

Erste Erfahrungen mit der PPR 2.0

Bernd Henner

Städtisches Krankenhaus Pirmasens gGmbH







Ihr Partner in Gesundheitsfragen



Standort Pirmasens



Standort Rodalben

- **Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV)**
- **Pflegebudget & Personalstellenentwicklung**
- **Wissenschaftliche Weiterentwicklung der Personalbemessung der Pflege im Krankenhaus (WiWePP)**



Bundesgesetzblatt

Teil I

2024

Ausgegeben zu Bonn am 14. Juni 2024

Nr. 188

**Verordnung
über die Grundsätze der Personalbedarfsbemessung in der
stationären Krankenpflege
(Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV)**

Vom 12. Juni 2024

Auf Grund des § 137k Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der durch Artikel 1 Nummer 3 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen:

Kapitel 1

Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV)

Ziel und Anwendungsbereich:

- (1) Diese Verordnung hat das Ziel, eine **bedarfsgerechte Pflege von Patientinnen und Patienten sicherzustellen**, indem Vorgaben zur Ermittlung der Anzahl der eingesetzten und der auf der Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte erlassen werden...
- (2) Diese Verordnung gilt für **bettenführende Normalstationen der somatischen Versorgung für Erwachsene** sowie **bettenführende Normal- und Intensivstationen für Kinder** in den nach §108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern. **Die geltenden und im Bundesanzeiger bekannt gemachten Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses bleiben unberührt.**

Koalitionsvertrag (Ampel):

„Kurzfristig führen wir zur verbindlichen Personalbemessung im Krankenhaus die Pflegepersonalregelung PPR 2.0 als Übergangsinstrument mit dem Ziel eines bedarfsgerechten Qualifikationsmixes ein“

Zentrale gesetzliche Grundlagen:

- § 137k SGB V: Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus
 - Erprobungsphase (§ 137k Absatz 2 und 3 SGB V)
 - Einführungsphase (§ 137k Absatz 4 SGB V)
 - Konvergenzphase (§ 137k Absatz 5 SGB V)
- § 137l SGB V: Wissenschaftliche Weiterentwicklung der Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus

Zeitschiene zur Einführung der PPR 2.0 bis 2026

26.04.2024:
PPBV im BRat beschlossen



1.07.2024: Inkrafttreten



- **Bis zum 31.1.2025.:**
1. Quartalsübermittlung:
Daten nach Monaten
- FV um 14 Tage möglich



Bis zum 30.09.2026:
Übermittlung Auswertung der
Jahresmeldung durch InEK an
BMG und die Vertragsparteien



Apr

Mai

Jun

Jul

Aug

Sep

Okt

Nov

Dez

Jan

Jun

Sep

Bis zum 31.07.2024
Veröffentlichung
technischer Spez. durch
InEK



Bis 31.08.2024:
Initialmeldung
durch die KH



*Ergebnisse der Erprobung Pflegepersonal auf
Intensivstationen – § 137k Abs. 3 SGB V*

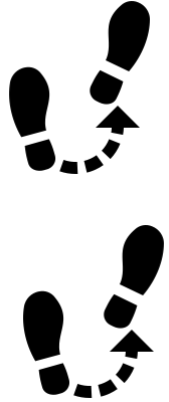
*Ergebnisse der Weiterentwicklung der PPR 2.0
– § 137l SGB V*

- **Bis zum 30.06.2026:**
erstmalige Jahresmeldung
- FV um 4 Wochen möglich



Die Einführung der PPR 2.0 sollte dabei als erster Schritt in einem andauernden Prozess verstanden werden...

- Zur Verbesserung der Arbeitssituation der Pflegekräfte in den Krankenhäusern
- Zum Erhalt der notwendigen Versorgungsqualität in den Krankenhäusern durch eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung
- Zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes durch Berücksichtigung verschiedener Qualifikationen und zielgerichteten Personaleinsatz



Kurzfristig: Schaffung von Transparenz über den tatsächlichen Pflegebedarf
und die Ist-Situation in den Krankenhäusern !

PPBV Datenmeldung INEK (Quartals-/Jahresmeldung)

1. Standortkennzeichen
2. Verwendeter Name der Station
3. Fachabteilungsschlüssel nach den Daten nach § 21 KHEntgG (ggf. kommasepariert)
4. Verwendeter Name der Fachabteilung (ggf. kommasepariert)
5. Kategorie der Station (Normalstation Erwachsene, Normalstation Kinder, Intensivstation Kinder)
6. Monat
7. Schicht (Tag-/Nachtschicht oder 24-Stunden-Zeitraum)
8. Anzahl der Schichten im Monat
9. Anzahl Betten
10. Anzahl teilstationäre Behandlungsplätze
11. Station im Bereich Geburtshilfe (ja/nein)
12. Anzahl Patienten
13. Durchschnittliche Patientenbelegung
14. Pflegefachkräfte (Soll-Personalbesetzung) in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) gem. § 4 Abs. 1 und § 5 Abs. 1 PPBV
15. Höhe von Ausfallzeiten (Wochenfeiertage, Urlaub) für Pflegefachkräfte (Soll-Personalbesetzung) in VZÄ gem. § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 PPBV, auch in Verbindung mit § 5 Abs. 3 PPBV
16. Höhe von Ausfallzeiten (Arbeitsunfähigkeit, Schutzfristen, Kur- und Heilverfahren) für Pflegefachkräfte (Soll-Personalbesetzung) in VZÄ gem. § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 PPBV, auch in Verbindung mit § 5 Abs. 3 PPBV
17. Höhe von Ausfallzeiten (sonstige) für Pflegefachkräfte (Soll-Personalbesetzung) in VZÄ gem. § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 PPBV, auch in Verbindung mit § 5 Abs. 3 PPBV
18. Leitende Pflegefachkräfte (Soll-Personalbesetzung) in VZÄ gem. § 4 Abs. 5 PPBV sowie § 5 Abs. 3 PPBV
19. Höhe von Ausfallzeiten (Wochenfeiertage, Urlaub) für Pflegefachkräfte (Ist-Personalbesetzung) in VZÄ gem. § 6 Abs. 7 PPBV in Verbindung mit § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 PPBV, auch in Verbindung mit § 5 Abs. 3 PPBV
20. Höhe von Ausfallzeiten (Arbeitsunfähigkeit, Schutzfristen, Kur- und Heilverfahren) für Pflegefachkräfte (Ist-Personalbesetzung) in VZÄ gem. § 6 Abs. 7 PPBV in Verbindung mit § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 PPBV, auch in Verbindung mit § 5 Abs. 3 PPBV
21. Höhe von Ausfallzeiten (sonstige) für Pflegefachkräfte (Ist-Personalbesetzung) in VZÄ gem. § 6 Abs. 7 PPBV in Verbindung mit § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 PPBV, auch in Verbindung mit § 5 Abs. 3 PPBV
22. durchschnittlich eingesetzte Pflegefachkräfte (Ist-Personalbesetzung) in VZÄ gem. § 6 PPBV
23. durchschnittlich eingesetzte Hebammen (Ist-Personalbesetzung) in VZÄ gem. § 6 PPBV
24. durchschnittlich eingesetzte Pflegehilfskräfte (Ist-Personalbesetzung) in VZÄ gem. § 6 PPBV
25. durchschnittlich eingesetzte Auszubildende (Ist-Personalbesetzung) in VZÄ gem. § 6 PPBV
26. Anmerkung
27. anrechenbare Hebammen in VZÄ gem. § 6 Abs. 4 PPBV
28. anrechenbare Pflegehilfskräfte in VZÄ gem. § 6 Abs. 4 bzw. 5 PPBV
29. anrechenbare Auszubildende in VZÄ gem. § 6 Abs. 6 PPBV
30. Pflegekräfte (Ist-Personalbesetzung) in VZÄ gem. § 6 PPBV

Sanktionen bei
Nichtlieferung

Aktuell noch keine
Erfüllungsgrade
festgelegt

Historie – Einflussnahme auf die Personalentwicklung

- 1993:** Einführung der Pflegepersonalregelung (PPR)
- 1996:** Aussetzung der PPR wegen erheblicher Mehrkosten
- 1997:** Außerkraftsetzen durch 2. GKV-Neuordnungsgesetz
- 2006:** PPR wird zu Kalkulationszwecken im DRG-System bis heute verwendet
- 2008:** 1. Pflegegipfel, PKMS-Entwicklung
- 2009:** 2. Pflegegipfel mit 1. Pflegestellen-Förderprogramm
- 2012:** PKMS, Überführung der Mittel in das G-DRG-System
- 2015:** Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“
- 2016:** 2. Pflegestellen-Förderprogramm
- 2017:** Personaluntergrenzen-Verordnung (PPUGV)
- 2018:** Pflegepersonalstärkungsgesetz
- 2019:** Umsetzung Personaluntergrenzen
- 2020:** Ausgliederung der Pflegepersonalstellen aus der DRG; Verhandlung von Pflegebudgets
- 2022:** Krankenhauspflegeentlastungsgesetz
- 2024:** Einführung der PPR 2.0
- 2025:** Diskussion über Pflegebudgetdeckel

Historie – Einflussnahme auf die Personalentwicklung

1993: Einführung der Pflegepersonalregelung (PPR)

- 1996:** Aussetzung der PPR wegen erheblicher Mehrkosten
- 1997:** Außerkraftsetzen durch 2. GKV-Neuordnungsgesetz
- 2006:** PPR wird zu Kalkulationszwecken im DRG-System bis heute verwendet
- 2008:** 1. Pflegegipfel, PKMS-Entwicklung
- 2009:** 2. Pflegegipfel mit 1. Pflegestellen-Förderprogramm
- 2012:** PKMS, Überführung der Mittel in das G-DRG-System
- 2015:** Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“
- 2016:** 2. Pflegestellen-Förderprogramm
- 2017:** Personaluntergrenzen-Verordnung (PPUGV)
- 2018:** Pflegepersonalstärkungsgesetz
- 2019:** Umsetzung Personaluntergrenzen
- 2020:** Ausgliederung der Pflegepersonalstellen aus der DRG; Verhandlung von Pflegebudgets
- 2022:** Krankenhauspflegeentlastungsgesetz
- 2024:** Einführung der PPR 2.0
- 2025:** Diskussion über Pflegebudgetdeckel



Historie – Einflussnahme auf die Personalentwicklung

1993: Einführung der Pflegepersonalregelung (PPR)

- 1996:** Aussetzung der PPR wegen erheblicher Mehrkosten
- 1997:** Außerkraftsetzen durch 2. GKV-Neuordnungsgesetz
- 2006:** PPR wird zu Kalkulationszwecken im DRG-System bis heute verwendet
- 2008:** 1. Pflegegipfel, PKMS-Entwicklung
- 2009:** 2. Pflegegipfel mit 1. Pflegestellen-Förderprogramm
- 2012:** PKMS, Überführung der Mittel in das G-DRG-System
- 2015:** Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“
- 2016:** 2. Pflegestellen-Förderprogramm
- 2017:** Personaluntergrenzen-Verordnung (PPUGV)
- 2018:** Pflegepersonalstärkungsgesetz
- 2019:** Umsetzung Personaluntergrenzen
- 2020:** Ausgliederung der Pflegepersonalstellen aus der DRG; Verhandlung von Pflegebudgets
- 2022:** Krankenhauspflegeentlastungsgesetz
- 2024:** Einführung der PPR 2.0
- 2025:** Diskussion über Pflegebudgetdeckel

Pflegepersonalregelung 1993 - 1996

Tätigkeiten	Rechenweg						Ergebn (Summe)
	Zeitdauer der Tätigkeit in Minuten	Häufigkeit bei einem Pat. im Regeldienst	Wochen- faktor	Personal- faktor	Anteil der Patienten	Minuten je Pat./Tag	
Körperpflege A1 (selbständig)							
☛ Bereitstellen von Utensilien, Nachbereitung sowie orientierende Hilfe	3,5	1	1	1	0,2	0,7	0,7
Körperpflege A2 (teilw. Übernahme)							
☛ Bereitstellen von Utensilien, Nachbereitung sowie orientierende Hilfe	3,5	1,5	1	1	0,7	3,68	
☛ Waschen und Pflegen des Körpers einschließlich Bekleidungswechsel	10	1,5	1	1	0,4	6	
☛ Haarpflege und Gesichtsrasur	15	1	0,14	1	0,25	0,53	
☛ Mundhygiene einschließlich Infektionsprophylaxe							10,21
Körperpflege A3 (volle Übernahme)							
☛ Bereitstellen von Utensilien, Nachbereitung sowie orientierende Hilfe	3,5	1,5	1	1	1	5,25	
☛ Waschen und Pflegen des Körpers einschließlich Bekleidungswechsel	20	1,3	1	1,2	0,75	23,4	
☛ Aktivierung zur Körperpflege	10	1,3	1	1	0,15	1,95	
☛ Haarpflege und Gesichtsrasur	18	1	0,3	1,1	0,3	1,8	
☛ Mundhygiene einschließlich Infektionsprophylaxe	3	3	1	1	0,5	4,5	36,9

Der Pflegezeitbedarf
pro Patient und Tag fällt
mit der PPR 2.0 um
8,1% höher aus !

- Ziel: 13.000 zusätzliche Stellen
- Ganzhausansatz, lediglich Nachweis der Einstufungen.

Historie – Einflussnahme auf die Personalentwicklung

- 1993:** Einführung der Pflegepersonalregelung (PPR)
- 1996:** Aussetzung der PPR wegen erheblicher Mehrkosten
- 1997:** Außerkraftsetzen durch 2. GKV-Neuordnungsgesetz
- 2006:** PPR wird zu Kalkulationszwecken im DRG-System bis heute verwendet
- 2008:** 1. Pflegegipfel, PKMS-Entwicklung
- 2009:** 2. Pflegegipfel mit 1. Pflegestellen-Förderprogramm
- 2012:** PKMS, Überführung der Mittel in das G-DRG-System
- 2015:** Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“
- 2016:** 2. Pflegestellen-Förderprogramm
- 2017:** Personaluntergrenzen-Verordnung (PPUGV)
- 2018:** Pflegepersonalstärkungsgesetz
- 2019:** Umsetzung Personaluntergrenzen
- 2020:** ~~Ausgliederung der Pflegepersonalstellen aus der DRG; Verhandlung von Pflegebudgets~~
- 2022:** Krankenhauspflegeentlastungsgesetz
- 2024:** Einführung der PPR 2.0
- 2025:** Diskussion über Pflegebudgetdeckel

Personaluntergrenzen im Verlauf - Patient: Pflegekraft in Tagschicht / Nachtschicht

Fachbereiche	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Kardiologie, Innere Medizin	12:1 / 24:1	10:1 / 20:1	10:1 / 22:1	10:1 / 22:1	10:1 / 22:1	10:1 / 22:1
Intensiv	2,5:1 / 3:1	2,5:1 / 3:1	2:1 / 3:1	2:1 / 3:1	2:1 / 3:1	2:1 / 3:1
Unfallchirurgie, allgemeine Chirurgie	10:1 / 20:1	10:1 / 20:1	10:1 / 20:1	10:1 / 20:1	10:1 / 20:1	10:1 / 20:1
Orthopädie				10:1 / 20:1	10:1 / 20:1	10:1 / 20:1
Geriatrie	10:1 / 20:1	10:1 / 20:1	10:1 / 20:1	10:1 / 20:1	10:1 / 20:1	10:1 / 20:1
Neurologie		10:1 / 20:1	10:1 / 20:1	10:1 / 20:1	10:1 / 20:1	10:1 / 20:1
Herzchirurgie		7:1 / 15:1	7:1 / 15:1	7:1 / 15:1	7:1 / 15:1	7:1 / 15:1
Stroke-Unit		3:1 / 5:1	3:1 / 5:1	3:1 / 5:1	3:1 / 5:1	3:1 / 5:1
Neurologische Frührehabilitation		5:1 / 12:1	5:1 / 12:1	5:1 / 12:1	5:1 / 12:1	5:1 / 12:1
Allgemeine Pädiatrie			6:1 / 10:1	6:1 / 10:1	6:1 / 10:1	6:1 / 10:1
Spezielle Pädiatrie				6:1 / 14:1	6:1 / 14:1	6:1 / 14:1
Neonatologie				3,5:1 / 5:1	3,5:1 / 5:1	3,5:1 / 5:1
Gynäkologie, Geburtshilfe				8:1 / 18:1	7,5:1 / 18:1	7,5:1 / 18:1
HNO, Urologie	Im Kontext der PPR 2.0 hat die PpUGV zur Berechnung der VK's im Nachtdienst eine Relevanz !				10:1 / 22:1	10:1 / 22:1
Rheumatologie					13:1 / 30:1	13:1 / 30:1
Neurochirurgie						9:1 / 18:1

Historie – Einflussnahme auf die Personalentwicklung

- 1993:** Einführung der Pflegepersonalregelung (PPR)
- 1996:** Aussetzung der PPR wegen erheblicher Mehrkosten
- 1997:** Außerkraftsetzen durch 2. GKV-Neuordnungsgesetz
- 2006:** PPR wird zu Kalkulationszwecken im DRG-System bis heute verwendet
- 2008:** 1. Pflegegipfel, PKMS-Entwicklung
- 2009:** 2. Pflegegipfel mit 1. Pflegestellen-Förderprogramm
- 2012:** PKMS, Überführung der Mittel in das G-DRG-System
- 2015:** Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“
- 2016:** 2. Pflegestellen-Förderprogramm
- 2017:** Personaluntergrenzen-Verordnung (PPUGV)
- 2018:** Pflegepersonalstärkungsgesetz
- 2019:** Umsetzung Personaluntergrenzen
- 2020:** Ausgliederung der Pflegepersonalstellen aus der DRG; Verhandlung von Pflegebudgets
- 2022:** Krankenhauspflegeentlastungsgesetz
- 2024:** **Einführung der PPR 2.0**
- 2025:** Diskussion über Pflegebudgetdeckel



Zahlen und Daten zur PPR 2.0

Personal (Stand 2017)

328.000 Vollkräfte im Pflegedienst

davon 46.000 Vollkräfte in der Psychiatrie

ca. 200.000 Vollkräfte werden von der PPR 2.0 erfasst

Mittel- bis langfristiger Mehrbedarf bei einer 100-Prozent-Erreichung 40.000 bis 80.000 Vollkräfte

Daten des Pretests

- 44 teilnehmende Krankenhäuser
- 206 eindeutig zuordenbare Stationen, für die Daten eingegeben wurden
- 25 eindeutig zuordenbare Fachbereiche, für die Daten eingegeben wurden
- 36.679 eingegebene Einschätzungen (Patiententage)

Der Pflegezeitbedarf pro Patient und Tag fällt mit der PPR 2.0 um 8,1 Prozent höher aus als mit der alten PPR.

Mehrbedarf von
40.000 – 80.000 Vollkräften
bei 100% - Erfüllungsgrad
der PPR 2.0

Erste Erfahrungen mit der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV)

Wo stehen wir aktuell?

PPR 2.0 - Erwachsene



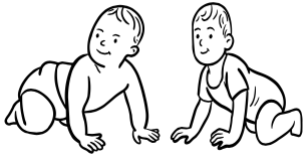
§ 9 Leistungsstufen und Patientengruppen

„(1) Zur Ermittlung des Pflegebedarfs sind Patientinnen und Patienten durch die Pflegefachkräfte auf der Grundlage der für sie notwendigen Pflegeleistungen den Leistungsstufen A1 bis A4 und den Leistungsstufen S1 bis S4 gemäß den §§ 10 und 11 unter Berücksichtigung der in Anlage 2 genannten Zuordnungsmerkmale einmal täglich, in der Regel zwischen 15 und 21 Uhr, zuzuordnen.

Der konkrete Zeitpunkt der Zuordnung ist durch das Krankenhaus festzulegen; zu diesem Zeitpunkt bereits entlassene Patientinnen und Patienten werden nicht zugeordnet.

Grundlage der Zuordnung sind die zu erwartenden Pflegemaßnahmen.“

PPR 2.0 - Kinder



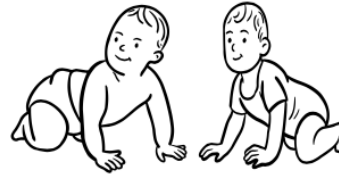
§ 13 Leistungsstufen und Patientengruppen

(2) Zur Ermittlung des Pflegebedarfs sind Patientinnen und Patienten durch die Pflegefachkräfte auf der Grundlage der für sie notwendigen Pflegeleistungen gemäß § 14 unter Berücksichtigung der in Anlage 3 genannten Zuordnungsmerkmale den Leistungsstufen KA1 bis KA4, jeweils unterteilt nach den in Absatz 1 genannten Gruppen, sowie gemäß § 15 unter Berücksichtigung der in Anlage 4 genannten Zuordnungsmerkmale den Leistungsstufen KS1 bis KS4 jeweils **retrospektiv am Ende jedes Tages zuzuordnen**.

§ 15 Zuordnung zu Leistungsstufen der allgemeinen Pflege

(5) Bei der Zuordnung zu den Leistungsstufen sind pflegerische Leistungen durch Familienmitglieder oder durch andere Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten als von Pflegefachkräften **erbrachte Leistungen** zu berücksichtigen und entsprechend in der Pflegedokumentation auszuweisen.

Grundlagen



PPR 2.0 – Erwachsene

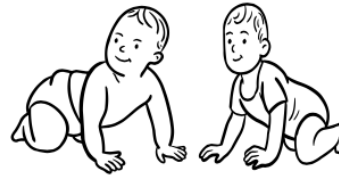
Maßgeblich für die Ermittlung des Personalbedarfes, sind die notwendigen Pflegeleistungen, das heißt, nicht nur die erbrachten Pflegeleistungen, sondern auch die Pflegeleistungen, die auf der Grundlage der Pflegeplanung am Zuordnungstag zu erwarten sind.

Prospektiver Ansatz

PPR 2.0 – Kinder

Maßgeblich für die Ermittlung des Personalbedarfes, sind die notwendigen Pflegeleistungen welche durch eine Pflegefachperson und/oder Familienmitglieder und/oder erbracht wurden.

Retrospektiver Ansatz



PPR 2.0 – Erwachsene

Nur Tagdienst inkludiert (06:00 – 22:00 Uhr)

1 Leistungsbeschreibung

- Pflegehilfskräfte bis 20% anrechenbar
- Hebammen auf Stationen der Geburtshilfe anrechenbar

PPR 2.0 – Kinder

- Normalstation Pädiatrie = 24h-Betrachtung
- Intensivstation = 8h oder 24h-Betrachtung

5 Leistungsbeschreibungen

- Neugeborene/Säuglinge
- Kinder
- Jugendliche
- Pädiatrische Intensivstation (PICU)
- Neonatologische Intensivstation (NICU)

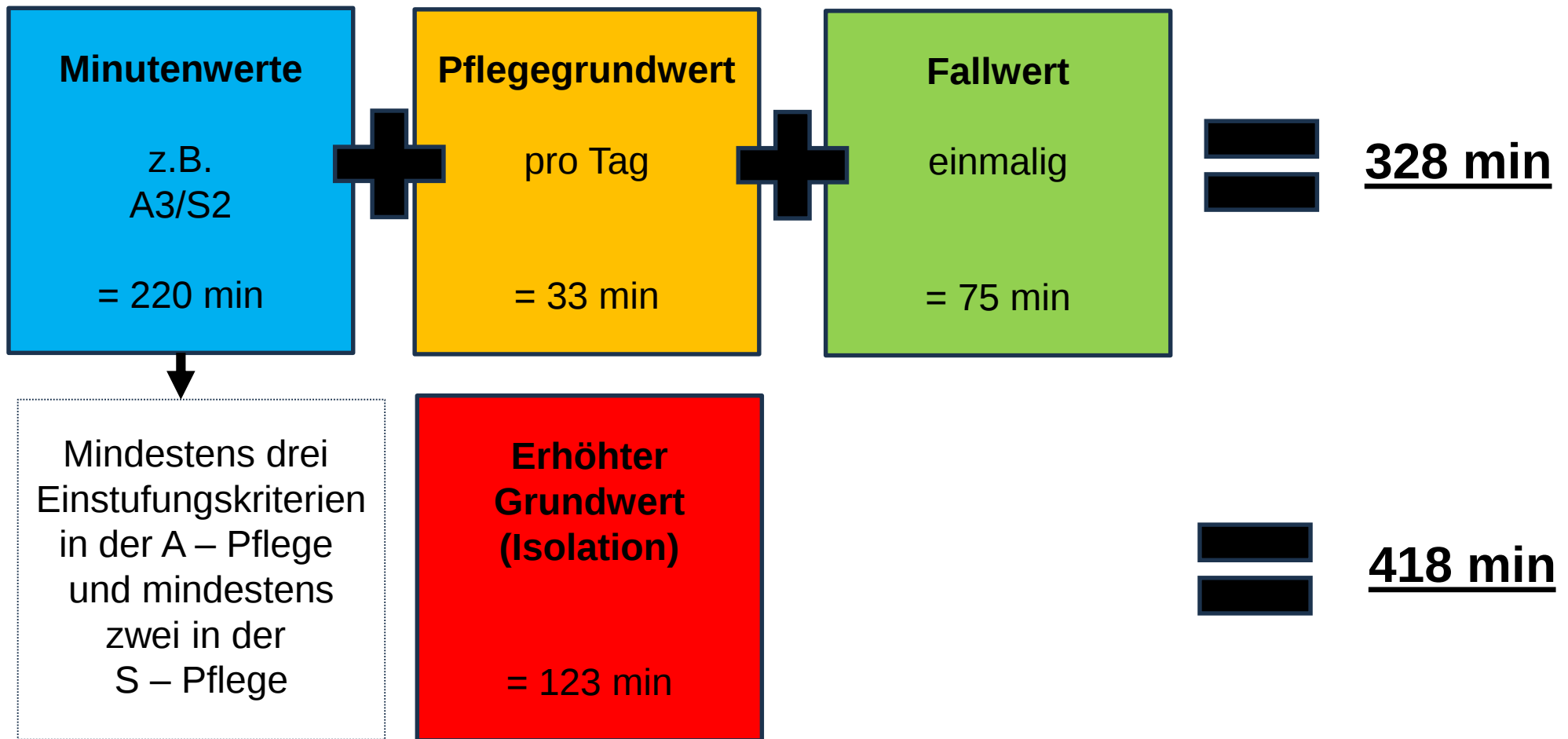
Normalstation Pädiatrie:

- Pflegehilfskräfte bis 10% anrechenbar

Intensivstation:

- Pflegehilfskräfte bis 5% anrechenbar

Beispiel zur Ermittlung der Pflegeminuten pro Tag - Erwachsene



Bedeutung der Pflegedokumentation

§ 13 Leistungsstufen und Patientengruppen

(4) Die Zuordnungen nach den Absätzen 2 und 3 sind durch die Pflegefachkräfte in der Pflegedokumentation auszuweisen.



Die meisten KIS – Anbieter haben die PPR 2.0 bislang noch nicht in die Pflegeprozessdokumentation integriert !

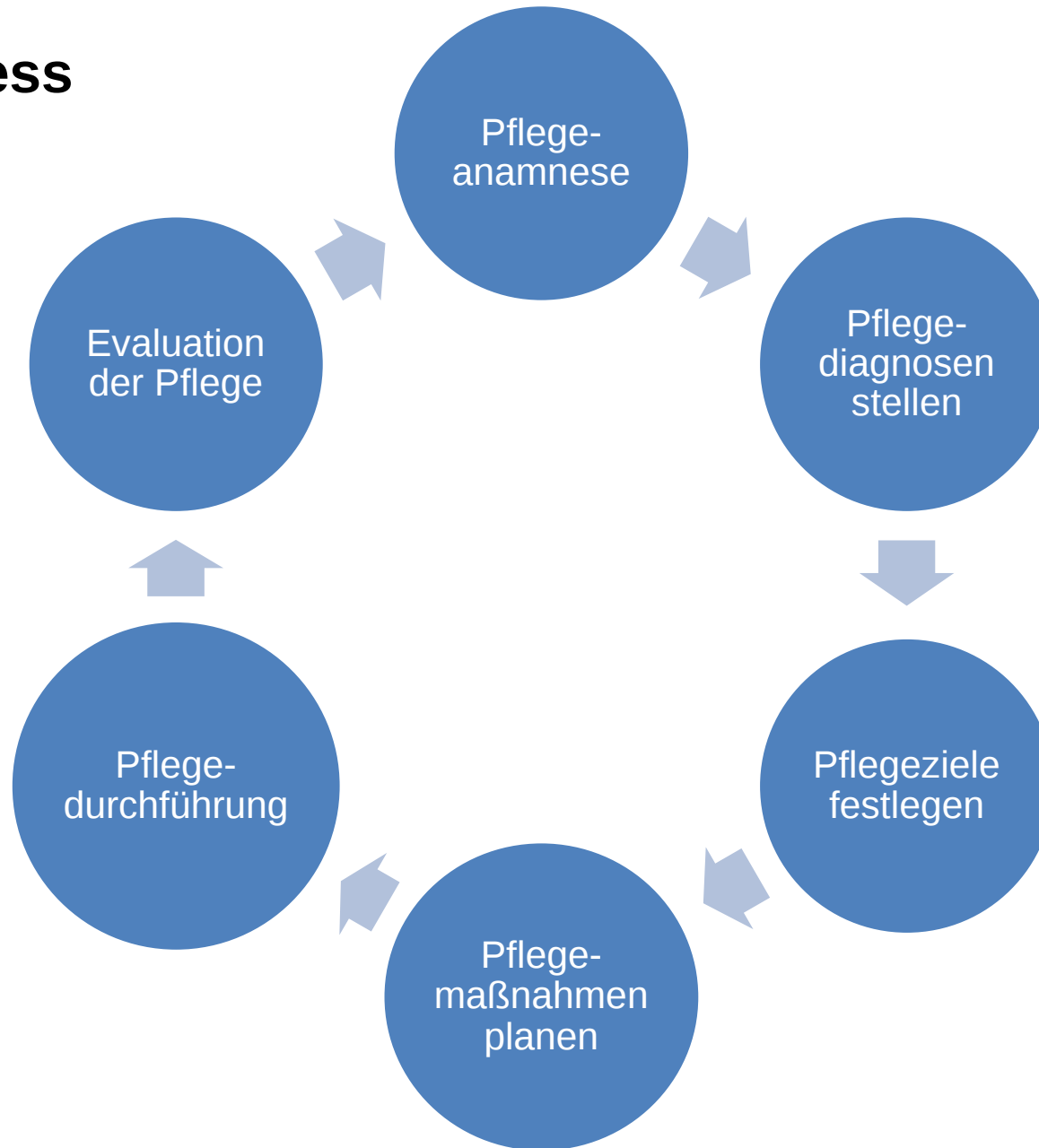


Die PPR 2.0 beinhaltet eine abweichende Terminologie zur meist vorherrschenden Pflegedokumentation; keine einheitliche Fachsprache !



Es gibt keine einheitlichen Vorgaben des Bundesgesetzgebers zur Dokumentation !

Pflegeprozess



Pflege(prozess)dokumentation

Die **Pflegedokumentation** ist ein sehr bedeutendes Arbeitsmittel, im im Pflege team eine evidenzbasierte Pflegeprozesssteuerung zu ermöglichen.

Sie ist Grundlage, um in einem Pflege team sicherzustellen, dass eine Kontinuität der Pflegearbeit gewährleistet werden kann.

Experten sind sich einig, dass eine „gute“ **Pflegeprozessdokumentation** mit **Patientensicherheit** und **pflegerischer Versorgungsqualität** in Verbindung steht.

*McCarthy, B. et al. (2019), Medizinischer Dienst
der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.
2005, Rappold & Aistleithner, 2017, Sträßner 2012,
Wietek P. & Jiang-Sieber Q. 2024*

Pflege(prozess)dokumentation

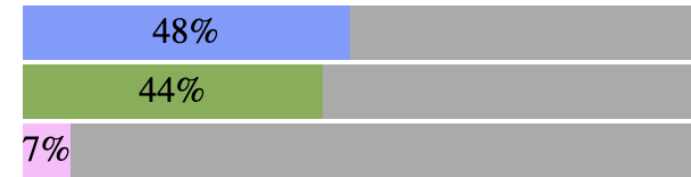
Vorbehaltene Tätigkeiten nach § 4 PflBG

- ✓ Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs: Die Erfassung des Pflegebedarfs und die Einschätzung des Zustands des Patienten sind ausschließlich Aufgaben von Pflegefachpersonen.
- ✓ Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses: Die Planung, Koordination und Steuerung der gesamten pflegerischen Maßnahmen, um eine effektive und patientenorientierte Versorgung zu gewährleisten, sind vorbehalten.
- ✓ Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege: Die Überprüfung der Pflegequalität und die stetige Weiterentwicklung der Prozesse fallen ebenfalls in diesen Aufgabenbereich.

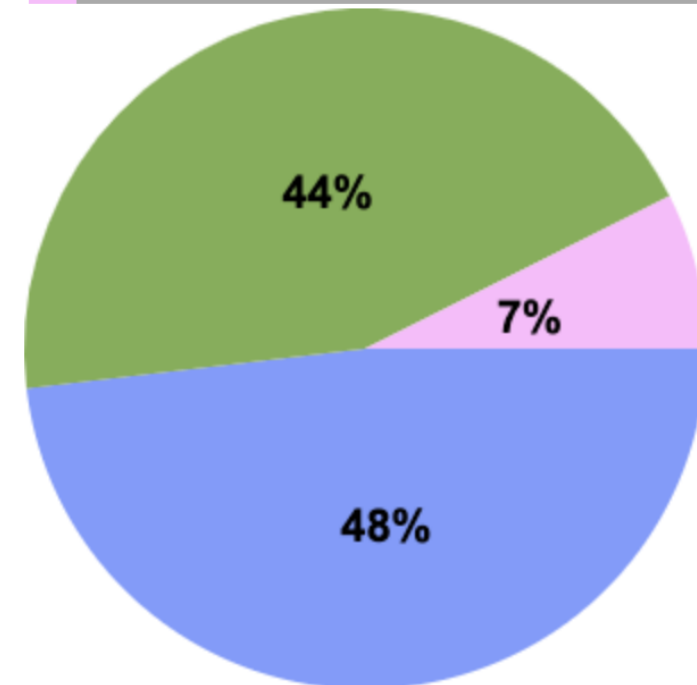
Pflegeberufegesetz (PflBG), 2017

Umfrage Fachtagung PPR 2.0 – 21.11.2024 (nach Einführung)

- Papier und PPR 2.0 Ergebnisdokumentation
- Smarte Formulare zur PPR 2.0 Erhebung mit den Einstufungskriterien, Nachweise in der Dokumentation
- Automatisierte PPR 2.0 Ableitung aus der elektronischen Regeldokumentation



„Wie setzen Sie die Einstufungen der PPR 2.0 derzeit praktisch um?“



Personalbemessungsinstrumente – Einordnung der PPR 2.0

Beispielhafte Modelle	Handlungsbezogen	Zustandsbezogen	Multi-dimensional	Modellart
PPR 2.0	Ausgewählte Pflegemaßnahmen (ca. 80)	minimal		Prototypenmodell
LEP	Pflegemaßnahmen mit Zeitwerten (ca. 1000)			Faktorenmodell
ENP	Pflegemaßnahmen mit Zeitwerten (ca. 2400)	Pflege-diagnosen	Potential zur Entwicklung	Faktorenmodell

Kritik an der PPR 2.0: Den Pflegefachpersonen fehlen Pflegemaßnahmen zur Einstufung !

Vorgaben für Stationen, Beispiel Pädiatrie / Neonatologie



Bundesgesetzblatt

Teil I

2024 Ausgegeben zu Bonn am 14. Juni 2024 Nr. 188

Verordnung über die Grundsätze der Personalbedarfsbemessung in der stationären Krankenpflege (Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV)

Vom 12. Juni 2024

Auf Grund des § 137a Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der durch Artikel 1 Nummer 3 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2703) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen:

Kapitel 1

Allgemeine Vorschriften

§ 1

Ziel und Anwendungsbereich

(1) Diese Verordnung hat das Ziel, eine bedarfsgerechte Pflege von Patientinnen und Patienten sicherzustellen, indem Vorgaben zur Ermittlung der Anzahl der einzusetzenden und der auf der Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte erlassen werden. Sie soll außerdem zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte im Krankenhaus und damit zur Fachkräftesicherung in diesem Bereich beitragen.

(2) Diese Verordnung gilt für betrieblernen Normalstationen der somatischen Versorgung für Erwachsene sowie betrieblernen Normal- und Intensivstationen der somatischen Versorgung für Kinder in den nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäusern. Die geltenden und im Bundesanzeiger bekannt gemachten Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses bleiben unberührt.

(3) Besondere Einrichtungen im Sinne des § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind vom Anwendungsbereich dieser Verordnung ausgenommen.

§ 2

Begriffsbestimmungen

(1) Im Sinne dieser Verordnung ist eine Pflegekraft eine Pflegefachkraft oder eine Pflegehelfkraft.
(2) Im Sinne dieser Verordnung ist eine Pflegefachkraft eine Person, die über die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung nach den §§ 1, 10 Absatz 1 oder Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes oder nach § 44a des Pflegeberufgesetzes verfügt oder deren Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach dem Krankenhausgesetz vom 10. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442) in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung oder nach dem Abwpflegegesetz in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung fortgilt.



Bundesgesetzblatt

Teil I

2024 Ausgegeben zu Bonn am 7. November 2024 Nr. 345

Fünfte Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung

Vom 4. November 2024

Auf Grund des § 137a Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der durch Artikel 12 Nummer 15 Buchstabe a Doppelstrichstrich des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

Artikel 1

In der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 9. November 2020 (BGBl. I S. 2357), die zuletzt durch Artikel 80 des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist, erhält die Anlage die aus dem Anhang zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Bonn, den 4. November 2024

Der Bundesminister für Gesundheit
Karl Lauterbach



Herausgeber: Bundesministerium der Justiz

Gemeinsamer
Bundesausschuss

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

(Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-
RL)

in der Fassung vom 20. September 2005
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 (S. 15 684)
in Kraft getreten am 1. Januar 2006

zuletzt geändert am 18. Juni 2025
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 22.08.2025 B5)
in Kraft getreten am 23. August 2025


PPBV
PpUGV
**G-BA
QFR-RL**
**Tarifvertrag
Entlastung**

Fazit zur Personalbemessung unter PPR 2.0

- **PPR 2.0 ist ungeeignet in der aktuellen Form:**
 - Pflegeaufwände z.T. durch fehlende Pflegemaßnahmen nicht darstellbar, z.B. Bereich Kommunikation fehlt (Patientenedukation, Prävention, Schulung)
 - Hoher Interpretationsspielraum erschwert standardisierte Einstufung
 - Widersprüche in der Verordnung, z.T. keine einheitliche Logik der Einstufungskriterien
 - Aktuell zusätzliche Bürokratie, zusätzlicher Dokumentationsaufwand, da vielerorts kein digitales Mapping mit Ausleitung der PPR aus der Regeldokumentation möglich
 - PPR 2.0 ist nicht risikoadjustiert und nicht Outcome-bezogen
 - Keine Anwendung standardisierter Terminologie / Fachsprache
- **Ohne Schließung der Interpretationsspielräume, ist eine bundeseinheitliche, Personalbemessung nicht möglich!**

Pflegebudget & Pflegpersonalstellenentwicklung

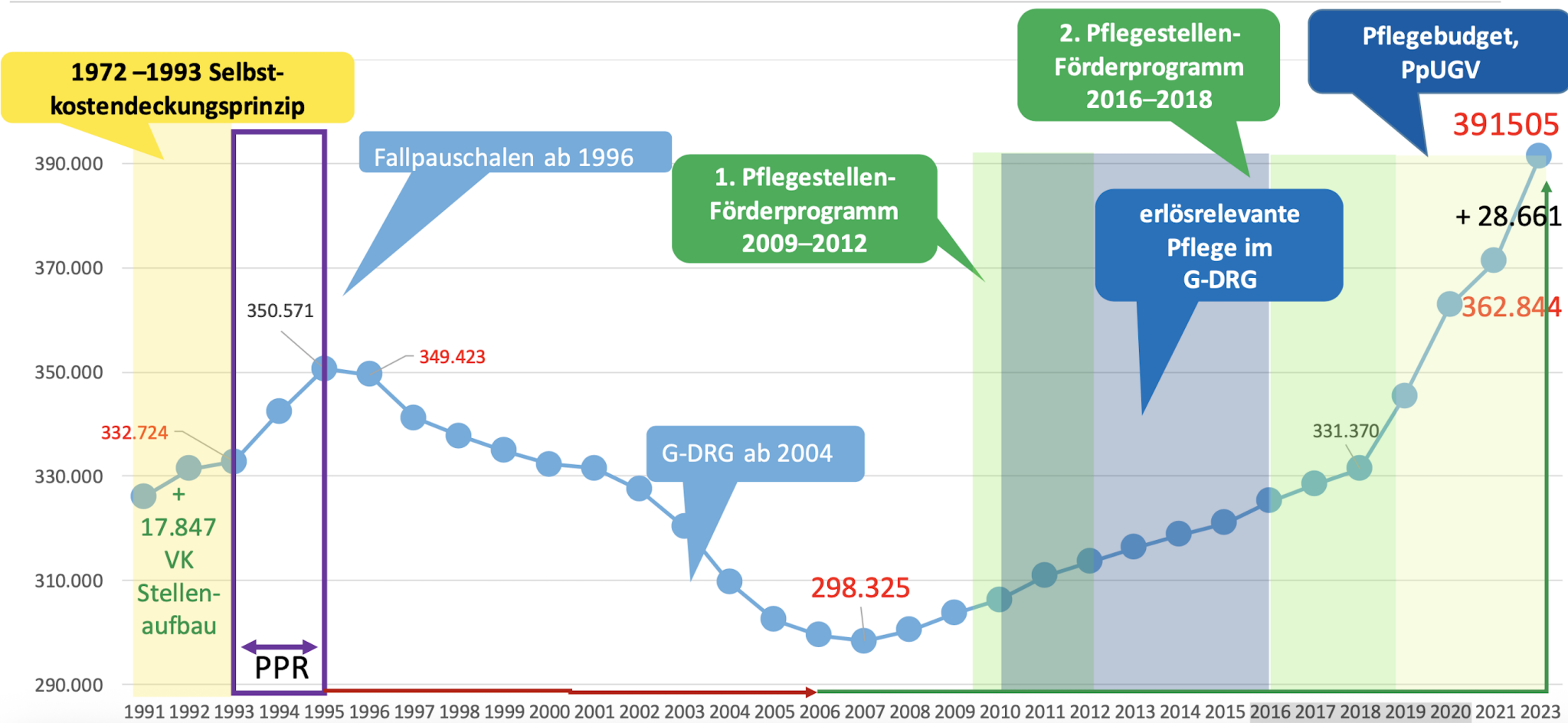
Krankenhausstatistik 2024

- 1.014.800 Millionen Vollzeitäquivalente (Rekord !)
 - 180.400 VK im ärztlichen Dienst (+2,7%)
 - 834.400 VK im nicht-ärztlichen Dienst (+3,3%)

- 1.841 Krankenhäuser
- 472.900 Betten (-0,9%)
- 17,5 Millionen Patienten (+2%)
- Bettenauslastung 72% (+0,8%)

Statistisches Bundesamt

Entwicklung der Pflegepersonalstellen (VK) im Krankenhaus



KHEntgG - § 6a Vereinbarung eines Pflegebudgets

- (1) Die Vertragsparteien nach [§ 11](#) vereinbaren zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten nach [§ 17b Absatz 4](#) des [Krankenhausfinanzierungsgesetzes](#), die dem einzelnen Krankenhaus entstehen, ein Pflegebudget. Das Pflegebudget umfasst nicht: [...]
- Das Pflegebudget ist zweckgebunden für die Finanzierung der Pflegepersonalkosten nach Satz 1 zu verwenden. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.
- (2) Ausgangsgrundlage für die Ermittlung des Pflegebudgets ist die **Summe der im Vorjahr für das jeweilige Krankenhaus entstandenen Pflegepersonalkosten**. Bei der Ermittlung sind weiterhin die für das Vereinbarungsjahr zu erwartenden Veränderungen gegenüber dem Vorjahr zu berücksichtigen, insbesondere bei der Zahl und der beruflichen Qualifikation der Pflegevollkräfte sowie bei der Kostenentwicklung. [...] Weichen die tatsächlichen Pflegepersonalkosten von den vereinbarten Pflegepersonalkosten ab, sind die Mehr- oder Minderkosten bei der Vereinbarung der Pflegebudgets für das auf das Vereinbarungsjahr folgende Jahr zu berücksichtigen, indem das Pflegebudget für das Vereinbarungsjahr berichtigt wird und Ausgleichszahlungen für das Vereinbarungsjahr geleistet werden. Das Pflegebudget ist in seiner Entwicklung nicht durch den Veränderungswert nach [§ 9 Absatz 1b Satz 1](#) begrenzt. Die Wirtschaftlichkeit der dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten wird nicht geprüft und [§ 275c Absatz 6 Nummer 1](#) des [Fünften Buches Sozialgesetzbuch](#) ist zu beachten; die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gilt als wirtschaftlich, für eine darüber hinausgehende Vergütung bedarf es eines sachlichen Grundes.

Pflege am Bett!

IST-Kosten

Keine
Wirtschaftlich-
keitsprüfung

Pflegebudget - Ökonomisch instabiles Selbstkostendeckungsprinzip?

- Personalverlagerungen von Funktionsdienst in Pflegedienst
- Zurückverlagerung von Hilfstätigkeiten (nichtpflegerelevant) in die professionelle Pflege
- Lohnwachstum
- Massiver Wettbewerb um Pflegefachkräfte
- Abzug von Pflegefachkräften aus der Altenpflege in die Krankenhäuser
- Die Ausgaben für das Pflegebudget sind seit 2020 mit 10 – 13% pro Jahr gestiegen, von 14,6 Milliarden € in 2020 auf 22 Milliarden € in 2023

„Eskaliert die Pflegepersonalbemessung?“

DRG-Forum 20. - 21. März 2025; Session am 21.03.25 Raum V.

Es wurde diskutiert, ob Pflegebudgets künftig gedeckelt und/oder eine Wirtschaftlichkeitsprüfung unterworfen werden sollen.

- Diskutiert wurde eine Mischung aus Budgetkontrolle oder Leistungseinordnung in Leistungsgruppen.
- Frau Vogler (DPR) fordert die Weiterentwicklung der Personalbemessung in der Pflege und die Verknüpfung der PPR mit Pflegebudgetfragen.

Bislang gibt es keine gesetzgeberischen Aktivitäten...

„Das Pflegebudget ist ein Irrweg“

Gesundheitsökonom Prof. Dr. Boris Augurzky fordert die Abschaffung des Pflegebudgets.

-	+
➤ PB steigt pro Jahr um 10 – 13% ➤ Stationäre Fälle seit 2019 gesunken ➤ Produktivität gesunken ➤ Leistungsmengen reduziert ➤ Schnellere Überlastung	➤ Arbeitsbelastung der Beschäftigten gestiegen ➤ Mehr Personal in Kliniken ➤ Krankheitstage gestiegen ➤ Zunahme der Teilzeittätigkeit

Kommentar:

- In der gesamten Volkswirtschaft stagniert die Produktivität
- Regulatorische Vorgaben haben zugenommen, z.B. PpUGV
- Zunahme von Bürokratie; mit zusätzlichen Gesetzen sinkt die Arbeitszeit proportional
- Arbeitgeber-Markt wurde zu Arbeitnehmer-Markt

„Pflegebudget und Personalbemessung sind unverzichtbar“

Pressemitteilung Deutscher Pflegerat (DPR) 08/2025

„Das Ökonomen-Narrativ allein taugt nicht, um Versorgung zu sichern“

„Pflege darf nicht auf Effizienz verkürzt werden“

„Produktivität ist nicht gleich Versorgungssicherheit“

„Reformen müssen Pflege stärken, nicht schwächen“

„Pflege ist in allen Versorgungsbereichen Daseinsvorsorge“

Wissenschaftliche Weiterentwicklung der Personalbemessung der Pflege im Krankenhaus (WiWePP)

KHPfIEG

- SGB V **§ 137k** Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung
- SGB V **§ 137l** Wissenschaftliche Weiterentwicklung der Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus

§ 137k

Beauftragung an eine wissenschaftliche Einrichtung für die Durchführung einer mind. drei-monatigen **Erprobungsphase** Normalstation Erwachsene & Kinder/Jugendl.

Abschlussbericht der **Erprobungsphase** (der PPR 2.0) für Normalstation (Erwachsene/ Kinder) ist dem BMG vorzulegen

Beauftragung an eine wissenschaftliche Einrichtung für die Durchführung einer mind. drei-monatigen **Erprobungsphase** Intensivstationen

Rechtsverordnung zur Ermittlung des Pflegebedarfs (basierende auf der PPR 2.0); stationsbezogene IST- und SOLL Pflegepersonalbesetzung

Abschlussbericht der **Erprobungsphase** ist dem BMG vorzulegen Intensivstation

§ 137l

Inhaltliche Beschreibung zur Weiterentwicklung des Instruments (PPR) (durch GKV & DKG...)

- Qualifikationsmix
- Digitalisierung
- Notaufnahme

Ausschreibung Gutachten zur Erprobung der PPR 2.0 ... bereits erfolgt

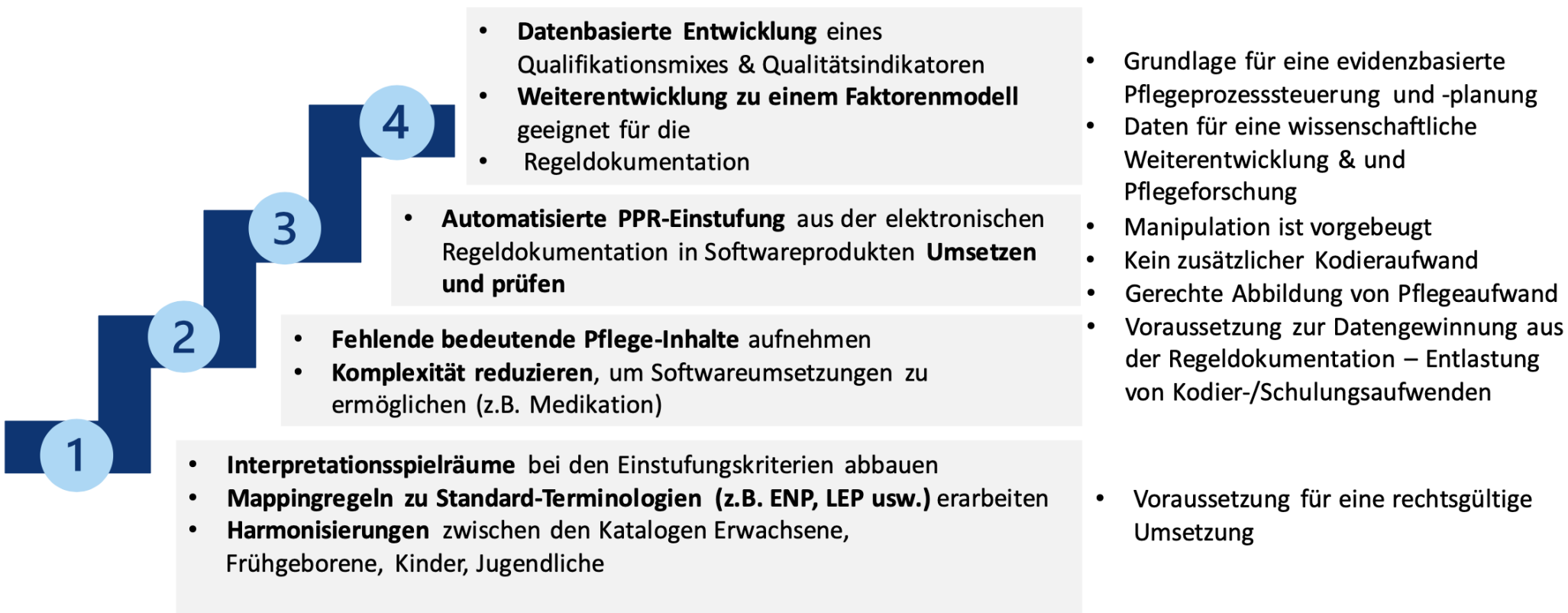
Ergebnisse der wissenschaftlichen Weiterentwicklung (der PPR 2.0) bezogen auf die Punkte:

- Qualifikationsmix
- Digitalisierung
- Notaufnahme

Einführung der PPR 2.0 für alle somatischen Kliniken im Juli 2024

31.01.2023 06.02. 31.03. 31.08. 30.10. 30.11. 01.01.2024 31.08. 31.12.

Anforderungen an die Weiterentwicklung der PPR 2.0



Forderungen an die Bundespolitik, nächste Schritte...

- Erfüllungsgrade/Sanktionen erst, wenn valide Daten generiert werden können
- PPBV als lernendes System etablieren
- Wissenschaftliche Weiterentwicklung der Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus (§137I SGB V)
- Zentrales Institut mit pflegewissenschaftlicher Begleitforschung, insbesondere wenn es um eine pflegefachliche und – wissenschaftliche Bewertung von Pflegemaßnahmen geht.

Weiterentwicklung der PPBV, nächste Schritte...

- Abbildung Qualifikationsmix des Pflegepersonals (Fachkräfte, Hilfskräfte, akademisierte Kräfte)
- Standardisierte und digitale Anwendung der Vorgaben der PPBV (ähnlich zertifizierter DRG-Groupen)
- Es muss jederzeit nachvollziehbar sein, wie die Einstufungen entstanden sind
- Pflege in der Nacht abbilden
- Klare Vorgaben für Notaufnahmen
- Aufnahme von Vorgaben für die Personalbemessung auf Erwachsenen-Intensivstationen in die PPBV

Vielen Dank



