

Factsheet: Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) und § 137k: Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus (PePiK)

Richtig oder falsch? Welche Aussagen zu PPR 2.0 und PePiK stimmen und welche nicht

Die PPR 2.0 ist ein Bürokratiemonster: Pflegefachkräfte müssen aufwendig geschult werden und sind mit überbordendem Dokumentationsaufwand belastet

→ **FALSCH!**

Die PPR 2.0 ist einfach, selbsterklärend und bürokratiearm. Sie ist dafür konzipiert worden, kurzfristig bundesweit eingeführt werden zu können. Sie setzt in der Logik auf die alte PPR auf und übernimmt die einfache Systematik: Die PPR 2.0 basiert auf 4 Leistungsstufen jeweils in der allgemeinen Pflege und in der speziellen Pflege. Dadurch kann der Pflegbedarf mit realistischen Durchschnittswerten gut abgeschätzt werden. Zur Erfassung des Soll-Pflegedarfs genügt das Vorliegen von Nachweismerkmalen für eine bestimmte PPR-Einstufung. Zudem gibt es einen Grundwert pro Tag und einen einheitlichen Fallwert je Patient*in. Die täglichen Einstufungen können, müssen aber nicht, aus den vorliegenden Daten einer ohnehin erfolgenden digitalen Pflegeplanung und -Dokumentation automatisiert abgeleitet werden. Die Einstufungssystematik ist damit gut und mit geringem Zeitaufwand auch in Krankenhäusern umzusetzen, die noch keine digitalisierte Dokumentation umsetzen. Das einfache Schema korreliert mit der Reliabilität von PPR 2.0. **Die PPR 2.0 ist ein unbürokratisches Instrument, um auf Basis von maßgeblichen pflegerischen Leitprozessen den durchschnittlichen Pflegebedarf abzuschätzen und dadurch die adäquate Personalbesetzung zu errechnen.**

Die PPR 2.0 dient nur dem Zweck der Quantifizierung von Bedarfen: das Delta zwischen erforderlichem und tatsächlich vorhandenem Pflegepersonal wird sichtbar

→ **RICHTIG & FALSCH!**

Instrumente der Personalbedarfsermittlung sollen dazu dienen, den Bedarf an Personal zu ermitteln und damit zu quantifizieren. Die PPR 2.0 tut dies auf Grundlage der Pflegebedarfe der Patient*innen. Um den ermittelten Mehrbedarf so zu decken, dass die Praxis damit umgehen kann und ein echter Benefit für Patient*innen und Pflegefachkräften entsteht, **bedarf es einer Konvergenzphase mit definierten Umsetzungsgraden, die stufenweise erhöht werden.** Nach dem ersten Erfassungsjahr darf im zweiten Jahr der PPR-Erfassung eine maximale Lücke von beispielsweise PPR minus 30% auftreten, im dritten Jahr der Erfassung eine maximale Lücke von beispielsweise PPR des Vorjahres minus 20% und im vierten Jahr der Erfassung eine maximale Lücke von beispielsweise PPR des Vorjahres minus 10%. Damit die verbindlichen Zielerreichungsgrade erreicht werden können, müssen die Krankenhäuser bei bestehenden Lücken nachweislich Maßnahmen ergreifen, um die Lücke nach vorgegebenen Zielerreichungsgrad zu schließen. Die Krankenhäuser können dazu verschiedene Maßnahmen ergreifen, wie beispielsweise Personalaufbau, temporäre oder dauerhafte Bettenschließungen, Ambulantisierung von Leistungen und Weiteres. **Der Vorwurf und die Befürchtung, die Pflegefachkräfte bzw. die Krankenhäuser würden sicher ein „Overcoding“ betreiben und die Patient*innen stets höher einstufen, als es gerechtfertigt wäre, kann sofort entkräftet werden: Durch die Definition von Zielkorridoren entsteht ein selbstregulierendes System, denn das ermittelte Pflegepersonal müsste vorgehalten oder eingestellt werden.**

Das Pflegebudget funktioniert nicht. Die Pflegepersonalkosten sollten zurück ins DRG-System

→ **FALSCH!**

Seit 2020 gilt, dass die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf den bettenführenden Stationen in Selbstkostendeckung finanziert werden. Die Umsetzung in der Praxis scheint schwierig: für 2020 sind laut InEK erst 40% Budgetabschlüsse erfolgt. Den Krankenhäusern wird vielfach vorgeworfen, Pflegepersonal in das Pflegebudget zu rechnen, welches gar nicht „am Bett“ arbeite. Für diese Problematik stellt die PPR 2.0 die adäquate Lösung dar. Grundvoraussetzung für die Einführung der PPR 2.0 ist die vollständige Refinanzierung des ermittelten Personalbedarfs. Insofern muss die PPR 2.0 zukünftig die Grundlage für die Personalbemessung in den Pflegebudgetverhandlungen sein. **Mit der PPR 2.0 nachgewiesene Personalstellen gelten dann als sparsam wirtschaftend.** Dadurch können die Pflegebudgetverhandlungen beschleunigt und die Schiedsstellen entlastet werden. Es werden den Krankenhäusern nur die tatsächlich entstandenen Personalkosten finanziert und nicht die errechneten Personalstellen der PPR 2.0. Die PPR 2.0 kann in der vorliegenden Form bereits im Laufe des Jahres 2022 eingeführt werden. Als sinnvoll erscheint eine flächendeckende Einführung zum 01.01.2023. Dann kann das Jahr 2023 als Ersterfassungsjahr zum Referenzjahr für die Personalausstattung im Jahr 2024 werden.

Es braucht eine Finanzierung über nachgewiesen erbrachte Pflegeleistungen, denn mit einer leistungsbezogenen Vergütung der Pflege wird sie endlich erlösrelevant

→ **FALSCH!**

Pflegepersonal ist schon immer „erlösrelevant“, denn ohne Pflegepersonal würden medizinische Leistungen im Krankenhaus nicht stattfinden können. **Das Ziel einer Pflegepersonalbedarfsermittlung im Krankenhaus kann nicht sein, dass das Pflegepersonal ihre Leistungen minutiös in kleinteiligen Verrichtungen erfassen muss. Dadurch würde unnötige Bürokratie entstehen.** Die Finanzierung von Pflege im Krankenhaus an einzeln erbrachte Pflegeleistungen zu knüpfen, ist aus mehreren Perspektiven gefährlich. Denn es soll nicht das finanziert werden, was tatsächlich geleistet worden ist, sondern nur das, was auch dokumentiert werden konnte. Somit würde die Dokumentation noch mehr Gewicht erhalten und hierin investiert – etwa mit Dokumentationskräften analog der Codierkräfte. Im schlimmsten Fall wird dann auch im Pflegedienst mit hoher Priorität das dokumentiert und an Patient*innen „verrichtet“, was finanziell besonders lukrativ erscheint. Deshalb ist die Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs anhand der Bedarfe der Patient*innen auszurichten und nicht anhand mehr oder weniger lukrativer vordefinierter Leistungen.

Die PPR 2.0 kann den bedarfsgerechten Qualifikationsmix nicht abbilden

→ **RICHTIG!**

Ein bedarfsgerechter Qualifikationsmix kann aktuell weder durch die PPR 2.0 noch durch irgendein anderes Instrument der Pflegepersonalbedarfsermittlung definiert werden. Auch international ist derzeit keine solche Systematik bekannt, sondern es wird sich normativer Vorgaben bedient, wie wir sie in Deutschland etwa aus der PpUGV kennen. **Aus pflegewissenschaftlicher Sicht wird für die Entwicklung eines Instruments, das einen „bedarfsgerechten“ Qualifikationsmix abbilden kann, eine mehrjährige Forschung notwendig sein.** Anknüpfungspunkt könnte hier ein pflegeinternes Delegationsmodell sein. Mit der PPR 2.0 haben DKG, DPR und ver.di ein Modell vorgelegt, das auch in diesem Punkt weiterentwicklungsfähig ist.

Mit der PPR 2.0 sollen die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) abgeschafft werden

→ **RICHTIG & FALSCH!**

Die aktuellen PpUG beruhen auf einer fragwürdigen Datenbasis und gelten für kleine Allgemeinkrankenhäuser genauso, wie für Unikliniken. Mit der PPR 2.0 sollen künftig krankenhausespezifisch – auf Basis der tatsächlichen Bedarfe der Patient*innen – Mindestpersonalvorgaben definiert werden. Zur Einführung der PPR 2.0 (Ersterfassung) sollten die gesetzlichen Vorgaben zu PpUG in § 137i SGB V in Kraft bleiben und später, mit der Definition verbindlicher Umsetzungsgrade (PPR minus X%) können die alten PpUG außer Kraft gesetzt werden.

Die PPR 2.0 ist nicht ausreichend erprobt

→ **RICHTIG & FALSCH!**

Die PPR 2.0 soll kurzfristig eingeführt werden. Genau hierfür ist sie nach einem Auftrag aus der KAP konzipiert worden. In der knappen zur Verfügung stehenden Zeit der Entwicklung ist die „alte“ PPR (die noch heute vielfach in Anwendung ist) mit ihrer einfachen Systematik als Ausgangspunkt genommen und insbesondere hinsichtlich der Zeitwerte an aktuelle Entwicklungen (Berücksichtigung von notwendigen Isolationen, Expertenstandards etc.) angepasst worden. **Ein Pre-Test in 44 Kliniken hat die Handhabbarkeit und Umsetzbarkeit der PPR 2.0 überprüft. Notwendig ist unbedingt eine begleitende Evaluation der Einführung sowie langfristig der Weiterentwicklung.** Mit der PPR 2.0 haben DKG, DPR und ver.di ein Modell vorgelegt, das sehr gut weiterentwicklungsfähig ist. Deshalb ist die PPR 2.0 als lernendes und offenes System angelegt, welches in regelmäßigen Überarbeitungszyklen angepasst werden soll.

Die PPR 2.0 berücksichtigt die Intensivmedizin und die Pädiatrie nicht

→ **FALSCH!**

Die PPR 2.0 wird aktuell um die Anwendung in der Intensivmedizin und der Pädiatrie ergänzt: Es stehen für die Intensivstationen das Instrument **INPULS®** und für die Kinderstationen die **Kinder PPR 2.0** zur kurzfristigen Umsetzung Verfügung.