



Westsächsische Hochschule Zwickau
University of Applied Sciences

Bachelorarbeit

Die Entwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen- Verordnung und deren kritische Betrachtung

Zur Erreichung des akademischen Grades Bachelor of Science (B.Sc.)

Erstgutachter

Prof. Dr. Christian Pihl

Zweitgutachter

Jennifer Petzsch, M. Sc.

Autorin: Isabell Groß
Matrikelnummer: 39811
Hochschule: Westsächsische Hochschule Zwickau
Fakultät: Gesundheits- und Pflegewissenschaften
Studiengang: Gesundheitsmanagement

Zwickau, 07.07.2022

Gender – Erklärung

Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Abschlussarbeit für personenbezogene Bezeichnungen ausschließlich die im Deutschen übliche männliche Form verwendet. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

Abstract

Ziel der vorliegenden Bachelorthesis ist es zu ermitteln, ob die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegeintensive Bereiche im Krankenhaus eine Optimierung mit sich gebracht hat. Dazu wird vorangestellt eine Literaturrecherche zu den Politischen Rahmenbedingungen, mittels des Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vorgenommen. Anschließend wird die Gestaltung der Untergrenzen erläutert, die Entwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen verdeutlicht, die Einführung diskutiert und kritisch betrachtet und die Pflegepersonalsituation beleuchtet. Im Anschluss erfolgen leitfadengestützte Experteninterviews. Die Ergebnisse aus dieser Methodik werden zunächst anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse untersucht und anschließend kodiert. Die daraus erzielten Ergebnisse werden miteinander verglichen und diskutiert, sodass am Ende ein Ausblick und eine Empfehlung gegeben werden kann.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Normenpyramide (Bundes- und Landesrecht)	11
Abbildung 2: Zeitstrahl zur Einführung neuer pflegeintensiver Bereiche von 2019-2020.....	24
Abbildung 3: Häufigkeit einer Kategorie	41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Personaluntergrenzen für 2019	19
Tabelle 2: Personaluntergrenzen für 2020	20
Tabelle 3: Personaluntergrenzen für 2021	22
Tabelle 4: Personaluntergrenzen für 2022	25
Tabelle 5: Expertenerklärung	40
Tabelle 6: Kategoriedarstellung.....	40

Abkürzungsverzeichnis

B

BMG.....Bundesministerium für Gesundheit

D

DMRZ.....Deutsches Medizinrechenzentrum

DBfK.....Deutscher Berufsverband für Krankenpflege

I

InEK.....Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

N

n.d.nicht datiert

P

PHK-Grenze.....Pflegehilfskräfte-Grenze

PKMS.....Pflegekompexmaßnahmen-Score

PpUG.....Pflegepersonaluntergrenzen

PpSG.....Pflegepersonal-Stärkungsgesetz

PpUGV.....Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung

PTNR.....patient to nurse ratio

Z

z.B.zum Beispiel

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
Abbildungsverzeichnis	4
Abkürzungsverzeichnis	5
1 Einleitung	7
2 Theoretischer Hintergrund	11
2.1 Politische Rahmenbedingungen	11
2.1.1 Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)	12
2.1.2 Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)	14
2.2 Gestaltung der Untergrenzen	17
2.3 Entwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen	18
2.3.1 Stand 2019	18
2.3.2 Stand 2020	20
2.3.3 Stand 2021	22
2.3.4 Stand 2022	24
2.4 Diskussion und kritische Betrachtung	26
2.5 Betrachtung der Personalsituation	30
3 Methodik	31
3.1 Stichprobe	32
3.2 Erhebungsmethode	34
3.3 Datenauswertung	38
4 Ergebnisse	39
4.1 Kategorie Sicherstellung des Pflegeberufs	41
4.2 Kategorie Politik	43
4.3 Kategorie Pflege	44
4.4 Kategorie Administrativer Aufwand	45
4.5 Kategorie Herausforderungen	47
4.6 Kategorie Krankenhausbetrieb	49
4.7 Kategorie Pflegepersonaluntergrenzen	51
4.8 Kategorie Pflegepersonal	54
5 Diskussion	57
5.1 Methodendiskussion	57
5.2 Ergebnisdiskussion	61
6 Ausblick	67
Literaturverzeichnis	69
Anhang	74
Eidesstaatliche Erklärung	95

1 Einleitung

Nur mit einer optimalen Pflegepersonalausstattung ist eine sichere und gute Behandlung von Patienten im Krankenhaus möglich (Bundesministerium für Gesundheit 2021).

Seit Beginn des Jahres 2019 müssen Krankenhäuser in bestimmten Abteilungen konkrete Vorgaben für die Besetzung ihrer Stationen mit Pflegepersonal einhalten. Eine Personalunterbesetzung von pflegeintensiven Bereichen kann desaströse Folgen für die Patienten haben. Aus diesem Grund gelten in folgenden Krankenhausbereichen für pflegeintensive Bereiche Pflegepersonaluntergrenzen: Intensivmedizin und pädiatrische Intensivmedizin, Geriatrie, Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie, Innere Medizin und Kardiologie, Herzchirurgie, Neurologie, Neurologische Schlaganfallereinheit und Frührehabilitation und die Pädiatrie. Diese verpflichtenden Pflegepersonaluntergrenzen für pflegeintensive Bereiche sollen die Patientensicherheit unterstützen und die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte im Krankenhaus verbessern. Grundlegend werden die Untergrenzen als maximale Anzahl von Patienten pro Pflegekraft festgelegt. Es wird zwischen Tag- und Nachtschicht differenziert. (Bundesministerium für Gesundheit 2021; AOK n.d.)

Im Jahr 2018 konnten die Bürger in Massachusetts darüber abstimmen, ob dort in Krankenhäusern gesetzlich geregelte Pflegepersonaluntergrenzen („nurse-to-patient-ratios“), in Abhängigkeit vom Typ der Einrichtung und dem Niveau der Pflegeintensität, eingeführt werden sollen. Die Empfehlung wird mit eindeutiger Mehrheit von 70% von der Bevölkerung abgelehnt, wobei Befürworter und Gegner einer solchen gesetzlichen Regelung weit über Pflege- und Ärzteverbände hinweg verbreitet sind. (Sofer, D. 2019) Die Befürworter dieser Regelung, die Massachusetts Nurses Association, ist der Meinung das sich dadurch das Patientenoutcome verbessern lässt. Die Gegner, insbesondere die American Hospital Association und die American Organization of Nurse Executives sind der Meinung, dass eine solche Regelung die Befähigung von Krankenhäusern und Gesundheitsdienstleistern, eine sichere und qualitativ hochwertige Behandlung anzubieten, eindeutig einschränken wird. Zudem äußern die Gegner, dass dafür allein in Massachusetts 1809 bis 2624 Pflegekräfte fehlen und die Folge längere Wartezeiten in Notaufnahmen und die mögliche Schließung von Abteilungen sind. Außerdem erwähnen die Gegner bestehende gesetzliche

Regelungen auf der Intensivstation, dass ein PTNR im Verhältnis von 1:1 oder 2:1 abhängig von der Stabilität des Patienten festgelegt ist, welches unwirksam ist. (Law, AC. et al. 2018) Es wird betont, dass ein so ein strikter Ansatz die Komplexität der Personalbesetzung missachtet und die professionelle Autonomie der Krankenhäuser untergräbt, die Vorkehrung über die Personalbesetzung nach Bedarf vor Ort umzusetzen. Das bedeutet, dass eine Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung zu einer Gleichsetzung von entsprechender Ausstattung und Untergrenze führen kann, wodurch die Belastung der Pflegekräfte sogar zunehmen würde. Aus diesem Grund sind die Belege der Gegner ausreichend, um die Bevölkerung mit eindeutiger Mehrheit zu überzeugen.

Dabei ist Kalifornien der erste Staat in den USA, der schon im Jahr 2004 Pflegepersonaluntergrenzen für Krankenhäuser der Akutversorgung festlegte. Aiken et al. untersuchten, wie sich dies im Gegensatz zu zwei anderen Staaten der USA (New Jersey und Pennsylvania) auf die PTNR in Krankenhäusern auswirkt, bei denen es so eine Festlegung nicht gibt. (Aiken, LH. et al. 2010) Die Verfasser finden die in Kalifornien vorgesehene PTNR von 5:1 in 88% der internistischen und chirurgischen Stationen Kaliforniens eingehalten. Im Gegensatz zu 19% der eingeschlossenen Kliniken in New Jersey und 33% in Pennsylvania. Grundlegend versorgen die Pflegekräfte auf den internistischen und chirurgischen Allgemeinstationen pro Schicht in Kalifornien um 2 Patienten weniger als in den anderen beiden Staaten. Laut einer Befragung geben die Pflegekräfte in Kalifornien an, dass das Gesetz seine Ziele erreicht hat. Die Arbeitsbelastung ist niedriger geworden, es ist leichter neue Pflegekräfte zu rekrutieren bzw. die bereits vorhandenen Pflegekräfte im Krankenhaus zu halten. Zudem ist die Qualität der Behandlung gestiegen. (Burnes Bulton, L. et al. 2007)

Ganz anders ist die Situation in Deutschland, wo mit der Proklamation im Bundesgesetzblatt, welches am 10.10.2018 erschien, in vier pflegeintensiven Bereichen im Krankenhaus Pflegepersonaluntergrenzen gesetzlich festgeschrieben sind und ab dem 01.01.2019 verbindlich einzuhalten sind (Bundesgesetzblatt 2018).

Das Ziel dieser Arbeit ist, die aktuelle Entwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen und deren Auswirkungen auf den Krankenhausbetrieb zu untersuchen und kritisch zu

diskutieren. Dabei wird vor allem auf die positiven und negativen Gesichtspunkte, seit der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen eingegangen. Es soll ermittelt werden, ob die Untergrenzen praktikabel und notwendig sind und wirklich eine Optimierung für die Pflege an sich und insbesondere für die Pflegekräfte mit sich gebracht haben.

Dafür wird folgende Fragestellung aufgestellt:

Welche Entwicklung haben die Pflegepersonaluntergrenzen und deren Auswirkung auf den Krankenhausbetrieb?

Der Bereich der eingeführten Pflegepersonaluntergrenzen ist ein weitläufiges Gebiet, in dem die Regelung und Umsetzung in jedem Krankenhaus anders von statten geht. Um ein genaues Ergebnis zu erzielen und den zu untersuchenden Bereich einzugrenzen, wird sich im praktischen Teil auf das Heinrich-Braun-Klinikum in Zwickau, die Paracelsus-Klinik in Zwickau und das Klinikum Altenburger Land in Altenburg konzentriert. Da sich die Fragestellung und die Ziele nicht mit einer einzigen Frage beantworten lassen, werden sinngemäß noch 8 Unterfragestellungen aufgestellt.

Die Fragen sind relevant, um einen besseren Einblick in das zu untersuchende Gebiet zu erlangen und am Ende einen Überblick von der Thematik zu haben. Da schon beim Einlesen in die Thematik unterschiedliche Meinungen zur Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen aufgefallen sind, führt dies zur **ersten** Unterfragestellung:

- **Welcher Standpunkt wird zum Thema Pflegepersonaluntergrenzen vertreten?**

Da die Untergrenzen seit dem Jahr 2019 gesetzlich verpflichtend sind und es zuvor ein solches Instrument noch nicht gab, ergibt sich folgende **zweite** und **dritte** Unterfragestellung:

- **Inwiefern haben die Pflegepersonaluntergrenzen Veränderungen seit der Einführung bis heute mit sich gebracht? Welche Auswirkungen hat die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen mit sich gebracht?**

Das Ziel der Pflegepersonaluntergrenzen ist es, eine sichere und gute Behandlung der Patienten zu gewährleisten. Dies führt zur **vierten** Unterfragestellung:

- **Inwieweit helfen die Pflegepersonaluntergrenzen bei der bestmöglichen Versorgung der Patienten?**

Mit der Einführung von weiteren pflegeintensiven Bereichen in die Krankenhausbereiche werden die Regelungen verschärft und die Verordnung definiert neue einzuhaltende Vorgaben. Auf Grundlage dessen ergibt sich die **fünfte** Unterfragestellung:

- **Wo gibt es bei der aktuellen Ausgestaltung der Untergrenzen noch Verbesserungsbedarf?**

Das Ziel der Pflegepersonaluntergrenzen ist es außerdem die Arbeitssituation von Pflegenden zu verbessern und die Qualität der pflegerischen Patientenversorgung zu erhöhen. Zudem sollen die Untergrenzen hauptsächlich der in den letzten Jahren gestiegenen Arbeitsbelastung entgegenwirken, die auf dem Personalmangel in der Pflege basiert. Daraus ergeben sich die **sechste** und **siebte** Unterfrage:

- **Welche nachhaltigen Lösungen gibt es für Pflegeberufe?**
- **Inwieweit gibt es Auswirkungen auf das Pflegepersonal?**

Zudem soll ermittelt werden, ob es noch ein anderes Instrument für eine verhältnismäßige Personalberechnung pro Station und Patient gibt. Die **letzte** Unterfrage lautet:

- **Gibt es ein anderes Instrument bezüglich der Personalberechnung pro Schicht, Patient und Station/Bereich?**

Die Untersuchung soll mittels qualitativer Datenerhebung geschehen. Zudem erfolgt eine genauere Analyse des theoretischen Hintergrunds. Die Methodik der Datenerhebung und die daraus hervorgehenden Ergebnisse werden anschließend dargestellt und kritisch diskutiert. Am Ende wird noch ein Ausblick über den Inhalt, sowie eine Empfehlung gegeben.

2 Theoretischer Hintergrund

Um im weiteren Verlauf, die in der Einleitung vorangestellte Fragestellung ausführlich beantworten zu können, ist es notwendig sich mit den Politischen Rahmenbedingungen und der Gestaltung der Untergrenzen auseinanderzusetzen. Zudem wird ein Überblick über die Entwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) vom Jahr 2019 bis heute gegeben, somit wird ein besseres Verständnis der Thematik ermöglicht. Anschließend wird sich kritisch mit der entsprechenden Terminologie auseinandergesetzt und diskutiert. Zuletzt wird die damit verbundene Personalsituation im Krankenhaus betrachtet.

2.1 Politische Rahmenbedingungen

Zur besseren rechtlichen Erklärung der Gesetzeslage folgt vorangestellt eine Einordnung zum Unterschied eines Gesetzes und einer Verordnung. Innerhalb des Bundes- und Landesrechts wird zwischen mehreren Normentypen unterschieden. Die Normenhierarchie siedelt das Grundgesetz, dabei an erster Stelle an. Unmittelbar darunter folgen die einfachen Bundesgesetze. Anschließend sind die Rechtsverordnungen, Satzungen und allgemeinen Verwaltungsvorschriften einzuordnen. (Bundesministerium für Gesundheit 2016)

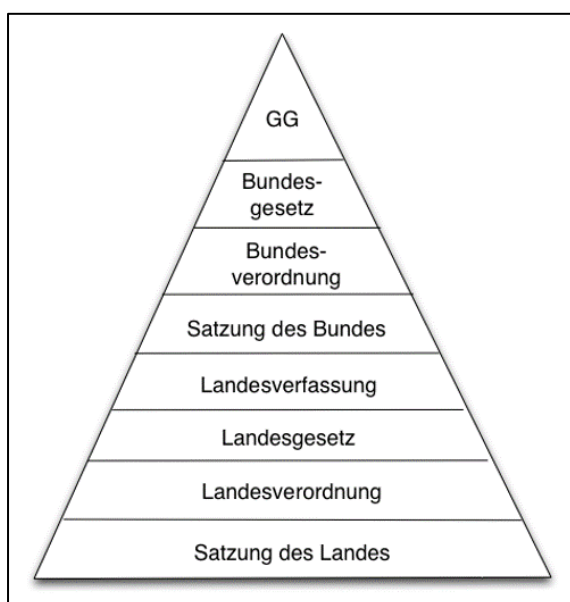


Abbildung 1: Normenpyramide (Bundes- und Landesrecht)

Gesetze, wie das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) werden im formellen Sinn vom parlamentarischen Gesetzgeber (Legislative) in dem in der Verfassung dafür vorgesehenen Verfahren festgelegt.

Rechtsverordnungen, wie die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) werden nicht vom parlamentarischen Gesetzgeber, sondern von der Regierung (Exekutive) auf der Grundlage einer durch ein förmliches Gesetz erteilten Befugnis erlassen. (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie 2021)

Im Weiteren werden die Inhalte des PpsG sowie der PpUGV näher beleuchtet.

2.1.1 Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)

Im Rahmen der Pflegepersonaluntergrenzen, gilt das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz als eine wichtige Grundlage. Ende 2017 versprach die Politik einen Umschwung in der Pflege. Ein erster Meilenstein für die Pflegereform wurde dann mit dem Koalitionsvertrag geschaffen. Am 09. November 2018 ist das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom Bundestag verabschiedet worden und trat am 01.01.2019 endgültig in Kraft. Die Reformen nehmen dabei unter anderem Einfluss auf das SGB V (Fünftes Sozialgesetzbuch) und SGB XI (Elftes Sozialgesetzbuch). (Pfleagemagazin 2021)

Das Ziel dieses Gesetzes ist es, spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege, zu erreichen. Die Pflegekräfte sollen entlastet werden und es soll gegen die Unterbesetzung in der Pflege vorgegangen werden. Zudem stellt es einen wichtigen Schritt dar, um die Pflege und Betreuung der Patienten weiter zu verbessern. (Bundesministerium für Gesundheit 2019) Insbesondere sollen auch Pflegebedürftige und deren pflegende Angehörige von der Reform profitieren. Dabei soll es zukünftig leichter sein, stationäre Rehabilitationen und Taxifahrten zum Arzt in Anspruch nehmen zu können. (Deutsches Ärzteblatt 2018) Bisher mussten die Pflegebedürftigen vor jeder Fahrt zum Arzt, zur Physiotherapie oder zum Podologen einen Antrag auf Kostenübernahme bei ihrer Krankenversicherung stellen. Durch die Einführung des PpSG wird dieser Vorgang wesentlich beschleunigt und unbürokratischer. Es reicht von nun an die ärztliche Verordnung bzw. der Status als

Pflegebedürftiger als solcher aus, um die Krankenfahrt anzutreten. Besonders profitieren davon:

- Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad 3, 4 und 5,
 - blinde Personen,
 - Menschen mit einer außergewöhnlichen Gehbehinderung und
 - Menschen mit einem Schwerbehindertenausweis und dem Merkzeichen „H“.
- (Pfleagemagazin 2021)

Ein weiterer positiver Aspekt der Regelungen des PpSG ist die Erleichterung der stationären Rehabilitation für pflegende Angehörige. Diese sind oftmals 24 Stunden am Tag für ihre Verwandten da und physisch sowie psychisch sehr belastet. Deshalb besteht für pflegende Angehörige die Möglichkeit eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch zu nehmen. Um die Betreuung des pflegebedürftigen Verwandten auch währenddessen sicherstellen zu können, ist es möglich diesen mit der Genehmigung ihrer Krankenkasse in derselben Rehabilitationseinrichtung unterzubringen. Sofern dies für die Einrichtung aufgrund eines pflegerischen Mehraufwands nicht leistbar ist, ist die Pflege- und Krankenkassenversicherung verpflichtet, gemeinsam mit dem Angehörigen eine Lösung für die Unterbringung des Pflegebedürftigen zu finden.

Nicht zuletzt soll das PpSG maßgeblich zu einer Verbesserung der angespannten Situation der Pflegekräfte und infolgedessen auch der Versorgung der Patienten beitragen. Einen ersten Schritt dafür bildet das Sofortprogramm, mit dem 13.000 neue Pflegestellen in stationären Einrichtungen geschaffen werden. Darüber hinaus sind gemäß dem Gesetz auch je nach Anzahl der untergebrachten Bewohner Pflegeheime dazu verpflichtet, neue Stellen für Pflegekräfte bereit zu stellen. Es müssen beispielsweise für bis zu 40 Bewohner 0,5 neue Pflegestellen und für mehr als 120 Bewohner 2 neue Pflegestellen bereitgestellt werden. (Deutsches Ärzteblatt 2021)

Ebenfalls regelt das PpSG ein neues Bewertungssystem von Altenpflegeeinrichtungen. Ab November 2019 wurde dafür final ein neue indikatorengestützte Qualitätsprüfung beschlossen, die stationäre Pflegeeinrichtungen sowie ambulante Pflegedienste beurteilt. Der Fokus der Bewertung liegt dabei nicht auf der Dokumentation der erbrachten Leistung, sondern auf der Auskunft der Bewohner, ob ihre Bedürfnisse erfüllt werden. Mit dem Sofortprogramm Pflege als Bestandteil des PpSG wird weiterhin die Ausweitung und Weiterentwicklung der schon

bestehenden Personaluntergrenzen im Krankenhaus für pflegeintensive Bereiche festgelegt. Diese Neuerung gewährleistet, dass Pflegekräfte in Abteilungen mit einem hohem Pflegeaufwand mehr Zeit für die Versorgung der Patienten und deren Bedürfnisse haben. Das Resultat dessen soll zudem eine minimierte Belastung der Pflegekräfte sein. Bei Nichteinhaltung der Personaluntergrenzen droht dem Krankenhaus eine Kürzung der finanziellen Mittel. (Pfleagemagazin 2021)

Des Weiteren soll das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz die Krankenhäuser dazu bewegen, neue Pflegekräfte einzustellen. Dazu werden die Kosten der Pflege eines Patienten von den medizinischen Behandlungskosten ab dem Jahr 2020 im Krankenhaus getrennt. Bislang werden die Pflegekräfte über Fallpauschalen, welche die Krankenversicherung für die Genesung ihres Versicherten an das Krankenhaus zahlt, mitvergütet. Dadurch das sich die Fallpauschalen ausschließlich an der Erkrankung des Patienten orientieren und den Aufwand für die pflegerische Leistung nur gering zeigen, wird eine krankenhausesindividuelle, emanzipierte Personalkostenvergütung gültig. (DMRZ 2021)

2.1.2 Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)

Die PpUGV wurde vom Bundesministerium für Gesundheit erlassen und regelt im Anwendungsbereich (§ 1) die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegeintensiven Bereichen in Krankenhäusern auf Grundlage von § 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Dabei werden in § 3 als pflegesensitiv die Bereiche in Krankenhäusern festgelegt, in denen Leistungen der Intensivmedizin, Inneren Medizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, allgemeinen Chirurgie, Kardiologie, Neurologie, Pädiatrie, pädiatrischen Intensivmedizin oder Herzchirurgie erbracht werden. (DBfP 2020)

Die PpUG in den pflegeintensiven Bereichen Pädiatrie und pädiatrische Intensivmedizin gelten nicht für die Abteilungen der Frauenheilkunde und Geburtshilfe eines Krankenhauses. Ausschließlich durch die PpUG bleiben die geltenden Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses gewahrt, in denen eine

niedrigere Anzahl von Patienten im Verhältnis zu einer Pflegekraft festgelegt ist. (PpUV S. 1 2020)

Die Begriffsbestimmung (§ 2) der Pflegekräfte im Sinne dieser Verordnung sind Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte.

- Pflegefachkräfte sind dabei Personen, die über die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung verfügen oder deren Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung oder nach dem Altenpflegegesetz in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung oder nach § 64 des Pflegeberufgesetzes fort gilt.
- Pflegehilfskräfte sind Personen, die erfolgreich eine landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege von mindestens einjähriger Dauer abgeschlossen haben, die erfolgreich eine landesrechtlich geregelte Ausbildung in der Krankenpflegehilfe oder in der Altenpflegehilfe von mindestens einjähriger Dauer abgeschlossen haben oder denen auf Basis des Krankenpflegegesetzes vom 4. Juni 1985 in der am 31. Dezember 2003 geltenden Fassung eine Erlaubnis als Krankenpflegehelfer erteilt worden ist. (PpUV S. 1-2 2020)

Die Ermittlung der pflegeintensiven Bereiche in den Krankenhäusern (§ 3) erfolgt über das InEK auf Grundlage der nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten aus dem jeweiligen Vorjahr und der enthaltenen Zusammenstellung der Diagnosis Related Groups (DRGs). Ein Krankenhaus verfügt über einen pflegesensitiven Bereich, wenn gemäß den nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten des Vorjahres

- eine Fachabteilung der Geriatrie, der Unfallchirurgie, der Kardiologie, der Neurologie, der Inneren Medizin, der allgemeinen Chirurgie oder der Herzchirurgie oder eine Fachabteilung mit einer entsprechenden Schwerpunktbezeichnung ausgewiesen ist,
- wenn mindestens 40 Prozent der Fälle einer Fachabteilung in die jeweiligen Indikatoren-DRGs entweder der Geriatrie, der Unfallchirurgie, der Kardiologie, der Neurologie, der Inneren Medizin, der allgemeinen Chirurgie oder der Herzchirurgie zuzuordnen sind und

- wenn die Anzahl an Belegungstagen in den jeweiligen Indikatoren-DRGs der Geriatrie, der Unfallchirurgie, der Kardiologie, der Neurologie, der Inneren Medizin, der allgemeinen Chirurgie oder der Herzchirurgie mindestens 5000 ist. (PpUV S. 2-4 2020)

Die Ermittlung des Pflegeaufwands zur Festlegung risikoadjustierter Pflegepersonaluntergrenzen (§ 4) erfolgt in jedem pflegesensitiven Bereich über das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Dabei wird der Pflegeaufwand für jeden pflegesensitiven Bereich für jeden Standort eines Krankenhauses einzeln ermittelt. Die Ermittlung erfolgt auf Basis des aktuellen vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus entwickelten Katalogs zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands. (PpUV S. 4 2020)

Die Übermittlung der Ergebnisse der Ermittlung pflegesensitiver Bereiche in Krankenhäusern an die betroffenen Krankenhäuser (§ 5) erfolgt über das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Das zutreffende Ergebnis der Ermittlung wird, soweit möglich, standortbezogen, jährlich bis zum 15. November übermittelt. Das zu übermittelnde Ergebnis muss für jede betroffene Fachabteilung des Krankenhauses die Zuordnung zu einem oder mehrere pflegeintensiven Bereiche enthalten. Sobald ein Krankenhaus Einwände nach § 3 Absatz 1 gegen das Resultat der Ermittlung hat, so müssen diese dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jährlich bis zum 30. November mitgeteilt werden. Anschließend teilt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus dem jeweiligen Krankenhaus bis zum 15. Dezember mit, ob und inwieweit es unter der Berücksichtigung der Einwände zu einem anderen Ergebnis kommt. Außerdem hat das Krankenhaus gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem und den jeweiligen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes Mitteilungspflichten, jährlich bis zum 15. Dezember. Sobald nach Absatz 3 mitzuteilende Stationen oder pflegesensitive Bereiche, die vom Institut für das Entgeltsystem ermittelt werden wegfallen, wird dies jährlich bis 15. Dezember vom Krankenhaus gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus angezeigt. Vom Krankenhaus sind für sämtliche nach Absatz 3 mitzuteilenden Stationen Nachfolgeeinheiten zu benennen, wenn es gegenüber dem Vorjahr Umbenennungen gab oder strukturelle Veränderungen stattgefunden haben. Das

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kann Regelungen zur Vereinheitlichung der Verfahrensabläufe nach den Absätzen 2 bis 4 treffen. (PpUV S. 4-5 2020)

2.2 Gestaltung der Untergrenzen

Für die Sicherstellung der Untergrenzen müssen die Krankenhäuser für die einzelnen Monate Durchschnittswerte der Personalbesetzung ermitteln und innerhalb verschiedener Schichten und Stationen differenzieren.

Die Bestätigung über die Einhaltung der Untergrenzen erfolgt über Buchprüfer oder unabhängige Wirtschaftsprüfer. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz wurden die Sanktionsformen für eine Nichteinhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen erweitert. (GKV 90 Prozent 2019) Im Falle einer Nichteinhaltung, können die Krankenhäuser zwischen einem Vergütungsabschlag oder einer Fallzahlreduzierung wählen. Die Höhe der Sanktionen sind mit den örtlichen Vertragsparteien zu vereinbaren. (BDO AG 2019)

In der PpUGV gibt es zudem eine Regelung für Ausnahmetatbestände bei deren Vorliegen die Krankenhäuser die Pflegepersonaluntergrenzen nicht einhalten müssen. Dementsprechend liegt eine solche Ausnahme z.B. nach § 7 Satz 1 Nummer 2 PpUGV bei einer intensiven Erhöhung der Patientenzahlen, wie bei Epidemien oder Großschadenereignissen, vor. (Bundesministerium für Gesundheit 2021)

Zudem werden die Pflegepersonaluntergrenzen für pflegeintensive Bereiche im Krankenhaus von einer weiteren Maßnahme dem „Pflegequotienten“ begleitet. Dieser dient zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung im Krankenhaus, einer hochwertigen Pflege und der Gewährleistung der Sicherheit der Patienten. (GKV Spitzenverband 2021) Um diese Aspekte zu gewährleisten, wird nach § 137j SGB V das Verhältnis vom beschäftigten Pflegepersonal zum individuellen Pflegeaufwand eines Krankenhauses ermittelt. Anhand des Pflegepersonalquotienten kann nachvollzogen werden, ob eine Klinik entsprechend ihrem Pflegeaufwand viel oder wenig Pflegepersonal einsetzt. Die ermittelten Pflegepersonalquotienten der einzelnen Standorte, werden auf der Internetseite des InEK bis zum 31. August eines Jahres zugänglich veröffentlicht. (Bundesministerium für Gesundheit 2021)

An dieser Stelle muss kritisch angemerkt werden, dass eine nachhaltige Sicherstellung eines ausreichenden Angebots an Arbeitskräften durch die Vorgabe bedarfsgerechter PpUG ausschließlich nicht zu lösen sein. Vielmehr ist eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Pflegedienst der Kliniken und in allen Bereichen erforderlich. (ver.di Gesundheit & Soziales 2018)

2.3 Entwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen

In Krankenhausbereichen, in denen es aus Gründen der Patientensicherheit unabdingbar ist, werden Pflegepersonaluntergrenzen eingeführt, die nicht unterschritten werden dürfen. Das Resultat der Beratungen in der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ sehen vor, Krankenkassen und die Selbstverwaltungspartner von Krankenhäusern gesetzlich zu Vereinbarungen von Personaluntergrenzen zu verpflichten. (Pfleagemagazin 2017).

Seit Mitte 2017 verhandeln die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung über eine Regelung zur Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen für pflegeintensive Bereiche im Krankenhaus. Dafür wurde Mitte 2017 ein neuer § 137i in das Sozialgesetzbuch V (SGB V) aufgenommen, der die DKG und GKV-SV zu einer Vereinbarung über die Einführung von verbindlich einzuhaltenden Pflegepersonaluntergrenzen verpflichtet. (Pflegezeitschrift; Michael Simon 2018).

2.3.1 Stand 2019

Das Ziel war es bis zum 30. Juni 2018 eine Vereinbarung zu treffen, welche zum 1. Januar 2019 wirksam wird. Da es auf Seiten der Selbstverwaltungspartner zu keiner gemeinsamen Einigung kam, wurden vom Bundesgesundheitsministerium ersatzweise bis zum 31. Dezember 2018 die ausstehenden Entscheidungen getroffen. (Pflegezeitschrift 2017) Seit dem Jahr 2019 gelten für besonders pflegeintensive Bereiche im Krankenhaus nunmehr die Regelungen, auf die sich das Bundesgesundheitsministerium, Koalitionsfraktionen und die Bundesländer zum damaligen Zeitpunkt geeinigt haben. Trotz der mit diesen Entscheidungen

einhergehenden Kritik, müssen sich die Krankenhäuser seit Anfang 2019 an die strikten Personalvorgaben in den Krankenhausabteilungen, nämlich der Intensivmedizin, der Geriatrie, der Unfallchirurgie und der Kardiologie (siehe Tabelle 1) auseinandersetzen. Seit April 2019 sind die Bestimmungen auch erlösrelevant. Das bedeutet bei Nichteinhaltungen der Untergrenzen drohen den Kliniken empfindliche Strafzahlungen. (BDI; Hoffmeister, Hans Martin 2020)

Tabelle 1: Personaluntergrenzen für 2019

Personaluntergrenzen		Tag	Nacht
Intensivmedizin	PPUG	2,5:1	3,5:1
	PHK-Grenze	8%	8%
Geriatrie	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	20%	40%
Unfallchirurgie	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	10%	15%
Kardiologie	PPUG	12:1	24:1
	PHK-Grenze	10%	15%

Die Festlegung hinsichtlich der Pflegepersonaluntergrenzen beträgt im Bereich der Intensivmedizin täglich in der Tagschicht ein Verhältnis von 2,5 Patienten zu einer Pflegekraft und in der Nachtschicht von 3,5 Patienten zu einer Pflegekraft. In der Geriatrie liegt das Verhältnis in der Tagschicht von 10 Patienten zu einer Pflegekraft und in der Nachtschicht von 20 Patienten zu einer Pflegekraft. Die Unfallchirurgie hat in der Tagschicht ebenso ein Verhältnis von 10 Patienten zu einer Pflegekraft. In der Nachtschicht ist dort eine Pflegekraft für insgesamt 20 Patienten zuständig. Die Kardiologie wiederum hat die Festlegung von 12 Patienten zu einer Pflegekraft in der Tagschicht und 24 Patienten zu einer Pflegekraft in der Nachtschicht.

Der Anteil von Pflegehilfskräften darf gemessen an der Gesamtzahl der Pflegekräfte die folgenden stations- und schichtbezogenen Grenzwerte der pflegeintensiven Bereiche nicht überschreiten:

- a) In der Intensivmedizin täglich in der Tagschicht 8 Prozent und in der Nachtschicht 8 Prozent
- b) auf der Station der Geriatrie täglich in der Tagschicht nicht mehr als 20 Prozent und in der Nachtschicht 40 Prozent,

- c) in der Unfallchirurgie täglich in der Tagschicht 10 Prozent, in der Nachtschicht 15 Prozent und
- d) auf der Kardiologie täglich in der Tagschicht 10 Prozent und in der Nachtschicht 15 Prozent. (Bundesanzeiger; Bundesgesetzblatt 2018)

2.3.2 Stand 2020

Auch zu diesem Zeitpunkt führten die im letzten Jahr gemachten Erfahrungen der Selbstverwaltungspartner zu keinem Umdenken im Handeln. Ein weiteres Mal kam keine Einigung zwischen der DKG und der GKV-SV hinsichtlich der vom BMG geforderten Erweiterung der Untergrenzen auf weitere Klinikbereiche zustande. Im Ergebnis gab es eine erneute Ersatzvornahme des BMG zur Einführung von Personaluntergrenzen auf weitere pflegeintensive Bereiche. (BDI; Hoffmeister, Hans Martin 2020) Mit Wirkung zum 1. Januar 2020 gelten die Untergrenzen auch für die Herzchirurgie, die Neurologie, die Neurologische Schlaganfallereinheit und die Neurologische Frührehabilitation (siehe Tabelle 2). Demnach werden für die neu hinzugekommenen Stationen auch neue Personalschlüssel erforderlich. Für die Bereiche der Intensivmedizin, der Geriatrie und der Unfallchirurgie bleiben die Personalschlüssel bestehen.

Tabelle 2: Personaluntergrenzen für 2020

Personaluntergrenzen		Tag	Nacht
Intensivmedizin	PPUG	2,5:1	3,5:1
	PHK-Grenze	8%	0%
Geriatrie	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	15%	20%
Unfallchirurgie	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	10%	15%
Kardiologie	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	10%	10%
Herzchirurgie	PPUG	7:1	15:1
	PHK-Grenze	5%	0%

Neurologie	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	10%	8%
Neurologie Schlaganfalleinheit	PPUG	3:1	5:1
	PHK-Grenze	0%	0%
Neurologische Frührehabilitation	PPUG	5:1	12:1
	PHK-Grenze	10%	8%

In der Kardiologie gilt anders als im Jahr zuvor ab dem 1. Januar 2020 in der Tagschicht das Verhältnis 10 zu 1 und in der Nachtschicht das Verhältnis 20 zu 1. Im Bereich der Herzchirurgie gilt in der Tagschicht der Personalschlüssel 7 zu 1 und in der Nachtschicht 15 zu 1. In der Neurologie gilt in der Tagschicht ein Verhältnis von 10 zu 1 und in der Nachtschicht 20 zu 1. Für die Neurologische Schlaganfalleinheit gilt in der Tagschicht ein Personalschlüssel von 3 zu 1 und in der Nachtschicht 5 zu 1. Für die Neurologische Frührehabilitation gilt in der Tagschicht ein Verhältnis von 5 zu 1 und in der Nachtschicht 12 zu 1.

Des Weiteren gibt es einen Anteil an Pflegehilfskräften der die Gesamtzahl der Pflegekräfte nicht überschreiten darf. Dabei gilt in der Kardiologie in der Tagschicht ein Anteil von 10 Prozent und in der Nachtschicht 10 Prozent. In der Herzchirurgie gilt in der Tagschicht ein Grenzwert von 5 Prozent. In der Nachtschicht findet auf der Herzchirurgie keine Berücksichtigung von Pflegehilfskräften statt. Für die Neurologie gilt in der Tagschicht ein Wert von 10 Prozent und in der Nachtschicht 8 Prozent. In der Neurologischen Schlaganfalleinheit findet in der Tag- und Nachtschicht keine Berücksichtigung der Pflegehilfskräfte statt. Im Bereich der Neurologischen Frührehabilitation gilt in der Tagschicht ein Grenzwert von 10 Prozent und in der Nachtschicht 8 Prozent. (Bundesanzeiger; Bundesgesetzblatt 2019)

Durch die SARS-CoV-2-Pandemie kam es im März 2020 zu einer befristeten Aussetzung der PpUGV. Das Ziel war es den Krankenhäusern eine kurzfristige Veränderung der Arbeitsabläufe zu ermöglichen und sie auf kurze Sicht von den Vorgaben zum Pflegepersonaleinsatz in pflegeintensiven Bereichen zu entlasten. (Deutsches Ärzteblatt 2021) Seit dem 1. August 2020 wurden die Vorgaben in den Bereichen der Geriatrie und Intensivmedizin wieder in Kraft gesetzt. Damit sollte eine personelle Untersetzung in der Pflege und eine Gefährdung der in den Bereichen zu

pflegenden Patienten vermieden werden. Zum Februar 2021 wurden alle übrigen, bisher geregelten Personaluntergrenzen wieder in Kraft gesetzt und die Untergrößen für vier neue Bereiche eingeführt. (Haserück, A.; Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit 2021)

2.3.3 Stand 2021

Seit dem 1. Februar 2021 gelten in vier neuen pflegeintensiven Bereichen Pflegepersonaluntergrößen. Dazu zählen die Pädiatrische Intensivmedizin, die Allgemeine Chirurgie, die Innere Medizin und die Pädiatrie (siehe Tabelle 3). (InEK 2021)

Tabelle 3: Personaluntergrößen für 2021

Personaluntergrößen		Tag	Nacht
Intensivmedizin und pädiatrische Intensivmedizin (ab 1. Februar 2021)	PPUG	2:1	3:1
	PHK-Grenze	8%	0%
Geriatric	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	15%	20%
Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie (ab 1. Februar 2021)	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	10%	10%
Innere Medizin und Kardiologie (ab 1. Februar 2021)	PPUG	10:1	22:1
	PHK-Grenze	10%	10%
Herzchirurgie (ab 1. Februar 2021)	PPUG	7:1	15:1
	PHK-Grenze	5%	0%
Neurologie (ab 1. Februar 2021)	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	8%	8%
Neurologische Schlaganfallereinheit (ab 1. Februar 2021)	PPUG	3:1	5:1
	PHK-Grenze	0%	0%
Neurologische Frührehabilitation (ab 1. Februar 2021)	PPUG	5:1	12:1
	PHK-Grenze	10%	10%
Pädiatrie (ab 1. Februar 2021)	PPUG	6:1	10:1
	PHK-Grenze	5%	5%

Bis zum 31. Januar 2021 hatte die Intensivmedizin einen Personalschlüssel von 2,5 zu 1 in der Tagschicht und 3,5 zu 1 in der Nachtschicht. Von nun an gilt in der

Intensivmedizin und pädiatrischen Intensivmedizin in der Tagschicht ein Verhältnis von 2 zu 1 und in der Nachtschicht von 3 zu 1. In der Geriatrie ist nach wie vor ein Verhältnis von 10 zu 1 in der Tagschicht und 20 zu 1 in der Nachtschicht festgelegt. Im Bereich der Allgemeinen Chirurgie und Unfallchirurgie ist in der Tagschicht ein Verhältnis von 10 zu 1 und in der Nachtschicht von 20 zu 1. Für die Innere Medizin und Kardiologie ist in der Tagschicht ein Verhältnis von 10 zu 1 und in der Nachtschicht ein Verhältnis von 22 zu 1 einzuhalten. Im Bereich der Herzchirurgie gilt in der Tagschicht der Personalschlüssel 7 zu 1 und in der Nachtschicht 15 zu 1. Auf der Neurologie gilt in der Tagschicht das Verhältnis 10 zu 1 und in der Nachtschicht 20 zu 1. Für die neurologische Schlaganfalleinheit gilt in der Tagschicht ein Verhältnis von 3 zu 1 und in der Nachtschicht 5 zu 1. Für die neurologische Frührehabilitation ist in der Tagschicht ein Verhältnis von 5 zu 1 und in der Nachtschicht von 12 zu 1 festgelegt. Im Bereich der Pädiatrie gilt ein Personalschlüssel von 6 zu 1 in der Tagschicht und 10 zu 1 in der Nachtschicht.

Hinzu kommt der Anteil der Pflegehilfskräfte, welcher die folgenden Grenzwerte nicht überschreiten darf. Bis zum 31. Januar 2021 liegt dieser Grenzwert in der Intensivmedizin in der Tagschicht bei 8 Prozent und in der Nachtschicht bei 0 Prozent. Ab dem 1. Februar 2021 gelten in der Intensivmedizin und pädiatrischen Intensivmedizin in der Tagschicht ein Anteil von 5 Prozent und in der Nachtschicht ebenso 5 Prozent. Die Geriatrie nimmt in der Tagschicht einen Anteil von 15 Prozent und in der Nachtschicht einen Anteil von 20 Prozent an Pflegehilfskräften ein. In der allgemeinen Chirurgie und Unfallchirurgie gilt ab dem 1. Februar in der Tagschicht ein Grenzwert von 10 Prozent und in der Nachtschicht 10 Prozent. Für die Bereiche der Inneren Medizin und Kardiologie ist ein Anteil von 10 Prozent in der Tagschicht und 10 Prozent in der Nachtschicht nicht zu überschreiten. In der Herzchirurgie darf in der Tagschicht ein Grenzwert von 5 Prozent nicht überschritten werden. In der Nachtschicht finden die Pflegehilfskräfte keine Berücksichtigung. Im Bereich der Neurologie gilt in der Tag- und Nachtschicht ein Grenzwert von jeweils 8 Prozent. In der neurologischen Schlaganfalleinheit finden die Pflegehilfskräfte in der Tag- und Nachtschicht keinerlei Berücksichtigung. Für die neurologische Frührehabilitation darf in der Tag- und Nachtschicht ein Grenzwert von jeweils 10 Prozent nicht überschritten werden. Im Bereich der Pädiatrie gelten für die Tagschicht ein Grenzwert von 5

Prozent, wie auch in der Nachtschicht. (Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz 2020)

2.3.4 Stand 2022

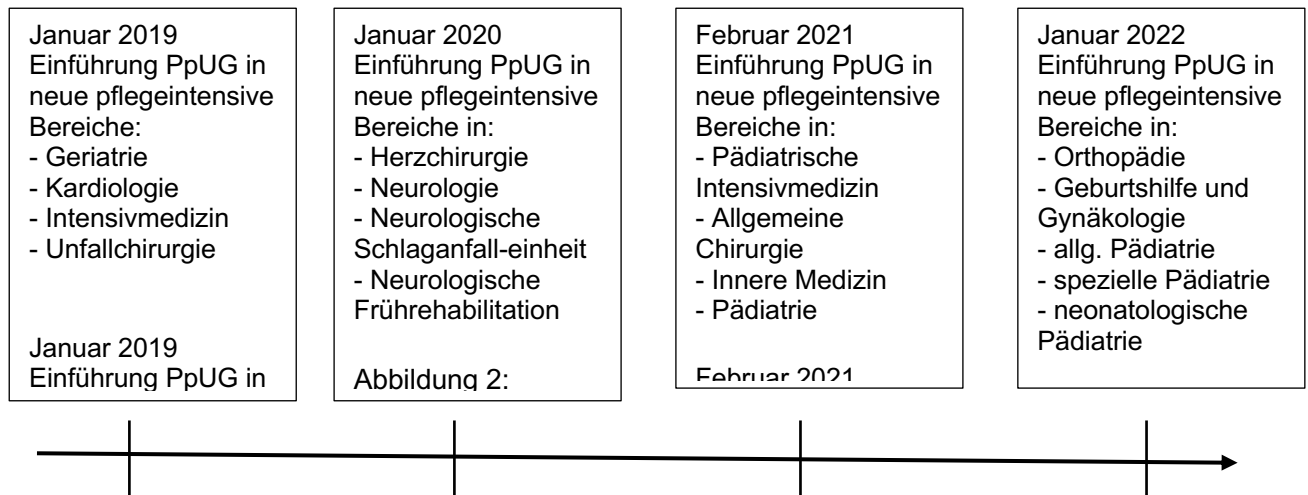


Abbildung 3: Zeitstrahl zur Einführung neuer pflegeintensiver Bereiche von 2019-2020

Auch für das Jahr 2022 will das Bundesgesundheitsministerium für vier neue Bereiche Pflegepersonaluntergrenzen festlegen. Wiederholt konnten sich die Selbstverwaltung aus Krankenkassen und Krankenhäuser nicht auf gemeinsame Untergrenzen einigen, weshalb das Ministerium nun eine Ersatzvornahme auf den Weg bringt.

Ab dem 1. Januar 2022 gelten zum ersten Mal Untergrenzen in der Orthopädie, der Geburtshilfe und Gynäkologie. Zudem soll es eine fachspezifische Ausdifferenzierung in der Pädiatrie geben. Diese umfasst neue Vorgaben für die allgemeine Pädiatrie, die spezielle Pädiatrie und die neonatologische Pädiatrie (siehe Tabelle 4). Entsprechend des Verordnungstest hat das Bundesgesundheitsministerium entsprechende Zahlen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) im Januar 2021 erhalten und damit die Datenerhebung und -auswertung zu den Bereiche Orthopädie, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie einer fachspezifischen Ausdifferenzierung des Bereichs Pädiatrie beauftragt. Die Untergrenzen legen für die bisher geltenden und neuen Bereiche mit einem hohen Pflegeaufwand fest, wie viel Pflegepersonal mindestens auf einer Station zur Tages- oder Nachtschicht im Krankenhaus präsent sein darf. (Deutsches Ärzteblatt 2021)

Tabelle 4: Personaluntergrenzen für 2022

Personaluntergrenzen		Tag	Nacht
Orthopädie (ab 1. Januar 2022)	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	10%	10%
Allgemeine Pädiatrie (ab 1. Januar 2022)	PPUG	6:1	10:1
	PHK-Grenze	5%	5%
Spezielle Pädiatrie (ab 1. Januar 2022)	PPUG	6:1	14:1
	PHK-Grenze	5%	5%
Neonatologische Pädiatrie (ab 1. Januar 2022)	PPUG	3,5:1	5:1
	PHK-Grenze	5%	5%
Gynäkologie und Geburtshilfe (ab 1. Januar 2022)	PPUG	8:1	18:1
	PHK-Grenze	5%	0%
Intensivmedizin und pädiatrische Intensivmedizin	PPUG	2:1	3:1
	PHK-Grenze	5%	5%
Geriatric	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	15%	20%
Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	10%	10%
Innere Medizin und Kardiologie	PPUG	10:1	22:1
	PHK-Grenze	10%	10%
Herzchirurgie	PPUG	7:1	15:1
	PHK-Grenze	5%	0%
Neurologie	PPUG	10:1	20:1
	PHK-Grenze	8%	8%
Neurologische Schlaganfallereinheit	PPUG	3:1	5:1
	PHK-Grenze	0%	0%
Neurologische Frührehabilitation	PPUG	5:1	12:1
	PHK-Grenze	10%	10%

Ab dem Jahr 2022 gelten dann in der allgemeinen Chirurgie, Unfallchirurgie und der Orthopädie in der Tagschicht ein Verhältnis von 10 zu 1 und in der Nachtschicht von 20 zu 1. Im Bereich der allgemeinen Pädiatrie darf eine Pflegekraft in der Tagschicht 6 Patienten pflegen und in der Nachtschicht 10 Patienten. Auf der Station der speziellen Pädiatrie ist eine Pflegekraft in der Tagschicht für 6 Patienten und in der Nachtschicht für 14 Patienten zuständig. Die neonatologische Pädiatrie hat in der Tagschicht ein Verhältnis von 3,5 zu 1 und in der Nachtschicht von 5 zu 1. Im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe gilt in der Tagschicht ein Verhältnis von 8 zu 1 und

in der Nachtschicht von 18 zu 1. Die Vorgaben zur Regelung der Untergrenzen für das Jahr 2021 in den Bereichen der Intensivmedizin und pädiatrischen Intensivmedizin, Geriatrie, allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie, Innere Medizin und Kardiologie, Herzchirurgie, Neurologie, neurologische Schlaganfalleinheit und Frührehabilitation gelten weiter fort.

Die Verordnung legt auch ein Verhältnis von Pflegehilfskräften zu Pflegefachkräften im Krankenhaus fest, welche nicht unterschritten werden dürfen. Somit gilt ab dem 1. Januar 2022 für die allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie in der Tag- und Nachtschicht ein Grenzwert von 10 Prozent an Pflegehilfskräften. In der allgemeinen Pädiatrie liegt das Verhältnis der Pflegehilfskräfte in der Tag- und Nachtschicht bei 5 Prozent. Für die spezielle Pädiatrie gilt ein Grenzwert an Pflegehilfskräften von 5 Prozent in der Tagschicht und 5 Prozent in der Nachtschicht. Für den Bereich der neonatologischen Pädiatrie gelten in der Tag- und Nachtschicht Grenzwerte von jeweils 5 Prozent. Auf der Station der Gynäkologie und Geburtshilfe gilt in der Tagschicht ein Grenzwert von 5 Prozent, in der Nachtschicht finden die Pflegehilfskräfte keine Berücksichtigung. (Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz 2020; InEK 2021)

2.4 Diskussion und kritische Betrachtung

Primär lässt sich die anfängliche Entscheidung zu pflegeintensiven Bereichen und den zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen aus inhaltlicher und methodischer Sicht kritisieren. Die Erhebung erfolgte auf Grundlage von Daten der Qualitätsberichte über die Personalausstattung in den einzelnen Fachabteilungen deutscher Kliniken, welche auf eigenen Angaben der Kliniken beruhen und mit den Abrechnungsdaten vereinheitlicht werden. Besonders fraglich ist dabei die Zusammenführung der zwischen den Einrichtungen unterschiedlichen Darstellung der Personalzahlen pro Fachabteilung. (Schreyögg, J.; Milstein, R. 2016) Zudem wurden die „pflegesensitiven Ergebnisindikatoren“ (PSEI) entwickelt, um fachabteilungsunabhängig einen Zusammenhang zwischen Pflegepersonalausstattung und unerwünschten Patientenergebnissen zu ermöglichen und zu untersuchen. (Needleman, J. et al. 2002). Bei der den PpUG zugrunde liegenden Untersuchung ergab sich, dass für

einige Abteilungen ein besonderer Zusammenhang besteht, was bedeutet das diese damit besonders pflegeintensiv sind (Schreyögg, J.; Milstein, R. 2016). Die Grenze für die heute geltenden Pflegepersonaluntergrenzen wurde wahllos bei den 10-25% Kliniken mit der geringsten Personalausstattung gezogen. Dieses Niveau für die Personalbesetzung wird als eine sichere und gute Versorgung definiert. Jedoch ist dafür weder eine fachliche Begründung der Zahlenwerte für die Personalbesetzung noch eine Bewertung der damit erreichten Pflegequalität bekannt. Zu hinterfragen ist dies auch vor der Thematik, dass sich die Ausstattung mit Pflegepersonal im europäischen Vergleich in Deutschland besonders unverhältnismäßig darstellt. Besonders liegt diese für die wichtigsten Belastungsindikatoren Vollkräfte (VK) pro 1000 Fälle oder VK pro 1000 Betten weit hinter dem Durchschnitt der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). (Augurzky, B. et al. 2016)

Gerade in Zeiten einer schlechten Personalausstattung im Krankenhaus im Bereich der Pflege wird für die Mehrheit der Kliniken eine Grenze definiert, die unterhalb der bisherigen Besetzung liegt (IGES 2017). Zudem ist die Entstehung von PpUG an die jeweiligen Fachabteilungen gebunden. Die onkologische Pflege lässt sich aber bis auf die Hämatologie und Strahlentherapie nicht über die spezifische Fachabteilung abbilden, wie es zum Beispiel im Bereich der Neurologie möglich ist. Onkologische Patienten werden daher auf vielen unterschiedlichen Stationen versorgt, z. B. Urologie, Dermatologie oder Gynäkologie.

Nachdem erstmalig nur für 4 Fachbereiche PpUG festgelegt wurden, gab es 2019 mit Gültigkeit ab 01.01.2020 eine Erweiterung um 4 weitere Bereiche. Dies schuf unerwünschte Nebeneffekte. Die Art von Stationen und Abteilungen wurden angepasst, um möglichst gering von der verpflichtenden Erfüllung der PpUG betroffen zu sein. Das Pflegepersonal wurde in die geregelten Bereiche versetzt, was zulasten der nichtgeregelten Bereiche geschah. Darüber hinaus wurden Patienten in möglichst nichtbetroffene Bereiche verlegt. Dies lässt den Schluss zu, dass die Patienten teilweise deutlich zu früh von Intensivstationen auf Allgemeinstationen verlegt wurden. (Pfleagemagazin 2018) Zudem werden immer die Pflegedirektoren mit der Forderung der Geschäftsleitung konfrontiert, den Personalschlüssel entsprechend der Untergrenze abzusenken. Außerdem ist bei den Untergrenzen eine Fachquote definiert, welche ohne jegliche fachliche Rechtfertigung erfolgte. Eine Optimierung in

begrenztem Ausmaß wird also maximal die 25 Prozent der am mangelhaftesten mit Pflegepersonal ausgestatteten Krankenhäuser haben, sofern diese nicht mit den Anforderungen geschickt umgehen. Die Begleiterscheinungen der Therapie sind also möglicherweise drastischer als die Grundproblematik.

Dies zeigt auch eine aktuelle Umfrage des Deutschen Berufsverbands für Krankenpflege (DBfK) in der 2/3 der Pflegefachpersonen unzufrieden mit den Effekten der PpUG sind. (DBfK 2020)

Zudem werden die PpUG im Zusammenhang mit den Maßnahmen zur COVID-19 Pandemie zum 1. März 2020 befristet ausgesetzt. Es bleibt zu überlegen, ob und wie die PpUG überhaupt nochmal zurückkommen und wie eine zukünftige Lösung aussieht, die einen Aufbau des Pflegepersonals im Krankenhaus auf ein internationales anschlussfähiges Niveau fördern kann. Aus Sicht des Deutschen Pflegerats sind Regelungen für die Personalausstattung auf allen Stationen eines Krankenhauses, die sich am Bedarf der Patienten orientieren, unvermeidbar. Ausschließlich diese können eine begründete Berechnungsgrundlage dafür geben, wo Personaluntergrenzen einzuführen sind. (Pfleagemagazin 2018)

Seit Längerem fordern Krankenhausvertreter die Einführung eines Instruments, an dem der Bedarf an Pflegekräften im Krankenhaus gemessen werden kann und welches die heute geltenden PpUG ablöst. Anfang 2020 hatten die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Deutsche Pflegerat und die Gewerkschaft Ver.di mit der Pflegepersonalregelung (PPR) 2.0 ein derartiges Instrument unterbreitet. (Osterloh, F. 2021) Eine Alternative der PpUG stellt die PPR 2.0 in Aussicht. Diese stellt im Detail eine grundlegend überarbeitete und modernisierte PPR dar, die nach wie vor in den Krankenhäusern zur Kalkulation der vorhandenen Personalkosten verwendet wird. Die Abänderung und Modernisierung der PPR, welche von 1993-1995 verpflichtend eingeführt wurde und bereits 1996 wieder ausgesetzt, zur PPR 2.0 erfolgte in einem mehrstufigen Prozess. (Needleman, J. et al. 2002) Laut einer jährlichen Repräsentativbefragung von 438 deutschen Krankenhäusern ab 100 Betten, des Krankenhaus Barometer 2020 ist die Mehrzahl für eine Abschaffung der Pflegepersonaluntergrenzen. Dabei sind 29 Prozent der Häuser sogar für eine ersatzlose Streichung. 63 Prozent sind für den Ersatz der Pflegepersonaluntergrenzen

durch ein neues Verfahren der Personalbedarfsmessung wie der sogenannten PPR 2.0. (Nissen, H. 2021)

Im Brennpunkt stehen besonders die Aktualisierung der Grund- und Fallwerte sowie die fachlich-inhaltliche Bewertung der Leistungsinhalte der allgemeinen und speziellen Pflege (A- und S- Bereich). Für die Grundwerte sollen besonders die Berücksichtigung der erhöhten Anforderungen an die Qualitätssicherung und die Umsetzung neuer Pflegekonzepte und Pflichtweiterbildungen eingehalten werden. In den Fallwerten ist besonders die Aktualisierung der Umsetzung von Expertenstandards und Leitlinien der Fachgesellschaften und die Umsetzung des Entlassungsmanagements gemäß des Rahmenvertrags Entlassungsmanagement § 39 1a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) von hoher Bedeutung. Im A-Bereich ist unter anderem die Ablösung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) bei Erhalt der PPR-Stufe A4 zu beachten, die Berücksichtigung aktivierender Pflegekonzepte und die Anpassung der Zeitwerte für Pflegeplanung und -dokumentation an gestiegenem Umfang. Im S-Bereich gibt es eine Neuerung in der Aktualisierung der pflegetechnischen Leistungen und der Neukonstruktion der PPR-Stufe S4. Des Weiteren werden die Überprüfung der hinterlegten Zeitwerte, die Überführung von dem bisherigen Zeitintervall von 14h (6:00-20:00 Uhr) in ein 16-stündiges Zeitintervall (6:00-22:00 Uhr) von Bedeutung. (Konzertierte Aktion Pflege 2019) Zudem wird für die erste Entwicklungsphase der PPR 2.0 ein Pretest für die Handhabbarkeit und Umsetzbarkeit und dem Verhältnis der Veränderungen zur PPR unterzogen. Der Pretest findet im Rahmen einer Gelegenheitsstichprobe von 44 Einrichtungen vom 04.11.2019 bis einschließlich dem 25.11.2019 statt und wird vom Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaft der Medizinischen Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg durchgeführt. Die Einrichtungen haben die Aufgabe Daten und Einschätzungen im Zeitraum von 7 Tagen zu liefern. PPR (alt) und PPR 2.0 werden parallel kodiert. Des Weiteren wird zur Anwendung ein Handout mit den Einstufungsregeln für die Patienten mitgegeben. In die Untersuchung sind Daten von 206 Stationen und 25 Fachbereichen für gesamt 31.347 Patiententage eingegangen. Bezüglich der Anwendbarkeit gibt es 90 Rückmeldungen, welche ein positives Fazit ziehen. 71 Prozent der Anwender empfinden die Einordnung der PPR 2.0 im A-Bereich als leicht, für den S-Bereich sind es 46 Prozent. Für 13 Prozent ist es im A-Bereich keine Erleichterung und für 21 Prozent im S-Bereich. Das Verhältnis von PPR und PPR 2.0 zeigt in diesem Pretest

deutlich, dass die PPR 2.0 im selben Maße fähig ist, die Patienten in den Aufwandsgruppen zu unterscheiden. (Jahn, P. 2020)

Jedoch müssen vorerst die erforderlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden, um die PPR 2.0 erfolgreich und nachhaltig in den Alltag der Kliniken zu implementieren und eine bedarfsgerechte Patientenversorgung zu gewährleisten. Unabdingbar ist dafür die vollständige Refinanzierung der Pflege für die unmittelbare Patientenversorgung als Grundlage der PPR 2.0. Zudem geht die PPR 2.0 als bedarfsgerechtes Instrument über Vorgaben zu Pflegepersonaluntergrenzen und dem Pflegequotienten hinaus und beschränkt sich nicht auf pflegeintensive Bereiche. (verdi 2020)

2.5 Betrachtung der Personalsituation

Seit der Herauslösung des Pflegebudgets aus den DRG scheint sich die Pflegesituation in den Kliniken allmählich zu verbessern. Das war aber auch höchste Zeit, denn in Europa ist Deutschland mit einem Pflegekraft-Patienten-Verhältnis von 1:13 sehr schlecht aufgestellt. Im Gegensatz zu Großbritannien, wo eine Pflegekraft für 8,6 Patienten zuständig ist oder in Norwegen für 5,4 Patienten. Zudem wird davor gewarnt die eingeführten Pflegepersonaluntergrenzen als Zielgröße zu verstehen. Vielmehr sollen sie als absolutes Minimum betrachtet werden. Dennoch ist eine weitere Akademisierung der Pflege gefordert. Laut einer US-amerikanischen Studie war ein steigender Anteil von Pflegekräften mit einem akademischen Abschluss sogar mit einem positiven Effekt im Sinne einer Senkung der Mortalität verbunden. (Klein, F. 2021) Höher ausgebildete Pflegekräfte brauchen aber auch entsprechende Vergütungsstrukturen, wollen mehr Pflichten und Verantwortung übernehmen und in Gremien zu wichtigen Entscheidungen mit einbezogen werden. Im Jahr 2024 wird ein hoher Teil an Pflegekräften in den Ruhestand gehen, sodass der Personalmangel in der Pflege noch akuter wird (Klein, F. 2021).

Dass der Personalmangel bereits zur heutigen Zeit deutlich spürbar ist, ist an verschiedenen Zahlen zu sehen. Um eine bedarfsgerechte Versorgung für jeden Patienten sicherstellen zu können rechnet die Gewerkschaft ver.di mit einem zusätzlichen Bedarf von 110.000 zusätzlichen Pflegefachkräften. Bis 2030 wird laut entsprechenden Prognosen mit einem Bedarf von 300.000 zusätzlichen Stellen

gerechnet. Zum Eindämmen des Personalmangels in der Pflege, leisten die aktuell rund 1,7 Millionen Angestellten häufig Überarbeit unter schweren Bedingungen. Das Resultat daraus sind eine hohe Belastung, Überstunden und Zeitdruck. (Spielberg, P. 2021)

Der zunehmend zum Tragen kommende, auch an Wochenenden und Feiertagen verstärkt anfallende Schichtdienst ist ein weiterer zu betrachtender Aspekt. Er nimmt ebenfalls einen negativen Einfluss auf die Qualität der Pflege und die Gesundheit der Pflegenden. Die Ursachen dafür liegen auf der Hand; und die Tatsache, dass es in Summe zu wenig Pflegefachkräfte gibt, wundert viele Experten nicht. Gerade die Arbeitsbedingungen und die mäßige Entlohnung sind im internationalen Vergleich unterdurchschnittlich. Die darüber hinaus zum Tragen kommenden körperlichen Faktoren, wie die hohe psychische und emotionale Belastung hindern viele junge Arbeitnehmer einen solchen Berufszweig zu wählen. Auf lange Sicht wechseln viele der in der Pflege Beschäftigten die Berufsrichtung. Schlechte Arbeitsbedingungen sorgen bereits in der Ausbildung in Pflegeberufen zu hohen Abbruchquoten von ca. 30%. Ein weiteres Problem besteht bei der Anzahl an nachkommenden Berufsabsolventen, welche zahlenmäßig nicht ausreichen, um das Loch zu schließen, was die älteren Kollegen in Zukunft hinterlassen werden. Der Trend zur personellen Unterversorgung rührt ebenfalls daher, dass viele der Pflegekräfte nach ihrer Ausbildung nur wenige Jahre im Beruf bleiben und sich aufgrund von geregelten Arbeitszeiten und einer attraktiven Bezahlung in andere Berufszweige umorientieren. (Pflegerot Deutschland 2021)

3 Methodik

In diesem Abschnitt wird das Vorgehen der angewendeten Datenerhebung aufgezeigt und erläutert. Zudem wird auf die Auswahl der Experten eingegangen. Es werden weiterhin die jeweilige Erhebungsmethodik, sowie der gefertigte Interviewleitfaden als Untersuchungsinstrument erklärt. Am Ende wird die Methode, welche zur Auswertung der Daten genutzt wird, verdeutlicht.

3.1 Stichprobe

Zur Erzielung von verlässlichen Ergebnissen, wurden im Vorfeld verlässliche Experten ausgewählt. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass Experten über sogenanntes Sonderwissen verfügen (Bogner, A. et al. S. 10. 2014). Dieses Sonderwissen zeichnet sich durch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsrolle beziehungsweise an die jeweilige Position und Stelle, an die der Experte geknüpft ist, aus (Kaiser, R. S. 36-38. 2014). Die Auswahl des Experten erfolgte im Kontext seines Betriebswissens und seiner Tätigkeit. Dadurch kann ein exklusiver Einblick in die Thematik der Pflegepersonaluntergrenzen gewährt werden. Im Vorfeld wurde mit dem Betreuer, welcher diese Untersuchung betreut, über die Wahl der Experten gesprochen. Anschließend wurde auf der Homepage umliegender Krankenhäuser im Landkreis Zwickau und im Landkreis Altenburger Land nach geeigneten Experten für diese Thematik recherchiert. Besondere Suchkriterien waren ausschließlich die Standortnähe und die Größe des Krankenhauses. In die engere Auswahl kamen dafür das Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau, die Paracelsus Klinik in Zwickau und das Klinikum Altenburger Land. Anhand deren Homepages konnte für jedes der Krankenhäuser ein Experte identifiziert werden. Andere Krankenhäuser wurden nicht weiter in der Suche berücksichtigt, da ausgeschlossen werden konnte das sich in den bisher gefundenen Kliniken keine Experten finden würden.

Zur Erzielung von repräsentativen Ergebnissen wurden gezielt 3 Experten ausgewählt. Diese haben alle über einen längeren Zeitraum hinweg auf einer verantwortlichen Position in ihrem Gebiet gewirkt. Nachdem die Experten vom Verfasser identifiziert werden konnten, erfolgte die Kontaktaufnahme.

Nachfolgend wird dargestellt aus welchem Grund der jeweilige Experte der Krankenhäuser/Kliniken ausgewählt wurde. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden die Experten dabei anonymisiert. Der Experte aus der Paracelsus Klinik bekommt die Bezeichnung „Experte A“, der Experte aus dem Heinrich-Braun-Klinikum erhält die Benennung „Experte B“ und der Experte aus dem Klinikum Altenburger Land bekommt die Bezeichnung „Experte C“.

- **Experte A** wurde ausgewählt, weil er seit dem 1. April 2020 Pflegedienstleiter in der Paracelsus Klinik ist und schon bis 2018 in verschiedenen Positionen in der Paracelsus Klinik in Zwickau tätig war. Vor der Beschäftigung als Pflegedienstleitung in Zwickau arbeitete Experte A als Verwaltungs- und Pflegedienstleitung in Gera. Das vorhandene Betriebswissen aus zwei unterschiedlichen Kliniken sind Gründe für die Auswahl dieses Experten. Das Ziel von Experte A ist es der Pflege eine gute Perspektive zu geben, auf hohem Niveau zu arbeiten und zudem die menschlichen und wirtschaftlichen Ansprüche ins Gleichgewicht zu bringen. (Paracelsus Kliniken 2020) Ein weiterer Grund für die Auswahl dieses Experten ist sein hohes Interesse am Pflegesektor. Diesen betrachtet er als einen bedeutsamen Bereich und ein zukunftsweisendes Thema, das von hohem öffentlichem Interesse ist.

- **Experte B** wurde ausgewählt, weil er sich von Experte A und C abgrenzt, da er Pflegedirektor ist und über Betriebswissen von krankenhausinternen Prozessen verfügt. Zudem unterstehen ihm rund 1000 Krankenpfleger, OP-Schwestern, Hilfskräfte sowie Lehrer und Auszubildende in Zwickau (Freie Presse 2019). Er hat weiterhin eine enorme Berufserfahrung auf dem Gebiet der Pflege, da er schon in vielen Kliniken als Leiter eingesetzt war, was ein weiterer Grund für die Auswahl als Experte ist. Vor seinem Einsatz im Heinrich-Braun-Klinikum war er bereits von 2007 bis 2012 Pflegedienstleiter im Martha-Maria-Krankenhaus in Nürnberg, anschließend von 2012 bis 2015 Leiter der Einrichtung im Seniorenzentrum Martha-Maria in München und danach von 2015 bis 2017 Pflegedienstleitung in der Paracelsus Klinik Reichenbach/Vogtland (HBK n.d.). Somit ist begründet, dass sich Experte B ein weitreichendes Betriebswissen während seiner Laufbahn angeeignet hat und über die Strukturen und Veränderungen in seinem Gebiet genauestens informiert ist.

- **Experte C** wurde mit Hilfe des Betreuers dieser Arbeit ausgewählt, da von ihm schon viele Projekte im Bereich der Pflegepersonaluntergrenzen betreut wurden und werden. Die vorhandenen Kenntnisse und das angeeignete Wissen zum Thema sind ein weiterer Grund für die Auswahl. Experte C ist Leiter im Bereich des Qualitätsmanagements, der sich über alle Bereiche des Klinikums erstreckt und hat Einblick in alle Abläufe des Klinikums, da diese immer wieder

überprüft werden müssen. Er ist mit den einzelnen Klinikbereichen und deren Leistungen vertraut und wirkt an der Erfüllung der Ziele des Klinikums mit. Damit ist Experte C als ein hochgradig geeigneter Experte im Rahmen dieser Untersuchung zu beschreiben.

Da die Zeit der Experten meist knapp und kostbar ist, wurde die Kontaktaufnahme per E-Mail gewählt. Alle Experten haben dafür den gleichen Text erhalten. Der Inhalt der E-Mail umfasst eine kurze Vorstellung zur eigenen Person, dem Verfasser, der Motivation der E-Mail und eine kurze Vorstellung des Themas. Zudem wird auf die Kontaktdaten des Verfassers aufmerksam gemacht, verbunden mit der Bitte für ein Interview zur Verfügung zu stehen. Eine (positive) Rückmeldung und Signalisierung der Bereitschaft dazu wurde erbeten.

Bereits nach einer Woche meldete sich Experte A zurück und bot zeitnah einen freien Termin an. Dieser sollte auf Wunsch des Verfassers persönlich stattfinden, um die Möglichkeit zu haben dieses Interview aufzuzeichnen. Die Experten B und Experte C meldeten sich zwei Wochen, nach dem Absenden der E-Mail zurück. Sie boten ebenfalls einige Termine für ein persönliches Interview an. In beiden Fällen konnte ein fester Termin vereinbart werden. Experte C informierte den Verfasser zusätzlich per E-Mail, dass zum Interviewtermin auch ein weiterer Experte (Experte C1) des Hauses anwesend ist, da dieser täglich mit dem Thema Pflegepersonaluntergrenzen konfrontiert sei und noch einige zusätzliche hilfreiche Informationen geben könne. Die Befragung von Experte A konnte im Juli 2021 durchgeführt werden. Experte B wurde im Monat August 2021 befragt. Die Experten C und C1 konnten gemeinsam Anfang September 2021 befragt werden.

3.2 Erhebungsmethode

Bei der Erhebungsmethode handelt es sich um ein leitfadengeführtes Experteninterview. Diese Interviewform zeichnet sich durch folgende Eigenschaften aus:

- als Untersuchungsinstrument wird vom Verfasser vorab ein Interviewleitfaden erstellt, und

- es werden auf Basis dieses Leitfadens semistrukturierte Interviews geführt.

Die Vorgehensweise hat den Vorteil, dass die Interviews durch den Leitfaden vorbereitet und vorstrukturiert werden, aber in der Durchführung frei gestaltbar sind. Zudem können die Befragten frei auf die Fragen antworten und die Reihenfolge der festgelegten Fragen ist flexibel gestaltbar. Aufgrund der dargestellten Vorteile, seiner Offenheit und der Möglichkeit der interpretativen Auswertung am Ende hat sich der Verfasser für diese Methodik entschieden.

Zur Durchführung der Interviews wurde vom Verfasser ein geeigneter Leitfaden zur Befragung der Experten erstellt (Anhang 1). Der Interviewleitfaden wurde komplett neu erstellt und formuliert, da es in dieser Form bisher noch keinen Leitfaden mit identischen oder vergleichbaren Fragen gab. Er enthielt ausschließlich offene Fragen, um möglichst viele qualitative Daten zu generieren. Zudem hatte der Leitfaden kein festgestecktes Antwortformat und wurde so neutral wie möglich formuliert. Außerdem wurde bei der Erstellung darauf geachtet das dem Befragten genug Raum gegeben wird und dass keine Antwortmöglichkeit suggeriert oder impliziert wird. In einem ersten Pretest für den erstellten Leitfaden konnten einige Verständnisprobleme und Fehler in der Formulierung aufgedeckt werden. Daraufhin erfolgte eine schrittweise, qualitative Überarbeitung des Leitfadens mit dem Ziel eine widerspruchsfreie und nachvollziehbare Frage- und Antwortsituation zu generieren. Die Durchführung des Interviews war Basis für die spätere Auswertung zur Meinung über die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen und der Entwicklung und Veränderung vom Jahr 2019 bis heute dar. Aus diesem Grund enthielt das Interview unter anderem viele Fragen zur eigenen Denkweise der Experten zum Thema Pflegepersonaluntergrenzen, die Meinung über mögliche Auswirkungen und Veränderungen in den Jahren von 2019 bis 2021 und einige Fragen zur Umsetzung in der Praxis. Für einen strukturierten Ablauf verfügt der Interviewleitfaden über vier verschiedene Kategorien mit Fragekomplexen.

Der erste Fragenkomplex beschäftigte sich mit:

- Verständnisfragen, welchen Standpunkt die Experten vertreten und was sich aus ihrer Sicht mit der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen zum Vorteil oder zum Nachteil verändert hat. Zudem wurden Unterfragen eingebaut wie beispielsweise zu finanziellen Auswirkungen oder zur Veränderung der Anzahl der Pflegekräfte oder zur Personalbeschaffung.

Der zweite Fragenkomplex beschäftigte sich mit:

- Fragen zum Vergleich der Situation im Jahr 2019 gegenüber der im Jahr 2021. Der eigentlichen Befragung vorangestellt wurden den Befragten vom Interviewer die erforderlichen Informationen hinsichtlich der aktuellen Personalvorgaben für jeden pflegeintensiven Bereich gegeben. Anschließend folgten Fragen zu Auswirkungen und Veränderungen dieser Vorgaben auf den Krankenhausbetrieb und zur unterschiedlichen Bewertung in Hinblick auf die pflegeintensiven Bereiche mit Sicht auf die Anzahl der Pflegekräfte für jede Station/Bereich. Zudem wurde gefragt, ob die Pflegepersonaluntergrenzen bei der bestmöglichen Versorgung der Patienten helfen und ob es noch Verbesserungsbedarf gibt.

Der dritte Fragenkomplex beinhaltete:

- Fragen zur Umsetzung in der Praxis auf Station. Es wurde nach der Einhaltung der Untergrenzen in jeder Schicht gefragt und wo die Experten noch Verbesserungsbedarf bei der aktuellen Ausgestaltung der Untergrenzen sehen. Außerdem wurde nach eigenen Ideen zu nachhaltigen Lösungen für Pflegeberufe gefragt und nach der Veränderung der Belastung der Pflegekräfte seit der Einführung der Untergrenzen. Insbesondere wurden die Experten in diesem Fragenkomplex auch nach einer anderen Idee zu einer angemessenen Personalberechnung für jede Schicht pro Station/Bereich gefragt.

Der letzte Fragenkomplex beinhaltete:

- ausschließlich eine Abschlussfrage. Diese bezog sich auf das Ziel der Pflegepersonaluntergrenzen, die Gewährleistung einer sicheren und guten Behandlung der Patienten, und erhebt die Meinung der Experten, ob die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung aus dem Jahr 2021 aus deren Sicht dieses Ziel erfüllt hat.

In einem zweiten Pretest sind keine Fehler mehr im Leitfaden aufgefallen und dieser erwies sich als praktikabel, weshalb er für die Interviews als geeignet eingestuft wurde. Damit die Experten schon einmal eine konkrete Vorstellung vom Rahmen des Interviews und den Fragen bekommen konnten, wurde der Leitfaden vorab jedem Experten zugeschickt.

Zum ausgemachten Interviewtermin wurde der Experte nochmal genauer über die eigene Person, den Verfasser, über die Motivation dieser Arbeit und über den genauen folgenden Ablauf informiert. Alle Interviews fanden persönlich statt. Dies schaffte den Vorteil, dass die Interviews sehr ausführlich waren, da sich die Befragten extra Zeit dafür genommen hatten. Zudem konnte der Interviewende direkt auf die gegebenen Antworten reagieren und selbst Rückfragen stellen. Ein weiterer Vorteil dieser Verfahrensweise war, dass die persönliche Atmosphäre die Stimmung auflockerte.

Der Interviewleitfaden umfasste die bereits beschriebenen 4 Fragenkomplexe mit insgesamt 23 Fragen. Die Interviewdauer wurde auf durchschnittlich auf 45 Minuten festgelegt. Vom Interviewer wurde eine Einwilligungserklärung zum Interview mitgebracht, welche vom Befragten zu unterzeichnen war. Die Einwilligungserklärung sollte dazu dienen, dass die erhobenen Daten auch verwendet werden konnten, und umfasste den Titel der Bachelorthesis, das Datum sowie den Ort des Interviews und ein Feld für die Unterschrift des Befragten. Außerdem wurde noch einmal deutlich erklärt, dass die Angaben im Interview nur der eigenen Recherche dienen. Bevor das Interview begann, wurde vom Interviewer gefragt, ob es in Ordnung ist das Interview aufzunehmen, um es anschließend transkribieren zu können. Jeder der Befragten bejahte diese Frage. Zur Aufnahme des Gesprächs wurde das von der Hochschule ausgeliehene Diktiergerät verwendet. Der Interviewte bekam die Fragen vorgelesen und hatte ausschließlich offene Fragen zu beantworten. Die Notizen zu den Antworten wurden vom Interviewer unabhängig von der Aufnahme stichpunktartig auf einem eigens dafür mitgebrachten Leitfaden dokumentiert. Während des Interviews wurde versucht eine ruhige und entspannte Atmosphäre zu schaffen, damit der Befragte sich ausschließlich auf die Fragen konzentrieren konnte und diese in vollen Umfang beantworten konnte. Sobald eine Frage vom Befragten nicht verstanden wurde, erläuterte der Interviewende diese noch einmal mit anderen Worten.

Im Interview mit Experte C und Experte C1 waren zwei Personen anwesend, jedoch wurden hauptsächlich von Experte C1 die Fragen beantwortet. Experte C meldete sich ausschließlich für eine Zustimmung oder eine Ergänzung zu Wort. Aufgrund dessen wurde das Interview zusammengefasst dokumentiert und Zustimmungen von Experte C wie „ja“ oder „ich bin derselben Meinung“ beim Transkribieren nicht berücksichtigt.

Am Ende des Interviews wurde sich bei allen Befragten für die konkreten Antworten und die genommene Zeit bedankt. Zudem wurde sich vom Interviewer nach dem ersten Interview mit Experte A nach einem kurzen Feedback zum Leitfaden erkundigt. Hauptsächlich sollte mit dieser Frage herausgefunden werden, ob noch ein wichtiger Punkt fehlt oder ob es aus Sicht des Experten noch Verbesserungsbedarf gibt. Die Antwort darauf fiel sehr positiv aus, nämlich dass es sehr ausführlich gewesen ist und es aus Sicht des Experten nichts weiter zu beachten gibt. Die Frage nach einem Feedback wurde auch Experte B und Experte C/C1 gestellt. Diese waren ebenfalls der Meinung das der Leitfaden sehr ausführlich ist und es keinen Punkt gibt, der noch berücksichtigt werden muss. Anhand des Leitfadens konnte dem Verfasser ein noch besserer Einblick in die Praxis und das Thema gewährt werden.

3.3 Datenauswertung

Die Auswertung der Daten im folgenden Abschnitt erfolgt anhand einer Inhaltsanalyse qualitativ, um die Daten systematisch bearbeiten zu können. Anhand dessen soll das erhaltene Kommunikationsmaterial ausgewertet werden. Um die Daten bezüglich des Leitfadens zu empfangen, werden im voraus Termine mit den Teilnehmern vereinbart. Während der Durchführung der einzelnen Interviews werden die Antworten mittels eines Diktiergeräts aufgenommen. Außerdem werden einige Stichpunkte der Antworten mitgeschrieben, welche neben der Aufnahme von Bedeutung sind. Die aufgenommenen Audiodateien werden im nächsten Schritt transkribiert. (Fuß, S. et al. 2019) Nonverbale Äußerungen wie zum Beispiel Räuspern werden nicht mitberücksichtigt. Nach der Verschriftlichung der Daten werden noch einmal die Rechtschreibung und sprachliche Fehler korrigiert. Anschließend wird die Transkription für jedes Interview im Anhang (Anhang 2-4) angefügt. Danach werden die einzelnen Interviews in einem extra Dokument gespeichert, um die Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, P. 2015) übersichtlicher zu gestalten. Dadurch ist die wichtigste Grundlage geschaffen, um die Ergebnisse anschließend zu Codieren. Zur Durchführung der Inhaltsanalyse werden die Interviews Zeile für Zeile systematisch gelesen und Codewörter generiert (Anhang 6). Dabei werden aus dem Kommunikationsmaterial für jede Zeile durchschnittlich zwei Codewörter identifiziert. Sobald ein Codewort gefunden wird, erfolgt die Durchführung am nächsten Element.

Nachdem das ganze Material mit Codewörtern versehen ist, werden für eine übersichtliche und saubere Bearbeitung Tabellen im Programm Excel gebildet. In eine Spalte der Tabelle werden die einzelnen Interviews eingefügt und die erhaltenen Codewörter untereinander geschrieben. In die andere Spalte sollen anschließend die gebildeten Kategorien geschrieben werden.

Die gefundenen Textelemente (Codewörter) werden nun fortlaufend gründlich durchgelesen und es wird entschieden, ob eine Kategorie gebildet werden kann oder nicht. Dann erfolgt die Durchführung am nächsten Element. Demnach kann entschieden werden, ob die gleiche Kategorie genutzt wird oder ob eine neue Kategorie gebildet werden muss. Am Ende dessen werden die gebildeten Kategorien nochmals gründlich untersucht, um im Anschluss gegebenenfalls zusammengehörige Rubriken zusammenzufassen. Durch die tabellarische Auflistung in Excel, können die gewonnenen Daten in eine Spalte eingetragen werden und der zugehörigen Kategorie zugefügt werden. Den ermittelten Kategorien werden bestimmte Bezeichnungen gegeben, dies erfolgt anhand von Buchstaben. Somit werden in der Tabelle einzelne kodierende Elemente mit einem Buchstaben versehen und anschließend bearbeitet (Anhang 6). Diese Methode ermöglicht eine bessere Übersicht, um die gewonnenen Daten auszuwerten und diskutieren zu können.

4 Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden die erzielten Ergebnisse der geführten qualitativen Interviews ausgewertet und erklärt. Für die anschauliche Darstellung der Ergebnisse wird in Zuge dessen folgende Tabelle (Tabelle 5) erstellt. Da jeder der drei befragten Experten in einem unterschiedlichen Ausmaß auf die Fragen geantwortet hat, wird mit Hilfe dieser Tabelle auch die Dauer der jeweiligen Interviews ersichtlich. Außerdem wird in der Tabelle das entsprechende Einsatzgebiet gezeigt, in dem der Befragte tätig ist und die Experten-ID zur Anonymisierung. Zudem wird das Geschlecht des jeweiligen Experten bekannt gegeben. Dabei gehören zwei Experten dem weiblichen und ein Experte dem männlichen Geschlecht an. Jedoch spielt das Geschlecht keine Rolle, da es für die Auswertung nicht relevant ist. Diese Information dient ausschließlich dem Leser, um sich ein besseres Bild über die befragte Person machen zu können. Das Alter der Experten findet zudem keine Berücksichtigung

Tabelle 5: Expertenerklärung

Experte	Berufsbezeichnung	Geschlecht	Interviewdauer	Experten-ID
A	Pflegedienstleiter in der Paracelsus Klinik in Zwickau	weiblich	31:08 min.	I1
B	Pflegedienstleiter im Heinrich-Braun-Klinikum in Zwickau	männlich	38:53 min.	I2
C und C1	Leiter des Qualitätsmanagements im Klinikum Altenburger Land in Altenburg Pflegedienstleiter im Klinikum Altenburger Land in Altenburg	weiblich weiblich	43:53 min.	I3

Beim Zusammenfassen der Ergebnisse aus den vielfältigen Antworten der Interviewpartner, haben sich bei der Kodierung 8 Hauptkategorien ergeben. Diese sind in der folgenden Tabelle 6 aufsteigend dargestellt. Zudem ist die Anzahl der Häufigkeit des Vorkommens der jeweiligen Kategorie zu sehen. Die Darstellung der Kategorien nach ihrer Häufigkeit wird zur besseren Anschaulichkeit zudem in einem Diagramm (Abbildung 3) dargestellt.

Tabelle 6: Kategoriedarstellung

Kategorie	Kategoriebezeichnung	Häufigkeit
A	Sicherstellung des Pflegeberufs	9
B	Politik	11
C	Pflege	18
D	Administrativer Aufwand	18
E	Herausforderungen	20
F	Krankenhausbetrieb	25
G	Pflegepersonaluntergrenzen	30
H	Pflegepersonal	34

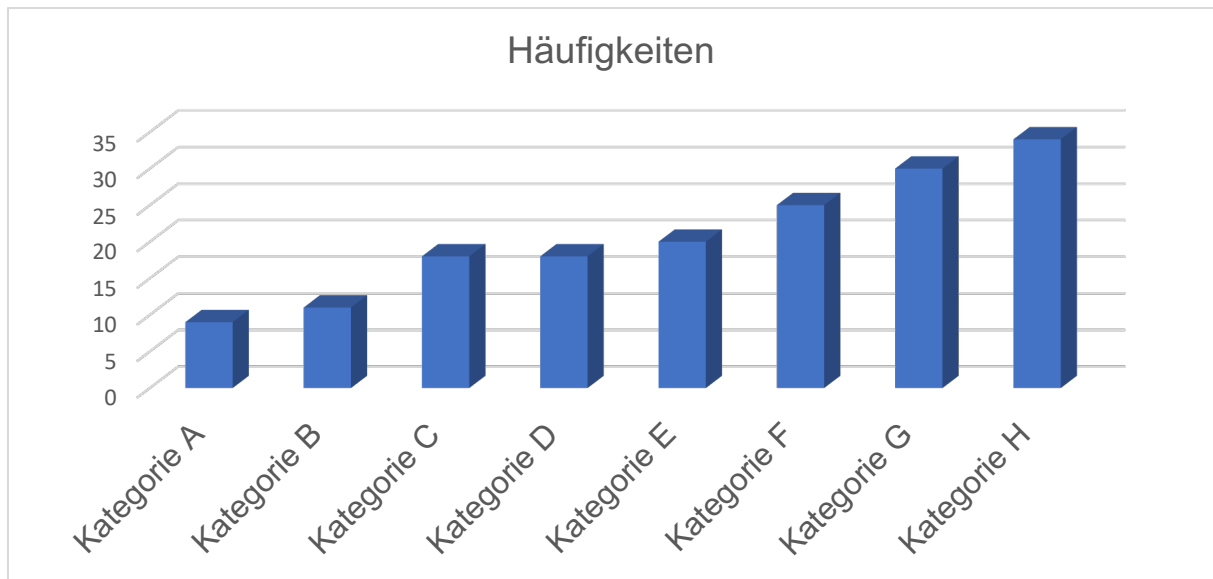


Abbildung 5: Häufigkeit einer Kategorie

Nachdem die Kategorien tabellarisch aufsteigend in ihrer Häufigkeit vorliegen, wird sich dem nächsten Schritt genähert. Dabei wird die Zusammensetzung der 8 Kategorien, mit einzelnen Aussagen der Interviewpartner aufgegriffen und erläutert. Die Ergebnisse werden so dargestellt das sie zur Beantwortung der Fragestellung geeignet sind. Begonnen wird mit Kategorie A bis hin zur Kategorie H.

4.1 Kategorie Sicherstellung des Pflegeberufs

In dieser Kategorie wurden die verschiedenen Mittel zur Personalbeschaffung und die Lösungen für den Pflegeberuf ersichtlich und aufgezeigt. Insgesamt konnten in der Kategorie Sicherstellung des Pflegeberufs 9 Nennungen erzielt werden.

Dabei wurde von **I1** die Antwort erhalten, dass die Personalbeschaffung ein aktuell relevantes Thema ist und es für die Aufgabe sogar eine angestellte Personalrecruterin im Haus gibt. Zudem sagte I1 das versucht wird attraktive Angebote zu machen, besonders auch im Ausbildungsberuf. Dies bedeutet auch besonders familienbezogene Angebote und beispielsweise Prämienzahlungen und Lockmittel, sobald die Pflegekraft in ihr Haus wechselt. (I1 Z. 41-48, siehe Anhang) Da es laut I1 in kurzer Zeit nach der Einführung neuer pflegeintensiver Bereiche nicht möglich war den Anforderungen an Personal zu entsprechen „*wurden dann viele ausländische*

Pflegekräfte rekrutiert [..]“ (I1 Z. 62, siehe Anhang). Zudem äußerte sich I1 zur Frage nach nachhaltigen Lösungen mit folgenden Antworten:

Besonders betonte er dabei das der Beruf attraktiver gemacht werden soll, die Gehälter angepasst werden müssen und es ein Beruf auf Augenhöhe werden muss. Außerdem muss es bessere Arbeitsbedingungen geben, Arbeitszeitmodelle müssen mitbeachtet werden und es muss familien- und mitarbeiterfreundlicher gestaltet werden, auch wenn die Personaldecke schwierig ist [..]“. (I1 Z. 108-115, siehe Anhang)

I2 sieht auf die Frage zu Auswirkungen auf die Personalbeschaffung keine großen Veränderungen, da *„[..] wir die Personalbeschaffung in den verschiedensten Säulen sprich Ausbildung, Akquise fremder, Integration ausländischer Pflegekräfte immer schon betreiben und verstärkt betreiben“* (I2 Z. 179-182, siehe Anhang). Der Befragte I2 erläutert zudem, dass schon im Jahr 2018 beschlossen wurde, für das Jahr 2019 die Ausbildungsklassen von 2 auf 3 Klassen zu erhöhen (I2 Z. 229, siehe Anhang). Das wichtigste dabei ist aber die Stellen besetzen zu können, was ein wichtiger Baustein für die Attraktivität des Pflegeberufs ist (I2 Z. 259-260, siehe Anhang). Das Ziel der Gewährleistung einer sicheren und guten Behandlung der Patienten, sieht I2 unter anderem in der Erfüllung der Stellenbesetzungen (I2 Z. 270, siehe Anhang).

Von **I3** kam die Personalbeschaffung und die Refinanzierung der Personalkosten zur Sprache. *„[..] ausreichend Personal beschaffen kann, weil ja im Ist alle Personalkosten, durch die Ausgliederung des Pflegebudgets aus den DRG refinanziert werden können [..]“*, was aber laut I3 nur mit ausreichend Personal auf dem Markt gelingt. (I3 Z. 278-280, siehe Anhang) Als nachhaltige Lösungen für den Pflegeberuf sieht I3 vor allem Öffentlichkeitsarbeit, berufspraktischen Unterricht an Regelschulen, Werbung für das Krankenhaus, das Anbieten von Praktika oder eines FSJ und die wohl größte Ressource, die eigene Ausbildung im Haus. Zudem nennt I3 den regional entfernten Standort als positiv und die Personalbindung, wie auch die Berücksichtigung des Qualifikationsmixes als ein weiteres Kriterium. Besonders wichtig ist für I3 auch der Schutz vor Belastung, das Aufzeigen von Perspektiven, gute Angebote zu schaffen und wie schon von I1 und I2 erwähnt eine familienfreundliche Gestaltung und flexible Arbeitszeiten. (I3 Z. 408-420, siehe Anhang)

4.2 Kategorie Politik

Bei dieser Kategorie wurden die genannten politischen Standpunkte verschriftlicht. In der Kategorie Politik konnten dabei 11 Angaben erzielt werden.

Der Befragte **I1** nannte als finanzielle Auswirkungen die Personalkosten, welche aber auch *„[...] im Gegenzug wieder politisch gefördert werden“* (I1 Z. 32, siehe Anhang). Auch auf die Frage hin, ob die Vergütung der Pflegekräfte ausreichend ist, äußerte sich I1 *„Da kann man noch gut was drauflegen, aber das ist ein politisches Thema“* (I1 Z. 72-73, siehe Anhang). Des Weiteren wurde vom Befragten I1 auf die Frage nach einer skalierten Unterstützung des Staates in Schulnoten die Antwort 0 erhalten. *„Gibt es auch minus Zahlen? Also wir haben keinerlei Unterstützung bekommen.“* (I1 Z. 88-89, siehe Anhang) Zudem begrüßt I1 die Vornahme der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen und machte deutlich dass es auch traurig ist, dass es nötig wurde (I1 Z. 134, siehe Anhang) und dies ja auch nur ein Gesetzesentwurf ist, welcher innerhalb von wenigen Monaten entstanden ist (I1 Z. 151, siehe Anhang).

Der Befragte **I2** empfindet die Unterstützung des Staates als eine Schulnote 3 (I2 Z. 215, siehe Anhang) und begründet dies mit einer unzureichenden Hilfe bei der Beschaffung, der Akquise und der Generierung von Pflegepersonal. Die einzige Hilfe gibt es laut I2 ausschließlich bei der Argumentation gegenüber den Kostenträgern. (I2 Z. 216/219, siehe Anhang)

I3 enthält sich bei der Skalierung und sagt ausschließlich dass der Staat eine konzertierte Pflegekampagne ins Leben gerufen hat, welche Pflegepersonal auf den Markt strömen lassen sollte *„[...] aber mehr nicht. Eine Unterstützung direkt für unser Krankenhaus gab es nicht.“* (I3 Z. 389-392, siehe Anhang) Einen Verbesserungsbedarf mit Blick auf die Skalierung sieht I3 am Beispiel der Pflege, dass der Staat versucht immer einzugreifen, *„[...] weil die Pflege eben nicht die Lobby hat, also wie es zum Beispiel eine Ärztekammer gibt, sollte es auch eine Pflegekammer geben“* (I3 Z. 397, siehe Anhang).

4.3 Kategorie Pflege

In dieser Kategorie wurden alle erfassten Antworten rund um das Thema Pflege erläutert. Insgesamt gibt es für diese Kategorie 18 Ergebnisse.

I1 sagte, dass er mit den Pflegepersonaluntergrenzen einen Vorteil für die Pflege sieht und somit die Anforderungen an die Pflegequalität steigen. (I1 Z. 3-4, siehe Anhang) Das Pflegebudget beinhaltet nicht nur die Lohnkosten, sondern auch die Lohnnebenkosten. I1 fügte zudem noch hinzu das dies aber die Personalabteilung betrifft. (I1 Z. 55-56, siehe Anhang) Außerdem leidet bei der Einstellung von Altenpflegern, welche keine Ausbildung zur Pflegefachkraft haben, die Qualität und die Leistung (I1 Z. 66, siehe Anhang).

Ein weiteres Kriterium für **I2** ist, dass beispielsweise keine Hebamme auf einer Geburtenstation eingesetzt werden kann, welche ausreichend qualifiziert ist, aber in den Untergrenzen keine Rolle spielt (I2 Z. 171, siehe Anhang). I2 erwähnt auch, dass die Vergütung des Pflegebudgets alles beinhaltet, bis hin zu den Leiharbeitnehmern in Höhe der von uns vergüteten Gehälter (I2 Z. 187-188, siehe Anhang). Zudem wird über das Pflegebudget alles vergütet, was auch eingestellt wird. *„Wenn wir 1.000 Pflegekräfte einstellen, dann bekommen wir auch 1.000 Pflegekräfte bezahlt.“* Alles was verhandelt wurde und nicht ausgegeben wird, muss demnach auch zurückgezahlt werden. *„Es findet dann eine Rückführung der nicht verwendeten Mittel statt.“* (I2 Z. 198-202, siehe Anhang) Ebenfalls ging I2 nochmals auf die Unterstützung des Staates in der Argumentation gegenüber der Kostenträger ein und sagt das davon aber noch kein Patient besser betreut worden ist (I2 Z. 221, siehe Anhang). I2 befürwortet ein qualitatives Instrument im Sinne einer PPR2.0, welche eine bedarfsgerechte Ausstattung von Pflege auf der Station sicherstellt. Zudem bedeutet das *„[...] Arbeit und Aufwendungen, die aktuell beim Patienten auf der Station anfallen erfüllt werden müssen und nicht starre Zahlen.“* (I2 Z. 238-241, siehe Anhang)

Der Befragte **I3** kann das Ziel der Untergrenzen in sensitiven Bereichen hinsichtlich der Pflegequalität oder dem Schutz der Patienten, nicht so richtig nachvollziehen, weil *„[...] Fachgesellschaften ja auch gerade für sensitive Bereiche Orientierungswerte vorgeben“* (I3 Z. 289-291, siehe Anhang). Einen großen Nachteil sieht I3 im

Pflegeaufwand, welcher nicht bedacht wird. Unabhängig welchen Schweregrad die Patienten haben, „[...] es gibt innere Stationen, die haben einen hohen Pflegeaufwand, da sind viele Patienten in der A3 eingestuft und es gibt aber auch innere Stationen in der die Patienten in der A2 eingestuft sind [...].“ Nur aufgrund der Menge einen gleichen Personalschlüssel zu vergeben und nicht aufgrund des Aufwands sieht I3 als problematisch. (I3 Z. 311/316-317, siehe Anhang) I3 stellt außerdem die Sinnhaftigkeit in Frage, dass die Vorgaben der Pflegepersonaluntergrenzen in keinem Verhältnis zur Patientenintensität stehen (I3 Z. 360-361, siehe Anhang). I3 erläutert ebenfalls, wie auch I1 und I2, dass das Pflegebudget auch die Lohnnebenkosten beinhaltet, was auch in der Krankenhausbuchführungsverordnung mit verankert ist (I3 Z. 367-368, siehe Anhang). Der Befragte I3 sieht bei der aktuellen Ausgestaltung der Pflegepersonaluntergrenzen noch Verbesserungsbedarf im Sinne eines Orientierungswertes, wo auch der Schweregrad der Pflege bedacht wird und die Schaffung von pflegeentlastenden Möglichkeiten, welche refinanziert werden (I3 Z. 406/424-425, siehe Anhang).

4.4 Kategorie Administrativer Aufwand

Beim Prozess der Kodierung dieser Kategorie wurden die Antworten bezüglich des administrativen Mehraufwandes und der Aufgaben, die das Controlling betreffen zusammengefasst. Dabei gibt es für diese Kategorie 18 Aufzählungen.

I1 sieht seit der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen einen hohen administrativen Aufwand als Nachteil. Besonders erwähnt er dabei, dass es ein enormer Zeitaufwand ist die Statistiken und Tabellen zu erstellen, die Meldungen zu machen und das tägliche Jonglieren des Personals. (I1 Z. 18-19, siehe Anhang) Der Befragte I1 sagte außerdem, dass „[...] man fast noch eine Person einstellen muss, um diese ganzen Statistiken und administrativen Sachen zu erstellen“ (I1 Z. 34-35, siehe Anhang). Als ein wesentliches Kriterium für die Veränderung von 2019 bis 2021 führt I1 die Dokumentationsprüfung und ein höheres Dokumentationsverhalten an. Er sagte das die stichpunktartige Dokumentationsprüfung mit in seinen Pflegebereich fällt, wenn man die Pflegevisiten macht und da auch geschaut werden kann welche Veränderung es in der Dokumentation gab. Zudem konnten laut I1 alle messbaren

Zahlen im Vergleich mit der Einführung der Untergrenzen gesehen werden. (I1 Z. 77-81, siehe Anhang) I1 äußerte sich kritisch mit der Einführung von neuen pflegeintensiven Bereichen. Wichtige Anhaltspunkte sind dabei, dass die Instrumente und die Excel-Tabellen, um das alles zu kontrollieren selbst beschafft werden mussten oder man von einem Anbieter ein Programm genommen hat. (I1 Z. 93-95, siehe Anhang) Verbesserungsbedarf sieht I1 außerdem beim Auszählen zweimal am Tag, der Mittagsstatistik, der Mitternachtsstatistik und dem täglichen zählen und durchrechnen lassen. I1 sagt das dies einfach zu aufwendig, umfangreich und manipulierbar ist. (I1 Z. 100-103, siehe Anhang) Der Befragte sagte, dass man eine Art Bereichsgruppe bräuchte die das kontrollieren, die die Abläufe und Zahlen kennen, um den täglichen Veränderungen in der Klinik gerecht zu werden (I1 Z. 119-120, siehe Anhang).

I2 sieht die Dokumentation der Abrechnung und die Erhebung von zusätzlichen Daten, welche mit den Kostenträgern in der Klinik ausgetauscht werden müssen, als eine Auswirkung im Bereich der Abrechnung (I2 Z. 183-186, siehe Anhang). Des Weiteren gibt es bei I2 in der Klinik „[...] 1-2 Mitarbeiter im Bereich des Controllings die natürlich dieses Thema mit auf der Agenda haben [...]“ (I2 Z. 211-212, siehe Anhang).

Der Befragte I3 äußert sich auch kritisch zum einhergehenden Aufwand der Pflegepersonaluntergrenzen. *„Es ist natürlich ein enormer Aufwand, es ist eine Darstellung im Ist, die natürlich auch im Ist dokumentiert werden muss.“* I3 sagte zudem, dass man keinen Einfluss auf die Ist Situation in dem Moment nehmen kann. (I3 Z. 283-286, siehe Anhang) Laut I3 gab es mit der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen einen hohen administrativen Planungsaufwand (I3 Z. 298-299, siehe Anhang) und einen enormen Dokumentationsaufwand (I3 Z. 301-302, siehe Anhang). Zudem findet I3 die Berechnung der Bettenaufschlüsselung im Ist mit Kommastellen nicht sinnvoll. Für die Dokumentation sind auch Berufsgruppen notwendig, wie das Controlling, die Stationsleitung, die sonst keine Dienstplanung macht, dies aber im Ist in ihrer Schicht dokumentieren muss. (I3 Z. 308-310, siehe Anhang) Für die Berechnung der entsprechenden Anzahl der Pflegekräfte erklärt I3 die Berechnung von 3 Größen, welche dafür genutzt werden. Zum einen gibt es einen Stellenplan, indem die Mitarbeiter die erbrachten Leistungen mit dem benötigten Zeitfenster dokumentierten, woraus ein individueller Stationsbedarf ermittelt wurde. Als

zweite Größe wird die durchschnittliche Bettenbelegung berechnet und ein durchschnittlicher Median Bettenbelegungsgrad angenommen, welcher dann mit dem Aufwand gemessen wird. Dies wird als Planungsinstrument genutzt, um zu wissen *„Ich brauche so und so viel Mitarbeiter, um die Station zu betreiben. Die Pflegepersonaluntergrenzen setzen wir von unten retrospektiv an, wie viel aufgestellte Betten haben wir, da gehen wir sogar höher als es ist und wie viel Schwestern bräuchte ich. Dies geschieht aber nur zum Abgleich in der Planung, weil wenn ich das nicht könnte, dann müsste ich jetzt wie bei Corona Zeiten oder ungeplanten Krankheitsausfällen entscheiden, ob wir mal auf einer Station 12 Betten schließen, um trotzdem eine hohe Patientenversorgung zu haben und vor Überlastung zu schützen.“* (I3 Z. 337-353, siehe Anhang) Als eine weitere wichtige Größe erläutert I3 den Stellenplan bzw. Wirtschaftsplan. I3 erklärt das dieser schon bereits etwas vorgegeben war, bevor das Pflegepersonal aus den DRGs ausgegliedert wurde, lagen auch die tatsächlichen Kosten schon immer höher. Danach wird der Wirtschaftsplan gemacht. (I3 Z. 353-357, siehe Anhang) Auf die Frage zu Auswirkungen bezüglich der Personalbeschaffung, verweist I3 nochmal die 3 bereits angesprochenen Größen (I3 Z. 362-363, siehe Anhang). Auf die Frage welche Auswirkungen es in der Abrechnung gibt, antwortete I3 *„Viele Tabellen, die gefüllt werden müssen, um nachzuweisen, dass alles eingehalten wird, besonders im Controlling“* (I3 Z. 364-366, siehe Anhang). I3 fügte noch hinzu, dass es mit der Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung nötig war, dass sich die Mitarbeiter im Controlling aber auch andere Mitarbeiter einarbeiten und schauen mussten was gefordert ist. Es dazu aber keine extra Schulungen gab. (I3 Z. 386-387, siehe Anhang)

4.5 Kategorie Herausforderungen

Bei dieser Kategorie wurden besonders die Umsetzungsprobleme und der Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen aufgezeigt. Insgesamt konnten in dieser Kategorie 20 Antworten erzielt werden.

I1 sieht die Herausforderung vor allem bei der Umsetzung als Pflegedienstleitung, mit der ständigen Erweiterung der Untergrenzen und dass es ein Riesenunterschied ist zwischen dem Personal was man hat bzw. was man bekommen kann (I1 Z. 5-7, siehe

Anhang). Aus der Sicht von I1 braucht es die Untergrenzen, nach der aktuellen Regelung nicht. Die aktuelle Festlegung findet I1 nicht gut. (I1 Z. 99, siehe Anhang) Eine weitere Herausforderung sieht I1 bei der aktuellen Ausgestaltung. *„Dass man das nicht so starr sehen darf, gerade was die verschiedenen Schichten angeht bei Frühschicht, Spätschicht und am Wochenende. Da ist auf jeden Fall Bedarf da.“* (I1 Z. 105-107, siehe Anhang)

I2 sieht die Berechnung der Pflegepersonaluntergrenzen im Ist-Zustand als eine Herausforderung (I2 Z. 172, siehe Anhang). Zudem sagt I2, dass die Pflegepersonaluntergrenzen nur ein quantitatives Instrument sind. I2 fördert und befürwortet die Umsetzung im Sinne einer PPR2.0. (I2 Z. 236-237/262-263, siehe Anhang) *„Ich würde ein bedarfsgerechtes Pflegepersonalberechnungsinstrument befürworten, dann bräuchte es die Untergrenzen nicht mehr“* (I2 Z. 242-243, siehe Anhang). I2 ist der Meinung das die Pflegepersonaluntergrenzen in die richtige Richtung gehen, es aber noch dringend die Konkretisierung in andere Berufsgruppen braucht (I2 Z. 269, siehe Anhang). *„Es braucht vor allem dieses qualitative Instrument, es muss dazu führen, dass es bedarfsgerecht ist“* (I2 Z. 271, siehe Anhang).

I3 findet die Berechnung der Bettenaufschlüsselung im Ist mit Kommastellen nicht sinnhaft. *„Im Jahr 2020 sind ja noch weitere intensive Bereiche dazu gekommen im Schlüssel von 10:1 oder 12:1 oder 20:1 oder 22:1, das sind so fiktive Größen. Wir arbeiten mit Menschen, die in der Regel einen acht Stunden Dienst haben und da finde ich die Berechnung so nicht sinnhaft.“* (I3 Z. 305-307, siehe Anhang) I3 sieht zudem die Einhaltung der Untergrenzen in jeder Schicht, als eine Herausforderung (I3 Z. 313-314, siehe Anhang), weil viele Stationen den gleichen Personalschlüssel haben und nicht der Patientenaufwand (I3 Z. 318-320, siehe Anhang). Zudem sieht I3 die fehlende Anrechnung der Azubis in den Untergrenzen als ein großes Problem, da diese auch über einen Lernstand verfügen und in einem festen Personalschlüssel Anrechnung finden sollten. I3 ist der Meinung, dass dies nicht das Zukunftsmodell sein kann und sagt, dass Arbeitsteilung da ein großes Stichwort ist. (I3 Z. 329-331, siehe Anhang) Problematisch ist dies auch besonders im Nachtdienst sagte I3, denn da sind immer zwei Mitarbeiter eingesetzt, aber nicht immer zwei Pflegefachkräfte, sondern auch mal eine Pflegefachkraft und eine Pflegehilfskraft. I3 sagte, dass nachts auf den Stationen die wenigsten Interventionen stattfinden und auch viele junge Familien im

Krankenhaus beschäftigt sind, welche eher am Tag gebraucht werden und nicht in der Nacht arbeiten können. (I3 Z. 372-377, siehe Anhang) Als eine weitere Herausforderung sieht I3 die Einführung einer Pflegekammer, wo man sich bestimmten Themen widmen kann. I3 ist der Meinung, dass die Fachgesellschaften allein vom Bund nur schwer gehört werden und man diesen mehr Vertrauen schenken sollte. (I3 Z. 399-402, siehe Anhang) I3 ist für die Abschaffung der Pflegepersonaluntergrenzen (I3 Z. 405, siehe Anhang) und wäre für ein Wiederaufleben der PPR2.0, welche unabhängig davon zur Personalbemessung weitergeführt wurde (I3 Z. 421-422, siehe Anhang). Zudem sagte I3, dass die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung nicht das Ziel einer sicheren und guten Behandlung der Patienten erfüllt hat. *„Es steht in keinem Zusammenhang, es ist einfach ein starres Zählen von Köpfen pro Station, aber die Pflegepersonaluntergrenzen haben dabei hinsichtlich nichts bewirkt.“* (I3 Z. 430-431, siehe Anhang)

4.6 Kategorie Krankenhausbetrieb

In dieser Kategorie wurden die Antworten rund um das Thema Krankenhausbetrieb und einhergehende Sanktionen für das Krankenhaus thematisiert. Für diese Kategorie konnten insgesamt 25 Nennungen erzielt werden.

I1 nennt als ersten Punkt die Erhöhung der Personalkosten im Krankenhaus (I1 Z. 31, siehe Anhang). Zudem kamen negative Auswirkungen auf die Kostensicht, weil für den ganzen Controlling Bereich fast noch eine Person mehr eingestellt werden musste (I1 Z. 33, siehe Anhang). Ein weiteres Kriterium für I1 sind die Strafzahlungen bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen. I1 sagte, dass sich dies wiederum auch negativ auf das Betriebsergebnis des Krankenhauses auswirkt. (I1 Z. 36-39, siehe Anhang) Als weiteren Punkt um die Veränderung von 2019 bis 2021 beurteilen zu können, nennt I1 die Entwicklung der Patientenbeschwerden im Krankenhaus (I1 Z. 75-76, siehe Anhang). Auf die Frage hin, ob die Untergrenzen in jeder Schicht eingehalten werden konnten, antwortete I1 *„Nein. Definitiv Nein, das können sie nicht.“* Daraufhin machte I1 nochmal das Thema der Sanktionierungen deutlich. (I1 Z. 104, siehe Anhang) I1 nannte als einen weiteren Aspekt des Krankenhausbetriebs, die

immer kürzer werdenden Liegedauern der Patienten. Aufgrund dessen herrscht immer ein Akutbetrieb. Es sind immer nur die Schwerstkranken da und der Aufnahme- und Entlassungsprozess ist zudem aufwendig. (I1 Z. 123-124, siehe Anhang)

I2 sieht ebenso einen Nachteil für den Krankenhausbetrieb und sagt „[.], wenn man innerhalb von Monaten ein Gesetz entwirft, was nach einem halben Jahr zu Sanktionen führt, dann ist das für keinen Träger machbar dies umzusetzen.“ I2 ist der Meinung das man sich hätte mehr Zeit lassen können und es nicht gleich zu Sanktionen führen muss, wenn die Einhaltung nicht machbar ist. (I2 Z. 152/154, siehe Anhang) Eine Auswirkung bezüglich der Pflegekräfte gab es bei I2 nicht, denn die Stellenpläne wurden auch schon vor den Untergrenzen nach Bedarf nach oben hin angepasst (I2 Z. 159, siehe Anhang). Finanzielle Auswirkungen für das Krankenhaus sind ausschließlich Sanktionszahlungen bei Nichteinhaltungen (I2 Z. 164-165/218, siehe Anhang). Als ein weiteres Kriterium für den Krankenhausbetrieb, nannte I2 die Vereinbarung mit dem Betriebsrat, den Dienstplan bereits 2 Monate im Voraus zu planen. I2 erklärte, dass die Dienstplaner bereits 2 Monate im Voraus wissen müssen, wie viele Patienten an dem Tag in der Schicht da sind, um die Untergrenzen einhalten zu können. Zudem muss laut I2 in der Planung deutlich mehr Personal eingeplant werden, damit es dann tatsächlich im Ist auch stimmt. (I2 Z. 173-177, siehe Anhang) Laut I2 gab es keine weiteren wesentlichen Kriterien die Auswirkungen auf den Krankenhausbetrieb hatten. I2 erklärte, dass es Krankenhäuser gibt, welche Betten und Personal abgebaut haben, um die Grenzen einhalten zu können. Jedoch ist die Nachfrage im HBK so hoch, dass keine Betten abgebaut wurden. Es finden also keine Bettenschließungen statt, es wurden dann lieber Sanktionen in Kauf genommen, um keine Einschränkungen des Patientenbetriebs zu haben. (I2 Z. 189-194, siehe Anhang) Eine Veränderung bezüglich des Personals, die mit den Pflegepersonaluntergrenzen einherging, gibt es laut I2 nicht. *„Zum Thema Personal, die Personalbeschaffung haben wir ja auch davor gemacht, was jetzt mit den Untergrenzen nichts zu tun hat. Auch die anderen Themen wie Personaleinarbeitung oder der Mehraufwand in der Verwaltung hat keinen Bezug zu den Untergrenzen, da es ja etwas Gesellschaftliches ist.“* (I2 Z. 203-208, siehe Anhang) Auf die Frage, ob die Untergrenzen in jeder Schicht eingehalten werden konnten, antwortete I2 zum größten Teil positiv. Jedoch sagte I2 das unvorhergesehene Ausfälle immer ein Thema sind, vor allen Dingen im Frühling und im Herbst. Zudem kann es auch einen

unvorhergesehenen hohen Patientenansturm geben. (I2 Z. 234-235, siehe Anhang) Als einen Punkt zu nachhaltigen Lösungen für Pflegeberufe sagte I2, dass der Fokus auf der Wirtschaftlichkeit liegt und mit der Einführung der DRG natürlich viele Differenzierungen in den Tätigkeiten vorgenommen wurden (I2 Z. 244-246, siehe Anhang).

I3 äußerte sich ebenfalls zum Thema Personal, was den Krankenhausbetrieb angeht. Besonders machte I3 deutlich, dass Orientierungswerte zum Betreiben eines Krankenhauses und einer Station notwendig sind. Die Personalplanung findet dabei schon 5 Monate im Voraus statt. Laut I3 wurde im Oktober 2021 schon bis zum 1. Januar 2022 geplant, was im Ist Auswirkungen hatte. (I3 Z. 293-297, siehe Anhang) An der Anzahl der Pflegekräfte hat sich im Krankenhaus laut I3, nichts verändert, weil es dafür einen Stellenplan gibt (I3 Z. 334-335, siehe Anhang). Eine finanzielle Auswirkung gab es für das Krankenhaus seit der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen bisher nicht. *„Sanktionen mussten wir bisher noch keine zahlen.“* (I3 Z. 359, siehe Anhang) *„Bisher konnten die Untergrenzen in jeder Schicht eingehalten werden“* (I3 Z. 404, siehe Anhang). Auf die Frage einer anderen Idee zur Personalberechnung sagte I3, dass die PPR2.0 parallel zum Wirtschaftsplan des Krankenhauses angeschaut wurde. Das Ziel der Pflegepersonaluntergrenzen wurde aufgrund des Krankenhauses erfüllt, aber nicht auf Grundlage der Verordnung (I3 Z. 429, siehe Anhang)

4.7 Kategorie Pflegepersonaluntergrenzen

Beim Prozess der Kodierung wurden jegliche Antworten der Pflegepersonaluntergrenzen hinsichtlich deren Einführung, sowie Vorteile und Nachteile zusammengefasst. In dieser Kategorie konnten 30 Antworten generiert werden.

I1 war der Meinung, dass die Zahlen nicht immer die Verteilung der Patienten und Pflegekräfte auf den Fachabteilungen widerspiegeln. Laut I1 gibt es auch Fachabteilungen, die noch gar keine Untergrenzen haben, welche diese eher benötigen, weil die Intensität dort viel höher ist. Ein Beispiel wäre dafür die

Neurochirurgie. Daneben gibt es laut I1 aber wieder andere Fachabteilungen, die das besonders am Wochenende überhaupt nicht brauchen. (I1 Z. 10-14, siehe Anhang) Einen Vorteil sieht I1 im Bereich der Intensivstation für die Pflegekräfte, aber auch für die Patienten. Ansonsten sieht I1 bezüglich der Krankenhausorganisation keinen Vorteil. (I1 Z. 15-17, siehe Anhang) I1 bezeichnete die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen zudem als einen positiven Trend (I1 Z. 23-24, siehe Anhang). Laut I1 sind die Verlierer die Pflegeeinrichtungen, weil I1 im Krankenhaus viele Altenpfleger einstellen, die es früher nicht gab. Dies stellt einen Nachteil für unsere Kooperationspartner da, sagte I1. (I1 Z. 28-30, siehe Anhang) Außerdem ist I1 der Meinung, dass die Pflegepersonaluntergrenzen ein Instrument darstellen, um kleine Häuser kaputt zu machen bzw. vom Markt zu nehmen (I1 Z. 39-40, siehe Anhang). Als Auswirkung beschreibt I1 die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen zuerst in eine Abteilung, wo es noch überschaubarer war und man diese noch etwas bündeln konnte. I1 sagte, dass dann natürlich auch die anderen Abteilungen etwas die Verlierer waren. Ein weiterer kritischer Punkt ist, dass in der Zeit wo neue pflegeintensive Bereiche dazu gekommen sind, diese nicht mit den Anforderungen der Nachwuchsförderung und der politischen Lage abgeglichen wurden. (I1 Z. 57-61, siehe Anhang) Auf die Frage, ob es mit der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen einen Wissenstransfer oder Schulungen brauchte, meinte I1, dass man sich dies alles selbst angelesen und angeeignet hat. I1 sagte das es genug Informationsmaterial gab, was auch sehr umfangreich war. Zudem gab es auch Angebote von verschiedenen Anbietern zu Schulungen, aber diese hat man nicht genutzt. *„Also kurz und knapp gesagt do it yourself.“* (I1 Z. 82-87, siehe Anhang) I1 sagte außerdem das die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in neue pflegeintensive Bereiche meist sehr kurzfristig und ohne kurze Vorrede kam, manchmal sogar erst 6 Wochen davor (I1 Z. 91-92, siehe Anhang). Das Ziel einer guten Patientenversorgung hat die Verordnung im Jahr 2021 nicht erfüllt. *„Die Verordnung gibt es zwar aber wir können sie nur schwer einhalten mit großer Mühe.“* (I1 Z. 132-133, siehe Anhang)

I2 äußerte sich zur Einführung der Untergrenzen positiv und sagte, dass es somit eine Richtlinie gibt, wie viel Personal in dem jeweiligen Bereich als notwendig erachtet wird. Jedoch sagte er auch, dass es kritisch zu hinterfragen bleibt auf welcher Basis dies geschieht, da es keine qualitativen Zahlen dafür gibt. I2 sagte, dass er die letzten

qualitativen Zahlen im Jahr 1974 kennengelernt hat und seither nicht viel passiert ist. Zudem verwies er noch auf die PPR, welche 1996 aber wieder ausgesetzt wurde und nach der DRG keine Angabe gibt welche Anzahl auf Station notwendig ist. (I2 Z. 139-147, siehe Anhang) Kritisch empfindet I2 die zeitliche Schiene der Einführung der Untergrenzen (I2 Z. 148-149/167, siehe Anhang) und ist der Meinung das man sich dabei hätte mehr Zeit lassen können (I2 Z. 153, siehe Anhang). Auf die Frage, ob es hinsichtlich der Einführung der Untergrenzen einen Wissenstransfer oder Schulungen braucht, sagte I2, dass die Organisation und alles drum herum alles über die Pflegedirektion läuft und die Kompetenzen vorhanden sind und damit dann praktisch die Mitarbeiteranzahl definiert wird. Zudem sagte I2 das dafür natürlich alle Führungskräfte in der Pflege geschult werden mussten, besonders in der Erfassung und in der Einhaltung. (I2 Z. 209-210/213, siehe Anhang) I2 ist außerdem der Meinung das es die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung braucht, da es aktuell keine andere Referenzzahl gibt, an der man sich orientieren kann (I2 Z. 224-225, siehe Anhang). Auf die Frage, wo I2 noch Verbesserungsbedarf sieht, verweist er nochmal auf die zeitliche Schiene bei der Einführung der Untergrenzen und sagte *„[...] man hätte das etwas strecken können in der Einführung, um etwas mehr Zeit zu generieren. Das kann man nicht im Oktober beschließen, ab Januar gelten lassen und im April sanktionieren.“* (I2 Z. 226-227/232, siehe Anhang) Außerdem sagte I2, dass der Zeitplan der Untergrenzen massiv durch die Corona Pandemie gestört wurde und es so nicht möglich war das Ziel der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung einzuhalten (I2 Z. 266-268, siehe Anhang).

I3 vertritt den Standpunkt, dass die Untergrenzen ein sehr überholtes System bzw. momentan ein sehr starres Instrument sind. Zudem ist I3 der Meinung, dass die Untergrenzen weder in die eine noch in die andere Richtung irgendeinen Erfolg haben. (I3 Z. 272-273/281-282, siehe Anhang) Als Nachteil sprach I3 die Ausweitung der Untergrenzen auf weitere intensive Bereiche im Jahr 2020 und die dazugehörigen Personalschlüssel an (I3 Z. 303, siehe Anhang). Auf die Frage was sich seit der Einführung der Untergrenzen an der Anzahl der Pflegekräfte verändert hat war I3 der Meinung, dass sich da im Krankenhaus nichts verändert hat. I3 fügte dabei noch hinzu, dass die Pflegepersonaluntergrenzen der geringste Wert sind, neben 3 anderen Größen, die zur Personalplanung herangezogen werden. (I3 Z. 332-333, siehe Anhang) Als eine Veränderung auf den Krankenhausbetrieb nannte I3 die Einführung

der Untergrenzen in weitere Bereiche und sagte, dass es im Krankenhaus seitdem jeden Bereich, außer die Pädiatrie betrifft (I3 Z. 369-317, siehe Anhang). Außerdem ist I3 der Meinung, dass die Untergrenzen in den jeweiligen Bereichen keinen Bezug zu den Patienten haben, insbesondere zum Aufwand in jeder Schicht (I3 Z. 378-379, siehe Anhang). Weitere Veränderungen im Hinblick auf das Personal gab es nicht, da von Anfang an nicht mehr Personal eingestellt werden musste (I3 Z. 384-385, siehe Anhang). Mit der Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, gab es auch in diesem Krankenhaus keine Schulungen (I3 Z. 388, siehe Anhang). Die Pflegepersonaluntergrenzen helfen laut I3 nicht bei der bestmöglichen Versorgung der Patienten (I3 Z. 393, siehe Anhang), denn aus Sicht von I3 braucht es diese auch gar nicht (I3 Z. 394, siehe Anhang).

4.8 Kategorie Pflegepersonal

In dieser Kategorie wurden alle erfassten Antworten zum Thema Pflegepersonal und mögliche Auswirkungen auf das Pflegepersonal aufgelistet. Dabei konnten insgesamt 34 Ergebnisse erzielt werden.

I1 sagte, dass man mit der ständigen Erweiterung der Untergrenzen komplett an seine Grenzen kommt und dass es ein Riesenunterschied ist zwischen dem Personal was man hat und dem Personal was man bekommen kann (I1 Z. 8-9, siehe Anhang). Als einen Nachteil sah I1 das tägliche Jonglieren des Personals. *„Dem Personal zu sagen du musst jetzt mal auf die Abteilung und hilfst dort mit aus und danach hilfst du noch 4 Stunden dort mit aus.“* All das muss auch in den Dienstplänen gesplittet werden und schafft zudem Unmut in den Teams. (I1 Z. 20-22, siehe Anhang) Aus Sicht von I1 gab es mit der Einführung der Untergrenzen am Anfang viele Pflegekräfte am Markt. Zu diesem Zeitpunkt konnte aber aus wirtschaftlichen Gründen niemand eingestellt werden. Dann konnten Pflegekräfte eingestellt werden, *„[...] welche dann von uns abgefasst wurden. Dann ging das Personalrotieren los.“* (I1 Z. 25-27, siehe Anhang) An Auswirkungen in der Abrechnung sieht I1 eine Veränderung dahingehend, dass vor den Untergrenzen I1 die Personalberechnung innehatte, welche nach Bedarf eingeteilt werden konnte. Gerade am Wochenende gab es früher immer Personalabsenkungen, da die Abläufe da nicht so sind wie unter der Woche, sagte I1. I1 erklärte, dass man

da die Personalanzahl noch kurzfristig anpassen konnte, was jetzt nicht mehr geht. (I1 Z. 49-54, siehe Anhang) Zudem sieht I1 Auswirkungen auf den Krankenhausbetrieb, denn beispielsweise ausländische Pflegekräfte stehen zwar auf dem Stellenplan, können aber nicht als Fachkraft abgerechnet werden und zählen somit auch nicht in die Untergrenzen mit rein (I1 Z. 64-65, siehe Anhang). *„Das ist auch eine Belastung teilweise für das Stammpersonal“* (I1 Z. 67, siehe Anhang). Grundsätzlich findet I1 die vorgegebene Anzahl an Pflegekräften pro Patienten und pflegeintensivem Bereich gerechtfertigt. Jedoch sagte I1, derselbst eine gelernte Pflegefachkraft ist und damit einen guten Blick auf die Praxis hat, dass in manchen Bereichen selbst die Untergrenzen zu wenig sind, da ist die Anzahl der Pflegekräfte nicht ausreichend und in manchen Bereichen sind es schon wieder zu viel ist. (I1 Z. 68-71, siehe Anhang) Als einen weiteren Punkt nannte I1 Überlastungsanzeigen (I1 Z. 74, siehe Anhang). Auf die Frage, ob die Pflegepersonaluntergrenzen bei der bestmöglichen Versorgung der Patienten helfen, sagte I1 *„Das würden sie, wenn ich den Bedarf vom Arbeitsmarkt her füllen könnte. Dann würde das schon so sein. Da würde ich auch gerne in jeden Bereich noch eine Pflegekraft mehr reinnehmen.“* (I1 Z. 96-98, siehe Anhang) Eine andere Idee zur angemessenen Personalberechnung pro Schicht hatte I1 nicht. Es wird in jeder Schicht Fachpersonal gebraucht, um etwas abdecken zu können, aber wie das berechnet werden muss, um auch den Veränderungen in der Klinik gerecht zu werden ist schwierig. (I1 Z. 116-118, siehe Anhang) Zudem besteht auch die Belastung der Pflegekräfte weiterhin und wird immer höher, da es gefühlt ja trotzdem kein Personal gibt (I1 Z. 121-122, siehe Anhang). Die Arbeitsbelastung und die Intensität für das Personal werden immer höher. Ein weiterer Punkt ist die häufige Anpassung des Personals auf Station, wodurch das Personal ständig auf andere Abteilungen verschoben werden muss. Das Personal wird von A nach B geschoben je nach Bedarf, was natürlich auch was mit dem Personal macht. (I1 Z. 126-131, siehe Anhang)

I2 begrüßt die Vornahme der Pflegepersonaluntergrenzen, was nötig wurde da es auf anderen Ebenen nicht zu einer ausreichenden Ausstattung mit Personal gekommen ist (I2 Z. 137-138, siehe Anhang). Einen Nachteil für das Personal empfand I2 aktuell nicht, denn *„[...] es hat bisher keine Personalverschiebung stattgefunden zu Lasten anderer Abteilungen“* (I2 Z. 156, siehe Anhang). An der Anzahl der Pflegekräfte hat aus Sicht von I2 auch keine Veränderung stattgefunden, da im HBK grundsätzlich die Perspektive vertreten wird ausreichend Personal vor Ort zu haben. Das Hauptproblem

sah I2 eher darin genügend Pflegekräfte zu bekommen und dass mit den Untergrenzen eine Grundlage geschaffen wurde, wo wenig Diskussion offen ist. (I2 Z. 160-162, siehe Anhang) Als einen weiteren Punkt gab I2 die Art der Qualifikation der Pflegekräfte an, denn es sind bisher gewisse Qualifikationen nicht mit einbezogen worden (I2 Z. 168-169, siehe Anhang). Die Ausstattung der pflegeintensiven Bereiche mit Pflegepersonal pro Patienten findet I2 grundsätzlich gut und ausreichend. Jedoch sagte I2, dass er es vor allem deswegen gut findet, dass es davor dafür kein Maß gab und eine geringe Besetzung vorhanden war. (I2 Z. 195-197, siehe Anhang) I2 war außerdem der Meinung, dass die Untergrenzen in gewisser Weise bei der bestmöglichen Versorgung der Patienten helfen, da sie eine Definition für die Mindestbesetzung ist (I2 Z. 222-223, siehe Anhang). Zum Thema nachhaltige Lösungen für den Pflegeberuf sprach I2 die Hauptaufgabe der Patientenbeobachtung an. Dass eine Pflegefachkraft ihre Patienten kennt und aufgrund ihrer Kompetenzen über wichtige Hinweise zum Gesundheitsstatus und Genesenen Prozess Auskunft geben kann. Jedoch sagte I2 auch, dass aufgrund der Wirtschaftlichkeit viele Tätigkeiten der Pflegefachkraft weg delegiert worden sind und sie damit nur noch für gewisse Tätigkeiten am Patienten zuständig ist. Die moderne Pflegekraft von heute beschrieb I2, als eine Art Manager durch den Prozess Krankenhaus. Das ist nicht das Wunschbild des gewählten Berufs, wo man ansetzen sollte, laut I2. (I2 Z. 248-256, siehe Anhang) Dennoch ist die Belastung der Pflegekräfte gesunken, wenn auch nicht in dem Maß wie man es sich wünscht (I2 Z. 264-265, siehe Anhang).

I3 vertrat den Standpunkt zum Thema Pflegepersonaluntergrenzen, dass eine Patientenanzahl im Verhältnis zu einer Pflegekraft als rechnerische Größe nichts über den tatsächlichen Bedarf aussagt (I3 Z. 274-276, siehe Anhang). I3 sagte das man keinen Einfluss auf die Ist-Situation auf Station hat und anhand der Pflegepersonaluntergrenzen nicht gesagt werden kann, ob ausreichend Personal vorhanden ist. *„Zwei Patienten können genauso aufwendig sein wie vielleicht vier leichtere Patienten.“* (I3 Z. 285-288, siehe Anhang) Hinzu kommen die Personalschlüssel, die laut I3 fiktive Größen sind und in der Zusammenarbeit mit Menschen, welche in der Regel einen acht Stunden Dienst haben, nicht sinnvoll sind (I3 Z. 304-306/308, siehe Anhang). Als einen großen Nachteil sah I3, dass der Pflegeaufwand nicht bedacht wird und im Zweifelsfall Personal auf eine andere Station geschickt werden muss, um die Grenzen einhalten zu können (I3 Z. 312, siehe

Anhang). I3 war der Meinung, dass es mit dem höchsten Aufwand auch das höchste Personal braucht. Zudem findet in den Untergrenzen auch ausschließlich das Fachpersonal Berücksichtigung, aber es gibt in der Klinik auch einen andersqualifizierten Qualifikationsmix, der die Pflegefachkräfte entlastet wie Servicekräfte, die das Essen aufnehmen, der Einsatz der Azubis, medizinische Fachangestellte, die keinerlei Berücksichtigung finden. (I3 Z. 321-326, siehe Anhang) *„Schlimm ist es das dem Qualifikationsmix wenig Rechnung getragen wird“* (I3 Z. 380, siehe Anhang). Zudem erklärte I3, dass es im Haus eine sehr gute und hohe Personalbindung gibt, was ein großer Vorteil ist (I3 Z. 381, siehe Anhang). Auf die Frage wie sich die Belastung der Pflegekräfte verändert hat, stellte I3 die Behauptung auf, dass die Pflegekräfte mit den Untergrenzen gar nichts verbindet *„[...] die orientieren sich an der Standardbesetzung“*. I3 sagte außerdem, dass an Pflegekräften auch das eingestellt werden kann, was gebraucht wird. (I3 Z. 426-428, siehe Anhang)

5 Diskussion

Im bisherigen Verlauf der Arbeit wurde die Entwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung dem Leser deutlich gemacht. An den Ergebnissen ist deutlich zu erkennen, dass es unterschiedliche Meinungen bezüglich dieser Thematik vorherrschend sind. Jedoch kann festgestellt werden, dass mit der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen deutliche Unterschiede im gesamten Krankenhausbetrieb zu erkennen sind. Im weiteren Verlauf werden die Methoden der gesammelten Daten näher bewertet, um sie verständlicher diskutieren zu können. Anschließend werden die gewonnenen Ergebnisse aufgegriffen und ebenfalls diskutiert. Am Ende der Arbeit wird eine Antwort auf die vorangestellte Fragestellung gegeben.

5.1 Methodendiskussion

Für die Annäherung an das Untersuchungsgebiet, wird sich mit der Thematik der Entwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung und deren kritischer Betrachtung auseinandergesetzt. Als Methode zur Bearbeitung der Fragestellung

wurden das Experteninterview und die systematische Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewählt. Um einen besseren Einblick ins Untersuchungsfeld zu bekommen, wurde sich anfangs ausführlich über die Thematik belesen und Literaturrecherche auf den Datenbanken der Westsächsischen Hochschule Zwickau betrieben. Kritisch zu betrachten ist an der Umsetzung der Literaturrecherche die Beschränkung auf zwei wissenschaftliche Datenbanken. Unter Einbeziehung weiterer Datenbanken in die Recherche hätte möglicherweise noch mehr Literatur gesichtet werden können. Zwar bot die ausgewählte Literatur im Theoretischen Hintergrund ausreichend Charakter, jedoch konnten eventuelle neue Publikationen, die nach der Sichtung der Literaturrecherche veröffentlicht wurden, nicht mehr berücksichtigt werden. Die erwähnte Literaturrecherche hat sich zudem als sehr praktikabel gezeigt, um einen besseren Zugang zum Forschungsfeld zu erhalten und um bisheriges Wissen deutlich zu vertiefen.

Als Erhebungsinstrument wurde sich für ein leitfadengestütztes Experteninterview entschieden, um sehr ausführliche Daten zu erzielen. Der Leitfaden wurde selbst erstellt, da es zu diesem Thema bisher keinen vorhandenen Leitfaden gab. Dabei kamen ausschließlich offene Fragen zum Einsatz, sodass der Interviewte die Möglichkeit hatte bei den Antworten etwas weiter auszuholen und detaillierte Informationen liefern konnte. Nachteilig war bei dieser Erhebungsmethode, dass die Befragten unabhängig von der eigentlichen Frage des Leitfadens, auch andere Themen ansprachen, welche nicht themenrelevant waren.

Der Interviewleitfaden beinhaltete insgesamt 23 Fragen und nahm einen Zeitraum von durchschnittlich 45 Minuten in Anspruch. Der Leitfadenaufbau gestaltete sich mit Einstiegsfragen zum Verständnis, im Hauptteil beinhaltete er Fragen zum Vergleich der Pflegepersonaluntergrenzen von 2019 bis 2021, Fragen zum Rückblick auf die Situation der Pflegekräfte und eine Abschlussfrage. Kritisch lässt sich beurteilen, dass der Interviewleitfaden wenig Fragen zur eigenen Person der Experten beinhaltete, aus Grund von Datenschutz. Jedoch erwies es sich als praktikabel den Befragten vorab den Aufbau des Leitfadens zu erklären, damit diese eine konkrete Vorstellung vom geplanten Ablauf des Interviews hatten. Um die Praxistauglichkeit des Leitfadens zu testen, wurden geeignete Testpersonen ausgewählt und anschließend befragt. Dabei sind besonders auf Seiten der Testpersonen Verständnisprobleme aufgefallen, da die

Fragen meist zu lang formuliert waren und die eigentliche Frage nicht mehr erkennbar war. Zudem beinhaltete der Leitfaden irrelevante Fragen und die Anordnung der Fragen sorgte anfangs für Verwirrung. Außerdem gab es anfangs Schwierigkeiten und inhaltliche Fehler bei der Formulierung der richtigen Fachbegriffe, was hätte zum Missverstehen auf Seiten der Experten führen können. Nach einigen Änderungen und Umstellungen in der Formulierung, wurde ein erneuter Pretest mit einer geeigneten Testperson durchgeführt, welcher sich als praktikabel erwies.

Für die Befragung wurden unabhängig voneinander 3 Experten ausgewählt und identifiziert. Dies erfolgte anhand der Sichtung der Homepages von den 3 größten Kliniken im näheren Umkreis vom Landkreis Zwickau. Der Zugang zu den Experten gestaltete sich anfangs schwierig, da anfangs für den Interviewenden nicht ganz klar war welche Berufsgruppe die beste Expertenmeinung abgeben kann. Zudem dauert es einige Zeit an, bis die Experten identifiziert und ausgewählt werden konnten, da auf den Homepages der Kliniken meist nicht auf direktem Weg Material zum Wissen, der Erfahrung und dem Aufgabengebiet des Experten gefunden werden konnte. Kritisch zu sehen ist dabei auch, dass es in einem standortfernen Krankenhaus möglicherweise auch einen Experten gegeben hätte, welcher besser geeignet gewesen wäre. Hinzu kommt, dass neben den 3 ausgewählten Experten noch weitere Experteninterviews durchgeführt werden und somit noch mehr verwertbare Expertenmeinungen einbezogen, werden hätten können, um die Fragestellung zu beantworten. Die Kontaktaufnahme der Experten erfolgte per E-Mail, in der gleich die Flexibilität der Terminvereinbarung erwähnt wurde, um die Chance eines Interviews zu erhöhen. Erwähnenswert ist, dass mit allen Experten schnell ein geeigneter Termin vereinbart werden und planmäßig umgesetzt werden konnte. Anschließend wurde mit der positiven Rückmeldung der Interviewleitfaden an die Experten zugesandt, damit diese sich besser auf das Interview vorbereiten können. Positiv lässt sich erwähnen, dass alle Interviews Face-to-Face geführt werden konnten. Dies erwies sich als vorteilhaft, denn es konnten viele ausführliche Daten generiert werden. Zudem konnte auch die Körpersprache der Befragten wahrgenommen werden. Ebenfalls hatte der Interviewende die Möglichkeit zeitnah auf Antworten zu reagieren und gegebenenfalls Rückfragen zu stellen. Die persönliche Atmosphäre sorgte außerdem für eine angenehme Stimmung. Als ein Vorteil erwies sich auch die Interviews anhand eines Transkriptionsgeräts aufzunehmen, da anhand der langen und zügigen Antworten der

Experten nicht die Möglichkeit bestand diese in vollem Umfang zu dokumentieren. Dennoch wurden kurze Stichpunkte mitgeschrieben, sobald es unklare Antworten gab oder der Interviewende noch eine Anmerkung hatte. Dies stellte sich auch positiv beim Transkribieren der Interviews im Anhang 2-4 heraus, da diese beliebig immer wieder abgespielt werden konnten. Kritisch zu sehen ist dabei der hohe Zeitaufwand, den die Transkription in Anspruch genommen hat. Die Aufnahme musste immer wieder gestartet und gestoppt werden, bis alle Antworten der Befragten dokumentiert werden konnten.

Ein weiterer Aspekt ist, dass sich die Datenauswertung, welche nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt wurde, als sehr zeitaufwendig erwies. Nachdem alle Interviews transkribiert waren, wurde jedes einzelne Interview in eine Excel-Tabelle eingefügt. Dort wurde jede Zeile der genannten Antworten genauestens betrachtet und mit Nummerierungen für jede der einzelnen Zeilen versehen. Anschließend wurde jede Zeile explizit gesichtet und es wurden einzelne Textelemente (Codewörter) aus dem Interview in eine weitere Spalte geschrieben. Dies erwies sich als sehr viel Arbeit, denn jedes der Interviews war unterschiedlich lang und jeder der Befragten sprach unterschiedliche Aspekte auf ein und dieselbe Frage an. Anschließend wurde die Spalte der verschiedenen Textelemente betrachtet, was eine Menge an Datenmaterial darstellte. Anschließend wurde eine neue Spalte gebildet und es wurde für jede neue Zeile und jedes neue Textelement entschieden, ob es zu einer bereits bestehenden Kategorie passt oder ob eine neue Kategorie gebildet werden muss. Kritisch war es, dass innerhalb dieser Tabellen anfangs insgesamt eine hohe Anzahl von 16 Kategorien gefunden werden konnten. Nachdem alle Textelemente und die dazugehörigen Kategorien nochmals durchgelesen und überarbeitet wurden, war ersichtlich das einige Kategorien zusammengefasst werden können. Nachdem diese erneut überarbeitet und geprüft wurden, ergaben sich am Ende insgesamt 8 Hauptkategorien, welche zur besseren Übersichtlichkeit nochmal in einem Diagramm dargestellt wurden.

Es ist zu beachten, dass sich diese Arbeit auf den Aspekt der Entwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung beschäftigt und weitere einhergehende Themen somit keine Berücksichtigung finden. Abschließend lässt sich erwähnen, dass sich diese Untersuchung ausschließlich auf die Ergebnisse der Erhebungsmethode

der geführten Experteninterviews stützt. Bei der Berücksichtigung anderer Erhebungsmethoden weichen die erzielten Ergebnisse möglicherweise ab.

5.2 Ergebnisdiskussion

Im Rahmen der Ergebnisaufbereitung werden alle erzielten Daten aus dem erstellten Interviewleitfaden gründlich untersucht. Der zu Beginn erstellte Interviewleitfaden, soll nun dazu verhelfen die Fragestellung beantworten zu können. Dafür werden die gebildeten Kategorien herangezogen und alle ermittelten Ergebnisse nacheinander betrachtet und anschließend diskutiert.

Schon bei der ersten Frage im Leitfaden -welchen Standpunkt die Befragten zum Thema Pflegepersonaluntergrenzen haben- fallen deutlich auseinandergelagerte Meinungen auf. Dabei sind 2 von 3 der Meinung, dass die Pflegepersonaluntergrenzen in keinem Fall wieder spiegeln, welche Intensität auf den Stationen herrscht. Für die Pflege gibt es einen Vorteil, da häufig unter den Anforderungen gearbeitet wird, was auch die Pflegequalität betrifft. Des Weiteren ist klar erkennbar, dass man mit der ständigen Erweiterung der Untergrenzen komplett an seine Grenzen kommt, da es ein enormer Aufwand ist. Besonders durch die Darstellung im Ist, welche fortlaufend dokumentiert werden muss. Ein weiterer Aspekt ist die Verteilung des Pflegepersonals auf den Fachabteilungen. Besonders deutlich wird dabei der Standpunkt vertreten das es Fachabteilungen gibt, in denen noch keine Untergrenzen vorherrschend sind, welche diese aber eher benötigen, weil die Intensität viel höher ist. Eine weitere Meinung begrüßt die Vornahme der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen und hebt sich somit von den anderen 2 Befragten ab. Jedoch begründet sich diese Meinung aufgrund der Tatsache, dass es auf den anderen Ebenen (Krankenhaus, Kostenträger, etc.) nicht zu einer ausreichenden Ausstattung mit Pflegepersonal gekommen ist. Anhand dessen kann die **erste Unterfragestellung**, welchen Standpunkt die Befragten zum Thema Pflegepersonaluntergrenzen vertreten beantwortet werden.

Seit der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen gibt es einen Vorteil für die Pflegekräfte, aber auch für die Patienten. Zudem wird von 1 von 3 der Befragten die Richtlinie einer Referenzzahl genannt, wie viel Pflegepersonal in dem jeweiligen

Bereich als notwendig erachtet wird. Für 2 von 3 hat sich bisher nichts zum Vorteil verändert, außer dass es einen enormen administrativen Planungsaufwand gibt. Dabei sind ebenfalls 2 von 3 der Meinung, dass es ein hoher administrativer Aufwand ist, die Tabellen und Statistiken zu erstellen. Besonders wird auch als negativ das Jonglieren des Personals als eine Veränderung genannt, die es zuvor nicht gab. Ein weiterer Aspekt ist das der Pflegeaufwand nicht beachtet wird, denn es gibt Stationen, wo der Personalschlüssel sehr gering ist, welche aber einen hohen Pflegeaufwand haben. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass der Qualifikationsmix in den Untergrenzen keinerlei Berücksichtigung findet. Des Weiteren wird unter den Befragten die zeitliche Schiene der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen kritisiert. Besonders das innerhalb von kurzen Abständen neue pflegeintensive Bereiche dazu gekommen sind und es für die Träger teilweise sehr schwierig ist, dies umzusetzen. 1 von 3 spricht sich zudem gegen Sanktionen bei Nichteinhaltung der Untergrenzen aus, da die Gesetzesentwürfe innerhalb von Monaten beschlossen werden und die Umsetzung von neuen pflegeintensiven Bereichen im Krankenhaus kaum machbar ist. Somit kann auch die **zweite Unterfragestellung** beantwortet werden, welche Veränderungen die Pflegepersonaluntergrenzen mit sich gebracht haben.

Für 1 von 3 haben sich im Krankenhaus seit der Einführung die Personalkosten deutlich erhöht, welche aber auch im Gegenzug wieder gefördert werden. Hinzu kommt das für den ganzen administrativen Aufwand und die Statistiken fast noch eine Person zusätzlich eingestellt werden muss, was zudem finanzielle Auswirkungen hätte. Alle der Befragten gaben an, dass sie bisher noch keine Sanktionen aufgrund von Nichteinhaltung der Untergrenzen zahlen mussten, was als positiv zu bewerten ist. Auswirkungen auf die Personalbeschaffung gab es für 2 von 3 der Befragten nicht, da diese den Grundsatz vertreten ausreichend Pflegepersonal vor Ort zu haben. Gegensätzlich dazu gibt es bei 1 von 3 der Befragten im Haus eine angestellte Personalrecruiterin, die diese Aufgabe übernimmt. Dabei wird versucht an allen möglichen Hebeln zu arbeiten, Werbung zu machen, die Ausbildungszahlen zu erhöhen, familienbezogene Angebote zu machen und auch Prämien zu zahlen. Bezüglich der Auswirkungen in der Abrechnung nennen alle der Befragten dieselben Gründe. Es gibt einen hohen Dokumentationsaufwand und viele Tabellen, die gefüllt werden müssen, um nachzuweisen, dass alles eingehalten wird. 1 von 3 sagte außerdem, dass es am Wochenende immer Personalabsenkungen gibt und man

früher die Anzahl des Personals noch kurzfristig anpassen konnte, um zu sparen. Jedoch geht das jetzt nicht mehr.

Zudem gibt es bei 2 von 3 der Befragten auch negative Auswirkungen auf den Krankenhausbetrieb, seit der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen. Besonders seitdem neue pflegeintensive Bereiche hinzugekommen sind. Einer der Befragten sagte außerdem, dass mit der Einführung neuer pflegeintensiver Bereiche, nicht die Anforderung der Nachwuchsförderung abgeglichen wird. Aus diesem Grund wurden dann viele ausländische Pflegekräfte und Altenpfleger rekrutiert, welche zwar die Qualität und Leistung nicht bringen, aber als Fachkraft abgerechnet werden können. Hingegen dessen sagte ein weiterer Befragter, dass im Nachtdienst keine aktiven Behandlungen stattfinden, weshalb es nicht notwendig ist, dass auf der Station immer zwei Fachkräfte eingesetzt werden, sondern auch mal eine Pflegefachkraft und eine Pflegehilfskraft. Bei 1 von 3 gibt es keine Auswirkungen auf den Krankenhausbetrieb, da die Nachfrage im Heinrich-Braun-Klinikum so hoch ist, dass keine Betten abgebaut werden können. Weiter äußerte sich der Befragte und kommunizierte, dass guten Gewissens keine Betten verringert werden können, sondern gegebenenfalls Sanktionen in Kauf genommen werden und es keine Einschränkungen des Patientenbetriebs gibt. Diese Meinung unterscheidet sich wesentlich von denen der anderen 2 Befragten. Jedoch sind sich zwei der Befragten einig, dass der Einsatz der Personaluntergrenzen in den pflegeintensiven Bereichen gerechtfertigt sind, aber selbst die Untergrenzen in manchen Bereichen noch zu wenig sind. Ein weiterer Befragter teilt diese Meinung nicht und äußert sich kritisch, dass die Untergrenzen keinen Bezug zu den Patienten und insbesondere zum Patientenaufwand haben. Damit kann auch die **dritte Unterfragestellung** beantwortet werden, welche Auswirkungen die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen für zwei der Befragten Experten mit sich bringt.

Für 1 von 3 helfen die Pflegepersonaluntergrenzen bei der bestmöglichen Versorgung der Patienten, da mit diesem Instrument eine Definition für die Mindestbesetzung an Personal geschaffen ist. Jedoch sind 2 von 3 gegensätzlicher Meinung. Eine Begründung dafür ist, dass der Bedarf vom Arbeitsmarkt her nicht gefüllt werden kann. Sobald das der Fall ist, wäre der Befragte der Meinung, dass die Untergrenzen bei der bestmöglichen Versorgung der Patienten helfen, und würde in jede Schicht sogar noch eine Pflegekraft mehr einteilen. Eine weitere Meinung verweist auf das in keinem

Zusammenhang stehende Verhältnis zwischen Patienten und dem mit diesem in Zusammenhang stehenden Aufwands und spricht sich deshalb gegen eine gute Patientenversorgung mittels der Untergrenzen aus. Um die **vierte Unterfragestellung** zu beantworten, empfindet nur einer der Befragten die Pflegepersonaluntergrenzen als eine Unterstützung bei der Patientenversorgung, die anderen zwei Befragten sprechen sich dagegen aus.

Auf die Frage, wo die Befragten bei der aktuellen Ausgestaltung noch Verbesserungsbedarf sehen, hatten alle eine eindeutige konkrete Meinung. Ein Befragter positioniert sich gegen eine aufwendige Mittagsstatistik und Mitternachtsstatistik, da diese aufwändig ist und jeden Tag durchgezählt oder durchgerechnet werden muss. Positiv wäre es aus seiner Sicht, wenn es dafür eine geeignetere Alternative gäbe. Ein weiterer Befragter äußert sich kritisch über die zeitliche Schiene und wäre dafür gewesen, die Einführung der Untergrenzen etwas zu strecken, um mehr Zeit generieren zu können. Unabhängig von der Einführung der Untergrenzen gibt es bei dem Befragten im Klinikum seit 2019 drei Krankenpflegeklassen, statt zwei. Dies wirkte sich sehr positiv als begleitendes Instrument aus, welches den Untergrenzen entgegenkommt. Jedoch äußert er sich auch kritisch über den Verlauf der Untergrenzen und ist der Meinung, dass man diese nicht im Oktober beschließen kann, ab Januar gelten lassen kann und im April sanktionieren kann. Ein weiterer Befragter vertritt den Standpunkt, dass es eine Pflegekammer geben soll. Dies wäre eine positive Möglichkeit sich Regelungen/Beschlüssen, welche auf Bundesebene vorgegeben werden, auf Länderebene angepasst an die Region zu widmen. Zudem wäre es von Vorteil den Fachgesellschaften, welche vom Bund teilweise kaum Beachtung finden, mehr Vertrauen zu schenken. Anhand der genannten Aspekte lässt sich auch die **fünfte Unterfragestellung** beantworten, welche Verbesserungen bei der aktuellen Ausgestaltung der Pflegepersonaluntergrenzen noch Beachtung finden sollten.

Auf die Frage welche nachhaltigen Lösungen die Befragten für Pflegeberufe sehen, konnten fast identische Antworten vermerkt werden. Vor allem fiel dabei auf, dass alle Interviewten der Meinung waren, dass der Beruf der Pflegefachkraft attraktiver gemacht werden muss. Besonders wichtig ist es dabei, dass der Beruf auf Augenhöhe mit anderen Berufsgruppen stehen muss. Alle 3 der Befragten waren der Meinung,

dass die Arbeitsbedingungen besser werden müssen und das ganze Konzept auch viel familienfreundlicher gestaltet werden muss. Besonders sind dafür flexible Arbeitszeiten von Vorteil, um auch viele junge Mütter bzw. Familien anwerben zu können. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Personalbindung. Dafür ist es laut der Experten besonders wichtig dem Pflegepersonal Perspektiven aufzuzeigen und gute Arbeitsbedingungen zu schaffen. Positiv wäre auch die Berücksichtigung des Qualifikationsmix um die Menschen, die am Markt so gefragt sind vor Überlastung zu schützen. Ein weiterer Aspekt ist, dass die Pflegefachkraft von heute nicht mehr allein nur für den Patienten zuständig ist. Das bedeutet, dass sie nicht nur das Wissen über Krankheitsbilder und Symptome hat, um wichtige Einschätzungen zum Gesundheitsstatus und Genesungsprozess zu treffen. Vielmehr ist die moderne Pflegekraft von heute ein Manager durch den Krankenhausprozess, was nicht mehr das Wunschbild dieses Berufs entspricht. Dies ist ein Grund, weshalb viele einen anderen Berufszweig einschlagen. Mit diesen Punkten wird die **sechste Unterfragestellung** beantwortet, welche nachhaltigen Lösungen die Befragten für den Pflegeberuf sehen.

Zum Thema welche Auswirkungen es auf die Pflegekräfte nach Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen gibt, sind ebenfalls unterschiedliche Meinungen zu bemerken. Dabei ist 1 von 3 der Meinung, dass die Belastung des Pflegepersonals weiterhin besteht und stetig höher wird, da es nach wie vor einen Personalmangel gibt. Zudem verweist der Befragte dabei auch auf die immer kürzer werdenden Liegedauern, wodurch es immer einen Akutbetrieb gibt. Zudem ist der Aufnahme- und Entlassungsprozess sehr aufwendig, was ein weiterer Kritikpunkt ist. Negativ wirkt sich das dann auf die Arbeitsbelastung und Intensität des Personals aus. Kritisch sieht 1 von 3 außerdem die ständige Anpassung des Personalbedarfs auf Station. Aufgrund dessen muss das Personal ständig auf andere Abteilungen verschoben werden, was sich zudem negativ auf das Personal auswirkt. Positiv zu sehen ist, dass bei den weiteren 2 Befragten bisher keine Personalverschiebungen stattgefunden haben. Eine weitere Meinung lautet, dass die negative Belastung auf das Pflegepersonal grundsätzlich gesunken ist, wenn auch nicht in dem Maß wie man es sich wünscht. Anzumerken ist, dass die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen grundlegend auch einen positiven Aspekt mit sich gebracht hat. Ein weiterer Aspekt beschränkt sich auf die Entlastung des Pflegepersonals, aufgrund der Einführung von refinanzierenden

pflegeentlastenden Maßnahmen, welche aber in keinem Zusammenhang mit den Pflegepersonaluntergrenzen stehen. Auf Grundlage dessen, lässt sich die **siebte Unterfragestellung** welche Auswirkungen es auf das Pflegepersonal gibt beantworten. Dabei konnte nur eine weitestgehend positive Antwort ermittelt werden, welche sich auf eine zurückgegangene Belastung der Pflegekräfte beruft.

Außerdem gibt es sehr eindeutige Antworten auf die Frage nach einem alternativen Instrument zur angemessenen Personalberechnung pro Schicht und Station. Dabei sind 2 von 3 ganz klar der Meinung, dass es ein Wiederaufleben der Pflegepersonal-Regelung (PR2.0) geben soll. Positiv wäre dabei, dass das Personal zielgerichtet eingesetzt und eine hohe Qualität gesichert werden kann. Aus diesem Grund wird diese Berechnung als positiv und bedarfsgerecht angesehen. Ein weiterer Aspekt ist, dass diese neue Personalbemessung die Pflegekräfte entlasten soll und ein höherer Beitrag zur Attraktivität des Berufes geleistet wird. Eine weitere Meinung zu dieser Frage hatte keine alternative Idee für eine angemessene Personalberechnung. Besonders kritisch wird dabei erwähnt, dass es Fachpersonal in jeder Schicht braucht, um auch den täglichen Veränderungen in der Klinik gerecht zu werden. Aus diesem Grund ist 1 von 3 der Meinung das es für diese Berechnung eine Bereichsgruppe braucht, die die Zahlen und Abläufe kennen, um dies zu kontrollieren. Anhand dieser Gesichtspunkte lässt sich auch die **achte Unterfragestellung** beantworten, dass die PPR2.0 ein geeignetes Instrument für die bestehenden Pflegepersonaluntergrenzen ist.

6 Ausblick

Abschließend kann nun gesagt werden, dass anhand der ermittelten Ergebnisse aus dem erstellten Interviewleitfaden die Forschungsfrage beantwortet werden kann. Besonders aufgefallen ist dabei, dass das Ziel der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung aus dem Jahr 2021 - die Gewährleistung einer sicheren und guten Behandlung der Patienten - auf Grundlage dieser Verordnung nicht eingehalten werden konnte.

Die Untersuchung hat ergeben, dass die Gründe dafür besonders bei der unverhältnismäßigen Personalausstattung gegenüber dem Pflegeaufwand und dass nur Pflegefachkräfte in der Berechnung der Pflegepersonaluntergrenzen einbezogen werden, liegen. Nach wie vor besteht außerdem eine hohe Belastung der Pflegekräfte, welche zwar mit der Einführung der Untergrenzen gesunken ist, aber nicht in dem Maß wie man es sich wünscht. Ein weiterer negativer Grund, der durch die Untersuchung zu Tage gekommen ist, ist das Jonglieren des Personals. Zudem ist mit anzuführen, dass die Pflegepersonaluntergrenzen einen hohen administrativen Aufwand mit sich gebracht haben und in einigen Kliniken nur schwer in jeder Schicht eingehalten werden können. Mit der Entwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen bzw. durch die ständige Erweiterung auf neue pflegeintensive Bereiche kommen die Pflegedienstleiter wortwörtlich an ihre Grenzen, um den ständigen Veränderungen im Krankenhausbetrieb gerecht zu werden. Dies ist keine leichte Aufgabe, gerade wenn bei einer Nichteinhaltung der vorgegebenen Untergrenzen mit Sanktionszahlungen gerechnet werden muss. Durch die Untersuchung ist erkennbar, dass die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen unterschiedliche Meinungen mit sich bringt. Jedoch sind im Ergebnis alle der Meinung, dass die Personaluntergrenzen unzureichend sind, und weder die Patientenversorgung noch die Zufriedenheit der Pflegekräfte verbessert haben.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es ein anderes bedarfsgerechtes Instrument für die Personalberechnung braucht, welche die bestehenden Pflegepersonaluntergrenzen ablöst. Abschließend ist noch mit anzuführen das die ermittelten Ergebnisse ausschließlich auf die drei in die Untersuchung

eingeschlossenen Kliniken zutreffend sind und somit nicht verallgemeinert werden können.

Empfehlenswert wäre, dass der Gesetzgeber das Instrument der PPR2.0 zügig aufgreift und den Gesetzgebungsprozess startet und somit ein neues Instrument zur Personalbemessung einführt. Dies sollte dazu führen, dass es eine bedarfsgerechte Personalausstattung gibt, welche an den Patientenaufwand angepasst ist, die Patientenqualität erhöht wird und die Pflegepersonalbelastung weiter sinkt. Nicht zuletzt sollen mit diesem Instrument auch die weiteren bisherigen erwähnten Unzugänglichkeiten, wie das Jonglieren des Personals, der Qualifikationsmix und die hohe Bürokratiebelastung angegangen und beseitigt werden.

Literaturverzeichnis

Aiken, LH.; Sloane, DM.; Cimiotti, JP.; Clarke, SP.; Flynn, L.; Seago, JA.; Spetz, J.; Smith, HL. (2010): Implications of the California nurse staffing mandate for other states. *Health Serv Res* 45:904-921.

Augurzky, B.; Bünnings, C.; Dördelmann, S.; Greiner, W.; Hein, L.; Scholz, S.; Wübker, A. (2016): Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus, Heft 104. Abgerufen am 02.11.2021 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten_Schreyoegg_Pflegesensitive_Fachabteilungen.pdf.

Bundesverband Deutscher Internisten e.V. (BDI); Prof. Dr. med. Hans Martin Hoffmeister (2020): Personaluntergrenzen: Gesetzgeber greift erneut ein. Springer Verlag GmbH. 16:97-99.

BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft; Annika Brunkhardt (2019): Aktuelles: PpUG-Sanktionsvereinbarung und die Auswertung der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen im 1. Quartal. Keinerlei Spielräume beim Personaleinsatz. Abgerufen am 02.11.2021 von https://www.bdolegal.de/de-de/insights/newsletter/legal-news_gs_juni_2019/ppug-sanktions-vereinbarung-und-die-auswertung-der-einhaltung-der-pflegepersonaluntergrenzen-im-1-q

Bundesanzeiger Verlag (2018): Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegeintensiven Bereichen in Krankenhäusern (PpUGV). *Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018 Teil I Nr. 34*. ausgegeben zu Bonn 10. Oktober 2018.

Bundesanzeiger Verlag (2019): Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegeintensiven Bereichen in Krankenhäusern (PpUGV). *Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019 Teil I Nr. 37*. ausgegeben zu Bonn 31. Oktober 2019.

Bundesgesetzblatt (2018): Verordnung zur Festlegung von Personaluntergrenzen in pflegeintensiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung-PpUGV) vom 05. Oktober 2018. *Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018 Teil I Nr. 34*.

Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (2014): Interviews mit Experten. Einführung in die Theorie und Praxis von Experteninterviews. Springer Verlag. S. 10

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2020): Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegeintensiven Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021. § 6 Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen. Abgerufen von https://www.gesetze-im-internet.de/ppugv_2021/BJNR235700020.html am 12.11.2021

Bundesministerium für Gesundheit (2016): Unterschied zwischen förmlichen Gesetzen und Rechtsverordnungen. Abgerufen am 27.7.2021 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/unterschied-zwischen-foermlichen-gesetzen-und-recht.html>

Bundesministerium für Gesundheit (2019): Pflege. Sofortprogramm für Pflege. Abgerufen am 30.07.2021 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html>

Bundesministerium für Gesundheit (2021): Pflegepersonaluntergrenzen. Wie wird sichergestellt, dass die Untergrenzen eingehalten werden? Abgerufen am 01.11.2021 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegepersonaluntergrenzen.html>

Bundesministerium für Gesundheit (2021): Pflegepersonaluntergrenzen. Wie wird sichergestellt, dass für das gesamte Krankenhaus ausreichend Personal zur Verfügung steht? Abgerufen am 01.11.2021 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegepersonaluntergrenzen.html>

Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2021): Gesetze und Verordnungen. Abgerufen am 30.07.2021 von <https://www.bmwi.de/Navigation/DE/Service/Gesetze-und-Verordnungen/gesetze-und-verordnungen.html>

Burnes Bolton, L.; Aydin, CE.; Donaldson, N.; Brown, DS.; Sandhu, M.; Fridman, M.; Aronow, HU. (2007): Mandated nurse staffing ratios in California: a comparison of staffing and nursing-sensitive outcomes pre- and postregulation. *Policy Polit Nurs Pract* 8:238-250.

DBfK – Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (2020): Ziel erreicht?. Ergebnisse einer Online-Umfrage zu Effekten der Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus. Abgerufen am 04.11.2021 von <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Bericht-Umfrage-Pflegepersonaluntergrenzen-2020-05-19.pdf>

DBfK - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (2020): Online-Umfrage zu PpUG im KH. Die PpUGV. S. 4

Deutsches Ärzteblatt (2021): Politik. Ministerium will weitere Untergrenzen für Pflegepersonal festlegen. Abgerufen am 14.11.2021 von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/127501/Ministerium-will-weitere-Untergrenzen-fuer-Pflegepersonal-festlegen>

Deutsches Ärzteblatt (2018): Pflegepersonal-Stärkungsgesetz. Mehr Geld für die Pflege. Heft 33-34. S. 1462

Deutsches Medizinrechenzentrum „DMRZ“ (2021): Was ist das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)? Welche Ziele hat das Gesetz? Abgerufen am 28.10.2021 von <https://www.dmrz.de/wissen/ratgeber/pflegepersonal-staerkungsgesetz-ppsg>

Freie Presse (2019): Ein Krankenhaus, das nicht baut, ist tot. Abgerufen am 20.12.2021 von <https://www.freiepresse.de/ein-krankenhaus-das-nicht-baut-ist-tot-artikel10461399>

Fuß, S.; Karbach, U. (2019): Grundlagen der Transkription. utb Verlag. 2. Auflage

GKV 90 Prozent (2019): Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus. Erweiterte Sanktionsmöglichkeiten. Abgerufen am 02.11.2021 von https://www.gkv-90prozent.de/ausgabe/13/meldungen/13_pflegepersonaluntergrenzen/13_pflegepersonaluntergrenzen.html

GKV Spitzenverband (2021): Pflegepersonalquotient. Abgerufen am 02.11.2021 von <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/pflegepersonalquotient/ppq.jsp>

Haserück, A.; Deutsches Ärzteblatt (2021): Krankenhäuser. Pflegepersonaluntergrenzen gelten wieder. Heft 6. S. 281

HBK (n.d.): Heinrich-Braun-Klinikum. Klinikum mit Tradition und Moderne. Abgerufen am 20.12.2021 von https://www.heinrich-braun-klinikum.de/ueber_uns.php

IGES (2017): Faktencheck – Pflegepersonal im Krankenhaus. Internationale Empirie und Status quo in Deutschland. Bertelsmann Stiftung. Abgerufen am 30.10.2021 von <https://faktencheck-gesundheit.de/de/publikationen/publikation/did/faktencheck-pflegepersonal-im-krankenhaus/>

InEK (2021): Pflegepersonaluntergrenzen 2021. Weiterentwicklung im Krankenhaus. Abgerufen am 14.11.2021 von https://www.g-drg.de/Pflegepersonaluntergrenzen_2021

InEK (2021): Pflegepersonaluntergrenzen 2022. Umsetzung der Verordnung der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegeintensiven Bereichen in Krankenhäusern (PpUGV) für das Jahr 2022. Abgerufen am 14.11.2021 von https://www.g-drg.de/Pflegepersonaluntergrenzen_2022

Jahn, P. (2020): Untergrenzen der Personalbemessung in der Pflege. Onkologe 2020. Heft 26. S. 1040-1046

Kaiser, R. (2014): Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und Praktische Durchführung. Springer Verlag. S. 36-38

Klein, F. (2021): Praxis aktuell. Personalmangel in der Pflege. InFo Hämatologie + Onkologie. 24 S. 7-8

Konzertierte Aktion Pflege (2019): Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. Abgerufen am 30.10.2021 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/191129_KAP_Gesamttext__Stand_11.2019_3._Auflage.pdf

Law, AC.; Stevens, JP.; Hohmann, S.; Walkey, AJ. (2018): Patient outcomes after the introduction of statewide ICU nurse staffing regulations. Crit Care Med 46:1563-1569.

Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. BETZ Verlag. 12. Auflage

Needleman, J. et al. (2002): Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. N Engl J Med. 346(22):1715-1722

Nissen, H. (2021): Pflegepersonaluntergrenzen 2021: Die „Neue Normalität“ in Krankenhäusern. Abgerufen am 28.11.2021 von <https://www.relias.de/blog/pflegepersonaluntergrenzen-2021>

Osterloh, F. (2021): Pflegepersonalbemessung. Spahn stellt Roadmap in Aussicht. Abgerufen am 03.11.2021 von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/218952/Pflegepersonalbemessung-Spahn-stellt-Roadmap-in-Aussicht>

Paracelsus Kliniken (2020): Neue Pflegedienstleitung in der Paracelsus-Klinik Zwickau. Abgerufen am 20.12.2021 von <https://www.paracelsus-kliniken.de/neue-pflegedienstleitung-in-der-paracelsus-klinik-zwickau/>

Pflegemagazin (2018): DPR kritisiert Verordnungsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums. Pflegepersonaluntergrenzen: Mangelhaft!. Heft 70. S. 10

Pflegemagazin (2017): Pflege in der Klinik. Personaluntergrenzen kommen. Heft 69. S. 8

Pflegemagazin (2021): Pflegegesetz & Pflegerecht. Pflegepersonal-Stärkungsgesetz. Abgerufen am 30.07.2021 von <https://www.pflege.de/pflegegesetz-pflegerecht/pflegepersonal-staerkungsgesetz/>

Pflegenot Deutschland (2021): Personalmangel in der Pflege verschärft sich weiter. 300.000 zusätzliche Pflegekräfte bis 2030 benötigt. Abgerufen am 03.11.2021 von <https://www.pflegenot-deutschland.de/ct/personalmangel-pflege/>

Pflegezeitschrift (2017): Stärkung der Pflege im Krankenhaus. Politik verständigt sich auf Einführung von Personaluntergrenzen. Jg. 70. Heft 4. S. 8

Pflegezeitschrift; Michael Simon (2018): Patientensicherheit im Fokus. Pflegepersonaluntergrenzen: Status quo zum Jahresanfang. Jg. 71. Heft 1-2. S. 14

Schreyögg J.; Milstein R. (2016): Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältnis und pflegeintensiven Ergebnisparametern in Deutschland. Abgerufen am 20.11.2021 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten_Schreyoegg_Pflegesensitive_Fachabteilungen.pdf.

Sofer, D. (2019): Massachussets voters reject nurse staffing standards. Am JNurs 119:12

Spielberg, P. (2021): Gewinnung von Pflegefachkräften im Krankenhaus. Pflegeberufe nachhaltig stärken. Deutsches Ärzteblatt. Jg. 118. Heft 9. S. 479

ver.di Gesundheit & Soziales (2020): Eckpunkte zur Umsetzung der PPR 2.0. Abgerufen am 02.11.2021 von https://gesundheit-soziales.verdi.de/+++file++5e1dbaa8322ec4d3fa916945/download/20200113_Eckpunkte_Umsetzung_PPR2.0.pdf.

ver.di Gesundheit & Soziales; Genster, Grit (2018): Personaluntergrenzen. Für eine bedarfsgerechte Versorgung. Abgerufen am 02.11.2021 von <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/mehr-personal/++co++5781625e-52a2-11e8-a3eb-525400f67940>

Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021 „PpUGV“ (2020): Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 9. November. S. 1-5

Anhang 1: Interviewleitfaden zum Thema „Pflegepersonaluntergrenzen“

Verständnisfragen
<p>1. Welchen Standpunkt vertreten Sie zum Thema Pflegepersonaluntergrenzen?</p> <p>2. Was hat sich aus Ihrer Sicht mit der Einführung der PpUG im Jahr 2019 zum Vorteil verändert?</p> <p>3. Was hat sich aus Ihrer Sicht mit der Einführung der PpUG im Jahr 2019 zum Nachteil verändert?</p> <p>3.1 Was hat sich aus Ihrer Sicht an der Anzahl der Pflegekräfte verändert?</p> <p>3.2 Was gab es für finanzielle Auswirkungen?</p> <p>3.3 Gibt es weitere wesentliche Kriterien für eine positive oder negative Wertung der PpUG?</p> <p>3.4 Welche Auswirkungen gibt es auf die Personalbeschaffung?</p> <p>3.5 Welche Auswirkungen gibt es in der Abrechnung?</p> <p>4. Was beinhaltet die Vergütung des Pflegebudget? Sind es nur Lohnkosten oder auch Lohnnebenkosten?</p>
Fragen zum Vergleich 2019/2020/2021
<p>5. Welche Auswirkungen haben diese Veränderungen auf den Krankenhausbetrieb?</p> <p>6. Gibt es unterschiedliche Bewertungen auf die pflegeintensiven Bereiche? (ist Anzahl Pflegekräfte ausreichend und gerechtfertigt)</p> <p>7. Ist die Vergütung ausreichend zwischen 2019 und 2021? (Pflegebudget ausreichend für Anzahl VZK)</p> <p>8. Was sind aus Ihrer Sicht die wesentlichen Kriterien, um die Veränderung 2019/2021 qualitativ beurteilen zu können, im Hinblick auf die Vergütung?</p> <p>9. Braucht es mit der Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung einen Wissenstransfer/Schulungen für den Verwaltungsbereich?</p> <p>10. Wie schätzen Sie die Unterstützung/Vorteil vom Staat für Ihr Krankenhaus ein, im Hinblick auf 2019/2021 auf einer Skala von 1-10?</p> <p>11. Woran machen Sie diese Skalierung fest? Was sind ihre wichtigsten Kriterien?</p> <p>12. Helfen Ihnen die Pflegepersonaluntergrenzen bei der bestmöglichen Versorgung der Patienten?</p> <p>13. Braucht es aus Ihrer Sicht die Pflegepersonal-Verordnung überhaupt?</p>

14. Wo gibt es aus Ihrer Sicht noch Verbesserungsbedarf? (auf Skalierung eingehen)
Fragen zur Umsetzung in der Praxis
15. Können die Untergrenzen in jeder Schicht eingehalten werden?
16. Wo sehen Sie bei der aktuellen Ausgestaltung der PpUG noch Verbesserungsbedarf und warum?
17. Welche nachhaltigen Lösungen sehen Sie für Pflegeberufe?
18. Hätten Sie eine andere Idee zur angemessenen Personalberechnung pro Schicht und Station/Bereich?
19. Wie veränderte sich die Belastung der Pflegekräfte hinsichtlich der Erhöhung des Pflegepersonals und der Patientenzahl?
Abschlussfrage
20. Das Ziel der Pflegepersonaluntergrenzen ist die Gewährleistung einer sicheren und guten Behandlung der Patienten. Hat die Verordnung aus dem Jahr 2021 aus Ihrer Sicht ihr Ziel erreicht?

Anhang 2: Interview mit I1

<i>F: Welchen Standpunkt vertreten Sie zum Thema Pflegepersonaluntergrenzen?</i>	
A: Ich habe da zwei verschiedene Meinungen, einmal die der Wirtschaftlichkeit bzw. der Klinikmanagerin und einmal die der Pflege. Das bedeutet für die Pflege hat es schon einen Vorteil, weil doch auch häufig unter den Anforderungen gearbeitet wird, was auch die Pflegequalität betrifft. Das andere ist für mich die Umsetzung als PDL. Mit der ständigen Erweiterung der Untergrenzen kommt man komplett an die Grenzen, da es ein Riesenunterschied ist zwischen dem Personal was man hat bzw. was man bekommen kann und wie ich es dann umsetzen muss. Zudem spiegeln die Zahlen nicht immer genau das wieder, wie es auf die Fachabteilungen verteilt ist. Es gibt auch Fachabteilungen, die noch gar keine Untergrenzen haben, wo ich der Meinung bin, dass diese das eher benötigen, weil die Intensität dort viel höher ist. Ein Beispiel wäre dafür die Neurochirurgie und dann gibt es wieder andere Fachabteilungen, die das besonders am Wochenende überhaupt nicht brauchen.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

<p><i>F: Was hat sich aus Ihrer Sicht mit der Einführung der PpUG im Jahr 2019 zum Vorteil verändert?</i></p> <p>A: Wenn ich an den Bereich der Intensivstation denke, besteht ein Vorteil für die Pflegekräfte, aber natürlich auch für die Patienten. Aber ansonsten für die Krankenhausorganisation sehe ich eigentlich keinen Vorteil.</p>	<p>15 16 17</p>
<p><i>F: Was hat sich aus Ihrer Sicht mit der Einführung der PpUG im Jahr 2019 zum Nachteil verändert?</i></p> <p>A: Es ist ein hoher administrativer Aufwand. Die Statistiken zu erstellen, die Tabellen zu erstellen, die Meldungen zu machen, dass tägliche jonglieren des Personals. Dem Personal zu sage, du musst gehst jetzt mal auf die Abteilung und hilfst dort aus, dann hilft du noch 4 Stunden dort mit aus. All das muss ich dann in den Dienstplänen splitten. Das macht auch Unmut in den Teams.</p>	<p>18 19 20 21 22</p>
<p><i>F: Was hat sich aus Ihrer Sicht an der Anzahl der Pflegekräfte verändert?</i></p> <p>A: Am Anfang mit der Einführung der Untergrenzen, hatte es erstmals schon einen positiven Trend. Denn da waren gefühlt noch mehr Pflegekräfte am Markt. Erst durften wir niemanden einstellen aus wirtschaftlichen Gründen. Dann konnten wir Pflegekräfte einstellen bzw. haben dann Pflegekräfte abgefasst. Dann ging das Personalrotieren los. Ich denke das Verlierer sind die Pflegeeinrichtungen, weil wir jetzt im Krankenhaus viele Altenpfleger einstellen, die wir früher nicht so hatten. Das ist dann für unsere Kooperationspartner auch nicht gut.</p>	<p>23 24 25 26 27 28 29 30</p>
<p><i>F: Was gab es für finanzielle Auswirkungen?</i></p> <p>A: Unsere Personalkosten haben sich etwas erhöht. Aber die werden ja auch wieder im Gegenzug gefördert. Die Auswirkungen auf die Kostensicht sind grundlegend auch negativ, weil man fast noch eine Person einstellen muss, um diese ganzen Statistiken und administrativen Sachen zu erstellen. Ansonsten hat es finanziell keine Auswirkungen.</p>	<p>31 32 33 34 35</p>
<p><i>F: Gibt es weitere wesentliche Kriterien für eine positive oder negative Wertung der PpUG?</i></p> <p>A: Da gibt es viele Richtungen, da es ein komplexes Bild ist. Es gibt halt die Angst für uns als kleines Haus, das wir bei Nichteinhaltungen Strafzahlungen zahlen müssen, was sich auch wieder auf das Betriebsergebnis auswirkt. Zudem hat man auch im Hinterkopf das dies ein Instrument ist, um kleine Häuser kaputt zu machen bzw. vom Markt zu nehmen.</p>	<p>36 37 38 39 40</p>
<p><i>F: Welche Auswirkungen gibt es auf die Personalbeschaffung?</i></p> <p>A: Das ist ein Thema was jetzt in letzter Zeit hochgradig angekurbelt wurde. Zum Beispiel haben wir jetzt in letzter Zeit seit 2-3 Jahren eine angestellte Personalrecruiterin bei uns im Haus. Man versucht an allen möglichen Hebeln zu arbeiten, mit Arbeitszeitführung zusammen zu arbeiten, Werbung zu machen, die Ausbildungszahlen zu erhöhen, mehr Auszubildende zu finden überhaupt. Zudem auch attraktive familienbezogene Angebote zu machen,</p>	<p>41 42 43 44 45 46 47</p>

familienfreundliche Arbeitszeiten, finanzielle Prämien, wenn sie zu uns ins Haus kommen. Aber das macht natürlich auch jeder als Lockmittel.	48
<i>F: Welche Auswirkungen gibt es in der Abrechnung?</i>	
A: Davor hatte ich meine Personalberechnung und ich habe das Personal so eingeteilt, wie es da war bzw. wie der Bedarf war. Am Wochenende gab es früher immer Personalabsenkungen, da dort die Abläufe nicht so sind, wie unter der Woche. Da konnte man die Anzahl des Personals noch kurzfristig anpassen, damit hat man gespart. Das geht jetzt nicht mehr, das ist fast nicht umsetzbar.	49 50 51 52 53 54
<i>F: Was beinhaltet die Vergütung des Pflegebudget? Sind es nur Lohnkosten oder auch Lohnnebenkosten?</i>	
A: Soweit ich weiß, sind es auch die Lohnnebenkosten. Aber das betrifft auch die Personalabteilung.	55 56
<i>F: Welche Auswirkungen haben diese Veränderungen auf den Krankenhausbetrieb?</i>	
A: Am Anfang war es mal eine Abteilung, da war es noch überschaubar und man konnte diese Abteilung noch etwas bündeln. Natürlich waren dann auch die anderen Abteilungen etwas die Verlierer. Umso mehr pflegeintensive Bereiche dazu gekommen sind, wurden in der kurzen Zeit der Verschärfung nicht die Anforderungen mit der Nachwuchsforderung und der politischen Lage abgeglichen worden. Da wurden dann viele ausländische Pflegekräfte rekrutiert. Jedoch muss ich auch dazu sagen, dass diese auf dem Stellenplan stehen und ich diese als Fachkräfte abrechnen kann, denn die zählen in die Untergrenzen mit rein. Genauso wie die Altenpfleger, die bringen die Qualität und die Leistung nicht und das ist auch eine Belastung teilweise für das Stammpersonal.	57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67
<i>F: Gibt es unterschiedliche Bewertungen auf die pflegeintensiven Bereiche? (ist Anzahl Pflegekräfte ausreichend und gerechtfertigt)</i>	
A: Gerechtfertigt schon. Ich bin selbst gelernte Krankenschwester und habe auch einen Blick auf die Praxis und kann auch sagen, dass selbst die Untergrenzen in manchen Bereichen zu wenig sind. Da reichen die Pflegekräfte einfach nicht, aber bei manchen ist es dennoch wieder zu viel.	68 69 70 71
<i>F: Ist die Vergütung ausreichend zwischen 2019 und 2021? (Pflegebudget ausreichend für Anzahl VZK)</i>	
A: Nein. Da kann man noch gut was drauflegen, aber das ist wieder im Großen und Ganzen ein politisches Thema.	72 73
<i>F: Was sind aus Ihrer Sicht die wesentlichen Kriterien, um die Veränderung 2019/2021 qualitativ beurteilen zu können, im Hinblick auf die Vergütung?</i>	
A: Überlastungsanzeigen wären ein Punkt, der mir direkt einfällt. Zudem auch Patientenbeschwerden, wie die sich verändert haben. Aber auch Regressansprüche von Krankenkassen zählen mit rein. Dann noch die stichpunktartige Dokumentationsprüfung, das gehört mit in meinen Pflegebereich rein, wenn man die Pflegevisiten macht. Da könnte man auch schauen was sich im Dokumentationsverhalten verändert hat. Allgemein alle	74 75 76 77 78 79

messbaren Zahlen, können in den Vergleich mit der Einführung der Untergrenzen gesehen werden.	80 81
<i>F: Braucht es mit der Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung einen Wissenstransfer/Schulungen für den Verwaltungsbereich?</i>	
A: Das hat man sich selbst angelesen. Es kam genug Informationsmaterial, was auch sehr umfangreich war. Das hat aber auch große Mühe bereitet sich da einzulesen. Es gab auch Angebote von verschiedenen Anbietern zu Schulungen. Aber meine Kollegen und ich, wir haben uns das selbst angeeignet und uns dann gegenseitig ausgetauscht. Also kurz und knapp gesagt „do it yourself“.	82 83 84 85 86 87
<i>F: Wie schätzen Sie die Unterstützung/Vorteil vom Staat für Ihr Krankenhaus ein, im Hinblick auf 2019/2021 auf einer Skala von 1-10?</i>	
A: Gibt es dabei auch Minus Zahlen? Also wir haben keinerlei Unterstützung bekommen.	88 89
<i>F: Woran machen Sie diese Skalierung fest? Was sind ihre wichtigsten Kriterien?</i>	
A: Die Aussage welche Untergrenzen dazu kommen kam meistens sehr kurzfristig und ohne große Vorrede. Manchmal wurde wirklich 6 Wochen davor gesagt welche neuen pflegeintensiven Bereiche dazu kommen. Die Instrumente, Excel-Tabellen um das zu kontrollieren musste man sich selbst beschaffen oder man hat von irgendeinem Anbieter ein Programm genommen.	90 91 92 93 94 95
<i>F: Helfen Ihnen die Pflegepersonaluntergrenzen bei der bestmöglichen Versorgung der Patienten?</i>	
A: Das würde sie, wenn ich den Bedarf vom Arbeitsmarkt her füllen könnte. Dann würde es schon so sein. Da würde ich auch gerne in jeden Bereich noch eine Pflegekraft mehr reinnehmen.	96 97 98
<i>F: Braucht es aus Ihrer Sicht die Pflegepersonal-Verordnung überhaupt?</i>	
A: Nicht so wie die Untergrenzen jetzt gerade festgelegt sind.	99
<i>F: Wo gibt es aus Ihrer Sicht noch Verbesserungsbedarf? (auf Skalierung eingehen)</i>	
A: Das Paket wie es jetzt ist, mit dem Auszählen zweimal am Tag. Die Mittagsstatistik, die Mitternachtsstatistik, jeden Tag durchzählen oder durchrechnen lassen, je nachdem ob es das Programm hergibt. Das ist einfach zu umfangreich, zu aufwendig. Und auch zu manipulierbar.	100 101 102 103
<i>F: Können die Untergrenzen in jeder Schicht eingehalten werden?</i>	
A: Nein. Definitiv nein, das können sie nicht.	104
<i>F: Wo sehen Sie bei der aktuellen Ausgestaltung der PpUG noch Verbesserungsbedarf und warum?</i>	
A: Das man das nicht so starr sehen darf, gerade was die verschiedenen Schichten angeht bei Frühschicht/Spätschicht und am Wochenende. Da ist auf jeden Fall Bedarf da.	105 106 107
<i>F: Welche nachhaltigen Lösungen sehen Sie für Pflegeberufe?</i>	

A: Wir müssen es attraktiver machen. Es ist nicht unbedingt nur die Anpassung der Gehälter, der Beruf muss auch auf Augenhöhe mit allen Berufsgruppen sein. Weil immer noch diese Differenz da ist, was Reibungspunkte macht. Zudem müssen die Arbeitsbedingungen besser sein. Außerdem müssen Arbeitszeitmodelle mit beachtet werden, es muss familien- und mitarbeiterfreundlicher gestaltet werden und das ist halt schwierig zu regeln. Gerade aus dem Grund, weil die Personaldecke schwierig ist.	108 109 110 111 112 113 114 115
<i>F: Hätten Sie eine andere Idee zur angemessenen Personalberechnung pro Schicht und Station/Bereich?</i>	
A: Nein habe ich nicht. Ich brauch Fachpersonal in jeder Schicht, um etwas abdecken zu können aber wie ich das jetzt wirklich klar berechne, um auch den täglichen Veränderungen in der Klinik gerecht zu werden ist schwierig. Dazu bräuchte man eine Art Bereichsgruppe die das kontrollen, die die Abläufe und Zahlen kennen.	116 117 118 119 120
<i>F: Wie veränderte sich die Belastung der Pflegekräfte hinsichtlich der Erhöhung des Pflegepersonals und der Patientenzahl?</i>	
A: Die Belastung besteht weiterhin und wird immer höher, da es gefühlt ja trotzdem kein Personal gibt. Wir schauen auch auf die Liegedauern, die immer kürzer werden und somit gibt es immer einen Akutbetrieb. Es sind immer nur die Schwerstkranken da und der Aufnahme- und Entlassungsprozess ist zudem aufwendig. Und damit wird die Arbeitsbelastung und Intensität für das Personal immer angespannter. Ein weiterer Punkt ist die ständige Anpassung des Personalbedarfs auf Station, wodurch wir das Personal ständig auf andere Abteilungen verschieben müssen. Also es ist nicht mehr so das Gefüge, ich habe jetzt meine Station und ich bin hier. Ich schiebe das Personal von A nach B, je nach Bedarf. Und das macht natürlich auch was mit dem Personal.	121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131
<i>F: Das Ziel der Pflegepersonaluntergrenzen ist die Gewährleistung einer sicheren und guten Behandlung der Patienten. Hat die Verordnung aus dem Jahr 2021 aus Ihrer Sicht ihr Ziel erreicht?</i>	
A: Nein das hat sie nicht erfüllt. Die Verordnung gibt es zwar aber wir können sie nur schwer einhalten mit großer Mühe.	132 133

Anhang 3: Interview mit I2

<i>F: Welchen Standpunkt vertreten Sie zum Thema Pflegepersonaluntergrenzen?</i>	
A: Also grundsätzlich begrüße ich die Vornahme, allerdings ist es auch traurig das es nötig wurde. Letztendlich ist es ja so das dies nur gesetzlich vorgenommen wurde, weil es auf den anderen Ebenen (sprich Kostenträger, Krankenhäuser) nicht zu einer ausreichenden Ausstattung mit Pflegepersonal gekommen ist.	134 135 136 137 138

<p>F: <i>Was hat sich aus Ihrer Sicht mit der Einführung der PpUG im Jahr 2019 zum Vorteil verändert?</i></p>	
<p>A: Der einzige Vorteil, den ich momentan sehe, ist, dass wir eine Richtlinie bzw. eine Referenzkennzahl haben, wie viel Pflegepersonal in dem jeweiligen Bereich als notwendig erachtet wird. Man kann kritisch hinterfragen auf welcher Basis das dann tatsächlich passiert ist, denn es gibt ja keine qualitativen Zahlen. Die letzten Pflegepersonalzahlen, die ich kennengelernt habe, sind von 1974 und seither ist nicht groß viel passiert. Man könnte die PPR noch mit anführen, die aber ja 1996 ausgesetzt wurde nach DRG gibt es keine Angabe welche Anzahl auf Station notwendig ist. Dies war bisher rein willkürlich bis zur Einführung der Untergrenzen.</p>	<p>139 140 141 142 143 144 145 146 147</p>
<p>F: <i>Was hat sich aus Ihrer Sicht mit der Einführung der PpUG im Jahr 2019 zum Nachteil verändert?</i></p>	
<p>A: Zum Nachteil hat sich meines Erachtens nichts verändert. Das einzige kritische was ich sehe ist die Zeitschiene in der ganzen Einführung. Denn wenn man über Jahrzehnte in Anzahl das Pflegepersonal niedrig hält und dann innerhalb von Monaten ein Gesetz entwirft, was nach einem halben Jahr zu Sanktionen führt, dann ist das für keinen Träger machbar dies umzusetzen. Man hätte sich dort mehr Zeit lassen können und muss es nicht finanziell sanktionieren, wenn dies nicht machbar ist. Inhaltlich im Haus (HBK) hat sich nichts zum Nachteil verändert, beispielsweise hat keine Personalverschiebung stattgefunden zu Lasten anderer Abteilungen.</p>	<p>148 149 150 151 152 153 154 155 156</p>
<p>F: <i>Was hat sich aus Ihrer Sicht an der Anzahl der Pflegekräfte verändert?</i></p>	
<p>A: Nichts. Dazu muss man jetzt wissen das wir grundsätzlich die Perspektive vertreten ausreichend Pflegepersonal vor Ort zu haben. Und das Stellenpläne nach Bedarf auch schon vor den Untergrenzen nach oben hin angepasst wurden. Das Hauptproblem ist die Frage der Besetzung, also wie bekommt man denn ausreichend Pflegekräfte? Durch die Untergrenzen wurde eine Grundlage geschaffen wurde, wo wenig Diskussion offen ist.</p>	<p>157 158 159 160 161 162</p>
<p>F: <i>Was gab es für finanzielle Auswirkungen?</i></p>	
<p>A: Finanzielle Auswirkungen hinsichtlich der Untergrenzen sind nur die, dass gegebenenfalls Sanktionszahlungen zu Tage kommen, bei Nichteinhaltungen.</p>	<p>163 164 165</p>
<p>F: <i>Gibt es weitere wesentliche Kriterien für eine positive oder negative Wertung der PpUG?</i></p>	
<p>A: Das Thema Zeitschiene hatte ich ja bereits angesprochen, was für mich der wesentliche Kritikpunkt ist an der Stelle. Ein weiterer Kritikpunkt wäre die Art der Qualifikation, bzw. die Art der Auswahl. Es sind bisher gewisse Qualifikationen nicht mit einbezogen wurden. Ich darf beispielsweise die Hebamme eigentlich nicht auf der Geburtenstation einsetzen, obwohl die ausreichend qualifiziert ist, welche aber in den Untergrenzen keine Rolle spielen. Des weiteren müssen die PpUG im Ist-Zustand berechnet werden. Wir haben mit dem Betriebsrat eine Vereinbarung das der Dienstplan 2 Monate im Voraus für die Mitarbeiter geschrieben werden muss. Das heißt unsere Dienstplaner haben die Aufgabe 2 Monate im Voraus zu „wissen“, wie viele Patienten an dem Tag in der Schicht da sind, um die Untergrenzen</p>	<p>166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176</p>

einhalten zu können. Wir müssen deutlich mehr Personal einplanen in der Planung, damit es dann tatsächlich im Ist auch stimmt.	177 178
<i>F: Welche Auswirkungen gibt es auf die Personalbeschaffung?</i>	
A: Grundsätzlich für uns keine, weil wir wie gesagt die Personalbeschaffung in den verschiedensten Säulen sprich Ausbildung, Akquise fremder, Integration ausländischer Fachkräfte immer schon betreiben und auch verstärkt betreiben.	179 180 181 182
<i>F: Welche Auswirkungen gibt es in der Abrechnung?</i>	
A: In der Abrechnung gibt es nur insofern eine Auswirkung das eine Dokumentation stattfinden muss und das zusätzliche Daten erhoben werden müssen, welche dann mit den Kostenträgern in der Klinik ausgetauscht werden müssen.	183 184 185 186
<i>F: Was beinhaltet die Vergütung des Pflegebudget? Sind es nur Lohnkosten oder auch Lohnnebenkosten?</i>	
A: Das ist alles. Bis hin zu Leiharbeitnehmern, allerdings die nur in Höhe der von uns vergüteten Gehälter.	187 188
<i>F: Welche Auswirkungen haben diese Veränderungen auf den Krankenhausbetrieb?</i>	
A: Eigentlich keine. Es gibt Krankenhäuser welchen Betten und Personal abgebaut haben, um die Grenzen einhalten zu können. Die Nachfrage der Patienten im HBK ist aber so hoch, dass wir keine Betten abbauen können. Also wir können guten Gewissens keine Betten schließen, sondern wir nehmen dann gegebenenfalls Sanktionen in Kauf. Aber es gab keine Einschränkungen des Patientenbetriebes.	189 190 191 192 193 194
<i>F: Gibt es unterschiedliche Bewertungen auf die pflegeintensiven Bereiche? (ist Anzahl Pflegekräfte ausreichend und gerechtfertigt)</i>	
A: Grundsätzlich ja. Das was jetzt festgelegt ist in den pflegeintensiven Bereichen ist meines Erachtens gut, immer gesehen daran das es bisher nichts gab und eine geringere Besetzung vorhanden war.	195 196 197
<i>F: Ist die Vergütung ausreichend zwischen 2019 und 2021? (Pflegebudget ausreichend für Anzahl VZK)</i>	
A: Wir bekommen alles vergütet, was wir einstellen, Also wenn beispielsweise wir 1.000 Pflegekräfte einstellen, bekommen wir auch 1.000 Pflegekräfte bezahlt. Und alles was verhandelt wurde und nicht ausgegeben wurde, muss demnach auch zurückgezahlt werden, es findet dann eine Rückführung der nicht verwendeten Mittel statt.	198 199 200 201 202
<i>F: Was sind aus Ihrer Sicht die wesentlichen Kriterien, um die Veränderung 2019/2021 qualitativ beurteilen zu können, im Hinblick auf die Vergütung?</i>	
A: Das was durch die Untergrenzen stattgefunden hat ist ja nur eine quantitative Festlegung. Aber zum Thema Personal, die Personalbeschaffung haben wir ja auch davor gemacht, was jetzt mit den Untergrenzen nichts zu tun hat. Auch die anderen Themen wie	203 204 205 206

Personaleinarbeiten oder der Mehraufwand in der Verwaltung hat keinen Bezug zu den Untergrenzen, da es ja etwas Gesellschaftliches ist.	207 208
<i>F: Braucht es mit der Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung einen Wissenstransfer/Schulungen für den Verwaltungsbereich?</i>	
A: Es läuft alles hier über die Pflegedirektion. Bei uns sind die Kompetenzen vorhanden und wir definieren dann damit praktisch die Mitarbeiteranzahl. Es gibt auch 1-2 Mitarbeiter im Bereich des Controllings die natürlich dieses Thema auch mit auf der Agenda haben, aber in der Breite jetzt nicht. Wir mussten natürlich alle unsere Führungskräfte in der Pflege schulen, in der Erfassung und in der Einhaltung.	209 210 211 212 213 214
<i>F: Wie schätzen Sie die Unterstützung/Vorteil vom Staat für Ihr Krankenhaus ein, im Hinblick auf 2019/2021 auf einer Skala von 1-10?</i>	
A: Eine 3.	215
<i>F: Woran machen Sie diese Skalierung fest? Was sind ihre wichtigsten Kriterien?</i>	
A: Eine wirkliche Unterstützung in der Beschaffung, Akquise oder in der Generierung von Pflegepersonal gab es nicht. Es ist eine reine Vorgabe, die vorgenommen wurde und am Schluss zu Sanktionen führt für alle. Die einzige Unterstützung ist in der Argumentation gegenüber den Kostenträgern. Aber davon ist noch keine Pflegestelle besetzt worden oder ein Patient besser betreut worden.	216 217 218 219 220 221
<i>F: Helfen Ihnen die Pflegepersonaluntergrenzen bei der bestmöglichen Versorgung der Patienten?</i>	
A: Im gewissen Sinne schon, weil das ja praktisch schon eine Definition für die Mindestbesetzung ist.	222 223
<i>F: Braucht es aus Ihrer Sicht die Pflegepersonal-Verordnung überhaupt?</i>	
A: Ich würde sagen derzeit ja, weil es eben nichts anderes gibt. Es gibt keine Referenzzahl, an der man sich sonst orientieren kann.	224 225
<i>F: Wo gibt es aus Ihrer Sicht noch Verbesserungsbedarf? (auf Skalierung eingehen)</i>	
A: Wie gesagt die Kritik mit der zeitlichen Schiene, man hätte das etwas strecken können in der Einführung, um etwas mehr Zeit zu generieren. Wir haben beispielsweise schon 2018, als von Untergrenzen noch keine Rede war schon beschlossen das wir ab 2019 drei Krankenpflegeklassen statt 2 ausbilden. Das sind alles so begleitende Instrumente, die den Untergrenzen entgegenkommen würden, aber dazu braucht man Zeit. Das kann man nicht im Oktober beschließen, ab Januar gelten lassen und im April sanktionieren.	226 227 228 229 230 231 232
<i>F: Können die Untergrenzen in jeder Schicht eingehalten werden?</i>	
A: Zum größten Teil ja. Jedoch sind unvorhergesehen Ausfälle immer ein Thema, vor allen Dingen im Frühjahr und im Herbst, wenn die Grippewellen sind. Es gibt auch einen unvorhergesehenen hohen Patientenansturm.	233 234 235
<i>F: Wo sehen Sie bei der aktuellen Ausgestaltung der PpUG noch Verbesserungsbedarf und warum?</i>	

A: Das allerwichtigste dabei ist das die PpUG nur ein quantitatives Instrument sind. Ich fordere/fördere und befürworte ein qualitatives Instrument im Sinne einer PPR2.0, was eine bedarfsgerechte Ausstattung von Pflege auf der Station ist. Das heißt diese Arbeit und Aufwendungen, die aktuell beim Patienten auf der Station anfallen, müssen erfüllt werden und nicht starre Zahlen. Ich würde ein bedarfsgerechtes Pflegepersonalberechnungsinstrument befürworten und bräuchte es die Untergrenzen nicht mehr.	236 237 238 239 240 241 242 243
F: <i>Welche nachhaltigen Lösungen sehen Sie für Pflegeberufe?</i>	
A: Warum ist der Pflegeberuf heute nicht mehr attraktiv? Man hat mit der ganzen Einführung der DRG unter dem einzigen Fokus auf die Wirtschaftlichkeit natürlich viele Differenzierungen in den Tätigkeiten vorgenommen. Das wesentliche was eine Pflegekraft ausmacht meines Erachtens nach, ist das Thema Patientenbeobachtung. Das heißt die Pflegekraft kennt ihre Patienten und kann aufgrund ihrer Kompetenzen, wissen von Krankheitsbildern, Symptomen und Einschätzungen wichtige Hinweise zum Gesundheitsstatus und Genesungsprozess sagen. Aufgrund der Wirtschaftlichkeit sind aber viele Tätigkeiten der Pflegekraft weg delegiert worden und die Fachkraft ist nur noch bei gewissen Tätigkeiten am Patienten. Dieses ganzheitliche, was immer das Sinnbild war am Patienten findet ja so gar nicht mehr statt. Die moderne Pflegekraft heute ist eine Art Manager durch den Prozess Krankenhaus. Und das ist nicht das Wunschbild des gewählten Berufs. Natürlich helfen die Untergrenzen Zeit zu schaffen, auch um sich nicht nur um das „Nötigste“ am Patienten zu kümmern, aber zunächst müssen die Stellen besetzt werden können. Wenn das passiert ist, wird dies ein wichtiger Baustein zur Attraktivität sein, aber auch andere Instrumente, um diese Stellen zu füllen.	244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261
F: <i>Hätten Sie eine andere Idee zur angemessenen Personalberechnung pro Schicht und Station/Bereich?</i>	
A: Ein bedarfsgerechtes Instrument zur Personalberechnung im Sinne der PPR2.0.	262 263
F: <i>Wie veränderte sich die Belastung der Pflegekräfte hinsichtlich der Erhöhung des Pflegepersonals und der Patientenanzahl?</i>	
A: Grundsätzlich ist die Belastung gesunken, wenn auch nicht in diesem Maß wie man sich es wünscht.	264 265
F: <i>Das Ziel der Pflegepersonaluntergrenzen ist die Gewährleistung einer sicheren und guten Behandlung der Patienten. Hat die Verordnung aus dem Jahr 2021 aus Ihrer Sicht ihr Ziel erreicht?</i>	
A: Nein, das Ziel erreicht hat sie nicht. Man muss dazu sagen das der Zeitplan der Untergrenzen durch Corona massiv gestört worden ist. Ich würde sagen es geht in die richtige Richtung, aber es braucht dringend noch die bereits erwähnten Konkretisierungen in andere Berufsgruppen und/oder die Erfüllungen der Stellenbesetzungen. Es braucht vor allem dieses qualitative Instrument, es muss dazu führen das es bedarfsgerecht ist.	266 267 268 269 270 271

Anhang 4: Interview mit I3

<i>F: Welchen Standpunkt vertreten Sie zum Thema Pflegepersonaluntergrenzen?</i>	
A: Also tatsächlich denke ich das es ein sehr überholtes System bzw. momentan ist es ein sehr starres Instrument. Also eine Patientenanzahl im Verhältnis zu einer Pflegefachkraft als rechnerische Größe gegenüberzustellen als starres Instrument, sagt ja nicht wirklich viel über den tatsächlichen Bedarf aus. Es steht dem kein Aufwand gegenüber und ich denke überholt deswegen, weil ja auch jedes Krankenhaus sich mittlerweile ausreichend Personal beschaffen kann, weil ja im Ist alle Personalkosten durch die Ausgliederung des Pflegebudgets aus den DRGs refinanziert werden können, soweit es denn genügend Personal auf dem Markt gibt. Aber ich denke diese Pflegepersonaluntergrenze hat da weder in die eine, noch in die andere Richtung irgendeinen Erfolg. Und es ist natürlich ein enormer Aufwand, es ist eine Darstellung im Ist, die natürlich auch im Ist dokumentiert werden muss. Man hat dabei auch keinen Einfluss auf die Ist Situation in dem Moment. Und ich stelle jetzt mal in Frage das ich in der Ist Situation anhand der Personaluntergrenzen nicht sagen kann das ich da auch zu jeder Zeit ausreichend Personal habe, weil zwei Patienten können, genauso aufwendig sein wie vielleicht vier leichtere Patienten. So dieses Ziel besonders sensitive Bereiche hinsichtlich der Qualität oder eben auch um die Patienten zu schützen, kann ich im Krankenhaus nicht so wirklich nachvollziehen, weil die Fachgesellschaften ja auch gerade für die sensitiven Bereiche Orientierungswerte vorgeben. Und das brauche ich als Krankenhaus ohnehin um eine Station betreiben zu können, ich brauche eine Orientierung in der Personalplanung und wir planen voraus und das sogar in 5 Monate Voraus (Quartalsdienstplanung). Also jetzt im Oktober fangen wir schon an bis zum 1. Januar zu planen und das heißt im Ist hat das eben Auswirkungen.	272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297
<i>F: Was hat sich aus Ihrer Sicht mit der Einführung der PpUG im Jahr 2019 zum Vorteil verändert?</i>	
A: Meiner Meinung nach nichts. Außer, dass man einen administrativen Planungsaufwand hat.	298 299
<i>F: Was hat sich aus Ihrer Sicht mit der Einführung der PpUG im Jahr 2019 zum Nachteil verändert?</i>	
A: Einiges von dem was ich bereits im ersten Punkt angesprochen hatte. Zudem kommen ein Planungsaufwand und ein Dokumentationsaufwand im Ist dazu, um das alles zu erfüllen. Und das ohne das jemanden geholfen ist. Im Jahr 2020 sind ja noch weitere intensive Bereiche dazu gekommen und das jetzt wirklich vom Schlüssel 10:1 oder 12:1 oder 20:1 oder 22:1, das sind so fiktive Größen, wir arbeiten mit Menschen, die in der Regel einen acht Stunden Dienst haben und da ist also auch diese Berechnung der Bettenaufschlüsselung im Ist im Kommastellen nicht sinnhaft. Es sind für die Dokumentation auch Berufsgruppen notwendig, wie das Controlling, die Stationsleitung, die sonst eigentlich keine Dienstplanung macht, die das aber im Ist in Ihrer Schicht sozusagen dokumentieren muss. Der große Nachteil ist das der Pflegeaufwand nicht bedacht wird, dass man dann wirklich auf	300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311

Station im Zweifelsfall jemand wegnehmen muss und auf eine andere Station schicken muss, um diese Grenzen einzuhalten. Das sollte nicht Sinn der Sachen sein. Das hat auch noch nichts mit Personalverschiebung zu tun, sondern eher das ich sonst den Patient verlegen müssen auf irgendeine Nachbarstation. Unabhängig auch davon welchen Schweregrad die Patienten haben, es gibt innere Stationen, die haben einen hohen Pflegeaufwand, da sind viele Patienten in der A3 eingestuft und es gibt aber auch innere Stationen da sind die mehr in der A2 und nur die Menge hat den gleichen Personalschlüssel und nicht der Aufwand. Nach unserem Dafürhalten braucht der mit dem höchsten Aufwand auch das höchste Personal. Was ich vielleicht auch noch dazu sagen muss, dass sich die PpUG wieder ausschließlich auf die Pflegefachkräfte beziehen, aber wir haben auch einen sinnvollen andersqualifizierten Qualifikationsmix, der die Pflege entlastet und der findet hier keine Berücksichtigung, wie Servicekräfte, die das Essen aufnehmen, der Einsatz unserer Azubis, Medizinische Fachangestellte, Stationssekretärinnen, Versorgungsassistenten. Gerade die Azubis verfügen auch über einen Lernstand, die auch in einem festen Personalschlüssel Anrechnung finden sollten, wird hier gar nicht Rechnung getragen. Das kann nicht das Zukunftsmodell sein. Da ist Arbeitsteilung denke ich ein großes Stichwort.	312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331
<i>F: Was hat sich aus Ihrer Sicht an der Anzahl der Pflegekräfte verändert?</i>	
A: Ich spreche jetzt mal für unser Haus, bei uns hat sich nichts verändert. Die PpUG sind bei uns im Haus der geringste Wert, also wir haben drei Größen. Wir haben einen Stellenplan, der sich mal durch eine Aufschreibung von Leistungen entwickelt hat, in dem alle Mitarbeiter, die am Patienten in der Pflege zum Einsatz gekommen sind, aufgeschrieben haben welche Leistung sie erbracht haben in welchem Zeitfenster. Dadurch wurde ein individueller Stationsbedarf ermittelt und dieser ist eine Vorgabe, die wir über 24 Stunden geben. Dann haben wir als zweite Größe retrospektiv gerechnet wie unsere durchschnittliche Belegung letztes Jahr war und haben einen durchschnittlichen Median Bettenbelegungsgrad angenommen und haben dann mal geschaut wie der durchschnittliche Belegungsgrad war gemessen mit dem Aufwand und haben dort für unser Haus eine Mindest- bzw. Standardbesetzung schon seit 2013 pro Station belegt. Das haben wir als Planungsinstrument um zu wissen „Ich brauche so und so viel Mitarbeiter, um die Station zu betreiben“. Die PpUG setzen wir von unten retrospektiv dran, wie viel aufgestellte Betten haben wir, da gehen wir sogar höher als es ist, wie viel aufgestellte Betten und wie viel Schwestern bräuchte ich. Das mache ich aber nur zum Abgleich in der Planung, weil wenn ich das nicht könnte, dann muss ich so wie ich das jetzt zu Corona Zeiten oder bei ungeplanten Krankheitsausfällen mache müssen wir entscheiden in der Krankenhausleitung, ob wir mal auf einer Station 12 Betten schließen, um trotzdem eine hohe Patientenversorgung zu haben, vor Überlastung zu schützen. Noch kurz zum Stellenplan bzw. Wirtschaftsplan, der ist uns ja etwas vorgegeben gewesen, bevor wir die DRG Veränderung hatten, also das Pflegepersonal ausgegliedert wurde, lagen unsere tatsächlichen Kosten schon immer höher und danach wird sozusagen der Wirtschaftsplan gemacht.	332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358
<i>F: Was gab es für finanzielle Auswirkungen?</i>	

A: Sanktionen mussten wir bisher noch keine zahlen.	359
F: <i>Gibt es weitere wesentliche Kriterien für eine positive oder negative Wertung der PpUG?</i>	
A: Ich stelle die Sinnhaftigkeit in Frage. Es keine Zahl die in einem Verhältnis zur Patientenintensität steht.	360 361
F: <i>Welche Auswirkungen gibt es auf die Personalbeschaffung?</i>	
A: Keine. Da würde ich nochmal auf die drei Größen verweisen, die ich angesprochen hatte.	362 363
F: <i>Welche Auswirkungen gibt es in der Abrechnung?</i>	
A: Nur einen hohen administrativen Aufwand. Viele Tabellen, die gefüllt werden müssen, um nachzuweisen das alles eingehalten wird, besonders im Controlling.	364 365 366
F: <i>Was beinhaltet die Vergütung des Pflegebudget? Sind es nur Lohnkosten oder auch Lohnnebenkosten?</i>	
A: Das sind auch die Lohnnebenkosten. Das ist auch in der Krankenhausbuchführungsverordnung mit verankert.	367 368
F: <i>Welche Auswirkungen haben diese Veränderungen auf den Krankenhausbetrieb?</i>	
A: Da könnte ich jetzt einiges normal wiederholen. Auf jeden Fall, dass noch mehr Kliniken dazu gekommen sind und bei uns ist es bis auf die Pädiatrie eigentlich jede Station. Problematisch ist die Sache insbesondere im Nachtdienst, weil wir da auch immer zwei Mitarbeiter eingesetzt haben auf den einzelnen Stationen aber eben nicht immer zwei Fachkräfte, sondern auch mal einen Krankenpflegehelfer mit eingesetzt haben, denn nachts finden auf den meisten Stationen ja keine Interventionen statt. Wir haben auch viele junge Familien, die eher am Tag gebraucht werden und nicht in der Nacht arbeiten können.	369 370 371 372 373 374 375 376 377
F: <i>Gibt es unterschiedliche Bewertungen auf die pflegeintensiven Bereiche? (ist Anzahl Pflegekräfte ausreichend und gerechtfertigt)</i>	
A: Sie hat kein Bezug zu den Patienten Gut insbesondere zum Aufwand. Und die Nachtproblematik habe ich ja gerade erwähnt. Schlimm ist es das dem Qualifikationsmix noch weniger Rechnung getragen wird.	378 379 380
F: <i>Ist die Vergütung ausreichend zwischen 2019 und 2021? (Pflegebudget ausreichend für Anzahl VZK)</i>	
A: Bei uns im Hause ja, weil wir eine sehr gute und hohe Personalbindung haben und immer schon über den INEK Kosten lagen, viele Jahre zum Nachteil von uns aber jetzt zum Vorteil.	381 382 383
F: <i>Was sind aus Ihrer Sicht die wesentlichen Kriterien, um die Veränderung 2019/2021 qualitativ beurteilen zu können, im Hinblick auf die Vergütung?</i>	
A: Dadurch das wir nicht mehr Personal einstellen mussten, gibt es da in unserem Haus gar keine Veränderungen.	384 385
F: <i>Braucht es mit der Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung einen Wissenstransfer/Schulungen für den Verwaltungsbereich?</i>	

A: Das Controlling, aber auch alle anderen Mitarbeiter mussten sich dabei einarbeiten und schauen was gefordert ist. Aber Schulungen direkt gab es dazu nicht.	386 387 388
F: <i>Wie schätzen Sie die Unterstützung/Vorteil vom Staat für Ihr Krankenhaus ein, im Hinblick auf 2019/2021 auf einer Skala von 1-10?</i>	
A: Die haben diese Konzertierte Pflegekampagne auf den Markt gerufen, die mehr Pflegepersonal auf dem Markt strömen lassen sollten, aber mehr nicht. -> 0.	389 390 391
F: <i>Woran machen Sie diese Skalierung fest? Was sind ihre wichtigsten Kriterien?</i>	
A: Eine Unterstützung direkt für unser Krankenhaus gab es nicht.	392
F: <i>Helfen Ihnen die Pflegepersonaluntergrenzen bei der bestmöglichen Versorgung der Patienten?</i>	
A: Nein. Das begründet auch vieles aus den vorherigen Antworten.	393
F: <i>Braucht es aus Ihrer Sicht die Pflegepersonal-Verordnung überhaupt?</i>	
A: Nein.	394
F: <i>Wo gibt es aus Ihrer Sicht noch Verbesserungsbedarf? (auf Skalierung eingehen)</i>	
A: Vielleicht mal hypothetisch gesagt für die Pflegeberufe. Das Pflegeberufegesetz ist ja bundeseinheitlich geregelt und vielleicht glaubt der Staat da immer eingreifen zu können, weil die Pflege eben nicht die Lobby hat, also wie zum Beispiel es eine Ärztekammer gibt sollte es vielleicht doch auch eine Pflegekammer geben. Wo man dann auf Bundesebene Dinge vorgibt, aber dann auf Länderebene Möglichkeiten hat, auch seiner Region angepasst sich bestimmten Themen zu widmen. Es gibt die Fachgesellschaften (DKG, ...) welche vom Bund schwer gehört werden, welchen man aber mehr Vertrauen schenken sollte.	395 396 397 398 399 400 401 402 403
F: <i>Können die Untergrenzen in jeder Schicht eingehalten werden?</i>	
A: Bisher konnten wir diese in jeder Schicht einhalten.	404
F: <i>Wo sehen Sie bei der aktuellen Ausgestaltung der PpUG noch Verbesserungsbedarf und warum?</i>	
A: Ich sag jetzt mal die Abschaffung und vielleicht doch hinzu zu einem Orientierungswert, wo auch der Schweregrad der Pflege besser bzw. überhaupt bedacht wird.	405 406 407
F: <i>Welche nachhaltigen Lösungen sehen Sie für Pflegeberufe?</i>	
A: Gute Kommunikation, Öffentlichkeitsarbeit zum Beruf der Pflege, aber die beginnt für mich schon beim berufspraktischen Unterricht der Regelschulen, in den wir uns einbinden, dass wir für unseren Beruf/Krankenhaus werben, wir Praktika anbieten, das FSJ und ich die größte Ressource, die wir haben ist unsere eigene Ausbildung von Auszubildenden. Diese konnte wir auch erhöhen, im letzten Jahr von 25 auf 40 Ausbildungsplätze erhöht. Das wir die gut belegen, was sicher auch regional verschieden ist, aber wir sind vom	408 409 410 411 412 413 414

Standort regional entfernt vom nächsten Standort. Wichtig ist auch Personalbindung. die Berücksichtigung des Qualifikationsmixes um die Menschen, die am Markt so rar sind, auch vor Überlastung zu schützen, Perspektiven aufzuzeigen, gute Arbeitsbedingungen zu schaffen, gute Angebote zu schaffen. Wichtig sind auch flexible Arbeitszeiten, die familienfreundliche Gestaltung.	415 416 417 418 419 420
<i>F: Hätten Sie eine andere Idee zur angemessenen Personalberechnung pro Schicht und Station/Bereich?</i>	
A: Tatsächlich wäre ich für ein Wiederaufleben der PPR2.0. Man muss auch dazu sagen, dass wir die PPR2.0 immer parallel weiter geführt haben zur Personalbemessung. Die wird auch beim Wirtschaftsplan mit angeschaut.	421 422 423
<i>F: Wie veränderte sich die Belastung der Pflegekräfte hinsichtlich der Erhöhung des Pflegepersonals und der Patientenanzahl?</i>	
A: Das wir plegeentlastende Möglichkeiten eingeführt haben hat jetzt mit den PpUG nicht viel zu tun, sondern eher das es refinanziert werden kann. Ich würde sogar behaupten das unser Pflegepersonal mit den PpUG gar nichts verbindet, die orientieren sich wirklich an ihrer Standardbesetzung. Zudem können wir auch einstellen an Pflegekräften was gebraucht wird.	424 425 426 427 428
<i>F: Das Ziel der Pflegepersonaluntergrenzen ist die Gewährleistung einer sicheren und guten Behandlung der Patienten. Hat die Verordnung aus dem Jahr 2021 aus Ihrer Sicht ihr Ziel erreicht?</i>	
A: Das Ziel erfüllt ja, aber nicht auf Grundlage dieser Verordnung. Es steht in keinem Zusammenhang, es ist einfach ein starres Zählen von Köpfen pro Station, aber die PpUG haben dabei hinsichtlich nichts bewirkt.	429 430 431

Anhang 6: Abbildung der Kodierung und Kategoriebildung

Interview mit I1	
C	Vorteil für die Pflege
C	Anforderung an Pflegequalität
E	Umsetzung als PDL
E	Schwierigkeiten bei Umsetzung
H	Personal
G	Fehlende PpUG
G	hohe Intensität
G	Vorteil für Pflegekräfte
G	Vorteil Patienten
G	Nachteil KH-Organisation
D	Hoher administrativer Aufwand
D	Statistiken und Tabellen erstellen
H	Personalverschiebungen
H	Unmut im Team
G	Positiver Trend Einführung Untergrenzen
H	Viele Pflegekräfte am Markt
F	Einstellungsverbot aus wirtschaftlichen Gründen

H	Personalrotieren
G	Nachteil für andere Einrichtungen, Kooperationspartner
F	Erhöhung Personalkosten
B	Förderung Personal
F	Negative Auswirkung auf Kostensicht
D	Personal einstellen um Statistiken, administrative Sachen zu erstellen
F	Strafzahlungen bei Nichteinhaltung
F	Auswirkungen auf Betriebsergebnis
G	Instrument zum zerstören kleiner KH
A	aktuell relevantes Thema
A	angestellte Personalrecruterin
A	attraktive Angebote machen
A	Ausbildungsberuf attraktiv machen
A	familienbezogene Angebote
A	Prämienzahlungen und Lockmittel
H	Personaleinteilung nach Bedarf
H	Personalabsenkungen am Wochenende
H	kurzfristige Anpassung des Personalbedarfs
H	keine kurzfristige Personalanpassung mehr möglich
C	Lohnnebenkosten
C	betrifft Personalabteilung
G	eine Abteilung mit PpUG
G	Nachteil für andere Abteilungen
G	Anforderungen an Nachwuchsförderung
A	ausländische Pflegekräfte rekrutiert
H	Abrechnung als Fachkraft
H	Berücksichtigung in Untergrenzen
C	Mangel an Qualität und Leistung
H	Belastung für Stammpersonal
H	Einblick in Praxis
H	unverhältnismäßige Einteilung Personal
B	Politik
H	Überlastungsanzeigen
F	Patientenbeschwerden
D	stichpunktartige Dokumentationsprüfung
D	höheres Dokumentationsverhalten
G	Informationsmaterial
G	Aufwand
G	Angebote zu Schulungen
G	Fähigkeiten selbst angeeignet
G	Austausch mit Kollegen
B	keine politische Unterstützung
G	kurzfristige Einführung PpUG
G	neue pflegeintensive Bereiche
D	Controller Aufgaben (Excel Tabellen, Instrumente)
G	Programm von Anbieter
H	Bedarf vom Arbeitsmarkt
H	mehr Personal pro pflegeintensiven Bereich

E	Festlegung PpUG ist nicht gut
D	Auszählungen zweimal am Tag
D	aufwendige umfangreiche Statistiken
F	Sanktionen
E	Bedarf in Früh-/Spätschicht
A	Attraktivität steigern
A	Anpassung der Gehälter
A	Beruf auf Augenhöhe
A	bessere Arbeitsbedingungen
A	Arbeitszeitmodelle
A	familien- und mitarbeiterfreundliche Gestaltung
A	schwierige Personaldecke
H	Fachpersonal in jeder Schicht
H	Berechnung Personal
F	Veränderungen in Klinik
D	Bereichsgruppe zum kontrollieren
H	steigende Belastung
H	geringes Personal
F	kurze Liegedauern, Akutbetrieb
F	aufwendiger Aufnahme- und Entlassungsprozess
H	angespannte Arbeitsbelastung und Intensität für Personal
H	ständige Anpassung Personalbedarf
H	Personalverschiebung auf andere Station
H	Personalverschiebung nach Bedarf
H	Auswirkungen auf Personal
G	keine Erfüllung
G	schwierige Einhaltung VO

Interview mit I2	
B	gesetzliche Einführung der PpUG
H	unzureichende Personalausstattung
G	Instrument zur Pflegepersonalausstattung von Vorteil
G	unklare Basis der Zahlenwerte Personal pro Station/Schicht
G	Kritik zu Zahlenwerten
G	Instrument PPR
G	nötige Anzahl der Pflegekräfte nicht bekannt
G	willkürliche Einführung der Untergrenzen
G	keine negative Veränderung seit Einführung
G	zeitliche Kritik mit Einführung
H	niedrige Anzahl Pflegekräfte
B	Gesetzentwurf
F	Sanktionen, Probleme bei Umsetzung für die Träger
G	mehr Zeit bei Einführung
F	keine Sanktionen für Probleme bei Umsetzung
F	inhaltlich kein Nachteil für HBK
H	keine Personalverschiebung zu Lasten anderer Abteilungen
H	Perspektive ausreichend Personal vor Ort

F	Stellenpläne mit großzügig Personalbedarf angepasst
H	Hauptproblem sind ausreichend Pflegekräfte
F	Sanktionszahlungen bei Nichteinhaltung
G	Kritikpunkt an der Zeitschiene
H	Qualifikation und Auswahl Pflegekräfte
C	Qualifikation nicht in Untergrenzen einbezogen
E	Berechnung im Ist-Zustand (PpUG)
F	Vereinbarung mit Betriebsrat
F	Vorausplanung der KH-Belegung und Besetzung
F	mehr Personal einplanen
A	Personalbeschaffung durch verschiedene Mittel
D	Dokumentation der Abrechnung
D	Erhebung zusätzlicher Daten
D	Austausch mit Kostenträgern
C	Mitberücksichtigung von Leiharbeitnehmer
F	Personal- und. Bettenabbau
F	hohe Patientennachfrage
F	keine Bettenschließungen
F	Inkaufnahme von Sanktionen
F	Einschränkungen des Patientenbetriebs
H	ausreichende Personalbesetzung
H	vorher noch geringere Besetzung
C	Vergütung für eingestellte Pflegekraft
C	Rückführung der verwendeten Mittel
F	quantitative Festlegung der Untergrenzen
F	Veränderungen unabhängig von Untergrenzen
G	Aufgabe der Pflegedirektion
G	vorhandene Kompetenzen
D	Mitarbeiter des Controllings
G	Pfleges Schulungen der Führungskräfte bei Erfassung/Einhaltung
B	keine staatliche Unterstützung
B	Vorgabe des Staates
F	Folge sind Sanktionen
B	Unterstützung bei Argumentation ggü. Kostenträger
H	Besetzung Pflegestelle
C	Betreuung Patient
H	Definition für Mindestbesetzung
G	Notwendigkeit PpUGVO
G	Orientierung an Referenzzahl
G	Kritik an zeitlicher Schiene
G	Generierung von Zeit bei Einführung
A	Erhöhung an Ausbildungsklassen
A	begleitende Instrumente
G	zeitliche Schiene
H	unvorhergesehene Ausfälle
F	unvorhergesehener Patientenansturm
E	quantitatives Instrument
E	Befürwortung zu PPR2.0
C	bedarfsgerechte Pflege

C	Arbeit und Aufwendungen am Patient
E	bedarfsgerechtes Pflegepersonalberechnungsinstrument
F	Fokus auf die Wirtschaftlichkeit
F	Differenzierung in den Tätigkeiten
H	Patientenbeobachtung
H	Wissen von Krankheitsbildern
H	Delegation von Tätigkeiten
H	Pflegekraft am Patient
H	Pflegekraft von heute
A	Stellenbesetzung
A	Attraktivität des Pflegeberufs
E	bedarfsgerechtes Instrument zur Personalbemessung
H	Senkung der Belastung
G	Zeitplan der Untergrenzen
E	Notwendigkeit erwähnter Konkretisierungen
A	Erfüllungen der Stellenbesetzungen
E	bedarfsgerechtes qualitatives Instrument

Interview mit I3	
G	überholtes System
G	starres Instrument
H	Verhältnis von Pflegekraft und Patient
H	tatsächlicher Bedarf
A	Personalbeschaffung
A	Refinanzierung der Personalkosten
G	Erfolgserlebnis
D	enormer Aufwand, Darstellung im Ist
D	Dokumentation im Ist
D	Einfluss auf Situation
H	ausreichend Personal
H	Aufwand Patienten
C	Qualität sensibler Bereiche
C	Patientenschutz
E	Orientierungswerte von Fachgesellschaften
F	Orientierung in der Personalplanung
F	Quartalsdienstplanung im Voraus
D	administrativer Planungsaufwand
D	Planungs- und Dokumentationsaufwand
G	Ausweitung intensiver Bereiche
H	Personalschlüssel
E	Sinnhaftigkeit Berechnung Bettenaufschlüsselung
H	Notwendigkeit Berufsgruppen
D	Dokumentation Stationsleitung
C	Pflegeaufwand
H	Personalverschiebung
E	Einhaltung Untergrenzen
F	Patientenverlegung

C	hoher Pflegeaufwand
E	Einstufung Patienten im A-Bereich
H	Qualifiziertes Personal
H	Qualifikationsmix
H	Pflegeentlastung durch andersqualifiziertes Personal
H	fehlende Berücksichtigung von Nicht-Pflegefachkräften
E	Anrechnung von Azubis
E	Arbeitsteilung
G	keine Veränderung
G	PpUG im Haus geringster Wert
F	Stellenplan
F	Entwicklung durch Aufschreibung von Leistungen
D	Erbringung Leistung mit Zeitfenster
D	Ermittlung Stationsbedarf
D	durchschnittliche Belegung vergangenes Jahr
D	durchschnittlicher Bettenbelegungsgrad Median
D	Belegungsgrad gemessen am Aufwand
D	Festlegung Mindest- bzw. Standardbesetzung
D	Planungsinstrument
D	hohe benötigte Bettenzahl
D	benötigte Schwesternzahl
D	Planungsinstrument
E	Corona
E	ungeplante Krankheitsausfälle
F	Entscheidung über Bettenschließung für hohe Patientenversorgung
D	Wirtschaftsplan
D	vorgegebenes Instrument
D	DRG Veränderung (Ausgliederung Pflegepersonal)
D	hohe tatsächliche Kosten
F	keine Sanktionszahlungen
C	Verhältnis zu Patientenintensität fraglich
D	3 genannte Größen
D	hoher administrativer Aufwand
D	Tabellen
D	Nachweis zur Einhaltung im Controlling
C	Lohnnebenkosten berücksichtigt
C	Verankerung in KH-Buchführungs-VO
G	Anstieg der eingeführten Bereiche
E	Probleme im Nachtdienst
E	Personal im Tagdienst
G	bezugslos gegenüber Patientenaufwand
G	Nachtproblematik
H	Qualifikationsmix
H	hohe Personalbindung
H	Vorteil INEK Kosten
G	keine Veränderung
D	Einarbeitung Controlling andere MA
D	Wissen über Forderung

G	keine Schulungen
B	konzertierte Pflegekampagne
B	Pflegepersonal auf Markt strömen
B	keine staatliche Unterstützung
G	Nein
G	Nein
C	bundeseinheitliche Regelung des Pflegeberufegesetz
B	Eingriff vom Staat
E	Einführung einer Pflegekammer
E	Möglichkeit Themen für Region zu widmen
E	Bestehen von Fachgesellschaften
F	Einhaltung gelungen
E	Abschaffung PpUG
C	Orientierungswert
A	Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit
A	Einbindung in berufspraktischen Unterricht
A	Werbung für KH
A	Möglichkeit für Praktika, FSJ
A	größte Ressource eigene Ausbildung
A	regionale Unterschiede
A	Standort
A	Personalbindung, Berücksichtigung des Qualifikationsmix
A	Schutz vor Überlastung
A	Perspektiven aufzeigen
A	gute Arbeitsbedingungen und Angebote schaffen
A	flexible Arbeitszeiten, familienfreundliche Gestaltung
E	Wiederaufleben der PPR2.0
E	Weiterführung der PPR2.0
F	Wirtschaftsplan
C	Einführung pflegeentlastender Möglichkeiten
H	keine Verbindung Personal mit PpUG
H	Orientierung an Standardbesetzung
H	Einstellung Pflegekräfte nach Bedarf
F	Erfüllung auf Grundlage des KH
E	starres zählen von Köpfen pro Station
E	keine Bewirkung der PpUG

Kategorie	
A	Sicherstellung des Pflegeberufs
B	Politik
C	Pflege
D	Administrativer Aufwand
E	Herausforderungen
F	Krankenhausbetrieb
G	Pflegepersonaluntergrenzen
H	Pflegepersonal

Eidesstaatliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Staat, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Titel „Die Entwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung und deren kritische Betrachtung“ selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen (einschließlich elektronischer Quellen aus dem Internet) direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind ausnahmslos als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht physisch oder elektronisch veröffentlicht.

Wilkau-Haßlau, den 07.07.2022

Ort, Datum

A handwritten signature in black ink, consisting of a vertical line on the left, a large 'G' in the middle, and a horizontal line extending to the right with a small loop at the end.

Unterschrift