



Positionspapier

Inhalt

1	Aktuelle Fehlsteuerung durch PpSG und PpUGV	1
2	Alternative Lösungsansätze	2
2.1	PPR 2.0 – Vorschlag des Deutschen Pflegerates, Verdi und DKG	3
2.2	Konzept zur Personalbemessung basierend auf dem „Pfegelastkatalog des InEK“ – Vorschlag vom Bundesverband Pflegemanagement e. V. und Fachgesellschaft Profession Pflege e. V.	4
3	Zusammenfassende Empfehlung	6
	Anlage 1 – Ausführungen zur PPR	8
	Anlage 2 – Ausführungen zu dem Alternativkonzept	24

1 Aktuelle Fehlsteuerung durch PpSG und PpUGV

Zunächst sei deutlich vermerkt, dass die aufgeführten Aspekte dazu dienen sollen, den Blick für eine sinnvolle und zukunftsorientierte und nachhaltige Weiterentwicklung der künftigen Personalsteuerung in der Pflege zu ermöglichen. Uns geht es primär mit allen Überlegungen um folgende Punkte:

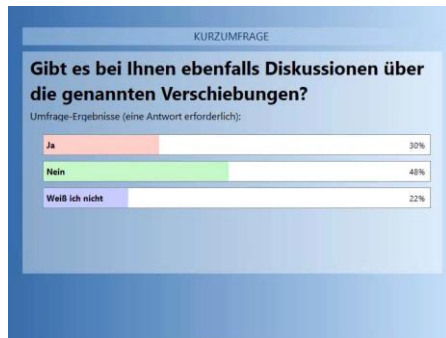
- **Steigerung der Attraktivität** der Pflegeberufe in allen Sektoren
- Die Pflege entwickelt sich als **eigenständige Profession** und erhält die erforderlichen Handlungsspielräume, um Versorgungskonzepte, Patientenedukation, Präventionsprogramme, Expertenstandards etc. weiterzuentwickeln und umzusetzen.
- Deutliche **Verbesserung der pflegerischen Versorgungsqualität und Patientensicherheit** orientiert an dem tatsächlichen Pflegebedürfnis und Pflegebedarf des Pflegeempfängers mit evidenzbasierten Handlungsangeboten der Pflege.
- **Abbau des Rationierungsverhaltens pflegerischer Leistungen** in den verschiedenen Sektoren.
- **Förderung der Digitalisierung der Pflegeprozessdokumentation** und damit echte Entbürokratisierung ohne Qualitätsverluste.

Diese Ziele sind mit den aktuellen Maßnahmen, welche durch die PpSG und PpUGV eingeleitet wurden, nicht zu erreichen.

Hierzu die zentralen Kernaspekte als Begründung:

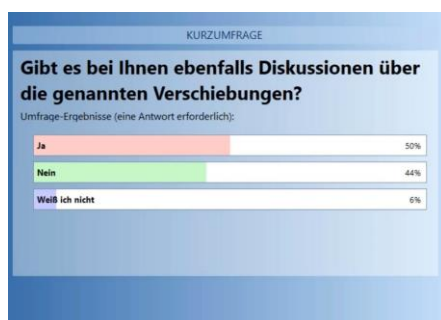
1. Die aktuell gesetzten **Pflegepersonaluntergrenzen befinden sich weit unter internationalen Vergleichen** und es ist bekannt, dass eine Verhältniszahl einer Patienten-zu-Pflegepersonalrelation, die eingehalten werden muss, keinen Einfluss auf Pflegequalität hat (Simon & Mehmecke, 2017). Die aufgestellte Hypothese, dass die gewählte Quartalsgrenze, die als Personaluntergrenze gewählt wurde, die Versorgungssicherheit gewährleistet, ist ohne Überprüfung nicht haltbar. Aktuell haben wir keine Qualitätskennziffern in der Pflege. Vor dem Hintergrund des aktuellen Rationierungsverhaltens in Kliniken kann nicht davon ausgegangen werden, dass die ermittelten Personaluntergrenzen Patientensicherheit gewährleisten (Köppen, Zander, & Busse, 2016; B. Zander et al., 2014; Britta Zander, Köppen, & Busse, 2017). Verschärft wird diese Diskussion zusätzlich durch die Anreizsetzung der künftigen Finanzierung der Pflegepersonalkosten im Krankenhaus.
2. Die **Ausgliederung der Pflegepersonalkosten der Mitarbeiter am Bett führt zu massiven Fehlanreizen in den Kliniken**. Kliniken sehen einen Anreiz, Aufgaben von Mitarbeitern der Klinik, welche aus der „Rumpf-DRG“ finanziert werden, in den Aufgabenbereich der Pflege zu verschieben. Denn dieses Personal wird künftig über ein Pflegebudget basierend auf den IST-Kosten finanziert. Verschiedene durchaus kritische Aspekte über die künftige Aufgabenverteilung und Überführung von Aufgaben an das Pflegepersonal werden bereits rege von den Geschäftsführern diskutiert und umgesetzt. So werden bereits in zahlreichen Kliniken Unterstützungspersonen, welche Serviceleistungen für die Pflegenden übernommen haben, entlassen. Diese Leistungen zählen bisher in den Aufgabenbereich der Pflege. Neben zahlreichen Gesprächen auf der Geschäftsführungsebene bestätigen sich diese Befürchtungen auch in den Umfrageergebnissen der Webinare des Bundesverbandes Pflegemanagement e. V. zum Thema PpSG. Fazit: Ein modernes Management wird „bestraft“.

Nachfolgend stellen wir Ihnen die Umfrageergebnisse der bis heute durchgeführten Webinare zum PpSG vor. Im Rahmen des Webinars wurden die Teilnehmer gefragt, ob diese bereits Aufgabenschiebungen in Ihren Kliniken planen und durchführen um Personal aus dem Rumpf-DRG-Bereich abbauen zu können.

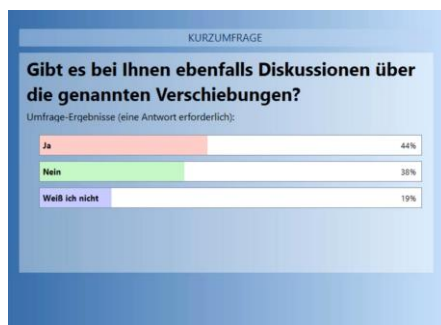


Befragung am 06.08.2019
Ca. 50 Teilnehmer
80% PDL
20% Sonstige Personen

Die Gruppen aus drei Seminaren waren zu ca. 80 % Teilnehmer, welche beim Bundesverband Pflegermanagement e. V. organisiert sind. Ca. 5 % der Teilnehmer waren Mitglieder der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. und 15 % der TN waren nicht in den beiden Verbänden organisiert.



Befragung am 05.09.2019
Ca. 40 Teilnehmer
78 % PDL
6 % Praxisanleiter
6 % Stationsleitung
0 % Pflegeperson am Bett
11 % Sonstige Personen



Befragung am 08.10.2019
Ca. 30 Teilnehmer
88 % PDL
0 % Praxisanleiter
6 % Stationsleitung
0 % Pflegeperson am Bett
6 % Sonstige Personen

Weitere Informationen hierzu unter <http://www.pro-pflege.eu/fachgesellschaft/neuigkeiten/detail/fehlansetze-durch-ppsg-schwaechen-die-pflege>

Zusammengefasst: PpUGV erzeugt einen bürokratischen Aufwand, welcher nicht dem Patienten im Sinne einer Qualitätsverbesserung pflegerischer Arbeit zugutekommt. Denn die pflegerischen Ressourcen werden nicht zur Qualitätsverbesserung und Weiterentwicklung der Pflegekonzepte genutzt, sondern um Aufgaben aus anderen Bereichen zu übernehmen.

2 Alternative Lösungsansätze

Aktuell liegen zwei Lösungsansätze vor, welche abgewogen werden müssen. Nachfolgend werden beide Lösungsansätze für eine künftige Personalsteuerung im Krankenhaus vorgestellt und diskutiert.

2.1 PPR 2.0 – Vorschlag des Deutschen Pflgerates, Verdi und DKG

Die erneute Aktivierung der Pflegepersonalregelung (PPR) mit einer Aktualisierung und Erweiterung durch eine Stufe A4 und S4 ist geplant. Die PPR 2.0 soll bis zum 31.12.2019 dem Bundesministerium vorgelegt werden.

In der [Anlage 1](#) wird die PPR mit einigen Überlegungen detaillierter vorgestellt. Nachfolgend sollen einige zentrale Kernaussagen zusammengefasst vorgestellt werden:

- **Die PPR muss in den Kliniken neu geschult und eingeführt werden.** Der erwartbare Schulungs- und Überprüfungsaufwand einer modernisierten PPR ist als mindestens so hoch zu bewerten wie jener, der bei Einführung der heute etablierten neurologischen 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.
- **Die PPR wird bei den verantwortlichen Personen ausschließlich als Interimslösung vorgeschlagen,** da die Defizite der PPR in der Arbeitsgruppe bekannt sind. Kritisch ist zu fragen, ob der Aufwand gerechtfertigt ist, die PPR 2.0 einzuführen und nach evtl. drei Jahren die PPR durch ein anderes Instrument mit mehr Potenzial zu ersetzen.
- **Die Wiedereinführung der PPR ist kein nachhaltiger und zukunftsorientierter Ansatz, um die Pflegequalität, Patientensicherheit zu fördern.** Das Instrument hat bereits heute massive negative Auswirkungen auf die Pflegeprozessgestaltung, da die rudimentären PPR-Einstufungskriterien zur Pflegeprozessdokumentation genutzt werden. Siehe exemplarisch ein Auszug aus den weit verbreiteten Leistungsnachweisen basierend auf der PPR-Logik.
- Die PPR ist aufgrund der terminologischen Basis und dem **breiten Interpretationsspielraum einer massiven inflationären Kodierung geöffnet.** Vor den bisherigen Erfahrungen ist davon auszugehen, dass ein aufwändiges Prüfverfahren eingesetzt werden müsste, um dem entgegenzuwirken. Hierzu gibt es unterschiedliche Lösungsansätze, so könnten z. B. in der Dokumentation über Handlungsgründe durch Pflegediagnosen nachgewiesen werden, oder es wäre ein Auditverfahren wie z. B. in Österreich denkbar.

Leistungsbeschreibung / Pflege	Datum	02.06			03.06			04.06			05.06			06.06			07.06			08.06		
		F	SP	N	F	SP	N	F	SP	N	F	SP	N	F	SP	N	F	SP	N	F	SP	N
Grundleistungen »Allgemeine Pflege«																						
Körperpflege	Hilfe bei der Körperpflege	Hilf																				
	① Bett/-rand	4																				
	② Waschbecken																					
	③ Dusche																					
	④ Bad																					
	einschl. ⑤ Zahnpflege																					
	⑥ Mundpflege																					
	⑦ Pflege der Prothese/n																					
	⑧ einschließlich Waschtüchern richten																					
	⑨ Rücken und Füße																					
⑩ Gesichtsrasur																						
⑪ Haarpflege																						
⑫ Haarwäsche																						
⑬ Einreibung/Eincremen																						
⑭ Nagelpflege																						
⑮ Wickel																						
⑯ An- und Auskleiden																						
⑰ Fußbad																						
Erweiterte Leistungen	⑱ Mundgerechte Aufbereitung der Nahrung und Getränke richten																					
	⑲ im Bett	1 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																				
	⑳ am Tisch	1 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																				
	㉑ Schnabelbecher	4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4																				
	㉒ Sondernahrung																					
	㉓ Pumpe																					
	Hilfe zur Benutzung von																					
	㉔ Stackbecken	3																				
	㉕ Urinflasche	2																				
	㉖ Toilettenstuhl	3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3																				
㉗ DK																						
㉘ CH																						
㉙ Wechsel																						
Entleeren und Wechseln von																						
㉚ Katheterbeutel																						
㉛ Stomabeutel																						
㉜ zur Toilette begleiten																						
Hilfe und Versorgen bei Erbrechen																						
① Mobilisationshilfe in und außerhalb des Bettes	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																					
② Transfer Bett / Stuhl / Bett	4 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2																					
③ Gehen mit Begleitung	3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3																					
④ Anwenden einfacher Lagerungsmittel	4																					
Körperpflege	Übernahme der Körperpflege	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																				
	① Bett/-rand	13 7 15 6 7 19 10 12 13 19 13 19 13 15 13																				
	② Waschbecken																					
	③ Dusche																					
	④ Haarpflege																					
	einschl. ⑤ Zahnpflege																					
	⑥ Mundpflege																					
	⑦ Hautpflege																					
	⑧ An- und Auskleiden																					
	⑨ Haarpflege																					
⑩ Nagelpflege																						
⑪ Rasur																						
⑫ Nagelpflege																						
⑬ aktivierende Ganzwaschung																						
⑭ basale Stimulation																						
⑮ nach Bobath																						
⑯ Waschwäsche (bei starker Verschmutzung)																						

Abbildung 1: Auszug einer täglichen Leistungsdokumentation in der Pflege

Die heute in vielen Kliniken praktizierte tägliche Leistungsdokumentation ist nicht handlungsleitend. Damit wird keine aus pflegfachlicher Perspektive notwendige Kontinuität in der pflegerischen Versorgung ermöglicht. Zudem können mit dieser Art der Dokumentation die im neuen Ausbildungs- und Pflegeberufegesetz geforderten Kompetenzniveaus nicht unterstützt werden (Bundesgesetzblatt, 2018).

- Ebenfalls ist kritisch zu reflektieren, dass wenn die PPR den Pflegebedarf (= also die Leistungen, die ein Patient benötigen würde) des Patienten als **Einstufungsgrundlage**¹ vorsieht und nicht wie aktuell in der G-DRG-Kalkulation, die erbrachte Pflegeleistung, dass hier die bereits oben beschriebenen **Fehlanreize nicht abgebaut** werden können. Einrichtungen würden dann den Bedarf der Patienten hoch einstufen und offenbleibt, ob die Pflegeleistungen dann tatsächlich erbracht werden, oder das Rationalisierungsverhalten weiter Bestand hat.

Es wird deutlich, dass eine Wiedereinführung der PPR nicht empfohlen werden kann. Dieses aus unterschiedlichen Perspektiven:

- Patientensicherheit und pflegerische Versorgungsqualität wird nicht gefördert, sondern gehemmt
- Die Digitalisierungsbestrebungen werden weiter behindert
- Die PPR liefert aus sehr unterschiedlichen Gründen keine adäquaten Daten zur Personalbemessung (siehe Anlage 1)
- Fehlende Weiterentwicklungspotenziale bezogen auf Qualitätsindikatoren, Fallkostenkalkulation, Forschung, adäquate Vergütung für pflegerische Leistungen
- Fehlende Impulse zur Förderung der Attraktivität der Pflegeberufe
- Fehlende Kompatibilität zu den Anforderungen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der Pflegeberufe

2.2 Konzept zur Personalbemessung basierend auf dem „Pflegetaskatolog des InEK“ – Vorschlag vom Bundesverbandes Pflegemanagement e. V. und Fachgesellschaft Profession Pflege e. V.

Bereits im August 2018 wurden die Konzeptüberlegungen der Fachgesellschaft vorgestellt, welche einen schrittweisen Aufbau eines Pflegeerlöskataloges mit stärkerer Ausdifferenzierung des pflegerischen Handlungsgeschehens vorsieht (Fachgesellschaft Profession Pflege e. V., 2018). Mittlerweile liegen die zentralen Bausteine dieses Ansatzes als OPS-Anträge beim DIMDI und die bereitgestellten Instrumente zur Pflegebedarfsermittlung über ein **pflegerisches Assessment** und ein Instrument zur **pflegerischen Leistungsdokumentation** vor und können von Kliniken abgerufen und in die jeweilige Software eingebunden werden.

- Informationen über das pflegerische Basisassessment (BAss): <http://www.pro-pflege.eu/bass/all-gemeine-informationen>
- Informationen über die pflegerischen Handlungskonzepte mit hinterlegten Zeitwerten <http://www.pro-pflege.eu/enp-Informationen>

Beide Instrumente sind bereits wissenschaftlich evaluiert und greifen auf bewährte Konzepte zurück. Beide Instrumente stehen den Kliniken kostenlos, bezogen auf die Terminologie, zur Verfügung. Beide Instrumente erfüllen die pflegfachlichen Anforderungen an eine adäquate Pflegeprozessdokumentation, um den Pflegeprozess adäquat steuern und evaluieren zu können.

Aus der Regeldokumentation der Pflege über eine Patientenakte werden darüber hinaus die verknüpften Leistungsdaten und OPS-Daten automatisiert ausleitbar.

¹ Diese Einstufungsgrundlage ist von der Arbeitsgruppe vorgesehen (Diskussionsstand Sept. 2019)

Schrittweise verfolgen wir über die Einführung der beiden beantragten OPS-Schlüssel folgende Zielsetzung:

1. **Verfeinerung des Pflegelast-Kataloges des InEK** und damit Förderung des Pflegepersonalquotienten zur Verbesserung der Pflegepersonaluntergrenzen. Durch die Verfeinerungen können die Untergrenzen pflegebedarfsabhängig gestaltet werden.
2. **Ersetzen des OPS 9-20 und der pflegerischen Nachweispflichten einer aktivierend-therapeutischen Pflege** in den anderen Komplexkodes.
3. **Vereinfachung der bisherigen pflegerischen Nachweispflichten** im Bereich der ICD-10 und OPS-Kodierung, durch automatisierte Generierungsprozesse.
4. **Deutliche Reduktion des Dokumentationsaufwandes** auf die Kernaufgaben der Pflegeprozessdokumentation, Abschaffen der Doppeldokumentation und Ressourcenoptimierung bei Wiederaufnahme durch Datenübernahmen aus dem Voraufenthalt.
5. **Schaffung und Nutzung der Datengrundlage für eine adäquate Finanzierung pflegerischer Leistungen** orientiert an einem qualitativ ausgerichteten Leistungsgeschehen und damit einer Ablösung der Personaluntergrenzen und der Pflegebudgetverhandlungen basierend auf den Ist-Kosten. Künftig sollen Pflegebudgets am Leistungsgeschehen orientiert verhandelt werden. Damit können die jetzt gesetzten Fehlanreize der Aufgabenverschiebung und Qualitätsdefizite wirkungsvoll behoben werden. Gute pflegerische Versorgung wird angemessen finanziert.

Es wird deutlich, dass der Vorschlag des Bundesverbandes Pflegemanagement e. V. und der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. nachhaltig und zukunftsorientiert ist. Dieses aus unterschiedlichen Perspektiven:

- Dem Pflegemanagement stehen wertvolle Informationen zur Personalsteuerung in der Klinik zur Verfügung (BAss-Index, Work-flow-Index, Qualitätsindikatoren)
- Pflege wird mit einem differenzierten Pflegeerlös-Katalog als künftige Finanzierungsgrundlage deutlich aufgewertet und ist künftig in einem gesundheitsökonomischen System eine tragende Säule in der Krankenhausfinanzierung.
- Fehlanreize der PPR als auch der PpUGV werden aufgehoben
- Attraktivität der Pflegeberufe wird gesteigert, dieses durch einen sichtbaren wertschöpfenden Anteil an dem ökonomischen Erfolg der Klinik, sowie der Möglichkeit, Forschung und Pflegekonzeptentwicklung, basierend auf den Falldaten, zu installieren.
- Qualitätsentwicklung pflegerischer Versorgung ist möglich und aus der Regeldokumentation können ohne Zusatzdokumentation Qualitätsindikatoren gezogen und genutzt werden.
- Falldaten der interdisziplinären Versorgung bleiben erhalten und Kostenentwicklungen können fallbezogen bewertet werden.
- Es werden Anreize gesetzt, im interdisziplinären Team darüber nachzudenken, welche Handlungs- und Versorgungskonzepte patientenorientiert sind und es besteht die Chance, sich für eine palliative, pflegerisch oder therapeutisch-aktivierende Versorgung zu entscheiden, da diese auch finanziert wird.
- 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 ungenaue PPR zur Kostenkalkulation im G-DRG-System kann durch genauere Daten ersetzt werden und damit können Kompressionseffekte weiter reduziert werden.
- Das Vorantreiben der Digitalisierung wird unterstützt, denn nur durch verbindlich verordnete Systeme erhält die elektronische Pflegedokumentation den notwendigen Rückenwind.

2.3 Mögliche Zeitplanung

In der nachfolgenden Grafik wird ein möglicher Zeitplan vorgestellt. Wie aufgezeigt wurde verfolgen wir einen langfristigen Umbau der pflegerischen Finanzierung im Krankenhaus, welche Anreize für eine evidenzbasierte pflegerische Arbeit setzt. Zudem wollen wir künftige Budgetverhandlungen mit Qualitätsaspekten verbinden. Ebenso können nach dem Aufbau einer verbesserten Datenlage über das pflegerische Leistungsgeschehen basierend auf den Pflegemassnahmen und hinterlegten Zeitwerten, sowie dem Handlungsanlass über das Basisassessment die Personaluntergrenzen abgesetzt werden und durch einen Pflegeerlöskatalog und Pflegepersonalbemessungsgrundlagen ersetzt werden.

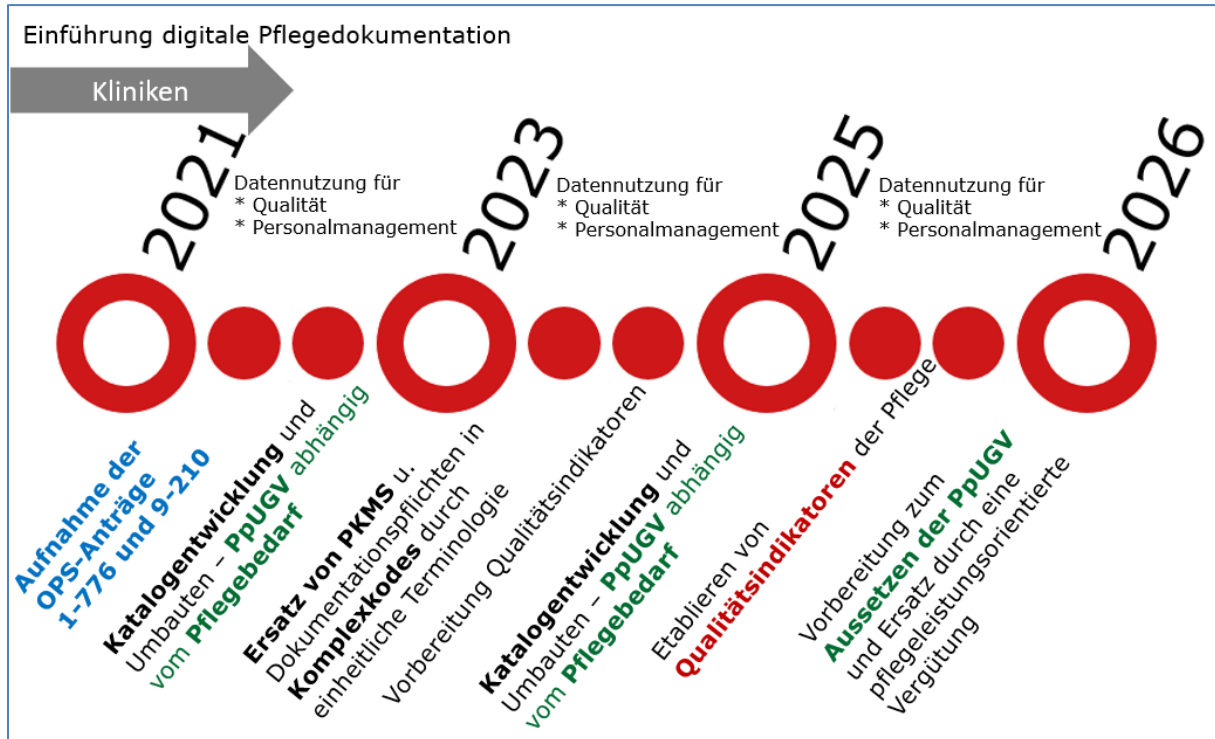


Abbildung 2: Möglicher Zeitplan für die Umsetzung

Weitere Ausführungen werden im Gespräch erläutert.

3 Zusammenfassende Empfehlung

Für die Umsetzung ist keine Interemslösung notwendig! Wir empfehlen die Weiterentwicklung des Pflegeerlöskataloges zu einem aussagekräftigen Instrument der Aufwandseinschätzung und Pflegepersonalbemessung als multidimensionales Instrument. Dieser Ansatz entspricht den Erkenntnissen der Forschungslage bezogen auf die Anforderungen an moderne Personalbemessungsgrundlagen (Wieteck & Kraus, 2016).

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 und beforschen zu können. Eine zentrale Grundlage für die Entwicklung von wirkungsvollen Pflegekonzepten.

Pflege wird mit einem differenzierten Pflegeerlös-Katalog deutlich aufgewertet und ist künftig in einem gesundheitsökonomischen System eine tragende Säule in der Krankenhausfinanzierung. Auch durch die Etablierung einer eigenen Pflegeterminologie kann sowohl die Digitalisierung in der Pflege als auch die Mehrfachnutzung einmal erhobener Daten erreicht werden.

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 inhaltliche Katalogpflege der Pflegeterminologie wird über eine Open-Source-Gruppe der Fachgesellschaft e.V. sichergestellt. Die Weiterentwicklung wird über die Strukturen des Vorschlagsverfahrens des DIMDI gemanagt.

Die krankenhausesindividuellen Budgetverhandlungen, welche mit einem Kostensatz von jährlich 170.000 Euro im Referentenentwurf veranschlagt sind, können mittelfristig durch Landespflegebasissätze abgelöst werden. Zudem können mittelfristig (ca. 3 Jahren) die Pflegepersonaluntergrenzen ausgesetzt werden und durch die neuen Wirkmechanismen ersetzt werden.

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

Anlage 1 – Ausführungen zur 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 Fallkostenkalkulation 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 Krankenhausfinanzierung (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?

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.

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 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.

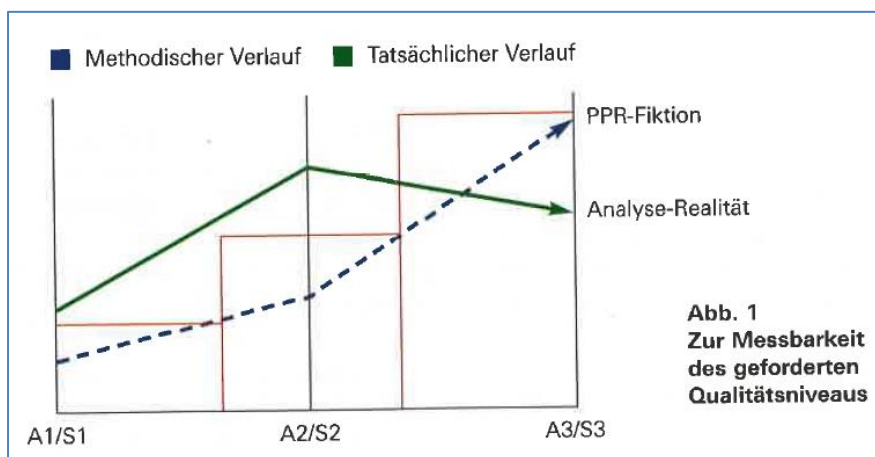


Abb. 1
Zur Messbarkeit
des geforderten
Qualitätsniveaus

Abbildung 3: (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 Viszeralerkrankung 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	
<u>Körperpflege A1 (selbstständig)</u> <ul style="list-style-type: none"> Bereitstellen von Utensilien, Nachbereitung sowie orientierende Hilfe 	3,5	1	1	1	0,2	0,6	0,7
<u>Körperpflege A2 (teilw. Übernahme)</u> <ul style="list-style-type: none"> Bereitstellen von Utensilien, Nachbereitung sowie orientierende Hilfe 	3,5	1,5	1	1	0,7	3,68	10,21
<ul style="list-style-type: none"> Waschen und Pflegen des Körpers einschließlich Bekleidungswechsel 	10	1,5	1	1	0,4	6	
<ul style="list-style-type: none"> Haarpflege und Gesichtsrasur 	15	1	0,14	1	0,25	0,53	
<ul style="list-style-type: none"> Mundhygiene einschließlich Infektionsprophylaxe 							
<u>Körperpflege A3 (volle Übernahme)</u> <ul style="list-style-type: none"> Bereitstellen von Utensilien, Nachbereitung sowie orientierende Hilfe 	3,5	1,5	1	1	1	5,25	36,9
<ul style="list-style-type: none"> Waschen und Pflegen des Körpers einschließlich Bekleidungswechsel 	20	1,3	1	1,2	0,75	23,4	
<ul style="list-style-type: none"> Aktivierung zur Körperpflege 	10	1,3	1	1	0,15	1,95	
<ul style="list-style-type: none"> Haarpflege und Gesichtsrasur 	18	1	0,3	1,1	0,3	1,8	
<ul style="list-style-type: none"> Mundhygiene einschließlich Infektionsprophylaxe 	3	3	1	1	0,5	4,5	

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)

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 ² . Entsprechendes gilt für Sondennahrung
Ausscheidung	<i>Unterstützung zur kontrollierten Blasen- oder Darmentleerung</i>
	Der Patient kann seine Ausscheidungen selbst regulieren, er braucht aber Begleitung zur Toilette, zum Nachtstuhl oder ihm werden Steckbecken oder Urinflasche gereicht
	<i>Versorgen bei häufigem Erbrechen</i>
	Der Patient verursacht durch mehrmaliges Erbrechen vermehrten pflegerischen Aufwand (Reinigung des Patienten und evtl. des Bettes).
	<i>Entleeren oder Wechseln von Katheter- oder Stomabeuteln</i>
	Der Patient erhält Hilfen oder Unterweisungen, oder die Pflegenden entleeren bzw. wechseln den Beutel.
Bewegung und Lagerung	<i>Hilfe beim Aufstehen und Gehen</i>
	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.
	<i>Einfaches Lagern und Mobilisieren</i>
	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	<i>Überwiegende oder vollständige Übernahme der Körperpflege</i>
	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	<i>Hilfe bei der Nahrungsaufnahme</i>
	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	<i>Versorgen bei unkontrollierter Blasen- oder Darmentleerung</i>

² **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 gewandelt 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 Basal-Stimulierende Körperpflege anzubieten. Aktuell werden diese Fehlanreize durch die PKMS-Gründe verhindert.

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 	z. B. Routineüberwachung, problemloses Versorgen von Ableitungs- und Absaugsystemen

<ul style="list-style-type: none"> • akuten Krankheitsphasen 	
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>	
Leistungen im Zusammenhang mit: <ul style="list-style-type: none"> • Operationen • Invasiven Maßnahmen • Akuten Krankheitsphasen 	<p>Beobachten des Patienten und Kontrolle von mindestens 2 Parametern 4–6-mal innerhalb von 8 Stunden³⁾</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:</p> <p>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</p> <p>1–2-mal 2 Messungen innerhalb der restlichen Zeit.</p>
	<p>Aufwendiges Versorgen von Ableitungs- oder Absaugsystemen</p> <p>Der Aufwand kann bedingt sein durch Versorgen eines bestimmten Systems, z. B.</p> <p>Tracheal-Kanüle oder</p> <p>Bülau-Drainage</p> <p>durch häufiges Absaugen,</p> <p>durch Legen von Magensonden oder Blasenkatheter und durch Kontrolle der Ableitungsmengen</p>
Leistungen im Zusammenhang mit medikamentöser Versorgung	<p>Bei kontinuierlicher oder mehrfach wiederholter Infusionstherapie oder bei mehreren Transfusionen</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.

³ Diese Zeitspanne gibt nicht den uhrzeitlichen Zeitrahmen an, sondern ist ein Hinweis für die Intensität der Kontrollen innerhalb von 8 Stunden.

	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.
	<i>Bei intravenösem Verabreichen von Zytostatika</i>
	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.
Leistungen im Zusammenhang mit Wund- und Hautbehandlung	<i>Aufwendiger Verbandwechsel</i> Ein Verband ist dann aufwendig, wenn insbesondere <ul style="list-style-type: none"> • die Art des Wechsels technisch schwierig ist • regelmäßig Komplikationen auftreten oder <ul style="list-style-type: none"> • der Patient unruhig oder wenig kooperativ ist z. B. Gipsverbände mit darunter liegenden Wunden, septischer Verbandwechsel mit Wundreinigung. Aufgaben des Pflegepersonals sind insbesondere: Vorbereiten, Assistieren, Nachbereiten.

Tabelle 6: PPR-S4-Einstufungskriterien

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.

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 ist „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.

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 Patientenklintel 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.

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.

Wiedereinführung der Pflegepersonalregelung (PPR) zur Pflegepersonalbemessung

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.

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 sowie der Eignung für einen lediglich kurzfristigen Einsatz über einen Zeitraum von maximal drei Jahren 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 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.

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 Abschläge 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 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.

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 Leistungsbe-
reich müssen Forschungsmittel akquiriert und bereitgestellt werden. Überdies stehen Prüfungen zur Validität einer modifizierten PPR aus, beinhaltend eine Überprüfung der Zeitwerte mit ent-
sprechender Qualitätsausrichtung.
- Alle Kliniken sind gezwungen, ihre Pflegedokumentation auf eine modifizierte PPR umzustellen bzw. das etablierte Dokumentationsverfahren zu prüfen und ggf. austauschen. Jährliche Anpas-
sungen wären vorgesehen. Der zusätzliche Dokumentationsaufwand durch die PPR-Einstufung kann je nachdem, wie eine faktische Umsetzung tatsächlich gestaltet wird, mit einem unter-
schiedlichen Aufwand verbunden sein. Analog der bestehenden PPR wird jeder Patient täglich eingestuft.
- Alle Mitarbeiter im Pflegedienst müssen in der neuen Methode geschult, eingewiesen und be-
gleitet werden.

Anlage 2 – Ausführungen zu dem Alternativkonzept

Folgende Informationen stehen zu dem Alternativkonzept für eine künftige Pflegepersonalfinanzierung und -bemessung zur Verfügung.

Umfassendes Konzept zur Pflegepersonalbedarfsmessung im Krankenhaus

<http://www.pro-pflege.eu/fachgesellschaft/neuigkeiten/detail/umfassendes-konzept-zur-pflegeperso-nalbedarfsmessung-im-krankenhaus>



Wichtig ist dabei zu beachten, dass die aufgezeigten heutigen Elemente, welche den Pflegeerlöskatalog des InEK maßgeblich bestimmen, langfristig durch die beiden Instrumente BAss und die ENP-Interventionen gespeist werden. Möglich ist dies durch die Pflegeinterventionen mit den hinterlegten Zeitwerten sowie die Verknüpfung mit den BAss-Items.

Durch die veränderte Datengrundlage wird sich der heutige Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwandes durch das InEK im Rahmen einer systematischen Weiterentwicklung umgestalten, so dass eine Finanzierung der Pflege basierend auf den pflegerischen Relativgewichten möglich wird.

Zudem soll die Datengrundlage genutzt werden, um parallel ein Outcomeindikatorenset zu installieren. Basierend auf diesen beiden Kenngrößen (Pflegerisches Relativgewicht und Outcomeergebnisse) könnten dann künftige Budgetverhandlungen durchgeführt werden. Mit zunehmendem Entwicklungsstand dieser beiden Kenngrößen kann die PpUGV ausgesetzt werden. Zeitgleich stehen die pflegerischen Ressourceneinsätze für die patientennahe Pflege für Budgetverhandlungen zu Verfügung.

Standardisierte kostenfreie Pflegeterminologie zur Pflegeprozessdokumentation

Wie bereits eingangs dargelegt, wird den Einrichtungen im Gesundheitswesen eine standardisierte Terminologie zur Verfügung gestellt. Informationen zu den Instrumenten sind auf der Homepage der Fachgesellschaft e. V. zu finden. Ebenso in den Anhängen zum Antragsverfahren beim DIMDI für 2020.

- Informationen über das pflegerische Basisassessment: <http://www.pro-pflege.eu/bass/allgemeine-informationen>
- Informationen über die pflegerischen Handlungskonzepte mit hinterlegten Zeitwerten <http://www.pro-pflege.eu/enp-Informationen>

Anlage zum OPS-Antrag 1-776 beim DIMDI: http://www.pro-pflege.eu/files/inhalte/downloads/Aenderungsantraege%20DIMDI%202020/Anlage%20zum%20Antrag_1-776%20standardisiertes%20Basisassessment_2020.pdf

Anlage zum OPS-Antrag 9-21 beim DIMDI: http://www.pro-pflege.eu/files/inhalte/downloads/Aenderungsantraege%20DIMDI%202020/Anlage%20zum%20Antrag_Multimodale%20interdisziplin%C3%A4re%20Komplexbehandlung%20Aktupflege_2020.pdf

Wissenschaftliche Hintergründe zu den ENP-Interventionen: https://www.recom.eu/files/recom/40-wissen/enp-entwicklung/einleitung/ENP_Wissenschaftliche_Hintergruende_2019_DE.pdf

Die **ENP-Interventionen, die kostenfrei zu Verfügung gestellt** werden, sind aus den Praxisleitlinien von ENP 3.0 entnommen. Diese Pflegeklassifikation wird seit über 25 Jahren von einem Forscherteam in Deutschland entwickelt und in zahlreichen Kliniken in Deutschland, Österreich und Luxemburg zur Pflegeprozessdokumentation eingesetzt.

Die kostenfrei zur Verfügung gestellten Pflegekonzepte sind ein großer Bestandteil von ENP. Informationen zur Güte und Entwicklung von ENP können unter dem Link angefragt werden. https://www.recom.eu/files/recom/40-wissen/enp-entwicklung/einleitung/ENP_Wissenschaftliche_Hintergruende_2019_DE.pdf

Literatur

- 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).
- Bundesgesetzblatt.** (2018). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung PflAPrV). *Teil I Nr. 34 ausgegeben am 10. Oktober 2018*. Retrieved from http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl118s1572.pdf (Accessed: 26.09.2019).
- Fachgesellschaft Profession Pflege e. V.** (2018). Konzept zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus. Retrieved from <http://www.pro-pflege.eu/files/inhalte/neuigkeiten/Pflegepersonalbemessungskonzept.pdf> (Accessed: 01.08.2018).
- Fischer, W.** (2002). *Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege - Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten*. Bern: Huber.
- Gagnern & Hieber, S.** (2006). LEP Leistungserfassung in der Pflege oder mehr? *Pflege & Management*(75), pp. 30.
- 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
- 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.
- Köppen, J., Zander, B., & Busse, R.** (2016). Die aktuelle Situation der stationären Krankenpflege in Deutschland. Ergebnisse der G-NWI-Studie (Neuaufgabe RN4Cast). *Vortrag anlässlich der ePA-LEP Anwenderkonferenz am 23.11.2016*. Retrieved from https://www.lep.ch/de/kalender.html?file=files/content2/service/lep-veranstaltungen/2016/LEP%20Anwenderkonferenz%20Deutschland%20Frankfurt/Pr%C3%A4sentation%20von%20Julia%20K%C3%B6ppen_Die%20aktuelle%20Situation%20der%20station%C3%A4ren%20Krankenpflegein%20Deutschland.pdf (Accessed: 05.04.2017).
- 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.
- Schöning, B., Luithlen, E., & Scheinert, H.** (1993). *Pflege-Personalregelung - Kommentar mit Anwendungsbeispielen für die Praxis*. Köln: Kohlhammer.
- 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).
- Simon, M. & Mehmecke, S.** (2017). Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Working Paper Forschungsförderung. Retrieved from http://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_027_2017.pdf (Accessed: 09.02.2017).
- 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).
- 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
- Zander, B., Köppen, J., & Busse, R.** (2017). Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive. In J. Klauber et al. (Eds.), *Krankenhaus-Report 2017 Schwerpunkt: Zukunft gestalten*. Stuttgart: Schattauer, pp. 451.