



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

KRANKENHAUS BAROMETER

Umfrage 2020

INHALT

SEITE	KAPITEL
04	EINLEITUNG
06	1 DER OP IN DER CORONA-PANDEMIE
07	1.1 OP-Vorhaltung und OP-Zahlen für 2019
08	1.2 Der OP in der Corona-Krise bis Mai 2020
10	1.3 Der OP in der Corona-Krise seit Mai 2020
13	1.4 Finanzielle Auswirkungen
14	1.5 Stellenbesetzungsprobleme im OP
16	2 GEBURTSHILFLICHE ABTEILUNGEN
16	2.1 Stellenbesetzungsprobleme in der Geburtshilfe
20	2.2 Beleghebammen
21	2.3 Wirtschaftliche Lage der Geburtshilfen
23	2.4 Sicherstellungszuschlag
24	2.5 Zeitweise Schließung von Abteilungen
25	2.6 Zukunft der geburtshilflichen Abteilungen
27	2.7 Gründe für die Schließung von geburtshilflichen Abteilungen
28	3 PLANUNGSRELEVANTE QUALITÄTSINDIKATOREN (plan. QI)
29	3.1 Krankenhäuser mit plan. QI
30	3.2 Relevanz der plan. QI
33	3.3 Nutzen und Aufwand der plan. QI
34	3.4 Erfahrungen mit zuständigen Behörden
35	3.5 Verbesserungsmöglichkeiten des plan. QI-Verfahrens

SEITE	KAPITEL
38	4 KRANKENHAUSINDIVIDUELLE PFLEGE BUDGETS
39	4.1 Abschluss eines Pflegebudgets zum 01.07.2020
39	4.2 Zusätzlicher Vorbereitungsaufwand
40	4.3 Auswirkungen auf Personalausstattung und Finanzen
42	4.4 Nicht refinanzierte Kosten für Fremdpersonal
43	4.5 „Kappungsgrenze“
44	5 PFLEGEPERSONALUNTERGRENZEN
44	5.1 Vorhaltung pflegesensitiver Bereiche
45	5.2 Einhaltung der Untergrenzen
46	5.3 Änderungen im Belegungsmanagement
47	5.4 Änderungen in der Organisation des Pflegedienstes
48	5.5 Fortführung der Untergrenzen
49	6 WIRTSCHAFTLICHE SITUATION DER KRANKENHÄUSER
49	6.1 Jahresergebnis 2019
50	6.2 Entwicklung der Jahresergebnisse 2018/2019
52	6.3 Erwartetes Jahresergebnis 2020
54	6.4 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation
56	6.5 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen
57	LITERATURVERZEICHNIS

EINLEITUNG



Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht die **Ergebnisse des Krankenhaus Barometers 2020** vor. Beim Krankenhaus Barometer handelt es sich um eine jährlich durchgeführte Repräsentativbefragung deutscher Krankenhäuser zu aktuellen gesundheits- und krankenhauspolitischen Themen. Das Barometer wird im Auftrag der Träger des DKI erstellt; das sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) und der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK).

Ziel des Krankenhaus Barometers ist es, den Krankenhäusern und den Krankenhausverbänden zeitnahe Informationen zum aktuellen 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 jährlichen Ausgaben des Krankenhaus Barometers sind im Downloadbereich der DKI-Homepage abrufbar (www.dki.de).

Die Ergebnisse des Krankenhaus Barometers 2020 beruhen auf der schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelas-

senen Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten in Deutschland, welche von Ende Juni bis Ende August 2020 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 438 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



Robin Heber



Dr. Sabine Löffert



Dr. Matthias Offermanns



Dr. Petra Steffen

Im Jahr 2020 feiert das Krankenhaus Barometer sein 20-jähriges Bestehen. Dieses Jubiläum ist Anlass für eine neue Optik. So erscheint das Krankenhaus Barometer 2020 in einem neuen und modernen Design und einer kompakteren Darstellungsform als bislang.

Ein Jubiläum wie das 20jährige Bestehen des Krankenhaus Barometers ist auch ein Anlass, Dank zu sagen. **Bedanken möchten wir uns daher bei unseren Trägern, der DKG, dem VKD und dem VLK**, für ihre Vorschläge, Ideen und konstruktiven Rückmeldungen zum Barometer sowie bei den **Landeskrankenhausgesellschaften und Spitzenverbänden der Krankenhauswirtschaft** für ihre Unterstützung durch Teilnahmeempfehlungen bei ihren Mitgliedskrankenhäusern.

Unser besonderer Dank gilt natürlich den zahlreichen Krankenhäusern, Krankenhausverantwortlichen und Krankenhausmitarbeitern, die mit ihrer regelmäßigen Teilnahme an unseren Befragungen, ihrer hohen Informationsbereitschaft und dem uns geschenkten Vertrauen das Krankenhaus Barometer zu einem Erfolgsprojekt gemacht haben. Mit diesem Dank ist der Wunsch verbunden, dieses wichtige Projekt auch in Zukunft nachhaltig zu unterstützen.

Düsseldorf, im Dezember 2020

Deutsches Krankenhausinstitut e. V.

Hansaallee 201

40549 Düsseldorf

Telefon 02 11. 4 70 51 - 17

Fax 02 11. 4 70 51 - 67

E-Mail karl.blum@dki.de

www.dki.de



Die Corona-Pandemie hatte insbesondere zu Beginn vor allem auch auf den OP-Bereich der Kliniken massive Auswirkungen. So forderte die Bundesregierung die Krankenhäuser auf, ab dem 16.03.2020 alle „planbaren Aufnahmen, Operationen und Eingriffe auf unbestimmte Zeit zu verschieben und auszusetzen“.

Im Zuge des Pandemiegeschehens wurde diese Forderung Ende April 2020 modifiziert und eine schrittweise Wiederaufnahme von Operationen und Eingriffen ermöglicht. Die Kliniken konnten ab Mai 2020 dann nach BMG-Vorgaben die OP in einem ersten Schritt bis zu 70 % für Elektiveingriffe öffnen. Dem sollte alle zwei Wochen eine schrittweise Erhöhung der OP-Kapazität für Elektiveingriffe um jeweils 10 % folgen, wobei dies in Abhängigkeit des Infektionsgeschehens mit COVID-19 erfolgen sollte (*Bundesministerium für Gesundheit, 2020*).

Aus naheliegenden Gründen ist und war dies für die Kliniken mit Schwierigkeiten und Problemen verbunden. Welche konkreten – auch längerfristigen – Auswirkungen dies für die Kliniken mit OP-Sälen hatte, war Gegenstand des Krankenhaus Barometers 2020.

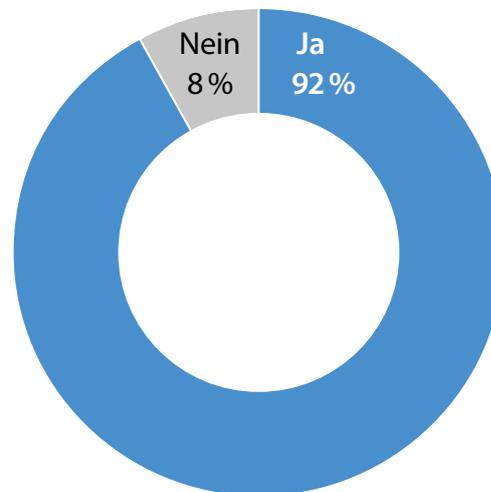
1.1 OP-Vorhaltung und OP-Zahlen für 2019

Der Großteil der befragten Krankenhäuser hält Operationssäle vor (92%) (**Abb. 1**). Die Zahl der Operationssäle hat sich damit in den Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten seit 2015 kaum verändert (DKI 2015). In den weiteren Auswertungen werden nur die Häuser mit Operationssälen berücksichtigt.

Die befragten Kliniken haben im Jahr 2019 im Schnitt knapp 8.000 stationäre (Median: 5.785) und gut 2.500 ambulante Operationen (Median: 1.460) durchgeführt (**Tab. 1**).

Abb.
1

Halten Sie in Ihrem Krankenhaus Operationssäle vor? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

Tab.

1

OP-Zahlen für das Jahr 2019

Stationäre und ambulante Operationen 2019	Stationäre Fälle mit Operationen im Jahr 2019 insgesamt	Fälle mit ambulanten Operationen / stationersetzenden Eingriffen im Jahr 2019 insgesamt
Mittelwert	7.905	2.706
5 % getrimmter Mittelwert	7.030	2.018
Median	5.785	1.460
Unterer Quartilswert	3.336	800
Oberer Quartilswert	9.719	2.610

© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

1.2 Der OP in der Corona-Krise bis Mai 2020

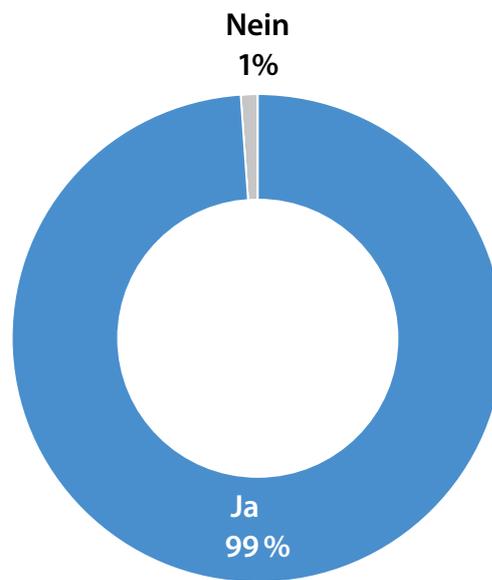
Erwartungsgemäß wurden in nahezu allen Kliniken in der Zeit vom 16.03.2020 bis Anfang Mai 2020 planbare Operationen und Eingriffe verschoben (**Abb. 2**).

Der Rückgang **stationärer** Fälle mit operativen Eingriffen betrug in der Zeit von Mitte März bis Anfang Mai 2020 im Mittel 41 % und variierte zwischen 28 und 50 % (Quartilswerte).

Die Verschiebungen bei **ambulantem** Operationen bzw. stationärem ersetzenden Eingriffen fiel noch größer aus als im stationären Bereich: Im Schnitt verringerte sich die entsprechende Fallzahl pro Klinik im Vergleich zum Vorjahr um mehr als die Hälfte (Mittelwert und Median je 58 %). Bei einem Viertel der Häuser waren die ambulanten Fälle mit operativen Eingriffen sogar um 80 % im Vergleich zum Vorjahr rückläufig (**Tab. 2**).

Abb. 2

Wurden in Ihrem Haus von Mitte März bis Anfang Mai 2020 aufgrund der Corona-Pandemie Operationen und Eingriffe verschoben? (Krankenhäuser mit OP Sälen in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

Tab. 2 Rückgang OP-Zahlen von Mitte März 2020 bis Anfang Mai 2020

Rückgang stationärer und ambulanter Operationen Mitte März bis Anfang Mai 2020	Rückgang stationärer Fälle mit operativen Eingriffen	Rückgang ambulanter Fälle mit operativen Eingriffen
Mittelwert	41 %	58 %
5 % getrimmter Mittelwert	41 %	59 %
Median	40 %	58 %
Unterer Quartilswert	28 %	40 %
Oberer Quartilswert	50 %	80 %

© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

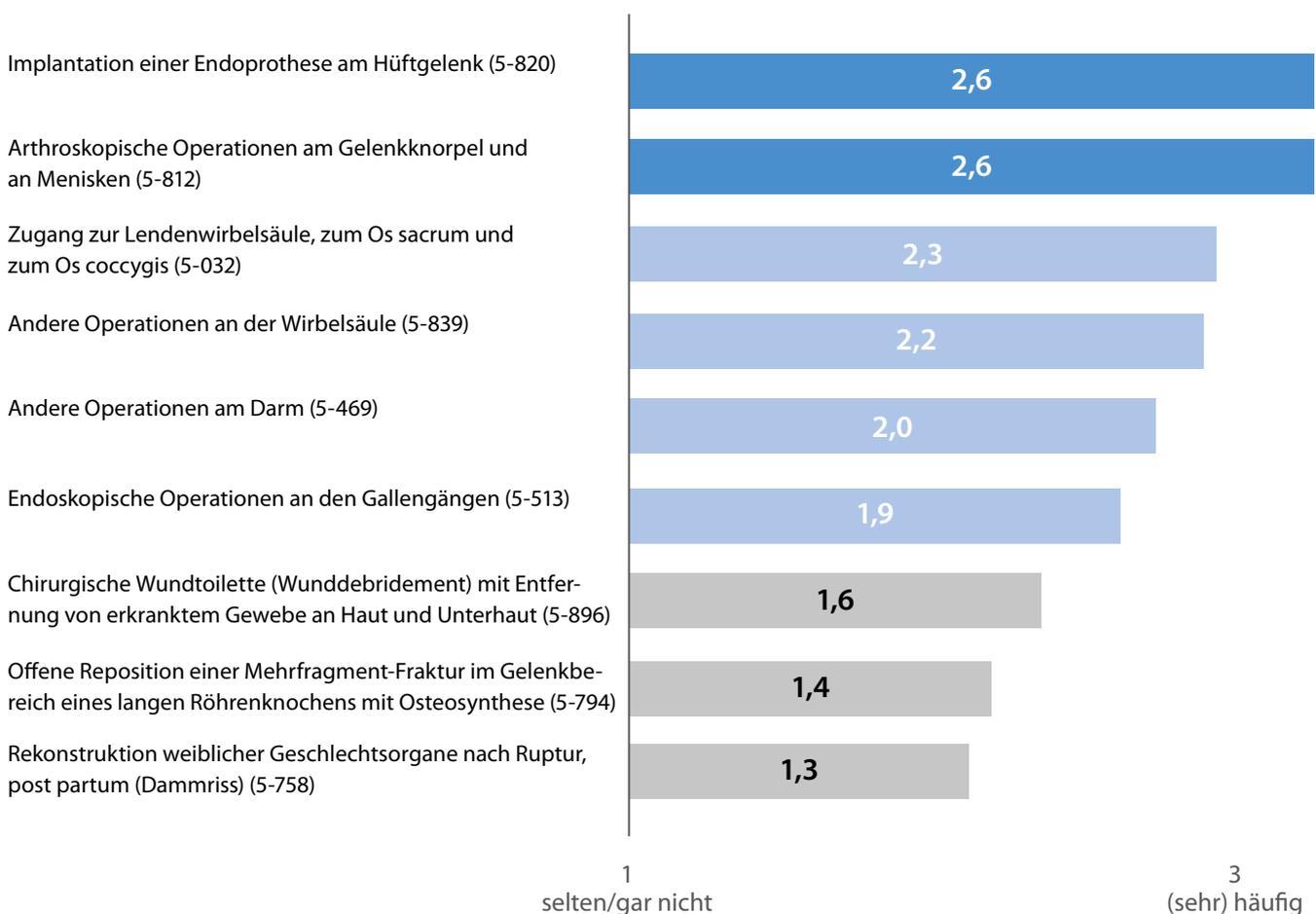
Über den allgemeinen Trend hinaus sollten sich die Teilnehmer auch zur Entwicklung bei häufigen Eingriffen gemäß dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) des DIMDI äußern (**Abb. 3**).

Der Rückgang der Operationen und Eingriffe betraf hier vor allem die Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk (5-820) sowie arthroskopische Operationen am Gelenkknorpel und an den Menisken (5-812). Rund 70 % der Kliniken, die entsprechende Eingriffe vornehmen, berichten von einem (sehr) häufigen Rückgang im Vergleich zum Vorjahreszeitraum.

Der Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis (5-032) sowie andere Operationen an der Wirbelsäule (5-839) wurden in je ca. 40 % der Kliniken manchmal oder (sehr) häufig ausgesetzt.

Offene Repositionen einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese (5-794) oder Rekonstruktionen weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum (Dammriss) (5-758) wurden, wie zu erwarten, da hier kein Aufschieben möglich war, vergleichsweise selten verschoben.

Abb. 3 *Wie häufig wurden die folgenden Operationen und Eingriffe in der Zeit von Mitte März bis Anfang Mai 2020 (im Vergleich zum Vorjahr) in Ihrem Haus verschoben oder ausgesetzt? (Krankenhäuser mit entsprechenden Operationen, Mittelwert)*



1.3 Der OP in der Corona-Krise seit Mai 2020

Die Krankenhäuser konnten im Zuge der Corona-Krise ab Mitte Mai wieder schrittweise ihre (elek-tiven) OP-Kapazitäten erhöhen und ausweiten. In einem ersten Schritt sollten die OP zu 70 % für Elektiveingriffe geöffnet werden. Danach war eine zweiwöchentliche Steigerung um 10 % möglich, wobei hierbei immer das Infektionsgeschehen berücksichtigt werden sollte (*Bundesministerium für Gesundheit, 2020*).

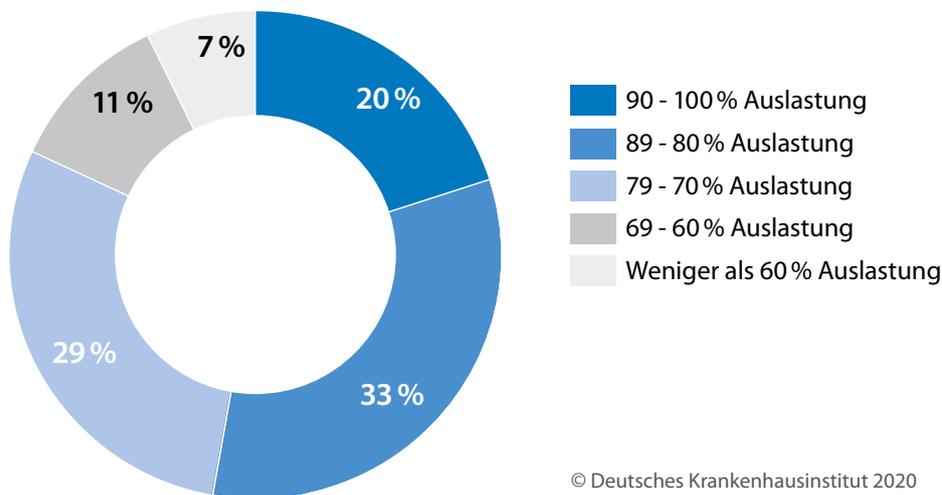
Anzunehmen ist, dass zum Befragungszeitpunkt (von Ende Juni bis Ende August) trotz der Möglich-keit, die Kapazitäten zu erhöhen, eine Rückkehr zu einer „normalen“ OP-Auslastung, z. B. aufgrund

der Freihaltekapazitäten im Intensivbereich für Corona-Patienten, den erhöhten Hygiene- und Schutzvorkehrungen oder der Sorge der Patien-ten, noch nicht realisiert werden konnte.

Dies bestätigen auch die Befragungsergebnisse: Zum Befragungszeitpunkt hatte zwar ein Viertel der Häuser 90-100 % und ein Drittel 80-89 % der normalen OP-Auslastung des Vorjahreszeitraums wieder erreicht.

Dennoch erreichte zum damaligen Zeitpunkt knapp die Hälfte der Häuser weniger als 80 % der OP-Auslastung des Vorjahres (**Abb. 4**).

Abb. 4 Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum: Wie viel Prozent der normalen OP-Auslastung werden in Ihrem Haus seit Mitte Mai wieder erreicht? (Krankenhäuser mit OP-Sälen und -Verschiebungen in %)



Der Anteil der letztgenannten Kliniken ist in den ländlichen Kreisen größer als in den städtischen Kreisen oder Großstädten (Ergebnisse nicht dargestellt).

Grundsätzlich, so berichten die Kliniken, hat die Wiederaufnahme der Operationen und Eingriffe seit Anfang Mai mehrheitlich reibungslos funktioniert. Und dies, obwohl in knapp drei Viertel der Häuser vieles aufgrund der veränderten Situation durch die Pandemie angepasst und verändert werden musste, wie z. B. die Zimmerbelegung.

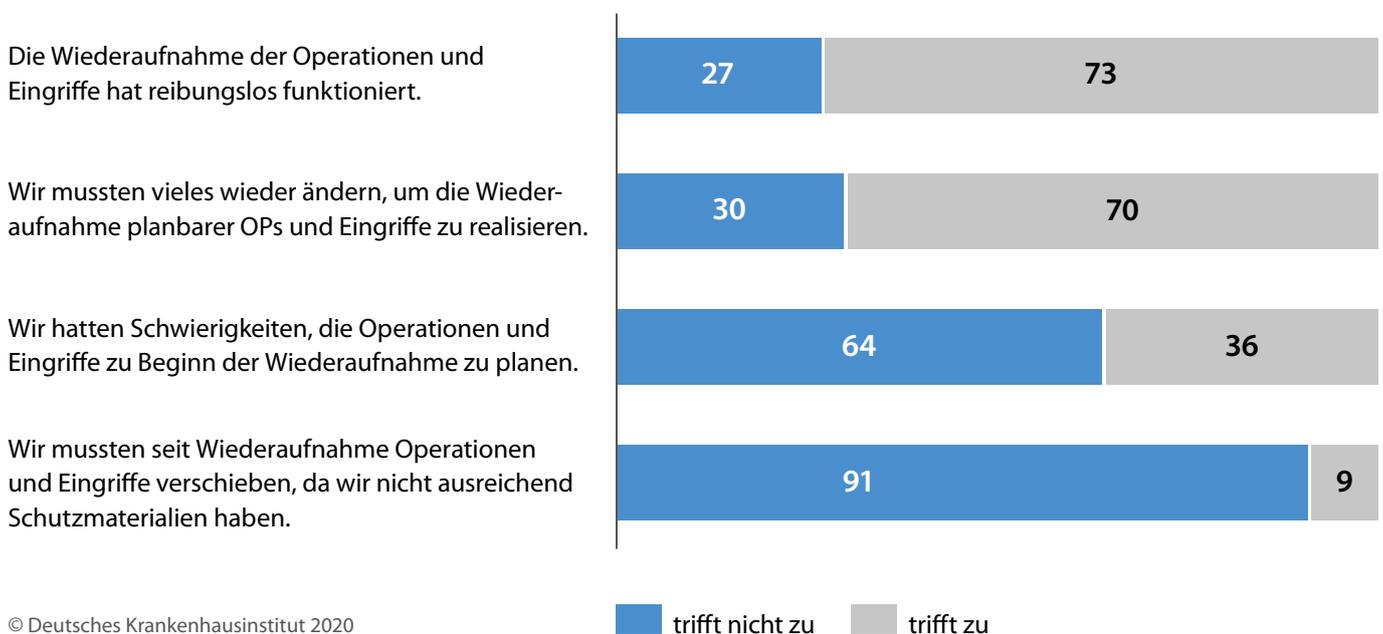
Von notwendigen Änderungen waren Häuser in dünn besiedelten ländlichen Kreisen überproportional betroffen.

In gut einem Drittel der Häuser traten bei Wiederaufnahme der Operationen Schwierigkeiten bei der Planung auf, z. B. nach Dringlichkeit. Dies berichteten vor allem Kliniken in dünn besiedelten ländlichen Kreisen, während Häuser in kreisfreien Großstädten hier am seltensten betroffen waren. Probleme aufgrund von fehlenden Schutzmaterialien sind vergleichsweise selten aufgetreten. Der Großteil der Häuser hat dies als gar nicht zutreffend bewertet (**Abb. 5**).

Abb.

5

Wie beurteilen Sie die Wiederaufnahme von Operationen und Eingriffen seit Anfang Mai 2020? (Krankenhäuser mit OP-Sälen und -Verschiebungen in %)



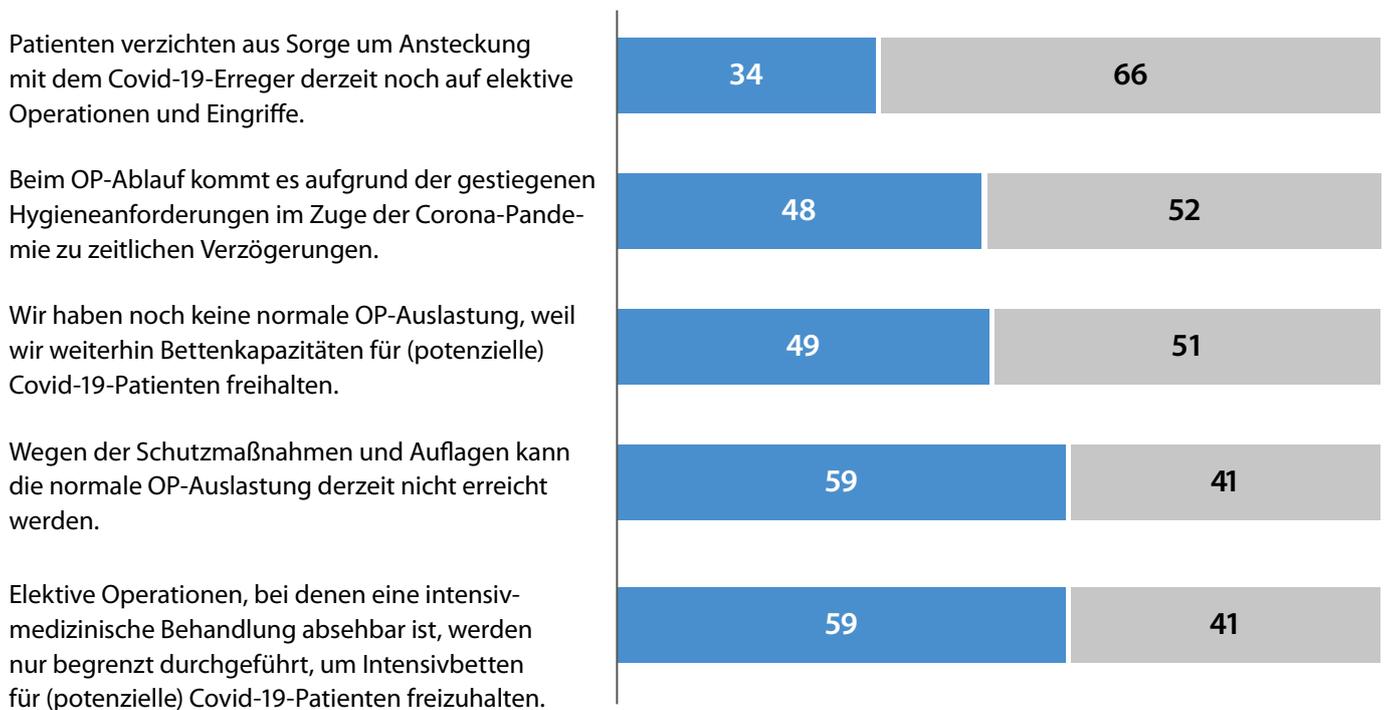
Die OP-Situation war zum Befragungszeitpunkt insgesamt immer noch von Schwierigkeiten geprägt. Dies betrifft vor allem die OP-Auslastung. So geben zwei von drei Häusern an, dass die Patienten aus Sorge vor Ansteckung mit dem COVID-19-Erreger weiterhin auf elektive Operationen und Eingriffe verzichten. Der Anteil der Häuser mit entsprechender Einschätzung nimmt mit zunehmender Bevölkerungsdichte ab. D. h. in dünn besiedelten ländlichen Kreisen geben drei von vier Kliniken an, dass Patienten aus Sorge vor Ansteckung fernbleiben, während es in kreisfreien Großstädten weniger 61 % der Häuser sind.

Eine normale OP-Auslastung wird aufgrund der Freihaltekapazitäten, der erforderlichen Schutzmaßnahmen sowie des Verzichts auf elektive Eingriffe, um Intensivbetten für (potenzielle) COVID-19-Patienten freizuhalten, in 40-50 % der Kliniken nicht erreicht.

Abb. 6

Zudem führen die gestiegenen Hygiene-Anforderungen im Zuge der Corona-Pandemie in der Hälfte der Häuser zu zeitlichen Verzögerungen beim OP-Ablauf (Abb. 6).

Wie beurteilen Sie die Wiederaufnahme von Operationen und Eingriffen seit Anfang Mai 2020. (Krankenhäuser mit OP-Sälen und -Verschiebungen in %)





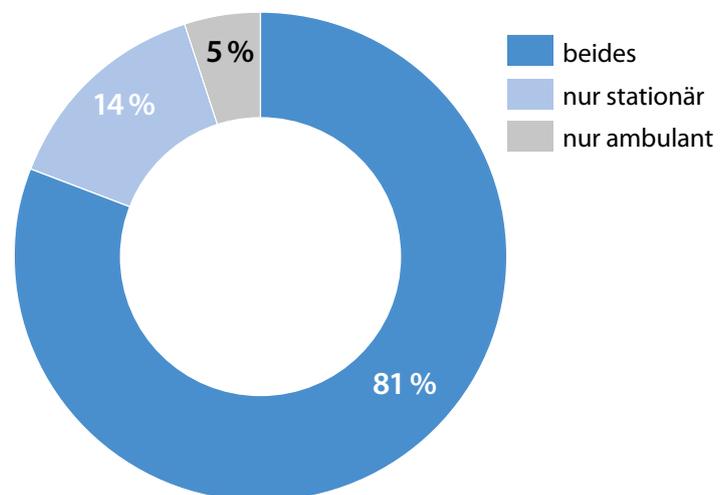
1.4 Finanzielle Auswirkungen

75 % der Häuser mit OP-Sälen und -Verschiebungen machten Angaben zu Erlösverlusten durch den Rückgang von stationären Operationen und Eingriffen von Mitte März bis Anfang Mai 2020. Etwa zwei Drittel der Kliniken haben Angaben zu Erlösverlusten im ambulanten OP-Bereich gemacht.

Die Kliniken mit entsprechenden Angaben waren größtenteils von Verlusten im stationären und ambulanten Bereich betroffen. Bei knapp 15 % der Häuser waren die finanziellen Verluste ausschließlich auf die Einbußen bei stationären Operationen und Eingriffen zurückzuführen (Abb. 7).

Abb.
7

Erlösverluste von Mitte März bis Anfang Mai 2020 durch den Rückgang von Operationen und Eingriffen (Krankenhäuser mit OP-Sälen, Verschiebungen und Angaben von Erlösverlusten in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

Die Erlösverluste bei den Kliniken mit Rückgang stationärer Eingriffe und Operationen lagen pro Haus im Schnitt bei etwa 2,5 Millionen Euro (Median: 1.800.000 €). Bei den ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffe bewegten sich die finanziellen Einbußen pro Krankenhaus im Mittel bei knapp 250.000 € (Median: 120.622 €).

Tab.
3

Erlösverluste durch den Rückgang von Operationen in der Zeit von Mitte März bis Anfang Mai 2020

Erlösverluste durch Rückgang stationärer Operationen/Eingriffe in €	... durch Rückgang ambulanter Operationen/stationersetzender Eingriffe (§ 115b SGB V) in €
Mittelwert	2.521.110	236.638
5 % getrimmter Mittelwert	2.191.163	120.622
Median	1.800.000	75.000
Unterer Quartilswert	1.000.000	39.627
Oberer Quartilswert	3.150.000	200.000

© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

1.5 Stellenbesetzungsprobleme im OP

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

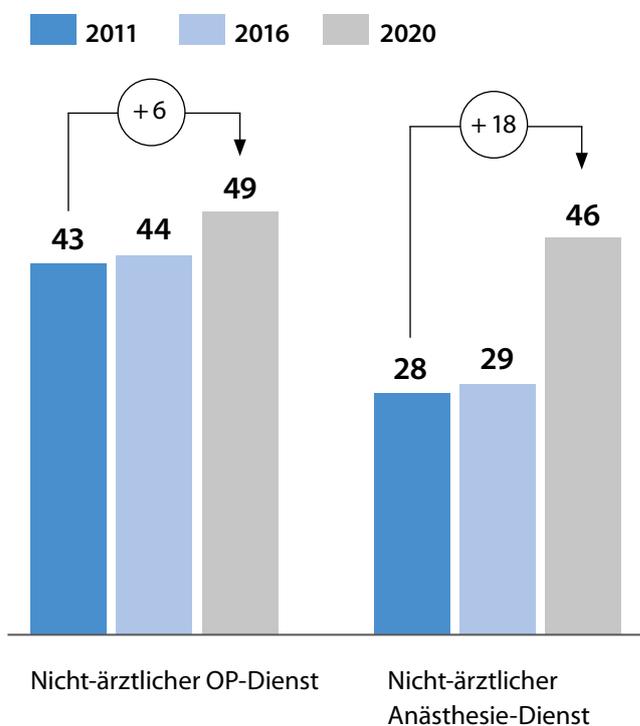
49% der Krankenhäuser hatten zur Jahresmitte 2020 Probleme, offene Stellen beim nicht-ärztlichen Personal im Operationsdienst zu besetzen. Gegenüber 2011 ist der Wert damit um 6 Prozentpunkte gestiegen.

Im Vergleich zum OP-Personal fällt beim nicht-ärztlichen Personal im Anästhesiedienst der Anteil der Einrichtungen mit Stellenbesetzungsproblemen mit 46 % kaum niedriger aus. Allerdings ist hier im letzten Jahrzehnt eine deutliche Steigerung um 18 % zu verzeichnen (**Abb. 8**).

Abb.

8

Haben Sie in Ihrem Krankenhaus derzeit Probleme offene Stellen im nicht-ärztlichen Anästhesie- und Operationsdienst zu besetzen? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

Die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen konnten im Mittel 3,6 Vollkraftstellen im Operationsdienst nicht besetzen (Median: 2,5). Hochgerechnet sind damit bundesweit rund 1.800 Vollkraftstellen im nicht-ärztlichen OP-Dienst unbesetzt.

Für das nicht-ärztliche Personal in der Anästhesie lag der Durchschnittswert bei 2,6 Stellen (Median: 2). Das entspricht hochgerechnet rund 1.200 vakanten Vollkraftstellen im nicht-ärztlichen Anästhesiedienst bundesweit.



2 GEBURTSHILFLICHE ABTEILUNGEN

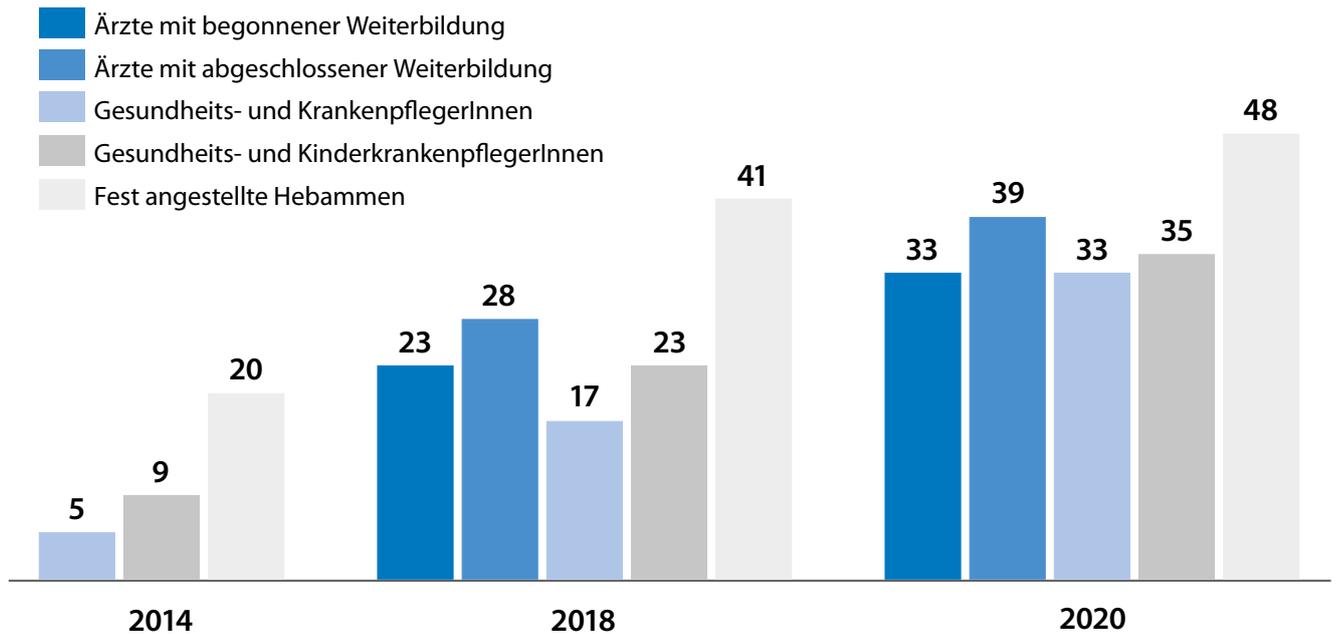
2.1 Stellenbesetzungsprobleme in der Geburtshilfe

Für die geburtshilflichen Abteilungen wurde für das Jahr 2020 erhoben, ob es Probleme gibt, offene Stellen bei verschiedenen Berufsgruppen zu besetzen. **Abb. 9** zeigt die entsprechenden Ergebnisse auch im Vergleich zum Jahr 2014 und 2018 (DKI, 2014, 2018).

Die größten Stellenbesetzungsprobleme bestehen bei den fest angestellten Hebammen. Fast die Hälfte aller Krankenhäuser mit einer geburtshilflichen Abteilung hat ein Problem, offene Stellen zu besetzen. Im Vergleich zu 2014 hat sich somit der Anteil der Häuser mehr als verdoppelt, in welchen offene Stellen für fest angestellte Hebammen nicht besetzt werden können.

Abb.
9

Haben Sie in der geburtshilflichen Abteilung derzeit Probleme, offene Stellen in den folgenden Berufsgruppen zu besetzen? (Krankenhäuser mit Geburtshilfe in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

Auch bei den Gesundheits- und KrankenpflegerInnen bzw. Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen bestehen Stellenbesetzungsprobleme. Etwa jede dritte Klinik mit einer Geburtshilfe kann offene Stellen bei diesen Berufsgruppen nicht besetzen. Auch hier zeigt der Vergleich zu 2014 eine deutliche und stetige Verschärfung des Problems.

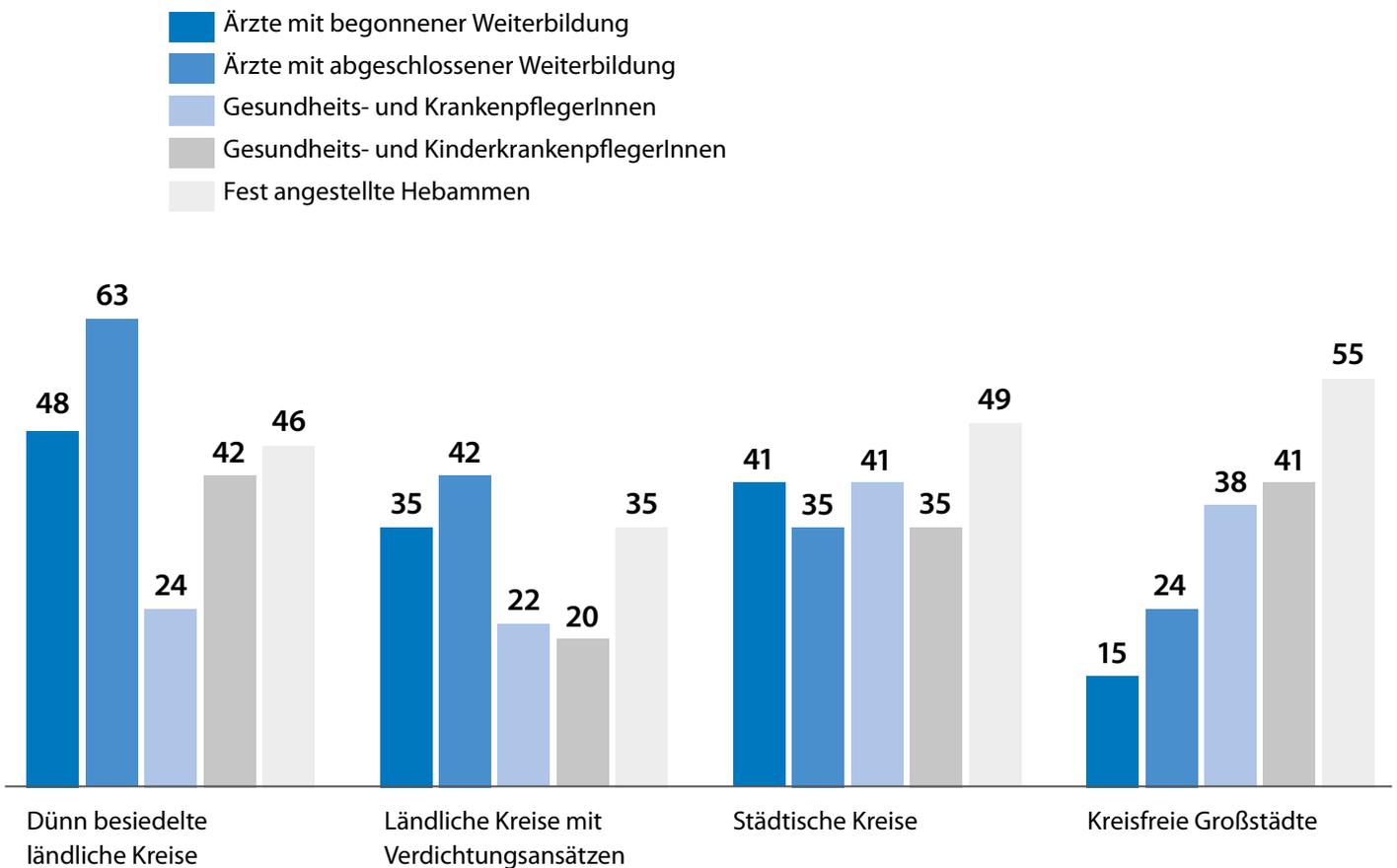
Bei den Ärzten mit begonnener und abgeschlossener Weiterbildung im Gebiet Frauenheilkunde

und Geburtshilfe zeigt sich ein vergleichbares Bild. Hier kann ebenfalls etwa jede dritte Klinik offene Stellen in einer geburtshilflichen Abteilung nicht besetzen. Im Jahr 2014 wurde bei den Ärzten nicht zwischen begonnener und abgeschlossener Weiterbildung unterschieden. Aber schon damals war fast ein Viertel der Krankenhäuser von entsprechenden Stellenbesetzungsproblemen betroffen, so dass auch hier eine Zunahme der Problematik zu beobachten ist.

Nach Bettengrößenklassen gibt es bei der Stellenbesetzung eindeutige Unterschiede zwischen dem Ärztlichen Dienst und nicht ärztlichen Berufen. Kleine Krankenhäuser (zwischen 100 und 299 Betten) haben mehr Probleme als größere Einrichtungen, Arztstellen im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu besetzen.

Bei Pflegekräften und Hebammen zeigt sich der Trend genau umgekehrt: Hier haben insbesondere die großen Kliniken ab 600 Betten deutlich mehr Stellenbesetzungsprobleme (Ergebnisse nicht dargestellt). Ähnlich deutliche Unterschiede zwischen dem Ärztlichen Dienst und den nicht ärztlichen Berufen zeigen sich bei der Betrachtung der siedlungsstrukturellen Kreistypen, die vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung definiert wurden (**Abb. 10**).

Abb. 10 Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen in der Geburtshilfe nach siedlungsstrukturellen Kreistypen (Krankenhäuser mit Geburtshilfe in %)



Die größten Probleme, offene Stellen für Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung im Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu besetzen, haben Krankenhäuser in dünn besiedelten ländlichen Räumen. Fast zwei Drittel der Krankenhäuser in diesen Regionen kämpfen mit dieser Problematik. Deutlich weniger Krankenhäuser haben Probleme, Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung zu finden, wenn sie in Großstädten liegen.

Differenzierter sieht die Situation bei den festangestellten Hebammen aus. In (Groß)Städten wie

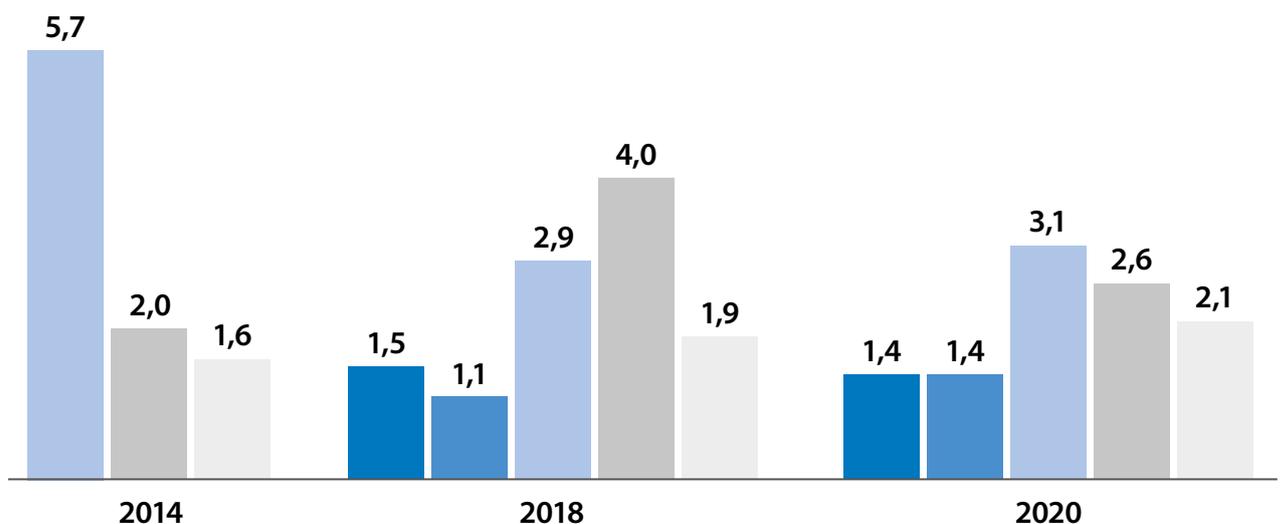
auch in dünn besiedelten ländlichen Kreisen kann rund die Hälfte der Krankenhäuser keine offenen Stellen besetzen.

Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen haben im Mittel 1,4 Vollkraftstellen im Ärztlichen Dienst unbesetzt. Gegenüber 2018 gab es hier kaum Veränderungen. Bei dem Pflegefachpersonal ist die Entwicklung im Zeitvergleich uneinheitlich (**Abb. 11**). Dagegen ist sie bei den festangestellten Hebammen leicht ansteigend.

Abb.
11

Offene Stellen in der geburtshilflichen Abteilung nach Mitarbeitergruppen (Vollkräfte/Krankenhaus)

- Ärzte mit begonnener Weiterbildung
- Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
- Gesundheits- und KrankenpflegerInnen
- Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen
- Fest angestellte Hebammen



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

2.2 Beleghebammen

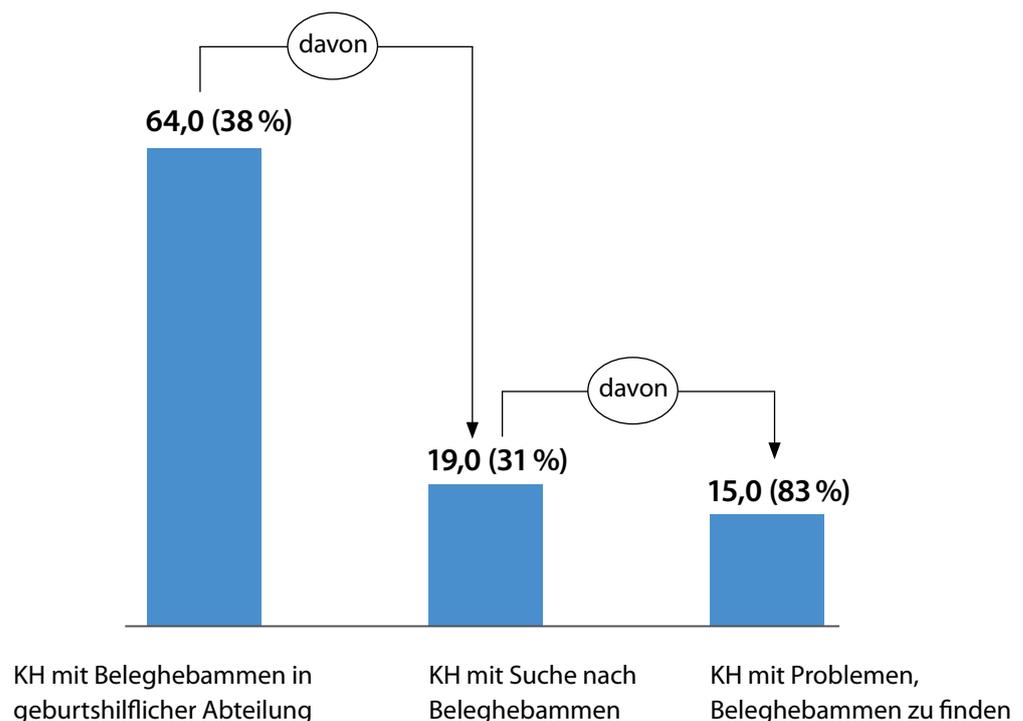
In 38 % der geburtshilflichen Abteilungen sind freiberufliche Hebammen tätig. Dies bedeutet einen leichten Rückgang gegenüber 2018 mit 44 % der Krankenhäuser mit Beleghebammen. Der entsprechende Anteil der geburtshilflichen Abteilungen mit Beleghebammen unterscheidet sich stark je nach Größe der Krankenhäuser. So sind in 51 % der Krankenhäuser mit bis zu 299 Betten Beleghebammen tätig, während in den großen Einrichtungen ab 600 Betten nur noch gut jede vierte Geburtsabteilung Beleghebammen hat.

Im Mittel sind 7,8 Beleghebammen in den jeweiligen geburtshilflichen Abteilungen tätig. Jede zehnte Einrichtung (11 %) mit einer geburtshilflichen Abteilung sucht derzeit Beleghebammen.

Jede dritte Einrichtung, die zurzeit schon Beleghebammen beschäftigt, ist auf der Suche nach weiteren freiberuflichen Hebammen (**Abb. 12**). Fast alle geburtshilflichen Abteilungen, die nach Beleghebammen suchen, haben jedoch Probleme, Beleghebammen zu finden.

Im Mittel werden 2,2 Beleghebammen (Köpfe) je geburtshilflicher Abteilung gesucht. Rechnet man die Zahl der gesuchten Beleghebammen auf alle geburtshilflichen Abteilungen hoch, so werden 144 Beleghebammen deutschlandweit gesucht. Gemäß Statistischem Bundesamt waren 2018 1.324 Beleghebammen in den Allgemeinkrankenhäusern tätig. Damit soll der derzeitige Bestand an Beleghebammen um rund 11 % aufgestockt werden.

Abb. 12 Krankenhäuser mit Beleghebammen und der Suche bzw. Probleme bei der Suche nach Beleghebammen (Anzahl Krankenhäuser und Prozentsatz)



2.3 Wirtschaftliche Lage der Geburtshilfen

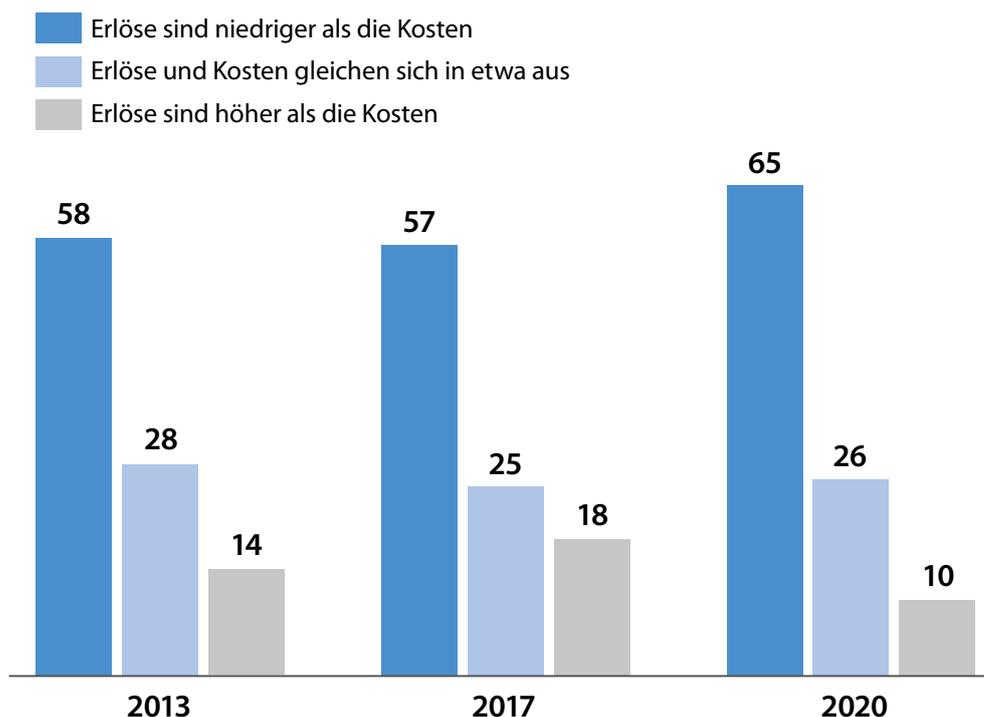
Im **Krankenhaus Barometer** wird traditionell nach der wirtschaftlichen Lage des Gesamtkrankenhauses gefragt. Im aktuellen Barometer wurde zusätzlich die wirtschaftliche Lage speziell in den geburtshilflichen Abteilungen betrachtet.

Rund 65 % der Krankenhäuser gaben hier an, dass im Jahr 2020 die Erlöse in der Geburtshilfe niedriger als die Kosten waren. Die Mehrzahl der geburtshilflichen Abteilungen arbeitet derzeit somit nicht kostendeckend.

In ähnlicher Größenordnung haben die geburtshilflichen Abteilungen dies auch schon für 2013 und 2017 festgestellt. Damit hat sich die wirtschaftliche Lage der Geburtshilfen offensichtlich in den letzten sieben Jahren nicht verbessert.



Abb. 13 Bitte geben Sie an, ob die geburtshilfliche Abteilung in Ihrem Krankenhaus alles in allem wirtschaftlich ist. (Krankenhäuser mit Geburtshilfe in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

Bei der Unterscheidung nach Größenklassen der Krankenhäuser zeigt sich, dass auch die großen Kliniken ab 600 Betten vermehrt niedrigere Erlöse als Kosten haben (**Abb. 14**). Bei fast zwei Dritteln der großen Einrichtungen ist dies der Fall. Im Vergleich zu 2017 ist das für die großen Kliniken ein Zuwachs um 22 Prozentpunkte (Ergebnisse nicht gezeigt).

Die Erwartungen der Krankenhäuser im Hinblick auf die wirtschaftliche Situation der Geburtshilfen für das Jahr 2021 unterscheiden sich nur wenig von der Ist-Situation des Jahres 2020. Insgesamt erwarten die Krankenhäuser kaum eine Veränderung bzw. Verbesserung ihrer Situation (**Abb. 15**).

Abb. 14 *Wirtschaftlichkeit der geburtshilflichen Abteilung in 2020 nach Bettengrößenklassen (Krankenhäuser mit Geburtshilfe in %)*

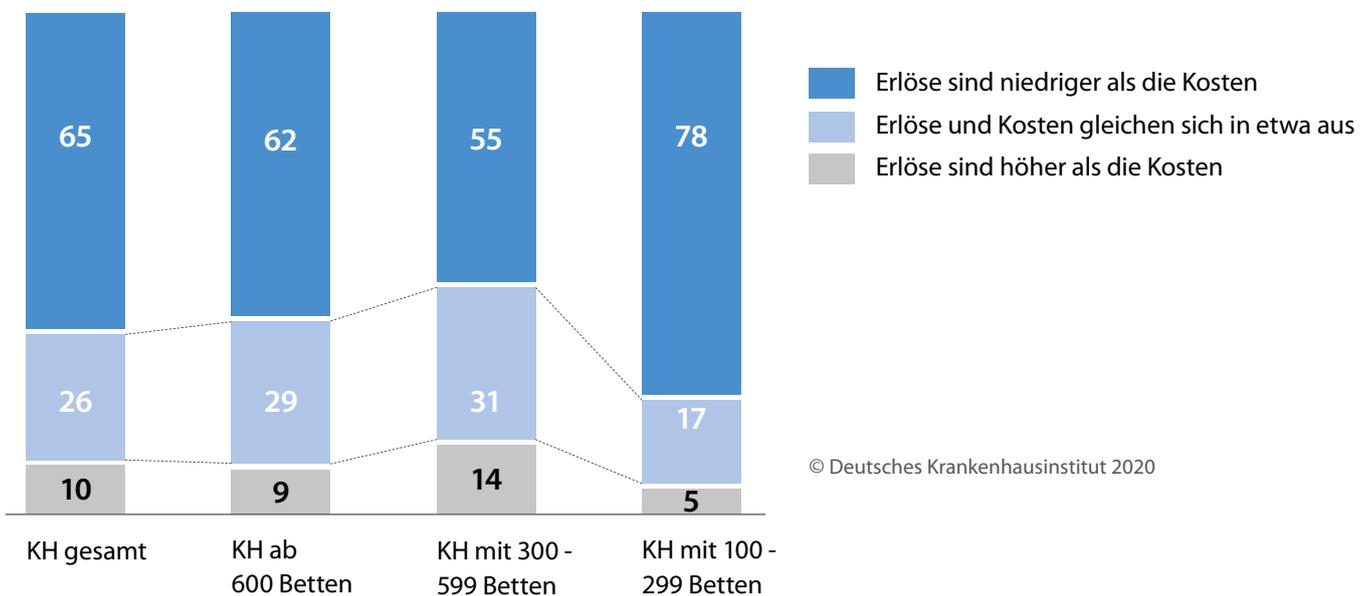
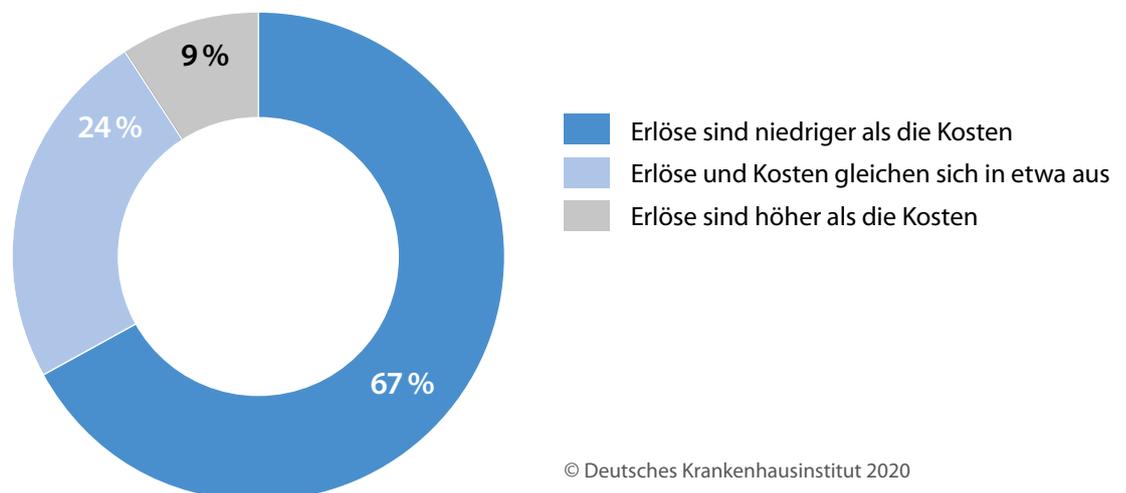


Abb. 15 *Erwartete wirtschaftliche Lage der geburtshilflichen Abteilungen für 2021 (Krankenhäuser mit Geburtshilfe in %)*



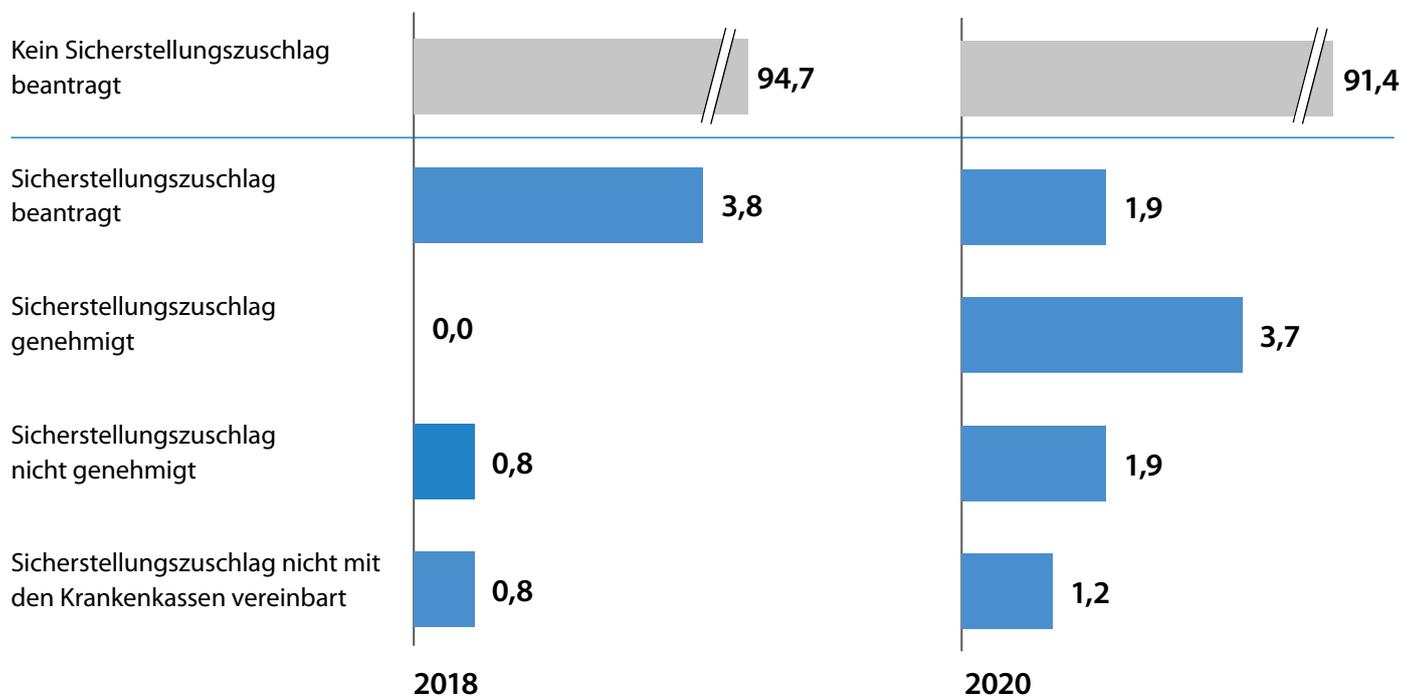
2.4 Sicherstellungszuschlag

Krankenhäuser können Zuschläge vereinbaren zur Finanzierung der Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen (§ 17b Absatz 1a Satz 1 Nr. 6 KHG; Sicherstellungszuschläge).

Der überwiegende Teil der Krankenhäuser mit einer geburtshilflichen Abteilung hat seit 2018 keinen Sicherstellungszuschlag beantragt (**Abb. 16**).

Rund 9% der Stichprobenkrankenhäuser gaben an, einen Sicherstellungszuschlag im Jahr 2020 beantragt zu haben. Davon sind fast 4% genehmigt und 2% nicht genehmigt worden. Insgesamt stellt sich die Situation kaum verändert zu 2018 dar.

Abb. 16 Haben Sie für die geburtshilfliche Abteilung Ihres Krankenhauses einen Sicherstellungszuschlag gemäß § 17b Absatz 1a Nummer 6 KHG beantragt? (Krankenhäuser mit Geburtshilfe in %)



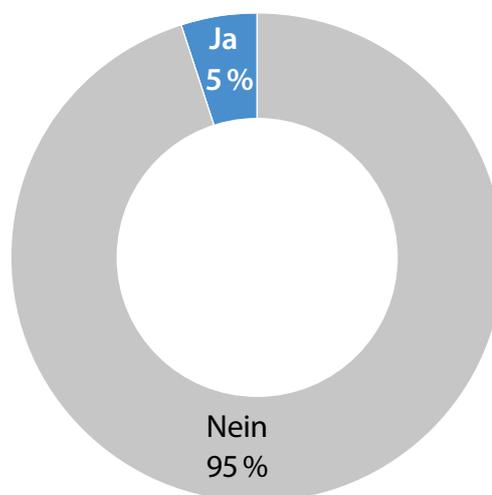


2.5 Zeitweise Schließung von Abteilungen

Im Jahr 2020 haben bisher 5 % der Krankenhäuser ihre geburtshilfliche Abteilung temporär geschlossen und für einen bestimmten Zeitraum keine weiteren Patientinnen aufgenommen. Damit gab es kaum Veränderungen zu 2017 mit 4 % zeitweisen Schließungen (Abb. 17).

Abb.
17

Haben Sie 2020 Ihre geburtshilfliche Abteilung temporär geschlossen? (Krankenhäuser mit Geburtshilfe in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

2.6 Zukunft der geburtshilflichen Abteilungen

Die Zukunft von geburtshilflichen Abteilungen wird mit Blick auf die demografischen Entwicklungen schon seit geraumer Zeit diskutiert. Erschwerend kommt hier der Fachkräftemangel hinzu, der seit Jahren die Arbeit in diesem Bereich beeinträchtigt.

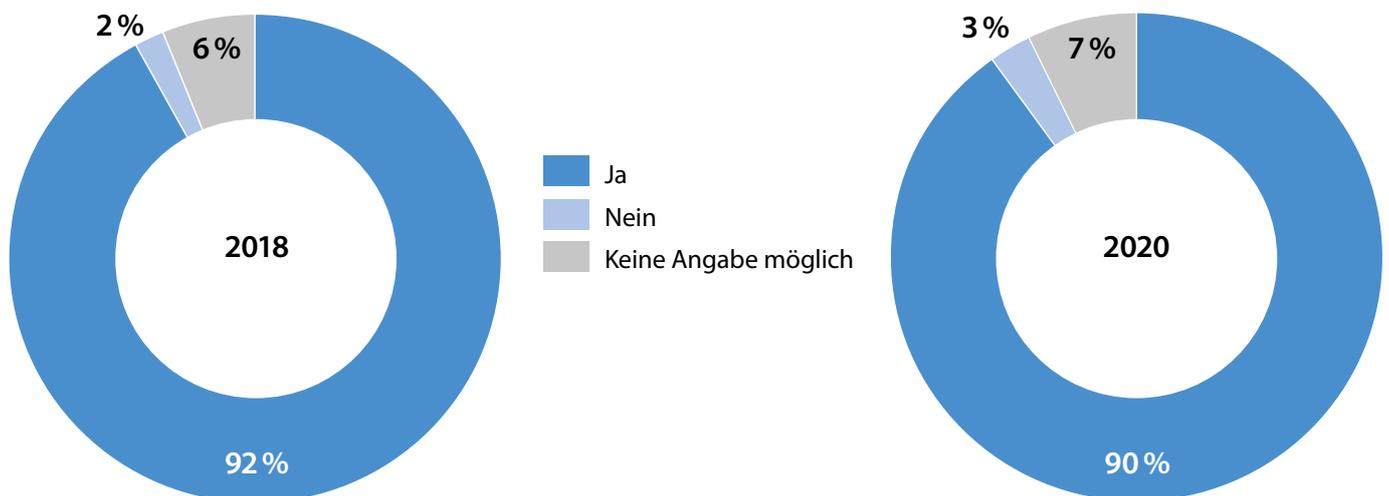
Vor diesem Hintergrund sollten die Krankenhäuser einschätzen, ob sie auch in drei Jahren noch über eine geburtshilfliche Abteilung verfügen werden (**Abb. 18**). 89 % der Krankenhäuser gehen davon

aus, dass sie ihre Geburtshilfe weiterhin betreiben können. Lediglich 3 % der Häuser zeigen sich skeptisch. Sie gehen davon aus, im Laufe der kommenden Jahre diese Abteilung schließen zu müssen.

Problematisch ist die Schließung von geburtshilflichen Abteilungen immer dann, wenn die Versorgungsdichte an Geburtshilfen im Umkreis gering ist. Aus diesem Grund wurde nach anderen geburtshilflichen Abteilungen in der Nähe des eigenen Krankenhauses gefragt.

Abb. 18

Gehen Sie davon aus, dass Ihr Krankenhaus auch in 3 Jahren noch über eine geburtshilfliche Abteilung verfügt? (Krankenhäuser mit Geburtshilfe in %)



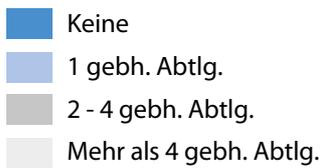
© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

Dabei gaben 30 % der Häuser an, dass sich im Umkreis von 20 km keine weitere geburtshilfliche Abteilung befindet. Bei gut einem Drittel der Häuser gab es in diesem Radius zwei bis vier entsprechende Abteilungen. Jedes fünfte Krankenhaus hatte in seiner Nähe mehr als vier Geburtshilfen (Ergebnisse nicht gezeigt).

Besondere Relevanz hat die Versorgungsdichte der Geburtshilfen jedoch, wenn man die zur Verfügung stehenden Einrichtungen nach siedlungsstrukturellen Kreistypen differenziert betrachtet

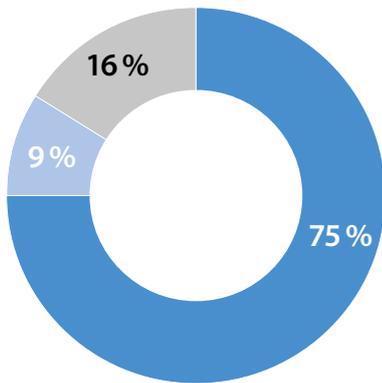
(Abb. 19): Erwartungsgemäß ist die Zahl der Geburtshilfen in einem Radius von 20 km in den kreisfreien Großstädten relativ hoch. Dort haben 45 % der Häuser mehr als vier Geburtshilfen in der näheren Umgebung. In dünn besiedelten ländlichen Kreisen hat kein Stichprobenkrankenhaus in diesem Radius vier und mehr andere Geburtshilfen. In drei Viertel dieser Häuser gibt es in einem Radius von 20 km keine weitere geburtshilfliche Abteilung. Das kommt in den Großstädten lediglich bei 6 % der Krankenhäuser vor.

Abb. 19 *Wie viele geburtshilfliche Abteilungen in anderen Krankenhäusern gibt es in einem Radius von 20 km um Ihr Krankenhaus? (Krankenhäuser mit Geburtshilfe in %)*

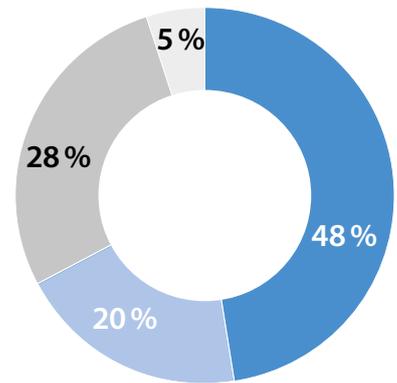


© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

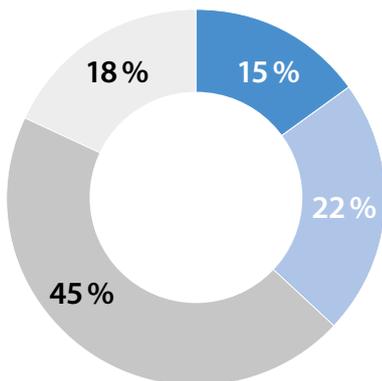
Dünn besiedelte ländliche Kreise



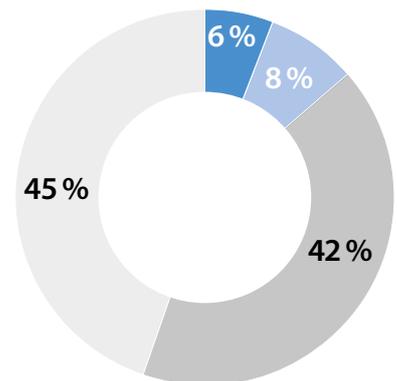
Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen



Städtische Kreise



Kreisfreie Großstädte



2.7 Gründe für die Schließung von geburtshilflichen Abteilungen

Unabhängig von den Zukunftserwartungen für die eigene geburtshilfliche Abteilung sollten die Befragungsteilnehmer eine generelle Einschätzung zu möglichen Gründen für eine Schließung von Geburtshilfen abgeben (**Abb. 20**).

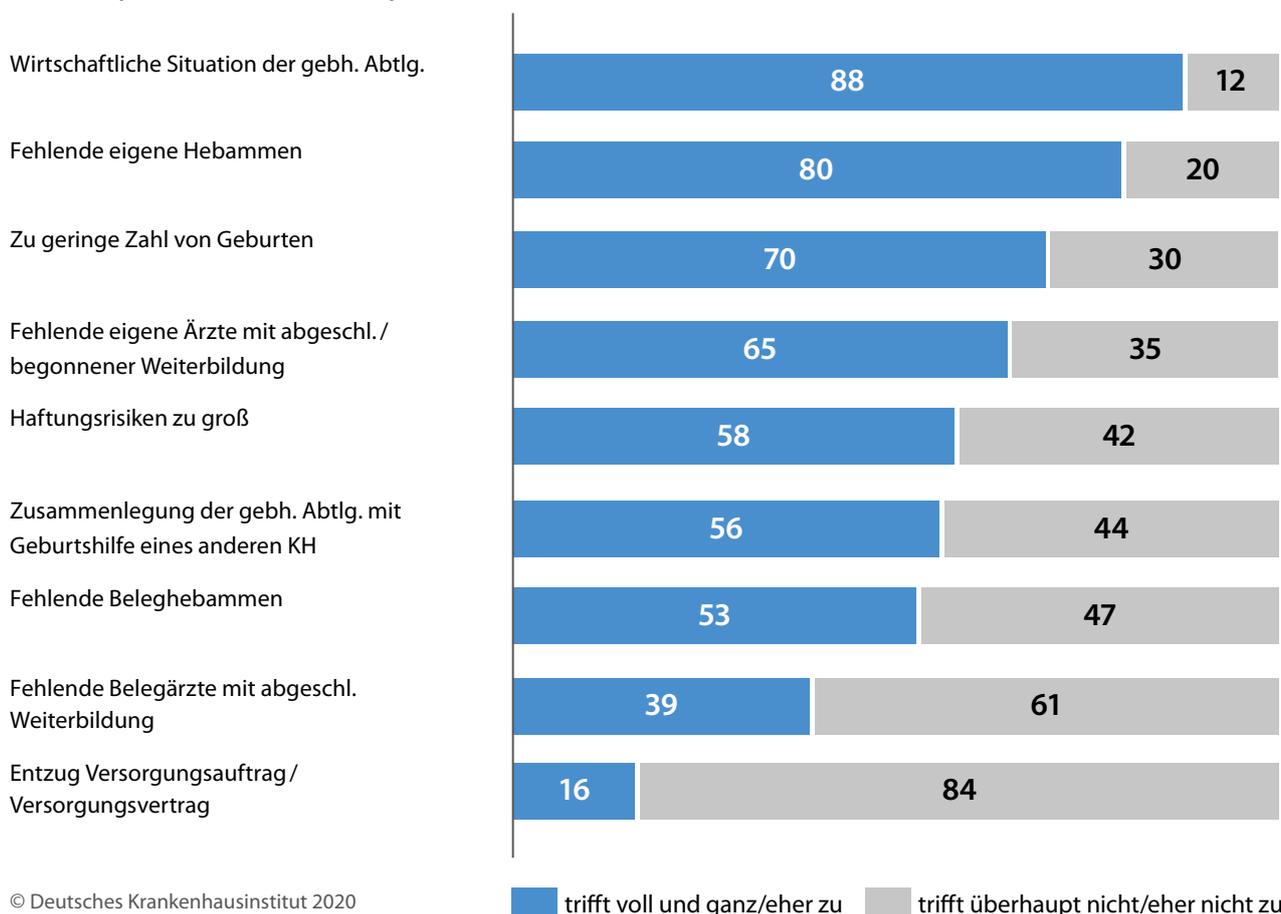
Der maßgebliche Grund („trifft voll und ganz zu“ bzw. „trifft eher zu“), der von gut 88 % der Häuser genannt wurde, ist die wirtschaftliche Lage der Geburtshilfe. Wie schon festgestellt (vgl. Kap. 2.3), sind in zwei Drittel der Krankenhäuser die Kosten der Geburtshilfe höher als die Erlöse. Sollte sich diese Situation verschärfen, erwartet die große Mehrheit der Krankenhäuser, dass es zu Schließungen aus wirtschaftlichen Gründen kommen wird.

Eng damit zusammenhängend, nannten 80 % der Krankenhäuser fehlende Hebammen sowie 70 % eine zu geringe Zahl von Geburten als weitere Gründe für eine Schließung.

Fehlende eigene Ärzte mit abgeschlossener oder begonnener Weiterbildung im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe und die Haftungsrisiken stehen an vierter und fünfter Stelle der am häufigsten genannten Gründe.

Nur von wenigen Krankenhäusern wurde der Entzug des Versorgungsauftrages bzw. Versorgungsvertrages als maßgeblicher Grund genannt.

Abb. 20 Welche Gründe sprechen aus Ihrer Sicht maßgeblich dafür, dass Krankenhäuser in 3 Jahren ggf. über keine geburtshilfliche Abteilung mehr verfügen werden? (Krankenhäuser in %)





3 PLANUNGSRELEVANTE QUALITÄTSINDIKATOREN

Seit dem Erfassungsjahr 2017 werden elf Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung aus den Bereichen gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie als planungsrelevante Qualitätsindikatoren (plan. QI) eingesetzt. Die normative Grundlage dazu stellt die „Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 136c Absatz 1 und Absatz 2 SGB V – plan. QI-RL“ dar.

Diese Richtlinie regelt ein datengestütztes Auswertungsverfahren für die übermittelten einrichtungsbezogenen Indikatorergebnisse. Es werden Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern definiert sowie das Verfahren zur Übermittlung der Ergebnisse an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen.

Durch die Anwendung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sollen die Länder in die Lage versetzt werden, bei ihren Planungsentscheidungen neben Aspekten der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern auch die Versorgungsqualität der Einrichtungen zu berücksichtigen.

Bei einem sachgerechten Einsatz mit einem geeigneten Instrumentarium kann dies zum Ziel einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern beitragen.

Die von den Krankenhäusern erhobenen Daten werden vom **Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)** validiert und bei statistisch auffälligen Ergebnissen einer fachlichen Bewertung unterzogen.

Die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, die vom IQTIG mit unzureichender Qualität bewertet werden, werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss unter Nennung der Krankenhausstandorte veröffentlicht. Gleichzeitig erhalten die für die Krankenhausplanung zuständigen Ministerien die Auswertungen für ihre Bundesländer.

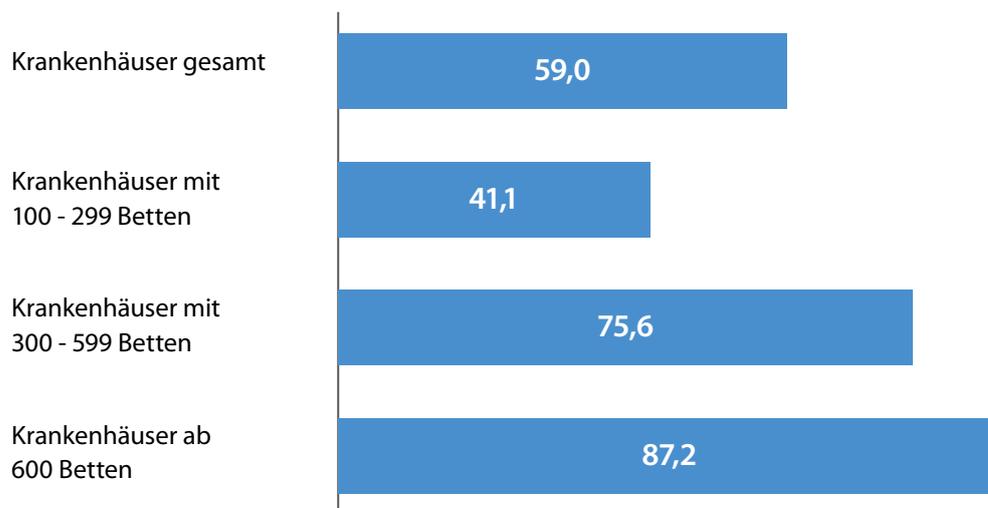
Mit der Befragung der Krankenhäuser sollte in Erfahrung gebracht werden, inwieweit das derzeitige Verfahren für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung geeignet ist und ob sich aus Sicht der Krankenhäuser Verbesserungsmöglichkeiten am Verfahren zeigen.

3.1 Krankenhäuser mit plan. QI

Eingangs sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie im Jahr 2020 Leistungen erbracht haben, die zu dem plan. QI-Verfahren gehören. Dies war bei 59 % der Befragungsteilnehmer der Fall (**Abb. 21**).

In Abhängigkeit von der Größe der Krankenhäuser steigt der Anteil der Häuser, die Leistungen erbracht haben, die für das plan. QI-Verfahren relevant sind. Die Ausführungen in diesem Kapitel beziehen sich ausschließlich auf Krankenhäuser, die im Jahr 2020 Leistungen, die zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zählen, erbracht haben.

Abb. 21 *Krankenhäuser mit Leistungen, die zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gehören (Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

3.2 Relevanz der plan. QI

Die Relevanz der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren muss sich an den damit verbundenen Zielsetzungen messen lassen.

Konkret erfolgte deren Bewertung nach ihrer Praxisrelevanz für Patienten, für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sowie für Krankenhäuser.

Die Krankenhäuser wurden jeweils nach der Relevanz für jeden der elf Qualitätsindikatoren gefragt. Hierbei wurden nur Krankenhäuser berücksichtigt, die die zugehörigen Leistungen auch erbracht haben.

Die Bewertung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren im Bereich der gynäkologischen Operationen fällt ambivalent aus (Tab. 4). Auf der einen Seite sehen einige Krankenhäuser die Möglichkeit der Patienten, sich mittels dieser Indikatoren über die Qualität ihres Hauses zu informieren.

Sie konstatieren auch, dass durch die Indikatoren zum Teil krankenhauserinterne Qualitätsverbesserungen angestoßen werden. Auf der anderen Seite schätzt die Mehrzahl der Krankenhäuser den Nutzen der Qualitätsindikatoren für krankenhauserplanerische Entscheidungen gering ein.

Tab.

4

Relevanz der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren „Gynäkologische Operationen“ - Ja-Antworten in % der Krankenhäuser mit entsprechenden Leistungen

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren	Bieten die plan. QI Patienten Informationen über die Qualität in Ihrem Krankenhaus?	Sind die plan. QI für krankenhauserplanerische Entscheidungen geeignet?	Werden durch die plan. QI krankenhauserinterne Qualitätsverbesserungen angestoßen?
Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	49,0	22,0	54,1
Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	59,3	29,8	64,9
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	65	36,2	66,7

Bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren im Bereich der Geburtshilfe fällt das Ergebnis überwiegend ähnlich aus. Allerdings wird der Nutzen für krankenhauserplanerische Entscheidungen von zwei der vier Indikatoren höher eingeschätzt (**Tab. 5**).

Bei den vier planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus dem Bereich der Mammachirurgie sieht die Mehrzahl der Krankenhäuser in ihnen einen Informationsgewinn für die Patienten. Auch wird durchaus der Nutzen für krankenhauserinterne Qualitätsverbesserungen gesehen. Aber auch hier – wie schon bei den Indikatoren aus dem Bereich der „Gynäkologischen Operationen“ – sieht die Mehrheit der Krankenhäuser keinen Nutzen für die Krankenhausplanung durch diese Indikatoren (**Tab. 6**).



Tab.

5

Relevanz der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren „Geburtshilfe“ - Ja-Antworten in % der Krankenhäuser mit entsprechenden Leistungen

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren	Bieten die plan. QI Patienten Informationen über die Qualität in Ihrem Krankenhaus?	Sind die plan. QI für krankenhauserplanerische Entscheidungen geeignet?	Werden durch die plan. QI krankenhauserinterne Qualitätsverbesserungen angestoßen?
Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	69,0	47,4	61,9
Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stat. Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	55,9	33,3	57,9
E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	73,5	50,4	66,9
Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittbindung	63,2	30,5	59,4



Insgesamt fällt die Bewertung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren durch die Krankenhäuser nicht einheitlich aus. Ihre krankhausplanerische Relevanz wird überwiegend bezweifelt.

Dies zeigt, dass die bisher genutzten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus Sicht der Krankenhäuser kaum einen Nutzen für die Krankenhausplanung aufweisen. Dagegen schätzen die Krankenhäuser die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren eher für relevant ein, um die eigenen Ergebnisse zu analysieren und ggf. geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität einzuleiten. Die Relevanz der Indikatoren zur Information von Patienten wird teilweise gesehen.

Tab. **6** *Relevanz der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren „Mammachirurgie“ - Ja-Antworten in % der Krankenhäuser mit entsprechenden Leistungen*

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren	Bieten die plan. QI Patienten Informationen über die Qualität in Ihrem Krankenhaus?	Sind die plan. QI für krankhausplanerische Entscheidungen geeignet?	Werden durch die plan. QI krankhausinterne Qualitätsverbesserungen angestoßen?
Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	64,9	43,4	67,5
Primäre Axilladisektion bei DICS	64,6	41,2	59,8
Intraoperative Präperatradio- grafie oder intraoperative Präparatsonografie bei sono- grafischer Drahtmarkierung	66,2	39,7	63,7
Intraoperative Präperatradio- grafie oder intraoperative Präparatsonografie bei mam- ografischer Drahtmarkierung	65,3	41,4	64,4

3.3 Nutzen und Aufwand der plan. QI

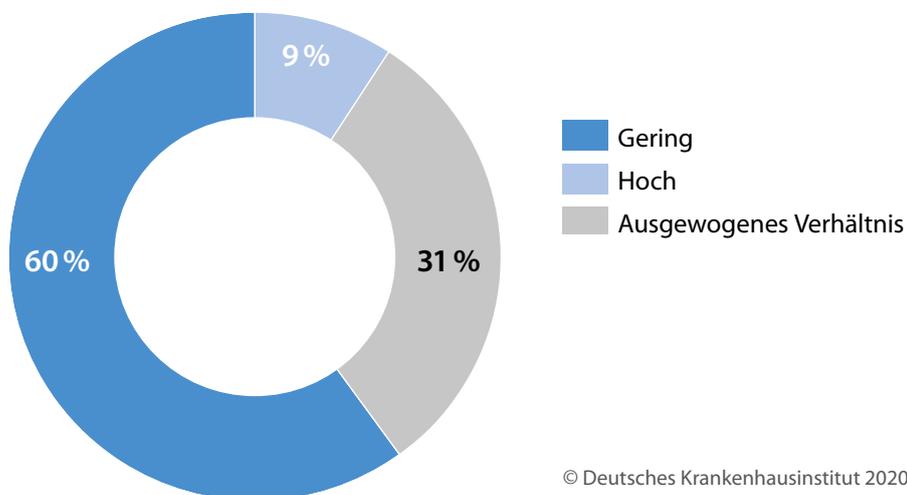
Die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren müssen sich auch am Verhältnis von Aufwand und Nutzen messen lassen. Die Beurteilung der Aufwand-Nutzen-Relation ist eindeutig: Fast 60 % der Krankenhäuser sehen eher einen geringen Nutzen durch die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren im Vergleich zu dem von ihnen ausgelösten Aufwand (**Abb. 22**).

Diese eindeutige Beurteilung der Nutzen-Aufwand-Relation muss im Zusammenhang mit der

Beurteilung der Relevanz der Qualitätsindikatoren gesehen werden. Die Mehrzahl der Krankenhäuser gab an, dass die Indikatoren durchaus krankenhauserinterne Qualitätsverbesserungen ausgelöst haben.

Dieser positive Effekt wird jedoch offensichtlich durch einen zu hohen Aufwand beim gesamten Verfahren der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren konterkariert. Das Verfahren ist für Qualitätsverbesserungen sinnvoll, aber aus Sicht der Krankenhäuser zu aufwändig.

Abb. 22 *Wie beurteilen Sie für Ihr Krankenhaus den Nutzen der plan. QI insgesamt im Vergleich zu dem Aufwand, der durch sie ausgelöst wird? (Krankenhäuser mit plan. QI in %)*



3.4 Erfahrungen mit zuständigen Behörden

Der G-BA informiert die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden über die Ergebnisse des plan. QI-Verfahrens.

Rund 20 % der Krankenhäuser, die Leistungen erbringen, die für die plan. QI relevant sind, haben Erfahrungen mit den zuständigen Behörden gesammelt.

Differenziert nach Krankenhausgröße gab mehr als ein Drittel der kleinen Häuser unter 300 Betten an, dass sie nach Auffälligkeiten im Kontakt mit den Behörden standen. In den übrigen Bettengrößenklassen waren es jeweils 11 %.

Gefragt nach dem resultierenden Handlungsbedarf aus den Behördenkontakten, kann man die Antworten der betroffenen Krankenhäuser in drei Gruppen zusammenfassen:

1. Krankenhausinterne Qualitätsverbesserungen wurden eingeleitet

Viele Krankenhäuser gaben an, dass krankenhauserne Qualitätsverbesserungen angestoßen werden konnten. So gaben Krankenhäuser u. a. folgendes an:

- „Fälle wurden vollständig mit Planungsbehörde besprochen. Maßnahmen wurden gemeinsam festgelegt.“
- „Verbesserung in der Kommunikation; Verfahrensanweisungen“
- „vermehrte Aufmerksamkeit auf den Indikator“



2. Es hat sich kein Handlungsbedarf ergeben

Etwa ein Drittel der betroffenen Krankenhäuser gab an, dass sich kein Handlungsbedarf aus dem Kontakt zu den Behörden ergeben habe. Begründet wurde diese u. a. wie folgt:

- „Einschätzung IQTIG war falsch.“
- „keiner, Kritik war fremdverschuldet“
- „keiner, fehlende medizinische Kompetenz der Behörde“

3. Methodenkritik

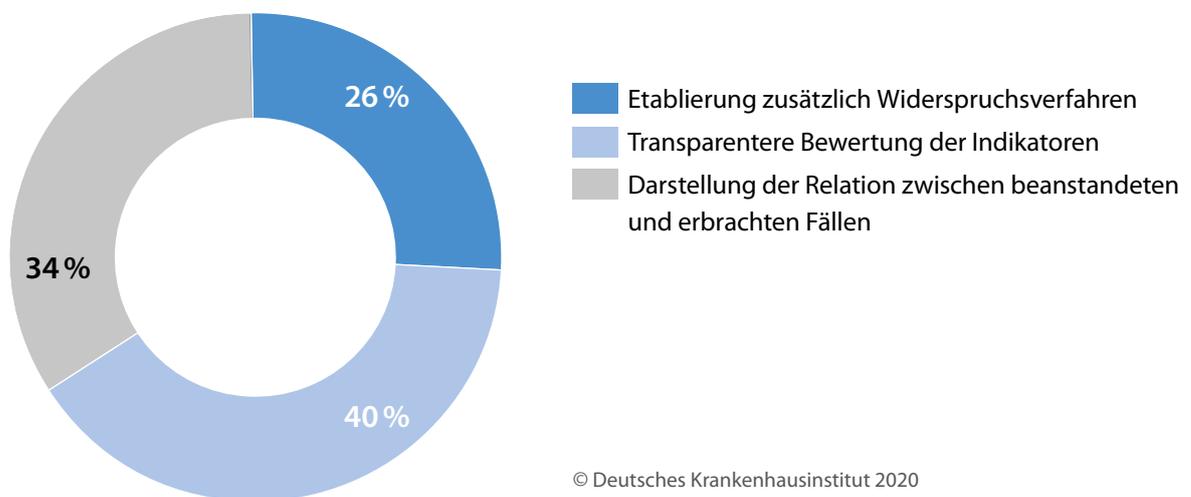
Etwa 10 % der Krankenhäuser übten Fach- und Methodenkritik am Verfahren und den verwendeten Indikatoren. Das äußert sich u. a. durch folgende Aussagen:

- „Eigentlich nicht notwendige Antibiose bei primärer Sectio (muss aber gegeben werden! Studien alle alt!)“
- „schwierige und wenig pragmatische Abstimmung mit den IQTIG“

3.5 Verbesserungsmöglichkeiten des plan. QI-Verfahrens

Abschließend wurden die Krankenhäuser noch nach Verbesserungen des plan. QI-Verfahrens gefragt (**Abb. 23**).

Abb.
23 *Wie muss sich das plan. QI-Verfahren verbessern?*
(Krankenhäuser mit plan. QI in %)



Fast 40 % der Krankenhäuser wünscht sich eine transparente Bewertung der Indikatoren. Mehr als ein Drittel der Häuser wäre für eine Darstellung der Relation zwischen beanstandeten und erbrachten Fällen, um die Relevanz der beanstandeten Leistungen zu verdeutlichen. Außerdem fordert ein Viertel der Häuser ein zusätzliches Widerspruchsverfahren, um Unklarheiten oder Fehlinterpretationen vor der Veröffentlichung von Auffälligkeiten ausräumen zu können.

Im Rahmen einer offenen Frage konnten die Krankenhäuser weitere Verbesserungsvorschläge nennen. Die Vorschläge beinhalten Verbesserungen der Methodik und des Verfahrens. Andere Krankenhäuser erkennen keinen weiteren Nutzen des plan. QI-Verfahrens und schlagen dessen Abschaffung vor.

Die nachfolgende **Tab. 7** führt die Verbesserungsvorschläge und Hinweise auf.



Tabelle 7: Verbesserung des plan. QI-Verfahrens

Zwingende medizinische Fachkompetenz und Einzelfallbetrachtung

Versorgungsbedarf flächendeckend vs. Versorgungsgebiete beachten

Der Dokuaufwand für fachlich zertifizierte Zentren (gem. DKG, Senologie, Onkologie, Brustkrebszentr., Endoprothetikzentr. usw.) sollte auf die Relation der erbrachten Fälle reduziert werden, da diese sehr umfangreich von den Fachgesellschaften doppelter u. dreifacher Dokuaufwand anhand von QI im Erhebungsbogen abgefragt werden.

Vermeidung doppelter Doku bei zertifizierten Zentren, da dort gleiches und mehr abgefragt wird.

Der bürokratische Aufwand bei den Stellungnahmen; Verfahren muss reduziert werden.

Manche QI müssen überdacht werden, z. B. Antibiose bei Sectio.

Risikoadjustierung verstärken

Im Gyn-Bereich wird nur ein geringer Teil der erbrachten Leistungen abgesichert.

Reduktion der Anzahl der Parameter, plan. QI für alle Fachrichtungen etablieren

Relevante Kriterien, z. B. Sectorate, werden nicht abgefragt. Dies sollte eingeführt werden.

Mehr Kontext bei bestimmten Einzel-Items; ein einfaches Ja / Nein erfasst nicht den Kontext des Ereignisses.

Tab.
7

Fortsetzung Tabelle 7: Verbesserung des plan. QI-Verfahrens
Die "Umwidmung" um Indikatoren, die ursprünglich für andere Zwecke entwickelt worden sind, für Planungszwecke nicht sinnvoll. Die bisher ausgewählten Indikatoren sind für die KH-Planung besonders ungeeignet. Eine Veröffentlichung bei Auffälligkeiten ohne Kommunikationsmöglichkeiten durch das KH ist abzulehnen und sachlich nicht gerechtfertigt.
IQTIG sollte auf Informationen seitens der Kliniken adäquat eingehen.
Platz für Erläuterungen, Kommentare bei Spezialfällen sichtbar im QS-Bogen
Fremdverschuldete Ursachen werden unkommentiert veröffentlicht, hier "Anwesenheit Pädiater" von externen Richtigstellungen, Kommentare müssen mit veröffentlicht werden.
Die Berichte des IQTIG sind im Vergleich zu den BAQ-Berichten schlechter lesbar und schlechter strukturiert. Die Frist bis zur Verfügbarkeit der Berichte ist deutlich zu lang.
Vor Veröffentlichung auf der G-BA Seite die Ergebnisse und wie diese dargestellt werden, den Kliniken zur Verfügung stellen und vor Veröffentlichung Widerspruchsmöglichkeit
Zeitnahe unterjährige Berichte
Die für das Jahr geltende plan. QI sollten zu Beginn des Jahres vorgestellt werden.
Patientenwunsch wird nicht berücksichtigt. Ausnahme / Sondersituation wird primär durchschnittlich berücksichtigt
Die aus dem plan. QI-Verfahren erfassten Daten sollten auch, wie gedacht zu Ableitungen / Konsequenzen in der KH-Planung führen.
Bessere Aussagekraft der Indikatoren für die Krankenhausplanung
Eine so geringe Anzahl von plan. QI kann keine Grundlage für eine krankenhauserische Entscheidung sein. Ein längerer Probelauf, um die Eignung von plan. QI zu testen.
Mehr und kurzfristiger Einfluss der Fachgesellschaften auf die Bögen
Geringer Arbeitsaufwand, ein Portal für alle QS-Indikatoren
Ganz abschaffen
Plan. QI abschaffen
Beendigung des Verfahrens



4 KRANKENHAUSINDIVIDUELLE PFLEGE BUDGETS

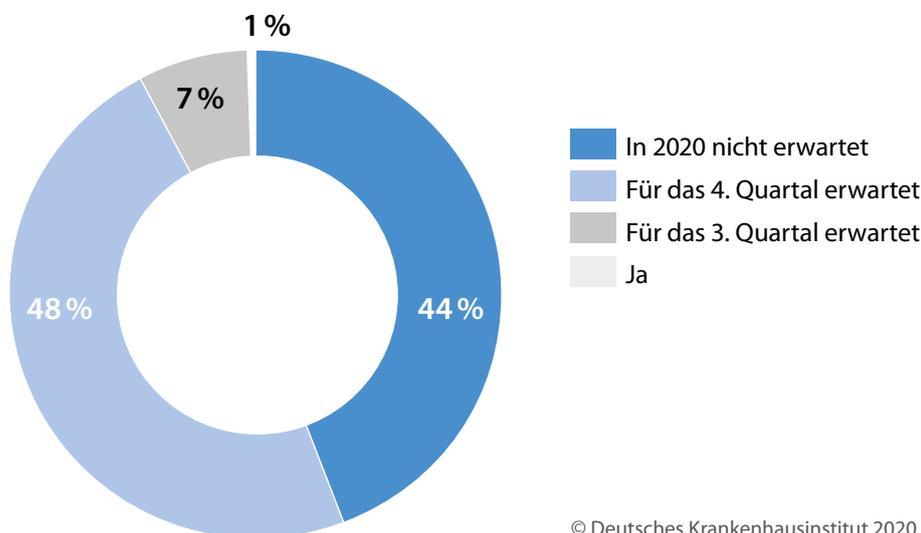
Die Umstellung auf krankenhausesindividuelle Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG stellt die weitreichendste Veränderung in der Krankenhausfinanzierung seit Einführung des DRG-Systems im Jahr 2003 dar. Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) hat der Gesetzgeber die Betriebskostenvergütung der Kliniken dem Grunde nach in Form einer Ist-Kosten Finanzierung der Pflegestellen reformiert. Dabei werden die DRG-Fallpauschalen um den Pflegekostenanteil bereinigt. Alle anfallenden Personalkosten für die „unmittelbare Pflege am Bett“ sollen ab diesem Jahr durch mit den Krankenkassen zu verhandelnde Pflegebudgets voll refinanziert werden.

Im **Krankenhaus Barometer 2020** wurden der aktuelle Umsetzungsstand, Herausforderungen und erwartete Auswirkungen der Einführung krankenhausesindividueller Pflegebudgets untersucht.

4.1 Abschluss eines Pflegebudgets zum 01.07.2020

Abb. 24 zeigt, dass zum Stand 01.07.2020 noch fast kein Krankenhaus den Abschluss eines Pflegebudgets verzeichnen konnte und nur 7 % der Häuser dies im dritten Quartal 2020 erwarten. Die große Mehrheit dagegen rechnet mit einem Abschluss des Pflegebudgets im vierten Quartal (48 %) oder erst im nächsten Jahr (44 %).

Abb.
24 Haben Sie zum Stand 01.07.2020 ein Pflegebudget abgeschlossen?
(Krankenhäuser in %)

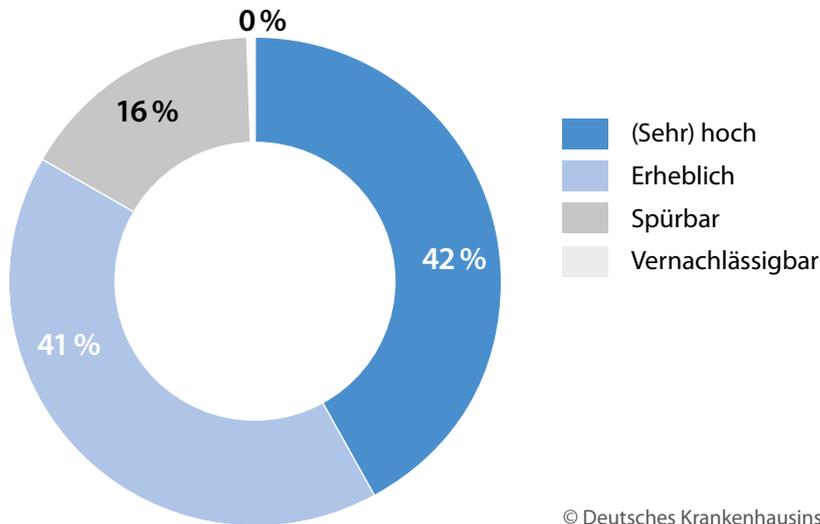


4.2 Zusätzlicher Vorbereitungsaufwand

Die gesetzlichen Vorgaben zur Bestimmung des neuen Pflegebudgets gehen mit einer hohen Komplexität einher. Die Verhandlungspartner auf Seiten der Krankenhäuser und Krankenkassen betreten hier Neuland. Die Krankenhäuser sollten den zusätzlichen Aufwand für die Vorbereitung der Budgetverhandlungen zur Vereinbarung krankenhausesindividueller Pflegebudgets einschätzen (**Abb. 25**).

Den zusätzlichen Aufwand schätzen 42 % als *(sehr) hoch* und weitere 41 % als *erheblich* ein. Noch rund 16 % schätzen ihn als *spürbar*, jedoch praktisch kein Krankenhaus als *vernachlässigbar* ein.

Abb. 25 *Zusätzlicher Vorbereitungsaufwand für Budgetverhandlungen zu krankenhaushausindividuellen Pflegebudgets? (Krankenhäuser in %)*



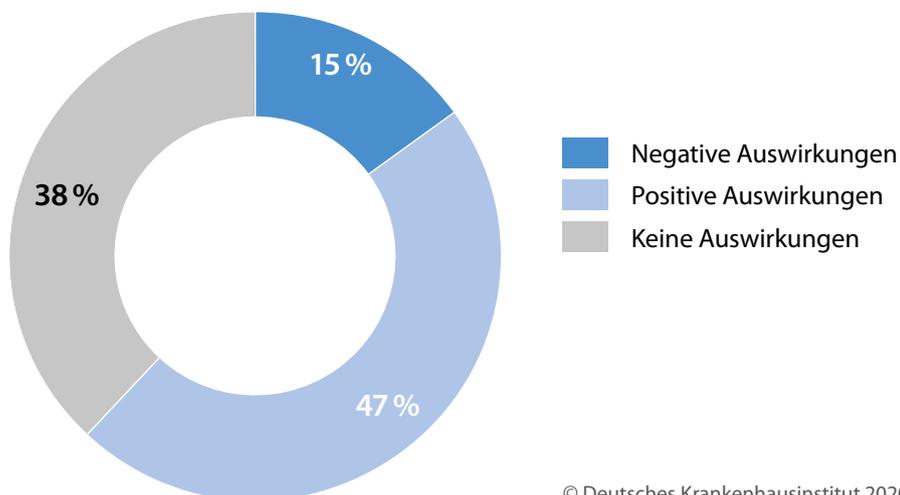
© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

4.3 Auswirkungen auf Personalausstattung und Finanzen

Wesentliches Ziel der Einführung krankenhaushausindividueller Pflegebudgets ist eine verbesserte **Pflegepersonalausstattung** in den Krankenhäusern. Knapp die Hälfte (47 %) der Krankenhäuser rechnet damit, dass sich die Maßnahme positiv auf

die angespannte Personalsituation auswirkt (**Abb. 26**). Mehr als jedes dritte Haus gibt an, hier keine Auswirkungen zu erwarten und nur eine Minderheit von 15 % befürchtet negative Auswirkungen.

Abb. 26 *Auswirkungen der Pflegebudgets auf die Pflegepersonalausstattung (Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen in %)*



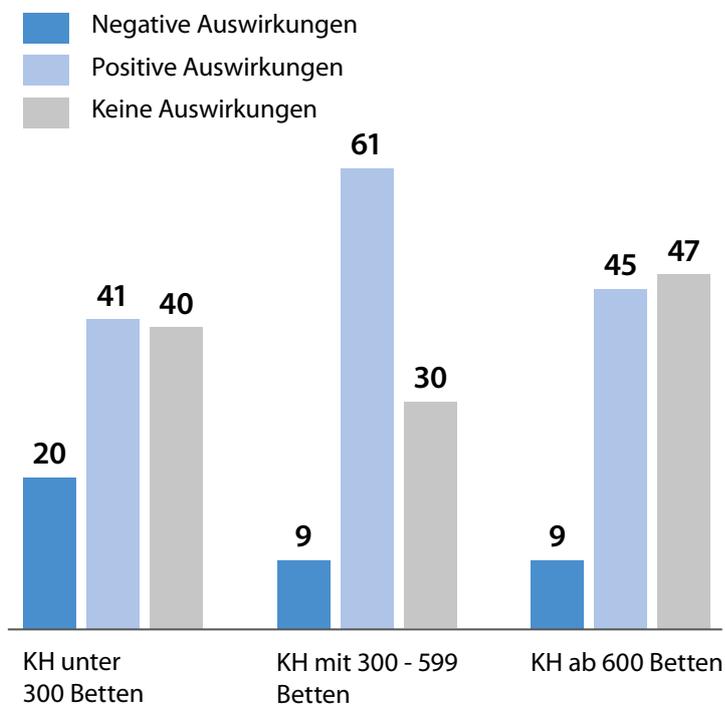
© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

Eine Analyse nach Krankenhausgröße (Abb. 27) zeigt, dass von den kleineren Krankenhäusern mit weniger als 300 Betten im Vergleich vermehrt negative und von den mittleren Krankenhäusern mit 300-599 Betten vermehrt positive Auswirkungen auf die Pflegepersonalausstattung erwartet werden.

Hinsichtlich der Auswirkungen der Pflegebudgets auf die finanzielle Lage sind die Ergebnisse weniger eindeutig. Hier halten sich die Befragungsteilnehmer, die positive Auswirkungen (42 %) oder negative Auswirkungen (38 %) erwarten, in etwa die Waage (Abb. 28). Jedes fünfte Haus sieht keinerlei finanzielle Auswirkungen auf sich zukommen.

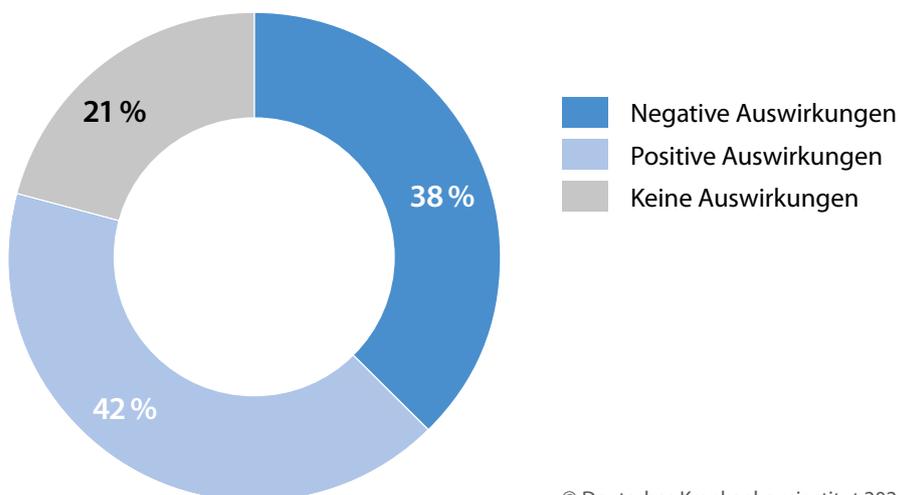
Eine Differenzierung nach Krankenhausgröße ergibt: Je kleiner die Häuser, desto häufiger werden negative finanzielle Auswirkungen erwartet (Ergebnisse nicht dargestellt).

Abb. 27 Auswirkungen der Pflegebudgets auf die Pflegepersonalausstattung (Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

Abb. 28 Auswirkungen der Pflegebudgets auf die finanzielle Lage (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

4.4 Nicht refinanzierte Kosten für Fremdpersonal



Negative finanzielle Auswirkungen können u. a. dadurch entstehen, dass Kosten für Fremdpersonalausstattung (z. B. für Leihpersonal) nur begrenzt auf das Pflegebudget anrechenbar sind (§ 6a Absatz 2 KHEntgG).

Dies ist zum Teil ein erhebliches Problem (**Tab. 8**). Knapp die Hälfte der befragten Krankenhäuser gab an, hiervon in 2020 (voraussichtlich) mit durchschnittlich 14 Fremdpersonal-Vollkräften (Median: 7) betroffen zu sein. Laut den Teilnehmern entspricht dies nicht refinanzierten Kosten in Höhe von durchschnittlich 758.470 € (Median: 320.000 €) pro Klinik.

Wie zu erwarten, weisen größere Häuser höhere absolute Werte aus (Ergebnisse nicht dargestellt). Krankenhäuser ab 600 Betten geben beispielsweise an, dass bei Ihnen (voraussichtlich) im Mittel 28 Fremdpersonal-Vollkräfte (Median: 20) nicht angerechnet werden können, was sich in nicht refinanzierte Kosten von im Schnitt 1.346.072 € (Median: 675.000 €) niederschlägt.

Tab.
8

Voraussichtlich nicht refinanzierte Kosten für Fremdpersonal in 2020

Voraussichtlich nicht refinanzierte Kosten für Fremdpersonal in Folge der begrenzten Anrechenbarkeit beim Pflegebudget in 2020	in Anzahl VK	in €
Mittelwert	14	758.470
5 % getrimmter Mittelwert	5	271.000
Median	7	320.000
Unterer Quartilswert (25 %)	4	180.000
Oberer Quartilswert (75 %)	12	700.000

© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

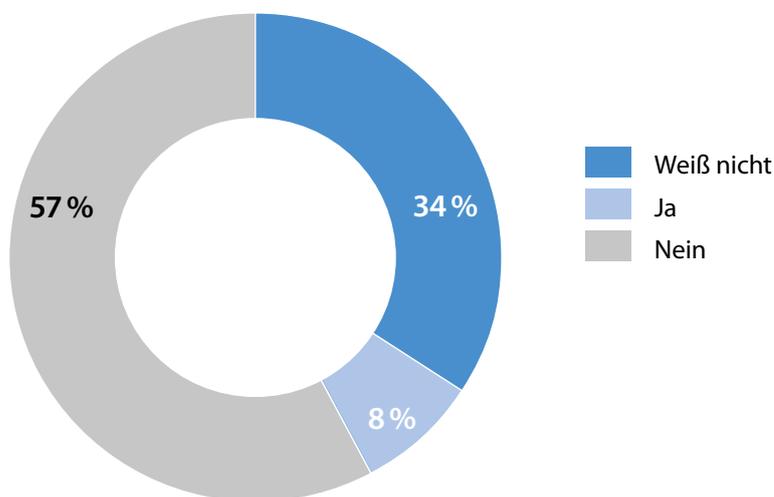
4.5 „Kappungsgrenze“

Laut § 6a Abs. 6 KHEntgG darf die für das Jahr 2020 vereinbarte Summe aus dem Gesamtbetrag nach § 4 Absatz 3 und dem zu vereinbarenden Pflegebudget den vereinbarten Vorjahreswert nicht um mehr als 2 % unterschreiten. Die Krankenhäuser sollten die Frage beantworten, ob sie in ihrem Haus ohne diese „Kappungsgrenze“ das vereinbarte Vorjahresbudget (voraussichtlich) um mehr als 2 % unterschreiten würden (**Abb. 29**).

Auf über die Hälfte der Kliniken (57 %) trifft dies laut der Befragung nicht zu. Etwa ein Drittel kann es noch nicht abschätzen und nur wenige Häuser (9 %) berichten, von der „Kappungsgrenze“ zu profitieren.



Abb. 29 *Unterschreitung des Vorjahresbudgets ohne "Kappungsgrenze" (Krankenhäuser in %)*



5 PFLEGEPERSONAL- UNTERGRENZEN



5.1 Vorhaltung pflegesensitiver Bereiche

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

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

Vier von fünf Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten halten mindestens einen pflegesensitiven Bereich vor. Die Verteilung nach Fachgebieten kann im Einzelnen der **Tab. 9** entnommen werden.

Tab.
9

Krankenhäuser mit pflegesensitiven Fachbereichen in 2019

<i>Pflegesensitive Fachbereiche</i>	<i>Krankenhäuser in %</i>
Keine	21,5
Geriatrie	35,0
Kardiologie	39,7
Unfallchirurgie	53,6
Intensivmedizin	53,9

© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

5.2 Einhaltung der Untergrenzen

Die Pflegepersonaluntergrenzen je Station und Schicht sind im Monatsdurchschnitt einzuhalten. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer angeben, ob sie im Jahr 2019 in jedem Monat die Pflegepersonaluntergrenzen je pflegesensitiven Fachbereich im Monatsdurchschnitt eingehalten haben.

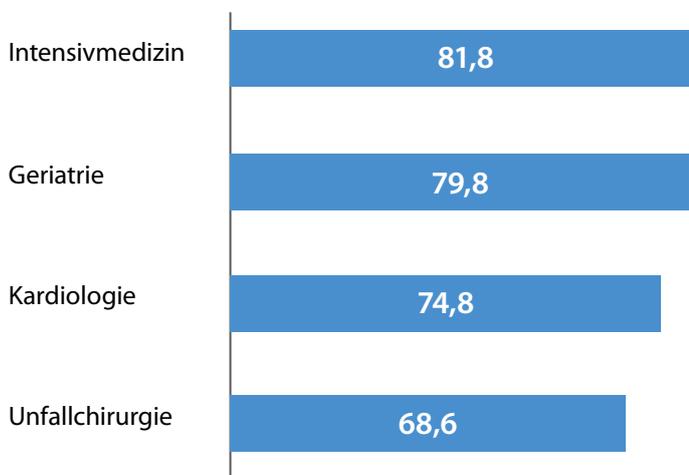
Im Jahr 2019 war dies überwiegend, aber nicht durchgängig der Fall. So sind die Pflegepersonaluntergrenzen in der Geriatrie und Intensivmedizin in jeweils rund 80 % der Krankenhäuser durchgängig eingehalten worden.

Jedes fünfte Haus mit diesen pflegesensitiven Bereichen hat 2019 in mindestens einem Monat die Untergrenzen in mindestens einer Station und Schicht (Tag- oder Nachtschicht) nicht erreicht.

In der Kardiologie konnten rund drei Viertel und in der Unfallchirurgie gut zwei Drittel der Häuser mit pflegesensitiven Fachbereichen die Pflegepersonaluntergrenzen durchgängig einhalten (**Abb. 30**).

Abb.
30

Einhaltung der Untergrenzen in jedem Monat 2019 (Krankenhäuser mit pflegesensitiven Bereichen in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

5.3 Änderungen im Belegungsmanagement

Abb. 31 zeigt, inwieweit Krankenhäuser mit pflegesensitiven Bereichen 2019 Änderungen im Belegungsmanagement durchgeführt haben, um die Pflegepersonaluntergrenzen einhalten zu können.

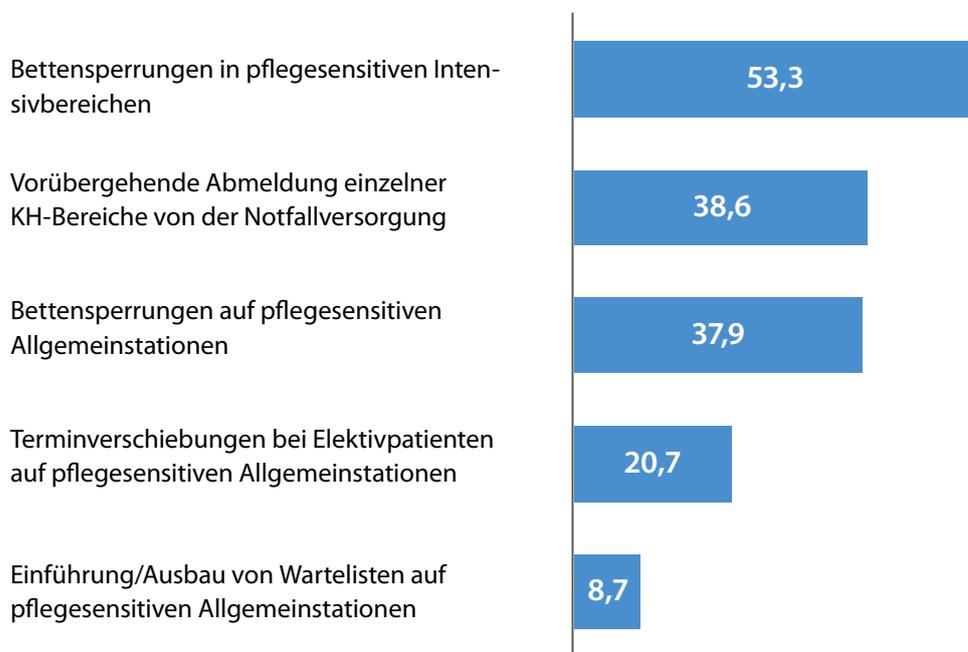
Die am häufigsten durchgeführte Maßnahme im Belegungsmanagement bildeten Bettensperrungen in pflegesensitiven Intensivbereichen.

Im Jahr 2019 hat etwa jedes zweite Krankenhaus mit entsprechenden Bereichen Intensivbetten gesperrt.

Von vorübergehenden Abmeldungen einzelner Krankenhausbereiche von der Notfallversorgung aufgrund der Vorgaben der PpUGV berichten 39 % der Häuser.

Bei Krankenhäusern mit pflegesensitiven Allgemeinstationen hat etwa jedes dritte Haus Bettensperrungen in diesen Bereichen vorgenommen. In jedem fünften Haus ist es zu Terminverschiebungen bei elektiven Eingriffen auf pflegesensitiven Allgemeinstationen gekommen. Vereinzelt haben Krankenhäuser Wartelisten auf pflegesensitiven Allgemeinstationen eingeführt oder ausgebaut (9 %), um die Untergrenzen einzuhalten.

Abb. 31 *Änderungen im Belegungsmanagement 2019 (Krankenhäuser mit pflegesensitiven Bereichen in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

5.4 Änderungen in der Organisation des Pflegedienstes

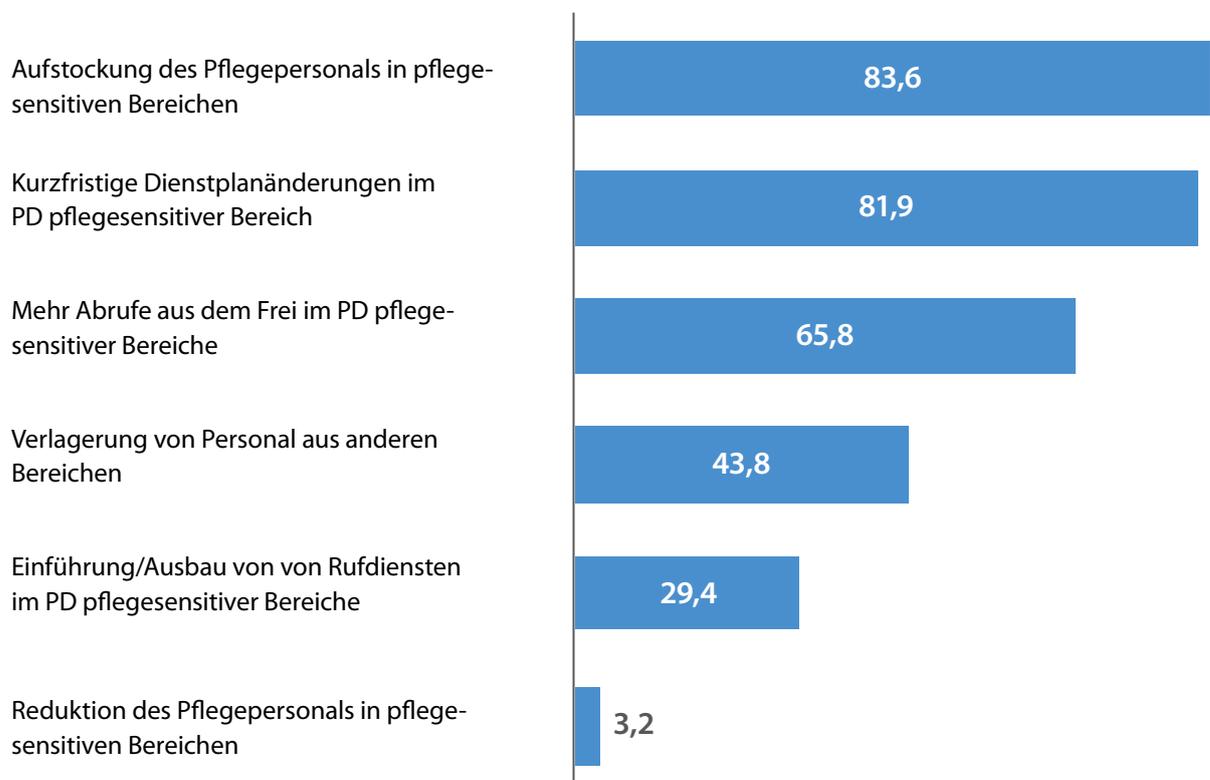
Die Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen erfordert ggf. auch Anpassungen in der Organisation des Pflegedienstes. Die Befragungsteilnehmer sollten angeben, welche Änderungen sie 2019 zu diesem Zweck durchgeführt haben.

Die am häufigsten durchgeführten Maßnahmen bilden einerseits die Aufstockung des Personals in pflegesensitiven Bereichen, andererseits die kurzfristige Änderung von Dienstplänen im Pflegedienst dieser Bereiche. Jeweils mehr als 80 % der Krankenhäuser mit mindestens einem pflegesensitiven Bereich bejahten die entsprechenden Fragen.

Zwei von drei Krankenhäusern verzeichneten 2019 im Pflegedienst pflegesensitiver Bereiche mehr Abrufe aus dem Frei.

Weitere durch die Untergrenzen bedingte Organisationsänderungen betrafen Personalverlagerungen aus anderen Abteilungen und die Einführung oder den Ausbau von Rufdiensten im Pflegedienst. Eine Reduktion des Pflegepersonals fand in den pflegesensitiven Bereichen hingegen kaum statt (**Abb. 32**).

Abb.
32 Änderungen in der Organisation des Pflegedienstes 2019
(Krankenhäuser mit pflegesensitiven Bereichen in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

5.5 Fortführung der Untergrenzen

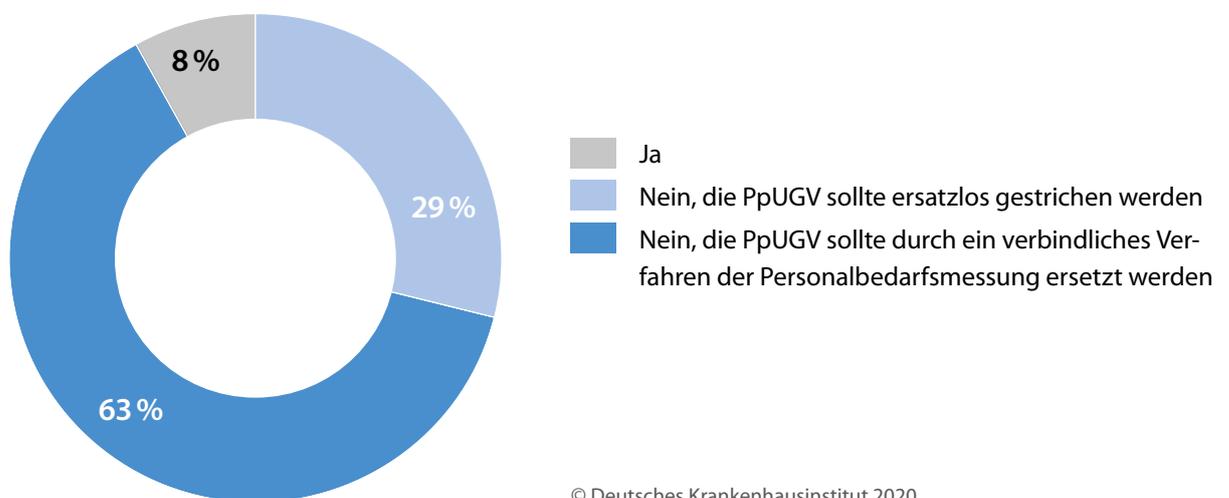
Abschließend zu diesem Themenkomplex sollten sich die Krankenhäuser zur Fortführung der Pflegepersonaluntergrenzen äußern, konkret, ob nach der Corona-bedingten Aussetzung die PpUGV wieder in Kraft treten sollte.

Insgesamt belegen die Antworten eine deutliche Ablehnung der Pflegepersonaluntergrenzen in den deutschen Allgemeinkrankenhäusern (**Abb. 33**).

Nur wenige Häuser (8 %) sprechen sich dafür aus, dass die PpUGV zu Jahresbeginn 2021 wieder in Kraft treten sollte. 92 % der Befragten sind also für eine Abschaffung der Pflegepersonaluntergrenzen.

Darunter optieren 29 % der Teilnehmer für eine ersatzlose Streichung der PpUGV. Zwei Drittel der Krankenhäuser würden es begrüßen, wenn die PpUGV durch ein verbindliches Verfahren der Personalbedarfsmessung, wie beispielsweise die PPR 2.0 ersetzt würde.

Abb.
33 Sollte die PpUGV zum 01.01.2021 wieder in Kraft treten?
(Krankenhäuser mit pflegesensitiven Bereichen in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

6 WIRTSCHAFTLICHE SITUATION DER KRANKENHÄUSER

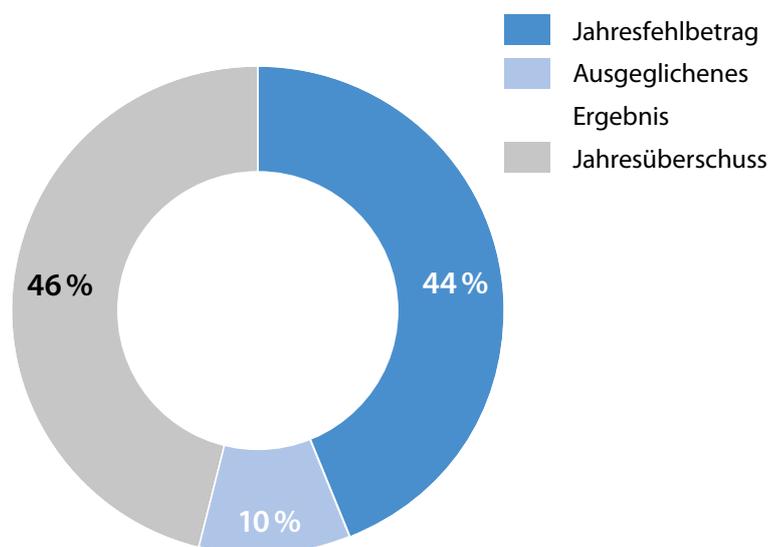
6.1 Jahresergebnis 2019

Mit Blick auf ihre wirtschaftliche Situation sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie in der Gewinn- und Verlustrechnung für das Jahr 2019 ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis erzielt haben.

Danach haben 44 % der deutschen Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten im Jahr 2019 Verluste geschrieben. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss liegt bei 46 % und der Anteil der Häuser mit einem ausgeglichenen Jahresergebnis bei 10 % (**Abb. 34**).

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die wirtschaftliche Situation weiter verschlechtert. Im Jahr 2018 hatten 40 % der Krankenhäuser einen Jahresfehlbetrag und 51 % der Häuser einen Jahresüberschuss.

Abb. 34 Jahresergebnis der Krankenhäuser 2019 (Krankenhäuser in %)

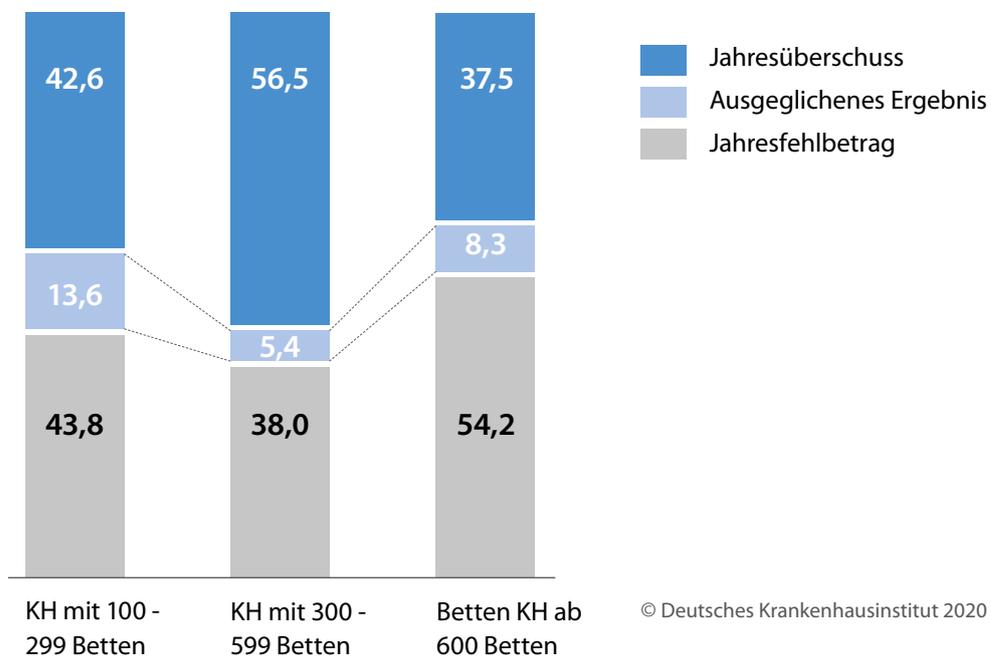


© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

Nach Bettengrößenklassen differenziert, wiesen die großen Häuser ab 600 Betten am häufigsten einen Jahresfehlbetrag (54 %) und am seltensten einen Jahresüberschuss auf (38 %). Umgekehrt verhält es sich bei den Häusern der mittleren Bettengrößenklasse, während die Ergebnisse für die kleinen Krankenhäuser in etwa dem Bundesdurchschnitt entsprechen (Abb. 35).

Verglichen mit dem Vorjahr haben sich die Jahresergebnisse vor allem in der oberen Bettengrößenklasse deutlich verschlechtert (vgl. DKI, 2019).

Abb. 35 *Jahresergebnis der Krankenhäuser 2019 nach Bettengrößenklassen (Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen in %)*



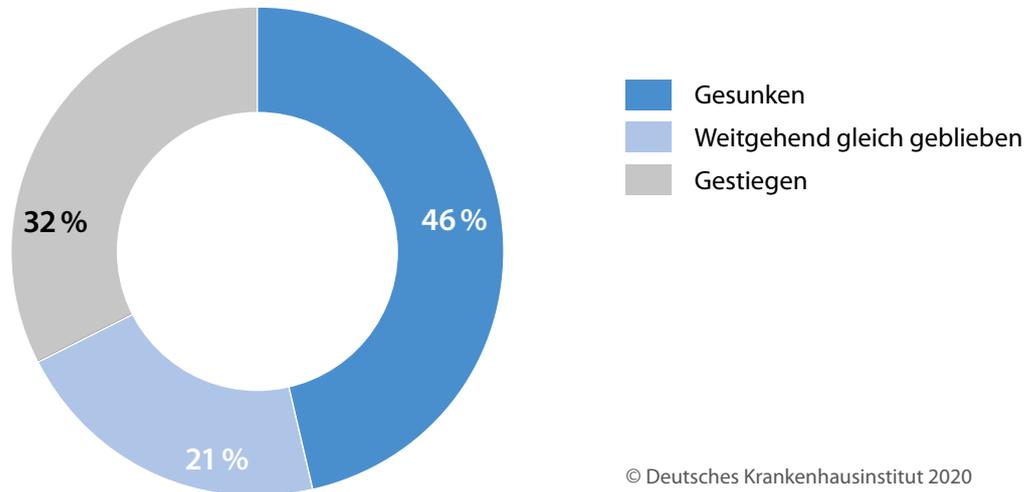
6.2 Entwicklung der Jahresergebnisse 2018/2019

Über die bloße Angabe von positiven, negativen oder ausgeglichenen Jahresergebnissen hinaus, sollten die Krankenhäuser des Weiteren über die konkrete Entwicklung der Jahresergebnisse laut Gewinn- und Verlustrechnung in den Jahren 2018 und 2019 informieren.

Danach ist das Jahresergebnis im Jahr 2019 im Vergleich zu 2018 in 46 % der Krankenhäuser gesunken und bei 32 % der Häuser gestiegen. Bei den übrigen ist es konstant geblieben (Abb. 36).

Abb.
36

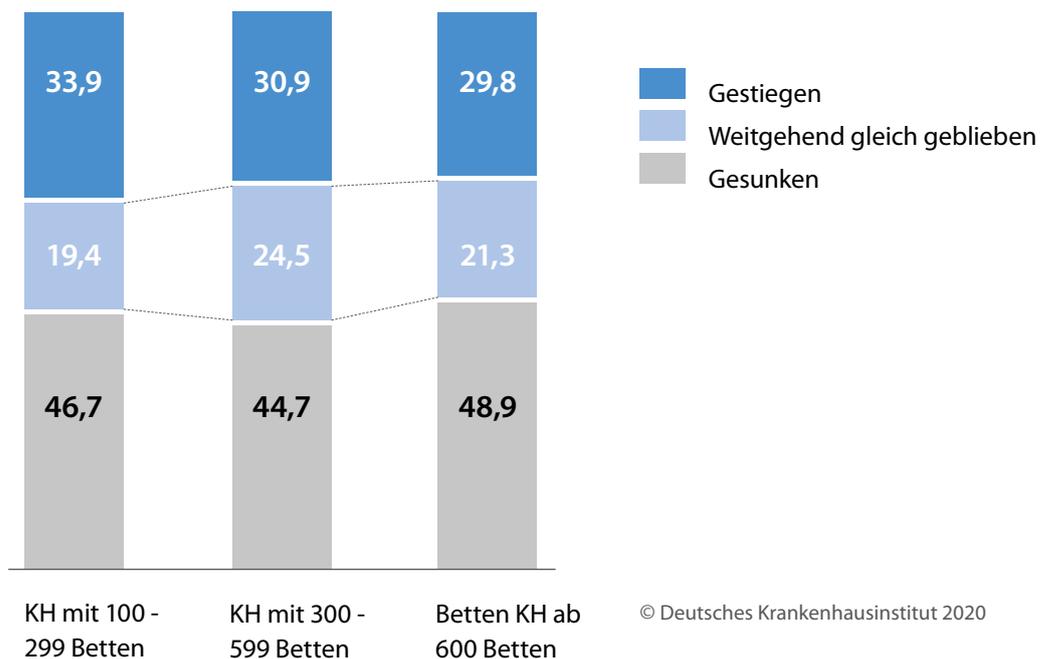
Entwicklung des Jahresergebnisses 2019 im Vergleich zu 2018
(Krankenhäuser in %)



Nach Krankenhausgröße resultierten insgesamt nur geringfügige Unterschiede in der Entwicklung der Jahresergebnisse (**Abb. 37**).

Abb.
37

Entwicklung des Jahresergebnisses 2019 im Vergleich zu 2018 nach
Bettengrößenklassen (Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen in %)

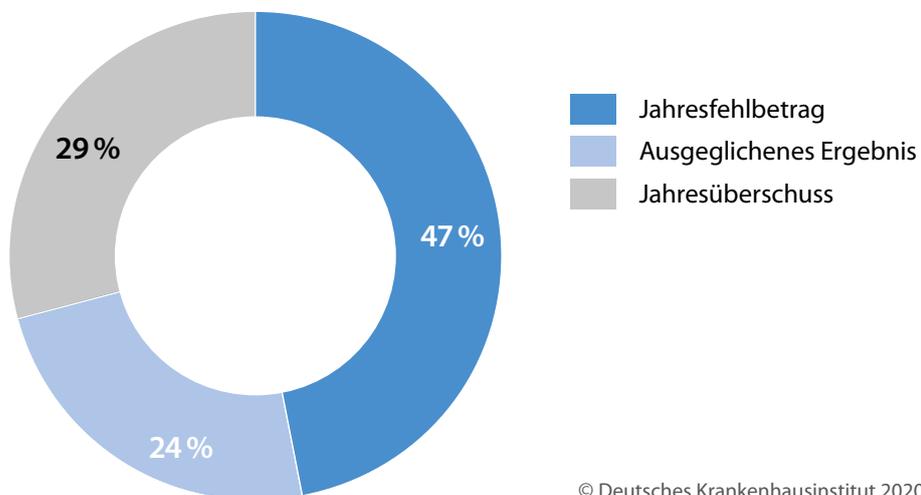




6.3 Erwartetes Jahresergebnis 2020

Für das Jahr 2020 sind insgesamt weitere Verschlechterungen der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser zu erwarten (**Abb. 38**).

Abb.
38 Erwartetes Jahresergebnis der Krankenhäuser 2020
(Krankenhäuser in %)



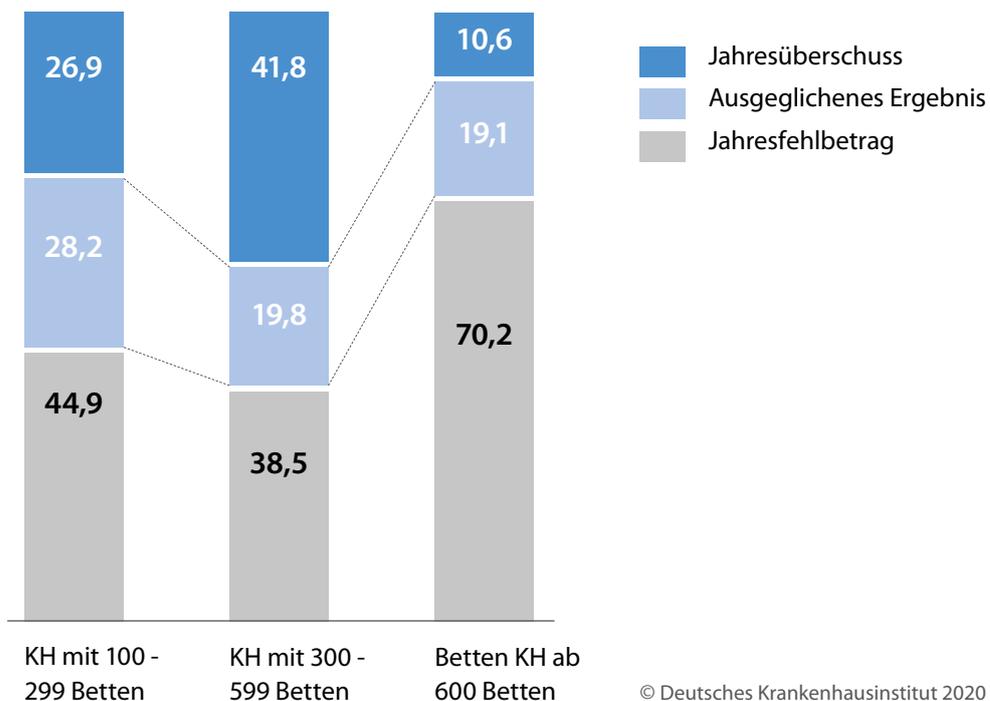
© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

Im Vergleich zu 2019 wird der Anteil der Häuser mit positivem Jahresergebnis von 46 % auf 29 % zurückgehen. Wie schon 2019 erwartet fast jedes zweite Krankenhaus ein negatives Ergebnis für 2020. Etwa jedes fünfte Krankenhaus geht von einem ausgeglichenen Ergebnis aus.

Auffallend sind hier vor allem die pessimistischen Prognosen der größeren Krankenhäuser ab 600 Betten. Für das Jahr 2020 gehen 70 % der Häuser dieser Bettengrößenklasse von einem negativen und nur etwa jedes zehnte Haus von einem positiven Ergebnis aus. Auch in den anderen Größenklassen wird sich die wirtschaftliche Situation im Vergleich zum Vorjahr verschlechtern (**Abb. 39**).

Abb.
39

Erwartetes Jahresergebnis der Krankenhäuser 2020 nach Bettengrößenklassen (Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen in %)

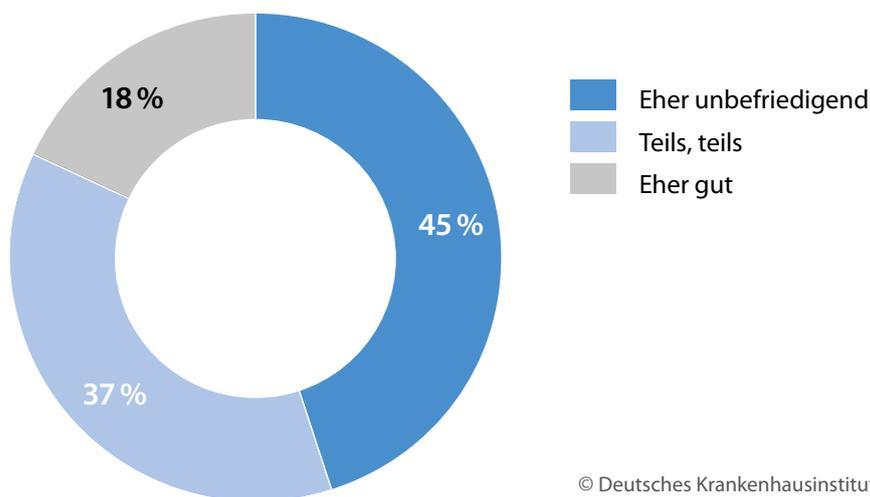


6.4 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

Über das erwartete Jahresergebnis für dieses Jahr hinaus sollten die Krankenhäuser auch ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt im Sommer 2020 beurteilen. Demnach stufte nur knapp ein Fünftel der Krankenhäuser ihre wirtschaftliche Lage als eher gut ein.

45 % der Krankenhäuser schätzten ihre wirtschaftliche Lage als eher unbefriedigend ein, während 18 % in dieser Hinsicht unentschieden sind (Abb. 40). Im Vergleich zum Vorjahr ist die kritische Einschätzung der wirtschaftlichen Lage über alle Krankenhäuser damit nahezu stabil geblieben.

Abb. 40 *Aktuelle wirtschaftliche Situation des eigenen Krankenhauses (Krankenhäuser in %)*



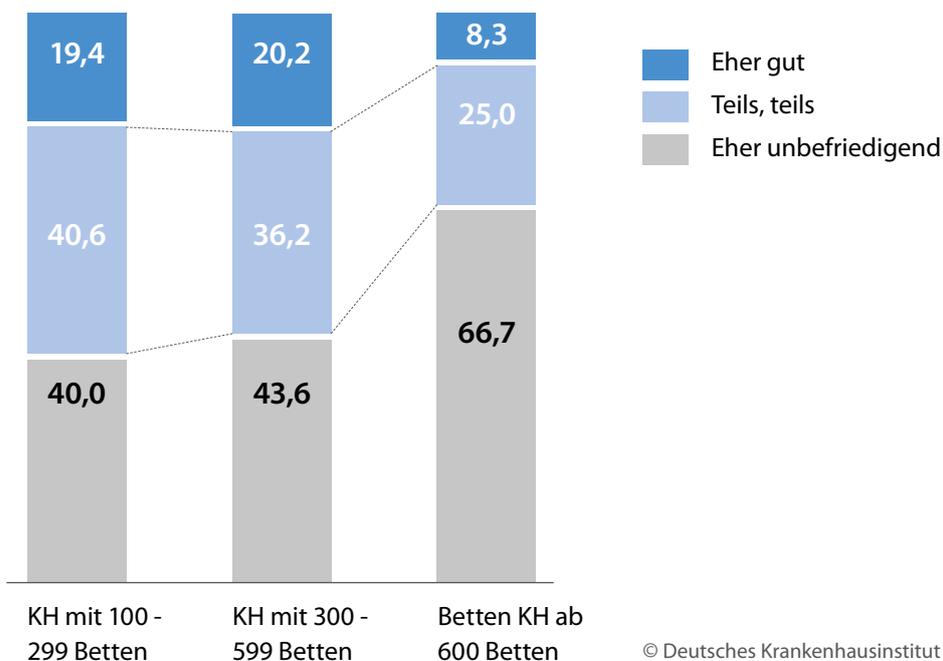
© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

Ein differenzierteres Bild ergibt sich bei Betrachtung nach der Krankenhausgröße (**Abb. 41**). Demnach beurteilen die großen Krankenhäuser ab 600 Betten ihre aktuelle wirtschaftliche Lage schlechter als die Häuser der anderen Bettengrößenklassen.

Bei den Großkrankenhäusern stufen zwei Drittel der Häuser ihre wirtschaftliche Lage als unbefriedigend und weniger als 10 % als gut ein. Die Werte für die übrigen Größenklassen entsprechen in etwa dem Bundesdurchschnitt.

Abb.
41

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



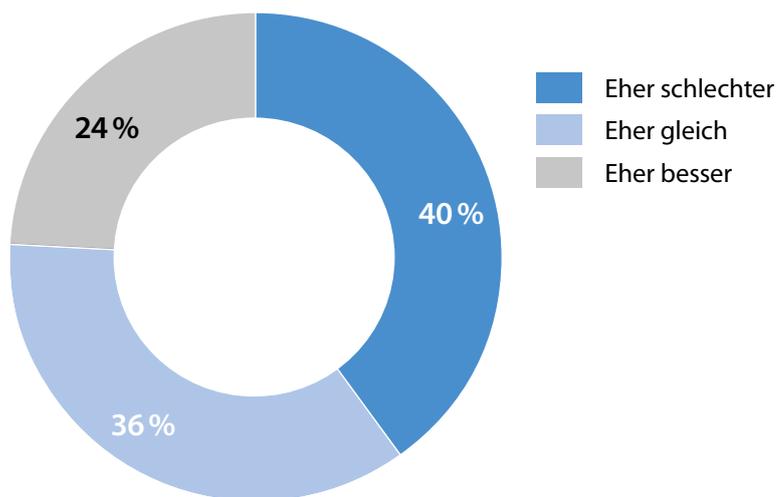
6.5 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen

Abschließend sollten sich die Krankenhäuser auch zu ihren Erwartungen für das kommende Jahr 2021 äußern: Nur rund ein Viertel der Häuser (24 %) erwartet eine Verbesserung und 40 % der Krankenhäuser eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation, während die übrigen in dieser Hinsicht unentschieden sind (Abb. 42).

Die Zukunftserwartungen der Krankenhäuser fallen also insgesamt ambivalent aus.

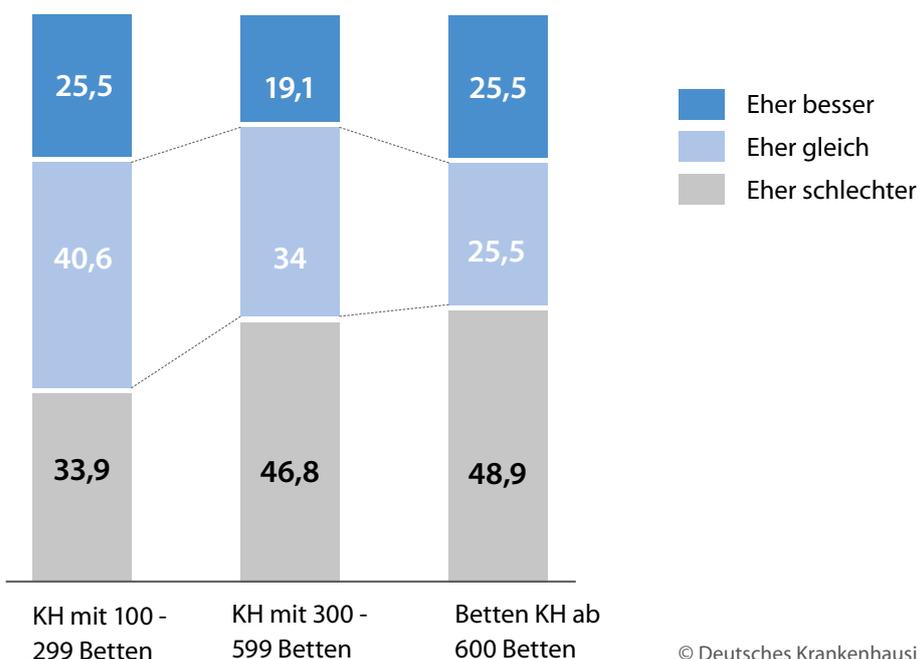
Nach Bettengrößenklassen differenziert fallen die Erwartungen wiederum in den großen Krankenhäusern ab 600 Betten tendenziell am schlechtesten aus (Abb. 43).

Abb. 42 *Wirtschaftliche Erwartungen für das eigene Krankenhaus für 2021 (Krankenhäuser in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

Abb. 43 *Wirtschaftliche Erwartungen für das eigene Krankenhaus für 2021 nach Bettengrößenklassen (Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen in %)*



© Deutsches Krankenhausinstitut 2020

LITERATURVERZEICHNIS

Bundesministerium für Gesundheit (2020): Ein neuer Alltag auch für den Klinikbetrieb in Deutschland. 27.04.2020 finden Sie [↪ hier](#) oder

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Faktenpapier_Neuer_Klinikalltag.pdf

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

Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (2014).
Krankenhaus Barometer. Düsseldorf. www.dki.de

Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (2015).
Krankenhaus Barometer. Düsseldorf. www.dki.de

Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (2016).
Krankenhaus Barometer. Düsseldorf. www.dki.de

Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (2018).
Krankenhaus Barometer. Düsseldorf. www.dki.de

Bildnachweis www.stockadobe.com:

Seiten 06 und 28: © romaset, #289928405, #134843028, Seite 13: © bogdanhoda, #178178570, Seite 16: © andriano_cz, #115709904, Seite 21: © Mariakray, #312943356, Seiten 31 und 32: © digitale-fotografien, #80903042, #80903417, Seite 36: © Robert Kneschke, #38181283, Seite 38: © WavebreakmediaMicro, #121930338, Seite 42: © mangostock, #41347731, Seite 43: © upixa, #108994535, Seite 44: © Rido, #306334273, Seite 49: © Shahril KHMD, #300795834

Bildnachweis www.pexels.com: Seite 24: © evg_culture, #4066427, Seite 52: © lukas, #590022.