

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

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

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

Berlin, 22.01.2024

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

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



Inhaltsverzeichnis

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

Zusammenfassung

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

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

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

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

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

1 Hintergrund

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 Ziel und Aufbau des Berichts

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

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

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

3 Erfahrungen mit dem Nachweisverfahren

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

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

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

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

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

4 Umsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen

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

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

4.1 Plausibilisierung

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

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

4.2 Beschreibung der Grundgesamtheit

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

Tabelle 1: Grundgesamtheit für das Jahr 2022 je pflegesensitiver Bereich

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

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

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

Tabelle 2: Regionale Verteilung der Grundgesamtheit für das Jahr 2022

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

4.3 Umsetzung der PpUG je pflegesensitiver Bereich

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

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

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

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

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

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

4.4 Umsetzung der PpUG differenziert nach Tag- und Nachtschicht

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

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

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

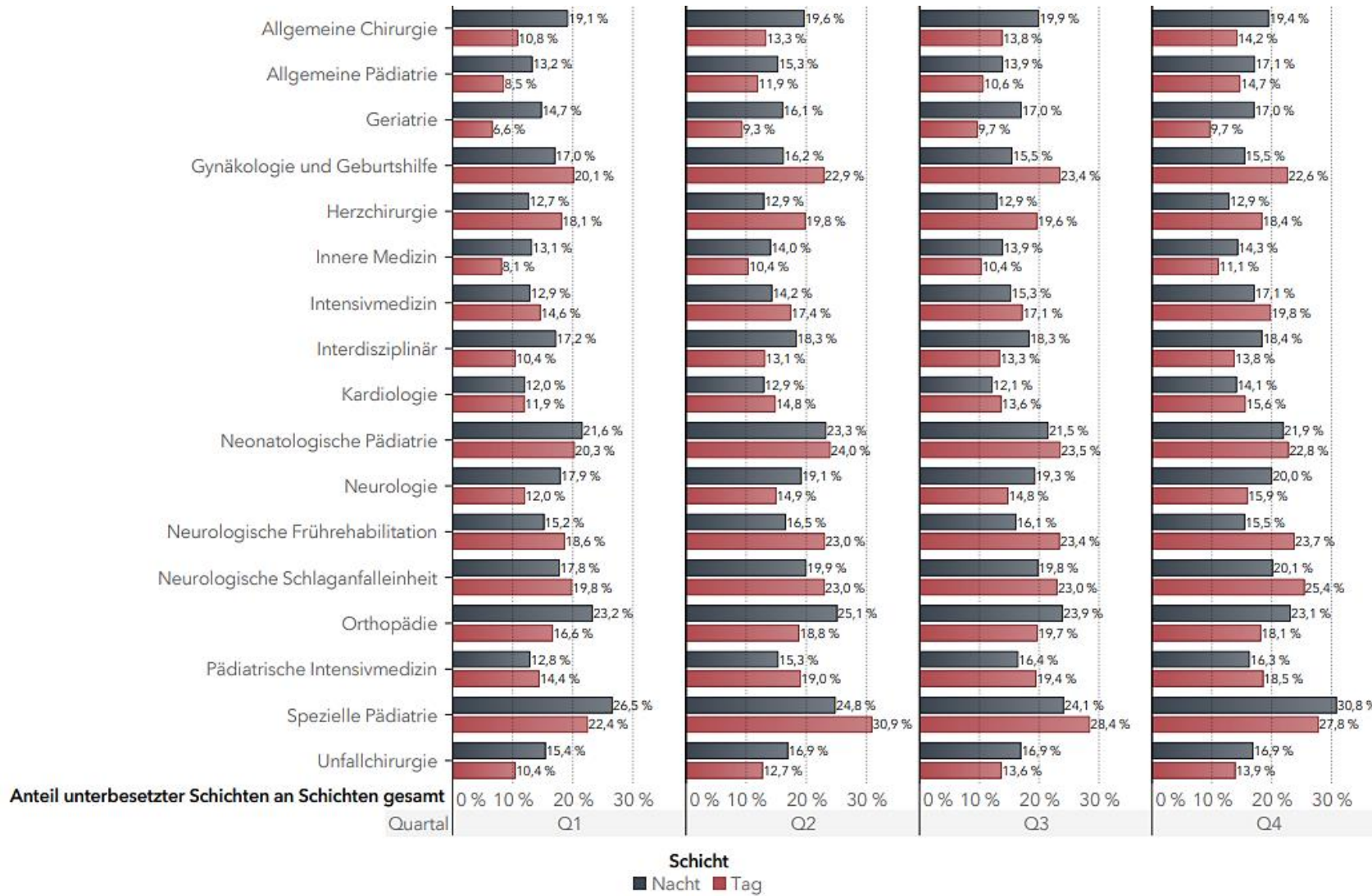


Abbildung 1: Unterbesetzte Schichten differenziert nach Tag- und Nachtschicht in 2022

Patienten je Pflegekraft Tagschicht

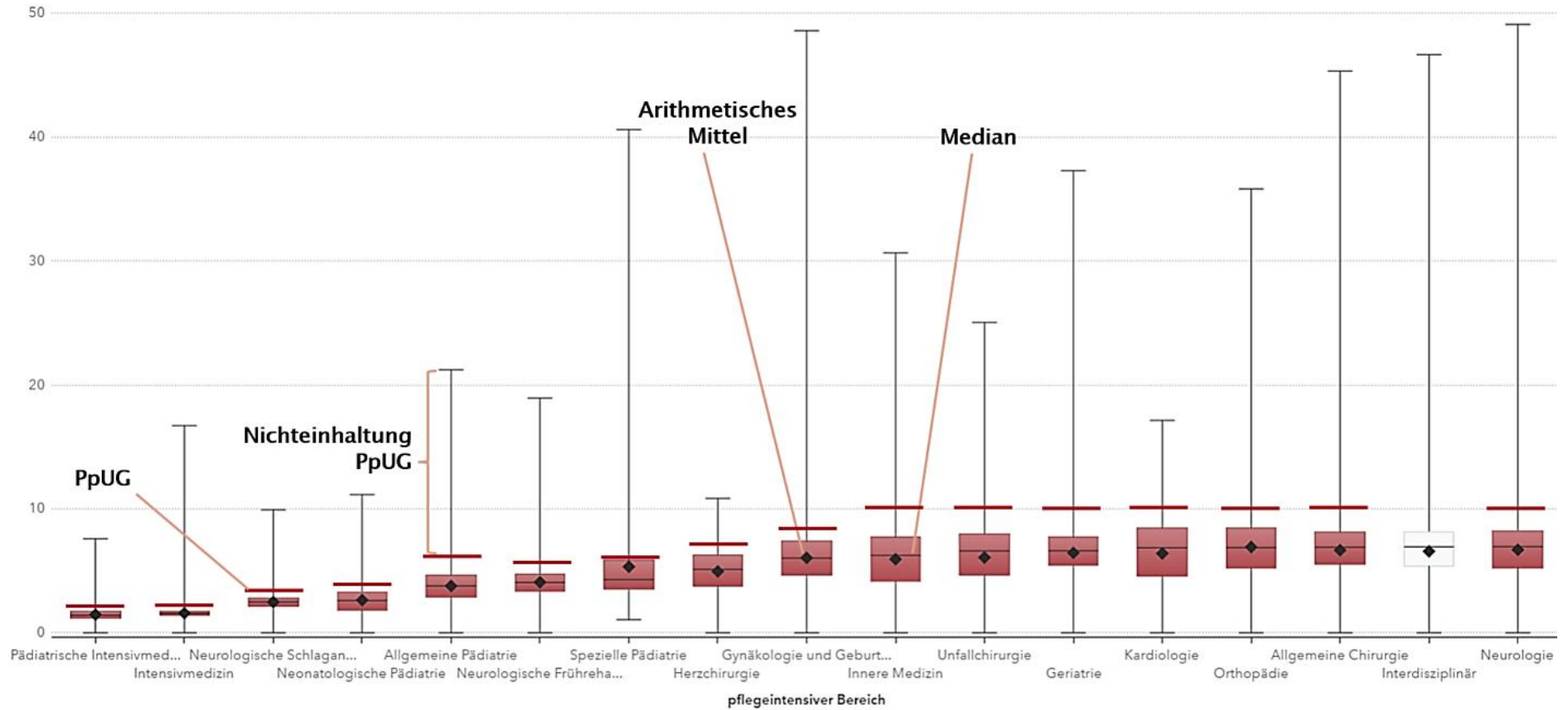


Abbildung 2: Patientinnen und Patienten je Pflegekraft in 2022 in der Tagschicht

Patienten je Pflegekraft Nachtschicht

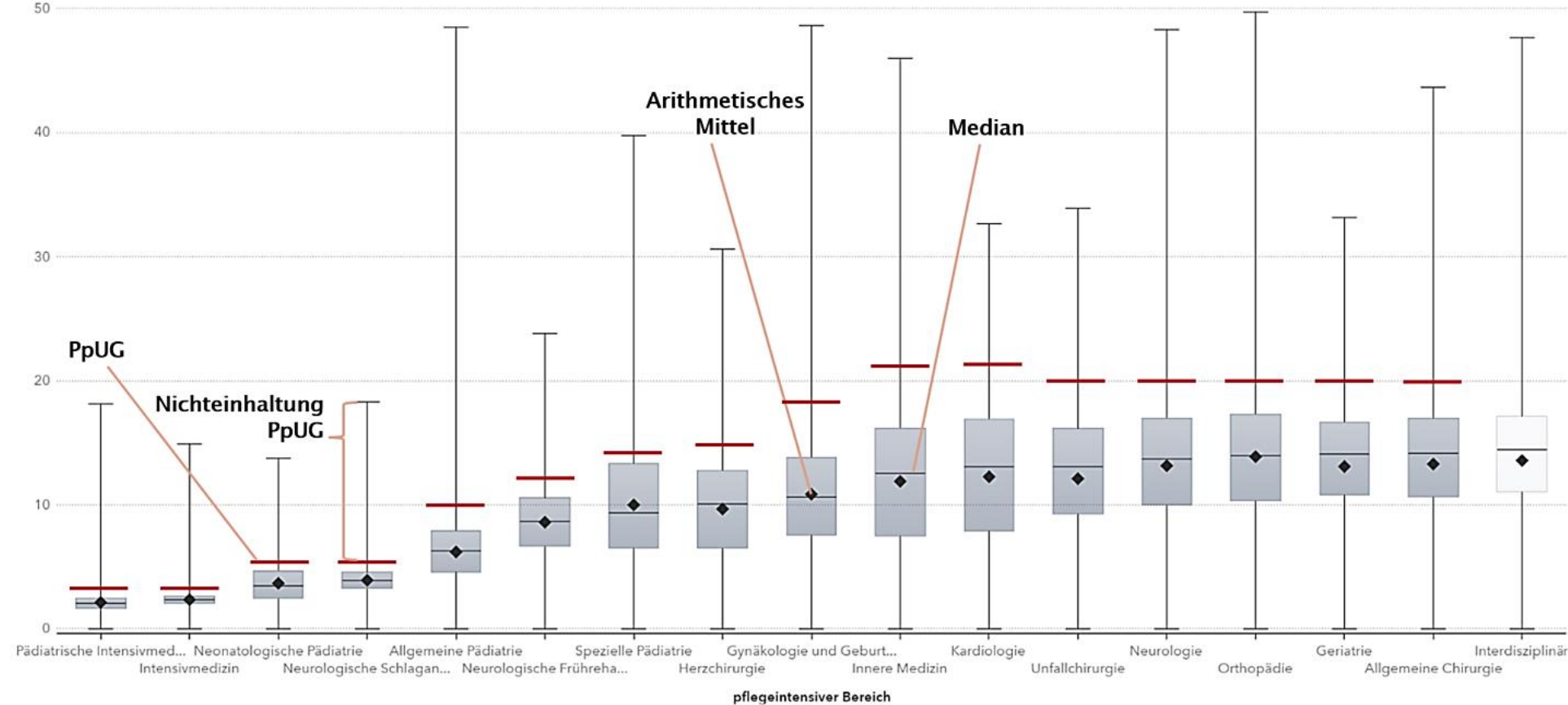


Abbildung 3: Patientinnen und Patienten je Pflegekraft in 2022 in der Nachtschicht

4.5 Umsetzung der PpUG je Bundesland

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

Tabelle 4: Umsetzung der PpUG je Bundesland in 2022

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

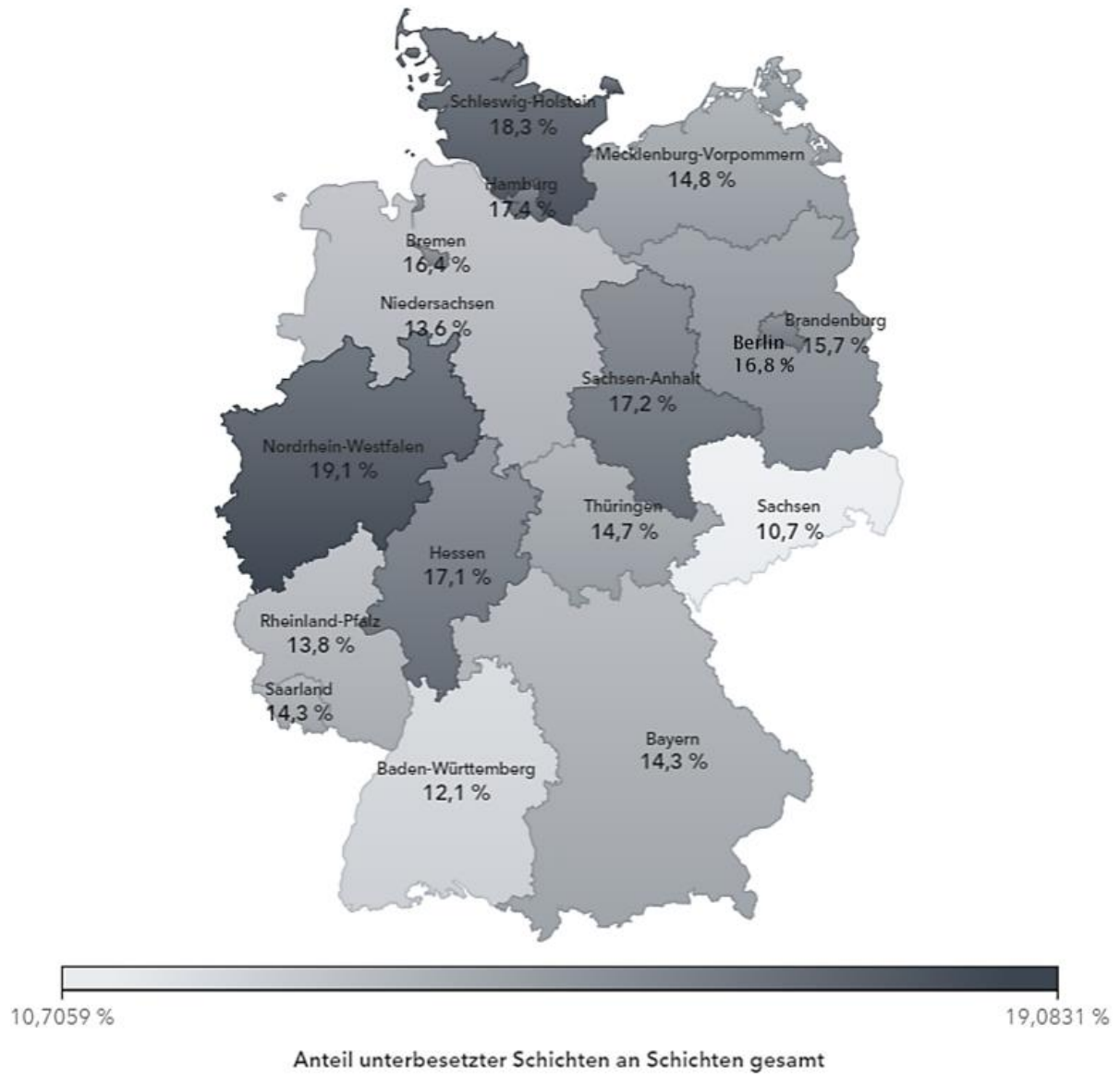


Abbildung 4: Unterbesetzte Schichten in 2022 je Bundesland

5 Wirkmechanismus und Konsequenzen der Nichteinhaltung

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

5.1 Wirkmechanismus der PpUG

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

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

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

5.2 Erfahrungen mit der Sanktionierung

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

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

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

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

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

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

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

5.3 Ausnahmeregelungen

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

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

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

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

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

pflegeintensiver Bereich ▲	Quartal ▲	Personalausfall	erhöhte Patientenzahl
Allgemeine Chirurgie	Q1	109	268
	Q2	144	236
	Q3	236	112
	Q4	356	143
Allgemeine Pädiatrie	Q1	68	108
	Q2	53	110
	Q3	97	75
	Q4	144	296
Geriatric	Q1	46	116
	Q2	73	83
	Q3	88	37
	Q4	181	26
Gynäkologie und Geburtshilfe	Q1	176	424
	Q2	239	345
	Q3	333	166
	Q4	496	164
Herzchirurgie	Q1	8	42
	Q2	22	35
	Q3	22	26
	Q4	38	32
Innere Medizin	Q1	221	416
	Q2	258	358
	Q3	360	183
	Q4	584	221
Intensivmedizin	Q1	209	290
	Q2	196	277
	Q3	291	146
	Q4	504	198
interdisziplinär	Q1	418	940
	Q2	499	836
	Q3	847	419
	Q4	1.259	453
Kardiologie	Q1	44	30
	Q2	54	32
	Q3	46	27
	Q4	64	21

pflegeintensiver Bereich ▲	Quartal ▲	Personalausfall	erhöhte Patientenzahl
Neonatologische Pädiatrie	Q1	42	89
	Q2	43	94
	Q3	78	69
	Q4	71	128
Neurologie	Q1	90	187
	Q2	72	189
	Q3	208	113
	Q4	396	115
Neurologische Frührehabilitation	Q1	94	48
	Q2	65	41
	Q3	90	30
	Q4	93	8
Neurologische Schlaganfallereinheit	Q1	43	107
	Q2	37	94
	Q3	72	38
	Q4	161	47
Orthopädie	Q1	45	80
	Q2	67	94
	Q3	88	28
	Q4	74	33
Pädiatrische Intensivmedizin	Q1	6	15
	Q2	11	30
	Q3	21	20
	Q4	23	50
Spezielle Pädiatrie	Q1	0	12
	Q2	3	12
	Q3	12	0
	Q4	7	7
Unfallchirurgie	Q1	26	24
	Q2	23	23
	Q3	34	14
	Q4	42	7

6 Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen

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

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

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

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

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

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

6.1 Allgemeine Wahrnehmung der PpUG

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

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

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

6.2 Auswirkungen auf die Krankenhausstandorte

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

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

6.3 Auswirkungen auf das Pflegepersonal

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

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

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

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

6.4 Auswirkungen auf die Personal- und Dienstplanung

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

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

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

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

6.5 Auswirkungen auf die Patientenversorgung

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

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

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

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

7 Fazit

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

7.1 Fazit des GKV-Spitzenverbandes

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

Transparenz

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

Umsetzung der PpUG

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

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

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

Auswirkungen auf das Pflegepersonal

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

Auswirkung auf die Patientenversorgung

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

Bewertung der Befragung von Pflegedirektionen und leitenden Pflegekräften

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

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

Verfahren zu Nachweis und Sanktionen

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

PpUG und Pflegepersonalbemessung

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

7.2 Fazit der Deutschen Krankenhausgesellschaft

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

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

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

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

Anlagen

Anlage 1 IGES-Bericht über Auswirkungen von Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus

[separate Anlage zu diesem Bericht]

Anlage 2 Umsetzung der PpUG im Zeitverlauf – Kennzahlen je Quartal

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

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

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