



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT  
HALLE-WITTENBERG



Medizinische Fakultät

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

**Direktorin: Prof.in Dr. Gabriele Meyer**

German Center for Evidence-based Nursing »sapere aude«

# Pre-Test einer modernisierten Pflegepersonal- Regelung für Erwachsene

*PPR 2.0*

Dr. Steffen Fleischer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft; Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

## Kontaktadresse:

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Medizinische Fakultät

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Magdeburger Straße 8

06097 Halle (Saale)

Tel.: (0345) 557 – 41 33 (S. Fleischer) oder – 4466 (Sekretariat Frau Friede)

Fax: (0345) 557 – 44 71

# Inhalt

1	Projekthintergrund .....	5
1.1	Die PPR 2.0 .....	5
1.2	Zielstellung des Pre-Tests .....	6
2	Methode .....	6
2.1	Studiendesign .....	6
2.2	Teilnehmende Einrichtungen .....	6
2.3	Erhebungsinstrumente und Datensammlung .....	7
3	Ergebnisse.....	8
3.1	Teilnehmende Einrichtungen, Fachabteilungen und Stationen.....	8
3.2	Deskription der eingestuften Fälle über alle Tage .....	8
3.3	Übereinstimmung der Verfahren PPR und PPR 2.0.....	13
3.4	Vergleich der summierten Zeitwerte .....	15
3.5	Nutzerinnen- und Nutzerbefragung .....	16
3.5.1	Anwendbarkeit der PPR 2.0.....	17
3.5.2	Missed nursing care.....	21
4	Diskussion.....	25
4.1	Übereinstimmung der Verfahren PPR und PPR 2.0.....	25
4.2	Vergleich der summierten Zeitwerte .....	25
4.3	Nutzerinnen- und Nutzerbefragung .....	25
4.3.1	Anwendbarkeit der PPR 2.0.....	25
4.3.2	Missed nursing care.....	26
5	Schlussfolgerung und Ausblick .....	26
6	Literatur .....	28
7	Anhang.....	29

Abbildung 1: Verteilung Einschätzungen mit Pflegegrad, n=6.200 .....	11
Abbildung 2: Verteilung Einschätzungen mit dem Barthel-Index (0=völlige Unselbständigkeit, 100=völlige Selbständigkeit), n=13.420 .....	11
Abbildung 3: Einschätzungen der kognitiven Funktion, n=8.716 .....	12
Abbildung 4: Einschätzung des Zeitaufwands .....	17
Abbildung 5: Einschätzung der Formulierung der Einschätzungskriterien .....	18
Abbildung 6: Einschätzung, ob die Einstufung der Patientinnen und Patienten in der Dimension "Allgemeine Pflege" schwerfiel .....	18
Abbildung 7: Einschätzung, ob Hilfe benötigt wurde bei Einstufungen in der Dimension "Allgemeine Pflege" .....	19
Abbildung 8: Einschätzung, ob die Einstufung der Patientinnen und Patienten in der Dimension "Spezielle Pflege" schwerfiel .....	19
Abbildung 9: Einschätzung, ob Hilfe benötigt wurde bei Einstufungen in der Dimension "Spezielle Pflege" .....	20
Abbildung 10: Einschätzung, ob das Manual/das Handout hilfreich bei der Einstufung war .....	20
Abbildung 11: Missed nursing care - Mobilisation und Positionswechsel .....	21
Abbildung 12: Missed nursing care - Wund- und Hautbehandlung .....	22
Abbildung 13: Missed nursing care - Operationen und invasive Maßnahmen .....	22
Abbildung 14: Missed nursing care - Ausscheidung.....	23
Abbildung 15: Missed nursing care - medikamentöse Versorgung .....	23
Abbildung 16: Missed nursing care - Ernährung .....	24
Abbildung 17: Missed nursing care - Körperpflege .....	24
Abbildung 18: Einschätzung der Durchführbarkeit und Praktikabilität der PPR 2.0 (Seite 1).....	39
Abbildung 19: Einschätzung der Durchführbarkeit und Praktikabilität der PPR 2.0 (Seite 2) sowie Fragen zu missed nursing care .....	40

Tabelle 1: Gegenüberstellung Zeitwerte in Minuten PPR und PPR 2.0 bei 16 Stunden Tagschicht .....	5
Tabelle 2: Erhobene Daten .....	7
Tabelle 3: Absolute und relative Häufigkeiten der Einstufungen in PPR und PPR 2.0 .....	8
Tabelle 4: PPR, absolute und relative Häufigkeiten, Einstufungskombination .....	9
Tabelle 5: PPR 2.0, absolute und relative Häufigkeiten, Einstufungskombination .....	9
Tabelle 6: Tägliche Einschätzungen, weitere erfasste Daten in der Stichprobe, absolute und relative Häufigkeiten .....	10
Tabelle 7: Pflegegrade und Einstufung in PPR und PPR 2.0 .....	10
Tabelle 8: PPR- und PPR 2.0-Einstufungen, $\geq 6$ PKMS-Aufwandspunkte für den Bereich „Allgemeine Pflege“ .....	12
Tabelle 9: Übereinstimmung der Klassifikation für den Bereich "Allgemeine Pflege" .....	13
Tabelle 10: Übereinstimmung der Klassifikation für den Bereich "Spezielle Pflege" .....	13
Tabelle 11: Übereinstimmung der kombinierten Einschätzungen.....	14
Tabelle 12: Vergleich der ermittelten Zeitwerte nach Fachabteilung, PPR, PPR 2.0 und Pflegezeit (Pflegepersonenzeit/Patient) nach Personaleinsatz und Belegung .....	15

# 1 Projekthintergrund

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) beauftragte das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität, die Handhabbarkeit und Umsetzbarkeit der modernisierten Pflegepersonal-Regelung (PPR 2.0) zu überprüfen. Dies sollte im direkten Vergleich zu der älteren Version der Pflegepersonal-Regelung (PPR) erfolgen.

Anfang der 1990er Jahre wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz die PPR eingeführt. Diese diente dazu, den Pflegeaufwand in einer Zahl notwendiger Pflegepersonalstellen abzubilden. Die PPR wurde 1996 wieder abgeschafft und 1997 außer Kraft gesetzt. In einigen Kliniken wurde die PPR aber dennoch weiter durchgeführt, um intern die Verteilung von Pflegepersonalstellen zu steuern.

## 1.1 Die PPR 2.0

Die PPR 2.0<sup>1</sup> ist in Struktur und Logik der PPR, auf der sie beruht, fast identisch. Beiden Instrumenten ist gemein, dass sie den Pflegeaufwand in den Dimensionen „Allgemeine Pflege“ und „Spezielle Pflege“ unterteilt erfassen und den Zeitaufwand summiert aus den Zeitwerten dieser beiden Dimensionen und einiger pauschalisierter Werte (Grund- und Fallwert) berechnen. Diese Pflegeaufwandserfassung erfolgt täglich, der Fallwert wird jedoch nur einmal je Aufenthalt/Fall aufsummiert. Die Zeitwerte beider Versionen sind in Tabelle 1 gegenübergestellt.

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

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

<sup>1</sup> In den Dokumenten des Pre-Tests wurde die PPR 2.0 während der Durchführung noch als modernisierte PPR (mPPR) bezeichnet, daher findet sich in den Originaldokumenten noch diese veraltete Benennung.

<sup>2</sup> Die Stufe A4 gab es in der ursprünglichen Version der PPR nicht, sie wurde zu Kalkulationszwecken ab dem Jahr 2010 hinzugefügt.

In der ursprünglichen Version der PPR umfassen die beiden Dimensionen jeweils drei mögliche Ausprägungen, für Zwecke der Kalkulation der Fallpauschalen wurde ab dem Datenjahr 2010 für die Dimension der „Allgemeinen Pflege“ noch eine vierte Ausprägung ergänzt. Der Pflegeaufwand wird dabei täglich erfasst und dokumentiert. Die Detailtiefe, mit der der Pflegeaufwand erfasst wird, erfordert aber nicht, Pflege auf der Ebene einzelner Tätigkeiten oder Handlungen – mit Ausnahme der ergänzten PPR A4-Stufe – zu dokumentieren oder zu beschreiben. Vielmehr werden zusammengefasste Tätigkeitskomplexe als Einordnungskriterien und Zuordnungsregeln angewendet, die eine schnelle und wenig aufwendige Zuordnung in den beiden Dimensionen zulassen. Der zusammengefasste Wert aller Patientinnen und Patienten ergibt den Pflegepersonalbedarf des Krankenhauses. Die PPR 2.0 berücksichtigt aktuelle Entwicklungen in der Pflege, die sich z.B. in der Erhöhung der Zeitwerte der „Speziellen Pflege“ widerspiegelt. Außerdem wurde das Zeitintervall für die Erfassung angepasst: Als Nachtschicht gilt jetzt erst die Zeit zwischen 22 und 6 Uhr statt wie bisher ab 20 Uhr. Beide Manuale mit den Regeln zur Einstufung sind im Anhang ausführlich dargestellt.

## 1.2 Zielstellung des Pre-Tests

Ziel des Pre-Tests war es, die Handhabbarkeit und Umsetzbarkeit der PPR 2.0 zu überprüfen, auch im Vergleich zur bestehenden Form der PPR. Zudem sollten erste Erkenntnisse zur Übereinstimmung der Einstufungen sowie der Zeitwerte beider PPR-Versionen bei der Anwendung durch die spätere Nutzergruppe gewonnen werden.

# 2 Methode

## 2.1 Studiendesign

Der Pre-Test war als prospektive Untersuchung mit einem Erhebungs- und Bezugszeitraum von einer Woche für die teilnehmenden Krankenhäuser vorgesehen. Über diese aufeinanderfolgenden 7 Tage wurde eine Parallelerhebung der im Zeitraum stationär behandelten Fälle in den teilnehmenden Stationen und Krankenhäusern mit der PPR sowie der PPR 2.0 durchgeführt. Abschließend fand eine Befragung der Nutzerinnen und Nutzer zur Handhabbarkeit der PPR 2.0 statt.

## 2.2 Teilnehmende Einrichtungen

Die Teilnehmerakquise und –verwaltung erfolgte über die DKG. Insgesamt wurden 50 Krankenhäuser kontaktiert und erhielten Informationen zur Durchführung des Pre-Tests (Anhang C). 44 Krankenhäuser konnten abschließend am Pre-Test teilnehmen. Es handelt sich hierbei um eine Gelegenheitsstichprobe, die für Zielstellung des Pre-Tests als ausreichend bezeichnet werden kann. Eine Repräsentativität ist nicht gegeben, für die Zielstellung dieses Pre-Tests aber auch nicht notwendig. Die teilnehmenden Krankenhäuser sollten mit mindestens zwei Stationen teilnehmen, die als pflegesensitive Bereiche im Rahmen der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung<sup>3</sup> (PpUGV) zu

---

<sup>3</sup> Verordnung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern vom 5. Oktober 2018

erfassen sind und zusätzlich mit mindestens zwei Stationen, in denen keine PPUG vorgegeben sind. Intensivstationen sowie pädiatrische Stationen waren ausgeschlossen.

## 2.3 Erhebungsinstrumente und Datensammlung

Die Dateneingabe erfolgte über einen Online-Erfassungsbogen, der mittels SurveyMonkey erstellt wurde. Die teilnehmenden Stationen und Krankenhäuser erfassten hierüber einmal täglich die relevanten Daten, führten die Einstufungen durch und gaben die Daten in die Datenmasken ein. Für jede Eingabemaske gab es im Manual zum Pre-Test entsprechende Erläuterungen zum Ausfüllen der Formulare (Anhang A). Zudem bestand die Möglichkeit der Kontaktaufnahme (telefonisch oder per E-Mail) mit den für die Durchführung des Pre-Tests verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (seitens der DKG und des IGPW). Tabelle 2 gibt eine Übersicht der erhobenen Daten.

*Tabelle 2: Erhobene Daten*

Erhobene Daten	Frequenz der Dateneingabe
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PPR</li> <li>• PPR 2.0</li> <li>• PKMS-Punkte Allgemeine Pflege</li> <li>• PKMS-Punkte Spezielle Pflege</li> <li>• Barthel-Index</li> <li>• Erweiterter Barthel-Index oder MMSE</li> <li>• Pflegegrad</li> </ul>	1 x täglich pro Fall
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachabteilung</li> <li>• Belegung und Personalausstattung</li> </ul>	1 x täglich pro Station
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutzerbefragung</li> </ul>	1 x pro eingebender Person am Ende des Pre-Tests
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Belegung im Vorjahr (2018)</li> </ul>	1 x pro teilnehmender Station am Ende des Pre-Tests

Über ein zentrales Dokument konnten die Ausfüllenden die Formulare zur Datenerfassung direkt ansteuern und ausfüllen. Die Dateneingabe erfolgte innerhalb von drei Wochen vom 4.11.2019 bis zum 25.11.2019. Ursprünglich war nur die Eingabe bis zum 19.11.2019 vorgesehen, auf Bitte der teilnehmenden Krankenhäuser wurde diese bis zum 25.11.2019 verlängert. Die teilnehmenden Einrichtungen konnten den Bezugs- und Erhebungszeitraum von 7 aufeinanderfolgenden Tagen innerhalb dieser drei Wochen frei wählen.

Nach Abschluss der siebentägigen Erhebungsphase wurden die an der Erfassung teilnehmenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter separat zu Ihren Erfahrungen mit der PPR 2.0 befragt (Nutzerinnen- und Nutzerbefragung, Anhang B).

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Teilnehmende Einrichtungen, Fachabteilungen und Stationen

50 Krankenhäuser wurden um ihre Teilnahme gebeten, davon nahmen letztlich 44 Kliniken am Pre-Test teil. Es wurden von 206 eindeutig zuordbaren Stationen Daten eingegeben, diese ließen sich 25 verschiedenen Fachabteilungen zuordnen. Die Fachabteilungen können aus Tabelle 12 entnommen werden. 31.347 Einschätzungen konnten in die Analyse eingeschlossen werden, 5.322 Eingaben konnten nicht zweifelsfrei einer Station zugeordnet werden und wurden daher von der weiteren Analyse ausgeschlossen.

### 3.2 Deskription der eingestuften Fälle über alle Tage

Die Daten wurden ohne die Verwendung von Pseudonymisierungsnummern erhoben, es wurden keine Daten eingegeben, die einen Fallbezug oder Personenbezug ermöglichen. Insofern handelt es sich bei den folgenden deskriptiven Darstellungen um summierte Angaben von Falltagen, also nicht um die Darstellung von Personen. Einzelne Fälle können entsprechend mehrfach oder auch nur einmalig eingestuft worden sein, jedoch immer nur einmal pro Tag die Form der anonymisierten Datenerhebung lässt hier keine Rückschlüsse zu. Es handelt sich also um kumulierte Falltage, ohne die Kenntnis der Fallzahl.

In Tabelle 3 sind die Verteilungen der Einstufungen mit der PPR und der PPR 2.0 dargestellt. Die Häufigkeiten in den Kategorien unterscheidet sich zwischen beiden Versionen geringfügig, Der Anteil der Einstufung in die neue Kategorie S4 in der Speziellen Pflege liegt unter 2 % in der Gesamtstichprobe. Die Kategorie A4 der Allgemeinen Pflege wurde in der PPR 2.0 ca. bei 2 % mehr eingeschätzt als in der PPR.

Tabelle 3: Absolute und relative Häufigkeiten der Einstufungen in PPR und PPR 2.0

Einstufungen	PPR (n)	PPR (%)	PPR 2.0 (n)	PPR 2.0 (%)
<b>Allgemeine Pflege</b>				
A1	11.166	35,62	11.653	37,17
A2	12.288	39,20	11.879	37,90
A3	6.506	20,75	5.660	18,06
A4	1.387	4,42	2.155	6,87
<b>Spezielle Pflege</b>				
S1	8.386	26,75	9.234	29,46
S2	17.475	55,75	16.535	52,75
S3	5.486	17,50	5.140	16,40
S4	-	-	438	1,40

In Tabelle 4 und Tabelle 5 sind getrennt für die PPR und die PPR 2.0 Häufigkeiten für die Kombinationen der Einstufungen in Allgemeiner und Spezieller Pflege aufgeführt. Auch sind nur geringe Unterschiede in der Ausprägung der Häufigkeiten erkennbar, der wesentliche Unterschied ergibt sich durch die

Neueinführung der S4 Kategorie in der PPR 2.0. In beiden Versionen sind die Kombinationen A1/S1, A1/S2, A2/S2 sowie A3/S2 am häufigsten vertreten und machen über zwei Drittel aller Einstufungen aus.

*Tabelle 4: PPR, absolute und relative Häufigkeiten, Einstufungskombination*

<b>Kombination Allgemeine und Spezielle Pflege</b>	<b>N</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kombination Allgemeine und Spezielle Pflege</b>	<b>N</b>	<b>Prozent</b>
<b>A1/S1</b>	4.715	15,04	<b>A3/S1</b>	1.009	3,22
<b>A1/S2</b>	5.346	17,05	<b>A3/S2</b>	3.968	12,66
<b>A1/S3</b>	1.105	3,53	<b>A3/S3</b>	1.529	4,88
<b>A2/S1</b>	2.446	7,80	<b>A4/S1</b>	216	0,69
<b>A2/S2</b>	7.373	23,52	<b>A4/S2</b>	788	2,51
<b>A2/S3</b>	2.469	7,88	<b>A4/S3</b>	383	1,22

*Tabelle 5: PPR 2.0, absolute und relative Häufigkeiten, Einstufungskombination*

<b>Kombination Allgemeine und Spezielle Pflege</b>	<b>N</b>	<b>Prozent</b>	<b>Kombination Allgemeine und Spezielle Pflege</b>	<b>N</b>	<b>Prozent</b>
<b>A1/S1</b>	5.068	16,17	<b>A3/S1</b>	1.161	3,70
<b>A1/S2</b>	5.321	16,97	<b>A3/S2</b>	3.208	10,23
<b>A1/S3</b>	1.218	3,89	<b>A3/S3</b>	1.132	3,61
<b>A1/S4</b>	46	0,15	<b>A3/S4</b>	159	0,51
<b>A2/S1</b>	2.741	8,74	<b>A4/S1</b>	264	0,84
<b>A2/S2</b>	6.718	21,43	<b>A4/S2</b>	1.288	4,11
<b>A2/S3</b>	2.276	7,26	<b>A4/S3</b>	514	1,64
<b>A2/S4</b>	144	0,46	<b>A4/S4</b>	89	0,28

Tabelle 6 gibt einen Überblick über weitere Daten, die zusätzlich zur Einschätzung der PPR und PPR 2.0 erfasst wurden, jedoch nicht bei allen Einschätzungen vorhanden sind. Die Isolation ist zudem relevant für die Berechnung des täglichen Zeitwerts im Verfahren der PPR 2.0. Für beinahe jede fünfte Einschätzung lag auch eine begutachtete Pflegebedürftigkeit mit einem Pflegegrad vor. Die Anteile von Assessments der Pflegeabhängigkeit mit dem Barthel-Index sowie des kognitiven Status mittels des MMSE oder erweiterten Barthel-Index lagen bei über 40 % und respektive bei über 25 %<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Dies sind sehr hohe Anteile, bei den Präsentationveranstaltungen stellte sich im Gespräch mit den teilnehmenden Pflegedirektor\*innen heraus, dass ein erheblicher Anteil nicht routinemäßig erhoben und dann in die Datenmaske übertragen wurde, sondern z.T. speziell für den Pre-Test erhoben wurde und die Mitarbeitenden hierfür auch gezielt Schulungen erhielten.

Tabelle 6: Tägliche Einschätzungen, weitere erfasste Daten in der Stichprobe, absolute und relative Häufigkeiten

	N	%
<b>PKMS-Allgemeine Pflege</b>	3.131	9,99%
<b>PKMS-Spezielle Pflege</b>	436	1,39%
<b>Pflegegrade</b>	6.200	19,78%
<b>Barthel-Index</b>	13.420	42,81%
<b>e-Barthel oder MMSE</b>	8.716	27,80%
<b>Einzelbetreuung<sup>5</sup></b>	127	0,41%
<b>Isolation<sup>6</sup></b>	1.434	4,57%

Wie die Einschätzungen für den Bereich der „Allgemeinen Pflege“ mit den Pflegegraden (PG) korrespondieren ist in Tabelle 7 zusammengefasst. Eine Zusammenhangsanalyse ergab für beide PPR-Verfahren mit den Pflegegraden Spearman'sche-Rangkorrelationskoeffizienten von  $\rho=0,4$ . Dies entspräche einem mittleren Zusammenhang zwischen dem Bereich der „Allgemeinen Pflege“ und dem Pflegegrad – in beiden PPR-Versionen.

Tabelle 7: Pflegegrade und Einstufung in PPR und PPR 2.0

	ohne Pflegegrad	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
<b>PPR</b>						
<b>A1</b>	10.631	104	278	130	23	0
<b>A2</b>	10.301	314	1.029	515	123	6
<b>A3</b>	3.707	181	1.102	1.000	423	93
<b>A4</b>	508	30	257	329	180	83
	ohne Pflegegrad	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
<b>PPR 2.0</b>						
<b>A1</b>	11.075	124	290	140	24	0
<b>A2</b>	9.904	303	1.042	495	129	6
<b>A3</b>	3.340	156	953	857	309	45
<b>A4</b>	828	46	381	482	287	131

In Abbildung 1 ist die relative Häufigkeit der Verteilung der Pflegegrade ersichtlich. Knapp 3 von 4 Einschätzungen entsprechen dem Pflegegrad 2 oder Pflegegrad 3. Die Verteilung stimmt im hohen Maße mit der Verteilung der Pflegegrade der Leistungsbezieher der sozialen Pflegeversicherung überein (Bundesministerium für Gesundheit 2020).

<sup>5</sup> War ursprünglich Bestandteil der PPR 2.0, wurde aber aufgrund des seltenen Auftretens in der Stichprobe nicht weiter für die Berechnung der Zeitwerte berücksichtigt.

<sup>6</sup> Ist Bestandteil der PPR 2.0.

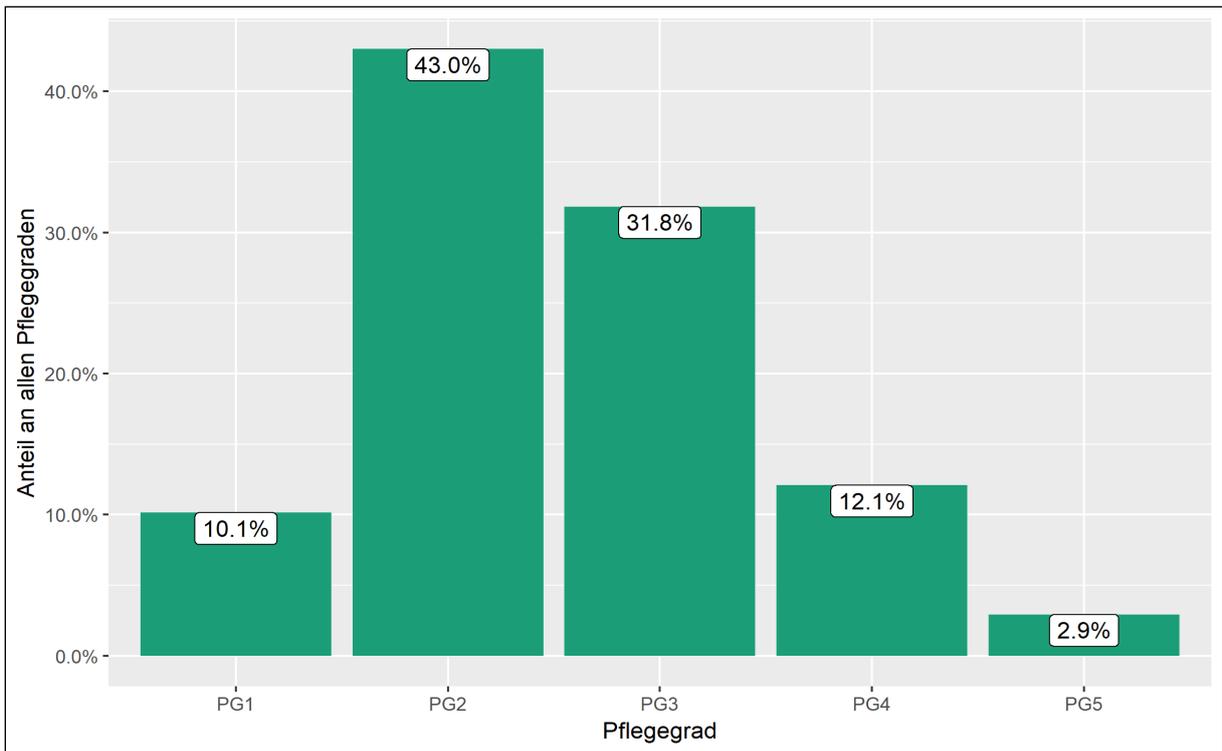


Abbildung 1: Verteilung Einschätzungen mit Pflegegrad, n=6.200

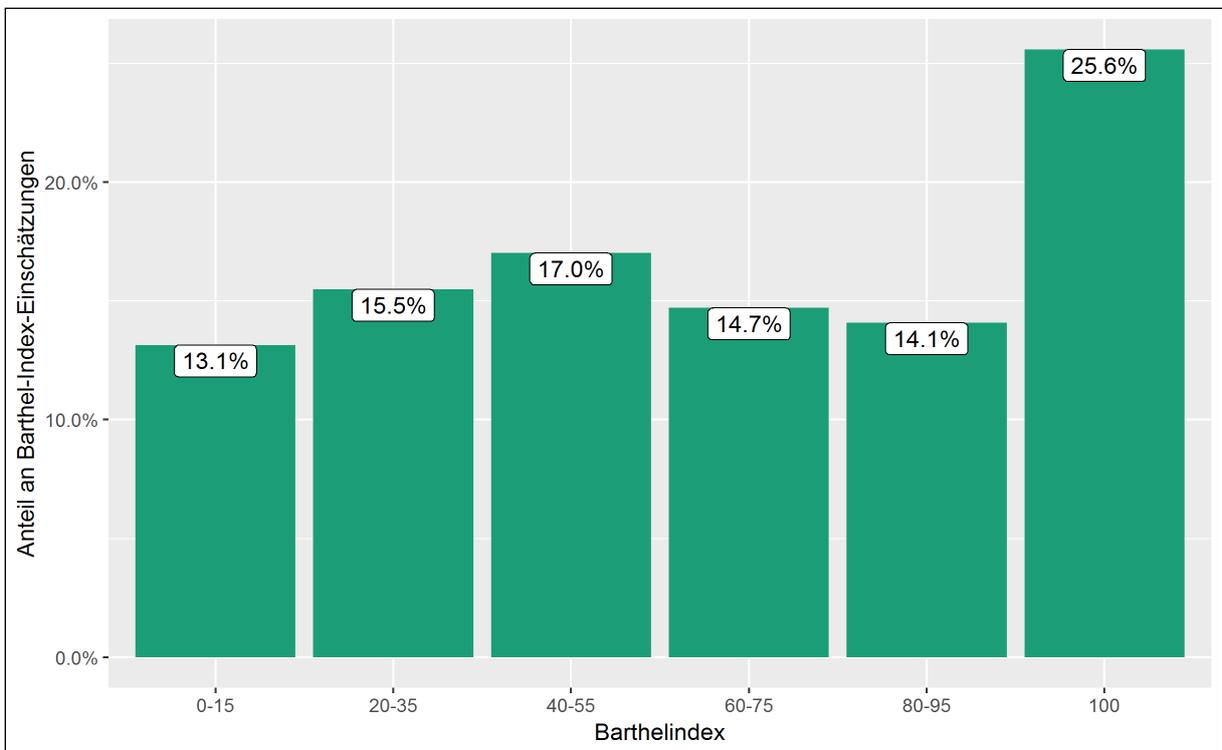


Abbildung 2: Verteilung Einschätzungen mit dem Barthel-Index (0=völlige Unselbständigkeit, 100=völlige Selbständigkeit), n=13.420

In Abbildung 2 sind Einschätzungen mit völliger Selbständigkeit am häufigsten. Die Assoziationsanalyse mit beiden Verfahren, der PPR und der PPR 2.0, im Bereich „Allgemeine Pflege“ mit dem Wert des

Barthel-Index, ergab jeweils einen Spearman'sche-Rangkorrelationskoeffizienten von  $\rho=0,8$ . Dies entspräche einem starken Zusammenhang zwischen „Allgemeiner Pflege“ und dem Barthel-Index. Dies ist im Vergleich zur deutlich schwächeren Korrelation mit den Pflegegraden plausibel, da der Barthel-Index die aktuelle Selbständigkeit der Person widerspiegelt, wohingegen bei der Begutachtung und Erteilung eines Pflegegrades eher langfristige Einschränkungen ausschlaggebend sind.

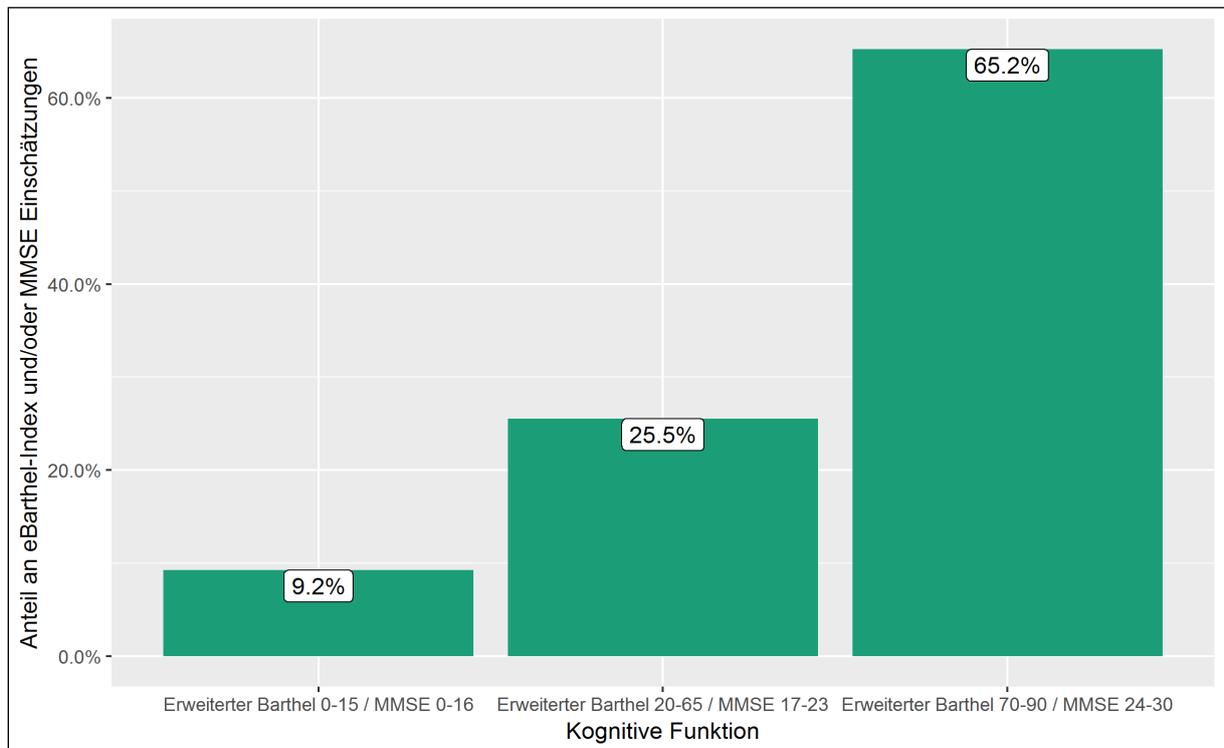


Abbildung 3: Einschätzungen der kognitiven Funktion, n=8.716

Bei knapp einem Viertel der Einschätzungen lag auch ein Assessment der kognitiven Funktionen der Patientinnen und Patienten vor. Von diesen wiederum legte das Assessment bei n=3.025 eine mindestens deutlich kognitive Beeinträchtigung nahe. Das entspräche in der Gesamtstichprobe einem Anteil von annähernd 10 %.

Das Vorliegen von  $\geq 6$  PKMS-Aufwandspunkten für den Bereich der Allgemeinen Pflege löst in der PPR deutlich seltener die A4 aus als dies in der PPR 2.0 der Fall ist (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: PPR- und PPR 2.0-Einstufungen,  $\geq 6$  PKMS-Aufwandspunkte für den Bereich „Allgemeine Pflege“

	PPR	PPR 2.0
<b>Allgemeine Pflege</b>		
<b>A1</b>	3	0
<b>A2</b>	101	98
<b>A3</b>	641	382
<b>A4</b>	1.188	1.453

Die PPR 2.0 bildet somit die hochaufwendige Pflege in einem höheren Maße ab, als dies die PPR vermochte (PPR 2.0 75,2 % vs. PPR 61,4 %).

### 3.3 Übereinstimmung der Verfahren PPR und PPR 2.0

Die Übereinstimmung der beiden PPR-Instrumente ist in Tabelle 9 und in Tabelle 10 einmal für den Bereich der Allgemeinen Pflege und den Bereich der Speziellen Pflege dargestellt. Die jeweils grün hervorgehobene Diagonale stellt die Einschätzungen mit Übereinstimmung beider Versionen fallbezogen dar.

Für die Allgemeine Pflege besteht eine Übereinstimmung bei 89,6 % der Einschätzungen. Eine systematische Über- oder Unterschätzung ist in der Gegenüberstellung beider Versionen nicht erkennbar. So fallen mit der PPR 2.0 4,8 % der Einschätzungen niedriger und 5,5 % der Einschätzungen höher aus als dies mit der alten PPR der Fall war. Mit einem Kappa von 0,85 besteht eine über den Zufall hinaus hohe Übereinstimmung.

*Tabelle 9: Übereinstimmung der Klassifikation für den Bereich "Allgemeine Pflege"*

PPR 2.0 \ PPR	A1	A2	A3	A4
A1	10.766	395	5	0
A2	857	11.140	285	6
A3	30	341	5.091	1.044
A4	0	3	279	1.105

Für die Spezielle Pflege besteht eine Übereinstimmung bei 83,6 % der Einschätzungen. Eine systematische Über- oder Unterschätzung ist in der Gegenüberstellung beider Versionen auch hier nicht erkennbar. So fallen mit der PPR 2.0 8,5 % der Einschätzungen niedriger und 7,9 % der Einschätzungen höher aus als dies mit der alten PPR der Fall war. Mit einem Kappa von 0,73 besteht hier ebenfalls eine über den Zufall hinaus hohe Übereinstimmung.

*Tabelle 10: Übereinstimmung der Klassifikation für den Bereich "Spezielle Pflege"*

PPR 2.0 \ PPR	S1	S2	S3	S4
S1	7.425	925	36	0
S2	1.574	14.750	1.083	68
S3	235	860	4.021	370

Tabelle 11: Übereinstimmung der kombinierten Einschätzungen

PPR 2.0	A1/S1	A1/S2	A1/S3	A1/S4	A2/S1	A2/S2	A2/S3	A2/S4	A3/S1	A3/S2	A3/S3	A3/S4	A4/S1	A4/S2	A4/S3	A4/S4
PPR																
A1/S1	4.179	470	14	0	23	26	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
A1/S2	419	4.282	320	23	30	216	54	0	0	1	1	0	0	0	0	0
A1/S3	81	160	801	17	0	21	24	0	0	0	1	0	0	0	0	0
A2/S1	104	26	1	0	2.024	244	12	0	24	9	1	0	1	0	0	0
A2/S2	262	276	17	0	501	5.761	353	13	4	128	49	4	0	4	1	0
A2/S3	15	88	62	6	46	274	1.782	130	5	16	42	3	0	0	0	0
A3/S1	1	2	0	0	42	5	0	0	762	104	4	0	69	20	0	0
A3/S2	1	7	2	0	62	130	14	0	197	2.694	148	12	10	597	81	13
A3/S3	6	10	1	0	11	40	36	1	45	127	861	137	8	29	182	35
A4/S1	0	0	0	0	1	0	0	0	85	5	0	0	110	13	2	0
A4/S2	0	0	0	0	1	1	0	0	31	98	3	0	56	555	40	3
A4/S3	0	0	0	0	0	0	0	0	8	25	21	3	10	70	208	38

Hohe, wenn auch etwas niedrigere Übereinstimmungen als für die Einzeleinschätzungen, ergeben sich bei der Betrachtung der kombinierten Einschätzungen in Tabelle 11. So besteht eine im Vergleich zu den Einzeleinschätzungen niedrigere Gesamtübereinstimmung von 76,6 %, die Übereinstimmung über den Zufall hinaus ist mit einem Kappa von 0,73 jedoch gleich groß wie für die Einzeleinschätzungen der Speziellen Pflege.

### 3.4 Vergleich der summierten Zeitwerte

Für die Berechnung der Zeitwerte wurden für beide PPR-Versionen jeweils die Komponenten der Einzeleinschätzungen der Allgemeinen und der Speziellen Pflege summiert sowie der Grundwert und gegebenenfalls eine Erhöhung des Grundwerts addiert (siehe hierzu Tabelle 1). Der Fallwert floss nicht in die Berechnung ein. Mit den Belegungsdaten und der Personalausstattung der teilnehmenden Stationen konnte zudem die Pflegezeit pro Patient berechnet werden. Kontrastierend wurde die personelle Besetzung in der Pflege der Auslastung auf den Stationen im Tagdienst gegenübergestellt.

Tabelle 12 gibt einen Einblick über die am Pre-Test teilnehmenden Fachabteilungen und die dort erfassten/ermittelten Zeitwerte.

*Tabelle 12: Vergleich der ermittelten Zeitwerte nach Fachabteilung, PPR, PPR 2.0 und Pflegezeit (Pflegepersonenzeit/Patient) nach Personaleinsatz und Belegung*

Fachabteilung	MW Pflegezeit pro Patienten in Minuten				Anzahl	
	PPR	PPR 2.0	Personal- einsatz und Belegung <sup>7</sup>	PpUGV für 2020 <sup>8</sup>	Stationen	Einschät- zungen
Allgemeinchirurgie	158,5	175,4	109,07	-	10	1.712
Augenheilkunde	114,7	104,8	93,31	-	1	126
Dermatologie	138,5	145,5	121,79	-	3	484
Endokrinologie	143,0	165,6	124,64	-	1	234
Frauenheilkunde	188,0	200,5	NA	-	1	83
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	161,8	178,5	129,16	-	3	283
Gastroenterologie	159,6	168,5	193,64	-	10	1.280
Geburtshilfe	126,0	101,7	105,15	-	1	63
Gefäßchirurgie	177,4	195,6	112,54	-	7	1.284
Geriatrie	209,5	238,4	111,55	96,0	12	2.121
Hämatologie und internistische Onkologie	149,6	182,1	110,39	-	6	930
Herzchirurgie	184,4	213,7	141,88	137,1	1	102
HNO	135,0	144,4	87,61	-	4	569
Innere Medizin	172,4	188,4	105,88	-	18	2.515
Kardiologie	142,0	155,3	124,52	96,0	28	4.754

<sup>7</sup> Wurde wie folgt berechnet: Summe der Vollzeitäquivalente (à 480 Minuten) im Tagdienst von 6-22 Uhr/Anzahl der Patientinnen und Patienten in der Mitternachtsstatistik.

<sup>8</sup> Wurde wie folgt berechnet: 960 Minuten/Anzahl Patienten pro Pflegekraft im Tagdienst von 6-22 Uhr wie in der PpUGV festgelegt.

Fachabteilung	MW Pflegezeit pro Patienten in Minuten				Anzahl	
	PPR	PPR 2.0	Personaleinsatz und Belegung <sup>7</sup>	PpUGV für 2020 <sup>8</sup>	Stationen	Einschätzungen
Nephrologie	157,7	174,9	105,02	-	6	955
Neurochirurgie	126,0	141,3	160,64	-	1	76
Neurologie	165,5	177,0	114,74	96,0	13	2.304
Orthopädie	162,4	173,0	151,79	-	2	291
Orthopädie und Unfallchirurgie	184,8	193,2	129,12	-	19	3.141
Pneumologie	144,8	164,4	83,15	-	5	910
Strahlenheilkunde	178,9	201,7	165,81	-	2	314
Unfallchirurgie	175,1	187,4	114,40	96,0	16	2.535
Urologie	151,8	165,3	132,96	-	4	659
Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	131,4	150,6	174,42	-	1	117
Sonstiges (bitte angeben)	172,0	190,8	129,87	-	25	3.505

In den fünf pflegesensitiven Bereichen, für die in der Stichprobe Daten vorliegen, liegt die tatsächliche Personalausstattung über den Personaluntergrenzen, die in der PpUGV definiert sind. In allen pflegesensitiven Bereichen wird aber auch deutlich, dass eine Personalausstattung gemäß einer Aufwandserfassung mit der PPR und noch einmal stärker mit der PPR 2.0 sowohl über den Personaluntergrenzen, aber auch der tatsächlichen Personalausstattung liegen würde. Am prägnantesten ist diese Diskrepanz für die Fachabteilung der Geriatrie zu sehen. Die Personalausstattung nach PPR 2.0 wäre mehr als doppelt so hoch wie die Personaluntergrenze und der Zeitaufwand pro Patientin und Patient die vorhandene Personalausstattung ebenfalls um mehr als das Doppelte. Es gibt jedoch auch Fachabteilungen, wie die Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie, die in der umgesetzten Personalausstattung deutlich über dem mit der PPR oder PPR 2.0 ermittelten Pflegeaufwand lägen. Ohne Berücksichtigung von Fachabteilungen ergibt sich in der gesamten Stichprobe für die bestehende Personalausstattung ein Mittelwert von 121,5 Minuten pro Patientin und Patient, für die PPR ein Mittelwert von 165,7 Minuten und für die PPR 2.0 ein Mittelwert von 181,2 Minuten. Berücksichtigte man, dass in beiden PPR-Werten der Fallwert nicht in die Kalkulation eingehen konnte, fiel die tatsächliche Differenz zu den Werten der vorhandenen Personalausstattung und den Pflegeuntergrenzen noch etwas größer aus (in Abhängigkeit von der Liegedauer).

### 3.5 Nutzerinnen- und Nutzerbefragung

In den 44 teilnehmenden Krankenhäusern haben 152 Personen Daten eingegeben. Von diesen füllten 90 Personen die Nutzerinnen- und Nutzerbefragung aus. Dies entspricht einer Beteiligungsrate von 59,2 %.

### 3.5.1 Anwendbarkeit der PPR 2.0

Der Zeitaufwand bei der Erfassung der Anwendbarkeit der PPR 2.0 wurde erfragt und Abbildung 4 gibt Auskunft über die Einschätzung der Befragten. Es zeigt sich hier ein sehr ausgeglichenes Bild, eine übermäßige zeitliche Belastung lässt sich nicht erkennen.

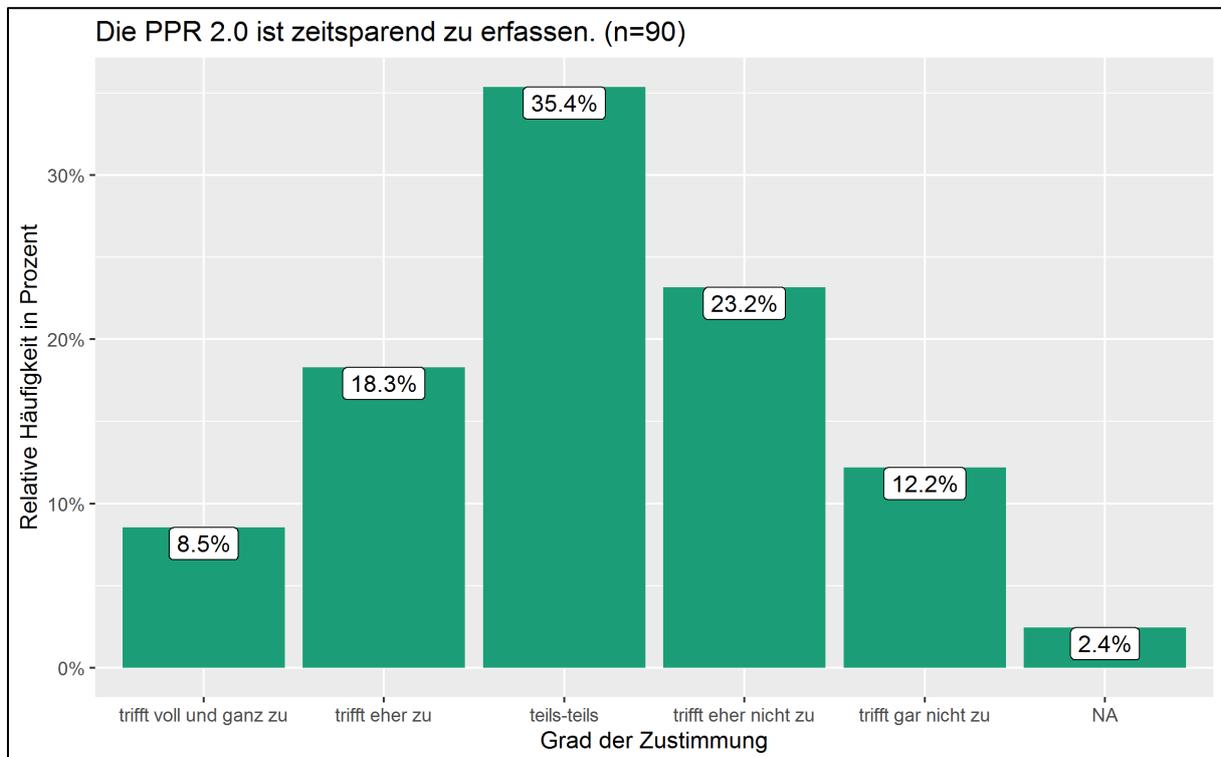


Abbildung 4: Einschätzung des Zeitaufwands

Wichtig für die Einschätzung der Anwendbarkeit ist, ob die einzuschätzenden Kriterien eindeutig formuliert sind und eine gute Diskrimination unterschiedlicher Ausprägungen in den Bereichen zulassen. Die Abbildung 5 lässt auf eine gute Formulierung und Operationalisierung der einzuschätzenden Kriterien schließen. Vor allem für den Bereich der Allgemeinen Pflege fiel es den Befragten leicht eine Einschätzung vorzunehmen (Abbildung 6). Eine Rücksprache mit Kolleginnen und Kollegen war hierzu überwiegend nicht nötig (Abbildung 7). Etwas schwieriger schien die Einschätzung im Bereich der Speziellen Pflege zu fallen (Abbildung 8 und Abbildung 9). Dies ist möglicherweise auch der neuen S4-Einstufung geschuldet, da diese eine wesentliche Änderung zur alten PPR darstellt. Das Manual wurde von den Befragten als sehr hilfreich eingeschätzt (Abbildung 10).

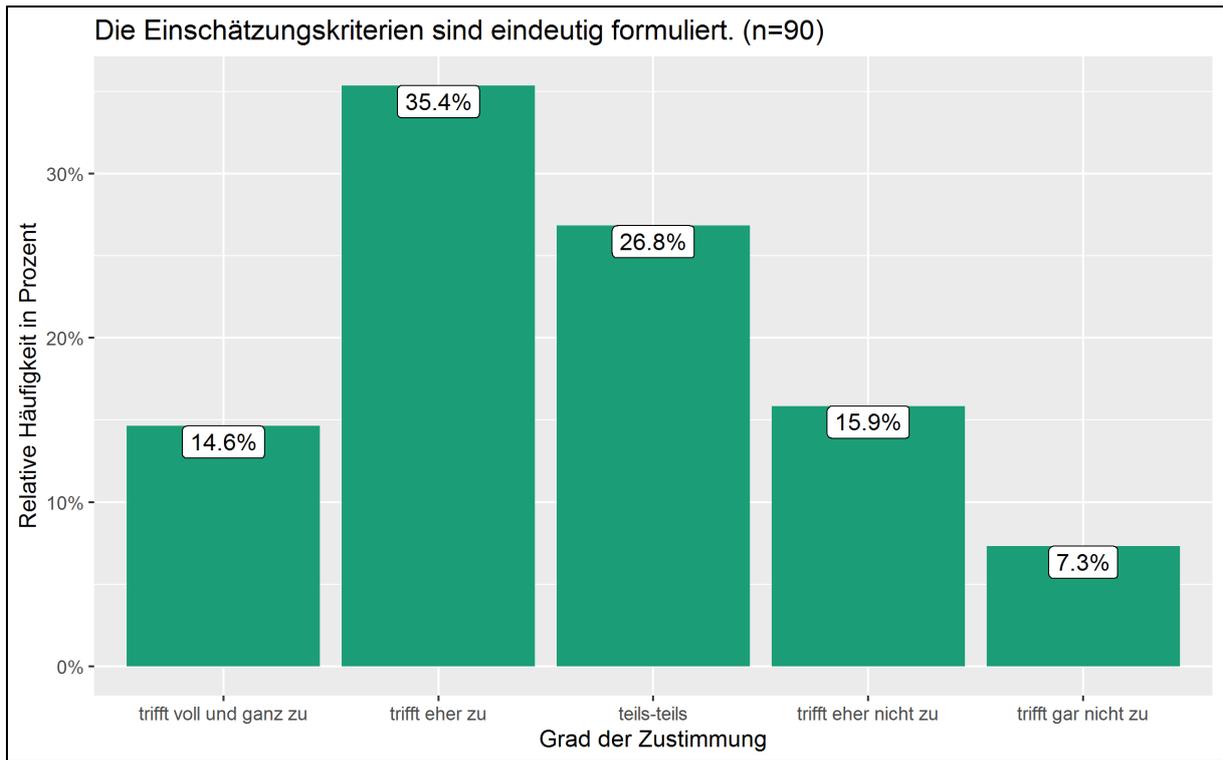


Abbildung 5: Einschätzung der Formulierung der Einschätzungskriterien

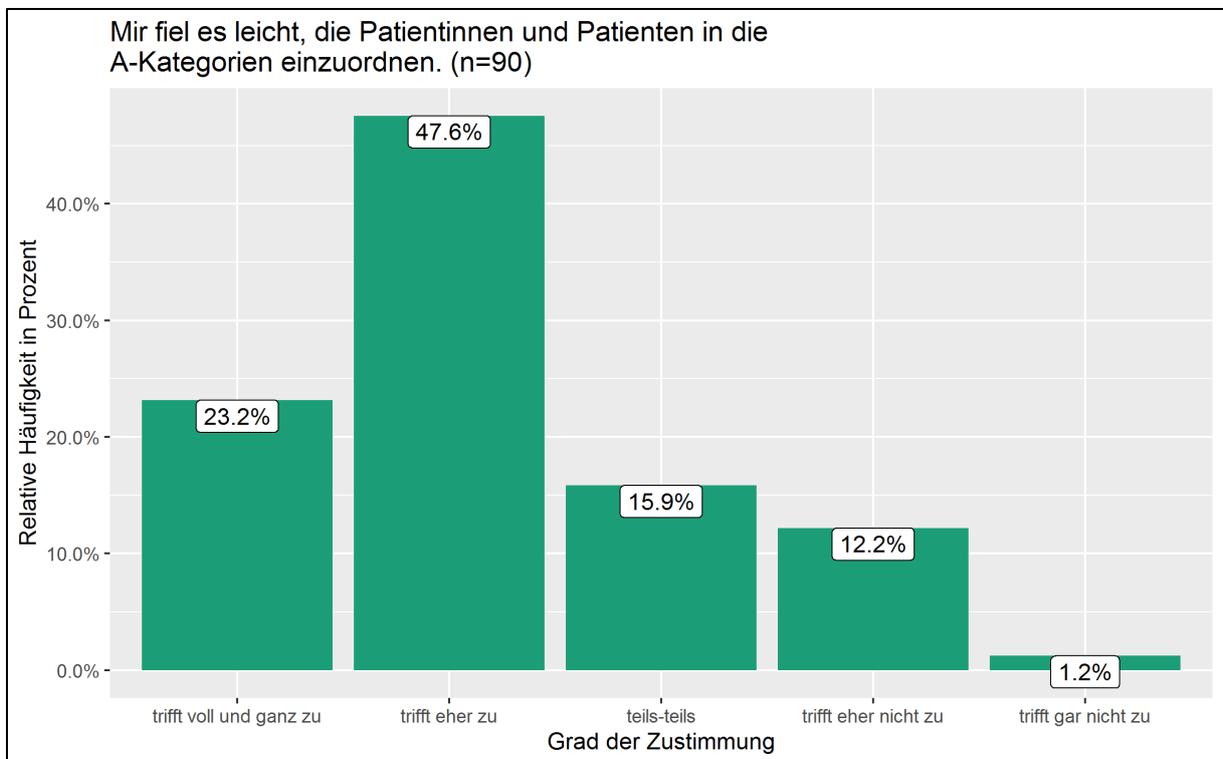


Abbildung 6: Einschätzung, ob die Einstufung der Patientinnen und Patienten in der Dimension "Allgemeine Pflege" schwerfiel

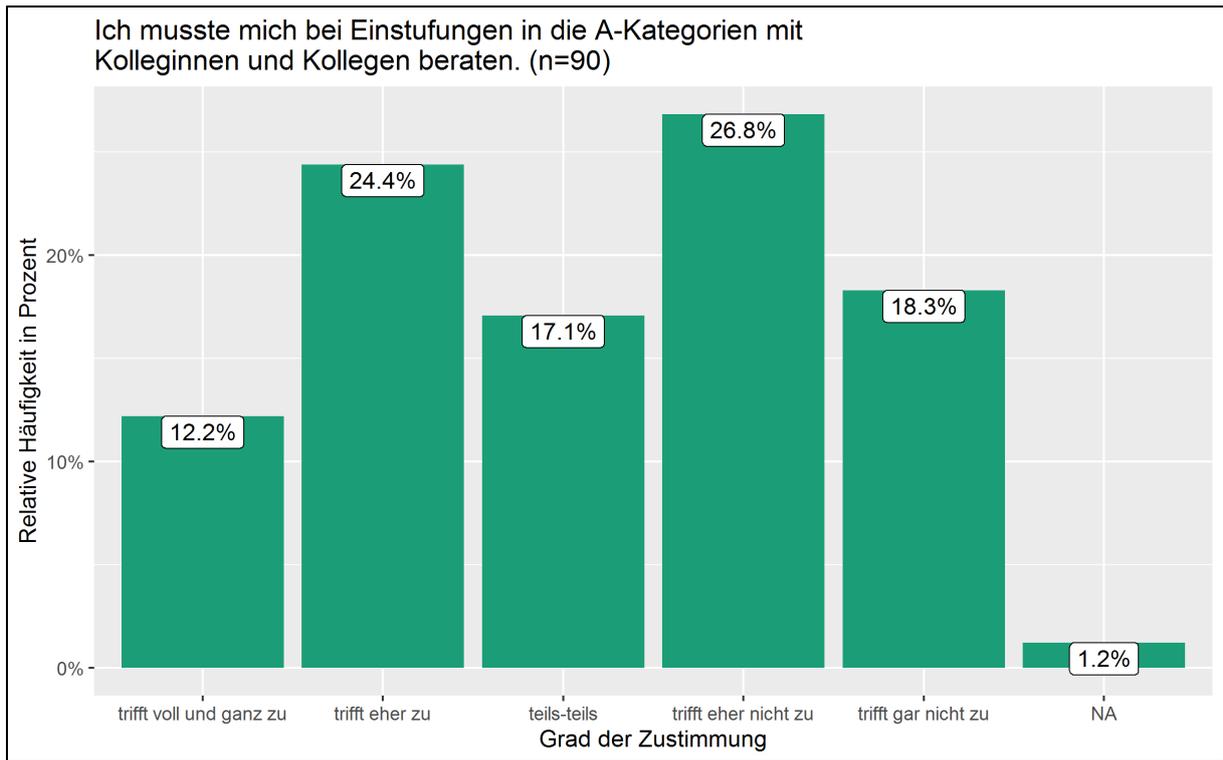


Abbildung 7: Einschätzung, ob Hilfe benötigt wurde bei Einstufungen in der Dimension "Allgemeine Pflege"

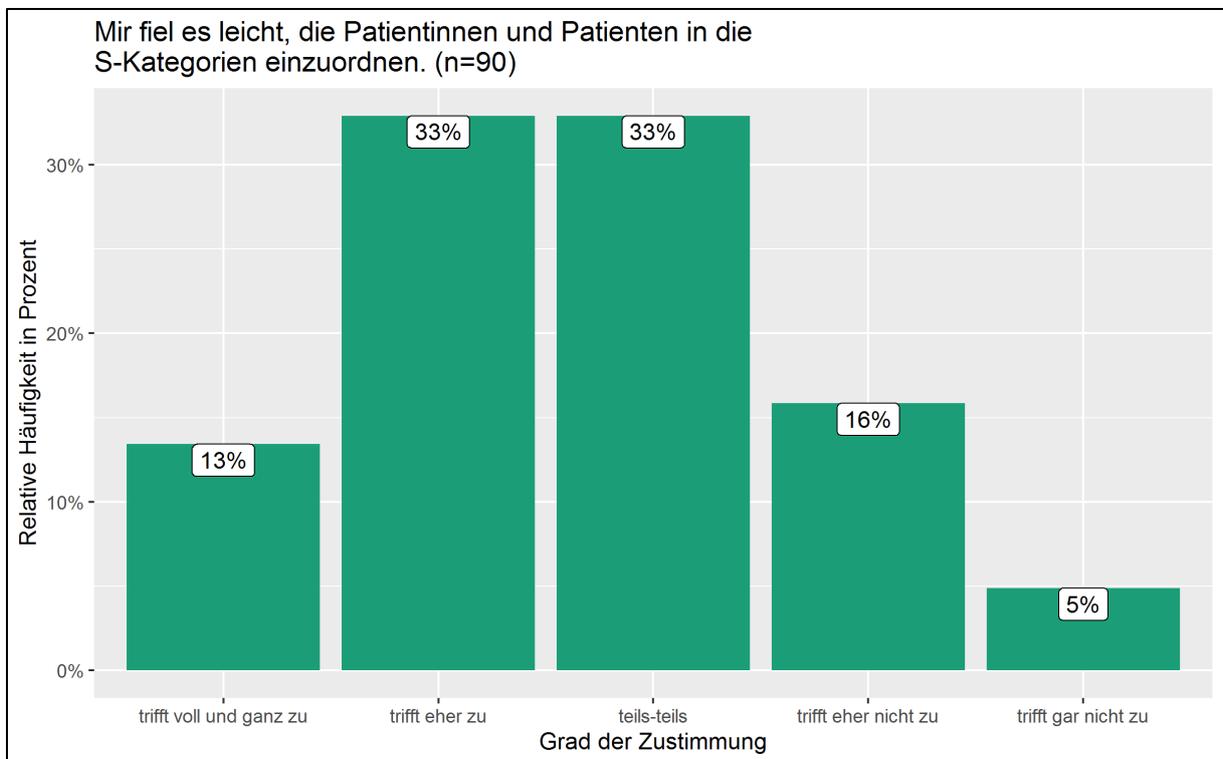


Abbildung 8: Einschätzung, ob die Einstufung der Patientinnen und Patienten in der Dimension "Spezielle Pflege" schwerfiel

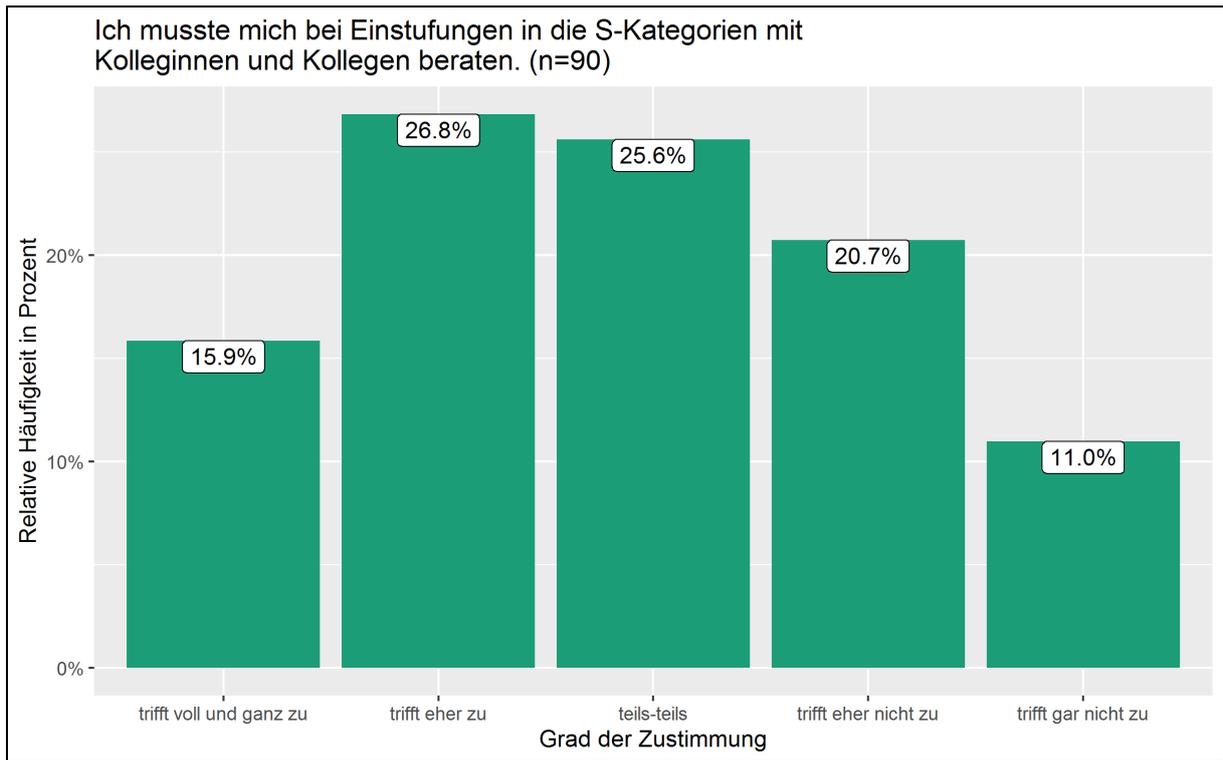


Abbildung 9: Einschätzung, ob Hilfe benötigt wurde bei Einstufungen in der Dimension "Spezielle Pflege"

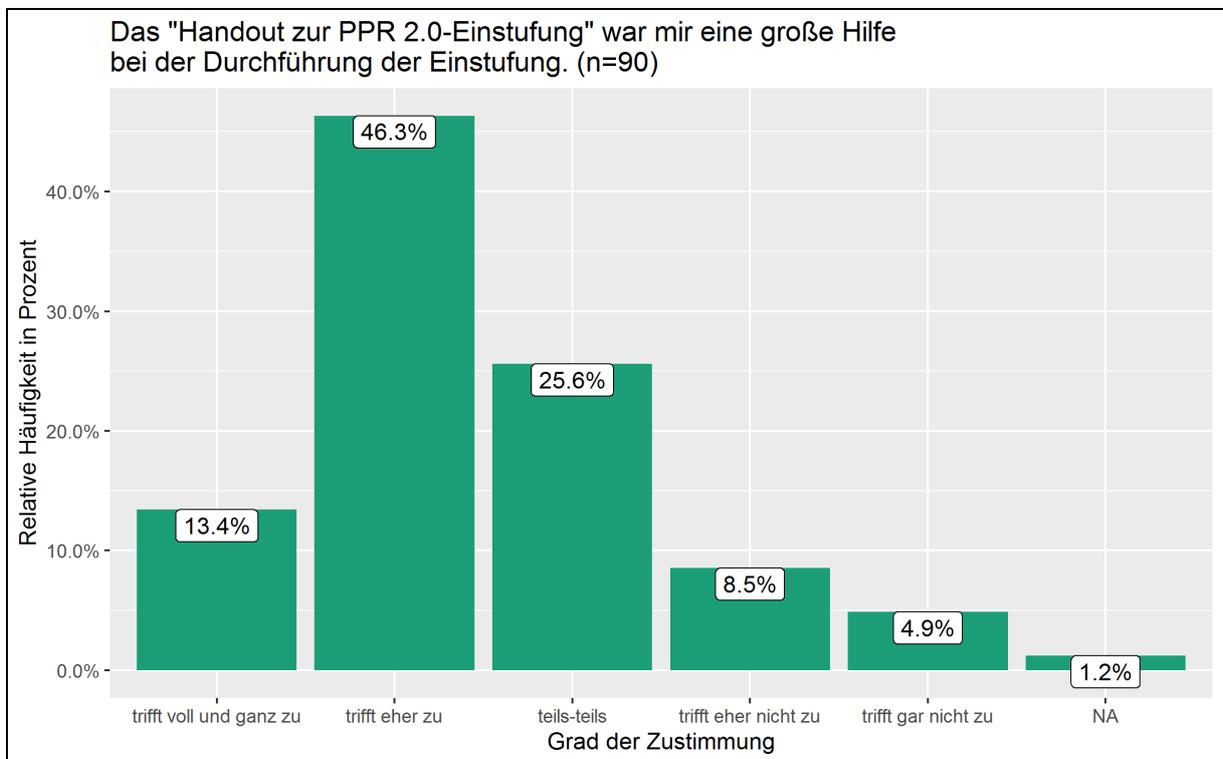


Abbildung 10: Einschätzung, ob das Manual/das Handout hilfreich bei der Einstufung war

### 3.5.2 Missed nursing care

Missed nursing care meint Pflegeleistungen, die fachlich als notwendig erachtet werden, aber aufgrund von wahrgenommenen Ressourcenmangel nicht durchgeführt werden (können). Als wichtiger Ressourcenmangel ist im Kontext eines Personalbemessungsinstruments natürlich der Personal- und daraus resultierende Zeitmangel zu betrachten. Um der Logik der PPR zu entsprechen, wurden die Fragen hier zu Pflegetätigkeiten aus den Bereichen Allgemeine Pflege und Spezielle Pflege gestellt.

Für pflegerische Tätigkeiten bezüglich Mobilisation und Positionswechsel sind die Ergebnisse in Abbildung 11 dargestellt. Gemeinsam mit pflegerischen Tätigkeiten der Körperpflege (Abbildung 17) werden in diesem Bereich am ehesten Tätigkeiten ausgelassen.

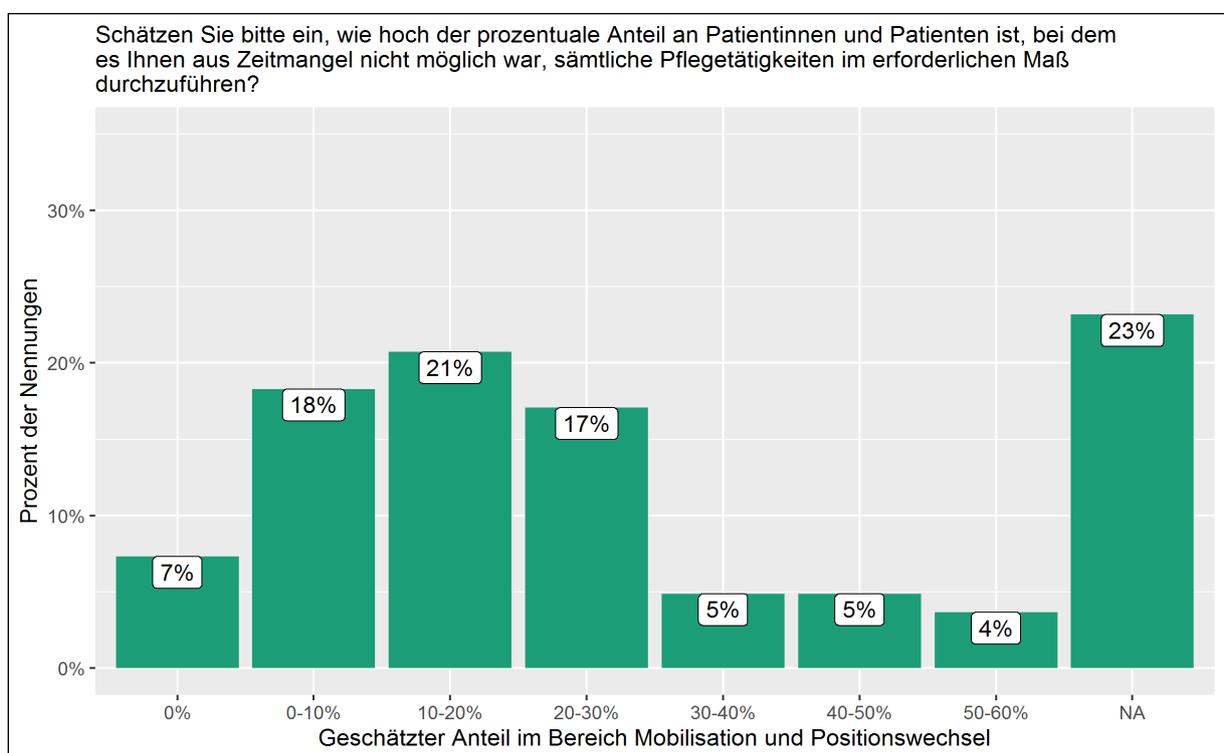


Abbildung 11: Missed nursing care - Mobilisation und Positionswechsel

Im Bereich Wund- und Hautbehandlung (Abbildung 12) werden seltener Pflegetätigkeiten ausgelassen, ebenso in den Bereichen Operationen und invasiven Maßnahmen (Abbildung 13), Ausscheidung (Abbildung 14) und Ernährung (Abbildung 16). Am seltensten unterbleiben Pflegetätigkeiten im Bereich der medikamentösen Versorgung (Abbildung 15).

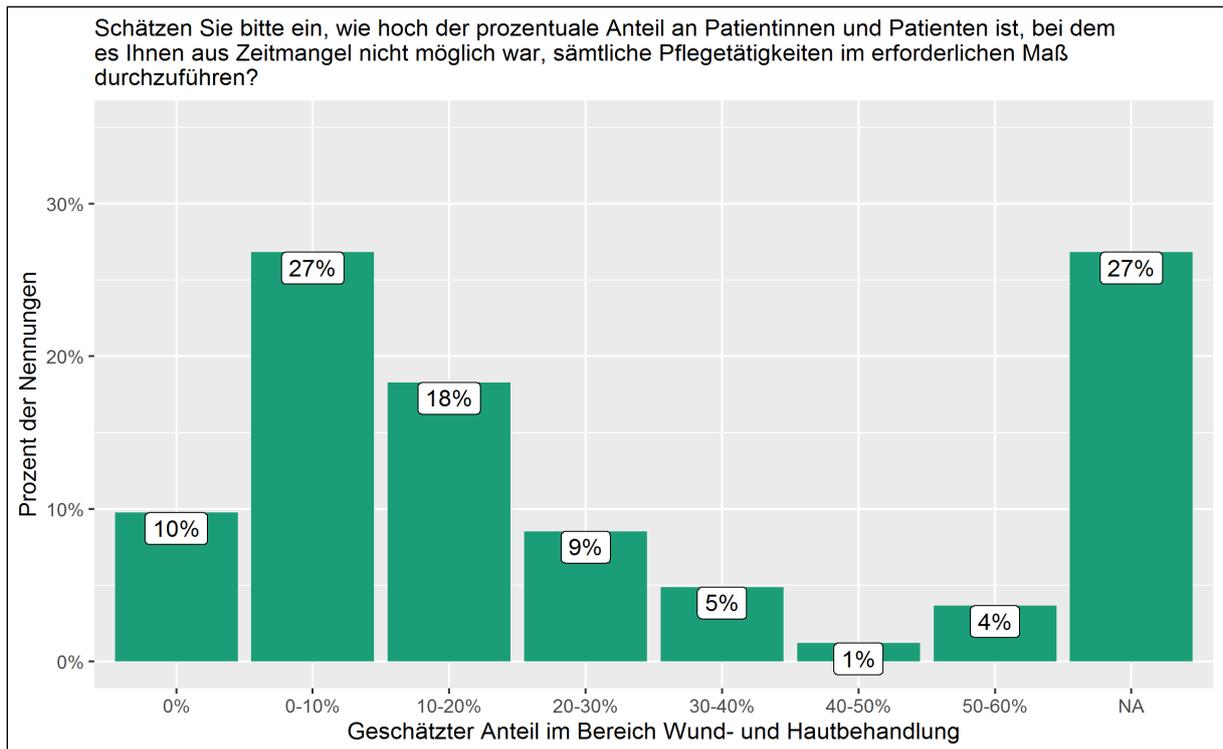


Abbildung 12: Missed nursing care - Wund- und Hautbehandlung

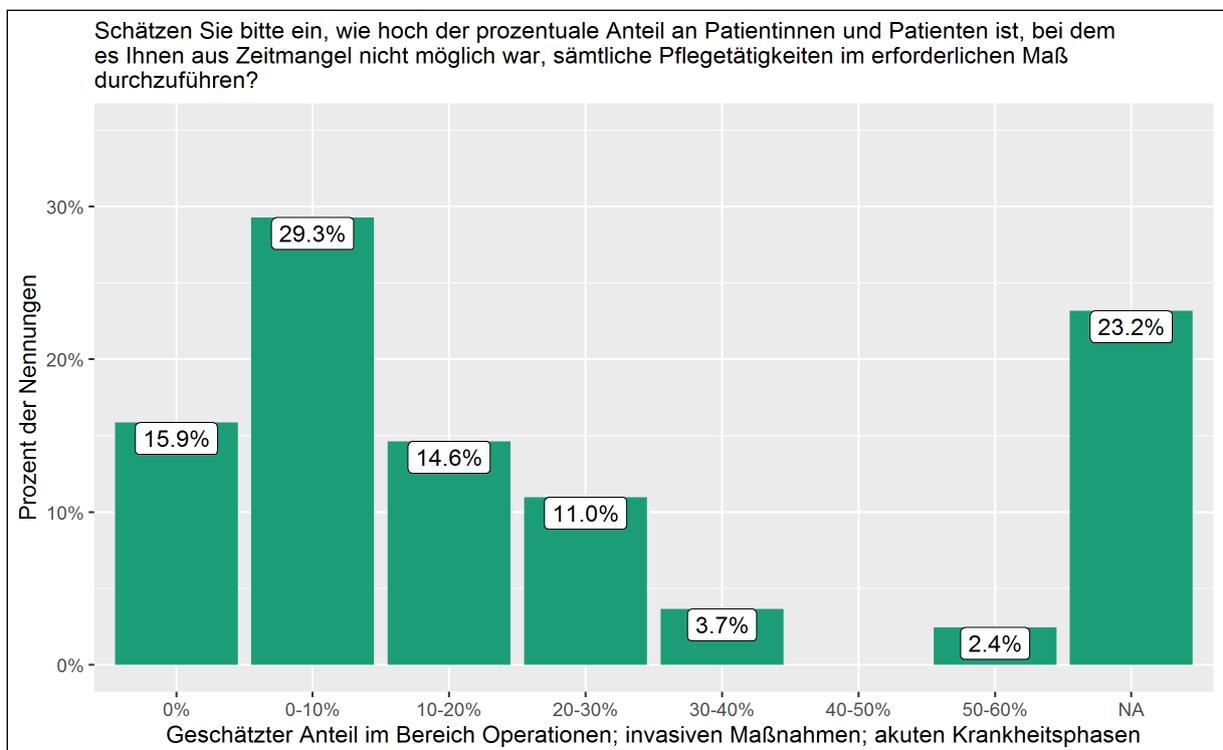


Abbildung 13: Missed nursing care - Operationen und invasive Maßnahmen

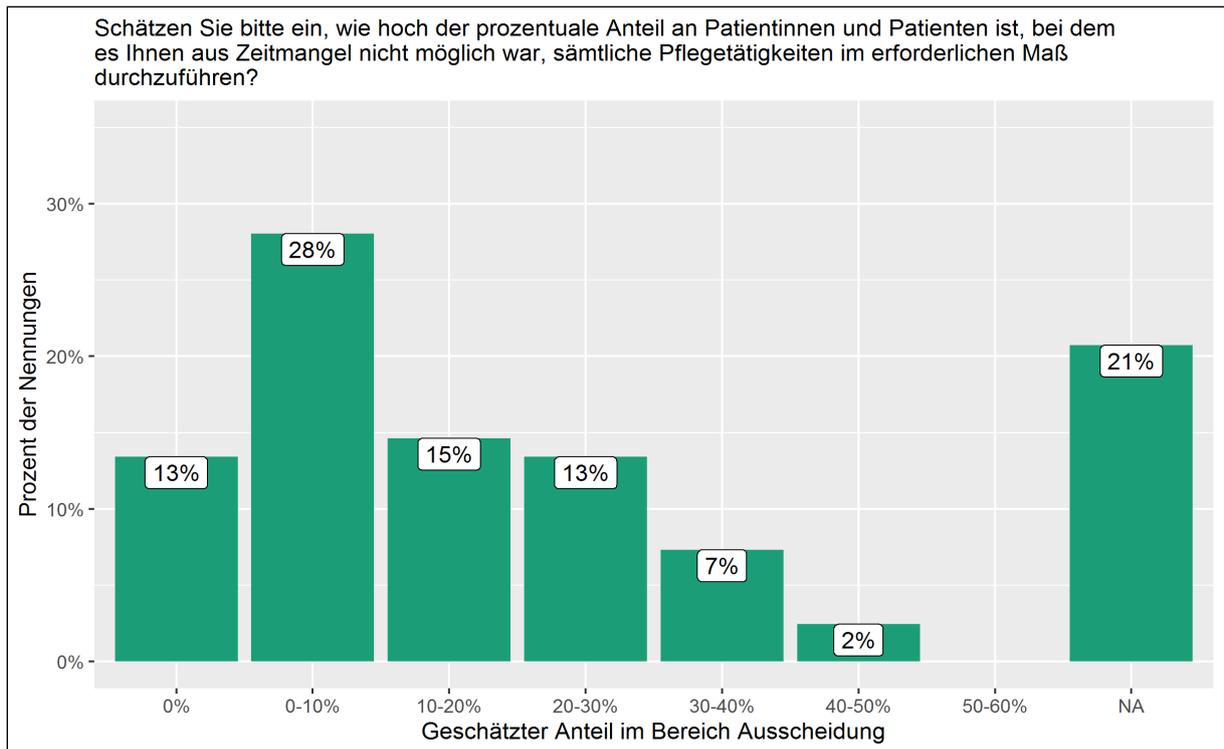


Abbildung 14: Missed nursing care - Ausscheidung

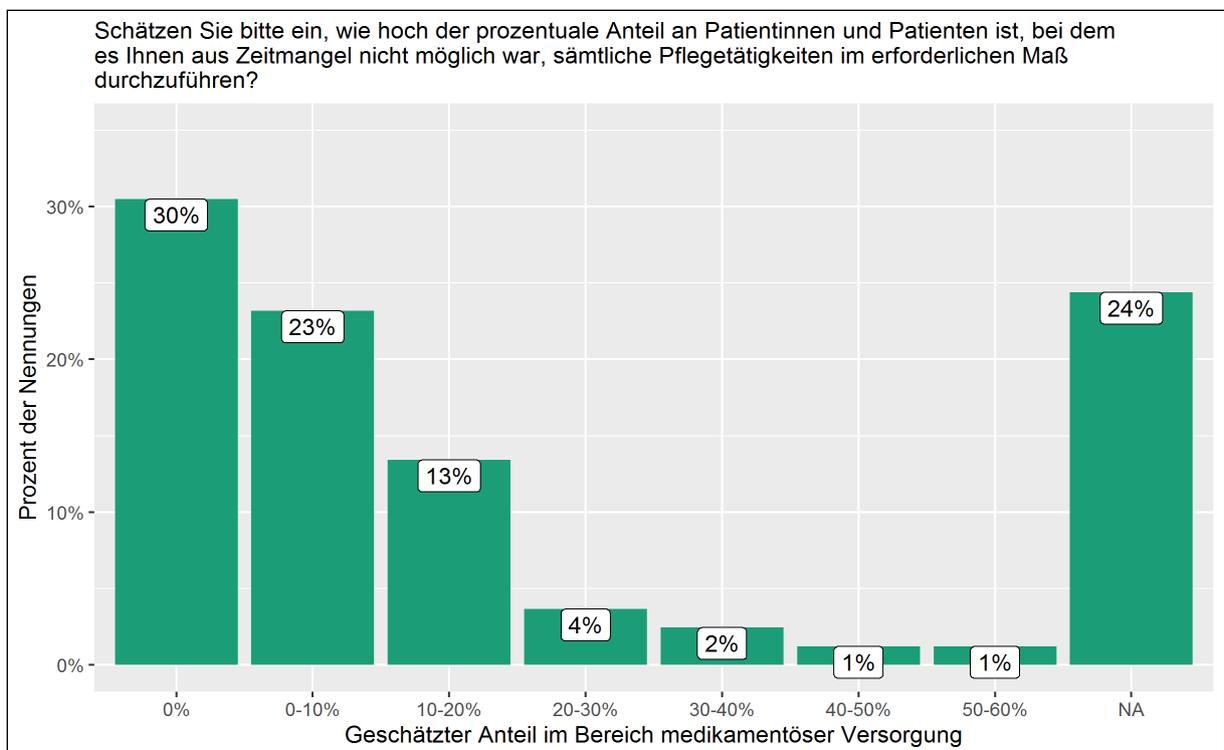


Abbildung 15: Missed nursing care - medikamentöse Versorgung

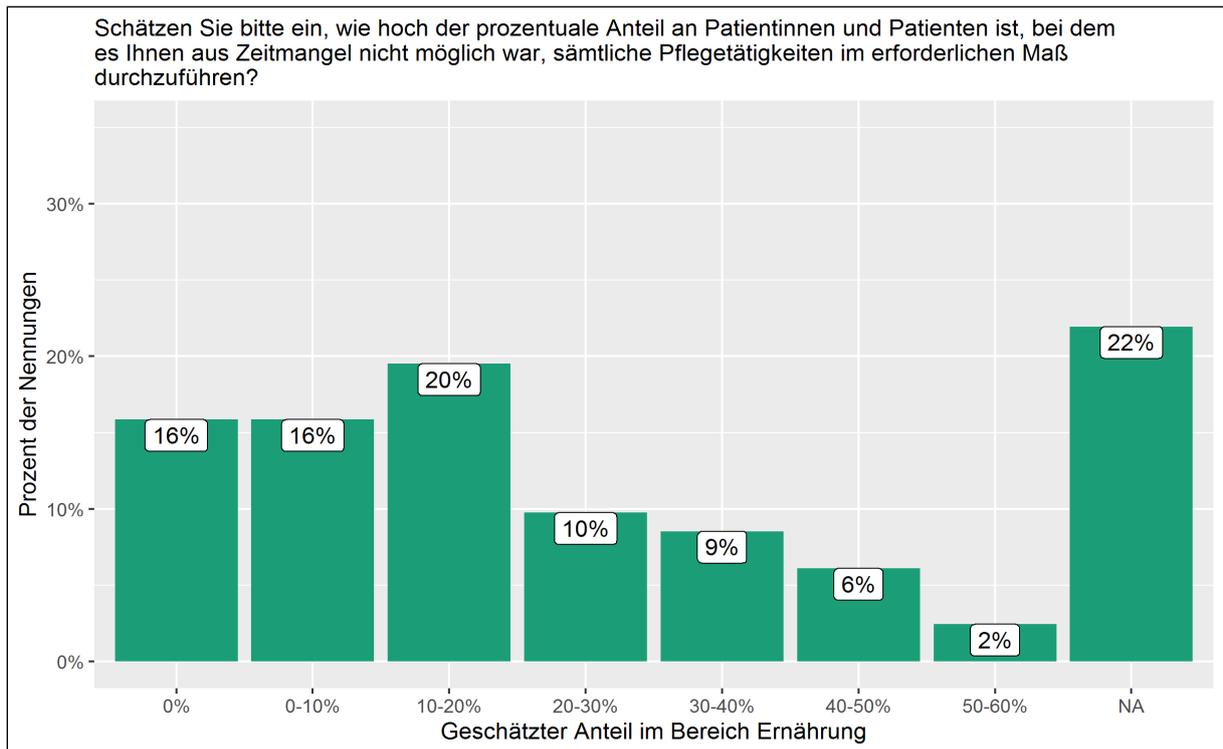


Abbildung 16: Missed nursing care - Ernährung

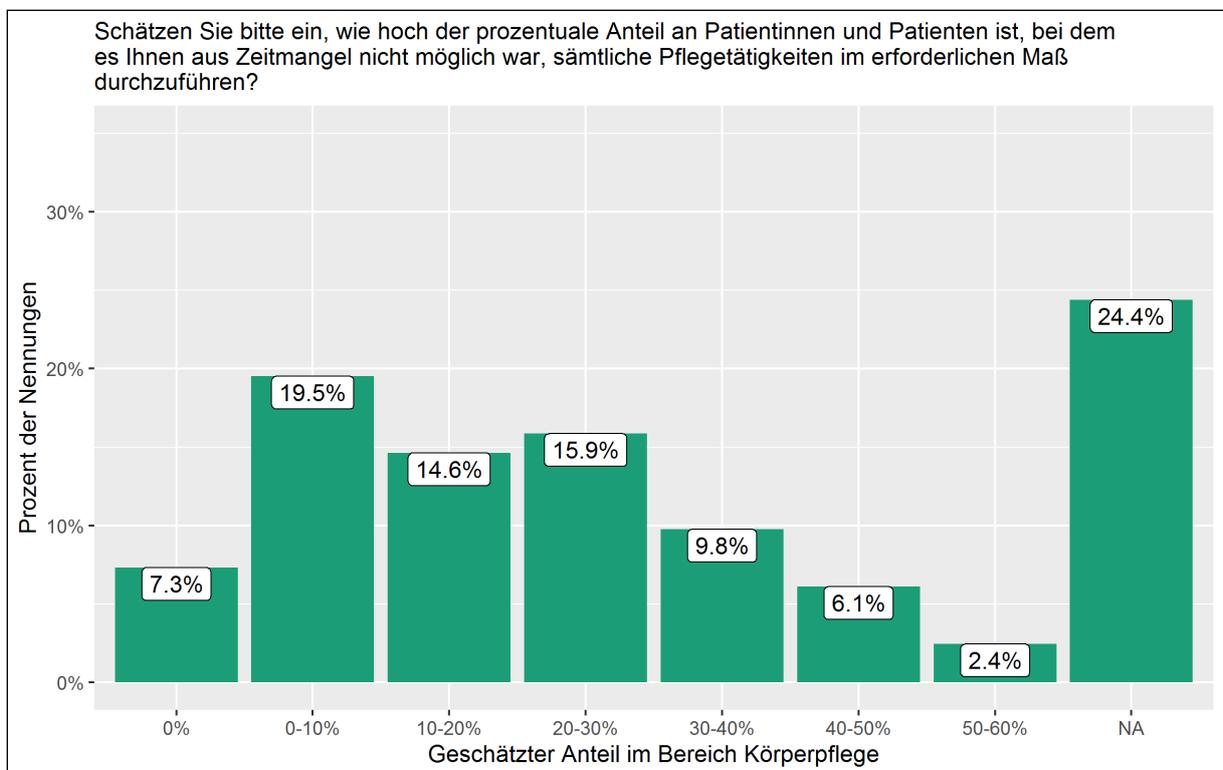


Abbildung 17: Missed nursing care - Körperpflege

## 4 Diskussion

Für einzelne Patientinnen und Patienten kann es aufgrund der weniger stark ausgeprägten Detailgenauigkeit des PPR und PPR 2.0 Verfahrens zu Unter- oder Überschätzungen des zeitlichen Aufwands kommen, für Gruppen oder Populationen gleichen sich diese Abweichungen jedoch aus und im Mittel liegen valide Schätzungen vor.

Der Vergleich der Pflegeaufwanderfassung der PPR und der PPR 2.0 im Bereich der Allgemeinen Pflege mit dem Barthel-Index als einfaches Assessmentverfahren mittels Assoziationsanalyse ergab eine hohe Korrelation. Perspektivisch erscheint es lohnend über den Einsatz solcher Assessmentverfahren bei der Personalbedarfsmessung nachzudenken – zumindest für den Bereich der Allgemeinen Pflege.

### 4.1 Übereinstimmung der Verfahren PPR und PPR 2.0

Für einen Instrumentenvergleich werden üblicherweise unabhängige, verblindete Erhebungen und Eingaben gefordert. Für den Pre-Test wäre dies jedoch mit einem unverhältnismäßig hohen Aufwand verbunden gewesen.

Im Bereich der Speziellen Pflege ergab sich im Vergleich zum Bereich der Allgemeinen Pflege ein deutlich höherer Anteil abweichender Einschätzungen zwischen den beiden PPR-Versionen. Die Abweichungen waren symmetrisch verteilt (ähnliche Anteile höherer und niedrigerer Einstufungen). Dies lässt darauf schließen, dass es insbesondere im Bereich der Speziellen Pflege seit Einführung der PPR die meisten Änderungen gab. Diese können nun in der PPR 2.0 adäquat berücksichtigt werden.

### 4.2 Vergleich der summierten Zeitwerte

Die tatsächliche Personalausstattung ist immer ein Ergebnis vorausgegangener Personalplanung, Abweichungen können also nicht unbedingt eine Über- oder Unterausstattung implizieren, gerade bei einem recht kurzen Beobachtungszeitraum von 7 Tagen kann es hier zu zufälligen Schwankungen und Abweichungen kommen. Dies ist insbesondere für Fachabteilungen mit nur wenigen Messwerten nicht auszuschließen, so gibt es für die Fachabteilung der Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie, eine scheinbare Überbesetzung, allerdings hat auch nur eine Station am Pre-Test teilgenommen.

Als besonders eindrücklich ist der Unterschied in der Fachabteilung Geriatrie zu bewerten, hier liegt eine große Anzahl an Messwerten vor, so dass der Unterschied wohl als substantiell bezeichnet werden kann. Wenngleich in einer repräsentativen Stichprobe auch geringere Unterschiede auftreten könnten. Die Daten implizieren hier einen dringenden Handlungsbedarf, um möglichen Mängeln in der pflegerischen Versorgung entgegenzuwirken.

### 4.3 Nutzerinnen- und Nutzerbefragung

#### 4.3.1 Anwendbarkeit der PPR 2.0

Es fanden keine qualitativen Interviews mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der teilnehmenden Krankenhäuser statt. Es bestand neben den geschlossenen Fragen im Fragebogen auch die Option eine schriftliche Rückmeldung zu geben. Diese Option wurde genutzt, die Rückmeldungen wurden von Anke

Wittrich (DKG) gesammelt und in ein überarbeitetes Manual übernommen. Während der Durchführung wurden auch zahlreiche Telefonate entgegengenommen. Diese bezogen sich stets auf die technische Umsetzung der Eingabemaske, kein Telefonat bezog sich auf Nachfragen zum Verfahren der PPR 2.0. Neben den überwiegend positiven Rückmeldungen im Fragebogen lässt dies auf eine gute Anwendbarkeit der PPR 2.0 schließen.

#### 4.3.2 Missed nursing care

Die Fragen im Pre-Test zur missed nursing care können einen Hinweis darauf geben, wie in der Pflege eine implizite Rationierung der pflegerischen Versorgung abläuft. Die Auskunft darüber in Befragungen lassen immer wieder Zweifel der Validität der Methodik aufkommen. Werden hier doch immer auch Mechanismen der sozialen Erwünschtheit vermutet. Erschwerend kommt für die vorliegende Untersuchung hinzu, dass ein gewisser Anteil der Personen, die die Einschätzungen und die Dateneingabe vorgenommen haben, nicht in der direkten Pflege arbeitete.

Ähnliche Untersuchungen gab es bereits auch schon früher. So untersuchte Isfort et al. (2010) welche Mängel in der Versorgung Schwerkranker auftreten – insbesondere bei angespannter Personalsituation. Laut Zander et al. (2014) kann eine zu niedrige Personalbesetzung als wesentliche Ursache von missed nursing care betrachtet werden, so konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen Personalbesetzung und Bereichen der Arbeitsumgebung mit der Durchführung und Nicht-Durchführung von Pflgetätigkeiten aufgezeigt werden.

Die verwendeten Fragen orientierten sich ausschließlich an den Tätigkeiten, die in den Bereichen der Allgemeinen und Speziellen Pflege der PPR und PPR 2.0 erfasst werden. Psychosoziale Pflegeinterventionen wurden bewusst nicht erfragt. Ausserhofer et al. (2014) hatten für diese pflegerischen Interventionsbereiche die höchsten Anteile an missed nursing care ausmachen können. Weitere Aspekte, wie z.B. die Schulung und Anleitung von Patienten wurden in der Befragung im Pre-Test nicht berücksichtigt. Die Befragung untersucht somit einen relativ eingegrenzten Bereich pflegerischen Handelns.

Die Interpretation der Befragungsergebnisse im Pre-Test sollte vorsichtig erfolgen. Die Daten lassen keine Aussage darüber zu, in *welchem* Ausmaß bei den betroffenen Patientinnen und Patienten jeweils Pflegerische Maßnahmen nicht in vollem Ausmaß erfolgen konnten. Was jedoch möglich scheint, ist ein Vergleich zwischen verschiedenen Bereichen. Dieser lässt eine implizite Priorisierung von pflegerischen Maßnahmen erahnen, die sich ähnlich auch in anderen Untersuchungen gezeigt hat: Maßnahmen im Bereich der Mobilisierung und der Körperpflege werden am ehesten bzw. häufigsten ausgelassen, wenn die Personalsituation „eng“ wird, während Tätigkeiten im Bereich der medikamentösen Versorgung nur in geringem Ausmaß ausbleiben (Jones et al. 2015).

## 5 Schlussfolgerung und Ausblick

Einschränkend ist anzumerken, dass der vorliegende Pre-Test ausschließlich in einer Gelegenheitsstichprobe von Krankenhäusern durchgeführt wurde. Die Zeitwerte, die hier berichtet werden, sowie die Häufigkeitsverteilungen der Einschätzungen erheben daher keinen Anspruch auf

Repräsentativität, sie können nur Hinweise auf mögliche Zeitbedarfe in bestimmten Fachabteilungen geben. Die Aussagekraft der Zeitdifferenzen zwischen der PPR, der PPR 2.0 und der Belegungs- und Besetzungsstatistik ist demzufolge nicht in dem hier wiedergegebenen Ausmaß zu interpretieren, die Richtung dürfte jedoch auch in dieser limitierten Stichprobe ausreichend valide sein. Bei einer Umsetzung der PPR 2.0 als Instrument zur Messung des Pflegeaufwands ergäbe sich im Mittel eine etwas höhere Personalausstattung als mit der alten PPR und nochmals ein deutlicher Personalzuwachs im Vergleich zur bestehenden Personalausstattung (siehe 3.4). Die Differenz zur aktuellen Personalausstattung beträgt beinahe eine Stunde (60 Minuten) pro Patienten pro Tag. Anders ausgedrückt: für ca. 8 Patienten wäre im Schnitt eine Vollzeitkraft pro Tag zusätzlich notwendig, um auf den mit der PPR 2.0 gemessenen Personalaufwand aufzustocken.

Bezüglich der Praktikabilität der PPR 2.0 können verlässliche Aussagen getroffen werden, da hierzu nicht zwingend eine repräsentative Stichprobe erforderlich ist, wesentlich wichtiger ist der Aspekt der Anwendung des Verfahrens durch die eigentliche Zielgruppe. Insgesamt konnte der Pre-Test zeigen, dass die Durchführung der PPR 2.0 nur wenige Rückfragen oder Unklarheiten bei den Durchführenden aufwarf. Die Einschätzung der Patientinnen und Patienten in dem Bereich Allgemeine Pflege stellte kaum Probleme dar. Für den Bereich der Speziellen Pflege zeigte sich in der Stichprobe immer noch eine sehr gute Durchführbarkeit, wenn auch geringfügig niedriger bewertet als dies für den Bereich Allgemeine Pflege der Fall war. Dies ist insofern erwartbar gewesen, da im Bereich der Speziellen Pflege die größten Änderungen im Vergleich zur Vorversion bestehen. Das Manual bzw. Handout zur Einstufung der PPR 2.0 wurde überwiegend als hilfreich angesehen. Anhand der gezielten Rückmeldungen der Teilnehmenden konnten Änderungsvorschläge aufgenommen und unkompliziert umgesetzt werden.

Betrachtet man den kurzen Zeitraum über den die teilnehmenden Krankenhäuser das Instrument anwendeten und auch den kurzen Vorlauf<sup>9</sup> zum Projekt, kann mit einer größeren Praxis und über einen längeren Anwendungszeitraum von einer guten bis sehr guten Anwendbarkeit des Instruments ausgegangen werden. Aus der Perspektive der Anwendungsökonomie kann ebenfalls eine positive Bilanz und ein positiver Ausblick formuliert werden: Der Einsatz des Instruments ist wenig voraussetzungsvoll, d.h. weder mussten aufwendige Schulungen vorab erfolgen, da die Struktur des Instruments für die Anwendenden durch die alte PPR hinlänglich bekannt ist, noch müssen für die Erfassung große infrastrukturelle Vorbedingungen erfüllt sein. Es sind keine Lizenzgebühren zu entrichten, die Dokumentation kann über vorhandene Systeme erfolgen und pragmatisch implementiert werden. Das Verfahren der PPR kommt nach wie vor zur Anwendung. Zum Beispiel wird sie von der überwiegenden Mehrheit der an der Kalkulation beteiligten Krankenhäuser für Kalkulationszwecke herangezogen (Vgl. Kalkulationshandbuch). In Krankenhäusern liegen also auch aktuelle Erfahrungen mit dem Vorgängerinstrument vor, auf die in einer zukünftigen Anwendung zurückgegriffen werden kann. Eine Implementierung in die Praxis könnte also unmittelbar erfolgen und

---

<sup>9</sup> Vom Zeitpunkt der Einwilligung zur Teilnahme bis zur Durchführung des Pre-Tests vergingen ca. 2 Wochen.

dies nicht nur in Bereichen, die derzeit in der PpUGV benannt sind oder ausschließlich in InEK-Kalkulationshäusern.

Der Pre-Test der PPR 2.0 für Erwachsene ist aber zugleich auch nur ein erster Schritt, da viele Bereiche noch nicht in dem untersuchten Instrument abgebildet sind. Dies betrifft insbesondere die Krankenversorgung im Bereich Kinder und Jugendliche, Kleinkinder sowie Frühgeborene, Neugeborene und Säuglinge. Andere Bereiche z.B. der Intensivversorgung und -pflege sowie die differenzierte Erfassung der Pflege in der Nacht werden in der PPR 2.0 noch nicht berücksichtigt und konnten daher in diesem Pre-Test noch nicht untersucht werden. Das nun vorliegende Instrument der PPR 2.0 bildet hierzu eine solide Ausgangsbasis und sollte als Grundlage für weiterführende Projekte und Entwicklungen in diesen Bereichen dienen. Diese sollten ebenfalls darauf abzielen, ein hohes Maß an Akzeptanz und Praktikabilität zu erreichen.

## 6 Literatur

Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ quality & safety*. 2014;23(2):126-35. Epub 2013/11/12.

Bundesministerium für Gesundheit (2020): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen\\_und\\_Fakten/Zahlen\\_und\\_Fakten\\_der\\_SPV\\_17.Februar\\_2020\\_barr.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_der_SPV_17.Februar_2020_barr.pdf) abgerufen Mai 2020.

Fachgesellschaft Profession Pflege e.V. (2018): Konzept zur Pflegepersonalbedarfsmessung in Krankenhaus. <https://www.pro-pflege.eu/files/inhalte/neuigkeiten/Pflegepersonalbemessungskonzept.pdf> abgerufen Mai 2020.

Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft (IBES) (2014): Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. Essen.

Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International journal of nursing studies*. 2015;52(6):1121-37. Epub 2015/03/22. abgerufen Mai 2020

Zander B, Dobler L, Baumler M, Busse R. [Nursing tasks left undone in German acute care hospitals - results from the international study RN4Cast]. *Gesundheitswesen*. 2014;76(11):727-34. Epub 2014/04/29. Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern - Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast.

## 7 Anhang

A – Anleitung zum Erfassungstool

B – Fragebogen zur Einschätzung der Handhabbarkeit der PPR 2.0

C – Hinweise für die Durchführung des Pre-Tests

D – Grundlegende Informationen zur Original-PPR

E – Grundlegende Informationen zur Einstufung mit der PPR 2.0

## Allgemeine Hinweise

Die Eingabe der Daten muss stationsbezogen erfolgen.

Es erfolgt keine Erfassung personen-, patienten- oder fallbezogener Daten. Es erfolgt eine tagesbezogene Datenerhebung.

Die erhobenen Daten und übermittelten Angaben werden ausschließlich im Rahmen dieses Pre-Tests verwendet. Eine einrichtungsbezogene Auswertung oder einrichtungsübergreifende vergleichende Auswertungen erfolgen nicht.

Eine nachträgliche Korrektur oder Ergänzung der eingegeben Daten ist nicht möglich. Daher sind die tagesbezogenen Formulare des webbasierten Erhebungstools für den betreffenden Patienten erst auszufüllen, wenn alle Daten vollständig vorliegen.

Beispiel:

Für einen Patienten liegen am 5.11.2019 noch keine PKMS-Punkte vor. Diese stehen erst am 7.11.2019 zur Verfügung. Dann geben Sie alle Daten am 7.11.2019 ein und geben im Formular das zugehörige Datum der Datenerhebung 5.11.2019 ein.

Sämtliche Daten, die vor dem 04.11.2019 eingetragen werden, werden als „Testdaten“ betrachtet und gehen nicht in die Datenauswertung ein.

Das Erfassungstool steht nur bis zum 19.11.2019 für eine Dateneingabe zur Verfügung. Ab 20.11.2019 ist das Erfassungstool geschlossen.

Alle mit \* gekennzeichneten Eingabefelder sind Pflichtfelder, müssen also ausgefüllt werden.

## Übersicht über die eingesetzten Formulare

### Übersicht über die eingesetzten Formulare

#### Formularnamen und Links

[1. Formular zur Eingabe der Krankenhaus- und Stationsinformationen](#) (1 mal tgl. pro Station)

[2. Formular zur Eingabe der PPR-Einstufung \(Alt und mPPR\)](#) (für jeden Patienten auf den teilnehmenden Stationen 1 mal tgl. ausfüllen)

[3. Formular zur Eingabe des Verhältnis Patienten pro Vollkraft](#) (1 mal tgl. pro Station)

[4. Formular zur Eingabe der Fallzahlen für die teilnehmenden Stationen](#) (nur 1 mal für den gesamten Pre-Test auszufüllen)

Fertig

Nachdem Sie den Link aus der Mail geöffnet haben, wird Ihnen diese Übersicht angezeigt.

## 1. Formular zur Eingabe der Krankenhaus- und Stationsinformationen (1 mal tgl. pro Station)

Dieses Formular wird benötigt, damit die Daten der jeweiligen Station einer Fachabteilung zugeordnet werden können.

### Daten zu Krankenhaus und Station

\* 1. Teilnahmenummer Ihres Krankenhauses

Tragen Sie hier die Teilnahmenummer ein, die Ihnen per Mail mitgeteilt wurde. Der Eintrag wird auf Gültigkeit geprüft.

\* 2. Stationskürzel

Tragen Sie hier das in Ihrer Einrichtung, vergebene Stationskürzel oder ggf. auch ein selbstgewähltes Stationskürzel ein. Bitte verwenden Sie jedes Stationskürzel nur einmal in Ihrer Einrichtung!

\* 3. Welcher Fachabteilung wird Ihre Station zugeordnet?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Geriatrie                           | <input type="radio"/> Geburtshilfe                                | <input type="radio"/> Nuklearmedizin  |
| <input type="radio"/> Kardiologie                         | <input type="radio"/> Gefäßchirurgie                              | <input type="radio"/> Orthopädie  |
| <input type="radio"/> Unfallchirurgie                     | <input type="radio"/> HNO   | <input type="radio"/> Orthopädie<br>Unfallchirurgie                           |
| <input type="radio"/> Allgemeinchirurgie                  | <input type="radio"/> Hämatologie und<br>internistische Onkologie | <input type="radio"/> Pneumologie   |
| <input type="radio"/> Augenheilkunde                      | <input type="radio"/> Herzchirurgie                               | <input type="radio"/> Rheumatologie   |
| <input type="radio"/> Dermatologie                        | <input type="radio"/> Innere Medizin                              | <input type="radio"/> Strahlentherapie  |
| <input type="radio"/> Endokrinologie                      | <input type="radio"/> Lungen- und<br>Bronchialheilkunde           | <input type="radio"/> Thoraxchirurgie   |
| <input type="radio"/> Frauenheilkunde                     | <input type="radio"/> Nephrologie                                 | <input type="radio"/> Urologie  |
| <input type="radio"/> Frauenheilkunde und<br>Geburtshilfe | <input type="radio"/> Neurochirurgie                              | <input type="radio"/> Zahn- und Kieferheilkunde,<br>Mund- und Kieferchirurgie |
| <input type="radio"/> Gastroenterologie                   | <input type="radio"/> Neurologie                                  |   |
| <input type="radio"/> Sonstiges (bitte angeben)           |   |   |

Klicken Sie hier die für die jeweilige Station, für die Sie Daten erheben, zugehörige Fachabteilung an.

Trifft keine dieser Fachabteilungen zu, dann tragen Sie die Bezeichnung der Fachabteilung unter „Sonstiges (bitte angeben)“ ein.

\* 4. Tragen Sie bitte hier Ihr personenunabhängiges Kürzel (**PUK**) aus **Teilnahmenummer** des Krankenhauses und **Stationskürzel**, getrennt durch einen Bindestrich (z.B. 99-1234) ein. **Dieses Kürzel ist durchgängig in den folgenden Eingabefeldern anzugeben. Dieses Kürzel ist ein Pflichtfeld. Stellen Sie sicher, dass den eingebenden Personen dieses Kürzel mitgeteilt wurde.**

Nehmen Sie hier bitte den Eintrag gemäß der Erläuterung im Formular vor.

Notieren Sie sich am besten den Eintrag (z.B. 99-KIM1), da Sie diesen PUK für die Eingabe aller folgenden Daten benötigen.



Über diesen Button bestätigen Sie die vorgenommenen Einträge. Sollte ein Eintrag fehlen, werden Sie darauf hingewiesen, diesen Eintrag zu ergänzen.

Sie werden nun auf das nächste Formular weitergeleitet.

### Daten zu Krankenhaus und Station

Für die weitere Dateneingabe klicken Sie bitte [HIER](#)

Um der Dateneingabe fortzufahren und zum Formular „Pre-Test der modernisierten Pflege Personalregelung für Erwachsene zu gelangen, klicken Sie bitte auf [HIER](#).



Wollen Sie die Daten zu Krankenhaus und Station nochmals prüfen oder ggf. korrigieren, dann wählen Sie den Button „Zurück“.



Bitte **VERWENDEN** Sie diesen Button an dieser Stelle mit der Aufschrift „Fertig“ **NICHT!**

## 2. Formular zur Eingabe der PPR-Einstufung (Alt und mPPR) (für jeden Patienten auf den teilnehmenden Stationen 1 mal tgl. ausfüllen)

Für jeden Patienten, der sich im Erhebungszeitraum (04.11.2019 – 10.11.2019 oder 11.11.2019 – 17.11.2019) auf Station befindet, ist das folgende Formular tgl. auszufüllen.

### Pretest der modernisierten Pflegepersonal-Regelung für Erwachsene

\* 1. Bitte geben Sie hier Ihr personenunabhängiges Kürzel (**PUK**) ein, bevor Sie mit der weiteren Eingabe fortfahren.

Tragen Sie hier Ihr PUK ein.

\* 2. Bezugsdatum (Tag, für den die folgenden Daten gültig sind)

Datum

Wählen Sie das Datum für den Tag aus, für den die Daten erhoben werden.

\* 3. PPR **Alt** Allgemeine Pflege

- A1       A2       A3       A4

Klicken Sie die zutreffende A- und S-Stufe gemäß der hausinternen Umsetzung der „alten“ PPR an.

\* 4. PPR **Alt** Spezielle Pflege

- S1       S2       S3

\* 5. modernisierte PPR (**mPPR**) Allgemeine Pflege

- A1       A2       A3       A4

Klicken Sie die zutreffende A- und S-Stufe gemäß „Handout zur mPPR-Einstufung“ an.

\* 6. modernisierte PPR (**mPPR**) Spezielle Pflege

- S1       S2       S3       S4

#### Angabe zusätzlicher Informationen, wenn diese zutreffend sind.

7. PKMS Punkte: Summe aus Bereich "Allgemeine Pflege"

Tragen Sie hier die Summe der PKMS-Punkte aus Bereich „Allgemeine Pflege“ ein. Dieser Bereich umfasst:

Leistungsbereich A: Körperpflege (3Pkt.)

Leistungsbereich B: Ernährung (4Pkt.)

Leistungsbereich C: Ausscheidung (2Pkt.)

Leistungsbereich D:

Bewegen/Lagern/Mobilisation/Sicherheit

(3Pkt.)Leistungsbereich E:

Kommunizieren/Beschäftigen (1Pkt.)

8. PKMS Punkte: Summe aus Bereich "Spezielle Pflege"

Tragen Sie hier die Summe der PKMS-Punkte aus Bereich „Spezielle Pflege“ ein. Dieser Bereich umfasst:Leistungsbereich F: Kreislauf für Patienten mit Hemi-, Para- oder Tetraplegie (2Pkt.)

Leistungsbereich G: Wundmanagement (2Pkt.)

Leistungsbereich H: Atmung (2Pkt.)

Leistungsbereich E: Kommunizieren/Beschäftigen (1Pkt.)

## A – Anleitung zum Erfassungstool

9. Lag an diesem Tag eine 1:1 Betreuung für diese Person vor?

- Nein
- Ja, bitte Angabe der Anzahl der Stunden  $\geq 2$  Std. zwischen 6:00 - 22:00 Uhr.

Wenn der Patient, für den dieses Formular ausgefüllt wird, eine 1:1 Betreuung durchgeführt wurde, dann füllen Sie bitte diese Angaben aus.

Wenn keine 1:1 Betreuung erforderlich war, dann klicken Sie „Nein“ an.

10. Wurde diese Person isoliert?

- Ja
- Nein

Wenn für den Patienten, für den dieses Formular ausgefüllt wird, z.B. aufgrund einer MRSA-Infektion isoliert werden musste, klicken Sie bitte „Ja“ an. Wenn keine Isolation erfolgte, klicken Sie „Nein“.

### Einstufung der Pflegebedürftigkeit

Die folgenden Codes sind für Patienten anzugeben, die im Sinne des § 14 SGB XI pflegebedürftig und gemäß § 15 SGB XI einem Pflegegrad zugeordnet sind. Wechselt während des stationären Aufenthaltes der Pflegegrad, ist der Code für die höhere Pflegebedürftigkeit anzugeben. Liegt noch keine Einstufung in einen Pflegegrad vor, ist diese aber bereits beantragt, ist der Code 9-984.b anzugeben. Wurde eine Höherstufung bei vorliegendem Pflegegrad beantragt, ist neben dem zutreffenden Code aus 9-984.6 bis 9-984.9 zusätzlich der Code 9-984.b anzugeben

11. Ist die Person im oben beschriebenen Sinne pflegebedürftig?

- Nein
- 9-984.6** Pflegebedürftig entsprechend Pflegegrad 1
- 9-984.7** Pflegebedürftig entsprechend Pflegegrad 2
- 9-984.8** Pflegebedürftig entsprechend Pflegegrad 3
- 9-984.9** Pflegebedürftig entsprechend Pflegegrad 4
- 9-984.a** Pflegebedürftig entsprechend Pflegegrad 5

Klicken Sie hier bitte den zutreffenden OPS-Code an. Da eine tagesbezogene Erhebung erfolgt, ist es erforderlich, dass diese Angabe für jeden Tag erneut eingetragen werden muss.

## A – Anleitung zum Erfassungstool

12. Ist eine Höherstufung oder Neueinstufung beantragt?

- Nein
- 9-984.b** Erfolgter Antrag auf Einstufung/Höherstufung in einen Pflegegrad

Wenn eine Höherstufung oder Neueinstufung beantragt wurde, klicken Sie hier bitte den zutreffenden OPS-Kode an. Wenn das nicht der Fall ist, klicken Sie bitte „Nein“ an. Da eine tagesbezogene Erhebung erfolgt, ist es erforderlich, dass diese Angabe für jeden Tag erneut eingetragen werden muss.

13. Wie hoch ist der Barthel-Index der Person?

- 100                       40-55                       liegt nicht vor
- 80-95                       20-35
- 60-75                       0-15

Klicken Sie hier bitte den zutreffenden Punktekorrridor an. Eine tägliche Barthel-Einstufung ist nicht erforderlich. Da eine tagesbezogene Erhebung erfolgt, ist es allerdings erforderlich, dass diese Angabe für jeden Tag erneut eingetragen werden muss.

14. Wie hoch ist der Erweiterte Barthel-Index / MMSE der Person?

- Erweiterter Barthel 70-90 / MMSE 24-30                       Erweiterter Barthel 0-15 / MMSE 0-16
- Erweiterter Barthel 20-65 / MMSE 17-23                       liegt nicht vor

Klicken Sie hier bitte den zutreffenden Punktekorrridor an. Eine tägliche Einstufung für den erweiterten Barthel/MMSE ist nicht erforderlich. Da eine tagesbezogene Erhebung erfolgt, ist es allerdings erforderlich, dass diese Angabe für jeden Tag erneut eingetragen werden muss.

Wenn Sie einen weiteren Fall eingeben wollen, klicken Sie bitte [HIER](#)

Wenn Sie weitere Daten eingeben möchten, klicken Sie auf „HIER“. Sie beginnen nun wieder mit der Eingabe der PUK und füllen das nächste Formular aus. Dies wiederholen Sie entsprechend, bis die Datenerhebung für diesen Tag abgeschlossen ist.

Anderenfalls beenden Sie die Eingabe mit "Fertig"

Fertig

Wenn Sie keine weiteren Daten eingeben möchten, klicken Sie auf den Button „Fertig“. Ihre Daten sind nun gespeichert.

### 3. Formular zur Eingabe des Verhältnis Patient pro Vollkraft (1 mal tgl. pro Station)

#### Ergänzende Fragen

##### Verhältnis Patienten pro Vollkraft (VK)

\* 1. Bitte geben Sie hier Ihr personenunabhängiges Kürzel (**PUK**) ein, bevor Sie mit der weiteren Eingabe fortfahren.

Tragen Sie hier Ihr PUK ein.

\* 2. Bezugsdatum (Tag, für den die folgenden Daten gültig sind)

Datum

Wählen Sie das Datum für den Tag aus, für den die Daten erhoben werden.

3. Wie viele Patienten waren laut Mitternachtsstatistik an diesem Tag auf der Station aufgenommen?

4. Wie viele Pflegende (Pflegefachkräfte und Krankenpflegehelfer) in Vollzeitäquivalenten (entspricht einer Arbeitszeit von 8 Stunden) waren an diesem Tag in der **Tagschicht** (Zeitraum von 6 Uhr bis 22 Uhr)?

5. Wie viele Pflegende (Pflegefachkräfte und Krankenpflegehelfer) in Vollzeitäquivalenten (entspricht einer Arbeitszeit von 8 Stunden) waren an diesem Tag in der **Nachtschicht** (Zeitraum von 22 Uhr bis 6 Uhr)?

Bitte beantworten Sie die Fragen 3, 4 und 5.

Weiter

Über diesen Button bestätigen Sie die vorgenommenen Einträge. Sollte ein Eintrag fehlen, werden Sie darauf hingewiesen, diesen Eintrag zu ergänzen.

Sie werden nun auf das nächste Formular weitergeleitet.

### Ergänzende Fragen

Wenn Sie Daten für eine weitere Station oder einen weiteren Tag eingeben möchten, klicken Sie bitte [HIER](#).  
Anderenfalls beenden Sie die Eingabe mit "Fertig".



Wenn Sie Daten für eine weitere Station oder einen weiteren Tag eingeben möchten, klicken Sie bitte auf „HIER“. Wenn Sie keine weiteren Daten eingeben möchten, klicken Sie auf den Button „Fertig“. Ihre Daten sind nun gespeichert.

## 4. Formular zur Eingabe der Fallzahlen für die teilnehmenden Stationen (nur 1 mal für den gesamten Pre-Test auszufüllen)

### Einmalig pro Krankenhaus zu erhebende Daten

Die folgende Eingabe wird nur einmal pro Krankenhaus durchgeführt.

\* 1. Teilnahmenummer Ihres Krankenhauses

Tragen Sie hier die Teilnahmenummer ein, die Ihnen per Mail mitgeteilt wurde.  
Der Eintrag wird auf Gültigkeit geprüft.

\* 2. Dokumentieren Sie bitte die Kürzel, wie sie für die teilnehmenden Stationen im Pre-Test verwendet wurden.

Station 1	<input type="text"/>
Station 2	<input type="text"/>
Station 3	<input type="text"/>
Station 4	<input type="text"/>
Station 5	<input type="text"/>
Station 6	<input type="text"/>
Station 7	<input type="text"/>
Station 8	<input type="text"/>
Station 9	<input type="text"/>
Station 10	<input type="text"/>
Station 11	<input type="text"/>
Station 12	<input type="text"/>

Tragen Sie hier die in Ihrer Einrichtung für diesen Pre-Test verwendeten Stationskürzel ein.

## A – Anleitung zum Erfassungstool

\* 3. Wie hoch war die Fallzahl in den teilnehmenden Stationen im Referenzzeitraum (November) Vorjahres? (Beachten Sie bitte, die Reihenfolge wie in Frage 2 zu verwenden)

Station 1	<input type="text"/>
Station 2	<input type="text"/>
Station 3	<input type="text"/>
Station 4	<input type="text"/>
Station 5	<input type="text"/>
Station 6	<input type="text"/>
Station 7	<input type="text"/>
Station 8	<input type="text"/>
Station 9	<input type="text"/>
Station 10	<input type="text"/>
Station 11	<input type="text"/>
Station 12	<input type="text"/>

Tragen Sie hier jeweilige Fallzahl aus dem Referenzzeitraum **November 2018** ein. Bitte unbedingt die Reihenfolge der darüberstehenden Aufzählung verwenden. Ansonsten kann keine Zuordnung der Fallzahlen zu den teilnehmenden Stationen erfolgen.

4. Wie viele Personen haben bei Ihnen Daten für die Erfassung der mPPR in diesem Pr...  
eingegeben?

Fertig

Bitte auch diese Frage beantworten und die Eingabe über den Button „Fertig“ abschließen.

## B – Fragebogen zur Einschätzung der Handhabbarkeit der PPR 2.0

Die folgenden Fragen beziehen sich **ausschließlich** auf das **"Handout zur mPPR-Einstufung"** bzw. die **modernisierte PPR (mPPR)** und nicht auf die Eingabemaske zur Datenerhebung. Die Eingabemaske ist in diesem Sinne kein Bestandteil der modernisierten PPR und wird nur im Rahmen dieses Pre-Tests eingesetzt.

\* 1. Teilnehmernummer des Krankenhauses.

2. In welchem Ausmaß treffen die folgenden Aussagen über die modernisierte PPR (mPPR) aus Ihrer Sicht zu?

	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	teils-teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	k. A.
Die mPPR ist zeitsparend zu erfassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Einschätzungskriterien sind eindeutig formuliert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir fiel es leicht, die Patientinnen und Patienten in die <b>A-Kategorien</b> einzuordnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir fiel es leicht, die Patientinnen und Patienten in die <b>S-Kategorien</b> einzuordnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich musste mich bei Einstufungen in die <b>A-Kategorien</b> mit Kolleginnen und Kollegen beraten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich musste mich bei Einstufungen in die <b>S-Kategorien</b> mit Kolleginnen und Kollegen beraten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das <b>"Handout zur mPPR-Einstufung"</b> war mir eine große Hilfe bei der Durchführung der Einstufung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abbildung 18: Einschätzung der Durchführbarkeit und Praktikabilität der PPR 2.0 (Seite 1)

B – Fragebogen zur Einschätzung der Handhabbarkeit der PPR 2.0

\* 3. Können aus Ihrer Sicht alle wichtigen Aspekte des Pflegeaufwands mit der mPPR erfasst werden.

Ja
  Kann ich nicht abschätzen.
  Nein (Welche fehlen?)

4. Hier haben Sie die Möglichkeit für weitere Anmerkungen zur mPPR.

5. Hier haben Sie die Möglichkeit für weitere Anmerkungen zum "Handout zur mPPR-Einstufung". Gerne können Sie uns auch eine kommentierte Version des "Handout zur mPPR-Einstufung" zurücksenden.

6. Schätzen Sie bitte ein, wie hoch der prozentuale Anteil an Patientinnen und Patienten in folgenden Bereichen der mPPR ist, bei dem es Ihnen aus Zeitmangel **nicht** möglich war, sämtliche Pflegetätigkeiten im erforderlichen Maß durchzuführen?

	0%	≥ 0% aber < 10%	≥ 10% aber < 20%	≥ 20% aber < 30%	≥ 30% aber < 40%	≥ 40% aber < 50%	≥ 50% aber < 60%	keine Einschätzung möglich
Allgemeine Pflege – <b>Körperpflege</b>	<input type="radio"/>							
Allgemeine Pflege - <b>Ernährung</b>	<input type="radio"/>							
Allgemeine Pflege - <b>Ausscheidung</b>	<input type="radio"/>							
Allgemeine Pflege – <b>Mobilisation und Positionswechsel</b>	<input type="radio"/>							
Spezielle Pflege - Leistungen im Zusammenhang mit <b>Operationen; invasiven Maßnahmen; Akuten Krankheitsphasen</b>	<input type="radio"/>							
Spezielle Pflege - Leistungen im Zusammenhang mit <b>medikamentöser Versorgung</b>	<input type="radio"/>							
Spezielle Pflege - Leistungen im Zusammenhang mit <b>Wund- und Hautbehandlung</b>	<input type="radio"/>							

Klicken Sie auf **Fertig**, um Ihre Eingabe zu beenden.

Abbildung 19: Einschätzung der Durchführbarkeit und Praktikabilität der PPR 2.0 (Seite 2) sowie Fragen zu missed nursing care

**Hinweise für die Durchführung des Pre-Tests**

**Modernisierte PPR für Erwachsene (ab 18 Jahren)**

Ziel des Pre-Tests:

- Überprüfung der Handhabbarkeit und Umsetzbarkeit der modernisierten PPR

Auf welchen Stationen soll der Pre-Test erfolgen:

- Auf mind. zwei Stationen, die als pflegesensitiver Bereich mit PPUG (2019) zu erfassen sind
- Zusätzlich auf mind. zwei Stationen, in denen keine PPUG vorgegeben sind
- Keine Testung auf ITS und Kinderstationen

Wann und über welchen Zeitraum erfolgt der Pre-Test:

- 1. Novemberwoche 2019 (Montag 04.11.2019 – Sonntag 10.11.2019)

Welche Patienten sollen in den Pre-Test einbezogen werden:

- Alter  $\geq$  18 Jahre
- Alle Patienten, die sich im o.g. Zeitraum zum festgelegten Einstufungszeitpunkt auf Station befinden

Wann und wie erfolgt die tgl. Einstufung der Patienten:

- Die Einstufung der Patienten im A- und S-Bereich erfolgt einmal täglich zwischen 15:00 und 21:00 Uhr. Die Einstufung erfolgt zu einem hausintern festgelegten Zeitpunkt. Zum Zeitpunkt der Einstufung bereits entlassene Patienten werden nicht erfasst.
- Das Handout zur PPR-Einstufung (einschl. Anlagen) ist anzuwenden

Welche Daten sind pro Patient über das Erfassungstool zu erheben:

- Tgl. PPR-Einstufung „alte“ PPR
- Tgl. PPR-Einstufung modernisierte PPR
- Barthel-Index (falls zutreffend)
- Erweiterter Barthel-Index/MMSE (falls zutreffend)
- Übermittlung OPS „9-984.- Pflegebedürftigkeit“ (falls zutreffend)
- PKMS-E Punkte pro Tag (nach A- und S-Bereich getrennt) (falls zutreffend)
- Lag eine 1:1-Betreuung vor (Angabe der Anzahl der Stunden >2 Std.)
- Wurde der Patient isoliert?

Welche ergänzenden Daten sind zu übermitteln:

- Tagesbezogene Schichtbesetzung im Erhebungszeitraum für die Stationen, die am Pre-Test teilnehmen
- Tagesbezogenes Verhältnis VK/Patienten im Erhebungszeitraum für die Stationen, die am Pre-Test teilnehmen

## C – Hinweise für die Durchführung des Pre-Tests

- Bezeichnung der Fachabteilung für die Stationen, die am Pre-Test teilnehmen
- Wenn möglich, bitte Übersendung vorhandener PPR-Daten (Zeitraum 1 Monat).

Ergänzend ist einmalig ein Bewertungsbogen auszufüllen, der sich insbesondere auf die Handhabbarkeit der zur Verfügung gestellten Unterlagen zur Einstufung der Patienten bezieht. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, weitere Hinweise mitzuteilen.

### Wie erfolgt die Datenerfassung:

- Erhebung über Excel-Tabellen, die elektronisch an das begleitende wissenschaftliche Institut gesendet werden

### Ansprechpartner:

**Technische Fragen** im Zusammenhang mit der Nutzung des Erfassungstools zur Dateneingabe:

Dr. Steffen Fleischer  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter  
Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Institut für Gesundheits- und  
Pflegerwissenschaften  
Telefon: 0345 557 4133  
E-Mail: steffen.fleischer@medizin.uni-halle.de

**Inhaltliche Fragen** zur Anwendung der „Modernisierten PPR“:

Dipl. Med.-Inf. Anke Wittrich  
Referentin Dezernat V – Medizin I  
Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.  
Telefon: 030 39801-1526  
E-Mail: a.wittrich@dkgev.de

## Struktur der PPR: Grund- und Fallwertwert

### **Grundwert:**

- Erfasst Leistungen des Pflegedienstes ohne unmittelbaren Patientenbezug
- Wird in der allgemeinen Erwachsenenkrankenpflege mit 30 Minuten je Tag und je Patient berechnet

### **Fallwert:**

- Für jede Krankenhausaufnahme wird ein Fallwert von 70 Minuten zugrunde gelegt
- Berücksichtigt externe Aufnahmen von Patienten. Krankenhausinterne Verlegungen werden nicht berücksichtigt.
- Jede Aufnahme von „außen“ wird berücksichtigt, unabh. davon, ob der Patient innerhalb des Berechnungszeitraums (6.00 – 20.00 Uhr) aufgenommen wird oder zu einer anderen Zeit.

06.09.2019

1

## Struktur der PPR: A-Bereich Allgemeine Pflege Erwachsene ab 18 Jahre

### **PPR A- Bereich Definitionen in Zerbe/Heisterkamp:**

Allgemeine Pflege umfasst:

- Körperpflege
- Ernährung
- Ausscheidung
- Lagerung und Bewegung
- Kommunikation
- Pflegeplanung/-dokumentation

Leistungsbereiche für die Einstufung in A1-A3 sind:

- Körperpflege
- Ernährung
- Ausscheidung
- Lagerung und Bewegung

Minutenwerte für Kommunikation/Pflegeplanung und Dokumentation gehen automatisch in alle PPR-Stufen ein

06.09.2019

7

## D - Grundlegende Informationen zur Original-PPR

Struktur der PPR: A-Bereich; Allgemeine Pflege Erwachsene ab 18 Jahre

Pflegestufen Leistungs- bereiche	Einordnungsmerkmale		
	A1 Grundleistungen	A2 Erweiterte Leistungen	A3 Besondere Leistungen
Körperpflege	Alle Patienten, die nicht A2 oder A3 zugeordnet werden	Hilfe bei überwiegend selbständiger Körperpflege	Überwiegende oder vollständige Übernahme der Körperpflege
Ernährung		Nahrungsaufbereitung oder Sondennahrung	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
Ausscheidung		Unterstützung zur kontrollierten Blasen- oder Darmentleerung  Versorgen bei häufigem Erbrechen  Entfernen oder Wechseln von Katheter- oder Stomabeuteln	Versorgen bei unkontrollierter Blasen- oder Darmentleerung
Bewegung und Lagerung		Hilfe beim Aufstehen und Gehen Einfaches Lagern und Mobilisieren	Häufiges Körperlagern (2 bis 4 stdl.) oder Mobilisieren

Zuordnungsregeln

### **A2:**

Für die Zuordnung zur Pflegestufe A2 muss mindestens in zwei Leistungsbereichen je ein Einordnungsmerkmal zutreffen; trifft nur ein Einordnungsmerkmal aus A2 zu und ist ein zweites aus A3 gegeben, so ist der Patient der Stufe A2 zuzuordnen.

### **A3:**

Bei Vorliegen von mindestens zwei Einordnungsmerkmalen aus A3 in zwei verschiedenen Leistungsbereichen, ist der Patient dieser Stufe zuzuordnen.

### **A1:**

Treffen weder aus A2 noch aus A3 die Einordnungskriterien entsprechend der Zuordnungsregel zu, so ist der Patient in A1 einzustufen.

## Struktur der PPR: S-Bereich

### Spezielle Pflege Erwachsene ab 18 Jahre

---

**PPR S-Bereich Definitionen in Zerbe/Heisterkamp:**

Leistungsbereiche für Spezielle Pflege sind:

- Vitalzeichenkontrolle und begleitendes Beobachten des Patienten
- Teilnahme an ärztlichen Visiten
- Leistungen im Zusammenhang mit Eingriffen und Maßnahmen des Arztes
- Leistungen im Zusammenhang mit Arzneimittelgabe
- Gewinnung von Untersuchungsmaterial
- Pflegetechnische Leistungen
- Äußere Anwendungen
- Vor- und Nachbereitung des Patienten
- Patiententransporte
- Anfordern von diagnostischen und therapeutischen Leistungen

Leistungsbereiche für die Einstufung in S1-S3 sind:

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

Minutenwerte für alle anderen Leistungsbereiche gehen indirekt über eine automatische Zuordnung in alle PPR-Stufen ein

06.09.2019 9

Struktur der PPR: S-Bereich; Spezielle Pflege Erwachsene ab 18 Jahre

Pfleigestufen Leistungsbereiche	Einordnungsmerkmale		
	S1 Grundleistungen	S2 Erweiterte Leistungen	S3 Besondere Leistungen
Leistungen im Zusammenhang mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Operationen</li> <li>• Invasiven Maßnahmen</li> <li>• Akuten Krankheitsphasen</li> </ul>	Alle Patienten, die nicht S2 oder S3 zugeordnet werden	Beobachten des Patienten und Kontrolle von mindestens 2 Parametern*, 4 bis 6 mal innerhalb von 8 Stunden**	Beobachten des Patienten und Kontrolle von mindestens 3 Parametern* fortlaufend innerhalb von wenigstens 12 Stunden zum Erkennen einer akuten Bedrohung
Leistungen im Zusammenhang mit medikamentöser Versorgung		Bei kontinuierlicher oder mehrfach wiederholter Infusionstherapie oder bei mehreren Transfusionen	Fortlaufendes Beobachten und Betreuen des Patienten bei schwerwiegenden Arzneimittelwirkungen
Leistungen im Zusammenhang mit Wund- und Hautbehandlung		Bei intravenösem Verabreichen von Zytostatika	Mehrmals täglich: Behandlung großflächiger oder tiefer Wunden oder großer Hautareale
		Aufwendiger Verbandswechsel	
		Behandlung großflächiger oder tiefer Wunden oder großer Hautareale	

\* Diese Parameter sind: Puls, Blutdruck, Atmung, Temperatur, Bewusstseinslage, Blutzucker, Nierenfunktion

\*\* Dies bedeutet nicht, dass die Messungen sich auf die 8 Stunden gleich verteilen müssen

## D - Grundlegende Informationen zur Original-PPR

### Zuordnungsregeln

#### **S2:**

Für die Zuordnung zur Pflegestufe S2 muss mindestens ein Einordnungsmerkmal aus S2 zutreffen

#### **S3:**

Eine Zuordnung zu S3 erfolgt, wenn mindestens ein Einordnungsmerkmal aus S3 zutrifft.

#### **S1:**

Treffen weder aus S2 noch aus S3 die Einordnungskriterien entsprechend der Zuordnungsregel zu, so ist der Patient in S1 einzustufen.

# E - Grundlegende Informationen zur Einstufung mit der PPR 2.0

## Entwurf: Handout zur Einstufung PPR 2.0

### Allgemeine Informationen

PPR-Gültigkeit täglich 06:00 – 22:00 Uhr  
 Die Einstufung der Patienten im A- und S-Bereich erfolgt einmal täglich zwischen 15:00 und 21:00 Uhr. Die Einstufung erfolgt zu einem hausintern festgelegten Zeitpunkt. Zum Zeitpunkt der Einstufung bereits entlassene Patienten werden nicht erfasst.

Allgemeine Pflege Erwachsene ab 18 Jahren				
Einordnungsmerkmale				
Leistungs- Leistungsstufen bereiche	A1 Grundleistungen	A2 Erweiterte Leistungen	A3 Besondere Leistungen	A4 Hochaufwendige Leistungen
<b>Körperpflege</b>	Alle Patienten, die nicht A2, A3 oder A4 zugeordnet werden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hilfe bei überwiegend selbständiger Körperpflege</li> <li>Patient bedarf der Unterstützung, um dann selbständig die Körperpflege durchführen zu können:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Körperpflegemittel vor-/nachbereiten</li> <li>Hilfe bei Teilkörperwäsche</li> <li>Übernahme wesentlicher Teile der Körperpflege (z.B. Haar-/Nagelpflege, Rasur, eincremen)</li> </ul> </li> <li>Patient kann überwiegend allein gelassen werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Überwiegende oder vollständige Übernahme der Körperpflege</li> <li>Patient kann keine oder nur wenige Handgriffe selbst durchführen</li> <li>Patient wird zur selbständigen Körperpflege trainiert:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Ganzkörperwäsche/Baden/Duschen durchführen</li> <li>Zur Körperpflege anleiten/überwachen</li> </ul> </li> <li>Ständige Anwesenheit einer Pflegeperson notwendig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Volle Übernahme der Körperpflege (5xtgl. davon mind. 1x Ganzkörperpflege)</li> <li>Therapeutische Ganzkörperpflege</li> <li>Ganzkörperpflege mit zwei Pflegepersonen (pflegefachlich begründet)</li> <li>Volle Übernahme der Körperpflege (2xtgl.)</li> </ul>
<b>Ernährung</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Nahrungsaufbereitung/Sondennahrung</li> <li>Patient ist in der Lage, nach individueller Vorbereitung der Mahlzeit, diese einzunehmen:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Mahlzeiten mundgerecht zubereiten (z.B. zerkleinern, Schnitten schmieren)</li> <li>Getränke mit Trinkhilfe</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hilfe bei der Nahrungsaufnahme/Sondennahrung</li> <li>Patienten sind ohne Hilfestellung während der Mahlzeiten nicht in der Lage, diese einzunehmen:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Nahrung und Getränke verabreichen</li> <li>Trink- und Esstraining</li> <li>Verabreichung der</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Volle Übernahme der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsverabreichung (mind. 4xtgl.)</li> <li>Ess- und Trinktraining (mind. 4xtgl.)</li> <li>Bolusapplikation von Sondennahrung und/oder Flüssigkeit (mind. 7xtgl.)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>bereitstellen</li> <li>Verabreichung von Sondennahrung (Schwerkraft oder mit Ernährungspumpe)</li> <li>Ständige Anwesenheit einer Pflegeperson ist nicht notwendig</li> </ul>	Sondennahrung (Bolusapplikation)	
<b>Ausscheidung</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Unterstützung zur kontrollierten Blasen-/Darmentleerung</li> <li>Patient kann Ausscheidung kontrollieren, aber nicht ohne Hilfe verrichten:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Ausscheidungsunterstützung mit z.B. Toilettstuhl, Steckbecken, Urinflasche</li> <li>Begleitung zur Toilette</li> </ul> </li> <li>Entleeren, Wechseln von Katheter- oder Stomabeutel</li> <li>Versorgung bei mehrmaligem Erbrechen (Patient/Umgebung)</li> <li>Aufwendiges Versorgen bei starkem Schwitzen (z.B. Wäschewechsel)</li> <li>Ständige Anwesenheit einer Pflegeperson ist nicht notwendig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Versorgung bei unkontrollierter Blasen-/Darmentleerung</li> <li>Patient kann Ausscheidung nicht kontrolliert verrichten (auch bei zeitweiser Inkontinenz/Diarrhoe):</li> <li>Versorgung mit Inkontinenzmaterial</li> <li>Enddarm digital reinigen</li> <li>Toilettentraining bei Inkontinenz</li> <li>Training von selbständiger Stomaversorgung</li> <li>Aufwendiges Versorgen bei starkem Schwitzen (z.B. Wäschewechsel) mindestens 3 x täglich</li> <li>Ständige Anwesenheit einer Pflegeperson ist notwendig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Volle Übernahme der Versorgung bei der Ausscheidung (mind. 4xtgl.)</li> <li>Kontinenztraining</li> <li>Versorgung bei der Ausscheidung mit zwei Pflegepersonen (pflegefachlich begründet)</li> </ul>
<b>Mobilisation und Positionswechsel</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Einfacher Positionswechsel und Mobilisation</li> <li>Patient benötigt Hilfe/Unterstützung bei Mobilisation/Positionswechsel</li> <li>Patient ist überwiegend in der Lage sich im Bett zu drehen, benötigt Unterstützung beim Aufstehen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Häufiger Positionswechsel und Mobilisation</li> <li>Patient ist immobil</li> <li>Patient ist überwiegend nicht in der Lage sich im Bett zu drehen/aufzustehen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Volle Übernahme Positionswechsel/Transfer/Mobilisation (mind. 12xtgl. davon max. 4x Mikrolagerung)</li> <li>Therapeutischer Positionswechsel/Transfer/Mobilisation mind. 6 x tgl.</li> <li>Positionswechsel/Transfer/Mobilisation mit zwei Pflegepersonen mind. 6xtgl. (pflegefachlich begründet)</li> <li>Suchen und/oder Rückbegleiten des Patienten auf die Station/in das Zimmer (mind. 4xtgl.)</li> </ul>

## E - Grundlegende Informationen zur Einstufung mit der PPR 2.0

<b>A1</b>	<p>Alle Patienten, die <b>nicht A2, A3</b> oder <b>A4</b> 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>
<b>A2</b>	<p>In mind. <b>zwei verschiedene Leistungsbereichen</b> muss <b>je ein Einordnungsmerkmal</b> aus <b>A2</b> 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>
<b>A3</b>	<p>In mind. <b>zwei verschiedenen Leistungsbereichen</b> muss <b>je ein Einordnungsmerkmal</b> aus <b>A3</b> zutreffen.</p> <p>Patienten benötigen die vollständige Übernahme der Pflege oder es wird eine aktivierende Pflege durchgeführt.</p>
<b>A4</b>	<p>Ein Patient muss einen <b>Barthel-Index zwischen 0 – 35 Punkten</b> aufweisen <b>und/oder</b> einen <b>Erweiterten Barthel-Index zwischen 0-15 Punkten</b> bzw. einen <b>MMSE zwischen 0-16 Punkten</b> (Anlage 1).</p> <p>Zusätzlich muss in mind. <b>2 verschiedenen Leistungsbereichen</b> je <b>ein Einordnungsmerkmal</b> aus <b>A4</b> (Anlage 2) zutreffen.</p>

<b>Spezielle Pflege Erwachsene ab 18 Jahren</b>																
<b>Einordnungsmerkmale</b>																
Leistungs- Leistungsstufen bereiche	<b>S1 Grundleistungen</b>	<b>S2 Erweiterte Leistungen</b>	<b>S3 Besondere Leistungen</b>	<b>S4 Hochaufwendige Leistungen</b>												
<p><b>Leistungen im Zusammenhang mit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Operationen</b></li> <li>- <b>Invasiven Maßnahmen</b></li> <li>- <b>Akuten Krankheitsphasen</b></li> </ul>	<p>Alle Patienten, die nicht S2, S3 oder S4 zugeordnet werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beobachten des Patienten und Kontrolle von mindestens 2 Parametern<sup>1</sup> 4 – 6 x in 8 Std., wobei eine gleichmäßige Verteilung nicht nötig ist (es können auch 8 Werte, z.B. in einer Std, erhoben werden) Die Parameter können zusammengezählt werden, aber es müssen mind. 2 Parameter sein und mind. 8 Messungen / Beobachtungen in 8 Std.</li> <li>o Beispiele: 1x Gewicht, 7 x Puls 3 x BZ, 1 x ZVD, 2 x Temp., 2 x Puls</li> </ul> <p>Hinweis zu <sup>1</sup>: Parameter können kombiniert zusammengezählt werden:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">o Vitalparameter (Blutdruck, Puls, Temperatur, Atemfrequenz, O2-Sättigung)</td> <td style="width: 33%;">o Ausscheidung (Urin, Stuhl, Erbrechen, Wundsekret, bzgl. Menge, Aussehen, Bilanz)</td> <td style="width: 33%;">o DMS: Durchblutung, Motorik, Neurologische Überwachung (Pupillen, Reflexe, Bewusstsein)</td> </tr> <tr> <td>o Schmerz</td> <td>o Blutzucker</td> <td>o Bewegungs-</td> </tr> <tr> <td>o Gewicht</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>o Umfangs-</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	o Vitalparameter (Blutdruck, Puls, Temperatur, Atemfrequenz, O2-Sättigung)	o Ausscheidung (Urin, Stuhl, Erbrechen, Wundsekret, bzgl. Menge, Aussehen, Bilanz)	o DMS: Durchblutung, Motorik, Neurologische Überwachung (Pupillen, Reflexe, Bewusstsein)	o Schmerz	o Blutzucker	o Bewegungs-	o Gewicht			o Umfangs-			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beobachten des Patienten und Kontrolle von mindestens 3 Parametern<sup>2</sup> über 12 Std., wobei eine gleichmäßige Verteilung nicht nötig ist (es können auch 18 Werte, z.B. in einer Std. erhoben werden). Die Parameter können zusammengezählt werden, aber es müssen mind. 3 Parameter sein und mind. 6 Messungen / Beobachtungen in 12 Std.</li> <li>o Beispiele: 3 x BZ, 1 x ZVD, 2 x Temp., 6 x RR, 6 x Puls</li> </ul>	<p>Es muss mindestens ein Einordnungsmerkmal aus zwei Leistungsbereichen der Leistungsstufe S3 zutreffen.</p>
o Vitalparameter (Blutdruck, Puls, Temperatur, Atemfrequenz, O2-Sättigung)	o Ausscheidung (Urin, Stuhl, Erbrechen, Wundsekret, bzgl. Menge, Aussehen, Bilanz)	o DMS: Durchblutung, Motorik, Neurologische Überwachung (Pupillen, Reflexe, Bewusstsein)														
o Schmerz	o Blutzucker	o Bewegungs-														
o Gewicht																
o Umfangs-																

E - Grundlegende Informationen zur Einstufung mit der PPR 2.0

		<p>messungen (Bauch, Extremitäten)</p> <p>protokoll</p>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufwendiges Versorgen von Zu-/Ableitungs-/Absaugsystemen bedingt durch den Patientenzustand, Lage, System und Häufigkeit: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Thorax-drainage</li> <li>o Spülkatheter</li> <li>o Liquor-ableitung</li> <li>o Absaugen (mehr als 3x tgl.)</li> <li>o Legen von Magen-sonde, Blasen-katheter (ED/DK)</li> <li>o ZVK, Hickmann-Katheter, Shaldon-Katheter</li> <li>o Wechsel des Behältnisses oder Ziehen von mind. zwei Drainagen</li> <li>o VAC-Pumpe</li> <li>o Tracheal-kanüle</li> <li>o Einlauf (aufwendiges Ablaufsystem)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Endotracheales Absaugen mehr als 4xtgl.</li> </ul>
<b>Leistungen im Zusammenhang mit medikamentöser Versorgung</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontinuierliche oder mehrfach wiederholte Infusionen/Transfusionen: <ul style="list-style-type: none"> <li>o 1000ml Infusionslösung während des Tagdienstes</li> <li>o Verabreichung von mind. 2 Kurz-Infusionen</li> <li>o Intravenöse Verabreichung von Zytostatika, wenn nicht fortlaufend beobachtet werden muss (trifft zu bei weniger</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontinuierliche oder mehrfach wiederholte Infusionen/Transfusionen: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Verabreichung von mind. 5 Kurz-Infusionen</li> <li>o Gaben von mind. 3 Transfusionen, Blutersatzprodukten</li> </ul> </li> <li>- Fortlaufende Beobachtung und Betreuung bei schwerwiegenden</li> </ul>

		<p>aggressiven Zytostatika mit Verabreichungsdauer unter 2 Std. einschl. Nachbeobachtung)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Gaben von Transfusionen, Blutersatzprodukten</li> <li>- Inhalation/Atemhilfe geben mind. 3x tgl.</li> </ul>	<p>Arzneimittelwirkungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trifft zu bei Arzneimittelgaben, die über einen Zeitraum von mehreren Stunden (mind. 2) einer Beobachtung/Betreuung bedürfen</li> <li>- Eine Einstufung erfolgt aufgrund einer schwerwiegenden Medikamentenwirkung, nicht aufgrund des Medikamentes selbst: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Intravenöse Verabreichung von Zytostatika, wenn die Verabreichung einschl. Nachbeobachtung den Zeitraum von 2 Std. überschreitet und in dieser Zeit eine engmaschige Beobachtung stattfinden muss</li> <li>o Intravenöse Insulingabe bei Blutzuckerkrisen</li> <li>o Verabreichung hochwirksamer Medikamente bei Herz-Kreislauf-Krisen</li> </ul> </li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufwendiger Verbandwechsel<sup>2</sup> (VW)</li> <li>- Behandlung großflächiger<sup>3</sup> oder tiefer<sup>4</sup> Wunden oder großer Hautareale<sup>5</sup></li> <li>- Einfacher Verbandwechsel mind. 2xtgl.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufwendiger Verbandwechsel<sup>2</sup> (VW) mehrmals tgl. (mind. 2x)</li> <li>- Behandlung großflächiger<sup>3</sup> oder tiefer<sup>4</sup> Wunden oder großer Hautareale<sup>5</sup> mehrmals tgl. (mind. 2x)</li> <li>- Einfacher VW mind. 3x tgl.</li> </ul>
<b>Leistungen im Zusammenhang mit Wund- und Hautbehandlung</b>		<p>Hinweis zu <sup>2</sup> Aufwendiger Verbandwechsel (VW):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Technisch schwieriger VW</li> <li>o Unruhiger oder wenig kooperativer Patient</li> <li>o Zwei Pflegekräfte erforderlich</li> <li>o Steriler VW, bei dem zusätzlich ein Medikament auf Anordnung appliziert wird (Auflagen, Salbe, Gaze, Spülen, Baden)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o z.B. septischer VW mit Wundreinigung, Verbände in Verbindung mit Spülungen/Drainagen, Gipsverband mit darunter liegenden Wunden</li> </ul>

## E - Grundlegende Informationen zur Einstufung mit der PPR 2.0

		<p>Hinweis zu <sup>3</sup> großflächige Wunden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mind. 4cm<sup>2</sup> große Wunde, z.B. Dekubitus, Verbrennung, Ulzerationen</li> <li>○ Großflächige Hauterkrankungen, die eine Hautbehandlung erfordern inkl. medizinische Bäder</li> </ul> <p>Hinweis zu <sup>4</sup> tiefe Wunden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit freiliegenden Gewebestrukturen, Muskeln, Sehnen, Knochen</li> </ul> <p>Hinweis zu <sup>5</sup> große Hautareale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Komplette Extremität</li> <li>○ Erhebliche Teile der vorderen oder hinteren Körperseite</li> </ul>	
--	--	--	--

<b>S1</b>	<p>Alle Patienten, die <b>nicht S2, S3 oder S4</b> zugeordnet werden.          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>
<b>S2</b>	<p>Es muss mindestens <b>ein Einordnungsmerkmal</b> aus <b>einem der Leistungsbereiche</b> der Leistungsstufe <b>S2</b> zutreffen.</p>
<b>S3</b>	<p>Es muss mindestens <b>ein Einordnungsmerkmal</b> aus <b>einem der Leistungsbereiche</b> der Leistungsstufe <b>S3</b> zutreffen.</p>
<b>S4</b>	<p>Es muss mindestens <b>ein Einordnungsmerkmal</b> aus <b>zwei Leistungsbereichen</b> der Leistungsstufe <b>S3</b> zutreffen.</p>