

# Perinatalbefragung zur pflegerischen Strukturqualität

Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

Dr. Karl Blum

Ann Katrin Parloh

unter Mitarbeit von Miriam Schenk



Dr. Karl Blum



Ann Katrin Parloh

**Ansprechpartner**

Dr. Karl Blum

Deutsches Krankenhausinstitut e. V.

Hansaallee 201

40549 Düsseldorf

Telefon: 0211 / 47051-17

E-Mail: karl.blum@dki.de

Datum: 28.02.2024

## Inhaltsverzeichnis

<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b> .....	<b>4</b>
<b>TABELLENVERZEICHNIS</b> .....	<b>5</b>
<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</b> .....	<b>6</b>
<b>MANAGEMENT SUMMARY</b> .....	<b>7</b>
<b>1 EINLEITUNG</b> .....	<b>8</b>
<b>2 GRUNDLAGEN</b> .....	<b>10</b>
2.1 QUALITÄTSSICHERUNGS-RICHTLINIE FÜR FRÜH- UND REIFGEBORENE .....	10
2.1.1 Stufen der perinatalogischen Versorgung.....	11
2.1.2 Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität .....	12
2.1.3 Klärender Dialog .....	16
2.2 GENERALISTISCHE PFLEGEAUSBILDUNG NACH DEM PFLBG .....	19
2.3 WEITERBILDUNG IN DER PÄDIATRISCHEN INTENSIV- UND ANÄSTHESIEPFLEGE .....	24
<b>3 METHODIK</b> .....	<b>24</b>
3.1 BEFRAGUNG DER PERINATALZENTREN .....	24
3.2 BEFRAGUNG DER WEITERBILDUNGSSTÄTTEN .....	25
3.3 BEFRAGUNG DER AUSBILDUNGSSTÄTTEN.....	26
3.4 AUSWERTUNG DER BEFRAGUNG .....	26
<b>4 BEFRAGUNG DER PERINATALZENTREN</b> .....	<b>28</b>
4.1 FACHKRÄFTEMANGEL .....	28
4.1.1 Personalzahlen in der Pflege .....	28
4.1.2 Stellenbesetzungsprobleme .....	30
4.1.3 Einsatz von Zeitarbeitskräften.....	34
4.1.4 Fluktuation .....	36
4.1.5 Auswirkungen auf die Versorgung .....	37
4.1.6 Entwicklung der Personalsituation in den letzten 5 Jahren .....	38
4.1.7 Entwicklung der Personalsituation in den nächsten 3 Jahren .....	38
4.2 GENERALISTISCHE PFLEGEAUSBILDUNG.....	39
4.2.1 Vertiefungseinsätze und Abschlüsse in der GuKKP .....	39
4.2.2 Aktuelle Entwicklung der Krankenpflegeausbildung .....	40
4.2.3 Zukünftige Entwicklung der Krankenpflegeausbildung .....	42
4.2.4 Einarbeitungsaufwand im Bereich neonatologische Intensivpflege .....	43
4.2.5 Auswirkungen der generalistischen Pflegeausbildung .....	44
4.3 KLÄRENDER DIALOG NACH § 8 QFR-RL .....	46
4.3.1 Klärender Dialog seit 2017 .....	46
4.3.2 Ursachen für die Umsetzungsschwierigkeiten .....	46
4.3.3 Abschluss von Zielvereinbarungen .....	47
4.3.4 Umsetzung der Zielvereinbarung .....	49

---

4.3.5	Unterstützung durch beteiligte Parteien .....	52
4.3.6	Bewertung des klärenden Dialogs .....	53
<b>5</b>	<b>BEFRAGUNG DER WEITERBILDUNGSSTÄTTEN .....</b>	<b>59</b>
5.1	STRUKTURDATEN DER WEITERBILDUNGSSTÄTTEN .....	59
5.2	ENTWICKLUNG DES WEITERBILDUNGSANGEBOTS .....	59
5.3	ENTWICKLUNG DER BEWERBERZAHLEN .....	60
5.4	ZUKUNFTSPPLANUNGEN DES WEITERBILDUNGSANGEBOTS .....	61
5.5	ABBRUCH DER WEITERBILDUNG .....	62
<b>6</b>	<b>BEFRAGUNG DER AUSBILDUNGSSTÄTTEN .....</b>	<b>64</b>
6.1	ANGEBOT DER PÄDIATRISCHEN VERTIEFUNG .....	64
6.2	ENTWICKLUNG IN DER GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGE .....	66
6.3	ERSTE BEWERTUNGEN DER GENERALISTIK .....	67
6.4	KÜNFTIGES ANGEBOT DER PÄDIATRISCHEN VERTIEFUNG .....	70
<b>7</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>72</b>
7.1	FACHKRÄFTEMANGEL IN DER NEONATOLOGISCHEN INTENSIVPFLEGE .....	72
7.2	AUSWIRKUNGEN DER GENERALISTIK AUF DIE PERINATALVERSORGUNG .....	73
7.3	UMSETZUNG DES KLÄRENDEN DIALOGES MIT DEN PERINATALZENTREN .....	75
7.4	FAZIT .....	77
<b>8</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>79</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Prozess des klärenden Dialogs .....	17
Abb. 2:	Generalistische Pflegeausbildung nach dem PfIBG .....	20
Abb. 3:	Personalzahlen in der Pflege.....	29
Abb. 4:	Fachkraftquote in der neonatologischen Intensivpflege .....	30
Abb. 5:	Stellenbesetzungsprobleme .....	31
Abb. 6:	Anzahl offener Stellen .....	33
Abb. 7:	Dauer der Vakanzen.....	34
Abb. 8:	Einsatz von Zeitarbeitskräften .....	35
Abb. 9:	Fluktuation .....	36
Abb. 10:	Auswirkungen von Personalausfällen oder -abwanderungen auf die Versorgung .....	37
Abb. 11:	Entwicklung der Personalsituation in den letzten 5 Jahren.....	38
Abb. 12:	Entwicklung der Personalsituation in den nächsten 3 Jahren .....	39
Abb. 13:	Vertiefungseinsätze und Abschlüsse in der GuKKP .....	40
Abb. 14:	Aktuelle Entwicklung der Krankenpflegeausbildung in der pädiatrischen Versorgung .....	42
Abb. 15:	Zukünftige Entwicklung der Ausbildung in der pädiatrischen Versorgung .....	43
Abb. 16:	Einarbeitungsaufwand im Bereich neonatologische Intensivpflege .....	44
Abb. 17:	Auswirkungen der generalistischen Pflegeausbildung .....	45
Abb. 18:	Eintritte in den klärenden Dialog seit 2017 .....	46
Abb. 19:	Ursachen für die Umsetzungsschwierigkeiten .....	47
Abb. 20:	Abschluss von Zielvereinbarungen .....	48
Abb. 21:	Einhaltung und Anpassung der Zielvereinbarungen .....	49
Abb. 22:	Im Rahmen der Zielvereinbarung vereinbarte Maßnahmen .....	50
Abb. 23:	Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen.....	51
Abb. 24:	Relevanz der vereinbarten Maßnahmen für die Zielerreichung .....	52
Abb. 25:	Unterstützung der beteiligten Parteien .....	53
Abb. 26:	Bewertung des klärenden Dialogs.....	54
Abb. 27:	Positive Effekte im Rahmen des klärenden Dialogs.....	55
Abb. 28:	Verbesserungsbedarfe im Rahmen des klärenden Dialogs .....	57
Abb. 29:	Weitere positive Effekte durch den klärenden Dialog .....	58
Abb. 30:	Entwicklung des Weiterbildungsangebots.....	60
Abb. 31:	Entwicklung der Bewerberzahlen .....	61
Abb. 32:	Zukunftsplanungen des Weiterbildungsangebots .....	62
Abb. 33:	Abbruch der Weiterbildung .....	63
Abb. 34:	Angebot der pädiatrischen Vertiefung .....	64
Abb. 35:	Ausbildungsverträge mit Vertiefungseinsatz pädiatrische Versorgung .....	65
Abb. 36:	Abschlüsse mit Vertiefungseinsatz pädiatrische Versorgung .....	66
Abb. 37:	Entwicklung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.....	67
Abb. 38:	Erste Bewertungen der Generalistik.....	68
Abb. 39:	Zukünftige Entwicklung der Generalistik .....	69
Abb. 40:	Auswirkungen der Generalistik.....	70
Abb. 41:	Künftiges Angebot der pädiatrischen Vertiefung.....	71

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Anlagen der QFR-RL.....	10
Tab. 2: Stufen der perinatologischen Versorgung.....	11
Tab. 3: Theoretische Ausbildung nach dem PfIBG.....	22
Tab. 4: Praktische Ausbildung nach dem PfIBG.....	23

---

## Abkürzungsverzeichnis

AltPflG	Altenpflegegesetz
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GuKP	Gesundheits- und Krankenpflege
GuKKP	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
KrPflG	Krankenpflegegesetz
PflAPrV	Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung
PflBG	Pflegeberufegesetz
PNZ	Perinatalzentrum
QFR-RL	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene

## Management Summary

*In Deutschland haben 84 % der Perinatalzentren Probleme, offene Stellen im Pflegedienst zu besetzen. Im Durchschnitt sind dort 21 % der Stellen in der neonatologischen Intensivpflege (Vollzeitäquivalente) unbesetzt. Noch kritischer ist die Situation bei den Fachweitergebildeten in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege. Im Mittel konnten hier 36 % der Stellen nicht besetzt werden. Die Perinatalzentren und Pflegeschulen sind mehrheitlich skeptisch, ob die aktuellen Ausbildungszahlen den künftigen Bedarf decken werden. In den Weiterbildungsstätten bleibt ein Drittel der vorgehaltenen Plätze unbesetzt.*

*Das ist das Ergebnis der Perinatalbefragung des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) für die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Hintergrund bildet die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Sie definiert u. a. Anforderungen an die pflegerische Strukturqualität auf den neonatologischen Intensivstationen. Die Perinatalbefragung umfasste drei Teilbefragungen der Perinatalzentren, der Weiterbildungsstätten für die pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege und eine Befragung von Pflegeschulen, welche vor Einführung der generalistischen Ausbildung die Ausbildung in der Kinderkrankenpflege nach alter Rechtslage angeboten haben. Ziele des Projektes waren die Erfassung des Fachkräftemangels in der neonatologischen Intensivpflege, eine Folgenabschätzung der Generalistik auf die Perinatalversorgung und eine Umsetzungsanalyse des klärenden Dialogs mit den Perinatalzentren.*

*Unter der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung ist es zu einem deutlichen Rückgang der Ausbildungsabschlüsse in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gekommen. Zwischen 2019 und 2023 nahmen die Absolventenzahlen für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in den ehemaligen Schulen für Kinderkrankenpflege um insgesamt 64 % ab. Unabhängig davon treffen pädiatrische Vertiefungseinsätze in der generalistischen Ausbildung auf großes Interesse bei den Auszubildenden. In den meisten Schulen ist die Anzahl der Auszubildenden mit (vereinbarter) pädiatrischer Vertiefung im Jahr 2023 vergleichbar mit der Gesamtzahl der Auszubildenden in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege vor Einführung der Generalistik. 96 % der ehemaligen Schulen für Kinderkrankenpflege, die aktuell die pädiatrische Vertiefung anbieten, wollen dies auch in Zukunft tun.*

*Erfüllt ein Perinatalzentrum die pflegerischen Anforderungen der QFR-RL nicht, muss es in einen klärenden Dialog mit anderen beteiligten Parteien treten. Seit Einführung im Jahr 2017 sind die meisten Perinatalzentren (83 %), zumeist mehrfach, in den klärenden Dialog getreten. Ursächlich hierfür waren in jeweils 91 % dieser Zentren die Arbeitsmarktsituation und der akute Personalausfall. Das Hauptziel des klärenden Dialogs, die pflegerischen Anforderungen der QFR-RL nachhaltig zu erfüllen, wird bei der Mehrheit der Perinatalzentren nicht erreicht. Die maßgeblichen Ursachen für die Nicht-Erfüllung der Personalvorgaben, die Arbeitsmarktsituation und die Anforderungen der Richtlinie selbst, können durch den klärenden Dialog nicht beseitigt werden.*

*Ungeachtet des fortgesetzten Fachkräftemangels in der neonatologischen Intensivpflege wird der Perinatalversorgung in Deutschland eine sehr hohe Ergebnisqualität attestiert. Diese Ergebnisse wurden erreicht, obwohl viele Perinatalzentren die pflegerischen Strukturvorgaben der QFR-RL gelegentlich oder häufiger verfehlen. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, die QFR-RL mit Blick auf die Anforderungen an die pflegerische Strukturqualität und ihre Überprüfung im klärenden Dialog gezielt zu überarbeiten: konkret heißt dies, sie an die Versorgungsrealitäten anzupassen, ohne die Ergebnisqualität zu gefährden.*



## 1 Einleitung

Die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) regelt unter anderem verbindliche Mindestanforderungen für die Versorgungsqualität von Früh- und Reifgeborenen auf den neonatologischen Intensivstationen. Die Qualitätsanforderungen betreffen dabei auch die pflegerische Strukturqualität. Demnach werden definierte Qualifikationen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Fachkraftquoten für Pflegekräfte mit einer Weiterbildung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege und strikte Pflegepersonalschlüssel für das Verhältnis (von verschiedenen Kategorien) von Frühgeborenen und Pflegekräften je Schicht gefordert (vgl. ausführlich Kap. 2.1.2). Seit der Novellierung der QFR-RL mit Wirkung zum 01.01.2014 hatten die Perinatalzentren mehr oder weniger große Probleme, die Anforderungen an die pflegerische Strukturqualität umzusetzen. Hauptgrund hierfür ist, dass das erforderliche Pflegepersonal vielfach nicht verfügbar war (Blum 2014, 2016; Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen 2023).

Zwischenzeitlich ist die Richtlinie mehrfach überarbeitet worden, um auf die Umsetzungsprobleme zu reagieren, etwa durch Ausnahme- und Übergangsregelungen zur Erfüllung der pflegerischen Strukturvorgaben (Gemeinsamer Bundesausschuss 2023; Blum 2014, 2016). Mit Änderung der Richtlinie vom 18.05.2017 ist zudem der klärende Dialog mit Perinatalzentren eingeführt worden, welche die Strukturvorgaben nicht erfüllen können (Gemeinsamer Bundesausschuss 2017). Der klärende Dialog dient der Ursachenanalyse hierfür und der schnellstmöglichen Erfüllung der Vorgaben durch den Abschluss einer Zielvereinbarung (vgl. ausführlich Kap. 2.1.3). Die bisherigen Ergebnisse des Dialogs bestätigen aber, dass viele Perinatalzentren weiterhin Probleme haben, geeignetes Pflegepersonal zu finden (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen 2023).

Überdies ist am 01.01.2020 das Pflegeberufegesetz (PflBG) in Kraft getreten. Danach wurden die bisherigen Ausbildungsberufe in der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege zu einem generalistischen Berufsbild zusammengefasst, wenngleich mit der Möglichkeit eines Vertiefungseinsatzes in der pädiatrischen Versorgung. Die Fortführung des optionalen Ausbildungsabschlusses in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (vgl. ausführlich Kap. 2.2) soll Ende 2025 evaluiert werden. Der Beschluss des G-BA vom 17.12.2020 und 16.02.2023, den generalistischen Pflegeabschluss zum Pflegefachmann/-fachfrau ohne Vertiefungseinsatz in der pädiatrischen Versorgung im Rahmen der QFR-Richtlinie nur äußerst eingeschränkt

anzuerkennen, verknüpft perspektivisch weiter das verfügbare Pflegekräftepotenzial für die pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege.<sup>1</sup>

Vor diesem Hintergrund hat das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) das vorliegende Gutachten für die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) erstellt. Zentrales Ziel des Gutachtens war es, die aktuelle Situation und die künftigen Herausforderungen in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege zu analysieren. Im Einzelnen verfolgte das Projekt konkret die folgenden drei Ziele:

- Erfassung des aktuellen Fachkräftemangels in der neonatologischen Intensivpflege;
- Folgeabschätzung der generalistischen Pflegeausbildung auf die Perinatalversorgung;
- Umsetzungsanalyse des klärenden Dialogs mit den Perinatalzentren.

Für diesen Zweck wurden standardisierte Befragungen von Perinatalzentren und Weiterbildungseinrichtungen für die pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege sowie Pflegeschulen durchgeführt, die vor Einführung der generalistischen Pflegeausbildung die Ausbildung in der Kinderkrankenpflege nach dem Krankenpflegegesetz (KrPflG) angeboten haben. Das DKI bedankt sich an dieser Stelle sehr herzlich bei den Teilnehmern der drei Befragungen für ihre Unterstützung und ihr Engagement.

Zunächst wird in Kapitel 2 in die inhaltlichen Grundlagen der QFR-RL, der generalistischen Pflegeausbildung und der Fachweiterbildung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege eingeführt. Die Befragungsmethodik wird nachfolgend in Kapitel 3 vorgestellt. Die jeweiligen Ergebnisse der Befragungen sind in den Kapiteln 4 bis 6 dargestellt.

---

<sup>1</sup> In den DKG-Empfehlungen vom 11.05.1998 und 20.09.2011 lautet die Weiterbildungsbezeichnung „Pädiatrische Intensivpflege“. Seit der DKG-Empfehlung vom 25.09.2015 ist die Weiterbildungsbezeichnung „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“. Im Folgenden wird immer nur die Weiterbildungsbezeichnung „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ verwandt; die „Pädiatrische Intensivpflege“ ist hiervon umfasst. Die Weiterbildungsbezeichnungen auf Basis einer landesrechtlichen Regelung können hiervon abweichen.

## 2 Grundlagen

### 2.1 Qualitätssicherungs-Richtlinie für Früh- und Reifgeborene

Die Ziele der zum 01.01.2014 in Kraft getretenen „Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – QFR-RL“ bestehen in

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

Die QFR-RL definiert ein Stufenkonzept für die perinatologische Versorgung. Sie regelt verbindliche Mindestanforderungen an die Versorgung von bestimmten Schwangeren und von Früh- und Reifgeborenen in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern (Gemeinsamer Bundesausschuss 2023).

Außerdem umfasst die QFR-RL insgesamt die folgenden sieben Anlagen:

**Tab. 1: Anlagen der QFR-RL**

Bezeichnung	Inhalte
Anlage 1	Aufnahme- und Zuweisungskriterien
Anlage 2	Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in den Versorgungsstufen
Anlage 3	Checklisten für das Nachweisverfahren zur Erfüllung von Qualitätsanforderungen an die perinatologischen Versorgungsstufen I bis III
Anlage 4	Veröffentlichung der Ergebnisdaten der Perinatalzentren
Anlage 5	Musterformular/Dokumentationshilfe zur schichtbezogenen Dokumentation
Anlage 6	Datenfelder der Strukturabfrage
Anlage 7	Einheitliches Berichtsformat der Lenkungsgremien an den G-BA gemäß § 8 Absatz 11 QFR-RL

(Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss 2023)

Die Anlage 1 definiert die Aufnahme- und Zuweisungskriterien für Schwangere für die nach § 3 Absatz 2 QFR-RL festgelegten vier perinatologischen Versorgungsstufen (I bis IV). Die Anlage 2 definiert die Qualitätsmerkmale bzw. Minimalanforderungen für die vier

perinatologischen Versorgungsstufen (I bis IV). Die Anlage 3 fasst die Anforderungen der Anlage 2 in Form von Checklisten zusammen und dient als Grundlage für die Nachweisführung des Krankenhauses über die Erfüllung der Qualitätsanforderungen der Richtlinie. Die Anlage 4 legt das Verfahren und die Inhalte zur Veröffentlichung der Ergebnisqualität der Perinatalzentren fest. Die Anlage 5 enthält ein Musterformular bzw. eine Dokumentationshilfe zur schichtbezogenen Dokumentation von Fallzahl und Personaleinsatz auf der neonatologischen Intensivstation am Ende jeder Schicht. Die Anlage 6 enthält neben administrativen Datenfeldern die Datenfelder für die Strukturabfrage in Abhängigkeit der Versorgungsstufen I bis III. Die Anlage 7 enthält die landes- und standortbezogenen Berichtsvorlagen der Lenkungsgruppen an den G-BA gemäß § 8 Absatz 11 QFR-RL (klärender Dialog) (Gemeinsamer Bundesausschuss 2023).

### 2.1.1 Stufen der perinatologischen Versorgung

Gemäß § 3 Abs. 2 QFR-RL umfasst das Versorgungskonzept die folgenden vier Stufen der perinatologischen Versorgung:

**Tab. 2: Stufen der perinatologischen Versorgung**

Versorgungsstufe	Bezeichnung
I	Perinatalzentrum Level I
II	Perinatalzentrum Level II
III	Perinataler Schwerpunkt
IV	Geburtsklinik

(Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss 2023)

Dem folgend sind in Anlage 1 QFR-RL für jede Versorgungsstufe bestimmte Aufnahme- und Zuweisungskriterien für Schwangere bzw. Früh- und Neugeborene festgelegt. Eine Aufnahme bzw. Zuweisung in die Versorgungsstufe I oder II erfolgt, wenn mindestens eines der nachfolgenden Kriterien vorliegt:

#### I. Perinatalzentrum Level 1

- (1) Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht unter 1250 Gramm oder mit einem Gestationsalter < 29 + 0 SSW.
- (2) Schwangere mit Drillingen und mit einem Gestationsalter < 33 + 0 SSW sowie Schwangere mit über drei Mehrlingen.

- (3) Schwangere mit allen pränatal diagnostizierten fetalen oder mütterlichen Erkrankungen, bei denen nach der Geburt eine unmittelbare spezialisierte intensivmedizinische Versorgung des Neugeborenen absehbar ist. Dieses betrifft insbesondere den Verdacht auf angeborene Fehlbildungen (z. B. kritische Herzfehler, Zwerchfellhernien, Meningomyelozenen, Gastroschisis). Hierbei ist darauf zu achten, dass in der aufnehmenden Einrichtung die erforderliche spezialisierte Versorgung gewährleistet werden kann.

## II. Perinatalzentrum Level 2

- (1) Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von 1250 bis 1499 Gramm oder mit einem Gestationsalter von 29 + 0 bis 31 + 6 SSW.
- (2) Schwangere mit schweren schwangerschaftsassozierten Erkrankungen, z. B. HELLP-Syndrom (Hämolyse, Elevated Liver Enzymes, Low Platelets) oder Wachstumsretardierung des Fetus unterhalb des 3. Perzentils.
- (3) Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung mit absehbarer Gefährdung für Fetus bzw. Neugeborenes.  
(Gemeinsamer Bundesausschuss 2023)

In § 4 QFR-RL ist die risiko-adaptierte Versorgung der Schwangeren geregelt. Demnach dürfen Schwangere nur in Einrichtungen aufgenommen und versorgt werden, die mindestens die Anforderungen an die Versorgung des jeweiligen individuellen Risikos der Schwangeren entsprechen. Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt oder ändert sich die Risikokonstellation der Schwangeren nach erfolgter Aufnahme, muss die Schwangere unter den Abwägungen der Einzelfallrisiken in eine Einrichtung verlegt werden, die die Anforderungen an die Versorgung des jeweiligen individuellen Risikos erfüllt (Gemeinsamer Bundesausschuss 2023).

### 2.1.2 Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität

Gemäß § 2 QFR-RL müssen die Krankenhäuser die Anforderungen für die jeweilige Versorgungsstufe erfüllen, um die entsprechenden Leistungen erbringen zu dürfen. Die konkreten Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität je Versorgungsstufe sind in der Anlage 2 QFR-RL dargestellt. Aufgrund des thematischen Schwerpunkts dieses Gutachtens wird nachfolgend nur auf die Anforderungen an die pflegerische Strukturqualität, beschränkt auf die Perinatalzentren Level 1 und Level 2, detailliert eingegangen.

Die QFR-RL regelt fünf zentrale Bereiche der pflegerischen Versorgung auf den neonatologischen Intensivstationen der Perinatalzentren. Diese umfassen die

Qualifikationen der Pflegekräfte und der Stationsleitungen, die Fachkraftquote an Pflegekräften mit einer Weiterbildung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege sowie die Schichtbesetzung mit Fachweitergebildeten und darüber hinaus die Pflegepersonalschlüssel für das Verhältnis von Pflegekräften und Frühgeborenen je Schicht. Mit Ausnahme der Fachkraftquoten gelten die Vorgaben zur pflegerischen Strukturqualität einheitlich für Perinatalzentren Level 1 und Level 2 (Gemeinsamer Bundesausschuss 2023).

### **I. Qualifikation der Pflegekräfte und der Stationsleitung**

Auf der neonatologischen Intensivstation muss der Pflegedienst gemäß Abs. 1 Satz 1 I.2.2 bzw. II.2.2 der Anlage 2 QFR-RL aus Pflegekräften bestehen, die die Berufsbezeichnung

- (1) „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in“ oder
- (2) „Pflegefachfrau/Pflegefachmann“ mit entsprechendem Hinweis auf den durchgeführten Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“ führen.

Für Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen, die eine Ausbildung nach dem KrPflIG abgeschlossen haben oder bis zum 31.12.2024 abschließen werden, reicht der Nachweis dieser Ausbildung. Plegefachfrauen/Plegefachmänner mit einem Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“ oder einem Ausbildungsabschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach PflBG müssen darüber hinaus mindestens 1.260 Stunden in der direkten neonatologischen bzw. pädiatrischen Akutversorgung absolviert haben und dies durch Vorlage geeigneter Nachweise belegen. Dabei können sowohl Zeiten in der direkten neonatologischen bzw. pädiatrischen Akutversorgung während der praktischen Berufsausbildung als auch nach Abschluss der Berufsausbildung berücksichtigt werden.

Weiterhin können Plegefachfrauen bzw. Plegefachmänner gemäß PflBG nach Abs. 1 Satz 5 I.2.2 bzw. II.2.2 der Anlage 2 QFR-RL auch unabhängig von ihrem Vertiefungseinsatz im Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation eingesetzt werden, soweit sie eine Weiterbildung in dem pflegerischen Fachgebiet „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“<sup>2</sup> abgeschlossen haben. Der Einsatz von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Krankenplegern gemäß KrPflIG im Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation ist unter bestimmten Bedingungen zulässig. Entsprechende Pflegekräfte müssen zum einen über eine Weiterbildung in dem pflegerischen Fachgebiet „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ verfügen und zum anderen am Stichtag 19. September 2019 über mindestens fünf Jahre Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss in Vollzeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung, davon mindestens drei Jahre Berufstätigkeit im Zeitraum 1. Januar 2012 bis 19. September 2019 auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten

<sup>2</sup> Die Fachweiterbildung muss nach den entsprechenden Weiterbildungsempfehlungen der DKG (2015, 2011, 1998) oder einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung umgesetzt werden (vgl. Kapitel 2.3).

Patientenversorgung. Teilzeittätigkeiten werden dabei entsprechend anteilig angerechnet. Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner können unabhängig von einem Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“ im Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation eingesetzt werden, wenn sie über eine Weiterbildung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege entsprechend Abs. 1 Satz 5 I.2.2 bzw. II.2.2. der Anlage 2 QFR-RL verfügen. Der Anteil der entsprechenden Pflegekräfte im Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation darf maximal 15 % betragen (gemessen in Vollzeitäquivalenten) (Gemeinsamer Bundesausschuss 2023).

Die Stationsleitung der neonatologischen Intensivstation muss über eine Weiterbildung im Bereich Leitung einer Station/eines Bereiches gemäß der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 28. November 2017 oder eine entsprechende Hochschulqualifikation oder eine entsprechende Weiterbildung nach landesrechtlicher Regelung verfügen. Zusätzlich dazu muss die Stationsleitung ab 1. Januar 2029 eine Fachweiterbildung im Bereich „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ nachweisen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2023).

## **II. Fachkraftquoten und Schichtbesetzung mit Fachweitergebildeten**

Auf den neonatologischen Intensivstationen von Perinatalzentren Level 1 müssen 40 % der Pflegekräfte (Vollzeitäquivalente) über Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen oder Pflegefachfrauen oder Pflegefachmänner mit durchgeführtem Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“ sein und über eine Fachweiterbildung im Bereich „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ im Sinne von Absatz 1 Satz 5 I.2.2 der Anlage 2 QFR-RL verfügen. In den Perinatalzentren Level 2 müssen 30 % der Pflegekräfte auf den neonatologischen Intensivstationen (Vollzeitäquivalente) die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen.

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen oder Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner mit durchgeführtem Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“ und Nachweis über mindestens 1.260 Stunden in der direkten neonatologischen bzw. pädiatrischen Akutversorgung, die sich in einer Weiterbildung „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ befinden, können mit dem Faktor 0,5 auf die Quote des Perinatalzentrums angerechnet werden, bei dem sie tatsächlich tätig sind.

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen ohne Fachweiterbildung können auf die Quoten des fachweitergebildeten Kinderkrankenpflegepersonals letztmalig dauerhaft angerechnet werden, wenn zum Stichtag 01.01.2016 mindestens fünf Jahre Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss in Vollzeit auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung (Teilzeittätigkeit wird entsprechend anteilig angerechnet) und



mindestens drei Jahre Berufstätigkeit im Zeitraum 1. Januar 2010 bis 1. Januar 2017 auf einer neonatologischen Intensivstation in der direkten Patientenversorgung erfolgt sind.

Unabhängig von der Versorgungsstufe soll in jeder Schicht auf einer neonatologischen Intensivstation mindestens ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin mit einer Fachweiterbildung im Bereich „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ eingesetzt werden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2023).

### III. Pflegepersonalschlüssel

Für das Verhältnis von Pflegekräften je Schicht und Frühgeborenen im Bereich der neonatologischen Intensivtherapie und -überwachung<sup>3</sup> gelten seit dem 1. Januar 2017 einheitliche Pflegepersonalschlüssel für die Perinatalzentren der Level 1 und Level 2. Dem folgend muss auf der neonatologischen Intensivstation jederzeit mindestens eine Pflegekraft gemäß Abs. 1 Satz 1 I.2.2 bzw. II.2.2 der Anlage 2 QFR-RL je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 Gramm verfügbar sein. Der Pflegepersonalschlüssel in der neonatologischen Intensivtherapie beträgt somit 1:1. Des Weiteren müssen auf der neonatologischen Intensivstation jederzeit mindestens eine Pflegekraft gemäß Abs. 1 Satz 1 I.2.2 bzw. II.2.2 der Anlage 2 QFR-RL je zwei intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1.500 Gramm verfügbar sein. Der Pflegepersonalschlüssel in der neonatologischen Intensivüberwachung beträgt somit 1:2. Zum Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an den Personalschlüssel müssen die Perinatalzentren den Personaleinsatz und das Patientenaufkommen schichtbezogen gemäß Anlage 5 QFR-RL dokumentieren (Gemeinsamer Bundesausschuss 2023).

Darüber hinaus werden die Perinatalzentren der Level 1 und 2 zu einem Personalmanagementkonzept verpflichtet, welches für den Fall von ungeplanten Neuaufnahmen oder Personalausfällen konkrete Handlungsanweisungen zur Kompensation des sich daraus ergebenden personellen Mehrbedarfs bzw. zur Wiederherstellung des vorgegebenen Personalschlüssels umfasst, die von der pflegerischen Schichtleitung und der verantwortlichen Stationsärztin bzw. dem verantwortlichen Stationsarzt unverzüglich veranlasst werden können (Gemeinsamer Bundesausschuss 2023).

Für therapie- und überwachungspflichtige Frühgeborene ab 1.500 Gramm sowie für sonstige Früh- und Reifgeborene auf den neonatologischen Intensivstationen werden in der QFR-RL keine weiteren konkreten Pflegepersonalschlüssel vorgegeben. Es ist lediglich festgelegt, dass die Perinatalzentren der Level 1 und 2 „für alle weiteren Patientinnen und Patienten auf der neonatologischen Intensivstation [...] qualifiziertes Personal [...] in ausreichender Zahl

---

<sup>3</sup> Vgl. Kapitel 2.2.



entsprechend dem tatsächlichen Pflegebedarf einsetzen“ müssen, wobei Pflegekräfte mit der Berufsbezeichnung Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in oder Pflegefachfrau/ Pflegefachmann mit dem Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“ gemeint sind (Gemeinsamer Bundesausschuss 2023).

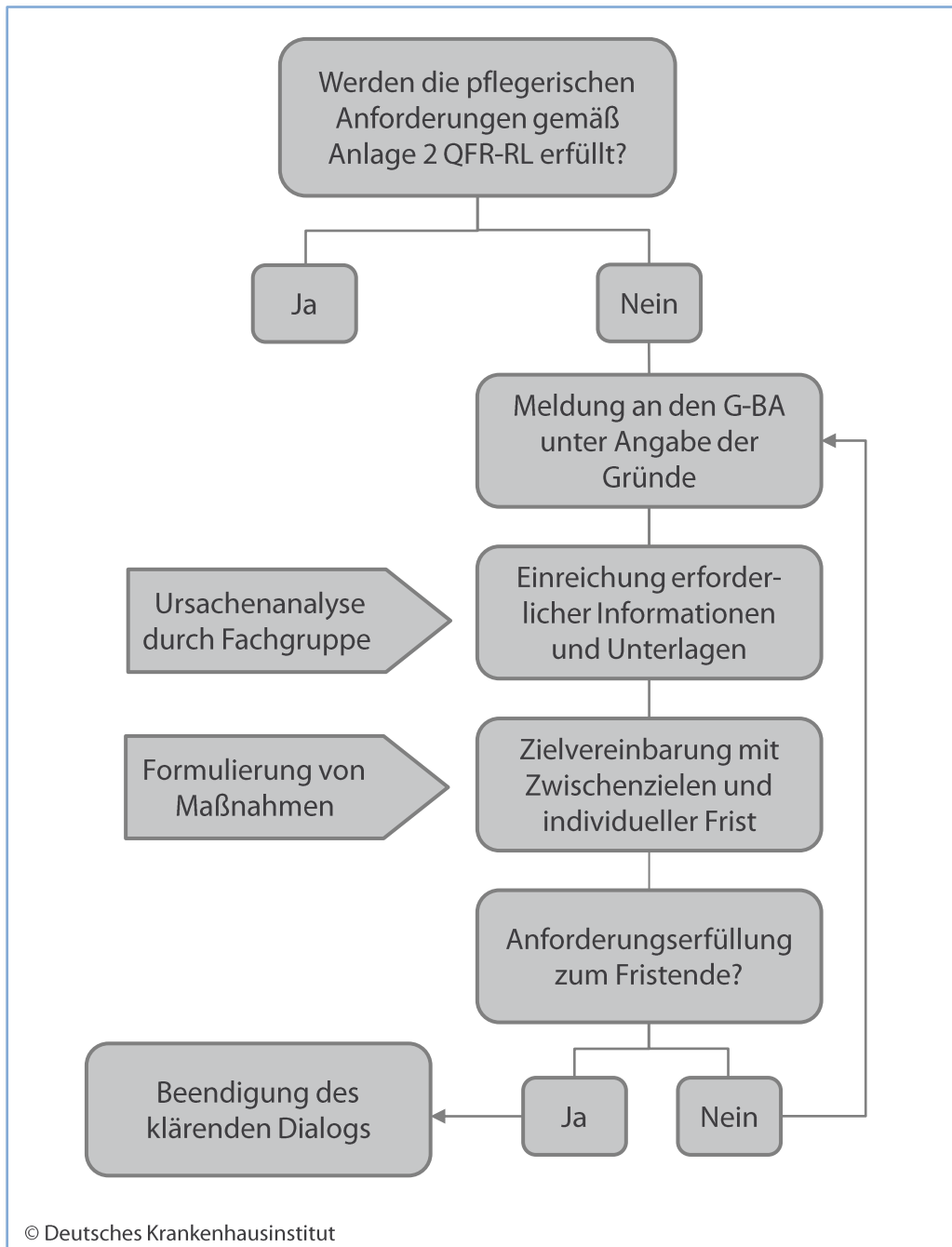
### 2.1.3 Klärender Dialog

Perinatalzentren, welche die Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß Anlage 2 QFR-RL nicht erfüllen können, müssen dies dem G-BA unter der Angabe von Gründen mitteilen und gemäß § 8 der Richtlinie in den klärenden Dialog treten. Der klärende Dialog dient der Ursachenanalyse und Unterstützung der schnellstmöglichen Erfüllung der pflegerischen Anforderungen durch den Abschluss einer Zielvereinbarung. Beteiligte Parteien des klärenden Dialoges sind neben den gemeldeten Perinatalzentren die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen, die Landeskrankenhausgesellschaften und die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde. Jeweilige Mitglieder treten mit den Perinatalzentren in den klärenden Dialog. (Gemeinsamer Bundesausschuss 2023)

Der Prozess des klärenden Dialogs ist in Abb. 1 dargestellt. Zu Beginn analysiert die Fachgruppe die Gründe für die Nicht-Erfüllung der Personalanforderungen, die das Perinatalzentrum bei der Meldung an den G-BA angegeben hat. Gemäß den einheitlichen Berichtsvorgaben sind diese wie folgt klassifiziert:

- Erhöhtes Patientenaufkommen, patientenbezogen (Zustandsänderungen, z. B. Infektion mit notwendiger Barrierepflege, Zustandsverschlechterung mit Wechsel von Intensivüberwachungs- auf Intensivbehandlungspflichtigkeit);
- erhöhtes Patientenaufkommen, strukturell (akute Aufnahme von Schwangeren, interne und externe Zuverlegung von Frühgeborenen);
- akuter Personalausfall;
- nicht-akuter Personalausfall;
- Arbeitsmarktsituation / offene Planstellen;
- unzureichendes Personalmanagementkonzept;
- Pandemiegeschehen.

(Gemeinsamer Bundesausschuss 2023, 2022)



(Eigene Darstellung, Quelle: (Gemeinsamer Bundesausschuss 2023))

**Abb. 1: Prozess des klärenden Dialogs**

Bei der Analyse durch die Fachgruppe werden folgende zur Beurteilung erforderlichen Informationen und Unterlagen herangezogen:

- Nachweise zum aktuellen Bestand, der Qualifikation und der Organisation des Personals;
- Informationen zu dem vorzuhaltenden Personalmanagementkonzept;

- Vollständig ausgefülltes Musterformular zur schichtbezogenen Dokumentation (Anlage 5);
- Falldarstellung von typischen Versorgungsengpässen (z. B. Belegungsspitzen, Personalengpässe), die seit dem 1. Januar 2017 zur Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung geführt haben, anhand detaillierter Darlegung der Umstände und Begründungen;
- Nachweise über die vorhergegangenen Bemühungen zur Personalgewinnung (Ausschreibungen, Weiterbildung) sowie Angabe von Gründen für deren Erfolglosigkeit;
- Darstellung der bereits erfolgten Maßnahmen zur schnellstmöglichen Erfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung;
- Vorschlag eines konkreten Zeitplans zur Umsetzung zukünftiger Maßnahmen (inkl. konkreten Zwischenzielen);
- Informationen zur Fallzahl gemäß Mindestmengenregelung.

(Gemeinsamer Bundesausschuss 2023)

Unter Berücksichtigung der konkret nicht erfüllten Personalanforderungen und der eingereichten relevanten Dokumente führt die Fachgruppe zusammen mit dem betroffenen Perinatalzentrum einen klärenden Dialog über die Ursachen und zur Einleitung von entsprechenden Maßnahmen. Diese Maßnahmen erfolgen individuell je Perinatalzentrum, können aber in folgenden Kategorien zusammengefasst werden:

- Entwicklung/Optimierung des Personalmanagementkonzepts
- Erweiterung der Ausbildungskapazitäten des Pflegepersonals
- Erweiterung der Fachweiterbildungskapazitäten des Pflegepersonals
- Überprüfung von Dienstplanmodellen
- Besetzung/Berechnung von Planstellen
- Intensivierung der Personalgewinnung
- Räumliche Umstrukturierung
- Verbesserung der Dokumentationsqualität bzgl. der QFR-RL
- Sonstige Maßnahmen

(Gemeinsamer Bundesausschuss 2022)

Darüber hinaus wird mit dem betroffenen Perinatalzentrum eine Zielvereinbarung abgeschlossen, in welcher die zur Zielerreichung geeigneten Maßnahmen, die Zielerreichung und eine individuelle Frist bis zur Erfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung sowie konkrete Zwischenziele festgelegt werden. Stellt sich bei der Überprüfung der Zielvereinbarung heraus, dass diese nicht eingehalten werden kann,

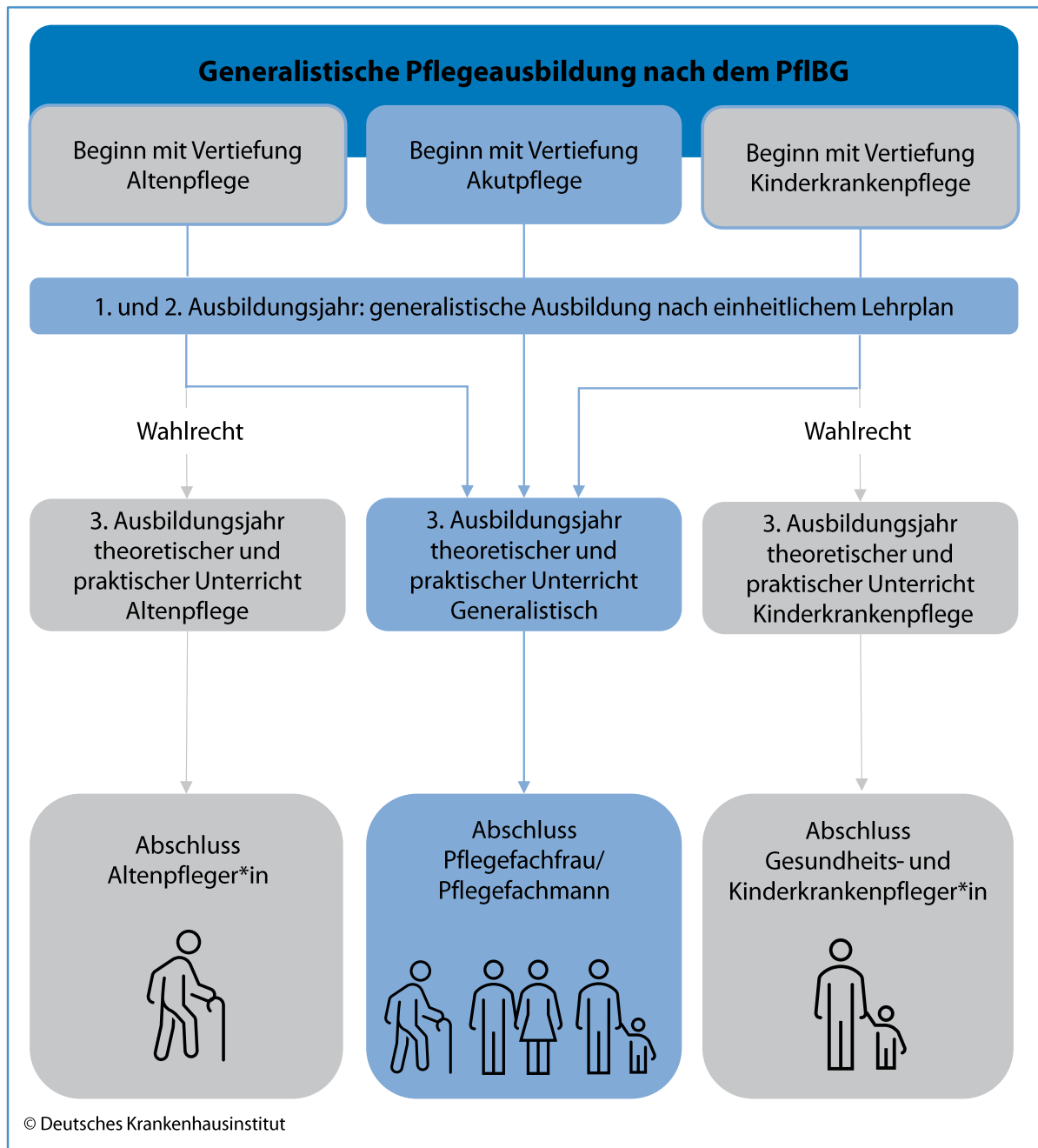
besteht ggf. die Möglichkeit der Anpassung der ursprünglichen Zielvereinbarung. Zum Fristende erfolgt eine Abschlussbeurteilung durch das Lenkungsgremium. Bei Erfüllung der Personalanforderungen der QFR-RL gilt der Klärende Dialog als abgeschlossen. Perinatalzentren, die die Zielvereinbarung nicht einhalten, werden dem G-BA sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Landeskrankenhausgesellschaften sowie den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden durch das Lenkungsgremium nach Ablauf der vereinbarten Frist mitgeteilt. (Gemeinsamer Bundesausschuss 2023)

## 2.2 Generalistische Pflegeausbildung nach dem PfIBG

Mit dem im Jahr 2020 in Kraft getretenen PfIBG wurden die Ausbildungsberufe Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege zu einem Berufsbild zusammengefasst. Das PfIBG ersetzt dabei die bisherigen Gesetze: das KrPflG und das Altenpflegegesetz (AltPflG). Die dreijährige generalistische Ausbildung nach dem PfIBG befähigt zur Pflege von Menschen aller Altersstufen und schließt mit der einheitlichen Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann“ ab. Die Auszubildenden erhalten nach dem Ausbildungsabschluss eine EU-weite Anerkennung. (PfIBG)

Neben dem Vertiefungseinsatz in der akutstationären Versorgung oder der psychiatrischen Versorgung kann eine Vertiefung im Bereich der pädiatrischen Versorgung oder der stationären Langzeitpflege oder der ambulanten Akut-/ Langzeitpflege gewählt werden. Ist bereits zu Beginn der Ausbildung im Ausbildungsvertrag ein Vertiefungseinsatz in der pädiatrischen Versorgung vereinbart, kann sich die oder der Auszubildende nach § 59 Abs. 2 PfIBG für das letzte Ausbildungsdrittel entscheiden, anstatt die bisherige Ausbildung fortzusetzen, eine Ausbildung zur/zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in nach Maßgabe des § 60 mit dem Ziel durchzuführen, eine Erlaubnis nach § 58 Absatz 1 zu erhalten (vgl. Abb. 2). Demnach erfolgt die weitere Ausbildung mit der Maßgabe, dass die Kompetenzvermittlung speziell die Pflege von Kindern und Jugendlichen betrifft. Übt der oder die Auszubildende dieses sogenannte Wahlrecht nicht aus, so wird ein generalistischer Abschluss mit Vertiefung in der pädiatrischen Versorgung erworben.

Im Unterschied zur EU-weiten Anerkennung der generalistischen Ausbildung wird der Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nicht EU-weit anerkannt.



(Eigene Darstellung, Quelle: PfIBG)

**Abb. 2: Generalistische Pflegeausbildung nach dem PfIBG**

Das PfIBG wird durch die Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PfiAPrV) ergänzt. Die Verordnung regelt neben der Ausbildungsstruktur auch die theoretischen und praktischen Ausbildungsinhalte sowie Bestimmungen für die staatliche Prüfung. Die generalistische Pflegeausbildung umfasst demnach mindestens

- den theoretischen und praktischen Unterricht mit einem Umfang von 2.100 Stunden gemäß der in Anlage 6 vorgesehenen Stundenverteilung und
- die praktische Ausbildung mit einem Umfang von 2.500 Stunden gemäß der in Anlage 7 vorgesehenen Stundenverteilung.

Die theoretische Ausbildung erfolgt in einer Pflegeschule. Die Stundenverteilung im Rahmen des theoretischen und praktischen Unterrichts der generalistischen Pflegeausbildung gemäß Anlage 6 der PflAPrV gliedert sich in fünf Kategorien (vgl. Tab. 3). Wird im dritten Ausbildungsjahr der Ausbildungsabschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gewählt, sind die Praxiseinsätze sowie der theoretische und praktische Unterricht im letzten Ausbildungsdrittel auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen auszurichten. Der im Ausbildungsvertrag vereinbarte Ausbildungsplan ist durch den Ausbildungsträger entsprechend anzupassen. Im letzten Ausbildungsdrittel umfasst der theoretische Teil für Auszubildende mit dem Schwerpunkt Pädiatrie für die Pflege von Kindern und Jugendlichen insgesamt 700 Stunden. Bei einem generalistischen Abschluss mit Vertiefung Pädiatrie ist die praktische Ausbildung ebenfalls auf die Versorgung mit Kindern- und Jugendlichen ausgerichtet, lediglich die theoretische Ausbildung wird generalistisch durchgeführt (PflAPrV).

Tab. 3: Theoretische Ausbildung nach dem PflBG

Kompetenzbereich		1. und 2. Ausbildungs-drittel	Letztes Ausbildungs-drittel	Gesamt
I.	Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.	680 Std.	320 Std.	1.000 Std.
II.	Kommunikation und Beratung personen- und situationsbezogen gestalten.	200 Std.	80 Std.	280 Std.
III.	Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten.	200 Std.	100 Std.	300 Std.
IV.	Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen.	80 Std.	80 Std.	160 Std.
V.	Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen.	100 Std.	60 Std.	160 Std.
	Std. zur freien Verfügung	140 Std.	60 Std.	200 Std.
	<b>Gesamtsumme</b>	<b>1.400 Std.</b>	<b>700 Std.</b>	<b>2.100 Std.</b>

(Quelle: Anlage 6 PflAPrV)

Die praktische Ausbildung erfolgt sowohl in Einrichtungen des Ausbildungsträgers als auch in Einrichtungen externer Kooperationspartner und wird durch praxisanleitende Personen, die über eine entsprechende berufspädagogische Zusatzqualifikation verfügen, begleitet. Unterschieden wird bei der praktischen Ausbildung zwischen Orientierungs-, Vertiefungs- und Pflichteinsätzen sowie weiteren Einsätzen (vgl. Tab. 4). Das letzte praktische Ausbildungsdrittel umfasst dabei insgesamt 780 Stunden. Bei der praktischen Ausbildung zum/zur Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in oder der generalistischen Pflegeausbildung mit der Vertiefung im Bereich der pädiatrischen Versorgung sind im letzten Ausbildungsdrittel entsprechende Praxiseinsätze zu leisten (PflAPrV).

Tab. 4: Praktische Ausbildung nach dem PflBG

1. und 2. Ausbildungsdrittel		
I.	Orientierungseinsatz	
	Flexibel gestaltbarer Einsatz beim Träger der praktischen Ausbildung	400 Std.
II.	Pflichteinsätze in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen	
	1. Stationäre Akutpflege	400 Std.
	2. Stationäre Langzeitpflege	400 Std.
	3. Ambulante Akut-/Langzeitpflege	400 Std.
III.	Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung	
	Pädiatrische Versorgung	120 Std.
Summe 1. und 2. Ausbildungsdrittel		1.720 Std.
Letztes Ausbildungsdrittel		
IV.	Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung	
	1. Allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung	120 Std.
	2. Bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 2 PflBG: nur kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung	
	3. Bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 3 PflBG: nur gerontopsychiatrische Versorgung	
V.	Vertiefungseinsatz im Bereich eines Pflichteinsatzes	
	1. Im Bereich eines Pflichteinsatzes nach II. bis IV.1. Im Bereich des Pflichteinsatzes nach II.3. auch mit Ausrichtung auf die amb. Langzeitpflege	500 Std.
	2. Für das Wahlrecht nach § 59 Absatz 2 PflBG: Im Bereich eines Pflichteinsatzes nach III.	
	3. Für das Wahlrecht nach § 59 Absatz 3 PflBG: Im Bereich eines Pflichteinsatzes nach II.2. oder II.3. mit Ausrichtung auf die amb. Langzeitpflege	
VI.	Weitere Einsätze/Std. zur freien Verteilung	
	1. Weiterer Einsatz (z. B. Pflegeberatung, Rehabilitation, Palliation) - bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 2 PflBG: nur in Bereichen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen - bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 3 PflBG: nur in Bereichen der Versorgung von alten Menschen	80 Std.
	2. Zur freien Verteilung im Versorgungsbereich des Vertiefungseinsatzes	80 Std.
Summe letztes Ausbildungsdrittel		780 Std.
<b>Gesamtsumme</b>		<b>2.500 Std.</b>

(Quelle: Anlage 7 PflAPrV)



## 2.3 Weiterbildung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege

Gemäß der Anlage 2 QFR-RL muss sich die Fachweiterbildung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege an den folgenden Weiterbildungsempfehlungen der DKG oder einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung orientieren:

- Weiterbildung in dem pflegerischen Fachgebiet „Pädiatrische Intensivpflege“ gemäß der „DKG-Empfehlung zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege“ vom 11. Mai 1998.
- Weiterbildung in dem pflegerischen Fachgebiet „Pädiatrische Intensivpflege“ gemäß der „DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegekräften für die pflegerischen Fachgebiete Intensivpflege, Funktionsdienste, Pflege in der Onkologie, Nephrologie und Psychiatrie“ vom 20. September 2011.
- Weiterbildung in dem pflegerischen Fachgebiet „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß der „DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung in den Fachgebieten Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Nephrologie, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ vom 29. September 2015.

Besteht in einem Bundesland keine landesrechtliche Regelung für die Weiterbildung, dient die DKG-Empfehlung in der jeweils aktuellen Fassung als Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Weiterbildung.

## 3 Methodik

Die Perinatalbefragung zur pflegerischen Strukturqualität umfasste drei Teilbefragungen, im Einzelnen eine Befragung der Perinatalzentren und der Weiterbildungsstätten für die pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege sowie eine Befragung von Pflegeschulen, welche bis zum Inkrafttreten des PfIBG die Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach dem KrPflG angeboten haben.

### 3.1 Befragung der Perinatalzentren

Die Grundgesamtheit der standardisierten Befragung der Perinatalzentren bildeten alle neonatologischen Intensivstationen der Perinatalzentren Level 1 und Level 2 in Deutschland. Im Jahr 2022 gab es bundesweit 210 Perinatalzentren, davon 167 Level-1-Zentren und 43

Level-2-Zentren (IQTiG 2023). Die Befragung wurde als Vollerhebung für diese Grundgesamtheit konzipiert.

Von den 210 Perinatalzentren in Deutschland haben sich 141 Zentren an der Perinatalbefragung beteiligt. Das entspricht einer hohen Rücklaufquote von 67 %. Von den Level-1-Zentren haben 114 Einrichtungen (Response: 68 %) und von den Level-2-Zentren 27 Einrichtungen teilgenommen (Response: 63 %).

Die Befragung wurde von Mitte April bis Mitte Juni 2023 in zwei Tranchen durchgeführt: Erstbefragung und Nachfassaktion. Die Befragungsunterlagen, im Einzelnen der Fragebogen, ein Anschreiben des DKI sowie ein freigemachtes Rückkuvert, sind wegen der thematischen Schwerpunkte der Befragung an die Pflegedirektion des jeweiligen Krankenhauses verschickt worden. Es handelte sich um eine Hybrid-Befragung, d. h., die Teilnehmer konnten den Fragebogen wahlweise schriftlich (paper & pencil) oder online beantworten.

Grundlage der Befragung der Perinatalzentren war ein weitestgehend standardisierter Fragebogen, der eigens für die Studie neu entwickelt wurde. Entsprechend der thematischen Ausrichtung des Projekts fokussierte der Fragebogen die folgenden Themenbereiche:

- Fachkräftemangel in der neonatologischen Intensivpflege, z. B. Stellenbesetzungsprobleme, Fluktuation, Zeitarbeit;
- Generalistische Pflegeausbildung, z. B. Häufigkeit von Vertiefungseinsätzen und Abschlüssen in der Kinderkrankenpflege, bisherige Erfahrungen mit der Generalistik;
- Klärender Dialog, z. B. Anlässe, Ergebnisse und Umsetzung des Dialogs.

### **3.2 Befragung der Weiterbildungsstätten**

Grundgesamtheit der Befragung der Weiterbildungsstätten bildeten alle Einrichtungen, welche die theoretische Weiterbildung für diese Fachqualifikation anbieten. Auch diese Befragung war als Vollerhebung für die Grundgesamtheit konzipiert.

Eine komplette und öffentlich zugängliche Liste aller Weiterbildungseinrichtungen in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege liegt für Deutschland nicht vor. Für die Ermittlung der Grundgesamtheit wurde die entsprechende Recherche aus der 2. Perinatalbefragung zugrunde gelegt (Blum, 2016). Diese wurde durch aktuelle Internetrecherchen ergänzt. Im Ergebnis konnten bundesweit insgesamt 47 Weiterbildungsstätten identifiziert werden. Davon haben sich 40 Einrichtungen an der Befragung beteiligt (Response: 85 %).

Bei der Befragung handelte es sich um eine standardisierte schriftliche Befragung (paper & pencil). Sie wurde von Mitte April bis Mitte Juni 2023 in zwei Tranchen durchgeführt:

Erstbefragung und Nachfassaktion. Die Befragungsunterlagen (im Einzelnen der Fragebogen, ein Anschreiben des DKI sowie ein freigemachtes Rückkuvert) wurden postalisch an die jeweilige Leitung der Weiterbildungsstätte versandt.

Die Kurzbefragung der Weiterbildungsstätten thematisierte vor allem die verfügbaren Weiterbildungsplätze für die pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege und ihre Entwicklung im Zeitablauf.

### **3.3 Befragung der Ausbildungsstätten**

Grundgesamtheit der Befragung der Ausbildungsstätten bildeten alle Pflegeschulen, welche bis zum Inkrafttreten des PfIBG die Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach dem KrPflIG angeboten haben. Diese Auswahl ermöglicht somit einen gezielten Vergleich der entsprechenden Ausbildung nach alter und neuer Rechtslage.

Eine komplette und öffentlich zugängliche Liste aller ehemaligen Kinderkrankenpflegeschulen liegt u. W. nicht vor. Über Internetrecherchen und Anfragen bei Krankenhausgesellschaften konnte eine Stichprobe von bundesweit 131 Einrichtungen gezogen werden. Davon haben sich 78 Pflegeschulen an der Befragung beteiligt (Response: 60 %).

Bei der Befragung handelte es sich um eine standardisierte schriftliche Befragung (paper & pencil). Sie wurde von Mitte Juni bis Mitte Juli 2023 durchgeführt: Die Befragungsunterlagen (im Einzelnen der Fragebogen, ein Anschreiben des DKI sowie ein freigemachtes Rückkuvert) wurden postalisch an die jeweilige Leitung der Ausbildungsstätte versandt.

Die Kurzbefragung der Ausbildungsstätten erfasste vor allem die Ausbildungszahlen für die pädiatrische Vertiefung sowie den Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach dem PfIBG, auch im Vergleich zum KrPflIG. Daneben wurden die Auswirkungen der Generalistik auf die Kinderkrankenpflege und neonatologische Intensivpflege thematisiert.

### **3.4 Auswertung der Befragung**

Nach Abschluss der drei standardisierten Befragungen (Perinatalzentren, Ausbildungsstätten und Weiterbildungsstätten) wurden die Daten in die Statistik- und Analysesoftware SPSS überführt und ausgewertet. Im Vordergrund der Datenauswertung standen Verfahren und Kennwerte der deskriptiven Statistik, wie Häufigkeiten, Mittelwerte oder Mediane.

Darüber hinaus wurden in der Befragung der Perinatalzentren noch zwei offene Fragen zum Nutzen und zu Verbesserungspotenzialen des klärenden Dialogs gestellt. Zur Auswertung der Textsegmente erfolgte eine zusammenfassende, qualitative Inhaltsanalyse in Anlehnung

an Kuckartz (2018) mittels MAXQDA, einer Software zur computergestützten qualitativen Daten- und Textanalyse. Angewandt wurde dabei ein induktives Vorgehen, bei dem die Kategorienbildung anhand der empirischen Daten durchgeführt wurde.

Die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Analyse wurden grafisch aufbereitet und nachfolgend konzise zusammengefasst.

## **4 Befragung der Perinatalzentren**

### **4.1 Fachkräftemangel**

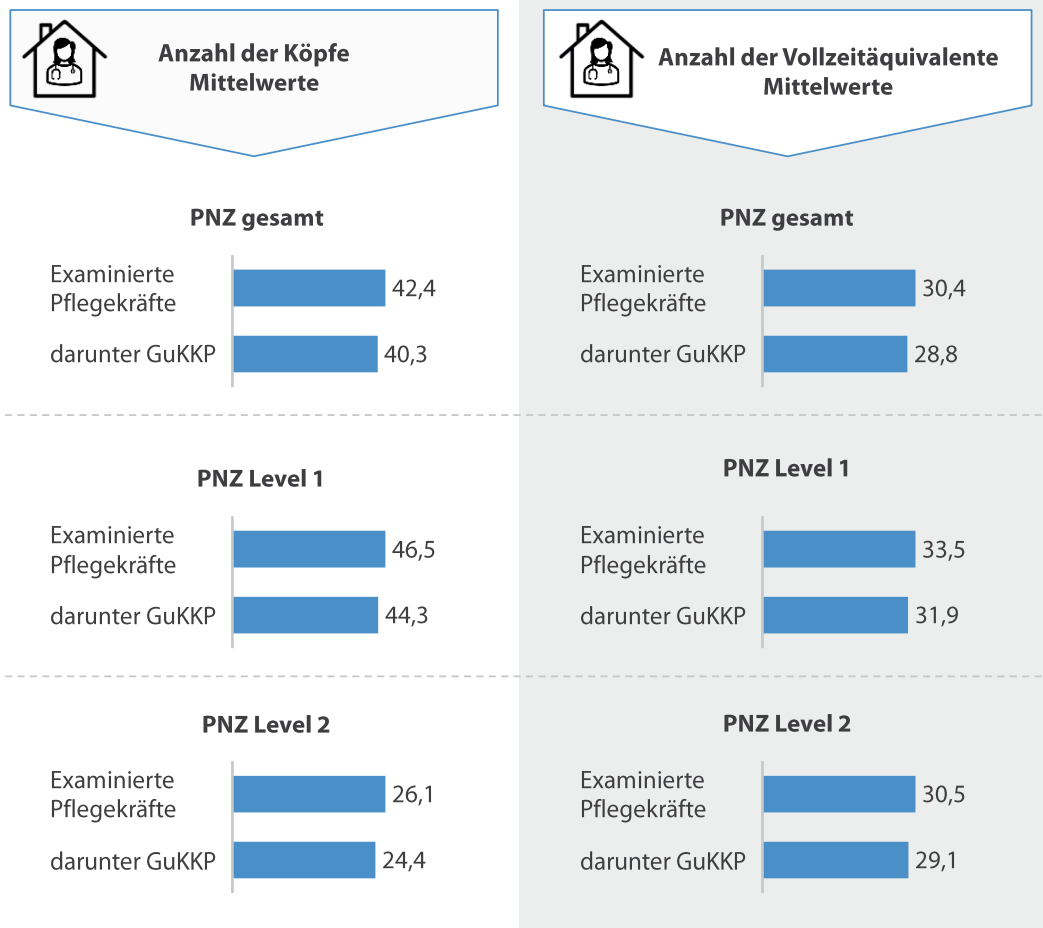
#### **4.1.1 Personalzahlen in der Pflege**

Die statistischen Kennwerte für die Anzahl des Pflegepersonals, das auf den neonatologischen Intensivstationen eingesetzt wird, können im Einzelnen der Abb. 3 entnommen werden. Zum Stichtag 31.12.2022 waren auf den neonatologischen Intensivstationen durchschnittlich 42,4 examinierte Pflegekräfte beschäftigt, darunter durchschnittlich 40,3 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (jeweils in Köpfen).<sup>4</sup> Umgerechnet in Vollzeitäquivalente entspricht dies einer durchschnittlichen Anzahl von 30,4 Vollkräften, davon durchschnittlich 28,8 Vollzeitäquivalente in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Nach dem PfIBG ausgebildete Pflegefachpersonen mit Abschluss gab es zum Stichtag noch nicht.

---

<sup>4</sup> Der Rest entfällt auf Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen.

**Anzahl der examinierten Pflegekräfte und examinierten Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (GuKKP) auf der neonatologischen Intensivstation am 31.12.2022**



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 3: Personalzahlen in der Pflege**

Erwartungsgemäß fällt die Personalbesetzung in den Level-1-Zentren mit durchschnittlich 33,5 examinierten Vollkräften insgesamt bzw. durchschnittlich 31,9 Vollzeitäquivalenten in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in etwa doppelt so hoch aus wie in den Level-2-Zentren.

Die Fachkraftquote in der neonatologischen Intensivpflege entspricht dem Anteil der Pflegekräfte mit einer Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ oder „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ an den Pflegekräften insgesamt (gemessen in Vollzeitäquivalenten). Zum Stichtag 31.12.2022 lag die Fachkraftquote im Durchschnitt aller neonatologischen Intensivstationen bei 41 % (Mittelwert und Median). Die Fachkraftquote fällt in den Level-1-Zentren mit 43 % höher aus als in den Level-2-Zentren mit 34 % (vgl. Abb. 4).

### Fachkraftquote in der neonatologischen Intensivpflege am 31.12.2022

(Pflegerkräfte mit Fachweiterbildung\* in % der VK - Mittelwerte)



\* Berücksichtigt wurden die Fachweiterbildungen „Pädiatrische Intensivpflege“ und „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“.

© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 4: Fachkraftquote in der neonatologischen Intensivpflege**

#### 4.1.2 Stellenbesetzungsprobleme

Der Fachkräftemangel bzw. Stellenbesetzungsprobleme bilden eine zentrale Herausforderung für die stationäre Krankenhausversorgung in Deutschland im Allgemeinen und die Perinatalversorgung im Besonderen. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit es bei ihnen einen entsprechenden Fachkräftemangel speziell in der neonatologischen Intensivpflege gibt. Dabei war zwischen examinierten Pflegekräften insgesamt und Pflegekräften mit einer Fachweiterbildung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege zu unterscheiden. Konkret wurde der Fachkräftemangel in der Perinatalbefragung darüber gemessen, dass offene Stellen (wieder) besetzt werden sollen, aber mangels (geeigneter) Bewerber kurzfristig nicht besetzt werden können bzw. längere Zeit vakant bleiben.

Zum Befragungszeitpunkt im Frühjahr 2023 hatten 84 % der Perinatalzentren Probleme, offene Stellen im Pflegedienst zu besetzen (vgl. Abb. 5). Der Anteil fiel in den Level-1-Zentren (85 %) etwas höher aus als in den Level-2-Zentren (76 %). Auch bei den fachweitergebildeten Pflegekräften gibt es einen erheblichen Personalmangel. 79 % der Perinatalzentren insgesamt bzw. 89 % der Zentren mit Stellenbesetzungsproblemen können offene Stellen für

Pflegekräfte mit einer Weiterbildung für die pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege nicht besetzen.

Haben Sie in Ihrem Krankenhaus derzeit **Probleme, offene Pflegestellen** auf Ihrer neonatologischen Intensivstation zu **besetzen**?  
(Perinatalzentren in %)

**Pflegestellen insgesamt**



**Pflegestellen für Fachweitergebildete\***



\* Berücksichtigt wurden die Fachweiterbildungen „Pädiatrische Intensivpflege“ und „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“.

© Deutsches Krankenhausinstitut

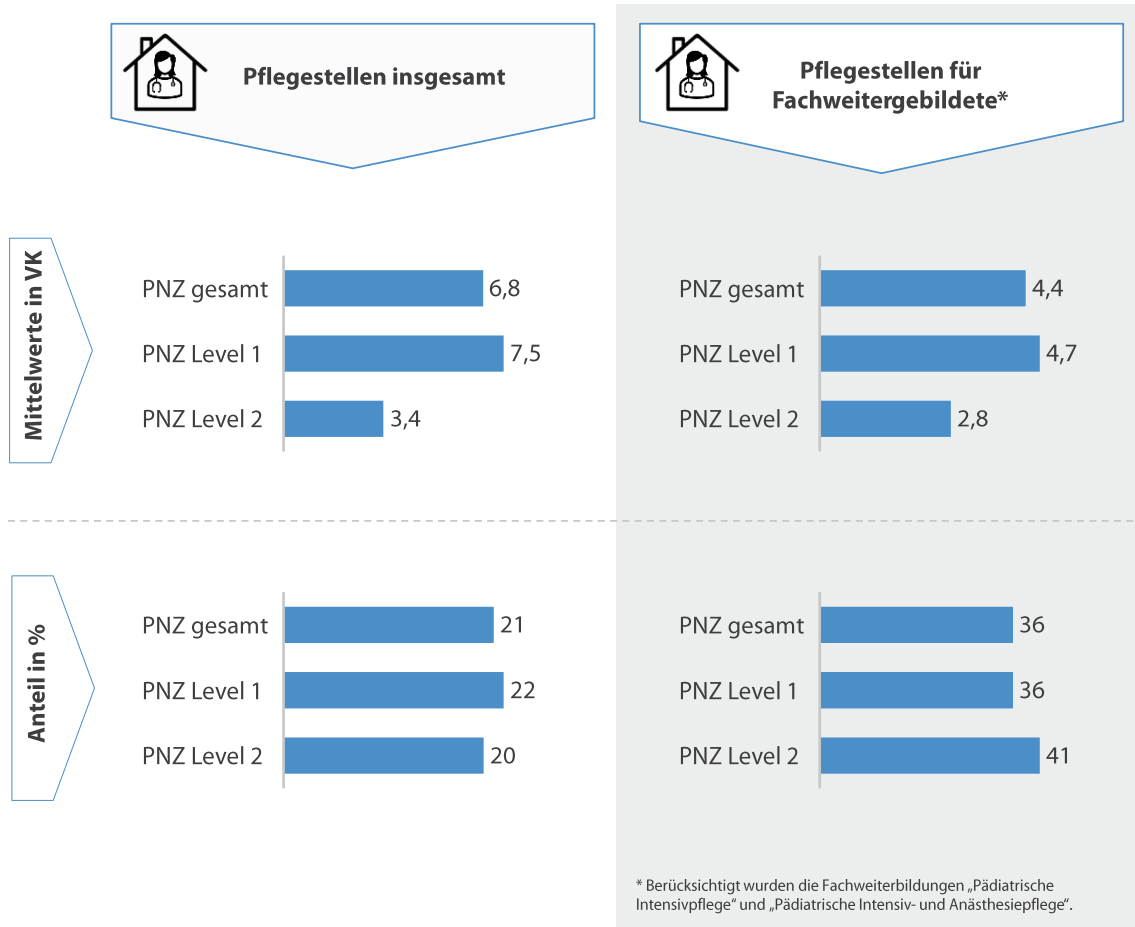
**Abb. 5: Stellenbesetzungsprobleme**



Im Durchschnitt sind in den Perinatalzentren mit Stellenbesetzungsproblemen 6,8 Vollkraftstellen in der neonatologischen Intensivpflege nicht besetzt (Median = 6). Umgerechnet konnten hier somit 21 % der Pflegestellen (Vollzeitäquivalente) nicht besetzt werden (vgl. Abb. 6). Die offenen Stellen in der neonatologischen Intensivpflege betrafen überproportional Stellen für Fachweitergebildete. Im Durchschnitt blieben 4,4 Vollkraftstellen für Pflegekräfte mit einer Weiterbildung für die pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege unbesetzt. Umgerechnet konnten hier somit 36 % der entsprechenden Stellen (Vollzeitäquivalente) nicht besetzt werden.

Bedingt vor allem durch die unterschiedlichen Zentrumsgrößen fallen die Stellenbesetzungsprobleme in den Level-1-Zentren, absolut betrachtet, größer aus als in den Level-2-Zentren. Relativ gesehen, sind die Stellenvakanzen mit Blick auf die Pflegekräfte insgesamt unabhängig vom Level vergleichbar. Bei den fachweitergebildeten Pflegekräften fallen die Vakanzen in den Level-2-Zentren mit 41 % noch höher aus als in den Level-1-Zentren mit 36 %.

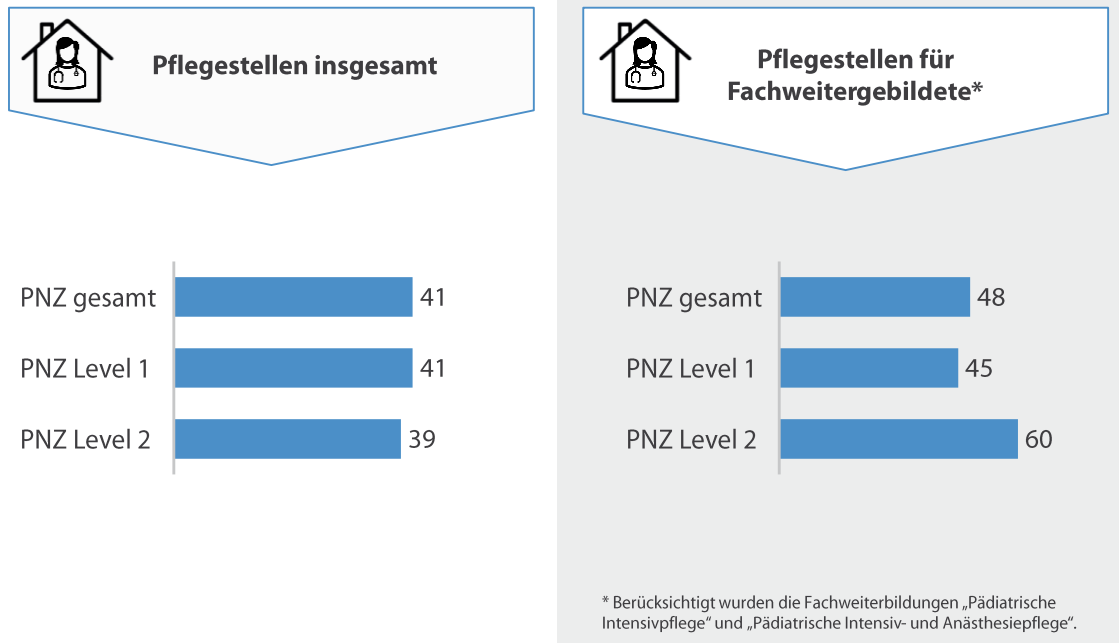
Wie viele Pflegestellen sind derzeit **nicht besetzt**?  
(Offene Stellen in Vollkräften)



**Abb. 6: Anzahl offener Stellen**

Auch die Dauer der Stellenvakanzen fällt außerordentlich aus. Im Durchschnitt sind offene Pflegestellen auf den neonatologischen Intensivstationen 41 Wochen unbesetzt (vgl. Abb. 7). Der Median der Verteilung liegt bei 30 Wochen. Noch länger sind die Vakanzen für Fachweitergebildete. Stellen für Pflegekräfte mit einer Weiterbildung für die pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege können im Mittel für rund ein Jahr nicht wiederbesetzt werden. In dieser Hinsicht gab es kaum Unterschiede zwischen den Perinatalzentren für die Level 1 und 2.

**Wie lange** sind offene Stellen im Durchschnitt nicht besetzt?  
(Mittelwerte in Wochen)



**Abb. 7: Dauer der Vakanzen**

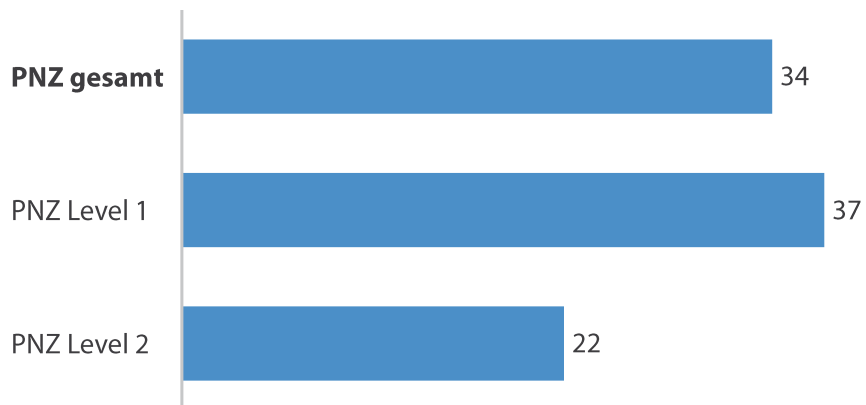
### 4.1.3 Einsatz von Zeitarbeitskräften

Sofern ein Krankenhaus keine (geeigneten) Bewerber für vakante Stellen in der neonatologischen Intensivpflege findet, kann es ggf. auf Zeitarbeitskräfte zurückgreifen (z. B. über Personalagenturen). Für das Jahr 2022 sollten die Befragungsteilnehmer daher angeben, inwieweit im Pflegedienst ihrer neonatologischen Intensivstationen Honorar- oder Zeitarbeitskräfte zum Einsatz kamen.

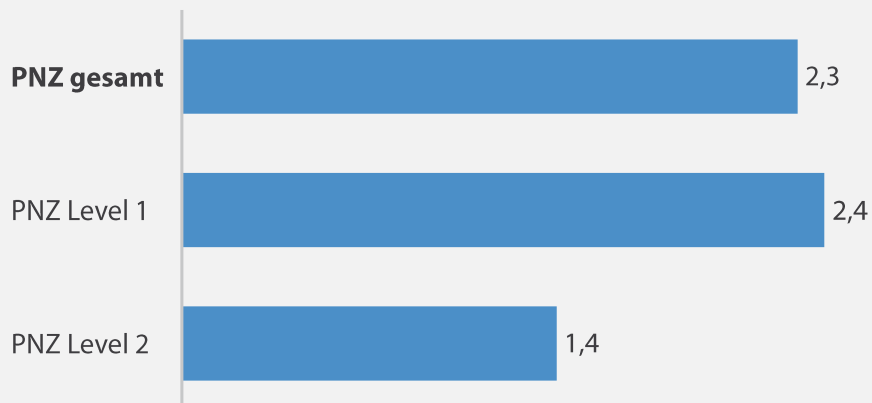
Im Jahr 2022 haben 34 % der Perinatalzentren Zeitarbeitskräfte in der neonatologischen Intensivpflege beschäftigt (vgl. Abb. 8). Der Anteil fiel in den Level-1-Zentren (37 %) höher aus als in den Level-2-Zentren (22 %). Die beschäftigten Zeitarbeitskräfte entsprachen im Mittel Stellenäquivalenten von 2,3 Vollkräften im Jahresdurchschnitt.

Hatten Sie im Jahr **2022 im Pflegedienst Ihrer neonatologischen Intensivstation Honorarkräfte/Zeitarbeitskräfte** beschäftigt?

**Perinatalzentren in %**



**Vollzeitäquivalente im Jahresdurchschnitt - Mittelwerte**



\* Berücksichtigt wurden die Fachweiterbildungen „Pädiatrische Intensivpflege“ und „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“.

© Deutsches Krankenhausinstitut

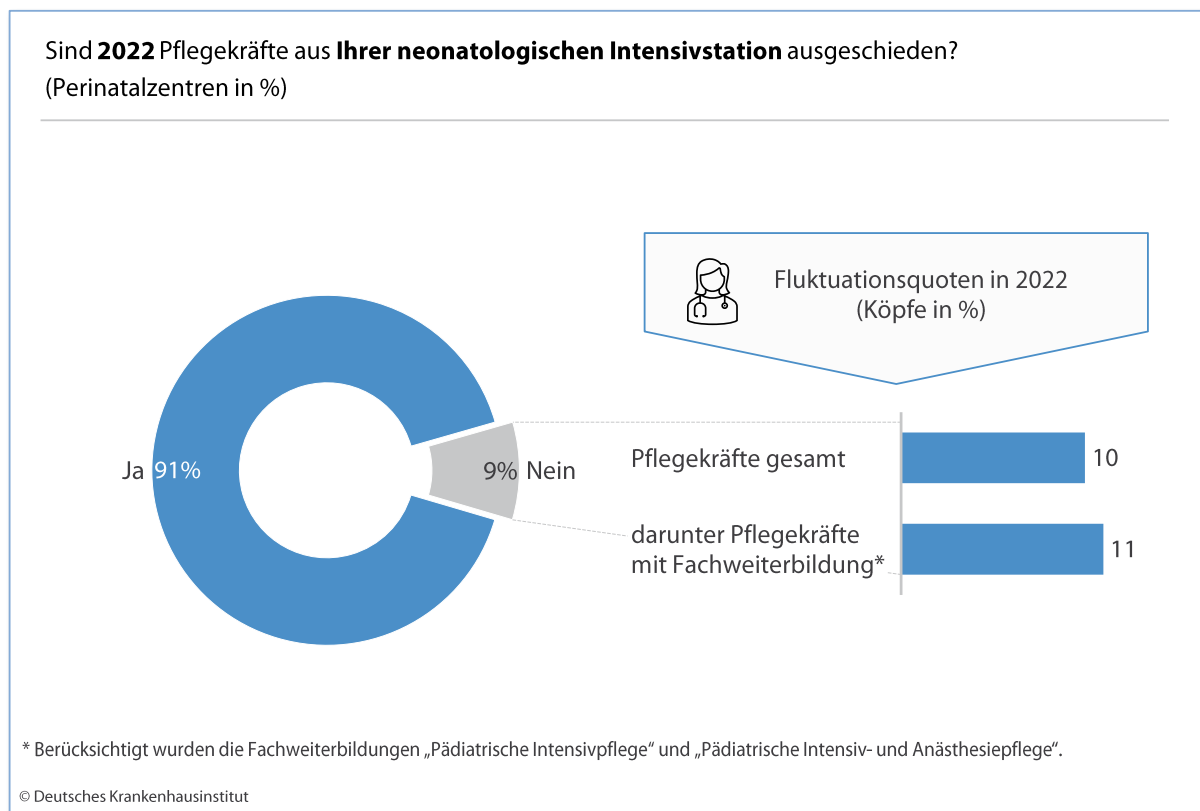
**Abb. 8: Einsatz von Zeitarbeitskräften**

In 23 % der Perinatalzentren insgesamt bzw. in 65 % der Zentren mit Zeitarbeit in der Pflege kamen Zeitarbeitskräfte mit einer Weiterbildung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege zum Einsatz.

#### 4.1.4 Fluktuation

Einen Einflussfaktor von Stellenbesetzungsproblemen in der Pflege bildet ggf. die Personalflyktuation. Deswegen sollten die Perinatalzentren angeben, ob und inwieweit im Jahr 2022 Pflegekräfte aus der neonatologischen Intensivpflege ausgeschieden sind. Dies war größtenteils der Fall:

Insgesamt hat es im Jahr 2022 in 91 % der Perinatalzentren eine entsprechende Fluktuation gegeben (vgl. Abb. 9). Der Anteil fiel in den Level-1-Zentren (93 %) etwas höher aus als in den Level-2-Zentren (85 %). Im Durchschnitt sind 4,3 Pflegekräfte (Köpfe) aus der neonatologischen Intensivpflege ausgeschieden, darunter durchschnittlich 2,1 Pflegekräfte mit Weiterbildung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege.



**Abb. 9: Fluktuation**

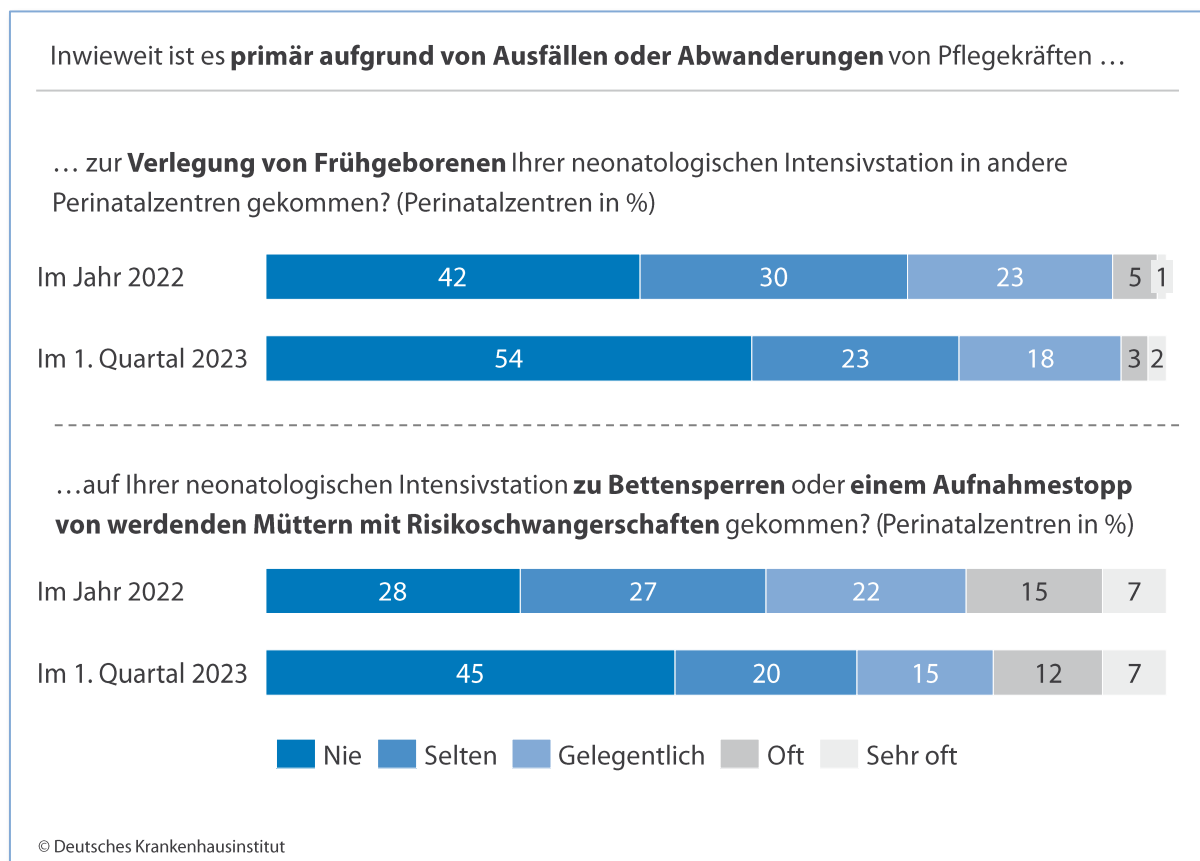
Bezogen auf den jeweiligen Personalbestand am 31.12.2022 (in Köpfen) lag die Fluktuationsquote in den betroffenen Perinatalzentren bei 10 % in der neonatologischen Intensivpflege insgesamt und bei 11 % bei den Fachweitergebildeten. Nach dem Level der Perinatalzentren gab es nur geringe Unterschiede in den Fluktuationsquoten (Ergebnisse nicht dargestellt).

#### 4.1.5 Auswirkungen auf die Versorgung

Angesichts von Fachkräftemangel und hoher Fluktuation stellt sich die Frage, inwieweit dies Auswirkungen auf die Versorgung hat. Konkret sollten die Teilnehmer daher angeben, inwieweit es primär aufgrund von Ausfällen und Abwanderungen von Pflegekräften zu Verlegungen von Frühgeborenen und Bettensperren auf den neonatologischen Intensivstationen gekommen ist.

Im Jahr 2022 ist es in 72 % der Perinatalzentren zu Bettensperren oder einem Aufnahmestopp aufgrund von Ausfällen und Abwanderungen von Pflegekräften gekommen, wengleich überwiegend selten (27 %) oder gelegentlich (22 %). In 22 % der Zentren war dies aber oft oder sehr oft der Fall. Auch im ersten Quartal 2023 gab es, bedingt durch den Fachkräftemangel in der Pflege, in mehr als der Hälfte der Zentren einen Aufnahmestopp für werdende Mütter mit Risikoschwangerschaften. Von entsprechenden Bettensperren sind Perinatalzentren für Level 1 deutlich überproportional betroffen (Ergebnisse nicht dargestellt).

Des Weiteren begünstigt der Fachkräftemangel in der Pflege die Verlegung von Frühgeborenen in andere Perinatalzentren. 2022 war dies in fast 60 % der Zentren der Fall. Im ersten Quartal 2023 hat sich dieser Trend fortgesetzt (vgl. Abb. 10).

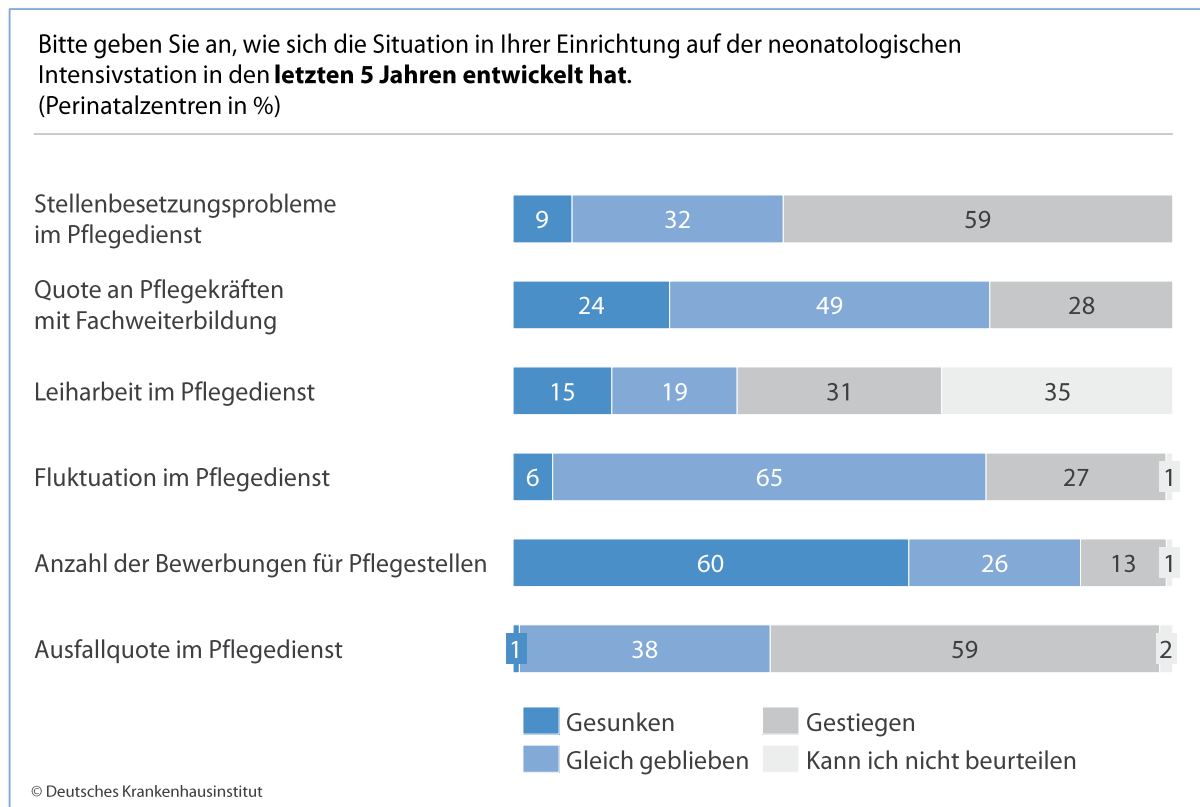


**Abb. 10: Auswirkungen von Personalausfällen oder -abwanderungen auf die Versorgung**

#### 4.1.6 Entwicklung der Personalsituation in den letzten 5 Jahren

Alles in allem hat sich die Personalsituation in der neonatologischen Intensivpflege in den letzten fünf Jahren verschärft. In jeweils rund 60 % der Perinatalzentren haben die Stellenbesetzungsprobleme in der Pflege und die krankheitsbedingten Ausfallquoten in diesem Zeitraum zugenommen bzw. ist die Anzahl der Bewerbungen für Pflegestellen auf der neonatologischen Intensivstation gesunken (vgl. Abb. 11). In dieser Hinsicht gibt es kaum Unterschiede zwischen Perinatalzentren von Level 1 und Level 2 (Ergebnisse nicht dargestellt).

Bei den Weiterbildungsquoten gibt es hingegen keine eindeutige Entwicklung. In jeweils rund einem Viertel der Perinatalzentren ist die Quote an Pflegekräften mit einer Fachweiterbildung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege in den letzten fünf Jahren gestiegen oder gesunken.



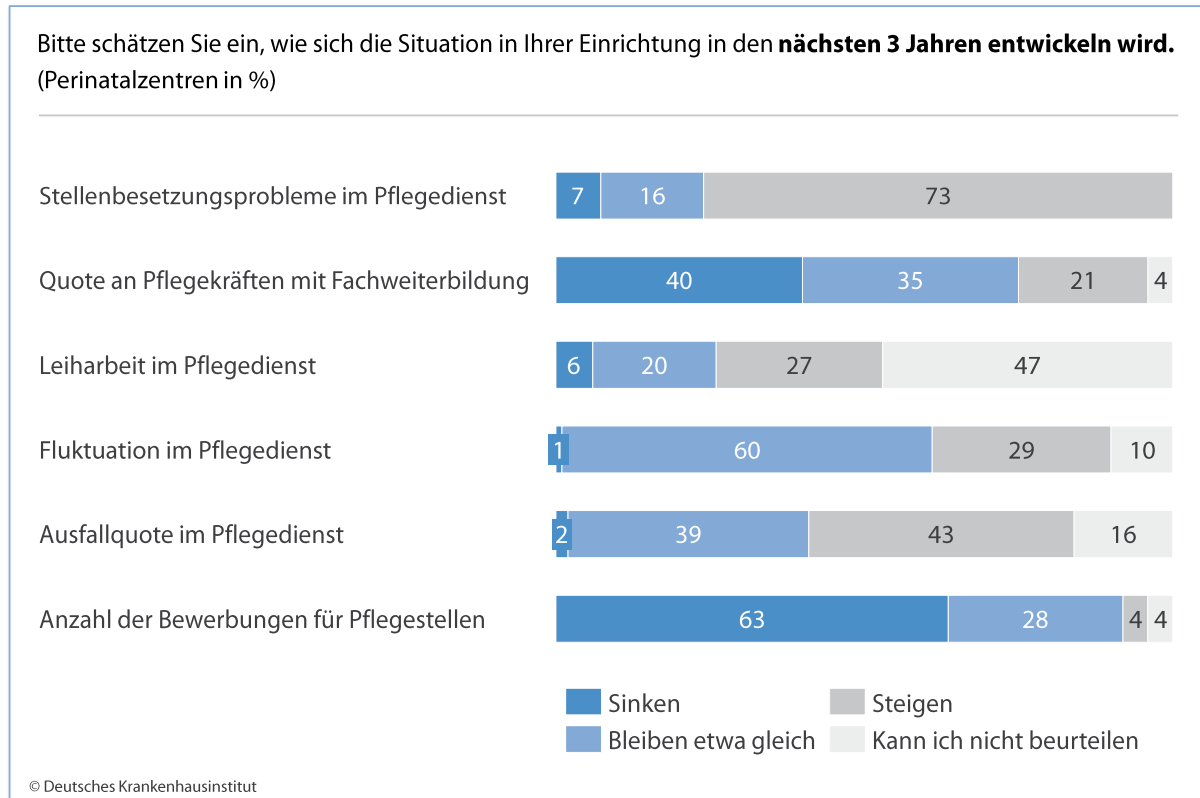
**Abb. 11: Entwicklung der Personalsituation in den letzten 5 Jahren**

#### 4.1.7 Entwicklung der Personalsituation in den nächsten 3 Jahren

Die Prognosen für die Personalsituation in der neonatologischen Intensivpflege fallen für die nächsten drei Jahre tendenziell pessimistisch aus. Rund drei Viertel der Zentren erwarten für

diesen Zeitraum steigende Stellenbesetzungsprobleme (vgl. Abb. 12). Dies gilt gleichermaßen für Zentren der Level 1 und 2 (Ergebnisse nicht dargestellt).

Fast zwei Drittel der Befragten gehen von rückläufigen Bewerberzahlen für die neonatologische Intensivpflege aus. Auch die Anteilswerte von Zentren, die von steigenden Fluktuations- und Ausfallquoten ausgehen, fallen höher aus als die Anteile für sinkende Quoten.



**Abb. 12: Entwicklung der Personalsituation in den nächsten 3 Jahren**

## 4.2 Generalistische Pflegeausbildung

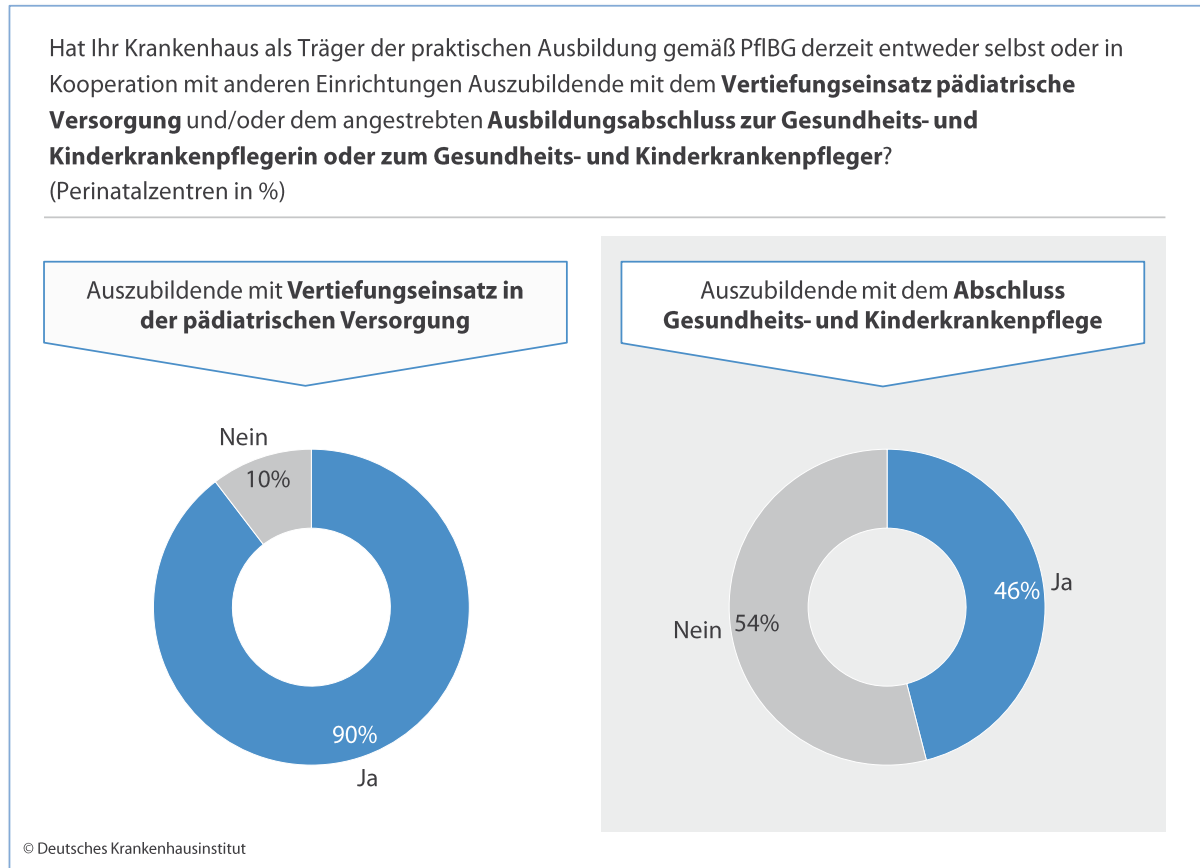
### 4.2.1 Vertiefungseinsätze und Abschlüsse in der GuKKP

Zum Befragungszeitpunkt im Frühjahr 2023 hatten 90 % der Krankenhäuser mit Perinatalzentrum als Träger der praktischen Ausbildung entweder selbst oder in Kooperation mit anderen Einrichtungen Auszubildende mit dem Vertiefungseinsatz in der pädiatrischen Versorgung gemäß PflIBG (vgl. Abb. 13). Auch im Rahmen der Generalistik haben diese Krankenhäuser noch Interesse an einer entsprechenden Spezialisierung.

Auszubildende im letzten Ausbildungsdrittel mit dem angestrebten Abschluss „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ gab es hingegen nur noch bei 46 % der Einrichtungen. Fast alle diese Krankenhäuser haben im Jahr 2020, also dem Jahr des Inkrafttretens des PflIBG, noch



Absolventen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach der alten Rechtslage gemäß KrPflG ausgebildet. Die generalistische Pflegeausbildung hat insofern zu einem deutlichen Rückgang entsprechender Abschlüsse in diesen Krankenhäusern geführt, zugunsten des generalistischen Abschlusses mit Vertiefungseinsatz Pädiatrie.<sup>5</sup>



**Abb. 13: Vertiefungseinsätze und Abschlüsse in der GuKKP**

#### 4.2.2 Aktuelle Entwicklung der Krankenpflegeausbildung

Nach den ersten Erfahrungen mit der Generalistik sehen die Perinatalzentren die aktuelle Entwicklung der Ausbildung in der pädiatrischen Versorgung nach dem PflBG im Vergleich zum KrPflG größtenteils kritisch (vgl. Abb. 14). Insbesondere die fachliche Qualität der Auszubildenden wird von den Einrichtungen bemängelt. 78 % der Perinatalzentren gaben zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2023 an, dass die fachliche Qualität der Auszubildenden gesunken ist. In 20 % der Zentren ist sie im Vergleich zur Ausbildung nach

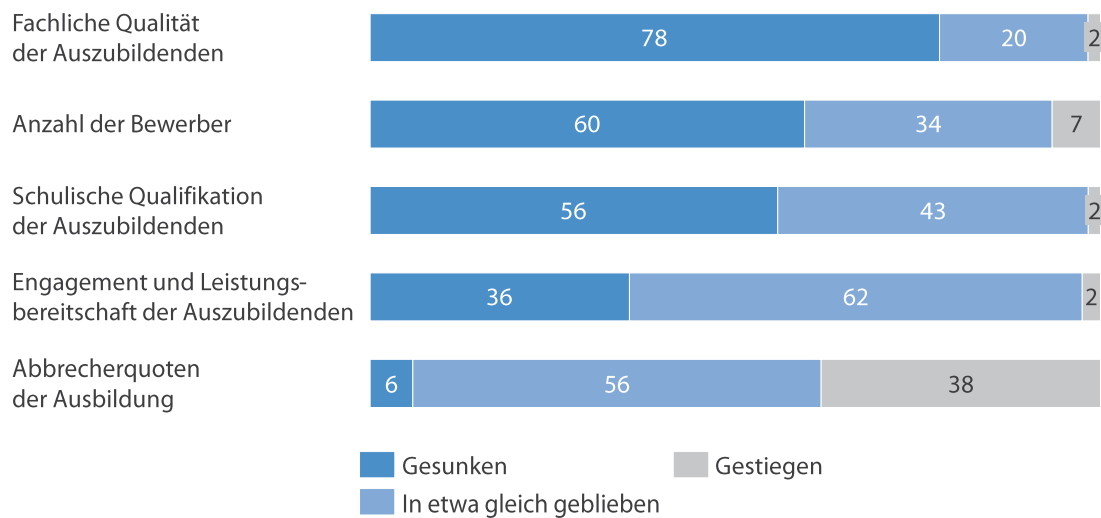
<sup>5</sup> Die Anzahl der Auszubildenden mit Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bzw. mit pädiatrischer Vertiefung nach PflBG ist zwar bei den Perinatalzentren erhoben worden. Allerdings fielen die jeweiligen Ausbildungs- und Absolventenzahlen kontraintuitiv im Mittel deutlich höher aus als nach den ebenfalls erhobenen Zahlen der alten Ausbildung gemäß KrPflG. Nach unserer Einschätzung dürfte dies darauf zurückzuführen sein, dass ein relevanter Anteil der Teilnehmer auch Auszubildende mit pädiatrischen Pflichteinsätzen mitefasst hat. Im Gegensatz dazu belegt die Befragung der Ausbildungsstätten einen deutlichen Rückgang der Absolventenzahlen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (vgl. Kap. 6).

dem KrPflG in etwa gleichgeblieben. Nur 2 % der Perinatalzentren kamen zu dem Ergebnis, dass die fachliche Qualität der Auszubildenden gestiegen ist.

In 60 % der Perinatalzentren ist die Bewerberanzahl im Vergleich zur Ausbildung nach dem KrPflG gesunken. In einem Drittel (34 %) ist sie in etwa gleichgeblieben und nur in 7 % der Zentren ist sie gestiegen. Hinsichtlich der schulischen Qualifikation der Auszubildenden kam über die Hälfte der Perinatalzentren (56 %) zu dem Ergebnis, dass diese im Vergleich zur Ausbildung nach dem KrPflG gesunken ist. 43 % der Befragten zufolge ist sie in etwa gleichgeblieben ist. Kaum ein Zentrum stellt eine verbesserte Qualifikation fest.

In 36 % der Einrichtungen ist das Engagement und die Leistungsbereitschaft der Auszubildenden im Vergleich zur Ausbildung nach dem KrPflG gesunken. 62 % kamen zu dem Ergebnis, dass das Engagement und die Leistungsbereitschaft der Auszubildenden in etwa gleichgeblieben ist, und nur 2 % der Einrichtungen gaben an, dass es zu einer Steigerung des Engagements und der Leistungsbereitschaft der Auszubildenden im Vergleich zur Ausbildung nach dem KrPflG gekommen ist. Die Abbrecherquoten der Ausbildung sind laut 38 % der Perinatalzentren gestiegen. In 56 % der Einrichtungen sind sie in etwa gleichgeblieben und in nur 6 % der Einrichtungen sind die Abbrecherquoten gesunken.

**Nach ersten Erfahrungen mit der Generalistik:** Wie hat sich in Ihrem Krankenhaus die Ausbildung in der pädiatrischen Versorgung nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) **im Vergleich zur Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz (KrPflG) entwickelt?**  
(Perinatalzentren in %)\*



\* Werte bereinigt um Angaben „kann ich nicht beurteilen“.

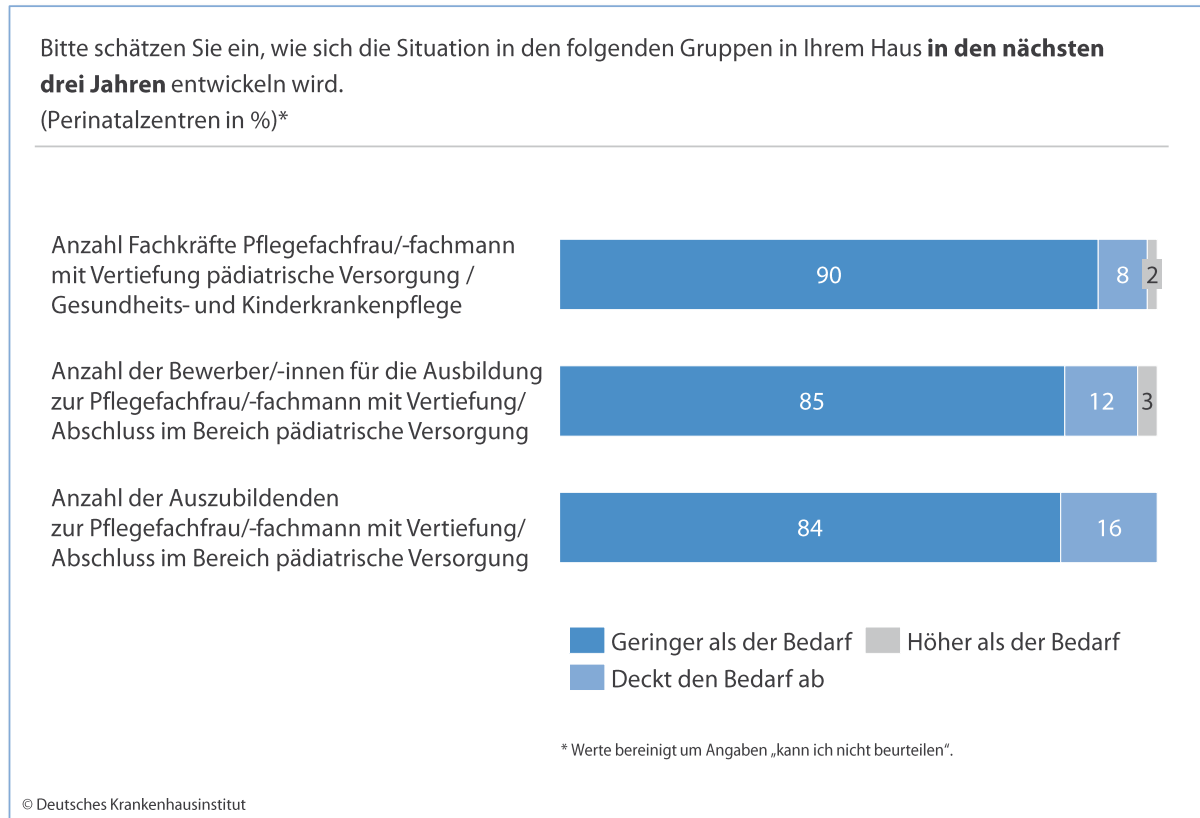
© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 14: Aktuelle Entwicklung der Krankenpflegeausbildung in der pädiatrischen Versorgung**

### 4.2.3 Zukünftige Entwicklung der Krankenpflegeausbildung

Die Entwicklung der Ausbildung nach dem PflBG in der pädiatrischen Versorgung in den nächsten drei Jahren schätzten die Perinatalzentren zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2023 überwiegend kritisch ein (vgl. Abb. 15). 90 % der Einrichtungen gehen davon aus, dass die Anzahl der Fachkräfte Pflegefachfrau/Pflegefachmann mit Vertiefung in der pädiatrischen Versorgung bzw. dem Abschluss Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in in den nächsten drei Jahren geringer sein wird als der Bedarf. 85 % der Perinatalzentren kamen zu der Einschätzung, dass die Anzahl der Bewerber für die Ausbildung Pflegefachfrau/Pflegefachmann mit Vertiefung in der pädiatrischen Versorgung bzw. dem Abschluss Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in in den nächsten drei Jahren geringer sein wird als der Bedarf. 84 % der Einrichtungen erwarten, dass die Anzahl der Auszubildenden zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann mit Vertiefung in der pädiatrischen Versorgung bzw. dem Abschluss Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in in den nächsten drei Jahren geringer sein wird als der Bedarf. Kaum eine Einrichtung nimmt derzeit an, dass die Anzahl

der Fachkräfte, Bewerber oder Auszubildenden mit der Vertiefung in der pädiatrischen Versorgung bzw. dem Abschluss Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in in den nächsten drei Jahren den tatsächlichen Bedarf überschreiten wird.

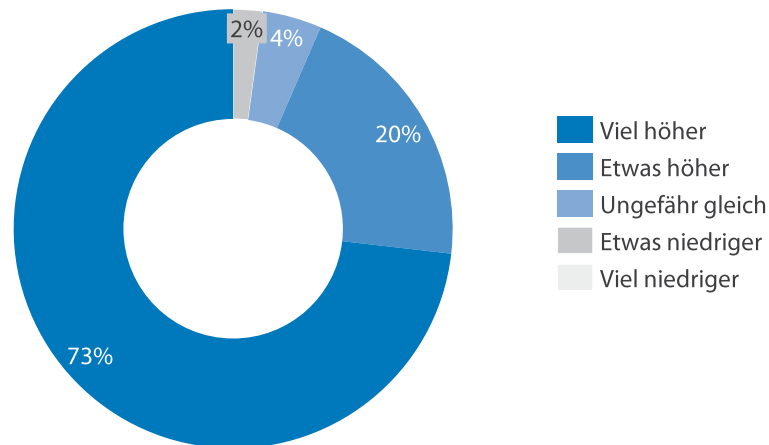


**Abb. 15: Zukünftige Entwicklung der Ausbildung in der pädiatrischen Versorgung**

#### 4.2.4 Einarbeitungsaufwand im Bereich neonatologische Intensivpflege

73 % der Perinatalzentren schätzten den Einarbeitungsaufwand der Absolventen der Ausbildung nach dem PflBG im Bereich neonatologische Intensivpflege viel höher ein. 20 % gingen davon aus, dass er verglichen mit der Ausbildung zum/zur Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in nach dem KrPflG etwas höher sein wird (vgl. Abb. 16). Einen niedrigeren Einarbeitungsaufwand erwartete zum Befragungszeitpunkt kaum ein Zentrum.

Wie schätzen Sie den **Einarbeitungsaufwand** der Absolventen/-innen der Ausbildung zur/zum Pflegefachfrau/-fachmann mit Vertiefung/Abschluss im Bereich pädiatrische Versorgung nach PflBG im Vergleich zur Ausbildung zum/zur Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in nach KrPflG im **Bereich neonatologische Intensivpflege** ein?  
(Perinatalzentren in %)



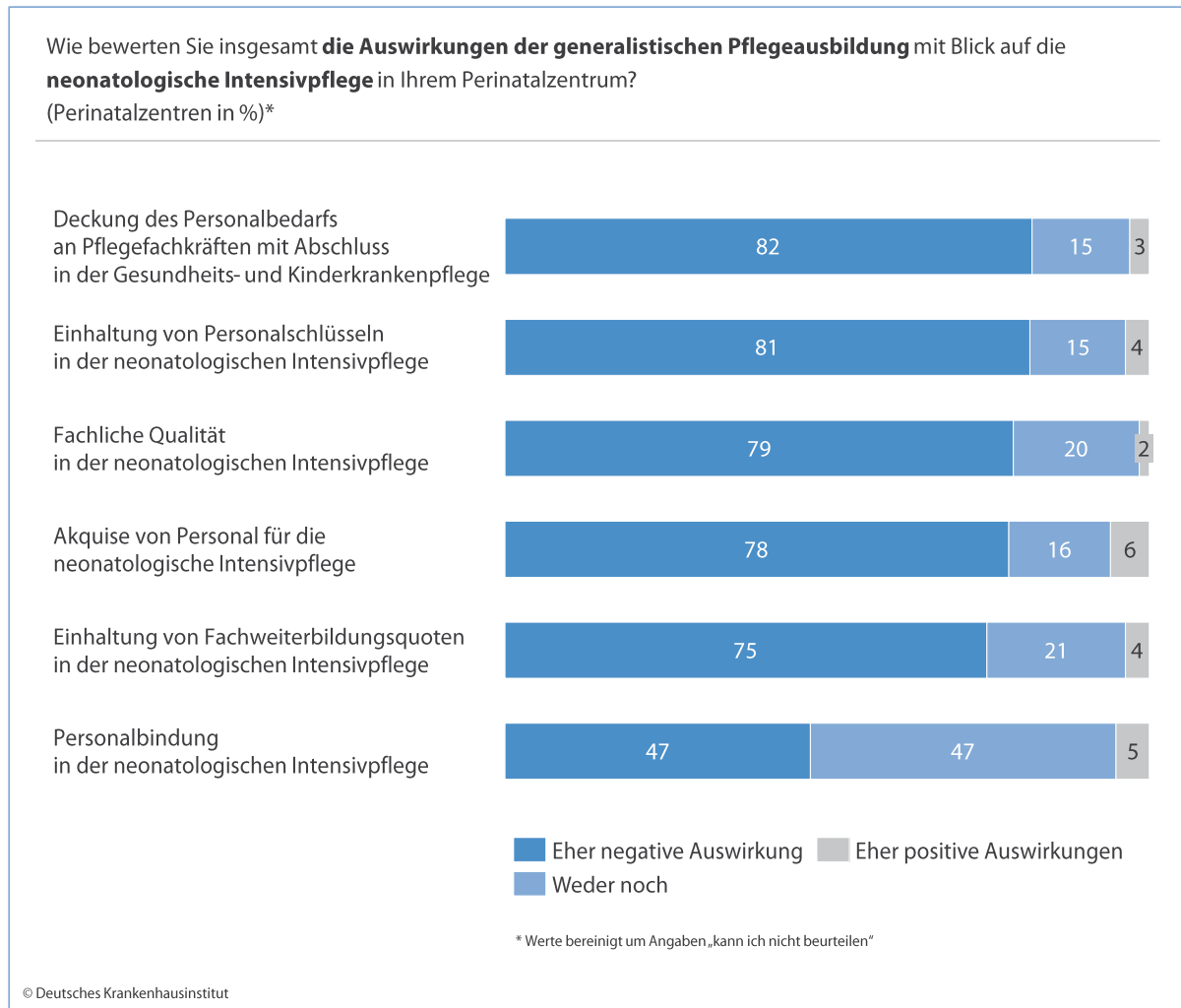
© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 16: Einarbeitungsaufwand im Bereich neonatologische Intensivpflege**

#### 4.2.5 Auswirkungen der generalistischen Pflegeausbildung

Zum Befragungszeitpunkt im Frühjahr 2023 hat die große Mehrheit der Perinatalzentren die Auswirkungen der generalistischen Pflegeausbildung auf die neonatologische Intensivpflege insgesamt kritisch bewertet (vgl. Abb. 17). Hinsichtlich der Deckung des Personalbedarfs an Pflegefachkräften mit Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erwarteten 82 % negative Auswirkungen. Negative Auswirkungen in Bezug auf die Einhaltung von Personalschlüsseln in der neonatologischen Intensivpflege vermuteten 81 % der Perinatalzentren und hinsichtlich der fachlichen Qualität waren es 79 % der befragten Einrichtungen. Bezüglich der Einhaltung von Fachweiterbildungsquoten in der neonatologischen Intensivpflege gingen 75 % der befragten Einrichtungen von negativen Auswirkungen der generalistischen Pflegeausbildung aus. Im Hinblick auf die Personalbindung in der neonatologischen Intensivpflege erwartet knapp die Hälfte der Einrichtungen (47 %) weder positive noch negative Auswirkungen der Generalistik. Weitere 47 % gingen eher von negativen Auswirkungen aus. Insgesamt erwarten nur wenige Perinatalzentren positive Auswirkungen durch die generalistische Pflegeausbildung.

In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass die Perinatalzentren zum Befragungszeitpunkt noch keinen oder kaum Kontakt mit den Absolventen der generalistischen Pflegeausbildung hatten (vgl. Kap. 6.3 und 7.2). Die Absolventen, deren Ausbildung am 1.1.2020 begann, erhielten frühestens zum 31.12.2022 ihren Abschluss. In vielen Schulen startete die neue Ausbildung aber noch nicht direkt am 1.1.2020.



**Abb. 17: Auswirkungen der generalistischen Pflegeausbildung**

### 4.3 Klärender Dialog nach § 8 QFR-RL

#### 4.3.1 Klärender Dialog seit 2017

Seit Einführung im Jahr 2017 sind 83 % der befragten Perinatalzentren mindestens in einem Jahr in den klärenden Dialog nach § 8 QFR-RL getreten (vgl. Abb. 18). Der Anteil der Stichprobenkrankenhäuser, die sich im klärenden Dialog befanden, war mit jeweils knapp über 80 % in den ersten drei Jahren etwa gleich hoch. In den darauffolgenden Jahren ist der Anteil der entsprechenden Stichprobenkrankenhäuser dagegen gesunken. Im Jahr 2020 betrug er 77 %, im Jahr 2021 lag er bei 75 % und im Jahr 2022 nur noch bei 68 %. Zum Zeitpunkt der Befragung im Frühjahr 2023 befanden sich 52 % der Stichprobenkrankenhäuser im klärenden Dialog.

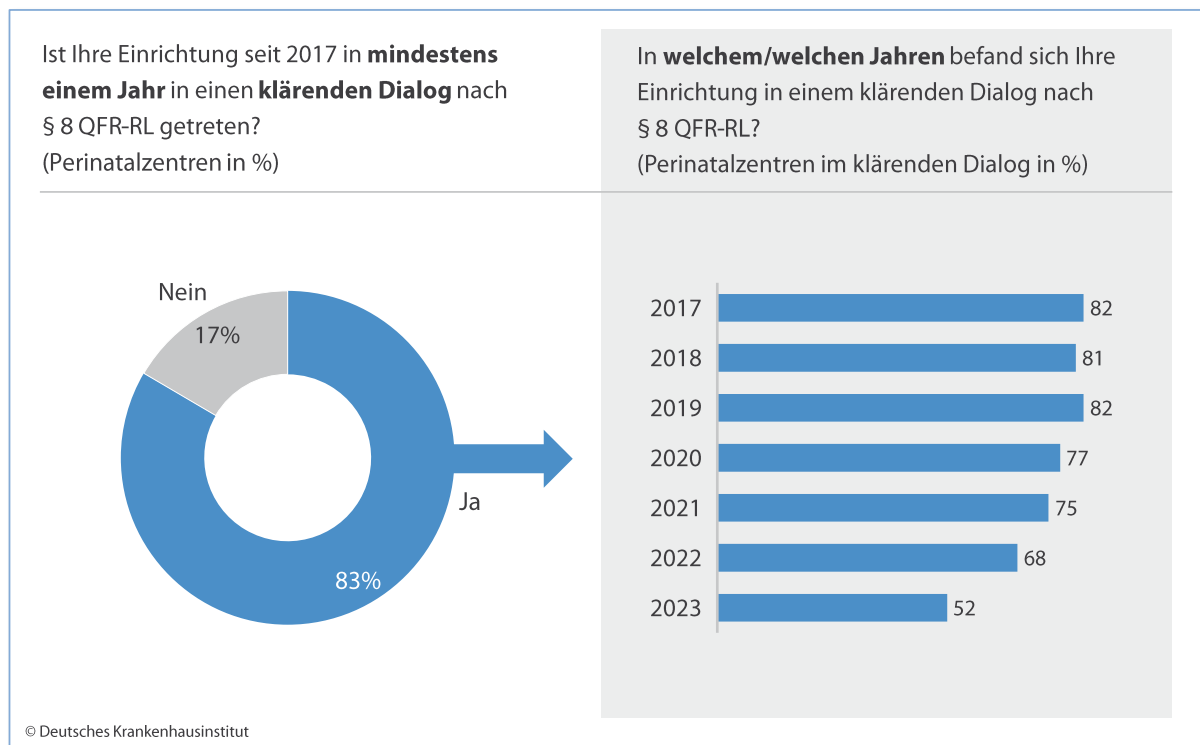


Abb. 18: Eintritte in den klärenden Dialog seit 2017

#### 4.3.2 Ursachen für die Umsetzungsschwierigkeiten

Die befragten Perinatalzentren haben vor allem Probleme, die Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß QFR-RL zu erfüllen. Hauptursachen waren hier in je 91 % der Perinatalzentren die Arbeitsmarktsituation/offene Planstellen und der akute Personalausfall (vgl. Abb. 19). Mit 81 % war der nicht-akute Personalausfall am dritthäufigsten ursächlich für die Nicht-Erfüllung der Anforderungen an die pflegerische

Versorgung gemäß QFR-RL, gefolgt von dem patientenbezogenen erhöhten Patientenaufkommen mit 70 % und dem strukturell erhöhten Patientenaufkommen mit 63 %. 59 % der Zentren benannten im Rahmen einer offenen Frage sonstige Ursachen, wie z. B. zu hohe Anforderungen an die Fachweiterbildungsquoten oder die Qualifikation der Stationsleitung, mangelnde Ausbildungskapazitäten mit der Vertiefung pädiatrische Versorgung, mangelnde Anerkennung von ausländischen Fachkräften oder gut eingearbeiteten Fachkräften aus der Gesundheits- und Krankenpflege, aber auch Ereignisse wie Streiks. Das Pandemiegeschehen wurde von der Hälfte der befragten Perinatalzentren als Ursache genannt. Ein unzureichendes Personalmanagementkonzept war nur bei 13 % der Einrichtungen als Ursache angeführt.



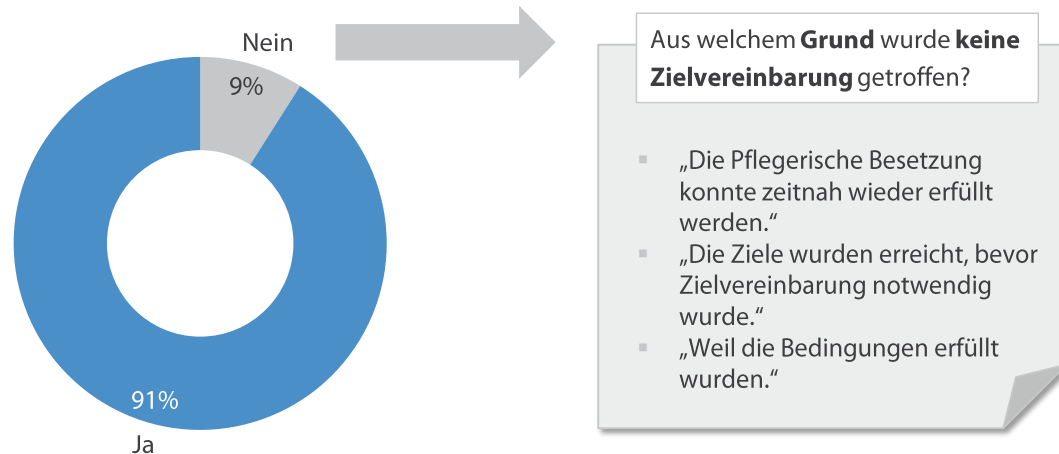
**Abb. 19: Ursachen für die Umsetzungsschwierigkeiten**

### 4.3.3 Abschluss von Zielvereinbarungen

Im Rahmen des aktuellen bzw. zuletzt geführten klärenden Dialogs ist eine Zielvereinbarung mit dem Lenkungsgremium bei insgesamt 91 % der Perinatalzentren vereinbart worden (vgl. Abb. 20). Bei den übrigen 9 % der Perinatalzentren war eine Zielvereinbarung nicht erforderlich, weil die Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß QFR-RL bereits erfüllt waren.



Wurde im Rahmen des klärenden Dialogs eine **Zielvereinbarung** mit dem zuständigen Lenkungsgremium getroffen?  
(Perinatalzentren in %)

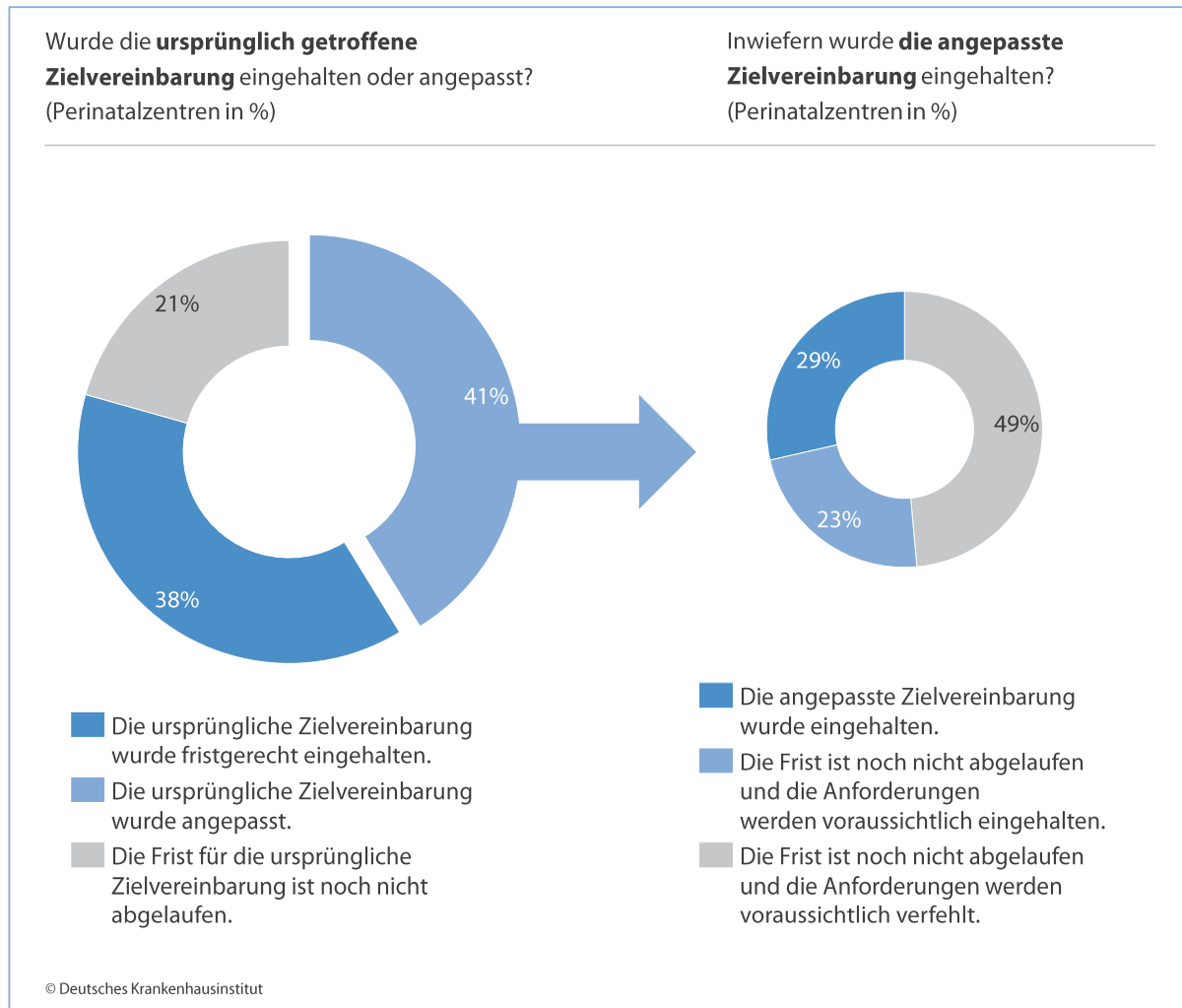


© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 20: Abschluss von Zielvereinbarungen**

Die ursprünglich getroffene Zielvereinbarung konnten 41 % der Perinatalzentren fristgerecht einhalten (vgl. Abb. 21). Bei 21 % der Perinatalzentren war die Frist für die ursprüngliche Zielvereinbarung zum Befragungszeitpunkt im Frühjahr 2023 noch nicht abgelaufen. Bei den übrigen 41 % ist die Zielvereinbarung angepasst worden.

Bei 29 % der Perinatalzentren mit angepasster Zielvereinbarung konnte diese fristgerecht eingehalten werden. Bei 23 % der Einrichtungen ist die Frist noch nicht abgelaufen und die Anforderungen werden voraussichtlich eingehalten. Bei den übrigen 49 % ist die Frist ebenfalls noch nicht abgelaufen, jedoch können die Anforderungen zum Fristende voraussichtlich nicht erfüllt werden.



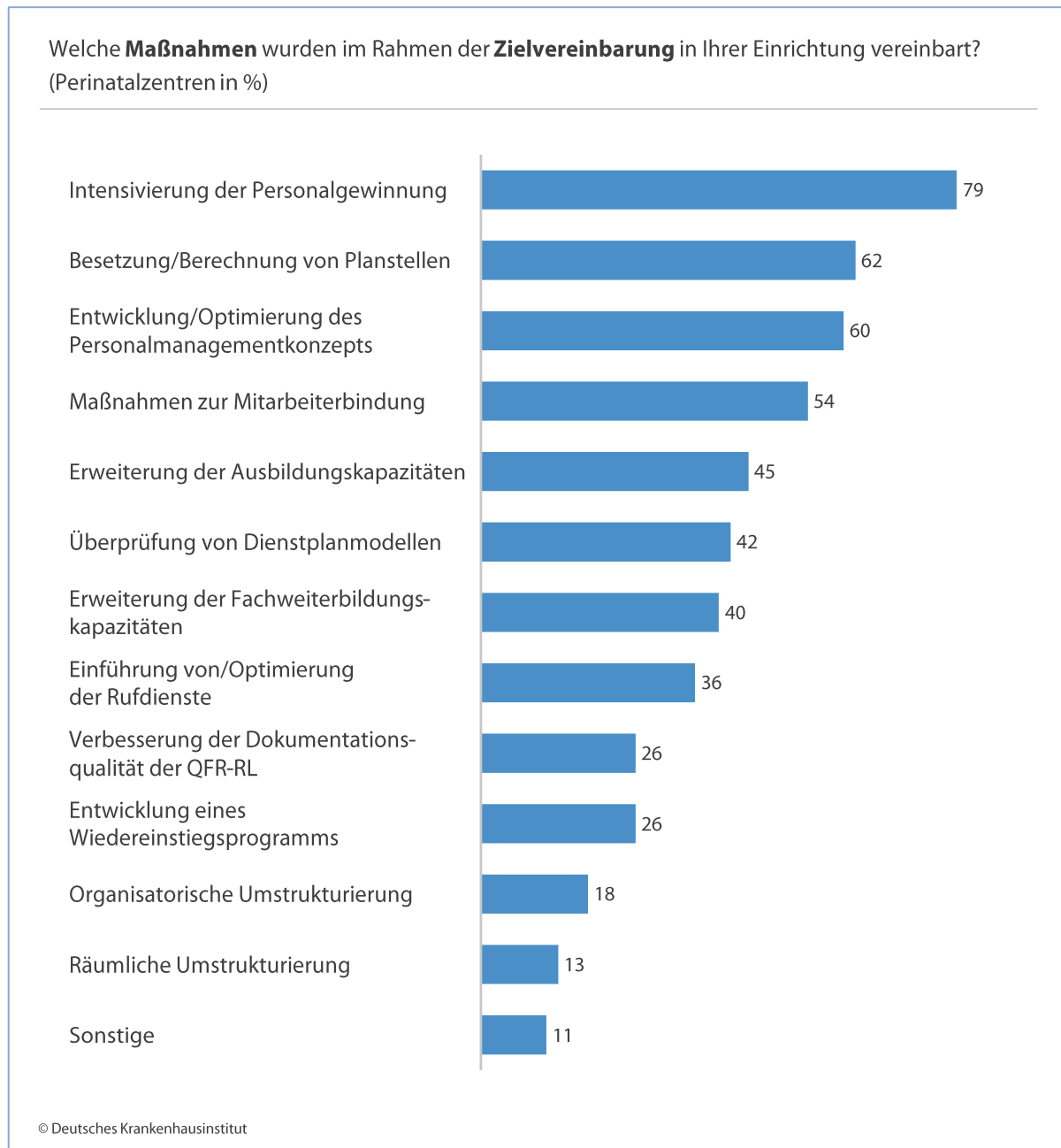
**Abb. 21: Einhaltung und Anpassung der Zielvereinbarungen**

#### 4.3.4 Umsetzung der Zielvereinbarung

Im Rahmen der Zielvereinbarung stellte die Intensivierung der Personalgewinnung mit 79 % die mit Abstand am häufigsten vereinbarte Maßnahme dar, um die Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß QFR-RL zu erfüllen (vgl. Abb. 22). Die Besetzung/Berechnung von Planstellen wurde mit 62 % als zweithäufigste Maßnahme im Rahmen der Zielvereinbarung vereinbart, gefolgt von der Entwicklung/Optimierung des Personalmanagementkonzepts (60 %) und der Vereinbarung von Maßnahmen zur Mitarbeiterbindung (54 %).

In 45 % der Einrichtungen wurde vereinbart, die Ausbildungskapazitäten zu erweitern, und in 42 % der Perinatalzentren sollten die Dienstplanmodelle überprüft werden. Die Erweiterung der Fachweiterbildungsquoten wurde in 40 % und die Einführung von Rufdiensten bzw. deren Optimierung wurde in 36 % der Einrichtungen als Maßnahme

beschlossen. In jeweils 26 % der Perinatalzentren wurde vereinbart, die Dokumentationsqualität der QFR-RL zu verbessern oder ein Wiedereinstiegsprogramm zu entwickeln. Weniger häufig waren Maßnahmen wie die organisatorische (18 %) oder räumliche Umstrukturierung (13 %) sowie sonstige Maßnahmen, wie z. B. die Überarbeitung des Einarbeitungskonzeptes, zusätzliche Datenlieferung bzgl. der Verlegung von Kindern auf andere Intensivstationen oder die Teilnahme an Kongressen.

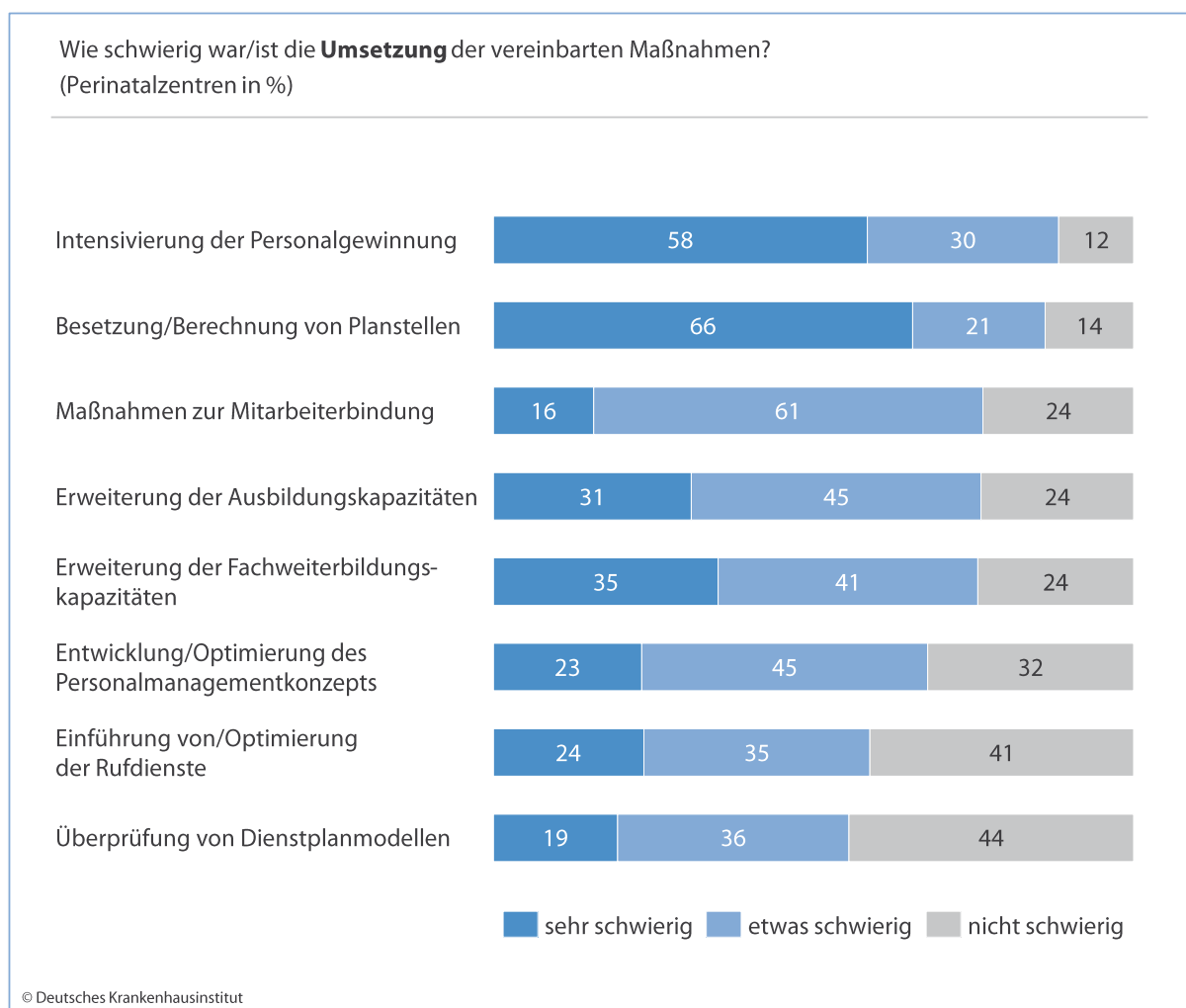


**Abb. 22: Im Rahmen der Zielvereinbarung vereinbarte Maßnahmen**

Die befragten Perinatalzentren empfanden die Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen zum Großteil schwierig (vgl. Abb. 23), wobei die zwei am häufigsten vereinbarten

Maßnahmen (vgl. Abb. 22) auch am häufigsten als etwas oder sehr schwierig empfunden wurden. Die Besetzung/Berechnung von Planstellen empfanden 66 % der Einrichtungen als sehr schwierig, 21 % als etwas schwierig und nur 14 % als nicht schwierig. Die Intensivierung der Personalgewinnung war für 58 % der Einrichtungen schwierig, für 30 % etwas schwierig und für 12 % nicht schwierig

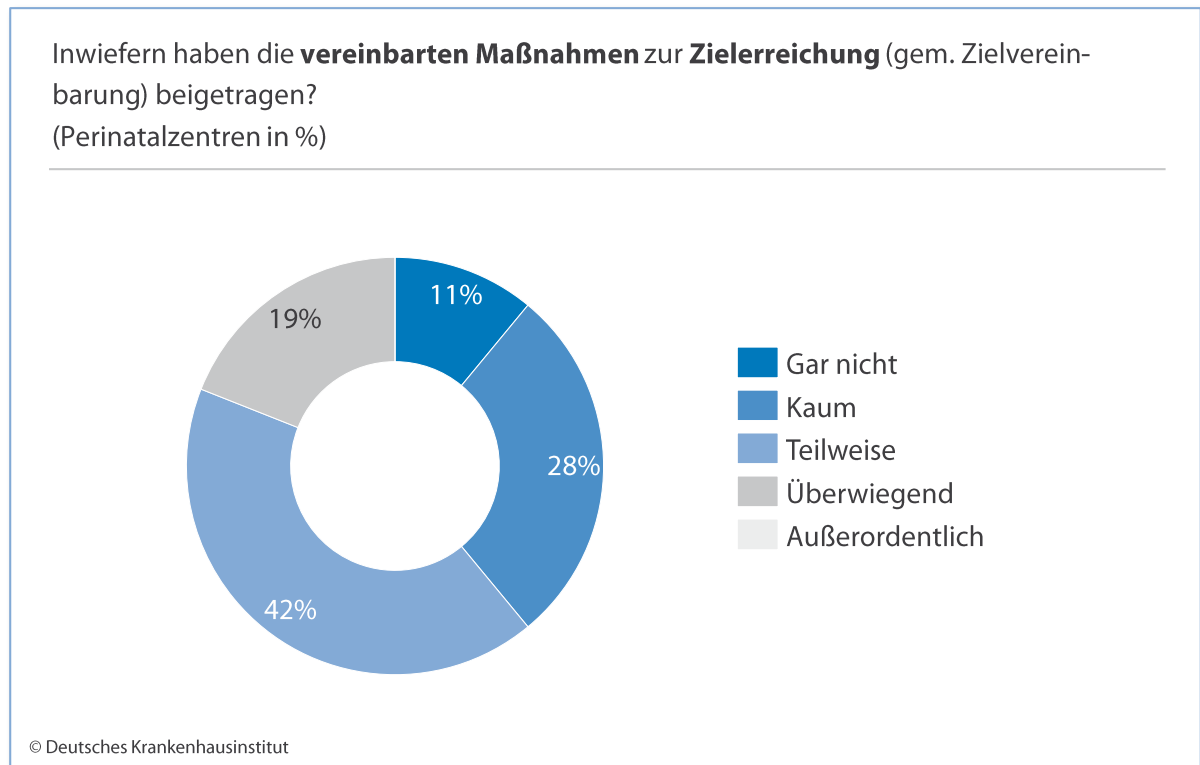
Maßnahmen zur Mitarbeiterbindung ebenso wie die Erweiterung der Fach- und Ausbildungskapazitäten empfanden die Perinatalzentren ebenfalls zum überwiegenden Teil als schwierig. Personalmanagementkonzepte zu entwickeln, Dienstplanmodelle zu überprüfen und Rufdienste einzuführen bzw. zu optimieren, waren für die Perinatalzentren in der Umsetzung insgesamt weniger schwierige Maßnahmen.



**Abb. 23: Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen**

Insgesamt eher kritisch beurteilten die befragten Perinatalzentren die Relevanz der vereinbarten Maßnahmen für das Ziel, die pflegerischen Anforderungen der QFR-RL zu erfüllen (vgl. Abb. 24). 39 % der Perinatalzentren kamen zum Erhebungszeitpunkt im

Frühjahr 2023 zu dem Ergebnis, dass die vereinbarten Maßnahmen gar nicht (11 %) oder kaum (28 %) zur Zielerreichung beigetragen haben. 42 % der Einrichtungen zufolge haben sie nur teilweise ihre Ziele erreicht. In nur 19 % der Perinatalzentren sind die Ziele überwiegend erreicht worden. Kein Perinatalzentrum kam zu dem Ergebnis, dass die vereinbarten Maßnahmen außerordentlich zur Zielerreichung beigetragen haben.

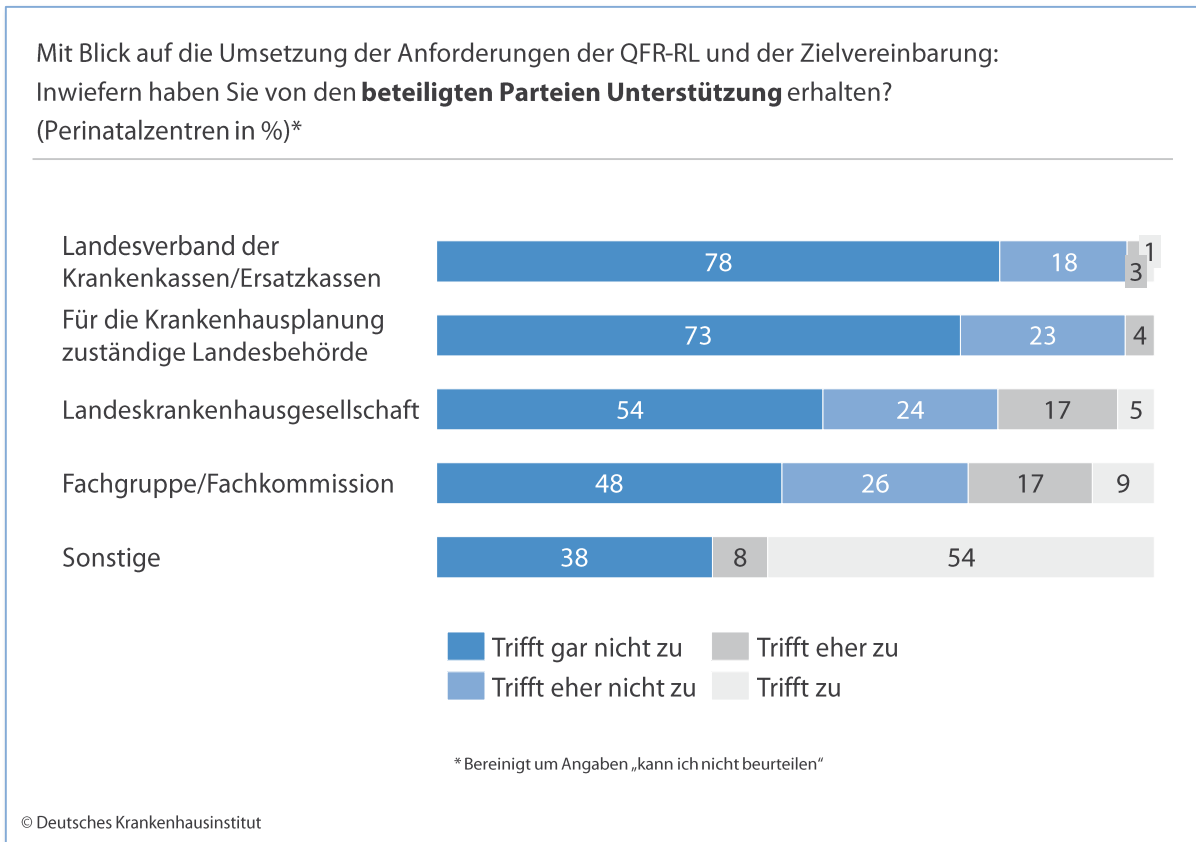


**Abb. 24: Relevanz der vereinbarten Maßnahmen für die Zielerreichung**

#### 4.3.5 Unterstützung durch beteiligte Parteien

Die befragten Perinatalzentren schätzten die Unterstützung, die sie durch die beteiligten Parteien im klärenden Dialog erfahren haben, größtenteils kritisch ein (vgl. Abb. 25). Dies betrifft vor allem die Landesverbände der Krankenkassen/Ersatzkassen und die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden. In Bezug auf die Unterstützung durch die Landesverbände der Krankenkassen/Ersatzkassen haben 78 % der Perinatalzentren die Antwortkategorie „trifft gar nicht zu“ und weitere 18 % die Antwortkategorie „trifft eher nicht zu“ ausgewählt. Für die zuständigen Landesbehörden fielen die Werte ähnlich schlecht aus. Etwas besser schneiden die Landeskrankenhausgesellschaften und die Fachgruppe/Fachkommission ab. Gleichwohl beklagt sich auch hier die Mehrheit der Perinatalzentren über mangelnde Unterstützung. Im Vergleich dazu wurde die Unterstützung durch sonstige Parteien von den Perinatalzentren positiver beurteilt. Im Rahmen einer offenen Frage wurde

hier insbesondere die Gesellschaft für Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKind) häufiger genannt.

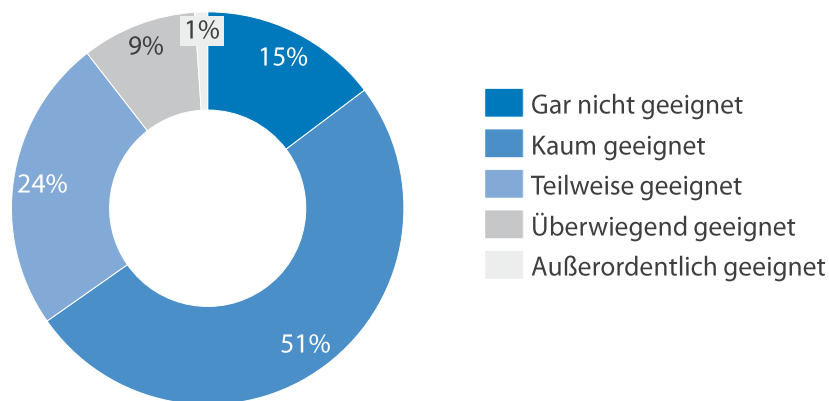


**Abb. 25: Unterstützung der beteiligten Parteien**

### 4.3.6 Bewertung des klärenden Dialogs

Insgesamt bewerteten die Perinatalzentren den klärenden Dialog eher kritisch (vgl. Abb. 26). Über die Hälfte der Krankenhäuser (51 %) empfanden den klärenden Dialog als Instrument kaum geeignet und weitere 15 % als gar nicht geeignet, um die pflegerischen Anforderungen der QFR-RL zu erfüllen. Knapp ein Viertel (24 %) der Perinatalzentren sah den klärenden Dialog nur teilweise als geeignet an. Nur 10 % der befragten Einrichtungen bewerteten den klärenden Dialog als überwiegend oder außerordentlich geeignet im Hinblick auf die Ursachenanalyse und Unterstützung bei der schnellstmöglichen Erfüllung der pflegerischen Anforderungen nach I.2.2 oder II.2.2 der Anlage 2 QFR-RL.

Im Hinblick auf die **Ursachenanalyse und Unterstützung** bei der schnellstmöglichen **Erfüllung der pflegerischen Anforderungen** nach I.2.2 oder II.2.2 der Anlage 2 QFR-RL: Inwiefern stellt der klärende Dialog ein **geeignetes Instrument** dar? (Perinatalzentren in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

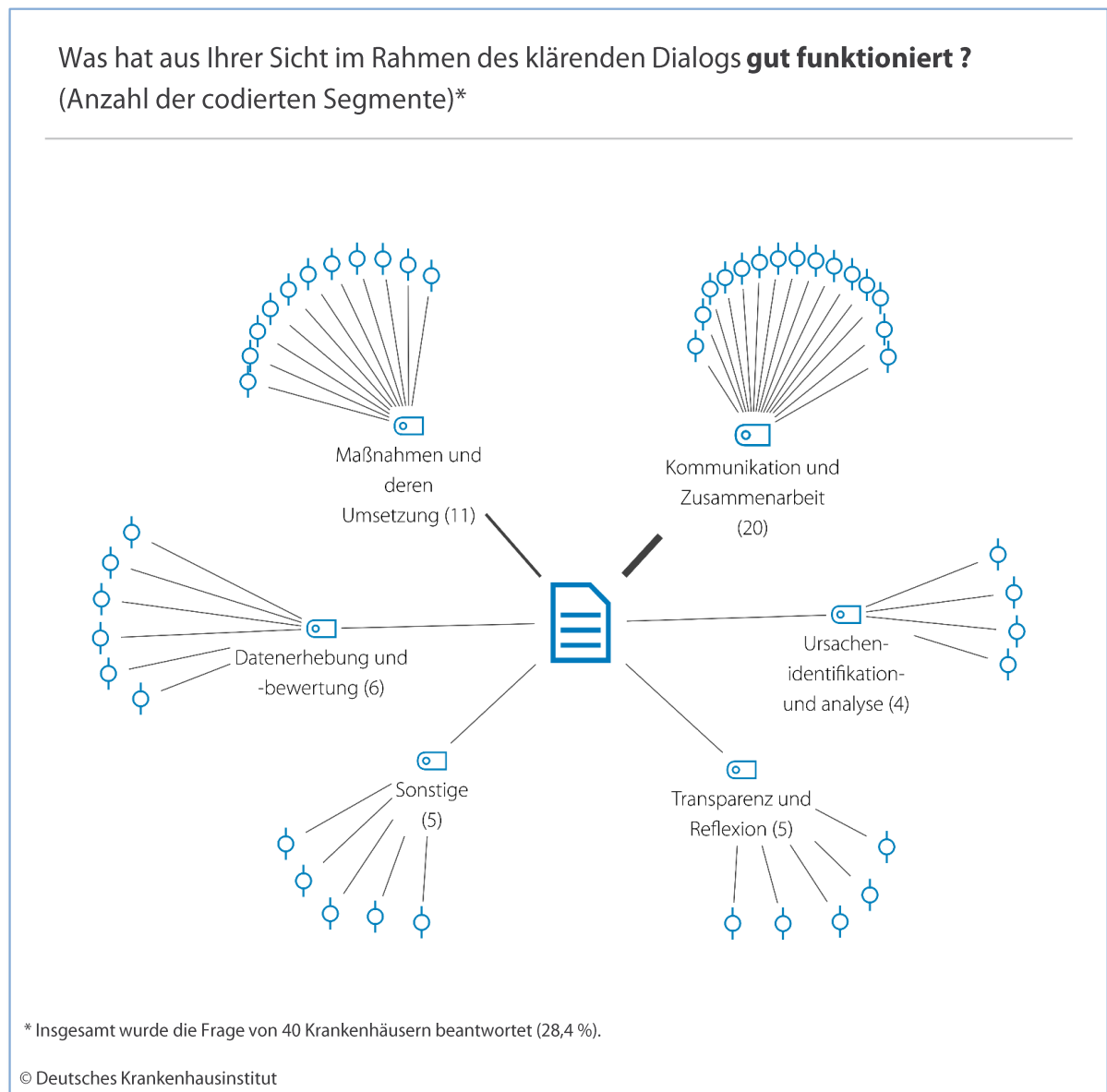
**Abb. 26: Bewertung des klärenden Dialogs**

Im Rahmen einer offenen Frage haben 40 der insgesamt 141 Perinatalzentren Aspekte benannt, die im klärenden Dialog gut funktioniert haben. Mit insgesamt 20 positiven Rückmeldungen wurden am häufigsten die Kommunikation und Zusammenarbeit positiv bewertet (vgl. Abb. 27). Die Kliniken berichteten einerseits von einer internen, interprofessionellen Zusammenarbeit, wie etwa mit dem Qualitätsmanagement im Haus, andererseits aber auch von der Zusammenarbeit mit externen Beteiligten. Besonders der Austausch auf Expertenniveau und die Anregungen von anderen Kliniken wurden hier mehrfach positiv herausgestellt.

Mit insgesamt elf Rückmeldungen haben die Perinatalzentren am zweithäufigsten positive Aspekte in Bezug auf die Maßnahmen und deren Umsetzung genannt. Größtenteils wurden spezifische Maßnahmen aufgeführt, die erfolgreich umgesetzt werden konnten, wie z. B. die Erarbeitung eines Personalausfallkonzeptes oder die kontinuierliche Verbesserung in der Akquise von zusätzlichem Pflegepersonal. Weitere sechs Rückmeldungen betrafen die Datenerhebung und -bewertung. Positive Erfahrungen wurden hier beispielsweise durch die frühzeitige Zusendung der Unterlagen gemacht.

In fünf Rückmeldungen wurde auf eine gesteigerte Transparenz und Reflexion hinsichtlich der Umsetzungsschwierigkeiten der QFR-RL hingewiesen. So sei etwa das

Problembewusstsein der Mitarbeiter durch den klärenden Dialog gestärkt worden. Vier Rückmeldungen thematisierten die individuelle Ursachenidentifikation und -analyse.



**Abb. 27: Positive Effekte im Rahmen des klärenden Dialogs**

Verbesserungsmöglichkeiten für den klärenden Dialog haben 41 der insgesamt 141 Perinatalzentren zurückgemeldet. Die meisten Verbesserungsvorschläge betrafen die Qualität von Austausch und Beratung (vgl. Abb. 28). Im Wesentlichen wird eine individuellere Beratung mit persönlichem anstatt schriftlichem Austausch gewünscht, um individuelle Problemlagen mehr berücksichtigen und Maßnahmen zielgerichteter entwickeln zu können.

Weitere neun Verbesserungsvorschläge betrafen Anpassungsbedarfe des normativen Rahmens, insbesondere der QFR-RL. Dazu zählten u. a. die Anerkennung von Pflegekräften



aus der Gesundheits- und Krankenpflege ohne Fachweiterbildung mit ausreichender Praxiserfahrung im Bereich der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege, die Anpassung der Betreuungsschlüssel an den fallindividuellen Pflegebedarf sowie die Aufhebung der Mindestmengenregelung.

Acht Rückmeldungen thematisierten den bürokratischen Aufwand für den klärenden Dialog sowie für die QFR-RL im Allgemeinen. Der klärende Dialog wird eher als Zusatzbelastung denn als Unterstützung der Perinatalzentren wahrgenommen. Er binde damit zusätzliche Ressourcen, die dann in der ohnehin schon vom Fachkräftemangel geprägten Patientenversorgung fehlten.

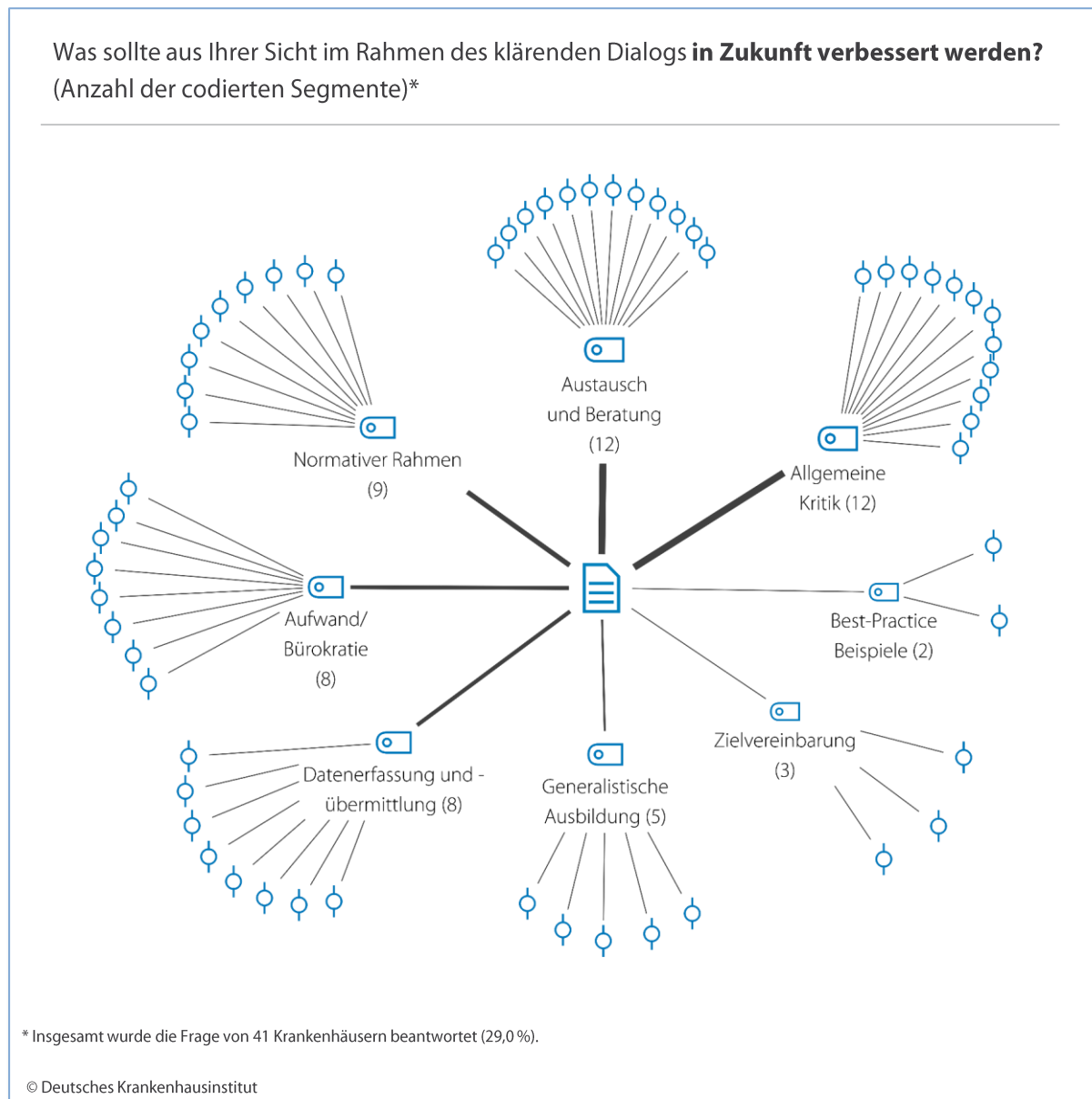
Weitere acht Rückmeldungen gab es hinsichtlich der Datenerfassung und -übermittlung. Mehrfach wurde vorgeschlagen, die Abfragen im klärenden Dialog mit den Strukturabfragen zu harmonisieren, insbesondere mit Blick auf die Zählung nicht eingehaltener Personalschlüssel pro Schicht. Darüber hinaus wurde angeregt, die Abgabefrist für Unterlagen aufgrund der Weihnachtsfeiertage und Urlaube auf Mitte Februar zu verschieben und die Berichtsformulare zur Datenerhebung schneller an die Änderungen der QFR-RL anzupassen sowie für die Kliniken verständlicher zu formulieren.

Außerdem wurde angeregt, die generalistische Pflegeausbildung im Hinblick auf die Strukturanforderungen der QFR-RL anzupassen. Ein Perinatalzentrum berichtete von der Entwicklung eines „aufwendigen Nachschulungskonzepts für die gesamte pädiatrische Krankheitslehre inklusive Neonatologie“, um die bereits spürbaren Verluste in der Ausbildungsqualität zu kompensieren. Befürwortet wurden in diesem Zusammenhang zentrale Ausbildungskonzepte für Krankenpflegeschulen, die die neuen Rahmenbedingungen ausreichend berücksichtigen. Außerdem wurde der Vorschlag unterbreitet, Anreize für einen spezialisierten/vertieften Ausbildungsweg sowohl für Auszubildende als auch für Auszubildende zu schaffen.

In Bezug auf die Zielvereinbarung erfolgten drei Rückmeldungen, u.a. der Bedarf für eine Fristverlängerung, insofern Maßnahmen nur langfristig umsetzbar sind. In zwei weiteren Rückmeldungen wurde der Wunsch geäußert, krankenhausübergreifend Best-Practice-Beispiele zu teilen nach der Devise „Lernen von den Besten“.

Daneben gab es insgesamt zwölf Rückmeldungen, die keine Verbesserungsvorschläge, sondern eine allgemeine Kritik am klärenden Dialog beinhalteten. Im Wesentlichen wurde die Ansicht vertreten, dass durch den klärenden Dialog die grundsätzlichen Probleme in den Perinatalzentren, insbesondere der Fachkräftemangel, nicht behoben werden können. Zusätzlich sehen die Perinatalzentren die Patientenversorgung durch die hohen

administrativen Aufwände der QFR-RL sowie durch die daraus resultierenden Personalverschiebungen und Bettensperrungen beeinträchtigt.



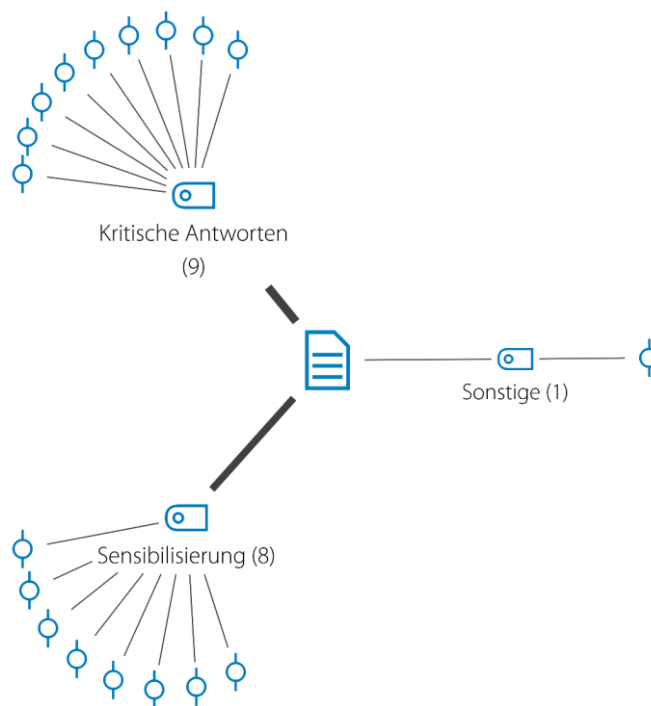
**Abb. 28: Verbesserungsbedarfe im Rahmen des klärenden Dialogs**

Von weiteren positiven oder kritischen Effekten durch den klärenden Dialog berichten 18 Perinatalzentren (vgl. Abb. 29). Im Kern heben sie positiv hervor, dass der klärende Dialog zu einer Sensibilisierung bzw. Transparenz der Probleme im Bereich pädiatrischer und neonatologischer Intensivmedizin geführt hat. Mehrfach berichtet wurde hier, dass durch den klärenden Dialog vor allem auf der Managementebene der Einrichtungen ein stärkeres Bewusstsein für bestehende Problematiken entstanden ist und entsprechende Maßnahmen mehr Unterstützung erfahren.

Weitere Kommentare verdeutlichten die negative Haltung der Perinatalzentren gegenüber der QFR-RL und dem klärenden Dialog. So wiesen sie wiederholt darauf hin, dass der klärende Dialog „keinen Anteil am Grad der Erfüllung der Regelungen der QFR-RL“ hat und kein adäquates Instrument ist, um das Problem des Fachkräftemangels zu lösen. Außerdem wurde nochmals betont, dass die ständig steigenden Anforderungen und der damit verbundene bürokratische Aufwand zu Versorgungsdefiziten führen.

Eine weitere sonstige Rückmeldung beinhaltete, dass die Prozesse hinsichtlich Dokumentation und Controlling durch den klärenden Dialog verbessert werden konnten.

Abgesehen von eventuellen positiven Effekten im Hinblick auf die Ursachenanalyse und Unterstützung bei der schnellstmöglichen Erfüllung der pflegerischen Anforderungen der QFR-RL:  
 Gab es in Ihrer Einrichtung darüber hinaus noch **weitere positive Effekte** durch den klärenden Dialog?  
 (Anzahl der codierten Segmente)\*



\* Insgesamt wurde die Frage von 18 Krankenhäusern beantwortet (19,9%).

© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 29: Weitere positive Effekte durch den klärenden Dialog**

## 5 Befragung der Weiterbildungsstätten

### 5.1 Strukturdaten der Weiterbildungsstätten

Einleitend sollen zunächst ausgewählte Strukturdaten der Weiterbildungsstätten vorgestellt werden. Bei den meisten Weiterbildungsstätten für die theoretische Weiterbildung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege (93 %) ist ein Krankenhausträger bzw. ein Krankenhaus Träger der Weiterbildungsstätte.

77 % der Weiterbildungseinrichtungen offerieren neben Weiterbildungsplätzen für die pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege auch Ausbildungsplätze für die generalistische Ausbildung.

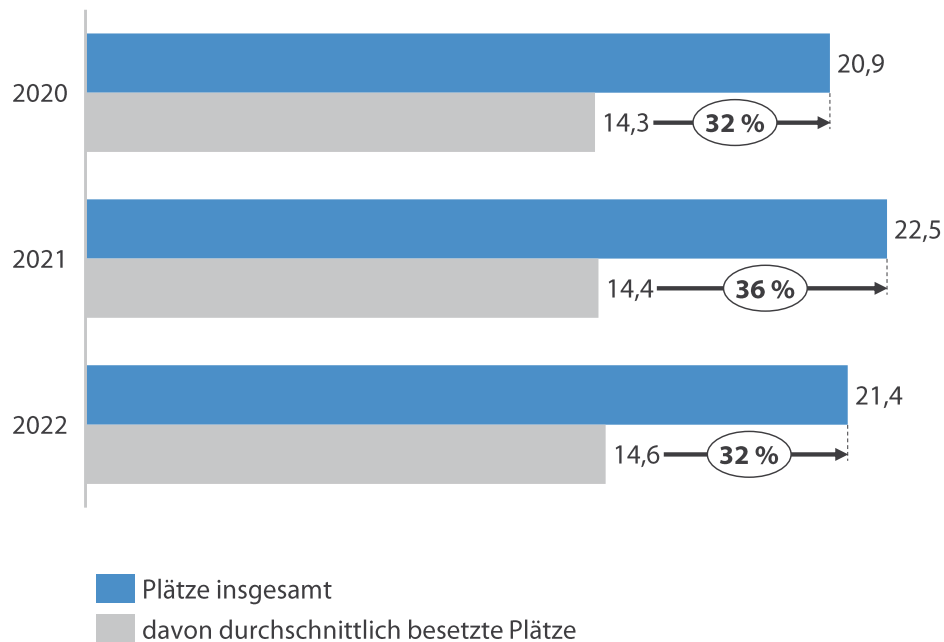
Angesichts einer relativ großen Differenz von Krankenhäusern mit Perinatalzentrum (210 Zentren) und Weiterbildungsstätten für die pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege (47 Einrichtungen) kooperieren die meisten Weiterbildungsstätten im Rahmen der Weiterbildung mit mehreren Krankenhäusern bzw. Verbundpartnern. Aktuell kooperieren die Weiterbildungsstätten im Durchschnitt mit 7,3 Krankenhäusern oder Verbundpartnern (Median = 5,5). 25 % der Weiterbildungsstätten haben höchstens 3 Verbundpartner (unterer Quartilswert), weitere 25 % der Einrichtungen kooperieren mit mindestens 10 Krankenhäusern (oberer Quartilswert).

### 5.2 Entwicklung des Weiterbildungsangebots

Für die Jahre 2020 bis 2022 sollten die Befragungsteilnehmer die Anzahl ihrer Weiterbildungsplätze für die pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege quantifizieren. Dabei war zwischen den insgesamt angebotenen Plätzen und den tatsächlich besetzten Plätzen zu unterscheiden.

In den drei erfassten Jahren hielten die Weiterbildungseinrichtungen durchschnittlich jeweils gut 20 Weiterbildungsplätze für die pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege vor (vgl. Abb. 30). Davon waren im Schnitt jeweils rund 14 Plätze besetzt. Ein Drittel der vorgehaltenen Plätze blieb somit unbesetzt.

Wie viele **Weiterbildungsplätze** hatte Ihre Weiterbildungsstätte für die Weiterbildung „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ in den Jahren 2020 bis 2022 **insgesamt** und wie viele waren **davon im Durchschnitt besetzt?** (Mittelwerte)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 30: Entwicklung des Weiterbildungsangebots**

Im Vergleich zur Perinatalbefragung 2016 haben die vorgehaltenen wie die besetzten Weiterbildungsplätze allerdings zugenommen. In den Jahren 2013 bis 2016 lag die Anzahl der vorgehaltenen Plätze zwischen 15 und 17 Plätzen pro Weiterbildungsstätte und die der besetzten Plätze bei 12 bis 13 pro Jahr (Blum 2016).

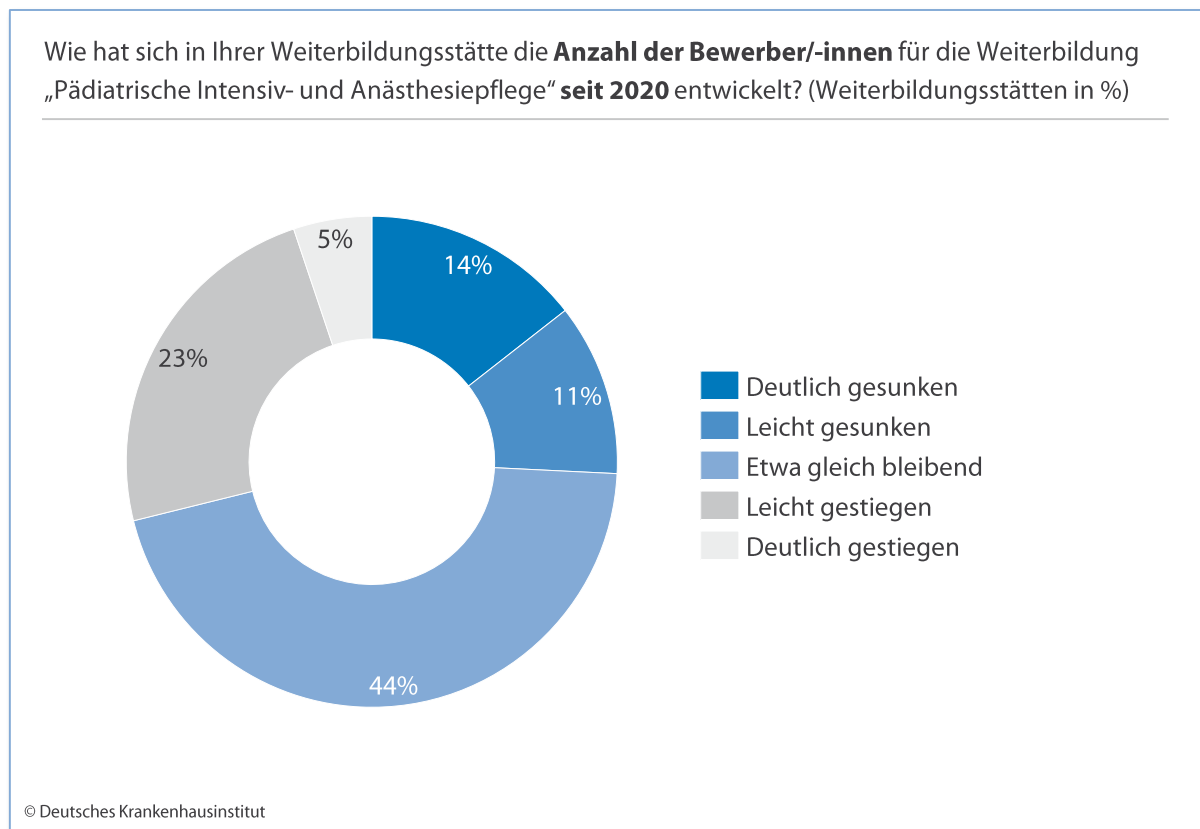
### 5.3 Entwicklung der Bewerberzahlen

Das Potenzial für die Weiterbildung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege bzw. das Interesse daran lässt sich auch an den entsprechenden Bewerberzahlen ablesen. Vor diesem Hintergrund sollten sich die Teilnehmer zur Bewerbersituation in ihren Weiterbildungsstätten äußern.

Bei durchschnittlich 14,8 Plätzen im zuletzt gestarteten Kurs zur Weiterbildung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege hatten die Weiterbildungsstätten im Schnitt 11,2 Bewerber. Das entspricht einer Bewerberquote von rund 75 %. Aktuell gibt es hier also mehr Plätze als Bewerbungen. Damit ist eine maßgebliche Ursache für die Unterbesetzung

der Weiterbildungsplätze identifiziert. Im Zeitablauf hat sich daran wenig geändert (Blum, 2016).

Unabhängig von der aktuellen Bewerberzahl sollten sich die Befragungsteilnehmer darüber hinaus zur Entwicklung der Bewerberzahlen für die Weiterbildung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege seit 2020 äußern. In rund einem Drittel der Einrichtungen sind die Bewerberzahlen seither gestiegen, bei einem Viertel gesunken. Bei den übrigen Einrichtungen sind sie konstant geblieben (vgl. Abb. 31).



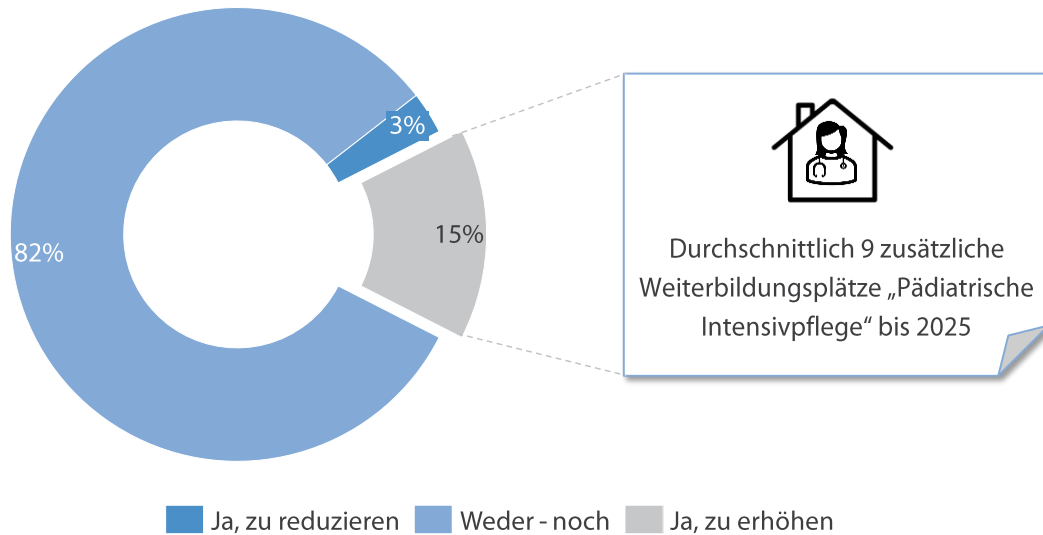
**Abb. 31: Entwicklung der Bewerberzahlen**

## 5.4 Zukunftsplanungen des Weiterbildungsangebots

Für die Zukunft planen die meisten Weiterbildungsstätten keine Änderungen bei ihren Weiterbildungsplätzen. Bis 2025 wollen 82 % der Befragten die Anzahl der Weiterbildungsplätze weder erhöhen noch reduzieren (vgl. Abb. 32).

15 % der Einrichtungen wollen ihre Weiterbildungskapazitäten um durchschnittlich rund 9 Plätze ausbauen.

Plant Ihre Weiterbildungsstätte die Anzahl der Weiterbildungsplätze „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ bis zum **Jahr 2025** zu **erhöhen** oder zu **reduzieren**? (Weiterbildungsstätten in %)



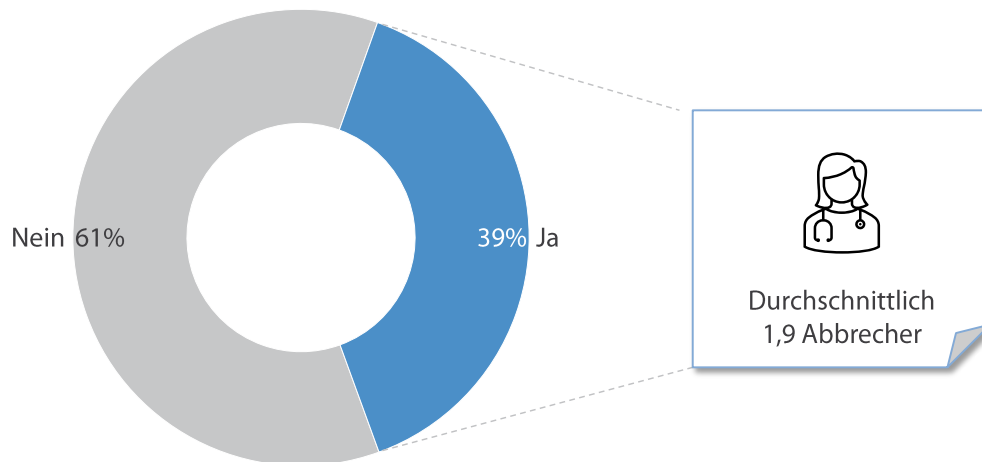
© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 32: Zukunftsplanungen des Weiterbildungsangebots**

## 5.5 Abbruch der Weiterbildung

Im Jahr 2021 haben in 39 % der Weiterbildungsstätten Kursteilnehmer für die pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege die Weiterbildung vorzeitig, d. h. ohne Abschluss abgebrochen. Im Durchschnitt haben dort rund 2 Teilnehmer die Weiterbildung vorzeitig beendet (vgl. Abb. 33).

Haben im Jahr 2021 in Ihrer Weiterbildungsstätte **Kursteilnehmer/-innen** für „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ die Weiterbildung **vorzeitig**, d. h. **ohne Abschluss** abgebrochen? (Weiterbildungsstätten in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

### Abb. 33: Abbruch der Weiterbildung

Gefragt nach den Gründen für den Abbruch der Weiterbildung haben die meisten Weiterbildungsstätten in einer offenen Frage persönliche oder private Gründe angeführt, beispielsweise Krankheit, Schwangerschaft oder Berufsausstieg.

Darüber hinaus haben die Weiterbildungsstätten aber auch grundsätzliche Kritik an der Organisation und Finanzierung der Weiterbildung geübt.

So klagt ein Teilnehmer, dass die Weiterbildung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege für seine Einrichtung unwirtschaftlich und ruinös sei: *„Bei Kosten in Höhe von ca. 120 TEuro/Kurs und bei einem TN-Preis von ca. 6000 Euro muss der Träger jeweils den Fehlbetrag erstatten. Zudem können selbst große Maximalversorger häufig max. 2 TN zeitgleich weiterbilden. Aus wirtschaftlicher Sicht müsste die Fachweiterbildung geschlossen werden.“*

Eine weitere Problemstellung sei *„die Anerkennung des PfIBG mit der generalistischen Ausbildung ... Konsequenterweise muss die Intensiv-Anästhesie-Weiterbildung ebenfalls generalistisch erfolgen, damit die KH hier entsprechende personelle Handlungsoptionen haben.“*

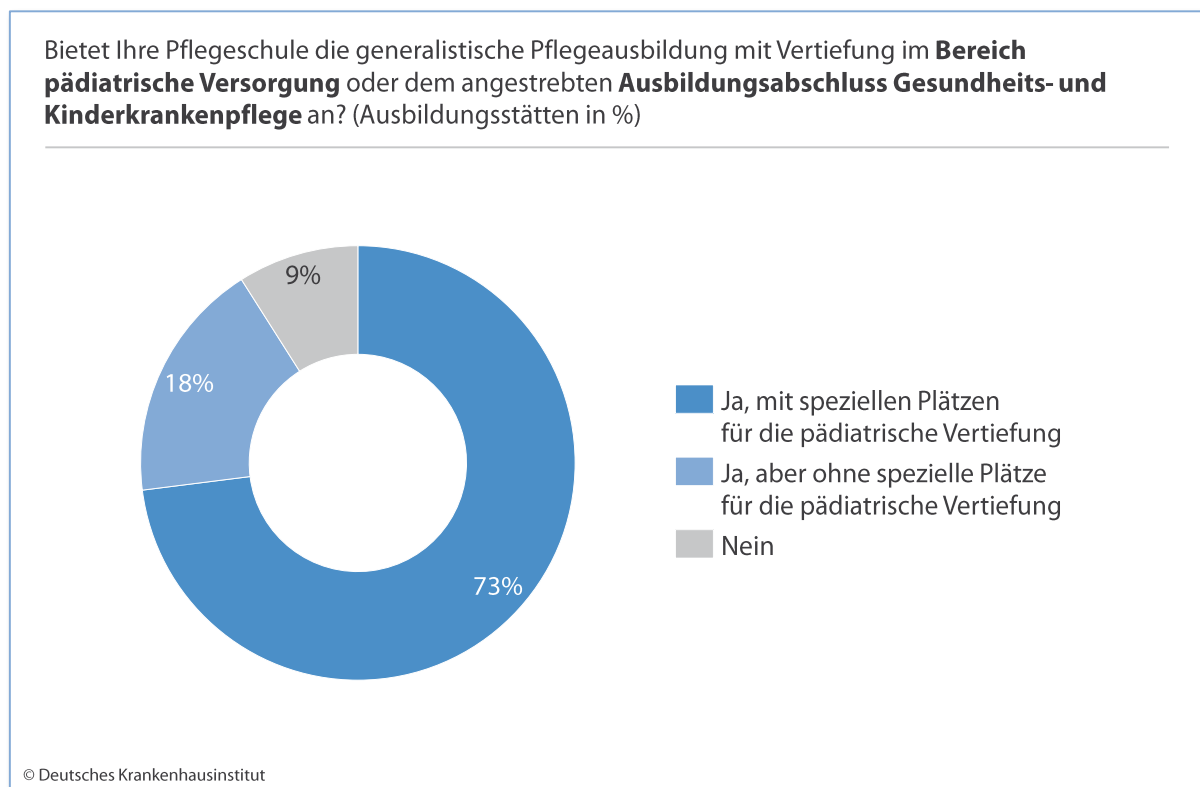


## 6 Befragung der Ausbildungsstätten

### 6.1 Angebot der pädiatrischen Vertiefung

Von den Schulen, die vormals die Ausbildung in der Kinderkrankenpflege nach dem KrPflG vorgehalten haben, bieten 9 % der Befragten weder eine Vertiefung im Bereich der pädiatrischen Versorgung noch den Ausbildungsabschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach dem PflBG an (vgl. Abb. 34). Im Rahmen einer offenen Frage nach den Gründen hierfür wurde zum einen das fehlende Personal bzw. eine zu geringe Nachfrage für eine pädiatrische Vertiefung angeführt. Zum anderen habe man sich aus grundsätzlichen Überzeugungen für die Generalistik entschieden oder weil es sich um einen EU-weit anerkannten Abschluss handle.

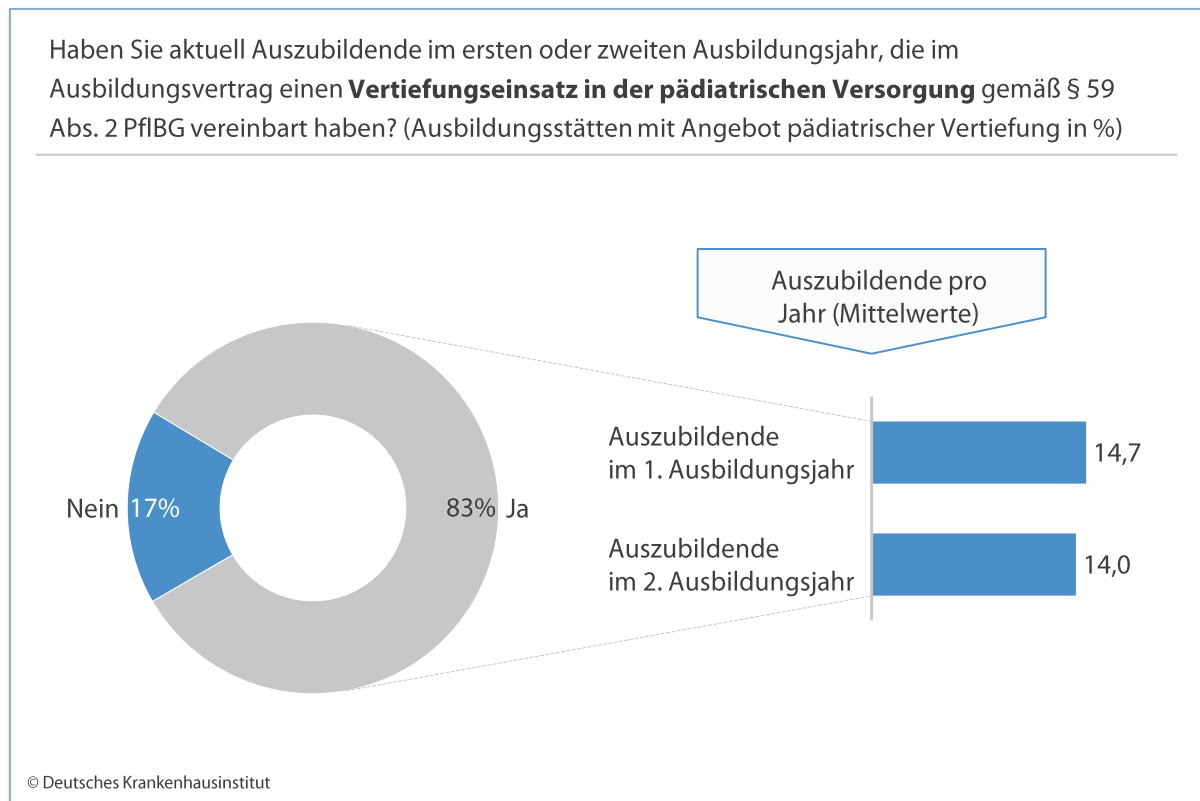
Bei den übrigen Schulen halten aktuell 18 % keine festen Ausbildungsplätze speziell für die Vertiefung in der pädiatrischen Versorgung vor. Allerdings können Auszubildende hier einen entsprechenden Vertiefungseinsatz wählen.



**Abb. 34: Angebot der pädiatrischen Vertiefung**

Von den Schulen, die eine pädiatrische Vertiefung anbieten, haben aktuell jeweils 83 % Auszubildende im ersten oder zweiten Ausbildungsjahr, die im Ausbildungsvertrag einen Vertiefungseinsatz in der pädiatrischen Versorgung nach § 59 Abs. 2 PflBG vereinbart haben.

In beiden Ausbildungsjahren hatten jeweils ungefähr 14 Auszubildende einen Vertiefungseinsatz pädiatrische Versorgung vereinbart (vgl. Abb. 35).



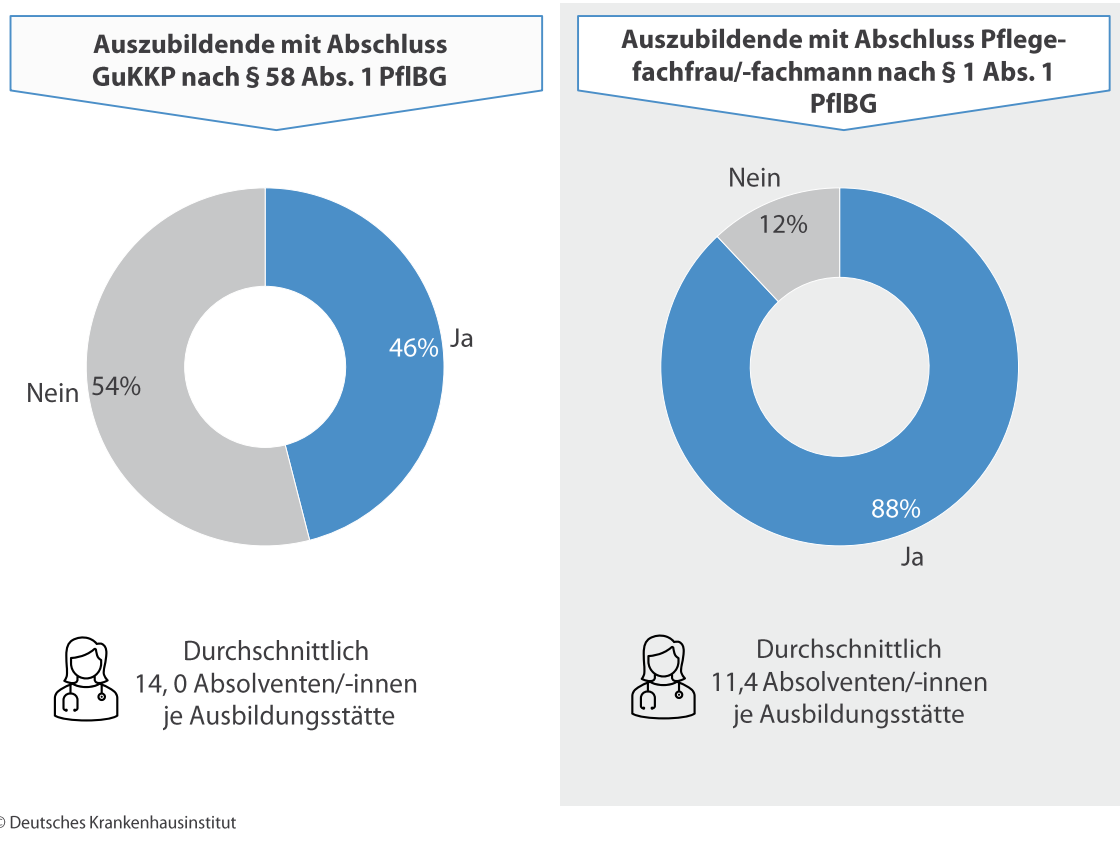
**Abb. 35: Ausbildungsverträge mit Vertiefungseinsatz pädiatrische Versorgung**

Die große Mehrzahl der Schulen (88 %) hat derzeit Auszubildende im dritten Ausbildungsjahr mit einem Vertiefungseinsatz in der pädiatrischen Versorgung, die einen Abschluss als Pflegefachfrau/-fachmann nach § 1 Abs. 1 PfIBG und keinen Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gemäß § 58 Abs. 1 PfIBG anstreben (vgl. Abb. 36). Die durchschnittliche Absolventenzahl lag hier bei 11,4 Pflegefachfrauen/-fachmännern.

Hingegen hat aktuell weniger als die Hälfte der befragten Schulen (46 %) Auszubildende im dritten Ausbildungsjahr, die eine Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach § 58 Abs. 1 PfIBG absolvieren oder ggf. schon Absolventen mit einem entsprechenden Abschluss. Im Mittel hatten diese zumeist größeren Schulen 14 Absolventen mit Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Es ist gleichwohl nicht auszuschließen, dass hier auch Absolventen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach dem KrPflG mitgezählt wurden, die ihre Ausbildung erst 2023 abgeschlossen haben.

Auszubildende **im dritten Ausbildungsjahr** nach Ausbildungsabschlüssen  
(Ausbildungsstätten mit Angebot pädiatrischer Vertiefung in %)



**Abb. 36: Abschlüsse mit Vertiefungseinsatz pädiatrische Versorgung**

## 6.2 Entwicklung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

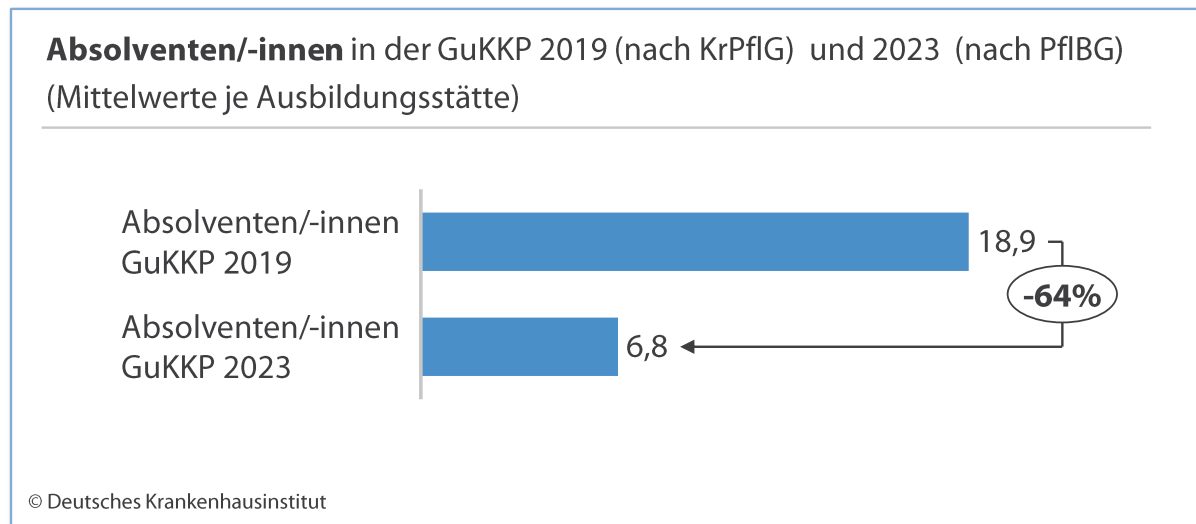
In den ehemaligen Schulen für die Kinderkrankenpflege ist die Anzahl der Absolventen mit einem Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege deutlich rückläufig, seitdem die Generalistik eingeführt worden ist. Abb. 37 zeigt die entsprechenden Differenzen zwischen den Absolventenzahlen nach dem KrPflG im Jahr 2019 und nach dem PflBG im Jahr 2023.<sup>7</sup>

Im Durchschnitt hatten die Schulen im Jahr 2019, also dem Jahr vor Inkrafttreten des PflBG, noch rund 19 Absolventen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (Median: 16 Absolventen). Im Jahr 2023 sind es noch durchschnittlich knapp 7 Absolventen (Median: 0).<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Für das Jahr 2019 bezog sich die Frage auf die tatsächlichen Absolventen. Für das Jahr 2023 sollten die Teilnehmer die aktuelle Anzahl an Auszubildenden im dritten Ausbildungsjahr angeben, die eine Ausbildung zum/zur Gesundheits- und Kinderkranken-pfleger/-in gemäß § 58 Abs. 1 PflBG absolvieren oder ggf. schon absolviert haben.

<sup>8</sup> Die 54 % der Ausbildungsstätten, die 2023 keine Absolventen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach § 58 Abs. 1 PflBG haben (vgl. Kap. 6.1), gehen mit 0-Werten in die Berechnung ein.

Dies entspricht einem durchschnittlichen Rückgang von rund 12 Absolventen je Ausbildungsstätte bzw. von 64 % über alle Absolventen der ehemaligen Pflegeschulen mit der entsprechenden Ausbildung nach KrPflG. Die Mehrzahl der Absolventen mit pädiatrischer Vertiefung wählt den Abschluss als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann (vgl. Kap 6.1).



**Abb. 37: Entwicklung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege**

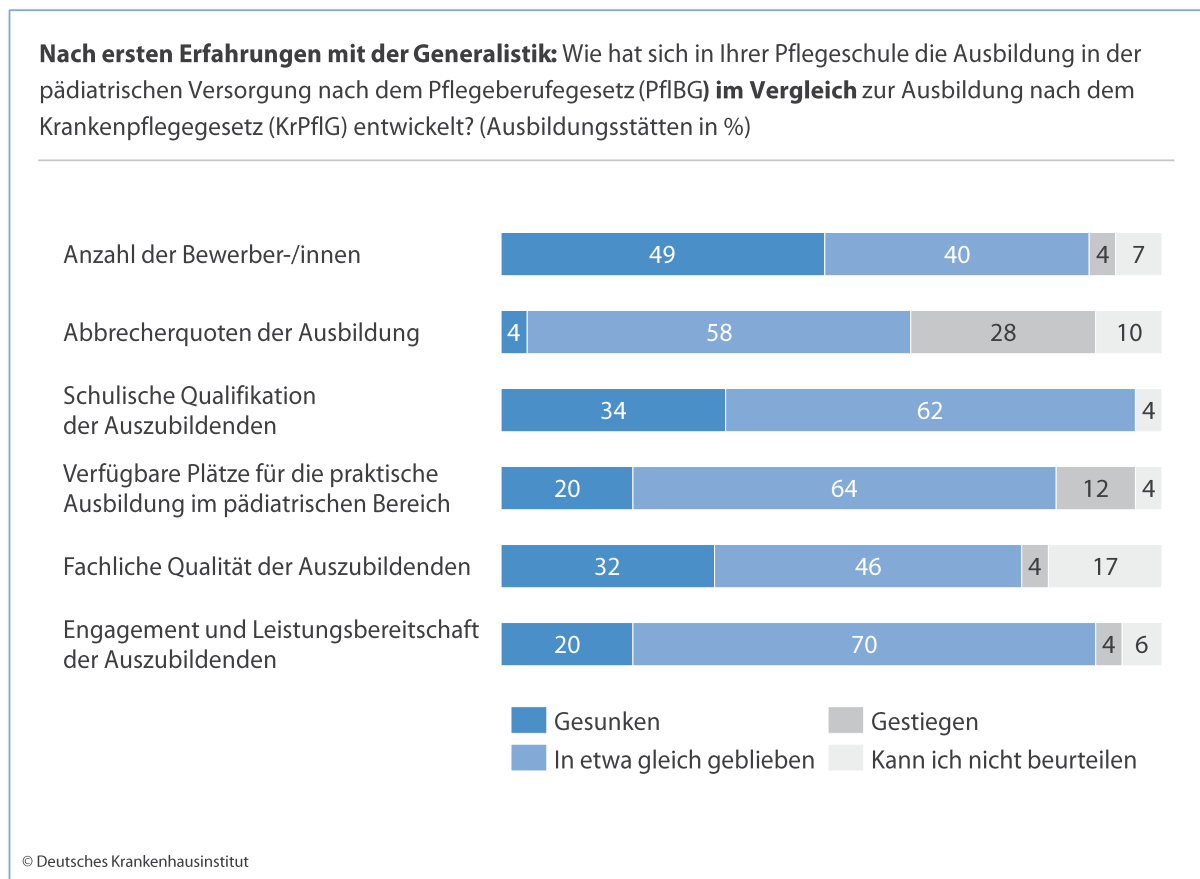
Im Rahmen einer offenen Frage sollten die Teilnehmer die Gründe für diese Entwicklung angeben. Als Hauptgründe wurden hier die sinkenden Bewerberzahlen bzw. die steigenden Abbrecherquoten genannt. Auch von Seiten der Auszubildenden werde der generalistische Abschluss vielfach präferiert, selbst wenn man sich für eine pädiatrische Vertiefung entscheide. Daneben berichten die Schulen auch von Problemen, ausreichend Kooperationspartner für die praktische Ausbildung zu finden, etwa weil dort Ausbildungskapazitäten für die Pflichteinsätze in der Pädiatrie schon anderweitig gebunden seien.

### 6.3 Erste Bewertungen der Generalistik

Der Vergleich von alter und neuer Pflegeausbildung bestätigt den Rückgang an nicht-generalistischen Pflegeabschlüssen der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zugunsten des generalistischen Abschlusses mit Vertiefungseinsatz Pädiatrie. Nach ersten Erfahrungen ist in jeder zweiten Schule die Anzahl der Bewerber für die Ausbildung zur Pflegefachfrau/-fachmann mit Vertiefung in der pädiatrischen Versorgung bzw. dem Abschluss Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach § 59 Abs. 2 PflBG im Vergleich zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach KrPflG gesunken (vgl. Abb. 38). Verglichen mit der Ausbildung nach dem KrPflG haben auch die Abbrecherquoten bei Auszubildenden mit pädiatrischer

Vertiefung nach dem PfIBG per Saldo tendenziell zugenommen. Dabei sind die verfügbaren Plätze der praktischen Ausbildung für die pädiatrische Versorgung nur in 20 % der Schulen rückläufig.

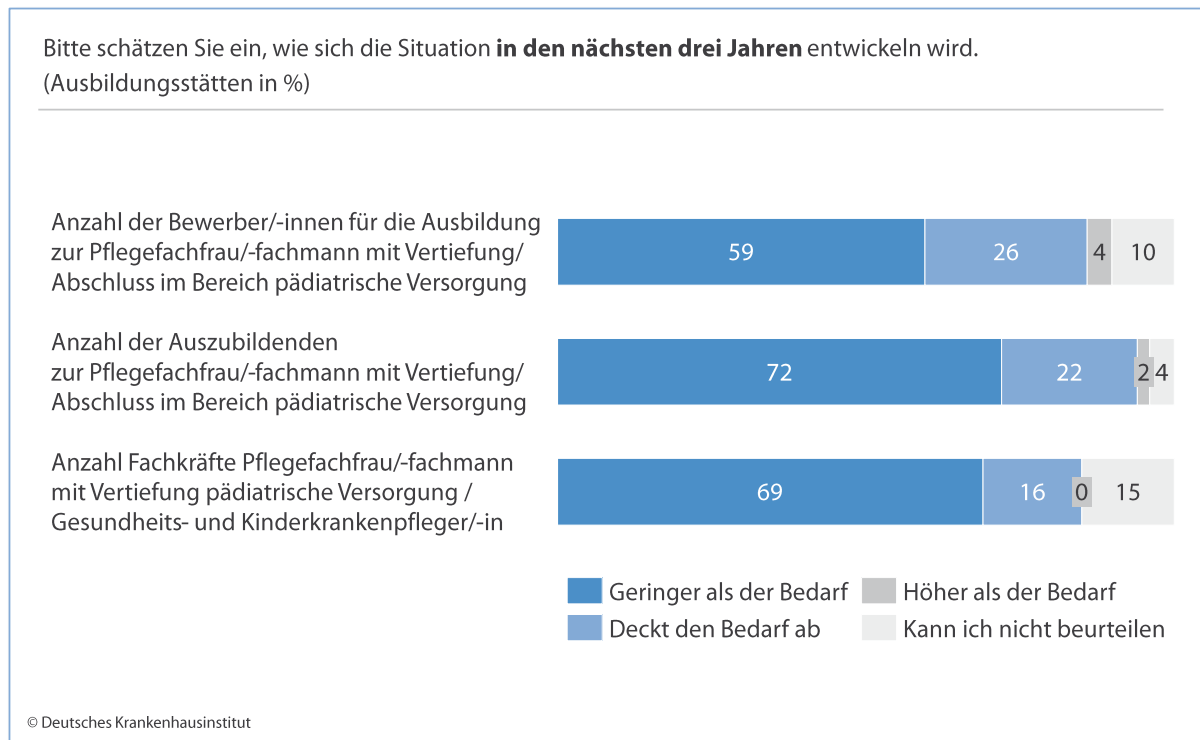
Jeweils rund ein Drittel der Befragten ist der Auffassung, dass die schulische und fachliche Qualifikation bei den aktuellen Auszubildenden im Vergleich zum KrPflG gesunken sei. Nur wenige Befragte konstatieren hier Verbesserungen. Mit Blick auf das Engagement und die Leistungsbereitschaft der Auszubildenden fallen die Ergebnisse etwas besser aus. Inwieweit die Qualifikation der Auszubildenden und die Quote der Ausbildungsabbrüche auf die Umstellung auf das Pflegeberufegesetz zurückzuführen sind, oder ob andere Ursachen zugrunde liegen, wurde in der Perinatalbefragung nicht untersucht.



**Abb. 38: Erste Bewertungen der Generalistik**

Die künftige Entwicklung der Pflegeausbildung auf die pädiatrische Versorgung schätzen die Schulen eher skeptisch ein. Jeweils rund 70 % der Befragten gehen davon aus, dass sowohl die Anzahl der Auszubildenden als auch die Anzahl der examinieren Fachkräfte mit

pädiatrischer Vertiefung geringer sein werde als der Bedarf (vgl. Abb. 39). Auch die entsprechenden Bewerberzahlen werden mehrheitlich als nicht bedarfsgerecht angesehen.

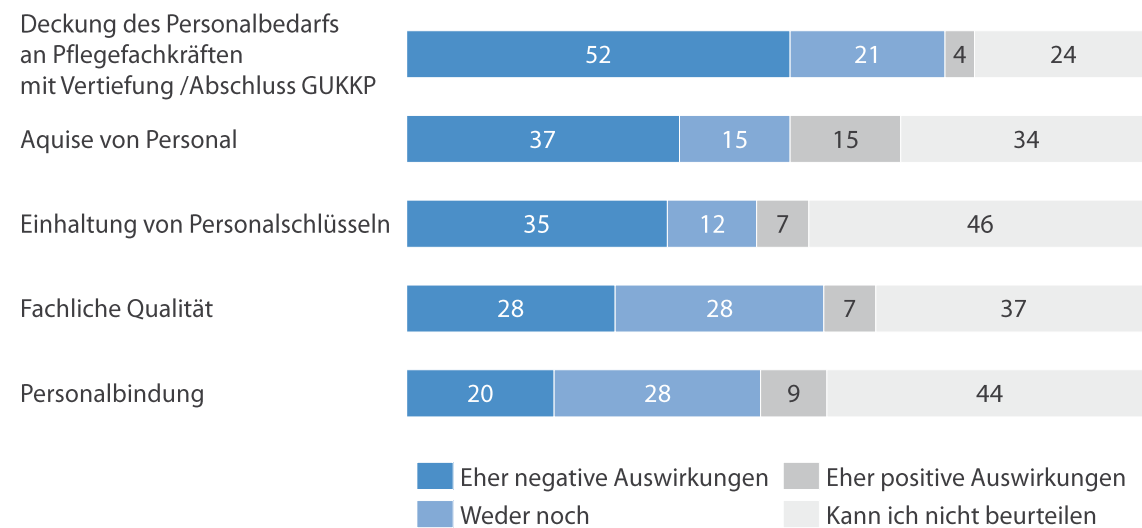


**Abb. 39: Zukünftige Entwicklung der Generalistik**

Die Auswirkungen der Generalistik auf die neonatologische Intensivpflege sind von den Schulen noch schwierig einzuschätzen. Jeweils relevante Anteile der Befragten können derzeit nicht beurteilen, wie sich die Generalistik etwa auf die Personalakquise und -bindung oder die Einhaltung von Personalschlüsseln in den Perinatalzentren auswirken wird (vgl. Abb. 40). Bei den übrigen Schulen dominiert tendenziell eine skeptische Erwartung vor allem hinsichtlich des Personalbedarfs. Jede zweite Schule erwartet, dass die neonatologische Intensivpflege ihren Bedarf an Pflegefachkräften mit Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nicht decken kann.

Insgesamt bewerten die Pflegeschulen die generalistische Ausbildung aber besser als die Perinatalzentren (vgl. Kap. 4.2.5).

Wie bewerten Sie insgesamt die **Auswirkungen** der generalistischen Pflegeausbildung mit Blick auf die **neonatologische Intensivpflege**? (Ausbildungsstätten in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

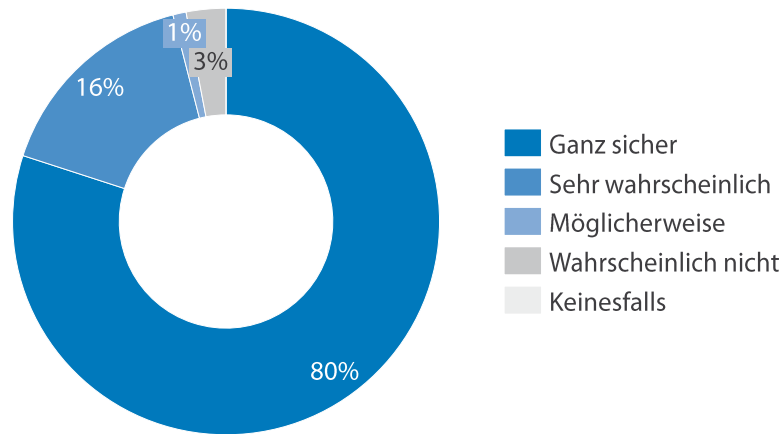
**Abb. 40: Auswirkungen der Generalistik**

## 6.4 Künftiges Angebot der pädiatrischen Vertiefung

Die meisten ehemaligen Schulen für Kinderkrankenpflege wollen auch in Zukunft die pädiatrische Vertiefung oder den Ausbildungsabschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege anbieten (vgl. Abb. 41). 96 % der Befragten sind sich dessen sicher (80 %) oder halten dies für sehr wahrscheinlich (16 %).

Im Rahmen einer offenen Frage wurde dies vor allem mit einem entsprechenden Bedarf in der Praxis begründet, vor allem bei Schulen von Krankenhausträgern mit eigener Kinderklinik oder Neonatologie. Ein Teil der Befragten befürwortet allerdings nur das Angebot einer pädiatrischen Vertiefung, während sie den Ausbildungsabschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege als mit der Generalistik nicht vereinbaren „Sonderweg“ ablehnen. Hinsichtlich der neonatologischen Intensivpflege wird betont, dass sie, wie schon bislang, primär Gegenstand der Weiterbildung bzw. der Einarbeitung nach Abschluss der Ausbildung sein solle.

Werden Sie die **Vertiefung/ den Abschluss im Bereich pädiatrische Versorgung** in Zukunft **weiterhin** an Ihrer Pflegeschule **anbieten**? (Ausbildungsstätten in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 41: Künftiges Angebot der pädiatrischen Vertiefung**



## 7 Diskussion

Zentrale Zielsetzung des vorliegenden Gutachtens war es, die aktuelle Situation und die künftigen Herausforderungen in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege zu analysieren. Im Einzelnen verfolgte das Projekt die drei Ziele, den Fachkräftemangel in der neonatologischen Intensivpflege zu erfassen, die Folgen der generalistischen Pflegeausbildung im Lichte der Ausgestaltung der QFR-Richtlinie auf die Perinatalversorgung abzuschätzen und die Umsetzung des klärenden Dialogs zu analysieren. Nachfolgend werden die entsprechenden Ergebnisse zusammengefasst und bewertet.

### 7.1 Fachkräftemangel in der neonatologischen Intensivpflege

Mit der vorliegenden Perinatalbefragung ist der Fachkräftemangel in der neonatologischen Intensivpflege u. W. erstmals detailliert erfasst worden. Die Stellenbesetzungsprobleme fallen hier noch deutlich dramatischer aus als für die Pflege auf den Allgemeinstationen der Krankenhäuser und für die Intensivpflege von Erwachsenen (vgl. Blum 2023; Deutsches Krankenhausinstitut e.V. 2022).

Zum Befragungszeitpunkt im Frühjahr 2023 hatten 84 % der Perinatalzentren Probleme, offene Stellen im Pflegedienst zu besetzen. Im Durchschnitt sind in den entsprechenden Perinatalzentren rund 7 Vollkraftstellen in der neonatologischen Intensivpflege nicht besetzt. Das entspricht 21 % der Pflegestellen (Vollzeitäquivalente) in diesen Zentren. Die offenen Pflegestellen bleiben im Durchschnitt 41 Wochen lang unbesetzt. Noch kritischer ist die Situation bei den Fachweitergebildeten. Im Mittel konnten hier bei durchschnittlichen Stellenvakanzen von rund einem Jahr 36 % dieser Stellen (Vollzeitäquivalente) nicht besetzt werden.

Die Personalsituation in der neonatologischen Intensivpflege hat sich in der Vergangenheit verschärft und dürfte sich in Zukunft noch weiter verschärfen. In den letzten fünf Jahren hat in jeweils rund 60 % der Perinatalzentren der Fachkräftemangel in der Pflege zugenommen bzw. ist die Anzahl der Bewerbungen für Pflegestellen auf der neonatologischen Intensivstation gesunken. Auch für die nächsten drei Jahre erwarten drei Viertel der Zentren zunehmende Stellenbesetzungsprobleme.

Verstärkt wird der Fachkräftemangel durch eine hohe Personalfuktuation in den Perinatalzentren. Im Jahr 2022 ist jede zehnte Pflegekraft aus der neonatologischen Intensivpflege ausgeschieden. Auch der Einsatz von Zeitarbeitskräften, die zudem nur gut ein Drittel der Zentren in diesem Jahr beschäftigt hatte, konnte den Fachkräftemangel nur wenig kompensieren. Die Stellenbesetzungsprobleme in der neonatologischen

Intensivpflege beeinträchtigen teilweise die Patientenversorgung, etwa durch Bettensperren, einen Aufnahmestopp oder Verlegungen in andere Perinatalzentren.

Auch für die Fachweiterbildung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege ist die Lage angespannt. Zwar hat seit 2016 die Anzahl der besetzten Weiterbildungsplätze in den Weiterbildungsstätten leicht zugenommen. Allerdings bleibt ein Drittel der vorgehaltenen Plätze unbesetzt. Vor diesem Hintergrund planen die meisten Weiterbildungsstätten (82 %) keine Änderungen ihrer Weiterbildungskapazitäten. Perspektivisch wird es daher weiterhin schwierig sein, die in der QFR-RL geforderten Fachkraftquoten flächendeckend umzusetzen.

Die Personalsituation in der neonatologischen Intensivpflege lässt nur eine Schlussfolgerung zu: Viele Perinatalzentren werden auch mittel- bis längerfristig größere Probleme haben, die Anforderungen der QFR-RL an die pflegerische Strukturqualität zu erfüllen, oder diese nicht einhalten können. Die anstehende Erhöhung der Mindestmengen für Frühgeborene unter 1.250 Gramm Geburtsgewicht von 20 auf 25 Fälle könnte den Fachkräftemangel noch weiter verschärfen. Denn die neuen Mindestmengen dürften dazu führen, dass viele Perinatalzentren schließen müssen und die Konzentration der Zentren zunimmt. Es muss offenbleiben, ob und inwieweit die Intensivpflegekräfte aus den geschlossenen Zentren bereit sind, längere Arbeitswege zu den verbleibenden Perinatalzentren in Kauf zu nehmen. Je mehr dies nicht der Fall ist, desto größer dürften auch dort die Stellenbesetzungsprobleme ausfallen.

## 7.2 Auswirkungen der Generalistik auf die Perinatalversorgung

Die generalistische Pflegeausbildung führt zu einem deutlichen Rückgang der Ausbildungsabschlüsse in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Aktuell haben nur noch 46 % der Krankenhäuser mit Perinatalzentrum Auszubildende im letzten Ausbildungsdrittel mit dem angestrebten Abschluss „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ nach dem PfIBG. Bei Inkrafttreten des PfIBG waren es noch fast 100 %.

Von den Schulen, die vormals die Ausbildung in der Kinderkrankenpflege nach dem KrPflG vorgehalten haben, bieten 9 % der Befragten weder eine Vertiefung im Bereich der pädiatrischen Versorgung noch den Ausbildungsabschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach dem PfIBG an. Zwischen 2019, also dem Jahr vor Inkrafttreten des PfIBG, und dem aktuellen Jahr 2023 nahmen die Absolventenzahlen für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in den befragten Schulen um insgesamt 64 % ab.

Unabhängig vom Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege trifft die pädiatrische Vertiefung aber auf Interesse bei den Auszubildenden. In den meisten Schulen ist die Anzahl der Auszubildenden mit (vereinbarter) pädiatrischer Vertiefung im Jahr 2023

vergleichbar mit der Gesamtzahl der Auszubildenden in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege im Jahr 2019 vor Inkrafttreten des PfIBG. Aktuell haben 17 % der Schulen keine Auszubildenden im ersten oder zweiten Ausbildungsjahr, die im Ausbildungsvertrag einen Vertiefungseinsatz in der pädiatrischen Versorgung vereinbart haben. 96 % der ehemaligen Schulen für Kinderkrankenpflege, die aktuell die pädiatrische Vertiefung anbieten, wollen dies auch in Zukunft tun.

Die Perinatalzentren schätzen die Auswirkungen der generalistischen Pflegeausbildung auf die neonatologische Intensivpflege äußerst kritisch ein. Die große Mehrheit der Befragten erwartet, dass die Generalistik die Personalakquise, die Deckung des Personalbedarfs und die fachliche Qualität in der neonatologischen Intensivpflege beeinträchtigen wird. Die Anzahl der Bewerber, der Auszubildenden und der Absolventen mit einer pädiatrischen Vertiefung werde künftig geringer ausfallen als der Bedarf. Dies macht es mittelbar schwieriger, die Personalschlüssel und die Fachweiterbildungsquoten der QFR-RL einzuhalten. Des Weiteren wird erwartet, dass künftig auch der Einarbeitungsaufwand im Bereich der neonatologischen Intensivpflege für Absolventen nach dem PfIBG deutlich steigen wird. Anzumerken ist zudem, dass die Pflegepersonalsituation in der pädiatrischen Versorgung auch schon vor Einführung der reformierten Pflegeausbildung äußerst angespannt war und dies in Bezug zur Personalsituation im gesamten Pflegeberuf zu bewerten ist.

Allerdings haben die Perinatalzentren bislang noch keine oder kaum Erfahrungen mit den Auszubildenden und Absolventen nach PfIBG sammeln können. Im Unterschied dazu fällt die Einschätzung der Ausbildungsstätten, die über mehrjährige Erfahrungen mit der generalistischen Ausbildung verfügen, weniger kritisch aus. Die Mehrzahl der befragten Schulen sieht keine Verschlechterungen in der schulischen Qualifikation und fachlichen Qualität der Auszubildenden sowie ihrem Engagement und ihrer Leistungsbereitschaft, verglichen mit der Ausbildung nach KrPflG (vgl. Kap. 6.3).

Gleichwohl sind auch die Ausbildungsstätten mehrheitlich skeptisch, ob die aktuellen Ausbildungszahlen den künftigen Bedarf decken bzw. die Stellenbesetzungsprobleme in der neonatologischen Intensivpflege dauerhaft lösen werden. Dies gilt umso mehr, als die Bewerberzahlen für die Pflegeausbildung speziell für den Bereich der pädiatrischen Versorgung tendenziell rückläufig sind bzw. auch in den kommenden Jahren weiter sinken dürften.

Die Entwicklung der Ausbildungszahlen gibt wenig Anlass zur Hoffnung, dass sich die Personalsituation in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege absehbar signifikant verbessern wird. Die Abschlüsse in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gehen im Rahmen der Generalistik signifikant zurück. Ein entsprechender Abschluss nach dem PfIBG

reicht – im Unterschied zum entsprechenden Abschluss nach dem KrPflG – ohnehin nicht mehr aus, um die Anforderungen an die pflegerische Strukturqualität gemäß QFR-RL zu erfüllen. Nach aktueller Rechtslage müssen Absolventen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach dem PfIBG oder mit generalistischem Abschluss als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann mit pädiatrischer Vertiefung mindestens 1.260 Stunden in der direkten neonatologischen oder pädiatrischen Akutversorgung absolviert haben. In der Pflegeausbildung ist diese Stundenzahl über die Pflicht- und Vertiefungseinsätze in der pädiatrischen Versorgung nicht zu erreichen. Die erhöhte Anforderung an die pflegerische Strukturqualität verschärft insofern die Personalsituation in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege zusätzlich.

Auf der anderen Seite ist positiv zu vermerken, dass es bei den Auszubildenden nach wie vor Interesse an einer pädiatrischen Qualifikation in Form entsprechender Vertiefungseinsätze gibt. In vielen ehemaligen Kinderkrankenpflegesschulen haben sich die entsprechenden Ausbildungszahlen im Vergleich zur Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach dem KrPflG näherungsweise stabilisiert. Es muss aber offenbleiben, ob sich diese Entwicklung fortsetzt. Dagegen spricht zum einen, dass ein Teil dieser Schulen schon heute die pädiatrische Vertiefung nicht mehr anbietet (9 %) oder entsprechende Ausbildungsplätze hierfür nicht mehr reserviert (18 %) (vgl. Kap. 6.1). Zum anderen gehen auch die befragten Ausbildungsstätten mehrheitlich von nicht bedarfsgerechten Bewerberzahlen für die Pflegeausbildung mit pädiatrischer Vertiefung aus (vgl. Kap. 6.3).

Es sei nicht unerwähnt, dass sich die Ergebnisse zu den Ausbildungsstätten auf eine Stichprobe ehemaliger Kinderkrankenpflegesschulen beschränken. Grundsätzlich können auch andere Pflegeschulen eine pädiatrische Vertiefung bzw. einen Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege anbieten. Es ist aber unwahrscheinlich, dass diese Schulen entsprechende Angebote in relevantem Umfang offerieren können. Im Unterschied zu den ehemaligen Kinderkrankenpflegesschulen fehlen ihnen die personelle und fachliche Infrastruktur sowie das Netzwerk an kooperierenden Krankenhäusern für die praktische Ausbildung. Überdies dürfte es für sie schwierig genug sein, die pädiatrischen Pflichteinsätze abzudecken. Deswegen ist davon auszugehen, dass die pädiatrische Vertiefung wie bisher überwiegend über die ehemaligen Kinderkrankenpflegesschulen vermittelt wird.

### **7.3 Umsetzung des klärenden Dialoges mit den Perinatalzentren**

Seit Einführung im Jahr 2017 sind die meisten Perinatalzentren (83 %), zumeist mehrfach, in den klärenden Dialog getreten. Dies belegt nachdrücklich ihre Probleme, die in der QFR-RL geforderten Personalvorgaben im Pflegedienst zu erfüllen. Hauptursächlich hierfür waren

in jeweils 91 % der Zentren die Arbeitsmarktsituation und der akute Personalausfall. Daher waren die intensivierete Personalgewinnung bzw. die Besetzung von Pflegestellen die mit Abstand am häufigsten vereinbarten Maßnahmen. Gleichzeitig stuften die Perinatalzentren die Umsetzung dieser Maßnahmen als besonders schwierig ein. Auch die Analysen des klärenden Dialogs bestätigen somit nachdrücklich, dass der vorherrschende Fachkräftemangel die größte Herausforderung darstellt, um die pflegerischen Strukturvorgaben der QFR-RL zu erfüllen:

Bei der Mehrheit der Perinatalzentren (81 %) haben die dort vereinbarten Maßnahmen allenfalls eingeschränkt zur Zielerreichung beigetragen. Vielfach werden Zielvereinbarungen, teilweise sogar mehrfach, angepasst, weil die vereinbarten Ziele nicht fristgerecht erreicht werden können. Auch die Unterstützung durch die am Dialog beteiligten Parteien sehen die Perinatalzentren kritisch. Dies betrifft vor allem die Landesverbände der Krankenkassen/Ersatzkassen und die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden. Insbesondere wünschen sich die Perinatalzentren mehr persönliche statt schriftlicher Beratung, in der individuelle Problemlagen stärker berücksichtigt und Maßnahmen zielgerichteter entwickelt werden.

Der klärende Dialog kann letztlich die beiden Hauptursachen für die Nicht-Erfüllung der Personalvorgaben, die Arbeitsmarktsituation (Fachkräftemangel) und die Anforderungen der Richtlinie selbst, nicht adäquat adressieren. Zum einen dürften die im Dialog diskutierten oder vereinbarten Maßnahmen für eine bessere Personalausstattung den Perinatalzentren in der Regel bekannt bzw. seit vielen Jahren von ihnen durchgeführt worden sein. Zum anderen sind die Stellenbesetzungsprobleme Folge der rigiden Personalvorgaben der QFR-RL, welche die Zentren aller Anstrengungen zum Trotz seit vielen Jahren nicht flächendeckend umsetzen können. Diese Vorgaben sind aber nicht Gegenstand des klärenden Dialogs und können darüber auch nicht angepasst oder flexibilisiert werden.

Trotz dieser Beschränkungen wird der klärende Dialog als nutzbringend angesehen. Dies betrifft insbesondere die Kommunikation und interprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb der Kliniken und mit externen Beteiligten. Der Austausch auf Expertenniveau und die Anregungen von anderen Kliniken werden als positiv herausgestellt. So sind auf Basis des klärenden Dialoges konkrete Maßnahmen zur pflegerischen Strukturqualität abgeleitet worden, etwa zur Weiterentwicklung von Personalausfallkonzepten, der Akquise von zusätzlichem Pflegepersonal sowie zur Datenerhebung und -bewertung und individuellen Ursachenidentifikation und -analyse im klärenden Dialog (vgl. Kap. 4.3.6). Insgesamt hat der klärende Dialog dazu beigetragen, für die Herausforderungen im Bereich der neonatologischen Intensivpflege zu sensibilisieren und das Problembewusstsein zu steigern.

## 7.4 Fazit

Seit nunmehr rund 10 Jahren scheitert eine flächendeckende Umsetzung der QFR-RL daran, dass Pflegepersonal mit den in der Richtlinie geforderten Qualifikationen nicht ausreichend verfügbar ist. Die aktuelle Perinatalbefragung zur pflegerischen Strukturqualität bestätigt insofern ein zentrales Ergebnis früherer Perinatalbefragungen (Blum, 2014, 2016). Den Perinatalzentren ist dies am wenigsten anzulasten. Im Gegenteil belegen die Ergebnisse der klärenden Dialoge, dass sie seit Langem proaktiv bemüht sind, die Personalsituation in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege zu verbessern.

Das Instrument des klärenden Dialogs wird von den Perinatalzentren extensiv genutzt, wenngleich bislang mit überschaubarem Erfolg. Die Zielvereinbarungen können vielfach nicht umgesetzt und die Umsetzungsschwierigkeiten nicht behoben werden. Die Unterstützung durch die beteiligten Parteien wird von den Zentren eher kritisch gesehen. Auf der einen Seite hat der klärende Dialog fraglos zu Verbesserungen geführt, zu mehr Transparenz für die Probleme in der Perinatalversorgung beigetragen und Nutzen für die interprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb der Einrichtung sowie mit anderen Krankenhäusern hervorgebracht. Die grundsätzlichen Probleme, der Fachkräftemangel und die rigiden Anforderungen der Richtlinie selbst, können durch den klärenden Dialog aber nicht gelöst werden. Daher müssten entsprechende Lösungen auf der Systemebene über den G-BA erfolgen.

Die generalistische Pflegeausbildung schmälert tendenziell das Nachwuchspotenzial an Pflegekräften für die neonatologische Intensivpflege. Die unzureichende Anpassung der QFR-RL an das PflBG verschärft den Fachkräftemangel zusätzlich: Danach reicht selbst die pädiatrische Vertiefung oder der Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege als Zugangsvoraussetzung für die neonatologische Intensivpflege nicht mehr aus. Vielmehr wird der Zugang mit der zusätzlichen Anforderung von mindestens 1.260 Stunden in der direkten neonatologischen bzw. pädiatrischen Akutversorgung belegt. Auch die Vorgabe, wonach in jeder Schicht einer neonatologischen Intensivereinheit (mindestens) eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin mit einer Fachweiterbildung im Bereich der pädiatrischen Anästhesie- und Intensivpflege eingesetzt werden muss, erschwert die Umsetzung der Richtlinie. Fachweitergebildete mit pädiatrischer Vertiefung aber ohne Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erfüllen diese Vorgabe nicht.

Die Grundsatzentscheidung für die Generalistik dürfte in weiten Teilen der Fachöffentlichkeit von Politik, Selbstverwaltung, Fachgesellschaften und Berufsverbänden nicht zur Disposition stehen. Deswegen sind die Verantwortlichen in der Politik, Selbstverwaltung und Praxis gefragt, den Bedarf an Pflegekräften für die neonatologische Intensivpflege durch innovative

Einarbeitungs-, Fort- und Weiterbildungskonzepte zu decken. In jedem Fall sollte der Zugang zur neonatologischen Versorgung nicht noch mit zusätzlichen Anforderungen wie dem 1.260-Stunden-Nachweis beeinträchtigt werden. Angesichts der deutlich rückläufigen Abschlüsse in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege im Rahmen der Generalistik ist es auch nicht mehr angemessen, Vorgaben der Richtlinie an einen entsprechenden Abschluss zu koppeln. Vielmehr sollte eine pädiatrische Vertiefung auch ohne formalen Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ausreichen, um einschlägige Vorgaben der Richtlinie einzuhalten. Darüber hinaus wird auch die Möglichkeit zu prüfen sein, inwieweit und unter welchen Bedingungen Absolventen ohne pädiatrische Vertiefung die Option haben sollen, in der neonatologischen Versorgung tätig werden zu können.

Ungeachtet des fortgesetzten Fachkräftemangels in der neonatologischen Intensivpflege wird der Perinatalversorgung in Deutschland, insbesondere bei der Versorgung sehr kleiner Frühgeborener, im internationalen Vergleich eine sehr hohe Ergebnisqualität attestiert (Trotter 2021). Diese Ergebnisse wurden erreicht, obwohl viele Perinatalzentren die pflegerischen Strukturvorgaben der QFR-RL gelegentlich oder häufiger verfehlen und den praktischen Nutzen der klärenden Dialoge teilweise infrage stellen. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, die QFR-RL mit Blick auf die Anforderungen an die pflegerische Strukturqualität und ihre Überprüfung im klärenden Dialog gezielt zu überarbeiten: Konkret heißt dies, sie an die Versorgungsrealitäten anzupassen, ohne die Ergebnisqualität zu gefährden.



## 8 Literaturverzeichnis

- Blum, Karl (2014): Perinatalbefragung zur pflegerischen Strukturqualität. Online verfügbar unter [https://www.dki.de/sites/default/files/2019-01/2014\\_08\\_26\\_perinatalbefragung\\_zur\\_pflegerischen\\_strukturqualitaet\\_abschlussbericht\\_finale\\_fassung.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/2019-01/2014_08_26_perinatalbefragung_zur_pflegerischen_strukturqualitaet_abschlussbericht_finale_fassung.pdf), zuletzt geprüft am 18.08.2023.
- Blum, Karl (2016): 2. Perinatalbefragung zur pflegerischen Strukturqualität. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Hg. v. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. Online verfügbar unter [https://www.dki.de/sites/default/files/2019-05/Zweite\\_perinatalbefragung\\_finale\\_fassung.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/2019-05/Zweite_perinatalbefragung_finale_fassung.pdf), zuletzt geprüft am 18.08.2023.
- Blum, Karl (2023): Fachkräftemangel im Krankenhaus – Lage verschärft sich weiter. In: *das Krankenhaus* (Sonderheft 2023), S. 32–35.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2015a): Anlage VIII zur DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung in den Fachgebieten Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Nephrologie, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Weiterbildung für Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, zuletzt geprüft am 27.09.2023.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2015b): DKG-Empfehlung zur pflegerischen Fachweiterbildung. in den Fachgebieten Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege Pflege in der Nephrologie, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie vom 29.09.2015.
- Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (2022): Krankenhaus Barometer 2022. Online verfügbar unter <https://www.dki.de/sites/default/files/2022-12/Krankenhaus-Barometer%202022%20final.pdf>, zuletzt geprüft am 18.08.2023.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2017): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL: Einführung der §§ 8, 9 sowie Änderungen in den Ziffern I.2.2 und II.2.2 der Anlage 2 vom 18. Mai 2017. Hg. v. Gemeinsamer Bundesausschuss. Online verfügbar unter [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2961/2017-05-18\\_QFR-RL\\_schichtbezogene-Doku\\_Dialog\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2961/2017-05-18_QFR-RL_schichtbezogene-Doku_Dialog_BAnz.pdf), zuletzt geprüft am 22.08.2023.



Gemeinsamer Bundesausschuss (2022): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Veröffentlichung der übergreifenden Berichtsteile der Berichte zum Klärenden Dialog der Lenkungsstellen 2021 nach § 8 Absatz 11 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL sowie einer Kommentierung vom 18. März 2022. Online verfügbar unter [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4796/2021-04-15\\_QFR-RL\\_Berichte-klarerer-Dialog.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4796/2021-04-15_QFR-RL_Berichte-klarerer-Dialog.pdf), zuletzt geprüft am 20.07.2023.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2023): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V in der Fassung vom 20. September 2005, zuletzt geändert am 17. Dezember 2020 und am 16. Februar 2023.

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2023): Qualität der Versorgung sehr kleiner Frühgeborener. Online verfügbar unter <https://perinatalzentren.org>, zuletzt aktualisiert am 18.08.2023.

Kuckartz, Udo (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerstützung. 4. Aufl. Basel: Beltz.

PfIAPrV: Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung vom 2. Oktober 2018 (BGBl. I S. 1572), die durch Artikel 10 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist.

PfIBG: Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das zuletzt durch Artikel Artikel 9a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) geändert worden ist.

Trotter, Andreas (2021): Quality of Care for Very Low Birth Weight Infants in Germany - Evaluation of Publicly Available Data from 2014 to 2018. In: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 225 (1), S. 74–79. DOI: 10.1055/a-1350-3953.