

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

**Bericht des GKV-Spitzenverbands und der Deutschen Krankenhausgesellschaft
über die Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen in
den pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern**



Bericht über die Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i Absatz 6 SGB V

**von GKV-Spitzenverband und
Deutscher Krankenhausgesellschaft
mit Beteiligung des
Verbandes der Privaten Krankenversicherung**

**an den Deutschen Bundestag
über das Bundesministerium für Gesundheit**

Berlin, 22.01.2024

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
Wegelystraße 3, 10623 Berlin
Telefon: +49 (30) 3 98 01-2025
Telefax: +49 (30) 3 98 01-3110
GB-I@dkgev.de
www.dkgev.de

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
krankenhaeuser@gkv-
spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1 Hintergrund.....	4
2 Ziel und Aufbau des Berichts.....	7
3 Erfahrungen mit dem Nachweisverfahren.....	8
4 Umsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen.....	9
4.1 Plausibilisierung	9
4.2 Beschreibung der Grundgesamtheit	10
4.3 Umsetzung der PpUG je pflegesensitiver Bereich.....	11
4.4 Umsetzung der PpUG differenziert nach Tag- und Nachtschicht	13
4.5 Umsetzung der PpUG je Bundesland	17
5 Wirkmechanismus und Konsequenzen der Nichteinhaltung	19
5.1 Wirkmechanismus der PpUG	19
5.2 Erfahrungen mit der Sanktionierung.....	19
5.3 Ausnahmeregelungen	21
6 Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen	24
6.1 Allgemeine Wahrnehmung der PpUG.....	24
6.2 Auswirkungen auf die Krankenhausstandorte.....	25
6.3 Auswirkungen auf das Pflegepersonal	25
6.4 Auswirkungen auf die Personal- und Dienstplanung	26
6.5 Auswirkungen auf die Patientenversorgung.....	27
7 Fazit	28
7.1 Fazit des GKV-Spitzenverbandes	28
7.2 Fazit der Deutschen Krankenhausgesellschaft.....	31
Anlagen.....	33
Anlage 1 IGES-Bericht über Auswirkungen von Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus	33
Anlage 2 Umsetzung der PpUG im Zeitverlauf – Kennzahlen je Quartal	34
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	35

Zusammenfassung

Mit diesem Bericht legen die Selbstverwaltungspartner dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit eine wissenschaftliche Evaluation über die Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) in Krankenhäusern gemäß § 137i Absatz 6 SGB V vor.

Die Evaluation zeigt zum einen die Umsetzung der PpUG anhand der Nachweise der über 1.300 Krankenhäuser, die durch den GKV-Spitzenverband ausgewertet wurden. Dabei werden die wesentlichen Kennzahlen der unterbesetzten Schichten und der Nichteinhaltung im Monatsdurchschnitt sowie auch eine Verteilung der Anzahl an zu versorgenden Patientinnen und Patienten je Pflegekraft dargestellt. Die Kennzahlen werden zudem differenziert nach Schichtart und regionaler Umsetzung betrachtet.

Zum anderen wird die Einschätzung von Pflegedirektionen und leitenden Pflegekräften über Auswirkungen anhand einer Analyse des IGES Instituts dargelegt, an der sich 437 Krankenhausstandorte beteiligt haben. Dabei wurden sowohl die Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten und auf das Pflegepersonal (inklusive Personal- und Dienstplanung) als auch auf die Krankenhausstandorte selbst erhoben.

Zudem werden Erfahrungen mit den Verfahren zu Nachweisen und Sanktionen aufgezeigt. Dabei sind zum einen die Verfahrensabläufe im Bericht beschrieben und zum anderen die Erfahrungen und möglichen Verbesserungspotenziale der befragten Pflegedirektionen und leitenden Pflegekräfte erfasst.

Der Bericht wurde hinsichtlich der Umsetzung der PpUG und deren Auswirkungen in Krankenhäusern deskriptiv erstellt. Da die Selbstverwaltungspartner das Instrument PpUG unterschiedlich bewerten, endet der Bericht mit separaten Fazits. Der GKV-Spitzenverband setzt sich für die PpUG sowie deren Ausweitung und Weiterentwicklung ein. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft lehnt PpUG grundsätzlich ab.

1 Hintergrund

Seit 2019 sind PpUG in sogenannten pflegesensitiven Krankenhausbereichen verpflichtend umzusetzen. PpUG definieren die maximale Anzahl an Patientinnen und Patienten, die eine Pflegekraft je Tag- und Nachtschicht auf einer Station versorgen darf. Wird diese Mindestvorgabe unterschritten, kommt es nach dem Verständnis des Gesetzgebers mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zur Patientengefährdung und kann Pflegekräfte überlasten. Ziel der Untergrenzen ist es somit, im Sinne des Patientenschutzes und des Schutzes der Pflegekräfte vor Überlastung ein Mindestversorgungsniveau auf den pflegesensitiven Stationen sicherzustellen.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten im Juli 2017 erhielten der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) den Auftrag, erstmals bis zum 30.06.2018 PpUG für pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern festzulegen (§ 137i SGB V). Das größte Problem in der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags war die weitgehend fehlende Datengrundlage zur Pflegepersonalausstattung im Verhältnis zu den auf den jeweiligen Stationen liegenden Patientinnen und Patienten mit ihren unterschiedlichen Pflegebedarfen. Wesentliche Verbesserungen der Datengrundlage wurden durch die Studie „Pflegepersonalausstattung und Pflegelast in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern“ (KPMG 2018¹) erreicht.

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11.12.2018 wurde auch die Weiterentwicklung von PpUG in pflegesensitiven Krankenhausbereichen gesetzlich verankert. PpUG werden seither auf Grundlage von Auswertungen der Daten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) über die Personalausstattung und die Patientenbelegung von Stationen anhand des sogenannten „Perzentilansatzes“ normativ festgelegt. Mit dieser methodischen Herangehensweise sollten je pflegesensitiven Bereich etwa 10 bis 20 % der Krankenhäuser unterhalb des festgelegten Niveaus betroffen und dazu angehalten sein, die Personal- und Patientensituation für die Einhaltung der PpUG anzupassen. Untergrenzen werden dabei als Mindestniveau verstanden und nicht als ein bedarfsgerechter Pflegepersonal- Patienten-Schlüssel.

Die Festlegung der Untergrenzen erfolgte jährlich per Rechtsverordnung (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)) des BMG, da eine Vereinbarung auf Selbstverwaltungsebene aufgrund unterschiedlicher Positionen von GKV-Spitzenverband und DKG

¹ Friedrich, S., Karwetzky, C., Straub, N., Diserens, P., Perner, V., Beivers, A. (2018). Studie zur Pflegepersonalausstattung und „Pflegelast“ in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern: Abschlussbericht. https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/2018_09_24_KPMG_Pflegepersonalausstattung_und_Pflegelast_Studie_final.pdf (abgerufen am 10.01.2024).

nicht zustande kam. Der GKV-Spitzenverband setzt sich für die Untergrenzen und deren Ausweitung ein. Die DKG lehnt Untergrenzen grundsätzlich ab.

Waren für das Jahr 2019 zunächst für vier pflegesensitive Bereiche PpUG festgelegt worden, so wurden diese schrittweise bis auf derzeit 20 pflegesensitive Bereiche ausgeweitet. Somit sind mit Stand Januar 2024 ca. 93,5 % aller Belegungstage von PpUG abgedeckt. Um Personalverlagerungen zwischen pflegesensitiven und nicht pflegesensitiven Krankenhausbereichen zu vermeiden, wurden diese gesetzlich weitgehend untersagt. Eine Ermittlung etwaiger Personalverlagerungen – wie in der PpUGV angedacht – wurde jedoch bislang aufgrund einer unzureichenden Berechnungsgrundlage nicht vorgenommen.

Laut Gesetz sind zudem für jeden pflegesensitiven Bereich im Krankenhaus die PpUG differenziert nach Schweregradgruppen nach dem jeweiligen Pflegeaufwand festzulegen. Eine solche Ausdifferenzierung nach Schweregradgruppen in den pflegesensitiven Bereichen ist bislang jedoch nicht durch das BMG umgesetzt worden.

Krankenhäuser haben quartalsweise nachzuweisen, ob sie die PpUG wie vorgesehen einhalten. Die Erfüllungsgrade der PpUG sind in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V darzustellen. Bei der Umsetzung des Nachweisverfahrens ist das InEK mit umfassenden Aufgaben hinsichtlich der Datenannahme und des Datenmanagements betraut. Die Details zum Nachweisverfahren sowie zur Sanktionierung werden von den Selbstverwaltungspartnern in den entsprechenden Vereinbarungen geregelt. Die Überprüfung, ob Krankenhäuser die Untergrenzen erfüllen oder nicht, wird durch Wirtschaftsprüfer oder Buchprüfer vorgenommen und bestätigt. Sofern die PpUG im Monatsdurchschnitt nicht eingehalten wurden, müssen Krankenhäuser Vergütungsabschläge hinnehmen oder zukünftig die Patientenzahl reduzieren.

Für bestimmte Situationen sieht die PpUGV Ausnahmetatbestände vor, bei deren Vorliegen ein Verstoß gegen die PpUG nicht sanktioniert wird. Beispielsweise bei starken Erhöhungen der Patientenzahlen, wie bei Epidemien oder Großschadensereignissen, liegt eine solche Ausnahme vor. Zudem waren während der Corona-Pandemie die Regelungen der PpUGV befristet für mehrere Monate des Jahres 2020 ausgesetzt, um Krankenhäuser in dieser Zeit von der damit einhergehenden Nachweisführung zu entlasten.

Nach etwa fünf Jahren der Umsetzung der PpUG sieht das Gesetz in § 137i Absatz 6 SGB V eine Berichterstattung über deren Auswirkungen durch die Selbstverwaltungspartner vor. Der GKV-Spitzenverband und die DKG haben im Benehmen mit dem PKV-Verband dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bis zum 31.12.2023 einen

wissenschaftlich evaluierten Bericht über die Auswirkungen der festgelegten PpUG in den pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern vorzulegen. Laut der Gesetzesbegründung sollen die Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie die finanziellen Auswirkungen evaluiert werden. Die Selbstverwaltung hat hierfür das unabhängige Forschungsinstitut IGES mit einer Erhebung zu den Auswirkungen der PpUG beauftragt, um die eigenen Analysen zu ergänzen. Der Ergebnisbericht des IGES Instituts ist Anlage 1 zu diesem Bericht. An der Befragung haben sich von ursprünglich 1.654 eingeladenen Krankenhausstandorten 526 an der Befragung beteiligt. Davon in die Analyse einbezogen werden konnten 437 Datensätze, was einem Rücklauf von 26,4 % und einer Beteiligung von etwa jedem vierten Standort entspricht (IGES-Bericht², Seite 15).

² Hahnel, E., Pörschmann-Schreiber, U., Braeseke, G., Zich, K. (2023). Auswirkungen von Pflegepersonaluntergrenzen. Befragung von Pflegedirektionen und leitenden Pflegekräften zu Auswirkungen von Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern. Berlin, Dezember 2023, im Folgenden „IGES-Bericht“.

2 Ziel und Aufbau des Berichts

Ziel des Berichts ist darzustellen, wie die PpUG in den Krankenhäusern umgesetzt werden und sich auswirken. Hinsichtlich der Umsetzung der PpUG liegen umfangreiche Datenbestände der Nachweise der Krankenhäuser vor. Um jedoch Wissen über die Auswirkungen der PpUG auf die Pflegepersonalbesetzung und die Versorgungen der Patientinnen und Patienten zu generieren, war es erforderlich, die betroffenen Personen in Krankenhäusern dazu zu befragen. Daher haben die Selbstverwaltungspartner das IGES Institut damit beauftragt, Pflegedirektionen und leitende Pflegekräfte zu Auswirkungen der PpUG zu befragen. Die Ergebnisse dieser Befragung liegen in einem Abschlussbericht in Anlage 1 vor.

In dem nachstehenden Bericht wird zunächst auf die Erfahrungen der Nachweisführung eingegangen (Kapitel 3), dann anhand der wesentlichen Kennzahlen zu den PpUG die Umsetzung dargestellt (Kapitel 4), folgend der Wirkmechanismus der PpUG und die Konsequenzen der Nichteinhaltung beschrieben (Kapitel 5) sowie die Auswirkungen der PpUG anhand des IGES-Berichts zusammengefasst (Kapitel 6).

Aufgrund der unterschiedlichen Positionen von GKV-Spitzenverband und DKG werden die Kapitel 1 bis 4 rein deskriptiv dargestellt. Eine Bewertung durch die Selbstverwaltungspartner erfolgt in separaten Fazits (Kapitel 7).

3 Erfahrungen mit dem Nachweisverfahren

Die Vereinbarung zum Nachweisverfahren regelt die Ausgestaltung der Meldungen und der Nachweise zur Einhaltung von verbindlichen PpUG für pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus gemäß § 137i Absatz 4 SGB V und gilt für alle gemäß § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser.

Die Krankenhäuser weisen quartalsweise nach, inwieweit sie PpUG eingehalten haben. Die Meldungen eines Krankenhauses umfassen die Einhaltung der PpUG in jedem pflegesensitiven Bereich als monatliche Durchschnittswerte und die Anzahl der Schichten, in denen die PpUG nach § 6 PpUGV nicht eingehalten worden sind (§§ 3 und 4 PpUG-Nachweis-Vereinbarung). Die Nachweise eines Krankenhauses umfassen den jährlichen Erfüllungsgrad der Einhaltung der PpUG je pflegesensitiven Bereich und Angaben zur Richtigkeit der Mitteilungen (§ 5 PpUG-Nachweis-Vereinbarung). Die Quartalsmeldungen, aufgeschlüsselt nach Monaten und nach der Art der Schicht, sowie die Jahresmeldungen zum jährlichen Erfüllungsgrad der PpUG eines Krankenhauses werden dem InEK auf elektronischem Wege übermittelt.

Die Erfahrungen der Krankenhäuser mit dem Nachweisverfahren zeigt die Erhebung zu den Auswirkungen der PpUG im Krankenhaus durch das IGES-Institut (IGES-Bericht, Seite 40 f.).

Zwei Drittel der 437 befragten Standorte (64,1 %) schätzen den Aufwand als hoch bis sehr hoch ein (IGES-Bericht, Seite 41). Laut den drei Interviewten bedarf es auch bei hohem Digitalisierungsgrad durch die Implementierung von entsprechenden Schnittstellen der Softwareanwendungen vieler zeitaufwendiger Kontrollen der Daten vor der Meldung an das InEK (IGES-Bericht, Seite 40). Neben Änderungen hinsichtlich der Digitalisierung wurden auch interne Umstrukturierungen vorgenommen. Dies umfasst zum Beispiel neue Kommunikationsstrukturen, aber auch prozessuale Veränderungen durch das Schaffen eines Bereichs „Pflegecontrolling“ bzw. den Ausbau dessen (13,0 %) oder das Schaffen einer ganz neuen Stelle (10,1 %) (IGES-Bericht, Seite 41). Mehr als die Hälfte der Befragten (53,1 %) sieht Änderungsbedarf am Nachweisverfahren, welcher sich vor allem auf den Wunsch einer einheitlichen Software (48,8 %) sowie einer weiterentwickelten Datenmaske des InEK bezieht (33,0 %) (IGES-Bericht, Seite 41).

Erstmals werden in den Krankenhäusern die Informationen zur Pflegepersonalbesetzung und zur Patientenbelegung je Station und Schicht zusammengeführt. Die pflegerische Versorgungssituation wird dadurch hinsichtlich der Mindestversorgung transparent und beurteilbar.

4 Umsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen

Die Kennzahlen zur Umsetzung der PpUG basieren auf Eigenangaben der Krankenhäuser. Zum Berichtszeitpunkt liegen die Jahresmeldungen für die Jahre 2019 bis 2022 sowie die Quartalsmeldungen für das erste bis dritte Quartal 2023 vor. Die Daten der Jahresmeldungen wurden vom InEK plausibilisiert sowie deren Überprüfung durch Wirtschaftsprüfer und Buchprüfer testiert.

In den nachstehenden Ausführungen dieses Berichts werden die ausgewerteten Daten der Jahresmeldungen 2021 und 2022 sowie der Quartalsmeldungen 2023 verwendet.³ Aus Gründen der Lesbarkeit des Berichts werden die wesentlichen Kennzahlen im Zeitverlauf ab 2021 bis zum dritten Quartal 2023 dargestellt. Tiefergehende Analysen werden für das Jahr 2022 aufgezeigt, da mit der Jahresmeldung 2022 die aktuellsten vom Wirtschafts- oder Buchprüfer bestätigten Daten vorliegen. Die Jahresmeldungen 2019 und 2020 sind nicht in diesem Bericht umfasst, da zum einen in 2019 lediglich vier pflegesensitive Bereiche galten sowie zum anderen in 2020 aufgrund der pandemiebedingten Aussetzung der PpUGV entsprechende Datenlücken bestehen. Wesentliche Kennzahlen zur Einhaltung bzw. Nichteinhaltung der PpUG sind der „Anteil unterbesetzter Schichten an den Schichten insgesamt“ (Betrachtung einzelner Schichten) als Qualitätsinformation sowie die für die Sanktionierung maßgebliche „rechnerische Anzahl Patienten je Pflegekraft“ (Monatsdurchschnittsbetrachtung).

4.1 Plausibilisierung

In den Jahresmeldungen 2021 und 2022 sowie den Quartalsmeldungen (erstes bis drittes Quartal) 2023 liegen zahlreiche Datensätze zur Umsetzung der PpUG vor. Ein Datensatz entspricht dabei einer Meldung eines Krankenhauses über die Kennzahlen zur jeweils durchschnittlichen Patientenbelegung und Pflegepersonalausstattung je Station und je Tag- und Nachtschicht in einem Monat. Bei intensiver Auseinandersetzung mit den Daten zeigen sich in der Verteilung der rechnerischen Anzahl der Patientinnen und Patienten je Pflegekraft extreme nicht plausible Werte, die bei Berücksichtigung zu verzerrten Ergebnissen führen würden. Beispielsweise finden sich in den Daten Ausreißer von 50 bis 500 und sogar mehr als 500 Patientinnen und Patienten je Pflegekraft oder auch weniger als 0,5 Patientinnen und Patienten je Pflegekraft. Aus diesem Grund wurden in der nachstehenden Auswertung nicht nur alle Datensätze mit fehlenden Werten (Leerzeilen) eliminiert, sondern auch nicht plausible Abweichungen (weniger als 0,5 und mehr als 50 Patientinnen und Patienten je Pflegekraft) ausgeschlossen. Das betrifft je Jahr (2021, 2022, 2023) etwa 3 % der Datensätze.

³ Die Auswertungen in den Tabellen basieren auf Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes. Die Abbildungen sind eigene Darstellungen.

4.2 Beschreibung der Grundgesamtheit

Für das Jahr 2021 sind die Nachweise von 1.325 Krankenhäusern mit 13.242 Stationen⁴ in 12 pflegesensitiven Bereichen in der Auswertung umfasst. Insgesamt waren 1.331 Krankenhäuser verpflichtet, Daten für die Jahresmeldung 2021 zu liefern. Für das Jahr 2022 sind die Nachweise von 1.367 Krankenhäusern mit 14.436 Stationen in 16 pflegesensitiven Bereichen in der Auswertung berücksichtigt. Insgesamt waren 1.368 Krankenhäuser verpflichtet, Daten für die Jahresmeldung 2022 zu liefern. Für das erste bis dritte Quartal 2023 sind Nachweise von 1.362 Krankenhäusern mit 14.727 Stationen in 19 pflegesensitiven Bereichen in der Auswertung berücksichtigt. Im ersten Quartal 2023 waren insgesamt 1.362 Krankenhäuser⁵ und im zweiten Quartal 2023 1.358 Krankenhäuser verpflichtet Daten zu liefern. In der Zusammenschau sind somit – mit nur wenigen Ausnahmen – nahezu alle unter die Regelungen der PpUGV fallenden Krankenhäuser in der Auswertung umfasst. Exemplarisch werden in Tabelle 1 und 2 die Grundgesamtheit für das Jahr 2022 je pflegesensitivem Bereich sowie die regionale Verteilung dargestellt.

Tabelle 1: Grundgesamtheit für das Jahr 2022 je pflegesensitiver Bereich

pflegeintensiver Bereich ▲	Anzahl KH	Stationen	Datensätze
Allgemeine Chirurgie	683	1.502	26.172
Allgemeine Pädiatrie	337	753	17.159
Geriatric	375	803	14.385
Gynäkologie und Geburtshilfe	695	1.367	29.849
Herzchirurgie	76	170	3.860
Innere Medizin	829	2.730	57.242
Intensivmedizin	777	1.365	31.532
Interdisziplinär	964	4.224	85.364
Kardiologie	151	237	4.926
Neonatalogische Pädiatrie	165	246	5.610
Neurologie	426	1.046	23.403
Neurologische Frührehabilitation	111	246	5.484
Neurologische Schlaganfallereinheit	340	366	8.616
Orthopädie	223	404	8.231
Pädiatrische Intensivmedizin	94	105	2.491
Spezielle Pädiatrie	20	36	794
Unfallchirurgie	152	228	4.143
Gesamt:	1.367	14.436	329.261

⁴ Die Anzahl der Stationen kann nur als ungefähre Größenordnung angesehen werden wegen möglicher Mehrfachnennung in den Daten aufgrund unterjähriger Umstrukturierungen in den Krankenhäusern.

⁵ Die Anzahl der Krankenhäuser, die verpflichtet sind Daten zu liefern, hat sich von 2022 auf 2023 und vom zweiten zum dritten Quartal 2023 verringert. Dies ist auf Fusionen und Schließungen von Krankenhäusern zurückzuführen.

Tabelle 2: Regionale Verteilung der Grundgesamtheit für das Jahr 2022

Bundesland ▲	Anzahl KH	Stationen	Datensätze
Baden-Württemberg	151	1.534	34.638
Bayern	231	2.160	49.189
Berlin	46	617	13.857
Brandenburg	54	489	11.066
Bremen	12	169	3.596
Hamburg	30	369	8.565
Hessen	112	1.020	23.507
Mecklenburg-Vorpommern	32	301	7.038
Niedersachsen	136	1.185	27.247
Nordrhein-Westfalen	271	3.452	79.043
Rheinland-Pfalz	70	742	17.074
Saarland	18	215	4.862
Sachsen	75	818	18.811
Sachsen-Anhalt	40	487	10.713
Schleswig-Holstein	47	436	9.957
Thüringen	42	442	10.098
Gesamt:	1.367	14.436	329.261

4.3 Umsetzung der PpUG je pflegesensitiver Bereich

Nachstehend wird ein Überblick über die Umsetzung der PpUG anhand der wesentlichen Kennzahlen sowie im Zeitverlauf je pflegesensitiven Bereich dargestellt. Bei interdisziplinär belegten Stationen, die PpUG aus zwei oder mehr pflegesensitiven Bereichen einzuhalten haben, wurde in den Quartals- und Jahresmeldungen die jeweils strengste PpUG dargestellt. Wenn auf einer Station mehrere Untergrenzen gelten, die gleich "streng" sind, werden diese pflegesensitiven Bereiche kommasepariert in den Nachweisen angezeigt. Mit sukzessiver Ausweitung der PpUG auf weitere pflegesensitive Bereiche im Zeitverlauf wachsen auch die Möglichkeiten an Kombinationen. In der Auswertung der Daten werden diese Kombinationen unter der Rubrik „Interdisziplinär“ zusammenfassend dargestellt.

Im Jahr 2021 hatten 739 von 1.325 Krankenhäusern (56 %), im Jahr 2022 847 von 1.367 Krankenhäuser (62 %) sowie im Jahr 2023 750 von 1.362 Krankenhäuser (55 %) Schwierigkeiten, die PpUG im Monatsdurchschnitt einzuhalten. Die Nichteinhaltung im Monatsdurchschnitt lag im Jahr 2021 bei 5,1 %, im Jahr 2022 bei 6,5 % und in den ersten drei Quartalen 2023 bei 6,1 %. In Tabelle 3 wird der Anteil der unterbesetzten Schichten an Schichten gesamt im Zeitverlauf ab 2021 dargestellt.

Tabelle 3: Anteil unterbesetzter Schichten an Schichten gesamt je Bereich im Zeitverlauf

Bereich	Jahr ▲	2021	2022	2023
	▲	unterbesetzte Schichten	unterbesetzte Schichten	unterbesetzte Schichten
Allgemeine Chirurgie		15,1 %	17,1 %	15,7 %
Allgemeine Pädiatrie		.	13,2 %	11,7 %
Geriatric		12,0 %	13,1 %	15,0 %
Gynäkologie und Geburtshilfe		.	19,2 %	18,0 %
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde		.	.	14,6 %
Herzchirurgie		13,4 %	15,9 %	13,4 %
Innere Medizin		11,0 %	11,8 %	11,8 %
Intensivmedizin		14,9 %	16,0 %	14,6 %
interdisziplinär		12,5 %	15,1 %	14,1 %
Kardiologie		12,0 %	13,4 %	12,2 %
Neonatologische Pädiatrie		.	22,3 %	18,0 %
Neurologie		15,2 %	16,7 %	16,0 %
Neurologische Frührehabilitation		15,7 %	19,0 %	19,0 %
Neurologische Schlaganfallereinheit		19,9 %	21,1 %	20,6 %
Orthopädie		.	21,2 %	16,9 %
Pädiatrie		10,4 %	.	.
Pädiatrische Intensivmedizin		15,0 %	16,6 %	14,8 %
Rheumatologie		.	.	19,2 %
Spezielle Pädiatrie		.	27,1 %	27,3 %
Unfallchirurgie		15,0 %	14,8 %	14,1 %
Urologie		.	.	17,4 %
Gesamt		13,4 %	15,6 %	14,8 %

Mit Blick auf die unterbesetzten Schichten zeigen sich Anteile von rund 10 % bis 27 %. Im Jahr 2021 im Bereich Neurologische Schlaganfallereinheit (19,9 %) sowie in den Jahren 2022 und 2023 im Bereich Spezielle Pädiatrie (rund 27 %) sind die größten Schwierigkeiten auszumachen, um PpUG einzuhalten. In den Bereichen Pädiatrie im Jahr 2021 (10,4 %) sowie der Inneren Medizin (11 bis rund 12 %) sind die geringsten Anteile der Unterbesetzung zu verzeichnen. Eine Darstellung der unterbesetzten Schichten und der Nichteinhaltung im Monatsdurchschnitt wird je Bereich und im Zeitverlauf auf Quartalsebene in Anlage 2 abgebildet.

Grundlegend lassen sich die Kennzahlen der Unterschreitung der PpUG in Bezug auf die Festlegung der einzelnen Untergrenzen nicht weiter in den Gesamtkontext der PpUG-Methodik und PpUG-Höhe einordnen bzw. bewerten (siehe Kapitel 1, Erläuterung des „Perzentilansatzes“). Die für die Festlegung der PpUG zugrundeliegende Datenbasis wurde den Selbstverwaltungspartnern von Seiten des BMG bzw. des InEK nicht zur Verfügung gestellt.

4.4 Umsetzung der PpUG differenziert nach Tag- und Nachtschicht

Die vorhandenen Kennzahlen ermöglichen eine differenzierte Sicht, wie die PpUG in der einzelnen Schichtart umgesetzt werden. Dabei werden nach Definition der PpUGV die Tagschicht (Zeitraum von 6 Uhr bis 22 Uhr) sowie die Nachtschicht (Zeitraum von 22 Uhr bis 6 Uhr) unterschieden. Nachstehend wird die Umsetzung der PpUG je pflegesensitiver Bereich und je Tag- und Nachtschicht für das Jahr 2022 dargestellt. Aus Gründen der Lesbarkeit des Berichts werden diese Detailauswertungen ausschließlich für das Jahr 2022 präsentiert.

In Abbildung 1 sind die Anteile der unterbesetzten Schichten an den Schichten gesamt im Zeitverlauf je pflegesensitiven Bereich abgebildet, differenziert nach Tag- und Nachtschicht. Es ist kein einheitliches Bild über alle pflegesensitiven Bereiche hinweg erkennbar, sondern es sind vielmehr verschiedene Ausprägungen von nahezu keiner Abweichung zwischen Tag- und Nachtschicht bis hin zu nennenswerten Unterschieden zu verzeichnen. Beispielsweise unterscheiden sich die Anteile der Tag- und Nachtschicht in der Geriatrie um etwa 7 %. Um auf die Frage einzugehen, ob sich im Zeitverlauf der Quartale Veränderungen zeigen, so ist vom dritten auf das vierte Quartal 2022 ein Anstieg des Anteils an unterbesetzten Schichten in folgenden Bereichen zu verzeichnen: Allgemeine Pädiatrie, Intensivmedizin, Kardiologie, Spezielle Pädiatrie (Nachtschicht). Möglicherweise sind diese Schwierigkeiten in der Einhaltung der PpUG auf Personalausfälle oder erhöhtes Patientenaufkommen durch Atemwegserkrankungen in den Herbst- und Wintermonaten zurückzuführen.

In den Abbildungen 2 und 3 wird jeweils die Kennzahl „rechnerische Anzahl Patientinnen und Patienten je Pflegekraft“ im Jahr 2022 je pflegesensitiver Bereich sowie je Tag- und Nachtschicht in einer Verteilung („Boxplot“) dargestellt. Anhand der Verteilung wird deutlich, wie viele Patientinnen und Patienten von einer Pflegekraft etwa im Monatsdurchschnitt betreut wurden. Generell sind sowohl in der Tag- als auch in der Nachtschicht die mittleren 50 % der Daten (die „Box“) unterhalb der PpUG zu verzeichnen – also ist die vorwiegende Einhaltung der PpUG in den Krankenhäusern erkennbar. Zudem liegt je pflegesensitiven Bereich der Median zum Teil deutlich unterhalb der PpUG und gibt einen Hinweis darauf, dass Krankenhäuser einen zum Teil wesentlich höheren Pflegepersonal-Patienten-Schlüssel vorsehen als die einzuhaltende Mindestgrenze. Die sogenannten „Whisker“ (die „Antennen“) bilden in den Abbildungen die Daten vom Minimum bis zum Maximum ab. Dies zeigt zum einen eine sehr geringe Anzahl von Patientinnen und Patienten je Pflegekraft in der Einhaltung der PpUG und zum anderen die maximale Unterschreitung der PpUG je pflegesensitiven Bereich.

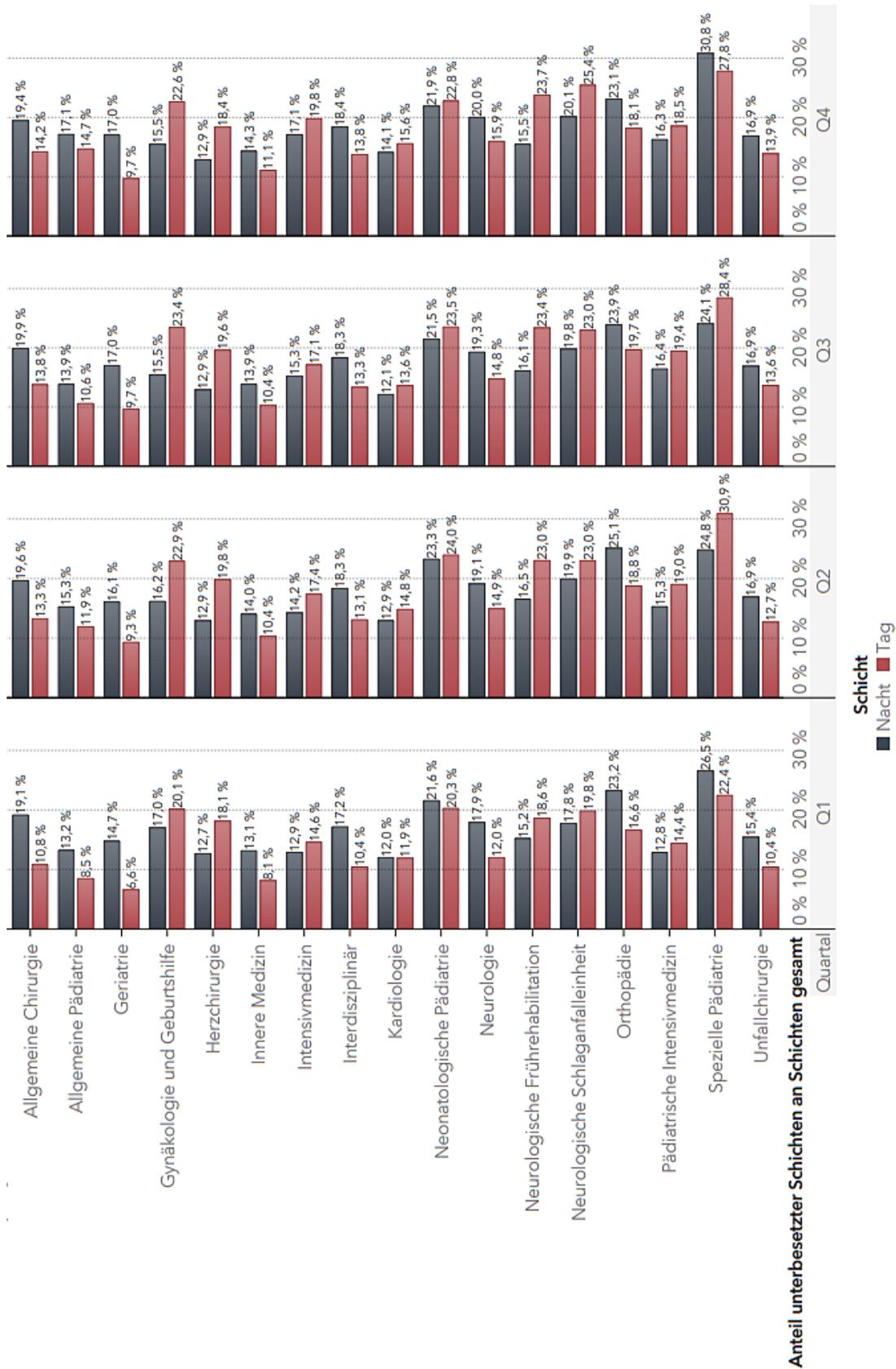


Abbildung 1: Unterbesetzte Schichten differenziert nach Tag- und Nachtschicht in 2022

Seite 15 von 35

Patienten je Pflegekraft Tagschicht

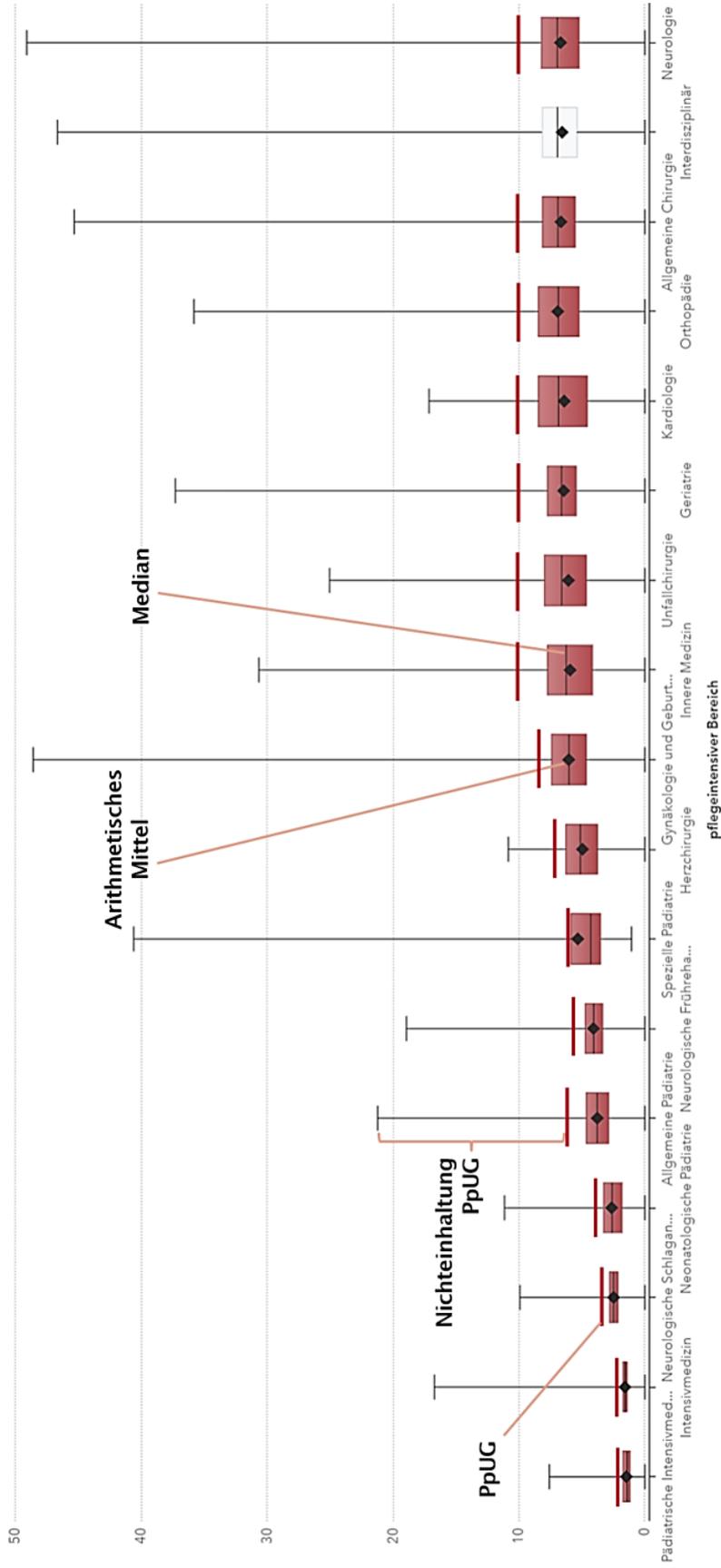


Abbildung 2: Patientinnen und Patienten je Pflegekraft in 2022 in der Tagschicht

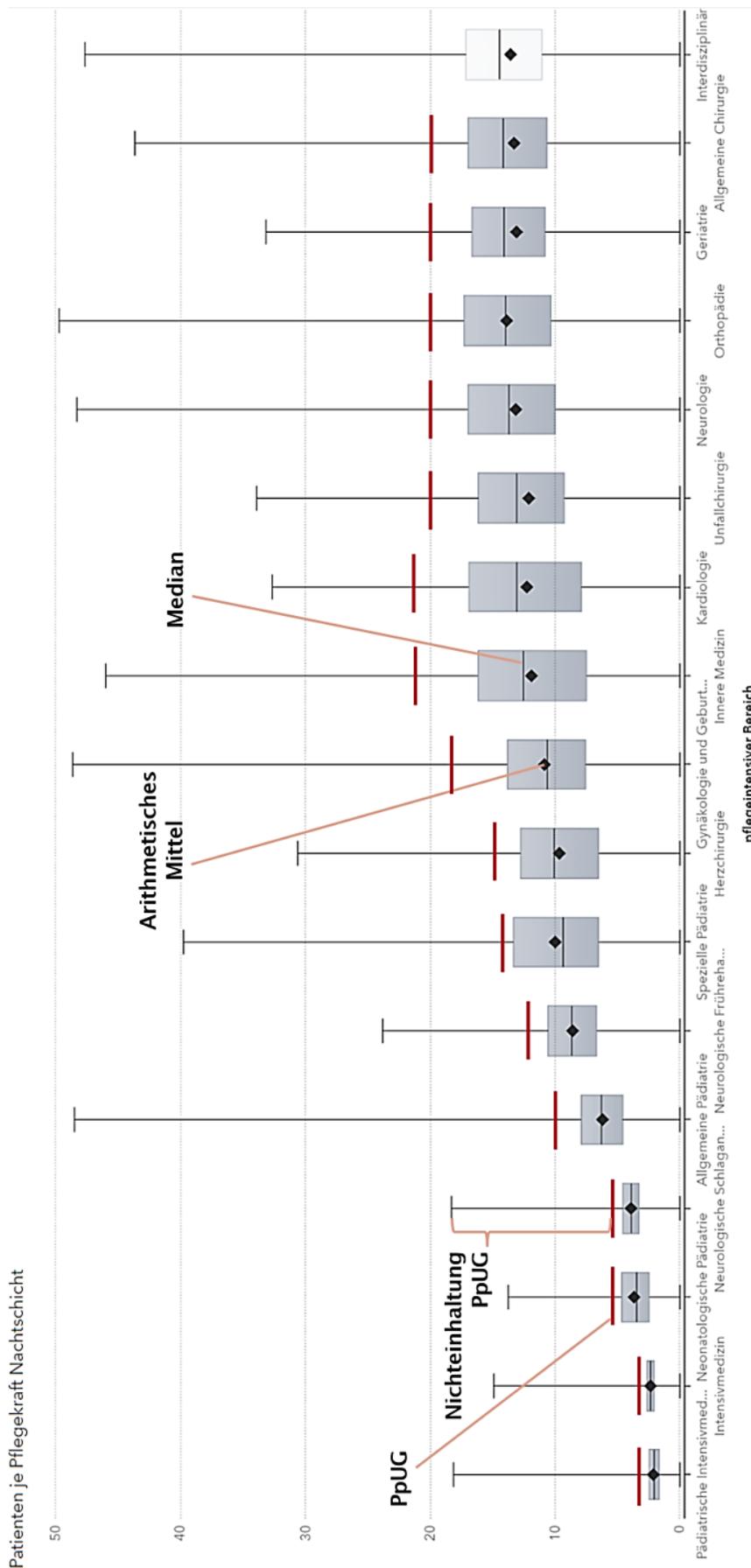


Abbildung 3: Patientinnen und Patienten je Pflegekraft in 2022 in der Nachtschicht

4.5 Umsetzung der PpUG je Bundesland

Bei Betrachtung der Nichteinhaltung der PpUG in Deutschland zeigen sich Unterschiede je Bundesland. In Tabelle 4 und Abbildung 4 sind exemplarisch die Kennzahlen der Umsetzung für das Jahr 2022 dargestellt. In allen Bundesländern sind mehr als 10 % unterbesetzte Schichten zu verzeichnen. Am besten schnitten im Vergleich in 2022 Sachsen, Baden-Württemberg und Niedersachsen und in 2021 Sachsen, Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern mit den geringsten Anteilen an unterbesetzten Schichten ab. Die höchsten Anteile an unterbesetzten Schichten waren in 2022 in Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Hamburg zu verzeichnen und in 2021 in Bremen, Nordrhein-Westfalen und Berlin (Daten des Jahres 2021 nicht dargestellt).

Tabelle 4: Umsetzung der PpUG je Bundesland in 2022

Bundesland	Anzahl KH mit gerissenen PPUG Monatsdurchschnitten	Nichteinhaltung im Monatsdurchschnitt	Anteil unterbesetzter Schichten an Schichten gesamt
Baden-Württemberg	85	5,0 %	12,1 %
Bayern	136	6,2 %	14,3 %
Berlin	27	7,4 %	16,8 %
Brandenburg	36	6,1 %	15,7 %
Bremen	11	6,9 %	16,4 %
Hamburg	17	6,7 %	17,4 %
Hessen	67	7,6 %	17,1 %
Mecklenburg-Vorpommern	19	5,6 %	14,8 %
Niedersachsen	91	5,7 %	13,6 %
Nordrhein-Westfalen	200	8,7 %	19,1 %
Rheinland-Pfalz	45	5,1 %	13,8 %
Saarland	11	5,9 %	14,3 %
Sachsen	37	2,8 %	10,7 %
Sachsen-Anhalt	26	5,8 %	17,2 %
Schleswig-Holstein	27	7,2 %	18,3 %
Thüringen	27	4,2 %	14,7 %
Gesamt:	847	Gesamt: 6,5 %	Gesamt: 15,6 %

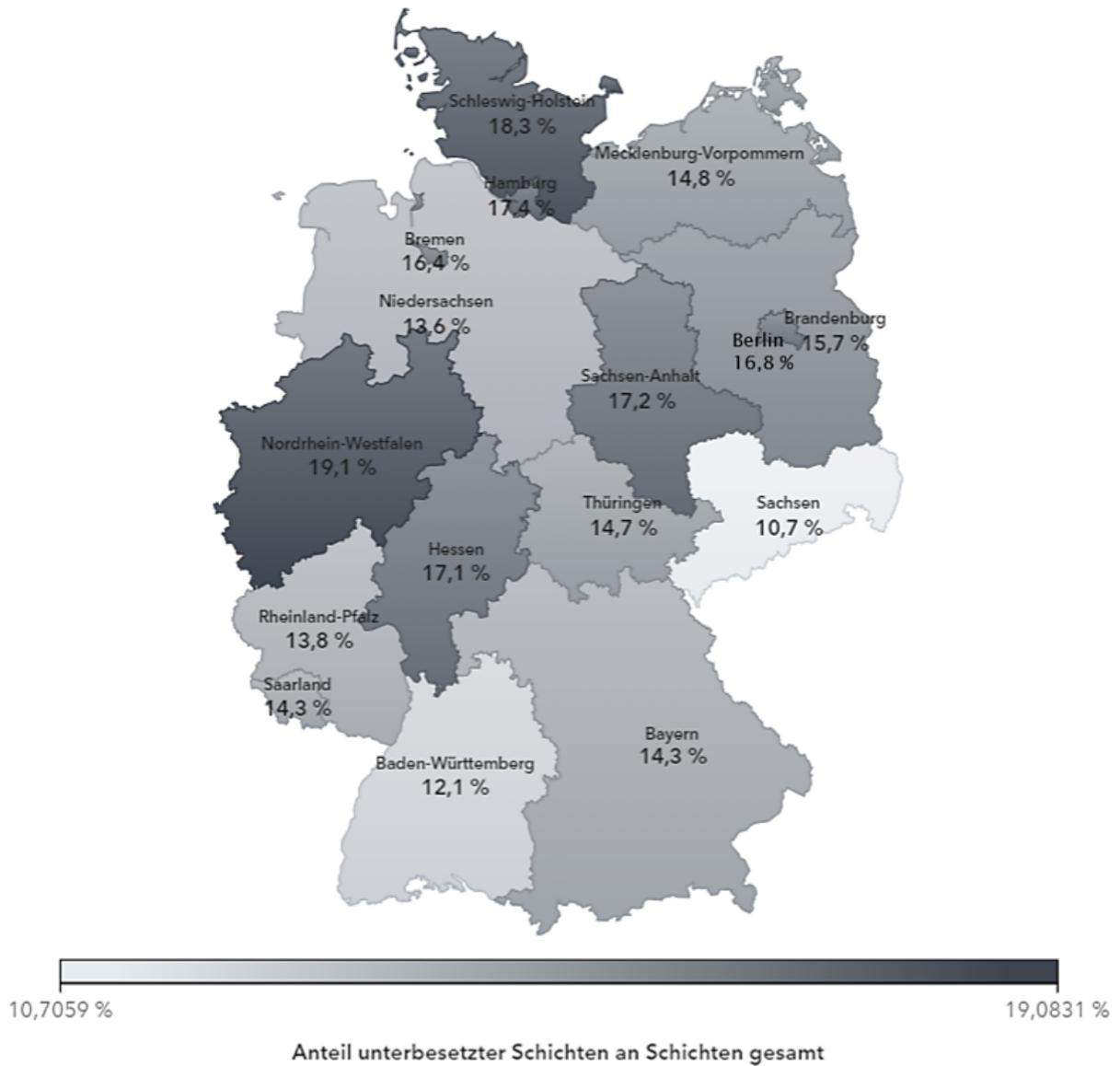


Abbildung 4: Unterbesetzte Schichten in 2022 je Bundesland

5 Wirkmechanismus und Konsequenzen der Nichteinhaltung

Um die PpUG einzuhalten, haben Krankenhäuser gewisse Handlungsspielräume hinsichtlich der Pflegepersonalbesetzung und Patientenbelegung. Schaffen es Krankenhäuser nicht, die PpUG im Monatsdurchschnitt einzuhalten, drohen Sanktionen. Nachstehend werden der Wirkmechanismus der PpUG, die Erfahrungen mit der Sanktionierung sowie Ausnahmeregelungen näher beschrieben.

5.1 Wirkmechanismus der PpUG

Mit der Einführung von PpUG wird das politische Ziel verfolgt, in den Krankenhäusern mit dem nach „Perzentilansatz“ ungünstigsten Pflegepersonal–Patienten–Schlüssel die Patientensicherheit zu erhöhen und Pflegekräfte vor völliger Überlastung zu schützen. Der dahinterstehende Handlungsspielraum für Krankenhäuser ist – sofern das Unterschreiten der PpUG droht – entweder ein entsprechender Pflegepersonalaufbau oder eine Reduzierung der pflegerisch zu versorgenden Patientinnen und Patienten.

Kurzfristig kann die drohende Unterschreitung der PpUG durch etablierte Ausfallkonzepte (zum Beispiel Springerpool, Bonus bei Einspringen) oder durch Ad hoc–Maßnahmen wie „Holen von Pflegekräften aus dem Frei“ ausgeglichen werden, was jedoch bei regelhaftem ungeplanten „Einspringen“ zu unzufriedenen Pflegekräften und Konflikten im Pflorgeteam führen kann. Langfristig ist bei zu knapp an der Untergrenze geplantem Personaleinsatz eine adäquate Stellenbesetzung und Aufstockung notwendig, um durch den Personalaufbau für eine konstante Einhaltung der PpUG zu sorgen. Der Engpass an Pflegefachkräften auf dem Arbeitsmarkt zeigt jedoch hierbei die Grenzen auf.

Die Fallzahlreduktion ist kurzfristig über das aktive Sperren von Betten oder Leistungsverlagerungen in den ambulanten Bereich möglich, wodurch dann für alle verbleibenden Patientinnen und Patienten und den betreuenden Pflegekräften durch die Einhaltung der PpUG eine Versorgung auf dem PpUG–Niveau ermöglicht wird.

5.2 Erfahrungen mit der Sanktionierung

Für den Fall der Nichterfüllung, der nicht vollständigen oder nicht rechtzeitigen Erfüllung von Mitteilungs– oder Datenübermittlungspflichten sowie für den Fall der Nichteinhaltung der PpUG haben die Selbstverwaltungspartner Regelungen zu Sanktionen zu bestimmen (§ 137i Absatz 1 Satz 10 SGB V). Die Sanktionen sind auf der Ortsebene zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern (Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG) zu vereinbaren. Die Details hierzu sind in der PpUG–Sanktions–Vereinbarung geregelt. Im Kern lassen sich zwei Arten der „Verstöße“ und sich darauf beziehende Sanktionen ausmachen. Die Sanktionen, die greifen,

- wenn die Mitteilungs- oder Datenübermittlungspflichten nicht erfüllt werden, sind durch pauschale Vergütungsabschläge geregelt.
- wenn die PpUG im Monatsdurchschnitt nicht eingehalten wurden, können entweder über Vergütungsabschläge nach Ausmaß der Unterschreitung oder durch eine prospektive Vereinbarung einer Fallzahlreduktion erfolgen.

Die Ursprungsideen hinter der Vereinbarung zu den verschiedenen Sanktionen sind, dass einerseits Krankenhäuser auch dazu angehalten sind, die Regelungen der PpUGV umzusetzen und die dazugehörigen Nachweise zu erbringen (Prinzip „Nichtbeteiligung schützt nicht vor Strafe“). Andererseits soll ein Vergütungsabschlag mit Bezug auf das jeweilige Ausmaß der Unterschreitung für Gerechtigkeit in der Sanktionierung sorgen. Also Krankenhäuser, die regelhaft die PpUG unterschreiten, haben einen höheren Vergütungsabschlag zu zahlen, als Krankenhäuser, die vorwiegend die PpUG im Monatsdurchschnitt einhalten.

Hinsichtlich der Frage, in welchem Umfang Sanktionen vereinbart wurden, konnten folgende Informationen zusammengetragen werden: Eine Abfrage der Kassenartenverbände hinsichtlich Umsetzung der prospektiven Fallzahlreduktion zeigte, dass bislang keine Vereinbarung einer Fallzahlverringering bekannt ist. Diese Art der Sanktionierung wird also nicht genutzt. Somit wurden ausschließlich Vergütungsabschläge geltend gemacht.

Um einen praktischen Einblick in die tatsächliche Umsetzung der Vergütungsabschläge zu bekommen, können lediglich die im Entgeltschlüssel 47200029 „Abschlag bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen“ erfassten Beträge herangezogen werden. Mit diesem Entgeltschlüssel werden alle Beträge der Abschläge aufgrund der unzureichenden Mitteilungs- oder Datenübermittlung bzw. der Nichteinhaltung der PpUG gemeinsam erfasst. Es erfolgt keine Differenzierung nach Sanktionsart. Die Beträge sind auch nicht dem jeweiligen Bezugsjahr zuzuordnen, sondern je nach Stattfinden der Budgetverhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern dokumentiert. Somit ist auch eine zeitliche Darstellung nicht möglich. Insgesamt ist über den Entgeltschlüssel im Zeitraum 2020 bis Ende 2022 ein Gesamtbetrag in Höhe von rund 5,2 Mio. Euro an Vergütungsabschlägen (Mittelwert 25.500 Euro) bei insgesamt 166 Krankenhäusern zu verzeichnen. In 2019 sind keine Beträge über diesen Entgeltschlüssel abgerechnet worden. Diese Aussagen geben lediglich die Information der Höhe der bislang vereinbarten Vergütungsabschläge wieder. Aufgrund dessen, dass die Sanktionen Teil der Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen sind, können zum Berichtszeitpunkt noch Abschlagsvereinbarungen zu PpUG für den vergangenen Zeitraum ausstehen. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die Sanktionen in den Budgetverhandlungen auch Teil der „Verhandlungsmasse“ und somit nicht abschließend über den Entgeltschlüssel ausgewiesen sein können. Die tatsächlichen Sanktionen liegen somit deutlich höher. Auch die

verschiedenen Ausnahmeregelungen tragen dazu bei, dass nicht für jeden Monat der Nichteinhaltung auch tatsächlich Vergütungsabschläge gezahlt wurden.

In der Befragung der Pflegedirektionen und leitenden Pflegekräfte wurde erfasst, ob die teilnehmenden Krankenhausstandorte (n = 437) bislang sanktioniert wurden. Rund 70 % gaben an, bislang keine Sanktionen erhalten zu haben. Rund 20 % gaben an, in den letzten 12 Monaten des Befragungszeitraumes Sanktionen erhalten zu haben. Hinsichtlich der Wirksamkeit der Sanktionen sehen etwa die Hälfte der Befragten die Sanktionen eher nicht als wirksam an. Als Gründe für diese Einschätzung wurde unter anderem genannt, dass die wirtschaftlichen Auswirkungen unzureichend seien und die Art der Sanktion keine Auswirkung auf die Personalverfügbarkeit hat; siehe Details im Bericht des IGES (IGES-Bericht, Seite 30 f.).

5.3 Ausnahmeregelungen

Hinsichtlich der Umsetzung der PpUG und möglicher Konsequenzen bei Nichteinhaltung ist auf das Thema Ausnahmeregelungen einzugehen. Seit Einführung, vor allem bedingt durch die Corona-Pandemie, kam es bislang zu verschiedenen Ausnahmeregelungen, wie

- die Übergangsregelungen bei Einführung der PpUG, sodass Krankenhäuser die Möglichkeit hatten die Umsetzung der PpUG auf den Stationen und die damit verbundene Nachweisführung zu organisieren (§ 8 PpUGV vom 05.10.2018 sowie vom 16.07.2020),
- die Ausnahmetatbestände laut § 7 PpUGV und § 6 PpUG-Sanktions-Vereinbarung,
- die befristete Aussetzung der PpUG von März bis Ende Dezember 2020 aufgrund der Corona-Pandemie, wobei ab August 2020 PpUG für die Bereiche Geriatrie und Intensivmedizin wieder anzuwenden waren (Zweite Verordnung zur Änderung der PpUGV vom 16.07.2020), sowie
- dass im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie das Vorliegen der Ausnahmetatbestände als nachgewiesen galt (§ 21 Absatz 2a Satz 6 KHG sowie Absatz 2b Satz 5 KHG) für den jeweiligen Zeitraum, in dem Krankenhäuser Ausgleichszahlungen und Versorgungsaufschläge erhalten haben.

Auf die Ausnahmetatbestände laut § 7 PpUGV wird im Folgenden näher eingegangen. Bei einer starken Erhöhung der Patientenzahlen bzw. überdurchschnittlich hohem Personalausfall, zum Beispiel aufgrund von hohen Infektionsraten, können Krankenhäuser in den Nachweisen Ausnahmetatbestände angeben und haben dementsprechend für diesen Monat keine Sanktionen zu befürchten. Die Ausnahmetatbestände greifen somit krankenhausesindividuell – nämlich dort und in dem Zeitraum, wo und in dem es zu hohen Personalausfällen bzw. einem Anstieg der Patientenzahlen kommt. In Tabelle 5 wird exemplarisch die Anzahl der Ausnahmetatbestände im Jahr 2022 angegeben. Anhand der Daten ist erkennbar, dass bei den unter der Rubrik „interdisziplinär“ zusammengefassten Bereichen die meisten Angaben an Ausnahmetatbeständen

zu verzeichnen sind (bis zu $n = 1.259$). In diesem Bereich und auch in anderen ist ein gegenläufiger Trend in den Daten erkennbar, also dann, wenn die Angaben zum Personalausfall vom dritten auf das vierte Quartal ansteigen, dann reduzieren sich die Angaben zum erhöhten Patientenaufkommen. Bei dem Ausnahmetatbestand „erhöhter Personalausfall“ fallen die Bereiche Innere Medizin und Intensivmedizin ($n > 500$) auf. Das erhöhte Patientenaufkommen ist in den Bereichen Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Innere Medizin am häufigsten angegeben worden ($n > 400$).

Tabelle 5: Anzahl der angegebenen Ausnahmetatbestände nach § 7 PpUGV in 2022

pflegeintensiver Bereich	Quartal	Personalausfall	erhöhte Patientenzahl	pflegeintensiver Bereich	Quartal	Personalausfall	erhöhte Patientenzahl
Allgemeine Chirurgie	Q1	109	268	Neonatologische Pädiatrie	Q1	42	89
	Q2	144	236		Q2	43	94
	Q3	236	112		Q3	78	69
	Q4	356	143		Q4	71	128
Allgemeine Pädiatrie	Q1	68	108	Neurologie	Q1	90	187
	Q2	53	110		Q2	72	189
	Q3	97	75		Q3	208	113
	Q4	144	296		Q4	396	115
Geriatric	Q1	46	116	Neurologische Frührehabilitation	Q1	94	48
	Q2	73	83		Q2	65	41
	Q3	88	37		Q3	90	30
	Q4	181	26		Q4	93	8
Gynäkologie und Geburtshilfe	Q1	176	424	Neurologische Schlaganfallereinheit	Q1	43	107
	Q2	239	345		Q2	37	94
	Q3	333	166		Q3	72	38
	Q4	496	164		Q4	161	47
Herzchirurgie	Q1	8	42	Orthopädie	Q1	45	80
	Q2	22	35		Q2	67	94
	Q3	22	26		Q3	88	28
	Q4	38	32		Q4	74	33
Innere Medizin	Q1	221	416	Pädiatrische Intensivmedizin	Q1	6	15
	Q2	258	358		Q2	11	30
	Q3	360	183		Q3	21	20
	Q4	584	221		Q4	23	50
Intensivmedizin	Q1	209	290	Spezielle Pädiatrie	Q1	0	12
	Q2	196	277		Q2	3	12
	Q3	291	146		Q3	12	0
	Q4	504	198		Q4	7	7
interdisziplinär	Q1	418	940	Unfallchirurgie	Q1	26	24
	Q2	499	836		Q2	23	23
	Q3	847	419		Q3	34	14
	Q4	1.259	453		Q4	42	7
Kardiologie	Q1	44	30				
	Q2	54	32				
	Q3	46	27				
	Q4	64	21				

6 Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen

Zur Vorlage eines wissenschaftlich evaluierten Berichts über die Auswirkungen der festgelegten PpUG in den pflegesensitiven Bereichen bei dem Deutschen Bundestag über das BMG wurde seitens der Selbstverwaltung das wissenschaftlich unabhängige Forschungsinstitut IGES beauftragt. Die sechsmonatige Erhebung enthält eine Einschätzung von Pflegedirektionen und leitenden Pflegekräften zu Auswirkungen der PpUG auf die Patientenversorgung.

Betrachtet wurde dabei die allgemeine Wahrnehmung der PpUG, die Auswirkungen auf die Krankenhausstandorte, die Auswirkungen auf das Pflegepersonal und die Personal- und Dienstplanung, die Auswirkungen auf die Patientenversorgung sowie Erfahrungen mit dem Nachweisverfahren. Konkret wurde dabei folgenden Forschungsfragen nachgegangen:

- Welche Auswirkungen haben die PpUG auf die Personalbesetzung der Stationen der Tag- und Nachtschichten?
- Welche Auswirkungen haben die PpUG auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten?
- Wie sind die praktischen Erfahrungen mit dem Nachweisverfahren zu den PpUG?

Alle Standorte, die über pflegesensitive Bereiche verfügen, wurden zur Beteiligung angeschrieben (n = 1.651). Insgesamt ist ein Rücklauf von 437 Standorten zu verzeichnen, was 26,7 % entspricht. Die Zielgruppe der Befragten – also Pflegedirektionen und leitende Pflegekräfte – wurden mit 82,8 % erreicht. Die Stichprobe ist vergleichbar hinsichtlich der Trägerschaft und Größe der Häuser.

Limitationen des Berichts lassen sich in der Beteiligung an der Erhebung feststellen (26,7 %). Auch lässt sich eine Verzerrung der Ergebnisse nicht vollends ausschließen. Hinsichtlich der Beteiligung von Krankenhäusern, die PpUG eingehalten oder nicht eingehalten haben, wurden die Nachweise aus dem ersten Quartal 2023 herangezogen. Jedoch ist eine abschließende Bewertung nicht möglich. Hinzu kommt die Bandbreite der Beteiligung nach Bundesland, die als limitierender Faktor bewertet werden kann.

In den nachstehenden Ausführungen werden die Ergebnisse aus drei Sondierungsinterviews (n = 3) sowie der Online-Befragung (n = 437 Standorte) zusammengefasst dargestellt.

6.1 Allgemeine Wahrnehmung der PpUG

Laut den Interviewteilnehmenden wird die PpUG als „rote Untergrenze“ empfunden, die in der derzeitigen Ausgestaltung eine starre Verhältniszahl sei und die pflegerischen Versorgungsaufwände der Patientinnen und Patienten nicht adäquat abbilde (IGES-Bericht, Seite 23 f.). Darüber hinaus würden auch die verschiedenen Personalbedarfe, welche sich aus den Versorgungsstufen und Spezialisierungen der Krankenhäuser ergeben, unzureichend

berücksichtigt werden. Zudem sei es problematisch, dass es Krankenhausbereiche gibt, in denen trotz Bedarf keine PpUG gelten (zum Beispiel Notfallambulanzen).

Die Ergebnisse der Online-Befragung zeigen, dass die PpUG die Versorgungsrealität eher nicht widerspiegeln (71,9 %), während 25,6 % gegenteiliger Auffassung sind (IGES-Bericht, Seite 24). Die Mehrheit der Befragten (63,8 %) bewertet die Regelungen für interdisziplinär belegte Stationen als unangemessen, da der reale Versorgungsaufwand deutlich höher sei, als es die Untergrenzen abbilden würden (n = 53). Die Zuordnung der Menge an benötigtem Pflegepersonal würde durch die Verordnung falsch betrachtet (n = 49) (IGES-Bericht, Seite 25). Etwa 37 % der Befragten bewerten, dass die Pflegedirektionen/Pflegedienstleitungen aufgrund der PpUG-Einführung einen höheren Stellenwert im Geschäftsführungskonsortium erhalten haben und 55,8 % verneinen dies (IGES-Bericht, Seite 24 f.).

6.2 Auswirkungen auf die Krankenhausstandorte

Zu der Frage, welche Auswirkungen die PpUG auf die Krankenhausstandorte hatten, geben 62,2 % der Befragten an, Änderungen in den Unternehmensorganisationen vorgenommen zu haben. Die Änderungen betreffen vor allem die technische/digitale Umsetzung der Dokumentation (21,6 %), die Organisation der Zusammenarbeit auf Führungsebene (17,5 %) die Zusammenführung der Daten des Dienstplans und der Patientenbelegung (16,4 %) sowie Vorgehensweisen zur besseren Steuerung von kurzfristigen Pflegepersonalausfall (15,5 %) (IGES-Bericht, Seite 26).

Zusätzlich zeigt die IGES-Erhebung auf, dass 61,9 % der Krankenhausstandorte aktiv Betten gesperrt haben, um die PpUG einzuhalten. Ein Drittel wiederum (33,9 %) hat keine Bettensperrungen vorgenommen. Der in der Auswertung vorgenommene Gruppenvergleich stellt dar, dass eher mittlere und größere Standorte sowie Standorte, welche die PpUG eingehalten haben, Bettensperrungen vorgenommen haben. Von Bettensperrungen am häufigsten betroffen waren Intensivstationen (18,7 %), Stationen für Innere Medizin (16,2 %), die Allgemeine Chirurgie (9,0 %), die Unfallchirurgie (8,5 %) und die Geriatrie (6,4 %) (IGES-Bericht, Seite 28 f.).

6.3 Auswirkungen auf das Pflegepersonal

Die Aussagen aus den drei Interviews ergaben, dass es zu einem schärferen Bewusstsein für die PpUG seitens der Pflegekräfte kam, was sich an einer vermehrten Kommunikation über die PpUG festmachen ließe. Enttäuschung gab es seitens der Pflegekräfte hinsichtlich der Festlegung der Einhaltung im Monatsdurchschnitt, anstatt einer tagesaktuellen Festlegung je Schicht.

Bei der Online-Befragung gaben fast drei Viertel der Teilnehmenden (73,6 %) an, dass die frühere Einführung der PpUG in bestimmten Bereichen für das Pflegepersonal nicht nachvollziehbar war. Zudem habe die PpUG zu keiner Entlastung des Pflegepersonals geführt, wie 80,4 % der Befragten angaben (IGES-Bericht, Seite 32). In jedem zweiten der teilnehmenden Standorte (52,5 %) gab es

im Team Konflikte bzw. Überlastungsanzeigen, weil Pflegekräfte nicht mehr als die im Schlüssel vorgegebene Patientenzahl versorgen können. Bei 42,7 % gab es keine Konflikte aufgrund der PpUG. In 47,3 % der befragten Standorte haben die PpUG zu einem erhöhten Sicherheitsgefühl beim Pflegepersonal geführt (IGES-Bericht, Seite 32).

Zu der Frage, ob die Teilnehmenden zustimmen, dass das Pflegepersonal mit den PpUG zufrieden ist, geben 5,9 % der Befragten zufriedene Pflegekräfte an, wohingegen 42,8 % angaben, dass Pflegekräfte unzufrieden seien. Unentschlossen bei der Frage waren 45,6 % der Befragten (IGES-Bericht, Seite 33). Die Unzufriedenheit hinsichtlich der PpUG speist sich unter anderem aus einer erschwerten geregelten Dienstplanung (n = 53), aus der Tatsache, dass der reale Versorgungsaufwand in den PpUG nicht korrekt berücksichtigt würde (n = 55) und auch daraus, dass der individuelle Pflegebedarf (n = 10) sowie der Schweregrad keine Berücksichtigung in den PpUG finden würden (n = 10) (IGES-Bericht, Seite 33 f.). Zudem kam es nicht zu spürbaren Veränderungen oder Entlastungen (n = 8), womit ebenfalls die Unzufriedenheit begründet wurde. Zufrieden waren Pflegekräfte unter anderem durch Entlastung/Unterstützung im Nachtdienst (n = 7).

6.4 Auswirkungen auf die Personal- und Dienstplanung

Die Interviewten konnten personelle Auswirkungen seit Einführung der PpUG nicht einzig auf die PpUG zurückführen. Die Bemühungen um mehr Pflegepersonal wurden eher vor dem Hintergrund des eingeführten Pflegebudgets gesehen.

Laut den Ergebnissen der Online-Befragung sei die Pflegepersonal- und Dienstplanung durch die Einführung der PpUG laut 55,8 % der Befragten aufwendiger geworden, 36,5 % der Befragten sind dieser Meinung jedoch nicht (IGES-Bericht, Seite 39 f.). 55,2 % der Befragten haben in technische Hilfsmittel zur Unterstützung oder Ergänzung der Programme zur Personalplanung investiert (IGES-Bericht, Seite 36).

Ausreichend Personal nach PpUG vorzuhalten, ist laut 65,1 % der Befragten in verschiedenen pflegesensitiven Bereichen unterschiedlich schwer, am häufigsten wurde hier die Intensivmedizin genannt (20,3 %). Zudem gaben 46,0 % der Befragten an, dass Pflegekräfte sehr häufig oder häufig einspringen mussten. Wiederum 43,8 % der Befragten geben an, dass Pflegekräfte selten oder nie kurzfristig einspringen mussten (IGES-Bericht, Seite 39). Gleichwohl zeigen die Ergebnisse der IGES-Erhebung, dass Anstrengungen in den pflegesensitiven Bereichen unternommen wurden, um ausreichend Pflegepersonal vorhalten zu können. So wurden am häufigsten Zuschläge bei Einspringen in unbesetzte Dienste (14,0 %) oder die Einführung von zusätzlichen und/oder zeitlich veränderten Diensten genannt (12,8 %). Insgesamt zeigt die Online-Befragung durch IGES, dass 32,6 % der Befragten ihre Rekrutierungsstrategie zur Gewinnung von Personal angepasst haben (IGES-Bericht, Seite 38).

Die Hälfte der Befragten gab an, dass nicht mehr Pflegepersonal aufgrund der PpUGV eingestellt wurde (53,8 %), während 38,0 % angeben, mehr Personal eingestellt zu haben (IGES-Bericht, Seite 35). Jeder zweite Krankenhausstandort (51,2 %) hielt vor der Einführung die gleiche Anzahl oder mehr Pflegekräfte vor, als durch die PpUG vorgegeben. Die Personalrekrutierungen, die vorgenommen wurden, sind unabhängig der PpUG erfolgt, wie 43,3 % der Befragten angeben (IGES-Bericht, Seite 35 f.).

6.5 Auswirkungen auf die Patientenversorgung

Die Mehrheit der Befragten (62,9 %) hat keine Veränderung der Patientenversorgung aufgrund der PpUG wahrgenommen. Dahingegen nehmen 26,3 % eine geringe oder deutliche Verbesserung und 4,5 % eine Verschlechterung der Versorgungsqualität wahr (IGES-Bericht, Seite 42). Diejenigen, die keine Veränderungen oder eine Verschlechterung wahrnehmen, begründeten dies unter anderem mit nicht genug verfügbarem Personal (n = 59), keiner Berücksichtigung des Pflegeaufwandes (n = 30), verbleibendem unveränderten Personalschlüssel (n = 14) bzw. dass die PpUG das Besetzungsniveau nicht widerspiegeln (n = 9) (IGES-Bericht, Seite 42).

Zu der Frage, ob die PpUG ein geeignetes Instrument zur Verbesserung der Patientenversorgung sind, sind sich die Befragten eher uneinig: Mehrheitlich werden die PpUG als ein (eher) nicht geeignetes Instrument zur Verbesserung der Patientenversorgung bewertet (62,4 %), wohingegen 35,6 % der Befragten dies befürworten (IGES-Bericht, Seite 44). Ähnlich uneins sind sich die Befragten, ob sich die Einhaltung der PpUG positiv auf die pflegerische Versorgung auswirkt. 51,0 % sprechen sich für positive Auswirkungen aus, wohingegen 46,7 % diese (eher) nicht wahrnehmen (IGES-Bericht, Seite 44).

Zudem beeinflussen die PpUG laut 67,9 % die Entlass- bzw. Verlegungsplanung nicht (IGES-Bericht, Seite 45). Zur Einhaltung der PpUG kommen Verlegungen von Patientinnen und Patienten auf andere Stationen mit oder ohne PpUG im Krankenhausalltag selten oder nie vor (91,7 % und 93,1 %). Auch Problematiken aufgrund der PpUG und zusammenhängenden fehlenden Bettenkapazitäten bei Verlegungen von Intensivstation auf Normalstation kommen selten bis nie vor (77,8 %). Festzustellen ist, dass die PpUG in knapp jedem zehnten Haus (9,1 %) die Verlegungen von Intensivpatientinnen und -patienten (sehr) häufig beeinflussen (IGES-Bericht, Seite 45 f.).

Festzuhalten ist, dass mehr als jeder zweite Krankenhausstandort (57,2 %) keine Umstrukturierungen in den Zuordnungen von Stationen bzw. Fachbereichen und Abteilungen vorgenommen hat. In 32,8 % der Standorte gab es Veränderungen. Wenn Veränderungen vorgenommen wurden, betrafen diese beispielsweise Bereichsveränderungen, um Personalausfälle besser kompensieren zu können (IGES-Bericht, Seite 46).

7 Fazit

Aufgrund unterschiedlicher Sichtweisen und Positionen der Selbstverwaltungspartner über PpUG werden im Folgenden jeweils ein Fazit des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft separat gezogen.

7.1 Fazit des GKV-Spitzenverbandes

Zum Schutz der Patientinnen und Patienten sowie zum Schutz der Pflegekräfte vor Überlastung wurde mit den PpUG ein Mindestversorgungsniveau für die Pflege im Krankenhaus geschaffen. Dafür wurden anhand von Daten zur Patientenbelegung und Pflegepersonalbesetzung der Krankenhäuser die Grenzwerte für die pflegesensitiven Krankenhausbereiche normativ festgelegt („Perzentilansatz“). Mit dieser methodischen Herangehensweise sollten je pflegesensitiven Bereich etwa 10 bis 20 % der Krankenhäuser unterhalb des festgelegten Niveaus betroffen und dazu angehalten sein, die Personal- und Patientensituation für die Einhaltung der PpUG anzupassen. Untergrenzen werden dabei als Mindestniveau verstanden und nicht als ein bedarfsgerechter Pflegepersonal-Patienten-Schlüssel. Die nachstehende Gesamtbewertung der PpUG erfolgt vor diesem Hintergrund und in Anbetracht dessen, was das Instrument aufgrund seiner Eigenschaften auch tatsächlich leisten kann und in welchem Ausmaß eine Wirkung zu erwarten ist.

Transparenz

In den letzten fünf Jahren wurde mit der Umsetzung der PpUG eine Aufmerksamkeit und Transparenz in der Pflege im Krankenhaus erreicht, die es vorher in dem Maße nicht gegeben hat. Mit Einführung der PpUG wurden in vielen Krankenhäusern erstmals Daten der Patientenbelegung und Personalbesetzung von Stationen zusammengeführt. Diesen Blick auf die pflegerische Versorgung zu lenken, war längst überfällig. Heutzutage sind für nahezu alle Krankenhausbereiche die Erfüllungsgrade einer pflegerischen Mindestversorgung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser verfügbar. Bürgerinnen und Bürger können dies bei der Wahl eines geeigneten Krankenhauses einbeziehen. Endlich kann die pflegerische Versorgung zumindest auf dem Niveau der notwendigen Mindestversorgung quantifiziert und beurteilt werden. Das ist ein erster Schritt in die richtige Richtung, dem weitere folgen.

Umsetzung der PpUG

Die Kennzahlen zur Umsetzung der PpUG lassen sich aus zwei Perspektiven betrachten. Mit Blick auf die Einhaltung ist erkennbar, dass die PpUG im Monatsdurchschnitt weitgehend eingehalten werden. Der durchschnittliche Personal-Patienten-Schlüssel liegt deutlich über der Untergrenze (siehe Mediane der Boxplot-Abbildungen 2 und 3).

Betrachtet man hingegen, dass 15 % der Schichten unterbesetzt sind, so sind die Defizite der pflegerischen Versorgung besorgniserregend. In einigen pflegesensitiven Bereichen – wie in der

speziellen Pädiatrie und in der Schlaganfallversorgung – ist sogar eine Unterbesetzung in etwa jeder fünften Schicht zu verzeichnen (> 20 % der Schichten unterbesetzt). Um die PpUG einzuhalten, haben Krankenhäuser gewisse Handlungsspielräume im Aufbau des Pflegepersonals oder der Fallzahlenreduzierung. Laut den Ergebnissen des IGES-Berichts wird dies auch getan: 38 % der Befragten gaben an, wegen der PpUG mehr Personal eingestellt zu haben, und rund 62 % der befragten Standorte haben aktiv Betten gesperrt, um die PpUG einzuhalten. Ohne diese gewünschten Maßnahmen wären noch mehr Schichten unterbesetzt.

Auswirkungen auf das Pflegepersonal

Ein wesentlicher Effekt der PpUG ist ein erhöhtes Bewusstsein der Pflegekräfte für die Personalbesetzung. Pflegekräfte kritisieren, wenn die PpUG nicht eingehalten werden, und wünschen sich eine Sanktionierung, die sich auf tagesaktuelle Schichten bezieht und nicht auf die Ebene der Monatsdurchschnitte (IGES-Bericht, Seite 32). Die Konsequenz einer regelmäßigen Unterschreitung der PpUG bzw. Umsetzung durch lediglich kurzfristige Maßnahmen („häufiges Holen aus dem Frei“; IGES-Bericht, Seite 39) führt zu unzufriedenen Pflegekräften sowie zu einer negativen Wahrnehmung der PpUG. In Krankenhäusern, die ihre Personal- bzw. Patientensituation für die Einhaltung der PpUG anpassen, haben die PpUG das Potenzial, ein letzter Sicherungsmechanismus zu sein. Etwa die Hälfte der Befragten der IGES-Erhebung geben an, dass die PpUG zu einem erhöhten Sicherheitsgefühl beim Pflegepersonal geführt habe (IGES-Bericht, Seite 32).

Auswirkung auf die Patientenversorgung

Eine Verbesserung der pflegerischen Versorgung kann es nur dann geben, wenn Krankenhäuser aufgrund der PpUG ihre Personal-Patienten-Schlüssel anpassen mussten und dies auch tatsächlich getan haben. In der IGES-Befragung hat etwa die Hälfte der befragten Standorte (n = 437) angegeben, schon vor der PpUG-Einführung die gleiche Anzahl bzw. mehr Pflegekräfte vorgehalten zu haben, als die definierte Untergrenze. Insofern ist es als ein Erfolg zu bewerten, dass jeder vierte Befragte (rund 26 % der Standorte) durch die PpUG eine Verbesserung der pflegerischen Versorgungsqualität wahrnimmt sowie etwas mehr als ein Drittel der Befragten (rund 36 %) die PpUG als geeignetes Instrument zur Verbesserung der Patientenversorgung ansieht (IGES-Bericht, Seiten 42 und 44). Rund 60 % geben keine Veränderung der Versorgungsqualität an. Das spiegelt die eingangs geschilderte Methodik zur Festlegung der PpUG wider und auch den Bezug, in welchem Ausmaß überhaupt eine Wirkung zu erwarten ist, weil die geforderten Personal-Patienten-Schlüssel bereits erfüllt werden.

Bewertung der Befragung von Pflegedirektionen und leitenden Pflegekräften

In den Ergebnissen der Befragung wird eine gewisse Unzufriedenheit und eine negative Wahrnehmung der PpUG deutlich, da der Pflegeaufwand nicht berücksichtigt wird. Methodisch ist

hierzu anzumerken, dass die Ergebnisse aufgrund einer vermehrten Teilnahme von Krankenhäusern, die die PpUG nicht einhalten, verzerrt sein können. Eine Verzerrung konnte nicht eindeutig ausgeschlossen werden (IGES-Bericht, Seite 50). Die größte Beteiligung ist aus Nordrhein-Westfalen (22,7 %, etwa 100 Standorte) zu verzeichnen, dort wo auch die Kennzahlen zur Umsetzung der PpUG die höchsten Unterschreitungsraten in den letzten Jahren zeigen. Hinsichtlich der fehlenden Berücksichtigung des Pflegeaufwandes ist den Befragten zuzustimmen. Die Kritik, dass PpUG „starre Verhältniszahlen“ sind und die Versorgungsrealität dadurch nicht abgebildet wird, ist berechtigt. Die im Gesetz vorgesehene weitere Ausdifferenzierung der PpUG hinsichtlich aufwandsbezogener Schweregrade ist bislang nicht erfolgt. Diese Risikoadjustierung der PpUG sollte zukünftig umgesetzt werden, um das volle Potenzial der PpUG auch auszuschöpfen.

Verfahren zu Nachweis und Sanktionen

Mit Einführung eines neuen Instruments ist auch ein Monitoring der Umsetzung erforderlich. Viele Krankenhäuser haben sich dafür entsprechend digital aufgestellt, ein Pflegecontrolling etabliert und sind bemüht und angehalten, die Nachweise zu erbringen und die definierten Personalvorgaben einzuhalten. Problematisch ist jedoch, dass die Nachweisführung weitgehend auf ungeprüften Eigenangaben der Krankenhäuser basiert. Das zeigen sowohl nicht plausible Werte in den testierten Kennzahlen als auch Hinweise von Pflegekräften gegenüber dem InEK und der Selbstverwaltung. Diese Hinweise legen dar, dass Personen, die nicht in der pflegerischen Patientenversorgung arbeiten (zum Beispiel Bettenmanager), auf dem Dienstplan einer Station geführt werden, um in den Nachweisen die PpUG zu erfüllen. Um solche Fälle zu vermeiden, sollte eine stichprobenartige Überprüfung durch den Medizinischen Dienst erfolgen, vor allem wenn eine Sanktionierung auf Basis dieser Kennzahlen erfolgt. Die Verbesserungsansätze aus der Befragung hinsichtlich eines weniger aufwendigen Verfahrens für Nachweis und Sanktionen (zum Beispiel durch eine Software zur Datenübermittlung) sind zu prüfen.

PpUG und Pflegepersonalbemessung

Vor dem Hintergrund dieser Analyse ist es notwendig und wichtig, an den PpUG im Sinne des Patientenschutzes festzuhalten und diese auf alle übrigen Krankenhausbereiche auszuweiten. Solange kein Instrument zur Pflegepersonalbedarfsbemessung vorliegt, welches den Pflegebedarf valide und reliabel misst, kann eine Untergrenze auch nicht daran geknüpft werden. Die PpUG sind für eine individuellere Ausgestaltung mit pflegeaufwandbezogenen Schweregradgruppen weiterzuentwickeln.

7.2 Fazit der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Die Ergebnisse der IGES-Erhebung zeigen, dass die Pflegepersonaluntergrenzen in ihrer jetzigen Form zwar als Untergrenze gelten, angesichts des allgemeinen Fachkräftemangels jedoch einer Regelbesetzung auf Mindestniveau gleichzusetzen sind. Auch spiegelt die allgemeine Wahrnehmung der PpUG wieder, dass die festgelegten Verhältniszahlen der PpUG von mehr als zwei Dritteln der befragten Standorte (67,3 %) als Mindestgrenze für die pflegesensitiven Bereiche als eher unangemessen bewertet werden (IGES-Bericht, Seite 26). Zudem bewerten circa zwei Drittel (67,9 %) die PpUG zur Festlegung der Mindestpersonalausstattung als (eher) nicht adäquates Instrument. Zumal der Bedarf an Pflegekräften, sowie die Pflegequalität nicht bedarfsgerecht und daher nicht adäquat abgebildet werden (IGES-Bericht, Seite 26). Grundlegend sind die Pflegepersonaluntergrenzen als nicht sach- und bedarfsgerecht zu bezeichnen.

Auch für interne Prozesse und das interne Betriebsklima entstehen Probleme durch die PpUG. So belegt der Bericht, dass die PpUG Konflikte auf Station schüren: fehlt Personal auf der einen Station, um die PpUG einzuhalten, wird Personal von einer anderen Station abgezogen, was der Verordnung der PpUG geschuldet ist. Flexible, am aktuellen Pflegebedarf der Patienten orientierte und an die derzeitige Versorgungsrealität angepasste Personalplanung ist somit nicht möglich. Die COVID-19 Pandemie hat gezeigt, dass die PpUG mit ihren starren Vorgaben nicht mehr zeitgemäß sind und vielmehr dazu führen, dass die Sicherstellung der Patientenversorgung durch Kapazitätsverknappung – insbesondere in hochsensiblen Bereichen, wie den Intensivstationen – gefährdet ist. Vor dem sowieso schon existierenden Fachkräftemangel in den Krankenhäusern bergen die PpUG Sprengkraft, da das vorhandene Personal ein- und umgesetzt werden muss, um eine Verletzung der PpUGV zu vermeiden. Notwendige Faktoren wie Entlastung und ein gelungener Qualifikationsmix unter dem tätigen Pflegepersonal werden dabei völlig außer Acht gelassen. Auch sind die PpUG ein sehr undifferenziertes Instrument und eignen sich daher nicht für Spezialversorger. Ganz offensichtlich sind die PpUG als starres, rückwärtsgewandtes und bürokratisches Steuerungsinstrument nicht mehr zeitgemäß. Nicht zuletzt deshalb, weil die PpUG lediglich starre Grenzen bestimmen – die Personalplanung aber nicht dynamisch und aktiv, sowie bedarfsgerecht steuern.

Die Fehler und Defizite der PpUG zeigen sich auch in ihrem bürokratischen Aufwand. Die PpUG haben sich seit ihrer Einführung als wahres „Bürokratiemonster“ erwiesen und führen zu erheblichem personellem Mehraufwand für die Dokumentation und das Controlling. Personal, das deshalb an wichtigeren Stellen der Versorgung fehlt. Die Mehrarbeit trifft auch weiteres Krankenhauspersonal, welches Auswertungen anfertigt und regelmäßige Nachweise führt. Das Nachweisverfahren der Einhaltung bzw. Nichteinhaltung der PpUG ist sehr mühselig, wie auch die IGES-Erhebung belegt. Knapp zwei Drittel der Befragten (64,1 %) schätzen den Aufwand im Nachweisverfahren als hoch oder sehr hoch ein. Regelmäßige Rückmeldungen aus den

Krankenhäusern an die Deutsche Krankenhausgesellschaft bestätigen dies ebenfalls und zeigen auch auf, dass es keine ausreichende Unterstützung durch das InEK im Nachweisverfahren gibt. Die Beantwortung von Rückfragen erfolgt meist nur schriftlich und das auch noch zeitverzögert und oftmals eher kryptisch, anstatt hilfreich. Zwar zeigt der IGES-Bericht, dass jeder dritte der befragten Standorte die Digitalisierung vorangetrieben hat, zum Beispiel durch die Schaffung von Schnittstellen zwischen Dienstplanprogrammen und Mitternachtsstatistik (IGES-Bericht, Seite 41). Andererseits gibt es an die DKG auch zahlreiche Rückmeldungen, die zeigen, dass Schnittstellen teilweise mit der InEK Eingabemaske und somit die Dateneingaben nicht funktionieren. Das InEK bittet in diesem Fall um eine händische Eingabe der Daten. Die dafür aufzuwendende Mühe ist nochmal zusätzlich enorm zu dem sowieso schon bürokratischen und zeitfressenden Meldevorgang. Grundlegend ist hinsichtlich des Nachweisverfahrens der Personalschlüssel nach PpUGV anzumerken, dass eine nachvollziehbare, wissenschaftliche Datengrundlage zur Festlegung der Personalschlüssel nicht ersichtlich ist. Dies ist eine inakzeptable Intransparenz. Auch vor dem Hintergrund der hinsichtlich der Patienten und Krankheitsfälle immer diverser werdenden Krankenhauslandschaft birgt das Nachweisverfahren unnötige Verkomplizierungen. Die Nachweismeldung der PpUG ist bei interdisziplinär belegten Stationen besonders kompliziert. Das wiederum bindet Zeit und Personal. Entlastung und bürokratiearmes Arbeiten wird dadurch nicht gewährleistet, sondern verhindert. Das darf nicht der Anspruch des deutschen Gesundheitswesens im Jahr 2024 sein. Denn es gibt Alternativen: Mit der PPR 2.0 liegt ein wissenschaftlich evaluiertes und praktisch erprobtes Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument vor, welches die PpUG sofort ersetzen kann. Mit der PPR 2.0 wäre ein bedarfsgerechtes Instrument gegeben, das eine bürokratiearme Dokumentation sicherstellen und die Personalplanung an die Versorgungsrealität vor Ort in den Krankenhäusern anpassen kann – auch durch die Möglichkeit anhand der belegbaren Daten der PPR 2.0 einen sukzessiven Personalaufbau in den Häusern durchzuführen ist hervorzuheben. Hinzu kommt, dass insbesondere die Weiterentwicklungsfähigkeit der PPR 2.0 zulässt, dass Faktoren wie der Qualifikationsmix in die angemessene Personalplanung Einzug erhalten kann.

Anlagen

Anlage 1 IGES-Bericht über Auswirkungen von Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus

[separate Anlage zu diesem Bericht]

Anlage 2 Umsetzung der PpUG im Zeitverlauf – Kennzahlen je Quartal

Bereich ▲	JahrQ ▲	21Q1	21Q2	21Q3	21Q4	22Q1	22Q2	22Q3	22Q4	23Q1	23Q2	23Q3
Allgemeine Chirurgie	Nichteinhaltung Monatsdurchschnitt	5,6 %	5,2 %	6,4 %	6,0 %	5,8 %	7,0 %	6,4 %	6,6 %	6,0 %	5,0 %	5,4 %
	unterbesetzte Schichten	14,2 %	14,2 %	15,8 %	16,0 %	16,0 %	17,2 %	17,6 %	17,5 %	16,2 %	15,2 %	15,8 %
Allgemeine Pädiatrie	Nichteinhaltung Monatsdurchschnitt	.	.	.	.	4,3 %	5,5 %	4,5 %	7,8 %	5,7 %	4,6 %	3,7 %
	unterbesetzte Schichten	.	.	.	.	10,8 %	13,6 %	12,2 %	15,9 %	12,9 %	11,6 %	10,5 %
Geriatric	Nichteinhaltung Monatsdurchschnitt	1,3 %	2,5 %	3,7 %	3,3 %	2,2 %	3,2 %	3,8 %	3,2 %	3,6 %	5,4 %	6,2 %
	unterbesetzte Schichten	9,4 %	11,0 %	14,6 %	13,5 %	11,4 %	13,3 %	13,9 %	14,0 %	13,5 %	15,3 %	16,2 %
Gynäkologie und Geburtshilfe	Nichteinhaltung Monatsdurchschnitt	.	.	.	.	10,7 %	11,4 %	11,1 %	10,9 %	12,5 %	11,6 %	11,4 %
	unterbesetzte Schichten	.	.	.	.	18,6 %	19,6 %	19,5 %	19,1 %	18,3 %	17,8 %	18,0 %
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Nichteinhaltung Monatsdurchschnitt	.	.	.	.	.	.	.	.	5,0 %	4,5 %	3,6 %
	unterbesetzte Schichten	.	.	.	.	.	.	.	.	15,5 %	14,6 %	13,7 %
Herzchirurgie	Nichteinhaltung Monatsdurchschnitt	9,1 %	7,9 %	10,8 %	9,5 %	8,5 %	8,8 %	8,5 %	8,3 %	8,1 %	8,8 %	8,7 %
	unterbesetzte Schichten	13,6 %	11,6 %	14,6 %	13,9 %	15,4 %	16,4 %	16,3 %	15,6 %	13,1 %	14,2 %	12,9 %
Innere Medizin	Nichteinhaltung Monatsdurchschnitt	2,8 %	2,9 %	3,9 %	3,1 %	2,8 %	3,7 %	3,4 %	3,7 %	3,7 %	3,5 %	3,4 %
	unterbesetzte Schichten	9,7 %	10,3 %	12,1 %	11,3 %	10,5 %	12,1 %	12,0 %	12,6 %	11,8 %	11,9 %	11,7 %
Intensivmedizin	Nichteinhaltung Monatsdurchschnitt	5,4 %	8,3 %	7,3 %	7,7 %	5,5 %	7,4 %	7,1 %	9,0 %	6,8 %	6,7 %	5,5 %
	unterbesetzte Schichten	11,5 %	16,0 %	15,9 %	16,3 %	13,7 %	15,8 %	16,2 %	18,4 %	15,7 %	14,4 %	13,8 %
interdisziplinär	Nichteinhaltung Monatsdurchschnitt	3,5 %	4,0 %	4,8 %	4,8 %	4,3 %	5,2 %	5,6 %	5,4 %	4,9 %	4,8 %	4,4 %
	unterbesetzte Schichten	10,7 %	11,6 %	13,7 %	13,6 %	13,4 %	15,5 %	15,6 %	15,8 %	14,6 %	13,8 %	13,9 %
Kardiologie	Nichteinhaltung Monatsdurchschnitt	2,4 %	3,3 %	5,1 %	3,8 %	4,7 %	5,5 %	5,1 %	4,8 %	5,2 %	4,4 %	4,2 %
	unterbesetzte Schichten	10,3 %	10,3 %	13,5 %	13,2 %	11,9 %	13,9 %	12,9 %	14,8 %	14,1 %	11,5 %	10,6 %
Neonatologische Pädiatrie	Nichteinhaltung Monatsdurchschnitt	.	.	.	.	16,5 %	20,5 %	19,1 %	18,1 %	14,9 %	15,2 %	13,4 %
	unterbesetzte Schichten	.	.	.	.	20,9 %	23,6 %	22,5 %	22,3 %	18,3 %	17,7 %	17,9 %
Neurologie	Nichteinhaltung Monatsdurchschnitt	4,9 %	5,8 %	6,7 %	6,1 %	5,5 %	7,2 %	7,3 %	7,7 %	6,3 %	6,2 %	5,6 %
	unterbesetzte Schichten	13,0 %	14,5 %	16,9 %	15,6 %	14,9 %	17,0 %	17,0 %	18,0 %	16,0 %	16,0 %	16,0 %
Neurologische Frührehabilitation	Nichteinhaltung Monatsdurchschnitt	6,2 %	7,8 %	10,3 %	9,7 %	8,8 %	11,4 %	12,0 %	12,4 %	10,2 %	11,2 %	12,0 %
	unterbesetzte Schichten	12,1 %	14,5 %	17,9 %	16,9 %	16,9 %	19,8 %	19,7 %	19,6 %	18,4 %	18,5 %	19,9 %
Neurologische Schlaganfallereinheit	Nichteinhaltung Monatsdurchschnitt	10,2 %	11,3 %	10,3 %	10,0 %	8,5 %	11,4 %	10,4 %	13,0 %	10,8 %	10,9 %	10,9 %
	unterbesetzte Schichten	18,4 %	20,4 %	19,8 %	20,4 %	18,8 %	21,5 %	21,4 %	22,8 %	21,0 %	20,3 %	20,6 %
Orthopädie	Nichteinhaltung Monatsdurchschnitt	.	.	.	.	10,5 %	12,8 %	11,8 %	10,2 %	10,3 %	8,9 %	8,4 %
	unterbesetzte Schichten	.	.	.	.	20,1 %	22,1 %	21,9 %	20,7 %	18,3 %	16,2 %	16,1 %
Pädiatrie	Nichteinhaltung Monatsdurchschnitt	3,1 %	3,4 %	4,9 %	6,7 %	.	.	.	.	.	.	.
	unterbesetzte Schichten	7,8 %	9,2 %	11,1 %	12,6 %	.	.	.	.	.	.	.
Pädiatrische Intensivmedizin	Nichteinhaltung Monatsdurchschnitt	7,5 %	9,8 %	11,1 %	8,3 %	8,1 %	11,9 %	12,5 %	9,8 %	9,7 %	9,2 %	10,5 %
	unterbesetzte Schichten	12,8 %	14,7 %	16,2 %	15,5 %	13,6 %	17,2 %	17,9 %	17,4 %	16,0 %	14,7 %	13,6 %
Rheumatologie	Nichteinhaltung Monatsdurchschnitt	.	.	.	.	.	.	.	.	8,3 %	6,6 %	10,9 %
	unterbesetzte Schichten	.	.	.	.	.	.	.	.	19,9 %	18,4 %	19,0 %
Spezielle Pädiatrie	Nichteinhaltung Monatsdurchschnitt	.	.	.	.	20,6 %	26,8 %	22,3 %	20,4 %	23,7 %	24,1 %	21,1 %
	unterbesetzte Schichten	.	.	.	.	24,5 %	27,9 %	26,3 %	29,3 %	28,4 %	27,0 %	26,5 %
Unfallchirurgie	Nichteinhaltung Monatsdurchschnitt	3,6 %	4,2 %	5,7 %	5,9 %	3,5 %	6,1 %	5,5 %	5,3 %	4,9 %	4,6 %	5,5 %
	unterbesetzte Schichten	12,6 %	13,4 %	16,6 %	16,7 %	13,2 %	15,0 %	15,5 %	15,5 %	13,2 %	13,3 %	15,8 %
Urologie	Nichteinhaltung Monatsdurchschnitt	.	.	.	.	.	.	.	.	6,1 %	5,0 %	5,1 %
	unterbesetzte Schichten	.	.	.	.	.	.	.	.	18,4 %	16,2 %	17,6 %
Summe	Nichteinhaltung Monatsdurchschnitt	4,1 %	4,8 %	5,7 %	5,5 %	5,5 %	6,8 %	6,6 %	7,0 %	6,4 %	6,1 %	5,9 %
	unterbesetzte Schichten	11,3 %	12,7 %	14,5 %	14,3 %	14,0 %	15,9 %	15,9 %	16,5 %	15,2 %	14,6 %	14,6 %

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1:	Unterbesetzte Schichten differenziert nach Tag- und Nachtschicht in 2022.....	14
Abbildung 2:	Patientinnen und Patienten je Pflegekraft in 2022 in der Tagschicht	15
Abbildung 3:	Patientinnen und Patienten je Pflegekraft in 2022 in der Nachtschicht	16
Abbildung 4:	Unterbesetzte Schichten in 2022 je Bundesland.....	18
Tabelle 1:	Grundgesamtheit für das Jahr 2022 je pflegesensitiver Bereich.....	10
Tabelle 2:	Regionale Verteilung der Grundgesamtheit für das Jahr 2022	11
Tabelle 3:	Anteil unterbesetzter Schichten an Schichten gesamt je Bereich im Zeitverlauf ...	12
Tabelle 4:	Umsetzung der PpUG je Bundesland in 2022	17
Tabelle 5:	Anzahl der angegebenen Ausnahmetatbestände nach § 7 PpUGV in 2022	23

Auswirkungen von Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus

Befragung von Pflegedirektionen und leitenden Pflegekräften zu Auswirkungen von Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern

Kontakt:

Dr. Elisabeth Hahnel
T +49 30 230 809 218
elisabeth.hahnel@iges.com

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180
10117 Berlin

www.iges.com

Autorinnen und Autoren

Dr. Elisabeth Hahnel
Ulrike Pörschmann-Schreiber
Dr. Grit Braeseke
Karsten Zich

Abschlussbericht V.03

für die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., den GKV-
Spitzenverband und den Verband der Privaten Krankenversi-
cherung

Berlin, 18. Dezember 2023

Inhalt

1.	Hintergrund und Ziel	9
2.	Vorgehensweise und Methodik	14
2.1	Vorbereitende Recherchen und Sondierungsinterviews	14
2.2	Online-Befragung	14
3.	Ergebnisse	17
3.1	Beschreibung der Stichprobe	17
3.2	Auswirkungen auf die Krankenhausstandorte und das Pflegepersonal	23
3.2.1	Allgemeine Wahrnehmung der PpUG	23
3.2.2	Auswirkungen auf die Krankenhausstandorte	26
3.2.3	Auswirkungen auf das Pflegepersonal	32
3.2.4	Auswirkungen auf die Personal- und Dienstplanung	35
3.3	Erfahrungen mit dem Nachweisverfahren	40
3.4	Auswirkungen auf die Patientenversorgung	42
3.5	Wünsche an die Weiterentwicklung der PpUG im Krankenhaus	47
4.	Limitierungen und Schlussfolgerung zur Verwendung	50
5.	Anhang	52
A1	Interviewleitfaden der Sondierungsinterviews	53
A2	Fragenkatalog der Online-Befragung	57
	Abbildungen	6
	Tabellen	7
	Abkürzungsverzeichnis	8

Abbildungen

Abbildung 1:	Rücklaufquote nach Bundesland anteilig zum gesamten Rücklauf (in %, n = 437)	18
Abbildung 2:	Pflegesensitive Bereiche der Stichprobe (in %, Mehrfachnennung möglich, n = 437)	20
Abbildung 3:	Stichprobe der Krankenhausstandorte nach Bundesland und Anteile der PpUG Einhaltung (in %)	22
Abbildung 4:	Bewertung allgemeiner Aussagen zu den PpUG (in %)	25
Abbildung 5:	Änderungen in der Unternehmensorganisation aufgrund der PpUG (in %)	27
Abbildung 6:	Bettensperrungen aufgrund der PpUG im Gruppenvergleich (in %)	29
Abbildung 7:	Von Bettensperrungen betroffene Bereiche (in %)	29
Abbildung 8:	Einschätzung zur Wirksamkeit der Sanktionen gesamt und im Gruppenvergleich (in %)	31
Abbildung 9:	Auswirkungen der PpUG auf das Pflegepersonal (in %)	33
Abbildung 10:	Einschätzung der Zufriedenheit der Pflegekräfte mit den PpUG (in %)	34
Abbildung 11:	Auswirkungen auf die Personalplanung und -rekrutierung (in %, n = 424)	36
Abbildung 12:	Personalrekrutierung (in %, Mehrfachnennung möglich, n = 421)	37
Abbildung 13:	Anstrengungen ausreichend Personal vorzuhalten I (in %, Mehrfachnennung möglich)	38
Abbildung 14:	Anstrengungen ausreichend Personal vorzuhalten II (in %, Mehrfachnennung möglich)	39
Abbildung 15:	An das InEK Daten meldende Personen/Funktionen (in %, n = 420)	41
Abbildung 16:	Veränderungen in der pflegerischen Versorgungsqualität aufgrund der PpUG (in %)	43
Abbildung 17:	Einfluss der PpUG auf die Versorgung und Planung (in %, n = 418)	45
Abbildung 18:	Einfluss der PpUG bei Verlegungen von Patientinnen und Patienten (in %, n = 418)	46

Abbildung 19:	Umstrukturierungen in den Zuordnungen von Stationen/Fachbereichen aufgrund der PpUG im Gruppenvergleich (in %)	47
Tabellen		
Tabelle 1:	Übersicht der gültigen PpUG der Verordnung vom 15. Dezember 2022	11
Tabelle 2:	Merkmale der Stichprobe (n = 437, davon PpUG eingehalten n = 197) im Vergleich zur Grundgesamtheit (n = 1.651)	19
Tabelle 3:	Anzahl der Pflegefach- und Pflegehilfskräfte, Angaben in VZÄ (n = 437 Standorte)	21

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
DPR	Deutscher Pflegerat e. V.
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IMC	Intermediate-Care
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
MIN	Minimum
MAX	Maximum
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
PpUG	Pflegepersonaluntergrenzen
PpUGV	Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung
SAPS	Simplified Acute Physiology Score
SD	Standardabweichung
SQB	Strukturierter Qualitätsbericht
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
VZÄ	Vollzeitäquivalent

1. Hintergrund und Ziel

Mit der Einführung des § 137i SGB V mit dem Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten vom 17. Juli 2017 erhielten der GKV-Spitzenverband und die DKG erstmals den Auftrag, bis spätestens 30. Juni 2018 für pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern PpUG festzulegen. Ziel ist die Sicherstellung von ausreichend vorhandenem Pflegepersonal in den Krankenhäusern. Die bis zum 30. Juni 2018 festzulegenden PpUG in der Pflege sollten ab dem 01. Januar 2019 verbindlich für alle nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser gelten (§ 137i Abs. 1 SGB V). Zudem sollten geeignete Maßnahmen vorgesehen werden, um Personalverlagerungseffekte aus anderen Krankenhausbereichen zu vermeiden.

Bereits bestehende Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136a Abs. 2 Satz 2 SGB V blieben von den neuen PpUG unberührt. Diese sehen vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung bestimmen kann. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen (§ 136a Abs. 2 Satz 2-3).

Problematisch war für die Festlegung der Mindestpersonalgrenzen die bis dahin weitgehend fehlende Datengrundlage zur Pflegepersonalausstattung im Verhältnis zu den auf den jeweiligen Stationen liegenden Patientinnen bzw. Patienten und ihren unterschiedlichen Pflegebedarfen (GKV-Spitzenverband, 2023)

Der GKV-Spitzenverband und die DKG sollten zudem notwendige Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen sowie Anforderungen an deren Nachweise bestimmen (§ 137i Abs. 1 SGB V). Darüber hinaus waren Vergütungsabschlüsse festzulegen, wenn PpUG nicht eingehalten werden.

Der GKV-Spitzenverband und die DKG konnten keine Einigung zur Festlegung der PpUG erzielen. Daher hat das BMG mittels einer Ersatzvornahme PpUG mit der am 06. Oktober 2018 in Kraft getretenen Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) als pflegesensitive Bereiche zunächst die Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie festgelegt. Die PpUGV wurde seitdem mehrmals anpasst und sukzessive um zusätzliche pflegesensitive Bereiche erweitert¹. Als Grundlage für die erstmalige Festlegung diente die Studie „Pflegepersonalausstattung und Pflegelast in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern“ (Friedrich et al., 2018). Diese bildet die Basis für die PpUGV 2019, führte zu einer Verbesserung der Datengrundlage sowie die methodische Herangehensweise anhand des

¹ Die Verordnungen zur Änderung der PpUGV sind auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/PpUG/ppu_2023/ppug_2023.jsp einzusehen.

Perzentilansatzes (Friedrich et al., 2018). Weitere Festlegungen der pflegesensitiven Bereiche und der korrespondierenden PpUG erfolgten auf Basis von empirischen Datenauswertungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, 2023).

Im Rahmen der Corona Pandemie wurden die PpUG im März 2020 vorübergehend ausgesetzt. Seit dem 01. August 2020 galten die Untergrenzen wieder für die Bereiche Intensivmedizin und Geriatrie. Ab dem 01. Februar 2021 galten sie auch wieder für die übrigen pflegesensitiven Bereiche. Ziel der Aussetzung war es, die Krankenhäuser in der Pandemie in den pflegesensitiven Bereichen von den Vorgaben zum Personaleinsatz in der Pflege zu entlasten und kurzfristige Anpassungen der Arbeitsabläufe zu ermöglichen (Bundesministerium für Gesundheit, 2023).

Tabelle 1 gibt einen Überblick, über die aktuell geltenden PpUG unterteilt nach Tag- und Nachtschichten in pflegesensitiven Krankenhausbereichen. Eine weitere Gliederung der Schichten z. B. in Spät- oder Wochenendschichten erfolgt nicht. Haben Krankenhäuser eine anderweitige Schichtorganisation, wird das Pflegepersonal, das an einem Arbeitstag in mehr als einer Schicht tätig war, anteilig zugeordnet. Dies ist z. B. der Fall, wenn Nachtschichten bereits vor 22 Uhr beginnen. Das Personal wird dann für die Zeit vor 22 Uhr der Tagschicht zugeordnet und nach 22 Uhr der Nachtschicht (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2019).

Tabelle 1: Übersicht der gültigen PpUG der Verordnung vom 15. Dezember 2022

Pfleagesensitive Bereiche	max. Verhältnis Patient / Pflegekraft		max. Anteil an Pflegehilfskräften / Pflegefachkraft	
	Tagschicht	Nachtschicht	Tagschicht	Nachtschicht
Intensivmedizin; pädiatrische Intensivmedizin	2 zu 1	3 zu 1	5 %	5 %
Geriatric	10 zu 1	20 zu 1	15 %	20 %
Allgemeine Chirurg; Unfallchirurgie; Orthopädie	10 zu 1	20 zu 1	10 %	10 %
Innere Medizin; Kardiologie	10 zu 1	22 zu 1	10 %	10 %
Herzchirurgie	7 zu 1	15 zu 1	5 %	0 %
Neurologie	10 zu 1	20 zu 1	8 %	8 %
Neurologische Schlaganfallereinheit	3 zu 1	5 zu 1	0 %	0 %
Neurologische Frührehabilitation	5 zu 1	12 zu 1	10 %	10 %
Allgemeine Pädiatrie	6 zu 1	14 zu 1	5 %	5 %
Spezielle Pädiatrie	6 zu 1	14 zu 1	5 %	5 %
Neonatologische Pädiatrie	3,5 zu 1	5 zu 1	5 %	5 %
Gynäkologie und Geburtshilfe*	7,5 zu 1	15 zu 1	5 %	0 %
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde; Urologie	10 zu 1	22 zu 1	10 %	5 %
Rheumatologie	13 zu 1	30 zu 1	10 %	5 %

Quelle: IGES, auf Basis § 6 Abs. 1 PpUGV

Anmerkung: *Im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe dürfen auch Hebammen voll berücksichtigt werden (§ 6 Abs. 2a PpUGV).

Um pfleagesensitive Bereiche als solche zu identifizieren sind gewisse Aufgreifkriterien in der Verordnung definiert, beispielsweise i. S. von Fachabteilungsschlüsseln oder anhand anderer Kriterien, wie das 40 % Kriterium der Fälle der jeweiligen Indikatoren-DRGs oder als Anteil an den Belegungstagen. Die Untergrenzen legen das maximale Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu einer Pflegekraft fest sowie den maximalen prozentualen Anteil von Pflegehilfskräften an der Gesamtzahl der Pflegekräfte. Als Pflegefachkräfte gelten i. S. der Verordnung Pflegefach(Personen, welche u. a. über die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung nach § 1 Abs. 1, § 58 Abs. 1 oder 2 des Pflegeberufegesetz verfügen) und Pflegehilfskräfte. Pflegehilfskräfte werden definiert als Personen mit einer Qualifikation

nach § 2 Abs. 1 PpUGV (mind. einjährige Ausbildung). Zu den Pflegehilfskräften zählen beispielsweise auch medizinische Fachangestellte oder Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter. Für die Einhaltung der PpUG dürfen Pflegehilfskräfte mit einer Ausbildungsdauer von weniger als einem Jahr (z. B. DRK-Schwesternhelferinnen, studentische Hilfskräfte, angelerntes Hilfspersonal) sowie Auszubildende in den Pflegeberufen nicht berücksichtigt werden.

Die Vereinbarung gemäß § 137i Abs. 1 SGB V über Sanktionen nach § 137i Abs. 4b und 5 SGB V (PpUG-Sanktions-Vereinbarung) soll gewährleisten, dass die Krankenhäuser die PpUG sowie die Pflicht zur Mitteilungs- und Datenübermittlung an das InEK und die Vertragsparteien einhalten und bei Verstößen entsprechende Sanktionen folgen.

Bei einer Unterschreitung der PpUG müssen die Krankenhäuser Vergütungsabschlüsse in Kauf nehmen oder aber die Patientenanzahl reduzieren. Dabei sind die Untergrenzen gem. § 6 PpUGV als Monatsdurchschnittswert einzuhalten. Der Monatsdurchschnittswert ist maßgeblich für Vergütungsabschlüsse unabhängig von der Anzahl einzelner nicht eingehaltener Schichten (§ 7 Abs. 1 PpUGV). Monatsdurchschnittswerte sind im Rahmen der Quartalsmeldungen zu melden (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2019). Als nachweislich nicht erfüllt gelten PpUG, sobald das Krankenhaus die Vorgaben nach § 6 PpUGV in einem Durchschnittsmonat nicht einhält, kein sog. Ausnahmetatbestand vorliegt und dies durch den Wirtschaftsprüfer in der Jahresmeldung bestätigt wurde (§ 1 Abs. 1, § 2 Abs. 1 PpUG-Sanktions-Vereinbarung). Liegen Ausnahmetatbestände, wie kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle oder ein starker Anstieg der Patientenzahl gemäß § 7 PpUGV (z. B. durch eine Epidemie, ein Großschadensereignis) oder Abteilungsschließungen gemäß § 6 PpUG-Sanktions-Vereinbarung vor, entfallen Sanktionen bei Nichteinhaltung der PpUG. Die Landesverbände der Kranken- und Ersatzkassen werden durch das InEK informiert, wenn Krankenhäuser ihrer fristgerechten, vollständigen Mitteilungspflicht nicht nachkommen.

Die Selbstverwaltungspartner haben nach § 137i Abs. 6 SGB V dem Deutschen Bundestag über das BMG bis zum 31. Dezember 2023 einen wissenschaftlich evaluierten Bericht über die Auswirkungen der festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen in den pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern vorzulegen. Er soll u. a. eine Einschätzung von Pflegedirektionen und leitenden Pflegekräften zu Auswirkungen auf die Patientenversorgung enthalten. Diesem Ziel dient der hier vorgelegte Bericht. Dazu bedarf es einer entsprechenden Befragung und Evaluation der Experteneinschätzungen, welche Gegenstand des vorliegenden Auftrages und Inhalt dieses Berichtes ist.

Ziel der sechsmonatigen Untersuchung ist es, die Folgen der Umsetzung von PpUG entlang der folgenden Forschungsfragen zu evaluieren:

- ◆ Welche Auswirkungen haben die PpUG auf die Personalbesetzung der Stationen der Tag- und Nachtschichten?

- ◆ Welche Auswirkungen haben die PpUG auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten?
- ◆ Wie sind die praktischen Erfahrungen mit dem Nachweisverfahren zu den PpUG?

Die Ergebnisse dienen der Berichterstattung der Selbstverwaltungspartner nach § 137i Abs. 6 SGB V und für mögliche weitere Publikationen.

2. Vorgehensweise und Methodik

Kapitel 2 beschreibt zunächst das methodische Vorgehen zu den vorbereitenden Recherchen und Sondierungsinterviews (Kapitel 2.1). Anschließend wird die Methodik der bundesweiten Online-Befragung der Krankenhausstandorte mit pflegesensitiven Bereichen beschrieben (Kapitel 2.2).

2.1 Vorbereitende Recherchen und Sondierungsinterviews

In Vorbereitung der Konzeptentwicklung für die Online-Befragung von Pflegedirektionen und leitenden Pflegekräften zu den Auswirkungen von PpUG in Krankenhäusern wurden überblicksartige Desktop-Recherchen zu Hintergründen und Rahmenbedingungen sowie Sondierungsinterviews durchgeführt. Ziel der Recherchen war es, erste mögliche Fragestellungen für die Online-Befragung zu formulieren.

Im Rahmen von sich anschließenden Sondierungsinterviews wurden die Erkenntnisse weiter exploriert. Insgesamt wurden drei Sondierungsinterviews zwischen dem 15. – 17. Mai 2023 geführt. Ziel der Interviews war die Erfassung von praxisrelevanten Aspekten im Zusammenhang mit PpUG in Krankenhäusern sowie einen ersten Einblick in die Erfahrungen der Expertinnen und Experten zu bekommen.

Als Basis wurde ein halbstrukturierter Interviewleitfaden erstellt, welcher dem Anhang A1 zu entnehmen ist. Der Leitfaden wurde so konzipiert, dass vor allem bisher nicht identifizierte Themen zu den Auswirkungen der PpUG für die Online-Befragung erfasst werden konnten. Interviewt wurden eine Pflegedirektion, eine Person aus dem Pflegecontrolling sowie ein Mitglied eines Berufsverbandes. Alle interviewten Personen besitzen eine langjährige Expertise in der Leitung bzw. dem Controlling der akutstationären Versorgung und der Thematik PpUG. Die Interviews hatten einen Umfang von ca. 45 Minuten. Vor Durchführung der Interviews erfolgte die Aufklärung zu Sinn und Zweck der Studie sowie zum Datenschutz. Die Teilnehmenden erhielten dazu via E-Mail eine schriftliche Einverständniserklärung mit Informationen zur Studie, die unterzeichnet und rückgesendet wurde. Die Interviews wurden telefonisch via MS Teams durchgeführt, aufgezeichnet und anschließend protokollartig verschriftlicht und pseudonymisiert.

Die zusammenfassende Ergebnisauswertung erfolgte anonym. Anschließend wurden weitere Items und Antwortoptionen für die Online-Befragung entwickelt. Darüber hinaus dienten die Erkenntnisse der abschließenden Einordnung der Befragungsergebnisse.

2.2 Online-Befragung

Auf Basis der Forschungsfragen sowie der Erkenntnisse der Hintergrundrecherchen und der Sondierungsinterviews wurde ein Fragenkatalog für die Online-Befragung entworfen. Inhaltlich fokussierte sich der Fragenkatalog auf Fragen zu den Auswirkungen von PpUG auf die pflegerische Versorgung (s. auch Forschungsfragen auf Seite 11). Je nach Inhalt der Frage wurden geeignete Antwortkategorien ausgewählt: von zwei Ausprägungen (ja/nein) bis zu mehrstufigen Likert-Skalen,

konkreten Antwortitems zur Auswahl oder Freitextfeldern. Um den zeitlichen Aufwand der zu Befragenden möglichst gering zu halten und somit auch die Rücklaufquote positiv zu beeinflussen, wurde der Umfang zur Beantwortung der Online-Befragung auf max. 20 – 25 Minuten beschränkt.

Der finale Fragebogen (Anhang A2) wurde mit den Auftraggebern abgestimmt und anschließend durch IGES technisch umgesetzt. Mittels eines externen und internen Pre-Tests wurden die Funktionalität, Relevanz der Fragen und Antwortmöglichkeiten sowie die Verständlichkeit (z. B. von Formulierungen) sichergestellt.

Die Online-Befragung enthielt Items zu den folgenden Teilbereichen:

- ◆ Allgemeine Angaben zum Krankenhausstandort,
- ◆ Allgemeine Auswirkungen von PpUG,
- ◆ Auswirkungen auf die Personal- und Dienstplanung,
- ◆ Erfahrungen mit dem Nachweisverfahren,
- ◆ Auswirkungen auf die Patientenversorgung sowie
- ◆ Soziodemografische Angaben.

Die Ansprache und Einladung zur Teilnahme erfolgte über einen eigens recherchierten Adressverteiler. Grundlage hierfür waren der Strukturierte Qualitätsbericht der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser (SQB) für das Jahr 2021 und die Strukturdaten gem. § 5 Abs. 3 PpUGV. Der Verteiler enthielt:

- ◆ die IK- und Standortnummern aller Krankenhäuser mit pflegesensitiven Bereichen mit Gültigkeit zum 01.01.2023,
- ◆ den jeweiligen Krankenhausnamen pro IK- und Standortnummer,
- ◆ die jeweilige Adresse des Krankenhauses sowie
- ◆ Name und Kontaktdaten der für die Pflege verantwortlichen Person (z. B. Pflegedirektion, Leitung des Geschäftsbereichs Pflege).

Berücksichtigt wurden damit alle Krankenhäuser, die über pflegesensitive Bereiche verfügen. Insgesamt konnten auf diese Weise 1.651 Standorte zur Einladung an der Online-Befragung identifiziert werden. Jeder Krankenhausstandort erhielt für die Teilnahme einen vorab festgelegten Token (Zugangscodes), der zusammen mit der E-Mail-Einladung versendet wurde. Personen mit Verantwortlichkeit für mehr als einen Krankenhausstandort erhielten entsprechend mehrere Token. Um die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen, wurde ein Begleitschreiben der Auftraggeber mit Bitte um Unterstützung versandt und die Befragung vor dem Start und während des Befragungszeitraumes mittels des Newsletters der DKG beworben. Darüber hinaus informierten auch die Landeskrankengesellschaften ihre Mitglieder über die Befragung.

Die Befragung erfolgte von Mitte Juni 2023 bis Mitte Juli 2023. Die Teilnehmenden wurden zu Beginn über datenschutzrechtliche Aspekte informiert sowie über Sinn

und Zweck des Forschungsvorhabens aufgeklärt. Für Rückfragen oder auch eventuell auftretende Probleme wurde eine Person des IGES Institut als Kontakt mit Telefonnummer und E-Mail-Adresse angegeben. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. Die Online-Befragung konnte jederzeit unterbrochen und die Beantwortung zu einem späteren Zeitpunkt, durch die Vergabe des individuellen Tokens, fortgesetzt werden. Eine Löschung von Daten, im Falle eines Widerrufs der Einverständniserklärung, war unter Angabe des Tokens jederzeit und ohne Angabe von Gründen möglich. Zwei Wochen nach Befragungsbeginn wurden die Krankenhausstandorte an die Befragung erinnert und nochmals zur Teilnahme eingeladen.

Nach Abschluss der Online-Befragung wurden die vorliegenden Datensätze (n = 526) auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. In einem mehrstufigen Prozess sind zunächst die Datensätze entfernt worden, die allein aufgrund einer Anmeldung durch die Befragten entstanden sind, jedoch keine Daten enthielten. Die dadurch verbliebenen Datensätze wurden in einem nächsten Schritt plausibilisiert. Um eine möglichst große Datenmenge zu analysieren, wurden auch nicht vollständig abgeschlossene Befragungen einbezogen. In der Ergebnisbeschreibung im folgenden Kapitel wird im Einzelnen auf die jeweilig bezogene Grundgesamtheit der Einzelantworten hingewiesen. Insgesamt wurden n = 437 Datensätze in die Analyse einbezogen.

Die Auswertung erfolgte mit der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics Version 23. Es wurden hauptsächlich Methoden der deskriptiven Statistik angewandt (Häufigkeitsverteilungen, Mittelwerte) sowie zur Überprüfung systematischer Unterschiede nach Krankenhausgröße („klein“ = 0-199 Betten; „mittel“ = 200 – 399 Betten, „groß“ = 400+ Betten) und Verletzung der PpUG (1 = PpUG eingehalten, 2 = PpUG nicht eingehalten²) auch Zusammenhangsanalysen (z. B. Korrelationen, Regressionen, Kreuztabellen).

Numerische Freitextfelder wurden anhand ihrer vorab definierten Wertebereiche analysiert und vor der Auswertung plausibilisiert, um die Fehleranfälligkeit zu minimieren. Nicht-numerische Freitexte wurden in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse von Mayring ausgewertet. Aus den Antworten der Befragten wurden jeweils Oberkategorien gebildet und die Antworten entsprechend den Kategorien zugeordnet und ausgezählt.

² Die Datensätze der Online-Befragung wurden mit den Informationen der PpUG-Einhaltung bzw. Nichteinhaltung (entspricht der monatsbezogenen Nichteinhaltung der PpUG), der Anzahl der betroffenen Stationen je Standort sowie der betroffenen Schichten im Falle der Nichteinhaltung auf Basis eines Auszuges der Daten zum Nachweis des ersten Quartals 2023 ergänzt. Diese wurden für diesen Zweck durch den GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt.

3. Ergebnisse

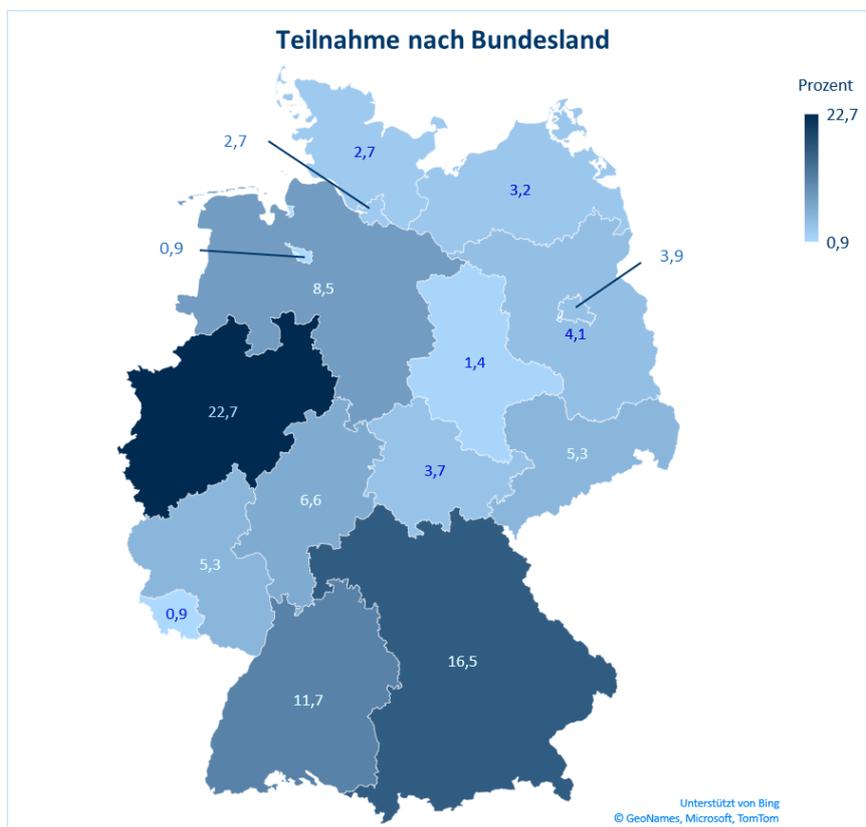
Im folgenden Kapitel 3 sind die Ergebnisse der Sondierungsinterviews und der Online-Befragung dargestellt. Das Kapitel ist in die folgenden thematischen Kapitel gegliedert:

- ◆ Kapitel 3.1: Beschreibung der Stichprobe,
- ◆ Kapitel 3.2: Auswirkungen auf die Krankenhausstandorte und das Pflegepersonal
- ◆ Kapitel 3.3: Erfahrungen mit dem Nachweisverfahren
- ◆ Kapitel 3.4: Auswirkungen auf die Patientenversorgung
- ◆ Kapitel 3.5: Wünsche an die Weiterentwicklung der PpUG im Krankenhaus.

3.1 Beschreibung der Stichprobe

Von den insgesamt 1.651 eingeladenen Krankenhausstandorten haben sich $n = 526$ an der Befragung beteiligt, was einem Rücklauf von 31,8 % entspricht. Davon wurden $n = 437$ Datensätze (entspricht Standorte, Rücklauf = 26,7 %) in die Analyse einbezogen. Somit wurden Daten von bundesweit mehr als jedem vierten Krankenhausstandort analysiert. Betrachtet nach Bundesland, variiert die Rücklaufquote zwischen 0,9 % (Saarland, Bremen) und 22,7 % (Nordrhein-Westfalen, Abbildung 1).

Abbildung 1: Rücklaufquote nach Bundesland anteilig zum gesamten Rücklauf (in %, n = 437)



Quelle: IGES

Am häufigsten nahmen Krankenhausstandorte freigemeinnütziger (35,2 %), dann öffentlicher/kommunaler (34,8 %) und schließlich privater Träger (21,1 %) teil. Einen geringeren Anteil machten öffentliche Hochschulkliniken aus (5,3 %). Gemessen an der Anzahl der Betten überwiegend kleinere Häuser an der Befragung teil (0-199 Betten: 44,6 %; 200-399 Betten: 30,4 %). In Tabelle 2 sind die Merkmale der teilnehmenden Krankenhausstandorte im Vergleich zur Gesamtheit der Krankenhäuser der Befragung auf Basis der Daten des SQB zum Stichtag 31.12.2021 und der Strukturdaten gem. § 5 Abs. 3 PpUGV dargestellt. Im Gruppenvergleich zeigte sich, dass eher kleinere Standorte, die PpUG im 1. Quartal 2023 nicht einhalten konnten (0-199 Betten: 69,2 %; 200-399 Betten 51,1 %; 400+ Betten 32,4 %).

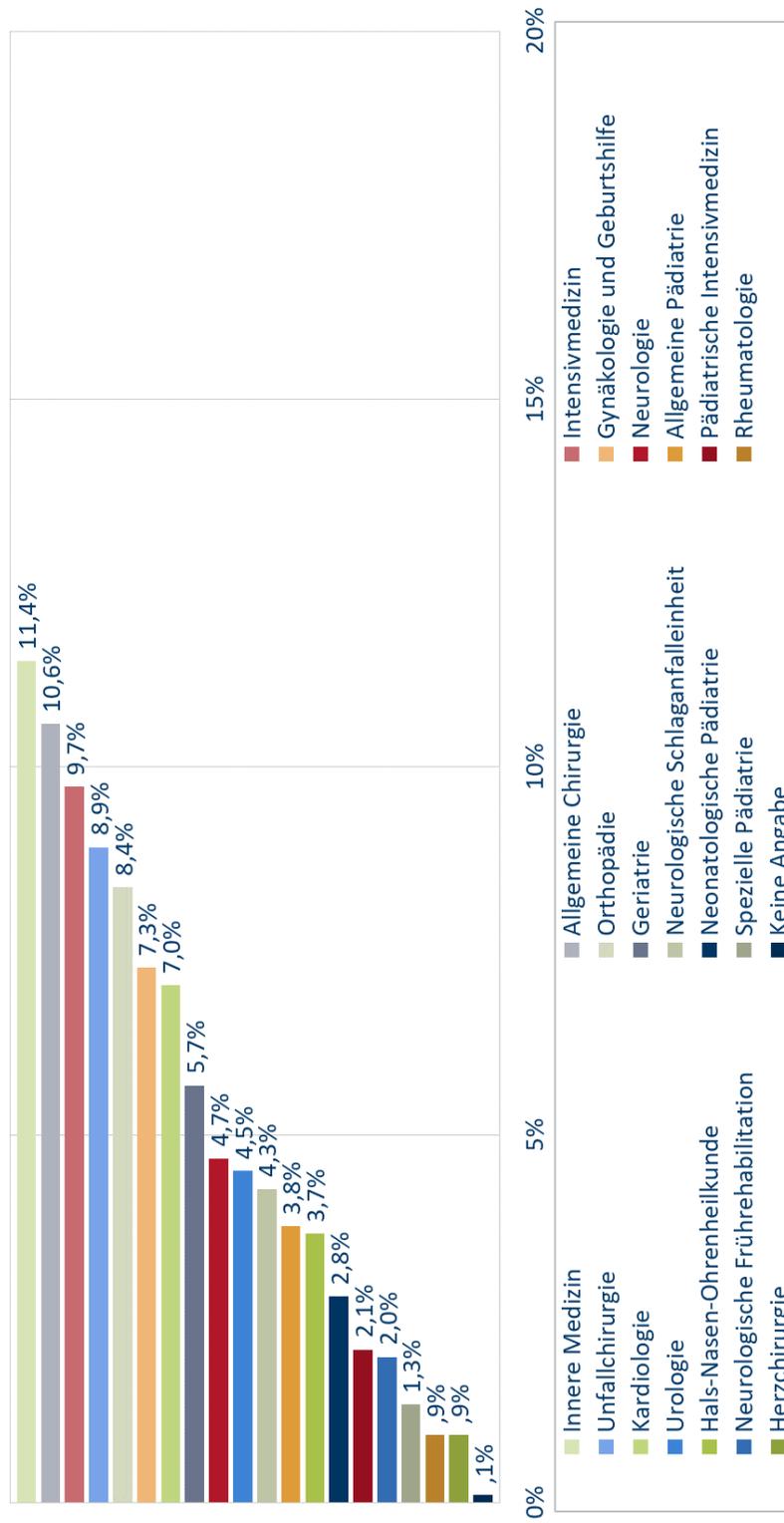
Tabelle 2: Merkmale der Stichprobe (n = 437, davon PpUG eingehalten n = 197) im Vergleich zur Grundgesamtheit (n = 1.651)

		Anteil der Stich- probe in % (n)	Anteil der Stich- probe PpUG ein- gehalten % (n)	Anteil der Grund- gesamtheit in % (n)
Träger- schaft	freigemein- nützig	35,2 (154)	32,0 (63)	36,2 (597)
	öffentlich, kommunal	34,8 (152)	35,5 (70)	35,0 (578)
	privat	21,1 (92)	22,3 (44)	27,6 (455)
	öffentlich, Hochschulkli- nik	5,3 (23)	7,6 (15)	-
	keine Angabe	3,7 (16)	2,5 (5)	1,3 (21)
	GESAMT	100 (437)	100 (197)	100 (1.651)
Größe (Betten- anzahl)	0-199	44,6 (195)	30,5 (60)	47,8 (789)
	200-399	30,4 (133)	33,0 (65)	29,0 (478)
	400-599	10,8 (47)	13,2 (26)	12,4 (204)
	600+	13,3 (58)	22,8 (45)	9,6 (159)
	keine Angabe	0,9 (4)	0,5 (1)	1,3 (21)
	GESAMT	100 (437)	100 (197)	100 (1.651)

Quelle: IGES Online Befragung, 2023 und Angaben zur Trägerschaft und Bettenanzahl auf Basis des SQB 2021 für die Grundgesamtheit

Die Häufigkeiten der Nennungen hinsichtlich der pflegesensitiven Bereiche sind Abbildung 2 zu entnehmen. Über die gesamte Stichprobe betrachtet waren alle in der PpUGV im Jahr 2023 festgelegten pflegesensitiven Bereiche in den befragten Krankenhausstandorten vertreten. Hinsichtlich der differenzierten Betrachtung nach PpUG Einhaltung bzw. Nichteinhaltung zeigten sich keine nennenswerten Unterschiede in den Häufigkeiten (Daten nicht dargestellt).

Abbildung 2: Pflegesensitive Bereiche der Stichprobe (in %, Mehrfachnennung möglich, n = 437)



Quelle: IGES
 Anmerkung: insgesamt n = 2.929 Nennungen

Tabelle 3 veranschaulicht die Angaben zu den direkt und indirekt beschäftigten Pflegefach- und Pflegehilfskräften der Krankenhausstandorte. Im Mittel waren n = 210 Pflegefachkräfte und n = 29 Pflegehilfskräfte im direkten Beschäftigungsverhältnis bei den teilnehmenden Standorten angestellt. Im indirekten Beschäftigungsverhältnis (z. B. Leasing) waren weniger als n = 4 Pflegefachkräfte und weniger als n = 1 Pflegehilfskräfte beschäftigt.

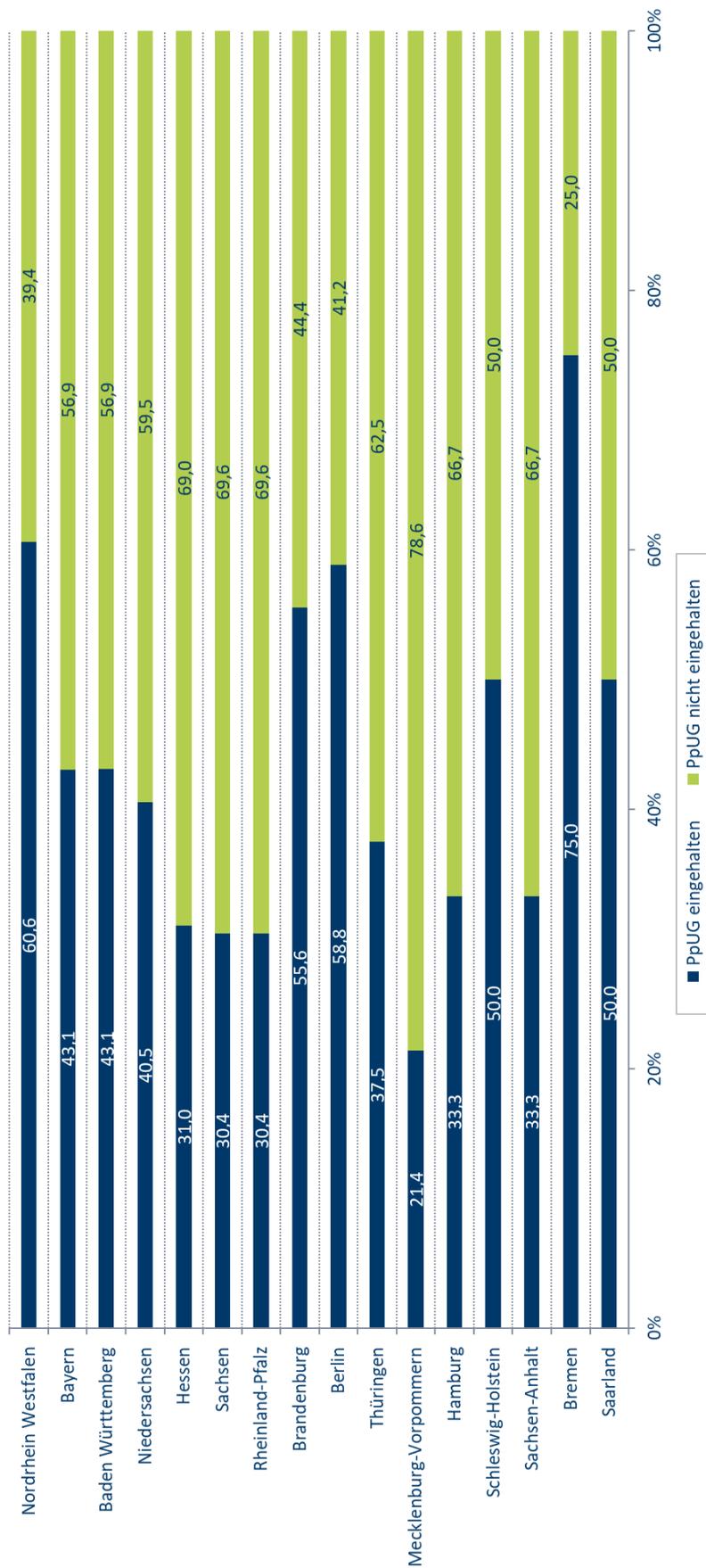
Tabelle 3: Anzahl der Pflegefach- und Pflegehilfskräfte, Angaben in VZÄ (n = 437 Standorte)

	Direktes Beschäftigungsverhältnis		Indirektes Beschäftigungsverhältnis	
	Pflegefachkräfte	Pflegehilfskräfte	Pflegefachkräfte	Pflegehilfskräfte
Mittelwert	210,0	29,1	3,9	0,4
Median	136,5	11,0	0,0	0,0
Minimum	0,0	0,0	0,0	0,0
Maximum	1118,0	902,0	100,0	25,0

Quelle: IGES
 Anmerkung: VZÄ: Vollzeitäquivalent

Der Anteil der Krankenhausstandorte, welche die PpUG im 1. Quartal 2023 nicht einhalten konnten (unabhängig der Anzahl der betroffenen unterschiedlichen pflegesensitiven Bereiche und Schichten) betrug 45,1 %. Das heißt, dass an der Befragung ein hoher Anteil an Standorten teilnahm, welcher in einem oder mehreren pflegesensitiven Bereich die PpUG nicht einhielten. Auf dieser Erkenntnis basierend, wurden die Daten differenziert nach Gruppen (PpUG eingehalten vs. PpUG nicht eingehalten) zusätzlich betrachtet und bei Unterschieden separat in der Ergebnisdarstellung berichtet (wie z. B. in der folgenden Abbildung 3).

Abbildung 3: Stichprobe der Krankenhausstandorte nach Bundesland und Anteile der PpUG Einhaltung (in %)



Quelle: IGES

Anmerkung: Anteile bezogen auf den jeweiligen Rücklauf je Bundesland

Wenn die PpUG nicht eingehalten werden konnten, waren in 55,3 % der Fälle die Tag- als auch Nachtschicht betroffen, in 28,4 % (n = 56) der Fälle ausschließlich die Nachtschicht und bei 16,2 % (n = 32) nur die Tagschicht. Im Mittel sind 2,5 unterschiedliche pflegesensitive Bereiche bei Nichteinhaltung der PpUG betroffen (Min: 1 bis Max: 12). Am häufigsten sind eine (44,7 %), zwei (23,4 %) oder drei (10,2 %) unterschiedliche pflegesensitive Bereiche je Krankenhausstandort betroffen.

Soziodemografische Angaben der Befragten

Zielgruppe der Befragung waren Pflegedirektionen und leitende Pflegefachkräfte. Insgesamt 52,7 % der Befragten geben an als (stellvertretende) Pflegedirektion oder in 26,8 % der Fälle (stellvertretende) Pflegedienstleitung tätig zu sein. Weitere Angaben waren bei 7,8 % der Befragten eine Tätigkeit im Pflegecontrolling, bei 3,7 % im Controlling, bei 2,8 % als (stellvertretende) leitende Pflegefachkraft sowie bei 1,9 % in der Geschäftsführung (Mehrfachnennungen möglich). Unter „Anderes“ (2,4 %) wurde z. B. Pflege-/Qualitätsmanagement oder Krankenhausdirektion angegeben. Die Befragten waren mehrheitlich (63,3 %) für einen Krankenhausstandort verantwortlich. Etwas mehr als jede fünfte Person (22,5 %) war für zwei Standorte und 12,5 % für drei oder mehr Standorte zuständig. Im Mittel waren die Personen 10,8 Jahre in der angegebenen Position tätig (Median: 9, Min: 0, Max: 35, SD 8,01).

3.2 Auswirkungen auf die Krankenhausstandorte und das Pflegepersonal

Um Einblicke über die Auswirkungen der PpUG aus Sicht der Expertinnen und Experten (Pflegedirektionen und leitende Pflegefachkräfte) zu erhalten, wurde in der bundesweiten Online-Befragung um Einschätzung zu folgenden Themengebieten gebeten:

- ◆ Allgemeine Wahrnehmung der PpUG
- ◆ Auswirkungen auf die Krankenhausstandorte
- ◆ Auswirkungen auf das Pflegepersonal sowie
- ◆ Auswirkungen auf die Personal- und Dienstplanung.

Die Ergebnisse der Sondierungsinterviews sowie der Online-Befragung sind in den folgenden Unterabschnitten (3.2.1 bis 3.2.4) beschrieben.

3.2.1 Allgemeine Wahrnehmung der PpUG

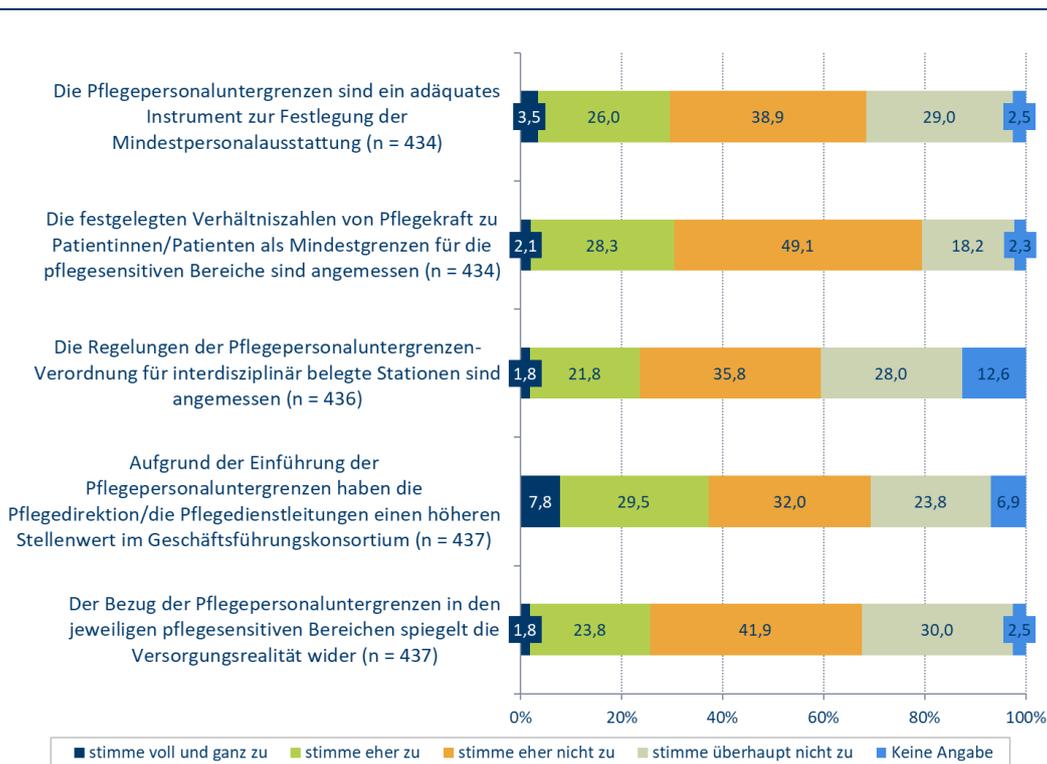
Die Teilnehmenden der Sondierungsinterviews (n = 3) betrachten die PpUG als „rote Untergrenze“. Kritisiert wird, dass die PpUG in der derzeitigen Ausgestaltung eine starre Verhältniszahl sei, die keinen Bezug zu den pflegerischen Versorgungsaufwänden der Patientinnen und Patienten in den pflegesensitiven Bereichen

hätte. Aufwände der Pflege in der Versorgung der Patientinnen und Patienten würden nicht ausreichend wiedergespiegelt und berücksichtigt. Es hätte zunächst eines Personalbemessungsinstrumentes bedurft, das den tatsächlichen Personalbedarf in den einzelnen Bereichen abbildet. Unzureichend berücksichtigt werden darüber hinaus die verschiedenen Personalbedarfe, die sich aus den Versorgungsstufen und Spezialisierungen der Krankenhäuser ergeben. Sowohl für kleinere Krankenhäuser als auch große Universitätskliniken seien die derzeitigen PpUG nicht passend. Beispielhaft wurde der Bereich Intensivmedizin angeführt: Intensivbereiche in Krankenhäusern mit einer besonderen Spezialisierung (genannt wurden z. B. Transplantations- und Lungenersatzverfahren) weisen andere Personalbedarfe auf als weniger spezialisierte Intensivbereiche. Problematisch sei zudem, dass es nach wie vor Bereiche gibt, in denen trotz Bedarf keine PpUG gelten (z. B. Intermediate-Care (IMC), Notfallambulanzen, Same-Day-Surgery).

Für ein breiteres Meinungsbild wurden in der Online-Befragung zunächst Aussagen zur Bewertung durch die Befragten mittels einer Likert-Skala (stimme voll und ganz zu – stimme überhaupt nicht zu) formuliert (Abbildung 4).

Nach Einschätzung jeder/jedem vierten Befragten (25,6 %) wird die Versorgungsrealität in den jeweiligen pflegesensitiven Bereichen durch die PpUG wiedergespiegelt, 71,9 % sind gegenteiliger Auffassung. 37,3 % bewerten, dass die Pflegedirektionen bzw. die Pflegedienstleitungen aufgrund der Einführung der PpUG einen höheren Stellenwert im Geschäftsführungskonsortium bekommen haben, etwas mehr als die Hälfte (55,8 %) verneinen dies.

Abbildung 4: Bewertung allgemeiner Aussagen zu den PpUG (in %)



Quelle: IGES
 Anmerkung: Angabe der n je Item in der Grafik, im Gruppenuntervergleich (PpUG eingehalten vs. nicht eingehalten; Größe des Standortes) keine Unterschiede in den Häufigkeiten

Die Mehrheit der Befragten (63,8 %) bewertet die Regelungen der PpUGV für interdisziplinär belegte Stationen als (eher) unangemessen, hingegen 23,6 % diese als angemessen bewerten. Befragt nach den Gründen für die Einschätzung der Unangemessenheit gaben die Teilnehmenden in Freitextangaben zusammenfassend an, dass:

- ◆ der reale Versorgungsaufwand im Allgemeinen deutlich höher als durch die Verordnung antizipiert ist (n = 53),
- ◆ die Zuordnung der Menge an nötigem Pflegepersonal mit der Verordnung von Grund auf falsch betrachtet wird (n = 49),
- ◆ die Fachabteilungsschlüssel hinsichtlich des Verhältnisses des Personals zur Belegung der Stationen nicht der Realität entspricht (n = 33),
- ◆ die Verordnung nicht an individuelle Fälle angepasst ist (n = 16) und
- ◆ die Verordnung spezifisch in Hinsicht auf die Interdisziplinarität zu kritisieren ist (n = 14).

Die Befragten äußerten beispielhaft:

"Der Grad der Pflegebedürftigkeit der Patienten ist innerhalb der Fachdisziplinen sowie fachdisziplinübergreifend sehr unterschiedlich. Eine Einstufung von Abteilungen nach Untergrenzen ist daher generell sehr pauschal und wenig patientenindividuell. "

„In der Geriatrie liegen hochbetagte, multimorbide Patienten mit starken körperlichen und kognitiven Defiziten, die in keiner Weise durch die Regelung der PpUGV abgebildet werden.“

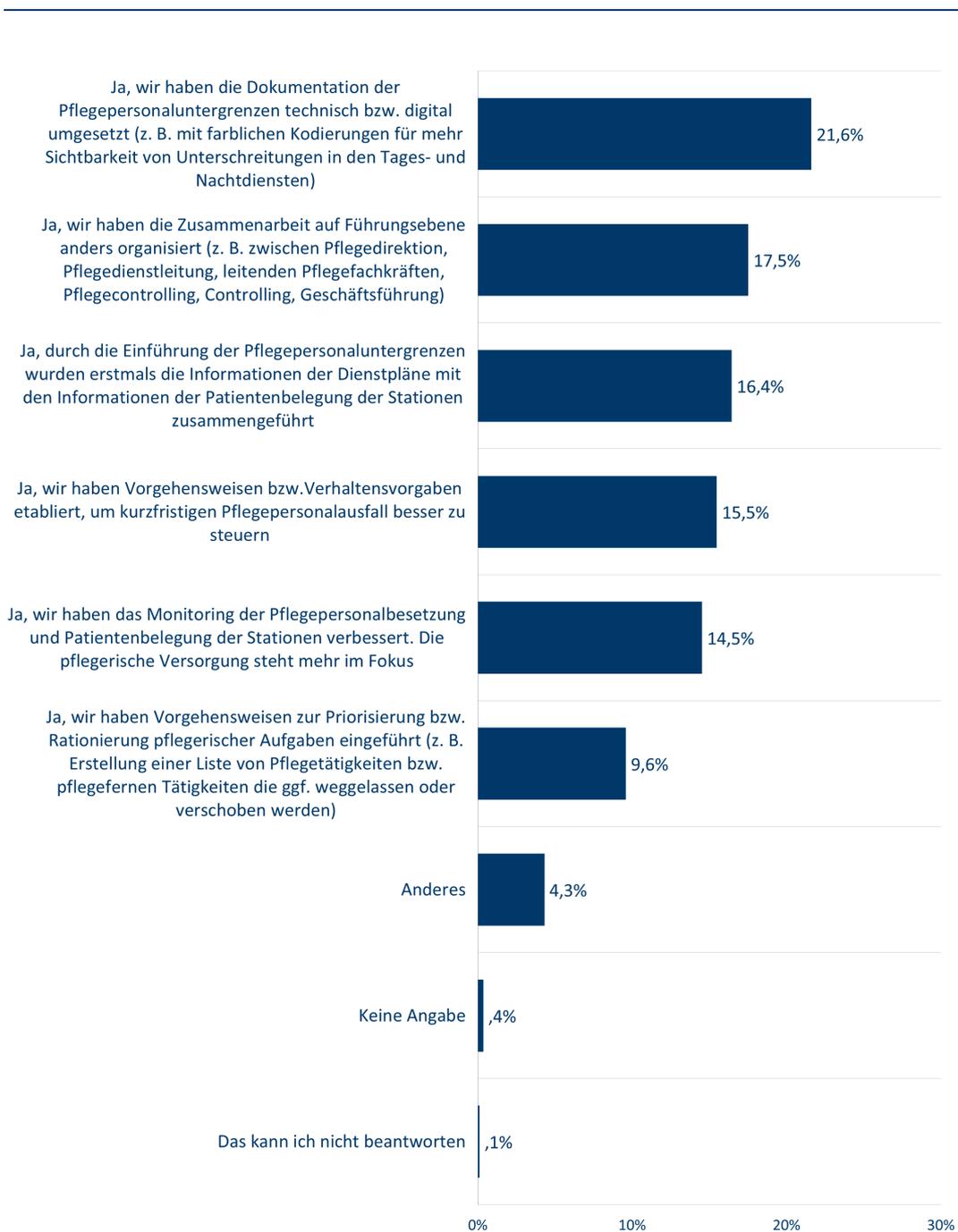
Insgesamt 30,8 % bewerten die festgelegten Verhältniszahlen von Pflegekraft zu Patientinnen/Patienten als Mindestgrenze für die pflegesensitiven Bereiche als (voll und ganz) angemessen, etwas mehr als zwei Dritteln (67,3 %) bewerten die Verhältniszahlen als (eher) unangemessen (Abbildung 4). Ebenfalls etwa zwei Drittel (67,9 %) bewerten die PpUG zur Festlegung der Mindestpersonalausstattung als (eher) nicht adäquates Instrument, hingegen 29,5 % gegenteiliger Ansicht sind.

3.2.2 Auswirkungen auf die Krankenhausstandorte

Zur Einschätzung, welche Auswirkungen die PpUG sowie etwaig resultierende Sanktionen und/oder Bettensperrungen auf die Krankenhausstandorte hatte, wurden die Krankenhäuser auch zu diesen Aspekten vertiefend befragt. Darüber hinaus wurde um Einschätzung zu Änderungen in der Unternehmensorganisation gebeten. 62,2 % geben an, aufgrund der PpUG, Änderungen in der Unternehmensorganisation vorgenommen zu haben. 30,4 % der Standorte haben keine Veränderungen vorgenommen (3,2 % konnten die Frage nicht beantworten, weitere 2,7 % machten keine Angabe). Gruppenunterschiede zwischen den Standorten, welche die PpUG eingehalten bzw. nicht eingehalten haben waren geringfügig (PpUG eingehalten: 66,5 % geben an Änderungen vorgenommen zu haben; PpUG nicht eingehalten: 58,8 % geben an Änderungen vorgenommen zu haben).

Änderungen betrafen am häufigsten die technische/digitale Umsetzung der Dokumentation aufgrund der PpUG (21,6 %), die Organisation der Zusammenarbeit auf Führungsebene (17,5 %) sowie die Zusammenführung der Daten des Dienstplans und der Patientenbelegung (16,4 %). Weitere Anpassungen und Häufigkeiten sind der nachfolgenden Abbildung 5 zu entnehmen. Im Gruppenvergleich (Größe der Standorte bzw. die Einhaltung und Nichteinhaltung der PpUG) zeigten kaum Unterschiede in den Häufigkeiten in den Angaben zu Änderungen in der Unternehmensorganisation, mit Ausnahme der Antwortkategorie „Ja, wir haben Vorgehensweisen zur Priorisierung bzw. Rationierung pflegerischer Aufgaben eingeführt (z. B. Erstellung einer Liste von Pflgetätigkeiten bzw. pflegefernen Tätigkeiten die ggf. weggelassen oder verschoben werden)“ haben kleinere Standorte oder Standorte, welche die PpUG eingehalten haben, vergleichsweise häufiger ausgewählt (Daten nicht dargestellt).

Abbildung 5: Änderungen in der Unternehmensorganisation aufgrund der PpUG (in %)



Quelle: IGES

Unter „Anderes“ wurden z. B. Anpassungen beim Personal (u. a. stationsübergreifender Nachtdienst, Einstellung oder Reduktion), Anpassungen der Dokumenta-

tion bzw. des administrativen Managements, grundlegende konzeptionelle Umstrukturierungen oder Anpassungen der Bettenzahl genannt. Zu Personalanpassungen gaben die Befragten u. a. Folgendes an:

"Wir haben mehr Leiharbeiter beschäftigt, um Personalmangel auszugleichen."

Hinsichtlich der konzeptionellen Neugestaltung bzw. Anpassung der Bettenzahl wurden u. a. folgende Aspekte genannt:

"Eine kindgerechte, altersbezogene Aufteilung auf 2 Stationen (Phase B und C) mussten wir auflösen und eine Station Phase B, Kinder und Erwachsene, von 2 Jahren bis 27 Jahren schaffen. Und parallel wurde eine Station der Reha- Phase C und D in dieser gemischten Altersgruppe schaffen."

„Vor der PpUGV war die räumliche Unterbringung phasenübergreifend möglich und Kinder haben von Gleichaltrigen sehr profitiert. Ebenso sind junge Erwachsene mit unterschiedlichen Behinderungsgraden, untereinander eher motivierend."

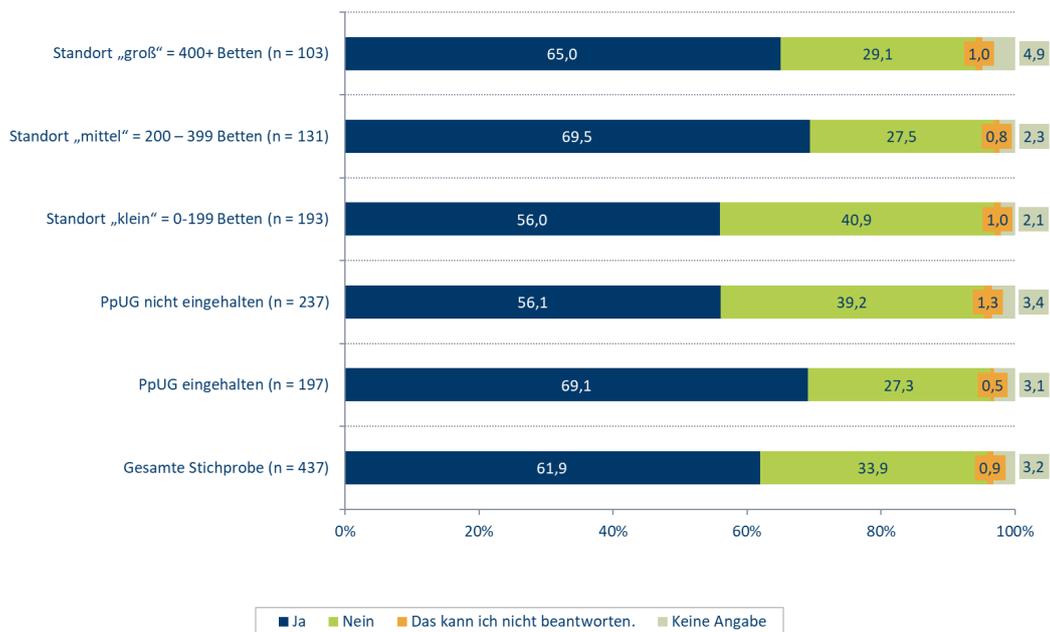
"Wir haben die Bettenkapazität verändert bzw. angepasst. Case Mix wurde in unserem Haus weniger."

Bettensperrungen aufgrund der PpUG

In den Sondierungsinterviews berichtete eine Person, dass es in den Krankenhäusern aufgrund der PpUG z. T. zu einem Abbau von Betten kam, um weniger Personal vorhalten zu müssen. Die Ergebnisse der Online-Befragung zeigen, dass 61,9 % der Krankenhausstandorte in der Vergangenheit aktiv Betten gesperrt haben, um die PpUG einzuhalten. Ein Drittel (33,9 %) hat keine Betten aufgrund der PpUG gesperrt. Die Gruppenvergleiche zeigen, dass eher mittlere und größere Standorte sowie Standorte, welche die PpUG eingehalten haben, Bettensperrungen in der Vergangenheit vorgenommen haben (Abbildung 6).

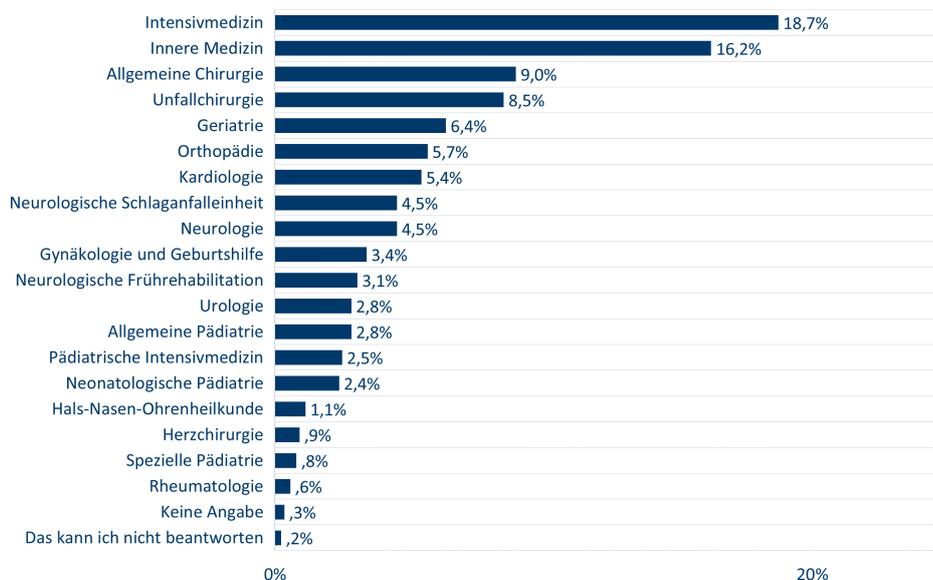
Bei den von Bettensperrungen betroffenen pflegesensitiven Bereichen handelt es sich am häufigsten um Intensivstationen (18,7 %), Stationen für Innere Medizin (16,2 %), die Allgemeine Chirurgie (9,0 %), die Unfallchirurgie (8,5 %) sowie die Geriatrie (6,4%). Rheumatologische Stationen waren am seltensten von Sperrungen betroffen (0,6 %). Die Verteilung über die Bereiche ist Abbildung 7 zu entnehmen.

Abbildung 6: Bettensperrungen aufgrund der PpUG im Gruppenvergleich (in %)



Quelle: IGES
 Anmerkung: Angabe der n je Gruppe in der Grafik

Abbildung 7: Von Bettensperrungen betroffene Bereiche (in %)



Quelle: IGES
 Anmerkung: im Gruppenvergleich (PpUG eingehalten vs. nicht eingehalten) keine Unterschiede in den Häufigkeiten

Sanktionen aufgrund dauerhafter Unterschreitung der PpUG

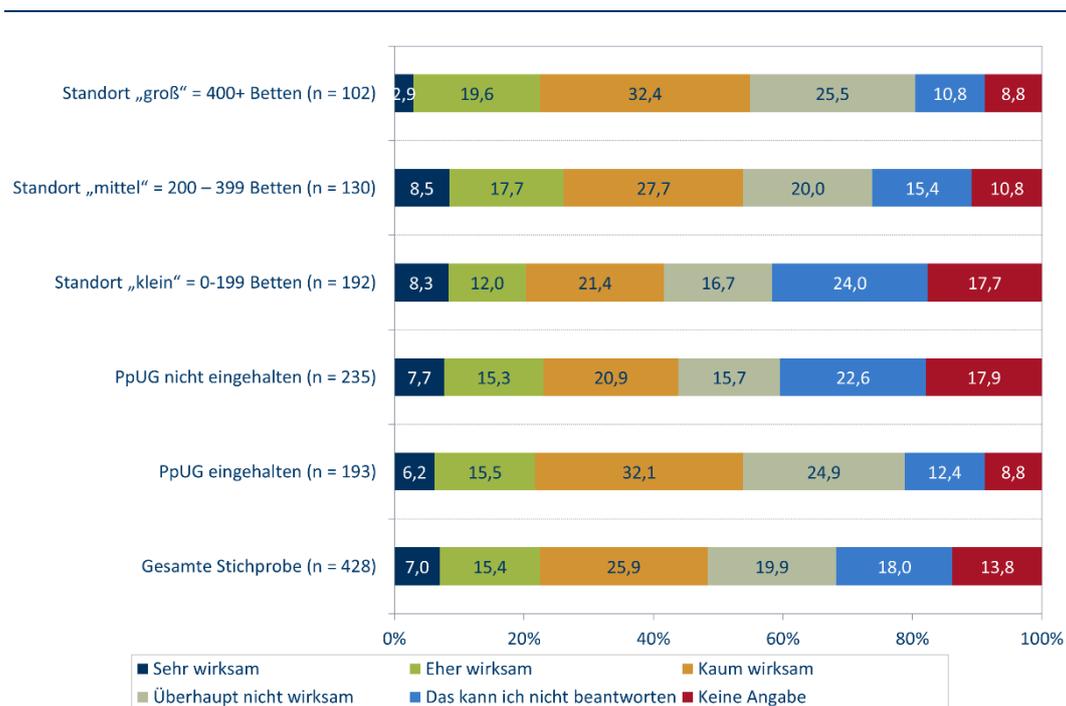
Die teilnehmenden Krankenhausstandorte wurden in der Befragung um Angaben zu Sanktionen in der Vergangenheit aufgrund dauerhafter Unterschreitung und deren Wirksamkeit (wie Fallzahlverringering, Vergütungsabschläge) gebeten.

Der überwiegende Anteil der Standorte wurde bisher nicht sanktioniert (69,9 %). Rund jedes fünfte Krankenhaus (19,4 %) gibt an, Sanktionen aufgrund der PpUG in den letzten 12 Monaten erhalten zu haben. Die restlichen 10,7 % haben keine Angaben gemacht. Im Gruppenvergleich zeigten sich folgende Unterschiede:

- ◆ 32,6 % der Standorte, welche im 1. Quartal 2023 die PpUG eingehalten haben,
- ◆ 8,5 % der der Standorte, welche im 1. Quartal 2023 die PpUG nicht eingehalten haben,
- ◆ 13,3 % der Standorte „klein“ (0-199 Betten),
- ◆ 18,0 % der Standorte „mittel“ (200-399 Betten) und
- ◆ 31,4 % der Standorte „groß“ (400+ Betten)

haben in den letzten 12 Monaten zum Zeitpunkt der Befragung Sanktionen erhalten. Betrachtet über die gesamte Stichprobe zeigt sich, dass 45,8 % die Sanktionen als (eher) nicht wirksam, 22,4 % die Sanktionen als eher oder sehr wirksam einschätzen. Etwa jeder dritte Befragte (31,8 %) konnte die Frage nach der Wirksamkeit nicht beantworten oder hat keine Angabe gemacht. Zusammenfassend zeigt die Analyse der Daten, dass Standorte, welche im 1. Quartal 2023 die PpUG eingehalten oder eine höhere Bettenanzahl haben, vergleichsweise häufiger angeben in der Vergangenheit bereits Sanktionen erhalten zu haben. Im Gruppenvergleich zeigt sich, dass Standorte mit diesen Merkmalen die Sanktionen eher als kaum bzw. überhaupt nicht wirksam einschätzen (Abbildung 8).

Abbildung 8: Einschätzung zur Wirksamkeit der Sanktionen gesamt und im Gruppenvergleich (in %)



Quelle: IGES
 Anmerkung: Angabe der n je Gruppe in der Grafik

Gefragt nach Gründen, warum die Sanktionen als kaum oder nicht wirksam empfunden wurden gaben die Befragten an, dass:

- ◆ die wirtschaftlichen Auswirkungen unzureichend seien (z. B. unstimmiges Verhältnis zwischen Sanktionen und Erlösverlust) (n = 51),
- ◆ Sanktionen keine bzw. unzureichende Auswirkungen auf die Personalverfügbarkeit haben (n = 37),
- ◆ Sanktionen bereits vorhandene Handlungsspielräume der Häuser weiter beschränken und damit insgesamt negative Auswirkungen im Allgemeinen haben (n = 15) und
- ◆ dass der Versorgungsauftrag unzureichend erfüllt werden kann (n = 29).

„Es ändert nichts am Grundproblem. Meist ist es noch immer günstiger die Sanktionen zu zahlen, als die offenen Stellen zu besetzen z. B. durch Leasing. Zudem kosten die gesperrten Betten die Krankenhäuser weiterhin mehr als die Sanktionen.“

"Sanktionen sind eine doppelte Bestrafung für Kliniken, in welchen sehr schwierig Pflegepersonal rekrutiert werden kann. Eine Bettensperrung zum Zweck der Einhaltung der PpUGV wird als letztes Mittel der Wahl betrachtet, da die konsekutiven Erlösverluste weit größer sind als die Sanktionskosten. Somit werden die marginalen Sanktionskosten im Endeffekt toleriert damit Bettenkapazitäten nicht reduziert werden müssen."

"Durch Sanktionen wird der eh schon eingeschränkte Handlungsraum weiter beschnitten, das ist kontraproduktiv."

"Die Sanktionen helfen uns nicht weiter, fehlendes Personal zu rekrutieren. Ein positives Belohnungssystem/Anreizmodell ist einem Sanktionsmodell vorzuziehen."

"Der Versorgungsauftrag für die Bevölkerung muss auch aufrechterhalten werden. Zu viele Betten müssen wegen anhaltendem Personalmangel gesperrt bleiben. Es gibt kein Personal auf dem Markt."

3.2.3 Auswirkungen auf das Pflegepersonal

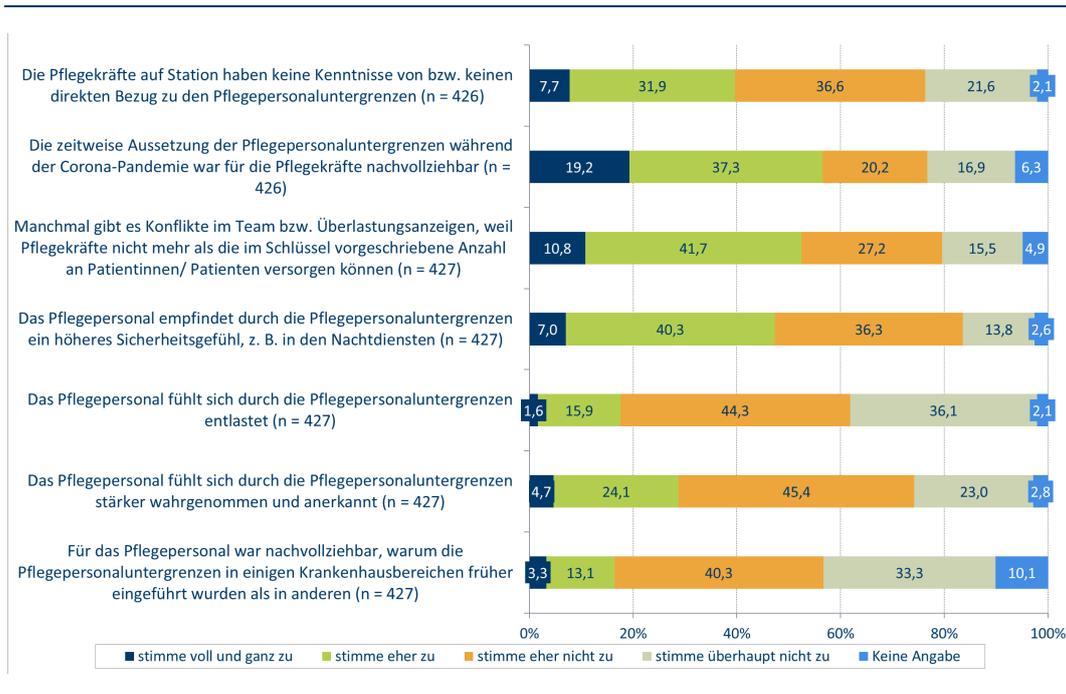
Seitens der Pflegekräfte beobachteten die Interviewten, dass es zu einer Schärfung des Bewusstseins kam: Pflegekräfte stellen Nachfragen zu den PpUG für ihre Station und kritisieren, wenn diese nicht eingehalten werden. Enttäuscht würden sich Pflegekräfte darüber zeigen, dass die Einhaltung der PpUG lediglich im Monatsdurchschnitt erfolgt und nicht tagesaktuell pro Schicht. Als Auswirkung konnte durch die Interviewten zudem beobachtet werden, dass es innerhalb der Pflegeteams zu Konflikten kam, wenn Pflegekräfte nicht mehr Patientinnen und Patienten versorgen wollten, als die PpUG vorsehen.

Insgesamt bemängelten die Interviewten die, aus Ihrer Sicht, willkürliche Festlegung der pflegesensitiven Bereiche. Mitarbeitenden sei es z. T. nur schwer vermittelbar, warum einige Bereiche früher als andere als pflegesensitiv eingestuft wurden. Gleiches trifft auf die Art und Weise des Prozesses der Aussetzung der PpUG während der Corona-Pandemie zu. Insbesondere Pflegekräfte auf Intensivstationen wären verärgert gewesen, dass die PpUG ausgesetzt wurden, da die Erwartungshaltung vorlag, dass gerade diese Bereiche eines besonderen Schutzes bedurft hätten.

Knapp drei Viertel der Teilnehmenden der bundesweiten Online-Befragung (73,6 %) schätzten ein, dass die frühere Einführung der PpUG in einigen Bereichen für das Pflegepersonal nicht nachvollziehbar war, 16,4 % sind gegenteiliger Auffassung. Mehr als jeder 4. Standort (28,8 %) gibt an, dass die PpUG einen Effekt auf die Wahrnehmung und Anerkennung des Pflegepersonals hatte, hingegen 68,4 % dies gegenteilig wahrnehmen. Der überwiegende Teil (58,2 %) gibt an, dass Pflegekräfte auf den Stationen Kenntnisse von den PpUG bzw. einen direkten Bezug dazu haben. Insgesamt 47,3 % bewerten, dass die PpUG zu einem erhöhten Sicherheitsgefühl beim Pflegepersonal geführt hat. Nach Auffassung von 80,4 % hat die PpUG nicht zu einer Entlastung des Pflegepersonals geführt.

In jedem zweiten der teilnehmenden Standorte (52,5 %) gab es im Team Konflikte bzw. Überlastungsanzeigen, weil Pflegekräfte nicht mehr als die im Schlüssel vorgeschriebene Anzahl an Patientinnen/Patienten versorgen können. Weitere 42,7 % geben an, dass es aufgrund der PpUG keine Konfliktsituationen im Team gab. Die zeitweise Aussetzung der PpUG während der Corona-Pandemie war für die Pflegekräfte, laut 56,5 % der Befragten nachvollziehbar, hingegen für 37,1 % nicht nachvollziehbar.

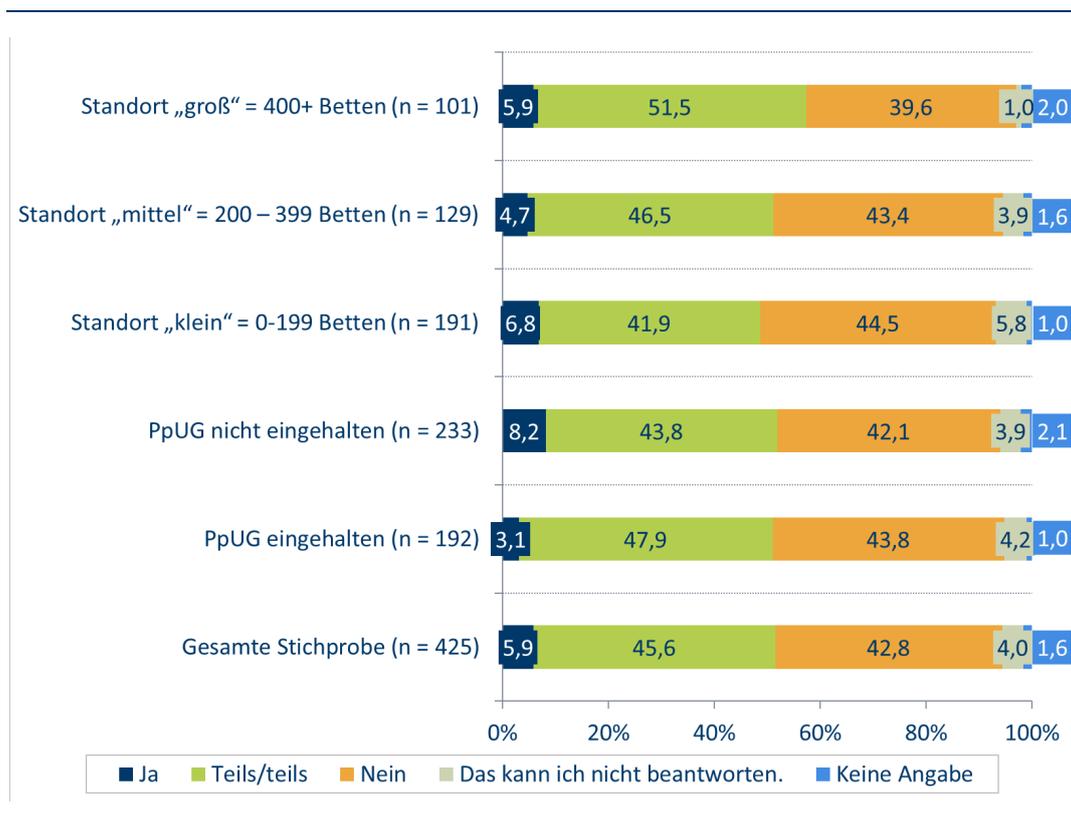
Abbildung 9: Auswirkungen der PpUG auf das Pflegepersonal (in %)



Quelle: IGES
 Anmerkung: Angabe der n je Item in der Grafik, im Gruppenuntervergleich (PpUG eingehalten vs. nicht eingehalten; Größe des Standortes) nur geringfügige Unterschiede in den Häufigkeiten

Abschließend wurden die Teilnehmenden um ihre Einschätzung gebeten, ob das Pflegepersonal mit den derzeitigen PpUG zufrieden ist bzw. positiv wahrnimmt (Abbildung 10). Diese Angaben wurden ebenfalls im Gruppenvergleich betrachtet. Insgesamt zeigt sich kein einheitliches Meinungsbild. Während ein geringer Teil angibt, dass die Pflegekräfte zufrieden sind (5,9 %), waren 45,6 % unentschlossen. Ein größerer Teil der Befragten (42,8 %) gibt an, dass Pflegekräfte mit der PpUG unzufrieden sind.

Abbildung 10: Einschätzung der Zufriedenheit der Pflegekräfte mit den PpUG (in %)



Quelle: IGES

Anmerkung: Angabe der n je Gruppe in der Grafik

Die Befragten hatten die Möglichkeit ihre Angaben, warum Pflegekräfte zufrieden sind, in einem Freitextfeld zu begründen. Zusammenfassend wurde folgendes genannt:

- ◆ Pflegekräfte werden entlastet/Unterstützung im Nachtdienst (n = 7),
- ◆ Bestehen eines logistischen Orientierungsrahmens (n = 7) und
- ◆ das Pflegepersonal erfährt eine allgemeine Unterstützung (n = 4).

"Die doppelte Besetzung im ND wird der bereits seit Jahren gegebenen Belastung jetzt gerecht."

„Mit Einsetzen der PpUG konnten Klärungen zur notwendigen Bettenschließungen offensiver und ergebnisorientierter umgesetzt werden.“

„Überforderungen für das Pflegefachpersonal werden vermieden. Es kommt zu intensiven Gesprächen mit den leitenden Ärzten und Stationsleitungen über das, was die Pflege noch leisten kann.“

Als fünf häufigste Gründe für eine Unzufriedenheit bzw. keiner klaren Positionierung (teils/teils) gaben die Befragten an, dass:

- ◆ der reale Versorgungsaufwand in den PpUG nicht korrekt berücksichtigt wird (n = 55 „unzufrieden; n = 47 „teils/teils“),
- ◆ eine geregelte Dienstplanung deutlich erschwert wurde (n = 53 „unzufrieden; n = 40 „teils/teils“),
- ◆ der individuelle Pflegebedarf (n = 10 „unzufrieden; n = 16 „teils/teils“) sowie Schweregrad einzelner Fälle (n = 10 „unzufrieden; n = 6 „teils/teils“) keine ausreichende Berücksichtigung findet und
- ◆ dass es nicht zu spürbaren Veränderungen oder Entlastungen gekommen wäre (n = 8 „unzufrieden; n = 3 „teils/teils“).

Folgend ein Zitat einer/eines Befragten mit Angabe „unzufrieden“ in der vorherigen Frage:

"Die Grenzen wurden am grünen Tisch festgelegt ohne Berücksichtigung bereits vorliegender wissenschaftlich belegter Anhaltswerte (für Geriatrie wird ein Verhältnis von 1:1,8 empfohlen). In Statistiken werden Fachkräfte eingerechnet, die nicht in der direkten Patientenversorgung tätig sind (z.B. mittleres Management, Wundexperte, Betriebsratstätigkeit). Und die Fallschwere des jeweiligen Patienten wird in der PpUGV nicht berücksichtigt."

Folgend ein Zitat einer/eines Befragten mit Angabe „teils/teils“ in der vorherigen Frage:

"Das Pflegepersonal fühlt sich sehr belastet und die Versorgungsintensität nimmt immer mehr zu. Die PpUG bezieht sich rein auf Fälle und nicht auf die Pflegeintensität. Dies führt zu einer Überlastung des Pflegepersonals und zu einer Unterversorgung mancher Patienten."

„Bei allen gesetzlichen Vorgaben, Empfehlungen, Richtlinien und Verträgen ist für die meisten Kollegen nicht mehr ersichtbar oder verständlich was vorrangig ist- PpUGV, PPR 2.0., Entlastungsvereinbarung ver.di, GBA.....“

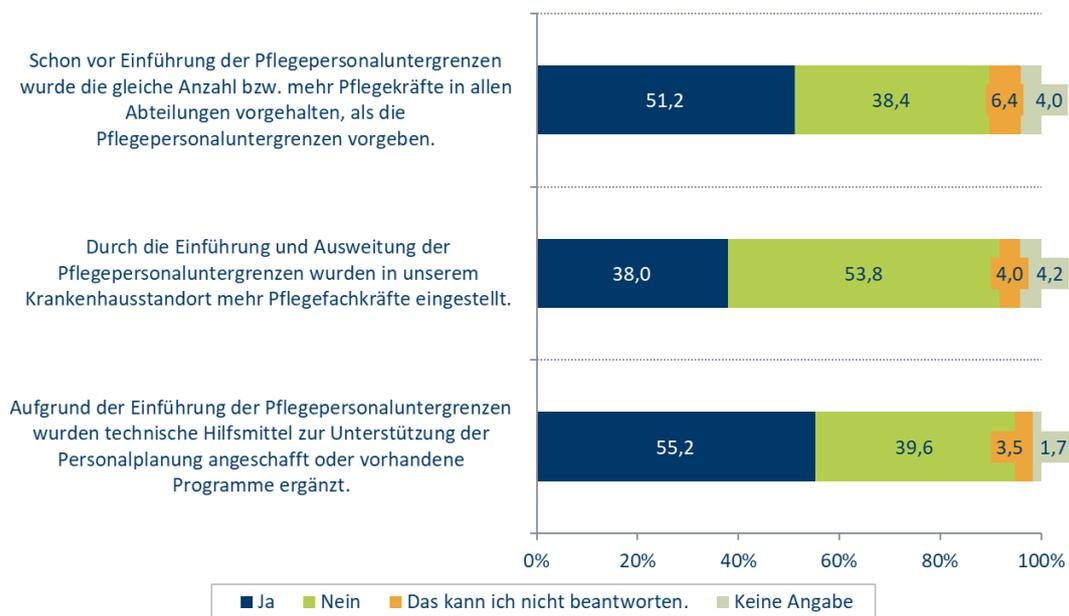
3.2.4 Auswirkungen auf die Personal- und Dienstplanung

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Sondierungsinterviews konnten die personellen Konsequenzen seit Einführung der PpUG nicht einzig oder hauptsächlich auf die PpUG zurückführen. Zwar hätten Krankenhäuser seit Einführung der PpUG Bemühungen unternommen Personal einzustellen, allerdings wurden diese eher vor dem Hintergrund des mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetzes 2020 eingeführten Pflegebudgets gesehen. Hinzu kämen noch andere Faktoren, wie bspw. (Neu-)Verhandlungen von Tarifverträgen.

Für ein vertieftes Meinungsbild wurden in der Online-Befragung die Auswirkungen der PpUG auf die Personal- und Dienstplanung erfasst. Etwa die Hälfte der Befragten (53,8 %) geben an, dass aufgrund der Einführung und Ausweitung der PpUG nicht mehr Pflegefachpersonal eingestellt wurde, hingegen 38,0 % angeben mehr Personal eingestellt zu haben (Abbildung 11). Insgesamt 38,4 % geben an, schon

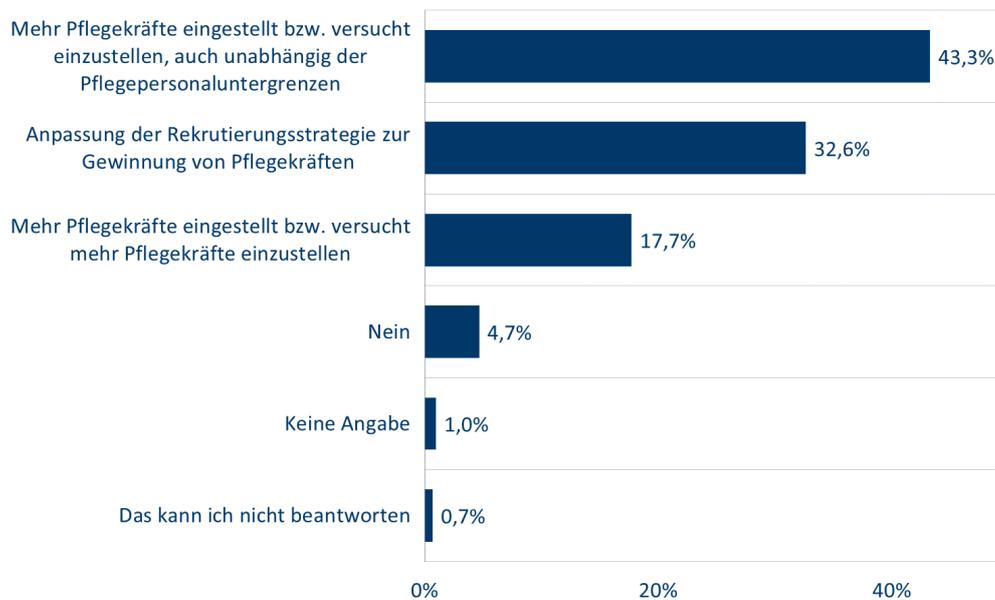
vor Einführung der PpUG, die gleiche Anzahl bzw. mehr Pflegekräfte in allen Abteilungen vorgehalten zu haben, als die PpUG vorgeben. Technische Hilfsmittel zur Unterstützung oder Ergänzung der Programme der Personalplanung wurden aufgrund der Einführung der PpUG laut 55,2 % der Befragten angeschafft. Abbildung 12 zeigt, dass Personalrekrutierungen zu 43,3 % unabhängig von den PpUG erfolgt sind.

Abbildung 11: Auswirkungen auf die Personalplanung und -rekrutierung (in %, n = 424)



Quelle: IGES
 Anmerkung: im Gruppenuntervergleich (PpUG eingehalten vs. nicht eingehalten; Größe des Standortes) nur geringfügige Unterschiede in den Häufigkeiten

Abbildung 12: Personalrekrutierung (in %, Mehrfachnennung möglich, n = 421)



Quelle: IGES

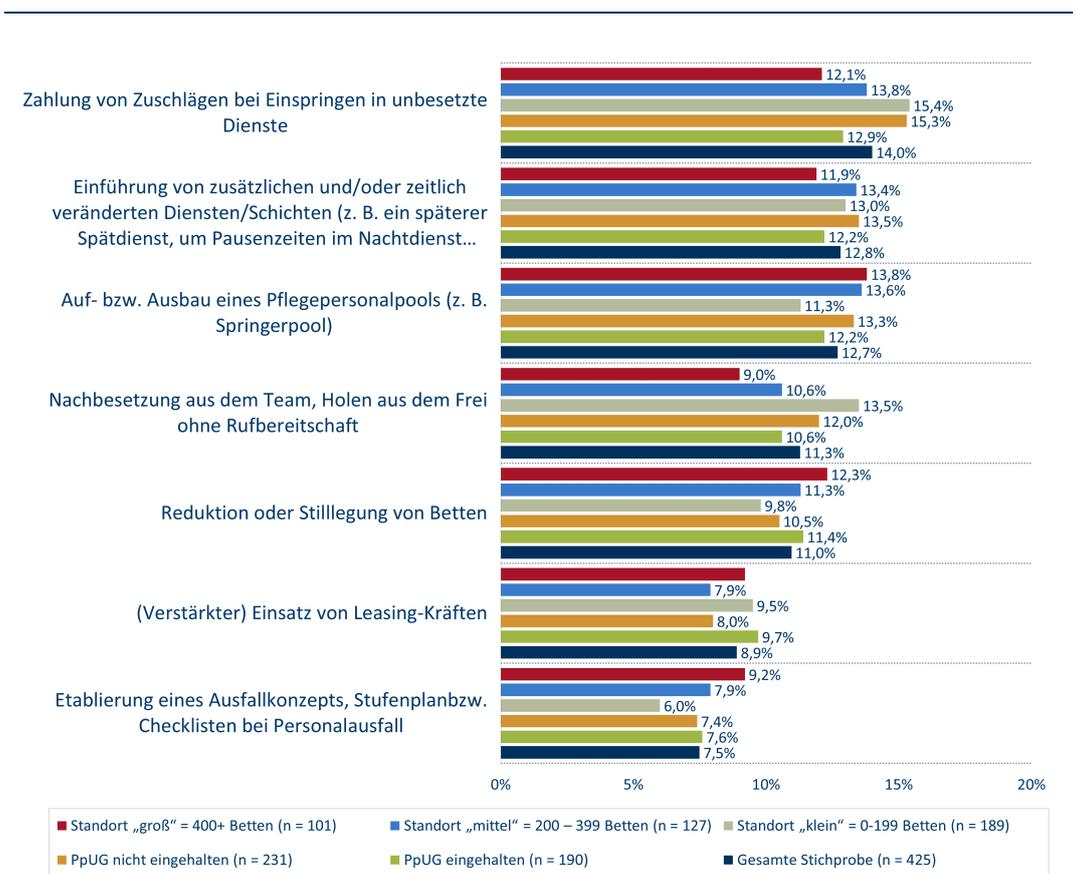
Zusätzlich zu Bemühungen in der Personalgewinnung zeigte sich in den Sondierungsinterviews und der Online-Befragung, dass Krankenhäuser auch weitere Maßnahmen ergreifen, um eine ausreichende Abdeckung der Dienste auf Stationen in pflegesensitiven Bereichen sicherzustellen. So wurde z. B. in einem der Sondierungsinterviews berichtet, dass im Krankenhaus eine App eingeführt wurde, über die offene Dienste ausgeschrieben werden können und akute Besetzungslücken aufgefangen werden. Pflegekräfte, die auf den betreffenden Stationen eingesetzt sind, können sich melden und die offenen Dienste übernehmen, die gesondert vergütet werden. Zudem würden über einen Personalpool Mitarbeitende in die Bereiche verteilt werden, die aufgrund der PpUG Unterstützung bräuchten.

In der Online-Befragung geben 32,6 % an, die Rekrutierungsstrategie zur Gewinnung von Personal aufgrund der PpUG angepasst zu haben (Abbildung 12). Im Gruppenvergleich (PpUG eingehalten vs. nicht eingehalten, Standortgröße) konnten keine Unterschiede in den Häufigkeiten festgestellt werden (Daten nicht dargestellt).

Um ausreichend Pflegepersonal auf den pflegesensitiven Bereichen vorzuhalten, wurden unterschiedliche Anstrengungen unternommen (Abbildung 13 und Abbildung 14). Die Abbildungen zeigen jeweils die Antwortoptionen im Vergleich der Gesamtstichprobe mit den untersuchten Teilstichproben (PpUG eingehalten vs. nicht eingehalten, Standortgröße). Am häufigsten wurden Zuschläge bei Einspringen in unbesetzte Dienste (14,0 %) oder die Einführung von zusätzlichen und/oder zeitlich veränderten Diensten (12,8 %) genannt. Im Gruppenvergleich haben eher

kleinere Standorte und Standorte, welche die PpUG nicht eingehalten haben, angeben Zuschläge zu zahlen, um genügend Personal vorzuhalten. Kleinere Standorte geben auch eher an, aus dem Team nachzubesetzen oder Personal aus dem Frei (ohne Rufbereitschaft) zu holen. Größere und mittlere Standorte bauten eher Pflegepersonalpools aus oder auf, reduzierten die Bettenanzahl oder etablierten ein Ausfallkonzept.

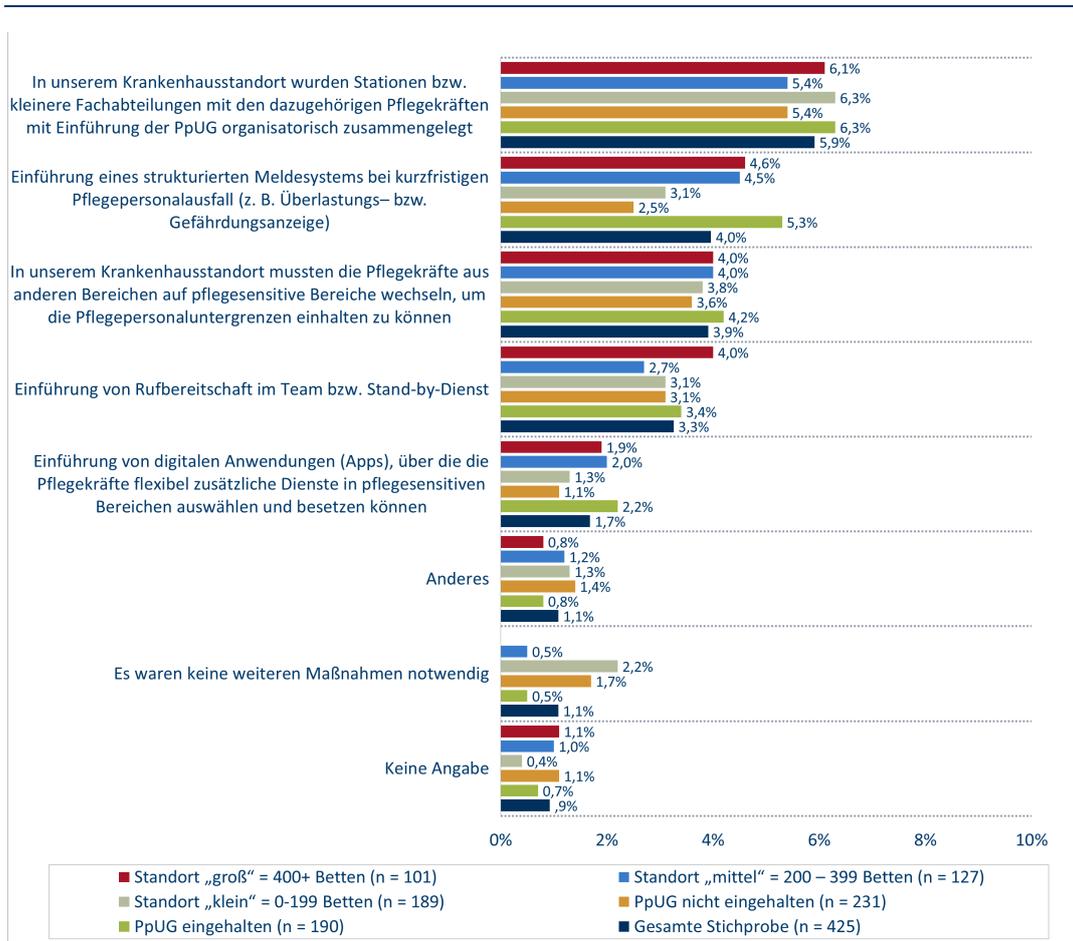
Abbildung 13: Anstrengungen ausreichend Personal vorzuhalten I (in %, Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES
 Anmerkung: Sortierung nach Häufigkeiten der gesamten Stichprobe (Größe absteigend)

Vergleichsweise häufiger wurde in Standorten, welche die PpUG im 1. Quartal 2023 einhielten, ein strukturiertes Meldesystem eingeführt und/oder Stationen bzw. Fachbereiche organisatorisch zusammengelegt (Abbildung 14).

Abbildung 14: Anstrengungen ausreichend Personal vorzuhalten II (in %, Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES

Anmerkung: Sortierung nach Häufigkeiten der gesamten Stichprobe (Größe absteigend)

Klar als Folge der PpUG wurde in den Sondierungsinterviews benannt, dass in einigen Häusern neue Schichten geschaffen bzw. mehr Personal in bestimmten Schichten vorgehalten wurde, was nicht zwingend dem Willen der Pflegekräfte entsprach. So berichtete z. B. eine Person, dass aufgrund der PpUG gegen den Willen der Mitarbeitenden ein späterer Spätdienst eingerichtet wurde, um den Vorgaben der Pausenzeiten zu entsprechen.

46,0 % der Befragten geben an, dass Pflegekräfte aufgrund der PpUG sehr häufig (mehrmals wöchentlich) oder häufig (maximal einmal pro Woche bis mehrmals pro Monat) in unbesetzte Dienste kurzfristig einspringen (Daten nicht in einer Abbildung dargestellt). Insgesamt 43,8 % geben an, dass Pflegekräfte selten (maximal einmal pro Monat) oder nie Dienste kurzfristig übernehmen müssen. Weitere 5,7 % konnten die Frage nicht beantworten und 4,5 % machten keine Angabe.

Ausreichend Personal nach PpUG vorzuhalten, ist laut 65,1 % der Befragten in den verschiedenen pflegesensitiven Bereichen unterschiedlich schwer. Weitere 25,2 %

nehmen keine spezifischen Schwierigkeiten zwischen den Bereichen wahr, 7,6 % konnten die Frage nicht beantworten und 2,1 % machten keine Angabe. Die Teilnehmenden, welche die Frage der bereichsspezifischen Schwierigkeit ausreichend Personal vorzuhalten mit „Ja“ beantwortet haben, wurden um Angabe der pflegesensitiven Bereiche gebeten. Darunter waren die häufigsten:

- ◆ Intensivmedizin (20,3 %),
- ◆ Innere Medizin (17,0 %),
- ◆ Geriatrie (10,2 %),
- ◆ Pädiatrische Intensivmedizin (5,9 %),
- ◆ Allgemeine Chirurgie (5,3 %).

Darauffolgend wurden mit 3,2 % bis 5,0 % die Bereiche Neonatologische Pädiatrie, Allgemeine Pädiatrie, Neurologische Schlaganfallereinheit, Gynäkologie und Geburtshilfe, Neurologie, Kardiologie, Unfallchirurgie und Neurologische Frührehabilitation genannt. Weniger häufig wurden Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Rheumatologie, Herzchirurgie, Urologie, Spezielle Pädiatrie und Orthopädie genannt (0,2 % bis 2,9 %).

Insgesamt ist die Pflegepersonal- und Dienstplanung durch die Einführung der PpUG nach 55,8 % der Befragten aufwändiger geworden. 36,5 % sind nicht dieser Auffassung, 2,9 % konnten die Frage nicht beantworten und weitere 4,8 % machten keine Angabe.

3.3 Erfahrungen mit dem Nachweisverfahren

Die Teilnehmenden der Sondierungsinterviews berichteten, dass Krankenhäuser, die einen entsprechenden Digitalisierungsgrad aufweisen, mit dem Nachweisverfahren nach der Einführungsphase wenig Probleme hätten. Dazu seien entsprechende Schnittstellen der Softwareanwendungen nötig (Mitternachtsstatistik, Mittagsauswertung der Bettenbelegungszahlen, Dienstplanprogramm). Allerdings seien selbst bei einem hohen Digitalisierungsgrad viele zeitaufwändige Kontrollen (z. B. Prüfung auf Ausnahmetatbestände) erforderlich, bevor die Datenmeldung an das InEK erfolgen könnte. Teilweise wurde dazu mit den einzelnen Stationen Rücksprache gehalten.

Die Daten der Einhaltung bzw. Nichteinhaltung der PpUG melden in den Krankenhäusern hauptsächlich das (Medizin-, Personal-, operatives) Controlling (53,7 %), die Pflegedirektionen (18,3 %) sowie das Pflegecontrolling (10,7 %) an das InEK. Seltener werden die Daten durch die Pflegedienstleitungen (8,4 %), leitende Pflegefachkräfte (2,7 %) oder die Geschäftsführung (2,5 %) gemeldet. Weitere 3,0 % gaben in einer Freitextoption andere Personen/Funktionen an, darunter Personalabteilung, Verwaltung, Abteilungsleitung/deren Assistenz oder die Krankenhausleitung (Abbildung 15).

Abbildung 15: An das InEK Daten meldende Personen/Funktionen (in %, n = 420)



Quelle: IGES

Der Aufwand im Nachweisverfahren wird von knapp zwei Drittel der Befragten (64,1 %) als hoch oder sehr hoch eingeschätzt. Weitere 23,3 % schätzen ihn als „mittel“ ein. Ein geringerer Anteil empfindet den Nachweis als nicht aufwändig (1,9 %), 7,9 % konnten die Frage nicht beantworten und weitere 2,9 % machten keine Angabe.

Aufgrund des Nachweisverfahrens wurden in den Krankenhausstandorten Veränderungen vorgenommen. Jedes dritte Krankenhaus trieb die Digitalisierung voran (33,4 %) wie z. B. die Schaffung von Schnittstellen zwischen Dienstplanprogrammen und Mitternachtsstatistik. Mehr als jedes vierte Haus (26,4 %) nahm interne Umstrukturierungen vor (auch hinsichtlich Kommunikationsstrukturen). 13,0 % der Standorte schufen einen Bereich „Pflegecontrolling“ bzw. bauten diesen aus, weitere 10,1 % haben mindestens eine neue Stelle geschaffen. 9,3 % machten keine Angabe, 4,4 % ergriffen andere Maßnahmen und 3,5 % konnten die Frage nicht beantworten.

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (53,1 %) sieht aktuell einen Änderungsbedarf am derzeitigen Nachweisverfahren. 16,2 % finden, dass keine Anpassungen nötig sind. 22,6 % konnten die Frage nicht beantworten und 8,1 % machten keine Angabe. Der Wunsch nach einer Anpassung des Nachweisverfahrens bezieht sich vor allem auf eine für alle Krankenhäuser einheitliche Software (48,8 %) sowie eine weiterentwickelte Datenmaske des InEK (33,0 %). Darüber hinaus machten 15,2 % Freitextangaben zu weiteren Bedarfen. Die häufigsten, in Zusammenhang zum Nachweisverfahren stehenden, Freitextnennungen zur Weiterentwicklung waren:

- ◆ ausschließliche Meldung über das InEK-Datenportal (n = 10),

- ◆ Verzicht auf einen zusätzlichen Versand der Daten an Vertragspartner (n = 10).

In einer Vielzahl von Einzelnennungen wurden zudem weitere Aspekte angesprochen. Darunter z. B. auch, dass jeder Krankenhausstandort mit pflegesensitiven Bereichen eine Stabsstelle für die PpUG besitzen sollte, oder dass Meldungen nicht quartalsweise und mit längeren Fristen erfolgen sollten.

„In jedem meldenden Haus sollte eine PPUGV-Stelle als Stabsstelle der GF angegliedert werden. Zeiterfassung per Mitarbeiterausweis inkl. digitaler Meldung ins Dienstplansystem. Betrachtung der Pflegegrade der Patientenklientel und Berücksichtigung dieser in der Bemessung der Untergrenzen. Isolationsbereiche separat stärken z.B. TBC-Stationen, Infektions-Stationen.“

"Ausschließlich eine Meldung über das InEK-Datenportal, kein zusätzlicher Versand mehr an die Vertragspartner (wieder zusätzliche Bürokratie!) Die Vertragspartner können sich diesem Datenbestand bedienen."

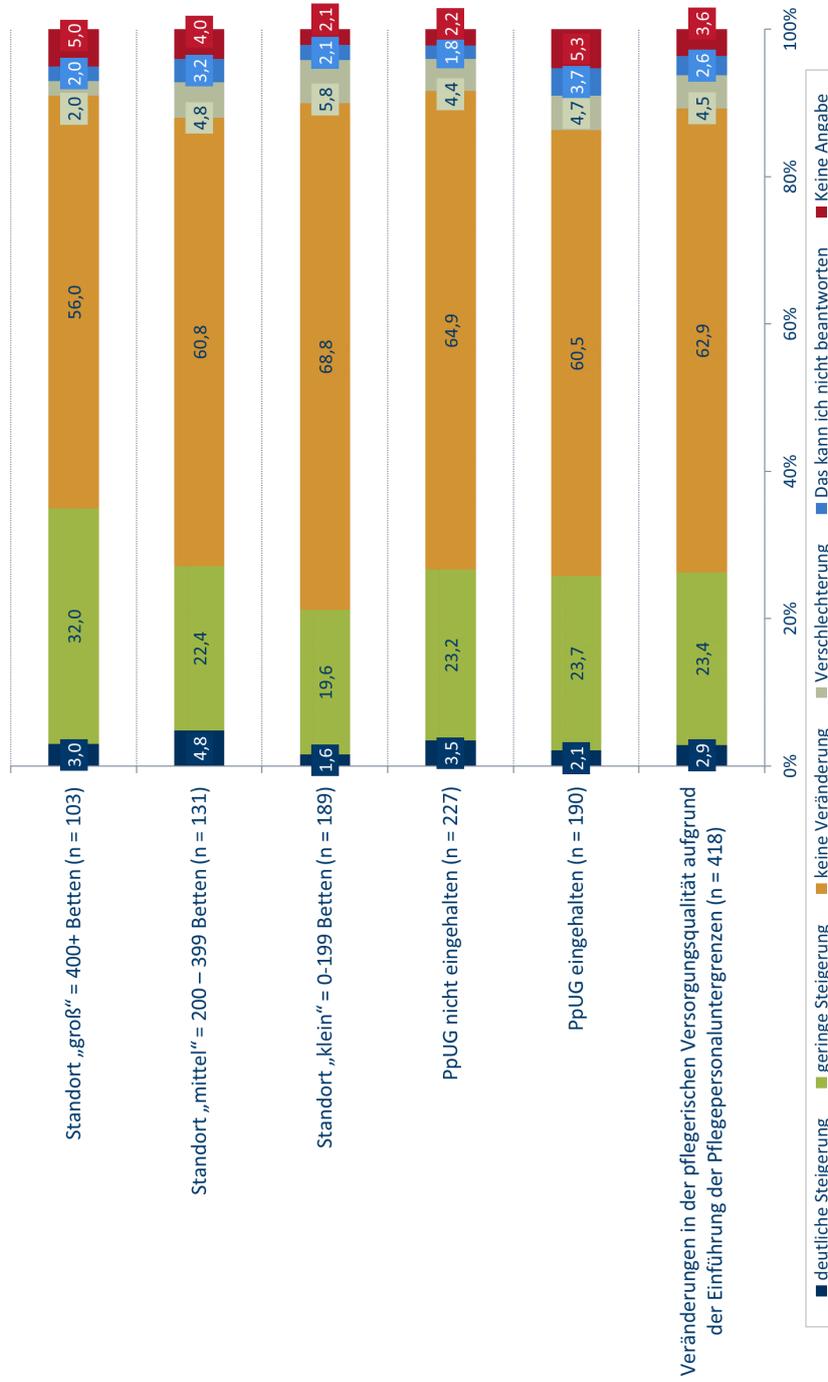
„Fristverlängerungen bei den Meldungen auf mindestens 4 Wochen - Dienstplanauswertung sehr aufwendig im Genehmigungsverfahren.“

3.4 Auswirkungen auf die Patientenversorgung

In den Sondierungsinterviews wurden berichtet, dass die PpUG keine bzw. kaum Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung nach Ansicht der Interviewten haben. In Krankenhäusern, in denen die Personalausstattung zuvor unter den Vorgaben der PpUG lag, hätte es allerdings Qualitätsverbesserungen gegeben.

Für eine vertiefte Einschätzung der Auswirkungen der PpUG auf die Patientenversorgung wurde in der bundesweiten Online-Befragung ebenfalls darauf Bezug genommen. Etwas mehr als jeder vierte Befragte (26,3 %) nimmt eine geringe oder deutliche Verbesserung der pflegerischen Versorgungsqualität wahr. 62,9 % geben an, keine Veränderung wahrzunehmen, weitere 4,5 % geben eine Verschlechterung der Versorgungsqualität an (2,6 % konnten die Frage nicht beantworten und 3,6 % machten keine Angabe). Zur Einschätzung inwiefern die Variablen Standortgröße und PpUG Einhaltung bzw. Nichteinhaltung Einfluss auf das Antwortverhalten haben, wurden die Ergebnisse differenziert betrachtet. Vergleichsweise nehmen größere Standorte eher eine deutliche bzw. geringe Steigerung und kleinere Standorte eher eine Verschlechterung der pflegerischen Versorgungsqualität aufgrund der PpUG wahr.

Abbildung 16: Veränderungen in der pflegerischen Versorgungsqualität aufgrund der PpUG (in %)



Quelle: IGES

Anmerkung: Angabe der n je Gruppe in der Grafik

Diejenigen, die keine Veränderungen oder eine Verschlechterung wahrnehmen (67,4 %) begründeten dies in einer Freitextangabe u. a. mit:

- ◆ nicht genug verfügbarem Pflegepersonal (n = 59),
- ◆ keine Berücksichtigung des Pflegeaufwandes (n = 30),
- ◆ verbleibendem unveränderten Personalschlüssel (n = 14),
- ◆ die Untergrenzen spiegeln nicht das Besetzungsniveau wider (n = 9),
- ◆ eine höhere Qualifizierung würde die Qualität verbessern (n = 5) und
- ◆ dem gestiegenen Dokumentationsaufwand (n = 4).

Festzuhalten ist, dass die Befragten als Gründe auch Themen nannten, die auf der Systemebene verankert sind, wie z. B. Fachkräftemangel, kurze Verweildauern der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, Zunahme der Versorgungsaufwände etc.

"Pflegefachkraftmangel, Altersquote bei Pflegenden steigt, Leasingkräfte, hohe Kosten, hohe Beschwerdefreudigkeit bei Angehörigen."

„Pflegeaufwand der Patienten massiv gestiegen, zu viele patientenferne Tätigkeiten, die die Pflege zusätzlich übernehmen muss "

„Höhere Patientenfluktuation durch niedrige Verweildauer; komplexere Pflegesituationen; Personalausfälle und steigende Fluktuation beim Personal; mit der Fluktuation geht Fachwissen verloren; Generalistik."

"Es werden aufgrund des Fachkräftemangels kaum neue Mitarbeiter gefunden. Das verbliebene Personal wird zielgerichtet eingesetzt, um PPUG- Verletzungen zu vermeiden. Mit wechselnden Springern kann aber kaum ein Bezug zu den Patienten hergestellt werden, es erfolgt eine fachlich richtige Pflege ohne aber auf die persönlichen, individuellen Patientenbedürfnisse eingehen zu können. Dies ist gerade bei Demenzkranken, Langliegern und Kindern essenzieller Bestandteil der Pflegearbeit."

„Weil man den ganzen Tag durch das Fehlen von Fachkräften damit beschäftigt ist, Personal von links nach rechts zu schieben anhand der Patientenzahlen, damit die PpUGV eingehalten wird."

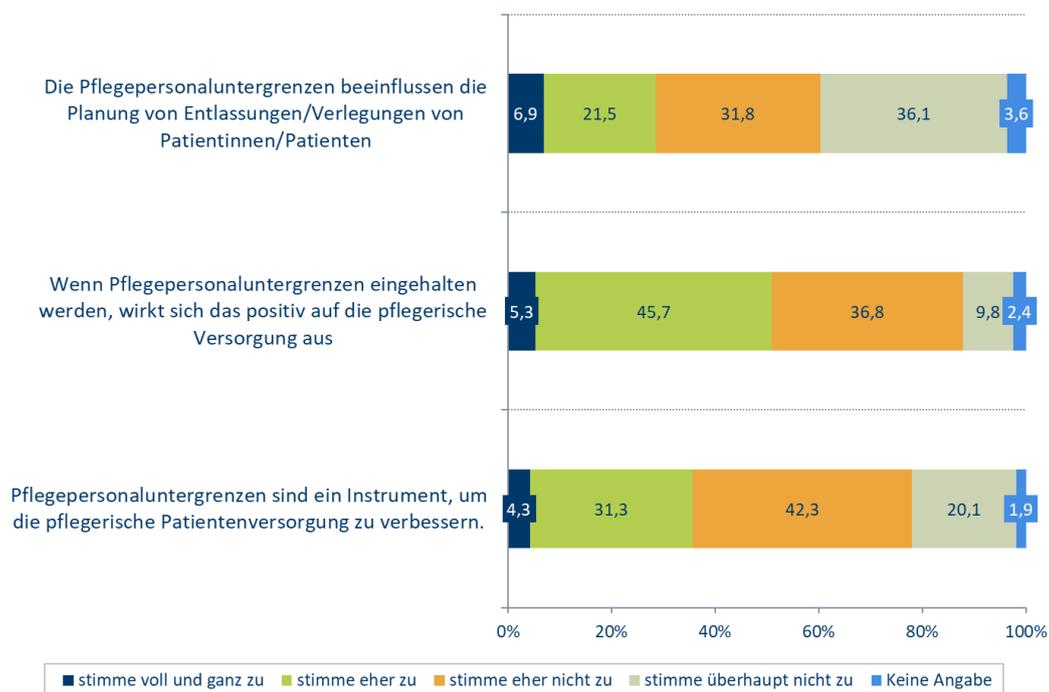
"Die PpUGV bildet lediglich ab, welche Anzahl an Pflegekräften eine bestimmte Anzahl an Patienten betreuen sollte. Da hier die Pflegebedürftigkeit des Patienten nicht bewertet wird, ist sie lediglich ein Anhaltspunkt."

„Wir haben vorher schon eine gute Versorgungsqualität der Patienten vorgehalten. Ursächlich für eine Verbesserung sind nicht die PpUG, sondern die Qualifikation des Pflegepersonals."

Etwas mehr als ein Drittel (35,6 %) der Befragten bewerten die PpUG als ein geeignetes Instrument zur Verbesserung der Patientenversorgung (Abbildung 17). Insgesamt 62,4 % sind gegenteiliger Meinung. Ein deutliches Meinungsbild zur Einschätzung der positiven Auswirkungen der PpUG auf die pflegerische Versorgung konnte nicht gezeigt werden: 51,0 % bestätigte positive Auswirkungen, hingegen 46,7 % nahmen (eher) keine positiven Auswirkungen wahr. Die Entlass- und/oder

Verlegungsplanung ist laut 67,9 % der Krankenhausstandorte nicht durch die PpUG beeinflusst. Im Gruppenvergleich (PpUG eingehalten vs. nicht eingehalten, Standortgröße) waren keine nennenswerten Unterschiede in den Häufigkeiten festzustellen (Daten nicht dargestellt).

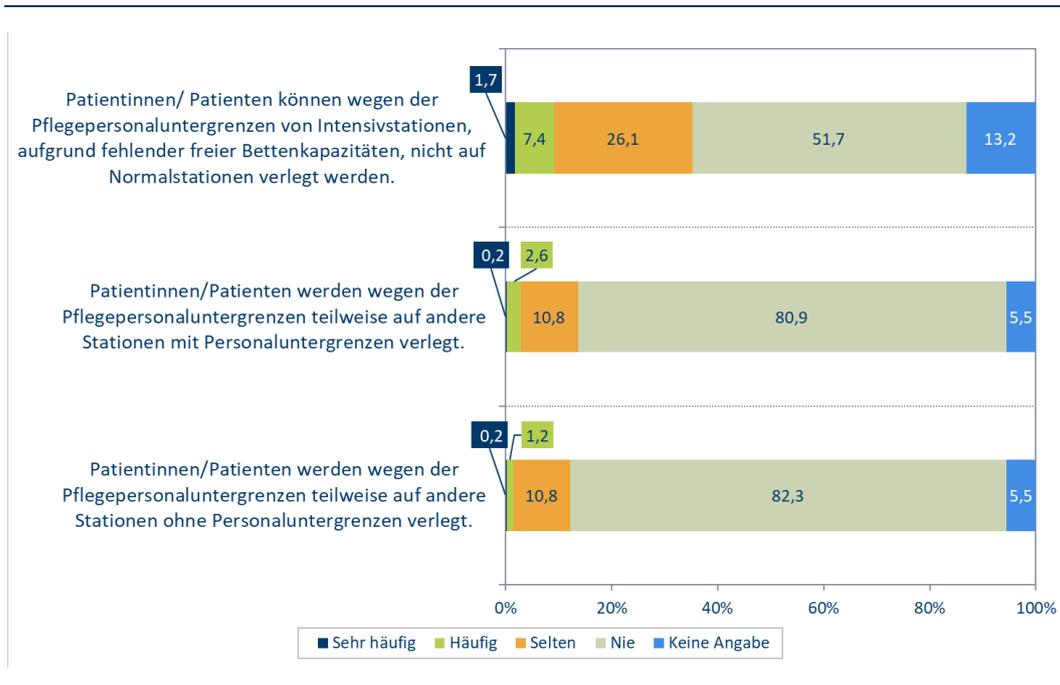
Abbildung 17: Einfluss der PpUG auf die Versorgung und Planung (in %, n = 418)



Quelle: IGES
 Anmerkung: im Gruppenuntervergleich (PpUG eingehalten vs. nicht eingehalten; Größe des Standortes) nur geringfügige Unterschiede in den Häufigkeiten

Zur Einhaltung der vorgeschriebenen Personalbesetzung kommen Verlegungen von Patientinnen und Patienten auf andere Stationen mit oder ohne PpUG im Krankenhausalltag selten oder nie vor (91,7 % und 93,1 %; Summe der Kategorien „selten“ und „nie“; Abbildung 18). Auch Problematiken aufgrund der PpUG und zusammenhängenden fehlenden Bettenkapazitäten bei Verlegungen von Patientinnen und Patienten von Intensivstationen auf Normalstationen kommen i. d. R. selten bis nie vor (77,8 %). In knapp jedem zehnten Haus (9,1 %) beeinflussen die PpUG Verlegungen von Patientinnen und Patienten von Intensivstationen (sehr) häufig. 13,2 % der Befragten machten keine Angabe.

Abbildung 18: Einfluss der PpUG bei Verlegungen von Patientinnen und Patienten (in %, n = 418)



Quelle: IGES

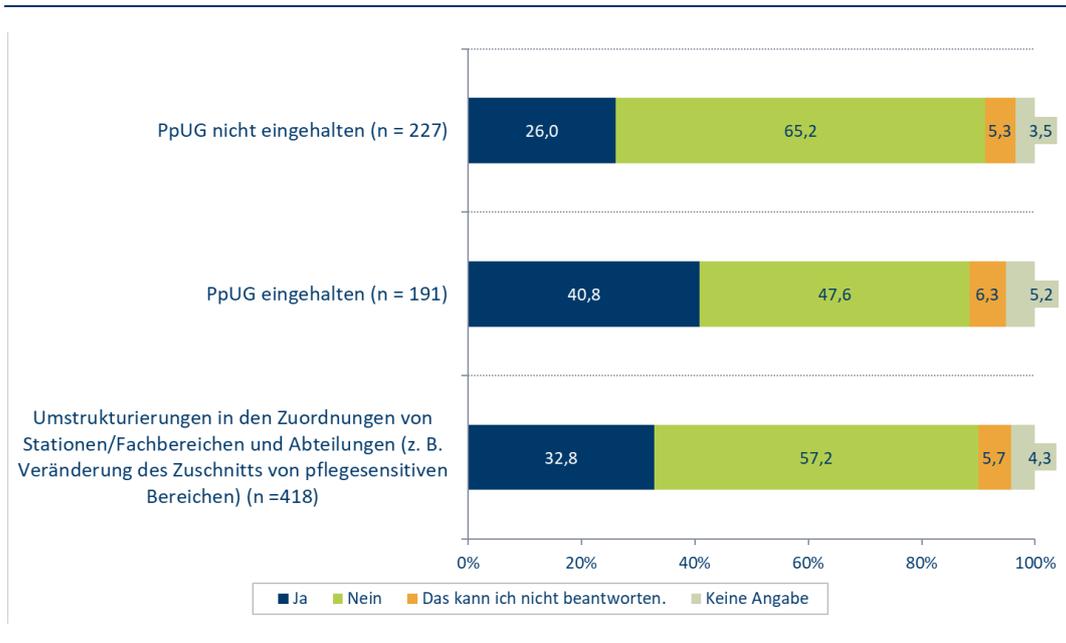
Anmerkung: im Gruppenuntervergleich (PpUG eingehalten vs. nicht eingehalten; Größe des Standortes) nur geringfügige Unterschiede in den Häufigkeiten

Insgesamt 32,8 % der Krankenhausstandorte haben Umstrukturierungen (z. B. Veränderung des Zuschnitts von pflegesensitiven Bereichen) in den Zuordnungen von Stationen bzw. Fachbereichen und Abteilungen vorgenommen (Abbildung 19). In 57,2 % gab es keine Veränderungen, 5,7 % konnten die Frage nicht beantworten und 4,3 % machten keine Angabe. In der differenzierten Betrachtung der Gruppen „PpUG eingehalten“ und „PpUG nicht eingehalten“ haben erstere vergleichsweise häufiger Umstrukturierungen vorgenommen (40,8 % vs. 26,0 %).

Wurden Maßnahmen zur Umstrukturierung ergriffen, so handelte es sich vor allem um:

- ◆ eine Zusammenlegung von Bereichen, u. a. um Personalausfälle besser kompensieren zu können oder Trennung von Bereichen mit medizinisch-fachlicher Schwerpunktsetzung, was u. a. zur Auflösung interdisziplinärer Stationen führte (n = 20),
- ◆ eine Anpassung der Bettenzahlen der Stationen (n = 6) oder
- ◆ Veränderung der Fachbereiche in den Teams (n = 5).

Abbildung 19: Umstrukturierungen in den Zuordnungen von Stationen/Fachbereichen aufgrund der PpUG im Gruppenvergleich (in %)



Quelle: IGES

Anmerkung: Angabe der n je Gruppe in der Grafik

3.5 Wünsche an die Weiterentwicklung der PpUG im Krankenhaus

Zum Abschluss der Befragung hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit über ein Freitextfeld die aus Ihrer Sicht ergänzenden Aspekte zum Thema PpUG anzubringen. Insgesamt betrachtet werden sehr diverse Punkte thematisiert, u. a. auch Wünsche zur Weiterentwicklung der PpUG oder ganz allgemein für die Personalentwicklung im Krankenhaus. Die wesentlichsten Punkte werden nachfolgend aufgegriffen.

Am intensivsten wurde – wie bereits in anderen Teilen der Befragung deutlich wurde – angemerkt, dass der Pflegeaufwand in den Personalschlüsseln der pflegesensitiven Bereiche nicht ausreichend berücksichtigt wird. Es wurde auch von Konflikten in den Häusern berichtet. Eine Entlastung der Pflegekräfte wäre nicht wie erhofft eingetreten.

"Die Berücksichtigung des notwendigen Pflegeaufwands je Patient muss unbedingt erfolgen. Sonst bleibt das ganze Konstrukt nur ein Zahlenmeer - und Zahlen allein geben keine Auskunft darüber, was tatsächlich geleistet wurde oder auch erforderlich war."

„Eine individuelle Anpassung von Personal an die Patientenversorgung in Betrachtung zur Krankheitsschwere und den Versorgungsaufwand muss dennoch erfolgen und sichert diese Einführung nicht ab. Im Team hat das eher für Unruhe gesorgt und wird oftmals falsch bewertet.“

"PpUG berücksichtigen weder den Pflegeaufwand noch den Pflegebedarf eines Patienten. Die Art und Weise der Berechnung nach Tag- und Nachtschicht führt zu ständigen Konflikten in der Wahrnehmung."

„Die ursprüngliche Idee, die Pflegenden zu entlasten ist leider nicht realisiert. Noch immer bestimmen die DRG über die Besetzung auf den Stationen- egal wie die Patientenklientel ist. Die Vorgaben sind unrealistisch und leider nur ein großer administrativer und digitaler Mehraufwand, wirklich viel verändert wurde nicht.“

Einige Personen betonten nochmals, dass die PpUG als Minimal- und nicht als Regelbesetzung verstanden werden sollten. Vereinzelt wurde auch die Abschaffung der PpUG gefordert.

"Es wird immer vergessen, dass die PpUG eine Untergrenze sind, also das Minimum und nicht, wie gelebt, die Regelbesetzung."

Allerdings wurde auch darauf hingewiesen, dass die Arbeitsmarktsituation durch den Fachkräftemangel angespannt ist. Auch dieser Punkt wurde in anderen Teilen der Befragung bereits thematisiert. Es bedürfe eines (evidenzbasierten) Instrumentes, das sowohl quantitative als auch qualitative Aspekte berücksichtigt und den Pflegebedarf abbildet. Explizit genannt wurde die PPR 2.0. In diesem Zusammenhang wurde darauf hingewiesen, dass Doppelstrukturen mit der PpUG zu vermeiden sind.

"Es muss ein Instrument geben, was den Pflegebedarf abbildet. PPR 2.0 könnte ein Weg in die richtige Richtung sein, aber nur, wenn es wieder ausreichende Pflegekräfte gibt und andere Pflegekräfte entsprechend in der Pflege ihre Daseinsberechtigung haben."

"Die Einführung der PpUG ist ein guter Anfang, jedoch ist hierauf aufzubauen, um ein adäquates Personalbemessungsinstrument für die Pflege zu entwickeln. Hierzu gehört neben der Anzahl der zu versorgenden Patientenanzahl ebenso der Schweregrad/ Pflegebedürftigkeit (Stichwort PPR 2.0) des Patienten."

„Doppelstrukturen im Sinne von PpUGV UND PPR 2.0 - Erhebungs- und Nachweisverfahren sind dringend zu vermeiden!“

Wie auch schon die Teilnehmenden der Sondierungsinterviews, wiesen die Teilnehmenden der Online-Befragung darauf hin, dass Krankenhaus- und Fachbereiche stärker differenziert betrachtet werden müssen. Insbesondere Fachkrankenhäuser würden innerhalb eines Fachbereiches verschiedene Behandlungen mit stark variierenden Personalbedarfen anbieten. Dies findet laut dem Meinungsbild der Befragten in den Personalvorgaben für die einzelnen pflegesensitiven Bereiche bisher keine ausreichende Berücksichtigung. Problematisch sei zudem, dass andere Berufsgruppen z. B. Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger unberücksichtigt bleiben.

„So gibt es am Beispiel der konservativen Orthopädie einen großen Unterschied zur Allgemeinen, operierenden Chirurgie! Hier benötigt man Mediziner und Therapeuten, jedoch kaum Pflegekräfte! Noch deutlicher ist der Unterschied des Fachbezuges Diabetologie innerhalb des breiten Spektrums der Fachabteilung Innere Medizin. Hier werden Mediziner und Diabetesberater benötigt, jedoch kaum Pflegekräfte! Es muss eine deutliche und

klare Differenzierung der Behandlungen gerade für Fachkrankenhäuser, mit deutlich höheren Untergrenzen geben. Differenzierung nach DRGs.“

„[...] weitere Professionen, die an der Versorgung von schwerst-mehrfach behinderten Patienten und Kindern beteiligt sind, für PpUG als Hilfskräfte zulassen: Heilerziehungspfleger, Erzieher, Ergotherapeuten in der Pflege am Bett!“

„Alternativen zulassen, Personalschlüssel zu definieren sind grundsätzlich ein guter Ansatz, aber akute Personalausfälle sind leider nicht immer 1:1 lösbar, die Hilfskraft im Nachtdienst unterstützt die Pflegekraft dann trotzdem bei der Patientenversorgung, eine MFA als zweite Kraft im Nachtdienst könnte wertvolle Unterstützung sein.“

Berichtet wurde auch von Doppelbewertungen, die sich in den Krankenhäusern nach der Einführung der PpUG ergeben hätten.

"Das Unternehmen hat sich bis zur Einführung der PpUG in Fragen der Personalbemessung an gängigen Kriterien wie der Auswertung von TISS, SaPS, PPR orientiert. Ferner wurden die geltenden GB-A Beschlüsse der für das KH relevanten Bereiche umgesetzt und eingehalten. Dadurch ist an einigen Stellen eine Doppelbewertung in Zusammenhang mit der PpUG entstanden (Neo-QFR-RL)"

Zudem gab es Stimmen, die die PpUG als angemessen erachten und anderen Instrumenten kritisch gegenüberstehen.

"Ich halte die bisherigen Untergrenzen für angemessen; eine weitere Verschärfung durch die PPR 2.0 sehe ich kritisch, solange es nicht genügend Pflegepersonal auf dem Markt gibt. Aus meiner Sicht führt die weitere Verschärfung zu einer unkontrollierten Marktberreinigung von Standorten."

Hervorgehoben wurde zudem, dass Aufwand und Nutzen der PpUG in einem Ungleichgewicht stehen. Die Nachweiserbringung sei zu zeit- und ressourcenintensiv. Es wurde aber auch die Möglichkeit thematisiert, Nachweise nicht quartalsweise, sondern in Echtzeit abzurufen, um zeitnaher auf Unterschreitungen reagieren zu können.

"Die Nachweispflicht führt jedoch zu einem hohen Ressourceneinsatz (in Pflege und Verwaltung), der nicht den Patienten zugutekommt."

"Die Ermittlung und Übermittlung verschiedener Daten an das InEK ist sehr zeitintensiv."

"Die PpUGV erlaubt einem viel kreative Möglichkeiten um sie einzuhalten. Wünschenswert wäre es, wenn sie durch eine Behörde in Echtzeit abgerufen werden würde, um schneller Einfluss von außen zu nehmen."

Hinsichtlich der Folgen der Nichteinhaltung der PpUG seien Sanktionen laut den Aussagen der Befragten zu überdenken. Zum einen, weil es für die Krankenhäuser aufgrund der Arbeitsmarktlage zuteilen schwierig sei Personal einzustellen. Zum anderen stellten Strafzahlungen eine zusätzliche finanzielle Belastung der Krankenhäuser dar.

„Betten aufgrund der PpUGV zu sperren und Patienten evtl. nicht zu behandeln ist evtl. keine gute Lösung. Häuser zu sanktionieren, die die Patienten dann trotzdem behandeln ist evtl. auch keine gute Maßnahme.“

4. Limitierungen und Schlussfolgerung zur Verwendung

Die vorliegende Studie diente der Evaluation der Folgen der Umsetzung der PpUG aus Sicht der Pflegedirektionen und leitenden Pflegekräften der Krankenhausstandorte mit pflegesensitiven Bereichen. Hinsichtlich der Repräsentativität der Befragung kann schlussfolgernd eingeschätzt werden, dass:

- ◆ die Zielgruppe mit 82,8 % erreicht wurde,
- ◆ durch das Vorgehen bundesweit alle Standorte mit pflegesensitiven Bereichen zur Befragung einzuladen, potenziell alle der Zielgruppe die gleiche Chance hatten, sich an der Befragung zu beteiligen,
- ◆ die Stichprobe hinsichtlich Trägerschaft und Größe mit der Grundgesamtheit, bis auf den Anteil der Standorte privater Trägerschaft, vergleichbar ist,
- ◆ Nichtantworten berücksichtigt wurden und schlussfolgernd die Befragung als beantwortbar eingeschätzt werden kann,
- ◆ sowie Unterschiede im Antwortverhalten nach Größe der Standorte und PpUG Einhaltung bzw. Nichteinhaltung differenziert betrachtet wurden und nur geringfügig Unterschiede erkennbar waren,
- ◆ die gewählte Methode der Online-Befragung dazu geführt hat eine hohe Beteiligung zu erreichen (Rücklauf 26,7 %).

Die Bandbreite der Beteiligung nach Bundesland betrachtet, könnte als limitierender Faktor bewertet werden. Der Einfluss der Verteilung innerhalb der Stichprobe hinsichtlich der PpUG Einhaltung (54,9 %) bzw. Nichteinhaltung (45,1 %) im 1. Quartal 2023 kann nicht abschließend bewertet werden. Trotz differenzierter Betrachtung der Ergebnisse beider Teilstichproben ist eine Verzerrung der Ergebnisse nicht auszuschließen.

Zu Beginn der Studie sollte ergänzend der Frage nachgegangen werden, inwiefern die COVID-19-Pandemie auf die zu untersuchenden Auswirkungen Einfluss hatte. Auf Grundlage der Einschätzungen der Expertinnen und Experten im Rahmen der Sondierungsinterviews und in Abstimmung mit den Auftraggebern wurde entschieden, spezifische Fragen zum Einfluss der Corona-Pandemie nicht weiter zu explorieren, als in der vorliegenden Befragung umgesetzt. Möglicherweise könnte dies dazu geführt haben, relevante Einflüsse der Pandemie nicht erfasst zu haben. Eine abschließende Bewertung ist diesbezüglich nicht möglich.

Neben der Beschreibung möglicher Einschränkungen war insbesondere Auftrag Limitierungen hinsichtlich der Verwendung der Ergebnisse in dem Bericht nach § 137i Abs. 6 SGB V zu deklarieren. Schlussfolgernd ist – außer der obengenannten möglichen Verzerrung der Ergebnisse bzgl. der Beteiligung nach Bundesland sowie der Einhaltung / Nichteinhaltung der PpUG – keine weitere Limitation hinsichtlich der Nutzung der Studienergebnisse in dem Bericht nach § 137i Abs. 6 SGB V festzustellen.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass die Einführung des Pflegebudgets im Jahr 2020 ebenfalls Auswirkungen auf die Ausstattung und den Einsatz von Pflegepersonal in den Krankenhäusern hat. Diese waren jedoch nicht Gegenstand des vorliegenden Gutachtens, so dass hierüber keine verlässlichen Aussagen getroffen werden können.

5. Anhang

A1 Interviewleitfaden der Sondierungsinterviews

A2 Fragenkatalog der Online-Befragung

A1 Interviewleitfaden der Sondierungsinterviews

Interviewleitfaden für Sondierungsinterviews zur Vorbereitung einer Online-Befragung von Krankenhäusern zu den Auswirkungen von Pflegepersonaluntergrenzen

Guten Tag Frau / Herr...,

vielen herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft uns bei der Studie zu unterstützen.

Mein Name ist ... und zusammen mit ... freuen wir uns, dass Sie sich die Zeit für das Interview genommen haben. Das Interview mit Ihnen gibt uns die Möglichkeit, vertiefende Informationen zu den Auswirkungen von Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhausalltag (z. B. Personalbesetzung, organisatorisches Vorgehen bei der Personal- und Dienstplanung, Auswirkungen auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten) und Ihren praktischen Erfahrungen zu bekommen. Wir möchten Sie ebenfalls dazu befragen, welchen Einfluss die COVID-19-Pandemie diesbezüglich hatte.

Das Interview wird via MS Teams durchgeführt und aufgezeichnet (in Bild und Ton), so dass Ihre Aussagen wahrheitsgemäß und möglichst genau in der Verschriftlichung wiedergegeben werden können. Das Interview wird protokollartig verschriftlicht. Einzelne Passagen werden ggf. dennoch in anonymisierter Form in einem Abschlussbericht veröffentlicht.

Dies Aufnahme unseres Gesprächs würde ich nun aktivieren, wenn Sie damit einverstanden sind.

Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass die Teilnahme an dem Interview freiwillig ist. Sie haben zu jeder Zeit das Recht, Ihre Teilnahme ohne Angabe von Gründen zurückzuziehen oder die Verwendung Ihres Interviews zu widerrufen. Sollten Sie Fragen nicht beantworten wollen oder können, so teilen Sie uns dies bitte mit. Die Ton- und Bildaufnahme des Interviews wird nach Abschluss des Projektes gelöscht, so dass kein Rückschluss auf Ihre Person erfolgen kann.

Haben Sie im Vorfeld des Interviews noch Fragen?

Einstieg

(interner Vermerk: Einstiegsfrage dient lediglich der besseren Einordnung und der gezielten Nachfragen während des Interviews – fließt nicht in die Auswertung ein)

Welchen Erfahrungshintergrund bzw. welche Berührungspunkte haben Sie mit dem Thema Pflegepersonaluntergrenzen in Ihrer täglichen Arbeit?

1. Allgemeine Auswirkungen

- 1. Wie bewerten Sie die vereinbarten PpUG? (adäquat, zu hoch, zu niedrig, je nach Fachbereich unterschiedlich?)**
- 2. Welche Veränderungen hatte die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen zu Folge (z. B. Schaffung neuer Stellen, vermehrte Rekrutierung von Pflegefachkräften, Steigerung von Ausbildungsplätzen für Fachkräfte)?**
- 3. Haben Sie von ähnlichen Auswirkungen anderer Krankenhäuser gehört? Von welchen Veränderungen haben Sie im Austausch mit anderen Krankenhäusern erfahren? Wie wurde dort auf die Veränderungen reagiert?**
- 4. Kam es bereits zur Nichteinhaltung der PpUG?**

Welche Konsequenzen hatte das zu Folge? (Mussten Sie die Anzahl der Fälle reduzieren? Oder kam es zu Sanktionen?)

Wenn ja, sind manche pflegesensitive Bereiche mehr betroffen als andere?

5. Auswirkungen auf die Personal- und Dienstplanung

(Bezug zur Forschungsfrage: Welche Auswirkungen haben die Pflegepersonaluntergrenzen auf die Personalbesetzung der Stationen der Tag- und Nachtschichten? Erfahrungen in der Personalbesetzung der Tag- und Nachtdienste seit Einführung der Personaluntergrenzen (auch in Hinblick auf die Einflüsse durch die Corona-Pandemie), dem organisatorischen Vorgehen bei der Personal- und Dienstplanung))

Wie hat sich die Personal- und Dienstplanung seit Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen verändert?

- a. Welche Erfahrungen haben Sie in der Personalbesetzung seit Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen gemacht?
- b. Welche Änderungen im organisatorischen Vorgehen bei der Personal- und Dienstplanung haben Sie vorgenommen?
- c. Welchen zusätzlichen Einfluss hatte die Coronapandemie auf die Planung und Organisation der Personal- und Dienstplanung mit Einführung der PpUG?

Welche zentralen Herausforderungen konnten Sie seit Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen hinsichtlich der Personal- und Dienstplanung beobachten?

6. Praktische Erfahrungen mit dem Nachweisverfahren

(Bezug zur Forschungsfrage: Wie sind die praktischen Erfahrungen mit dem Nachweisverfahren zu den Pflegepersonaluntergrenzen?)

Wer meldet die Daten zu den Pflegepersonaluntergrenzen an das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus)?

- a. Woher bekommt diese Stelle die benötigten Informationen?
- b. Wie wird das organisatorisch umgesetzt bzw. welche Veränderungen mussten aufgrund der Einführung der PpUG vorgenommen werden (Info von Station zu Controlling, Veränderung der Arbeitsorganisation)?

Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit dem Nachweisverfahren zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen gemacht?

- c. Welche Anpassungsbedarfe sehen Sie?
- d. Wo bestehen Hindernisse/Probleme im Nachweisverfahren?
- e. Welche Herausforderungen sind durch die Corona-Pandemie im Nachweisverfahren entstanden?

Welche Erfahrungen haben Sie mit der Zusammenarbeit der Wirtschaftsprüfer gemacht?

- f. Welche Anpassungsbedarfe sehen Sie?
- g. Wo bestehen Hindernisse/Probleme?

7. Auswirkungen auf die Patientenversorgung

(Bezug zur Forschungsfrage: Welche Auswirkungen haben die Pflegepersonaluntergrenzen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten?)

Welche Veränderungen konnten Sie seit Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen in den pflegesensitiven Bereichen in der Patientenversorgung wahrnehmen?

- a. Was hat sich konkret verändert?
- b. Wie würden sie diese Veränderung bewerten (eher positiv, eher negativ, neutral)? Warum?

Welche Unterschiede gibt es in der Patientenversorgung im Vergleich zu den nicht-pflegesensitiven Bereichen?

Welche Auswirkungen haben die Pflegepersonaluntergrenzen auf die Pflegekräfte in den pflegesensitiven Bereichen (z. B. wahrgenommene Entlastungen, höheres Sicherheitsgefühl in Nachtdiensten)?

Abschluss

Nun sind wir schon am Ende des Interviews. Gibt es aus Ihrer Sicht noch etwas, was ich vergessen habe bzw. was Sie als besonders wichtig in Bezug auf das Thema finden und mir noch mitteilen möchten?

Vielen herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft zur Durchführung des Interviews und für Ihre Zeit.

Wenn Sie im Nachgang zum Gespräch noch Fragen haben, können Sie sich gerne jederzeit per Email: ... oder per Telefon: ... melden.

Wir wünschen Ihnen alles Gute!

A2 Fragenkatalog der Online-Befragung

Startseite

Herzlich Willkommen zur bundesweiten Online-Befragung von Krankenhäusern zu den Auswirkungen von PpUG.

Sehr geehrte Damen und Herren,

das IGES Institut wurde durch den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung mit einem Forschungsvorhaben beauftragt, die Erfahrungen von Expertinnen und Experten aus der Pflege über die Auswirkungen von PpUG im Krankenhaus zusammenzutragen und zu evaluieren.

Die Studie wird im Zeitraum von Mai bis November 2023 durchgeführt, mit dem Ziel, die Auswirkungen auf die Personalbesetzung der Stationen und auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu untersuchen. Darüber hinaus werden die praktischen Erfahrungen erhoben, die Krankenhäuser mit dem Nachweisverfahren zu den PpUG gemacht haben.

Die Teilnahme an der Befragung ist **freiwillig** – genauere Hinweise zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der untenstehenden Datenschutzerklärung.

Die Beantwortung der Online-Befragung sollte von Personen erfolgen, welche im Krankenhaus mit pflegesensitiven Bereichen z. B. für die Personal- und Dienstplanung oder das PpUG-Nachweisverfahren verantwortlich sind, wie beispielsweise Pflegedirektion, Pflegedienstleitung, leitende Pflegefachkräfte (einschließlich der jeweils stellvertretenden Person/en), (Pflege-) Controlling.

Bitte beantworten Sie die Befragung nur einmal pro Krankenhausstandort. Wenn Sie für mehrere Standorte zuständig sind, beantworten Sie die Online-Befragung bitte separat je Standort. Sie haben für jeden Standort einen separaten Code via E-Mail erhalten.

Die Auswertung der Ergebnisse erfolgt unter Einhaltung der regulären Datenschutzbestimmungen. Es werden selbstverständlich keine personenbezogenen Daten ausgewertet bzw. Daten einzelner Krankenhausstandorte ausgewertet. Die Ergebnisse werden ausschließlich aggregiert und somit so zusammengefasst berichtet, dass **Rückschlüsse auf eine einzelne Person oder Krankenhäuser bzw. Standorte nicht möglich** sind.

Sie können die Befragung durch einen Klick auf den grünen Button beginnen. Bitte geben Sie das Passwort ein (Zugangscode aus einer Buchstaben-Zahlen-Kombination), den Sie in der Einladung zur Teilnahme an der Befragung per E-Mail erhalten haben. Dieser Zugangscode wird Ihnen, sobald Sie die Befragung begonnen haben, auch unten in der Fußzeile angezeigt. Sie können die Befragung jederzeit unterbrechen und mit Hilfe des Zugangscodes zu einem späteren Zeitpunkt fortsetzen.

Eine Teilnahme an der Befragung ist vom 12.06.2023 bis 21.07.2023 möglich.

Kontakt bei Rückfragen: befragung-PpUG@iges.com

Einleitung

Schon lange steht die Personalausstattung der Krankenhäuser im Pflegedienst im Fokus gesundheitspolitischer Diskussionen. Die in den letzten Jahren von der Politik in Angriff genommenen Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in Krankenhäusern umfassten u. a. die Festlegung von Mindestpersonalbesetzungen gem. PpUG-Verordnung (PpUGV).

Ziel dieser Befragung ist es, die Folgen der Umsetzung von PpUG im Krankenhaus zu ermitteln. Inhalt der Befragung sind folgende Themen:

- allgemeine Angaben zu Ihrem Krankenhausstandort,
- allgemeine Auswirkungen von PpUG,
- Auswirkungen auf die Personal- und Dienstplanung,
- Ihre Erfahrungen mit dem Nachweisverfahren,
- Auswirkungen auf die Patientenversorgung sowie
- soziodemografische Angaben.

Die Beantwortung des Online-Fragebogens kann bis zu **20 – 25 min** in Anspruch nehmen.

Hinweis: Erläuterungen oder Hinweise zu bestimmten Angaben erkennen Sie an unterstrichenen Begriffen (z. B. VZÄ). Wenn Sie mit dem Cursor über den Begriff fahren, erscheint der Erläuterungstext.

Die Ergebnisse werden Bestandteil eines wissenschaftlich fundierten Berichts an den Deutschen Bundestag und das Bundesministerium für Gesundheit über die Auswirkungen der festgelegten PpUG (gem. § 137i Absatz 6 SGB V).

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, um unsere Fragen zu beantworten!

1. Allgemeine Angaben

	Wir bitten Sie, zunächst einige allgemeine Angaben zu Ihrem Krankenhausstandort zu machen.
A 1	In welchem Bundesland befindet sich Ihr Krankenhausstandort? <i>Drop-down der Bundesländer</i> ◆ Keine Angabe
A 2	Zu welcher Trägergruppe gehört Ihr Krankenhaus? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Freigemeinnützig ◆ Öffentlich, kommunales Krankenhaus ◆ Öffentlich, Hochschulklinik ◆ Privat ◆ Das kann ich nicht beantworten ◆ Keine Angabe
A 3	Wie viele Betten hat Ihr Krankenhausstandort am Stichtag 01.06.2023? <i>Info-Button: Anzugeben sind alle betriebsbereit aufgestellten Betten des Krankenhauses, die zur vollstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten bestimmt sind. Betten zur teilstationären oder ambulanten Unterbringung, Betten in Untersuchungs- und Funktionsräumen sowie Betten für nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene ("gesunde Neugeborene") entsprechend den Fallpauschalen P66D, P67D oder P67E nach § 1 Absatz 5 Fallpauschalenvereinbarung (FPV 2018) werden nicht einbezogen. Die Zählung der Betten erfolgt unabhängig von deren Förderung.</i> <i>Einfachauswahl</i> ◆ 0 Betten <i>Infobutton: reine Tages- oder Nachtkliniken mit ausschließlich teilstationärer Versorgung</i> ◆ 1 - 49 Betten ◆ 50 - 99 Betten ◆ 100 – 149 Betten ◆ 150 – 199 Betten ◆ 200 – 299 Betten ◆ 300 – 399 Betten ◆ 400 – 499 Betten ◆ 500 – 599 Betten

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 600 – 799 Betten ◆ 800 – 999 Betten ◆ 1.000 und mehr Betten ◆ Das kann ich nicht beantworten ◆ Keine Angabe
A 4	<p>Welche pflegesensitiven Bereiche gibt es in Ihrem Krankenhausstandort?</p> <p><i>Mehrfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Intensivmedizin ◆ Pädiatrische Intensivmedizin ◆ Geriatrie ◆ Allgemeine Chirurgie ◆ Unfallchirurgie ◆ Orthopädie ◆ Innere Medizin ◆ Kardiologie ◆ Herzchirurgie ◆ Neurologie ◆ Neurologische Schlaganfalleinheit ◆ Neurologische Frührehabilitation ◆ Allgemeine Pädiatrie ◆ Spezielle Pädiatrie ◆ Neonatologische Pädiatrie ◆ Gynäkologie und Geburtshilfe ◆ Hals-Nasen-Ohrenheilkunde ◆ Rheumatologie ◆ Urologie ◆ Das kann ich nicht beantworten ◆ Keine Angabe
A 5	<p>Wie viele Beschäftigte sind <u>im Pflegedienst</u> (Pflege am Bett) Ihres Standortes auf den <u>pflegesensitiven Bereichen</u> zum Stichtag 01.06.2023 tätig?</p> <p>Bitte geben Sie die Vollzeitäquivalente (<u>VZÄ</u>) separat nach:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. direktem und indirektem (z. B. Tochtergesellschaften, Leasing-Kräfte) Beschäftigungsverhältnis sowie

	<p>2. nach Pflegefach- und Pflegehilfskräften, definiert nach § 2 Absatz 1 PpUG-Verordnung an.</p> <p>Hinweis zu VZÄ bitte hinterlegen: Beispiel zur Berechnung: Sie haben vier Beschäftigte in der Pflege, davon zwei in Vollzeit und zwei in Teilzeit. Bei den Teilzeitstellen umfasst eine 30 und eine 25 Wochenstunden. Je nach betrieblicher Regelung für die regelmäßige Wochenarbeitszeit einer Vollzeitstelle (40 Stunden oder 39 Stunden oder etc.) errechnet sich der Anteil der Teilzeitstellen wie folgt: Anzahl Wochenstunden Teilzeit/Anzahl Wochenstunden Vollzeit (z. B. 30 h/40 h = 0,75, 25 h/40 h = 0,625). Die vier Beschäftigten würden in diesem Beispiel zusammen 3,375 Vollzeitstellen entsprechen (2+0,75+0,625).</p> <p>Freitext, numerisch, vierstellig, zwei Nachkommastellen</p> <p>2. Direktes Beschäftigungsverhältnis Pflegefachkräfte: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| VZÄ ♦ Keine Angabe</p> <p>3. Direktes Beschäftigungsverhältnis Pflegehilfskräfte: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| VZÄ ♦ Keine Angabe</p> <p>4. Indirektes Beschäftigungsverhältnis Pflegefachkräfte: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| VZÄ ♦ Keine Angabe</p> <p>5. Indirektes Beschäftigungsverhältnis Pflegehilfskräfte: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| VZÄ ♦ Keine Angabe</p>
--	--

2. Allgemeine Auswirkungen der PpUG

	Im ersten Abschnitt würden wir gerne mehr über Ihre allgemeine Einschätzung zu den PpUG erfahren.																																				
B 1	Bitte bewerten Sie die nachfolgenden allgemeinen Aussagen zu den PpUG. <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th><i>stimme voll und ganz zu</i></th> <th><i>stimme eher zu</i></th> <th><i>stimme eher nicht zu</i></th> <th><i>stimme überhaupt nicht zu</i></th> <th>Keine Angabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Der Bezug der PpUG in den jeweiligen pflegesensitiven Bereichen spiegelt die Versorgungsrealität wider.</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Aufgrund der Einführung der PpUG haben die Pflegedirektion/ die Pflegedienstleitungen einen höheren Stellenwert im Geschäftsführungskonsortium.</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Die Regelungen der PpUG-Verordnung für <u>interdisziplinär belegte Stationen</u> sind angemessen.</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Die festgelegten Verhältniszahlen von Pflegekraft zu Patientinnen/Patienten als Mindestgrenzen für die pflegesensitiven Bereiche sind angemessen.</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Die PpUG sind ein adäquates Instrument zur Festlegung der Mindestpersonalausstattung.</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		<i>stimme voll und ganz zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	Keine Angabe	<i>Der Bezug der PpUG in den jeweiligen pflegesensitiven Bereichen spiegelt die Versorgungsrealität wider.</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Aufgrund der Einführung der PpUG haben die Pflegedirektion/ die Pflegedienstleitungen einen höheren Stellenwert im Geschäftsführungskonsortium.</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Die Regelungen der PpUG-Verordnung für <u>interdisziplinär belegte Stationen</u> sind angemessen.</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Die festgelegten Verhältniszahlen von Pflegekraft zu Patientinnen/Patienten als Mindestgrenzen für die pflegesensitiven Bereiche sind angemessen.</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Die PpUG sind ein adäquates Instrument zur Festlegung der Mindestpersonalausstattung.</i>	<input type="checkbox"/>																				
	<i>stimme voll und ganz zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	Keine Angabe																																
<i>Der Bezug der PpUG in den jeweiligen pflegesensitiven Bereichen spiegelt die Versorgungsrealität wider.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
<i>Aufgrund der Einführung der PpUG haben die Pflegedirektion/ die Pflegedienstleitungen einen höheren Stellenwert im Geschäftsführungskonsortium.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
<i>Die Regelungen der PpUG-Verordnung für <u>interdisziplinär belegte Stationen</u> sind angemessen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
<i>Die festgelegten Verhältniszahlen von Pflegekraft zu Patientinnen/Patienten als Mindestgrenzen für die pflegesensitiven Bereiche sind angemessen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
<i>Die PpUG sind ein adäquates Instrument zur Festlegung der Mindestpersonalausstattung.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
B 1_1	Sie haben angegeben, dass die Regelungen der PpUG-Verordnung für interdisziplinär belegte Stationen nicht angemessen sind. Bitte begründen Sie Ihre Einschätzung kurz. _____ (Freitext, max. 600 Zeichen)																																				
B 2	Haben Sie, aufgrund der PpUG Änderungen in der Unternehmensorganisation vorgenommen? <i>Einfachauswahl</i> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja ◆ Nein ◆ Das kann ich nicht beantworten ◆ Keine Angabe 																																				
B 2_1	Wenn „Ja“ bei B2 Welche Änderungen haben Sie vorgenommen? <i>Mehrfachauswahl</i>																																				

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja, durch die Einführung der PpUG wurden erstmals die Informationen der Dienstpläne mit den Informationen der Patientenbelegung der Stationen zusammengeführt. ◆ Ja, wir haben die Zusammenarbeit auf Führungsebene anders organisiert (z. B. zwischen Pflegedirektion, Pflegedienstleitung, leitenden Pflegefachkräften, Pflegecontrolling, Controlling, Geschäftsführung). ◆ Ja, wir haben das Monitoring der Pflegepersonalbesetzung und Patientenbelegung der Stationen verbessert. Die pflegerische Versorgung steht mehr im Fokus. ◆ Ja, wir haben die Dokumentation der PpUG technisch/digital umgesetzt (z. B. mit farblichen Kodierungen für mehr Sichtbarkeit von Unterschreitungen in den Tages- und Nachtdiensten). ◆ Ja, wir haben Vorgehensweisen/Verhaltensvorgaben etabliert, um kurzfristigen Pflegepersonalausfall besser zu steuern (z. B. Einführung von Rufbereitschaft, Stand-by-Dienst, Personalpool, Ausfallkonzept, Checklisten bei Personalausfall). ◆ Ja, wir haben Vorgehensweisen zur Priorisierung/Rationierung pflegerischer Aufgaben eingeführt (z. B. Erstellung einer Liste von Pflegetätigkeiten bzw. pflegefernen Tätigkeiten die ggf. weggelassen oder verschoben werden). ◆ Anderes, und zwar _____ (Freitext) ◆ Das kann ich nicht beantworten ◆ Keine Angabe
<p>B 3</p>	<p>Wurden an Ihrem Krankenhausstandort bereits aktiv Betten gesperrt, weil Sie die PpUG sonst nicht hätten einhalten können?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja ◆ Nein ◆ Das kann ich nicht beantworten ◆ Keine Angabe
<p>B 3_1</p>	<p>Wenn „Ja“ bei B_3</p> <p>In welchen Bereichen kamen Bettensperrungen in den letzten 12 Monaten aufgrund einer unzureichenden Mindestbesetzung des Pflegepersonals vor?</p> <p><i>Mehrfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Intensivmedizin ◆ Pädiatrische Intensivmedizin ◆ Geriatrie ◆ Allgemeine Chirurgie

	<ul style="list-style-type: none">◆ Unfallchirurgie◆ Orthopädie◆ Innere Medizin◆ Kardiologie◆ Herzchirurgie◆ Neurologie◆ Neurologische Schlaganfallereinheit◆ Neurologische Frührehabilitation◆ Allgemeine Pädiatrie◆ Spezielle Pädiatrie◆ Neonatologische Pädiatrie◆ Gynäkologie und Geburtshilfe◆ Hals-Nasen-Ohrenheilkunde◆ Rheumatologie◆ Urologie
B 4	<p>Hat Ihr Krankenhausstandort bereits Sanktionen wegen einer <u>dauerhaften</u> Unterschreitung der PpUG in einem oder mehreren pflegesensitiven Bereichen erhalten, die nicht unter die Ausnahmetatbestände fielen?</p> <p><i>Hinweis zu „dauerhaften“ bitte hinterlegen: Unter dauerhafter Unterschreitung wird die Nichteinhaltung der PpUG im Monatsdurchschnitt in drei aufeinanderfolgenden Monaten verstanden</i></p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none">◆ Ja◆ Nein◆ Das kann ich nicht beantworten◆ Keine Angabe
B 5	<p>Wie wirksam schätzen Sie die Sanktionen (u. a. Fallzahlverringerng, Vergütungsabschläge) ein?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none">◆ Sehr wirksam◆ Eher wirksam◆ Kaum wirksam◆ Überhaupt nicht wirksam◆ Das kann ich nicht beantworten

	◆ Keine Angabe																																																
B 5_1	<p>Wenn „Kaum wirksam“ und „Überhaupt nicht wirksam“ bei B 5</p> <p>Bitte beschreiben Sie kurz, warum Sie die Sanktionen als kaum oder nicht wirksam empfinden.</p> <p>_____ (Freitext, max. 600 Zeichen)</p> <p>◆ Das kann ich nicht beantworten</p> <p>◆ Keine Angabe</p>																																																
B 6	<p>Bitte bewerten Sie, welche Auswirkungen die Einführung der PpUG aus Ihrer Sicht auf das Pflegepersonal hat.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th><i>stimme voll und ganz zu</i></th> <th><i>stimme eher zu</i></th> <th><i>stimme eher nicht zu</i></th> <th><i>stimme überhaupt nicht zu</i></th> <th>keine Angabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Für das Pflegepersonal war nachvollziehbar, warum die PpUG in einigen Krankenhausbereichen früher eingeführt wurden als in anderen.</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Das Pflegepersonal fühlt sich durch die PpUG stärker wahrgenommen und anerkannt.</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Das Pflegepersonal fühlt sich durch die PpUG entlastet.</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Das Pflegepersonal empfindet durch die PpUG ein höheres Sicherheitsgefühl, z. B. in den Nachtdiensten.</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Manchmal gibt es Konflikte im Team bzw. Überlastungsanzeigen, weil Pflegekräfte nicht mehr als die im Schlüssel vorgeschriebene Anzahl an Patientinnen/ Patienten versorgen können.</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Die zeitweise Aussetzung der PpUG während der Corona-Pandemie war für die Pflegekräfte nachvollziehbar.</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Die Pflegekräfte auf Station haben keine Kenntnisse von bzw. keinen direkten Bezug zu den PpUG.</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		<i>stimme voll und ganz zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	keine Angabe	<i>Für das Pflegepersonal war nachvollziehbar, warum die PpUG in einigen Krankenhausbereichen früher eingeführt wurden als in anderen.</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Das Pflegepersonal fühlt sich durch die PpUG stärker wahrgenommen und anerkannt.</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Das Pflegepersonal fühlt sich durch die PpUG entlastet.</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Das Pflegepersonal empfindet durch die PpUG ein höheres Sicherheitsgefühl, z. B. in den Nachtdiensten.</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Manchmal gibt es Konflikte im Team bzw. Überlastungsanzeigen, weil Pflegekräfte nicht mehr als die im Schlüssel vorgeschriebene Anzahl an Patientinnen/ Patienten versorgen können.</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Die zeitweise Aussetzung der PpUG während der Corona-Pandemie war für die Pflegekräfte nachvollziehbar.</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Die Pflegekräfte auf Station haben keine Kenntnisse von bzw. keinen direkten Bezug zu den PpUG.</i>	<input type="checkbox"/>																												
	<i>stimme voll und ganz zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	keine Angabe																																												
<i>Für das Pflegepersonal war nachvollziehbar, warum die PpUG in einigen Krankenhausbereichen früher eingeführt wurden als in anderen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
<i>Das Pflegepersonal fühlt sich durch die PpUG stärker wahrgenommen und anerkannt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
<i>Das Pflegepersonal fühlt sich durch die PpUG entlastet.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
<i>Das Pflegepersonal empfindet durch die PpUG ein höheres Sicherheitsgefühl, z. B. in den Nachtdiensten.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
<i>Manchmal gibt es Konflikte im Team bzw. Überlastungsanzeigen, weil Pflegekräfte nicht mehr als die im Schlüssel vorgeschriebene Anzahl an Patientinnen/ Patienten versorgen können.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
<i>Die zeitweise Aussetzung der PpUG während der Corona-Pandemie war für die Pflegekräfte nachvollziehbar.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
<i>Die Pflegekräfte auf Station haben keine Kenntnisse von bzw. keinen direkten Bezug zu den PpUG.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
B 7	<p>Würden Sie der Aussage zustimmen, dass das Pflegepersonal mit den derzeitigen PpUG zufrieden ist bzw. diese positiv wahrnimmt?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p>																																																

	<ul style="list-style-type: none">◆ Ja◆ Teils/teils◆ Nein◆ Das kann ich nicht beantworten◆ Keine Angabe
B 7_1	<p>Wenn „Teils/teils“ und „Nein“ bei B 7</p> <p>Bitte beschreiben Sie kurz, warum das Personal nicht zufrieden/ teilweise nicht zufrieden ist.</p> <p>_____ (Freitext, max. 600 Zeichen)</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Keine Angabe
B 7_2	<p>Wenn „Ja“ bei B 7</p> <p>Bitte beschreiben Sie kurz, warum die PpUG vom Pflegepersonal positiv wahrgenommen werden. _____ (Freitext, max. 600 Zeichen)</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Keine Angabe

3. Auswirkungen auf die Personal- und Dienstplanung

	Im folgenden Abschnitt möchten wir gerne mehr über die Auswirkungen der PpUG auf die Personal- und Dienstplanung erfahren.															
C 1	<p>Wurden aufgrund der Einführung der PpUG technische Hilfsmittel zur Unterstützung der Personalplanung angeschafft oder vorhandene Programme ergänzt (z. B. Anschaffung anderer Software zur Steigerung der Kompatibilität mit bestehender Software)?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja ◆ Nein ◆ Das kann ich nicht beantworten ◆ Keine Angabe 															
C 2	<p>Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Aussagen zur Personal- und Dienstplanung seit Einführung der PpUG.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%;">Ja</th> <th style="width: 10%;">Nein</th> <th style="width: 10%;">Das kann ich nicht beantworten</th> <th style="width: 10%;">Keine Angabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Durch die Einführung und Ausweitung der PpUG wurden in unserem Krankenhausstandort mehr Pflegefachkräfte eingestellt.</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><i>Schon vor Einführung der PpUG wurde die gleiche Anzahl bzw. mehr Pflegekräfte in allen Abteilungen vorgehalten, als die PpUG vorgeben. Das betrifft auch die nicht-pflegesensitiven Bereiche.</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Das kann ich nicht beantworten	Keine Angabe	<i>Durch die Einführung und Ausweitung der PpUG wurden in unserem Krankenhausstandort mehr Pflegefachkräfte eingestellt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Schon vor Einführung der PpUG wurde die gleiche Anzahl bzw. mehr Pflegekräfte in allen Abteilungen vorgehalten, als die PpUG vorgeben. Das betrifft auch die nicht-pflegesensitiven Bereiche.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	Das kann ich nicht beantworten	Keine Angabe												
<i>Durch die Einführung und Ausweitung der PpUG wurden in unserem Krankenhausstandort mehr Pflegefachkräfte eingestellt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<i>Schon vor Einführung der PpUG wurde die gleiche Anzahl bzw. mehr Pflegekräfte in allen Abteilungen vorgehalten, als die PpUG vorgeben. Das betrifft auch die nicht-pflegesensitiven Bereiche.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
C 3	<p>Hat Ihr Krankenhausstandort aufgrund der Einführung der PpUG Anstrengungen unternommen, um Pflegekräfte zu rekrutieren?</p> <p><i>Mehrfachnennung, „nein“ exklusiv</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja, wir haben wegen der PpUG mehr Pflegekräfte eingestellt/ versucht mehr Pflegekräfte einzustellen. ◆ Ja, wir haben mehr Pflegekräfte eingestellt/ versucht einzustellen, aber nicht allein aufgrund der PpUG. ◆ Ja, wir haben die Rekrutierungsstrategie zur Gewinnung von Pflegekräften angepasst (z. B. Erhöhung der Öffentlichkeitsarbeit, Einführung alternativer Arbeitszeitmodelle) ◆ Nein ◆ Das kann ich nicht beantworten ◆ Keine Angabe 															

C 4	<p>Welche (weiteren) Maßnahmen haben Sie ergriffen, um die Verfügbarkeit von ausreichendem Pflegekräften in den pflegesensitiven Bereichen sicherzustellen?</p> <p><i>Mehrfachauswahl, „Es waren keine weiteren Maßnahmen notwendig“ exklusiv</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Es waren keine weiteren Maßnahmen notwendig. ◆ Aufbau/ Ausbau eines Pflegepersonalpools (z. B. Springerpool). ◆ Einführung von zusätzlichen und/ oder zeitlich veränderten Diensten/ Schichten (z. B. ein späterer Spätdienst, um Pausenzeiten im Nachtdienst einhalten zu können). ◆ In unserem Krankenhausstandort mussten die Pflegekräfte aus anderen Bereichen auf pflegesensitive Bereiche wechseln, um die PpUG einhalten zu können. ◆ In unserem Krankenhausstandort wurden Stationen/ kleinere Fachabteilungen mit den dazugehörigen Pflegekräften mit Einführung der PpUG organisatorisch zusammengelegt. ◆ Einführung von Rufbereitschaft im Team/ Stand-by-Dienst. ◆ Nachbesetzung aus dem Team, Holen aus dem Frei ohne Rufbereitschaft. ◆ Etablierung eines Ausfallkonzepts, Stufenplan/ Checkliste bei Personalausfall. ◆ Einführung von digitalen Anwendungen (Apps), über die die Pflegekräfte flexibel zusätzliche Dienste in pflegesensitiven Bereichen auswählen und besetzen können. ◆ Zahlung von Zuschlägen bei Einspringen in unbesetzte Dienste. ◆ (Verstärkter) Einsatz von Leasing-Kräften. ◆ Reduktion/ Stilllegung von Betten. ◆ Einführung eines strukturierten Meldesystems bei kurzfristigen Pflegepersonalausfall (z. B. Überlastungs- bzw. Gefährdungsanzeige). ◆ Anderes, und zwar _____ (Freitext) ◆ Das kann ich nicht beantworten ◆ Keine Angabe
C 5	<p>Ist es in einigen pflegesensitiven Bereichen schwerer ausreichend Pflegekräfte vorzuhalten als in anderen?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja ◆ Nein

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Das kann ich nicht beantworten ◆ Keine Angabe
C5_1	<p>Wenn „Ja“ bei C5</p> <p>Bitte geben Sie an, in welchen Bereichen es schwerer ist, ausreichend Pflegekräfte vorzuhalten.</p> <p><i>Mehrfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Intensivmedizin ◆ Pädiatrische Intensivmedizin ◆ Geriatrie ◆ Allgemeine Chirurgie ◆ Unfallchirurgie ◆ Orthopädie ◆ Innere Medizin ◆ Kardiologie ◆ Herzchirurgie ◆ Neurologie ◆ Neurologische Schlaganfalleinheit ◆ Neurologische Frührehabilitation ◆ Allgemeine Pädiatrie ◆ Spezielle Pädiatrie ◆ Neonatologische Pädiatrie ◆ Gynäkologie und Geburtshilfe ◆ Hals-Nasen-Ohrenheilkunde ◆ Rheumatologie ◆ Urologie ◆ Das kann ich nicht beantworten ◆ Keine Angabe
C 6	<p>Wie oft musste oder muss das Pflegepersonal kurzfristig (z. B. bei akutem krankheitsbedingtem Personalausfall) aus anderen Bereichen in pflegesensitiven Bereichen einspringen, um die PpUG einhalten zu können? Bitte schätzen Sie ein:</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Sehr häufig (mehrmals pro Woche) ◆ Häufig (maximal einmal pro Woche bis mehrmals pro Monat)

	<ul style="list-style-type: none">◆ Selten (maximal einmal pro Monat)◆ Nie◆ Das kann ich nicht beantworten◆ Keine Angabe
C 7	<p>Würden Sie der Aussage zustimmen, dass die Pflegepersonal- und Dienstplanung durch die PpUG aufwändiger geworden ist?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none">◆ Ja, der Aufwand ist gestiegen, weil: _____ (Freitext)◆ Nein◆ Das kann ich nicht beantworten◆ Keine Angabe

4. Erfahrungen mit dem Nachweisverfahren

	Im folgenden Abschnitt würden wir gerne mehr über Ihre Erfahrungen mit dem Nachweisverfahren der PpUG erfahren.
D 1	<p>Wer meldet die Daten zu den PpUG an das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus)?</p> <p><i>Mehrfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Pflegecontrolling ◆ Controlling (u. a. Medizincontrolling, Personalcontrolling, Operatives Controlling) ◆ Leitende Pflegefachkräfte (u. a. Stationsleitung, Abteilungsleitung) ◆ Geschäftsführung ◆ Pflegedirektion ◆ Pflegedienstleitung ◆ Andere Personen, und zwar _____ (Freitext) ◆ Das kann ich nicht beantworten. ◆ Keine Angabe
D 2	<p>Bitte wählen Sie Zutreffendes aus: Aufgrund des Nachweisverfahrens...</p> <p><i>Mehrfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ mussten wir mindestens eine neue Stelle schaffen. ◆ mussten wir intern umstrukturieren (auch hinsichtlich der Kommunikationsstrukturen). ◆ mussten wir die Digitalisierung weiter ausbauen (z. B. Schaffung von Schnittstellen zwischen Dienstplanungs-Programmen und Mitternachtsstatistik). ◆ haben wir einen Bereich „Pflegecontrolling“ gegründet bzw. ausgebaut. ◆ Anderes, und zwar _____ (Freitext) ◆ Das kann ich nicht beantworten ◆ Keine Angabe
D 3	<p>Wie schätzen Sie den aktuellen Aufwand des Nachweisverfahrens im Vergleich zur <u>Implementierungsphase</u> ein?</p> <p><i>Bitte Hinweis zu Implementierungsphase hinterlegen: Unter Implementierungsphase wird die erstmalige Umsetzung von PpUG im Krankenhausstandort sowie die erstmalige Umsetzung in neuen pflegesensitiven Bereichen verstanden.</i></p> <p><i>Einfachauswahl</i></p>

	<ul style="list-style-type: none">◆ Sehr hoch◆ Hoch◆ Mittel◆ Niedrig◆ Das kann ich nicht beantworten◆ Keine Angabe
D 4	<p>Sehen Sie Änderungsbedarf am derzeitigen Nachweisverfahren?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none">◆ Ja◆ Nein◆ Das kann ich nicht beantworten◆ Keine Angabe
D 4_1	<p>Wenn „Ja“ bei D4</p> <p>Welchen Änderungsbedarf sehen Sie?</p> <p><i>Mehrfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none">◆ Die Bereitstellung einer für alle Krankenhäuser einheitlichen Software zum Nachweisverfahren◆ Die Bereitstellung einer weiterentwickelten Datenmaske des InEK zum Nachweisverfahren◆ Anderes, und zwar _____ (Freitext)◆ Das kann ich nicht beantworten◆ Keine Angabe

6. Auswirkungen auf die Patientenversorgung

	In diesem Abschnitt geht es um die Einschätzung der Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten seit Einführung der PpUG.					
E 1	Bitte schätzen Sie ein: Die pflegerische Versorgungsqualität hat sich aufgrund der Einführung der PpUG... <i>Einfachauswahl</i> <ul style="list-style-type: none"> ◆ deutlich gesteigert. ◆ etwas gesteigert. ◆ nicht verändert. ◆ verschlechtert. ◆ Das kann ich nicht beantworten ◆ Keine Angabe 					
E 1_1	Wenn „nicht verändert“ und „verschlechtert“ bei E1 Bitte beschreiben Sie kurz, warum sich durch Einführung der PpUG die pflegerische Versorgungsqualität nicht verbessert hat: _____ (Freitext, max. 600 Zeichen) <ul style="list-style-type: none"> ◆ Das kann ich nicht beantworten ◆ Keine Angabe 					
E 2	Bitte bewerten Sie, welche Auswirkungen die Einführung der PpUG aus Ihrer Sicht auf die pflegerische Patientenversorgung hat.					
		<i>stimme voll und ganz zu</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>stimme überhaupt nicht zu</i>	keine Angabe
	<i>PpUG sind ein Instrument, um die pflegerische Patientenversorgung zu verbessern.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Wenn PpUG eingehalten werden, wirkt sich das positiv auf die pflegerische Versorgung aus.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Die PpUG beeinflussen die Planung von Entlassungen/Verlegungen von Patientinnen/Patienten.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E 3	Bitte schätzen Sie ein, wie häufig die folgenden Auswirkungen der PpUG an Ihrem Krankenhausstandort vorkommen.					
		<i>sehr häufig</i>	<i>häufig</i>	<i>selten</i>	<i>nie</i>	keine Angabe

	<p>Patientinnen/ Patienten werden wegen der PpUG teilweise auf andere <u>Stationen ohne PpUG</u> verlegt.</p> <p>Patientinnen/ Patienten werden wegen der PpUG teilweise auf andere <u>Stationen mit PpUG</u> verlegt.</p> <p>Patientinnen/Patienten können wegen der PpUG von Intensivstationen, aufgrund fehlender freier Bettenkapazitäten, nicht auf Normalstationen verlegt werden.</p>	<input type="checkbox"/>					
E 4	<p>Kam es aufgrund der Einführung von PpUG zu Umstrukturierungen in den Zuordnungen von Stationen/Fachbereichen und Abteilungen (z. B. Veränderung des Zuschnitts von pflegesensitiven Bereichen)?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ja ◆ Nein ◆ Das kann ich nicht beantworten ◆ Keine Angabe 						
E 4_1	<p>Wenn „Ja“ bei E4</p> <p>Welche Auswirkungen hatte dies auf die Patientenversorgung? Bitte beschreiben Sie diese kurz.</p> <p>_____ (Freitext, max. 600 Zeichen)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Das kann ich nicht beantworten ◆ Keine Angabe 						

7. Soziodemografische Angaben und Abschluss

	Sie haben nun das Ende der Befragung erreicht. Wir bitten Sie noch Angaben zu Ihrer Person zu machen und die Befragung danach abzuschicken .
F 1	<p>In welcher Position/welchem Bereich sind Sie in Ihrem Krankenhausstandort tätig?</p> <p><i>Mehrfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Pflegedirektion/stellvertretende Pflegedirektion ◆ Pflegedienstleitung/stellvertretende Pflegedienstleitung ◆ Leitende Pflegefachkraft/stellvertretende leitende Pflegefachkraft (u. a. Stationsleitung, Abteilungsleitung) ◆ Pflegecontrolling ◆ Controlling (u. a. Medizincontrolling, Personalcontrolling, Operatives Controlling) ◆ Geschäftsführung ◆ Anderes, und zwar _____ (Freitext) ◆ Keine Angabe
F 2	<p>Für wie viele Krankenhausstandorte sind Sie verantwortlich bzw. zuständig?</p> <p>Für _____ (Drop down mit Zahlen, Max. 20) Standorte</p>
F 3	<p>Wie lange sind Sie bereits in Ihrer Position tätig?</p> <p>Hinweis: Eingaben wie z. B. 0,5 Jahre sind möglich, wenn Sie weniger als ein Jahr in Ihrer Position tätig sind.</p> <p><i>Freitext, mit Nachkommastelle, Min. 0,1, Max. 45,0</i></p> <p>ca. _____ Jahre</p>
F 4	<p>Bitte Beachten Sie: Wenn Sie unten auf „weiter“ klicken, werden Ihre Antworten automatisch übermittelt und Sie können diese nicht mehr ändern.</p> <p>Gibt es noch etwas, das Sie uns abschließend zum Thema PpUG mitteilen möchten? Bitte hier eintragen: _____ (Freitext)</p>
	<p>Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung und Zeit!</p> <p>Wir haben Ihre Antworten erhalten. Sie können den Fragebogen und Ihre Antworten nun als PDF herunterladen und die Seite dann schließen.</p>

6. Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Gesundheit. (2023). *Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegepersonaluntergrenzen.html>
- Deutsche Krankenhausgesellschaft. (2019). *Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i SGB V – weitergehende Anwendungshinweise zur PpUGV und zur Nachweisvereinbarung*. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Media-pool/2_Themen/2.5._Personal_und_Weiterbildung/2.5.2._Personaluntergrenzen/2019_01_14_018_PpuG-Anwendungshinweise.pdf
- Friedrich, S., Karwetzky, C., Straub, N., Diserens, P., Perner, V. & Beivers, A. (2018). Studie zur Pflegepersonalausstattung und „Pflegerlast“ in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern: Abschlussbericht. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/2018_09_24_KPMG_Pflegepersonalausstattung_und_Pflegerlast_Studie_final.pdf
- GKV-Spitzenverband. (2023). *Pflegepersonaluntergrenzen*. <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/pflegepersonaluntergrenzen.jsp>
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. (2023). *Weiterentwicklung*. InEK GmbH. <https://www.g-drg.de/pflegepersonaluntergrenzen-2023/weiterentwicklung>

