

Warum jetzt die PPR 2.0 wichtig ist!

PPR 2.0 Basisinformationen aus dem Deutschen Pflegerat für seine Mitgliedsverbände

Was ist die PPR 2.0?

Bei der PPR 2.0 wird erfasst, wie viel Personal nötig wäre, um eine am ermittelten Bedarf ausgerichtete pflegerische Versorgung realisieren zu können. Sie wurde nach einem Auftrag aus der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) gemeinsam vom Deutschen Pflegerat (DPR), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) entwickelt und basiert auf der Pflegepersonal-Regelung (PPR) aus den 90er Jahren.

Die „ursprüngliche“ PPR diente in den 90er Jahren als Instrument, um den Pflegebedarf auf den Stationen zu ermitteln und auf dieser Grundlage die Budgetverhandlungen für das folgende Jahr zu führen. Weitere Regelungen zur Umsetzung waren damals nicht vorgesehen. DPR, DKG und ver.di haben die bestehende PPR auf Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse weiterentwickelt. Die Stufen der Grund- und Behandlungspflege (A- und S-Bereiche) einschließlich der Grund- und Fallwerte wurden überarbeitet und ergänzt, die Minutenwerte aktualisiert.

Die PPR 2.0 regelt die Personalausstattung für die pflegerische Versorgung erwachsener Patient*innen auf Normalstationen für die Zeit von 06:00-22:00 Uhr. Sowohl der Nachtdienst als auch die Intensivpflege und die Kinderkrankenpflege werden von ihr nicht erfasst. Auch die Funktionsbereiche und die Psychiatrie werden nicht erfasst. Ergänzend setzen sich DKG, DPR und ver.di daher für die Anwendung des Personalbemessungsinstruments INPULS® für die Intensivpflege und für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen für das von der Gesellschaft für Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GeKinD) und dem Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD) gemeinsam entwickelte Instrument Kinder-PPR 2.0 ein.

Wie wird die PPR 2.0 angewendet?

Zur Erfassung des Pflegebedarfs werden einmal pro Tag die Patient*innen von den Pflegefachpersonen in der allgemeinen und speziellen Pflege eingestuft (A- und S-Bereich). Die Merkmale sind sehr überschaubar, mit ein wenig Training ist das in maximal einer Minute pro Patient*in geschehen.

Das Instrument ist sehr bürokratiearm, denn neben der täglichen Einstufung in der allgemeinen und speziellen Pflege, darf aus Sicht des DPR keine weitergehende Dokumentation zur Einstufung und als Nachweis nötig sein. Die Einstufung muss von Pflegefachpersonen durchgeführt werden, da dieses als Vorbehaltsaufgabe in § 4 PfIBG entsprechend geregelt ist. Gleichzeitig gilt, dass Pflegefachpersonen auch die Kompetenz haben diese Einstufung auf Basis der PPR 2.0 Grundlage durchzuführen. Diese Kompetenz ist nicht in Frage zu stellen.

Das Attraktive ist, dass die PPR sowohl handschriftlich als auch einfach in die bestehende digitale Patientendokumentation integriert werden kann. Sie kann im besten Fall sogar automatisch aus der digitalen Regeldokumentation ausgeleitet werden.

Die Anwendung der PPR 2.0 ist einfach und baut auf der Logik der immer noch in zahlreichen Krankenhäusern zur internen Steuerung benutzten PPR auf. Dabei erfolgt eine tägliche Einstufung der Patient*innen in vier Leistungsstufen der allgemeinen Pflege (A1 Grundleistungen bis A4 hochaufwändige Leistungen) sowie in vier Leistungsstufen der speziellen Pflege (S1 bis S4) entsprechend ihres Versorgungsbedarfs. Jeder A- und S-Leistungsstufe sind entsprechende Minutenwerte zugeordnet. Zudem gibt es für jede*n Patient*in einen Grundwert pro Tag und einen einheitlichen Fallwert. Die allgemeine Pflege umfasst dabei die Leistungsbereiche der Körperpflege, Ernährung, Ausscheidungen und Mobilisation. Die spezielle Pflege hingegen berücksichtigt Leistungen im Zusammenhang mit operativen und invasiven Maßnahmen, medikamentöser Versorgung sowie Wund- und Hautbehandlung. Der Grundwert beinhaltet Leistungen ohne direkten Bezug zu einzelnen Patient*innen (z. B. Leitungsaufgaben, pflege- bzw. behandlungsbezogene Besprechungen oder Ablauforganisation). Der Fallwert berücksichtigt u. a. Tätigkeiten im Zusammenhang mit Aufnahmen von außen, Verlegungen und Entlassungen sowie der Umsetzung von Expertenstandards und Leitlinien. Die Einstufung von Patient*innen in der allgemeinen und speziellen Pflege plus Grundwert und Fallwert ergeben einen entsprechenden Zeitwert, der den individuellen Pflege(personal)bedarf für die Patient*innen abbildet.

A1	Alle Patienten, die nicht A2, A3 oder A4 zugeordnet werden. Patienten sind selbständig und benötigen nur minimale Pflege-/Serviceleistungen. Informieren und orientierende Hilfe stehen im Vordergrund. Hier handelt es sich um Patienten, die bspw. die folgenden Grundleistungen erhalten: Handtuch/Körperpflegeprodukte werden zur Verfügung gestellt, Nahrungsmittel/Getränke bringen, Toilette zeigen, Bett machen, Bettwäsche wechseln
A2	In mind. zwei verschiedene Leistungsbereichen muss je ein Einordnungsmerkmal aus A2 zu treffen. Trifft nur ein Einordnungsmerkmal aus A2 zu und ist ein zweites aus A3 gegeben, so ist der Patient der Stufe A2 zuzuordnen. Patienten sind überwiegend selbständig, benötigen Hilfe oder Unterstützung. Die helfenden und unterstützenden Pflegeleistungen beziehen sich auf die genannten Pflegeleistungen.
A3	In mind. zwei verschiedenen Leistungsbereichen muss je ein Einordnungsmerkmal aus A3 zutreffen. Patienten benötigen die vollständige Übernahme der Pflege oder es wird eine aktivierende Pflege durchgeführt.
A4	Ein Patient muss einen Barthel-Index zwischen 0 – 35 Punkten aufweisen und/oder einen Erweiterten Barthel-Index zwischen 0-15 Punkten bzw. einen MMSE zwischen 0-16 Punkten (Anlage 1). Zusätzlich muss in mind. 2 verschiedenen Leistungsbereichen je ein Einordnungsmerkmal aus A4 (Anlage 2) zutreffen.

Abbildung: Grundlegende Informationen zum A-Bereich zur Einstufung mit der PPR 2.0 (Fleischer 2020, S. 48)

Wie sieht die zukünftige Weiterentwicklung aus?

Die PPR 2.0 muss als Startpunkt verstanden werden zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung des Instrumentariums zur Pflegepersonalbedarfsermittlung im Krankenhaus. Denn klar ist: Es gibt aktuell kein anderes Instrument in Deutschland, das zu diesem Zwecke vorliegt oder geplant ist und nur ansatzweise so schnell und unkompliziert eingeführt werden könnte.

Bei der PPR 2.0 müssen Weiterentwicklungen erfolgen (z.B. die Abbildung eines Qualifikationsmixes), die aber Ressourcen und pflegewissenschaftliche Begleitung brauchen. Der §137k SGB V zur Entwicklung einer wissenschaftlichen Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus kann dazu genutzt werden und muss anschlussfähig an die PPR 2.0 sein. Dazu sollte eine Ergänzung im Gesetzestext erfolgen, die klarstellt, dass das Verfahren auf der PPR 2.0 aufbauen muss und die Erfahrungen aus deren Einführung zu nutzen hat.

Aber bereits im Einführungsprozess muss eine die kontinuierliche Begleitung auf pflegewissenschaftlicher Basis erfolgen. Dafür muss aus Sicht des DPR ein Institut zur Personalbemessung in der Pflege (InPeP) gegründet werden. In diesem Institut könnte perspektivisch auch die Personalbemessung in der Langzeitpflege verortet sein.

Warum ist die PPR 2.0 jetzt wichtig?

Die Pflege im Krankenhaus braucht dringend ein Instrumentarium zur Pflegepersonalbedarfsermittlung, denn eine Annäherung auf Basis der einfachen PPR-Systematik an den tatsächlichen Pflegebedarf der Patient*innen und der sich hieraus ableitende Bedarf an Pflegepersonal wird bisher noch nicht bundeseinheitlich erfasst.

Ein Probelauf der PPR 2.0 in 44 Krankenhäusern hat ergeben, dass die PPR 2.0 in der Praxis handhabbar und umsetzbar ist. Sie bietet darüber hinaus den großen Vorteil, dass sie die bedarfsgerechte Versorgung der Patient*innen als ausschlaggebend für die Personalbemessung auf Stationen und Abteilungen in den Mittelpunkt rückt. Anders als etwa bei Bemessungen anhand reinen Betten- und/oder Patient*innenkennzahlen und/oder wirtschaftlicher Kriterien steht somit nicht nur eine quantitative Größe,

sondern durch die Annäherung an den tatsächlichen Pflegebedarf auch eine qualitative Dimension der Patient*innenversorgung im Vordergrund.

Häufig wird von der Pflege im Krankenhaus verlangt, ihre Tätigkeiten kleinteilig und minutiös darzulegen, um ihre Stellenbesetzung zu rechtfertigen. Die PPR 2.0 arbeitet bewusst nicht verrichtungsorientiert mit der Ermittlung kleinteiliger Pflegetätigkeiten, sondern fasst die pflegerischen Tätigkeiten in wenigen Leistungsbereichen zusammen.

Die Erkenntnisse der PPR 2.0 können erstmalig seit Jahrzehnten belegen, wie groß die Lücke zwischen Ist und Soll-Besetzung mit Pflegepersonal ist. Diese Transparenz muss zu politischen Maßnahmen führen, um das Pflegepersonal zu entlasten und die Sicherheit der Patient*innen zu gewährleisten.

Der Deutsche Pflegerat setzt sich dafür ein, dass die PPR 2.0, die Kinder-PPR 2.0 und INPULS nicht als Alibiinstrumente eingeführt werden, sondern durch richtig ausgerichtete Stellschrauben schlagkräftige Instrumente für die Profession Pflege werden!

Ausführliche Informationen zur PPR 2.0 sind auf der Internetseite der DKG abzurufen:
<https://www.dkgev.de/themen/personal-weiterbildung/ppr-20/>

Dort befindet sich auch die Studie zum Pre-Test von Steffen Fleischer (siehe Abbildung).

Berlin, 31.08.2022

Kontakt

Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)
Alt-Moabit 91
10559 Berlin

Tel.: + 49 30 / 398 77 303
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de