überwiegende Mehrheit der befragten Häuser die nach § 6a Abs. 2 KHEntgG vorgeschriebene maximale Höhe der Anrechenbarkeit von bis zu 4 % des Pflegebudgets grundsätzlich für zu gering (**Abb. 41**).

Abb. 40 Wird/Wurde die Berücksichtigung der pflegeentlastenden Maßnahmen durch die Krankenkassen erschwert? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

Abb. 41 Halten Sie die maximale Höhe der Anrechenbarkeit pflegeentlastender Maßnahmen von bis zu 4 % für zu wenig? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

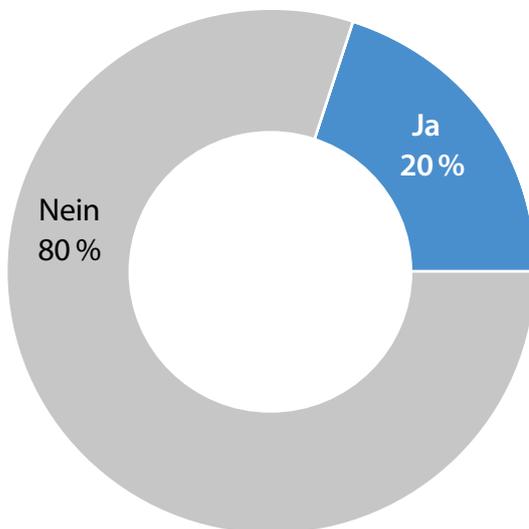
4.5 Unterschreiten des Vorjahresbudgets ohne „Budget-Verlust-Begrenzung“

Nach § 6a Abs. 6 KHEntgG greift eine „Budget-Verlust-Begrenzung“, wenn die für das Jahr 2021 vereinbarte Summe aus dem Gesamtbetrag nach § 4 Absatz 3 und dem zu vereinbarenden Pflegebudget den vereinbarten Vorjahreswert um mehr als 4 % unterschreitet.

Die Krankenhäuser sollten beantworten, ob sie in ihrem Haus ohne diese „Budget-Verlust-Begrenzung“ das vereinbarte Vorjahresbudget um mehr als 4 % (voraussichtlich) unterschreiten (**Abb. 42**).

Auf die überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser (80 %) trifft dies laut der Befragung nicht zu. Jedes fünfte Haus gab jedoch an, von der Regelung zur Begrenzung der Verluste auf maximal 4 % der Vorjahresbudgets (voraussichtlich) zu profitieren; kleinere Krankenhäuser (100-299 Betten) dabei doppelt so häufig wie die mittleren (300-599 Betten) und größeren Krankenhäuser (ab 600 Betten), wie eine separate Analyse nach Bettengrößenklassen ergab (Ergebnisse nicht dargestellt).

Abb. 42 Würden/Werden Sie voraussichtlich in Ihrem Haus ohne die „Budget-Verlust-Begrenzung“ nach § 6a Abs. 6 KHEntgG das vereinbarte Vorjahresbudget um mehr als 4 % unterschreiten? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

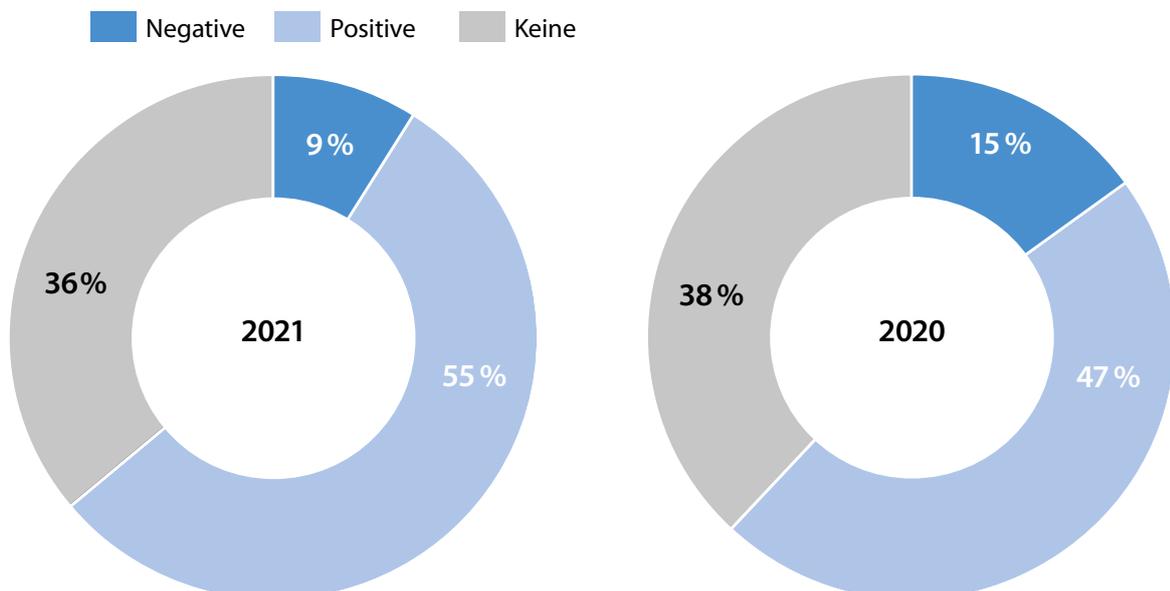


4.6 Auswirkungen auf Personalausstattung und Finanzen

Wie bereits im letzten Jahr, wurden die Krankenhäuser final um eine Einschätzung zu den (erwarteten) Auswirkungen der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-Vergütungssystem und der Einführung krankenhausesindividueller Pflegebudgets gebeten.

Mehr als die Hälfte (55 %) der Krankenhäuser rechnete zum diesjährigen Befragungszeitpunkt damit, dass sich die Maßnahme positiv auf die weiterhin angespannte Personalausstattung in der Pflege auswirkt (**Abb. 43**). Mehr als jedes dritte Haus gab an, keine, und nur 9 % der Teilnehmenden, negative Auswirkungen zu sehen oder zu erwarten. Insgesamt wurde damit ein leicht positiveres Bild hinsichtlich der Auswirkungen auf die Pflegepersonalausstattung als noch im vergangenen Jahr gezeichnet.

Abb. 43 Auswirkungen der Pflegebudgets auf die Pflegepersonalausstattung (Krankenhäuser in %)

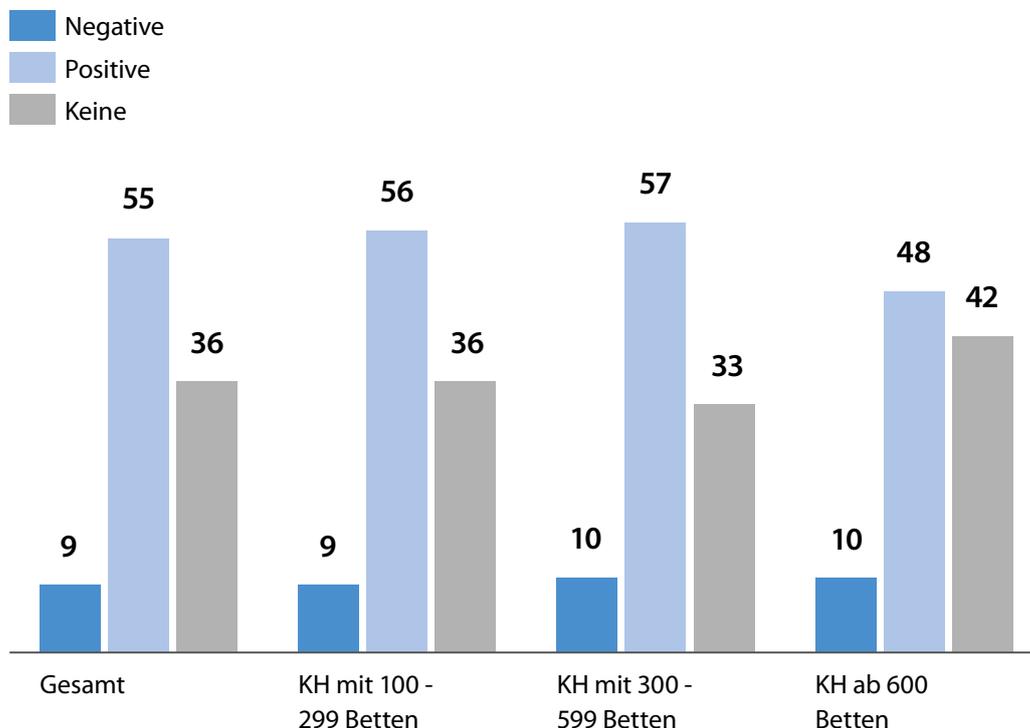


© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

Eine Analyse nach Krankenhausgröße (**Abb. 44**) zeigt, dass im Gegensatz zum Vorjahr nun auch die kleineren Krankenhäuser mit 100-299 Betten deutlich häufiger positive als negative Auswirkungen sehen oder erwarten. Größere Kliniken ab 600 Betten gaben weiterhin am häufigsten an, derzeit bzw. zukünftig keine Impulse für die Pflegepersonalausstattung zu beobachten oder zu erwarten (Vorjahresergebnisse nicht dargestellt).



Abb. 44 *Auswirkungen der Pflegebudgets auf die Pflegepersonalausstattung nach Bettengrößenklassen (Krankenhäuser in %)*

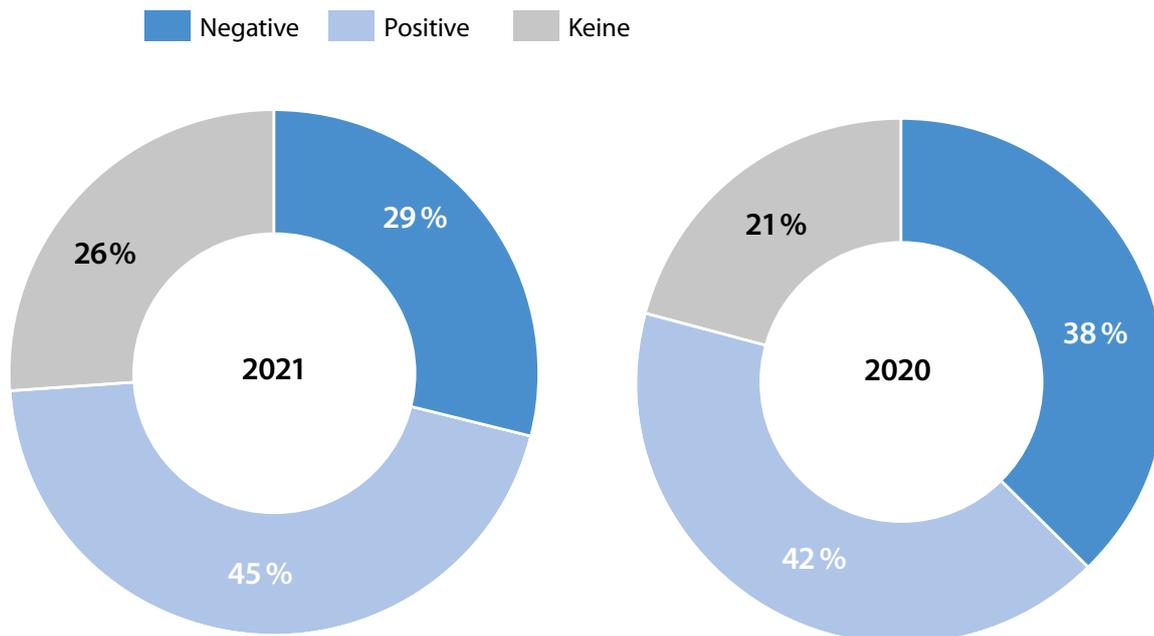


© Deutsches Krankenhausinstitut 2021



Auch hinsichtlich der Auswirkungen der Pflegebudgets auf die finanzielle Lage sind die Krankenhäuser im Vergleich zum letzten Jahr insgesamt etwas optimistischer (**Abb. 45**). Der größte Block der an der Befragung Teilnehmenden assoziierte mit der Einführung der Pflegebudgets zum diesjährigen Befragungszeitpunkt positive Auswirkungen auf die finanzielle Lage (45 %). Auf der anderen Seite votierte immer noch knapp jedes dritte Haus für negative (29 %) und jedes vierte Haus (26 %) für keinerlei finanzielle Auswirkungen.

Abb. **45** Auswirkungen der Pflegebudgets auf die finanzielle Lage (Krankenhäuser in %)



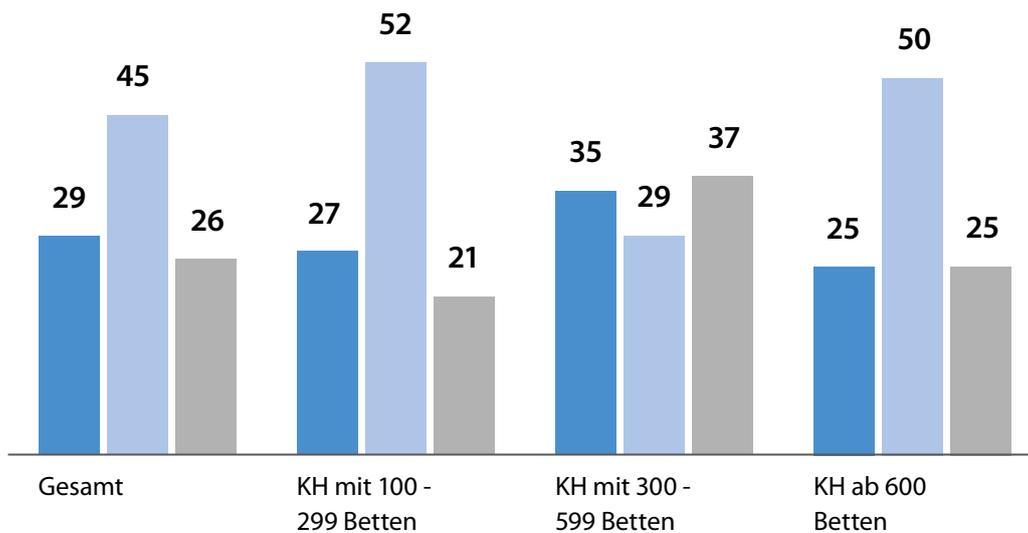
© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

Eine Differenzierung nach Krankenhausgröße ergibt (Abb. 46), dass im Vergleich zum Vorjahr insbesondere die kleineren (100-299 Betten), aber auch die großen Häuser (ab 600 Betten) optimistischer, und die mittleren Häuser (300-599 Betten) deutlich pessimistischer in Bezug auf finanzielle Auswirkungen antworteten (Vorjahresergebnisse nicht dargestellt).



Abb.
46

Auswirkungen der Pflegebudgets auf die finanzielle Lage nach Bettengrößenklassen (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2021



5 UMSATZSTEUERFREIHEIT ZYTOSTATIKA

Der Bundesfinanzhof hat am 24.09.2014 entschieden, dass die Abgabe von in der Krankenhausapotheke individuell für die im Krankenhaus behandelten ambulanten Patienten des Krankenhauses hergestellten Zytostatika als eng mit der Heilbehandlungsleistung verbundener Umsatz anzusehen ist und somit nach § 4 Nr. 14 UStG umsatzsteuerfrei sei. Krankenhäuser sehen sich mit Forderungen der Krankenkassen konfrontiert, ihnen die aus ihrer Sicht zu Unrecht gezahlte Umsatzsteuer zu erstatten.

5.1 Betroffene Krankenhäuser

Aus diesem Grund wurden die Krankenhäuser gefragt, ob sie im Zeitraum zwischen dem 1. Januar 2009 und dem 31. Dezember 2018 solche Zytostatika an die im Krankenhaus behandelten ambulanten Patienten abgegeben haben.

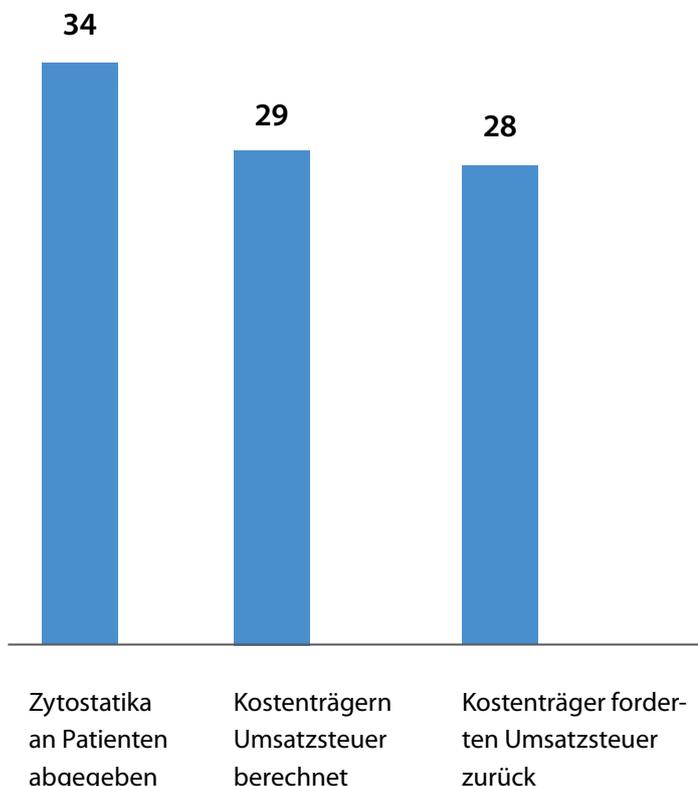
Das war in etwas mehr als einem Drittel der Krankenhäuser der Fall (**Abb. 47**). Allerdings waren von dieser Problematik vor allem größere und große Krankenhäuser betroffen. Bei rd. 86 % der Krankenhäuser ab 600 Betten wurden eigens hergestellte Zytostatika appliziert. Der entsprechende Anteil lag bei den Häusern mit 100 bis 299 Betten bei 18 %.

Die Krankenhäuser sollten angeben, ob sie den Kostenträgern Umsatzsteuer für die in der Krankenhausapotheke individuell für die im Krankenhaus behandelten ambulanten Patienten hergestellten Zytostatika in Rechnung gestellt haben.

Der Anteil an allen an der Erhebung beteiligten Krankenhäusern, die das getan haben, lag bei 29 %. Die Umsatzsteuer berechnet haben bei den Häusern unter 600 Betten mehr als drei Viertel der Häuser. Alle Häuser ab 600 Betten belasteten die Kostenträger entsprechend.

Dementsprechend forderten die Kostenträger die in Rechnung gestellte Umsatzsteuer ganz oder teilweise zurück. Bei 28 % aller Krankenhäuser der Erhebung erfolgte dies. Im Ergebnis sehen sich daher ca. 94 % der Krankenhäuser, die den Kostenträgern Umsatzsteuer in Rechnung gestellt haben, mit entsprechenden Rückerstattungsforderungen der Kostenträger konfrontiert.

Abb. 47 Betroffene Krankenhäuser in %

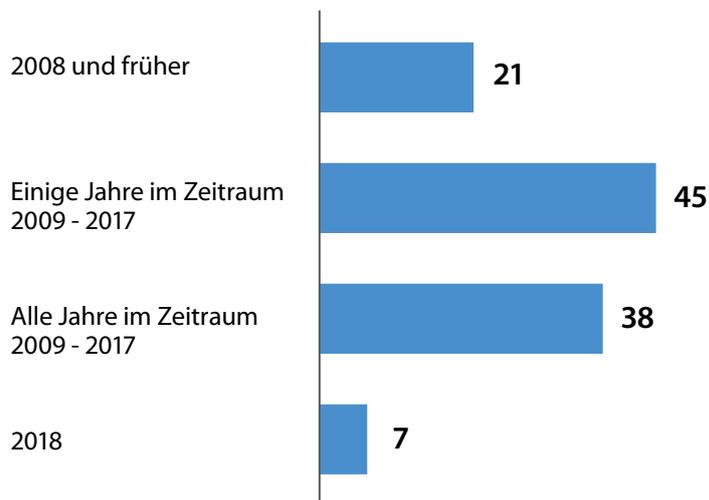




5.2 Auswirkungen auf die Krankenhäuser

Von den Rückforderungen betroffen waren insbesondere die Jahre 2009 bis 2017 (**Abb. 48**). So gaben 38 % aller Krankenhäuser, die sich mit einer Rückforderung konfrontiert sahen, an, dass die Kostenträger für alle Jahre des fraglichen Zeitraums die ihnen in Rechnung gestellte Umsatzsteuer zurückforderten.

Abb. 48 Auf welche Zeiträume haben sich die Rückforderungen bezogen?
(Krankenhäuser mit Rückforderungen in %)



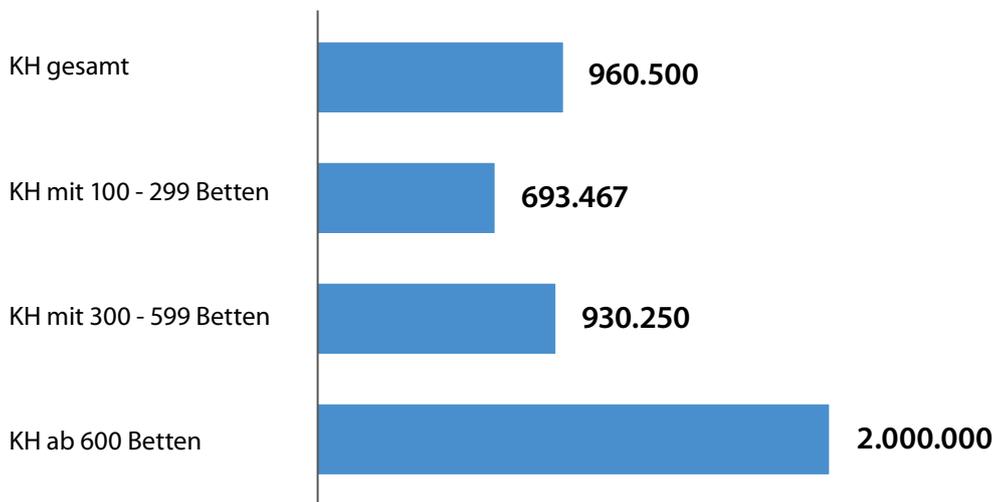
© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

Weitere 45 % der Häuser gaben an, dass ihnen Rückforderungen nur für einzelne Jahre in diesem Zeitraum vorliegen. Etwas mehr als ein Fünftel der Häuser berichtete darüber, dass sie auch mit Rückforderungen für 2008 und früher konfrontiert seien.

Das ursprünglich geforderte finanzielle Volumen der Rückforderung der Kostenträger lag im Durchschnitt über alle betroffenen Krankenhäuser bei 960.000 Euro.



Abb.
49 *Finanzielles Volumen der Rückforderungen
(Median, Angaben in Euro)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

Differenziert man die Krankenhäuser nach Betten-
größenklasse, dann zeigt sich eine mögliche Belas-
tung, die zwischen 694.000 Euro bei den Häusern
mit 100 bis 299 Betten und 2 Millionen Euro bei den
Häusern ab 600 Betten lag (**Abb. 49**).

Betroffen von den Rückforderungen waren zwi-
schen 950 (100 bis 299 Betten) und 10.000 (ab 600
Betten) Fälle.

5.3 Reaktionen der Krankenhäuser

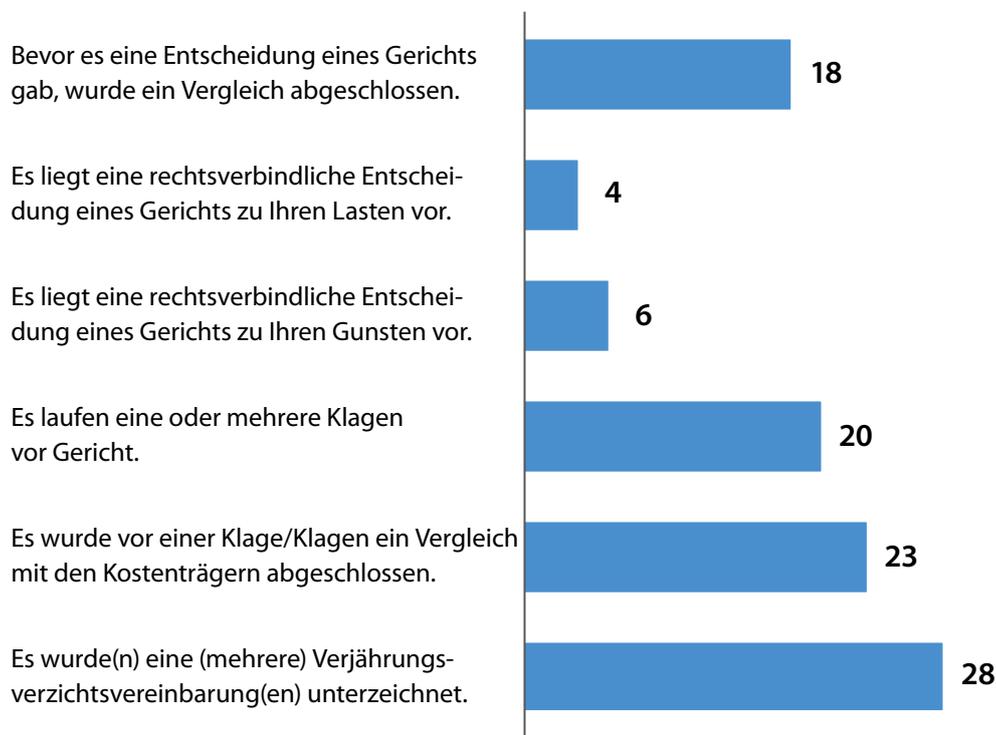
Die Krankenhäuser, die sich mit Rückforderungen konfrontiert sahen, haben die sich ihnen bietenden Möglichkeiten genutzt, um mit den Rückforderungen der Kostenträger umzugehen. Dabei wurden von den Krankenhäusern verschiedene Möglichkeiten parallel genutzt. (Abb 50).

Rund 28 % der Krankenhäuser schlossen entsprechend der Empfehlung der Krankenhausgesellschaften Verjährungsverzichtsvereinbarungen mit den Kostenträgern ab. Dabei handelt es sich um eine Vereinbarung zwischen Krankenhaus und

Kostenträger, die gegenseitige Zusicherungen enthält. Die Krankenhäuser verzichten u. a. auf die Einrede der Verjährung. Die Kostenträger erklären im Gegenzug, u. a. auf die Erhebung einer Klage zu verzichten.

Fast ein Viertel (23 %) der Krankenhäuser schlossen einen oder mehrere Vergleiche mit den Kostenträgern. Hier kam es zu einer Einigung zwischen beiden Beteiligten über die Höhe der Rückforderung der Kostenträger.

Abb. 50 *Umgang der Krankenhäuser mit den von den Kostenträgern behaupteten Erstattungsformen (Krankenhäuser mit Rückforderungen in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2021



Die Krankenhäuser wurden gebeten, Auskunft über die von ihnen abgeschlossenen Vergleiche zu geben. Hierbei sollten sie sowohl die niedrigsten als auch die höchsten Vergleiche auflisten. Um Vergleichbarkeit zwischen den Krankenhäusern herzustellen, sollten die Angaben in Prozent der ursprünglichen Forderung der Kostenträger angegeben werden. Im Mittel (Median) lagen die niedrigsten Vergleiche bei 4,5 % der Rückforderungen der Kostenträger.

Die höchsten Vergleiche nahmen im Mittel (Median) einen Wert von 27,4 % der ursprünglichen Forderung der Kostenträger an. Allerdings gab es auch vereinzelte Fälle, bei denen die Kostenträger

auf ihrer ursprünglichen Forderung beharrten und der Vergleich dann in Höhe dieser Forderung abgeschlossen wurde.

Bei einem Fünftel der Krankenhäuser laufen eine oder mehrere Klagen vor Gericht. Von einer rechtsverbindlichen Entscheidung zu ihren Gunsten berichteten 6 % der Häuser. Eine entsprechende Entscheidung zu ihren Lasten gaben 4 % an. Der Streitwert lag im Mittel (Median) bei 570.000 Euro.

Die Spannweite reichte hier von im Mittel von 130.000 Euro bei den Krankenhäusern mit 300 bis 599 Betten bis hin zu 1,1 Millionen bei den Häusern ab 600 Betten.

5.4 Die Berücksichtigung des Vorsteuerabzugs

Da bis zum o. g. Urteil des Bundesfinanzhofes die Umsatzsteuerpflicht der Abgabe von patientenindividuell in der Krankenhausapotheke hergestellten Zytostatika an ambulante Patienten des Krankenhauses nicht streitig war, haben Krankenhäuser die gegenüber den Kostenträgern berechnete Umsatzsteuer an das jeweils zuständige Finanzamt abgeführt.

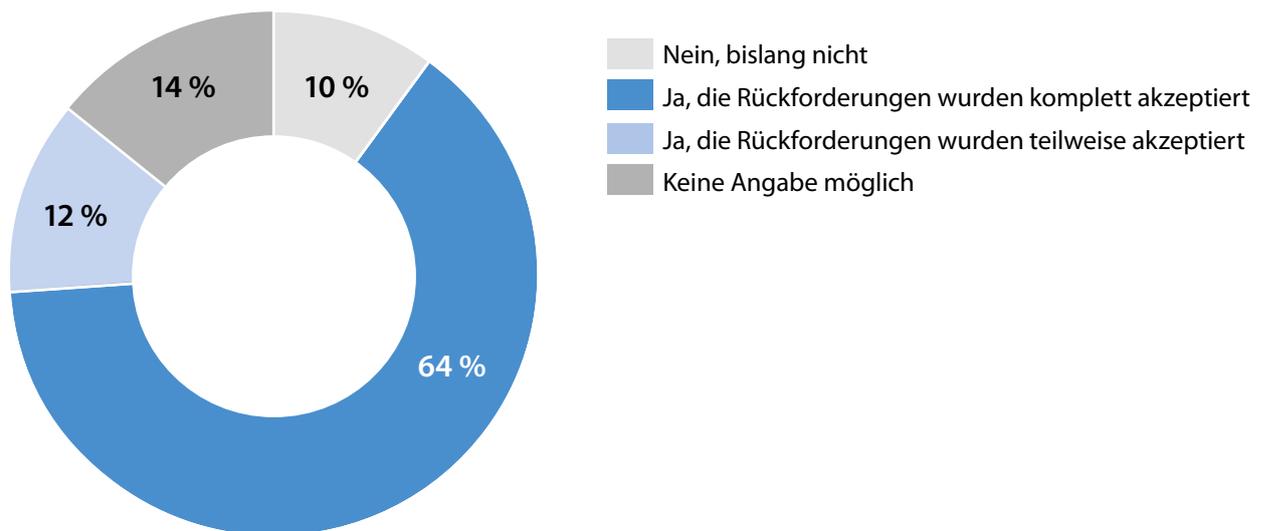
Durch das Urteil des Bundesfinanzhofes wurde aber klargestellt, dass die Abgabe von Zytostatika in diesen Fällen umsatzsteuerfrei ist. Demzufolge haben die Krankenhäuser zu Unrecht Umsatzsteuer an das Finanzamt übermittelt.

86 % der Krankenhäuser, die einem Vergleich zugestimmt haben bzw. bei denen eine Entscheidung eines Gerichts erging, gaben an, dass sie eine Rückforderung bei der Finanzverwaltung beantragt haben.

Fast zwei Drittel der Krankenhäuser berichteten, dass die Finanzämter die Rückforderungen komplett akzeptiert haben. Bei weiteren 12 % der Häuser wurden die Rückforderungen teilweise anerkannt. Keine Antwort der Finanzämter erhielten 10 % der Krankenhäuser bislang (**Abb. 51**).

Abb. 51 *Reaktion der Finanzämter auf die Rückforderung durch die Krankenhäuser*

Hat die Finanzverwaltung schon eine Entscheidung zu Ihrer Rückforderung getroffen? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2021

Durch die Umsatzsteuerfreiheit der Abgabe der hergestellten Zytostatika entstand für die Krankenhäuser ein weiteres Problem. Aufgrund der Umsatzsteuerfreiheit kann beim Einkauf der Vorprodukte für die Herstellung der Zytostatika die anfallende Umsatzsteuer nicht mehr als durchlaufender Posten behandelt werden und die an Lieferanten gezahlte Umsatzsteuer beim Finanzamt als Vorsteuer bei der Rechnungsstellung an die Kostenträger geltend gemacht werden.

Durch die Rückforderung der Kostenträger entstand damit das Problem, dass die an Lieferanten gezahlte Umsatzsteuer nicht als durchlaufender Posten behandelt werden konnte und so den Krankenhäusern ein zusätzlicher Kostenblock entstand. Dieser Kostenblock wurde bei der Kalkulation, für die den Kostenträgern in Rechnung gestellten Preise für die Zytostatika nicht berücksichtigt. Die Kostenträger haben damit die von den Krankenhäusern hergestellten Zytostatika zu preiswert erhalten.

Gefragt wurden die Krankenhäuser danach, inwiefern es ihnen gelungen ist, bei einem abgeschlossenen Vergleich bzw. bei einem Gerichtsurteil den Vorsteuerabzug bei der Höhe der Rückforderungen der Kostenträger zu berücksichtigen.

Bei 95 % der Krankenhäuser wurde der Vorsteuerabzug bei einem Vergleich berücksichtigt. Bei einer Entscheidung des Gerichts war dies bei 78 % der Häuser der Fall. Insofern konnten fast alle Krankenhäuser bei einem Vergleich die durch den Wegfall des Vorsteuerabzugs erhöhten Kosten zumindest zu einem Teil von den Kostenträgern begleichen lassen.

Die Rückforderungen der Kostenträger wurden um den berücksichtigten Betrag verringert. Im Rahmen eines Gerichtsverfahrens gelang dies einem deutlich geringeren Anteil der Krankenhäuser.

LITERATURVERZEICHNIS

Blum, K. (2017). Personalsituation in der Intensivpflege und Intensivmedizin. Deutsches Krankenhausinstitut (DKI). Düsseldorf.
www.dki.de

Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (2011 ff.).
Krankenhaus Barometer. Düsseldorf.
www.dki.de



Bildnachweis www.stockadobe.com:

Seite 06: © rido, #164019982; Seite 10: © pressmaster, #39730353; Seiten 11 und 16: © sudok1, #111568681, # 176280911; Seiten 13, 32 und 52: © Halfpoint, #334277558, #329084937, #327774848; Seite 18: © xy, #143181795; Seite 23: © Andy Dean, #334333734; Seite 26: © ake1150, #270590703; Seite 27: © Pixel-Shot, #266273800; Seite 33: © Robert Kneschke, #331002764; Seite 38: © Africa Studio, #152960445; Seite 42: © Monkey Business, # 59162752; Seite 43: © Maha Heang 245789, #266060432; Seite 44: © visivasnc, #366083235; Seite 53: © Gorodenkoff, #225041107; Seiten 54: © sudok1, #100926824; Seite 56: © Viewfinder, #307861319; Seite 57: © Jacob Lund, #168113446; Seite 59: © Atstock Productions, #179817519