

FAQ zur Umsetzung der Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV

Version 2.0

Mit der Einführung der PPBV tauchten vermehrt Fragen seitens der Universitätskliniken zur richtigen Anwendung und Interpretation der gesetzlichen Vorgaben auf. Im Folgenden haben wir die eingegangenen Fragen in Form von FAQ ausschließlich für alle Universitätsmedizinstandorte zusammengestellt.

Hinweise:

Die in diesen FAQ bereitgestellten Informationen wurden mit größter Sorgfalt zusammengestellt. Die Antworten stützen sich teilweise auf die öffentlich verfügbaren FAQ und Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie auf die FAQ des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zur Umsetzung der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV).

Dennoch übernimmt der Verband keine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Angaben. Die bereitgestellten Antworten dienen ausschließlich allgemeinen Informationszwecken und stellen Empfehlungen des Verbandes, jedoch keine rechtliche oder verbindliche Beratung dar.

Wir schließen jegliche Haftung für Schäden im Zusammenhang mit der Nutzung dieser FAQs oder dem Vertrauen auf deren Richtigkeit aus, soweit diese nicht auf vorsätzlichem oder grob fahrlässigem Verhalten unsererseits beruhen oder eine Haftung hierfür gesetzlich zwingend vorgeschrieben ist.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint.

Weiterführende Hinweise:

Für verbindliche bzw. aktuelle Informationen sollten ergänzend die FAQ und Hinweise des BMG sowie die FAQ des InEK zur PPBV herangezogen werden. Das InEK weist darauf hin, dass seine PPBV-FAQ sukzessive ergänzt wird.

BMG – Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegepersonalbemessung-im-krankenhaus>

InEK – FAQ zur Umsetzung der Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV / PPR 2.0:

<https://www.g-drg.de/pflegepersonalbemessung/faq-zur-umsetzung-der-pflegepersonalbemessungsverordnung-ppbv-ppr-2.0>

Erstellt am: 04. Oktober 2024

Letzte Änderung: 30. April 2026

1. Grundsätzliche Fragen

1.1 Wie gestaltet sich die Anrechenbarkeit von Pflegefachpersonen mit hochschulischer Ausbildung?

Die Mindestanforderung für eine volle Anrechenbarkeit ist eine abgeschlossene dreijährige Pflegeausbildung. Ab dem zweiten Lehrjahr können die Auszubildenden angerechnet werden. Je nach Definition des Studienablaufs der Hochschule kann gegebenenfalls bereits nach drei Jahren das Examen zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann angerechnet werden (gemäß Pflegeberufegesetz). Entsprechend gilt dies für Hebammen, sofern die hochschulischen Abschlussvoraussetzungen erreicht und die staatliche Prüfung gemäß Hebammengesetz abgelegt wurden.

1.2 Werden Stationen mit sowohl teil- als auch vollstationären Behandlungsfällen, zusammen an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelt?

Die Berechnung der teil- sowie vollstationären Minutenwerte erfolgt kumuliert je Monat und Station in Anlehnung an die Vorgaben der PPBV. Teilstationäre Patienten sind nach der Entlassung einzustufen. Bei „gemischten“ Stationen werden die Minutenwerte der vollstationären und teilstationären kumuliert je Monat und Station nach den Vorgaben der PPBV berechnet.

Separater Hinweis: Einstufung der teilstationären Patienten -> Eingruppierung in die A/S Kategorie erfolgt pro Anwesenheitstag. Die Minutenwerte von Grundwert, erhöhter Grundwert und Kategorienwert sind dann in halber Höhe anzurechnen. Der Fallwert wird einmal pro Kalenderquartal abgerechnet.

1.3 Wie werden ambulante Patienten berücksichtigt, die auf einer Station/in einer Tagesklinik versorgt werden?

Gemäß §5 Abs. 2 PPBV werden ausschließlich voll- und teilstationäre Patienten in die Erfassung eingeschlossen. Aus der Perspektive der Abrechnung sind ambulante Patienten separat vergütet (§117 SGB V). Teilstationäre Patientinnen und Patienten, die lediglich zu ambulanten Terminen erscheinen, werden derzeit mitberücksichtigt. Erfolgt die Abrechnung jedoch ausschließlich ambulant, werden diese Fälle nicht berücksichtigt. Sinnvoll wäre eine Berücksichtigung teilstationärer Patientinnen und Patienten nur dann, wenn sie werktags tatsächlich im Zeitraum von 8:00 bis 16:00 Uhr anwesend sind.

1.4 Was ist unter "voraussichtlichem Ausfall" zu verstehen (PPBV § 4 Abs. 4)?

Unter dem voraussichtlichen Ausfall gemäß § 4 Abs. 4 PPBV sind die für die Soll-Personalbesetzung erwartbaren Ausfallzeiten der Pflegefachkräfte zu verstehen. Für deren Ermittlung kann sich das Krankenhaus gemäß InEK-Hinweisen an einem vergleichbaren Zeitraum orientieren, beispielsweise dem Vorjahresmonat. Die Ausfallzeiten sind in den vorgegebenen Kategorien und in VZÄ aus den ausgefallenen Arbeitsstunden der Pflegefachkräfte zu ermitteln (siehe FAQ InEK).

1.5 Wie werden Ausfallzeiten in Bezug auf Wochenfeiertage abgebildet?

Ein Wochenfeiertag wird aus rein personalplanerischer Sicht als Ausfallzeit betrachtet, da der Mitarbeiter im Falle eines Einsatzes einen Freizeitausgleich für die geleistete Arbeitszeit erhält (gilt für Soll und Ist).

1.6 In der SOLL-Erfassung der Erwachsenen-PPR 2.0 werden die 'zu erwartenden Pflegemaßnahmen' zugrunde gelegt. Bedeutet dies, dass bei einer Einstufung, die beispielsweise um 21:00 Uhr erfolgt, die Pflegemaßnahmen der Tagschicht (06:00 – 22:00 Uhr) des Folgetages für die Einstufung herangezogen werden sollen?

Gemäß §9 Abs. 1 PPBV werden in der Regel zwischen 15:00 und 21:00 Uhr die anwesenden Patienten hinsichtlich der Pflegemaßnahmen in die Erwachsenen-PPR 2.0 eingestuft. Bei der Erwachsenen-PPR 2.0 handelt es sich um die (geplanten) Pflegemaßnahmen, die am aktuellen Tag bereits erbracht worden sind bzw. am Eingruppierungstag noch bis 22 Uhr erbracht werden müssen. Wenn der Patient kurz vor Ende des Betrachtungszeitraums aufgenommen wird, können nur die bis 22:00 Uhr des gleichen Tages geleisteten Maßnahmen berücksichtigt werden. Pflegeplanungen des Folgetages können für die Eingruppierung des aktuellen Tages nicht berücksichtigt werden. Es empfiehlt sich grundsätzlich eine retrospektive Kontrolle der Einstufung anhand der Dokumentation.

1.7 Bei der Entlassung vollstationärer Patienten wird die Hälfte der individuellen Minutenwerte vom Vortag angesetzt. Gilt dies auch für den Pflegegrundwert?

Gemäß §12 Abs. 2 PPBV werden jeweils 50 % der Minutenwerte des Tages vor der Entlassung zugrunde gelegt. Hierzu zählen ausschließlich die individuellen Minutenwerte des Patienten. Der Pflegegrundwert wird nicht halbiert. Die Verordnung lässt zum aktuellen Stand jedoch Interpretationsspielräume offen.

Hinweis: Da Isolation als Grundwerterhöhung gilt, werden die **90 Minuten** auch am Entlasstag **nicht halbiert**, sofern an diesem Tag noch eine Isolation besteht.

1.8 Der Fallwert bildet den Aufwand für die Aufnahme und Entlassung ab. Wie wird der Fallwert zugeordnet, wenn eine Station den Patienten aufnimmt und diesen kurzfristig (intern) verlegt?

Gemäß § 12 Abs. 3 PPBV beträgt der Fallwert für eine Krankenhausaufnahme 75 Minuten, eine detailliertere Zuordnung, beispielsweise auf eine bestimmte Station wird im Gesetzestext nicht erwähnt. Dies bedarf einer krankenhausespezifischen Entscheidung.

1.9 Wie wird mit Patienten verfahren, die im normalstationären Bereich nur über Nacht (20:00–07:00 Uhr) bspw. zur Einstellung ihres NIV- oder Schlafapnoe-Geräts aufgenommen werden?

Der Einstufungszeitraum ist bis 22:00 Uhr definiert. Demnach wäre für diesen Tag eine Einstufung möglich. Der Patient erhält für den Aufnahmetag einen Fallwert und einen Grundwert sowie den

FAQ zur Umsetzung der Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV

Version 2.0

Einstufungswert gemäß Pflegeaufwand (§10 und §11 sowie §15 und §16 mindestens A1/S1 bzw. KA1/KS1).

1.10 Wie wird ein erwachsener Patient eingestuft, der nachts (nach 22:00 Uhr) aufgenommen und vor dem Einstufungszeitpunkt (Tagdienst am Folgetag) entlassen wird? Werden in solchen Fällen der Grundwert und die PPR-Minuten erfasst?

Der Einstufungszeitraum ist nur von 06:00 – 22:00 Uhr. Laut Personalbemessung im Krankenhaus (BMG) wird bei Entlassung nur das Minutenpaket bzw. der Minutenwert der Patientengruppe sowie der Minutenwert für ein versorgendes, gesundes Neugeborenes halbiert. Der Grundwert hingegen wird nicht halbiert und wird auch am Entlasstag in vollem Umfang gewährt. Die Zuordnung erfolgt in diesem Fall nur über die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV. Der Fallwert steht dem Krankenhaus laut § 12 Abs. 3 PPBV für jede vollstationäre Krankenhausaufnahme zu – unabhängig davon, ob der Patient um 14:00 Uhr oder um 23:30 Uhr aufgenommen wird.

1.11 Ist es zulässig, bei fehlender Einstufung automatisch die Pflegekategorie A1/S1 im Erwachsenenbereich festzulegen, wenn keine Einstufung durch eine Pflegefachperson erfolgt ist?

Die Eingruppierung sollte stets nach dem aktuellen Pflegebedarf erfolgen. Bei fehlender Dokumentation kann durch das Krankenhaus festgelegt werden, unter der Prämisse, dass eine Herleitung des tatsächlichen Pflegebedarfs anhand der Dokumentation nicht möglich ist –, dass die Grundleistungen für den Patienten erfasst werden. Gemäß §10 Abs. 1 und §11 Abs. 1 PPBV erhalten alle Patienten, die nicht einer höheren Leistungsstufe zugeordnet wurden, die Grundleistung A1/S1.

1.12 Wie wird die Einstufung bei einer hausinternen Verlegung vorgenommen?

Grundsätzlich wird für jeden Patienten nur eine Einstufung pro Tag vorgenommen. Auf welcher Station die Einstufung erfolgt, ist hausintern festzulegen (siehe § 9 Abs. 1 PPBV). Eine Aufteilung der Minutenwerte zwischen einzelnen Stationen ist in der PPBV nicht beschrieben.

1.13 Werden die übermittelten Quartalsmeldungen an das InEK veröffentlicht?

Es ist unklar, wann und ob die Daten veröffentlicht werden. Laut Verordnung übermittelt das InEK gemäß §8 Absatz 2 die Daten der Jahresmeldung erstmals bis zum 30. September 2026 an das BMG, die zuständigen Landesbehörden für jedes Krankenhaus und die Vertragsparteien auf Bundesebene. Weiterführende Informationen finden Sie auf der Internetseite des InEK: <https://www.g-drg.de/pflegepersonalbemessung>.

1.14 Wie können Erzieher in der Pädiatrie für die Ist-Besetzung berücksichtigt werden?

Gemäß §2 Abs. 2 ff. PPBV sind Erzieher nicht (auch nicht als Pflegehilfskräfte) für die Ist-Besetzung anzusetzen.

1.15 Wie können Hebammen in nicht geburtshilflichen Bereichen für die Ist-Besetzung berücksichtigt werden?

Seit dem 01.01.2025 dürfen Hebammen als Fachpersonal in gynäkologischen Bereichen berücksichtigt werden (siehe § 6a KHG). Nach §17b Abs. 4a KHG (KHPfIEG und die Ergänzung von § 17b Abs. 4a KHG) werden Hebammen rechtlich den im Pflegebudget anrechenbaren Berufsgruppen gleichgestellt.

1.16 Sind die in der Anlage der PPBV aufgeführten Hinweise als verbindliche Vorgaben oder lediglich als Beispiele zu verstehen?

Die erläuternden Hinweise sind in den Anlagen der PPBV zu finden und sind nicht abschließend und somit als Beispiele zu werten.

1.17 Wie wird mit Schichten verfahren, die sich teilweise im Übergang von der Tag- zur Nachtschicht überschneiden? Und wie wird die Berücksichtigung der Pausenzeiten geregelt?

Die Anforderungen der Verordnung (PPBV) entsprechen hier denen der PpUGV. Die Pausenzeit der Schicht wird anteilmäßig nach der Dauer im Tag- und Nachtdienst gewichtet und angerechnet (siehe InEK FAQ).

2. Allgemeine & spezielle Fragen

2.1 Ist es möglich, jegliche Art der Kommunikation (z. B. Sprachbarrieren, Krisensituationen, Gespräche mit Angehörigen) in der Erwachsenen-PPR 2.0 abzubilden?

Der Aspekt Kommunikation, unter anderem bei sprachlichen Barrieren, ist nur unvollständig in den A-Bereichen in der aktuellen Fassung der PPBV berücksichtigt (siehe erweiterter Barthel-Index). Nicht jede Maßnahme wird/kann entsprechend als Pflegemaßnahme abgebildet werden. In der Erwachsenen-PPR werden derzeit Anteile in der Kommunikation, Beratung oder kontinuierliche Begleitung in definierten Einzelmaßnahmen (z.B. Beratungsgespräch zur Kontinenzförderung- und -versorgung) im Fallwert in der PPBV berücksichtigt. Eine Unterscheidung von Beratung und Anleitung ist der PPBV nicht zu entnehmen.

2.2 Wie können Perfusoren (z.B. Heparin/ Morphin) und andere Pumpen wie beispielsweise PDK, PCA, Parkinsonpumpen) berücksichtigt werden?

Perfusoren und andere Pumpen sind derzeit im S-Bereich der PPBV nicht explizit genannt. Sofern ein Überwachungsaufwand vorhanden ist, wären sie darüber zu berücksichtigen.

2.3 Wie können EKG und CTG berücksichtigt werden?

EKG- und CTG-Schreiben zählen als Parameter-Erhebung und werden daher im S-Bereich berücksichtigt. Die genannten Beispiele in der PPBV sind nicht abschließend.

2.4 Die Sterbebegleitung sowie die Versorgung Verstorbener auf Kinder-Normalstationen (einschließlich der Begleitung und Kommunikation mit Angehörigen, des Aufbewahrens des Patienten und der Versorgung nach Todeseintritt) sind im Rahmen der PPBV nicht ausreichend abgebildet. Gibt es Alternativen zur Abbildung dieser Tätigkeiten?

Bei der Kinder-PPR gibt es die Möglichkeit, den Arbeitsaufwand teilweise über die allgemeine Pflege im Bereich Kommunikation und über S-Bereich – Begleitung (KS 4) abzubilden.

2.5 Die Sterbebegleitung sowie die Versorgung Verstorbener auf Erwachsenen-Normalstationen (einschließlich der Begleitung und Kommunikation mit Angehörigen, des Aufbewahrens des Patienten und der Versorgung nach Todeseintritt) sind im Rahmen der PPBV nicht ausreichend abgebildet. Gibt es Alternativen zur Abbildung dieser Tätigkeiten?

Tätigkeiten im Zusammenhang mit Aufnahmen von außen, Entlassungen und der Versorgung Verstorbener werden im Tätigkeitsprofil für den Fallwert abgebildet. Eine alternative Abbildung der Sterbebegleitung bzw. Versorgung von Verstorbenen über erschwerende Faktoren ist aktuell nicht möglich. Die Minutenwerte werden anders als beim Entlasstag nicht halbiert (siehe FAQ BMG)

2.6 Der Personalaufwand für eine 1:1-Betreuung aus verschiedenen Gründen (z. B. Delir oder andere Verhaltensauffälligkeiten) ist derzeit nicht ausreichend abgebildet. Gibt es Möglichkeiten, diesen Aufwand besser darzustellen?

Derzeit kann lediglich das „Suchen und Rückbegleiten von Patienten“ über die A4-Eingruppierung abgebildet werden.

2.7 Wie werden pflegebegleitete Transporte im Rahmen der Diagnostik bei Erwachsenen berücksichtigt?

Für den Transport unter anderem prämedizierter Patienten ist generell medizinisches Begleitpersonal erforderlich. Dies wird in der Regel durch nicht der Station zugeordnetes Personal aus dem Bereich Transportdienst (zum Beispiel Rettungsassistenten, Sanitäter etc.) durchgeführt. Bei Notfalltransporten (Patient in lebensbedrohlichem Zustand) ist generell die Begleitung des Patienten durch einen Arzt erforderlich. Falls Pflegepersonal Transporte von der Station übernehmen muss, ist dies in der PPBV nicht berücksichtigt.

2.8 Wie können Druckverbände (Lockerung, Kontrollen etc. bis zur Abnahme) abgebildet werden?

Die Auswahl des Verfahrens hängt von den individuellen Umständen ab. Postoperative Druckverbände werden unter Berücksichtigung der Vitalzeichenparameter angelegt. Dabei erfolgt ein Verweis auf Zuordnungsmerkmale, die entweder eine Einstufung nach S2 oder S3 erfordern (auch eine S4-Einstufung ist möglich).

2.9 Wie ist mit Tagesstationen/Aufnahmestationen/Dialysestationen umzugehen, welche überwiegend teilstationäre/ambulante Patienten versorgen?

Nur stationäre und teilstationäre Patienten werden gemäß §2 Abs. 6 PPBV berücksichtigt. Das gesamte Personal der betreffenden Stationen ist zu melden (siehe InEK, FAQ 3.10, Stand: 12.11.2024).

2.10 Welche Isolationsgründe lösen den erhöhten Pflegegrundwert bei Isolation aus?

Gemäß §12 Abs. 1 PPBV: Bei Isolation, Umkehrisolation oder bei Verdacht auf eine solche Erkrankung.

2.11 Im Zusammenhang mit der Wundbehandlung wird eine differenzierte Wunddokumentation verpflichtend gefordert. Ist die ärztliche Dokumentation hierfür ausreichend, oder muss eine zusätzliche Wunddokumentation angelegt werden?

Aufgrund der verbindlichen Umsetzung von diversen Kriterien/Anforderungen (MDK, QFR, Beweislast in rechtlichen Auseinandersetzungen etc.) an die Dokumentation von Leistungen am Patienten muss ein eindeutiger und nachvollziehbarer Zusammenhang zwischen Dokumentation und Mitarbeiter hergestellt werden können. Die Beschreibung einer Wunde kann der ärztlichen Dokumentation entnommen werden.

2.12 Wie ist bei der Körperpflege von Patienten mit beeinträchtigter Atem- und/oder Herz-Kreislaufsituation vorzugehen, wenn keine ärztlich festgelegten Grenzwerte oder Stationsstandards vorliegen? Ist es ausreichend, die Anstrengung des Patienten, etwa in Form von Dyspnoe, zu dokumentieren, oder muss die Dokumentation zwingend auch eine objektive Verschlechterung wie einen Sättigungsabfall beinhalten?

Die dokumentierte Krankenbeobachtung, welche die definierten Beeinträchtigungen plausibel und nachvollziehbar zum Ausdruck bringt, ist ausreichend.

2.13 Wie kann eine Stillberatung im Rahmen der PPR 2.0 berücksichtigt werden?

Die Stillberatung ist über die Minutenpauschale von 110 Minuten für gesunde Neugeborene abgegolten.

2.14 Frage zur Auslegung der Kriterien für kontinuierliche Infusionen zwischen S2 und S3: In S3 müssen mindestens 5 Kurzinfusionen (KI) vorliegen. Wäre jedoch auch eine Konstellation von 2x kontinuierlicher Infusion + 3x KI auch denkbar?

Gemäß Maßnahmenkatalog (Anlage PPBV) müssen es 5 KI sein.

2.15 Ab wann wird eine sogenannte ‚Krise‘ (S3-Leistungen im Zusammenhang mit medikamentöser Versorgung gemäß PPBV) in Bezug auf Hypo- bzw. Hyperglykämie und Herz-Kreislauf als gegeben angesehen?

Krisen sind über etablierte medizinische Leitlinien, beispielsweise von Fachgesellschaften, einzuordnen.

2.16 Wie werden gebärende Frauen, welche kurzzeitig auf der Geburtshilfestation aufgenommen und anschließend in den Kreißsaal verlegt werden, eingestuft?

Die Einstufung im Kreißsaal entfällt, da es sich hierbei nicht um eine bettenführende Normalstation handelt. Die gebärende Frau erhält für den Aufnahmetag einen Fallwert. Beim nächstmöglichen regulären Einstufungszeitpunkt – entweder noch am selben Tag vor 22 Uhr oder am Folgetag ab 6 Uhr – erfolgt auf der aufnehmenden geburtshilflichen Station mindestens eine Einstufung nach A1/S1.

2.17 Ist die Liste bei dem Leistungsbereich OP, invasive Maßnahmen usw. in S2 vollständig? Hier fehlen Absaug- und Ableitungssysteme.

Die in Anlage 2 aufgeführten Inhalte sind als „erläuternde Hinweise“ gemäß Verordnung (PPBV) zu verstehen und aus dieser Sicht nicht abschließend.

2.18 Wird der teilweise halbstündige Aufwand für die Verabreichung von Augentropfen, der insbesondere in der Augenklinik bei der Vielzahl der Patienten einen erheblichen Zeitaufwand darstellt, in der Einstufung berücksichtigt?

Die Verabreichung von Augentropfen ist derzeit nicht in der PPR 2.0 berücksichtigt.

2.19 Wie wird die „engmaschige Beobachtung“ bei der intravenösen Verabreichung von Zytostatika definiert, wenn diese über 2 Stunden dauert? Reicht die ständige Anwesenheit einer Pflegefachperson aus, oder ist eine Monitorüberwachung mit regelmäßiger Dokumentation der Vitalwerte erforderlich?

Aus der Dokumentation muss klar hervorgehen, dass eine Beobachtung stattfindet. Einstufung erfolgt aufgrund einer schwerwiegenden Medikamentenwirkung, nicht durch das Medikament selbst. Erfordert jedoch einer genauen Definition in der PPBV.

3. Kinder-PPR 2.0

3.1 Zählt ein Urostoma zu den Erschwerisfaktoren?

In der Anlage 3 PPBV: unter A3 berücksichtigt.

Hinweis: Die in Anlage 3 aufgeführten Inhalte sind als „erläuternde Hinweise“ gemäß Verordnung (PPBV) zu verstehen und aus dieser Sicht nicht abschließend.

3.2 Bei der Entlassung von Kindern, die vollstationär aufgenommen sind, wird die Hälfte der individuellen Minutenwerte vom Vortag angesetzt. Gilt dies auch für den Pflegegrundwert?

Kinder erhalten beim Entlassungstag eine individuelle Einstufung. Laut Kapitel 4 Abschnitt 1 §14 PPBV erhält jeder Patient pro Tag den vollen Pflegegrundwert von 55 Minuten, dies gilt auch am Entlasstag.

3.3 Ist die Sterbebegleitung in der Pediatric Intensive Care Unit (PICU) auf den Todestag beschränkt?

Gemäß Verordnung (PPBV) wird in Anlage 5 unter dem Punkt „Übergeordnete Einstufungskriterien für Leistungsstufe IS 3“ "Sterbebegleitung/Tag des Todes" aufgeführt. Beide Aspekte/Leistungen sind gesondert voneinander zu verstehen, und somit kann auch eine mehrtägige Sterbebegleitung hier als Kriterium für die Einstufung zur IS 3 verwendet werden.

Hinweis: unter Leistungsbereich 5 (NICU) IS 3 ist als Merkmal nur die „Sterbebegleitung“ aufgeführt und damit eindeutig nicht nur auf den Todestag beschränkt.

3.4 Sind die in der Neonatal Intensive Care Unit (NICU) und der Pediatric Intensive Care Unit (PICU) verwendeten Katecholamine vollständig aufgelistet, und dürfen ausschließlich diese eingesetzt werden? Oder sind auch andere Katecholamine sowie Kombinationen zulässig?

Die in Anlage 5 aufgeführten Inhalte sind als "erläuternde Hinweise" gemäß PPBV zu verstehen und aus dieser Sicht nicht abschließend. Die Zuordnungen sind bei NICU (nur IS 3) und PICU (Unterschied IS 2 oder IS 3) unterschiedlich.

3.5 Wie wird die Isolation (nicht Umkehrisolation) bei Kindern auf Normalstation berücksichtigt?

In der Kinder-PPR ist die Isolation im A-Bereich (allgemeine Pflege) unter A3 abgebildet. Ein erhöhter Pflegegrundwert (wie bei der Erwachsenen-PPR) findet bei Kindern keine Berücksichtigung.

3.6 Welche Parameter können bei der Kinder-PPR 2.0 zur Einstufung im S-Bereich gezählt werden?

Es zählen alle Parameter, die unter den folgenden Bereichen erhoben werden (Leistungsbereich OP, invasive Maßnahmen, akute Krankheitsphase, dauernde Bedrohung). In den S2/S3-Bereichen sind u.a. folgende Parameter beispielhaft genannt: Kontrolle Vitalzeichen, Blutzucker, Ausscheidung, Wundbett, MDS).

3.7 Wie sollte mit Neugeborenen im Kreißsaal verfahren werden?

Die Versorgung im Kreißsaal als Funktionsbereich fällt nicht unter die PPBV-Vorgaben. Nach Verlegung in stationären Bereich:

Für gesunde Neugeborene wird gemäß §12 PPBV ein Pflegebedarf von 110 Minuten pro Tag zugrunde gelegt; für den Entlassungstag sind 50 % des Minutenwertes anzusetzen. Muss das Neugeborene aufgrund einer Erkrankung stationär aufgenommen werden, muss es einer Kinderstation zugeordnet werden, damit die reguläre Erfassung mittels Kinder-PPR 2.0 erfolgen kann.

3.8 Was ist eine große OP? (bezogen auf NICU)

Eine große OP entspricht der IS3-Einstufung gemäß Kinder-PPR. Im G-BA-Beschluss gibt es keine detaillierteren Informationen zu „größeren Operationen“. Aufgrund von Faktoren wie dem Geburtsgewicht wird nahezu jede Operation als größere Operation eingestuft, wobei dies im Ermessen der Pflegefachpersonen liegt.

3.9 Soll die Einstufung von Kindern auf Erwachsenenstationen nach den Kriterien für Erwachsene erfolgen?

Antwort des InEK: „Stationen sind danach einzuordnen, ob vorwiegend Erwachsene oder Kinder versorgt werden. Eine exakte Grenze, ab welchem Prozentsatz oder welcher Anzahl an Fällen dies gilt, ist nicht definiert. Da wir die Situation in Ihrem Krankenhaus vor Ort nicht kennen, möchten wir Sie bitten, selbstständig zu prüfen, welche Stationen für welche Stationskategorie gemeldet werden müssen. Beachten Sie zu Ihrer zweiten Frage gerne die Fragen 4.2 und 4.3 unserer FAQ (siehe <https://www.g-drg.de/pflegepersonalbemessung/faq-zur-umsetzung-der%20%20pflegepersonalbemessungsverordnung-ppbv-ppr-2.0>).

Kinder, die auf einer Normalstation für Erwachsene behandelt werden, sind dort ebenfalls zu berücksichtigen. Der Personalbedarf richtet sich nach den Vorgaben zur Personalbemessung auf Normalstationen für Erwachsene. 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.“

3.10 Wo erfolgt die Einstufung des Kindes, wenn es von der Kinderintensivstation auf die Normalstation oder umgekehrt verlegt wird?

Patienten, die innerhalb des Hauses die Station wechseln, beispielsweise von der Intensiv- auf die Normalstation, werden auf jeder Station entsprechend den dort erbrachten Leistungen eingestuft.

3.11 Wie wirken sich Beatmungspausen während des Weanings (Beatmungsentwöhnung) aus?

Eine Mindestbeatmungszeit wurde nicht festgelegt, Patient ist daher mind. in IS2 einzustufen.

3.12 Einstufung KS 4 im Leistungsbereich Begleitung: Beziehen sich die 240 Minuten auf die Sitzwache oder auch auf die Begleitung?

Eine eindeutige Formulierung liegt in der PPBV nicht vor, allerdings ist durch den Zusatz im Merkmal „Summe kann addiert werden“ davon auszugehen, dass die Minutenwerte kombiniert werden können. Wenn insgesamt 240 Minuten Begleitung und/oder Sitzwache erbracht werden, ist das Kind in die KS4 einzustufen. Sitzwachen sowie die Begleitung werden allerdings nur gezählt, wenn diese von Pflegefachpersonen durchgeführt werden.