1. Welche konkreten Klärungspunkte oder Widersprüche bestehen aktuell?

1.1. Allgemein:

1.1.1. Welche Minutenwerte werden für den Entlassungstag auf Erwachsenenstationen verwendet (wenn der Fall für den Tag eine oder keine Zuordnung erhält), und werden diese für den Entlassungstag immer halbiert?

→ M.E. werden bei Entlassungen auf Erwachsenenstationen 50% der Minutenwerte des Tages vor der Entlassung berechnet.

→ Für den Entlassungstag sind nach § 12 Absatz 2 abweichend von Absatz 2 Satz 1 und 2 jeweils 50 % der Minutenwerte des Tages vor der Entlassung zugrunde zu legen. Dies betrifft somit nicht § 12 Absatz 1, der den Pflegegrundwert regelt.

1.1.2. Für jeweils auf Normalstationen für Erwachsene beschäftigte 50 Pflegekräfte ist zusätzlich ein Vollzeitäquivalent für eine leitende Krankenpflegeperson oberhalb der Stationsebene anteilig hinzuzurechnen. Entsprechend der Anlage 1 PPBV ist jedoch auf Ebene Pflegeeinheit zuzuordnen. Die zusätzlich ermittelten leitenden Krankenpflegepersonen befinden sich „oberhalb der Stationsebene“. Wie sollen sie also in Anlage 1 ausgewiesen werden?

→ In Anlage 1 gibt es eine eigene Zeile zur Angabe der leitenden Krankenpflegeperson(en).

1.1.3. Bei Betrachtung der drei folgenden Rechtsgrundlagen (§10 (2) PPBV; §15 (2) PPBV sowie §15 (3) PPBV) erfolgt eine Verschlechterung der Einstufung, wenn in einem Leistungsbereich mehr als ein Zuordnungsmerkmal zutrifft. Ist dies so gewollt?

→ Wie soll auf die Frage, ob das so gewollt ist, geantwortet werden!? Die Einstufung erfolgt so wie es die PPBV vorgibt in den jeweiligen §§.

➔ Bezogen ausschließlich auf § 10: Die Verordnung regelt gemäß der PPR 2.0, wann ein Patient der A3 im Gegensatz zur A2 zuzuordnen ist. Eine Einstufung in A3 ist nur möglich, wenn je ein Zuordnungsmerkmal in min. zwei verschiedenen Leistungsbereichen in der A3 vorkommen.

1.2. Erwachsenen PPR

1.2.1. Wie wird ein "gesundes Neugeborenes" dokumentiert?

→Frage 4.6: Werden gesunde Neugeborene bei der durchschnittlichen Patientenbelegung gezählt?

Gesunde Neugeborene sind bei der Ermittlung der durchschnittlichen Patientenbelegung nicht zu berücksichtigen, wenn sie aufgrund des Krankenhausaufenthaltes der Mutter mit versorgt werden.

1.2.2. FAQ zur Umsetzung der Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV (PPR 2.0), InEK GmbHWie wird die (Umkehr-)Isolation dokumentiert?

→ § 12 Abs. 1: „Im Fall einer Isolationspflicht, insbesondere bei Patientinnen und Patienten […] beträgt der erhöhte Pflegegrundwert je Patientin oder Patient und Isolationstag 123 Minuten.“

1.2.3. Wie ist der Umgang mit kleinteiligen Leistungen zur Körperpflege (z.B. Haare kämmen) definiert?

→ PPBV Anlage 2 S. 16 Spalte zu A2 = […] „Übernahme wesentlicher Teile der Körperpflege (z.B. Haar-/ Nagelpflege, Rasur, eincremen).

➔ Ergänzung: die in der PPR 2.0 formulierten Merkmale und Leistungsbereiche stehen stellvertretend für das gesamte Leistungsspektrum. Die PPR 2.0 ist kein Instrument, dass alle möglichen pflegerischen Maßnahmen abbildet. Die Merkmale sind daher als Beispiele zu sehen.

1.2.4. Wie erfolgt der Umgang mit Transfers, die zum Ziel haben, eine Leistung, in einem Leistungsbereich zu ermöglichen (z.B. Transfer zur Ausscheidung, Transfer zur Nahrungsaufnahme).

→ In der PPBV Anlage 2 werden keine Einschränkungen vorgenommen, das Patienten, die in einen Stuhl oder Rollstuhl transferiert werden, dieser Transfer nicht auch der Nahrungsaufnahme dienen kann. Ggf. kann der Patient sich zwar nicht selbstständig oder nur mit Hilfe positionieren, jedoch seine Nahrung selbst zu sich nehmen. Im Leistungsbereich Ausscheidung ist ein Merkmal ausgewiesen, dass der Patient zur Toilette begleitet wird. An dieser Stelle ist unter Beachtung der Zuordnungsregeln darauf hinzuweisen, dass nicht alle möglichen Merkmale zutreffen müssen, sondern nur ein bis zwei Merkmale aus unterschiedlichen Leistungsbereichen (siehe §§ 10 und 11 PPBV). Auch ist auf die Soll-Konzeption hinzuweisen: Es sind diese Merkmale heranzuziehen, die der Patient benötigt. D.h. wenn für diesen beispielsweise 6 x tägl. ein Positionswechsel notwendig/erwartend ist (unabhängig ob dieser durchgeführt werden konnte) ist das Merkmal für den Leistungsbereich Positionswechsel aus A3 erfüllt.

1.2.5. Wie erfolgt eine leistungsbezogene Abgrenzung des Monitorings auf Normalstationen zur analogen Vitalzeichenkontrolle?
→ s. zB. S. 43-44: „[…] *Parameter sind z.B. RR, Puls, Atmung, Temp., Drogenscore z.B. nach Finnegan

1.2.6. → die PPR 2.0 ist kein leistungsbezogenes Instrument und auch keines, dass es zum Ziel hat, alle pflegerischen Maßnahmen oder andere Maßnahmen abzubilden. Parameter, die im Rahmen des Monitorings zu prüfen sind, sind zu den zu kontrollierenden Parametern zu addieren.?

→ s. S. 21 Hinweis zu 2 Aufwendiger VW:
Technisch schwieriger VW
Unruhiger oder wenig kooperativer Patient
Zwei Pflegekräfte erforderlich
Steriler VW, bei dem zusätzlich ein Medikament auf Anordnung appliziert wird (Auflagen, Salbe, Gaze, Spülen, Baden)
z. B. septischer VW mit Wundreinigung, Verbände in Verbindung mit Spülungen/ Drainagen, Gipsverband mit darunter liegenden Wunden → siehe v.a. Anlage 2 PPBV Auflistung unter S2 und S3

1.3. Kinder PPR:

1.3.1. Kinderintensiv-8h-PPR: Wie sind die Schichten definiert? Ist die 1. Schicht die Nacht- oder Frühschicht?
→

1.3.2. Für Kinder auf Intensivstationen wird explizit das Alter bei Aufnahme genannt, für Erwachsene und Kinder „nur“ das Alter. Ist für die Kinder-PPR 2.0 tatsächlich das aktuelle Alter zu nutzen, d. h. das Kind wechselt im Aufenthalt ggf. von „F“ zu „K“ zu „J“?
→m.E. ist das eine Möglichkeit, dass ein solcher Wechsel während des Aufenthalts passiert. Ergänzend dazu § 17: (1) Zur Ermittlung des Pflegebedarfs sind durch die Pflegefachkräfte
1. Patientinnen und Patienten, die bei stationärer Aufnahme unter 28 Tage alt oder unter 2 500 Gramm schwer sind, der Gruppe „neonatologische Intensivmedizin (NICU)“ zuzuordnen,
2. 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, der Gruppe „pädiatrische Intensivmedizin (PICU)“ zuzuordnen.

1.3.3. Sind für eine Einstufung in die Leistungsstufen A2 und A3 tatsächlich Erschwernisfaktoren/erschwerte Bedingungen zu dokumentieren? Das widerspricht der Entbürokratisierung und dem Ansatz, dass nur in der Leistungsstufe A4 (hochaufwendige Pflege) Gründe für eine hochaufwendige Pflege anzugeben sind.
→ Textstelle(n) benennen, bitte. Ich finde dazu bspw. in Anlage 1 keine Erwähnung.

1.3.4. In den GKinD-Schulungsunterlagen ist die A1 (F) z. B. im Leistungsbereich Ernährung mit 1–5x angegeben. Im Regelungstext ist die A2 bis zu 8x tgl. Welche Häufigkeiten sind anzusetzen?
→ Die Frage bezieht zwei unterschiedliche Beispiele ein, die sich nicht konträr gegenüberstehen. Grundsätzlich ist sich an die PPBV als Gesetzestext zu halten.

1.3.5. Wie sind aseptische Bedingungen auf Normalstationen in Abgrenzung zu Isolation zu verstehen?

→ Wenn aseptische Bedingungen zu einer Isolation führen, dann muss hier der Umgang wie bei einer Isolation sein. Andernfalls verstehe ich nicht, weshalb hier eine Abgrenzungsthematik aufgemacht wird.

1.3.6. (K,J)AUS_A4: Im Leistungsbereich werden bei der Versorgung mit 2 Pflegefachkräften keine Häufigkeiten angegeben. Wie oft soll dann die Versorgung stattfinden, um eine A4 zu generieren?
→ Textstelle(n) benennen, bitte.

1.3.7. (F)ERN_A3 und A4: Im Leistungsbereich Ernährung werden keine Erschwernisfaktoren benannt. Wie lassen sich die A3 von der A4 abgrenzen, wenn dies nicht über die Häufigkeit möglich ist?
→ Textstelle(n) benennen, bitte.

1.3.8. (F)ERN_A4: Vitalparameter kontinuierlich messen bei Nahrungsverabreichung (S. 35) – Vitalparameter fallen in den S-Bereich und spielen im A-Bereich keine Rolle als Indikatoren zur Einstufung.

1.3.9. (F,K,J)KOM_ A4: Eins-zu-eins-Betreuung: Einen Patienten kontinuierlich über einen längeren Zeitraum von mind. 60 Min. täglich (Summenbildung möglich). Eine Summierung über einen längeren Zeitraum bedeutet streng genommen mehrere Zeiträume. Was bedeutet an dieser Stelle ein längerer Zeitraum?
→ KA4?? Bspw. Anlage 3 S. 39 bis 41 stehen Erläuterungen zu Leistungen im Zusammenhang mit Kommunikation inkl. Vor- und Nachbereitung.

1.3.10. Löst die Mundpflege im Leistungsbereich „Ernährung“ eine Einstufung aus, oder zählt sie als fachlich notwendige Leistung, die nicht eigenständig triggert?
→ bspw. S. 27 Anlage 3: hier heißt es „**inkl.** Mundpflege“.

1.3.11. Was ist mit "Umstellen auf Breimahlzeit" gemeint?
→ Textstelle(n) benennen, bitte.

1.3.12. Was wird unter einer "Ausscheidungsunterstützung" verstanden?
→Hinweise in Anlage 3, S. 34.

1.3.13. Was versteht man unter "Stimulation", "Motivation"?
→ s. Anlage 3 S. 22-42: hier wird Stimulation oft mit kurzen Erläuterungen erwähnt. Motivation finde ich im gesamten Dokument nicht.

1.4. Zu §10 PPBV

1.4.1. Nachschärfung: Es ist §10 (4) PPBV wie folgt nachzuschärfen (Änderungswunsch in fett):
„Eine Zuordnung zur Leistungsstufe A4 erfolgt, 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.“

- ***A4/Ernährung: keine Auflistung von ICDs als einziger Leistungsbereich***
- ***Scores und/oder ICDs als Voraussetzung für die Eingruppierung in die A4 auflisten***

➔ Die PPR 2.0 in der Version der Entwickler sieht keine Auflistung der ICDs, die den Barthel beschreiben, als Merkmale vor, da der Barthel-Index in den Zuordnungsregeln aufgeführt ist. Daher kommt es hier zu einer Doppelnennung.

1.5. Zu §12 PPBV

1.5.1. In §12 (2) PPBV heißt es: *„Für den Entlassungstag sind abweichend von den Sätzen 1 und 2 jeweils 50 Prozent der Minutenwerte des Tages vor der Entlassung zugrunde zu legen*." In §9 (1) PPBV steht: *„Der konkrete Zeitpunkt der Zuordnung ist durch das Krankenhaus festzulegen; zu diesem Zeitpunkt bereits entlassene Patientinnen und Patienten werden nicht zugeordnet.*"

1.5.1.1. Bedeutet §9 (1) PPBV, dass für den Tag kein Minutenwert berechnet wird, wenn der Fall schon entlassen ist zum Zeitpunkt der Zuordnung? Oder wird genau in dem Fall 50 Prozent der Minutenwerte des Tages vor der Entlassung verwendet?
→ Letzeres m.E.
PatientInnen werden einmal täglich Patientengruppen zugeordnet vgl. § 9 Abs. 2.

➔ Die Verordnung regelt, dass Patienten, die bereits entlassen wurden, nicht erneut zugeordnet werden, sondern die Minutenwerte des Vortages zu 50 % (ausgenommen des Pflegegrundwertes) angerechnet werden.

1.5.1.2. Welcher Minutenwert wird verwendet, wenn der Patient zum Zeitpunkt der Zuordnung noch auf der Station ist (und daher eine Zuordnung erhält) und dann später am gleichen Tag entlassen wird? Wird dann trotzdem der halbe Minutenwert des Tages vor der Entlassung verwendet? Oder der halbe Wert der Einstufung vom Tag der Entlassung? Oder wird in diesem Fall der Minutenwert nicht halbiert und der volle Minutenwert der Einstufung vom Tag der Entlassung verwendet?
→ Die Verordnung sagt zum einen, dass Patienten nicht den Patientengruppen zugeordnet werden müssen, wenn sie zum Zuordnungszeitpunkt der Klinik bereits entlassen wurden (§ 9 PPBV). § 12 regelt, dass für den Entlassungstag abweichend von den Sätzen 1 und 2 jeweils 50 % der Minutenwerte des Tages vor der Entlassung zugrunde zu legen sind. Der von Ihnen beschriebene Aspekt benötigt ggf. eine Klärung. Bis dahin kann es sicherlich sinnvoll sein, zu eruieren, wie viele Patienten das in der jeweiligen Klinik/Abteilung betrifft und Regelungen zu finden, die der Verordnung nicht widersprechen.

1.5.2. In §12 (2) PPBV heißt es *„Für jedes wegen des Krankenhausaufenthaltes der Mutter zu versorgende gesunde Neugeborene ist je Tag ein Minutenwert von 110 Minuten zugrunde zu legen."*.

1.5.2.1. Gilt dies tatsächlich ausschließlich für Mütter und nicht für Väter, die von einem gesunden Neugeborenen begleitet werden?
→Da es sich um Neugeborene handelt ist davon auszugehen, dass die Mutter=gebärende Person mit dem Neugeborenen den stationären Aufenthalt verbringt.

1.5.2.2. Gilt dies nur für Erwachsenenstationen oder auch auf Kinderstationen?
→ M.E. ist davon auszugehen, dass der Fall i.d.R. auf Erwachsenenstationen zutrifft.
Alternativ: Frage 4.3: Wie wird der Personalbedarf für Erwachsene, die auf einer Kinderstation behandelt werden, im Rahmen der PPBV ermittelt?
Ist die Behandlung eines Erwachsenen auf einer Normalstation für Kinder erforderlich, ist er gemäß § 13 Absatz 1 PPBV der Gruppe „Schulkinder und Jugendliche (J)“ zuzuordnen.
Ist die Behandlung eines Erwachsenen auf einer Intensivstation für Kinder erforderlich, ist er gemäß § 17 Absatz 1 PPBV der Gruppe „pädiatrische Intensivmedizin (PICU)“ zuzuordnen. → InEK FAQ PPBV (Link s.oben).

1.5.2.3. Ab wann gilt ein Neugeborenes als „krank“ und wird in die PPR 2.0 eingruppiert?
→ Die Frage ist nicht deutlich. Wenn es darum geht wie Säuglinge einzuordnen sind → bspw. § 13 Abs. 1.

1.5.2.4. Ab welchem Pflegebedarf?
→ ? →ein gesundes Neugeborenes wird über die Minutenwerte nach § 12 Absatz 2 (110 Minuten zusätzlich) beachtet. Ggf. lohnt es sich in Bezug auf die Einstufung von Neugeborenen, die aufgrund eines Krankheitsgeschehens eine besondere Betreuung bedürfen, erneut mit GKinD in Kontakt zu treten.

1.5.2.5. Wie werden die Minutenwerte für eintägige stationäre Aufenthalte (max. 24h) ermittelt? Da es bei eintägigen Aufenthalten keinen Tag vor der Entlassung gibt.
→§ 13 Abs. 2: „[…] Bei interner und externer Verlegung, bei Entlassung sowie bei teilstationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten erfolgt die Zuordnung nach Satz 1 zum Zeitpunkt der Verlegung oder Entlassung.“

1.5.2.6. Gilt diese Vorgabe auch für den Entlassungstag bei den gesunden Neugeborenen?

→ Laut § 12 Absatz 2 PPBV heißt es, dass für den Entlassungstag abweichend von den Sätzen 1 und 2 (Satz 1 bezieht sich auf die Minutenwerte, die durch die Zuordnung in die Patientengruppen generiert werden; Satz 2 bezieht sich auf die Minutenwerte eines gesunden Neugeborenen) jeweils 50 % der Minutenwerte des Tages vor der Entlassung zugrunde zu legen.

1.5.3. Zu §12 (3) PPBV

1.5.3.1. Erwachsene auf Intensivstationen: Wie sollen laut der aktuellen PPBV Patienten abgebildet werden, die (beispielsweise als Notfall) direkt auf eine Erwachsenen-Intensivstation aufgenommen werden und dort versterben? Soll der Fallwert in Höhe von 75 Minuten für die Krankenhausaufnahme ausgewiesen werden?

→ M.E. ja, da ja eine Aufnahme stattgefunden hat, ungeachtet des weiteren Behandlungsverlaufs.

→ Intensivpflichtige Patienten der Erwachsenenpflege unterliegen nicht der Regelungen der PPBV. Sollten Patienten im Vorfeld ihres Intensivaufenthaltes auf einem bettenführenden Bereich aufgenommen worden sein, der unter die Begriffsbestimmung der Station laut PPBV (§ 2 Absatz 8) fällt, sind die Regelungen für diesen Zeitraum anzuwenden.

1.5.4. Zu §12 (4) PPBV *„ […] 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.“*

1.5.4.1. Wie wird die *„derselben Erkrankung“* definiert? Ggf. nach ICD-10 Einweisungsdiagnose, Hauptdiagnose, …?

→ m.E. ist die Grundlage, die immer selbe Nennung der Erkrankung bei Aufnahme des Patienten.

→ diese Fragestellung sollte m.E. an das InEK gerichtet werden

1.6. Zu §13 PPBV

1.6.1. Gemäß §13 (2) PPBV erfolgt auf Kinder-Normalstationen die Zuordnung zu den Leistungsstufen folgendermaßen: Fälle werden „ […] *jeweils retrospektiv am Ende jedes Tages zuzuordnen. Bei interner und externer Verlegung, bei Entlassung sowie bei teilstationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten erfolgt die Zuordnung nach Satz 1* ***zum Zeitpunkt der Verlegung oder Entlassung****."*

1.6.1.1. Bei interner Verlegung ordnet die Station, von der verlegt wird, zum Zeitpunkt der Verlegung den Fall in eine Leistungsstufe ein und die Station, auf die verlegt wird, ordnet den selben Fall dann noch mal retrospektiv am Ende des Tages ein?

→ s. Zitat aus PPBV „Zeitpunkt der Verlegung oder Entlassung“.

1.6.1.2. Werden dann für beide Stationen jeweils die vollen Minutenwerte berechnet? Also hat der Fall dann ggf. den doppelten Minutenwert für den Tag der Verlegung, da für beide Stationen jeweils der Minutenwert berechnet wird?

→ Es geht um die Minutenwerte für die erbrachten Pflegeleistungen auf Kinder-Normalstationen. Der Grundwert wird m.E. einmal erhoben, ebenso wie der Fallwert vgl. § 14 Abs. 1, Abs. 2 und Abs. 3.

1.6.1.3. Für welche Station wird dann der Pflegegrundwert für den Tag der Verlegung berechnet?

→ m.E. für die Station, die zuletzt die Behandlung durchgeführt hat und von der entlassen wird.

1.6.1.4. Wie funktioniert die Berechnung, wenn eine Verlegung zwischen einer Kinder- und Erwachsenenstation stattfindet? Wenn eine Verlegung vor der Einstufungsuhrzeit für Erwachsenenstationen verlegt wird, würde ja eine Einstufung zum Zeitpunkt der Verlegung auf der Kinderstation stattfinden und dann eine zweite Einstufung zur festgelegten Uhrzeit auf der Erwachsenenstation. Werden dann Minutenwerte für die Kinderstation nach den

Kinder-Einstufungen und Minutenwerte für die Erwachsenenstation nach den Erwachsenen-Einstufungen berechnet? Und wird dann für beide Stationen der jeweilige Pflegegrundwert berechnet?
→Hierzu gibt es bisher keine spezielle Regelung in der Verordnung. An dieser Stelle ist es m.E. wichtig anzumerken, dass die PPR 2.0 nicht der kleinteiligen Erfassung der Minutenwerten je Patient und deren Pflegebedarf dient, sondern für die jeweilige Organisationseinheit ein durchschnittlicher Personalbedarf erhoben wird. D.h. dass manche Patienten mehr Minutenwerte erhalten als andere.

1.6.1.5. Wird ein Fall auf einer Kinderstation auch einer Leistungsstufe zugeordnet, und werden die Minutenwerte (der Leistungsstufe und Pflegegrundwert) vollständig für den Tag berechnet, wenn der Fall z. B. früh morgens entlassen wird? Werden Kinder auf Kindernormalstationen für jeden Tag eingestuft, an dem sie auch nur kurz auf der Station waren, weil sie z. B. früh entlassen oder sehr spät aufgenommen wurden? (Also anders als bei Erwachsenenstationen, wo eine feste Uhrzeit definiert ist, zu der ein Fall anwesend sein muss, um eingestuft zu werden).
→

1.7. Zu §15 PPBV

1.7.1. §15 (2) PPBV- inhaltliche Diskrepanzen. Wenn der Patient einmal mit KA2 und einmal mit KA3 eingestuft wird, ist die Gesamtstufe KA2. Bei der Kombination von 1x KA2 mit 1x KA4 (der Patient benötigt also noch mehr Versorgung), soll mit KA1 eingestuft werden.
Nachschärfung: „[...] aus der jeweiligen Leistungsstufe KA3 **oder höher** zutrifft.“

2. Welche Ergänzung brauchtes zu den bereits vorliegenden Informationen zur Umsetzung der PPR 2.0?

2.1. Allgemein:

2.1.1. Eine FAQ zur PPR 2.0 konsentiert und herausgegeben von der Fachgesellschaft Profession Pflege e.V. .
2.1.2. Eine FAQ zur Umsetzung der Pflegepersonalbemessungsverordnung PPBV (PPR 2.0) herausgegeben vom InEK.
2.1.3. Bereitstellung von Anwendungsfragen der KPMG
2.1.4. Klärung und Kommunikation des Verbindlichkeitsgrad für die Vorgaben zu GKinD /BeKD
2.1.5. Genauere Informationen, für welche Tage der Pflegegrundwerts berechnet wird.
2.1.6. Genauere Informationen, wie der Minutenwert bei Verlegungen für Kinderstationen berechnet wird (für welche Station wird was berechnet).
2.1.7. Einen klaren Fahrplan für die Krankenhäuser hinsichtlich der Sanktionsbewährung zur Datenmeldung an das InEK und zur Umsetzung der Maßnahmen zur Anpassung des Erfüllungsgrades.
2.1.8. Einen Prozess zur Standardisierung der Interpretation der Regelwerke sowie zur Verifizierung bzw. Konformitätsprüfung der Auslegung von Regelwerken.
2.1.9. Weitere Angaben zur Umsetzung der PPR auf Kinderintensivstationen und zur Einführung der PPR auf somatischen Intensivstationen für Erwachsene.

2.2. PPR-Erwachsene:

2.2.1. Der Leistungsbereich Kommunikation/Information/Beratung ist nicht hinreichend berücksichtigt (im Gegensatz zur PPR-Kinder) und benötigt eine Konkretisierung. In der PPR 2.0 für Erwachsene sind durchaus maßnahmengeleitete Anteile der Kommunikation enthalten (siehe Kommentar),

trotzdem ist es sicherlich wesentlich zu prüfen, welche Beratungsleistungen als Merkmal und im Sinne der Grundsystematik abzubilden sind.

2.2.2. Leistungen im Bereich der Probenentnahme (z.B. Blutentnahmen) sind nicht berücksichtigt.

2.2.3. Der Leistungsbereich Medikation ist rudimentär, aber spielt in der Krankenhauspflege eine personalbedarfsrelevante Rolle

3. Allgemeine Hinweise zur PPBV/PPR2.0:

3.1. Laut PPBV ist das Patientenalter für die Zuordnung auf Normalstationen (Erwachsene/Kinder) ausschlaggebend. Das heißt, ein Säugling wird immer mit der Kinder-PPR 2.0 eingestuft. Laut FAQ des InEK (Fragen 3.8 sowie 4.2) ist jedoch die komplette Patientenbelegung („ob vorwiegend Erwachsene versorgt werden“) relevant. D.h., wenn 51 % der Patienten über 18 Jahre alt sind, sollen auch alle unter 18-Jährige als Erwachsene erfasst werden.
Dies ist nicht nur aus pflegefachlicher Sicht unsinnig, sondern auch aus rein rechnerischen Gründen: Ein Säugling könnte z.B. immer als A3 oder A4 eingestuft werden (vollständige Übernahme der Nahrungs- und Flüssigkeitsverabreichung, Windelwechsel und falsch-positiver Barthel-Index für A4), in der Kinder-PPR 2.0 jedoch als KA1-F.

3.2. Vereinheitlichung der "und"-, "oder"-, "inkl."-Beziehungen, da diese unterschiedlich verwendet werden.

3.3. Die Lagekontrolle einer Magensonde sollte vor der Nahrungsverabreichung erfolgen und nicht im Anschluss an die Nahrungsverabreichung.

3.4. Es fehlen an manchen Stellen Häufigkeitsangaben, die zur Abgrenzung der Leistungsstufen jedoch sinnvoll wären.

3.5. Zuordnung von Gültigkeitsbereichen der PPBV (Normalstationen, IMC-Stationen, Intensivstationen)

3.6. Zuordnung von angrenzenden Bereichen, z.B. Schlaflaboren

3.7. Abstrebung einer Harmonisierung zwischen der PPR-Erwachsenen und PPR-Kinder hinsichtlich des Gültigkeitszeitraums der PPR (PPR-E: 16 Std vs. PPR-K: 24 Std)

3.8. Harmonisierung zwischen PPR-Erwachsene und PPR-Kinder hinsichtlich des Ansatzes: PPR-Erwachsene – Pflegebedarf (geplante Leistungen), PPR-Kinder – Pflegeaufwand (durchgeführte Leistungen)

3.9. Annäherung der Minutenwerte pro Leistungsstufe zwischen PPR-Erwachsene und PPR-Kinder (sichtbar bei Altersklasse J in der PPR-Kinder vs. PPR-Erwachsene)

3.10. Annäherung der Minutenangaben bei Fall- und Grundwertberechnung zwischen PPR-Erwachsene und PPR-Kinder: Die genannten Minutenangaben sind unterschiedlich, die Tätigkeiten jedoch identisch.

3.11. Leistungen zu Minutensummen zu addieren, um eine Einstufung zu erreichen, widerspricht der Arithmetik der PPR.

3.12. Standardisierung der Interpretationen der Regelwerke bzw. Konformitätsprüfung bestehender Interpretationen für eine replizierbare und allgemeingültige sowie mit Blick auf eine Sanktionsbewährung rechtssichere Nutzung der Regelwerke.

3.13. Die Zuordnungen im Leistungsbereich „OP, invasive Maßnahmen“ und im Leistungsbereich „Medikation“ sind mehr als uneindeutig.

3.14. Insgesamt ist es irritierend, dass die Herausgeber des Regelwerks für die Kinder-PPR keine Auskünfte geben, nicht auf Nachfragen reagieren und mit der Umsetzung überfordert erscheinen.