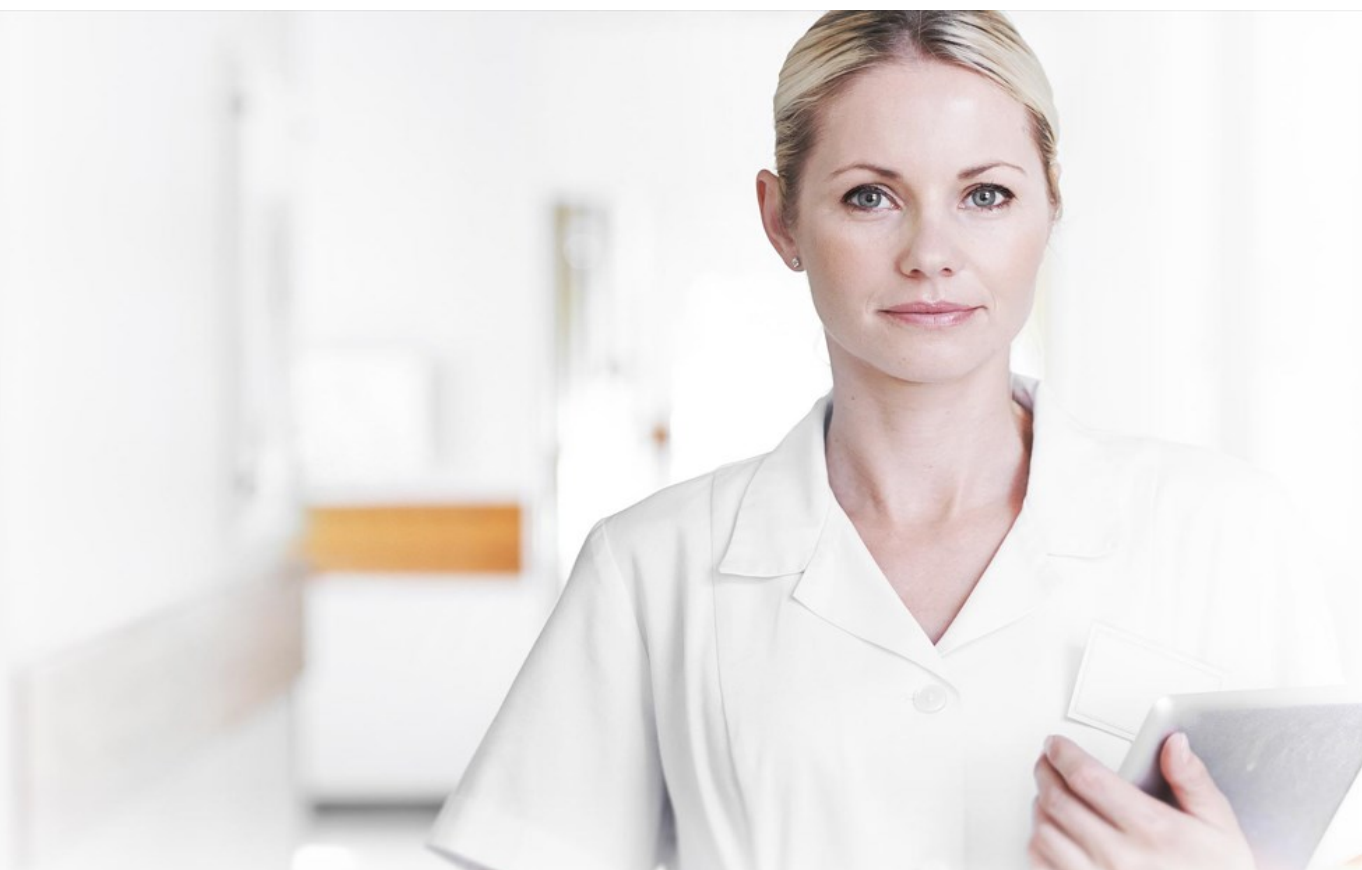


# FAQ zur PPR 2.0

Konsentiert und herausgegeben von der Fachgesellschaft Profession Pflege e.V.



**PRO**FSSION  
**PFLEGE**

# 1. Inhalt

<b>Hinweis</b> .....	<b>5</b>
<b>A. Übergreifende Fragen</b> .....	<b>5</b>
<b>1. PPR 2.0 Erwachsene &amp; Kinder</b> .....	<b>5</b>
1.1 (NEU) Gehört die reguläre Stomaversorgung zur Wundversorgung oder zu den Ausscheidungen?..	5
1.2 (NEU) Muss zusätzlich ein Bewegungsplan dokumentiert werden?.....	6
1.3 (NEU) Welche Daten genau werden ans InEK übermittelt? .....	6
1.4 (NEU) Fallen psychosomatische bzw. psychiatrisch versorgte Patienten, aus der PPR- Berechnung raus?.....	6
1.5 (NEU) Wie werden Hebammen gezählt? .....	6
1.6 (NEU) Muss die PPR 2.0 auch in Tageskliniken ermittelt werden? .....	6
1.7 (NEU) Wird an dem Tag, an dem der einmalige Fallwert berechnet wird auch zusätzlich der Grundwert berechnet? .....	6
1.8 (NEU) Können Pflegeleistungen, die von Personen erbracht wurden, welche laut Rechtsverordnung keine PFK oder Pflegehilfsperson sind (z.B. Servicepersonen, Medizinstudierende usw.), zur Einstufung herangezogen werden. ....	6
1.9 (NEU) Wie werden Auszubildende im Rahmen der Personalberechnung anerkannt?.....	7
1.10 Können Maßnahmen auch aus der Notaufnahme berücksichtigt werden? .....	7
1.11 Wie verhält es sich mit der Stroke Unit oder Chestpain Einheit, sind diese Facheinheiten zu berücksichtigen?.....	7
1.12 Wird die PPR in spezifischen Abteilungen (z.B. Verbrennungseinheiten, Palliativ) angewendet? .....	7
1.13 Wird die PPR auf einer Normalstationen, auf denen eine Telemetrie-Einheit eingegliedert ist, angewendet?.....	7
1.14 Wie kann die Stillberatung abgebildet werden? .....	7
<b>B.PPR 2.0 Erwachsene</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Anwendungsfragen allgemein</b> .....	<b>7</b>
2.1 Darf der PPR 2.0 (Erwachsene) auf IMC erhoben werden? .....	7
2.2 (NEU) Wie oft kann der Fallwert abgerechnet werden, wenn der Patient in kurzen Abständen wieder kommt? .....	8
2.3 Über welchen Tageszeitraum werden die PPR 2.0-Leistungen (E) geplant/erhoben? Was geschieht mit den Leistungen im Nachdienst? .....	8
2.4 Werden am Aufnahme- und Entlassungstag ebenfalls PPR 2.0 erhoben?.....	8
2.5 Wie werden die PPR-Minutenwerten von für teilstationär zu behandelnden Patienten berechnet? ...	8
2.6 Wie verhält sich die PPR-Einstufung bei einer Verlegung von einer Station auf eine andere Station?8	
2.7 Wie sieht es mit einer Verlegung innerhalb der Krankenhäuser aus? Ist dies dann nur eine Verlegung? Oder gilt dies in der PPR 2.0 als Entlassung und Neuaufnahme? .....	8
2.8 Wie werden Leistungen, welche von Begleitpersonen/Angehörigen durchgeführt werden, bewertet?8	
2.9 Wie ist es, wenn bei den Erwachsenen ein Angehöriger angeleitet wird, den Patienten zu waschen?9	
2.10 Dürfen Maßnahmen durch Vertreter*innen anderer Berufsgruppen (z. B. Ergotherapeut*in, Logopäd*in, Physiotherapeut*in, Stoma-Therapeut*in, Wundmanager*in usw.) erbracht werden? 9	
2.11 Reicht die geriatrische Fachweiterbildung zum Nachweis für die Fortbildung im Kontext der „Aktivierend-therapeutischen Pflege“, „Ess- Trinktraining“ oder „Inkontinenzförderung“ aus, oder müssen alle Schulungen einzeln nachgewiesen werden?.....	9
2.12 Welche Anforderungen sind an die Pflegedokumentation zu stellen, um eine korrekte Einstufung durchführen zu können, bzw. im Falle einer Prüfung plausibilisieren zu können? .....	9
2.13 Wie oft muss man den Barthel-Index hinterlegen?.....	9
2.14 Kann der erhöhte Pflegegrundwert bei Isolation, auch bei Menschen mit einer Umkehrisolation angesetzt werden? .....	9

2.15	Gibt es einen Cut Off Wert für die Schmerzen als Begründung/Plausibilisierung der Erschwerungsfaktoren?.....	10
<b>2.</b>	<b>A-Bereich Körperpflege .....</b>	<b>10</b>
2.1	Ist eine „aktivierende/anleitende (a) Ganzkörperwaschung“ eine A3 oder A4 Leistung? .....	10
2.2	Was ist unter einer „Therapeutischen Ganzkörperwaschung“ zu verstehen?.....	10
<b>3.</b>	<b>A-Bereich Ernährung .....</b>	<b>10</b>
3.1	(UMFORMULIERT) Im Bereich der Ernährung lautet ein Einstufungskriterium im Bereich der A4 „Volle Übernahme der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsverabreichung. Wie häufig sind die Leistungen jeweils zu erfüllen damit die A4 eingestuft werden kann? .....	10
3.2	Im Bereich der Ernährung wird die U50.* oder U51.* nicht als Voraussetzung formuliert. Sind dann die motorischen oder kognitiven Funktionseinschränkungen bedeutungslos? .....	10
<b>4.</b>	<b>A-Bereich Ausscheidung .....</b>	<b>11</b>
4.1	Wenn im Pflegeplan die Leistung „Miktion/Defäkation im Bett unterstützen“ geplant wird, darf dann im Rahmen der Pflegehandlung die anschließende Positionierung des Patienten oder der Patientin zusätzlich als Leistung im Kontext der Mobilisation aufgeführt werden?.....	11
4.2	Wozu zählt die Versorgung mit Einmal-Katheter?.....	11
<b>5.</b>	<b>A-Bereich Positionswechsel und Mobilisation .....</b>	<b>11</b>
5.1	Kann die Mobilisation in den Dusch-/ Toilettenstuhl oder die Duschtrage bei dem Leistungsbereich Bewegungen geltend gemacht werden oder ist das im Bereich Körperpflege oder Ausscheidung bereits inkludiert?.....	11
5.2	Wie plane ich denn, dass Patient*innen 4x tgl. gesucht werden müssen? .....	11
<b>6.</b>	<b>S-Bereich: Operationen, invasive Maßnahmen, akute Krankheitsphasen .....</b>	<b>11</b>
6.1	Kann die Beurteilung des Schlafes (Schlafrhythmus, -qualität) auch als ein Beobachtungsparameter gezählt werden? .....	11
6.2	Wie werden Monitorüberwachungen von z. B. RR, Puls, O <sup>2</sup> -Sättigung in der PPR 2.0 gezählt? .....	11
<b>7.</b>	<b>S-Bereich medikamentöse Versorgung: .....</b>	<b>11</b>
7.1	Zählen Opiate zu den hochwirksamen Medikamenten? .....	12
7.2	Wenn Infusionen für 22h angeordnet sind, zählt man das zum Tag- oder Nachtdienst? .....	12
7.3	Wie werden Schmerzpumpen (Perfusoren mit z.B. Betäubungsmittel) eingestuft?.....	12
7.4	Atemhilfe? Was ist darunter zu verstehen?.....	12
<b>8.</b>	<b>S-Bereich: Wund- und Hautbehandlung .....</b>	<b>12</b>
8.1	Tamponaden-Wechsel, in welchen Bereich fällt dies? .....	12
<b>C.</b>	<b>PPR 2.0 Kinder .....</b>	<b>12</b>
<b>9.</b>	<b>(NEU) Anwendungsfragen allgemein .....</b>	<b>12</b>
9.1	Wenn bei den Kindern ein 24h Zeitraum gilt, wann wird dann die Einstufung gemacht?.....	12
9.2	Sind die Neugeborenen auf geburtshilflichen Stationen separat einzustufen? .....	12
9.3	Was ist, wenn Eltern Leistungen übernehmen, werden diese bei der Einstufung mitberücksichtigt?.....	12
9.4	Wenn Kinder auf Erwachsenen-Stationen liegen, gilt dann auch der Bezugszeitraum von 24 Stunden oder fällt das unter die Erwachsenen PPR von 6-22 Uhr? .....	13
9.5	Wenn ein Kind von einer ITS auf eine Normalstation verlegt wird, sollen dann beide Stationen die PPR erheben? .....	13
9.6	Oft entspricht der Entwicklungsstand unserer Patienten nicht mit dem tatsächlichen Alter überein. Wo findet dies Berücksichtigung? .....	13
9.7	Sind in den 110 min für gesunde NG auch die Leistungen wie Hörscreening, Pulsoxymetrie, NGS Assistenz U 2 beinhaltet? .....	13
9.8	Warum bekommt man für eine 24h NICU IS 1 nur 360 min und bei einer KA3-F KS3 585 min? ...	13
9.9	Wann stufe ich die tagesstationären Patienten ein?.....	13
9.10	Wie sind die Begriffe „UND“, „ODER“ und „inklusive“ in der Rechtsverordnung auszulegen? .....	13
<b>10.</b>	<b>Fragen zum A-Bereich Kinder .....</b>	<b>13</b>

10.1	Zählt das Betreuen eines schreienden Säuglings zu Beschäftigung? .....	13
10.2	Können Gespräche während anderer Maßnahmen als KA 3 Leistung gezählt werden?.....	14
10.3	Maßnahmen mit 2 PFK: müssen hierbei 2 Handzeichen dokumentiert sein? .....	14
10.4	Gilt eine Bezugsperson als 2. Pflegekraft? .....	14
10.5	Muss in der Doku die Dauer der Vorbereitung, Gespräche und Nachbereitung ersichtlich sein? ....	14
<b>11.</b>	<b>Fragen zum S-Bereich Kinder.....</b>	<b>14</b>
11.1	Zählt zu KS3 auch die standardmäßige Monitorüberwachung von unseren Frühgeborenen auf Station, welche ohne Eltern sind?.....	14
11.2	Würde unter die hohe Frequenz auch 12x Augentropfen pro Tag fallen? .....	14
11.3	Was ist mit langen Wartezeiten bei Untersuchungen, die begleitet werden müssen? Gibt es dann automatisch eine KS4 im Bereich Begleitung?.....	14
11.4	Wie ordnet man denn Dauerinfusionen/ Antibiotika über Perfusor ein? .....	14
11.5	Wo kann die Pflege eines Blasen-Dauer-Katheters dargestellt werden? .....	14
11.6	Wie werden Highflow/CPAP Therapie gewertet, wenn diese nicht auf Intensivstation stattfinden. .	15
<b>12.</b>	<b>Fragen zur Kinder PPR 2.0 Intensivpflege .....</b>	<b>15</b>
12.1	Wie lautet die Einsortierung von NICU und PICU bezüglich Alter und Gewicht?.....	15
12.2	Wie können die Minutenwerte für einen Tag erfasst werden, wenn in drei Schichten verschiedene Eingruppierungen vorliegen.....	15
12.3	Müssen alle Patienten im selben Modell eingestuft werden, oder kann man auch einzelne Patienten 3x einstufen, wenn alle anderen 1x eingestuft werden? .....	15
12.4	Bei Verlegung von Kinder Intensiv auf Normalstation erfolgt die Einstufung auf beiden Stationen. Wie sieht es aus, wenn im Frühdienst verlegt wird?.....	15

## Hinweis

Die nachfolgenden FAQs beziehen sich auf die **pflegefachliche Auslegung der Rechtsverordnung durch die Arbeitsgruppen der Fachgesellschaft Profession Pflege e.V.**. An den Arbeitsgruppen haben sowohl Mitglieder der Fachgesellschaft als auch externe interessierte Expert\*innen teilgenommen. Die Antworten basieren auf einem Konsentierungsprozess. Grundlage der Antworten ist die Rechtsverordnung. Uns ist bewusst, dass durch die Interpretationsspielräume der Rechtsverordnung auch andere Antworten möglich wären. Wir haben nach bestem Wissen und Gewissen, unter Berücksichtigung der Gesetzestexte, der Entwicklerunterlagen sowie Kalkulationsgrundlagen usw. die PPR 2.0 Einstufungskriterien ausgelegt. Gerne können Sie weitere Fragen oder andere Meinungen an uns weiterleiten. Wir nehmen diese gerne in unseren nächsten Überarbeitungen mit auf.

Die Fragen sind eine Sammlung von Fragestellungen von Pflegepraktikern, welche an die Fachgesellschaft Profession Pflege e.V. gestellt wurden, sowie Fragen, die in den zahlreichen Schulungen der Thieme RECOM GmbH zur PPR 2.0 und Rechtsverordnung gestellt wurden. Am dieser Stelle möchten wir uns herzlich bei der Thieme RECOM GmbH für die Unterstützung bei der Erstellung der FAQs bedanken. Ebenso bei den aktiven Mitglieder der Fachgesellschaft, die sich in den Expertengruppen zur Beantwortung der Fragen engagiert haben.

Unser Ziel ist es, mit der vorliegenden Arbeit die Schulung und die Umsetzung der PPR 2.0 konstruktiv zu unterstützen.

## A. Übergreifende Fragen

In der Rechtsverordnung wird von der „Pflegepersonalbemessungsverordnung – (PPBV)“ gesprochen und nicht mehr von den Instrumenten, die hier zur Einstufung angewendet werden (PPR 2.0). Inhaltlich entsprechen aber die Einstufungskriterien und die Rechtsverordnung den Grundlagen der PPR 2.0.

Fragen, die zur Datenlieferung oder zur Berechnung des SOLL-Personals und IST-Personals oder der Auslegung eines Vollzeitäquivalents dienen, werden in den FAQs des InEK veröffentlicht.

[FAQ zur Umsetzung der Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV \(PPR 2.0\), InEK GmbH \(g-drg.de\)](https://www.g-drg.de/faq-umsetzung-pflegepersonalbemessungsverordnung-ppbv-ppr-2.0-inEK)

### 1. PPR 2.0 Erwachsene & Kinder

#### 1.1 (NEU) Gehört die reguläre Stomaversorgung zur Wundversorgung oder zu den Ausscheidungen?

Bei Kindern wird der Wechsel des Stoma-Beutels über die Ausscheidung eingestuft. Der Wechsel der Stoma-Platte ist eine spezielle Leistung und wird im Bereich „OP/Invasive Maßnahmen/akute Krankheitsphase, dauernde Bedrohung“ abgebildet.

Bei Erwachsenen gehört die reguläre Stomaversorgung zum Leistungsbereich der Ausscheidung in der Pflege. Sie findet in der PPR 2.0 nur in diesem Leistungsbereich Berücksichtigung. Wird ein Stoma neu angelegt und benötigt spezielle Wundversorgung postoperativ, fällt das in den Bereich der Wund- und Hautbehandlung / Assistieren ärztlicher Tätigkeiten.

### 1.2 (NEU) Muss zusätzlich ein Bewegungsplan dokumentiert werden?

Gemäß der PPR 2.0 gibt es keine explizite Anforderung, dass ein Bewegungsplan/-protokoll zusätzlich zur regulären Pflegedokumentation/Leistungsdokumentation speziell dokumentiert werden muss. Während die PPR 2.0 keine spezifische Anforderung an die separate Dokumentation eines Bewegungsplänen/-protokollen stellt, sind die ordnungsgemäße Lagerung/Positionierung/Mobilisierung und Dokumentation von Pflegeinterventionen wichtige Bestandteile der Pflegepraxis. Pflegeeinrichtungen sollten sicherstellen, dass interne Richtlinien existieren, welche die angemessene Dokumentation von Bewegungsplänen/-protokollen unterstützen, um die Pflegequalität zu verbessern und die Patientensicherheit zu gewährleisten. Es ist nochmals darauf hinzuweisen, dass bei den Kindern die erbrachte Pflegeleistung (Mobilisierungs-/Positionierungsleistung) dokumentiert sein muss.

### 1.3 (NEU) Welche Daten genau werden ans InEK übermittelt?

Die Anforderungen sind in der Rechtsverordnung konkretisiert. Siehe Auszug.

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2024 Teil I Nr. 188, ausgegeben zu Bonn am 14. Juni 2024

Seite 14 von 50

**Anlage 1**  
(zu § 7 Absatz 2 und 5)

#### Format für die Datenübermittlung an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

Institutionskennzeichen (IK)	
Krankenhausname	
Ort des Krankenhauses	
Jahr	
Quartal	
Signatur	

Weitere Informationen können Sie auf der InEK-Seite unter dem Link [FAQ zur Umsetzung der Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV \(PPR 2.0\), InEK GmbH \(g-drg.de\)](#) erfahren.

### 1.4 (NEU) Fallen psychosomatische bzw. psychiatrisch versorgte Patienten, aus der PPR-Berechnung raus?

Alle Patientenfälle der Psychosomatik und Psychiatrie, die nach der PPP-RL (PsychPV) bzw. nach PEPP abgerechnet werden, werden nicht in die PPR 2.0 eingestuft.

### 1.5 (NEU) Wie werden Hebammen gezählt?

Nur im Bereich der Geburtshilfe oder gemischten Stationen (Geburtshilfe/Gynäkologie) sind bei der Berechnung der durchschnittlichen Personalausstattung die durch Hebammen geleisteten Arbeitsstunden vollumfänglich zu berücksichtigen. (vgl. § 6 Abs. 4 PPBV).

### 1.6 (NEU) Muss die PPR 2.0 auch in Tageskliniken ermittelt werden?

Ja, Tageskliniken sind Teil der teilstationären Behandlung.

### 1.7 (NEU) Wird an dem Tag, an dem der einmalige Fallwert berechnet wird auch zusätzlich der Grundwert berechnet?

Ja, jeder Patient erhält jeden Tag einen Pflegegrundwert UND einmal pro „FALL“ einen Fallwert.

### 1.8 (NEU) Können Pflegeleistungen, die von Personen erbracht wurden, welche laut Rechtsverordnung keine PFK oder Pflegehilfsperson sind (z.B. Servicepersonen, Medizinstudierende usw.), zur Einstufung herangezogen werden.

**Grundsätzlich ist die Definition der Rechtsverordnung (Pflegefachperson und Pflegehilfsperson § 2 Begriffsbestimmung) zu berücksichtigen.**

**Erwachsene:**

Bei den Erwachsenen ist bedeutend, dass die Pflegemaßnahme entsprechend geplant wird. Da bei den Erwachsenen PPR 2.0 die „geplante“ Pflegeleistung zur Einstufung herangezogen wird und nicht die erbrachte Pflegeleistung, ist dieser Aspekt nicht relevant.

### **Kinder:**

Bei den Kindern werden „nur“ erbrachte Pflegeleistungen zur Einstufung herangezogen. Bei den Einstufungskriterien ist an manchen Stellen explizit eine PFK (Pflegefachperson) ausgewiesen. Dieses ist einzuhalten. Das bedeutet, wenn die Leistung durch eine Hilfspflegerperson oder ungelernete Person erbracht wird, kann diese „nicht“ zur Einstufung herangezogen werden.

### **1.9 (NEU) Wie werden Auszubildende im Rahmen der Personalberechnung anerkannt?**

„In Krankenhäusern, die eine Ausbildung zu Pflegefachperson oder den praktischen Teil der hochschulischen Pflegeausbildung anbieten, dürfen die durch Pflegeauszubildende in einer beruflichen oder hochschulischen Pflegeausbildung im zweiten und dritten Ausbildungsdrittel geleisteten Arbeitsstunden bei der Berechnung der durchschnittlichen Personalausstattung berücksichtigt werden, soweit hierdurch ihr Anteil an der für einen Kalendermonat nach Absatz 2 Satz 2 oder Absatz 3 Satz 2 berechneten Summe der geleisteten Arbeitsstunden 5 Prozent nicht übersteigt.“ (§ 6 Abs. 6 PPBV).

Die Auszubildenden können die Leistungen der PPR 2.0 erbringen, sie zählen in dem Fall als Pflegehilfspersonen, wenn sie sich im zweiten oder dritten Ausbildungsdrittel befinden. Grundsätzlich ist dabei zu beachten, dass die Auszubildenden entsprechendes Wissen und Anleitung bereits durchlaufen haben.

### **1.10 Können Maßnahmen auch aus der Notaufnahme berücksichtigt werden?**

Die PPR 2.0 findet in der Notaufnahme keine Anwendung. Die Pflegeleistung „einen Patienten von der Notaufnahme abholen“ und auf Station zu bringen, ist in der Kalkulation des Fallwertes berücksichtigt. Bettenführende Notfalleinheiten, welche auch bei der PpUGV gemeldet sind, erheben die PPR 2.0 und zählen als „Normalstation“.

### **1.11 Wie verhält es sich mit der Stroke Unit oder Chestpain Einheit, sind diese Facheinheiten zu berücksichtigen?**

Spezialisierte Einheiten wie Stroke Units oder Chest Pain Units sind grundsätzlich zu berücksichtigen, sofern sie Teil der allgemeinen somatischen Versorgung sind. Handelt es sich z.B. um eine Stroke Unit Einheit mit intensivmedizinischem Schwerpunkt in der Akutphase, ist die PPR nicht anzuwenden.

### **1.12 Wird die PPR in spezifischen Abteilungen (z.B. Verbrennungseinheiten, Palliativ) angewendet?**

Grundsätzlich sind alle bettenführenden „Normalstationen“ der somatischen Versorgung für Erwachsene sowie bettenführende Normal- und Intensivstationen der somatischen Versorgung für Kinder in den nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäusern aufgefordert, die PPR 2.0 zu kodieren (§ 1 Abs. 2 PPBV). Dabei ist es unerheblich, welche fachliche Spezialisierung die „Normalstation“ hat. Spezifische Abteilungen wie z.B. Verbrennungseinheiten und Palliativstationen zählen somit ebenfalls zum Geltungsbereich der PPR 2.0.

### **1.13 Wird die PPR auf einer Normalstationen, auf denen eine Telemetrie-Einheit eingegliedert ist, angewendet?**

Wenn die Patienten mit der Telemetrie-Apparatur auf Station liegen, werden diese entsprechend der PPR eingestuft. Wenn der Patient die Klinik verlässt (ambulant), sie aber die Messwerte noch beobachten, kann er nicht eingestuft werden. Dieser Sonderfall wäre aber noch zu klären.

### **1.14 Wie kann die Stillberatung abgebildet werden?**

Die Stillberatung/Stillanleitung ist im Bereich der Erwachsenen PPR bis jetzt nicht abgebildet. Die Stillberatung/Stillanleitung in der Kinder PPR ist im Bereich Ernährung KA3 gelistet. Stillhilfe ist eine KA2 Leistung. Eine Komplexe Stillanleitung und Unterstützung bei der Nahrungsverabreichung findet sich auch in KA4.

## **B. PPR 2.0 Erwachsene**

### **2. Anwendungsfragen allgemein**

#### **2.1 Darf der PPR 2.0 (Erwachsene) auf IMC erhoben werden?**

Im Fall von Intermediate Care-Stationen (IMC-Stationen) muss die Abgrenzung, ob es sich dabei um eine Intensivstation handelt oder nicht, einzelfallbasiert erfolgen, da keine ab-

schließende Definition einer IMC-Station existiert. In der Rechtsverordnung § 2 Absatz 9 ist folgende Definition zu finden. Eine weitere Möglichkeit der Abgrenzung ist die Frage ob auf der jeweiligen Facheinheit der Komplexkode der Intensivstation abgerechnet werden kann.

*„(9) Eine Station ist Intensivstation im Sinne dieser Verordnung, wenn dort Patientinnen und Patienten behandelt werden, bei denen die für das Leben elementaren Funktionen von Kreislauf, Atmung, Homöostase oder Stoffwechsel lebensgefährlich bedroht oder gestört sind und die mit dem Ziel behandelt, überwacht und gepflegt werden, diese Funktionen zu erhalten, wiederherzustellen oder zu ersetzen, um Zeit für die Behandlung des Grundleidens zu gewinnen, und wenn die Versorgung auf dieser Station mindestens ein Monitoring von Atmung und Kreislauf und eine akute Behandlungsbereitschaft umfasst, sodass ärztliche und pflegerische Interventionen zur Stabilisierung der Vitalfunktionen unmittelbar möglich sind. Das Grundleiden, das die intensivmedizinische Behandlung bedingt hat, muss nicht mit der Hauptdiagnose identisch sein.“*

## **2.2 (NEU) Wie oft kann der Fallwert abgerechnet werden, wenn der Patient in kurzen Abständen wieder kommt?**

Bei jeder Neuaufnahme, also Pro Fall oder DRG-Fall kann der Fallwert angerechnet werden. In der Erwachsene PPR steht "Ist ein Patient teilstationär zu behandeln und wird er wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach in demselben Krankenhaus behandelt, ist der Fallwert nach Absatz 3 nur einmal je Kalenderquartal zugrunde zu legen."

## **2.3 Über welchen Tageszeitraum werden die PPR 2.0-Leistungen (E) geplant/erhoben? Was geschieht mit den Leistungen im Nachdienst?**

PPR-Gültigkeit tägl. 06:00 – 22:00. Die Personalbemessung für Erwachsene im Nachtdienst (von 22:00 bis 06:00) wird auf Basis der PpUGV berechnet. Pflegeleistungen in dem Zeitraum des Nachtdienstes werden somit nicht zur Einstufung der PPR 2.0 (Erwachsene) berücksichtigt. Wenn Facheinheiten nicht unter die PpUGV fallen, wird ein Verhältnis von 1:20 zur Soll-Berechnung der VK-Stellen für den Nachtdienst zugrunde gelegt (§ 2 Abs. 11 PPBV; § 4 Abs. 2 PPBV).

## **2.4 Werden am Aufnahme- und Entlassungstag ebenfalls PPR 2.0 erhoben?**

Am Entlassungstag findet keine PPR 2.0 Einstufung statt. Es werden die Einstufungsergebnisse des Vortages genutzt und mit dem halben Minutensatz angerechnet („Für den Entlassungstag sind abweichend von Satz 1 und 2 jeweils 50 Prozent der Minutenwerte des Tages vor der Entlassung zugrunde zu legen.“ (§ 12 Abs. 2 PPBV). Die Aufnahme findet in der Regel vor dem Einstufungszeitpunkt statt. Der/Die Patient\*in wird am Aufnahmetag entsprechend eingestuft. Pro Aufenthalt wird darüber hinaus der Fallwert hinzugerechnet, hiermit werden die Aufwände für die Aufnahme und Entlassung abgegolten.

## **2.5 Wie werden die PPR-Minutenwerten von für teilstationär zu behandelnden Patienten berechnet?**

Für teilstationär zu behandelnden Patienten gelten die halben Minutenwerte für die Pflegegrundwerte und die Minutenwerte im A- und S- Bereich. Der Minutenwert „Fallwert“ gilt für teilstationär zu behandelnden Patienten, die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt werden, einmal je Quartal (§12 Absatz 4 PPBV).

## **2.6 Wie verhält sich die PPR-Einstufung bei einer Verlegung von einer Station auf eine andere Station?**

Bei einer normalen Verlegung wird die PPR 2.0 Einstufung fortgeführt.

## **2.7 Wie sieht es mit einer Verlegung innerhalb der Krankenhäuser aus? Ist dies dann nur eine Verlegung? Oder gilt dies in der PPR 2.0 als Entlassung und Neuaufnahme?**

Hier geht es um den Fallwert. Der Fallwert zählt nach der Aufnahme von außen. Entscheidend ist, ob der/die Patient\*innen aus einem DRG-Fall entlassen werden und mit einer anderen Diagnose aufgenommen wird, dann ist dies als eine Neuaufnahme zu behandeln.

## **2.8 Wie werden Leistungen, welche von Begleitpersonen/Angehörigen durchgeführt werden, bewertet?**

In die PPR-Kinder darf die Leistung als Pflegeleistung mitberechnet werden, auch wenn die Pflegeperson, z.B. bei einer Körperpflege, nicht im Zimmer anwesend ist, in der PPR-Erwachsene trifft das nicht zu.



**2.9 Wie ist es, wenn bei den Erwachsenen ein Angehöriger angeleitet wird, den Patienten zu waschen?**  
Das bedeutet, dass die Pflegeleistung „Anleitung zur Körperwaschung“ lautet, welche in der PPR anerkannt und als Einstufungskriterium genutzt wird. Dabei ist es unerheblich, ob die Pflegeperson einen Angehörigen verbal Schritt für Schritt anleitet oder den Patienten.

**2.10 Dürfen Maßnahmen durch Vertreter\*innen anderer Berufsgruppen (z. B. Ergotherapeut\*in, Logopäd\*in, Physiotherapeut\*in, Stoma-Therapeut\*in, Wundmanager\*in usw.) erbracht werden?**  
Wenn Stomatherapie, Diabetesberatung, Esstraining und/oder Wundmanagement durch Pflegefachpersonal durchgeführt bzw. geplant werden, kann die Leistung berechnet werden. Leistungen, die durch andere Berufsgruppen erbracht werden, können nicht geltend gemacht werden. Im Rahmen der PPR zählen zur Pflegefachpersonen und Pflegehilfspersonen laut § 2 Begriffsbestimmungen.

**2.11 Reicht die geriatrische Fachweiterbildung zum Nachweis für die Fortbildung im Kontext der „Aktivierend-therapeutischen Pflege“, „Ess- Trinktraining“ oder „Inkontinenzförderung“ aus, oder müssen alle Schulungen einzeln nachgewiesen werden?**  
In der finalen Rechtsverordnung wurden die im Entwurf der Rechtsverordnung formulierten Anforderungen zur Qualifikation bei der Durchführung der „aktivierend therapeutischen Pflegeleistungen“ nicht übernommen. Es ist weiterhin sicher zu stellen, dass die Kolleg\*innen welche Leistungen der aktivierend-therapeutischen Pflege planen und/oder durchführen auch die entsprechende Qualifikation dazu haben. Dies ist aus dem Entwurf der Rechtsverordnung zu entnehmen. Regelmäßige Fortbildungen in diesem Bereich sind zwingend, da die Konzepte sich auch kontinuierlich weiterentwickeln.

**2.12 Welche Anforderungen sind an die Pflegedokumentation zu stellen, um eine korrekte Einstufung durchführen zu können, bzw. im Falle einer Prüfung plausibilisieren zu können?**

Die Dokumentation in der Pflege, welche eine adäquate Pflegeprozesssteuerung in einem Team auf einer Facheinheit ermöglicht, ist ausreichend für die PPR 2.0 Einstufung.

- **Pflegeanamnese und Assessment:** Das bedeutet, die Patient\*innenzustände sind im Rahmen der Anamnese erhoben, um eine adäquate Pflege abzuleiten. Hierzu werden Assessmentinstrumente, wie z. B. der Bass, genutzt, um z. B. automatisiert den Barthel-Index und/oder den erweiterten Barthel-Index zu triggern, Risiken zu erkennen, wie z. B. Dekubitusrisiko usw.
- **Pflegeplanung:** Mindestanforderung ist, dass die Pflegemaßnahmen, die für einen Patienten oder eine Patientin geplant werden, handlungsleitend aufgeführt und bei Erbringung der Pflegemaßnahmen quittiert werden. Ziel ist, dass alle im Team über die geplanten Leistungen informiert sind, Kontinuität der Pflegemaßnahmenerbringung sichergestellt ist und der Status des Erfüllungsstandes im Team über die Schichten gewährleistet werden kann.
- **Spezialdokumentationen wie Beobachtungsprotokoll, Wunddokumentation und Medikationsblatt:** Ziel ist es, eine sichere Behandlung des Patienten oder der Patientin im interdisziplinären Kontext zu sichern und den Verlauf, z.B. der Wundheilung, evaluieren zu können.

Anzumerken ist, dass in der finalen Rechtsverordnung explizit im § 9 Absatz 3 folgender Hinweis dazu zu finden ist: „(3) Die Zuordnungen nach den Absätzen 1 und 2 sind durch die Pflegefachkräfte in der Pflegedokumentation auszuweisen.“

**2.13 Wie oft muss man den Barthel-Index hinterlegen?**

Im Rahmen der Ersterhebung und Statusermittlung ist, z.B. der Barthel-Index, zur Einschätzung der motorischen Funktionsfähigkeiten sinnvoll. Dabei kann der Barthel oder auch Erweiterte Barthel, welche eine Bedeutung bei der PPR-Einstufung als auch bei den Komplexkodes im Rahmen der DRG-Vergütung haben, auch über ein pflegerisches Basisassessment, z. B. den Bass, automatisiert ausgelöst werden. Wenn sich der Zustand des Patienten oder der Patientin deutlich ändert, ist das Assessment zu aktualisieren. Die Antwort auf die Frage lautet zusammengefasst, mindestens einmalig während des Aufenthaltes und bei Zustandsveränderungen des Patienten oder der Patientin.

**2.14 Kann der erhöhte Pflegegrundwert bei Isolation, auch bei Menschen mit einer Umkehrisolation angesetzt werden?**

Ja, laut Rechtsverordnungsentwurf vom 07.02.2024, Seite 85 „Auch Umkehrisolation (z.B. zum Schutz von Patientinnen und Patienten mit einem supprimierten Immunsystem) wird von dem

erhöhten Pflegegrundwert umfasst.“ In der aktuellen Fassung vom 14.06.2024 wird dies jedoch nicht mehr explizit aufgeführt ( §12 Absatz 1 PPBV). Die Erläuterungen der Entwurfsfassung der Rechtsverordnung wurden in der finalen Veröffentlichung des Bundesgesetzblattes nicht überführt. Eine Auslegung im Sinne des Entwurfes ist zulässig, da die Umkehrisolation eine Isolationsmaßnahme ist. Durch die Formulierung in § 12 wird zudem durch den Begriff „insbesondere bei ...“ deutlich, dass auch andere Gründe für Isolationsmaßnahmen nicht ausgeschlossen sind. Nachfolgend der Gesetzesauszug:

*(1) Der Pflegegrundwert beträgt je Patientin oder Patient und Tag 33 Minuten. Im Fall einer Isolationspflicht, insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit einer übertragbaren Erkrankung oder mit Verdacht auf eine solche Erkrankung, beträgt der erhöhte Pflegegrundwert je Patientin oder Patient und Isolationstag 123 Minuten.*

### **2.15 Gibt es einen Cut Off Wert für die Schmerzen als Begründung/Plausibilisierung der Erschwernisfaktoren?**

Nein, das ist Auslegungssache. Hier kann man sich im Zweifelsfall an die Leitlinienempfehlungen oder Expertenstandardempfehlungen richten, wie starke oder stärkste Schmerzen definiert sind. Wobei bei der PPR 2.0 nur von Schmerzen und nicht von „starken“ Schmerzen gesprochen wird. Bei den Kindern ist noch zu beachten, dass es sich um Schmerzen trotz Schmerzmanagement handelt.

## **2. A-Bereich Körperpflege**

### **2.1 Ist eine „aktivierende/anleitende (a) Ganzkörperwaschung“ eine A3 oder A4 Leistung?**

Eine aktivierende/anleitende Ganzkörperwaschung kann eine A4 Leistung sein, wenn die anderen Bedingungen aus dem Einstufungskatalog, z.B. Häufigkeiten 2 x tägl. usw. sowie die U50.4, U50.5 oder U51.2 erfüllt sind.

### **2.2 Was ist unter einer „Therapeutischen Ganzkörperwaschung“ zu verstehen?**

In den Einstufungskriterien sind die anerkannten „therapeutischen Konzepte“ aufgeführt. Diese sind: Bobath-Konzept, NDT-Konzept, MRT (Motor Relearning Programme), GWK-Basalstimulierend belebende, GWK-Basalstimulierend beruhigende, sonstige basalstimulierende GWK, andere einrichtungsspezifische Konzepte. Andere interne Konzepte sind in der Einrichtung als Beschreibung zu hinterlegen.

## **3. A-Bereich Ernährung**

### **3.1 (UMFORMULIERT) Im Bereich der Ernährung lautet ein Einstufungskriterium im Bereich der A4 „Volle Übernahme der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsverabreichung. Wie häufig sind die Leistungen jeweils zu erfüllen damit die A4 eingestuft werden kann?**

Bei dem Einstufungskriterium ist in der gültigen Rechtsverordnung keine Häufigkeit angegeben. Im Entwurf der Rechtsverordnung wurde in den Erläuterungen die Häufigkeit 7 Flüssigkeitsverabreichungen und 4 x tägl. Nahrungsverabreichung angegeben. Auch bei der Analyse der Kalkulationsgrundlagen der PPR 2.0 wird deutlich, dass die Leistungen entsprechend häufig durchgeführt werden müssen, um den kalkulierten Zeitwert für die Fallgruppen zu rechtfertigen. Leider wurden die Auslegungen nicht in die Einstufungskriterien übernommen. Daher ist zu empfehlen, die Auslegungen des Entwurfes der Rechtsverordnung zu übernehmen.

### **3.2 Im Bereich der Ernährung wird die U50.\* oder U51.\* nicht als Voraussetzung formuliert. Sind dann die motorischen oder kognitiven Funktionseinschränkungen bedeutungslos?**

Nein, denn im § 10 Abs. 4 ist folgendes formuliert:

„Eine Zuordnung zur Leistungsstufe A4 erfolgt, wenn in mindestens zwei verschiedenen Leistungsbereichen je mindestens ein Zuordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe A4 zutrifft und die Patientin oder der Patient

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

Das bedeutet, dass für die A4 die formulierten Voraussetzungen auf alle A-Leistungen anzuwenden sind. Für die Leistungsbereiche mit der expliziten Formulierung U50.\* und U51.\* sind zudem weitere Assessments gültig, um die Einschränkungen eines Patienten festzustellen.

## 4. A-Bereich Ausscheidung

### 4.1 Wenn im Pflegeplan die Leistung „Miktio/Defäkation im Bett unterstützen“ geplant wird, darf dann im Rahmen der Pflegehandlung die anschließende Positionierung des Patienten oder der Patientin zusätzlich als Leistung im Kontext der Mobilisation aufgeführt werden?

Da Sie nach einer Ausscheidungsunterstützung mit, z. B. Steckbecken, nicht einfach das Steckbecken herausziehen und den Patienten bzw. die Patientin liegen lassen, sondern im Anschluss ordentlich positionieren, also z.B. nach oben bewegen, die Fersen frei lagern und das Kopfteil etwas hochstellen, haben Sie zwei Handlungen durchgeführt. A) Ausscheidungsunterstützung im Bett und B) Positionierung im Bett. Somit sind zwei Handlungen zu planen und zu zählen.

### 4.2 Wozu zählt die Versorgung mit Einmal-Katheter?

Abhängig von der Pflegediagnose kann sie in dem A 4 Bereich im Kontext der Kontinenzförderung geltend gemacht werden. Hier sind dann die entsprechenden Anforderungen zu beachten (U50.4, oder U50.2 UND Pflegediagnose) oder sie kann im Rahmen der A2 „Entleeren, Wechsel von Katheter oder Stomabeutel“ eingestuft werden. Idealerweise ist im PPR A3 Bereich noch eine Pflegeleistung aufzunehmen: „Ausscheidungsunterstützung vÜ im Bett (z.B. mit Steckbecken/Urinflasche/Inkontinenzhose/Einmalkatheter) weniger 4 x tägl.“ Da momentan die Ausscheidungsunterstützung im Bett ausgeschlossen ist.

## 5. A-Bereich Positionswechsel und Mobilisation

### 5.1 Kann die Mobilisation in den Dusch-/ Toilettenstuhl oder die Duschtrage bei dem Leistungsbereich Bewegen geltend gemacht werden oder ist das im Bereich Körperpflege oder Ausscheidung bereits inkludiert?

Die Mobilisation, welche vorbereitend erforderlich ist, um die Körperwaschung durchzuführen, wird nicht extra als Mobilisierungsmaßnahme gezählt. Allerdings wenn Sie den/die Patient\*in zurückbringen und im Bett positionieren und nicht einfach am Bettrand absetzen, ist eine Maßnahme nach der Körperpflegemaßnahme angeschlossen. Sie haben dann zwei Pflegemaßnahmen erbracht: „Ganzkörperwaschung sitzend im Duschstuhl im Bad“ UND „Positionierung nach Seiler 30 Grad“.

### 5.2 Wie plane ich denn, dass Patient\*innen 4x tgl. gesucht werden müssen?

Ich hoffe, dass Sie dieses nicht planen müssen. In dem Fall berücksichtigen Sie die Erfahrungswerte mit dem jeweiligen Patienten oder die tatsächlich erbrachten Leistungen.

## 6. S-Bereich: Operationen, invasive Maßnahmen, akute Krankheitsphasen

### 6.1 Kann die Beurteilung des Schlafes (Schlafrhythmus, -qualität) auch als ein Beobachtungsparameter gezählt werden?

Schlafbeobachtungen sind ein Parameter. Allerdings ist zu beachten, dass in der Nacht stattfindende Schlafbeobachtung nicht als Parameter gezählt werden können, da nur Leistungen der Tagschicht Gültigkeit haben.

### 6.2 Wie werden Monitorüberwachungen von z. B. RR, Puls, O<sub>2</sub>-Sättigung in der PPR 2.0 gezählt?

Die drei aufgeführten Parameter können mindestens einmal geltend gemacht werden und öfters, wenn eine Pflegeperson, die kontinuierlich erhobenen Daten, z.B. stündlich, ansieht und erneut bewertet und in die Pflegedokumentation bzw. das Vitalzeichenprotokoll eingetragen werden.

## 7. S-Bereich medikamentöse Versorgung:

### 7.1 Zählen Opiate zu den hochwirksamen Medikamenten?

Die Frage kann nicht einfach mit Ja oder Nein beantwortet werden. Denn das Entscheidende ist, ob der/ die Patient\*in unter Gabe der Medikamente wegen der Nebenwirkungen der Medikamente oder wegen schwerwiegender Nebenwirkungen gefährdet ist. Also bekommt ein/e Patient\*in, z.B. hochdosiert Opiate, und es besteht ein hohes Risiko einer Atemdepression, welche eine kontinuierliche Überwachung erfordert, wäre der Punkt „Fortlaufende Beobachtung und Betreuung bei schwerwiegenden Arzneimittelwirkungen“ erfüllt. Hier muss also im Einzelfall bewertet und entschieden werden.

### 7.2 Wenn Infusionen für 22h angeordnet sind, zählt man das zum Tag- oder Nachtdienst?

Entscheidend ist, in welchem Zeitraum die Infusion läuft und die Beobachtung ggf. erforderlich wird. Wenn die Infusion punkt 22 Uhr angehängt wird, entsteht der Aufwand nach 22 Uhr und kann somit nicht gezählt werden.

### 7.3 Wie werden Schmerzpumpen (Perfusoren mit z.B. Betäubungsmittel) eingestuft?

Entscheidend ist nicht die Tatsache, ob ein Betäubungsmittel über Perfusor gegeben wird, sondern ob ein Überwachungsaufwand wegen der Nebenwirkungen umzusetzen ist.

### 7.4 Atemhilfe? Was ist darunter zu verstehen?

Atemhilfe ist ein breites Konzept und kann mehrere unterschiedliche Interventionen enthalten. Generell geht es um unterstützende Maßnahmen beim Ein- und Ausatmen zur Verbesserung einer respiratorischen Insuffizienz. Maßnahmen können z. B. die Sauerstoffgabe, Nichtinvasive Beatmung (NIV), Continuous Positive Airway Pressure (CPAP-Beatmung), Nichtinvasive positive Druckventilation (NIPPV) oder Beutelbeatmung über Maske oder mechanische Beatmung sein. Auch eine ASE (Atemstimulierende Einreibung) kann als Atemhilfe eingestuft werden.

## 8. S-Bereich: Wund- und Hautbehandlung

### 8.1 Tamponaden-Wechsel, in welchen Bereich fällt dies?

Die Frage lässt sich ohne weitere Informationen nicht beantworten. Denn ist z. B. der Tamponaden-Wechsel wegen der Lage technisch schwierig, könnte das zur S2 gezählt werden.

## C. PPR 2.0 Kinder

### 9. (NEU) Anwendungsfragen allgemein

#### 9.1 Wenn bei den Kindern ein 24h Zeitraum gilt, wann wird dann die Einstufung gemacht?

Die Einstufung erfolgt retrospektiv für jeden Kalendertag für den Zeitraum von 00:00 bis 23:59 Uhr. Der Einstufungszeitpunkt kann von der Klinik individuell festgelegt werden. Dabei werden die IST-Pflegeleistungen bei der Einstufung berücksichtigt.

#### 9.2 Sind die Neugeborenen auf geburtshilflichen Stationen separat einzustufen?

Gesunde Neugeborene auf der Wochenstation werden über die Erwachsenen-PPR 2.0 mit einem pauschalen Minutenwert von 110 Minuten eingestuft. Wenn der gesunde Neugeborene erkrankt, dann wird die PPR-Kinder aktiv angewendet.

#### 9.3 Was ist, wenn Eltern Leistungen übernehmen, werden diese bei der Einstufung mitberücksichtigt?

Im § 15 ist folgendes formuliert: „(5) Bei der Zuordnung zu den Leistungsstufen sind pflegerische Leistungen durch Familienmitglieder oder durch andere Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten als von Pflegefachkräften erbrachte Leistungen zu berücksichtigen und entsprechend in der Pflegedokumentation auszuweisen.“ Dabei bleibt offen, ob die Pflegeperson bei der Erbringung der Pflegeleistung durch die Bezugsperson anwesend sein muss, ODER ob auch Leistungen, die in Abwesenheit der Pflegeperson durchgeführt wurden zur Einstufung herangezogen werden können.

Da es sich um ein Personalbemessungssystem handelt, ist eine Leistung nur zu zählen, wenn eine Pflegeperson bei der Leistungserbringung durch die Bezugsperson anwesend ist, bzw. die Leistungserbringung beobachtet oder im Nachgang ein Reflexionsgespräch mit der Bezugsperson durchgeführt wurde.

#### 9.4 Wenn Kinder auf Erwachsenen-Stationen liegen, gilt dann auch der Bezugszeitraum von 24 Stunden oder fällt das unter die Erwachsenen PPR von 6-22 Uhr?

Wenn ein Kind auf einer Erwachsenen-Station nicht pädiatrisch versorgt wird, kommt die PPR-Erwachsene zur Anwendung. Die Antwort wird aus der Rechtsverordnung abgeleitet, da es für den umgekehrten Fall eine entsprechende Aussage gibt.

**Rechtsverordnung § 13:** „Ist die Behandlung eines Erwachsenen auf einer Normalstation für Kinder erforderlich, ist er der Gruppe „Schulkinder und Jugendliche (J)“ zuzuordnen.“

#### 9.5 Wenn ein Kind von einer ITS auf eine Normalstation verlegt wird, sollen dann beide Stationen die PPR erheben?

Richtig. Es werden auf beiden Stationen die erbrachten Leistungen in der jeweilig gültigen Systematik eingestuft. Die Handhabung der Verlegung wird in der Rechtsverordnung im § 19 Absatz 5, § 13 Absatz 2 beschrieben.

#### 9.6 Oft entspricht der Entwicklungsstand unserer Patienten nicht mit dem tatsächlichen Alter überein. Wo findet dies Berücksichtigung?

Es zählt die definierte Altersstufe und die erbrachten Leistungen. Ist ein Kind bezogen auf die Entwicklung rückständig ist das Handlungsgeschehen ein anderes.

#### 9.7 Sind in den 110 min für gesunde NG auch die Leistungen wie Hörscreening, Pulsoxymetrie, NGS Assistenz U 2 beinhaltet?

Solange es Routineuntersuchungen sind, die bei jedem gesunden Neugeborenen erforderlich sind, sind sie in den 110 Minuten enthalten.

#### 9.8 Warum bekommt man für eine 24h NICU IS 1 nur 360 min und bei einer KA3-F KS3 585 min?

Ein höherer Pflegeaufwand wird nicht allein durch den Aufenthaltsort (Normal-Station/Intensivstation) erklärt. Sondern diese werden durch die Handlungen sowie die Rahmenbedingungen erklärt. Den beiden Instrumenten sind entsprechende Kalkulationen zugrunde gelegt.

#### 9.9 Wann stuft ich die tagesstationären Patienten ein?

Die Einstufung erfolgt retrospektiv nach dokumentierter Leistung. Die Empfehlung ist, die Einstufung nach Ende der Schicht vorzunehmen. "Bei interner und externer Verlegung oder Entlassung sowie bei teilstationär zu behandelnden Patienten erfolgt diese Zuordnung zum Zeitpunkt der Entlassung." (§ 13 Abs. 2 PPBV).

#### 9.10 Wie sind die Begriffe „UND“, „ODER“ und „inklusive“ in der Rechtsverordnung auszulegen?

**UND:** Hier müssen alle Maßnahmen bzw. Bedingungen die durch das UND verbunden sind erfüllt werden, um den Patienten/die Patientin in die Stufe einzugruppieren.

**ODER:** Hier muss nur eine der Maßnahmen, die durch ein ODER verbunden sind, erfüllt sein.

**Inklusiv:** Laut Duden bedeutet inkl./inklusive mit einbeziehend/einschließlich. Im Kontext der Kodierung der Einstufungskriterien muss dann geprüft werden, wie jeweils auszulegen ist.

**UND/ODER:** Es muss mindestens einer der beiden Punkte erfüllt sein, die bei einer Aufzählung XXX ODER YYYY als Einstufungskriterium aufgeführt sind. Es können auch beide erfüllt sein.

**Bei Vorliegen...:** wird als UND ausgelegt.

## 10. Fragen zum A-Bereich Kinder

#### 10.1 Zählt das Betreuen eines schreienden Säuglings zu Beschäftigung?

Ja, das Betreuen eines schreienden Säuglings zählt als Beschäftigung im Rahmen der Pflege. Es kann über den Leistungsbereich "Kommunikation" der allgemeinen Pflege auf Kindernormalstationen z.B. unter Eins zu Eins-Betreuung abgebildet werden (vgl. PPBV, S. 51f)

## 10.2 Können Gespräche während anderer Maßnahmen als KA 3 Leistung gezählt werden?

Nein, es können nur Kommunikationsleistungen anerkannt werden, die losgelöst von anderen Pflegemaßnahmen erbracht werden.

## 10.3 Maßnahmen mit 2 PFK: müssen hierbei 2 Handzeichen dokumentiert sein?

Aus der Dokumentation muss ersichtlich sein, dass die Pflegeleistung durch zwei Personen durchgeführt wurde. Das kann durch zwei Handzeichen geschehen, oder durch die Angabe einer zweiten Person in der Dokumentation.

## 10.4 Gilt eine Bezugsperson als 2. Pflegekraft?

Nein, eine Bezugsperson kann nicht als 2. Pflegekraft geltend gemacht werden. Pflegerische Leistungen, die von Eltern oder Angehörigen übernommen werden, werden gesondert eingestuft.

## 10.5 Muss in der Doku die Dauer der Vorbereitung, Gespräche und Nachbereitung ersichtlich sein?

Ja, in der Pflegedokumentation sollte plausibel nachvollzogen sein, wie sich der Gesamtaufwand zusammensetzt.

# 11. Fragen zum S-Bereich Kinder

## 11.1 Zählt zu KS3 auch die standardmäßige Monitorüberwachung von unseren Frühgeborenen auf Station, welche ohne Eltern sind?

Ja. Das fällt in den Leistungsbereich "OP, invasive Maßnahmen, akute Krankheitsphase, dauernde Bedrohung" der speziellen Pflege unter die Leistungsstufe KS3 (vgl. PPBV, S. 56f).

## 11.2 Würde unter die hohe Frequenz auch 12x Augentropfen pro Tag fallen?

KS4	Hochaufwendige Leistungen	Zu <b>mindestens neun verschiedenen Uhrzeiten Verabreichung der Arzneimittel</b> , die der Patient nicht selbständig einnehmen kann, bei massiver Abwehr/Widerständen/Uneinsichtigkeit bei der Verabreichung von Arzneimitteln oder massiver Beeinträchtigung der oralen Arzneimittelaufnahme durch Bewusstseinsminderung <b>und</b> hochaufwendiges (komplexes) Arzneimittelregime entsprechend ärztlicher Anordnung mit hoher Verabreichungsfrequenz oder Multimedikation • <b>Mindestens 12 Arzneimittel/Tag</b> (z. B. Klysmen, Suspensionen, Inhalate, Injektionslösungen, Tabletten, Granulate, die in besonderer Form (z. B. mörsern, auflösen) zubereitet werden müssen) <b>und mindestens drei Applikationszeitpunkte</b> (z. B. morgens, mittags, abends) für die Verabreichung dieser Arzneimittel bei massiver Beeinträchtigung der oralen Arzneimittelaufnahme durch Bewusstseinsminderung <b>und</b> • <b>hochaufwendiges (komplexes) Arzneimittelregime</b> entsprechend ärztlicher Anordnung mit hoher Verabreichungsfrequenz oder Multimedikation oder Kau-/Schluckstörung mit starken Auswirkungen auf die Arzneimittelaufnahme
-----	---------------------------	---

Nein, die alleinige Verabreichung von Augentropfen erfüllt die Einstufungskriterien der KS4 (medikamentöse Versorgung) nicht. Weitere Bedingungen sind zu erfüllen. In der Rechtsverordnung ist das Wort „bei“ oder „die in besondere Form zubereitet werden müssen“ als weitere UND Bedingungen auszulegen. In der nachfolgenden veränderten Schreibweise wird das deutlich.

- **Mindestens 12 Arzneimittel tägl.** (z.B. Klysmen, Suspensionen, Inhalate, Injektionslösungen, Tabletten, Granulate) **UND** besondere Form der Zubereitung einiger Arzneimittel z.B. mörsern, auflösen) **UND mindestens 3 Applikationszeitpunkte** (z.B. morgens, mittags, abends) **UND** Vorliegen einer massiven Beeinträchtigung der oralen Arzneimittelgabe durch Bewusstseinsminderungen

## 11.3 Was ist mit langen Wartezeiten bei Untersuchungen, die begleitet werden müssen? Gibt es dann automatisch eine KS4 im Bereich Begleitung?

Kann ein Kind im Wartebereich und bei einer Untersuchung nicht allein gelassen werden und benötigt eine fortlaufende Beobachtung/Betreuung und werden entsprechende Zeiten von mind. 240 Minuten (Summe kann über die 24-Stunden addiert werden) für die Begleitung benötigt, zählt das Kind für diesen Tag in KS4 Begleitung.

## 11.4 Wie ordnet man denn Dauerinfusionen/ Antibiotika über Perfusor ein?

Erhält der Patient lediglich eine reguläre Dauerinfusion (egal ob freilaufend, über Perfusor oder über Infusomat), wird er in die Leistungsstufe KS2 des Leistungsbereichs "Medikamentöse Versorgung" der speziellen Pflege eingestuft.

## 11.5 Wo kann die Pflege eines Blasen-Dauer-Katheters dargestellt werden?

Diese Leistung ist derzeit noch nicht in der PPR 2.0 für Kinder dargestellt. Das ist ein Thema für die Weiterentwicklung der PPR 2.0.

**11.6 Wie werden Highflow/CPAP Therapie gewertet, wenn diese nicht auf Intensivstation stattfinden.**  
 Beatmung, Tracheostoma etc. werden in der allgemeinen Pflege als Erschwernisfaktoren beschrieben. Sie werden hierbei nicht gesondert behandelt.

## 12. Fragen zur Kinder PPR 2.0 Intensivpflege

### 12.1 Wie lautet die Einsortierung von NICU und PICU bezüglich Alter und Gewicht?

NICU: < 28 Tag ODER < 2500g; PICU: > 27 Tage UND mindestens 2500g

- NICU-Patientinnen und Patienten, die bei stationärer Aufnahme unter 28 Tage alt oder unter 2500 Gramm schwer sind
- PICU-Patientinnen und Patienten, die bei stationärer Aufnahme älter als 27 Tage alt und mindestens 2 500 Gramm schwer sind und das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

### 12.2 Wie können die Minutenwerte für einen Tag erfasst werden, wenn in drei Schichten verschiedene Eingruppierungen vorliegen.

24-Stunden-Modell	Gruppe	IS 1	IS 2	IS 3
24 Stunden	NICU	360	720	1 440
24 Stunden	PICU	480	720	1 440

Drei-Schicht-Modell	Gruppe	IS 1	IS 2	IS 3
Acht-Stunden-Schicht 1	NICU	120	240	480
Acht-Stunden Schicht 2	NICU	120	240	480
Acht-Stunden Schicht 3	NICU	120	240	480

Drei-Schicht-Modell	Gruppe	IS 1	IS 2	IS 3
Acht-Stunden-Schicht 1	PICU	160	240	480
Acht-Stunden-Schicht 2	PICU	160	240	480
Acht-Stunden-Schicht 3	PICU	160	240	480

Die Minuten-Werte zur Berechnung der SoLL-Personalberechnung sind monatsweise darzustellen und Quartalsweise an das InEK zu liefern. Eine tagesbezogene Auswertung kann in der Klinik im Rahmen des Pflegecontrollings interessant sein.

Je nach gewählten Schichtmodell wird das Kind entsprechend den vorhandenen Leistungsstufen für den Tag oder in die Schichten in eine der Aufwandgruppen IS1 bis IS3 zugeordnet. Die in der Tabelle aufgeführten Zeitwerte werden entsprechend genutzt. Beim Dreischichtmodell werden die Werte pro Schicht für den Tag addiert.

Weitere Regeln bei teilstationären (Abs. 4) oder Aufnahmetagen (Abs. 5) sind im § 19 zu entnehmen. Zur Soll-Personalberechnung einer Station ist auch § 5 PPBV zu berücksichtigen.

### 12.3 Müssen alle Patienten im selben Modell eingestuft werden, oder kann man auch einzelne Patienten 3x einstufen, wenn alle anderen 1x eingestuft werden?

In einer Klinik wird das entsprechende Schichtmodell aus arbeitsorganisatorischen Gründen festgelegt. Alle Patienten sind dann entsprechend der Festlegung einzustufen. Eine Festlegung kann stationsweise unterschiedlich sein.

### 12.4 Bei Verlegung von Kinder Intensiv auf Normalstation erfolgt die Einstufung auf beiden Stationen. Wie sieht es aus, wenn im Frühdienst verlegt wird?

Bei einer internen Verlegung von einer internen pädiatrischen Intensivstation auf eine normale Station, ordnen die aufnehmende und die verlegende Station den Patienten auf ihrer jeweiligen Station entsprechend Einstufungsmerkmale für den jeweiligen Kalendertag/bzw. Schicht zu.

**Intensivstation**

§ 19 Abs. 5 Für den Tag der Aufnahme von außen, den Tag der Entlassung und den Tag der Verlegung auf eine Normalstation desselben oder eines anderen Krankenhauses, ist oder sind für die Patientin oder den Patienten

1. bei einem 24-Stunden-Modell der Minutenwert für diejenige Patientengruppe zugrunde zu legen, der er an diesem Tag zugeordnet wurde,
2. bei einem Drei-Schicht-Modell der Minutenwert oder die Minutenwerte derjenigen Patientengruppe oder Patientengruppen zugrunde zu legen, der oder denen die Patientin oder der Patient in der jeweiligen Schicht oder in den jeweiligen Schichten zugeordnet wurde, in der oder in denen sie oder er auf der Kinder- Intensivstation behandelt wurde.

**Normalstation**

Stuft das Kind bei der zu Verlegung entsprechend den Einstufungskriterien ein. Siehe § 13 Abs. 2. Als Grundlage werden nur die auf der Normalstation erbrachten Leistungen berücksichtigt.