



DEUTSCHES  
KRANKENHAUS  
INSTITUT

# KRANKENHAUS BAROMETER

Umfrage 2023

# INHALT

## **EINLEITUNG** **4**

---

### **1 WIRTSCHAFTLICHE LAGE DER KRANKENHÄUSER** **6**

---

Jahresergebnis 2022	7
Entwicklung des Jahresergebnisses im Vergleich zum Vorjahr	8
Erwartetes Jahresergebnis 2023	9
Beurteilung der wirtschaftlichen Situation	10
Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen	11
Energiepreiserhöhungen	12

### **2 ÜBERGANGSPFLEGE** **13**

---

Umsetzung der Übergangspflege	14
Umsetzungshindernisse	16
Vergütung	17
Organisation der Übergangspflege	18
Nachsorgebedarfe in der Übergangspflege	20
Patientenzufriedenheit	21
Zusammenarbeit mit Kassen und Anschlussversorgern	22

### **3 DIGITALISIERUNG – UMSETZUNG REIFEGRADEMESSUNG UND ZUKUNFTSFONDS** **24**

---

Nutzung digitaler Dienste im Krankenhaus	25
Fördermittelbeantragung und Umsetzung digitaler Dienste	26
Schwierigkeiten bei der Einrichtung und Nutzung digitaler Dienste	28
Krankenhauslösung IS-H (SAP)	29
Digitale Reifegradmessung	30

<b>4</b>	<b>AMBULANTES OPERIEREN – NEUER AOP-VERTRAG 2023</b>	<b>32</b>
	Zentrale Neuerungen des AOP-Vertrags	34
	Anpassungsbedarfe	35
	Prüfverhalten des Medizinischen Dienstes	37
	Bewertung der politischen Bestrebungen zur Ambulantisierung	39
<b>5</b>	<b>PRÜFUNGEN DES MEDIZINISCHEN DIENSTES</b>	<b>40</b>
	Fehlerstufenverfahren	41
	Einigkeit bei den quartalsbezogenen Prüfquoten	43
	Realisierung von Aufschlagszahlungen	45
	Prüfverfahren	47
	Vorverfahren	48
	MD-Gutachten	50
	Erörterungsverfahren	52
	Auswirkungen der Abrechnungsprüfungen auf die Casemix-Punkte	55
	Fallbegleitende Kodierung	56
<b>6</b>	<b>GENERALISTISCHE PFLEGEAUSBILDUNG</b>	<b>58</b>
	Stand der praktischen Ausbildung in der Generalistik	60
	Entwicklung der Ausbildungszahlen	62
	Gründe für Ausbildungsabbrüche	64
	Änderungs- und Anpassungsbedarf an der Ausbildung	67
<b>7</b>	<b>OPERATIONSTECHNISCHE UND ANÄSTHESIETECHNISCHE ASSISTENTINNEN UND ASSISTENTEN (OTA/ATA)</b>	<b>68</b>
	Aktuelle Personalsituation bei OTA und ATA	70
	Bewerbungen aus EU- und Drittstaatenländern	71
	Literaturnachweis	74
	Impressum	75

# EINLEITUNG

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht die Ergebnisse des Krankenhaus Barometers 2023 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 leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte (VLK).

Ziel des Krankenhaus Barometers ist es, den Krankenhäusern und den Krankenhausverbänden zeitnahe Informationen zum aktuellen Krankengeschehen 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 2023 beruhen auf der schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten in Deutschland, welche von Mitte April bis Ende Juni 2023 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 388 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.



Dr. Karl Blum



Melanie Filser



Robin Heber



Dr. Anna Levsen



Dr. Sabine Löffert



Ann Katrin Parloh



Luisa Schumacher



Sophia Siewert



Dr. Petra Steffen

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

Düsseldorf, im Dezember 2023

**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](mailto:karl.blum@dki.de)  
[www.dki.de](http://www.dki.de)

Die jährlichen Ausgaben des *Krankenhaus Barometers* sind im Downloadbereich der Homepage abrufbar.  
[www.dki.de](http://www.dki.de)

1

# WIRTSCHAFTLICHE LAGE DER KRANKENHÄUSER

Die wirtschaftliche Situation hat sich im Jahr 2023 weiter verschlechtert. Hauptgründe hierfür sind die Preissteigerungen u.a. in den Bereichen Energie, medizinischer Bedarf und Löhne. Für das Jahr 2024 werden weitere Verschlechterungen der wirtschaftlichen Lage erwartet.

## JAHRESERGEBNIS 2022

Mit Blick auf ihre wirtschaftliche Situation sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie in der Gewinn- und Verlustrechnung für das Geschäftsjahr 2022 ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis erzielt haben.

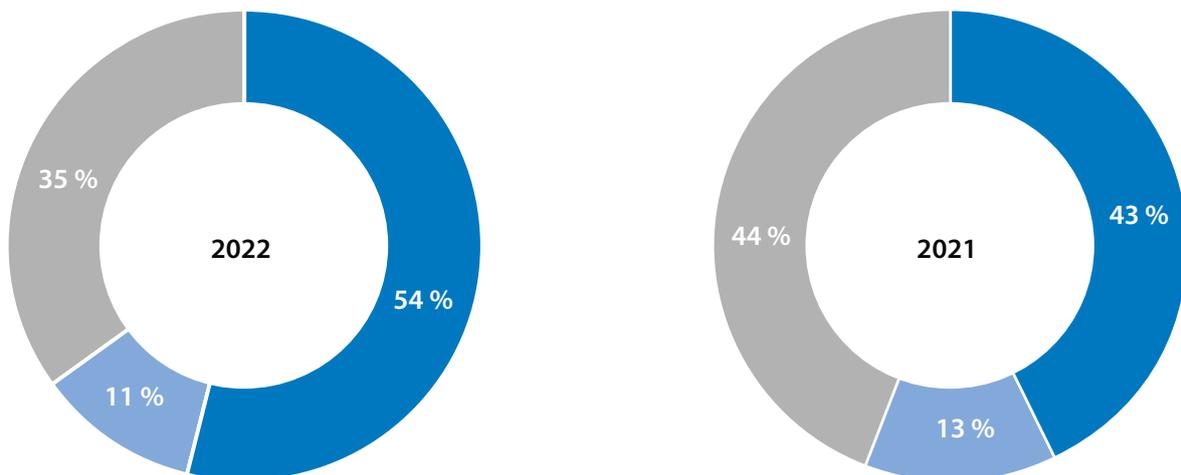
Danach hat mehr als die Hälfte (54 %) der deutschen Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten im Jahr 2022 Verluste geschrieben. Der Anteil der

Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss liegt bei 35 % und der Anteil der Häuser mit einem ausgeglichenen Jahresergebnis bei 11 %.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die wirtschaftliche Situation deutlich verschlechtert. Im Jahr 2021 hatten nur 43 % der Krankenhäuser einen Jahresfehlbetrag und noch 44 % der Häuser einen Jahresüberschuss (Abb. 1).

Abb. 1 Jahresergebnis der Krankenhäuser

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

■ Jahresfehlbetrag ■ Ausgeglichenes Ergebnis ■ Jahresüberschuss

**Krankenhäuser erwirtschaften  
2022 häufiger Jahresfehlbeträge  
als noch 2021.**

**+ 11 %**

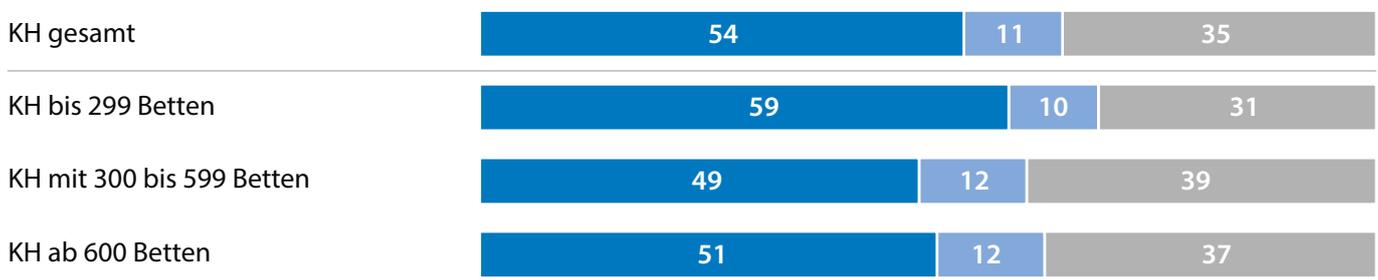
Nach Bettengrößenklassen differenziert, wiesen die kleinen Krankenhäuser (bis 299 Betten) mit 59 % häufiger ein negatives Jahresergebnis auf als die größeren Krankenhäuser (Abb. 2).

Verglichen mit dem Vorjahr haben sich die Jahresergebnisse in jeder Bettengrößenklasse deutlich verschlechtert, insbesondere bei den mittelgroßen Krankenhäusern.

Konnten hier noch 54 % der Häuser im Jahr 2021 einen Jahresüberschuss erzielen, waren es 2022 nur noch 39 %. (vgl. DKI, 2021).

**Abb. 2 Jahresergebnis der Krankenhäuser 2022 nach Bettengrößenklassen**

**Krankenhäuser in %**



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

■ Jahresfehlbetrag ■ Ausgeglichenes Ergebnis ■ Jahresüberschuss

## ENTWICKLUNG DES JAHRESERGEBNISSES IM VERGLEICH ZUM VORJAHR

Über die bloße Angabe von positiven, negativen oder ausgeglichenen Jahresergebnissen hinaus, sollten die Krankenhäuser über die konkrete Entwicklung der Jahresergebnisse laut Gewinn- und Verlustrechnung in den Jahren 2021 und 2022 informieren.

Danach ist das Jahresergebnis im Jahr 2022 im Vergleich zu

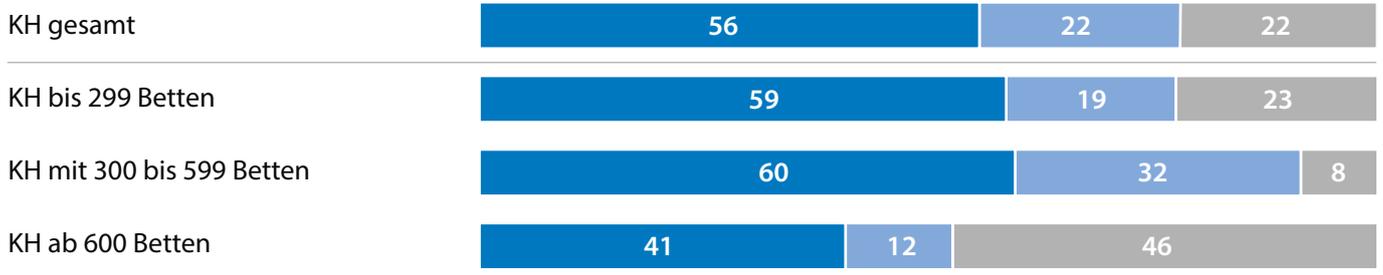
2021 in 56 % der Häuser gesunken und in 22 % der Krankenhäuser gestiegen. Bei den übrigen 22 % ist es konstant geblieben (Abb. 3).

Nach Krankenhausgröße haben sich die Ergebnisse vor allem in den Krankenhäusern mit 300 bis 599 Betten überproportional verschlechtert. Hier ist das Ergebnis im Jahresvergleich in

60 % der Häuser gesunken und nur in 8 % der Häuser gestiegen. In den großen Krankenhäusern ab 600 Betten ist der Anteil der Krankenhäuser, deren Jahresergebnis sich im Vergleich zum Vorjahr verschlechtert hat, mit 41 % am niedrigsten. In 46 % der Krankenhäuser ab 600 Betten fällt das Jahresergebnis im Vergleich zum Vorjahr höher aus (Abb. 3).

**Abb. 3 Entwicklung des Jahresergebnisses 2022 im Vergleich zum Vorjahr**

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

■ ... gesunken    ■ ... weitgehend gleich geblieben    ■ ... gestiegen

## ERWARTETES JAHRESERGEBNIS 2023

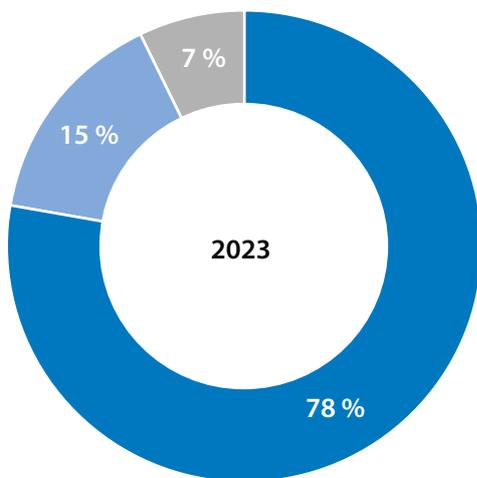
Für das Jahr 2023 sind insgesamt weitere Verschlechterungen der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser zu erwarten (Abb. 4). Im Vergleich zum Jahr 2022 wird der Anteil der Häuser mit negativem Jahresergebnis von 54 % auf voraussichtlich 78 % ansteigen. Der Anteil der Kranken-

häuser mit einem positiven Jahresergebnis wird von 35 % auf voraussichtlich 7 % sinken. Damit dürfte sich der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss deutlich reduzieren. 15 % der Befragten gehen für 2023 von einem ausgeglichenen Jahresergebnis aus.

Die Prognose für das Jahr 2023 fällt in den drei Bettengrößenklassen nahezu identisch aus (Ergebnisse nicht dargestellt).

**Abb. 4 Erwartetes Jahresergebnis der Krankenhäuser für das Jahr 2023**

Krankenhäuser in %



■ Jahresfehlbetrag  
 ■ Ausgeglichenes Ergebnis  
 ■ Jahresüberschuss

© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

Drei von vier Krankenhäusern  
beurteilen Ihre wirtschaftliche Situation als unbefriedigend.

## BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION

Über das erwartete Jahresergebnis für das Jahr 2023 hinaus sollten die Krankenhäuser auch ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2023 beurteilen. Demnach stuften 78 % der Krankenhäuser ihre wirtschaftliche Lage als eher unbefriedigend ein. Nur noch 5 % der Krankenhäuser schätzten ihre wirtschaftliche Lage als eher gut ein, während

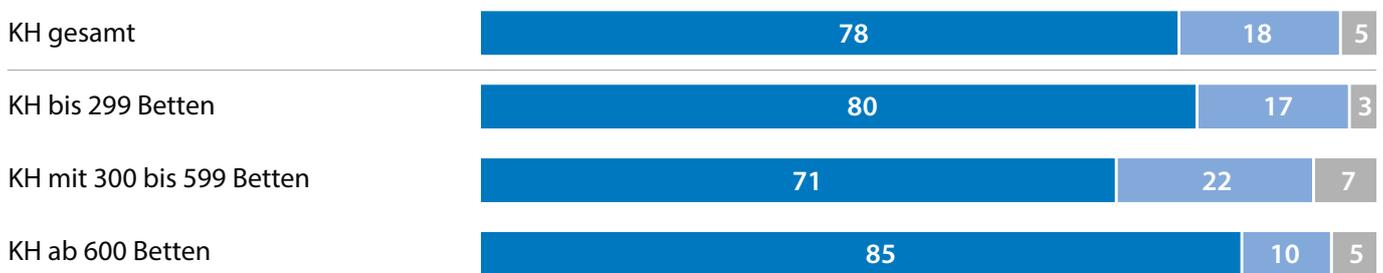
18 % in dieser Hinsicht unentschieden waren (Abb. 5).

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die kritische Einschätzung der wirtschaftlichen Lage über alle Krankenhäuser hinweg auf hohem Ausgangsniveau noch weiter verschlechtert (vgl. DKI, 2022).

Unabhängig von der Krankenhausgröße wird die aktuelle wirtschaftliche Lage insgesamt kritisch gesehen. Besonders dramatisch ist die Situation in den kleinen Krankenhäusern bis 299 Betten und in großen Krankenhäusern ab 600 Betten. Hier beurteilen 80 %, bzw. 85 % der Krankenhäuser ihre aktuelle wirtschaftliche Situation als eher unbefriedigend (Abb. 5).

Abb. 5 Aktuelle wirtschaftliche Situation des eigenen Krankenhauses

Krankenhäuser in %



## BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN ERWARTUNGEN

Darüber hinaus sollten sich die Krankenhäuser zu ihren Erwartungen für das Jahr 2024 äußern: Fast drei Viertel der Krankenhäuser (71 %) erwartet für das Jahr 2024 eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation, während nur 4 % der Krankenhäuser eine Verbesserung der wirtschaft-

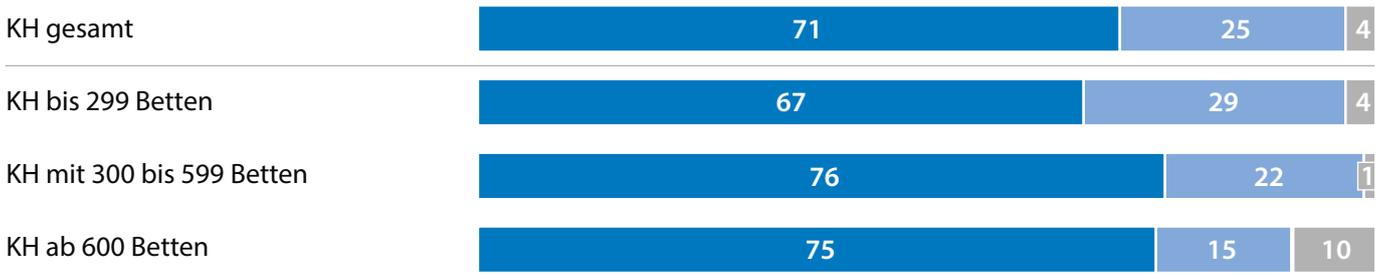
lichen Situation erwarten. 25 % der Krankenhäuser sind in dieser Hinsicht unentschieden (Abb. 6).

Differenziert nach Krankenhausgröße sind die wirtschaftlichen Erwartungen für das Jahr 2024 in der mittleren Größenklasse mit 300 bis 599 Betten beson-

ders pessimistisch. 76 % der Häuser gehen von einer Verschlechterung und nur 1 % von einer Verbesserung der wirtschaftlichen Lage aus. Auch in der oberen Bettengrößenklasse ab 600 Betten gehen 75 % der Häuser von einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage aus.

Abb. 6 Wirtschaftliche Erwartungen für das eigene Krankenhaus für 2024

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

■ Eher schlechter ■ Eher gleich ■ Eher besser



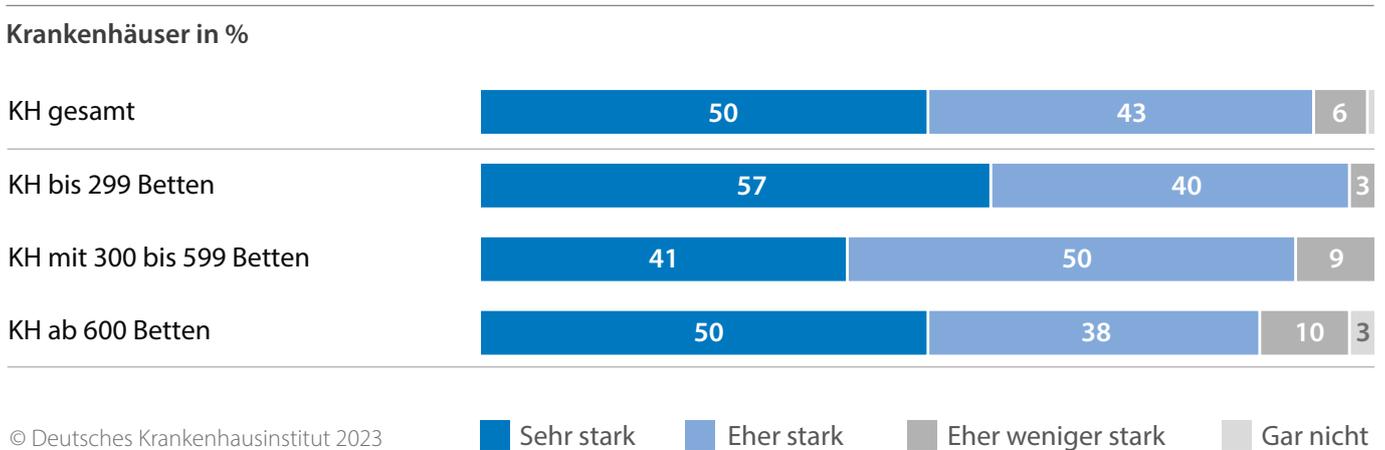
## ENERGIEPREISSTEIGERUNGEN

Die Preissteigerungen seit dem Jahr 2022, etwa in den Bereichen Energie, medizinischer Bedarf und Löhne wirken sich in 93% der Krankenhäuser sehr

oder eher stark auf die Liquiditätssituation aus. Nur wenige Häuser sind hiervon nicht betroffen. Bei differenzierter Betrachtung nach Bettengrößenklassen

sind die kleineren Häuser im Vergleich zu den mittleren und großen Häusern hiervon am stärksten betroffen (Abb. 7).

**Abb. 7 Auswirkungen der Preissteigerungen (Energie, medizinischer Bedarf, Löhne etc.) seit dem Jahr 2022 auf die Liquiditätssituation der Krankenhäuser im Jahr 2023**

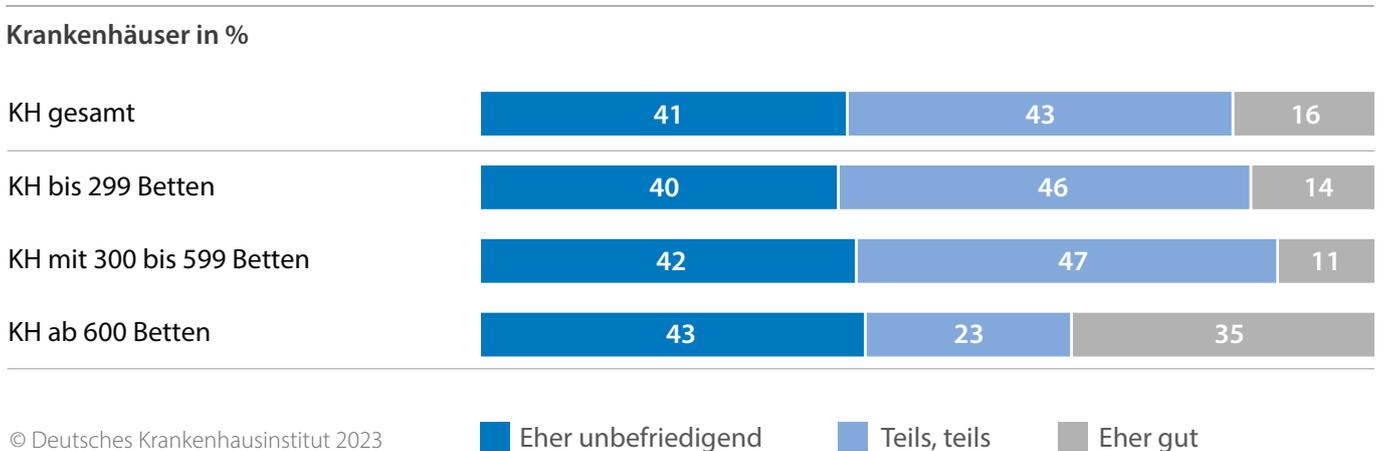


Nur 16% der Krankenhäuser bewerten die politischen Hilfsmaßnahmen in Bezug auf die Energiepreissteigerungen

(Härtefallfonds gem. § 26f KHG und Preisbremsen für Gas, Fernwärme und Strom) als eher gut. Die kleineren und mittleren

Häuser beurteilen die politischen Hilfsmaßnahmen weniger gut als die Häuser der größten Bettengrößenklasse (Abb. 8).

**Abb. 8 Beurteilung der politischen Hilfsmaßnahmen in Bezug auf die Energiepreissteigerungen (Härtefallfonds gem. § 26f KHG und Preisbremsen für Gas, Fernwärme und Strom)**



# 2

## ÜBERGANGSPFLEGE

Die Übergangspflege ist eine neue Leistungsform in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wenn nach einer Behandlung im Krankenhaus eine Anschlussversorgung nicht unmittelbar gewährleistet ist, können Patientinnen und Patienten dort weiter gepflegt und versorgt werden. Kurz nach Einführung zum Jahresbeginn 2023 boten aber noch wenige Krankenhäuser Übergangspflege an.

Durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz wurde die Übergangspflege als neue Leistungsform in das Fünfte Sozialgesetzbuch eingeführt (§ 39e SGB V). Danach haben Versicherte Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus für längstens zehn Tage, wenn im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. Die Übergangspflege umfasst die ärztliche und pflegerische Versorgung, die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung sowie ausdrücklich ein Entlassmanagement und die Aktivierung der Versicherten.

Das Vorliegen der Voraussetzungen für die Übergangspflege ist vom Krankenhaus zu dokumentieren. Das Nähere zu dieser Dokumentation ist in einer Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege zwischen dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft festgelegt. Weitere Bestimmungen zur Übergangspflege sind in Landesverträgen zwischen den Landeskrankenhausesellschaften und den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen geregelt, etwa zu den Leistungsinhalten, den personellen und organisatorischen Voraussetzungen der Übergangspflege und zur Vergütung und Abrechnung.

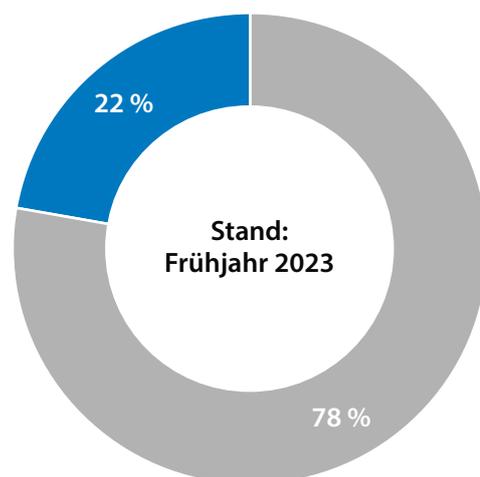
## UMSETZUNG DER ÜBERGANGSPFLEGE

Zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2023 spielte die Übergangspflege keine große Rolle in den deutschen Krankenhäusern. Seinerzeit hatten erst 22 % der Häuser die Übergangspflege eingeführt. Nach Krankenhausgröße gab es in dieser Hinsicht kaum Unterschiede (Ergebnisse nicht dargestellt).

Auch die Fallzahlen in der Übergangspflege sind zu vernachlässigen. Rund die Hälfte der Krankenhäuser, welche die Übergangspflege bereits anboten, hatte im 1. Quartal 2023 noch keine entsprechenden Fälle. Die übrigen Häuser hatten durchschnittlich rund 11 Fälle in der Übergangspflege (Median = 3 Fälle). Die durchschnittliche Verweildauer dieser Fälle lag im 1. Quartal 2023 bei knapp 9 Tagen (Median = 8 Tage).

Abb. 9 Bieten Sie in Ihrem Krankenhaus die Übergangspflege gemäß § 39e SGB V an?

Krankenhäuser in %



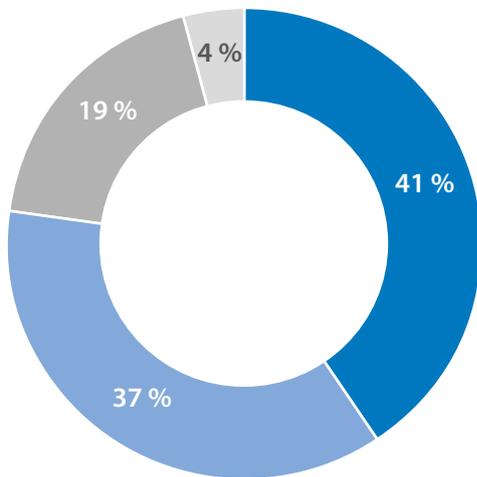
■ Ja  
■ Nein

© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

Nach Entlassung aus dem Krankenhaus war die erforderliche Anschlussversorgung unmittelbar an die Übergangspflege überwiegend sichergestellt. Dies war in 41 % der Krankenhäuser immer und bei 37 % der Häuser meistens der Fall.

**Abb. 10** Inwieweit war in Ihrem Krankenhaus bei Fällen mit Übergangspflege nach Entlassung aus dem Krankenhaus die erforderliche Anschlussversorgung unmittelbar sichergestellt?

Krankenhäuser mit Übergangspflege in %



- Immer
- Häufig
- Manchmal
- Selten

© Deutsches Krankenhausinstitut 2023



## Hoher bürokratischer Aufwand erschwert die Übergangspflege.

### UMSETZUNGSHINDERNISSE

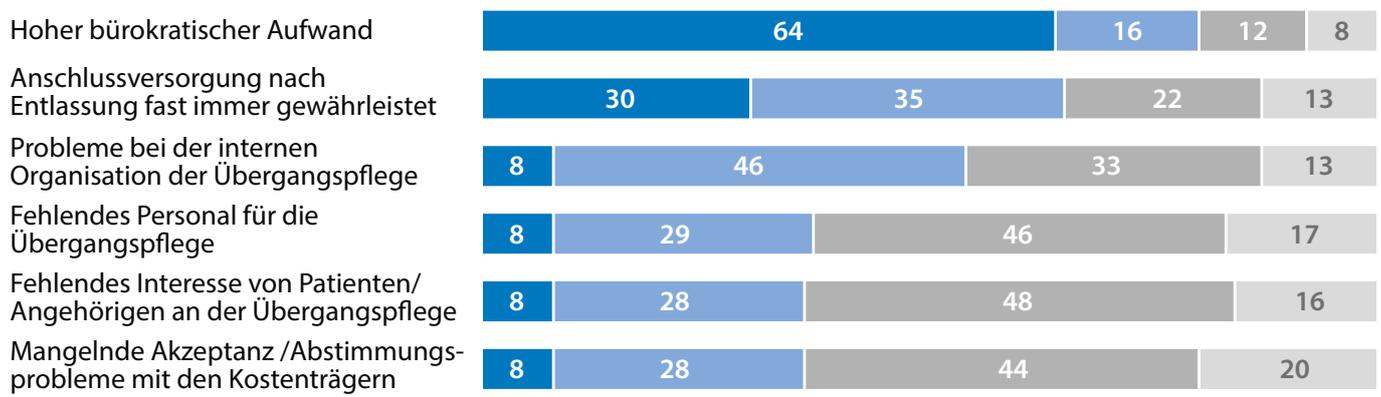
Hauptgrund für die bislang geringe Umsetzung der Übergangspflege ist der hohe bürokratische Aufwand. Für 80 % der Krankenhäuser, die bislang keine oder kaum Fälle in der Übergangspflege haben, trifft dies eher (16 %) oder voll und ganz zu (64 %).

So ist für jeden Patienten in der Übergangspflege ein standardisierter Dokumentationsbogen auszufüllen. Darin müssen die Krankenhäuser beispielsweise nachweisen, dass sie bis zu 20 geeignete Anschlussversorger, etwa ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen, vergew

kontaktiert haben, ehe sie die Übergangspflege erbringen dürfen (§ 5 Abs. 1e der Dokumentations-Vereinbarung). Die Anfragen sind mit Datum und Ergebnis sowie mit Namen der kontaktierten Einrichtungen zu dokumentieren.

**Abb. 11** Falls Sie bislang in Ihrem Krankenhaus keine/kaum Fälle in der Übergangspflege haben: Was waren die Gründe hierfür?

Krankenhäuser mit Übergangspflege in %



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

In rund zwei Dritteln der Krankenhäuser ist die Anschlussversorgung nach Entlassung, den Befragten zufolge, regelhaft gewährleistet, sodass Übergangspflege nicht erforderlich ist. Rund die Hälfte der Häuser hat noch Probleme, die Über-

gangspflege intern zu organisieren. Andere Gründe, wie die mangelnde Akzeptanz dieser neuen Leistungsform bei Kostenträgern, Patienten und ihren Angehörigen, spielen demgegenüber eine geringere Rolle.

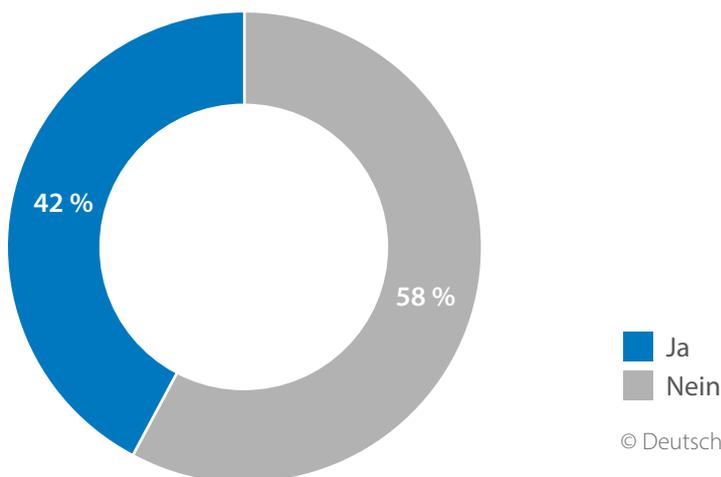
## VERGÜTUNG

Nach § 132m SGB V schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit der Landeskrankengesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenträger im Land Verträge über die Leistungen der Übergangspflege sowie deren Vergütung. Aktuell liegt beispielsweise der Tagessatz für die Übergangspflege in Bayern bei 255 €. In Nordrhein-Westfalen beträgt der Tagessatz 237,50 €.

Den für ihr Bundesland vereinbarte Tagessatz für die Übergangspflege halten 58 % der befragten Krankenhäuser für nicht kostendeckend. Für differenzierte länderspezifische Auswertungen sind die Fallzahlen zu klein.

**Abb. 12** Ist die Vergütung bzw. der vereinbarte Tagessatz für die Übergangspflege in Ihrem Krankenhaus alles in allem kostendeckend?

Krankenhäuser mit Übergangspflege in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023



## ORGANISATION DER ÜBERGANGSPFLEGE

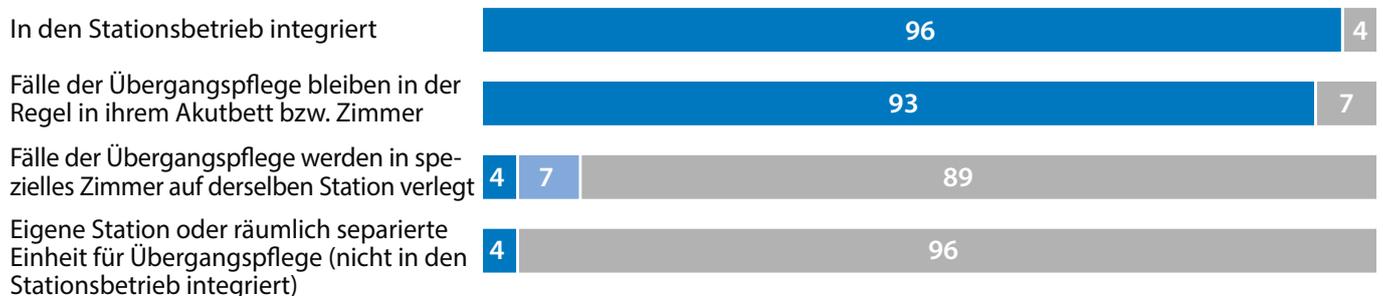
In den meisten Krankenhäusern (96%) ist die Übergangspflege in den (akutstationären) Stationsbetrieb integriert. Überwiegend verbleiben die Patienten in dem Zimmer bzw. in dem Akutbett,

in dem auch die Krankenhausbehandlung stattfand. Nur in wenigen Häusern bzw. Fachabteilungen werden sie zur Übergangspflege in ein spezielles Zimmer auf derselben Station

verlegt. In 4 % der Krankenhäuser ist die Übergangspflege räumlich separiert, also nicht in den Stationsbetrieb integriert.

**Abb. 13** Wie ist die Übergangspflege in Ihrem Krankenhaus (überwiegend) organisiert?

Krankenhäuser mit Übergangspflege in %



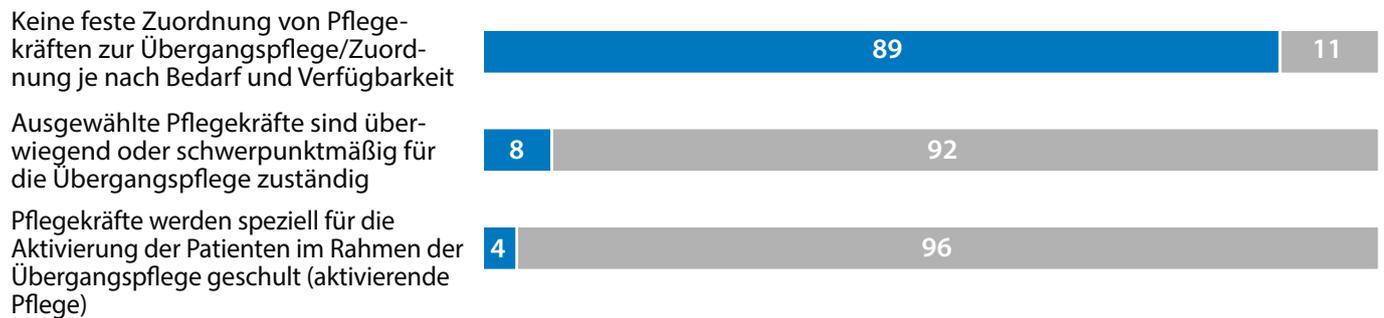
Bei den Zuständigkeiten der Pflegekräfte in der Übergangspflege gibt es keine feste Zuordnung. Nur wenige Häuser planen dies für die Zukunft.

Vielmehr sind die Pflegekräfte fast durchgängig je nach Bedarf und Verfügbarkeit den Patienten in der Übergangspflege zugeordnet. Eine Schulung von

Pflegekräften für die Aktivierung der Patienten speziell für Übergangspflege (aktivierende Pflege) ist aktuell noch selten geplant.<sup>1</sup>

**Abb. 14** Wie sind die Zuständigkeiten der Pflegekräfte in der Übergangspflege in Ihrem Krankenhaus (überwiegend) organisiert?

**Krankenhäuser mit Übergangspflege in %**



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

■ Ja   ■ Nein, aber geplant   ■ Nein und nicht geplant

<sup>1</sup> „Unter aktivierender Pflege werden der Erhalt und die Förderung der Eigenständigkeit und Kompetenzen des Menschen unter Berücksichtigung der Ressourcen und seelisch-geistigen sowie sozialen Belange verstanden. Die Ressourcen der zu Pflegenden werden erhoben und finden in der pflegerischen Versorgung Berücksichtigung. Die Maßnahmen und Interventionen der aktivierenden Pflege werden gemeinsam mit dem Betroffenen geplant und umgesetzt... Die Pflegebedürftigen erhalten mit den Maßnahmen und Interventionen eine „Hilfe zur Selbsthilfe“ und werden demgemäß angeleitet und beraten und erhalten, wenn erforderlich, eine zielführende Unterstützung.“ (Hasseler, M., Mink, J. (2021): Prävention und Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung. In: Tiemann, M., Mohokum, M. (2021): Prävention und Gesundheitsförderung. Springer Verlag, S. 653-665)

**Übergangspflege in**

**96 %**

**der Krankenhäuser**

**in den Stationsbetrieb integriert**

Übergangspflege wird vor allem erbracht, wenn Kurzzeitpflege anderweitig nicht verfügbar ist.

## NACHSORGEBEDARFE IN DER ÜBERGANGSPFLEGE

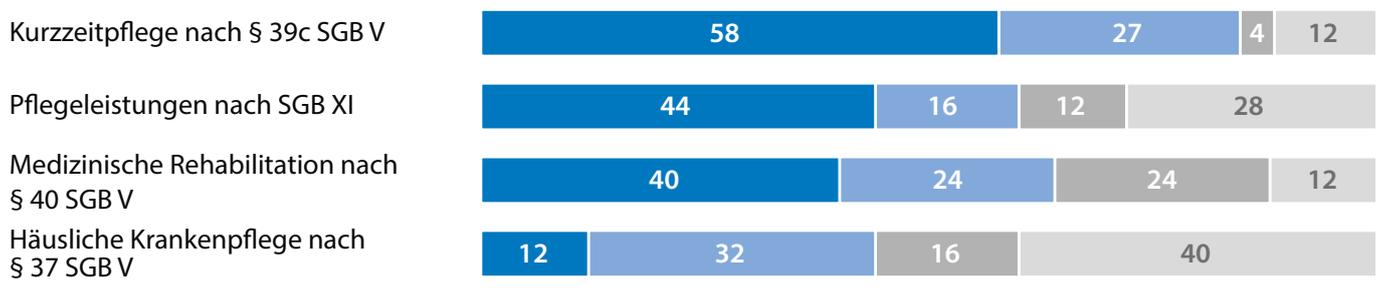
Anspruch auf Übergangspflege besteht nur, falls erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder

Pflegeleistungen nach dem SGB XI anderweitig nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. Bislang wurde in den Krankenhäusern die Übergangspflege

vor allem erbracht, weil Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V anderweitig nicht verfügbar war. Dies war bei 85 % der Befragten häufig (58 %) oder manchmal der Fall (27 %).

**Abb. 15** Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht nur, falls der Nachsorgebedarf anderweitig nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden kann. Inwieweit bestand in Ihrem Krankenhaus bei Fällen mit Übergangspflege Nachsorgebedarf für die folgenden Leistungen?

Krankenhäuser mit Übergangspflege in %



Bei jeweils knapp zwei Dritteln der Häuser waren der Nachsorgebedarf für eine medizinische Rehabilitation nach § 40 SGB V und für Pflegeleistungen nach SGB XI der Anlass der Übergangspflege. Die kurzfristig feh-

lende Verfügbarkeit häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V war hingegen seltener der Grund für die Übergangspflege.

42 % der Befragten würden weitere Nachsorgebedarfe für die

Übergangspflege befürworten, die bislang nicht durch den § 39e SGB V abgedeckt sind. Im Rahmen einer offenen Frage wurde hier vor allem die Hospiz- oder Palliativversorgung genannt.

## PATIENTENZUFRIEDENHEIT

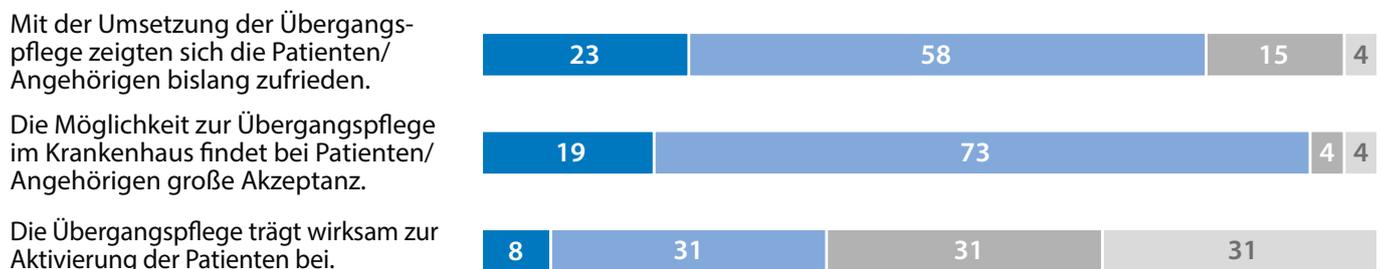
Aus Sicht der befragten Krankenhäuser sind die Patienten mit der Übergangspflege alles in allem zufrieden. In über 90 % der Häuser trifft die neue Leistungsform bei ihnen auf große

Akzeptanz. Bei mehr als 80 % der Krankenhäuser zeigten sich die Patienten bzw. ihre Angehörigen mit der Umsetzung der Übergangspflege zufrieden. Dahingegen sind über 60 % der

Befragten der Auffassung, dass die Übergangspflege nicht wirksam dazu beitragen kann, die Patienten kurzfristig zu aktivieren.

**Abb. 16** Wie bewerten Sie aus Ihrer Sicht die Zufriedenheit von Patienten/ Angehörigen mit der Übergangspflege in Ihrem Krankenhaus?

### Krankenhäuser mit Übergangspflege in %



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

Nach ersten Erfahrungen trifft die Übergangspflege bei Patientinnen und Patienten auf hohe Akzeptanz.

## ZUSAMMENARBEIT MIT KASSEN UND ANSCHLUSSVERSORGERN

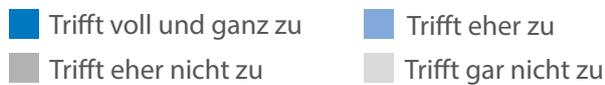
Die Zusammenarbeit mit den Kranken- und Pflegekassen im Rahmen der Übergangspflege beurteilen die Krankenhäuser ambivalent. Aus ihrer Sicht

werden die Kassen frühzeitig eingebunden bzw. verläuft die Übermittlung der Dokumentationsbögen weitgehend reibungslos. Die breite Anerken-

nung der Erforderlichkeit von Übergangspflege und die fristgerechte Kostenübernahme durch die Kassen wird dagegen kritischer gesehen.

**Abb. 17** Wie bewerten Sie bislang die Zusammenarbeit mit den Kranken- und Pflegekassen im Rahmen der Übergangspflege?

Krankenhäuser mit Übergangspflege in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

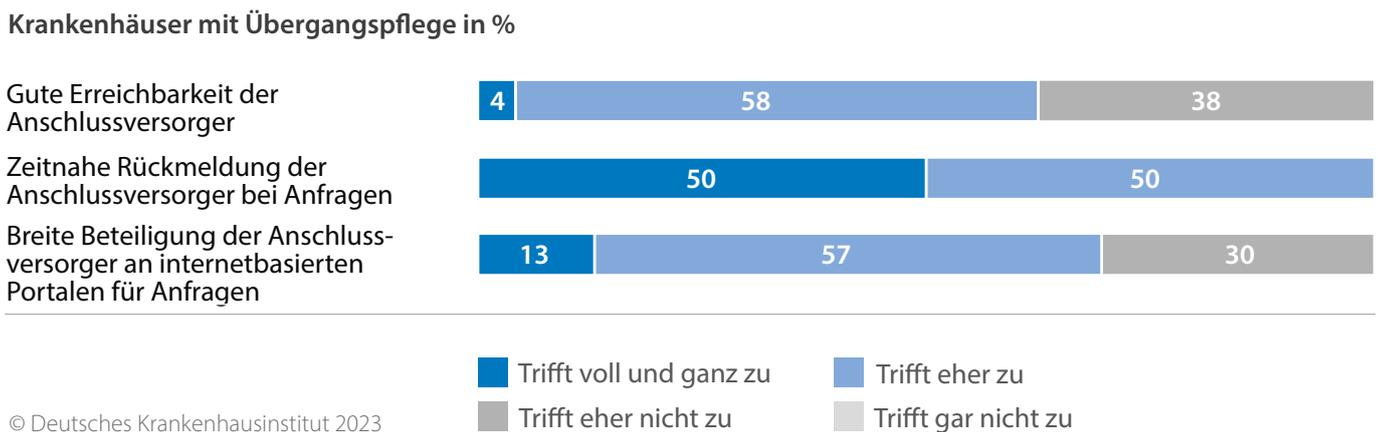


Auch im Rahmen der Übergangspflege sehen die Krankenhäuser weiterhin Probleme in der Zusammenarbeit mit den

Anschlussversorgern. So ist insbesondere eine breite Beteiligung der Anschlussversorger an internetbasierten Portalen für

Anfragen nicht gegeben. Die Hälfte der Befragten vermisst eine zeitnahe Rückmeldung der Anschlussversorger bei Anfragen.

**Abb. 18** Wie bewerten Sie bislang die Zusammenarbeit mit den Anschlussversorgern im Rahmen der Übergangspflege?



Die Probleme mit der Anschlussversorgung lassen sich auch an der Umsetzung des § 5 Abs. 1e der Dokumentations-Vereinbarung ablesen, wonach die Krankenhäuser bis zu 20 geeignete Anschlussversorger kontaktieren müssen, ehe sie die Über-

gangspflege erbringen dürfen. Im 1. Quartal 2023 haben die Krankenhäuser durchschnittlich rund 27 Anschlussversorger kontaktiert (5 % getrimmtes Mittel, Median = 23 Anfragen).<sup>2</sup> Die Anzahl der fehlenden Rückmeldungen lag bei 11 (5 % getrimm-

tes Mittel) bzw. 10 unbeantworteten Anfragen (Median). Die durchschnittliche Dauer bis zur verbindlichen Zusage je Fall betrug im Mittel rund 6 Tagen (5 % getrimmtes Mittel, Median = 5 Tage).

<sup>2</sup> Angesichts der kleinen Fallzahlen war hier und im Folgenden das arithmetische Mittel durch Ausreißer-Werte stark verzerrt. Deswegen wird das getrimmte Mittel ausgewiesen.

3

# DIGITALISIERUNG – UMSETZUNG REIFEGRADEMESSUNG UND ZUKUNFTSFONDS

Die Digitalisierung schreitet in den deutschen Krankenhäusern voran. Aktuell nutzen oder implementieren die Krankenhäuser durchschnittlich etwa fünf digitale Dienste. An der Evaluierung des Reifegrades im Hinblick auf die Digitalisierung haben sich 90 % der Häuser im Jahr 2021 beteiligt.

Mit dem am 29. Oktober 2020 in Kraft getretenen Krankenhaus-zukunftsgesetz (KHZG) verfolgt die Bundesregierung das Ziel, die Digitalisierung der Krankenhäuser bundesweit zu fördern.

Bund und Länder stellen seit Januar 2021 über den vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) verwalteten Krankenhaus-zukunftsfonds (KHZF) insgesamt bis zu 4,3 Milliarden Euro bereit,

um die Förderung notwendiger Investitionen in die Digitalisierung und IT-Sicherheit der deutschen Kliniken zu beschleunigen.

## NUTZUNG DIGITALER DIENSTE IM KRANKENHAUS

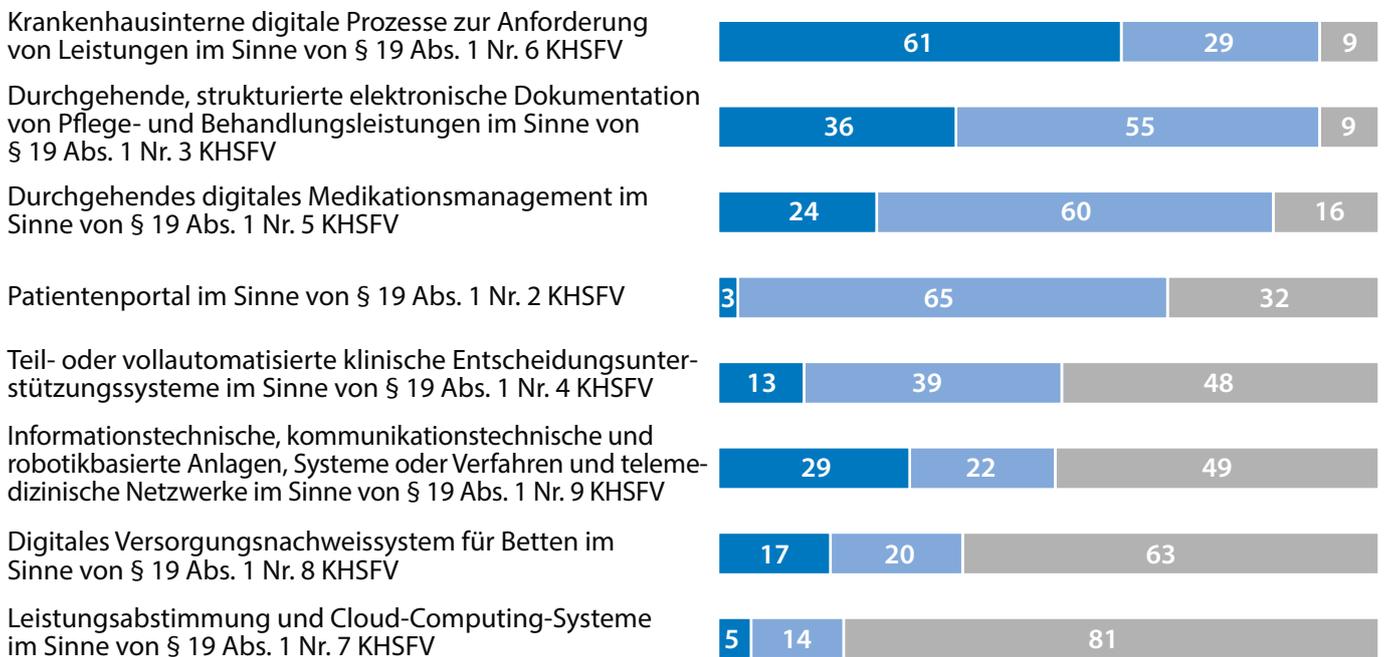
Durch die Nutzung digitaler Dienste im Krankenhaus nach der Verordnung zur Verwaltung des Strukturfonds im Krankenhausbereich (§ 19 Abs. 1 KHSFV) soll die unmittelbare Patientenversorgung verbessert werden. Zudem soll das medizinische, therapeutische und pflegerische Personal bei alltäglichen Prozessen durch den Einsatz digitaler Prozesse und Strukturen entlastet und unterstützt werden. Durchschnittlich nutzen oder implementieren die Krankenhäuser 4,9 der 8 abgefragten digitalen Dienste nach § 19 Abs. 1 KHSFV (Abb. 19).

Die folgenden digitalen Dienste wurden bereits in den Krankenhäusern erkennbar umgesetzt: krankenhauserne digitale Prozesse zur Anforderung von Leistungen (61 %), die durchgehende, struk-

turierte elektronische Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen (36 %), informations-, kommunikationstechnische und robotikbasierte Anlagen, Systeme, Verfahren und telemedizinische Netzwerke (29 %) sowie in jeder vierten Klinik ein durchgehendes digitales Medikationsmanagement. In einem Großteil der Kliniken befinden sich zudem die elektronische Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen, das digitale Medikationsmanagement und das Patientenportal in der Umsetzung oder Beauftragung. Eine Leistungsabstimmung und die Implementierung von Cloud-Computing-Systemen wurde in 5 % der Häuser umgesetzt und befindet sich in weiteren 14 % in der Umsetzung oder Beauftragung (Abb. 19).

Abb. 19 Nutzt Ihr Krankenhaus folgende digitale Dienste?

### Krankenhäuser in %



Nach Bettengrößenklassen differenziert, wurden digitale Dienste in den Häusern mit 300 bis 599 Betten und in den großen Häusern ab 600 Betten

häufiger umgesetzt als in den Häusern bis 299 Betten bzw. befinden sich dort häufiger in der Umsetzung oder Planung (Ergebnisse nicht dargestellt).

## FÖRDERMITTELBEANTRAGUNG UND UMSETZUNG DIGITALER DIENSTE

Um die Mittel für Fördertatbestände nach §14a Abs. 4 KHG abrufen zu können, mussten die Krankenhäuser ihre Digitalisierungsvorhaben bzw. Bedarfe beim zuständigen Bundesland anmelden. Die Bundesländer konnten daraufhin bis zur Frist 31. Dezember 2021 entsprechende Förderanträge beim BAS stellen.

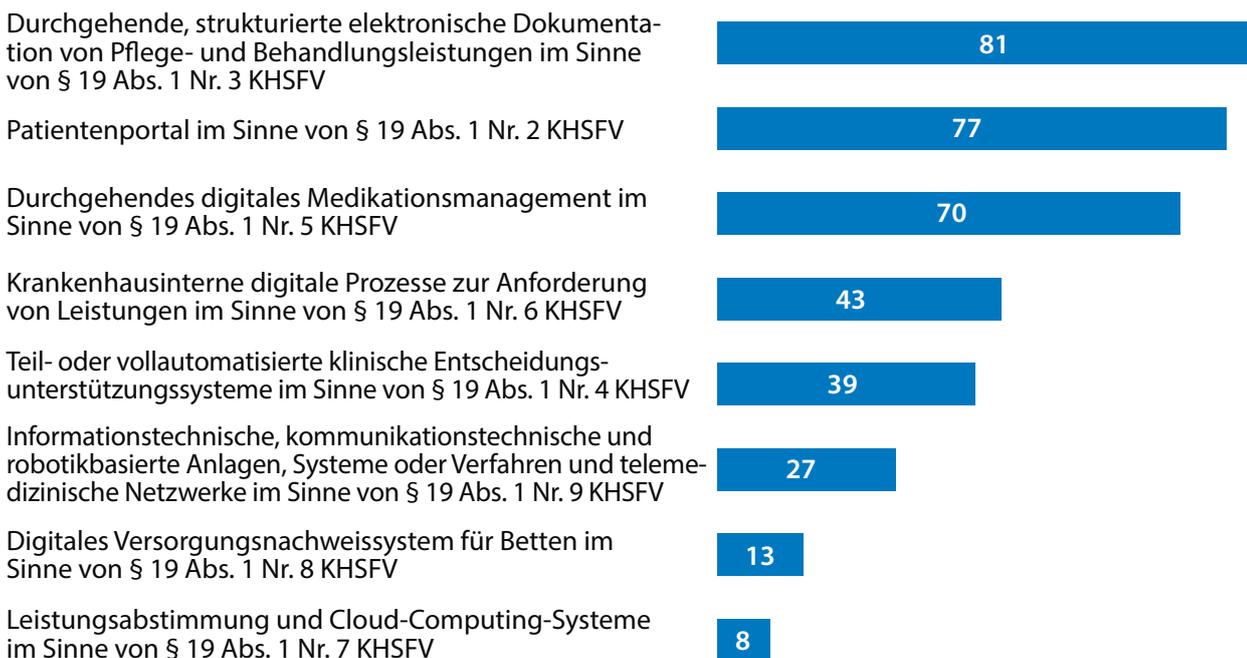
Durchschnittlich wurden von den Krankenhäusern Fördermittel für 4,0 Fördertatbestände beantragt (Abb. 20).

Rund 80 % der Häuser haben Mittel zur Einrichtung einer durchgehenden, strukturierten elekt-

ronischen Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen sowie für die Einführung eines Patientenportals beantragt. Fördermittel zur Umsetzung eines durchgehenden digitalen Medikationsmanagements haben 70 % der Häuser erbeten. Rund 40 % der Krankenhäuser haben Förderanträge zur Implementierung krankenhauser interner digitaler Prozesse zur Anforderung von Leistungen und für teil- oder vollautomatisierte klinische Entscheidungsunterstützungssysteme gestellt. Für digitale Versorgungsnachweissysteme für Betten (13 %) sowie für Leistungsabstimmung und Cloud-Computing-Systeme (8 %) wurden die wenigsten Förderanträge gestellt (Abb. 20).

Abb. 20 Fördertatbestände und beantragte Fördermittel

### Krankenhäuser in %



Bei differenzierter Betrachtung gibt es kaum Unterschiede nach Bettengrößenklassen. Einzige Ausnahme stellt die Beantragung von Fördermitteln für informationstechnische, kommunikationstechnische und robotikbasierte Anlagen, Systeme oder Verfahren und telemedizinische Netzwerke dar. Häuser ab 300 Betten haben tendenziell häufiger Fördermittel für diese digitalen Dienste beantragt als kleine Häuser bis 299 Betten (Ergebnisse nicht dargestellt).

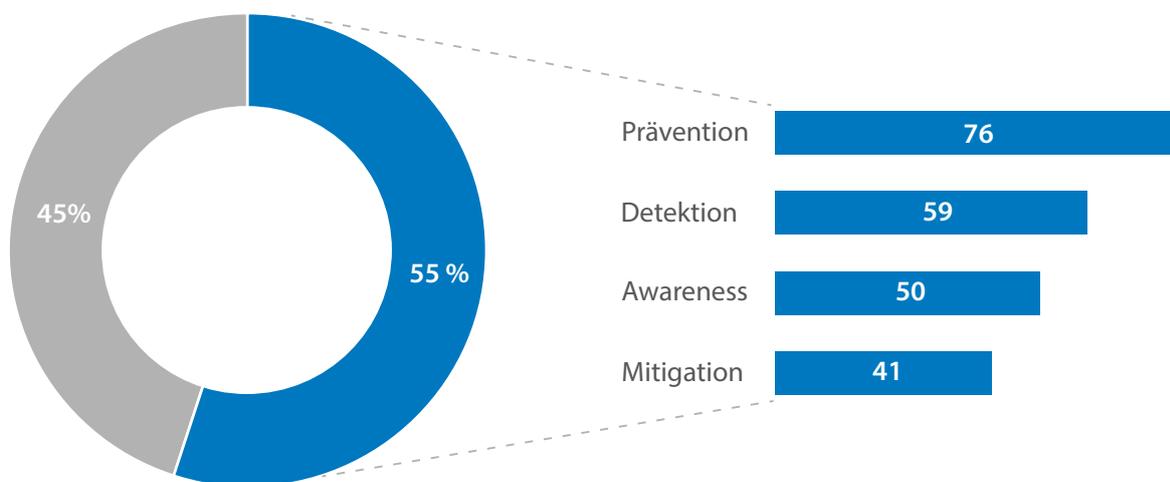
Darüber hinaus wurden die Krankenhäuser zu beantragten Fördermitteln zur Verbesserung der IT- bzw. Cybersicherheit befragt (§ 19 Abs. 1 Nr. 10 KHSFV).

Mehr als die Hälfte der Krankenhäuser hat Fördermittel zur Verbesserung der IT- bzw. Cybersicherheit beantragt (Abb. 21). Diese wurden mehrheitlich von Häusern bis 299 Betten und von Häusern mit 300 bis 599 Betten beantragt (Ergebnisse nicht dargestellt).

Drei Viertel der Krankenhäuser, die Fördermittel zur Verbesserung der IT- bzw. Cybersicherheit beantragt haben, nutzen diese für die Prävention, gut die Hälfte für Detektion und Awareness (Abb. 21). Häuser ab 600 Betten nutzen die Fördermittel vor allem für Mitigation (Ergebnisse nicht dargestellt).

**Abb. 21** Haben Sie Fördermittel zur Verbesserung der IT- bzw. Cybersicherheit im Sinne von § 19 Abs. 1 Nr. 10 KHSFV beantragt? Falls ja, wofür?

Krankenhäuser in %



Die meisten Krankenhäuser haben Fördermittel für digitale Dienste beantragt. Damit ist die Digitalisierung auf einem guten Weg.

Auf die Frage, bis wann eine Umsetzung der 9 Fördertatbestände nach § 19 Abs. 1 KHSFV möglich ist, nannten die Häuser zum Großteil Dezember 2024 als Stichpunkt<sup>3</sup>. Circa 58 % der Häuser können bis zu diesem Zeitpunkt mutmaßlich ein Patientenportal und 52 % teil- oder vollautomatisierte klinische Entscheidungsunterstützungssysteme implementieren. Zwischen 40 % und 50 %

der Häuser können des Weiteren voraussichtlich eine elektronische Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen, ein digitales Medikationsmanagement, Anforderungsprozesse von Leistungen, Anlagen, Systemen oder Verfahren und Netzwerken sowie die Verbesserung der IT- bzw. Cybersicherheit bis Dezember 2024 umsetzen (Daten nicht gezeigt).

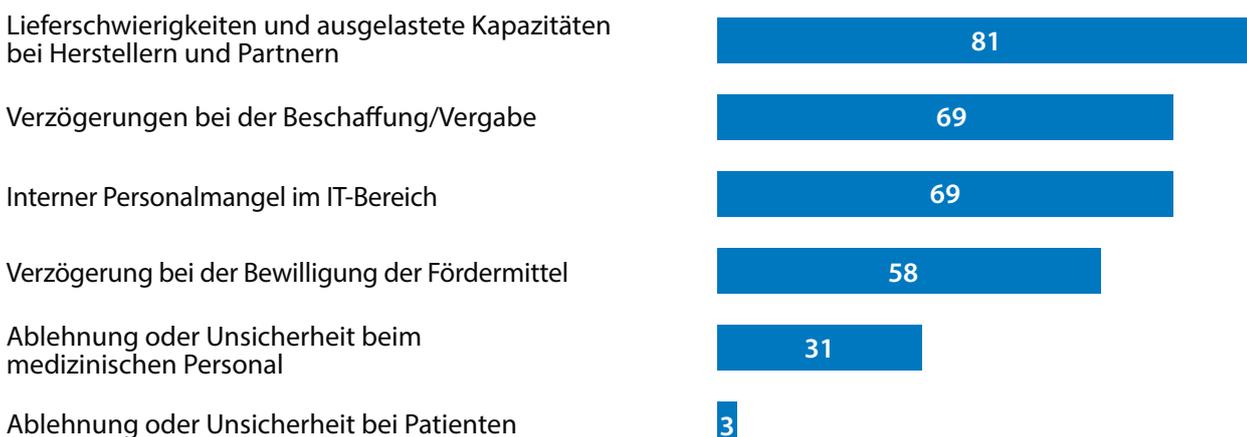
## SCHWIERIGKEITEN BEI DER EINRICHTUNG UND NUTZUNG DIGITALER DIENSTE

Die größten Herausforderungen bei der Einrichtung oder Nutzung digitaler Dienste stellen für die Krankenhäuser (81 %) Lieferschwierigkeiten und ausgelastete Kapazitäten bei Herstellern und Partnern dar. Auch von Verzögerungen bei der Beschaffung bzw. Vergabe sowie vom Personal-mangel im IT-Bereich sind rund 70 % der Kranken-

häuser betroffen. In rund jedem dritten Haus stoßen digitale Dienste auf Ablehnung oder Unsicherheit beim Medizinischen Personal. Eine ablehnende Haltung der Patientinnen und Patienten gegenüber der Nutzung digitaler Dienste stellt in 97 % der befragten Häuser hingegen keine Herausforderung dar (Abb. 22).

**Abb. 22** Mit welchen Schwierigkeiten sind oder waren Sie in Ihrem Haus in Bezug auf die Einrichtung oder Nutzung der genannten digitalen Dienste konfrontiert?

### Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

<sup>3</sup> Für die Fördertatbestände nach § 19 Abs. 1 Nr. 7 und Nr. 8 KHSFV konnten aufgrund der zu geringen Angaben keine Auswertungen durchgeführt werden.

## KRANKENHAUSLÖSUNG IS-H (SAP)

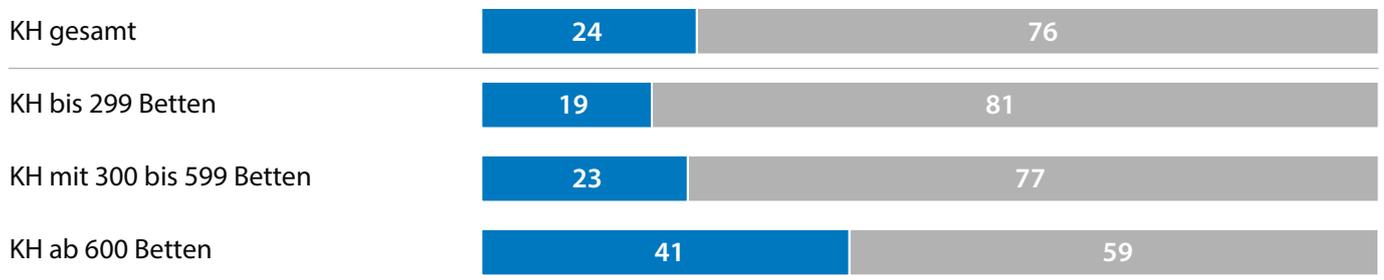
Die IS-H-Software unterstützt relevante Prozesse des Patientenmanagements und der Patientenabrechnung. SAP hat im Herbst 2022 das Ende der Wartung des Systems für die Jahre

2027 bzw. 2030 angekündigt, so dass möglicherweise ein Systemwechsel während der Umsetzung der Fördervorhaben erforderlich wird. Ein Viertel der Krankenhäuser insgesamt nutzt

diese Software. Mit steigender Bettenanzahl nimmt die Nutzung der Software zudem proportional zu (Abb. 23)

Abb. 23 Hat Ihre Einrichtung das System IS-H von SAP im Einsatz?

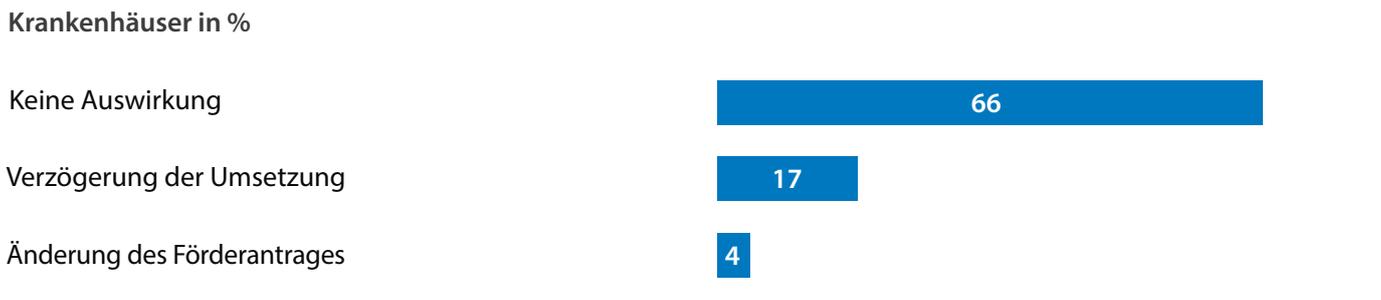
Krankenhäuser in %



Weitreichende Auswirkungen hat die Nutzung der IS-H-Software bei der Umsetzung der digitalen Dienste in zwei Dritteln der Krankenhäuser

derzeit nicht. In knapp jedem 5. Haus verursacht der Einsatz der Software jedoch Verzögerungen bei der Umsetzung digitaler Dienste (Abb. 24).

**Abb. 24** Welchen Einfluss hat der Einsatz von IS-H (SAP) bei der Umsetzung der digitalen Dienste?



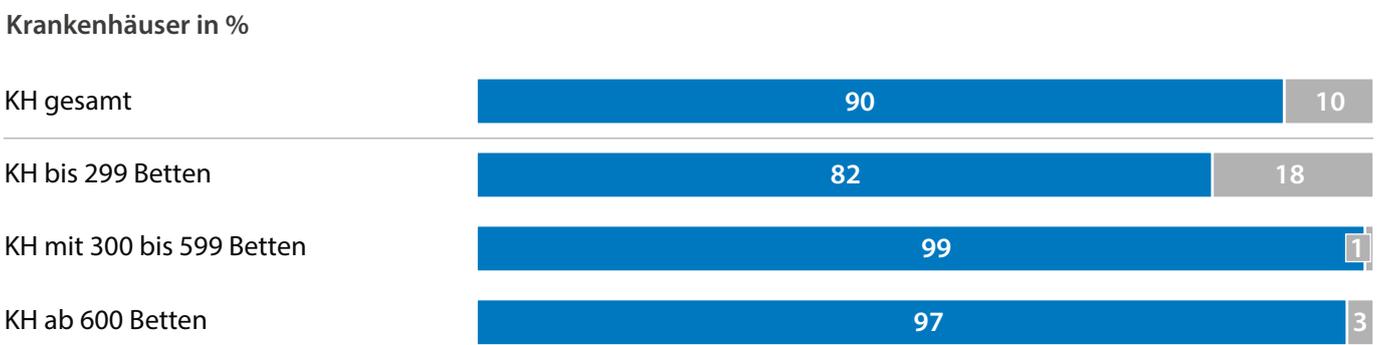
© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

## DIGITALE REIFEGRADMESSUNG

Das Krankenhauszukunftsgesetz sieht eine Evaluierung des Reifegrades der Krankenhäuser im Hinblick auf die Digitalisierung und insbesondere der nach § 14a KHG geförderten digitalen Dienste vor. Um den Fortschritt der digitalen Reife zu messen, wurden gesetzlich zwei Messzeitpunkte festgeschrieben – und zwar der 30.06.2021 und der 30.06.2024. Die Messung erfolgt jeweils mittels des Messinstrumentes DigitalRadar.

An der digitalen Reifegradmessung im Jahr 2021 haben sich 90 % der im Krankenhaus Barometer befragten Krankenhäuser beteiligt. Krankenhäuser zwischen 100 und 299 Betten haben zu 82 % an der digitalen Reifegradmessung teilgenommen, Häuser ab 300 Betten nahezu vollständig (Abb. 25).

**Abb. 25** Hat Ihre Einrichtung an der digitalen Reifegradmessung teilgenommen?



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

■ Ja ■ Nein



Über die Hälfte der Krankenhäuser bewertet die Ergebnisse der Reifegradmessung<sup>4</sup> als sehr (10 %) oder ziemlich (43 %) nachvollziehbar. Darüber hin-

aus hat rund ein Viertel der Häuser die Ergebnisse zur Verbesserung des internen Strategieprozesses genutzt (Abb. 26).

**Abb. 26** Ergebnisse der digitalen Reifegradmessung

**Krankenhäuser in %**

Inwieweit waren die Ergebnisse der Reifegradmessung für Sie nachvollziehbar?



Inwieweit konnten Sie die Ergebnisse der Reifegradmessung für Ihren internen Strategieprozess nutzen?



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023



Für die nächste Reifegradmessung am 30.06.2024 wünschen sich die Krankenhäuser vor allem mehr Transparenz hinsichtlich der Punktevergabe.

<sup>4</sup> Der Zwischenbericht über die Ergebnisse der ersten nationalen Reifegradmessung deutscher Krankenhäuser ist im September 2022 erschienen: <https://www.digitalradar-krankenhaus.de/reifegradmessung/ergebnisse/>

# 4

## AMBULANTES OPERIEREN – NEUER AOP-VERTRAG 2023

Durch den neuen AOP-Vertrag nach §115b SGB V soll die Ambulantisierung in Deutschland vorangetrieben werden. Wesentliche Neuregelungen, etwa zur Begründung der stationären Behandlungsbedürftigkeit („Kontextfaktoren“), sehen die Krankenhäuser eindeutig kritisch. Die mit dem neuen AOP-Vertrag ebenfalls in Kraft getretene Erweiterung des AOP-Katalogs bewerten die Kliniken hingegen unterschiedlich.

Auf der Grundlage des MDK-Reformgesetzes ist mit Wirkung zum 01.01.2023 der neue AOP-Vertrag nach § 115b SGB V samt angepassten AOP-Katalog in Kraft getreten.

Aufbauend auf dem AOP-Gutachten des IGES-Instituts haben die Vertragspartner der Selbstverwaltung 208 OPS-Kodes neu in den AOP-Katalog aufgenommen sowie eine Reihe von Veränderungen am AOP-Vertrag vorgenommen. Eine weitere Überarbeitung des AOP-Vertrags inkl. Erweiterung

des AOP-Katalogs um Leistungen mit komplexerem Regelungserfordernis wird in einem zweiten Schritt bis zum 01.01.2024 angestrebt.

Im diesjährigen Krankenhaus Barometer wurden die Kliniken um Einschätzungen zu zentralen Neuerungen des §115b SGB V gebeten. Des Weiteren wurden deren Auswirkungen auf stationäre Fallzahlen, das Prüfverhalten des Medizinischen Dienstes sowie notwendige Anpassungsbedarfe in den Kliniken thematisiert.



Mit Wirkung zum 01.01.2023  
wurde der AOP-Katalog um

**208**

OPS-Kodes erweitert.

## ZENTRALE NEUERUNGEN DES AOP-VERTRAGS

Die Krankenhäuser sollten zunächst Aussagen zu wesentlichen Neuerungen am AOP-Vertrag bzw. -Katalog bewerten (Abb. 27).

Mit Wirkung zum 01. Januar 2023 wurde der AOP-Katalog um 208 Leistungen erweitert, darunter u.a. OPS-Kodes zum Wechsel von Herzschrittmachern oder zur Entfernung von erkranktem Gewebe an der Gebärmutter. Hinsichtlich der Frage, ob die neuen OPS-Kodes hilfreich sind, um die Ambulantisierung zu fördern, sind sich die Krankenhäuser laut der Befragung uneinig. Genau die Hälfte der teilnehmenden Kliniken stimmt dem eher (48 %) oder voll (2 %) zu, während die andere Hälfte eher nicht (42 %) oder gar keine (8 %) Förderung der Ambulantisierung durch die Aufnahme der neuen Kodes sieht.

Die mit dem neuen AOP-Vertrag 2023 in Kraft getretenen Änderungen zur Begründung der stationären Behandlungsbedürftigkeit, zur Schweregraddifferenzierung und zur Vergütung von Sachkosten stoßen bei den Krankenhäusern größtenteils auf Ablehnung. Dies trifft insbesondere auf die neu etablierten Kontextfaktoren nach Anlage 2 (§ 8 Abs. 1) AOP-Vertrag zu, welche die vormals geltenden G-AEP Kriterien ablösen. 54 % der Kliniken stimmen gar nicht und weitere 32 % stimmen eher nicht zu, dass sich hierüber die Begründung einer medizinisch notwendigen stationären Leistungserbringung von im AOP-Katalog gelisteten Leistungen gut abbilden lässt. Vor allem große Krankenhäuser ab 600 Betten äußern sich hierzu stark ablehnend (Ergebnis nicht dargestellt).

**Abb. 27** Mit Wirkung zum 01.01.2023 ist der neue AOP-Vertrag nach § 115b SGB V samt angepasstem AOP-Katalog in Kraft getreten. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu den neuen Regelungen zu?

### Krankenhäuser in %

Die neu in den AOP-Katalog aufgenommenen OPS-Kodes sind hilfreich, um die Ambulantisierung zu fördern.



Über die Kontextfaktoren nach Anlage 2 (§ 8 Abs. 1) im neuen AOP-Vertrag lässt sich die Begründung einer medizinisch notwendigen stationären Leistungserbringung von im AOP-Katalog gelisteten Leistungen gut abbilden.



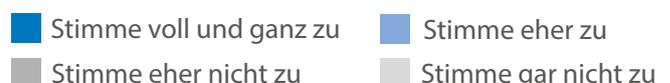
Über medizinische und soziale Gründe (§ 8 Abs. 3) im neuen AOP-Vertrag lässt sich die Begründung einer notwendigen stationären Leistungserbringung von im AOP-Katalog gelisteten Leistungen gut abbilden.



Die Regelung zur Schweregraddifferenzierung (Rezidiv- und Reoperation) im neuen AOP-Vertrag ist praktisch gut umsetzbar.



Die Sachkosten werden im neuen AOP-Vertrag adäquat abgebildet.



Die Umsetzung des neuen AOP-Vertrags 2023 ist für viele Kliniken sehr aufwendig. 50 % der Krankenhäuser hatten zum Befragungszeitpunkt bereits Anpassungen im Medizincontrolling vorgenommen.

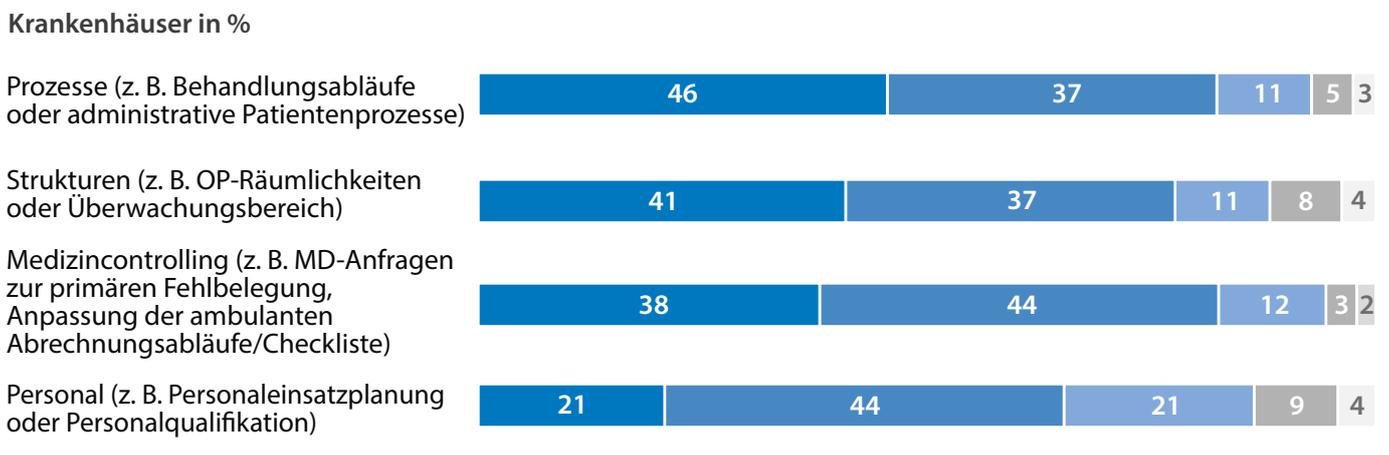
## ANPASSUNGSBEDARFE

Die Anpassung der Leistungserbringung in Folge der Umsetzung des AOP-Vertrags ist für viele Kliniken mit einem hohen Aufwand verbunden (Abb. 28). Jeweils über 80 % der Häuser

schätzen die notwendigen Anpassungsbedarfe in Bezug auf Prozesse, Strukturen und Medizincontrolling als ziemlich oder sehr aufwendig ein. Hinsichtlich Anpassungen im

Bereich Personal (z. B. in Bezug auf die Personaleinsatzplanung) sehen 65 % ziemlich bis sehr aufwendige Veränderungsbedarfe.

**Abb. 28** Wie aufwendig schätzen Sie die Veränderungen ein, die mit der Anpassung der Leistungserbringung in Folge der Umsetzung des AOP-Vertrags 2023 verbunden sind?



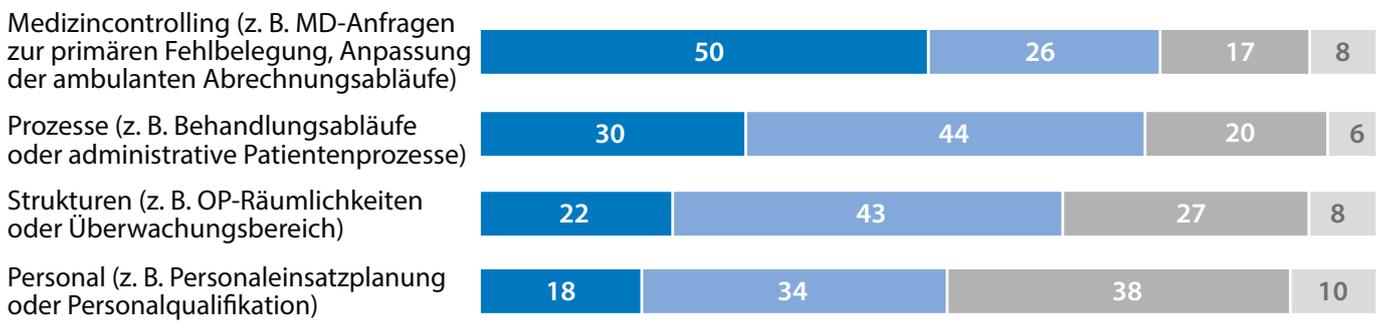
In den meisten Kliniken sind zum Zeitpunkt der Befragung im Frühjahr 2023 bereits Anpassungen erfolgt oder zumindest zeitnah geplant. Die Hälfte der

Häuser hat Maßnahmen im Bereich des Medizincontrollings (z. B. Erstellung von neuen Checklisten) umgesetzt und mehr als jedes fünfte Haus hat

bereits Strukturveränderungen (z. B. an OP-Räumlichkeiten) vorgenommen.

**Abb. 29** Sind in Ihrer Einrichtung aufgrund des neuen AOP-Vertrages 2023 bereits Anpassungen erfolgt?

**Krankenhäuser in %**



- Ja, bereits erfolgt
- Nein, aber zeitnah geplant
- Nein, noch nicht erfolgt
- Nein, und auch nicht geplant

© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

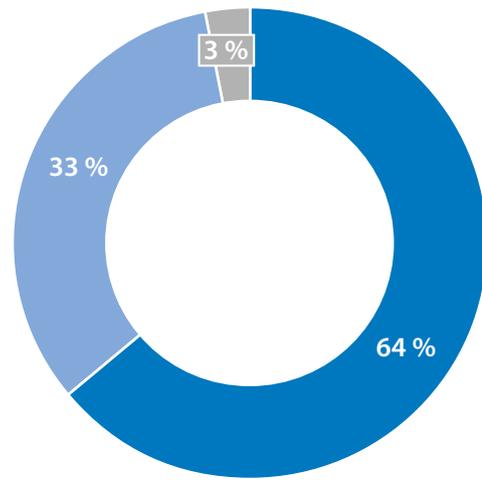


## PRÜFVERHALTEN DES MEDIZINISCHEN DIENSTES

Der hohe Anpassungsdruck im Bereich des Medizincontrollings dürfte zum Teil auch darauf zurückzuführen sein, dass mehr Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD) zu erwarten sind. Fast zwei Drittel der befragten Kliniken gehen davon aus, dass Prüfungen seitens des Medizinischen Dienstes bezogen auf Leistungen des § 115b SGB V im Laufe des Jahres 2023 zunehmen werden. Ein Drittel erwartet keine Veränderung (Abb. 30).

**Abb. 30** Was erwarten Sie für das restliche Jahr 2023 hinsichtlich des Prüfverhaltens des Medizinischen Dienstes in Bezug auf Leistungen des § 115b SGB V?

Krankenhäuser in %



- Prüfungen werden zunehmen
- Prüfungen werden in etwa gleich bleiben
- Prüfungen werden abnehmen

© Deutsches Krankenhausinstitut 2023



71 % der Kliniken bewerten die aktuellen politischen Bestrebungen zur Förderung der Ambulantisierung eher oder sehr negativ.

Bis zum Befragungszeitpunkt im Frühjahr 2023 waren diesbezüglich noch wenige Veränderungen zu beobachten. 77 % der Krankenhäuser geben an, dass das Prüfverhalten seit Inkrafttreten des neuen AOP-Vertrags 2023 bis dahin in etwa

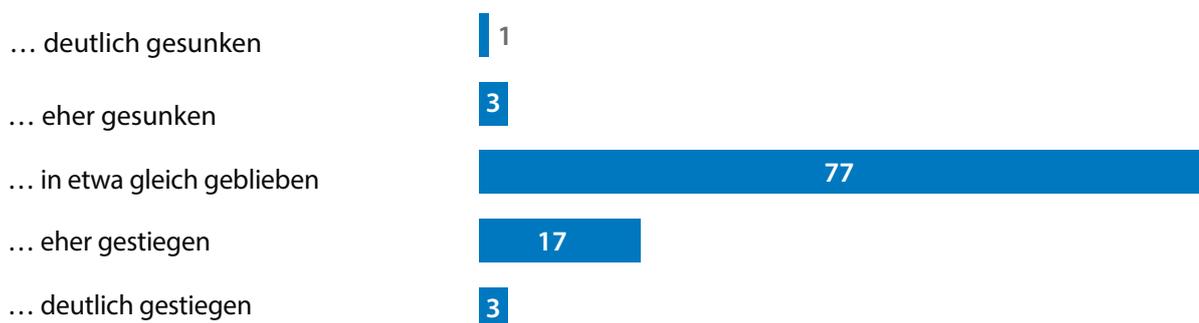
gleichgeblieben ist. 17 % berichten von eher steigenden Prüfungen (Abb. 31).

Auswertungen einer offenen Frage nach den bislang am häufigsten betroffenen Leistungen im Zuge einer MD-Prüfung deu-

ten darauf hin, dass vor allem Prüfungen bei Hernieneingriffen und dem zugehörigen OPS-Kode „5-530“ bzw. der sich daraus ergebenden DRG „G24C“ zugenommen haben.

**Abb. 31** Inwieweit hat sich das Prüfverhalten des Medizinischen Dienstes bezogen auf Leistungen des § 115b SGB V seit Inkrafttreten des neuen AOP-Vertrags 2023 verändert? Prüfungen sind ...

Krankenhäuser in %



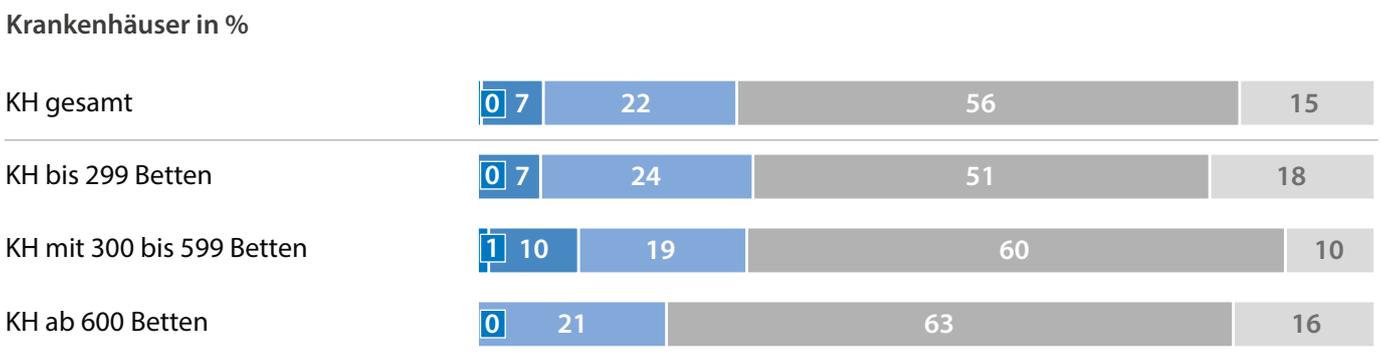
## BEWERTUNG DER POLITISCHEN BESTREBUNGEN ZUR AMBULANTISIERUNG

Abschließend wurden die Krankenhäuser um ein Stimmungsbild zu den bereits etablierten Veränderungen sowie den noch geplanten gesetzlich angestrebten Veränderungen zur Förderung der Ambulantisierung gebeten.

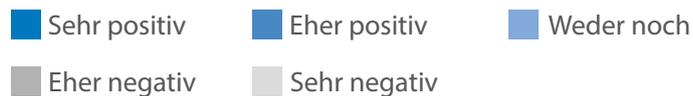
Die überwiegende Mehrheit der Kliniken bewertet die aktuellen politischen Bestrebungen hierzu insgesamt eher (56 %) oder sehr (15 %) negativ. Weitere 22 % votieren für weder positiv noch negativ und nur 7% für eher positiv.

Größere Kliniken ab 600 Betten sehen die politischen Bestrebungen noch etwas kritischer als mittlere und kleinere Häuser an (Abb. 32).

**Abb. 32** Vor dem Hintergrund der bereits etablierten Veränderungen (§ 115b und § 115e SGB V) sowie der noch geplanten Veränderungen (§ 115f SGB V) zur Förderung der Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Leistungen: Wie bewerten Sie insgesamt die aktuellen politischen Bestrebungen?



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023



# 5

## PRÜFUNGEN DES MEDIZINISCHEN DIENSTES

Die bestehenden Differenzen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern über die Prüfungen der Krankenhausabrechnungen durch den Medizinischen Dienst (MD) sollten durch die Gesetzesänderungen des MDK-Reformgesetzes abgebaut werden. Dieses Ziel wurde nicht erreicht, was beispielhaft daran deutlich wird, dass in jeder 10. Einrichtung der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen ermittelte Anteil unbeanstandeter Abrechnungen nicht mit den internen Berechnungen der Krankenhäuser aus dem Jahr 2022 übereinstimmt.

Das Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen vom 14. Dezember 2019, kurz MDK-Reformgesetz, beinhaltet Anpassungen der Krankenhausabrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst. Ausgangspunkt der Gesetzänderungen waren die Unstimmigkeiten zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern über die durch die Krankenkassen veranlassten Prüfungen der Krankenhausabrechnungen durch den Medizinischen Dienst (MD).

Der MD soll durch das Gesetz gestärkt und die Unabhängigkeit, Effizienz und Transparenz der Krankenhausabrechnungsprüfungen sollen gewährleistet werden. Neben der Anpassung der Strukturen soll das Gesetz die Streitigkeiten bei den Kodier- und Abrechnungsfragen reduzieren. Das Gesetz will durch die Abhängigkeit der quartalsbezogenen Prüfquoten von der Abrechnungs-

qualität Anreize für korrekte Abrechnungen setzen und die Krankenhäuser werden bei einer schlechten Qualität der Abrechnungen finanziell sanktioniert (MDK-RG).

Die durch das MDK-Reformgesetz erfolgten Änderungen an den Regelungen zur Krankenhausabrechnungsprüfung machten eine Überarbeitung der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) erforderlich, die letztlich durch die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG festgesetzt wurde. Die PrüfvV vom 22.06.2021 regelt das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 SGB V gemäß § 17c Absatz 2 KHG und zum einzelfallbezogenen Erörterungsverfahren nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG. Die Vereinbarung soll ein effizientes und konsensorientiertes Verfahren der Prüfungen nach § 275c Absatz 1 SGB V sicherstellen (§ 1 Abs. 1 PrüfvV).

## FEHLERSTUFENVERFAHREN

Die Krankenkasse prüft die von dem Krankenhaus übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen und Korrektheit der Abrechnung

im Vorfeld einer Beauftragung des MD. Dies erfolgt in einem vierstufigen Verfahren (GKV, DKG, 2022a) (Tab. 1).

Tab. 1 Fehlerstufenverfahren gemäß Anlage 4 zur § 301 Vereinbarung

Stufe	Prüfgegenstand
1	<b>Prüfung von Datei und Dateistruktur</b>
2	<b>Prüfung der Syntax</b>
3	<b>Formale Prüfung auf Feldinhalte</b>
4	<b>Prüfung in den Fachverfahren der einzelnen Krankenkassen</b>

Quelle: § 301 SGB V, Anlage 4 zur § 301 Vereinbarung

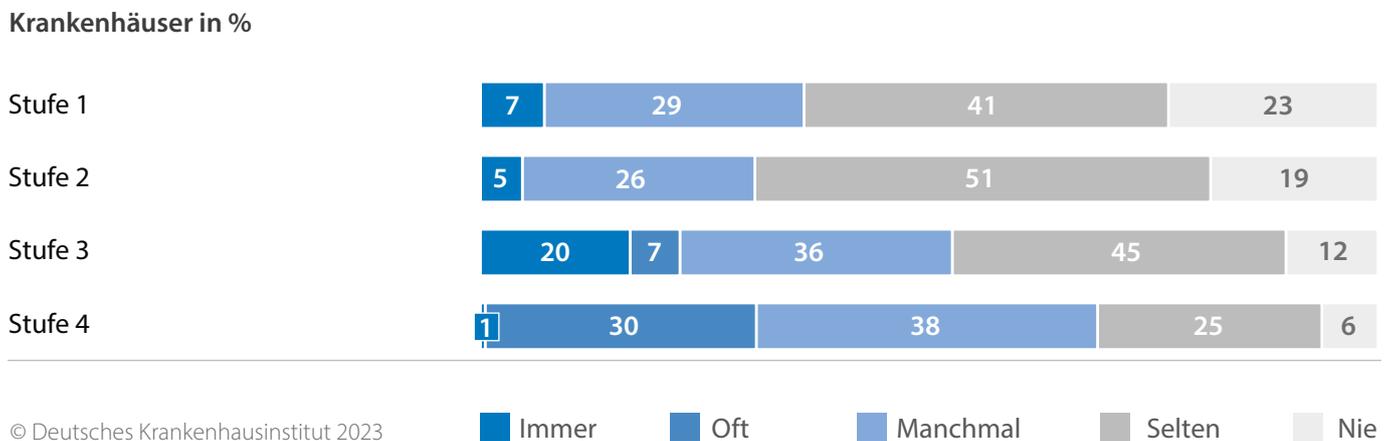
Bei knapp einem Drittel (31 %) der Krankenhäuser wurden Abrechnungen im Rahmen der Vorfeldprüfungen oft oder immer aufgrund der Fehlerstufe 4 zurückgewiesen.

Im Jahr 2022 erfolgte eine Zurückweisung der Abrechnung seitens der Krankenkassen meistens auf Grundlage von Fehlerstufe 3 (Formale Prüfung

auf Feldinhalte) und Fehlerstufe 4 (Prüfung in den Fachverfahren der einzelnen Krankenkassen). Bei knapp einem Drittel der Krankenhäuser wurden Abrech-

nungen im Rahmen der Vorfeldprüfungen oft oder immer in der 4. Stufe zurückgewiesen (Abb. 33).

**Abb. 33** Wie häufig erfolgte im Jahr 2022 im Rahmen der Vorfeldprüfungen (Fehlerverfahren gemäß Anlage 4 zur § 301-Vereinbarung) eine Zurückweisung der Abrechnung seitens der Krankenkassen?



## EINIGKEIT BEI DEN QUARTALSBEZOGENEN PRÜFQUOTEN

Ab dem Jahr 2021 gilt für eine Krankenkasse bei der Prüfung von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen durch den MD eine quartalsbezogene Prüfquote je

Krankenhaus in Abhängigkeit von dem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen je Krankenhaus. Die quartalsbezogene Prüfquote wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen

für jedes Quartal auf der Grundlage der Prüfergebnisse des vorvergangenen Quartals ermittelt und beträgt dementsprechend 5 %, 10 % oder 15 % (Vgl. Tab. 2).

Tab. 2 Prüfquoten und Aufschlagszahlungen gemäß MDK-Reformgesetz

Anteil unbeanstandeter Abrechnung	Quartalsbezogene Prüfquote	Aufschlagszahlungen
≥ 60 %	5 %	Keine
≥ 40 % und < 60 %	10 %	min. 300 €
≥ 20 % und < 40 %	15 %	25 % des Retaxierungsbetrags max. 10 % des neuen Rechnungsbetrags

Quelle: § 275c Abs. 2 SGB V

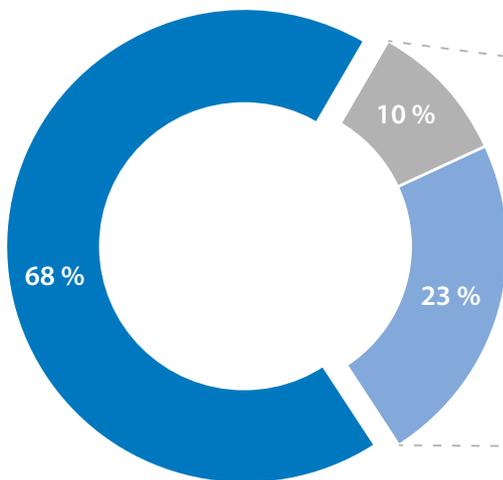


Mit Blick auf die Abweichungen der Prüfquoten stimmte in jeder 10. Einrichtung der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen ermittelte Anteil unbeanstandeter Abrechnungen nicht mit den internen Berechnungen der Krankenhäuser aus dem Jahr 2022 überein. In 23 % der Einrichtungen stimmten die Berechnungen nur teilweise überein, z. B. in einem von vier Quartalen (Abb. 34).

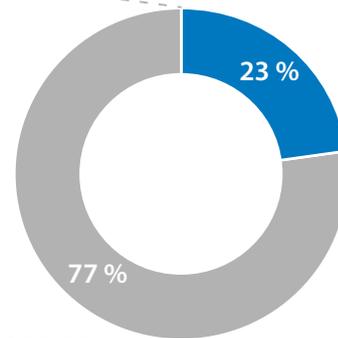
Bei 23 % dieser Einrichtungen waren die Abweichungen hinsichtlich des Anteils unbeanstandeter Abrechnungen im Jahr 2022 relevant für die quartalsbezogenen Prüfquoten. Damit herrschte insgesamt in 8 % der Krankenhäuser aus der Stichprobe Uneinigkeit mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hinsichtlich der quartalsbezogenen Prüfquoten.

**Abb. 34** Stimmte der für Ihre Einrichtung ermittelte Anteil unbeanstandeter Abrechnungen mit Ihren internen Berechnungen aus dem Jahr 2022 überein?

Krankenhäuser in %



Waren die Abweichungen hinsichtlich des Anteils unbeanstandeter Abrechnungen im Jahr 2022 relevant für die quartalsbezogenen Prüfquoten?



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

■ Ja

■ Teil, teils

■ Nein

Bei

**8 %**

der Krankenhäuser aus der Stichprobe herrschte Uneinigkeit mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hinsichtlich der quartalsbezogenen Prüfquoten.



## REALISIERUNG VON AUFSCHLAGSZAHLUNGEN

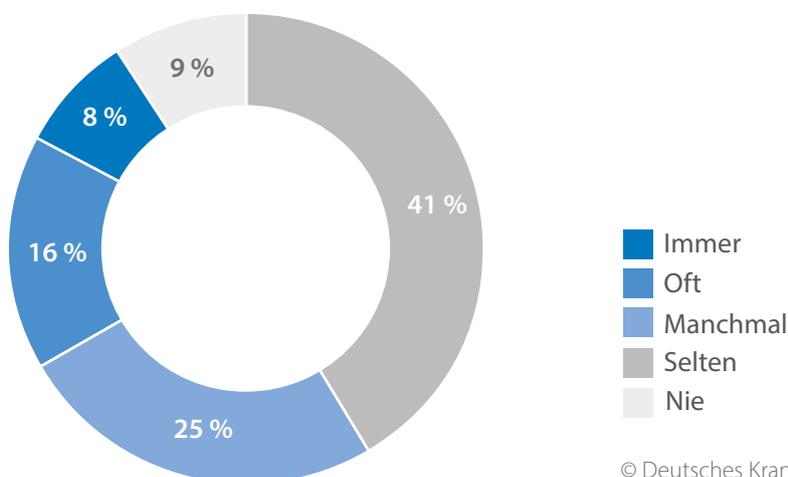
Ab dem Jahr 2021 haben die Krankenhäuser bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 % neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkassen zu zahlen. Dieser Aufschlag beträgt 25 % bei einer Prüfquote von 10 % und 50 % bei einer Prüfquote von 15 %. Der Mindestbetrag liegt bei 300 € und höchstens werden 10 % des auf Grund der

Prüfung durch den MD geminderten Abrechnungsbetrages geltend gemacht (Tab. 2).

Im Jahr 2022 wurde bei der Hälfte der Krankenhäuser der Aufschlag nach § 275c Abs. 3 SGB V nie oder nur selten auch im gleichen Jahr geltend gemacht (Abb. 35). Bei 16 % der Einrichtungen wurde der entsprechende Aufschlag oft und bei 25 % manchmal geltend gemacht. Bei 8 % der Krankenhäuser wurde er immer geltend gemacht.

**Abb. 35** Wie oft wurde bei im Jahr 2022 beanstandeten Abrechnungen der Aufschlag nach § 275c Abs. 3 SGB V auch im Jahr 2022 geltend gemacht?

Krankenhäuser mit Prüfquote > 5 % in mindestens einem Quartal in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

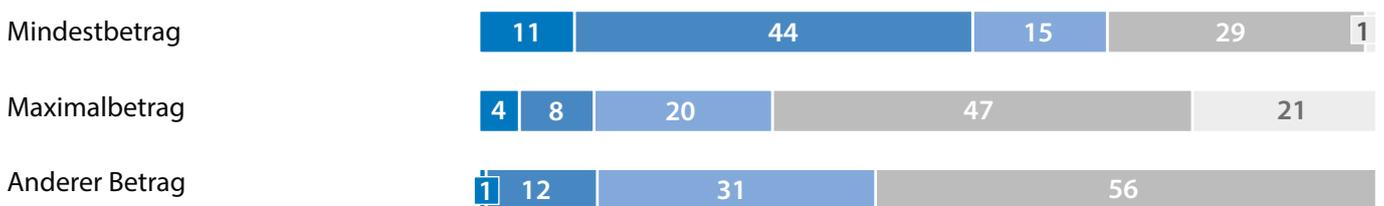


Bei der Realisierung von Aufschlagszahlungen im gleichen Jahr wurde meistens der Mindestbetrag

und seltener der Maximalbetrag oder ein anderer Sanktionsbetrag veranschlagt (Abb. 36).

**Abb. 36** Wie oft wurde im Jahr 2022 bei beanstandeten Abrechnungen im Rahmen der Sanktionsregelung der Mindestbetrag, Maximalbetrag oder ein anderer Betrag veranschlagt?

Krankenhäuser mit im Jahr 2022 geltend gemachten Aufschlägen in %



## PRÜFVERFAHREN

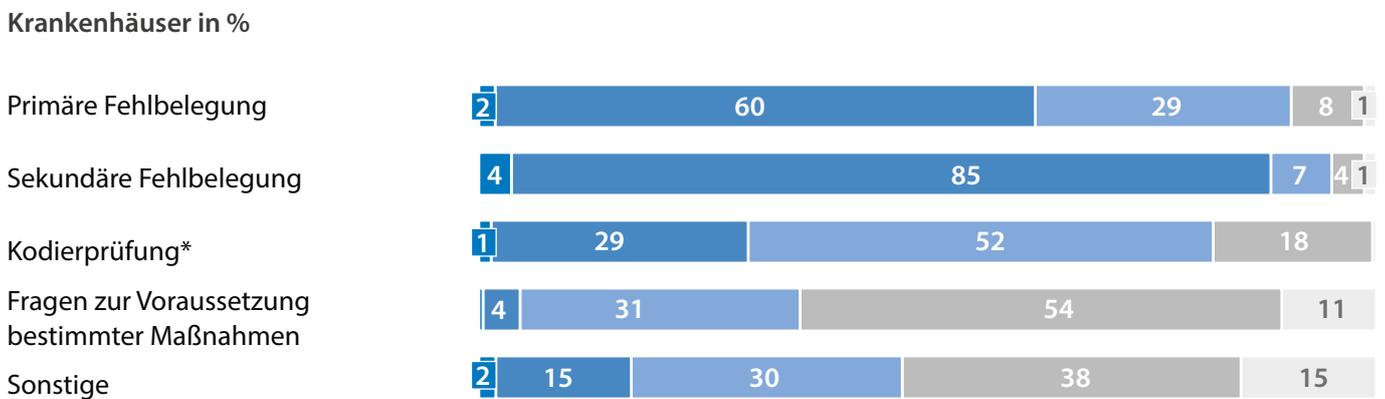
Beabsichtigt die Krankenkasse aufgrund von erkannten Auffälligkeiten eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen oder der Korrektheit der Abrechnung einzuleiten, hat sie dem Krankenhaus den Prüfgegenstand mitzuteilen (§ 4 PrüfV). Bei Prüfverfahren im Jahr 2022 teilten die Krankenkassen mit Abstand am häufigsten eine sekundäre Fehlbelegung als Prüfgegenstand mit (Abb. 37). Konkret waren in 85 % der Einrichtungen die Krankenkassen oft und in 4 % immer der Auffassung, dass bei den

geprüften Fällen die vollstationäre Verweildauer unangemessen lang war.

Mit Blick auf die übrigen Prüfgegenstände wurde auch die primäre Fehlbelegung häufig als Prüfgegenstand von den Krankenkassen mitgeteilt. In rund zwei Drittel der Häuser (62 %) waren die Krankenkassen oft oder immer der Ansicht, dass bei den beanstandeten Leistungen eine vollstationäre Leistungserbringung medizinisch nicht zwingend erforderlich war.

Kodierprüfungen, Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen sowie sonstige Prüfgegenstände wurden insgesamt seltener von den Krankenkassen mitgeteilt. Im Rahmen einer offenen Frage nach den sonstigen Prüfgegenständen nannten die befragten Krankenhäuser gehäuft Fallzusammenführungen, Beatmungszeiten sowie die Kombination mehrerer Prüfgegenstände.

Abb. 37 Wie oft wurde im Jahr 2022 aufgrund der folgenden Prüfgegenstände ein Prüfverfahren eingeleitet?



\*unter Benennung der beanstandeten Haupt- und/oder Nebendiagnose(n) und/oder Prozedur(en) unter Benennung der beanstandeten OPS-Ziffer(n)

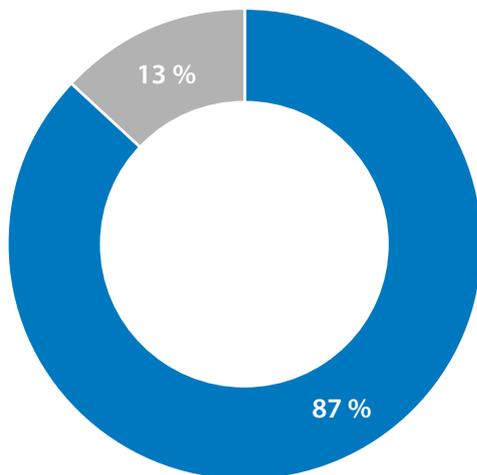
Bei Prüfverfahren im Jahr 2022 teilten die Krankenkassen mit Abstand am häufigsten eine sekundäre Fehlbelegung als Prüfgegenstand mit.

## VORVERFAHREN

Nach Einleitung des Prüfverfahrens können sowohl die Krankenkasse als auch das Krankenhaus zu einem Falldialog (Vorverfahren) auffordern (§ 5 Abs. 1 PrüfV). In 87 % der befragten Krankenhäuser gab es im Jahr 2022 Aufforderungen zum Falldialog (Abb. 38).

**Abb. 38** Gab es im Jahr 2022 in Ihrer Einrichtung (seitens der Krankenkasse oder Ihrer Einrichtung) Aufforderungen zum Falldialog?

Krankenhäuser in %



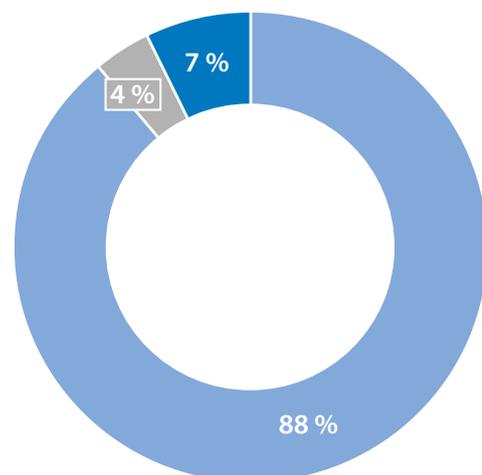
■ Ja  
■ Nein

© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

Dabei forderten in den meisten Krankenhäusern (88 %) vorrangig die Krankenkassen zum Falldialog auf (Abb. 39). Nur in 7 % der Einrichtungen erfolgte die Aufforderung zum Falldialog vorrangig durch das Krankenhaus und in 4 % forderten die Krankenkassen und die Krankenhäuser etwa in gleichen Anteilen dazu auf.

**Abb. 39** Durch welche Partei erfolgte im Jahr 2022 dabei vorrangig die Aufforderung zum Falldialog?

Krankenhäuser mit Falldialogen in %



■ Vorrangig durch das Krankenhaus  
■ Vorrangig durch die Krankenkasse  
■ Etwa in gleichen Anteilen

© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

95 % der Krankenhäuser konnten im Rahmen der Vorverfahren Einigungen mit den Krankenkassen erzielen, die zur Beendigung der Prüfverfahren geführt haben.

Wird in dem Falldialog eine Einigung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse erzielt, endet das Prüfverfahren (§ 5 Abs. 2 PrüfV). Daher sollten die Krankenhäuser im Rahmen einer offenen Frage angeben, wie viele Falldialoge sie geführt haben, wie viele Einigungen dabei erwirkt werden konnten und wie viele Einigungen dabei zugunsten der Krankenhäuser ausfielen.

In 95 % der Einrichtungen, die im Jahr 2022 mindestens einen Falldialog geführt haben, kam es zu Einigungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse. In den übrigen Häusern konnten Krankenhaus und Krankenkasse sich nicht im Rahmen des Falldialogs einigen (Ergebnisse nicht dargestellt).

Bei durchschnittlich 82 % der geführten Falldialoge konnte das Prüfverfahren aufgrund einer Einigung im Falldialog beendet werden. Davon fiel über die Hälfte (53 %) der Einigungen zugunsten der Krankenhäuser aus. (Ergebnisse nicht dargestellt).





## MD-GUTACHTEN

Ein MD-Gutachten kann von der Krankenkasse direkt oder nach dem Vorverfahren beauftragt werden, insofern hierbei keine Einigung mit dem Krankenhaus erzielt werden konnte (§ 6 Abs. 1 PrüfV). Die Krankenkasse hat dem Krankenhaus ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektur der Abrechnung und den daraus folgenden Erstattungsanspruch mitzuteilen (§ 8 PrüfV).

Vor diesem Hintergrund sollten die Krankenhäuser im Rahmen einer offenen Frage angeben, wie viele MD-Gutachten die Krankenkassen im Jahr 2022 beauftragt haben und wie viele Entscheidungen seitens der Krankenkasse nach erfolgtem MD-Gutachten zulasten des Krankenhauses ausgefallen sind. Außerdem sollten die Einrichtungen angeben, wie viele Entscheidungen der Krankenkasse zulasten des Krankenhauses erfolgt sind, obwohl die Entscheidung des MD zugunsten des Krankenhauses ausfiel.

Im Jahr 2022 wurden im Durchschnitt 66 %  
der von den Krankenkassen initiierten Prüfverfahren  
durch den MD begutachtet.

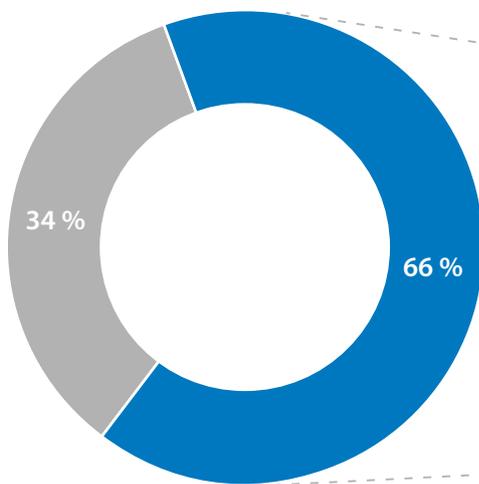
## 44 % der leistungsrechtlichen Entscheidungen der Krankenkassen fielen zulasten der Krankenhäuser aus.

Im Jahr 2022 wurden im Durchschnitt 66 % der von den Krankenkassen initiierten Prüfverfahren durch den MD begutachtet. Unter den erfolgten MD-Gutachten fielen 44 % der abschließenden Entscheidungen der Krankenkassen zulasten der

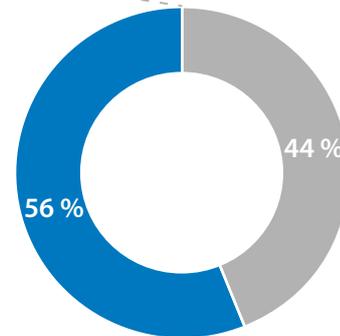
Krankenhäuser aus (Abb. 40). 1 % dieser Entscheidungen durch die Krankenkassen fiel zulasten der Krankenhäuser aus, obwohl der MD zugunsten der Krankenhäuser begutachtete (Ergebnis nicht dargestellt).

**Abb. 40** Wie viele Prüfverfahren wurden durch den Medizinischen Dienst begutachtet?

Prüfverfahren in %



Wie oft erfolgte im Jahr 2022 eine Entscheidung seitens der Krankenkasse nach MD-Gutachten zulasten Ihrer Einrichtung?



■ MD-Gutachten  
 ■ Kein MD-Gutachten

■ Entscheidungen zugunsten der Krankenhäuser  
 ■ Entscheidungen zulasten der Krankenhäuser

## ERÖRTERUNGSVERFAHREN

Ist das Krankenhaus mit der Entscheidung der Krankenkasse nach erfolgtem MD-Gutachten nicht einverstanden, hat es diese binnen 6 Wochen nach Zugang der Entscheidung gegenüber der Krankenkasse zu bestreiten. Das Krankenhaus kann gleichzeitig mit dem Bestreiten das Erörterungsverfahren einleiten (§ 9 Abs. 1 PrüfV).

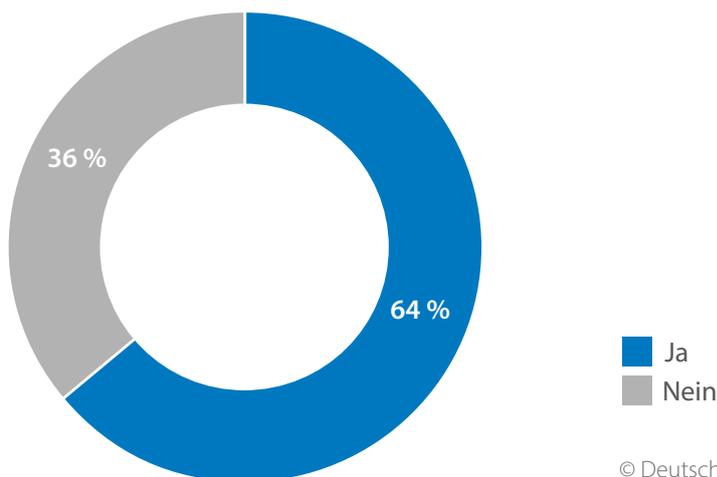
Kann sich die Krankenkasse der vom Krankenhaus vorgetragenen Begründung nicht anschließen,

hat sie ihre Ablehnung dem Krankenhaus binnen 6 Wochen nach Zugang des Bestreitens mitzuteilen. Diese Mitteilung leitet das Erörterungsverfahren ein, sofern eine Einleitung nicht schon durch das Krankenhaus erfolgt ist (§ 9 Abs. 4 PrüfV).

Zunächst wurden die Krankenhäuser gefragt, ob sie im Jahr 2022 mindestens ein Erörterungsverfahren bestritten haben. Insgesamt war dies in 64 % der Fall (Abb. 41).

Abb. 41 Hat Ihre Einrichtung im Jahr 2022 mindestens ein Erörterungsverfahren bestritten?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

# 64 %

der befragten Krankenhäuser haben im Jahr 2022 mindestens ein Erörterungsverfahren bestritten.

Dabei wurden im Durchschnitt

# 8 %

der Entscheidungen der Krankenkassen zulasten der Krankenhäuser erörtert.

## Erörterungsverfahren wurden im Jahr 2022 am häufigsten aufgrund von Uneinigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen beendet.

Weiterhin sollten diese Krankenhäuser im Rahmen einer offenen Frage angeben, wie viele Entscheidungen einer Krankenkasse sie nach erfolgtem MD-Gutachten bestritten haben und wie viele der bestrittenen Entscheidungen darauf erörtert wurden.

Durchschnittlich wurden 18 % der Entscheidungen der Krankenkassen nach erfolgtem MD-Gutachten von den Krankenhäusern bestritten. 44 %

dieser Entscheidungen wurden daraufhin erörtert. Damit wurden in den Krankenhäusern aus der Stichprobe, die mindestens ein Erörterungsverfahren im Jahr 2022 bestritten haben, insgesamt 8 % der Entscheidungen der Krankenkassen zulasten der Krankenhäuser erörtert (Ergebnisse nicht dargestellt).

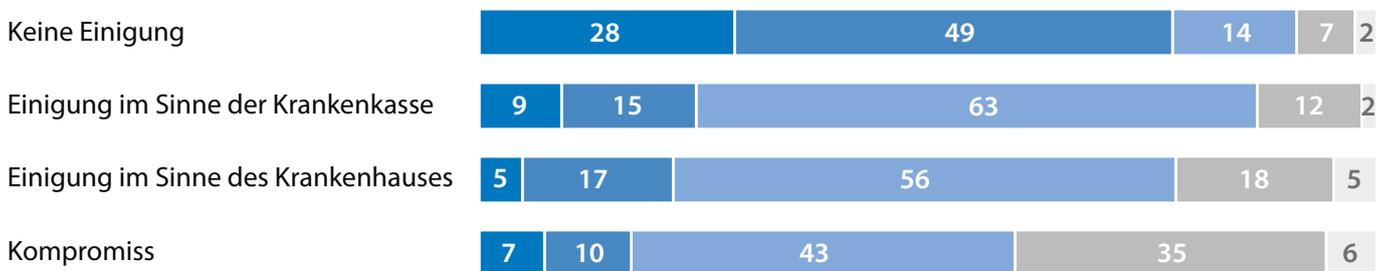
Mit Abstand am häufigsten wurden die Erörterungsverfahren im Jahr 2022 beendet, weil die Krankenkassen und Kranken-

häuser keine Einigung erzielen konnten (Abb. 42).

77% der Krankenhäuser, die im Jahr 2022 mindestens ein Erörterungsverfahren bestritten haben, konnten sich immer oder oft nicht mit den Krankenkassen einigen. Kompromisse wurden hingegen kaum erzielt. 41 % der Einrichtungen gaben an, dass sie nur selten oder sogar nie einen Kompromiss mit den Krankenkassen schließen konnten.

**Abb. 42** Wie oft haben dabei die folgenden Gründe im Jahr 2022 zur Beendigung der Erörterungsverfahren geführt?

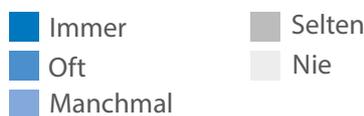
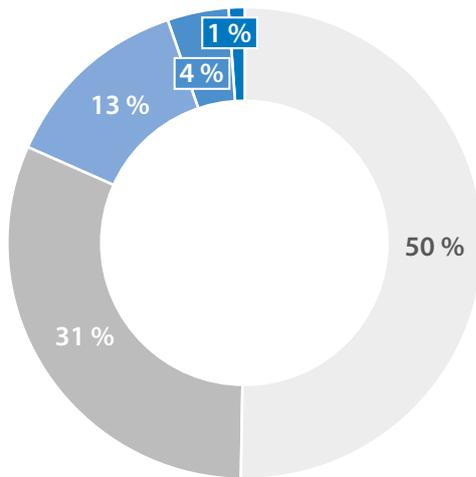
### Krankenhäuser mit Erörterungsverfahren in %



Das Erörterungsverfahren ist, vorbehaltlich einer einvernehmlichen Fristverlängerung, binnen 12 Wochen nach Mitteilung der Krankenkasse abzuschließen (§ 9 Abs. 5 PrüfV). Bei der Hälfte der Krankenhäuser, die im Jahr 2022 Erörterungsverfahren bestritten haben, kam es zu einer solchen Fristverlängerung (Abb. 43). Bei knapp einem Drittel (31 %) wurde die 12-wöchige Frist nur selten verlängert und bei weiteren 13 % manchmal. Bei 5 % der Einrichtungen erfolgte immer oder oft eine Fristverlängerung.

**Abb. 43** Wie häufig kam es im Rahmen der Erörterungsverfahren im Jahr 2022 zu einer einvernehmlichen Verlängerung der 12-wöchigen Frist?

Krankenhäuser mit Erörterungsverfahren in %

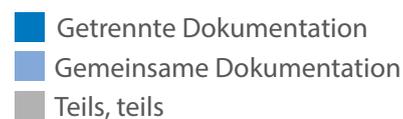
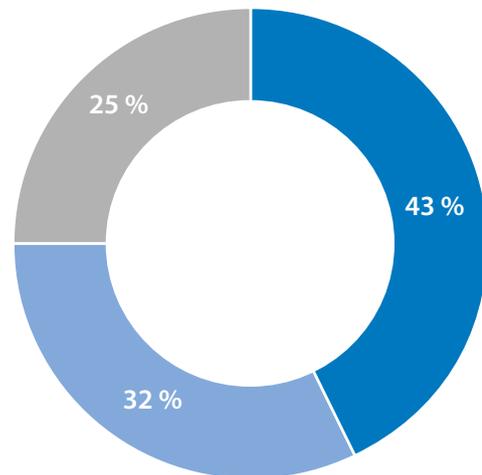


© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

Die verpflichtende Dokumentation des Erörterungsverfahrens erfolgt mittels eines von den Vertragspartnern erstellten Dokumentationsbogens (§ 10 Abs. 1 und 3 PrüfV). Wenn sich Krankenhaus und Krankenkasse nicht auf eine gemeinsame Dokumentation einigen, hat jede der Parteien eine eigene Dokumentation zu erstellen und diese der anderen Partei zuzuleiten (§ 10 Abs. 4 PrüfV). 43 % der Krankenhäuser, die im Jahr 2022 Erörterungsverfahren bestritten haben, konnten sich mit den Krankenkassen zum überwiegenden Teil nicht einigen und führten hauptsächlich eine eigene Dokumentation (Abb. 44). Bei knapp einem Drittel (32 %) wurde eine gemeinsame Dokumentation durchgeführt und bei einem Viertel der Krankenhäuser erfolgte zum Teil eine gemeinsame Dokumentation.

**Abb. 44** Erfolgte im Rahmen des Erörterungsverfahrens im Jahr 2022 hauptsächlich eine getrennte oder gemeinsame Dokumentation?

Krankenhäuser mit Erörterungsverfahren in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

2 % der erwirtschafteten Casemix-Punkte haben die Krankenhäuser im Jahr 2022 im Durchschnitt durch Abrechnungsprüfungen verloren. Je nach Krankenhausgröße geht damit ein Erlösverlust von bis zu 2.7 Millionen Euro einher.

## AUSWIRKUNGEN DER ABRECHNUNGSPRÜFUNGEN AUF DIE CASEMIX-PUNKTE

Die aus den Abrechnungsprüfungen resultierenden Rechnungsbeanstandungen bzw. -korrekturen erfolgen über Anpassungen der Casemix-Punkte (CM-Punkte). Daher wurden die Krankenhäuser gefragt, wie viele CM-Punkte sie im Jahr 2022 insgesamt erwirtschaftet und wie viele CM-Punkte sie davon durch die Abrechnungsprüfungen verloren haben.

Im Durchschnitt haben die Krankenhäuser aus der Stichprobe 307 CM-Punkte im Jahr 2022 verloren, was einem Anteil von 2 % entspricht (Tab. 3). Die Anzahl der verlorenen CM-Punkte steigt mit zunehmender Bettengrößenklasse. Über die verschiedenen Bettengrößenklassen hin-

weg blieb der Anteil der verlorenen CM-Punkte konstant.

Multipliziert man die Anzahl der verlorenen CM-Punkte mit dem Bundesbasisfallwert aus dem Jahr 2022 in Höhe von 3.833,07 € (GKV, DKG, 2022b), ergibt sich der durchschnittliche Erlösverlust für die Krankenhäuser. Dieser betrug ca. 1.2 Mio. € bei 307 verlorenen CM-Punkten pro Krankenhaus. Analog zu den verlorenen CM-Punkten steigt auch der durchschnittliche Erlösverlust mit zunehmender Bettengrößenklasse. Er reicht von ca. 0.5 Mio € in Krankenhäusern mit bis zu 299 Betten bis hin zu 2.7 Millionen € in Krankenhäusern ab 600 Betten.

Tab. 3 Auswirkungen der Abrechnungsprüfungen auf die Casemix-Punkte (Mittelwerte)

Bettengrößenklasse	CM-Punkte verloren	CM-Punkte gesamt	Anteil verlorener CM-Punkte	Erlösverlust in EUR
KH gesamt	307	16.760	2 %	1.176.752 €
KH bis 299 Betten	142	7.121	2 %	544.296 €
KH mit 300 bis 599 Betten	369	20.169	2 %	1.414.403 €
KH ab 600 Betten	707	40.405	2 %	2.709.980 €

## FALLBEGLEITENDE KODIERUNG

Das MDK-Reformgesetz soll Anreize schaffen, Krankenhausleistungen korrekt abzurechnen (MDK-RG). Die korrekte Rechnungsstellung einer Krankenhausbehandlung setzt voraus, einen Behandlungsfall vollständig und zeitnah zu dokumentieren und zu kodieren. Die fallbegleitende Kodierung wird dabei gemeinhin als der Goldstandard für die DRG-Fallkodierung im Krankenhaus angesehen. (Liebel, 2018). Vor diesem Hintergrund wurden die Krankenhäuser gefragt, ob sie eine fallbegleitende Kodierung eingeführt haben.

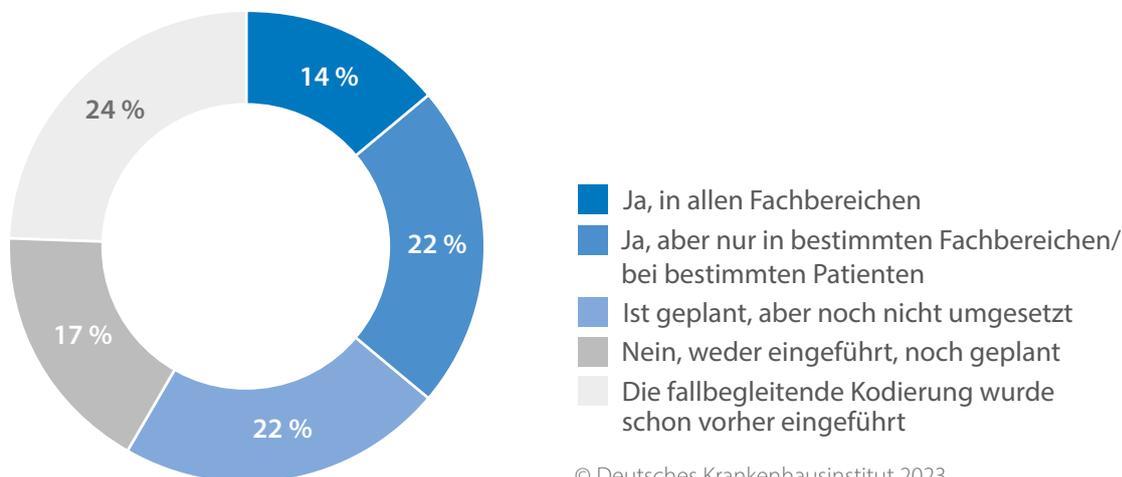
14 % der befragten Krankenhäuser haben die fallbegleitende Kodierung in allen Fachbereichen und 22 % in bestimmten Fachbereichen bzw. bei bestimmten Patientengruppen eingeführt

(Abb. 45). Im Rahmen einer offenen Frage wurden hier die Fachgebiete Innere Medizin, Chirurgie, Geriatrie und Intensivmedizin häufiger benannt. Hinsichtlich bestimmter Patientengruppen wurden vorrangig die „Langlieger“, also Patienten mit einer Verweildauer über der oberen Grenzverweildauer, aufgeführt.

22 % der befragten Einrichtungen haben die Einführung der fallbegleitenden Kodierung geplant, aber zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2023 noch nicht umgesetzt. Weitere 17 % haben sie weder eingeführt noch geplant. In knapp einem Viertel der Krankenhäuser wurde die fallbegleitende Kodierung schon vor Verabschiedung des MDK-Reformgesetzes eingesetzt.

**Abb. 45** Haben Sie in Ihrer Einrichtung vor dem Hintergrund des MDK-Reformgesetzes eine fallbegleitende Kodierung eingeführt?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

Mehr als die Hälfte der befragten Krankenhäuser (58 %) hat anlässlich des MDK-Reformgesetzes eine fallbegleitende Kodierung eingeführt oder geplant.

Weiterhin wurden die Krankenhäuser zu den Auswirkungen der fallbegleitenden Kodierung befragt. Die Krankenhäuser sehen die Auswirkungen mehrheitlich positiv (Abb. 46).

Nahezu alle befragten Häuser (98 %) stimmten der Aussage zu, dass die fallbegleitende Kodierung die Kommunikation zwischen den Prozessbeteiligten verbessert. Auch besonders häufig

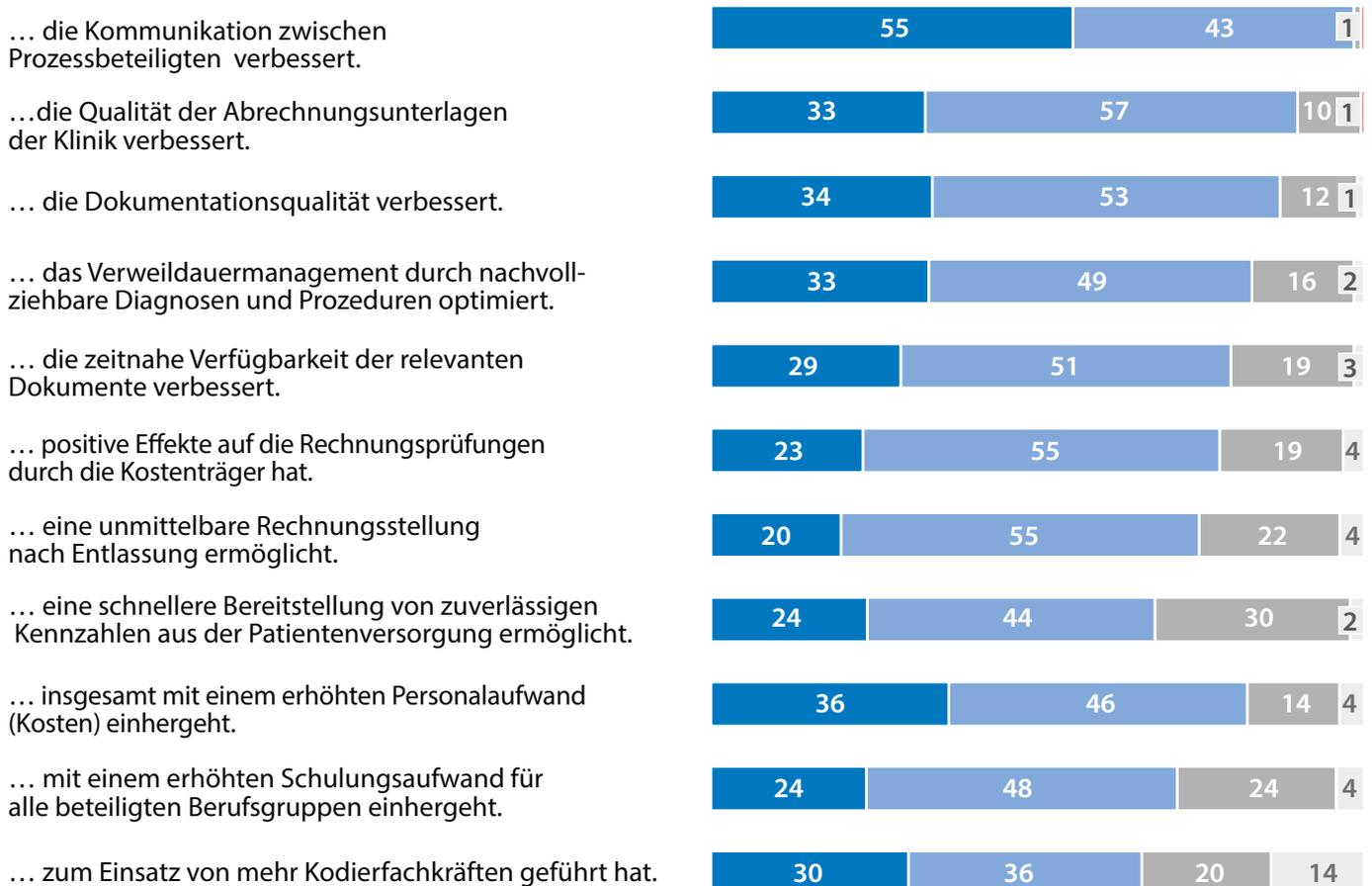
stimmten die Krankenhäuser zu, dass die fallbegleitende Kodierung die Qualität der Abrechnungsunterlagen der Klinik (90 %) sowie die Dokumentationsqualität (87 %) verbessert.

Auf etwas weniger Zustimmung traf die Aussage, dass die fallbegleitende Kodierung eine schnellere Bereitstellung von zuverlässigen Kennzahlen aus der Patientenversorgung ermöglicht.

Abgesehen davon stimmte auch ein Großteil der Krankenhäuser den Aussagen bezüglich der Aufwände, die mit der fallbegleitenden Kodierung verbunden sind, zu. Auf besonders viel Zustimmung traf dabei die Aussage, dass die fallbegleitende Kodierung insgesamt mit einem erhöhten Personalaufwand (Kosten) einhergeht. Dieser Aussage stimmten 36 % voll und ganz zu und 46 % eher zu.

**Abb. 46** Inwieweit stimmen Sie der Aussage zu, dass die fallbegleitende Kodierung ...

**Krankenhäuser in %**



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

# 6

## GENERALISTISCHE PFLEGEAUSBILDUNG

Der Fachkräftemangel in der Pflege wird auch nach Einführung der generalistischen Pflegeausbildung in den nächsten Jahren eine der zentralen Herausforderungen für die Krankenhäuser darstellen. Aktuell sind die Ausbildungszahlen in der generalistischen Pflegeausbildung weiter rückläufig. Auch perspektivisch sehen die Kliniken keinen Aufwärtstrend. In den nächsten drei Jahren wird die Anzahl der Auszubildenden und Pflegefachkräfte den Bedarf nicht decken

Mit dem im Jahr 2020 in Kraft getretenen Pflegeberufegesetz (PflBG) wurden die Ausbildungsberufe Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege zu einem Berufsbild zusammengefasst. Das PflBG ersetzt dabei die bisherigen Gesetze, das Krankenpflegegesetz (KrPflG) und das Altenpflegegesetz (AltPflG). Die dreijährige generalistische Ausbildung nach dem PflBG berechtigt zur Pflege von Menschen aller Altersstufen und schließt mit der einheitlichen Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann“ ab.

Die Auszubildenden absolvieren zwei Jahre lang eine gemeinsame, generalistische Ausbildung. Im dritten Jahr besteht die Möglichkeit, die generalistische Ausbildung weiterzuführen oder einen Schwerpunkt im Bereich der Pflege älterer Menschen oder der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu setzen. Auszubildende, die zu Beginn der Ausbildung im Ausbildungsvertrag einen Vertiefungseinsatz in der pädiatrischen Versorgung vereinbart haben, haben ein Wahlrecht: Für das letzte Ausbildungsdrittel können sie entscheiden, anstatt die bisherige Ausbildung fortzusetzen, eine Ausbildung mit dem Abschluss als Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in durchzuführen oder alternativ einen generalistischen Abschluss mit Vertiefung in der pädiatrischen Versorgung wählen.

Im Krankenhaus Barometer wurden die Krankenhäuser nach dem Umsetzungsstand der generalistischen Ausbildung im Allgemeinen sowie im Bereich der pädiatrischen Versorgung im Besonderen befragt. Mit dem Begriff pädiatrische Versorgung, welcher im Fragebogen verwendet wird, sind die Möglichkeiten der Vertiefung als auch der Schwerpunktsetzung während der Ausbildung gemeint.



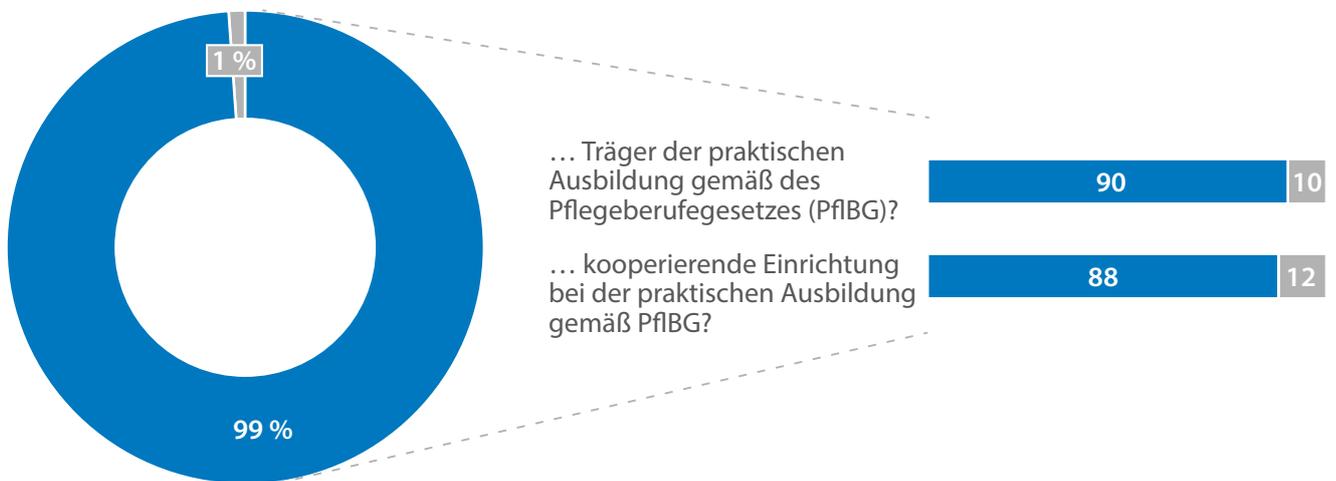
## STAND DER PRAKTISCHEN AUSBILDUNG IN DER GENERALISTIK

Die Krankenhäuser wurden zunächst danach gefragt, ob sie zum Befragungszeitpunkt Träger der praktischen Ausbildung und/oder kooperierende Einrichtung bei der praktischen Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetzes (PflBG) sind. Nahezu alle

befragten Kliniken bejahten mindestens eine der beiden Optionen. Jeweils 90 % dieser Häuser haben angegeben, Träger bzw. kooperierende Einrichtung bei der praktischen Ausbildung gemäß PflBG zu sein (Abb. 47).

**Abb. 47** Ist Ihr Krankenhaus Träger der praktischen Ausbildung und/oder kooperierende Einrichtung bei der praktischen Ausbildung gemäß PflBG?

Krankenhäuser in %



■ Ja ■ Nein

© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

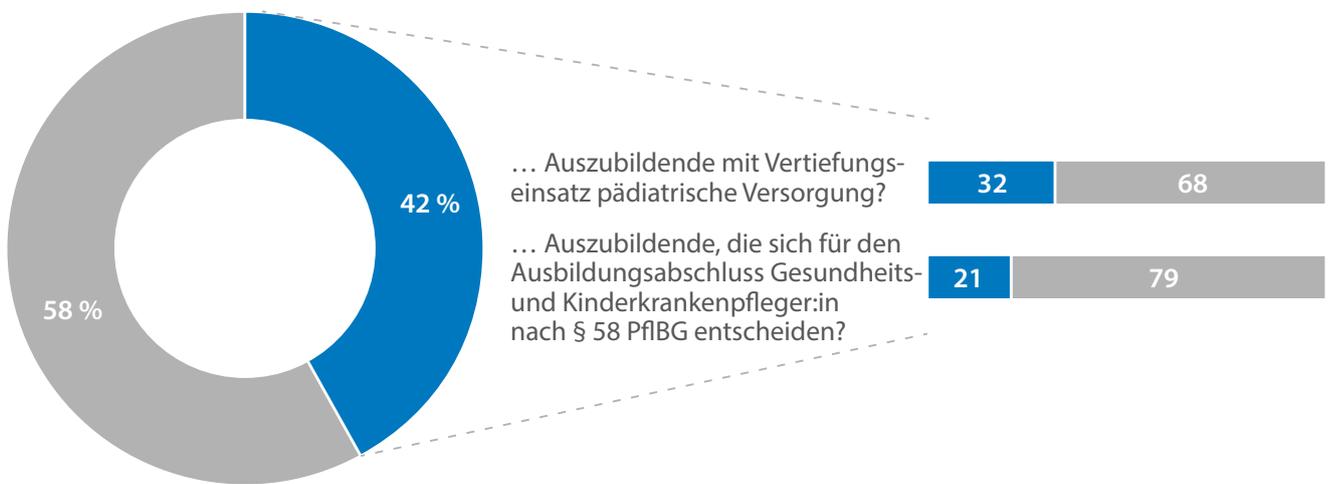


42 % der befragten Krankenhäuser beschäftigen entweder als Träger der Ausbildung gemäß PflBG selbst und/oder in Kooperation mit anderen Einrichtungen Auszubildende im Bereich der pädiatrischen Versorgung. Knapp ein Drittel dieser Häuser gab an,

Auszubildende mit Vertiefungseinsatz in der pädiatrischen Versorgung zu beschäftigen. Gut ein Fünftel der Einrichtungen bilden Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 58 PflBG aus (Abb. 48).

**Abb. 48** Hat Ihr Krankenhaus als Träger der praktischen Ausbildung gemäß PflBG derzeit entweder selbst oder in Kooperation mit anderen Einrichtungen ...

Krankenhäuser mit praktischer Ausbildung in der generalistischen Pflegeausbildung in %



■ Ja ■ Nein

© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

Die weiteren Fragen waren jeweils nur an die Kliniken adressiert, die eine praktische Ausbildung bzw. die Vertiefung oder den Abschluss im Bereich der pädiatrischen Versorgung im Rahmen des Pflegeberufgesetzes angeboten haben.

**99 %**

der Häuser bilden in der Generalistischen Pflegeausbildung aus,

**42 %**

im Bereich der pädiatrischen Versorgung

## ENTWICKLUNG DER AUSBILDUNGSZAHLEN

Etwa die Hälfte der Kliniken hat seit Einführung der generalistischen Pflegeausbildung jeweils (leicht oder deutlich) sinkende Bewerberzahlen für die Ausbildung zur Pflegefachfrau/-mann insgesamt sowie mit Vertiefung/Abschluss im Bereich pädiatrische Versorgung im Vergleich zur Ausbildung nach KrPflG wahrgenommen. Gut ein Drittel gab an, dass die Bewerberzahlen für die Ausbildung zur Pflegefachfrau/-mann im Vergleich zum KrPflG in etwa gleich geblieben sind. Auch für die pädiatrische Vertiefung berichtet

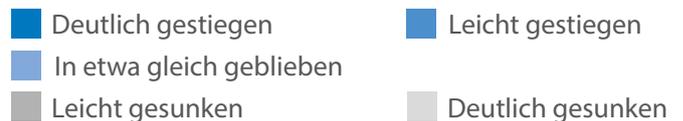
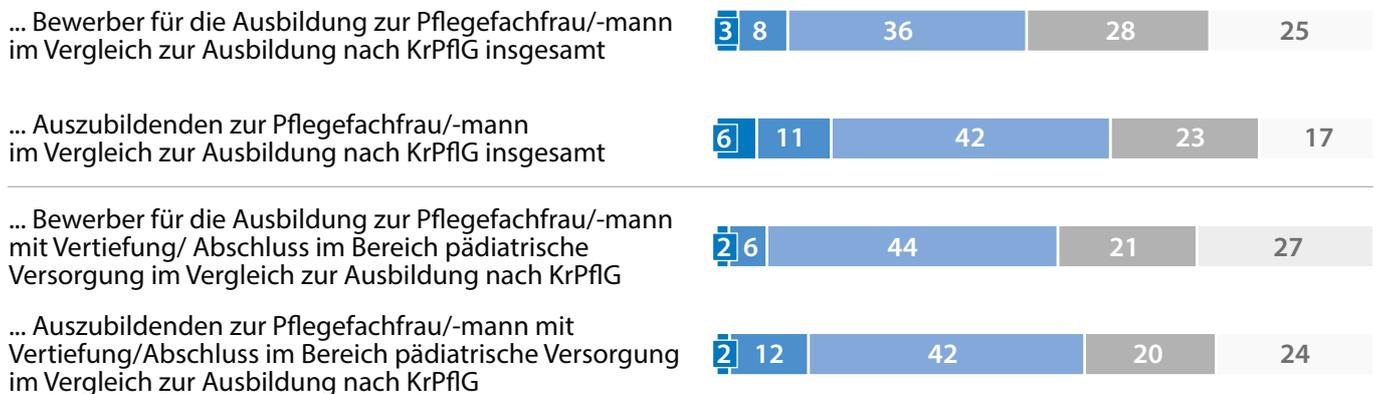
rund die Hälfte der Krankenhäuser sinkende Bewerberzahlen.

Die Anzahl der Auszubildenden zur Pflegefachfrau/-mann im Allgemeinen sowie mit Vertiefung oder Abschluss im Bereich der pädiatrischen Versorgung ist in 42 % der befragten Kliniken im Vergleich zur Ausbildung nach KrPflG gleich geblieben. In 40 % bzw. 44 % der Häuser sind die Ausbildungszahlen nach Einführung der Generalistik rückläufig (Abb. 49).

**Abb. 49** Bitte geben Sie für Ihr Haus an, wie sich die folgenden Aspekte seit Einführung der generalistischen Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz im Vergleich zur Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz (KrPflG) entwickelt haben.

### Krankenhäuser mit praktischer Ausbildung in der generalistischen Pflegeausbildung bzw. pädiatrischen Versorgung in %

Anzahl der ...





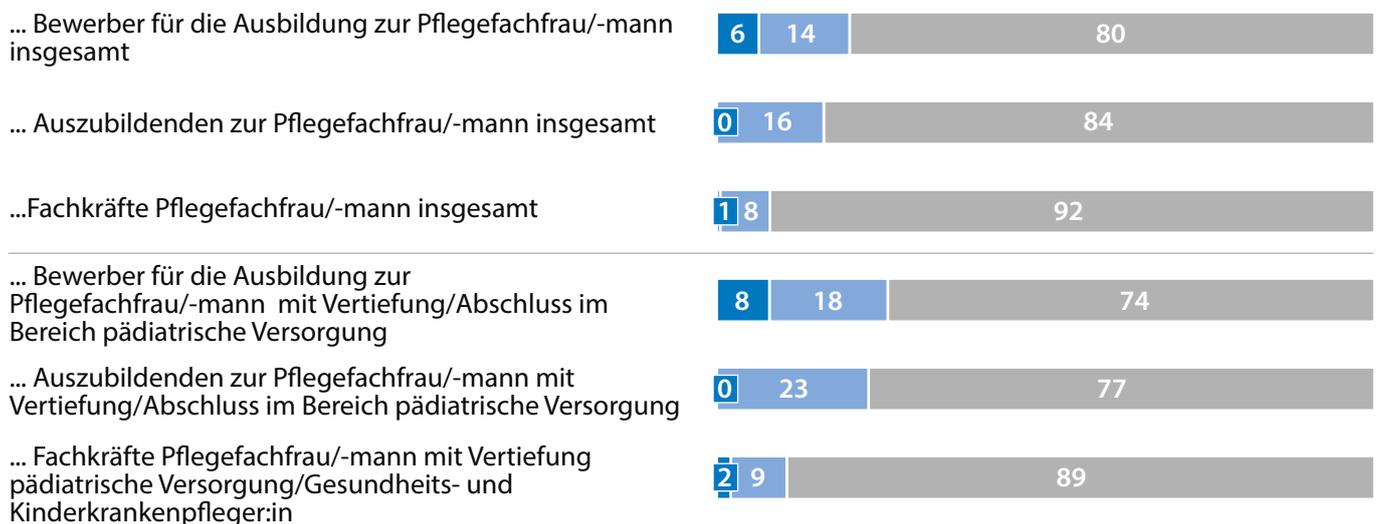
Für die nächsten 3 Jahre fallen die Einschätzungen noch deutlich pessimistischer aus<sup>5</sup>. Die Kliniken gehen davon aus, dass in den nächsten 3 Jahren sowohl die Anzahl der Bewerbungen, Auszubildenden und Pflegefachfrauen/-fachmänner insgesamt als auch mit Vertiefung oder

Abschluss in der pädiatrischen Versorgung, geringer sein werden als der Bedarf (74 – 92 %). Die größte Unterdeckung erwarten die befragten Häuser bei den ausgebildeten Fachkräften insgesamt sowie im Bereich der Pädiatrie (Abb. 50).

**Abb. 50** Bitte schätzen Sie ein, wie sich die Situation in den folgenden Gruppen in Ihrem Haus in den nächsten drei Jahren entwickeln wird.

**Krankenhäuser mit praktischer Ausbildung in der generalistischen Pflegeausbildung bzw. pädiatrischen Versorgung in %**

**Anzahl der ...**



<sup>5</sup> Bei Bewerber- und Auszubildendenzahlen mit Vertiefung oder Abschluss im Bereich der pädiatrischen Versorgung ist zu beachten, dass zwischen 28 und 30 % der Befragten die Antwortkategorie „kann ich nicht beurteilen“ gewählt haben (in der Grafik nicht berücksichtigt). Dies gilt auch für die nachfolgende Grafiken.

## GRÜNDE FÜR AUSBILDUNGSABBRÜCHE

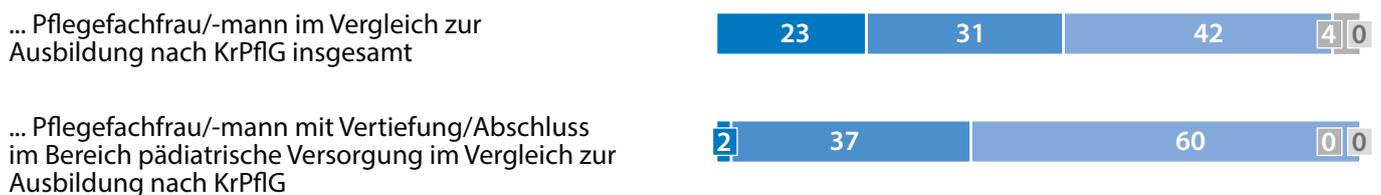
Gefragt nach der Entwicklung der Abbrecherquoten seit Einführung der generalistischen Ausbildung, berichten 53 % der Krankenhäuser einen deutlichen oder leichten Anstieg der Abbrüche, während 42 % der Kliniken keine Veränderungen wahrgenommen haben.

Im Bereich der pädiatrischen Versorgung nahmen 39 % der Häuser eine leichte oder deutliche Zunahme der Ausbildungsabbrecher wahr, während 60 % konstante Abbrecherquoten haben (Abb. 51).

**Abb. 51** Bitte geben Sie für Ihr Haus an, wie sich die folgenden Aspekte seit Einführung der generalistischen Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz im Vergleich zur Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz (KrPflG) entwickelt haben.

### Krankenhäuser mit praktischer Ausbildung in der generalistischen Pflegeausbildung bzw. pädiatrischen Versorgung in %

#### Abbrecherquoten der Ausbildung zur ...



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023



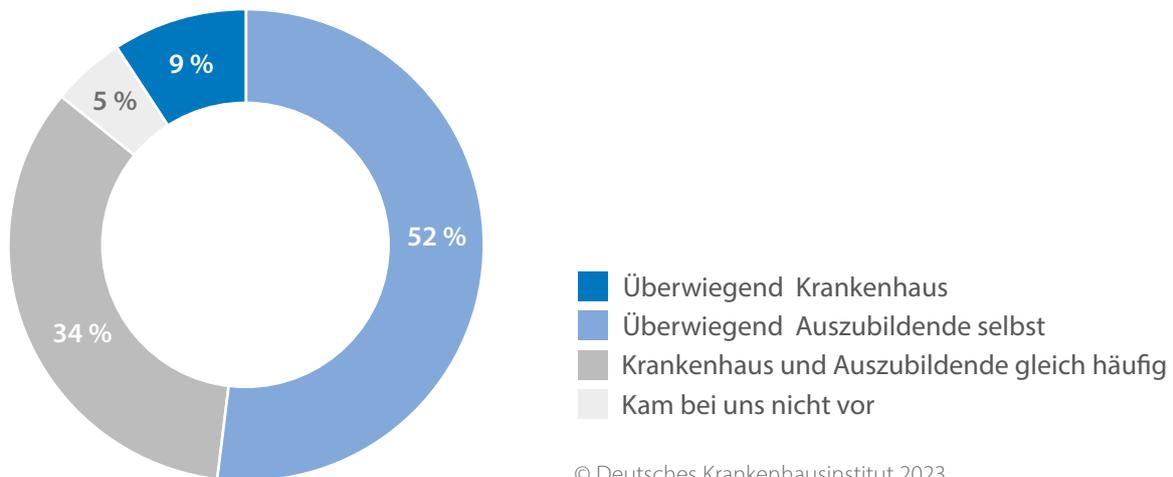
Pflegefachfrauen/-männer brechen weiter häufig die Ausbildung ab. Krankenhäuser sehen die Ursache häufig in falschen Erwartungen, fachlichen Problemen oder der zu hohen Belastung

Nach Angaben der Kliniken haben in der Regel vor allem die Auszubildenden selbst (52 %) die Ausbildungsverträge gekündigt oder beendet.

Etwa ein Drittel der Häuser gibt an, dass Krankenhaus und Auszubildende gleich häufig das Ausbildungsverhältnis aufgekündigt haben (Abb. 52).

### Abb. 52 Wer hat seit Einführung der generalistischen Pflegeausbildung die Ausbildungsverträge in Ihrem Haus in der Regel beendet bzw. gekündigt?

Krankenhäuser mit praktischer Ausbildung in der generalistischen Pflegeausbildung bzw. pädiatrischen Versorgung in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

Die Kliniken mit vorzeitig beendeten Ausbildungsverträgen sollten die Gründe hierfür benennen. 7 der 11 vorgegebenen Gründe waren aus Sicht der meisten Häuser manchmal oder (sehr) oft für die Ausbildungsabbrüche der Auszubildenden entscheidend (67 – 94 %).

Am häufigsten sahen die Kliniken falsche Erwartungen an den Pflegeberuf als ursächlich für den Ausbildungsabbruch zur Pflegefachfrau/-mann an, wobei 37 % der Häuser dies (sehr) oft und 56 % der Kliniken manchmal als Grund einschätzten. Der zweit- bzw. dritthäufigste Grund für den Abbruch waren eine zu hohe psychische Belastung oder eine Überforderung in der Ausbildung.

Mangelnde schulische Voraussetzungen für die Ausbildung, fehlende soziale Kompetenzen für den Pflegeberuf bzw. eine zu hohe körperliche Belastung in der Ausbildung vermuteten zwischen 14 % und 21 % der Häuser (sehr) oft und 49 % bzw. 58 % manchmal als Grund für die Aufgabe der Ausbildung.

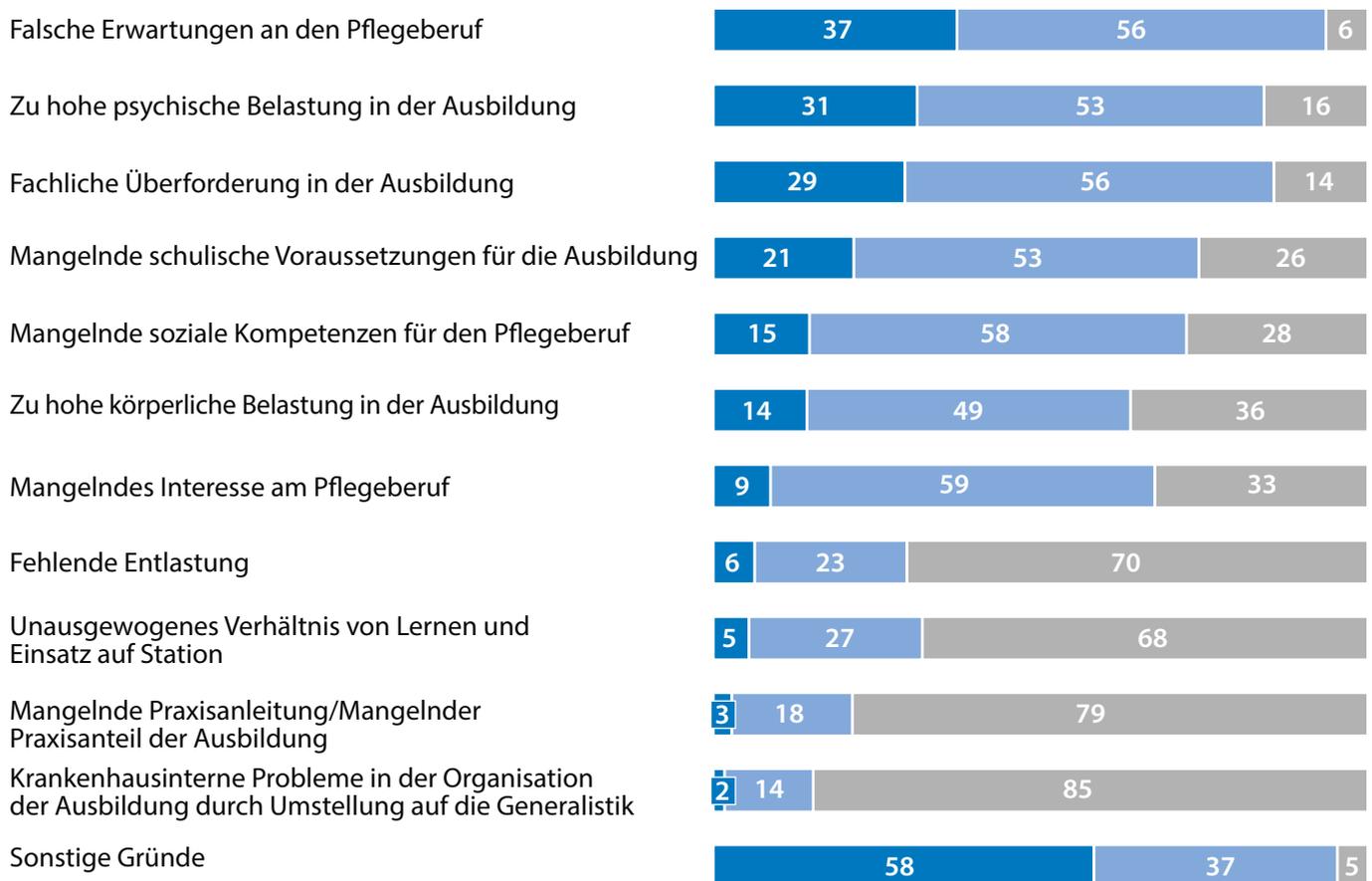
Mangelndes Interesse am Pflegeberuf war aus Sicht von 68 % der Häuser manchmal oder (sehr) oft der Grund, die Pflegeausbildung abubrechen.

Vergleichsweise selten gehen die Einrichtungen davon aus, dass die Auszubildenden ihre Ausbildung aufgrund fehlender Entlastung, fehlender Praxisanleitung, aufgrund eines unausgewogenen Verhältnisses von Lernen und Einsatz auf Station oder wegen krankenhauser interner Probleme bei der Umstellung auf die Generalistik (68 % – 85 % nie/selten) nicht beenden.

Im Rahmen einer offenen Frage zu sonstigen Gründen wurden vor allem persönlich-private Gründe, wie ein Wohnortwechsel oder eine Schwangerschaft, genannt. Darüber hinaus berichteten die Kliniken von persönlich-beruflichen Gründen, z. B. der Beginn eines Studiums, den Bedingungen im Krankenhaus (z. B. Personal-mangel) oder schlechten schulischen Leistungen.

**Abb. 53** 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 bzw. pädiatrischen Versorgung in %**



## ÄNDERUNGS- UND ANPASSUNGSBEDARF AN DER AUSBILDUNG

Die Kliniken sollten abschließend einschätzen, ob sie nach den ersten Erfahrungen mit der generalistischen Ausbildung Änderungsbedarf in ausgewählten Punkten gesehen haben, und falls ja, ob sie schon entsprechende Veränderungen vorgenommen haben. Dies war überwiegend der Fall.

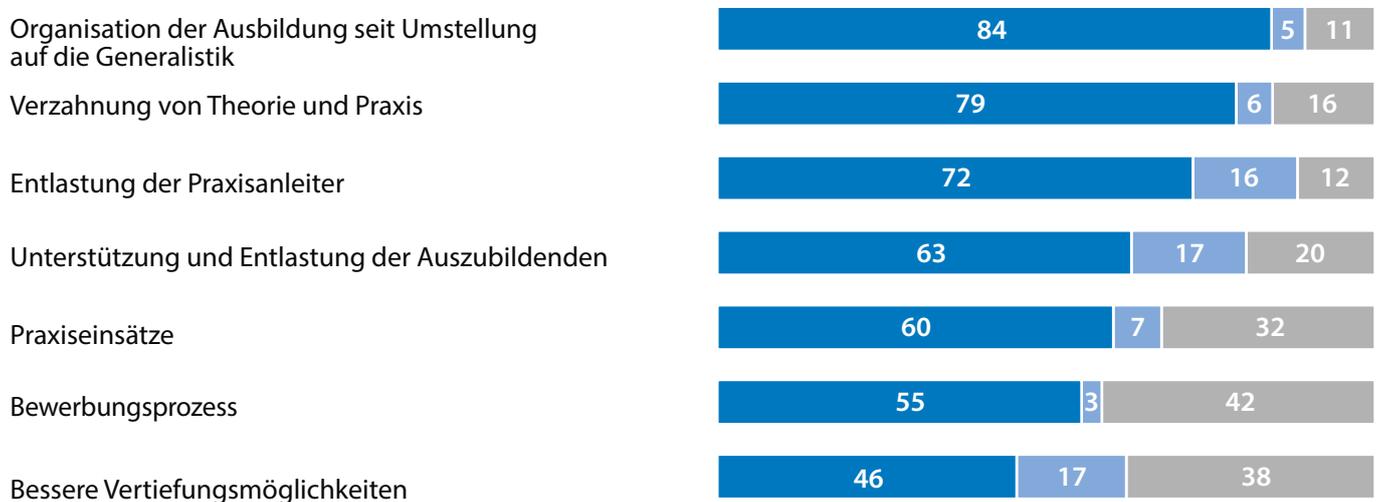
Insbesondere die Organisation der Ausbildung seit Umstellung auf die Generalistik wurde von 84 % der Kliniken bereits modifiziert. Ähnlich oft wurden Veränderungen bei der Verzahnung von Theorie und Praxis sowie der Entlastung von Praxisanleitenden vorgenommen (72 bzw. 79 %). 63 % der Einrichtungen hat Maßnahmen zur bes-

seren Unterstützung und Entlastung der Auszubildenden, z. B. durch Supervision, Reflexion oder Mentoren, veranlasst. 60 % der Häuser haben die Praxiseinsätze angepasst, etwa durch einen späteren Beginn oder Schnuppertage auf Stationen mit einem hohen Belastungslevel.

Anpassungen im Bewerbungsprozess, wie z. B. eine differenziertere Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber oder der Austausch über die Erwartungen der Bewerberinnen und Bewerber, nahmen 55 % der Kliniken bereits vor. Bessere Vertiefungsmöglichkeiten haben nach eigenen Angaben 46 % der Häuser geschaffen (Abb. 54).

**Abb. 54** Gab es aus der Sicht Ihres Krankenhauses bei den folgenden Punkten Änderungs- oder Anpassungsbedarf im Rahmen der generalistischen Ausbildung?

Krankenhäuser mit praktischer Ausbildung in der generalistischen Pflegeausbildung bzw. pädiatrischen Versorgung in %



# 7

## OPERATIONSTECHNISCHE UND ANÄSTHESIETECHNISCHE ASSISTENTINNEN UND ASSISTENTEN (OTA/ATA)

Der Bedarf an OTA und ATA kann durch die Anzahl der angestellten OTA und ATA und die Stellenbewerbungen nicht gedeckt werden. Die Anzahl der Ausbildungsbewerbungen kommt dem aktuellen Bedarf bei der Mehrheit der Krankenhäuser entgegen. Dennoch liegt auch hier die Bewerberzahl bei rund einem Viertel der Krankenhäuser unter dem tatsächlichen Bedarf. Auch Bewerbungen aus dem Ausland können den Bedarf nicht abdecken.

ATA und OTA arbeiten gemeinsam mit Ärzten und anderen Fachkräften in den operativen und anästhesiologischen Bereichen von Krankenhäusern. Der Bedarf an diesen Fachkräften ist hoch, die Aufgaben komplex und breit gefächert (Bundesministerium für Gesundheit, 2019). Bis Ende 2021 gab es keine bundegesetzlich geregelte und anerkannte Ausbildung für ATA und OTA.

Seit Anfang der 1990er-Jahre bilden Krankenhäuser in der Operationstechnischen- und seit dem Jahr 2004 in der Anästhesietechnischen Assistenz nach den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft aus. Am 1. Januar 2022 ist das Anästhesietechnische- und Operationstechnische-Assistenten-Gesetz (ATA-OTA-G) und die Anästhesietechnische- und Operationstechnische-Assistenten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (ATA-OTA-APrV) in Kraft getreten.

Damit wurde der Grundstein für eine bundeseinheitliche ATA-OTA-Ausbildung gelegt (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2023).



Im diesjährigen Krankenhaus Barometer wurden die Krankenhäuser gebeten die aktuelle Personal- und Bewerbungssituation für den operations- und anästhesietechnischen Bereich in Ihrem Haus einzuschätzen.

## AKTUELLE PERSONALSITUATION BEI OTA UND ATA

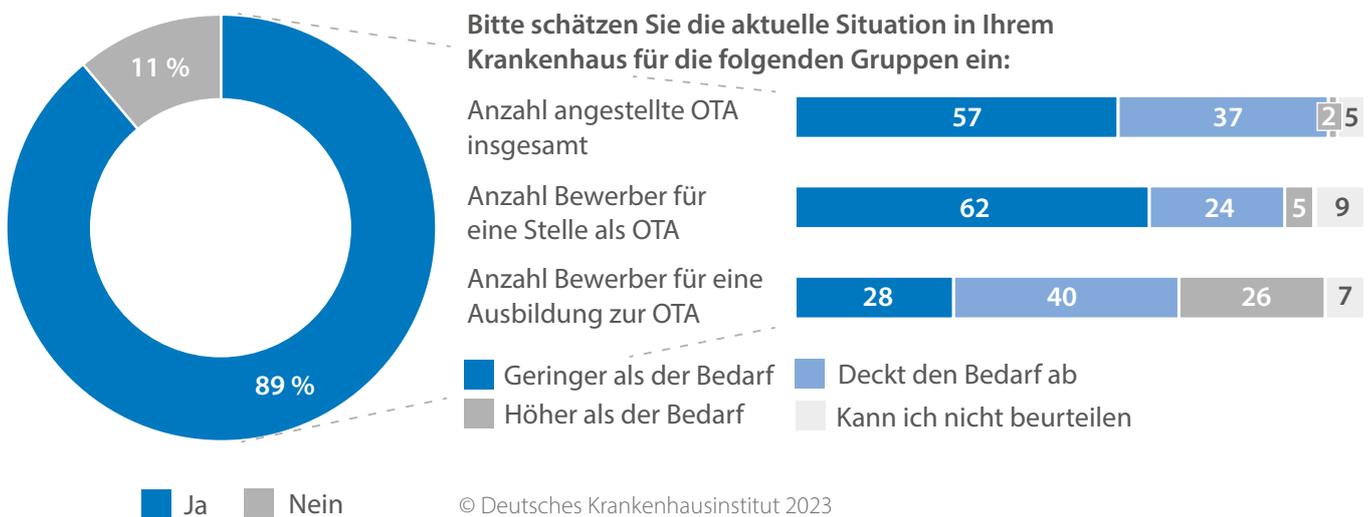
Die große Mehrheit der befragten Krankenhäuser gab an, Operationstechnische Assistenten und Assistentinnen (OTA) (89 %, *Abb. 55*) und Anästhesietechnische Assistenten und Assistentinnen (ATA) (61 %, *Abb. 56*) zu beschäftigen. Jedoch ist in diesen Krankenhäusern sowohl die Anzahl der angestellten OTA und

ATA als auch die Anzahl der Bewerber und Bewerberinnen für eine offene Stelle geringer sind als der Bedarf im operativen und anästhesiologischen Bereich (*Abb. 55* und *Abb. 56*).

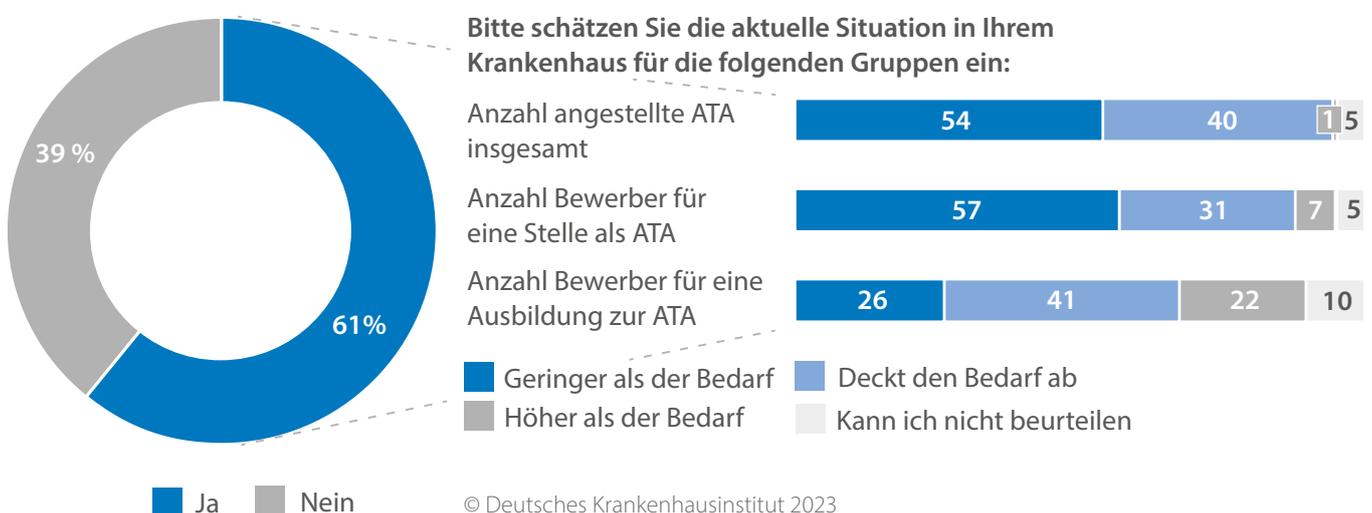
Nur bei der Anzahl der Bewerber und Bewerberinnen für eine Ausbildung zur OTA oder ATA fällt

die Personalsituation deutlich besser aus. Rund 40 % der Krankenhäuser gaben an, dass die Bewerbungen den Bedarf von Auszubildenden als OTA und ATA abdecken. Dennoch berichtet ein Viertel der Häuser, dass die Anzahl der Bewerberinnen und Bewerber geringer als der tatsächliche Bedarf sei (*Abb. 55*, *Abb. 56*).

**Abb. 55** Sind aktuell in Ihrem Krankenhaus Operationstechnische Assistenten (OTA) beschäftigt?



**Abb. 56** Sind aktuell in Ihrem Krankenhaus Anästhesietechnische Assistenten (ATA) beschäftigt?



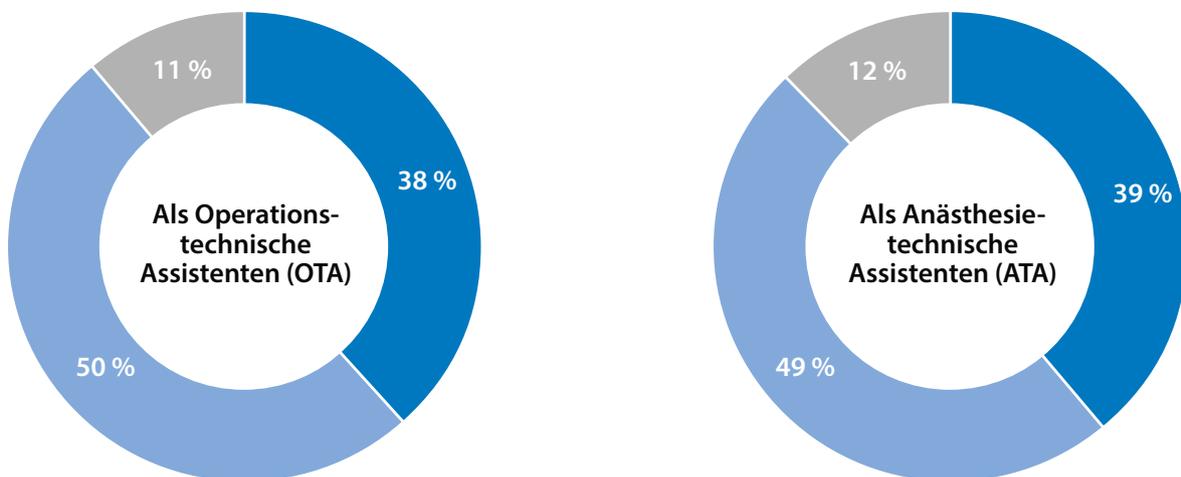
## BEWERBUNGEN AUS EU- UND DRITTSTAATENLÄNDERN

Mit Blick auf Bewerbungen für eine Stelle oder Ausbildung zur OTA/ATA wurden die Krankenhäuser nach Bewerberinnen und Bewerbern mit ausländischen Bildungsabschlüssen (aus EU- oder Drittstaaten) gefragt. Für das Jahr 2022 gaben rund 40 % der Krankenhäuser an, Bewerbungen aus EU- oder Drittstaaten erhalten zu haben, rund 50 % haben keine Bewerbungen erhalten (Abb. 57).

Generell ist bei ausländischen Bildungsabschlüssen ein Antrag auf Feststellung der Gleichwertigkeit nichtakademischer Heilberufe für EU- und Drittstaatenangehörige erforderlich. Dabei wird für diese Berufe im Rahmen des sogenannten

Gleichwertigkeitsfeststellungsverfahrens geprüft, ob zwischen der im Ausland erworbenen Berufsqualifikation und der entsprechenden inländischen Berufsausbildung wesentliche Unterschiede vorliegen. Ist dies der Fall, werden diese Unterschiede in einem rechtsmittelfähigen Bescheid (§ 54 Absatz 1 ATA-OTA-APrV) festgestellt. Etwai-ge Unterschiede müssen durch Nachqualifizierungsmaßnahmen ausgeglichen werden. Es besteht die Möglichkeit einer Nachqualifizierung in Form von einem Anpassungslehrgang oder einer Eignungsprüfung für Fachkräfte mit Abschlüssen aus der EU/EWR und Schweiz.

**Abb. 57** Hat Ihr Krankenhaus im Jahr 2022 Bewerbungen von Bewerbern mit ausländischen Bildungsabschlüssen für den operativen und/oder anästhesiologischen Bereich (aus EU- oder Drittstaaten) erhalten?

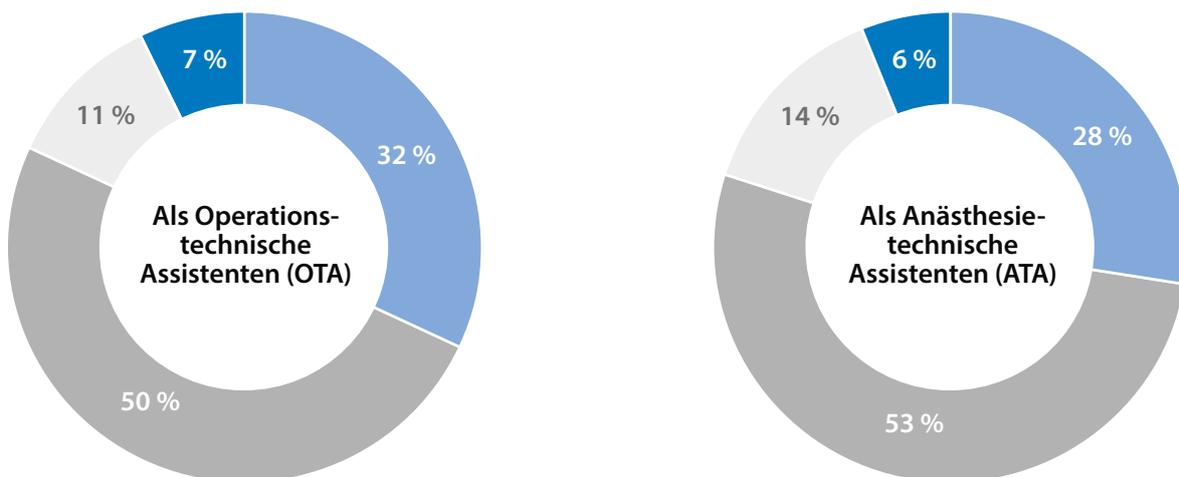


2022 ist im Vergleich zum Vorjahr die Bewerberquote aus EU- und Drittstaatenländer bei rund 50 % der befragten Krankenhäuser angestiegen.

Ab dem 01.01.2022 wurden Neuanträge auf Feststellung der Gleichwertigkeit nicht akademischer Heilberufe (OTA und ATA) für EU- und Drittstaatenangehörige in die Verantwortung der jeweiligen Landesbehörden der einzelnen Bundesländer übergeben. Bis zum 31.12.2021 war die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) für die Bearbeitung der Anträge im vorgenannten Sinne zuständig.

Vor diesem Hintergrund sollten die Häuser angeben, wie sich die Bewerberquote im Jahr 2022 im Vergleich zum Vorjahr 2021 entwickelt hat. Dabei zeigte sich, dass 2022 die Anzahl der Bewerbungen bei gut der Hälfte der Häuser im Vergleich zum Vorjahr angestiegen ist. Bei rund 30 % ist die Anzahl in etwa gleichgeblieben. Nur bei sehr wenigen Krankenhäusern ist die Anzahl der Bewerbungen gesunken (Abb. 58).

**Abb. 58** Wie hat sich für das Jahr 2022 die Bewerberquote aus EU- und Drittstaatenländern in Ihrem Krankenhaus im Vergleich zum Vorjahr (2021) entwickelt?



Informationen zur Antragsstellung auf Gleichwertigkeit der Ausbildung von EU- und Drittstaatenangehörigen bei den Landesbehörden und zum aktuellen Stand der Anträge sowie den eingesetzten Maßnahmen im Fall einer Defizit-Entscheidung lagen nur für einzelne Krankenhäuser vor. Diese Ergebnisse sind daher nicht repräsentativ für die Grundgesamtheit der befragten Krankenhäuser und werden aufgrund dessen nicht berichtet.

Darüber hinaus sollten sich die Krankenhäuser dazu äußern, ob ihr Haus im Jahr 2022 verstärkt Bewerbungen erhalten habe, die auf die Bescheide der Landesbehörden zurückzuführen sind. Die Mehrheit der befragten Häuser (rund 65 %) verneinte dies, ein Viertel konnte hierzu keine Einschätzung abgeben (Abb. 59).

**Abb. 59** Erhielt Ihr Krankenhaus im Jahr 2022 verstärkt Bewerbungen (Operations-/Anästhesietechnische Assistenten (OTA/ATA), die auf Bescheide der Landesbehörden zurückzuführen sind?)



# LITERATURNACHWEIS

Bundesministerium für Gesundheit (BMG, 2019): Bundesweit einheitliche Ausbildung für mehr Patientensicherheit, Neuregelungen für ATAs und OTAs, verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/ata-ota.html>, abgerufen am 16.11.2023.

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 16. August 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 217) geändert worden ist

Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (2022): Krankenhaus Barometer. Düsseldorf. [www.dki.de](http://www.dki.de)

Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz - MDK-RG). G. v. 14.12.2019 BGBl. I S. 2789 (Nr. 51), das zuletzt durch Artikel 8 G. v. 20.12.2022 BGBl. I S. 2793 geändert worden ist

GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (2022a): Vereinbarung gemäß nach § 301 Abs. 3 SGB V über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 301 Abs. 1 SGB V (Datenübermittlungsvereinbarung), Stand 11.10.2023, verfügbar unter: [https://www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/leistungserbringer\\_1/krankenhaeuser/gesamtdokument/301\\_Gesamtdokument.pdf](https://www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/leistungserbringer_1/krankenhaeuser/gesamtdokument/301_Gesamtdokument.pdf), abgerufen am 30.11.2023

GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2022b): Vereinbarung gemäß § 10 Absatz 9 KHEntgG für den Vereinbarungszeitraum 2022 zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln, – gemeinsam – und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin, verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/bundesbasisfallwert/KH\\_BBFW\\_2022.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/bundesbasisfallwert/KH_BBFW_2022.pdf), abgerufen am 30.11.2023

GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2021), Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfvV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG und über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG vom 22.06.2021 zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin, verfügbar unter: [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2\\_Themen/2.2\\_Finanzierung\\_und\\_Leistungskataloge/2.2.7.\\_MDK-PruefvV/Neue\\_PruefvV.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.2_Finanzierung_und_Leistungskataloge/2.2.7._MDK-PruefvV/Neue_PruefvV.pdf), abgerufen am 30.11.2023.

Liel, Jörg (2018): Vom Schreibtisch ans Patientenbett. Effekte einer fallbegleitenden Kodierung, in KU Gesundheitsmanagement 12, S. 80 - 81.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS, 2023): Pflege und Gesundheitsberufe, Berufe im Überblick, ATA-OTA-Ausbildung. Neues Gesetz regelt Anforderungen an zwei medizinische Berufe bundesweit einheitlich, verfügbar unter: <https://www.mags.nrw/ata-ota-gesetz>, abgerufen am 16.11.2023.

## IMPRESSUM

### **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](mailto:karl.blum@dki.de)  
[www.dki.de](http://www.dki.de)

### **Gestaltung**

Konturenreich | Matthias Hugo

### **Bildnachweis**

*Von stock.adobe.com/:* S. 4: xy, S. 11: Seventyfour,  
S. 13: [www.peopleimages.com](http://www.peopleimages.com), S. 15: Halfpoint,  
S. 18: Chanelle Malambo/[peopleimages.com](http://peopleimages.com),  
S. 24: ipopba, S. 29: fizkes, S. 31: Gorodenkoff,  
S. 32: Svitlana, S. 36/37: alfa27, S. 39: chayantorn,  
S. 45: Jacob Lund, S. 46: Halfpoint, S. 49: bnenin,  
S. 58: Photographee.eu, S. 63: sudok1, S. 68:  
Halfpoint, S. 73: drazen zigic  
*Von iStock/:* S. 6: simonkr, S. 22: Ridofranz, S. 33:  
Cecilie Arcurs, S. 40: jacoblund, S. 43: PeopleImages,  
S. 50: upixa, S. 59: Caiaimage/Martin Barraud,  
S. 60: sturti, S. 69: lortie