

**Theorie und Praxis der Umsetzung des
Personalschlüssel in Perinatalzentren
gemäß der Qualitätssicherungsrichtlinie für Früh-
und Reifgeborene (QFR-RL)**

Bachelorarbeit

zur Erlangung des Grades "Bachelor of Arts" (B.A.)

Erstprüfer: Herr Tobias Immenroth M. A., Verwalter einer Professur

Zweitprüferin: Frau Patricia Niedenführ M. Sc.

Elena Domke

Wolfsburg, den 07.11.2018

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Hinweis im Sinne des Gleichbehandlungsgesetzes | IV |
| Abkürzungsverzeichnis | V |
| Abbildungsverzeichnis | VI |
| Tabellenverzeichnis | VI |
| 1 Einleitung | 7 |
| 1.1 Hintergrund | 7 |
| 1.2 Forschungsfrage und Aufbau der Arbeit | 9 |
| 1.3 Literaturrecherche und Auswahl | 10 |
| 2 Perinatalversorgung in Deutschland | 11 |
| 2.1 Begriffliche Abgrenzung | 11 |
| 2.1.1 Frühgeburt..... | 11 |
| 2.1.2 Versorgungsstufen in perinatologischen Einrichtungen | 13 |
| 2.2 Epidemiologie, Ursachen und Folgen einer Frühgeburt..... | 15 |
| 3 Rechtsgrundlagen der Qualitätssicherung in Perinatalzentren | 18 |
| 3.1 §92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses“ | 18 |
| 3.2 §135a Absatz 1 & 2 SGB V „Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung“ | 18 |
| 3.3 §136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V „Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung“ | 19 |
| 3.4 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene..... | 19 |
| 3.4.1 Hintergrund der Richtlinie..... | 19 |
| 3.4.2 Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals | 23 |
| 3.4.3 Fachkraftquote..... | 23 |
| 3.4.4 Personalschlüssel | 24 |

| | |
|---|-----------|
| 3.4.5 Nachweisverfahren und Abweichung der Vorgaben..... | 26 |
| 4 Methodik | 26 |
| 4.1 Vorgehen | 26 |
| 4.2 Auswahl der Interviewpartner | 29 |
| 4.3 Entwicklung der Interviewfragen | 30 |
| 5 Qualitative Inhaltsanalyse | 32 |
| 5.1 Vorgehen zur Auswertung..... | 32 |
| 5.2 Kategorienbildung | 33 |
| 5.3 Ergebnisse | 35 |
| 6 Zusammenfassung und Diskussion | 51 |
| 7 Fazit | 56 |
| Literatur- und Quellenverzeichnis | 58 |
| Anhang I: Fallzahlen im neonatologischen Intensivbereich (Jahr 2015) | 65 |
| Anhang II: Beispiel der E-Mail Kontaktanfrage | 66 |
| Anhang III: Interviewleitfaden | 67 |
| Anhang IV: Interviewprotokoll | 69 |
| Anhang V: Kategorienunterteilung und Reduktion | 70 |
| Anhang VI: Zusammenfassung der Interviews | 71 |

Hinweis im Sinne des Gleichbehandlungsgesetzes

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und dritter Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen, wie z. B. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Ärzte, Pflegepersonal, Pflegedienstleiter, Patient oder Ähnliche gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---------|---|
| AWMF | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Leitlinie) |
| BÄK | Bundesärztekammer |
| DKG | Deutsche Krankenhausgesellschaft |
| DKI | Deutsches Krankenhausinstitut |
| G-BA | Gemeinsamer Bundesausschuss |
| GNPI | Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin |
| IQTIG | Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen |
| KBV | Kassenärztliche Bundesvereinigung |
| LBI-HTA | Ludwig Boltzmann Institute of Health Technology Assessment |
| PDL | Pflegedienstleiter |
| PNZ | Perinatalzentrum |
| QFR-RL | Qualitätssicherungs-Richtlinie für Früh- und Reifgeborene |
| SGB V | Fünftes Buch Sozialgesetzbuch |
| SSW | Schwangerschaftswoche |
| WHO | Weltgesundheitsorganisation |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Ablaufmodell zur Untersuchungsstrategie | 28 |
|--|----|

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Definiton des Geburtsgewichts nach WHO..... | 12 |
| Tabelle 2: Definition der Frühgeburt nach Gestationsalter | 13 |
| Tabelle 3: Übersicht der Kategorienbildung | 34 |

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Weltweit werden schätzungsweise 15 Millionen Kinder zu früh geboren. Dies bedeutet, dass ungefähr jedes zehnte geborene Kind ein Frühchen ist. Jährlich sterben mehr als 1,1 Millionen Babys an einer direkten Folge der Frühgeburt.¹ Somit ist diese bei Kindern unter fünf Jahren, nach der Pneumonie², die zweithäufigste Todesursache.³ Neugeborene Kinder sind sehr empfindlich und je früher sie geboren werden, desto intensiver bedürfen sie einer hoch spezialisierten Betreuung und Behandlung nach der Geburt.⁴ Die Entwicklung der Organ- und Körperfunktionen, sind je nach Zeitpunkt der Geburt noch nicht vollständig ausgereift. Das Risiko zu versterben ist somit höher als bei Termingeburten. Aus diesem Grund reicht eine Standardversorgung bei diesen Säuglingen nicht aus.⁵ Die Mortalität⁶ und Morbidität⁷ ist ein erheblicher Risikofaktor der Frühgeburt und stellt somit ein wesentliches Problem in der Geburtsmedizin dar.⁸

Bei einer risikoadaptierten Indikationsstellung sollen frühgeborene und kranke reifgeborene Kinder in speziellen Kliniken versorgt werden. Um den Grad der unreife bzw. die Schwere der Erkrankung behandeln zu können, müssen diese bestimmte Voraussetzungen in Bezug auf die Struktur sowie die Qualität erfüllen.⁹ Erforderlich hierfür sind interdisziplinäre Teams, um diesen Säuglingen eine individuelle Betreuung und Behandlung bieten zu können.¹⁰ Die Erfahrung und das Wissen des Pflegepersonals über die umfangreiche Behandlung ist ausschlaggebend, denn

¹ Vgl. Howson et al. 2013 (Internet)

² Lungenentzündung (vgl. Hoffmann-La-Roche-AG 2003, S. 1484)

³ Vgl. Friese/Husslein 2014, S. 832

⁴ Vgl. Bundesärztekammer (BÄK)/Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (Hrsg.) 2012, o. S.

⁵ Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hrsg.) 2017 (Internet)

⁶ Sterberate (vgl. Bertelsmann 1993, S. 42)

⁷ Krankenstand (vgl. Bertelsmann 1993, S. 75)

⁸ Vgl. Schleußner 2013, S. 227

⁹ Vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF-Leitlinie) (Hrsg.) 2013, S. 1

¹⁰ Vgl. Messall/Löscher/Rohrbach 2013, S. 2

sie bestärken die Überlebens- und Lebensaussichten des Frühgeborenen.¹¹

Eine Vermeidung der Frühgeburt bzw. die anschließende bestmögliche Versorgung und Förderung dieser Risikokinder ist somit in Deutschland aus gesundheitspolitischer Sicht von hoher Bedeutung geworden. Aufgrund dessen entwickelte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Qualitätssicherungs-Richtlinie für Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) anhand eines risikobezogenen Versorgungsstufenkonzeptes. Die Richtlinie fordert für die neonatologische¹² Intensivpflege, eine hohe Fachkraftquote je Schicht sowie eine konkrete Festschreibung des Pflegepersonals für die intensivtherapie- und überwachungspflichtigen Kinder unter 1.500 Gramm.¹³

Über den Umsetzungsstand der strukturellen Anforderungen und der pflegerischen Versorgung gab es viele widersprüchliche Angaben zu Erfüllung der Richtlinie. Erstmals erfolgte 2018 im Auftrag des G-BA eine standardisierte Strukturabfrage durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Hierbei hatten die Perinatalzentren (PNZ) den Auftrag, an einer Strukturabfrage zu der Versorgung der Früh- und Reifgeborenen teilzunehmen.¹⁴ Laut dem aktuellen Bericht vom IQTIG ergab die Umfrage, dass viele Einrichtungen (Level 1 und 2) die Vorgaben im Bereich der pflegerischen Versorgung nicht erfüllen.¹⁵

Daraus lässt sich schließen, dass auf den Frühchen-Stationen in vielen Kliniken eine Unterbesetzung des Personals herrscht und dadurch Umsetzungsschwierigkeiten in der Praxis bestehen.¹⁶ Kann die pflegerische Versorgung nicht sichergestellt werden, sinkt die Qualität der medizinischen Versorgung, welche für Hochrisikokinder überlebensentscheidend

¹¹ Vgl. AWMF-Leitlinie (Hrsg.) 2014, S. 1

¹² Die Neonatologie beschäftigt sich mit medizinischen Maßnahmen für Neugeborene und Frühgeborene Kinder mit intensivpflichtigen Erkrankungen sowie Behinderungen (vgl. Muntau 2018, S. 2)

¹³ Vgl. G-BA (Hrsg.) 2018, Anlage 2, S. 4ff.

¹⁴ Vgl. BÄK/KBV (Hrsg.) 2017, o. S.

¹⁵ Vgl. Richter/Thomas/Heller 2018, S. 27

¹⁶ Vgl. Ebd., S. 149

ist.¹⁷ Schon der kleinste Fehler kann lebenslange Behinderungen mit sich ziehen oder sogar zum Tod führen.¹⁸

1.2 Forschungsfrage und Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit beruht auf der QFR-RL. Angesichts der Rahmenbedingungen für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen Kindern in Deutschland erschließen sich somit noch bestehende Defizite bei der Umsetzung des Personalschlüssels.

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, mittels Experteninterviews die Ursachen hierfür aufzuzeigen und Umsetzungsmöglichkeiten der QFR-RL im Bereich des Personalschlüssels darzustellen. Demnach lautet die Forschungsfrage:

Wie können Perinatalzentren die Personalschlüssel umsetzen, um die Anforderungen aus der QFR-RL zu erfüllen?

Die Arbeit fokussiert sich lediglich auf die Anforderungen der pflegerischen Strukturqualität gemäß der QFR-RL in Level 1 und Level 2 Zentren.

Mit einer kurzen Einführung in die Thematik und dem Aufbau dieser Arbeit wird begonnen. Damit ein theoretisches Grundverständnis dieser Forschungsarbeit aufgebracht werden kann, erfolgt darauf im zweiten Kapitel eine Abgrenzung der Begrifflichkeiten *Frühgeburt* und *Perinatalzentrum*. Unter anderem werden die unterschiedlichen *Versorgungsstufen* aufgeführt. Des Weiteren werden *Fallzahlen* dargelegt sowie die *Ursachen* und *Folgen* einer Frühgeburt näher betrachtet.

Kapitel drei stellt zuerst eine kurze Einführung in die Rechtsgrundlagen dar, um einen Einblick in die konkreten Anforderungen der Richtlinie und ihrem Ziel zu verschaffen. Zudem wird der Hintergrund der QFR-RL näher in Betracht gezogen. Die einzelnen Anforderungen, die sich auf die

¹⁷ Vgl. Eggert 2017 (Internet)

¹⁸ Vgl. Straßburger-Lochow/Waldmann-Rex 2011, S. 181

theoretische Umsetzung des Personalschlüssels und -angaben beziehen, werden aus der QFR-RL genauer erläutert.

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wird im vierten Kapitel das Vorgehen der Arbeit erläutert. Hier wird die praktische Umsetzung durch *Experteninterviews* dargestellt. Hierzu wurden drei unterschiedliche *Pflegedienstleiter* (PDL) aus unterschiedlichen Regionen befragt. Unter anderem erfolgt eine ausführliche Erklärung über die wissenschaftliche Erhebungsmethodik. Außerdem wird die Wahl der Experten begründet. Durch individuelle und spezifische Fragen, die anhand eines Leitfadens aufgebaut sind, werden Informationen abgefragt und ergeben somit eine Ableitung über die momentane Situation der jeweils Befragten Interviewpartner.

Das fünfte Kapitel beinhaltet die Analyse und Auswertung der erhobenen Daten und stellt den Schwerpunkt dieser Arbeit dar. Hierzu wurde im Vorfeld für eine qualitative Inhaltsanalyse ein Kategoriensystem für eine systematische Vorgehensweise gebildet.

Abschließend folgt eine Diskussion im sechsten Kapitel, in dem die wesentlichen Kernaussagen in Bezug auf die Fragestellung dieser schriftlichen Ausarbeitung zusammengefasst und diskutiert werden. Diesbezüglich wird eine kritische Reflexion über den Inhalt, sowie über die methodische Vorgehensweise dieser Arbeit vorgenommen.

Das siebte Kapitel fasst die Ausführungen in einem Ausblick zusammen und bildet den Abschluss dieser Arbeit.

1.3 Literaturrecherche und Auswahl

Um die Forschungsfrage beantworten zu können, wurde unter anderem in verschiedenen Bibliotheken, sowie auf unterschiedlichen Datenbanken der Hochschule Ostfalia für angewandte Wissenschaften, der Medizinischen Hochschule Hannover und der Technischen Universität Braunschweig recherchiert. Es wurden Schlagwörter wie *Frühgeburt*, *Perinatalzentrum*, *Neonatologie* und weitere Begrifflichkeiten in die

Suchfunktion eingegeben. Ebenfalls wurden die offiziellen Internetplattformen der Institutionen wie *Deutsches Ärzteblatt*, *perinatalzentren.org*, *Gemeinsamer Bundesausschuss*, *Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen*, *Deutsche Krankenhausgesellschaft*, *Bundesverband: Das Frühgeborene Kind e. V.* und *Das Frühchen Portal* als fachkundige Quellen herangezogen. Basierend auf die theoretischen Grundlagen, wurden diese wesentlich verwendet.

Überwiegend besteht die Bachelorarbeit aus Monografien, sowie aus Sekundärliteratur in Form von Sammelwerken. Des Weiteren wurden zwei Studien zu einer Perinatalbefragung des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) herangezogen. Darüber hinaus erfolgte die Ausarbeitung zu einzelnen Abschnitten durch Fachzeitschriften und einer medizinischen Leitlinie (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.), da diese auf aktuellen und wissenschaftlichen Erkenntnisse zu diesem Thema berufen. Medizinische Terminologien wurden aus einem medizinischen Lexikon entnommen, da dort diese umfangreiche Informationen zu Medizin und Gesundheit bietet.

2 Perinatalversorgung in Deutschland

2.1 Begriffliche Abgrenzung

2.1.1 Frühgeburt

Alle Geburten, die vor der 37. Schwangerschaftswoche (SSW) vollenden, werden als Frühgeburt bezeichnet.¹⁹ Regelrechtliche Definitionen beziehen sich entweder auf das Gestationsalter²⁰ oder auf das Gewicht bei der Geburt.²¹ Aus der Tabelle 1 und 2 können die unterschiedlichen Definitionen sowohl nach Geburtsgewicht, als auch nach Gestationsalter entnommen werden.

¹⁹ Vgl. Kröner/Koletzko 2010, S. 24

²⁰ Schwangerschaftsalter (vgl. Speer/Gahr 2009, S. 140)

²¹ Vgl. Ludwig Boltzmann Institute of Health Technology Assessment (LBI-HTA) (Hrsg.) 2011, S. 89

Da nicht jede Geburt nach Plan verläuft, kann es zu Schwankungen in Bezug auf den Geburtstermin kommen. In der Regel wird das Kind zehn Tage vor oder zehn Tage nach dem berechneten Geburtstermin geboren, welches zwischen der 37. und der 42. SSW liegt.²² Am häufigsten beträgt das Gewicht frühgeborene Kinder weniger als 2.500 Gramm. In Deutschland wird das Erreichen der 23. SSW als Grenze der Lebensfähigkeit mit medizinischer Hilfe von Frühchen gesehen.²³ Das Gewicht beträgt hier 500 - 600 Gramm.²⁴ Häufig leiden diese Kinder unter bleibenden körperlichen und geistigen Schäden.²⁵ Im Vergleich zu normalen Geburten liegt das durchschnittliche Geburtsgewicht eines Neugeborenen zwischen 2.500 und 4.499 Gramm.²⁶ Je geringer das Geburtsgewicht und das Gestationsalter ist, desto höher ist das Sterberisiko sowie die Wahrscheinlichkeit an angeborenen Fehlbildungen zu leiden. Darüber hinaus werden auch Kinder zu früh geboren, die keine schweren Erkrankungen mit sich tragen.²⁷

Tabelle 1: Definition des Geburtsgewichts nach WHO²⁸

| Geburtsgewicht (g) | Definition |
|---------------------------|-----------------------|
| < 1.000 | Extremes Untergewicht |
| 1.000 – 1.499 | Starkes Untergewicht |
| 1.500 – 2.499 | Untergewicht |
| 2.500 – 4.499 | Normalgewicht |

²² Vgl. Krahl 2013, S. 2

²³ Vgl. Bundesverband „Das Frühgeborene Kind“ e. V. (Hrsg.) 2013 (Internet)

²⁴ Vgl. Singer 2018, S. 122

²⁵ Vgl. Straßburger-Lochow/Waldamann-Rex 2011, S. 205

²⁶ Vgl. LBI-HTA (Hrsg.) 2011, S. 89

²⁷ Vgl. Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (Hrsg.) 2004 (Internet)

²⁸ Eigene Darstellung in Anlehnung an LBI-HTA 2011, S. 89

Tabelle 2: Definition der Frühgeburt nach Gestationsalter²⁹

| Gestationsalter (SSW) | Definition |
|-----------------------|-------------------------|
| < 24 | Extrem frühe Frühgeburt |
| 24 – 27 | Sehr frühe Frühgeburt |
| 28 – 33 | Frühe Frühgeburt |
| 34 – 36 | Späte Frühgeburt |

Um schwerwiegende Folgen oder Risiken einer Frühgeburt zu behandeln oder möglichst zu vermeiden, sollten diese Kinder in einem PNZ versorgt werden.³⁰

2.1.2 Versorgungsstufen in perinatologischen Einrichtungen

Die Bezeichnung *Perinatal* bedeutet „die Zeit um die Geburt herum“.³¹ Perinatalzentren sind spezialisierte Krankenhäuser, die frühgeborene sowie kranke Neugeborene, die häufig unter Lebensgefahr stehen, behandeln. Demnach kennzeichnet sich die Perinatalmedizin durch das interdisziplinäre Zusammenarbeiten von Neonatologen, Geburtshelfer und Anästhesiologen. Die Zeitspanne erstreckt sich zwischen der 24. SSW. und dem siebten Lebenstag nach der Geburt.³² PNZ richten sich auf die besonderen Bedürfnisse dieser Säuglinge aus. Ziel ist es, durch die medizinische Versorgung die unausgereifte Funktion zu fördern und zu unterstützen. Nicht nur kranke, sondern auch gesunde Frühchen werden dort versorgt.

Damit sich diese Geburtskliniken PNZ nennen dürfen, müssen besondere Kriterien erfüllt werden.³³ Der Gesetzgeber hat im Jahr 2005 reagiert und Geburtsabteilungen nach dem Grad ihrer Spezialisierung in vier unterschiedliche Versorgungsstufen eingeteilt.³⁴ In Deutschland werden unterschiedliche Einrichtungen für Schwangere angeboten, in denen sie

²⁹ Eigene Darstellung in Anlehnung an LBI-HTA 2011, S. 89

³⁰ Vgl. IQTIG (Hrsg.) 2018 (Internet)

³¹ Hoffmann-La-Roche-AG (Hrsg.) 2010, S. 1432

³² Vgl. Eppinger/Müller 2015, 2016, S. 53

³³ Vgl. Bach/Lehmphul 2016 (Internet)

³⁴ Vgl. Gerber/Lauterbach/Lüngen 2008 (Internet)

entbinden können. Die Versorgungsstufen Level 1 und 2 werden als PNZ bezeichnet. Versorgungsstufe Level 3 sind Geburtskliniken mit perinatalem Schwerpunkt. Die vierte Versorgungsstufe sind normale Geburtsteilungen, ohne pädiatrische³⁵ Abteilung, das heißt ohne eine angeschlossene Kinderklinik. Hier entbinden Schwangere ab der 36. SSW, bei denen keine Risikofaktoren vorliegen. Kliniken einer höheren Versorgungsstufe können alle medizinischen Indikationen aus niedrigeren Versorgungsstufen behandeln.³⁶

Durch den medizinischen und technischen Fortschritt sind heutzutage fast alle neonatologischen Versorgungsfälle und Frühgeburten vorhersehbar, sodass Schwangere rechtzeitig in ein Zentrum der entsprechenden Versorgungsstufe mit entsprechendem Risikoprofil überwiesen werden können.³⁷ In Deutschland gibt es zurzeit 211 Zentren mit der Versorgungsstufe Level 1 und 2, die sich auf die medizinische Behandlung und Versorgung von Frühgeborenen spezialisiert haben.³⁸

Level 1 Zentren

Perinatalzentren mit der Versorgungsstufe 1 sind Zentren mit *Maximalversorgung*, welches der höchsten Versorgungsstufe entspricht. Hier erfüllt die personelle und technische Ausstattung den höchsten Anforderungen in einem Krankenhaus.³⁹ Diese sind auf Risikoschwangerschaften, Risikogeburten und auf Risiko Frühgeburten spezialisiert und behandeln hauptsächlich Kinder, die unter der 29. SSW zur Welt kommen, was ungefähr einem Geburtsgewicht von unter 1.250 Gramm entspricht. Auch Drillinge mit einem Gestationsalter unter der 33. SSW sowie über drei Mehrlingen werden hier behandelt. Ebenso Kinder, bei denen eine intensive spezialisierte Versorgung absehbar ist bzw. Schwangere bei denen vor der Geburt fetal⁴⁰ oder mütterlicherseits

³⁵ Die Pädiatrie ist ein Teilgebiet der Kinder- und Jugendheilkunde und auf die medizinische Vorbeugung und Behandlung dieser spezialisiert (vgl. Hoffmann-La-Roche-AG 2003, S. 1394)

³⁶ Vgl. IQTIG (Hrsg.) 2018 (Internet)

³⁷ Vgl. Teising/Jipp 2016, S. 246

³⁸ Vgl. Richter/Thomas/Heller 2018, S. 28

³⁹ Vgl. Teising/Jipp 2016, S. 246

⁴⁰ „Das ungeborene im Mutterleib vom Abschluss der Embryonalperiode (ab 61. Tag) bis zur Geburt“ (Hoffmann-La-Roche-Aktiengesellschaft (Hrsg.) 2003, S. 609)

Gesundheitsbeschwerden diagnostiziert worden sind. Besonders wenn Anzeichen auf angeborene Fehlbildungen, die Langzeitfolgen nach sich ziehen, sind z. B. Zwerchfellhernien⁴¹, kritische Herzfehler, Gastroschisis⁴², Meningomyelozenen.⁴³

Level 2 Zentren

PNZ mit der Versorgungsstufe 2 versorgen Frühchen ab einem erwarteten Geburtsgewicht von 1.250 bis 1.499 Gramm bzw. einem Gestationsalter ab 29. SSW bis 31. SSW. Ebenso werden Schwangere mit assoziierten Erkrankungen oder bei einem voraussehbareren Risiko des Fetus oder des Neugeborenen aufgrund insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung dort behandelt.⁴⁴

Die Differenzierung der Versorgungsstufe Level 1 und 2 erfolgt mittels der Spezialisierung, der Ausstattung und des Personals.⁴⁵ Eine optimale Betreuung von Mutter und Kind kann besser gewährleistet werden, je gezielter die Zuweisung in eine bestimmte Geburtsabteilung ist. Daher ist es wichtig, dass diese Kliniken der Mutter und dem Kind eine besondere Behandlung garantieren können.⁴⁶ Die Kriterien für eine genaue Zuordnung für solche intensivpflichtigen Kindern werden in der Empfehlung der British Association of Perinatal Medicine definiert.⁴⁷

2.2 Epidemiologie, Ursachen und Folgen einer Frühgeburt

Die perinatale Mortalität und Morbidität ist ein erheblicher Risikofaktor der Frühgeburt und stellt somit ein wesentliches Problem in der Geburtsgeschichte dar.⁴⁸ Die Versorgung von Hochrisiko-Schwangeren sowie Früh- und Reifgeborenen mit einem hohen Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko

⁴¹ Angeborenes teilweises oder komplettes Fehlen des Zwerchfells (vgl. AWMF-Leitlinie (Hrsg.) 2016, S. 1)

⁴² „Angeborene Defekte der vorderen Bauchwand“ (AWMF-Leitlinie (Hrsg.) 2012, S. 1)

⁴³ Angeborene Defekte des Rückenmarks (vgl. Speer/Gahr 2009, S. 246)

⁴⁴ Vgl. G-BA (Hrsg.) 2018, Anlage 1, S. 1

⁴⁵ Vgl. IQTIG (Hrsg.) 2018 (Internet)

⁴⁶ Vgl. G-BA (Hrsg.) 2005 (Internet)

⁴⁷ Vgl. G-BA (Hrsg.) 2015, S. 4

⁴⁸ Vgl. Schleißner 2013, S. 227

muss zur Sicherheit für die Mutter und das Kind in neonatologischen PNZ der Versorgungsstufe 1 oder 2 erfolgen.⁴⁹ Das zentrale Ziel ist es das Überleben dieser frühgeborenen Kinder sicherzustellen.

Das IQTIG dokumentierte im Erfassungsjahr 2016 insgesamt 773.338 geborene Kinder in Deutschland. Davon kamen 66.851 Kinder zu früh zur Welt. Das ergibt einen prozentualen Anteil von 8,64 %. Ungefähr 11.000 dieser frühgeborenen Kinder kamen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm zur Welt, was einen gesamten Anteil von 10 % dieser frühgeborenen Kinder entspricht.⁵⁰ Nach dem Stand 2016 hat Deutschland mit einer der höchsten Frühgeburtenrate im internationalen Vergleich.⁵¹ In den letzten Jahrzehnten haben sich die Überlebenschancen dieser Kinder wesentlich verbessert, allerdings wird in zahlreichen Fällen mit Langzeitfolgen gerechnet.⁵²

Das DKI belegt in der zweiten Perinatalbefragung Fallzahlen⁵³ aus dem Jahr 2015.⁵⁴ Ein Überblick über die Fallzahlen aus Level 1 und 2 Zentren ist aus dem Anhang I zu entnehmen.

Die Gründe für eine Frühgeburt haben verschiedene Ursachen.⁵⁵ Zum Beispiel wird sie ausgelöst durch einen frühzeitigen Blasensprung, Plazentaprobleme, Infektionen der Genitalien mütterlicherseits oder auch durch Mehrlingsschwangerschaften. Auch die Lebenssituation der Schwangeren spielt eine beträchtliche Rolle, vor allem bei erhöhtem Alter der Mutter oder bei Minderjährigen.⁵⁶ Weitere Faktoren können der Alkohol- und Drogenkonsum sowie das Rauchen sein. Auch ein zu geringer Abstand zwischen zwei Schwangerschaften können zu einer Frühgeburt führen. Darüber hinaus vermuten Mediziner, dass überwiegend Frühgeburten durch sozioökonomische Faktoren wie z. B. psychischen und

⁴⁹ Vgl. AWMF-Leitlinie (Hrsg.) 2015, S.7

⁵⁰ Vgl. IQTIG (Hrsg.) 2016, S. 129

⁵¹ Vgl. KBV (Hrsg.) 2016 (Internet)

⁵² Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) 2017 (Internet)

⁵³ Der Begriff Fallzahl gibt die Anzahl der Patienten (ambulant, stationär oder auch teilstationär), die innerhalb eines Jahres in einem Krankenhaus behandelt werden, an. Dabei wird der Aufenthalt im Krankenhaus jedes Patienten nur einmal gezählt (vgl. Deutsches Krankenhaus Verzeichnis (Hrsg.) o. J. (Internet))

⁵⁴ Vgl. Blum 2016, S. 39f.

⁵⁵ Vgl. Straßburger-Lochow/Waldmann-Rex 2011, S. 180

⁵⁶ Vgl. Wense et al. 2013, S. 30f.

physischen Stress der Frauen verursacht werden können. Darunter zählen Überforderung sowie Existenzängste.⁵⁷

Bei einer drohenden Frühgeburt muss versucht werden die Geburt so lange wie möglich hinauszuzögern. Denn je früher das Kind zur Welt kommt, desto mehr Komplikationen können entstehen. Aufgrund der nicht vollständig ausgereiften Organe sinken die Überlebenschancen und die Chance auf ein behinderungsfreies Leben. Die größte Lebensgefahr für das Kind besteht vor der Entbindung der 34. SSW, denn hier ist die Lunge noch nicht ausgereift und es kann zu einer unzureichenden Sauerstoffversorgung kommen. Nach der 34. SSW ist die Reifung der Lunge vorwiegend abgeschlossen. Weitere Komplikationen sind Störung der Temperaturregulation, Instabilität des Herz-Kreislauf-Systems, Stoffwechselstörung, Unterzuckerung, hohe Infektionsgefahr, Netzhautablösung und Neugeborenenikterus.⁵⁸

Aufgrund der Unreife eines Frühgeborenen sind sie von Beginn ihres Lebens diversen seelischen und körperlichen Belastungen ausgesetzt. Oft sind die Auswirkungen noch lange nach der Geburt zu spüren, zum Teil auch noch in späteren Jahren festzustellen.⁵⁹ Laut Langzeituntersuchungen sind die Überlebenschancen gestiegen, dennoch leiden eine Vielzahl der Frühgeborenen unter Spätfolgen im Bereich Aufmerksamkeitsstörung, motorische Störung, Atemwegserkrankung und Entwicklungsverzögerung.⁶⁰

⁵⁷ Vgl. Weißbrodt 2018, S 17f.

⁵⁸ Vgl. Straßburger-Lochow/Waldmann-Rex 2011, S. 181

⁵⁹ Vgl. Singer 2012, S. 568ff.

⁶⁰ Vgl. BÄK/KBV (Hrsg.) 2017 (Internet)

3 Rechtsgrundlagen der Qualitätssicherung in Perinatalzentren

3.1 §92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses“

In diesem Kapitel findet eine kurze Einführung in die Rechtsgrundlage statt, um zu verstehen, was in der Richtlinie gefordert wird und welche Ziele damit verfolgt werden.

Dieser Paragraph sieht vor, dass der G-BA Richtlinien zur Qualitätssicherung beschließt, „[...] zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten,...]“ (vgl. §92 Absatz 1 Satz 2 Nr.13 SGB V⁶¹).

Die zentrale Zielsetzung der QFR-RL ist es, die Sterblichkeit von Säuglingen sowie entstandene frühkindliche Behinderungen zu minimieren. Ebenfalls die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität mit Rücksicht auf eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen (vgl. §1 Absatz 1 und 2 QFR-RL⁶²).

3.2 §135a Absatz 1 & 2 SGB V „Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung“

Diese Vereinbarung nach §135a Absatz 1 & 2 SGB V zur Qualitätssicherung ist eine Maßnahme für alle Leistungserbringer im stationären sowie im ambulanten Bereich, indem sie vom Gesetzgeber erforderlich erbrachten Leistungen zur Qualitätssicherung nach Nr. 1 und 2 verpflichtet sind umzusetzen. In Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und 2 geht es um die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung, die die Ergebnisqualität als Ziel vorsehen, sprich eine Verbesserung des Behandlungserfolges sowie die Einführung eines *einrichtung-internen Qualitätsmanagements*.

⁶¹ Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), BGBl. I 1988 S. 2477, zuletzt geändert durch 2. Pflegestärkungsgesetz, BGBl. I 2015 S. 2424

⁶² Vgl. G-BA (Hrsg.) 2018, S. 3

Im Jahr 2005 wurden erstmalig Vereinbarungen über Mindestanforderungen für die Versorgung von Früh- und Reifgeborene mit speziellen Risikoprofil getroffen. Am 01.01.2006 trat erstmalig eine „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“⁶³ in Kraft.

3.3 §136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V „Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung“

Der G-BA bestimmt in diesem Paragraphen für die zugelassenen Krankenhäuser und für die vertragsärztliche Versorgung in Zusammenhang mit §92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V für alle Patienten „[...]Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizinischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen...]“ (§136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V⁶⁴), damit die Versorgung der Qualität für Früh- und Reifgeborenen verbessert wird.⁶⁵

3.4 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene

3.4.1 Hintergrund der Richtlinie

Um ein Verständnis über die genauen Mindestanforderungen, die in der Richtlinie vereinbart worden sind sowie die Entwicklung der Richtlinie, werden diese in den folgenden Gliederungspunkten erläutert. Die einzelnen theoretischen Anforderungen werden im Nachgang erläutert.

Vor 25 Jahren waren die Überlebenschancen bei Kindern, die viel zu früh zur Welt kamen noch sehr gering. Durch den medizinischen Fortschritt,

⁶³ G-BA (Hrsg.) 2005, S. 1ff.

⁶⁴ Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), BGBl. I 1988 S. 2477, zuletzt geändert durch 2. Pflegestärkungsgesetz, BGBl. I 2015 S. 2424

⁶⁵ Vgl. G-BA (Hrsg.) 2018, S. 3

den extremen Anforderungen an Personal und Technik, können heutzutage lebenserhaltene Maßnahmen gegeben werden.⁶⁶

Seit dem Jahr 2005 wird für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen Kindern in Deutschland vom G-BA ausführliche und verbindliche Mindestanforderungen geregelt, um die Qualität der Versorgung auf den neonatologischen Intensivstationen zu verbessern und zu gewährleisten.⁶⁷ Zuerst einmal wurden fachliche Anforderungen an das Pflegepersonal festgelegt, wie z. B. die Fachweiterbildung *pädiatrische Intensivpflege*, die einen bestimmten prozentualen Anteil ergeben muss. 2014 wurde die Vorgabe für Level 1 und 2 Zentren um einen *Pflegepersonalschlüssel* für Intensivpflichtige Kinder ergänzt. Diese Regelung betrifft frühgeborene Kinder, die unter 1.500 Gramm bei der Geburt wiegen und differenziert sich in *intensivtherapie- und intensivüberwachungspflichtig*.⁶⁸ Die Intensivpflege wird definiert als besondere Pflege für schwerstkranke Menschen.⁶⁹ Demnach müssen frühgeborene Kinder, die mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm zur Behandlung und Versorgung in speziellen Einrichtungen untergebracht werden. Dabei betreffen die Qualitätsanforderungen die ärztliche, pflegerische sowie die Hebammenhilfliche und entbindungspflegerische Versorgung. Eine Übergangsregelung wurde Mitte Dezember 2016 beschlossen, um den Zentren einen Zeitraum zur Erfüllung der Personalvorgaben zu bieten. Die PNZ beklagten immer wieder, dass sie die Vorgaben beim Pflegepersonal nicht erfüllen können. Somit wurde der Übergangszeitraum erneut verlängert. Den Zentren stand ein Übergangszeitraum für die Erfüllung der Fachquote von elf Jahren zur Verfügung (06/2006-01/2017). Für den Pflegepersonalschlüssel wurde den Zentren erstmal ein Zeitraum von drei Jahren eingeräumt (01/2014-01/2017).⁷⁰

Da es bis dato keine verlässlichen Daten über die Umsetzung der Forderungen gab, erfolgte im Jahre 2014 erstmalig eine Perinatalbefragung durch das DKI, damit die derzeitige Situation über die tatsächliche

⁶⁶ Vgl. Bach/Lehmphul 2017 (Internet)

⁶⁷ Vgl. G-BA (Hrsg.) 2018 (Internet)

⁶⁸ Vgl. G-BA (Hrsg.) 2017 (Internet)

⁶⁹ Vgl. Eggert 2017 (Internet)

⁷⁰ Vgl. Koltermann/Follert 2017, S. 1f.

Umsetzbarkeit zur *pflegerischen Strukturqualität* lokalisiert werden konnte.⁷¹ Ergebnis der Befragung war, dass die meisten PNZ die Umsetzung kurzfristig bis mittelfristig nicht umsetzen konnten. Aufgrund des fehlenden qualifizierten Fachpersonals auf dem Arbeitsmarkt sowie der finanziellen Schwierigkeiten. Durch die Einführung von *Ausnahme- und Übergangsregelungen*, gab es von Beginn des Beschlusses Bedenken an der praktischen Umsetzbarkeit.⁷² Demnach erfolgte zwei Jahre später ebenfalls durch das DKI eine zweite Perinatalbefragung. Ziel war es, den Umsetzungsstand der erneuerten Änderung sowie die bisherigen Entwicklungen zu untersuchen und zu evaluieren.⁷³ Das Ergebnis der zweiten Studie zeigte, wie auch in der ersten Befragung, dass es maßgeblich Probleme bei der Umsetzung aufgrund mangelnden Personals, fehlende Zeit und ungenügende finanzielle Mittel gibt. Festgestellt wurde, dass es für viele PNZ keineswegs möglich sein wird, auf längere Sicht die Vorgaben zu erfüllen.

Im Dezember 2016 wurde eine neue Übergangsregelung beschlossen, die dieses Mal Bedingungen einzelner PNZ vorgab. Es dürfen nur PNZ von der Übergangsregelung Gebrauch machen, wenn sie konkrete Zielvereinbarungen mit den jeweiligen Gremien abschließen.

Um die Umsetzung zu realisieren, müsste die Vorgabe, die Pflegepersonalschlüssel *jederzeit* erfüllen zu können angemessen umgestaltet werden. Demzufolge wurde die Ausnahme- und Übergangsregelung bis zum 31. Dezember 2019 verlängert.⁷⁴ Krankenhäuser, die bis zum 01. Januar 2017 die Anforderungen nicht erfüllen konnten, mussten dieses dem G-BA unter Angaben der Gründe mitteilen. Die erneuerte Übergangsregelung bis zum 31. Dezember 2019 kann in Anspruch genommen werden, wenn die Meldung im G-BA erfolgt ist. Konsequenz daraus ist, dass mit diesen Einrichtungen *klärende Dialoge* geführt werden. Im klärenden Dialog werden die Ursachen analysiert, Vereinbarungen über Ziele getroffen und Maßnahmen festgelegt.⁷⁵ Ein klärender Dialog findet auf

⁷¹ Vgl. Blum 2014, S. 6

⁷² Vgl. Ebd., S.99

⁷³ Vgl. Blum 2016, S. 6

⁷⁴ Vgl. Ebd., S. 118

⁷⁵ Vgl. Ebd., S. 8

Landesebene statt und soll die Ursache über die Personalsituation in der Pflege analysieren und dementsprechend Lösungsansätze erarbeiten, damit eine baldige Erfüllung erfolgen kann (vgl. § 8 QFR-RL⁷⁶).

Ebenfalls wurde beschlossen, dass Perinatalzentren verpflichtet sind ihre Daten zur neonatologischen Versorgung auf der Internetpräsenz *www.perinatalzentren.org* zu veröffentlichen, um mehr Transparenz der Ergebnisqualität zu bieten. PNZ die, die pflegerischen Vorgaben nicht erfüllen, werden mit einem Kommentar versehen. Diese Internetseite dient nicht nur als Informationsportal, sondern soll Eltern, Ärzten und anderen eine gerechte Vergleichsmöglichkeit auf unterschiedlichen Kriterien von PNZ ermöglichen. Auf der Internetseite ist ebenfalls zu erkennen, welche Krankenhäuser sich im klärenden Dialog befinden und sich somit in einer *Qualitätssicherungsmaßnahme zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung befinden*.⁷⁷

Der G-BA beauftragte das IQTIG im Jahre 2018 eine jährliche *Strukturabfrage* in den vorhandenen PNZ durchzuführen und die Daten aus dem Erfassungsjahr 2017 zu einem Bericht zusammenzufassen und zu veröffentlichen. Durch diese jährliche Abfrage soll geprüft werden, ob die strukturellen Vorgaben und personellen Voraussetzungen umgesetzt werden können.⁷⁸ Das Ergebnis dieser Umfrage war, dass ein großer Teil der Level 1 und 2 Zentren die pflegerische Versorgung nicht erfüllen. Besonders das Einhalten der Personalschlüssel kann durch die Mehrheit nicht erfüllt werden.⁷⁹

Die QFR-RL enthält zehn Paragraphenteile und sieben Anlagen, in denen die Qualitätsvorgaben konkretisiert sind. Ebenso werden bei Änderungen von Beschlüssen *tragende Gründe* formuliert.⁸⁰ Im nachfolgenden werden die Anforderungen an das Pflegepersonal erläutert.

⁷⁶ Vgl. G-BA (Hrsg.) 2018, S. 5

⁷⁷ Vgl. IQTIG (Hrsg.) 2018 (Internet)

⁷⁸ Vgl. Richter/Thomas/Heller 2018, S. 27

⁷⁹ Vgl. Ebd., S. 149

⁸⁰ Vgl. G-BA (Hrsg.) 2018, S. 2ff.

3.4.2 Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals

Die allgemeine Qualifikation des Pflegepersonals auf Intensivabteilungen der Neonatologie muss aus *Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger* bestehen. Grundvoraussetzung für das Ausüben der pflegerischen Tätigkeit ist eine dreijährige Berufsausbildung. Gesundheits- und Krankenpflegekräfte können nicht auf neonatologischen Intensivstationen eingesetzt werden, da sie über andere Qualifikationen verfügen.⁸¹

3.4.3 Fachkraftquote

Die Fachweiterbildungsquote sieht für die Versorgungsstufe eins eine Quote (Vollzeitäquivalente) von 40 % vor, das heißt 40 % der Mitarbeiter auf der Kinderintensivstation müssen die *Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie mit Schwerpunkt Pädiatrie* absolviert haben. In PNZ der Versorgungsstufe zwei, wird eine geringere Fachkraftquote (Vollzeitäquivalente) von 30 % gefordert. Denn der Betreuungsbedarf in dieser Versorgungsstufe ist niedriger. Es wird gefordert, dass zu *jeder Schicht* mindestens ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger mit dieser Fachweiterbildung zur Verfügung stehen soll. Diese Fachkraftquoten dienen dazu, um einen hohen Standard an qualifizierten Intensivpersonal garantieren zu können sowie in ausreichender Zahl sicherzustellen. Dadurch soll dauerhaft ein kompetenter Ansprechpartner für auftretende Probleme oder auch Fragen für das Pflegeteam gegeben sein.

Durch die entsprechende Fachweiterbildung nach *DKG-Empfehlungen* oder anderen gleichartigen landesrechtlichen Regelungen kann das Personal diese Fachweiterbildung erlangen. In der Regel dauert sie zwei Jahre. Bis zum Stichtag des 1. Januar 2017 konnten ebenso auf die Fachweiterbildungsquote letztmalig Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger angerechnet werden, wenn sie:

⁸¹ Vgl. G-BA (Hrsg.) 2018, Anlage 2, S. 3ff.

-„mindestens fünf Jahre Berufstätigkeit seit Ausbildungsschluss in Vollzeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung – Teilzeittätigkeit wird entsprechend anteilig angerechnet und

-mindestens drei Jahre Berufstätigkeit im Zeitraum 1. Januar 2010 bis 1. Januar 2017 auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung“⁸² erfüllen.

Diese Regelung wurde eingeführt, da die Praxis gezeigt hat, dass es Schwierigkeiten bei der Umsetzung für die Krankenhäuser gibt, das Pflegepersonal für Kinder in reichender Zahl vorzuhalten. Diese Anerkennung ist nicht direkt vergleichbar mit Kinderkrankenpflegekräften, die die pädiatrische Intensivfachweiterbildung absolviert haben. Durch die Berufserfahrung werden besondere Fähigkeiten und Kenntnisse gewonnen, die ebenso für die Anerkennung durch diese bestimmten Voraussetzung gefordert werden gegeben.⁸³

Durch einen PDL ist diese Regelung schriftlich festzuhalten.⁸⁴ Ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger mit dieser Fachweiterbildung soll zu jeder Schicht in der Abteilung *pädiatrische Intensivpflege* eingesetzt werden.⁸⁵

3.4.4 Personalschlüssel

Ein Personalschlüssel schreibt die Relation zwischen dem Pflegepersonal zum pflege- oder betreuungsbedürftigen Patienten fest.⁸⁶ Die Hans Böckler Stiftung belegt in einer empirischen Studie, dass durch eindeutige Festschreibungen des Personals insbesondere die Gesundheit des Patienten gefördert wird, denn dadurch kann die Qualität der Pflege gegeben werden.⁸⁷ Für eine angemessene Lebensqualität der Intensivversorgung für Frühgeborene, gehört nicht nur eine spezielle und moderne

⁸² G-BA (Hrsg.) 2018, Anlage 2, S. 3f.

⁸³ Vgl. G-BA (Hrsg.) 2015, S. 3

⁸⁴ Vgl. G-BA (Hrsg.) 2018, Anlage 2, S. 4

⁸⁵ Vgl. Ebd.

⁸⁶ Vgl. Kern 2004, S. 8

⁸⁷ Vgl. Simon/Mehmecke 2017, S. 110

Ausstattung der medizinischen Geräte, sondern auch eine individuelle, ausgeprägte und sanfte Versorgung des Pflegepersonals.⁸⁸ Das Sterberisiko ist bei diesen Kindern hoch, daher wird von Beginn an eine hoch spezialisierte Behandlung und Versorgung benötigt.⁸⁹

Die Richtlinie gibt vor, dass

„Auf der neonatologischen Intensivstation eines Perinatalzentrums Level 1 muss ab dem 1. Januar 2017 jederzeit mindestens ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1.500 g verfügbar sein.

Auf der neonatologischen Intensivstation-muss ab dem 1. Januar 2017 jederzeit mindestens ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je zwei intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht < 1.500 g verfügbar sein.“⁹⁰

Für Level 2 Zentren gilt ebenfalls das Verhältnis dieser Personalschlüssel.⁹¹ Intensivtherapiepflichtige Kinder unterscheiden sich zu intensivüberwachungspflichtigen anhand der invasiven Beatmung und einem höheren Pflegeaufwand.⁹²

Von hoher Bedeutung ist es, dass Kliniken die Personalschlüssel so einplanen, sodass auch bei ungeplanten Ereignissen der Personalschlüssel erfüllt werden kann. Nur wenn der Pflegebedarf zu jeder Situation gegeben wird, kann auch eine gute medizinische Versorgung gewährleistet werden.⁹³

⁸⁸ Vgl. Uhlemann et al. 2000, S. 359ff.

⁸⁹ Vgl. BÄK/KBV (Hrsg.) 2012, o. S.

⁹⁰ G-BA (Hrsg.) 2018, Anlage 2, S. 4

⁹¹ Vgl. G-BA (Hrsg.) 2018, Anlage 2, S. 9

⁹² Vgl. Blum 2016, S. 16

⁹³ Vgl. G-BA (Hrsg.) 2015, S. 5ff.

3.4.5 Nachweisverfahren und Abweichung der Vorgaben

Angesichts *ungeplanter Ereignisse* z. B. durch Neuaufnahmen oder Krankheitsausfällen des Personals ist im Sinne einer 100 % Regelung die Vorgabe *jederzeit* die Personalschlüssel zu erfüllen, nicht möglich. Akzeptiert wird daher eine Abweichung des Personalschlüssels von 5 % der Schichten. Das heißt als Nachweis der Erfüllung müssen mindestens 95 % aller Schichten des zu vorigen Kalenderjahres dokumentiert sein. „Dabei dürfen nicht mehr als zwei Schichten, in denen die in der Richtlinie vorgegeben Personalschlüssel nicht erfüllt werden, einschließlich der Schicht, in der die Abweichung von dem vorgegeben Personalschlüsseln auftritt, direkt aufeinanderfolgen; von diesen wird nur die zweite ganze Schicht für die Berechnung der Quote der Schichten, die die Anforderungen an den Personalschlüssel nicht erfüllen, berücksichtigt.“⁹⁴ Kann der Personalschlüssel in *mehr als 5 % der Schichten* sowie in drei hintereinander folgende Schichten nicht gegeben werden, gilt somit eine *Nichterfüllung* des Personalschlüssels.

Demnach müssen PNZ über ein *Personalmanagementkonzept* verfügen, damit im Falle von Abweichungen, die Anforderungen trotz dessen weiterhin gegeben werden können. In diesem Konzept sollte vor allem geregelt sein, wie das Personal versetzt werden kann, um bei Abweichungen den Schlüssel dennoch sicherzustellen.⁹⁵ In der Anlage drei der QFR-RL sind die Anforderungen nochmals in *Checklisten* zusammengefasst und dienen als Grundlage für das Nachweisverfahren.⁹⁶

4 Methodik

4.1 Vorgehen

Zur Beantwortung der Forschungsfrage werden Interviews durchgeführt, um Daten zu erheben. Empirische Untersuchungen lassen sich aufgrund

⁹⁴ DKG (Hrsg.) 2016 (Internet)

⁹⁵ Vgl. G-BA (Hrsg.) 2018, Anlage 2, S. 4

⁹⁶ Vgl. G-BA (Hrsg.) 2018, Anlage 3, S. 1ff.

vieler Merkmale unterschiedlich gestalten. Der Begriff *empirisch* bedeutet *Erfahrungen sammeln*. Das Ziel ist es, durch ein systematisches Vorgehen Erkenntnisse über Aussagen zu gewinnen, die sich auf die Praxis beziehen.⁹⁷

Die zum Einsatz kommenden Untersuchungsmethoden können *qualitativ* oder *quantitativ* erfolgen. Beide Formen dienen der Datenerhebung, unterscheiden sich im Bereich der Anwendung des Untersuchungsziels. Die quantitative Methode wird bei messbaren Indikationen angewendet z. B. bei Beobachtungen oder Experimenten. Im Bereich der qualitativen Forschung wird das Erhebungs- und Auswertungsverfahren bspw. durch qualitative Inhaltsanalysen oder Interviews durchgeführt.⁹⁸

Da bislang über den Umsetzungsstand lediglich zwei *Perinatalbefragungen* und eine *Strukturabfrage* erfolgten, es aber zu den einzelnen Sichtweisen der PNZ bezüglich des Umsetzungsstandes bislang keine konkreten Aussagen gibt, wurde als qualitative Erhebungsmethode die Befragung gewählt. Als Instrument für die Erhebungsmethode wurde das *leitfadengestützte Interview* ausgewählt, da dieses durch eine Nicht-Standardisierung, offene Fragen und ein natürliches Gespräch zulässt. Außerdem ist es möglich, unterschiedliche Fragen zu stellen, sowie einzelne, genaue Informationen zu extrahieren.⁹⁹

Die Bearbeitungsschritte der vorliegenden Arbeit wurden individuell an die zu beantwortende Fragestellung angepasst und sind der folgenden Abbildung zu entnehmen.

⁹⁷ Vgl. Ebster/Stalzer 2017, S. 150ff.

⁹⁸ Vgl. Mayring 2010, S. 17f.

⁹⁹ Vgl. Gläser/Laudel 2010, S. 111f.

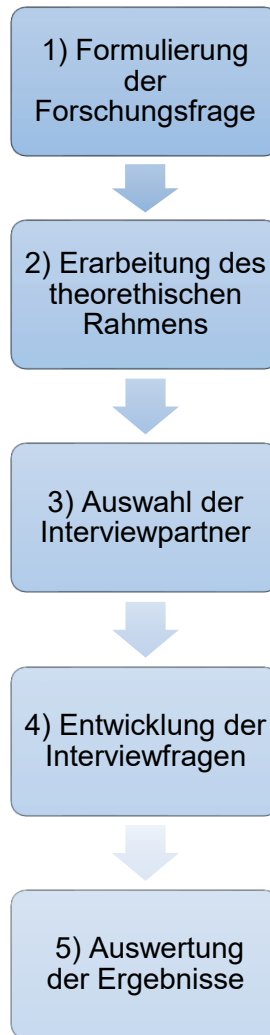


Abbildung 1: Ablaufmodell zur Untersuchungsstrategie¹⁰⁰

Die Basis für eine empirische Untersuchung bildet die zu untersuchende Forschungsfrage.¹⁰¹ Die Forschungsfrage in dieser Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema der *Umsetzbarkeit von Personalschlüsseln in Perinatalzentren* und wurde bereits zu Beginn der Arbeit formuliert.

Im zweiten Schritt findet die Erarbeitung des theoretischen Rahmens statt, sobald die Forschungsfrage formuliert ist. Denn mit der Ausarbeitung der Forschungsfrage schließen sich bereits inhaltliche und theoretische Vorüberlegungen mit ein. Diesbezüglich findet eine Überschneidung der ersten beiden Punkte statt. Wenn über das Thema kein aktueller Wissensstand vorhanden ist, können keine inhaltlichen qualitätsvollen

¹⁰⁰ Eigene Darstellung in Anlehnung an Gläser/Laudel 2010, S. 38

¹⁰¹ Vgl. Gläser/Laudel 2010, S. 62

Daten erhoben werden und gehen somit verloren. Des Weiteren ist es nicht möglich ohne Wissenskenntnisse über den aktuellen Forschungsstand eine Formulierung der Fragestellung vorzunehmen.¹⁰² In der vorliegenden Arbeit wurde der theoretische Stand in Kapitel 2 und 3 ausgearbeitet und erläutert.

4.2 Auswahl der Interviewpartner

Im nächsten Schritt gilt es, eine geeignete Auswahl der Interviewpartner zu treffen. Für das qualitative, leitfadengestützte Interview wurden Experten als Interviewpartner ausgewählt.¹⁰³ Als „Experte wird die spezifische Rolle des Interviewpartner als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte beschrieben. Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen“.¹⁰⁴ Durch den beruflichen Status oder der sozialen Position kann dieses Wissen mit der Untersuchung des entsprechenden Themenbereichs zusammenhängen. Die Fragestellung dieser Arbeit analysiert den praktischen Umsetzungsmöglichkeiten der QFR-RL. Damit Fach- und Erfahrungswissen in die Untersuchung miteinfließen können, ist das Durchführen von Experteninterviews in dieser Bachelorarbeit eine geeignete Methode.

In Anlehnung an die Grundlagen der theoretischen Kapitel 1 bis 3, wurden unterschiedliche Experten aus dem Bereich der PDL gewählt. Die Wahl der PDL kann dadurch begründet werden, da sie verantwortlich für den Bereich bei der Personalplanung sind und die Position nur von Mitarbeitern mit einschlägiger Berufserfahrung ausgeführt wird.

Wie in den Gliederungspunkten 3.4.1 bis 3.4.6 erläutert, gilt es, dass Personal so einzusetzen und zu beschaffen, dass die Anforderungen der Richtlinie erfüllt werden. Weitere Aufgaben der PDL ist die Erstellung von Dienstplänen, die Umsetzung und Überprüfung von Qualitätsstandards

¹⁰² Vgl. Gläser/Laudel 2010, S. 73ff.

¹⁰³ Vgl. Ebd.

¹⁰⁴ Gläser/Laudel 2010, S. 12

sowie die Förderung der Mitarbeiter und die Personalbedarfsermittlung.¹⁰⁵

Die Kontaktaufnahme fand über E-Mail statt. In dem Anhang II befindet sich ein Beispiel der *E-Mail-Kontaktanfrage*. Die Terminabsprache erfolgte ebenfalls per E-Mail.

Bei der Auswahl der Interviewpartner wurde sich lediglich auf PNZ der Versorgungsstufe Level 1 und 2, sowie auf PDL oder Pflegedirektoren beschränkt. Dazu wurden mehrere Kinderkliniken mit PNZ in unterschiedlichen Regionen angefragt.

Insgesamt stimmten drei Experten aus unterschiedlichen PNZ mit der höchsten Anforderungsstufe Level 1 einer Befragung zu. Zwei der Interviews wurden persönlich durchgeführt und eins davon fand telefonisch statt. Um die Inhalte transkribieren zu können, wurde zu Beginn der Befragung darauf hingewiesen, dass das Gespräch als Audiodatei aufgezeichnet wird, um diese anschließend besser auswerten zu können. Die Befragten waren mit einer mündlichen Aufklärung über Datenschutz der Angaben einverstanden.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden die Daten dieser Arbeit dahingehend anonymisiert, sodass nicht auf die Identität der Befragten geschlossen werden kann. Zur Pseudonymisierung werden die drei Befragten mit *PDL 1*, *PDL 2* und *PDL 3* bezeichnet.

4.3 Entwicklung der Interviewfragen

Im Rahmen der Formulierung der Fragen bietet es sich zur Unterstützung und Orientierung an vorab einen strukturierten Leitfaden zu erstellen.¹⁰⁶ Der erstellte Leitfaden obliegt einer Strukturierung zu dem Themengebiet der Umsetzung von Personalschlüsseln in PNZ. Auf diese Weise werden ebenso Informationen erhoben, die für die Untersuchungsfrage benötigt werden. Die befragten PDL sollen zum Themengebiet die

¹⁰⁵ Vgl. Roßbauer/Neißeiser 2010, S. 17ff.

¹⁰⁶ Vgl. Gläser/Laudel 2010, S. 91

Vorgehensweise bzw. die Umsetzung der Anforderungen aus der Richtlinie erläutern und einschätzen.

Der Interviewleitfaden besteht aus *drei Frageblöcken*. Diese sind unterteilt in Einführungs- Hauptteil- und Schlussfragen. Die daraufhin formulierten Fragen wurden anschließend präzisiert und den Frageblöcken zugeordnet.

Bezüglich des Inhaltes der Fragen lassen sich *Fakt- und Meinungsfragen* unterscheiden. Faktfragen sind prüfbare Tatsachen, wobei Meinungsfragen die persönliche Einstellung der Erlebnisse und Erfahrungen des Interviewten wiedergeben, um seine subjektive Stellungnahme zu ermitteln. Meinungsfragen sind somit schwierig handzuhaben, da die gegebenen Antworten so gut wie nicht überprüfbar sind. Sie werden dennoch mit einbezogen, da eventuell relevante Informationen für die Erarbeitung bezüglich der Fragestellung in dieser Arbeit dadurch bereitgestellt werden könnten. Das Weiter unterscheiden die beiden Autoren *Gläser und Laudel* die Faktfragen in *Hintergrund- und Wissensfragen*. Hintergrundfragen werden gestellt, um notwendige Informationen über die Interviewpartner zu erfragen. Die vorformulierten Hintergrundfragen beziehen sich in diesem Interviewleitfaden ausschließlich auf den persönlichen Werdegang der Interviewpersonen. Da der Interviewpartner über Fachwissen des Themenbereiches verfügt, werden für die Analyse Wissensfragen benötigt.¹⁰⁷

Damit sich ein natürliches Gespräch entwickelt, werden den Interviewpartnern *offene Fragen* gestellt. Es wird mit einer Einstiegsfrage begonnen, um so das Gespräch zu eröffnen. Ziel ist es dadurch, einen Einstieg in das Themengebiet zu erlangen. Der Befragte soll demnach zuerst seine Einrichtung, sowie seine Aufgaben beschreiben. Es wird davon ausgegangen, dass diese Frage einfach beantwortet werden kann. So kann dadurch ein guter Einstieg garantiert und ein natürliches Gespräch entwickelt werden.

¹⁰⁷ Vgl. Gläser/Laudel 2010, S. 122f.

Die darauffolgenden Fragen bestehen aus *Faktfragen*, die gezielt die Forschungsfrage beantworten sollen. Da die Fragen frei beantwortet werden und somit in unterschiedliche Richtung gehen können, werden die Fragen diesbezüglich individuell angepasst.

Im dritten Frageblock werden *Meinungsfragen* an die PDL gestellt, um an Antworten zu gelangen, aus denen eventuell Handlungsmöglichkeiten geschlossen werden können. Zum Schluss werden *persönliche Fragen* zum Werdegang gestellt.

Um mit den ausformulierten Fragen an die möglichen Informationen zu gelangen ist es wichtig darauf zu achten, dass das Gespräch von dem Interviewer gesteuert wird, um möglichst detaillierte Erkenntnisse der Umsetzung des Personalschlüssels zu gewinnen.¹⁰⁸ Eine Darstellung des Leitfadens und der gesamten Fragen ist dem Anhang III zu entnehmen.

5 Qualitative Inhaltsanalyse

5.1 Vorgehen zur Auswertung

In diesem Abschnitt wird im Rahmen des fünften Schrittes der Untersuchungsstrategie das Vorgehen zur Auswertung über die geführten Interviews erläutert. Ebenso findet eine genaue Darstellung der Kategorienbildung statt. Im Anschluss werden die gewonnenen Erkenntnisse über den aktuellen Umsetzungsstand dargelegt.

Für eine Auswertung der erhobenen Daten gilt es zunächst die mündlichen Aussagen der Befragten zu verschriftlichen. Um bei dieser Transkription die unvermeidlichen Informationsverluste so gering wie möglich zu halten, wurden die von *Kuckartz* verfassten Regeln für computergestützte Transkriptionen eingehalten. Die Interviews wurden Wort für Wort abgetippt. Die Regeln beinhalten bspw., dass Füllwörter wie *ähm*

¹⁰⁸ Vgl. Gläser/Laudel 2010 S. 93ff.

ausgelassen, Unverständlichkeiten mit (*unv.*) wiedergegeben werden und Pausen mit (...) gekennzeichnet werden.¹⁰⁹

Das Verfahren zur Auswertung orientiert sich an der *qualitativen Inhaltsanalyse* nach *Mayring*. Durch diese Technik ist es möglich, durch verschiedene Methoden Textinhalte systematisch und inhaltlich zu beschreiben. Aus diesem Grund wurde dieses Verfahren gewählt, um eine strukturierte und objektive Datenauswertung zu ermöglichen. Bei einer qualitativen Inhaltsanalyse werden ausgewertete Daten, die zuvor recherchiert worden sind, behandelt. Dies bedeutet, dass Rohdaten extrahiert und die daraus entstandenen Informationen ausgewertet werden. Das systematische Vorgehen an dieser Stelle ist nach Mayring hier von hoher Bedeutung. Für die Untersuchung wurde aus diesem Grund die *inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse* gewählt. Die Struktur soll durch Bildung eines Kategoriensystems gewährleistet werden.¹¹⁰

5.2 Kategorienbildung

Die Kategorienbildung kann *deduktiv* oder *induktiv* erfolgen. Bei der deduktiven Vorgehensweise werden aus den zuvor erarbeiteten theoretischen Grundlagen Kategorien gebildet. Wird induktiv vorgegangen, so werden aus dem Material des transkribierten Interviews Kategorien gebildet.¹¹¹ Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wurde eine *Mischform* dieser beiden angewandt. Zuerst wurde anhand des theoretischen Vorwissens sowie auf Basis des Gesprächsleitfadens *Haupt- und Subkategorien* festgelegt. Um die Forschungsfrage zielorientiert zu beantworten, wurde aus den zuvor ausgearbeiteten theoretischen Grundlagen und der empirischen Datenerhebung diese Kategorien gebildet. Somit stellen diese die Basis für die qualitative Inhaltsanalyse über die geführten Interviewgespräche.¹¹²

¹⁰⁹ Vgl. Kuckarzt 2016, S. 29

¹¹⁰ Vgl. Ebster/Stalzer 2017, S. 215f.

¹¹¹ Vgl. Kuckarzt 2012, S. 72

¹¹² Vgl. Gläser/Laudel 2010, S. 198ff.

Die Kategorienbildung wird anhand eines abgeleiteten Reduzierungsprozess durchgeführt. Auf diese Weise werden die Textabschnitte zu Kategorien gebildet und anschließend miteinander verglichen und zum Schluss zusammengefasst. Dies bedeutet, dass der Text Zeile für Zeile bearbeitet und gewisse Textstellen auf die kleinste Sinneinheit systematisch selektiert und den Kategorien zugeteilt wird. Textpassagen, die für die Forschungsfrage nicht relevant sind, werden nicht codiert.¹¹³ Die daraus resultierenden Ergebnisse sollen die Forschungsfrage beantworten und ggf. Handlungsmöglichkeiten aufzeigen. Folglich sind insgesamt *sieben Themenkomplexe* zu Kategorien erstellt worden.

Eine Übersicht zu den Kategorien und den dazugehörigen Fragestellungen ist der Tabelle 3 zu entnehmen. Da die Themeninhalte alle miteinander im Zusammenhang verknüpft sind, finden Überschneidungen zwischen den einzelnen Kategorien statt.

Tabelle 3: Übersicht der Kategorienbildung¹¹⁴

| Nr. | Kategorien | Fragestellungen |
|-----|-----------------------------------|--|
| 1 | <i>Aktuelle Personalsituation</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Wie sieht die derzeitige Personalsituation auf den Stationen? - Werden Personalvorgaben erfüllt? - Befindet sich die Einrichtung im klärenden Dialog? <ul style="list-style-type: none"> • Übergangsregelung - Einschätzung über die zukünftige Umsetzung |
| 2 | <i>Gründe für Nichterfüllung</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Wieso werden die Anforderungen aus der Richtlinie im Bereich der pflegerischen Versorgung unter Ziffer I.2.2 (Level 1) nicht erfüllt? - Was sind genau die Ursachen für die Abweichung der Vorgaben? |

¹¹³ Vgl. Mayring 2010, S. 63

¹¹⁴ Eigene Darstellung

| | | |
|---|----------------------------------|--|
| 3 | <i>Strategie zur Umsetzung</i> | <p>-Wie haben PNZ sich auf die Richtlinie vorbereitet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie erfolgt die Umsetzung? • Welche konkreten Maßnahmen sind erfolgt oder erfolgen noch? • Wie wurde sich in der Zielvereinbarung geeinigt? • Wie wird das Personal gewonnen? • Können Handlungsempfehlungen abgeleitet werden? |
| 4 | <i>Personalmanagementkonzept</i> | <p>-Konzeptvorstellung</p> <p>-Wie sehen konkrete Lösungsansätze für z. B. Versorgungsengpässe oder bei Ausfall des Personals aus?</p> |
| 5 | <i>Herausforderung</i> | <p>-Für wie hoch empfinden die Pflegedienstleiter den Druck?</p> <p>-Sind die Anforderungen an die Mitarbeiter zu hoch?</p> |
| 6 | <i>Entwicklungsvorschläge</i> | <p>-Persönliche Betrachtungsweise der Experten</p> <p>-Welche positiven/negative Erfahrungen, wurden bei der Umsetzung erlangt?</p> <p>-Äußerungen zu Wünschen und Empfehlungen zur Verbesserung bzw. zu Entwicklung</p> |
| 7 | <i>Sonstiges</i> | <p>-Ergänzungen/Besonderheiten</p> |

5.3 Ergebnisse

Folglich werden angelehnt an die zusammengefasste Kategorien-Tabelle, die dort aufgeführten reduzierten Textpassagen und weitere wichtige Ergebnisse aus den Interviews zusammengeführt. Die zusammengefassten Interviews sind der Anlage VI zu entnehmen.

Kategorie 1: Aktuelle Personalsituation

Auf Grund der Ergebnisse aus der Strukturabfrage¹¹⁵ wird in dieser Kategorie die derzeitige Personalsituation auf den Stationen von den befragten PDL dargestellt. Die derzeitige Personalsituation in den drei befragten Einrichtungen sieht wie folgt aus:

Alle drei PNZ befinden sich aktuell im klärenden Dialog bzw. nehmen die Übergangsregelung in Anspruch, da sie die Anforderungen in dem Bereich der pflegerischen Versorgung nicht erfüllen können. Das heißt sie haben einen Antrag auf Verlängerung für die Einhaltung der Personalschlüssel bis zum 31. Dezember 2019 gestellt. Alle drei PNZ bemühen sich das Personal aufzustocken bzw. haben in den letzten Jahren teilweise einen aufrechten Personalzuwachs erreichen können.¹¹⁶

*Ein aktueller Trend ist, dass die Kollegen, die wir ausbilden, nicht das Interesse daran haben mit einer Vollzeitstelle bei uns zu arbeiten, sondern eigentlich zwischen 50 und 75 % arbeiten wollen, sodass man natürlich noch mehr Kollegen braucht, um die Stellen zu halten.*¹¹⁷ Ebenso wurde die Übergangsregelung als Vorsichtsmaßnahme gewählt, weil nicht genau gesagt werden konnte, ob die Fachweiterbildungsquote wieder erreicht wird, da dieser Bereich nicht sichergestellt werden kann. Im Bereich der Stellenbesetzung für Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sieht es bislang gut aus, erläutert PDL 1.¹¹⁸

Aufgrund von geburtenstarken Jahrgängen sieht die zukünftige Situation so aus, dass diese Mitarbeiter mit Fachweiterbildung und viel fachlicher Expertise in den nächsten fünf bis zehn Jahren in Rente gehen werden. *Das wird ein riesiges Loch reißen*¹¹⁹, merkt PDL 2 an, ...denn diese bringen im Augenblick die Fachweiterbildungsquote nach oben. PDL 2 betont, dass augenblicklich neue Leute in das Team eingebracht werden

¹¹⁵ Vgl. Richter/Thomas/Heller 2018, S. 149

¹¹⁶ Vgl. Interview PDL 1/PDL 2/PDL 3

¹¹⁷ Interview PDL 1

¹¹⁸ Vgl. Interview PDL 1

¹¹⁹ Interview PDL 2

müssen, denn diese werden alle noch in die *Familienphase* gehen und in *Teilzeit* wiederkommen. Im vergangenen Jahr konnte die Quote nicht erfüllt werden. Im klärenden Dialog konnte durch eine zweite Stufe eine deutliche Verbesserung der Erfüllungsquote mit Personalschlüssel erarbeitet werden, sodass sich die Situation im Jahr 2018 gebessert hat.¹²⁰

Ein weiterer Punkt, der die Personalbesetzung schwierig gestalten lässt, so begründet PDL 3, dass aktuell auffällig oft Mitarbeiterinnen in den *Mutterschutz* gehen. Das bedeutete, dass durch viele Abgänge und Pausierungen der schwangeren Mitarbeiter die Stellen sich nur relativ schwer wiederbesetzen lassen. Die Sollstellen hätten nach Planung relativ gut besetzt sein können, durch den Ausfall kommt es allerdings zu Unterbesetzungen der Stellen, *...insgesamt sind fünf Stellen aktuell in der Neonatologie unterbesetzt. ...und im Rahmen dessen haben wir sogar noch mehr Stellen zu besetzen.*¹²¹ Ebenso kann ganz klar gesagt werden, dass trotz der Aufstockung und trotz eines *Unterstützungsdienstes* der neu eingerichtet werden soll, die Quote nicht erfüllt werden kann. So äußert ebenfalls PDL 2, dass davon ausgegangen werden kann, dass es bis zum 31.12.2019 nicht umsetzbar ist.¹²² *Ein längerer Zeitraum von ein oder zwei Jahren wäre erforderlich. Eine neue Vereinbarung müsste für 2019 geregelt werden.*¹²³

Kategorie 2: Gründe für Nichterfüllung

Diese Kategorie stellt eine Subkategorie der aktuellen Situation dar. Hier werden die PDL nach den Gründen und Ursachen befragt, weshalb die Anforderungen aus der Richtlinie im Bereich der pflegerischen Versorgung (*I.2.2 Anlage 2 (Level 1)*) nicht erfüllt werden können.

Ein Grund lässt sich im Bereich der *Fachweiterbildung* feststellen. Hier sei die Hauptschwierigkeit, die Mitarbeiter dazu zu motivieren die Fachweiterbildung zu absolvieren.¹²⁴ Wenn von Personalmaßnahmen

¹²⁰ Vgl. Interview PDL 2

¹²¹ Interview PDL 3

¹²² Vgl. Interview PDL 2

¹²³ Interview PDL 2

¹²⁴ Vgl. Interview PDL 1

gesprochen wird, dann bedeutet es, dass diese meistens zwei bis zwei-einhalb Jahre dauern, bis diese Wirkung entfaltet. Denn im Rahmen der Weiterbildung steht das Personal nicht für die Patientenversorgung zur Verfügung, sondern befindet sich in *Fremdeinsätzen, Theorieblöcken* und so weiter.

Die Problematik hierbei ist, dass Personal in Zukunft verfügbar sein wird, allerdings nicht in der G-BA-Erfüllungsquote berücksichtigt wird.

Ein weiterer Grund dafür liegt in dem hohen *Anteil weiblicher Mitarbeiter*, welches zu einer schwierigen Umsetzung der Richtlinie führt. Das Ausscheiden dieser aufgrund von *Familienphasen* führt zu weniger verfügbarem Personal und dazu, dass die Quote nicht erfüllt werden kann.¹²⁵

PDL 3 begründet, dass es sich schwierig gestalten lässt die Personalplanung prospektiv zu beurteilen. Es wird sich an einem *Durchschnittswert orientiert*, allerdings ist die Anzahl an Frühgeburten pro Jahr ist oft sehr schwankend. Es gibt Jahre, in denen die Anzahl der Frühgeborenen unter 1.500 Gramm deutlich höher ist, als in anderen Jahren, sodass in einem geburtenschwachen Jahrgang durchaus die Quote sehr gut erfüllt werden kann, als in geburtenstarken Jahrgängen. *Jetzt im Jahr 2018 sind wir wieder deutlich höher von den Frühgeborenen unter 1.500 Gramm. In der Summe haben die Frühgeborenen nicht abgenommen. Es hat sich nur das Gewicht verschoben. Das heißt, obwohl wir gleich ausgelastet sind, aber sich das Gewicht verschoben hat, sind wir dieses Jahr von der Erfüllungsquote deutlich niedriger als wie im letzten Kalenderjahr.*¹²⁶ Aus diesem Grund kritisiert PDL 3 den Korridor von 5 % und sieht es als unrealistisch die Besetzung Tag genau von 95 % zu erfüllen.

Ebenfalls wird die Forderung der Regelung eines einheitlichen Personalschlüssels in allen drei Schichten als unrealistisch gesehen. Die Ursachen lägen nicht nur darin, dass das Personal krankheitsbedingt ausfallen kann, sondern vielmehr dadurch, dass in Wochen großer *Feiertagsblöcke* viele Mitarbeiter zu einem Zeitpunkt Urlaub beantragen

¹²⁵ Vgl. Interview PDL 2/PDL 3

¹²⁶ Interview PDL 3

würden. Falls dann bspw. Drillinge unter 1.500 Gramm geboren werden würden und eine Mutter mit einem kranken Neugeborenen erschiene, bestehe gerade bei dieser Kombination keine Chance die Quote zu erfüllen. Diese beiden Fälle stellten die häufigsten Gründe dar. PDL 3 äußert, dass bevor die Personalschlüssel vorgeschrieben worden sind, konnten die offenen Stellen gut besetzt werden.¹²⁷

Weiterhin wurde festgestellt, dass ein aktueller Trend besteht, nach der Ausbildung ein *Studium* zu absolvieren oder *Auslandserfahrungen* zu sammeln. In dieser Hinsicht gestaltet es sich schwierig die Mitarbeiter nach der Ausbildung zu halten.¹²⁸

Aus finanzieller Sicht gestaltet sich die Personalkostenplanung als schwierig. Aufgrund der *Mindest- und Maximalbesetzungsregelung* bestehe das Risiko, durch Einstellen zu vieler Mitarbeiter nicht tragbare Kosten zu verursachen. Seien zu wenig Mitarbeiter vorhanden, besteht die Gefahr, dass eine optimale Besetzung nicht gegeben werden kann. Aus diesem Grund müssten die Patienten in ein anderes PNZ verlegt werden. Besonders für unreife Frühgeborene und für kranke Neugeborene birgt der Transport in ein anderes PNZ nach der Geburt viele Komplikationen und Risiken.¹²⁹

Kategorie 3: Strategie zur Umsetzung

Diese Kategorie stellt den Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit dar. Da die Forschungsfrage sich ebenso auf die *praktische Umsetzung* des Personalschlüssels bezieht, wurden hierzu gezielt Fragen gestellt, um darzustellen, wie diese *tatsächlich* gehandhabt werden. Hier sollten die Befragten ihre *Strategien zur Umsetzung* erläutern.

Da sich alle drei PNZ derzeit im klärenden Dialog befinden, wurden in den jeweiligen Gremien *Zielvereinbarungen* beschlossen. Diese Zielvereinbarungen sind eine Form der Strategie zur Umsetzung, da direkte

¹²⁷ Vgl. Interview PDL 3

¹²⁸ Vgl. Interview PDL2/PDL 3

¹²⁹ Vgl. Interview PDL 2/PDL 3

Ziele durch geeignete Maßnahmen zur Zielerreichung vereinbart wurden.¹³⁰ In diesen Gremien wurden *Strategiegespräche* geführt, um gegenseitige Stärken zu fördern und gegenseitige Schwächen auszugleichen.¹³¹

Als die Kliniken erfuhren, dass die Richtlinienanforderungen kommen werden, wurde sich in allen drei PNZ frühzeitig und intensiv damit auseinandergesetzt. In Gesprächen zwischen Pflegedirektoren und der PDL wurden Methoden ausgearbeitet und früh damit begonnen, den Personalstamm aufzubauen. Indem z. B. die Möglichkeit angeboten wird, direkt nach der Ausbildung als Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger auf die Intensivstation zu gehen. So kann, wenn die Eignung besteht, ohne lange Berufserfahrung die Fachweiterbildung absolviert werden. Diese Strategie hat sich vorerst als nicht zufriedenstellend erwiesen, da die Quote nicht gestiegen sei. Als Problem stellte sich hierbei heraus, dass die Mitarbeiter nach der Ausbildung ein Jahr gearbeitet haben, zwei Jahre die Fachweiterbildung absolvierten und danach im Regelfall in die Familienphase eingetreten sind und die Elternzeit genutzt haben. Mit dem Hintergrund, dass einige Mitarbeiter in Teilzeit wiederkommen werden, die dann die Fachweiterbildung mitbringen, ist beschlossen worden, dass die Qualifizierung indem Fall vor der Familienphase durchgeführt werden soll. In einem der befragten PNZ hat sich diese Strategie als wirksam erwiesen.

Die Abschaffung des Rufdienstes zu Nachtdiensten und Umwandlung zu einem Anwesenheitsdienst ist ebenfalls eine der Strategien, die zur Erfüllung der Richtlinie beitragen soll.

Der Rufdienst besteht momentan nur für den Nachtdienst, soll allerdings rausgenommen werden und bietet somit die Möglichkeit in ein Anwesenheitsdienst umgewandelt zu werden. Dadurch würde das Personal vollständig zur Verfügung stehen.¹³²

¹³⁰ Vgl. Interview PDL 1/PDL 2/PDL 3

¹³¹ Vgl. Interview PDL 2

¹³² Vgl. Interview PDL 1

PDL 1 erklärt zudem, dass durch *Kooperationen mit anderen Hochschulen* und eigenen Schulen im Haus es möglich sei den Stellenbesetzungsplan gut abzudecken. Anfangs, als es noch die Übergangsfristen und Regelungen gab, wurde sukzessiv geschaut wie viel Personal gebraucht wird, so dass gegenwärtig standardgemäß Personal in die Weiterbildung geschickt werden kann. So konnten der Personalschlüssel und die Quote sehr gut aufgebaut werden. Hinzu kommt, dass den Mitarbeitern eine *Bedingung* gestellt werden musste, dass diese entweder in die Fachweiterbildung gehen müssen oder auf eine andere Intensivstation versetzt werden.¹³³

Um sicherzustellen, dass die Mitarbeiter in die Weiterbildung gehen, werden Hinweise im Arbeitsvertrag dokumentiert, sodass die Mitarbeiter eine Verbindung eingehen diese Weiterbildung zu absolvieren.¹³⁴

Bevor die Vorgaben zum Personalschlüssel in Kraft getreten sind, war dies vorher schon oft Diskussionsthema in den Gremien. Dieser konnte nur ganz langsam ein Einstieg realisiert werden. Mit dem Personalaufbau konnte erst richtig begonnen werden, als die *Refinanzierung* gesichert war. Dieses geschah erst Ende 2016, sodass die richtige Personalgewinnung erst im Jahr 2017 erfolgen konnte. Aus diesem Grund wurde im Voraus schon versucht, durch *frühzeitige Werbung* bei den Auszubildenden für die Intensivstationen Personal zu gewinnen. Ebenso wurde die Fachweiterbildung auf- und ausgebaut, um das ganze attraktiver für die Kollegen zu gestalten. Es wurde eine *neue Schichtbesetzung* vereinbart und ein *flexibler Unterstützungsdienst* solle 2019 eingerichtet werden. Dieser Unterstützungsdienst soll schwerpunktmäßig auf der Neonatologie als Beratungsdienst tätig sein und bei Engpässen, wenn bspw. viele Kinder angemeldet sind, dann zusätzlich unterstützen. Dadurch bestünde die Möglichkeit innerhalb von 24 Stunden ein neues Team zu besetzen. Für diesen werde allerdings noch Personal gesucht.¹³⁵ ...es ist aber nicht so leicht Kandidaten dazu zu finden.¹³⁶

¹³³ Vgl. Interview PDL 1

¹³⁴ Vgl. Interview PDL 2

¹³⁵ Vgl. Interview PDL 3

¹³⁶ Interview PDL 3

Die Zielvereinbarung sah dementsprechend folgendermaßen aus: 2017 fand die Personalsuche statt, 2018 sollte das Grundteam aufgestockt werden sowie eine Erhöhung der Weiterbildungsteilnehmer und 2019 die Einführung eines Unterstützungsdienstes. Die eigentliche Personalgewinnung fand über das *Ausschreibungsverfahren* statt sowie durch das Einbeziehen *neuer Medien*. Als beste Strategie hat sich durch das Anbieten *hausintern und externen Fortbildungen* erwiesen, ebenso im speziell neonatologischen frühgeborenen Bereich. Über die Fortbildungen kämen die eigentlichen Kontakte zur Personalgewinnung. Auch weil die Anzahl der Ausbildungsplätze erhöht worden durften, konnte erfolgreich Personal gewonnen werden.¹³⁷

Bei Versorgungsengpässen sollen zukünftig alternative Arbeitszeitmodelle, wie der *Flexidienst*, in Betrieb genommen werden. Dieser wird bei der Einsatzplanung des Personals mit dazu geplant, damit bei Bedarf z. B. durch kurzfristige Krankheitsfälle oder kurzfristige Belegungsspitzen vollwertig darauf zurückgegriffen werden kann.

Es wurde mittels einer Durchschnittsschichtstärke Fallzahlen des aktuellen Jahres sowie der letzten Jahre ermittelt, sodass im Prinzip mit einer gewissen Durchschnittsquote, welche genau errechnet wurden, sollen so alle Situationen abgedeckt werden können. Durch halbjährliche Zwischenberichte und Rückblicke wird überprüft, inwiefern die Umsetzung möglich ist.¹³⁸

Kategorie 4: Personalmanagementkonzept

Diese Kategorie stellt eine Subkategorie der Strategie zur Umsetzung dar, da das Erstellen eines Personalmanagementkonzepts ein Ansatz der Strategie ist. Laut QFR-RL müssen alle PNZ für den Fall von ungeplanten Situationen und weiteres über ein Personalmanagementkonzept verfügen, um den Mehrbedarf an Pflegepersonal wieder

¹³⁷ Vgl. Interview PDL 3

¹³⁸ Vgl. Interview PDL 2

sicherzustellen.¹³⁹ Dieses Konzept muss bei Nichterfüllung im klärenden Dialog mit eingereicht werden. In dieser Kategorie sollen die jeweiligen Konzepte vorgestellt werden sowie die konkreten Lösungsansätze wie z. B. bei Versorgungsengpässen hierfür aussehen. Gegebenenfalls können hierdurch Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.

Da das Personal der entscheidende Faktor für die Erfüllung der Richtlinie ist, muss ein detaillierter Plan für das Team erstellt werden. Dieses erfolgt durch unterschiedliche Ansätze wie z. B. durch einen *mehrstufigen Jahresplan*. Hierbei ist es wichtig die aktuelle Situation des vorhandenen Teams zu berücksichtigen. Das Erstellen des Planes erfolgt auf Basis von verschiedenen Exceltabellen und bedeutet, dass eine sehr deutliche Erfassung der Mitarbeiter notwendig ist. Es muss erfasst werden

- welcher Mitarbeiter wann in Rente geht,
- welche Mitarbeiter sich im Mutterschutz oder in Elternzeit befinden,
- wie lange Elternzeit beansprucht wird,
- wer in Teilzeit wieder kommt,
- wie lange die Einarbeitung neuer Mitarbeiter dauert und
- wie die natürliche Fluktuationsrate aussieht.

Diese Tabellen werden monatlich abgeglichen und weiterentwickelt. Dort werden auch Zielgrößen verankert, um zu sehen, wie viele Vollzeitkräfte wann in welchem Jahr erreicht werden sollen. Durch so ein Konzept kann im Falle von unerwarteten Ausscheidungen des Personals Lösungswege gefunden werden. Die Pläne werden jeden Tag pro Schicht abgestimmt. Dabei wird jedes Mal die Frage gestellt: Wie sieht die Patientenbelegung aus? Wie ist die Personalbesetzung? Wird mit dieser Personalbesetzung die Quote erfüllt? Kann das Verhältnis des Personalschlüssels gegeben werden?¹⁴⁰

Eine weitere Option die Patientenversorgung sicherzustellen, ist ein *Verückungsschema* im ganzen Haus. Dies bedeutet, dass die Möglichkeit

¹³⁹ Vgl. G-BA (Hrsg.) 2018, Anlage 2, S. 4ff.

¹⁴⁰ Vgl. Interview PDL 2

besteht über den *Qualifikationsmix* der Kinderkrankenpfleger kurzfristig Mitarbeiter aus dem Haus in die nicht intensiv neugeborenen Medizin zu verschieben und qualifizierte Mitarbeiter aus der Nachsorge auf die Intensivstation zu verrücken. Ebenso müssen *Belegungsschwankungen* für das ganze Jahr erfasst werden. Zusätzlich ist die Abstimmung der Urlaubsplanung der Mitarbeiter ein wichtiger Aspekt. Hier muss ein Gesamturlaubsplan erstellt werden. Die Teams müssen ihre Urlaubspläne untereinander abstimmen, um zu verhindern, dass auf einmal ganz viele Leute mit Fachweiterbildung abwesend sind.

Kommt es zu Versorgungsengpässen, so wird mittels eines sogenannten *Dreistufenmodells* nach Handlungsmöglichkeiten geschaut, um das Team zu besetzen. Damit ist gemeint, dass zuerst einmal im eigenen Team nach Personal geschaut wird. Parallel dazu wird die eigenen Station in Betracht gezogen, ob die Kinder alle korrekt eingestuft sind, denn eventuell kann ein Kind auf eine Nachbarstation verlegt werden. Der zweite Schritt ist mit anderen Intensivstationen zusammen zu arbeiten. Es soll personaltechnisch geschaut werden, ob ein Kollege aktiviert werden kann oder ob ein Patient auf die andere Intensivstation verlegt werden kann, um so den Ausgleich zu schaffen. Eine Verkopplung der Neonatologie und der Kinderintensivstationen, macht es möglich den Patienten zu verschieben. Der dritte Schritt in diesem Modell ist einen Unterstützungsdienst hinzuzufügen. Sofern die Nachsorge durch geplante Operationen eines Säuglings oder Frühgeborenen nicht sichergestellt werden können, werden unter Umständen Operationen verschoben.

*Bis hin, wenn alle Sticke reißen...*¹⁴¹ kritisiert PDL 3, dass im äußersten Notfall mit der Gynäkologie gesprochen werden muss, so dass wenn eine Schwangere mit einer Risikogeburt kommt, der Patient nicht mehr aufgenommen werden kann, da eine Sicherstellung der Pflegebetreuung nicht gegeben ist. Das bedeutet, das Kind müsse direkt nach der Geburt verlegt werden. *Das wäre die allerletzte Stufe, die auf gar keinen Fall in Betracht gezogen werden sollte. Realistisch betrachtet muss im Einzelfall*

¹⁴¹ Interview PDL 3

*so jedoch gehandelt werden. Diese Situation ist tatsächlich bis jetzt nur einmal passiert.*¹⁴²

Kategorie 5: Herausforderung

Die Umsetzung der Richtlinie erfolgt durch die PDL, da diese die Dienstpläne erstellen, die Mitarbeiter fördern und das Personal ermitteln. Die Verantwortung liegt somit bei der Leitung. Um nachzuvollziehen wie die PDL die Herausforderung Richtlinie einschätzen, wurde die Kategorie gebildet.

Zu Beginn wirkten die Forderungen auf die Experten sehr *unrealistisch*,¹⁴³ mit der Zeit sei sie zu einer großen Aufgabe geworden, die vieles in Bewegung setzt. Bei erster Betrachtung zeige sich ein positives Bild, da sie etwas sei, was dem Patienten und dem Team zugutekommt. Allerdings sei die Richtlinie sehr komplex und durch immer wieder neue Änderungen, Erweiterungen und Beschlüsse, die dazukommen, mit einem hohen Aufwand verbunden, äußert PDL 2. *Eine ordentliche Leistung war es ebenfalls für das Team,¹⁴⁴ da die Kollegen für den Zeitraum während der Weiterbildung nicht zur Verfügung stehen. Das Team freut sich, wenn neues Personal dazukommt aber so in der Tiefe das alles zu verstehen und zu begleiten, ist tatsächlich eine schwere Aufgabe für das Team in der Alltagspflege.*¹⁴⁵

Die Krankenhäuser fühlten sich in der Verpflichtung das Level 1 Zentrum zu halten und auch weiterhin in der Region anzubieten.¹⁴⁶ Somit läge es in der Verantwortung der PDL, sich um ausreichendes Personal zu kümmern und die Mitarbeiter in die Fachweiterbildungen zu schicken. Diese stellt eine große Herausforderung dar. Die Personalbesetzung muss jeden Tag zu jeder Schicht kontrolliert werden. Welches, dass zu Beginn des Tages in der Frühschicht erfasst werden muss, ob die Frühschicht die Quote erfüllt. Am späten Vormittag muss geschaut werden, ob die

¹⁴² Interview PDL 3

¹⁴³ Vgl. Interview PDL 1/PDL 2//PDL 3

¹⁴⁴ Vgl. Interview PDL 2/PDL 3

¹⁴⁵ Interview PDL 2

¹⁴⁶ Vgl. Interview PDL 1/PDL 2/PDL 3

Spätschicht diese erfüllt. Nachmittags gilt es einer Überprüfung für die Nachtschicht.¹⁴⁷

Kategorie 6: Entwicklungsvorschläge

In der Kategorie Entwicklungsvorschläge soll die persönliche Betrachtungsweise der Experten erfolgen. Positive sowie negative Erfahrungen, die bei der Umsetzung gemacht worden sind, werden in diesem Abschnitt dargestellt. Des Weiteren werden Wünschen und Empfehlungen zur Verbesserung bzw. zur weiteren Entwicklung geäußert.

Alle drei Experten sind *Befürworter* dieser Richtlinie und empfinden sie als sehr positiv. Ihnen ist bewusst, dass sich die Richtlinie noch in der Entwicklungsphase befindet. Dennoch ist sei es wünschenswert, dass sich die Vorgaben nicht nur auf das Geburtsgewicht der Kinder beziehen sollten, sondern auf den tatsächlichen Pflegebedarf. Denn pauschal nur am Geburtsgewicht den Pflegebedarf festzumachen sei aus Sicht der Experten nicht optimal.¹⁴⁸

PDL 2 äußert sich dazu kritisch, da es aus medizinischen Gründen zu viele Unterschiede gibt. Ein differenzierteres Bild über andere Krankheitsbilder wäre hier von Vorteil.¹⁴⁹ Dies sei darin begründet, dass es auch Frühchen gäbe, die sehr stabil zur Welt kommen und bei denen diese Vorgabe dann erfüllt werden müsse, dennoch nicht nötig sei. Dennoch gibt es auch Neugeborene, die mit massiven Problemen zur Welt kommen und genau diese eins zu eins oder eins zu zwei Betreuung bräuchten. Daher solle eine Orientierung an dem Pflegebedarf bzw. eine Einzelfallbetrachtung jedes Kindes vorgenommen, begründet ebenfalls PDL 1. Eine indikationsbezogene Kategorisierung demnach wäre passender.¹⁵⁰

*Die Kinder, die über 1.500 Gramm wiegen werden außen vorgelassen, kritisiert PDL 3.*¹⁵¹ Die Richtlinie gibt zwar in diesem Bereich auch

¹⁴⁷ Vgl. Interview PDL 2

¹⁴⁸ Vgl. Interview PDL 1/PDL 2/PDL 3

¹⁴⁹ Vgl. Interview PDL 1/PDL 2

¹⁵⁰ Vgl. Interview PDL 1/PDL 2/PDL 3

¹⁵¹ Interview PDL 3

Hinweise, besser sei es dennoch, ein gesamtes Konzept für die neugeborenen Medizin zu entwickeln, nicht nur bezogen auf die Frühgeborenen-Medizin.¹⁵² *Da sind zwar in der Richtlinie die Neugeborenen mit drin auch im Titel, aber so richtig sind sie eben nicht mit drin, sondern an vielen Stellen geht es konkret um die Kinder unter 1.500 Gramm, begründet PDL 2.*¹⁵³

Ein weiterer Wunsch, der von PDL 2 geäußert wurde, ist es, solche Vorgaben für die gesamte Pädiatrische Abteilung einzuführen. Die Neonatologie sei jetzt eine Sonderposition für die Pflege. Der Personalzuwachs sei in dem Bereich deutlich höher als in anderen Abteilungen. Im ungünstigen Fall bedeutet dies, dass andere Bereiche weniger Personal zur Verfügung haben, da keine Ressourcen vorhanden sind. Dieses führe oft zu Unstimmigkeiten auf anderen Stationen, da diese Quote dort nicht aufzufinden ist. In der Gesamtkommunikation Pflege bestünde kein Verständnis anderer Abteilung und die Forderung nach eigenen Richtlinien zu Personalschlüsseln.¹⁵⁴

Die Richtlinie ließe viel Raum für Spekulationen und bedeute auch für die PDL immer wieder argumentieren zu müssen, warum das Personal auch dort vorgeschrieben sei, wo Frühchen, die über 1.500 Gramm wiegen und wenig Pflegeaufwand benötigen, so PDL 3.¹⁵⁵ Im Rahmen der Ökonomisierung und der Tendenz, dass für diesen Bereich mehr Personalkosten entstehen, müsse dafür in anderen Abteilungen gespart werden. Das Gesamtkonzept des Budgets im Krankenhaus wirke sich somit auf das gesamte Budget aus. Bei globaler Betrachtung hätte dies für die Krankenhäuser im Vorfeld beachtet werden müssen,¹⁵⁶ *bevor man da einen Stein ins Wasser wirft, der Menschen Wellen macht*¹⁵⁷, so drückt PDL 2 die Situation aus.

Darüber hinaus hätte für die Verwaltungsaufgaben ebenfalls ein Schlüssel für eine Leitungsqualifikation berücksichtigt werden sollen, äußerten

¹⁵² Vgl. Interview PDL 3

¹⁵³ Interview PDL 2

¹⁵⁴ Vgl. Interview PDL 2

¹⁵⁵ Vgl. Interview PDL 3

¹⁵⁶ Vgl. Interview PDL 2

¹⁵⁷ Interview PDL 2

zwei der Befragten, indem z. B. eine 0,5 Leitungsstelle mehr eingestellt werde oder anhand der Bettenzahl die Leitungsfunktion aufgestockt werden würde. *Genau gesagt, war die Umsetzung und Vorbereitung ein enorm hoher Aufwand.*¹⁵⁸ Zumal die Richtlinie als positiv angesehen wird, wird alles möglich gemacht, um sie zu erreichen. Im schlimmsten Fall kommt es zu einer Budgetkürzung oder Levelaberkennung und das ist nicht der richtige Weg. *Deswegen gab es so viel heiße Luft um diese Richtlinie.*¹⁵⁹ Die Richtlinie sei eine gute Idee, beinhalte dennoch Konstruktionsfehler und Schwachstellen bei der Umsetzung, die bearbeitet werden sollten.¹⁶⁰

Die Richtlinie beschäftigt sich ebenfalls mit anderen Berufsgruppen, was sie außen vor ließe sei die *Führungs- und Leitungsstruktur*. Außer eines Leitungslehrgangs werde für die Leitung nichts abgefragt. Je größer und komplexer die Teams werden und auch die Konzepte der Betreuung, müssten zusätzlich pflegewissenschaftliche Kompetenzen hinzuzogen werden. Kritisiert wird zudem der fehlende wissenschaftliche Hintergrund der Richtlinie, trotz der ausgiebigen praktischen Auseinandersetzung.¹⁶¹

*Diese dritte Schicht ist ja schon, wenn sie das erste Mal greift, wäre das ja schon ein Kriterium um nicht mehr Level 1 zu sein. Das halte ich für unrealistisch. Also auch durch den Unterstützungsdienst, soviel Rufbereitschaft und Flexibilität ist in meinen Augen von den Kollegen nicht zu fordern und was wir nicht machen ist, dass wir so notfallmäßig, dann die anderen Stationen reduzieren, so PDL 3.*¹⁶²

Ferner wurde noch auf den Korridor von 5 % verwiesen, denn dieser werde als unrealistisch gesehen. Ein Korridor von 10 % sei aus Sicht der PDL 3 wäre realistischer.¹⁶³

Der positive Effekt sei, dass durch die Richtlinie die Möglichkeit zur Freigabe das Personal aufzustocken gegeben worden ist sowie mehr Weiter-

¹⁵⁸ Interview PDL 2

¹⁵⁹ Interview PDL 2

¹⁶⁰ Vgl. Interview PDL 2

¹⁶¹ Vgl. Interview PDL 3

¹⁶² Interview PDL 3

¹⁶³ Vgl. Interview PDL 3

und Fortbildungen anzubieten. Ebenso hätten sich die Mitarbeiter über das vermehrte Personal gefreut.¹⁶⁴ Der negative Effekt, der darin gesehen wird sei, dass eine höhere Flexibilität der Mitarbeiter gefordert wird sowie vermehrte Rufbereitschaft, da diese bereits überdurchschnittlichen hohen Ansprüchen ausgesetzt seien. Im Falle einer Nichterfüllung müsse umgehend geschaut werden, wie die Pflegekräfte verschoben werden können. In solchen Fällen müssten die Kollegen früher kommen oder länger bleiben, damit die Richtlinie erfüllt werden kann. Was zu Anfang für Unmut gesorgt hätte, war die Anwesenheit der Fachweitergebildeten Kollegen, die in der Richtlinie auch festgeschrieben sind, da dies bedeutet, dass das Tauschen unter Fachkräften dadurch eingeschränkt worden ist, weil eine Fachkraft nur mit einer Fachkraft tauschen kann.

Die in Kapitel 3.4.3 dargestellte Möglichkeit, eine Fachweiterbildung durch Anerkennung einer bestimmten Anzahl an Berufsjahren zu erlangen, hätte sich als wirksam erwiesen und stelle eine gute Basis dar.

Eine klare Aussage, die PDL 3 trifft ist, dass bei Ausarbeitung von Entwicklungsvorschlägen immer in erster Linie die Versorgung der Frühchen an vorderster Stelle steht.¹⁶⁵

Kategorie 7: Sonstiges

Unter der Kategorie *Sonstiges* werden alle relevanten Textpassagen dargestellt, die keiner Kategorie zugeteilt wurden konnten.

Wie bereits erwähnt schreibt die Richtlinie nicht nur Vorgaben im Bereich der pflegerischen Versorgung, sondern definiert auch Anforderungen für Ärzte und Hebammen. Festgestellt wurde, dass es in dem Bereich der Hebammen sehr desolat aussieht. Trotz eigener Hebammenschule können die Stellen *gerade so* gedeckt werden. Somit bestünde nicht nur ein Engpass in der pflegerischen Versorgung, sondern zum Teil auch bei den Hebammen. Das Angebot sei in diesem Bereich ebenfalls begrenzt.

¹⁶⁴ Vgl. Interview PDL 1/PDL 2/PDL 3

¹⁶⁵ Vgl. Interview PDL 3

Ebenfalls wurde angemerkt, dass auch die Eltern eine enorme Rolle spielten. Diese werden in der Kindeklinik und in der Neonatologie im Regelfall mit aufgenommen und müssen ebenfalls begleitet werden. Oft entstehen viele Fragen und Ängste. Daneben muss das Elternteil lernen, sich an das Kind zu gewöhnen und es zu adaptieren. Eine ausführliche Beratung und Vorbereitung der Eltern sollten ebenso im Fokus stehen. Für viele Eltern sei es ein Schock, wenn sie ihr Kind im Inkubator liegen sehen und dieses möglicherweise nur 500 bis 550 Gramm wiegt. Falls Risikoschwangere identifiziert werden oder eine Frühgeburt droht, werde im Regelfall, wenn es eingerichtet werden kann, ein Arzt und eine Pflegekraft vor der Entbindung den werdenden Müttern zugeteilt. Mit einer ganz kleinen Puppe, die einen Frühchen entspricht und einer entsprechenden Versorgungseinheit, werde den Eltern der Umgang mit diesem Kind gezeigt zur Vorbereitung. In diesem Sinne kann im Voraus schon einmal mit der Puppe geübt werden. Dies sei langfristig und wirtschaftlich von Vorteil für das Gesundheitssystem. Denn hierdurch können Folgeschäden gesundheitlicher Art ebenfalls seitens der Eltern abgewendet werden. ¹⁶⁶

¹⁶⁶ Vgl. Interview PDL 1

6 Zusammenfassung und Diskussion

Die vorliegende Arbeit stellt die Ursachen für Versorgungsdefizite und Umsetzungsmöglichkeiten der QFR-RL im Bereich des Personalschlüssel in PNZ dar. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden Interviews mit Pflegedienstleitungen geführt.

Die Ergebnisse dieser Arbeit beschränken sich somit auf die Aussagen dreier Experten. Es konnten individuelle Sichtweisen bezüglich der Umsetzung beobachtet werden. Die Durchführung der Experteninterviews ist hierzu als äußerst positiv zu benennen, denn die Akteure zeigten großes Interesse an der Forschungsfrage. So konnte eine gute Interaktion geführt werden. Unschlüssigkeiten und diverse Fragen wurden beantwortet, die als zielführend für diese Arbeit eingestuft wurden.

Wichtig ist an dieser Stelle anzumerken, dass die Ergebnisse aufgrund der Anzahl der Interviewpartner nur einen Einblick in die Praxis geben können und die Repräsentativität somit eingeschränkt ist. Da aufgrund des Umfangs dieser Arbeit lediglich eine Befragung von PDL aus Level 1 Zentren möglich gewesen ist, sollte in weiterführender Forschung der Einbezug der Versorgungsstufe 2 berücksichtigt werden, da die Vorgaben der Richtlinie diese ebenfalls betreffen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit geben einen umfangreichen Einblick in die möglichen Ursachen von Versorgungsdefiziten in Bezug auf die Personalvorgaben der QFR-RL und deren Umsetzung in den PNZ. Für weitere Untersuchungen kann an diese Arbeit angeknüpft werden.

Jede Frühgeburt stellt für das PNZ eine Besonderheit dar. Aufgrund der hohen Risiken, die eine Entbindung vor der 37. SSW birgt, beinhaltet die QFR-RL strenge Vorgaben im Bereich der pflegerischen Versorgung. Die Herausforderung, den Anforderungen bezüglich des Personals gerecht zu werden, ist aufgrund dieses Risikos enorm. Alle drei Interviewpartner bestätigten dies und äußerten das Bestreben, diese Anforderungen erfüllen zu wollen, um das PNZ weiter betreiben zu können. Dennoch

befürworten die Befragten die Richtlinie und sind bemüht, diese umzusetzen.¹⁶⁷

Folgende Schwierigkeiten haben sich dabei als Besonders herausgestellt: Durch die häufig nicht planbaren und wechselhaften Belegungsdichten auf neonatologischen Intensivstationen, soll die Besetzung des Personals innerhalb von 24 Stunden angepasst werden können.¹⁶⁸ Da ggf. in- und externe Verlegungen organisiert werden müssen, lässt sich dieses oft schwer umsetzen. Weitere Gründe hierfür sind, dass Personal krankheitsbedingt ausfallen kann oder unvorhergesehen viele Patienten dazu kommen können. Die Zentren können in solchen Fällen nur begrenzte Gegenmaßnahmen einleiten.¹⁶⁹

Im Laufe der Untersuchung konnten zahlreiche Faktoren für die Nichterfüllung der Personalanforderungen identifiziert werden. Eine erkennbare Ursache ist, dass ein Mangel an Pflegepersonal im Bereich Gesundheits- und Kinderkrankenpflege auf dem Arbeitsmarkt herrscht. Die Versorgungsqualität soll durch festgeschriebene Personalschlüssel erhöht werden. Die Kliniken stehen hier vor einer Herausforderung das notwendige Personal zu finden. An dieser Stelle bedarf es einer strategisch durchdachten, sowie anpassungsfähigen Personalplanung im Falle einer voraussichtlichen Nichterfüllung. Dies umzusetzen wäre bspw. möglich durch die Erhöhung der Flexibilität der Belegung auf anderen Intensivstationen oder einer Entlastung in der Dokumentation. Für die Personalbeschaffung gilt es, in Anbetracht des allgemeinen Fachkräftemangels, weitgreifende und unternehmenspolitische Maßnahmen, wie die Attraktivität des Berufes zu steigern durch bspw. einer Anpassung der Vergütung.

Alle drei PNZ befinden sich im klärenden Dialog und vereinbarten in den jeweiligen Gremien hierzu bereits konkrete Ziele, wie das Vorhalten eines Personalmanagementkonzepts. Im Falle von Abweichungen, sollen dort Lösungswege festgelegt werden. Vor allem sollte jedoch geregelt

¹⁶⁷ Vgl. Interview PDL 1/PDL 2/PDL 3

¹⁶⁸ Vgl. G-BA (Hrsg.) 2018, Anlage 2, S. 4

¹⁶⁹ Vgl. Interview PDL 1/PDL 2/PDL 3

sein, wie die Personalpläne umgestellt werden kann, um bei Abweichungen den vorgegebenen Personalschlüssel dennoch sicherzustellen. Das Einführen eines solchen Personalmanagementkonzeptes hat sich mittlerweile als effektive Maßnahme herausgestellt und wurde in allen drei PNZ in ähnlicher Vorgehensweise umgesetzt.

Um jederzeit die Personalvorgaben erfüllen zu können, haben die PNZ in einem ersten Schritt damit begonnen, deutlich mehr Personal einzustellen. Durch klassische Ausschreibungsverfahren wird hauptsächlich das Personal gewonnen. Auch durch das Anbieten hausinterner und externe Fortbildungen werden Kontakte zur Personalgewinnung geknüpft, sowie Kooperationen mit Schulen eingegangen und soziale Medien einbezogen.

In den Ergebnissen wurde deutlich, dass die Maßnahmen zur Umsetzung der PDL oft zukunftsorientiert geplant werden. Hierzu gehört die Erstellung eines mehrstufigen Jahresplans, indem eine genaue Erfassung aller Mitarbeiter vorgenommen, und die Vereinbarung neuer Schichtbesetzungen getroffen wird, sowie die Einführung eines geplanten flexiblen Unterstützungsdienstes ab 2019. Des Weiteren wird ein Verückungsschema zwischen den Abteilungen oder das Drei-Stufen-Modell realisiert, in dem bei Versorgungsengpässen nach Handlungsmöglichkeiten geschaut werden kann, das Team neu zu besetzen. Dazu wird zuerst auf der eigenen Station geschaut, inwieweit das Personal zur Verfügung steht und ob die intensivtherapie- und intensivüberwachungspflichtigen Kinder alle richtig eingestuft sind. Falls der erste Schritt nicht umzusetzen ist, kann eventuell auf Personal anderer Intensivstationen zurückgegriffen werden. Der dritte Schritt in diesem Modell ist einen Unterstützungsdienst im Jahr 2019 einzuführen, weshalb zu diesem Zeitpunkt hierzu noch keine konkreten Aussagen getroffen werden können.

Ist im Falle geplanter Operationen von Säuglingen im Vorfeld bekannt, dass aufgrund von Personalmangels keine Nachsorge sichergestellt werden kann, müssen diese unter Umständen verschoben werden. Diesen Option gilt es als zu vermeiden, da die Versorgungsqualität nicht weniger gefährdet wird, wenn medizinische Interventionen nicht stattfinden.

Zur Erfüllung der in der QFR-RL vorgeschriebenen Quote könnte es im härtesten Fall zu der Notwendigkeit einer Verlegung in andere Krankenhäuser kommen. Da Neugeborenen-Transporte ein hohes Risiko darstellen, sollte diese Handlungsmöglichkeit möglichst vermieden werden. Aus diesem Grund ist es von hoher Bedeutung, eine frühzeitige Belegungsplanung von Risikogeburten zu erstellen.

Die Regelungen zu Fachweiterbildungen sollten ebenfalls im Personalmanagementkonzept angepasst werden. Durch die Problematik des mehrjährigen Ausfalls der Fachkräfte in Weiterbildung bedarf es hier alternativen Lösungen. Möglich wäre hier die Option Praktikumsstellen für Personal anderer Kliniken anzubieten, die dort eine Fachweiterbildung in Vollzeit absolvieren. Eine weitere Möglichkeit wäre das Anbieten einer Teilzeitregelung für die Weiterbildung, um diese Mitarbeiter auch in Teilzeit auf Station beschäftigen zu können.

Eine weitere Ursache, weshalb die Erfüllung des Personalschlüssels eine Herausforderung darstellt, ist laut der Experten der hohe Anteil weiblichen Personals, welche häufig durch Mutterschutz und Kindeserziehung aus der Vollzeit zurücktreten.

Zwei der drei Befragten PNZ äußerten, dass sie es voraussichtlich nicht schaffen werden bis zum 31.12.2019 die Anforderungen der Richtlinie bezüglich des Personals zu erfüllen. Somit stellt sich ebenso die Frage, wie der aktuelle Umsetzungsstatus in den anderen PNZ aussieht. Fraglich ist zudem, ob wiederholt ein großer Anteil der Kliniken die Vorgaben nicht erfüllen kann, die Übergangsfrist eventuell wieder verlängert werden oder eine neue Regelung getroffen werden muss. Laut der Experten wäre eine Verlängerung der Übergangsfrist wünschenswert.

Als weitere Möglichkeit für die zukünftige Umsetzung besteht die Kooperation zwischen nahegelegenen Kliniken. Durch den *Aufbau eines Personalpools* kann bspw. kurzfristig bei Versorgungsengpässen auf Personal zugegriffen werden. Bei Betrachtung der Herausforderung als *Gemeinschaftsaufgabe* kann gegenseitig von Personal-/Restkapazitäten der Kliniken profitiert werden und die Versorgung in der Region gewährleistet werden. Um die Bereitschaft der Mitarbeiter für eine

Springertätigkeit zu erhöhen, müssten entsprechende Anreize geschaffen, wie bspw. Vergütungszuschläge.

Im Fokus der Maßnahmen sollte neben der Umsetzungsmöglichkeiten der Richtlinie auch auf die Ursachenforschung für eine Frühgeburt stehen. Wie in Kapitel 2.2 bereits erwähnt gibt es eine Vielzahl von Ursachen für eine Frühgeburt. Durch eine ursachengerechte Prävention ließen sich möglicherweise viele Frühgeburten verringern und geringere Fallzahlen würden die Umsetzung der Personalschlüssel erleichtern. Demnach sollte auch in den Bereich der Prävention von Frühgeburten mehr investiert werden.

In Widerspruch zu den sinkenden Fallzahlen steht der ökonomische Druck, unter dem die PNZ stehen. Die Behandlung von Frühgeborenen wird lukrativ vergütet und kommt es zu Infektionen oder Komplikationen bei Operationen, erhöhen sich die Einnahmen und der Gewinn.¹⁷⁰ Hier stehen ökonomische und ethische Interessen im Konflikt. Die finanzielle Situation einer Klinik sollte nicht vom Grad der Pflegebedürftigkeit der Neugeborenen abhängig sein. Durch diesen stetigen Wettbewerb um lukrative Patienten sind die leittragenden letzten Endes die Kinder, denn im schlimmsten Fall ist deren Überleben gefährdet.

¹⁷⁰ Vgl. Zimmer 2012, S. 517

7 Fazit

Damit eine optimale Versorgung für Frühchen, als auch für die Mütter vor und nach der Geburt garantiert werden kann, werden vom G-BA strenge Mindestanforderungen an die Qualitätsvorgaben gestellt. Diese sollen durch die QFR-RL im Bereich der Versorgung von Frühchen erhöht werden, jedoch stellen die Personalvorgaben die Kliniken vor vielfältige Herausforderungen. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit stellte sich daher die Frage, wie PNZ diese Personalanforderungen umsetzen können, um die die Richtlinie zu erfüllen.

Um ein theoretisches Grundverständnis der Thematik zu erlangen, wurde zu Beginn ein Einblick in die Perinatalversorgung in Deutschland gegeben. Hierzu wurden zentrale Begriffe wie Frühgeburt und PNZ definiert. Außerdem wurden die Ursachen und Folgen einer Frühgeburt aufgezeigt. In der QFR-RL werden Geburtsabteilungen nach dem Grad ihrer Spezialisierung in vier unterschiedliche Versorgungsstufen eingeteilt. Diese Kliniken der jeweiligen Versorgungsstufe müssen die Anforderungen jederzeit erfüllen.

Die Richtlinie beinhaltet unterschiedliche Anforderung im Bereich der pflegerischen Versorgung für Zentren der Versorgungsstufen Level 1 und 2. Nach einer kurzen Einführung in den Hintergrund der QFR-RL wurde speziell auf die Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals, die Fachkraftquote, Personalschlüssel, sowie auf das Nachweisverfahren und die Übergangsregelung eingegangen. Die Ausführungen in diesem Abschnitt bilden die theoretische Basis für die Interviewfragen im späteren Verlauf der Arbeit.

Für die Beantwortung der Frage, welche Aspekte ursächlich für das Nichterfüllen der Vorgaben sind und wie die PNZ die Umsetzungsmöglichkeiten beurteilen, wurden in dieser Arbeit drei PDL aus drei unterschiedlichen PNZ befragt. Die Befragung fand in Form eines leitfadengestützten Interviews statt. Dies ließ einen natürlichen Gesprächsverlauf, sowie das Einbinden offener und unterschiedlicher Fragen zu. Vor der Durchführung erfolgte eine systematische Vorbereitung, um eine

geeignete Auswahl der Interviewpartner zu treffen. Anschließend wurde ein Leitfaden zur Formulierung der Interviewfragen erstellt.

Zur Bearbeitung der Fragestellung wurden die in den Interviews erhobenen Daten einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen, nachdem eine Transkription der Gespräche stattgefunden hat. Im Rahmen der Inhaltsanalyse wurden sieben Kategorien gebildet, die die Ergebnisse der Interviews inhaltlich strukturieren. Hier zeigten sich die individuellen Sichtweisen des Umsetzungsstandes in den einzelnen Kliniken.

Im sechsten Kapitel wurden die Ergebnisse der Kriterien-Analyse im Hinblick auf die Fragestellung der Bachelorarbeit diskutiert. Die erhobenen Daten wurden in Bezug auf die Bedeutung für die Umsetzung der Richtlinie interpretiert und erörtert. Es konnten zahlreiche Ursachen identifiziert werden, die die Umsetzung schwierig gestalten lässt. Im Falle von Personalausfällen oder unvorhersehbarer Belegungsintensitäten werden unter anderem Personalmanagementkonzepte eingeführt, um Handlungsmöglichkeiten für solche Situationen zur Verfügung stehen.

Abschließend ist zu festzuhalten, dass die drei befragten Experten alle zu dem Ergebnis gekommen sind, dass die Vorgaben als positiv zu betrachten sind. Sobald diese vollständig umgesetzt werden können, ist die Sicherstellung einer optimalen Versorgung durch die QFR-RL realisierbar.

Aus diesem Grund sollte für die Umsetzung der Personalschlüssel weiterhin gesetzmäßige, finanzielle und personelle Voraussetzungen geschaffen werden, sodass ein bestmöglicher Start für frühgeborene Kinder in das Leben ermöglicht.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (Hrsg.) (2012): Bauchwanddefekte (Laparoschisis [LS]/Omphalozele [OZ]), in: AWMF online-Das Portal der wissenschaftlichen Medizin, Nr. 006/042, S. 1

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (Hrsg.) (2013): Verlegung von Früh- und Reifgeborenen in Krankenhäuser der adäquaten Versorgungsstufe, in: AWMF online-Das Portal der wissenschaftlichen Medizin, Nr. 024/002, S. 1

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (Hrsg.) (2014): Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit, in: AWMF online-Das Portal der wissenschaftlichen Medizin, Nr. 024/019, S. 1

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (Hrsg.) (2015): Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland, in: AWMF online-Das Portal der wissenschaftlichen Medizin, Nr. 087/001, S. 4

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (Hrsg.) (2016): Zwerchfellhernie, Zwerchfelldefekt (Congenital Diaphragmatic Hernia [CDH]), in: AWMF online-Das Portal der wissenschaftlichen Medizin, Nr. 006/087, S. 1

Bach, I./Lehmpul, M. (2017): Gesundheitsberater Berlin, <http://www.gesundheitsberater-berlin.de/glossar/perinatalzentrum>, Stand: 21.04.2016. Zuletzt geprüft am 01.11.2018

Bertelsmann, A. (1993): Pharmako-Epidemiologie, Englisch-deutsches Wörterbuch, Berlin, Heidelberg

Blum, K. (2014): Probleme in der Frühgeborenenversorgung durch G-BA Richtlinie, in: Das Krankenhaus, S. 907

- Blum. K.** (2014): Perinatalbefragung zur pflegerischen Strukturqualität, Düsseldorf
- Blum. K.** (2016): Perinatalbefragung zur pflegerischen Strukturqualität, Düsseldorf
- Brosius, H./ Haas, A./ Koschel, F.** (2016): Methoden der empirischen Kommunikationsforschung, Eine Einführung, 7. Aufl., Wiesbaden
- Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung** (Hrsg.) (2012): Weltweit mehr als 15 Millionen Frühgeborene-Tendenz steigend, in: Deutsches Ärzteblatt, o. S.
- Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung** (Hrsg.) (2016): Kliniken können Personalvorgaben für Perinatalzentren nicht umsetzen, in: Deutsches Ärzteblatt, o. S.
- Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung** (Hrsg.) (2017): G-BA schließt jährliche Strukturabfrage für perinatologische Einrichtungen, in: Deutsches Ärzteblatt, o. S.
- Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung** (Hrsg.) (2017): Niedersächsische Langzeituntersuchung zeigt Defizite extrem unreifer Frühgeborener auf ,<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/77711/Niedersaechsische-Langzeituntersuchung-zeigt-Defizite-extrem-unreifer-Fruehgeborener-auf>, in: Deutsches Ärzteblatt, o. S.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz** (Hrsg.) (2017): Frühgeburt, <https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/geburt/geburtsablauf/fruehgeburt>, Stand: 21.04.2017. Zuletzt geprüft am 01.11.2018
- Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V** (Hrsg.) (2016): Frühgeborene im Blick behalten, <https://www.fruehgeborene.de/news/fruehgeborene-im-blick-behalten>, Stand: 15.11.2017. Zuletzt geprüft am 01.11.2018

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (Hrsg.) (2017): Extrem unreife Frühgeborene: bessere Überlebenschancen, aber oft Langzeitfolgen, <https://www.familienplanung.de/service/nachrichten/einzelansicht/artikel/extrem-unreife-fruehgeborene-bessere-ueberlebenschancen-aber-oft-langzeitfolgen/>, Stand: 02.11.2017. Zuletzt geprüft am 01.11.2018
- Das Frühchen Portal** (Hrsg.) (2018): Neonatologie-Auf der Intensivstation, https://fruehchen-portal.de/informationen_fruehgeburt_neonatalogie/. Zuletzt geprüft am 01.11.2018
- Deutsche Krankenhausgesellschaft** (Hrsg.) (2016): Änderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL), <https://www.dkgev.de/dkg.php/cat/42/aid/19201/start/30/title/A-Enderungen>, Stand: 20.12.2016. Zuletzt geprüft am 01.11.2018
- Deutsche Krankenhaus Verzeichnis** (Hrsg.) (o. J.): Fallzahl, <https://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de/glossary/fallzahl>. Zuletzt geprüft am 01.11.2018
- Ebster, C./Stalzer, L.** (2017): Wissenschaftliches Arbeiten für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler, 5. Aufl., Wien
- Eggert, F.** (2017): Intensivstation und ambulante Pflege, <https://www.springerpflege.de/intensivstation/ausserklinische-intensivpflege/intensivstation-ueberwachung-therapie-und-pflege-/15286164>, Stand: 20.12.2017. Zuletzt geprüft am 01.11.2018
- Eppinger, M./Müller, M.** (2015,2016): Pädiatrie: Für Studium und Praxis; Unter Berücksichtigung des Gegenstandskataloges und der mündlichen Examina in den Ärztlichen Prüfungen, 2. Aufl., Breisach am Rhein
- Friese, K./Husslein, P.** (2014): Frühgeburt und Frühgeborenes, in: Der Gynäkologe, Nr. 11, S. 832
- Gemeinsamer Bundesausschuss** (Hrsg.) (2005): Versorgung von Früh- und Neugeborenen wird durch gezielte Zuweisungen in speziell ausgestattete Krankenhäuser verbessert, <https://www.g->

ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/126/,

Stand: 21.09.2005. Zuletzt geprüft am 01.11.2018

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2015): Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene: Änderung der Anlage 2 und 3, Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2005): Bekanntmachung der Vereinbarung gemäß §137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V, Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2017): Perinatologische Einrichtungen: Verfahren zur jährlichen Strukturabfrage geregelt, <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/700/>, Stand: 17.08.2017. Zuletzt geprüft am 01.11.2018

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2018): Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL), Berlin

Gerber, A./Lauterbach, K./Lüngen, M. (2008): Manchmal ist weniger mehr, in: Deutsches Ärzteblatt, o. S.

Gerhald, J./Hübler, A. (2010): Neonatologie, Die Medizin des Früh- und Reifgeborenen, Stuttgart

Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (Hrsg.) (2004): Behandlung von extrem unreif Frühgeborenen <http://www.gnpi.de/wir/stellung/extremfrueh.htm>. Zuletzt geprüft am 01.11.2018

Gläser, J./Laudel, G. (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse, 4. Aufl., Wiesbaden

Hoel, M./Kullick, P. (2012): Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, 4. Aufl., Stuttgart

Hoffmann-La-Roche-Aktiengesellschaft (Hrsg.) (2003): Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl., München, Jena

Howson, CP/ Kinney, MV/ McDougall, L./Lawn, JE (2013): Born too soon. Preterm birth matters, The global action report on preterm

birth. Genova: Word Health Organization, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3828581/>, Stand: 15.11.2013. Zuletzt geprüft am 01.11.2018

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2018): Perinatalzentren, <https://www.perinatalzentren.org/information.php>. Zuletzt geprüft am 01.11.2018

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2016): Qualitätsreport 2016, Berlin

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2016): Frühgeburten verhindern: Vereinbarung „Gesund schwanger“ nutzt neue gesetzliche Möglichkeiten, http://www.kbv.de/html/2016_23336.php, Stand: 30.06.2016. Zuletzt geprüft am 01.11.2018

Kern, N. (2004): Qualitätsmanagement, Organisation und Betriebsführung in der Altenpflege, München

Klauber, J./Geraedts, M./Friedrich, J./Wasem, J. (2015): Das Krankenhaus, Stuttgart

Koltermann K.C./Follert, P. (2017): Licht ins Dunkle- Transparenz in der Versorgung der sehr kleinen Frühgeborenen, in: Das E-Magazin des GKV-Spitzenverbandes, Nr. 5, S. 1f.

Krahl, A. (2013): Was ist eine normale Geburt, in: Deutscher Hebammenverband (Hrsg.): Geburtsarbeit, Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt, 2. Aufl., Stuttgart, S. 2f.

Kröner, C./Koletzko, B. (2010): Basiswissen Pädiatrie, München

Kuckarzt, U. (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 3. Aufl., Weinheim, Basel

Ludwig-Boltzmann-Institut Health Technologie Assessment (Hrsg.) (2011): Eltern-Kind-Vorsorge neu Teil I: Epidemiologie - Häufigkeiten von Risikofaktoren und Erkrankungen in Schwangerschaft und früher Kindheit Schwangerschaft: Risiko und Erkrankung der Mutter, Nr. 45a, S. 91

- Maybaum, T.** (2016): Frühgeborenenversorgung: Streit um Übergangsfristen für Personalvorgaben, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr. 45, o. S.
- Mayring, P.** (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 11 Aufl., Weinheim, Basel
- Messall, A. /Löscher, D./Rohrbach, C.** (2013): Fachpflege Neonatologische und Pädiatrische Intensivpflege, 2. Aufl., München
- Muntau, A. C.** (2018): Pädiatrie hoch2, München
- Richter, D./Thomas, T./Heller, G.** (2018): Strukturabfrage gem. QFR-RL Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2017, Berlin
- Roßbauer, W./Neiheiser, R.** (2010): Stellenbeschreibung für den Pflegedienst: Anforderungsprofil in Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken und Alten- und Pflegeheimen, 2. Aufl., Stuttgart
- Schleußner, E.** (2013): Drohende Frühgeburt, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr.13, S. 227
- Simon, M./Mehmecke, S.** (2017): Gesetzliche Mindeststandards für Personalschlüssel in der Krankenpflege können Überlastung und Komplikationen reduzieren, Düsseldorf
- Singer D.** (2012): Langzeitüberleben von Frühgeborenen, in: Bundesgesundheitsblatt, Nr. 4, S. 568ff.
- Singer, D.** (2018): Physiologie des Feten, in: Kranke, P. (Hrsg.): Die geburtshilfliche Anästhesie, Berlin
- Skibbe, X./Löseke, A.** (2017): Gynäkologie und Geburtshilfe für Pflegeberufe, 3. Aufl., Stuttgart
- Speer, C.P/Gahr, M.** (2009): Pädiatrie, 3. Aufl., Heidelberg
- Straßburger-Lochow, I./Waldmann-Rex, S.** (2011): Gynäkologie und Geburtshilfe. Kurzlehrbuch für Pflegeberufe, 5. Aufl., München
- Teising, D./Jipp, H.** (2016): Neonatologische und pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Praxisleitfaden, 6. Aufl., Berlin, Heidelberg

- Uhlemann, M./Plath, C./Pap, S./Fehlandt, C.** (2000): Sanfte Pflege und Stimulation Frühgeborener während der Intensivpflege, in: Friese, K./Plath, C./Briese, V. (Hrsg.): Frühgeburt und Frühgeborenes, Eine interdisziplinäre Aufgabe, Berlin, Heidelberg, S. 359ff.
- Weißbrodt, A.** (2018): Frühgeborene Kinder in früher außenfamiliärer Tagesbetreuung: Elterliche Wahrnehmung der außenfamiliären Betreuung unter Berücksichtigung gesamtfamiliärer Entwicklungszusammenhänger, Kassel
- Wense von der, A./Bindt, C.** (2013): Risikofaktor Frühgeburt, Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln, Weinheim, Basel
- Zimmer, K.P.** (2012): Frühgeborene, Kinderkliniken unter ökonomischem Druck, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr. 31-32, S. 517

**Anhang I: Fallzahlen im neonatologischen Intensivbereich
(Jahr 2015)¹⁷¹**

| Fallzahlen im neonatologischen Intensivbereich | Perinatalzentren Gesamt | Perinatalzentren Level 1 | Perinatalzentren Level 2 |
|--|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Früh-/Reifgeborene Gesamt | | | |
| Mittelwert (getr.) | 354,9 | 429,8 | 206,6 |
| Standardabweichung | 542,9 | 637,3 | 134,0 |
| Unteres Quantil | 203,0 | 255,0 | 99,0 |
| Median | 301,0 | 365,0 | 232,0 |
| Oberes Quantil | 452,0 | 536,0 | 282,0 |
| Frühgeborene unter 1.250g | | | |
| Mittelwert (getr.) | 26,2 | 35,4 | 3,4 |
| Standardabweichung | 23,8 | 21,8 | 3,0 |
| Unteres Quantil | 8,3 | 22,0 | 2,0 |
| Median | 24,5 | 30,0 | 3,0 |
| Oberes Quantil | 40,8 | 48,0 | 5,0 |
| Frühgeborene mit 1.250g-1.499g | | | |
| Mittelwert (getr.) | 15,5 | 19,2 | 5,9 |
| Standardabweichung | 32,8 | 37,1 | 4,9 |
| Unteres Quantil | 7,0 | 11,0 | 3,00 |
| Median | 14,5 | 18,0 | 5,0 |
| Oberes Quantil | 24,0 | 27,5 | 9,0 |

¹⁷¹ Eigene Darstellung. in Anlehnung an Blum 2016, S. 40

Anhang II: Beispiel der E-Mail Kontaktanfrage

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Elena Domke und ich bin 25 Jahre alt. Ich lebe in Wolfsburg und studiere derzeit Management im Gesundheitswesen mit dem Schwerpunkt Krankenhaus, an der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften in Wolfsburg.

Zurzeit schreibe ich an meiner Bachelorarbeit zum Thema:

- *Theorie und Praxis der Umsetzung des Personalschlüssels in Perinatalzentren gemäß der Qualitätssicherungsrichtlinie für Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)*

-

Meine dreimonatige Praxisphase habe ich beim Gemeinsam Bundesausschuss in Berlin in der Abteilung Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgung absolviert. Dort habe ich unter anderem Einblicke in die Arbeitsgruppe der QFR-RL erhalten. Dementsprechend bin ich auf das Thema meiner Bachelorarbeit aufmerksam geworden.

Das Ziel meiner Arbeit ist es, unterschiedliche Akteure zu befragen, inwiefern die Umsetzung der QFR-RL im Bereich des Personalschlüssels möglich ist, um unterschiedliche Blickwinkel zu erforschen.

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit möchte ich empirische Daten erheben. Um qualitative Daten in meine Arbeit mit einbinden zu können, würde ich gerne mit Ihnen ein kurzes persönliches oder auch ein telefonisches Interview (maximal 20-30 Minuten) über den aktuellen Stand der Personalsituation führen.

Ich würde mich freuen, wenn Sie mir bei diesem Teil meiner Bachelorarbeit behilflich sein könnten und bereit für ein Interview mit mir wären.

Über eine Rückmeldung Ihrerseits und eine mögliche Terminabsprache freue ich mich sehr.

Mit freundlichen Grüßen

Elena Domke

Anhang III: Interviewleitfaden

Fragetypen: Fakt- (Wissensfragen, Hintergrundfragen) und Meinungsfragen

Teil 1: Warming up

- Begrüßung und Vorstellung des Themas
- Erläuterung der Rahmenbedingungen

Einstiegsfragen

- Können Sie kurz Ihre Einrichtung sowie Ihre Aufgaben beschreiben?
- Wie viele Mitarbeiter arbeiten auf der Station?
- Anzahl der Geburten im Jahr

Teil 2: Hauptteil

Inhaltliche Fragen/spezifisch/Hauptfragen

- Wie sieht Ihre aktuelle Personalsituation aus?
- Wie haben Sie sich auf die Personalschlüssel vorbereitet?
- Waren Sie vorher schon vom Fachkräftemangel betroffen?
- Auf der Internetseite Perinatalzentren.org befindet sich Ihre Einrichtung in einer QS- Maßnahme zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung bzw. nehmen Sie gemäß I.2.2 Anspruch auf die Übergangsregelung.
 - Können Sie Stellung dazu nehmen?
 - Wie erfolgt Ursachenanalyse?
 - Was sind die Gründe für diese Situation?
 - Wie wurde sich im klärenden Dialog geeignet?
 - Wie sieht die Zielvereinbarung aus? Konkrete Zwischenziele?

- Was ist Ihre Strategie? Wie gehen Sie vor?
 - Wie sieht aktuelle Arbeitsmarktsituation aus?/Zukünftige Arbeitsmarktsituation?
 - Ist es realistisch die Anforderungen bis zum 31.12.2019 zu erfüllen?
- Haben Sie ein Personalmanagementkonzept? Wie sieht dieser aus?
 - Wie werden Versorgungsengpässe geregelt?
 - Welche Maßnahmen sind bereits erfolgt zur schnellst möglichen Erfüllung der Anforderungen an die pflegerische Strukturqualität?
 - Für wie groß empfinden sie den Druck als Personalverantwortlicher?
 - Was sagen Ihre Mitarbeiter?

Teil 3:Schluss

Schlussfragen/Hintergrund-Meinungsfragen

- Haben Sie Vorschläge zur Verbesserung?
- Möchten Sie noch was zu unserem Gespräch ergänzen?

- Wie lange arbeiten Sie schon als Pflegedienstleiter?
- Welchen Beruf haben Sie ursprünglich gelernt?

- Dank und Verabschiedung

Anhang IV: Interviewprotokoll¹⁷²

| Gesprächspartner | PDL 1 |
|---------------------------------|--------------------|
| Berufliche Position | Pflegedienstleiter |
| Einverständnis zur Aufzeichnung | ja |
| Datum der Durchführung | 12.08.2018 |
| Dauer | 35 Minuten |
| Befragungsmethode | Persönlich |

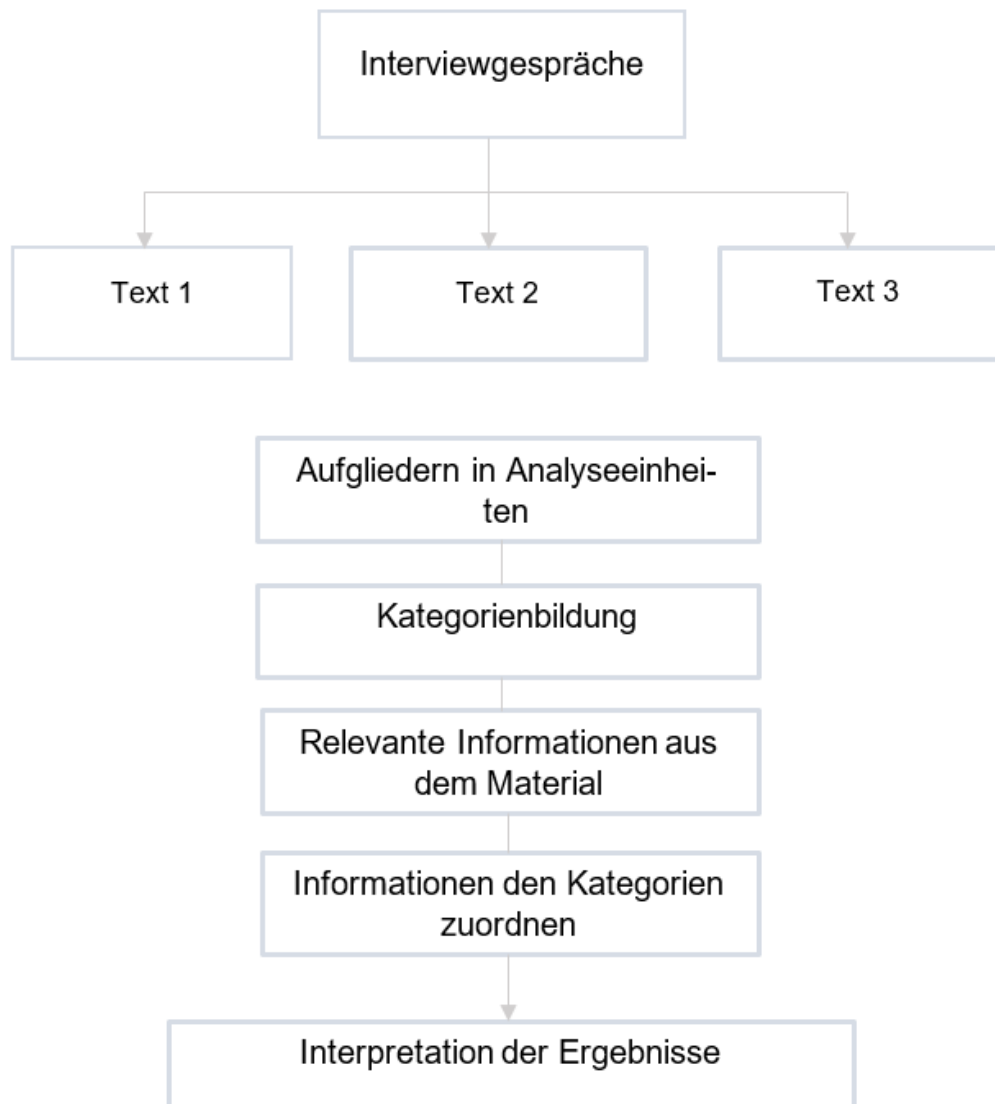
| Gesprächspartner | PDL 2 |
|---------------------------------|------------------------------|
| Berufliche Position | Pflegerische Bereichsleitung |
| Einverständnis zur Aufzeichnung | ja |
| Datum der Durchführung | 12.09.2018 |
| Dauer | 60 Minuten |
| Befragungsmethode | persönlich |

| Gesprächspartner | PDL 3 |
|---------------------------------|----------------|
| Berufliche Position | Pflegedirektor |
| Einverständnis zur Aufzeichnung | ja |
| Datum der Durchführung | 26.09.2018 |
| Dauer | 45 Minuten |
| Befragungsmethode | telefonisch |

¹⁷² Eigene Darstellung

Anhang V: Kategorienunterteilung und Reduktion¹⁷³

→ Vorgehen der Auswertung



¹⁷³ Eigene Darstellung

Anhang VI: Zusammenfassung der Interviews¹⁷⁴

| | PDL 1 | PDL 2 | PDL 3 |
|-----------------------------------|---|---|--|
| Aktuelle Personalsituation | <p>- Im Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sieht es gut aus.</p> <p>-...aktueller Trend, dass die Kollegen, die wir ausbilden nicht das Interesse daran haben mit einer Vollzeitstelle bei uns zu arbeiten, sondern eigentlich zwischen 50 und 75 % arbeiten wollen, sodass man natürlich noch mehr Kollegen braucht, um die Stellen zu halten.</p> <p>- Die Übergangsregelungen haben wir deswegen erstmal gewählt, weil wir nicht ganz genau wussten, ob wir das mit der Fachweiterbildungsquote schaffen</p> <p>-...im letzten Jahr wars noch ein bisschen holprig, da sind wir auch einige Male an diese zwei Schichtenfrist gestoßen. Vom</p> | <p>-...also wir sind dabei den Personalstamm weiter aufzustocken.</p> <p>- Wir werden auch noch dieses Jahr nochmal sieben bis acht Vollzeitkräfte neu einstellen..., sodass wir tatsächlich einen echten Personalzuwachs in den letzten Jahren haben</p> <p>-Also wir befinden uns im klärenden Dialog. Wir haben also quasi gemeldet, dass wir nicht erfüllen können und wir haben auch wirklich in dem letzten Jahr jegliche Probleme gehabt zu erfüllen. Wir haben im klärenden Dialog sozusagen mit einer zweiten Stufe eine deutliche Verbesserung der Erfüllungsquote mit Personalschlüssel vereinbart und beide sind wir ganz gut am erarbeiten/am Bearbeiten in 2018.</p> | <p>-...aktuell ist es so, dass wir ein hocherfreuliches Schwangerschaftsjahr haben. ...im Jahren 2016, 2017 wurde deutlich Personal eingestellt.... Haben aber jetzt parallel in 2018 viele, viele Abgänge oder Pausen oder Pausierungen..., weil eine Vielzahl der Kollegen einmal schwanger geworden sind, aber auch sich dann doch Richtung Studium oder sonstiges verändert hat aktuell.</p> <p>-Aktuelle Personalsituation ist, dass auf beiden Neonatologen oder auf den Stationen trotz, ich sag mal meine Planung war, dass die Sollstellen relativ besetzt gewesen sein hätten können. Durch den Ausfall ist es jetzt in den beiden Bereichen zwei bis drei Stellen markant. Also insgesamt sind fünf Stellen aktuell in der Neonatologie unterbesetzt. Im Rahmen wir sind jetzt das greift jetzt auch schon ein bisschen Tour im klärenden Dialog auch und im</p> |

¹⁷⁴ Eigene Darstellung

| | | | |
|--|---|---|--|
| | <p>Klinikum her sieht es so aus, dass wir aus Sicherheitsgründen ganz oft Daten einfach melden, um da nicht in irgendetwas reinzurutschen.</p> | <p>-Wir würden daneben für die Stufe 2019 eine neue Vereinbarung (unv.). ...da werden sicherlich die Zahlen noch weiter nach oben korrigiert, sodass wir dann so langsam in die Reihe kommen würden, Erfüllungsquote komplett erreicht. wobei wir davon ausgehen, dass wir es nicht bis zum 31.12.2019 schaffen, also die volle Erfüllungsquote wird sozusagen da gehen wir davon aus, dass wir etwas länger brauchen, ein Jahr oder zwei Jahre länger, um wirklich die Stufen hochzukommen</p> <p>-Wir haben jetzt die Babyboomer, die jetzt demnächst in Rente gehen werden in den nächste fünf bis zehn Jahren. Das wird ein riesiges Loch reißen. Dadurch haben wir am Ende sehr gute Fachweiterbildungsquoten, weil das wirklich die Leute sind, die jenseits der Familienphase mit Fachweiterbildung hier sind. Wir haben sehr viele Leute, die über 50 haben wir im Augenblick hier am Board, mit viel fachlicher Expertise und mit Fachweiterbildung, die die Quote sehr nach oben bringen und müssen jetzt sozusagen neune Leute nachbauen in dieses Team. Die werden alle noch in die Familienphase gehen, die werden in Teilzeit wiederkommen</p> | <p>Rahmen dessen haben wir sogar noch mehr Stellen zu besetzen.</p> <p>-Also das finde ich ganz schwierig zu beurteilen.</p> |
|--|---|---|--|

| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>Gründe für Nichterfüllung</p> | <p>-... die Mitarbeiter nicht so motiviert waren diese Fachweiterbildung zu machen. Das hat viel sehr Arbeit gekostet oder überzeugungsarbeit geleistet, die Kollegen dazu zu bringen in die Fachweiterbildung zu gehen</p> <p>-...also, wenn wir so von Personalmaßnahmen reden, reden wir tatsächlich auch immer so von zwei bis zweieinhalb Jahre bis das Wirkung entfaltet, wenn man etwas macht.</p> <p>-Denn wir sind ja ein Frauenberuf, dann wird jemand schwanger oder geht in die Elternzeit oder in Mutterschutz, dann kann auch eine Quote sehr schnell bröckeln.</p> <p>-Das Ergebnis war am Anfang nicht ganz zufriedenstellend, weil die Quote gar nicht so schnell angewachsen ist, weil was natürlich passiert ist, die Mitarbeiter haben vielleicht ein Jahr gearbeitet, zwei Jahre Fachweiterbildung gemacht, sind dann wiedergekommen und im Regelfall in die Familienphase eingetreten, sind dann also schwanger geworden und haben die Elternzeit genutzt.</p> | <p>- weil sie tatsächlich im Rahmen der Weiterbildung auf für die Patientenversorgung nicht zur Verfügung stehen, mit Fremdeinsätzen, Theorieblöcken und, und, und. Das heißt sie stehen im vollen Stellenanteil mit drin auf dem Stellenplan, aber sind nicht da für die G-BA Erfüllungsquote in der Schicht sozusagen für die Versorgung der Patienten</p> <p>-Ein weiterer Punkt lässt sich im Hinblick der Personalkosten und Personalbesetzung schwierig gestalten. Die Gefahr besteht darin, dass wenn zu viele Mitarbeiter eingestellt werden, zu hohe Kosten entstehen. Sind zu wenig Mitarbeiter vorhanden, besteht die Gefahr, dass eine optimale Besetzung nicht gegeben werden kann. Aus diesem Grund müssten die Patienten in ein anders PNZ verlegt werden. Besonders für unreife Frühgeborene und für kranke Neugeborene birgt der Transport in ein anders PNZ nach der Geburt viele Komplikationen und Risiken.</p> <p>-...und dann gucken wir sozusagen eben wie viele Leute können wir vertragen, weil sie tatsächlich im Rahmen der Weiterbildung auf für die Patientenversorgung nicht zur Verfügung stehen, mit Fremdeinsätzen, Theorieblöcken und, und, und. Das heißt sie stehen im vollen Stellenanteil mit drin auf dem Stellenplan, aber sind nicht da für die G-BA Erfüllungsquote in der Schicht sozusagen für</p> | <p>- Was sich jetzt schon ganz deutlich zeigt, wir hatten im Jahr 2016, XX Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm und im Jahr 2017 nur XX, sodass wir 2017 natürlich super gut erfüllt haben. Jetzt im Jahr 2018 sind wir wieder deutlich höher von den Frühgeborenen unter eins fünf. In der Summe haben die Frühgeborenen nicht abgenommen. Es hat sich nur das Gewicht verschoben,...</p> <p>-Das heißt, obwohl wir gleich ausgelastet sind, aber sich das Gewicht verschoben hat, sind wir dieses Jahr von der Erfüllungsquote deutlich niedriger als wie im letzten Kalenderjahr. Deswegen finde ich es sehr, sehr schwierig wirklich nur einen Korridor von fünf Prozent zu haben. Also das ist in meinen Augen mathematisch und faktisch eigentlich fast nicht realistisch. Der Korridor ist sicherlich sinnvoll, wenn man die Station nach oben bewegen will oder die Besetzung aber sie wirklich Tag genau zu erfüllen ist 95 Prozent hochgegriffen. Also wenn man einen Korridor von zehn Prozent Korridor hätte. Das ist vielleicht realistisch.</p> <p>-Das zweite was wir auf keinen Fall erfüllen werden ist diese drei Tages-Schicht-Regelung. Also trotz Aufstockung, auch wenn wir dann 2019 einen Unterstützungsdienst haben, werden wir, also es kommt gar nicht so häufig vor. Wir hatten es 2017 gerade mal in sieben Fällen. Aber diese Fälle sind dann so markant und mit so vielen Ursachen bestückt, das liegt nicht nur an der Erkrankung des Personals.</p> |
|---|--|--|---|

| | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|
| | | <p>die Versorgung der Patienten. Das heißt wir können nicht zehn Leute parallel in die Fachweiterbildung schicken.</p> <p>-Die Ausbildung geht über zwei Jahre, das heißt wenn ich zwei Leute in dem Jahr, zwei im nächsten, dann fehlen mir in dem darauffolgenden Jahr vier Leute gleichzeitig, die irgendwo in außen Einsätzen sind. Das ist ein Problem.</p> | <p>Da ist man grad in den großen Feiertagsblock, dann kommen die Drillinge und stürzt noch eine Mutter mit einem kranken Neugeborenen und, und, und dass man das nicht ausschließen kann. Also man wird immer mal einen drei Schichtenblock haben wo man keine (unv.) Besetzung hat. Diese Forderung halte ich für unrealistisch.</p> <p>-Also diese Kombination, wenn sie so diese Feiertags-, Christi Himmelfahrt, Pfingsten und wo der Urlaub sehr beliebt ist, wenn dann noch Drillinge geboren werden oder zweimal Drillinge, dann haben sie einfach keine Chance zu erfüllen.</p> <p>-...was sind unsere Schritte, wenn diese beiden Fälle, das eine ist ja wenn plötzlich mehr Patienten da sind in Führungsstrichen, dass Kinder unter eins fünf geboren werden und versorgt werden müssen und das zweite eben das Personal ausfällt. Das sind ja eigentlich so die beiden Auslöser.</p> |
| <p>Strategie zur Umsetzung</p> | <p>-Wir machen das in Kooperation mit der Hochschule Hannover zusammen, das heißt, unsere Mitarbeiter die Weiterbildung geht über zwei Jahre um und bei einem Jahr davon sind die Mitarbeiter in der Hochschule Hannover, die anderen Anteile die gefordert sind die praktischen Anteile können wir hier im Haus selber abdecken und wir haben als diese Richtlinienforderung aufkam uns sehr intensiv damit auseinander gesetzt und haben in</p> | <p>-Wir haben sozusagen den Prozentuellen Anteil der Erfüllungsquote festgelegt, schriftlich und auch den VK-Anteil, der aufgestockt werden soll in diesem Jahr sozusagen vereinbart, also sind das sehr konkrete Zahlen... sie müssen mal ein bisschen besser werden und sie müssen mal mehr Personal (unv.)... uns wurden genaue Zahlen vereinbart. Die die jetzt nach einem halben Jahr auch Zwischenbericht sollte es zum Beispiel eine</p> | <p>-War vorher natürlich schon öfter in den Gremien Themen, sodass wir hier immer wieder diskutiert haben, aber nur ganz, ganz langsam einen Einstieg realisieren konnten. Wir haben immer schon frühzeitig auch versucht so ein bisschen Werbung zu machen für die beiden Stationen insbesondere bei unseren Auszubildenden und haben auch die Fachweiterbildung mehr aufgebaut, ausgebaut, um das ganze attraktiv zu machen für unsere Kollegen. Konnten aber so richtig erst beginnen mit dem Personalaufbau als auch die Refinanzierung</p> |

| | | |
|--|---|---|
| <p>zwei Jahrgängen hintereinander jeweils sechs Mitarbeiter in die Weiterbildung geschickt.</p> <p>-...schicken jetzt standardmäßig zwei bis drei, sodass wir von den Zahlen her im Moment die 40 % Quote knapp erreichen. Wir liegen etwas über 40 %.</p> <p>-Wir haben eine eigene Schule. Wir bilden zwei Mal im Jahr zehn Leute aus, so dass 20 Kollegen ausgebildet werden.</p> <p>-Gremium spricht unter einander eine Strategie ab, um gegenseitige Stärken zu fördern und gegenseitige Schwächen auszugleichen im klärenden Dialog.</p> <p>-...entweder sie gehen in die Fachweiterbildung oder ich muss gucken, dass sie auf einer anderen Intensivstation Platz finden, weil im Mitarbeiter einstellen wollen, die auch bereit sind die Fachweiterbildung zu machen um die Quote zu erhöhen.</p> <p>-Wir bieten jetzt tatsächlich die Möglichkeit an, direkt nach der Ausbildung auf die Intensivstation zu gehen und sagen, sie ist sowieso so Fachspezifisch, dass man die allgemein Pädiatrie gut wenn man das hat, aber man muss es nicht noch mal explizit sozusagen verinnerlicht</p> | <p>Rückmeldung geben wie sind die Entwicklungen, wie klappt das.</p> <p>-...und dann gibt es noch Rufbereitschaften die tariflichen Möglichkeiten, die es gibt, die wir quasi auch am Board haben.</p> | <p>gesichert war. Das war ja dann Ende 2016 und damit begann dann die richtige Personalgewinnung eigentlich im Jahr.</p> <p>-Wir haben eine neue Schichtbesetzung vereinbart und wir haben einen neuen Dienst, den wir erst ab 2019 einführen wollen. Da sind wir jetzt also in der Vorbereitung, weil das ein noch recht flexibler Unterstützungsdienst ist. Wo ich auch gerade aktuell in der Personalsuche bin, also da habe ich noch nicht die Kandidaten für '19 und des Weiteren haben wir noch die, den Anteil der Fachweiterbildungsteilnehmer deutlich erhöht. Dann vor allem im Jahr 2018, also Ende '17 Anfang '18.</p> <p>-Da ist ein Dienst, den es bislang bei uns im Haus nicht gibt. Der Schwerpunktmäßig in der Neonatologie nicht auf der Intensiv, sondern in der Folgestation als Beratungsdienst tätig ist, aber bei Engpässen das heißt, wenn viele Kinder angemeldet sind also eben dann auf beiden Neonatologie mit unterstützen kann.</p> <p>-Ja, von 24 Stunden haben wir die Möglichkeit da ein Team zu besetzen.</p> <p>-Es ist aber nicht so leicht Kandidaten dazu zu finden. Aber in der Zielvereinbarung hatten wir das so vereinbart, dass wir das also 2017 war Personal suche, 2018 Personal aufstocken vom Grundteam plus Weiterbildungsteilnehmer Erhöhung und jetzt 2019 der Unterstützungsdienst.</p> |
|--|---|---|

| | | |
|--|--|---|
| <p>haben und sie können mehr oder minder, wenn sie denn wollen und die Eignung auch haben, ohne lange Berufserfahrung direkt in die Fachweiterbildung gehen.</p> <p>-...,dass wir wissen okay wir machen die Qualifizierung der Mitarbeiterinnen indem Fall vor der Familienphase, sodass wenn sie zurückkommen, dass sie die Fachweiterbildung mitbringen und wir dadurch dann die Quote trägern.</p> <p>-Wir sind für den Schlüssel relativ früh also als es angefangen wurde zu diskutieren.</p> <p>-...da habe ich Strategiegespräche mit dem Pflegedirektor gehabt und wir haben uns sehr früh entschieden, weil wir gesagt haben das wird sicherlich kommen und es wird nachhaltig kommen und haben sehr früh angefangen den Personalstamm aufzubauen.</p> <p>-Anfang als es noch die Übergangsfristen und Regelungen gab haben wir gesagt wie viele Leute wir brauchen und haben sukzessive tatsächlich auch zwei Mal im Jahr aus den Kursen in den letzten vier Jahren drei bis vier Krankenpflegekräfte übernommen und haben deswegen sehr gut den Personalschlüssel aufbauen können.</p> | | <p>-Also wir haben unser Ausschreibungsverfahren, was wir ja sowieso hatten, noch mal genau überdacht und haben auch das Ausschreibungs-, das Outfit ist überarbeitet worden, aber auch neue Medien sind einbezogen worden. Was sich bei uns allerdings am besten, was wir aber auch schon seit Jahren machen, ist das wir Hausinterne Fortbildungen und externe Fortbildungen anbieten auch im speziell neonatologischen Frühgeborenen Bereich, dass wir auch immer die Ausbildungsstätten einladen und gerade so über die Fortbildungen kommen eigentlich dann die Kontakte um Personal zu gewinnen. Und natürlich auch unsere eigene Ausbildungsstätte.</p> <p>-Die Ausbildungsplätze durften wir erhöhen vor zwei Jahren. Das heißt wir haben eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeschule richtig und die konnten wir von XX auf XX Plätze vor zwei Jahren erhöhen. Die Vorbereitungen und so sind vor vier Jahren angestoßen worden und das heißt seit zwei Jahren wird es realisiert.</p> |
|--|--|---|

| | | | |
|---|---|--|---|
| | <p>-In diesem Jahr haben wir bis jetzt durchgängig das zu unterschreiben wir haben es eigentlich immer ganz gut hingekriegt.</p> | | |
| <p>Personalmanagementkonzept</p> | <p>-Wir haben eine Rufbereitschaft im Moment nur für den Nachtdienst. So von der Besetzung her, dass wird sich aber auflösen, weil wir sagen wir werden den Rufdienst tatsächlich in ein Anwesendheitsdienst umwandeln und generell die Besetzung im Nachtdienst aufhören. Das ist ja eine Folge vom G-BA Vorgabe das eigentlich die Schichtbesetzung, wie man sie klassisch aus dem Krankenhaus kennt. Frühdienst, etwas weniger im Spätdienst und noch weniger im Nachtdienst. Das wird sich für den Bereich der neonatologischen Intensivstation vollständig legalisieren, weil natürlich es ja rund um die Uhr gefordert ist. So und diesen Rufdienst gab es bei uns ursprünglich, weil wir noch einen neonatologischen Rettungsdienst haben. Das heißt wir holen aus den umliegenden Geburtskliniken Kinder rund um die Uhr und deswegen hat man gesagt im Nachtdienst kann man die Besetzung nicht kann da nicht jemand wegfahren, das lässt sich schlecht organisieren gab es diesen Rufdienst. Aber wir</p> | <p>- Haben uns sozusagen wirklich über die Situation des jetzt Teams überlegt was/wie muss sich das Team sich entwickeln vom Qualifikationsmix von Quote der Fachweiterbildung über die Anzahl der Kräfte-</p> <p>-einen mehrstufigen Jahresplan erstellt, auch mit was kann man Leisten im Rahmen von Einarbeitung von natürlicher Fluktuation. Es werden Leute in Rente gehen, es werden Leute in Elternzeit gehen und es werden Leute woanders hingehen oder aus persönlichen Gründen, die wir sozusagen da eine verlässliche Mittelinie haben, dass wir sagen wir können unser Ziel erreichen. Also wir haben ein Konzept. Das haben wir erstellt und haben es quasi auch mit eingereicht.</p> <p>-Wir haben hier verschiedene Excelpläne entwickelt wo wir den Personalstamm sozusagen aktuell immer abbilden. Jeden Monat gucken und abgleichen und weiterentwickeln. Haben dort Zielgrößen, hinter wie viele VK wollen wir sozusagen in welchem Jahr erreichen. Was machen wir, wenn</p> | <p>-...unsere Schritte, wenn diese beiden Fälle, das eine ist ja wenn plötzlich mehr Patienten da sind in Führungsstrichen, dass Kinder unter eins fünf geboren werden und versorgt werden müssen und das zweite eben das Personal ausfällt. ...Dann haben wir eben das Prozedere festgelegt, welche Möglichkeiten haben wir da? Wir haben jetzt nun mal diese beiden Bereiche, das heißt es ist einmal Aufgabe der Pflege plus Aufgabe auch des Ärzteteams, denn die Belegungs- Besetzungssituation ist natürlich Verantwortung des Arztes, die Pflegepersonalsituation die Verantwortung der leitenden Pflegekraft.</p> <p>-Wir haben einen sogenannten Dreistufenmodell... Das heißt die erste Stufe ist immer im eigenen Team zuschauen und parallel auch dazu zu schauen auf der eigenen Station, sind die Kinder alle vernünftig einmal eingestuft oder ist auch vielleicht die Möglichkeit das eine oder andere Kind zu verlegen, auf eine Nachbarstation, also im Haus im eigenen Bereich. Das zweite ist eben mit der zweiten Intensivstation zusammen zu arbeiten, das heißt da</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>sind daran diesen Rufdienst rauszunehmen was natürlich bei den Mitarbeitern ein bisschen auf Unmut stößt aber nicht freudig aufgenommen wird, weil dann eben tatsächlich ja einer fest zusätzlich in den Nachtdienst muss und Nachtdienst wird mit Ausnahme von wenigen Mitarbeitern nicht zu den ganz beliebten Arbeitszeiten.</p> | <p>jemand unerwartet ausscheidet, da haben wir tatsächlich ein Konzept erstellt, dass wir nicht in einem luftleeren Raum hängen.</p> <p>- Das kann man glaub ich wirklich nur im Konzept machen. Das heißt man muss fachlich sozusagen die Mitarbeiter sehr deutlich erfassen. ...Wir haben ein Team, ein langgewachsenes Team mit wenig Fluktuation. Wir haben jetzt die Babyboomer, die jetzt demnächst in Rente gehen werden in den nächste fünf bis zehn Jahren. Das wird ein riesiges Loch reißen. Dadurch haben wir am Ende sehr gute Fachweiterbildungsquoten, weil das wirklich die Leute sind, die jenseits der Familienphase mit Fachweiterbildung hier sind.</p> <p>-Wir haben sehr viele Leute, die über 50 haben wir im Augenblick hier am Board, mit viel fachlicher Expertise und mit Fachweiterbildung, die die Quote sehr nach oben bringen und müssen jetzt sozusagen neue Leute nachbauen in dieses Team. Die werden alle noch in die Familienphase gehen, die werden in Teilzeit wiederkommen, dann werden sie irgendwann durch sein, also den Mittelbaum müssen wir aufbauen. Da haben wir einen Plan. Über die Renteneintritte haben wir einen Plan und dann müssen wir noch sagen noch sicherstellen, dass die Leute in die Weiterbildung gehen. Das regeln wir zum</p> | <p>Personaltechnisch zu gucken, kann eine von den Kollegen aktiviert werden oder eben die andere Schiene ist eben kann ein Patient vielleicht auch auf die andere Intensivstation, damit es ausgeglichen ist und die dritte Stufe ist dann wirklich einmal den Unterstützungsdienst reinzuholen oder auch im Haus zuschauen, wo ist Unterstützung möglich.</p> <p>-Das passiert dann immer über die Pflegedirektion. Und dann eben weile die eine Neonatologie mit der Kinderintensiv gekoppelt ist, geht es bis dahin, dass wir Patienten verschieben sozusagen. Das wir also geplante OPs zum Beispiel über den Säugling, Frühgeborenen dann eben die Nachtbeatmung und so weiter nicht sicherstellen können und dann OPs verschoben werden müssen.</p> <p>-Bis hin wenn alle Sticke reißen, also das ist jetzt ... nur einmal passiert, dass wir auch mit der Gynäkologie sprechen mussten, sagen wir können jetzt keine Patienten also keine Kinder mehr aufnehmen, wenn jetzt eine Schwangere kommt mit einer Risikogeburt, müssen wir das Kind verlegen, sobald es geboren wird, weil wir die Pflegebetreuung nicht sicherstellen können. Das ist so die allerletzte Stufe, dass was man auf keinen Fall will eigentlich die Kinder verlegen, aber ganz realistisch betrachtet muss man im Einzelfall das mal machen.</p> |
|--|---|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>einen mit Hinweisen im Arbeitsvertrag, dass wir sagen das gehört dazu.</p> <p>-...wir haben bei der Urlaubsplanung verschiedene Gruppen von Mitarbeiter die ihre Urlaube abstimmen und dazu gehören unter anderem die Leute mit der Fachweiterbildung, so dass man nicht aus dem Team auf einmal ganz viele Leute mit Fachweiterbildung hat, der Gleichzeitigkeitsfaktor für das ganze Team stimmt zwar, aber es sind zehn Leute mit Fachweiterbildung weg. Das heißt wir haben wirklich unterschiedliche Gruppen, die ihre Urlaubspläne abstimmen und dann machen wir daraus einen Gesamturlaubsplan. Also das gehört auch zum Beispiel zum diesem Personalmanagementkonzept.</p> <p>-Wir haben pro Schicht wo wir sozusagen abgleichen, wie ist die Patientenbelegung, wie ist die Personalbesetzung. Erfüllen wir mit dieser Personalbesetzung die Quote? Quasi und dann gruppieren wir die Patienten zu der jeder Schicht ein und stellen das alles so einander ins Verhältnis.</p> <p>-...auch über den Qualifikationsmix Kinderkrankenpflege im ganzen Haus die Möglichkeit kurzfristig Personal aus dem Haus in die nicht intensiv neugeborenen Medizin zu holen und dann aus der Nachsorge die Qualifizierten Leute dazu zu holen, sodass</p> | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>wir sozusagen eine Verrückungsschema haben, können wie wir die Patienten sicher versorgen.</p> <p>-Das wird so sein, dass wir dann über alternative Arbeitszeitmodelle, wie es denn bei Flexidienste sozusagen in die Einsatzplanung Personal mit dazu planen, die wir bei Bedarf bei kurzfristigen Krankheitsausfällen schon mit geplant haben anteilig und auf die wir vollwertig zurückgreifen können wenn sie gebraucht werden, und das wollen wir sowohl für kurzfristige Krankheitsausfälle, als auch für kurzfristige Belegungsspitzen.</p> <p>-...wir haben eine Durchschnittsschichtstärke ermittelt, über die Fallschwere des ganzen Jahres, der letzten Jahre und von der wollen wir quasi nach oben hoch gehen und dann müssen wir auch mal nach unten abweichen können, wenn die Belegung nicht hält, aber im Prinzip können wir mit einer gewissen Durchschnittsquote die wir errechnet haben viele Prozente quasi schon gut abdecken und müssen dann sozusagen was einbauen mit dem wir die Spitzen zusätzlich... und das wollen wir zum einem eben über die alternativen Arbeitsmodelle.</p> <p>-Die Ausbildung geht über zwei Jahre, das heißt wenn ich zwei Leute in dem Jahr, zwei im nächsten, dann fehlen mir in dem</p> | |
|--|--|---|--|

| | | | |
|------------------------|--|--|---|
| | | <p>darauffolgenden Jahr vier Leute gleichzeitig, die irgendwo in außen Einsätzen sind. Das ist ein Problem. Das muss man auch in so einem Konzept lösen. Da muss man entweder gucken, ob man sozusagen im Rahmen der Ausbildung dann von anderen Häusern aus diesem Ausbildungsstrang parallel Leute hier her kriegt die dann wiederum zählen, weil sie ja auch Intensivleute sind. Auf jeden Fall ist das auch eine Aufgabe.</p> <p>-Jetzt müssen die Leute sozusagen Examen machen. Diese sind dann drei Jahre am Markt, dann müssen sie eigentlich Berufserfahrung kriegen, dann müssen sie zwei Jahre Weiterbildung machen und in sieben Jahren könnten sie dann zur Erfüllungsquote beitragen, Abstand jetzt. Allein über diese Zeitschiene immer sieben Jahre zu haben. Kann man ja, wenn man was aufbauen will das schaffen wir in 2019.</p> | |
| Herausforderung | <p>-Das war schon eine ordentliche Leistung auch für das Team, weil die Kollegen natürlich dann auch ein Jahr weg sind.</p> <p>-Den Druck spüre ich schon, das muss ich ganz klar sagen, weil ich natürlich die Vorgabe gut finde. Das ist etwas was dem Patienten zugutekommt, das ist</p> | <p>-...man fühlt sich sehr herausgefordert.</p> <p>-aber das ist schon sehr komplex. und wenn man sie durchlesen will und immer wieder und die Änderungen durchlesen will und die neuen dazu gekommen Beschlüsse und die Erweiterungen, da hat man schon sehr viel zu tun. Also das ist nicht so das Basispflegeteam.</p> | <p>-Also der erste Grund ist, man braucht eine gute Stammmannschaft um es überhaupt tendenziell dahin zu schaffen.</p> <p>-... das halte ich für unrealistisch. Also auch Unterstützungsdienst, soviel Rufbereitschaft und Flexibilität ist in meinen Augen von den Kollegen nicht zu fördern und was wir nicht machen ist, dass wir so</p> |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | <p>etwas was dem Mitarbeiter zugutekommt also diese Ausrichtung des Qualitätsaspektes finde ich ist ein sehr guter.</p> <p>-Und für mich war der Druck schon der, weil das Unternehmen das Level eins Zentrum halten möchte und wir uns es auch der Region hier verpflichtet fühlen, also das auch anbieten wollen.</p> <p>-also es hat ja schon an mir gelegen alles möglich zu machen, um die Mitarbeiter zu bekommen und das mit der Fachweiterbildung zu organisieren.</p> | <p>-Es war auch wirklich, da habe ich echt lange überlegt... das hat uns also wirklich einen sehr, sehr hohen Aufwand gekostet.</p> | <p>notfallmäßig, dann die anderen Stationen reduzieren.</p> |
| <p>Entwicklungs- vorschläge</p> | <p>-...also das jetzt erstmal so in den Grundlagen zu sagen man kann sicherlich nochmal eine Einzelfall Betrachtung machen, ob es in jedem einzelnen Fall so sichtig ist das pauschal am Geburtsgewicht zum Beispiel jetzt festzumachen, denn auch da gibt es medizinische einfach immer wieder Unterschiede. Es gibt Frühchen, die das sehr wohl brauchen. Es gibt aber auch sehr stabile Frühchen wo man diese Vorgabe erfüllt aber der Patient würde es nicht wirklich in dem Sinne so intensiv benötigen. Aber ich glaube das ist grundsätzlich etwas was sich entwickeln muss. Jetzt hat man erstmal mit dieser Vorgabe angefangen, die muss sich etablieren und das ist gut und ich gehe schon davon aus, dass über in den nächsten</p> | <p>-Die Grundidee finde ich sehr positiv. Ich hätte sie gut gefunden für die ganze Pflege also für alle Abteilungen. Die Neonatologie ist jetzt eine Sonderposition für die Pflege. Das macht auch nicht immer gute Stimmung und gutes Verständnis für alle anderen Pflegekräfte, die so eine Quote nicht haben. Hier ist der Personalzuwachs zum Beispiel deutlich höher, als in anderen Bereichen.</p> <p>-...am Anfang der ersten Betrachtung schon so, dass ich das Gefühl hatte, das lässt sich nicht umsetzen, also das geht nicht. Aber erst über die Zeitschiene, die sich geöffnet hat, hat man das Gefühl gehabt okay da steckt was dahinter was man auch in der Umsetzung kriegen kann mit allen Beteiligten und dadurch finde ich es im Augenblick hat</p> | <p>-...also ich finde, dass die Richtlinie die Kinder über eins fünf ganz außen vorlässt, das ist falsch. Einmal lässt es viel Raum für Spekulation und bedeutet zum Beispiel im Alltag ich sag jetzt mal als Pflegedirektor, dass man immer wieder argumentieren muss, warum man denn da Personal braucht, auch für diese Kinder die über eins fünf wiegen. Bessere wäre sicherlich eine Orientierung an den Pflegebedarf gewesen, anstatt ein Kriterium, sodass Gewicht zunehmen. Auf der anderen Seite, also ich habe mich ziemlich viel mit dieser Richtlinie beschäftigt und wenn man dann diese Wissenschaftlichen Grundlagen braucht, die liegen ja einfach nicht vor. Deswegen ist es besser so als gar nicht. Also ich bin vom Grunde ein Befürworter, weil es das wirklich die Richtlinie uns ermöglicht eben das Personal aufzustocken.</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>Jahre, das auch nochmal vielleicht eine indikationsbezogenen Kategorisierung passiert, aber sowas muss sich immer in Schritte entwickeln.</p> <p>-...ansonsten ist sie natürlich hervorragend und was gerade in dem Bereich ein sehr großer Vorteil ist, darauf zielt die Richtlinie nicht erstmalig ab, aber ist natürlich das immer, wenn jemand am Bett ist.</p> <p>-...etwas was auch langfristig und wirtschaftlich für das Gesundheitssystem betrachtet gut ist, weil man dadurch sehr viel Folgeschäden und gesundheitlicher Art auch bei den Eltern abwenden kann, indem man guter Information einhergeht.</p> | <p>es sich eine bisschen gerade gezogen. Am Anfang wirkte es völlig unrealistisch und überzogen und jetzt hat man das Gefühl, das gibts ein Tendenz da kann man dran arbeiten und die Leute sind bereit im Gespräch zu gucken ist es Sinnvoll oder muss man es anpassen und damit ist es ein große Aufgabe geworden, die aber vieles in Bewegung setzt. Das finde ich positiv.</p> <p>-Ich würde wirklich mir wünschen, dass sie auf die gesamte Pädiatrie ausgeweitet wird. Und dass es da noch ein differenziertes Bild gibt für andere Krankheitsbilder. Wir haben tatsächlich eben nicht nur Frühgeborene, wir haben auch Neugeborenen mit massiven Problemen wo man eine eins zu eins Betreuung oder zwei zu eins Betreuung hinterlegen kann. Es gibt ja die Richtlinie die da auch Hinweise geben, aber ich würde mir wünschen, dass es ein gesamtes Konzept gibt für eine neugeborenen Medizin und nicht nur bezogen auf die frühgeborene Medizin. Da sind zwar in der Richtlinie die Neugeborenen mit drin auch im Titel, aber so richtig sind sie eben nicht drin, sondern an vielen Stellen geht es konkret um die Kinder unter 1.500 Gramm.</p> <p>-...im zweiten Schritt würde ich mir wünschen, dass für die gesamte Pflege solche Richtlinien gibt, weil wenn man sozusagen in einem Gesamtkonzeptbudget</p> | <p>-Die Richtlinie beschäftigt sich auch mit allen anderen Berufsgruppen, was sie so ein bisschen außen vorlässt ist eigentlich die Führungs- und Leitungsstruktur, die dann in der Pflege auch Notwendig ist, also außer ein Leitungslehrgang wird für die Leitung eigentlich nichts abgefragt, aber je größer und komplexer diese Teams werden und auch die Konzepte der Betreuung müsste da eigentlich auch noch Pflegewissenschaftlich oder sonstiges etabliert werden. Das ist etwas was mir noch fehlt in der Richtlinie. Also wie schon eben gesagt die Kriterien, die sie gesetzt haben mit dieser dritten Schicht oder auch die 95 Prozent, das sind wirklich nochmal die Grenzkriterien, also ich hoffe, dass über den klärenden Dialog die evaluiert werden, wie weit sie wirklich realisiert werden können.</p> <p>-Also was ich daran sehr begrüße ist, dass es wirklich um eine Qualitätssicherung geht. Ich weiß schon erstmalig (unv.), ob der richtig oder falsch oder realisierbar ist und so weiter ist zwar eine Diskussion, aber ich sag mal die Grundlage für diesen Schlüssel, ich finde die muss man erstmal so akzeptieren und das finde ich qualitativ gesehen für die Versorgung der Frühgeborenen ein enormer Schritt, also wirklich sehr, sehr positiv.</p> <p>-...Habe auch lange in der Intensivpflege gearbeitet und die Bedingungen, die man heute realisieren kann, wenn man den Schlüssel wirklich erfüllen kann, das ist schon etwas was ich eher Patientenorientiert finde, was damals nicht so gegeben war und zwischenzeitlich noch schlecht geworden ist.</p> |
|--|---|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Krankenhaus, eine Gruppe mit einer Personalaufgabe betreut, hat es Auswirkungen auf das gesamte Budget. Im blödesten Fall bedeutet das, dass andere Bereiche weniger Personal kriegen oder die Ressourcen da nicht so zu Verfügung stehen, weil die Aufmerksamkeit erstmal dahin geht. Ich finde es ist eine Gesamtaufgabe Personalbemessung in der Pflege und da gehört die NGM mit rein.</p> <p>-...und jetzt hat die NGM so diese Insel und die anderen Altenpflege haben ja noch ein bisschen über die Pflegekomplexmasse Anhalts zahlen aber ansonsten.</p> <p>-Das finde ich ein Problem, also schwierig in der Gesamtkommunikation, Pflege und im Rahmen Neidfaktor und nicht Verständnis, warum die und nicht wir. Wir haben auch Intensivpatienten, wir haben auch Intensivstationen, wir haben andere Situation wo man sagen kann die brauchen auch einen Personalbemessungsschlüssel den gibts gar nicht und im Rahmen von der Ökonomisierung ist die Tendenz dazu sagen, wenn ich da mehr Geld rein stecken dann muss ich da sparen. Da finde ich hätte man im Vorfeld so im Sinne von globaler Betrachtung für die Krankenhäuser schon mit berücksichtigen können das man da einen Stein ins Wasser wirft der Menschen wellen macht.</p> | <p>Also in den letzten 20 Jahren hat sich das nicht zum positiven von der Besetzung entwickelt, sondern erst in negativen und erst durch die Richtlinie ist es wieder angestiegen.</p> |
|--|--|--|--|

| | | | |
|------------------|---|---|---|
| | | <p>-Es war auch wirklich, da habe ich echt lange überlegt. Und das ist ein irrer Aufwand. das hat uns also wirklich einen sehr, sehr hohen Aufwand gekostet. Also man hätte auch in einem Schlüssel für einen Leitungsqualifikation mit reinpacken können., Also das man sagt okay, das bedeutet auch das man für diese Verwaltungsaufgaben 0,5 VK Leitungsstellen mehr mit reinrechnet aber das ist nicht mit quasi berücksichtigt.</p> <p>-Das ist sozusagen die Punkte wo man am Anfang das Gefühl hatte, ja da kommt was, das ist auch was Gutes, aber wie kriegen wir es hin das es Sinn macht, dass es alle erreichen und im blödesten Fall einen nicht Erfüllung wird sozusagen zur Level Aberkennung oder Budgetkürzungen um .. das ist natürlich völlig das falsche Ziel... Deswegen gabs dazu viel heiße Luft um diese Richtlinie.</p> | |
| Sonstiges | <p>-Wir haben oder ich hatte relativ lange eine Mitarbeiterin auf der Intensivstation, die schon so eine Ausbildung gemacht hatte, nicht mit Schwerpunkt Pädiatrie, aber damals auf der Kinderintensiv einen Einsatz hatte. Während ihrer Fachweiterbildung und dortgeblieben ist. Die Mitarbeiterin musste ich jetzt leider, das war die einzige, versetzen, weil ich hätte sie dort arbeiten</p> | <p>- Ich kann mir nur vorstellen, dass die Übergangsfrist verlängert wird, weil aus unserer Sicht sind wir glaub ich wirklich ganz gut aufgestellt und sehr bemüht, aber zum einen ist der Markt sehr begrenzt und zum anderen muss man ja die Leute auch qualitativ adäquat einarbeiten und parallel wollen wir auch die Leute auch in die Weiterbildung schicken.</p> | <p>- Also es gab ja keinen vorgeschrieben Schlüssel und deswegen kann man das auch nicht als Fachkräftemangel detulieren. Also die Stellen, die ich zu besetzen hatte waren alle besetzt.</p> <p>-Die Dokumentation, die wir natürlich vermehret haben, die Schicht genaue Dokumentation, die wir vorher so nicht geleistet haben, hat erst etwas für Unruhe gesorgt, aber ich sage mal im Rahmen der EDV Geschichte hat sich das sehr gut eingependelt.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p>lassen können, aber ich sie nicht anerkannt arbeiten lassen können, weil sie eben von Haus aus Gesundheits- und Krankenpflegerin ist, und noch ist die Regelung ja so, dass es Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sein sollen.</p> <p>-Im Bereich der Frauenklinik sieht es für die Krankenpflege auch gut aus, aber wie man das aus dem Bundesgebiet auch kennt im Bereich der Hebammen sehr desolat. Wir haben zwar auch eine eigene Hebammenschule, bilden auch aus. Haben aber oder können aber mit den Auszubildenden den Bedarf eigentlich nicht wirklich decken und haben deswegen im letzten Jahr einen weiteren Kurs aufgenommen sozusagen bilden jetzt noch mehr Hebammen aus und schaffen es gerade so die Anzahl der Stellen immer wieder zu decken.</p> <p>-Wir würden eigentlich gerne mehr Hebammen einstellen um die Situation noch weiter zu optimieren aber der Markt gibt es eben nicht her.</p> <p>-Also das ist zum Beispiel etwas was wir auch nicht ganz verstanden haben. Natürlich kommt es noch zum einen die Richtlinie wird ja nicht von jetzt auf gleich entsandten sein. Das ist ein sehr, sehr langer</p> | | <p>- Ja, also ich weiß, dass andere Kliniken häufig darüber sehr stöhnen. Ich kann das bei uns jetzt hier nicht so feststellen. Wir haben das geschult, wir haben das auf den PCs gespielt und ich muss allerdings dazu sagen, dass ich schon immer, weil wir sind ja eine recht junge Klinik und wir damit am Anfang überhaupt irgendwie steuern konnten, mussten unsere Kollegen immer den Pflegebedarf der Kinder einstufen. Wir hatten vorher die Intensivstufen jetzt haben wir halt die QFR-Richtlinien, also einen Bedarf an Pflege da musste immer aufgezeichnet werden, also das ist jetzt nicht neu gewesen.</p> <p>-Also der Pflegebedarf. Auf den normalen Stationen ist es ja meistens hier diese PPR, die Pflegepersonalregelung und auf den Intensivstationen, haben wir eben nach den Intensivstufen vorher eingestuft und jetzt eben nach diesen britisch/ nach den Intensivstufen der Richtlinie.</p> <p>-Also die haben sich sehr über das vermehrte Personal gefreut. Wir haben ja durch die Richtlinie wirklich die Möglichkeit diese Freigabe gehabt aufzustocken auf beiden Stationen. Wir haben die Möglichkeit gehabt zusätzlich weiterzubilden und Fortbildungen anzubieten. Das ist der positive Effekt. Der Negative, der gesehen wird ist, dass die höhere Flexibilität verlangt wird, weil ja schneller geguckt wird in Führungsstrichen ist die Versorgung gut also entspricht die Versorgung der Richtlinie, wobei das erste Prinzip, das hier immer vorhanden ist, ist die Versorgung der Kinder. Also wir gucken nicht erst</p> |
|--|--|---|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>Prozess. Sicherlich aus einer Situation heraus, wo noch ganz klar eine Trennung war Gesundheit- und Krankenpflege und Gesundheit- und Kinderkrankenpflege. Das war ja sehr lange eine eigenständige Ausbildung. Dann gabs irgendwann die integrierte Ausbildung, jetzt werden wir ja im nächsten Schritt dann die generalistische Ausbildung bekommen, sodass man auch natürlich diese G-BA Vorgabe und solche Sachen dann nochmal anpassen muss. Aber es ist tatsächlich im Moment so, dass wenn sie die Fachweiterbildung mit Schwerpunkt Pädiatrie machen wollen und sie wollen sie auch anerkannt machen, also machen können sie die natürlich mit jeglicher Gesundheits- und Krankenpflegerischen Ausbildung, aber die Anerkennung kriegen sie eben nur wenn sie Gesundheit und Kinderkranken-schwester-pflege sind.</p> | | <p>auf die Zahl, sondern die Versorgung der Kinder. Das zweite ist dann, erfüllen wir die Richtlinie?</p> <p>-Die Kollegen müssen schonmal ein bisschen früher sagen wir mal so kommen oder auch dableiben, damit die Richtlinie erfüllt ist. Was am Anfang für Unmut gesorgt hat, war die Anwesenheit der Fachweitergebildeten Kollegen, die ja auch in der Richtlinie festgeschrieben ist, weil das natürlich bedeutete, dass das Tauschen und so etwa eingeschränkt war, weil man natürlich als Fachkraft, dann natürlich nur mit einer Fachkraft tauschen kann. Dadurch das wir mittlerweile aber mit den fünf Jahren angelernten plus den Fachweiterbildungen bei fast 60 Prozent sind, hat sich das auch etwas beruhigt, sagen wir es mal so. Aber das wurde als sehr negativ gesehen, weil das eben ein Einschnitt war in der Freiheit, die man vorher hatte.</p> <p>-Die Dokumentation, die wir natürlich vermehrt haben, die Schicht genaue Dokumentation, die wir vorher so nicht geleistet haben, hat erst etwas für Unruhe gesorgt, aber ich sage mal im Rahmen der EDV Geschichte hat sich das sehr gut eingependelt.</p> |
|--|--|--|--|

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten und nicht veröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form im Rahmen einer anderen Prüfung noch nicht vorgelegt worden.

Ort, Datum

Unterschrift