

Fragen Webinar PPR 2.0 Mythen und Legenden

PPR 2.0 vs. LEP: Wäre LEP auch eine Möglichkeit gewesen den pflegerischen Versorgungsbedarf zu eruieren? Könnte es bei der Verwendung von LEP zu Minutenabweichungen im Vergleich zur PPR 2.0 geben? Kann die automatische Ausleitung der Pflegedokumentation erfolgen, wenn Epa-AC und LEP genutzt werden?

Bei LEP handelt es sich um ein kommerzielles Produkt, die PPR 2.0 ist ein kostenlos nutzbares Instrument. In der Auswertung kann es zu abweichenden Minutenwerten bei Verwendung von LEP und PPR 2.0 kommen, jedoch wurden zur Weiterentwicklung der PPR 2.0 auch LEP-Daten genutzt. LEP wird die PPR 2.0 automatisch ausleiten können.

Pflegebudget: Nimmt die PPR 2.0 Einfluss auf die Berechnung des Pflegebudget sowie die Budgetverhandlungen? Wie erfolgt die Refinanzierung?

Es ist wünschenswert, dass die PPR 2.0 (inkl. eines zukünftigen Qualifikationsmixes) Einfluss auf das Pflegebudget nimmt. Wenn das Personal durch die PPR 2.0 nachgewiesen wird, kann die Refinanzierung durch das Pflegebudget unkompliziert und schlank verlaufen.

Erprobungsphase: Wann startet für die ausgewählten Kliniken die drei-monatige Erprobungsphase und wie werden die Kliniken ausgesucht bzw. informiert?

Die Erprobungsphase startete mit Beauftragung der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG AG am 14. März 2023. Unterauftragnehmer ist das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, dass die Erprobungsphase pflegewissenschaftlich unterstützt (bereits involviert im Rahmen des Pretests der PPR 2.0 in 2020). Eine repräsentative Auswahl an Krankenhäusern erfolgt durch Beteiligung aller Trägerschaften, Versorgungsstufen und regionaler Unterschiede. Es sollen Kliniken mit und ohne Erfahrung in der Anwendung der PPR 2.0 miteinbezogen werden. Der Anteil freiwilliger Teilnahme soll max. 20 % betragen. Weitere Informationen liegen derzeit nicht vor.

Dokumentationssystem: Können die Softwarehersteller die Ausleitung der PPR 2.0 bereits digital vorbereiten und welche Anforderungen und Empfehlungen werden hier gestellt (z.B. durch die Begrifflichkeit „überwiegend“)?

Die digitale Ausleitung der PPR 2.0 wird spätestens im Rahmen der Weiterentwicklung nach §137I SGB V erfolgen. Die Beauftragung für die „Wissenschaftliche Weiterentwicklung der Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus (WiWePP)“ erfolgt bis zum 30. September 2023 und soll bis Ende 2024 abgeschlossen sein. Jedoch können schon jetzt einige Hersteller die digitale Ausleitung der PPR 2.0 vornehmen.

Personalmangel: Wie wird das Verhältnis zwischen der Einstufung der PPR 2.0 und der Personalbedarf errechnet? Wird hierdurch der Personalmangel nicht klar deutlich, weil durch die PPR 2.0 der Soll-Pflegebedarf gemessen wird und in Verbindung mit der tatsächlichen IST-Besetzung gestellt wird und was kann das für Folgen auf die Bettenbelegung haben? Gibt es Vorgaben zu Ausfallkonzepten und muss der erhobene Personalbedarf am nächsten Tag beachtet werden?

Das Ziel der PPR 2.0 ist einen Ist-Soll-Abgleich zu generieren, damit der Bedarf, sowie auch der Mangel an Personal sichtbar wird. Wenn ein höherer Bedarf an Personal notwendig ist, müssen Maßnahmen greifen, wie z.B. Ausfallkonzepte, Betten geschlossen und/oder Leistung reduziert werden. Vorgaben zu Ausfallkonzepten finden sich in den Anwendungsvorschriften der PPR 2.0, jedoch nur oberflächlich.

Belastungsspitzen: Wie kann die PPR 2.0 dazu beitragen Belastungsspitzen abzufangen, wenn die Erhebung retrospektiv erfolgt?

In der retrospektiven Betrachtung kann die PPR 2.0 dazu beitragen, Erkenntnisse zu Belastungsspitzen aufzuzeigen, die die Basis für weiterführende Maßnahmen oder Anpassungen für aktuelle und zukünftige Planungen bildet. Einige Softwarehersteller können bereits prospektive Aussagen durch die Hilfe von künstlicher Intelligenz hierzu ableiten.

Leiharbeit: Bleibt Leiharbeit weiter möglich, wird sie neutral behandelt?

Die Beschäftigung von Leiharbeiter*innen bleibt von der PPR 2.0 unberührt. Eine gesonderte Positionierung des DPR ist auf der Homepage unter folgendem Link einsehbar: [dpr ursachen-und-auswirkungen-der-leiharbeit-in-der-pflege_aktualisiert_230428.pdf \(deutscher-pflegerat.de\)](#)

Qualifikationsmix: Wie wird und kann der Qualifikationsmix (ungelerntes Personal, Pflegehilfskraft, Pflegefachpersonen und akademisierte Pflegefachpersonen) im Rahmen der PPR 2.0 Beachtung finden?

Aktuell finden nur Pflegefachpersonen und Pflegehilfspersonen in die PPR 2.0 Beachtung. Definitionen und Quoten sind in den Anwendungsvorschriften benannt. Das Thema Qualifikationsmix wird unter anderen im Rahmen der Weiterentwicklung der PPR 2.0 (Wissenschaftliche Weiterentwicklung der Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus - WiWePP) näher beleuchtet und erarbeitet.

Isolation: Findet auch die Umkehrisolation (z.B. bei onkologischen Patient*innen) Berücksichtigung bei der PPR 2.0 und können die Minutenwerte auch bei Isolation auf Verdacht (noch ohne Keimnachweis) aufaddiert werden?

Im Rahmen der Isolation geht es darum, wo isoliert wird, unabhängig von Art der Isolation oder dem Keimnachweis.

Barthel-Index: Muss der Barthel-Index täglich erhoben werden, wenn er als Grundlage für die Einstufung in die A4 gilt? Warum sind Einstufungskriterien für A4 hinterlegt, wenn hier der Barthel-Index extra erhoben werden muss oder ist noch eine weitere Dokumentation bei A4-Einstufung nötig?

Für die Einstufung in A4 müssen die Einstufungsmerkmale erfüllt, sowie der Barthel-Index erhoben werden. Die Einstufung und somit auch Erhebung erfolgt täglich.