



## K(l)eine »Revolution«

### Die neue Pflegepersonalregelung in den Krankenhäusern – von Robin Mohan\*

In: *express* 5-6/2024

Nach einem langen Kampf sind die letzten Hürden nun genommen – zum 1. Juli 2024 wird an den Krankenhäusern die Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) eingeführt. Dabei handelt es sich um ein Instrument zur Personalbemessung, das sich – anders als die seit 2019 geltenden Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) – am tatsächlichen Pflegebedarf der Patient:innen orientiert. Um den Personalbedarf festzustellen, werden Patient:innen der somatischen Stationen<sup>1</sup> künftig täglich den erforderlichen Pflegemaßnahmen entsprechend in verschiedene Patientengruppen eingestuft, denen feste, wissenschaftlich fundierte Minutenwerte zugeordnet sind. Aus der Umrechnung dieser Minutenwerte in Vollzeitstellen ergibt sich ein Soll-Wert für die Personalausstattung in der Pflege.

Mit der aktuellen Krankenhausreform von Gesundheitsminister Karl Lauterbach hat das allerdings nichts zu tun. Die Geschichte der PPR 2.0 reicht weiter zurück – nämlich bis zur Konzertierte(n) Aktion Pflege, in deren Rahmen im Juni 2019 vereinbart wurde, ein solches Personalbemessungsinstrument zu entwickeln und zu erproben. Damit beauftragt wurden die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR) und ver.di. Sie legten den Entwurf der PPR 2.0 bereits im Januar 2020 vor. Die Einführung wurde im Koalitionsvertrag von 2021 festgelegt, verzögerte sich aber mehrfach.

Bereits 1993 hatte es eine erste PPR gegeben, die der neuen Version als Grundlage diente. Diese erste PPR wurde allerdings nach vier Jahren wieder abgeschafft, da der unerwartet hohe Personalzuwachs, den sie auslöste, zu hohe Kosten erzeugte. Damals wie heute waren der Einführung Diskussionen um einen »Pflegenotstand« und Kämpfe von Krankenhausbeschäftigten vorangegangen.<sup>2</sup> Hintergrund des jüngsten Arbeitskampfzyklus sind die negativen Auswirkungen des Fallpauschalensystems, das ab 2003 schrittweise zur Finanzierung der Krankenhäuser eingeführt wurde. In diesem System, das die Ökonomisierung der Krankenhäuser auf die Spitze trieb, galt das Pflegepersonal in erster Linie als Kostenfaktor, an dem gespart werden musste. Stellenabbau, Arbeitsverdichtung und Personalflucht waren die Folge. Dagegen formierte sich vor circa zehn Jahren – zunächst an der Charité in Berlin, dann auch andernorts – eine sich ausweitende Entlastungsbewegung, deren Ziel es u.a. war, an einzelnen Häusern in Form von Tarifverträgen Vorgaben zur Personalausstattung und Entlastungsmaßnahmen bei deren Unterschreitung durchzusetzen. Der Entlastungstarifvertrag, der im letzten Frühjahr an der Uniklinik Gießen-Marburg nach drei Wochen Streik durchgesetzt wurde, sieht beispielsweise für die Pflege auf bettenführenden Stationen bereits die Umsetzung der PPR 2.0 vor (vgl. *express* 5/23); wird mehrfach unterhalb dieser Besetzung

<sup>1</sup> Auf psychosomatischen und psychiatrischen Stationen gilt die »Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie« (PPP-RL).

<sup>2</sup> Die Kämpfe Ende der 1980er Jahre sind heute kaum bekannt, geschweige denn erforscht. Ein paar Einblicke finden sich im Dossier »Weiße Fabrik« der Wildcat:

[https://www.wildcat-www.de/dossiers/weisse\\_fabrik/weisse\\_fabrik.html#1988](https://www.wildcat-www.de/dossiers/weisse_fabrik/weisse_fabrik.html#1988).

gearbeitet, erhalten die Beschäftigten einen freien Tag als Belastungsausgleich. Darüber hinaus ging es der Bewegung und ver.di aber immer auch darum, mit dem Kampf um Entlastungstarifverträge Druck auf die Politik auszuüben, eine bundeseinheitliche, bedarfsbezogene Personalbemessung einzuführen. Eine dazu notwendige Veränderung des Finanzierungssystems über Fallpauschalen wurde bereits 2018 beschlossen. Seit 2020 muss die »Pflege am Bett« nicht mehr über Fallpauschalen mitfinanziert werden, vielmehr werden die Kosten für dieses Personal nun über »Pflegebudgets« nach dem Selbstkostendeckungsprinzip refinanziert. Dieser partielle Bruch mit dem Fallpauschalensystem bildet die ökonomische Grundlage für die nun beschlossene PPR 2.0.

Das Ziel einer gesetzlich geregelten, bedarfsbezogenen Personalbemessung ist also nun erreicht. Aus Sicht der Vorsitzenden des DPR stellt die Einführung der PPR 2.0 eine »kleine Revolution für die Profession [Pflege] und für die Sicherung der Versorgung« dar.<sup>3</sup> Pflegeverbände sehen darin ein starkes Signal zur Aufwertung der Pflege, das diese wieder attraktiver macht. In den Krankenhäusern herrscht jedoch keineswegs Aufbruchstimmung. Darauf deuten jedenfalls einige Interviews hin, die wir im Rahmen eines aktuell laufenden Forschungsprojekts am Frankfurter Institut für Sozialforschung durchgeführt haben. Die stellvertretende Pflegedienstleiterin eines kommunalen Krankenhauses, die bereits die Einführung und Abschaffung der ersten PPR miterlebt hat, äußert die Befürchtung, die neue Regelung werde »nur zeigen, wir brauchen so und so viel Personal, aber wir haben es nicht. Und damit wird sich auch nichts ändern.« Diese Einschätzung wird von Kolleg:innen auf den Stationen geteilt, etwa von der Stationsleitung der Chirurgie: Das Haus wolle jetzt schon mehr Leute einstellen, »aber es kommt ja keiner. [...] Also von mir aus kann es PPR 5.0 geben, wenn es keiner mehr machen will, dann brauchen wir auch keine Patienten-Einstufungen zu machen.«

Und die Skepsis ist begründet. In der Alltagspraxis bedeutet die Einführung der PPR 2.0 zunächst nämlich schlicht, dass der Pflegebedarf der neuen Systematik entsprechend dokumentiert werden muss, um Daten zu sammeln. Bis diese Bedarfsermittlung wirksam in Personaleinsatz übersetzt wird, dauert es noch unbestimmte Zeit. Geplant ist eine Konvergenzphase, in der die Ist-Besetzung schrittweise an die Soll-Besetzung angepasst wird. Doch selbst wenn diese Phase einmal abgeschlossen ist, kann man Zweifel hegen, wie wirkmächtig die PPR 2.0 sein wird. Im Beschluss des Bundesrats wurde festgehalten, dass ähnlich wie bei den PpUG Ausnahmeregelungen eingeführt werden sollen, um die Arbeitgeber vor Sanktionen zu bewahren, die der Idee nach bei Unterschreitung der PPR 2.0 greifen würden. »Angesichts der prekären personellen Situation sollte insbesondere auch eine Ausnahmemöglichkeit vorgesehen werden für den Fall, dass das Versorgungsangebot der Klinik zur Versorgung der Bevölkerung nötig ist, aber trotz nachgewiesener Anstrengungen der Klinik das erforderliche Personal nicht rekrutiert werden kann.«<sup>4</sup> Man will also die einzelnen Häuser nicht für eine Gesamtsituation bestrafen, die sie nicht zu verantworten haben.

Dieses Anliegen ist berechtigt, zeigt aber auch, wie verfahren die gegenwärtige Lage ist: Die PPR 2.0 soll dazu dienen, der Flucht aus dem Pflegeberuf, die vor allem durch die schlechten Arbeitsbedingungen verursacht wurde, entgegenzuwirken, indem letztere verbessert werden; nun soll der leere Arbeitsmarkt als Begründung dafür dienen, dass die PPR 2.0 zahnlos bleibt. Zugespitzt: Der Grund dafür, warum man sie eingeführt hat, gilt nun als Grund dafür, sie nicht (wirksam) einzuführen. Der Teufelskreis aus schlechten Arbeitsbedingungen und Personalflucht ist also auch mit dieser Regelung noch nicht durchbrochen. Vor diesem Hintergrund könnte die PPR 2.0 im schlimmsten Fall sogar eher negative Effekte auf die einzelnen Pflegenden haben: Wenn diese sehen, dass sie sich um Patient:innen kümmern, deren Pflegebedarf eigentlich das Doppelte des vorhandenen Personals erfordert, sie also entweder dem Bedarf nicht gerecht werden oder die Arbeit von Zweien erledigen müssen, kann das in der Alltagspraxis auch demotivierend wirken. Darin liegt eine mögliche Tragik dieser wichtigen gesetzlichen Weichenstellung.

<sup>3</sup> <https://www.bibliomed-pflege.de/news/kleine-revolution-fuer-die-profession-pflege>

<sup>4</sup> Bundesrat Drucksache 65/24(B): S. 9.

Während also die Einführung der PPR 2.0 auf politischer Ebene als Erfolg zu werten ist, der aus einem langen Kampf gegen die Ökonomisierung der Krankenhäuser hervorgegangen ist, sind die tatsächlichen Auswirkungen der Regelung auf Stationsebene fraglich. Der Kampf um bessere Arbeitsbedingungen in der Krankenhauspflege ist deshalb noch lange nicht zu Ende.

*\* Robin Mohan ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozialforschung in Frankfurt a. M.*

**express** im Netz und Bezug unter: [www.express-afp.info](http://www.express-afp.info)  
Email: [express-afp@online.de](mailto:express-afp@online.de)

**express** / AFP e.V., Niddastraße 64, VH, 4. OG, 60329 Frankfurt a.M.

*Bankverbindung* für Spenden und Zahlungen:  
AFP, Sparda-Bank Hessen eG, IBAN: DE28 5009 0500 0003 9500 37, BIC: GENODEF1S12