

Online-Veranstaltungsreihe des DPR zur Pflegepersonalbedarfsermittlung im Krankenhaus

PPR 2.0, § 137k SGB V, InPeP und Co.: Bausteine für eine gute Pflege in der Zukunft!?

Teil 1: PPR 2.0 als Startpunkt verstehen am 14.09.2022

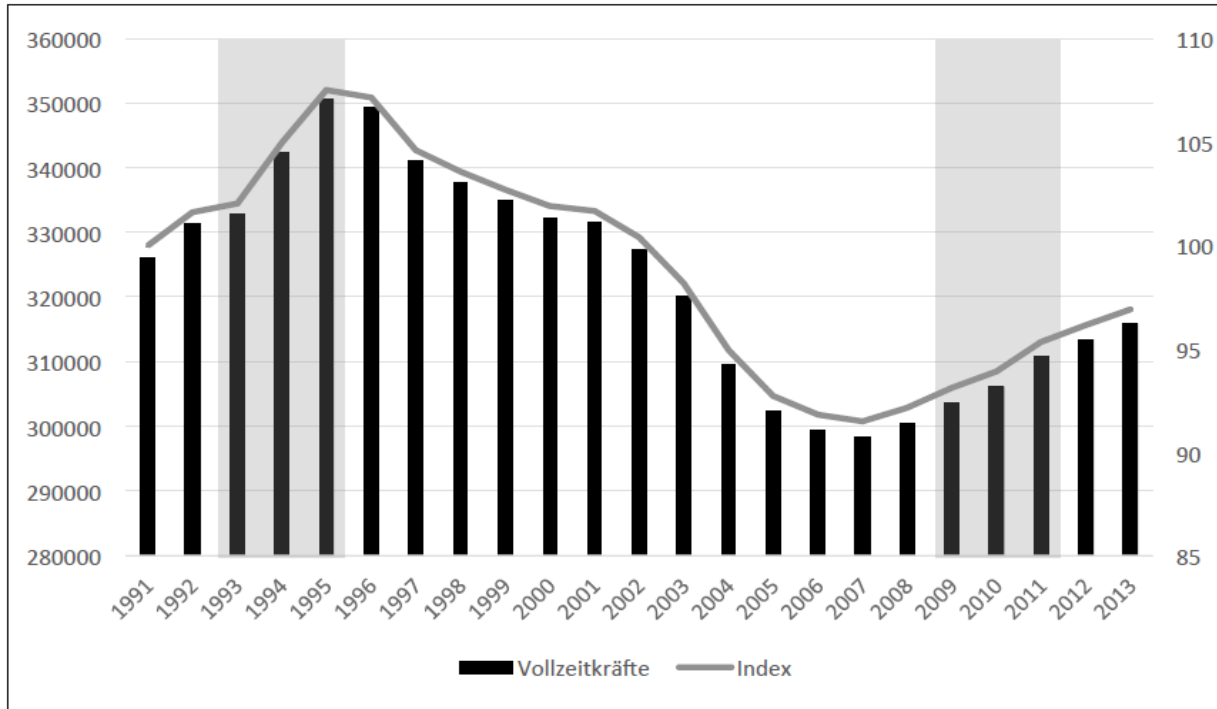
Ingo Böing,
Fachkommission PBMI



Entwicklungsgeschichte der PPR

- Anfang der 90er Jahre: Expertenkommission für den Pflegedienst auf somatischen Normalstationen. Erarbeitung der Pflegepersonal-Regelung (PPR).
- 1.1.1993: Einführung der PPR für somatische Normalstationen. Ermittlung des Personalbedarfs verpflichtend als Ausgangspunkt für die Budgetverhandlungen.
- Schaffung von zusätzlichen Stellen über 4 Jahre waren angedacht.
- Mehrbedarf an Stellen geschätzt: ca. 20 % = 52.000 Vollzeitstellen, mit ITS = 61.000 Vollzeitstellen (Simon 2018).
- Aussetzung der Anwendung der PPR bereits zum 01.01.1996, vollständige Aufhebung zum 1.1.1997.

Abbildung 1 Pflegekräfte an deutschen Akutkrankenhäusern 1991 bis 2013



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1.1. In den grau unterlegten Zeiträumen hat der Gesetzgeber Maßnahmen zur Verbesserung der Personalausstattung ergriffen. Die PPR war von 1993 bis 1995 in Kraft. Von 2009 bis 2011 hatte der Gesetzgeber das Pflegeförderprogramm aufgelegt.

Quelle: Greß, Stegmüller, 2014, Seite 16

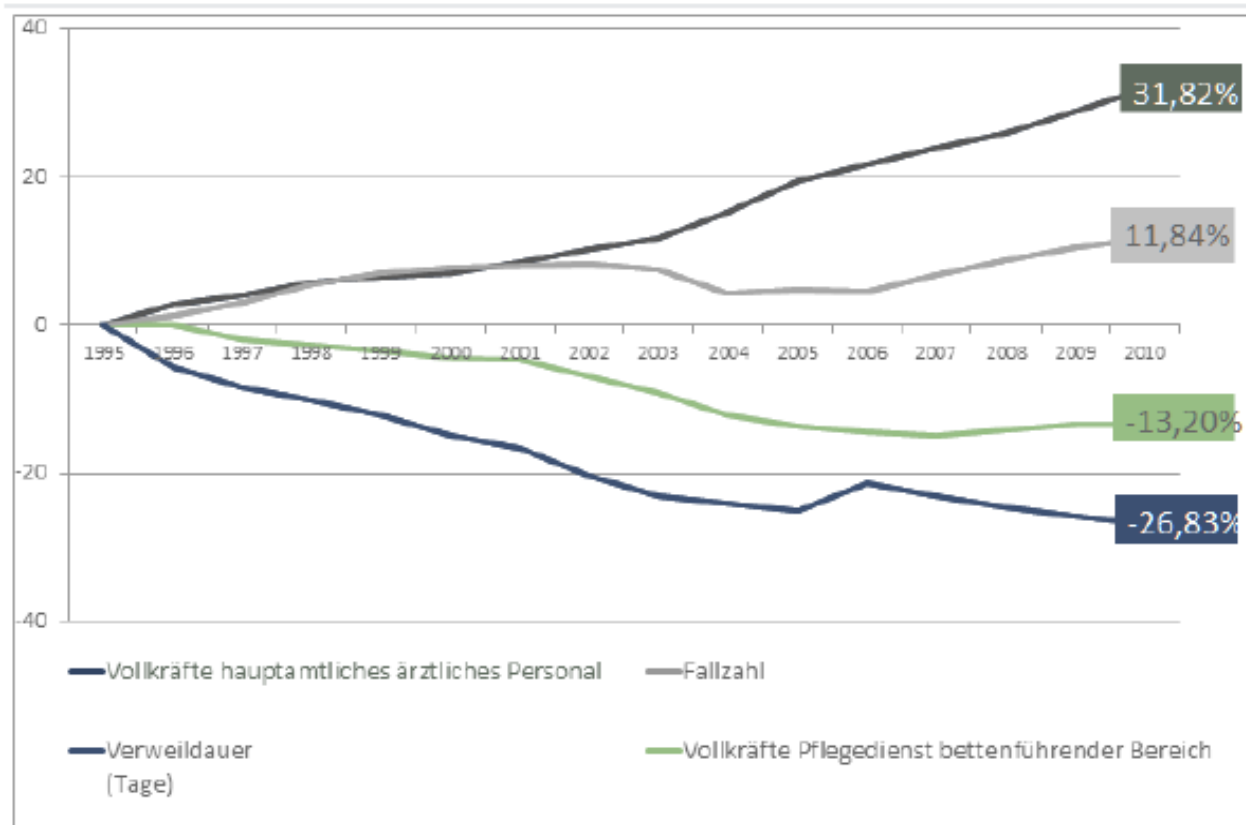


Abbildung 2: Entwicklung Vollkräfte im Pflegedienst in allgemeinen Krankenhäusern 1995 bis 2010 in Prozent

Quelle: Isfort, Weidner, 2012, Seite 15

Drei Minister leisten den Pflege- Schwur

Die Ziele: mehr Pfleger, bessere Arbeitsbedingungen, höhere Löhne



30.06.2018 - 21:46 Uhr

Zehntausende zusätzliche Pflegestellen, verbesserte Arbeitsbedingungen, gesteuerte Migration für ausländische Pfleger und konkrete Vereinbarungen innerhalb des kommenden Jahres: Im Gespräch mit BamS erklären Familienministerin Franziska Giffey (SPD), Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) und Arbeitsminister Hubertus Heil (SPD), wie sie gemeinsam dafür sorgen wollen, dass es endlich mehr Pflegekräfte gibt.

Quelle: <https://www.bild.de/bild-plus/politik/inland/altenpflege/hier-versprechen-drei-minister-das-sie-den-pflegenotstand-beenden-56170936.bild.html> (Zugriff am 14.09.2022)

Konzertierte Aktion Pflege (KAP)

Hierzu vereinbaren die Partner der Arbeitsgruppe 2 der Konzertierten Aktion Pflege folgende Maßnahmen:

1. Der *Deutsche Pflegerat*, die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* und *ver.di* entwickeln bis 31. Dezember 2019 einen **Interims-Vorschlag für ein Pflegepersonalbemessungsverfahren** und präsentieren dieses den Selbstverwaltungspartnern und dem *Bundesministerium für Gesundheit*. Das *Bundesministerium für Gesundheit* wird diesen Vorschlag im Lichte der Zielsetzungen der Konzertierten Aktion Pflege ergebnisoffen prüfen.
2. In einem zweiten Schritt soll durch die Selbstverwaltungspartner unter Beteiligung der maßgeblichen Akteure ein **wissenschaftlich fundiertes Pflegepersonalbemessungsinstrument** entwickelt und nach Erprobung – zum Beispiel im Wege von Modellvorhaben – zur Umsetzung vorgeschlagen werden. Dabei sind die bestehenden Regelungen zu Personalvorgaben zu berücksichtigen. Das *Bundesministerium für Gesundheit* begleitet diesen Prozess intensiv und unterstützt ihn.

PPR 2.0

- Anfang 2020 von DPR, DKG und ver.di dem BMG vorgelegt
- Prüfung über die restliche Legislaturperiode
- 2021: Koalitionsvertrag der Ampelregierung
- Juli 2022: Eckpunkte BMG
- August 2022: Referentenentwurf KHPfIEG
- 14. September 2022: Kabinettsvorlage KHPfIEG

A-Bereich: Allgemeine Pflege (A1-A4)

Einstufung in 4 Leistungsbereichen:

- Körperpflege
- Ernährung
- Ausscheidung
- Mobilisation und Positionswechsel

<p>A1</p>	<p>Alle Patienten, die nicht A2, A3 oder A4 zugeordnet werden.</p> <p>Patienten sind selbständig und benötigen nur minimale Pflege-/Serviceleistungen. Informieren und orientierende Hilfe stehen im Vordergrund. Hier handelt es sich Patienten, die bspw. die folgenden Grundleistungen erhalten: Handtuch/Körperpflegeprodukte werden zur Verfügung gestellt, Nahrungsmittel/Getränke bringen, Toilette zeigen, Bett machen, Bettwäsche wechseln</p>
<p>A2</p>	<p>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.</p> <p>Patienten sind überwiegend selbständig, benötigen Hilfe oder Unterstützung. Die helfenden und unterstützenden Pflegeleistungen beziehen sich auf die genannten Pflegeleistungen.</p>
<p>A3</p>	<p>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.</p>
<p>A4</p>	<p>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).</p> <p>Zusätzlich muss in mind. 2 verschiedenen Leistungsbereichen je ein Einordnungsmerkmal aus A4 (Anlage 2) zutreffen.</p>

S-Bereich: Spezielle Pflege (S1-S4)

Einstufung in 3 Leistungsbereichen:

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

S1	<p>Alle Patienten, die nicht S2, S3 oder S4 zugeordnet werden.</p> <p>Hier handelt es sich Patienten, die bspw. die folgenden Grundleistungen erhalten: Routineüberwachung, problemloses Versorgen von Ableitungs- und Absaugsystemen, Ein-/Ausfuhr-Bilanz, Verabreichen von Tabletten, Salben, Tropfen, Injektionen, Vorbereitung von i.v. Injektionen, Versorgen kleiner Wunden, Wechsel von Pflastern/Flexülenverbänden</p>
S2	<p>Es muss mindestens ein Einordnungsmerkmal aus einem der Leistungsbereiche der Leistungsstufe S2 zutreffen.</p>
S3	<p>Es muss mindestens ein Einordnungsmerkmal aus einem der Leistungsbereiche der Leistungsstufe S3 zutreffen.</p>
S4	<p>Es muss mindestens ein Einordnungsmerkmal aus zwei Leistungsbereichen der Leistungsstufe S3 zutreffen.</p>

Tabelle 1: Gegenüberstellung Zeitwerte in Minuten PPR und PPR 2.0 bei 16 Stunden Tagschicht

	PPR	PPR 2.0
Allgemeine Pflege (täglich eingestuft)		
A1	22,86	20,48
A2	75,43	74,83
A3	168,00	164,02
A4	293,71 ²	296,39
Spezielle Pflege (täglich eingestuft)		
S1	36,57	39,13
S2	48,00	56,16
S3	77,71	92,37
S4	-	131,14
Grundwert (wird einmal täglich addiert)	30,00	33,00
Isolation – falls zutreffend (wird einmal täglich addiert)	-	90,00
Fallwert (wird einmal pro Fall addiert)	70,00	75,00

Quelle: *Fleischer 2020, Seite 5*

Informationen zur PPR 2.0

Offizielle Informationen und Downloads zur PPR 2.0 von DPR, DKG und ver.di gibt es auf der Internetseite der DKG

<https://www.dkgev.de/themen/personal-weiterbildung/ppr-20/>

Dort sind auch die Dokumente zum Pre-Test, die Eckpunkte und Anwendungsvorschriften zu finden!

Anforderungen an die PPR 2.0

Die PPR 2.0 muss dringend

- alle Stationen im Krankenhaus berücksichtigen (auch Kinder- und Intensivstationen)
- verbindlich für alle Krankenhäuser in Deutschland gelten
- ambitionierte Ausbauziele haben und als klare Zielformulierung 100% Zielerreichung
- Einbindung der Pflegewissenschaft und des Pflegemanagements bei der Weiterentwicklung
- kontinuierliche Begleitung muss sichergestellt werden

Institut für die Personalausstattung in der Pflege

Der DPR fordert ein Institut für die Personalausstattung in der Pflege (**InPeP**)!

1. Kurzfristige Einführung – wissenschaftliche Begleitung (Ad hoc Beauftragung, kein langwieriges Ausschreibungsverfahren möglich)
2. Kontinuierliche Weiterentwicklung der PPR 2.0 – wissenschaftliche Begleitung durch ein eigens hierfür eingerichtetes Institut (Gesetzlich verankert)

Deutscher Pflegerat e.V.

Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege-
und Hebammenwesen



**Die PPR 2.0
als Startpunkt
verstehen!**

Fragen?

Deutscher Pflegerat e.V.
Alt-Moabit 91
10559 Berlin
info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de



Quellen und Literatur

- Fleischer, Dr. Steffen (2020): Pre-Test einer modernisierten Pflegepersonal-Regelung für Erwachsene PPR 2.0. Online unter: [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5. Personal und Weite rbildung/2.5.0. PPR 2.0/Abschlussbericht_DKG_Pre-Test_PPR2.0_final.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5_Personal_und_Weite_rbildung/2.5.0_PPR_2.0/Abschlussbericht_DKG_Pre-Test_PPR2.0_final.pdf)
- Greß, Prof. Dr. Stefan; Stegmüller, Prof. Dr. Klaus (2014): Personalbemessung und Vergütungsstrukturen in der stationären Versorgung - Gutachterliche Stellungnahme für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di). Online unter: <https://d-nb.info/1064404596/34>
- Isfort, M.; Weidner, F.; Gehlen, D. (2012): Pflege-Thermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Online unter: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte_DIP-Institut/Pflege_Thermometer_2012.pdf
- Simon, Prof. Michael (2018): Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung: Eine kritische Analyse der aktuellen Reformpläne für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Vorstellung zweier Alternativmodelle, Working Paper Forschungsförderung, No. 096, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-2018102415181655912555>