

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0036(3)
gel. VB zur öAnh am 10.10.2018 -
PpSG
1.10.2018



Stellungnahme zum Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz mit dem Fokus auf:

Pflegebudgetvereinbarung
Pflegeerlöskatalog
Pflegebedarfsmessung
Pflegepersonalquotient UND einem
Konzept zur Pflegepersonalbedarfsmessung

Vorstand & Beiräten der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. (Hrsg.)

Erste Vorsitzende Andrea Albrecht
Zweite Vorsitzende Dr. Pia Wieteck
Stellvertretender Vorsitzender Peter Miller
Stellvertretender Vorsitzender Andreas Braselmann

07.09.2018

Fachgesellschaft - Profession Pflege e.V.
c/o Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 59
10117 Berlin
VR 34794

Vorsitzende:
Andrea Albrecht

Bankverbindung:
Berliner Bank
Kto.-Nr.: 06 21 45 80 0
BLZ: 100 708 48
IBAN:
DE04 10 07 08 48 00 62 14 58 00

Steuer-Nr.:
27/653/57832

von 21

Inhalt

1	EINLEITENDE ÜBERLEGUNGEN	3
1.1	Vereinbarung eines Pflegebudgets (§6 a)	3
1.2	Pflegeerlöskatalog – Pflegelastkatalog	4
1.3	Pflegeentgeltwert, Pflegeerlös	7
1.4	Pflegepersonalquotienten, Verordnungsermächtigung (§137i)	8
1.5	Pflegepersonaluntergrenze (§137i (2))	8
1.6	Zusammenfassung	9
2	PFLEGEPERSONALBEDARFSERMITTLUNG BASIEREND AUF DEM PFLEGEERLÖSKATALOG DES INEK	9
2.1	Pflegepersonalbemessung basierend auf dem Pflegeerlöskatalog des InEK	10
2.2	Konzeptüberlegungen zum Ausbau der Pflegeindikatoren im G-DRG-System	12
2.2.1	Pflegepersonalbemessungsmodell Bereich A) Patientenzustand	12
2.2.2	Pflegepersonalbemessungsmodell Bereiche B) Spezielle Pflegeleistungen in Fachbereichen und C) Spezielle Pflegeleistungen auf Normalstation	13
2.2.3	Pflegepersonalbemessungsmodell Bereich D) Standardpflegeleistungen	13
2.3	Zusammenfassung	15
3	EMPFEHLUNGEN FÜR DEN GESETZENTWURF PPSG	16
4	STELLUNGNAHME ZUR EINFÜHRUNG EINER MODIFIZIERTEN PPR/LEP	18
4.1	PPR und PpSG	18
4.2	Das Instrument PPR	19
5	LITERATUR	20

1 Einleitende Überlegungen

Das am 1. August 2018 im Kabinett beschlossene Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wird neue Herausforderungen an die Kliniken stellen, die Eckpunkte im Überblick:

1.1 Vereinbarung eines Pflegebudgets (§6 a)

Die Finanzierung des Pflegepersonals wird aus der DRG-Vergütung (Pflegepersonalkostenanteile) herausgelöst und auf ein zwischen den Vertragsparteien zu vereinbarendes Pflegebudget umgestellt. Das Krankenhausindividuelle Pflegebudget basiert entgegen der bisherigen Prämisse „gleiches Geld für gleiche Leistung“ auf den IST-Kosten der abrechenbaren Pflegepersonalkosten des Hauses. Das Pflegestellenänderungsprogramm geht in diesem Budget auf.

Bei Umsetzung des Gesetzentwurfs (PpSG) wird es zu deutlichen Verschiebungen der krankenhausernen Budgets kommen. Vereinfacht lässt sich dieses wie in Abbildung 1 darstellen.

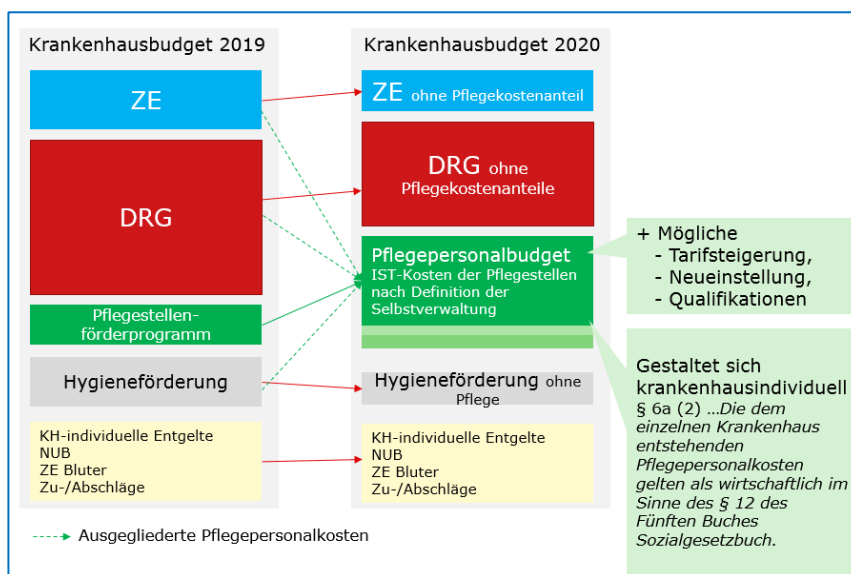


Abbildung 1: Verschiebungen der krankenhausernen Budgets in Anlehnung an Reinhard Schaffert (2018)

Dies bedeutet, dass alle Kliniken, welche im Vergleich einen hohen Pflegepersonalstand haben (also bisher alle im G-DRG-System ausgewiesenen Pflegepersonalkostenanteile auch für Pflegepersonal eingesetzt haben), von dieser Umstellung profitieren werden. Allerdings werden diejenigen Kliniken verlieren, welche bisher für die Pflegepersonalstellen weniger Geld ausgegeben haben als die InEK-Kalkulation vorgesehen hat. Werden die Zahlen zugrunde gelegt, welche auf dem 17. Nationalen DRG-Forum Mitte März in Berlin geäußert wurden, werden für die Pflegepersonalstellen ca. 15 Milliarden Euro aus dem DRG-Topf finanziert. Der SPD-Bundestagsabgeordneten Sabine Dittmar zufolge seien aber 18 Milliarden Euro in der DRG-Kalkulation vorgesehen (Balling, 2018). Unter Voraussetzung der Korrektheit der Zahlen würden den Kliniken mit der Umstellung etwa 3 Milliarden Euro fehlen. Es stellt sich die Frage, welche Strategien in Kliniken entwickeln werden, um die zu erwartenden Defizite zu kompensieren und welche Auswirkungen diese auf die Versorgungsqualität haben könnten. Es steht die Sorge im Raum, welche Auswirkungen die Finanzierungslücke von durchschnittlich 1,5 Millionen Euro Differenz pro Klinik haben könnte.

Im aktuellen Gesetzentwurf von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn wird definiert, dass zusätzlich aufgebaute Pflegepersonalstellen ab 2018 bis 2020 voll finanziert werden sollen und in die erstmals 2020 zu verhandelnden Pflegebudgets einfließen. Hier ist auch keine Obergrenze festgelegt. Die Vorgaben lassen sich auf eine einfache Formel reduzieren: „Je mehr Pflegepersonen in einer Klinik arbeiten, desto mehr Geld wird es für das Pflegepersonalbudget geben“. Ab 2020 wird die Förderung jeder neuen Pflegepersonalstelle im Rahmen der Pflegebudgets verhandelt (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 42 und 43) und löst die Vorgabe „jede zusätzliche Pflegepersonalstelle wird voll finanziert“ ab.

Zu diesem Moment sollte ein Pflegepersonalbemessungssystem greifen und/oder der Pflegeerlöskatalog differenzierte Aussagen über die unterschiedliche Fallschwere in den Kliniken und deren Leistungsgeschehen bieten, um steigende Pflegepersonalquoten künftig auch verhandeln zu können und einen erneuten Abbau der Personalstellen zu verhindern.

Sollte das Gesetz so in Kraft treten, werden Pflegepersonen begehrte Mitarbeiter in Kliniken und ein Preiswettbewerb um Pflegepersonen wird beginnen. Auch ist nicht absehbar, wie stark durch den Preiswettbewerb im Krankenhaus eine Sogwirkung entsteht, welche aus der ambulanten und stationären Altenpflege Mitarbeiter abzieht. **Neben diesen zu erwartenden Effekten ist mit Substitution von Aufgaben von anderen Berufsgruppen (Stationsssekretärinnen, Servicekräfte, Reinigungspersonen, Patientenfahrdienste, Ärzte, andere Therapeuten) zu rechnen, um in den jeweiligen Bereichen entsprechend einsparen zu können.**

Die Forderung der Pflegeverbände, ein Pflegepersonalbemessungsinstrument zu etablieren, ist in jedem Fall zielführend. Wie sonst sollte Pflegebudgetminderungen bei den Verhandlungen vorgebeugt werden, wenn die 100 %ige Förderung neuer Pflegepersonalstellungen wieder ausgesetzt wird.

Fazit:

- Pflegebudgetverhandlungen ohne konkrete Zahlen, Daten und Fakten über Fallschwere und pflegerisches Leistungsgeschehen in der Pflege werden dazu führen, dass schrittweise Pflegebudgets gekürzt werden. Hier kann bereits auf Erfahrungen von Budgetverhandlungen nach dem Selbstkostendeckungsprinzip im Zeitraum 1972 bis 1993 zurückgegriffen werden.
- Eine Pflegepersonalbemessung ist sinnvollerweise auf dem Pflegeerlöskatalog mit pflegerelevanten Indikatoren innerhalb des G-DRG-Systems zu etablieren. Dieser Weg ist innerhalb des PpSG vorstellbar und alle erforderlichen Strukturen zur Weiterentwicklung des Pflegeerlöskataloges zur bedarfsgerechten Abbildung des Pflegeaufwandes sind realistisch.
- Die Etablierung einer Pflegepersonalbemessung außerhalb des G-DRG-Systems neben dem Pflegeerlöskatalog ist im PpSG nicht vorgesehen.
- Dringend ist auch die Ausstattung mit einer Pflegedienstleitung, Personen, welche im Bereich der Pflegeentwicklung oder Pflegepersonalentwicklung tätig sind oder im Bereich des Hygienemanagements auszuweisen. Ohne eine Regulierung ist zu befürchten, dass in diesen Bereichen abgebaut und eingespart wird. Denn das zu verhandelnde Pflegebudget bezieht sich in Verbindung mit dem Pflegeerlöswert ausschließlich auf die Kostenaufwände am Bett.

1.2 Pflegeerlöskatalog – Pflegelastkatalog

Das InEK hat vor kurzem einen Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegelastkatalog) veröffentlicht (InEK - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, 2018). Im PpSG wird hier von einem „Pflegeerlöskatalog“ gesprochen. Für 2019 ist eine aktualisierte Fassung der bisherigen Veröffentlichung geplant. Beide Begriffe sind als Synonyme zu verstehen und es ist erfreulich, dass die Anregungen zur Begriffsänderung im Gesetz aufgenommen wurden.

Der Pflegeerlöskatalog/-lastkatalog weist tagesbezogene pflegerische Bewertungsrelationen pro DRG und ZE aus. Im Folgenden wird die im InEK-Katalog ausgewiesene tagesbezogene Bewertungsrelation als „Pflegelast-Wert“ bezeichnet. Der **Pflegelast-Wert** wurde ausgehend von den Pflegekosten der jeweiligen DRG und den Verweildauern ermittelt und beschreibt ein tagesbezogenes Relativgewicht, differenziert nach dem kalkulierten Ressourcenverbrauch auf Normalstation und Intensivstation mit Differenzierungen bei Kindern.

DRG	Parti-tion	DRG in Anlage 3a FPV	Bezeichnung	Bewertungs-relation/Tag Normalstation	Bewertungs-relation/Tag Intensivstation	Bewertungs-relation/Tag Normalstation Kinder	Bewertungs-relation/Tag Intensivstation Kinder
1	2	3	4	5	6	7	8
K60C	M		Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 17 Jahre oder ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder schwerste Ernährungsstörungen oder äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag	0,0317	0,1161		
K60D	M		Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose oder Koma, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	0,0479	0,1187		
K60E	M		Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag	0,0220	0,1104		
K60F	M		Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose	0,0234	0,1013		

Tabelle 1: Auszug aus dem Pflegelastkatalog des InEK 2018

Abzugrenzen ist der „Pflegelast-Wert“ vom „individuellen Pflegebedarf“ eines Patienten. Während der individuelle Pflegebedarf die benötigten Pflegemaßnahmen und davon ableitbaren Personalressourcen beschreibt¹, bildet der Pflegelast-Wert im Katalog des InEK die durchschnittlich eingesetzten Pflegepersonalressourcen der Kalkulationshäuser innerhalb einer G-DRG als Bewertungsrelation ab. Dabei wurden die Pflegepersonalressourcen als Kostensatz durch die PPR-Daten gewichtet und den G-DRGs zugeordnet. Darüber hinaus wurden die Bewertungsrelationen durch spezifische pflegerelevante Indikatoren (siehe Tabelle 4 OPS-Schlüssel mit pflegerischen Inhalten) beeinflusst. Durch die differenzierte Pflegepersonalkostenzuweisung über die PPR und pflegerelevante Indikatoren wird der unterschiedliche pflegerische Ressourcenaufwand dargestellt und stellt somit eine Annäherung an den unterschiedlichen, pauschalierten Pflegebedarf der Patientengruppen innerhalb einer G-DRG dar.

An dieser Stelle sei erwähnt, dass auch der Einsatz einer PPR mit den hinterlegten normativen Minutenwerten, welche zur Pflegepersonalbedarfsermittlung genutzt werden könnten, nur eine grobe Annäherung an den tatsächlichen Pflegebedarf darstellen kann, denn das Instrument blendet aktuell zahlreiche Leistungsbereiche der Pflege aus. Bisher wurden die PPR-Minutenwerte und der ermittelte Pflegepersonalbedarf immer mit verhandelten Abschlägen realisiert. Die Kalkulationsgrundlagen der PPR basieren auf Annahmen von benötigter Pflegezeit für abstrakt definierte Pflege-Leistungen sowie durchschnittlicher angenommener Wochen-, Personal- und Häufigkeitsfaktoren (Fachgesellschaft Profession Pflege, 2018).

Eine Modifizierung der PPR hat im Jahr 2010 stattgefunden und wird wie bereits aufgezeigt in der G-DRG-Kalkulation zur Gewichtung der vorhandenen Pflegepersonalressourcen genutzt (Wieteck, 2011). Ein Einsatz der PPR als Pflegepersonalbemessungsinstrument außerhalb des G-DRG-Systems würde einen kompletten Umbau und eine deutliche Ausdifferenzierung der PPR erfordern, um akzeptable Ergebnisse zu liefern, welche ebenfalls nur eine Annäherung an den individuellen Pflegebedarf darstellen würden (Gratias, 2014).

Zur Entwicklung des Pflegelast-Kataloges und der Darstellung der pflegerischen Bewertungsrelationen wurden die Pflegepersonalkosten aus der Kalkulationsmatrix herausgerechnet, welche mit einem Kreuz in der nachfolgenden Tabelle gekennzeichnet sind. Die Darstellung zeigt, welche Elemente der Kostenkalkulationsmatrix betroffen sind. Offen bleibt, wie künftig die Pflegepersonalkosten z. B. des Pflegemanagements, QMB Pflege, Hygienefachkraft usw. Berücksichtigung im zu vereinbarenden Pflegebudget finden. Diese Pflegepersonalkosten befinden sich in der Kostenkalkulationsmatrix im Bereich „Infrastruktur“ wieder. Auch die Pflegepersonalkosten zur Unterstützung in den Funktionsbereichen wie OPS, Anästhesie usw. finden im aktuell veröffentlichten Pflegelastkatalog keine Berücksichtigung.

¹ Der **individuelle Pflegebedarf** eines Patienten wird durch die Umsetzung eines pflegediagnostischen Prozesses und einer Maßnahmenplanung sichtbar und beschreibt auf Basis der Pflegebedürftigkeit und vorhandenen Ressourcen des Patienten sowie der Umweltbedingungen und Pflegeziele erforderliche Pflegemaßnahmen.

	Personalkosten			Sachkosten						Infrastruktur	
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8
1 Normalstation											
2 Intensivstation											
3 Dialyse											
4 OP-Bereich											
5 Anästhesie											
6 Kardiologie											
7 Kreißsaal											
8 Endoskopie											
9 Radiologie											
10 Laboratorien											
11 Diagnostische Bereiche											
12 Therapeutische Verfahren											
13 Patientenaufnahme											

Tabelle 2 Kostenmatrix des InEK (InEK - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, 2018)

Der „Pflegelast-Wert“ wird ausgehend von den gewichteten Pflegekosten der jeweiligen DRG und den Verweildauern ermittelt und beschreibt ein tagesbezogenes Relativgewicht, differenziert nach dem kalkulierten pflegerischen Ressourcenverbrauch auf Normalstation bzw. Intensivstation inklusive einer Differenzierung bei Kindern.

Im PpSG wird der Pflegeerlöskatalog ggf. in etwas abgewandelter und aktualisierter Version zur Pflegekostenvergütung im Rahmen der Krankenhausabrechnung vorgesehen und könnte künftig in den Pflegebudgetverhandlungen ab 2020 eine Rolle spielen. Ebenso ist der Pflegeerlöskatalog Grundlage zur Bildung des Pflegepersonalquotienten.

Rechenweg zur Ermittlung des fallbezogenen Pflegelast-Wertes am Beispiel:

Herr Meier mit einer chronisch obstruktiven Atemwegserkrankung war 2 Tage auf der Intensivstation und 11 Tage auf Normalstation. Der DRG (E65B) würde für die Normalstation ein Relativgewicht pro Tag von 0,0259 und für die Intensivstation von 0,1094 zugewiesen werden. Werden die Werte für den Aufenthalt entsprechend mit den Verweildauern in den beiden Bereichen multipliziert, ergibt sich der „Pflegelast-Wert“ ($2 \times 0,1094 + 11 \times 0,0259$) von 0,5037. Da es sich bei dem Patienten um einen an Demenz erkrankten Patienten handelt, wird der OPS 9-200.01 (PKMS) verschlüsselt. Dem ZE² 130.01 wurde ein fallbezogenes Relativgewicht von 0,3425 zugewiesen. Dieses wird zur Berechnung der fallbezogenen Pflegelast addiert, woraus sich ein Pflegelast-Wert von 0,8462 für den Patienten ergibt.

Exemplarische Berechnungen einer Universitätsklinik des **durchschnittlichen Pflegelast-Wertes** verschiedener Facheinheiten einer Klinik zeigen, dass die durchschnittlichen „Pflegelast-Werte“ **ohne** die Pflegeindikatoren des OPS „hochaufwendige Pflege“ und „Pflegebedürftigkeit“ nicht nennenswert voneinander abweichen. In der nachfolgenden Tabelle 3 wird dieses am Beispiel des PKMS hochaufwendige Pflege dargestellt. Die rot umrahmte Spalte zeigt den durchschnittlichen Pflegelast-Wert ohne hochaufwendige Pflege. In der grün umrandeten Spalte wird der durchschnittliche Pflegelast-Wert auf Normalstation unter Berücksichtigung der hochaufwendigen Pflege (ZE 130 durch PKMS) dargestellt.

Fachstationen	Normalstation ☉	Intensivstation ☉	ZE 130 0,34	☉ Pflegelast gesamt/ Normalstation
Chirurgie (n 247)	0,031	0,119	5,0	0,048
Innere Med I (n 267)	0,03	0,112	10,0	0,064
Innere Med 3 (n 262)	0,029	0,108	10,0	0,063
Unfallchirurgie (n 131)	0,028	0,111	3,5	0,0399
Geriatric (n 206)	0,03	0,111	60,0	0,234
Neurologie (n 187)	0,03	0,109	7,0	0,0538
Dermatologie (n 139)	0,029	0,108	1,3	0,03342
Hämatologie (n 213)	0,032	0,111	1,0	0,0354

Tabelle 3: Durchschnittlicher Pflegelast-Wert Fachabteilungsbezogen

Diese Ergebnisse sind vor dem Hintergrund des in der G-DRG-Kostenkalkulation genutzten Instrumentes der PPR (Pflegepersonal-Regelung) nicht verwunderlich. Die Differenzierung unterschiedlicher

² ZE= Zusatzentgelt für den OPS 9-20

Fallkosten abhängig von der Fallschwere ist mittels der PPR nur sehr eingeschränkt möglich. Die Differenzierung der PPR sowohl in der Pflegekostenkalkulation innerhalb des DRG-Systems und die damit verbundenen Kompressionseffekte sind ebenso bekannt wie die eingeschränkte Fähigkeit des Instrumentes, die unterschiedlichen Fallschweren und Pflegebedarfe der Patienten adäquat abzubilden. Ein weiterer zentraler Kritikpunkt der PPR ist in der nur wenig hilfreichen Operationalisierung der Items zu sehen. Diese sind zur Pflegeprozessdokumentation zu abstrakt und unterliegen einem breiten Interpretationsspielraum. Eine detaillierte Beschreibung der Pflegepersonalregelung (PPR) mit der Aktualisierung dieser in 2010 ist in dem „Konzept zur Pflegepersonalbedarfsmessung im Krankenhaus“ zu finden (Fachgesellschaft Profession Pflege, 2018). Somit ergeben sich Ungenauigkeiten bei der Kodierung. Zudem würde eine adäquate Pflegeprozessdokumentation zur pflegfachlichen Steuerung des Pflegeprozesses vielerorts eine genauere Pflegedokumentation erfordern (Wieteck & Kraus, 2016). Erst durch ergänzende Indikatoren wie im Beispiel des OPS 9-20 werden die Unterschiede im Pflegeaufwand z. B. durch hochaufwendige Pflege sichtbar.

Fazit

- Gerade im Kontext von künftig zu führenden Pflegebudgetverhandlungen wird es bedeutend sein, unterschiedliche Fallschweren differenziert darzustellen.
- Der „Pflebelast-Wert“ ist aktuell der einzige verfügbare Datensatz, welcher eine unterschiedliche pflegerische Fallschwere differenzieren kann – dies jedoch nur, insofern **keine** OPS-Schlüssel aus dem Katalog entfernt werden. Eine Weiterentwicklung und weitere Ausdifferenzierung ist daher zu empfehlen. Hierbei spielen pflegespezifische Indikatoren eine entscheidende Rolle.
- Der OPS 9-20 hochaufwendige Pflege und der OPS Pflegebedürftigkeit werden dazu beitragen, Unterschiede zwischen der Fallschwere unterschiedlicher Kliniken deutlicher zu machen.
- Pflegespezifische Indikatoren können Anreize für die Durchführung aktivierend-therapeutischer Pflege setzen. Dieses belegen sowohl die Erfahrungen mit den Komplexcodes der Geriatrie, der neurologischen Frührehabilitation, der Palliativversorgung und dem OPS hochaufwendige Pflege.
- Durch den pflegerischen Leistungsbezug in dem künftigen Pflegeerlöskatalog kann einer unreflektierten Substitution pflegfremder Tätigkeiten zu Lasten pflegeoriginärer Aufgaben vorgebeugt werden.
- Der Pflegeerlöskatalog kann sich durch gezielte Weiterentwicklung zu einem differenzierten Instrument für eine adäquate und bedarfsgerechte Vergütung pflegerischer Leistungen entwickeln. Dieser Weg hat deutlich mehr Potenzial als die Aktualisierung und Wiederbelebung einer (modifizierten) PPR.

1.3 Pflegeentgeltwert, Pflegeerlös

Der Pflegeerlöskatalog, welcher vom InEK ab 2019 zur Verfügung stehen soll, weist die bundeseinheitlichen pflegerischen Bewertungsrelationen je Belegungstag pro DRG-Fallgruppe aus. Die Abbezahlung des krankenhausindividuellen Pflegebudgets wird dann fallbezogen berechnet. Basierend auf den Kennziffern des jeweiligen Krankenhauses wird ein Pflegeentgeltwert für das Haus berechnet. Die Berechnungsformel lautet hierzu wie folgt:

$$\text{Pflegeentgeltwert der Klinik} = \frac{\text{Voraussichtlich vereinbarte Pflegepersonalkosten der Klinik}}{\text{Summe aller Bewertungsrelationen nach Pflegeentgeltkatalog der Klinik}}$$

Pro Patientenfall wird zur Abbezahlung des vereinbarten Pflegebudgets der Pflegeerlösanteil wie folgt berechnet:

$$\text{Pflegeerlös für den Patientenfall} = \text{Bewertungsrelation des Pflegeentgeltkataloges} \times \text{Belegungstage} \times \text{Pflegeentgeltwert des Krankenhauses}$$

Offen ist derzeit, ob der Pflegeerlöskatalog mit den für jede DRG und jedes ZE ausgewiesenen pflegerischen Bewertungsrelationen auch als künftige Grundlage zur Pflegepersonalbemessung und Qualitätsbewertung genutzt/ausgebaut werden soll, und ob nach einer Konvergenzphase ein einheitlicher

Landesbasisfallwert-Pflege vereinbart wird, um somit die individuellen Pflegebudgetverhandlungen zu ersetzen.

Fazit:

- Die weitere Differenzierung des Pflegeerlöswertes und schrittweise Annäherung an den individuellen Pflegebedarf ist zu empfehlen. Dieser Ansatz wird unter Punkt zwei noch genauer ausgeführt und entspricht einem multidimensionalen Ansatz der Pflegepersonalbemessung, welcher international gefordert wird (Bartholomeyczik, Haasenritter, & Wieteck, 2009; Wieteck & Kraus, 2016).
- Nach einer Konvergenzphase ist die Etablierung eines Landesbasisfallwertes Pflege und die Ablösung individueller krankenhausbezogener Pflegebudgetverhandlungen sinnvoll. Somit ist eine leistungsorientierte Pflegevergütung gegeben. Die Zielsetzung **„gute Pflege wird gut bezahlt“** und **„gleiches Geld für gleiche Leistung“** kann damit erreicht werden.

1.4 Pflegepersonalquotienten, Verordnungsermächtigung (§137i)

Ein Pflegepersonalquotient wird eingeführt, welcher das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte im Pflegedienst zu dem Pflegeaufwand eines Krankenhauses beschreibt. *„Für die Ermittlung des Pflegeaufwandes erstellt das Institut bis zum 31. Mai 2020 einen Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwandes, mit dem für die Entgelte nach § 17 b Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes tagesbezogen die durchschnittlichen Leistungen abbildbar sind“* (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 21). Ziel der Einführung des Pflegepersonalquotienten ist es, die Personalausstattung der Krankenhäuser zu verbessern und die Sicherheit der Versorgungsqualität zu fördern. Angestrebt wird, durch die Vergleiche der Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser die Pflegepersonalbesetzung im Verhältnis zum Pflegeaufwand bewerten zu können. Es ist davon auszugehen, dass der Pflegepersonalquotient langfristig eine Bedeutung im Bereich der Pflegebudgetverhandlungen bekommen wird. Wie in den zuvor aufgeführten Punkten wird deutlich, dass dieses Ziel nur mit dem Erhalt und dem weiteren Ausbau pflegerelevanter Indikatoren im G-DRG System erreicht werden kann.

Fazit:

- Zur Verbesserung der Aussagekraft des Pflegepersonalquotienten ist es zwingend, die Pflege-Indikatoren im G-DRG-System weiter zu differenzieren. Gerade Elemente wie die „hochaufwendige Pflege“ sind neben zustandserfassenden Instrumenten wie z. B. einem pflegerischen Basisassessment mit Fallschwere-Index bedeutend.
- Der Pflegepersonalquotient alleine, ohne eine leistungsbezogene Perspektive ist wenig aussagekräftig, denn ohne die Sicherstellung, dass Pflege auch pflegerelevante Leistungen durchführt und keine Aufgaben aus anderen Bereichen übernimmt, ist der Indikator aussagegelos und kann nicht dazu beitragen, die Versorgungsqualität positiv zu beeinflussen.
- Eine Veröffentlichungspflicht des Pflegepersonalquotienten fachabteilungsbezogen im Qualitätsbericht ist zu befürworten und schafft grundsätzlich mehr Transparenz.

1.5 Pflegepersonaluntergrenze (§137i (2))

Der Pflegepersonalquotient soll künftig dazu genutzt werden, Pflegepersonaluntergrenzen in allen Bereichen der Pflege zu vereinbaren. Dieses Regulierungssystem soll ab 2020 greifen. Übergangsweise liegt aktuell eine Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) vor, welche für sog. pflegesensitive Bereiche Untergrenzen für 2019 definiert.

Auf die Pflegepersonaluntergrenzen, welche in der Rechtsverordnung vereinbart wurden, wird an dieser Stelle nicht weiter eingegangen. In der Stellungnahme „Pflegepersonaluntergrenzen und Finanzierung der Pflege außerhalb des G-DRG-Systems – (k)ein sinnvoller Weg!?“ werden die Risiken differenziert diskutiert (Fachgesellschaft Profession Pflege e. V., 2018).

Fazit:

- Langfristig sollten Pflegepersonaluntergrenzen durch sinnvollere Mechanismen ersetzt werden. Hier entstehen Verwaltungs- und Kontrollaufgaben, welche keinen Mehrwert in der

Patientenversorgung darstellen. Eine leistungsorientierte Vergütung pflegerischer Leistungen basierend auf einem Pflegeerlöskatalog und einem vereinbarten Landesbasisfallwert verbunden mit der Implementierung eines Qualitätsindikatorensatzes macht langfristig Pflegepersonaluntergrenzen überflüssig und könnte deutlich wertvollere Anreize zur Qualitätsverbesserung in der Pflege setzen.

- Die für das Jahr 2020 angedachten Personaluntergrenzen sind als riskant einzustufen, da sie als Orientierungswerte der Budgetverhandlungspartner genutzt werden könnten. Besonders problematisch ist dies zu bewerten, wenn es nicht gelingt, das Leistungsgeschehen und unterschiedliche Fallschweren in den Kliniken über den Pflegeerlöskatalog differenziert abzubilden.

1.6 Zusammenfassung

Zwei Aspekte werden im Rahmen des PpSG bezogen auf die Finanzierung der Pflegeleistungen im Krankenhaus deutlich. Wenn Pflege aus dem DRG-Kontext herausgelöst wird und der Pflegeerlöskatalog des InEK nicht weiter durch Aufnahme weiterer OPS und ICD-10 verfeinert oder gar bestehende pflegerelevante Indikatoren im G-DRG-System herausgenommen werden, wird der geplante Pflegepersonalquotient aussagelos sein und die im Gesetz formulierten Zielsetzungen können nicht erreicht werden. Zudem kann der unterschiedliche Ressourcenaufwand der Pflege und damit verbundene Pflegepersonalbedarf nicht adäquat beurteilt und in Budgetverhandlungen vereinbart werden.

Es ist zu empfehlen, den Pflegeerlöskatalog künftig zur Pflegepersonalbedarfsmessung weiter auszubauen und zu nutzen. Hierzu ist es wichtig, die pflegerelevanten Indikatoren im G-DRG-System zu belassen und weiter zu verfeinern.

2 Pflegepersonalbedarfsermittlung basierend auf dem Pflegeerlöskatalog des InEK

Das nachfolgend vorgestellte Konzept für eine künftige Pflegepersonalbemessung basiert auf pflegerelevanten Indikatoren im G-DRG-System sowie einem schrittweisen weiteren Ausbau derselben. Ausgangspunkt des Konzeptes bildet der vom InEK vorgelegte Pflegelastkatalog.

Vorteile, die für den Ausbau des Pflegelastkataloges als Grundlage zur Pflegepersonalbemessung sprechen sind:

- Der Aufbau von Parallelwelten wird vermieden, vielmehr kann ein bestehendes System sofort weiter genutzt und weiterentwickelt werden. Dabei kann auf alle bereits etablierten Verfahren und Institute (DIMDI, InEK) zurückgegriffen werden.
- Die gesetzlichen Rahmenbedingungen im PpSG sowie im heutigen G-DRG-System sind gegeben und die Überlegungen sind konform mit den bereits etablierten Verfahren.
- Die Prüfungen der korrekten Anwendung der Codes können wie bisher durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) durchgeführt werden.
- Pflegerische Daten werden für weitere Versorgungsforschung im G-DRG-System miterfasst, so ist der Zugang zu den Daten durch die etablierten Institute und Verfahren geregelt.
- Mit Bezug auf die Umsetzung sind keine weiteren gesetzgeberischen Verfahren zur Umsetzung von Personalbemessungsinstrumenten erforderlich. Durch die gegebenen Strukturen ist die Umsetzung des ICD-10 und OPS geregelt. Das jährliche Vorschlagswesen kann genutzt werden.
- Dokumentationserfordernisse lassen sich pflegefachlich sinnvoll und ohne bürokratischen weiteren Aufbau von Dokumentationsanforderungen realisieren.
- Die bürokratischen Aufwände der Kliniken, Kassen und Ortsverbände hinsichtlich der krankenhausespezifischen Budgetverhandlungen können schrittweise abgelöst werden. So heißt es im Gesetzesentwurf: *„Die Vereinbarung des Pflegebudgets wird in den regelmäßig stattfindenden Budgetverhandlungen auf der Ortsebene zu einem höheren Zeitaufwand führen, der für die somatischen Krankenhäuser mit einem dauerhaften Erfüllungsaufwand in Höhe von ca. 170 000*

Euro einhergehen wird.“ Ziel sollte es sein, die krankenhausindividuellen Pflegebudgetverhandlungen langfristig im Rahmen einer Konvergenzphase und basierend auf den Relativgewichten des Pflegeerlöswertes abhängig von der Leistung der jeweiligen Klinik zu ersetzen. Damit kann eine Vergütungsgerechtigkeit bewirkt werden und gute Pflege kann besser entlohnt werden als eine „Satt-und-Sauber“-Versorgung.

- Durch die Entwicklungspotenziale innerhalb des G-DRG-Systems könne gezielte Anreize für evidenzbasierte Handlungskonzepte und edukative Maßnahmen gesetzt werden.
- Der Pflegeerlöskatalog mit der Option einer weiteren Spezifizierung könnte den lange geforderten Wandel in unserer Gesundheitswirtschaft bewirken, indem Pflege zu einem entscheidenden Erlösfaktor aufsteigt und nicht weiter auf einen Kostenfaktor reduziert wird.

2.1 Pflegepersonalbemessung basierend auf dem Pflegeerlöskatalog des InEK

Seit der Einführung des G-DRG-Systems 2004 wurden einige OPS- und ICD-10-Schlüssel eingeführt, welche sich auf pflegerelevante Patientenzustände und/oder spezifische Pflegeleistungen beziehen. Bei den OPS-Schlüsseln handelt es sich zumeist um Prozeduren, welche einen aktivierend-pflegetherapeutischen Aspekt beinhalten. Zielsetzung all der Bemühungen, Pflege in das G-DRG-System einzubringen, war die Unterschiedlichkeit der pflegerischen Versorgungsbedarfe abzubilden und für eine Vergütungsgerechtigkeit zu sorgen. Zum anderen war es Anliegen der Fachgremien, aktivierend-therapeutische Pflegekonzepte zu fördern, um einer reinen „Satt-Sauber-Versorgung“ entgegenzuwirken bzw. diese schrittweise abzubauen. Zudem waren alle Bestrebungen zumeist auf vulnerable Patientengruppen gerichtet. Nachfolgend ein Überblick über OPS-Codes, welche bereits pflegespezifische Element aufgenommen haben.

OPS	Titel und pflegerelevanter Aspekt
8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal. Mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams muss eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen
8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation Vorhandensein von folgenden Therapiebereichen: Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie/faziorale Therapie und therapeutische Pflege (Waschtraining, Anziehtraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining, Tracheostomamanagement, isolierungspflichtige Maßnahmen u.a.).
8-559	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal (Therapeutische Lagerung, Mobilisierung, Körperpflege, Kleiden, Essen und Trinken; Ausscheidungstraining, Wahrnehmungsförderung, Aktivierungstherapie, Trachealkanülenmanagement u.a.)
8-975	Naturheilkundliche Komplexbehandlung: Behandlung von mindestens 120 Therapieminuten pro Tag durch ein klinisch-naturheilkundliches Team unter Leitung eines Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren und mit mindestens dreijähriger Erfahrung im Bereich der klassischen Naturheilverfahren * Dem Team müssen neben Ärzten und fachkundigem Pflegepersonal mit mindestens [...] * Mindestens zweimal wöchentlich Teambesprechung unter Einbeziehung somatischer, ordnungstherapeutischer und sozialer Aspekte mit patientenbezogener Dokumentation der bisherigen Behandlungsergebnisse und der weiteren Behandlungsziele * Naturheilkundliche erweiterte Pflege durch fachkundiges Pflegepersonal
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Tägliche multiprofessionelle Fallbesprechung mit Anwesenheitsdokumentation, * Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal * Wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele pro vollständiger Woche
8-98h	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Der Zeitaufwand, der von Ärzten des Palliativdienstes, von Pflegefachkräften des Palliativdienstes und von Vertretern der oben genannten Bereiche des Palliativdienstes am Patienten sowie patientenbezogen an seinen Angehörigen/Bezugspersonen erbracht wurde, wird über den gesamten stationären Aufenthalt addiert und entsprechend kodiert.
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal
9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: Basierend auf dem PKMS werden hier die Aufwandspunkte generiert, wenn entweder aktivierend-therapeutische Handlungskonzepte umgesetzt werden oder Punkte gezählt werden, wenn ein Patient eine erhöhte Frequenz von Pflegeleistungen auf Grundlage des individuellen Pflegebedarfes des Patienten hat.
9-201	Hochaufwendige Pflege bei Kindern und Jugendlichen:
9-202	Hochaufwendige Pflege bei Kindern
9-203	Hochaufwendige Pflege bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen

9-502	Präventive familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen: * Das multiprofessionelle Team besteht mindestens aus den folgenden 3 Berufsgruppen: Ärzte, Psychologen oder Pädagogen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte * * Einsatz von mindestens 2 der folgenden Leistungen (von jeweils mindestens 30 Minuten Dauer, Leistungserbringung durch mindestens 1 Mitglied des multiprofessionellen Teams): <ul style="list-style-type: none"> • Beratung der Eltern/Sorgeberechtigten zu sozialen Aspekten und Entwicklungsaspekten bei drohender Bindungsstörung sowie zur Mobilisierung von Unterstützungsressourcen • Anleitung der Eltern/Sorgeberechtigten in bindungsförderndem Verhalten durch: theoretische Unterweisung im Einzel- oder Gruppensetting und/oder praktische Unterweisung im Einzelsetting und/oder Übung wiederkehrender allgemeiner und spezifischer Pflege- und Versorgungshandlungen am eigenen Kind • Krisenintervention bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung des Kindes
8-971	Multimodale dermatologische Komplexbehandlung
8-976	Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung
8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
8-983	Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung
8-984	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
9-984	Pflegebedürftigkeit: Hier wird basierend auf dem NBA der Pflegegrad ermittelt und beantragt und/oder der bestehende Pflegegrad angegeben. (Die vier Module des NBA zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit sind auch Bestandteil des BAss)

Tabelle 4: OPS-Schlüssel mit pflegerischen Inhalten

Hinzu kommen entsprechende ICD-10-Schlüssel, hier besonders die U50.- Motorische Funktionseinschränkung und U51.- Kognitive Funktionseinschränkung sowie U52.- Frührehabilitations-Barthel-Index, um pflegerelevante Patientenzustände abzubilden. Diese werden über spezielle Assessmentinstrumente getriggert. Da z. B. die U50.* und U51.* in den vergangenen Jahren eine CCL-Relevanz entwickelt haben, wurde in vielen Kliniken ein entsprechendes Assessment eingeführt.

Bei genauer Betrachtung wird deutlich, dass fast jeder der in Tabelle 4 aufgeführten OPS-Schlüssel mittlerweile erlösrelevant ist und die unterschiedlichen pflegerischen Ressourcenaufwände sichtbar und abrechenbar macht. Zudem beeinflussen die pflegerelevanten OPS und ICD-10 den Pflegeerlöswert. Dies entweder über ein Zusatzentgelt (z. B. die Palliativkomplexcodes, OPS Pflegebedürftigkeit) oder eine Gruppierungsrelevanz im G-DRG-System (z. B. der Komplexcode der Geriatrie, Neurologie) oder beides (z. B. der OPS 9-20 hochaufwendige Pflege). Abhängig vom pflegerischen Leistungsgeschehen in einer Klinik werden die durchschnittlichen pflegerischen Bewertungsrelationen differieren und den unterschiedlichen personellen Ressourceneinsatz abbilden.

Pflege könnte die im DRG-System bisher befindlichen Indikatoren nutzen, um über den Pflegeerlöskatalog Pflegepersonalbedarf und Pflegepersonalbudget zu verhandeln und über das jährliche Vorschlagswesen weitere pflegerelevante Indikatoren in das G-DRG-System einzubringen. Dieses mit dem Fokus, Anreize zu schaffen, um die Qualität des pflegerischen Leistungsgeschehens zu fördern. Durch das Belassen der Pflegeindikatoren im G-DRG-System könnten Pflegebudgetunterschiede zwischen den Kliniken/Fachabteilungen gerechtfertigt werden und somit eine verbesserte Grundlage für die Pflegebudgetverhandlungen geschaffen werden. Bei diesem Modellansatz kann argumentiert werden, dass Kliniken, welche verstärkt einen aktivierend-pflegetherapeutischen Schwerpunkt setzen, durch die Abbildung des unterschiedlichen Leistungsgeschehens auch eine bessere Ausgangslage haben sollten, Pflegepersonalbudgets zu verhandeln. Ganz nach dem Motto **„gute Pflege wird besser bezahlt“**.

Die Anreizsetzung für pflegetherapeutische Konzepte bei der OPS-Entwicklung ist auch innerhalb der Klinik von Bedeutung, da ohne diese Anreize das Risiko besteht, dass Pflege inhaltlich noch mehr auf die administrativen Zuarbeiten im Behandlungsprozess mit Substitution ärztlicher Tätigkeiten ausgerichtet wird. Damit wäre aber eine dringend erforderliche Neuorientierung pflegerischen Handelns in Richtung Professionalisierung der pflegeoriginären Aufgabenbereiche blockiert. Durch die Bedeutung des Pflegeerlöskataloges und der pflegespezifischen OPS und ICD-10 hat Pflege künftig Einfluss auf die Krankenhausbudgets. Dieses ist wiederum daran gekoppelt, welche pflegerischen Leistungen erbracht werden.

Pflegeleistungen im G-DRG-System zu Erlösfaktoren zu entwickeln, könnte es künftig ermöglichen, in einem interdisziplinären Team zu entscheiden, ob Patienten mehr Pflegetherapie, Patientenedukation, und/oder komplementäre medizinische Betreuung oder einen operativen Eingriff und medizinische Behandlung benötigen.

Vor dem Hintergrund einer langfristigen Sicherstellung, dass eine **„gleiche pflegerische Versorgung und Pflege-Therapie“** auch den **„gleichen Erlös für die Pflegeleistung“** bedeutet, sind die pflegerelevanten Indikatoren im G-DRG-System weiter auszubauen. Langfristig sind die krankenhausindividuellen Pflegeerlöse in einen landes-/bundesweiten pflegerischen Basisfallwert zu überführen. Zudem

ist eine Harmonisierung des pflegerischen Leistungsgeschehens auf einem pflegewissenschaftlich anerkannten Stand (evidence-based nursing) zu fördern. Hierzu wird eine entsprechende Leistungstransparenz durch differenzierte Indikatoren im G-DRG-System benötigt.

Eine weitere Zielsetzung, welche mit diesem Lösungsansatz verfolgt wird, ist, dass die **pflegerischen und medizinischen Daten in einem Datensatz verfügbar** sind und es künftig deutlich besser gelingen kann, eine saubere Risikoadjustierung für pflegerische Qualitätsindikatoren zu ermöglichen.

2.2 Konzeptüberlegungen zum Ausbau der Pflegeindikatoren im Pflegeerlöskatalog

Wie bereits erwähnt basiert das künftige Modell zur Pflegepersonalbemessung und Pflegebudgetverhandlung auf den pflegerelevanten Indikatoren im G-DRG-System und dem damit beeinflussbaren Pflegeerlöswert (Pflegelast-Wert).

Dabei wird ein multidimensionaler Ansatz bei der Pflegebedarfsmessung und/oder Pflegebudgetverhandlung verfolgt. Das bedeutet, dass sowohl zustandsbezogene als auch leistungsbezogene Indikatoren im G-DRG-System genutzt werden, um den Pflegeerlöswert abhängig vom Leistungsgeschehen der jeweiligen Klinik zu differenzieren. Nachfolgend werden die vier Bereiche des Modells (vgl. Abb. 2) zur Darstellung des Pflegeaufwandes und die Wirkmechanismen und Aussagekraft der Indikatoren vorgestellt. In dem Modell zur künftigen Pflegepersonalbemessung werden zwei im Antragsverfahren des DIMDI befindliche OPS-Schlüssel mit einbezogen.



Abbildung 2: Modell zur Pflegepersonalbemessung und -budgetverhandlung innerhalb des G-DRG-Systems

2.2.1 Pflegepersonalbemessungsmodell Bereich A) **Patientenzustand**

Der **Bereich A** bildet den **Patientenzustand und damit das Pflegebedürfnis** des Patienten ab. Folgende Indikatoren stehen bereits zur Verfügung, um unterschiedliche Patientenzustände darzustellen:

- U50* bis U52* motorische und kognitive Funktionseinschränkungen basierend auf Assessmentinstrumenten
- 9-984 Pflegebedürftigkeit

- 1-775 Standardisiertes pflegerisches Basis-Assessment für die Akutpflege (BAss); dieses Assessment befindet sich im DIMDI-Vorschlagswesen 2019 (Fachgesellschaft Profession Pflege e.v., 2018b)

2014 bis 2016 hat der DPR innerhalb des OPS-Vorschlagsverfahrens die Umsetzung eines standardisierten Basis-Assessments für Erwachsene gefordert (OPS 1–776). Eine sehr sinnvolle Überlegung, die die Fachgesellschaft Profession Pflege in Form des pflegerischen Basis-Assessments Akutpflege (BAss) aufgegriffen hat:

1-776 Standardisiertes pflegerisches Basis-Assessment in der Akutpflege

Dieses kostenlos zur Verfügung stehende Basis-Assessment bildet mit den ICD-10 U50.* bis U52.* und den Informationen der Pflegebedürftigkeit des NBA den Patientenzustand und die Fallschwere ab.

2.2.2 Pflegepersonalbemessungsmodell Bereiche B) **Spezielle Pflegeleistungen in Fachbereichen** und C) **Spezielle Pflegeleistungen auf Normalstation**

Mit diesen bereits bestehenden Indikatoren im G-DRG-System werden spezielle Patientengruppen abgebildet, welche einen besonderen pflegerischen Bedarf haben.

B) Spezielle Pflegeleistungen in spezifischen Fachbereichen (Interdisziplinäre Komplexkodes) mit pflegerischen Inhalten in unterschiedlicher Ausprägung.

Hier werden spezifische, evidenzbasierte und pflegetherapeutische Konzepte für bestimmte Patientengruppen wie Neurologie oder Geriatrie fokussiert und Anreize für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gesetzt. Ebenso sind Strukturparameter formuliert. Beispielhafte OPS-Schlüssel sind etwa: 8-550, 8-552, 8-559, 8-975, 8-975, 8-975, 8-98e, 8-98h, 8-982, 9-502 etc.

C) Spezielle Pflegeleistungen auf Normalstation. Hier sind der OPS hochaufwendige Pflege (PKMS) und der im Vorschlagsverfahren 2019 befindliche 9-21 multimodale interdisziplinäre Komplexbehandlung für die Akutpflege angesprochen (Fachgesellschaft Profession Pflege e.v., 2018a).

2.2.3 Pflegepersonalbemessungsmodell Bereich D) **Standardpflegeleistungen**

Die **PPR-Kalkulation (D)** deckt die Grundleistungen der pflegerischen Versorgung in zwölf verschiedenen Aufwandsgruppen ab. Die Gruppierung wird über eine grobe Einschätzung des pflegerischen Leistungsgeschehens realisiert. Über die Daten der Kalkulationshäuser werden die Gewichtungen der Pflegepersonalressourcen den einzelnen G-DRGs zugewiesen. Hier kann die Standardversorgung in der Pflege ohne besondere Herausforderungen abgebildet werden. Die Daten über die Grundleistungen sind sehr grob und werden ausschließlich von den Kalkulationshäusern geliefert. Zu empfehlen ist die Umsetzung der PPR-S4, welche bereits im Jahr 2017 beim InEK beantragt wurde. Somit kann die Ungenauigkeit weiter reduziert werden. Es ist ausreichend, wenn die PPR-Kodierung ausschließlich auf die Kalkulationshäuser reduziert bleibt. Denn die PPR ist von der Terminologie her unzureichend für eine Pflegeprozessdokumentation, daher werden immer Bestandteile der PPR-Kodierung nur zum Zwecke der Kalkulation durchgeführt werden und können somit als „bürokratisch“ eingestuft werden. Es entsteht kein zusätzlicher Aufwand, da die Kalkulationshäuser das Verfahren bereits etabliert haben. Die vorgeschlagenen Änderungen haben keinen Effekt auf die Dokumentationszeiten.

Der Pflegeerlöswert und damit die Grundlage für Pflegepersonalbudgetverhandlungen orientiert am Pflegebedarf setzt sich fallbezogen additiv abhängig vom Leistungsgeschehen zusammen. Dieses soll exemplarisch erneut in Verbindung aufgezeigt werden.

Ein pflegebedürftiger Patient mit fünf Tagen Verweildauer (Alter 15 Jahre) wird in DRG B77Z *Kopfschmerzen* gruppiert. Die **Verweildauer** setzt sich aus vier Tagen Normalstation und einem Tag Intensivstation zusammen. Der Pflegeerlöswert setzt sich wie folgt zusammen:



Relativgewicht der Grundleistung basierend auf der PPR der Kalkulationshäuser

4 Tage Normalstation x 0,0331 + 1 Tag Intensivstation x 0,0936 = **0,2260**.

+



Patientenzustand mit entsprechender Fallschwere abgebildet durch den Pflegegrad 3 gem. SGB XI = 0,0365

+



Spezifische Pflegeleistungen durch den OPS hochaufwendige Pflege laut PKMS-J = 1,1375

Relativgewicht wird mit dem krankenhausindividuellen Pflegekostensatz multipliziert und ergibt den **Pflegeerlöswert**.

= **1,4** X Entgeltwert der Klinik = **Pflegeerlös in €**

Hat eine Klinik z. B. einen jahresdurchschnittlichen fallbezogenen Pflegeerlöswert von 1,4 im Vergleich zu einer anderen Klinik mit 1,25 wird deutlich, dass hier auch ein anderes pflegerisches Leistungsgeschehen dahintersteht. Somit ist ein höheres Pflegepersonalbudget gerechtfertigt und lässt sich bei den Budgetverhandlungen auch durchsetzen. Diese Kennziffer kann im Rahmen der Budgetverhandlungen eine zentrale Bedeutung erlangen und bildet durch kontinuierliche, schrittweise Verfeinerung des Systems zunehmend besser den Pflegebedarf der Patienten ab.

Die verschiedenen Bausteine der pflegerischen Abbildung zur Fallschwere und dem pflegerischen Leistungsgeschehen können bereits heute genutzt werden, um den unterschiedlichen Pflegebedarf und damit auch pflegerischen Ressourcenverbrauch abzubilden. Das Baukastensystem bietet die Möglichkeit, das System im Rahmen eines kontinuierlichen Weiterentwicklungsprozesses dem sich verändernden Pflegebedarf anzupassen. Die beiden oben genannten im DIMDI-Vorschlagsverfahren eingereichten OPS-Schlüssel stünden 2020 ebenfalls zur Verfügung.

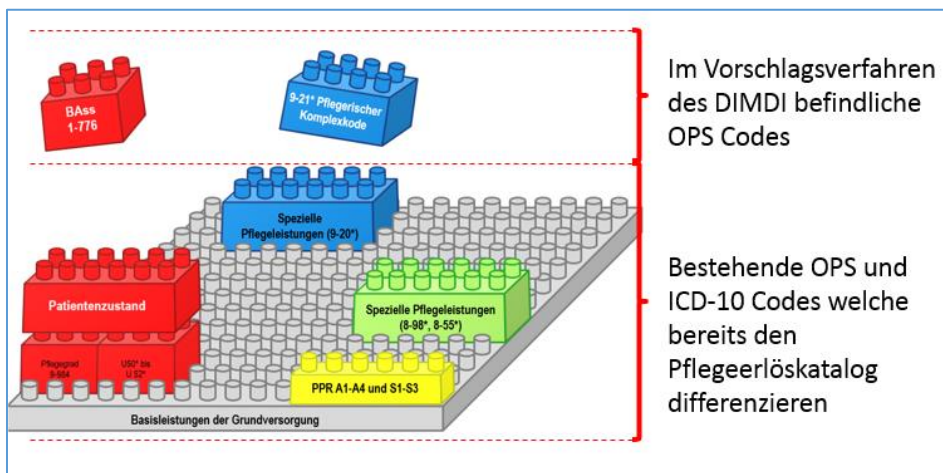


Abbildung 3: Schrittweise Verfeinerung der Pflegeindikatoren zur bedarfsgerechten Personalbudgetverhandlung

Fazit:

- Wesentlicher Vorteil des Personalbemessungsansatzes ist, dass die pflegerischen Grundleistungen ausschließlich von den Kalkulationshäusern nachgewiesen werden müssen und alle anderen Kliniken von diesen Dokumentationspflichten befreit sind.

- 2020 stehen die Indikatoren zur Pflegebudgetverhandlung zur Verfügung und können schrittweise verfeinert werden.
- **Sowohl die durchschnittliche pflegerische Fallschwere der Patienten als auch das pflegerische Leistungsgeschehen sind transparent und können als Grundlage bei Pflegebudgetverhandlungen genutzt werden.**

2.3 Zusammenfassung

Es konnte aufgezeigt werden, dass die Weiterentwicklung des Pflegeerlöskataloges zu einem multidimensionalen Instrument der Aufwandseinschätzung und Pflegepersonalbemessung den Anforderungen an moderne Personalbemessungsinstrumente entspricht. In Abbildung 4 wird in dem ersten Block der Entscheidungsfindungsprozess der Pflege zur Pflegebedarfsermittlung in vereinfachter Form dargestellt. Der Verlauf dieses Prozesses hat entscheidende Auswirkungen auf das Pflegeergebnis und das Auftreten unerwünschter Ereignisse. Unterhalb des Entscheidungsfindungsprozesses stehen die Bausteine, welche bisher schon zur Pflegepersonalbemessung und -budgetverhandlung genutzt werden konnten, da diese bereits im G-DRG-System etabliert sind.

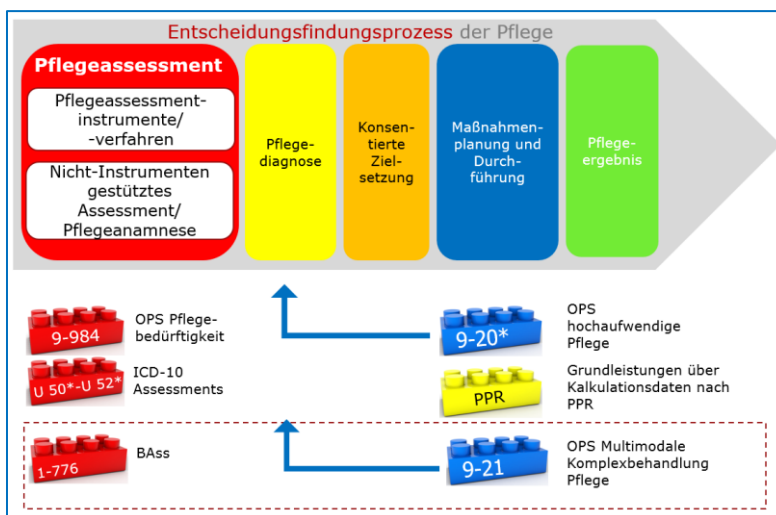


Abbildung 4: Multidimensionaler Ansatz zur Pflegepersonalbemessung

Erkennbar wird, dass die Überlegungen des künftigen Konzeptes zur Pflegepersonalbedarfsmessung und Beurteilung der Fallschwere sowohl am Patientenzustand als auch an der tatsächlich erbrachten Pflegeleistung ansetzt. Die beiden blauen Bausteine enthalten zudem noch Elemente einer Handlungs begründung im Sinne einer Pflegediagnose.

Darüber hinaus wird deutlich, dass dieser Weg die Möglichkeiten eröffnet, ein Anreizsystem für eine adäquate pflegerische Versorgung zu setzen und gleichzeitig die Unterschiede zwischen Patientengruppen differenzierter aufzeigen zu können. **Pflege wird mit einem differenzierten Pflegeerlöskatalog deutlich aufgewertet und ist künftig in einem gesundheitsökonomischen System eine tragende Säule in der Krankenhausfinanzierung.**

Die bestehenden Strukturen (DIMDI, InEK, MDK) können sowohl für die Weiterentwicklung als auch die Überprüfung genutzt werden und es müssen hier keine eigenen Strukturen aufgebaut werden.

Die krankhausindividuellen Budgetverhandlungen, welche mit einem Kostensatz von jährlich 170.000 Euro im Referentenentwurf veranschlagt sind, können mittelfristig durch Landespflegebasissätze abgelöst werden. Ebenso werden sich über den vorgeschlagenen Weg langfristig Pflegepersonaluntergrenzen als überflüssig erweisen.

Pflegerische und medizinische Daten werden in einem System gepflegt und stehen für Forschungszwecke und zur Qualitätsindikatorenentwicklung zur Verfügung.

Es werden und lassen sich gezielt Anreize setzen, evidenzbasierte Handlungskonzepte der Pflege zu stärken und erlösrelevant zu gestalten. Damit wird Pflegeentwicklung möglich.

3 Empfehlungen für den Gesetzentwurf PpSG

Einige Aspekte könnten im PpSG ergänzt klargestellt bzw. aufgenommen werden.

1. Aktuell ist angedacht zu prüfen, welche Operationen- und Prozedurenschlüssel der Pflege aus dem G-DRG-System herausgenommen werden sollen, da diese zur Vergütung nicht erforderlich sind (Kabinettsentwurf Seite 101, siehe Abb. 5). Es wurde im Kapitel 1.2 aufgezeigt, dass die differenzierten Pflegeindikatoren bedeutend für die Abbildung der unterschiedlichen pflegerischen Ressourcenaufwände und Pflegebedarfe sind und sowohl für die Berechnung der Pflegepersonalquotienten als auch für die Pflegebudgetverhandlungen wichtig sind. Daher kann kein pflegerelevanter OPS oder ICD-10 entfernt werden. Ohne diese pflegespezifischen Indikatoren im G-DRG-System wird die im PpSG vorgesehene Einführung des Pflegepersonalquotienten (§ 137J) aussagelos sein und die vom BMG formulierten Ziele können nicht erreicht werden.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben hierzu Schlüssel des vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels zu benennen, die bislang für Zwecke des DRG-Vergütungssystems nach § 17b KHG benötigt wurden und nun gestrichen werden können, weil sie zukünftig zur Vergütung von pflegerischen Leistungen über das Pflegebudget nicht mehr benötigt werden. Dabei ist eine Entlastung im Dokumentationsaufwand insbesondere durch eine Streichung der Pflegekomplexmaßnahmen-Scores zu erwarten.

Auf der Grundlage der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene soll dann das DIMDI eine Streichung von Schlüsseln aus den medizinischen Klassifikationen für das Jahr 2020 vornehmen. Das DIMDI kann von einer Streichung nur insoweit absehen, wenn einzelne Schlüssel für andere Zwecke (z. B. zur Qualitätssicherung oder für andere Abrechnungssysteme) unverzichtbar sind oder durch die Streichung die Konsistenz der Klassifikation beeinträchtigt würde.

Abbildung 5: PpSG-Kabinettsentwurf Seite 101

Ebenso werden Kliniken mit einer herausragenden aktivierend-therapeutischen Pflege bei den Budgetverhandlungen unter Nutzung des Pflegeerlöskataloges Schwierigkeiten haben, ihren höheren Pflegepersonalbedarf zu verhandeln und durchzusetzen.

Wir empfehlen den in Abb. 5 dargestellten Abschnitt im Kabinettsentwurf des PpSG zu streichen.

2. Daher sollte vorgesehen werden, dass gezielt geprüft wird, welche weiteren Pflegeindikatoren zur differenzierten Abbildung eines unterschiedlichen Pflegeaufwandes/-bedarfes im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung beim DIMIDI aufgenommen werden können. Die Weiterentwicklung des Pflegeerlöskataloges sollte zur Zielsetzung haben, dass eine deutlich differenziertere Pflegebedarfsmessung und differenzierte Pflegeaufwandsdarstellung möglich ist. Kliniken mit einer hochwertigen differenzierten Pflegeleistung sollten das Pflegebudget durch einen höheren Pflegepersonalquotienten und Pflegeerlöswert verhandeln können.

genutzt werden. Das InEK hat die Höhe und die Art der ausgliedernden Kosten des Pflegeerlöskatalogs jährlich zu prüfen und den Pflegeerlöskatalog weiterzuentwickeln. Zu erwarten ist, dass die Datengrundlage sukzessive besser wird und auf dieser Grundlage ein kontinuierlich belastbarer Pflegeerlöskatalog kalkuliert wird. Die Erkenntnisse aus den Daten nach § 6a Absatz 3 KHEntgG sind zu berücksichtigen. Die nach § 17b Absatz 3 Satz 3 zu berücksichtigende Repräsentativität ist auch bei den Pflegepersonalkosten hinsichtlich deren Art und Umfang zu berücksichtigen. Die Ergebnisse der Kalkulation sind vom InEK in seinem jährlichen Abschlussbericht zur Kalkulation des Vergütungssystems zu veröffentlichen.

Abbildung 6: Ausschnitt PpSG Seite 63

Zur Klarstellung sollte folgender Satz in der Textpassage Abb. 6 eingefügt werden.

...weiterzuentwickeln. Die Weiterentwicklung bezieht auch eine weitere Spezifizierung unterschiedlicher Pflegeaufwände mit ein. Diese verfolgen den Zweck einer differenzierteren Darstellung unterschiedlicher Patientenzustände und Berücksichtigung aktivierend-therapeutischer, patientenedukativer und präventiver Handlungskonzepte.

Der Pflegeerlöskatalog sollte dahingehend weiterentwickelt werden, dass dieser einer adäquaten Abbildung des Pflegeaufwandes näherkommt und Anreize für eine aktivierend-therapeutische Pflege setzt.

- Die bisher angedachten Regulierungen zum Pflegeerlösbudget berücksichtigen keine Lösungsansätze für Pflegepersonalstellen in folgenden Bereichen: Qualitätsbeauftragte der Pflege, innerbetriebliche Fortbildung, Pflegepersonen zur Pflegeentwicklung, Casemanagement oder Pflegepersonalmanagement.

gesetzliche Vorgaben. Die Vertragsparteien auf Bundesebene ergänzen und konkretisieren in ihrer Vereinbarung die Anforderungen an die entsprechenden Unterlagen und gewährleisten mit einem einheitlichen Format der Unterlagen eine bundeseinheitliche Dokumentation. **Die Vereinbarung hat die Abgrenzung zwischen Pflegekräften innerhalb und außerhalb der Patientenversorgung zu berücksichtigen.** Die Unterlagen sind von den Krankenhausträgern im Vorfeld der Vereinbarung des Pflegebudgets vorzulegen.

Abbildung 7: Auszug PpSG S. 101

Dringend ist aufzunehmen, dass die zu verhandelnden Pflegebudgets auch Personalkosten, welche oben genannt wurden, aufgenommen werden. Ein Vorschlag hierzu:

§ 6 a Absatz zwei könnte wie folgt ergänzt werden:

...Kostenentwicklung. Zu den Pflegepersonal-Ist-Kosten in der Patientenversorgung sind auch Pflegepersonalkosten für das Pflegemanagement, Pflegeentwicklung, Qualitätsentwicklung in der Pflege, Casemanagement, Personalentwicklung in der Pflege und innerbetriebliche Fortbildungen zu berücksichtigen.

Darüber hinaus sollten die Kosten auch im Pflegeerlöskatalog aufgenommen werden. Ein Lösungsansatz wäre, die in der Kostenmatrix verborgenen Pflegepersonalkosten im Bereich 7 und 8 ebenfalls im Pflegeerlöskatalog auszuweisen.

Ebenso ist zu klären, wie die Pflegebudgets für Mitarbeiter in den Funktionsabteilungen und im OP geregelt werden.

- Die Überführung des **Pflegeerlöskataloges in ein Vergütungssystem pflegerischer Leistungen** analog der G-DRG ist zu empfehlen. Über eine Konvergenzphase sollte ein Landesbasisfallwert für Pflege etabliert werden. Mit einem bis dahin differenzierteren Pflegeerlöskatalog und angepasstem Pflegepersonalstand können die deutlichen bürokratischen Aufwände im Bereich der Nachweise und Prüfungen der Pflegepersonaluntergrenzen abgebaut werden. Der Pflegeerlöskatalog in Verbindung mit Landesbasisfallsätzen Pflege könnten künftig eine bedarfsgerechte Finanzierung ermöglichen. Es wäre zu überlegen, ob diese Absicht klarer im PpSG formuliert werden sollten, da Kliniken dann entsprechend Zeit haben werden, sich auch pflegefachlich inhaltlich auszurichten.

Weitere Überlegungen für eine nachhaltige Pflegeentwicklung

- Pflegerische Forschungstätigkeit sollte im PpSG fest etabliert werden.** Nur so können Pflegekonzepte weiterentwickelt werden. Dieses ist für die Anschlussfähigkeit im internationalen Kontext ebenso bedeutend wie auch für die Förderung der Attraktivität der Pflegeberufe.
- Zudem ist zu empfehlen, dass im PpSG die **Stärkung der Pflegeberufe auch durch eine stimmberechtigte Aufnahme im GBA** aufgenommen wird. Zudem ist zu empfehlen, dass **Pflegevertreter in die AG-OPS aufgenommen** werden und die Weiterentwicklung mitgestalten können. **Die Aufnahme der Pflege als Mitglied der Selbstverwaltung ist überfällig.**
- Es ist zu empfehlen, den **Pflegeerlöskatalog um die durchschnittlichen PPR-Minuten pro DRG** und Tag auszuweisen. Die PPR-Minuten können neben den Relativgewichten eine Grundlage für Pflegebudgetverhandlungen sein.
- Zur Beurteilung der Pflegepersonalentwicklung und einer adäquaten Pflege ist die Entwicklung eines bundeseinheitlichen **Qualitätsindikatorensets der Pflege** erforderlich. Die Entwicklung ist beim IQTIG anzustoßen.

4 Stellungnahme zur Einführung einer modifizierten PPR/LEP

In unterschiedlichen Stellungnahmen z. B. des Geriatriefachverbandes (Bundesverband Geriatrie e. V., 2018) oder des DPR (Deutscher Pflegerat, 2018) wird die Einführung der PPR in einer aktualisierten Form gefordert. Wie ist dieser Ansatz zu bewerten?

4.1 PPR und PpSG

Die Einführung eines Pflegepersonalbemessungsinstrumentes außerhalb des G-DRG-Systems ist im Kabinettsentwurf des PpSG nicht vorgesehen.

Die PPR zählt zu den leistungsbezogenen Messinstrumenten und erfasst für jeden Patienten in sehr groben Kategorien die Pflegeleistungen, wie z. B. „Ganzkörperwaschung durchführen in voller Übernahme“. Basierend auf dem Leistungsgeschehen wird der Patient in 9 Aufwandsstufen und mit der Aktualisierung der PPR durch die PPR-A4 Stufe in 2010 in 12 Aufwandsstufen mit normativen Zeitwerten eingestuft.

Die Zeitwerte werden addiert, zusätzlich wird ein Pflegeminutengrundwert von 25 Minuten pro Tag und eine einmalige Fallzeit von 70 Minuten hinzugerechnet, welche für die Anamnese bei der Aufnahme und dem Entlassmanagement vorgesehen sind. Diese addierten Zeitwerte ergeben den Pflegepersonalbedarf für die Tagschicht. Nicht berücksichtigt ist der Nachtdienst und Pflegepersonalbedarfe für Pflegeentwicklung und Pflegemanagement. Auch die Pflegepersonalbedarfe für die Unterstützungsleitungen im OPS, Funktionsdiensten, Hol- und Bringdienste sind nicht berücksichtigt.

Wie der Bundesverband der Geriatrie in seinen Überlegungen feststellt, könnte das InEK die Minutenwerte der PPR-Stufen A1–A4 und S1–S3 kumuliert tagesbezogen ausweisen. Würde der OPS 9-20 (PKMS) wegfallen, würde die PPR-A4-Stufe entfallen und hochaufwendige Patienten mit aktivierend-therapeutischer Pflege würden nicht berücksichtigt.

Hier würde erkennbar werden, dass die erfassten PPR-Minuten deutlich über den tatsächlich ausgegebenen Pflegepersonalkosten und der damit verfügbaren Pflegezeit liegen. Die PPR-Minute ist seit Einführung des G-DRG-Systems kontinuierlich abgewertet worden. Das Leistungsgeschehen in der Pflege unterliegt einer starken Rationierung. Dieses Rationierungsverhalten bezogen auf die Einzelleistung als auch auf die Intervalle von Handlungen wird in der PPR nicht sichtbar.

Professor Simon hat in seinen Ausführungen hochgerechnet, welcher Mehrbedarf an Vollzeitpflegepersonen unter Anwendung der PPR von 1996 ohne Berücksichtigung einer Veränderung des Patientenkontingents bezogen auf die Fallschwere an einem Pflegepersonalmehrbedarf für 2013 entstehen würde. Auf Normalstation der Allgemeinhäuser kommt er zu dem Ergebnis, dass ca. 83.000 Vollzeitkräfte zusätzlich benötigt werden würden (Simon, 2015). Es ist zu erwarten, dass die Ergebnisse heute unter Anwendung der aktualisierten PPR mit der PPR-A4 Stufe deutlich darüber liegen würden.

Das PpSG sieht die Verhandlung von Pflegepersonalbudgets basierend auf den IST-Kosten des eingesetzten Pflegepersonals vor. Die Idee des Geriatriefachverbandes aufgreifend wäre die Ausweisung der durchschnittlichen PPR-Minutenwerte pro Tag zu den G-DRGs neben den Relativgewichten eine gute Bezugsgröße für künftige Budgetverhandlungen ab 2020. Diese könnten Kliniken für die Verhandlungen der Budgets nutzen. Durch einen bundesweiten kontinuierlichen Pflegepersonalaufbau werden sich die Relativgewichte der Pflege langsam auf ein adäquates Maß annähern, so dass eine kontinuierliche Aufwertung der PPR-Minute im Pflegeerlöskatalog stattfinden wird. Allerdings ist die Herauslösung der PPR-A4-Stufe (Tab. 5) nicht zu empfehlen. Diese wird über den OPS 9-20 und PKMS getriggert. Gerade Facheinheiten mit einem hohen Pflegeaufwand wie z. B. die Geriatrie wird dadurch ein höherer Kostensatz und Minutenwert zugewiesen und wird sich bei den Pflegebudgetverhandlungen positiv auswirken. Es stellt sich die Frage, warum gerade der Bundesverband der Geriatrie in seiner Stellungnahme den zentralen erhöhenden Einflussfaktor auf den Pflegeerlöskatalog und damit das Sichtbarmachen höherer Pflegebedarfe nicht wünscht. Die „angeblichen Dokumentationsaufwände“ bewerten wir als Pseudoargumentation, denn bei genauer Betrachtung entsteht kein Mehraufwand. Bei einem Patienten mit einer komplexen Fallkonstellation, ist es pflegfachlich zwingend, den Patientenzustand und Pflegeprobleme als auch die abzuleitenden pflegerischen Handlungskonzepte zu dokumentieren, sonst ist die

Patientensicherheit gefährdet und weder eine adäquate Pflegeprozesssteuerung noch die Kontinuität der Pflege möglich.

Spezielle Pflege	S1	S2	S3
Allgemeine Pflege	Grundleistungen	Erweiterte Leistungen	Besondere Leistungen
A1 Grundleistungen	52 Min.	62 Min.	88 Min.
A2 Erweiterte Leistungen	98 Min.	108 Min.	134 Min.
A3 Besondere Leistungen	179 Min.	189 Min.	215 Min.
A 4 hochaufwendige Leistungen	289 Min.	299 Min.	325 Min.

Tabelle 5: PPR-Kalkulationsminuten

Die PPR als eigenständiges Pflegepersonalbemessungsinstrument zur Ablösung des Pflegepersonalquotienten und Pflegeerlöskataloges ist nicht zu empfehlen. Dieses würde in allen Kliniken für jeden Patientenfall eine neue Pflegedokumentation und Einstufung bedeuten, welche pflegfachlich im Vergleich mit der aktuellen Pflegedokumentation zu weiten Teilen einen Rückschritt bedeuten würde.

4.2 Das Instrument PPR

Es sind einige bedeutsame Einschränkungen und Grenzen der PPR-Methode bekannt und beschrieben. Hauptkritikpunkte sind die pflegfachliche Begrenztheit und Einschränkung der Pflegeleistungen auf die Bereiche der Körperpflege, der Ausscheidung, Bewegung sowie Ernährung im PPR-A4-Bereich. Bis auf den PPR-A4 Bereich werden pflegetherapeutische Konzepte der aktivierend-therapeutischen Pflege nicht sichtbar. Zentrale Inhalte des pflegerischen Leistungsgeschehens können folglich nicht, auch nicht im Ansatz, abgebildet werden. Darüber hinaus wird die PPR zusätzlich zu der pflegfachlich erforderlichen Dokumentation codiert. Diese Codierung der PPR-Stufen ist nicht für die Abbildung eines Patientenfalles entsprechend der Pflegeprozessplanung geeignet, ein Maß an Doppeldokumentation ist somit unumgänglich. Eine große Herausforderung unter anderem bei der Nutzung der PPR-Daten zur Personalbemessung und -finanzierung ist der breite Interpretationsspielraum der PPR-Items. Die Einstufungskriterien sind wenig belastbar und es besteht ein hohes Risiko einer inflationären Kodierung. Die wesentlichen in der Fachliteratur beschriebenen Kritikpunkte werden im Folgenden stichpunktartig vorgestellt:

- Es besteht die Problematik einer einheitlichen Einstufung und damit einer unzuverlässigen Interrater-Reliabilität (Isfort & Weidner, 2001). Zur Sicherstellung einer einheitlichen Eingruppierung als Basis für eine bundesweite einheitliche Nutzung der PPR sind, ähnlich wie dies in Österreich praktiziert wurde, Kodierhandbücher mit Operationalisierungen zu erarbeiten und gegenseitige Audits zwischen den Kliniken zur Prüfung der Kodierqualität einzuführen.
- Die Verfahren zur Einstufung fallen sehr unterschiedlich aus, da für die PPR keine feinen, nachvollziehbaren Einschätzungskriterien existieren. Dadurch können verschiedene Pflegepersonen zu jeweils unterschiedlichen Einstufungen in die einzelnen Kategorien kommen. Die Kategorien beruhen zudem nicht auf empirisch analytischen Erhebungen bzw. Erfahrungen.
- Nicht vollends beantwortet ist die Frage, inwieweit die PPR den tatsächlichen pflegerischen Aufwand erfassen und messen kann. Nach Kuhlmann zeigen Untersuchungen, „[...] dass bei der PPR die Varianz an Pflegeaufwand innerhalb jeder Gruppe A1 bis A3 höher ist als die Varianz zwischen den Gruppen“ (Kuhlmann, 2003, S. 762). Das bedeutet, dass der Pflegeaufwand und damit der Pflegebedarf nur unzuverlässig erhoben werden.
- Auch ist bekannt, dass die PPR vielerlei Tätigkeitsfelder der Pflege weitgehend ausblendet. Ein gegenwärtig dramatisch an Bedeutung gewinnendes Beispiel hierfür ist die Pflegebedarfssituation von an Demenz erkrankten Patienten, die sich mittels der Pflegepersonalregelung kaum abbilden lässt. Die PPR ist auf die Leistungsbereiche Ausscheidung, Mobilität, Ernährung und Körperpflege sowie die Elemente der „speziellen Pflege“ (Behandlungspflege) reduziert. Generell ist die psychosoziale Dimension und alle hiermit zusammenhängenden pflegerischen Leistungen schlicht nicht in der PPR vertreten. Zudem definiert das Instrument keine Qualität der pflegerischen Versorgung, womit die generierten Daten mit Ausnahme der reinen Information über die Differenz zwischen Soll und Ist der pflegepersonellen Ausstattung keinen Beitrag zur Qualitätssicherung leisten können. Darüber

hinaus sind die Kategorien der PPR zur Bewertung der pflegerischen Versorgung von zu abstrakter Natur (Hager & Nennmann, 1994).

- Die PPR ist keine Hilfe im Kontext der Pflegeprozessdokumentation sowie im Rahmen der pflegerischen Entscheidungsfindung (Isfort & Weidner, 2001). Ebenso sind die zu erfassenden Leistungsbereiche derart abstrakt formuliert, dass aus Ihrer Dokumentation kein handlungsleitender Charakter für die weitere pflegerische Versorgung entsteht. Die PPR-Informationen reichen daher zur Sicherstellung einer pflegerischen Versorgungskontinuität in keinem Fall aus: „*Es kann [...] kein Rückschluss auf Anzahl, Dauer, Grund und Ziel der pflegerischen Leistung gemacht werden*“ (Kuhlmann, 2003, S. 762). Zur Leistungsplanung und -steuerung im Pflegeprozess ist die PPR daher ungeeignet.
- Der womöglich elementarste Kritikpunkt besteht darin, dass die PPR keine vollständige und realitätsnahe Abbildung des Pflegeaufwands in den Kliniken gewährleisten kann, auch, weil sich das Leistungsgeschehen in den letzten 20 Jahren seit Entwicklung des Instruments grundlegend geändert hat. Vor diesem Hintergrund wäre im Vorfeld des Einsatzes des Instruments eine grundlegende Überarbeitung und Testung der PPR unumgänglich (Thomas et al., 2014).
- Da die PPR keine Einzelinterventionen erfasst, kann sie weder in den Pflegeprozess integriert werden, noch für die Leistungsplanung und -steuerung oder das Kostenmanagement innerhalb einer Institution genutzt werden. Da der Informationsgehalt der PPR-Kriterien im Rahmen einer Pflegeprozessdokumentation viel zu abstrakt und daher mit nur wenig Aussagekraft behaftet ist, kann er im pflegerischen Entscheidungsfindungsprozess nicht genutzt werden. Daher führt die Nutzung in den Kliniken in den meisten Fällen zu einer Doppeldokumentation/-erfassung.
- Ein weiterer zentraler Kritikpunkt der PPR ist in der fehlenden Handlungsbegründung zu sehen. Es bleibt bei der Nutzung des Instrumentes unklar, ob der Patient die geplanten und/oder durchgeführten Pflegeleistungen auch tatsächlich braucht, oder ob der Patient gezielt mit einem höheren Pflegebedarf codiert wurde, um die eigene Position bei den Pflegepersonalbedarfsbudgets verbessert verhandeln zu können. Eine Bewertung des Patientenzustandes und des Pflegebedürfnisses bleibt intransparent.
- Die PPR-Minute ist in der InEK-Kalkulation in den letzten Jahren durch den sog. Kellertreppeneffekt (Simon, 2008) immer weniger „wert“ geworden, was vornehmlich mit den sich verändernden IST-Pflegepersonalkosten zu tun hat. Dieses Problem ist nicht zwingend im Aufbau der PPR begründet, sondern auch bei anderen Instrumenten zu erwarten. Verhindert werden kann dieser Effekt nur durch eine Zweckbindung der in der InEK-Kalkulation nachgewiesenen Mittel in Verbindung mit einer weiteren Differenzierung des pflegerischen Leistungsgeschehens innerhalb des Instrumentes.
- Die PPR-Kategorisierung ist nicht in der Lage, Qualitätsrückschlüsse oder -anforderungen an Kliniken sichtbar und transparent zu machen (Gratias, 2014). Da die PPR zudem ein handlungsbezogenes Instrument darstellt, besteht keine Aussagekraft über die Veränderung eines Patientenzustandes, um z. B. ein Outcome zu messen (Hager & Nennmann, 1994).

Sollte die PPR in einer aktualisierten Form tatsächlich eine Renaissance erfahren, sind die aufgezeigten skizzierten Kritikpunkte zwingend zu beachten und entsprechende Lösungs- und Korrekturwege zu implementieren. Ansonsten wird auch dieser Versuch keinen nachhaltigen Lösungsansatz bieten. Eine detaillierte Beschreibung des Instrumentes ist von der Fachgesellschaft veröffentlicht worden und kann auf der Internetseite abgerufen werden.

Zusammenfassend kann der Weg, die PPR erneut einzuführen, nicht empfohlen werden, da dieses einen Rückschritt in der Pflegepersonalbemessung bedeuten würde. Die im Gesetz vorgeschlagenen Wege im PpSG mit der Möglichkeit, weitere Pflegeindikatoren multidimensional einzusetzen und über eine Konvergenzphase zu einem differenzierten Pflegeerlöskatalog und -wert zu kommen bietet deutlich mehr Potenzial für eine nachhaltige Pflegepersonalvergütung und -bemessung.

5 Literatur

- Ballig, S.** (2018). SPD für Selbstkostendeckungsprinzip und Personalbemessung. *Pflege im Krankenhaus*, 16.04.2018. Retrieved from <https://www.bibliomedmanager.de/news-des-tages/detailansicht/35067-spd-fuer-selbstkostendeckungsprinzip-und-personalbemessung/> (Accessed: 07.05.2018).
- Bartholomeyczik, S., Haasenritter, J., & Wieteck, P.** (2009). Instrumente zur Abbildung des Pflegeaufwands in der DRG-Systematik. *Literaturanalyse. Pflegewissenschaft*, 12(9), pp. 669-687.
- Bundesministerium für Gesundheit.** (2018). Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG). Retrieved from https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PpSG_Kabinett.pdf (Accessed: 28.08.2018).

- Bundesverband Geriatrie e. V.** (2018). Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie zum Entwurf der Bundesregierung zum Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz - PpSG). Retrieved from https://www.bv-geriatrie.de/images/INHALTE/Politik_und_Recht/Stellungnahmen/2018-08-22_SteNa_Kabinettsentwurf-PpSG_BVG.pdf (Accessed: 30.08.2018).
- Deutscher Pflegerat.** (2018). Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG) Stand 04.07.2018.
- Fachgesellschaft Profession Pflege.** (2018). Konzept zur Pflegepersonalbedarfsmessung im Krankenhaus. Retrieved from <http://www.proflege.eu/files/inhalte/neuigkeiten/Pflegepersonalbemessungskonzept.pdf> (Accessed: 30.08.2018).
- Fachgesellschaft Profession Pflege e. V.** (2018). Stellungnahmen: Pflegepersonaluntergrenzen und Finanzierung der Pflege außerhalb des G-DRG-Systems - (k)ein sinnvoller Weg? , 1-26. Retrieved from http://www.proflege.eu/files/inhalte/stellungnahmen/Stellungnahme_Personaluntergrenzen_Mai%202018.pdf (Accessed: 16.07.2018).
- Fachgesellschaft Profession Pflege e.v.** (2018a). DIMDI Vorschlagsverfahren 2019: 9 - 21 Multimodale interdisziplinäre Komplexbehandlung für die Akutpflege. Retrieved from <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/ops/vorschlaege/vorschlaege2019/103-multimodale-komplex-9-21-pflege.pdf> (Accessed: 07.05.2018).
- Fachgesellschaft Profession Pflege e.v.** (2018b). Vorschlagsverfahren OPS DIMDI für 2019: 1-776 Standardisiertes pflegerisches Basisassessment in der Akutpflege. Retrieved from <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/ops/vorschlaege/vorschlaege2019/105-basisassessment-akutpflege.pdf> (Accessed: 07.05.2018).
- Gratias, R.** (2014). Ist die "Wiederbelebung" der PPR sinnvoll? *Die Schwester / Der Pfleger*, 53(6), pp. 591-595.
- Hager, K. & Nennmann, U.** (1994). Die Stufen der allgemeinen Pflege (A1-A3) der Pflege-Personal-Regelung (PPR) im Verlauf der Rehabilitation. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 4(5), pp. 194-195. doi: 10.1055/s-2008-1062037
- InEK - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.** (2018). Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegeaufwand-Katalog) - Version 0.99. Retrieved from http://www.g-drg.de/G-DRG-System_2018/Katalog_zur_Risikoadjustierung_fuer_Pflegeaufwand_Pflegelast-Katalog (Accessed: 08.04.2018).
- Isfort, M. & Weidner, F.** (2001). *Pflegequalität und Pflegeleistungen I. - Zwischenbericht zur ersten Phase des Projektes "Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistung"*. Freiburg, Köln. Katholischer Krankenhausverband Deutschland.
- Kuhlmann, H.** (2003). Pflege im DRG-System - Wie kann pflegerische Leistung erfasst werden? Teil 2: PPR und LEP. *Die Schwester/Der Pfleger*, 42(10), pp. 760-765.
- Simon, M.** (2008). Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Mindestanforderungen als Ansatz zur nachhaltigen Sicherung einer ausreichenden Personalbesetzung. Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Retrieved from http://fs.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_2008_HBS-Studie_Personalbemessung_Pflegedienst.pdf (Accessed: 09.04.2016).
- Simon, M.** (2015). Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Retrieved from <http://www.deutscher-pflegerat.de/Fachinformationen/Simon-2015-Unterbesetzung-und-Personalmehrbedarf-im-Pflegedienst-2.pdf> (Accessed: April 2018).
- Thomas, D. et al.** (2014). Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. Diskussionspapier zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. *IBES Diskussionsbeitrag, No. 204*. Retrieved from <http://econstor.eu/bitstream/10419/101317/1/796268495.pdf> (Accessed: 31.07.2015).
- Wieteck, P.** (Ed.). (2011). *Handbuch 2011 für PKMS und PPR-A4: Kodierrichtlinien und praktische Anwendung des OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten* (2 ed.). Kassel: RECOM.
- Wieteck, P. & Kraus, S.** (2016). *Personalbedarf Pflege. Sektorenübergreifende Analyse der Pflegesituation und ihre Bemessungsgrundlagen mit Handlungsempfehlungen*. Kassel: RECOM GmbH.