



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

KRANKENHAUS BAROMETER

Umfrage 2025

INHALT

EINLEITUNG	4
1 WIRTSCHAFTLICHE LAGE DER KRANKENHÄUSER	6
Jahresergebnis 2024	7
Entwicklung des Jahresergebnisses im Vergleich zum Vorjahr	9
Erwartetes Jahresergebnis 2025	10
Beurteilung der wirtschaftlichen Situation	12
Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen	13
Preissteigerungen und Liquidität	14
Auswirkungen der Krankenhausreform	15
2 PFLEGEPERSONALBEMESSUNGSVERORDNUNG	16
Ausleitung erforderlicher Informationen	17
Vorliegen erforderlicher Informationen	19
Service durch das InEK	20
Dokumentationsaufwand für die PPBV	21
Schulungen zur PPBV	23
Minutenwerte der PPBV	24
Grundsätzliche Einschätzung zur PPBV	25
Verbesserungen durch die PPBV	27
3 GENERALISTISCHE PFLEGEAUSBILDUNG	28
Stand der praktischen Ausbildung in der Generalistik	29
Derzeitige und zukünftige Entwicklung der Ausbildung	31
Ausbildungsabbrüche und Maßnahmen zur Eindämmung	35

4 HOCHSCHULISCHE PFLEGEAUSBILDUNG	38
Stand der hochschulischen Pflegeausbildung	39
Vergleich von Studium und Ausbildung	42
Ziele der hochschulischen Pflegeausbildung	44
5 HYBRID-DRGS NACH § 115F SGB V	46
Stand der ambulanten Leistungserbringung in Krankenhäusern	47
Abschätzung des Volumens der Hybrid-DRG-Fälle bis 2030	48
Orte der Leistungserbringung	49
Anpassungs- und Umsetzungsstand	49
Kostendeckung	51
6 PRÄVENTION ZUR STEIGERUNG DER SICHERHEIT IM KRANKENHAUS	52
Körperliche oder verbale Übergriffe gegenüber den Beschäftigten	53
Reaktion der Krankenhäuser auf körperliche oder verbale Übergriffe	54
Von Übergriffen betroffene Krankenhausmitarbeiter	57
Ursachen der körperlichen oder verbalen Übergriffe	59
Maßnahmen zur Prävention vor körperlichen oder verbalen Übergriffen	61
Maßnahmen zum Schutz von Krankenhauseinrichtungen	63
Kosten des Sicherheitspersonals	66
7 KRISENMANAGEMENT	68
Notfallplanung	69
Arzneimittelversorgung	73
Stromversorgung	74
Wärmeversorgung	77
Literaturnachweis	78
Impressum	79

EINLEITUNG



Liebe Leserinnen und Leser,

Ziel des Krankenhaus Barometers ist es, den Krankenhäusern und den Krankenhausverbänden zeitnahe Informationen zum aktuellen Krankenhaugeschehen 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 2025 beruhen auf der schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten in Deutschland, welche von Anfang Mai bis Mitte Juli 2025 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 376 Krankenhäuser.

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht die Ergebnisse des Krankenhaus Barometers 2025 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 Krankenhausärztinnen und -ärzte Deutschlands (VLK).



Dr. Karl Blum



Robin Heber



Dr. Anna Levsen



Dr. Matthias Offermanns



Ann Katrin Parloh



Sophia Siewert



Dr. Petra Steffen

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.

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.

In den Auswertungen, Grafiken und Tabellen des Berichts sind Rundungsfehler in Einzelfällen möglich. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtersensible Sprache verzichtet und das generische Maskulinum verwendet.

Düsseldorf, im Dezember 2025

**Deutsches
Krankenhausinstitut e. V.**
Prinzenallee 13
40549 Düsseldorf
Telefon 02 11. 4 70 51 - 17
Fax 02 11. 4 70 51 - 67
E-Mail karl.blum@dkl.de
www.dkl.de

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

1

WIRTSCHAFTLICHE LAGE DER KRANKENHÄUSER

Die wirtschaftliche Situation der deutschen Krankenhäuser ist weiterhin angespannt. 66 % haben im Jahr 2024 Verluste geschrieben. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die wirtschaftliche Situation erneut verschlechtert. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresfehlbetrag ist um 5 Prozentpunkte gestiegen.

2025 erwarten sogar 71 % ein negatives Jahresergebnis.

JAHRESERGEBNIS 2024

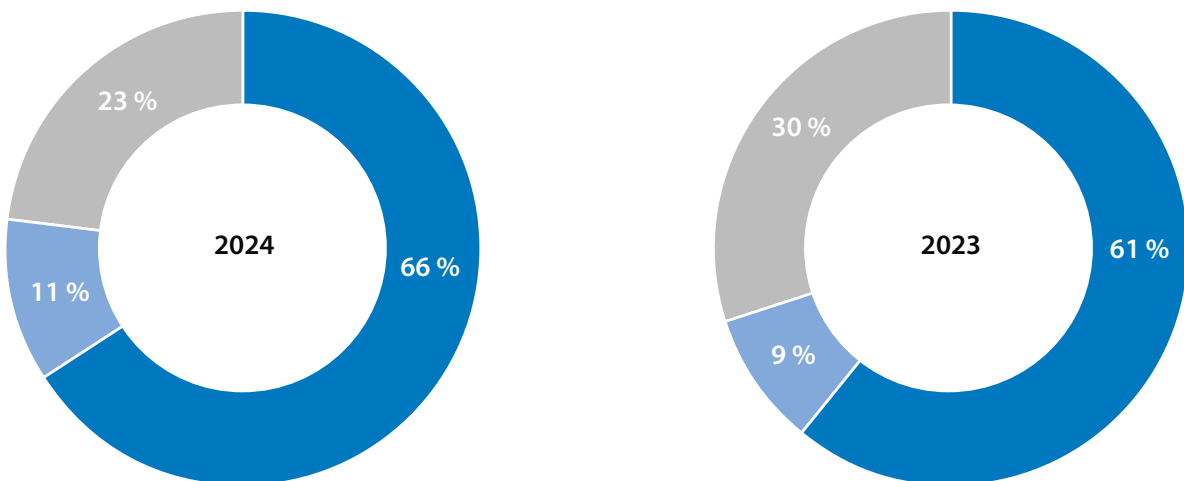
Mit Blick auf ihre wirtschaftliche Situation sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie in der Gewinn- und Verlustrechnung für das Geschäftsjahr 2024 ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis erzielt haben.

66 % der deutschen Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten haben im Jahr 2024 Verluste geschrieben. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss liegt bei nur 23 % und der Anteil der Häuser mit einem ausgeglichenen Jahresergebnis bei 11 %.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die wirtschaftliche Situation erneut verschlechtert. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresfehlbetrag ist um 5 Prozentpunkte gestiegen. Jahresüberschüsse sind von 30 auf 23 % gefallen. Ein ausgeglichenes Ergebnis erreichten vergleichbar viele Krankenhäuser in 2023 (9 %) und 2024 (11 %) (Abb. 1).

Abb. 1 Jahresergebnisse der Krankenhäuser 2023 bis 2024

Krankenhäuser in %



Nach Bettengrößenklassen differenziert, wiesen die kleinen Krankenhäuser (bis 299 Betten) mit 69 % geringfügig häufiger ein negatives Jahresergebnis auf als die größeren Krankenhäuser (Abb. 2). Verglichen mit dem Vorjahr haben sich die

Jahresergebnisse insbesondere bei den mittelgroßen Krankenhäusern (300 bis 599 Betten) deutlich verschlechtert. Konnten hier im Jahr 2023 noch 37 % der Häuser einen Jahresüberschuss erzielen, waren es 2024 nur noch 24 %. (vgl. DKI, 2024).

Abb. 2 Jahresergebnisse der Krankenhäuser 2024

Krankenhäuser in %

Gesamt	66	11	23
KH mit 100 bis 299 Betten	69	9	21
KH mit 300 bis 599 Betten	61	14	24
KH ab 600 Betten	66	10	24

© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

Jahresfehlbetrag

Ausgeglichenes Ergebnis

Jahresüberschuss



ENTWICKLUNG DES JAHRESERGEBNISSES IM VERGLEICH ZUM VORJAHR

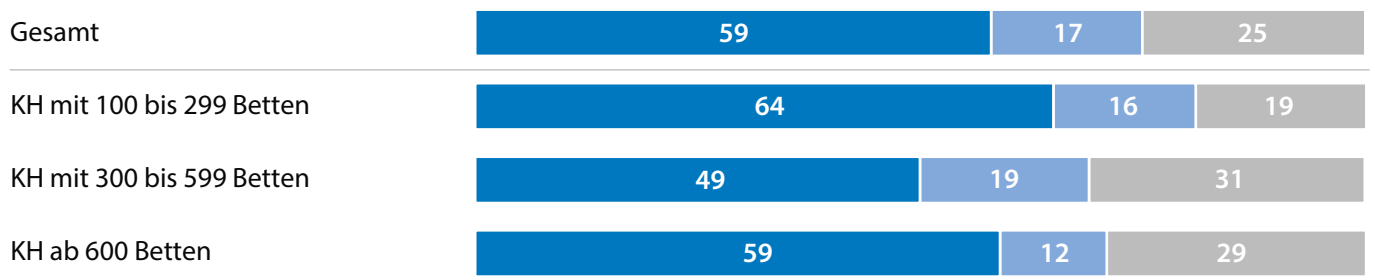
Über die bloße Angabe von positiven, negativen oder ausgeglichenen Jahresergebnissen hinaus sollten die Krankenhäuser über die konkrete Entwicklung der Jahresergebnisse laut Gewinn- und Verlustrechnung in den Jahren 2023 und 2024 informieren.

Danach ist das Jahresergebnis im Jahr 2024 im Vergleich zu 2023 in 59 % der Häuser gesunken und in 25 % der Krankenhäuser gestiegen. Bei den übrigen 17 % ist es weitgehend konstant geblieben (Abb. 3).

Nach Krankenhausgröße haben sich die Ergebnisse vor allem in kleinen Krankenhäusern bis 299 Betten überproportional verschlechtert. Hier ist das Ergebnis im Jahresvergleich in 64 % der Häuser gesunken. In mittelgroßen Krankenhäusern mit 300 bis 599 Betten beträgt der Anteil der Krankenhäuser, deren Jahresergebnis sich im Vergleich zum Vorjahr verschlechtert hat, 49 % (Abb. 3).

Abb. 3 Entwicklung des Jahresergebnisses 2024 im Vergleich zum Vorjahr

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

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

Vor allem in kleinen Krankenhäusern bis 299 Betten haben sich die Jahresergebnisse im Vergleich zum Vorjahr verschlechtert. In diesen Einrichtungen ist das Ergebnis im Jahresvergleich in 64 % der Häuser gesunken.

Auch für das Jahr 2025 erwarten die Krankenhäuser eine angespannte wirtschaftliche Lage. 70 % der Einrichtungen erwarten einen Jahresfehlbetrag. Somit wird eine weitere Verschlechterung im Vergleich zum Vorjahr erwartet.

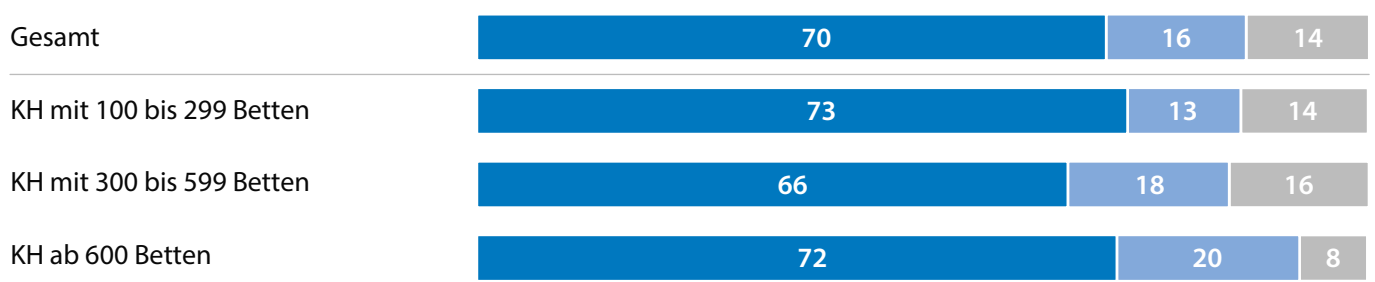
ERWARTETES JAHRESERGEBNIS 2025

Für das Jahr 2025 sind insgesamt weitere Verschlechterungen der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser zu erwarten (Abb. 4). Im Vergleich zum Jahr 2024 wird der Anteil der Häuser mit negativem Jahresergebnis von 66 % auf voraus-

sichtlich rund 70 % ansteigen. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem positiven Jahresergebnis wird von 23 % auf voraussichtlich 14 % sinken. Rund 16 % der Befragten gehen für 2025 von einem ausgeglichenen Jahresergebnis aus.

Abb. 4 Erwartetes Jahresergebnis der Krankenhäuser 2025

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

■ Jahresfehlbetrag

■ Ausgeglichenes Ergebnis

■ Jahresüberschuss

Die Prognose für das Jahr 2025 fällt für Krankenhäuser ab 600 Betten am schlechtesten aus. Dort wird in rund 72 % der befragten Einrichtungen ein

Jahresfehlbetrag erwartet. In Krankenhäusern mit 300 bis 599 Betten wird mit rund 16 % im Vergleich am häufigsten immerhin ein Jahresüberschuss erwartet.





BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION

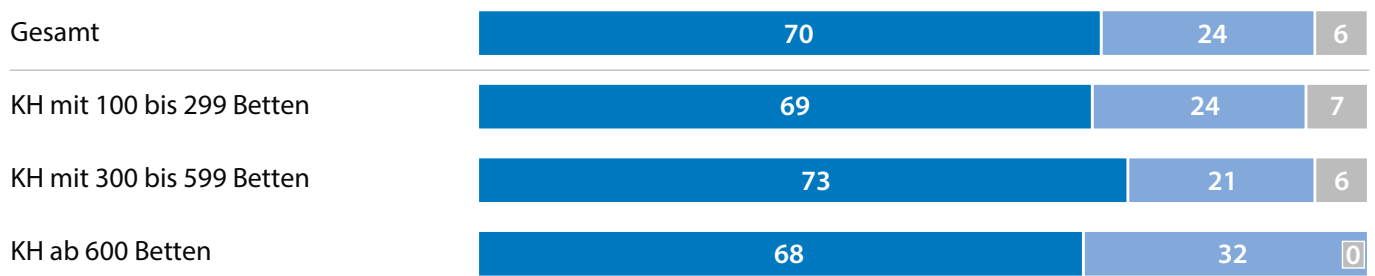
Über das erwartete Jahresergebnis für das Jahr 2025 hinaus sollten die Krankenhäuser auch ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2025 beurteilen. Demnach stuften 70 % der Krankenhäuser ihre wirtschaftliche Lage als eher unbefriedigend ein. Nur 6 % der Krankenhäuser schätzten ihre wirtschaftliche Lage als eher gut ein, während 24 % in dieser Hinsicht unentschieden waren (Abb. 5). Im Vergleich zum Vorjahr

hat sich die kritische Einschätzung der wirtschaftlichen Lage über alle Krankenhäuser hinweg etwas verbessert, sie bleibt jedoch auf einem hohen schlechten Niveau (vgl. DKI, 2024).

Im Vergleich beurteilen mittelgroße Krankenhäuser ihre aktuelle wirtschaftliche Lage am stärksten als eher unbefriedigend mit 73 % (Abb. 5).

Abb. 5 Aktuelle wirtschaftliche Situation des eigenen Krankenhauses

Krankenhäuser in %

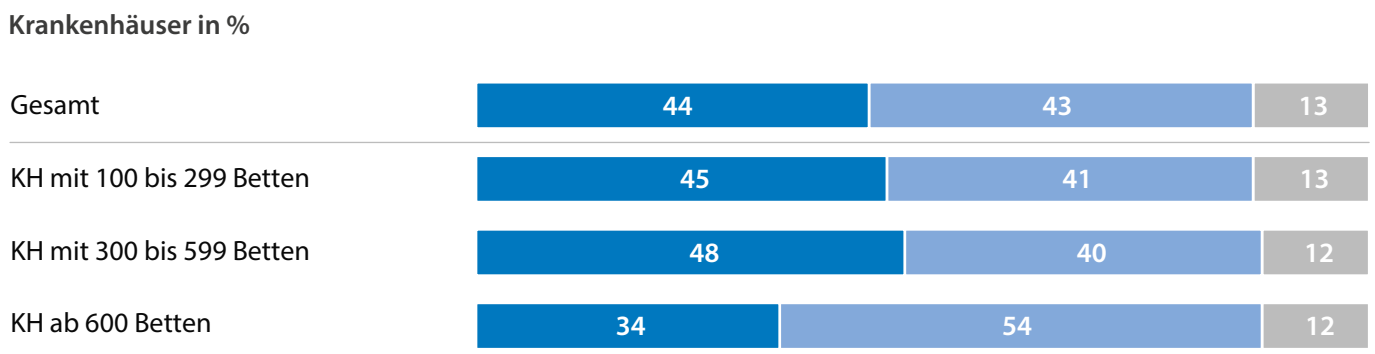


BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN ERWARTUNGEN

Darüber hinaus sollten sich die Krankenhäuser zu ihren Erwartungen für das Jahr 2026 äußern: 44 % der Krankenhäuser erwarten für das Jahr 2026 eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation, während 13 % der Krankenhäuser eine Verbesserung der wirtschaftlichen Situation erwarten. 43 % der Krankenhäuser sind in dieser Hinsicht unentschieden (Abb. 6). Insgesamt zeigt sich damit eine deutliche Verbesserung der wirtschaftlichen Erwartungen im Vergleich zur letzten Befragung, in der rund zwei Drittel der Krankenhäuser (65 %) eine Verschlechterung im Folgejahr erwarteten.

Differenziert nach Krankenhausgröße sind die wirtschaftlichen Erwartungen für das Jahr 2026 in allen Bettengrößenklassen optimistischer als noch im Vorjahr. In der mittleren Größenklasse mit 300 bis 599 Betten sind schlechte wirtschaftliche Erwartungen am stärksten ausgeprägt. Rund die Hälfte der Häuser (48 %) geht hier von einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage aus. Eine Verbesserung der wirtschaftlichen Lage erwarten alle Krankenhäuser in vergleichbarem Umfang (12 bis 13 %).

Abb. 6 Wirtschaftliche Erwartungen für das eigene Krankenhaus für 2026



© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

■ Eher schlechter

■ Eher gleich

■ Eher besser

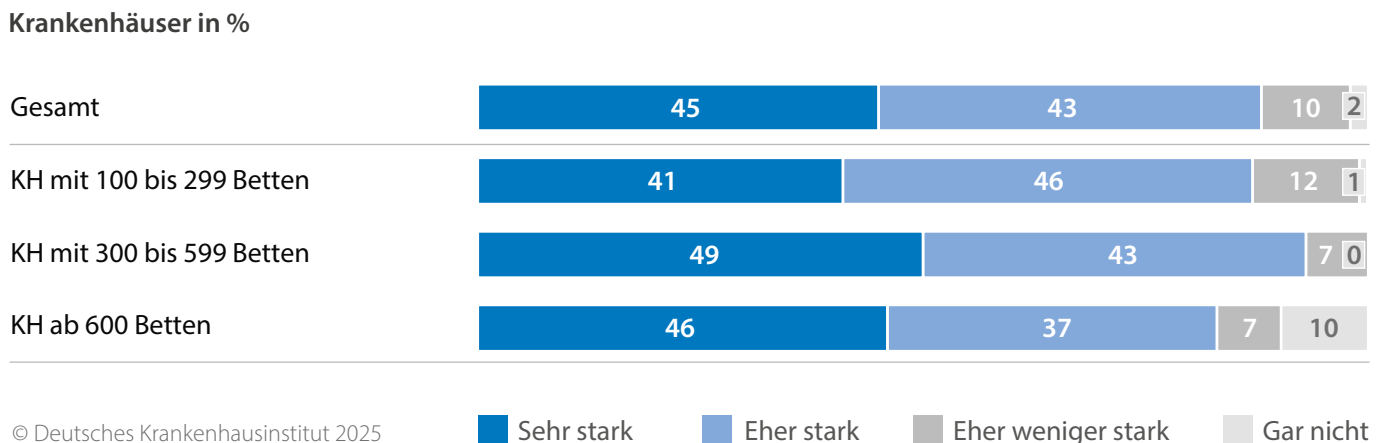
44 % der Krankenhäuser erwarten für das Jahr 2026 eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation.

PREISSTEIGERUNGEN UND LIQUIDITÄT

Die Preissteigerungen seit dem Jahr 2024, etwa in den Bereichen Energie, medizinischer Bedarf und Löhne, wirken sich in 88 % der Krankenhäuser sehr oder eher stark auf die Liquiditätssituation aus. Nur wenige Häuser sind hiervon nicht betroffen. Bei differenzierter Betrachtung nach Bettengrößenklassen sind die mittelgroßen Häuser im Vergleich zu den kleinen und großen Häusern hiervon am stärksten betroffen (Abb. 7).

45 % der befragten Krankenhäuser gaben an, dass sie 2024 finanzielle Mittel von ihrem Träger erhalten haben. Primär, um Liquiditäts- oder Insolvenzrisiken ihres Krankenhauses zu reduzieren (Daten nicht dargestellt). Damit lag der Anteil geringfügig höher als im Vorjahreszeitraum (43 %).

Abb. 7 Wie wirken sich die Preissteigerungen (Energie, medizinischer Bedarf, Löhne etc.) seit dem Jahr 2024 auf Ihre Liquiditätssituation im Jahr 2025 aus?



Preissteigerungen seit dem Jahr 2024 wirken sich in 88 % der Krankenhäuser eher stark oder sehr stark auf die Liquiditätssituation aus.



AUSWIRKUNGEN DER KRANKENHAUSREFORM

Die Krankenhäuser wurden im Kontext ihrer wirtschaftlichen Lage zu bereits heute spürbaren Auswirkungen der Krankenhausreform befragt (Abb. 8). Deutlich über die Hälfte der befragten Einrichtungen stimmte voll und ganz zu, dass die allgemeine Planungssicherheit z. B. in Bezug auf die Fallzahlentwicklung und die Verfügbarkeit eingeschränkt ist. Spürbare Auswirkungen zeigten sich auch darin, dass Planungen (z. B. Wirtschafts-

plan oder bauliche Aktivitäten) an die neuen Anforderungen angepasst werden (37 % stimmten voll und ganz zu, 51 % stimmten eher zu).

Die Zurückstellung von Investitionen in Medizintechnik sowie Veränderungen der betrieblichen Organisation aufgrund der Auswirkungen der Krankenhausreform fanden hingegen nur sehr geringfügig Zustimmung.

Abb. 8 Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu bereits heute spürbaren Auswirkungen der Krankenhausreform in Ihrer Einrichtung zu?

Krankenhäuser in %

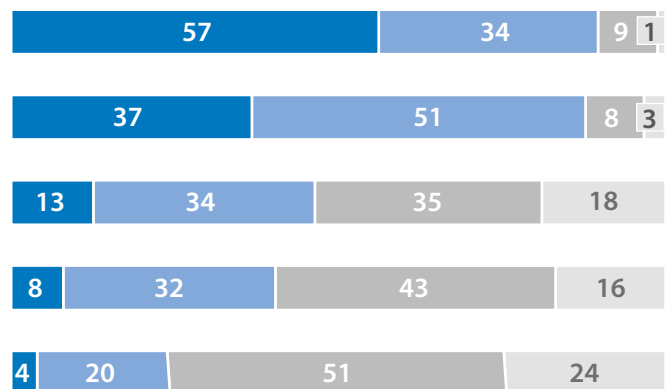
Die allgemeine Planungssicherheit (z. B. zur Leistungsstruktur, Fallzahlentwicklung und zur Verfügbarkeit liquider Mittel) ist eingeschränkt.

Es wurde bereits damit begonnen, die Planung (z. B. Wirtschaftsplan, bauliche und/oder organisatorische Aktivitäten) an die neuen Anforderungen anzupassen.

Bauliche Veränderungen (z. B. Modernisierungsarbeiten) werden zurückgestellt.

Investitionen in Medizintechnik werden zurückgestellt.

Veränderungen in der betrieblichen Organisation (z. B. Umstellung von Prozessen) werden zurückgestellt.



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

2

PFLEGEPERSONAL- BEMESSUNGSVERORDNUNG (PPBV)

Die PPBV soll die Personalsituation in der Pflege verbessern. Die Systematik der Verordnung wird von den Krankenhäusern mehrheitlich positiv bewertet. Aber nur rund die Hälfte der Befragten ist der Ansicht, dass die PPBV den Bedarf an Pflegepersonal angemessen abbildet. Besonders kritisch sehen die Krankenhäuser die zusätzliche Bürokratie durch die PPBV.

Die Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) wurde am 14. Juni 2024 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht und trat zum 1. Juli 2024 in Kraft. Sie definiert konkrete Vorgaben zur Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus, konkret zur Ermittlung der Anzahl der auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte.

Je nach Pflegeaufwand und -komplexität wird dabei jeweils zwischen vier Stufen der allgemeinen und der speziellen Pflege unterschieden (A- und S-Stufen). Die allgemeine Pflege beinhaltet die Leistungsbereiche der Körperpflege, Ernährung, Ausscheidungen und Mobilisation. Zur speziellen Pflege zählen Leistungen im Zusammenhang mit operativen und invasiven Maßnahmen, medikamentöser Versorgung sowie Wund- und Hautbehandlung.

Berücksichtigt werden außerdem die Daten der Ist-Besetzungen mit Pflegefach- und Pflegehilfskräften, die jeweiligen Soll-Besetzungen nach der Patientenklassifikation der PPBV, die Ausfallzeiten des Pflegepersonals und die Betten- und Patientenzahl bzw. die durchschnittliche Patientenbelegung je Station.

AUSLEITUNG ERFORDERLICHER INFORMATIONEN

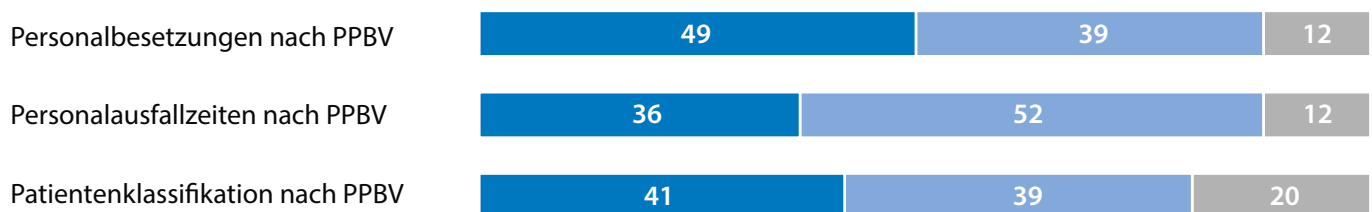
Die Krankenhäuser sind gemäß § 7 Abs. 2 PPBV verpflichtet, dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) fristgerecht erstmals bis zum 31.01.2025 (oder ggf. innerhalb einer 14-tägigen Nachmeldefrist) auf elektronischem Wege alle erforderlichen Daten zu übermitteln. Dazu zählen jeweils die Ist- und Soll-Personalbesetzungen je Station, Schicht und Monat, die Personalausfallzeiten und die Patientenklassifikation nach der PPBV.

Zur Jahresmitte 2025 waren die Personaleinsatz- bzw. Dienstplansysteme der Krankenhäuser mehrheitlich noch nicht in der Lage, diese Spezifikationen vollständig zu erfassen, um sie an das InEK automatisiert weiterzuleiten.

Besondere Probleme bereitet hier vor allem die Erfassung der Personalausfallzeiten, während die Erfassung der Personalbesetzungen nach der PPBV am häufigsten vollständig umgesetzt ist (Abb. 9). Tendenziell haben hier größere Krankenhäuser ab 600 Betten größere Probleme als kleinere Einrichtungen (Ergebnisse nicht dargestellt).

Abb. 9 Inwieweit sind die Personaleinsatz- bzw. Dienstplansysteme in Ihrem Krankenhaus aktuell in der Lage, die folgenden Informationen für die PPBV zur Weiterleitung an das InEK zu erfassen?

Krankenhäuser in %

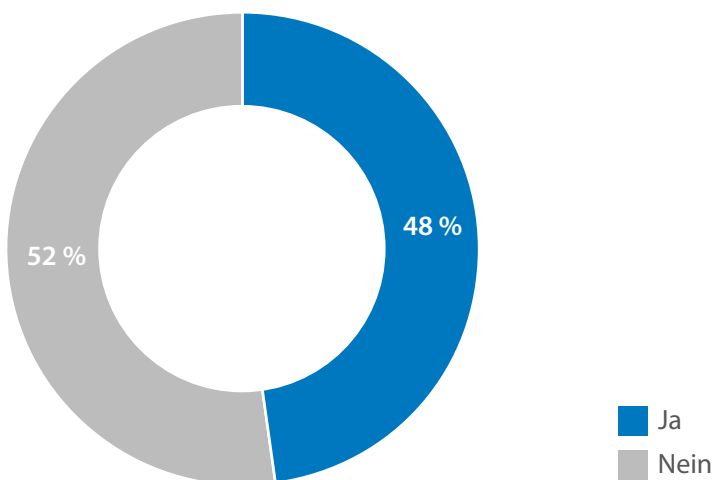


Hauptgrund für die Probleme ist das Fehlen interner Schnittstellen zwischen den Personaleinsatz- bzw. Dienstplansystemen, um die für die PPBV erforderlichen Informationen digital

ausleiten zu können. Erst knapp die Hälfte der Krankenhäuser verfügt über entsprechende Schnittstellen (Abb. 10).

Abb. 10 Gibt es in Ihrem Krankenhaus aktuell interne Schnittstellen zwischen den Personaleinsatz- bzw. Dienstplansystemen, sodass Sie die für die PPBV erforderlichen Informationen digital ausleiten können?

Krankenhäuser in %

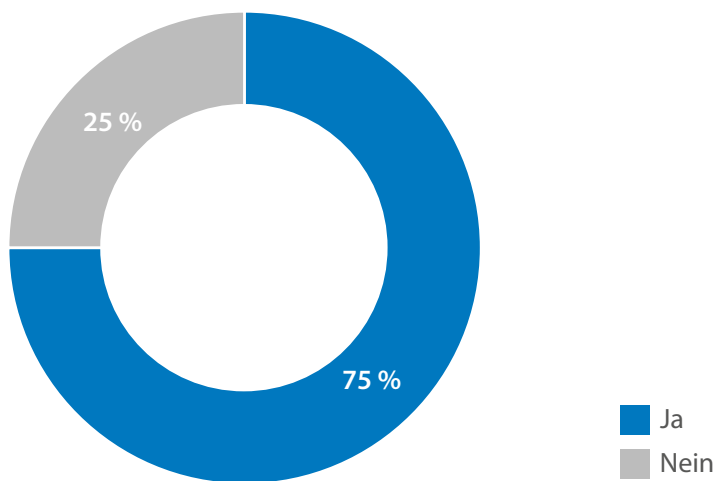


VORLIEGEN ERFORDERLICHER INFORMATIONEN

In drei Vierteln der Krankenhäuser liegen derzeit alle erforderlichen Informationen vor, um die PPBV betrieblich und technisch umsetzen zu können. Die übrigen Häuser haben hier noch Nachholbedarf (Abb. 11).

Abb. 11 Liegen Ihrem Krankenhaus aktuell alle erforderlichen Informationen für die betriebliche bzw. technische Umsetzung der PPBV vor?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

Im Rahmen einer offenen Frage sollten die Krankenhäuser angeben, welche Informationen nicht vorliegen oder ihnen fehlen. Folgende Probleme wurden hier unter anderem angeführt:

- Fehlende Schnittstellen, etwa zwischen Dienstplan und Patienten-KIS
- Kein integriertes digitales Tool, zu viele Einzelösungen
- Fehlende oder unzureichende Hard- und Software für die Ausleitung der Personaldaten

25 %

der Krankenhäuser haben noch Nachholbedarf bei der technischen und betrieblichen Umsetzung der PPBV.

Der Service des InEK wird überwiegend mit „befriedigend“ bewertet. Dafür ist aber nicht das InEK verantwortlich. Unklarheiten der PPBV müssen vom Verordnungsgeber geklärt oder geregelt werden.

SERVICE DURCH DAS INEK

Die Befragungsteilnehmer wurden gebeten, den Service des InEK bei Rückfragen oder Informationsbedarf zur Umsetzung der PPBV auf einer Schulnotenskala zu bewerten (von 1 = sehr gut bis 5 = mangelhaft).

Im Mittel wird sein Service überwiegend mit „befriedigend“ bewertet (Abb. 12).

Leicht überdurchschnittlich fallen die Werte für die Reaktionsdauer bei schriftlichen Anfragen sowie für die fachlich-inhaltliche Qualität von Antworten auf FAQs und von Hinweisen und Beispielen zur Nachweismeldung der PPBV aus.

Abb. 12 Wie bewerten Sie den Service des InEK bei Rückfragen oder Informationsbedarf zur Umsetzung der PPBV?

Mittelwerte auf einer Schulnotenskala

Erreichbarkeit der Hotline oder von Ansprechpartnern	3,0
Reaktionsdauer bei schriftlichen Anfragen	2,8
Fachlich-inhaltliche Qualität von Antworten auf Rückfragen	3,0
Fachlich-inhaltliche Qualität von Antworten auf meist-gestellte Fragen (FAQs) auf der Homepage des InEK	2,6
Fachlich-inhaltliche Qualität der „Hinweise und Beispiele zur Nachweismeldung“ auf der Homepage des InEK	2,7
Anwenderfreundlichkeit der „Pflegepersonalbemessungs-nachweismeldung“ im InEK Datenportal/Pflegeportal	3,0

© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

Einschränkend wurde im Rahmen einer offenen Frage darauf verwiesen, dass für Unklarheiten der PPBV und ihrer Umsetzung nicht das InEK verant-

wortlich sei, und diese insofern vom Verordnungs-geber geklärt oder geregelt werden müssten.

DOKUMENTATIONSAUFWAND FÜR DIE PPBV

Die maßgeblichen Einflussfaktoren des Dokumentationsaufwandes für die PPBV pro Krankenhaus sind die Anzahl der dokumentationspflichtigen Stationen pro Haus, die Anzahl der dokumentierenden Personen pro Station und deren Zeitauf-

wand für die Dokumentation. Der daraus resultierende Dokumentationsaufwand pro Krankenhaus kann in Vollkräfte umgerechnet bzw. auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser hochgerechnet werden (Tab. 1).

Tab. 1 Dokumentationsaufwand für die PPBV

Kennwerte	5-%-getrimmtes Mittel	Median
Personen pro Tag und Station mit der Patienteneinstufung nach PPBV	7,7	3
Zeitlicher Aufwand pro Person und Station für die tägliche Patienteneinstufung nach PPBV in Minuten	27,2	20
Zeitlicher Aufwand nach der PPBV pro Station und Tag in Minuten	187	90
Anzahl der Stationen mit Patienteneinstufung nach PPBV pro Krankenhaus	12,8	10
Zeitlicher Aufwand für die Patienteneinstufung nach PPBV pro Krankenhaus und Tag in Stunden	40,9	13,5
Zeitlicher Aufwand für die Patienteneinstufung nach PPBV pro Krankenhaus und Jahr in Arbeitstagen von 8 Stunden	1.866,3	615,5
Jährlicher Aufwand für die Patienteneinstufung nach PPBV pro Krankenhaus und Jahr in Vollkräften	9,3	3,1
Jährlicher Aufwand für die Patienteneinstufung nach PPBV für alle Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten in Vollkräften	9.802	–

In den Stichprobenkrankenhäusern sind im getrimmten Mittel 7,7 Personen pro Tag und Station mit der Patienteneinstufung nach der PPBV befasst.¹ Der Median der Verteilung liegt bei 3 Personen. Der relativ große Unterschied zwischen diesen beiden Werten lässt vermuten, dass die Dokumentation für die PPBV je nach Krankenhaus mehr oder weniger arbeitsteilig erfolgen dürfte.

Der durchschnittliche zeitliche Aufwand pro Person und Station für die tägliche Patienteneinstufung beträgt 27,2 Minuten (5%-getrimmtes Mittel). Der Median der Verteilung liegt bei 20 Minuten. Der Aufwand variiert dabei unter anderem in Abhängigkeit vom Digitalisierungsgrad in den teilnehmenden Häusern.

Multipliziert man die Anzahl der dokumentierenden Personen je Station mit ihrem zeitlichen Aufwand für die tägliche Einstufung, erhält man den zeitlichen Aufwand nach der PPBV pro Station und Tag.² Im 5%-getrimmten Mittel liegt dieser bei 187 Minuten. Der Median der Verteilung beträgt 90 Minuten.

Im Durchschnitt der Krankenhäuser werden Patienten täglich auf 12,8 Stationen nach der PPBV eingestuft (5%-getrimmtes Mittel). Der Median der Verteilung liegt bei 10 Stationen.

Multipliziert man die Anzahl der Stationen pro Krankenhaus mit Einstufung nach der PPBV mit dem durchschnittlichen zeitlichen Aufwand für

die PPBV pro Station, Tag und Krankenhaus, erhält man den zeitlichen Aufwand für die PPBV pro Krankenhaus und Tag. Im Mittel liegt dieser Wert bei 40,9 Stunden (5%-getrimmtes Mittel) bzw. bei 13,5 Stunden (Median). Die große Diskrepanz zwischen diesen beiden Werten resultiert vor allem daraus, dass große Krankenhäuser ab 600 Betten mit sehr vielen Stationen selbst das getrimmte Mittel noch überproportional beeinflussen.

Wenn man den zeitlichen Aufwand für die PPBV pro Krankenhaus und Tag mit der Anzahl der Jahrestage multipliziert, resultiert der jährliche Aufwand pro Haus und Jahr. Dieser liegt bei 14.930,6 Stunden oder 1.866,3 Arbeitstagen à 8 Stunden pro Haus und Jahr (5%-getrimmtes Mittel). Die Mediane der Verteilung betragen 4.931,6 Stunden oder 615,5 Arbeitstage à 8 Stunden pro Haus und Jahr.

Bei einer unterstellten Netto-Jahresarbeitszeit von 200 Arbeitstagen à 8 Stunden oder 1.600 Stunden³ pro Vollkraft entspricht der jährliche Dokumentationsaufwand für die Patienteneinstufung nach der PPBV 9,3 Vollkräfte (5%-getrimmtes Mittel) bzw. 3,1 Vollkräfte (Median) pro Krankenhaus.

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit von 1.054 Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten⁴ wären bundesweit rund 9.800 Vollkräfte ausschließlich mit der Dokumentation für die PPBV beschäftigt, wenn man das 5%-getrimmte Mittel von 9,3 Vollkräften pro Krankenhaus und Jahr zugrunde legt.

¹ 5%-getrimmtes Mittel, d. h. die 5 % der größten Werte und die 5 % der kleinsten Werte werden bei der Berechnung des Mittelwertes nicht berücksichtigt, um den verzerrenden Einfluss von Ausreißerwerten zu kontrollieren. So hatte beispielsweise eine Reihe von Teilnehmern eine Anzahl von mehreren hundert dokumentierenden Personen pro Tag und Station angegeben. Hier wurde offensichtlich Stations- und Krankensebene verwechselt.

² Da mit getrimmten Mittelwerten gerechnet wird, entspricht das Ergebnis hier und im Folgenden nicht dem Produkt der jeweiligen Mittelwerte von zeitlichem Aufwand und Personen je Organisationseinheit (hier Station).

³ Die Berechnung geht von folgenden Annahmen aus: Die Brutto-Jahresarbeitszeit je VK liegt bei 250 Arbeitstagen (365 Jahrestage – 104 Wochenendtage – 11 Feiertage) oder 2.000 Arbeitsstunden bei 8 Stunden je Arbeitstag (250 Arbeitstage brutto x 8 Stunden pro Tag). Etwaige Dienste an Wochenend- und Feiertagen werden zeitlich ausgeglichen. Für Urlaub, Fortbildung, Krankheit etc. werden Ausfallzeiten in Höhe von konservativ 20 % der Brutto-Jahresarbeitszeit von 2.000 Stunden angesetzt. Die Netto-Jahresarbeitszeit beträgt demnach 1.600 Stunden pro Jahr (2.000 – (2.000 x 20 %)). Bei ggf. höheren Ausfallzeiten wären die Netto-Arbeitszeiten ggf. niedriger und die Anzahl der kalkulatorisch ausschließlich mit Dokumentation befassten Mitarbeiter größer.

⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser 2023. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Publikationen/publikationen-innen-grunddaten-krankenhaus.html>

SCHULUNGEN ZUR PPBV

Rund vier Fünftel der Befragungsteilnehmer haben Personen in der Anwendung der PPBV gezielt geschult (83 %). Die übrigen Häuser haben dies nicht getan⁵ (Tab. 2).

Im Durchschnitt haben die Krankenhäuser rund 96 Mitarbeiter zur PPBV geschult (5 % getrimmtes Mittel). Der Median der Verteilung liegt bei 23 Mitarbeitern. Auffallend ist auch die sehr große Streuung zwischen 5 Mitarbeitern pro Krankenhaus

(unterer Quartilswert) und 150 Mitarbeitern (oberer Quartilswert).

Die große Streuung resultiert unter anderem daraus, dass große Krankenhäuser mit sehr vielen Stationen deutlich mehr Mitarbeiter geschult haben als kleinere Häuser. Des Weiteren erfolgt die Dokumentation für die PPBV je nach Krankenhaus mehr oder weniger arbeitsteilig (s. S. 21 ff.).

Tab. 2 Schulungen zur PPBV

Schulungen zur PPBV	Kennwerte
Allgemeinkrankenhäuser mit Schulungen zur PPBV – in %	83
Anzahl der Mitarbeiter mit Schulung zur PPBV je Krankenhaus – 5%-getrimmtes Mittel	96
Anzahl der Mitarbeiter mit Schulung zur PPBV je Krankenhaus – Median	23
Anzahl der Mitarbeiter mit Schulung zur PPBV je Krankenhaus – unterer Quartilswert	5
Anzahl der Mitarbeiter mit Schulung zur PPBV je Krankenhaus – oberer Quartilswert	150

⁵ Vordergründig mag dies überraschen. Möglicherweise lagen hier Vorerfahrungen mit der alten Pflegepersonal-Regelung aus den 90er Jahren oder durch Teilnahme an der PPR 2.0 Erprobungsstudie 2023 vor. Gegebenenfalls haben sich ausgewählte Mitarbeiter auch autodidaktisch fortgebildet.

Rund vier Fünftel der Befragungsteilnehmer haben Personen in der Anwendung der PPBV gezielt geschult. Im Durchschnitt haben die Krankenhäuser rund 96 Mitarbeiter zur PPBV entsprechend fortgebildet.

Rund zwei Drittel der befragten Krankenhäuser halten die Minutenwerte der PPBV für sachgerecht.

MINUTENWERTE DER PPBV

Jeder A- und S-Leistungsstufe sowie dem Fall- und Grundwert sind nach der PPBV entsprechende Minutenwerte zugeordnet, welche den Soll-Zeiten der Pflege für die jeweiligen Leistungen entsprechen. Im Krankenhaus Barometer sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit die Minutenwerte der PPBV, konkret die Soll-Werte für Erwachsene auf Normalstationen, für ihr Krankenhaus im Mittel bedarfsgerecht sind oder nicht (Abb. 13).

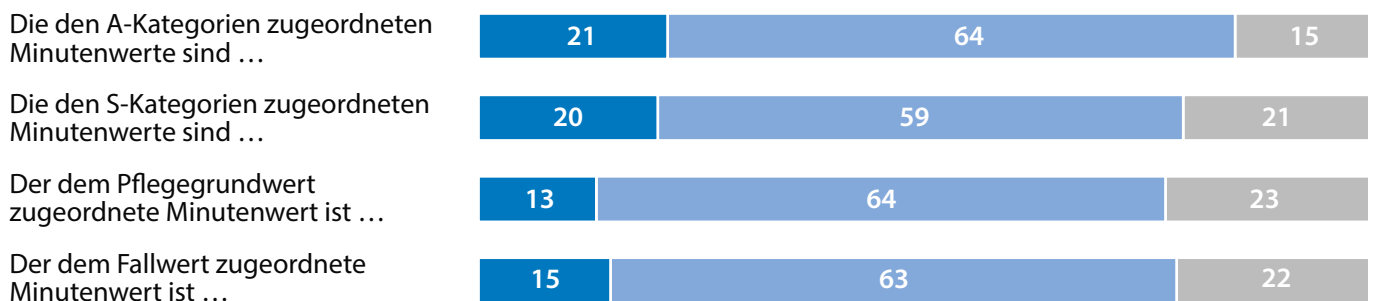
64 % der Krankenhäuser halten die den A-Kategorien zugeordneten Minutenwerte für ihr Haus für sachgerecht. Bei den S-Kategorien sind es 59 % der Häuser. Die Anteile der Häuser, die bei den beiden Kategorien einen höheren oder niedrigeren Bedarf haben, sind in etwa gleich verteilt.

Der Fallwert beinhaltet vor allem Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Krankenhausaufnahme und -entlassung. Auf Normalstationen für Erwachsene beträgt der Fallwert für eine Krankenhausaufnahme je Patient und Aufenthalt 75 Minuten (§ 12 Abs. 3 PPBV). Rund zwei Drittel der Befragten halten ihn in etwa für bedarfsgerecht.

Der Pflegegrundwert umfasst Leistungen ohne direkten Bezug zum individuellen Patienten (z. B. Leitungsaufgaben, pflege- bzw. behandlungsbezogene Besprechungen oder Ablauforganisation). Auf Normalstationen für Erwachsene beträgt er 33 Minuten pro Tag und Patient ohne Isolationspflicht (§ 12 Abs. 3 PPBV). Rund zwei Drittel der Befragten halten ihn in etwa für bedarfsgerecht.

Abb. 13 Inwieweit sind die Minutenwerte der PPBV (Soll-Werte für Erwachsene auf Normalstationen) für Ihr Krankenhaus im Mittel bedarfsgerecht?

Krankenhäuser in %



■ ... höher als unser Bedarf.

■ ... niedriger als unser Bedarf.

■ ... in etwa bedarfsgerecht.

GRUNDSÄTZLICHE EINSCHÄTZUNG ZUR PPBV

Die grundsätzlichen Einschätzungen der Befragungsteilnehmer zur PPBV fallen eher ambivalent aus (Abb. 14). So ist jeweils rund die Hälfte der Befragten der Ansicht, dass die PPBV den Bedarf an Pflegepersonal angemessen abbildet bzw. nicht abbildet.

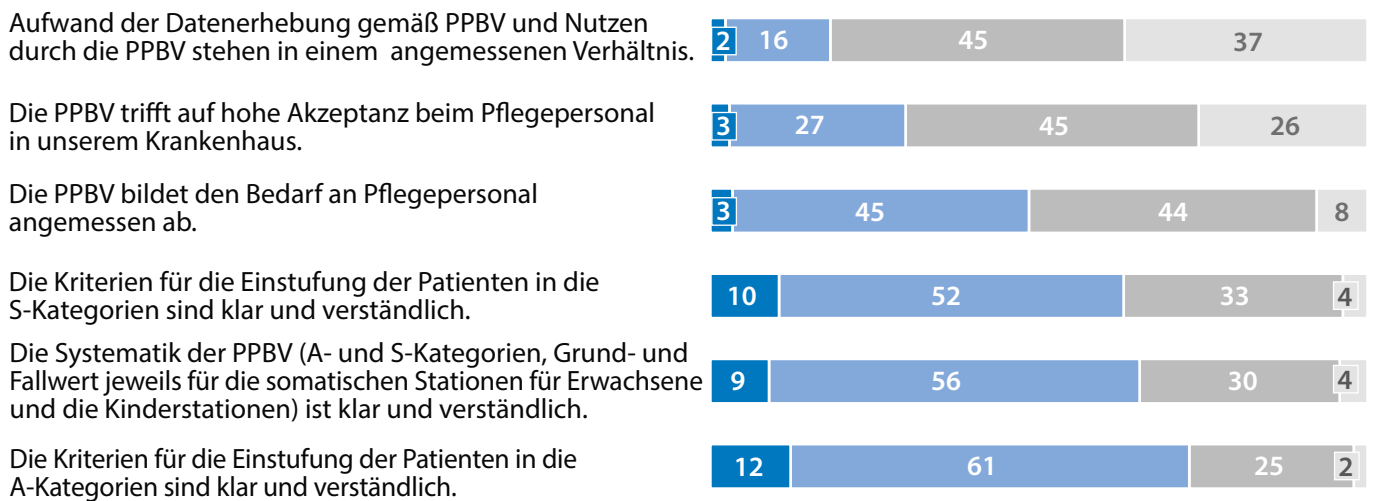
Hingegen werden die Strukturkriterien der PPBV eher positiv bewertet. So sind der Mehrheit der Befragten zufolge die Systematik der PPBV (A- und S-Kategorien, Grund- und Fallwert) sowie die Kriterien für die Einstufung der Patienten in die A- und S-Kategorien klar und verständlich.

Allerdings gibt es hier auch relevante Anteile von Krankenhäusern, die diese Einschätzungen nicht teilen.

Besonders kritisch sehen die Krankenhäuser die zusätzliche Bürokratie durch die PPBV. 82 % der Befragten vertreten die Auffassung, dass Aufwand und Nutzen der Datenerhebung gemäß PPBV in keinem angemessenen Verhältnis stehen. Dies mag ein Grund sein, warum die PPBV auf eine eher geringe Akzeptanz beim Pflegepersonal trifft. Dies ist in 71 % der Stichprobenkrankenhäuser der Fall.

Abb. 14 Wie schätzen Sie in Ihrem Krankenhaus die PPBV für Erwachsene auf Normalstationen grundsätzlich ein?

Krankenhäuser in %



Trifft voll und ganz zu

Trifft eher zu

Trifft eher nicht zu

Trifft gar nicht zu

Im Rahmen einer offenen Frage sollten die Teilnehmer überdies die zentralen Verbesserungspotenziale mit Blick auf die Konzeption und praktische Umsetzung benennen. Der am häufigsten genannte Verbesserungsvorschlag war auch hier die Entbürokratisierung der Pflege. Die Dokumentation für die PPBV binde zu viele Pflegekräfte, die besser für die Patientenversorgung eingesetzt werden sollten.

Weitere Verbesserungsvorschläge betrafen insbesondere die digitale Unterstützung der Pflegedokumentation nach der PPBV. Im Kontext der Patienteneinstufung würden erforderliche Informationen vielfach noch „manuell“ erfasst. Die Digitalisierung der Datenerfassung müsse deutlich erhöht werden, etwa durch eine automatisierte Ausleitung der Einstufungen aus dem KIS bzw. der digitalen Pflegedokumentation oder durch KI-gestützte Einstufungen.

Überdies wurde in Zweifel gezogen, ob der über die PPBV ermittelte Personalbedarf auch tatsächlich gedeckt werden kann. Der Fachkräftemangel in der Pflege und eine möglicherweise unzureichende Refinanzierung über die Kostenträger könnten hier limitierende Faktoren sein. Entsprechende Szenarien würden das Aufwand-Nutzen-Verhältnis der PPBV weiter schmälern.

Weitere Verbesserungsvorschläge betrafen unter anderem die mangelnde „Kompatibilität“ von Personalbedarf nach PPBV und den Pflegepersonaluntergrenzen, die unzureichende Berücksichtigung von Pflegehilfskräften in der PPBV oder generell des Skill-Grade-Mix sowie eine vermeintlich unvollständige Abbildung der speziellen Pflege sowie bestimmter Patientengruppen und Fachbereiche in der PPBV, z. B. Geriatrie und Palliativversorgung.



Mehrheitlich erkennen die Befragungsteilnehmer zumindest noch keine kurzfristigen Effekte auf die pflegerische Versorgung im Krankenhaus. Auch eine Entlastung der Pflege ist bislang nicht erkennbar oder zu erwarten.

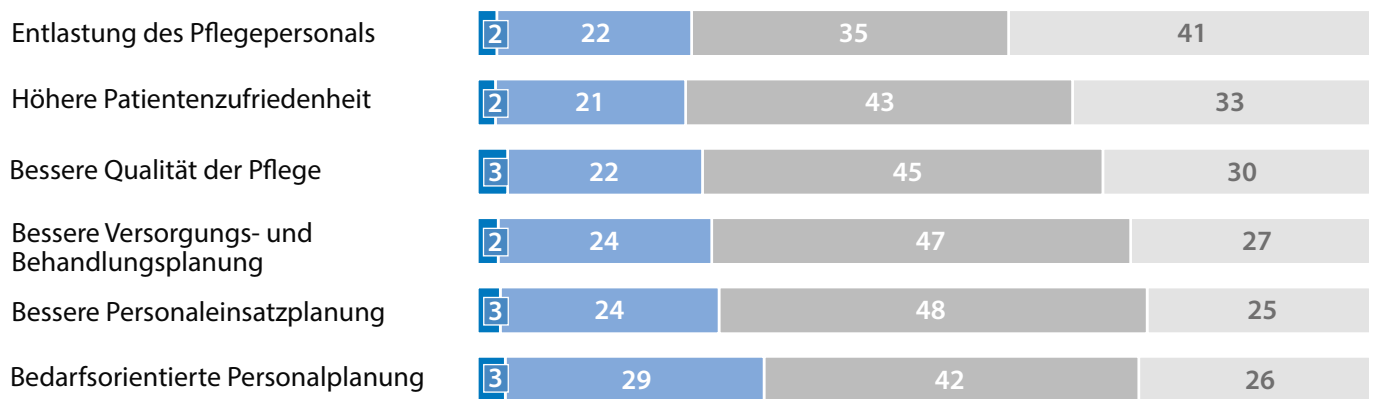
VERBESSERUNGEN DURCH DIE PPBV

Von den Krankenhäusern werden die bislang mit der Einführung der PPBV erzielten Verbesserungen eher zurückhaltend beurteilt. Mehrheitlich erkennen die Befragungsteilnehmer zumindest noch keine kurzfristigen Effekte auf die pflegerische Versorgung im Krankenhaus (Abb. 15).

Das betrifft gleichermaßen eine bedarfsorientierte Personalplanung, eine bessere Personaleinsatzplanung und eine bessere Versorgungs- und Behandlungsplanung. Auch eine Entlastung der Pflege ist bislang nicht erkennbar oder zu erwarten.

Abb. 15 Inwieweit geht mit der PPBV und der damit verbundenen Einführung der PPR 2.0 eine Verbesserung für Ihr Krankenhaus einher?

Krankenhäuser in %



■ Trifft voll und ganz zu

■ Trifft eher zu

■ Trifft eher nicht zu

■ Trifft gar nicht zu

© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

Im Rahmen einer offenen Frage haben einige Teilnehmer darauf hingewiesen, dass zum jetzigen Zeitpunkt die Auswirkungen der PPBV noch nicht beurteilt werden könnten, aktuell noch kein Nutzen

erkennbar sei oder sich die Effekte der PPBV erst einspielen müssten. Vor diesem Hintergrund sind auch die Befragungsergebnisse mit Vorbehalt zu interpretieren.

3

GENERALISTISCHE PFLEGEAUSBILDUNG

Bei der generalistischen Pflegeausbildung kommt es vor allem im 1. Ausbildungsjahr zu Ausbildungsabbrüchen. Im Jahr 2024 haben durchschnittlich 15 % der Ausbildungsanfänger im 1. Ausbildungsjahr ihr Ausbildungsverhältnis gekündigt. Der Großteil der Krankenhäuser steuert mit einer Vielzahl an Maßnahmen den Ausbildungsabbrüchen entgegen. Grundlegende Unterstützungsangebote sind dabei weitgehend flächendeckend etabliert, während flexible, psychosoziale und gesundheitsfördernde Maßnahmen deutlich seltener Anwendung finden – obwohl viele Einrichtungen deren Einführung als sinnvoll erachten.

STAND DER PRAKTISCHEN AUSBILDUNG IN DER GENERALISTIK

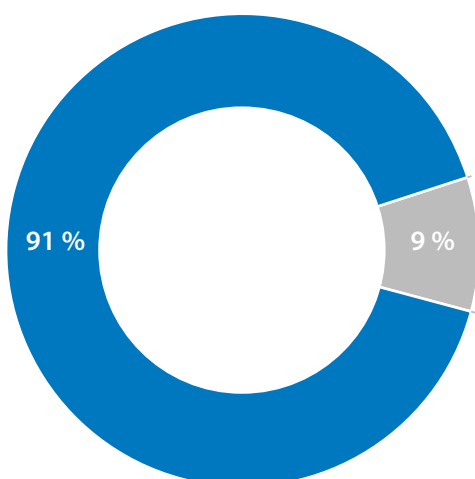
Der Träger der praktischen Ausbildung ist verantwortlich für die Durchführung der praktischen Ausbildung einschließlich ihrer Organisation und schließt mit der oder dem Auszubildenden einen Ausbildungsvertrag (§ 8 Abs. 1 Pflegeberufgesetz (PflBG)). Er hat über Vereinbarungen mit den weiteren an der praktischen Ausbildung beteiligten Einrichtungen zu gewährleisten, dass die vorgeschriebenen Einsätze der praktischen Ausbildung in den weiteren an der praktischen Ausbildung beteiligten Einrichtungen durchgeführt werden können. Die Ausbildung wird dabei auf der Grundlage eines Ausbildungsplans zeitlich und sachlich gegliedert, damit sie so durchgeführt werden kann, dass das Ausbildungsziel in der vorgesehenen Zeit erreicht werden kann (§ 8 Abs. 3 PflBG).

Kooperierende Einrichtungen sind jene Einrichtungen, die sich an der praktischen Ausbildung auf Grundlage entsprechender Kooperationsverträge beteiligen. Die praktische Ausbildung gliedert sich dabei in Pflichteinsätze, einen Vertiefungseinsatz sowie weitere Einsätze. Die Praxiseinsätze werden gemäß § 7 PflBG in zugelassenen Krankenhäusern sowie stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen durchgeführt (§§ 6 Abs. 3, 6 Abs. 4 und 8 Abs. 3 PflBG).

Träger der praktischen Ausbildung können ausschließlich Einrichtungen nach § 7 Abs. 1 PflBG sein, die selbst eine Pflegeschule betreiben oder die mit mindestens einer Pflegeschule einen Vertrag über die Durchführung des theoretischen und praktischen Unterrichts geschlossen haben (§ 8 Abs. 2 PflBG).

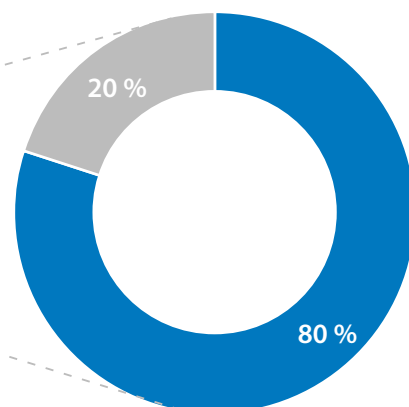
Abb. 16 Ist Ihre Einrichtung Träger der praktischen beruflichen Pflegeausbildung gemäß des Pflegeberufgesetzes (PflBG)?

Krankenhäuser in %



Ist Ihre Einrichtung kooperierende Einrichtung bei der praktischen beruflichen Pflegeausbildung gemäß PflBG?

Krankenhäuser in %



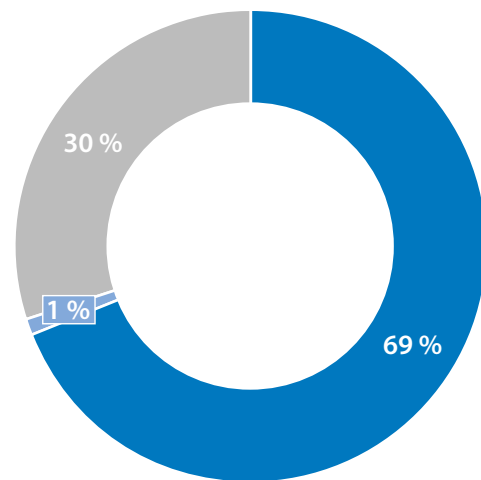
Vor diesem Hintergrund wurden die Krankenhäuser gefragt, ob sie zum Befragungszeitpunkt Träger der praktischen Ausbildung und/oder kooperierende Einrichtung bei der praktischen Ausbildung nach dem PflBG sind. Nahezu alle befragten Kliniken bejahten mindestens eine der beiden Optionen. 91 % der Kliniken aus der Stichprobe fungierten als Träger der Ausbildung (Abb. 16). Kooperierende Einrichtung bei der praktischen Ausbildung waren 80 % der übrigen Kliniken. Kliniken, die weder als Träger der praktischen Ausbildung noch als kooperierende Einrichtung bei der praktischen Ausbildung fungierten, wurden von den übrigen Fragen dieses Kapitels zum Thema „generalistische Pflegeausbildung“ ausgeschlossen.

Die Aufgaben des Trägers der praktischen Ausbildung können von einer Pflegeschule wahrgenommen werden, wenn Trägeridentität besteht oder soweit der Träger der praktischen Ausbildung die Wahrnehmung der Aufgaben durch Vereinbarung auf die Pflegeschule übertragen hat. Die Pflegeschule kann in diesem Rahmen auch zum Abschluss des Ausbildungsvertrages für den Träger der praktischen Ausbildung bevollmächtigt werden (§ 8 Abs. 4 PflBG). Die Pflegeschule trägt die Gesamtverantwortung für die Koordination des Unterrichts mit der praktischen Ausbildung (§ 10 PflBG). Darüber hinaus müssen die Ausbildungsstätten die in § 9 PflBG festgeschriebenen Mindestanforderungen erfüllen, wie z. B. eine im Verhältnis zur Zahl der Ausbildungsplätze angemessene Zahl fachlich und pädagogisch qualifizierter Lehrkräfte.

Die Krankenhäuser, die im Jahr 2024 Träger der praktischen Ausbildung nach dem PflBG waren, wurden daher gefragt, ob sie eine eigene Pflegeschule betreiben oder dies in Zukunft planen. Demnach leiteten mehr als zwei Drittel der Träger der praktischen Ausbildung (69 %) auch eine eigene Pflegeschule (Abb. 17). 1 % der Kliniken (n = 1) hatte die Absicht, in Zukunft eine eigene Ausbildungsstätte für Pflegeberufe zu betreiben. Die übrigen Kliniken verfügten zum Befragungszeitpunkt weder über eine eigene Pflegeschule, noch hatten sie Pläne, dies in Zukunft zu ändern.

Abb. 17 Betreibt Ihre Einrichtung als Träger der praktischen beruflichen Pflegeausbildung gemäß des PflBG eine eigene Pflegeschule?

Krankenhäuser in %



- Ja
- Nein, ist aber geplant
- Nein, und ist auch nicht geplant

© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

Im Vergleich zur Umfrage 2023 berichten deutlich mehr Kliniken von gestiegenen Bewerber- und Ausbildungszahlen.

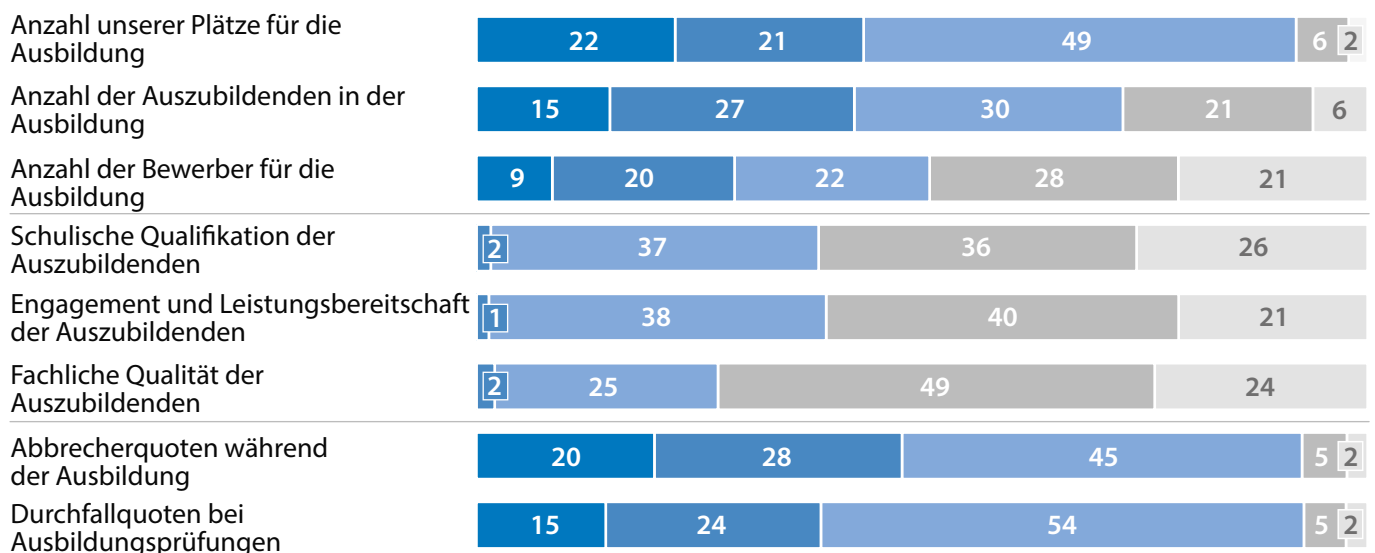
DERZEITIGE UND ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNG DER AUSBILDUNG

Die Krankenhäuser sollten angeben, wie sich verschiedene Aspekte seit Einführung der generalistischen Ausbildung nach dem PflBG im Vergleich zur Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz (KrPflG) entwickelt haben. Demnach ist die Anzahl der Plätze für die Ausbildung in 43 % der Kliniken leicht bis deutlich gestiegen (Abb. 18). In etwa der Hälfte der Häuser (49 %) hat sich die Anzahl der Ausbildungsplätze nicht verändert. Die Anzahl

der Bewerber für die Ausbildung hat hingegen in rund der Hälfte der Einrichtungen (49 %) leicht bis deutlich abgenommen. Bei der Anzahl der Auszubildenden in der Ausbildung haben 42 % der Kliniken eine Zunahme verzeichnet, während die Ausbildungszahlen in 27 % der Häuser gesunken sind. Im Vergleich zur Umfrage 2023 berichten deutlich mehr Kliniken von gestiegenen Bewerber- und Auszubildendenzahlen.

Abb. 18 Bitte geben Sie für Ihr Haus an, wie sich die folgenden Aspekte seit Einführung der generalistischen Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) in Ihrem Haus im Vergleich zur Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz (KrPflG) entwickelt haben.

Krankenhäuser in %



■ Deutlich gestiegen
 ■ Leicht gestiegen
 ■ In etwa gleich geblieben

■ Leicht gesunken
 ■ Deutlich gesunken

Nach Einschätzung von fast drei Vierteln der befragten Kliniken (73 %) hat die fachliche Qualität der Auszubildenden leicht, zum Teil auch deutlich abgenommen. 62 % der Häuser waren der Ansicht, dass die schulische Qualifikation der Auszubildenden nachgelassen hat, und 61 % fällten das Urteil, dass das Engagement und die Leistungsbereitschaft der Auszubildenden gesunken ist. Nur 1 bis 2 % der Einrichtungen waren der Auffassung, dass die fachliche Qualität, schulische Qualifikation sowie das Engagement und die Leistungsbereitschaft der Auszubildenden im Vergleich zu der Ausbildung nach dem KrPflG leicht gestiegen sind.

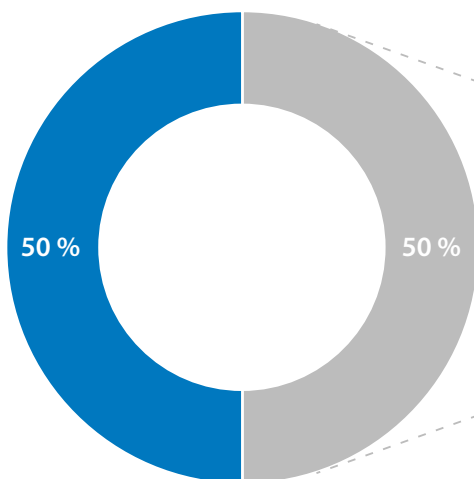
Die Abbrecherquoten sind seit Einführung der generalistischen Ausbildung nach dem PflBG im Vergleich zur Ausbildung nach dem KrPflG in fast der Hälfte der befragten Krankenhäuser (48 %)

leicht bis deutlich gestiegen. Nur in 7 % der Kliniken sind die Abbrecherquoten gesunken (Abb. 18).

Ebenso haben sich auch die Durchfallquoten bei Ausbildungsprüfungen in 39 % der Kliniken erhöht. Nur 7 % der Allgemeinkrankenhäuser verzeichneten keinen Rückgang bei den Durchfallquoten bei Ausbildungsprüfungen. Der Großteil der Kliniken sieht keine Veränderung (Abb. 18). Im Jahr 2024 gab es in der Hälfte der Kliniken Auszubildende, die die Zwischenprüfung nicht bestanden haben. Die Durchfallquote bei der Zwischenprüfung belief sich in diesen Häusern auf 14,9 % (Abb. 19). Weiterhin gab es im Jahr 2024 in 80 % der Häuser Auszubildende, die die Abschlussprüfung nicht bestanden haben. Die Durchfallquote bei der Abschlussprüfung betrug in diesen Kliniken 13,5 % (Abb. 20).

Abb. 19 Gab es in Ihrer Einrichtung Auszubildende, die die Zwischenprüfung im Jahr 2024 nicht bestanden haben?

Krankenhäuser in %



Wie hoch war die Durchfallquote bei der Zwischenprüfung im Jahr 2024?

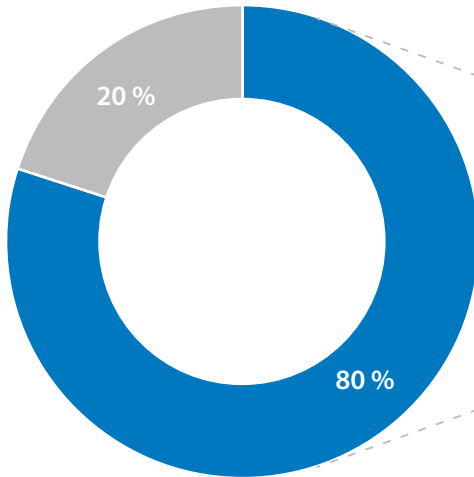
5%-getrimmtes Mittel

Durchfallquote in %

14,9

Abb. 20 Gab es in Ihrer Einrichtung Auszubildende, die die Abschlussprüfung im Jahr 2024 nicht bestanden haben?

Krankenhäuser in %



Wie hoch war die Durchfallquote bei der Abschlussprüfung im Jahr 2024?

5%-getrimmtes Mittel

Durchfallquote in %

13,5



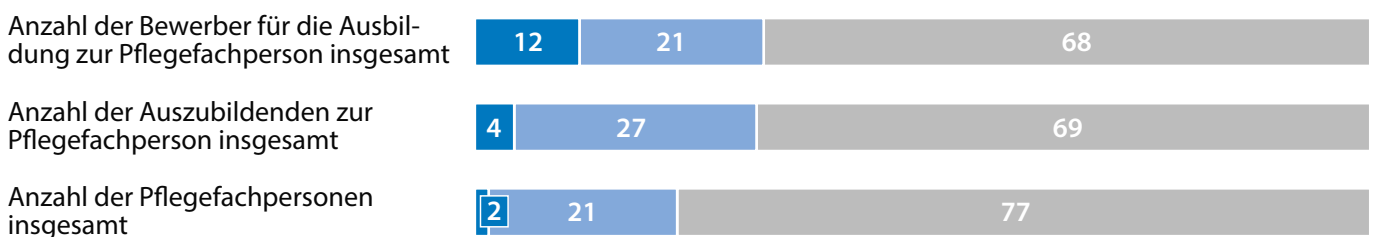


Für die nächsten 3 Jahre fielen die Einschätzungen der Kliniken mit Blick auf die weitere Entwicklung in der generalistischen Ausbildung noch deutlich pessimistischer aus (Abb. 21). Die große Mehrheit der Allgemeinkrankenhäuser geht davon aus, dass sowohl die Anzahl der Bewerbungen (68 %) als auch Auszubildenden (69 %) und

Pflegefachpersonen (77 %) den Bedarf nicht decken können. 12 % der Kliniken gehen davon aus, dass die Anzahl der Bewerber für die Ausbildung höher sein wird als der Bedarf. Nur sehr wenige Kliniken rechnen damit, dass die Anzahl an Auszubildenden (4 %) oder ausgebildeten Fachkräften (2 %) den Bedarf übersteigen wird.

Abb. 21 Bitte schätzen Sie ein, wie sich die Situation in Ihrem Haus in den nächsten 3 Jahren entwickeln wird.

Krankenhäuser in %



■ Höher als der Bedarf
■ Deckt den Bedarf ab

■ Geringer als der Bedarf

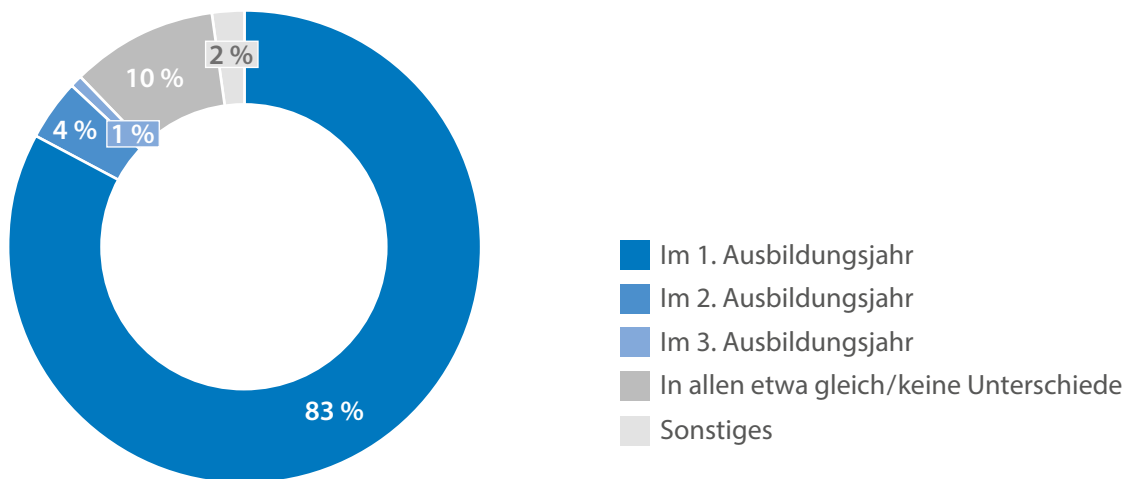
AUSBILDUNGSABBRÜCHE UND MASSNAHMEN ZUR EINDÄMMUNG

Seit Einführung der generalistischen Pflegeausbildung werden Ausbildungsverträge in der großen Mehrheit der Allgemeinkrankenhäuser (83 %) am häufigsten im 1. Ausbildungsjahr gekündigt (Abb. 22). Im 2. und 3. Lehrjahr werden nur noch

vereinzelt Ausbildungsverhältnisse beendet. In jeder 10. Einrichtung kommt es in allen 3 Ausbildungsjahrgängen gleichermaßen oft zu Ausbildungsabbrüchen.

Abb. 22 In welchem Ausbildungsjahr kommt es seit Einführung der generalistischen Pflegeausbildung in Ihrem Krankenhaus am häufigsten zu Ausbildungsabbrüchen in Ihrem Krankenhaus?

Krankenhäuser in %



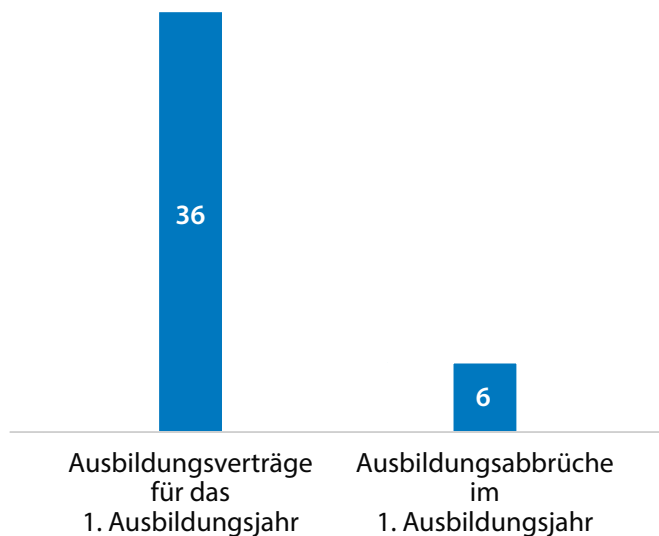
© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

Ausbildungsverträge werden am häufigsten
im 1. Lehrjahr gekündigt.

Im Jahr 2024 wurden in den Krankenhäusern durchschnittlich 36 Ausbildungsverträge für das 1. Lehrjahr abgeschlossen, wobei im Mittel 6 Auszubildende das Ausbildungsverhältnis noch im gleichen Jahr beendeten. Die Abbrecherquote lag damit bei 17 % (Abb. 23).

Abb. 23 Ausbildungsverträge und -abbrüche im Jahr 2024 für die praktische Ausbildung der generalistischen Pflegeausbildung

Mittelwerte



© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

Der Großteil der Krankenhäuser steuert nach eigener Einschätzung mit einer Vielzahl an Maßnahmen den Ausbildungsabbrüchen entgegen (Abb. 24). Zum einen wird deutlich, dass die umgesetzten Maßnahmen in den meisten Einrichtungen auch erfolgreich sind. Zum anderen sind grundlegende Unterstützungsangebote weitgehend flächendeckend etabliert. Flexible, psychosoziale und gesundheitsfördernde Maßnahmen finden dagegen deutlich seltener Anwendung – obwohl viele Einrichtungen deren Einführung als sinnvoll erachten.

Besonders weit verbreitet und erfolgreich umgesetzt sind nach Angaben der Kliniken regelmäßige Feedbackgespräche (93 %), die Weiterbildung der Auszubildenden, z. B. im Bereich innovativerer Ausbildungsmethoden (93 %), die Bereitstellung eines festen Ansprechpartners während der gesamten Ausbildungszeit (90 %), eine frühzeitige Berufsorientierung durch Betriebspraktika vor Ausbildungsbeginn (89 %) sowie Onboarding-Maßnahmen zum Start der Ausbildung, z. B. Willkommensboxen, Ausbildungsleitfäden oder -mappen (89 %).

Auch die Implementierung digitaler Lehr- und Lernformate (73 %), die Unterstützung bei der Wohnungssuche, z. B. durch die Vermittlung von Plätzen in Wohnheimen (68 %), und beim Lernen, z. B. durch Lerncoaching oder Nachhilfeangebote (68 %), sind in vielen Einrichtungen nach eigener Einschätzung etabliert. 14 bis 17 % der Allgemeinkrankenhäuser, die diese Maßnahmen bisher nicht umsetzen, halten die Einführung dieser Angebote für die Auszubildenden jedoch für sinnvoll.

17 %

der Auszubildenden brechen ihre Ausbildung im 1. Lehrjahr ab.

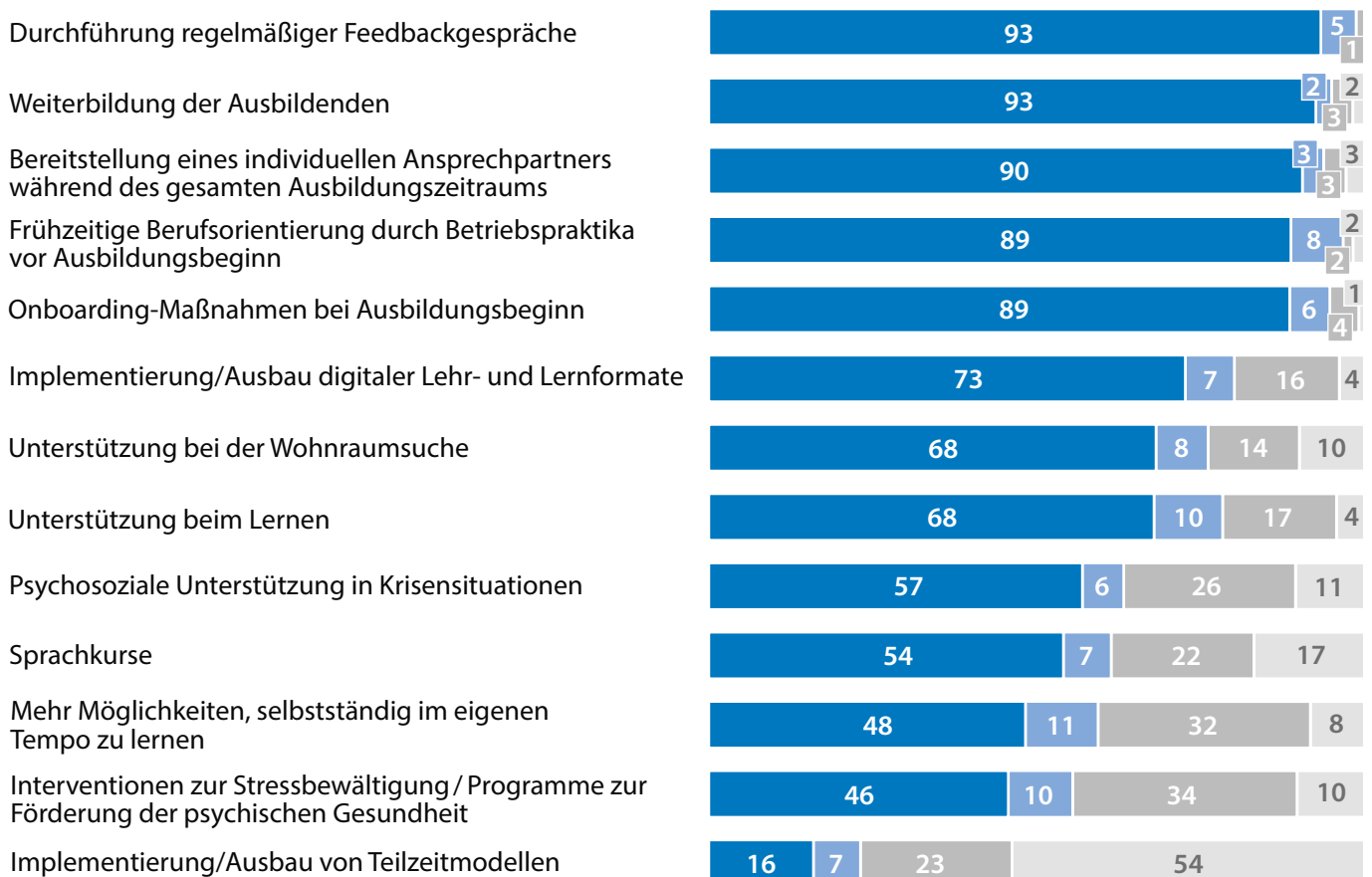
Weniger stark verbreitet, aber von vielen Kliniken als sinnvoll angesehen, sind psychosoziale Unterstützung in Krisensituationen, z. B. Beratung und Mediation bei drohenden Ausbildungsabbrüchen oder Einsatz von Sozialarbeitenden (57 % erfolgreich umgesetzt, 26 % sehen Bedarf), Sprachkurse (54 % erfolgreich umgesetzt, 22 % sehen Bedarf), Möglichkeiten zum selbstständigen Lernen im eigenen Tempo (48 % erfolgreich umgesetzt, 32 % sehen Bedarf) sowie Programme zur Stress-

bewältigung und Förderung der psychischen Gesundheit (46 % erfolgreich umgesetzt, 34 % sehen Bedarf).

Am seltensten finden sich Teilzeitmodelle in der Ausbildung, die nur in knapp einem Viertel der Einrichtungen (23 %) angeboten werden. Von den etwa drei Vierteln der Kliniken (77 %), die zum Befragungszeitpunkt keine Teilzeitmodelle angeboten haben, fänden dies auch nur rund 30 % sinnvoll.

Abb. 24 Welche der folgenden Maßnahmen werden im Rahmen der praktischen Ausbildung in der Generalistik in Ihrer Einrichtung umgesetzt?

Krankenhäuser in %



■ Ja, umgesetzt und erfolgreich

■ Nein, nicht umgesetzt, wäre aber sinnvoll

■ Ja, umgesetzt, aber nicht erfolgreich

■ Nein, nicht umgesetzt, und nicht geplant

4

HOCHSCHULISCHE
PFLEGEAUSBILDUNG

Jeder 3. Ausbildungsplatz für die hochschulische Pflegeausbildung blieb im Jahr 2024 unbesetzt. Die Bewerberzahlen für die hochschulische Pflegeausbildung als auch die Anzahl der Studierenden sind in fast drei Vierteln der befragten Kliniken deutlich niedriger, verglichen mit den Auszubildenden der praktischen generalistischen Pflegeausbildung. Ein Großteil der Allgemeinkrankenhäuser schätzt das Engagement und die Leistungsbereitschaft sowie die fachliche Qualität der Studierenden höher ein als bei den Auszubildenden. Aus Sicht der Kliniken hat die hochschulische Pflegeausbildung vor allem eine Grundlage für breitere berufliche Einsatzmöglichkeiten der Pflegekräfte geschaffen.

STAND DER HOCHSCHULISCHEN PFLEGEAUSBILDUNG

Einen entscheidenden Meilenstein für die Etablierung dualer Pflegestudiengänge markierte das im Dezember 2023 in Kraft getretene Pflegestudienumstärkungsgesetz, welches erstmals eine bundesweite gesetzliche Grundlage mit verbindlicher dualer Struktur und verpflichtender Ausbildungsvergütung schuf. Die hochschulische Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann vermittelt die für die selbstständige umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik.

Sie vermittelt zusätzlich die zur eigenverantwortlichen und selbstständigen Ausübung von erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik in den Bereichen diabetische Stoffwechselerkrankungen, chronische Wunden und Demenz (§ 37 Abs. 2 PflBG).



Tab. 3

Die hochschulische Ausbildung befähigt nach § 37 Abs. 3 PflBG über die Kompetenzen der beruflichen Pflegeausbildung hinaus, insbesondere:
<ul style="list-style-type: none"> • zur Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse,
<ul style="list-style-type: none"> • vertieftes Wissen über Grundlagen der Pflegewissenschaft, des gesellschaftlich-institutionellen Rahmens des pflegerischen Handelns sowie des normativ-institutionellen Systems der Versorgung anzuwenden und die Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung dadurch maßgeblich mitzugestalten,
<ul style="list-style-type: none"> • sich Forschungsgebiete der professionellen Pflege auf dem neuesten Stand der gesicherten Erkenntnisse erschließen und forschungsgestützte Problemlösungen wie auch neue Technologien in das berufliche Handeln übertragen zu können sowie berufsbezogene Fort- und Weiterbildungsbedarfe zu erkennen,
<ul style="list-style-type: none"> • sich kritisch-reflexiv und analytisch sowohl mit theoretischem als auch praktischem Wissen auseinandersetzen und wissenschaftsbasiert innovative Lösungsansätze zur Verbesserung im eigenen beruflichen Handlungsfeld entwickeln und implementieren zu können,
<ul style="list-style-type: none"> • an der Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien und Expertenstandards mitzuwirken,
<ul style="list-style-type: none"> • zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Übernahme von hochkomplexen Pflegebedarfen von Menschen aller Altersstufen unter Einbezug von deren Bezugspersonen und in Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten,
<ul style="list-style-type: none"> • zur Integration der eigenverantwortlich und selbstständig ausgeübten erweiterten heilkundlichen Aufgaben in den Pflege- und Therapieprozess aus einer pflegerischen Perspektive sowie dazu die so gewonnenen Erkenntnisse im interprofessionellen Team argumentativ zu vertreten und die subjektiven Vorstellungen zu diesen Aufgaben zu reflektieren,
<ul style="list-style-type: none"> • zur Verabreichung von Infusionstherapie und Injektionen sowie zur Verordnung von und Versorgung mit Medizinprodukten und Hilfsmitteln,
<ul style="list-style-type: none"> • zur Auseinandersetzung mit einem professionellen Berufs- und Rollenverständnis in Bezug auf die selbstständige und eigenverantwortliche Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten sowie den damit zusammenhängenden fachlichen, wirtschaftlichen, rechtlichen und ethischen Fragestellungen, die sich aus dem Anspruch einer prozesshaften Bearbeitung und einer am zu pflegenden Menschen ausgerichteten Pflege ergeben.

Das duale Studium dauert mindestens 3 Jahre und umfasst theoretische und praktische Lehrveranstaltungen an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen anhand eines modularen Curriculums sowie Praxiseinsätze in Einrichtungen nach § 7 PflBG (§ 38 Abs. 1 PflBG). Die Praxiseinsätze gliedern sich in Pflichteinsätze, einen Vertiefungseinsatz sowie weitere Einsätze. Sie werden auf der Grundlage eines Ausbildungsplans durchgeführt, der vom Träger des praktischen Teils der hochschulischen Pflegeausbildung nach den Maßgaben der Hochschule für jede studierende Person zu erstellen ist. Die Hochschule unterstützt die Praxiseinsätze durch die von ihr zu gewährleistende Praxisbegleitung (§ 38 Abs. 3 PflBG).

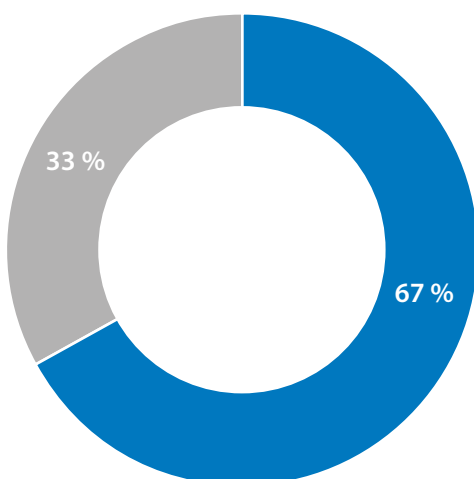
Die Hochschule trägt die Gesamtverantwortung für die Koordination der theoretischen und praktischen Lehrveranstaltungen mit den Praxiseinsätzen. Sie schließt einen Kooperationsvertrag mit einem Träger des praktischen Teils der hochschulischen Ausbildung, um die Durchführung der

Praxiseinsätze sicherzustellen (§ 38 Abs. 4 PflBG). Der Träger des praktischen Teils der hochschulischen Pflegeausbildung übernimmt auf Grundlage des mit der Hochschule getroffenen Kooperationsvertrags die Verantwortung für die Organisation und Durchführung der Praxiseinsätze. Träger des praktischen Teils der hochschulischen Pflegeausbildung im Sinne von Absatz 1 können ausschließlich Einrichtungen nach § 7 Absatz 1 (zugelassene Krankenhäuser, stationäre sowie ambulante Pflegeeinrichtungen) sein, die eine Hochschule selbst betreiben oder die mit mindestens einer Hochschule einen Kooperationsvertrag geschlossen haben (§ 38a Abs. 1 und 2 PflBG).

Im Vergleich zu der generalistischen Ausbildung nach dem PflBG wird die hochschulische Pflegeausbildung von deutlich weniger Kliniken durchgeführt (Abb. 16). Ein Drittel der Kliniken war zum Befragungszeitpunkt Träger des praktischen Teils der hochschulischen Pflegeausbildung (Abb. 25).

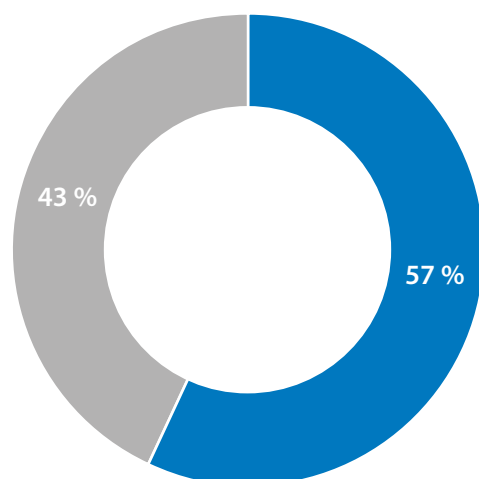
Abb. 25 Ist Ihre Einrichtung Träger des praktischen Teils der hochschulischen Pflegeausbildung?

Krankenhäuser in %



Haben Sie zur hochschulischen Pflegeausbildung einen Kooperationsvertrag mit mindestens einer Hochschule geschlossen?

Krankenhäuser in %



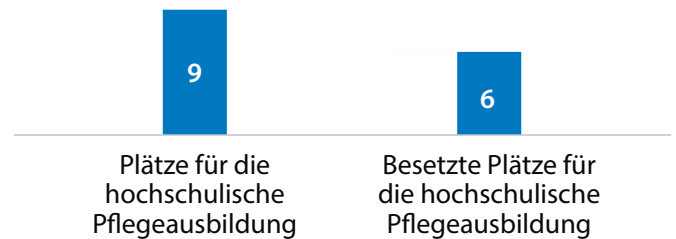
43 % der Häuser hatten anlässlich der hochschulischen Pflegeausbildung einen Kooperationsvertrag mit mindestens einer Hochschule geschlossen. Im Mittel wurde dabei mit 1,3 Hochschulen (Median: 1) ein Kooperationsvertrag geschlossen. Kliniken, die weder als Träger der hochschulischen Pflegeausbildung noch als kooperierende Einrichtung bei der hochschulischen Pflegeausbildung fungierten, wurden von den übrigen Fragen dieses Kapitels zum Thema „hochschulische Pflegeausbildung“ ausgeschlossen.

Sowohl die Träger der hochschulischen Pflegeausbildung als auch die Einrichtungen, welche einen Kooperationsvertrag mit einer Hochschule geschlossen hatten, hielten im Jahr 2024 im Mittel 9 Ausbildungsplätze vor, wovon jedoch nur 6 Plätze besetzt waren (Abb. 26). Damit blieb etwa ein Drittel der für die hochschulische Pflege-

ausbildung vorgesehenen Ausbildungsplätze unbesetzt.

Abb. 26 Ausbildungsplätze im Jahr 2024 für die praktische Ausbildung der hochschulischen Pflegeausbildung

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

VERGLEICH VON STUDIUM UND AUSBILDUNG

Hochschulische Auszubildende haben immer ein Abitur – anders sind die Zugangsvoraussetzungen bei der Ausbildung. Vor diesem Hintergrund wurden die Allgemeinkrankenhäuser gefragt, wie sie unterschiedliche Aspekte im Studium im Vergleich zur Ausbildung nach dem PflBG einschätzen. Insgesamt zeigt sich, dass die hochschulische Pflegeausbildung zwar oft mit höherem Engagement und besserer fachlicher Qualität der Studierenden verbunden wird, jedoch deutlich weniger Bewerber und Studierende anzieht als die klassische Ausbildung.

In jeweils fast drei Vierteln der Kliniken, die die hochschulische Pflegeausbildungen durchführen (72 %), ist die Anzahl der Bewerbungen wie auch Studierenden deutlich niedriger im Vergleich zur Ausbildung nach dem PflBG (Abb. 27). In ungefähr jeder 10. Einrichtung sind sowohl die Bewerber- als auch Studierendenzahlen etwas höher als bei den Auszubildenden nach dem PflBG.

Die Abbrecherquoten beim dualen Studium fallen in 55 % der Häuser etwas bis deutlich geringer aus als bei der generalistischen Pflegeausbildung.

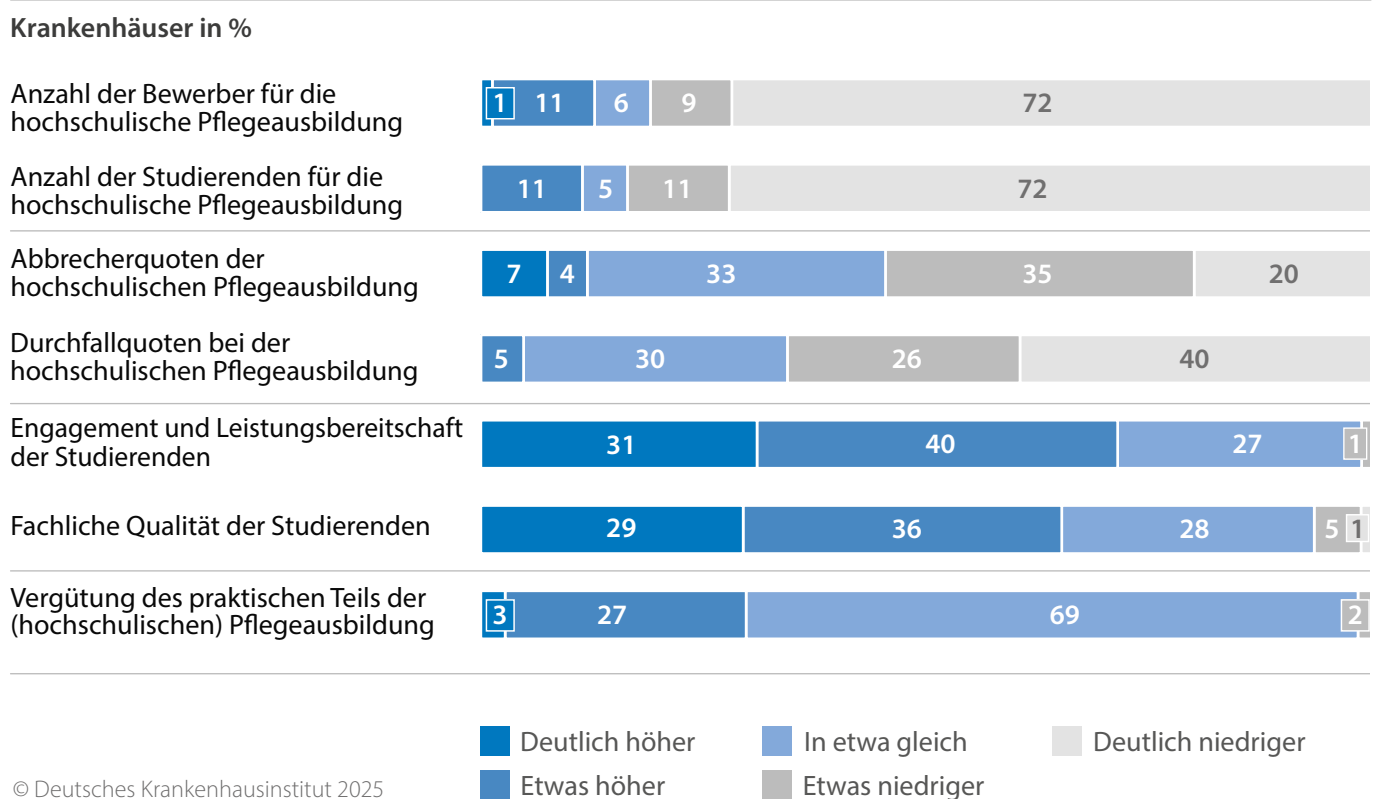
In zwei Dritteln der Kliniken fallen die Studierenden im Vergleich zu den Auszubildenden weniger häufig durch ihre Prüfungen. In nur wenigen Einrichtungen (5 bis 11 %) sind die Abbrecher- und Durchfallquoten bei den Studierenden höher.

Beim Engagement und der Leistungsbereitschaft der Studierenden bewerteten 31 % diese als deutlich höher und 40 % als etwas höher im Vergleich zur klassischen Ausbildung. Auch die fachliche Qualität der Studierenden wurde von vielen Allgemeinkrankenhäusern positiv eingeschätzt: 29 % bewerteten sie als deutlich höher und weitere 36 % als etwas höher. Nur sehr wenige Kliniken

(1 bis 6 %) sind der Auffassung gewesen, dass die Studierenden über eine geringere fachliche Qualität sowie weniger Engagement und Leistungsbereitschaft verfügen als die Auszubildenden.

Die Vergütung des praktischen Teils des Pflegestudiums kann nach Einschätzung der Kliniken in mehr als zwei Dritteln der befragten Einrichtungen (69 %) mit der Vergütung mit der generalistischen Pflegeausbildung mithalten. In 27 % der Häuser werden die Studierenden etwas besser vergütet als die Auszubildenden, in 3 % sogar deutlich besser.

Abb. 27 Wie schätzen Sie die folgenden Aspekte im Studium im Vergleich zur Ausbildung nach dem PflBG ein?





ZIELE DER HOCHSCHULISCHEN PFLEGEAUSBILDUNG

Die Allgemeinkrankenhäuser wurden weiter gefragt, inwieweit mit der hochschulischen Pflegeausbildung eine Grundlage geschaffen wurde, um verschiedene Ziele zu erreichen. Demnach hat die hochschulische Pflegeausbildung vor allem eine Grundlage für breitere berufliche Einsatzmöglichkeiten der Pflegefachkräfte geschaffen (Abb. 28).

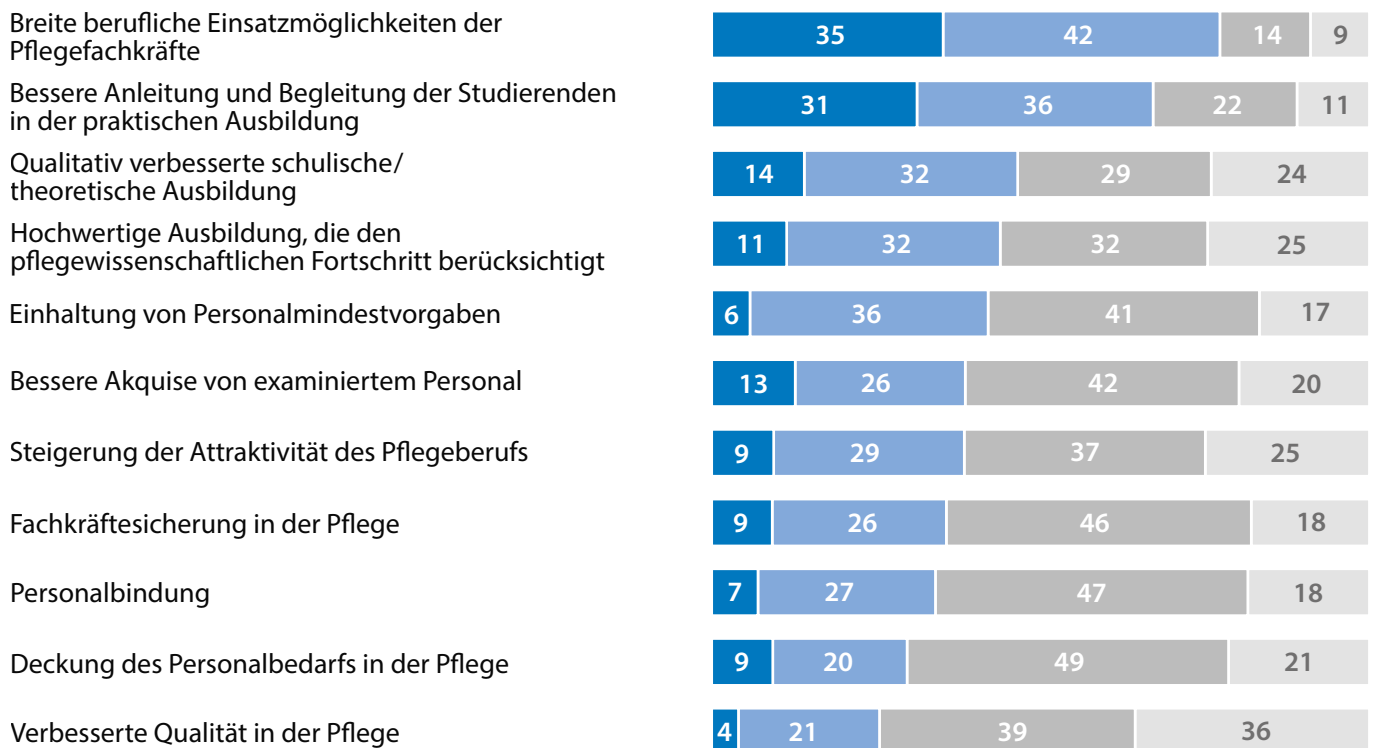
35 % der Häuser sind hier „ganz sicher“ und weitere 42 % „wahrscheinlich“ von diesem Nutzen überzeugt. Auch die verbesserte Anleitung und Begleitung der Studierenden in der praktischen Ausbildung wird von einer Mehrheit positiv eingeschätzt (31 % „ganz sicher“, 36 % „wahrscheinlich“).

Mittlere Zustimmung erhalten Aspekte wie eine qualitativ verbesserte schulische bzw. theoretische Ausbildung (46 %), eine hochwertige Ausbildung unter Berücksichtigung des pflegewissenschaftlichen Fortschritts (43 %) sowie die Einhaltung von Mindestpersonalvorgaben (42 %). Zurückhaltender bewerten die Krankenhäuser eine bessere Akquise von examiniertem Personal (39 %), die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs (38 %),

die Fachkräftesicherung in der Pflege (35 %), die Personalbindung (34 %) sowie die Deckung des Personalbedarfs in der Pflege (29 %). Am skeptischsten wird der Beitrag zur verbesserten Qualität in der Pflege beurteilt: Nur 4 % sehen dieses Ziel „ganz sicher“ erreicht, während insgesamt 75 % dies für „unwahrscheinlich“ oder „ganz sicher nicht zutreffend“ halten.

Abb. 28 Inwieweit wurde mit der hochschulischen Pflegeausbildung aus Ihrer Sicht eine Grundlage geschaffen, um folgende Ziele zu erreichen?

Krankenhäuser in %



■ Ganz sicher

■ Wahrscheinlich

■ Wahrscheinlich nicht

■ Ganz sicher nicht

5

HYBRID-DRGS NACH § 115F SGB V

Bis 2030 sollen laut Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) rund 2 Millionen ehemals vollstationäre Fälle als Hybrid-DRG-Fälle erbracht werden – also möglichst ambulant und zu geringerer Vergütung.

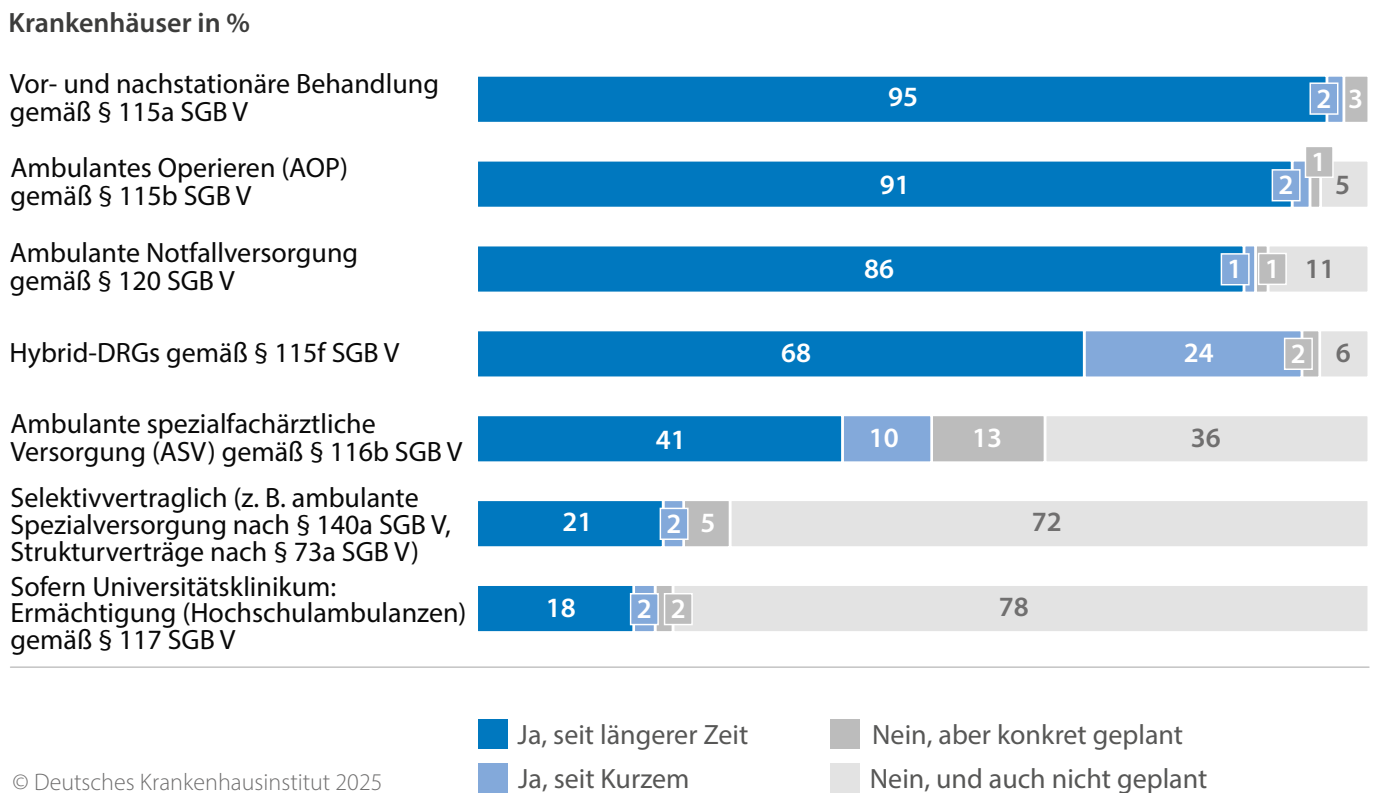
Während Anpassungen im Erlösmanagement und der Patientensteuerung in den Kliniken bereits weit verbreitet sind, konnten zentrale strukturelle Veränderungen wie die räumliche Trennung der Eingriffe vom stationären Betrieb bislang nur selten vollständig umgesetzt werden. In der Folge ist die Vergütung von Hybrid-DRG-Fällen derzeit in mehr als zwei Dritteln der Häuser nicht kostendeckend.

STAND DER AMBULANTEN LEISTUNGSERBRINGUNG IN KRANKENHÄUSERN

Die ambulante Versorgung ist heute fester Bestandteil der Krankenhaustätigkeit: So sind die vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V, das ambulante Operieren nach § 115b SGB V sowie die Notfallversorgung nach § 120 SGB V nahezu flächendeckend etabliert. Darüber hinaus beteiligt sich jede 2. Klinik an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V – Tendenz steigend.

Auch die im Januar 2024 eingeführten Hybrid-DRGs nach § 115f SGB V wurden zum Befragungszeitpunkt im Sommer 2025 bereits von 92 % der Kliniken abgerechnet (Abb. 29).

Abb. 29 Nimmt Ihr Krankenhaus über eine der folgenden Abrechnungsformen bereits an der ambulanten Leistungserbringung teil?





ABSCHÄTZUNG DES VOLUMENS DER HYBRID-DRG-FÄLLE BIS 2030

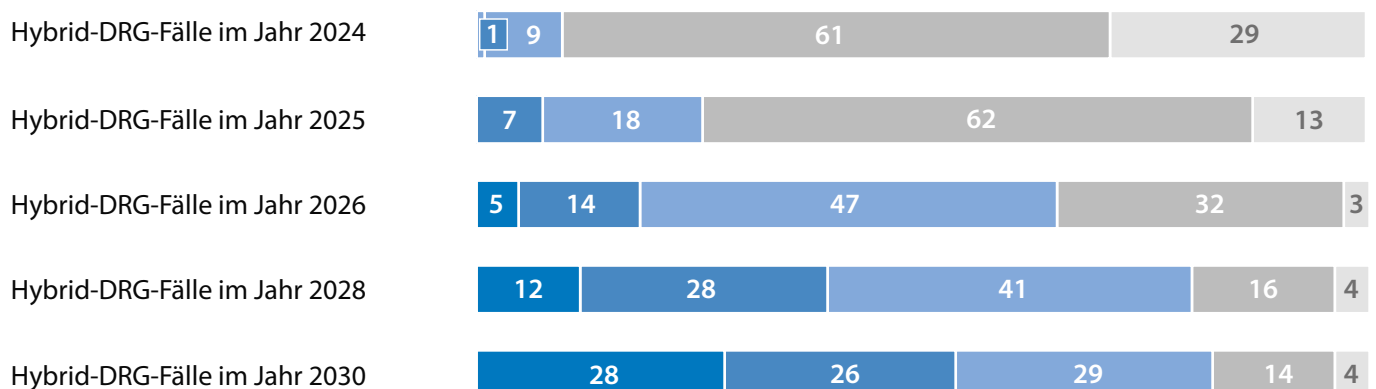
In Übereinstimmung mit den gesetzlichen Zielen erwarten die Kliniken, dass die Fallzahlen im Hybrid-DRG-Bereich in den kommenden Jahren stetig wachsen und bis 2030 ein substantielles Volumen erreichen (Abb. 30).

Für 2025 erwarten die meisten Häuser, dass sie bis zu 5 % ihrer bislang stationären Fälle über Hybrid-

DRGs abrechnen werden. Bis 2028 erwarten bereits rund 40 % der Kliniken eine Fallverlagerung von mehr als 10 %. Dieser Anteil wächst bis 2030 auf rund 56 % an, wobei mehr als ein Viertel der Einrichtungen eine Fallverlagerung von mindestens 15 % prognostiziert. Damit deutet sich ein kontinuierlicher und substantieller Wandel in der Versorgungslandschaft an.

Abb. 30 Im Vergleich zum Jahr 2023: Wie viele ehemals stationäre Fälle (KHEntgG) haben bzw. werden Sie in Zukunft voraussichtlich nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) erbringen?

Krankenhäuser in %



■ Mehr als 15 %
 ■ > 5 bis 10 %
 ■ Unter 1 %
■ > 10 bis 15 %
 ■ > 1 bis 5 %

ORTE DER LEISTUNGSERBRINGUNG

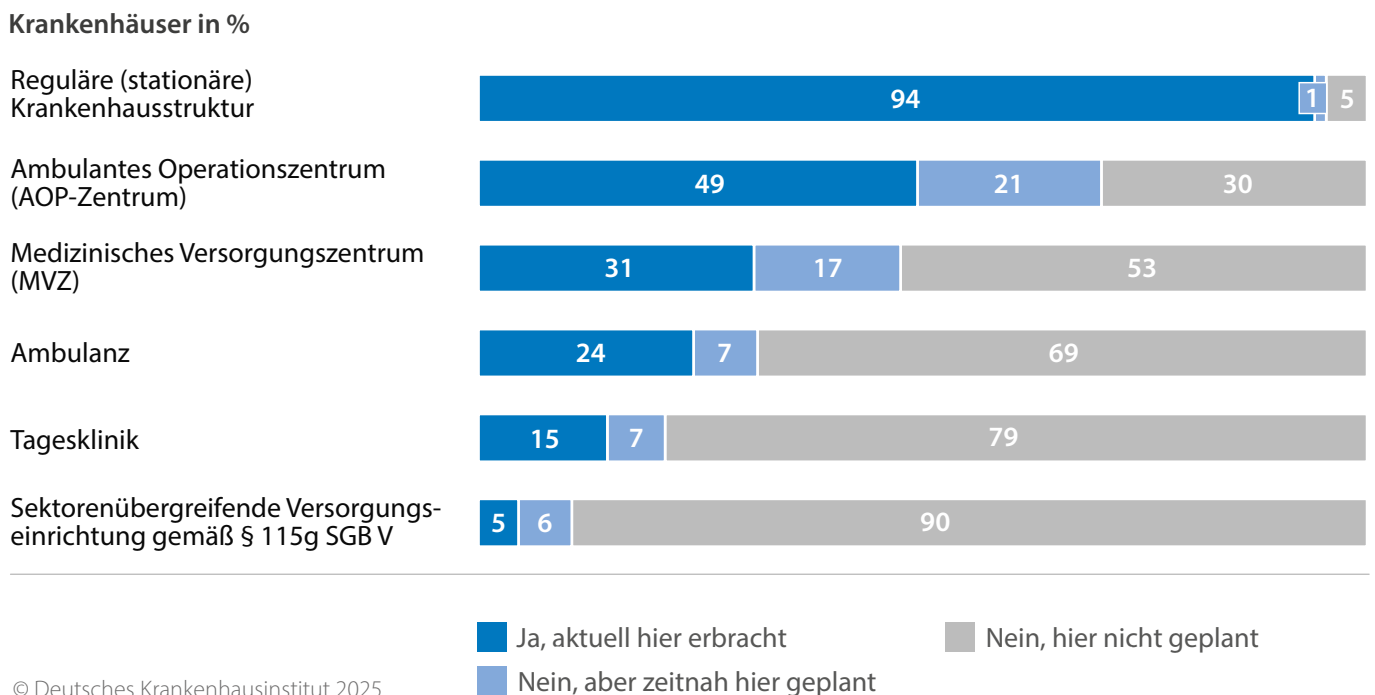
Angesichts der erwarteten Fallzahlen wurden die Krankenhäuser befragt, wo sie Hybrid-DRGs derzeit erbringen bzw. zeitnah planen (Abb. 31).

Fast alle Kliniken (94 %) erbringen Hybrid-DRG-Leistungen noch in den regulären, primär stationär ausgerichteten Krankenhausstrukturen. Zugleich verlagern sich Leistungen zunehmend in ambulante Settings: Rund die Hälfte nutzt bereits

ambulante OP-Zentren, ein Drittel MVZ, 24 % Ambulanzen und 15 % Tageskliniken.

Vor allem ambulante OP-Zentren und MVZ dürften künftig weiter an Bedeutung gewinnen: Laut Befragung plant jeweils etwa jede 5. Klinik dort zeitnah Hybrid-DRG-Leistungen abzurechnen. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gemäß § 115g SGB V spielen laut Angaben der Kliniken dagegen aktuell wie auch zukünftig kaum eine Rolle.

Abb. 31 Wo werden Hybrid-DRG-Leistungen nach § 115f SGB V bei Ihnen erbracht?



© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

ANPASSUNGS- UND UMSETZUNGSSTAND

Die Einführung der Hybrid-DRGs erfordert also wesentliche Struktur- und Prozessanpassungen (Abb. 32), da Patienten mit zuvor mehrtägigen Aufenthalten nun früher – möglichst taggleich – entlassen werden sollen.

Am weitesten verbreitet sind Anpassungen im Medizincontrolling: Bereits 39 % der Häuser haben ein spezifisches Erlösmanagement, 37 % eine gezielte Patientensteuerung eingeführt. Die übrigen Kliniken befinden sich überwiegend noch in der Umsetzung oder planen dies zeitnah.

Strukturelle oder personelle Veränderungen sind seltener abgeschlossen: Nur 16 % haben eine räumliche Trennung der Eingriffe (z. B. eigener OP-Saal) vom stationären Betrieb realisiert, 11 % einen stärker kostenorientierten Personaleinsatz. Mehr als die Hälfte der Kliniken gibt jedoch an, entsprechende Maßnahmen derzeit umzusetzen oder zeitnah zu planen.

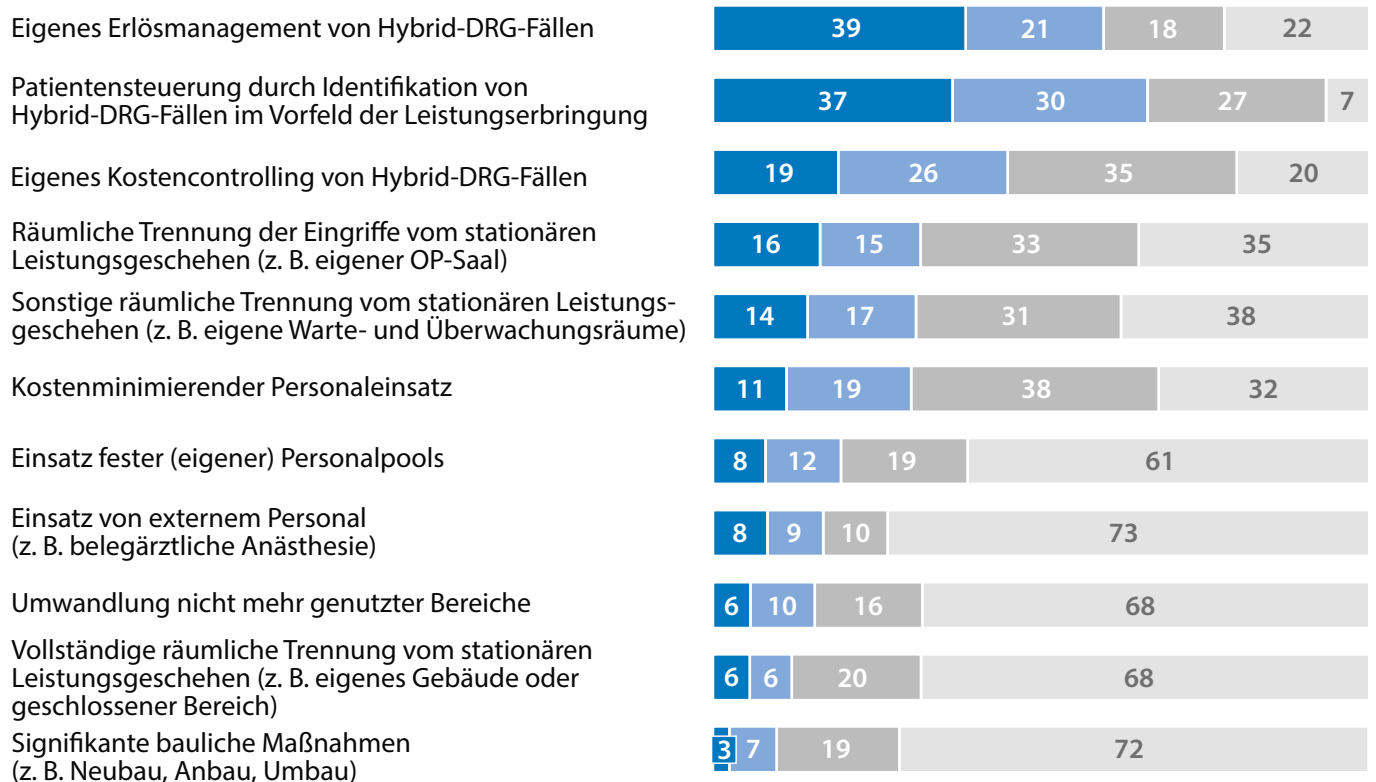
Von der Mehrheit der Kliniken weder umgesetzt noch geplant sind dagegen der Einsatz von externem Personal (73 %) und festen Personalpools

(61 %), die vollständige räumliche Trennung vom stationären Geschehen (68 %), die Umwandlung nicht mehr genutzter Bereiche (68 %) sowie signifikante bauliche Maßnahmen (72 %).

Subgruppenanalysen zeigen erwartungsgemäß: Je mehr Erfahrung mit Hybrid-DRGs bereits gesammelt wurde, desto höher ist der Anpassungsgrad. Auch die Erbringung im AOP-Zentrum ist positiv mit der Umsetzung der gelisteten Maßnahmen assoziiert (Ergebnisse nicht dargestellt).

Abb. 32 Sind in Ihrer Einrichtung im Zuge der Einführung der Hybrid-DRGs nach § 115f SGB V bereits Anpassungen erfolgt?

Krankenhäuser in %



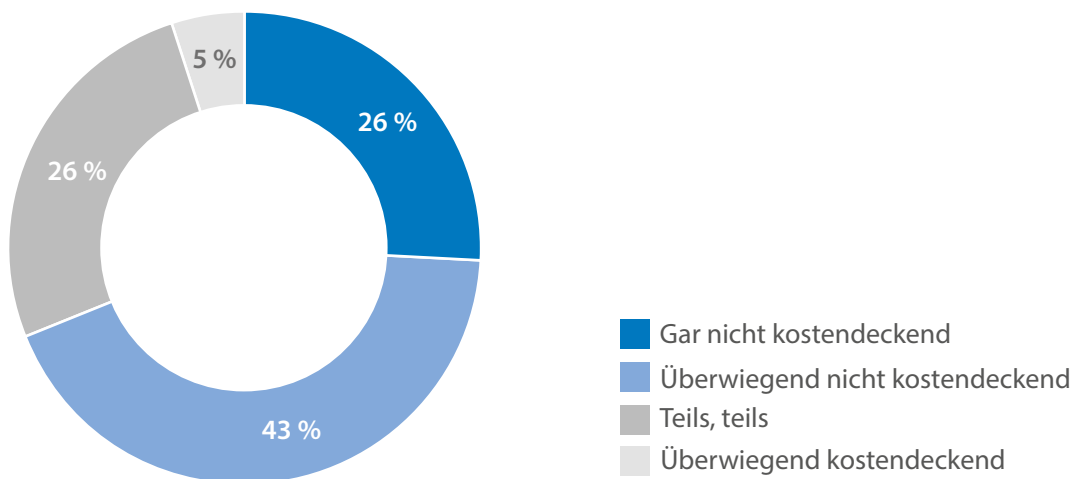
KOSTENDECKUNG

Abschließend wurden die Kliniken zur Kostendeckung der Hybrid-DRG-Leistungen befragt (Abb. 33). Rund 70 % geben an, dass die Abrechnung derzeit überwiegend nicht (43 %) oder gar nicht (26 %) kostendeckend ist. Lediglich 5 % berichten von einer zumindest überwiegend kostendeckenden Vergütung.

Kliniken mit mehr Erfahrung und fortgeschrittenen Anpassungsmaßnahmen erzielen zwar tendenziell etwas bessere Ergebnisse, insgesamt bleibt die wirtschaftliche Tragfähigkeit jedoch unzureichend. Dies verschärft die ohnehin angespannte finanzielle Lage und unterstreicht den erheblichen Handlungsbedarf bei der Umsetzung des neuen Vergütungssystems.

Abb. 33 Falls Sie bereits Leistungen nach § 115f SGB V abrechnen:
Bitte geben Sie insgesamt für Ihre Einrichtung an, ob die Vergütung Ihrer Hybrid-DRG-Fälle aktuell kostendeckend ist. (ggf. realitätsnahe Schätzung)

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

Die Vergütung von Hybrid-DRGs ist nur in 5 % der Kliniken überwiegend kostendeckend.

6

PRÄVENTION ZUR STEIGERUNG DER SICHERHEIT IM KRANKENHAUS

Seit einigen Jahren verstärken sich die Nachrichten über körperliche oder verbale Übergriffe gegen das Krankenhauspersonal. Im Rahmen des Krankenhaus Barometers bestätigten die Krankenhäuser eine Zunahme der Übergriffe auf das Krankenhauspersonal. In den allermeisten Fällen sind die Notaufnahmen/-ambulanzen der Tatort für die Übergriffe. Ursächlich für die Zunahme der Übergriffe ist nach Einschätzung der Krankenhäuser neben patientenbezogenen Gründen vor allem ein allgemeiner Respektverlust gegenüber dem Krankenhauspersonal. Krankenhäuser setzen vermehrt Sicherheitspersonal ein, um ihre Mitarbeiter vor körperlichen oder verbalen Übergriffen zu schützen. Die Krankenhäuser erhalten keine Refinanzierung der Kosten für das Sicherheitspersonal.

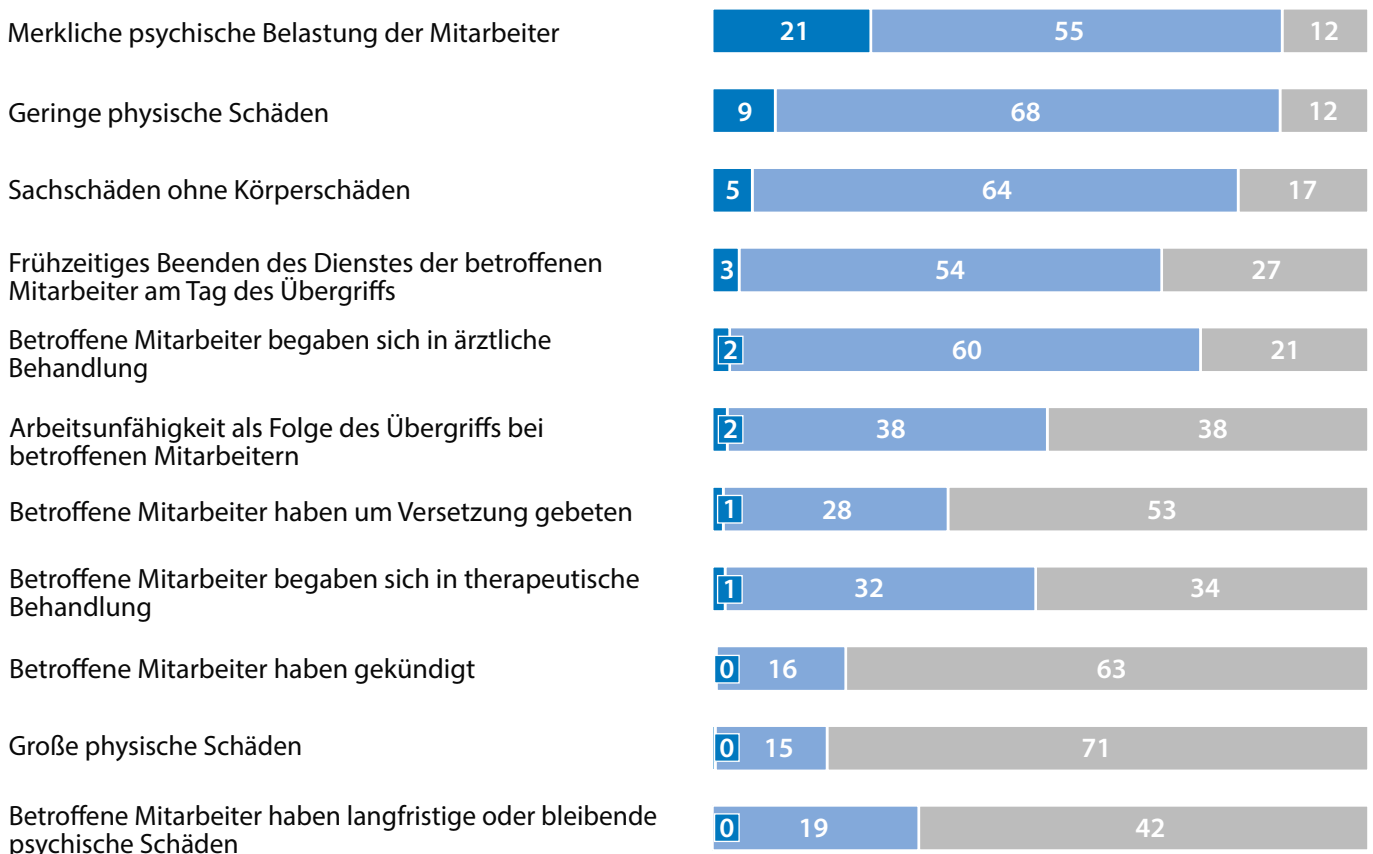
KÖRPERLICHE ODER VERBALE ÜBERGRIFFE GEGENÜBER DEN BESCHÄFTIGTEN

Präventive Maßnahmen können körperliche oder verbale Übergriffe reduzieren, nicht aber grundsätzlich verhindern. Aus diesem Grunde sollten die Krankenhäuser darüber Auskunft geben, wie häufig es bestimmte Folgen von körperlichen oder verbalen Übergriffen gegenüber ihren Mitarbeitern im Jahr 2024 gab (Abb. 34).

Erfreulich ist, dass die aufgelisteten möglichen Folgen – mit 2 Ausnahmen – nicht häufig auftraten. Die eine Ausnahme betrifft die merkliche psychische Belastung der Mitarbeiter durch körperliche oder verbale Übergriffe. 21 % der Krankenhäuser berichteten, dass ihre Beschäftigten häufiger davon betroffen seien. Bei der 2. Ausnahme geht es um geringe physische Schäden wie z. B. Kratzwunden oder Hämatome. In immerhin noch 9 % der Krankenhäuser war das der Fall.

Abb. 34 Wie häufig traten folgende Folgen von körperlichen oder verbalen Übergriffen gegenüber Ihren Beschäftigten im Jahr 2024 auf?

Krankenhäuser in %



Besorgniserregend ist allerdings, dass viele der genannten Folgen in der Mehrzahl der Krankenhäuser gelegentlich vorkommen. Das reicht von geringen physischen Schäden (68 % der Krankenhäuser) über Sachschäden ohne Körperschäden (64 %) bis hin zu betroffenen Mitarbeitern, die sich in ärztliche Behandlung begaben (60 %) sowie das frühzeitige Beenden des Dienstes der Mitarbeiter am Tag des Übergriffs (54 %).

Die Auswirkungen von körperlichen oder verbalen Übergriffen auf die Mitarbeiter sind nicht zu unterschätzen. So berichten 38 % der Häuser, dass es als Folge des Übergriffs gelegentlich zu einer Arbeitsunfähigkeit der betroffenen Mitarbeiter komme. In 32 % der Krankenhäuser mussten sich Mitarbeiter in therapeutische Behandlung begeben.

Von körperlichen oder verbalen Übergriffen betroffene Mitarbeiter haben um Versetzung in eine andere Abteilung gebeten (gelegentlich in 28 % der Krankenhäuser) oder haben gekündigt (gelegentlich in 16 % der Krankenhäuser).

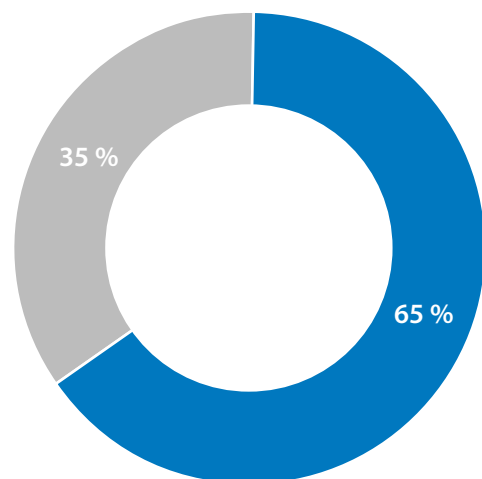
REAKTION DER KRANKENHÄUSER AUF KÖRPERLICHE ODER VERBALE ÜBERGRIFFE

Wie reagieren nun die Krankenhäuser auf körperliche oder verbale Übergriffe auf ihre Beschäftigten?

Im Jahr 2024 haben 65 % der Krankenhäuser Hausverweise oder Hausverbote gegenüber den Tätern ausgesprochen (Abb. 35).

Abb. 35 Hat Ihr Krankenhaus als Folge von körperlichen oder verbalen Übergriffen im Jahr 2024 Hausverweise/Hausverbote erteilt? (ggf. realitätsnahe Schätzung)

Krankenhäuser in %



■ Ja
■ Nein

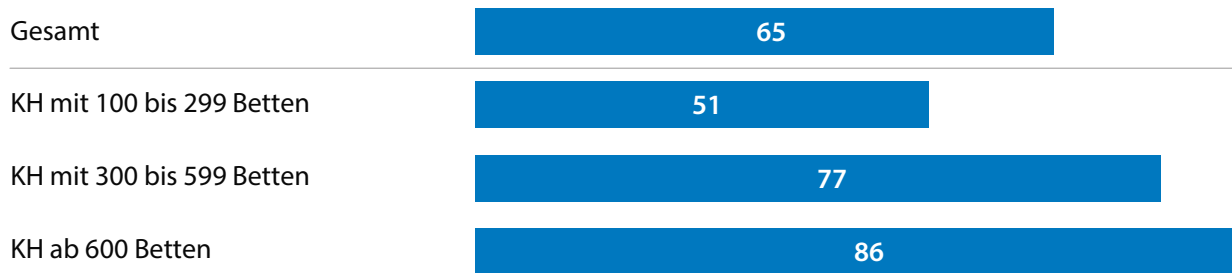
© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

Bei dieser Maßnahme gibt es Unterschiede im Hinblick auf die Bettengrößenklasse der Krankenhäuser. Während 51 % der Krankenhäuser mit

bis zu 299 Betten Hausverbote/Hausverweise erteilt haben, waren es 86 % der Häuser ab 600 Betten (Abb. 36).

Abb. 36 Anteil Krankenhäuser, die als Folge von körperlichen oder verbalen Übergriffen im Jahr 2024 Hausverweise/Hausverbote erteilt haben

Krankenhäuser in %



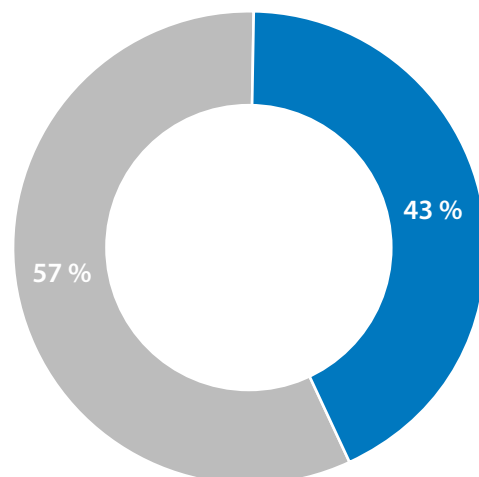
© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

In 25 % aller Übergriffe wurden Hausverbote/Hausverweise erteilt. Jeder 4. Übergriff war also so schwerwiegend, dass man durch diese Maßnahme die Beschäftigten schützen wollte.

Eine weitere Folge ist, dass Krankenhäuser Strafanzeigen gestellt haben. Im Jahr 2024 taten dies 43 % der Häuser im Nachgang zu einem körperlichen oder verbalen Übergriff auf ihre Beschäftigten (Abb. 37).

Abb. 37 Hat Ihr Krankenhaus als Folge von körperlichen oder verbalen Übergriffen im Jahr 2024 Strafanzeigen gestellt? (ggf. realitätsnahe Schätzung)

Krankenhäuser in %



■ Ja
■ Nein

© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

43 %

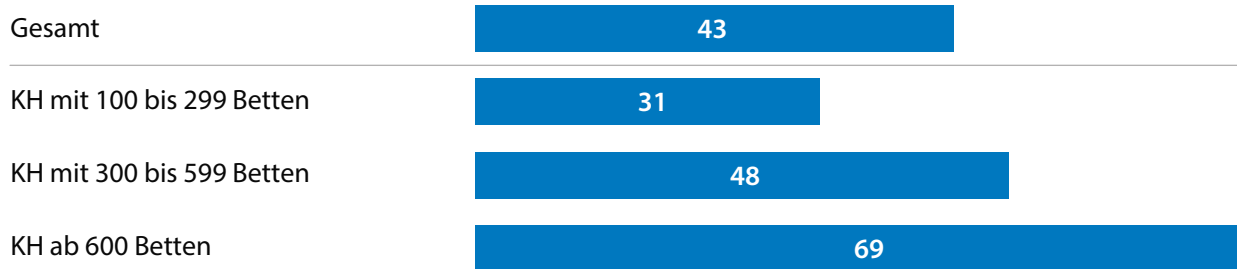
der Krankenhäuser haben 2024 aufgrund von Übergriffen gegen ihre Mitarbeiter Strafanzeige gestellt.

Wie schon bei der Erteilung von Hausverweisen, so gibt es auch bei den Strafanzeigen Unterschiede zwischen den Größenklassen (Abb. 38). Während weniger als ein Drittel der Krankenhäuser mit

bis zu 299 Betten im Nachgang zu körperlichen oder verbalen Übergriffen Strafanzeige gestellt hat, taten dies mehr als zwei Drittel der großen Häuser ab 600 Betten (Abb. 38).

Abb. 38 Anteil Krankenhäuser, die als Folge von körperlichen oder verbalen Übergriffen im Jahr 2024 Strafanzeigen gestellt haben

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

In einem Viertel aller Übergriffe sahen sich die Krankenhäuser gezwungen, die Strafverfolgungsbehörden einzuschalten – unabhängig von der Bettengrößenklasse.

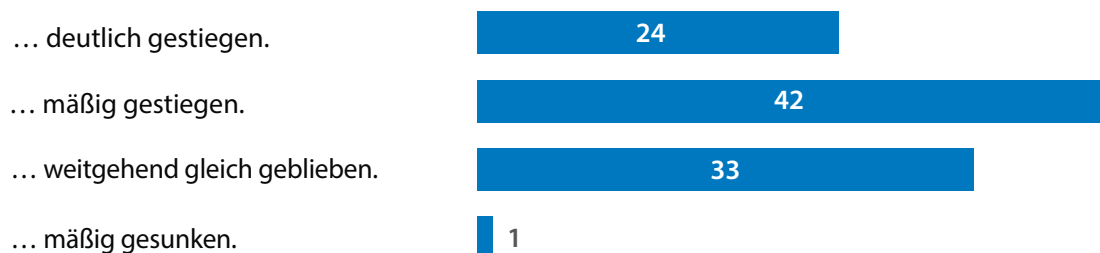
Die Frage nach den Übergriffen für das Jahr 2024 beleuchtet nur einen bestimmten Zeitraum. Die Entwicklung der Übergriffe in den letzten 5 Jahren

stellt eine darüber hinausgehende Information dar, die einen gewissen Trend erkennen lässt.

Die Anzahl der körperlichen Übergriffe ist nach Auskunft von zwei Dritteln der Krankenhäuser deutlich (24 % der Krankenhäuser) oder mäßig (42 % der Krankenhäuser) gestiegen. Von einer sinkenden Zahl der Übergriffe berichtete dagegen nur ein 1 % der Häuser (Abb. 39).

Abb. 39 Wie hat sich die Anzahl der körperlichen Übergriffe von Patienten, Angehörigen, Begleitern oder Besuchern gegenüber Ihren Beschäftigten in den letzten 5 Jahren entwickelt? Die Anzahl der Übergriffe ist ...

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2025



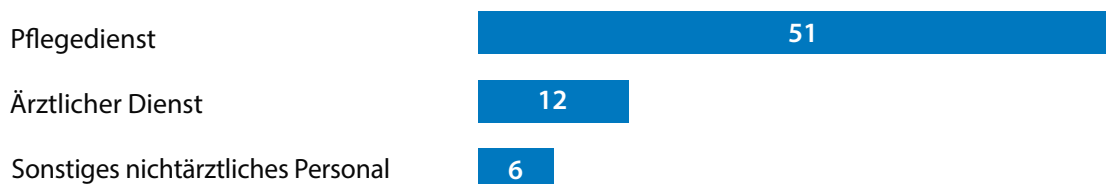
In allen Regionen nahm die Anzahl der körperlichen Übergriffe zu. Besonders deutlich aber in Krankenhäusern, die in kreisfreien Großstädten oder in städtischen Kreisen angesiedelt sind. Krankenhäuser in dünn besiedelten ländlichen Kreisen haben den geringsten Anstieg an körperlichen Übergriffen. Aber auch dort kam es zu vermehrten Übergriffen.

VON ÜBERGRIFFEN BETROFFENE KRANKENHAUSMITARBEITER

Im Durchschnitt über alle Krankenhäuser waren bei 51 % der körperlichen Übergriffe Mitarbeitende des Pflegedienstes betroffen (Abb. 40).

12 % der Übergriffe betrafen den Ärztlichen Dienst und 6 % das sonstige nichtärztliche Personal.

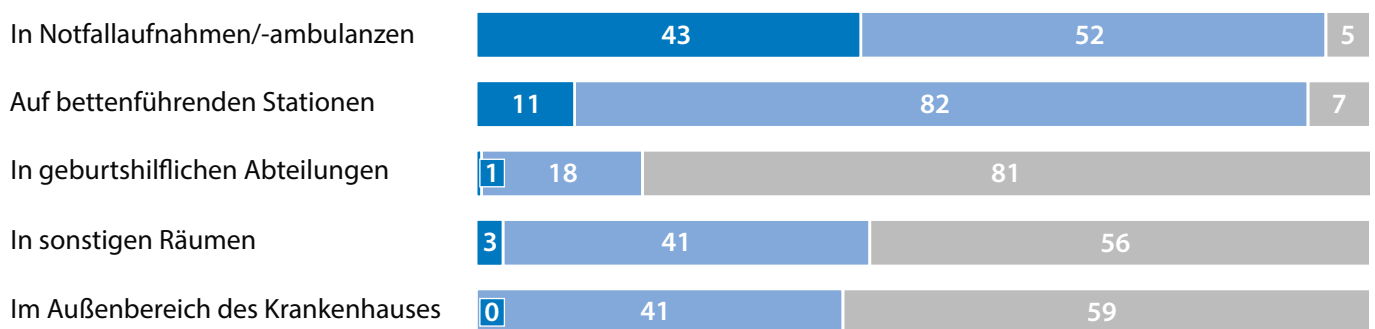
Abb. 40 In wie vielen Fällen von körperlichen Übergriffen im Jahr 2024 waren die nachfolgenden Personalgruppen betroffen?



Körperliche Übergriffe fanden im Jahr 2024 typischerweise in Notfallaufnahmen/-ambulanzen statt. 43 % der Krankenhäuser gaben an, dass es dort häufig zu solchen Vorfällen kommen würde. Weitere 52 % der Häuser berichteten von gelegentlichen Vorkommnissen (Abb. 41).

Abb. 41 Wo fanden die körperlichen Übergriffe 2024 räumlich statt?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

■ Häufig

■ Gelegentlich

■ Nie

Auf bettenführenden Stationen kam es 2024 in 82 % der Krankenhäuser gelegentlich und in 11 % der Häuser häufig zu körperlichen Übergriffen.

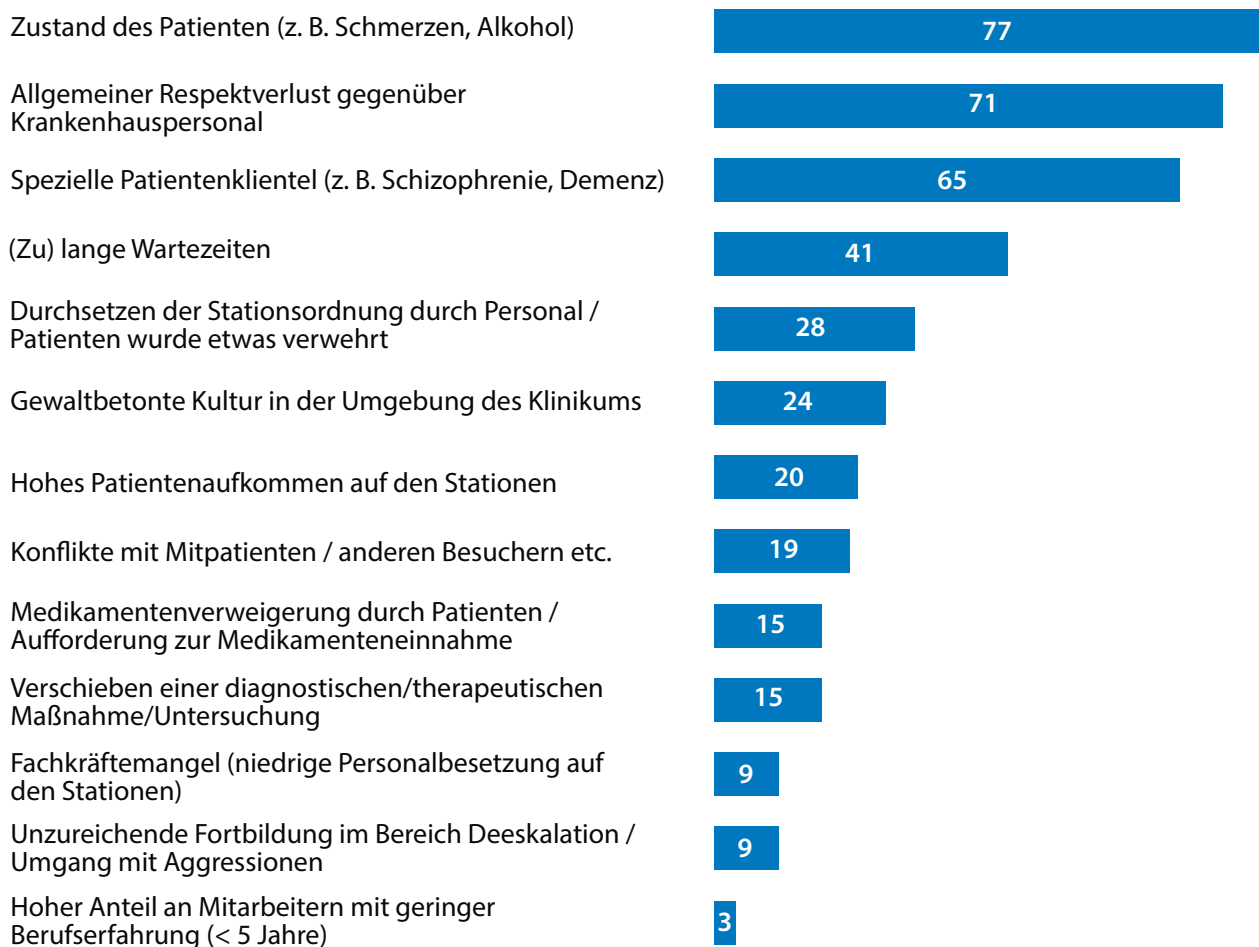
Tatort ist vor allem die Notaufnahme.

URSACHEN DER KÖRPERLICHEN ODER VERBALEN ÜBERGRIFFE

Die Krankenhäuser wurden zu einer Einschätzung gebeten, welche Ursachen es aus ihrer Sicht für körperliche oder verbale Übergriffe gäbe.

Abb. 42 Welche Ursachen sind in der Regel in Ihrem Krankenhaus für körperliche oder verbale Übergriffe gegenüber Ihren Beschäftigten erkennbar?

Krankenhäuser in %



Im Wesentlichen gibt es nach Einschätzung der Krankenhäuser 3 Ursachen für körperliche oder verbale Übergriffe gegenüber dem Krankenhauspersonal (Abb. 42):

- Zustand des Patienten wie Schmerzen oder Alkohol (77 % der Krankenhäuser)
- Spezielle Patientenklientel wie z. B. Schizophrenie, Demenz (65 % der Krankenhäuser)
- Allgemeiner Respektverlust gegenüber Krankenhauspersonal (71 % der Krankenhäuser)

Während die beiden ersten Punkte auf Krankheiten oder Behandlungsanlässe zurückzuführen sind, handelt es sich bei dem 3. Punkt um ein allgemeingesellschaftliches Phänomen. Diese Differenzierung ist wichtig, weil sie Rückschlüsse auf Präventivmaßnahmen erlaubt. Bei den ersten beiden von den Krankenhäusern genannten Ursachen können die Krankenhäuser ggf. ihre Präventionsmaßnahmen auf die Ursachen ausrichten. Das geht allerdings nicht bei der 3. Ursache, weil diese von den Krankenhäusern nicht zu beeinflussen ist.

Eine Einflussmöglichkeit besteht – zumindest theoretisch – auch bei der von den Krankenhäusern genannten 4. Ursache: zu lange Wartezeiten.

Gerade bei den zu langen Wartezeiten als Ursache von Übergriffen bestehen Einschätzungsunterschiede zwischen den Krankenhäusern. 56 % der Krankenhäuser ab 600 Betten betrachten zu lange Wartezeiten als eine Ursache von Übergriffen. Dieser Einschätzung folgen 49 % der Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten, aber nur 31 % der Krankenhäuser mit bis zu 299 Betten.

Vergleichbare Unterschiede, wenn auch nicht in diesen Größenordnungen, bestehen bei der Einschätzung des „Verschiebens einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme/Untersuchung“ oder der „Medikamentenverweigerung durch Patienten/Aufforderung zur Medikamenteneinnahme“.

Der allgemeine Respektverlust gegenüber dem Krankenhauspersonal stellt ein Problem in allen Regionen dar. Besonders ausgeprägt ist das aber in Krankenhäusern, die in kreisfreien Großstädten und in städtischen Kreisen angesiedelt sind. Jeweils um die drei Viertel der Krankenhäuser in diesen beiden Regionstypen gaben das als Ursache für die Übergriffe an.

Als eine weitere Ursache wurde von den Krankenhäusern die gewaltbetonte Kultur in der Umgebung des Klinikums genannt. Das ist vor allem für Krankenhäuser in kreisfreien Großstädten ein Problem. Für Krankenhäuser in ländlichen Kreisen ist dies weitaus weniger problematisch.



77 % der Krankenhäuser
haben ein Deeskalationstraining durchgeführt.

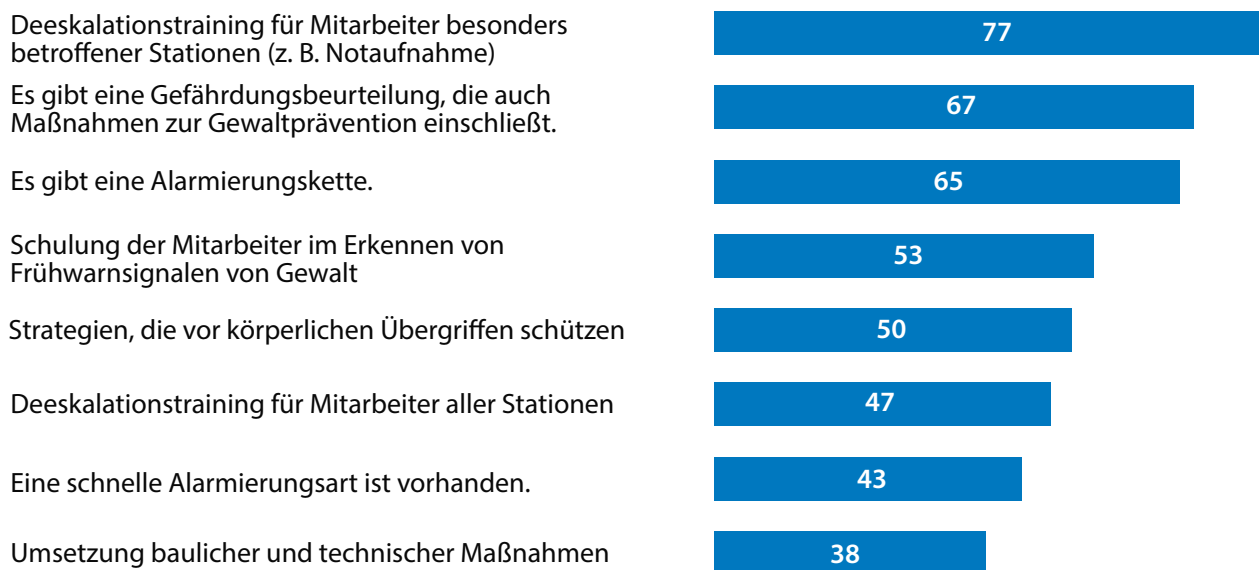
MASSNAHMEN ZUR PRÄVENTION VOR KÖRPERLICHEN ODER VERBALEN ÜBERGRIFFEN

Durch präventive Maßnahmen sollen körperliche oder verbale Übergriffe gegen Krankenhausmitarbeiter, wenn nicht verhindert, so doch reduziert werden. In den vergangenen Jahren wurden hierzu einige Studien und Handlungsempfehlungen, etwa vom Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (2023) oder von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (2024), veröffentlicht. Auf Grundlage dieser Studien- und Handlungsempfehlungen wurden den am Krankenhaus Barometer beteiligten Krankenhäusern Fragen zur Prävention gestellt.

In den beiden folgenden Abbildungen (Abb. 43 und Abb. 44) ist zu erkennen, dass die Mehrzahl der Krankenhäuser im Bereich der Gewaltprävention schon vielfältige Maßnahmen ergriffen hat. Heraussticht vor allem das Deeskalationstraining für Mitarbeiter besonders betroffener Stationen (z. B. Notaufnahme). Mehr als drei Viertel der Häuser haben solche Trainings schon für ihre Mitarbeiter durchgeführt.

Abb. 43 Welche Maßnahmen gibt es in Ihrem Krankenhaus zur Prävention vor körperlichen oder verbalen Übergriffen gegenüber Ihren Beschäftigten?

Krankenhäuser in %



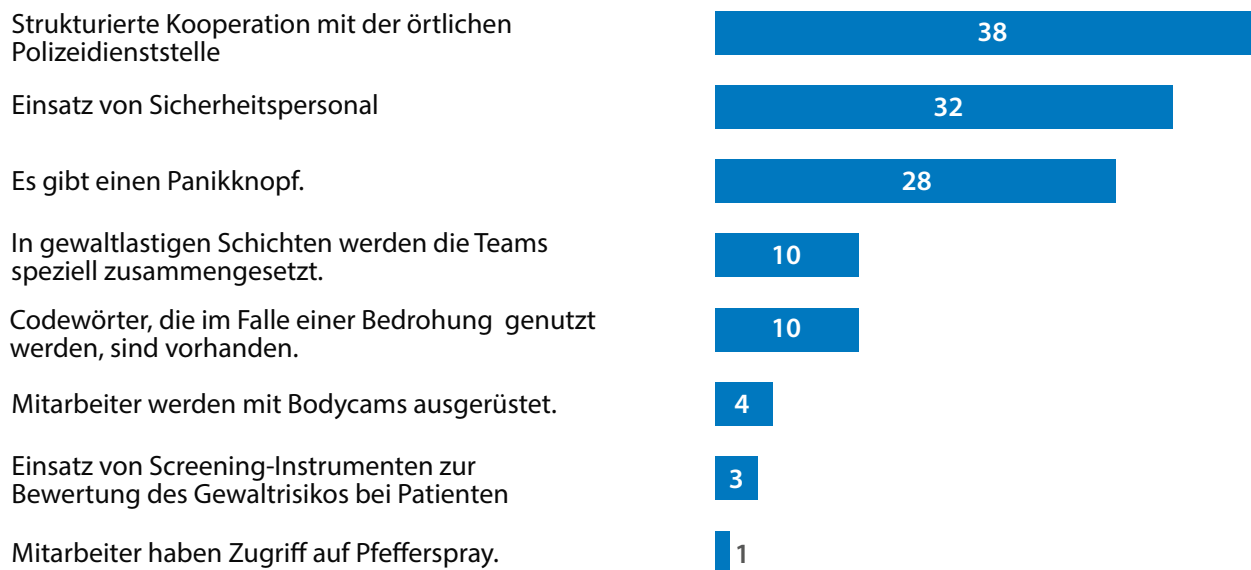
In einem Drittel der Krankenhäuser wird Sicherheitspersonal eingesetzt.

Etwa zwei Drittel der Krankenhäuser haben sowohl eine Gefährdungsbeurteilung, die auch Maßnahmen zur Gewaltprävention einschließt, als auch eine Alarmierungskette, damit in Notfällen

alle möglicherweise betroffenen Krankenhausmitarbeiter informiert werden. Lediglich in einem Drittel der Krankenhäuser wird Sicherheitspersonal zum Schutz eingesetzt.

Abb. 44 Welche Maßnahmen gibt es in Ihrem Krankenhaus zur Prävention vor körperlichen oder verbalen Übergriffen gegenüber Ihren Beschäftigten?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

Wenig verbreitet sind auf der anderen Seite Maßnahmen wie der Einsatz von Bodycams oder Pfefferspray.

Bei einigen präventiven Maßnahmen zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Größenklassen der Krankenhäuser (nicht dargestellt). So verfügen nur 12 % der Krankenhäuser mit bis zu

229 Betten über Sicherheitspersonal, aber drei Viertel der Krankenhäuser ab 600 Betten. Einen Panikknopf, der im Bedarfsfall eines körperlichen Angriffs zum Einsatz kommt, gibt es in 23 % der kleinen Krankenhäuser, aber in 44 % der großen Krankenhäuser.

MASSNAHMEN ZUM SCHUTZ VON KRANKENHAUSEINRICHTUNGEN

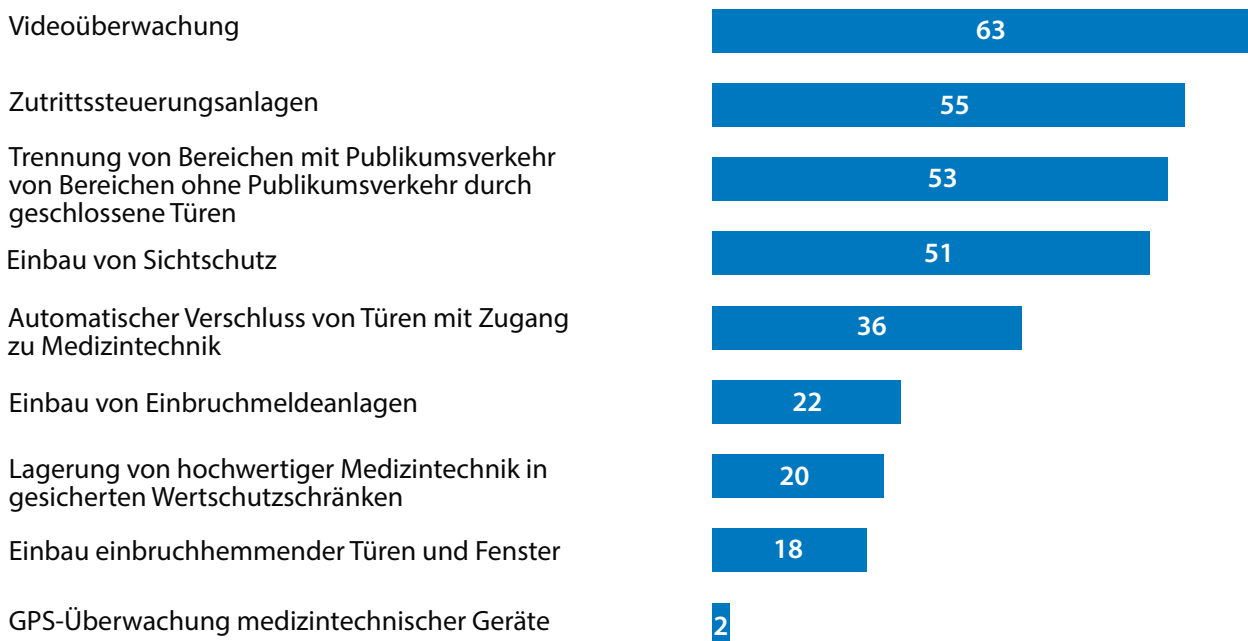
Ein weiteres Problem für die Krankenhäuser stellt neben den körperlichen oder verbalen Übergriffen gegenüber ihren Mitarbeitern der Schutz von Krankenhauseinrichtungen dar. Über den Schutz von Krankenhauseinrichtungen hat der BHE

Bundesverband Sicherheitstechnik e. V. 2021 ausführlich berichtet.

Krankenhäuser sollten angeben, ob sie die nachstehenden Maßnahmen ergriffen haben, um ihre Einrichtungen zu schützen (Abb. 45).

Abb. 45 Welche Maßnahmen gibt es in Ihrem Krankenhaus zum Schutz von Krankenhauseinrichtungen?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

Im Wesentlichen schützt sich die Mehrzahl der Krankenhäuser über 4 verschiedene Maßnahmen:

- Videoüberwachung (63 % der Krankenhäuser)
- Zutrittssteuerungsanlagen (55 % der Krankenhäuser)
- Trennung von Bereichen mit Publikumsverkehr von Bereichen ohne Publikumsverkehr durch geschlossene Türen (53 % der Krankenhäuser)

- Einbau von Sichtschutz (51 % der Krankenhäuser)

Der Einbau von Einbruchmeldeanlagen oder die Lagerung von hochwertiger Medizintechnik in gesicherten Wertschutzschränken wird jeweils von einem Fünftel der Krankenhäuser als Maßnahme angegeben.

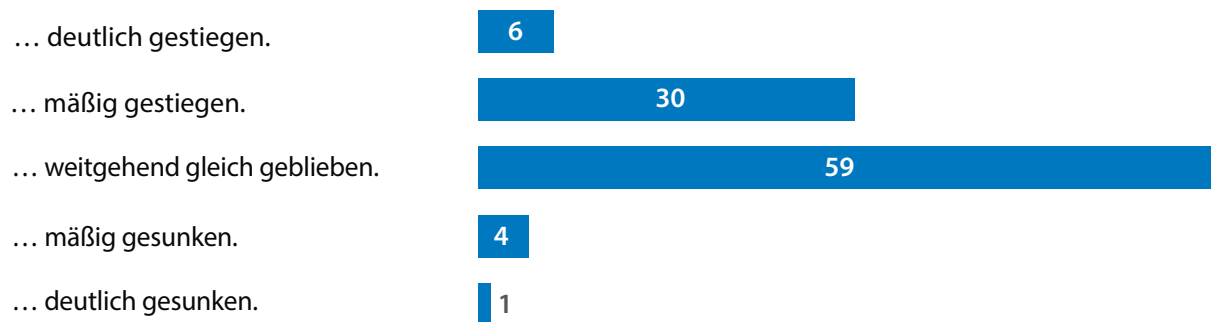


Nach Einschätzung von 59 % der Krankenhäuser ist die Anzahl der Diebstähle von Krankenhaus-eigentum in den letzten 5 Jahren weitestgehend gleich geblieben (Abb. 46). Mehr als ein Drittel der

Häuser ging davon aus, dass die Zahl der Diebstähle entweder deutlich (6 %) oder mäßig (30 %) gestiegen sei.

Abb. 46 Wie hat sich die Anzahl der Diebstähle von Krankenhauseigentum in den letzten 5 Jahren entwickelt? Die Anzahl der Diebstähle ist ...

Krankenhäuser in %

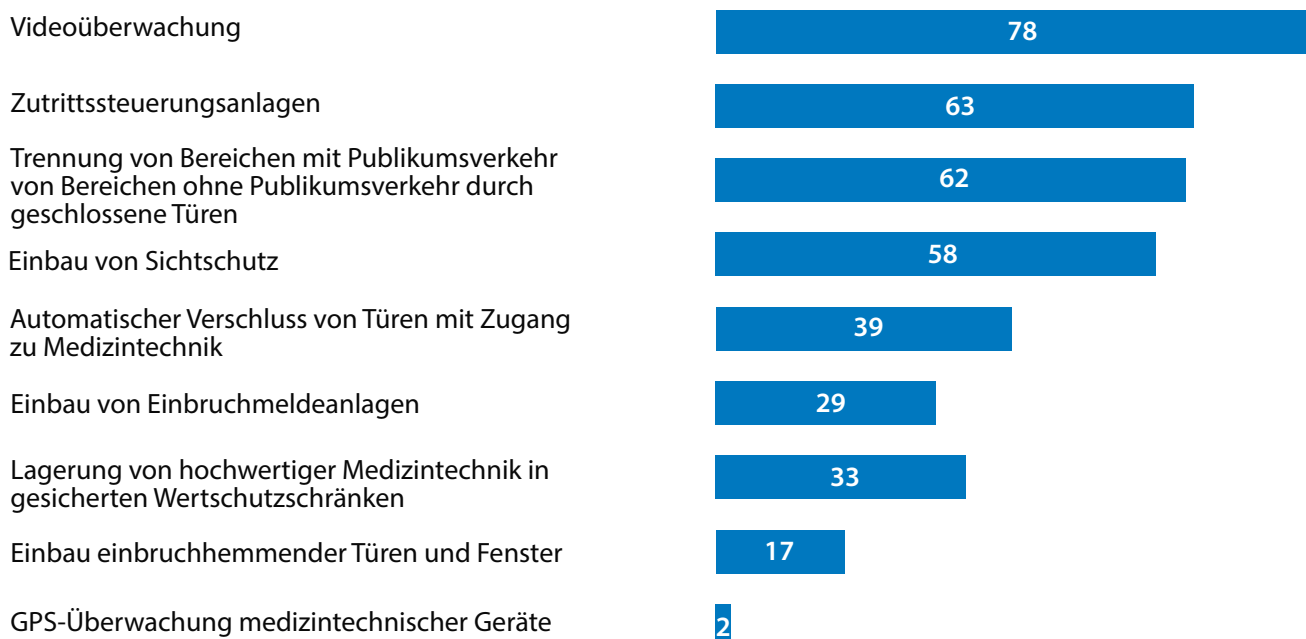


Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Zahl der Diebstähle und der Region des Krankenhauses besteht nicht. Zwar sind die Diebstahlzahlen am stärksten in den Krankenhäusern gestiegen, die in städtischen Kreisen liegen. Aber die Entwicklung der Diebstähle in Krankenhäusern in kreisfreien Großstädten und in dünn besiedelten ländlichen Kreisen ist vergleichbar.

Die Angaben zu den Maßnahmen zum Schutz von Krankenhauseigentum wurden daraufhin plausibilisiert, wie Krankenhäuser, die einen Anstieg der Diebstähle genannt haben, geantwortet haben (Abb. 47).

Abb. 47 Welche Maßnahmen gibt es in Ihrem Krankenhaus zum Schutz von Krankenhauseinrichtungen? Nur Krankenhäuser, die einen Anstieg von Diebstählen genannt haben

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

Bei allen Maßnahmen – mit Ausnahme der beiden letzten – hat ein größerer Anteil der Krankenhäuser, die einen Anstieg der Diebstähle in den letzten 5 Jahren genannt haben, Maßnahmen

umgesetzt. Man könnte vermuten, dass hier die Redewendung „gebranntes Kind scheut das Feuer“ zutrifft. Allerdings kann das aufgrund einer fehlenden Nachfrage nicht belegt werden.

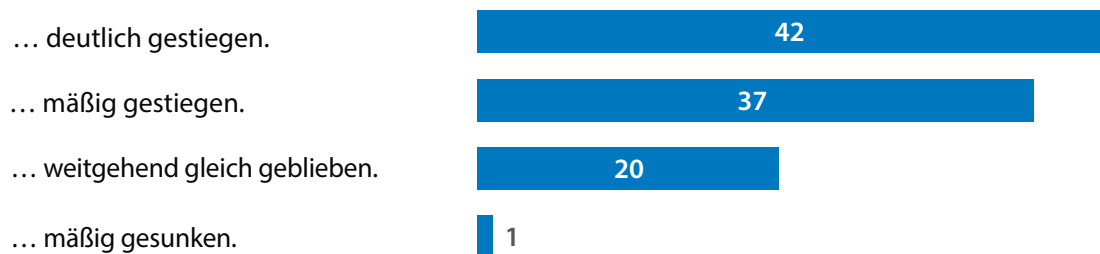
KOSTEN DES SICHERHEITSPERSONALS

Wie schon berichtet wurde, setzen Krankenhäuser Sicherheitspersonal ein, um die Mitarbeiter und ihr Eigentum zu schützen. Diejenigen Krankenhäuser, die Sicherheitspersonal in Anspruch

nehmen, wurden gefragt, wie sich die Kosten des Sicherheitspersonals in den letzten 5 Jahren entwickelt haben (Abb. 48).

Abb. 48 Wie haben sich die Kosten für Sicherheitspersonal in Ihrer Klinik zur Vermeidung von körperlichen und verbalen Übergriffen sowie zum Schutz von Krankenhauseigentum in den letzten 5 Jahren entwickelt? Die Kosten sind ...

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

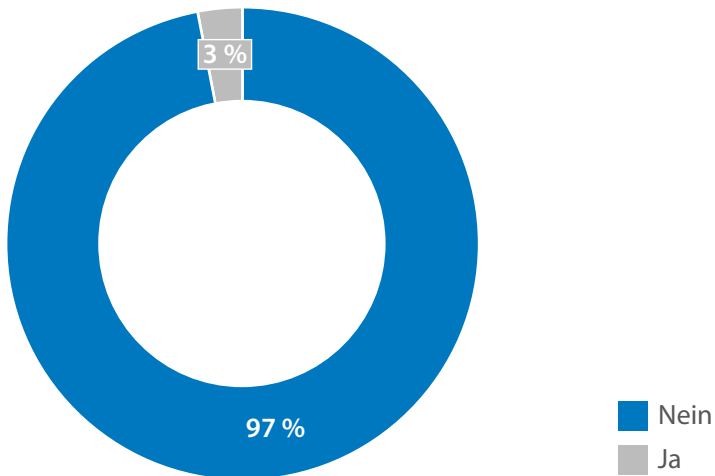
Die überwiegende Anzahl der Krankenhäuser berichtete, dass die Kosten entweder deutlich (42 %) oder mäßig (37 %) gestiegen seien. Ein Sinken der entsprechenden Kosten wurde nur von 1 % der Krankenhäuser benannt.

Wenn die Kosten für das Sicherheitspersonal steigen, also die Kosten für die Sicherung von Leib und Leben der Krankenhausmitarbeiter und der Krankenhauseinrichtung, ist die Frage angebracht, ob diese Kosten auch refinanziert werden.

78 % der Krankenhäuser mit Sicherheitspersonal berichten, dass die Kosten für Sicherheitspersonal z. T. deutlich gestiegen sind.

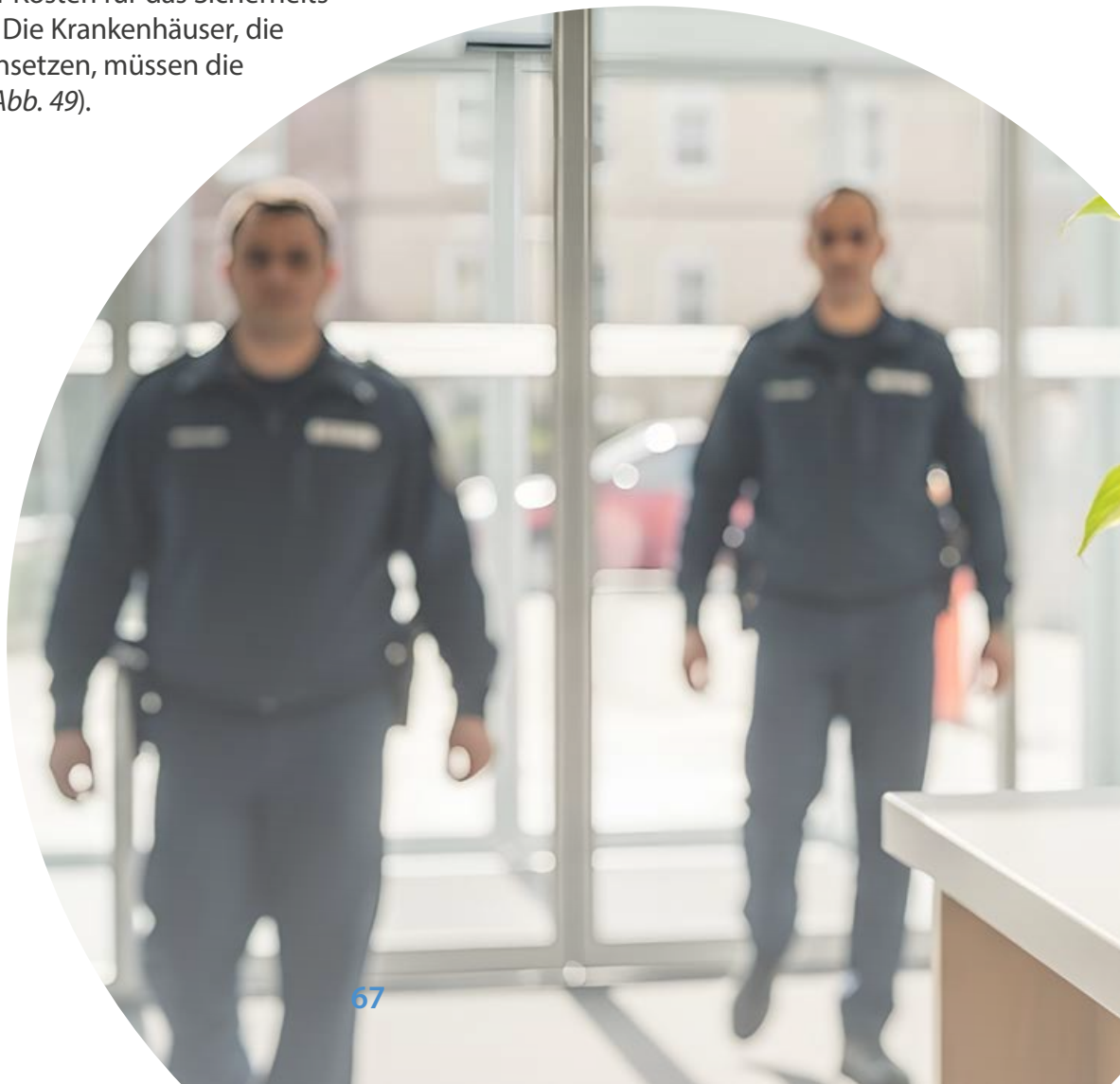
Abb. 49 Gab es 2024 eine gesonderte Refinanzierung der Kosten für das Sicherheitspersonal über die reguläre Fallpauschalenfinanzierung hinaus?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

Die Refinanzierung der Kosten für das Sicherheitspersonal erfolgt nicht. Die Krankenhäuser, die Sicherheitspersonal einsetzen, müssen die Kosten selbst tragen (Abb. 49).



7

KRISENMANAGEMENT

Nahezu alle befragten Einrichtungen verfügen mit jeweils 95 % über Alarm- und Einsatzpläne für technische Störungen, infrastrukturelle Ausfälle sowie Gesundheitskrisen. Für seltenere oder schwer prognostizierbare Ereignisse wie soziale Unruhen oder militärische Konflikte besteht hingegen ein deutlich geringerer Planungsgrad. 43 % der Kliniken können einen Stromausfall mindestens 3 Tage überbrücken; 84 % betrachten erweiterte Treibstoffvorräte als zentrale Voraussetzung zur Sicherung der Notstromversorgung. Allerdings kann nur jede 10. Klinik die Patientenversorgung bei einem mehrtägigen Ausfall uneingeschränkt aufrechterhalten, und lediglich jede 5. Klinik hat für den Blackout-Fall Kooperationsvereinbarungen mit benachbarten Kliniken getroffen.

Krankenhäuser nehmen als Teil der kritischen Infrastrukturen (KRITIS) eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung ein und müssen auch unter außergewöhnlichen Bedingungen eine kontinuierliche Patientenversorgung gewährleisten (vgl. BMG, 2022; BSI, 2022). Krisenereignisse wie Naturkatastrophen, Pandemien, großflächige Stromausfälle oder Cyberangriffe stellen die Einrichtungen dabei vor besondere Herausforderungen, da sie sowohl medizinische, organisatorische als auch technische Strukturen gleichzeitig betreffen (vgl. WHO, 2017; BBK, 2021). Vor diesem Hintergrund untersucht das folgende Kapitel den Stand des Krisenmanagements in Krankenhäusern.

NOTFALLPLANUNG

Mit jeweils 95 % verfügen nahezu alle befragten Einrichtungen über vorbereitete Krankenhausalarm- und -einsatzpläne für technische und infrastrukturelle Ausfälle sowie für Gesundheitskrisen und Pandemien (Abb. 50). Ebenso hoch ist der Anteil bei Massenunfällen bzw. Großschadensereignissen, für die 94 % der Krankenhäuser entsprechende Maßnahmenkataloge hinterlegt haben. Auch Cyberangriffe, wie etwa Datendiebstahl, werden in der Mehrheit der Häuser mit 82 % planerisch berücksichtigt.

Demgegenüber zeigt sich bei weniger häufig auftretenden oder schwer vorhersehbaren Ereignissen ein geringerer Planungsgrad. So halten 65 % der Kliniken Einsatzpläne für terroristische Angriffe vor, 63 % für Natur- und Umweltkatastrophen und 56 % für Versorgungsengpässe. Deutlich seltener finden sich strukturierte Vorbereitungen für psychosoziale Krisen und sicherheits- bzw. verteidigungsrelevante Bedrohungen, die mit jeweils 26 % nur von gut einem Viertel der Einrichtungen abgedeckt werden.

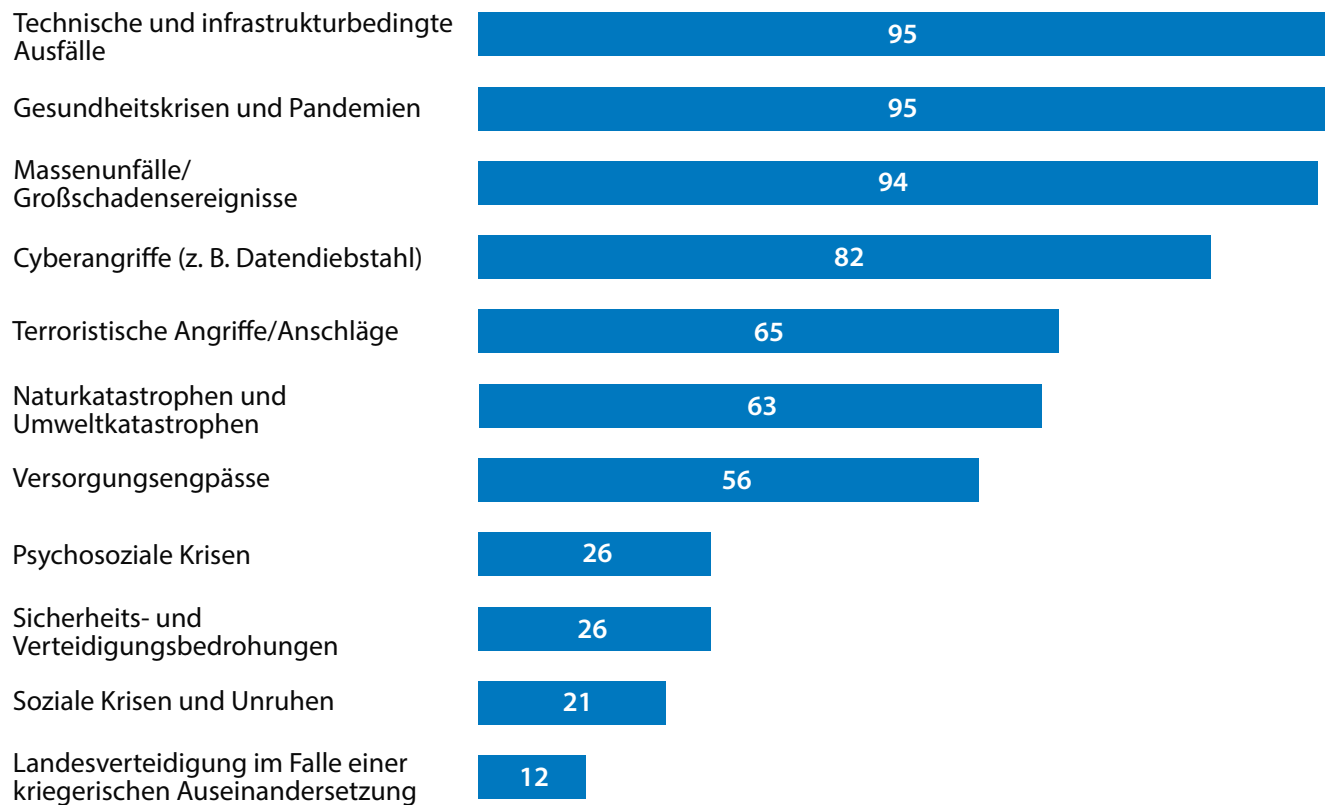
Lediglich 12 % der Kliniken haben Einsatzpläne für die Landesverteidigung im Falle einer kriegerischen Auseinandersetzung.

Noch niedriger sind die Werte bei sozialen Krisen und Unruhen (21 %) sowie bei der Landesverteidigung im Falle einer kriegerischen Auseinan-

dersetzung, für die lediglich 12 % der Häuser Planungen vorweisen können.

Abb. 50 Für welche Szenarien hat Ihr Krankenhaus Krankenhausalarm- und -einsatzpläne?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

Die Einbindung von Krankenhäusern in landesweite Notfallpläne hängt stark von der Art des Szenarios ab. Am häufigsten sind die Einrichtungen in Planungen zu Massenunfällen und Großschadensereignissen integriert: 84 % der Krankenhäuser geben an, dass es entsprechende Pläne auf Landesebene gibt, und sie darin berücksichtigt werden.

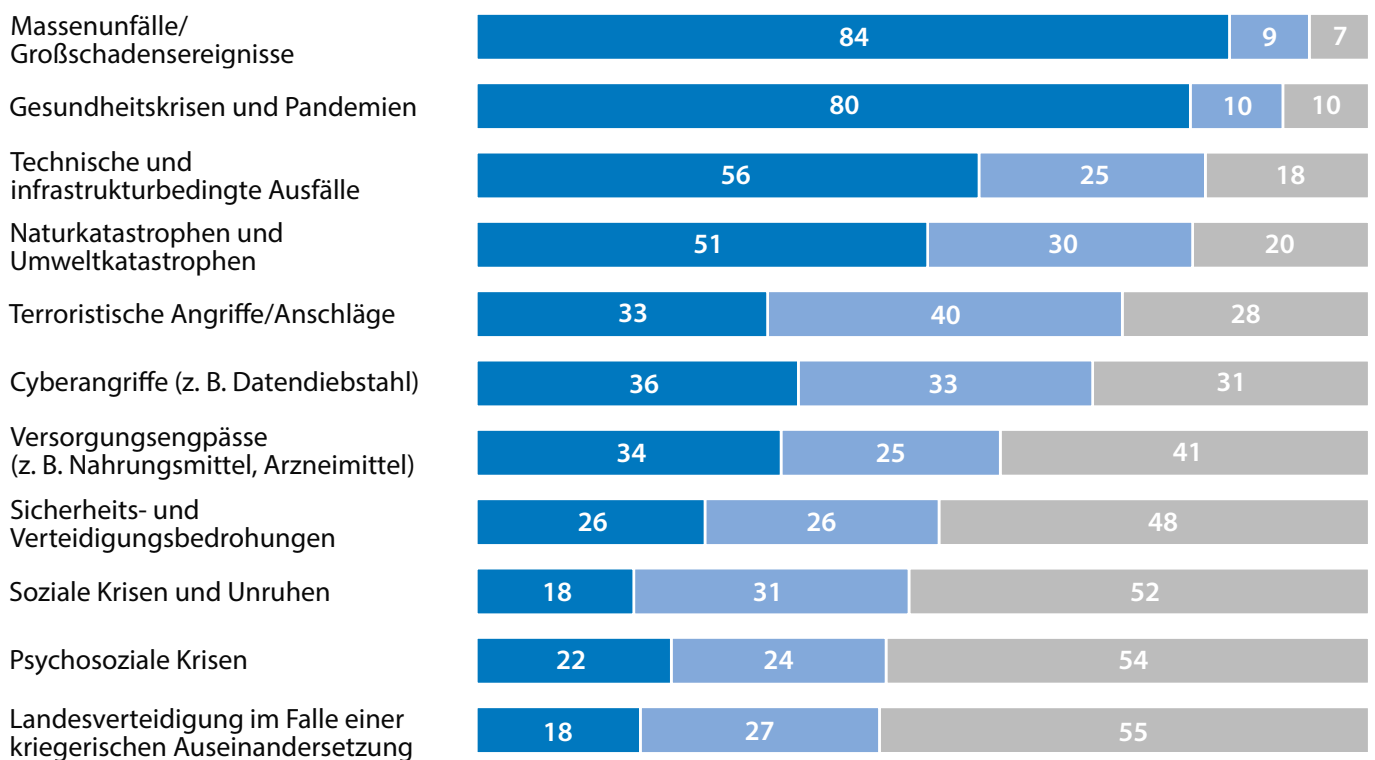
Ähnlich hoch ist die Einbindung bei Gesundheitskrisen und Pandemien mit 80 % (Abb. 51). Bei technischen und infrastrukturellen Ausfällen sinkt der Anteil auf 56 %, während Naturkatastrophen und Umweltkatastrophen 51 % erreichen. Zudem gaben hier 25 % bzw. 30 % der Häuser an, dass es landesweite Notfallpläne gibt, in die die Einrichtungen jedoch nicht eingebunden sind.

Deutlich geringere Werte zeigen sich bei Szenarien, die seltener auftreten oder deren Eintrittswahrscheinlichkeit schwerer abzuschätzen ist. So sind lediglich 33 % der Kliniken in Pläne für terroristische Angriffe eingebunden, 36 % in solche für Cyberangriffe und 34 % in die Planung für Versorgungsengpässe, z. B. bei Nahrungsmitteln oder Arzneimitteln. In diesen Bereichen existieren zudem vergleichsweise häufig zwar Pläne auf Landesebene, jedoch ohne aktive Einbindung der Krankenhäuser.

Besonders auffällig ist die geringe planerische Berücksichtigung bei sicherheits- und verteidigungsrelevanten Bedrohungen (26 % Einbindung), sozialen Krisen und Unruhen (18 %) sowie psychosozialen Krisen (22 %). Am seltensten sind die Allgemeinkrankenhäuser in Planungen zur Landesverteidigung im Falle einer kriegerischen Auseinandersetzung eingebunden – hier liegt der Wert lediglich bei 18 %, während 55 % angeben, dass es überhaupt keine entsprechenden Pläne gibt.

Abb. 51 Hat Ihr Bundesland für die folgenden Szenarien Notfallpläne und ist Ihr Krankenhaus in die Pläne eingebunden?

Krankenhäuser in %



■ Ja und unser Krankenhaus ist eingebunden.

■ Ja, aber unser Krankenhaus ist nicht eingebunden.

■ Nein

Die Krankenhäuser, die an den Notfallplänen ihres Bundeslandes beteiligt werden, wurden gefragt, wie diese Beteiligung konkret ausgestaltet ist. Insgesamt zeigt sich, dass die Beteiligung der Krankenhäuser an landesweiten Notfallplänen überwiegend durch formale und organisatorische Vorgaben geprägt ist, während praktische und koordinative Elemente wie Übungen, Planungsmitwirkung oder gemeinsame Ressourcenpools deutlich seltener realisiert werden.

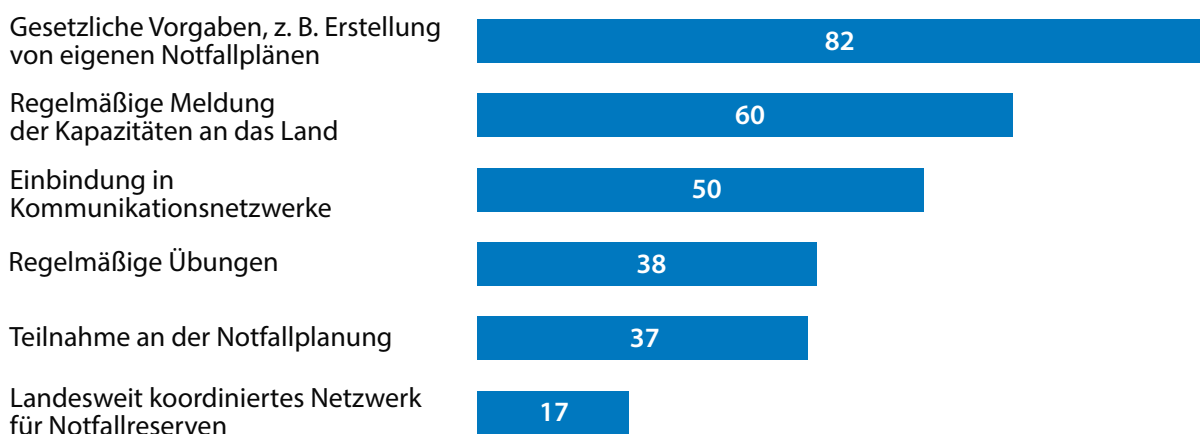
Mit deutlichem Abstand am häufigsten erfolgt die Beteiligung durch gesetzliche Vorgaben, etwa in Form der verpflichtenden Erstellung eigener Notfallpläne – dies gaben 82 % der Krankenhäuser

an (Abb. 52). Ebenfalls weit verbreitet ist die regelmäßige Meldung der Kapazitäten an das Land, die von 60 % der Häuser praktiziert wird. Die Hälfte der Einrichtungen ist in Kommunikationsnetzwerke eingebunden, die im Krisenfall den schnellen Informationsaustausch ermöglichen sollen.

Deutlich geringer ist der Anteil bei regelmäßigen Übungen zur Überprüfung der Einsatzfähigkeit (38 %) sowie bei der aktiven Teilnahme an der Notfallplanung auf Landesebene (37 %). Am seltensten wird die Einbindung über ein landesweit koordiniertes Netzwerk für Notfallreserven berichtet, das nur von 17 % der Krankenhäuser genannt wird.

Abb. 52 Sofern Sie an den Notfallplänen beteiligt werden: Wie erfolgt die Beteiligung Ihres Krankenhauses an den Notfallplänen Ihres Bundeslandes?

Krankenhäuser in %



Die Beteiligung der Krankenhäuser an landesweiten Notfallplänen ist überwiegend durch formale und organisatorische Vorgaben geprägt.



ARZNEIMITTELVERSORGUNG

Die Allgemeinkrankenhäuser wurden befragt, wie sie sich auf Lieferengpässe bei Arzneimitteln vorbereiten bzw. mit bereits bestehenden Engpässen umgehen. Rund 88 % der Kliniken nannten dabei „Sonstiges“ als Maßnahme (Abb. 53). In den offenen Antworten gaben die Häuser an, unter anderem ihre Vorratshaltung auf Zeiträume zwischen 6 Wochen und bis zu 3 Monaten auszudehnen, sich von einer externen Apotheke beliefern zu lassen oder einer Einkaufsgemeinschaft anzugehören.

Knapp dahinter folgen Absprachen mit Lieferanten, die von 85 % der Einrichtungen genutzt werden. Notfalllisten für unbedingt erforderliche Arzneimittel setzen 70 % der Krankenhäuser ein. Kooperationen mit anderen Krankenhäusern stellen mit 68 % die am seltensten genannte Maßnahme dar, werden aber dennoch von mehr als zwei Dritteln der Häuser praktiziert.

Abb. 53 Wie bereiten Sie sich auf Lieferengpässe von Arzneimitteln vor bzw. wie gehen Sie mit bestehenden Lieferengpässen um?

Krankenhäuser in %



57 % der Allgemeinkrankenhäuser konnten zum Befragungszeitpunkt einen Stromausfall von bis zu 3 Tagen überbrücken.

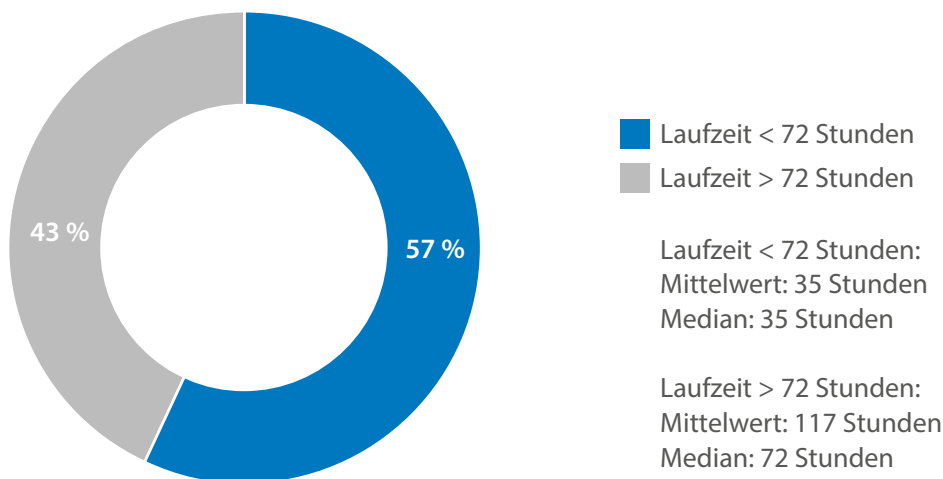
STROMVERSORGUNG

Einen Stromausfall von maximal 72 Stunden bzw. 3 Tagen konnten zum Zeitpunkt der Befragung 57 % der Allgemeinkrankenhäuser überbrücken (Abb. 54). Die Durchhaltefähigkeit dieser Kliniken lag bei durchschnittlich 35 Stunden (Median:

35 Stunden). Die übrigen befragten Häuser (43 %) konnten zum Erhebungszeitpunkt einen Stromausfall von mindestens 3 Tagen überstehen. Die Notstromkapazitäten dieser Kliniken beliefen sich im Mittel auf 117 Stunden (Median: 72 Stunden).

Abb. 54 Wie viele Stunden können Sie in Ihrem Krankenhaus einen Stromausfall überbrücken?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

Um die Notfallversorgung mit Strom über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten zu können, halten 84 % der Krankenhäuser eine größere Treibstofflagerung für notwendig (Abb. 55). Damit

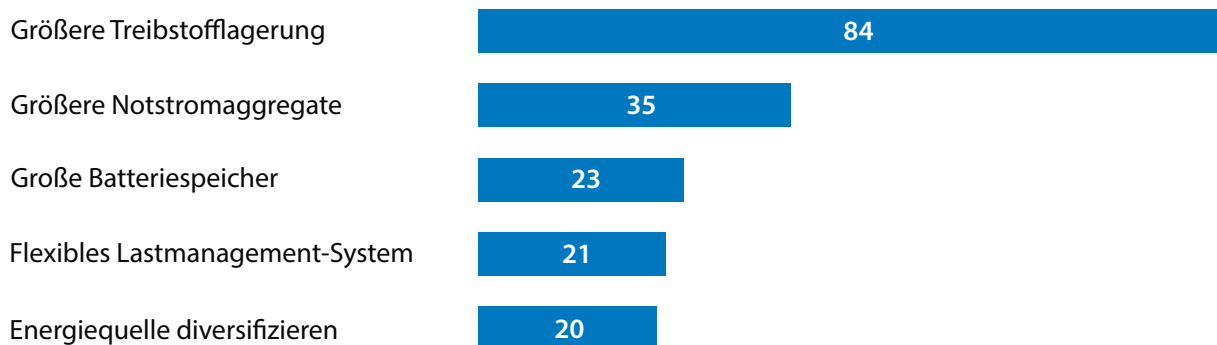
gilt die Ausweitung der Treibstoffvorräte als wichtigste Voraussetzung, um die Stromversorgung im Krisenfall zu sichern. Weiterhin sehen 35 % den Bedarf an größeren Notstromaggregaten.

Darüber hinaus bewerteten 23 % der Kliniken große Batteriespeicher als hilfreich, während 21 % ein flexibles Lastmanagement-System nennen. Eine

Diversifizierung der Energiequellen wird von 20 % der Häuser als geeignete Maßnahme angesehen.

Abb. 55 Was wäre notwendig, um die Notfallversorgung mit Strom länger als die angegebenen Stunden zu betreiben?

Krankenhäuser in %



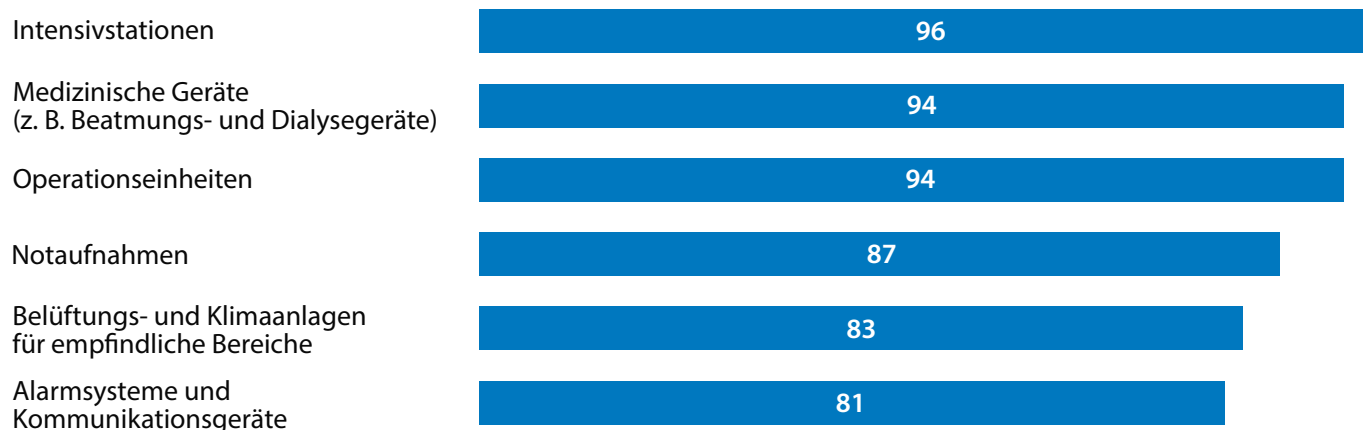
© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

In fast allen befragten Allgemeinkrankenhäusern waren zum Befragungszeitpunkt die Intensivstationen (96 %), Medizinische Geräte wie z. B. Beatmungs- und Dialysegeräte (94 %) und Operationseinheiten (94 %) angeschlossen (Abb. 56). In

der großen Mehrheit der Kliniken waren auch Notaufnahmen (87 %), Belüftungs- und Klimaanlage für empfindliche Bereiche (83 %) und Alarmsysteme und Kommunikationsgeräte (81 %) an die Notstromversorgung angebunden.

Abb. 56 Welche Geräte/Abteilungen sind an die Notstromaggregate angeschlossen?

Krankenhäuser in %



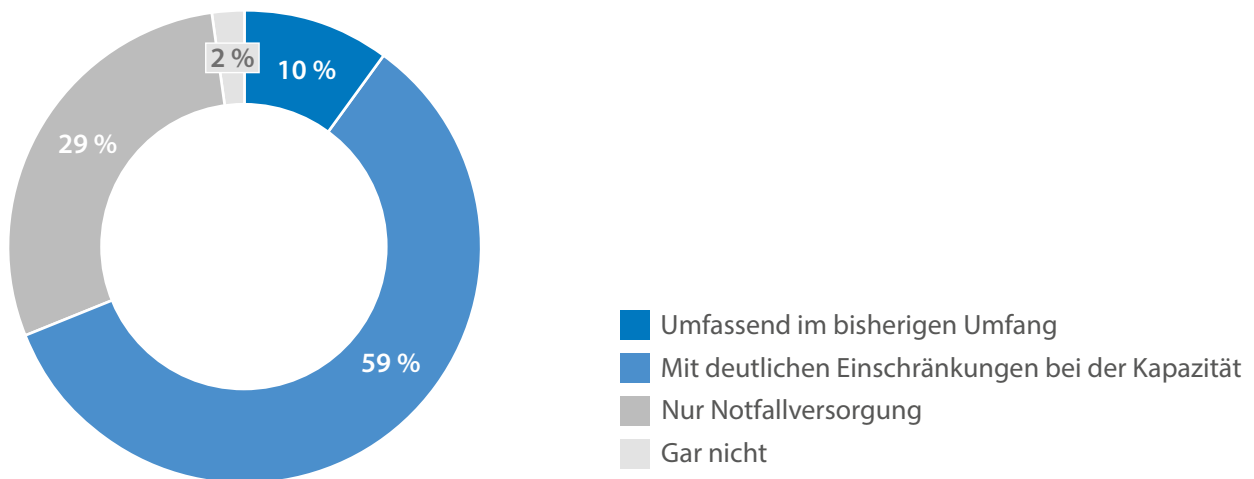
© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

Lediglich in etwa jeder 10. Einrichtung kann die Patientenversorgung im Falle eines mehrtägigen Stromausfalls vollständig im bisherigen Umfang aufrechterhalten werden (Abb. 57). In 59 % der Krankenhäuser wäre die Versorgung nur unter deutlicher Reduktion der Kapazitäten möglich.

In 29 % der Einrichtungen könnte ausschließlich eine Notfallversorgung gewährleistet werden, während 2 % der Allgemeinkrankenhäuser in einem solchen Szenario keine Patientenversorgung sicherstellen könnten.

Abb. 57 In welchem Umfang kann im Fall eines mehrtägigen Stromausfalls die Versorgung Ihrer Patienten sichergestellt werden?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2025

Nur jede 5. Klinik hat Kooperationen bzw. Absprachen mit umliegenden Krankenhäusern für den Fall eines Blackouts geschlossen. Allerdings arbeiten über die Hälfte der Kliniken (52 %) mit dem Land oder der Kommune zusammen, um Notfallszenarien bei Stromausfällen und mögliche Maßnahmen abzustimmen. 27 % der Allgemeinkran-

kenhäuser berichteten von erweiterter Planung (seitens des Hauses oder der Kommune oder des Landes) für den Fall, dass in einer ganzen Region der Strom längerfristig ausfällt und somit auch Arztpraxen und Pflegeheime betroffen sind (Daten nicht gezeigt).

WÄRMEVERSORGUNG

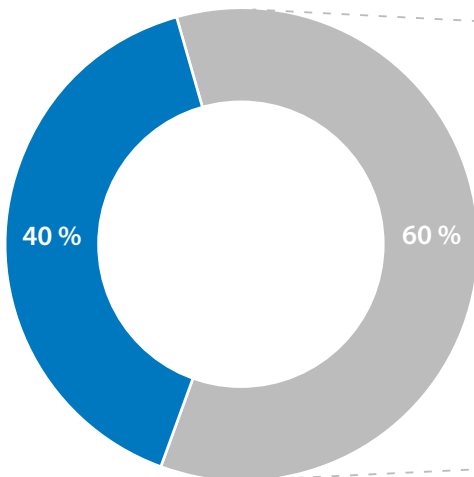
Drei Fünftel der Krankenhäuser sind bei der Wärmeversorgung im Wesentlichen auf einen Energieträger festgelegt, bei 58 % davon handelt es sich bei diesem Energieträger um Gas (Abb. 58). In den

übrigen zwei Fünfteln der Kliniken ist ein sogenanntes „Fuel switch“ möglich, d. h. je nach Verfügbarkeit kann auch auf andere Energieträger zurückgegriffen werden.

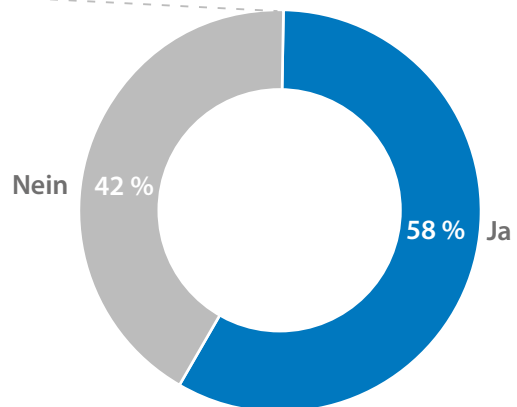
Abb. 58 Sind Sie bei der Wärmeversorgung Ihres Krankenhauses im Wesentlichen auf einen Energieträger (z. B. Gas) festgelegt, oder können Sie je nach Verfügbarkeit Alternativen (Fuel switch) einsetzen?

Falls nur ein Energieträger:
Handelt es sich dabei um Gas?

Krankenhäuser in %



Krankenhäuser in %



- Fuel switch ist möglich
- Wir sind auf einen Energieträger festgelegt.

© Deutsches Krankenhausinstitut 2025



LITERATURNACHWEIS

BBK (2021) – Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Leitfaden Krankenhausalarm- und Einsatzplanung (KAEP). Bonn: BBK.

BHE Bundesverband Sicherheitstechnik e.V. (2021): Vorsorgemaßnahmen zum Schutz gegen Diebstahl, Vandalismus und sonstige Risiken in Krankenhäusern, Brücken.

BMG (2022) – Bundesministerium für Gesundheit. Kritische Infrastrukturen im Gesundheitswesen – Anforderungen und Schutzkonzepte. Berlin: BMG.

BSI (2022) – Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik. BSI-Standard 200-4: Business Continuity Management (BCM). Bonn: BSI.

Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (2024): Krankenhaus Barometer. https://www.dki.de/fileadmin/user_upload/DKI_Krankenhaus_Barometer_2024_final.pdf

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (2024): Gewalt und Gewaltprävention im Krankenhaus. Ein Leitfaden mit Handlungsempfehlungen und Praxistipps für Geschäftsführung und Führungskräfte, Düsseldorf.

Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (2023): Prävention von Aggressionen und Gewalt gegenüber Beschäftigten in der Notaufnahme. Forschungsergebnisse und Praxistipps, Hamburg.

WHO (2017) – World Health Organization. Hospital Emergency Response Checklist: An All-Hazards Tool for Hospital Administrators and Emergency Managers. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

IMPRESSUM

Deutsches Krankenhausinstitut e. V.

Prinzenallee 13
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

Gestaltung

Konturenreich | Matthias Hugo

Bildnachweis

Von stock.adobe.com/

S. 4: Graphicroyalty, S. 6: Andrey Popov, S. 8: Dirk,
S. 12: Maha Heang, S. 15: Shahril KHMD, S. 16:
Pitchayaarch, S. 18: WavebreakmediaMicro, S. 26:
Halfpoint, S. 33: Photographee.eu, S. 34: drazen
zigic, S. 38: petrrogoskov, S. 48: ihorvsu, S. 52: kues1,
S. 57: Pixel-Shot, S. 60: Studio Romantic, S. 64:
Alihaaz Creations, S. 67: Shabbir, S. 68: Affan, S. 73:
Rapisan Swanghphon John, S. 77: Ta

Von iStock/

S. 11: andresr, S. 28: Prostock-Studio, S. 39: FG Trade
Latin, S. 44: Hispanolistic, S. 46: South_agency