

## **Eckpunkte zur Umsetzung der PPR 2.0**

Die aktualisierte Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) dient als Interimslösung zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs für die unmittelbare Patientenversorgung auf allen bettenführenden somatischen Stationen für Erwachsene im gesamten Krankenhaus. Um sie erfolgreich und nachhaltig in den Alltag der Krankenhäuser zu implementieren und eine bedarfsgerechte Patientenversorgung zu gewährleisten, sind die folgenden Eckpunkte zur Umsetzung zu berücksichtigen. Dabei bleiben die bestehenden Arbeitsrechtsregelungen zur Mitbestimmung und Mitwirkung der betrieblichen Interessenvertretung, insbesondere kirchliche Arbeitsrechtsregelungen, und zunächst die bisher getroffenen Vereinbarungen auf Basis des KHEntgG, insbesondere die Vereinbarungen zum Pflegebudget, unberührt. Sofern Tarifverträge oder schuldrechtliche Vereinbarungen für die Beschäftigten günstigere Regeln enthalten, werden sie für ihren Geltungsbereich berücksichtigt.<sup>1</sup>

Unabdingbare Grundvoraussetzung für die nachfolgenden Punkte 1 bis 7 ist die vollständige Refinanzierung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen auf der Grundlage der PPR 2.0.

Die gesetzlichen Vorgaben zu Pflegepersonaluntergrenzen in § 137i SGB V sowie zum Pflegequotienten nach § 137j SGB V erübrigen sich mit Einführung des neuen verbindlichen Instruments.

### **1. Pflegebudget und Stellenplan - Jahreszeitraum**

Die PPR 2.0 ist zukünftig die Grundlage für die Personalbemessung in den Pflegebudgetverhandlungen. Zusätzlich sind in der Budgetvereinbarung folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Ausfallzeiten (soweit nicht in der PPR 2.0 berücksichtigt) einschließlich Stellen für Ausfallkonzepte (z. B. Pool), Maßstab für die Berechnung von Ausfallzeiten bilden grundsätzlich die Werte des Vorjahres.
- Nachtdienste
- Leitungskräfte (soweit nicht in der PPR 2.0 berücksichtigt)
- Praxisanleitung (soweit nicht über das Ausbildungsbudget finanziert)
- organisatorische, strukturelle und versorgungsspezifische Besonderheiten

---

<sup>1</sup> Werden im Folgenden Personen in der weiblichen/männlichen Form genannt, ist auch stets die jeweils männliche/weibliche oder diverse Form gemeint.

Die im Budget vorgesehenen Personalstellen werden einmal jährlich auf die Stationen/Arbeitsbereiche in einem Stellenplan<sup>2</sup> verteilt. Außerdem wird der Stellenplan für das Ausfallkonzept (z.B. Pool) eingerichtet. Die grundlegenden Regeln für die Verteilung der Pflegestellen werden nach Inkrafttreten der PPR 2.0 zwischen der Krankenhausleitung und der betrieblichen Interessenvertretung unter Beachtung der organisatorischen, strukturellen und versorgungsspezifischen Besonderheiten vereinbart (siehe Präambel). Die Letztentscheidung für den Stellenplan<sup>2</sup> liegt bei der Krankenhausleitung/Geschäftsführung.

## **2. Grundsätze der Dienstplangestaltung (Dienstplanzeitraum)**

Im Dienstplan einer Station/eines Arbeitsbereichs wird so viel Personal vorgesehen, wie anhand des gemessenen Pflegepersonalbedarfs nach PPR 2.0 des entsprechenden Vergleichszeitraums im Vorjahr benötigt wird. Erwartete oder bekannte Veränderungen gegenüber dem Vergleichszeitraum fließen ebenfalls ein, soweit sie abschätzbar sind. Darüber hinaus sind die Vorgaben zur Nachtdienstbesetzung zu beachten.

Die ausgewiesene Leitung der/des Station/Arbeitsbereichs plant die Schichtbesetzung unter Beachtung der bedarfsgerechten Versorgung der Patienten sowie der Erhaltung der Gesundheit der Mitarbeiter und vorzusehender Pausenzeiten weit genug im Voraus, um dem Personal Planungssicherheit zu geben und Überlastung zu vermeiden. Bei absehbar drohender Unterschreitung der Regelbesetzung sind Maßnahmen zu deren Ausgleich zu veranlassen. Die Letztverantwortung für den Dienstplan liegt bei der Pflegedirektion/Pflegedienstleitung.

## **3. Ausfallkonzept**

Ziel des Ausfallkonzepts ist es, die im Dienstplan vorgesehene Besetzung verlässlich einzuhalten. Zum Ausgleich kurzfristiger Personalausfälle sind geeignete Ausfallkonzepte vorzuhalten. Die betrieblichen Interessensvertretungen sind auf Basis der geltenden Rechtsvorschriften zu beteiligen.

Das Ausfallkonzept muss

- regeln, wann es aufgrund von Überlastung anzuwenden ist,
- dem Arbeits- und Gesundheitsschutz Rechnung tragen, indem Überlastung in kurzer Frist beseitigt wird,
- so viel Personal vorsehen, dass die im Krankenhaus gemessenen durchschnittlichen Ausfallzeiten kompensiert werden,
- geeignet sein, kurzfristige Dienstplanänderungen zu vermeiden,
- Ausgleich der Arbeit unter Überlastung regeln.

---

<sup>2</sup> oder vergleichbare Stellenübersicht

#### **4. Personalausstattung für alle bettenführenden Stationen/Arbeitsbereiche im Nachtdienst**

Auch im Nachtdienst ist eine bedarfsgerechte Patientenversorgung sicherzustellen. Sowohl die (alte) PPR als auch die PPR 2.0 sind keine Instrumente für den Nachtdienst. Die Besetzung im Nachtdienst soll daher weiterhin normativ geregelt werden.

Es wird eine personelle Regelbesetzung für die Nachtdienste von grundsätzlich mindestens zwei Pflegepersonen, davon mindestens eine Pflegefachkraft, festgelegt.

Folgende Staffelung für die Besetzung der Stationen/der Arbeitsbereiche wird dabei für alle über die PPR 2.0 geregelten Bereiche vorgesehen:

- 21-40 Patienten zu mindestens einer Pflegefachkraft und einer Pflegehilfskraft; Ziel bei stufenweiser Umsetzung: zu zwei Pflegefachkräften
- 41-50 Patienten zu mindestens zwei Pflegefachkräften; Ziel bei stufenweiser Umsetzung: zu zwei Pflegefachkräften und einer Pflegehilfskraft

Für kleinere Stationen kann nach unten abgewichen werden (eine Pflegefachkraft); dabei muss eine Unterstützung in schwierigen Situationen und für Pausen vorgesehen werden. Für besonders pflegeaufwändige Bereiche sind darüber hinausgehende Besetzungen zu definieren.

#### **5. Transparenz**

Die Krankenhäuser dokumentieren die Sollbesetzung (VK) laut Dienstplan und die Ist-Besetzung jede/s Station/ Arbeitsbereichs (VK) für jeden Dienstplanzeitraum (i.d.R. monatlich). Die betriebliche Interessenvertretung erhält Zugang zu diesen Daten. Der Soll/Ist-Vergleich auf der Fachabteilungsebene wird jährlich im Intranet des Krankenhauses veröffentlicht.

#### **6. Übergangsregelungen**

Zur vollständigen Umsetzung der PPR 2.0 werden flankierende Maßnahmen umgesetzt:

- Erhöhung der Zahl der Ausbildungsplätze in der Pflege
- zusätzliche Gewinnung von aus dem Beruf Ausgeschiedenen und verstärkte Anstrengungen zur Bindung von Pflegekräften
- Erhöhung der Stunden von Teilzeitbeschäftigten in der Pflege
- zusätzliche Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- weitere Maßnahmen im Sinne der Konzertierte Aktion Pflege

Mit Inkrafttreten der PPR 2.0 wird ein Umsetzungsgrad krankenhausspezifisch festgestellt und es beginnt der Pflegepersonalaufbau in jedem Krankenhaus.

Der Umsetzungsgrad der sich aus der PPR 2.0 ergebenden Personalausstattung wird vom Inkrafttreten der PPR 2.0 an stufenweise erhöht. Dabei sollen sich die Stufen an ambitionierten, aber auch realisierbaren Werten orientieren und die Erfahrungen aus der PPR 2.0 und deren Umsetzung berücksichtigen. Zwei Jahre nach Inkraftsetzung der PPR 2.0 und erfolgter Evaluation werden die weiteren Schritte und Fristen zur Erreichung eines Umsetzungsgrades von 100 Prozent festgelegt. Bis zu diesem Zeitpunkt erfolgt eine jährliche Zusammenführung zur Ermittlung eines bundesdurchschnittlichen Umsetzungsgrades durch ein wissenschaftliches Institut.

## **7. Intensivmedizin / Pädiatrie**

Für die Pflegepersonalbemessung der Intensivmedizin und der Pädiatrie soll in einem weiteren Schritt möglichst zeitnah ein Instrument entwickelt und umgesetzt werden. Dabei werden bestehende Vorgaben, Empfehlungen und Instrumente berücksichtigt.