



DEUTSCHES  
KRANKENHAUS  
INSTITUT

# KRANKENHAUS BAROMETER

Umfrage 2024

# INHALT

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

---

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

---

Jahresergebnis 2023	7
Entwicklung des Jahresergebnisses im Vergleich zum Vorjahr	10
Erwartetes Jahresergebnis 2024	10
Beurteilung der wirtschaftlichen Situation	11
Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen	12
Preissteigerungen und Liquidität	13
Trägermittel zur Reduktion von Liquiditäts- oder Insolvenzrisiken	14
Trägermittel für Investitionen	15

## **2 MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN (MVZ) AM KRANKENHAUS** **16**

---

Allgemeines	17
Versorgungsstrukturen	19
Personalbestand	20
Strategische Bedeutung	22
Wirtschaftliche Lage	25
Investitionstätigkeit	26

## **3 AMBULANTISIERUNG** **28**

---

Ambulantes Operieren – Neuer AOP-Vertrag 2024	29
Neuregelungen des AOP-Vertrages zum 01.01.2024	30
Einschätzung der Kontextfaktoren	32
Prüfverhalten des Medizinischen Dienstes	34
Erlösrelevanz der Änderungen des AOP-Vertrages	35

Förderzuschläge und Frakturzuschläge für das ambulante Operieren gemäß § 115b SGB V	36
Spezielle sektorengleiche Vergütung – Einführung von Hybrid-DRGs	37
Einschätzung des Veränderungsbedarfs durch die Hybrid-DRGs	38
Erfolgte Anpassungen an die Hybrid-DRGs	39

## **4 PATIENTENPORTALE 40**

---

Nutzungsverhalten	41
Fördermittel und Kosten	44
Umsetzungsstand	45
Barrieren bei der Inbetriebnahme	47
Integration in bestehende Software	48
Nutzung von Messengerdiensten	49
Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) nach § 341 SGB V	51

## **5 PRESSE- UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT 54**

---

Organisation und Personalressourcen	55
Ziele, Kommunikationskanäle und Zielgruppen	57
Beschwerdemanagement und Feedback-Möglichkeiten	61

## **6 SKILL- UND GRADEMIX IN DER PFLEGE 64**

---

Akademisiertes Pflegepersonal	65
Einsatzbereiche von akademisiertem Pflegepersonal	66
Künftiger Bedarf an akademisiertem Pflegepersonal	69
Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen	70
Bundeseinheitliche Ausbildung zur Pflegeassistenz	71
PPBV-Leistungen durch Pflegeassistenzen	73
Service- und Hilfstätigkeiten durch Pflegeassistenzen	75
Künftiger Bedarf an Pflegeassistenzen	77

Literaturnachweis	78
-------------------	----

Impressum	79
-----------	----

# EINLEITUNG



Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht die Ergebnisse des Krankenhaus Barometers 2024 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).

## 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 2024 beruhen auf der schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten in Deutschland, welche von Mitte Mai bis Anfang August 2024 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 366 Krankenhäuser.



Dr. Karl Blum



Melanie Filser



Robin Heber



Jessica Kräft



Dr. Matthias Offermanns



Ann Katrin Parloh



Sophia Siewert

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 2024

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

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

1

# WIRTSCHAFTLICHE LAGE DER KRANKENHÄUSER

Die wirtschaftliche Situation der deutschen Krankenhäuser ist so dramatisch wie nie. Seit Einführung des DRG-Systems im Jahr 2003 haben noch nie so viele Krankenhäuser Verluste gemacht wie im Jahr 2023 und eine so schlechte wirtschaftliche Lage beklagt wie 2024. Für das Jahr 2025 werden weitere Verschlechterungen erwartet.

## JAHRESERGEBNIS 2023

Mit Blick auf ihre wirtschaftliche Situation sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie in der Gewinn- und Verlustrechnung für das Geschäftsjahr 2023 ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis erzielt haben.

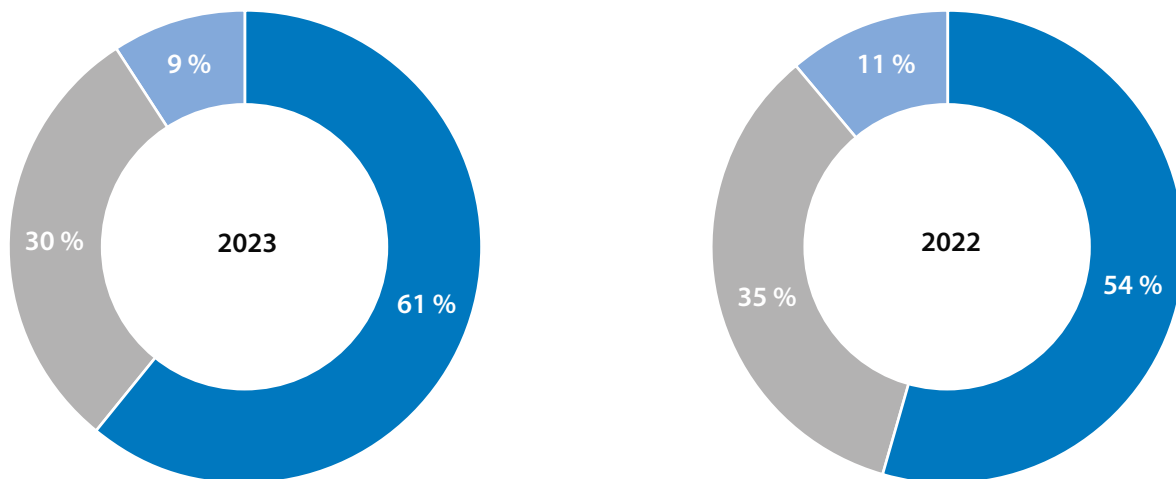
Demnach haben 61 % der deutschen Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten im Jahr 2023 Verluste geschrieben. Der Anteil der Krankenhäuser mit

einem Jahresüberschuss liegt bei 30 % und der Anteil der Krankenhäuser mit einem ausgeglichenen Jahresergebnis bei 9 %.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die wirtschaftliche Situation weiter verschlechtert. Im Jahr 2022 hatten noch 54 % der Krankenhäuser einen Jahresfehlbetrag und 35 % der Krankenhäuser einen Jahresüberschuss (Abb. 1) (vgl. DKI, 2022).

Abb. 1 Jahresergebnis der Krankenhäuser

Krankenhäuser in %



61 % der deutschen Allgemeinkrankenhäuser erlitten 2023 Verluste.

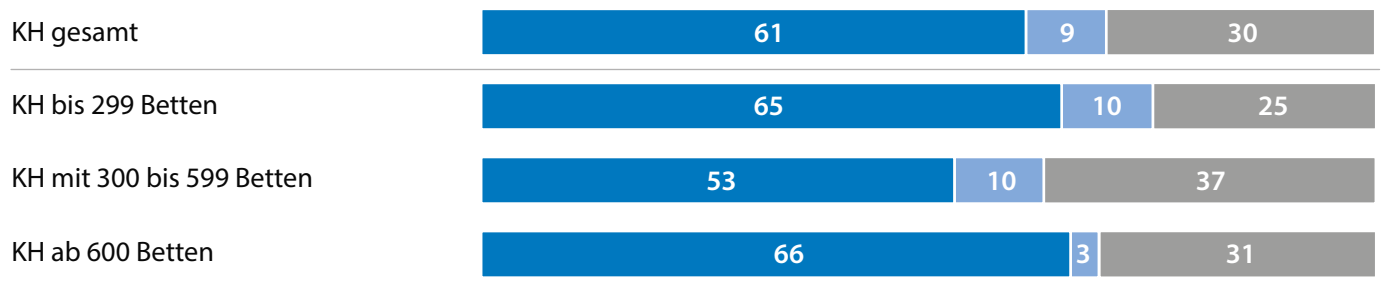
Auch nach Krankenhausgröße fallen die Jahresergebnisse 2023 insgesamt schlecht aus. 65 % der kleinen Krankenhäuser bis

299 Betten und 66 % der großen Krankenhäuser ab 600 Betten weisen ein negatives Jahresergebnis auf (Abb. 2).

Verglichen damit fallen die Ergebnisse in der mittleren Bettengrößenklasse am besten aus. (vgl. DKI, 2023).

**Abb. 2 Jahresergebnis der Krankenhäuser 2023 nach Bettengrößenklassen**

**Krankenhäuser in %**



© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

■ Jahresfehlbetrag   ■ Ausgeglichenes Ergebnis   ■ Jahresüberschuss





Seit Einführung des DRG-Systems im Jahr 2003 haben noch nie so viele Allgemeinkrankenhäuser Verluste geschrieben wie im Jahr 2023.

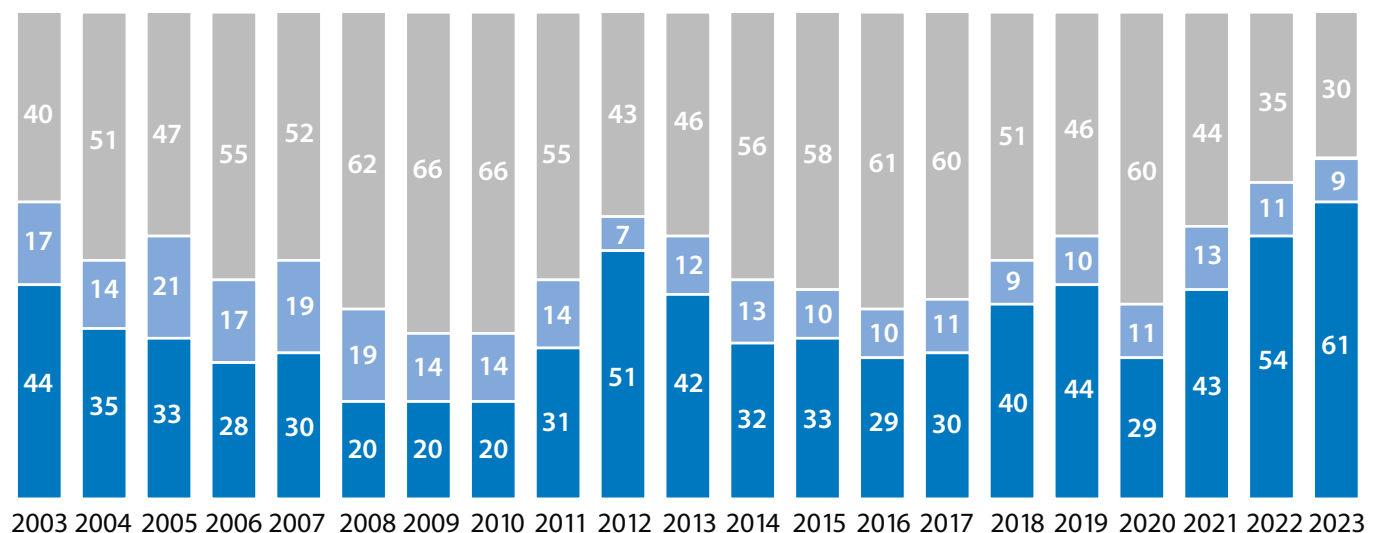
Der Vergleich der Jahresergebnisse seit Einführung des DRG-Systems zeigt, wie sehr sich die Ergebnisse in den letzten Jahren verschlechtert haben

(Abb. 3). 2023 wiesen 61 % der Krankenhäuser einen Jahresfehlbetrag auf. Dies ist eine Steigerung von 7 % zum Vorjahr, und über den gesamten

Betrachtungszeitraum der Höchstwert. Lediglich 30 % der Krankenhäuser weisen einen Jahresüberschuss auf. Dies ist seit 2003 der geringste Wert.

Abb. 3 Entwicklung der Jahresergebnisse 2003 – 2023

Krankenhäuser in %



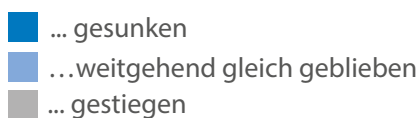
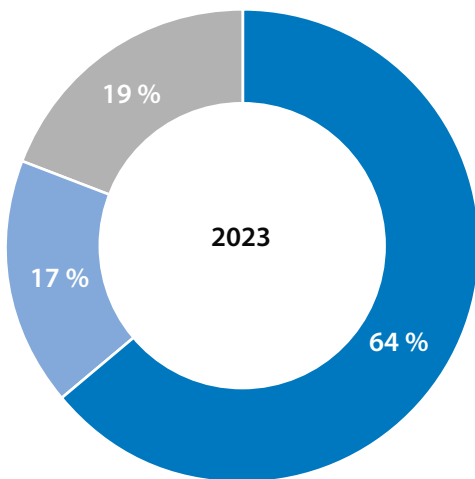
## ENTWICKLUNG DES JAHRESERGEBNISSES IM VERGLEICH ZUM VORJAHR

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 2022 und 2023 informieren.

Demnach ist das Jahresergebnis im Jahr 2023 im Vergleich zu 2022 in 64 % der Häuser gesunken und bei nur 19 % der Krankenhäuser gestiegen. Bei den übrigen 17 % ist es konstant geblieben (Abb. 4).

Abb. 4 Entwicklung der Jahresergebnisse 2023 im Vergleich zum Vorjahr

Krankenhäuser in %



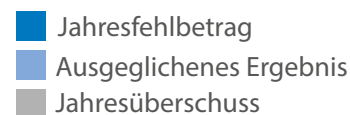
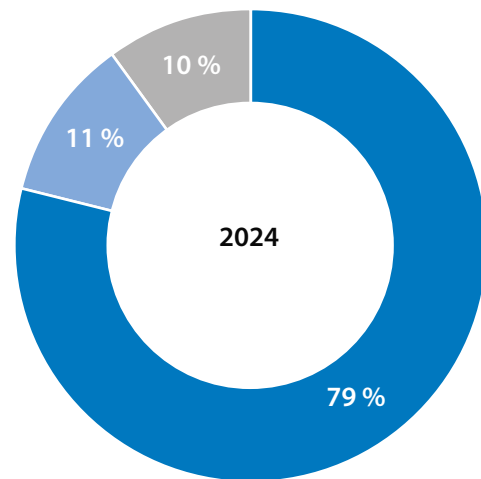
© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

## ERWARTETES JAHRESERGEBNIS 2024

Für das Jahr 2024 sind insgesamt weitere Verschlechterungen der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser zu erwarten (Abb. 5). Im Vergleich zum Jahr 2023 wird der Anteil der Häuser mit negativem Jahresergebnis von 61 % auf voraussichtlich 79 % ansteigen. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem positiven Jahresergebnis wird von 30 % auf voraussichtlich 10 % sinken. 11 % der Befragten gehen für 2024 von einem ausgeglichenen Jahresergebnis aus.

Abb. 5 Erwartetes Jahresergebnis der Krankenhäuser für das Jahr 2024

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

Die Prognose für das Jahr 2024 fällt in den drei Bettengrößenklassen nahezu identisch aus (Ergebnisse nicht dargestellt).

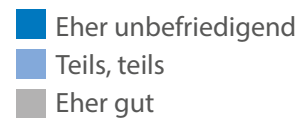
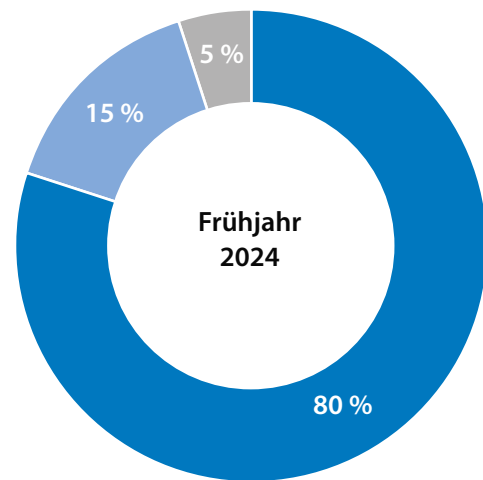
## BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION

Über das erwartete Jahresergebnis für das Jahr 2024 hinaus sollten die Krankenhäuser auch ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2024 beurteilen. Demnach stufen 80 % der Krankenhäuser ihre wirtschaftliche Lage als eher unbefriedigend ein. Nur noch 5 % der Krankenhäuser schätzen ihre wirtschaftliche Lage als eher gut ein, während 15 % in dieser Hinsicht unentschieden sind (Abb. 6). Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die kritische Einschätzung der wirtschaftlichen Lage über alle Krankenhäuser hinweg auf hohem Ausgangsniveau noch weiter verschlechtert (vgl. DKI, 2023).

Unabhängig von der Krankenhausgröße wird die aktuelle wirtschaftliche Lage insgesamt kritisch gesehen. Jeweils rund 80 % der Krankenhäuser aller Bettengrößenklassen beurteilen ihre aktuelle wirtschaftliche Situation als eher unbefriedigend (Abb. 7).

Abb. 6 Aktuelle wirtschaftliche Situation des eigenen Krankenhauses

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

Abb. 7 Aktuelle wirtschaftliche Situation des eigenen Krankenhauses

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

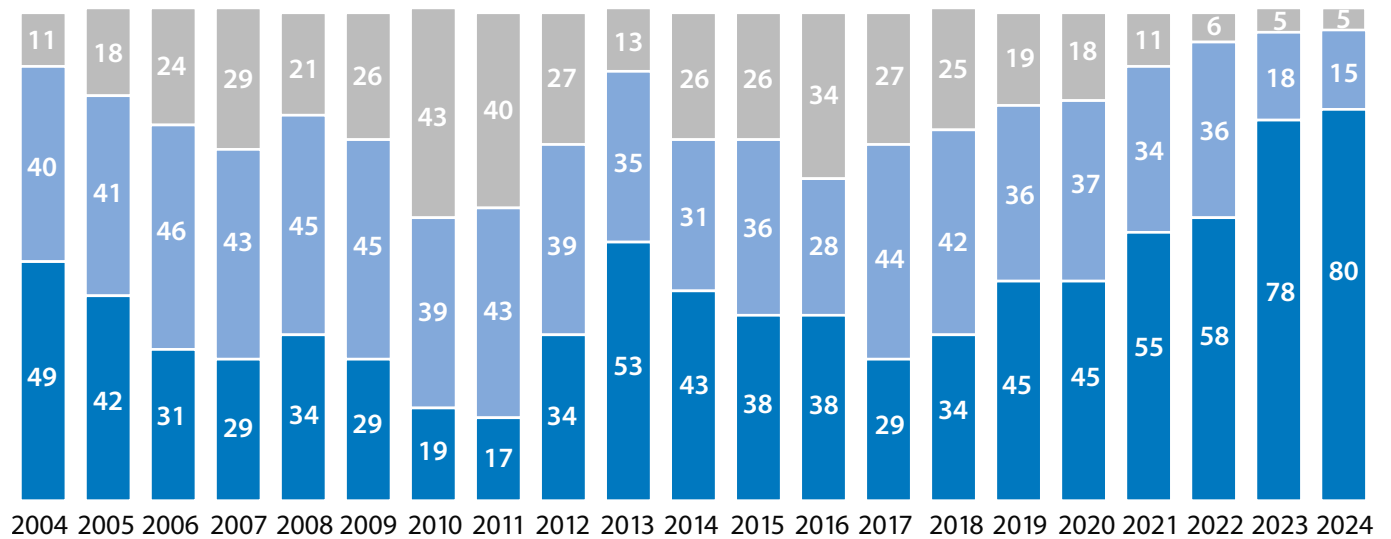


Die Zeitreihe belegt, dass es den Krankenhäusern wirtschaftlich noch nie so schlecht ging wie im Jahr 2024. Der Anteil der Häuser mit unbefriedi-

gender wirtschaftlicher Lage erreicht in diesem Jahr einen Höchststand und der Anteil der Häuser in guter Lage einen Tiefststand.

**Abb. 8 Beurteilung der wirtschaftlichen Lage 2004 – 2024**

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

■ Eher gut

■ Teils, teils

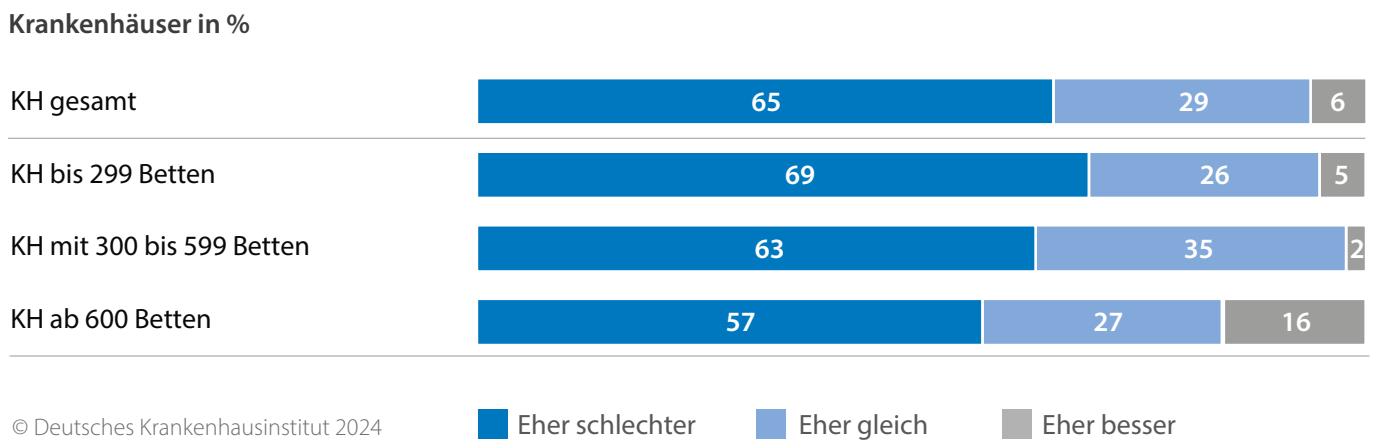
■ Eher unbefriedigend

## BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN ERWARTUNGEN

Darüber hinaus sollten sich die Krankenhäuser zu ihren Erwartungen für das Jahr 2025 äußern: Rund zwei Drittel der Krankenhäuser (65 %) erwarten für das Jahr 2025 eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation, während nur 6 % der Krankenhäuser eine Verbesserung dieser erwarten. 29 % der Krankenhäuser sind in dieser Hinsicht unentschieden (Abb. 9).

Differenziert nach Krankenhausgröße sind die wirtschaftlichen Erwartungen für das Jahr 2025 in der unteren Größenklasse bis 299 Betten besonders pessimistisch. 69 % der Häuser gehen von einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage aus. Tendenziell fallen die Erwartungen in den großen Häusern ab 600 Betten etwas positiver aus.

Abb. 9 Wirtschaftliche Erwartungen für das eigene Krankenhaus für 2025



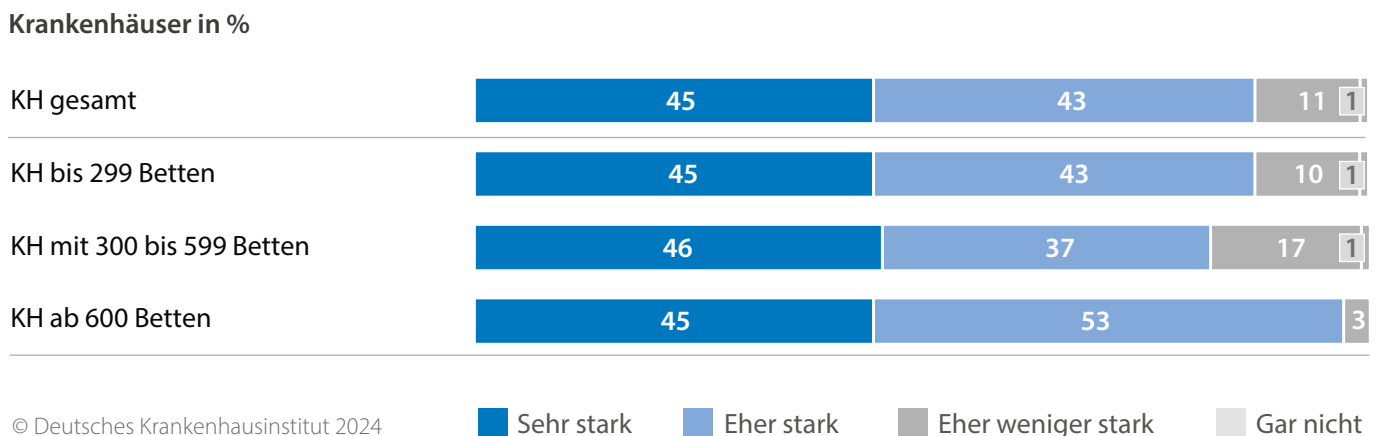
## PREISSTEIGERUNGEN UND LIQUIDITÄT

Die Preissteigerungen seit dem Jahr 2023, 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 größeren Häuser im Vergleich zu den übrigen Häusern hiervon am stärksten betroffen (Abb. 10).

Abb. 10 Wie wirken sich die Preissteigerungen (Energie, medizinischer Bedarf, Löhne etc.) seit dem Jahr 2023 auf Ihre Liquiditätssituation im Jahr 2024 aus?





## TRÄGERMITTEL ZUR REDUKTION VON LIQUIDITÄTS- ODER INSOLVENZRISIKEN

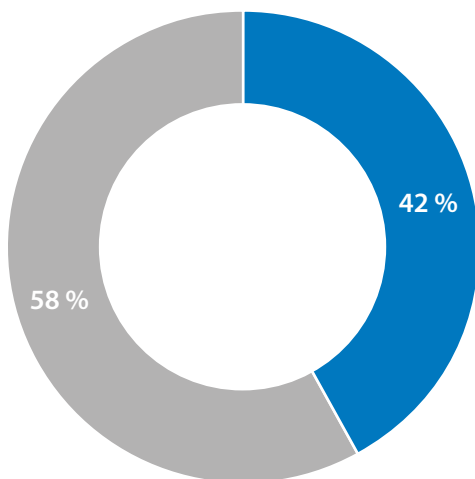
Im Jahr 2023 erhielten 42 % der Krankenhäuser finanzielle Mittel von ihren Trägern, um Liquiditäts- oder Insolvenzrisiken zu reduzieren (Abb. 11).

Jeweils rund 40 % der Häuser mit entsprechenden Trägermitteln müssen diese vollständig oder größtenteils bzw. wenig oder gar nicht zurückzahlen.

**Abb. 11** Haben Sie im Jahr 2023 finanzielle Mittel von Ihrem Träger erhalten, primär um Liquiditäts- oder Insolvenzrisiken Ihres Krankenhauses zu reduzieren?

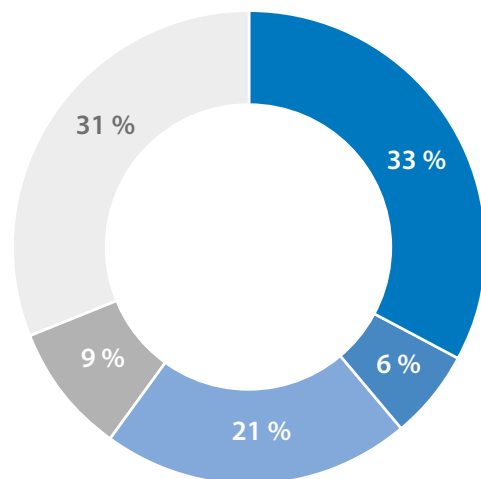
**Abb. 12** Rückzahlungspflicht von finanziellen Mitteln des Trägers, primär um Liquiditäts- oder Insolvenzrisiken des Krankenhauses zu reduzieren?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

Krankenhäuser mit Trägermitteln in %



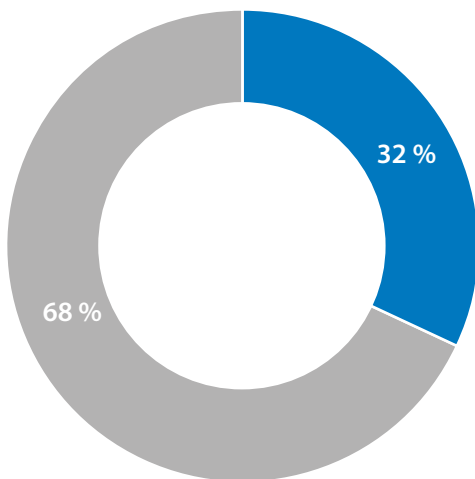
© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

## TRÄGERMITTEL FÜR INVESTITIONEN

Die Krankenhäuser sollten zudem angeben, ob sie seitens des Trägers auch finanzielle Mittel für Investitionen erhielten. 68 % der Krankenhäuser verneinen dies.

**Abb. 13** Haben Sie im Jahr 2023 finanzielle Mittel von Ihrem Träger erhalten, primär um Investitionen Ihres Krankenhauses zu finanzieren?

Krankenhäuser in %



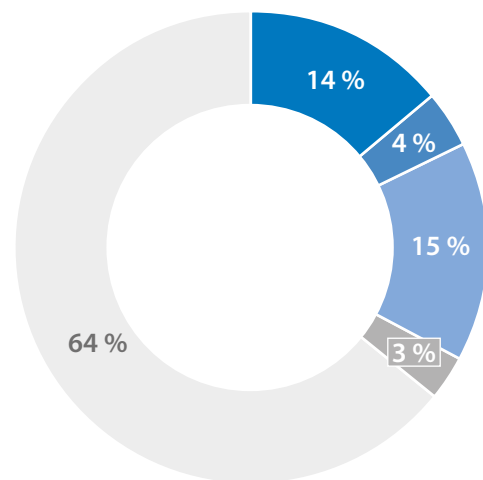
■ Ja  
■ Nein

© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

Im Unterschied zur Trägerfinanzierung von Liquiditäts- oder Insolvenzrisiken geben 65 % der Krankenhäuser an, die Investitionsmittel nicht zurückzahlen zu müssen.

**Abb. 14** Rückzahlungspflicht von Trägermitteln zur Investitionsförderung:

Krankenhäuser mit Trägermitteln in %



■ Vollständig  
■ Größtenteils  
■ Teilweise  
■ Wenig  
■ Gar nicht

© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

Im Jahr 2023 haben mehr als zwei Drittel der Allgemeinkrankenhäuser keine finanziellen Investitionsmittel von ihren Trägern erhalten.

# 2

## MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN (MVZ) AM KRANKENHAUS

Die wirtschaftliche Lage ist in den Krankenhaus-MVZ überwiegend angespannt: 60 % haben das Geschäftsjahr 2023 mit einem negativen Ergebnis abgeschlossen, 54 % erwarten auch für 2024 Verluste. Nichtsdestotrotz möchte die große Mehrheit der Kliniken die ambulanten Behandlungsangebote und -kapazitäten in den MVZ perspektivisch erhalten oder sogar ausweiten. Ein Grund hierfür ist die hohe Relevanz der MVZ hinsichtlich der Generierung von Patientenströmen für das klinische Leistungsgeschehen. Für zwei Drittel der Kliniken ist das MVZ sehr oder ziemlich bedeutsam für stationäre Einweisungen.



Seit dem Jahr 2004 nehmen die medizinischen Versorgungszentren (MVZ) an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Hierbei handelt es sich nach § 95 SGB V um ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Neben zugelassenen Ärzten können u.a. auch zugelassene Krankenhäuser ein MVZ gründen bzw. betreiben.

Ziele der Krankenhausbefragung 2024 bestanden darin, allgemeine Kennzahlen der MVZ in Krankenhaussträgerschaft, wie z.B. die Anzahl bzw. die Standorte und den Personalbestand, die vorgehaltenen Versorgungsstrukturen und die strategische Bedeutung des MVZ für den Krankenhausstandort als auch die wirtschaftliche Situation und die Investitionstätigkeiten zu erfassen.

## ALLGEMEINES

Zum Befragungszeitpunkt waren 77 % der Krankenhäuser Träger von mindestens einem MVZ (Abb. 15). 60 % der Kliniken haben 1 MVZ

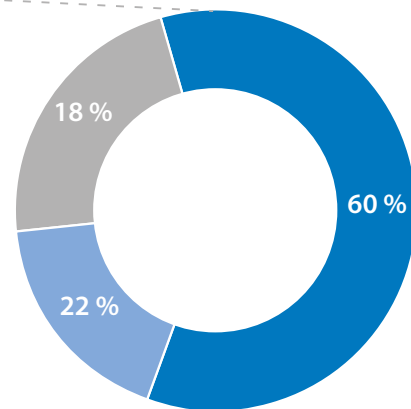
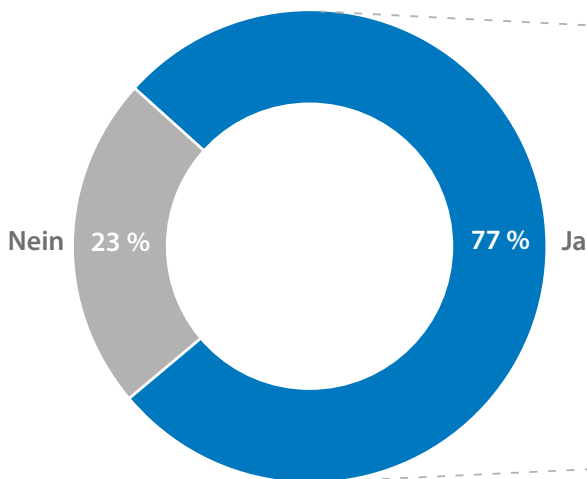
betrieben. 22 % waren Träger von 2 MVZ und 18 % von 3 oder mehr MVZ.

**Abb. 15** Ist Ihr Krankenhaus derzeit Träger von mindestens einem MVZ?

Wie viele MVZ betreibt Ihr Krankenhaus insgesamt?

Krankenhäuser in %

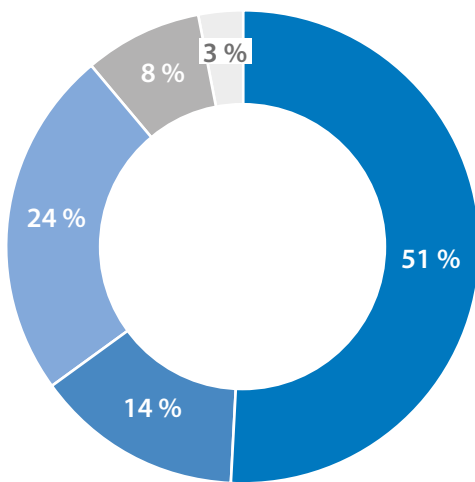
Krankenhäuser mit MVZ in %



Etwa die Hälfte der MVZ (51 %) befand sich in einer Entfernung von bis zu 5 km zu dem Hauptstandort ihres Trägers (Abb. 16). Im Umkreis von 6 bis 10 km lagen 14 % der MVZ-Standorte. Knapp jedes vierte MVZ war 11 bis 30 km vom Hauptstandort des Krankenhauses entfernt. 8 % der MVZ lagen im Umkreis von 31 bis 50 km und 3 % waren über 50 km von der Trägerklinik entfernt.

**Abb. 16** In welchem Umkreis um den Hauptstandort Ihres Krankenhauses befindet sich der Standort des MVZ?

Krankenhäuser mit MVZ in %



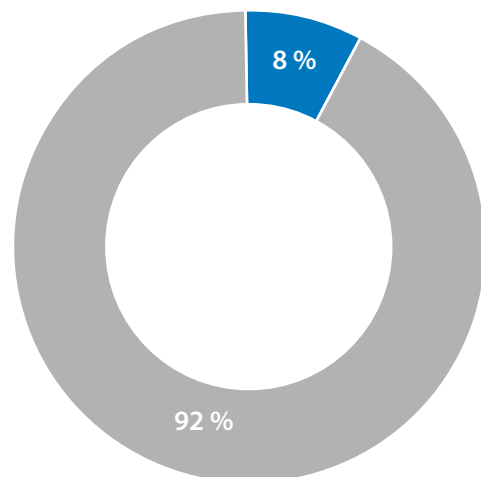
- bis 5 km
- 6 bis 10 km
- 11 bis 30 km
- 31 bis 50 km
- > 50 km

© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

Alle Krankenhäuser, d. h. auch jene, die aktuell kein MVZ betreiben, wurden gefragt, ob ein von ihrem Krankenhaus getragenes MVZ seit dessen Gründung geschlossen wurde. Demnach haben 8 % der Kliniken in der Vergangenheit ein MVZ betrieben, welches zwischenzeitlich geschlossen wurde (Abb. 17). Als Gründe für die Schließung nannten die Häuser vor allem fehlende Nachfolger sowie wirtschaftliche und organisatorische Gründe.

**Abb. 17** Wurde ein von Ihrem Krankenhaus getragenes MVZ seit seiner Gründung geschlossen?

Krankenhäuser in %



- Ja
- Nein

© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

Ein fachübergreifendes Leistungsangebot ist nahezu Standard in den Krankenhaus-MVZ.  
Zum Befragungszeitpunkt verfügten 85 % über mindestens zwei Fachgebiete, im Durchschnitt waren es 4,1 Fachgebiete.

## VERSORGUNGSSTRUKTUREN

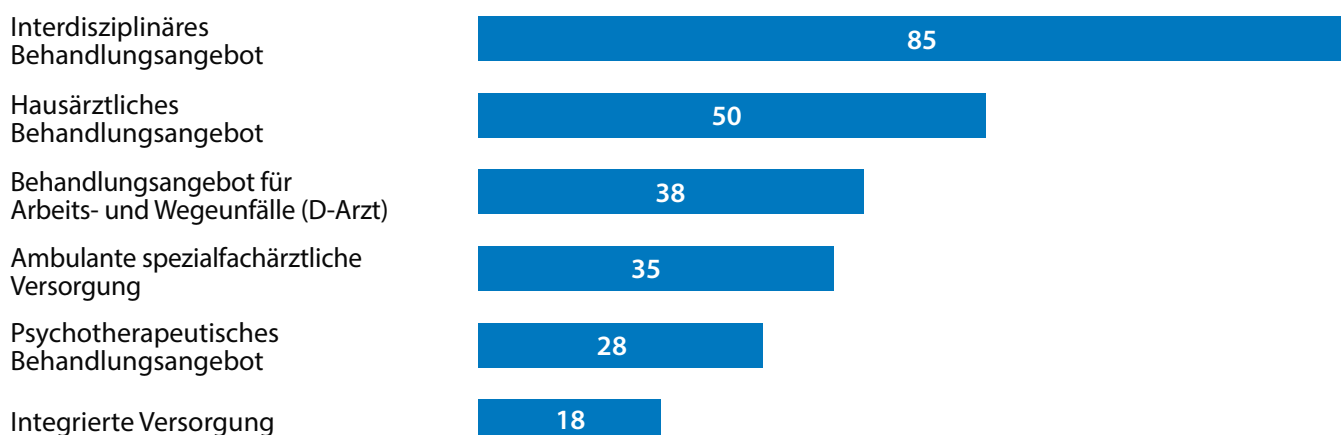
Die meisten Kliniken (85 %) hielten zum Befragungszeitpunkt interdisziplinäre Behandlungsangebote in ihren MVZ vor (Abb. 18). Die Krankenhaus-MVZ verfügten durchschnittlich über 4,1 Fachgebiete (Median: 3,0) und 5,6 Vertragsarztsitze (Median: 4,4).

Über ein hausärztliches Behandlungsangebot im MVZ verfügte die Hälfte der Häuser. 38 % behandelten Arbeits- und Wegeunfälle, und 35 % boten eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) an. Psychotherapeutische Behand-

lungen haben 28 % der Kliniken in ihren MVZ angeboten. 18 % verfügten über ein Behandlungsangebot für die integrierte Versorgung (IV).

Abb. 18 Welche Behandlungsangebote halten Sie in Ihrem MVZ vor?

Krankenhäuser mit MVZ in %, Mehrfachantworten möglich



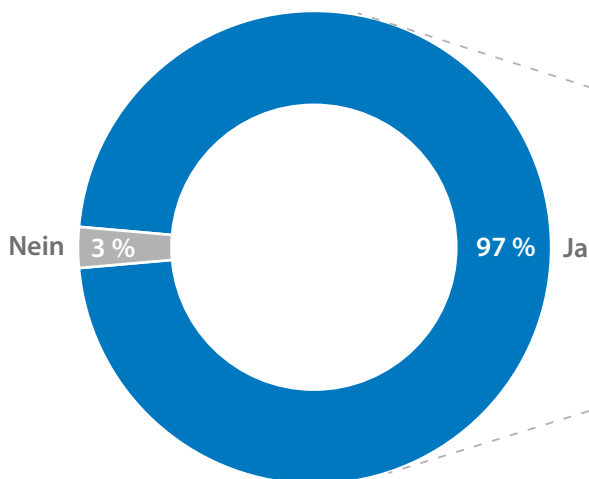
## PERSONALBESTAND

Im Durchschnitt waren in den von den Krankenhäusern betriebenen MVZ 10,2 Ärzte (in Köpfen) tätig (Median: 7,5). 95 % der Mitarbeitenden im Ärztlichen Dienst arbeiteten als angestellte Ärzte und nur 5 % waren als Vertragsärzte tätig. Im nichtärztlichen Dienst waren je MVZ im Mittel 14,2 Mitarbeitende (in Köpfen) tätig (Median: 12,0). 81 % des nichtärztlichen Personals waren Medizinische Fachangestellte.

Fast jede Klinik (97 %) beschäftigte in ihrem MVZ Mitarbeitende im Ärztlichen Dienst, die einer Teilzeitbeschäftigung nachgingen (Abb. 19). Im Mittel waren je MVZ 7,8 Ärzte (Median: 5,0) in Teilzeit beschäftigt. Die Teilzeitquote lag damit bei 76 %.

Abb. 19 Arbeiten in Ihrem MVZ aktuell Ärzte in Teilzeit?

Krankenhäuser mit MVZ in %



Wie viele Ärzte arbeiten aktuell in Teilzeit in Ihrem MVZ?

in Köpfen



91 % der Krankenhäuser mit MVZ beschäftigten Mitarbeitende im Ärztlichen Dienst, die sowohl in der stationären Krankenhausversorgung als auch ambulant im MVZ tätig waren (Abb. 20).

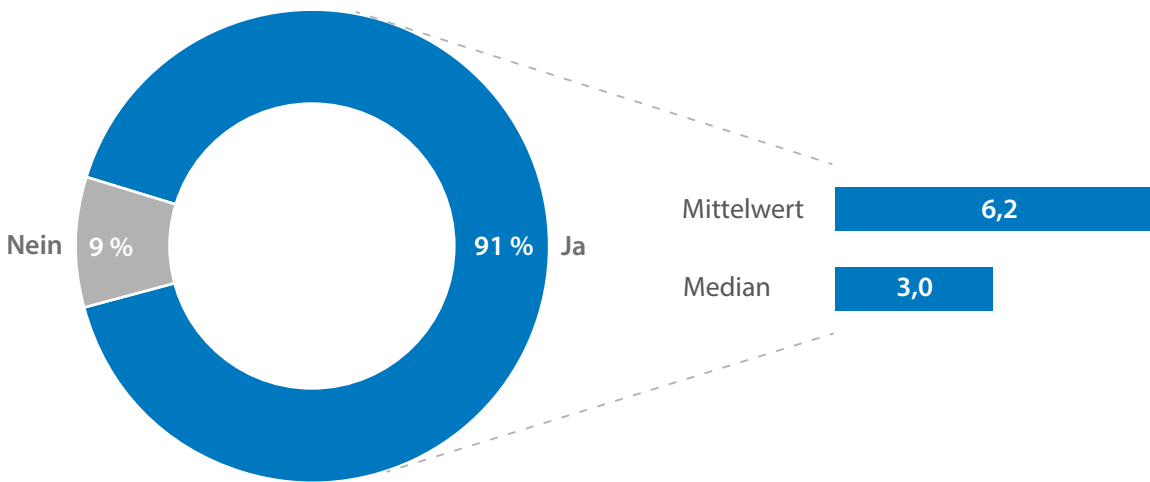
Im Durchschnitt arbeiteten 6,2 Ärzte (Median: 3,0) parallel in Krankenhaus und MVZ. Die Quote der mehrfachbeschäftigten Ärzte lag damit bei 62 %.

**Abb. 20** Gibt es in Ihrem MVZ aktuell Ärzte, die sowohl im Krankenhaus (stationär) als auch im MVZ arbeiten?

Wie viele Ärzte arbeiten sowohl im Krankenhaus (stationär) als auch im MVZ?

Krankenhäuser mit MVZ in %

in Köpfen



## STRATEGISCHE BEDEUTUNG

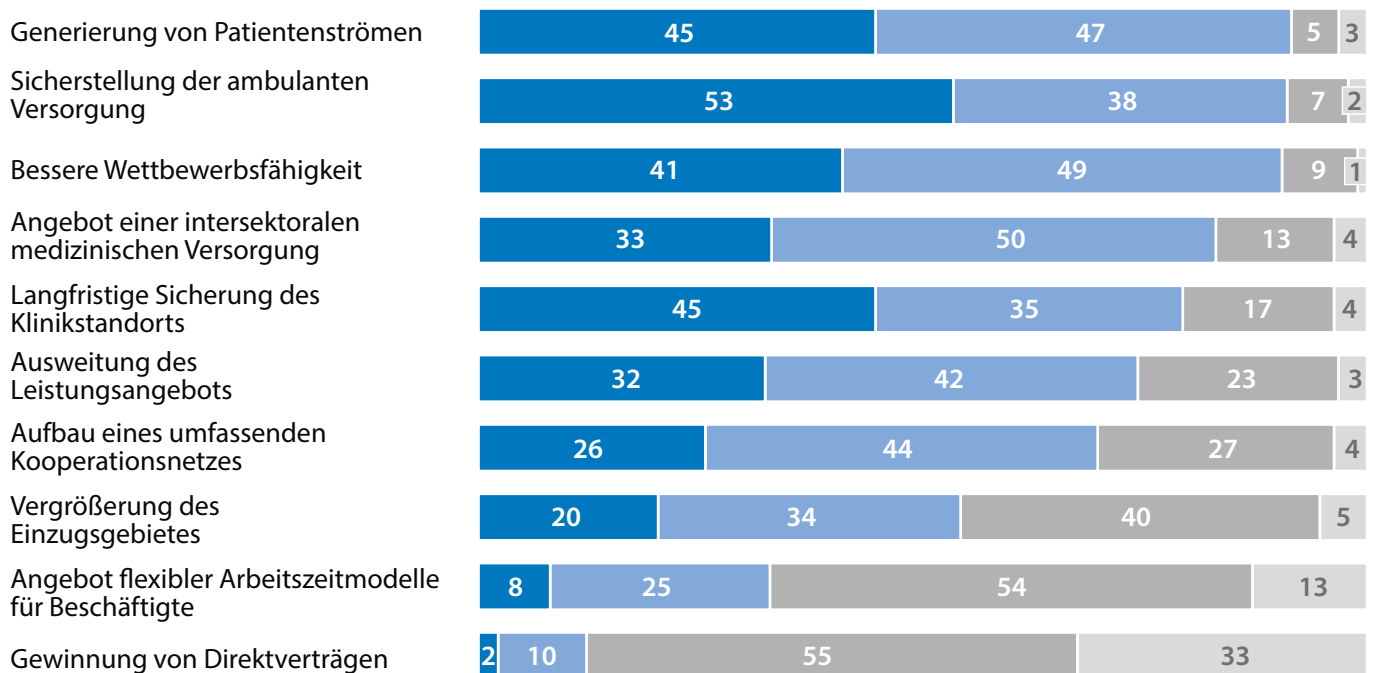
Die große Mehrheit der befragten Krankenhäuser zielt mit dem Betrieb des MVZ vor allem darauf ab, Patientenströme für die Krankenhausversorgung zu generieren (92 %), eine ambulante Versorgung sicherzustellen (91 %) und die Wettbewerbsfähigkeit zu verbessern (90 %) (Abb. 21). Weitere sehr häufig verfolgte Unternehmensziele bestehen in dem

Angebot einer intersektoralen medizinischen Versorgung (83 %), der langfristigen Sicherung des Klinikstandorts (80 %), der Ausweitung des Leistungsangebots (74 %) und dem Aufbau eines umfassenden Kooperationsnetzes (70 %).

Gegenüber den anderen Unternehmenszielen wurden das Angebot flexibler Arbeitszeitmodelle für die Beschäftigten und die Gewinnung von Direktverträgen, z.B. für die hausarztzentrierte Versorgung, weniger priorisiert. 67 % bzw. 88 % der Krankenhäuser gaben an, dass diese Unternehmensziele mit dem Betrieb des MVZ nicht verfolgt werden.

**Abb. 21** In Bezug auf die strategische Ausrichtung des Krankenhauses: Inwieweit werden die folgenden Unternehmensziele mit dem Betrieb des MVZ verfolgt?

### Krankenhäuser mit MVZ in %



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

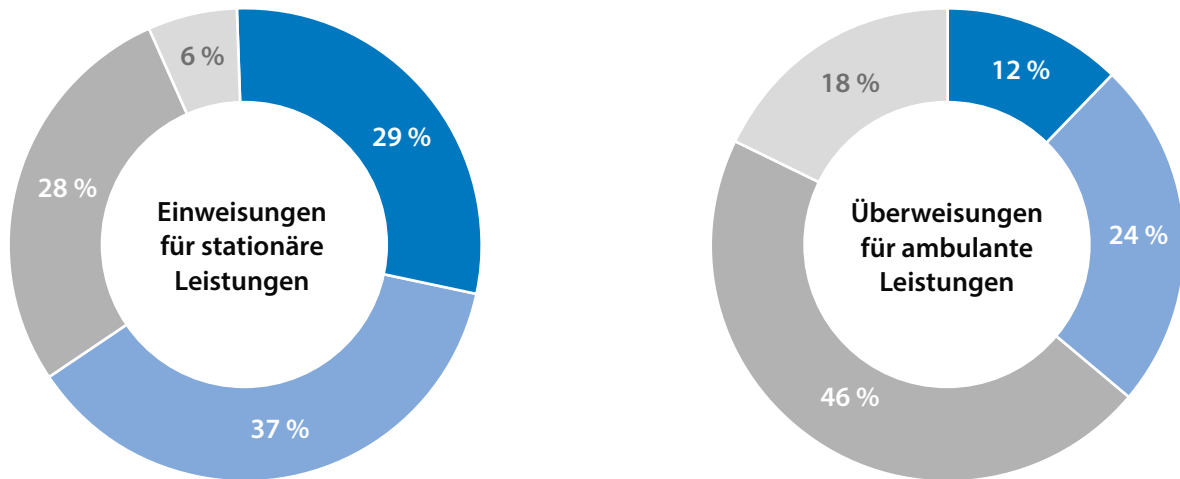
Mit Blick auf die Patientenströme für die Kliniken lässt sich für die MVZ eine besonders hohe Relevanz für das stationäre Leistungsgeschehen ableiten. So gaben zwei Drittel der Befragungsteilnehmenden an, dass das MVZ sehr oder ziemlich bedeutsam für stationäre Einweisungen sei, für weitere 28 % sei es teilweise bedeutsam (Abb. 22).

Etwas weniger relevant sei das MVZ für die Krankenhausträger in Bezug auf das ambulante

Leistungsgeschehen innerhalb der Klinikstrukturen, wie z.B. für ambulante Operationen oder stationsersetzende Eingriffe nach § 115b SGB V. Für etwas mehr als ein Drittel der Kliniken (36 %) ist das MVZ sehr oder ziemlich bedeutsam für ambulante Überweisungen, für knapp die Hälfte der Krankenhäuser (46 %) ist das MVZ teilweise bedeutsam. Bei knapp jedem 5. Haus (18 %) spielt das MVZ kaum eine Rolle für das ambulante Leistungsgeschehen in der Trägereinrichtung.

**Abb. 22** Wie bedeutsam ist das MVZ im Hinblick auf die Patientenströme für Ihr Krankenhaus?

Krankenhäuser mit MVZ in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

- Sehr bedeutsam
- Ziemlich bedeutsam
- Teilweise bedeutsam
- Kaum bedeutsam

Die meisten Kliniken zielen mit dem Betrieb eines MVZ vor allem darauf ab, Patientenströme für klinische Leistungen zu generieren. Besonders relevant sind die MVZ dabei für das stationäre Leistungsgeschehen.



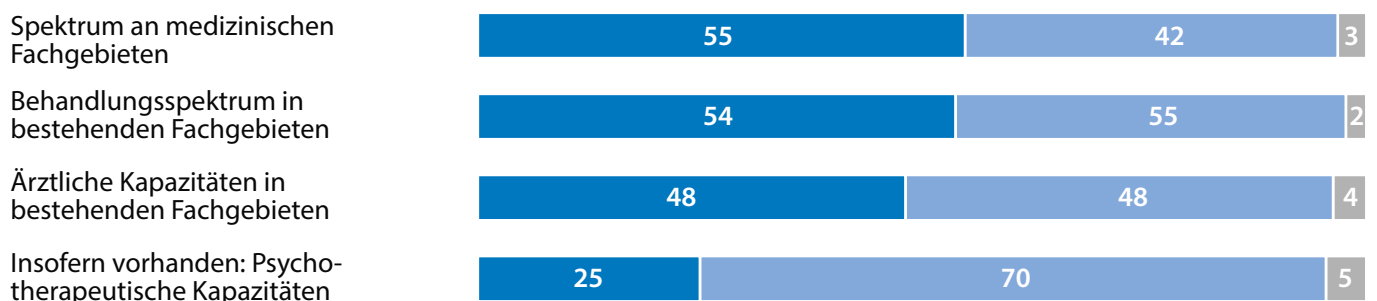
Der überwiegende Anteil der Krankenhäuser beabsichtigt, das Leistungsgeschehen in dem betriebenen MVZ in den nächsten 3 Jahren auszuweiten oder zumindest zu erhalten (Abb. 23). Nur wenige Kliniken wollen das Leistungsgeschehen perspektivisch reduzieren.

55 % der Kliniken streben an, das Spektrum an medizinischen Fachgebieten im MVZ zu erweitern, und 54 % wollen in Zukunft mehr Behandlungsmöglichkeiten in bereits bestehenden Fachgebieten anbieten. 48 % der Einrichtungen möchten die personellen Kapazitäten im

Ärztlichen Dienst ausweiten. Ein Viertel der Häuser, die in ihrem MVZ aktuell psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten vorhalten, möchte in den nächsten 3 Jahren auch den psychotherapeutischen Personalbestand vergrößern.

**Abb. 23** Wie soll sich das Leistungsgeschehen in Ihrem MVZ in den nächsten 3 Jahren entwickeln?

**Krankenhäuser mit MVZ in %**





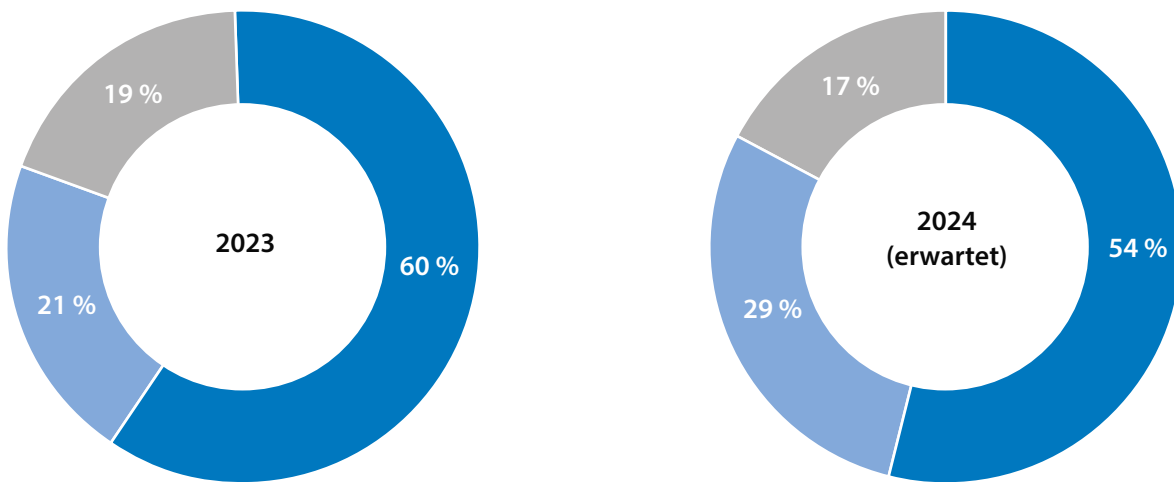
## WIRTSCHAFTLICHE LAGE

Die wirtschaftliche Lage der MVZ, die sich durch die Trägerschaft auch auf die Jahresergebnisse der Krankenhäuser auswirkt, ist überwiegend angespannt. Im Jahr 2023 schrieben 60 % der Krankenhaus-MVZ Verluste (Abb. 24). Nur knapp jede 5. Einrichtung (19 %) konnte ein positives Jahresergebnis erwirtschaften.

Auch für das Jahr 2024 fallen die Einschätzungen überwiegend pessimistisch aus. Demnach erwarten 54 % der Träger ein negatives Jahresergebnis für ihr MVZ. Nur 17 % gehen davon aus, dass ihr MVZ das Geschäftsjahr 2024 mit einem positiven Ergebnis abschließen wird.

Abb. 24 Jahresergebnisse der MVZ

Krankenhäuser mit MVZ in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

■ Jahresfehlbetrag ■ Ausgeglichenes Ergebnis ■ Jahresüberschuss

# 60 %

der Krankenhaus-MVZ haben im Jahr 2023 rote Zahlen geschrieben.

Die Krankenhäuser investieren tendenziell nur in einem geringen Umfang in die MVZ-Strukturen. Investive Mittel fließen dabei am häufigsten in die Informations- und Medizintechnik.

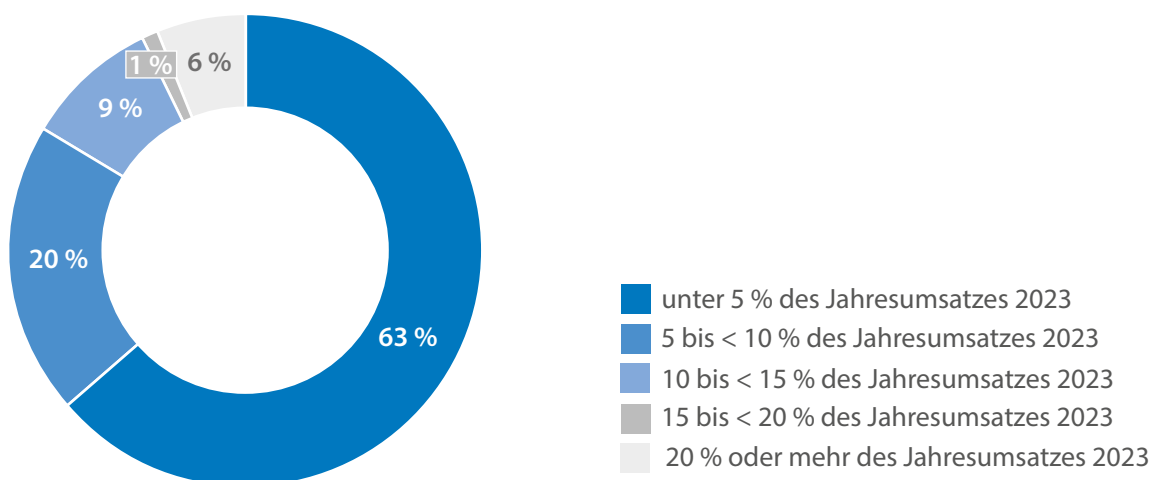
## INVESTITIONSTÄTIGKEIT

Insgesamt fällt die Investitionstätigkeit der Krankenhäuser in die betriebenen MVZ gering aus (Abb. 25). Fast zwei Drittel der Häuser (63 %) investierten im Jahr 2023 weniger als 5 % des Jahresumsatzes. Jede 5. Klinik tätigte Investitio-

nen in Höhe von 5 bis unter 10 %. Bei jedem 10. Haus lag der Investitionsanteil bei 10 bis unter 20 %. Bei nur sehr wenigen Krankenhäusern (6 %) lagen die investiven Mittel bei einem Anteil von 20 % oder mehr des Jahresumsatzes 2023.

Abb. 25 In welchem Umfang wurden Investitionen in das MVZ im Jahr 2023 getätigt?

Krankenhäuser mit MVZ in %



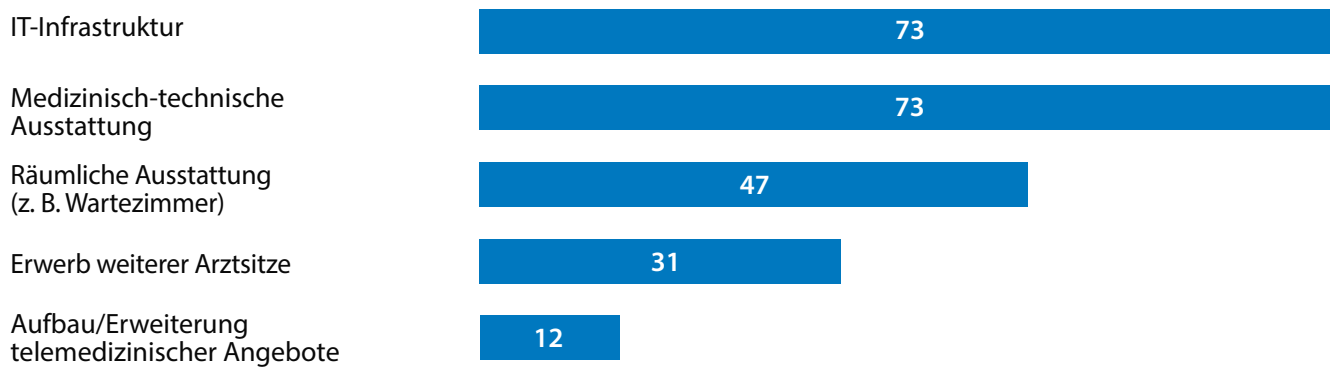
Besonders häufig haben die Krankenhäuser im Jahr 2023 in die IT-Infrastruktur (73 %) sowie in die medizinisch-technische Ausstattung ihres MVZ (73 %) investiert (Abb. 26). Knapp die Hälfte der Kliniken (47 %) inves-

tierte in die räumliche Ausstattung, wie z. B. in das Wartezimmer. Investive Mittel für den Erwerb weiterer Arztsitze wurden in etwas weniger als einem Drittel (31 %) der Häuser zur Verfügung gestellt. Schlusslicht

stellte die Telemedizin dar: Nur 12 % der Einrichtungen gaben an, im Jahr 2023 in den Ausbau oder die Erweiterung telemedizinischer Angebote investiert zu haben.

### Abb. 26 In welchem Umfang wurden Investitionen in das MVZ im Jahr 2023 getätigt?

Krankenhäuser mit MVZ in %, Mehrfachantworten möglich



# 3

## AMBULANTISIERUNG

Durch den neuen AOP-Vertrag nach § 115b SGB V soll die Ambulantisierung in Deutschland vorangetrieben werden. Dazu wurden der AOP-Vertrag und der AOP-Katalog in den letzten beiden Jahren 2023 und 2024 deutlich angepasst.

Wesentliche Neuregelungen, etwa zur Begründung der stationären Behandlungsbedürftigkeit („Kontextfaktoren“), sehen die Krankenhäuser weiterhin kritisch. Die mit dem neuen AOP-Vertrag ebenfalls in Kraft getretenen Erweiterungen des AOP-Katalogs bewerten die Kliniken hingegen unterschiedlich.

Auch hat im Jahr 2024 die Einführung einer speziellen sektorengleichen Vergütung („Hybrid-DRGs“) gemäß § 115f SGB V Fahrt aufgenommen. Die Vertragsparteien der Gemeinsamen Selbstverwaltung haben Vereinbarungen abgeschlossen,

die die Abrechnung der Hybrid-DRGs nun ermöglichen. Für die Kliniken ergeben sich große Veränderungsbedarfe, wobei die meisten Häuser ihre Prozesse und die Abläufe im Medizincontrolling bereits angepasst haben.

## AMBULANTES OPERIEREN – NEUER AOP-VERTRAG 2024

Erklärtes Ziel der Politik ist es, die Ambulantisierung in Deutschland voranzutreiben. Dazu wurden u.a. der AOP-Vertrag und die AOP-Kataloge 2023 und 2024 deutlich angepasst.

Neben der Aufnahme von rund 170 neuen Leistungen in den AOP-Katalog wurde vor allem der AOP-Vertrag verändert. Angepasst und ergänzt wurden die Kontextfaktoren in Anlage 2 sowie die Einzelerstattung von urologischen Sachmitteln im AOP-Vertrag. Daneben wurde eine neue Anlage 3 eingeführt, welche für die operative Versorgung von Frakturen sowie von geschlossenen Repositionen von Frakturen ohne Osteosynthesen einen Zuschlag (sogenannter Frakturzuschlag) vorsieht.

Die Förderung der Ambulantisierung fand 2024 aber nicht nur ihren Niederschlag im AOP-Vertrag, sondern auch im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, welcher der Abrechnung von ambulanten Operationen zugrunde liegt.

Die schon 2023 im Kapitel 31.2.20 eingeführten Zuschläge für die Förderung der Ambulantisierung wurden 2024 um weitere OPS-Kodes erweitert. Bei der Durchführung eines der in den EBM-Gebührenordnungspositionen 31451 bis 31457 genannten Eingriffe können – ohne weitere Voraussetzungen – Förderzuschläge geltend gemacht werden.

Wie schon in der letztjährigen Befragung wurden auch im diesjährigen Krankenhaus Barometer die Kliniken um Einschätzungen zu zentralen Neuerungen des § 115b SGB V gebeten. Des Weiteren wurden deren Auswirkungen auf das Prüfverhalten des Medizinischen Dienstes sowie die Erlösrelevanz der Änderungen des AOP-Vertrages erfragt.

# 168

neue Leistungen wurden in den AOP-Katalog 2024 aufgenommen.

## NEUREGELUNGEN DES AOP-VERTRAGES ZUM 01.01.2024

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

Mit Wirkung zum 01.01.2024 wurde der AOP-Katalog um 168 Leistungen erweitert, darunter vor allem OPS-Kodes zu Biopsien mit und ohne Inzision.

Hinsichtlich der Frage, ob die neuen OPS-Kodes hilfreich sind, um die Ambulantisierung zu fördern, sind sich die Krankenhäuser laut der Befragung uneinig. Etwas mehr als die Hälfte der teilnehmenden Kliniken stimmt dem eher (58 %) oder voll (4 %) zu, während mehr als ein Drittel eher nicht (35 %) oder gar keine (3 %) Förderung der Ambulantisierung durch die Aufnahme der neuen Kodes sieht. Im Vergleich zur Erweiterung des AOP-Katalogs im Jahr 2023 sind die Krankenhäuser etwas optimistischer, dass die Ambulantisierung durch die neuen OPS-Kodes unterstützt wird.

Nach wie vor stoßen die Änderungen des AOP-Vertrags 2023 und 2024 auf große Vorbehalte der Krankenhäuser. Dies trifft insbesondere auf die Kontextfaktoren nach § 8 Abs. 1 AOP-Vertrag

(Anlage 2 AOP-Vertrag) zu. 37 % der Kliniken stimmen gar nicht und weitere 41 % stimmen eher nicht zu, dass sich hierüber die Begründung einer medizinisch notwendigen stationären Leistungserbringung von im AOP-Katalog gelisteten Leistungen gut abbilden lässt. Im Vergleich zum Vorjahr ergibt sich jedoch eine leichte Abnahme der Ablehnung. Damals lag die Ablehnung bei 54 % (stimme gar nicht zu) bzw. 32 % (stimme eher nicht zu).

Auch die Regelung nach § 8 Abs. 3 AOP-Vertrag, mit der medizinische und soziale Gründe für eine stationäre Behandlung geltend gemacht werden können, trifft auf große Ablehnung. Vier Fünftel der Krankenhäuser stimmten gar nicht oder eher nicht zu, dass sich dadurch die stationäre Behandlungsbedürftigkeit gut abbilden lässt. Schon 2023 lag die Ablehnung ähnlich hoch.

Keine Änderung gibt es bei der Einschätzung der Frage, ob die Sachkosten im AOP-Vertrag adäquat abgebildet sind. Sowohl 2023 als auch 2024 gehen mehr als vier Fünftel der Häuser davon aus, dass das entweder eher nicht bzw. gar nicht der Fall ist.

Die Krankenhäuser sehen die Erweiterung des AOP-Kataloges weniger skeptisch als die Änderungen im AOP-Vertrag.



**Abb. 27** Mit Wirkung zum 01.01.2024 wurde der AOP-Vertrag nach § 115b SGB V samt AOP-Katalog erneut angepasst und die Kontextfaktoren wurden ergänzt. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu den neuen Regelungen zu?

**Krankenhäuser in %**

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



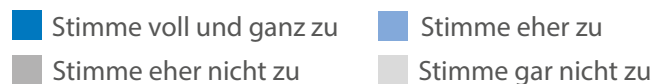
Über die Kontextfaktoren nach Anlage 2 (§ 8 Abs. 1) im neuen AOP-Vertrag lässt sich die Begründung einer medizinisch notwendigen stationären Leistungserbringung von im AOP-Katalog gelisteten Leistungen gut abbilden.



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



Die Sachkosten werden im neuen AOP-Vertrag adäquat abgebildet.



Die Kontextfaktoren werden von den Krankenhäusern weiterhin kritisch gesehen, auch wenn einzelne Regelungen sinnvoll sind.

## EINSCHÄTZUNG DER KONTEXTFAKTOREN

Über die Kontextfaktoren nach Anlage 2 (§ 8 Abs. 1) im AOP-Vertrag lässt sich eine stationäre Leistungserbringung von im AOP-Katalog gelisteten Leistungen begründen. Diese Regelungen wurden zum 01.01.2023 erstmalig in den AOP-Vertrag aufgenommen. Zum 01.01.2024 kam es zu einigen wenigen Ergänzungen und Erweiterungen im AOP-Vertrag. Die Krankenhäuser haben mithin über ein Jahr Erfahrungen mit den Kontextfaktoren sammeln können. Aus diesem Grunde wurde differenziert nach den Einschätzungen der Krankenhäuser gefragt.

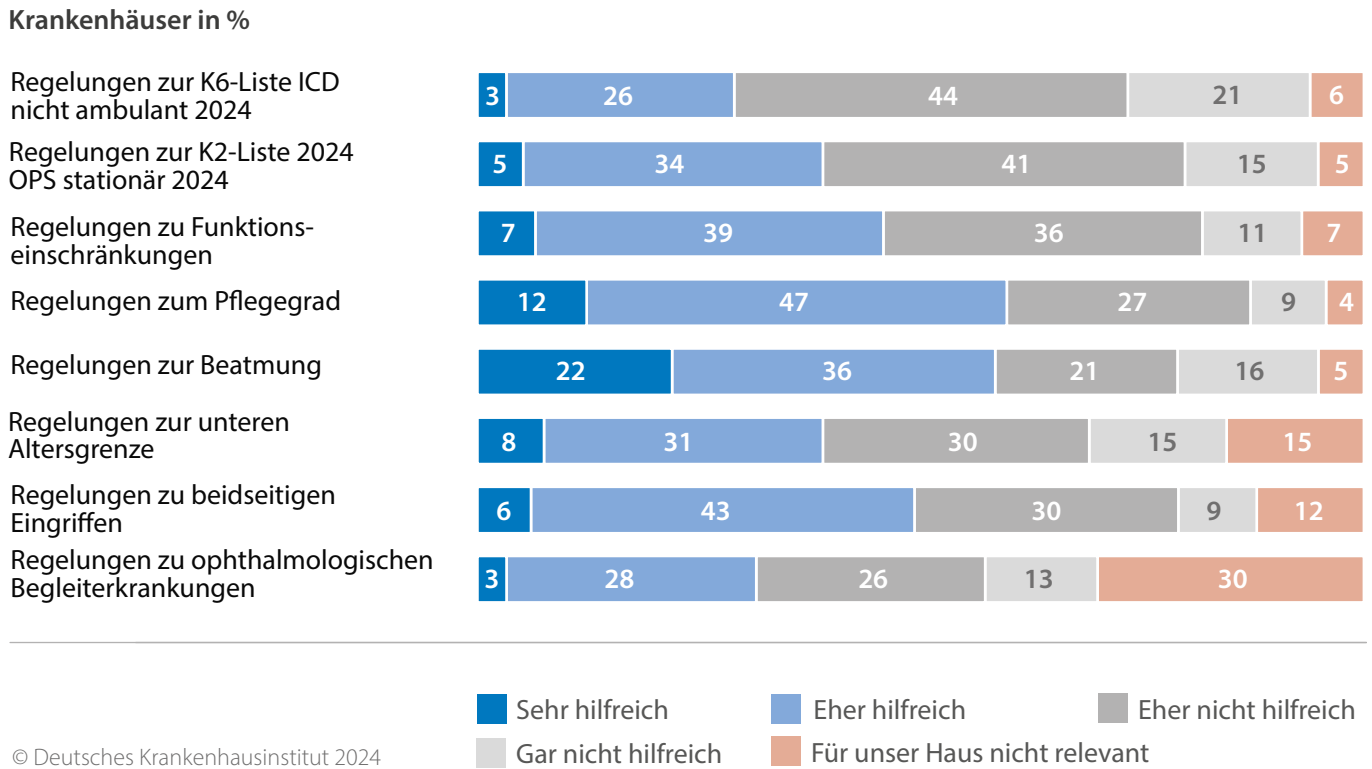
Die Kontextfaktoren bestehen aus verschiedenen Listen, die sich durch ihren inhaltlichen Bezug unterscheiden. Die Liste „K6 ICD nicht ambulant 2024“ enthält seit dem 01.01.2024 1.473 ICD-Kodes, bei deren Vorliegen eine stationäre Leistungserbringung einer ambulant erbringbaren Operation begründet werden kann. Die Krankenhäuser haben starke Vorbehalte gegen die aktuelle inhaltliche Ausgestaltung dieser Liste von Kontext-

faktoren. Sie halten diese Liste für gar nicht (21 %) bzw. eher nicht (44 %) hilfreich. Lediglich 29 % der Befragten schätzen die K6-Liste als sehr oder eher hilfreich ein.

Eine weitere Liste stellt die „K2OPS stationär 2024“ mit 5.565 OPS-Kodes dar. Immer dann, wenn neben einem Eingriff, der im AOP-Katalog enthalten ist, ein weiterer Eingriff durchgeführt werden soll, wird die K2-Liste relevant. Ist dieser weitere Eingriff neben dem Eingriff aus dem AOP-Katalog in dieser Liste aufgeführt, stellt das eine ausreichende Begründung für eine stationäre Leistungserbringung dar. Die hier aufgeführten Kontextfaktoren werden von den Krankenhäusern etwas positiver beurteilt als die Kontextfaktorenliste mit den ICD-Kodes. Dennoch hält über die Hälfte der Krankenhäuser die K2-Liste für gar nicht (15 %) oder eher nicht (41 %) hilfreich. Etwas mehr als ein Drittel (34 %) beurteilt die Liste der OPS-Kodes als eher hilfreich und 5 % der Häuser gehen davon aus, dass sie sehr hilfreich sei.



**Abb. 28** Über die Kontextfaktoren nach Anlage 2 (§ 8 Abs. 1) im AOP-Vertrag lässt sich eine medizinisch notwendige stationäre Leistungserbringung von im AOP-Katalog gelisteten Leistungen begründen. Wie hilfreich sind die einzelnen Regelungen zur Begründung einer stationären Behandlungsbedürftigkeit?



Bei den Kontextfaktoren zu den Funktionseinschränkungen sind sich die Krankenhäuser laut der Befragung uneinig. Etwa die Hälfte der teilnehmenden Kliniken stimmt zu, dass diese Liste eher (39 %) oder sehr (6 %) hilfreich ist, während die andere Hälfte sie als eher nicht (36 %) oder gar nicht (11 %) hilfreich einstufte.

Über die Hälfte der Krankenhäuser beurteilte die Kontextfaktoren zum Pflegegrad als sehr hilfreich (12 %) bzw. eher hilfreich (47 %).

Die 4 weiteren Listen zu den Kontextfaktoren stellen Regelungen dar, die für spezifische Behandlungssituationen („beidseitige Eingriffe“ bzw. „ophthal-

mologische Begleiterkrankungen“) oder für eine spezielle Patientengruppe („Beatmung“ bzw. „Kleinkinder“) gedacht sind. Aus diesem Grunde konnten zwischen 5 und 30 % der Krankenhäuser hierzu keine Angaben machen.

## PRÜFVERHALTEN DES MEDIZINISCHEN DIENSTES

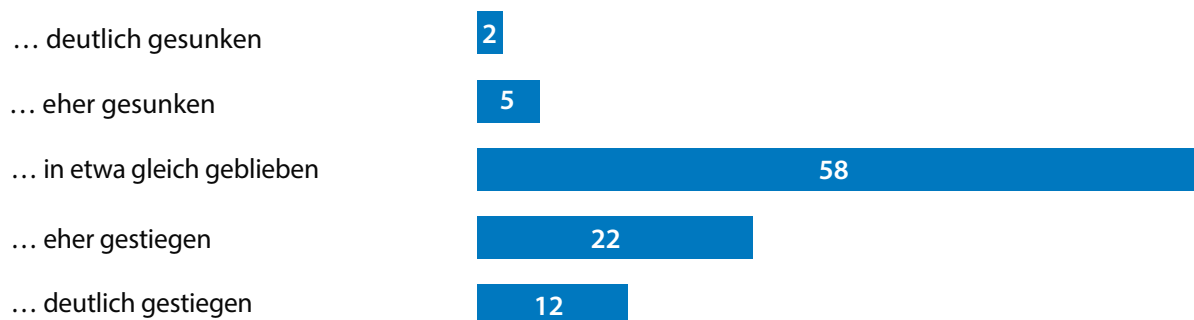
Die Krankenhäuser sollten angeben, inwieweit sich das Prüfverhalten des Medizinischen Dienstes bezogen auf Leistungen des § 115b SGB V seit Inkrafttreten des neuen AOP-Vertrags 2024 verändert habe.

Bis zum Befragungszeitpunkt im Frühjahr 2024 berichteten 58 % der Krankenhäuser von einem gleich gebliebenen Prüfverhalten des Medizinischen Dienstes. Zum gleichen Zeitpunkt im Jahr 2023 gaben

deutlich mehr Krankenhäuser, nämlich 77 % an, dass das Prüfverhalten sich seit Inkrafttreten des AOP-Vertrages 2023 nicht verändert habe.

**Abb. 29** Inwieweit hat sich das Prüfverhalten des Medizinischen Dienstes bezogen auf Leistungen des § 115b SGB V seit Inkrafttreten des neuen AOP-Vertrags 2024 verändert? Prüfungen sind ...

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

Dass es zu mehr Prüfungen gekommen sei, war in rund einem Drittel der Krankenhäuser der Fall (eher gestiegen: 22 % und deutlich gestiegen:

12 %). Im Vergleich zu 2023 stellt das eine deutliche Steigerung dar. Damals berichteten 20 % der Häuser von einer steigenden Anzahl von Prüfungen.

## ERLÖSRELEVANZ DER ÄNDERUNGEN DES AOP-VERTRAGES

Mit dem neuen AOP-Vertrag 2024 sind einige erlösrelevante Änderungen in Kraft getreten. Zu nennen sind u. a. Frakturzuschläge, Förderzuschläge im EBM, Anpassung der Sachkosten, Vergütungs differenzierung bei Biopsien und Punktionen oder die Integration anästhe-

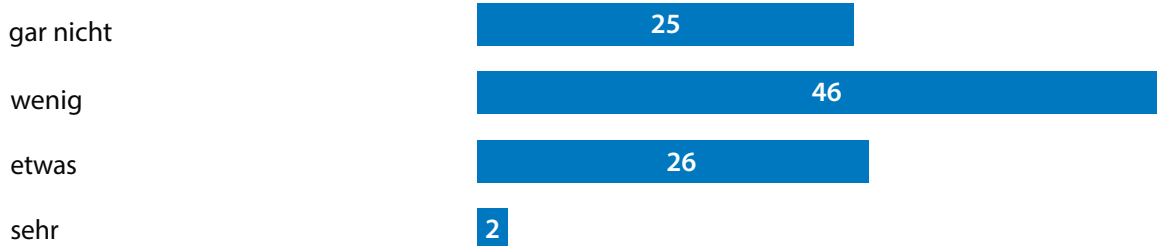
siologischer Leistungen in der Kleinchirurgie. Inwieweit machen sich diese Änderungen im Erlös der Krankenhäuser bemerkbar?

Knapp die Hälfte der Krankenhäuser (46 %) merkte nur wenig von einer verbesserten Erlössitu-

ation aufgrund der Änderungen. Je ein Viertel der Befragten gab an, dass sie etwas (26 %) oder gar nichts (25 %) von einer Verbesserung der Erlöse merken würde. Lediglich 2 % der Häuser gaben an, dass sie eine deutliche Steigerung der Erlöse zu verzeichnen haben.

**Abb. 30** Mit dem neuen AOP-Vertrag 2024 sind einige erlösrelevante Änderungen in Kraft getreten. Bitte geben Sie an, inwieweit diese Änderungen in Summe die Erlössituation der Leistungserbringung nach § 115b für Ihr Haus verbessern.

Krankenhäuser in %

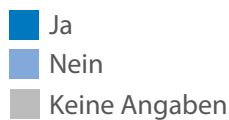
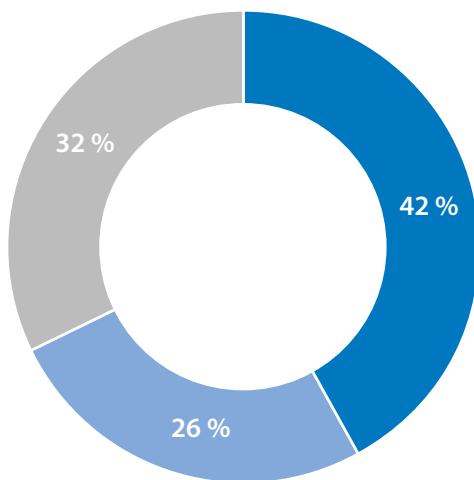


## FÖRDERZUSCHLÄGE UND FRAKTURZUSCHLÄGE FÜR DAS AMBULANTE OPERIEREN GEMÄSS § 115B SGB V

Zum 01.01.2024 wurden die in Kapitel 31.2.20 EBM eingeführten Zuschläge für die Förderung der Ambulantisierung 2024 angepasst. Bei einer Leistung, die in den EBM-Gebührenordnungspositionen 31451 bis 31457 hinterlegt ist, erhalten die Krankenhäuser – ohne weitere Voraussetzungen – Förderzuschläge.

**Abb. 31** Haben Sie bei Eingriffen gemäß § 115b SGB V die Förderzuschläge geltend gemacht?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

Davon zu unterscheiden sind die sogenannten Frakturzuschläge, die neu als Anlage 3 in den AOP-Vertrag aufgenommen worden sind. Diese Zuschläge können Krankenhäuser geltend machen, wenn sie einen Eingriff der operativen Versorgung von Frakturen bzw. geschlossenen Repositionen von Frakturen ohne Osteosynthesen durchführen, der in der Anlage 3 enthalten ist.

Die Krankenhäuser wurden befragt, inwieweit sie diese Zuschläge abrechnen.

Die Förderzuschläge des Kapitels 31.2.20 EBM wurden von 42 % der Krankenhäuser angesetzt. Bei den Krankenhäusern ab 600 Betten gaben 65 % an, dass sie die hinterlegten EBM-Gebührenordnungspositionen 31451 bis 31457 abrechnen würden.

Ein Drittel der befragten Krankenhäuser machte keine Angabe. Dies könnte daraufhin hindeuten, dass diese Häuser keine über Kapitel 31.2.20 EBM förderungsfähigen Leistungen erbringen.

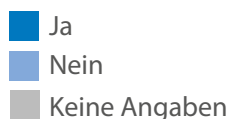
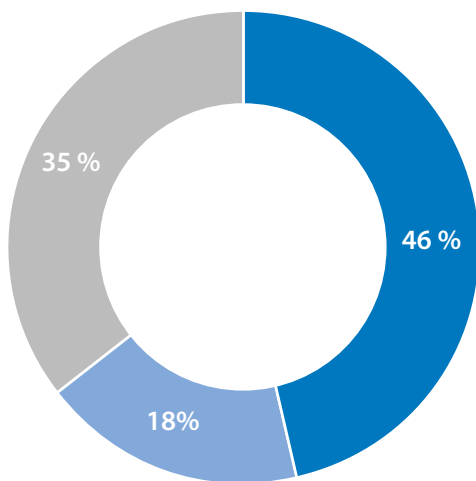
# 42 %

der Krankenhäuser setzen Förderzuschläge an.

Von knapp der Hälfte der Krankenhäuser (46 %) wurden die Frakturzuschläge des AOP-Vertrages angesetzt. Auch hier waren die Krankenhäuser ab 600 Betten wiederum deutlich stärker involviert: 70 % dieser Häuser rechneten die Frakturzuschläge ab.

**Abb. 32 Haben Sie bei Eingriffen gemäß § 115b SGB V die Frakturzuschläge geltend gemacht?**

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

Auch bei den Frakturzuschlägen machte mehr als ein Drittel der Krankenhäuser keine Angabe. Daraus könnte geschlossen werden, dass diese Häuser keine Leistungen erbringen, die in Anlage 3 des AOP-Vertrages enthalten sind.



## SPEZIELLE SEKTORENGLEICHE VERGÜTUNG – EINFÜHRUNG VON HYBRID-DRGs

Im Jahr 2024 erfolgte über die „Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung) vom 19.12.2023“ des BMG die Einführung einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRGs) gemäß § 115f SGB V.

Darüber hinaus wurde zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband eine Vereinbarung zur Umsetzung des Abrechnungsverfahrens der speziellen sektorengleichen Vergütung abgeschlossen. Damit wurden die Grundlagen für die Abrechnung der Hybrid-DRGs gelegt.

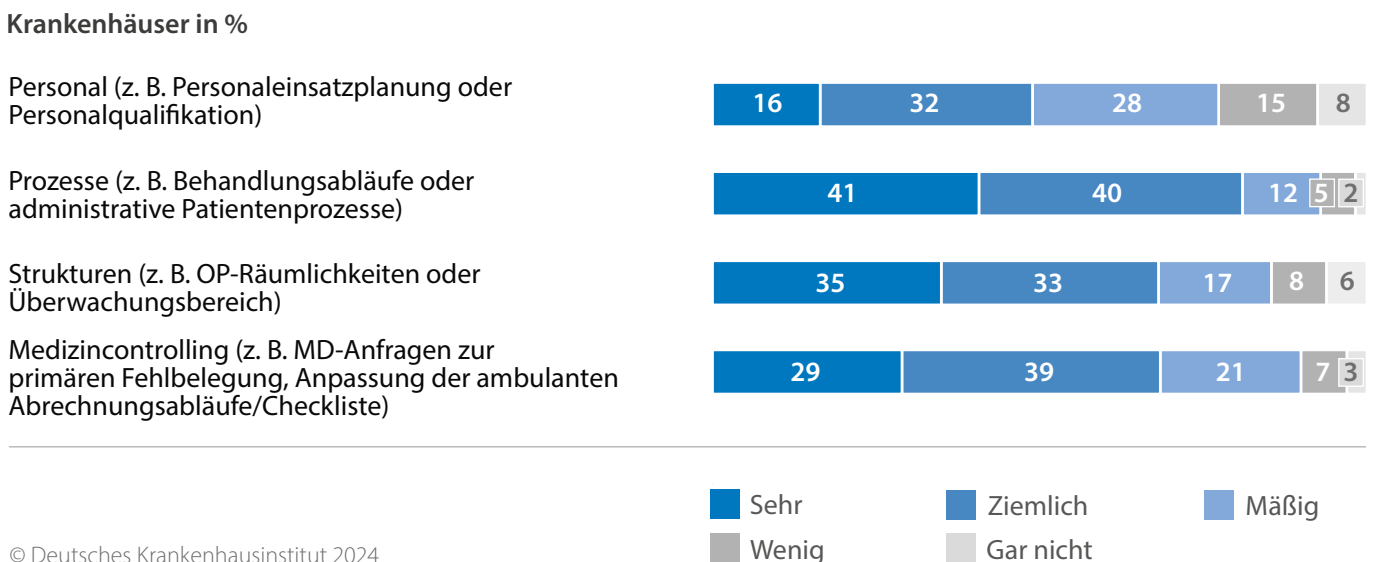
Krankenhäuser haben damit die Möglichkeit, Hybrid-DRGs abzurechnen. Es stellt sich die Frage, wie hoch die Krankenhäuser den Aufwand einschätzen, um die Regelung zur Erbringung der Hybrid-DRGs umzusetzen, und wie weit sie bei der Umsetzung sind.

## EINSCHÄTZUNG DES VERÄNDERUNGSBEDARFS DURCH DIE HYBRID-DRGs

Bei der Einschätzung des Veränderungsbedarfs gibt es eine deutliche Zweiteilung: Auf der einen Seite wird der Aufwand für Veränderungen beim Personal (z. B. Personaleinsatzplanung oder Personalqualifikation) deutlich geringer eingeschätzt als die Veränderungen bei den Prozessen, Strukturen und Medizincontrolling.

Die Veränderungen beim Personal stufen die Krankenhäuser als mäßig (28 %) bzw. ziemlich (32 %) ein. Einen damit verbundenen sehr großen Aufwand sehen nur 16 % der Häuser.

**Abb. 33** Wie aufwendig schätzen Sie die Veränderungen ein, die mit der Anpassung der Leistungserbringung in Folge der Umsetzung § 115f SGB V („Hybrid-DRGs“) verbunden sind?



Anders verhält es sich dagegen bei den Veränderungen der Prozesse (z. B. Behandlungsabläufe oder administrative Patientenprozesse). Hier gehen 40 % von einem ziemlichem und 41 % von einem sehr großen Aufwand aus. Das wiederholt sich bei den Strukturen (z. B. OP-Räumlichkeiten oder Überwachungsbereiche). Einen ziemlichem Aufwand für Veränderungen sieht ein Drittel der Häuser. Ein weiteres Drittel (35 %) sieht einen sehr hohen Aufwand.

Eine vergleichbare Einschätzung findet sich bei den Anpassungen im Medizincontrolling (z. B. in Bezug auf MD-Anfragen zur primären Fehlbelegung, Anpassung der Abrechnungsabläufe/Checkliste). Von einem ziemlichem Änderungsbedarf gehen 39 % der Befragten und von einem sehr hohen Anpassungsbedarf 29 % der Häuser aus.

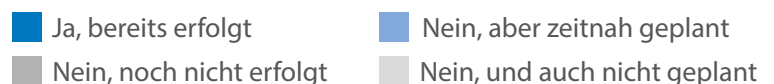
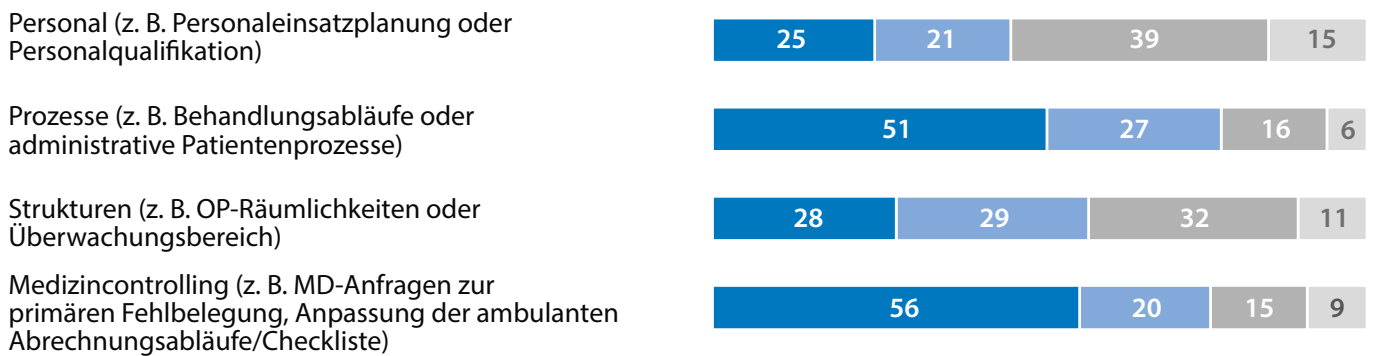
## ERFOLGTE ANPASSUNGEN AN DIE HYBRID-DRGs

Wie schon beim Veränderungsbedarf gibt es auch bei den schon erfolgten Anpassungen im Rahmen der Einführung der Hybrid-DRGs eine Zweiteilung. Diesmal finden sich aber auf der einen Seite eher geringere erfolgte Änderungen in den Bereichen Personal und Strukturen und auf der anderen Seite mit deutlichen Änderungen die Bereiche Prozesse und Medizincontrolling.

Beim Personal gibt ein Viertel der Häuser an, dass erforderliche Anpassungen bereits erfolgt sind. Weitere 21 % werden Änderungen zeitnah veranlassen. Etwas höher, aber immer noch gering, sind die bislang erfolgten Veränderungen bei den Strukturen. 28 % der Befragten haben sie schon umgesetzt und weitere 29 % planen sie zeitnah umzusetzen.

**Abb. 34** Sind in Ihrer Einrichtung aufgrund des § 115f SGB V bereits Anpassungen erfolgt?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

Ein ganz anderes Bild zeigt sich dagegen bei den Prozessen. Hier haben 51 % der Krankenhäuser die notwendigen Veränderungen schon durchgeführt. Weitere 27 % beabsichtigen sie zeitnah umzusetzen.

Vergleichbar dazu sind die schon durchgeführten Veränderungen im Bereich des Medizincontrollings. 56 % der Krankenhäuser haben diese Veränderungen schon umgesetzt, 20 % planen dies zeitnah.

# 4

## PATIENTENPORTALE

Durch das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) soll die Digitalisierung der Krankenhäuser bundesweit gefördert werden. Bund und Länder stellen seit Januar 2021 über den vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) verwalteten Krankenhauszukunftsfonds (KHZF) insgesamt bis zu 4,3 Milliarden Euro zur Förderung notwendiger Investitionen in den Bereichen Digitalisierung und IT-Sicherheit für die deutschen Kliniken bereit.



Es gibt 11 förderungsfähige Vorhaben und zu diesen zählen u. a. Patientenportale (Förderatbestand 2). Diese sollen die Kommunikation vereinfachen und einen leichten Austausch u. a. zwischen Leistungserbringern und -empfängern ermöglichen.

Die primären Anwendungsbereiche sollen das Aufnahme- und Behandlungsmanagement sowie das Entlassungs- und Überleitungsmanagement sein. Es ist eine Kommunikation zwischen Leistungserbringern und -empfängern sowie zwischen Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen, Kostenträgern und weiteren Leistungserbringern vor, während und nach einer Krankenhausbehandlung vorgesehen (§ 19 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 KHSFV).

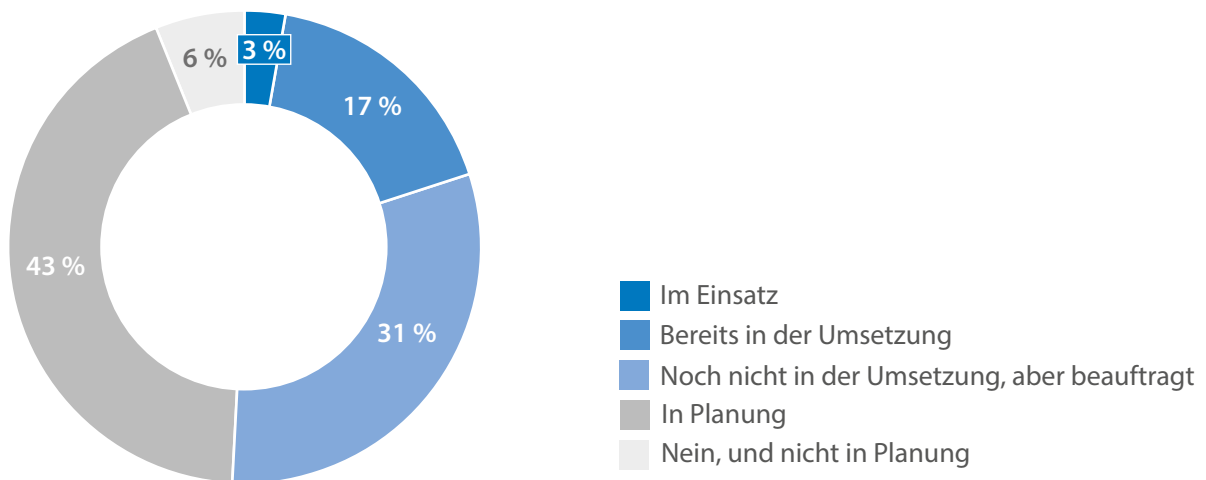
## NUTZUNGSVERHALTEN

Nur 3 % der befragten Krankenhäuser nutzen zum Befragungszeitpunkt ein Patientenportal (Abb. 35). 17 % befinden sich in der Umsetzung

und 31 % haben eine Umsetzung beauftragt. 6 % der Krankenhäuser planen aktuell, kein Patientenportal einzuführen.

**Abb. 35** Nutzt Ihr Krankenhaus ein Patientenportal im Sinne von § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHSFV?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

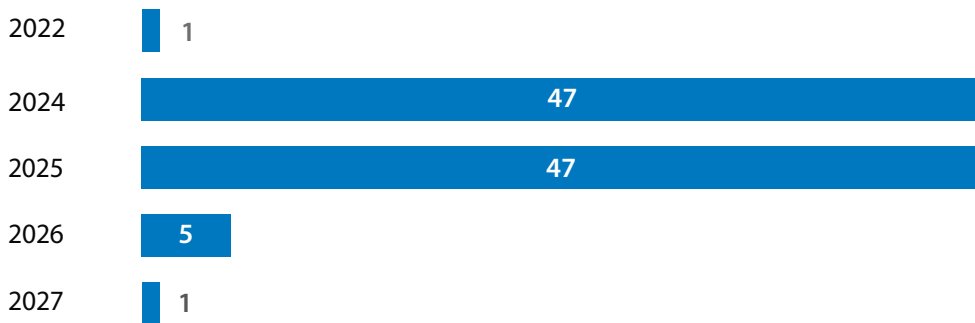
3 % der Krankenhäuser nutzen zum Befragungszeitpunkt ein Patientenportal.

Eins der befragten Krankenhäuser betreibt bereits seit 2022 ein Patientenportal (Abb. 36). Die meisten befragten Krankenhäuser haben bereits oder

planen, ein Patientenportal in den Jahren 2024 und 2025 einzuführen.

**Abb. 36** Seit wann ist das Portal im Einsatz bzw. wann planen Sie mit der Inbetriebnahme des Portals?

Krankenhäuser in %



Zum Befragungszeitpunkt stellen im Mittel nur 5 % der Patienten behandlungsrelevante Unterlagen digital im Rahmen der Aufnahme zur Verfügung.

(Tab. 1). Auch der Anteil der Patienten, der bei Entlassung digitale Unterlagen einfordert, beträgt im Mittel ebenfalls nur 5 %.

**Tab. 1** Anteil der Patienten, die behandlungsrelevante Unterlagen heute schon digital im Rahmen der Aufnahme zur Verfügung stellen oder im Rahmen der Entlassung einfordern

Kennwerte	Bei der Aufnahme	Bei der Entlassung
5 % getrimmtes Mittel	5 %	5 %
Median	1 %	1 %
25 % Perzentil	0 %	0 %
75 % Perzentil	5 %	10 %

Die befragten Krankenhäuser schätzen den Anteil der Patienten, die in den nächsten 5 Jahren ein Patientenportal im Rahmen der Aufnahme oder

Entlassung zum Zwecke des Daten- und Dokumentenaustauschs nutzen werden, im Mittel auf 30 % (Tab. 2).

**Tab. 2** Geschätzter künftiger Anteil (in den nächsten 5 Jahren) an Patienten, die das Patientenportal zum Zwecke des Daten- und Dokumentenaustauschs nutzen werden

5 % getrimmtes Mittel	Median	25 % Perzentil	75 % Perzentil
30 %	25 %	10 %	50 %

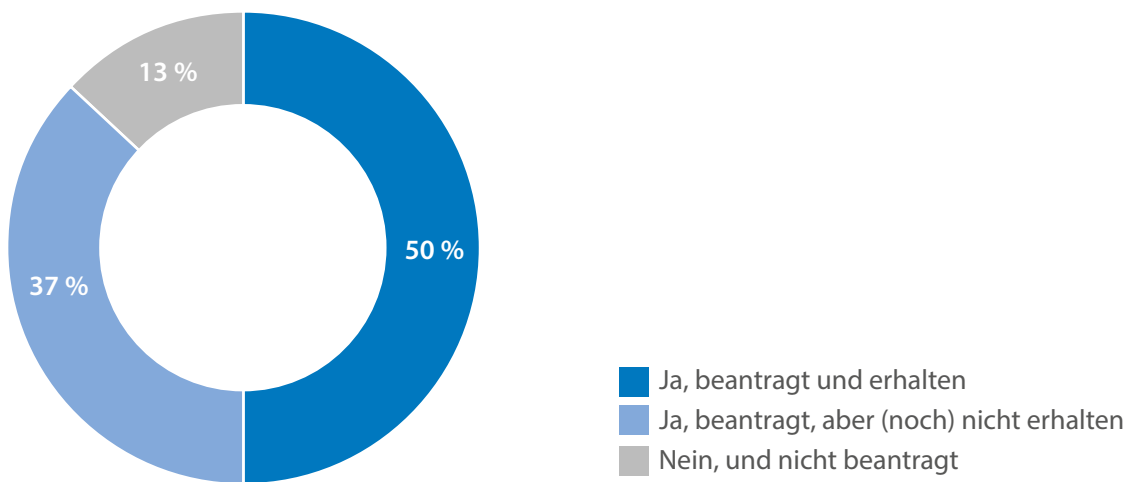
## FÖRDERMITTEL UND KOSTEN

Im Rahmen des KHZF haben 87 % der befragten Krankenhäuser Fördermittel für die Umsetzung

eines Patientenportals beantragt, aber erst 50 % haben diese bereits erhalten (Abb. 37).

**Abb. 37** Haben Sie Fördermittel aus dem KHZF für die Umsetzung des Patientenportals beantragt?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

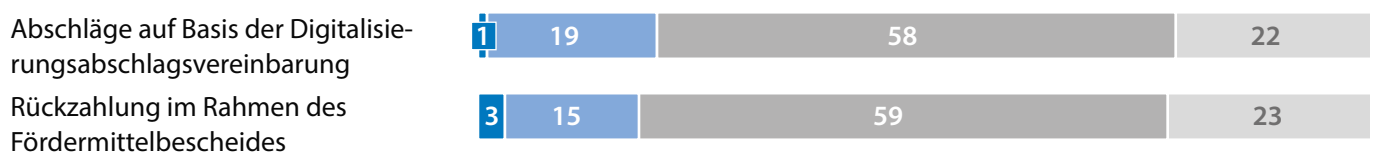
20 % der Krankenhäuser schätzen das Risiko, Abschläge auf Basis der Digitalisierungsab-

schlagsvereinbarung hinnehmen zu müssen, als hoch ein, und 18 % der Krankenhäuser befürchten,

Rückzahlungen im Rahmen des Fördermittelbescheids des KHZF leisten zu müssen (Abb. 38).

**Abb. 38** Für wie hoch schätzen Sie das Risiko ein, Abschläge oder Rückzahlungen der Fördermittel in Kauf nehmen zu müssen?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2023

■ Sehr hoch ■ Eher hoch ■ Eher gering ■ Sehr gering

Die geschätzte Höhe der jährlichen Betriebskosten nach Implementierung des Patientenportals

bemessen an der Investitionshöhe beträgt bei den befragten Häusern durchschnittlich 19 % (Tab. 3).

**Tab. 3** Geschätzte jährliche Betriebskosten des Patientenportals nach Implementierung (bemessen an der Investitionshöhe)

5 % getrimmtes Mittel	Median	25 % Perzentil	75 % Perzentil
19 %	20 %	10 %	25 %

## UMSETZUNGSSTAND

Zu jedem Fördertatbestand wurden verschiedene MUSS- und KANN-Kriterien definiert. Die MUSS-Kriterien sind Mindestanforderungen, welche umgesetzt werden müssen. Die KANN-Kriterien gelten als optional. 15 % der befragten Krankenhäuser haben die als MUSS-Kriterien definierten Funktionen „Schnittstelle zu bestehenden KIS/ERP-Systemen, damit Patientendaten auch für nachgelagerte Prozesse interoperabel zur Verfügung stehen“ und „Nachversorgungs-Plattformen zur Koordinierung von Kapazitäten bzgl. ambulanten und stationärer Pflege- oder Rehabilitationsanbieter“ zum Befragungszeitpunkt erfüllt (Abb. 39). Weitere MUSS-Kriterien, die bereits von einem kleinen Teil der befragten Krankenhäuser genutzt werden, betreffen die Funktionen:

- Online-Terminbuchung
- Mitarbeiter des Aufnahmemanagements können die Anamnese digital in der Klinik vornehmen
- Speicherung der Patientendaten in deren elektronischer Patientenakte (ePA) nach § 341 SGB V ermöglichen

Die meisten MUSS-Kriterien werden in allen befragten Krankenhäusern zumindest teilweise entweder bereits umgesetzt, sind beauftragt oder geplant. 17 % der befragten Einrichtungen planen darüber hinaus nicht, den Patienten einen Service zur Verfügung zu stellen, mit dem sie sich auf ihren eigenen Endgeräten während des Aufenthaltes zurechtfinden können.

**Abb. 39 Bitte geben Sie den Umsetzungsstand zu den jeweiligen Muss-Kriterien (Förderrichtlinie nach § 21 Abs. 2 KHSFV) an.**

**Krankenhäuser in %**



Über die MUSS-Kriterien hinaus wurde den Krankenhäuser die offene Frage gestellt, welche KANN-Kriterien oder weitere Funktionen sie mithilfe eines Patientenportals umsetzen wollen oder bereits umgesetzt haben. Hier wurden u. a. folgende Funktionen genannt:

- Rechtskonforme digitale Zustimmung zu Dokumenten
- Videosprechstunde
- Einsatz von Chatbots
- Daten über Wearables oder Smart-Devices in das Patientenportal übertragen
- Entscheidung über Service- oder Wahlleistungen
- Aufnahme über Online-Check-In Terminals

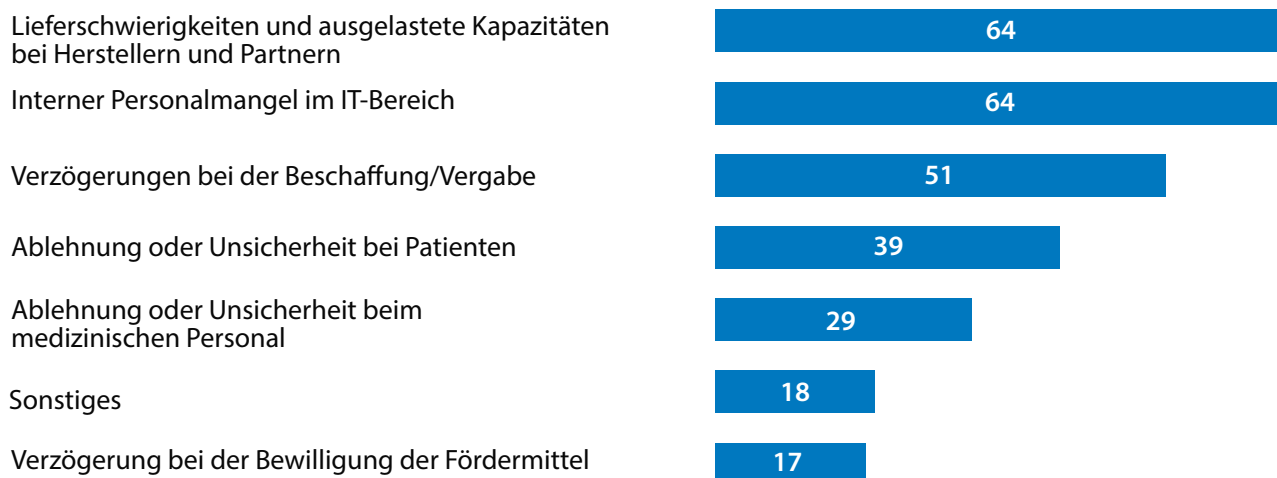
## BARRIEREN BEI DER INBETRIEBNAHME

Die größten Barrieren und Herausforderungen bei der Inbetriebnahme des Patientenportals sind nach Angaben der Krankenhäuser Lieferschwierigkeiten und ausgelastete Kapazitäten bei Herstellern und Partnern (64 %), interner Personalmangel im IT-Bereich (64 %) und Verzögerungen bei der

Beschaffung und Vergabe (51 %) (Abb. 40). Rund jedes fünfte Krankenhaus nannte bei sonstigen Barrieren oder Herausforderungen vor allem Schwierigkeiten bei Schnittstellen zwischen den genutzten Softwares.

**Abb. 40** Was sind die größten Barrieren bzw. Herausforderungen bei der Inbetriebnahme des Patientenportals?

Krankenhäuser in %, Mehrfachauswahl möglich





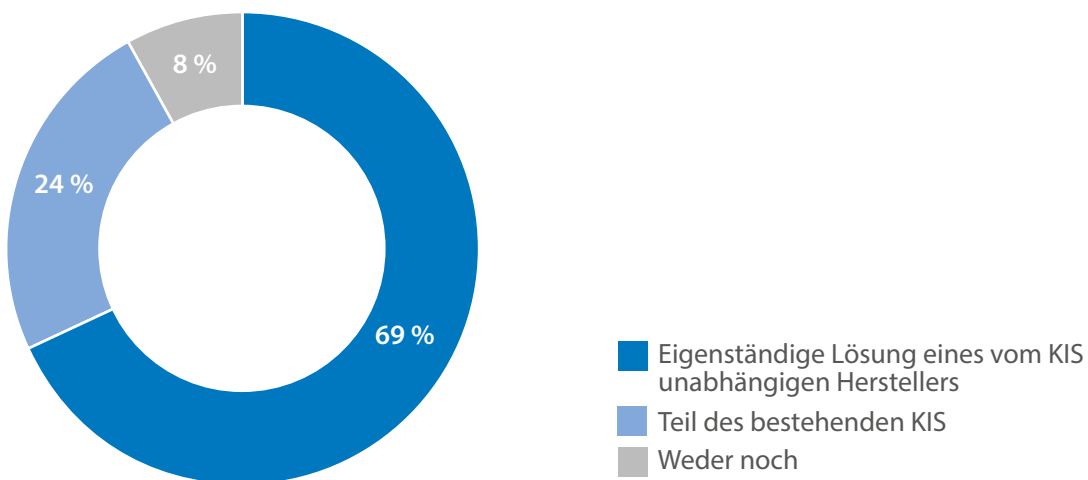
## INTEGRATION IN BESTEHENDE SOFTWARE

Bei 69 % der befragten Krankenhäuser ist das Patientenportal als eigenständige Lösung umgesetzt oder geplant (Abb. 41). Jede vierte Klinik nutzt oder plant das Patientenportal als Teil des

bestehenden KIS. Bei 8 % der Häuser trifft keine dieser Lösungen zu. Hier ist noch unklar, wie das Patientenportal implementiert werden soll.

**Abb. 41** Ist das von Ihnen genutzte bzw. geplante Patientenportal Teil des bestehenden KIS, oder handelt es sich um eine eigenständige Lösung eines vom KIS unabhängigen Herstellers?

Krankenhäuser in %





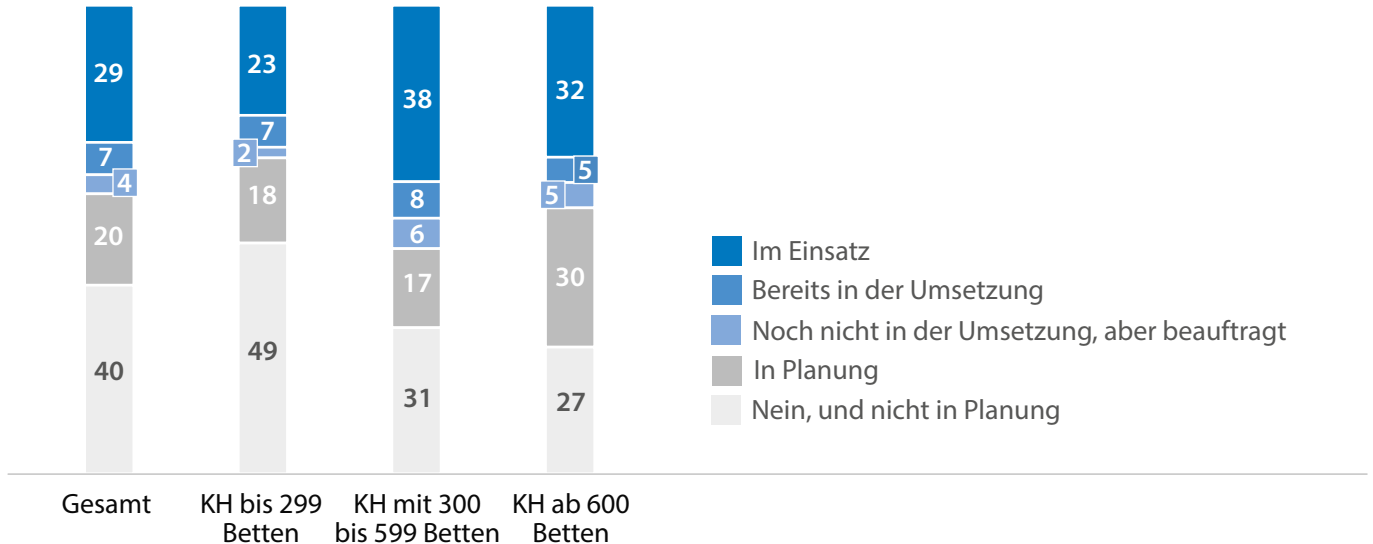
## NUTZUNG VON MESSENGERDIENSTEN

29 % aller befragten Krankenhäuser nutzen aktuell bereits Messengerdienste (Abb. 42). 11 % sind in der Umsetzung oder die Umsetzung wurde beauftragt. 40 % der befragten Krankenhäuser gehen davon aus, auch zukünftig keine Messengerdienste zu nutzen. Mit Blick auf die Größe der Krankenhäuser werden Unterschiede hinsichtlich der (geplanten) Nutzung deutlich. So werden Messengerdienste aktuell in mittleren (38 %) und

größeren Krankenhäusern (32 %) eher genutzt als in kleineren Häusern (23 %). Besonders deutlich werden die Unterschiede im Einsatz von Messengerdiensten mit Blick darauf, ob ein Einsatz zukünftig geplant ist. So plant fast die Hälfte der kleineren Krankenhäuser, auch zukünftig keine Messengerdienste zu nutzen, wohingegen es bei den mittleren und größeren Häusern nur um die 30 % sind.

Abb. 42 Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus Messengerdienste?

Krankenhäuser in %

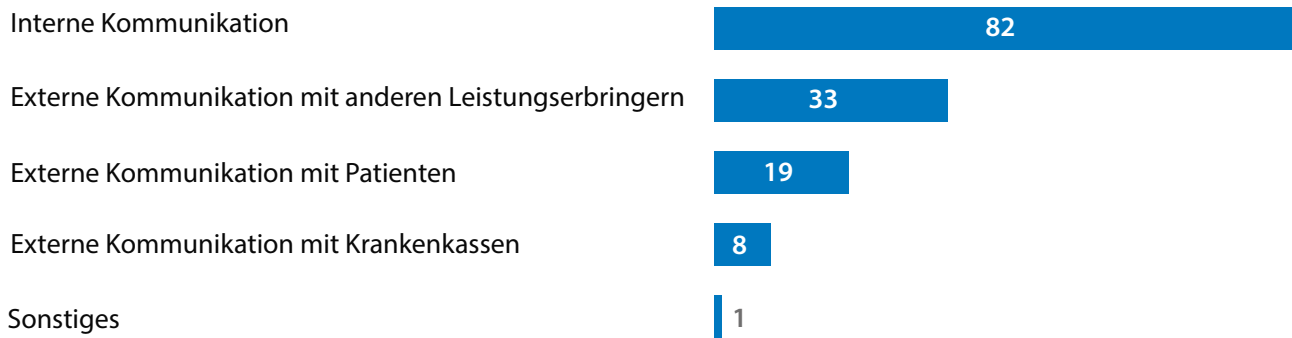


Von den Krankenhäusern, die angegeben haben, einen Messengerdienst zu nutzen oder dies planen, wird als Zweck vor allem die interne Kommunikation (82 %) genannt (Abb. 43). Die externe

Kommunikation mit anderen Leistungserbringern (33 %) sowie die Kommunikation mit Patienten (19 %) und Krankenkassen (8 %) nehmen einen eher nachrangigen Stellenwert ein.

Abb. 43 Für welchen Zweck wird der Dienst verwendet?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2024



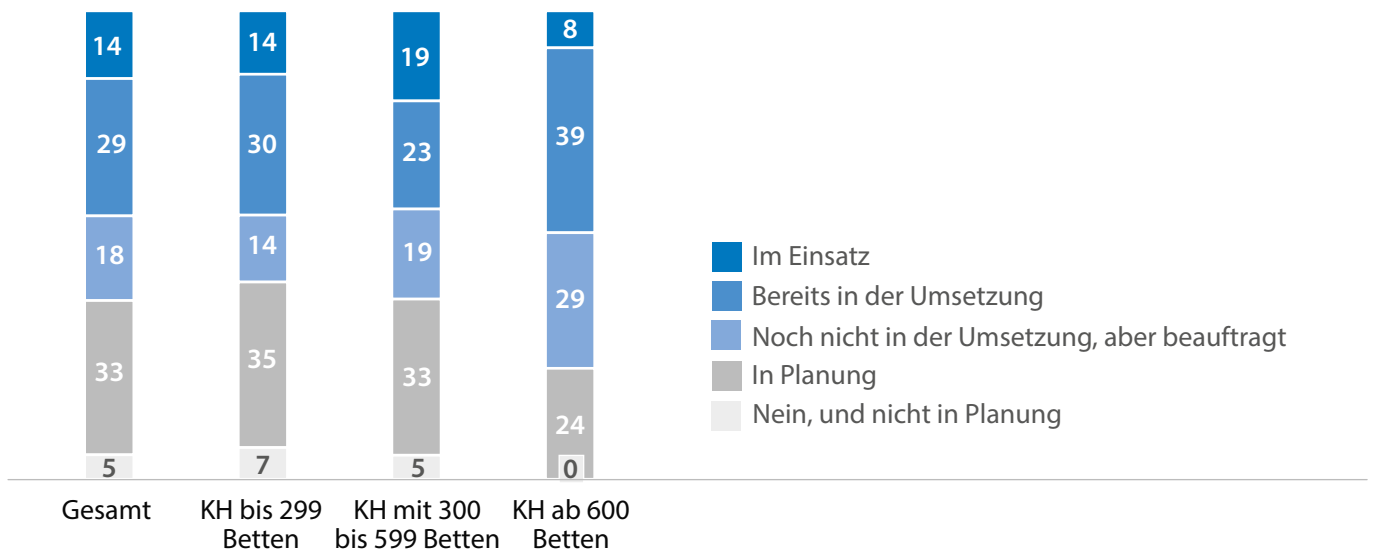
## NUTZUNG DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE (ePA) NACH § 341 SGB V

14 % der befragten Krankenhäuser nutzen aktuell eine ePA nach § 341 SGB V. 47 % sind in der Umsetzung oder haben diese beauftragt. 5 % der Krankenhäuser planen aktuell, auch zukünftig keine ePA einzusetzen (Abb. 44). Am meisten verbreitet ist die Nutzung einer ePA nach § 341 SGB V bisher bei Krankenhäusern mittlerer Größe

(19 %), gefolgt von den kleineren (14 %) und den größeren (8 %) Häusern. Mit Blick auf die aktuelle Umsetzung einer ePA ist der Anteil bei größeren Häusern mit 39 % am höchsten. Bei den mittleren und kleineren Häusern planen darüber hinaus aktuell 5 % bzw. 7 % nicht, eine ePA einzuführen.

Abb. 44 Nutzt Ihr Krankenhaus die ePA nach § 341 SGB V?

Krankenhäuser in %



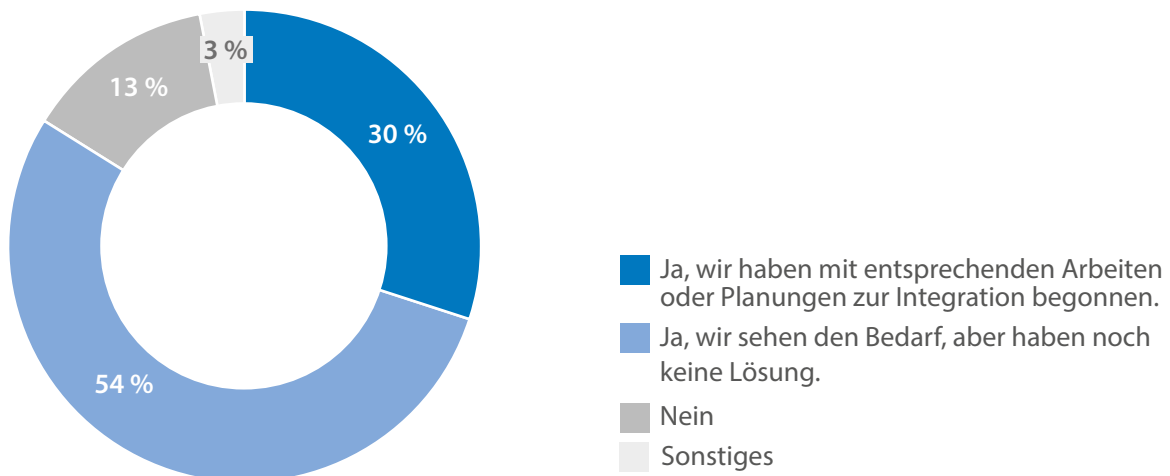
30 % der befragten Krankenhäuser arbeiten bereits an einer Datenübertragung zwischen ePA und Patientenportal.

30 % der befragten Krankenhäuser, die eine ePA einsetzen oder dies planen, arbeiten an einer Übernahme der Daten aus der ePA ins Patienten-

portal und umgekehrt (Abb. 45). 54 % sehen den Bedarf hierfür, haben aber noch keine technische Lösung gefunden.

**Abb. 45** Planen Sie, dass Daten aus der ePA in die Portale übernommen werden und umgekehrt?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

Nach Einschätzung der befragten Krankenhäuser, die momentan eine ePA einsetzen oder dies planen, wird diese aktuell im Mittel von 7 % der

Behandlungsfälle genutzt, und ab 2026 wird ein durchschnittlicher Anteil von 43 % erwartet (Tab. 4).

Tab. 4 Anteil der Behandlungsfälle, bei denen eine ePA genutzt wird

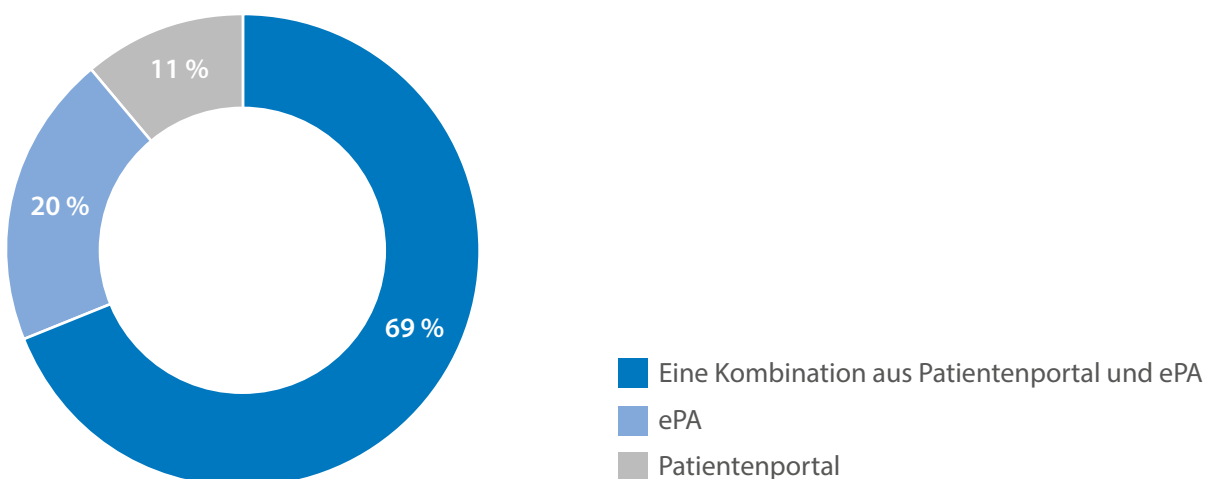
Kennwerte	Aktuell	Ab 2026
5 % getrimmtes Mittel	7 %	43 %
Median	0 %	30 %
25 % Perzentil	0 %	10 %
75 % Perzentil	5 %	80 %

Der Großteil der Krankenhäuser (69 %) geht davon aus, Patientendaten künftig über eine Kombination aus Patientenportal und ePA zu beziehen (Abb. 46). Mit Blick auf die Ergebnisse ist

in den nächsten Jahren eine zunehmende Digitalisierung in den Bereichen Aufnahme-, Behandlungs- und Entlassmanagement zu erwarten.

Abb. 46 Erwarten Sie, den Großteil der Patientendaten künftig über ein Patientenportal oder die ePA zu beziehen?

Krankenhäuser in %



# 5

## PRESSE- UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

In den meisten Kliniken ist die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit intern organisiert, und häufig wird in Kooperation mit externen Agenturen gearbeitet. Hauptziele sind die Vermittlung bzw. der Aufbau von Vertrauen und Glaubwürdigkeit für eine sichere Patientenversorgung, Steigerung des Bekanntheitsgrades und Personalgewinnung. Auch für das Beschwerdemanagement werden durch Patientenfeedback Informationen für Verbesserungen und Veränderungen eingeholt. Als Kommunikationskanäle werden sowohl klassische als auch soziale Medien intensiv genutzt. Die Hauptzielgruppen stellen die Patienten sowie die niedergelassenen Ärzte dar. Politisch relevante Akteure als Zielgruppe haben eher eine untergeordnete Rolle.

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ist für Krankenhäuser entscheidend, um transparent die wichtigen Informationen über Leistungen und Neuerungen effektiv zu kommunizieren und so das Patientenengagement sowie das Vertrauen der Öffentlichkeit zu stärken. Deshalb wurde im diesjährigen Krankenhausbarometer unter ande-

rem die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Kliniken beleuchtet. Es wurden zentrale Aspekte der Kommunikationsstrategien und -strukturen erfasst. Die Fragen zielten darauf ab, die Organisation, Ressourcenzuweisung und Zielsetzungen sowie Integration des Beschwerdemanagements in den Krankenhäusern besser zu verstehen.

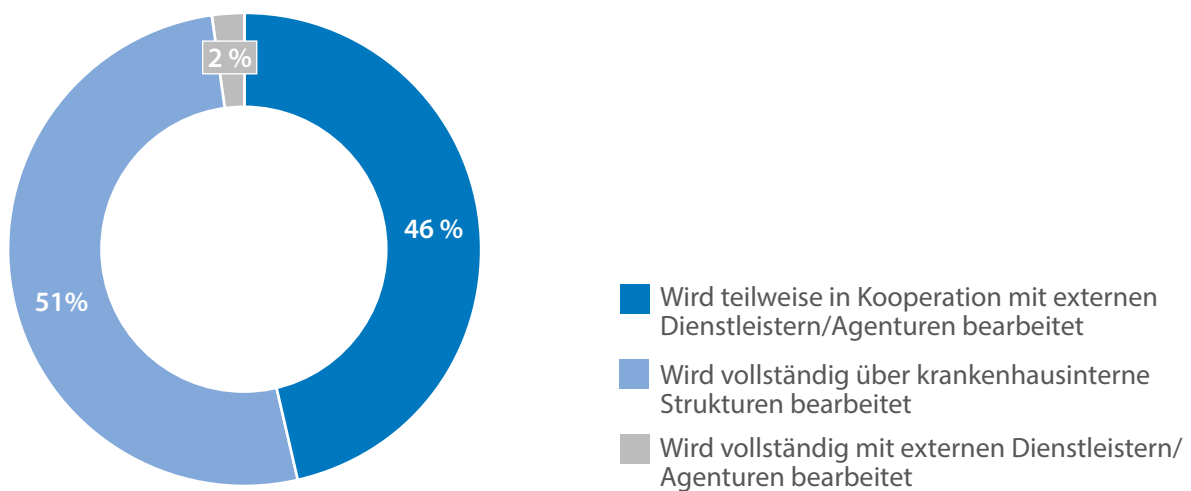
## ORGANISATION UND PERSONALRESSOURCEN

Gut die Hälfte aller befragten Krankenhäuser organisiert die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit vollständig über die krankenhausinternen Strukturen. Bei fast genauso vielen Häusern wird der

Bereich teilweise in Kooperation mit externen Dienstleistern bzw. Agenturen bearbeitet. Sehr selten übernimmt der externe Dienstleister vollständig die Bearbeitung (Abb. 47).

Abb. 47 Wie ist die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit in Ihrem Krankenhaus organisiert?

Krankenhäuser in %

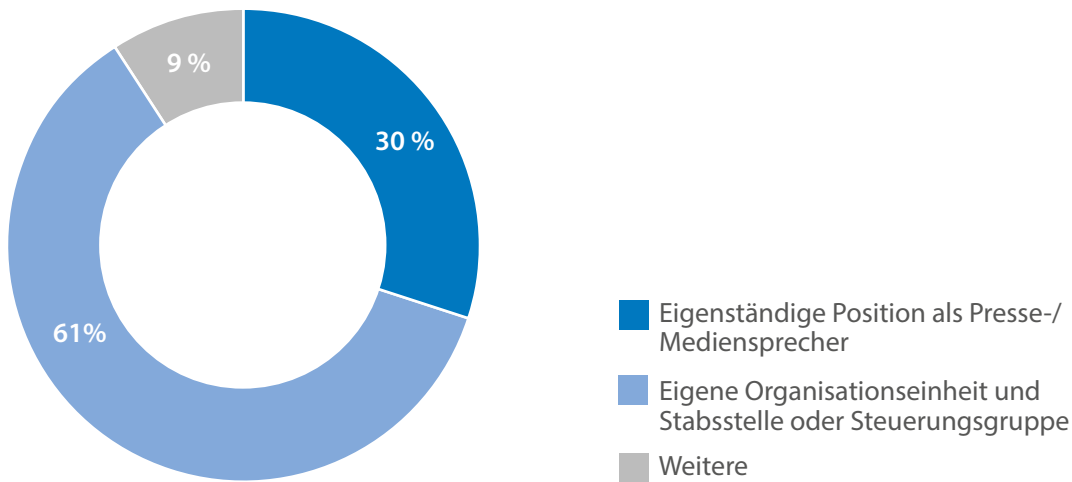


Zur hausinternen Organisation werden bei 61 % der Kliniken eigene Organisationseinheiten, Abteilungen, Stabsstellen oder Steuerungs-

gruppen vorgehalten. Ein Drittel der Häuser hat eine eigenständige Person als Presse- und Öffentlichkeitssprecher etabliert (Abb. 48).

**Abb.48** Wie ist das Aufgabenfeld zur Presse- und Öffentlichkeitsarbeit krankenhauserintern organisiert?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

Hinsichtlich der Personalressourcen, die für diesen Bereich in den Krankenhäusern eingesetzt werden, ergab die Befragung, dass sich durchschnittlich 2,1 Vollkräfte mit dem Thema Presse- und Öffent-

lichkeitsarbeit beschäftigen. Für die Betreuung der Social-Media-Kanäle ergab sich ein durchschnittliches Stellenkontingent von 0,8 Vollzeitkräften pro teilgenommene Klinik (Abb. 49).

**Abb. 49** Wie viele interne Vollkräfte sind insgesamt für die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit in der Klinik angestellt?



Wie viele interne Vollkräfte sind davon für die Betreuung von Social-Media-Kanälen vorgesehen?



© Deutsches Krankenhausinstitut 2024



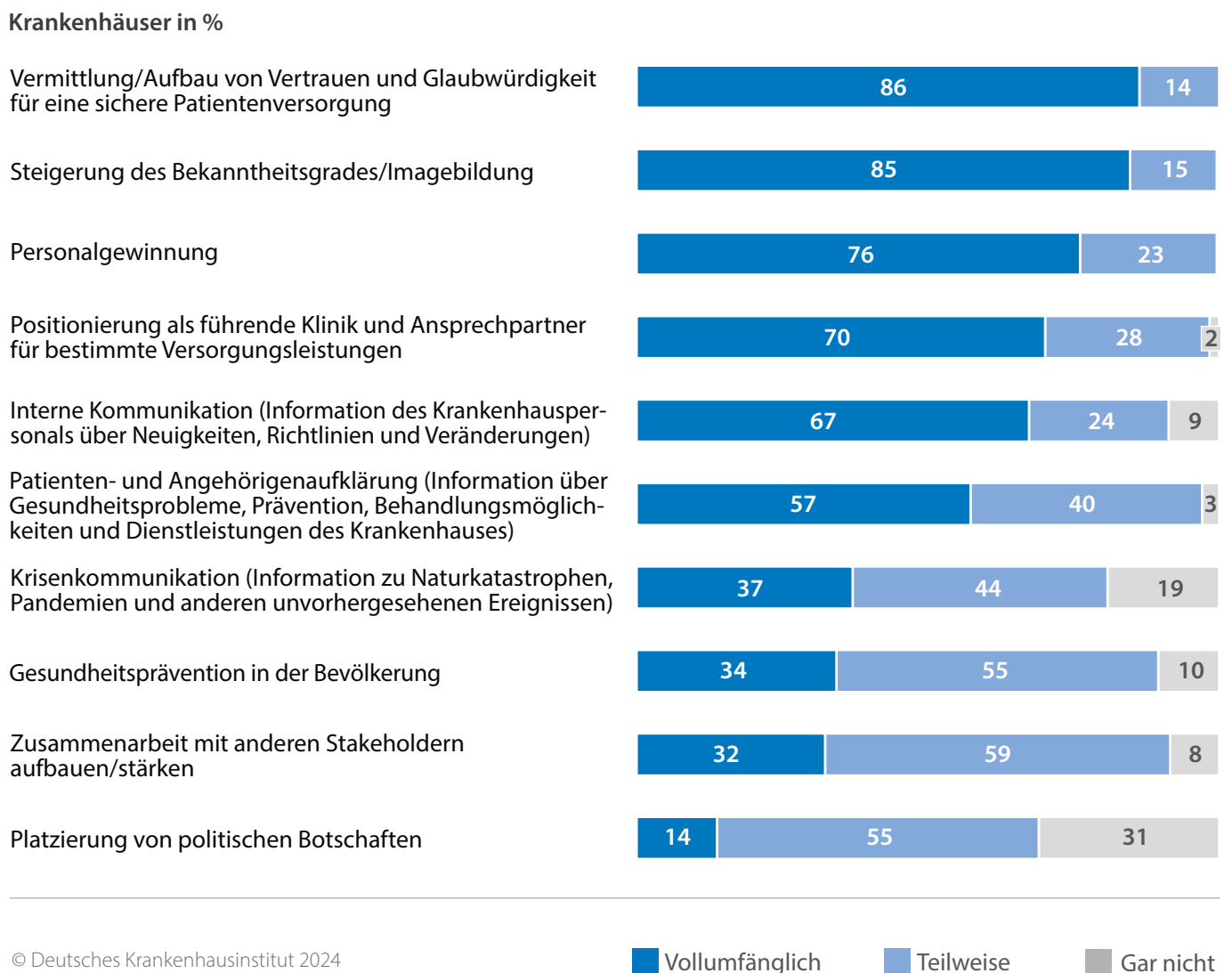
## ZIELE, KOMMUNIKATIONSKANÄLE UND ZIELGRUPPEN

Die häufigsten Ziele in der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der befragten Krankenhäuser, die zum größten Teil vollumfänglich verfolgt werden, sind die Vermittlung bzw. der Aufbau von Vertrauen und Glaubwürdigkeit für eine sichere Patientenversorgung, die Steigerung des Bekanntheitsgrades (Imagebildung), die Personalgewinnung, die Positionierung als führende Klinik und Ansprechpartner für bestimmte Versorgungsleistungen, die interne Kommunikation zur Information des

Krankenhauspersonals und die Patienten- und Angehörigenaufklärung. Die Krisenkommunikation bei Naturkatastrophen, Pandemien oder anderen unvorhergesehenen Ereignissen, die Gesundheitsprävention in der Bevölkerung und die Zusammenarbeit mit anderen Stakeholdern gehören zu den eher teilweise anvisierten Zielen.

Im Vergleich dazu ist die Kommunikation politischer Botschaften weniger relevant (Abb. 50).

Abb. 50 Inwieweit werden die folgenden Ziele der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit in Ihrem Krankenhaus verfolgt?



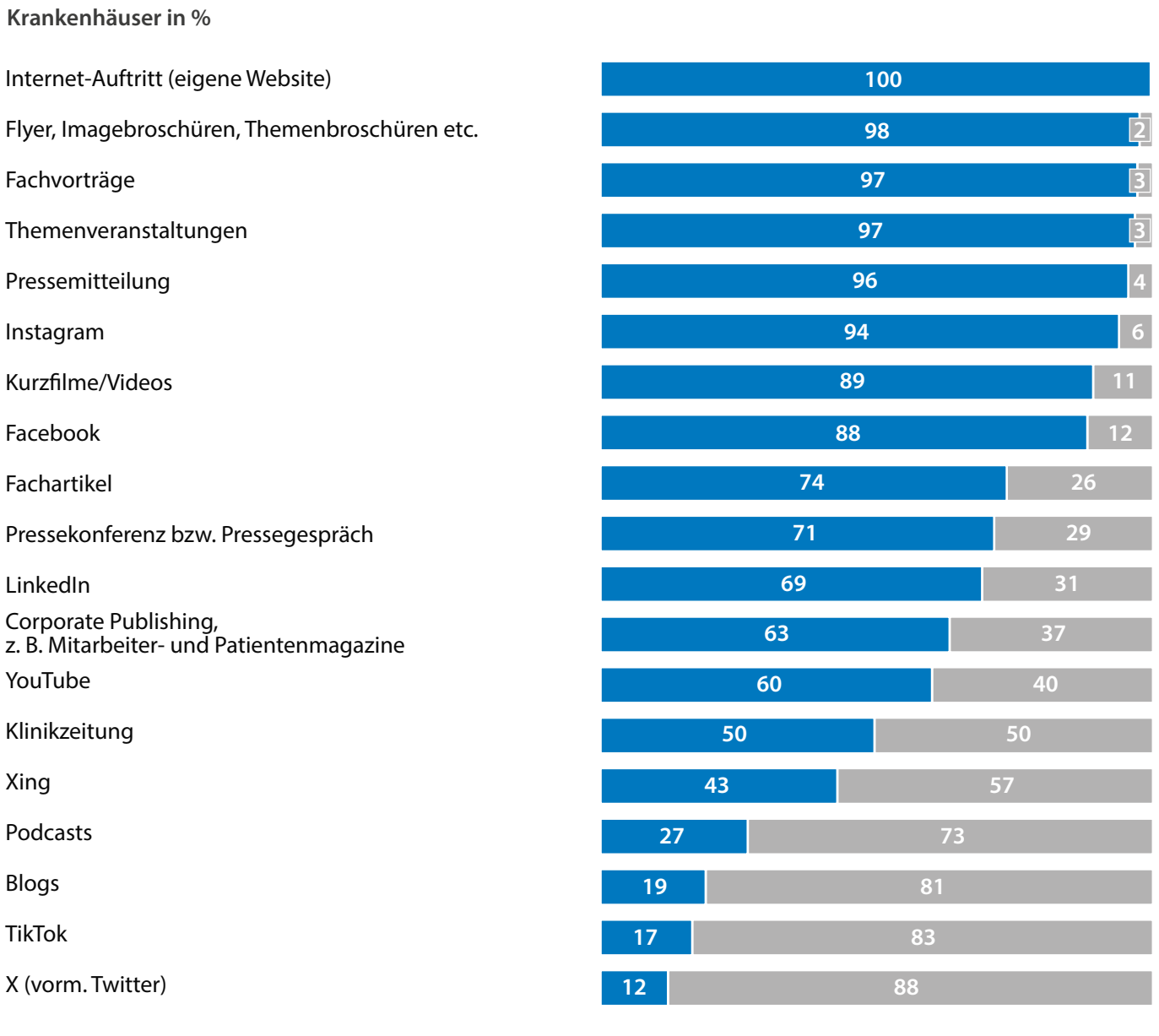


Darüber hinaus haben die Kliniken noch weitere Ziele genannt, die über die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit verfolgt werden, wie z. B. Vermarkten der eigenen Pflegeschule am Klinikstandort für kooperierende Ausbildungsbetriebe der Region, Imagebildung als moderner öffentlicher Gesundheitsversorger der Region, Information von Angehörigen und Patienten während des Reha-Aufenthaltes aber auch Mitarbeiterbindung/-identifikation wurden genannt (Daten nicht abgebildet).

Als Kommunikationskanal wird von allen Kliniken der Internetauftritt bzw. die eigene Website eingesetzt. Ebenso kommen eher klassische Kanäle wie Flyer, Imagebroschüren, Themenbroschüren,

Fachvorträge, Themenveranstaltungen und Pressemitteilungen bei fast allen befragten Kliniken zum Einsatz (96 – 98 %). Ausgewählte Social-Media-Kanäle, wie Instagram, Kurzfilme bzw. Videos und Facebook werden ebenfalls von einem sehr großen Anteil der Häuser (88 – 94 %) verwendet. Fachartikel, Pressekonferenzen oder -gespräche, LinkedIn, Corporate Publishing (z. B. Mitarbeiter- oder Patientenmagazine) werden von weit mehr als der Hälfte der befragten Krankenhäuser in ihrer Presse- und Öffentlichkeitsarbeit einbezogen. Eine Klinikzeitung oder Xing als Kommunikationskanäle werden weniger häufig eingesetzt. Podcasts, Blogs, TikTok und X (vormalig Twitter) kommen eher selten zum Einsatz (Abb. 51).

**Abb. 51** Werden die folgenden Kommunikationskanäle von Ihrem Haus zur Presse- und Öffentlichkeitsarbeit eingesetzt?



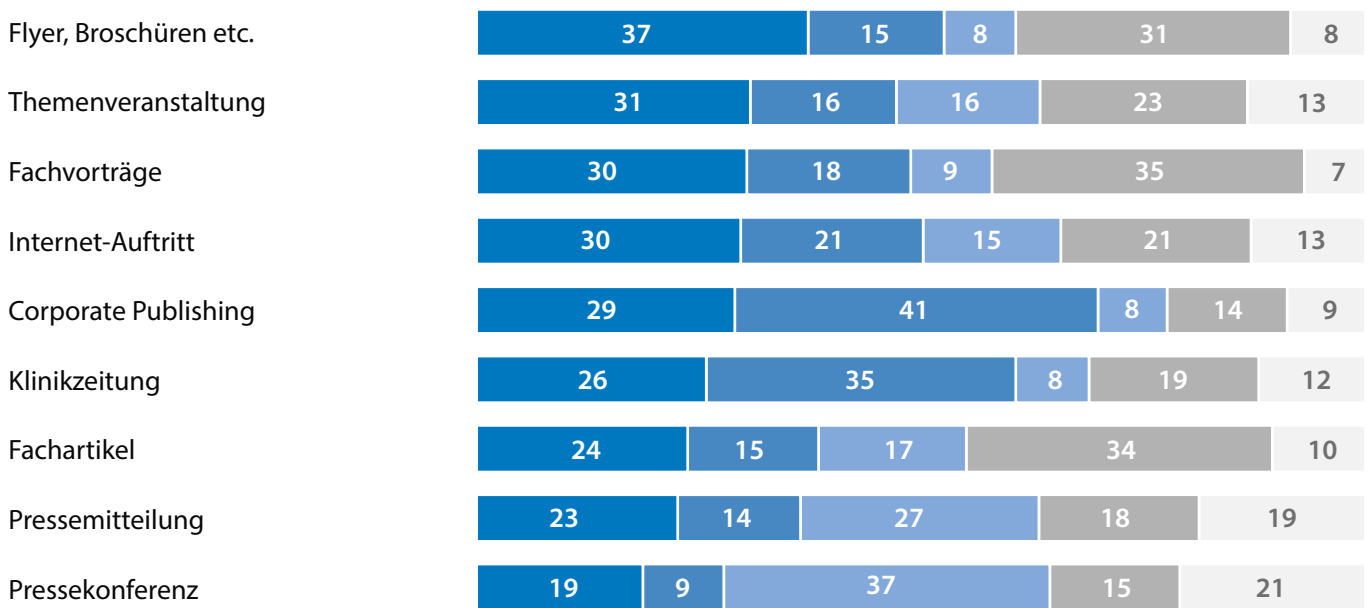
Im Hinblick auf die verwendeten Kommunikationskanäle wurden die Häuser nach den Zielgruppen gefragt, die durch den jeweiligen Kanal angesprochen werden sollten.

Bei den klassischen Kommunikationskanälen wurde der Fokus eher auf Patienten sowie auf niedergelassene Ärzte gelegt. Ausgenommen davon war das Corporate Publishing und die Klinikzeitung; diese Kanäle dienten vorwiegend zur

Ansprache des Krankenhauspersonals. Mit Pressemitteilungen und Pressekonferenzen sollte vorwiegend die Presse angesprochen werden. Fachartikel und Fachvorträge zielten eher auf die niedergelassenen Ärzte ab (Abb. 52).

**Abb. 52 Welche Zielgruppe soll mit dem eingesetzten Kanal vorrangig angesprochen werden?**

Krankenhäuser in %, Mehrfachauswahl möglich



■ Patienten     
 ■ Personal     
 ■ Presse  
■ Niedergelassene Ärzte     
 ■ Politisch relevante Akteure

Für die neueren Formen der Kommunikationskanäle, wie Kurzfilme bzw. Videos, YouTube, Instagram, Facebook, LinkedIn und Xing, lag der Schwerpunkt

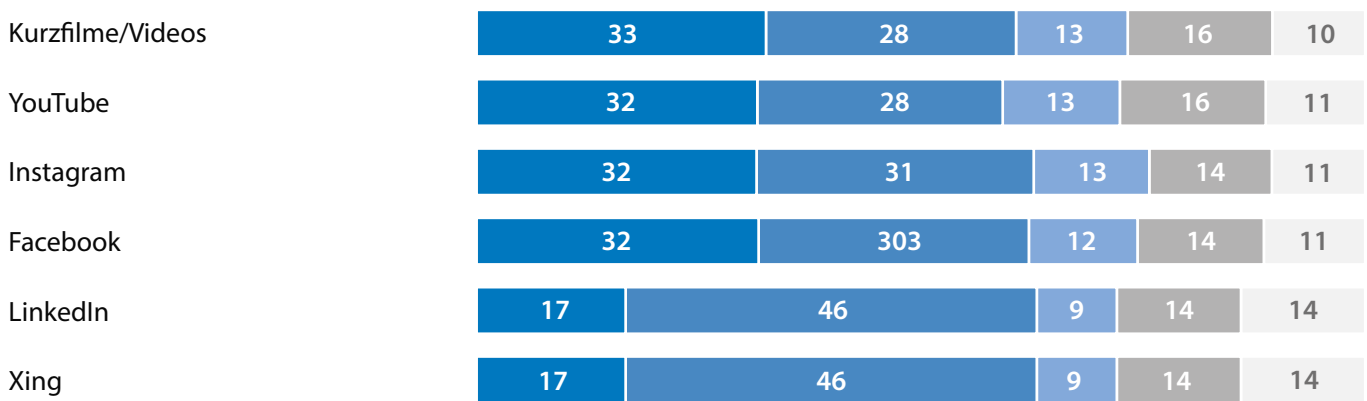
der Zielgruppe auf den Patienten und dem Personal (Abb. 53).

Insgesamt spielten bei allen abgefragten Kommunikations-

kanälen politisch relevante Akteure als Zielgruppe eine eher untergeordnete Rolle (Abb. 52 und Abb. 53).

**Abb. 53 Welche Zielgruppe soll mit dem eingesetzten Kanal vorrangig angesprochen werden?**

Krankenhäuser in %, Mehrfachauswahl möglich



© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

## BESCHWERDEMANAGEMENT UND FEEDBACK-MÖGLICHKEITEN

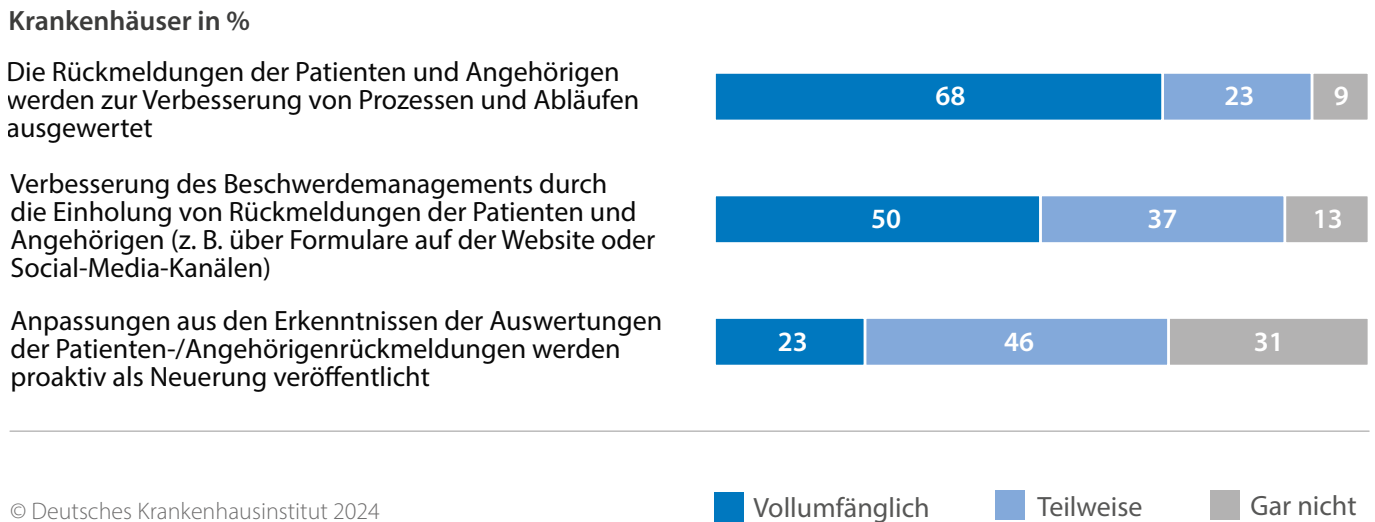
Als weiterer Bereich in der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ist das Beschwerdemanagement entscheidend für Kliniken, da es wertvolle Einblicke in die Patientenerfahrungen bietet und zur kontinuierlichen Verbesserung der Versorgungsqualität beiträgt.

Gut 90 % der Kliniken werten die Rückmeldungen der Patienten sowie Angehörigen zur Verbesserung von Prozessen und Abläufen vollumfänglich oder teilweise aus. Bei der Hälfte der Kliniken wird auch durch die Einholung von Rückmeldungen (z. B. über ein Formular auf der Website oder Social-Media-Kanälen) das Beschwerdema-

nagement vollumfänglich und bei über einem Drittel teilweise verbessert.

Anpassungen aus den Erkenntnissen der Auswertungen werden eher teilweise von Kliniken proaktiv als Neuerung veröffentlicht (Abb. 54).

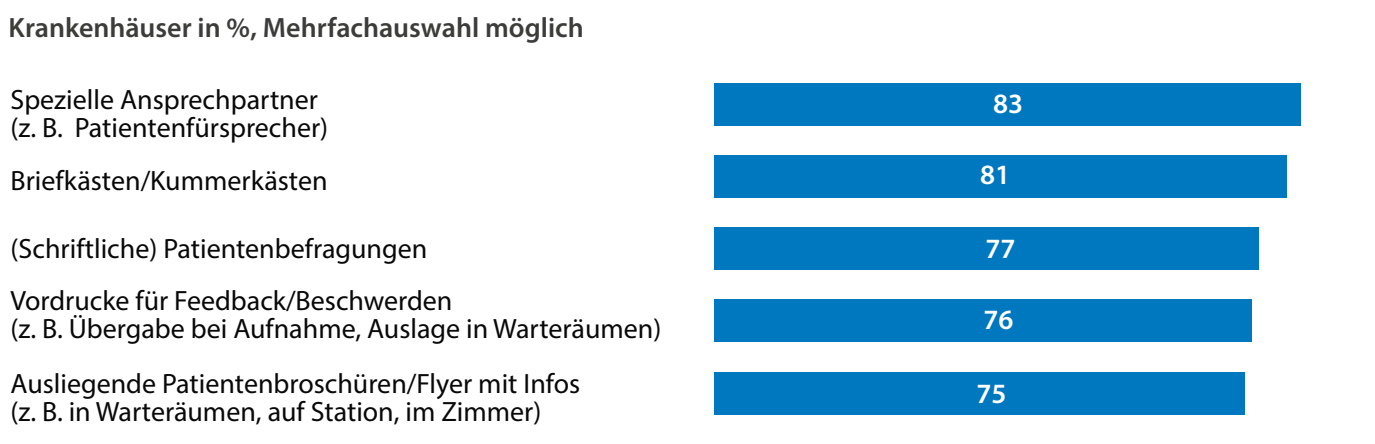
**Abb. 54** Inwieweit wird das Thema Beschwerdemanagement in der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit Ihres Krankenhauses berücksichtigt?



Um die Patienten zu Feedback, Anregungen und Beschwerden zu motivieren, werden von der Mehrheit der befragten Krankenhäuser (75 – 83 %) standardmäßig vor allem spezielle Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner (z. B. Patientenfürsprecherinnen und -sprecher), Briefkästen oder

Kummerkästen, Patientenbefragungen (schriftlich), Vordrucke für Feedback bzw. Beschwerden (z. B. Übergabe bei Aufnahme, Auslage im Wartezimmer) und ausliegende Patientenbroschüren oder Flyer mit Infos eingesetzt (Abb. 55).

**Abb. 55** Welche der folgenden Möglichkeiten nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus standardmäßig, um die Patienten zu Feedback/Anregungen/Beschwerden zu motivieren?

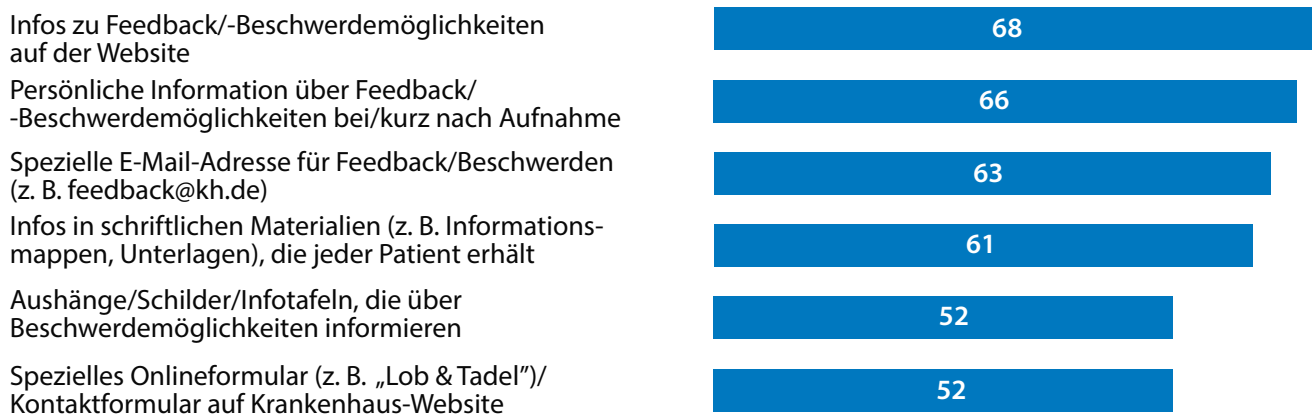


Bei über der Hälfte der Krankenhäuser werden Infos zu Feedback-/Beschwerdemöglichkeiten auf der Website platziert, Patienten bei oder kurz

nach der Aufnahme persönlich informiert oder eine spezielle E-Mail-Adresse für Feedback und Beschwerden angegeben (Abb. 56).

**Abb. 56 Welche der folgenden Möglichkeiten nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus standardmäßig, um die Patienten zu Feedback/Anregungen/Beschwerden zu motivieren?**

Krankenhäuser in %, Mehrfachauswahl möglich



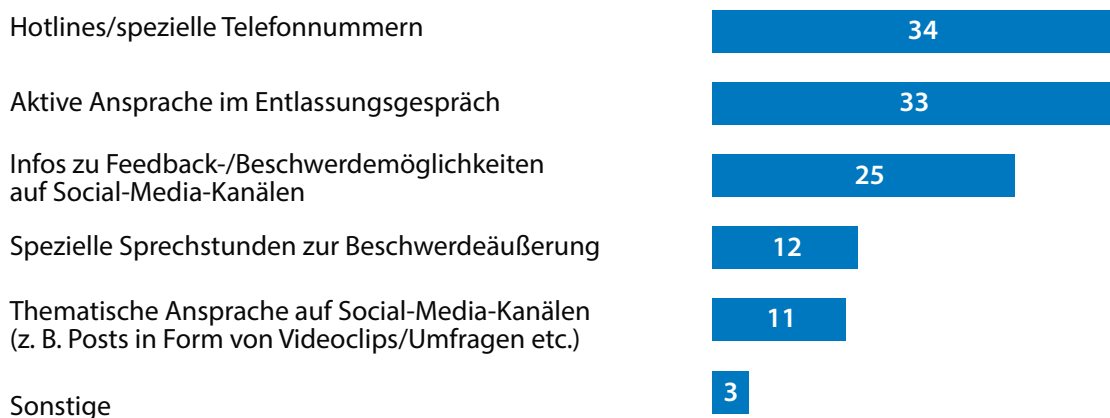
© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

Weniger häufig kommen Hotlines bzw. spezielle Telefonnummern, aktive Ansprache im Entlassmanagement, Infos zu Feedback- und Beschwer-

demöglichkeiten über Social-Media-Kanäle zum Einsatz (Abb. 57).

**Abb. 57 Welche der folgenden Möglichkeiten nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus standardmäßig, um die Patienten zu Feedback/ Anregungen/Beschwerden zu motivieren?**

Krankenhäuser in %, Mehrfachauswahl möglich



© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

# 6

## SKILL- UND GRADEMIX IN DER PFLEGE

Im Zuge der weiteren Reform des Pflegeberufes stehen eine Stärkung der akademisierten Pflege, erweiterte Befugnisse von Pflegefachpersonen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten sowie eine bundeseinheitliche Pflegeassistentenausbildung im Fokus.



## AKADEMISIERTES PFLEGEPERSONAL

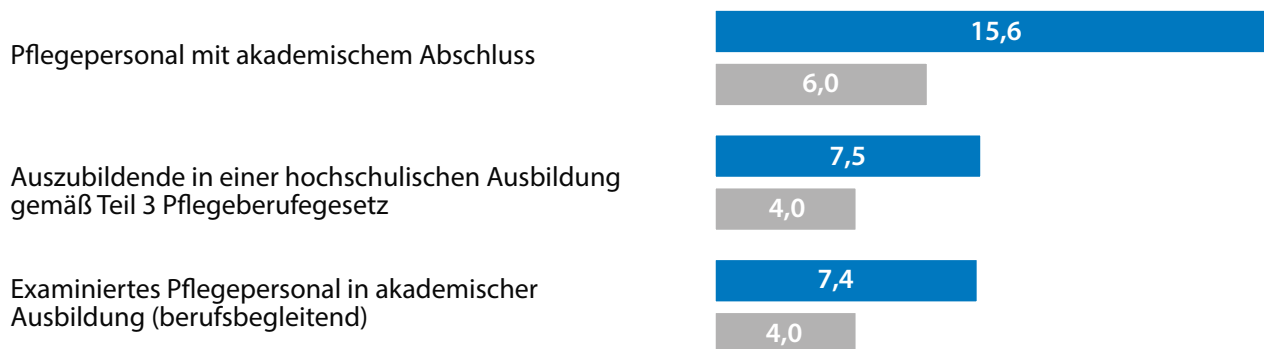
In den deutschen Krankenhäusern gibt es zunehmend akademisiertes Pflegepersonal. Am Jahresende 2023 hatten 81 % der Allgemeinkrankenhäuser Pflegekräfte mit akademischem Abschluss oder in akademischer Ausbildung beschäftigt. Mit steigender Krankenhausgröße nimmt der Akademisierungsgrad merklich zu. So hat fast jedes Krankenhaus ab 600 Betten akademisiertes Pflegepersonal im definierten Sinne.

Gemessen in Köpfen ist die Anzahl der akademisierten Pflegekräfte aber noch vergleichsweise gering (Abb. 58). Im Mittel gibt es in den Kranken-

häusern 15,6 Pflegekräfte mit einem akademischen Abschluss wie Bachelor, Master oder Diplom (Median = 6). Durchschnittlich 7,4 examinierte Pflegekräfte befinden sich derzeit (berufsbegleitend) in akademischer Ausbildung (Median = 4). Die Anzahl der Auszubildenden, welche derzeit eine hochschulische Ausbildung gemäß Teil 3 des Pflegeberufegesetzes absolvieren, liegt bei 7,5 Köpfen pro Krankenhaus (Median = 4).<sup>1</sup> In den drei erfassten Gruppen nimmt die Anzahl der akademisierten Pflegekräften mit steigender Krankenhausgröße merklich zu (Ergebnisse nicht dargestellt).

**Abb. 58** Anzahl des akademisierten Pflegepersonals in Ihrem Krankenhaus oder sich in akademischer Ausbildung befindenden Pflegepersonals am 31.12.2023

### in Köpfen



© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

■ Mittelwert ■ Median

<sup>1</sup> Es wurden jeweils nur Krankenhäuser erfasst, welche entsprechend akademisiertes Pflegepersonal vorhalten.

## EINSATZBEREICHE VON AKADEMISIERTEM PFLEGEPERSONAL

Im Mittel ist nur gut ein Drittel (36 %) der akademisierten Pflegekräfte pro Krankenhaus ganz oder überwiegend in der direkten Patientenversorgung

am Bett tätig. Dieser Wert resultiert, wenn man die entsprechenden Pflegekräfte in Köpfen durch die Gesamtzahl der akademisierten Pflegekräfte im oben

definierten Sinne dividiert (vgl. *Abb. 58*). Weitere Kennwerte der Verteilung (Median und Quartilswerte) können der *Abb. 59* entnommen werden.

**Abb. 59** Anteil des akademisierten Pflegepersonals, das ganz oder überwiegend in der direkten Patientenversorgung am Bett tätig ist

Kennwerte in %

Mittelwert	36,1
Median	29,4
Unterer Quartilswert	15,0
Oberer Quartilswert	54,5

© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

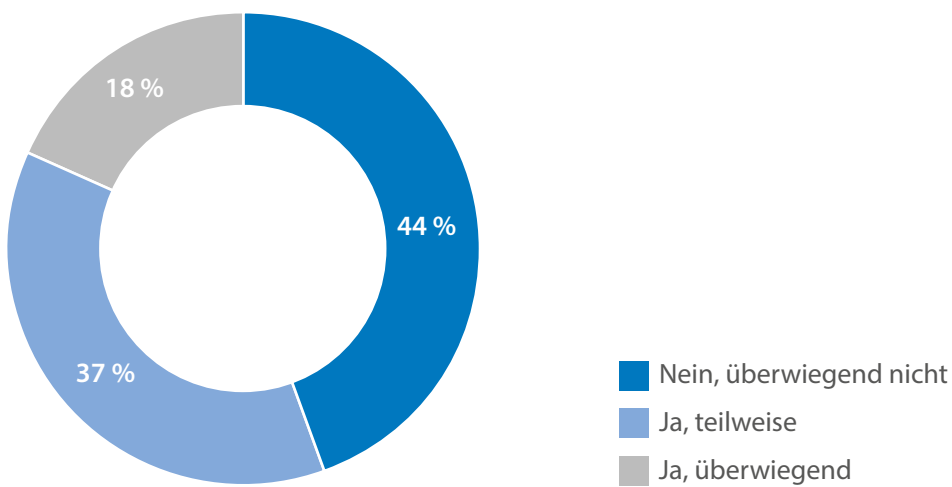


Kommt akademisiertes Pflegepersonal in der direkten Patientenversorgung am Bett zum Einsatz, hat es mehrheitlich andere Tätigkeitsschwerpunkte als nicht akademisierte Pflege-

kräfte (Abb. 60). In mehr als der Hälfte der Krankenhäuser ist dies überwiegend (18 %) oder teilweise der Fall (37 %).

**Abb. 60** Hat in Ihrem Krankenhaus akademisiertes Pflegepersonal in der direkten Patientenversorgung am Bett andere Tätigkeitsschwerpunkte als nicht akademisierte Pflegekräfte?

Krankenhäuser in %



Im Rahmen einer offenen Frage wurden hier folgende Schwerpunkte genannt:

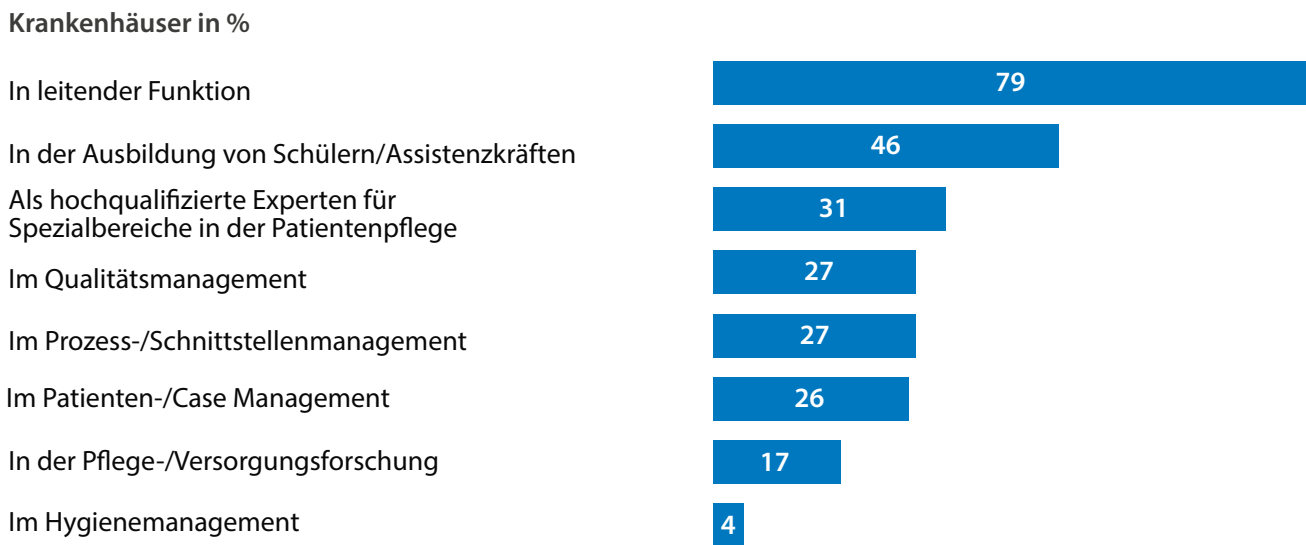
- Advanced Nursing Practice (ANP)/ Advanced Practice Nurse (APN)
- Pflegeexperte / spezialisierte Pflege, z. B. Wundmanagement, Delir, Demenz, Schlaganfall, Sturz, Onkologie
- Fachliche Beratung
- Praxisanleitung

Über die patientennahe Versorgung am Bett hinaus ist akademisiertes Pflegepersonal in vielen anderen Bereichen des Krankenhauses tätig (Abb. 61): In 79 % der befragten Häuser sind Pflegekräfte mit akademischem Abschluss in

Leitungsfunktionen tätig, etwa in der Pflegedirektion, als Pflegedienst- oder Stationsleitung. Überdurchschnittlich häufig, konkret in 46 % der Krankenhäuser, sind sie für die Ausbildung von Schülern oder Assistenzkräften zuständig, z. B. für den praktischen und theoretischen Unterricht oder in der Praxisanleitung.

Weitere Einsatzbereiche von akademisiertem Pflegepersonal sind unter anderem die hochqualifizierte Fachexpertise für Spezialbereiche der Patientenpflege und das Case-, Prozess- und Qualitätsmanagement. Seltener sind Tätigkeitsschwerpunkte in der Pflegeforschung, in der innerbetrieblichen Fortbildung, im Medizincontrolling oder im Hygienemanagement.

**Abb. 61 In welchen (Zusatz-)Bereichen ist akademisiertes Pflegepersonal in Ihrem Krankenhaus tätig?**



Im Mittel ist nur gut ein Drittel der akademisierten Pflegekräfte pro Krankenhaus ganz oder überwiegend in der direkten Patientenversorgung am Bett tätig.

## KÜNFTIGER BEDARF AN AKADEMISIERTEM PFLEGEPERSONAL

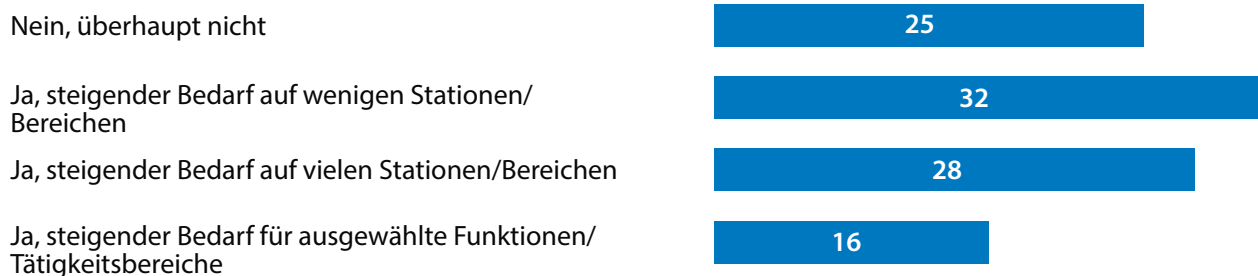
Mit Blick auf den künftigen Bedarf an akademisiertem Pflegepersonal gibt es kein einheitliches Meinungsbild unter den befragten Krankenhäusern (Abb. 62). Ein Viertel der Krankenhäuser hat bis 2030 keinen Mehrbedarf an akademischem Pflegepersonal. Darunter sind kleinere Krankenhäuser unter 300 Betten deutlich überrepräsentiert.

Jeweils rund 30 % der Befragten haben einen steigenden Bedarf an akademisiertem Pflegepersonal in wenigen bzw. in vielen Stationen

und Bereichen. Einen Mehrbedarf auf vielen Stationen haben vor allem größere Krankenhäuser ab 600 Betten. Weitere 16 % der Häuser sehen bis 2030 einen steigenden Bedarf an akademischem Pflegepersonal für ausgewählte Funktionen und Tätigkeitsbereiche. Im Rahmen einer offenen Frage wurden hier vor allem die Advanced Nursing Practice (ANP) bzw. die Advanced Practice Nurse (APN) und Pflegeexperten mit besonderer Fachexpertise genannt.

**Abb. 62** Wird es in Ihrem Krankenhaus bis 2030 einen steigenden Bedarf an akademisiertem Pflegepersonal geben?

### Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

Wie hoch fällt der Mehrbedarf an akademisiertem Pflegepersonal bis 2030 aus? Die 75 % der Krankenhäuser mit steigendem Bedarf gemäß vorheriger Frage sollten ihn quantifizieren. Diese Häuser hatten Ende 2023 durchschnittlich 30,4 akademisierte Pflegekräfte (Köpfe) im oben definierten

Sinne und somit schon aktuell eine überdurchschnittliche Anzahl an akademisierten Pflegekräften (vgl. Kap. 6.1). Bis 2030 schätzen sie ihren zusätzlichen Bedarf auf 30,4 akademisierte Pflegekräfte. Dies entspricht somit exakt einer Verdopplung des aktuellen Bestandes.

## AUSÜBUNG HEILKUNDLICHER TÄTIGKEITEN DURCH PFLEGEFACHPERSONEN

Mit dem Pflegekompetenzgesetz sollen entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen erweiterte Befugnisse zur (selbständigen) Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten erhalten. Im Eckpunktepapier und im Gesetzentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit sind explizit die Leistungsbereiche der komplexen Wundversorgung sowie der Versorgung

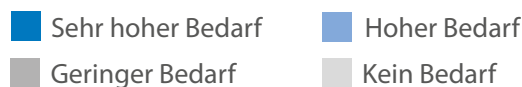
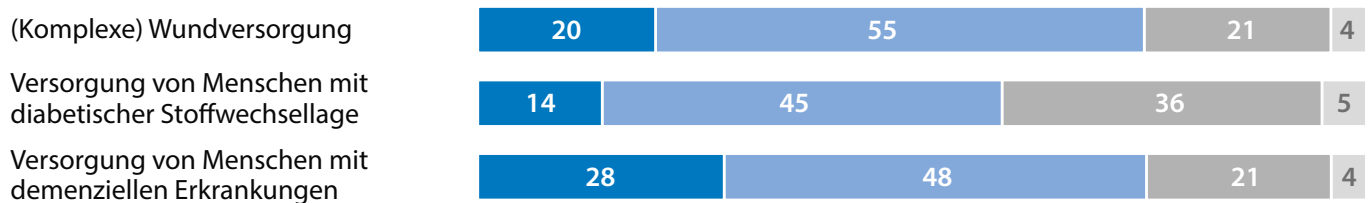
von Menschen mit diabetischer Stoffwechsellage und demenziellen Erkrankungen genannt.

Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit sie in ihrem Krankenhaus Bedarf für entsprechend qualifiziertes Pflegepersonal in diesen drei Leistungsbereichen haben (Abb. 63). Bei der komplexen Wundversorgung

und der Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen haben demnach jeweils rund 75 % der Krankenhäuser einen hohen oder sehr hohen Bedarf. Bei der Versorgung von Menschen mit diabetischer Stoffwechsellage fällt der entsprechende Anteil mit 59 % geringer aus.

**Abb. 63** Nach den Eckpunkten des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Pflegekompetenzgesetz sollen entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen erweiterte Befugnisse zur (selbständigen) Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten erhalten. Inwieweit haben Sie in Ihrem Krankenhaus in den folgenden Bereichen Bedarf für entsprechend qualifiziertes Pflegepersonal?

Krankenhäuser in %



Darüber hinaus gaben 41 % der Befragten einen zusätzlichen Bedarf für erweiterte Befugnisse qualifizierter Pflegefachpersonen zur (selbständigen) Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten für weitere Bereiche an. Im Rahmen einer offenen Frage wurden hier unter anderem die folgenden Bereiche genannt:

- Onkologische Fachpflege/Breast Nurse
- Alle Bereiche aus den Expertenstandards des DNQP, z. B. Hauterkrankungen, Schmerz, Mobilität, Kontinenz
- Skills von Advanced Nursing Practice (ANP)/ Advanced Practice Nurse (APN)
- Geriatrische Krankheitsbilder
- Delir
- Stoma
- Hypertonie
- Atemtherapie/Weaning
- Versorgung von Menschen mit Herzinsuffizienz
- Schlaganfallversorgung/Stroke Unit
- Palliativversorgung
- Anamneseerhebung und Aufklärungsgespräche
- Funktionsdiagnostik
- Eigenständige Medikamentengabe im Krankenhaus und Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements

## BUNDESEINHEITLICHE AUSBILDUNG ZUR PFLEGEASSISTENZ

Mit dem Pflegeassistenteneinführungsgesetz soll ein eigenständiges und einheitliches Berufsprofil für die Pflegefachassistenz geschaffen werden. Die neue Ausbildung soll die bisherigen landesrechtlich geregelten Pflegehilfe- und Pflegeassistentenausbildungen ablösen. Im Krankenhaus Barometer sollten sich die Teilnehmer zu möglichen Inhalten und Auswirkungen der künftigen Ausbildung von Pflegeassistenten äußern (Abb. 64):

Die bundeseinheitliche Regelung der Pflegeassistentenausbildung trifft auf breite Zustimmung (94 %). Mehrheitlich (62 %) sind die Befragten der Auffassung, dass die Pflegeassistentenausbildung an die generalistische Pflegeausbildung angepasst werden sollte, vor allem mit der Möglichkeit von Vertiefungen und Abschlüssen in der Alten- und Kinderkrankenpflege. Bei der Ausbildungsdauer gibt es kein einheitliches Meinungsbild. Jeweils rund die Hälfte der Krankenhäuser plädiert für eine einjährige oder zweijährige Ausbildung.<sup>2</sup>

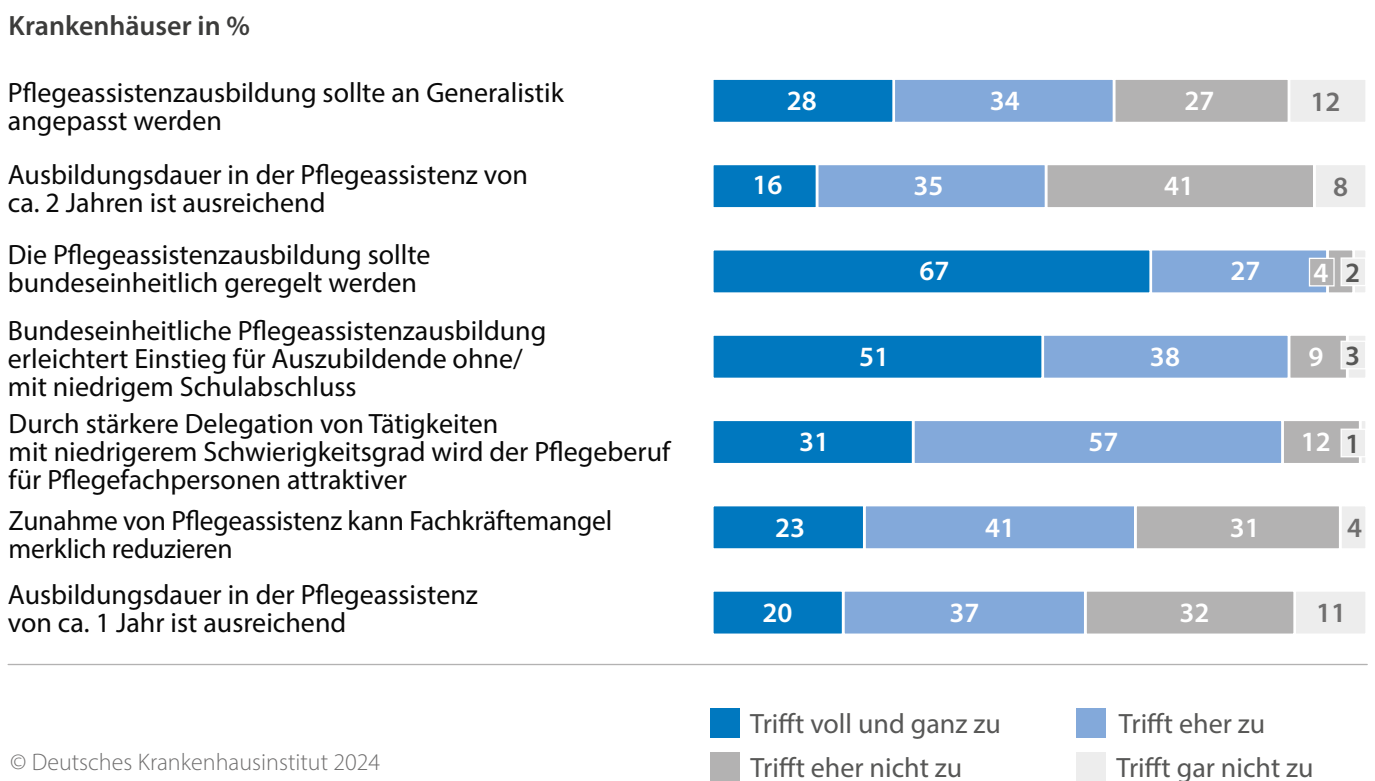
<sup>2</sup> Der Gesetzesentwurf vom 4. September 2024 sieht mittlerweile eine andert-halb-jährige Dauer der Ausbildung vor. Vgl. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/244092/365b5d45d665636e3f94fe69ecec14f/gesetz-bundeskabinett-1-data.pdf>



Von einer bundeseinheitlichen Pflegeassistenten-  
ausbildung erwarten sich die Befragten weit-  
gehend positive Auswirkungen. Sie erleichtert  
den Einstieg in den Pflegeberuf für Auszubilden-  
de ohne oder mit niedrigem Schulabschluss.  
Durch die stärkere Delegation von Tätigkeiten mit

niedrigerem Schwierigkeitsgrad an Pflege-  
assistenten werde der Pflegeberuf für Pflegefach-  
personen attraktiver. Eine Zunahme von Pflege-  
assistenten könne zudem den Fachkräftemangel  
in der Pflege merklich reduzieren.

**Abb. 64 Eine Weiterentwicklung der Pflegehilfe-/Pflegeassistentenausbildung wird aktuell diskutiert. Inwieweit stimmen Sie vor diesem Hintergrund den folgenden Aussagen zu oder nicht zu?**



© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

Die bundeseinheitliche Regelung der Pflegeassistentenausbildung trifft auf breite Zustimmung, aber kein einheitliches Meinungsbild zur Ausbildungsdauer.



## PPBV-LEISTUNGEN DURCH PFLEGEASSISTENZEN

Zum 1. Juli 2024 trat die Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) in Kraft. Sie definiert konkrete Vorgaben zur Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus, konkret zur Ermittlung der Anzahl der auf Grundlage des Pflegedarfs 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.

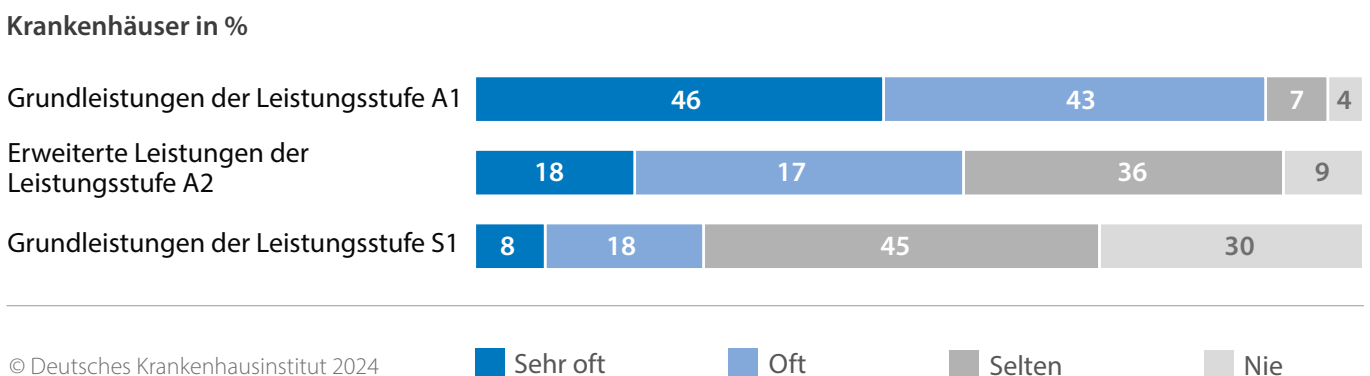
Mit dem aktuellen Krankenhaus Barometer sollte ermittelt werden, inwieweit Grundleistungen und erweiterte Leistungen verschiedener A- und S-Stufen auch von Pflegeassistenten erbracht werden oder erbracht werden sollten:

Vor allem Grundleistungen der Leistungsstufe A1 werden in den meisten Krankenhäusern (89 %) oft (43 %) oder sehr oft (46 %) von Pflegeassistenten erbracht (Abb. 65). Bei den erwei-

terten Leistungen der Stufe A2 fällt der entsprechende Anteil mit 55 % aller Krankenhäuser geringer aus. Darüber hinaus dürften auch Leistungen der Stufen A3 (Besondere Leistungen) und A4 (Hochaufwendige Leistungen) – teilweise in beachtlichem Umfang – von Pflegeassistenten erbracht werden. Dies wurde allerdings nicht ausdrücklich erhoben.

Grundleistungen der Stufe S1 werden deutlich seltener von Pflegeassistenten übernommen. Nur in rund einem Viertel der Häuser werden sie ihnen oft oder sehr oft übertragen.

**Abb. 65** Inwieweit übernehmen die Pflegehilfen/Pflegeassistenten in Ihrem Krankenhaus die folgenden Pflegeleistungen gemäß der PPBV?





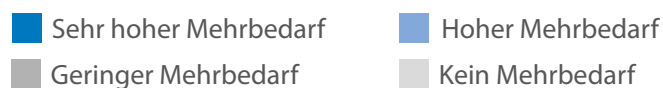
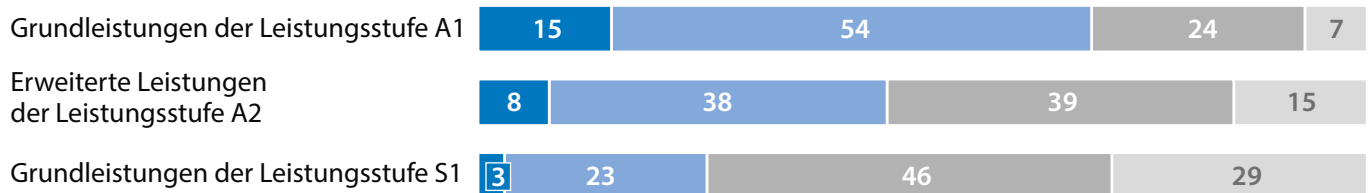
Über den Status quo hinaus sollten die Teilnehmer angeben, ob sie in ihrem Haus einen Mehrbedarf an Pflegeassistenten für die entsprechenden Leistungsstufen haben (Abb. 66).

Dies trifft in erster Linie auf die Grundleistungen der Stufe A1 zu. Hier haben 69 % der Häuser einen hohen (54 %) oder sehr hohen Mehrbedarf (15 %) an Pflegeassistenten. Bei den

erweiterten Leistungen der Stufe A2 und vor allem bei den Grundleistungen der Stufe S1 ist der Mehrbedarf merklich niedriger.

**Abb. 66** Inwieweit haben Sie in Ihrem Krankenhaus einen Mehrbedarf an Pflegehilfen/ Pflegeassistenten für die folgenden Pflegeleistungen gemäß der PPBV?

**Krankenhäuser in %**



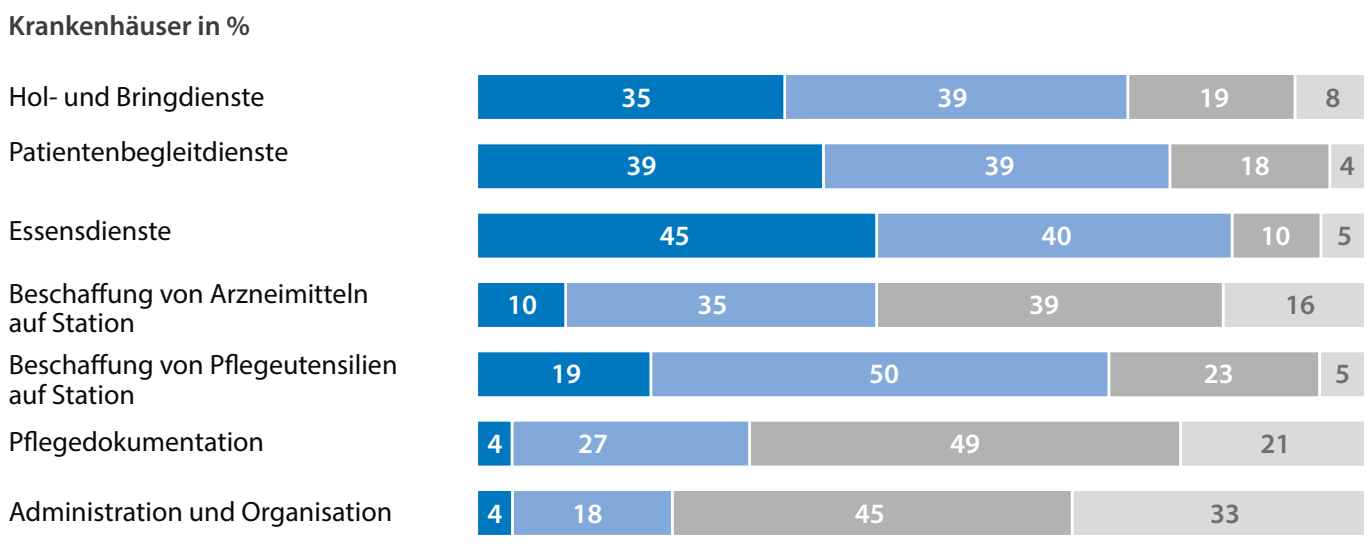
## SERVICE -UND HILFSTÄTIGKEITEN DURCH PFLEGEASSISTENZEN

Vielfach patientenferne Tätigkeiten oder Hilfstätigkeiten werden schon heute von Pflegeassistenzen oder ggf. Hilfs- und Servicekräften übernommen, auch um dreijährig examinierte Pflegefachpersonen zu entlasten. Aktuelle Verbreitung und künftiger Bedarf hierfür sollten mit dem Krankenhaus Barometer erfasst werden.

Vor allem Essensdienste, Patientenbegleitdienste sowie Hol- und Bringdienste werden mittlerweile oft oder sehr oft von Pflegeassistenzen oder Hilfs- und Servicekräften übernommen (Abb. 67). Auch bei der Beschaffung von Arzneimitteln und Pflegeutensilien auf der Station sind sie mit den Arbeitsschwerpunkten Bestands-

erfassung, (interne) Bestellung und Verräumung stärker einbezogen. Deutlich weniger kommen sie hingegen in der Pflegedokumentation und bei der Administration und Organisation, etwa von Untersuchungen oder Therapeuten, zum Einsatz.

**Abb. 67** Inwieweit übernehmen die Pflegehilfen/Pflegeassistenzen oder ggf. Hilfs- und Servicekräfte in Ihrem Krankenhaus die folgenden Leistungen und Tätigkeiten?



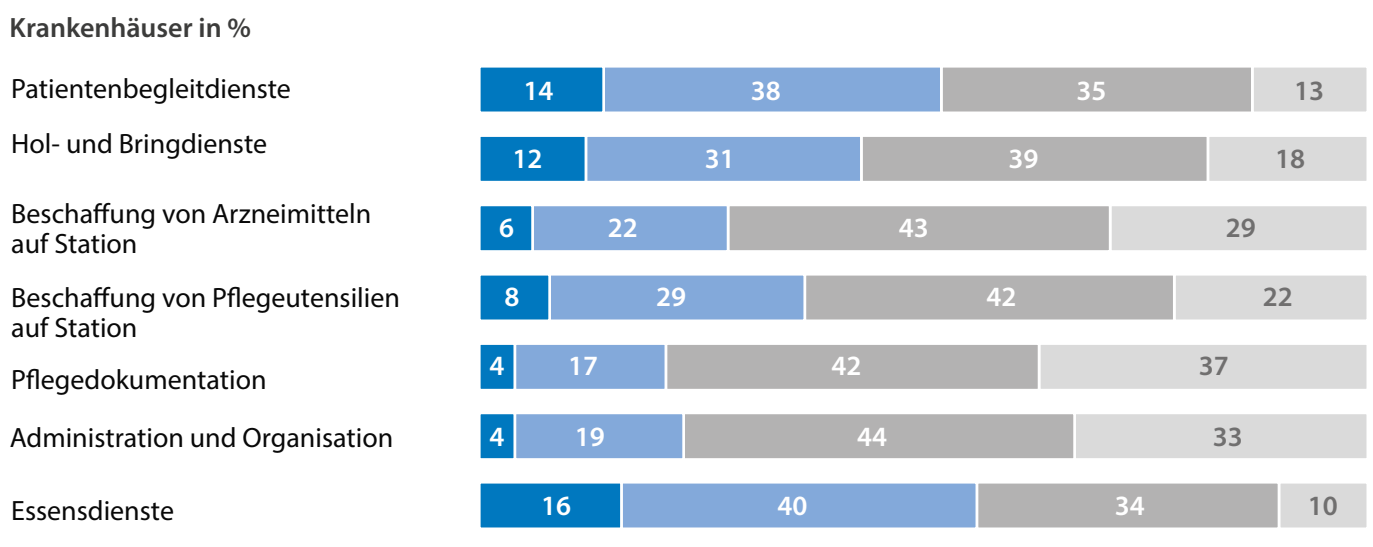
## Der Mehrbedarf an Pflegeassistenzen wird bis 2030 deutlich um 71 % steigen.

Der künftige Bedarf betrifft wiederum Essensdienste, Patientenbegleitdienste sowie Hol- und Bringdienste (Abb. 68). Jeweils rund die Hälfte der

Befragten hat hier einen hohen oder sehr hohen Mehrbedarf. Bei den übrigen Tätigkeitsbereichen hat hingegen die Mehrheit der Krankenhäuser keinen

oder nur geringen Mehrbedarf an Pflegeassistenzen und Hilfs- und Servicekräften.

**Abb. 68** Inwieweit haben Sie in Ihrem Krankenhaus einen Mehrbedarf an Pflegehilfen/-assistenzen oder ggf. Hilfs- und Servicekräften für die folgenden Leistungen und Tätigkeiten?



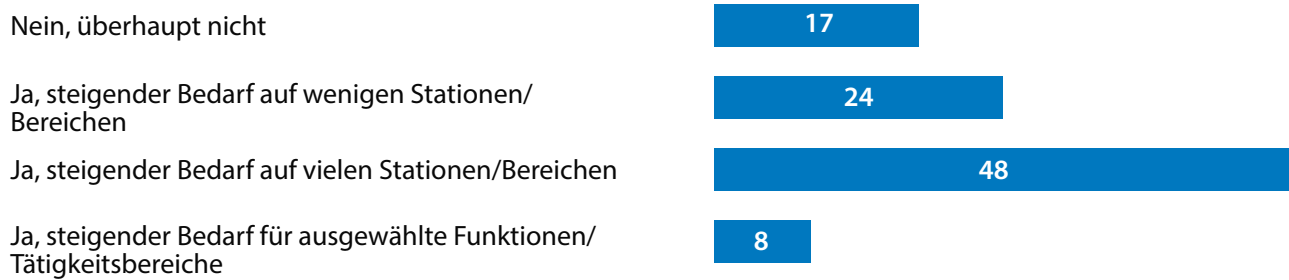
## KÜNFTIGER BEDARF AN PFLEGEASSISTENZEN

Die Mehrheit der befragten Krankenhäuser geht von einem steigenden Bedarf an Pflegeassistenten bis zum Jahr 2030 aus (Abb. 69). Dabei erwartet knapp die Hälfte einen Mehrbedarf auf vielen Stationen und rund ein Viertel auf wenigen Stationen ihres Krankenhauses. Weitere 8 % der Häuser sehen bis 2030 einen steigenden Bedarf für ausgewählte Pflege- und Hilfstätigkeiten.

Im Rahmen einer offenen Frage wurden hier unter anderem der Patiententransport, die Bettenaufbereitung, die Gerätewartung in Funktionsbereichen, die Essensbestellung, -austeilung und -begleitung sowie logistische, hauswirtschaftliche und Sekretariatstätigkeiten genannt.

**Abb. 69** Wird es in Ihrem Krankenhaus bis 2030 einen steigenden Bedarf an Kranken-/Altenpflegehelfern/Pflegeassistenten geben?

Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut 2024

Wie hoch fällt der Mehrbedarf an Pflegeassistenten bis 2030 aus? Die 83 % der Krankenhäuser mit steigendem Bedarf gemäß vorheriger Frage sollten ihn quantifizieren. Diese Häuser beschäftigten

Ende 2023 durchschnittlich 41 Pflegeassistenten (Köpfe). Bis 2030 schätzen sie ihren zusätzlichen Bedarf auf 29 Pflegeassistenten. Dies entspricht einer relativen Steigerung von 71 %.



# LITERATURNACHWEIS

Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (2023, 2022): Krankenhaus Barometer. Düsseldorf.  
[www.dki.de](http://www.dki.de)

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

### Gestaltung

Konturenreich | Matthias Hugo

### Bildnachweis

*Von stock.adobe.com/:* S. 8: pressmaster,  
S. 14: Andrey Popo, S. 16: Kurosch (KI generiert),  
S. 21: LIGHTFIELD STUDIOS, S. 27: Aleksandr,  
S. 28: romaset, S. 31: Hoda Bogdan, S. 35: Sneaky-  
PeakPoints\_peopleimages.com, S. 37: Prostock-  
studio, S. 40: MQ-Illustrations, S. 42: Art\_Photo,  
S. 48: ipopba, S. 50: agenturfotografin, S. 54:  
Robert Kneschke, S. 71: Rido, S. 74: Halfpoint,  
S. 77: Halfpoint

*Von iStock/:* S. 4: andresr, S. 6: monkeybusiness-  
images, S. 24: upixa, S. 58: courtneyk, S. 64:  
Tempura, S. 66: Caiaimage\_Martin Barraud,