

Dr. Gerald Gaß

PPR 2.0: Ablösung für die Pflegepersonaluntergrenzen

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Deutsche Pflegerat und die vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di haben dem Bundesminister für Gesundheit das gemeinsam entwickelte und getestete Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument PPR 2.0 vorgestellt. Sie erwarten nun, dass der Bundesminister die gesetzlichen Regelungen zur Einführung der PPR 2.0 bei gleichzeitiger Abschaffung der Pflegepersonaluntergrenzen trifft.

Mit Beginn dieser Legislaturperiode ist die Pflege zu Recht ins Zentrum der Gesundheitspolitik gerückt. Infolge dieser Prioritätensetzung wurden weitreichende Veränderungen auch für die Pflege im Krankenhaus beschlossen. Stichworte sind die Herauslösung der Pflegepersonalkosten aus den DRG's, die Ankündigung der Politik „Jede zusätzliche Pflegekraft wird bezahlt“, aber auch die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen. Diese politischen Entscheidungen führen aktuell auf einem leergefegten Arbeitsmarkt zu chaotischen Entwicklungen, die weder im Interesse der Patienten noch der Beschäftigten in der Pflege sind. Es fehlt zurzeit an einem klaren ordnungspolitischen Rahmen, der zu einer effektiven und effizienten Verteilung knapper Pflegekräfte auf die Versorgungsangebote führt und gleichzeitig der Überregulierung durch starre Personaluntergrenzen Einhalt gebietet.

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung durch die Politik bietet jedoch grundsätzlich die Chance, eine deutlich bessere und am Bedarf der Patienten ausgerichtete Personalausstattung in den Krankenhäusern zu ermöglichen. Im Frühsommer hatten sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR) und die vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege verpflichtet, bis 31. Dezember 2019 einen Interims-Vorschlag für ein Personalbemessungsverfahren als Ordnungsrahmen zu entwickeln und dieses dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu präsentieren. Ziel der drei Partner ist eine am Patientenbedarf orientierte Personalausstattung und die gleichzeitige Abschaffung der Pflegepersonaluntergrenzen in ihrer jetzigen Form.¹⁾ Entscheidend ist dabei der Ganzhausansatz, der dem Krankenhausmanagement eine hohe Autonomie zur Allokation des Pflegepersonals gewährleistet. Auch der durch die Pflegepersonaluntergrenzen erfolgten Verschlechterung der Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal²⁾ kann so entgegengewirkt werden (► siehe Tabelle 1).

PPR 2.0

DKG, DPR und ver.di haben sich auf ein wissenschaftlich fundiertes Pflegepersonalbemessungsinstrument einigen können, das auf der alten Pflegepersonalregelung des Jahres 1993 (PPR (alt)) basiert und das den aktuellen Standards entsprechend pflegewissenschaftlich weiterentwickelt worden ist. Dies war in

der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit möglich, weil auf zahlreiche Vorarbeiten zurückgegriffen werden konnte. Die aktualisierte Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) dient als Interimslösung zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs für die unmittelbare Patientenversorgung auf allen bettenführenden somatischen Stationen für Erwachsene im gesamten Krankenhaus. Dem BMG wurde das Instrument termingerecht als fertig entwickelt gemeldet und am 13. Januar vorgestellt.

Weiterentwicklung der PPR (alt) zur PPR 2.0

Die nun präsentierte PPR 2.0 ermittelt den Pflegepersonalbedarf eines Krankenhauses für die unmittelbare Patientenversorgung auf allen bettenführenden somatischen Stationen des gesamten Krankenhauses. Dabei orientiert sich die PPR 2.0 an den Standards einer qualitativ hochwertigen Patientenversor-

Tabelle 1
Vorteile der PPR 2.0 gegenüber Pflegepersonaluntergrenzen

	PPUGV	PPR 2.0
Ziel	Ausschluss von Patientengefährdung	Gute Pflege orientiert am konkreten Bedarf der Patienten
Bürokratieaufwand	Hoch	Niedrig
Auswirkungen	Sanktionen bei Nichterfüllung sofort. Schließung von Betten	Stufenweiser Aufbau einer angemessenen Pflegepersonalausstattung über mehrere Jahre
Entscheidungsautonomie des Krankenhauses zur Personalallokation	Keine, wird extern schichtbezogen vorgegeben	Hoch, Ganzhausansatz; Orientierung der Allokation der Pflegenden am tatsächlichen Bedarf
Personalmix	Festgelegt	Verhandelbar
Arbeitsbedingungen Pflegepersonal/Attraktivität des Pflegeberufs	Vielfach verschlechtert: vermehrt Abrufe aus der Freizeit, dauerhaft sehr kurzfristige Dienstplanumgestaltungen Verbesserungen kaum wahrnehmbar, da Mindestniveausicherung	Verbessert: Stufenweiser Aufbau spürbar höherer Personalbestand, Ausfallkonzepte, Direktionsrecht der Pflegedienstleitung

gung. Wie die PPR (alt) teilt die PPR 2.0 den Patienten Minutenwerte für die Pflege zu. Dazu legt sie einen **Grundwert** fest, der jedem Patienten pro Belegungstag zugemessen wird. Er ist grundsätzlich für alle Patienten gleich und daher automatisch zuordenbar. Für Patienten, die einer Isolation bedürfen, wird ein erhöhter Grundwert berücksichtigt. Gegenüber der PPR (alt) wurden die Minutenwerte für den Grundwert in der PPR 2.0 leicht erhöht, um insbesondere den erhöhten Anforderungen an Qualitätssicherung, der Umsetzung neuer Pflegekonzepte und verpflichtenden Bildungsmaßnahmen Rechnung zu tragen.

Zudem wird jedem Patienten einmal pro Fall ein **Fallwert** zugeordnet, der ebenfalls für alle Patienten gleich ist und für alle Neuaufnahmen ins Krankenhaus anfällt. Auch der Fallwert wurde leicht erhöht, um zum Beispiel die gestiegenen Anforderungen im Rahmen der Umsetzung von Expertenstandards und Leitlinien der Fachgesellschaften sowie des Entlassmanagements gemäß Rahmenvertrag abzubilden. Mit Grundwert und Fallwert sind die Leistungen des Pflegedienstes ohne unmittelbaren Patientenbezug erfasst. Dokumentationsaufwand durch die Pflege entsteht hierfür nicht.

Prinzipiell beibehalten wurde für die PPR 2.0 auch die individuelle tägliche Einstufung der Patienten in Kategorien für die allgemeine und die spezielle Pflege. Unter **allgemeiner Pflege** werden dabei Pflegetätigkeiten verstanden, die sich mit Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegung und Lagerung, Kommunikation sowie Pflegeplanung und Dokumentation befassen. Hierfür werden vier Kategorien nach Aufwand unterschieden (A1 bis A4). Gegenüber der PPR (alt) wurden hier nun auch aktivierende Pflegekonzepte berücksichtigt und die Zeitwerte für Pflegeplanung und -dokumentation an den gestiegenen Umfang angepasst. Der künftig abgeschaffte, sehr dokumentationsaufwendige Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) wird in die Kategorie A4 überführt und die Leistungen aufwandsarm abgebildet. Die Zeitwerte für die einzelnen Kategorien wurden entsprechend neu berechnet.

Unter **spezieller Pflege** werden pflegerische Leistungen verstanden, die sich auf die Diagnostik, Therapie und die Unterstützung bei der Behandlung der Patienten beziehen. Hier werden beispielsweise Vitalzeichenkontrollen, Teilnahme an ärztlichen Visiten, Leistungen im Zusammenhang mit Eingriffen, Gewinnung von Untersuchungsmaterial, Medikamentengabe und die deutlich ausgeweiteten pflegetechnischen Leistungen erfasst. Die PPR 2.0 sieht hierfür auch vier – statt in der PPR (alt) drei – Kategorien vor. Auch hier wurden die Zeitwerte angepasst und für die Gruppe S4 neu definiert. In die Neudefinition der Kategorie S4 sind u. a. Anteile des PKMS eingeflossen. Schließlich wurden die Zeitwerte von täglich 14 zu täglich 16 Stunden überführt. Die PPR 2.0 erfasst damit die Zeit von 6:00 Uhr bis 22:00 Uhr.

Dokumentationsaufwand für die Pflege

Den drei Verhandlungspartnern war es ein besonderes Anliegen, den bürokratischen Aufwand bei der Anwendung der PPR

2.0 in den Kliniken gering zu halten. Der Dokumentationsaufwand für die Pflege ist überschaubar und deutlich geringer als für die Dokumentation der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen. Für Grund- und Fallwert fällt keine Dokumentation an, da diese beiden Werte allen Patienten automatisch zugeordnet werden. Für die Eingruppierung in die Kategorien der allgemeinen und der speziellen Pflege müssen nur diejenigen Patienten identifiziert und den Gruppen zugeordnet werden, für die der Pflegeaufwand über die Grundleistungen hinausgeht, d. h. A2 bis A4 und S2 bis S4. Alle Patienten, die von der Pflege nicht in die Gruppen A2 bis A4 eingeordnet werden, fallen automatisch in die Gruppe A1. Ebenso fallen alle Patienten, die nicht in die Gruppen S2 bis S4 eingeordnet werden, automatisch in die Gruppe S1. Für alle Patienten, die lediglich pflegerische Grundleistungen erhalten, fällt im Rahmen der PPR 2.0 also keine zusätzliche Dokumentation durch die Pflege an.

Mehrere hundert Krankenhäuser in Deutschland wenden die PPR (alt) bis heute zur internen Steuerung der Pflegepersonalressourcen an. Aus dieser laufenden Praxisanwendung wissen wir, dass die tägliche Einstufung der Patienten in hohem Maße aus den Routinedaten der Patientenakte abgeleitet werden kann und wird.

Pretest zur Machbarkeit

Die so entwickelte PPR 2.0 wurde vom 4. bis zum 25. November 2019 einem Machbarkeitstest in einer Gelegenheitsstichprobe von 44 Krankenhäusern unterzogen. Dabei hat jedes Krankenhaus die PPR 2.0 und zum Vergleich die PPR (alt) an sieben aufeinanderfolgenden Tagen kodiert. Spezielle Schulungen dazu wurden nicht durchgeführt. Das Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaft der Medizinischen Fakultät Halle konnte 31 347 Patiententage aus 206 Stationen und 25 Fachbereichen auswerten. Dabei ist zu beachten, dass die Studienpopulation zwar alle Trägerarten und große sowie kleine Krankenhäuser enthielt, dass sie aber nicht repräsentativ für die deutschen Krankenhäuser ausgewählt war. Insofern sind die Zahlen hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit mit einer gewissen Vorsicht zu interpretieren.

Insgesamt zeigte sich in den Rückmeldungen eine gute und anwenderfreundliche Machbarkeit der PPR 2.0. So fiel es 71 % der dokumentierenden Pflegenden leicht, die Patienten in die A-Kategorien einzuordnen. Bei den S-Kategorien mit der neuen Kategorie S4 fiel dieser Wert erwartungsgemäß etwas niedriger aus: 46 % der dokumentierenden Pflegenden fiel diese Einordnung leicht, 32,9 % nur zum Teil leicht. Die Korrelation der Einstufung derselben Patienten in die Gruppen ist zwischen der PPR (alt) und der PPR 2.0 sehr hoch: 64,8 % der Patienten (PPR 2.0) gegenüber 68,3 % der Patienten (PPR (alt)) wurden in die Einstufungskombinationen A1/S1, A1/S2, A2/S2 oder A3/S2 eingestuft. 1,4 % der Patienten gelangten in die neue Kategorie S4. Insgesamt fiel der Pflegezeitbedarf pro Patient und Tag mit der PPR 2.0 um ca. 8 % höher aus als mit der PPR (alt), wobei auf die Nicht-Repräsentativität der Stichprobe erneut hinzuweisen ist. Eine hohe Standardabweichung zeigte zudem,

dass große Unterschiede zwischen den Krankenhäusern und den einzelnen Stationen bestehen.

Gemeinsame Eckpunkte zur Umsetzung

Den drei Partnern ist klar, dass das Instrument PPR 2.0 nur dann zu einer Verbesserung der Situation der Pflege in den Krankenhäusern führen kann, wenn die Umsetzung zwar konsequent, aber auch unter Berücksichtigung der realen Bedingungen insbesondere am Arbeitsmarkt Pflege erfolgt. Daher haben DKG, DPR und ver.di dem BMG mit dem Instrument auch gemeinsam getragene Eckpunkte zur Umsetzung der PPR 2.0 übergeben, die ebenfalls in den Vorständen aller drei Organisationen beschlossen worden sind.³⁾ Es ist nun Sache des BMG, diese Rahmenbedingungen zu schaffen. Dafür sind gesetzliche Regelungen erforderlich, mit denen die Pflegepersonaluntergrenzen abgeschafft werden und die PPR 2.0 für alle Krankenhäuser verpflichtend eingeführt wird. Hierzu soll das BMG auf Vorschlag der Verbände analog zur Einführung der PPR (alt) eine Expertenkommission einberufen, die das BMG fachlich unterstützt. Die drei Partner setzen voraus, dass sie in dieser Expertenkommission vertreten sind.

Unabdingbare Grundvoraussetzung für die Einführung der PPR 2.0 ist die vollständige Refinanzierung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen auf der Grundlage der PPR 2.0. Die gesetzlichen Vorgaben zu Pflegepersonaluntergrenzen in § 137i SGB V sowie zum Pflegequotienten nach § 137j SGB V sollen mit Einführung des neuen Instruments wegfallen.

Die PPR 2.0 ist zukünftig die Grundlage für die Personalbemessung in den Pflegebudgetverhandlungen. Zusätzlich sind in der Budgetvereinbarung folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Ausfallzeiten (soweit nicht in der PPR 2.0 berücksichtigt) einschließlich Stellen für Ausfallkonzepte (zum Beispiel Pool), Maßstab für die Berechnung von Ausfallzeiten bilden grundsätzlich die Werte des Vorjahres.
- Nachtdienste
- Leitungskräfte (soweit nicht in der PPR 2.0 berücksichtigt)
- Praxisanleitung (soweit nicht über das Ausbildungsbudget finanziert)
- organisatorische, strukturelle und versorgungsspezifische Besonderheiten

Nach Einschätzung von DKG, DPR und ver.di liegt der über die PPR 2.0 ermittelte Mehrbedarf an Pflegepersonal in den Krankenhäusern gegenüber der heutigen Pflegepersonalausstattung bei einer Größenordnung von mindestens 40 000 Vollzeitkräften. Allen Beteiligten ist bewusst, dass dieser Mehrbedarf nicht in kurzer Zeit zu decken ist. Hierzu ist ein mehrjähriger stufenweiser Aufbau erforderlich. Dabei sollen sich die Stufen an ambitionierten, aber auch realisierbaren Werten orientieren und die Erfahrungen aus der PPR 2.0 und deren Umsetzung berücksichtigen.

Um dies zu erreichen, sind gemeinsame Anstrengungen im Sinne der Konzertierte Aktion Pflege notwendig: eine Erhöhung der Ausbildungszahlen, die stärkere Bindung der Mitar-

beiter an das Krankenhaus, die Rückgewinnung abgewanderter Pflegekräfte und eine Erhöhung der Stundenzahl von Teilzeitkräften. All dies setzt aber die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege im Krankenhaus voraus. Dem dient zum Beispiel die Etablierung von Ausfallkonzepten mit dem Ziel, die im Dienstplan vorgesehene Besetzung verlässlich einzuhalten und das Abrufen aus der Freizeit möglichst zu vermeiden.

Auch im Nachtdienst soll eine bedarfsgerechte Patientenversorgung sichergestellt werden. Die PPR 2.0 ist in ihrer bisherigen Fassung kein Instrument für den Nachtdienst. Die Besetzung im Nachtdienst soll daher zunächst normativ geregelt werden. Dazu wird eine personelle Regelbesetzung für die Nachtdienste von grundsätzlich mindestens zwei Pflegepersonen, davon mindestens eine Pflegefachkraft, festgelegt. Folgende Staffellung für die Besetzung der Stationen/der Arbeitsbereiche wird dabei für alle über die PPR 2.0 geregelten Bereiche vorgesehen:

- 21 bis 40 Patienten zu mindestens einer Pflegefachkraft und einer Pflegehilfskraft; Ziel bei stufenweiser Umsetzung: zu zwei Pflegefachkräften
- 41 bis 50 Patienten zu mindestens zwei Pflegefachkräften; Ziel bei stufenweiser Umsetzung: zu zwei Pflegefachkräften und einer Pflegehilfskraft

Für Stationen bis zu 20 Patienten kann nach unten abgewichen werden (eine Pflegefachkraft); dabei muss eine Unterstützung in schwierigen Situationen und für Pausen vorgesehen werden. Mit diesen Regelungen sollen für die Pflegenden sichtbar verbesserte Strukturen geschaffen werden, die das Signal setzen: Die Arbeitsbedingungen werden besser, Pflege wird anerkannt und wertgeschätzt. Die Pflegeberufe werden wieder attraktiver. Das BMG hat für seine Bewertung der PPR 2.0 und der Eckpunkte zur Umsetzung vier Wochen Zeit veranschlagt. Insofern ist eine Äußerung Mitte Februar 2020 zu erwarten.

Weiteres Vorgehen

Der nächste Schritt zur Weiterentwicklung der PPR 2.0 ist eine Ausweitung des Instruments auf Intensivstationen und Kinderkliniken/Kinderstationen. Dabei muss überlegt werden, ob die Erfassung des Pflegepersonalbedarfs dieser besonderen Bereiche in der Systematik der PPR 2.0 oder in einer anderen, speziellen Systematik erfolgen kann. Entwicklungsansätze hierzu gibt es bereits.

Parallel dazu kann das BMG die Entwicklung eines endgültigen Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstruments (PPBI) auf wissenschaftlicher Basis beauftragen. Erfahrungsgemäß dauert die Entwicklung eines solchen Instruments von Grund auf mindestens drei bis fünf Jahre. Bis dahin kann das Interimsinstrument bereits angewendet werden, um die Pflege im Krankenhaus zu stärken. Die PPR 2.0 ist sofort einsetzbar, verzögernd wirken hier nur die zu treffenden gesetzlichen Regelungen. Eine Einführung der PPR 2.0 und die Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen zum 1. Januar 2021 ist möglich. Dabei wird es zunächst Aufgabe der Kliniken sein, durch die flächendeckende Einstufung der Patienten den Personalbedarf hausspezifisch zu ermitteln.



Fazit

Gute Pflege braucht einen Ordnungsrahmen, der sich am konkreten Pflegebedarf der Patienten orientiert und damit die Voraussetzungen für attraktive Arbeitsbedingungen schafft. Mit der PPR 2.0 haben die Partner DPR, ver.di & DKG entsprechend ihrer Selbstverpflichtung in der KAP eine Interimslösung zur Einführung der Pflegepersonalbemessung gemeinsam entwickelt und einem umfangreichen Pretest erfolgreich unterzogen. Damit liegt jetzt ein unmittelbar einsatzfähiges Instrument zur Messung des Pflegepersonalbedarfs vor, das dem Bundesgesundheitsministerium am 13. Januar 2020 präsentiert wurde. Das BMG ist nun aufgefordert, rasch die zur Einführung der PPR 2.0 notwendigen gesetzlichen Regelungen vorzugeben.

Der Ganzhaus-Ansatz, der hinter der PPR 2.0 steht, überträgt die Zuständigkeit und Verantwortung für den konkreten Personaleinsatz wieder auf die Kliniken und überwindet den Regulierungswahnsinn der Pflegepersonaluntergrenzen.

Die PPR 2.0 ist kein abschließendes Instrument. Parallel dazu kann das BMG die wissenschaftliche Entwicklung eines endgültigen Instruments zur Messung des Pflegepersonalbedarfs in Krankenhäusern auf den Weg bringen. Gegebenenfalls kann ein endgültiges Instrument aber auch eine gezielte Weiterentwicklung der PPR 2.0 sein. Diese Option sollte offen gehalten werden.

Flankiert werden muss dies durch weitere Maßnahmen aus der Konzentrierten Aktion Pflege, um die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern, damit sich mehr Menschen für die Arbeit in einem Pflegeberuf entscheiden.

Anmerkungen

- 1) Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - PpUGV), Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019 Teil I Nr. 37, ausgegeben zu Bonn am 31. Oktober 2019
- 2) Deutsches Krankenhaus Institut, Krankenhaus Barometer, Umfrage 2019, Kapitel 2 „Pflegepersonaluntergrenzen“, https://www.dki.de/sites/default/files/2019-12/2019_Bericht%20KH%20Barometer_final.pdf 17. Januar 2020
- 3) Eckpunkte zur Umsetzung der PPR 2.0, https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5_Personal_und_Weiterbildung/Eckpunkte_zur_Umsetzung_PPR_2.0.pdf 20. Januar 2020

Anschrift des Verfassers

Dr. Gerald Gaß, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), Wegelystraße 3, 10623 Berlin ■

**Redaktionstelefon:
030 20847294-1/-2**

Fax: 030 20847294-9



Die Vielfalt der Pflegebranche

Die PFLEGE PLUS 2020 ist mit rund 200 Ausstellern und dem begleitenden Fachkongress die wichtigste Branchenveranstaltung für Management und Fachpersonal in Süddeutschland.

Erleben Sie Innovationen, Trends und neue Lösungsansätze, profitieren Sie vom Austausch mit anderen Experten und sammeln Sie gleichzeitig wichtige Fortbildungspunkte.

Hauswirtschaft im Fokus

Pflege und Hauswirtschaft gehören zusammen. Bei den zahlreichen Ausstellern, im Forum und im begleitenden Fachkongress der PFLEGE PLUS erhalten Sie umfangreiche Informationen zu beiden Themengebieten.

www.pflegeplus-messe.de #pflegeplus20

26. – 28. MAI 2020
MESSE STUTTGART