

Rahmenkonzept – Grundsätze PPR 2.0 für Erwachsene

Die folgenden Ausführungen verfolgen das Ziel, die PPR 2.0 für Erwachsene konzeptionell darzustellen und mithilfe definitorischer Aufbereitung verwendeter Begriffe ein gemeinsames Verständnis herzustellen. Außerdem sollen notwendige und einzuhaltende Eckpunkte für eine zukünftige Verordnung skizziert werden.

Weitere Ausführungen zum Geltungsbereich, Grundsätzen und Zuordnungsregeln sind den Anwendungsvorschriften zu entnehmen.

Mit der PPR 2.0 wird bundesweit ein verbindliches Instrument zur Personalbedarfsermittlung für den Pflegedienst im Krankenhaus eingeführt mit dem Ziel, eine bedarfsgerechte Pflegepersonal-ausstattung und damit eine sichere und gute Pflege zu gewährleisten. Die PPR 2.0 basiert auf vier Leistungsstufen bzw. Pflegekategorien¹ mit Einteilung in allgemeine und spezielle Pflege (A- und S-Pflege) und der Zuordnung von Durchschnittsminutenwerten je Leistungsstufe/Pflegekategorie. Da es sich um ein indikatorengestütztes Instrument handelt (Aufwand begründende Indikatoren), genügt als Voraussetzung für die Einteilung in die jeweiligen Stufen/Kategorien das Vorliegen einzelner Merkmale. Die Kompetenz zur Bedarfseinschätzung obliegt den Pflegefachpersonen, wie im Pflegeberufegesetz unter § 4 PflBG als Vorbehaltstätigkeit festgelegt ist. Die PPR 2.0 soll dem Anspruch eines bürokratiearmen und einfachen Instrumentes zur Erhebung des pflegerischen Personalbedarfs entsprechen.

Grundsätze PPR 2.0

Bei der PPR 2.0 für Erwachsene handelt es sich um ein Instrument zur Personalbedarfsermittlung auf Grundlage aufwandtreibender Indikatoren, die Hinweise auf den Personalbedarf geben. Sie ermöglicht im Rahmen eines standardisierten Verfahrens, den Bedarf an Arbeitszeitressourcen für eine bestimmte Organisationseinheit mit hinterlegten Zeitwerten zu berechnen. Hiervon abzugrenzen sind einfache Instrumente zur Personalbemessung. Der Begriff Bemessung beschreibt das Festlegen von Werten auf Basis normativer Vorgaben und nicht von ermittelten Werten. Als Beispiel ist hier die PpUGV zu nennen.

Die Ermittlung des Personalbedarfs im Rahmen der PPR 2.0 auf Basis von Zeitwerten, analog PPR-Minuten, erfolgt durch die Einteilung der Patient*innen in die A- und S-Bereiche (Leistungsstufen/Pflegekategorien), wobei jede*r Patient*in einer Kombination aus beiden Bereichen (Patient*innengruppe) zugeordnet wird (z.B. A1/S2, A3/S2 etc.). Diese Zuordnung erfolgt anhand von Indikatoren für den Aufwand, wobei sowohl Zustandsdaten ([Pflege-]diagnosen) als auch Leistungsdaten (Pflegemaßnahmen) als Einordnungsmerkmale herangezogen werden, die je Leistungsstufe (A- oder S-Bereich) in den Leistungsbereichen (Indikatorengruppen) ausgewiesen sind. Entscheidend hierbei ist, dass es sich bei den in den Indikatorengruppen genannten Zustands- und Leistungsdaten um *Beispiele* handelt, die vorkommen *können* (ODER-Bedingungen), aber nicht gleichzeitig vorkommen *müssen* (also *keine* UND-Bedingungen). Die Vorgaben, welche Indikatoren für eine Einstufung zu berücksichtigen sind, finden sich in den Anwendungsvorschriften.

¹ Die Begriffe Leistungsstufen und Pflegekategorien werden im Zusammenhang mit der PPR 2.0 synonym verwendet.

Von entscheidender Bedeutung zum Verständnis der PPR 2.0 trägt die Erläuterung des Ist- und Soll-Vergleiches an Pflegepersonal bei. Bei den ermittelten Minutenwerten im Rahmen der PPR 2.0 für Erwachsene handelt es sich um Zeitwerte (PPR-Minuten), die im Sinne eines Zeitbudgets den nach der PPR notwendigen Bedarf an Pflegepersonal pro Tag für alle Patient*innen eines Kollektivs (Station/Bereich/Einheit/ Klinik) abbilden. Die Summe der Soll-Stunden/Soll-Minuten kann anschließend dem tatsächlich eingesetzten Pflegepersonal aus dem Dienstplan gegenübergestellt werden. Somit bezieht sich die Unterscheidung der Begrifflichkeit Ist- und Soll-Erfassung alleinig darauf, dass die PPR 2.0 für Erwachsene den Soll-Personalbedarf erfasst und dieser mit dem tatsächlich eingesetzten Pflegepersonal verglichen werden kann (Ist-Soll-Vergleich). Aus dem geschilderten Vorgehen geht hervor, dass es sich bei der PPR 2.0 um kein Instrument zur individuellen Pflegeplanung handelt, sondern lediglich und ausschließlich um ein Instrument zur Personalbudgetierung.

Im Sinne einer ausführlichen Erläuterung zu Grundsätzen der PPR 2.0 für Erwachsene ist ergänzend auf die Unterscheidung zur PPR 2.0 für Kinder einzugehen. Hier lassen sich methodische Unterschiede ausmachen, die sich zum einen auf die Zielsetzung beziehen, zum anderen auf den Einbezug von Informationen zur Einstufung. Beiden Instrumenten gemeinsam sind die Nutzung von Indikatorengruppen, die Einteilung in A- und S-Bereiche sowie die Angabe von Minutenwerten. Die Einstufung im Rahmen der PPR 2.0 für Kinder erfolgt allerdings anhand von tatsächlich geleisteten Maßnahmen. Demnach wird bei Verwendung der aktuellen Version der PPR 2.0 für Kinder nicht der Pflegepersonalbedarf ermittelt, sondern der Ist-Personalstand dargestellt. Dieses kann dann mit einem noch zu definierenden Soll verglichen werden.

Notwendige Vorgaben im Rahmen der Verordnung zur PPR 2.0 für Erwachsene

Die PPR 2.0 für Erwachsene wird zur einheitlichen Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs in zugelassenen Krankenhäusern im Sinne des § 108 SGB V in der unmittelbaren Patient*innenversorgung auf bettenführenden Stationen der Normalpflege eingeführt. Ziele dieser Regelung sind es, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie bedarfsgerechte Pflege der voll- und teilstationär zu behandelnden Patient*innen zu gewährleisten, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen. Außerdem soll eine Personalausstattung im Sinne der Einhaltung von Arbeitnehmer*innenschutzvorgaben insbesondere der Arbeitszeitregelungen (verlässliche Dienstplangestaltung) ermöglicht werden.

Die Umsetzung der PPR 2.0, wie es vom Gesetzgeber vorgesehen ist, benötigt die Beachtung folgender Grundlagen und Zielrichtungen.

Eine flächendeckende Einführung der PPR 2.0 muss die verbindliche Einführung eines geeigneten Instruments für den Bereich der intensivstationären Versorgung folgen, sodass alle bettenführenden Bereiche durch die PPR 2.0 und mit ihr assoziierter Instrumente abgedeckt werden. Das INPULS-System könnte hierfür genutzt werden. Demgegenüber muss die PpUGV gemäß § 137i SGB V als Maßstab für die rote Linie, die nicht unterschritten werden darf, zunächst bestehen bleiben. Mit zunehmenden Erfüllungsgrad der PPR 2.0 könnten hier aber Dokumentationspflichten reduziert werden. Bei Erreichen einer bundeseinheitlich festzulegenden Erfüllungsquote von 80 % der PPR 2.0 (Ziel-Schwellenwert), im Sinne einer stations-/abteilungs/einheitsbezogenen Erfassung, vergleichbar der PpUGV, können Berichts- und Dokumentationspflichten entfallen. Hiervon ist der Nachtdienst zunächst ausgenommen. Jedoch muss Gegenstand der Weiterentwicklung der PPR 2.0 u.a. die Ausweitung auf 24 Stunden sein.

Die Erfassung der PPR 2.0 erfolgt wie folgt beschrieben:

- Erfassung der PPR 2.0 pro Tag- und Nachtschicht
 - o Tagschicht (6-22 Uhr) nach PPR-Einstufung
 - o Nachtschicht (22-6 Uhr) nach normativer Mindestbesetzung

Der Soll-Ist-Abgleich erfolgt wie folgt beschrieben:

- Ermittlung nach dem Stationsansatz (mehrere Stationen können ggf. zu einer Abteilung bzw. Einheit zusammengefasst werden)
 - o Erfassung der Soll-Besetzung durch die Ermittlung der Minutenwerte gemäß den Leistungsstufen/Pflegekategorien
 - o Erfassung der Ist-Besetzung durch aggregierte Daten aus Dienstplänen.

Je Klinik gilt es ein Gremium (aus Interessensvertretungen des Pflegepersonals und der Geschäftsführung) zu bilden, dass insbesondere die Einhaltung der bundeseinheitlichen Vorgaben zur Datenermittlung und die Richtigkeit der zu übermittelnden Daten überwacht.

Die Erhebung der Daten schließt die Erfassung des Qualifikationsmixes mit ein. Dieser soll sich, bis zur Ableitung und Umsetzung von Maßnahmen, die sich aus der Weiterentwicklung der PPR 2.0 ergeben, an den Ausführungen in den Anwendungsvorschriften, orientieren.

Die PPR 2.0 ist als ein lernendes und offenes System zu verstehen, deren Weiterentwicklung nur durch eine kontinuierliche wissenschaftliche Begleitung bedarfsgerecht und ressourcenschonend erfolgen kann. Somit ist die Schaffung eines Instituts zur Personalbedarfsermittlung in der Pflege (InPeP) angezeigt. Von Überprüfungen, insbesondere Einzelfallprüfungen, durch den Medizinischen Dienst ist abzusehen. In Ausnahmefällen können Prüfungen durch das zu schaffende Institut erfolgen. Darüber hinaus muss die Umsetzung, auch im Rahmen der Konvergenzphase, auf ihren bundeseinheitlichen Umsetzungsgrad hin, untersucht und wissenschaftlich durch das Institut begleitet werden. Notwendige Annäherungen an den gesetzten Schwellenwert und Anpassungen müssen bei Bedarf in regelmäßigen Abständen erfolgen.

Unabdingbare Grundvoraussetzung für die Einführung der PPR 2.0 ist die vollständige Refinanzierung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patient*innenversorgung auf bettenführenden Stationen. Insofern muss die PPR 2.0 zukünftig die Grundlage für die Personalbedarfsermittlung in den Pflegebudgetverhandlungen sein. Dadurch können die Pflegebudgetverhandlungen beschleunigt und die Schiedsstellen entlastet werden. Es werden den Krankenhäusern nur die tatsächlich entstandenen Personalkosten refinanziert und nicht die errechneten Personalstellen der PPR 2.0. Die Dokumentations- und Berichtspflicht erfolgt im Rahmen eines Ganzhausansatzes.

In Bezug auf Nachweispflichten der PPR 2.0 für Erwachsene sind die Daten u.a. stationsbezogen zu ermitteln (Zusammenführung mehrerer Stationen zu gemeinsamen organisatorischen Einheiten, wie z.B. medizinische Fachabteilungen ist möglich). Dies meint die Erfassung der Soll-Personalbedarfe durch genanntes Vorgehen, aggregiert pro Monat/Quartal, sowie die Erfassung der Ist-Personalbesetzung durch die aggregierten Dienstpläne pro Monat/Quartal. Dieses Vorgehen trägt der Anschlussfähigkeit der PpUGV Rechnung, wenn erreichte Personalwerte durch die PPR 2.0 ein Aussetzen der stations-/abteilungsbezogenen PpUGV ermöglicht.

Um dem Ziel der PPR 2.0 eines aufwandsarmen und einfachen Instrumentes Rechnung zu tragen, dürfen keine gesonderten Nachweispflichten festgeschrieben werden (Vermeidung von Doppeldokumentationen). Somit kann die Einstufung auch, sofern möglich, aus den vorliegenden Daten einer digitalen Pflegedokumentation/-planung erfolgen, indem die für die Einstufung notwendigen Indikatoren für Patient*innenzustand und Maßnahmen herausgefiltert werden. Die Kompetenz zur Bedarfseinschätzung obliegt den Pflegefachpersonen, wie im Pflegeberufegesetz unter § 4 als Vorbehaltstätigkeit festgelegt ist. Näheres zur Ausgestaltung insbesondere der Nachweisverpflichtungen wird unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Deutschen Pflegerates und der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft geregelt.

Nach flächendeckender Einführung ab dem 01. Januar 2024 kann ein späterer Beginn für die Sammlung der Datensätze und Ableitungen (z. B. ab 01. April 2024) angezeigt sein. Dies würde einer notwendigen Anpassungszeit für die Kliniken Rechnung tragen. Ab dem 01. Januar 2025 gilt es, die nach einer Konvergenzphase verbindlichen Erreichungsgrade und Sanktionen für das Nichterreichen der Schwellenwerte festzulegen. Näheres zur Ausgestaltung insbesondere der Nachweisverpflichtungen wird unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Deutschen Pflegerates und der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft geregelt.

In Bezug auf Maßnahmen der Weiterentwicklung, Begleitung der Einführung und fachlichen Ansprechbarkeit sind der DPR, die DKG und ver.di hinzuzuziehen, sofern noch kein Institut der Personalbedarfsermittlung geschaffen wurde.

Anlage

Anwendungsvorschriften ([Download](#))

Rahmenkonzept – Grundsätze PPR 2.0 für Erwachsene

Berlin, 23. Juni 2023

Fachkommission PPR 2.0

Ansprechpartnerin:

Sandra Mehmecke

Wissenschaftliche Leiterin der Fachkommission PPR 2.0 des Deutschen Pflegerates e.V.

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Tel.: + 49 30/ 398 77 303

Fax: + 49 30/ 398 77 304

E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de

www.deutscher-pflegerat.de