

20. Gesundheitspflege-Kongress in Hamburg

PPR 2.0 – der aktuelle Stand

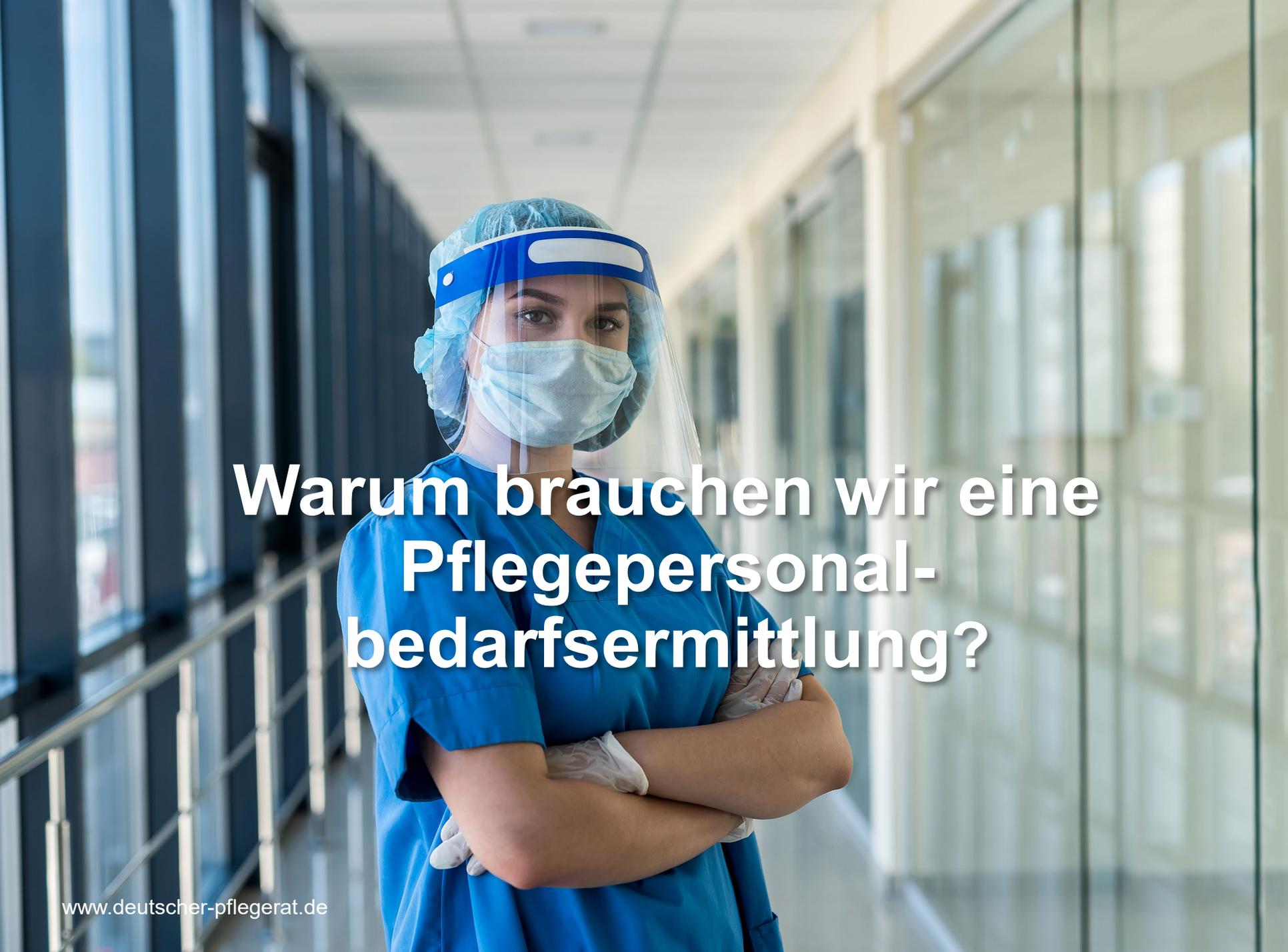
Sandra Mehmecke, M.A.

Fachkommission PBMI des DPR

Stellv. Geschäftsführerin DBfK Nordwest e.V.

05. November 2022





**Warum brauchen wir eine
Pflegepersonal-
bedarfsermittlung?**

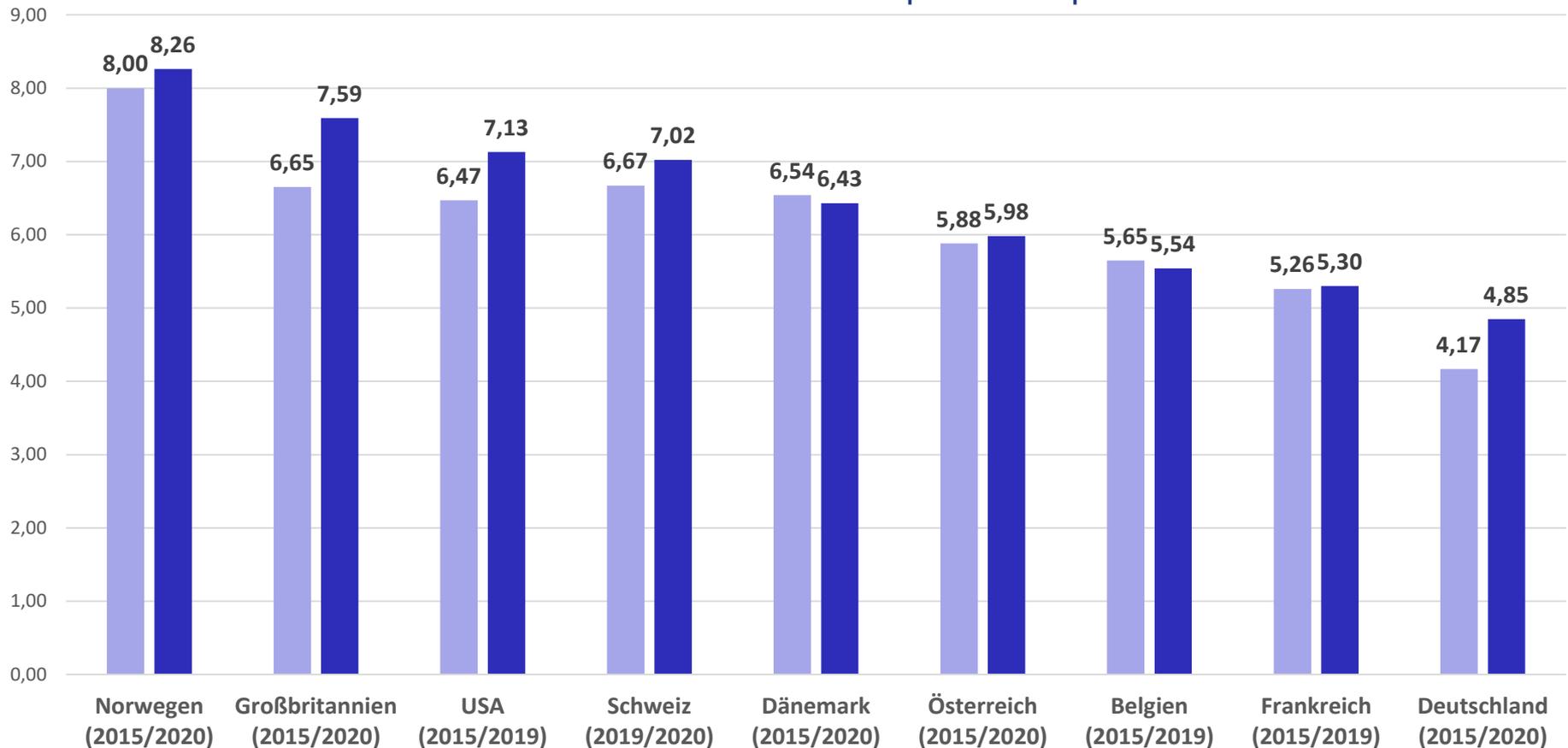
Deutsche Krankenpfleger am Limit

Zu betreuende Patientenzahl pro Pflegefachkraft in Kliniken nach Ländern 2018



Pflegepersonal in Krankenhäusern im internationalen Vergleich

Professional und associate nurses. Vollzeitäquivalente pro 1.000 Einwohner



Pflegepersonalausstattung beeinflusst unerwünschte pflegespezifische Ereignisse

(u.a. Driscoll et al. 2017; Griffiths et al. 2014)

Häufiger unerwünschte Ereignisse in Schichten mit weniger Pflegepersonal/ weniger Pflegefachpersonen

(u.a. Twigg et al. 2015; West et al. 2012)

Bis zu 75% der unerwünschten Ereignisse mit negativen Patientenfolgen sind pflegespezifisch

(D'Amour et al., 2014)



DBfK-Umfrage

35 % erwägen Berufsausstieg



© Werner Krueper



DBfK Deutscher Berufsverband
für Pflegeberufe

Gut geschützt bei der Arbeit?

Zur konkreten Situation beruflich Pflegenden in der Praxis im zweiten Corona-Lockdown

www.arbeitsmarktkammer.de



socium
Forschungszentrum
Langzeitstudien
Ergänzung und Sozialpolitik



PFLEGE-STUDIE: KNAPP 40 PROZENT DER PFLEGENDEN ERWÄGEN IHREN BERUF ZU VERLASSEN

ASH Berlin befragte 2700 Pflegepersonen zu Veränderungen ihrer Arbeitsfähigkeit und Gratifikationskrisen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie

13.01.2022 | Hochschulkommunikation
www.biomed-pflege.de/news/pflexit-gewinnt-an-fahrt



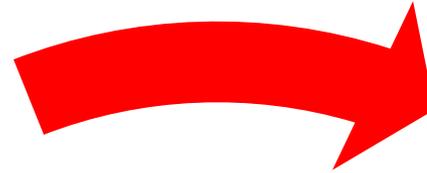
Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern

Bericht zur Studie „Ich pflege wieder, wenn...“ der Arbeitsmarktkammer Bremen und des SOCIUM der Universität Bremen

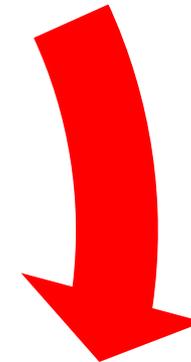
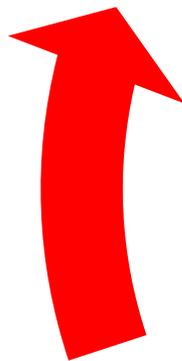


„Ich pflege wieder, wenn ...“

Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften



Personalmangel



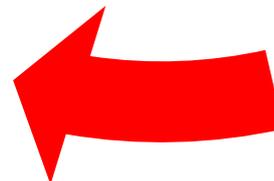
**Ausstieg aus
Pflegerberuf**

oder

**Minderung der
Arbeitszeit**

**Frustration des
Pflegerpersonals**

(implizite Rationierung,
Gefährdung von
Patient*innen; Gefährdung
der eigenen Gesundheit etc.)



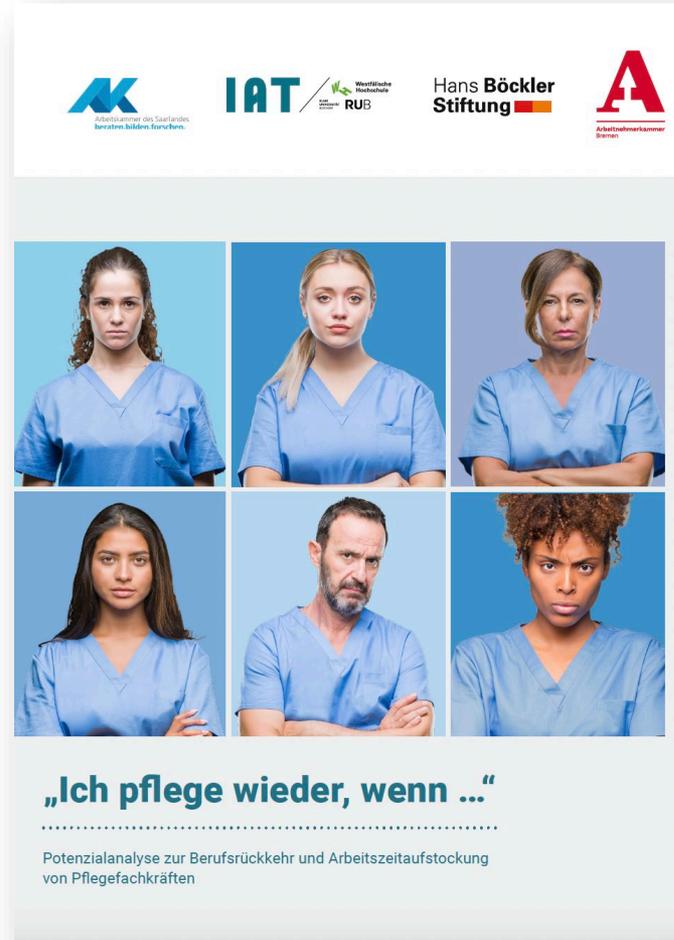
Beruflich Pflegende und Teilzeit



Fast die Hälfte (49 %) der im Pflegedienst der Krankenhäuser Beschäftigten arbeitete 2020 in Teilzeit

DESTATIS

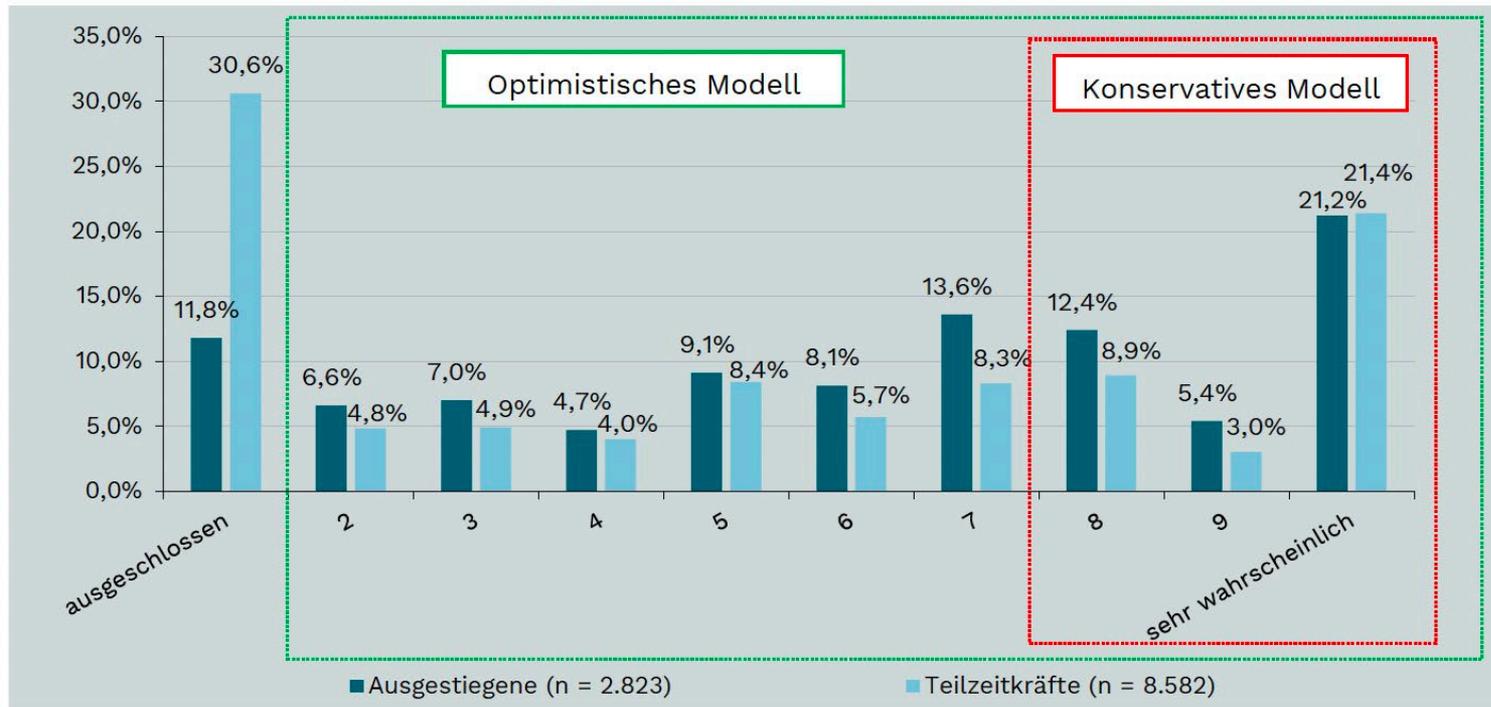
Statistisches Bundesamt (Daten aus 2020; Destatis 2022)



https://media.suub.uni-bremen.de/bitstream/elib/4712/1/Bericht_zur_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Langfassung.pdf

Den -kreis durchbrechen!

Abbildung : Grafische Darstellung der Grundlage des optimistischen und konservativen Rechenansatzes



Quelle: Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, Teilzeitpflegekräfte n = 8.582, ausgestiegene Pflegekräfte n = 2.823.

Den -kreis durchbrechen!

Tabelle (Tabelle 2 in der Studie): Pflegefachkräftepotenziale im Überblick (in Vollzeitäquivalenten, gerundet)

	Krankenpflege		Langzeitpflege		Gesamt	
	<i>Konservativ</i>	<i>Optimistisch</i>	<i>Konservativ</i>	<i>Optimistisch</i>	<i>Konservativ</i>	<i>Optimistisch</i>
Teilzeit- pflegefachkräfte	20.000	43.000	19.000	35.000	39.000	78.000
Ausgestiegene Pflegefachkräfte	152.000	335.000	111.000	248.000	263.000	583.000
Gesamt	172.000	378.000	130.000	283.000	<u>302.000</u>	<u>661.000</u>

Quelle: Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“; Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021); Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020); GKV-Routinedaten der BARMER

„Ich pflege wieder, wenn...“

Tabelle Die zehn wichtigsten Arbeitsbedingungen für einen Wiedereinstieg

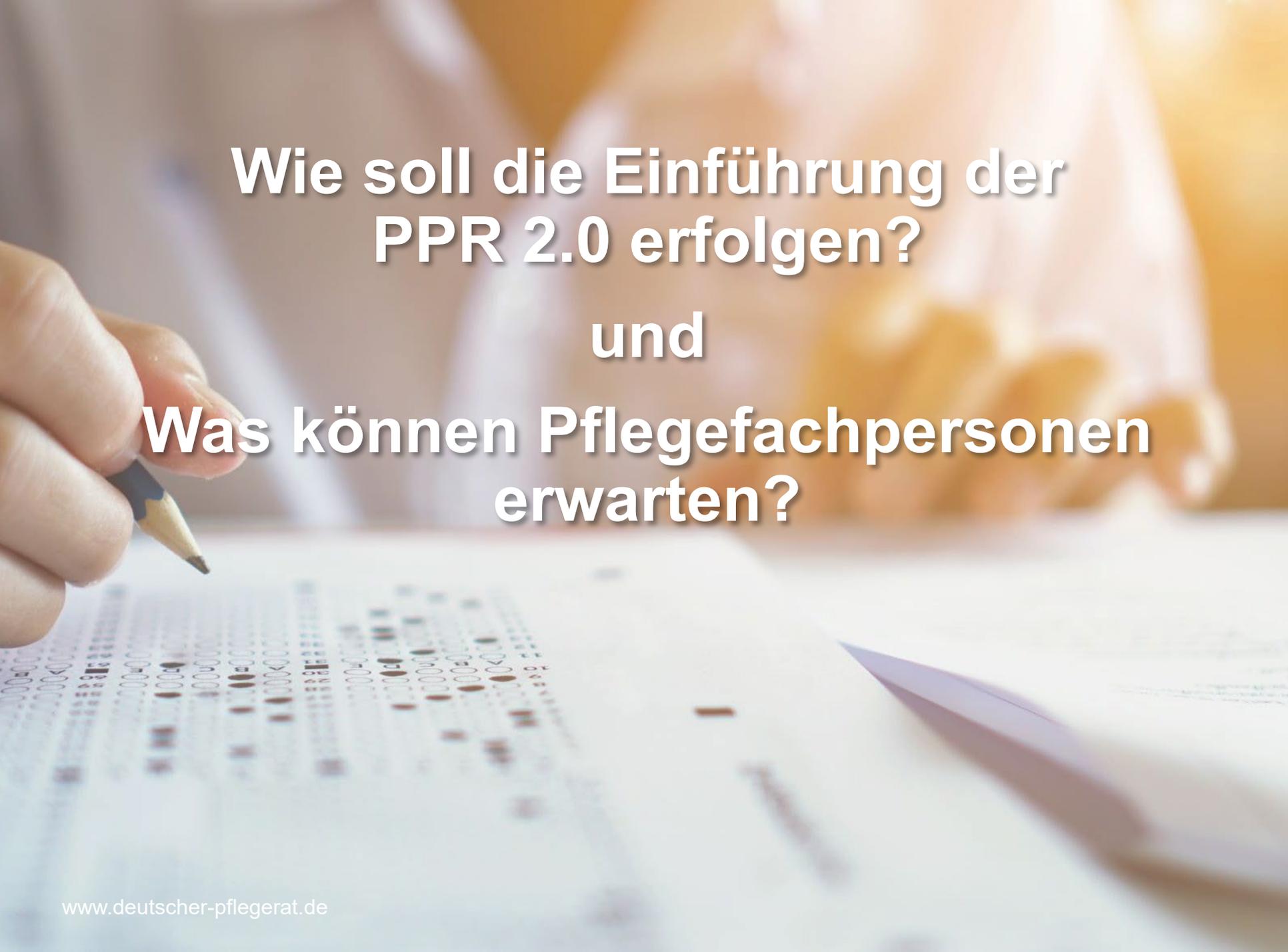
	Arbeitsbedingungen	Themenbereiche	wichtig/ ganz wichtig	n
1	Fairer Umgang unter Kolleg*innen	Organisation und Führung	96,7 %	2.043
2	Bedarfsgerechte Personalbemessung	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	95,5 %	2.316
3	Vorgesetzte, die wertschätzend und respektvoll sind	Organisation und Führung	95,5 %	2.042
4	Mehr Zeit für menschliche Zuwendung	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	94,2 %	2.328
5	Vorgesetzte, die sensibel für meine Arbeitsbelastung sind	Organisation und Führung	93,6 %	2.040
6	Nicht unterbesetzt arbeiten müssen	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	93,4 %	2.327
7	Verbindliche Dienstpläne	Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	90,0 %	2.255
8	Fort-/Weiterbildung = höheres Gehalt	Weiterbildung und Karriere	89,4 %	1.958
9	Augenhöhe gegenüber der Ärzteschaft	Organisation und Führung	89,2 %	2.038
10	Vereinfachte Dokumentation	Organisation und Führung	88,8 %	2.043

Quelle: Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, ausgestiegene Pflegekräfte n = 1.958–2.328.

Anhörungssaal



**Was versteht der Gesetzgeber
unter PPR 2.0?**

A hand holding a pencil is positioned over a document featuring a grid of small circles, likely a form or a checklist. In the background, a person wearing a white lab coat is visible, suggesting a medical or professional setting. The overall scene is brightly lit, with a warm, golden glow.

**Wie soll die Einführung der
PPR 2.0 erfolgen?**

und

**Was können Pflegefachpersonen
erwarten?**

Informationen zur PPR 2.0

EN PRESSE · KONTAKT · LOGIN 4   

 **DKG**  **Themen**  **Service**  **FA+R**

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT 

PPR 2.0 – WAS IST DAS?
Ein Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument

Mit dem Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument, das wir in Anlehnung an die bisherige Pflegepersonal-Regelung (PPR) kurz PPR 2.0 nennen, ist uns gemeinsam mit dem Deutschen Pflegerat und der Gewerkschaft ver.di ein echter Durchbruch bei der Bewältigung der Personalkrise in der Krankenpflege gelungen.

Was kennzeichnet die Regelung?

Patienten werden täglich in je vier Grund- und Spezialpflege-Leistungsstufen eingeteilt. Jeder Stufe ist ein Minutenwert zugeordnet. Hinzu kommen Grund- und Fallwerte als Basis. In der Summe ergibt sich so ein Zeitwert pro Patient, der den Pflegepersonalbedarf abbildet. Der zusammengefasste Wert aller Patienten ergibt den Pflegepersonalbedarf des Hauses. Die PPR 2.0 berücksichtigt zudem aktuelle Entwicklungen in der Pflege. Außerdem wurde das Zeitintervall verändert: Als Nachtschicht gilt jetzt erst die Zeit zwischen 22 und 6 statt wie bisher ab 20 Uhr. Insgesamt ergibt sich in erster Einschätzung eine durchschnittliche Steigerung des Pflegezeitbedarfs pro Patient um 8,1 Prozent gegenüber der alten PPR.

Was erwarten wir?

Mit der PPR 2.0 wollen wir Pflegepersonal zielgerichtet einsetzen und so die hohe Qualität sichern. Die Verantwortung für die Personalallokation soll mit dem Instrument wieder zurück ins Krankenhaus geholt werden. Die neue Pflegepersonalbemessung wird Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entlasten und so einen Beitrag zur höheren Attraktivität des Berufs leisten. Angesichts eines mittelfristigen Personalbedarfs von mindestens 40.000 Kräften ist dieser Effekt von größter Bedeutung.

PERSONAL & WEITERBILDUNG

PPR 2.0 »

- Konzertierte Aktion Pflege »
- Pflegepersonaluntergrenzen »
- Tarifrecht »
- Sozialversicherung (Rechengrößen, SVEV) »
- Vereinbarkeit von Beruf und Familie »
- Hope-Austauschprogramm »
- Boys' Day und Girls' Day »
- Wagweisende Modelle zur Weiterentwicklung der Pflege im Krankenhaus »
- Chefarztrecht »
- Konsiliar-, Beleg- & Honorararztwesen »

<https://www.dkgev.de/themen/personal-weiterbildung/ppr-20/>

DOWNLOADS

-  2022-06-23_ECKPUNKTE GESETZESAUFTRAG UMSETZUNG PPR 2.0
-  EMPFEHLUNG VON DKG, DPR, VER.DI FÜR ANWENDUNGSVORSCHRIFTEN PPR 2.0
-  NUTZUNGSHINWEISE PPR 2.0
-  ABSCHLUSSBERICHT_DKG_PRE-TEST_PPR2.0_FINAL.PDF
-  ENTWURF HANDOUT EINSTUFUNG PPR2.0
-  ENTWURF HANDOUT EINSTUFUNG PPR2.0_ANLAGE 1
-  ENTWURF HANDOUT EINSTUFUNG PPR2.0_ANLAGE 2

PPR 2.0 im Koalitionsvertrag



*„Kurzfristig führen wir zur verbindlichen Personalbemessung im Krankenhaus die Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) als Übergangsinstrument mit dem Ziel eines bedarfsgerechten Qualifikationsmixes ein“
(S. 81)*

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus
sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und
in der Digitalisierung**

(Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG)

Im Koalitionsvertrag wurde insbesondere vereinbart, zur verbindlichen Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus die Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) kurzfristig als Übergangsinstrument einzuführen. Für die Qualität der Patientenversorgung und die Arbeitssituation der Pflegekräfte in den Krankenhäusern ist eine angemessene Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus essentiell. Gute Rahmenbedingungen für die Pflege im Krankenhaus und eine hochwertige pflegerische Versorgung sind zu gewährleisten. Um die Personalsituation in der Pflege kurzfristig zu verbessern, soll der für eine bedarfsgerechte Pflege am Bett erforderliche Personaleinsatz auf bettenführenden Stationen der Somatik angesichts der fortwährenden angespannten Personalsituation in der Pflege im Krankenhaus durch ein Instrument zur Pflegepersonalbemessung sichergestellt und unter Berücksichtigung des Konzeptes der Pflegepersonalregelung PPR 2.0 Vorgaben zur Personalbesetzung festgelegt werden.

„§ 137I

Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung

(1) Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, eine angemessene Personalausstattung vorzuhalten und das für eine bedarfsgerechte Pflege am

Bett erforderliche Personal sicherzustellen. Zu diesem Zweck haben sie nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4 Folgendes zu ermitteln und an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln:

1. die Anzahl der auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern jeweils eingesetzten Pflegekräfte,
2. den Pflegebedarf auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern und
3. die Anzahl der auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte.

Sie haben außerdem die Anzahl der eingesetzten Pflegekräfte schrittweise an die Anzahl der einzusetzenden Pflegekräfte anzupassen.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt spätestens bis zum 31. Januar 2023 eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen Sachverständigen oder eine Sachverständige (Auftragnehmer) mit einer mindestens dreimonatigen Erprobung eines im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit festzulegenden Konzepts zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern. Für die Durchführung der Erprobung hat der Auftragnehmer eine repräsentative Auswahl an nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern zu bestimmen. Die ausgewählten Krankenhäuser sind verpflichtet, dem Auftragnehmer folgende Daten zu übermitteln:

1. die Anzahl der in der jeweiligen bettenführenden Station der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung eingesetzten Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte und
2. die Anzahl der in der jeweiligen bettenführenden Station der nichtmedizinischen somatischen Versorgung auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte.

Der Auftragnehmer kann die Form und das Verfahren der Datenübermittlung festlegen. Weitere nach § 108 zugelassene Krankenhäuser können sich an der Erprobung beteiligen. Der Auftragnehmer hat dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. August 2023 einen Abschlussbericht über die Ergebnisse der Erprobung vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Ergebnisse der Erprobung bei Erlass der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4 zu berücksichtigen.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen bis zum 30. November 2023 Vorgaben zur Ermittlung der Anzahl der eingesetzten und der auf der Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern erlassen. In der Rechtsverordnung kann das Bundesministerium für Gesundheit das Nähere bestimmen

1. zur Ermittlung des täglichen Pflegebedarfs, durch die Festlegung von Pflegekategorien sowie den ihnen zugrunde zulegenden Minutenwerten für die pflegerische Versorgung je Patientin oder Patient,

2. zur bedarfsgerechten personellen Zusammensetzung des Pflegepersonals auf der Grundlage der beruflichen Qualifikationen des Pflegepersonals,
3. zu der von den Krankenhäusern standortbezogen zu erfassenden
 - a) Anzahl der in der jeweiligen Station eingesetzten Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte, (Ist-Personalbesetzung) und
 - b) Anzahl der in der jeweiligen Station auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte, (Soll-Personalbesetzung),
4. zur Übermittlung der von den Krankenhäusern erfassten Daten nach Nummer 3 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einschließlich der Form und des Verfahrens der Übermittlung,
5. zur Dokumentation, zum Nachweis und zur Veröffentlichung der von den Krankenhäusern zu erfassenden und zu übermittelnden Daten sowie
6. zur Auswertung der von den Krankenhäusern zu erfassenden und zu übermittelnden Daten durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt aufgrund der in der Rechtsverordnung nach Absatz 3 vorgesehenen Datenerfassung zur Festlegung des konkreten erforderlichen Erfüllungsgrads der Soll-Personalbesetzung in der Rechtsverordnung nach Absatz 3 ohne Zustimmung des Bundesrates und im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen Regelungen zu treffen

1. zur schrittweisen Anpassung der Ist-Personalbesetzung an den konkreten erforderlichen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung durch das Krankenhaus,
2. zum Nachweis der Anpassung der Ist-Personalbesetzung an den konkreten erforderlichen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und
3. zu Vergütungsabschlägen, wenn ein Krankenhaus es unterlässt,
 - a) die Ist-Personalbesetzung an die Soll-Personalbesetzung anzupassen oder
 - b) die Anpassung der Ist-Personalbesetzung an die Soll-Personalbesetzung nachzuweisen.

(5) Sofern für ein Krankenhaus in einem Tarifvertrag oder einer sonstigen Vereinbarung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern verbindliche Vorgaben zur Anzahl des in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen einzusetzenden Pflegepersonals vereinbart wurden und diese Vereinbarung nach dem übereinstimmenden schriftlich oder elektronisch erklärten Willen der Tarifvertragsparteien der Anwendung der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4 vorzuziehen ist, entfallen für das Krankenhaus die sich aus der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4 ergebenden Verpflichtungen. Die Erklärung sowie der Tarifvertrag oder die sonstige Vereinbarung sind dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln.

(6) Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und § 136a Absatz 2 Satz 2 und Absatz 5 bleiben unberührt.

(7) Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Erfüllung dieser Aufgaben sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren.“

Fazit bisher zum § 137I (KHPfIEG) - Kabinettsentwurf

Es ist völlig unklar, was für ein Instrument „zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern“ (§137I Absatz 2) kommt.

Einziger Hinweis auf Logik der PPR 2.0: „zur Ermittlung des täglichen Pflegebedarfs, durch die Festlegung von Pflegekategorien sowie den ihnen zugrunde zu legenden Minutenwerte für die pflegerische Versorgung je Patientin oder Patient“ (§137I Absatz 3).

„Pflegepersonalausstattung nach Kassenlage“ könnte das Instrument der Zukunft sein.

Es ist völlig unklar, ob überhaupt ein Instrument nach § 137I kommen wird.

Was wollen die Bundesländer?

Bundesrat

Drucksache **460/22** (Beschluss)

28.10.22

Stellungnahme
des Bundesrates

Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz - KHPfIEG)

Was wollen die Bundesländer?

- Auch Intensivstationen
- Längere Erprobung (5 Monate anstatt 3)
- Einbindung und Zustimmung des Bundesrats
- Keine Einbindung des Finanzministeriums
- Ausnahmeregelungen
- Keine stationsgenaue Bedarfsermittlung
- Flächendeckende Einführung nicht vor 01.03.2024
- „unter Berücksichtigung der Lage auf dem Arbeitsmarkt“
- Aufhebung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)

Was sagt die Bundesregierung hierauf?

Deutscher Bundestag
20. Wahlperiode

Drucksache 20/4232
(zu Drucksache 20/3876)
02.11.2022

Unterrichtung
durch die Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz - KHPfIEG)

– Drucksache 20/3876 –

Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung

Was sagt die Bundesregierung hierauf?

- Auch Intensivstationen: **wird geprüft**
- Längere Erprobung: **abgelehnt**
- Zustimmung des Bundesrats: **wird geprüft**
- Einbindung des Bundesrats: **abgelehnt**
- Keine Einbindung des Finanzministeriums: **daran wird festgehalten**
- Ausnahmeregelungen: **abgelehnt; Begründung:**

„Regelungsgegenstand der Vorgaben (...) ist (...) nicht die Einhaltung eines bestimmten Erfüllungsgrades der Soll-Personalbesetzung, sondern die vorangehende Datenerfassung zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes. Eine Regelung zu Ausnahmen (...) ist aus Sicht der Bundesregierung nicht notwendig“

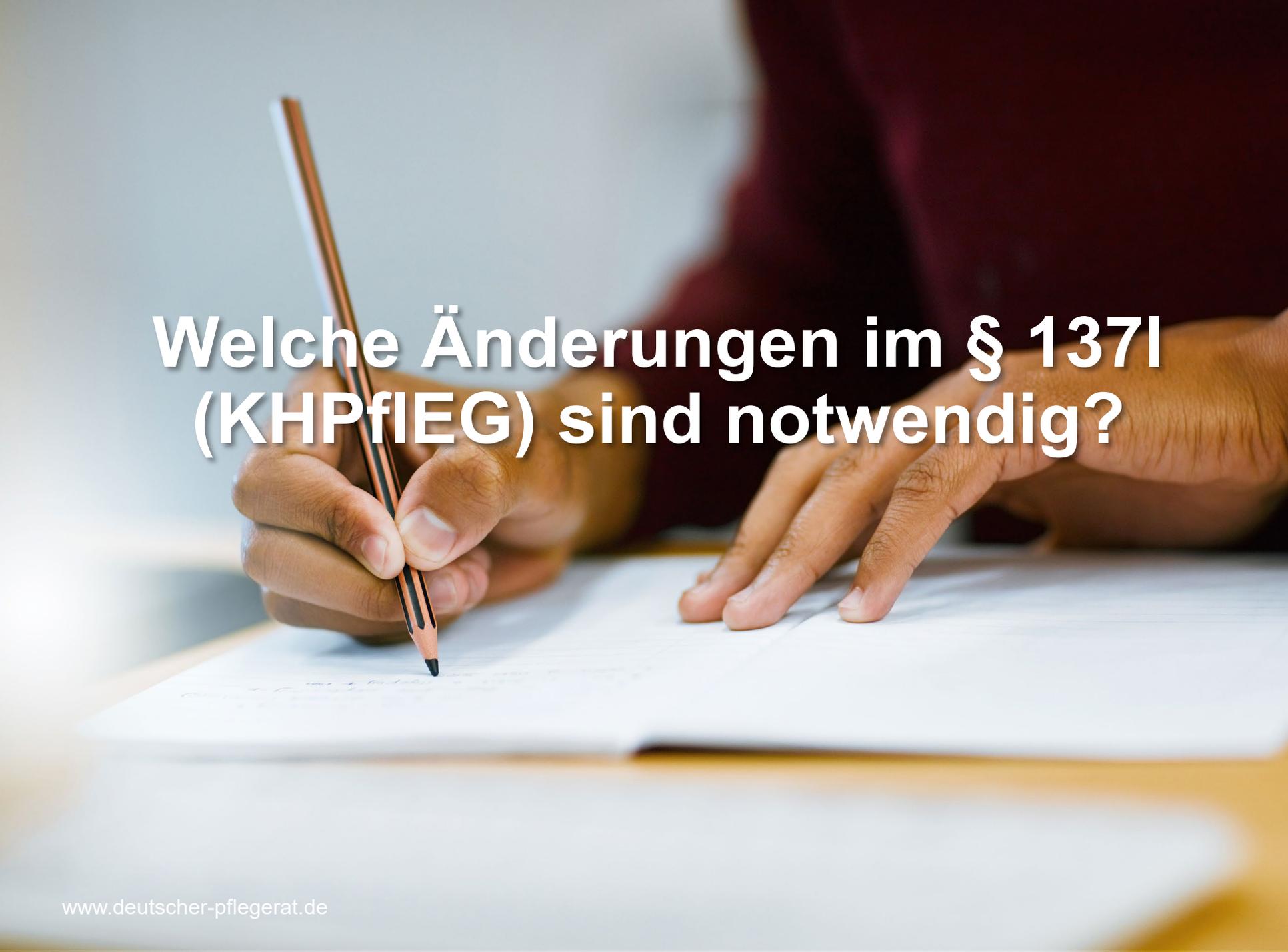
Was sagt die Bundesregierung hierauf?

- Keine stationsgenaue Bedarfsermittlung: **abgelehnt**
- Flächendeckende Einführung nicht vor 01.03.2024: **abgelehnt**
- „unter Berücksichtigung der Lage auf dem Arbeitsmarkt“: **abgelehnt;**
Begründung:

„Eine explizite Aufnahme der „Berücksichtigung der Lage auf dem Arbeitsmarkt“ ist nicht notwendig, da die Ermächtigung des BMG, Regelungen zur schrittweisen Anpassung der Ist-Personalbesetzung an den konkret erforderlichen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung zu treffen, bereits die notwendige Flexibilität enthält, die die Berücksichtigung verschiedener Belange, u. a. der Situation auf dem Arbeitsmarkt, erlaubt“

Was sagt die Bundesregierung hierauf?

- Aufhebung der Regelungen der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) : **abgelehnt**

A close-up photograph of a person's hands writing in a notebook. The person is holding a pencil in their right hand and has their left hand resting on the page. The notebook is open, and the person appears to be writing on a lined page. The background is blurred, showing a wooden desk and a person wearing a red shirt.

**Welche Änderungen im § 137I
(KHPfIEG) sind notwendig?**

- **klares Bekenntnis zur PPR 2.0**
- **Patient*innensicherheit nach Kassenlage ausschließen: sichere Finanzierung von Pflegepersonal anhand PPR 2.0 & assoziierten Instrumenten**
- **auch Intensivstationen berücksichtigen (INPULS)**
- **verbindliche Pflegepersonalbemessung für alle Krankenhäuser in Deutschland – keine Ausnahmen**
- **ambitionierte Ausbauziele und klare Zielformulierung (100% Zielerreichung)**
- **Qualifikationsmix braucht Expertise: zwingende Einbindung von Pflegewissenschaft und -management**
- **kontinuierliche Begleitung und pflegewissenschaftliche Datenanalyse durch ein unabhängiges Institut für die Personalbemessung in der Pflege (InPeP)**

Zum Schluss...

Die PPR 2.0 kann nicht alles, aber sie **kann weiterentwickelt werden** (z.B. *Qualifikationsmix, vollständige Digitalisierung*).

Vorteile der PPR 2.0:

- langjährige Erfahrungswerte
- unbürokratisch
- dringend notwendige Pflegepersonalbedarfsermittlung.

Aktuell gibt es **keine Alternative zur PPR 2.0** und **die PPR 2.0 wird von einem breiten Bündnis getragen!**

Fragen?

Deutscher Pflegerat e.V.
Alt-Moabit 91
10559 Berlin
info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de

www.deutscher-pflegerat.de

