

Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften –
Evangelische Fachhochschule Nürnberg



Bachelorarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Science

Pflege-Dual (B. Sc.)

„Personaluntergrenzen aus der Sicht verschiedener Stakeholder im Krankenhaus“

Fiona Vernazza 23847280

Fahrentalstr. 13, 97261 Güntersleben

Gutachterin: Prof. Dr. rer. pol. Brigitte Bürkle

Abgabetermin: 03.02.2021

Kurzfassung

Seit 01.10.2019 gelten die Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus. Die Pflegepersonaluntergrenzen haben zum Ziel, ein Mindestmaß an Pflegepersonal auf festgelegten Krankenhausstationen vorzugeben. Aufgrund dessen soll zum einen eine sichere wie auch qualitätsorientierte Behandlung der Patienten gewährleistet werden und zum anderen soll die Pflegepersonaluntergrenze der Unterbesetzung in der Pflege entgegenwirken. Welche Anspruchsgruppen von diesen Untergrenzen beeinflusst werden und in welcher Form wird in dieser Arbeit herausgearbeitet. Demnach wird der Forschungsfrage nachgegangen, welche Stakeholder im Krankenhaus durch das Einführen der Pflegepersonaluntergrenze beeinflusst werden und in welcher Form. Eine Literaturrecherche - u.a. in Datenbanken und Rechtsgrundlagen - zum derzeitigen Stand der Pflegepersonaluntergrenzen bildet die wissenschaftliche Basis. Eine im Zuge dieser Arbeit durchgeführte Stakeholderanalyse erzielte sechs Stakeholder. Diese sechs Stakeholder sind der Gesetzgeber, der Patient, das Krankenhaus, das Pflegepersonal, die Krankenkassen sowie die Gesellschaft. Es zeigt sich, dass die Pflegepersonaluntergrenzen sowohl eine Wirkung auf alle sechs Stakeholder hat als auch die ausgewählten Stakeholder sich untereinander beeinflussen. Im Resultat dieser Arbeit wird deutlich, dass der Gesetzgeber eine herausragende Stellung einnimmt, da er alle Stakeholder aufgrund seiner gesetzlichen Vorgaben beeinflusst. Der Patient im Krankenhaus wird von der Pflegepersonaluntergrenze beeinflusst aufgrund seines individuellen Pflegeaufwands, anhand dessen die Pflegepersonalstellen im Krankenhaus gemessen werden. Das Krankenhaus wird durch die Pflegepersonaluntergrenzen zum einen in der Personalgestaltung beeinflusst, zum anderen in der Finanzierung durch des Pflegebudget. Die Krankenkassen werden von den Untergrenzen beeinflusst, da diese mit dem Krankenhaus zusammen das Pflegepersonal und das Pflegebudget gestalten. In der Gesellschaft steigt zusätzlich der Bedarf an medizinischer und pflegerischer Betreuung an, die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung versucht dieses Phänomen positiv zu beeinflussen. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass wenn sich an der quantitativen, sowie qualitativen Personalsituation in der Pflege in den Krankenhäusern nichts ändert, werden auch keine weiteren Pflegepersonaluntergrenzen oder anderweitige organisatorischen Instrumente eine Veränderung am Pflegemangel erzielen.

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung	i
Abkürzungsverzeichnis.....	iii
Abbildungsverzeichnis.....	v
Tabellenverzeichnis	vi
1 Einleitung.....	1
2 Definition Stakeholder & Stakeholderanalyse.....	3
3 Grundlagen des Gesetzgebers	5
4 Sicht des Patienten im Krankenhaus als Stakeholder	12
5 Sicht des Dienstleistungsersteller, Krankenhaus als Stakeholder.....	16
5.1 Finanzierung im Krankenhaus	16
5.2 Ausgliederung der Personalkosten aus den DRG's	17
6 Sicht des Pflegepersonals als Stakeholder	21
6.1 Ergebnisse der Umfrage „Ziel erreicht?“ vom Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe	21
6.2 Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument PPR 2.0	28
7 Sicht der Krankenkassen als Stakeholder	32
8 Sicht der Gesellschaft als Stakeholder	38
9 Zusammenfassung und Fazit.....	41
10 Ausblick	44
Literaturverzeichnis	vii

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Bachelorarbeit die Sprachform des Maskulinums angewendet. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

Abkürzungsverzeichnis

aDRG-System	Ausgegliedertes DRG System
aG-DRG's	Ausgegliederte Personalkosten aus den DRG's
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BayKrG	Bayerisches Krankenhausgesetz
BGBL	Bundesgesetzblatt
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMJV	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
CSR	Corporate Social Responsibility (Unternehmerische Gesellschaftsverantwortung)
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DPR	Deutsche Prüfstelle für Rechnungslegung
DRG's	Diagnosis Related Groups
FPV	Fallpauschalenvereinbarung
G-DRG-System	German Diagnosis Related Groups
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
JAEG	Jahresarbeitsentgeltverdienstgrenze
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHZG	Krankenhauszukunftsgesetz
MD	Medizinischer Dienst

MDK	Medizinischen Dienst der Krankenversicherung
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
PKV	private Krankenversicherung
PPR	Pflegepersonalregelung
PpSG	Pflegepersonalstärkungsgesetz
PpUG	Pflegepersonaluntergrenzen
PpUGV	Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung
StMGP	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
VKD	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2-1 Überblick über die relevanten Stakeholder	4
Abbildung 3-1 Zusammenfassung, Grundlagen des Gesetzgebers.....	11
Abbildung 4 Zusammenfassung, Sicht des Patienten als Stakeholder	15
Abbildung 5.2-1 Vergütung der Betriebskosten im Krankenhaus über das G-DRG bzw. aG-DRG- System Teil I. (nach Reimbursement Institute, 2020).....	18
Abbildung 5.2-2 Vergütung der Betriebskosten im Krankenhaus über das G-DRG bzw. aG-DRG- System Teil II. (nach Reimbursement Institute, 2020)	19
Abbildung 5.2-3 Zusammenfassung Sicht des Dienstleistungsersteller, Krankenhaus als Stakeholder	20
Abbildung 6.1-1 Veränderung der Stellen im Arbeitsbereich aufgrund der Einführung der PpUG auf den Stationen. (nach DBfk, 2020, S. 8)	22
Abbildung 6.1-2 Umfrageergebnis über die Effekte der PpUG für das Pflegepersonal. (nach DBfk, 2020, S. 14)	26
Abbildung 6.1-3 Umfrageergebnis über die Effekte der PpUG für die Patienten. (nach DBfk, 2020, S. 14).....	26
Abbildung 6.2-1 Zusammenfassung, Sicht der Pflegekräfte als Stakeholder.....	31
Abbildung 7-1 Zusammenfassung, Sicht der Krankenkassen als Stakeholder.....	37
Abbildung 8-1 Zusammenfassung, Sicht der Gesellschaft als Stakeholder	40
Abbildung 9-1 Stakeholder im System Krankenhaus und deren Zusammenhänge bezüglich der PpUG.....	43

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3-1 Gegenüberstellung der PpUG zum 01. Januar 2021 (nach BMJV, c, 07.12.2020)	9
Tabelle 3-2 Chronologische Übersicht der Vereinbarungen bzw. Verordnungen, Gesetze bezogen auf die Pflegepersonaluntergrenzen.....	11
Tabelle 6.2-1 Vorteile der PPR 2.0 gegenüber der Pflegepersonaluntergrenzen-	30

1 Einleitung

Fortdauernd gibt es eine deutliche Einflussnahme der Politik auf die Pflegepersonalbesetzung, die Patientensicherheit sowie die Arbeitssituation der Pflegeberufe in deutschen Krankenhäusern, um diese zu verbessern. Themen wie beispielshalber die Pflegepersonalunterbesetzung in den Krankenhäusern, Pflegepersonaluntergrenzen oder auch die Stärkung des Personalschlüssels des Pflegepersonals stehen im ständigen politischen Fluss und verändern sich dementsprechend stetig. Laufend werden hinsichtlich dieser Thematiken neue Gesetze erlassen und Verordnungen bzw. Vereinbarungen getroffen. Diese werden vom Gesetzgeber festgelegt und betreffen auf unterschiedlichste Weise die verschiedenen Stakeholder (Anspruchsgruppen) im Gesundheitssystem.

Trotz der Einflussnahme der Politik auf die Entwicklung der Pflegepersonalbesetzung in deutschen Krankenhäusern hat sich an dem Pflegenotstand und dem Personalmangel in der Pflege bis dato nicht viel verbessert (Karagiannidis, et al., 2020).

Ziel dieser Arbeit ist es, einen Überblick über die für die Personaluntergrenzen relevanten Stakeholder auszuarbeiten und den Einfluss der **Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG)** auf die bedeutsamen Stakeholder im Krankenhaus zu konkretisieren.

Demnach ergibt sich für die vorliegende Arbeit die folgende Forschungsfrage: **„Welche Stakeholder im Krankenhaus werden durch das Einführen der Personaluntergrenze beeinflusst und in welcher Form?“**.

Der Endstand der Aussagen dieser Arbeit beruhen auf dem 22. Januar 2021, da dieses Thema im politischen Fluss steht, kann auf weitere Inhalte nach diesem Zeitraum keine Rücksicht genommen werden. Die Gesetzesentwicklungen sind bis zum 31.12.2020 berücksichtigt.

Eine Literaturrecherche in Datenbanken (bspw. Springer Link, Google Scholar) sowie in Rechtsgrundlagen bildet die Basis dieser wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dieser Fragestellung. Als betriebswirtschaftliche Methode wird im Zuge dieser Arbeit eine Stakeholderanalyse durchgeführt, um die relevanten Stakeholder zu erfassen und im Weiteren deren Einfluss auf die Thematik herauszuarbeiten.

Die vorliegende Arbeit untergliedert sich in 10 Kapitel. Im Anschluss an die Einleitung (erstes Kapitel) wird im zweiten Kapitel der Begriff Stakeholder definiert und im Kontext der Arbeit erläutert außerdem werden die Stakeholder analysiert, welche in der Arbeit betrachtet

werden. Darauffolgend wird im dritten Kapitel der erste Stakeholder erläutert, welcher die gesetzlichen Grundlagen hervorbringt und die Absicht des Gesetzgebers im Gesetzgebungsverfahren darstellt. Im Verlauf werden weitere Stakeholder benannt, wie der Patient im Krankenhaus als Stakeholder (viertes Kapitel), der Dienstleistungsersteller (fünftes Kapitel), welcher in diesem Kontext das Krankenhaus darstellt, die Sicht der Pflegekräfte (6. Kapitel), die Sicht der Krankenkassen als Stakeholder (7. Kapitel) und zum Schluss die Gesellschaft als Stakeholder (8. Kapitel). Die Arbeit wird mit der Beantwortung der gestellten Forschungsfrage, dem Fazit (9. Kapitel) und einem Ausblick (10. Kapitel) abschließen.

2 Definition Stakeholder & Stakeholderanalyse

In diesem Kapitel wird der Begriff des Stakeholders definiert und die Stakeholder analysiert, welche bedeutend für die vorliegende Arbeit sind.

Wenn der englische Begriff Stakeholder ins Deutsche übersetzt wird, existiert keine konkrete und einheitliche Übersetzung. Stakeholder werden im deutschsprachigen Raum mit Interessen- oder Anspruchsgruppen übersetzt, da diese ein gewisses Interesse und Anspruch an einem bestimmten Unternehmen oder einer Organisation haben (Stahl, 2015, S. 43). Unter dem Begriff Stakeholder wird in dieser Arbeit eine Gruppe, Einzelpersonen oder auch allgemeine Veränderungen verstanden, die ein Unternehmen in seiner Entwicklung beeinflusst, da sie einen materiellen oder immateriellen Anspruch an dieses haben (Rosu, (Hrsg), 2014, S. 38). Es gibt eine Differenzierung zwischen internen Stakeholdern - Stakeholder im engeren Sinne - und externen Stakeholdern, Stakeholder im weiteren Sinne (Münstermann, 2007, S. 84). Externe Anspruchsgruppen sind hierbei zum Beispiel Kunden, Zulieferer, Kooperationspartner, Wettbewerber, staatliche Stellen oder Interessenverbände. Als interne Stakeholder können zum Beispiel die eigenen Mitarbeiter genannt werden (Müller-Stewens, Lechner, 2011, S. 161). Die Organisation bzw. das Unternehmen und seine Stakeholder entwickeln eine wechselseitige Beziehung zueinander. Das Unternehmen wird durch die Handlungen seiner Stakeholder sowie die Stakeholder durch die Aktionen des Unternehmens beeinflusst (Rosu, (Hrsg), 2014, S. 38). Ein Unternehmen wie zum Beispiel ein Krankenhaus muss, um weiterhin erfolgreich bestehen zu können versuchen, die einzelnen Stakeholder und deren Einflüsse auf die Organisation zu erkennen. Das Unternehmen sollte darauf aus sein, eine positive Stellung gegenüber den als relevant erachteten Anspruchsgruppen zu haben und die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten dieser so einsetzen, dass eine gute Zusammenarbeit erreicht werden kann. (Müller-Stewens, Lechner, 2011, S. 125)

Die Ansprüche können anhand von drei Kategorien beschrieben werden: Interessen, Rechte und Eigentum. Ein Interesse liegt dann vor, wenn eine Person oder Gruppe aufgrund eigener Ziele an der Beeinflussung einer Organisationsentscheidung interessiert ist, da sie von dieser selbst direkt oder indirekt beeinflusst ist. Ein Anspruch, der auf einem Recht basiert, ist dann gegeben, wenn dafür ein legales oder moralisches Recht vorliegt (Herrmann, 2005, S. 106). Ein moralischer Anspruch bezieht sich auf eine bestimmte Behandlung oder den Schutz eines bestimmten Rechts entsprechend ethischen Prinzipien wie zum Beispiel Fairness oder Respekt. Ansprüche im Sinne von Eigentum ergeben sich aus den Eigentumsrechten. Eine Person oder Gruppe kann demnach einen Anspruch auf das Eigentum wie zum Beispiel

Unternehmensanteile haben (Herrmann, 2005, S. 106). Diese differenzierte Betrachtung zeigt, dass die Ansprüche der Stakeholder je nach Kategorie ganz verschieden sein können und diese deshalb auch einen unterschiedlichen Einfluss implizieren.

Im Zuge der Stakeholderanalyse werden die Stakeholder bestimmt, welche mit der Thematik der PpUG in Verbindung stehen. Die Stakeholderanalyse beginnt im ersten Schritt mit einer Auflistung der für den Betrieb relevanten Interessensgruppen (Rosu, (Hrsg), 2014, S. 38). Es gibt eine große Anzahl an Stakeholder, die mit der PpUG in Verbindung stehen und einen Einfluss auf diese haben. In dieser Arbeit wird sich aber auf die Stakeholder bezogen, die für das System Krankenhaus relevant sind. Im nächsten Schritt wurden die Stakeholder festgelegt, die in dieser Arbeit thematisiert werden sollen. Nachdem die Stakeholder festgelegt sind, werden im Verlauf der Arbeit ihre unterschiedlichen Ansprüche und Interessen bezogen auf die Thematik herausgearbeitet. Insgesamt sind sechs Stakeholder dekretiert. Diese sind der Gesetzgeber, der Patient im Krankenhaus, das Krankenhaus als Dienstleistungsersteller, das Pflegepersonal als Mitarbeiter, die Krankenkassen und die Gesellschaft.

Die nachfolgende Abbildung zeigt, die in dieser Arbeit berücksichtigen sechs Stakeholder, wobei die Darstellung nicht die Wichtigkeit dieser widerspiegelt.



Abbildung 2-1 Überblick über die relevanten Stakeholder

3 Grundlagen des Gesetzgebers

Ziel dieses Kapitels ist es, den langwierigen und komplexen Prozess der Entwicklung der PpUG darzustellen und einen Überblick über die Gesetze und Vereinbarungen bzw. Verordnungen zu geben. Als erster und maßgebender Stakeholder wird der Gesetzgeber im Gesetzgebungsverfahren benannt. Dieser hat durch seine hohe Macht in der Legislative einen bedeutenden Einfluss auf die weiteren Stakeholder im System des Krankenhauses. Zum Ende dieses Kapitels wird ein Fazit über den Gesetzgeber folgen.

Die Einführung der PpUG geht auf die Arbeit der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ zurück. Diese wurde 2015 vom damaligen Bundesminister für Gesundheit, Hermann Gröhe, einberufen. „[...] Der gesetzliche Auftrag an die Selbstverwaltungspartner gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sowie an die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) lautete, innerhalb eines Jahres [...]“ (Wulf, Vogt, 2020, S. 121) - bis zum 01.01.2019 – „[...] pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern festzulegen und Pflegepersonaluntergrenzen zu vereinbaren [...]“ (Wulf, Vogt, 2020, S. 121). An dieser Ausarbeitung und Festlegung waren die Deutsche Prüfstelle für Rechnungslegung (DPR), Vertreter der Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, Patientenvertreter sowie die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) beteiligt. Darüber hinaus sollten weitere Vereinbarungen, wie beispielsweise zur Nachweisführung und Vergütung bzw. Sanktionierung bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen getroffen werden. (Wulf, Vogt, 2020, S. 121)

Eine wesentliche gesetzliche Grundlage für die PpUG ist das **Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)**, welches am 01.01.2019 in Kraft getreten ist. Ziel dieses Gesetzes ist es, das Pflegepersonal zu entlasten und gegen die Unterbesetzung in der Pflege vorzugehen. (Bundesgesetzblatt (BGBl), a, 07.12.2020)

Neben dem PpSG gelten seit dem 01.01.2019 auch die verbindlichen PpUG auf pflegesensitiven Stationen im Krankenhaus. Mit einem gesetzlich festgeschriebenen Mindestmaß an Personal auf festgelegten Krankenhausstationen soll hierdurch eine sichere und qualitätsorientierte Behandlung der Patienten gewährleistet werden (BGBl, b, 07.12.2020). Der Begriff „pflegesensitiv“ ist dabei nicht gleichzusetzen mit dem Begriff „pflegeintensiv“, sondern mit dem Begriff „pflegeempfindlich“. Pflegesensitiv bezieht sich auf den „[...] Zusammenhang der Anzahl von Pflegekräften und Vorkommnissen unerwünschter Ereignisse beim Krankenhausaufenthalt [...]“ (BKK, 2020). Das bedeutet, dass besonders diese Bereiche für

unerwünschte Ereignisse anfällig sind, wenn dort eine Personalunterbesetzung vorliegt. (BKK, 2020)

Die **PpUG** sowie das **PpSG** wirken sich unter anderem auf das **SGB V**, das **Krankenhausentgeltgesetz (KHG)** und das **Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHEntgG)** aus. (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), b, 07.12.2020)

Nachfolgend werden die Zusammenhänge erläutert.

Ziel der PpUG ist die Gewährleistung der Patientensicherheit und die Sicherstellung der Versorgungsqualität im Krankenhaus. Das heißt, dass diese Vorgaben eine kritische Grenze der Pflegepersonalbesetzung auf den Stationen darstellen. Wird diese Grenze unterschritten, kann das die Patienten gefährden. (BKK, 2020)

Im stationären Bereich geht es vor allem um die Refinanzierung von Pflegekosten durch die Krankenkassen, die Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen und die Festlegung von PpUG. Im Folgenden wird Bezug zum **§ 137i SGB V** genommen, der **Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern** festlegt. (BMJV, b, 07.12.2020)

Dieser Paragraph besagt, dass die GKV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bis zum 31. August 2019 zusammen mit dem Verband der Privaten Krankenkassen die in **§ 6 SGB V** der **Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)** festgelegten PpUG überprüfen sollen. Dazu vereinbarten diese mit dem Verband der Privaten Krankenkassen eine Weiterentwicklung der in der PpUGV festgelegten pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern. Diese sollte dann ab dem 1. Januar 2020 greifen. Darüber hinaus einigten sich die GKV und die DKG sich im Verfahren mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 31. August 2019 - mit Wirkung zum 1. Januar 2020 - PpUG für alle gemäß **§ 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser für die pflegesensitiven Bereiche** der Neurologie und Herzchirurgie festzulegen. (BMJV, b, 07.12.2020)

Außerdem verständigten sich die DKG und die GKV mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung darüber, bis zum 1. Januar eines Jahres, erstmals bis zum 1. Januar 2020, über weitere pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern. Für diese Bereiche vereinbarten sie Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für alle gemäß **§ 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser** bis zum 31. August (erstmalig 2020) des jeweiligen Jahres und mit Auswirkung für das Folgejahr. (BMJV, b, 07.12.2020)

Da es zu keiner Einigung zwischen der GKV und der DKG bezüglich dieser Grenzen kam, entschied das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Vorgaben durch eine Rechtsverordnung festzulegen. Das war möglich, aufgrund des **§ 137i Abs. 3 SGB V**, welcher lautet: „Kommt eine der Vereinbarungen nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit nach Fristablauf die Vorgaben nach Absatz 1 Satz 1 bis 9 durch Rechtsverordnung, ohne Zustimmung des Bundesrates.“. (BMJV, h, 07.12.2020)

Die PpUGV regelt die Festlegung von PpUG in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern nach § 137i SGB V.

Im Folgenden werden Einzelheiten der **PpUGV** dargestellt, da sie eine zentrale Stellung für diese Arbeit aufweist und für das Verständnis der weiteren Kapitel benötigt wird.

- **§ 1 PpUGV** Aussagen zum Anwendungsbereich der Pflegepersonaluntergrenzen (BMJV, c, 07.12.2020)
- **§ 2 PpUGV** Begriffsbestimmung (BMJV, c, 07.12.2020)
- **§ 3 PpUGV** Ermittlung pflegesensitiver Bereiche in Krankenhäusern (BMJV, c, 07.12.2020)
- **§ 4 PpUGV** Ermittlung des Pflegeaufwands zur Festlegung risikoadjustierter Pflegepersonaluntergrenzen (BMJV, c, 07.12.2020)
- **§ 5 PpUGV** Übermittlung der Ergebnisse der Ermittlung von pflegesensitiven Bereichen an die betroffenen Krankenhäuser, Mitteilungspflichten (BMJV, c, 07.12.2020)
- **§ 6 PpUGV** Festlegung der Personaluntergrenzen (BMJV, c, 07.12.2020)
- **§ 7 PpUGV** Mitteilungspflicht bei der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen. (BMJV, c, 07.12.2020)

Von dieser Verordnung betroffen sind alle Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte. „[...] Pflegefachkräfte sind Personen, denen die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung [...]“ (BMJV, c, 07.12.2020) nach dem Krankenpflegegesetz, dem Altenpflegegesetz oder dem Pflegeberufsgesetz erteilt wurde und somit eine mindestens dreijährige Berufsausbildung absolviert haben. Zusätzliche können aber auch Pflegehilfskräfte mit einer abgeschlossenen einjährigen Ausbildung berücksichtigt werden (BMJV, c, 07.12.2020). Aus diesem Grund sind die Mitarbeiter bzw. Pflegekräfte auch ein wichtiger Stakeholder und werden im 6. Kapitel beschrieben.

Als pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern sind die Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie und Herzchirurgie benannt. Die Ermittlung der pflegesensitiven Bereiche in den Krankenhäusern übernimmt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK). Sie basiert auf der Grundlage der nach § 21 KHEntgG des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten des jeweiligen Vorjahres und aus einer Zusammenstellung der Diagnosis Related Groups (DRG's). (BMJV, c, 07.12.2020)

Der Pflegeaufwand wird für jeden pflegesensitiven Bereich in den Krankenhäusern und für jeden Standort eines Krankenhauses gesondert ermittelt. Das erfolgt auf der Grundlage des aktuellen, vom InEK entwickelten Katalogs zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands (Pflegelastkatalog). (BMJV, c, 07.12.2020)

Es wird deutlich, dass das Krankenhaus als Dienstleistungsersteller eine bedeutsame Rolle bezogen auf die PpUG spielt und wird deshalb ebenfalls als Stakeholder in dieser Arbeit betrachtet (Kapitel 5).

Nachfolgend wird der Katalog zur Risikoadjustierung anhand der gesetzlichen Grundlagen für den Pflegeaufwand erläutert, da dieser für den Patient als Stakeholder im Krankenhaus eine wichtige Funktion aufweist.

Die gesetzlichen Grundlagen dazu finden sich im § 137i SGB V. In diesem ist festgehalten, dass der **Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand** zum Zwecke der Differenzierung der PpUG in pflegesensitiven Bereichen jährlich bis zum 31. Mai eines Jahres weiterzuentwickeln ist. (BMJV, b, 07.12.2020)

Der Pflegelastkatalog wird darüber hinaus auch bei der Berechnung des Pflegepersonalquotienten benötigt, welcher das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zum Pflegeaufwand eines Krankenhauses beschreibt. (BMJV, b, 07.12.2020)

Mit der Einführung des Pflegepersonalquotienten werden die Pflegepersonaluntergrenzen begleitet (Oswald, Bunzemeier, 2020, S. 155). Mit dem Pflegepersonalquotienten soll der gesamte Pflegeaufwand eines Krankenhauses erfasst und in Relation zur Anzahl der Pflegevollzeitkräfte gesetzt werden. Das BMG wird zusätzlich zu dem Pflegepersonalquotienten eine Untergrenze festlegen. Mit diesem Instrument wird das Verhältnis der Pflegekräfte zu dem zu leistenden Pflegeaufwand (Pflegepersonalquotient) ermittelt. Dieses Instrument soll einen Aufschluss über das Verhältnis von Pflegepersonalausstattung und Arbeitsbelastung im gesamten Krankenhaus geben. Daran kann gemessen werden, ob ein Krankenhaus eine angemessene Anzahl an Personal einsetzt. (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V., 2018, S. 6)

Der Pflegeaufwand am Standort eines Krankenhauses wird mit Hilfe des Katalogs zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand ermittelt. Die PpUGV legt für die pflegesensitiven Bereiche PpUG fest, welche das Verhältnis von Patienten zu einer Pflegekraft vorgibt. Für das Jahr 2021 wurden neue PpUG im Verhältnis von Patienten zu einer Pflegekraft festgelegt (BMJV, c, 07.12.2020). Als Beispiel wird hier die Intensivstation - wie in der nachfolgenden Tabelle zusehen - aufgeführt.

*Tabelle 3-1 Gegenüberstellung der PpUG zum 01. Januar 2021
(nach BMJV, c, 07.12.2020)*

Beispiel Intensivmedizin gemäß Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung		
	Bis 31 Dezember 2020	Ab 01 Januar 2021
Tagschicht	2,5 Patienten zu 1 Pflegekraft	2 Patienten zu 1 Pflegekraft
Nachtschicht	3,5 Patienten zu 1 Pflegekraft	3 Patienten zu 1 Pflegekraft

Im weiteren Verlauf wurden dann für das Jahr 2020 Nachweisvereinbarungen erlassen. Diese sollen dazu dienen, die Einhaltung dieser Grenzen zu kontrollieren.

Auf Bundesebene sind die **Nachweisvereinbarung nach § 137i Abs. 4 SGB V** über den Beleg zur Einhaltung von PpUG bewilligt worden. Daraus resultiert, dass quartalsweise die durchschnittliche Pflegepersonalausstattung an das InEK und die örtlichen Vertragsparteien zu melden sind (BMJV, a, 07.12.2020). Hierbei wird differenziert nach Pflegefachkräften und Pflege-Hilfspersonal, die durchschnittliche Patientenbelegung, welche anhand des Miternachtsbestand gemessen wird, die durchschnittliche Anzahl an aufgestellten Betten, die Anzahl an Belegungstagen und die Anzahl der Schichten, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten wurden. (BMJV, a, 07.12.2020)

Außerdem hat die Bundesschiedsstelle am 26.03.2019 die PpUG-Sanktions-Vereinbarung gemäß **§ 137i Abs. 1 Satz 10 SGB V** über **Sanktionen nach § 137i Abs. 5 SGB V** bei der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen festgesetzt. (BMJV, d, 07.12.2020)

Im Laufe der Weiterentwicklung der Personaluntergrenzen erfolgte am 04.05.2020 eine Ergänzung zu dieser Vereinbarung gemäß §137i Satz 10 SGB V über Sanktionen nach **§ 137i Abs. 4b und 5 SGB V PpUG Sanktions-Vereinbarungen**, welche zwischen der GKV und der DKG getroffen wurden. (GKV Spitzenverband, b, 2020). Die Unterschreitung der

Grenzen im Krankenhaus wird sanktioniert. (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V., 2018, S. 6). Es geht hierbei um die Nichterfüllung der Personaluntergrenzen und der nicht vollständigen und fristgerechten Erfüllung der Mitteilungs- oder Datenübermittlungspflicht. Die Einhaltung von beiden soll mit dieser neuen Verordnung gefördert werden. Sanktionen entstehen, wenn das Krankenhaus die PpUG auf einer Station in pflegesensitiven Bereichen nicht einhält und auch kein Ausnahmezustand oder eine Übergangsregelung vorliegt. (BMJV, e, 07.12.2020)

Mögliche Sanktionen können in Form von Vergütungsabschlägen oder Verringerung der Fallzahl auftreten. Das bedeutet, dass eine Fallreduzierung für betroffene Stationen mindestens in einem solchen Umfang zu halten sind, um die Unterschreitung der PpUG auszugleichen. Vergütungsabschläge sind in einer Höhe zu vereinbaren, die in einem angemessenen Verhältnis zum Grad der Nichteinhaltung der jeweiligen Pflegepersonaluntergrenze steht. (BMJV, e, 07.12.2020)

Im Jahr 2020 wurden die PpUG infolge der Verbreitung des Corona Virus außer Kraft gesetzt. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Anwendung der **§§ 1 bis 9 Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung** mit Wirkung zum 01.03.2020 bis zum 31.12.2020 ausgesetzt, ausgenommen die Intensivmedizin und die Geriatrie. Für sie galten die Untergrößen wieder ab dem 01.08.2020. Für diesen Zeitraum wurde auch festgelegt, dass keine Meldungen und Nachweise zur Einhaltung der PpUG zu erbringen sind. Dadurch sind ebenfalls die Sanktionierungen bei nicht eingehaltener und nicht nachgewiesener PpUG entfallen. (BGBL, c, 07.12.2020)

Am 09.11.2020 trat die neue Verordnung zur Festlegung von PpUG in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäuser für das Jahr 2021 in Kraft. Änderungen gelten für die Bereiche der Pädiatrische Intensivmedizin, allgemeine Chirurgie und Innere Medizin. Zudem wurde das schichtbezogene Verhältnis von Pflegepersonal zu ihren zu betreuenden Patienten verändert und für einige Bereiche (Intensivmedizin, Innere Medizin, Neurologie etc.) nachjustiert. (BMJV, g, 07.12.2020)

Die folgende Tabelle zeigt den chronologischen Verlauf der Vereinbarungen bzw. Verordnungen und Gesetze und gibt somit einen zusammenfassenden Überblick.

Tabelle 3-2 Chronologische Übersicht der Vereinbarungen bzw. Verordnungen, Gesetze bezogen auf die Pflegepersonaluntergrenzen.

Nr.	Datum	Vereinbarungen bzw. Verordnungen, Gesetze	Festgelegt durch
1.	01.10.2019	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (BGBL, a, 07.12.2020)	Bundesebene
2.	01.01.2019	Nachweisvereinbarungen für 2020 (BMJV, a, 07.12.2020)	Bundesebene
3.	01.01.2019	§ 137i SGB V Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (BMJV, b, 07.12.020)	Bundesebene
4.	28.10.2019	Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen PpUGV (BGBL, b, 07.12.2020)	Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
5.	28.10.2019	§§1-7 SGB V Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung PpUGV (BMJV, c, 07.12.2020)	BMG
6.	26.03.2019	Sanktions-Vereinbarungen (BMJV, d, 07.12.2020)	Bundesschiedsstelle
7.	04.05.2020	Weiterentwicklung der Sanktionen (BMJV, e, 07.12.2020)	GKV, DKG
8.	01.03.2020	Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (BGBL, c, 07.12.2020)	BMG
9.	01.01.2020	Neuerungen im Fallpauschauensystem FPV (BMJV, f, 07.12.2020)	GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung
10.	09.11.2020	Pflegepersonaluntergrenzenverordnung für das Jahr 2021 (BMJV, g, 07.12.2020)	BMG

Zum Ende dieses Kapitels folgt das Zwischenfazit. Es zeigt sich, dass aufgrund der gesetzlichen Vorgaben die Stakeholder in dem betrachteten System „Krankenhaus“ auf unterschiedlichste Weise vom Gesetzgeber beeinflusst werden. Es wird sowohl das Krankenhaus, die Krankenkassen und die Mitarbeiter, die sich alle an die gesetzlichen Richtlinien halten müssen, beeinflusst. Zusätzlich werden auch die Patienten und die Gesellschaft beeinflusst. Auf welche Weise jeder Stakeholder von der PpUG beeinflusst wird, soll differenziert in den nachfolgenden Kapiteln gezeigt werden.

Die folgende Abbildung veranschaulicht eine Zusammenfassung dieses Stakeholders.

<u>Grundlagen des Gesetzgebers</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Gesetzliche Grundlage der PpUG • Beeinflusst dadurch alle weiteren Stakeholder: das Krankenhaus, die Krankenkassen, die Pflegekräfte, die Patienten, die Gesellschaft

Abbildung 3-1 Zusammenfassung, Grundlagen des Gesetzgebers

4 Sicht des Patienten im Krankenhaus als Stakeholder

Der Patient als Stakeholder ist der Mittelpunkt im Krankenhaus. Nach ihm richten sich die Dienstleistungen des Krankenhauses und die Pflegekräfte verrichten ihre Arbeit am und mit dem Patienten. Ziel dieses Kapitels ist es herauszufinden, inwiefern die Patienten von der PpUG beeinflusst werden.

Wie wichtig der Patient als Stakeholder ist, verdeutlicht die DBfK-Präsidentin Professorin Christel Bienstein: „Das Gesundheitssystem in Deutschland habe den Menschen und seine individuellen Bedürfnisse zunehmend aus dem Blick verloren. Wir brauchen deshalb endlich einen Paradigmenwechsel hin zur Patienten- und Mitarbeiterorientierung.“ (Hommel, 2019). Darüber hinaus merkt Simon an: „Für die Entscheidung der Patientinnen und Patienten ist nicht maßgeblich, ob ein Krankenhaus als Ganzes die Vorgaben für eine qualitativ hochwertige Versorgung einhält, sondern ob dies für die konkrete Station gilt, auf der die Behandlung erfolgen soll.“. (Simon, 2018)

Wie im vorherigen dritten Kapitel beschrieben, ist das Ziel der PpUG die Sicherstellung der Patientensicherheit und der Versorgungsqualität im Krankenhaus. Die **Versorgungsqualität** sowie die **Patientensicherheit** sind im **§ 135a Abs. 1 und 2 SGB V** verankert. Dieser veranschaulicht, dass die Leistungserbringer zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung dieser verpflichtet sind (BMJV, m, 07.12.2020). Weiter beschrieben ist, dass z.B. zugelassene Krankenhäuser einrichtungsübergreifende Maßnahmen zur Qualitätssicherung vornehmen müssen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern. Darüber hinaus müssen Krankenhäuser einrichtungsintern, ein Qualitätsmanagement einführen und weiterentwickeln. Bei einem Krankenhaus kommt noch hinzu, dass diese auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements haben. (BMJV, m, 07.12.2020)

Insbesondere sind im **§ 136 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V** die **Richtlinien zur Qualitätssicherung** niedergelegt. Darin ist beschrieben, dass es verpflichtend ist, für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchzuführen. Es gibt Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen. Hierbei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen (BMJV, n, 07.12.2020). In diesen beschriebenen Paragrafen wird deutlich, dass die Meinung

der Patienten in der Gesundheitsversorgung elementar wichtig ist zumal diese als Stakeholder die Kunden im Krankenhaus abbilden.

Bezogen auf die PpUG sagt Gerit Genster, Leiterin des Bereichs Gesundheitspolitik in der ver.di-Bundesverwaltung: „Keinem Patienten nützt es, wenn ein Krankenhaus die Vorgaben im Schnitt erfüllt, zum Zeitpunkt der eigenen Behandlung aber unterbesetzt ist“ (BKK, 2020). Eine Unterbesetzung von pflegesensitiven Bereichen im Krankenhaus kann fatale Folgen für Patientinnen und Patienten haben (BMG, c, 07.12.2020). Patienten im Krankenhaus erfahren durch ihre individuellen Erkrankungen oftmals eine Beeinträchtigung ihrer Selbständigkeit oder ihrer Fähigkeiten zum selbständigen Handeln in unterschiedlichem Maße, sodass entsprechende Hilfestellungen bzw. pflegerische Betreuung durch eine Pflegekraft erforderlich werden. Inwiefern der Patient beeinträchtigt ist, hängt von zahlreichen Faktoren ab, was eine individuelle Behandlung notwendig macht. Hierbei wird deutlich, dass die jeweilige Krankenhausbehandlung immer eine individuelle Ausprägung hat. Jeder Patient stellt ein Individuum dar und soll auch als solches gesehen werden. Auch wenn es wiederkehrend Patienten mit der gleichen Erkrankung und der damit zusammenhängenden therapeutischen Maßnahme gibt, weisen sie trotzdem einen unterschiedlichen Hilfebedarf und somit auch Pflegebedarf auf. (InEK, b, 2020, S. 1)

Der Pflegeaufwand ist bei allen Patienten unterschiedlich. Dieser Aufwand variiert zum Teil erheblich, sowohl zwischen unterschiedlichen Patientengruppen als auch den Zeitverlauf des Krankenhausaufenthaltes betreffend (Leber, Vogt, 2020, S. 123). „[...] Für eine sachgerechte vergleichende Betrachtung von Personaleinsatz und/oder der Pflegeleistungen verschiedener Fachabteilungen ist eine Adjustierung im Hinblick auf den typischerweise zu erwartenden Pflegebedarf bei jeweils gegebener Patientenzusammensetzung zwingend erforderlich [...]“ (InEK, 2018, S. 1). Diese Adjustierung wird in diesem Fachbereich auch Risikoadjustierung genannt.“ (InEK, 2018, S. 1). Dieser Pflegeaufwand kann noch weiter differenziert werden. Es gibt zusätzlich auch den Aufwand für schwere Pflegefälle, diese sind sehr aufwändig in der Versorgung. Die Abbildung erfolgt durch den Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS). Hierbei werden die pflegerischen Einzelleistungen erfasst, für solche Fälle detailliert bemessen und mit Punkten bewertet und dokumentiert. Ziel der PKMS ist es, schwere Krankenhausfälle abzubilden. Der PKMS erfasst maximal 5 % dieser Fälle. Von der Seite des Krankenhauses wird der PKMS aufgrund des hohen bürokratischen Aufwands kritisch gesehen (Leber, Vogt, 2020, S. 115). Der PKMS wird vor allem auf dem Dokumentationspapier festgehalten, um die nötigen Angaben für einen PKMS-Fall

vollständig zu haben, anstatt ihn am Pflegebedarf der Patienten auszurichten. Eine erfolgreiche PKMS-Kodierung kann bis zu 1000 Euro einbringen. Daher muss diese Dokumentation so detailliert erfolgen (Leber, Vogt, 2020, S. 115). Die Dokumentation des PKMS fällt hierbei unter die Aufgaben der Pflegekräfte. Die Zusatzentgelte sowie die aktuellen Bestimmungen bezüglich der PKMS werden in Kapitel 5.2 weiterführend erläutert.

Für die Umsetzung einer geeigneten Risikoadjustierung des Pflegeaufwands von Patienten wurde das InEK beauftragt, den patientenindividuellen Pflegeaufwand aus den Pflegepersonalkostenanteilen der G-DRG-Fallpauschalen abzuleiten. Das Ergebnis ist der Pflegelast-Katalog-Version 0.99 (Leber, Vogt, 2020, S. 123). Ziel dieses Kataloges, welcher im April 2018 erschien, ist die Differenzierung der PpUG in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern. Hierbei ist der Begriff pflegesensitiv, der im dritten Kapitel bereits erwähnt wurde, von Bedeutung. Da er sich auch auf den Zusammenhang der Anzahl von Pflegekräften und Vorkommnissen unerwünschter Ereignisse beim Krankenhausaufenthalt bezieht. Dabei werden Bereiche betrachtet, die für unerwünschte Ergebnisse anfällig sind, sofern dort eine Personalunterbesetzung vorliegt. Die Kalkulationsdaten dieses Kataloges basieren auf Daten aus dem Jahre 2016 und dem G-DRG-System (German Diagnosis Related Groups) 2018. Dieser Katalog wird zusätzlich auch bei der Berechnung des Pflegepersonalquotienten benötigt, welcher bereits im dritten Kapitel erläutert wurde. Der Pflegeaufwand wird individuell für jedes Krankenhaus durch den Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand ermittelt. (InEK, b, 2020, S. 1)

„Der Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegerlast-Katalog) geht von der Annahme aus, dass der Patient während seines stationären Aufenthaltes eine pflegerische Betreuung erhalten hat, die sich an seinem individuellen Pflegebedarf orientiert und diesem weitgehend entsprochen hat“ (InEK, a, 2018, S. 2). Die Werte des Katalogs berechnen sich aus den Aufwänden für ausschließlich pflegerische Maßnahmen (InEK, a, 2018, S. 2). „Der Pflegelastwert wird ausgehend von den Pflegekosten der jeweiligen DRG und den Verweildauern ermittelt und beschreibt ein tagesbezogenes Relativgewicht, differenziert nach dem kalkulierten pflegerischen Ressourcenverbrauch auf Normalstation bzw. Intensivstation und einer Differenzierung bei Kindern“ (Fachgesellschaft Profession Pflege e. V., 2018, S. 30). Bei den Berechnungen wird der Fokus auf die Kostenbestandteile für die Personalkosten der „Pflege am Krankenbett“ gelegt. Aufgrund dessen nutzt der Pflegelast-Katalog den hohen Differenzierungsgrad des G-DRG-Systems mit Schwerpunkt auf die Personalkosten und die patientennahe Pflege. (InEK, a, 2018, S. 2). Ausgehend von diesem beschriebenen Katalog

wurde eine weiterführende Form entwickelt, welche im Jahr 2020 erschienen ist. Die Grundlage der Daten für diesen neuen Katalog kommen aus dem Datenjahr 2018. (InEK, b, 2020, S. 1). In dieser aktualisierten Version hat der Pflegelast-Katalog auch einen unmittelbaren Bezug zum neuen aG-DRG-System. Die Pflegepersonalkosten sind hierbei aus den DRG's ausgegliedert. Dieses neue System wurde für die Weiterentwicklung zur Risikoadjustierung für den Pflegeaufwand herangezogen (InEK, b, 2020, S. 2). Das hier genannte aG-DRG-System wird im nachfolgenden 5. Kapitel in Bezug auf das Krankenhaus ausführlich erläutert. „Die bis Anfang März 2020 in deutschen Krankenhäusern geltenden Personaluntergrenzen entsprechen allerdings nicht annähernd dem Bedarf an pflegerischem Fachpersonal, der sich aus dem Krankheitsspektrum und dem Grad an Pflegebedürftigkeit von Patient/innen ergibt. Mit diesem niedrigen Niveau und begrenzt auf bestimmte Teilbereiche kann allenfalls nur ein Minimum an Patientensicherheit gewährleistet werden und die Beschäftigten vor Willkür und völliger Überforderung schützen.“ (DBfk, 2020, S. 17)

Als Zwischenfazit zu diesem Stakeholder bezogen auf die Pflegepersonaluntergrenzen wird deutlich, dass der Patient als Stakeholder von der PpUG beeinflusst wird, aber auch von anderen Stakeholdern wie dem Krankenhaus und den Pflegekräften. Die PpUG können durchaus ein wichtiges und sinnvolles Instrument sein, um eine Gefährdung von Patienten im Krankenhaus auszuschließen. Diese Grenzen sind dazu gedacht, dass genügend Pflegekräfte im Dienst sind, um den Bedarf der zu betreuenden Patienten rund um und individuell abzudecken. Es braucht dazu weiterhin als Grundlage und Bezugsgröße ein Personalbemessungsinstrument, welches sich konsequent und verpflichtend am Patientenbedarf orientiert. Ein solches mögliches Instrument wird im 6. Kapitel vorgestellt.

Die folgende Abbildung zeigt eine Zusammenfassung des Stakeholders „Patient“.

<u>Sicht des Patienten im Krankenhaus als Stakeholder</u>
<ul style="list-style-type: none">• wird beeinflusst von: PpUG, dem Krankenhaus und den Pflegekräften• Patient steht im Mittelpunkt der Versorgung• Gewährleistung der Patientensicherheit• PpUG dazu gedacht, dass genügend Pflegekräfte verfügbar sind, um den Bedarf der zu betreuenden Patienten zu decken• Pflegeaufwand: patientenindividuell gemessen, bedeutend für die Personalaufstellung• Ermittlung Pflegeaufwand, Katalog zur Risikoadjustierung

Abbildung 3 Zusammenfassung, Sicht des Patienten als Stakeholder

Im Folgenden fünften Kapitel wird die Sicht des Krankenhauses vorgestellt.

5 Sicht des Dienstleistungsersteller, Krankenhaus als Stakeholder

Ziel dieses Kapitels ist es, zum einen Überblick über den Stakeholder Krankenhaus zu bekommen und zum anderen die Einflüsse der PpUG auf diesen und umgekehrt darzustellen.

Per Definition des **§ 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)**: „[...] sind Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können [...]“ (BMJV, j, 2020).

5.1 Finanzierung im Krankenhaus

Im **KHG** wird wie oben erläutert, das Krankenhaus definiert sowie die Krankenhausplanung und die Investitionsförderung geschildert. Auf der Bundesebene werden allgemeine Rahmenbedingungen festgelegt, welche beschreiben, dass ein Krankenhaus „dual“ finanziert wird. Das bedeutet, dass das Krankenhaus durch die Bundesländer finanziert wird, damit sollen die Investitionskosten gedeckt werden, während die Betriebskosten von den Krankenkassen weitgehend über DRG-Fallpauschalen zu tragen sind. (Augurzky, 2020, S. 191). Die Länder stellen zur Verwirklichung der im KHG genannten Ziele Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf, welche sich auf die Vergütungsstrukturen auswirken. Im **§ 8 KHG** ist beschrieben, dass die Krankenhäuser nach Maßgabe dieses Gesetzes einen Anspruch auf Förderung haben, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes und bei Investitionen in das Investitionsprogramm aufgenommen sind. (BMJV, k, 07.12.2020). Im **§ 9 Abs. 1 KHG** sind diese Fördertatbestände aufgeführt (BMJV, l, 07.12.2020)

Am 18. September 2020 wurde das **Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG)** beschlossen. Die Länder bzw. die Krankenhausträger übernehmen seitdem 30 % der jeweiligen Investitionskosten. Es geht dabei vor allem um die Verbesserung der Digitalisierung in Krankenhäusern. In der aktuellen Covid-19-Pandemie soll die digitale Vernetzung durch die elektronische Patientenakte verbessert werden und dadurch für mehr Patientensicherheit sorgen. (BMG, d, 07.12.2020)

5.2 Ausgliederung der Personalkosten aus den DRG's

Wie in den gesetzlichen Grundlagen (Kapitel 3) bereits erläutert, hat die unzureichende Pflegesituation in den deutschen Krankenhäusern den Gesetzgeber dazu bewegt, die PpUG einzuführen (Klauber (Hrsg) et al., 2020, S. VII). Die PpUG beeinflussen daher auch die Krankenhäuser als Dienstleistungsersteller.

Die Pflegepersonalkosten sind aus den DRG's ausgegliedert und parallel dazu wird ein Krankenhausindividuelles Pflegebudget nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert. Um die PpUG adäquat weiterzuentwickeln, muss jedoch der unterschiedliche Pflegebedarf der Patienten besser abgebildet werden als bisher. (Klauber (Hrsg) et al., 2020, S. VII)

Die Pflegepersonalkosten werden seit Anfang 2020 über ein neues System vergütet. Diese Vergütung wird im Weiteren noch näher beschrieben.

Weitere Neuerungen gab es daraufhin auch im Fallpauschalensystem für Krankenhäuser, aufgrund der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2020 – „FPV 2020“. Dort steht geschrieben, dass für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem gilt (GKV Spitzenverband g, 2019). Das Fallpauschalensystem ist im **§ 17b Abs. 1 und 3 KHG** gesetzlich geregelt (BMJV, v, 09.12.2020)

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals wurde in **§ 17b Abs. 4 KHG** festgelegt, dass die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen erstmals für das Jahr 2020 aus den DRG's ausgegliedert und in einen Pflegeerlöskatalog überführt werden. (BMJV, f, 07.12.2020)

Durch diese Ausgliederung der Personalkosten können jedoch Fehlanreize entstehen. Das wäre ein Rückfall in das früher geltende Selbstkostendeckungsprinzip aus den 1990er-Jahren für die Finanzierung im Krankenhaus. Dieses Prinzip kann zu einer hohen Ineffizienz führen (Beivers, Emde, 2020, S. 17). In der Vergangenheit resultierten daraus sehr lange Verweildauern, da jeder einzelne Tag im Krankenhaus bezahlt wurde. Als Reaktion drauf wurde zwischenzeitlich nur noch die Behandlung einer Hauptdiagnose gezahlt, unabhängig von der Aufenthaltszeit im Krankenhaus (Eberts, Ruhl, 2011). Es besteht somit die Herausforderung darin, Instrumente zur Bestimmung des Pflegebudgets zu entwickeln, da die Selbstkostendeckung auf Dauer keinen Bestand haben kann. (Klauber (Hrsg) et al., 2020, S. VII)

Die DRG's ohne Pflegepersonalkosten bzw. Pflege am Bett werden aktuell als aG-DRG bezeichnet, wobei das „a“ hierbei für „ausgliederter“ steht. (GKV Spitzenverband, a, 2020). Es ist eine detailliertere Registrierung von Pflegebedarf und Pflegeleistungen notwendig, um

das Selbstkostendeckungsprinzip abzulösen. Dazu bedarf es einer genauen Erfassung von Pflegebedarf und Pflegeleistungen (Leber, Vogt, 2020, S. 142 f.). Ein mögliches Instrument zur Pflegepersonalbedarfsbemessung wird im Kapitel 6.2 erläutert. Die Lösung des Pflegepersonal-mangel besteht somit nicht in einer pauschalen Finanzierungszusage (Selbstkostendeckung), sondern in einer besseren Abbildung pflegerischer Leistungen und deren Berücksichtigung in einem künftigen Vergütungssystem (Leber, Vogt, 2020, S. 142 f.). Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Die Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf (Leber, Vogt, 2020, S. 130). Außerdem gilt im Jahr 2020 die PKMS-Kodierung weiterhin verpflichtend für die Krankenhäuser. Das heißt, trotz des Pflegebudget gibt es die PKMS. Sie wurde erstmal beibehalten, da sie den Krankenhäusern unter anderem auch Einnahmen erbringt. Aufgrund der Zusatzleistungen für aufwändige Pflege erhalten die Krankenhäuser Zusatzentgelte. Bis dahin gab es noch keine Alternative zur PKMS. (Recom, 2019)

Die folgende Abbildung zeigt die Vergütung der Betriebskosten im Krankenhaus über das G-DRG System bis zum Jahr 2020. Die G-DRG und die Zusatzleistungen wurden bis dahin inklusive der Pflege am Bett vergütet. Sonstige Leistungen, wie die Wahlleistungen und die Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) wurden bis 2020 extra vergütet und erbringen dem Krankenhaus zusätzliche Einnahmen. Ab 2020 ist letzteres gleichbleibend.

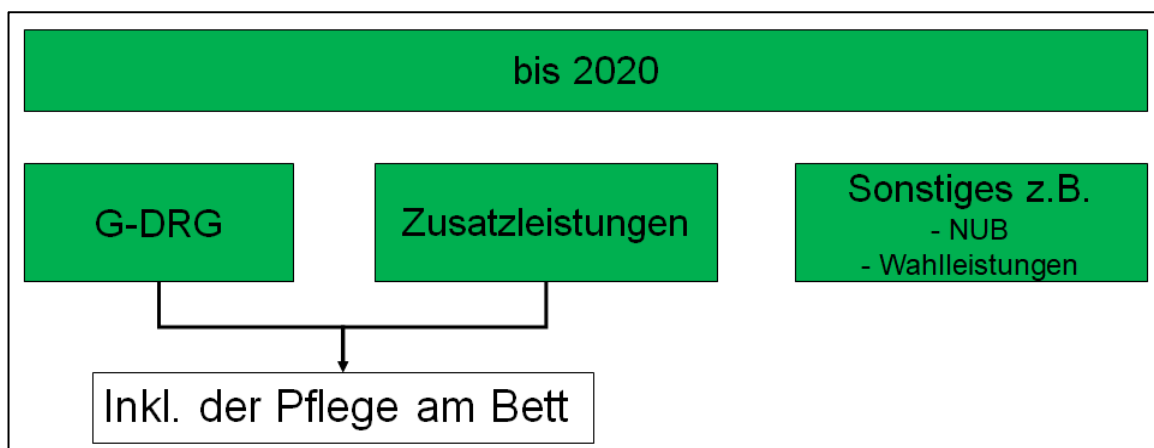


Abbildung 5.2-1 Vergütung der Betriebskosten im Krankenhaus über das G-DRG bzw. aG-DRG- System Teil I. (nach Reimbursement Institute, 2020)

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Vergütung der Betriebskosten im Krankenhaus über das aG-DRG- System ab dem Jahr 2020. Es wird deutlich, dass die Pflege am Bett aus der Finanzierung über die G-DRGs herausgenommen wurde. Die Erstattung erfolgt ab 2020 über ein Pflegebudget per Selbstkostendeckungsprinzip. Die Zusatzleistungen werden exklusive der Pflege am Bett vergütet.

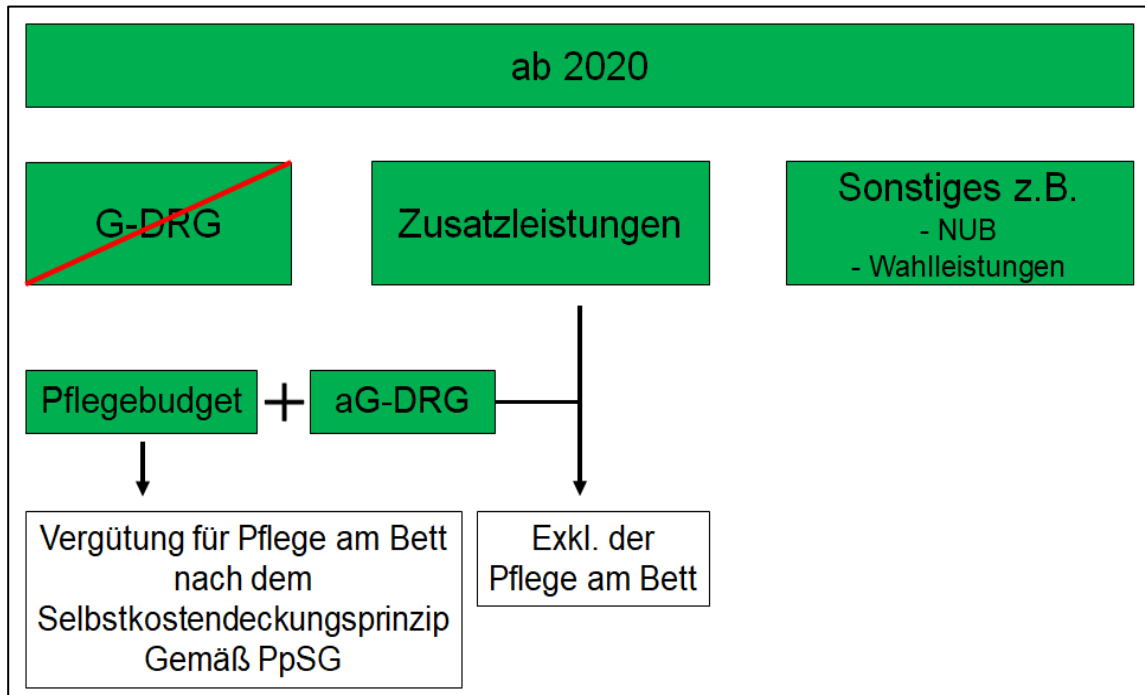


Abbildung 5.2-2 Vergütung der Betriebskosten im Krankenhaus über das G-DRG bzw. aG-DRG- System Teil II. (nach Reimbursement Institute, 2020)

Der DBfK kritisiert die Entwicklung der Ausgliederung der aG-DRG: „Sehr eifrig war man gleich dabei, so viele Beschäftigte wie irgend möglich im Pflegebudget unterzubringen, unabhängig davon, welche Tätigkeiten innerhalb des Unternehmens sie ausüben.“ (DBfK, 2020, S. 15). Das Problem dieser Vergütung ist, dass derjenige, der in seinem Leben einmal eine Pflegeausbildung absolviert hat, nun buchhalterisch der Pflege zugeordnet wird, auch wenn er in diesem Bereich überhaupt nicht mehr tätig ist (DBfK, 2020, S. 15). Das Pflegebudget wird somit zur Gewinnmaximierung missbraucht. Im November 2020 wurde die Vereinbarung zur Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und zur Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal (Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung) für den Vereinbarungszeitraum 2021 getroffen. Diese Verordnung beinhaltet Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal. Es geht hierbei um die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Es bestehen konkrete Vorgaben für die Zuordnung von Pflegepersonalkosten zu pflegebudgetrelevanten Kosten. (BfArM, 2020). Darüber hinaus gibt es klare berufsgruppenbezogene Abgrenzungen, um zu vermeiden, dass nicht

pflegerisches Personal mit ins Pflegebudget mit abgerechnet wird (GKV Spitzenverband, d, 2020). Zusätzlich wurde innerhalb dieses Zeitraumes noch die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2021 (Fallpauschalenvereinbarung 2021 – FPV 2021) getroffen. Diese wurde von den Selbstverwaltungspartnern DRG, GKV, PKV festgelegt. Sie beinhaltet den Fallpauschalen- und Pflegeerlöskatalog für das Jahr 2021. Der Fallpauschalenkatalog wird jedes Jahr weiterentwickelt und angepasst (GKV Spitzenverband, e, 2020). Für die PKMS gilt ab 2021 die ersatzlose Streichung (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte). Es braucht ein am Versorgungsbedarf ausgerichtetes Pflegepersonalbemessungsinstrument für die Berechnung des erforderlichen Pflegebudgets (Jahn, 2020, S. 1041). Im nachfolgenden 6. Kapitel wird ein mögliches Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument vorgestellt.

Als Zwischenfazit lässt sich sagen, dass das Krankenhaus stark von der PpUG beeinflusst wird und umgekehrt. Es steht einerseits mit den Einflüssen des Gesetzgebers in Verbindung und ist verpflichtet, diese einzuhalten und andererseits ist das Krankenhaus auch der Arbeitgeber der Pflegekräfte. Die PpUG gelten für das Setting Krankenhaus und werden durch Pflegepersonalbemessungsinstrumente begleitet. Anhand von diesen orientieren sich somit auch die PpUG. Ganz deutlich wird hierbei aber auch, dass es ohne ein solches Instrument nicht möglich ist, einen adäquaten Personalbedarf auf den Stationen festzulegen, da demnach auch kein Pflegebudget errechnet werden kann. Dies hätte zur Folge, dass keine qualitative bzw. sichere Versorgung in der Pflege erbracht werden könnte, da nicht genug Pflegekräfte vorhanden sind.

Die folgende Abbildung zeigt eine Zusammenfassung des Stakeholders „Krankenhaus“.

Sicht des Dienstleistungsersteller, Krankenhaus als Stakeholder

- wird beeinflusst von: PpUG in Verbindung mit dem Gesetzgeber, Mitarbeiter bzw. Pflegekräfte (Arbeitnehmer), Patienten
- Einführung Pflegepersonalquotienten begleitet die Pflegepersonaluntergrenzen
- Pflegepersonalquotienten: Verhältnis von Pflegepersonalausstattung und Arbeitsbelastung im gesamten Krankenhaus
- Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrumente notwendig um den adäquaten Personalbedarf auf den Stationen festzulegen und zur Errechnung des Pflegebudget
- PpUG legt für die pflegesensitiven Bereiche im Krankenhaus Untergrenzen fest
- Finanzierung: aG-DRG, Ausgliederung der Personalkosten

Abbildung 5.2-3 Zusammenfassung Sicht des Dienstleistungsersteller, Krankenhaus als Stakeholder

6 Sicht des Pflegepersonals als Stakeholder

Von Jahr zu Jahr verschlechtern sich die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals in den Krankenhäusern. Parallel dazu entwickelten sich zunehmende Versorgungsmängel und Sicherheitsrisiken für Patienten. Außerdem steigen die Krankheitsausfälle beim Pflegepersonal an, vor allem die Raten der psychischen Erkrankungen nehmen zu. (DBfK, 2020, S. 1 f.)

Die Sicht des Pflegepersonals in Bezug auf die PpUG wird anhand einer Umfrage vom DBfK dargestellt, welche einen umfassenden Einblick auf die Meinung der Pflegenden gewährt. Aufgrund der sichergestellten Anonymität der Umfrage konnten die Pflegenden offen ihre Meinung kundtun.

Diese Meinungsumfrage hatte zum Ziel, die Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen für das Pflegepersonal zu ermitteln. Die im Folgenden aufgeführte Umfrage „Ziel erreicht?“ wurde vom 01.10.2019- 30.11.2019 online durchgeführt und richtete sich ausschließlich an Pflegefachpersonal, welches in Krankenhäusern in bettenführenden Bereichen tätig ist und mindestens eine dreijährige Berufsausbildung hat. Insgesamt enthält die Umfrage 19 Fragen. Bei drei Fragen konnte zusätzlich eine Freitextfunktion genutzt werden. Die Umfrage wurde von insgesamt 1069 Pflegekräften beantwortet, wobei 858 der Befragten alle 19 Fragen bearbeiteten. 612 Antworten bezogen sich auf Bereiche, für die im laufenden Jahr (2019) die Pflegepersonaluntergrenzen verpflichtend galten. (DBfK, 2020, S. 6 f.)

Es wurden absichtlich Bereiche sowohl mit einer verpflichteten PpUG als auch ohne diese befragt, um auch bei Letzteren gegebenenfalls eine Veränderung herauszufinden.

6.1 Ergebnisse der Umfrage „Ziel erreicht?“ vom Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe

Folgend wird ein Teil der Ergebnisse der Umfrage differenziert vorgestellt.

Eine Frage zu Beginn der Umfrage war, **ob die Stellen der Pflegekräfte in ihrem Arbeitsbereich wegen der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen, aufgebaut, abgebaut, unverändert belassen oder nicht bekannt war.** Bei dieser Frage wurden sowohl Bereiche mit als auch ohne die PpUG befragt. (DBfK, 2020, S. 8)

Die untenstehende Abbildung zeigt das Umfrageergebnis auf die genannte Frage.

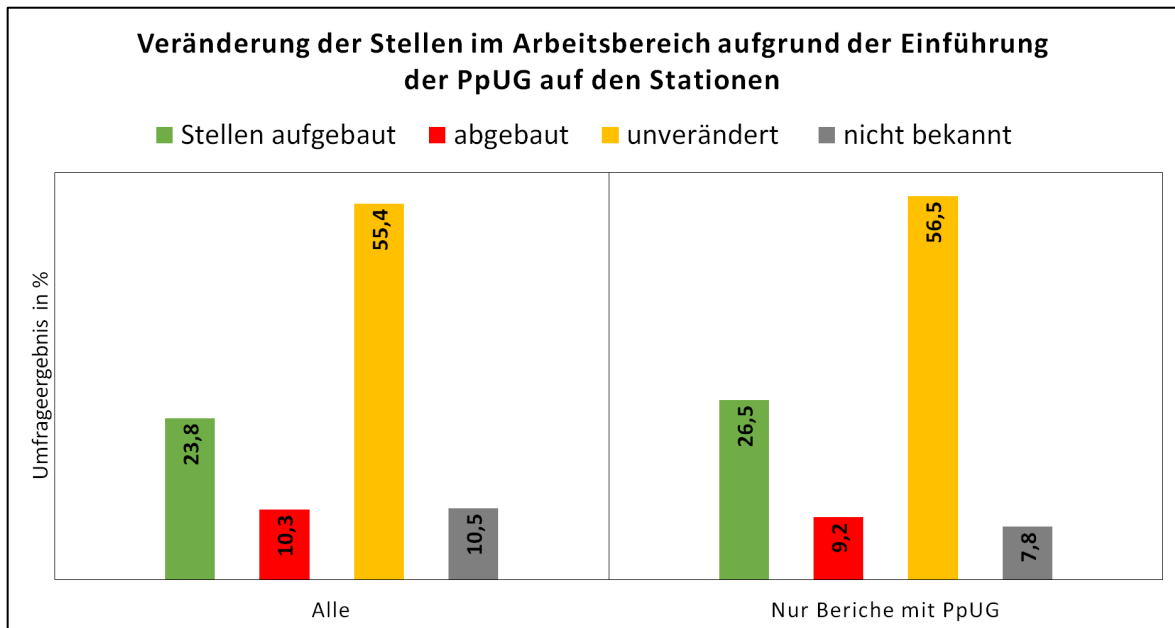


Abbildung 6.1-1 Veränderung der Stellen im Arbeitsbereich aufgrund der Einführung der PpUG auf den Stationen. (nach DBfK, 2020, S. 8)

Die Entwicklung aufgrund der Einführung der PpUG erzielt bei dieser Frage ein bemerkenswertes Ergebnis. Die Auswertung zeigt, dass mit der Einführung der PpUG in einigen Krankenhäusern (9,2 %, rote rechte Säule) die Personalstellen abgebaut wurden. Das heißt, die Pflegepersonalstellen wurden an die Grenzen nach unten angepasst. Die grüne Säule in den PpUG Bereichen zeigt, dass aufgrund der Einführung der PpUG in den Abteilungen von 26,5 % der Befragten Stellen aufgebaut wurden. Parallel dazu wurde auch in den restlichen Bereichen (Alle) die Personalstellen um 23,8 % aufgebaut. In beiden Bereichen (PpUG Bereiche & Alle weiteren) wurde aufgrund der Einführung auf den Stationen über 50 % (gelbe Säulen) jedoch nichts verändert. (DBfK, 2020, S. 8)

Eine weitere Frage war, ob **durch die PpUG vermehrt Patienten auf Stationen ohne PpUG verlegt werden**. Über die Hälfte aller Befragten verneinten diese Frage, mehr als ein Viertel bejahten diese. Die Zusatzinformationen der Befragten (Freitextfunktion), lässt hierbei jedoch vermuten, dass es sehr häufig riskante Verlegungen aus Intensivbereichen auf Stationen ohne PpUG gibt (DBfK, 2020, S. 9). Riskant heißt in diesem Kontext z. B. kurzfristige Verlegungen oder auch Verlegungen auf fachfremde Stationen.

Außerdem wurde gefragt, **ob das Personal auf Stationen mit Pflegepersonaluntergrenzen versetzt wird oder wurde**. Diese Frage wurde zu 45,7 % mit Nein beantwortet und zu 40,7 % mit Ja. 13,6 % sagten, sie hätten darüber keine Information. Die 40,7 % bestätigen,

dass wie im Vorfeld bei der Einführung der PpUG befürchtet es zu Personalverschiebungen zwischen den Stationen im Krankenhaus kommt. In den Äußerungen der Freitextfunktionen wird beschrieben, wie Pflegefachpersonal diese kurzfristigen und nicht selten nur für Teilschichten vorgenommene Einsatzverschiebungen erleben und welche Auswirkungen ein solches Vorgehen hat. Gerade der Wechsel in fremde Fachbereiche und auf fremde Stationen wirkt sich negativ auf die Grundmotivation und die Teamfähigkeit aus. Dadurch wird zusätzlich auch die Patientenversorgung gefährdet. (DBfK, 2020, S. 9)

Eine andere Frage der Umfrage war, **ob die Entlassungen von Patienten zeitlich so gestaltet werden, dass die Statistik den Pflegepersonaluntergrenzen entspricht.** Die PpUGV gibt Untergrenzen für die Tagschicht zum Zeitpunkt der Umfrage zwischen 6:00 und 22:00 Uhr und die Nachtschicht 22:00 bis 06:00 Uhr vor. Für die Erhebung der Daten für die zu erfüllenden Grenzen wird die Patientenzahl, der Pflegeaufwand und die Personalausstattung dokumentiert. Hierbei wird auf den Mitternachtsbestand zurückgegriffen. Diese Regelungen veranlassen Pflegekräfte jedoch schnell zu einer Manipulation der Dokumentation. Berichte aus dem Jahr 2019 zeigen, dass Entlassungen in den PpUG-Bereichen auf den späten Abend verlegt wurden. Auch einrichtungsinterne Verlegungen, z. B. von den Normalstationen auf die Intensivstationen wurden auf die Stunden nach Mitternacht datiert, um die Grenzen beizubehalten. Bei dieser Frage sind nur die Antworten aus den Bereichen relevant, in denen die PpUG eingehalten werden müssen. Die Mehrheit der Befragten erklärte, dass die Entlassung von Patienten nicht an den PpUG ausgerichtet wird. Jedoch bestätigten 24,7 % der Befragten, dass die Grenzen durchaus dazu beitragen. (DBfK, 2020, S. 9)

Anschließend wurde gefragt, ob es **Verhaltensvorschriften beim kurzfristigen Ausfall von Pflegepersonal gibt, falls die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen gefährdet seien** (DBfK, 2020, S. 10). Eine unerlässliche Frage, denn kurzfristiger Personalausfall ist in der Pflege weit verbreitet. Bei personalschwachen Teams ist eine Kompensation aus dem eigenen Pflegeteam oft kaum möglich. Nun muss aber die Einhaltung der Untergrenzen dennoch sichergestellt und auch nachgewiesen werden. Es wurde nach konkreten Verhaltensvorschriften in Krankenhäuser mit PpUG Bereichen gefragt. Mehr als die Hälfte der Antworten zeigt, dass es keine Verhaltensvorgaben gibt, wenn dieses Problem auftritt. Im Gegenzug dazu erwiderten 29,1 %, dass Verhaltensvorschriften bestehen, 17,5 % sind in ihrem Arbeitsbereich keine derartigen Vorgaben bekannt. Es wurden einige Nennungen bezüglich Auflagen bei Personalausfall in PpUG-Bereichen in der Freitextfunktion angegeben:

Bettensperrungen, Aufnahmestopp, Verlegungen bzw. Reduzierung der Patientenzahl, Nachbesetzungen aus dem Team, Mitarbeiter aus dem „Frei“ holen ohne Rufbereitschaft, Personalversetzungen aus anderen Bereichen und die Nachbesetzung aus dem Personalpool. (DBfK, 2020, S. 10)

In den folgenden Fragen aus der Meinungsumfrage konnten Angaben zu **organisatorischen Änderungen** gemacht werden. Eine Frage lautete: „**Haben seit Inkrafttreten der Pflegepersonaluntergrenzen kurzfristige Dienstplanänderungen zugenommen?**“ (DBfK, 2020, S. 11). Dies konnten 54,9 % bestätigen, 36,1 % konnten das nicht wahrnehmen und 9 % gaben an, darüber nichts zu wissen. Die prozentuale Verteilung in den Bereichen mit und ohne PpUG ist dabei fast identisch. (DBfK, 2020, S. 11)

Die nächste Frage passend dazu war, **ob Pflegekräfte seit Inkrafttreten der PpUG vermehrt kurzfristig aus ihrem „Frei“ geholt werden**. Die Hälfte der Befragten antworteten hier ebenfalls mit Ja, 39,1 % verneinten das. Das Ergebnis bestätigten auch die Ergebnisse des Krankenhaus Barometers bei ihrer Umfrage aus dem Jahr 2019. (DBfK, 2020, S. 11)

Schon von Beginn an wurde der zu erwartende bürokratische Mehraufwand aufgrund der PpUG kritisiert. Die Krankenhäuser wurden aufgefordert Durchschnittswerte errechnet aus langen Erhebungszeiträumen zu melden. Um den enormen Meldeaufwand einzudämmen, wurde festgelegt, dass die Krankenhäuser die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen anhand nur monatlicher Durchschnittswerte ermitteln (DBfK, 2020, S. 11). Eine Frage bezüglich dieser Kritik war daraufhin, **ob der bürokratische Aufwand wegen des Inkrafttretens der Pflegepersonaluntergrenzen zugenommen habe**. Aus den Bereichen der PpUG wurde die Antwort „Ja“ am meisten angegeben. Es tauchen außerdem Andeutungen in der Freitextfunktion auf, dass bei der Dokumentation und der Meldung der Tatbestände zu den PpUG nicht immer ganz seriös verfahren wurde. (DBfK, 2020, S. 11 f.)

Einige Ausschnitte aus diesen Aussagen waren:

- „Nachträgliche Manipulation der Dienstpläne, um die Untergrenze einzuhalten“ (DBfK, 2020, S. 11 f.).
- „Diagnosen werden angepasst, so dass viel abrechenbar ist ohne Personaluntergrenzen. Die lukrativste Nebendiagnose wird behandelt“ (DBfK, 2020, S. 11 f.).

- „Es werden nach Abrechnung des Dienstplans zusätzliche Pflegefachpersonen dokumentiert, die aber nicht gearbeitet haben. Nur damit die Personaluntergrenzen nicht unterschritten werden“ (DBfK, 2020, S. 11 f.).

Im letzten Drittel der Befragung wurde thematisiert, ob die Mitarbeiter **sonstige Folgen der Pflegepersonaluntergrenzen** erleben. Fast die Hälfte der Befragten bestätigten dies, nur 34,7 % positionierten sich mit dem Gegenteil und 20,8 % gaben an, dass ihnen keine weiteren Auswirkungen der PpUG bekannt seien. (DBfK, 2020, S. 12)

Die hierbei am meisten genannten Folgen werden nochmals aufgeführt und in **positiv** und **negativ** aufgeteilt.

Als **positiv** wurde benannt:

„Diskussion um Personalbesetzung hat eingesetzt.“, „Endlich wird auf Pflegeausfall reagiert!“, „Positiv: gleiche Anzahl an Mitarbeitenden am Wochenende wie in der Woche bei gleicher Patientenzahl.“, „Es ist durch Reduzieren der Betten erheblich ruhiger auf der Station geworden.“, „Bewusstsein ist gestärkt, dass gute Pflege nur bis zu einem bestimmten Maß geleistet werden kann, v.a. bei den Ärzten.“.

(DBfK, 2020, S. 12)

Die **negativen** Stimmen überwiegen jedoch mehr als deutlich:

„Verärgerte Ärzte und Krankenhausmanager.“, „Sanktionen bei Nichteinhalten der PpUG werden in Kauf genommen, sie tun nicht genug „weh“.“, „Arbeit wird nur noch an der Besetzung der Stellen gemessen, nicht mehr an der Qualität.“, „Wegfall von Pausen wegen der Mindestbesetzung.“, „Umverteilung des Pflegepersonals meist sehr kurzfristig“, „Druck zum Verändern von Stationsabläufen.“, „Abwanderung von Mitarbeiter in die Leiharbeit, ständig Angst versetzt zu werden.“.

(DBfK, 2020, S. 12)

Darüber hinaus wurden noch weitere Folgen der PpUG genannt. Die Umverteilung des Pflegepersonals findet sehr kurzfristig statt und oft auch nur stundenweise, dies gaben 46 Befragte an. Eine Unzufriedenheit der Mitarbeiter, mehr Burn-out-Fälle und Überlastungen gaben 36 Befragte an. Wiederum 36 Befragte verzeichneten, dass die Untergrenze als Obergrenze und demnach als Normalität angesehen wird. Die Zunahme von Fehler und somit drastische Qualitätseinbußen in der Patientenversorgung titulierten 31 Befragte. Des

Weiteren beschrieben 31 der Befragten, dass es häufig zu Konflikten in und zwischen den Teams und interprofessionell zwischen den Berufsgruppen kommt. Daneben gaben 23 Befragte an, dass es Neid und Unzufriedenheit auf den Stationen, welche ohne PpUG arbeiten, gibt. Ein Anstieg von Krankheitsfällen bestätigten 13 Befragte und 8 eine zunehmende Kündigungsquote von Pflegefachpersonal. (DBfK, 2020, S. 13)

In Bezug auf den eigenen Arbeitsalltag des Pflegefachpersonals erleben diese in den Krankenhäusern eine ganz erhebliche Verschlechterung aufgrund der PpUG. Das gilt nahezu gleichermaßen für die Bereiche mit und ohne geltende Untergrenzen. (DBfK, 2020, S. 14)

Diese Aussage bestärken auch die zwei nachfolgenden Abbildungen.

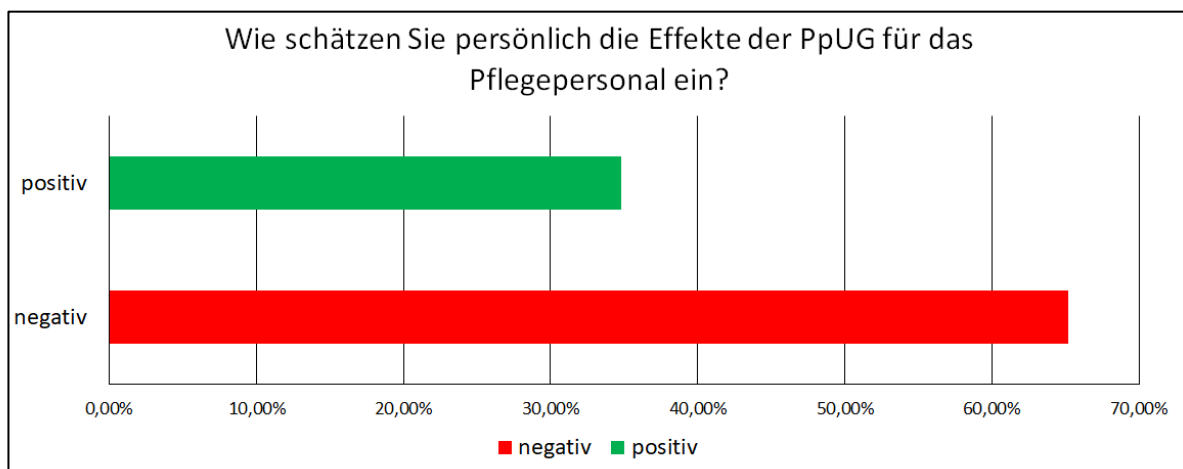


Abbildung 6.1-2 Umfrageergebnis über die Effekte der PpUG für das Pflegepersonal. (nach DBfK, 2020, S. 14)

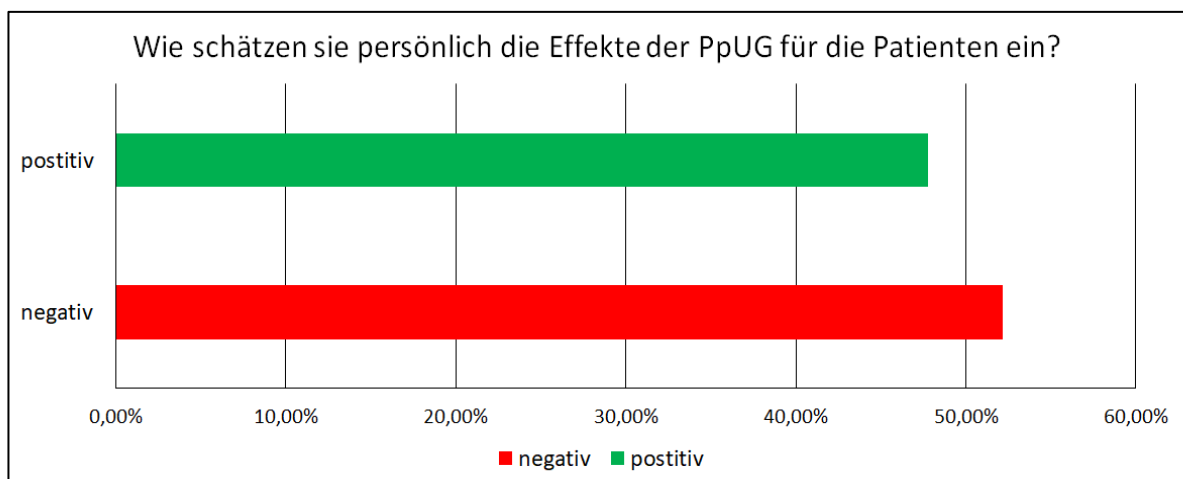


Abbildung 6.1-3 Umfrageergebnis über die Effekte der PpUG für die Patienten. (nach DBfK, 2020, S. 14)

Die Umfrageergebnisse zeigen, dass die Umsetzung der PpUG deutliche Probleme und Unsicherheiten sowohl bei den Patienten als auch bei den Mitarbeitern auslösen und diese bei den Gruppen sich gegenseitig oft negativ beeinflussen. Des Weiteren veranschaulichen die Ergebnisse, dass den Beschäftigten zu viel zugemutet wird und das leistungsfähige Teams nach Belieben aussteinerender gerissen werden, nur um die Untergrenzen formal einzuhalten. Die Ressource „professionelle Pflege“ wird hierbei nahezu vollständig übergangen. Auch Mitarbeiterorientierung und Mitarbeiterbindung wurden im Personalwesen im Krankenhaus leider lange nicht eingefordert. Obwohl die Pflegekräfte die wichtigsten Leistungserbringer im Gesundheitswesen sind. Das Resultat dieser Personalpolitik bekommen sämtliche Stakeholder zu spüren. (DBfK, 2020, S. 15 f.)

Jedoch musste in vielen PpUG-Bereichen das Pflegefachpersonal aufgestockt werden, um die Vorgaben zu erfüllen. Es wird aber auch deutlich, wie schlecht die Personalausstattung vor der Einführung der PpUG gewesen ist und für „normal“ gehalten wurde (DBfK, 2020, S. 17). Darüber hinaus zeigt sich, dass von den Effekten der PpUG über die vier festgelegten Bereiche Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie hinaus alle anderen Bereiche ebenfalls betroffen sind (DBfK, 2020, S. 6 f.). Weiter verdeutlichen die Ergebnisse, dass die PpUG-Bereiche in aller Regel zulasten der anderen Bereiche verstärkt wurden. Es wird versucht, die Vorgaben auf den PpUG-Bereichen einzuhalten mithilfe von Personalverlagerungen und nachträglicher Dokumentationsänderung bis hin zu Manipulation und vielen weiteren genannten Maßnahmen. Hiermit werden aber nicht die eigentlich von der Politik beabsichtigten Verbesserungen der Arbeitsbedingungen der Pflege und eine qualitative und sichere Pflege erreicht, sondern das Gegenteil (DBfK, 2020, S. 17).

Aktuell werden die PpUG aufgrund der Covid-19-Pandemie ausgesetzt. Laut Bundesgesundheitsminister Spahn: „Die Krankenhäuser müssen bei der Personalplanung flexibel auf die Ausbreitung des Corona-Virus reagieren können. Deshalb entlasten wir sie in dieser Lage vom Dokumentationsaufwand und Auflagen in der Pflege“. (DBfK, 2020, S. 16)

Durch die Aussetzung der Grenzen wird zugelassen, dass es rechtlich ist, dass die Arbeitsbedingungen auf den Stationen schlechter sein dürfen, als sie es schon davor waren. Im Ausblick der Umfrage heißt es, dass erwartet wird, dass das von den Krankenhausträgern und dem Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V (VKD) mit entwickelte Bemessungsinstrument PPR 2.0 baldmöglichst eingeführt wird und dadurch die PpUG der Vergangenheit angehört. Mit diesem Instrument könnten die Krankenhäuser das Pflegepersonalmanagement wieder frei gestalten. (DBfK, 2020, S. 15 f.)

Im nachfolgenden Kapitel wird das Bemessungsinstrument PPR2.0 vorgestellt.

6.2 Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument PPR 2.0

Das neue Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument soll baldmöglichst eingeführt werden, denn gerade in der Zeit der Pandemie wird deutlich, wie wichtig das Pflegepersonal für die Kliniken ist. Es soll auch dazu dienen, den Pflegeberuf aufzuwerten und die Pflegekräfte, die in dem Beruf arbeiten, zu halten (DKG, 2020, S. 1 f.). „PPR“ steht hierbei für Pflegepersonal-Regelung. Das Instrument wurde von der DKG, dem Deutschen Pflegerat und der Dienstleistungsgewerkschaft Ver.di entwickelt, gemeinsam getestet und zusammen dem Bundesminister für Gesundheit vorgestellt. Es wird erwartet, dass der Bundesminister dieses Instrument einführt und gleichzeitig die PpUG abschafft. (Gaß, 2020, S. 114). Das neue Instrument stellt eine überarbeitete Version der PPR dar. Diese Form wird auch heute noch von bestimmten Krankenhäusern zur Kalkulation ihrer Pflegepersonalkosten angewendet. Dabei wurde sowohl der Bemessung zugrunde liegenden Leistungen und Zeitwerte überarbeitet somit an die aktuellen Anforderungen einer guten professionellen pflegerischen Versorgung angepasst. Diese sind z.B. das Arbeiten mit Expertenstandards und wissenschaftlich entwickelten Leitlinien. Außerdem erfolgte auch eine fachliche und inhaltliche Bewertung der Leistungsinhalte der allgemeinen und speziellen Pflege, die sogenannten A- und S-Bereiche. (DKG, 2020 S. 1 f.)

Das Instrument funktioniert so, dass täglich eine Einstufung der Patienten in vier Leistungsstufen der allgemeinen Pflege und in der speziellen Pflege erfolgt. (DKG, Ver.di, Deutscher Pflegerat e.V., 2020, S. 1 f.)

In der allgemeinen Pflege (A1) sind die Grundleistungen bis hin zu A4 enthalten; letztere sind die aufwendigen Leistungen. Die spezielle Pflege umfasst auch vier Leistungsstufen, diese werden von S1 bis S4 gestaffelt. Diesen A- und S-Leistungsstufen sind entsprechende Minutenwerte zugeordnet. Jeder Patient erhält pro Tag auch einen Grund- und Fallwert. (DKG, Ver.di, Deutscher Pflegerat e.V., 2020, S. 1 f.)

Die allgemeine Pflege meint in diesem Instrument, die Leistungsbereiche der Körperpflege, Ernährung, Versorgung der Ausscheidungen und Mobilisation. Die spezielle Pflege enthält hingegen dazu Leistungen im Zusammenhang mit operativen und invasiven Maßnahmen, medikamentöser Versorgung sowie die Wund- und Hautbehandlung. (DKG, Ver.di, Deutscher Pflegerat e.V., 2020, S. 1 f.)

Der Grundwert beinhaltet die Leistungen ohne direkten Bezug zum einzelnen Patienten (z. B. Leitungsaufgaben, pflege- bzw. behandlungsbezogene Besprechungen oder Ablauforganisation). Der Fallwert berücksichtigt unter anderem auch Tätigkeiten im Zusammenhang mit Aufnahmen von extern, Verlegungen und Entlassungen sowie auch die Umsetzung von Expertenstandards und Leitlinien. (DKG, Ver.di, Deutscher Pflegerat e.V., 2020, S. 1 f.)

Im Bereich der speziellen Pflege (S4) sind Anteile der bekannten PKMS-Kodierung mit eingeflossen (Gaß, 2020, S. 115). Durch diese Einstufung errechnet sich dann ein entsprechender Zeitwert, der den individuellen Pflegebedarf bzw. Pflegepersonalbedarf für einen Patienten abbildet. Der für alle Patienten eines Krankenhauses errechnete Zeitwert stellt damit den Gesamtpflegepersonalbedarf für die Patientenversorgung auf den bettenführenden Stationen für Erwachsene dar. (DKG, Ver.di, Deutscher Pflegerat e.V., 2020, S. 1 f.)

Anschließend an die Ausarbeitung dieses Instruments wurde ein Pretest mit diesem neuen Bemessungsinstrument durchgeführt. An diesem nahmen 44 Krankenhäuser teil. Es zeigte sich, dass die PPR 2.0 gut anwendbar ist und sowohl die Zeitwerte als auch die Einstufungskriterien plausibel erscheinen (Fleischer, 2020, S. 6). Im Zusammenhang zur aktuellen Pflegepersonalkostenvergütung der aG-DRG und dem Pflegebudget wäre so ein am Versorgungsbedarf ausgerichtetes Personalbemessungsinstrument eine unverzichtbare Grundlage für eine Berechnung des notwendigen Pflegebudgets. „Ein solches Instrument muss Auskunft darüber geben, welche Leistungen überhaupt von der Pflege erbracht werden sollen und welche pflegerischen Qualifikationen dafür jeweils erforderlich sind.“ (Jahn, 2020, S. 1041)

In der nachfolgenden Tabelle werden die Vorteile der PpUGV gegenüber der PPR 2.0 aufgeführt.

Tabelle 6.2-1 Vorteile der PPR 2.0 gegenüber der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (nach Gaß, 2020, S. 114)

	PpUGV	PPR 2.0
Ziel	Ausschluss von Patientengefährdung	Gute Pflege orientiert am konkreten Bedarf der Patienten
Bürokratieaufwand	Hoch	Niedrig
Auswirkungen	Sanktionen bei Nichterfüllung	Stufenweiser Aufbau einer angemessenen Pflegepersonalausstattung
Entscheidungsautonomie des Krankenhauses zur Personalzuteilung	Keine, wird extern vorgegeben	Hoch, Ganzhausansatz; Orientierung der Zuweisung der Pflegenden am tatsächlichen Bedarf
Personalmix	Festgelegt	Verhandelbar
Arbeitsbedingungen Pflegepersonal/ Attraktivität des Pflegeberufs	Vielfach verschlechtert: vermehrt Abrufe aus der Freizeit, dauerhaft sehr kurzfristige Dienstplanumgestaltungen Mindestniveausicherung	Verbessert: Stufenweiser Aufbau spürbar höherer Personalbestand, Ausfallkonzepte, Direktionsrecht der Pflegedienstleitung

In der Tabelle wird deutlich, dass die PpUGV im Gegensatz zur PPR 2.0 wesentlich unflexibler in der praktischen Anwendung ist. Das zeigt sich vor allem in der Personalgestaltung. Im Bereich Personalmix und Entscheidungsautonomie des Krankenhauses zur Personalallokation ist die PpUGV verbindlicher und unflexibler als das PPR 2.0.

Als Zwischenfazit zu dem Stakeholder „Pflegepersonal“ lässt sich sagen, dass die Pflegenden stark in ihrer täglichen Arbeit von den Vorgaben den PpUG beeinflusst und persönlich in ihrem Arbeitsalltag betroffen sind. Es wird auch deutlich, dass die Pflegekräfte mitbekommen, dass die PpUG viele weitere Probleme hervorruft. Diese Probleme finden jedoch wenig Beachtung von Außenstehenden. Die Pflegekräfte schaffen es nicht, ihre Meinung öffentlich kundzutun und lassen zu viel über sich ergehen. Jedoch haben sie, wie in der Umfrage deutlich wird, eine klare Stellung bezüglich dieses Themas und erleben die Umstände auf den Stationen direkt vor Ort. Sie sehen die Defizite in der Versorgung ihrer Patienten jeden Tag und wissen selbst, dass sie unter den aktuellen Umständen keine qualitative Versorgung leisten können. Ebendieses Wissen über die aktuelle Situation in der Pflege führt auch oft zum Phänomen „Cool-out in der Pflege“. Es beschreibt einen Zustand, in dem Pflegekräfte gefühllos, empathielos und moralisch desensibilisiert sind (Eisele, 2017, S. 99). Das meint sie wissen, dass das, was sie machen, nicht richtig ist bzw. nicht dem

Qualitätsanspruch ihrer Arbeit entspricht, aber genau das wird von ihnen gefordert. Die Pflegenden müssen so arbeiten, dass die Untergrenzen eingehalten werden, obwohl sie wissen, dass sie dadurch keine sichere Pflege mehr leisten.

Die Pflegekräfte werden nicht nur von den gesetzlichen Vorgaben der PpUG beeinflusst, sondern auch von weiteren, in dieser Arbeit betrachteten Stakeholdern. Die Pflegekräfte werden vom Stakeholder „Patienten“, an oder mit dem sie ihre Arbeit verrichten und nach dem sich ihre Personalausstattung errechnet, tangiert. Das Krankenhaus als ihr Arbeitgeber beeinflusst ebenfalls die Pflegekräfte. Der erforderliche Pflegepersonalquotient gibt das Verhältnis der Pflegepersonalausstattung und Arbeitsleistung im Krankenhaus an und die Pflegeleistungen am Bett werden über das Pflegebudget abgerechnet. Es wird erneut deutlich, dass ein Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument im Krankenhaus eine notwendige Grundlage ist, um eine qualitative bzw. sichere Versorgung in der Pflege mit der nötigen Pflegepersonalausstattung zu erbringen.

Die folgende Abbildung zeigt eine Zusammenfassung dieses Stakeholders.

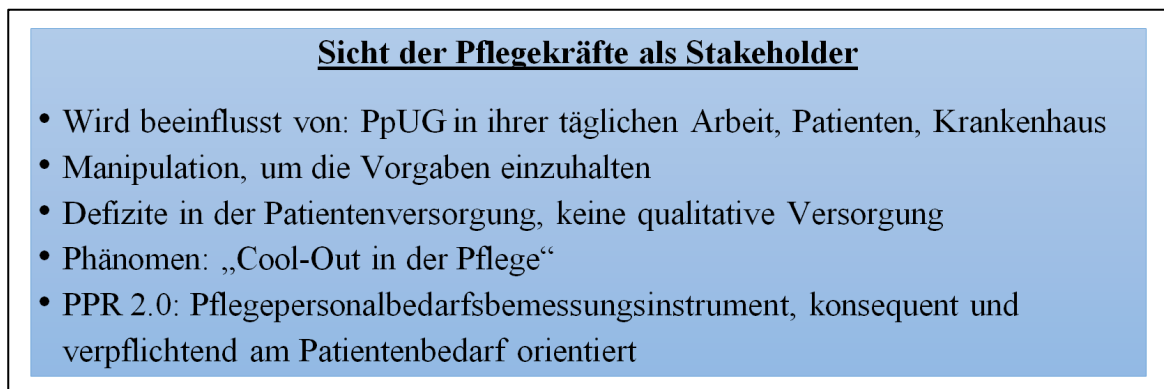


Abbildung 6.2-1 Zusammenfassung, Sicht der Pflegekräfte als Stakeholder

Nachfolgend wird der vorletzte Stakeholder dieser Arbeit beschrieben.

7 Sicht der Krankenkassen als Stakeholder

In diesem Kapitel werden die Krankenkassen als Stakeholder erläutert. Einleitend werden die gesetzlichen Grundlagen und Aufgaben der Krankenkassen aufgezeigt. Am Ende dieses Kapitels wird es eine kurze Zusammenfassung gegeben, worin der Einfluss der PpUG auf die Krankenkassen sowie der Krankenkassen auf andere Stakeholder zusammenfassend gezeigt wird.

Gemäß **§ 4 SGB V** sind Krankenkassen selbstverwaltete rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die Krankenkassen sind in Kassenarten gegliedert. Diese sind zum Beispiel die Allgemeine Ortskrankenkassen, die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen und Ersatzkassen. (BMJV, o, 07.12.2020)

„Im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung arbeiten die Krankenkassen und ihre Verbände sowohl innerhalb einer Kassenart als auch kassenartenübergreifend miteinander und mit allen anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens zusammen. Die Krankenkassen haben bei der Durchführung ihrer Aufgaben und in ihren Verwaltungsangelegenheiten sparsam und wirtschaftlich zu verfahren und dabei ihre Ausgaben so auszurichten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist ebenfalls nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten.“ (BMJV, o, 07.12.2020)

Zudem werden die Krankenkassen vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) unterstützt. Der MDK fungiert als Körperschaft des öffentlichen Rechts und hat eine Beratungs- und Begutachtungsfunktion. Er berät die Kranken- und Pflegekassen unabhängig und neutral, damit diese über Leistungsansprüche autonom entscheiden können (MDK Bayern, 2020). Am 01.01.2020 ist das MDK Reformgesetz in Kraft getreten. Auf Grundlage dieses Gesetzes und zur Wahrung seiner Unabhängigkeit soll der MDK bis zum 31.6.2021 in eine eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts umgewandelt werden. Der MDK heißt dann Medizinischer Dienst (MD). (Betanet, 2020)

Anknüpfend wird dargestellt, was für eine Rolle die Krankenkassen im Gesundheitssystem spielen und was für einen Einfluss sie auf die Arbeitgeber und Arbeitnehmer im Krankenhaus haben.

In Deutschland besteht laut **§ 5 Abs. 1 Satz 1 SGB V** eine Versicherungspflicht. Diese gilt für Arbeiter, Angestellte und Beschäftigte in der Berufsausbildung, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind (BMJV, q, 07.12.2020). Die Krankenversicherung wird in Deutschland von zwei unterschiedlichen Systemen getragen. Zum einen von der GKV und zum anderen von der PKV. Rund 90 % der Bevölkerung sind in der GKV versichert (BMG, a, 07.12.2020). Die GKV wird von den gesetzlichen Krankenkassen getragen. Gesetzlich Versicherte können in Deutschland ihre Krankenkasse frei wählen (Scherbaum, 2019, S. 25). Eine Befreiung von der Krankenversicherung ist im **§ 6 Abs. 1 SGB V** wie folgt geregelt: „[...] Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, deren Lohn oder Gehalt (Arbeitsentgelt) einen bestimmten Betrag überschreitet, sind nicht versicherungspflichtig. Dieser Betrag wird Versicherungspflichtgrenze oder Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) genannt [...]“ (BMJV, r, 07.12.2020). Die JAEG wird im Laufe dieses Kapitels noch ausführlicher erläutert.

Beschäftigte, die dann nicht mehr versicherungspflichtig sind, haben die Möglichkeit, dennoch als freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenkasse zu bleiben oder in eine private Krankenversicherung zu wechseln. (GKV Spitzenverband a, 2018)

Zur Arbeitsweise der Krankenkassen lässt sich sagen, dass sie nach dem Prinzip der Solidarität bzw. Solidarprinzip arbeiten, was bedeutet, dass die zu zahlenden Beiträge sich nach der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten richtet und trotzdem jeder Versicherte die gleichen medizinischen Leistungen in Anspruch nehmen kann (BMG, a, 07.12.2020). Die Leistungen der GKV werden hauptsächlich durch Beiträge vom Arbeitgeber und dem Arbeitnehmer finanziert. Diese Beiträge fließen dem gemeinsamen Gesundheitsfonds der Krankenkassen zu (BMG, b, 07.12.2020). „Seit dem 1. Januar 2009 erfolgt die Finanzierung über den Gesundheitsfonds, der beim Bundesversicherungsamt als Sondervermögen des Bundes geführt wird“ (Scherbaum, 2019, S. 26 f.). Die GKV erhält außerdem einen Steuerzuschuss, damit sie die versicherungsfremden Leistungen finanzieren kann. (Scherbaum, 2019, S. 27)

Nachfolgend wird der Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil beschrieben.

Unter dem Arbeitgeberanteil wird der Anteil der Sozialbeiträge verstanden, den der Arbeitgeber zur Krankenversicherung beiträgt und somit bezahlt. Ursprünglich bestand eine gleichberechtigte Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber mit gleich hohen Beiträgen. Der Arbeitgeberanteil wurde allerdings gesenkt, da er die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen beschränkt (Happe et al., 2018, S. 41). Grundsätzlich setzt sich der Gesamtbeitrag zur GKV aus dem Basisbeitrag und dem Zusatzbeitrag zusammen. Der Basisbeitrag

ist bei allen Kassen mit 14,6 % des Bruttogehalts bis zur Beitragsbemessungsgrenze gleich. Bei der Beitragsbemessungsgrenze handelt es sich um eine aktive Grenze ist, da sie von der Bundesregierung zum jeweils 1. Januar des Jahres immer neu angepasst wird. Mit dieser Festlegung wird die Höhe der Beiträge zur GKV, die sich an den durchschnittlichen Lohnentwicklungen orientiert, begrenzt (Scherbaum, 2019, S. 29). Den Zusatzbeitrag bestimmen die Krankenkassen selbst. Die GKV berechnet ihren Beitrag mit einem festen Prozentsatz abhängig vom Bruttoarbeitslohn. Die Hälfte davon - 7,3 % - trägt der Arbeitnehmer (Arbeitnehmeranteil) und die andere Hälfte der Arbeitgeber (Scherbaum, 2019, S. 28). Wenn die Krankenkassen ihren Finanzbedarf trotz des Gesundheitsfonds nicht decken können, haben sie zusätzlich die Möglichkeit zum Beitragssatz einen Zusatzbeitragssatz zu erheben (Scherbaum, 2019, S. 28). Dieser ist im **§ 242 SGB V** festgelegt (BMJV, t, 2020). Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag wird seit dem 1. Januar 2019 von Arbeitgebern und Arbeitnehmern gleichwertig getragen. (Scherbaum, 2019, S. 28)

Zum Beitrag der Arbeitgeber gehört noch der Arbeitgeberzuschuss für den Arbeitnehmer (Scherbaum, 2019, S. 29). Dieser Zuschuss wird für die gesetzliche und private Krankenversicherung gezahlt. Die Höhe wird von der Bundesregierung festgelegt (Scherbaum, 2019, S. 29). Dabei handelt es sich um einen Zuschuss, welcher zum Krankenversicherungsbeitrag für Beschäftigte gehört, die aufgrund einer Überschreitung der JAEG nicht krankenversicherungspflichtig sind (Wichert et al., 2020). Die JAEG oder auch Versicherungspflichtgrenze legt fest, bis zu welchem Jahreseinkommen sich Arbeitnehmer gesetzlich krankenversichern müssen. Arbeitnehmer, die mit ihrem Arbeitsentgelt die JAEG überschreiten, scheidet unter bestimmten Voraussetzungen aus der Versicherungspflicht aus. Sie können wählen, entweder ein freiwilliges Mitglied bei der Gesetzlichen Krankenkasse zu bleiben oder sich privat zu versichern. (Marburger, 2020, S. 48)

Die JAEG hat keinen Einfluss auf den Arbeitgeberzuschuss, sondern legt nur fest, bis zu welchem Jahreseinkommen sich Arbeitnehmer gesetzlich krankenversichern müssen.

Ansprüche auf diese in **§ 257 Abs. 1 SGB V** geregelten Beitragszuschüsse vom Arbeitgeber haben diejenigen Versicherten, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und nur wegen dem Überschreiten der JAEG versicherungsfrei sind. Sie erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuss den Betrag, den der Arbeitgeber entsprechend bei einer Versicherungspflicht des Beschäftigten zu tragen hätte. (BMJV, p, 07.12.2020)

Des Weiteren wird die Beitragsbemessungsgrenze auch auf weitere Sozialversicherungen angewandt, z. B. auf die gesetzliche Krankenversicherung sowie die Renten- bzw. Arbeitslosenversicherung. Damit wird deutlich, dass die Krankenversicherungen nach dem oben genannten „Solidarprinzip“ arbeitet. Aufgrund dessen orientiert sich die Beitragshöhe an der Höhe des Verdienstes der Mitglieder. Wer gut verdient, kommt für die Beiträge der weniger verdienenden Mitglieder mit auf (Scherbaum, 2019, S. 25)

Im Oktober 2020 wurden für das Jahr 2021 von der Bundesregierung neue Grenzen für die GKV festgelegt. Wer demnach mehr als 4.837,50 Euro (Brutto) im Monat bzw. 64.350 Euro im Jahr verdient, muss bis zu dieser Grenze Krankenversicherungsbeiträge abführen. Auch der Arbeitgeberanteil an der Krankenversicherung wird nur bis zu dieser Grenze fällig. „Die Höhe des GKV-Beitrags steigt also automatisch: bei einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze zu Jahresbeginn, bei jeder Erhöhung des Beitragssatzes bzw. des kassenindividuellen Zusatzbeitrags, bei jeder Lohn- bzw. Gehaltserhöhung - das heißt, je höher das Einkommen, desto höher auch der Krankenkassenbeitrag.“ (Scherbaum, 2019, S. 29). Die Höhe des Arbeitgeberzuschuss ist somit an die Beitragsbemessungsgrenze gebunden. Die Beitragsbemessungsgrenze hat somit einen Einfluss auf die Höhe des Arbeitgeberzuschuss. Der Arbeitgeber ist aufgrund dessen daran interessiert, nicht so hohe Arbeitgeberzuschüsse zahlen zu müssen.

Für das Jahr 2021 werden die Beitragssätze der Krankenkassen jedoch wieder erhöht. Ab dem 01.01.2021 steigt der Beitragssatz bei der Barmer Ersatzkasse von 1,1 % auf 1,5 % an. Das geschieht zum einen aufgrund der neuen Gesundheitsreformen für z. B. bessere Pflege und steigende medizinische Versorgung und zum anderen aufgrund vermehrter Kosten im Gesundheitssystem aufgrund der Corona-Pandemie. Die Krankenkassen versuchen durch diese Erhöhung die sprunghaften Kosten im Gesundheitssystem aufzufangen. (Barmer, 2021)

Die Krankenkassen sind darüber hinaus an der Dualen Finanzierung im Krankenhaus beteiligt, welche im fünften Kapitel bereits aufgegriffen wurde. Durch die Krankenkassenbeiträge werden Betriebskosten, Personalkosten und Sachmittel finanziert.

Als Fazit und bezogen auf die PpUG, wird nun der Einfluss der Krankenkasse auf die PpUG und auf die Stakeholder, Patienten im Krankenhaus, Arbeitnehmer (Pflegekräfte) und den Arbeitgeber (Krankenhaus) dargestellt.

Ein Versicherter bzw. der Patient, hat einen Anspruch auf eine Krankenbehandlung. Die Krankenkassen genehmigen die Leistungen im Krankenhaus, wenn diese ausreichend,

zweckmäßig sowie wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Wenn dies nicht der Fall ist, werden diese Leistungen von den Krankenkassen nicht bewilligt (BMJV, s, 07.12.2020). In Bezug auf das Krankenhaus funktioniert die Abrechnung so, dass die Krankenkassen nicht mit dem Patienten die in der GKV versichert sind unmittelbar abrechnen, sondern direkt mit dem Krankenhaus. Der Patient entrichtet nur die Zuzahlung von 10 Euro pro Tag für maximal 28 Tage, wobei dieser Betrag durch das Krankenhaus direkt dem Patienten in Rechnung gestellt wird. (StMGP, 2020)

Des Weiteren wird bei den Vereinbarungen über das Pflegebudget im Krankenhaus die Zustimmung der Krankenkassen benötigt. Sie haben dadurch einen Einfluss auf die Ausgestaltung und Höhe des Pflegebudgets (Simon, 2018 S. 5). Die Krankenkassen vereinbaren dabei mit dem jeweiligen Krankenhaus ein individuelles Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten (BMJV, u, 09.12.2020). Das Budget errechnet sich aus den jahresdurchschnittlichen Daten, welche nachzuweisen sind. Diese beinhalten die individuelle Stellenbesetzung von Pflegevollkräften, gegliedert nach Berufsbezeichnungen sowie die Pflegepersonalkosten (GKV Spitzenverband f, 2019). Das heißt konkret, dass jede Pflegekraft voll von den Krankenkassen finanziert wird. Die Krankenversicherungen tragen diese Kosten, welche letztendlich durch die Beitragszahler finanziert werden. Um diese Ausgaben zu decken, werden unter anderem die Beitragssätze angehoben (Schuler, 2018). Die erhöhten Beitragssätze müssen dann von den Arbeitgebern und den Arbeitnehmern getragen werden.

Die Haltung der Krankenkassen hinsichtlich der PpUG ist, dass es nicht nötig ist, an diesen Untergrenzen festzuhalten (BKK, 2020). Es wurde vor allem kritisiert, dass einige Krankenhäuser versucht haben, aufgrund der unklaren Abgrenzungskriterien, diese Lücke auszunutzen und nahezu alle Kosten dem Pflegebudget zugerechnet haben. Die Krankenkassen fürchteten dadurch ungerechtfertigte Zusatzausgaben und forderten schärfere Abgrenzungskriterien schon für das Jahr 2020 bei Kliniken anzuwenden. (Thelen, 2020)

Am 04.03.2020 wurde die Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung getroffen, welche noch im selben Jahr in einer überarbeiteten Version im November herausgegeben wurde (GKV Spitzenverband, d, 2020). Sie beinhaltet konkrete Regelungen für die Zuordnung von Kosten bezüglich des Pflegepersonals. Der Vorschlag der Krankenkassen ist, dass zum einen weitere Untergrenzen für Bereiche im Krankenhaus festzulegen sind, um den Personalverlagerungen entgegenzuwirken. Zum anderen soll der unterschiedliche patientenbezogene Pflegeaufwand in Form einer Risikoadjustierung bei der Festlegung der PpUG

berücksichtigt werden (BKK, 2020). “ Das heißt, dass für jeden pflegesensitiven Bereich das Verhältnis von Pflegekräften zu Pflegelasten ermittelt wird, wobei die Personal-Patienten-Zahl als „Pflegevollkraft zu Pflegelastäquivalent“ normiert wird. Im Ergebnis wird für jeden pflegesensitiven Bereich das Versorgungsniveau in Abhängigkeit vom Schweregrad der zu behandelnden Patienten erfasst und dementsprechend die Personalbesetzung ermittelt.“ (BKK, 2020)

Die folgende Abbildung zeigt nochmal eine Zusammenfassung dieses Stakeholders.

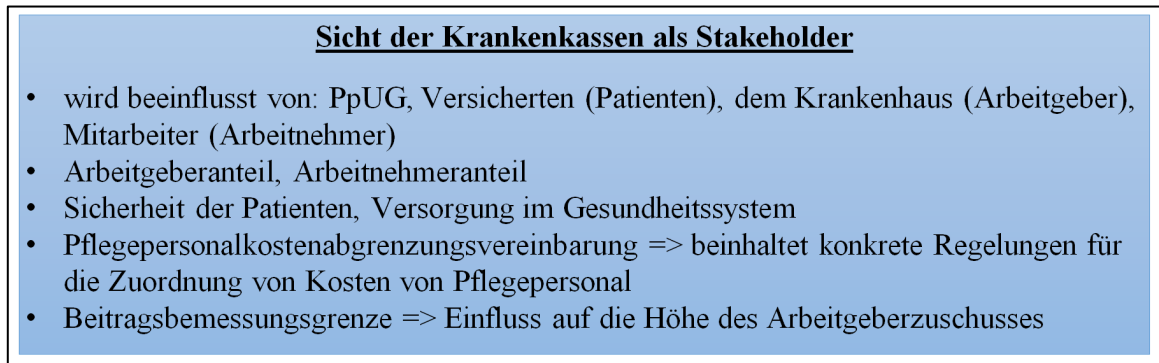


Abbildung 7-1 Zusammenfassung, Sicht der Krankenkassen als Stakeholder

8 Sicht der Gesellschaft als Stakeholder

Die Gesellschaft ist der sechste Stakeholder, der in dieser Arbeit berücksichtigt wird.

Zu Beginn wird die Gesellschaft in Verbindung mit dem demografischen Wandel in Deutschland dargestellt. Am Ende dieses Kapitel wird ein Fazit gezogen.

Per Definition lässt sich der demografische Wandel anhand eines Zusammenspiels von drei Faktoren bestimmen. Diese sind: die Entwicklung der Lebenserwartung und die damit verbundene Anzahl der Sterbefälle, das Geburtenverhalten der Müttergeneration bzw. die Anzahl der Geburten sowie die Entwicklung des Wanderungssaldos, also der Differenz zwischen den Menschen, die nach Deutschland ziehen und denen, die aus Deutschland wegziehen (Wilke, 2020, S. 4). Laut dem Statistischen Bundesamt ist Deutschland schon längst im demographischen Wandel angekommen. Demnach sinkt die Zahl der jüngeren Menschen immer mehr und gleichzeitig steigt die Zahl an älteren Menschen. (Statistisches Bundesamt, 2020). „Jede zweite Person in Deutschland ist heute älter als 45 und jede fünfte Person älter als 66 Jahre“. (Statistisches Bundesamt, 2020)

Wie es zu so einer Veränderung in Deutschland gekommen ist wird anschließend dargestellt.

Einerseits ist in dem vergangenen Jahrhundert die Lebenserwartung in Deutschland kontinuierlich gestiegen und zum anderen sind die zahlenmäßig starken Jahrgänge aus den Zeiten des Babybooms jetzt die alternde Babyboomgeneration. Das führt zu einem hohen Anstieg an älteren Menschen in Deutschland. Daraus resultiert, dass das Verhältnis der Älteren bzw. der Ruheständler, zu den Jüngeren bzw. Erwerbstätigen, unausgeglichen ist. Das heißt, es gibt zu wenig junge Menschen im erwerbstätigen Alter, welche die Sozialleistungen für die Älteren tragen müssen. (Wilke, 2020, S. 12)

Diese Entwicklung hat Konsequenzen für die medizinische und pflegerische Versorgung. Die Nachfrage an pflegerischen und medizinischen Dienstleistungen steigt jedoch stetig an. Dadurch nimmt auch der Bedarf an qualifiziertem Pflegepersonal zu. Dabei steht dieser Nachfrage ein niedrig wachsendes Personalangebot gegenüber (Leppelmeier, 2020, S. 17). Zusätzlich gibt es ständig neue Anforderungen, aktualisierte Gesundheits- und Pflegekonzepte, technische Weiterentwicklungen sowie Veränderungen der Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisationen, die ebenfalls zu beruflichen Qualifikationsanforderungen beitragen. Die neuen Anforderungen sollen stetig eingehalten werden, trotz unzureichender Personalausstattung (Leppelmeier, 2020, S. 17). Darüber hinaus fehlt es an Wertschätzung, guten Arbeitsbedingungen und einer gerechten Bezahlung in diesem Arbeitsbereich (Leppelmeier,

2020, S. 18). Um diesen Entwicklungen entgegenzuwirken, wird versucht das Image, des Berufs Pflegefachmann bzw. Pflegefachfrau aufzuwerten, um für junge Menschen attraktiver zu sein (Leppelmeier, 2020, S.17). Um dies zu fördern, wurde das neue Pflegeberufsgesetz mit der generalistischen Pflegeausbildung im Jahr 2020 eingeführt. Hierbei werden die Berufsbilder Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege zu einem Berufsbild zusammengeführt. Seit 1. Januar 2020 heißen diese Berufsbilder Pflegefachmann bzw. Pflegefachfrau. Diese Umstrukturierung in der Ausbildung soll dazu dienen, dass vor allem die Altenpflege aufgewertet und personell gestärkt wird (Bayrisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2019). Die PpUGV und das neue Pflegeberufsgesetz sind alles Maßnahmen der Politik, um die hohe Nachfrage an pflegerischen und medizinischen Dienstleistungen der immer älter werdenden Gesellschaft zu decken.

Aufgrund der derzeitigen Corona-Krise ist die Berufsgruppe der Pflegenden in Krankenhäusern und Altenheimen zur systemrelevantesten Gruppe geworden. Die Pflege ist in der Gesellschaft aktuell so sehr im Gespräch wie noch nie zuvor. Viele Pflegekräfte schließen sich in den sozialen Netzwerken zusammen und nutzen diese Chance, um auf die Missstände in der Pflege aufmerksam zu machen. Eine provokante Kampagne, die sich Ende 2020 aufgetan hat: „Pflege Stufe Rot“ mit ihrem Slogan: „Applaus reicht nicht aus“, stellt die Pflege mit ihren Problemen in den Fokus. Damit nimmt diese Kampagne Bezug auf die Gesellschaft, die den Pflegekräften einen Applaus als Anerkennung für ihre Arbeit in der aktuellen Corona-Zeit zukommen lässt. Die Pflegekräfte wissen dennoch, dass Applaus keine hinreichende Unterstützung für den Arbeitseinsatz in dieser ernstesten Situation ist. (Pflege-Stufe-Rot, 2020)

Als Fazit zu diesem Stakeholder wird deutlich, wie unausgeglichen das Verhältnis der Anzahl der Pflegekräfte und der Patienten im Krankenhaus ist, dass aber dennoch aufgrund der PpUGV die Grenzen in der Besetzung der Pflege eingehalten werden müssen. Es fehlt jedoch an Pflegepersonal, um diesen gerecht zu werden. Es gibt zu wenig junge Menschen, die eine Ausbildung in dem Bereich der Pflege absolvieren und zu viele, die den Beruf zwar erlernt haben, ihn aber wieder aufgeben.

Positiv hervorzuheben ist, dass die Pflegenden sich zusammenschließen und die schlechten Zustände schonungslos publik machen. Der Zusammenhalt, gerade in den sozialen Netzwerken und die Kommunikation zwischen den Pflegenden ist so stark wie noch nie. Die Pflege muss diese Aufmerksamkeit nutzen, die sie durch ihre aktuelle hervorgehobene Stellung bekommen hat. Auch die Gesellschaft merkt, wie systemrelevant diese Berufsgruppe ist, denn

viele können sich oder ihr Angehörigen in einer Situation sehen, in der sie auf die Pflege angewiesen sind und diese dann gleichermaßen in Umfang in Anspruch nehmen wollen. Die Menschen wollen ein Gefühl von Versorgungssicherheit und einer Grundsicherung haben. Diese Sicherheit war bis dato unumstritten vorhanden, jedoch bemerkt jetzt jeder Einzelne, dass dies nicht selbstverständlich ist.

Die folgende Abbildung zeigt eine Zusammenfassung dieses Stakeholders.

Sicht der Gesellschaft als Stakeholder

- Verhältnis der Älteren bzw. der Ruheständler, zu den Jüngeren, bzw. Erwerbstätigen ist unausgeglichen
- Nachfrage an pflegerischen und medizinischen Dienstleistungen steigt
- PpUGV Maßnahmen der Politik, um die Nachfrage an pflegerischen und medizinischen Dienstleistungen zu decken
- Bevölkerung möchte eine sichere medizinische und pflegerische Versorgung, wenn sie einen Bedarf hat

Abbildung 8-1 Zusammenfassung, Sicht der Gesellschaft als Stakeholder

Im nachfolgenden Kapitel folgt die Zusammenfassung sowie das Fazit der vorliegenden Arbeit.

9 Zusammenfassung und Fazit

Die eingangs gestellte Forschungsfrage lautet, „Welche Stakeholder im Krankenhaus werden durch das Einführen der Personaluntergrenze beeinflusst und in welcher Form?“.

Aufgrund der vorherigen Schlussfolgerungen bzw. Fazits nach jedem einzelnen Stakeholder wird von einer detaillierten Zusammenfassung abgesehen.

Insgesamt wird prägnant, dass gewissermaßen die PpUG einen Einfluss auf alle Stakeholder hat (blaue Pfeile Abbildung S. 44), jedoch auch alle sechs genannten Stakeholder sich untereinander beeinflussen. Hierbei wird vor allem deutlich, dass der Gesetzgeber eine herausragende Stellung einnimmt, da jeder Stakeholder von ihm durch seine Vorgaben beeinflusst wird (rote Pfeile Abbildung S. 44).

Für die Patienten und die Gesellschaft ist vor allem die fortwährend sichere und qualitative Versorgung von Bedeutung. Der Gesellschaft ist bewusst geworden, wie wichtig die Pflegekräfte sind. Viele kritisieren, dass die Politik viel zu lange zugesehen hat, ohne erfolgreiche Maßnahmen zu ergreifen. Das ausbleibende Handeln müssen die Pflegenden nun „ausbaden“. In der alternden Gesellschaft steigt zusätzlich der Bedarf an medizinischer und pflegerischer Betreuung an. Die PpUGV sollte dieses Phänomen positiv beeinflussen, indem sie den Pflegeberuf attraktiver macht und so zu einer Pflegepersonalstärkung beiträgt, was bis dato noch nicht die gewünschten Ergebnisse zeigt. Anerkennend hervorzuheben ist jedoch die Aufmerksamkeit, die der Beruf der Pflegekräfte als systemrelevante Berufsgruppe aktuell durch die Corona-Pandemie bekommt. Aufgrund dessen wird jedoch auch deutlich, wie schlecht die Arbeitsumstände in der Pflege sind. Es fehlt an Wertschätzung, Anerkennung und einer gerechten Bezahlung in diesem Beruf.

Der Patient wird von der PpUG beeinflusst, aufgrund seines individuellen Pflegeaufwands, anhand dessen die Pflegepersonalstellen gemessen werden. Außerdem steht er im Mittelpunkt der Versorgung im Krankenhaus. Die PpUG sind dazu gedacht, dass genügend Pflegekräfte vorhanden sind, um die Nachfrage der zu betreuenden Patienten rund um individuell und qualitativ abzudecken.

Das Krankenhaus wird durch die PpUG zum einen in seiner Personalgestaltung beeinflusst, welche durch Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrumente begleitet werden. Mit dem Instrument „Pflegepersonalquotient“ wird aktuell das Verhältnis der Vollkräften zu dem zu leistenden Pflegeaufwand ermittelt. Zum anderen beeinflussen die PpUG mit ihren Vorgaben die pflegesensitiven Bereiche eines Krankenhauses. Außerdem haben die PpUG zu einer

veränderten Finanzierung beigetragen, die Pflegepersonalkosten wurden aus den DRG's ausgegliedert und die Einführung des Pflegebudgets nach Selbstkostendeckungsprinzip hat stattgefunden. Es ist für die Zukunft unumgänglich, einen Personalschlüssel nach tatsächlichem Bedarf einzuführen.

Die Krankenkassen stehen zusätzlich in enger Verbindung zum Krankenhaus, den Patienten und den Pflegekräften. Die Krankenkassen sind an der Dualen Finanzierung im Krankenhaus beteiligt, was unter anderem die Vereinbarung des Pflegebudget mit dem Krankenhaus zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten beinhaltet.

Trotz dieser teilweise positiven Beeinflussung der PpUG auf die Stakeholder wird deutlich, dass wenn sich an der quantitativen, sowie qualitativen Personalsituation in der Pflege nichts ändert, erzielen auch keine weiteren PpUG oder andere Instrumente eine Veränderung am Pflegemangel. Die aktuelle Personalsituation macht es den Pflegenden unmöglich ohne Manipulation oder ähnliche Maßnahmen die Untergrenzen einzuhalten.

Hinsichtlich der aktuellen Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen durch die Corona-Pandemie ist es fraglich, ob diese Aufhebung der richtige Weg ist für die zukünftige Pflegepersonalsituation in den Krankenhäusern. Es besteht durchaus das Risiko, dass der aktuelle Ausnahmezustand im Gesundheitswesen in der Zukunft zum Normalzustand wird.

Der Pflegenotstand ist seit Jahren in Deutschland bekannt, doch nun wird er offensichtlich.

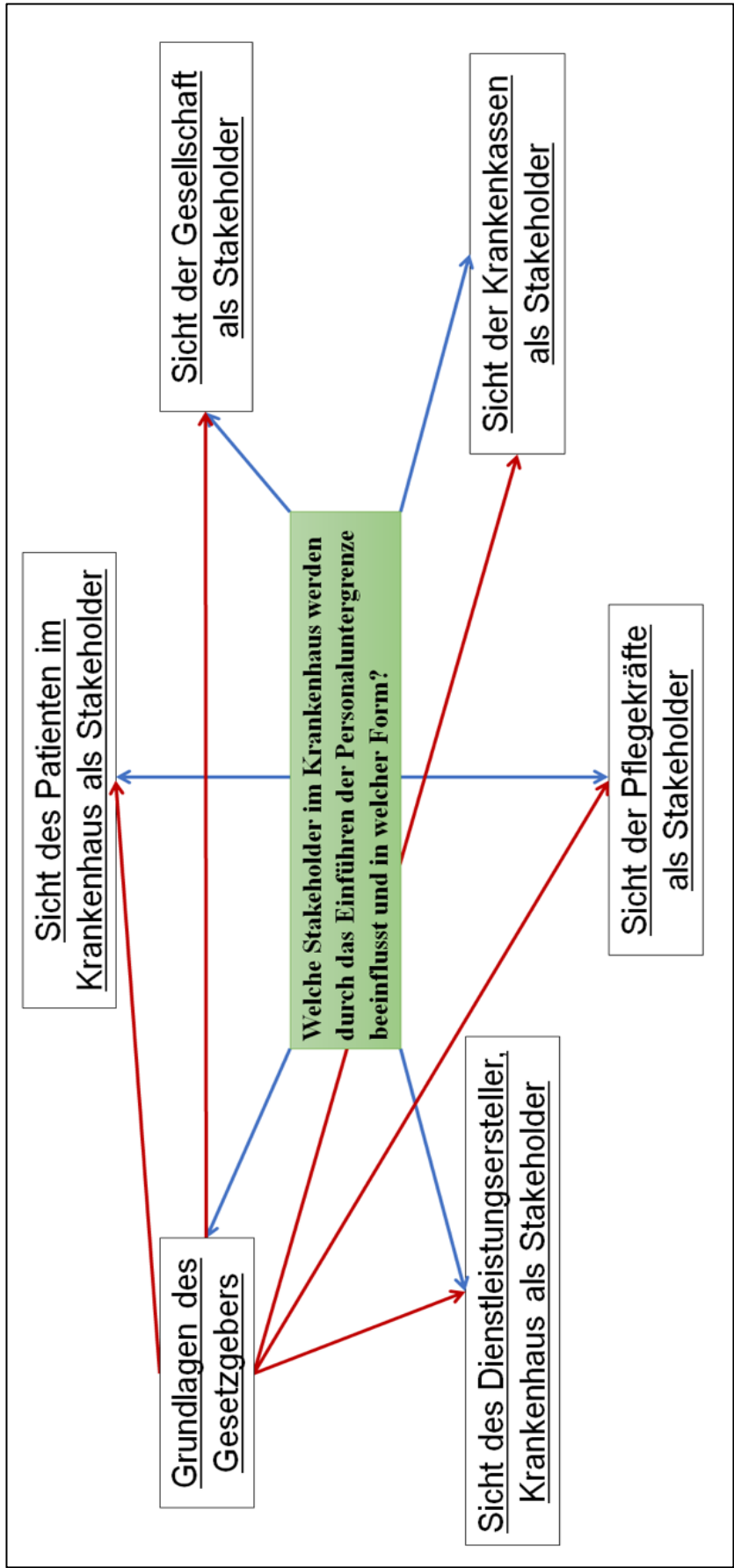


Abbildung 9-1 Stakeholder im System Krankenhaus und deren Zusammenhänge bezüglich der PpUG

10 Ausblick

Die Voraussicht in dieses Jahr 2021 zeigt, dass aufgrund der aktuellen Corona Pandemie sich die Wirksamkeit der neue PpUGV für das aktuelle Jahr verschiebt. Daraus folgt, dass die Personalvorgaben für die Stationen der inneren Medizin, der allgemeinen Chirurgie und der Kinderheilkunde und die der bereits bestehenden pflegesensitiven Bereiche erst vier Wochen später am 1. Februar 2021 wirksam werden sollen, dass teilte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn mit. In diesem Zusammenhang wird auch nochmal das neue Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument PPR 2.0 aufgegriffen, welches bislang immer noch nicht eingeführt wurde.

Für den weiteren Verlauf dieser Thematik wäre es interessant, ob die PpUG beibehalten werden und wie die Pflegepersonalbemessungen erfolgen wird. Welche Nachwirkungen die Corona-Pandemie auf die Untergrenzen, das Berufsbild der Pflegekräfte und die Krankenhausfinanzierung hat bleibt mit Spannung abzuwarten.

Durch die zeitliche Beschränkung dieser Arbeit begrenzte sich die Untersuchung auf sechs Stakeholder. In welcher Form weitere Stakeholder wie z. B. die Politik, Lieferanten, Fremdkapitalgeber von den PpUG betroffen sind sollte weitergehend untersucht werden.

Literaturverzeichnis

- Augurzky, B.**, 2020, Gewinne im Krankenhaus, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J., Beivers, A., von der (Hrsg): Krankenhausreport 2020, Finanzierung und Vergütung am Scheideweg, Springer, Berlin/Heidelberg, E-Book, S. 185-204
- Barmer**, 2021, Beitragssätze, https://www.barmer.de/firmenkunden/versicherung-beitraege/beitraege/beitragssaetze-239274#Beitragsstze_fr_die_Kranken_und_Pflegeversicherung, abgerufen am 04.01.2021
- Bayrisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege**, 2019, Generalistische Pflegeausbildung, <https://www.stmgp.bayern.de/pflege/generalistische-pflegeausbildung/>, abgerufen am 15.12.2020
- Beivers, A., Emde, A.**, 2020, DRG-Einführung in Deutschland: Anspruch, Wirklichkeit und Anpassungsbedarf aus gesundheitsökonomischer Sicht, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J., Beivers, A., von der (Hrsg): Krankenhausreport 2020, Finanzierung und Vergütung am Scheideweg, Springer, Berlin/Heidelberg, E-Book, S. 3-24
- Betanet**, 2020, MDK, <https://www.betanet.de/mdk.html>, abgerufen am 04.01.2021
- BfArM**, 2020, Pressemitteilung Klassifikationen: BfArM veröffentlicht endgültige Fassung des OPS 2021, <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/pm5-2020.html>, abgerufen am 15.12.2020
- BGBL, a**, 2020, Teil 1 Nr. 45, Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=%2F%2F%2A%5B%40attr_id=%27bgb1118s2394.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgb1118s2394.pdf%27%5D__1606304279280, abgerufen am 7.12.2020

BGBl, b, 2020, Teil 1 Nr. 51, § 6 Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen, Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV) [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*\[@Attr_id=%27bgbl119s1492.pdf%27\]#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl119s1492.pdf%27%5D__1606304502668](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*[@Attr_id=%27bgbl119s1492.pdf%27]#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl119s1492.pdf%27%5D__1606304502668), abgerufen am 07.12.2020

BGBl, c, 2020, Teil 1 Nr. 14, § 10 Vorübergehende Aussetzung, PpUGV, https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=%2F%2F%2A%5B%40attr_id=%27bgbl120s0596.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl120s0596.pdf%27%5D__1606304618184, abgerufen am 07.12.2020

BKK, 2020, Pflegepersonaluntergrenzen, Vorgaben sollen Patientensicherheit und Versorgungsqualität sicherstellen, Krankenkassen fordern Untergrößen für weitere Bereiche, <https://www.bkk-dachverband.de/versorgung/krankenhaeuser/vorgaben-sollen-patientensicherheit-und-versorgungsqualitaet-sicherstellen>, abgerufen am 24.11.2020

Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M., Steffen, P., 2019, Krankenhaus Barometer, Umfrage 2019, https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.4_Publikationen/3.4.5_Krankenhaus_Barometer/Krankenhaus_Barometer_2019.pdf, abgerufen am 27.12.2020

BMJV, a, 202, §137i Abs. 4 SGB V, Nachweisvereinbarungen, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_137i.html, abgerufen am 07.12.2020

BMJV, b, 2020, § 137i SGB V, Pflegepersonaluntergrößen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_137i.html, abgerufen am 07.12.2020

BMJV, c, 2020, §§ 1-7 SGB V, Pflegepersonaluntergrößen-Verordnung PpUGV, [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*\[@attr_id=%27bgbl119s1492.pdf%27\]#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl119s1492.pdf%27%5D__1606304502666](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*[@attr_id=%27bgbl119s1492.pdf%27]#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl119s1492.pdf%27%5D__1606304502666), abgerufen am 07.12.2020

- BMJV, d**, 2020, § 137i SGB V, Sanktions-Vereinbarungen, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___137i.html, abgerufen am 07.12.2020
- BMJV, e**, 2020, § 137i SGB V, Weiterentwicklung der Sanktions-Vereinbarungen, https://www.g-drg.de/Pflegepersonaluntergrenzen_2020/PpUG-Sanktions-Vereinbarung, abgerufen am 07.12.2020
- BMJV, f**, 2020, § 17b KHG, Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze Verordnungsermächtigung https://www.gesetze-im-internet.de/khg/___17b.html, abgerufen am 07.12.2020
- BMJV, g**, 2020, Verordnung zu Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021 (PpUGV) https://www.gesetze-im-internet.de/ppugv_2021/BJNR235700020.html, abgerufen am 07.12.2020
- BMJV, h**, 2020, §137i Abs. 3 SGB V, Nachweisvereinbarungen, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___137i.html, abgerufen am 07.12.2020
- BMJV, i**, 2020, § 137j SGB V, Pflegepersonalquotienten, Verordnungsermächtigung, <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/137j.html>, abgerufen am 07.12.2020
- BMJV, j**, 2020, § 2 KHG, Begriffsbestimmungen, https://www.gesetze-im-internet.de/khg/___2.html, abgerufen am 07.12.2020
- BMJV, k**, 2020, § 8 KHG, Voraussetzung der Förderung, https://www.gesetze-im-internet.de/khg/___8.html, abgerufen am 07.12.2020
- BMJV, l**, 2020, § 9 KHG, Fördertatbestände, https://www.gesetze-im-internet.de/khg/___9.html, abgerufen am 07.12.2020
- BMJV, m**, 2020, §135a SGB V, Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___135a.html, abgerufen am 07.12.2020

BMJV, n, 2020, § 136 SGB V, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___135a.html, abgerufen am 07.12.2020

BMJV, o, 2020, § 4 Abs. 1, 2, 3, 4, SGB V, Krankenkassen, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___4.html, abgerufen am 30.11.2020

BMJV, p, 2020, § 257 Abs. 1 ,2, SGB V, Beitragszuschüsse für Beschäftigte, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___257.html, abgerufen am 07.12.2020

BMJV, q, 2020, § 5 Abs. 1 Satz 1, SGB V, Versicherungspflicht, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___5.html, abgerufen am 07.12.2020

BMJV, r, 2020, § 6 Abs. 1 SGB V, Versicherungsfreiheit, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___6.html, abgerufen am 07.12.2020

BMJV, s, 2020, § 27 Abs. 1 SGB V, Krankenbehandlung, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___27.html, abgerufen am 07.12.2020

BMJV, t, 2020, § 242, SGB V, Zusatzbeitragssatz, <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/242.html>, abgerufen am 07.12.2020

BMJV, u, 2020, § 6a, KHEntgG, Vereinbarung eines Pflegebudgets, http://www.gesetze-im-internet.de/khentgg/___6a.html, abgerufen am 09.12.2020

BMJV, v, 2020, § 17b Abs. 1, 3, KHG, Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung, https://www.gesetze-im-internet.de/khg/___17b.html, abgerufen am 09.12.2020

BMG, a, 2018, GKV, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gkv.html>, abgerufen am 20.11.2020

BMG, b, 2019, Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/finanzierung-gkv.html>, abgerufen am 24.11.2020

- BMG, c**, 2020, Pflegepersonaluntergrenzen, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/personaluntergrenzen.html>, abgerufen am 12.11.2020
- BMG, d**, 2020, Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenzukunftsgesetz.html>, abgerufen am 26.11.2020
- Buchenau, P.**, von der: (Hrsg), 2020, Fit for Future, Springer, Wiesbaden, E-Book
- DBfK**, 2020, Umfrage: „Ziel erreicht?“, <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Bericht-Umfrage-Pflegepersonaluntergrenzen-2020-05-19.pdf>, abgerufen am 18.01.2021
- DKG, Ver.di, Deutscher Pflegerat e.V.**, 2020, Kurzdarstellung des Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstruments PPR 2.0, https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5._Personal_und_Weiterbildung/2.5.0._PPR_2.0/Kurzdarstellung_des_Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstruments_PPR_2.0.pdf, abgerufen am 09.11.2020
- DKG**, 2020, Pressemitteilung, DKG zur Debatte im Deutschen Bundestag, Pflegepersonalbemessungsinstrument baldmöglichst einführen, https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/020/2020-03-12_PM-DKG_PPR_20.pdf, abgerufen am 24.11.2020
- Eberts, E., Ruhl, S.**, 2011, Aufnahme- und Entlassprozesse – Prozessfluss, <https://www.krankenhausberater.de/impuls/news/aufnahme-und-entlassprozesse-prozessfluss/>, abgerufen am 24.11.2020
- Eisele, C.**, 2017, Moralischer Stress in der Pflege, Auseinandersetzung mit ethischen Dilemmasituationen, Facultas Verlag, Wien, E-Book
- Fachgesellschaft Profession Pflege e. V.**, 2018, Konzept zur Pflegepersonalbedarfsmessung im Krankenhaus, <http://www.propflege.eu/files/inhalte/neuigkeiten/Pflegepersonalbemessungskonzept.pdf>, abgerufen am 13.11.2020

- Fleischer, S.**, 2020, Pre-Test einer modernisierten Pflegepersonal-Regelung für Erwachsene PPR 2.0, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5._Personal_und_Weiterbildung/2.5.0._PPR_2.0/Abschlussbericht_DKG_Pre-Test_PP_R2.0_final.pdf, abgerufen am 24.11.2020
- Gaß, G.**, 2020, PPR 2.0: Ablösung für die Pflegepersonaluntergrenze, https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.4._Publikationen/3.4.1._das_Krankenhaus/dasKrankenhaus_2_2020_Politik_PPR_2.0.pdf, abgerufen am 11.11.2020
- GKV Spitzenverband, a**, 2020, aDRG-System, https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg_system/g_drg_2020/drg_system_1.jsp, abgerufen am 24.11.2020
- GKV Spitzenverband, b**, 2020, Vereinbarung gemäß § 137i Abs. 1 S. 10 SGB V über Sanktionen nach § 137i Abs. 4b und 5 SGB V (PpUG-Sanktions-Vereinbarung) zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/kh_ppug2020/KH_PpUG-Sanktions-Vereinbarung_04.05.2020.pdf, abgerufen am 11.11.2020
- GKV Spitzenverband, c**, 2018, Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern nach § 137i SGB V, Zwischenbericht des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) an das Bundesministerium für Gesundheit, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/2018_01_30_Pflegepersonaluntergrenzen_Zwischenbericht_an_BMG.pdf, abgerufen am 24.11.2020

GKV Spitzenverband, d, 2020, Vereinbarung nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zur Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und zur Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal (Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung) für den Vereinbarungszeitraum 2021, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/drg/drg_2020/2020_03_04_Pflegepersonalkostenabgrenzungs-Vb_2021_inkl_Anlagen.pdf, abgerufen am 04.12.2021

GKV Spitzenverband, e, 2020, Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2021 (Fallpauschalenvereinbarung 2021 – FPV 2021), https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/drg/drg_2021/FPV_2021.pdf, abgerufen am 01.12.2021

GKV, Spitzenverband, f, 2019, § 2 Abs. 2 Satz 1, Ermittlung des Pflegebudgets und vorzulegende Unterlagen, in: Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung, Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) über die näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets (Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung) zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln gemeinsam sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/drg/drg_2020/2019_11_25_KH_Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung_Lesefassung.pdf, abgerufen am 09.12.2020

GKV Spitzenverband, g, 2019, Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2020 (Fallpauschalenvereinbarung 2020 – FPV 2020), https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/drg/drg_2020/FPV_2020.pdf, abgerufen am 08.12.2020

Happe, V., Horn, G., Otto, K., von der: (Hrsg), 2018, Arbeitgeberanteil in: Das Wirtschaftslexikon, Begriffe-Zahlen-Zusammenhänge, 3. Auflage, Dietz, Bonn, E-Book, S. 41

Herrmann, S., 2005, Corporate Sustainability Branding, Nachhaltigkeitsorientierte Profilierung von Unternehmensmarken, Springer, Wiesbaden, E-Book

- Hommel, T.**, 2019, Was nötig ist, um die Patientensicherheit zu erhöhen, <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/WHO-Mehr-Anstrengungen-fuer-Patientensicherheit-401145.html>, abgerufen am 07.12.2020
- InEK, a**, 2018, Erläuterungen zum Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand, Pflegelast-Katalog Version 0.99, https://www.g-drg.de/Aktuelles/Katalog_zur_Risikoadjustierung_fuer_Pflegeaufwand_Pflegelast-Katalog_Version_2020, abgerufen am 24.11.2020
- InEK, b**, 2020, Erläuterungen zum Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand, Pflegelast-Katalog Version 2020, https://www.g-drg.de/Pflegepersonaluntergrenzen_2020/Katalog_zur_Risikoadjustierung_fuer_Pflegeaufwand_Pflegelast-Katalog_Version_2020, abgerufen am 24.11.2020
- Jahn, P.**, 2020, Untergrenzen oder Personalbemessung in der Pflege, in: Der Onkologe, Heft Nr. 11, <https://link.springer.com/article/10.1007/s00761-020-00838-y>, abgerufen am 12.11.2020, Springer, S. 1040-1046
- Karagiannidis, Janssens, Krakau, Windisch, Welte, Busse**, 2020, Pflege: Deutsche Krankenhäuser verlieren ihre Zukunft, in Dtsch Ärzteblatt, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/212089/Pflege-Deutsche-Krankenhaeuser-verlieren-ihre-Zukunft>, abgerufen am 11.01.2021
- Klauber, J.**, 2020, Vorwort und Einführung, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J., Beivers, A., (Hrsg): Krankenhausreport 2020, Finanzierung und Vergütung am Scheideweg, Springer, Berlin/ Heidelberg, E-Book, S. VII
- Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J., Beivers, A.**, 2020, von der (Hrsg): Krankenhausreport 2020, Finanzierung und Vergütung am Scheideweg, Springer, Berlin/ Heidelberg, E-Book
- Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.**, 2018, Geschäftsbericht, <https://www.kgnw.de/presse/geschaeftsberichte/>, abgerufen am 11.11.2020

- Leber, W., D., Vogt, C.,** 2020, Reformschwerpunkt Pflege: Personaluntergrenzen und DRG-Pflege-Split, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J., Beivers, A., von der (Hrsg): Krankenhausreport 2020, Finanzierung und Vergütung am Scheideweg, Springer, Berlin/Heidelberg, E-Book, S. 111-143
- Leppelmeier, I.,** 2020, Gesundheit und medizinische, soziale und pflegerische Versorgung in: Helmrich, R., Hummel, M., Wolter, M., I., von der (Hrsg.): Aktualisierte Megatrends. Relevanz und Umsetzbarkeit in den BIBB-IAB-Qualifikations- und Berufsprojektionen, Bonn, E-Book, S. 17-22
- Marburger, H.,** 2020, SGB V Gesetzliche Krankenversicherung, Textausgabe mit praxisorientierter Einführung, 15. Auflage, Walhalla Fachverlag, Regensburg/Berlin, E-Book
- MDK Bayern,** 2020, Über den MDK Bayern, <https://www.mdk-bayern.de/mdk/ueber-uns/>, abgerufen am 05.01.2021
- Müller-Stewens, G., Lechner, C.,** 2011, Strategisches Management, Wie strategische Initiativen zum Wandel führen, 4. Auflage, Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart, E-Book,
- Münstermann, M.,** 2007, Corporate Social Responsibility, Ausgestaltung und Steuerung von CSR-Aktivitäten, Springer/Gabler, Wiesbaden, E-Book
- Oswald, J., Bunzemeier, H.,** 2020, Auswirkungen der Personalvergütung auf die Prozesse im Krankenhaus, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J., Beivers, A., von der (Hrsg): Krankenhausreport 2020, Finanzierung und Vergütung am Scheideweg, Springer, Berlin/Heidelberg, E-Book, S. 145-164
- Pflege-Stufe-Rot,** 2020, Pressemitteilung, PFLEGESTUFE ROT – APPLAUS REICHT NICHT AUS, <https://pflugestuferot.de>, abgerufen am 17.12.2020
- Recom,** 2019, PKMS verbleibt zunächst im System UPDATE: OPS 9-20 im Katalog enthalten, <https://www.recom.eu/unternehmen/news-terminenachrichten/pkms-verbleibt-zunaechst-im-system.html>, abgerufen am 15.12.2020

- Reimbursement Institute**, 2020, aG-DRG System, <https://reimbursement.institute/glossar/ag-drg-system/>, abgerufen am 07.12.2020
- Rosu, S.**, 2014, Stakeholder Analysen und Nutzenversprechen, in: Rosu, S., (Hrsg): Zukunftsstrategien für Orchester, Kompetenzen und Kräfte mobilisieren, Springer, Wiesbaden, E-Book, S. 37-60
- Rosu, S., von der (Hrsg)**, 2014, Zukunftsstrategien für Orchester, Kompetenzen und Kräfte mobilisieren, Springer, Wiesbaden, E-Book,
- Scherbaum, M.**, 2019, Gesundheit für alle, Revolution der betrieblichen Gesundheitsversorgung in: Buchenau, P., (Hrsg): Fit for Future, Springer, Würzburg, E-Book
- Schuler, K.**, 2018, Pflegepersonal-Stärkungsgesetz: Mehr Geld und mehr Zwang, Untergrenzen für Pflegekräfte in Krankenhäusern, neue Stellen und mehr Transparenz: Was bringt das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, das das Kabinett nun beschlossen hat? <https://www.zeit.de/politik/deutschland/2018-07/pflegepersonal-staerkungsgesetz-pflegekraefte-klinik-jens-spahn>, abgerufen am 27.12.2020
- Simon, M.**, 2018, Stellungnahme zu Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf für ein Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG), https://www.bundestag.de/resource/blob/572446/7d8a22be10a019b514d8d6d46d40455/19_14_0036-23-1-_ESV-Simon_PpSG-data.pdf, abgerufen am 09.12.2020
- Stahl, B.**, 2015, Stakeholderorientierte Führung großer Stiftungen, Ein kausalanalytischer Erklärungsansatz der Stiftungsperformance, Springer, Wiesbaden, E-Book
- Statistisches Bundesamt**, 2020, https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/_inhalt.html, abgerufen am 11.12.2020

StMGP Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2020, Wer zahlt was im Krankenhaus? <https://www.stmgp.bayern.de/meine-themen/fuer-patienten/wer-zahlt-was-im-krankenhaus/>, abgerufen am 02.12.2020

Thelen, P., 2020, Kassen und Kliniken einigen sich zu Pflegebudgets, in: Tagesspiegel Background, <https://background.tagesspiegel.de/gesundheit/kassen-und-kliniken-einigen-sich-zu-pflegebudgets>, abgerufen am 09.12.2020

Wichert, J., Becker, J., Dautzenberg, N., Dennerlein, B., 2020, Arbeitgeberzuschuss, Springer, Gabler, <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/arbeitgeberzuschuss-31123/version-378798>, abgerufen am 22.11.2020

Wilke C.B., 2020, Demografischer Wandel in Deutschland – Hintergründe, Zukunftsszenarien und Arbeitsmarktpotenziale, In: Rebeggiani L., Wilke C.B., Wohlmann M., von der (Hrsg.): Megatrends aus Sicht der Volkswirtschaftslehre, Springer Gabler, Wiesbaden, E-Book, S. 3-24

Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt habe und sie an keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.
2. Ich versichere, keine weiteren Hilfsmittel außer den angeführten verwendet zu haben.
3. Soweit ich Inhalte aus Werken anderer AutorInnen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen habe, sind diese unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf Tabellen und Abbildungen.
4. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden beachtet, dies gilt auch für Bilder, Grafiken, Kopien oder Ähnliches.
5. Im Falle empirischer Erhebungen: Für die Veröffentlichung von Daten, Fakten und Zahlen aus Einrichtungen oder über Personen, auch in Interviews, die nicht öffentlich zugänglich sind, liegt mir eine Einverständniserklärung vor. Die Rechteinhaber/innen haben der Verwertung der Daten im Rahmen der BA-Arbeit schriftlich zugestimmt.
6. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
7. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Güntersleben, 02.02.2021

Ort, Datum



Unterschrift der Verfasserin