

Gemeinsam für mehr Wissen



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

Perinatalbefragung zur pflegerischen Strukturqualität

Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts
im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Dr. Karl Blum

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 47 051 – 17
Fax.: 0211 / 47 051 – 19
Email: karl.blum@dki.de

Düsseldorf, August 2014

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	6
2	GRUNDLAGEN	8
2.1	Qualitätssicherungs-Richtlinie für Früh- und Reifgeborene	8
2.2	Stufen der perinatologischen Versorgung	9
2.3	Ziele der Richtlinie	10
2.4	Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität	11
2.5	Ausnahme- und Übergangsregelungen	14
2.6	Kategorien von Frühgeborenen	15
3	METHODIK	19
3.1	Grundgesamtheit und Stichprobe	19
3.2	Erhebungsinstrument	20
3.3	Ablauf der Befragung	21
3.4	Auswertung der Befragung	22
3.5	Ermittlung des Personalmehrbedarfs	23
3.6	Ermittlung des Fachkräftemehrbedarfs	26
3.7	Ermittlung der Personalmehrkosten	27
3.8	Ermittlung der Zusatzkosten für die Weiterbildung	30
3.9	Ermittlung von Mehrbedarf und Mehrkosten für Belegungsspitzen	31
3.10	Sonstige Kosten	33

4	STRUKTURDATEN DER PERINATALZENTREN	35
4.1	Vergleich von Stichprobe und Grundgesamtheit	35
4.2	Intensivkapazitäten	37
4.3	Fallzahlen	39
4.4	Belegungstage	41
4.5	Pflegepersonal	42
4.6	Fachkräfte und Fachkraftquoten	44
4.7	Qualifikationsstruktur der Fachkräfte	46
4.8	Berufserfahrung von Pflegekräften ohne Fachweiterbildung	47
5	MEHRBEDARF UND MEHRKOSTEN	51
5.1	Personalmehrbedarf	51
5.2	Mehrbedarf an Fachweitergebildeten	54
5.3	Mehrkosten für den Personalmehrbedarf	56
5.4	Zusatzkosten für Freistellungen zur Weiterbildung	59
5.5	Mehrbedarf und Mehrkosten von Belegungsspitzen	60
6	UMSETZUNGSSTAND ZUM FACHKRÄFTEBEDARF	64
6.1	Schichtbesetzung mit fachweitergebildetem Pflegepersonal	64
6.2	Erreichen der Fachkraftquoten bis 2017	66
6.3	Erreichen der Fachkraftquoten ab 2017	67
6.4	Gründe für das Erreichen der Fachkraftquoten ab 2017	68
6.5	Gründe für das Nicht-Erreichen der Fachkraftquoten ab 2017	70

7	UMSETZUNGSSTAND ZU DEN PFLEGEPERSONALSCHLÜSSELN	72
7.1	Personalschlüssel für intensivtherapiepflichtige Frühgeborene	72
7.2	Personalschlüssel für intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene	74
7.3	Erreichen der Pflegepersonalschlüssel bis 2017	75
7.4	Abruf von zusätzlichem Personal	77
7.5	Maßnahmen zur Steigerung der Personalzahlen	78
8	STELLENBESETZUNGSPROBLEME UND STELLENPLANUNGEN	81
8.1	Aktuelle Stellenbesetzungsprobleme	81
8.2	Anzahl offener Stellen	82
8.3	Dauer der Stellenbesetzungsprobleme	83
8.4	Schaffung zusätzlicher Stellen in 2014	84
9	DISKUSSION	86
9.1	Zusammenfassung	86
9.2	Handlungsempfehlungen	92
9.3	Fazit	99
	LITERATUR	101

1 Einleitung

Mit Jahresbeginn 2014 ist die Qualitätssicherung im Bereich der Perinatalversorgung in den deutschen Krankenhäusern grundlegend neu geregelt worden. Die entsprechende Qualitätssicherungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses stellt umfangreiche und detaillierte Anforderungen an die Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (vgl. Kap. 2). Dies gilt gleichermaßen für die ärztliche, pflegerische und entbindungspflegerische Versorgung in diesem Bereich sowie für infrastrukturelle und organisatorische Anforderungen an die Versorgungsqualität.

Ungeachtet dessen betreffen die weitestgehenden Qualitätsanforderungen die pflegerische Strukturqualität der Perinatalversorgung. Danach werden u.a. definierte Fachkraftquoten für neonatologische Intensivstationen gefordert und strikte Pflegepersonalschlüssel für das Verhältnis von Pflegekräften und Frühgeborenen je Schicht festgelegt.

Vor allem von Krankenseite wurden die Anforderungen an die pflegerische Strukturqualität flächendeckend als nicht realistisch bzw. als nicht praktikabel eingestuft (DKG, 2013). Dies gilt gleichermaßen aus personellen wie finanziellen Gründen: Zum einen sei es einstweilen nicht möglich, hinreichend qualifiziertes Personal in ausreichender Menge einzustellen oder weiterzubilden. Zum anderen sind bislang keine Möglichkeiten der Gegenfinanzierung des Personalbedarfs geschaffen worden.

Empirisch verlässliche Daten zur Praktikabilität sowie den personellen und finanziellen Auswirkungen der Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität in der Perinatalversorgung lagen aber bis dato nicht vor. Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) mit einer Perinatalbefragung zur pflegerischen Strukturqualität beauftragt, in der alle Krankenhäuser mit Perinatalzentren in Deutschland befragt werden sollten. Die Befragung wurde ideell und organisatorisch von den Landeskrankenhausgesellschaften unterstützt.

Ziel des Projektes war es, den aktuellen Umsetzungsstand und die zu erwartenden Auswirkungen der Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität auf die Perinatalversorgung zu untersuchen, um daraus Handlungsoptionen für die Zukunft ableiten zu können. Konkret sollten im Rahmen des Projektes die folgenden Forschungsfragen beantwortet werden:

- Inwieweit erfüllen die Perinatalzentren aktuell die Anforderungen an die Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität?
- Erwarten die Perinatalzentren, die Anforderungen an die pflegerische Strukturqualität nach dem Auslaufen von Übergangsregelungen bis Anfang 2017 erfüllen zu können?
- Welche Auswirkungen haben die Anforderungen an die pflegerische Strukturqualität auf den Personalbedarf der Perinatalzentren?
- Welche Auswirkungen haben die Anforderungen an die pflegerische Strukturqualität auf die Kosten bzw. den Finanzbedarf der Perinatalzentren?
- Welche Maßnahmen planen die Perinatalzentren, um die Anforderungen an die pflegerische Strukturqualität erfüllen zu können?
- Welche Handlungsempfehlungen lassen sich aus den Ergebnissen ableiten?

Nachfolgend werden zunächst wesentliche Inhalte der Qualitätssicherungs-Richtlinie für die Perinatalversorgung als Grundlage der Perinatalbefragung vorgestellt (Kap. 2). Die Methodik der Befragung wird im Einzelnen im Kap. 3 erläutert. Im Ergebnisteil (Kap. 4-8) werden der Umsetzungsstand und die personellen und finanziellen Auswirkungen der Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität dargestellt. Die abschließende Diskussion (Kap. 9) beantwortet zusammenfassend die zentralen Forschungsfragen.

Die Realisierung dieses Projektes wäre nicht möglich gewesen, ohne die Unterstützung von zahlreichen Projektbeteiligten: Unser besonderer Dank gilt zunächst den Teilnehmern der Perinatalbefragung für die rege und engagierte Teilnahme. Bei den Geschäftsführern und den Projektverantwortlichen der Landeskrankenhausgesellschaften möchten wir uns für die ideelle und organisatorische Unterstützung des Projektes und die reibungslose Zusammenarbeit herzlich bedanken. Namentlich bedanken möchten wir uns bei Ulrike Reus und Axel Mertens für die Beteiligung an der Entwicklung des Fragebogens, Dr. med. Frank Jochum (Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau), Prof. Dr. Josef Sonntag (Klinikum Lüneburg) und Dr. med. Bernd Hackenjos (Niedersächsische Krankenhausgesellschaft), für ihre Unterstützung des Pretests des Befragungsinstruments, sowie bei Jochen Scheel (Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland) für Informationen zur Belegungsverteilung in den Perinatalzentren. Der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) danken wir für die Finanzierung des Projektes.

2 Grundlagen

2.1 Qualitätssicherungs-Richtlinie für Früh- und Reifgeborene

Mit Beschluss vom 20. Juni 2013 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) die „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen“ (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) beschlossen. Die Richtlinie trat mit Wirkung zum 01.01.2014 in Kraft. Für ausgewählte Richtlinieninhalte sind aber Übergangsregelungen bis zum 01.01.2017 vorgesehen (vgl. Kap. 2.5).

Die QFR-RL löst die bisherige „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“ (vom 20.09.2005, zuletzt geändert am 20.08.2009) ab. Der GBA begründet die Änderung der Richtlinie mit dem umfassenden Änderungs- und Ergänzungsbedarf, der sich seither ergeben habe (vgl. GBA, 2013a, 2013b).

Im Einzelnen umfasst die Richtlinie einen sog. Paragraphenteil, insgesamt vier Anlagen sowie die Formulierung von „Tragenden Gründen“ zum Beschluss des GBA zur Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie.

Der Paragraphenteil umfasst die maßgeblichen Zielsetzungen und Regelungsinhalte der Richtlinie sowie grundlegende Vorgaben für die Versorgungsqualität in der Perinatalversorgung. Die Konkretisierung der Qualitätsvorgaben der QFR-RL erfolgt im Wesentlichen in den vier Anlagen:

- Die Anlage 1 (Aufnahme- und Zuweisungskriterien) definiert die vier Versorgungsstufen der perinatologischen Versorgung in Deutschland (vgl. Kap 2.2).
- Die Anlage 2 (Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in den Versorgungsstufen) beschreibt im Detail die Anforderungen an die Versorgungsqualität in der perinatologischen Versorgung.
- Die Anlage 3 (Checklisten für das Nachweisverfahren zur Erfüllung von Qualitätsanforderungen an die perinatologischen Versorgungsstufen) fasst diese Anforderungen nochmals in Form von Checklisten zusammen. Sie dienen als Grundlage für die Nachweisführung des Krankenhauses über die Erfüllung der Qualitätsanforderungen der Richtlinie gegenüber den Vertragspartnern der Pflegesatzvereinbarung.
- Die Anlage 4 (Veröffentlichung der Ergebnisdaten der Perinatalzentren) legt das Verfahren und die Inhalte zur Veröffentlichung der Ergebnisqualität der Perinatalzentren fest.

Die „Tragenden Gründe“ erläutern die Inhalte des Paragraphenteils und der Anlagen der QFR-RL. Neben einer inhaltlichen Begründung der Richtlinien- und Anlageninhalte wird da-

bei vor allem anhand der Forschungsliteratur bzw. des Forschungsstandes auf die Evidenz für die einzelnen Qualitätsvorgaben der QFR-RL verwiesen.

2.2 Stufen der perinatologischen Versorgung

Die QFR-RL definiert in der Anlage 2 ein Stufenkonzept der perinatologischen Versorgung. Demnach gelten für jede Versorgungsstufe bestimmte Aufnahme- und Zuweisungskriterien für Schwangere bzw. für das Kind. Im Einzelnen sind die Versorgungsstufen wie folgt definiert (GBA, 2013a):

- Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum Level 1

Die Aufnahme von Schwangeren bzw. ihre Zuweisung aus Einrichtungen einer niedrigeren Versorgungsstufe erfolgt nach folgenden Kriterien:

(1) Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht unter 1250 Gramm oder mit einem Gestationsalter $< 29 + 0$ SSW¹,

(2) Schwangere mit Drillingen und mit einem Gestationsalter $< 33 + 0$ SSW sowie Schwangere mit über drei Mehrlingen,

(3) Schwangere mit allen pränatal diagnostizierten fetalen oder mütterlichen Erkrankungen, bei denen nach der Geburt eine unmittelbare spezialisierte intensivmedizinische Versorgung des Neugeborenen absehbar ist. Dies betrifft insbesondere den Verdacht auf angeborene Fehlbildungen.

- Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum Level 2

Die Aufnahme von Schwangeren bzw. ihre Zuweisung aus Einrichtungen einer niedrigeren Versorgungsstufe erfolgt nach folgenden Kriterien:

(1) Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von 1250 bis 1499 Gramm oder mit einem Gestationsalter von $29 + 0$ bis $31 + 6$ SSW,

(2) Schwangere mit schweren schwangerschaftsassozierten Erkrankungen oder einer Wachstumsretardierung des Fetus unterhalb des 3. Perzentils,

(3) Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung mit absehbarer Gefährdung für Fetus bzw. Neugeborenes.

¹ Erläuterung zur Schreibweise des Gestationsalters: Die Darstellung des Gestationsalters erfolgt in Schwangerschaftswochen (SSW), im Regelfall in vollendeten Wochen plus Einzeltagen (0 bis 6) p.m. (postmenstruationem). Der errechnete Termin liegt danach bei $40 + 0$ SSW. Nach Terminkorrektur wird das Gestationsalter in gleicher Weise dargestellt.

- Versorgungsstufe III: Perinataler Schwerpunkt

Die Aufnahme von Schwangeren bzw. ihre Zuweisung aus einer Geburtsklinik erfolgt nach folgenden Kriterien:

- (1) Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von mindestens 1500 Gramm oder mit einem Gestationsalter von 32 + 0 bis \leq 35 + 6 SSW,
- (2) Schwangere mit Wachstumsretardierung des Fetus (zwischen dem 3. und 10. Perzentil des auf das Gestationsalter bezogenen Gewichts),
- (3) Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung ohne absehbare Gefährdung für Fetus bzw. Neugeborenes.

- Versorgungsstufe IV: Geburtsklinik

Die Aufnahme von Schwangeren in eine Geburtsklinik erfolgt nach folgendem Kriterium:

Schwangere ab 36 + 0 SSW ohne zu erwartende Komplikationen.

2.3 Ziele der Richtlinie

Die wichtigste Zielsetzung der QFR-RL besteht darin, die Qualität der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen weiter zu verbessern. In Umsetzung dieser allgemeinen Zielvorgabe verfolgt die Richtlinie im Wesentlichen zwei Ziele (§ 1 Abs. 1 QFR-RL):

1. die Verringerung von Säuglingssterblichkeit und von frühkindlich entstandenen Behinderungen,
2. die Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen unter Berücksichtigung der Belange einer flächendeckenden, das heißt allerorts zumutbaren, Erreichbarkeit der Einrichtungen.

Für die Umsetzung dieser Ziele definiert die Richtlinie das Stufenkonzept der perinatalen Versorgung. Zur Optimierung der perinatalen Versorgung haben Zuweisungen von Schwangeren in die Einrichtung bzw. zur jeweiligen Versorgungsstufe nach dem Risikoprofil der Schwangeren oder des Kindes zu erfolgen (§ 1 Abs. 1 QFR-RL). Schwangere mit einem entsprechenden Risikoprofil dürfen nur in einer Einrichtung aufgenommen und versorgt werden, die mindestens die Anforderungen an die Versorgung der jeweiligen Versorgungsstufe erfüllt. Die Krankenhäuser müssen ihrerseits die Qualitätsanforderungen für die jeweilige Versorgungsstufe erfüllen, um die entsprechenden Leistungen erbringen zu dürfen (§ 2 QFR-RL).

Die QFR-RL regelt verbindliche Mindestanforderungen an die Versorgung von bestimmten Schwangeren und von Früh- und Reifgeborenen in den Krankenhäusern. Diese Anforderungen sind in der Anlage 2 der QFR-RL konkretisiert. Im Einzelnen betreffen diese Qualitätsanforderungen die folgenden Bereiche (GBA, 2013a):

- Ärztliche Versorgung (hinsichtlich Qualifikation und Besetzung des ärztlichen Dienstes in der Geburtshilfe und der Neonatologie)
- Pflegerische Versorgung (hinsichtlich Qualifikation und Besetzung des Pflegedienstes in der Geburtshilfe und der Neonatologie)
- Hebammenhilfliche bzw. entbindungspflegerische Versorgung (hinsichtlich Qualifikation und Besetzung der Entbindungspflege in der Geburtshilfe)
- Infrastruktur (im Einzelnen die Lokalisation von Entbindungsbereich und neonatologischer Intensivstation, die Geräteausstattung der neonatologischen Intensivstation und die Voraussetzungen für eine kinderchirurgische Versorgung in Perinatalzentren)
- Ärztliche und nichtärztliche Dienstleistungen (z.B. mit Blick auf die Vorhaltung oder Erbringung bestimmter fachärztlicher oder psychotherapeutischer Leistungen)
- Qualitätssicherungsverfahren (Durchführung bestimmter Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung).

Zu den konkreten Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sei im Einzelnen auf die QFR-RL, ihre Anlagen sowie die „Tragenden Gründe“ verwiesen. Angesichts des thematischen Schwerpunkts der vorliegenden Studie werden nachfolgend nur die Anforderungen an die pflegerische Strukturqualität gemäß QFR-RL, beschränkt auf die Perinatalzentren Level 1 und Level 2, detailliert dargestellt.

2.4 Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität

Die QFR-RL regelt vier zentrale Bereiche der pflegerischen Versorgung auf den neonatologischen Intensivstationen der Perinatalzentren (GBA, 2013a). Im Einzelnen betrifft dies die Qualifikation der Pflegekräfte im Allgemeinen, die Fachkraftquote an Pflegekräften mit einer Weiterbildung in der pädiatrischen Intensivpflege im Besonderen, die Schichtbesetzung mit Fachweitergebildeten sowie Pflegepersonalschlüssel für das Verhältnis von Pflegekräften und Frühgeborenen je Schicht. Mit Ausnahme der Fachkraftquoten gelten die Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität einheitlich für Perinatalzentren Level 1 und Level 2.

- Allgemeine Qualifikation der Pflegekräfte

Auf der neonatologischen Intensivstation muss der Pflegedienst aus Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen bestehen. Der Pflegedienst auf den neonatologischen Intensivsta-

tionen setzt also die dreijährige Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege voraus. Pflegekräfte mit anderen Qualifikationen, etwa mit einer dreijährigen Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege oder (Kinder-)Krankenpflegehelferinnen, können demzufolge nicht auf neonatologischen Intensivstationen eingesetzt werden.

- **Fachkraftquoten**

Auf den neonatologischen Intensivstationen von Perinatalzentren Level 1 müssen 40% der Pflegekräfte (Vollzeitäquivalente) eine Fachweiterbildung im Bereich „Pädiatrische Intensivpflege“ abgeschlossen haben. In den Perinatalzentren Level 2 müssen 30% der Pflegekräfte auf den neonatologischen Intensivstationen (Vollzeitäquivalente) über eine entsprechende Fachweiterbildung verfügen.

Die Fachweiterbildung muss sich dabei an der „Empfehlung der DKG zur Weiterbildung von Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege“ vom 11.05.1998 oder der „DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflegekräften für die pflegerischen Fachgebiete Intensivpflege, Funktionsdienste, Pflege in der Onkologie, Nephrologie und Psychiatrie“ vom 20.09.2011 oder einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung orientieren.

Nach der DKG-Empfehlung von 2011 dauert die Fachweiterbildung in der Regel zwei Jahre. Sie umfasst mindestens 720 Stunden Theorie und mindestens 1.800 Stunden praktische Weiterbildung. Für die praktische Weiterbildung sind mindestens jeweils 500 Stunden in der neonatologischen Intensivpflege und in der interdisziplinären Kinderintensivstation sowie mindestens 200 Stunden in der Anästhesie obligatorisch. Die verbleibende Zeit ist optional auf die vorgenannten Einsatzbereiche und/oder weitere Funktionsbereiche (jeweils max. 100 Stunden), z.B. Kreißsaal oder Erwachsenenintensiveinheit, zu verteilen (DKG, 2011).

Die Vorgabe von Fachkraftquoten wird in den „Tragenden Gründen“ (GBA, 2013b) damit legitimiert, dass die intensivmedizinische Versorgung Frühgeborener spezielle Fähigkeiten und Kenntnisse in der pädiatrischen Intensivpflege verlangt. Die Quoten sollen sicherstellen, dass qualifiziertes Intensivpersonal in ausreichender Zahl zur Verfügung steht, um einen einheitlich hohen Standard der pflegerischen Versorgung sicherzustellen. Die geringere Fachkraftquote für die Perinatalzentren Level 2 begründet sich in einem fachpflegerisch geringeren Betreuungsbedarf der dort behandelten Frühgeborenen.

- Schichtbesetzung mit Fachweitergebildeten

Unabhängig von der Versorgungsstufe soll in jeder Schicht einer neonatologischen Intensiv-einheit (mindestens) eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin mit einer Fachweiterbil-dung im Bereich „Pädiatrische Intensivpflege“ eingesetzt werden. Hierdurch sollen dem diensthabenden Pflorgeteam jederzeit kompetente Ansprechpartner in ausreichender Zahl für auftretende Fragen und Probleme zur Verfügung stehen (GBA, 2013b).

- Pflegepersonalschlüssel

Die QFR-RL definiert einheitlich für die neonatologischen Intensivstationen der Perinatalzentren Level 1 und Level 2 Pflegepersonalschlüssel für das Verhältnis von Pflegekräften je Schicht und Frühgeborenen im Bereich der neonatologischen Intensivtherapie und Intensiv-überwachung.²

Demnach muss im neonatologischen Intensivtherapiebereich eines Perinatalzentrums Level 1 und Level 2 jederzeit mindestens eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin (Vollzeit) je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen verfügbar sein. Der Pflegepersonalschlüssel in der neonatologischen Intensivtherapie beträgt demzufolge 1:1.

Im neonatologischen Intensivüberwachungsbereich muss jederzeit mindestens eine Ge-sundheits- und Kinderkrankenpflegerin je zwei intensivüberwachungspflichtiger Frühgebore-ner verfügbar sein. Der Pflegepersonalschlüssel in der neonatologischen Intensivüberwa-chung beträgt mithin 1:2.

Den „Tragenden Gründen“ zufolge (GBA, 2013b) liefern Studien Hinweise für Zusammen-hänge zwischen Personaldichte und Personalqualifikation in der neonatologischen Intensiv-pflege und Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität in der Frühgeborenversorgung.³ Dem wird durch die Vorgabe von Personalschlüsseln für die pflegerische Versorgung von in-tensivtherapiepflichtigen und intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen Rechnung ge-tragen.

In der Regel werden auf den neonatologischen Intensivstationen nicht nur intensivtherapie- und -überwachungspflichtige Neugeborene betreut, sondern auch Neugeborene, die eine

² Zur Definition von neonatologischer Intensivtherapie und Intensivüberwachung vgl. im Einzelnen Kap. 2.6

³ Maßgebliche empirische Referenz für die gewählten Personalschlüssel der QFR-RL bilden insbesondere die Ergebnisse der „UK Neonatal Staffing Study“ aus den Jahren 1998/1999, die ein steigendes Mortalitätsrisiko von Frühgeborenen mit abnehmender Schichtbesetzung aufzeigen (Hamilton et al. 2007).

aufwändige, aber nicht im engeren Sinne intensivmedizinische Therapie benötigen. Für diese Früh- und Reifgeborenen auf den neonatologischen Intensivstationen gibt die QFR-RL jedoch keine Pflegepersonalschlüssel vor.

2.5 Ausnahme- und Übergangsregelungen

Die QFR-RL trat zwar zum 01.01.2014 in Kraft. Für maßgebliche Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität gelten allerdings bis zum 01.01.2017 Ausnahme- oder Übergangsregelungen:

Mit Blick auf die Fachkraftquoten können Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen, die nicht über die Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ verfügen, bis zum 31.12.2016 auf die Fachkraftquoten angerechnet werden, wenn sie mindestens fünf Jahre Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege haben. Laut den „Tragenden Gründen“ bestehen Zweifel an einer kurzfristigen Umsetzbarkeit der Fachkraftquoten. Den Perinatalzentren soll mit der Übergangsregelung somit mehr Zeit eingeräumt werden, die Zahl ihrer Fachpflegekräfte zu steigern (GBA, 2013b).

Von den Pflegepersonalschlüsseln für intensivtherapiepflichtige und intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene kann - so die Formulierung in der QFR-RL (GBA, 2013a) - „unter zu begründenden Umständen“ bis zum 01.01.2017 abgewichen werden. Diese Übergangsregelung soll den Krankenhäusern Gelegenheit geben, entsprechend qualifizierte Pflegekräfte auszubilden bzw. zu rekrutieren. Damit wird dem Umstand entsprochen, dass derzeit geeignetes Personal möglicherweise kurzfristig nicht im gewünschten Umfang am Arbeitsmarkt verfügbar ist (GBA, 2013b).

Die „zu begründenden Umstände“ sind zwar in der QFR-RL nicht explizit definiert. Aus der Begründung für die Übergangsregelung lässt sich allerdings ableiten, dass damit in erster Linie nachweisbare Probleme bei der Rekrutierung einer ausreichenden Zahl an Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für die neonatologische Intensivpflege gemeint sind (DKG, 2013).

Über die genannten Ausnahme- und Übergangsregelungen hinaus sieht die QFR-RL auch Regelungen zur vorübergehenden Nicht-Erfüllung einzelner Qualitätsanforderungen vor: Laut § 6 QFR-RL sind die Perinatalzentren verpflichtet, im Falle der Nicht-Erfüllung einzelner

Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität diese schnellstmöglich wieder zu erfüllen. Sofern die Dauer bis zur Wiedererfüllung voraussichtlich mehr als drei Monate betragen wird, ist dies unverzüglich gegenüber einem für die Einrichtung von dem Vertragspartner der Pflegesatzverhandlungen benannten Verhandlungsführer anzuzeigen. Eine Frist bis zur Wiedererfüllung ist in diesem Fall zwischen den Vertragspartnern zu vereinbaren.

Die in der QFR-RL ausdrücklich eingeräumte Drei-Monats-Frist hinsichtlich der vorübergehenden Nicht-Erfüllung einzelner Qualitätsanforderungen dürfte zwar das Risiko minimieren, alleine aufgrund gelegentlicher oder kurzfristiger Abweichungen von den Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität die Anerkennung als Perinatalzentrum zu verlieren oder Fälle nicht mehr (vollständig) vergütet zu bekommen. Unabhängig davon ist aber selbst die nur vorübergehende Nicht-Erfüllung dieser Vorgaben potenziell mit größeren haftungsrechtlichen Risiken oder einem Anstieg der Haftpflichtprämien verbunden (DKG, 2013).

2.6 Kategorien von Frühgeborenen

Die QFR-RL bestimmt zwar Pflegepersonalschlüssel für intensivtherapiepflichtige und intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene. Eine explizite Definition dieser Kategorien findet man aber weder in der QFR-RL noch in den „Tragenden Gründen“. Allerdings wird in den „Tragenden Gründen“ (GBA, 2013b) unter anderem auf die Unterscheidung zwischen therapie- und überwachungspflichtigen Frühgeborenen beispielsweise „in Anlehnung“ an die Definition und Empfehlungen der British Association of Perinatal Medicine verwiesen (vgl. BAPM, 2010, 2011).

Ein wesentliches Unterscheidungskriterium zwischen intensivtherapiepflichtigen und intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen bildet danach vor allem die invasive Beatmung oder der hohe Pflegeaufwand bei Frühgeborenen (intensivtherapiepflichtig) bzw. die nicht-invasive-Beatmung oder der erhöhte Pflegeaufwand von Frühgeborenen (intensivüberwachungspflichtig).

Im Einzelnen legt die BAPM eine Reihe von Definitionskriterien für die neonatologische Intensivtherapie (intensive care) und die neonatologische Intensivüberwachung (high dependency care) fest, darüber hinaus aber auch für sonstige Früh- und Reifgeborene in der Neo-

natologie (special care). Für jede dieser drei Kategorien definiert die BAPM auch Pflegepersonalschlüssel.⁴

- Neonatologische Intensivtherapie

Frühgeborene, die einer neonatologischen Intensivtherapie bedürfen, haben komplexe und möglicherweise lebensbedrohliche Gesundheitsprobleme und daher den größten Versorgungsbedarf in Bezug auf Anzahl und Qualifikation des neonatologischen Intensivpersonals. Im Einzelnen ist der Intensivtherapietag laut BAPM wie folgt definiert (BAPM, 2011):

- Invasive Beatmung
- Nicht-invasive Ventilation und parenterale Ernährung
- Operationstag
- Todestag
- Jeder Tag mit mindestens einer der folgenden Maßnahmen:
 - Arterieller Nabelschnurkatheter
 - Venöser Nabelschnurkatheter
 - Peripher-arterieller Katheter
 - Insulininfusion
 - Thoraxdrainage
 - Austauschtransfusion
 - Therapeutische Hypothermie
 - Prostaglandin-Infusion
 - Replogle-Sonde
 - Epiduralkatheter
 - Silo-Beutel bei Gastroschisis
 - Externe Ventrikeldrainage
 - Dialyse

Aufgrund der komplexen Bedürfnisse intensivtherapiepflichtiger Frühgeborener und ihrer Familien empfiehlt die BAPM einen Pflegepersonalschlüssel von 1:1, also eine Pflegekraft je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen (BAPM, 2010).⁵

⁴ Mit Blick auf die im Folgenden dargestellten Definitionskriterien der BAPM sei darauf verwiesen, dass es bislang keine von deutschen Fachgesellschaften oder Berufsverbänden in der Neonatologie autorisierte Übersetzung dieser Kriterien gibt.

⁵ Im Unterschied zur QFR-RL bezieht sich dieser Personalschlüssel nach der BAPM aber auf „neonatal nurses qualified in specialty (nurses QIS)“, also in der neonatologischen Intensivpflege weitergebildete Pflegekräfte (vgl. im Einzelnen BAPM, 2010)

- Neonatologische Intensivüberwachung

Im Unterschied zur Intensivtherapie bedürfen Frühgeborene in der neonatologischen Intensivüberwachung zwar hochqualifiziertes Fachpersonal, allerdings nicht in vergleichbarer Anzahl und Qualifikation oder mit einem vergleichbaren Personalschlüssel. Im Einzelnen ist der Intensivüberwachungstag laut BAPM wie folgt definiert (BAPM, 2011):

- Nicht-Erfüllung eines Definitionskriteriums für die neonatologische Intensivtherapie
- Nicht-invasive Beatmung
- Jeder Tag mit mindestens einer der folgenden Maßnahmen:
 - Parenterale Ernährung
 - Medikamenteninfusion (außer Prostaglandin und Insulin)
 - PICC-Line Katheter
 - Tracheostomie
 - Harnröhren- oder suprapubischer Katheter
 - Transanastomische Sonde nach Ösophagusatresie
 - Nasopharyngealer Tubus / Nasenstent
 - Überwachung von Anfällen
 - Barrier Nursing

Für intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene empfiehlt die BAPM einen Pflegepersonalschlüssel von 1:2, also eine Pflegekraft je zwei intensivüberwachungspflichtiger Frühgeborener (BAPM, 2010).⁶

- Sonstige Früh- und Reifgeborene

In diese Restkategorie fallen laut BAPM alle Früh- und Reifgeborene, die zwar einer Versorgung in neonatologischen Intensiveinheiten bedürfen, aber weder intensivtherapiepflichtig noch intensivüberwachungspflichtig im oben definierten Sinne sind. Im Einzelnen definiert die BAPM diese Restkategorie wie folgt (BAPM, 2011):

⁶ Dabei können je nach Schweregrad weitergebildete Pflegekräfte (nurses QIS) oder Krankenschwestern (registered nurses) ohne einschlägige Weiterbildung zum Einsatz kommen.

- Nicht-Erfüllung eines Definitionskriteriums für die neonatologische Intensivtherapie oder neonatologische Intensivüberwachung
- Jeder Tag mit mindestens einer der folgenden Maßnahmen:
 - Sauerstoff durch Nasenkanüle
 - Künstliche Ernährung durch Nasensonde, Jejunalsonde oder Gastrostomie
 - Kontinuierliche Überwachung per Monitor
 - Stomaversorgung
 - Intravenöse Kanülen
 - Phototherapie
 - Spezielle Beobachtung von physiologischen Parametern mindestens alle vier Stunden

Für die Restkategorie sonstiger Früh- und Reifgeborener auf neonatologischen Intensivstationen empfiehlt die BAPM einen Pflegepersonalschlüssel von mindestens 1:4, also eine Pflegekraft je vier Fällen (BAPM, 2010.⁷)

⁷ Die Versorgung nach dieser Kategorie kann dabei gleichermaßen von Pflegekräften mit und ohne Weiterbildung in der neonatologischen Intensivpflege erfolgen. Wie erwähnt (vgl. Kap. 2.4), bestimmt die QFR-RL keine Personalschlüssel für diese Kategorie.

3 Methodik

3.1 Grundgesamtheit und Stichprobe

Die Grundgesamtheit der Perinatalbefragung zur pflegerischen Strukturqualität bildeten alle neonatologischen Intensivstationen der Perinatalzentren Level 1 und Level 2 in Deutschland. Die Befragung war als Vollerhebung für diese Grundgesamtheit konzipiert.

Ein Problem der vorgesehenen Vollerhebung in den Krankenhäusern mit neonatologischen Intensivstationen war die exakte Bestimmung der Grundgesamtheit. Eine komplette und öffentlich zugängliche Liste aller Krankenhäuser mit Perinatalzentren Level 1 und Level 2 liegt u. W. für Deutschland nicht vor. Um einen möglichst vollständigen Erfassungsgrad aller Perinatalzentren in Deutschland zu erreichen, sind daher die folgenden Maßnahmen durchgeführt worden:

- Abfragen bei den Landeskrankenhausgesellschaften zu Anzahl und Adressen der Krankenhäuser mit Perinatalzentren in ihrem Bundesland
- Internetrecherchen über die Webseiten bzw. die Qualitätsberichte der Krankenhäuser
- Recherchen in der DKI-Krankenhausdatenbank
- Abfragen bei Fachgesellschaften im Bereich der Neonatologie zu den Perinatalzentren in Deutschland.

Bereinigt um neutrale Ausfälle (etwa um Krankenhäuser, die in der Perinatalbefragung angaben, kein Perinatalzentrum zu haben), konnten über diese Maßnahmen bundesweit insgesamt 240 Perinatalzentren identifiziert werden.

Grundsätzlich ist zwar nicht auszuschließen, dass einzelne Perinatalzentren nicht ermittelt werden konnten oder einzelne Non-Responder der Perinatalbefragung über kein Perinatalzentrum verfügen. Eine weitestgehende Erfassung der Perinatalzentren erscheint auf Grund der multiplen Recherchewege gleichwohl gewährleistet. Eine Unter- oder Übererfassung von Perinatalzentren im Einzelfall dürfte daher die statistische Belastbarkeit oder Generalisierbarkeit der Ergebnisse der vorliegenden Perinatalbefragung nicht beeinträchtigen.

Von den 240 identifizierten bzw. einbezogenen Perinatalzentren haben sich 163 Zentren an der Perinatalbefragung beteiligt. Das entspricht einer hohen Rücklaufquote von 68%. Auf Grund des hohen Rücklaufs und der weitgehenden Strukturgleichheit von Grundgesamtheit und Stichprobe bei wesentlichen Strukturmerkmalen der Krankenhäuser (vgl. im Einzelnen

Kap. 4.1) können die Ergebnisse der Stichprobe als repräsentativ für die Grundgesamtheit der Perinatalzentren in Deutschland betrachtet werden.

3.2 Erhebungsinstrument

Grundlage der Perinatalbefragung war ein weitestgehend standardisierter Fragebogen, der eigens für die Studie neu entwickelt wurde. Entsprechend der thematischen Ausrichtung dieses Projektes fokussierte der Fragebogen insbesondere die Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität gemäß QFR-RL. Zum einen sollte der aktuelle Umsetzungsstand der QFR-RL zur pflegerischen Strukturqualität auf den neonatologischen Intensivstationen der deutschen Perinatalzentren ermittelt werden. Zum anderen sollten die erforderlichen Basisinformationen erhoben werden, um den Personalmehrbedarf und die Mehrkosten infolge der QFR-RL taxieren zu können.

Der Fragebogen umfasste acht Seiten bzw. knapp 100 Items und war in die folgenden drei Kapitel unterteilt:

- Struktur- und Belegungsdaten
z.B. Versorgungsstufe des Perinatalzentrums, Strukturdaten des Krankenhauses, neonatologische Intensivkapazitäten, Fallzahlen in der Neonatologie
- Pflegepersonal und Fachkraftquote
z.B. Personal- und Fachkräftezahlen, Ausfallquoten, Erreichen der Fachkraftquoten gemäß QFR-RL, Stellenbesetzungsprobleme, Personalplanung
- Pflegepersonalschlüssel
z.B. Belegungstage, Schichtbesetzungen, Erreichen der Pflegepersonalschlüssel für intensivtherapie- und intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene gemäß QFR-RL, Maßnahmenplanung

Auf jedem Fragebogen war eine Identifikationsnummer für das jeweilige Krankenhaus bzw. Perinatalzentrum vermerkt. Diese diente zum einen der Rücklaufkontrolle. Zum anderen konnten darüber bestimmte Strukturdaten (wie Krankenhausgröße, Trägerschaft, Regionaldaten etc.) aus der DKI-Krankenhausdatenbank zugeordnet werden, so dass diese nicht eigens erhoben werden mussten.

Ein erster Entwurf des Erhebungsinstruments wurde einem Pretest durch Fachexperten der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Landeskrankenhausgesellschaften sowie aus ausgewählten Perinatalzentren unterzogen. Die Experten überprüften das Instrument auf seine

Inhaltsvalidität, hinsichtlich Verständlichkeit von Fragen und Antwortformaten, Korrektheit der Terminologie und fehlender oder ggf. redundanter Fragestellungen. Auf Basis des Pretests wurde der Fragebogen nochmals überarbeitet.

3.3 Ablauf der Befragung

Bei der Perinatalbefragung handelte es sich um eine standardisierte schriftliche Krankenhausbefragung. Dementsprechend wurden die Erhebungsunterlagen postalisch versandt. Sie waren jeweils an die Geschäftsführung des Krankenhauses adressiert.

Der Versand der Erhebungsunterlagen an die Teilnehmer erfolgte allerdings nicht direkt durch das DKI, sondern über die Landeskrankenhausgesellschaften der 16 Bundesländer. Durch die enge Einbeziehung der Landeskrankenhausgesellschaften sollte die Response und die Unterstützung der Perinatalbefragung seitens der Perinatalzentren ausdrücklich gefördert werden. Im Einzelnen gestaltete sich die Kooperation zwischen den Landeskrankenhausgesellschaften und dem DKI wie folgt:

Jede Landeskrankenhausgesellschaft hat einen verantwortlichen Ansprechpartner für das Projekt benannt. Diesem Ansprechpartner wurde jeweils eine vom DKI recherchierte Landesliste von Krankenhäusern mit Perinatalzentren zum internen Abgleich mit den eigenen Daten übermittelt. Abweichungen zwischen den Listen wurden ggf. abgeklärt.

Die Befragungsunterlagen (im Einzelnen der Fragebogen, ein Anschreiben des DKI an die Krankenhausgeschäftsführung sowie ein freigemachtes Rückkuvert an die jeweilige Landeskrankenhausgesellschaft adressiert) wurden „versandfertig“, also kuvertiert, an die Landeskrankenhausgesellschaften verschickt. Den Landeskrankenhausgesellschaften war es freigestellt, die Befragungsunterlagen ihrerseits um ein Empfehlungsschreiben der Landeskrankenhausgesellschaft an die Krankenhäuser mit Perinatalzentren zu ergänzen. Abschließend sollten die Landeskrankenhausgesellschaften die Kuverts mit den Befragungsunterlagen an die Perinatalzentren versenden.

Der Rückversand der beantworteten Fragebögen erfolgte analog an die jeweilige Landeskrankenhausgesellschaft durch die Krankenhäuser mit Perinatalzentren. Die dort eingehenden Fragebögen wurden dann an das DKI weitergeleitet. Die Datenerfassung und Datenauswertung der Perinatalbefragung erfolgte im DKI mit dem Statistikprogramm SPSS.

Nach der ersten Erhebungsphase erfolgte eine Nachfassaktion mit analogem Ablauf. Die Perinatalbefragung wurde von Anfang März 2014 bis Ende Mai 2014 in zwei Erhebungsphasen durchgeführt (Ersterhebung und Nachfassaktion).

Ergänzend zu den Teilnahmeempfehlungen der Landeskrankenhausgesellschaften an die Perinatalzentren hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Rahmen eines Rundschreibens an alle Landeskrankenhausgesellschaften eine Unterstützung des Projektes durch die Landeskrankenhausgesellschaften ausdrücklich empfohlen.

3.4 Auswertung der Befragung

Mit der Perinatalbefragung soll der aktuelle Umsetzungsstand der QFR-RL hinsichtlich der pflegerischen Personalvorgaben ermittelt werden. Dementsprechend basiert die Auswertung der Perinatalbefragung durch das DKI maßgeblich auf Kennwerten der deskriptiven Statistik (Mittelwerte, Standardabweichungen, Quartilswerte). Mit Hilfe dieser deskriptiven Kennwerte wird insbesondere die Ist-Situation der neonatologischen Intensivstationen der Perinatalzentren im Jahr 2013, dem Jahr vor dem Inkrafttreten der neuen QFR-RL, und in den ersten Monaten des Jahres 2014 beschrieben, also nach Inkrafttreten der QFR-RL.

Maßgebliche Merkmale sind hier insbesondere die Personalzahlen sowie die Fallzahlen und Belegungstage in der Neonatologie. Daneben soll der Umsetzungsgrad der Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität auf den neonatologischen Intensivstationen bzw. die diesbezüglichen Planungen der Perinatalzentren untersucht werden. Die Auswertungen erfolgen grundsätzlich differenziert nach den Perinatalzentren Level 1 und Level 2 sowie zusammengefasst für die Perinatalzentren beider Versorgungsstufen insgesamt.

Darüber hinaus sollen auf Basis der erhobenen Ist-Daten die möglichen personellen und finanziellen Auswirkungen der Richtlinie auf die Perinatalzentren simuliert werden. Konkret geht es um die Taxierung des Personalmehrbedarfs, des Fachkräftemehrbedarfs und der Mehrkosten unter der Annahme, dass die neonatologischen Intensivstationen die Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität schon 2013 hätten vollständig umsetzen müssen.

Zu diesem Zweck werden die Ist-Daten hinsichtlich des Personals, der Fachkraftquoten und der Kosten für den Pflegedienst in der Neonatologie mit dem jeweiligen Bedarf gemäß den Soll-Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität der QFR-RL abgeglichen. Die Differenz zwi-

schen den jeweiligen Werten entspricht dem Mehrbedarf bzw. den Mehrkosten infolge der Richtlinie. Wie die Schätzungen im Einzelnen erfolgen, wird in den nachfolgenden Abschnitten beschrieben (Kap. 3.5 – 3.10).

3.5 Ermittlung des Personalmehrbedarfs

Die Personalbedarfsbestimmung gemäß QFR-RL erfolgt mittels der sog. Leistungseinheitsrechnung (Naegler, 2008). Die Leistungseinheitsrechnung gibt ein bestimmtes Verhältnis von Personaleinsatz und Arbeitsleistung vor (z.B. Anhaltzahlen von Patienten oder Betten pro Pflegekraft). Die Ermittlung des Personalbedarfs anhand von Personalschlüsseln, wie in der QFR-RL vorgesehen, ist ein typisches Anwendungsfeld dieser Methodik. Auf Basis der Personalschlüssel und der Fallzahlen wird dabei eine insgesamt erforderliche Arbeitsmenge ermittelt und auf die (verfügbaren) Arbeitszeiten je Mitarbeiter verteilt.

Konkret erfolgt die Ermittlung des Personalbedarfs bzw. des Mehrbedarfs nach der QFR-RL in drei Schritten: Bestimmung der erforderlichen Arbeitsmenge (also des pflegerischen Versorgungsbedarfs der Frühgeborenen auf den neonatologischen Intensivstationen), Bestimmung der Netto-Jahresarbeitszeit je Vollkraft auf den neonatologischen Intensivstationen und Bestimmung des Personalbedarfs durch Division der erforderlichen Arbeitsmenge durch die Netto-Jahresarbeitszeit je Vollkraft.

- Bestimmung der erforderlichen Arbeitsmenge

Die erforderliche Arbeitsmenge, sprich der pflegerische Versorgungsbedarf der Frühgeborenen gemäß der Richtlinie, ergibt sich aus der Summe der mit den jeweiligen Personalschlüsseln gewichteten Belegungstage für die drei Kategorien von Frühgeborenen (vgl. Tab. 1).

Die Personalschlüssel für die intensivtherapiepflichtigen und intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen sind dabei durch die QFR-RL vorgegeben. Das Verhältnis von Frühgeborenen zu Pflegekräften (Vollzeitäquivalenten) beträgt demnach 1:1 für die therapiepflichtigen Frühgeborenen und 1:2 für die überwachungspflichtigen Frühgeborenen.

Tab. 1: Erforderliche Arbeitsmenge nach QFR-RL

Erforderliche Arbeitsmenge nach QFR-RL	
Berechnungsformel	
➤	Arbeitsmenge = Pflegepersonalschlüssel _{QFR-RL} x Belegungstage x 24h
Berechnung:	
➤	Intensivtherapiepflichtig: Arbeitsmenge _{IT} = 1 x Belegungstage _{IT} x 24h
➤	Intensivüberwachungspflichtig: Arbeitsmenge _{IÜ} = 0,5 x Belegungstage _{IÜ} x 24h
➤	Sonstige: Arbeitsmenge _{SO} = 0,25 x Belegungstage _{SO} x 24h
➤	Gesamt: Arbeitsmenge _{Gesamt} = Arbeitsmenge _{IT} + Arbeitsmenge _{IÜ} + Arbeitsmenge _{SO}

Der Personalschlüssel für die sonstigen Früh- und Reifgeborenen auf den neonatologischen Intensivstationen ist dagegen in der Richtlinie nicht explizit geregelt. Um den Personalbedarf der neonatologischen Intensivstationen insgesamt taxieren zu können, müssen aber auch Annahmen zum Personalbedarf bei den „Sonstigen“ gemacht werden. Denn der Personalbedarf für die therapie- und überwachungspflichtigen Frühgeborenen ist nicht unabhängig vom Personalbedarf der „Sonstigen“:

Ceteris paribus, d.h. bei ansonsten gleichem Personalbestand und gleicher Verteilung von Belegungstagen über die drei Kategorien, ist der Personalmehrbedarf für die therapie- und überwachungspflichtigen Frühgeborenen gemäß QFR-RL umso höher, je mehr Personal - kalkulatorisch oder real - der Restkategorie der sonstigen Früh- und Reifgeborenen zugeordnet ist. Umgekehrt ist der Personalmehrbedarf für die therapie- und überwachungspflichtigen Frühgeborenen nach der Richtlinie umso geringer, je weniger Personal den „Sonstigen“ zugeordnet ist.

Im Extremfall könnten beispielsweise die Personalschlüssel für intensivtherapiepflichtige und intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene nach der QFR-RL ggf. sogar vollumfänglich erfüllt sein, für die übrigen Fälle auf den neonatologischen Intensivstationen aber kein oder bei weitem nicht genügend Personal zur Verfügung stehen.

Annahmen zum Personalbedarf bei den „Sonstigen“ müssen also in jedem Fall gemacht werden, soll die Personalbedarfsermittlung nicht von der „zufälligen“ Verteilung der aktuellen

Personalzuordnungen zu den drei Kategorien abhängen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welchen Personalschlüssel man hier verwendet. Da die Personalschlüssel für die intensivtherapiepflichtigen und intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen auf die Standards der British Association of Perinatal Medicine rekurrieren, ist es naheliegend, auch für die sonstigen Früh- und Reifgeborenen entsprechend die Britischen Standards zugrunde zu legen. Diese Standards sehen für diese Kategorie einen Personalschlüssel von 1:4 vor, also eine Pflegekraft in Vollzeit je vier Früh- und Reifgeborene dieser Kategorie (vgl. Kap. 2.6).

- Ermittlung der Netto-Jahresarbeitszeit je Vollkraft

Die Netto-Jahresarbeitszeit je Vollzeitmitarbeiter entspricht der Brutto-Jahresarbeitszeit (oder Soll-Arbeitszeit) abzüglich der Ausfallzeiten, etwa für Urlaub, Fortbildung, Krankheit etc.

Die Ausfallzeiten wurden in der Perinatalbefragung empirisch ermittelt. Konkret sollten die Teilnehmer die durchschnittliche Ausfallquote für Fehlzeiten im Pflegedienst auf den neonatologischen Intensivstationen ihres Perinatalzentrums für das Jahr 2013 angeben. Die Ausfallquote der Stichprobenkrankenhäuser insgesamt beträgt demnach im Mittel 20% der Soll-Arbeitszeit.

Tab. 2: Jahresarbeitszeiten je VK in der neonatologischen Intensivpflege

Jahresarbeitszeiten je VK in der neonatologischen Intensivpflege	
Brutto-Jahresarbeitszeit je VK	
➤	Pauschal 250 Arbeitstage (365 Kalendertage – 104 Wochenendtage – 11 Feiertage)
➤	39h-Woche bzw. 7,8h je Arbeitstag
➤	Brutto-Jahresarbeitszeit: $250 \times 7,8h = 1.950h$ je VK
Netto-Jahresarbeitszeit je VK	
➤	Brutto-Jahresarbeitszeit x Ausfallquote (für Urlaub, Fortbildung, Krankheit etc.)
➤	Durchschnittliche Ausfallquote auf den neonatologischen Intensivstationen: 20% bzw. 0,2
➤	Netto-Jahresarbeitszeit: $1.950h \times (1 - 0,2) = 1.560h$ je VK

Unter Zugrundelegung von 250 Arbeitstagen brutto, einer 39-Stunden-Woche und einer Ausfallquote von 20%, liegt die durchschnittliche Netto-Jahresarbeitszeit je Vollkraft in der neonatologischen Intensivpflege bundesweit bei 1.560 h pro Jahr (vgl. Tab. 2).

- Bestimmung des Personalbedarfs

Der pflegerische Vollkräftebedarf (VK-Soll) gemäß der Richtlinie (und ergänzender Annahmen zum Personalschlüssel für die sonstigen Früh- und Reifgeborenen) entspricht dem Quotienten der erforderlichen Arbeitsmenge oder dem pflegerischen Versorgungsbedarf und der Netto-Jahresarbeitszeit je Vollkraft in der neonatologischen Intensivpflege (vgl. Tab. 3).

Die Differenz zwischen diesem Personalbedarf und dem Ist-Personalbestand (VK-Ist) der neonatologischen Intensivstationen am 31.12.2013, also vor Inkrafttreten der Richtlinie, entspricht dem Personalmehrbedarf infolge der QFR-RL.

Tab. 3: Personalbedarf nach QFR-RL

Personalbedarf nach QFR-RL	
Berechnungsformel	
➤	$VK\ Soll = (Personalschlüssel \times Belegungstage \times 24h) : Netto\text{-}Jahresarbeitszeit$
Berechnung	
➤	Intensivtherapiepflichtig: $VK\ Soll_{IT} = (1 \times Belegungstage_{IT} \times 24h) : 1.560h$
➤	Intensivüberwachungspflichtig: $VK\ Soll_{IÜ} = (0,5 \times Belegungstage_{IÜ} \times 24h) : 1.560h$
➤	Sonstige: $VK\ Soll_{SO} = (0,25 \times Belegungstage_{SO} \times 24h) : 1.560h$
➤	Gesamt: $VK\ Soll_{Gesamt} = VK\ Soll_{IT} + VK\ Soll_{IÜ} + VK\ Soll_{SO}$
➤	Personalmehrbedarf nach QFR-RL: $VK\ Soll_{Gesamt} - VK\ Ist_{Gesamt}$

3.6 Ermittlung des Fachkräftemehrbedarfs

Fachkräfte im Sinne der QFR-RL sind Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen mit einer Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“. Die Fachkraftquoten je Versorgungstufe sind in der Richtlinie vorgegeben: Demnach müssen in Level-1-Zentren mindestens 40% der Vollkräfte im Pflegedienst über eine entsprechende Fachweiterbildung verfügen, in den Le-

vel-2-Zentren beträgt der diesbezügliche Anteilswert mindestens 30% der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Vollzeitäquivalente).

Der Fachkräftebedarf gemäß der Richtlinie resultiert aus dem Personalbedarf auf den neonatologischen Intensivstationen in den Perinatalzentren Level 1 und Level 2 gewichtet mit den jeweiligen Fachkraftquoten.

Dementsprechend erhält man den Fachkräftebedarf für die Level-1-Zentren, indem man – wie in Kap 3.5 beschrieben – den Personalbedarf der Level-1-Zentren insgesamt mit 40% gewichtet und den Personalbedarf der Level-2-Zentren insgesamt mit 30% gewichtet: Der Fachkräftebedarf der neonatologischen Intensivstationen insgesamt ergibt sich aus der Summe dieser beiden Werte. Der kalkulatorische Anteil an Pflegekräften ohne Weiterbildung ergibt sich analog (vgl. Tab. 4).

Die Differenz zwischen dem Fachkräftebedarf nach der QFR-RL und dem Ist-Bestand der neonatologischen Intensivstationen an Fachweitergebildeten am 31.12.2013, also vor Inkrafttreten der Richtlinie, entspricht dem Fachkräftemehrbedarf infolge der Richtlinie.

Tab. 4: Fachkräftebedarf nach QFR-RL

Fachkräftebedarf nach QFR-RL	
Berechnungsformel	
➤	$VK \text{ Soll mit WB} = \text{Personalbedarf}_{\text{QFR-RL}} \times \text{Fachkraftquote}_{\text{QFR-RL}}$
Berechnung	
➤	$VK \text{ Soll mit WB}_{\text{Gesamt}} = (VK \text{ Soll Gesamt}_{\text{Level1}} \times 0,4) + (VK \text{ Soll Gesamt}_{\text{Level2}} \times 0,3)$
➤	$VK \text{ Soll ohne WB}_{\text{Gesamt}} = (VK \text{ Soll Gesamt}_{\text{Level1}} \times 0,6) + (VK \text{ Soll Gesamt}_{\text{Level2}} \times 0,7)$
➤	Fachkräftemehrbedarf nach QFR-RL: $VK \text{ Soll mit WB}_{\text{Gesamt}} - VK \text{ Ist mit WB}_{\text{Gesamt}}$

3.7 Ermittlung der Personalmehrkosten

Mit Blick auf die richtlinienbedingten Mehrkosten sind zunächst die direkten Personalkosten zu ermitteln, also die Gehaltskosten für das zusätzlich erforderliche Personal. Diese direkten Mehrkosten infolge der QFR-RL ergeben sich, indem man die entsprechenden Personalzahlen mit den jeweiligen Gehaltskosten der Mitarbeiter multipliziert. Die Kostenermittlung kann

dabei auf den tatsächlichen Personalkosten der neonatologischen Intensivstationen der einzelnen Perinatalzentren basieren oder anhand von Erwartungswerten oder Durchschnittskosten gemäß einschlägiger Tarifverträge für das Krankenhaus erfolgen.

In der Perinatalbefragung zur pflegerischen Strukturqualität wurde von einer Kostenschätzung auf Basis der tatsächlichen Personalkosten der einzelnen Perinatalzentren aus erhebungspraktischen Gründen abgesehen: Zum einen wäre die Ermittlung der Brutto-Jahres-Arbeitskosten im Pflegedienst der neonatologischen Intensivstationen mit zusätzlichem Erhebungsaufwand verbunden gewesen. Zum anderen können die Kosten stets nur für das vorhandene Personal exakt quantifiziert werden (Ist), nicht aber für den zusätzlichen Personalbedarf gemäß QFR-RL (Soll). Für diesen zusätzlichen Bedarf müssten ohnehin hypothetische Annahmen mit Blick auf die Entlohnung oder Eingruppierung der jeweiligen Mitarbeiter getroffen werden.

Vor diesem Hintergrund wurde in den Kostenschätzungen für den Pflegedienst in der neonatologischen Intensivpflege mit Erwartungswerten oder Durchschnittskosten gearbeitet, die auf dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) als dem im Krankenhaus am weitesten verbreiteten Tarifwerk basieren (vgl. DKI, 2007). Konkret wurde für examinierte Krankenpflegekräfte mit und ohne Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ jeweils eine „Standard-Mitarbeiterin“ zugrunde gelegt, auf deren Brutto-Jahresgehalt gemäß TVöD die Durchschnittskosten je Pflegekraft in der Neonatologie bzw. mittelbar die Gesamtkosten aller neonatologischen Intensivstationen basieren.

Für eine examinierte Pflegekraft in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit und ohne Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ wurden konkret die folgenden Annahmen gemacht (Tab. 5):

Tab. 5: Durchschnittskosten je VK in der neonatologischen Intensivpflege

Durchschnittskosten je VK in der neonatologischen Intensivpflege	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin mit WB „Pädiatrische Intensivpflege“	
➤	TVöD (kommunal), EG, 9a, St. 5
➤	37 Jahre, verheiratet
➤	Brutto-Gehalt (inkl. Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung und betriebliche Altersvorsorge ZVK/VBL): 52.835 €
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin ohne WB „Pädiatrische Intensivpflege“	
➤	TVöD (kommunal), EG, 7a, St. 5
➤	37 Jahre, verheiratet
➤	Brutto-Gehalt (inkl. Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung und betriebliche Altersvorsorge ZVK/VBL): 48.741 €

In Abhängigkeit von anderen Tarifwerken sowie der Mitarbeiterstruktur in den einzelnen Perinatalzentren und den damit verbundenen Eingruppierungen sind hausindividuelle Abweichungen der Kostenstrukturen wahrscheinlich. Nichtsdestotrotz kann auf dieser Basis die Größenordnung der Personalkosten bzw. der Mehrkosten realistisch geschätzt werden.

Den Schätzwert für die Ist-Personalkosten in der neonatologischen Intensivpflege erhält man, indem man den Personalbestand an Pflegekräften mit und ohne Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ im Jahr 2013 mit den jeweiligen Brutto-Gehältern der „Standard-Mitarbeiterinnen“ multipliziert (Tab. 6).

Der Schätzwert für die Personalkosten in der neonatologischen Intensivpflege nach der QFR-RL resultiert analog aus der Multiplikation des entsprechenden Personalbedarfs an Pflegekräften mit und ohne Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ und den jeweiligen Brutto-Gehältern der „Standard-Mitarbeiterinnen“ (Tab. 6).

Die Differenz zwischen den Personalkosten nach der QFR-RL und den Ist-Kosten für die neonatologischen Intensivpflege im Jahr 2013, also dem Jahr vor Inkrafttreten der Richtlinie, entspricht den Mehrkosten infolge der Richtlinie.

Tab. 6: Personalkosten nach QFR-RL

Personalkosten nach QFR-RL	
Berechnungsformel	
➤	VK Kosten = Anzahl VK x Durchschnittskosten Standard-Mitarbeiterin
Berechnung	
➤	$\text{VK Ist Kosten}_{\text{Gesamt}} = ((\text{VK Ist mit WB}_{\text{Level1}} + \text{VK Ist mit WB}_{\text{Level2}}) \times 52.835 \text{ €}) + ((\text{VK Ist ohne WB}_{\text{Level1}} + \text{VK Ist ohne WB}_{\text{Level2}}) \times 48.741 \text{ €})$
➤	$\text{VK Soll Kosten}_{\text{Gesamt}} = ((\text{VK Soll mit WB}_{\text{Level1}} + \text{VK Soll mit WB}_{\text{Level2}}) \times 52.835 \text{ €}) + ((\text{VK Soll ohne WB}_{\text{Level1}} + \text{VK Soll ohne WB}_{\text{Level2}}) \times 48.741 \text{ €})$
➤	Mehrkosten nach QFR-RL: $\text{VK Soll Kosten}_{\text{Gesamt}} - \text{VK Ist Kosten}_{\text{Gesamt}}$

3.8 Ermittlung der Zusatzkosten für die Weiterbildung

Durch die vorgegebenen Fachkraftquoten bzw. den Mehrbedarf an Fachweitergebildeten in der pädiatrischen Intensivpflege entstehen nicht nur direkte Mehrkosten in Form der zusätzlichen Gehaltskosten für dieses Personal. Indirekte Zusatzkosten resultieren darüber hinaus durch die erforderlichen Freistellungen von Mitarbeitern für die Weiterbildungen. In dem Umfang, in dem das vorhandene Pflegepersonal für Weiterbildungen freigestellt wird, muss zusätzliches Personal zur Kompensation dieser Ausfallzeiten eingestellt werden.

Als Schätzwert für den zeitlichen Umfang von Freistellungen für die Weiterbildung wird die Stundenzahl für den Unterricht der Weiterbildung herangezogen. Nach der DKG-Empfehlung von 2011 beträgt die Stundenzahl für die theoretische Weiterbildung (mindestens) 720 Stunden im Rahmen der zweijährigen Weiterbildung (vgl. Kap. 2.4).⁸

Der Mehrbedarf an Vollkräften durch die Freistellungen von Mitarbeitern zur Weiterbildung lässt sich taxieren, indem man den Mehrbedarf an Fachkräften infolge der QFR-RL (vgl. Kap. 3.6) mit 720 Stunden multipliziert und durch die Netto-Jahresarbeitszeit je Mitarbeiter (1.560 h) dividiert. Der Schätzwert für die indirekten Zusatzkosten der Weiterbildung ergibt sich, in-

⁸ Dabei handelt es sich um eine eher konservative Schätzung. Zum einen sind weitergehende Freistellungen nicht auszuschließen (z.B. durch Überschreitung der Mindeststundenzahl für den Unterricht oder Freistellungen für Prüfungen). Zum anderen dürfte auch die praktische Weiterbildung die Einsatzfähigkeit für die intensivpflegerische Arbeit in der Neonatologie beeinträchtigen. Praktische Weiterbildungszeiten außerhalb der Neonatologie (z.B. Anästhesie, Kinderintensivstation) werden nicht berücksichtigt, insofern die Einsätze dort im Grundsatz stellenwirksam sind und die entsprechenden Ausfallzeiten in der Neonatologie – zumindest kalkulatorisch – kompensieren, wenngleich dies faktisch nur begrenzt der Fall sein dürfte.

dem man die resultierende Vollkräftezahl mit dem Brutto-Gehalt je Vollkraft multipliziert (hier „Standard-Mitarbeiterin“ ohne Fachweiterbildung⁹).

Tab. 7: Zusatzkosten für Freistellungen nach QFR-RL

Zusatzkosten für Freistellungen nach QFR-RL	
Berechnungsformel	
➤	Zusatzkosten = Fachkräftemehrbedarf x 720h x Durchschnittskosten Standard-Mitarbeiterin
Berechnung	
➤	$\text{ZusatzVK}_{\text{Gesamt}} = ((\text{VK Soll mit WB}_{\text{Gesamt}} - \text{VK Ist mit WB}_{\text{Gesamt}}) \times 720\text{h}) : 1.560\text{h}$
➤	$\text{Zusatzkosten}_{\text{Gesamt}} = \text{ZusatzVK}_{\text{Gesamt}} \times 48.741 \text{ €}$

Rein rechnerisch handelt es sich dabei um einen „Einmaleffekt“ der QFR-RL, der ausschließlich Freistellungen bis zur Deckung des richtlinieninduzierten Mehrbedarfs an Fachweitergebildeten umfasst.

Ist dieser Mehrbedarf an Fachweitergebildeten einmal gedeckt, würden c.p. Freistellungen längerfristig nur noch den Ersatzbedarf für aus der neonatologischen Intensivpflege ausscheidende Fachkräfte betreffen (z.B. wegen Stellenwechsel oder Renteneintritt). Bei steigenden Fachkräftezahlen wird zwar längerfristig auch der Ersatzbedarf steigen bzw. höher ausfallen als aktuell. Da dieser Effekt aber erst längerfristig eintreten wird und (künftige) Berufsaustrittswahrscheinlichkeiten für die neonatologische Intensivpflege nicht vorliegen, wird in dieser Studie auf eine Quantifizierung der Mehrkosten für Freistellungen zur Deckung des steigenden Ersatzbedarfs an Fachkräften verzichtet.

3.9 Ermittlung von Mehrbedarf und Mehrkosten für Belegungsspitzen

Die Ermittlung des Personalbedarfs gemäß QFR-RL erfolgt in dieser Studie vorderhand auf Basis einer Durchschnittsbelegung der neonatologischen Intensivstationen. D.h. die Personalbedarfsermittlung geht von der durchschnittlichen bzw. einer (weitgehend) gleichmäßigen

⁹ Vgl. Kap. 3.7. Da der Fachkräftebedarf nach QFR-RL am Markt nicht verfügbar ist bzw. erst über die Weiterbildungen gedeckt werden soll, wird vereinfacht unterstellt, dass das zusätzliche Personal zur Kompensation der Ausfallzeiten für Freistellungen durchweg keine Weiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ hat.

Belegung über das Jahr aus und damit auch von einem konstanten Personalbedarf im Zeitablauf. Diese Annahme ist allerdings wenig realistisch:

Denn die Belegung auf den neonatologischen Intensivstationen der Perinatalzentren dürfte mehr oder weniger stark variieren. Da sich die Personalschlüssel der QFR-RL an der Besetzung je Schicht orientieren, ist folglich auch der Personalbedarf im Zeitablauf nicht konstant. Vielmehr haben die neonatologischen Intensivstationen bei Belegungsspitzen einen überdurchschnittlichen Personalbedarf und in Belegungstälern einen unterdurchschnittlichen Personalbedarf. Rechnerisch gleichen sich diese Bedarfe zwar im Zeitablauf aus; die Personalbedarfsermittlung auf Basis einer Durchschnittsbelegung ist insofern mathematisch im Grundsatz korrekt.

Faktisch müssen die neonatologischen Intensivstationen aufgrund der schichtorientierten Personalschlüssel aber ausreichend Personal vorhalten, um Belegungsspitzen abdecken zu können. Dieses Personal ist in Belegungstälern nicht beliebig anderweitig, etwa in anderen Fachabteilungen, einsetzbar, etwa weil dort kein entsprechender Mehrbedarf besteht oder aus qualifikatorischen Gründen. Auch die Möglichkeiten, Belegungsspitzen über die Personaleinsatzplanung, vorübergehende Mehrarbeit mit späteren Zeitausgleichen, den kurzfristigen Abruf von Personal aus anderen Stationen oder von Zeitarbeitskräften abzudecken, sind aus praktischen oder arbeitszeitrechtlichen Gründen begrenzt.

Für eine konsequente Umsetzung der schichtorientierten Personalschlüssel der QFR-RL müssten die neonatologischen Intensivstationen daher höchstwahrscheinlich mehr Personal vorhalten als sie gemäß einer Personalbedarfsermittlung auf Basis der Durchschnittsbelegung benötigen.

Die Höhe dieses Mehrbedarfs hängt von der Varianz der Belegung sowie der Dauer von Belegungsspitzen ab. Allgemein gilt: Je stärker die Belegungsvarianzen und je länger die Belegungsspitzen sind, desto größer ist der entsprechende Mehrbedarf. Kleinere Varianzen oder kurzfristige Belegungsspitzen lassen sich ggf. noch mehr oder weniger über die Personaleinsatzplanung abdecken.

Trotz der Relevanz des Themas wurde – in Abstimmung mit dem Auftraggeber - in der Perinatalbefragung aus erhebungspraktischen Gründen davon abgesehen, Belegungsspitzen bzw. die Belegungsverteilung für das Jahr 2013 empirisch zu erfassen - vor allem wegen des

absehbar hohen Recherche- und Erfassungsaufwandes in vielen Perinatalzentren und, damit zusammenhängend, einer möglicherweise fraglichen Datenqualität und Datenvollständigkeit.¹⁰

Stattdessen wird mit Blick auf die Belegungsspitzen mit hypothetischen Szenarien gearbeitet: Da der Personalbedarf bzw. die Kosten nach der QFR-RL proportional zur Belegung sind, sind c.p. folglich auch der Personalmehrbedarf bzw. die Mehrkosten für Belegungsspitzen proportional zur Durchschnittsbelegung. Dementsprechend lassen sich auf Basis der Durchschnittsbelegung (und dem entsprechenden Personal- und Finanzbedarf) die personellen und finanziellen Auswirkungen für unterschiedliche Szenarien von Belegungsspitzen simulieren (vgl. Kap. 5.5).

3.10 Sonstige Kosten

Weitere Kosten durch die QFR-RL entstehen vor allem durch den Ausbau der Weiterbildungskapazitäten für „Pädiatrische Intensivpflege“ (und darüber hinaus ggf. auch durch den Ausbau der Ausbildungskapazitäten für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege als qualifikatorische Basis für die Weiterbildung).

Angesichts des deutlichen Mehrbedarfs an Fachweitergebildeten (vgl. Kap. 5.2) infolge der Richtlinie ist davon auszugehen, dass dieser Bedarf bei weitem nicht über die vorhandenen Weiterbildungskapazitäten gedeckt werden kann. Der Mehrbedarf ist insofern kapazitätsrelevant, als zusätzliche Weiterbildungskapazitäten für „Pädiatrische Intensivpflege“ geschaffen werden müssten, z.B. zusätzliche Kurse, zusätzliches Lehrpersonal und Lehrmaterial, zusätzliche räumliche und administrative Infrastruktur etc.

Über die entsprechenden Zusatzkosten können in der vorliegenden Studie allerdings keine Aussagen getroffen werden. Zum einen liegen statistisch verlässliche Informationen zu den aktuellen Ist-Kosten der Weiterbildungsstätten für die pädiatrische Intensivpflege als Basis für die Schätzung der Zusatzkosten eines Kapazitätsausbaus nicht öffentlich vor. Zum anderen war dies auch nicht Gegenstand des Projektauftrags.

¹⁰ Für die Ermittlung von Belegungsspitzen hätte es nicht ausgereicht, die Tage oder Perioden mit der absolut höchsten Belegung im Jahr zu ermitteln. Faktisch hätten die Perinatalzentren die Tage oder Perioden im Jahr ermitteln müssen, in denen der größte Personalbedarf gemäß der Personalschlüssel der QFR-RL bestanden hätte.

In der vorliegenden Studie liegt insofern eine Untererfassung der Folgekosten der QFR-RL vor, als Zusatzkosten eines Ausbaus der Weiterbildungskapazitäten für „Pädiatrische Intensivpflege“ (und eines ggf. parallelen Ausbaus der Ausbildungskapazitäten für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) keine Berücksichtigung finden.

Das Gleiche gilt analog für andere Zusatzkosten, welche die Vorgaben der QFR-RL zur pflegerischen Strukturqualität ggf. generieren, etwa Einarbeitungskosten, zusätzliche Sach- und Administrationskosten, zusätzlich erforderliches Führungspersonal etc.

4 Strukturdaten der Perinatalzentren

Um die Auswirkungen der QFR-RL abschätzen zu können, war in der Perinatalbefragung zunächst die Ausgangssituation vor Inkrafttreten der novellierten Richtlinie zu erfassen. Konkret sollten die Befragungsteilnehmer daher wesentliche Strukturdaten ihres Perinatalzentrums angeben, vor allem Belegungs- und Personaldaten als Basis für die Taxierung von Mehrbedarf und Mehrkosten infolge der Richtlinie. Krankenhäuser, die über zwei oder mehr organisatorisch selbstständige neonatologische Intensivbereiche verfügen, sollten die entsprechenden Zahlen zusammenfassen. Eingangs wird zunächst geprüft, inwieweit die Stichprobe repräsentativ für die Grundgesamtheit der Perinatalzentren in Deutschland ist.

4.1 Vergleich von Stichprobe und Grundgesamtheit

Von den 240 Perinatalzentren bundesweit haben insgesamt 163 Zentren an der Perinatalbefragung teilgenommen. Ein Vergleich von Stichprobe und Grundgesamtheit nach maßgeblichen Strukturmerkmalen kann der Tab. 8 entnommen werden. Die Tabelle informiert über wesentliche Strukturmerkmale der Perinatalzentren in Deutschland (soweit verfügbar) sowie darüber, inwieweit die Stichprobe ein repräsentatives Abbild der Grundgesamtheit darstellt.

Die 240 Perinatalzentren in Deutschland konzentrieren sich vor allem auf große Krankenhäuser ab 600 Betten (49%) sowie mittelgroße Häuser mit 300 bis 599 Betten (37%), seltener sind sie in kleineren Krankenhäusern unter 300 Betten zu finden (15%). Nach Krankenhausgröße gibt es nur geringe Unterschiede zwischen Grundgesamtheit und Stichprobe.

Die Verteilung nach der Krankenhausart ist zwischen Grundgesamtheit und Stichprobe identisch. Jeweils 14% der Krankenhäuser mit Perinatalzentrum sind Universitätsklinika, jeweils 86% der Krankenhäuser mit Perinatalzentrum sind Plankrankenhäuser.

Bundesweit befindet sich die Mehrzahl der Krankenhäuser mit Perinatalzentrum in öffentlicher Trägerschaft (55%), gefolgt von Häusern in freigemeinnütziger (34%) und privater Trägerschaft (11%). Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft sind in der Stichprobe der Perinatalbefragung leicht überrepräsentiert (60%), Krankenhäuser in privater Trägerschaft leicht unterrepräsentiert (7%).

Tab. 8: Vergleich der Strukturdaten von Grundgesamtheit und Stichprobe

	Grundgesamtheit	Stichprobe
Bettengrößenklasse in %		
Unter 300 Betten	10,8	14,7
300 bis 599 Betten	41,7	36,8
Ab 600 Betten	47,5	48,5
Art des Krankenhauses in %		
Universitätsklinik	14,0	13,8
Plankrankenhaus	86,0	86,3
Träger in %		
öffentlich	54,7	60,0
freigemeinnützig	34,3	33,1
privat	11,0	6,9
Regionsgrundtyp in %		
Agglomerationsräume	48,5	51,9
Städtische Räume	37,6	33,8
Ländliche Räume	13,9	14,4
Neue/ alte Bundesländer in %		
Ost	15,0	12,9
West	85,0	87,1
Versorgungsstufe in %		
Level 1	71,3	76,1
Level 2	28,8	23,9

Nach der siedlungsstrukturellen Typisierung des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung lassen sich – in Abhängigkeit von zentraler Lage, Bevölkerungszahl und Bevölkerungsdichte – drei sog. Regionsgrundtypen unterscheiden: Agglomerationsräume (Ballungsgebiete), verstädterte und ländliche Räume. Rund die Hälfte aller Perinatalzentren (49%) liegt in Agglomerations- oder Ballungsräumen. Der Rest entfällt auf städtische Räume (38%) und ländliche Räume (14%). In der Stichprobe entspricht die Verteilung der Perinatalzentren nach Regionsgrundtypen näherungsweise der Verteilung in der Grundgesamtheit.

Das gleiche gilt mit Blick auf die Ost-West-Verteilung: 15% der Perinatalzentren der Grundgesamtheit liegen in den neuen Bundesländern, 85% in den alten Bundesländern. Die entsprechenden Werte für die Stichprobe betragen 13% (Ost) und 87% (West).

Gemäß den oben beschriebenen Recherchemethoden (vgl. Kap. 3.1) sind - nach den Definitionskriterien der QFR-RL - von den 240 Perinatalzentren in Deutschland 171 Zentren (71%) der Versorgungsstufe Level 1 und 69 Zentren (29%) der Versorgungsstufe Level 2 zugeordnet.

In der Stichprobe mit 163 Perinatalzentren sind die Level-1-Zentren mit 76% (124 Zentren) leicht überrepräsentiert, die Level-2-Zentren mit 24% (39 Zentren) leicht unterrepräsentiert. Hochrechnungen im Rahmen der vorliegenden Studie erfolgen vor diesem Hintergrund separat für die Perinatalzentren Level 1 und Level 2 entsprechend ihrer Anzahl bzw. ihrem Anteil in der Grundgesamtheit.

Nichtsdestotrotz sind die Unterschiede zwischen der Grundgesamtheit der Perinatalzentren in Deutschland und der Stichprobe der Perinatalbefragung insgesamt äußerst gering und weitestgehend zu vernachlässigen. Sowohl der hohe Rücklauf als auch die Verteilung nach Strukturmerkmalen sprechen somit insgesamt dafür, dass die Stichprobe der Perinatalbefragung ein repräsentatives Abbild der Grundgesamtheit darstellt.

4.2 Intensivkapazitäten

Mit Blick auf ihre Intensivkapazitäten sollten die Befragungsteilnehmer angeben, über wie viele Intensivtherapieplätze und Intensivüberwachungsplätze sie in ihren neonatologischen Intensivbereichen verfügen. Einen Überblick über die Intensivkapazitäten der Perinatal-

zentren nach maßgeblichen deskriptiven Kennwerten und differenziert nach Versorgungsstufen gibt Tab.9.

Tab. 9: Intensivkapazitäten je Perinatalzentrum (Bezugsjahr: 2013)

Intensivkapazitäten	Perinatalzentren Gesamt	Perinatalzentren Level 1	Perinatalzentren Level 2
Intensivtherapie-/überwachungsplätze			
Mittelwert	15,6	17,4	10,2
Standardabweichung	8,2	8,3	4,9
Unteres Quartil	10,0	11,0	8,0
Median	14,0	16,0	10,0
Oberes Quartil	20,0	20,0	12,0
Intensivtherapieplätze			
Mittelwert	9,0	10,2	5,2
Standardabweichung	4,6	4,3	3,4
Unteres Quartil	6,0	6,3	4,0
Median	8,0	10,0	4,0
Oberes Quartil	12,0	12,0	6,0

Im Schnitt haben die Perinatalzentren 15,6 Intensivtherapie- und Intensivüberwachungsplätze insgesamt, darunter durchschnittlich 9 Intensivtherapieplätze. Der Anteil der Intensivtherapieplätze an den neonatologischen Intensivkapazitäten insgesamt liegt damit bei 57%.

Ein Viertel der Perinatalzentren hat 6 Intensivtherapieplätze oder weniger (unterer Quartilswert), ein weiteres Viertel der Zentren 12 Intensivtherapieplätze oder mehr (oberer Quartilswert). Der Median der Verteilung liegt bei 8 Intensivtherapieplätzen. Die Standardabweichung für die Intensivtherapieplätze beträgt 4,6.

Erwartungsgemäß verfügen Level-1-Zentren über größere Intensivkapazitäten. Hier liegt die durchschnittliche Anzahl der Intensivplätze in der Neonatologie bei 17,4 Plätzen, während es in den Level-2-Zentren durchschnittlich 10,2 Plätze sind.

Die durchschnittliche Anzahl der Intensivtherapieplätze ist mit 10,2 Plätzen in Level-1-Zentren etwa doppelt so hoch wie in Level-2-Zentren mit 5,2 Plätzen. Auch der Anteil der Intensivtherapieplätze an den neonatologischen Intensivkapazitäten insgesamt fällt in den Perinatalzentren Level 1 (59%) höher aus als in den Perinatalzentren Level 2 (51%).

4.3 Fallzahlen

Mit Blick auf ihre Fallzahlen sollten die Befragungsteilnehmer die Anzahl der Früh- und Reifgeborenen im neonatologischen Intensivbereich insgesamt sowie die Zahl der Frühgeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht angeben. Die Ergebnisse für das Jahr 2013 können, wiederum differenziert nach Versorgungsstufen, im Einzelnen der Tab. 10 entnommen werden.

Im Mittel lag die Fallzahl auf den neonatologischen Intensivstationen im Jahr 2013 bei 367 Fällen. In den Level-1-Zentren (420 Fälle) war die Fallzahl insgesamt fast doppelt so hoch wie in den Level-2-Zentren (231 Fälle). Auch die Streuung fällt in den Level-1-Zentren deutlich größer aus. So liegt der Interquartilsbereich in den Level-1-Zentren zwischen 233 Fällen (unterer Quartilswert) und 501 Fällen (oberer Quartilswert). Für die Level-2-Zentren betragen die entsprechenden Werte 156 Fälle (unterer Quartilswert) und 292 Fälle (oberer Quartilswert).

Ergänzend zu den Fallzahlen in der Neonatologie insgesamt, sollten die Befragungsteilnehmer die Anzahl von Frühgeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht quantifizieren. Die entsprechende Unterteilung orientiert sich dabei an den Aufnahme- und Zuweisungskriterien für die Perinatalzentren Level 1 und Level 2 (vgl. Kap. 2.2).¹¹

Im Jahr 2013 hatten die Perinatalzentren im Durchschnitt 23,6 Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm und 15,7 Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von 1.250 Gramm bis 1.499 Gramm.

¹¹ Es sei darauf verwiesen, dass das Geburtsgewicht nicht das einzige oder ausschließliche Aufnahme- und Zuweisungskriterium für die Perinatalzentren Level 1 und Level 2 bildet. Fälle mit anderen Kriterien (vgl. Kapitel 2.2), wie das Gestationsalter oder schwere fetale oder mütterliche Erkrankungen, wurden aber nicht explizit erhoben.

Tab. 10: Fallzahlen je Perinatalzentrum (Bezugsjahr: 2013)

Fallzahlen im neonatologischen Intensivbereich	Perinatalzentren Gesamt	Perinatalzentren Level 1	Perinatalzentren Level 2
Früh-/Reifgeborene Gesamt			
Mittelwert	367,1	422,0	230,9
Standardabweichung	299,9	328,0	90,5
Unteres Quartil	206,3	233,0	156,0
Median	291,0	333,0	225,0
Oberes Quartil	457,0	501,0	291,5
Frühgeborene unter 1.250g			
Mittelwert	23,6	31,3	4,4
Standardabweichung	22,8	21,7	11,8
Unteres Quartil	7,3	17,5	1,0
Median	21,5	24,0	2,0
Oberes Quartil	36,0	39,5	5,0
Frühgeborene mit 1.250g-1.499g			
Mittelwert	15,7	19,1	7,3
Standardabweichung	28,3	31,4	6,9
Unteres Quartil	7,3	9,0	3,00
Median	12,0	14,0	6,0
Oberes Quartil	19,0	21,5	8,0

Die Perinatalzentren Level 1 hatten im Durchschnitt rund 50 Frühgeborene mit niedrigem Geburtsgewicht. Davon entfallen durchschnittlich gut 31 Fälle auf Frühgeborene unter 1.250 Gramm und rund 19 Fälle auf Frühgeborene mit 1.250 Gramm bis 1.499 Gramm.

In den Perinatalzentren Level 2 weichen Fallzahlen und Fallverteilungen deutlich davon ab. Entsprechend den Aufnahme- und Zuweisungskriterien für die Perinatalzentren Level 2 werden Frühgeborene unter 1.250 Gramm dort eher in Ausnahmefällen aufgenommen (etwa weil das tatsächliche Geburtsgewicht unterhalb des erwarteten Geburtsgewichts lag). Im statistischen Mittel hatten Level-2-Zentren 2013 nur 4,4 Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm. Die Anzahl der Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von 1.250 Gramm bis 1.499 Gramm fällt mit durchschnittlich 7,3 Fällen fast doppelt so hoch aus.

4.4 Belegungstage

Hinsichtlich der Belegung mit Früh- und Reifgeborenen in den neonatologischen Intensivbereichen sind drei Kategorien zu unterscheiden: intensivtherapiepflichtige Frühgeborene, intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene sowie andere Früh- und Reifgeborene (vgl. Kap. 2.6). Für jede dieser drei Kategorien sollten die Perinatalzentren die Anzahl der jeweiligen Belegungstage für das Jahr 2013 angeben. Die Ergebnisse können, differenziert nach absoluten und relativen Werten, im Detail der Tab.11 entnommen werden.

Die durchschnittliche Anzahl der Belegungstage auf den neonatologischen Intensivstationen der Perinatalzentren lag im Jahr 2013 bundesweit bei 4.451 Tagen je Zentrum. Davon entfallen durchschnittlich 1.043 Belegungstage (23%) auf intensivtherapiepflichtige Frühgeborene und durchschnittlich 1.532 Tage (34%) auf intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene. Der Mittelwert für die Restkategorie der sonstigen Früh- und Reifgeborenen beträgt 1.876 Belegungstage je Zentrum (42%).¹²

Zwischen den Perinatalzentren Level 1 und den Perinatalzentren Level 2 gibt es deutliche Unterschiede sowohl hinsichtlich der Anzahl als auch der Verteilung der Belegungstage. So ist beispielsweise die durchschnittliche Anzahl der Belegungstage je Perinatalzentrum in den Level-1-Zentren (5.214 Belegungstage) fast zweimal größer als in den Level-2-Zentren (2.545 Belegungstage).

Der Anteil der Belegungstage für intensivtherapiepflichtige Frühgeborene an der Anzahl der Belegungstage insgesamt fällt in den Perinatalzentren Level 1 (26%) in etwa doppelt so hoch aus wie in den Perinatalzentren Level 2 (12%). Während die entsprechenden Anteilswerte

¹² Legt man den Anteilswert von 42% für die Restkategorie zugrunde, ist hervorzuheben, dass die QFR-RL lediglich für rund 58% der Belegungstage in den neonatologischen Intensivbereichen explizit Personalschlüssel vorgibt.

für die Belegungstage mit intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen in beiden Versorgungsstufen mit jeweils gut einem Drittel vergleichbar sind, ist der Anteil der sonstigen Belegungstage in den Level-2-Zentren (52%) merklich höher als in den Level-1-Zentren (40%).

Tab. 11: Belegungstage je Perinatalzentrum (Bezugsjahr: 2013)

Belegungstage	Perinatalzentren Gesamt	Perinatalzentren Level 1	Perinatalzentren Level 2
Belegungstage je Perinatalzentrum (Gesamt)			
Mittelwert	4.451	5.214	2.545
Standardabweichung	2.732	2.758	1.294
Unteres Quartil	2.822	3.465	1.844
Median	3.922	4.594	2.387
Oberes Quartil	5.520	6.138	2.843
Belegungstage je Perinatalzentrum (nach Kategorien, Mittelwerte)			
Intensivtherapiepflichtig	1.043	1.340	309
Intensivüberwachungspflichtig	1.532	1.781	915
Sonstige	1.876	2.094	1.335
Belegungstage in %			
Intensivtherapiepflichtig	23,4%	25,7%	12,1%
Intensivüberwachungspflichtig	34,4%	34,2%	35,7%
Sonstige	42,1%	40,1%	52,2%
Insgesamt	100%	100%	100%

4.5 Pflegepersonal

Die statistischen Kennwerte für die Anzahl des Pflegepersonals, das auf den neonatologischen Intensivstationen eingesetzt wird, können im Einzelnen der Tab. 12 entnommen wer-

den. Zum Stichtag 31.12.2013 waren auf den neonatologischen Intensivstationen durchschnittlich 34,7 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen beschäftigt (Köpfe). Umgerechnet in Vollzeitäquivalente entspricht dies einer durchschnittlichen Anzahl von 24,5 Vollkräften. Der untere Quartilswert lag bei 16,7 Vollkräften, der Median bei 22,7 Vollkräften und der obere Quartilswert bei 30 Vollkräften.

Erwartungsgemäß fällt die Personalbesetzung in den Level-1-Zentren mit durchschnittlich 28,5 Vollkräften in etwa doppelt so hoch aus wie in den Level-2-Zentren mit 14,7 Vollkräften. Auch die Streuung der Vollkraftzahlen ist in den Perinatalzentren Level 1 merklich größer als in den Perinatalzentren Level 2. So liegt etwa der Interquartilsbereich in den Level-1-Zentren zwischen 19,5 und 31 Vollkräften, in den Level-2-Zentren zwischen 11,8 und 16,1 Vollkräften.

Tab. 12: Examierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen je PZ (am 31.12.2013)

Gesundheits-/Kinderkrankenpflegerinnen	Perinatalzentren Gesamt	Perinatalzentren Level 1	Perinatalzentren Level 2
Anzahl in Köpfen			
Mittelwert	34,7	38,8	20,3
Standardabweichung	21,8	22,8	8,1
Unteres Quartil	22,0	27,0	15,3
Median	29,0	34,0	20,0
Oberes Quartil	39,0	42,0	23,0
Anzahl in Vollkräften			
Mittelwert	25,4	28,5	14,7
Standardabweichung	15,4	15,9	6,5
Unteres Quartil	16,7	19,5	11,8
Median	22,7	25,5	13,4
Oberes Quartil	30,0	31,0	16,1

4.6 Fachkräfte und Fachkraftquoten

Fachkräfte im Sinne der QFR-RL sind Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen mit einer Fachweiterbildung in der pädiatrischen Intensivpflege. Zum Stichtag 31.12.2013 hatten im Durchschnitt 10,6 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen auf den neonatologischen Intensivstationen eine entsprechende Weiterbildung.

Umgerechnet in Vollzeitäquivalente verfügten durchschnittlich 7,8 Vollkräfte über die Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ (Tab .13).

Analog zu den Personalzahlen im Pflegedienst insgesamt fällt die durchschnittliche Anzahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen mit einer Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ mit 9,4 Vollkräften in den Level-1-Zentren mehr als doppelt so hoch aus wie in den Level-2-Zentren mit durchschnittlich 4,0 Fachweitergebildeten.

Die Fachkraftquote im neonatologischen Intensivbereich entspricht dem Anteil der Pflegekräfte mit einer Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ an den Pflegekräften insgesamt (gemessen in Vollzeitäquivalenten): Zum Stichtag 31.12.2013 lag die Fachkraftquote im Durchschnitt aller neonatologischen Intensivstationen bei 32,0%, d.h. rund ein Drittel der Vollkräfte im Pflegedienst hat eine Fachweiterbildung in der pädiatrischen Intensivpflege absolviert. Die Fachkraftquote fällt in den Level-1-Zentren mit 33,0% höher aus als in den Level-2-Zentren mit 27,2%.

Laut QFR-RL sollen 40% (Perinatalzentrum Level 1) bzw. 30% (Perinatalzentrum Level 2) der Pflegekräfte in neonatologischen Intensivbereichen (Vollzeitäquivalente) eine Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ abgeschlossen haben. Vor Inkrafttreten der novellierten QFR-RL am Jahresende 2013 hatte die große Mehrzahl der Perinatalzentren diese Fachkraftquoten für die neonatologischen Intensivstationen noch nicht erreicht (Tab.13):

Tab. 13: Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen mit Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ je PZ (am 31.12.2013)

Gesundheits-/Kinderkrankenpflegerinnen mit Fachweiterbildung	Perinatalzentren Gesamt	Perinatalzentren Level 1	Perinatalzentren Level 2
Anzahl in Köpfen			
Mittelwert	10,6	12,2	4,8
Standardabweichung	8,3	8,5	4,0
Unteres Quartil	5,0	7,0	3,0
Median	9,0	10,0	4,0
Oberes Quartil	13,0	14,0	5,0
Anzahl in Vollkräften			
Mittelwert	7,8	9,4	4,0
Standardabweichung	6,0	6,1	3,3
Unteres Quartil	4,3	5,8	2,1
Median	7,0	8,1	3,4
Oberes Quartil	9,8	11,0	4,7
Fachkraftquoten in %			
Mittelwert	32,0%	33,0%	27,2%
Standardabweichung	15,8%	14,7%	18,8%
Unteres Quartil	21,6%	23,4%	17,2%
Median	29,8%	31,2%	23,0%
Oberes Quartil	38,9%	41,6%	36,0%
Erreichen der Fachkraftquoten nach QFR-RL	28,1%	25,5%	34,4%

In den Perinatalzentren Level 1 hatte erst rund ein Viertel (26%) der neonatologischen Intensivstationen eine Fachkraftquote von 40% oder mehr. Für die Level-2-Zentren fällt die Zielerreichung etwas besser aus. Hier hatte gut ein Drittel (34,4%) der neonatologischen Intensivstationen eine Fachkraftquote von 30% oder mehr. Bezogen auf die Perinatalzentren insgesamt hatten zum Jahresende 2013 erst 28% der neonatologischen Intensivstationen die jeweiligen Fachkraftquoten erreicht.

In jeweils der Hälfte der Level-1-Zentren lag die Fachkraftquote unter bzw. über 31,2% (Median), bei einem Viertel bei 23,4% oder weniger (unterer Quartilswert), bei einem weiteren Viertel bei 41,6% oder mehr (oberer Quartilswert). Die entsprechenden Werte für die Level-2-Zentren betragen 23% (Median), 17,2% (unterer Quartilswert) und 36% (oberer Quartilswert).

4.7 Qualifikationsstruktur der Fachkräfte

Die Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ kann nach den entsprechenden DKG-Empfehlungen (von 2011, 1998), nach einer geltenden Landesregelung oder nach anderen Standards erfolgen (vgl. Kap. 2.4). Vor diesem Hintergrund wurde in der Perinatalbefragung die Qualifikationsstruktur der Fachweitergebildeten in den neonatologischen Intensivbereichen erfragt.

Demnach sind die DKG-Empfehlungen zur Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ die vorherrschende Weiterbildungsregelung. Rund zwei Drittel der Krankenhäuser (67,4%) gaben an, Fachweitergebildete nach diesen Empfehlungen auf den neonatologischen Intensivstationen zu beschäftigen. Gut ein Drittel der Perinatalzentren (37,9%) hatte Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen mit einer Fachweiterbildung nach einer geltenden Landesregelung. Lediglich ein Zehntel (9,8%) der Einrichtungen beschäftigte Fachweitergebildete, die nach anderen Standards qualifiziert waren, vor allem von privaten Bildungsinstituten oder Betriebsakademien des Gesundheits- und Sozialwesens (Mehrfachnennungen möglich).

In den Perinatalzentren, die hierzu Angaben gemacht haben, hatten im Durchschnitt 5,7 Beschäftigte (Köpfe) eine Fachweiterbildung nach den DKG-Empfehlungen und 4 Mitarbeiter nach einer geltenden Landesregelung (vgl. im Einzelnen Tab. 14). Durchschnittlich 0,2 Personen hatten eine Weiterbildung nach anderen Standards absolviert.

Bezogen auf die Gesamtzahl der fachweitergebildeten Pflegekräfte der neonatologischen Intensivstationen (Köpfe) hatten 58% eine Fachweiterbildung nach den DKG-Empfehlungen und 40% eine Fachweiterbildung nach einer geltenden Landesregelung. Der Rest entfällt auf andere Standards. Der Anteil der nach der DKG-Empfehlung fachweitergebildeten Pflegekräfte fiel in den Level-1-Zentren mit 80% merklich höher aus als in den Level-2-Zentren mit 55%.

Tab. 14: Qualifikationsstruktur der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen mit Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ je PZ (am 31.12.2013)

Gesundheits-/Kinderkrankenpflegerinnen mit Fachweiterbildung	Perinatalzentren Gesamt	Perinatalzentren Level 1	Perinatalzentren Level 2
Anzahl in Köpfen nach der DKG-Empfehlung			
Mittelwert	5,7	6,3	3,8
Standardabweichung	6,6	7,0	4,4
Unteres Quartil	0	0	0,5
Median	4,5	5,0	3,0
Oberes Quartil	9,0	10,0	5,0
Anzahl in Köpfen nacheiner geltenden Landesregelung			
Mittelwert	4,0	5,0	0,7
Standardabweichung	7,5	8,3	1,8
Unteres Quartil	0	0	0
Median	0	0	0
Oberes Quartil	6,0	7,0	0

4.8 Berufserfahrung von Pflegekräften ohne Fachweiterbildung

Gemäß QFR-RL werden in einer Übergangsphase bis 2017 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen ohne Fachweiterbildung auf die Fachkraftquote angerechnet, wenn sie mindestens fünf Jahre Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege aufweisen. Deswegen

wurde in der Perinatalbefragung untersucht, inwieweit die neonatologischen Intensivstationen der Perinatalzentren über eine hinreichende Zahl an erfahrenen Pflegekräften verfügen, um zumindest bis 2017 den Anforderungen der QFR-RL genügen zu können. Die Ergebnisse können im Detail der Tab. 15 entnommen werden.

Im Durchschnitt beschäftigten die Perinatalzentren in Deutschland 15,9 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Köpfe) ohne Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege auf den neonatologischen Intensivstationen; das entspricht 10,7 Vollzeitäquivalenten. In den Level-1-Zentren haben durchschnittlich 11,2 Vollkräfte und in den Level-2-Zentren 8,8 Vollkräfte mindestens fünf Jahre Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege, ohne über eine einschlägige Weiterbildung zu verfügen.

Bezogen auf die Gesamtzahl der Vollkräfte in der neonatologischen Intensivpflege haben 45% der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen ohne Fachweiterbildung mindestens fünf Jahre Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege. Der entsprechende Anteilswert fällt damit merklich höher aus als die Fachkraftquote an Fachweitergebildeten in Höhe von 32% (vgl. Kap. 4.6). Dementsprechend haben 23 % der Pflegekräfte (Vollzeitäquivalente) weder eine Fachweiterbildung noch mindestens fünf Jahre Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege.

Der Anteil der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen ohne Fachweiterbildung, aber mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege, fällt in den Level-2-Zentren mit 62% merklich höher aus als in den Level-1-Zentren mit 40%.

Tab. 15: Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen ohne Fachweiterbildung mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege je PZ (am 31.12.2013)

Gesundheits-/Kinderkrankenpflegerinnen ohne Fachweiterbildung mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung	Perinatalzentren Gesamt	Perinatalzentren Level 1	Perinatalzentren Level 2
Anzahl in Köpfen			
Mittelwert	15,9	16,7	12,5
Standardabweichung	13,1	14,5	4,7
Unteres Quartil	9,0	9,5	9,0
Median	14,0	14,0	12,0
Oberes Quartil	19,0	20,5	16,0
Anzahl in Vollkräften			
Mittelwert	10,7	11,2	8,8
Standardabweichung	8,7	9,7	3,4
Unteres Quartil	6,5	6,5	6,4
Median	9,3	10,0	8,5
Oberes Quartil	12,3	13,1	10,8
Quoten in %			
Mittelwert	45,0%	40,1%	61,6%
Standardabweichung	19,9%	17,5%	19,1%
Unteres Quartil	30,7%	27,5%	17,2%
Median	41,7%	38,1%	61,8%
Oberes Quartil	60,7%	48,9%	74,5%
Erreichen der Fachkraftquoten nach QFR-RL bei Anrechnung	98,7%	98,0%	100%

Da Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen ohne Fachweiterbildung mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung bis 2017 auf die Fachkraftquote angerechnet werden, lässt sich ermitteln, inwieweit die neonatologischen Intensivstationen die Anforderungen an die Fachkraftquote gemäß QFR-RL zumindest bis zu diesem Zeitpunkt erfüllen würden. Zu diesem Zweck wurden die entsprechenden Anteilswerte für Pflegekräfte ohne und mit Fachweiterbildung addiert:

Bezogen auf den Personalbestand am Jahresende 2013 würden demnach 98% der Level-1-Zentren in der Stichprobe die Fachkraftquote von 40% erreichen und jedes der Level-2-Zentren der Stichprobe die Fachkraftquote von 30%, wenn Pflegekräfte ohne Fachweiterbildung mit mindestens 5 Jahren Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege zur Berechnung der Fachkraftquoten herangezogen werden.¹³

¹³ Allerdings steigt infolge der QFR-RL der Personal- bzw. Fachkräftebedarf (vgl. Kap. 5.1, 5.2). Legt man den richtlinienbedingten Personalbedarf zugrunde, würde rund ein Fünftel der Perinatalzentren selbst unter Anrechnung von Pflegekräften ohne Weiterbildung mit fünf Jahren Berufserfahrung die Fachkraftquoten nicht erreichen (vgl. Kap. 6.2).

5 Mehrbedarf und Mehrkosten

Nachfolgend werden auf Basis der erhobenen Ist-Daten die möglichen personellen und finanziellen Auswirkungen der QFR-RL auf die neonatologischen Intensivstationen der Perinatalzentren simuliert. Konkret geht es um die Taxierung des Personalmehrbedarfs, des Fachkräftemehrbedarfs und der Mehrkosten unter der Annahme, dass die Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität schon 2013 hätten vollständig umgesetzt werden müssen. Zu diesem Zweck werden die Ist-Daten hinsichtlich des Personals, der Fachkraftquoten und der Kosten für den Pflegedienst in der Neonatologie mit dem jeweiligen Bedarf gemäß den Soll-Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität der QFR-RL abgeglichen. Die Differenz zwischen den jeweiligen Werten entspricht dem Mehrbedarf bzw. den Mehrkosten infolge der Richtlinie.

5.1 Personalmehrbedarf

Die Ermittlung des Personalmehrbedarfs durch die QFR-RL erfolgt in drei Schritten:

- Hochrechnung der Personalzahlen und der Belegungstage der Stichprobe auf die Grundgesamtheit
- Taxierung des Personalbedarfs auf Basis der hochgerechneten Belegungstage und der Personalschlüssel der QFR-RL
- Abgleich von Ist (aktueller Personalbestand) und Soll (künftiger Personalbedarf nach QFR-RL) jeweils für das Personal in der neonatologischen Intensivpflege insgesamt sowie getrennt nach Level 1 und Level 2.

Zur Methodik der Personalbedarfsermittlung sei im Einzelnen auf das Kap. 3.5 verwiesen. Die Berechnung geht dabei vorderhand von der Durchschnittsbelegung des Jahres 2013 aus; die personellen Auswirkungen von Belegungsspitzen werden anderweitig ermittelt (vgl. Kap. 5.5). Die Ergebnisse für die drei Schritte der Personalbedarfsermittlung können im Detail der Tab. 16 entnommen werden.

Am Jahresende 2013 waren in den Perinatalzentren Level 1 durchschnittlich 28,5 Vollkräfte und in den Perinatalzentren Level 2 durchschnittlich 14,7 Vollkräfte in der neonatologischen Intensivpflege beschäftigt. Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der 171 Level-1-Zentren und 69 Level-2-Zentren gab es bundesweit insgesamt 5.888 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen in der neonatologischen Intensivpflege. Davon entfallen 4.874 Vollkräfte

(83%) auf die Perinatalzentren Level 1 und 1.014 Vollkräfte (17%) auf die Perinatalzentren Level 2.

Tab. 16: Personalmehrbedarf gemäß QFR-RL (Bezugsjahr: 2013)

Personalbedarf nach QFR-RL	Perinatalzentren Gesamt	Perinatalzentren Level 1	Perinatalzentren Level 2
Belegungstage Gesamt			
Intensivtherapiepflichtig	250.380	229.061	21.319
Intensivüberwachungspflichtig	367.715	304.604	63.111
Sonstige	450.141	357.995	92.146
Insgesamt	1.068.236	891.660	176.576
Pflegepersonal Gesamt			
VK Ist gesamt	5.888	4.874	1.014
VK Soll gesamt	8.412	7.244	1.168
Mehrbedarf in VK	2.524	2.370	154
Mehrbedarf in %	42,9%	48,6%	15,2%
Pflegepersonal je Perinatalzentrum Mittelwerte			
VK Ist gesamt	24,5	28,5	14,7
VK Soll gesamt	35,0	42,4	16,9
Mehrbedarf in VK	10,5	13,9	2,2
Mehrbedarf in %	42,9%	48,6%	15,2%

Die Hochrechnungen für die Belegungstage für das Jahr 2013 erfolgten analog, indem die Durchschnittswerte je Kategorie und Versorgungsstufe (vgl. Kap. 4.4) mit der jeweiligen Anzahl der Level-1- und Level-2-Zentren multipliziert wurden. Demnach gab es auf den neonatologischen Intensivstationen in diesem Jahr hochgerechnet insgesamt 1.068.236 Belegungstage. Davon entfallen 891.660 Tage (83%) auf die Perinatalzentren Level 1 und 176.576 Tage (17%) auf die Perinatalzentren Level 2.

Die so hochgerechneten Belegungstage wurden dann in Stunden umgerechnet und mit den Personalschlüsseln nach der QFR-RL gewichtet, also eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen (Personalschlüssel = 1:1), eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je zwei intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen (Personalschlüssel = 1:2) sowie - in Anlehnung an die Standards der British Association of Perinatal Medicine - eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je vier sonstigen Früh- und Reifgeborenen (Personalschlüssel = 1:4). Zur Ermittlung des Personalbedarfs nach der QFR-RL wurden die resultierenden Stundenwerte schließlich durch die durchschnittliche Netto-Jahresarbeitszeit je Vollkraft auf den neonatologischen Intensivstationen dividiert, also 1.560 Stunden.

Über alle drei Kategorien liegt der Personalbedarf nach dieser Berechnung bei insgesamt 8.412 Vollkräften in der neonatologischen Intensivpflege. Davon entfallen 7.244 Vollkräfte (86%) auf die Perinatalzentren Level 1 und 1.168 Vollkräfte (14%) auf die Perinatalzentren Level 2.

Stellt man die Soll-Personalzahlen gemäß QFR-RL den Ist-Personalzahlen für das Jahr 2013 gegenüber, resultiert ein Personalmehrbedarf von absolut 2.524 Vollkräften oder, relativ gesehen, von 43%.

Der Mehrbedarf ist, absolut wie relativ gesehen, weitgehend auf die Perinatalzentren Level 1 zurückzuführen. Hier beträgt der absolute Mehrbedarf 2.370 Vollkräfte und der relative Mehrbedarf 49%. Demgegenüber liegt der absolute Mehrbedarf in den Perinatalzentren Level 2 bei 154 Vollkräften bzw. relativ bei 15%. Vom gesamten Mehrbedarf von 2.524 Vollkräften entfallen 94% auf die Level-1-Zentren und 6% auf die Level-2-Zentren.

Bricht man die Gesamtergebnisse auf die einzelnen neonatologischen Intensivstationen herunter, dann steigt der Personalbedarf je Perinatalzentrum infolge der Richtlinie um durchschnittlich 10,5 Vollkräfte von aktuell 24,5 auf 35,0 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen. Der Mehrbedarf fällt in den Level-1-Zentren mit durchschnittlich 13,9 Vollkräften merklich höher aus als in den Level-2-Zentren mit durchschnittlich 2,2 Vollkräften. Die relativen Steigerungen je Perinatalzentrum sind – nach Korrektur von Rundungsfehlern – natürlich im Mittel mit den relativen Steigerungen insgesamt identisch.

5.2 Mehrbedarf an Fachweitergebildeten

Die Ermittlung des Mehrbedarfs an Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen mit einer Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ infolge der QFR-RL erfolgt wiederum in drei Schritten:

- Hochrechnung der Fachkräftezahlen der Stichprobe auf die Grundgesamtheit
- Taxierung des Fachkräftebedarfs auf Basis des Personalbedarfs und der Fachkraftquoten gemäß QFR-RL
- Abgleich von Ist (aktueller Fachkräftebestand) und Soll (künftiger Fachkräftebedarf nach QFR-RL) jeweils für die Fachkräfte in der neonatologischen Intensivpflege insgesamt und die Fachkräfte je Perinatalzentrum.

Zur Methodik der Bedarfsermittlung sei auf das Kap. 3.6 verwiesen. Die Berechnung basiert abermals auf der Durchschnittsbelegung für das Jahr 2013. Die Ergebnisse können im Einzelnen der Tab. 17 entnommen werden:

Zum Stichtag 31.12.2013 waren auf den neonatologischen Intensivstationen der Perinatalzentren Level 1 durchschnittlich 9,4 Vollkräfte mit einer Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ und auf den neonatologischen Intensivstationen der Perinatalzentren Level 2 durchschnittlich 4,0 Vollkräfte mit dieser Weiterbildung beschäftigt. Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit gab es bundesweit in den Perinatalzentren insgesamt 1.883 fachweitergebildete Pflegekräfte auf den neonatologischen Intensivstationen. Davon entfallen 1.607 Vollkräfte (85%) auf die Level-1-Zentren und 276 Vollkräfte (15%) auf die Level-2-Zentren.

Die QFR-RL sieht Fachkraftquoten für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen mit Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ für die neonatologische Intensivpflege von 40% in den Perinatalzentren Level 1 und von 30% in den Perinatalzentren Level 2 vor. Zur Taxierung des Bedarfs an Fachweitergebildeten gemäß QFR-RL wurde daher der Personalbedarf nach der Richtlinie (vgl. Kap.5.1) mit 40% (Perinatalzentren Level 1) respektive 30% (Perinatalzentren Level 2) gewichtet:

Der Personalbedarf gemäß QFR-RL bemisst sich bei den Perinatalzentren Level 1 auf 7.244 Vollkräfte. Bei einer geforderten Fachkraftquote von mindestens 40% liegt der Bedarf an Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen mit einer Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ somit bei 2.898 Vollkräften. Der Personalbedarf für die Level-2-Zentren gemäß

QFR-RL beträgt 1.168 Vollkräfte. Bei einer geforderten Fachkraftquote von 30% liegt der Bedarf an Fachweitergebildeten bei 350 Vollkräften.

Tab. 17: Fachkräftemehrbedarf gemäß QFR-RL (Bezugsjahr: 2013)

Fachkräftebedarf nach QFR-RL	Perinatalzentren Gesamt	Perinatalzentren Level 1	Perinatalzentren Level 2
Fachkräfte Gesamt			
VK Ist mit WB gesamt	1.883	1.607	276
Fachkraftquote Ist	32,0%	33,0%	27,2%
VK Soll gesamt	8.412	7.244	1.168
Fachkraftquote Soll	38,6%	40,0%	30,0%
VK Soll mit WB gesamt	3.248	2.898	350
Mehrbedarf in VK	1.365	1.291	74
Mehrbedarf in %	72,5%	80,3%	27,0%
Fachkräfte je Perinatalzentrum Mittelwerte			
VK mit WB Ist gesamt	7,8	9,4	4,0
VK mit WB Soll gesamt	13,5	16,9	5,1
Mehrbedarf in VK	5,7	7,5	1,1
Mehrbedarf in %	72,5%	80,3%	27,0%

In der Summe über beide Versorgungsstufen beträgt der Fachkräftebedarf der Perinatalzentren 3.248 Vollkräfte. Davon entfallen 89% auf die Level-1-Zentren und 11% auf die Level-2-Zentren.

Stellt man das Fachkräfte-Soll gemäß QFR-RL dem Ist-Bestand des Jahres 2013 gegenüber, resultiert ein Fachkräftemehrbedarf von absolut 1.365 Vollkräften oder, relativ gesehen, von 73%. Vom gesamten Mehrbedarf von 2.524 Vollkräften entfallen 54% (oder 1.365 VK) auf die Fachweitergebildeten.

Abermals ist der Mehrbedarf an Fachweitergebildeten, absolut wie relativ gesehen, überproportional auf die Perinatalzentren Level 1 zurückzuführen. Hier beträgt der absolute Mehrbedarf 1.291 Vollkräfte und der relative Mehrbedarf 80%. Demgegenüber liegt der absolute Mehrbedarf in den Perinatalzentren Level 2 bei 74 Vollkräfte bzw. 27%. Vom gesamten Mehrbedarf von 1.365 Fachkräften entfallen 95% auf die Level-1-Zentren und 5% auf die Level-2-Zentren.

Der Fachkräftebedarf je Perinatalzentrum nimmt infolge der QFR-RL im Mittel um 5,7 Vollkräfte von aktuell 7,8 auf 13,5 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen mit Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ zu. Der Mehrbedarf fällt in den Level-1-Zentren mit durchschnittlich 7,5 Vollkräften merklich höher aus als in den Level-2-Zentren mit durchschnittlich 1,1 Vollkräften.

5.3 Mehrkosten für den Personalmehrbedarf

Mit Blick auf die richtlinienbedingten Mehrkosten sind zunächst die direkten Personalkosten zu ermitteln, also die Gehaltskosten für das zusätzlich erforderliche Personal. Die Ermittlung der direkten Personalkosten infolge der QFR-RL erfolgt in drei Schritten:

- Taxierung der Ist-Kosten in der neonatologischen Intensivpflege insgesamt
- Taxierung der Personalkosten auf Basis des Personalbedarfs und der Fachkraftquoten gemäß QFR-RL
- Abgleich von Ist (aktuelle Personalkosten) und Soll (künftige Personalkosten nach QFR-RL) jeweils für die Kosten in der neonatologischen Intensivpflege insgesamt und die Kosten je Perinatalzentrum.

Die Berechnung geht dabei vorderhand von der Durchschnittsbelegung des Jahres 2013 aus; die finanziellen Auswirkungen von Belegungsspitzen werden anderweitig ermittelt (vgl. Kap. 5.5). Zur Methodik der Kostenberechnung sei im Einzelnen auf Kap. 3.7 verwiesen. Wie dort erwähnt, wurden den Ist-Kosten sowie den Soll-Kosten gemäß QFR-RL aus pragmatischen Gründen Durchschnittskosten für examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen ohne bzw. mit Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ zugrundegelegt. Die Durchschnittskosten für eine examinierte Pflegekraft ohne Fachweiterbildung betragen demnach 48.741 EUR. Der entsprechende Betrag für eine examinierte Pflegekraft mit Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ liegt bei 52.835 EUR:

Die Ist-Kosten in der neonatologischen Intensivpflege ergeben sich demzufolge, indem man die bundesweite Anzahl der Vollkräfte ohne bzw. mit Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ mit den jeweiligen Durchschnittskosten multipliziert. Analog dazu entsprechen die Personalkosten gemäß QFR-RL dem Produkt von Personal- bzw. Fachkräftebedarf nach der Richtlinie und den Durchschnittskosten je Vollkraft mit und ohne Fachweiterbildung (Tab. 18).

Nach dieser Berechnungsweise lagen im Jahr 2013 die Ist-Kosten für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen der neonatologischen Intensivstationen in den Perinatalzentren bei rund 294,6 Mio. EUR. Davon entfallen rund 244 Mio. EUR (83%) auf die Perinatalzentren Level 1 und gut 50 Mio. EUR (17%) auf die Perinatalzentren Level 2.

Unter Zugrundelegung des Personal- und Fachkräftebedarfs nach der QFR-RL in den beiden Versorgungstufen (vgl. Kap. 5.1 und 5.2) würden die Gesamtkosten für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen nach der Richtlinie bei 423,3 Mio. EUR liegen. Davon entfallen knapp 365 Mio. EUR (86%) auf die Level-1-Zentren und rund 58 Mio. EUR auf die Level-2-Zentren (14 %).

Bei einem Abgleich von Ist-Kosten für das Jahr 2013 und Soll-Kosten gemäß QFR-RL ergeben sich Mehrkosten durch die Richtlinie (direkte Personalkosten) von absolut 128,7 Mio. EUR oder, relativ gesehen, von 44%.

Entsprechend ihrem überproportionalen Personal- und Fachkräftebedarf sind die Kostensteigerungen in erster Linie auf die Perinatalzentren Level 1 zurückzuführen. Hier liegen die Mehrkosten bei knapp 121 Mio. EUR oder rund 50%. Demgegenüber betragen die Mehrkosten in den Perinatalzentren Level 2 rund 7,8 Mio. EUR bzw. knapp 16%. Von den gesamten Mehrkosten in Höhe von 128,7 Mio. EUR entfallen 94% auf die Level-1-Zentren und 6% auf die Level-2-Zentren.

Die Kosten je Perinatalzentrum steigen durch die QFR-RL im Mittel um rund 536 Tsd. EUR von aktuell rund 1,2 Mio. EUR auf gut 1,7 Mio. EUR. Die Mehrkosten fallen in den Level-1-Zentren mit durchschnittlich knapp 707 Tsd. EUR deutlich höher aus als in den Level-2-Zentren mit durchschnittlich rund 113 Tsd. EUR.

Tab. 18: Direkte Mehrkosten gemäß QFR-RL (Bezugsjahr: 2013)

Mehrkosten nach QFR-RL (direkte Kosten)	Perinatalzentren Gesamt	Perinatalzentren Level 1	Perinatalzentren Level 2
Ist-Kosten Pflege Gesamt			
VK ohne WB	4.004	3.266	738
VK mit WB	1.883	1.607	276
Kosten VK ohne WB	195.158.964 €	159.188.106 €	35.970.858 €
Kosten VK mit WB	99.488.305 €	84.905.845 €	14.582.460 €
Kosten VK gesamt	294.647.269 €	244.093.951 €	50.553.318 €
Soll-Kosten Pflege Gesamt			
VK ohne WB	5.164	4.346	818
VK mit WB	3.248	2.898	350
Kosten VK ohne WB	251.698.524 €	211.847.882 €	39.850.642 €
Kosten VK mit WB	171.608.080 €	153.094.696 €	18.513.384 €
Kosten VK gesamt	423.306.604 €	364.942.578 €	58.364.026 €
Mehrkosten in €	128.659.335 €	120.848.627 €	7.810.708 €
Mehrkosten in %	43,7%	49,5%	15,5%
Kosten Pflege je Perinatalzentrum			
Kosten Ist gesamt	1.227.697 €	1.427.450 €	732.657 €
Kosten Soll gesamt	1.763.778 €	2.134.167 €	845.855 €
Mehrkosten in €	536.081 €	706.717 €	113.198 €
Mehrkosten in %	43,7%	49,5%	15,5%

5.4 Zusatzkosten für Freistellungen zur Weiterbildung

Durch die vorgegebenen Fachkraftquoten bzw. den Mehrbedarf an Fachweitergebildeten in der pädiatrischen Intensivpflege entstehen nicht nur direkte Mehrkosten in Form der zusätzlichen Gehaltskosten für dieses Personal. Indirekte Zusatzkosten resultieren darüber hinaus durch die erforderlichen Freistellungen von Mitarbeitern für die Weiterbildungen. Die Ermittlung der Zusatzkosten für Freistellungen zur Weiterbildung erfolgt in zwei Schritten:

- Taxierung des Zusatzbedarfs an Vollkräften infolge von Freistellungen für die Weiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“
- Taxierung der Personalkosten für diesen Zusatzbedarf für die Perinatalzentren insgesamt und je Perinatalzentrum.

Zur Methodik der Kostenberechnung sei im Einzelnen auf Kap. 3.8 verwiesen. Wie dort erwähnt, wurde den Ausfallzeiten für die Freistellungen die Stundenzahl für den Unterricht der Weiterbildung zugrundegelegt (720 Stunden nach der DKG-Empfehlung von 2011). Auf dieser Basis sind dann der Zusatzbedarf an Vollkräften sowie die korrespondierenden Zusatzkosten kalkuliert worden (Tab. 19).

Der Mehrbedarf der neonatologischen Intensivstationen an Pflegekräften mit einer Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ liegt insgesamt bei 1.365 Vollkräften; davon entfallen 1.291 Vollkräfte (95%) auf die Perinatalzentren Level 1 und 74 Vollkräfte (5%) auf die Perinatalzentren Level 2 (vgl. Kap.5.2).

Setzt man die Ausfallzeiten für diesen Mehrbedarf an Fachkräften mit jeweils 720 Stunden an, dann liegt - nach Division durch die Netto-Jahresarbeitszeit je Vollkraft (1.560 h) - der Zusatzbedarf an Vollkräften für Freistellungen bei 630 Vollkräften.

Multipliziert man diesen Wert mit den Durchschnittskosten einer Pflegekraft ohne Fachweiterbildung (48.741 EUR), dann liegen die Zusatzkosten für Freistellungen zur Weiterbildung bei insgesamt 30,7 Mio. EUR: Davon entfallen 29,0 Mio. EUR (95%) auf die Level-1-Zentren und 1,7 Mio. EUR (5%) auf die Level-2-Zentren.

Die Zusatzkosten durch Freistellungen je Perinatalzentrum liegen im Mittel bei knapp 128 Tsd. EUR. In den Level-1-Zentren fallen diese Zusatzkosten mit durchschnittlich 169,8 Tsd. EUR deutlich höher aus als in den Level-2-Zentren mit durchschnittlich 24,2 Tsd. EUR.

Im Unterschied zu den direkten Kosten für den Personalmehrbedarf (vgl. Kap.5.3), die c.p. prinzipiell jährlich anfallen, handelt es sich bei den genannten Zusatzkosten kalkulatorisch um einen „Einmaleffekt“ der QFR-RL, der ausschließlich Freistellungen bis zur Deckung des richtlinieninduzierten Mehrbedarfs an Fachweitergebildeten umfasst.

Allerdings dürften sich die Zusatzkosten für Freistellungen zur Weiterbildung über einen längeren Zeitraum verteilen, je nachdem wie lange es braucht, den richtlinieninduzierten Mehrbedarf an Fachweitergebildeten zu decken.

Tab. 19: Zusatzkosten der Freistellungen für Weiterbildungen gemäß QFR-RL (Bezugsjahr: 2013)

Zusatzkosten der Freistellungen für Weiterbildungen „Pädiatrische Intensivpflege“	Perinatalzentren Gesamt	Perinatalzentren Level 1	Perinatalzentren Level 2
Zusatzkosten Gesamt			
Fachkräftemehrbedarf in VK	1.365	1.291	74
Bedarf VK für Freistellungen	630	596	34
Kosten VK für Freistellungen	30.706.830 €	29.033.139 €	1.673.691 €
Zusatzkosten je Perinatalzentrum			
Fachkräftemehrbedarf in VK	5,7	7,5	1,1
Bedarf VK für Freistellungen	2,6	3,5	0,5
Kosten VK für Freistellungen	127.945 €	169.784 €	24.256 €

5.5 Mehrbedarf und Mehrkosten von Belegungsspitzen

Die bisherigen Berechnungen zum Personalmehrbedarf und zu den Mehrkosten infolge der QFR-RL erfolgten auf Basis der Durchschnittsbelegung der neonatologischen Intensivstationen im Jahr 2013. Wie oben erläutert (vgl. Kap. 3.9), dürfte die Belegung im Jahresverlauf mehr oder weniger stark variieren. Auf Grund der schichtorientierten Personalschlüssel müssen die Perinatalzentren daher ausreichend Personal vorhalten, um Belegungsspitzen abdecken zu können. Die Höhe dieses Mehrbedarfs hängt vor allem von der Varianz der Bele-

gung ab. Aus erhebungspraktischen Gründen wurde in der Perinatalbefragung allerdings davon abgesehen, Belegungsspitzen bzw. die Belegungsverteilung für das Jahr 2013 empirisch zu erfassen.

Da der Personalbedarf bzw. die Kosten nach der QFR-RL proportional zur Belegung sind, sind folglich auch der Personalmehrbedarf bzw. die Mehrkosten für Belegungsspitzen proportional zur Durchschnittsbelegung. Dementsprechend lassen sich auf Basis der Durchschnittsbelegung (und dem korrespondierenden Personal- und Finanzbedarf) die personellen und finanziellen Auswirkungen für unterschiedliche Szenarien von Belegungsspitzen simulieren.

Für die Simulation wird vereinfacht angenommen, dass der Personalbedarf und die Kosten exakt proportional zur Belegung steigen. Allerdings ist davon auszugehen, dass zumindest ein Teil der Belegungsspitzen anderweitig kompensiert werden kann (etwa über die Personaleinsatzplanung). Darüber hinaus ist ggf. das für Belegungsspitzen zusätzlich erforderliche Personal in Belegungstätern teilweise auch anderweitig einsetzbar, z.B. in anderen Fachabteilungen. Tendenziell dürften durch die einfache Simulation der Personalmehrbedarf bzw. die Mehrkosten daher etwas überschätzt werden; die ungefähren Größenordnungen dürften aber deutlich werden.

Über die Dauer der Belegungsspitzen werden in der Simulation keine Annahmen gemacht. Mindestbedingung ist lediglich, dass die Belegungsspitzen so lang sind, dass sie kapazitätsrelevant sind, also nicht durch kurzfristige Maßnahmen der Personaleinsatzplanung abgedeckt werden können. Ist diese Bedingung erfüllt, ist die Dauer von Belegungsspitzen oder deren Verteilung über das Jahr für die Berechnung des entsprechenden Personalbedarfs faktisch irrelevant. Entscheidend ist, dass für einen bestimmten Zeitraum oder mehrere Zeiträume im Jahr mehr Personal vorgehalten werden muss als auf Basis der Durchschnittsbelegung erforderlich wäre. Da dieses Personal de facto nicht beliebig eingestellt oder freigestellt werden kann, haben Belegungsspitzen - zumindest kalkulatorisch - unabhängig von ihrer Dauer Auswirkungen auf die permanente Personalvorhaltung.

Grundlage der Simulation bildet die Durchschnittsbelegung und der darauf basierende Personalmehrbedarf bzw. die Mehrkosten: Der Personalmehrbedarf bei Durchschnittsbelegung beträgt 2.524 Vollkräften, davon 54,1% oder 1.365 Fachweitergebildete (vgl. Kap. 5.1, 5.2). Die Mehrkosten unter Zugrundelegung der Durchschnittsbelegung liegen bei 128,7 Mio.

EUR, die Zusatzkosten für Freistellungen zur Weiterbildung bei 30,7 Mio. EUR (vgl. Kap. 5.3, 5.4).

Vorbehaltlich der o.g. Einschränkungen steigen der Personalmehrbedarf bzw. die Mehrkosten bei Belegungsspitzen proportional zur Durchschnittsbelegung. In Tab. 20 sind die entsprechenden Werte in Perzentilen aufgelistet, konkret in 10%-Schätzintervallen für eine Abweichung von der Durchschnittsbelegung von 10%-100%.

Tab. 20: Mehrbedarf und Mehrkosten von Belegungsspitzen (Bezugsjahr: 2013)

Belegung	Mehrbedarf in VK	Mehrbedarf VK mit WB	Mehrkosten für Mehrbedarf in VK	Zusatzkosten der Freistellungen für WB
Durchschnittsbelegung				
Mehrbedarf/-kosten	2.524	1.365	128.659.335 €	30.706.830 €
Belegungsspitzen				
+ 10%	2.776	1.502	141.525.269 €	33.777.513 €
+ 20%	3.029	1.639	154.391.202 €	36.848.196 €
+30%	3.281	1.775	167.257.136 €	39.918.879 €
+ 40%	3.534	1.912	180.123.069 €	42.989.562 €
+ 50%	3.786	2.048	192.989.003 €	46.060.245 €
+ 60%	4.038	2.185	205.854.936 €	49.130.928 €
+ 70%	4.291	2.321	218.720.870 €	52.201.611 €
+ 80%	4.543	2.458	231.586.803 €	55.272.294 €
+ 90%	4.796	2.594	244.452.737 €	58.342.977 €
+ 100%	5.048	2.731	257.318.670 €	61.413.660 €

Welche Verteilung im Mittel aller neonatologischen Intensivstationen vorliegt, wäre empirisch zu ermitteln. Nach einer Befragung der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKind) bei ausgewählten Mitgliedseinrichtungen sind Abweichun-

gen von der Durchschnittsbelegung von 50 bis 100% oder mehr aber durchaus realistisch; in jeden Fall liegen sie mindestens im oberen zweistelligen Prozentbereich.¹⁴

In jedem Fall zeigen die Zahlen nachdrücklich, dass durch die schichtorientierten Personalschlüssel der Richtlinie ein erheblicher Personalmehrbedarf und beträchtliche Mehrkosten entstehen würden, die deutlich über dem kalkulatorischen Personalbedarf und den kalkulatorischen Kosten der Durchschnittsbelegung liegen würden.

¹⁴ Persönliche Mitteilung des Geschäftsführers von GKind, Herrn Jochen Scheel.

6 Umsetzungsstand zum Fachkräftebedarf

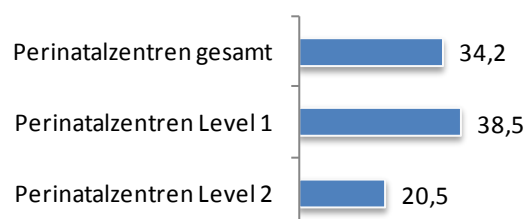
Mit der Perinatalbefragung sollte auch der Umsetzungsstand der QFR-RL ermittelt werden, d.h. inwieweit die Perinatalzentren die Vorgaben der QFR-RL zur pflegerischen Strukturqualität aktuell erfüllen bzw. bis zum Ablauf der vorgesehenen Übergangsfristen im Jahr 2017 voraussichtlich erfüllen werden. Nachfolgend ist der Umsetzungsstand zum Fachkräftebedarf zusammengefasst. Da die Perinatalbefragung bereits im März 2014 startete bzw. die Vorbereitungen im Februar 2014 abgeschlossen waren, beschränken sich die Ergebnisse zur aktuellen Zielerreichung auf den Januar 2014.

6.1 Schichtbesetzung mit fachweitergebildetem Pflegepersonal

Laut QFR-RL ist in neonatologischen Intensivbereichen in jeder Schicht mindestens eine Gesundheits- und Kinderkrankenschwester mit abgeschlossener Weiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ einzusetzen. Vor diesem Hintergrund sollten die Krankenhäuser angeben, inwieweit sie diese Vorgabe im Januar 2014, dem ersten Monat der Anwendung der novelierten QFR-RL, umsetzen konnten.

Im Januar 2014 kam nur in einem Drittel der Perinatalzentren (34,2%) in jeder Schicht auf der neonatologischen Intensivstation mindestens eine Pflegekraft mit Fachweiterbildung zum Einsatz. Vor allem die Level-2-Zentren hatten Probleme, die QFR-RL in dieser Hinsicht umzusetzen. Hier wurde nur in 21% der Einrichtungen in jeder Schicht eine fachweitergebildete Pflegekraft eingesetzt, während es in den Level-1-Zentren 39% waren (Abb. 1).

Einsatz mindestens einer Gesundheits-/Kinderkrankenschwester mit Weiterbildung "Pädiatrische Intensivpflege" pro Schicht
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 1: Einsatz mindestens einer Fachweitergebildeten pro Schicht (Januar 2014)

Aus naheliegenden Gründen hängt die Umsetzung dieser Vorgabe der QFR-RL von der Anzahl und dem Anteil der Fachweitergebildeten auf den neonatologischen Intensivstationen ab. Zentren, die diese Vorgabe vollumfänglich umsetzen konnten, haben im Mittel eine Fachkraftquote von 40,5%. In Perinatalzentren, wo dies nicht der Fall war, lag die Fachkraftquote bei 27,8%. Perinatalzentren, in denen im Januar 2014 mindestens eine fachweitergebildete Pflegekraft je Schicht zum Einsatz kam, hatten im Durchschnitt 12,2 Fachkräfte. Perinatalzentren, denen dies nicht gelang, hatten im Mittel 6,1 fachweitergebildete Vollkräfte.

Diejenigen Perinatalzentren, welche die entsprechende Vorgabe der QFR-RL nicht umgesetzt haben, sollten angeben, in wie vielen Schichten im Januar 2014 keine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen mit abgeschlossener Weiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ zum Einsatz kam. Da faktisch alle befragten Perinatalzentren angaben, auf den neonatologischen Intensivstationen in einem Dreischichtsystem zu arbeiten (Früh-, Spät- und Nachschicht) – ggf. ergänzt um Zwischendienste – lag die Gesamtzahl der Schichten im Januar 2014 krankenhausübergreifend bei 93 Schichten.

Im Durchschnitt wurde auf den betreffenden neonatologischen Intensivstationen in 34,4 Schichten keine Pflegekraft mit Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ eingesetzt. Dies entspricht somit rund einem Drittel aller Schichten im Januar 2014.

Tab. 21: Schichtbesetzung der neonatologischen Intensivstationen ohne Fachweitergebildete je Perinatalzentrum (Januar 2014)

Schichtbesetzung ohne Fachweitergebildete im Januar 2014	Perinatalzentren gesamt	Perinatalzentren Level 1	Perinatalzentren Level 2
Anzahl der Schichten			
Mittelwert	34,4	29,2	48,7
Standardabweichung	20,7	17,9	21,2
Unteres Quartil	20,0	17,0	36,3
Median	31,0	26,0	47,0
Oberes Quartil	48,5	38,0	63,0

Die Verteilung nach Perinatalzentrum Level 1 und Level 2 kann im Einzelnen der Tab. 21 entnommen werden. Aufgrund ihrer geringeren Fachkräftezahl hatten die Perinatalzentren Level 2 deutlich größere Probleme, die entsprechende Vorgabe der QFR-RL zu erfüllen. Im statistischen Mittel war in 48,7 Schichten, mithin in etwa jeder zweiten Schicht, keine fachweitergebildete Pflegekraft auf der neonatologischen Intensivstation im Dienst. In den Perinatalzentren Level 1 war in durchschnittlich 29,2 Schichten, also in knapp jeder dritten Schicht, keine Fachkraft auf der neonatologischen Intensivstation im Dienst.

6.2 Erreichen der Fachkraftquoten bis 2017

Laut QFR-RL müssen 40% (Perinatalzentren Level 1) bzw. 30% (Perinatalzentren Level 2) der Pflegekräfte in neonatologischen Intensivbereichen eine Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ abgeschlossen haben. Aktuell erreichen die meisten Perinatalzentren diese Fachkraftquoten nicht. In den Perinatalzentren Level 1 hat erst rund ein Viertel der Einrichtungen eine Fachkraftquote von 40% oder mehr, in den Perinatalzentren Level 2 gut ein Drittel eine Fachkraftquote von 30% oder mehr (vgl. Kap. 4.6).

Nach der Übergangsregelung der QFR-RL werden allerdings Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen ohne Fachweiterbildung mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung bis 2017 auf die Fachkraftquoten angerechnet. Bezogen auf den Personalbestand am Jahresende 2013 würde demnach fast jedes Perinatalzentrum in Deutschland die Quoten erreichen (vgl. Kap. 4.8).

Durch die Richtlinie steigt jedoch der Personalbedarf und damit auch die Basis für die Ermittlung der Quoten gemäß der Übergangsregelung (vgl. Kap. 5.1). Bezieht man die aktuelle Vollkräftezahl von Fachweitergebildeten und Pflegekräften ohne Weiterbildung mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege auf den richtlinienbedingten Personalbedarf je neonatologischer Intensivstation, ergeben sich die folgenden Quoten (Tab. 22):

Im Durchschnitt aller Perinatalzentren läge die Fachkraftquote auf den neonatologischen Intensivstationen bei 64%, wenn man die genannten Pflegekräfte ohne Fachweiterbildung auf die Fachkraftquote anrechnen würde. Der entsprechende Wert fällt in Perinatalzentren Level 2 mit 79% merklich höher aus als in den Perinatalzentren Level 1 mit 59%.

Selbst unter Anrechnung von Pflegekräften ohne Weiterbildung mit fünf Jahren Berufserfahrung würden nur 72% der Level-1-Zentren die vorgegebene Fachkraftquote von 40% für diese Versorgungsstufe erreichen. Hingegen würde jedes Level-2-Zentrum der Stichprobe die vorgegebene Fachkraftquote von 30% für diese Versorgungsstufe unter dieser Bedingung erfüllen.

In der Summe über beide Versorgungsstufen würden fast 80% der Perinatalzentren in Deutschland die vorgegebenen Fachkraftquoten bis zum Auslaufen der Übergangsregelung 2017 erfüllen können, wenn man den Personalbedarf gemäß QFR-RL zugrundelegt.

Tab. 22: Erreichen der Fachkraftquoten bis 2017

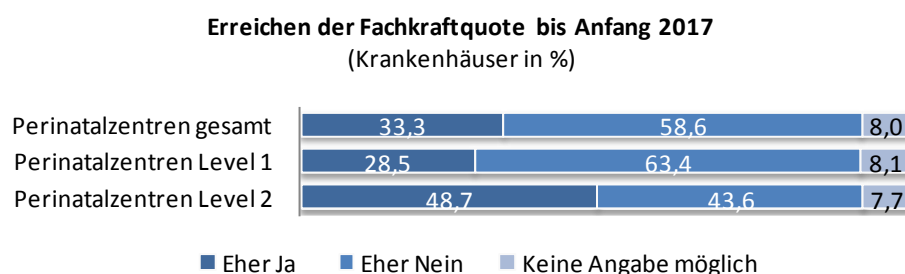
VK ohne WB mit mindestens 5 Jahren Berufserfahrung und VK mit WB	Perinatalzentren Gesamt	Perinatalzentren Level 1	Perinatalzentren Level 2
Anteil am Personalbedarf nach QFR-RL je Perinatalzentrum in %			
Mittelwert	64,4%	59,1%	79,3%
Standardabweichung	24,5%	24,1%	19,2%
Unteres Quartil	42,6%	36,9%	61,2%
Median	64,1%	60,3%	83,0%
Oberes Quartil	85,7%	79,6%	100%
Perinatalzentren in %			
Erreichen der Fachkraftquoten nach QFR-RL bei Anrechnung bis 2017	79,5%	72,3%	100%

6.3 Erreichen der Fachkraftquoten ab 2017

Für die Erfüllung der Fachkraftquoten sind, wie erwähnt, Übergangsfristen bis zum 01.01.2017 vorgesehen. In der Perinatalbefragung sollten die Teilnehmer ihre Erwartung äußern, ob sie bis dahin die jeweilige Fachkraftquote von 40% (Level 1) bzw. 30% (Level 2) erreichen werden oder nicht.

Momentan geht ein Drittel der Perinatalzentren davon aus, die Fachkraftquoten ab 2017 zu erfüllen. 59% der Zentren erwarten hingegen nicht, die Fachkraftquoten zu erreichen. Die übrigen konnten hierzu keine Angaben machen.

In dieser Hinsicht gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Perinatalzentren Level 1 und Level 2 (Abb. 2). Vor allem die Level-1-Zentren sind skeptisch, ihre Fachkraftquote von 40% ab 2017 erfüllen zu können. Fast zwei Drittel (63%) dieser Häuser gehen davon aus, dies nicht zu schaffen. Bei den Level-2-Zentren sind es hingegen knapp 44%.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 2: Erreichen der Fachkraftquote bis Anfang 2017

Level-1-Zentren mit einer positiven Erwartung haben aktuell eine durchschnittliche Fachkraftquote von 38%. In Level-1-Zentren mit negativer Erwartung beträgt die durchschnittliche Fachkraftquote derzeit 32%. In den Level-2-Zentren mit positiver Erwartung liegt die aktuelle Fachkraftquote im Mittel bei 29%. Level-2-Zentren mit negativer Erwartung haben derzeit eine Fachkraftquote von 23%.¹⁵

6.4 Gründe für das Erreichen der Fachkraftquoten ab 2017

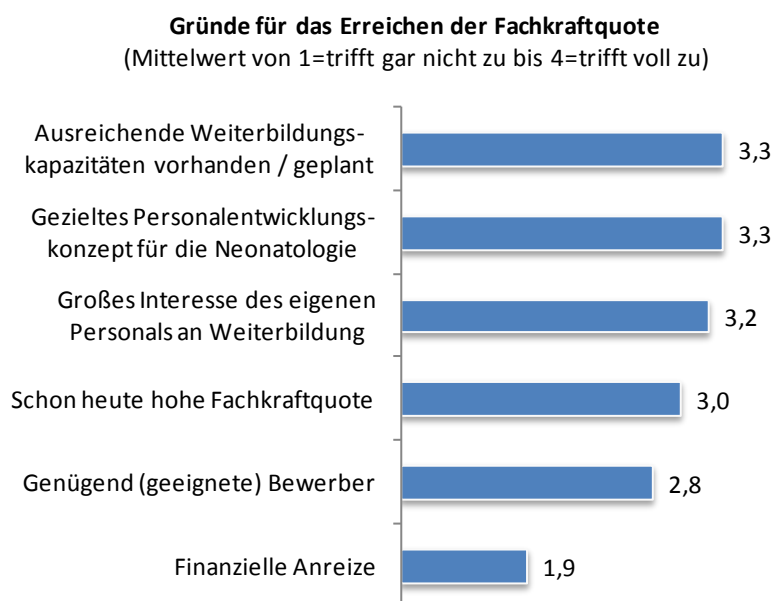
Die Krankenhäuser, welche von einer Erfüllung der Fachkraftquoten für ihr Haus bis zum Jahr 2017 ausgehen, wurden in einer weiteren Frage nach den Gründen hierfür gefragt. Die Mittelwerte für die entsprechenden Items können der Abb. 3 entnommen werden.

¹⁵ In diesem Zusammenhang muss allerdings offen bleiben, inwieweit die Teilnehmer mit positiver Erwartung den Personalbedarf und damit den Fachkräftemehrbedarf infolge der QFR-RL schon hinreichend berücksichtigt haben.

Für die Erfüllung der Fachkraftquoten führen die genannten Häuser vor allem drei Gründe an: das Vorhandensein ausreichender Weiterbildungskapazitäten, ein gezieltes Personalentwicklungskonzept für die Neonatologie sowie ein großes Interesse des eigenen Personals an einer Weiterbildung für pädiatrische Intensivpflege. Jeweils rund 85% der Befragten stimmten diesen Fragen voll oder eher zu.

Darüber hinaus haben diese Häuser schon heute mehrheitlich eine hohe Fachkraftquote und genügend (geeignete) Bewerber für die neonatologische Intensivpflege. Finanzielle Anreize spielen demgegenüber eine untergeordnete Rolle. Nur ein Viertel dieser Einrichtungen plant, über finanzielle Anreize (z.B. außer- oder übertarifliche Zahlungen, Vorweggewährung von Aufstiegsstufen etc.) die Fachkraftquoten gemäß QFR-RL zu erreichen.

Nach Versorgungsstufen werden die aufgeführten Gründe für das Erreichen der Fachkraftquote von den Level-1-Zentren durchweg häufiger genannt als von den Level-2-Zentren. Dies betrifft insbesondere die aktuellen Fachkraftquoten, die vorhandenen Weiterbildungskapazitäten sowie die Personalentwicklungskonzepte für die Neonatologie (Ergebnisse nicht dargestellt).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 3: Gründe für das Erreichen der Fachkraftquote bis Anfang 2017

6.5 Gründe für das Nicht-Erreichen der Fachkraftquoten ab 2017

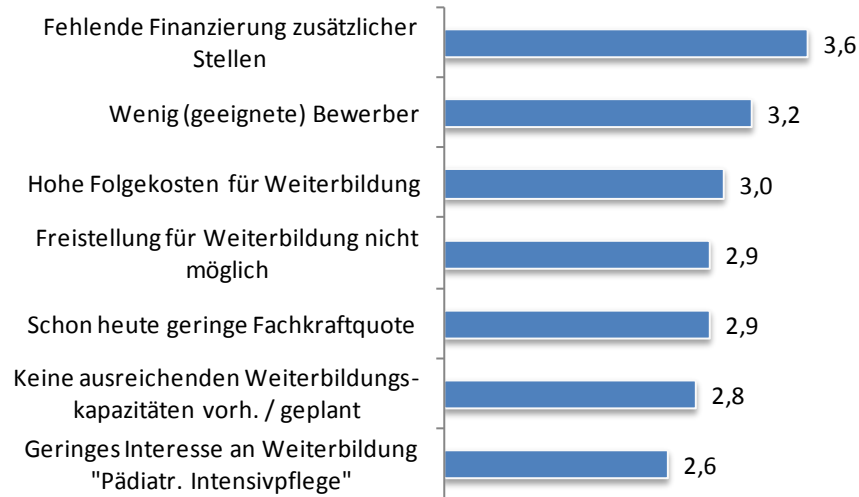
Analog zu den Häusern mit positiven Erwartungen sollen auch die Perinatalzentren, welche nicht von einer Erfüllung der Fachkraftquoten für ihr Haus bis 2017 ausgehen, die Gründe hierfür aufführen (Abb. 4).

Als Hauptgründe, die Fachkraftquoten nicht zu erreichen, werden vor allem finanzielle Argumente genannt. Dies betrifft insbesondere die fehlende Finanzierung zusätzlicher Stellen. 90% der Befragten stimmten dieser Frage voll oder eher zu. Darüber hinaus führten aber auch viele Häuser die hohen Folgekosten für eine Weiterbildung an (z.B. infolge von Freistellungen).

Ansonsten wurde vor allem auf Schwierigkeiten mit Blick auf die aktuelle Personalsituation verwiesen. Dies betrifft etwa eine unzureichende Anzahl geeigneter Bewerber, fehlende Weiterbildungskapazitäten oder eine schon heute geringe Fachkraftquote. Auch die Freistellung des vorhandenen Personals für eine Weiterbildung gestaltet sich infolge der angespannten Stellensituation in vielen Häusern schwierig.

Nach Versorgungsstufen gab es bei dieser Fragestellung kaum Unterschiede zwischen den Perinatalzentren Level 1 und Level 2. Einzig eine schon heute geringe Fachkraftquote wurde von den Level-2-Zentren deutlich häufiger genannt als von den Level-1-Zentren (Ergebnisse nicht dargestellt).

Gründe für das Nicht-Erreichen der Fachkraftquote
 (Mittelwert von 1=trifft gar nicht zu bis 4=trifft voll zu)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 4: Gründe für das Nicht-Erreichen der Fachkraftquote bis Anfang 2017

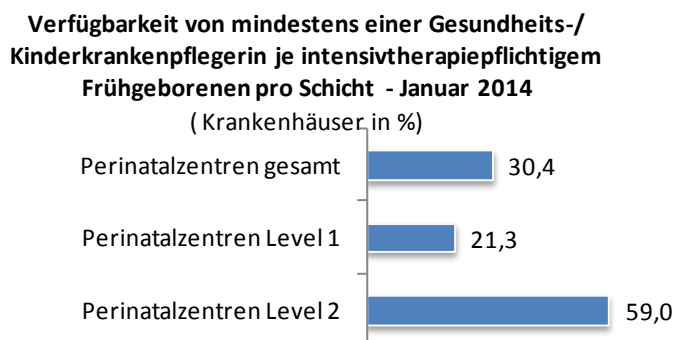
7 Umsetzungsstand zu den Pflegepersonalschlüsseln

Analog zum Fachkräftebedarf sollten sich die Befragungsteilnehmer auch zum Umsetzungsstand der QFR-RL mit Blick auf die Pflegepersonalschlüssel äußern, also inwieweit sie diese aktuell erreichen bzw. bis zum Ablauf der vorgesehenen Übergangsfristen im Jahr 2017 voraussichtlich erreichen werden. Darüber hinaus wurde die diesbezügliche Maßnahmenplanung erhoben.

7.1 Personalschlüssel für intensivtherapiepflichtige Frühgeborene

Laut QFR-RL muss in neonatologischen Intensivbereichen jederzeit mindestens eine Gesundheits- und Kinderkrankenschwester je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen und Schicht verfügbar sein. Vor diesem Hintergrund sollten die Krankenhäuser für den Januar 2014, dem ersten Monat der Anwendung der QFR-RL, angeben, ob sie diese Vorgabe erfüllen konnten. Dies ist überwiegend nicht der Fall (Abb. 5):

Nach Auskunft der Befragungsteilnehmer war im Januar 2014 in 30% der Perinatalzentren jederzeit mindestens eine Pflegekraft je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen und Schicht verfügbar. Diesbezüglich gibt es größere Differenzen nach Versorgungsstufen. Während die Level-2-Zentren mehrheitlich (59%) den Personalschlüssel der QFR-RL erfüllten, war dies in den Level-1-Zentren nur in 21% der Einrichtungen der Fall.¹⁶



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 5: Erreichen des Personalschlüssels für therapiepflichtige Frühgeborene (Januar 2014)

¹⁶ Die Unterschiede sind maßgeblich zurückzuführen auf die deutlich unterschiedliche Belegung mit intensivtherapiepflichtigen Frühgeborenen nach Versorgungsstufen (vgl. im Einzelnen Kap. 4.4.). Im Übrigen muss in diesem Zusammenhang offen bleiben, ob bei den Antworten zum Versorgungsgrad von intensivtherapiepflichtigen Frühgeborenen stets parallel ein angemessener Versorgungsgrad intensivüberwachungspflichtiger Frühgeborener und sonstiger Früh- und Reifgeborener hinreichend berücksichtigt wurde (vgl. zu dieser Problematik Kap. 3.5).

Diejenigen Perinatalzentren, welche die entsprechende Vorgabe der QFR-RL nicht umsetzen konnten, sollten angeben, in wie vielen Schichten im Januar 2014 nicht mindestens eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen verfügbar war. Da faktisch alle befragten Perinatalzentren angaben, auf den neonatologischen Intensivstationen in einem Dreischichtsystem zu arbeiten (Früh-, Spät- und Nachschicht) – ggf. ergänzt um Zwischendienste – lag die Gesamtzahl der Schichten im Januar 2014 krankenhausübergreifend bei 93 Schichten.

In durchschnittlich 53,2 Schichten war in den betreffenden Perinatalzentren nicht mindestens eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen anwesend. Das entspricht somit mehr als der Hälfte (57%) aller Schichten im Januar 2014.

Nach Versorgungsstufen resultierten abermals deutliche Unterschiede (vgl. Tab. 23). Während in den Level-2-Zentren in durchschnittlich 38,8 Schichten nicht mindestens eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen verfügbar war, war dies in Level-1-Zentren in durchschnittlich 55,4 Schichten der Fall. Hier war überdies in fast einem Drittel dieser Zentren (31%) in keiner Schicht nicht mindestens eine Pflegekraft je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen verfügbar.

Tab. 23: Schichtbesetzung für therapiepflichtige Frühgeborene (Januar 2014)

Schichten ohne mindestens eine Gesundheits-/ Kinderkrankenpflegerin je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen im Januar 2014	Perinatalzentren Gesamt	Perinatalzentren Level 1	Perinatalzentren Level 2
Anzahl der Schichten			
Mittelwert	53,2	55,4	38,8
Standardabweichung	33,3	33,2	31,7
Unteres Quartil	22,0	23,5	15,0
Median	49,0	62,0	31,0
Oberes Quartil	93,0	93,0	59,0

7.2 Personalschlüssel für intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene

Auch für intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene gibt die QFR-RL einen Personalschlüssel vor. Danach muss je zwei intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen und Schicht jederzeit mindestens eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin verfügbar sein. Diesbezüglich sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie diese Vorgabe im Januar 2014 erfüllt haben oder nicht.

Ähnlich wie bei den therapiepflichtigen Frühgeborenen war dies auch bei den intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mehrheitlich nicht der Fall. Rund 60% der Perinatalzentren erreichten diesen Personalschlüssel im Januar 2014 nicht, gut 40% erfüllten ihn (Abb. 6.).

Auch bei dieser Frage gab es wiederum ein deutliches Gefälle nach Versorgungsstufen. Während zwei Drittel der Level-2-Zentren die entsprechende Vorgabe der QFR-RL erreichten, war dies in den Level-1-Zentren nur bei knapp einem Drittel der Fall.



Abb. 6: Erreichen des Personalschlüssels für überwachungspflichtige Frühgeborene (Januar 2014)

In Perinatalzentren, die den Personalschlüssel für intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene im Januar 2014 nicht durchgängig umsetzen konnten, war in durchschnittlich 55,5 Schichten nicht mindestens eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je zwei intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen verfügbar. Bezogen auf die Gesamtzahl von 93 Schichten im Januar 2014 entspricht dies einem Anteil von 55%. In einem Drittel dieser Zent-

ren war in keiner Schicht nicht mindestens eine Pflegekraft je zwei intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen verfügbar.

Im Unterschied zu den intensivtherapiepflichtigen Frühgeborenen fallen bei den intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen die Unterschiede nach Versorgungsstufen deutlich geringer aus (Tab. 24). Während in den Level-1-Zentren in durchschnittlich 56,6 Schichten der Personalschlüssel für intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene nicht erfüllt war, war dies in den Level-2 Zentren im Mittel in 49,4 Schichten der Fall.

Tab. 24: Schichtbesetzung für überwachungspflichtige Frühgeborene (Januar 2014)

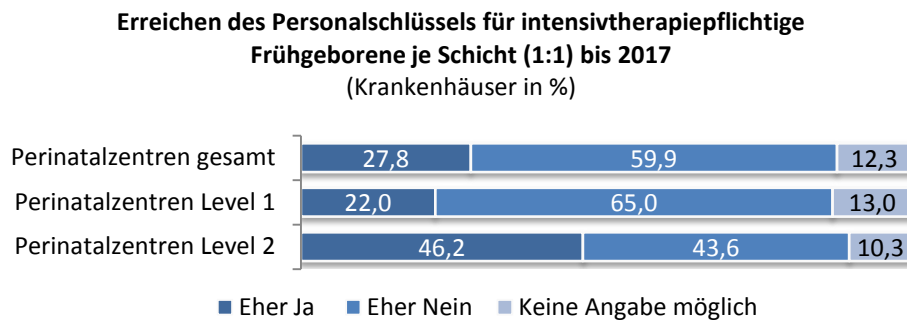
Schichten ohne mindestens eine Gesundheits-/ Kinderkrankenpflegerin je 2 intensivüberwachungspflichtiger Frühgeborener im Januar 2014	Perinatalzentren Gesamt	Perinatalzentren Level 1	Perinatalzentren Level 2
Anzahl der Schichten			
Mittelwert	55,5	56,6	49,4
Standardabweichung	33,4	33,5	34,2
Unteres Quartil	26,5	27,3	18,8
Median	57,5	60,0	43,5
Oberes Quartil	93,0	93,0	93,0

7.3 Erreichen der Pflegepersonalschlüssel bis 2017

Von den Personalschlüsseln für intensivtherapiepflichtige und intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene nach QFR-RL kann in einer Übergangsfrist unter zu begründenden Umständen abgewichen werden (vgl. Kap. 2.5). Nach Ablauf der Übergangsfrist müssen die Schlüssel spätestens ab dem 01.01.2017 erfüllt sein. Im Rahmen der Perinatalbefragung sollten sich die Befragungsteilnehmer zu ihren diesbezüglichen Erwartungen äußern.

Demnach erwarten 28% der Perinatalzentren, dass bei ihnen spätestens ab dem 1.1.2017 jederzeit eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen und Schicht verfügbar sein wird. 60% der Befragungsteilnehmer erwarten dies

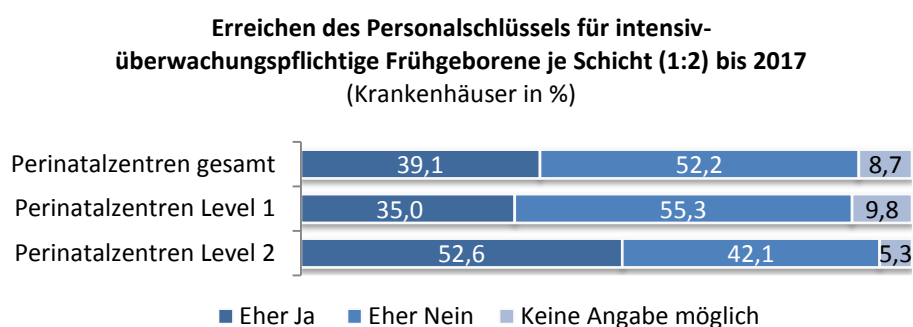
nicht. Die übrigen konnten hierzu keine Angaben machen. Level-1-Zentren (65%) erwarten eher als Level-2-Zentren (44%), den geforderten Personalschlüssel für intensivtherapiepflichtige Frühgeborene nicht zu erreichen (Abb. 7).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 7: Erreichen des Personalschlüssels für therapiepflichtige Frühgeborene bis Anfang 2017

Mit Blick auf den Personalschlüssel für intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene fallen die Einschätzungen etwas besser aus. Hier erwarten 39% der Perinatalzentren, dass spätestens ab dem 1. Januar 2017 jederzeit eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je zwei intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen verfügbar sein wird. Gut die Hälfte der Einrichtungen (52%) glaubt dies nicht. Die übrigen machten hierzu keine Angaben. Level-1-Zentren (55%) gehen eher als Level-2-Zentren (42%) davon aus, den geforderten Personalschlüssel für intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene nicht zu erreichen (Abb. 8).¹⁷



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 8: Erreichen des Personalschlüssels für überwachungspflichtige Frühgeborene bis Anfang 2017

¹⁷ Im Übrigen muss auch hier offen bleiben, ob bei den Antworten zum Versorgungsgrad von intensivtherapie- und intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen stets parallel ein angemessener Versorgungsgrad sonstiger Früh- und Reifgeborener hinreichend berücksichtigt wurde (vgl. zu dieser Problematik Kap. 3.5).

7.4 Abruf von zusätzlichem Personal

Zur Erfüllung der Pflegepersonalschlüssel gemäß QFR-RL kann es sinnvoll sein, ggf. anderweitig Personal abzurufen. Deswegen wurden die teilnehmenden Perinatalzentren gefragt, ob sie kurzfristig geeignetes Pflegepersonal aus anderen Fachbereichen (z.B. Geburtsklinik, Pädiatrie) abrufen oder Rufbereitschaftsdienste für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen vorhalten, um vor allem bei Belegungsspitzen den Personalvorgaben der QFR-RL zu genügen.

Rund ein Drittel der Perinatalzentren rekurriert bei Bedarf auf geeignetes Fachpersonal für die neonatologische Intensivstation aus anderen Fachbereichen. Dies ist in Level-2-Zentren (41%) häufiger der Fall als in Level-1-Zentren (32%). Nur wenige Krankenhäuser (8%) planen in Zukunft, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen, abermals eher Level-2-Zentren als in Level-1-Zentren (Abb. 9).

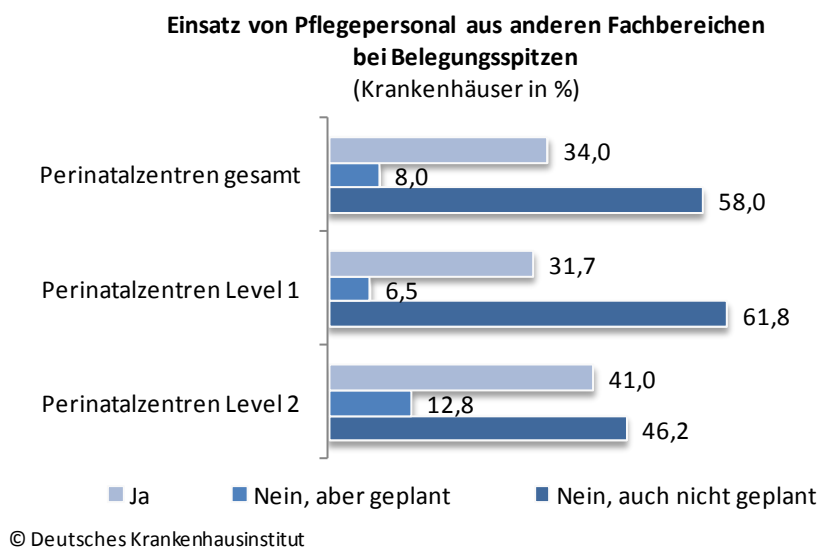
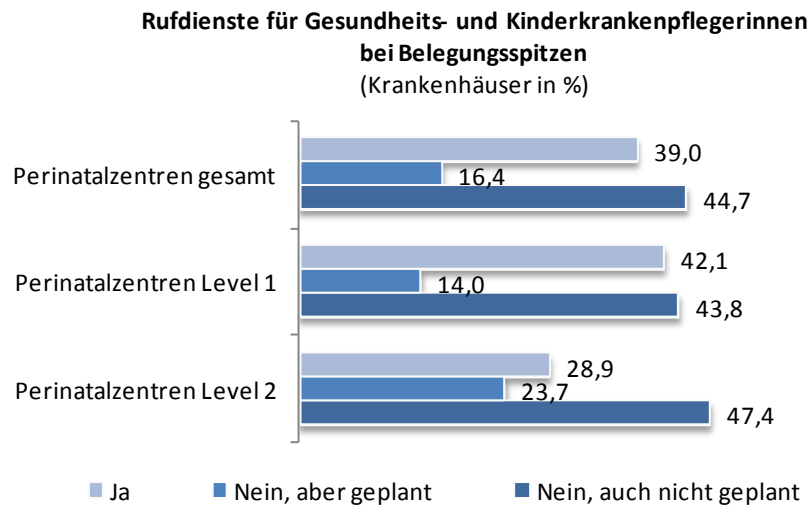


Abb. 9: Einsatz von Personal aus anderen Fachbereichen bei Belegungsspitzen

39% der Perinatalzentren haben aktuell für ihre neonatologische Intensivstation Rufbereitschaftsdienste für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen eingerichtet. Rufdienste gibt es in Level-1-Zentren (42%) häufiger als in Level-2-Zentren (29%). 16% der Zentren planen die Einführung von Rufdiensten für die Zukunft, dabei Level-2-Zentren häufiger als Level-1-Zentren (Abb. 10).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 10: Rufdienste für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen bei Belegungsspitzen

7.5 Maßnahmen zur Steigerung der Personalzahlen

Abschließend zu diesem Fragenkomplex sollten die Krankenhäuser benennen, welche Maßnahmen sie für ihr Haus konkret zur Steigerung der Personalzahlen planen, um die Personalschlüssel gemäß QFR-RL (soweit wie möglich) zu erreichen. Die Antworthäufigkeiten für die diesbezüglichen Fragen können im Einzelnen der Abb.11 entnommen werden.

Schwerpunkte der Maßnahmen bilden demnach eindeutig die Personalentwicklung und die Stärkung der Weiterbildung für die neonatologische Intensivpflege. Rund 85% der Zentren (Antwortkategorien: „trifft voll zu“ und „trifft eher zu“) planen ein gezieltes Personalentwicklungskonzept für die Neonatologie. Fast 80% wollen mehr Mitarbeiter für die Weiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ freistellen.

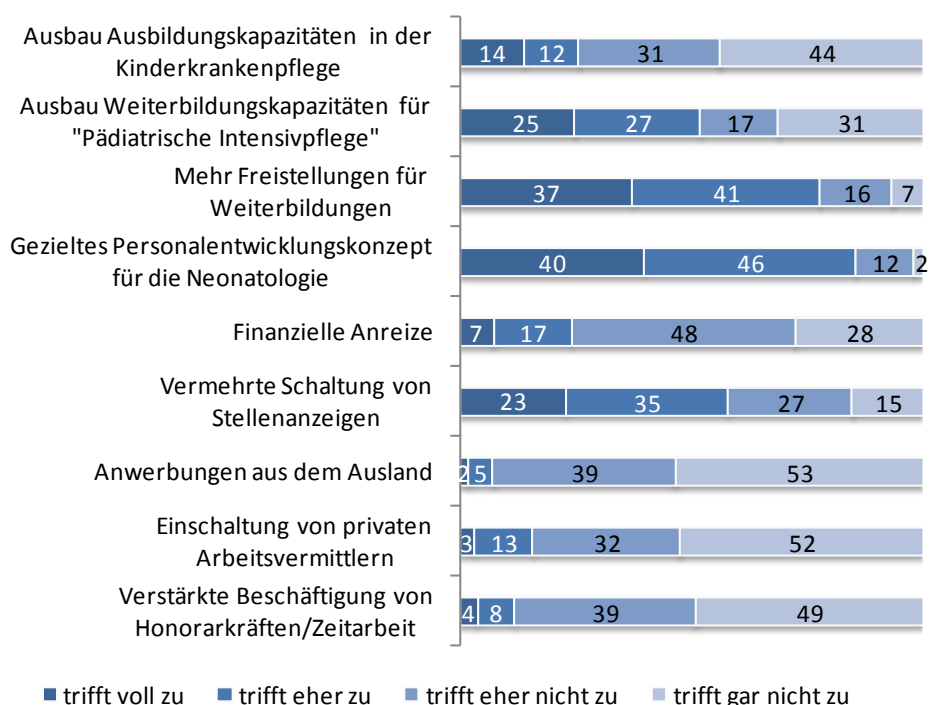
Gut die Hälfte der Perinatalzentren (52%) wird ihre Weiterbildungskapazitäten ausbauen. Ein Ausbau der Ausbildungskapazitäten in der Kinderkrankenpflege als Basis für die künftige Personalrekrutierung in der neonatologischen Intensivpflege ist dagegen seltener geplant.

Mit Blick auf die Personalakquise setzen die Perinatalzentren in erster Linie auf die vermehrte Schaltung von Stellenanzeigen. Die Einschaltung von privaten Arbeitsvermittlern, die ver-

stärkte Beschäftigung von Honorar- oder Zeitarbeitskräften sowie Anwerbungen aus dem Ausland plant hingegen nur eine Minderheit der Perinatalzentren.

Auch den Einsatz von finanziellen Anreizen, wie außer- bzw. übertarifliche Zahlungen oder die Vorweggewährung von Aufstiegsstufen, zieht aktuell nur eine Minderheit der befragten Perinatalzentren in Betracht.

Geplante Maßnahmen zur Steigerung der Personalzahlen
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 11: Maßnahmen zur Steigerung der Personalzahlen (Häufigkeiten)

Abb.12 zeigt die Maßnahmenplanung in Abhängigkeit von der Versorgungsstufe. Aufgeführt sind jeweils die Mittelwerte für die einzelnen Items nach Perinatalzentren Level 1 und Level 2. Dabei fallen die Mittelwerte für die Level-1-Zentren durchweg höher aus als für die Level-2-Zentren. So planen beispielsweise die Perinatalzentren Level 1 einen stärkeren Ausbau ih-

rer Aus- und Weiterbildungskapazitäten, eine vermehrte Freistellung für Weiterbildungen sowie gezielte Personalentwicklungskonzepte für die Neonatologie. Lediglich beim Einsatz finanzieller Anreizinstrumente fallen die Unterschiede in Abhängigkeit von der Versorgungsstufe eher gering aus.

Stellt man in Rechnung, dass die Perinatalzentren Level 1 insgesamt größere Schwierigkeiten haben, die Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität nach der QRF-RL umzusetzen, sind ihre verstärkten Anstrengungen im Vergleich zu den Perinatalzentren Level 2 nachvollziehbar und erwartungskonform.

Geplante Maßnahmen zur Steigerung der Personalzahlen
(Mittelwerte von 1=trifft gar nicht zu bis 4=trifft voll zu)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 12: Maßnahmen zur Steigerung der Personalzahlen nach Versorgungsstufen (Mittelwerte)

8 Stellenbesetzungsprobleme und Stellenplanungen

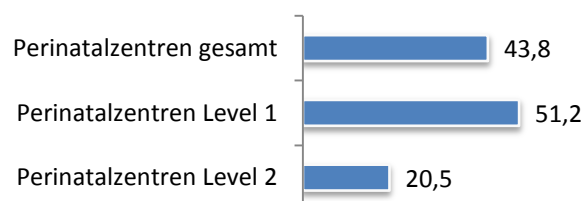
Unabhängig vom zusätzlichen Personalbedarf gemäß QFR-RL ist in der Perinatalbefragung auch untersucht worden, ob die Perinatalzentren schon aktuell von einem Fachkräftemangel in der pädiatrischen Intensivpflege betroffen sind. Verbreitung, Ausmaß und Dauer des Fachkräftemangels geben Auskunft darüber, inwieweit die Richtlinie vorhandene Personalprobleme noch verschärft. Darüber hinaus sind in der Befragung auch die Personalplanungen für die nähere Zukunft thematisiert worden.

8.1 Aktuelle Stellenbesetzungsprobleme

Mit Blick auf den Fachkräftemangel sollten die Perinatalzentren angeben, ob sie zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2014 Probleme hatten, offene Stellen für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen zu besetzen. Der aktuelle Fachkräftemangel in der neonatologischen Intensivpflege wird also darüber gemessen, dass offene Stellen (wieder) besetzt werden sollen, aber mangels (geeigneter) Bewerber nicht besetzt werden können bzw. längere Zeit vakant bleiben.

Im Frühjahr 2014 hatten 44% der Perinatalzentren in Deutschland Stellenbesetzungsprobleme im Bereich der pädiatrischen Intensivpflege (Abb. 13). Von entsprechenden Problemen waren die Perinatalzentren Level 1 deutlich überproportional betroffen. Während hier gut die Hälfte der Zentren (51%) offene Pflegestellen nicht besetzen konnte, war es in den Perinatalzentren Level 2 rund ein Fünftel (21%).

Stellenbesetzungsprobleme in der neonatologischen Intensivpflege
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 13: Stellenbesetzungsprobleme in der neonatologischen Intensivpflege

Die Perinatalzentren ohne entsprechende Stellenbesetzungsprobleme wurden im Rahmen einer offenen Frage nach den Gründen hierfür befragt. Wesentliche Gründe, die hier häufiger

aufgeführt waren, waren insbesondere die Vorhaltung eigener Aus- bzw. Weiterbildungskapazitäten, eine hohe Zahl an geeigneten Bewerbern, eine geringe Fluktuation sowie ein großes Interesse an der neonatologischen Intensivpflege.

8.2 Anzahl offener Stellen

Perinatalzentren mit Stellenbesetzungsproblemen in der neonatologischen Intensivpflege konnten im Mittel 3,1 Vollkraftstellen nicht besetzen. In den Level-1-Zentren blieben durchschnittlich 3,3 Vollkraftstellen unbesetzt, in den Level-2-Zentren im Mittel 2,1 Vollkraftstellen (Abb. 14).

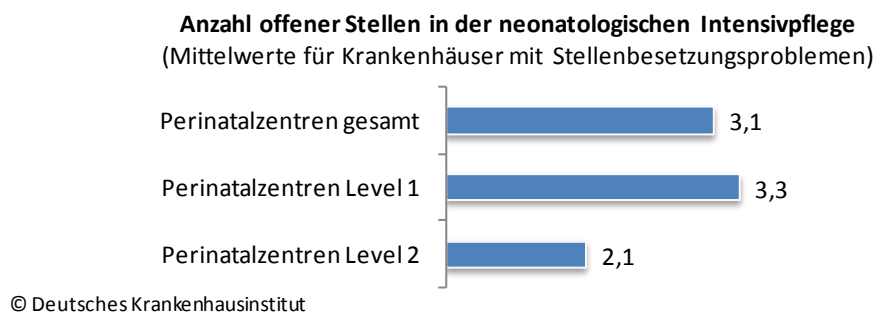


Abb. 14: Anzahl offener Stellen in der neonatologischen Intensivpflege

Bezogen auf die Gesamtzahl der Vollkraftstellen in den jeweiligen Perinatalzentren konnten die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen 12% ihrer Stellen in der neonatologischen Intensivpflege nicht besetzen. In dieser Hinsicht gab es faktisch keine Unterschiede zwischen den Perinatalzentren Level 1 und Level 2.

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Perinatalzentren in Deutschland waren bundesweit rund 5% der einschlägigen Pflegestellen bundesweit unbesetzt.

Es muss in diesem Zusammenhang jedoch offen bleiben, inwieweit bei den Angaben zu den Stellenbesetzungsproblemen schon der zusätzliche Bedarf durch die QFR-RL Berücksichtigung findet. Zumindest bei einem Teil der befragten Perinatalzentren fiel die Anzahl der offenen Stellen so hoch aus, dass der Mehrbedarf durch die QFR-RL bereits einkalkuliert schien. Bei den meisten Perinatalzentren mit Stellenbesetzungsproblemen lag die Anzahl offener

Stellen jedoch deutlich unterhalb des Mehrbedarfs gemäß der Richtlinie, so dass eher von Stellenbesetzungsproblemen für bereits vorhandene Stellen auszugehen ist.

8.3 Dauer der Stellenbesetzungsprobleme

Die Perinatalzentren mit Stellenbesetzungsproblemen sollten angeben, wie lange offene Stellen in der neonatologischen Intensivpflege bei Ihnen im Durchschnitt unbesetzt bleiben. Im Mittel aller Zentren mit Stellenbesetzungsproblemen sind unbesetzte Stellen 21 Wochen, also rund fünf Monate vakant.

Der untere Quartilswert liegt bei knapp elf Wochen und der obere Quartilswert bei 26 Wochen, d.h. in jeweils einem Viertel der betroffenen Perinatalzentren sind die Stellen in der neonatologischen Intensivpflege bis zu elf Wochen bzw. ein halbes Jahr unbesetzt.

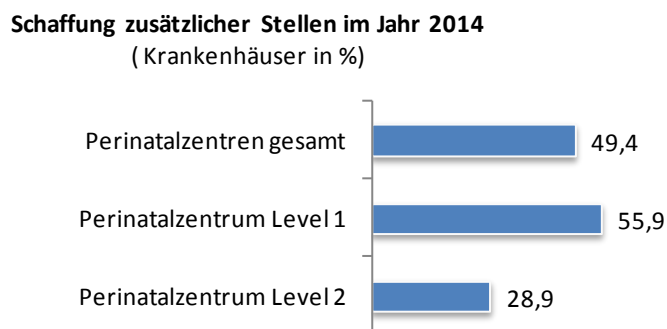
Mit gut 22 Wochen fielen die entsprechenden Vakanzen in den Perinatalzentren Level 1 länger aus als in den Perinatalzentren Level 2 mit knapp 9 Wochen (Tab. 25).

Tab. 25: Dauer von Stellenbesetzungsproblemen

Dauer von Stellenvakanzen in der neonatologischen Intensivpflege	Perinatalzentren Gesamt	Perinatalzentren Level 1	Perinatalzentren Level 2
Dauer in Wochen			
Mittelwert	21,0	22,3	8,9
Standardabweichung	15,5	15,7	3,7
Unteres Quartil	10,5	12,0	5,4
Median	16,0	16,0	10,0
Oberes Quartil	26,0	26,0	12,0

8.4 Schaffung zusätzlicher Stellen in 2014

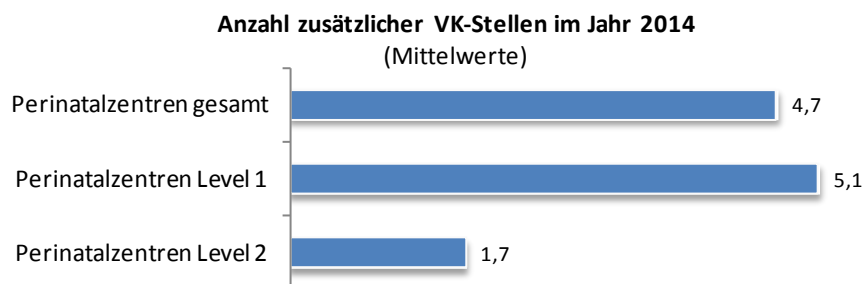
Vor allem mit Blick auf den zusätzlichen Personalbedarf infolge der QFR-RL sollten die Perinatalzentren angeben, inwieweit für das Jahr 2014 die Schaffung zusätzlicher Stellen für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen vorgesehen oder zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2014 schon erfolgt ist. Rund die Hälfte der Befragungsteilnehmer (49%) bejahte diese Frage. Der entsprechende Anteilswert fiel mit 56% in den Level-1-Zentren merklich höher aus als in den Level-2-Zentren mit 29% (Abb. 15).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 15: Schaffung zusätzlicher Stellen im Jahr 2014

Im Durchschnitt planen die genannten Perinatalzentren für 2014 im Vergleich zum Bestand am 31.12.2013 jeweils 4,7 zusätzliche Vollkraftstellen für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen in ihrem neonatologischen Intensivbereich. Die Anzahl zusätzlicher Planstellen fällt in den Perinatalzentren Level 1 mit 5,1 Vollkraftstellen deutlich höher aus als in den Perinatalzentren Level 2 mit durchschnittlich 1,7 zusätzlichen Vollkraftstellen (Abb. 16).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 16: Schaffung zusätzlicher Stellen im Jahr 2014

In diesen Zentren würde eine vollständige Umsetzung dieser Stellenplanung eine Steigerung des Personalbestandes um rund 16% bedeuten.

9 Diskussion

9.1 Zusammenfassung

Mit Wirkung zum 01.01.2014 trat die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) in Kraft. Die QFR-RL regelt verbindliche Mindestanforderungen an die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen in den Krankenhäusern. Die weitestgehenden Qualitätsanforderungen betreffen die pflegerische Strukturqualität für die Perinatalzentren Level 1 und Level 2. Demnach werden definierte Fachkraftquoten für neonatologische Intensivstationen gefordert und strikte Pflegepersonalschlüssel für das Verhältnis von Frühgeborenen und Pflegekräften je Schicht festgelegt.

Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) mit einer Befragung der Perinatalzentren zur pflegerischen Strukturqualität beauftragt. Die Befragung wurde ideell und organisatorisch von den Landeskrankenhausgesellschaften unterstützt. Ziel des Projektes war es, den aktuellen Umsetzungsstand und die Auswirkungen der Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität auf die Perinatalversorgung zu untersuchen, um daraus Handlungsoptionen für die Zukunft abzuleiten. Die Perinatalbefragung war eine standardisierte schriftliche Vollerhebung in den Perinatalzentren Level 1 und Level 2 in Deutschland. Von den 240 Perinatalzentren bundesweit haben 163 Einrichtungen an der Befragung teilgenommen (Rücklaufquote: 68%).

Im Rahmen des Projektes sollten bestimmte Forschungsfragen beantwortet werden (vgl. Kap. 1). Basierend auf diesen Forschungsfragen sind nachfolgend die wesentlichen Ergebnisse der Studie zusammengefasst:

- Aktuelle Erfüllung der Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität

Die Perinatalzentren erfüllen derzeit die Anforderungen an die pflegerische Strukturqualität der neonatologischen Intensivstationen mehrheitlich nicht. Dies gilt für die Pflegepersonalschlüssel und, mit Einschränkungen, auch für den Fachkräftebedarf:

Laut QFR-RL sollen 40% (Perinatalzentrum Level 1) bzw. 30% (Perinatalzentrum Level 2) der Pflegekräfte in neonatologischen Intensivbereichen eine Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ abgeschlossen haben. Am Jahresende 2013 hatten erst 26% der Perinatal-

zentren Level 1 eine Fachkraftquote von 40% oder mehr und 34% der Perinatalzentren Level 2 eine Fachkraftquote von 30% oder mehr.

Allerdings sieht die QFR-RL eine Übergangsregelung vor, wonach Pflegekräfte ohne Fachweiterbildung mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege bis zum 31.12.2016 auf die Fachkraftquoten angerechnet werden können. Legt man den aktuellen Personalbestand zugrunde, erfüllt demnach fast jedes Perinatalzentrum (99%) die Fachkraftquoten. Auch unter Zugrundelegung des zukünftigen Personalmehrbedarfs durch die Vorgaben der QFR-RL würden bereits heute 80% der Perinatalzentren diese Quoten erreichen, solange die Übergangsregelung gilt.

Über die Fachkraftquoten hinaus ist gemäß QFR-RL in neonatologischen Intensivbereichen in jeder Schicht mindestens eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin mit abgeschlossener Weiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ einzusetzen. Im Januar 2014, dem ersten Monat der Anwendung der novellierten Richtlinie, kam in 34% der Perinatalzentren in jeder Schicht mindestens eine Pflegekraft mit Fachweiterbildung zum Einsatz.

Für intensivtherapiepflichtige und intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene gibt die QFR-RL Pflegepersonalschlüssel vor. Das Verhältnis von Frühgeborenen zu Pflegekräften (Vollzeitäquivalente) beträgt demnach 1:1 für die therapiepflichtigen Frühgeborenen und 1:2 für die überwachungspflichtigen Frühgeborenen.

Nach Auskunft der Befragungsteilnehmer erfüllten im Januar 2014 30% der Perinatalzentren den Personalschlüssel für intensivtherapiepflichtige Frühgeborene. In Perinatalzentren, welche den Pflegepersonalschlüssel nicht erfüllten, war in 57% aller Schichten im Januar 2014 nicht mindestens eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen anwesend.

Bei den intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen erreichten 41% der Zentren den Personalschlüssel im Januar 2014. In Perinatalzentren, welche den Pflegepersonalschlüssel nicht erfüllten, war in 55% aller Schichten im Januar 2014 nicht mindestens eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je zwei intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen anwesend.

Mit Blick auf die Umsetzbarkeit von Fachkraftquoten und Personalschlüssel gemäß QFR-RL kommt erschwerend hinzu, dass aktuell schon 43% der Perinatalzentren Probleme haben,

offene Stellen im Pflegedienst zu besetzen. Im Schnitt sind dort gut drei Vollkraftstellen unbesetzt. Die Stellenvakanzen dauern durchschnittlich rund fünf Monate.

- Erfüllung der Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität bis 2017

Die Perinatalzentren erwarten mehrheitlich nicht, die Anforderungen an die pflegerische Strukturqualität bis Anfang 2017 erfüllen zu können. Dies gilt gleichermaßen für die Fachkraftquoten und die Pflegepersonalschlüssel:

Momentan geht ein Drittel der Perinatalzentren davon aus, die Fachkraftquoten bis zum Ablauf der Übergangsfrist zu erfüllen. 59% der Zentren erwarten hingegen nicht, die Fachkraftquoten zu erreichen. Die übrigen konnten hierzu keine Angaben machen. Vor allem die Level-1-Zentren sind skeptisch, ihre Fachkraftquote von 40% bis 2017 erfüllen zu können. Fast zwei Drittel (63%) dieser Häuser gehen davon aus, dies nicht zu schaffen. Bei den Level-2-Zentren gehen 44% der Einrichtungen davon aus, die Fachkraftquote von 30% bis 2017 nicht erfüllen zu können.¹⁸

28% der Perinatalzentren erwarten, bis Anfang 2017 den Pflegepersonalschlüssel für intensivtherapiepflichtige Frühgeborene erfüllen zu können. 60% der Befragungsteilnehmer erwarten dies nicht. Die übrigen konnten hierzu keine Angaben machen.

Mit Blick auf die Personalschlüssel für intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene fallen die Einschätzungen etwas besser aus. Hier erwarten 39% der Perinatalzentren den entsprechenden Personalschlüssel bis Anfang 2017 erfüllen zu können. 52% der Einrichtungen glaubt dies nicht. Die übrigen machten hierzu keine Angaben.

Unabhängig von den individuellen Erwartungen der Perinatalzentren zeigt die vorliegende Studie, dass der personelle und finanzielle Mehrbedarf nach der Richtlinie insgesamt so groß ist, dass er mit den vorhandenen personellen und finanziellen Ressourcen weder aktuell noch bis 2017 gedeckt werden kann. Dies schließt nicht aus, dass einzelne Perinatalzentren die Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität zeitnah umsetzen werden.

¹⁸ In diesem Zusammenhang muss allerdings offen bleiben, inwieweit Teilnehmer mit positiver Erwartung den Personalmehrbedarf und damit den Fachkräftemehrbedarf infolge der QFR-RL schon hinreichend berücksichtigt haben. Das gilt analog für die nachfolgend dargestellten Erwartungen, die Pflegepersonalschlüssel bis 2017 erfüllen zu können

- Auswirkungen auf den Personalbedarf

Die Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität führen zu einem deutlichen Anstieg des Personalbedarfs in den Perinatalzentren im Allgemeinen sowie einem erheblichen Anstieg des Bedarfs an Fachkräften mit Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ im Besonderen:

Hochgerechnet gab es zum Jahresende 2013 bundesweit 5.888 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen in der neonatologischen Intensivpflege (Vollkräfte).

Unter Zugrundelegung der Belegungstage für das Jahr 2013 (Durchschnittsbelegung) und der Pflegepersonalschlüssel der Richtlinie liegt der Personalbedarf der Perinatalzentren bei insgesamt 8.412 Vollkräften in der neonatologischen Intensivpflege.

Stellt man die Soll-Personalzahlen gemäß QFR-RL den Ist-Personalzahlen für das Jahr 2013 gegenüber, resultiert ein Personalmehrbedarf von absolut 2.524 Vollkräften oder, relativ gesehen, von 43%.

Der Mehrbedarf ist, absolut wie relativ gesehen, weitgehend auf die Perinatalzentren Level 1 zurückzuführen. Hier beträgt der absolute Mehrbedarf 2.370 Vollkräfte und der relative Mehrbedarf 49%. Demgegenüber liegt der absolute Mehrbedarf in den Perinatalzentren Level 2 bei 154 Vollkräften bzw. relativ bei 15%. Vom gesamten Mehrbedarf von 2.524 Vollkräften entfallen 94% auf die Level-1-Zentren und 6% auf die Level-2-Zentren.

Hochgerechnet gab es zum Jahresende 2013 bundesweit in den Perinatalzentren 1.883 Vollkräfte mit einer Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“.

Infolge des Personalbedarfs und der Fachkraftquoten gemäß der Richtlinie beträgt der Fachkräftebedarf auf den neonatologischen Intensivstationen der Perinatalzentren insgesamt 3.248 Vollkräfte.

Stellt man das Fachkräfte-Soll gemäß QFR-RL dem Ist-Bestand des Jahres 2013 gegenüber, resultiert ein Fachkräftemehrbedarf von absolut 1.365 Vollkräften oder, relativ gesehen, von 73%.

Abermals ist der Mehrbedarf an Fachweitergebildeten, absolut wie relativ gesehen, überproportional auf die Perinatalzentren Level 1 zurückzuführen. Hier beträgt der absolute Mehrbedarf 1.291 Vollkräfte und der relative Mehrbedarf 80%. Demgegenüber liegt der absolute

Mehrbedarf in den Perinatalzentren Level 2 bei 74 Vollkräften bzw. 27%. Vom gesamten Mehrbedarf von 1.365 Vollkräften entfallen 95% auf die Level-1-Zentren und 5% auf die Level-2-Zentren.

- Auswirkungen auf den Finanzbedarf

Die Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität führen zu einem deutlichen Kostenanstieg in den deutschen Perinatalzentren. Mehrkosten entstehen durch den Personal- und Fachkräftemehrbedarf gemäß QFR-RL, Freistellungen für erforderliche Weiterbildungen sowie die zusätzliche Personalvorhaltung zur Abdeckung von Belegungsspitzen:

Im Jahr 2013 lagen die Gehaltskosten für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen auf den neonatologischen Intensivstationen der deutschen Perinatalzentren hochgerechnet bei rund 294,6 Mio. EUR.

Unter Zugrundelegung der Belegungstage für das Jahr 2013 (Durchschnittsbelegung) und des darauf basierenden Personal- und Fachkräftebedarfs nach der QFR-RL würden die Gehaltskosten für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen ca. 423,3 Mio. EUR betragen.

Bei einem Abgleich von Gehaltskosten für das Jahr 2013 und Soll-Kosten gemäß QFR-RL ergeben sich bundesweit Mehrkosten durch die Richtlinie von absolut 128,7 Mio. EUR oder, relativ gesehen, von 44%.

Diese Mehrkosten sind überproportional auf die Perinatalzentren Level 1 zurückzuführen. Hier liegen die Mehrkosten bei knapp 121 Mio. EUR oder rund 50%. Demgegenüber tragen die Mehrkosten in den Perinatalzentren Level 2 rund 7,8 Mio. EUR bzw. rund 16%.

Über die direkten Personal- oder Gehaltskosten hinaus entstehen indirekte Kosten durch erforderliche Freistellungen zur Weiterbildung für die pädiatrische Intensivpflege. Diese Zusatzkosten für Freistellungen zur Weiterbildung liegen schätzungsweise bei 30,7 Mio. EUR.

Infolge der schichtorientierten Pflegepersonalschlüssel müssen die Perinatalzentren zur Abdeckung von Belegungsspitzen mehr Personal vorhalten als gemäß der durchschnittlichen Belegung erforderliche wäre. Dadurch würden der Personalmehrbedarf und die Mehrkosten nochmals deutlich steigen. Eine exakte Quantifizierung dieses Effektes ist in dieser Studie nicht erfolgt. Abweichungen von der Durchschnittsbelegung von 50 bis 100% oder mehr er-

scheinen aber durchaus realistisch; in jeden Fall liegen sie mindestens im oberen zweistelligen Prozentbereich.

- Geplant Maßnahmen in den Perinatalzentren

Schwerpunkte der Handlungsmaßnahmen in den Perinatalzentren bilden die Personalentwicklung, die Stärkung der Weiterbildung pädiatrische Intensivpflege und die Personalakquise:

Rund 85% der Perinatalzentren planen ein gezieltes Personalentwicklungskonzept für die Neonatologie. Fast 80% wollen mehr Mitarbeiter für die Weiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ freistellen. Gut die Hälfte der Perinatalzentren wird ihre Weiterbildungskapazitäten ausbauen. Ein Ausbau der Ausbildungskapazitäten in der Kinderkrankenpflege als Basis für die künftige Personalrekrutierung in der neonatologischen Intensivpflege ist dagegen seltener geplant.

Mit Blick auf die Personalakquise setzen die Perinatalzentren in erster Linie auf die vermehrte Schaltung von Stellenanzeigen. Die Einschaltung von privaten Arbeitsvermittlern, die verstärkte Beschäftigung von Honorar- oder Zeitarbeitskräften sowie Anwerbungen aus dem Ausland plant hingegen nur eine Minderheit der Perinatalzentren. Auch den Einsatz von finanziellen Anreizinstrumenten ziehen aktuell nur wenige Zentren in Betracht.

Angesichts des erforderlichen Personalmehrbedarfs infolge der Richtlinie plant rund die Hälfte der Perinatalzentren für 2014 die Schaffung zusätzlicher Stellen für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen in der neonatologischen Intensivpflege. Im Vergleich zum Personalbestand Ende 2013 sind durchschnittlich fünf zusätzliche Vollkraftstellen für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen vorgesehen. In diesen Zentren würde eine vollständige Umsetzung dieser Stellenplanung eine Steigerung des Personalbestandes um rund 16% bedeuten.

Vor allem zur Abdeckung von Belegungsspitzen rufen aktuell jeweils rund 40% der Perinatalzentren kurzfristig geeignetes Pflegepersonal aus anderen Fachbereichen ab (z.B. Geburtsklinik, Pädiatrie) oder halten Rufbereitschaftsdienste für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen vor. Von den übrigen Einrichtungen planen künftig nur wenige den Einsatz dieser Instrumente.

9.2 Handlungsempfehlungen

Die letzte Forschungsfrage betrifft die Ableitung von Handlungsoptionen aus der Perinatalbefragung (vgl. Kap. 1). In diesem Sinne werden nachfolgend die wesentlichen praktischen Schlussfolgerungen aus den Untersuchungsergebnissen gezogen. Diese betreffen im Einzelnen die Aus- und Weiterbildungsstätten, die Perinanzentren selbst, unterstützende Maßnahmen von Politik und Selbstverwaltung sowie die Überarbeitung der Richtlinie.

- Ausbau der Weiterbildungskapazitäten

Mit den vorhandenen Weiterbildungskapazitäten für die pädiatrische Intensivpflege sind die Fachkraftquoten gemäß der QFR-RL definitiv nicht zu erreichen. Deswegen sind die Weiterbildungskapazitäten merklich auszubauen.

Derzeit gibt es - einer Abfrage der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) bei den Landeskrankenhausgesellschaften zufolge – bundesweit ca. 40 Weiterbildungsstätten für die theoretische Weiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ mit rund 400 Weiterbildungsplätzen. Der Fachkräftemehrbedarf infolge der Richtlinie beträgt 1.365 Vollkräfte und ist damit mehr als dreimal größer als die aktuelle Anzahl der Weiterbildungsplätze. Überdies ist davon auszugehen, dass die vorhandenen Weiterbildungsplätze größtenteils zur Deckung des Ersatzbedarfs für aus der neonatologischen Intensivpflege ausscheidende Pflegekräfte benötigt werden.

Würde man beispielsweise hypothetisch unterstellen, dass von den 400 Weiterbildungsplätzen bundesweit 100 Plätze zur Deckung des Mehrbedarfs zur Verfügung stünden, dann wäre c.p. bei einer zweijährigen Weiterbildung der Fachkräftemehrbedarf von 1.365 Vollkräften erst im Jahre 2030 gedeckt. Wollten die Perinanzentren in Deutschland den Fachkräftemehrbedarf von 1.365 Vollkräften bis zum Auslaufen der Übergangsfrist Anfang 2017 realisieren, müssten faktisch kurzfristig Weiterbildungsplätze in gleicher Anzahl zusätzlich eingerichtet werden. Selbst bei einer Verdopplung der Anzahl der Weiterbildungsplätze wäre frühestens zu Beginn des nächsten Jahrzehnts der Mehrbedarf gedeckt. Dabei ist unklar, ob es selbst bei einem deutlichen Ausbau der Weiterbildungskapazitäten genügend Interessenten für die Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ geben wird.

Die Fachkraftquoten der Richtlinie sind nur bei einem zügigen und umfassenden Ausbau der Weiterbildungskapazitäten zu erreichen. Es ist letztlich politisch zu entscheiden, in welchem

Umfang und in welchem Zeitraum die Weiterbildungsplätze auszubauen sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei steigenden Fachkräftezahlen längerfristig auch der Ersatzbedarf für aus der neonatologischen Intensivpflege ausscheidende Fachkräfte zunehmen wird.

In jedem Fall können die Fachkräftezahlen nicht stärker steigen als die aktuell oder künftig verfügbaren Weiterbildungsplätze. Deswegen ist die Übergangsfrist für die Erreichung der Fachkraftquoten gemäß QFR-RL zeitlich an die Entwicklung der Weiterbildungskapazitäten für die pädiatrische Intensivpflege zu koppeln. D. h. die Übergangsfrist ist solange zu verlängern, bis hinreichend Weiterbildungsplätze geschaffen bzw. ausreichend Weiterbildungsabsolventen verfügbar sind.

Analoge Überlegungen wie für die Weiterbildungskapazitäten gelten im Prinzip auch für die Ausbildungskapazitäten in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Laut QFR-RL muss der Pflegedienst auf neonatologischen Intensivstationen aus Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen bestehen. Angesichts eines Personalmehrbedarfs infolge der Richtlinie von 2.524 Vollkräften erscheint es kaum realistisch, dass dieser Bedarf mit den vorhandenen Ausbildungskapazitäten in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gedeckt werden kann.

Aktuell gibt es rund 6.300 Schülerinnen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, die größtenteils für den (Ersatz-)Bedarf in der Kinderkrankenpflege ausgebildet werden dürften. Überdies sind derzeit gut 9.100 Plätze für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen in den Ausbildungsstätten (Pflegesschulen) vorhanden (Statistisches Bundesamt, 2012). D.h. zur Deckung des Personalmehrbedarfs in der pädiatrischen Intensivpflege müssten die genannten Plätze zu großen Teilen besetzt und in den Krankenhäusern zusätzliche Stellen für die praktische Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege geschaffen werden. Mit Blick auf den längerfristigen Personalausbau in der neonatologischen Intensivpflege ist deswegen auch eine Anpassung der besagten Ausbildungskapazitäten zu bedenken.

- Personalentwicklung in Krankenhäusern mit Perinatalzentren

Auch die Krankenhäuser mit Perinatalzentren können durch gezielte Aktivitäten zur Deckung des Personalmehrbedarfs in der neonatologischen Intensivpflege beitragen. Schwerpunkte sind hier insbesondere die Personalakquise, die Personalentwicklung und die Freistellung für Weiterbildungen:

Mit Blick auf die Personalakquise ist zunächst an Instrumente zu denken, die heute schon mehr oder weniger häufig zum Einsatz kommen, etwa die Schaltung von Stellenanzeigen, Anwerbungen aus dem Ausland, Einschaltung von privaten Arbeitsvermittlern oder die verstärkte Beschäftigung von Honorar- oder Zeitarbeitskräften. Angesichts der Knappheit an verfügbaren Arbeitskräften für die neonatologische Intensivpflege dürften diese Instrumente aber nur bedingt erfolgreich sein. Nicht zielführend ist es überdies, Personalakquise zu Lasten anderer Perinatalzentren zu betreiben.

Vielversprechender erscheint es daher, anderweitig Interesse für die neonatologische Intensivpflege zu wecken. Zu denken ist hier etwa an die Präsenz auf Personalmessen oder Jobbörsen, an Informationsveranstaltungen für Pflegeberufe, etwa im Krankenhaus oder in Schulen, oder an PR- oder Imagekampagnen für das Berufsbild. Da das Berufsbild möglicherweise auch medizintechnisch interessierte Zielgruppen anspricht, die ansonsten weniger Interesse an der Pflegearbeit im Krankenhaus haben, erscheinen entsprechende Aktivitäten durchaus zielführend. Für die Personalakquise dürften sich allerdings erst mittel- bis langfristige Erfolge zeigen.

Personalentwicklung meint die systematische Förderung der beruflichen Entwicklung von Mitarbeitern. Darunter fallen klassische Instrumente der Personalentwicklung wie Einarbeitungs-, Fortbildungs- und Weiterbildungskonzepte oder Mentorenprogramme. Dazu zählt aber insbesondere eine Karriereplanung, die schon in der Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege Karriereoptionen für die neonatologische Intensivpflege sowie nach der Ausbildung gezielte Weiterbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten dort eröffnet. Angesichts eines attraktiven Berufsbildes dürfte eine gezielte Personalentwicklung für die Selbstrekrutierung von Pflege- und Fachpersonal für die neonatologische Intensivpflege in hohem Maße förderlich sein.

In dem Maße, wie die Weiterbildungskapazitäten ausgebaut bzw. die Weiterbildungen refinanziert sind (s.u.), sollten die Krankenhäuser mit Perinatalzentren mehr Personal für die Weiterbildung in der pädiatrischen Intensivpflege freistellen. Das Pflegepersonal müsste hierfür gezielt angesprochen und motiviert werden. Krankenhausseitig ist für diesen Zweck die Organisation und Praxisanleitung vor allem der praktischen Weiterbildung im Krankenhaus zu gewährleisten.

- Refinanzierung von Mehrkosten

Durch die Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität in der QFR-RL entstehen erhebliche Mehrkosten. Diese Mehrkosten müssen vollumfänglich refinanziert werden, damit die Krankenhäuser die Richtlinie umsetzen können. Das betrifft gleichermaßen die Refinanzierung der direkten Kosten für den Personalmehrbedarf, der indirekten Kosten für Freistellungen zur Weiterbildung sowie der Mehrkosten zur Abdeckung von Belegungsspitzen:

Aufgrund der retrospektiven Kalkulation der DRGs können die richtlinienbedingten Mehrkosten im Pflegedienst (Gehaltskosten für den Personalmehrbedarf und Zusatzkosten für Freistellungen zur Weiterbildung) einstweilen nicht in die Kalkulation der Fallpauschalen einfließen. Bis zur Schaffung hinreichender Kalkulationsgrundlagen müssen die Mehrkosten daher im Rahmen eines Sonderförderprogramms der Bundesregierung für die neonatologische Intensivpflege refinanziert werden.

Die entsprechenden Finanzmittel müssen bis zur hinreichenden Berücksichtigung der Kosten im DRG-System jährlich zur Verfügung gestellt werden. Für die Verteilung der Finanzmittel auf die einzelnen Perinatalzentren sind Verteilungsschlüssel festzulegen.

Mit Blick auf etwaige Mehrkosten für Belegungsspitzen ist zunächst grundsätzlich die Frage zu klären, ob und inwieweit an den schichtorientierten Pflegepersonalschlüsseln festgehalten oder zu periodenorientierten Personalschlüsseln übergegangen werden soll (s.u.). Letztere dürften sich, je nach Ausgestaltung, mehr oder weniger an der Durchschnittsbelegung orientieren. Mehrkosten für Belegungsspitzen würden demnach nicht oder eher in relativ geringem Umfang entstehen.

Wird hingegen an den schichtorientierten Personalschlüsseln festgehalten, würden erhebliche Mehrkosten für die Personalvorhaltung zur Abdeckung von Belegungsspitzen resultieren. Die Gegenfinanzierung muss dann konsequenterweise auch zunächst über ein Sonder-

förderungsprogramm für die neonatologische Intensivpflege und mittelfristig über die DRGs erfolgen.

Hinsichtlich der Refinanzierung der Mehrkosten nach der QFR-RL sind schließlich noch sonstige Kosten zu ermitteln oder zu taxieren, die nicht Gegenstand dieser Studie waren. Dies betrifft insbesondere die Zusatzkosten für den Ausbau der Weiterbildungskapazitäten (und eines ggf. erforderlichen parallelen Ausbaus der Ausbildungskapazitäten in der Kinderkrankenpflege als qualifikatorische Basis für die Weiterbildung) sowie weitere Kosten wie zusätzliche Sach- und Administrationskosten für den Personalmehrbedarf.

- Periodenbezogene Bemessung der Pflegepersonalschlüssel

Die Pflegepersonalschlüssel der QFR-RL sind schichtbezogen und prospektiv definiert. Besser wäre es, die Personalschlüssel periodenbezogen und retrospektiv zu bemessen:

Künftig muss in jeder einzelnen Schicht für intensivtherapiepflichtige Frühgeborene ein Pflegepersonalschlüssel von 1:1 und für intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene ein Schlüssel von 1:2 erfüllt sein. In letzter Konsequenz bedeutet dies, dass die Perinatalzentren zur Abdeckung von Belegungsspitzen mehr Personal vorhalten müssen, als sie nach ihrer Durchschnittsbelegung benötigen. Dies dürfte in vielen Perinatalzentren zu einem deutlichen Anstieg des Personalbedarfs und der Personalkosten führen.

Die ohnehin gravierenden Kosten- und Personalprobleme durch die QFR-RL werden durch die schichtbezogenen Personalschlüssel somit nochmals massiv verschärft.

Das für Belegungsspitzen zusätzlich erforderliche Personal ist zudem in Belegungstätern nur sehr begrenzt anderweitig einsetzbar. Eine konsequente Umsetzung der Personalschlüssel der Richtlinie dürfte somit zu erheblichen Überkapazitäten in der neonatologischen Intensivpflege führen (wenn man die Durchschnittsbelegung zugrunde legt). Es ist letztlich politisch zu entscheiden, inwieweit man – langfristig – entsprechende Überkapazitäten im Sinne einer hohen Versorgungsqualität der Perinatalversorgung akzeptiert und finanziert.

Mit Blick auf die - mittelfristige - Umsetzbarkeit der Richtlinie sollten die Pflegepersonalschlüssel bis auf Weiteres aber nicht mehr schichtbezogen, sondern periodenorientiert festgelegt werden, also an Durchschnitts- oder Referenzwerten pro Periode ausgerichtet sein (z.B. Quartal, Halbjahr, Jahr). Die Bemessung der Pflegepersonalschlüssel könnte sich etwa

an der Durchschnittsbelegung einer Periode orientieren oder an anderen Referenzwerten, z.B. einem bestimmten Prozentsatz von Schichten je Periode, in denen die Personalschlüssel erfüllt sein müssen. Periodenorientierte Schlüssel dürften die Umsetzbarkeit der Richtlinie damit deutlich erhöhen, insofern die Personalbedarfsplanung nicht mehr an Belegungsspitzen auszurichten wäre.

Darüber hinaus ist auch die prospektive Ausrichtung der Personalschlüssel ggf. zu überdenken. Denn die künftige Belegung je Periode lässt sich aufgrund starker Belegungsschwankungen in der Neonatologie nur schwer prognostizieren; dementsprechend ist eine verlässliche, an den Pflegepersonalschlüsseln orientierte Personalplanung kaum möglich. Die Festlegung periodenbezogener Personalschlüssel sollte sich deswegen an Durchschnitts- oder Referenzwerten aus der Vergangenheit orientieren (z. B. des letzten Jahres oder mehrerer Vorjahre). Die damit einhergehende Planungssicherheit dürfte die Praktikabilität der Richtlinie gleichfalls steigern.

- Verlängerung von Übergangsregelungen

Für bestimmte Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität sieht die QFR-RL Ausnahme- oder Übergangsregelungen bis Anfang 2017 vor, damit den Einrichtungen mehr Zeit bleibt, die Vorgaben zu erfüllen. Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, diese Regelungen zu verlängern:

Dies betrifft zum einen die Übergangsregelung für die Pflegepersonalschlüssel für intensivtherapiepflichtige und intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene. Von diesen Schlüsseln kann „unter zu begründenden Umständen“ - einstweilen bis Anfang 2017 - abgewichen werden. Die „zu begründenden Umstände“ sind jedoch in der Richtlinie nicht definiert. In erster Linie dürften damit aber nachweisbare Probleme bei der Rekrutierung einer ausreichenden Zahl an Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für die neonatologische Intensivpflege gemeint sein.

Die Pflegepersonalschlüssel dürften für die große Mehrzahl der Perinatalzentren auf lange Sicht nicht zu realisieren sein. Vor diesem Hintergrund sollte die bestehende Übergangsregelung für die Personalschlüssel verlängert werden.

Die zweite relevante Ausnahmeregelung betrifft die Fachkraftquoten für den Anteil an Fachweitergebildeten in der pädiatrischen Intensivpflege. Danach werden Gesundheits- und Kin-

derkrankenschwestern ohne Fachweiterbildung auf die Fachkraftquoten angerechnet, wenn sie mindestens fünf Jahre Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege haben. Die bestehende Regelung sollte entweder verlängert oder in eine Dauerregelung umgewandelt werden.

Schon aktuell kann die Mehrzahl der Perinatalzentren die Fachkraftquoten nicht erfüllen. Überdies führt der richtlinienbedingte Personalmehrbedarf in der neonatologischen Intensivpflege zu einem überproportionalen Mehrbedarf an Fachkräften. Die Fachkraftquoten sind angesichts dieses Mehrbedarfs, der zeitlichen Dauer der Weiterbildung, der vorhandenen Weiterbildungskapazitäten und einer zumindest offenen Weiterbildungsbereitschaft des Pflegepersonals auf lange Sicht nicht umsetzbar.

Relevante Anteile des Pflegepersonals in der Neonatologie erfüllen bereits heute die qualifikatorischen Voraussetzungen für die genannte Ausnahmeregelung. In der Summe von Pflegekräften mit Weiterbildung und Pflegekräften ohne Weiterbildung mit fünfjähriger Berufserfahrung würde daher die Anzahl in den meisten Perinatalzentren ausreichen, um bei einer Verlängerung der Ausnahmeregelung die Fachkraftquoten dauerhaft zu erreichen.

- Wissenschaftliche Überprüfung der Personalschlüssel und Fachkraftquoten

Die QFR-RL gibt strikte Personalschlüssel für intensivtherapiepflichtige und intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene sowie Fachkraftquoten vor, deren Evidenzbasierung offen ist. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, diese Vorgaben nochmals einer detaillierten wissenschaftlichen Prüfung zu unterziehen:

In den „Tragenden Gründen“ wird zwar auf eine Evidenzbasierung des Zusammenhangs zwischen Personaldichte und Personalqualifikation in der neonatologischen Intensivpflege und Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität der Frühgeborenenversorgung verwiesen (GBA, 2013b). Allerdings ist dort nicht weiter ausgeführt, inwieweit die konkreten Personalschlüssel für intensivtherapiepflichtige und intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene sowie die vorgegebenen Fachkraftquoten sachgerecht und evidenzbasiert sind.

Zu diesem Zweck sind systematische Reviews des internationalen Forschungsstandes zum Zusammenhang von Personalvorhaltung und Versorgungsqualität in der Perinatalversorgung durchzuführen. Dabei sind insbesondere die methodische Qualität und Aktualität der Studien

sowie die Vergleichbarkeit und Übertragbarkeit internationaler Ergebnisse auf die Versorgungssituation in Deutschland zu bewerten.

Als Konsequenz einer wissenschaftlichen Überprüfung bestehender Qualitätsvorgaben könnte in der Richtlinie ggf. eine Anpassung oder Differenzierung der Pflegepersonalschlüssel und der Fachkraftquoten in der neonatologischen Intensivpflege erfolgen.

9.3 Fazit

Mit der QFR-RL wurde die Qualitätssicherung der Perinatalversorgung in Deutschland grundlegend neu geregelt. Die weitestgehenden Anforderungen betreffen die Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität. Die vorliegende Studie zeigt nachdrücklich, dass der Großteil der Perinatalzentren diese Vorgaben bis auf Weiteres nicht umsetzen können. Kennzeichnend für die Richtlinie ist insofern ein grundlegender Widerspruch von weitreichenden Qualitätsanforderungen einerseits und fehlender praktischer Umsetzbarkeit andererseits.

Die erste wesentliche Schlussfolgerung der Studie lautet daher, dass zunächst die infrastrukturellen und finanziellen Voraussetzungen geschaffen werden müssen, um die Perinatalzentren überhaupt in die Lage zu versetzen, die Richtlinie umzusetzen.

Die Einführung von Ausnahme- und Übergangsregelungen für wesentliche Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität signalisiert, dass es bereits im Vorfeld des Beschlusses Zweifel an der Praktikabilität dieser Vorgaben in der Richtlinie gegeben hat. Wie die vorliegende Studie belegt, waren diese Zweifel berechtigt. Allerdings greifen die vorgesehenen Ausnahme- und Übergangsregelungen zu kurz. Für viele Perinatalzentren dürften die Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität auch auf längere Sicht nicht zu erfüllen sein. Überdies geht ein Teil der Vorgaben an der Versorgungsrealität vorbei.

Die zweite wesentliche Schlussfolgerung der Studie lautet daher, dass die Ausnahme- und Übergangsregelungen der Richtlinie verlängert und wesentliche Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität überprüft werden sollten.

Die maßgeblichen Umsetzungsprobleme der Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität bilden Zeit, Geld und Personal: Den Perinatalzentren wird nicht genügend Zeit eingeräumt, die Richtlinie adäquat umzusetzen. Es fehlen überdies die finanziellen Mittel zur Umsetzung. Vor allem aber ist das erforderliche Personal einstweilen nicht hinreichend verfügbar.

Vor diesem Hintergrund sind Politik und Selbstverwaltung aufgerufen, tragfähige und nachhaltige Problemlösungen für die pflegerische Qualitätssicherung der Perinatalversorgung in Deutschland zu entwickeln.

Literatur

British Association of Perinatal Medicine / BAPM (2010): Service standards for hospitals providing neonatal care. London: BAPM

British Association of Perinatal Medicine / BAPM (2011): Categories of Care. London: BAPM

Deutsche Krankenhausgesellschaft / DKG (2013): Änderungsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung von Früh- und Neugeborenen“. DKG-Rundschreiben Nr. 365/2013. Berlin: DKG

Deutsche Krankenhausgesellschaft / DKG (2011): DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegekräften für die pflegerischen Fachgebiete Intensivpflege, Funktionsdienste, Pflege in der Onkologie, Nephrologie und Psychiatrie. Berlin: DKG

Deutsches Krankenhausinstitut / DKI (2007): *Krankenhaus Barometer 2007*. Düsseldorf: DKI

Gemeinsamer Bundesausschuss / GBA (2013a): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung von Früh- und Reifgeborenen. Berlin: GBA

Gemeinsamer Bundesausschuss / GBA (2013b): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Veränderung der Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung von Früh- und Reifgeborenen. Berlin: GBA

Hamilton, KE, Redshaw, ME, Tarnow-Modi, W (2007): Nurse staffing in relation to risk-adjusted mortality in neonatal care. *Arch Dis Child Fetal Neonatal ED*, 92 (2). S. F99-F103

Naegler, H (2007): Personalmanagement im Krankenhaus. Berlin: MWV

Statistisches Bundesamt (2012): Grunddaten der Krankenhäuser. Wiesbaden: StaBu