



Pflegepersonalregelung 2.0

Mehr Entlastung – oder noch mehr Bürokratie?

Von Clara Karras und Prof. Dr. Erika Raab

Die Diskussion um eine wissenschaftlich fundierte Pflegepersonalbemessung ist nicht neu. Schon 1993 wurde die PPR (heute PPR 1.0) in vielen Kliniken eingeführt und zunächst auch angewendet – blieb aber politisch und wirtschaftlich umstritten. Eine bundeseinheitliche, dauerhafte Umsetzung fand nie statt. 1997 wurde sie formal abgeschafft, auch wenn sie als Kalkulationshilfe im DRG-System weiter Bestand hatte.

Zwischenzeitlich kamen andere Instrumente zum Einsatz, die jedoch den Anspruch einer echten Pflegepersonalbemessung nicht erfüllten. Der Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) wurde Anfang der 2010er-Jahre eingeführt, um besonders aufwändige pflegerische Leistungen für die Abrechnung im DRG-System sichtbar zu machen. Zwar sorgte er für eine gewisse finanzielle Anerkennung komplexer Pflege, war jedoch äußerst dokumentationsintensiv und diente nicht der Steuerung des Personaleinsatzes. Mit Einführung des Pflegebudgets 2020 wurde der PKMS wieder abgeschafft.

Parallel dazu trat 2019 die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) in Kraft. Sie schreibt in bestimm-

ten sensiblen Krankenhausbereichen – etwa der Intensivmedizin oder Geriatrie – Mindestpersonalbesetzungen vor. Doch auch hier gilt: Die Untergrenzen sind starr, lassen keine flexible Steuerung zu und erfassen den tatsächlichen Pflegebedarf nicht differenziert. Eine Planung anhand konkreter Pflegeaufwände in Minuten, wie sie die PPR 1.0 vorsah, fand über Jahre hinweg nicht mehr statt.

Die ►Abbildung zeigt: Die Einführung der PPR 1.0 in den 1990er Jahren, der PKMS zur Abbildung pflegeintensiver Leistungen, die Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG) ab 2019 sowie Pflegepersonal-Förderprogramme (2009 und 2016) verfolgten das Ziel, Pflegekräfte zu entlasten oder zusätzliche Stellen zu schaffen. Diese Maßnahmen führten zu punktuellen Zuwächsen im Pflegepersonalbestand. Doch: Der Aufbau orientierte sich bislang nicht an einem einheitlichen, wissenschaftlich fundierten Instrument zur Bedarfsermittlung – sondern an politischen Zielvorgaben, verfügbaren Budgets oder Mindestgrenzen.

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) wurde nun ein neues Kapitel aufgeschlagen: Zum 1. Juli 2024 wurde die Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) bundesweit verpflichtend eingeführt – als zentrales

Seit dem 1. Juli 2024 gilt die PPR 2.0 – das erste bundesweit verbindliche Instrument, das Pflegepersonal minutengenau erfasst und bemisst. Es steht jedoch nicht allein: Pflegebudget, Pflegepersonalquotient, die Dokumentation zur Einhaltung von Personaluntergrenzen oder Vorgaben zur Notfallversorgung erzeugen schon länger umfangreiche Datenpflichten. Kliniken müssen diese Informationen regelmäßig aufbereiten und an verschiedene Instanzen – InEK, GBA, Kostenträger, Landesbehörden – melden. Oft geschieht dies ohne spürbaren Nutzen für den Stationsalltag. Die zentrale Frage lautet daher: Führt die PPR 2.0 zu mehr Planbarkeit und Entlastung – oder verstärkt sie den bürokratischen Aufwand in einem ohnehin fragmentierten System?

Keywords: Medizincontrolling, Dokumentation, Personalmanagement

Instrument zur bedarfsorientierten Bemessung des Pflegepersonals in somatischen Krankenhäusern.

Entwickelt wurde die PPR 2.0 im Rahmen der Konzierten Aktion Pflege (KAP) durch eine Arbeitsgruppe bestehend aus dem Deutschen Pflegerat (DPR), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Gewerkschaft ver.di. Aufbauend auf der ursprünglichen PPR 1.0 wurde das Instrument weiterentwickelt und mehrfach wissenschaftlich erprobt, ►

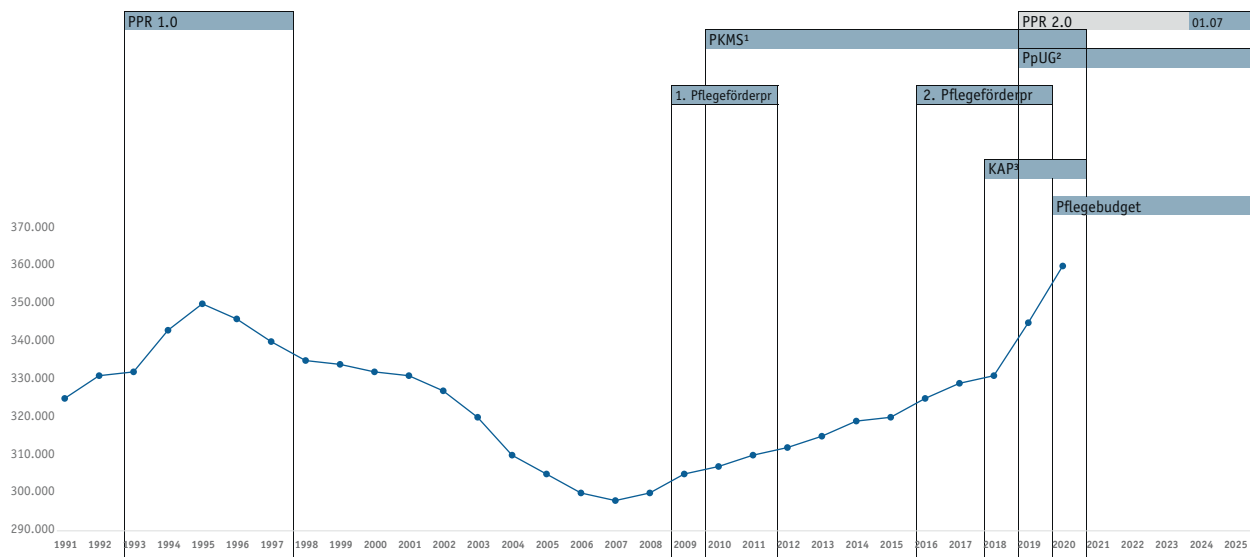


Abb.: Destatis Krankenhausstatistik – Grunddaten der Krankenhäuser, Pflegedienst Pflegepersonal in Vollkräften

um den tatsächlichen Pflegeaufwand differenzierter, zeitbezogen und praxisnäher abbilden zu können.

Wie funktioniert die PPR 2.0?

Die PPR 2.0 ist ein minutenbasiertes Pflegepersonalbemessungsinstrument, das den täglichen Pflegeaufwand auf bettenführenden Stationen in so-

stufung erfolgt prospektiv – also im Rahmen der Pflegeplanung für den kommenden Tag, nicht rückblickend. Ziel ist eine vorausschauende Personaleinsatzplanung, abgestimmt auf den tatsächlichen Bedarf.

Die erhobenen Daten müssen täglich dokumentiert und regelmäßig an das Institut für das Entgeltsystem im

fassen. Ohne entsprechende Softwareunterstützung und Schnittstellen steigt der Dokumentationsaufwand erheblich. Zum anderen ist es essenziell, das Pflegepersonal umfassend zu schulen, damit die Einstufungen korrekt und einheitlich erfolgen und Fehleinstufungen vermieden werden. Daraus ergibt sich eine weitere Herausforderung: Die Qualität der Daten. Ziel der PPR 2.0 ist es, ein realistisches, bundesweit vergleichbares Bild des Pflegepersonalbedarfs zu liefern. Doch wenn die Datenerhebung uneinheitlich erfolgt oder durch technische Mängel und hohe Arbeitsbelastung verfälscht wird, drohen Fehlinterpretationen. Die Planungssicherheit, die das Instrument eigentlich schaffen soll, wird damit untergraben.

„Die erhobenen Daten müssen täglich dokumentiert und regelmäßig an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelt werden. Damit trägt die PPR 2.0 zur gesetzlich geforderten Transparenz und Steuerung der Pflegepersonalausstattung bei – zumindest in der Theorie.“

matischen Krankenhäusern systematisch erfasst. Sie wird sowohl für die Versorgung von Erwachsenen als auch für Kinder eingesetzt, wobei die Instrumente jeweils an die spezifischen Anforderungen der Patientengruppen angepasst sind.

Die PPR 2.0 unterscheidet zwei zentrale Pflegebereiche: die Allgemeine Pflege und die Spezielle Pflege. Patienten werden anhand definierter Kriterien in jeweils vier Kategorien eingestuft:

- Allgemeine Pflege: A1 bis A4 (von geringem bis sehr hohem Pflegebedarf)
- Spezielle Pflege: S1 bis S4 (von geringer bis sehr hoher Überwachungs- und Behandlungspflegen)

Aus der Einstufung ergibt sich ein Minutenwert pro Patient und Tag, der den pflegerischen Gesamtaufwand abbildet. Die Besonderheit: Die Ein-

Krankenhaus (InEK) übermittelt werden. Damit trägt die PPR 2.0 zur gesetzlich geforderten Transparenz und Steuerung der Pflegepersonalausstattung bei – zumindest in der Theorie.

Besonders problematisch ist außerdem, dass die PPR 2.0 zwar den tatsächlichen Pflegebedarf sichtbar machen kann – doch das allein schafft noch kein zusätzliches Personal. In vielen Kliniken fehlt bereits heute die

„So klar das Ziel der PPR 2.0 formuliert ist – so schwierig ist ihre Umsetzung in der Praxis. Den Kliniken fehlt vielerorts die digitale Infrastruktur, um die Einstufungen effizient und fehlerfrei zu erfassen. Ohne entsprechende Softwareunterstützung und Schnittstellen steigt der Dokumentationsaufwand erheblich.“

Herausforderungen in der Umsetzung

So klar das Ziel der PPR 2.0 formuliert ist – so schwierig ist ihre Umsetzung in der Praxis. Den Kliniken fehlt vielerorts die digitale Infrastruktur, um die Einstufungen effizient und fehlerfrei zu er-

personelle Basis, um den ermittelten Bedarf überhaupt zu decken. Damit droht die Gefahr, dass die erhobenen Daten zur reinen Nachweispflicht verkommen – ohne strukturelle Konsequenzen für den Personaleinsatz. Es ist nicht klar geregelt, wie mit den er-

hohen Daten umgegangen wird, ob Unterbesetzungen Konsequenzen haben.

Hinzu kommt, dass die PPR 2.0 bisher nicht alle relevanten Bereiche abdeckt und gleichzeitig weitere Instrumente wie die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PPUG) parallel angewendet werden müssen. Theoretisch könnte die PPR 2.0 die Anforderungen der PPUG abbilden und so Doppelstrukturen vermeiden. In der Praxis aber führen die unterschiedlichen Systeme zu Überschneidungen und zusätzlicher Bürokratie. Eine klare Linie oder bessere Integration der verschiedenen Nachweissysteme fehlt bislang.

Diese Faktoren erschweren es, den vollen Nutzen der PPR 2.0 zu realisieren und sorgen für zusätzlichen Aufwand im Klinikalltag. Diese Heraus-

forderungen sind dem Gesetzgeber bewusst. Deshalb läuft seit 2023 parallel die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Personalbemessung in der Pflege (WiWePP). Dabei stehen vor allem die digitale Integration, die Berücksichtigung des Qualifikationsmixes sowie die Einbindung von Notaufnahme und Nachtdienst im Fokus. Ziel ist eine flexiblere und zukunftsfähige Lösung, die den Pflegealltag wirklich entlastet und bürokratische Hürden abbaut. Erste Ergebnisse werden für Ende 2025/Anfang 2026 erwartet. Die PPR 2.0 bleibt damit ein wichtiges, aber vorläufiges Instrument im Prozess – ein Schritt in die richtige Richtung, der Mut zur kontinuierlichen Verbesserung und Investitionen in digitale Infrastruktur erfordert. ■



Clara Karras
Referentin der Geschäftsführung
Finanzcontrolling
Kreisklinik Groß-Gerau

Prof. Dr. Erika Raab
Geschäftsführerin
Kreisklinik Groß-Gerau
Wilhelm-Seipp-Straße 3
64521 Groß-Gerau

MEDIZINCONTROLLING

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

Die zweite erweiterte und vollständig überarbeitete Auflage des Herausgeberbandes spannt den Bogen zwischen operativem und strategischen Medizincontrolling sowie den rechtlichen Aspekten dieser Disziplin.

In steigendem Maße werden strategische Fragestellungen wie bspw. die künftige Ausrichtung des Standorts relevant werden. Auch Kennzahlen, Personalorganisation oder der Einsatz von Tools sind Arbeitsgebiete des Medizincontrollings.

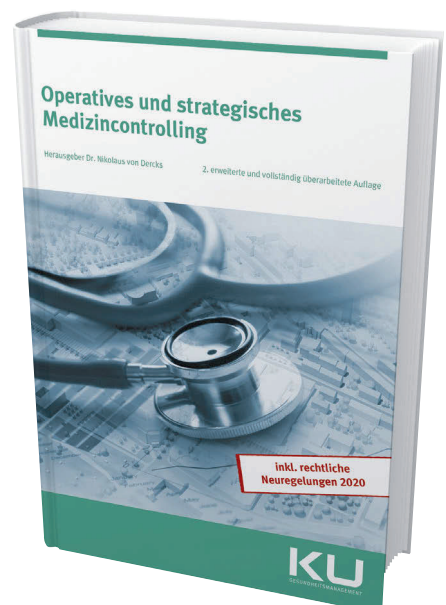
Dr. med. Nikolaus von Dercks (Hrsg.)

Operatives und strategisches Medizincontrolling

2. erweiterte und vollständig überarbeitete Auflage, Hardcover, 2020, 436 Seiten

ISBN 978-3-96474-335-0

59,95 Euro



Weitere Informationen und Bestellung unter
shop.mgo-fachverlage.de