

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege-
und Hebammenwesen



P R E S S E K O N F E R E N Z

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Deutscher Pflegerat (DPR) und ver.di

DKG, Deutscher Pflegerat und ver.di stellen Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument vor

Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz

Raum 1-2, Schiffbauerdamm 40, 10117 Berlin

14. Januar 2020

Ihre Gesprächspartner sind:

Dr. Gerald Gaß, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

Franz Wagner, Präsident des Deutschen Pflegerats (DPR)

Sylvia Bühler, Mitglied im ver.di-Bundesvorstand

Joachim Odenbach, Leiter der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der DKG

Pressemitteilung

DKG, DPR und ver.di verständigen sich auf Pflegepersonalbedarfs- bemessungsinstrument

Neue Vorgaben sollen bedarfsgerechte Pflege sichern

Berlin, 14. Januar 2020 – Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR) und die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) haben heute in einer gemeinsamen Pressekonferenz ein Instrument zur verbindlichen Bemessung des notwendigen Pflegepersonalbedarfs und der Pflegepersonalausstattung der Öffentlichkeit präsentiert. Bereits am gestrigen Montag hatten die beteiligten Verbände das sogenannte Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) fristgemäß vorgestellt. Im Rahmen der „Konzertierten Aktion Pflege“ der Bundesregierung haben sich DPR, ver.di und DKG selbst verpflichtet, ein Instrument zur Bemessung des Personalbedarfs im Krankenhaus als Interimslösung zu erarbeiten. Es ermittelt den Pflegepersonalbedarf eines Krankenhauses für die unmittelbare Patientenversorgung auf allen bettenführenden Stationen und definiert die notwendige Pflegepersonalausstattung für die Stationen des gesamten Krankenhauses. Das Instrument orientiert sich an den Standards einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung. Zusammen mit Eckpunkten zur Umsetzung, die ebenfalls vereinbart wurden, gewährleistet es eine hohe Patientensicherheit und Entlastung für das Pflegepersonal. Das BMG hatte in der „Konzertierten Aktion Pflege“ die Prüfung des Instruments zugesagt und die drei Beteiligten erwarten eine zeitnahe gesetzgeberische Umsetzung.

Im Detail stellt das neue Pflegepersonalbemessungsinstrument PPR 2.0 eine grundlegend überarbeitete und modernisierte Pflege-Personalregelung (PPR) dar, die in ihrer ursprünglichen Form immer noch von vielen Krankenhäusern zur Kalkulation der vorhandenen Pflegepersonalkosten angewendet wird. So wurden nunmehr die der Bemessung zugrundeliegenden Leistungen und Zeitwerte an die aktuellen Anforderungen einer guten pflegerischen Versor-

gung (z.B. Umsetzung von Expertenstandards und Leitlinien) angepasst. In diesem Zusammenhang erfolgte auch eine fachlich-inhaltliche Bewertung der Leistungsinhalte der allgemeinen und speziellen Pflege. Es ist zudem gelungen, den Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) in das Pflegepersonalbemessungsinstrument zu überführen. In einem Pretest mit 44 Krankenhäusern zeigte sich, dass das Pflegepersonalbemessungsinstrument gut anwendbar ist und die Zeitwerte und Einstufungskriterien plausibel erscheinen.

„Mit der PPR 2.0 ist es uns gelungen, ein unbürokratisches Personalbedarfsbemessungsinstrument vorzulegen, das eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung der Patienten im Krankenhaus abbildet“, erklärte DKG-Präsident Dr. Gerald Gaß. Die drei Partner sind sich einig, dass nach Einführung des Personalbedarfsbemessungsinstruments auf die gesetzlichen Pflegepersonaluntergrenzen und ihre Ausweitung verzichtet werden sollte, da jetzt ein weitaus bedarfsgerechteres Verfahren zur Sicherung der Pflegequalität zur Verfügung steht.

„Das wirksamste Mittel gegen den Fachkräftemangel ist eine Personalausstattung, die eine gute Pflege ermöglicht und die Beschäftigten vor Überarbeitung schützt. Die professionell Pflegenden dürfen die zügige Einführung der PPR 2.0 erwarten“, sagte Sylvia Bühler, Mitglied des ver.di-Bundesvorstandes. „ver.di war es in den Verhandlungen wichtig, dass auch Regelungen für die Nachtschichten und die Verteilung der Pflegestellen im Krankenhaus getroffen werden müssen. Außerdem müssen Personalausfallkonzepte Beschäftigte vor Überlastung schützen.“

Franz Wagner, Präsident des Deutschen Pflegerats (DPR), erklärte: „Ein Instrument zur Bestimmung einer angemessenen Personalausstattung ist überfällig. Seine konsequente Umsetzung ist auch ein Beitrag zur Beendigung der Personalkrise in der Pflege im Krankenhaus. Wir müssen zeitnah spürbare Verbesserungen für die Pflegefachpersonen vor Ort erreichen.“

Pressekontakt:

Deutsche Krankenhausgesellschaft
Joachim Odenbach, Telefon 030/39801-1020

Deutscher Pflegerat
Dr. Ute Haas, Telefon 0157/88989290

ver.di
Richard Rother, Telefon 030/ 6956-1013

Zahlen und Daten zur PPR 2.0

Personal (Stand 2017)

328.000 Vollkräfte im Pflegedienst

davon 46.000 Vollkräfte in der Psychiatrie

ca. 200.000 Vollkräfte werden von der PPR 2.0 erfasst

Mittel- bis langfristiger Mehrbedarf bei einer 100-Prozent-Erreichung 40.000 bis 80.000 Vollkräfte

Daten des Pretests

- 44 teilnehmende Krankenhäuser
- 206 eindeutig zuordenbare Stationen, für die Daten eingegeben wurden
- 25 eindeutig zuordenbare Fachbereiche, für die Daten eingegeben wurden
- 36.679 eingegebene Einschätzungen (Patiententage)

Der Pflegezeitbedarf pro Patient und Tag fällt mit der PPR 2.0 um 8,1 Prozent höher aus als mit der alten PPR.

Kurzdarstellung des Pflegepersonalbedarfsbemessungs- instruments PPR 2.0

Die aktualisierte Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) dient als Interimsinstrument zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs für die unmittelbare Patientenversorgung auf allen bettenführenden somatischen Stationen für Erwachsene im gesamten Krankenhaus. Sie basiert auf der bisherigen Pflege-Personalregelung (PPR), die heutzutage immer noch von vielen Krankenhäusern angewendet wird.

Die Überarbeitung und Modernisierung der Pflege-Personalregelung (PPR) hin zur PPR 2.0 erfolgte in einem mehrstufigen Prozess. Im Fokus standen die Aktualisierung der Grund- und Fallwerte sowie die fachlich-inhaltliche Bewertung der Leistungsinhalte der allgemeinen und speziellen Pflege (A- und S-Bereich).

Es erfolgt eine tägliche Einstufung der Patienten in 4 Leistungsstufen der allgemeinen Pflege (A1 Grundleistungen bis A4 hochaufwändige Leistungen) sowie in 4 Leistungsstufen der speziellen Pflege (S1 bis S4). Jeder A- und S-Leistungsstufe sind entsprechende Minutenwerte zugeordnet. Zudem gibt es für jeden Patienten einen Grundwert pro Tag und einen einheitlichen Fallwert.

Die allgemeine Pflege umfasst dabei die Leistungsbereiche der Körperpflege, Ernährung, Ausscheidungen und Mobilisation. Die spezielle Pflege hingegen berücksichtigt Leistungen im Zusammenhang mit operativen und invasiven Maßnahmen, medikamentöser Versorgung sowie Wund- und Hautbehandlung. Der Grundwert beinhaltet Leistungen ohne direkten Bezug zum einzelnen Patienten (z. B. Leitungsaufgaben, pflege- bzw. behandlungsbezogene Besprechungen oder Ablauforganisation). Der Fallwert berücksichtigt u. a. Tätigkeiten im Zusammenhang mit Aufnahmen von außen, Verlegungen und Entlassungen sowie der Umsetzung von Expertenstandards und Leitlinien.

Die Einstufung eines Patienten in der allgemeinen und speziellen Pflege plus Grundwert und Fallwert ergeben einen entsprechenden Zeitwert, der den individuellen Pflege(personal)bedarf für den Patienten abbildet. Der für alle Patienten eines Krankenhauses aggregierte Zeitwert stellt damit den Gesamtpflegepersonalbedarf für die unmittelbare Patientenversorgung auf allen bettenführenden somatischen Stationen für Erwachsene für die bedarfsgerechte pflegerische Versorgung dar.

Bei der Entwicklung der PPR 2.0 wurden insbesondere folgende aktuelle Entwicklungen in der pflegerischen Versorgung berücksichtigt:

Grundwert:

- Insbesondere Berücksichtigung der erhöhten Anforderungen an Qualitätssicherung, Umsetzung neuer Pflegekonzepte, Pflichtweiterbildung

Fallwert:

- Umsetzung Expertenstandards und Leitlinien der Fachgesellschaften
- Umsetzung Entlassmanagement gem. Rahmenvertrag Entlassmanagement, § 39 1a SGB V

A-Bereich, u. a.:

- Ablösung PKMS bei Erhalt der PPR A4
- Berücksichtigung aktivierender Pflegekonzepte
- Anpassung Zeitwerte für Pflegeplanung und -dokumentation an gestiegenen Umfang

S-Bereich, u. a.:

- Aktualisierung insbesondere der „Pflegetechnischen Leistungen“ (Delegation ärztlicher Tätigkeiten)
- Neue PPR S4 unter Berücksichtigung der Pflegeintervention „Spezielle Pflege“ aus PKMS

Darüber hinaus wurden die hinterlegten Zeitwerte überprüft und von dem bisherigen Zeitintervall von 14 Stunden (6:00 – 20:00 Uhr) in ein 16 stündiges Zeitintervall (6:00 – 22:00 Uhr) überführt.

Eckpunkte zur Umsetzung der PPR 2.0

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. Um sie erfolgreich und nachhaltig in den Alltag der Krankenhäuser zu implementieren und eine bedarfsgerechte Patientenversorgung zu gewährleisten, sind die folgenden Eckpunkte zur Umsetzung zu berücksichtigen. Dabei bleiben die bestehenden Arbeitsrechtsregelungen zur Mitbestimmung und Mitwirkung der betrieblichen Interessenvertretung, insbesondere kirchliche Arbeitsrechtsregelungen, und zunächst die bisher getroffenen Vereinbarungen auf Basis des KHEntgG, insbesondere die Vereinbarungen zum Pflegebudget, unberührt. Sofern Tarifverträge oder schuldrechtliche Vereinbarungen für die Beschäftigten günstigere Regeln enthalten, werden sie für ihren Geltungsbereich berücksichtigt.¹

Unabdingbare Grundvoraussetzung für die nachfolgenden Punkte 1 bis 7 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 erübrigen sich mit Einführung des neuen verbindlichen Instruments.

1. Pflegebudget und Stellenplan - Jahreszeitraum

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 (z. B. 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

¹ Werden im Folgenden Personen in der weiblichen/männlichen Form genannt, ist auch stets die jeweils männliche/weibliche oder diverse Form gemeint.

Die im Budget vorgesehenen Personalstellen werden einmal jährlich auf die Stationen/Arbeitsbereiche in einem Stellenplan² verteilt. Außerdem wird der Stellenplan für das Ausfallkonzept (z.B. Pool) eingerichtet. Die grundlegenden Regeln für die Verteilung der Pflegestellen werden nach Inkrafttreten der PPR 2.0 zwischen der Krankenhausleitung und der betrieblichen Interessenvertretung unter Beachtung der organisatorischen, strukturellen und versorgungsspezifischen Besonderheiten vereinbart (siehe Präambel). Die Letztentscheidung für den Stellenplan² liegt bei der Krankenhausleitung/Geschäftsführung.

2. Grundsätze der Dienstplangestaltung (Dienstplanzeitraum)

Im Dienstplan einer Station/eines Arbeitsbereichs wird so viel Personal vorgesehen, wie anhand des gemessenen Pflegepersonalbedarfs nach PPR 2.0 des entsprechenden Vergleichszeitraums im Vorjahr benötigt wird. Erwartete oder bekannte Veränderungen gegenüber dem Vergleichszeitraum fließen ebenfalls ein, soweit sie abschätzbar sind. Darüber hinaus sind die Vorgaben zur Nachtdienstbesetzung zu beachten.

Die ausgewiesene Leitung der/des Station/Arbeitsbereichs plant die Schichtbesetzung unter Beachtung der bedarfsgerechten Versorgung der Patienten sowie der Erhaltung der Gesundheit der Mitarbeiter und vorzusehender Pausenzeiten weit genug im Voraus, um dem Personal Planungssicherheit zu geben und Überlastung zu vermeiden. Bei absehbar drohender Unterschreitung der Regelbesetzung sind Maßnahmen zu deren Ausgleich zu veranlassen. Die Letztverantwortung für den Dienstplan liegt bei der Pflegedirektion/Pflegedienstleitung.

3. Ausfallkonzept

Ziel des Ausfallkonzepts ist es, die im Dienstplan vorgesehene Besetzung verlässlich einzuhalten. Zum Ausgleich kurzfristiger Personalausfälle sind geeignete Ausfallkonzepte vorzuhalten. Die betrieblichen Interessensvertretungen sind auf Basis der geltenden Rechtsvorschriften zu beteiligen.

Das Ausfallkonzept muss

- regeln, wann es aufgrund von Überlastung anzuwenden ist,
- dem Arbeits- und Gesundheitsschutz Rechnung tragen, indem Überlastung in kurzer Frist beseitigt wird,
- so viel Personal vorsehen, dass die im Krankenhaus gemessenen durchschnittlichen Ausfallzeiten kompensiert werden,
- geeignet sein, kurzfristige Dienstplanänderungen zu vermeiden,
- Ausgleich der Arbeit unter Überlastung regeln.

² oder vergleichbare Stellenübersicht

4. Personalausstattung für alle bettenführenden Stationen/Arbeitsbereiche im Nachtdienst

Auch im Nachtdienst ist eine bedarfsgerechte Patientenversorgung sicherzustellen. Sowohl die (alte) PPR als auch die PPR 2.0 sind keine Instrumente für den Nachtdienst. Die Besetzung im Nachtdienst soll daher weiterhin normativ geregelt werden.

Es wird eine personelle Regelbesetzung für die Nachtdienste von grundsätzlich mindestens zwei Pflegepersonen, davon mindestens eine Pflegefachkraft, festgelegt.

Folgende Staffelung für die Besetzung der Stationen/der Arbeitsbereiche wird dabei für alle über die PPR 2.0 geregelten Bereiche vorgesehen:

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

Für kleinere Stationen kann nach unten abgewichen werden (eine Pflegefachkraft); dabei muss eine Unterstützung in schwierigen Situationen und für Pausen vorgesehen werden. Für besonders pflegeaufwändige Bereiche sind darüber hinausgehende Besetzungen zu definieren.

5. Transparenz

Die Krankenhäuser dokumentieren die Sollbesetzung (VK) laut Dienstplan und die Ist-Besetzung jede/s Station/ Arbeitsbereichs (VK) für jeden Dienstplanzeitraum (i.d.R. monatlich). Die betriebliche Interessenvertretung erhält Zugang zu diesen Daten. Der Soll/Ist-Vergleich auf der Fachabteilungsebene wird jährlich im Intranet des Krankenhauses veröffentlicht.

6. Übergangsregelungen

Zur vollständigen Umsetzung der PPR 2.0 werden flankierende Maßnahmen umgesetzt:

- Erhöhung der Zahl der Ausbildungsplätze in der Pflege
- zusätzliche Gewinnung von aus dem Beruf Ausgeschiedenen und verstärkte Anstrengungen zur Bindung von Pflegekräften
- Erhöhung der Stunden von Teilzeitbeschäftigten in der Pflege
- zusätzliche Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- weitere Maßnahmen im Sinne der Konzertierte Aktion Pflege

Mit Inkrafttreten der PPR 2.0 wird ein Umsetzungsgrad krankenhausindividuell festgestellt und es beginnt der Pflegepersonalaufbau in jedem Krankenhaus.

Der Umsetzungsgrad der sich aus der PPR 2.0 ergebenden Personalausstattung wird vom Inkrafttreten der PPR 2.0 an stufenweise erhöht. Dabei sollen sich die Stufen an ambitionierten, aber auch realisierbaren Werten orientieren und die Erfahrungen aus der PPR 2.0 und deren Umsetzung berücksichtigen. Zwei Jahre nach Inkraftsetzung der PPR 2.0 und erfolgter Evaluation werden die weiteren Schritte und Fristen zur Erreichung eines Umsetzungsgrades von 100 Prozent festgelegt. Bis zu diesem Zeitpunkt erfolgt eine jährliche Zusammenführung zur Ermittlung eines bundesdurchschnittlichen Umsetzungsgrades durch ein wissenschaftliches Institut.

7. Intensivmedizin / Pädiatrie

Für die Pflegepersonalbemessung der Intensivmedizin und der Pädiatrie soll in einem weiteren Schritt möglichst zeitnah ein Instrument entwickelt und umgesetzt werden. Dabei werden bestehende Vorgaben, Empfehlungen und Instrumente berücksichtigt.



Entwicklung der PPR 2.0

Professor Dr. Patrick Jahn

Institut für Gesundheitswissenschaften | Abteilung Pflegewissenschaft
Universitätsmedizin Tübingen

Wissenschaftl. Leiter Fachkommission DRG | Deutscher Pflegerat

Konzertierte Aktion Pflege

Ergebnis



1.2 Grundlagen der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern weiterentwickeln

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

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

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html>

Konzertierte Aktion Pflege

Ergebnis



1.2 Grundlagen der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern weiterentwickeln

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

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

PPR 2.0

PPBI

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html>

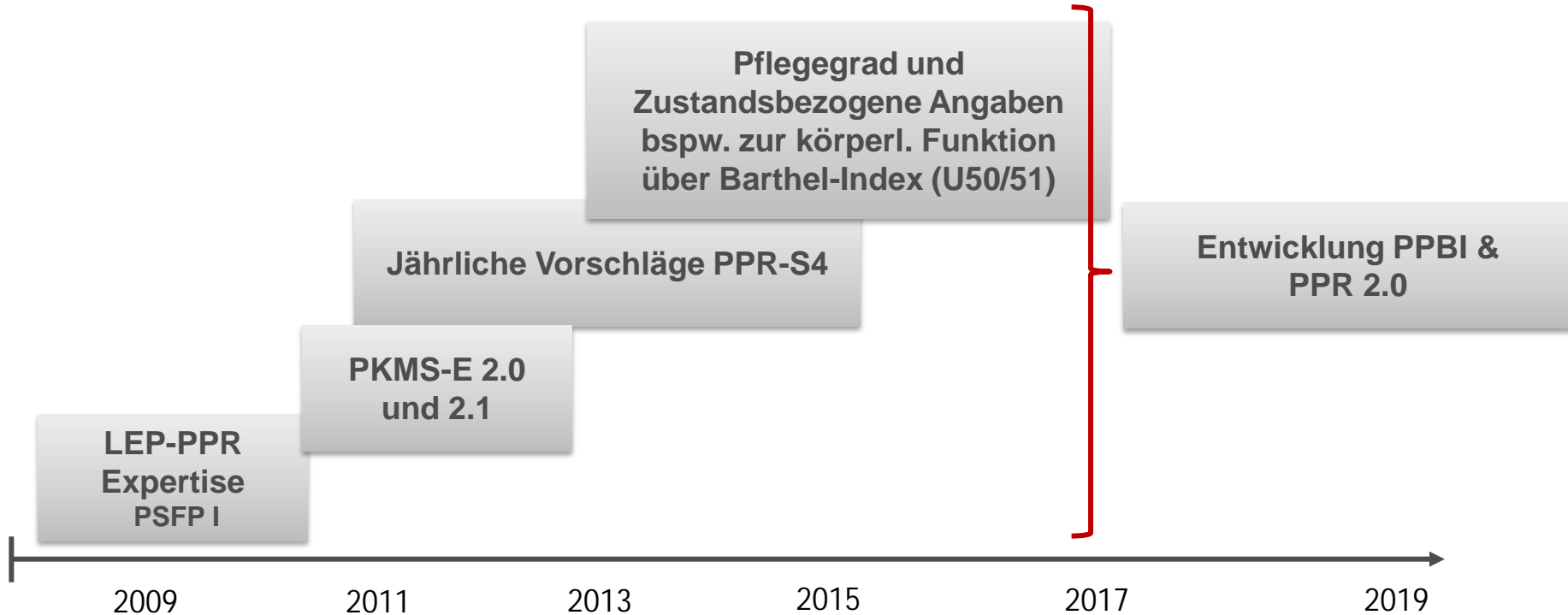
Eckpunktepapier



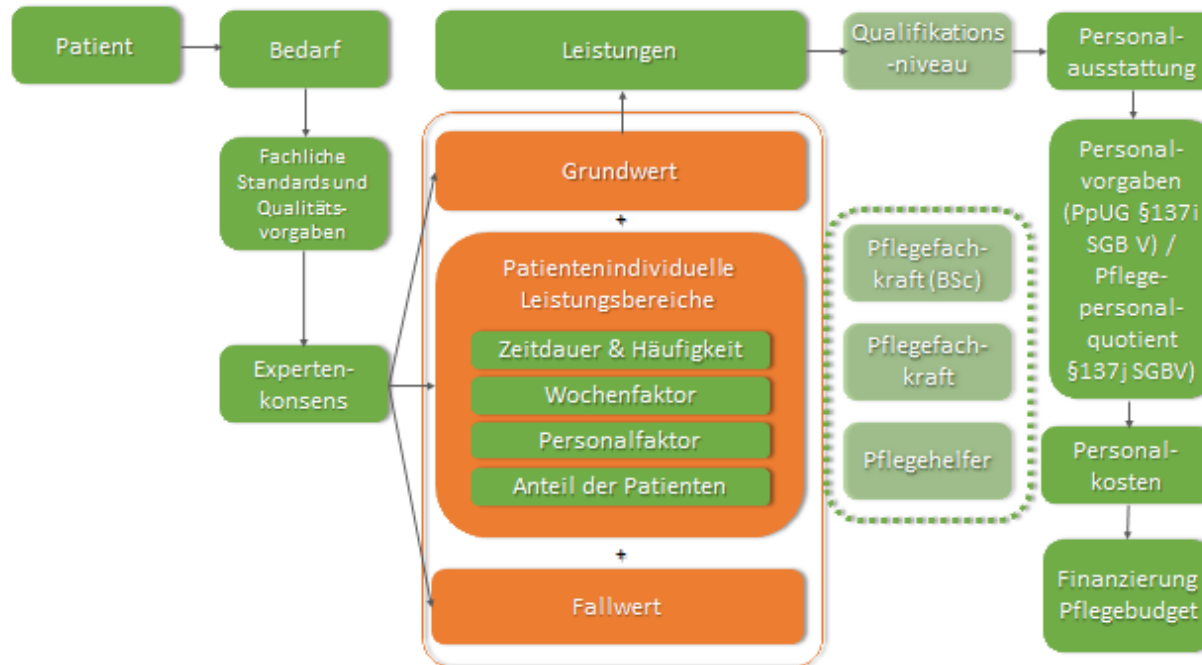
**Eckpunkte für ein
Gemeinsames Konzept
für eine bedarfsgerechte Pflegepersonalausstattung
im gesamten Krankenhaus auf allen bettenführenden Staf**

https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2019/2019-08-13_Gemeinsames_Konzept_PPBI.pdf

Vorarbeiten & DPR-Expertise



Konzeption PPR 2.0



Konzeption PPR 2.0

Grundwert: Insbesondere Berücksichtigung der erhöhten Anforderungen an Qualitätssicherung, Umsetzung neuer Pflegekonzepte und Pflichtweiterbildung

Fallwert: Umsetzung Expertenstandards, Leitlinien der Fachgesellschaften sowie Umsetzung Entlassmanagement gem. Rahmenvertrag §39 1a SGB V

Überprüfung der Zeitwerte und Überführung bisherigen Zeitintervall von 14 Stunden (6:00 – 20:00 Uhr) in ein 16 stündiges Zeitintervall (6:00 – 22:00 Uhr)

Konzeption PPR 2.0

A-Bereich: u.a. Ablösung PKMS bei Erhalt der PPR A4 und Berücksichtigung aktivierender Pflegekonzepte, sowie Anpassung der Zeitwerte für Pflegeplanung und -dokumentation an gestiegenen Umfang

S-Bereich: u.a. Aktualisierung insbesondere der „Pflegetechnischen Leistungen“ (Delegation ärztlicher Tätigkeiten) und neue PPR S4 unter Berücksichtigung der Pflegeintervention „Spezielle Pflege“ aus PKMS

- Pretest → Abschluss Dez. 2019 (n=44 KH)

1. Entwicklung der PPR 2.0 aus der PPR (alt)

Bisherige PPR:

Grundwert:

- Leistungen des Pflegedienstes ohne unmittelbaren Patientenbezug
- 30 Minuten je Tag und je Patient

Fallwert:

- Für jede Krankenhausaufnahme von außen (1x pro Aufenthalt)
- Fallwert von 70 Minuten

Allgemeine Pflege

A 1
A 2
A 3
A 4

Spezielle Pflege

S 1
S 2
S 3

Tägliche Minutenwerte
nach Tätigkeitsprofilen

PPR 2.0: Grundwert- Anpassung

Bei Isolations-
maßnahmen
Erhöhung + 90'

Leistungen	Minuten je Patient und Tag
Leistungen im Zusammenhang mit pflege- und behandlungsbezogenen Besprechungen <ul style="list-style-type: none"> - Dienstübergaben - Einarbeiten neuer Mitarbeiter, einschließlich Anleiten und Unterweisen - Teilnahme an innerbetrieblichen, stationsbezogenen Gesprächen zur Betreuung und Unterstützung der Pflegenden (z.B. Supervision) - stationsbezogene Qualitätssicherung - Pflegevisiten - Teamsitzungen im Zusammenhang z.B. mit Erfüllung Mindestanforderungen OPS-Komplexziffern 	12,9 14,9
Leistungen im Zusammenhang mit Leitungsaufgaben <ul style="list-style-type: none"> - Personaleinsatzplanung - Mitarbeiterbesprechungen und Einzelgespräche - Teilnahme an stationsübergreifenden Dienstbesprechungen - Kontrollaufgaben im Rahmen der internen Budgetierung 	3,6
Leistungen im Zusammenhang mit der Ablauforganisation <ul style="list-style-type: none"> - Disposition von Arzneimitteln und Materialien, sowie Anforderung von Leistungen außerhalb von Diagnostik und Therapie - Verwaltungsaufgaben - nicht planbare Hol- und Bringendienste - Hygiene-, Sicherheits- und Umweltschutzmaßnahmen 	10,5
Innerbetriebliche Fortbildung <ul style="list-style-type: none"> - Pflichtweiterbildungen 	3,0 4,0
Summe	30 33

PPR 2.0: Fallwert- Anpassung

Tätigkeiten	Fallwert in Minuten je Aufnahme
<p>Tätigkeiten im Zusammenhang mit Aufnahmen von außen, Verlegungen, Entlassungen und Versorgung Verstorbener, insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abholen von Patienten von der Notaufnahme zur Aufnahme in die Pflegeeinheit - Empfang und Einweisen von Patienten und Angehörigen - Durchführen erster Pflegemaßnahmen einschließlich Pflegeanamnese und Einleiten diagnostischer Maßnahmen - Zusammenstellen der erforderlichen Verlegungs- oder Entlassungsunterlagen einschließlich des Übergabereports der Pflege - Abschluss- und Informationsgespräch mit Patienten und Angehörigen sowie Unterstützen bei der Entlassung und Nachbereiten des Zimmers - Versorgung Verstorbener und Gespräch mit den Angehörigen 	
<p>Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Umsetzung Expertenstandards und Leitlinien der Fachgesellschaften</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kriterien geleitetes initiales Assessment - Individueller Maßnahmenplan unter Beteiligung Patient/Angehörige und beteiligte Berufsgruppen - Evaluation der Maßnahmen <p>Tätigkeiten im Zusammenhang mit Umsetzung Entlassmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Initiales Assessment (Entlassmanagement gemäß Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) - Zusammenstellen der erforderlichen Verlegungs- oder Entlassungsunterlagen einschließlich des Übergabereports der Pflege (ohne umfassendes Entlassmanagement im Rahmen eines differenzierten Assessments) 	
Summe	70 75

Dokumentationsaufwand

	Einstufung	Dokumentation
Grundwert	automatisch	keine
Fallwert	automatisch	keine
A 1	automatisch	keine
A 2	1 x tägl.	1 x tägl.
A 3	1 x tägl.	1 x tägl.
A 4	1 x tägl.	1 x tägl.
S 1	automatisch	keine
S 2	1 x tägl.	1 x tägl.
S 3	1 x tägl.	1 x tägl.
S 4	1 x tägl.	1 x tägl.

Grundwert und Fallwert erhalten alle Patienten automatisch.
Wer nicht in A 2-4 ist, wird automatisch der A1 zugeordnet.
Wer nicht in S 2-4 ist, wird automatisch der S 1 zugeordnet.

2. Pretest der PPR 2.0 (Machbarkeit)

- Feedback der Teilnehmer zur Machbarkeit
- Handhabbarkeit, Umsetzbarkeit und Verhältnis zur PPR (alt)

Rahmendaten zur Pretest-Erhebung

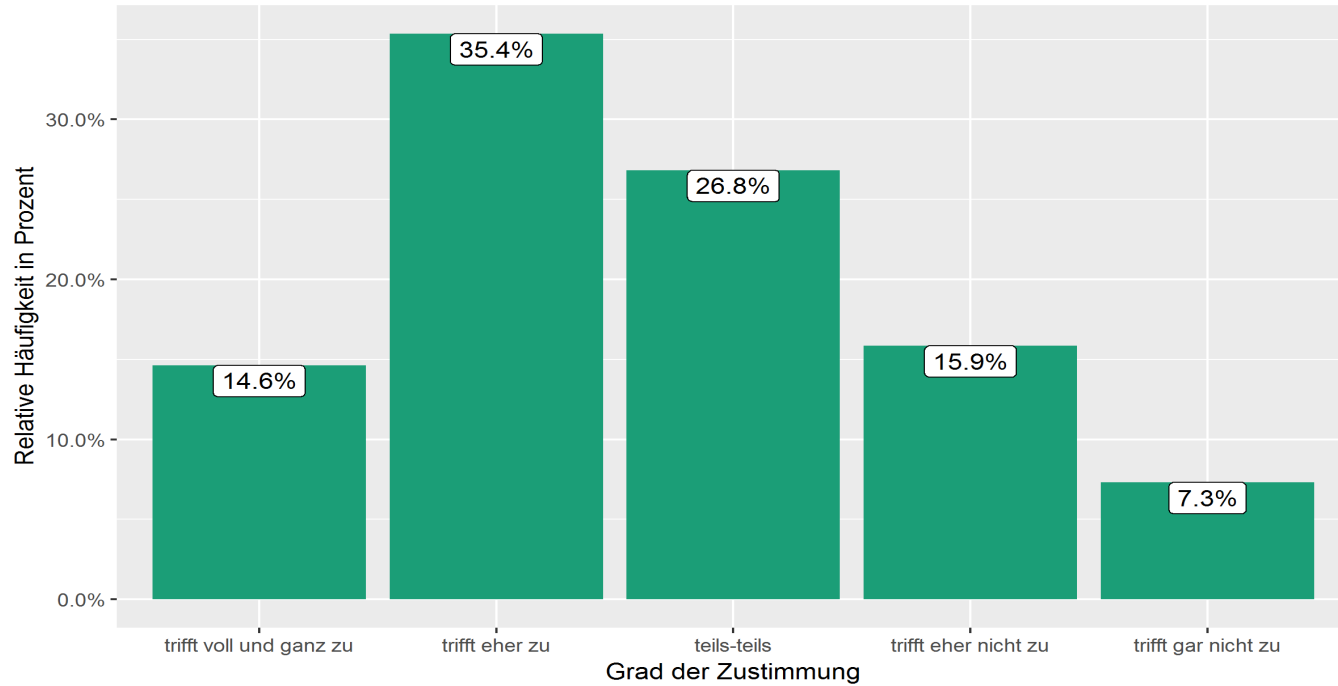
- Zeitrahmen der Dateneingabe: von 4.11.2019 bis einschließlich 25.11.2019
- Zeitliche Vorgaben an die teilnehmenden Krankenhäuser: es sollten Daten/Einschätzungen über einen zusammenhängenden Zeitraum von 7 Tagen eingegeben werden
- Krankenhäuser, die sich für eine Teilnahme interessierten: n=50
- Krankenhäuser, die teilnahmen: n=44
- eindeutig zuordenbare Stationen, für die Daten eingegeben wurden: n=206
- eindeutig zuordenbare Fachbereiche, für die Daten eingegeben wurden: n=25
- Anzahl eingegebener Einschätzungen (Patiententage): n=36.679
 - davon eindeutig zuzuordnen: n=31.347

Übersicht und Deskription

	Einschätzung liegt vor	Einschätzung liegt nicht vor
PKMS-Allgemeine Pflege	3.131	28.216
PKMS-Spezielle Pflege	436	30.911
Pflegegrade	6.200	25.147
Barthel-Index	13.420	17.927
e-Barthel oder MMSE	8.716	22.631
Einzelbetreuung	127	31.220
Isolation	1.434	29.913

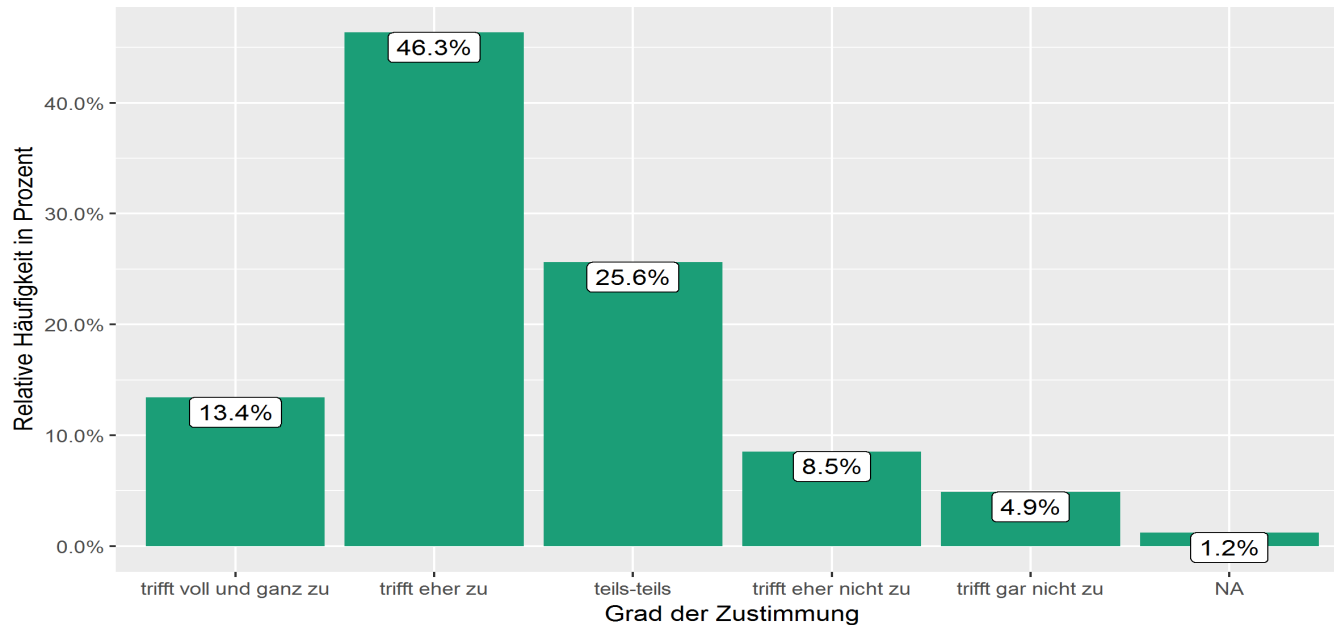
Pretest

Die Einschätzungskriterien sind eindeutig formuliert. (n=90)



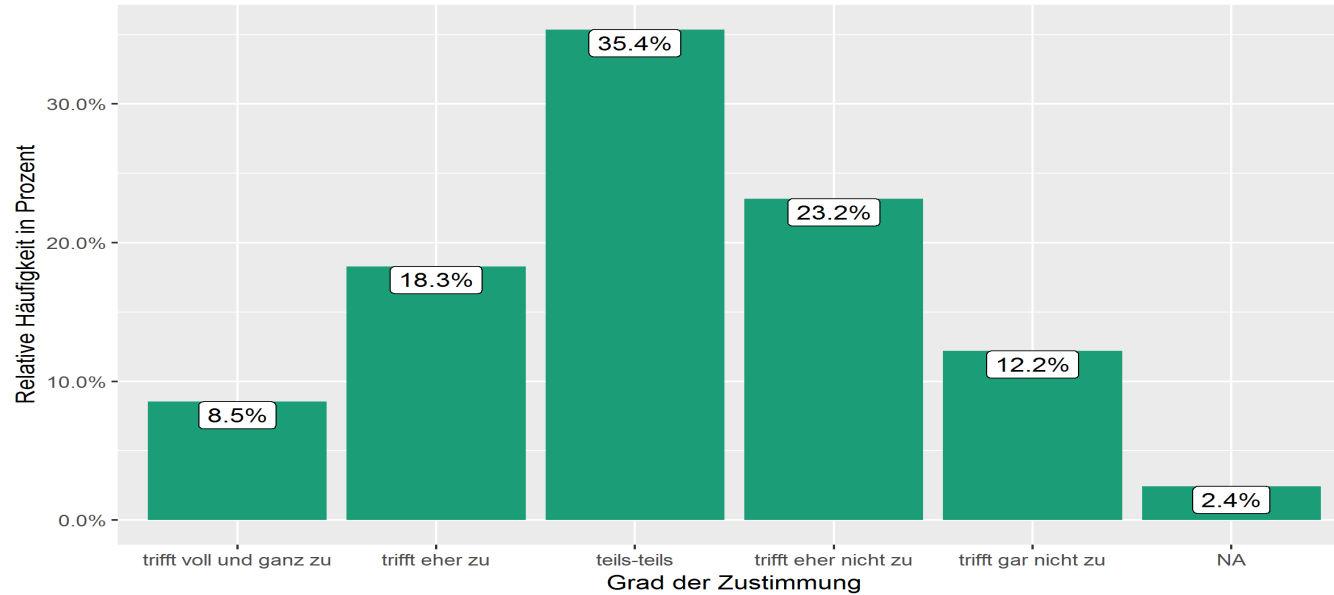
Pretest

Das „Handout“ zur PPR 2.0-Einstufung war mir eine große Hilfe bei der Durchrührung der Einstufung. (n=90)



Pretest

Die PPR 2.0 ist zeitsparend zu erfassen. (m=90)



Pretest: Einstufung der Patienten nach PPR / PPR 2.0

	PPR %	PPR 2.0 %
A1/S1	15,0	16,2
A1/S2	17,1	17,0
A1/S3	3,5	3,9
A1/S4	-	0,1
A2/S1	7,8	8,7
A2/S2	23,5	21,4
A2/S3	7,9	7,3
A2/S4	-	0,5
A3/S1	3,2	3,7
A3/S2	12,7	10,2
A3/S3	4,9	3,6
A3/S4	-	0,5
A4/S1	0,7	0,8
A4/S2	2,5	4,1
A4/S3	1,2	1,6
A4/S4	-	0,3

68,3% (PPR) vs.
64,8% (PPR 2.0)
der Patienten
in Einstufungen

- A1/S1,
- A1/S2,
- A2/S2 und
- A3/S2;

1,4% in S4 (neu)

Übereinstimmung alte PPR und PPR 2.0 – Allgemeine Pflege

PPR 2.0	A1	A2	A3	A4
PPR				
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

Übereinstimmung alte PPR und PPR 2.0 – Spezielle Pflege

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

Pretest: Differenz der Zeiten in Minuten pro Patient und Tag

	Differenz in Prozent (der Zeit)	Mittelwert der Differenz in Minuten	Standardabweichung Differenz in Minuten
Gegenüberstellung alte PPR mit PPR 2.0	8,1%	13,4	19,8

- Der Pflegezeitbedarf pro Patient und Tag fällt mit der PPR 2.0 um 8,1% höher aus als mit der alten PPR.
- Die hohe Standardabweichung zeigt, dass große Unterschiede zwischen Krankenhäusern und zwischen Stationen bestehen.

Kontakt: patrick.jahn@med.uni-tuebingen.de