



Konzept zur Pflegepersonalbedarfsmessung im Krankenhaus

Fachgesellschaft Profession Pflege e. V.

Fachgesellschaft - Profession Pflege e.V.
c/o Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 59
10117 Berlin
VR 34794

Vorsitzende:
Andrea Albrecht

Bankverbindung:
Berliner Bank
Kto.-Nr.: 06 21 45 80 0
BLZ: 100 708 48
IBAN:
DE04 10 07 08 48 00 62 14 58 00

Steuer-Nr.:
27/653/57832

von 41

Inhalt

1	EINLEITENDE ÜBERLEGUNGEN	4
2	ÜBERBLICK ÜBER DIE INTERNATIONALE LITERATUR ZUR PFLEGEPERSONALBEMESSUNG	5
2.1	Zusammenfassende Überlegungen zu bestehenden Instrumenten	6
2.2	Anforderungen an künftige Lösungsansätze	7
2.3	Forderung der Einführung einer modifizierten PPR	10
3	PFLEGEPERSONALREGELUNG (PPR)	11
3.1	Aufbau und Methode	11
3.1.1	PPR-Minutenwerte	12
3.1.2	PPR-A-Einstufungskriterien	15
3.1.3	PPR-S-Einstufungskriterien	17
3.1.4	PPR und Regelungen zum Nachtdienst sowie zur Pflegeprozessdokumentation	19
3.2	Funktion der PPR in der heutigen G-DRG-Kalkulation	19
3.3	Weiterentwicklung der PPR und Einführung der PPR-A4 Stufe	19
3.4	Kritische Anmerkungen zur PPR-Methode	20
3.5	Überlegungen zu einer möglichen Wiedereinführung der PPR	21
3.5.1	Verbreitung der PPR	21
3.5.2	Modifizierung der PPR-Methode	22
3.5.3	Geschätzter Erfüllungsaufwand	23
4	ALTERNATIVE ÜBERLEGUNG BASIEREND AUF DEM PFLEGEERLÖSKATALOG DES INEK	23
4.1	Geplantes Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG)	24
4.1.1	Pflegeerlöskatalog, Pflegeentgeltwert, Pflegeerlös	25
4.1.2	Verschiebungen bisheriger Krankenhausbudgets und Auswirkungen des PpSG	26
4.2	Pflegepersonalbemessung basierend auf dem Pflegeerlöskatalog des InEK	28
4.2.1	Pflegeerlöskatalog – pflegerische Bewertungsrelation	30
4.2.2	Konzeptüberlegungen zum Ausbau der Pflegeindikatoren im G-DRG-System	32
4.3	Zusammenfassung	38
5	LITERATUR	40

Zentrale Kernaussagen und Zielsetzungen des Konzeptes

Sechs Bausteine für eine attraktive, nachhaltige Pflege



- Aufbau auf bestehenden Strukturen und Institutionen
- Potenzial zur Weiterentwicklung
- Alle Gesundheitsdaten bleiben in einem System



- Angemessene Personalbesetzung durch faire Vergütung
- Förderung der Arbeitszufriedenheit durch eine gute Pflege ohne Rationierung
- Aufwertung der Pflege durch Pflegeerlöskatalog



- Macht pflegerische Qualität sichtbar
- Fairere Bezahlung für gute Pflegeleistung
- Pflege als Erlösfaktor macht den Mehrwert guter Pflege sichtbar



- Pflege als eine tragende Säule der Krankenhausfinanzierung
- Zweckgebundener Einsatz der Pflegeerlöse
- Vergütungsgerechtigkeit



- Patientenorientierte Pflege durch gezielte Pflegebedarfs-erhebung
- Anreize für gute Pflege
- Qualität wird gut bezahlt



- G-DRG-System wird nicht in Frage gestellt
- Pflege bleibt als Leistungsfaktor im System
- Anreizsetzung für Zusammenarbeit

1 Einleitende Überlegungen

Das geplante Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG), welches derzeit in einem Referentenentwurf vorliegt, wird neue Herausforderungen an die Kliniken stellen:

„Jede zusätzliche Pflegepersonalstelle am Bett wird vollständig finanziert. (...) Diese Regelung gilt bis zum Inkrafttreten der neuen Pflegepersonalkostenfinanzierung ab dem Jahr 2020“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 33). Im Anschluss ist eine krankenhausesindividuelle Personalausstattung abhängig vom Pflegepersonalbedarf mit den Vertragsparteien auszuhandeln (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 34).

Zwei Aspekte werden im Rahmen des PpSG bezogen auf die Finanzierung der Pflegeleistungen im Krankenhaus deutlich. Wenn Pflege aus dem DRG-Kontext herausgelöst wird und der „Pflegeerlöskatalog“ des InEK nicht genutzt wird, um darauf basierend eine Pflegepersonalbedarfsmessung zu betreiben, muss ein Instrument außerhalb des DRG-Systems etabliert und platziert werden. Der „Pflegeerlöskatalog“ dient in diesem Fall lediglich dazu, das vereinbarte Pflegebudget fallbezogen abzubezahlen und würde nach dem Herausnehmen der Pflegeindikatoren deutlich ungenauer bezogen auf die tatsächlichen fallbezogenen Ressourcenaufwände funktionieren. **Soll der „Pflegeerlöskatalog“ allerdings zur Pflegepersonalbedarfsmessung genutzt werden, ist es wichtig, die pflegerelevanten Indikatoren im G-DRG-System zu belassen und weiter zu verfeinern.**

In einer Stellungnahme des Deutschen Pflegerates (DPR) zum PpSG wird in diesem Kontext eine aktualisierte Form der Pflegepersonalregelung (PPR) vorgeschlagen und gefordert (Deutscher Pflegerat, 2018). Die PPR könnte dann außerhalb des G-DRG-Systems zur Pflegepersonalbemessung genutzt werden.

Klar ist, dass eine aktualisierte PPR nur dann sinnvoll wirken kann, wenn diese in allen Kliniken in gleicher Art und Weise Anwendung findet, d. h. basierend auf der gleichen standardisierten Terminologie und identen Definitionen. Es ist aus Erfahrungen der Vergangenheit hinreichend bekannt, dass eine der zentralen Schwächen des Instrumentes die breite Interpretation der recht abstrakt formulierten Items ist. In Österreich wurde dieses Problem dahingehend zu lösen versucht, indem zahlreiche Items weiter operationalisiert wurden und ein jährliches Audit der Kliniken untereinander prüft, inwiefern die codierten PPR-Stufen mit der Realität übereinstimmen. Auf Grundlage der Auditergebnisse werden bei Personalverhandlungen Ab- und/oder Zuschläge ausgehandelt. Sinnvollerweise würde dann die modernisierte PPR auch künftig in der InEK-Kalkulation genutzt. Auch im Rahmen der Entwicklung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) wurden die Pflegeleistungen für die PPR-A4 deutlich differenzierter formuliert, um ein höheres, komplexeres und auf aktivierend-therapeutische Pflege ausgerichtetes Leistungsgeschehen auch besser abbilden und finanzieren zu können. Im Rahmen der PKMS-Entwicklung hat bereits eine Aktualisierung der PPR stattgefunden und auch die PPR-S4 liegt bereits vor. In Österreich findet aktuell eine Diskussion darüber statt, die PPR-A4 ebenfalls einzuführen, so die Überlegungen einiger Pflegedirektorinnen.

Ein weiteres Problem ist, dass die PPR in der derzeitigen Fassung weder evidenzbasierte Konzepte im Kontext der therapeutisch-aktivierenden Pflege beinhaltet, noch Patientenedukation und Kommunikationsleistungen erfasst werden. Darüber hinaus müsste eine Regelung für den Nachtdienst gefunden werden. Zwar wurde eine Modernisierung der PPR mit der Einführung des PKMS bereits eingeleitet, sollen jedoch alle Defizite des Instruments behoben werden, um eine adäquate Pflegepersonalbemessungsgrundlage zu bilden, so würde ein neues Instrument entstehen, welches auch andere Anforderungen an die Pflegedokumentation stellen würde. Vor dem Hintergrund der Erfahrungswerte bezogen auf Entwicklungszyklen anderer Instrumente im internationalen Vergleich ist hier mit einem Zeitraum von mehreren Jahren zu rechnen.

Berechtigt stellt sich jedoch die Frage, ob dies ein zielführender Weg sein kann und sollte. Denn auch mit der Aufnahme von weiteren Pflegemaßnahmen und einer Ausdifferenzierung der Pflegeinterventionsebene würden die in der Pflege- und Gesundheitswissenschaft kommunizierten Anforderungen an Pflegepersonalbemessungsinstrumente unberücksichtigt bleiben. Zudem würde eine sinnvolle „Modernisierung“ der PPR zu einem neuen Instrument führen, welches in allen Kliniken die dort bestehenden Systeme ersetzen müsste und jeder Patient wäre täglich mit einer Leistungsdokumentation nachzuweisen und einzustufen. Zudem müsste ein Institut zur Weiterentwicklung und Pflege des Instruments sowie zur Überprüfung der korrekten Anwendung auf Länder-/Bundesebene installiert werden. Weitere zu verfolgende Prämissen sind in einer Vergütungsgerechtigkeit sowie der Zielsetzung „gleiche Leistung,

gleiches Geld“ zu sehen, welche durch ein externes Pflegepersonalbemessungsinstrument und krankenhausspezifisch verhandelte Pflegebudgets nicht erreicht werden kann.

Vor diesem Hintergrund ist zu diskutieren, ob es nicht wesentlich sinnvoller ist, die pflegebezogenen Indikatoren im bestehenden DRG-System und den Pflegeerlöskatalog zur künftigen Pflegepersonalbemessung und -budgetverhandlung zu nutzen. Der besondere Charme hierbei ist, dass eine PPR-Einstufung und entsprechende Leistungsnachweise in der Pflegedokumentation nur von den Kalkulationshäusern bei jedem Patientenfall durchgeführt werden müssen und die restlichen Kliniken von dieser Umstellung befreit werden. Insbesondere Kliniken, welche mit Leistungserfassungskatalogen wie z. B. LEP (Leistungserfassung in der Pflege) arbeiten, würden andernfalls einen fachlichen Rückschritt in der Pflegedokumentation erfahren. Zudem sind die Leistungen des PKMS bereits der Trigger für eine modernisierte PPR mit den Stufen A4 und S4 sowie veränderten Zeitwerthinterlegungen. Hiermit werden bereits einige Defizite der ursprünglichen PPR ausgeglichen.

Die bisher im G-DRG-System eingebrachten pflegerelevanten Codes sind gut etabliert. Der Dokumentationsaufwand von einigen Operationen- und Prozedurenschlüsseln (OPS), wie z. B. die Komplexcodes der Geriatrie, der Neurologie und des PKMS, beziehen sich nur auf eine geringe Anzahl der Patientenfälle und erzeugen hier gezielt Anreize in den Kliniken, stärker auf eine aktivierend-therapeutische Pflege, auf interdisziplinäre Team- und Zielvereinbarungen und weitere wichtige Versorgungsaspekte zu achten. Gerade die Option, gezielt weitere Instrumente im G-DRG-System zu nutzen, sowohl zugunsten der Patientenbedürfnisse als auch den daraus abzuleitenden Pflegebedarf zu nutzen, um Pflegepersonalstellen zu verhandeln, entspricht den Anforderungen an zukunftsfähige Pflegepersonalbemessungsinstrumente der heutigen Zeit. So wurden seitens der Fachgesellschaft Pro Pflege zwei weitere OPS-Kodes entwickelt, welche sich gut für eine Ergänzung zur Pflegepersonalbemessung eignen würden und zudem auch die pflegerische Versorgungsqualität befördern könnten.

All diese Vorzüge kann die PPR auch in einer modernisierten Form nicht vorweisen und würde insbesondere aus fachlicher Sicht einem Rückschritt ins 20. Jahrhundert gleichkommen. Auch aus Sicht der Personalbemessung ist hier Kritik zu äußern, denn dieser Weg entspricht nicht den Empfehlungen der internationalen Literatur (vgl. auch Kapitel 2). Hier ist mit dem Pflegeerlöskatalog ein deutlich flexiblerer Weg zur Ausgestaltung verfügbar, der schrittweise vollzogen werden kann und zudem gezielt pflegfachliche Anreize setzen könnte. Alle OPS und Zusatzentgelte könnten weiter genutzt werden und würden sich im „Pflegeerlöskatalog“ (analog zu den pflegerischen Bewertungsrelationen des InEK-Kataloges) widerspiegeln, der in Zukunft weiter verfeinert werden könnte. Dabei sollte die gezielte Anreizsetzung für eine gute Pflege im Mittelpunkt stehen, gemäß dem Motto „gute Pflege wird besser bezahlt“.

Nachfolgend wird ein Überblick über die internationale Diskussion zu den Ansätzen einer Pflegepersonalbemessung bereitgehalten. Darauf folgt die Skizzierung eines Vorschlags, wie Pflegepersonalbemessung mit den bisher im G-DRG-System eingebrachten Pflegeindikatoren genutzt und weiter verfeinert werden könnten – im Sinne einer alternativen Diskussionsgrundlage zur Wiedereinführung der PPR. Zur fachlichen Beurteilung und Einschätzung der beiden Ansätze, künftig eine Pflegepersonalbedarfsbemessung zu realisieren, wird auch die Methode der PPR vorgestellt und Überlegungen zur Weiterentwicklung zur Verfügung gestellt. Wer das Instrument und die Methode kennt kann das Kapitel 3 überspringen.

2 Überblick über die internationale Literatur zur Pflegepersonalbemessung

Es besteht inzwischen ein breiter Konsens darüber, dass künftige Verfahren zur Pflegepersonalbemessung ihren Ausgangspunkt beim Pflegebedarf des Betroffenen haben sollten (Bundesministerium für Familie; Senioren; Frauen und Jugend, 2006). Die Ergebnisse einer systematischen internationalen Literaturrecherche (Wieteck & Kraus, 2016) zeigen eindrücklich die vorhandenen Defizite und Einschränkungen der Vielzahl an bestehenden Instrumenten und Methoden. Vor dem Hintergrund der langjährigen Bemühungen und Forschungsarbeiten sowie der Vielfalt an verschiedenen Ansatzpunkten scheint die Vorstellung illusorisch, dass es je ein Instrument geben wird, welches den „wahren“ Bedarf an Pflegezeit für die Empfänger der pflegerischen Versorgung abbilden kann.

Ziel kann folglich nur eine maximale Annäherung an den faktischen Bedarf sein. Zudem machen die Erkenntnisse aus den Literaturarbeiten auch den eklatanten Mangel an nutzbaren Daten deutlich, welche zur adäquaten Entscheidungsfindung hinsichtlich der erforderlichen pflegerischen Ausstattung herangezogen werden könnten. Es mangelt insbesondere in Deutschland an validen Zahlen über das pflegerische Outcome, die Patienten-Pflegepersonalrelationen in den spezifischen Settings, den erforderlichen und angemessenen Skill-Mix sowie den Pflegebedarf der Betroffenen. Ein weiterer

gegenwärtig unbeantworteter und eine zielführende Pflegepersonalstellenberechnung erschwerender Aspekt ist das Fehlen definierter Qualitätsniveaus von pflegerischen Leistungen. Gesellschaftspolitisch scheint zwar Konsens darüber zu bestehen, dass sich Pflegeleistungen am aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnisstand orientieren und angemessen sein sollen. Eine konkrete Operationalisierung dieses Anspruchs fehlt allerdings und in der Pflegepraxis im Krankenhaus ist erkennbar, dass eine evidenzbasierte, patientenzentrierte pflegerische Versorgung nach wie vor nur selten stattfindet. Bekannt ist in diesem Zusammenhang, dass das Fehlen einer systematischen Bewertung aller pflegerelevanten Informationen über den Zustand eines Patienten bzw. Bewohners sowie der hieraus resultierenden Schlussfolgerung in Form eines pflegediagnostischen Urteils keine evidenzbasierte Auswahl geeigneter Maßnahmen erlaubt. Zudem ist offenkundig, dass eine fehlende Umsetzung des systematischen pflegediagnostischen Prozesses dazu führt, dass eher oberflächliche und nur begrenzt auf die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse der Pflegeempfänger ausgerichtete Pflegemaßnahmen entsprechend einem „einfachen Handlungsmodell“ (vgl. Schrems, 2006) angeboten werden, welche häufig am tatsächlichen Versorgungserfordernis vorbei gehen und in Konsequenz Entscheidungen zur Förderung der Selbstständigkeit (Selbstpflegefähigkeiten) oder zur Vermeidung von negativen Ereignissen zu spät einsetzen.

2.1 Zusammenfassende Überlegungen zu bestehenden Instrumenten

Zahlreiche Instrumente bzw. Modelle zur Abbildung von pflegerischem Aufwand und/oder zur Pflegepersonalbemessung wurden entwickelt, erprobt und wieder verworfen (Bartholomeyczik, Haasenritter, & Wieteck, 2009; Isfort, 2008). Vor dem Hintergrund der Grenzen und Limitierungen aller dieser Methoden und Verfahren hat sich bisher kein Instrument zur Pflegepersonalbemessung mit einer national oder international nennenswerten Verbreitung in der Fläche durchsetzen können. Nichtsdestoweniger sind darüber hinaus einige Veröffentlichungen zu finden, die sich zur Unterstützung bei der Entscheidungsfindung hinsichtlich der Auswahl eines geeigneten Verfahrens/Instruments zur Pflegepersonalbemessung im deutschen Kontext beschäftigen (Pelchen et al., 2014; Thomas et al., 2014).

Die zusammenfassenden Erkenntnisse der bereits über mehrere Jahrzehnte andauernden Beschäftigung mit Patientenklassifikationssystemen und anderen Verfahren zur Pflegepersonalbemessung auf der Ebene eines transparenten und rationalen Systems zeigen, dass eine „perfekte“ Methode im Sinne eines Goldstandards nicht existiert. So zeigt u. a. die Arbeit von Crockerill und Kollegen (1993), dass sich die Anwendung verschiedener Systeme zur Pflegeleistungsbemessung (hier: Medicus, GRASP, PRN 76, PRN 80 und NISS) unterschiedlich auf die Kalkulation der (pflegebezogenen) Fallkosten auswirkt. Die Daten wurden in der Studie retrospektiv anhand von Patientendokumentationen (n=256, insgesamt 2.294 Patiententage) erfasst. In Abhängigkeit des jeweils genutzten Systems fanden sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der durchschnittlichen Pflegezeiten und der daraus berechneten Fallkosten innerhalb einzelner Case-Mix-Groups. Sehr ähnliche Resultate liefern auch andere Forschungsarbeiten mit entsprechender Fragestellung (vgl. z.B. O'Brien-Pallas, Cockerill, & Leatt, 1992). Dies bedeutet in letzter Instanz, dass die Instrumente den „wahren Pflegeaufwand“ nicht adäquat abbilden können und die Verhandlung von Pflegepersonalstellen auf Zahlen basiert, die letztlich lediglich eine Annäherung an den tatsächlichen Pflegebedarf und die benötigten Personalressourcen darstellen können. Das angesprochene Fehlen eines Goldstandards für die Kostenkalkulation und die Personalberechnung in der Pflege ist grundsätzlich als problematisch anzusehen. Dass die verschiedenen Verfahren nicht zu identischen Aussagen kommen, bedeutet allerdings nicht, dass alle gleichermaßen gut bzw. schlecht sind. Mehrere Forscher(gruppen) weisen darauf hin, dass die Mehrzahl an verfügbaren Instrumenten keine „Echtzeit“ erfasst. Insofern jedoch die Messwerte verschiedener Instrumente miteinander bzw. mit der Echtzeit korrelieren, kann dies als Indiz gewertet werden, dass zumindest Unterschiede im Arbeitsaufwand erfasst werden können (Carr-Hill & Jenkins-Clarke, 1995; Gärtner, 2008). Bei regelmäßigen Justierungen dieser Ansätze durch Echtzeiterfassungen könnte sich hieraus eine Grundlage für die Personalberechnung bzw. Kostenkalkulation entwickeln. Entscheidend ist, dass die Zahlen im Pflegemanagement auch sinnvoll interpretiert und genutzt werden, um eine adäquate Personalbesetzung und Prozesssteuerung zu realisieren. Basierend auf dem beschriebenen Erkenntnisstand werden die Budgetverhandlungen über Pflegepersonalstellen dennoch immer einen Aushandlungsprozess mit allen involvierten Stakeholdern nach sich ziehen. Vor diesem Hintergrund sollten künftig verschiedene Datenquellen zur Aus- und Bewertung der Arbeitsbelastung, des Personaleinsatzes und der Qualität genutzt werden, um eine adäquate Entscheidung hinsichtlich der benötigten Personalstellen treffen zu können. Die Dimensionen der Patientensicherheit, der pflegerischen Versorgungsqualität und ähnlich wichtiger Bereiche dürfen in der Diskussion nicht wie bisher unbeachtet bleiben.

An dieser Stelle ist jedoch erneut darauf hinzuweisen, dass nach wie vor eine zweckgerichtete Diskussion über ein konsentiertes gesellschaftliches Qualitätsniveau fehlt, auf dessen Grundlage die pflegerische Leistungserbringung ausgestaltet und finanziert werden kann. Ohne die Definition eines solchen Qualitätsniveaus der künftigen pflegerischen Versorgung ist es kaum möglich, über eine sinnvolle Pflegepersonalausstattung zu verhandeln. Derzeit bleibt es an vielen Stellen ungeklärt, ob Pflegende die Personalausstattung für eine fördernde aktivierend-therapeutische Pflege oder eine rudimentäre „Satt-und-Sauber“-Versorgung erhalten sollten.

Ebenso ist festzuhalten, dass Pflege künftig ein wesentlich zentraleres Element im Rahmen systematischer Versorgungsforschung sein muss (auch aus der Pflegewissenschaft selbst heraus), um evidenzbasierte Pflegekonzepte hervorzubringen. Es wird von entscheidender Bedeutung sein, den auf uns zukommenden Herausforderungen bedingt u.a. durch den viel zitierten demographischen Wandel der Gesellschaft mit effektiven, effizienten und patienten- bzw. bewohnerorientierten pflegerischen Leistungen entgegenzutreten. Auch Thomas und Kollegen kommen in ihrem Diskussionspapier zu der Schlussfolgerung, „[...] dass derzeit keines der untersuchten Instrumente alleinstehend als geeignetes Personalbemessungsinstrument in das Finanzierungssystem eingebunden werden kann, um eine nachhaltige Verbesserung der Betreuungssituation der Pflege zu erreichen“ (Thomas et al., 2014, S. 5).

Zusammenfassung

- Es existiert kein „Goldstandard“ unter den bislang bestehenden Instrumenten und Verfahren, welcher den tatsächlichen Pflegebedarf eines Patienten exakt abbilden könnte. Die verschiedenen Verfahren sind in unterschiedlicher Art und Weise und Genauigkeit eine Annäherung an den tatsächlichen Pflegebedarf und den daraus resultierenden Pflegepersonalaufwand.
- Die Tatsache berücksichtigend, dass Systeme zur Erfassung des Pflegeaufwands das hierzu benötigte Pflegepersonal nicht zuverlässig vorhersagen können, ist es notwendig, dass die Anforderungen an den Skill-Mix sowie eine adäquate Patienten-Pflegepersonalrelation (bzw. Bewohner-Pflegepersonalrelation) regelmäßig unter Berücksichtigung von Arbeitsbelastung und Qualitätsindikatoren überprüft und neu bewertet werden (vgl. hierzu u.a. Hughes, 1999).
- Der Pflegeaufwand und der Pflegepersonalbedarf werden entscheidend durch eine Vielzahl verschiedenartiger Einflussfaktoren determiniert (vgl. Kapitel 4). Ein besonderes Augenmerk sollte hier auf das gesellschaftspolitisch akzeptierte Qualitätsniveau gerichtet werden.
- Bei der Bestimmung notwendiger Pflegepersonalstellen geht es im Wesentlichen um einen Aushandlungsprozess auf gesellschaftspolitischer und einrichtungsbezogener Ebene hinsichtlich einzusetzender personeller Ressourcen und dem (gewünschten) Outcome der Patientenversorgung. Bisherige Aussagen hinsichtlich einer „ausreichenden“ Pflege bedürfen dringend einer Operationalisierung.
- Es ist von zentraler Bedeutung, dass es der Pflege gelingt, ihren produktiven und wertschöpfenden Anteil am Dienstleistungsprozess zur Förderung und Erhaltung von Gesundheit aufzuzeigen, um nicht ausschließlich als Kostenfaktor in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und insbesondere den Krankenhäusern wahrgenommen zu werden. Gelingt dies nicht, fehlt der Anreiz sowohl auf gesellschaftspolitischer als auch einrichtungsbezogener Ebene, um die derzeitige, defizitäre Situation nachhaltig und signifikant zu verändern (vgl. u.a. Bartholomeyczik et al., 2009; Laport et al., 2008). Ohne, dass es gelingt, den Mehrwert einer veränderten pflegerischen Leistungserbringung darzulegen ist absehbar, dass sich die Bereitschaft zum vermehrten Einsatz von Mitteln für die Pflegepersonalbesetzung nicht ändern wird.
- Die aktuelle Pflegepersonalbemessungsdiskussion findet ohne Bezugsgrößen zur Patientensicherheit und Qualität der pflegerischen Versorgung statt. Es besteht ein hohes Risiko, dass sich ohne eine genaue Betrachtung der pflegerischen Versorgungs- und Betreuungsqualität bestehende Missstände nicht zum Positiven verändern.

2.2 Anforderungen an künftige Lösungsansätze

Eine reine Vorgabe und Anhebung der Patienten-Pflegepersonalrelationen impliziert keinesfalls automatisch Qualitätsverbesserungen der pflegerischen Versorgung. Diese These wird zum einen durch erste Studien belegt (Lang et al., 2004; Zander et al., 2014), zum anderen ist zu befürchten, dass die Übernahme etwa von anderen Berufsgruppen delegierten, pflegefremden Tätigkeiten weiter zunimmt. So wird von Bartholomeyczik und Kollegen innerhalb des Zeitraums von 2003 bis 2005 eine leichte Zunahme von Tätigkeiten im ärztlichen Dienst attestiert (Bartholomeyczik, 2007). Es ist denkbar, dass bei

einer reinen Förderung der Kliniken zum Aufbau von mehr Pflegepersonal, wie dieses im PpSG vorgesehen ist, eine Delegation von ärztlichen Tätigkeiten und denjenigen weiterer Berufsgruppen an Pflegepersonen weiter forciert wird. Die dringend notwendigen Veränderungen des pflegerischen Handlungsgeschehens hin zu einer adäquaten Pflege basierend auf einem systematischen pflegediagnostischen Prozess und patientenzentrierten, evidenzbasierten Handlungskonzepten wird weiter unterlassen. An dieser Stelle sei erwähnt, dass dies nicht per se abzulehnen ist, solange zum einen eine Delegation klar und bidirektional geregelt ist und die Pflegenden auf ausreichende Personalressourcen zurückgreifen können, um entsprechende Tätigkeiten auf einem adäquaten Niveau realisieren zu können (Offermanns & Bergmann, 2008). Auch die Übernahme von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten oder anderen administrativen Tätigkeiten wäre bei einer reinen Vorgabe zur Anhebung der Pflegepersonalzahlen wahrscheinlich, da in diesem Zusammenhang mutmaßlich keine Personalbindungsverpflichtungen für die Kliniken erlassen würden und somit die Personalkosten in anderen Bereichen zu reduzieren wären.

Anhand dieser Überlegungen wird deutlich, dass künftige Pflegepersonaldiskussionen unbedingt Bezug auf das tatsächliche Pflegebedürfnis der zu versorgenden Patienten und den hieraus abzuleitenden Pflegebedarf nehmen sollten. Weitere zu berücksichtigende Faktoren werden in verschiedenen Studien erwähnt. Abhängig vom Pflegepersonalmix zeigte sich etwa, dass ein höherer Ausbildungsstand der Pflegepersonen zu geringeren Quoten an Pflegefehlern und unerwünschten Ereignissen führte (McGillis Hall, Doran, & Pink, 2004; Montalvo, 2007; Staggs & Dunton, 2014). Vielfältige Einflussfaktoren auf die verbrauchte Pflegezeit und damit die benötigten Personalressourcen sind bekannt. Gerade eine ausgewogene Fachkraftquote und darüber hinausgehende Qualifizierungsmaßnahmen des Pflegepersonals, im Sinne von Fachexperten für spezielle Fragestellungen und/oder Versorgungsbereiche sollten unbedingt in die Überlegungen der Pflegepersonalbemessung einfließen, da diese ebenfalls einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität bzw. auf die benötigten Personalressourcen haben (Shekelle, 2013; Twigg et al., 2012). Vor dem Hintergrund, dass die bisher zur Verfügung stehenden Personalbemessungsinstrumente nicht in der Lages sind, den tatsächlichen Bedarf an pflegepersonellen Ressourcen adäquat zu ermitteln und geeignete Kennzahlen bezogen auf die benötigte Anzahl von Pflegepersonal zu liefern (Bartholomeyczik et al., 2009; Carr-Hill & Jenkins-Clarke, 1995; Isfort, 2008; O'Brien-Pallas et al., 1992), ist es künftig erforderlich, unterschiedliche Kennzahlen in die Personalentscheidungsdebatte mit einzu beziehen.

Zudem sollten in der Finanzierung gezielte Anreize für eine „gute“ Qualität implementiert werden. Dies kann im Wesentlichen durch eine Erlösrelevanz pflegerischer Dienstleistungen sowie verbindlich zu definierenden Anforderungen bezüglich einer „guten“ pflegerischen Versorgungsqualität erreicht werden, die auch entsprechend nachgewiesen werden muss. Dass erlöswirksame Instrumente im G-DRG-System sowohl die Pflegequalität als auch eine Pflegepersonalstellendebatte befördern können, zeigen erste Beispiele, etwa die Einführung des OPS 9-20: „[...] Neben diesen erlösrelevanten Erfolgen konnten durch die Mitarbeiter im Team aber auch eine deutliche Qualitätsverbesserung in der direkten Patientenverbesserung festgestellt werden“ (Gehr, 2015, S. 178). In einer anderen Untersuchung konnte gezeigt werden, dass die Einführung des OPS 9-20 positive Auswirkungen auf die Dokumentationsqualität hat und aktivierend-therapeutische Angebote seit Einführung vermehrt realisiert werden (Schmidpeter, Peters, & Wieteck, 2013). Zudem hätte eine Erlöswirksamkeit pflegerischer Leistungen im G-DRG-System auch denkbare positive Auswirkungen auf derzeit kritisierte Fehlanreize im System. Für Kliniken sind diese Ansätze durchaus attraktiv, da künftig auch pflegetherapeutische, patientenedukative und auf Prävention ausgerichtete Leistungen erlösrelevant wirken könnten und durch das Anbieten einer entsprechend „guten“ pflegerischen Versorgung keine finanziellen Defizite mehr in den Kliniken entstehen würden. Zusammenfassend sind auf diesen Überlegungen basierend folgende Anforderungen an künftige Pflegepersonalbemessungsstrategien zu stellen:

- **Personalbemessungsinstrumente sollten multidimensional ausgerichtet sein.** Die ausschließlich einzelleistungsbasierte Darstellung des Pflegebedarfes unterliegt zahlreichen Beschränkungen und kann die Varianz des erbrachten bzw. zu erbringendem pflegerischen Aufwandes nicht hinreichend erklären. Zu dieser Erkenntnis kommen zahlreiche Forschungsarbeiten (Bartholomeyczik et al., 2009; Brühl & Planer, 2013; Wieteck & Kraus, 2016). Bartholomeyczik und Hunstein (2000) weisen darauf hin, dass bei einer exklusiven Pflegepersonalbemessung auf Basis von Pflegehandlungen der Unterschied zwischen der notwendigen Pflege und erbrachten Pflegeleistungen nicht sichtbar wird. Es besteht das Risiko, dass vor dem Hintergrund knapper Ressourcen notwendige Pflegeleistungen erst gar nicht geplant werden.
- **Personalbemessung sollte mit Qualitätsmessungen und Qualitätsindikatoren unterstützt werden.** Die bundesweite Installation von pflegesensitiven Outcome-Indikatoren ist

zwingend, um zu einer adäquaten Beurteilung zu kommen, wie viel Pflegepersonal in den verschiedenen Versorgungsbereichen benötigt wird, um eine adäquate pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Diese Forderung stützt sich auf der Tatsache, dass es keinen Goldstandard für eine adäquate Personalstellenbemessung gibt und ein Aushandlungsprozess mit den Stakeholdern ohne ein Wissen über die Konsequenzen auf Patientensicherheit und Qualität der Versorgung ethisch bedenklich und mit ökonomischen Risiken verbunden ist. Zentrale Outcome-Indikatoren zur pflegerischen Versorgung sollen kontinuierlich aus den Pflegeprozessdaten und der Fallakte der Pflegeempfänger gewonnen werden. Somit können Auswirkungen von Pflegepersonalveränderungen bezüglich Skill-Mix und Grade-Mix, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie der Patienten-Pflegepersonalrelation schnell identifiziert werden. Die Auswahl der pflegerischen Outcome-Indikatoren zur Einschätzung der Pflegequalität soll sich zunächst an den bereits bekannten und erprobten Indikatoren der Pflegewissenschaft orientieren. Beispiele hierfür sind u.a.:

- Die durchschnittliche erbrachte „direkte Pflegezeit“ pro Patient
- Qualitätsindikatoren zum Sturz und Sturzmanagement
- Qualitätsindikatoren zum Dekubitusrisiko und zur Dekubitusprophylaxe
- Qualitätsindikatoren zur Förderung der Kontinenz
- Qualitätsindikatoren im Kontext des Schmerzmanagements
- Qualitätsindikatoren im Kontext von nosokomialen Infektionen
- Qualitätsindikatoren im Rahmen der Ernährung und der unbeabsichtigten Gewichtsabnahme
- Das Auftreten von freiheitsentziehenden Maßnahmen
- Qualitätsindikatoren zu herausfordernden Verhaltensweisen
- Qualitätsindikatoren im Kontext der aktivierend-therapeutischen Pflege

Neben den klassischen Kennzeichen wie der Fluktuationsrate unter den Mitarbeitern, Beschwerden, Ausfallzeiten etc. sind auch Überlegungen hinsichtlich der Mitarbeiterbelastung, z. B. die Identifikation von Burnout-Syndromen über regelmäßige Mitarbeiterbefragungen, in die Überlegungen zu integrieren.

- **Pflegepersonalbemessung sollte auf der Regeldokumentation aufsetzen und zur Professionalisierung der Pflegeberufe beitragen.** Der verpflichtende Einsatz von Pflegediagnosen und Pflegeintervention eines standardisierten Pflegeklassifikationssystems im Rahmen der Pflegeprozessdokumentation könnte eine fundierte Grundlage zur Pflegepersonalbemessung anbieten. Für den Krankenhaussektor läge es auf Basis dieser Daten nahe, das Finanzierungssystem um pflege-relevante Fallgruppen zu erweitern. Hiermit würde die Erlösrelevanz pflegerischer Leistungen ermöglicht und gewährleistet. Zudem könnten auf den aus der Regeldokumentation gewonnenen Daten Qualitätsindikatoren installiert werden. Ziel künftiger Instrumente sollte es sein, ausschließlich diejenigen Daten als Grundlage für Pflegepersonalentscheidungen zu nutzen, die auch im Rahmen des pflegediagnostischen Entscheidungsfindungsprozesses nützlich sind und folglich das Potenzial eröffnen, den Pflegeprozess zielgerichteter und effektiver zu gestalten.
- **Es sollten Verfahren Anwendung finden, welche die Transparenz bezüglich des Leistungsgeschehens in der Pflege fördern.** Da eine reine Erhöhung der Pflegepersonalstellen aller Wahrscheinlichkeit nach nur wenige Auswirkungen auf die Pflegequalität mit sich bringen würde und sich Qualitätsverbesserungen nur in Verbindung mit Qualitätsstrategien sowie Veränderungen des Leistungsangebotes einstellen (Shekelle, 2013), ist die Wahl solcher Instrumente zu empfehlen, welche das Leistungsgeschehen transparent gegenüber allen Interessensgruppen darstellen. Ebenso ist es von zentraler Bedeutung für die Pflege den ökonomischen und gesellschaftspolitischen Wert pflegerischer Dienstleistungen in gleichermaßen transparenter Form darzustellen.
- **Pflegepersonalbemessungsinstrumente sollten sektorenübergreifend anwendbar sein.** Veränderungen im Gesundheitssektor hinsichtlich möglicher Auswirkungen auf andere Versorgungsbereiche könnten auf diesem Weg beurteilt werden, ebenso könnten Daten und Informationen bei Verlegungen von einem in den anderen Sektor weiter genutzt werden. Dieses wäre bei Instrumenten, welche auf der Basis von Pflegediagnosen und -maßnahmen aufsetzen, besonders attraktiv. Das Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssystemen der ambulanten Pflege, der stationären Pflege, dem Krankenhaus sowie der Rehabilitation könnte deutlich gestärkt werden (Ehrentraut et al., 2015). Wichtig ist an dieser Stelle die Empfehlung, sektorenübergreifende Überlegungen nicht fragmentiert nach den Professionen der Gesundheitsversorgung zu betrachten, sondern einen integrierenden Ansatz zu verfolgen.
- **Die Erhöhung des Pflegepersonalbestandes ist zwingend mit einer inhaltlichen Ausgestaltung der pflegerischen Arbeit zu führen.** Neben den bereits skizzierten Hinweisen, dass

eine reine Verbesserung der Patienten-Pflegepersonalrelation nicht automatisch mit einer Qualitätsverbesserung des pflegerischen Leitungsgeschehens einher geht, bestehen deutliche Hinweise auch darauf, dass die Arbeitsinhalte der Pflege ein bedeutender Grund für eine hohe Arbeitsunzufriedenheit sein könnten. So schreiben Kraus und Kollegen in einer zusammenfassenden kritischen Reflexion des Kenntnisstandes zu Thema „Berufssaustrieg aus der Pflege“, dass zum einen Schwangerschaft und Kindererziehung Gründe für einen Ausstieg aus dem Pflegeberuf seien, „[...] gefolgt von ungünstigen Arbeitszeiten, unbefriedigenden Rahmenbedingungen und Unzufriedenheit in Bezug auf die Arbeitsinhalte“ (Kraus et al., 2013, S. 810). Wie bereits dargelegt, gibt es zahlreiche Hinweise darauf, dass in deutschen Kliniken und Altenpflegeeinrichtungen durchaus kritische Versorgungslagen zu verzeichnen sind und es dringend anzuraten ist, sowohl eine Qualitätsoffensive als auch eine verbesserte inhaltliche Ausgestaltung des pflegerischen Leistungsgeschehens einzuleiten. In einem Fachbeitrag beschreiben Blum und Lönneßen (2016) vielfältige Strategien zur Fachkräftegewinnung. Einer dieser Gedankengänge besteht im Abbau von sog. Kompetenzmonopolen durch die Installation von klinikübergreifend tätigen Pflegepersonen, welche sich um spezielle Themenbereiche kümmern (z. B. Pain Nurses, Wundmanagerin, Breast Care Nurses etc.). Die Autoren kritisieren an dieser Stelle, dass das Wissen und Können in der Breite der Pflegemitarbeiter verloren geht und Verantwortung an wenige Personen abgegeben wird. Aus motivationstheoretischen Forschungsarbeiten über Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit ist bekannt, dass neben hygienebezogenen Faktoren auch die Unternehmens- und Führungspolitik, das Gehalt sowie die allgemeinen Arbeitsbedingungen entscheidend sind, um Arbeitszufriedenheit herzustellen. Zu den sog. Motivatoren hingegen zählen Anerkennung, interessante Arbeitsinhalte, persönliche Entfaltungsmöglichkeiten sowie die Option zur Verantwortungsübernahme und Aufstiegsmöglichkeiten (Stahle, 1994).

Zusammenfassung

- Der zielführende Weg zu einer adäquaten Personalbemessung ist in einem multidimensionalen Ansatz zu sehen, der sich schrittweise im G-DRG-System realisieren ließe.
- Bestehende OPS- und ICD-10-Codes können dabei genutzt werden und schrittweise weitere Verfeinerungen, welche wohl überlegt sind und eine Qualitätsperspektive berücksichtigen, eingebracht werden.
- Die bereits bestehenden Strukturen (ICD-10 und OPS) und Institute (DIMDI und InEK) könnten für die Weiterentwicklung genutzt werden, es wären folglich keine neuen Institute zur Katalogpflege, Weiterentwicklung und Kontrolle wie in anderen Ländern zu etablieren. Folgerichtig würden in diesem Zusammenhang auch keine Mehrkosten entstehen.
- Mit dem nachfolgend vorgestellten Lösungsansatz zur Pflegepersonalbemessung besteht die Möglichkeit, die krankenhausindividuellen Budgetverhandlungen schrittweise in Länderbudgetverhandlungen zu überführen und somit die jährlich damit verbundenen Aufwendungen von geschätzten 170.000 € pro Klinik abzubauen. Die jährlich bundesweit anfallenden Mehraufwendungen von 340.000.000 € könnten sinnvoll für eine pflegefachlich inhaltliche Forschungsförderung im Bereich der Pflege investiert werden. Würde die Personalbemessung mit Indikatoren innerhalb des G-DRG-Systems aufgebaut werden, könnte schrittweise von einer krankenhausindividuellen Budgetverhandlung auf Länder-/Bundesebene umgestellt werden. Damit würde weiterhin die Prämisse „gleiches Geld für gleiche Leistung“ verfolgt werden können.
- Ein weiterer großer Vorteil dieses Lösungsweges ist darin zu sehen, dass der Datensatz eines Patienten sowohl die pflegerischen als auch die medizinischen Daten beinhaltet und somit Digitalisierungsprozesse und sowohl Austausch als auch Nutzung von Daten gefördert werden können.

2.3 Forderung der Einführung einer modifizierten PPR

Da von den Fachverbänden wie DPR und ver.di mehrfach der Vorschlag unterbreitet wurde, dass die PPR in einer modernisierten Form erneut genutzt werden könnte, um eine Pflegebedarfsmessung im Krankenhausbereich zu realisieren, wird zunächst das Instrument vorgestellt. Ziel hierbei ist, die beiden möglichen Modellansätze jeweils auf solider Grundlage fundiert diskutieren zu können.

Völlig einig sind sich alle Fachverbände, dass neben den im PpSG vorgesehenen Maßnahmen ab 2020 eine Pflegepersonalbedarfsmessung stattfinden muss, da sonst keine gerechte Pflegebudgetverhandlung stattfinden kann.

Nach der Vorstellung der PPR und möglichen Modernisierungsansätze sowie Überlegungen für einen Rollout wird ein alternatives Modell zur Pflegepersonalbemessung vorgestellt, welches auf pflegebezogenen Indikatoren im G-DRG-System aufbaut.

3 Pflegepersonalregelung (PPR)

Mit Beginn im Jahr 1990 wurde in Deutschland die PPR entwickelt und 1992 in das Gesundheitsstrukturgesetz (Art. 13 GMG) integriert. Ziel der Entwicklung war gemäß § 1 Abs. 3 GMG, „eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche, sowie an einem ganzheitlichen Pflegekonzept orientierte, Pflege der stationär und teilstationär zu behandelnden Patienten zu gewährleisten“. Wegen des sich aufzeigenden, enormen Bedarfes an Pflegepersonal (die PPR deckte ein Defizit von 21.000 Stellen zwischen 1993 und 1995 auf) wurde die PPR-Methode im Jahr 1997 außer Kraft gesetzt.

Die auf Grundlage der PPR-Daten gewonnenen Informationen zu den DRG-Fallgruppen, die seitens der Kalkulationskrankenhäuser an das InEK übermittelt werden, werden bei der Weiterentwicklung der DRG in Deutschland genutzt. Alle Kalkulationshäuser in Deutschland geben derzeit PPR-Daten zur Fallkostenskalkulation ab. Es gibt nur wenige Stationen einzelner Kliniken, die eine andere Kalkulationsgrundlage nutzen. Im Rahmen der Kalkulation des InEK wurde die PPR 2010 weiterentwickelt und eine PPR-A4-Stufe installiert. In Österreich dient die PPR in einer ebenfalls weiterentwickelten Fassung als Berechnungsgrundlage für das Pflegepersonal und ist mittlerweile ebenfalls bei der Weiterentwicklung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) mit einbezogen.

Wie sinnvoll ist es, die PPR „wiederzubeleben“? Zur Beantwortung dieser Frage ist zu prüfen, ob die erneute Einführung der PPR die heutigen Zielsetzungen und Anforderungen in der Pflege als Personalbemessungsinstrument erfüllen kann. Eine zweite, sich anschließende Frage lautet, welcher Aufwand muss betrieben werden, um die PPR erneut zu implementieren und im gleichen Zuge zu modernisieren?

3.1 Aufbau und Methode

Die PPR-Methode unterscheidet zwischen allgemeiner Pflege (Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegung) und spezieller Pflege (Leistungen in Bezug auf Wund- und Hautbehandlung, medikamentöse Versorgung, Operationen oder andere invasive Maßnahmen). Nachdem mit diesem Instrument „der tägliche Pflegeaufwand retrospektiv gemessen“ wird und die Patienten anhand „ausgewählter erbrachter Pflegeleistungen kategorisiert“ (Fischer, 2002, S. 245) werden, ist die PPR den handlungsbezogenen Instrumenten zuzuordnen (Gagern & Hieber, 2006). Grundsätzlich könnte das Instrument auch genutzt werden, die für einen Patienten benötigten Leistungen abzubilden, welche dann mit den tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen verglichen werden (Soll-Ist-Vergleich). In einem Finanzierungssystem ist diese Vorgehensweise aber durchaus kritisch zu hinterfragen.

Die PPR ist zum 01.01.1993 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz in Kraft getreten. Alle Krankenhäuser mussten in der Folge die PPR verbindlich zur Pflegepersonalbedarfsplanung anwenden. Innerhalb kurzer Zeit wurden über 20.000 Stellen geschaffen. Bereits 1996 wurde die PPR in Konsequenz wieder ausgesetzt und 1997 schließlich ersatzlos gestrichen. Als Begründung wurden u. a. die entstandenen Mehrkosten genannt, die nicht finanzierbar waren.

Die PPR besteht im Zusammenhang mit der Pflege erwachsener Patienten ursprünglich aus neun Kategorien, die sich aus den erbrachten Leistungen in den Bereichen „allgemeine“ und „spezielle Pflege“ zusammensetzen. Sie gilt nicht für Funktionsabteilungen wie Intensiv- und Dialysestationen sowie die Psychiatrie (Katholischer Krankenhausverband Deutschland e.V. (Ed.), 2002). Die Einordnungsmerkmale der Bereiche werden in Grundleistungen (Pflegestufe 1), erweiterte Leistungen (Pflegestufe 2) und besondere Leistungen (Pflegestufe 3) zusammengefasst. Erhält ein Patient beispielsweise Grundleistungen innerhalb der allgemeinen Pflege (A1) sowie Grundleistungen bei der speziellen Pflege (S1), wird der Patient der Kategorie A1/S1 zugeordnet. Die Leistungsmerkmale innerhalb der „allgemeinen“ und „speziellen“ Pflege sind in verschiedene Leistungsbereiche unterteilt (Schöning, Luithlen, & Scheinert, 1993).

Allgemeine Pflege:

- Körperpflege
- Ernährung
- Ausscheidung
- Bewegung und Lagerung

Spezielle Pflege:

- Leistungen im Zusammenhang mit Operationen, invasiven Maßnahmen, akuten Krankheitsphasen
- Leistungen im Zusammenhang mit medikamentöser Versorgung
- Leistungen im Zusammenhang mit Wund- und Hautbehandlung

Zur Einstufung der Patienten in die entsprechenden Aufwandskategorien wurden entsprechende Einordnungsmerkmale formuliert. Eine A2-Einstufung erfolgt etwa im Leistungsbereich der Körperpflege, wenn Folgendes vorliegt: „Hilfe bei überwiegender selbstständiger Körperpflege“. Dagegen liegt das Einstufungsmerkmal A3 bei „überwiegender oder vollständiger Übernahme der Körperpflege“ vor (Schöning et al., 1993). Viele Einrichtungen haben, um einer unterschiedlichen Interpretation der Einordnungsmerkmale vorzubeugen, die Interventionen auf einem Leistungsnachweis konkretisiert und mit den entsprechenden Einordnungskriterien der PPR hinterlegt. Insgesamt gibt es 22 Einordnungsmerkmale für den A- und S-Bereich. Für die Auslegung der Einordnungsmerkmale gibt es entsprechende Auslegungen, die krankenhausspezifisch mehr oder weniger deutlich voneinander abweichen können (Siehe Anlage 1).

Zur Einstufung der Patienten in die weiteren Kategorien wurden zusätzlich Zuordnungsregeln definiert. Diese lauten für den A-Bereich:

- Die Zuordnung der Pflegestufe A2 muss mindestens in zwei Leistungsbereichen je ein Einordnungsmerkmal betreffen; konnte in einem Leistungsbereich eine A2 und in einem anderen eine A3 zugeordnet werden, so bleibt der Patient in A2.
- Liegt bei mindestens zwei Leistungsbereichen eine A3 vor, so ist der Patient in A3 einzustufen.

Für den S-Bereich lautet die Zuordnungsregel:

- Für die Zuordnung in S2 muss mindestens ein Zuordnungsmerkmal mit S2 vorliegen.
- Für die Zuordnung in S3 muss mindestens ein Zuordnungsmerkmal in S3 vorliegen.

3.1.1 PPR-Minutenwerte

Den PPR-Kategorien sind Minutenwerte zugrunde gelegt, die zur Personalberechnung oder Fallkostenkalkulation genutzt werden können.

Spezielle Pflege / Allgemeine Pflege	S1 Grundleistungen	S2 Erweiterte Leistungen	S3 Besondere Leistungen
A1 Grundleistungen	A1/S1 52 Min.	A1/S2 62 Min.	A1/S3 88 Min.
A2 Erweiterte Leistungen	A2/S1 98 Min.	A2/S2 108 Min.	A2/S3 134 Min.
A3 Besondere Leistungen	A3/S1 179 Min.	A3/S2 189 Min.	A3/S3 215 Min.
A 4 hochaufwendige Leistungen (seit 2010)	A4/S1 289	A4/S2 299	A4/S3 325

Tabelle 1: PPR-Kategorien mit Pflegeminutenwerten für Erwachsene. Quelle: (Schöning et al., 1993)

Bereiche	A1	A2	A3	A4
Körperpflege	0,7	10,21	36,90	72
Ernährung	5,98	17,38	32,99	56
Ausscheidung	0,75	10,87	19,40	40
Bewegen/Lagern	5,16	15,63	41,34	74
Kommunikation	4,42	6,90	9,35	15
Pflegedokumentation	3,00	5,00	7,00	12
Summe:	20	66	147	269

Tabelle 2: Differenzierte Minutenwerte der PPR in den Leistungsbereichen

Bei genauer Reflexion der hinterlegten Zeitwerte wird deutlich, dass drei Hauptprobleme der PPR-Minutenwerte als Kalkulationsgrundlage für den Pflegepersonalbedarf zu benennen sind:

- Die hinterlegten Zeitwerte im A2 und A3 Bereich erlauben keinesfalls eine pflegerische Versorgung, welche den Ansprüchen an eine patientenorientierte, aktivierende und evidenzbasierte Pflege entsprechen würde. Die Zeitwerte beziehen sich auf die Leistungen des gesamten Tages. Auch Laien wird diese Aussage z. B. im Themenbereich Ernährung deutlich. Innerhalb von insgesamt 32 Minuten ist bei einem in die Stufe A3 eingruppierten Patienten, der sich weder eigenständig an den Tisch setzen kann noch selbstständig das Glas zum Trinken zum Mund führen kann, eine adäquate Nahrungs- und Flüssigkeitsverabreichung über 24 Stunden hinweg nicht machbar. Dieser Kritikpunkt wird z. B. auch von Gratias (2014) aufgegriffen und kritisch diskutiert.
- Die hinterlegten Zeitwerte in den Kategorien können vom tatsächlichen Zeitbedarf abweichen. So stellt Gratias (2014) in seinem Fachaufsatz die Auswertungsergebnisse von acht Kliniken der Geriatrie vor. Hier wurden im Jahr 1994 die Minutenwerte ermittelt. Offen bleibt bei der Untersuchung, welches Qualitätsniveau der pflegerischen Versorgung vorlag, welches diese Differenz zwischen dem angenommenen Zeitwert und dem tatsächlichen Zeitwert in den PPR-Stufen erklären könnte. Die Einstufungskriterien der PPR beinhalten keine differenzierten Handlungskonzepte, welche der Prämisse einer aktivierend-therapeutischen Pflegeleistung folgen. Mehrere Hypothesen können für dieses Phänomen aufgestellt werden. So kann etwa angenommen werden, dass Patienten mit einem hohen Pflegebedarf und einer fehlenden bzw. eingeschränkten Fähigkeit, Bedürfnisse zu äußern eine reduzierte eher passivierende Versorgung in der Untersuchung erfahren haben. Einige Kernelemente einer aktivierend-therapeutischen Pflege sind erst mit der Aktualisierung von 2010 punktuell mit den Kriterien des PKMS aufgenommen worden. Bezogen auf die Anwendungserfahrungen mit dem PKMS wird deutlich, dass die aktivierend-therapeutischen Konzepte erst zögerlich in den letzten Jahren zur Anwendung kommen. Hochrelevante Bereiche wie z. B. die Kontinenzförderung oder ein Ess-Trinktraining stellen nach wie vor noch wenig genutzte PKMS-Items dar und spiegeln vorhandene pflegerische Versorgungsdefizite.

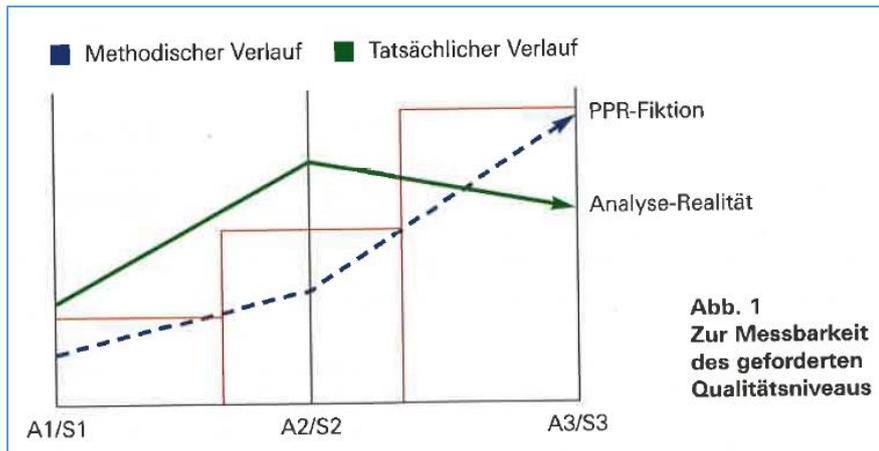


Abb. 1
Zur Messbarkeit
des geforderten
Qualitätsniveaus

Abbildung 1: (Gratias, 2014, S. 592)

- Die PPR-Einschätzungskriterien und die dahinter liegenden Kalkulationswerte können das unterschiedliche Leistungsgeschehen und die jeweils erforderlichen (unterschiedlichen) pflegepersonellen Ressourcen nur schwer greifen. Diese Methodenkritik wird von Gratias (2014) ebenfalls anschaulich an einem konkreten Beispiel beschrieben: Ein Patient, welcher aufgrund eines Schlaganfalls behandelt wird und im Vergleich hierzu ein Patient mit einem umfassenden Viszeraleingriff erhalten für die PPR-A3 Einstufungen einen identen Minutensatz für die Pflegepersonalkalkulation pro Tag zugesprochen – wengleich die realen Anforderungen bei diesen stark voneinander abweichenden Krankheitsbildern mit hoher Wahrscheinlichkeit deutlich voneinander abweichen.

Apoplexie		Viszeraleingriff groß
A3/Min.	Allgemeine Pflege	A3/Min.
36,90	Körperpflege	36,90
32,99	Ernährung	32,99
19,40	Ausscheidung	19,40
41,34	Bewegen und Lagern	41,34
9,35	Kommunikation	9,35
7,00	Pflegeplanung u. -dokumentation	7,00
147,00	? Gesamt	? 147,00

Abbildung 2: PPR-A3-Einstufungen Apoplexie und Viszeraleingriff

Berechnungsgrundlage der PPR-Zeitwerte am Beispiel Körperpflege

In der nachfolgenden Tabelle 3 wird ausschnittsweise vorgestellt, wie die PPR-Minutenwerte in den Kategorien A1–A3 von den damaligen Fachexperten berechnet wurden.

Tätigkeiten	Rechenweg						Ergebnis (Summe)
	Zeitdauer der Tätigkeit in Minuten	Häufigkeit bei einem Pat. im Regeldienst	Wochenfaktor	Personalfaktor	Anteil der Patienten	Minuten je Pat./Tag	
Körperpflege A1 (selbstständig) • Bereitstellen von Utensilien, Nachbereitung sowie orientierende Hilfe	3,5	1	1	1	0,2	0,6	0,7
Körperpflege A2 (teilw. Übernahme) • Bereitstellen von Utensilien, Nachbereitung sowie orientierende Hilfe	3,5	1,5	1	1	0,7	3,68	

• Waschen und Pflegen des Körpers einschließlich Bekleidungswechsel	10	1,5	1	1	0,4	6	
• Haarpflege und Gesichtsrasur	15	1	0,14	1	0,25	0,53	
• Mundhygiene einschließlich Infektionsprophylaxe							10,21
Körperpflege A3 (volle Übernahme)							
• Bereitstellen von Utensilien, Nachbereitung sowie orientierende Hilfe	3,5	1,5	1	1	1	5,25	
• Waschen und Pflegen des Körpers einschließlich Bekleidungswechsel	20	1,3	1	1,2	0,75	23,4	
• Aktivierung zur Körperpflege	10	1,3	1	1	0,15	1,95	
• Haarpflege und Gesichtsrasur	18	1	0,3	1,1	0,3	1,8	
• Mundhygiene einschließlich Infektionsprophylaxe	3	3	1	1	0,5	4,5	36,9

Tabelle 3: Berechnung der PPR-Minuten A1–A3 (Entnommen aus den Arbeitsunterlagen des BMG, Stand 16.04.1992)

Die genauen Begründungen der Wochenfaktoren und Häufigkeitsfaktoren, die zu Grunde gelegt wurden, sind den Experten der damaligen Entwicklergruppe vorbehalten. Der Wochenfaktor beschreibt die Häufigkeit der Tage, an denen die Tätigkeit anfällt: Faktor 1 = täglich, Faktor 1/7 (0,14 = 1 x wöchentlich). Der Personalfaktor gibt an, ob die Pflegehandlung durch eine Pflegeperson durchgeführt wird oder mehrere Personen benötigt werden. Die Häufigkeit gibt die durchschnittlich auftretende Häufigkeit der Leistung pro Tag an. Belege für die Zeitangaben, die den Einzeltätigkeiten zu Grunde gelegt wurden, sind nicht verfügbar.

Auch bei der PPR-S wurde bereits im Jahr 2015 von der Arbeitsgruppe der Fachgesellschaft Profession Pflege eine Anpassung vorgeschlagen bei zeitgleicher Berücksichtigung der Leistungen des PKMS. Bisher kam die PPR-S jedoch noch nicht zum Einsatz. Die Überarbeitung der Kalkulationswerte der PPR-Stufen S1 bis S4 führt durchgehend zu zeitlichen Anpassungen:

PPR-S Bereich	S1	S2	S3	S4
Vitalzeichenkontrolle	4,31	7,93	20,07	32
Teilnahme an Visiten	4,35	4,35	4,35	5
Leistungen im Zusammenhang mit Eingriffen und Maßnahmen des Arztes	0,81	1,55	2,34	3
Leistungen im Zusammenhang mit Arzneimittelgabe	5,36	7,24	10,1	15
Gewinnen von Untersuchungsmaterial	2,32	2,43	2,43	3
Pflegeleistungen wie abführende Maßnahmen, Absaugen usw.	0,83	0,68	1,96	6
Äußere Anwendungen, Wundverbände usw.	4,55	7,25	14,14	16
Vor-Nachbereitung von Diagnostik	2,1	1,92	1,04	3
Patiententransport	2,12	2,62	4,48	9
Anforderungen von diagnostischen u. therap. Leistungen	5,28	6	7,2	9
Summe gerundet in Min.	32	42	68	
Aktualisierung der Kalkulation gerundet 2015	26	48	80	101

Tabelle 4: Zeitwerte S1–S3 (S4)

3.1.2 PPR-A-Einstufungskriterien

Jeder Patient wurde täglich einer der neun Kategorien zugeteilt, indem retrospektiv die Pflegestufen (A/S) ausgewählt und kombiniert werden. Das Auswählen der Pflegestufen geschieht nach festgelegten Einordnungsmerkmalen und orientiert sich an den erbrachten Pflegeleistungen und/oder dem Pflegebedarf des Patienten.

Pflegestufe A1	Grundleistungen
<i>Jeder Patient erhält bestimmte Serviceleistungen</i>	
Körperpflege	Informationen geben, Handtuch, Seife etc. zur Verfügung stellen
Ernährung	Essenswünsche erfragen, Tablett bringen und abräumen etc.
Ausscheidung	Informationen geben, Hinweise geben etc.
Bewegung und Lagerung	Informationen geben, Bett machen etc.
Pflegestufe A2	Erweiterte Leistungen
<i>Patienten dieser Pflegestufe sind an der Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens teilweise gehindert und verursachen dadurch Pflegeleistungen über das Maß der Leistungen nach A1 hinaus. Die Kriterien sind in den vier Leistungsbereichen definiert. Der Patient muss darum nach den Kriterien dieser Bereiche beurteilt werden.</i>	
Körperpflege	Hilfe bei überwiegend selbstständiger Körperpflege Der Zeitaufwand ergibt sich hier aus der Hilfe bei Vor- und Nachbereitung, wobei der Patient überwiegend allein gelassen werden kann.
Ernährung	Nahrungsaufbereitung oder Sondennahrung Neben der Serviceleistung (A1) muss das Essen und Trinken für den Patienten „mundgerecht“ zubereitet werden. Beim Essen und Trinken braucht er jedoch keine Hilfen ¹ . Entsprechendes gilt für Sondennahrung
Ausscheidung	Unterstützung zur kontrollierten Blasen- oder Darmentleerung Der Patient kann seine Ausscheidungen selbst regulieren, er braucht aber Begleitung zur Toilette, zum Nachtstuhl oder ihm werden Steckbecken oder Urinflasche gereicht Versorgen bei häufigem Erbrechen Der Patient verursacht durch mehrmaliges Erbrechen vermehrten pflegerischen Aufwand (Reinigung des Patienten und evtl. des Bettes). Entleeren oder Wechseln von Katheter- oder Stomabeuteln Der Patient erhält Hilfen oder Unterweisungen, oder die Pflegenden entleeren bzw. wechseln den Beutel.
Bewegung und Lagerung	Hilfe beim Aufstehen und Gehen Der Patient erhält Hilfe beim Aufstehen und Gehen ausschließlich zum Zwecke der Aktivierung, z. B. Hilfe beim Verlassen des Bettes, beim Ankleiden und Unterstützung beim Hinsetzen und Gehen. Einfaches Lagern und Mobilisieren Der Patient braucht Unterstützung beim Lagern, z. B. zur Vermeidung von Druckgeschwüren, oder er braucht Lagerung und Bewegung einzelner Gliedmaßen. Von einfachem Lagern wird gesprochen, wenn: <ul style="list-style-type: none"> • Die Lagerung nicht häufig durchgeführt werden muss. • Der zu lagernde Patient nicht notwendigerweise im Bett gelagert werden muss. • Die Initiative in der Regel vom Patienten ausgeht. • Der Lagerungsvorgang nicht überwiegend therapeutisch begründet ist und • der Lagerungsvorgang nicht besonders arbeitsaufwendig ist.
Pflegestufe A3	Besondere Leistungen
<i>Patienten dieser Pflegestufe brauchen in allen Leistungsbereichen ein hohes Maß an Unterstützung, Aktivierung, Motivation und Zuwendung, denn sie sind durch Immobilität, eingeschränkte Körperfunktionen oder durch ihre Erkrankung an der eigenständigen Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse gehindert.</i>	
Körperpflege	Überwiegende oder vollständige Übernahme der Körperpflege Der Patient kann sich nicht selbstständig waschen, die Zähne putzen, rasieren und die Haare pflegen. Dies muss von den Pflegenden ausgeführt oder der Patient muss helfend und aktivierend unterstützt werden.
Ernährung	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme Der Patient ist nicht in der Lage, allein zu essen oder zu trinken, auch wenn die Nahrung mundgerecht zubereitet ist. <i>Er muss das Essen/Trinken eingegeben bekommen oder*</i> während des Essens helfend und aktivierend unterstützt werden. Das Kind muss gefüttert werden. Analog zu A2 gilt Gleiches für die Verabreichung von Sondennahrung.
Ausscheidung	Versorgen bei unkontrollierter Blasen- oder Darmentleerung

¹ Wichtig: Die dezentrale Speisenaufbereitung ist hier nicht zu berücksichtigen.

	Der inkontinente Patient muss regelmäßig <i>mit Inkontinenzmaterialien versorgt</i> und gereinigt werden, das Kind muss gewickelt werden (dazu gehört auch – soweit erforderlich – die Reinigung des Bettes). Dieses Merkmal umfasst auch das Kontinenztraining.
Bewegung und Lagerung	<i>Häufiges (zwei- bis vierstündlich) Körperlagern oder Mobilisieren</i>
	Der Patient wird aufgrund seiner Immobilität häufig gelagert oder mobilisiert. Dies kann therapeutisch erforderlich sein oder seinen persönlichen Bewegungs- und Lagerungsbedürfnissen entsprechen.
A 4 Hochaufwendige Pflege	
Definiert durch mind. 6 PKMS Aufwandspunkte	<p>Pflegeleistungen, welche einen hohen pflegerischen Aufwand erzeugen, wurden hier definiert z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lagerungs- und Mobilisierungsmaßnahmen 12 x tägl. oder 8 x täglich und davon 4 x mit zwei Pflegepersonen • Aktivierend therapeutische Konzepte bei der Körperwaschung wie z. B. Basal stimulierende Körperwaschungen, Körperwaschung nach dem Bobath-Konzept, der Affolter Methode • Gezieltes Ess-Trinktraining mind. 4 x tägl. nach spezifischen Konzepten welche im PKMS definiert sind • Maßnahmen zur Kontinenzförderung nach dem Expertenstandard definiert • Usw.

Tabelle 5: PPR-A4-Einstufungskriterien

Grundsätzlich könnten die PKMS-Leistungen als Merkmale zur Modernisierung der PPR aufgenommen werden. Die Beispiele in der Tabelle sind exemplarischer Natur und müssten nach einer Analyse differenziert aufgenommen werden. Die PPR-A4-Stufe ohne PKMS würde allerdings deutlich unschärfer und würde Fehlanreize ermöglichen. So würde es grundsätzlich ja nicht schaden, bei jedem Patienten eine basalstimulierende Körperpflege anzubieten. Aktuell werden diese Fehlanreize durch die PKMS-Gründe verhindert.

3.1.3 PPR-S-Einstufungskriterien

Bei der Durchsicht der Einstufungskriterien wird deutlich, dass zahlreiche seitens der Pflege erbrachte Leistungen fehlen, daher gibt es bei Anwendern, welche die PPR auch heute noch einsetzen, zahlreiche Abwandlungen der Einstufungskriterien (vgl. beispielhaft Anlage 1).

PPR Spezielle Pflege S1-S3

Pflegestufe S1	Grundleistungen
<i>Jeder Patient im Krankenhaus erhält seiner Erkrankung entsprechend aufgrund ärztlicher Diagnostik und Therapie ein Leistungsbündel von Routinetätigkeiten.</i>	
Leistungen im Zusammenhang mit: <ul style="list-style-type: none"> • Operationen • invasiven Maßnahmen • akuten Krankheitsphasen 	z. B. Routineüberwachung, problemloses Versorgen von Ableitungs- und Absaugsystemen
Leistungen im Zusammenhang mit medikamentöser Versorgung	z. B. Verabreichen von Tabletten, Salben, Tropfen, Injektionen Vorbereiten von i.v. Injektionen, Verabreichen von Suppositorien
Leistungen im Zusammenhang mit Wund- und Hautbehandlung	z. B. Versorgen kleinerer Wunden, Wechsel von Pflasterverbänden
Pflegestufe S2	Erweiterte Leistungen
<i>Patienten dieser Pflegestufe sind pflegeintensiver, weil sie aufgrund der Akutphase ihrer Erkrankung überwacht oder wegen der besonderen diagnostischen oder therapeutischen Technik (Verbände, Drainagen, Wundversorgung, Infusionstherapie) für das Pflegepersonal einen erhöhten Zeitaufwand bedeuten. Die Kriterien sind in drei Leistungsbereichen definiert. Der Patient muss darum nach den Kriterien dieser Bereiche beurteilt werden.</i>	

<p>Leistungen im Zusammenhang mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Operationen • Invasiven Maßnahmen • Akuten Krankheitsphasen 	<p><i>Beobachten des Patienten und Kontrolle von mindestens 2 Parametern 4–6-mal innerhalb von 8 Stunden²</i></p> <p>Postoperativ oder bedingt durch eine akute Situation müssen in Kombination z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puls und Blutdruck oder • Temperatur und Puls oder • Bewusstseinslage und Blutzucker <p>4–6-mal innerhalb von (höchstens) 8 Stunden gemessen oder beurteilt werden. (D. h., dass innerhalb von 8 Std. mindestens 8 Messungen von 2 Parametern erfolgen müssen.)</p> <p>4–6-mal kann heißen: 2-stündlich oder 1½-stündlich in 8 Std. oder in den ersten 2 Stunden engmaschig, d. h. mindestens ½-stündlich (= z. B. 6 Messungen in 2 Std.), danach noch 1–2-mal 2 Messungen innerhalb der restlichen Zeit.</p>
	<p><i>Aufwendiges Versorgen von Ableitungs- oder Absaugsystemen</i></p> <p>Der Aufwand kann bedingt sein durch Versorgen eines bestimmten Systems, z. B. Tracheal-Kanüle oder Bülau-Drainage durch häufiges Absaugen, durch Legen von Magensonden oder Blasenkatheter und durch Kontrolle der Ableitungsmengen</p>
<p>Leistungen im Zusammenhang mit medikamentöser Versorgung</p>	<p><i>Bei kontinuierlicher oder mehrfach wiederholter Infusionstherapie oder bei mehreren Transfusionen</i></p> <p>Hier ist der Patient einzuordnen, dem Transfusionen oder Medikamente durch Infusionen gegeben werden, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infusionen mit Zusätzen, die kontinuierlich über mehrere Stunden laufen, • Antibiotika-Gabe durch Kurzinfusionen dreimal am Tag bzw. viermal innerhalb von 24 Std. • Oder Transfusionen, mindestens zweimal am Tag, z. B. Erythrozytenkonzentrate oder Vollblut. <p>Pflegerische Tätigkeiten sind hierbei insbesondere Vor- und Nachbereiten, Wechseln der Infusionsflaschen, Beobachten des Patienten unter der Infusion bzw. der Transfusion sowie Beobachten der Infusionen oder Transfusionen.</p> <p><i>Bei intravenösem Verabreichen von Zytostatika</i></p> <p>Patienten, denen Zytostatika intravenös verabreicht werden, sind wegen der Schwere ihrer Erkrankung pflegeintensiver. Die Aufgaben des Pflegepersonals bestehen insbesondere in der Vor- und Nachbereitung dieser Maßnahmen und in der Krankenbeobachtung, nicht in der Durchführung.</p>
<p>Leistungen im Zusammenhang mit Wund- und Hautbehandlung</p>	<p><i>Aufwendiger Verbandwechsel</i></p> <p>Ein Verband ist dann aufwendig, wenn insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Art des Wechsels technisch schwierig ist • regelmäßig Komplikationen auftreten oder • der Patient unruhig oder wenig kooperativ ist z. B. <p>Gipsverbände mit darunter liegenden Wunden, septischer Verbandwechsel mit Wundreinigung. Aufgaben des Pflegepersonals sind insbesondere: Vorbereiten, Assistieren, Nachbereiten.</p>
<p>Pflegestufe S3</p>	
<p>Sind dieselben Einstufungskriterien</p>	<p>Andere Häufigkeiten und Zeitwerte Aus Platzgründen wurden diese hier nicht aufgeführt</p>
<p>Pflegestufe S4</p>	<p>Könnten über den PKMS getriggert werden, ist derzeit noch nicht im Einsatz, aber bereits entwickelt.</p>

Tabelle 6: PPR-S1-S4-Einstufungskriterien

² Diese Zeitspanne gibt nicht den uhrzeitlichen Zeitrahmen an, sondern ist ein Hinweis für die Intensität der Kontrollen innerhalb von 8 Stunden.

3.1.4 PPR und Regelungen zum Nachtdienst sowie zur Pflegeprozessdokumentation

Die Leistungen während des Nachtdienstes fließen nicht mit in die PPR ein und sind außerhalb der PPR-Berechnungen für den Tagdienst zu berechnen. Zudem wird jedem Patienten täglich ein Pflegegrundwert von 30 Minuten hinzugerechnet. „Im Pflegegrundwert sind Leistungen des Pflegedienstes enthalten, die keinen unmittelbaren Patientenbezug haben, insbesondere pflege- und behandlungsbezogene Besprechungen, Leistungen im Zusammenhang mit Leitungsaufgaben und der Ablauforganisation, innerbetriebliche Fortbildung sowie Maßnahmen zur Sicherung der pflegerischen Qualität“ (Schöning et al., 1993, S. 25). Bei Krankenhausaufnahme und -entlassung erhält der Patient einmalig einen Zeitwert von 70 Minuten (Schöning et al., 1993). Anhand dieser Zeitwerte können der Pflegezeitaufwand pro Patient und u. a. die Personalstellen berechnet werden. Voraussetzung hierfür ist, dass die PPR vollständig und den Vorgaben entsprechend erfasst wurde (Katholischer Krankenhausverband Deutschland e.V. (Ed.), 2002). Für dieses Instrument spricht eine leichte Handhabbarkeit sowie ein geringer Einstufungszeitaufwand.

3.2 Funktion der PPR in der heutigen G-DRG-Kalkulation

Personalkosten des Pflegedienstes (auf Normalstation) sowie Sachkosten für Arzneimittel und den übrigen medizinischen Bedarf werden über eine gewichtete Bezugsgrößenkalkulation verteilt, wobei die Gewichte von den ca. 240 Kalkulationshäusern auf der Grundlage der PPR-Minuten gebildet werden.

Die Einstufung nach der PPR ist zwar seit 1996 nicht mehr vorgeschrieben, hat aber im Rahmen der Kostenkalkulation in den **Kalkulationshäusern** im DRG-System nach wie vor eine hohe Verbreitung. Nur ein geringer Anteil der Kliniken setzt andere Gewichtungsinstrumente ein, z. B. eigens entwickelte Methoden oder mittels LEP gewonnene Daten. Eine Zuordnung der Kosten etwa über Pfl egetage ist nicht zulässig. Aus der über das Jahr hinweg erhobenen PPR-Pflegedokumentation einer Abteilung werden die gesamten PPR-Minuten addiert. Die Kosten eines Falles werden, vereinfacht dargestellt, wie folgt ermittelt:

Zunächst werden die gesamten Pflegepersonalkosten einer Station durch die gesamten dokumentierten PPR-Minuten dividiert. Das Ergebnis sind „Kosten pro PPR-Minute“. Für die Fallkostenermittlung werden die erbrachten Pflegeminuten des Falls mit diesen „Kosten pro PPR-Minute“ multipliziert. Die auf diese Weise ermittelten pflegerischen Personalkosten pro Fall fließen in die Kostenkalkulation des DRG-Systems ein und damit wird eine fallbezogene Kostendifferenzierung der Pflegeleistungen ermöglicht.

3.3 Weiterentwicklung der PPR und Einführung der PPR-A4 Stufe

Im Rahmen der Einführung des OPS 9-20 (PKMS) wurde die PPR um eine weitere Aufwandsstufe erweitert, um pflegerische „Hochaufwendigkeit“ auch in der G-DRG-Kalkulation sichtbar zu machen. Auf dem zweiten Pflegegipfel in Deutschland wurde vereinbart, dass die PPR überprüft wird und zur Abbildung entsprechend hochaufwendiger Patienten Ergänzungsmöglichkeiten entwickelt werden. Ziel dieser Entwicklung war es, die DRG-Kalkulation zur verbesserten Abbildung von Patienten mit einem hohen pflegerischen Ressourcenverbrauch zu schärfen. In Erwägung verschiedener diskutierter Vor- und Nachteile hat sich die Entwicklergruppe schließlich dazu entschieden, die Kalkulations-PPR-A4 für Erwachsene für hochaufwendige Patienten auf 14 Stunden an die bestehenden PPR-Minuten im Bereich A1–A3 anzupassen. Bei der PPR für Kinder und Jugendliche wurde die PPR-A4-Stufe entsprechend der bereits bestehenden Aktualisierung auf 24 Stunden angepasst. Ausgangslage zur Entwicklung der Minutenwerte der A4-Stufe sind die bereits errechneten Zeitwerte für den „hochaufwendigen Patienten“ in den fünf Leistungsbereichen des PKMS. Eine Beschreibung der Kalkulation der Zeitwerte innerhalb der fünf Leistungsbereiche des PKMS wurde genutzt, um die PPR-A4 zu entwickeln und die Kalkulationszeiten zu bestimmen. Weiterführende Details zur Entwicklungsgeschichte des PKMS sind einer Veröffentlichung von Wieteck (2011) zu entnehmen.

Der PKMS-Tagespunktwert sollte künftig die PPR-A4 auslösen. Mit diesem Lösungsansatz wurde verhindert, dass in der bestehenden PPR weitere differenzierte Pflegeleistungen und Häufigkeitszählungen aufgenommen werden müssen und es in der Folge in den Kalkulationshäusern zu einer Doppeldokumentation kommt. Bei der Bestimmung, bei welchem Tages-Punktwert des PKMS die PPR-A4 ausgelöst werden soll, wurden Datenerhebungen und Zeitwertmessungen zugrunde gelegt. Um diese Entscheidung treffen zu können, wurde die durchschnittliche Punktwertverteilung des PKMS erforderlich. Erste

Anhaltspunkte boten die Datenerhebungen aus Einrichtungen in Dortmund und Lüdenscheid. Die Herausforderung bei der Entwicklung der PPR-Minuten-Werte war darin zu sehen, dass es gelingen musste, die beiden unterschiedlichen Instrumente, die künftig den „hochaufwendigen Patienten“ abbilden sollten, sinnvoll aufeinander abzustimmen. Beide Instrumente, d. h. sowohl die PPR-Minutenwerte-A4 als auch die Score-Punkte des PKMS weisen einen unterschiedlichen Differenzierungsgrad zur Abbildung eines „hochaufwendigen Patienten“ auf. Das bedeutet, dass mit einem Zeitwert der PPR-A4 das gesamte Spektrum der „hochaufwendigen Patienten“, die einen täglichen Scorepunkt von 1–15 auslösen können, kalkulatorisch abgebildet werden muss. Eine gewisse Unschärfe in der Kalkulation kann mit dem Instrument PPR und einem A4-Wert nicht vermieden werden. Dennoch ist die Erweiterung und Schärfung der „hochaufwendigen Patienten“ in der G-DRG-Kalkulation als gut gelungen zu bewerten und wird dem Patientenklitel deutlich gerechter bezogen auf die Abbildung des Pflegebedarfes. Die Minutenwerte der Kalkulations-PPR-A4 für Erwachsene wurden nach dem beschriebenen Verfahren mit 257 Minuten, bei Kindern mit 302 Minuten und bei Jugendlichen mit 296 Minuten berechnet. Die PPR-A4 wird bei sechs Aufwandspunkten des PKMS ausgelöst. Wie bereits aufgezeigt, könnten die pflegerischen Leistungen des PKMS in die Einstufungskriterien der PPR aufgenommen werden, beinhalten jedoch die angesprochene Unschärfe.

3.4 Kritische Anmerkungen zur PPR-Methode

Es sind einige bedeutsame Einschränkungen und Grenzen der PPR-Methode bekannt und beschrieben. Hauptkritikpunkte sind die pflegfachliche Begrenztheit und Einschränkung der Pflegeleistungen auf die Bereiche der Körperpflege, der Ausscheidung, der Bewegung sowie der Ernährung im PPR-A4-Bereich. Zentrale Inhalte des pflegerischen Leistungsgeschehens können folglich nicht, auch nicht im Ansatz, abgebildet werden. Darüber hinaus wird die PPR zusätzlich zu der pflegfachlich erforderlichen Dokumentation codiert. Diese Codierung der PPR-Stufen ist nicht für die Abbildung eines Patientenfalles entsprechend der Pflegeprozessplanung geeignet, ein Maß an Doppeldokumentation ist somit unumgänglich. Eine große Herausforderung unter anderem bei der Nutzung der PPR-Daten zur Personalbemessung und -finanzierung ist der breite Interpretationsspielraum der PPR-Items. Die Einstufungskriterien sind wenig belastbar und es besteht ein hohes Risiko einer inflationären Kodierung. Die wesentlichen in der Fachliteratur beschriebenen Kritikpunkte werden im Folgenden stichpunktartig vorgestellt:

- Es besteht die Problematik einer einheitlichen Einstufung und damit einer unzuverlässigen Interrater-Reliabilität (Isfort & Weidner, 2001). Zur Sicherstellung einer einheitlichen Eingruppierung als Basis für eine bundesweite einheitliche Nutzung der PPR sind, ähnlich wie dies in Österreich praktiziert wurde, Kodierhandbücher mit Operationalisierungen zu erarbeiten und gegenseitige Audits zwischen den Kliniken zur Prüfung der Kodierqualität einzuführen.
- Die Verfahren zur Einstufung fallen sehr unterschiedlich aus, da für die PPR keine feinen, nachvollziehbaren Einschätzungskriterien existieren. Dadurch können verschiedene Pflegepersonen zu jeweils unterschiedlichen Einstufungen in die einzelnen Kategorien kommen. Die Kategorien beruhen zudem nicht auf empirisch analytischen Erhebungen bzw. Erfahrungen.
- Nicht vollends beantwortet ist die Frage, inwieweit die PPR den tatsächlichen pflegerischen Aufwand erfassen und messen kann. Nach Kuhlmann zeigen Untersuchungen, „[...] dass bei der PPR die Varianz an Pflegeaufwand innerhalb jeder Gruppe A1 bis A3 höher ist als die Varianz zwischen den Gruppen“ (Kuhlmann, 2003, S. 762). Das bedeutet, dass der Pflegeaufwand und damit der Pflegebedarf nur unzuverlässig erhoben werden.
- Auch ist bekannt, dass die PPR vielerlei Tätigkeitsfelder der Pflege weitgehend ausblendet. Ein gegenwärtig dramatisch an Bedeutung gewinnendes Beispiel hierfür ist die Pflegebedarfssituation von an Demenz erkrankten Patienten, die sich mittels der Pflegepersonalregelung kaum abbilden lässt. Die PPR ist auf die Leistungsbereiche Ausscheidung, Mobilität, Ernährung und Körperpflege sowie die Elemente der „speziellen Pflege“ (Behandlungspflege) reduziert. Generell ist die psychosoziale Dimension und alle hiermit zusammenhängenden pflegerische Leistungen schlicht nicht in der PPR vertreten. Zudem definiert das Instrument keine Qualität der pflegerischen Versorgung, womit die generierten Daten mit Ausnahme der reinen Information über die Differenz zwischen Soll und Ist der pflegepersonellen Ausstattung keinen Beitrag zur Qualitätssicherung leisten können. Darüber hinaus sind die Kategorien der PPR zur Bewertung der pflegerische Versorgung von zu abstrakter Natur (Hager & Nennmann, 1994).
- Die PPR ist keine Hilfe im Kontext der Pflegeprozessdokumentation sowie im Rahmen der pflegerischen Entscheidungsfindung (Isfort & Weidner, 2001). Ebenso sind die zu erfassenden

Leistungsbereiche derart abstrakt formuliert, dass aus Ihrer Dokumentation kein handlungsleitender Charakter für die weitere pflegerische Versorgung entsteht. Die PPR-Informationen reichen daher zur Sicherstellung einer pflegerischen Versorgungskontinuität in keinem Fall aus: „*Es kann [...] kein Rückschluss auf Anzahl, Dauer, Grund und Ziel der pflegerischen Leistung gemacht werden*“ (Kuhlmann, 2003, S. 762). Zur Leistungsplanung und -steuerung im Pflegeprozess ist die PPR daher ungeeignet.

- Der womöglich elementarste Kritikpunkt besteht darin, dass die PPR keine vollständige und realitätsnahe Abbildung des Pflegeaufwands in den Kliniken gewährleisten kann, auch, weil sich das Leistungsgeschehen in den letzten 20 Jahren seit Entwicklung des Instruments grundlegend geändert hat. Vor diesem Hintergrund wäre im Vorfeld des Einsatzes des Instruments eine grundlegende Überarbeitung und Testung der PPR unumgänglich (Thomas et al., 2014).
- Da die PPR keine Einzelinterventionen erfasst, kann sie weder in den Pflegeprozess integriert werden, noch für die Leistungsplanung und -steuerung oder das Kostenmanagement innerhalb einer Institution genutzt werden. Da der Informationsgehalt der PPR-Kriterien im Rahmen einer Pflegeprozessdokumentation viel zu abstrakt und daher mit nur wenig Aussagekraft behaftet ist, kann er im pflegerischen Entscheidungsfindungsprozess nicht genutzt werden. Daher führt die Nutzung in den Kliniken in den meisten Fällen zu einer Doppeldokumentation/-erfassung.
- Ein weiterer zentraler Kritikpunkt der PPR ist in der fehlenden Handlungsbegründung zu sehen. Es bleibt bei der Nutzung des Instrumentes unklar, ob der Patient die geplanten und/oder durchgeführten Pflegeleistungen auch tatsächlich braucht, oder ob der Patient gezielt mit einem höheren Pflegebedarf codiert wurde, um die eigene Position bei den Pflegepersonalbedarfsbudgets verbessert verhandeln zu können. Eine Bewertung des Patientenzustandes und des Pflegebedürfnisses bleibt intransparent.
- Die PPR-Minute ist in der InEK-Kalkulation in den letzten Jahren durch den sog. Kellertreppeneffekt (Simon, 2008) immer weniger „wert“ geworden, was vornehmlich mit den sich verändernden IST-Pflegepersonalkosten zu tun hat. Dieses Problem ist nicht zwingend im Aufbau der PPR begründet, sondern auch bei anderen Instrumenten zu erwarten. Verhindert werden kann dieser Effekt nur durch eine Zweckbindung der in der InEK-Kalkulation nachgewiesenen Mittel in Verbindung mit einer weiteren Differenzierung des pflegerischen Leistungsgeschehens innerhalb des Instrumentes.
- Die PPR-Kategorisierung ist nicht in der Lage, Qualitätsrückschlüsse oder -anforderungen an Kliniken sichtbar und transparent zu machen (Gratias, 2014). Da die PPR zudem ein handlungsbezogenes Instrument darstellt, besteht keine Aussagekraft über die Veränderung eines Patientenzustandes, um z. B. ein Outcome zu messen (Hager & Nennmann, 1994).

Sollte die PPR in einer aktualisierten Form tatsächlich eine Renaissance erfahren, sind die aufgezeigten skizzierten Kritikpunkte zwingend zu beachten und entsprechende Lösungs- und Korrekturwege zu implementieren. Ansonsten wird auch dieser Versuch keinen nachhaltigen Lösungsansatz bieten.

3.5 Überlegungen zu einer möglichen Wiedereinführung der PPR

Ob die Reaktivierung der PPR einen nachhaltigen Lösungsansatz für die Personalbemessung im Krankenhaus darstellen könnte, ist generell zu bezweifeln und ist im Wesentlichen an die Verbreitung des Instruments sowie die vollständige Behebung der beschriebenen Limitationen gebunden.

3.5.1 Verbreitung der PPR

Ein Argument seitens der Befürworter zur Wiederbelebung der PPR ist der Umstand, dass das Instrument aktuell noch in zahlreichen Kliniken, etwa zu internen Zwecken, eingesetzt wird. Allerdings ist die PPR nicht, wie bisweilen angenommen, annähernd flächendeckend in der Anwendung. Legt man exemplarisch die Erhebungsdaten aus Akutkliniken des Bundeslandes Hessen zu Grunde, so ist davon auszugehen, dass außerhalb der InEK-Kalkulationshäuser die Verbreitungsdichte der PPR zur Pflegepersonalbemessung bei weniger als 50 % liegt, wie ein Gutachten zur Ermittlung der in Hessen verwendeten Verfahren zur Pflegepersonalbedarfsermittlung nahelegt (Braun et al., 2014). Zudem nutzen die Kliniken teils sehr unterschiedliche und bisweilen schwer oder gar nicht miteinander vergleichbare Derivate der PPR, welche sich in den letzten Jahrzehnten in den verschiedenen Einrichtungen entwickelt haben.

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

Tabelle 7: Personalbemessungsmethoden und PPR-Methoden nach Braun et al. (2014, S. 38)

Vor dem Hintergrund der im Kapitel 3.4 benannten Einschränkungen der PPR ist kritisch zu reflektieren, ob es den Kliniken zuzumuten ist, die bestehenden Erhebungs- und Dokumentationsverfahren auf die Pflegepersonalregelung umzustellen. Bei einem gewollt langfristigen Einsatz wird deutlich, dass mit der Einführung einer (modernisierten) PPR die große Mehrzahl der Kliniken „bei Null“ beginnt und alle Pflegedokumentationsverfahren sowohl auf Papier als auch in Softwareprodukten umgestellt werden müssten. Auch der erwartbare Schulungs- und Überprüfungsaufwand einer modernisierten PPR ist als mindestens so hoch zu bewerten wie jener, der bei Einführung der heute etablierten neurologischen/geriatrischen Komplexcodes oder des PKMS entstanden ist. Dieser Aufwand wäre nur dann zu rechtfertigen, wenn das neue Verfahren in der Lage wäre, Anreize zur Förderung der pflegerischen Versorgungsqualität und Patientensicherheit zu setzen. Vor dem Hintergrund der aufgezeigten Einschränkungen des Instrumentes ist hier jedoch Skepsis angebracht.

3.5.2 Modifizierung der PPR-Methode

Unabdingbare Voraussetzung für eine Wiedereinführung wäre, dass sich die PPR auf das am Pflegebedarf und Pflegebedürfnis orientierte SOLL an pflegerischen Leistungen bezieht und nicht – wie aktuell in der Kalkulation – auf dem bereits erbrachten Leistungsgeschehen. Wie sich diese Prämisse mit dem im Referentenentwurf des PpSG vorgesehenen Vorgaben zur Pflegepersonalbudgetverhandlung in Einklang bringen lässt, bleibt offen.

Zudem muss vorausgesetzt werden, dass die PPR-Kalkulationsdaten vollständig und ohne Abschlüsse umgesetzt werden und in allen Kliniken auf gleiche Art und Weise erhoben werden, sodass eine Vergleichbarkeit von Daten als gerechte Grundlage von Pflegebudgetverhandlungen sichergestellt werden kann.

In einem Fachaufsatz beschreibt Gratias (2014) die Aspekte, welche im Rahmen einer Modernisierung der PPR zu bearbeiten wären, um einen nachhaltigen Weg zur Pflegepersonalbemessung einschlagen zu können. Diese werden nachfolgend inklusive eigener Ergänzungen dargestellt:

- Überprüfung der hinterlegten PPR-Minuten-Werte und Anpassung derselben. Bedingt durch die veränderte Fallschwere und höhere Multimorbidität der heute zu versorgenden Patienten müssten die Zeitwerte deutlich erhöht werden.
- Aufnahme differenzierter Handlungskonzepte, welche eine aktivierend-therapeutische, evidenzbasierte sowie patientenzentrierte Pflegeleistung abbilden können. Diese könnten sich in einer PPR-A4-Stufe wiederfinden und auf den Entwicklungen des PKMS basieren.
- Prüfung der Abbildbarkeit des Leistungsgeschehens von hochbetagten und/oder an Demenz erkrankten Patientengruppen sowie von Patienten, die einer Palliativpflege bedürfen.
- Aufnahme weiterer derzeit ausgeblendeter Handlungsbereiche der Pflege wie beispielsweise Leistungen im Bereich der Teilhabe, Edukation, Prävention und Partizipation. Dies ist bedeutend, da sonst die Aufwände u.a. bei Patienten mit Behinderung und Patienten in der Palliativversorgung nicht abbildbar wären.

- Prüfung des Gültigkeitszeitraums der PPR. Der Tagdienst könnte bis 22.00 Uhr ausgeweitet werden, für den Nachtdienst sind adäquate Bemessungsvorgaben zu entwickeln.
- Erarbeitung und Verankerung von Methoden zur Korrektur von Kodierfehlern. Soll eine modernisierte PPR als Pflegepersonalbemessungsgrundlage dienen, sind korrekte Ausgangswerte eine unumgängliche Voraussetzung. Als Vorbild in dieser Hinsicht könnten die Bemühungen in Österreich dienen, etwa mit Blick auf die Auditierung von PPR-Einstufungen.
- Regelungen und Zuständigkeiten für die Finanzierung der systematischen und kontinuierlichen Weiterentwicklung des Instrumentes sind zu installieren, beispielsweise in Form eines eigenen Instituts, in welchem im Sinne eines jährlichen Vorschlagsverfahrens kontinuierliche Prüfungen und Weiterentwicklungen der Kodierrichtlinien sichergestellt werden.

3.5.3 Geschätzter Erfüllungsaufwand

Der Erfüllungsaufwand lässt sich vor dem Hintergrund einer bislang völlig fehlenden Konkretisierung der zu treffenden Massnahmen zur Modernisierung der PPR kaum einschätzen. Würden selbige stufenweise mit einem jährlichen Weiterentwicklungszyklus geplant, könnten die anfallenden Aufwendungen auf mehrere Jahre verteilt werden. Nachfolgend werden die potenziell kostenintensiven Punkte im Rahmen einer Umstellung aufgeführt.

- Würden in einem ersten Schritt die PKMS-A-Leistungen in eine PPR-A4 Stufe überführt werden und dementsprechend die PKMS-S Leistungen in eine PPR-S4 Stufe mit den bereits entwickelten Zeitanpassungen realisiert werden, ließe sich das in einem überschaubaren Zeit-Rahmen realisieren.
- Einzurichten wäre neben einem Institut zur Weiterentwicklung, Pflege und Auditierung der korrekten Anwendung der modernisierten PPR eine Internetplattform, um ein Vorschlagsverfahren analog den Aufgaben des DIMDI/des InEK zu ermöglichen und um eine Datenbank für Softwarehersteller zu pflegen und zur Verfügung zu stellen.
- Für die Weiterentwicklung der PPR-Methode hinsichtlich der Aufnahme weiterer Leistungsbereich müssen Forschungsmittel akquiriert und bereitgestellt werden. Überdies stehen Prüfungen zur Validität einer modifizierten PPR aus, beinhaltend eine Überprüfung der Zeitwerte mit entsprechender Qualitätsausrichtung.
- Alle Kliniken sind gezwungen, ihre Pflegedokumentation auf eine modifizierte PPR umzustellen bzw. das etablierte Dokumentationsverfahren zu prüfen und ggf. austauschen. Jährliche Anpassungen wären vorgesehen. Der zusätzliche Dokumentationsaufwand durch die PPR-Einstufung kann je nachdem, wie eine faktische Umsetzung tatsächlich gestaltet wird, mit einem unterschiedlichen Aufwand verbunden sein. Analog der bestehenden PPR wird jeder Patient täglich eingestuft.
- Alle Mitarbeiter im Pflegedienst müssen in der neuen Methode geschult, eingewiesen und begleitet werden.

4 Alternative Überlegung basierend auf dem Pflegeerlöskatalog des InEK

Das nachfolgend vorgestellte alternative Konzept für eine künftige Pflegepersonalbemessung basiert auf pflegerelevanten Indikatoren im G-DRG-System sowie einem schrittweisen weiteren Ausbau derselben. Zunächst werden die Überlegungen vorgestellt und im Anschluss beide Modellansätze diskutiert. Ausgangspunkt des Konzeptes bildet der vom InEK vorgelegte Pflegeerlöskatalog, welcher auch unabhängig von den Überlegungen der Pflegepersonalbemessung im Kontext des PpSG zur Pflegepersonalbudgetverhandlung und der Abzahlung des jeweiligen krankenhausindividuellen Pflegebudgets (fallbezogen) eine Rolle spielen wird.

Zum besseren Verständnis folgen eine kurze Erläuterung zu den im Gesetzesentwurf des PpSG geplanten Vorgaben zum krankenhausindividuellen Pflegebudget ab 2020 sowie eine Einschätzung möglicher Auswirkungen (Abschnitt 4.1.1). Es folgt eine Erläuterung zu Aufbau und Funktionsweise des Pflegeerlöskataloges (Abschnitt 4.2.1), dessen Vorabfassung bereits vom InEK unter dem Namen „Pflege-Lastkatalog“ veröffentlicht worden. Das Kapitel schließt mit Überlegungen, wie das G-DRG-System und der

Pflegeerlöskatalog langfristig eine tragende Rolle im Kontext der Pflegebudgets übernehmen können und wie das System gezielt genutzt werden kann, um Anreize für eine evidenzbasierte, patientenorientierte und aktivierend-therapeutische Pflege zu setzen (Abschnitt 4.2.2).

Vorteile, die für den Ausbau des Pflegeerlöskataloges als Grundlage zur Pflegepersonalbemessung sprechen:

- Der Aufbau von Parallelwelten wird vermieden, vielmehr kann ein bestehendes System sofort weiter genutzt und weiterentwickelt werden. Dabei kann auf alle bereits etablierten Verfahren und Institute (DIMDI, InEK) zurückgegriffen werden.
- Die gesetzlichen Rahmenbedingungen im PpSG sowie im heutigen G-DRG-System sind gegeben und die Überlegungen sind konform mit den bereits etablierten Verfahren.
- Die Prüfungen der korrekten Anwendung der Codes (also der Elemente, welche zur Pflegepersonalbemessung genutzt werden) können wie bisher durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) durchgeführt werden.
- Pflegerische Daten werden für weitere Versorgungsforschung im G-DRG-System miterfasst, so ist der Zugang zu den Daten durch die etablierten Institute und Verfahren geregelt.
- Aus der Sicht der Digitalisierung sind keine weiteren gesetzgeberischen Verfahren zur Umsetzung von Personalbemessungsinstrumenten erforderlich. Durch die gegebenen Strukturen ist die Umsetzung des ICD-10 und OPS geregelt. Die semantische Interoperabilität ist gefördert.
- Dokumentationserfordernisse lassen sich pflegefachlich sinnvoll und ohne bürokratischen weiteren Aufbau von Dokumentationsanforderungen realisieren.
- Die bürokratischen Aufwände der Kliniken, Kassen und Ortsverbände hinsichtlich der krankenhausesindividuellen Budgetverhandlungen können schrittweise abgelöst werden. So heißt es im Referentenentwurf: *„Die Vereinbarung des Pflegebudgets wird in den regelmäßig stattfindenden Budgetverhandlungen auf der Ortsebene zu einem höheren Zeitaufwand führen, der für die somatischen Krankenhäuser mit einem dauerhaften Erfüllungsaufwand in Höhe von ca. 170 000 Euro einhergehen wird.“* Ziel sollte es sein, die krankenhausesindividuellen Pflegebudgetverhandlungen langfristig im Rahmen einer Konvergenzphase und basierend auf den Relativgewichten des Pflegeerlöswertes abhängig von der Leistung der jeweiligen Klinik zu ersetzen. Damit kann eine Vergütungsgerechtigkeit bewirkt werden und gute Pflege kann besser finanziert werden als eine „Satt-und-Sauber“-Versorgung.
- Durch die Entwicklungspotenziale innerhalb des G-DRG-Systems könne gezielte Anreize für evidenzbasierte Handlungskonzepte und edukative Maßnahmen gesetzt werden.
- Der Pflegeerlöskatalog mit der Option einer weiteren Spezifizierung könnte den langen geforderten Wandel in unserer Gesundheitswirtschaft bewirken, indem Pflege zu einem entscheidenden Erlösfaktor aufsteigt und nicht weiter auf einen Kostenfaktor reduziert wird.

4.1 Geplantes Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG)

Die Finanzierung der Pflege soll künftig außerhalb des G-DRG-Systems geregelt werden. Dieses Vorgehen wird im § 6a *Vereinbarung eines Pflegebudgets* im geplanten Krankenhausentgeltgesetz geregelt. Kliniken sollen in Zukunft ab dem Jahr 2020 die Pflegepersonalkosten über ein krankenhausesindividuell verhandeltes Pflegepersonalbudget finanziert bekommen. Dieses Pflegepersonalbudget orientiert sich an den tatsächlichen Pflegepersonalkosten der jeweiligen Klinik. Als Besonderheit ist hervorzuhaben, dass bis zum Jahr 2020 neu eingestelltes Pflegepersonal voll umfänglich zu 100 % finanziert wird. Ab 2020 werden dann krankenhausesindividuelle Pflegepersonalbudgets verhandelt, zudem werden Tarifanpassungen ausgeglichen. Das ausgehandelte Pflegepersonalbudget wird dann im Laufe des Jahres fallbezogen abbezahlt. Im § 12 a heißt es hierzu: *„Die ausgegliederten Pflegepersonalkosten nach Satz 1 sind bis zum 30. September 2019 in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je Belegungstag auszuweisen, der jährlich weiter zu entwickeln ist. Der Katalog ist erstmals für das Jahr 2020 von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 für die Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes anzuwenden.“* Dies bedeutet, dass die aktuellen Pflegepersonalkostenanteile innerhalb der G-DRG-Fallpauschalen sowie die Bewertungsrelationen der Zusatzentgelte eine Grundlage für die Verhandlung der Pflegebudgets darstellen und künftig dazu genutzt werden, um „...

einen Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen für die tagesbezogene Abzahlung der vereinbarten Pflegebudgets nach § 6a" zu realisieren.

Damit bestimmt sich die Erlössumme einer Klinik bezogen auf den Patientenfall in Zukunft zum einen aus den Bewertungsrelationen des Fallpauschalenkataloges (ohne Pflegekostenanteile) multipliziert mit dem Basisfallwert, den tagesbezogenen pflegerischen Bewertungsrelationen sowie mit dem krankenhausindividuell verhandelten Pflegeerlöswert, welcher basierend auf den Pflegebudgetverhandlungen ermittelt wurde. Zudem ist geregelt, dass sowohl Mehr- als auch Mindererlöse der Pflege vollständig ausgeglichen werden sollen.

Der Zeitplan im PpSG sieht folgende Umsetzungszeiträume vor: Das InEK hat bereits einen Pflegelastkatalog veröffentlicht (InEK - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, 2018). In diesem Katalog werden die tagesbezogenen Bewertungsrelationen der Pflege bereits ausgewiesen. Bis 2020 sollen alle neuingestellten Mitarbeiter der Pflege zu 100 % gefördert werden. Im nächsten Schritt definieren die Selbstverwaltungspartner, welche Pflegepersonalkosten aus der G-DRG-Kalkulation ausgegliedert werden. Auch hierzu liegt bereits ein Vorschlag des InEK vor. Im Sommer/Herbst werden voraussichtlich die endgültigen Kataloge des InEK ausgewiesen werden.

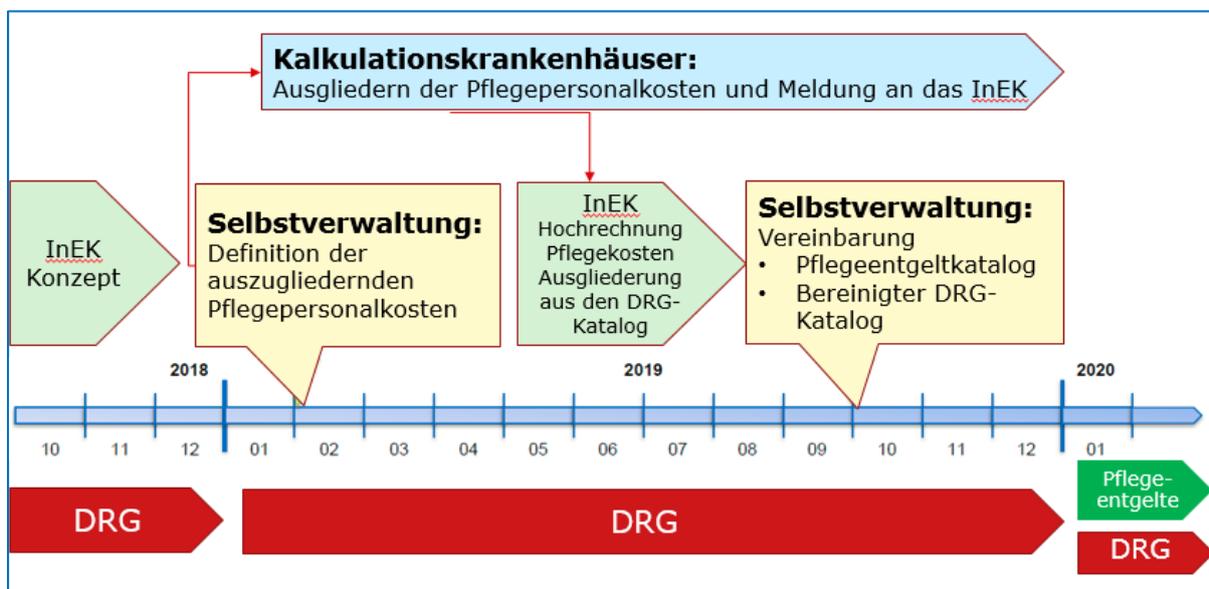


Abbildung 3: Zeitplanung PpSG in Anlehnung an Reinhard Schaffert

4.1.1 Pflegeerlöskatalog, Pflegeentgeltwert, Pflegeerlös

Der Pflegeerlöskatalog, welcher vom InEK ab 2019 zur Verfügung stehen soll, weist die bundeseinheitlichen pflegerischen Bewertungsrelationen je Belegungstag pro DRG-Fallgruppe aus. Die Abbezahlung des krankenhausindividuellen Pflegebudgets wird dann fallbezogen berechnet. Basierend auf den Kennziffern des jeweiligen Krankenhauses wird ein Pflegeentgeltwert für das Haus berechnet. Die Berechnungsformel lautet hierzu wie folgt:

$$\text{Pflegeentgeltwert der Klinik} = \frac{\text{Voraussichtlich vereinbarte Pflegepersonalkosten der Klinik}}{\text{Summe aller Bewertungsrelationen nach Pflegeentgeltkatalog der Klinik}}$$

Pro Patientenfall wird zur Abbezahlung des vereinbarten Pflegebudgets der Pflegeerlösanteil wie folgt berechnet:

Pflegeerlös für Patientenfall

= *Bewertungsrelation des Pflegegeltkataloges x Belegungstage x Pflegeentgeltwert des Krankenhauses*

Offen ist derzeit, ob der Pflegeerlöskatalog mit den für jede DRG und jedes ZE ausgewiesenen pflegerischen Bewertungsrelation auch als künftige Grundlage zur Pflegepersonalbemessung und Qualitätsbewertung genutzt werden soll, und ob mit der Ausgliederung der Pflegekosten aus dem G-DRG-System auch alle pflegerlevanten OPS- und ICD-10 Schlüssel herausgenommen werden.

Bisher ist im Referentenentwurf des PpSG **nicht** vorgesehen, eine eigene Pflegepersonalbemessungsgrundlage parallel zum G-DRG-System zu etablieren. Aus Sicht des Gesetzgebers ist dagegen die flächendeckende Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen sowie die Einführung von Pflegebudgets vorgesehen. Mit der Einführung der krankenhausesindividuellen Pflegebudgetverhandlungen können mögliche Mehrkosten, welche aktuell noch nicht über die G-DRG-Kalkulation vereinbart sind, aber durch die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen entstehen könnten, abgedeckt werden. Mit der Einführung des PpSG würden die Selbstverwaltungspartner auch flächendeckend korrekte Zahlen über die tatsächlichen Besetzungen in die Kliniken erhalten. In der Folge ließen sich ab 2019 verhältnismäßig einfach für alle Fachbereiche Pflegepersonaluntergrenzen vereinbaren – jedoch einhergehend mit allen mit dieser Methode verbundenen Risiken (vgl. hierzu Fachgesellschaft Profession Pflege e. V., 2018a, 2018b).

Die größte Herausforderung für die Kliniken wird es nach Inkrafttreten des PpSG sein, auch dann tragbare, krankenhausesindividuelle Pflegebudgets zu verhandeln, wenn die künftigen Pflegepersonaluntergrenzen unterhalb der aktuellen Personalbesetzung der eigenen Klinik liegen. Dies insbesondere dann, wenn die pflegerischen Bewertungsrelationen der Klinik dieses ebenfalls nicht erklären können. Aus bisherigen Erfahrungen mit Budgetverhandlungen kann hier mit Abschlägen gerechnet werden.

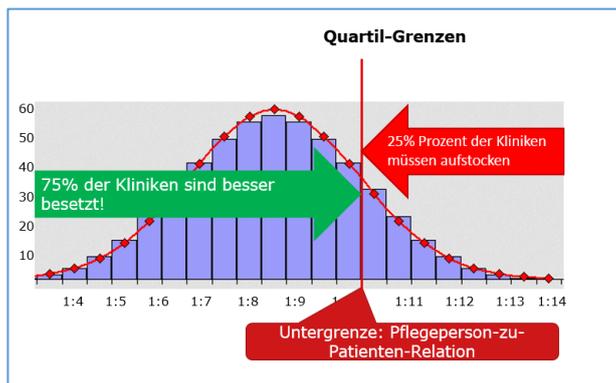


Abbildung 4: Überlegungen zur Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen

Es muss daher im Interesse der Pflegeberufe sein, möglichst viele spezifische Pflegeindikatoren abzubilden, welche das krankenhausesindividuelle durchschnittliche Relativgewicht positiv beeinflussen und das Potenzial haben, ein differenziertes Leistungsgeschehen basierend auf unterschiedlichen Pflegebedarfen der Patientengruppen darzustellen.

4.1.2 Verschiebungen bisheriger Krankenhausbudgets und Auswirkungen des PpSG

Durch den geplanten Gesetzentwurf (PpSG) wird es zu deutlichen Verschiebungen der krankenhausesinternen Budgets kommen. Vereinfacht lässt sich dieses wie in Abbildung 5 darstellen.

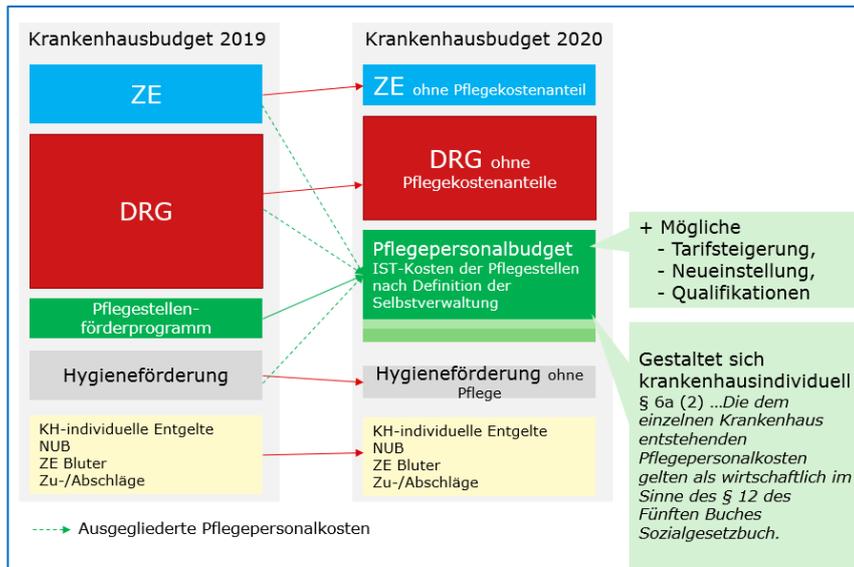


Abbildung 5: Verschiebungen der krankenhausesinternen Budgets in Anlehnung an Reinhard Schaffert (2018)

Aus allen Bereichen im G-DRG-System werden die Pflegekostenanteile herausgelöst und im Bereich der DRGs gekürzt. Diese Pflegekostenanteile sollen künftig über Pflegepersonalbudgets finanziert werden. Diese sind abweichend von der bisherigen Prämisse „gleiches Geld für gleiche Leistungen“ krankenhausesindividuell basierend auf den IST-Kosten der Klinik zu finanzieren.

Dies bedeutet, dass alle Kliniken, welche im Vergleich einen hohen Pflegepersonalstand haben (also bisher alle im G-DRG-System ausgewiesenen Pflegepersonalkostenanteile auch für Pflegepersonal eingesetzt haben), von dieser Umstellung profitieren werden. Allerdings werden diejenigen Kliniken verlieren, welche bisher für die Pflegepersonalstellen weniger Geld ausgegeben haben als die InEK-Kalkulation für Pflegepersonalkosten vorgesehen hat. Werden die Zahlen zugrunde gelegt, welche auf dem 17. Nationalen DRG-Forum Mitte März in Berlin geäußert wurden, werden für die Pflegepersonalstellen ca. 15 Milliarden Euro aus dem DRG-Topf finanziert. Der SPD-Bundestagsabgeordneten Sabine Dittmar zufolge seien aber 18 Milliarden Euro in der DRG-Kalkulation vorgesehen (Balling, 2018). Unter Voraussetzung der Korrektheit der Zahlen würden den Kliniken mit der Umstellung etwa 3 Milliarden Euro fehlen. Es stellt sich die Frage, welche Strategien in Kliniken entwickeln werden, um die zu erwartenden Defizite zu kompensieren und welche Auswirkungen diese auf die Versorgungsqualität haben könnten. Es steht die Sorge im Raum, welche Auswirkungen die Finanzierungslücke von durchschnittlich 1,5 Millionen Euro Differenz pro Klinik haben könnte.

Da im aktuellen Gesetzentwurf von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn definiert wird, dass zusätzlich aufgebaute Pflegepersonalstellen bis 2020 voll finanziert werden sollen und in die erstmals zu verhandelnden Pflegebudgets einfließen. Die Vorgaben lassen sich auf eine einfache Formel reduzieren: „Je mehr Pflegepersonen in einer Klinik arbeiten, desto mehr Geld wird es für diese geben“. **Ab 2020 wird die Förderung jeder neuen Pflegepersonalstelle im Rahmen der Pflegebudgets verhandelt.** (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 33).

Ab diesem Moment sollte ein Pflegepersonalbemessungssystem greifen und/oder der Pflegeerkatalog differenzierte Aussagen über die Fallschwere und das Leistungsgeschehen bieten, um steigende Pflegepersonalquoten künftig auch verhandeln zu können und einen erneuten Abbau der Personalstellen zu verhindern.

Sollte das Gesetz so in Kraft treten, werden Pflegepersonen begehrte Mitarbeiter in Kliniken und ein Preiswettbewerb um Pflegepersonen wird beginnen. Auch ist nicht absehbar, wie stark durch den Preiswettbewerb im Krankenhaus eine Sogwirkung entsteht, welche aus der ambulanten und stationären Altenpflege Mitarbeiter abzieht. Neben diesen zu erwartenden Effekten ist mit Substitution von Aufgaben von anderen Berufsgruppen (Stationssekretärin, Servicekräfte, Reinigungspersonen, Patientenfahrdienste, Ärzte, andere Therapeuten) zu rechnen, um in den jeweiligen Bereichen entsprechend einsparen zu können.

Die Forderung der Pflegeverbände, ein Pflegepersonalbemessungsinstrument zu etablieren ist in jedem Fall zielführend. Wie sonst sollte Pflegebudgetminderungen bei den Verhandlungen vorgebeugt werden, wenn die 100 %ige Förderung neuer Pflegepersonalstellungen wieder ausgesetzt wird. Hier kann bereits auf Erfahrungen von Budgetverhandlungen nach dem Selbstkostendeckungsprinzip im Zeitraum 1972 bis 1993 zurückgegriffen werden.

Fazit bisheriger Überlegungen:

Eine Pflegepersonalbemessung ist sinnvollerweise auf dem Pflegeerlöskatalog mit pflegerelevanten Indikatoren innerhalb des G-DRG-Systems zu etablieren.

4.2 Pflegepersonalbemessung basierend auf dem Pflegeerlöskatalog des InEK

Seit der Einführung des G-DRG-Systems 2004 wurden einige OPS und ICD-10 Schlüssel eingeführt, welche sich auf pflegerelevante Patientenzustände und/oder spezifische Pflegeleistungen beziehen. Bei den OPS-Schlüsseln handelt es sich zumeist um Prozeduren, welche einen aktivierend pflegetherapeutischen Aspekt beinhaltet. Zielsetzung all der Bemühungen, Pflege in das G-DRG-System einzubringen, war die Unterschiedlichkeit der pflegerischen Versorgungsbedarfe abzubilden und für eine Vergütungsgerechtigkeit zu sorgen. Zum anderen war es Anliegen der Fachgremien, Pflegekonzepte zu fördern, welche zu den Konzepten einer aktivierend therapeutischen Pflege zu rechnen sind, um einer reinen „Satt-Sauber-Versorgung“ entgegenzuwirken bzw. diese schrittweise abzubauen. Zudem waren alle Bestrebungen zumeist auf „vulnerable Patientengruppen“ gerichtet. Nachfolgend ein Überblick über OPS-Codes, welche bereits pflegespezifische Element aufgenommen haben.

OPS	Titel und pflegerelevanter Aspekt
8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal. Mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams muss eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen
8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation Vorhandensein von folgenden Therapiebereichen: Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie/faziorale Therapie und therapeutische Pflege (Waschtraining, Anziehungstraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostomamanagement, Isolierungspflichtige Maßnahmen u.a.).
8-559	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal (Therapeutische Lagerung, Mobilisierung, Körperpflege, Kleiden, Essen und Trinken; Ausscheidungstraining, Wahrnehmungsförderung, Aktivierungstherapie, Trachealkanülenmanagement u.a.)
8-975	Naturheilkundliche Komplexbehandlung: Behandlung von mindestens 120 Therapieminuten pro Tag durch ein klinisch-naturheilkundliches Team unter Leitung eines Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren und mit mindestens dreijähriger Erfahrung im Bereich der klassischen Naturheilverfahren * Dem Team müssen neben Ärzten und fachkundigem Pflegepersonal mit mindestens [...] * Mindestens zweimal wöchentlich Teambesprechung unter Einbeziehung somatischer, ordnungstherapeutischer und sozialer Aspekte mit patientenbezogener Dokumentation der bisherigen Behandlungsergebnisse und der weiteren Behandlungsziele * Naturheilkundliche erweiterte Pflege durch fachkundiges Pflegepersonal
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Tägliche multiprofessionelle Fallbesprechung mit Anwesenheitsdokumentation, * Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal * Wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele pro vollständiger Woche
8-98h	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Der Zeitaufwand, der von Ärzten des Palliativdienstes, von Pflegefachkräften des Palliativdienstes und von Vertretern der oben genannten Bereiche des Palliativdienstes am Patienten sowie patientenbezogen an seinen Angehörigen/Bezugspersonen erbracht wurde, wird über den gesamten stationären Aufenthalt addiert und entsprechend kodiert.
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal
9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: Basierend auf dem PKMS werden hier die Aufwandspunkte generiert, wenn entweder aktivierend-therapeutische Handlungskonzepte umgesetzt werden oder Punkte gezählt werden, wenn ein Patient eine erhöhte Frequenz von Pflegeleistungen auf Grundlage des individuellen Pflegebedarfes des Patienten hat.

9-201	Hochaufwendige Pflege bei Kindern und Jugendlichen:
9-202	Hochaufwendige Pflege bei Kindern
9-203	Hochaufwendige Pflege bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen
9-502	<p>Präventive familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen: * Das multiprofessionelle Team besteht mindestens aus den folgenden 3 Berufsgruppen: Ärzte, Psychologen oder Pädagogen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte * * Einsatz von mindestens 2 der folgenden Leistungen (von jeweils mindestens 30 Minuten Dauer, Leistungserbringung durch mindestens 1 Mitglied des multiprofessionellen Teams):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beratung der Eltern/Sorgeberechtigten zu sozialen Aspekten und Entwicklungsaspekten bei drohender Bindungsstörung sowie zur Mobilisierung von Unterstützungsressourcen • Anleitung der Eltern/Sorgeberechtigten in bindungsförderndem Verhalten durch: theoretische Unterweisung im Einzel- oder Gruppensetting und/oder praktische Unterweisung im Einzelsetting und/oder Übung wiederkehrender allgemeiner und spezifischer Pflege- und Versorgungshandlungen am eigenen Kind • Krisenintervention bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung des Kindes
8-971	Multimodale dermatologische Komplexbehandlung
8-976	Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung
8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
8-983	Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung
8-984	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
9-984	Pflegebedürftigkeit: Hier wird basierend auf dem NBA der Pflegegrad ermittelt und beantragt und/oder der bestehende Pflegegrad angegeben. (Die vier Module des NBA zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit sind auch Bestandteil des BAss)

Tabelle 8: OPS-Schlüssel mit pflegerischen Inhalten

Hinzu kommen entsprechende ICD-10-Schlüssel, hier besonders die U50.- Motorische Funktionseinschränkung und U51.- Kognitive Funktionseinschränkung sowie U52.- Frührehabilitations-Barthel-Index, um pflegerelevante Patientenzustände abzubilden. Diese werden über spezielle Assessmentinstrumente getriggert. Da z. B. die U50.* und U51.* in den vergangenen Jahren eine CCL-Relevanz entwickelt haben, wurde in vielen Kliniken ein entsprechendes Assessment eingeführt.

Bei genauer Betrachtung wird deutlich, dass fast jeder der in Tabelle 8 aufgeführte OPS- und ICD-10-Schlüssel mittlerweile erlösrelevant ist und die **unterschiedlichen pflegerischen Ressourcenaufwände sichtbar und abrechenbar macht. Zudem beeinflussen die pflegerelevanten OPS und ICD-10 den Pflegeerlöswert.** Dieses entweder über ein **Zusatzentgelt**, z. B. die Palliativkomplexcodes, OPS Pflegebedürftigkeit oder eine **Gruppierungsrelevanz im G-DRG-System** (z. B. der Komplexcode der Geriatrie, Neurologie) oder **beides** wie z. B. der OPS 9-20 Hochaufwendige Pflege. Abhängig vom pflegerischen Leistungsgeschehen in einer Klinik werden die durchschnittlichen pflegerischen Bewertungsrelationen differieren und den unterschiedlichen personellen Ressourceneinsatz abbilden.

Pflege könnte die im DRG-System bisher befindlichen **Indikatoren nutzen, um über den Pflegeerlöskatalog Pflegepersonalbedarf und Pflegepersonalbudget zu verhandeln** und über das jährliche Vorschlagswesen weitere pflegerelevante Indikatoren in das G-DRG-System einzubringen. Dieses mit dem Fokus, Anreize zu schaffen, um die Qualität des pflegerischen Leistungsgeschehens zu fördern. Durch das Belassen der Pflegeindikatoren im G-DRG-System könnten Pflegebudgetunterschiede zwischen den Kliniken/Fachabteilungen gerechtfertigt werden und somit eine verbesserte Grundlage für die Pflegebudgetverhandlungen geschaffen werden. Bei diesem Modellansatz kann argumentiert werden, dass Kliniken, welche verstärkt einen aktivierend-pflegetherapeutischen Schwerpunkt setzen, durch die Abbildung des unterschiedlichen Leistungsgeschehens auch eine bessere Ausgangslage haben sollten, Pflegepersonalbudgets zu verhandeln. Ganz nach dem Motto **„gute Pflege wird besser bezahlt“**.

Die Anreizsetzung für pflegetherapeutische Konzepte bei der OPS-Entwicklung ist auch innerhalb der Klinik von Bedeutung, da ohne diese Anreize das Risiko besteht, dass Pflege inhaltlich noch mehr auf die administrativen Zuarbeiten im Behandlungsprozess mit Substitution ärztlicher Tätigkeiten ausgerichtet wird. Damit wäre aber eine dringend erforderliche Neuorientierung pflegerischen Handelns in Richtung Professionalisierung der pflegeoriginären Aufgabenbereiche blockiert. Durch die Bedeutung des Pflegeerlöskataloges und den pflegespezifischen OPS und ICD-10 hat Pflege künftig Einfluss auf die Krankenhausbudgets. Dieses ist wiederum daran gekoppelt, welche pflegerischen Leistungen erbracht werden.

Pflegeleistungen im G-DRG-System zu Erlösfaktoren zu entwickeln, könnte es künftig ermöglichen, in einem interdisziplinären Team zu entscheiden, ob Patienten mehr Pflege-therapie, -patientenedukation, und/oder komplementäre medizinische Betreuung oder einen operativen Eingriff und medizinische Behandlung benötigen.

Vor dem Hintergrund einer langfristigen Sicherstellung, dass eine **„gleiche pflegerische Versorgung und Pflege-Therapie“** auch den **„gleichen Erlös für die Pflegeleistung“** bedeutet, sind die pflegererelevanten Indikatoren im G-DRG-System weiter auszubauen. Langfristig sind die krankenhausindividuellen Pflegeerlöse in einen landes-/bundesweiten pflegerischen Basisfallwert zu überführen. Zudem ist eine Harmonisierung des pflegerischen Leistungsgeschehens auf einem pflegewissenschaftlich anerkannten Stand (evidence-based nursing) zu fördern. Hierzu wird eine entsprechende Leistungstransparenz durch differenzierte Indikatoren im G-DRG-System benötigt.

Eine weitere Zielsetzung, welche mit diesem Lösungsansatz verfolgt wird, ist, dass die **pflegerischen und medizinischen Daten in einem Datensatz verfügbar** sind und es künftig deutlich besser gelingen kann, eine saubere Risikoadjustierung für pflegerische Qualitätsindikatoren zu ermöglichen.

4.2.1 Pflegeerlöskatalog – pflegerische Bewertungsrelation

Zunächst eine Klärung der Begrifflichkeiten. Das InEK hat vor kurzem einen Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegetlastkatalog) veröffentlicht (InEK - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, 2018). Im PpSG wird hier von einem Pflegeerlöskatalog gesprochen. Für 2019 ist eine aktualisierte Fassung der bisherigen Veröffentlichung geplant. Beide Begriffe sind als Synonyme zu verstehen. Es geht um die tagesbezogenen pflegerischen Bewertungsrelationen pro DRG und ZE.

Der „Pflegetlastwert“ wird ausgehend von den Pflegekosten der jeweiligen DRG und den Verweildauern ermittelt und beschreibt ein tagesbezogenes Relativgewicht, differenziert nach dem kalkulierten pflegerischen Ressourcenverbrauch auf Normalstation bzw. Intensivstation inklusive einer Differenzierung bei Kindern.

DRG	Parti-tion	DRG in Anlage 3a FPV	Bezeichnung	Bewertungs-relation/Tag Normalstation	Bewertungs-relation/Tag Intensivstation	Bewertungs-relation/Tag Normalstation Kinder	Bewertungs-relation/Tag Intensivstation Kinder
1	2	3	4	5	6	7	8
K60C	M		Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 17 Jahre oder ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder schwerste Ernährungsstörungen oder äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag	0,0317	0,1161		
K60D	M		Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose oder Koma, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	0,0479	0,1187		
K60E	M		Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag	0,0220	0,1104		
K60F	M		Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose	0,0234	0,1013		

Abbildung 6: Auszug aus dem Pflegetlastkatalog des InEK 2018

Im Kontext der Pflegepersonaluntergrenzen wurde der Pflegetlastwert auch als Möglichkeit der Risikoadjustierung und Berücksichtigung der pflegerischen Fallschwere zur Festlegung derselben diskutiert.

Im Referentenentwurf zum Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz wird der „Pflegetlastkatalog“ ggf. in etwas abgewandelter und aktualisierter Version zur Pflegekostenvergütung im Rahmen der Krankenhausabrechnung vorgesehen und könnte künftig in den Pflegebudgetverhandlungen eine Rolle spielen.

Rechenweg zur Ermittlung des fallbezogenen Pflegetlastwertes am Beispiel:

Herr Meier mit einer chronisch obstruktiven Atemwegserkrankung war 2 Tage auf der Intensivstation und 11 Tage auf Normalstation. Der DRG (E65B) würde für die Normalstation ein Relativgewicht pro Tag von 0,0259 und für die Intensivstation von 0,1094 zugewiesen werden. Werden die Werte für den Aufenthalt entsprechend mit den Verweildauertagen in den beiden Bereichen multipliziert, ergibt sich der „Pflegetlastwert“ ($2 \times 0,1094 + 11 \times 0,0259$) von 0,5037. Da es sich bei dem Patienten um einen an Demenz erkrankten Patienten handelt, wird der OPS 9-200.01 (PKMS) verschlüsselt. Dem ZE³ 130.01 wurde ein

³ ZE= Zusatzentgelt für den OPS 9-20

fallbezogenes Relativgewicht von 0,3425 zugewiesen. Dieses wird zur Berechnung der fallbezogenen Pflegebelastung addiert, woraus sich ein Pflegebelastwert von 0,8462 für den Patienten ergibt.

Exemplarische Berechnungen des durchschnittlichen Pflegebelastwertes verschiedener Facheinheiten einer Klinik zeigen, dass die Pflegebelastwerte ohne die Pflegeindikatoren des OPS „hochaufwendige Pflege“ und „Pflegebedürftigkeit“ nicht nennenswert voneinander abweichen. Erst durch die spezifischen pflegerischen Indikatoren wird die unterschiedliche Fallschwere sichtbar. In Tabelle 9 wird in Spalte 1 der prozentuale Anteil der Patienten mit abgerechneten OPS 9-20 (PKMS) aufgeführt.

Fachstationen	Normalstation ⊖	€/Tag N	Intensivstation ⊖	€/Tag I	Pflegebelastung gesamt	ZE 130 + 0,34	PCCL
Chirurgie (n 247)	0,031	90,92	0,119	349,02	0,150	ca. 5%	2,4
Innere Med I (n 267)	0,030	87,99	0,112	328,49	0,142	ca. 10 %	2,2
Innere Med 3 (n 262)	0,029	85,06	0,108	316,76	0,137	ca. 10 %	2,1
Unfallchirurgie (n 131)	0,028	82,12	0,111	325,56	0,139	ca. 3,5%	1,4
Geriatric (n 206)	0,030	87,99	0,111	325,56	0,141	ca. 60%	2,4
Neurologie (n 187)	0,030	87,99	0,109	319,69	0,139	ca. 7%	2,0
Dermatologie (n 139)	0,029	85,06	0,108	316,76	0,137	ca. 1,3%	1,3
Hämatologie (n 213)	0,032	93,85	0,111	325,56	0,143	ca. 1%	3,0

Tabelle 9: Durchschnittlicher Pflegebelastwert einer Klinik

Diese Ergebnisse sind vor dem Hintergrund des in der G-DRG-Kostenkalkulation genutzten Instrumentes der PPR (Pflegepersonal-Regelung) nicht verwunderlich. Die Differenzierung unterschiedlicher Fallkosten abhängig von der Fallschwere ist mittels der PPR nur sehr eingeschränkt möglich. Die Differenzierung der PPR sowohl in der Pflegekostenkalkulation innerhalb des DRG-Systems und die damit verbundenen Kompressionseffekte sind ebenso bekannt wie die eingeschränkte Fähigkeit des Instrumentes, die unterschiedlichen Fallschweren und Pflegebedarfe der Patienten adäquat abzubilden. Ein weiterer zentraler Kritikpunkt der PPR ist in der nur wenig hilfreichen Operationalisierung der Items zu sehen. Diese sind zur Pflegeprozessdokumentation zu abstrakt und unterliegen einem breiten Interpretationsspielraum (siehe auch Kapitel 3). Somit ergeben sich Ungenauigkeiten bei der Kodierung. Zudem würde eine adäquate Pflegeprozessdokumentation zur pflegewirtschaftlichen Steuerung des Pflegeprozesses vielerorts eine genauere Pflegedokumentation erfordern (Wietek & Kraus, 2016).

Fazit

- Gerade im Kontext von künftig zu führenden Pflegebudgetverhandlungen wird es bedeutend sein, unterschiedliche Fallschweren differenziert darzustellen, um ein höheres Pflegepersonalbudget zu verhandeln.
- Der „Pflegebelastwert“ ist aktuell der einzige verfügbare Datensatz, welcher eine unterschiedliche pflegerische Fallschwere differenzieren kann – dies jedoch nur, insofern keine OPS-Schlüssel aus dem Katalog entfernt werden. Eine Weiterentwicklung und weitere Ausdifferenzierung ist daher dringend zu empfehlen. Hierbei spielen pflegespezifische Indikatoren eine entscheidende Rolle.
- Der OPS 9-20 hochaufwendige Pflege und der OPS Pflegebedürftigkeit werden dazu beitragen, Unterschiede zwischen der Fallschwere deutlicher zu machen.
- Pflegespezifische Indikatoren können Anreize für die Durchführung aktivierend-therapeutische Pflege setzen. Dieses belegen sowohl die Erfahrungen mit den Komplexcodes der Geriatrie, der neurologischen Frührehabilitation, der Palliativversorgung und dem OPS hochaufwendige Pflege.

4.2.2 Konzeptüberlegungen zum Ausbau der Pflegeindikatoren im G-DRG-System

Das künftige Modell zur Pflegepersonalbemessung und Pflegebudgetverhandlung basiert auf den pflege-relevanten Indikatoren im G-DRG-System und dem damit beeinflussbaren Pflegeerlöswert (Pflege-lastwert).

Dabei wird ein multidimensionaler Ansatz bei der Pflegebedarfsmessung und/oder Pflegebudgetver-handlung verfolgt. Das bedeutet, dass sowohl zustandsbezogene als aus leistungsbezogene Indikatoren im G-DRG-System genutzt werden, um den Pflegeerlöswert abhängig vom Leistungsgeschehen der je-weiligen Klinik zu differenzieren. Nachfolgend werden die vier Bereiche A) bis D) zur Darstellung des Pflegeaufwandes und die Wirkmechanismen und Aussagekraft der Indikatoren vorgestellt. In dem Mo-dell zur künftigen Pflegepersonalbemessung werden zwei im Antragsverfahren des DIMDI befindliche OPS-Schlüssel mit einbezogen. Ebenso die Überlegungen der Zeitwertkorrekturen der PPR-S sowie die Umsetzung einer PPR-S4-Stufe.



Abbildung 7: Modell zur Pflegepersonalbemessung und -budgetverhandlung innerhalb des G-DRG-Systems

4.2.2.1 Pflegepersonalbemessungsmodell Bereich A) **Patientenzustand**

Der **Bereich A** bildet den **Patientenzustand und damit das Pflegebedürfnis** des Patienten ab. Folgende Indikatoren stehen bereits zur Verfügung, um unterschiedliche Patientenzustände darzustellen:

- U50* bis U52* motorische und kognitive Funktionseinschränkungen basierend auf Assessmentinstrumenten
- 9-984 Pflegebedürftigkeit
- 1-775 Standardisiertes pflegerisches Basis-Assessment für die Akutpflege (BAss); dieses Assessment befindet sich im DIMDI-Vorschlagswesen 2019

2014 bis 2016 hat der DPR innerhalb des OPS-Vorschlagsverfahrens die Umsetzung eines standardisierten Basis-Assessments (BAss) für Erwachsene gefordert (OPS 1-776). Eine sehr sinnvolle Überlegung, die die Fachgesellschaft Profession Pflege erneut aufgegriffen hat. Im Antragsverfahren des DIMDI 2019 wurde der Antrag des DPR zum kostenfrei zur Verfügung gestellten BAss für interessierte Nutzer erweitert.

- 1-776 Standardisiertes pflegerisches Basis-Assessment in der Akutpflege

<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/ops/vorschlaege/vorschlaege2019/105-basisassessment-akutpflege.pdf>

Dieses Basis-Assessment bildet mit den ICD-10 U50* bis U52* und den Informationen der Pflegebedürftigkeit des NBA den Patientenzustand und die Fallschwere ab.

Das Basis-Assessment vereint mehrere Zielsetzungen, diese sind:

- Anamnesedaten können systematisch und strukturiert erhoben werden. Durch die Standardisierung können einmal erhobene Daten erneut genutzt werden.
- Ermittlung des Barthel-Index, erweiterten Barthel-Index und damit die Unterstützung der CCL-relevanten Nebendiagnose U.50 und U.51, sowie weiterer Assessments
- Triggern des OPS Pflegebedürftigkeit
- Unterstützung der Plausibilisierung des PKMS
- Frühzeitige Erkennung eines poststationären Versorgungsdefizites möglich
- Liefert wertvolle Daten zur Fallschwere der zu versorgenden Patienten und Pflegepersonalbedarfssteuerung in der Klinik.

Eine ausführliche Beschreibung des BAss steht auf der Website der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. zur Verfügung (<http://www.pro-pflege.eu/bass/allgemeine-informationen>). Im Folgenden wird ausschließlich auf die Nutzung der Daten zur Beurteilung der Fallschwere eingegangen.

Das BAss bietet die Möglichkeit, für den Patienten/die Patientin einen von 10 Fallschweregraden (den BAss-Nursing-Case-Index) zu berechnen und beinhaltet wichtige Informationen über die Patientenzustände, vorhandene Risikopotenziale und die besonderen Überwachungsbedarfe. Auf diese Weise können die Pflegebedürfnisse der Patienten abgebildet und quantifiziert werden.

Zur Ermittlung des Bass-Nursing-Case-Index sind alle mit einem Punktwert gekennzeichneten BAss-Items der sechs Module zu addieren.

Auf diese Weise kann der Patient in eine der 10 Schwereaufwandsstufen („Fallschwere 1–10“) eingeteilt werden. Mithilfe des BAss-Nursing-Case-Index ist es möglich, die Fallschwere eines Patienten einzuschätzen. Auf diese Weise ist es im Rahmen des Pflegemanagements möglich, die Arbeitsbelastung auf den Fachstationen besser beurteilen zu können und den pflegerischen Ressourcenverbrauch abzuleiten.

1-776 Standardisiertes pflegerisches Basisassessment Akut	
Exkl: Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (1-771)	
Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (1-774)	
Hinw.: Dieser Kode ist nur einmalig pro stationärem Aufenthalt anzugeben.	
Das pflegerische Basisassessment (BAss) ist die systematische Einschätzung, Bewertung und Messung des Patientenzustandes in den Bereichen Mobilität, Selbstversorgung, Kognition, Wahrnehmung, Kommunikation, Verhaltensauffälligkeiten, Risiken und Patientenzuständen mit einem erhöhten Überwachungsaufwand.	
Mindestmerkmale:	
• Ein Kode ist anzugeben, wenn das Basisassessment mindestens einmal durchgeführt wurde. Wurde das Basisassessment mehrmals während des Klinikaufenthaltes aktualisiert, ist der jeweils höchste Punktwert anzugeben.	
• Das Basisassessment wird von exam. Pflegefachkräften mit dreijähriger Ausbildung erhoben.	
• Die zu verwendenden Parameter sind im BAss im Anhang formuliert. [alternativ auf der Internetseite der Fachgesellschaft]	
1-776.0	unter 20 Punkte
1-776.1	21-40 Punkte
1-776.2	41-60 Punkte
1-776.3	61-80 Punkte
1-776.4	81-100 Punkte
1-776.5	101-120 Punkte
1-776.6	121-140 Punkte
1-776.7	141-160 Punkte
1-776.8	161-180 Punkte
1-776.9	181-200 Punkte
1-776.10	mehr als 200 Punkte

Abbildung 8: Auszug aus dem OPS-Vorschlagsverfahren für 2019 DIMDI

Über die OPS-Schlüssel steht der BAss-Nursing-case-Index im Datensatz zur Verfügung. Es ist davon auszugehen, dass die unterschiedlichen Fallschweren analog z. B. zu den Pflegegraden in der Kalkulation bei den pflegerischen Relativgewichten bedeutend werden können.

Diese zustandsbeschreibenden Elemente ergänzen im Vergleich zum Pflegegrad und den ICD-10- und OPS-Schlüsseln auch Patientenzustände und Risiken, welche im Bereich der Behandlungspflege verortet sind und kompensieren somit die Defizite der bisherigen Instrumente.

Zudem ist der BAss so konstruiert, dass er in einer Softwareumsetzung zahlreiche in den Kliniken genutzte Assessmentinstrumente vereint und über ein Mapping automatisiert auslösen kann. Damit leistet der BAss einen entscheidenden Schritt zur Entbürokratisierung der Pflegeprozessdokumentation und ersetzt standardisiert große Bereiche der bisherigen Stamm- und Anamneseblätter sowie der nachfolgenden Assessmentinstrumente:

- Barthel-Index (Mahoney & Barthel, 1965)
- Erweiterter Barthel-Index (Prosiegel, Böttger, & Schenk, 1996)
- Frührehabilitations-Barthel-Index (Schönle, 1996)
- Die Module 1 bis 4 des „Neuen Begutachtungsassessment (NBA)“ (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), 2016). Auf diese Weise kann der poststationäre Versorgungsbedarf frühzeitig erkannt werden und wesentliche Aufgaben im Rahmen des Entlassmanagements sind bereits erledigt.

Dokumentation:

Da der BAss die Dokumentationspflichten im Bereich Assessments und Anamnese ersetzt, ist mit keinem oder einem minimalen Mehraufwand von 1–2 Minuten pro Patient 1 x während des Aufenthaltes auszugehen. Abhängig davon, wie lückenhaft die Anamnese in den jeweiligen Kliniken erhoben wurde.

4.2.2.2 Pflegepersonalbemessungsmodell Bereich B) **Spezielle Pflegeleistungen in Fachbereichen** und C) **Spezielle Pflegeleistungen auf Normalstation**

Mit diesen bereits bestehenden Indikatoren im G-DRG-System werden spezielle Patientengruppen abgebildet, welche einen besonderen pflegerischen Bedarf haben.

B) Spezielle Pflegeleistungen in spezifischen Fachbereichen (Interdisziplinäre Komplexcodes) mit pflegerischen Inhalten in unterschiedlicher Ausprägung.

Hier werden spezifische, evidenzbasierte und pflegetherapeutische Konzepte für bestimmte Patientengruppen wie Neurologie oder Geriatrie fokussiert und Anreize für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gesetzt. Ebenso sind Strukturparameter formuliert. Beispielhafte Operationen- und Prozedurenschlüssel sind etwa:

8-550, 8-552, 8-559, 8-975, 8-975, 8-98e, 8-98h, 8-982, 9-502 Präventive familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung, etc.

C) Spezielle Pflegeleistungen auf Normalstation, welche pflegerische Leistungsbereiche bei unterschiedlichen Problemlagen des Patienten fokussieren. Hier sind der OPS hochaufwendige Pflege (PKMS) und der im Vorschlagsverfahren 2019 befindliche 9-21 multimodale interdisziplinäre Komplexbehandlung für die Akutpflege angesprochen.

Auf die bestehenden Instrumente, welche bereits unter 4.2.2 in der Tabelle aufgeführt sind muss nicht weiter eingegangen werden. Alle derzeit erlösrelevanten OPS-Schlüssel haben einen positiven Einfluss auf den Pflegeerlöskatalog.

Im Bereich C) wurde im Vorschlagsverfahren des DIMDI 2019 ein weiterer OPS eingebracht:

- 9-21 Multimodale interdisziplinäre Komplexbehandlung für die Akutpflege

<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/ops/vorschlaege/vorschlaege2019/103-multimodale-komplex-9-21-pflege.pdf>

<p>19-21 Multimodale interdisziplinäre Komplexbehandlung für die Akutpflege Exkl: 8-55* Frührehabilitative Komplexbehandlung 9-20* Hochaufwendige Pflege von Patienten</p> <p>Hinw.: Dieser Kode ist nur einmal pro stationärem Aufenthalt anzugeben.</p> <p>Dieser Kode findet bei Patienten Anwendung, welche ein hohes Risiko für Komplikationen und/oder poststationären Versorgungsbedarf haben und/oder hochaufwendiger Pflege bedürfen. Die Fallschwere wird durch den Bass-Punktwert 81 (OPS-Schlüssel 1-776.4), die OPS Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad III (9-984.8) und/oder die U.50.4- schwere motorische Funktionseinschränkung und/oder U.51.2 schwere kognitive Funktionseinschränkung nachgewiesen.</p> <p>Mindestmerkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Behandlung findet durch exam. Pflegefachkräfte mit dreijähriger Ausbildung und/oder unter Verantwortung dieser in einem pflegerischen Team statt. • Pflegeassessments werden eingesetzt, um den Pflegebedarf im Bereich Mobilität, Selbstfürsorge, Kognition, Verhalten und Risiken systematisch zu erheben. • Im Pflegeplan wird nach Abschluss des pflegediagnostischen Prozesses die Pflegediagnose, pflegerische Zielsetzung und zur Pflegediagnose und Zielsetzung geeignete Pflegemaßnahmen dokumentiert. Anpassungen können sich im Behandlungsverlauf ergeben. • Bei interdisziplinären im Rahmen des pflegediagnostischen Prozesses wahrgenommenen Problemstellungen wie z. B. Schluckstörungen, Inkontinenz, Diabetesmanagement, Stomaversorgung, Wundversorgung werden interdisziplinäre Fallkonferenzen durchgeführt und die Therapieziele harmonisiert. • Die Zielerreichung wird in pflegerischen Fallkonferenzen mindestens einmal wöchentlich evaluiert bei Patienten, welche mind. 7 Tage behandelt werden. • Der pflegediagnostische Prozess und die aktivierend-therapeutische Pflege werden durch besonders geschultes Pflegepersonal und/oder unter deren Verantwortung durchgeführt. • Mindestens eine Pflegefachkraft auf Station kann eine Zusatzqualifikation von 160 Stunden im Bereich des pflegediagnostischen Prozesses und aktivierend-therapeutischer Pflege nachweisen. • Eine Übergangsfrist von drei Jahren zur Realisierung der Fort- und Weiterbildungsnachweise ist gesetzt. • Der Zeitaufwand, der von Pflegefachkräften und von Vertretern der oben genannten Bereiche am Patienten sowie patientenbezogen an seinen Angehörigen/Bezugspersonen erbracht wurde, wird über den gesamten stationären Aufenthalt addiert und entsprechend kodiert. <p>9.210.0 bis unter 5 Stunden 9.210.1 5-10 Stunden 9.210.2 11-20 Stunden 9.210.3 21-30 Stunden 9.210.4 31-40 Stunden 9.210.5 41-50 Stunden 9.210.6 51-oder mehr Stunden</p>
--

Abbildung 9: Ausschnitt aus dem OPS-Vorschlagsverfahren DIMDI 2019

Im Fokus des Antrages stehen vulnerable Patientengruppen, welche gegenwärtig im durch eine hohe Standardisierung und fehlende Individualisierung der pflegerischen Handlungskonzepte gekennzeichneten Klinikgeschehen einem besonders hohen Risiko ausgesetzt sind, Schaden zu erleiden, eine höhere Fallliegezeit zu verzeichnen und/oder nicht adäquat in den Selbstfürsorgekompetenzen gefördert zu werden.

Der OPS-Antrag verfolgt folgende zentrale Zielsetzungen:

- Anreizsetzung für eine evidenzbasierte pflegerische Versorgung von Patientengruppen mit komplexen pflegerischen Pflegebedarfen, basierend auf einem fundiert durchgeführten pflegediagnostischen Prozess
- Anreizsetzung für die Umsetzung von aktivierend-therapeutischer Pflege aus der Perspektive der Nachhaltigkeit
- Vergütung von aktivierend-therapeutischer Pflege auch auf Normalstation
- Anreizsetzung, dass Kliniken exzellent ausgebildetes Pflegepersonal am Bett einsetzen und entsprechend vergüten, sowie dass eine flächendeckende Personalentwicklung gefördert wird.

Die Etablierung des vorgeschlagenen OPS-Schlüssels ist als erster Schritt zu verstehen, das vorherrschende „einfache Handlungsmodell“ mit all seinen Risiken für die pflegerische Patientenversorgung in deutschen Kliniken, etwa die Nichtwahrnehmung von pflegerelevanten Problemstellungen und die Reduzierung von pflegerischen Handlungsangeboten auf eine lediglich „satt und sauber“ ausgerichtete Versorgung zu durchbrechen. Erste Anreize für vulnerable Patientengruppen zur systematischen Umsetzung des pflegediagnostischen Prozesses verbunden mit der Anwendung von pflegetherapeutischen Maßnahmenangeboten zur Förderung des Anpassungs- und Gesundungsprozesses werden geschaffen. Dieses mit der Zielsetzung, das Outcome zu verbessern, die Patientensicherheit zu gewährleisten und die Pflege auf Nachhaltigkeitsdimensionen auszurichten. Dabei richtet sich der Fokus auf pflegerisch komplexe Patientenfälle, welche ein hohes Risiko haben, einen Schaden während des Krankenhausaufenthaltes zu erleiden und/oder nicht optimal in Ihren Ressourcen gefördert zu werden. Zu den vulnerablen (aus dem Lateinischen verletzlich, anfällig) Patientengruppen gehören Menschen mit einem erhöhten Risiko zur beeinträchtigten Anpassung an veränderte Gesundheits- und/oder Krankheitsprozesse mit bestehender Pflegebedürftigkeit, bestehenden Dependenzpflegedefiziten oder anderen mit dem Wechsel in die Umgebung Krankenhaus in Zusammenhang stehenden Phänomenen, beeinträchtigter

Informationsverarbeitung, mangelnder Therapie- und/oder Medikamentenadhärenz und sonstigen komplexen Einschränkungen/Beeinträchtigungen in Verbindung mit chronischen, terminalen und/oder progredientem Krankheitsverlauf, welche spezielle pflegetherapeutische Handlungsweisen zur Krankheitsbewältigung, Anpassung und/oder Rückführung in die Selbstständigkeit erfordern.

Dokumentation:

Der OPS-Code ist als Alternative für den PKMS vorgesehen, wenn die Handlungsgründe und Interventionsprofile des PKMS nicht ausreichen, den Patienten abzubilden. Zudem sollen auch hochkomplexe Patientengruppen mit kurzer Liegezeit erfasst werden. Die Fallgruppe wird unter 3 % auf die Gesamtfälle aller Patienten geschätzt. Dabei handelt es sich um vulnerable Patientengruppen, bei denen ein erhöhtes Risiko von unerwünschten Ereignissen vorliegt. Für diese Patientengruppe ist somit eine systematische Pflegediagnostik mit Pflegeprozessdokumentation und Pflegeplanung nachzuweisen und die Leistungen zu dokumentieren.

Der Dokumentationsaufwand ist innerhalb der in der PPR vorgesehenen Zeitkalkulation von einmalig für die Pflegeplanung und Entlassungsplanung mit einem vorgesehenen Zeitwert von 70 Minuten für den Aufenthalt und einer täglichen Dokumentationszeit von 7 Minuten abgedeckt. Die Dokumentationsanforderungen entsprechen den pflegfachlichen Ansprüchen an eine adäquate Dokumentation und sind nicht als „bürokratisch“ zu bewerten.

4.2.2.3 Pflegepersonalbemessungsmodell Bereich D) **Standardpflegeleistungen**

Die **PPR-Kalkulation (D)** deckt die Grundleistungen der pflegerischen Versorgung in zwölf verschiedenen Aufwandsgruppen ab. Die Gruppierung wird über eine grobe Einschätzung des pflegerischen Leistungsgeschehens realisiert. Über die Daten der Kalkulationshäuser werden die Gewichtungen der Pflegepersonalressourcen den einzelnen G-DRGs zugewiesen. Hier kann die Standardversorgung in der Pflege ohne besondere Herausforderungen abgebildet werden. Die Daten über die Grundleistungen sind sehr grob und werden ausschließlich von den Kalkulationshäusern geliefert. Zu empfehlen ist die Umsetzung der PPR-S4, welche bereits im Jahr 2017 beim InEK beantragt wurde. Somit kann die Ungenauigkeit weiter reduziert werden. Es ist ausreichend, wenn die PPR-Kodierung ausschließlich auf die Kalkulationshäuser reduziert bleibt. Denn die PPR ist von der Terminologie her unzureichend für eine Pflegeprozessdokumentation, daher werden immer Bestandteile der PPR-Kodierung nur zum Zwecke der Kalkulation durchgeführt werden und können somit als „bürokratisch“ eingestuft werden.

Dokumentation:

Es entsteht kein zusätzlicher Aufwand, da die Kalkulationshäuser das Verfahren bereits etabliert haben. Die vorgeschlagenen Änderungen haben keinen Effekt auf die Dokumentationszeiten.

Der Pflegeerlöswert und damit die Grundlage für Pflegepersonalbudgetverhandlungen orientiert am Pflegebedarf setzt sich fallbezogen additiv abhängig vom Leistungsgeschehen, welches der Patient erhalten hat, zusammen. Dieses soll exemplarisch an dem bereits unter 4.2.2 aufgeführten Beispiel mit Zuordnung zum Modell (Abb. 7) aufgezeigt werden.

Ein vollstationärer Patient mit 5 Tagen Verweildauer (Alter 15 Jahre) wird in DRG B77Z *Kopfschmerzen* gruppiert. Die **Verweildauer** setzt sich aus 4 Tagen Normalstation und 1 Tag Intensivstation zusammen. Der Pflegeerlöswert setzt sich wie folgt zusammen:



Relativgewicht der Grundleistung basierend auf den PPR der Kalkulationshäuser

4 Tage Normalstation x 0,0331 + 1 Tag Intensivstation x 0,0936 = **0,2260**.

+



Patientenzustand mit entsprechender Fallschwere abgebildet durch den Pflegegrad 3 gem. SGB XI = 0,0365

+



Spezifische Pflegeleistungen durch den OPS hochaufwendige Pflege laut PKMS-J = 1,1375

Relativgewicht wird mit dem krankenhausindividuellen Pflegekostensatz multipliziert und ergibt den **Pflegeerlöswert**.

= **1,4** X Entgeltwert der Klinik = **Pflegeerlös in €**

Hat eine Klinik z. B. einen jahresdurchschnittlichen fallbezogenen Pflegeerlöswert von 1,4 im Vergleich zu einer anderen Klinik mit 1,25, wird deutlich, dass hier auch ein anderes pflegerisches Leistungsgeschehen dahintersteht. Somit ist ein höheres Pflegepersonalbudget gerechtfertigt. Diese Kennziffer kann im Rahmen der Budgetverhandlungen eine zentrale Bedeutung erlangen und bildet durch kontinuierliche, schrittweise Verfeinerung des Systems zunehmend besser den Pflegebedarf der Patienten ab.

Die verschiedenen Bausteine der pflegerischen Abbildung zur Fallschwere und dem pflegerischen Leistungsgeschehen können bereits heute genutzt werden, um den unterschiedlichen Pflegebedarf und damit auch pflegerischen Ressourcenverbrauch abzubilden. Das Baukastensystem bietet die Möglichkeiten, das System im Rahmen eines kontinuierlichen Weiterentwicklungsprozesses dem sich verändernden Pflegebedarf anzupassen. Im DIMDI-Vorschlagsverfahren 2019 sind zwei weitere sehr hilfreiche OPS-Schlüssel eingebracht worden und stünden 2020 ebenfalls zur Verfügung.

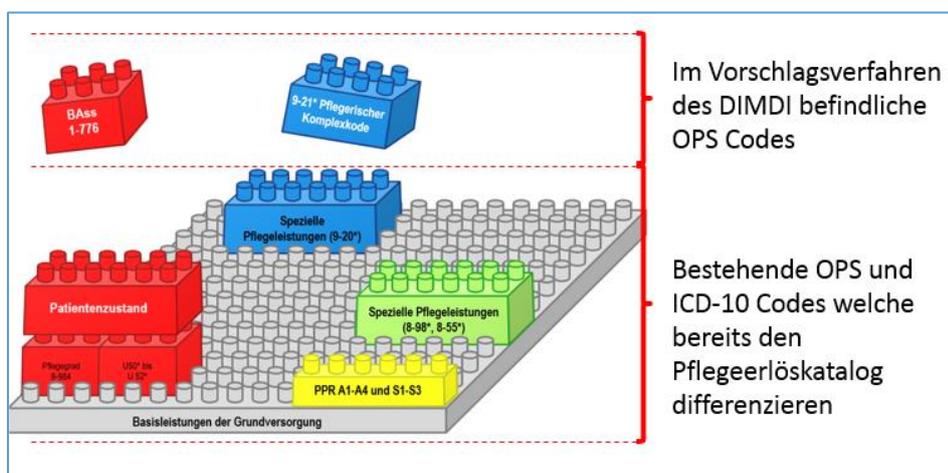


Abbildung 10: Schrittweise Verfeinerung der Pflegeindikatoren zur bedarfsgerechten Personalbudgetverhandlung

Fazit:

- Ein Vorteil ist, dass die pflegerischen Grundleistungen (PPR) ausschließlich von den Kalkulationshäusern nachgewiesen werden müssen und alle anderen Kliniken von diesen Dokumentationspflichten befreit sind. Die spezifischen Pflegeleistungen und die Patientenzustände sind Grundlage für eine fachlich adäquate pflegerische Entscheidungsfindung und daher unabhängig von verschiedenen OPS- und ICD-10-Codes zwingend aus pflegefachlicher Perspektive zu dokumentieren.
- 2020 stehen die Indikatoren zur Pflegebudgetverhandlung zur Verfügung und können schrittweise verfeinert werden.

4.3 Zusammenfassung

Es konnte aufgezeigt werden, dass die Weiterentwicklung des Pflegeerlöskataloges zu einem aussagekräftigen Instrument der Aufwandseinschätzung und Pflegepersonalbemessung als multidimensionales Instrument den Anforderungen an moderne Personalbemessungsinstrumente entspricht. In der Abbildung 11 wird in dem ersten Block der Entscheidungsfindungsprozess der Pflege zur Pflegebedarfsermittlung in vereinfachter Form dargestellt. Der Verlauf dieses Prozesses hat entscheidende Auswirkungen auf das Pflegeergebnis und das Auftreten unerwünschter Ereignisse. Unterhalb des Entscheidungsfindungsprozesses stehen die Bausteine, welche bisher schon zur Pflegepersonalbemessung und -budgetverhandlung genutzt werden konnten, da diese bereits im G-DRG-System etabliert sind. Im gestrichelten Rahmen sind die beiden ergänzenden Bausteine, welche sich bereits im DIMDI-Vorschlagsverfahren 2019 befinden und auch ab 2019 zur Verfügung stehen könnten.

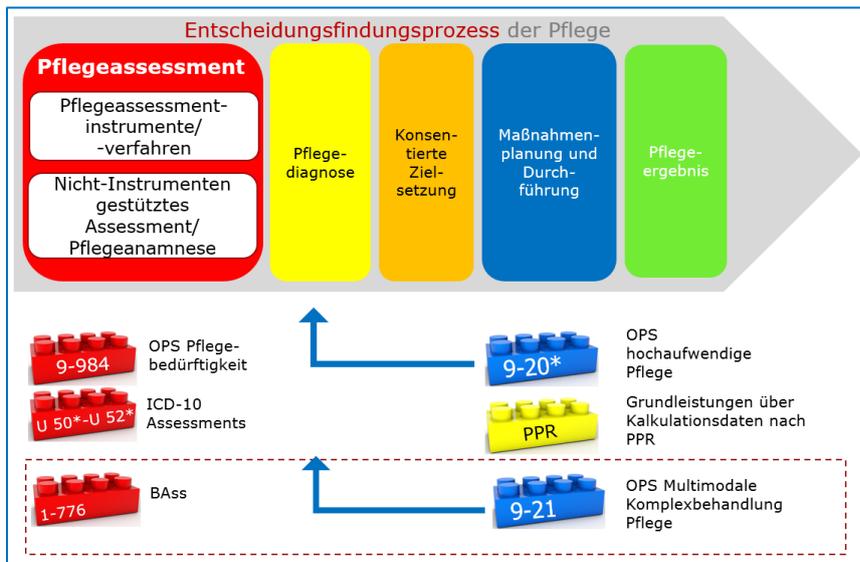


Abbildung 11: Multidimensionaler Ansatz zur Pflegepersonalbemessung

Farblich gut zu erkennen, ist, dass die Überlegungen des künftigen Konzeptes zur Pflegepersonalbedarfsmessung und Beurteilung der Fallschwere sowohl am Patientenzustand als auch an der tatsächlich erbrachten Pflegeleistung ansetzt. Die beiden blauen Bausteine enthalten zudem noch Elemente einer Handlungs begründung im Sinne einer Pflegediagnose.

Zum anderen wird deutlich, dass dieser Weg die Möglichkeit eröffnet, ein Anreizsystem für eine adäquate pflegerische Versorgung zu setzen und gleichzeitig die Unterschiede der Patientengruppen differenzierter aufzeigen zu können. Dieser multidimensionale Ansatz entspricht zudem den Anforderungen an moderne Pflegepersonalbemessungsinstrumente. Pflege wird mit einem differenzierten Pflegeerlöskatalog deutlich aufgewertet und ist künftig in einem gesundheitsökonomischen System eine tragende Säule in der Krankenhausfinanzierung.

Die bestehenden Strukturen (DIMDI, InEK, MDK) können sowohl für die Weiterentwicklung als auch die Überprüfung genutzt werden, und es müssen hier keine eigenen Strukturen aufgebaut werden.

Die krankenhaushausindividuellen Budgetverhandlungen, welche mit einem Kostensatz von jährlich 170.000 Euro im Referentenentwurf veranschlagt sind können mittelfristig durch Landespflegebasisätze abgelöst werden.

Pflegerische und medizinische Daten werden in einem System gepflegt und stehen für Forschungszwecke und zur Qualitätsindikatorenentwicklung zur Verfügung.

5 Literatur

- Balling, S.** (2018). SPD für Selbstkostendeckungsprinzip und Personalbemessung. *Pflege im Krankenhaus*, 16.04.2018. Retrieved from <https://www.bibliomedmanager.de/news-des-tages/detailansicht/35067-spd-fuer-selbstkostendeckungsprinzip-und-personalbemessung/> (Accessed: 07.05.2018).
- Bartholomeyczik, S.** (2007). Reparaturbetrieb Krankenhaus, DRGs und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege. *Dr. med. Mabuse, März/April 2007*(166).
- Bartholomeyczik, S., Haasenritter, J., & Wieteck, P.** (2009). Instrumente zur Abbildung des Pflegeaufwands in der DRG-Systematik. Literaturanalyse. *Pflegewissenschaft*, 12(9), pp. 669-687.
- Bartholomeyczik, S. & Hunstein, D.** (2000). Erforderliche Pflege - zu den Grundlagen einer Personalbemessung. *Pflege & Gesellschaft*, 5(4), pp. 105-109.
- Blum, G. & Lönneßen, H.** (2016). Neue Konzepte zur Fachkräfteentwicklung Ein bunter Strauß Ideen. *f & w, führen und wirtschaften im Krankenhaus*(3), pp. 276-278.
- Braun, B. et al.** (2014). Gutachten zur Situation der Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern. 186. Retrieved from <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/Hessen-Gutachten-final-1.pdf> (Accessed: 26.08.2015).
- Brühl, A. & Planer, K.** (2013). PiSaar Pflegebedarf im Saarland - Abschlussbericht. Retrieved from http://opus.bs-zbw.de/kidoks/volltexte/2013/117/pdf/PiSaar_Abschlussbericht_2013.pdf (Accessed: 27.07.2015).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.** (2006). *Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner; Kapitel 3.4.3 Personalbedarf und Personalbemessung in der stationären Pflege*. Bundesministerium für Gesundheit Retrieved from <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/3/3-4-Personelle-situation-der-heime/3-4-3-personalbedarf-und-personalbemessung-in-der-stationaeren-pflege.html>.
- Bundesministerium für Gesundheit.** (2018). Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz - PpSG). Retrieved from https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/Pflegepersonalstaerkungsgesetz_RefE.pdf (Accessed: 01.07.2018).
- Carr-Hill, R. A. & Jenkins-Clarke, S.** (1995). The chimera of nursing workload management systems. *Health Informatics Journal*, 1(1), pp. 22-25. doi: 10.1177/146045829500100106
- Cockerill, R. et al.** (1993). Measuring Nursing Workload for Case Costing. *Nursing Economics*, 11(6), pp. 342-349.
- Deutscher Pflegerat.** (2018). Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz - PpSG) Stand 04.07.2018.
- Ehrentraut, O. et al.** (2015). Zukunft der Pflegepolitik - Perspektiven, Handlungsoptionen und Politikempfehlungen. Retrieved from <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12140.pdf> (Accessed: 29.03.2016).
- Fachgesellschaft Profession Pflege e. V.** (2018a). Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz-PpSG). 1-21. Retrieved from http://www.pro-pflege.eu/files/inhalte/stellungnahmen/Stellungnahme_ProPflege-PpSG_2018.pdf (Accessed: 16.07.2018).
- Fachgesellschaft Profession Pflege e. V.** (2018b). Stellungnahmen: Pflegepersonaluntergrenzen und Finanzierung der Pflege außerhalb des G-DRG-Systems - (k)ein sinnvoller Weg!?, 1-26. Retrieved from http://www.pro-pflege.eu/files/inhalte/stellungnahmen/Stellungnahme_Personaluntergrenzen_Mai%202018.pdf (Accessed: 16.07.2018).
- Fischer, W.** (2002). *Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege - Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten*. Bern: Huber.
- Gagnr & Hieber, S.** (2006). LEP Leistungserfassung in der Pflege oder mehr? *Pflege & Management*(75), pp. 30.
- Gärtner, R.** (2008). Von der Pflegeprozessdokumentation zur Leistungstransparenz? Überprüfung der mit ENP verbundenen LEP Nursing 3 (beta) Zeitwerte in einer orthopädischen Klinik. *Pflegewissenschaft*, 10(06), pp. 368-373.
- Gehr, T.** (2015). Beispiel des Projekts "therapeutische Interventionen im Bereich Schlucken". In P. Wieteck (Ed.), *Handbuch 2015 für PKMS. Kodierrichtlinien und praktische Anwendung des OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten* (6 ed.). Kassel: RECOM, pp. 176-180.
- Gratias, R.** (2014). Ist die "Wiederbelebung" der PPR sinnvoll? *Die Schwester / Der Pfleger*, 53(6), pp. 591-595.
- Hager, K. & Nennmann, U.** (1994). Die Stufen der allgemeinen Pflege (A1-A3) der Pflege-Personal-Regelung (PPR) im Verlauf der Rehabilitation. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 4(5), pp. 194-195. doi: 10.1055/s-2008-1062037
- Hughes, M.** (1999). Nursing workload: an unquantifiable entity. *Journal of Nursing Management*, 7(6), pp. 317-322. doi: 10.1046/j.1365-2834.1999.00148.x
- InEK - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.** (2018). Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegebelast-Katalog) - Version 0.99. *Version 0.99*, 61. Retrieved from http://www.g-drg.de/G-DRG-System_2018/Katalog_zur_Risikoadjustierung_fuer_Pflegeaufwand_Pflegebelast-Katalog (Accessed: 08.04.2018).
- Isfort, M.** (2008). *Patientenklassifikation und Personalbemessung in der Pflege*. Münster: Monsenstein und Vannerdat.
- Isfort, M. & Weidner, F.** (2001). *Pflegequalität und Pflegeleistungen I. - Zwischenbericht zur ersten Phase des Projektes "Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistung"*. Freiburg, Köln. Katholischer Krankenhausverband Deutschland.
- Katholischer Krankenhausverband Deutschland e.V. (Ed.).** (2002). *Pflegequalität und Pflegeleistung II. Zweiter Zwischenbericht zur zweiten Phase des Projektes "Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistung"*. Freiburg, Köln. KKVD, Caritas.
- Kraus, S. et al.** (2013). Alles nur Panikmache? Berufsausstieg aus der Pflege. *Die Schwester Der Pfleger*, 52(8), pp. 808-811.
- Kuhlmann, H.** (2003). Pflege im DRG-System - Wie kann pflegerische Leistung erfasst werden? Teil 2: PPR und LEP. *Die Schwester/Der Pfleger*, 42(10), pp. 760-765.
- Lang, T. A. et al.** (2004). Nurse-Patient Ratios: A Systematic Review on the Effects of Nurse Staffing on Patient, Nurse Employee, and Hospital Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34(7-8), pp. 326-337.
- Laport, N. et al.** (2008). Adjusting for Nursing Care Case Mix in Hospital Reimbursement. A Review of International Practice. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 9(2), pp. 94-102.
- Mahoney, F. I. & Barthel, D. W.** (1965). FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. *Md State Med J*, 14, pp. 61-65.
- McGillis Hall, L., Doran, D., & Pink, G. H.** (2004). Nurse Staffing Models, Nursing Hours, and Patient Safety Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34(1), pp. 41-45.

- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS).** (2016). Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Retrieved from https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/BRI_Pflege_ab_2017.pdf (Accessed: 11.02.2017).
- Montalvo, I.** (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators® (NDNQI®). *Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3). doi: 10.3912/OJIN.Vol12No03Man02
- O'Brien-Pallas, L., Cockerill, R., & Leatt, P.** (1992). Different Systems, Different Costs? An Examination of the Comparability of Workload Measurement Systems. *Journal of Nursing Administration*, 22(12), pp. 17-22.
- Offermanns, M. & Bergmann, K. O.** (2008). *Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes*. Düsseldorf. Deutschen Krankenhausinstituts (DKI). Retrieved from https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/neuordnung-aerztlicher-dienst_langfassung.pdf (Accessed: 06.08.2015).
- Pelchen, L. et al.** (2014). Adäquate Personalbesetzung - Positionspapier. Stellungnahme der Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung des OPS 9-20 zum Diskussionspapier IBES und den Pressemeldungen des DPR. Retrieved from http://www.ispg-fachtag.de/tl_files/download/ISPG-2015_Wieteck-Pia_AGKAMED-Positionspapier-Pflege-und-DRG.pdf (Accessed: 02.03.2015).
- Prosiegel, M., Böttger, S., & Schenk, T.** (1996). Der Erweiterte Barthel-Index (EBI) – eine neue Skala zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen bei neurologischen Patienten. *Neurologie und Rehabilitation*, 2(1), pp. 7-13.
- Schmidpeter, I., Peters, L., & Wieteck, P.** (2013). Ausufernd - oder halb so Wild? PKMS-Dokumentation. *Die Schwester/Der Pfleger*, 52(9), pp. 912-915.
- Schöning, B., Luithlen, E., & Scheinert, H.** (1993). *Pflege-Personalregelung - Kommentar mit Anwendungsbeispielen für die Praxis*. Köln: Kohlhammer.
- Schönle, P. W.** (1996). Frühe Phasen der neurologischen Rehabilitation: Differentielle Schweregradbeurteilung bei Patienten in der Phase B (Frührehabilitation) und in der Phase C (Frühmobilisation/Postprimäre Rehabilitation) mit Hilfe des Frühreha-Barthel-Index (FRB). *Neurologische Rehabilitation*, 1, pp. 21-25.
- Schrems, B.** (2006). Der Pflegeprozess im Kontext der Professionalisierung. *PrInterNet*, 8(01), pp. 44-52.
- Shekelle, P. G.** (2013). Nurse-Patient Ratios as a Patient Safety Strategy: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 158(5 Pt 2), pp. 404-409. doi: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00007
- Simon, M.** (2008). Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Mindestanforderungen als Ansatz zur nachhaltigen Sicherung einer ausreichenden Personalbesetzung. Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Retrieved from http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_2008_HBS-Studie_Personalbemessung_Pflegedienst.pdf (Accessed: 09.04.2016).
- Staehele, W. H.** (1994). *Management - Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive* (7 ed.). München: Vahlen.
- Staggs, V. S. & Dunton, N.** (2014). Associations between rates of unassisted inpatient falls and levels of registered and non-registered nurse staffing. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(1), pp. 87-92. doi: 10.1093/intqhc/mzt080
- Thomas, D. et al.** (2014). Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. Diskussionspapier zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. *IBES Diskussionsbeitrag*, No. 204. Retrieved from <http://econstor.eu/bitstream/10419/101317/1/796268495.pdf> (Accessed: 31.07.2015).
- Twigg, D. et al.** (2012). Impact of skill mix variations on patient outcomes following implementation of nursing hours per patient day staffing: a retrospective study. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), pp. 2710-2718. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05971.x
- Wieteck, P.** (Ed.). (2011). *Handbuch 2011 für PKMS und PPR-A4: Kodierrichtlinien und praktische Anwendung des OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten* (2 ed.). Kassel: RECOM.
- Wieteck, P. & Kraus, S.** (2016). *Personalbedarf Pflege. Sektorenübergreifende Analyse der Pflegesituation und ihre Bemessungsgrundlagen mit Handlungsempfehlungen*. Kassel: RECOM GmbH.
- Zander, B. et al.** (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern - Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen*, 76(11), pp. 727-734. doi: 10.1055/s-0033-1364016