



Fachbereich WD 8

Instrumente zur Pflegepersonalbemessung in Krankenhäusern

Instrumente zur Pflegepersonalbemessung in Krankenhäusern

Aktenzeichen: WD 8 - 3000 - 008/26
Abschluss der Arbeit: 18.03.2026
Fachbereich: WD 8: Gesundheit, Familie, Bildung und Forschung, Umwelt

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0)	4
2.1.	Zur Einführung der PPR 2.0	4
2.2.	Ziele der PPR 2.0	7
2.3.	Rechtliche Ausgestaltung der Pflegepersonalbemessung	8
2.3.1.	Soll-Personalbesetzung	9
2.3.2.	Ist-Personalbesetzung	12
2.4.	Evaluation der PPR 2.0	12
2.5.	Kritik an der PPR 2.0	13
3.	Weitere Instrumente zur Pflegepersonalbemessung in Krankenhäusern	14
3.1.	Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG)	14
3.2.	Pflegepersonalquotient (PpQ)	17

1. Einleitung

Die Personalausstattung eines Krankenhauses ist ein wesentlicher Faktor für eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung von Patienten. Dies gilt sowohl im Hinblick auf die Erbringung ärztlicher als auch pflegerischer Leistungen. Durch den bestehenden Kostendruck, der sich auch aufgrund der demografischen, wirtschaftlichen und politischen Entwicklung verstärkt hat, hat sich die Pflegepersonalausstattung in den Krankenhäusern in den vergangenen Jahrzehnten tendenziell verschlechtert. Dies trägt wiederum bei zu einer sinkenden Attraktivität des Pflegeberufs und einer weiteren Verschärfung des Pflegenotstands. Zum Ausgleich der negativen Folgen der Personalkostenreduktion hat der Gesetzgeber verschiedene Instrumente im Sozialrecht verankert, die auf die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegepersonalausstattung und/oder der Pflegequalität abzielen. Hierzu wurde zum 1. Juli 2024 für alle Krankenhäuser¹ die Pflicht eingeführt, ausgehend vom tatsächlich bestehenden Pflegebedarf bestimmte personelle Kapazitäten im Pflegebereich vorzuhalten (Pflegepersonalregelung 2.0). Zuvor waren mit den Pflegepersonaluntergrenzen für bestimmte Bereiche und dem Pflegepersonalquotienten bereits Vorgaben zur personellen Mindestausstattung in Krankenhäusern eingeführt worden, die ein bestimmtes Versorgungsniveau sicherstellen sollen, sich jedoch in ihrer Ausgestaltung nicht am tatsächlich bestehenden Pflegebedarf orientieren.

Nachfolgend werden – ausgehend von der Historie – die Grundzüge der Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) dargelegt. Neben der Einführung der PPR 2.0 und deren konkreter Ausgestaltung wird dabei auch auf vorhandene Evaluationsergebnisse und diskutierte Kritikpunkte eingegangen.

2. Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0)

2.1. Zur Einführung der PPR 2.0

Die Notwendigkeit zur Entwicklung eines geeigneten Instrumentariums zur Pflegepersonalbedarfsermittlung in Krankenhäusern wurde von verschiedenen Institutionen, die an der Versorgung in Krankenhäusern beteiligt oder hierfür verantwortlich sind, aber auch von der Politik bereits seit Längerem gesehen. Im Rahmen der im Jahr 2018 ins Leben gerufenen „Konzertierten Aktion Pflege (KAP²)“ hatte die Bundesregierung die Entwicklung und Einführung eines am Bedarf ausgerichteten und pflegewissenschaftlich fundierten Pflegepersonalbemessungsinstrumentes als eine von vielen Maßnahmen zur Verbesserung des Pflegenotstands gemeinsam mit den Akteuren der Pflege vereinbart.³ Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR) und die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) wurden daraufhin beauftragt, bis

1 Hierunter fallen alle Krankenhäuser, die nach § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 3. Februar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 28), zugelassen sind.

2 Ausführlichere Informationen zur KAP finden sich auf der Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege>. Dieser sowie sämtliche weiteren Links wurden zuletzt aufgerufen am 18. März 2026.

3 Bundesregierung (Hrsg.), Konzertierte Aktion Pflege – Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_-_Pflege/191129_KAP_Gesamttext_Stand_11.2019_3._Auflage.pdf, S. 46.

zum 31. Dezember 2019 einen Vorschlag für eine Interimslösung zu entwickeln. Umgesetzt wurde dies mit der Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) sowie der Pflegepersonalregelung für Kinder (Kinder-PPR 2.0⁴).

Das Konzept der PPR 2.0 basierte auf der Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege (Pflegepersonal-Regelung – PPR). Die ursprüngliche PPR wurde mit Wirkung zum 1. Januar 1993 durch Artikel 13 des Zweiten Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz⁵) eingeführt. Hierbei handelte es sich um eine leistungsbezogene Personalbedarfserhebung, die über die tägliche Bestimmung des Pflegeaufwandes stationärer Patienten der Ermittlung der notwendigen Anzahl von Pflegekräften in Krankenhäusern diente und die pflegerischen Tätigkeiten oder Verrichtungen am Patienten abbildete. Der Pflegeaufwand pro Patient wurde als Minutenwert ermittelt, wobei für Erwachsene und Kinder unterschiedliche Werte angesetzt wurden. Die Anwendung der PPR führte zunächst dazu, dass mit 21.000 Stellen ein um 8.000 Stellen höherer Bedarf als ursprünglich vorgesehen errechnet wurde. In der Folge kam es zu einem deutlichen Personalaufbau an einigen Krankenhäusern und zu einer Entspannung des Pflegenotstands, wobei die Krankenhäuser nicht verpflichtet waren, die Anzahl der errechneten Stellen zu finanzieren und eine Nichteinhaltung des errechneten Personalbedarfs nicht sanktionsbewehrt war. Die PPR bot erstmalig die Möglichkeit, das Leistungsgeschehen der Pflege differenziert darzustellen, den Personalbedarf auf Grundlage dokumentierter Leistungen zu errechnen und galt somit als differenzierte Steuerungsgrundlage. Kritisiert wurde jedoch zum einen die fehlende systematische oder pflegediagnostisch fundierte Pflegebedarfserhebung, realitätsferne Minutenwerte sowie der Erfassungsaufwand. In der Folge wurde die PPR ab 1996 zunächst vorübergehend⁶ und im Jahr 1997 endgültig⁷ abgeschafft. Sie wird dennoch in vielen Krankenhäusern als internes Steuerungsinstrument bis in die Gegenwart verwendet; ein Erfüllungsquotient zwischen 80 und 90 Prozent wird dabei i. d. R. als auskömmliche Personalausstattung angesehen.⁸

Mehr als 20 Jahre später griffen die Koalitionäre der vergangenen Wahlperiode den Regelungsbedarf eines entsprechenden Steuerungsinstruments wieder auf und vereinbarten im

4 Informationen zur (Kinder-)PPR 2.0 finden sich auf der Internetseite der DKG, abrufbar unter <https://www.dkgev.de/themen/personal-weiterbildung/ppr-20/>.

5 Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266), zuletzt geändert durch Artikel 205 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304).

6 Die (rückwirkende) Aussetzung der PPR für das Jahr 1996 erfolgte durch die Verordnung zur Änderung der Pflege-Personalregelung vom 17. April 1996 (BGBl. I S. 620).

7 Die Aufhebung der PPR erfolgte durch Artikel 13 des Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG) vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) mit Wirkung vom 1. Januar 1997.

8 Einen Überblick zur PPR liefert Matzke, Christiane (u. a.), Personalbemessung in der Krankenhauspflege – Was kommt nach der PPR 2.0?, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 2/2025.

Koalitionsvertrag⁹ die kurzfristige Einführung der PPR 2.0. Vorab sollte eine mindestens dreimonatige Erprobung erfolgen (§ 137k Abs. 2 S. 1 SGB V)¹⁰. Dabei war rechtspolitisch umstritten, ob die PPR 2.0 lediglich als Interimslösung dienen oder langfristig weiterentwickelt werden sollte. Angedacht war zunächst, sie als Übergangsinstrument einzuführen und zu einem späteren Zeitpunkt durch ein wissenschaftlich noch zu entwickelndes Pflegepersonalbemessungsinstrument zu ersetzen. In der Folge wurde ein entsprechender Regelungsauftrag an die Selbstverwaltungsparteien auf Bundesebene in § 137k Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V¹¹) verankert, wonach bis zum 31. Dezember 2024 ein wissenschaftliches Konzept der Bemessung des Pflegepersonalbedarfs entwickelt werden sollte.¹² Danach sollte es sich um ein bedarfsgerechtes, standardisiertes, aufwandsarmes, transparentes, digital anwendbares und zukunftsfähiges Verfahren handeln. Dieses sollte über einen analytischen Ansatz unter Hinzuziehung empirischer Daten entwickelt werden und eine fachlich angemessene pflegerische Versorgung in den Krankenhäusern gewährleisten.

Infolge eines fehlenden Einvernehmens zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und den Selbstverwaltungsparteien wurde jedoch kein neues Instrument zur Pflegepersonalbemessung in Krankenhäusern entwickelt. Unabhängig davon wird die Einführung dieses Regelungsauftrags zum Teil als Abrücken von der übergangsweisen Einführung der PPR 2.0 gewertet.¹³ Während der Gesetzentwurf zur Neufassung der Regelung des § 137k SGB V¹⁴, die konzeptuell auf die Einführung der PPR 2.0 ausgerichtet war, zunächst stark auf den vorgesehenen Übergangscharakter der Regelung abstellte, änderte sich dies jedoch im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens. So stellen die Selbstverwaltungsparteien nunmehr nach § 137l Abs. 1 SGB V die Weiterentwicklung der Vorgaben zur Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus sicher, während nach § 137k Abs. 4 SGB V die Vorgaben zur Personalbedarfsermittlung in den Zuständigkeitsbereich des BMG fallen. Danach konnte das BMG erstmalig zum 30. November 2023

-
- 9 Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP), S. 64, abrufbar unter https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf.
- 10 Ausführlichere Informationen zur Erprobung und deren Ergebnisse finden sich in Gliederungspunkt 2.4.
- 11 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 3. Februar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 28).
- 12 Die Vorschrift wurde durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) vom 19. Juli 2021 eingeführt. Laut Gesetzentwurf war hierfür zunächst eine Verankerung als § 137l SGB V vorgesehen; im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens wurde die Regelung aus rechtssystematischen Gründen in § 137k SGB V verschoben; vgl. hierzu Engelmann in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 5. Aufl., § 137k SGB V (Stand: 1. April 2025), Rn. 4.
- 13 Böing, Ingo, Die PPR 2.0 – ein Instrument aus der Pflege zur Personalbedarfsermittlung, in: Evers, Arne (u. a.) (Hrsg.), Personalbemessung in der Pflege – zwischen Gesetz und Gestaltungsraum, W. Kohlhammer, Stuttgart, 1. Auflage 2025, S. 136-149.
- 14 Diese erfolgte durch das Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung – Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) vom 20. Dezember 2022, BGBl. I Nr. 56, S. 2793-2816, abrufbar unter https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?-start=/*%5b@attr_id=%27bgbl122s2793.pdf%27%5d#/switch/tocPane?ts=1772779776790.

durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates 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 somatischen Versorgung festlegen.¹⁵ Grundlage hierfür war die zunächst als Interimslösung vorgesehene PPR 2.0. Durch die geänderte Ausrichtung hin zu einer langfristigen Nutzung der PPR 2.0 wurde Forderungen von Pflegeverbänden Rechnung getragen, diese als Ausgangspunkt einer Entwicklung zu nutzen.¹⁶ Die PPR 2.0 soll insbesondere im Hinblick auf die bedarfsgerechte personelle Zusammensetzung des Pflegepersonals auf der Grundlage der beruflichen Qualifikationen des Pflegepersonals weiterentwickelt werden. Dies gilt auch für die standardisierte und digitale Anwendung der Vorgaben. Zudem sind Vorschläge zur Personalbemessung in der Pflege in Notaufnahmen vorzulegen.¹⁷

2.2. Ziele der PPR 2.0

Ziel der PPR 2.0 ist es, gute Rahmenbedingungen für die Pflege im Krankenhaus sowie eine hochwertige pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Pflegekräfte sollen entlastet und die Attraktivität des Pflegeberufs gesteigert werden; die PPR 2.0 soll somit auch zu einer Fachkräftesicherung im Pflegebereich beitragen. Schätzungen zufolge ergibt sich aus der Anwendung der PPR 2.0 ein deutlicher Personalzuwachs im Vergleich zur vor der Einführung bestehenden Personalausstattung¹⁸; bei einer vollständigen Erreichung des ermittelten Pflegeaufwands wird von einem mittelfristigen Personalbedarf von 40.000 bis 80.000 Vollzeitkräften ausgegangen.¹⁹ Durch den zielgerichteten Einsatz des Pflegepersonals soll die Qualität gesichert und die Verantwortung für die Personalallokation zurück ins Krankenhaus übertragen werden. Kern der Vorschrift ist die Ausrichtung der Personalplanung am tatsächlichen Bedarf und nicht die Orientierung an einer

15 Ausführlichere Informationen zur rechtlichen Ausgestaltung der PPR 2.0 finden sich in Gliederungspunkt 2.4.

16 Vgl. hierzu Deister, Sören in: Hauck/Noftz, Sozialgesetzbuch (SGB) V Kommentar - Gesetzliche Krankenversicherung, Oktober 2024, § 137k SGB 5, Rn. 7.

17 Hierzu liegt ebenfalls bereits ein Bericht der KPMG vor; vgl. hierzu KPMG (Hrsg.), Entwicklung eines Konzeptes für ein Verfahren zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung in Notaufnahmen, 6. Dezember 2024, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_PflegepersonalNotaufnahmen_final.pdf.

18 Dies ergibt sich aus dem Abschlussbericht zum durchgeführten Pre-Test der PPR 2.0; vgl. hierzu Fleischer, Stefan, Pre-Test einer modernisierten Pflegepersonal-Regelung für Erwachsene, Juni 2020, abrufbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5_Personal_und_Weiterbildung/2.5.0.-PPR_2.0/Abschlussbericht_DKG_Pre-Test_PPR2.0_final.pdf, S. 26f.

19 DKG (Hrsg.), Zahlen und Daten zur PPR 2.0, abrufbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5_Personal_und_Weiterbildung/2.5.0_PPR_2.0/Zahlen_und_Daten.pdf. Vgl. hierzu auch DKG (Hrsg.), PPR 2.0 – Was ist das?, abrufbar unter <https://www.dkgev.de/themen/personal-weiterbildung/ppr-20/>.

(relativ bemessenen) Untergrenze zur Festlegung einer gerade noch hinnehmbaren Qualität der Pflege.²⁰

2.3. Rechtliche Ausgestaltung der Pflegepersonalbemessung

Krankenhäuser sind nach § 137 Abs. 1 S. 1 SGB V verpflichtet, eine angemessene Personalausstattung vorzuhalten und das für eine bedarfsgerechte Pflege am Bett erforderliche Personal sicherzustellen. Hierzu haben sie Daten zur Anzahl der eingesetzten Pflegekräfte, zum bestehenden Pflegebedarf sowie zur Anzahl der auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu melden (Abs. 1 S. 2). Das InEK wiederum ist dazu verpflichtet, eine Auswertung dieser Daten an die zuständigen Landesbehörden sowie das BMG zu übermitteln. Halten Krankenhäuser die Vorgaben zur Erfassung und Übermittlung der Personalbesetzung nicht vollständig oder rechtzeitig ein, führt dies zu Sanktionen. Hierfür sieht § 137k Abs. 4 S. 3 SGB V vor, dass die Selbstverwaltungsträger eine Vereinbarung über Vergütungsabschläge, deren Höhe sowie nähere Ausgestaltung schließen. Dieser Verpflichtung sind die Träger mit dem Abschluss der Vereinbarung über Sanktionen entsprechend der Verpflichtung nach 137k Abs. 4 S. 3 SGB V (PPB-Sanktions-Vereinbarung²¹) nachgekommen, die zum 10. Februar 2025 in Kraft trat.

Die Krankenhäuser sind darüber hinaus nach § 137k Abs. 1 S. 3 SGB V verpflichtet, die Anzahl der eingesetzten Pflegekräfte schrittweise an die Anzahl der einzusetzenden Pflegekräfte anzupassen. Konkrete Regelungen hierzu können nach § 137k Abs. 5 SGB V vom BMG in einer Rechtsverordnung erlassen werden. Diese kann zum einen Regelungen zur schrittweisen Anpassung der Ist-Personalbesetzung an den konkret erforderlichen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung durch das Krankenhaus enthalten. Zum anderen können Regelungen zum Nachweis der Anpassung der Ist-Personalbesetzung an den konkret erforderlichen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung gegenüber dem InEK getroffen werden. Außerdem kann das BMG Vergütungsabschläge festlegen, die bei Nichteinhaltung der festgelegten Personalanpassung oder bei fehlendem Nachweis über diese Anpassung gelten. Zum Erlass der Rechtsverordnung bedarf es der Zustimmung des Bundesrates. Da sich die neue Pflegepersonalbemessung in Krankenhäusern noch in der Einführungsphase befindet, hat das BMG bisher keine entsprechende Rechtsverordnung erlassen. Somit gibt es derzeit weder Vorgaben zu konkreten Erfüllungsgraden bei der Pflegepersonalausstattung noch Sanktionen für die Nichteinhaltung derselben. Eine Einführung sei erst mit

20 Vgl. hierzu Deister, Sören in: Hauck/Noftz, Sozialgesetzbuch (SGB) V Kommentar - Gesetzliche Krankenversicherung, Oktober 2024, § 137k SGB 5, Rn. 3. Insofern unterscheidet sich die Zielrichtung der PPR 2.0 von denen der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V und den Pflegepersonalquotienten nach § 137j SGB V; vgl. hierzu Gliederungspunkt 3.

21 Vereinbarung über Sanktionen gemäß 5 1 37k Absatz 4 Satz 3 SGB V (P PB-Sanktions-Vereinbarung) vom 10. Februar 2025 zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin, abrufbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5_Personal_und_Weiterbildung/2.5.0_PPR_2.0/Vereinbarung_ueber_Sanktionen_gemaess_137k_Abs.4_S.3_SGB_V_PPB-Sanktionsvereinbarung.pdf.

Etablierung des Systems, bei zuverlässig funktionierenden Datenflüssen und dem Vorliegen ausreichender Daten möglich.²²

Die konkreten Vorgaben zur Ermittlung der Anzahl der eingesetzten und der auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte ergeben sich aus der nach § 137k Abs. 4 SGB V vom BMG erlassenen Verordnung über die Grundsätze der Personalbedarfsbemessung in der stationären Krankenpflege (Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV²³). Beim Erlass der PPBV waren die Ergebnisse der Erprobung zu berücksichtigen (§ 137k Abs. 2 S. 6 SGB V). Die Vorgaben der PPBV gelten für bettenführende Normalstationen der somatischen Versorgung für Erwachsene sowie bettenführende Normal- und Intensivstationen der somatischen Versorgung für Kinder in zugelassenen Krankenhäusern (§ 1 Abs. 2 PPBV).²⁴ Die PPBV enthält konkrete Regelungen zur Ermittlung der Soll- sowie der Ist-Personalausstattung sowie zur erforderlichen Qualifikation der auf die tatsächliche Personalausstattung anzurechnenden Pflegekräfte (Qualifikationsmix). Darüber hinaus enthält die PPBV konkrete Vorgaben zur Übermittlung der Daten durch die Krankenhäuser an das InEK bzw. deren Auswertung und Weiterleitung durch das InEK an das BMG. Die Verordnung trat zum 1. Juli 2024 in Kraft.

2.3.1. Soll-Personalbesetzung

Die Soll-Personalbesetzung wird auf Grundlage des Pflegebedarfs in der jeweiligen Station des Krankenhauses für jeden Kalendermonat ermittelt (§ 4 PPBV für Normalstationen für Erwachsene, § 5 PPBV für Normal- und Intensivstationen für Kinder). Auf Normalstationen für Erwachsene wird dieser separat für die Tag- und Nachtschicht ermittelt, wobei sich die nachfolgende Darstellung auf die Ermittlung des Pflegebedarfs zwischen sechs und 22 Uhr (Tagschicht) bezieht.²⁵ Auf Kinderstationen hingegen erfolgt keine derartige Unterscheidung; auf Intensivstationen für Kinder richtet sich die Zuordnung der Werte jedoch nach dem praktizierten Schichtsystem. Die Berechnung des Pflegebedarfs unterscheidet sich auch darüber hinaus in einzelnen Punkten zwischen den Stationen für Erwachsene und Kinder bzw. der Normal- und

22 Vgl. hierzu BMG (Hrsg.), Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegepersonalbemessung-im-krankenhaus>.

23 Pflegepersonalbemessungsverordnung vom 12. Juni 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 188), zuletzt geändert durch Artikel 5b des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400), abrufbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/ppbv/PPBV.pdf>. Die PPBV wurde gemäß § 137k Abs.4 SGB V vom BMG mit Zustimmung des Bundesrates und im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen (BMF) erlassen.

24 Für die Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs für die intensivmedizinische Betreuung Erwachsener findet die PPBV keine Anwendung, bislang existiert auch noch keine andere Verordnung, nach der der Pflegebedarf auf Intensivstationen für Erwachsene ermittelt wird. Es fand jedoch bereits gemäß § 137k Abs. 3 S. 1 SGB V eine modellhafte Erprobung eines Verfahrens zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung auf Intensivstationen für Erwachsene, ebenfalls durchgeführt durch die KPMG, statt; vgl. hierzu KPMG (Hrsg.), Entwicklung und modellhafte Erprobung eines Verfahrens zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung auf Intensivstationen für Erwachsene, 19. November 2024, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht ITS bf.pdf.

25 Der Personalbedarf für die Zeit zwischen 22 und sechs Uhr des Folgetages (Nachtschicht) richtet sich nach § 4 Abs. 3 PPBV. Grundlage hierfür ist ein vorgegebenes Verhältnis zwischen Patienten und Pflegefachkräften; Anwendung finden die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 Abs. 1 PpUGV für festgelegte pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern; vgl. hierzu auch Gliederungspunkt 3.1.

Intensivstation. Im Wesentlichen ist die Berechnung jedoch für alle von der PPBV erfassten Stationen identisch. So wird für jede Station eine Gesamtstundenzahl errechnet, die dem Pflegeaufwand entspricht, der für alle Patienten der Station zusammen anfällt. Dabei wird auf den tatsächlich bestehenden Pflegebedarf abgestellt und nicht auf den Umfang der Pflege, die ausgehend von der vorhandenen Personalausstattung erbracht werden kann. In die Berechnung der Gesamtstundenzahl fließen insgesamt drei verschiedene Werte ein, die für jeden im Krankenhaus behandelten Patienten einmalig bzw. täglich ermittelt werden. Hierzu gehören der Fallwert, der Pflegegrundwert sowie Minutenwerte.²⁶ Die zusammengefassten Werte aller Patienten ergeben insgesamt eine Gesamtstundenzahl, die umgerechnet in Vollzeitäquivalente²⁷ den tatsächlichen Pflegepersonalbedarf auf der jeweiligen Station angibt.

Der **Fallwert** wird für jeden Patienten **einmal** pro Krankenhausaufnahme bzw. bei regelmäßiger oder mehrfacher Krankenhausbehandlung aufgrund derselben Erkrankung einmal je Kalenderquartal angesetzt. Bei erwachsenen Patienten beträgt der Fallwert 75 Minuten (§ 12 Abs. 3 PPBV); bei Kindern wird dieser mit 66 Minuten (§ 14 Abs. 3 PPBV für Normalstationen bzw. § 19 Abs. 3 PPBV für Intensivstationen) etwas niedriger als bei Erwachsenen angesetzt. Der Fallwert ist somit für jeden Patienten der Station, unabhängig vom individuellen Pflegeaufwand, gleich hoch.

Beim **Pflegegrundwert** handelt es sich um einen fixen Wert, der für jeden Patienten **pro Tag** ermittelt wird und innerhalb einer Station für jeden Patienten gleich hoch ist. Für Erwachsene wird ein täglicher Pflegegrundwert in Höhe von 33 Minuten bei der Berechnung des Pflegebedarfs berücksichtigt. Erwachsenen Patienten, die einer Isolationspflicht unterliegen, wird ein erhöhter Pflegegrundwert von 123 Minuten pro Tag zugeordnet (§ 23 Abs. 1 PPBV). Für Kinder wird ein Pflegegrundwert in Höhe von 55 Minuten täglich berücksichtigt (§ 14 Abs. 1 PPBV für Normalstationen bzw. § 19 Abs. 1 PPBV); dieser liegt somit deutlich höher als der Pflegegrundwert für erwachsene Patienten. Für Kinder gilt kein erhöhter Pflegegrundwert bei einer bestehenden Isolationspflicht. Der Pflegegrundwert ist ebenso wie der Fallwert identisch für sämtliche Patienten der jeweiligen Station.

Der individuelle Pflegebedarf eines jeden Patienten wird über den dritten Bestandteil der Pflegebedarfsermittlung, die sog. **Minutenwerte**, abgebildet.²⁸ Hierzu wird jeder Patient **täglich** einer von mehreren vordefinierten Patienten- und Leistungsgruppen zugeordnet, die wiederum verschiedenen Minutenwerten entsprechen. Die Ermittlung erfolgt getrennt für die Tag- und Nachtschicht; Minutenwerte Die Zuordnung der **Minutenwerte für erwachsene Patienten auf Normalstationen** erfolgt durch Pflegefachkräfte auf Grundlage der zu erwartenden Pflegemaßnahmen (§ 9 PPBV) zu einem festen Zeitpunkt, der vom jeweiligen Krankenhaus festzulegen ist und i. d. R. zwischen 15 und 21 Uhr liegen soll. Dabei wird zum einen der Pflegebedarf im Bereich der sog. **allgemeinen Pflege** ermittelt. Hierzu zählen pflegerische Maßnahmen der Körperpflege,

26 Unabhängig von der Bezeichnung wird auch den anderen beiden Werten eine bestimmte Anzahl an Minuten zugeordnet.

27 Als Vollzeitäquivalent wird eine Arbeitszeit von 38,5 Stunden pro Woche angesetzt (§ 2 Abs. 7 PPBV).

28 Der Aufbau der PPR 2.0 orientiert sich stark an der ursprünglichen PPR, die ebenfalls zwischen Pflegekategorien nach Alter (Erwachsene, Kinder mit Altersstufen) und Pflegestufen (Allgemeine Pflege – A1, A2 und A3, Spezielle Pflege – S1, S2 und S3) unterschieden hat. Auf die Darstellung der im Detail bestehenden Unterschiede zwischen der ursprünglichen PPR und der PPR 2.0 wird im Rahmen dieses Sachstands verzichtet.

Ernährung, Ausscheidung, Mobilisation und Positionswechsel. Diese sind eingeteilt in Grundleistungen (A1), erweiterte (A2), besondere (A3) sowie hochaufwendige Maßnahmen (A4)²⁹. Die Zuordnung zu den Leistungsstufen der allgemeinen Pflege richtet sich danach, wie viele Zuordnungsmerkmale der verschiedenen Leistungsgruppen auf den Patienten zutreffen (§ 10 PPBV). Patienten, die nicht der Leistungsstufe A2, A3 oder A4 zugeordnet werden, sind der Leistungsstufe A1 zuzuordnen. Zum anderen wird der Pflegebedarf im Bereich der sog. **speziellen Pflege** ermittelt; dabei wird wie bei den allgemeinen Pflegeleistungen zwischen Grundleistungen (S1), erweiterten (S2), besonderen (S3) sowie hochaufwendigen Maßnahmen (S4) unterschieden.³⁰ Die Zuordnung zu den Leistungsstufen der speziellen Pflege richtet sich danach, ob mindestens ein Zuordnungsmerkmal aus den jeweiligen Leistungsbereichen auf den Patienten zutrifft (§ 11 PPBV). Patienten, die nicht der Leistungsstufe S2, S3 oder S4 zugeordnet werden, sind der Leistungsstufe A1 zuzuordnen. Ausgehend davon wird jeder Patient einer von insgesamt 16 Patientengruppen zugeordnet (A1/S1 bis A4/S4)³¹, für die jeweils unterschiedliche Minutenwerte angesetzt sind (§ 12 PPBV). Diese liegen zwischen 59 Minuten für die Patientengruppe A1/S1 und können bis zu 427 Minuten für die Patientengruppe A4/S4 betragen.

Die Zuordnung der **Minutenwerte für Kinder auf Normalstationen** richtet sich nach § 13 PPBV. Danach werden die Kinder einer von drei Altersgruppen und einer von vier Leistungsstufen der allgemeinen Pflege (KA1-KA4) sowie der speziellen Pflege (KS1-KS4) zugeordnet.³² Die Zuordnung erfolgt am Ende jeden Tages retrospektiv und richtet sich somit anders als bei den Erwachsenen nicht am erwarteten, sondern am bereits angefallenen Pflegeaufwand aus. Hierdurch dürfte der tatsächliche Pflegebedarf noch genauer abgebildet werden als bei erwachsenen Patienten. Der Minutenwert, der jeder Patientengruppe zugeordnet ist, liegt zwischen 77 Minuten (KA1-J/KS1) und 675 Minuten (KA4-F/KS4). Für die Zuordnung der **Minutenwerte für Kinder auf Intensivstationen** findet § 17 PPBV Anwendung, demzufolge die Kinder einer von zwei Altersgruppen und einer von drei Leistungsstufen (Grundleistungen, erweiterte oder besondere Leistungen) zugeordnet werden. Die Ermittlung erfolgt wie für Kinder auf Normalstationen ebenfalls retrospektiv einmal täglich (24-Stunden-Modell) oder je Schicht (Drei-Schicht-Modell). Abhängig vom auf der Station praktizierten Schichtsystem erfolgt eine Zuordnung zu einer Patientengruppe.³³ Diesen sind Minutenwerte zugeordnet, die zwischen 360 und 1.440 Minuten (24-Stunden-Modell) bzw. 120 und 480 Minuten je Schicht (3-Schicht-Modell) liegen.

-
- 29 In der im Vergleich zur ursprünglichen PPR neu geschaffenen Leistungsgruppe A4 finden sich nunmehr Maßnahmen der „hochaufwendigen Pflege“ wieder, die bis zum Jahr 2020 im Rahmen des Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) erfasst und abgerechnet wurden; vgl. hierzu Matzke, Christiane (u. a.), Personalbemessung in der Krankenhauspflege – Was kommt nach der PPR 2.0? in: Gesundheits- und Sozialpolitik 2/2025, S. 35.
- 30 Eine Liste der Zuordnungsmerkmale der allgemeinen und speziellen Pflege findet sich in Anlage 2 zur PPBV.
- 31 Die entsprechende Matrix der sich daraus ergebenden insgesamt 16 Patientengruppen findet sich in § 9 Abs. 2 PPBV.
- 32 Die entsprechende Matrix der sich daraus ergebenden insgesamt 16 Patientengruppen mit je drei Altersabstufungen findet sich in § 13 Abs. 3 PPBV.
- 33 Die entsprechende Matrix findet sich in § 17 Abs. 3 PPBV.

2.3.2. Ist-Personalbesetzung

Die Krankenhäuser müssen gemäß § 6 PPBV auch die Ist-Personalbesetzung für jede Station regelmäßig an das InEK übermitteln; auch dabei wird zwischen Normalstationen für Erwachsene oder Kinder sowie Intensivstationen für Kinder unterschieden. Die Ermittlung erfolgt wie der Ermittlung der Soll-Personalbesetzung in Vollzeitäquivalenten. Berücksichtigt werden Pflegefachkräfte; darüber hinaus kann die Arbeitszeit anderer Arbeitskräfte (wie z. B. Pflegehilfskräfte, Auszubildende) in einem festgelegten Umfang ebenfalls in die Berechnung der Ist-Personalbesetzung einfließen.

2.4. Evaluation der PPR 2.0

Die PPR 2.0 befindet sich momentan noch in der Einführungsphase. Die Krankenhäuser waren erstmalig zum 31. Januar 2025 zur Er- und Übermittlung der entsprechenden Daten an das InEK verpflichtet (§ 7 PPBV); dieses wiederum wird nach § 8 PPBV eine Auswertung der Daten für alle Krankenhäuser erstmalig zum 30. September 2026 an das BMG übermitteln. Bisher liegen somit noch keine Daten zur Ist- und Soll-Personalausstattung in Krankenhäusern vor. In Ermangelung rechtlicher Vorgaben zur Angleichung der tatsächlichen Pflegepersonalausstattung an den in Anwendung der PPR 2.0 ermittelten Personalbedarf (Erfüllungsgrade) fehlen auch noch Informationen zur tatsächlich bestehenden Personallücke und zum Einfluss der PPR 2.0 auf deren Schließung. Insofern sind damit aktuell weder Aussagen zur Wirkung der PPR 2.0 noch zur Erreichung der mit ihrer Einführung angestrebten Ziele möglich. Zwar sieht die PPBV eine Pflicht des BMG zur Evaluation der Personalbemessung vor, diese muss gemäß § 20 PPBV jedoch erst zum 1. Juli 2029 erfolgen. Dabei ist zum einen die Personalbemessung nach Maßgabe der PPBV insbesondere im Hinblick auf einen bedarfsgerechten Qualifikationsmix in der Pflege auf Basis des erhobenen Datenmaterials auszuwerten. Zum anderen sollen die Regelungen der PPBV im Hinblick auf bestehende und zukünftige Regelungen zum Pflegepersonaleinsatz im Krankenhaus mit dem Ziel der Harmonisierung und Entbürokratisierung evaluiert werden. Dies gilt auch für die Wirkung und Validität dieser Instrumente auf wissenschaftlicher Grundlage.

Es liegen jedoch die Ergebnisse der Erprobung der PPR 2.0 bzw. Kinder-PPR 2.0 vor. Nach § 137k Abs. 2 S. 1 SGB V war ein Konzept zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung auf bettenführenden Stationen zu entwickeln und über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten zu erproben. Hiermit war vom BMG bis zum 31. Januar 2023 eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder ein Sachverständiger als Auftragnehmer zu beauftragen; den Auftrag erhielt die KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (KPMG). Für die Erprobung sollte eine repräsentative Auswahl zugelassener Krankenhäuser bestimmt werden.³⁴ Diese waren zur Teilnahme an der Erprobung verpflichtet und hatten im Zuge dessen die Anzahl der eingesetzten Pflegekräfte sowie die Anzahl der aufgrund des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte zu übermitteln. Dies galt sowohl für bettenführende Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern als auch für die intensivmedizinische

34 Für die Durchführung der Erprobung wurden zunächst Krankenhäuser bestimmt, die zur Teilnahme verpflichtet waren. Die Gesamtstichprobe war dabei strukturell, d. h. im Hinblick auf die Kriterien Größe, Regionalität und Trägerschaft, größtenteils repräsentativ. Von insgesamt 245 ausgewählten Krankenhäusern nahmen 65 Krankenhäuser an der Erprobung der PPR 2.0 und 44 Krankenhäuser an der Erprobung der Kinder-PPR 2.0 teil. Zusätzlich beteiligten sich weitere 59 (PPR 2.0) bzw. 24 (Kinder-PPR 2.0) Krankenhäuser freiwillig an der Erprobung.

somatische Versorgung von Kindern. Über die Ergebnisse der Erprobung war bis zum 31. August 2023 ein Abschlussbericht vorzulegen.³⁵

Die Auswertung der übermittelten Daten ergab einen durchschnittlichen Erfüllungsgrad bei der Personalbesetzung, der zwischen 79 Prozent (PPR 2.0) und 92 Prozent (Kinder-PPR 2.0) lag. Dabei wurden leichte Unterschiede zwischen den Repräsentativitätskriterien und stärkere Schwankungen zwischen den verschiedenen Fachabteilungen festgestellt. Zusätzlich wurde eine Anwendbarkeitsbefragung durchgeführt, um den zeitlichen Aufwand im Zusammenhang mit der Einführung sowie der Regelnutzung des neuen Personalbemessungsinstruments zu ermitteln. Festgestellt wurde u. a., dass die PPR 2.0 von den meisten Pflegekräften nur teilweise als verständlich empfunden wurde. Während die Einordnung in die A-Kategorien eher leicht fiel, stellte sich die Einordnung in die Kategorien der speziellen Pflege (S) offenbar weniger leicht dar. Insgesamt wurde der Einstufungsaufwand bei Kindern als deutlich höher bewertet und es wurden mehr Verständnisprobleme bei Anwendung der Kinder-PPR 2.0 angegeben. Insbesondere hätten Herausforderungen bei den Einschätzungskriterien für die eindeutige Einstufung der Patienten bestanden. Für Kinder seien aufgrund der unterschiedlichen Altersklassen zusätzliche Einordnungsschwierigkeiten aufgetreten, wobei die Verständlichkeit bei der Kinder-PPR 2.0 für Intensivstationen höher bewertet wurde als die Vorgaben für die Kindernormalstationen. Trotz des höher empfundenen Aufwands im Vergleich zur vorherigen Version wurde die (Kinder-)PPR 2.0 als positive Entwicklung gesehen. Es gäbe jedoch inhaltlichen Verbesserungsbedarf, um den Pflegeaufwand realistisch abzubilden; insbesondere im Bereich der Definitionen/Abgrenzung als auch der Vollständigkeit. Sowohl die PPR 2.0 als auch die Kinder-PPR 2.0 müssten weiter angepasst und intensiv geschult werden, um eine einheitliche Anwendung und Einstufungsqualität bei einer verbindlichen Nutzung zu gewährleisten. Darüber hinaus wurde die Notwendigkeit der Verknüpfung von Belegungs-, Einstufungs- und Personaldaten aufgeführt.

2.5. Kritik an der PPR 2.0

Die Einführung der PPR 2.0 wird insgesamt als Errungenschaft und positiver Entwicklungsschritt für die Pflegepersonalbemessung in Krankenhäusern gesehen. Dennoch gibt es verschiedene Aspekte, die an der Ausgestaltung der PPR 2.0 kritisiert werden. Ein Kernpunkt stellt dabei der fehlende Qualifikationsmix dar. So bilde die PPR 2.0 die für eine qualifizierte Versorgung der Patienten erforderliche Qualifikation und damit auch die Ergebnisqualität der Pflege nicht ab. Daher sei eine Weiterentwicklung der PPR 2.0 im Hinblick auf die für die Verrichtung der

35 KPMG (Hrsg.), Erprobung der Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) und der Kinder-Pflegepersonalregelung 2.0 (Kinder-PPR 2.0) – Abschlussbericht, 31. August 2023, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Kinder_PPR_Erprobung_2023-0831.pdf. Für bettenführende Stationen der intensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen sollte ein gesondertes Instrument zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung entwickelt und modellhaft erprobt werden (Abs. 3 S. 1). Auch hierfür beauftragte das BMG die KPMG und ausgewählte zugelassene Krankenhäuser wurden zur Erprobung verpflichtet. Ein Abschlussbericht über die Ergebnisse der Entwicklung und Erprobung war bis zum 31. August 2024 zum BMG vorzulegen (Abs. 3 S. 4); vgl. hierzu KPMG (Hrsg.), Entwicklung und modellhafte Erprobung eines Verfahrens zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung auf Intensivstationen für Erwachsene, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_ITS_bf.pdf.

bedarfsgerechten Pflege erforderlichen Kompetenzen notwendig.³⁶ Dies gelte auch hinsichtlich der Implementierung einer qualifizierten Pflegediagnostik, die aktuell im verrichtungsorientierten Pflegealltag kaum vorzufinden, jedoch von Bedeutung sei. Auch fehlten Anreize für den Einsatz eines bedarfsgerechten Grade- und Skill-Mixes³⁷ sowie zukünftiger Innovationen (z. B. Prozessoptimierung, Einsatz neuer Technologien). Darüber hinaus sei die Nachtschicht als wichtige Phase der pflegerischen Versorgung im Rahmen der PPR 2.0 nicht abbildbar. Der mit der Einführung verbundene Schulungsaufwand wird ebenfalls kritisch gesehen; insbesondere vor dem Hintergrund, eine einheitliche Einstufung der Patienten gewährleisten zu wollen.³⁸ Ein weiterer Aspekt, der im Zusammenhang mit der Einführung der PPR 2.0 diskutiert wird, ist der bestehende Fachkräftemangel. Dieser könne nicht durch die PPR 2.0 als Instrument zur Pflegepersonalbemessung reduziert werden. So führe allein ein höherer errechneter Bedarf an Pflegepersonal nicht zu einem größeren Angebot an entsprechenden Fachkräften. Um eine Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern zu erreichen, müsse die PPR 2.0 daher durch eine Vielzahl anderer Maßnahmen flankiert werden.³⁹

3. Weitere Instrumente zur Pflegepersonalbemessung in Krankenhäusern

Bereits vor Einführung der PPR 2.0 wurden mit den Pflegepersonaluntergrenzen und dem Pflegepersonalquotienten steuerungspolitische Instrumente eingeführt, mit denen gesetzliche Vorgaben zu einer Mindestpersonalausstattung zunächst in bestimmten Bereichen der Krankenhäuser und später in der gesamten unmittelbaren Patientenbetreuung gemacht wurden.

3.1. Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG)

Mit den Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) legte der Gesetzgeber erstmalig verbindlich das Verhältnis von Patienten zu Pflegekräften sowie von examinierten Pflegekräften zu Pflegehilfskräften in Krankenhäusern fest. Hierbei wurden Untergrenzen als maximale Anzahl von Patienten pro Pflegekraft festgelegt, wodurch ein Mindestversorgungsniveau sichergestellt und eine

36 Die nach § 20 PPBV vorgesehene Evaluierung der PPR 2.0 zum 1. Juli 2029 soll u. a. insbesondere im Hinblick auf einen bedarfsgerechten Qualifikationsmix in der Pflege auf Basis des erhobenen Datenmaterials erfolgen. In welcher Form eine (kurzfristige) Implementierung eines Qualifikationsmixes möglich sein könnte, ist bereits Gegenstand von Untersuchungen; vgl. hierzu z. B. Egerer, Johannes (u. a.), Qualität braucht Qualifikation, in: Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 120, Heft 40, 6. Oktober 2023, A 1623-1628, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/pflegepersonalbemessung-qualitaet-braucht-qualifikation-2be27ec3-0a9f-4ffa-bdac-9559ab47dd37>.

37 Die Anpassung des Skill-Grade-Mixes in Krankenhäusern wird bereits seit einigen Jahren diskutiert; vgl. hierzu z. B. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (Hrsg.), Skill-Grade-Mix im Krankenhaus, Positionspapier, abrufbar unter https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Positionspapier_Skill-Grade-Mix-2021.pdf.

38 Matzke, Christiane (u. a.), Personalbemessung in der Krankenhauspflege – Was kommt nach der PPR 2.0?, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 2/2025, S. 36, 39.

39 Ausführlicher hierzu Blum, Karl (u. a.), Pflege 2030 – Wie viele Pflegekräfte brauchen die Krankenhäuser?, in: das Krankenhaus, 12/2019 sowie Gaß, Gerald, PPR 2.0: Ablösung für die Pflegepersonaluntergrenzen, in: das Krankenhaus, 2/2020, S. 114-117, abrufbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5_Personal_und_Weiterbildung/2.5.0_PPR_2.0/Politik-PPR-Gass_gedruckt.pdf.

Unterbesetzung in bestimmten pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern vermieden werden sollte.⁴⁰ Die gesetzliche Grundlage für die PpUG findet sich in § 137i SGB V, der im Jahr 2017 durch das Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten⁴¹ eingeführt wurde. Im Zuge der Einführung der PpUG hatten der GKV-SV und die DKG unter Beteiligung weiterer Akteure bis zum 30. Juni 2018 zunächst pflegesensitive Bereiche festzulegen, für die erstmals zum 1. Januar 2019 verbindlich bestimmte Untergrenzen der Personalausstattung Anwendung fanden. Im Rahmen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) wurde der Auftrag an den GKV-SV und die DKG dahingehend verändert, die PpUG in pflegesensitiven KH-Bereichen zu überprüfen und weiterzuentwickeln, die Vereinbarung über den Nachweis zur Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen jährlich fortzuschreiben sowie jährlich weitere pflegesensitive Bereiche festzulegen⁴². Mittlerweile gelten für fast alle Stationen Vorgaben im Hinblick auf eine Mindestpersonalausstattung. In ihrer konkreten Höhe unterscheiden sich diese zum Teil deutlich voneinander, womit dem grundsätzlich unterschiedlichen Pflegebedarf auf verschiedenen Stationen Rechnung getragen wird. So sind die PpUG für jeden pflegesensitiven Bereich im Krankenhaus differenziert nach Schweregradgruppen nach dem jeweiligen Pflegeaufwand festzulegen (§ 137i Abs. 1 S. 3 SGB V).⁴³ Der Pflegeaufwand bestimmt sich nach dem vom InEK entwickelten Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegetlast-Katalog, Pflegeerlöskatalog)⁴⁴, der jährlich zu aktualisieren ist. Anders als bei der PPR 2.0 erfolgt damit keine Ausrichtung der PpUG am tatsächlichen Pflegebedarf auf der jeweiligen Station.

Die konkrete Ausgestaltung der PpUG richtet sich gemäß § 137i Abs. 1 S. 1 SGB V nach der Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV⁴⁵). Zu den pflegesensitiven Bereichen gehören nach § 1 Abs. 2 PpUGV Bereiche wie etwa Leistungen der Intensivmedizin,

40 Eine ausführliche Darstellung der Entwicklung der PpUG findet sich bei Pohlmann, Martin, Personaluntergrenzen in der Pflege – Sinn und Umsetzung einer Personalmindestbesetzung im Rahmen der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, in: Evers, Arne (u. a.) (Hrsg.), Personalbemessung in der Pflege – zwischen Gesetz und Gestaltungsraum, W. Kohlhammer, Stuttgart, 1. Auflage 2025, S. 95-113.

41 Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten vom 17. Juli 2017, BGBl. I S. 2615.

42 Vgl. hierzu GKV-Spitzenverband (Hrsg.), Pflegepersonaluntergrenzen, abrufbar unter <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/pflegepersonaluntergrenzen.jsp>.

43 Informationen zu den PpUG für das Jahr 2025 finden sich bei InEK (Hrsg.), Pflegepersonaluntergrenzen 2025, abrufbar unter <https://www.g-drg.de/pflegepersonaluntergrenzen-2025>.

44 Der Pflegetlastkatalog wurde erstmalig zum 31. Mai 2020 erstellt. Der aktuelle Version 2026 des Katalogs sowie weitere Informationen zu dessen Erstellung sind abrufbar unter <https://www.g-drg.de/pflegepersonaluntergrenzen-2025/katalog-zur-risikoadjustierung-fuer-pflegeaufwand-pflegetlast-katalog-version-2026/katalog-zur-risikoadjustierung-fuer-pflegeaufwand-pflegetlast-katalog-version-2026>.

45 Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV) vom 5. Oktober 2018, BGBl. I S. 1632 (Nr. 34). Die Verordnung wird jährlich durch eine neue Verordnung abgelöst. Derzeit gilt die Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021 (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV), abrufbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/ppugv_2021/BJNR2357-00020.html.

Kardiologie oder viele Bereiche der Pädiatrie.⁴⁶ Für die festgestellten pflegesensitiven Bereiche gelten nach § 6 Abs. 1 PpUGV Pflegepersonaluntergrenzen schichtbezogen als Verhältnis von Patienten zu einer Pflegekraft. Dieses liegt zwischen zwei zu eins und 13 zu eins in der Tagschicht (sechs bis 22 Uhr, § 2 Abs. 2 S. 2 PpUGV) bzw. zwischen drei zu eins und 30 zu eins in der Nachtschicht (22 bis sechs Uhr, § 2 Abs. 2 S. 3 PpUGV). Die vorgegebenen PpUG sind stets einzuhalten, wobei für den Einsatz von Pflegehilfskräften für die einzelnen Stationen bzw. Bereiche unterschiedliche Höchstanteile gelten (§ 6 Abs. 2 PpUGV). Diese liegen i. d. R. zwischen fünf⁴⁷ und 15 Prozent in der Tagschicht; in der Nachtschicht muss der Anteil der eingesetzten Pflegehilfskräfte zur Erfüllung der PpUG je nach Station bzw. Bereich zwischen Null und 20 Prozent betragen. Lediglich in bestimmten Ausnahmefällen sieht § 7 PpUGV vor, dass die vorgegebenen Untergrößen nicht eingehalten werden müssen. Hierzu gehören kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß hinausgehen sowie starke Erhöhungen der Patientenzahlen, wie z. B. bei Epidemien oder Großschadensereignissen. Damit die PpUG die Pflegepersonalsituation in den festgelegten pflegesensitiven Bereichen tatsächlich verbessern, sind Personalverlagerungen aus anderen Bereichen der unmittelbaren Patientenversorgung unzulässig – zumindest, wenn sich in diesen die Anzahl der Pflegefachkräfte in einem bestimmten Umfang reduziert hat (§ 8 PpUGV).

Die Einhaltung der PpUG ist quartalsweise von den Krankenhäusern nachzuweisen.⁴⁸ Werden die PpUG nicht eingehalten oder Mitteilungs-, Datenübermittlungs- oder Nachweispflichten von den Krankenhäusern nicht erfüllt, führt dies zu Vergütungsabschlägen für die Krankenhäuser (§§ 137i Abs. 1 S. 10, Abs. 4b, Abs. 5 SGB V). Die konkrete Höhe der Vergütungsabschläge ergibt sich aus der PpUG-Sanktionsverordnung⁴⁹, die vom GKV-SV und der DKG für die Krankenhäuser getroffen wurde.

Ebenso wie bei der PPR 2.0 wurde mit der Einführung der PpUG deren wissenschaftliche Evaluation gesetzlich verankert. So war nach § 137i Abs. 6 SGB V von den Selbstverwaltungsträgern bis zum 31. Dezember 2023 ein Bericht über die Auswirkungen der festgelegten PpUG in

46 Das InEK ist darüber hinaus nach § 137i Abs. 4a SGB V verpflichtet, jährlich zum 15. Februar die Angaben der Krankenhäuser zu den pflegesensitiven Bereichen, die jeweils geltenden PpUG sowie den ermittelten Pflegeaufwand in den pflegesensitiven Bereichen zu veröffentlichen. Dies dient der Transparenz und dem Patientenschutz; vgl. hierzu Engelmann in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 5. Aufl., § 137i SGB V (Stand: 2. März 2026), Rn. 70.

47 Abweichend davon gilt für neurologische Schlaganfalleinheiten in der Tagschicht eine Nullgrenze, so dass dort ausschließlich Pflegefachkräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung eingesetzt werden dürfen.

48 Ausführlichere Informationen hierzu sowie zu den PpUG im Allgemeinen finden sich bei AOK (Hrsg.), Pflegepersonaluntergrößen in pflegesensitiven Bereichen, abrufbar unter <https://www.aok.de/gp/qualitaet/stationaere-versorgung/personalvorgaben/pflegepersonaluntergrößen>.

49 Vereinbarung gemäß § 137i Absatz 1 Satz 10 SGB V über Sanktionen nach § 137i Absatz 4b und 5 SGB V (PpUG-Sanktions-Vereinbarung) vom 04. Dezember 2024 zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin, abrufbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrößen/kh_ppug2025/2024_12_04_PpUG-Sanktions-Vereinbarung_inkl_Anlagen_1-3.pdf.

pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern vorzulegen.⁵⁰ Diesem Bericht zufolge würden die PpUG im Monatsdurchschnitt zwar überwiegend eingehalten, dennoch seien circa 15 Prozent der Schichten regelhaft unterbesetzt. Die größten Defizite seien dabei in den erstmals ab dem Jahr 2022 in die PpUGV einbezogenen Bereiche feststellbar gewesen.⁵¹ Eine Verbesserung der pflegerischen Versorgung durch die PpUG sei nur zu erreichen, wenn durch deren Anwendung eine Aufstockung der Pflegepersonalausstattung erforderlich sei und diese auch umgesetzt werde. Dies sei bei etwas mehr als einem Drittel der im Rahmen der Berichterstellung befragten Krankenhausstandorten der Fall gewesen. Die verbleibenden 62 Prozent hätten aufgrund der PpUG aktiv Betten gesperrt, um mit der vorhandenen Personalausstattung die Untergrenzen einhalten zu können.⁵² Gleichwohl hätte die PpUG in vielen Fällen zu einem erhöhten Sicherheitsgefühl beim Pflegepersonal geführt, wodurch die Unterbesetzung weiterer Schichten vermieden wurde.

Insgesamt wird die durch die PpUG geschaffene Transparenz über das definierte pflegerische Mindestversorgungsniveau zwar positiv bewertet, jedoch sei daraus keine Ableitung möglich, ob dadurch eine bessere Versorgungsqualität erreicht worden sei bzw. erreicht werden könne. Eine entsprechende Erhebung erfolge nicht. Kritisiert wird darüber hinaus die starre Patient-Personal-Relation, die den sehr heterogenen Pflegebedarf nicht abbilde. Auch fehle dadurch der Anreiz für organisatorische Innovationen auf den Stationen.⁵³

3.2. Pflegepersonalquotient (PpQ)

Ein weiteres Instrument zur Steuerung des Pflegepersonaleinsatzes in Krankenhäusern ist der Pflegepersonalquotient (PpQ). Dieser wurde durch das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG⁵⁴) eingeführt und gilt seit dem Jahr 2020 ergänzend zu den PpUG, stellt jedoch anders als diese auf die Pflegepersonalbesetzung im gesamten Krankenhaus ab (Ganzhausansatz). Ziel des PpQ ist eine verbesserte Pflegepersonalausstattung und die Sicherung der pflegerischen Versorgungsqualität in Krankenhäusern. Der PpQ ist als Ergänzung

50 GKV-SV (Hrsg.), Bericht über die Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i Absatz 6 SGB V von GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft mit Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung an den Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit, Berlin, 22. Januar 2024, abrufbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/2024-01-22_KH_Gem_Bericht_ueb_d_Auswirkungen_d_PpUG_fi-nal.pdf. Eine kurze Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse ist abrufbar unter https://www.gkv-90pro-zent.de/ausgabe/37/meldungen/37_pflegepersonaluntergrenzen/37_pflegepersonaluntergrenzen.html.

51 Eine Unterbesetzung in einer ähnlichen Größenordnung lasse sich auch offiziellen statistischen Daten entnehmen, z. B. dem Krankenhausreport für das Jahr 2023; vgl. hierzu Matzke, Christiane (u. a.), Personalbemessung in der Krankenhauspflege – Was kommt nach der PPR 2.0?, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 2/2025, S. 35.

52 So hätten die PpUG im Bereich der Intensivpflege in erheblichem Umfang zu einer Stilllegung von Betten geführt; vgl. hierzu Engelmann in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 5. Aufl., § 137i SGB V (Stand: 02. März 2026), Rn. 17.

53 Vgl. hierzu Matzke, Christiane (u. a.), Personalbemessung in der Krankenhauspflege – Was kommt nach der PPR 2.0? in: Gesundheits- und Sozialpolitik 2/2025, S. 35.

54 Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 11. Dezember 2018, BGBl. I S. 2394.

zu den PpUG eingeführt worden und soll auch außerhalb der pflegesensitiven Bereiche eine Pflegepersonalausstattung sicherstellen.⁵⁵

Die rechtlichen Grundlagen des PpQ finden sich in § 137j SGB V. Danach beschreibt er das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zu dem Pflegeaufwand eines Krankenhauses (Abs. 1 S. 1). Die Ermittlung des PpQ erfolgt jährlich, erstmalig zum 31. Mai 2020, durch das InEK für jeden Standort jedes zugelassenen Krankenhauses. Grundlage für die Ermittlung der im PpQ berücksichtigten Zahl der Vollzeitkräfte sind die dem InEK von den einzelnen Krankenhäusern übermittelten Daten⁵⁶. Pflegefachpersonal kann dabei ohne Einschränkungen berücksichtigt werden, während nicht examinierte Pflegekräfte (Pflegehilfskräfte) nur anteilig in die Berechnung einbezogen werden dürfen. So erfolgt eine Berücksichtigung von Pflegehilfskräften nach § 137j Abs. 1 S. 4 SGB V nur bis zur Höhe des jeweils obersten Quartils des an allen Standorten mit den jeweiligen Berufsbezeichnungen eingesetzten Pflegepersonals. Darüber hinaus eingesetzte Pflegehilfskräfte fließen nicht in den PpQ ein. Dies soll den unterschiedlichen Qualifikationsniveau Rechnung tragen und die besondere Rolle des Pflegefachpersonals für die Sicherung der pflegerischen Versorgungsqualität bekräftigen.⁵⁷ Der Pflegeaufwand wird – wie bei den PpUG – mit Hilfe des Pflegelast-Katalogs ermittelt (Abs. 1 S. 6). Auf Grundlage dieses Katalogs und der ihm von den Krankenhäusern übermittelten Daten ermittelt des InEK für jeden Standort eines Krankenhauses die Summe seiner Bewertungsrelationen (Abs. 1 S. 7).

Darüber hinaus hat das InEK, basierend auf den Vorjahreswerten, jährlich eine vergleichende Zusammenstellung der PpQ der einzelnen Krankenhäuser zum 31. Oktober zu veröffentlichen (Abs. 1 S. 8, 9).⁵⁸ Hierdurch wird abgebildet, welches Krankenhaus im Verhältnis zu dem anfallenden Pflegeaufwand viel oder wenig Pflegepersonal einsetzt. Die vergleichende Zusammenstellung stellt dabei auf den Kehrwert des PpQ und damit auf die Pflegelast des Standorts im Verhältnis zum dort berücksichtigten Pflegepersonal ab. Der Kehrwert gibt die Pflegelast-

55 Vgl. hierzu Deister, Sören in: Hauck/Noftz, Sozialgesetzbuch (SGB) V Kommentar - Gesetzliche Krankenversicherung, Oktober 2024, § 137j SGB 5, Rn. 3.

56 Die zugelassenen Krankenhäuser sind nach Maßgabe von § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe e Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) zur Übermittlung der Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte und Hebammen an das InEK verpflichtet.

57 Vgl. hierzu Engelmann in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 5. Auflage, § 137j SGB V (Stand: 11. März 2026), Rn. 22f.

58 Bei Einführung der PpQ war nur eine Auswertung basierend auf den Werten des vorletzten Jahres möglich, so dass für die Ermittlung des PpQ ursprünglich eine Frist zum 31. August galt. Mit der Verschiebung der Datengrundlage (nunmehr Vorjahr) ist mittlerweile eine Veröffentlichung zum 31. Oktober des Folgejahres möglich und gesetzlich vorgesehen; vgl. hierzu Engelmann in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 5. Auflage, § 137j SGB V (Stand: 11. März 2026), Rn. 32.

Bewertungsrelationen je Pflegekraft an, wobei eine Pflegelast-Bewertungsrelation von 1,0 der durchschnittlichen Pflegelast eines Falls in Deutschland im Bezugsjahr entspricht.⁵⁹

Die Vorschrift des § 137j SGB V enthält keine Vorgaben zu einer bestimmten Personalausstattung, die die einzelnen Krankenhäuser vorhalten müssen. Sie sieht jedoch eine Ermächtigung des BMG vor, durch Rechtsverordnung eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand festzulegen (Abs. 2). Grundlage hierfür wären die durch das InEK ermittelten Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser. Die Höhe der festgelegten Untergrenzen müsste so bestimmt werden, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet wäre (widerlegbare Vermutung); die Notwendigkeit einer Anpassung der Untergrenze ist spätestens nach Ablauf von drei Jahren durch das BMG zu überprüfen. Bisher hat das BMG von dieser Ermächtigung jedoch keinen Gebrauch gemacht. Die Festlegung einer stufenweisen Anhebung des Erfüllungsgrades der Soll-Personalbesetzung soll in einem zweiten Schritt erfolgen.⁶⁰ Bisher wird damit derzeit zwar der PpQ für jeden Standort jedes zugelassenen Krankenhauses ermittelt und veröffentlicht, dieser hat aber aktuell keine direkten Auswirkungen auf die Vergütung bzw. die Erlössituation eines Krankenhauses.

Gleichwohl sieht § 137j Abs. 2 S. 2 i. V. m. Abs. 2a SGB V bereits vor, dass eine Unterschreitung der (noch festzulegenden) Untergrenzen mit Sanktionen verbunden ist. Hierfür vereinbaren der GKV-Spitzenverband und die DKG im Benehmen mit dem PKV-Verband die Höhe und nähere Ausgestaltung der Sanktionen – entweder in Form von Vergütungsabschlägen oder einer Verringerung der Fallzahl. Letztere sind mindestens in dem erforderlichen Umfang zu vereinbaren, der erforderlich ist, um die Unterschreitung des PpQ auszugleichen. Vergütungsabschläge müssen in ihrer Höhe in einem angemessenen Verhältnis zum Grad der Unterschreitung stehen. Zusätzlich können weitere Maßnahmen vereinbart werden, die das Krankenhaus zur Gewinnung zusätzlichen Pflegepersonals zu ergreifen hat. Für begründete Ausnahmefälle kann eine Aussetzung bereits vereinbarter Sanktionen vereinbart werden. Eine entsprechende Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DKG wurde bereits Mitte des Jahres 2019 getroffen.⁶¹

Ob und inwieweit sich der PpQ als Steuerungsinstrument tatsächlich eignet, war bzw. ist unstritten. Einerseits wird die durch die Veröffentlichungspflicht des PpQ geschaffene relative Vergleichbarkeit zwischen den Krankenhäusern insgesamt als positiv angesehen – auch im Hinblick auf die für eine Verbesserung der Personalausstattung erforderliche Personalakquise. Andererseits sei eine echte Vergleichbarkeit der Pflegepersonalausstattung mit Hilfe des PpQ nicht

59 Die aktuelle Zusammenstellung bezieht sich auf das Jahr 2024 und findet sich bei InEK (Hrsg.), Hinweise zur Veröffentlichung der vergleichenden Zusammenstellung der Pflegepersonalquotienten gemäß § 137j Absatz 1 Satz 9 SGB V im Jahr 2023, 20. Oktober 2023, abrufbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/kh_ppug2023/2023_10_20_PpQ_-_2023_InEK-Veroeffentlichung.pdf.

60 Vgl. hierzu Matzke, Christiane (u. a.), Personalbemessung in der Krankenhauspflege – Was kommt nach der PPR 2.0?, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 2/2025, S. 35.

61 Vereinbarung gemäß § 137j Abs. 2 Satz 2 SGB V über Sanktionen bei Unterschreitung der nach § 137j Abs. 2 Satz 1 SGB V festgelegten Untergrenze für den Pflegepersonalquotienten (Pflegepersonalquotient-Sanktionsvereinbarung) zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin vom 16. Juli 2019, abrufbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/2019_07_16_KH_PpQ-Sanktions-Vereinbarung.pdf.

gegeben. Dies sei darauf zurückzuführen, dass der mit Hilfe des Pflegelastkatalogs ermittelte Pflegeaufwand weder dem tatsächlichen Pflegezeitaufwand noch den erbrachten Pflegeleistungen entspreche. Der PpQ gebe somit keine Auskunft über eine bedarfsgerechte Pflegepersonalausstattung im Pflegedienst der Krankenhäuser oder den zu deckenden Pflegeaufwand. Zum anderen seien keine Rückschlüsse darauf möglich, ob die tatsächliche Ist-Besetzung der eigentlich finanzierbaren und angemessenen Pflege entspreche. Insgesamt seien eine weitere Verschlechterung der Pflegepersonalsituation in Krankenhäusern und weiterhin Defizite in der Versorgung der Patienten zu befürchten. Auch vor diesem Hintergrund wurde die interimswise Einführung der PPR 2.0 und die pflegewissenschaftliche Entwicklung eines analytischen Instrumentes zur Pflegepersonalbedarfsermittlung auf der Grundlage des Pflegebedarfs gefordert.⁶² Des Weiteren wird die parallele Geltung der bereichsbezogenen PpUG und der auf das gesamte Krankenhaus bezogene PpQ teilweise kritisch gesehen; insbesondere vor dem mittlerweile sehr ausgedehnten Anwendungsbereich der PpUG.⁶³ Unabhängig von den genannten Kritikpunkten wird die praktische Bedeutung dieses Steuerungsinstrumentes aufgrund der bislang fehlenden Verordnung des BMG zur Festlegung konkreter, von den Krankenhäusern einzuhaltender PpQ bisher als äußerst gering bewertet.⁶⁴

* * *

-
- 62 So z. B. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V. (Hrsg.), Pflegepersonalquotient (§ 137j SGB V) – Positionspapier, 15. Dezember 2020, abrufbar unter https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Positionspapier_Pflegepersonalquotient_Final.pdf.
- 63 Vgl. hierzu Matzke, Christiane (u. a.), Personalbemessung in der Krankenhauspflege – Was kommt nach der PPR 2.0?, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 2/2025, S. 35.
- 64 Vgl. hierzu Deister, Sören, in: Hauck/Noftz, Sozialgesetzbuch (SGB) V Kommentar - Gesetzliche Krankenversicherung, Oktober 2024, § 137j SGB 5, Rn. 5.