

## Ist die Einführung der PPR 2.0 zu empfehlen?

Im nachfolgenden Text nehmen wir detailliert Stellung, warum die Einführung der PPR aus unserer Sicht keinen Nutzen nach sich zieht und für die Pflegepraxis sogar negative Auswirkungen mit sich bringt.

Zudem gehen wir im Punkt 2 auf die Ursachen des Pflegepersonalmanagements und der Unzufriedenheit in der Berufsgruppe ein. Unter 2.4 werden die bisher eingeleiteten politischen Maßnahmen reflektiert. Wir sind uns sicher alle einig, dass wenn festgestellt wird, dass die Einführung der PPR 2.0 keinen Nutzen erwarten lässt, diese nicht eingeführt werden sollte.

### 1 Welchen Nutzen hat eine „Interimslösung“ durch die Einführung der PPR 2.0?

Grundsätzlich teilen wir die Meinung der Vertreter des DPR, ver.di und DKG, dass Pflegenden in ihrem täglichen Arbeitsprozess zum einen dringend eine Entlastung in ihren Arbeitsprozessen erfahren müssen und zum anderen das Pflegepersonal vor dem Hintergrund der aktuellen Arbeitsdichte aufgestockt werden muss.

**Allerdings ist die Einführung der PPR 2.0 vor dem Hintergrund der aktuellen Gesetzeslage nicht erforderlich, sondern wird negative Effekte nach sich ziehen.**

Diese Aussage möchten wir kurz erläutern: Eine Pflegefachheit, z. B. eine innere Station mit 25 Betten, kann Ihnen im Pflegeteam mit der PDL/Bereichsleitung sehr genau sagen, welche Pflegepersonalabdeckung auf der Station mit den typischen Pflegeempfängern der Station und einem definierten Qualitätsanspruch benötigt wird, um eine sichere und evidenzbasierte Pflege zu garantieren. Ein Pflegepersonalbemessungsinstrument und/oder eine Vergütungsregelung für pflegerische Leistungen wird also nur deshalb benötigt, um den Bedarf an Pflegepersonal gegenüber der Geschäftsführung des Krankenhauses, den Kassen sowie der Gesellschaft zu kommunizieren, damit entsprechende finanzielle Mittel bereitgestellt werden.

Aktuell haben wir die Lage, dass jede eingestellte Pflegeperson am Bett voll finanziert wird. Das Pflegebudget unterliegt keiner „Wirtschaftlichkeitsprüfung“.

#### **§ 6a Vereinbarung eines Pflegebudgets**

*[...]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.*

Wir können also nicht nachvollziehen, welchen Mehrwert es nun haben sollte, wenn vor dem Hintergrund der aktuellen Lage ein Personalbemessungsinstrument eingeführt werden soll. Jede Klinik kann sofort so viele Pflegepersonen am Bett einstellen, wie diese es als erforderlich erachten. Dieses nach dem von jeder Klinik definierten Bedarf an Pflegepersonen.

**Aus unserer Sicht entstehen durch die Einführung der PPR 2.0 sogar negative Effekte.** Diese sind:

- Die Einführung der PPR würde geschätzt bei über 50 % der Kliniken dazu führen, dass die Mitarbeiter der Pflege zusätzlich durch die Einführung des Instrumentes durch

Schulungen belastet sind. Zudem müssten alle Mitarbeiter eine Update-Schulung auf die PPR 2.0 erhalten. Alle Pflegeprozessdokumentation sind entsprechend anzupassen, um die Kodierung und Einstufung zu realisieren. Diese Aussage basiert auf dem Gutachten der Situation der Pflege in hessischen Akutkliniken (siehe Anlage 1 mit einer Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse)(Braun et al., 2014).

- Die PPR würde sichtbar machen, dass deutlich mehr Pflegepersonal benötigt wird. Hier liegen Ihnen erste Hochrechnungen des DPR vor. Wobei wir davon ausgehen, dass diese ersten Einschätzungen am unteren Rand der aus der PPR abgeleiteten offenen Stellen liegen, abhängig davon, ob man sich auf eine SOLL- oder IST-Berechnungsgrundlage der PPR einigt. Wir sind der Überzeugung, dass die Personaldefizite dann noch stärker von Pflegenden wahrgenommen werden. Hinzu kommt, dass kein Personal auf dem Markt verfügbar ist und somit keine Personen eingestellt werden können. Diese Erfahrung erhöht den Frust unter den Pflegenden. Die reine Feststellung über die PPR-Erhebung, dass mehr Personal benötigt wird, führt ja nicht direkt dazu, dass auch mehr Personal auf dem Markt verfügbar ist.
- Am Rande sei erwähnt, dass die PPR 2.0 aus einer fachlichen Perspektive, wie der DPR und die Verbände ja bereits mehrfach kommuniziert haben, große Defizite aufweist, da genau die Pflegeelemente, die eine adäquate evidenzbasierte Pflege ausmachen, in der PPR nicht abbildbar sind.
- Negative Auswirkung auf die Digitalisierungsbestrebungen im Kontext der semantischen Interoperabilität sind zudem zu erwarten.

### **Zusammenfassende Forderung der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. und des Bundesverbandes Pflegemanagement e. V.:**

- Keine Einführung einer „Interimslösung“ (PPR 2.0). Die Interimslösung ist die PpUGV und hat in der aktuellen Lage seine Berechtigung.
- Auftrag zur wissenschaftlich fundierten Entwicklung einer nachhaltigen Finanzierungsstruktur des Pflegepersonals orientiert am Pflegebedarf der Pflegeempfänger in allen Sektoren. Dringend ist zu empfehlen hier einen sektorenübergreifenden Blick zu wagen.
- Sicherstellung, dass die aktuelle „Gesetzeslage“ für den Sektor Krankenhaus bezogen auf „keine Wirtschaftlichkeitsprüfung der Pflegepersonalstellen“ so lange gesichert bleibt, bis entweder ein wissenschaftlich fundiertes Pflegepersonalbemessungsinstrument entwickelt und etabliert wurde und/oder eine andere vernünftige Steuerung der Pflegepersonalstellenentwicklung in den Kliniken umgesetzt werden kann. Dieses z. B. über leistungsbezogene Vergütungsstrukturen oder andere Verfahren. Hier ist der Bundesverband Pflegemanagement e. V. und die Fachgesellschaft Profession e. V. nicht festgelegt. Die Überlegungen der beiden Verbände kann sich in beide Richtungen entwickeln und sollte gemeinsam konsentiert werden. Datengrundlage für beide Wege sollte aus der elektronischen Pflegeprozessdokumentation gezogen werden. Hieran arbeiten wir im Moment, diese Grundlagen zu schaffen.
- Förderung der Profession Pflege, indem die tarifvertragliche Bindung der Gehälter neu geklärt wird. Vor allem sind Strukturen vorzusehen, die einen Gestaltungsspielraum des Pflegedienstes im Skill und Grade Mix sowie Attraktivitätsförderung erlauben. Ebenso ist das Problem des Finanzdefizites der Kliniken bei Leasing-Pflegepersonen zu schließen. Aktuell ist davon auszugehen, dass zahlreiche Kliniken durch die Finanzlücke bei Leasing-

Personen ein hohes Finanzierungsdefizit haben. Siehe hierzu die Erkenntnisse der DKI Umfrage 2020 (Blum et al., 2020)

Voraussichtlich nicht refinanzierte Kosten für Fremdpersonal in Folge der begrenzten Anrechenbarkeit beim Pflegebudget in 2020	Anzahl VK	in €
Mittelwert	14	758.470
5% getrimmter Mittelwert	5	271.000
Median	7	320.000
Unterer Quartilswert (25%)	4	180.000
Oberer Quartilswert (75%)	12	700.000

## 2. Analyse der Ursachen für den Pflegenotstand und Reflexion der politischen Maßnahmen

Zahlreiche Ursachen für die fehlende Entwicklung der Pflegeberufe und dem aktuellen Pflegenotstand sind lange bekannt. Wir möchten Ihnen hier nochmals einen kurzen, zusammenfassenden Überblick geben und im Anschluss die Frage stellen, ob die politischen Aktivitäten und/oder die PPR 2.0 die Ursachen wirkungsvoll und nachhaltig beeinflussen können. Allen sollte klar sein, dass die Ursachen zu beheben sind, sonst ist keine nachhaltige Verbesserung der Situation zu erwarten.

### 2.1 Sozio-kulturelle und gesellschaftspolitische Ursachen (Makroebene)

- Mangelnde gesellschaftliche Anerkennung und Wertschätzung des Berufes, z. B. im Bereich der Verordnungskompetenzen im Heil-Hilfsmittelbereich, Gehaltsstrukturen und/oder Aufstiegsmöglichkeiten (Hasselhorn et al., 2005).
- Unzufriedenheit mit den Gehaltsstrukturen, so geben ein Großteil der Pflegenden bei einer Onlineumfrage an, dass die Gehaltsstrukturen nicht leistungsgerecht sind (58 %) (Scharfenberg, 2016).
- Fehlender flächendeckender Einsatz von akademisch ausgebildeten Pflegepersonen am Krankenbett (Zander, Köppen, & Busse, 2017), z. B. mit dem Auftrag zur Förderung einer evidenzbasierten Pflege und systematischer Pflegediagnostik bei vulnerablen Patientengruppen.
- Unsichtbarkeit pflegerischer Arbeit in der Gesellschaft. So gibt es keine aussagekräftigen pflegerischen Qualitätsindikatoren, eine nachhaltige Förderstruktur für Pflegeforschung ist nicht etabliert (Schaeffer & Ewers, 2014).
- Pflege ist noch nicht gleichwertig in der Selbstverwaltung etabliert und eine Bundespflegekammer ist noch nicht installiert.
- Pflegenden am Bett, Pflegeverbände und Entscheider verstehen es häufig als Statusaufwertung, wenn Pflegenden ärztliche Tätigkeiten übertragen werden (Cassier-Woidasky, 2012). Hier ist zu überlegen, ob ggf. die Berufsgruppe des Physician Assistant im Krankenhaus eine sinnvolle Ergänzung sein kann.
- Pflegenden führen zahlreiche Aufgaben, die „nicht-Pflege“ und/oder administrative Aufgaben darstellen durch, z. B. zur Abrechnung medizinischer Leistungen. Es wird gesellschaftlich und politisch in Kauf genommen, dass Pflegenden täglich Pflegeleistungen rationieren (Köppen, 2016; Maier et al., 2019) müssen, um Ihre Aufgaben zu schaffen. Die damit verbundenen Konsequenzen, wie Verschlechterung der Mortalitätsrate und Patientensicherheit (Ball et al., 2018) wird billigend in Kauf

genommen und Pflegenden zugemutet. Akute täglich erkennbar werdende Versorgungsdefizite werden ignoriert und/oder seit langem geduldet (Wieteck, 2018).

- Pflegeberufe haben bei Schülern und deren Eltern ein eher negatives Image. Die Motivation zur Wahl eines Pflegeberufs ist gering (Görres et al., 2010). Pflegeberufe erleben aktuell einen hohen Attraktivitätsverlust (Kohlen, 2013; Wieteck, 2018).
- Es existieren immer noch keine/wenige Verpflichtungen zum lebenslangen Lernen in der Berufsgruppe, sowie eine systematische Etablierung eines Wissensmanagements (Wieteck, 2018). Anreizsysteme, z. B. durch Vergütungsstrukturen fehlen.
- „Gleichzeitig wurden in den vergangenen Jahren Leitungsstrukturen und Rechtsformen dergestalt umgebaut, dass die Position der Pflegedirektion häufig aus der Krankenhausleitung entfernt ist, womit sie bei strategischen Entscheidungen keine Mitsprachemöglichkeiten mehr hat ...“ (Cassier-Woidasky, 2012).
- ...

## 2.2 Mesoebene Handlungs- und Gestaltungsspielraum auf der Ebene der Organisation

- Vor dem Hintergrund der Vergütungsstrukturen und der Stellung der Pflegeberufe im Gesundheitssystem besteht nur ein geringer Einfluss auf die Pflegeprozessgestaltung. Im Krankenhaus ist der Handlungs- und Gestaltungsspielraum durch die medizinischen Prozesse eingeengt. Eine Finanzierung von evidenzbasierter Pflege ist nicht etabliert und fällt damit aus dem Fokus der Geschäftsführung (Nolting et al., 2006; Wieteck, 2018).
- Empirische Studienergebnisse weisen darauf hin, dass die gegenwärtige Pflegepraxis größtenteils nicht von professionellem Handeln in der Pflege geprägt ist (Krell, 2017).
- Zentrale Kernelemente pflegerischer Arbeit, wie das systematische pflegerische Diagnostizieren bei vulnerablen Patientengruppen, Fallbesprechungen oder Pflegevisiten sind in deutschen Kliniken nur sehr selten vorzufinden. Eine zentrale Zielsetzung in der Pflege, welche aus der Nachhaltigkeitsperspektive bedeutend sein kann, ist die Ausrichtung der Leistungsangebote zur „Hilfe zur Selbsthilfe“. Nach dem Prinzip hat Pflege die Aufgabe, soweit wie möglich auf Dirigismus und Übernahme von Alltagsaktivitäten zu verzichten und die Eigeninitiative, Autonomie und die Teilhabe des Pflegeempfängers zu stärken. Ziel ist es, eine nachhaltige gesundheitsförderliche Verhaltensänderung und Anpassungsleistung des Pflegeempfängers bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu unterstützen. Für dieses wesentliche Leistungsmerkmal pflegerischer Arbeit gibt es aktuell keinen Raum und auch keine Vergütungsstruktur. Pflege ist dabei Begleiter bei Hilfs-/Versorgungs- und Pflegebedürftigkeit und nimmt zentrale Aufgaben in der Gesundheitsförderung, Patientenedukation (pädagogische/psychologische Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustands und des Kohärenzgefühls), der Prävention, der Rehabilitation, der Pflege in der Akutsituation sowie der Alltagsbewältigung bei Pflegebedürftigkeit wahr. Durch die gezielte Analyse des Pflegebedürfnisses des Betroffenen wählt die Pflegeperson die geeigneten evidenzbasierten Pflegemaßnahmen aus, um das beste Outcome zu erzielen. In diesem Bereich steckt aber ein enormes Potenzial, sowohl aus ökonomischer Perspektive sowie der Perspektive des Pflegeempfängers, bezogen auf Lebensqualitätsdimensionen und der Prozess „Hilfe zur Selbsthilfe“ beginnt idealerweise im Krankenhaus.
- Evidenzbasierte Pflegepraxis ist kaum implementiert und wird von der Pflege selbst eher skeptisch betrachtet (Meyer, Balzer, & Köpke, 2013).
- Massive Rationierungen pflegerischer Leistungen sind an der Tagesordnung (Zander et al., 2017).

- Fehlende Digitalisierungsstrategie in der Pflege. Hierfür gibt es verschiedene Ursachen, z. B. fehlende Anreize der Geschäftsführung, in diesem Bereich zu investieren.
- Fehlende Etablierung einer interdisziplinären Zusammenarbeit auf Augenhöhe.
- ...

### 2.3 Mikroebene

- Körperliche Anforderungen im Bereich der Transfers und Positionierung führen häufig zu Rückenleiden.
- Infektionsrisiken ausgesetzt sein.
- Arbeitsumgebung, welche mit Geräuschen, unangenehmen Gerüchen und belastenden Situationen in Verbindung steht.
- Auseinandersetzung mit Tod, Krankheit und Leid und damit verbundener emotionaler Belastungssituationen.
- Emotionale Belastung, da aktuell nicht die Pflege geleistet werden kann, welche ein Pflegeempfänger benötigt.
- Herausfordernde Arbeits- und Dienstzeiten, Vereinbarkeit von Beruf und Familie usw.

...

### 2.4 Reflexion der eingeleiteten politischen Maßnahmen

Es ist jedem Leser sofort klar, dass die bisher eingeleiteten Maßnahmen, bezogen auf die Ursachen zur angespannten Personalsituation der Pflege keine Lösung sind. Neben den einberufenen Arbeitsgremien der konzertierten Aktion Pflege sind die bereichsbezogenen Personaluntergrenzen, der Pflegepersonalquotient und die Umstellung auf die IST-Kosten-Finanzierung der Pflegepersonalstellen am Bett ohne Wirtschaftlichkeitsprüfung die eingeleiteten politischen Maßnahmen.

Diese Maßnahmen würden bezogen auf den Personalstellenaufbau (quantitativ) greifen, wenn es genügend Pflegepersonen auf dem Pflegemarkt geben würde. Bezogen auf eine Veränderung der qualitativen Pflegepersonalbesetzung haben die bisherigen Maßnahmen keine positive Auswirkung. Auch auf die inhaltliche Ausgestaltung der Pflege am Bett sind aktuell eher negative Auswirkungen zu befürchten.

**Allerdings sind die eingeleiteten Maßnahmen ebenfalls mit Fehlanreizen verbunden.** Diese sind:

- Aktuell finden in zahlreichen Kliniken Aufgabenverschiebungen statt. Unsere Umfragen sowie die Hinweise in vielen Gesprächen mit verantwortlichen PDLs zeigen, dass z. B. Service-Arbeiten wieder von Pflegenden übernommen werden, Transportdienste abgebaut werden usw.

In drei Umfragen im Rahmen von Web-Seminaren des Bundesverbandes für Pflegemanagement e. V. wurden die Teilnehmer befragt, ob solche Aufgabenverschiebungen bei ihnen im Haus auch diskutiert und/oder umgesetzt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass dieses bei einem hohen Anteil der befragten Kliniken der Fall ist.



- Mit den Maßnahmen werden derzeit keine Anreize in Kliniken gesetzt, um das pflegerische Handeln inhaltlich zu verändern. Dieses ist aus unserer Sicht aber ein zentraler Baustein, um die Berufszufriedenheit zu verbessern.
- Die aktuell eingeleiteten Maßnahmen haben die Personalnot in der Altenpflege massiv verschärft. Würde die PPR eingeführt und ebenfalls Strafzahlungen fällig werden, wenn die ermittelten Quoten nicht erreicht werden würden, ist davon auszugehen, dass der Druck auf die Altenpflege weiter steigt.

### **Zusammenfassende Empfehlung der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. und des Bundesverbandes Pflegemanagement e. V.:**

- Schaffung von Anreizen, welche Pflege dabei unterstützen, das pflegerische Handlungsgeschehen dahingehend zu verändern, dass Pflegediagnostik und eine evidenzbasierte Pflege in den Kliniken durchgeführt wird.
- Implementierung von Mechanismen, die verhindern, dass Pflegenden immer mehr „nicht-pflegerische“ Aufgaben übertragen werden.
- Lösungsansätze, die wir beim Bundesverband Pflegemanagement e. V. und der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. diskutieren, sind die flächendeckende Etablierung von pflegerischen Qualitätsindikatoren und die Kopplung von Pflegebudgets und/oder Personalausstattung an guten Outcome-Ergebnissen.
- Gezielte Etablierung einer Digitalisierungsstrategie im Bereich der Pflegeprozessdokumentation, um die Doppeldokumentation, die Mehrfachnutzung von verfügbaren Daten über Fallschwere und Leistungsgeschehen nutzen zu können. Auch hier liegen Konzepte vor.
- Pflegepersonalbemessung muss aus einer pflegefachlich getriggerten Pflegeprozessdokumentation ableitbar sein, sonst entstehen unnötige administrative Prozesse und Aufwände im Rahmen von Plausibilisierungsprüfungen.

### 3. Überlegungen zur Verbesserung des Pflegepersonalnotstandes und der Patientengefährdung

Zahlreiche Anregungen gibt die aktuelle nicht repräsentative Studie der Arbeitnehmerkammer in Bremen. Die Studie geht der Frage nach, wie Pflegende, die aus dem Beruf ausgestiegen sind, zurückzugewinnen sind und wie Teilzeitpflegepersonen dazu bewegt werden können, Vollzeit zu arbeiten (Auffenberg & Heß, 2021). Die 10 wichtigsten Bedingungen für einen Wiedereinstig beziehungsweise eine Stundenerhöhung werden in der nachfolgenden Tabelle vorgestellt.

		1 = ganz unwichtig	2	3	4	5	6 = ganz wichtig
1	Wertschätzung durch Vorgesetzte	6 %	0 %	1 %	0 %	12 %	68 %
2	Zeit für qualitativ hochwertige Pflege	10 %	1 %	1 %	3 %	14 %	62 %
3	Bedarfsorientierte Personalbemessung	9 %	1 %	1 %	3 %	12 %	58 %
4	Sensibilität von Vorgesetzten für Belastungen in der Pflege	5 %	1 %	2 %	4 %	20 %	58 %
5	Tarifbindung	5 %	1 %	2 %	4 %	20 %	58 %
6	Mehr Zeit für menschliche Zuwendung	9 %	1 %	2 %	4 %	16 %	58 %
7	Garantie, an freien Tagen nicht arbeiten zu müssen	10 %	1 %	2 %	6 %	11 %	56 %
8	Betriebliche Interessenvertretung	6 %	2 %	2 %	6 %	19 %	56 %
9	Höheres Grundgehalt	10 %	1 %	2 %	4 %	9 %	56 %
10	Höhere Zulagen für besondere Tätigkeiten	10 %	1 %	2 %	4 %	10 %	55 %

Abbildung 1: (Auffenberg & Heß, 2021, S. 24)

Ganz oben steht „Wertschätzung und Zeit für qualitativ hochwertige Pflege“. Es stellt sich die Frage, wie schaffen wir Anreize, dass Kliniken bereit sind, eine „qualitativ hochwertige Pflege“ zu realisieren und welche strukturellen und budgettechnischen Rahmenbedingungen müssen dann geschaffen und finanziert werden?

An dritter Stelle steht „bedarfsorientierte Personalbemessung“. **Achtung!** Hier ist nicht gemeint, dass ein Personalbemessungsinstrument etabliert werden soll, sondern, dass Pflegepersonen in ausreichender Menge und Qualifikation, abhängig von dem unterschiedlichen Pflegebedarf der Pflegeempfänger zur Verfügung gestellt werden. Ohne auf die weiteren Punkte einzugehen, nachfolgend einige Überlegungen wie diese Forderungen zu realisieren sind.

#### **Zusammenfassende Empfehlung der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. und des Bundesverbandes Pflegemanagement e. V.:**

- Pflege benötigt Unterstützung in dem Organisationsgefüge Krankenhaus, um das berufliche Selbstverständnis zu fördern und Einfluss auf die Gestaltung und Veränderung der Arbeitsinhalte und Prozesse nehmen zu können. Maßnahmen könnten sein:
  - Feste Verortung der Pflegedirektion im Direktorium, wie in einigen Bundesländern bereits umgesetzt.
  - Festlegung einer Quote von akademisierten Pflegepersonen am Bett. Hierzu gehören auch die entsprechende Etablierung der Vergütungsstrukturen und Definition der Aufgabenschwerpunkte im

Bereich der Forschung und Umsetzung von Projekten im Kontext von evidenzbasierten pflegerischen Handlungskonzepten.

- Umsetzung und Etablierung von Mindeststandards, wie z. B. Pflegevisiten, Fallkonferenzen bei komplexen pflegerischen Fallkonstellationen.
- Verpflichtung zur Pflegediagnostik, wie z. B. in anderen Ländern, verbunden mit Abschlügen bei Nichtumsetzung.
- Etablierung von aussagekräftigen Qualitätsindikatoren der Pflege mit Veröffentlichungspflicht.
- Etablierung und Finanzierung von regelmäßigen Fortbildungen im Pflegebereich ähnlich wie im ärztlichen Bereich.



Andrea Albrecht

Vorsitzende der Fachgesellschaft Profession Pflege e.V.  
e.V.



Peter Bechtel

Vorsitzender des Bundesverbandes Pflegemanagement

## Anlage 1: Erkenntnisse zur Verbreitung der PPR in den Kliniken

Die PPR ist in ihrer Anwendung nicht so weit verbreitet, wie vermutlich angenommen wird. Legt man die Erhebungsdaten aus den hessischen Akutkliniken zu Grunde, ist davon auszugehen, dass außerhalb der InEK-Kalkulationshäuser die **Verbreitungsdichte der PPR zur Pflegepersonalmessung < 50 %** liegt.

Im Rahmen des Gutachtens wurden die Akutkliniken in Hessen nach dem verwendeten Verfahren zur Pflegepersonalbedarfsermittlung befragt. In der Abbildung finden Sie eine Übersicht der aktuell genutzten Verfahren.

Aktuell verwendete Verfahren	Anzahl
PPR	13
PPR minus x%	4
LEP	1
LEP minus x%	0
Bayerisches Verfahren	1
Arbeitsanalytische Verfahren	2
InEK-Kostendaten	12
CM-Punkte je Vollkraft	5
Keines	6

Das bedeutet, dass alle Kliniken Schulungen auf die PPR 2.0 mit entsprechenden Anpassungen in den Software-Tools und Dokumentationsprozessen realisieren müssten.

## Quellen

- Auffenberg, J. & Heß, M.** (2021). Retrieved from [https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Politik/Rente\\_Gesundheit\\_Pflege/Bericht\\_zur\\_Studie\\_Ich\\_pflege\\_wieder\\_wenn\\_Kurzfassung.pdf](https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bericht_zur_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Kurzfassung.pdf) (Accessed: 18.02.2021).
- Ball, J. E. et al.** (2018). Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*, 78, pp. 10-15. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004
- Blum, K. et al.** (2020). Krankenhaus Barometer 2020. Retrieved from <https://www.dki.de/sites/default/files/2020-12/Krankenhaus%20Barometer%202020%20-%20final.pdf> (Accessed: 17.02.2021).
- Braun, B. et al.** (2014). Gutachten zur Situation der Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern. 186. Retrieved from <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/Hessen-Gutachtenn-final-1.pdf> (Accessed: 26.08.2015).
- Cassier-Woidasky, A.-K.** (2012). Professionsentwicklung in der Pflege und neue Formen der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Hindernisse und Möglichkeiten patientenorientierter Versorgungsgestaltung aus professionssoziologischer Sicht. In D. Han (Ed.), *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaft*. Fulda: Argument Verlag. Retrieved from [http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKMG\\_Band47\\_Kapitel10\\_Cassier-Woidasky.pdf](http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKMG_Band47_Kapitel10_Cassier-Woidasky.pdf) (Accessed: 12.05.2018).
- Görres, S. et al.** (2010). „Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten“ - Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes - ERGEBNISBERICHT -. (März), 82. Retrieved from [https://www.pflege-ndz.de/tl\\_files/pdf/Image\\_Abschlussbericht-Endfassung.pdf](https://www.pflege-ndz.de/tl_files/pdf/Image_Abschlussbericht-Endfassung.pdf) (Accessed: 20.08.2015).
- Hasselhorn, H.-M. et al.** (2005). Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Retrieved from [http://www.baua.de/de/Publikationen/Uebersetzungen/Ue15.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=8](http://www.baua.de/de/Publikationen/Uebersetzungen/Ue15.pdf?__blob=publicationFile&v=8) (Accessed: 02.09.2015).
- Kohlen, H.** (2013). "Zeit ist Geld" und die Sorge um das gute Leben Überlegungen zu einem Verständnis von Care als politische und soziale Praxis. In H. Niederschlag & I. Proft (Eds.), *Moral und Moneten Zu Fragen der Gerechtigkeit im Gesundheitssystem*. Ostfildern: Matthias Grünewald Verlag der Schwabenverlag.
- Köppen, J.** (2016). Vortrag "Die aktuelle Situation der stationären Krankenpflege Deutschland" Ergebnisse der G-NWI-Studie. IN: *Pia Wieteck (2016) SACHVERSTÄNDIGENEINSCHÄTZUNG, Deutscher Bundestag, Berlin*. Retrieved from [http://www.bundestag.de/blob/482792/9b75a614f406cb1546ce3e6bfb2e871c/18\\_14\\_0221-5- gute-arbeit---gute-versorgung\\_esve-wieteck-data.pdf](http://www.bundestag.de/blob/482792/9b75a614f406cb1546ce3e6bfb2e871c/18_14_0221-5- gute-arbeit---gute-versorgung_esve-wieteck-data.pdf) (Accessed: 28.12.2016).

- Krell, J.** (2017). *Die Entwicklung professioneller Handlungskompetenz durch das Lösen von Problemen in der stationären Krankenpflege. Ansatzpunkte für Praxisanleiter/innen und anderes betriebliches Bildungspersonal.* (Dr. phil.), Technischen Universität München, München. Retrieved from <http://mediatum.ub.tum.de/doc/1388231/1388231.pdf>
- Maier, C. B. et al.** (2019). Skill-mix, Rationierung und Qualität in der Pflege: Forschungsstand international und Situation in Deutschland mit Schwerpunkt Onkologie. *Pflege & Gesellschaft*, 24(4), pp. 312-330.
- Meyer, G., Balzer, K., & Köpke, S.** (2013). Evidenzbasierte Pflegepraxis–Diskussionsbeitrag zum Status quo. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 107(1), pp. 30-35. doi: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2012.12.001>
- Nolting, H.-D. et al.** (2006). Beschäftigtenfluktuation bei Pflegenden: Ein Vergleich der Bedeutung von arbeitsbedingtem Stress, organisationalen und individuellen Faktoren für die Absicht zum Berufswechsel und zum innerberuflichen Arbeitsplatzwechsel. *Pflege*, 19(2), pp. 108-115. doi: 10.1024/1012-5302.19.2.108
- Schaeffer, D. & Ewers, M.** (2014). Agenda Pflegeforschung für Deutschland. Plädoyer für eine kontinuierliche themenzentrierte Förderung von Pflegeforschung. *Pflege Zeitschrift*, 67(7), pp. 424-428.
- Scharfenberg, E.** (2016). Was beschäftigt Pflegekräfte? Ausgewählte Ergebnisse der Umfrage von Elisabeth Scharfenberg, MdB 2016. Retrieved from [http://elisabeth-scharfenberg.de/daten/downloads/ErgebnissederUmfrage\\_WasbeschaeftigtPflegekraefte.pdf](http://elisabeth-scharfenberg.de/daten/downloads/ErgebnissederUmfrage_WasbeschaeftigtPflegekraefte.pdf) (Accessed: 31.05.2018).
- Wieteck, P.** (2018). Zukunftsfähige Pflege mit Innovationspotenzial. In K. Keller & F. Lorenz (Eds.), *CSR im Gesundheitswesen, Dynamik im Spannungsfeld von individuellem und organisationalem Anspruch und deren Auswirkungen auf die Unternehmensstrategie*: Springer Verlag.
- Zander, B., Köppen, J., & Busse, R.** (2017). Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive. In J. Klauber et al. (Eds.), *Krankenhaus-Report 2017 Schwerpunkt: Zukunft gestalten*. Stuttgart: Schattauer, pp. 451.

Dr. Pia Wieteck  
Zweite Vorsitzende



---

Fachgesellschaft Profession Pflege e. V.  
Langenbeck-Virchow-Haus | Luisenstraße 59 | 10117 Berlin  
[www.pro-pflege.eu](http://www.pro-pflege.eu) | [info@pro-pflege.eu](mailto:info@pro-pflege.eu) | [pia.wieteck@pro-pflege.eu](mailto:pia.wieteck@pro-pflege.eu)  
+49 (0) 30 844 159 142 oder Mobil 0172 8639253