

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR)  
zum Referentenentwurf  
des Bundesministeriums für Gesundheit  
Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im  
Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im  
Krankenhauswesen und in der Digitalisierung  
(Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG)**

Bearbeitungsstand: 01.08.2022, 16:14

Der Deutsche Pflegerat e.V. (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden nimmt der DPR Stellung zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zu einem Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG).

Der DPR beteiligt sich aufgrund der Bedeutung einer Pflegepersonalbedarfsermittlung im Krankenhaus an diesem Stellungnahmeverfahren und weist darauf hin, dass die kurze Frist zur Abgabe von nur sieben Tagen mitten in der Sommerpause eine fundierte Stellungnahme zu den darüberhinausgehenden Regelungsbereichen nicht möglich macht.

Der Deutsche Pflegerat begrüßt, dass die Bundesregierung mit einem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz jetzt ein Instrument zur Pflegepersonalbedarfsermittlung einführen möchte. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Deutsche Pflegerat, und die Gewerkschaft ver.di haben die Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) nach einem Auftrag aus der Konzertierten Aktion Pflege (KAP), die zum Ziel hatte, den Arbeitsalltag von beruflich Pflegenden spürbar zu verbessern, entwickelt und dem Bundesministerium für Gesundheit bereits Anfang 2020 vorgelegt.

In ihrem Koalitionsvertrag hat die aktuelle Bundesregierung vereinbart, zur verbindlichen Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus die PPR 2.0 kurzfristig einzuführen, um schnell und spürbar die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Der nun vorliegende Referentenentwurf nimmt diese Intention allerdings unzureichend auf und berücksichtigt wesentliche Vorschläge der Pflegeberufsverbände für eine echte Perspektive auf mehr Patient:innensicherheit und bessere Arbeitsbedingungen für Pflegefachpersonen im Krankenhaus nicht – trotz aller Mühen, Gesprächsangebote und Anfragen. Der DPR ist zutiefst irritiert darüber, dass Kernpunkte für einen tragfähigen Einstieg in eine bundesweit verbindliche Pflegepersonalbedarfsermittlung im Krankenhaus mit der PPR 2.0 – die im Kompromiss gefunden werden konnten (siehe: [Eckpunkte Gesetzesauftrag Umsetzung PPR 2.0](#)), im Referentenentwurf nicht aufgenommen worden sind.

Am Ende muss der Name des Gesetzes „Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus (...) (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG)“, dem gerecht werden, was er verspricht: eine Pflegepersonalbemessung in sämtlichen Bereichen eines Krankenhauses zu etablieren. Die Herausnahme von einzelnen Bereichen, wie der Intensivstationen, ist nicht zu akzeptieren.

Es muss das Ziel definiert sein, perspektivisch die Pflegepersonalbedarfsermittlung verbindlich in allen Krankenhausbereichen bundeseinheitlich zu regeln. Gute Rahmenbedingungen für die Pflege im Krankenhaus und eine hochwertige pflegerische Versorgung sind nur zu gewährleisten, wenn alle Bereiche der Patient:innenversorgung eine verbindliche, plausible und überprüfte Personalbemessung durchführen.

Zu den offenen Fragen und ungeklärten Punkten zählen unter anderem: Die PPR 2.0 und die Kinder-PPR 2.0 werden im Gesetzestext nur indirekt benannt, der Intensivbereich bleibt – wie andere Bereiche auch – gänzlich unbeachtet, Krankenhäuser sollen von der Pflicht zur Anwendung ausgenommen werden können. Die Frage der sicheren Finanzierung des Pflegepersonals aus der PPR 2.0-Berechnung bleibt offen. Es bleibt tatsächlich sogar unklar, ob – wie mit der PPR 2.0 eigentlich vorgesehen – der Bedarf an Pflegepersonal Grundlage zur Bestimmung der Soll-Personalbesetzung sein wird.

Der DPR erwartet erheblichen Nachbesserungsbedarf im Gesetzesentwurf und entsprechende Klarstellungen zu den vielen offenen Fragen. In der jetzigen Form wirkt der Entwurf wie ein Täuschungsmanöver gegenüber den professionell Pflegenden in den Krankenhäusern. Es wird suggeriert, die Bundesregierung brächte eine PPR 2.0 auf den Weg, die die Arbeitsbedingungen der Pflegenden im Krankenhaus verbessert. Das wäre mit den vorliegenden Formulierungen im Referentenentwurf nicht sicher der Fall. Der DPR steht allen Beteiligten an diesem Gesetzesvorhaben mit seiner Perspektive und Expertise weiterhin gerne und konstruktiv zur Verfügung. Der DPR mit seinen Mitgliedsverbänden wird aber aufgrund der offenen, nicht konkretisierten Punkte ganz sicher kein Alibi-Instrument zur Personalbedarfsermittlung für die beruflich Pflegenden im Krankenhaus unterstützen.

## **Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen in Bezug auf die Pflegepersonalbedarfsermittlung im Krankenhaus**

### **Zu Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

#### **Zu Nr. 2: § 137k wird wie folgt geändert (...)**

Es ist keinesfalls ausreichend, die im § 137k SGB V vorgesehenen Zeitvorgaben zur Entwicklung und Erprobung eines Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs anzupassen. Die Krankenhäuser und die Pflegefachpersonen brauchen die Sicherheit, dass die Einführung eines zweiten, völlig neuen Instruments innerhalb weniger Jahre ausgeschlossen ist.

Stattdessen muss der § 137k SGB V dazu genutzt werden, die PPR 2.0 und die mit ihr assoziierten Instrumente zu verbessern und weiterzuentwickeln. Der § 137k SGB V muss so gestaltet werden, dass die Entwicklung anschlussfähig an die PPR 2.0 ist. Eine „Kann“-Lösung, wie in der Gesetzesbegründung (S. 39) formuliert, lehnt der DPR entschieden ab.

Vorschlag: Eine Ergänzung im §137k mit einem neuen Satz 4 in Abs.1:

*„Das Verfahren soll dabei auf der PPR 2.0 gemäß § 137l SGB V aufbauen und hat die Erfahrungen aus deren Einführung zu nutzen.“*

#### **Zu Nr. 3: Nach § 137k wird folgender § 137l eingefügt:**

##### **§ 137l**

##### **Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung**

##### **- zu Absatz 1, Satz 1**

Der Zeitpunkt des Erlasses einer entsprechenden Rechtsverordnung bis zum 30. November 2023 ist viel zu spät und widerspricht dem Koalitionsvertrag, in dem eine kurzfristige Einführung festgelegt worden ist.

Das Instrument für die Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes in der unmittelbaren Patient:innenversorgung von Erwachsenen auf bettenführenden Stationen ist die von DKG, DPR und ver.di entwickelte PPR 2.0 und das für Kinder die Kinder PPR 2.0. Das muss im Gesetzestext auch so benannt werden. Es ist nicht ausreichend, wie in der Problem- und Zielformulierung auf Seite 1 benannt, „*unter Berücksichtigung des Konzeptes der Pflegepersonalregelung PPR 2.0 Vorgaben zur Personalbesetzung*“ festzulegen. Es muss im Gesetzestext deutlich sein, dass es um die Ermittlung des Personalbedarfs anhand der durch PPR 2.0 ermittelten Bedarfe der Patient:innen geht und nicht nur einzelne Elemente der PPR 2.0 umgesetzt werden sollen. Gleichwohl soll und muss die Möglichkeit bestehen, Probleme bei der Umsetzung der PPR 2.0 zu beseitigen. Einführung und Umsetzung müssen so angelegt werden, dass es sich um ein langfristig lernendes System handelt.

Das Instrument INPULS<sup>®</sup> für die Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes in der intensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen sollte, wie von DKG, DPR und ver.di vorgeschlagen, zeitgleich eingeführt werden. Die Erprobungs- und Konvergenzphase bei INPULS<sup>®</sup> wird allerdings – aufgrund einer größeren Komplexität des Instrumentes – eine längere Zeit in Anspruch nehmen müssen.

#### **- zu Absatz 1, Satz 2**

In Satz 2 ist festgelegt, welche Bereiche das BMG mit einer Rechtsverordnung näher regeln kann:

In Nr. 1 b) ist festgelegt, dass die Anzahl „*der in der jeweiligen Station auf Grundlage des Pflegeaufwandes einzusetzenden Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte, (Soll-Personalbesetzung)*“ von den Krankenhäusern standortbezogen zu erfassen ist. Es ist völlig unverständlich, warum hier von „Pflegeaufwand“ gesprochen wird, wo doch die PPR 2.0 zum Ziel hat, den Bedarf an Pflegepersonal zu berechnen und die Regierungskoalition sich im Koalitionsvertrag explizit für die Einführung der PPR 2.0 ausgesprochen hat.

Der Begriff „Pflegeaufwand“ ist aus dem Gesetzestext und seinen Begründungen komplett zu streichen. Aus einem bestehenden „Aufwand“ lässt sich kein Bedarf (= Soll) ableiten. Insbesondere ist der Pflegelastkatalog (synonym auch Pflegeerlöskatalog und Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands) kein geeignetes Instrument zur Festlegung einer Personalbesetzung, da er lediglich den Pflegeanteil an den DRGs in Bewertungsrelationen angibt und es keinerlei Bezug zu den tatsächlichen Bedarfen gibt. Bei Inkrafttreten eines § 137I und hiermit der Einführung einer PPR 2.0 ist der § 137j zu streichen.

In Nr. 2 geht es um die täglichen Bestimmungen des „Pflegeaufwands“ (Begriff muss unbedingt durch „Bedarf“ ersetzt werden), „*zur täglichen Bestimmung des Pflegeaufwandes, unter anderem durch die Festlegung von Pflegekategorien sowie den diesen zugrunde zulegenden Minutenwerten für die pflegerische Versorgung je Patientin oder Patient*“. Hier muss die Systematik nach PPR 2.0 klar benannt werden: Die PPR 2.0 bildet NICHT den Aufwand ab, sondern stellt eine kategoriale Abstraktion des Bedarfs (= Soll) dar.

In Nr. 3 geht es um Festlegungen „*zur personellen Zusammensetzung des einzusetzenden Pflegepersonals nach Qualifikation*“. Hier muss dringend klargestellt werden, dass das BMG diesbezüglich keine willkürlichen Festlegungen treffen kann, sondern dass

pflegewissenschaftliche Expertise und die Perspektive des Pflegemanagements bei der Festlegung zum Qualifikationsmix zwingend einbezogen werden müssen.

In Nr. 5 geht es um die Festlegung „zur Übermittlung der von den Krankenhäusern erhobenen Daten an eine vom Bundesministerium für Gesundheit zu bestimmende Stelle“ (...). Bei der zu bestimmenden Stelle sollte gleich in die Zukunft gedacht und DKG, DPR und ver.di dringend einbezogen werden.

Die Einführung der durch DKG, DPR und ver.di entwickelten PPR 2.0 muss als Startpunkt zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung des Instrumentariums zur Pflegepersonalbedarfsermittlung im gesamten Krankenhaus verstanden werden. Das ist eine öffentliche Aufgabe, für die der Gesetzgeber die Voraussetzungen zu schaffen hat. Es ist ein unabhängiges Institut für die Personalbemessung in der Pflege (InPeP) mit pflegewissenschaftlicher Expertise einzurichten und langfristig mit entsprechenden finanziellen Mitteln auszustatten.

#### **- zu Absatz 2**

Das BMG wird mit dem Absatz 2 ermächtigt, um zusätzliche Vorgaben zu ergänzen:

Nr. 1 „zur Festlegung der schrittweisen Anpassung der Ist-Personalbesetzung an die Soll-Personalbesetzung“. Hier ist klarzustellen, dass die PPR 2.0 unter anderem darauf abzielt, ambitionierte Zielerreichungsgrade bis zur Erfüllung von 100% Zielerreichung auf Basis von bundesdurchschnittlichen Werten zu definieren.

Daneben ist die Finanzierung des Pflegepersonals aus der PPR 2.0-Berechnung vollständig sicherzustellen, wenn nachgewiesen wird, dass das Personal auch tatsächlich eingesetzt wurde. Kliniken sollten grundsätzlich Anspruch auf Refinanzierung der PPR 2.0 mit 100 Prozent Pflegefachpersonen und von bis zu 105 Prozent des PPR 2.0 Sollwertes im zulässigen Qualifikationsmix haben. Bezugspunkt für die Refinanzierung muss immer das tatsächlich vorhandene Personal sein.

#### **- zu Absatz 3**

In Absatz 3 ist geregelt, dass das BMG zur Vorbereitung der Rechtsverordnung „bis zum 31. Januar 2023 eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen Sachverständigen oder eine Sachverständige (Auftragnehmer) mit einer mindestens dreimonatigen Erprobung der Grundlagen der in der Rechtsverordnung (...) festzulegenden Vorgaben“ (...) beauftragt.

Es erschließt sich nicht, warum die Erprobungsphase nicht bereits Teil einer Rechtsverordnung sein kann. Wichtige Eckpunkte der Konzeption der PPR 2.0 (und mit ihr assoziierter Instrumente) sind durch die Vorlage des Konzepts von DKG, DPR und ver.di bekannt. Mit der aktuellen Formulierung im Gesetz bleibt bis zum 30. November 2023 völlig unklar, um welche Regelungen es sich im Einzelnen wirklich handeln wird, sodass sich die Krankenhäuser und ihr Pflegepersonal nicht darauf einstellen können.

Daneben ist zwingend deutlich zu machen, dass es sich bei der Erprobung um das von DKG, DPR und ver.di entwickelte Instrument PPR 2.0 für den Bereich der Erwachsenen und für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen um das von der Gesellschaft für Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GeKinD) entwickelte Instrument Kinder-PPR 2.0 handelt. Der DPR schlägt zudem dringend die Erprobung von INPULS® für die Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes in der intensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen vor.

DKG, DPR und ver.di sind unbedingt in den gesamten Prozess der Erprobung und Formulierung der Rechtsverordnung einzubeziehen – das muss auch die Auswahl der wissenschaftlichen Einrichtung beinhalten, die mit der Erprobung beauftragt werden soll. Privatpersonen („Einzelsachverständige“) dürfen für ein so wichtiges Thema mit enormer finanzieller, gesundheits- und berufspolitischer Bedeutung nicht beauftragt werden. Aus Sicht des DPR sind hierfür zwingend unter anderem folgende Kriterien festzulegen:

Einzelsachverständige können zentrale Anforderungen nicht erfüllen. **Ausschließlich wissenschaftliche Einrichtung unter Hinzuziehung von Sachverständigen kommen für eine Auftragsvergabe in Frage.** Bei Beauftragung von mehreren wissenschaftlichen Einrichtungen oder Sachverständigen muss das Konsortium an einer Zusammenarbeit interessiert sein und eine gemeinsame Auftragsausführung beantragt haben.

Eine wissenschaftliche Einrichtung bzw. ein Konsortium muss **fachlich und wirtschaftlich unabhängig** sein. Zwingendes Kriterium ist, dass **keinerlei Interessenkonflikte** vorliegen. Die wirtschaftliche Unabhängigkeit muss durch Einnahmen sichergestellt sein, die nicht im Zusammenhang mit Produkten aus dem Bereichen Pflegedokumentation, Pflegeklassifikation oder Pflegeterminologie erwirtschaftet werden. Hierfür muss eine Einrichtung für den Zuschlag eine auch auf die Zukunft gerichtete Erklärung abgeben und idealerweise ein **strukturiertes Compliance-Management** nachweisen.

Eine wissenschaftliche Einrichtung bzw. ein Konsortium muss über eine eigene Rechtspersönlichkeit verfügen bzw. von natürlichen Personen oder als Gesellschaft betrieben werden, über eine eigene Geschäftsführung, eine eigene Personalverantwortung und eine eigene Verwaltung verfügen und insoweit auch **organisatorisch unabhängig** sein.

Eine wissenschaftliche Einrichtung bzw. ein Konsortium muss **einschlägige pflegewissenschaftliche Expertise** sowie entsprechende Kenntnisse in Fragen der **Personalbemessung, Krankenhausbetriebswirtschaft und -finanzierung** und der **Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V)** nachweisen. Eine Einrichtung muss zwingend Mitwirkende benennen, die über die Erlaubnis zur Berufsausübung nach den Pflegeberufegesetzen sowie vorzugsweise über einschlägige **Berufserfahrung in der praktischen Krankenhauspflege** verfügen.

Eine regelhafte und unkontrollierte Prüfung auf Plausibilisierung der Einstufung einzelner Patient:innen in die Pflegekategorien der PPR 2.0 ist grundsätzlich abzulehnen und würde zu einer Verbürokratisierung sowie der Schaffung neuer Stellen für die Kodierungsoptimierung ohne Nutzen für die Patient:innen führen (siehe auch SGB XI-Bereich, Krankenhausabrechnungsprüfung, PKMS). Eine Prüfung auf Plausibilisierung der Einstufung einzelner Patient:innen sollte daher ausschließlich in Ausnahmesituationen oder im Rahmen der Re-Evaluation des Gesamtverfahrens durchgeführt werden und muss zwingend mit pflegewissenschaftlicher Expertise erfolgen. Mittelfristig müssen solche Prüfungen von dem einzurichtenden Institut für die Personalbemessung in der Pflege (InPeP) durchgeführt werden. Prüfungen der Einstufungen und Dienstpläne dürfen nur in absoluten Ausnahmesituationen durch den MD erfolgen, um ein „Bürokratiemonster“ zu verhindern.

#### - zu Absatz 4

Krankenhäuser, auch solche mit einem Tarifvertrag Entlastung (TV-E), können nicht von der PPR-Anwendung ausgenommen werden. Die PPR 2.0 zielt unter anderem darauf ab, ambitionierte Zielerreichungsgrade bis zur Erfüllung von 100% Zielerreichung auf Basis von bundesdurchschnittlichen Werten zu definieren. Das kann nur funktionieren, wenn alle Krankenhäuser die PPR 2.0 verpflichtend anwenden müssen.

Insgesamt sieht der DPR den dringenden Bedarf an Nachbesserung bei den Formulierungen im Gesetzestext zum „Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus (...)“ (mit Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).

**Insbesondere zu folgenden Punkten besteht der Bedarf an Klarstellung und Ergänzung:**

- Klarstellung, dass die Einführung der von DKG, DPR und ver.di entwickelten PPR 2.0 für den Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen auf bettenführenden Stationen („Normalstationen“) gemeint ist und für Kinder und Jugendliche die Kinder PPR 2.0.
- Ergänzung um die zeitgleiche Einführung von Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs und zur Festlegung der Personalbesetzung in der unmittelbaren Patientenversorgung für die Intensivstationen. Hierfür steht das Instrument INPULS® zur Verfügung.
- Klarstellung, dass es sich bei der Berechnung zu der von den Krankenhäusern standortbezogen zu erfassenden Anzahl des in der jeweiligen Station einzusetzenden Pflegepersonals um die Berechnung einer Soll-Personalbesetzung handelt, die den Bedarf an Pflegepersonal als Grundlage hat, NICHT einen „Pflegeaufwand“. Der Begriff „Pflegeaufwand“ ist aus dem Gesetzestext und Begründungen hierzu zwingend zu streichen. Bei Inkrafttreten eines § 137i und hiermit der Einführung einer PPR 2.0 ist der § 137j zu streichen.
- Klarstellung, dass die PPR 2.0 und die mit ihr assoziierten Instrumente als Startpunkt verstanden werden: Mit ihrer flächendeckenden Einführung sollen konkrete Schritte hin zu einer bedarfsorientierten Pflegepersonalausstattung gegangen und eine Datengrundlage geschaffen werden, die Basis für den notwendigen breiten Konsens zwischen Pflegewissenschaft und -management, gewerkschaftlicher Vertretung und Arbeitgeber hinsichtlich der langfristigen Entwicklung eines Instrumentariums der Pflegepersonalbedarfsermittlung ist, z.B. für einen bedarfsgerechten Qualifikationsmix.
  - Damit muss der § 137k so umgestaltet werden, dass er nach Einführung der PPR 2.0 dafür genutzt werden kann, deren Weiterentwicklung und kontinuierliche Verbesserung als Instrumentarium für die Pflegepersonalbedarfsermittlung in sämtlichen Krankenhausbereichen zu fördern.
  - Es ist ein Institut für die Personalbemessung in der Pflege (InPeP) mit pflegewissenschaftlicher Expertise einzurichten und auch langfristig mit entsprechenden finanziellen Mitteln auszustatten, das notwendige Verbesserungen und Weiterentwicklungen des Instrumentariums zur Pflegepersonalbedarfsermittlung in sämtlichen Krankenhausbereichen, nicht nur kurz- und mittel-, sondern langfristig verantwortet.
  - Das BMG darf keine willkürlichen Festlegungen zu einem Qualifikationsmix treffen, sondern es müssen zwingend die pflegewissenschaftliche Expertise und die Perspektive des Pflegemanagements bei der Festlegung zum Qualifikationsmix einbezogen werden. Für die Weiterentwicklung der PPR 2.0 hin zu einem Instrument der Pflegepersonalbedarfsermittlung, das einen bedarfsgerechten Qualifikationsmix abbilden kann, wird eine mehrjährige Forschungs- und Entwicklungsphase notwendig sein, die das einzurichtende Institut für die Personalbemessung in der Pflege (InPeP) leisten muss.
- Klarstellung, dass die PPR 2.0 unter anderem darauf abzielt, ambitionierte Zielerreichungsgrade bis zur Erfüllung von 100% Zielerreichung auf Basis von bundesdurchschnittlichen Werten zu definieren. Hierfür ist es zwingend erforderlich, die Finanzierung des Pflegepersonals aus der PPR 2.0-Berechnung vollständig

sicherzustellen, wenn nachgewiesen wird, dass das Personal auch tatsächlich eingesetzt wurde.

- Eine Prüfung auf Plausibilisierung der Einstufungen der Patient:innen in die Pflegekategorien der PPR 2.0 muss zwingend mit pflegewissenschaftlicher Expertise erfolgen. Mittelfristig müssen solche Prüfungen von dem einzurichtenden Institut für die Personalbemessung in der Pflege (InPeP) durchgeführt werden. Prüfungen der Einstufungen und Dienstpläne dürfen nur in absoluten Ausnahmesituationen erfolgen, um ein „Bürokratiemonster“ zu verhindern.
- Klarstellung, dass es keine Ausnahmeregelung für Krankenhäuser geben darf, die bundesweit verbindlichen Instrumente zur Pflegepersonalbedarfsermittlung anzuwenden. Ausnahmen würden hier keine einheitliche Qualität sicherstellen – weder für die Patient:innen noch für das Pflegepersonal.
- Klarstellung, dass die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) in der Einführungs- und Konvergenzphase der PPR 2.0 beibehalten wird. Für die sukzessive Abschaffung der PpUGs müssen für die PPR 2.0 Korridore vereinbart sein, die nicht unterschritten werden dürfen und Maßnahmen definiert werden, die der Entlastung des Pflegepersonals und der Sicherheit der Patient\*innen dienen.

Berlin, 18. August 2022

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR  
Alt-Moabit 91, 10559 Berlin  
Tel.: + 49 30 / 398 77 303  
E-Mail: [info@deutscher-pflegerat.de](mailto:info@deutscher-pflegerat.de)  
[www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de)