BUNDESVERBAND GERIATRIE

FAQ-Liste: Anwendung der PPR 2.0 in der Geriatrie

Diese FAQ-Liste stellt eine Arbeitshilfe zur Umsetzung der PPR 2.0 für die Mitgliedseinrichtungen des Bundesverbandes Geriatrie e. V. dar. Sie wird als Ergänzung zur Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) sowie zur vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) herausgegebenen FAQ-Liste betrachtet und beinhalten ausschließlich geriatriespezifische Fragestellungen. Die Inhalte wurden mit größter Sorgfalt durch die Autorinnen und Autoren zusammengestellt, dennoch besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Grundsätze PPR 2.0 (vgl. DPR)

Bei der PPR 2.0 für Erwachsene handelt es sich um ein Instrument zur Pflegepersonalbedarfsermittlung auf der Grundlage aufwandtreibender Indikatoren, die Hinweise auf den Personalbedarf geben. Im Rahmen eines standardisierten Verfahrens, kann mit Hilfe des Instrumentes der durchschnittliche Bedarf an Arbeitszeitressourcen für eine bestimmte Organisationseinheit ermittelt werden. Der Begriff der Pflegepersonalbedarfsermittlung wird vielfach – so auch in der PPBV – synonym mit der Personalbedarfsbemessung verwendet. Eine Begriffsabgrenzung erübrigt sich an dieser Stelle mit Verweis auf die übergeordnete Zielsetzung der PPBV.

Die PPR 2.0 basiert auf vier Pflegekategorien bzw. Leistungsstufen[1] mit Einteilung in die allgemeine (A) und spezielle (S) Pflege und der Zuordnung von Durchschnittsminuten. Da es sich um ein indikatorengestütztes Instrument handelt (aufwandbegründende Merkmale), genügt als Voraussetzung für die Einteilung in die jeweiligen Kategorien bzw. Stufen das Vorliegen einzelner Merkmale. **Die Kompetenz zur Bedarfseinschätzung obliegt dabei den Pflegefachpersonen, wie es im Pflegeberufegesetz unter § 4 PflBG als Vorbehaltstätigkeit festgelegt ist.**

Die Ermittlung des Personalbedarfs erfolgt auf Basis von Minutenwerten. Hierfür werden die Patientinnen und Patienten täglich den A- und S-Bereichen (Pflegekategorien bzw. Leistungsstufen) zugeordnet. Durch die kombinierte Einstufung erfolgt eine Clusterung in Bedarfsgruppen (z. B. A1/S2, A3/S2). Die Zuordnung erfolgt anhand von festgelegten Indikatoren, die Hinweise zum Aufwand geben. Dabei werden sowohl Zustands- ([Pflege-]diagnosen) als auch Leistungsmerkmale (Pflegemaßnahmen) herangezogen, welche je Leistungsbereich definiert sind. Praktisch stellen die Leistungsbereiche damit Indikatorengruppen mit festgelegten Zustands- und Leistungsmerkmalen dar. Entscheidend hierbei ist, dass es sich bei den in den Indikatorengruppen genannten Zustands- und Leistungsmerkmalen um Beispiele handelt, die vorkommen können (ODER-Bedingungen), aber nicht gleichzeitig vorkommen müssen (also nicht ausschließlich UND-Bedingungen).

Ziel der PPR 2.0 ist es, anhand einzelner Indikatoren, den Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten zu bewerten und daraus den Personalbedarf abzuleiten. In Abgrenzung zum Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) zielt die PPR 2.0 damit nicht auf die Erfassung des individuellen Pflegeplans auf Basis aller geplanten bzw. durchgeführten Maßnahmen ab. Vor diesem Hintergrund bildet die PPR 2.0 nicht alle Aspekte der pflegerischen Versorgung ab. Dieser Ansatz trägt zu einem bürokratiearmen Verfahren bei und vermeidet eine fallbezogene Einzelleistungserfassung. Unabhängig davon, müssen die Indikatoren im Rahmen der wissenschaftlichen Weiterentwicklung evaluiert und bei Bedarf angepasst werden.

[1] Die Begriffe Pflegekategorien (PPR 2.0) und Leistungsstufen (PPBV) werden synonym verwendet. Aus Sicht des BV Geriatrie ist die Begrifflichkeit Pflegekategorien jedoch sachgerechter, da die PPR 2.0 sowohl Leistungs-, als auch Zustandsmerkmale berücksichtigt.

Geriatriespezifische Fragestellungen

Die Liste ist als ein lernendes System zu verstehen, d.h. sie bezieht sich auf die aktuell verfügbaren Informationen des Verordnungsgebers (BMG) und wird bei Bedarf aktualisiert bzw. ergänzt. Jede FAQ ist daher mit einem Datum versehen.

Ist die Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie (ATP-G) ein Indikator zur Einstufung in den Leistungsbereich bzw. die Pflegekategorie A3?

02. Oktober 2024

Gemäß § 10 Absatz 3 PPBV erfolgt eine Zuordnung zur Leistungsstufe A3, wenn in mindestens zwei verschiedenen Leistungsbereichen je mindestens ein Zuordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe A3 zutrifft.

In den original Anwendungsvorschriften zur PPR 2.0 findet sich zusätzlich der Hinweis, dass eine Zuordnung zur Leistungsstufe A3 erfolgt, wenn eine aktivierende Pflege durchgeführt wird. Gemäß der Begründung zum Referentenentwurf der PPBV vom 26. Oktober 2023 benötigen Patientinnen bzw. Patienten der Leistungsstufe A3 die vollständige Übernahme der Pflege oder es wird eine aktivierende Pflege durchgeführt. Demnach ist die ATP-G aus Sicht des BV Geriatrie ein Indikator zur Einstufung in den Leistungsbereich bzw. die Pflegekategorie A3.

Auch die Einordnungsmerkmale der allgemeinen Pflege gemäß Anlage 2 zu § 9 Absatz 1 PPBV weisen in A3 wesentliche, leistungsbezogene Spezifika der ATP-G auf, welche in der nachfolgenden Tabelle auszugweise dargestellt sind:

Leistungsbereich	Einordnungsmerkmale A3
Körperpflege	Training zur selbständigen Körperpflege
Ernährung	Unterstützungsbedarf bei Einnahme, Trink- und Esstraining
Ausscheidung	Ausscheidungsunterstützung
Mobilisation, Positionswechsel	Mobilisierung (Steh- o Gehtraining)

Die Kompetenz zur Bedarfseinschätzung obliegt abschließend jedoch der Pflegefachpersonen, wie im Pflegeberufegesetz unter § 4 PflBG als Vorbehaltstätigkeit festgelegt ist. Insbesondere bei fortschreitendem Behandlungsverlauf kann bei Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit auf dieser Grundlage auch eine Einstufung in A2 begründet sein.

Ist die tägliche Erhebung der Assessments für die Einstufung in den Leistungsbereich bzw. die Pflegekategorie A4 nötig?

02. Oktober 2024

Gemäß § 10 Absatz 3 PPBV erfolgt eine Zuordnung zur Leistungsstufe A4, wenn in mindestens zwei verschiedenen Leistungsbereichen je mindestens ein Zuordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe A4 zutrifft und

1. die Patientin oder der Patient einen Barthel-Index zwischen 0 und 35 Punkten aufweist,
2. die Patientin oder der Patient einen erweiterten Barthel-Index zwischen 0 und 15 Punkten aufweist oder
3. die Patientin oder der Patient im Mini-Mental-Status-Test zwischen 0 und 16 Punkten erreicht hat.

Die Assessments zur Einschätzung der motorischen oder kognitiven Funktionsfähigkeit erfolgen in der Praxis vor allem im Rahmen der Eingangsuntersuchung und der Statuserhebung. Die Assessments dienen innerhalb der PPBV daher als zustandsbezogene Indikatoren. Eine

Aktualisierung des Assessments ist im Verlauf aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie nur erforderlich, wenn sich der Zustand der Patientin bzw. des Patienten deutlich verändert.

Ergänzend sind auch die Mindestmerkmale der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung gemäß OPS 8-550.- zu beachten, welche die Erhebung standardisierter geriatrischer Assessments zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und am Ende der geriatrischen frührehabilitativen Behandlung in mindestens 2 Bereichen (Selbsthilfefähigkeit, Mobilität) vorsehen.

Gemäß Anlage 2 zu § 9 Absatz 1 PPBV können für die Einstufung in A4 auch die ICD-Kodes U50.4, U50.5 oder U51.2 herangezogen werden, sodass formal auch der Functional Independence Measure (FIM) als Einordnungsmerkmal innerhalb der PPR 2.0 zählt. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass dieser nicht mit einer Standardtabelle in die S1-Leitlinie zum Geriatrisches Assessment der Stufe 2 (AWMF-Register-Nr. 084-002LG) aufgenommen wurde.

Assessments, die nicht explizit im Rahmen der PPBV oder den genannten ICD-Kodes aufgeführt sind, sind aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie nicht als Einstufungsmerkmal im Rahmen des § 10 Absatz 3 PPBV geeignet.

Wie werden Patientinnen bzw. Patienten mit einer demenziellen Erkrankung in der Einstufung mittles PPR 2.0 berücksichtigt?

02. Oktober 2024

Zum derzeitigen Zeitpunkt wird die Demenz (ICD F00-F03) in der PPBV nicht explizit als Einordnungsmerkmal aufgeführt. Allerdings wird in den Zuweisungsmerkmalen gemäß § 10 Absatz 4 Nr. 4 PPBV auf den Mini-Mental-Status-Test (MMST) verwiesen, der als Schnelltest zur Erfassung kognitiver Störungen bei älteren Menschen dient und somit eine hohe Aussagekraft für die Diagnose Demenz aufweist. Durch die explizite Nennung des MMST mit 0-16 Punkten für die Einstufung in den Leistungsbereich bzw. die Pflegekategorie A4, ist sowohl die schwere (0-10 Pkt.) als auch zum Teil die mittelschwere Demenz (11-16 Pkt.) als Einordnungsmerkmal in der PPBV erfasst. Als Indikator hierfür dient auch die ICD U51.22. Neben dem MMST muss gemäß § 10 Absatz 3 PPBV zudem in mindestens zwei verschiedenen Leistungsbereichen je mindestens ein Zuordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe A4 zutreffen, damit eine Zuordnung zur Leistungsstufe A4 erfolgen kann.

Werden bei der Durchführung des MMST, Werte über 16 festgestellt, ist eine Einstufung in den Leistungsbereich bzw. die Pflegekategorie A3 zu prüfen.

Im Gegensatz zur zum Teil zustandsorientierteren Einstufung innerhalb der allgemeinen Pflege (A-Bereich), erfolgt die Einstufung innerhalb der speziellen Pflege (S-Bereich) aktuell ausschließlich leistungsorientiert. Leistungsbezogene, aufwandstreibende Indikatoren im Zusammenhang mit der Demenz – wie Orientierungshilfen bei Hinlauftendenz, Kommunikation und Beziehungsarbeit – sind gegenwärtig nicht von der PPBV erfasst. Bei der PPR 2.0 handelt es sich jedoch um ein lernendes System, welches gemäß § 137l SGB V weiterentwickelt werden soll. Zur Diskussion stehen hier u.a. fachspezifische Erweiterungen und Aspekte der Kommunikation. Vor allem in der ATP-G ist der Aspekt der Beziehungsarbeit einer von drei Grundelementen. Vor dem Hintergrund, welchen Stellenwert Kommunikation in der Geriatrie einnimmt, ist eine sachgerechte Abbildung unerlässlich und muss in die Weiterentwicklung einfließen.