

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Verordnung über die Maßstäbe und Grundsätze für die Bemessung des Personalbedarfs in der stationären Krankenpflege

(Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV)

A. Problem und Ziel

Die Diskussion um die Personalsituation im Pflegedienst der Krankenhäuser wird seit mehreren Jahrzehnten geführt. Bereits in den achtziger Jahren haben verschiedene Entwicklungen (u.a. Zunahme diagnostischer und therapeutischer Verfahren durch den technischen Fortschritt und damit eine Leistungsausweitung in der stationären Pflege, demographische Entwicklungen und ständig wachsender Anteil älterer Patienten) dieses Thema in den Mittelpunkt in der sozialpolitischen Auseinandersetzung gerückt. Nachdem sich die Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) bis Mitte 1989 nicht auf einen gemeinsamen Empfehlungsentwurf zur Bemessung des Personalbedarfs einigen konnten wurde die Pflegepersonalregelung (PPR) in der Folge durch eine Expertengruppe unter dem Vorsitz des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erarbeitet. Die Regelung hatte zum Ziel, eine leistungsbezogene Personalbemessung zu etablieren, welche insbesondere die Tätigkeitsprofile verschiedener pflegerischer Leistungen sachgerecht abbildet. Parallel hatte eine zweite Expertengruppe ein entsprechendes Konzept für die Kinderkrankenpflege entwickelt. Es folgte die Einführung der PPR in Art. 13 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266).

Mit Art. 13 des Zweiten Gesetzes zur Neuordnung der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) wurde die PPR wieder aufgehoben. Der Gesetzgeber hat die Aufhebung u.a. damit begründet, dass das damals weiterentwickelte Vergütungssystem verstärkt wettbewerbsrechtliche Elemente enthielt, die mit der Pflegepersonalregelung nur bedingt kompatibel waren. Auch sollte im Sinne der Deregulierung die Verantwortung wieder in die Hände der Selbstverwaltungspartner gelegt werden. Die weitere Anwendung der Maßstäbe der Pflegepersonalregelung im Rahmen von vertraglichen Vereinbarungen sollte der Selbstverwaltung weiterhin grundsätzlich möglich sein (BT-Drs. 13/6087, S. 36).

Angesichts der sich im Laufe der Jahre kontinuierlich verschlechternden Arbeitssituation der Pflegekräfte im Krankenhaus entstand neuer Handlungsbedarf zur verbindlichen Einführung eines Pflegepersonalbemessungsinstrumentes, damit sichergestellt werden kann, dass Krankenhäuser mit einer ausreichenden Zahl an Pflegekräften arbeiten. Die DKG, der Deutsche Pflegerat (DPR) und die Gewerkschaft ver.di hatten sich im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) im Juni 2019 darauf geeinigt, bis Ende 2019 ein Pflegepersonalbemessungsinstrument zu entwickeln und im Anschluss dem BMG zu übermitteln. Die drei Verbände haben sich daraufhin im August 2019 auf erste Eckpunkte für ein solches Personalbemessungsinstrument verständigt und auf deren Grundlage die Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) als Pflegepersonalbemessungsinstrument konsentiert. Die PPR 2.0 basiert auf den Grundlagen der PPR aus dem Jahr 1992, die Inhalte wurden jedoch aktualisiert und an die aktuelle Situation der Krankenhäuser angepasst.

Die Überarbeitung und Aktualisierung der PPR auf PPR 2.0 erfolgte in einem mehrstufigen Prozess, in welchen sich die Beteiligten vor allem auf die Aktualisierung der Grund- und

Fallwerte sowie die fachlich-inhaltliche Bewertung der Leistungsinhalte der allgemeinen und speziellen Pflege (A- und S- Bereich) konzentriert haben (Jahn/Genster/Metzinger, f&w 2/2020, S. 5 ff.).

Die DKG beauftragte das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle, die Handhabbarkeit und Umsetzbarkeit der neuen Version der PPR zu überprüfen. Dies erfolgte Ende des Jahres 2019, die Ergebnisse sind auf der Homepage der DKG abrufbar: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5._Personal_und_Weiterbildung/2.5.0._PPR_2.0/Abschlussbericht_DKG_Pre-Test_PPR2.0_final.pdf.

Im Koalitionsvertrag 2021-2025 wurde vereinbart, zur verbindlichen Personalbemessung im Krankenhaus kurzfristig die PPR 2.0 einzuführen. Für die Qualität der Patientenversorgung und die Arbeitssituation der Pflegekräfte in den Krankenhäusern ist eine angemessene Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus essentiell. Gute Arbeitsbedingungen und eine hochwertige pflegerische Versorgung müssen gewährleistet werden. Um die Personalsituation in der Pflege zu verbessern, soll der für eine bedarfsgerechte Pflege am Bett erforderliche Personaleinsatz auf bettenführenden Stationen der Somatik angesichts der fortwährend angespannten Personalsituation in der Pflege im Krankenhaus durch ein Instrument zur Pflegepersonalbemessung sichergestellt und unter Berücksichtigung des Konzeptes der PPR 2.0 Vorgaben zur Personalbesetzung festgelegt werden.

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (Gesetz vom 20. Dezember 2022, BGBl. I 2793) wurde im § 137k Absatz 4 und 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) der Auftrag zur Einführung eines Pflegepersonalbemessungsinstrumentes verankert. Vor der Einführung sollte gemäß § 137k Absatz 2 SGB V eine umfassende Erprobung der PPR 2.0 stattfinden, um festzustellen, ob das Instrument über die gebotene Anwendungsreife verfügt sowie um einen Überblick über die derzeitigen Erfüllungsgrade der mit PPR 2.0 ermittelten Personalausstattung zu bekommen. Die Erprobung fand in dem Zeitraum vom 4. Mai bis zum 31. Juli 2023 statt (zu den Details siehe Bericht unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Kinder_PPR_Erprobung_20230831.pdf). Die Erkenntnisse aus der Erprobung sind in die Erarbeitung der vorliegenden Verordnung eingeflossen.

B. Lösung

Ab dem 1. Januar 2024 sollen die Krankenhäuser ihren Pflegepersonalbedarf nach den Vorgaben der Rechtsverordnung für alle bettenführenden Stationen der Somatik ermitteln. Im Einzelnen werden Regelungen zu den folgenden Bereichen getroffen:

- Personalbemessung auf Normalstationen für Erwachsene,
- Personalbemessung auf Normalstationen für Kinder,
- Personalbemessung auf Intensivstationen für Kinder,
- Übermittlung der erhobenen Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)

Anhand der übermittelten Daten soll in einem ersten Schritt ermittelt werden, wie sich die vorhandene Ist-Personalausstattung zur mithilfe der PPR 2.0 ermittelten Soll-Personalausstattung verhält. In einem nächsten Schritt soll eine sog. Konvergenzphase eingeleitet und Regelungen getroffen werden, mit denen die stufenweise Anhebung des Erfüllungsgrades der Soll-Personalbesetzung mit dem Ziel des Personalaufbaus beginnt. Für den Fall des Unterschreitens des festgelegten Erfüllungsgrades können künftig in der Rechtsverordnung Sanktionen festgelegt werden.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Keine.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Keiner.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Im Vorfeld der Entwicklung dieser Verordnung wurde die im § 137k Abs. 2 SGB V vorgesehene wissenschaftliche Erprobung durchgeführt. Im Rahmen dieser Erprobung wurde auch der mit der Implementierung des Personalbemessungsinstrumentes einhergehende Aufwand auf den Stationen gemessen. Die Untersuchung hat ergeben, dass im Erwachsenenbereich mehr als ein Drittel der teilnehmenden Stationen ca. 20 bis 40 Minuten pro Person benötigt haben, um das Pflegepersonalbemessungsinstrument einzuführen und bekannt zu machen. Die Einstufung der Patientinnen und Patienten in die jeweiligen Leistungsstufen (A-/S-Kategorien) wurden mehrheitlich 1 bis 5 Minuten pro Patient oder Patientin benötigt. Auf den Kinderstationen hat ca. ein Drittel der Stationen mehr als 120 Minuten für ein Einarbeiten in die Anwendungsvorschrift benötigt. Für die Einstufungen der Patientinnen und Patienten in die Leistungsstufen (KA-/KS-Kategorien) haben zwei Drittel der Stationen zwischen 1 und 10 Minuten benötigt.

Für das InEK ergibt sich ein Erfüllungsaufwand für die Annahme der Daten der Krankenhäuser und deren Auswertung, sowie Übermittlung der Auswertungen an das Bundesministerium für Gesundheit und die zuständigen Landesbehörden. Dieser wird auf rund 55.000 Euro in ersten Erfassungsjahr und auf 40.000 Euro in den Folgejahren geschätzt.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Aus der Verpflichtung, die erhobenen Daten an das InEK zu übermitteln, entsteht den Krankenhäusern Erfüllungsaufwand. Für die Datenmeldungen insgesamt existiert bereits ein etablierter Datenübermittlungsweg an das InEK, sodass die Datenübermittlungssysteme nur an die konkreten Anforderungen dieser Verordnung angepasst werden müssen. Der einmalige Aufwand im Zusammenhang mit der Anpassung von digitalen Prozessabläufen sowie Anpassung der digitalen Prozessabläufe wird auf circa 5 Stunden pro Krankenhaus geschätzt. Dies würde für alle Krankenhäuser einmalige Kosten in Höhe von 320.000 Euro ergeben. Gleichwohl kann der Aufwand, der den Krankenhäusern im Zusammenhang mit der Umstellung und Anpassung ihrer Datenverarbeitungssysteme entsteht, sehr stark von dem vorgefundenen Digitalisierungsgrad des Krankenhauses abhängen.

Als laufender Aufwand ergibt sich für die Krankenhäuser einmal im Quartal ein Aufwand in Höhe von ca. 1,16 Stunden pro Krankenhaus. Unter Zugrundelegung der Annahme, dass es in Deutschland rund 1.890 Krankenhäuser gibt und die durchschnittlichen Lohnkosten

im Gesundheitswesen 33,90 Euro je Stunde betragen, ergibt dies Bürokratiekosten von rund 74 000 Euro pro Quartal und rund 297 000 Euro pro Jahr für die Krankenhäuser.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Keiner.

F. Weitere Kosten

Keine.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Verordnung über die Maßstäbe und Grundsätze für die Bemessung des Personalbedarfs in der stationären Krankenpflege

(Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV)

Vom ...

Auf Grund des § 137k Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung - vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch den Artikel 1 Nummer 3 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793), verordnet das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen:

Kapitel 1

Allgemeine Vorschriften

§ 1

Ziel und Anwendungsbereich

(1) Die Verordnung hat das Ziel, eine bedarfsgerechte Pflege der vollstationär und teilstationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten sicherzustellen, indem Vorgaben zur Ermittlung des Bedarfs an Pflegepersonal festgelegt werden. Sie soll ebenfalls zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte im Krankenhaus und damit zur Fachkräftesicherung in diesem Bereich beitragen.

(2) Diese Verordnung gilt für die Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs auf bettenführenden Normalstationen der Somatik für Erwachsene sowie auf bettenführenden Normalstationen und Intensivstationen für Kinder in den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern im Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes. Die geltenden und im Bundesanzeiger bekannt gemachten Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses bleiben unberührt.

(3) Aus dem Anwendungsbereich dieser Verordnung sind besondere Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgenommen.

§ 2

Begriffsbestimmungen

(1) Im Sinne dieser Verordnung ist eine Pflegekraft eine Pflegefachkraft oder eine Pflegehilfskraft:

1. Pflegefachkraft ist eine Person, die über die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung nach §§ 1 Absatz 1, 58 Absatz 1 oder Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes

verfügt, oder deren Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung, nach dem Altenpflegegesetz in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung oder nach § 64 des Pflegeberufgesetzes fortgilt,

2. Pflegehilfskraft ist eine Person

- a) die erfolgreich eine landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege von mindestens einjähriger Dauer abgeschlossen hat, die die „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz AT 17.02.2016 B3) erfüllt, die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossen wurden,
- b) die erfolgreich eine landesrechtlich geregelte Ausbildung in der Krankenpflegehilfe oder in der Altenpflegehilfe von mindestens einjähriger Dauer abgeschlossen haben oder
- c) denen auf der Grundlage des Krankenpflegegesetzes vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 893) in der am 31. Dezember 2003 geltenden Fassung eine Erlaubnis als Krankenpflegehelferin oder Krankenpflegehelfer erteilt worden ist;
- d) zu den Pflegehilfskräften im Sinne dieser Verordnung zählen außerdem
 - aa) Medizinische Fachangestellte, die erfolgreich eine Ausbildung nach der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten abgeschlossen haben oder eine Qualifikation vorweisen, die dieser Ausbildung entspricht,
 - bb) Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten, die erfolgreich eine Ausbildung nach der „Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Ausbildung und Prüfung von Operationstechnischen und Anästhesietechnischen Assistentinnen/Assistenten“, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist, in der jeweils geltenden Fassung abgeschlossen haben, und
 - cc) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, denen auf Grundlage des Notfallsanitätergesetzes eine Erlaubnis zum Führen der entsprechenden Berufsbezeichnung erteilt worden ist,

(2) Kinderpflegefachkräfte im Sinne dieser Verordnung sind:

1. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach dem Krankenpflegegesetz in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung,
2. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach dem § 58ff. Pflegeberufgesetz,
3. Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner mit Vertiefungseinsatz im speziellen Bereich der pädiatrischen Versorgung nach Teil 2 des Pflegeberufgesetzes,
4. Pflegefachkräfte mit Abschluss einer Fachweiterbildung im Bereich der pädiatrischen Intensivpflege.

(3) Der Standort eines Krankenhauses im Sinne dieser Verordnung bestimmt sich nach § 2 der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gem. § 2a Absatz 1 des

Krankenhausfinanzierungsgesetzes geschlossen wurde und die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist,

(4) Patient im Sinne dieser Verordnung ist eine Person, die stationär oder teilstationär in ein Krankenhaus zur Behandlung aufgenommen wurde.

(5) Vollzeitäquivalent ist die Anzahl der gearbeiteten Stunden geteilt durch die übliche durchschnittliche Arbeitszeit einer in Vollzeit im Pflegedienst im Krankenhaus beschäftigten Person.

(6) Station ist die kleinste bettenführende organisatorische Einheit in der Patientenversorgung am Standort eines Krankenhauses, die räumlich ausgewiesen ist und die anhand einer ihr zugewiesenen individuellen Bezeichnung auch für Dritte identifizierbar ist. Auf einer Station werden Patientinnen und Patienten entweder in einem medizinischen Fachgebiet oder interdisziplinär in verschiedenen medizinischen Fachgebieten behandelt. Das einer Station zugeordnete Personal sowie seine Leitungsstruktur lassen sich den Organisations- und Dienstplänen des Krankenhauses entnehmen.

§ 3

Ermittlung der Soll-Personalbesetzung auf Normalstationen für Erwachsene

(1) Krankenhäuser im Sinne des § 1 Absatz 2 sind verpflichtet, die Anzahl der auf der jeweiligen Station auf der Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegefachkräfte, umgerechnet auf Vollzeitäquivalente (Soll-Personalbesetzung) auf Normalstationen für Erwachsene nach den Vorschriften der Absätze 2 bis 4 zu ermitteln. Die Soll-Personalbesetzung ergibt sich aus der Summe der für die Tagschicht und für die Nachtschicht ermittelten Vollzeitäquivalente.

(2) Zur Ermittlung der Gesamtstundenzahl auf bettenführenden somatischen Stationen für Erwachsene in der Tagschicht

1. wird der Pflegegrundwert nach § 12 Absatz 1 Satz 1 mit der Zahl der insgesamt zu behandelnden Patienten, abzüglich der Patienten in Isolation, vervielfacht,
2. wird der erhöhte Pflegegrundwert für Patienten nach § 12 Absatz 1 Satz 2 mit der Zahl der Patienten in Isolation vervielfacht,
3. werden die Minutenwerte der Patientengruppen nach § 12 Absatz 2 mit der Zahl der Patienten in den jeweiligen Patientengruppen vervielfacht,
4. wird der Fallwert nach § 12 Absatz 3 mit der Zahl der Krankenhausaufnahmen je Tag vervielfacht und
5. werden die halben Minutenwerte nach § 12 Absatz 1 und 2 mit der entsprechenden Zahl der teilstationär zu behandelnden Patienten vervielfacht.

Die sich aus der Addition der Minutenwerte nach Satz 1 Nummern 1 bis 5 ergebende Gesamtstundenzahl ist in Vollzeitäquivalente umzurechnen.

(3) Die Ermittlung der Personalstellen für die Nachtschicht richtet sich nach den für die jeweilige Station geltenden Vorgaben der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 9. November 2020 (BGBl. I S. 2357), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 15. Dezember 2022 (BAnz AT 16.12.2022 V2) geändert worden ist. Für diejenigen Stationen, die nicht Teil eines pflegesensitiven Bereichs im Sinne des § 6 Absatz 1 der

Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung sind, gilt das Verhältnis von 1 Pflegekraft zu 20 Patienten als Soll-Personalbesetzung in der Nachtschicht.

(4) Die Höhe der Ausfallzeiten ist bei der Berechnung der Personalstellen nach den Absätzen 2 und 3 zu berücksichtigen. Darüber hinaus erhält das Krankenhaus anteilig für jeweils 50 Pflegekräfte einschließlich Nachtdienst zusätzlich eine volle Stelle für eine leitende Krankenpflegeperson oberhalb der Stationsebene.

(5) Schichten im Bereich der Krankenpflege für Erwachsene sind die Tagschicht und die Nachtschicht. Die Tagschicht umfasst den Zeitraum von 6 bis 22 Uhr. Die Nachtschicht umfasst den Zeitraum von 22 bis 6 Uhr. Die Bestimmung der Tagschicht und der Nachtschicht nach den Sätzen 2 und 3 lässt die Schichteinteilungen unberührt, die in den Krankenhäusern insbesondere zur Gewährleistung familienfreundlicher und flexibler Arbeitszeiten vorgenommen werden. Führt die Arbeitszeitgestaltung eines Krankenhauses dazu, dass eine Schicht sowohl der Tagschicht als auch der Nachtschicht nach den Sätzen 2 und 3 unterfällt, so kann das für diese Schicht vorgehaltene Personal anteilig der Tagschicht und der Nachtschicht zugeordnet werden.

§ 4

Ermittlung der Soll-Personalbesetzung auf Normal- und Intensivstationen für Kinder

(1) Krankenhäuser im Sinne des § 1 Absatz 2 sind verpflichtet, die Anzahl der auf der jeweiligen Station auf der Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Kinderpflegefachkräfte, umgerechnet auf Vollzeitäquivalente (Soll-Personalbesetzung) auf Normal- und Intensivstationen für Kinder nach den Vorschriften der Absätze 2 und 3 zu ermitteln.

(2) Zur Ermittlung der Soll-Personalbesetzung nach Absatz 1 auf bettenführenden somatischen Normal- und Intensivstationen für Kinder

1. wird der Pflegegrundwert nach § 14 Absatz 1 mit der Zahl der insgesamt zu behandelnden Patienten je Kalendertag vervielfacht,
2. werden die Minutenwerte der Patientengruppen jeweils nach § 14 Absatz 4 oder nach § 19 Absatz 5 mit der entsprechenden Zahl der Patienten in den einzelnen Patientengruppen je Kalendertag vervielfacht,
3. wird der Minutenwert nach § 14 Absatz 2 oder nach § 19 Absatz 1 mit der Zahl der Krankenhausaufnahmen Tag vervielfacht,
4. werden die halben Minutenwerte der Patientengruppen nach § 14 Absatz 4 oder nach § 19 Absatz 5 mit der entsprechenden Zahl der teilstationär zu behandelnden Patienten vervielfacht.

Die sich aus den Minutenwerten nach den Nummern 1 bis 4 ergebende Gesamtstundenzahl ist in Vollzeitäquivalente umzurechnen.

(3) § 3 Absatz 4 gilt entsprechend.

Ermittlung der Ist-Personalbesetzung

(1) Die Krankenhäuser im Sinne des § 1 Absatz 2 sind verpflichtet, die Zahl der auf der jeweiligen Station eingesetzten Pflegefachkräfte oder Kinderpflegefachkräfte, umgerechnet auf Vollzeitäquivalente (Ist-Personalbesetzung), zu ermitteln. Es ist eine durchschnittliche Pflegepersonalausstattung für jeden Kalendermonat zu ermitteln.

(2) Für den Nachweis der Ist-Personalbesetzung im Bereich der Erwachsenenkrankenpflege werden alle Pflegefachkräfte berücksichtigt, die während einer Schicht auf einer Station eines Krankenhauses tätig waren. Die durchschnittliche Personalausstattung ermittelt sich aus der Summe der pro Schicht geleisteten Arbeitsstunden ohne Pausenzeiten in einem Kalendermonat geteilt durch die Anzahl der Stunden der Schichten des jeweiligen Kalendermonats. Dabei sind Pflegekräfte, die an einem Arbeitstag in mehreren Schichten tätig waren, anteilig den Schichten zuzuordnen.

(3) Für den Nachweis der Ist-Personalbesetzung im Bereich der Kinderkrankenpflege werden alle Kinderpflegefachkräfte berücksichtigt, die während eines 24-Stunden-Zeitraums auf einer Station des Krankenhauses tätig waren. Die durchschnittliche Personalausstattung ermittelt sich aus der Summe der pro einen 24-Stunden-Zeitraum geleisteten Arbeitsstunden ohne Pausenzeiten in einem Kalendermonat geteilt durch die Anzahl der Stunden der 24-Stunden-Zeiträume in dem jeweiligen Monat.

(4) Im Bereich der Krankenpflege für Erwachsene dürfen Pflegehilfskräfte zu 10% auf die Pflegefachkräfte angerechnet werden. Im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe dürfen zur Anrechnung auf die Pflegefachkräfte Hebammen berücksichtigt werden.

(5) Im Bereich der Krankenpflege für Kinder dürfen Pflegehilfskräfte zu 5% auf die Pflegefachkräfte angerechnet werden. In Krankenhäusern, die eine Ausbildung zur Kinderpflegefachkraft anbieten, darf die Anrechnung nach Satz 1 zu 10% stattfinden; in diesem Fall gelten Auszubildende zu Kinderfachpflegekraft als Pflegehilfskräfte.

Datenübermittlung an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

(1) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus innerhalb von 30 Tagen nach Inkrafttreten dieser Verordnung die verwendeten Namen der Fachabteilungen sowie sämtliche dazugehörigen Stationen unter Nennung der jeweiligen Bettenanzahl in den Bereichen nach § 1 Absatz 2 Satz 1 mitzuteilen. Sollten zu einem späteren Zeitpunkt Änderungen der übermittelten Angaben nach Satz 1 erfolgen, sind diese dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unverzüglich mitzuteilen.

(2) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die nach §§ 3, 4 und 5 ermittelten Angaben monatsbezogen jeweils bis zum 15. Tag des auf ein Quartal folgenden Monats, erstmals bis zum 15. April 2024, für das jeweils vorhergehende Quartal für die jeweilige Station und Schicht auf elektronischem Wege an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln. Zeigt das Krankenhaus vor Ablauf der Frist nach Satz 1 gegenüber dem Institut für das Entgelt im Krankenhaus an, dass die Frist nicht eingehalten werden kann, verlängert sich die Frist um 14 Tage. Die Krankenhäuser können die von ihnen gemeldeten Angaben bis zum Ablauf der Frist nach Satz 1 oder der verlängerten Frist nach Satz 2 korrigieren.

(3) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, jährlich bis zum 30. Juni, erstmals zum 30. Juni 2025, die nach Absatz 2 übermittelten Angaben in eine Gesamtmeldung für das

vorangegangene Jahr zusammenzufassen und samt einer Bestätigung der Richtigkeit der Angaben durch einen Wirtschaftsprüfer, eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, einen vereidigten Buchprüfer oder eine Buchprüfungsgesellschaft auf elektronischem Wege an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln.

(4) Die Meldung nach Absatz 2 und 3 erfolgt für jeden Standort; das Standortkennzeichen gemäß der Vereinbarung nach § 293 Absatz 6 SGB V über ein bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017 ist anzugeben.

(5) Für die Datenübermittlung an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Absatz 2 und 3 ist das in der Anlage 7 festgelegte Datenformat zu nutzen. Das Nähere zur technischen Umsetzung der Datenübermittlung legt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 31. Januar 2024 fest.

§ 7

Datensammlung und Auswertung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wertet die nach § 6 erhobenen Daten im Hinblick auf den Erfüllungsgrad der Ist-Personalausstattung nach § 5 im Vergleich zur nach §§ 3 und 4 ermittelten Soll-Personalausstattung aus.

(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übersendet die Auswertungen der ihm nach § 6 durch die Krankenhäuser übermittelten Daten dem Bundesministerium für Gesundheit einmal pro Quartal, jeweils innerhalb von 4 Wochen nach Ablauf der jeweiligen Meldefrist nach § 6 Absatz 2 Satz 1.

(3) Darüber hinaus übermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus dem Bundesministerium für Gesundheit und den für das jeweilige Krankenhaus zuständigen Landesbehörden gemäß § 137k Absatz 1 Satz 4 jährlich bis zum 31. Juli, erstmals bis zum 31. Juli 2025, eine Auswertung der im Rahmen der Jahresmeldung nach § 6 Absatz 3 erhobenen Daten.

Kapitel 2

Personalbemessung in der Krankenpflege für Erwachsene

§ 8

Anwendungsbereich des zweiten Kapitels

Die Vorschriften dieses Kapitels finden Anwendung auf Stationen im Krankenhaus, auf welchen Personen behandelt werden, die das 18. Lebensjahr vollendet haben (Erwachsene).

Leistungsstufen und Patientengruppen

(1) Zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs sind Patienten aufgrund der für sie notwendigen Pflegeleistungen den Leistungsstufen A1 bis A4 und den Leistungsstufen S1 bis S4 gemäß Anlage 1 durch den Pflegedienst einmal täglich, in der Regel zwischen 15 und 21 Uhr, zuzuordnen:

(2) Jeder Patient ist aufgrund seiner Zuordnung nach Satz 1 in einer der folgenden Patientengruppen auszuweisen:

Allgemeine Pflege Spezielle Pflege	A1 Grundleistungen	A2 Erweiterte Leistungen	A3 Besondere Leistungen	A4 Hochaufwendige Leistungen
S1 Grundleistungen	A1/S1	A2/S1	A3/S1	A4/S1
S2 Erweiterte Leistungen	A1/S2	A2/S2	A3/S2	A4/S2
S3 Besondere Leistungen	A1/S3	A2/S3	A3/S3	A4/S3
S4 Hochaufwendige Leistungen	A1/S4	A2/S4	A3/S4	A4/S4

(3) Die Zuordnung nach den Absätzen 1 und 2 wird in der Pflegedokumentation ausgewiesen.

Zuordnungsregeln allgemeine Pflege

(1) Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe A2, A3 oder A4 zugeordnet werden, sind der Leistungsstufe A1 zuzuordnen.

(2) Eine Zuordnung zur Leistungsstufe A2 erfolgt, wenn

1. in mindestens zwei verschiedenen Leistungsbereichen je ein Zuordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe A2 zutrifft oder
2. in mindestens zwei verschiedenen Leistungsbereichen ein Zuordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe A2 und ein Zuordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe A3 zutrifft.

(3) Eine Zuordnung zur Leistungsstufe A3 erfolgt, wenn in zwei verschiedenen Leistungsbereichen je ein Zuordnungsmerkmal der Leistungsstufe A3 zutrifft.

(4) Eine Zuordnung zur Leistungsstufe A4 erfolgt, wenn in mindestens zwei Leistungsbereichen jeweils ein Einordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe A4 zutrifft und

1. der Patient einen Barthel-Index zwischen 0 und 35 Punkten aufweist oder
2. der Patient einen erweiterten Barthel-Index zwischen 0 und 15 Punkten aufweist, oder

3. der Patient im Mini-Mental-Status-Test zwischen 0 und 16 Punkten erreicht hat.

§ 11

Zuordnungsregeln spezielle Pflege

(1) Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe S2, S3 oder S4 zugeordnet werden, sind der Leistungsstufe S1 zuzuordnen.

(2) Eine Zuordnung des Patienten zur Leistungsstufe S2 erfolgt, wenn mindestens ein Einordnungsmerkmal aus einem der Leistungsbereiche der Leistungsstufe S2 zutrifft.

(3) Eine Zuordnung des Patienten zur Leistungsstufe S3 erfolgt, wenn mindestens ein Einordnungsmerkmal aus einem der Leistungsbereiche der Leistungsstufe S3 zutrifft.

(4) Eine Zuordnung des Patienten zur Leistungsstufe S4 erfolgt, wenn mindestens jeweils ein Einordnungsmerkmal aus zwei Leistungsbereichen der Leistungsstufe S3 zutrifft.

§ 12

Minutenwerte

(1) Als Pflegegrundwert werden je Patienten und Tag 33 Minuten zugrunde gelegt. Im Falle einer Isolationspflicht bei Patienten mit einer übertragbaren Erkrankung oder mit Verdacht auf eine solche Erkrankung gilt ein Pflegegrundwert von 123 Minuten je Patienten und Isolationstag. Das Leistungsprofil für den Pflegegrundwert nach Satz 1 und den erhöhten Pflegegrundwert nach Satz 2 ergibt sich aus der Anlage 2.

(2) Der Personalbemessung für die Patientengruppen nach § 9 Absatz 2 sind je Patienten und Tag folgende Minutenwerte zugrunde zu legen:

Patientengruppe	Minutenwert	Patientengruppe	Minutenwert
A1/S1	59	A2/S1	114
A1/S2	76	A2/S2	131
A1/S3	112	A2/S3	167
A1/S4	151	A2/S4	206
Patientengruppe	Minutenwert	Patientengruppe	Minutenwert
A3/S1	203	A4/S1	335
A3/S2	220	A4/S2	352
A3/S3	256	A4/S3	388
A3/S4	295	A4/S4	472

Für jedes wegen des Krankenhausaufenthaltes der Mutter zu versorgende gesunde Neugeborene wird ein Wert von 110 Minuten je Tag zugrunde gelegt.

(3) Für jede Krankenhausaufnahme wird ein Fallwert von 75 Minuten zugrunde gelegt. Dieser wird pro Patient und Aufenthalt einmal angerechnet. Das Tätigkeitsprofil für den Fallwert ergibt sich aus der Anlage 3. Für den Entlassungstag werden 50% der Minutenwerte des Tages vor der Entlassung berechnet.

(4) Für teilstationär zu behandelnde Patienten gelten die halben Minutenwerte nach den Absätzen 1 und 2. Der Fallwert nach Absatz 3 Satz 1 wird für die teilstationär zu

behandelnden Patienten, die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt werden, einmal je Quartal zugrunde gelegt.

(5) Die Minutenwerte nach den Absätzen 1 bis 4 gelten für den Tagdienst von 6 bis 22h.

Kapitel 3

Personalbemessung in der Krankenpflege für Kinder

Abschnitt 1

Personalbemessung auf Normalstationen

§ 13

Leistungsstufen und Patientengruppen

(1) Bei der Personalbemessung auf Normalstationen für Kinder werden Patienten im Hinblick auf ihr Alter folgenden Gruppen zugeordnet:

1. Früh- und Neugeborene sowie Säuglinge sind Patienten bis zum Ende des ersten Lebensjahres,
2. Kleinkinder sind Patienten ab dem Beginn des zweiten Lebensjahres bis zum Ende des sechsten Lebensjahres,
3. Schulkinder und Jugendliche sind Patienten ab dem Beginn des siebten Lebensjahres bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres.

(2) Wenn in Ausnahmefällen die Behandlung von Erwachsenen in einer Abteilung oder in einem Krankenhaus für Kinder- und Jugendmedizin erforderlich ist, werden Sie der Gruppe der Schulkinder und Jugendlichen zugeordnet.

(3) Zur Ermittlung des Bedarfs an Kinderkrankenpflegekräften sind Patienten aufgrund der für sie notwendigen Pflegeleistungen gemäß Anlage 4 Leistungsstufen KA1 bis KA4, jeweils unterteilt in Frühgeborene, kranke Neugeborene und Säuglinge (F), Kleinkinder (K) und Jugendliche (J) und gemäß Anlage 5 den Leistungsstufen KS1 bis KS4 retrospektiv durch die Pflegekräfte einmal täglich zuzuordnen. Des Weiteren wird jeder Patient aufgrund seiner Zuordnung nach Altersstufe und Leistungsstufe jeden Tag einer der nachfolgend aufgeführten Patientengruppen zugeordnet:

Allgemeine Pflege Spezielle Pflege	KA1 Grundleistungen	KA2 Erweiterte Leistungen	KA3 Besondere Leistungen	KA4 Hochaufwendige Leistungen
KS1 Grundleistungen	KA1-F/KS1 KA1-K/KS1 KA1-J/KS1	KA2-F/KS1 KA2-K/KS1 KA2-J/KS1	KA3-F/KS1 KA3-K/KS1 KA3-J/KS1	KA4-F/KS1 KA4-K/KS1 KA4-J/KS1
KS2	KA1-F/KS2	KA2-F/KS2	KA3-F/KS2	KA4-F/KS2

Erweiterte Leistungen	KA1-K/KS2	KA2-K/KS2	KA3-K/KS2	KA4-K/KS2
	KA1-J/KS2	KA2-J/KS2	KA3-J/KS2	KA4-J/KS2
KS3 Besondere Leistungen	KA1-F/KS3	KA2-F/KS3	KA3-F/KS3	KA4-F/KS3
	KA1-K/KS3	KA2-K/KS3	KA3-K/KS3	KA4-K/KS3
	KA1-J/KS3	KA2-J/KS3	KA3-J/KS3	KA4-J/KS3
KS4 Hochaufwendige Leistungen	KA1-F/KS4	KA2-F/KS4	KA3-F/KS4	KA4-F/KS4
	KA1-K/KS4	KA2-K/KS4	KA3-K/KS4	KA4-K/KS4
	KA1-J/KS4	KA2-J/KS4	KA3-J/KS4	KA4-J/KS4

§ 14

Minutenwerte

(1) Als Pflegegrundwert werden je Patient und Tag 55 Minuten zugrunde gelegt.

(2) Für jede Krankenhausaufnahme wird ein Fallwert von 66 Minuten zugrunde gelegt. § 12 Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Für die teilstationär zu behandelnden Patienten erfolgt die Einstufung bei Entlassung an dem jeweiligen Behandlungstag. Dabei werden die Minutenwerte für die tägliche Einstufung halbiert. Der Fallwert nach Absatz 2 wird einmal pro teilstationären Aufenthalt in voller Höhe zugrunde gelegt.

(4) Der Personalbemessung für die Patientengruppen nach § 13 Absatz 3 sind je Patient und Tag folgende Minutenwerte zugrunde zu legen:

Pflege-/Altersstufe	Minutenwert	Pflege-/Altersstufe	Minutenwert	Pflege-/Altersstufe	Minutenwert	Pflege-/Altersstufe	Minutenwert
KA1-F/KS1	188	KA2-F/KS1	252	KA3-F/KS1	384	KA4-F/KS1	418
KA1-K/KS1	147	KA2-K/KS1	186	KA3-K/KS1	274	KA4-K/KS1	356
KA1-J/KS1	77	KA2-J/KS1	154	KA3-J/KS1	253	KA4-J/KS1	350
KA1-F/KS2	272	KA2-F/KS2	336	KA3-F/KS2	486	KA4-F/KS2	502
KA1-K/KS2	230	KA2-K/KS2	269	KA3-K/KS2	357	KA4-K/KS2	439
KA1-J/KS2	160	KA2-J/KS2	237	KA3-J/KS2	336	KA4-J/KS2	433
KA1-F/KS3	389	KA2-F/KS3	453	KA3-F/KS3	585	KA4-F/KS3	619
KA1-K/KS3	349	KA2-K/KS3	388	KA3-K/KS3	476	KA4-K/KS3	558
KA1-J/KS3	279	KA2-J/KS3	356	KA3-J/KS3	455	KA4-J/KS3	552
KA1-F/KS4	445	KA2-F/KS4	509	KA3-F/KS4	641	KA4-F/KS4	675
KA1-K/KS4	408	KA2-K/KS4	447	KA3-K/KS4	535	KA4-K/KS4	617
KA1-J/KS4	338	KA2-J/KS4	415	KA3-J/KS4	514	KA4-J/KS4	611

Für den Tag der Aufnahme, Entlassung oder bei Übernahme aus Verlegung von einer internen Kinder-Intensivstation wird der Patient mit dem Minutenwert für die ermittelte Pflegestufe des Bezugstages eingestuft.

Zuordnungsregeln allgemeine Pflege

(1) Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe KA2, KA3 oder KA4 zugeordnet werden, sind der Leistungsstufe KA1 zuzuordnen,

(2) Der Patient wird der Leistungsstufe KA2 zugeordnet, wenn

1. mindestens in zwei Leistungsbereichen der Leistungsstufe KA2 je ein Einordnungsmerkmal zutrifft oder
2. ein Einordnungsmerkmal aus einem der Leistungsbereiche der Leistungsstufe KA2 und ein Einordnungsmerkmal aus einem der Leistungsbereiche der Leistungsstufe KA3 zutrifft.

(3) Der Patient wird der Leistungsstufe KA3 zugeordnet, wenn

1. Mindestens zwei Einordnungsmerkmale aus verschiedenen Leistungsbereichen der Leistungsstufe KA3 zutreffen oder
2. Ein Einordnungsmerkmal aus einem der Leistungsbereiche der Leistungsstufe KA3 und ein Einordnungsmerkmal aus einem der Leistungsbereiche der Leistungsstufe KA4 zutrifft.

(4) Der Patient wird der Leistungsstufe KA4 zugeordnet, wenn in mindestens zwei Leistungsbereichen der Leistungsstufe KA4 je ein Einordnungsmerkmal zutrifft.

(5) Bei Übernahme von pflegerischen Leistungen durch Familienmitglieder oder durch andere Bezugspersonen des Patienten bleibt die Verantwortung für die Durchführung dieser Leistungen bei den Pflegekräften; die Pflegekräfte haben diese Personen anzuleiten und zu überprüfen. Bei der Zuordnung zu den Leistungsstufen sind solche Leistungen als erbrachte Leistungen der Pflegekräfte zu berücksichtigen und entsprechend zu dokumentieren.

Zuordnungsregeln spezielle Pflege

(1) Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe KS2, KS3 oder KS4 zugeordnet wurden, sind der Leistungsstufe KS1 zuzuordnen.

(2) Der Patient wird der Leistungsstufe KS2 zugeordnet, wenn mindestens ein Einordnungsmerkmal aus einem der Leistungsbereiche der Leistungsstufe KS2 zutrifft.

(3) Der Patient wird der Leistungsstufe KS3 zugeordnet, wenn mindestens ein Einordnungsmerkmal aus einem der Leistungsbereiche der Leistungsstufe KS3 zutrifft.

(4) Der Patient wird der Leistungsstufe KS4 zugeordnet, wenn mindestens ein Einordnungsmerkmal aus einem der Leistungsbereiche der Leistungsstufe KS4 zutrifft.

Abschnitt 2

Personalbemessung auf Intensivstationen

§ 17

Pflegekategorien und Patientengruppen

(1) Auf Kinder-Intensivstationen sind Patienten folgenden Altersgruppen zuzuordnen:

1. Patienten der neonatologischen Intensivmedizin (NICU), die bei stationärer Aufnahme unter 28 Tage alt und unter 2.500 Gramm schwer sind oder unter 2.500 Gramm schwer sind, unabhängig vom Alter,
2. Patienten der pädiatrischen Intensivmedizin (PICU), die bei stationärer Aufnahme älter als 27 Tage und mindestens 2.500 Gramm schwer sind und das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
3. Sollte in Ausnahmefällen die Behandlung von Erwachsenen auf einer Kinder-Intensivstation notwendig sein, sind diese der pädiatrischen Intensivmedizin (PICU) zuzuordnen.

(2) Zur Ermittlung des Bedarfs an Kinderkrankenpflegekräften werden die Patienten auf Grund der für sie notwendigen speziellen Kinder-Intensivpflegeleistungen nach Anlage 6 den folgenden Leistungsstufen zugeordnet:

1. IS 1: Grundleistung,
2. IS 2: Erweiterte Leistung,
3. IS 3: Besondere Leistung.

(3) Die Einstufung erfolgt retrospektiv einmal am Tag oder schichtbezogen unter Berücksichtigung der Altersstufen nach Absatz 1 und Leistungsstufen nach Absatz 2 in die folgenden Patientengruppen:

	Intensiv-Pflegestufe IS 1 Grundleistungen	Intensiv-Pflegestufe IS 2 Erweiterte Leistungen	Intensiv-Pflegestufe IS 3 Besondere Leistungen
24 Stunden-Modell	NICU IS 1-24h PICU IS 1-24h	NICU IS 2-24h PICU IS 2-24h	NICU IS 3-24h PICU IS 3-24h
3-Schicht-Modell 8h-Schicht 1	NICU IS 1-Schicht 1 PICU IS 1-Schicht 1	NICU IS 2-Schicht 1 PICU IS 2-Schicht 1	NICU IS 3-Schicht 1 PICU IS 3-Schicht 1
3-Schicht-Modell 8h-Schicht 2	NICU IS 1-Schicht 2 PICU IS 1-Schicht 2	NICU IS 2-Schicht 2 PICU IS 2-Schicht 2	NICU IS 3-Schicht 2 PICU IS 3-Schicht 2
3-Schicht-Modell 8h-Schicht 3	NICU IS 1-Schicht 3 PICU IS 1-Schicht 3	NICU IS 2-Schicht 3 PICU IS 2-Schicht 3	NICU IS 3-Schicht 3 PICU IS 3-Schicht 3

§ 18

Zuordnungsregeln

- (1) Alle Patienten, die nicht der Intensivleistungsstufe IS2 oder IS3 zugeordnet werden, sind der Intensivleistungsstufe IS1 zuzuordnen.
- (2) Der Patient wird der Intensivleistungsstufe IS2 zugeordnet, wenn mindestens ein Einordnungsmerkmal aus einem der Leistungsbereiche der Leistungsstufe IS2 zutrifft.
- (3) Der Patient wird der Intensivleistungsstufe IS3 zugeordnet, wenn mindestens ein Einordnungsmerkmal aus einem Leistungsbereich der Intensivleistungsstufe IS3 zutrifft.
- (4) § 15 Absatz 5 gilt entsprechend.

§ 19

Minutenwerte

- (1) Für jede Krankenhausaufnahme wird ein Fallwert von 66 Minuten zugrunde gelegt. § 12 Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.
- (2) Als Pflegegrundwert werden je Patient und Tag 55 Minuten zugrunde gelegt.
- (3) Für den Tag der Aufnahme von außen, Entlassung oder bei interner Verlegung auf eine Normalstation werden bei einem 24-Stunden-Modell 100% der Minutenwerte der ermittelten Leistungsstufe des Bezugstages angerechnet. Bei einem 3-Schicht-Modell werden die Minutenwerte der ermittelten Leistungsstufe der jeweiligen Schicht oder der jeweiligen Schichten angerechnet in der oder in denen der Patient auf der Kinder-Intensivstation war.
- (4) Für die teilstationär intensivstationär zu behandelnden Patienten erfolgt die Einstufung bei Entlassung an dem jeweiligen Behandlungstag. Dabei werden die Minutenwerte für die tägliche Einstufung nach dem 24 Stunden-Modell halbiert. Bei dem 3-Schicht-Modell werden die Werte für die Schicht oder die Schichten angerechnet, in der oder in denen der Patient auf der Kinderintensivstation war. Für die Aufnahme ins Krankenhaus werden die Minutenwerte einmal pro stationären Aufenthalt voll gezählt.
- (5) Der Personalbemessung für die Patientengruppen nach § 17 Absatz 3 sind je Patient und Tag folgende Minutenwerte zugrunde zu legen:

24 Stunden-Modell	Altersstufe	IS 1	IS 2	IS 3
24 Stunden	NICU	360	720	1440
24 Stunden	PICU	480	720	1440
3-Schicht-Modell	Altersstufe	IS 1	IS 2	IS 3
8 Stunden-Schicht 1	NICU	120	240	480
8 Stunden Schicht 2	NICU	120	240	480
8 Stunden Schicht 3	NICU	120	240	480
3-Schicht-Modell	Altersstufe	IS 1	IS 2	IS 3
8 Stunden-Schicht 1	PICU	160	240	480
8 Stunden-Schicht 2	PICU	160	240	480
8 Stunden-Schicht 3	PICU	160	240	480

Kapitel 4

Schlussvorschriften

§ 20

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2024 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Anlage 1

Zu § 12 Absatz 1

Krankenpflege für Erwachsene: Handout zur Einstufung in die Pflegekategorien

PPR-Gültigkeit täglich 06:00 – 22:00 Uhr

Allgemeine Informationen

Die Einstufung der Patienten im A- und S-Bereich erfolgt einmal täglich zwischen 15:00 und 21:00 Uhr. Die Einstufung erfolgt zu einem hausintern festgelegten Zeitpunkt. Zum Zeitpunkt der Einstufung bereits entlassene Patienten werden nicht erfasst.

<p>Allgemeine Pflege Erwachsene ab 18 Jahren</p>				
Leistungsstufen		Einordnungsmerkmale		
Leistungs- bereiche	<p>A1 Grundleistungen</p>	<p>A2 Erweiterte Leistungen</p>	<p>A3 Besondere Leistungen</p>	<p>A4 Hochaufwendige Leistungen</p>
Körperpflege	<p>Alle Patienten, die nicht A2, A3 oder A4 zugeordnet werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hilfe bei überwiegend selbständiger Körperpflege - Patient bedarf der Unterstützung, um dann selbständig die Körperpflege durchführen zu können: 	<ul style="list-style-type: none"> - Überwiegende oder vollständige Übernahme der Körperpflege - Patient kann keine oder nur wenige Handgriffe selbst durchführen 	<ul style="list-style-type: none"> - Volle Übernahme der Körperpflege (5xtgl. davon mind. 1x Ganzkörperpflege) - Therapeutische Ganzkörperpflege

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Körperpflegemittel vor-/nachbereiten ○ Hilfe bei Teilkörperwäsche ○ Übernahme wesentlicher Teile der Körperpflege (z.B. Haar-/Nagelpflege, Rasur, eincremen) <p>- Patient kann überwiegend allein gelassen werden</p>	<p>- Patient wird zur selbständigen Körperpflege trainiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ganzkörperwäsche/Baden/Duschen durchführen ○ Zur Körperpflege anleiten/überwachen <p>- Ständige Anwesenheit einer Pflegeperson notwendig</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ganzkörperpflege mit zwei Pflegepersonen (pflegefachlich begründet) - Volle Übernahme der Körperpflege (2xtgl.)
Ernährung		<ul style="list-style-type: none"> - Nahrungsaufbereitung/Sondennahrung - Patient ist in der Lage, nach individueller Vorbereitung der Mahlzeit, diese einzunehmen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mahlzeiten mundgerecht zubereiten (z.B. zerkleinern, Schnitten schmieren) ○ Getränke mit Trinkhilfe bereitstellen ○ Verabreichung von Sondennahrung (Schwerkraft oder mit Ernährungspumpe) - Ständige Anwesenheit einer Pflegeperson ist nicht notwendig 	<ul style="list-style-type: none"> - Hilfe bei der Nahrungsaufnahme/Sondennahrung - Patienten sind ohne Hilfestellung während der Mahlzeiten nicht in der Lage, diese einzunehmen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nahrung und Getränke verabreichen ○ Trink- und Esstraining ○ Verabreichung der Sondennahrung (Bolusapplikation) - Ständige Anwesenheit einer Pflegeperson ist notwendig 	<ul style="list-style-type: none"> - Volle Übernahme der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsverabreichung - Ess- und Trinktraining (mind. 4xtgl.) - Bolusapplikation von Sondennahrung und/oder Flüssigkeit (mind. 7xtgl.)
Ausscheidung		<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung zur kontrollierten Blasen-/Darmentleerung - Patient kann Ausscheidung kontrollieren, aber nicht ohne Hilfe verrichten: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ausscheidungsunterstützung mit z.B. Toilettenstuhl, Steckbecken, Urinflasche ○ Begleitung zur Toilette 	<ul style="list-style-type: none"> - Versorgung bei unkontrollierter Blasen-/Darmentleerung - Patient kann Ausscheidung nicht kontrolliert verrichten (auch bei zeitweiser Inkontinenz/Diarrhoe): - Versorgung mit Inkontinenzmaterial - Enddarm digital reinigen - Toilettentraining bei Inkontinenz - Training von selbständiger Stomaversorgung 	<ul style="list-style-type: none"> - Volle Übernahme der Versorgung bei der Ausscheidung (mind. 4xtgl.) - Kontinenztraining - Versorgung bei der Ausscheidung mit zwei Pflegepersonen (pflegefachlich begründet)

		<ul style="list-style-type: none"> - Entleeren, Wechseln von Katheter- oder Stomabeutel - Versorgung bei mehrmaligem Erbrechen (Patient/Umgebung) - Aufwendiges Versorgen bei starkem Schwitzen (z.B. Wäschewechsel) - Ständige Anwesenheit einer Pflegeperson ist nicht notwendig 	<ul style="list-style-type: none"> - Aufwendiges Versorgen bei starkem Schwitzen (z.B. Wäschewechsel) mindestens 3 x täglich - Ständige Anwesenheit einer Pflegeperson ist notwendig 	
<p>Mobilisation und Positionswechsel</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Einfacher Positionswechsel und Mobilisation - Patient benötigt Hilfe/Unterstützung bei Mobilisation/Positionswechsel - Patient ist überwiegend in der Lage sich im Bett zu drehen, benötigt Unterstützung beim Aufstehen 	<ul style="list-style-type: none"> - Häufiger Positionswechsel und Mobilisation - Patient ist immobil - Patient ist überwiegend nicht in der Lage sich im Bett zu drehen/aufzustehen 	<ul style="list-style-type: none"> - Volle Übernahme Positionswechsel/Transfer/Mobilisation (mind. 12xtgl. davon max. 4x Mikrolagerung) - Therapeutischer Positionswechsel/Transfer/Mobilisation mind. 6 x tgl. - Positionswechsel/Transfer/Mobilisation mit zwei Pflegepersonen mind. 6xtgl. (pflegefachlich begründet) - Suchen und/oder Rückbegleiten des Patienten auf die Station/in das Zimmer (mind.4xtgl.)

<p>A1</p>	<p>Alle Patienten, die nicht A2, A3 oder A4 zugeordnet werden.</p> <p>Patienten sind selbständig und benötigen nur minimale Pflege-/Serviceleistungen. Informieren und orientierende Hilfe stehen im Vordergrund.</p> <p>Hier handelt es sich Patienten, die bspw. die folgenden Grundleistungen erhalten: Handtuch/Körperpflegeprodukte werden zur Verfügung gestellt, Nahrungsmittel/Getränke bringen, Toilette zeigen, Bett machen, Bettwäsche wechseln</p>
------------------	--

A2	<p>In mind. zwei verschiedene Leistungsbereichen muss je ein Einordnungsmerkmal aus A2 zu treffen. Trifft nur ein Einordnungsmerkmal aus A2 zu und ist ein zweites aus A3 gegeben, so ist der Patient der Stufe A2 zuzuordnen.</p> <p>Patienten sind überwiegend selbständig, benötigen Hilfe oder Unterstützung. Die helfenden und unterstützenden Pflegeleistungen beziehen sich auf die genannten Pflegeleistungen.</p>
A3	<p>In mind. zwei verschiedenen Leistungsbereichen muss je ein Einordnungsmerkmal aus A3 zutreffen.</p> <p>Patienten benötigen die vollständige Übernahme der Pflege oder es wird eine aktivierende Pflege durchgeführt.</p>
A4	<p>Ein Patient muss einen Barthel-Index zwischen 0 – 35 Punkten aufweisen und/oder einen Erweiterten Barthel-Index zwischen 0-15 Punkten bzw. einen MMSE zwischen 0-16 Punkten (Anlage 1).</p> <p>Zusätzlich muss in mind. 2 verschiedenen Leistungsbereichen je ein Einordnungsmerkmal aus A4 (Anlage 2) zutreffen.</p>

Spezielle Pflege Erwachsene ab 18 Jahren				
Leistungsstufen		Einordnungsmerkmale		
Leistungs- bereiche	S1 Grundleistungen	S2 Erweiterte Leistungen	S3 Besondere Leistungen	S4 Hochaufwendige Leistungen
Leistungen im Zusammenhang mit <ul style="list-style-type: none"> - Operationen - Invasiven Maßnahmen - Akuten Krankheitsphasen 	Alle Patienten, die nicht S2, S3 oder S4 zugeordnet werden.	<ul style="list-style-type: none"> - Beobachten des Patienten und Kontrolle von mindestens 2 Parametern¹ 4 – 6 x in 8 Std., wobei eine gleichmäßige Verteilung nicht nötig ist (es können auch 8 Werte, z.B. in einer Std, erhoben werden). Die Parameter können zusammengezählt werden, aber es müssen mind. 2 Parameter sein und mind. 8 Messungen / Beobachtungen in 8 Std. <ul style="list-style-type: none"> o Beispiele: 1x Gewicht, 7 x Puls 3 x BZ, 1 x ZVD, 2 x Temp., 2 x Puls 	<ul style="list-style-type: none"> - Beobachten des Patienten und Kontrolle von mindestens 3 Parametern¹ über 12 Std., wobei eine gleichmäßige Verteilung nicht nötig ist (es können auch 18 Werte, z.B. in einer Std. erhoben werden). Die Parameter können zusammengezählt werden, aber es müssen mind. 3 Parameter sein und mind. 6 Messungen / Beobachtungen in 12 Std. <ul style="list-style-type: none"> o Beispiele: 3 x BZ, 1 x ZVD, 2 x Temp., 6 x RR, 6 x Puls 	Es muss mindestens ein Einordnungsmerkmal aus zwei Leistungsbereichen der Leistungsstufe S3 zutreffen.

		<p>Hinweis zu 1:</p> <p>Parameter können kombiniert zusammengezählt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vitalparameter (Blutdruck, Puls, Temperatur, Atemfrequenz, O2-Sättigung) ○ Schmerz ○ Gewicht ○ Umfangsmessungen (Bauch, Extremitäten) ○ Ausscheidung (Urin, Stuhl, Erbrechen, Wundsekret, bzgl. Menge, Aussehen, Bilanz) ○ Blutzucker ○ DMS: Durchblutung, Motorik, Neurologische Überwachung (Pupillen, Reflexe) ○ Bewusstseinsprotokoll 		
		<p>- Aufwendiges Versorgen von Zu-/Ableitungs-/Absaugsystemen bedingt durch den Patientenzustand, Lage, System und Häufigkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Thoraxdrainage ○ Spülkatheter ○ Liquorablenkung ○ Absaugen (mehr als 3x tgl.) ○ ZVK, Hickmann-Katheter, Shaldon-Katheter ○ Wechsel des Behältnisses oder Ziehen von mind. 	<p>- Endotracheales Absaugen mehr als 4xtgl.</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Legen von Magen-sonde, Blasen-katheter (ED/DK) ○ zwei Drainagen ○ VAC-Pumpe ○ Tracheal-kanüle ○ Einlauf (aufwendiges Ablauf-system) 		
<p>Leistungen im Zusammenhang mit medikamentöser Versorgung</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Kontinuierliche oder mehrfach wiederholte Infusionen/Transfusionen: <ul style="list-style-type: none"> ○ 1000ml Infusionslösung während des Tagdienstes ○ Verabreichung von mind. 2 Kurz-Infusionen ○ Intravenöse Verabreichung von Zytostatika, wenn nicht fortlaufend beobachtet werden muss (trifft zu bei weniger aggressiven Zytostatika mit Verabreichungsdauer unter 2 Std. einschl. Nachbeobachtung) ○ Gaben von Transfusionen, Blutersatzprodukten - Inhalation/Atemhilfe geben mind. 3x tgl. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontinuierliche oder mehrfach wiederholte Infusionen/Transfusionen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Verabreichung von mind. 5 Kurz-Infusionen ○ Gaben von mind. 3 Transfusionen, Blutersatzprodukten - Fortlaufende Beobachtung und Betreuung bei schwerwiegenden Arzneimittelwirkungen - Trifft zu bei Arzneimittelgaben, die über einen Zeitraum von mehreren Stunden (mind. 2) einer Beobachtung/Betreuung bedürfen - Eine Einstufung erfolgt aufgrund einer schwerwiegenden Medikamentenwirkung, nicht aufgrund des Medikamentes selbst: <ul style="list-style-type: none"> ○ Intravenöse Verabreichung von Zytostatika, wenn die Verabreichung einschl. Nachbeobachtung den Zeitraum von 2 Std. überschreitet und in dieser Zeit eine engmaschige Beobachtung stattfinden muss 	

			<ul style="list-style-type: none"> ○ Intravenöse Insulingabe bei Blutzuckerkrisen ○ Verabreichung hochwirksamer Medikamente bei Herz-Kreislauf-Krisen 	
		<ul style="list-style-type: none"> - Aufwendiger Verbandwechsel² (VW) - Behandlung großflächiger³ oder tiefer⁴ Wunden oder großer Hautareale⁵ - Einfacher Verbandwechsel mind. 2xtgl. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aufwendiger Verbandwechsel² (VW) mehrmals tgl. (mind. 2x) - Behandlung großflächiger³ oder tiefer⁴ Wunden oder großer Hautareale⁵ mehrmals tgl. (mind. 2x) - Einfacher VW mind. 3x tgl. 	
<p>Leistungen im Zusammenhang mit Wund- und Hautbehandlung</p>		<p>Hinweis zu ² Aufwendiger Verbandwechsel (VW):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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) <p>Hinweis zu ³ großflächige Wunden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mind. 4cm² große Wunde, z.B. Dekubitus, Verbrennung, Ulzerationen 	<ul style="list-style-type: none"> ○ z.B. septischer VW mit Wundreinigung, Verbände in Verbindung mit Spülungen/Drainagen ○ Gipsverband mit darunter liegenden Wunden ○ Großflächige Hauterkrankungen, die eine Hautbehandlung erfordern inkl. medizinische Bäder 	

		<p>Hinweis zu ⁴ tiefe Wunden:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Mit freiliegenden Gewebestrukturen, Muskeln, Sehnen, Knochen <p>Hinweis zu ⁵ große Hautareale:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Komplette Extremität○ Erhebliche Teile der vorderen oder hinteren Körperseite	
--	--	---	--

S1	<p>Alle Patienten, die nicht S2, S3 oder S4 zugeordnet werden.</p> <p>Hier handelt es sich Patienten, die bspw. die folgenden Grundleistungen erhalten: Routineüberwachung, problemloses Versorgen von Ableitungs- und Absaugsystemen, Ein-/Ausfuhr-Bilanz, Verabreichen von Tabletten, Salben, Tropfen, Injektionen, Vorbereitung von i.v. Injektionen, Versorgen kleiner Wunden, Wechsel von Pflastern/Flexülenverbänden</p>
S2	<p>Es muss mindestens ein Einordnungsmerkmal aus einem der Leistungsbereiche der Leistungsstufe S2 zutreffen.</p>
S3	<p>Es muss mindestens ein Einordnungsmerkmal aus einem der Leistungsbereiche der Leistungsstufe S3 zutreffen.</p>
S4	<p>Es muss mindestens ein Einordnungsmerkmal aus zwei Leistungsbereichen der Leistungsstufe S3 zutreffen.</p>

Anlage 2

Zu § 12 Absatz 1 Satz 3

Krankenpflege für Erwachsene: Leistungsprofil für den Pflegegrundwert und für den erhöhten Pflegegrundwert

Leistungsprofil für den Pflegegrundwert

Leistungen
<p>Leistungen im Zusammenhang mit pflege- und behandlungsbezogenen Besprechungen</p> <ul style="list-style-type: none">- Dienstübergaben- Einarbeiten neuer Mitarbeiter, einschließlich Anleiten und Unterweisen- Teilnahme an innerbetrieblichen, stationsbezogenen Gesprächen zur Betreuung und Unterstützung der Pflegenden (z.B. Supervision)- stationsbezogene Qualitätssicherung- Pflegevisiten- Teamsitzungen im Zusammenhang z.B. mit Erfüllung Mindestanforderungen OPS-Komplexziffern
<p>Leistungen im Zusammenhang mit Leitungsaufgaben</p> <ul style="list-style-type: none">- Personaleinsatzplanung- Mitarbeiterbesprechungen und Einzelgespräche- Teilnahme an stationsübergreifenden Dienstbesprechungen- Kontrollaufgaben im Rahmen der internen Budgetierung
<p>Leistungen im Zusammenhang mit der Ablauforganisation</p> <ul style="list-style-type: none">- Disposition von Arzneimitteln und Materialien, sowie Anforderung von Leistungen außerhalb von Diagnostik und Therapie- Verwaltungsaufgaben- nicht planbare Ho- und Bringendienste- Hygiene-, Sicherheits- und Umweltschutzmaßnahmen
<p>Innerbetriebliche Fortbildung</p> <ul style="list-style-type: none">- Pflichtweiterbildungen

Leistungsprofil für den erhöhten Pflegegrundwert

Leistungen

Leistungen im Zusammenhang mit der Versorgung von isolationspflichtigen Patienten

- 8-987 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
- 8-98g Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern

Anlage 3

Zu § 12 Absatz 3 Satz 3

Krankenpflege für Erwachsene: Tätigkeitsprofil für den Fallwert

Tätigkeiten

Tätigkeiten im Zusammenhang mit Aufnahmen von außen, Verlegungen, Entlassungen und Versorgung Verstorbener, insbesondere

- Abholen von Patienten von der Notaufnahme zur Aufnahme in die Pflegeeinheit
- Empfang und Einweisen von Patienten und Angehörigen
- Durchführen erster Pflegemaßnahmen einschließlich Pflegeanamnese und Einleiten diagnostischer Maßnahmen
- Versorgung Verstorbener und Gespräch mit den Angehörigen

Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Umsetzung Expertenstandards und Leitlinien der Fachgesellschaften

- Kriterien geleitetes initiales Assessment
- Individueller Maßnahmenplan unter Beteiligung Patient/Angehörige und beteiligte Berufsgruppen
- Evaluation der Maßnahmen

Tätigkeiten im Zusammenhang mit Umsetzung Entlassmanagement

- Initiales Assessment (Entlassmanagement gemäß Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement)
- Zusammenstellen der erforderlichen Verlegungs- oder Entlassungsunterlagen einschließlich des Übergabeberichts der Pflege (ohne umfassendes Entlassmanagement im Rahmen eines differenzierten Assessments)

Krankenpflege für Kinder: Allgemeine Pflege auf Normalstation

I. Körperpflege: Leistungen im Zusammenhang mit der Körperpflege inkl. Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbständigkeit und Vor- und Nachbereiten			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
F	A1	Grundleistungen	Alle Patienten, die nicht A2, A3 oder A4 zugeordnet werden können und stationär versorgt werden z.B. Teilwäsche inkl. Haut- und Nabelpflege mit Bekleidungswechsel
	A2	Erweiterte Leistungen	Ganzkörperwäsche inkl. Bekleidungswechsel im Bett ODER auf dem Wickeltisch
	A3	Besondere Leistungen	Baden / waschen inkl. Bekleidungswechsel unter erschwerten Bedingungen, z.B.: im Inkubator ODER im Wärmebett mit Abdeckung ODER Wärmelampe UND/ODER mit laufender Infusion, Katheter, Drainage, Stoma, Prothese, Schiene, Gips, Extension, Wundverband UND/ODER kontinuierlichem O2-Bedarf* UND/ODER kontinuierlicher Phototherapie inkl. - Aufwendiges Reinigungsbad z.B. Elternanleitung erstes Säuglingsbad, therapeutisches Bad und/oder - Stimulation bei großer Abwehrhaltung und/oder - Körperpflege durch die GuKi und Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr-/Schutzisolation und/oder - Sterilbedingungen (nicht bei Isolation) und/oder - bei Mehrfachbehinderung * <i>kontinuierlicher O2-Bedarf (z.B. O2-Brille) um die O2-Sättigung über 92% zu halten</i>
	A4	Hochaufwendige Leistungen	Hochaufwendige Körperpflege durch die GuKI bei Vorliegen eines Erschwerungsfaktors (s. Beispielliste) ODER bei bestehender Beeinträchtigung der Atemsituation und/oder Herz- Kreislaufsituation bei Anstrengung UND/ODER komplette Anleitung der Eltern/Bezugsperson

I. Körperpflege: Leistungen im Zusammenhang mit der Körperpflege inkl. Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbständigkeit und Vor- und Nachbereiten			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
			<p>Mindestens 1x täglich therapeutische Körperpflege bei Vorliegen eines Erschwerfaktors (s. Beispielliste) ODER bei bestehender Beeinträchtigung der Atemsituation und/oder Herz-Kreislaufsituation bei Anstrengung z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> GWK basalstimulierend, Körperwaschung belebend oder beruhigend, <input type="checkbox"/> GWK unter kinästhetischen Gesichtspunkten (Infant Handling), <input type="checkbox"/> GWK nach anderen Therapiekonzepten <p>Ganzkörperwaschung/-pflege mit 2 GuKi's pflegfachlich indiziert bei Vorliegen eines Erschwerfaktors (s. Beispielliste) ODER bei bestehender Beeinträchtigung der Atemsituation und/oder Herz-/Kreislaufsituation bei Anstrengung</p>
K	A1	Grundleistungen	<p>Alle Patienten, die nicht A2, A3 oder A4 zugeordnet werden können und stationär versorgt werden</p> <p>Bereitstellen und Entsorgen von Utensilien ohne Hilfeleistungen mit Kontrolle des Haut-, Ernährungs- und Pflegezustands bei Teilwäsche/ -baden /-duschen inkl. Bekleidungswechsel (Leistung der Bezugsperson)</p>
	A2	Erweiterte Leistungen	<p>Beaufsichtigen und ggf. unterstützende Maßnahmen und Mundpflege durch die GuKi bei: Ganzkörperwäsche inkl. Bekleidungswechsel am Waschbecken / Dusche / Badewanne ODER im Bett ODER auf dem Wickeltisch</p>
	A3	Besondere Leistungen	<p>Baden / waschen/ duschen inkl. Bekleidungswechsel unter erschwerten Bedingungen, z.B.: mit laufender Infusion, Katheter, Drainage, Stoma, Prothese, Schiene, Gips, Extension, Wundverband UND/ODER kontinuierlichem O2-Bedarf* inkl.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufwendiges Reinigungsbad z.B. therapeutisches Bad und/oder - Stimulation / Überzeugungsarbeit bei großer Abwehrhaltung und/oder - Körperpflege durch die GuKi und Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr-/Schutzisolation und/oder - Sterilbedingungen (nicht bei Isolation) - bei Mehrfachbehinderung <p>* kontinuierlicher O2-Bedarf (z.B. O2-Brille) um die O2-Sättigung über 92% zu halten</p>

I. Körperpflege: Leistungen im Zusammenhang mit der Körperpflege inkl. Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbständigkeit und Vor- und Nachbereiten			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
	A4	Hochaufwendige Leistungen	<p>Hochaufwendige Körperpflege durch die GuKi bei fehlender Fähigkeit den Positionswechsel im Bett durchzuführen durch Vorliegen eines Erschwernisfaktors (s. Beispielliste) ODER bei bestehender Beeinträchtigung der Atemsituation und/oder Herz-/Kreislaufsituation bei Anstrengung ODER bei massivem Abwehrverhalten/Widerständen ODER bei massiver Angst vor Berührung und Bewegung bei der Körperpflege UND/ODER Anleitung zur selbstständigen Körperpflege</p>
			<p>Mindestens 1x täglich therapeutische Körperpflege bei fehlender Fähigkeit den Positionswechsel im Bett durchzuführen durch Vorliegen eines Erschwernisfaktors (s. Beispielliste) ODER bei massivem Abwehrverhalten/Widerstände ODER massiver Angst vor Berührung und Bewegung z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - GKW basalstimulierend, belebend und/oder beruhigend, - GKW nach Bobath, - GKW unter kinästhetischen Gesichtspunkten, - andere neurologische oder rehabilitative Konzepte zur Ganzkörperpflege mit Faszilitation/Inhibition von normalen Bewegungsabläufen oder kompensatorischen Fähigkeiten, - Konzepte aus psychologischer Perspektive
			<p>Ganzkörperwaschung/-pflege mit 2 GuKi's pflegfachlich indiziert bei fehlender Fähigkeit den Positionswechsel im Bett durchzuführen durch Vorliegen eines Erschwernisfaktors (s. Beispielliste) ODER bei bestehender Beeinträchtigung der Atemsituation und/oder Herz-/Kreislaufsituation bei Anstrengung ODER bei massivem Abwehrverhalten/Widerstände ODER massiver Angst vor Berührung und Bewegung</p>
			<p>Hochaufwendige Körperpflege UND eine der folgenden Massnahmen :</p> <p><input type="checkbox"/> mindestens 2 körperbezogene Angebote zur Förderung der Wahrnehmung und des Wohlbefindens (z.B. Massage, Ausstreichen)</p>
J	A1	Grundleistungen	<p>Alle Patienten, die nicht A2, A3 oder A4 zugeordnet werden können und stationär versorgt werden</p> <p>z.B. Bereitstellen und Entsorgen von Utensilien ohne Hilfeleistungen mit Kontrolle des Haut-, Ernährungs- und Pflegezustands</p>
	A2	Erweiterte Leistungen	<p>Beaufsichtigen und ggf. unterstützende Massnahmen durch die GuKi bei: Ganzkörperwäsche und Mundhygiene inkl. Bekleidungswechsel am Waschbecken ODER im Bett ODER Teilwäsche/ -baden /-duschen inkl. Bekleidungswechsel ODER Haarpflege inkl. Haarwäsche durch die GuKi</p>

I. Körperpflege: Leistungen im Zusammenhang mit der Körperpflege inkl. Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbständigkeit und Vor- und Nachbereiten			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
	A3	Besondere Leistungen	<p>Ganzkörperwäsche im Bett inkl. Bekleidungswechsel ODER Baden / waschen/ duschen inkl. Bekleidungswechsel unter erschwerten Bedingungen, z.B.: mitlaufender Infusion, Katheter, Drainage, Stoma, Prothese, Schiene, Gips, Extension, Wundverband UND/ODER kontinuierlichem O2-Bedarf* inkl.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufwendiges Reinigungsbad z.B. therapeutisches Bad und/oder - Überzeugungsarbeit bei großer Abwehrhaltung und/oder - bei Mehrfachbehinderung und/oder - Körperpflege durch die GuKi und Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr-/Schutzisolation und/oder - Sterilbedingungen (nicht bei Isolation) <p><i>* kontinuierlicher O2-Bedarf (z.B. O2-Brille) um die O2- Sättigung über 92% zu halten</i></p>
	A4	Hochaufwendige Leistungen	<p>Hochaufwendige Körperpflege und/oder Anleitung zur selbstständigen Körperpflege bei fehlender Fähigkeit den Positionswechsel im Bett durchzuführen durch Vorliegen eines Erschwernisfaktors (s. Beispielliste) ODER bei bestehender Beeinträchtigung der Atemsituation und/oder Herz-/Kreislaufsituation bei Anstrengung ODER bei massivem Abwehrverhalten/Widerstände bei der Körperpflege ODER massive Angst vor Berührung und Bewegung ODER fehlende Kenntnisse über Ablauf der Körperpflege ODER Bewegungsverbot aus medizinischen Gründen (ärztliche Anordnung) ODER Hoher Selbstgefährdung (inkl. Anleitung/Unterstützung von Eltern/ Bezugspersonen)</p> <p>Mindestens 1 x täglich therapeutische Körperpflege bei fehlender Fähigkeit den Positionswechsel im Bett durchzuführen durch Vorliegen eines Erschwernisfaktors (s. Beispielliste) ODER bei massivem Abwehrverhalten/Widerstände bei der Körperpflege ODER massiver Angst vor Berührung und Bewegung ODER fehlender Kenntnisse über Ablauf der Körperpflege ODER Bewegungsverbot aus medizinischen Gründen (ärztliche Anordnung) ODER Hoher Selbstgefährdung z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> GKW basaltstimulierend, belebend und/oder beruhigend, <input type="checkbox"/> GKW nach Bobath, <input type="checkbox"/> GKW unter kinästhetischen Gesichtspunkten, <input type="checkbox"/> andere neurologische oder rehabilitative Konzepte zur GKW mit Fazilitation/Inhibition von normalen Bewegungsabläufen oder kompensatorischen Fähigkeiten, <input type="checkbox"/> Konzepte aus psychologischer Perspektive

I. Körperpflege: Leistungen im Zusammenhang mit der Körperpflege inkl. Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbständigkeit und Vor- und Nachbereiten			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
			<p>Ganzkörperwaschung/-pflege mit 2 GuKi's pflegefachlich indiziert bei fehlender Fähigkeit den Positionswechsel im Bett durchzuführen durch Vorliegen eines Erschwerisfaktors (s. Beispielliste) ODER bei bestehender Beeinträchtigung der Atemsituation und/oder Herz-/Kreislaufsituation bei Anstrengung ODER bei massivem Abwehrverhalten/Widerstände bei der Körperpflege ODER massive Angst vor Berührung und Bewegung ODER fehlende Kenntnisse über Ablauf der Körperpflege ODER Bewegungsverbot aus medizinischen Gründen (ärztliche Anordnung) ODER Hohe Selbstgefährdung</p>

Beispielliste für Erschwernisfaktoren bei der Körperpflege :

Altersgruppen F, K und J:

- mindestens 3 Zu- und/oder Ableitungen (inkl. Beatmung)
- Tracheostoma
- Spastik, Kontrakturen, Parese, Plegie
- Bewegungsverbot aus medizinischen Gründen (ärztl. Anordnung)
- Schmerzempfindlichkeit/Schmerzen trotz Schmerzmanagement
- nicht altersgerechte Orientierung/Wahrnehmung

nur Altersgruppe F:

- Erforderlichkeit einer speziellen medizinisch-therapeutischen Lagerung (z.B. Gipsschale, Stützkorsett, 20-30°-Hochschräglagerung, Extensionsbehandlung)
- medizinische Gründe für Bewegungsverbot/-einschränkung (z.B. Wirbelsäuleninstabilität, nach Operation (z.B. Sternum-Eröffnung, Klavikula-Fraktur, Schulterdystokie, Hypospadie-OP)
- hohes Dekubitusrisiko gemäß Assessmentergebnis □
- Hautveränderungen (Ekzem, Hautinfektion (Staphyloдерmie)
- Vorhandensein eines Anus praeter
- motorische Unruhezustände z.B. nach langer Sedierung, Hyperexzitabilität bei Drogenentzug

nur Altersgruppen K, J:

- extreme Adipositas (Perzentil größer 99,5)
- krankheitsbedingte Risiken (z.B. Wirbelsäuleninstabilität, Schienung bei beidseitiger Verletzung der Extremitäten, Halo-Fixateur, Extensionsbehandlung, Belastungsintoleranz)
- fehlende Kraft zur Eigenbewegung

II. Ernährung: Leistungen im Zusammenhang mit der Ernährung inkl. Vor- und Nacharbeiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbständigkeit			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
F	A1	Grundleistungen	<p>Alle Patienten, die nicht A2, A3 oder A4 zugeordnet werden können und stationär versorgt werden</p> <p>Nahrungsverabreichung bis zu 5x täglich inkl. Mundpflege ODER parenterale Ernährung inkl. Mundpflege.</p> <p><i>*Bei Nachfütterung u./o. zusätzlichen Mahlzeiten (keine Zwischenmahlzeit) über die verordnete Anzahl der Mahlzeiten hinaus, wird der Patient der entsprechenden höheren Pflegestufe zugeordnet.</i></p>
	A2	Erweiterte Leistungen	<p>Nahrungsverabreichung bis zu 8x täglich inkl. Mundpflege ODER Nahrungsverabreichung per Sonde inkl. Magenrestprüfung bis zu 8x täglich inkl. Mundpflege ODER Hilfen beim Stillen.</p>
	A3	Besondere Leistungen	<p>Nahrungsverabreichung mehr als 8x täglich inkl. Mundpflege ODER Nahrungsverabreichung per Sonde inkl. Magenrestprüfung mehr als 8x täglich inkl. Mundpflege ODER Teilnahrungsverabreichung per Sonde (unabhängig von der Häufigkeit der Mahlzeiten) inkl. Mundpflege ODER Umstellen auf erste Breimahlzeit ODER umfassende Stillanleitung ODER Nahrungsverabreichung bei Verletzung/Fehlbildung in Mund/Speiseröhre ODER Nahrungsverabreichung bei einer speziellen Diät (z.B. PKU, Diabetes mellitus, Zöliakie) inkl.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trinkversuche und/oder - orale Stimulation und/oder - Nahrungsverabreichung durch die GuKi und Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr-/Schutzisolation und/oder - Sterilbedingungen (nicht bei Isolation)
	A4	Hochaufwendige Leistungen	<p>Hochaufwendige fraktionierte Applikation von Nahrung/Sondennahrung mindestens 8x täglich bei Vorliegen einer Schluckstörungen mit starken Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme ODER bei Vorliegen einer Fehl-/Mangelernährung den Fähigkeiten des Früh-/Neugeborenen/Säuglings entsprechend angeboten UND zu den Verabreichungszeiträumen Stimulation zur Nahrungsaufnahme UND/ODER Verabreichung von Nahrung immer begleiten/beaufsichtigen, verbunden mit der Notwendigkeit der Applikation von Restnahrung via Sonde</p> <p>Hochaufwendige Orale/basale Stimulation vorbereitend auf die Nahrungsverabreichung oder zur Förderung des Schluckreflexes oder zur Förderung des Mundmotorik vor/bei jeder Mahlzeit/Stillversuch (mind. 6x tägl.) bei Vorliegen einer massiv verlangsamten/erschwert Nahrungsaufnahme UND/ODER massiv erschwerten Stillsituation ODER bei Schluckstörungen mit starken Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme mit anschließender Nahrungsverabreichung inkl. Anleitung der Mutter / Bezugsperson</p>

II. Ernährung: Leistungen im Zusammenhang mit der Ernährung inkl. Vor- und Nacharbeiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbständigkeit			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
			<p>Hochaufwendige Durchführung von Trink- und Esstraining und/oder Anleitung der Eltern/Bezugsperson nach individuell aufgestellter Maßnahmenplanung bei mindestens 6 Mahlzeiten tägl. bei Vorliegen einer massiv verlangsamten/erschwert Nahrungsaufnahme UND/ODER massiv erschwerten Stillsituation ODER Schluckstörungen mit starken Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme. Auch die Maßnahmenplanung ist explizit zu dokumentieren</p> <p>Nahrungsverabreichung/Anleitung mit kontinuierlicher Überwachung von mindestens 2 Vitalparametern und des Erschöpfungszustandes des Patienten beim Stillen/bei Nahrungsaufnahme durch ständige Anwesenheit einer GuKi während jeder Nahrungsaufnahme (mindestens 6x tägl.) bei Vorliegen einer massiv verlangsamten/erschwert Nahrungsaufnahme (z.B. bei Lipper-Kiefer-Gaumespalte oder Belastungsintoleranz) UND/ODER massiv erschwerten Stillsituation UND/ODER Schluckstörungen mit starken Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme</p>
K	A1	Grundleistungen	<p>Alle Patienten, die nicht A2, A3 oder A4 zugeordnet werden können und stationär versorgt werden</p> <p>Nahrungsverabreichung bis zu 4x täglich inkl. Mundpflege* (inkl. Vor- und Nachbereiten, Bereitstellen von Speisen, Getränken und Zwischenmahlzeiten) ODER parenterale Ernährung inkl. Mundpflege</p> <p><i>*Bei Nachfütterung und/oder zusätzlichen Mahlzeiten (keine Zwischenmahlzeit) über die verordnete Anzahl der Mahlzeiten hinaus, wird der Patient der entsprechenden höheren Pflegestufe zugeordnet</i></p>
	A2	Erweiterte Leistungen	<p>Nahrungsverabreichung UND/ODER Beaufsichtigung bis zu 6x täglich inkl. Mundpflege ODER Nahrungsverabreichung per Sonde inkl. Magenrestprüfung bis zu 6x täglich inkl. Mundpflege und ggf. unterstützende Maßnahmen</p>
	A3	Besondere Leistungen	<p>Nahrungsverabreichung mehr als 6x täglich inkl. Mundpflege ODER (Teil-)Nahrungsverabreichung per Sonde inkl. Magenrestprüfung mehr als 6x täglich inkl. Mundpflege ODER Nahrungsverabreichung bei Verletzung/Fehlbildung in Mund/Speiseröhre ODER Nahrungsverabreichung bei Kleinkindern mit Ess- bzw. Schluckschwierigkeiten ODER Nahrungsverabreichung bzw. Anleitung und Überwachung bei einer speziellen Diät (z.B. PKU, Diabetes mellitus, Zöliakie) inkl.</p> <ul style="list-style-type: none"> - orale Stimulation und/oder - Nahrungsverabreichung durch die GuKi und Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr-/Schutzisolation und/oder - Sterilbedingungen (nicht bei Isolation)

II. Ernährung: Leistungen im Zusammenhang mit der Ernährung inkl. Vor- und Nacharbeiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbständigkeit			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
	A4	Hochaufwendige Leistungen	<p>Hochaufwendige fraktionierte Applikation von Nahrung/Sondennahrung mindestens 8x täglich in altersgerechter Form bzw. den Fähigkeiten des Kleinkindes entsprechend angeboten bei Vorliegen einer kontinuierlichen/massiven Nahrungsverweigerung ODER bei Vorliegen einer Fehl-/Mangelernährung UND zu den Verabreichungszeiträumen Stimulation zur Nahrungsaufnahme ODER Verabreichung von Nahrung immer begleiten/beaufsichtigen, verbunden mit der Notwendigkeit der Applikation von Restnahrung via Sonde</p> <p>Hochaufwendige Orale/basale Stimulation vorbereitend auf die Nahrungsverabreichung ODER zur Förderung des Schluckreflexes ODER zur Förderung des Mundmotorik vor jeder Mahlzeit (3H und mindestens 3Z) mit anschließender Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme bei Vorliegen einer massivverlangsamten/erschwert Nahrungsaufnahme ODER bei Vorliegen einer Schluckstörungen mit starken Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme</p> <p>Hochaufwendiges Trink- und Esstraining nach individuell aufgestellter Maßnahmenplanung bei mindestens 4 Mahlzeiten täglich bei Vorliegen einer kontinuierlichen/massiven Nahrungsverweigerung ODER bei einer massivverlangsamten/erschwert Nahrungsaufnahme ODER bei Vorliegen von Kau-/Schluckstörungen mit starken Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme. Dieses ist explizit zu dokumentieren.</p> <p>Maßnahmen können sein z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anleitung zum Schlucken/Schlucktechniken, - Einüben kompensatorischer Maßnahmen, - Unterstützung bei der Kopf-/Kiefer-/Lippenkontrolle, - Einüben von physiologischen Bewegungsabläufen bei der Nahrungsaufnahme durch z.B. passives Führen der Hand bei der Nahrungsaufnahme, - faszilitieren/inhibieren von Bewegungsabläufen/des Schluckaktes, - Einüben von Essritualen <p>Nahrungsverabreichung/Anleitung mit der Besonderheit des Zuredens und Anleitens des Patienten bei der versuchten selbstständigen Nahrungsaufnahme, bei der Willensbildung zum Erhalten einer speziellen Diät ODER beim Überwinden einer Nahrungsverweigerung bei jeder Mahlzeit und Flüssigkeitsverabreichung UND/ODER Begleitung der Bezugsperson bei der Umstellung auf orale Kost in Verbindung mit dem Durchsetzen der oralen Nahrungsaufnahme (3H und mindestens 3Z) bei Vorliegen einer kontinuierlichen/massiven Nahrungsverweigerung ODER bei einer massiv verlangsamten/erschwert Nahrungsaufnahme ODER bei Vorliegen einer Fehl-/Mangelernährung</p>
J	A1	Grundleistungen	Alle Patienten, die nicht A2, A3 oder A4 zugeordnet werden können und stationär versorgt werden z.B. Bereitstellen von Speisen, Getränken und Zwischenmahlzeiten (inkl. Erfassen von Essenswünschen, Vor- und Nachbereiten) ODER parenterale Ernährung inkl. Mundpflege

II. Ernährung: Leistungen im Zusammenhang mit der Ernährung inkl. Vor- und Nacharbeiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbständigkeit			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
	A2	Erweiterte Leistungen	Nahrungsverabreichung und/oder Beaufsichtigung bis zu 6x täglich inkl. Mundpflege ODER Nahrungsverabreichung per Sonde inkl. Magenrestprüfung bis zu 6x täglich inkl. Mundpflege und ggf. unterstützende Maßnahmen
	A3	Besondere Leistungen	Teilnahrungsverabreichung per Sonde (unabhängig von der Häufigkeit der Mahlzeiten) inkl. Mundpflege ODER Nahrungsverabreichung bei Verletzung/Fehlbildung in Mund/Speiseröhre ODER Nahrungsverabreichung bei Kindern mit Ess- bzw. Schluckschwierigkeiten ODER Nahrungsverabreichung bzw. Anleitung und Überwachung bei einer speziellen Diät (z.B. Diabetes mellitus, Zöliakie) inkl. - orale Stimulation und/oder - Nahrungsverabreichung durch die GuKi und Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr-/Schutzisolation und/oder - Sterilbedingungen (nicht bei Isolation)
	A4	Hochaufwendige Leistungen	Hochaufwendige fraktionierte Applikation von Nahrung/Sondennahrung mindestens 5x täglich in altersgerechter Form bzw. den Fähigkeiten des Kindes/Jugendlichen entsprechend angeboten bei Vorliegen einer kontinuierlichen/massiven Nahrungsverweigerung ODER Vorliegender Fehl-/Mangelernährung UND zu den Verabreichungszeiträumen Stimulation zur Nahrungsaufnahme ODER Verabreichung von Nahrung immer begleiten/beaufsichtigen, verbunden mit der Notwendigkeit der Applikation von Restnahrung via Sonde Hochaufwendige orale/basale Stimulation vorbereitend auf die Nahrungsverabreichung oder zur Förderung des Schluckreflexes oder zur Förderung der Mundmotorik oder Einüben von Kompensationstechniken vor/bei jeder Mahlzeit (3H und mindestens 2 Z) mit anschließender Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme bei Vorliegen einer massiv verlangsamten/erschwert Nahrungsaufnahme ODER bei Vorliegen einer Kau- /Schluckstörung mit starken Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme

II. Ernährung: Leistungen im Zusammenhang mit der Ernährung inkl. Vor- und Nacharbeiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbständigkeit			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
			<p>Hochaufwendiges Trink- und Esstraining nach individuell aufgestellter Maßnahmenplanung bei jeder Mahlzeit (3H und mindestens 2Z) bei Vorliegen einer kontinuierlichen/massiven Nahrungsverweigerung ODER einer massivverlangsamten/erschwertten Nahrungsaufnahme ODER bei Vorliegen einer Kau-/Schluckstörung mit starken Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme</p> <p>Diese ist explizit zu dokumentieren. Maßnahmen können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anleitung zum Schlucken/Schlucktechniken, - Einüben kompensatorischer Maßnahmen, - Unterstützung bei der Kopf-/Kiefer-/Lippenkontrolle, - Einüben von physiologischen Bewegungsabläufen bei der Nahrungsaufnahme durch z.B. passives Führen der Hand bei der Nahrungsaufnahme, - faszilitieren/inhibieren von Bewegungsabläufen/des Schluckaktes, - Einüben von Essritualen <p>Hochaufwendige Nahrungsverabreichung/Anleitung mit der Besonderheit des Zuredens und Anleitens des Patienten bei der versuchten selbstständigen Nahrungsaufnahme, bei der Willensbildung zum Erhalten einer speziellen Diät oder beim Überwinden einer Nahrungsverweigerung bei jeder Mahlzeit und Flüssigkeitsverabreichung UND/ODER bei Essstörung die Überwachung der Nahrungsaufnahme zur Vermeidung von unkontrolliertem Trinken (3H und mindestens 2Z) bei Vorliegen einer kontinuierlichen/massiven Nahrungsverweigerung ODER einer passivverlangsamten/erschwertten Nahrungsaufnahme ODER bei einer vorliegenden Fehl-/Mangelernährung</p>

III. Ausscheidung: Leistungen im Zusammenhang mit Ausscheidungen inkl. Vor- und Nachbereiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbständigkeit			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
F	A1	Grundleistungen	Alle Patienten, die nicht A2, A3 oder A4 zugeordnet werden können und stationär versorgt werden Wickeln bis zu 5x täglich
	A2	Erweiterte Leistungen	Wickeln bis zu 8x täglich
	A3	Besondere Leistungen	Wickeln mehr als 8x täglich inkl. - Versorgen bei z.B. Durchfall, Erbrechen, Schwitzen, Blutungen inkl. Teil- oder Ganzbeziehen des Bettes, Teil- oder Ganzwäsche/-baden des Kindes, Bekleidungswechsel) und/oder - Ausscheidungsunterstützung durch die Pflegerperson und Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr-/Schutzisolation und/oder - Sterilbedingungen (nicht bei Isolation) und/oder
	A4	Hochaufwendige Leistungen	Hochaufwendige Übernahme der Ausscheidungsunterstützung Vorliegen eines Erschwernisfaktors (s.Beispielliste) ODER bei bestehender Beeinträchtigung der Atemsituation und/oder Herz-Kreislaufsituation bei Anstrengung ODER bei ausgeprägter Obstipation oder andere Gründe, die einen Einlauf oder rektales Ausräumen erfordern UND einer der zusätzlichen Aspekte - 1x tägl. digitales rektales Ausräumen/Reinigungseinlauf - Ausscheidungsunterstützung bei voller Übernahme mindestens 9x tägl. - Übernahme der Ausscheidungsunterstützung durch intermittierende Katheterisierung u./o. Entero-/Urostoma-Versorgung mind. 5x tägl. - volle Übernahme der Ausscheidungsunterstützungen mit 2 GuKi's mind. 3x tägl. - Bauch-/Kolonmassage mind. 30 Minuten tägl
K	A1	Grundleistungen	Alle Patienten, die nicht A2, A3 oder A4 zugeordnet werden können und stationär versorgt werden Wickeln bis zu 4x täglich inkl. Bereitstellen und Entsorgen (Utensilien), Kontrollieren, ODER Begleiten zur Toilette / Bettpfanne
	A2	Erweiterte Leistungen	Wickeln bis zu 6x täglich ODER Beaufsichtigen mit ggf. unterstützende Maßnahmen ODER Blasen- und / oder Darmmassage

III. Ausscheidung: Leistungen im Zusammenhang mit Ausscheidungen inkl. Vor- und Nachbereiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbständigkeit			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
	A3	Besondere Leistungen	<p>Wickeln mehr als 6x täglich inkl.:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Versorgen bei z.B. Erbrechen, Schwitzen und Blutungen inkl. Teil- oder Ganzbeziehen des Bettes, Teil- oder Ganzwäsche / -baden des Kindes, Bekleidungswechsel und/oder - Blasen- und/oder Darmtraining ODER Versorgen bei unkontrollierter Blasen- und Darmentleerung und/oder - Ausscheidungsunterstützung durch die Pflegeperson und Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr-/Schutzisolation und/oder - Sterilbedingungen (nicht bei Isolation)
	A4	Hochaufwendige Leistungen	<p>Hochaufwendige Ausscheidungsunterstützung mit Transfer auf die Toilette mindestens 4x täglich durch fehlende Fähigkeiten bei der Ausscheidung durch Vorliegen eines Erschwernisfaktors (s.Beispielliste)</p> <p>Wäschewechsel (Kleidung und Bettwäsche) UND Teilkörperwaschungen mindestens 3xtäglich bei inadäquatem Umgang mit Ausscheidungen ODER bei fehlender Selbstständigkeit beim Erbrechen ODER bei veränderter Miktions-/Defäkationsfrequenz UND fehlender Selbstständigkeit bei der Miktions-/Defäkation</p> <p>Hochaufwendige Übernahme der Ausscheidungsunterstützung (Steckbecken, Toilettenstuhl, AP-Versorgung, Transfer zur Toilette, Wickeln) durch fehlende Fähigkeiten bei der Ausscheidung durch Vorliegen eines Erschwernisfaktors (s.Beispielliste) ODER bei veränderter Miktions-/Defäkationsfrequenz UND fehlende Selbstständigkeit bei der Miktions-/Defäkation ODER ausgeprägte Obstipation oder andere Gründe, die einen tägl. Einlauf/rektales Ausräumen erfordern UND einer der zusätzlichen Aspekte</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1x täglich digitales rektales Ausräumen und/oder 1x täglich Reinigungseinlauf - Ausscheidungsunterstützung bei voller Übernahme mindestens 6x tägl. - hochaufwendige Übernahme der Ausscheidungsunterstützung mit 2 GuKi's
J	A1	Grundleistungen	Alle Patienten, die nicht A2, A3 oder A4 zugeordnet werden können und stationär versorgt werden Bereitstellen und Entsorgen von Utensilien ohne Hilfeleistungen mit Kontrolle
	A2	Erweiterte Leistungen	Beaufsichtigen mit ggf. unterstützende Maßnahmen (z.B. Wickeln oder Urinflasche halten, Blasen und / oder Darmmassage) ODER zur Toilette bringen / Bettpfanne

III. Ausscheidung: Leistungen im Zusammenhang mit Ausscheidungen inkl. Vor- und Nachbereiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbständigkeit			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
	A3	Besondere Leistungen	<p>Versorgen bei z.B. Erbrechen, Schwitzen und Blutungen mit Teil- oder Ganzbeziehen des Bettes, Teil- oder Ganzwäsche/ -baden des Jugendlichen, Bekleidungswechsel inkl.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versorgen bei unkontrollierter Blasen- und Darmentleerung ODER Blasen- und/oder Darmtraining und/oder - Ausscheidungsunterstützung durch die Pflegeperson und Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr-/Schutzisolation und/oder - Sterilbedingungen (nicht bei Isolation)
	A4	Hochaufwendige Leistungen	<p>Hochaufwendige Ausscheidungsunterstützung mit Transfer auf die Toilette mindestens 4x täglich durch fehlende Fähigkeiten bei der Ausscheidung durch Vorliegen eines Erschwernisfaktors (s.Beispielliste)</p> <p>Wäschewechsel (Kleidung und Bettwäsche) UND Teilkörperwaschungen mindestens 2x täglich bei inadäquatem Umgang mit Ausscheidungen ODER bei fehlender Selbstständigkeit beim Erbrechen oder Schwitzen ODER bei veränderter Miktions-/Defäkationsfrequenz UND fehlender Selbstständigkeit bei der Miktions/Defäkation</p> <p>Hochaufwendige Übernahme der Ausscheidungsunterstützung (Steckbecken, Toilettenstuhl, Transfer zur Toilette, Wickeln, AP-Versorgung) durch fehlende Fähigkeiten bei der Ausscheidung durch Vorliegen eines Erschwernisfaktors (s.Beispielliste) ODER verändertes Miktions-/Defäkationsfrequenz UND fehlende Selbstständigkeit bei der Miktions/Defäkation ausgeprägte Obstipation ODER oder andere Gründe, die einen tägl.</p> <p>Einlauf/ rektales Ausräumen UND/ODER spezielles Darmmanagement erfordern UND einer der zusätzlichen Aspekte □ 1x tägl. digitales rektales Ausräumen UND/ODER 1x tägl. Reinigungseinlauf</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausscheidungsunterstützung bei voller Übernahme mind. 5x täglich - Übernahme des Darmmanagement durch intermittierendes digitales Ausräumen - Volle Übernahme der Ausscheidungsunterstützungen mit 2 GuKi's <p>Ausscheidungstraining mit Anleitung/Überwachung und mit Transfer auf die Toilette mindestens 4x tägl. bei inadäquatem Umgang mit Ausscheidungen</p>

Beispielliste für Erschwernisfaktoren bei der Ausscheidung:

Altersgruppen F, K und J:

- mindestens 3 Zu- und/oder Ableitungen (inkl. Beatmung)
- Tracheostoma
- Spastik, Kontrakturen, Parese, Plegie
- Schmerzempfindlichkeit/Schmerzen trotz Schmerzmanagement nicht altersgerechte Orientierung/Wahrnehmung
- Bewegungsverbot aus medizinischen Gründen (ärztl. Anordnung)

Nur Altergruppe F:

- medizinische Gründe für Bewegungsverbot/-einschränkung (z.B. Wirbelsäuleninstabilität, nach Operation (z.B. Sternum-Eröffnung, Klavikula-Fraktur, Schulterdystokie, Hypospadie-OP)
- Erforderlichkeit einer speziellen medizinisch-therapeutischen Lagerung (z.B. Gipsschale, Stützkorsett, 20-30°-Hochschräglagerung, Extensionsbehandlung)
- hohes Dekubitusrisiko gemäß Assessmentergebnis
- Hautveränderungen (Ekzem, Hautinfektion (Staphyloдерmie))
- Vorhandensein eines Anus praeter
- motorische Unruhezustände z.B. nach langer Sedierung, Hyperexzitabilität bei Drogenentzug

Nur Altersgruppen K und J:

- extreme Adipositas (Perzentil größer 99,5)
- krankheitsbedingte Risiken (z.B. Wirbelsäuleninstabilität, Schienung bei beidseitiger Verletzung der Extremitäten, Halo-Fixateur, Extensionsbehandlung, Belastungsintoleranz) Gehbeeinträchtigung, doppelseitige Extremitätenverletzung

IV. Bewegen und Lagern: Leistungen im Zusammenhang mit Bewegen und Lagern, inkl. Vor- und Nachbereiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbständigkeit			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
F	A1	Grundleistungen	Alle Patienten, die nicht A2, A3 oder A4 zugeordnet werden können und stationär versorgt werden Bettreinigung / Bettwäschewechsel
	A2	Erweiterte Leistungen	- Positionsunterstützung/-wechsel mit Hilfsmitteln, z.B.: U-Kissen, Lagerungskeil, Rolle UND/ODER - Prophylaktischer Maßnahmen, z.B.: Pneumonieprophylaxe, Dekubitusprophylaxe UND/ODER – - Mobilisation, z.B.: Laufübung*, Durchbewegen
	A3	Besondere Leistungen	- Mobilisation und/oder Positionsunterstützung/-wechsel im Inkubator - Spezielle Positionsunterstützungen , z.B.: Dreistufenlagerung, Drainagelagerung, Positionsunterstützung bei Extension UND/ODER - Aufwendige Maßnahmen zur Spannungsregulierung z.B. Aufbau oder Abbau von Muskeltonus UND/ODER - Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln z.B. Schiene(n), Korsett
	A4	Hochaufwendige Leistungen	Hochaufwendige Re-Positionierung in eine medizinisch-therapeutisch erforderliche Lagerung (z.B. Extension) mindestens 10 x tägl. bedingt durch fehlende Fähigkeit sich altersgerecht zu bewegen durch Vorliegen eines Erschwernisfaktors (s. Beispielliste) Hochaufwendiger Lagerungswechsel (bzw. Mikrolagerung) mindestens 10x täglich bedingt durch fehlende Fähigkeit sich altersgerecht zu bewegen durch Vorliegen eines Erschwernisfaktors (s. Beispielliste) Bewegungstraining nach verschiedenen therapeutischen Konzepten mit individuell aufgestellter Maßnahmenplanung bei krankheitsbedingten Bewegungseinschränkungen / -verbot
K	A1	Grundleistungen	Alle Patienten, die nicht A2, A3 oder A4 zugeordnet werden können und stationär versorgt werden Bettreinigung / Bettwäschewechsel
	A2	Erweiterte Leistungen	- Positionsunterstützung mit Lagerungshilfen UND/ODER - Prophylaktischer Maßnahmen , z.B.: Pneumonieprophylaxe, Dekubitusprophylaxe UND/ODER - Mobilisation z.B. Positionsunterstützung, Laufübung*, Durchbewegen <i>*altersabhängig, z.B.: einzelne Schritte, Bewegungsablauf</i>

IV. Bewegen und Lagern: Leistungen im Zusammenhang mit Bewegen und Lagern, inkl. Vor- und Nachbereiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbständigkeit			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
	A3	Besondere Leistungen	<p>Spezielle Positionsunterstützungen, z.B.: Dreistufenlagerung, Drainagelagerung, Positionsunterstützung bei Extension</p> <p>- Aufwendige Maßnahmen zur Spannungsregulierung, z.B. Aufbau oder Abbau von Muskeltonus UND/ODER</p> <p>- Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln z.B. Schiene(n), Korsett</p> <p>- Lauftraining*</p> <p><i>* altersabhängig, z.B.: Festigung der Muskulatur, viele Schritte, Automatisierung</i></p>
	A4	Hochaufwendige Leistungen	<p>Hochaufwendiger Lagerungswechsel (bzw. Mikrolagerung) mindestens 10x täglich bei massivem Abwehrverhalten/Widerständen ODER massiver Angst vor Berührung und Bewegung ODER fehlender Fähigkeit den Positionswechsel im Bett durchzuführen bedingt durch einen Erschwernisfaktor (s. Beispielliste)</p> <p>Mindestens 8x tägl. hochaufwendiger Lagerungs-/Positionswechsel und/oder Mobilisation bei massivem Abwehrverhalten/Widerständen ODER massiver Angst vor Berührung und Bewegung ODER fehlender Fähigkeit den Positionswechsel im Bett durchzuführen bedingt durch einen Erschwernisfaktor (s. Beispielliste) davon mind. 4 x täglich mit 2 GuKi's</p> <p>Hochaufwendige Unterstützung bei der Mobilisation aus dem Bett bei massivem Abwehrverhalten/Widerstände ODER massiver Angst vor Berührung und Bewegung ODER bei fehlender Fähigkeit den Positionswechsel im Bett durchzuführen bedingt durch einen Erschwernisfaktor (s. Beispielliste) ODER bei fehlender Fähigkeit einen Transfer durchzuführen und/oder zu gehen mit zusätzlichen erforderlichen Aktivitäten z.B.:</p> <p>- aufwändiges Anlegen von z.B. Stützkorsett/-hose, Kompressionsanzug vor/nach der Mobilisation ODER</p> <p>- mindestens 4x täglich Spastik des Patienten lösen und mindestens 2x täglich Anbahnung normaler Bewegungsabläufe durch Faszilitation, Inhibition</p> <p>Hochaufwendige Mobilisation aus dem Bett bei fehlender Fähigkeit den Positionswechsel im Bett durchzuführen bedingt durch einen Erschwernisfaktor (s. Beispielliste) ODER fehlende Fähigkeit einen Transfer durchzuführen und/oder zu gehen UND</p> <p>- kleinkindgerechtes Gehtraining unter Anwendung von Techniken z.B. Faszilitation, Inhibition, Kinästhetik ODER</p> <p>- kleinkindgerechtes Gehtraining nach verschiedenen therapeutischen Konzepten (wie NDT, MRP, Bobath) ODER</p> <p>- kleinkindgerechtes Gehtraining mit Gehhilfen wie Unterarmgehstützen, Gehwagen/Rollator</p>

IV. Bewegen und Lagern: Leistungen im Zusammenhang mit Bewegen und Lagern, inkl. Vor- und Nachbereiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbständigkeit			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
J	A1	Grundleistungen	Alle Patienten, die nicht A2, A3 oder A4 zugeordnet werden können und stationär versorgt werden Bettreinigung / Bettwäschewechsel
	A2	Erweiterte Leistungen	- Positionsunterstützung mit Lagerungshilfen UND/ODER - Prophylaktischer Maßnahmen, z.B.: Pneumonieprophylaxe, Dekubitusprophylaxe UND/ODER - Mobilisation z.B. Positionsunterstützung, Laufübung*, Durchbewegen <i>* altersabhängig, z.B.: einzelne Schritte, Bewegungsablauf</i>
	A3	Besondere Leistungen	- Spezielle Positionsunterstützungen, z.B.: Dreistufenlagerung, Drainagelagerung, Positionsunterstützung bei Extension UND/ODER - Aufwendige Maßnahmen zur Spannungsregulierung, z.B. Aufbau oder Abbau von Muskeltonus UND/ODER - Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln z.B. Schiene(n), Korsett UND/ODER - Lauftraining* - Mobilisation und Transfer mit Hilfsmitteln z.B. Patientenlift <i>* altersabhängig, z.B.: Festigung der Muskulatur, viele Schritte, Automatisierung</i>
	A4	Hochaufwendige Leistungen	Hochaufwendiger Lagerungswechsel (bzw. Mikrolagerung) mindestens 10x täglich bei massivem Abwehrverhalten/Widerständen ODER massiver Angst vor Berührung und Bewegung ODER hoher Selbstgefährdung ODER Bewegungsverbot aus medizinischen Gründen (ärztliche Anordnung) ODER bei fehlender Fähigkeit den Positionswechsel im Bett durchzuführen bedingt durch einen Erschwerungsfaktor (s. Beispielliste) Mindestens 8x tägl. hochaufwendiger Lagerungs-/Positionswechsel und/oder Mobilisation bei massivem Abwehrverhalten/Widerständen ODER massiver Angst vor Berührung und Bewegung ODER hoher Selbstgefährdung ODER Bewegungsverbot aus medizinischen Gründen (ärztliche Anordnung) ODER bei fehlender Fähigkeit den Positionswechsel im Bett durchzuführen bedingt durch einen Erschwerungsfaktor (s. Beispielliste) davon mind. 4x täglich mit 2 GuKi's

IV. Bewegen und Lagern: Leistungen im Zusammenhang mit Bewegen und Lagern, inkl. Vor- und Nachbereiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbständigkeit			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
			<p>Unterstützung bei der hochaufwendigen Mobilisation aus dem Bett mit zusätzlichen erforderlichen Aktivitäten bei fehlender Fähigkeit den Positionswechsel im Bett durchzuführen bedingt durch einen Erschwernisfaktor (s. Beispielliste) UND/ODER bei fehlender Fähigkeit einen Transfer durchzuführen und/oder zu gehen mit zusätzlich erforderlichen Aktivitäten wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aufwendiges Anlegen von z.B. Stützkorsett/-hose vor/nach der Mobilisation ODER - mindestens 4 x täglich Spastik des Patienten lösen und Anbahnung normaler Bewegungsabläufe durch Fazilitation, Inhibition mindestens 2 x täglich <p>Hochaufwendige Mobilisation aus dem Bett bei fehlender Fähigkeit den Positionswechsel im Bett durchzuführen bedingt durch einen Erschwernisfaktor (s. Beispielliste) ODER fehlende Fähigkeit einen Transfer durchzuführen und/oder zu gehen UND</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gehtraining unter Anwendung von Techniken wie Faszilitation, Inhibition, Kinästhetik ODER - Gehtraining nach verschiedenen therapeutischen Konzepten (wie NDT, MRP, Bobath) ODER - Gehtraining mit Gehhilfen wie Unterarmgehstützen, Gehwagen/Rollator
			<p>Hochaufwendiger Lagerungs-/Positionswechsel mindestens 7xtägl. (keine Mikrolagerungen) bei fehlender Fähigkeit den Positionswechsel im Bett durchzuführen bedingt durch einen Erschwernisfaktor (s. Beispielliste) ODER fehlende Fähigkeit einen Transfer durchzuführen und/oder zu gehen UND eine der aufgeführten zusätzlichen Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation mindestens 2xtägl. in den Roll-/Lehnstuhl - ausgiebige Kontrakturenprophylaxe an allen gefährdeten großen Gelenken mindestens 1xtägl. UND Thromboseprophylaxe durch Anlegen eines medizinischen Thromboseprophylaxestumpfes oder Kompressionsverbandes

Beispielliste für Erschwernisfaktoren bei Bewegungen und Lagern:

Altersgruppen F, K und J:

- mindestens 3 Zu- und/oder Ableitungen (inkl. Beatmung)
- Tracheostoma
- Spastik, Kontrakturen, Parese, Plegie
- hohes Dekubitusrisiko gemäß Assessmentergebnis
- Schmerzempfindlichkeit/Schmerzen trotz Schmerzmanagement nicht altersgerechte Orientierung/Wahrnehmung

Nur Altersgruppe F:

- medizinische Gründe für Bewegungsverbot/-einschränkung (z.B. Wirbelsäuleninstabilität, nach Operation (z.B. Sternum-Eröffnung, Klavikula-Fraktur, Schulterdystokie, Hypospadie-OP)
- Erforderlichkeit einer speziellen medizinisch-therapeutischen Lagerung (z.B. Gipsschale, Stützkorsett, 20-30°-Hochschräglagerung, Extensionsbehandlung)
- Hautveränderungen (Ekzem, Hautinfektion (Staphyloдерmie))
- Vorhandensein eines Anus praeter
- motorische Unruhezustände z.B. nach langer Sedierung, Hyperexzitabilität bei Drogenentzug

Nur Altersgruppen K und J:

- extreme Adipositas (Perzentil größer 99,5)
- krankheitsbedingte Risiken (z.B. Wirbelsäuleninstabilität, Schienung bei beidseitiger Verletzung der Extremitäten, Halo-Fixateur, Extensionsbehandlung, Belastungsintoleranz)
- Schwindelanfälle
- fehlende Kraft zur Eigenbewegung

V. Kommunikation: Leistungen im Zusammenhang mit Kommunikation inkl. Vor- und Nacharbeiten			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
F	A1	Grundleistungen	Kommunikation findet Berücksichtigung in den allgemeinen Pflegekategorien A1 und A2. Erst ab A3 findet eine gesonderte Berücksichtigung statt
	A2	Erweiterte Leistungen	Kommunikation findet Berücksichtigung in den allgemeinen Pflegekategorien A1 und A2. Erst ab A3 findet eine gesonderte Berücksichtigung statt
	A3	Besondere Leistungen	45 Minuten tägl. (Summe kann addiert werden) geplante spezifische Information / Anleitung / Beratung* mit Leistungsnachweis, inkl. Vor- und Nachbereitung Die Betreuung findet gesondert/getrennt von anderen Interventionen statt. <i>*Gründe sind analog der A4 anzuwählen</i>
	A4	Hochaufwendige Leistungen	Eins-zu-eins-Betreuung: Einen Patienten kontinuierlich über einen längeren Zeitraum von mind. 60 Min. täglich (Summe kann addiert werden) in Präsenz UND findet getrennt/gesondert von anderen Interventionen statt bei Vorliegen einer der in der Liste aufgeführten Gründe
			Problemlösungsorientierte Gespräche mit Angehörigen/Bezugspersonen bei Vorliegen einer der in der Liste aufgeführten Gründe von mind. 60 Min. täglich (Summe kann addiert werden) UND findet gesondert/getrennt von anderen Interventionen statt - zur Krisenbewältigung/Vertrauensbildung/Anpassung ODER - Gespräche zur Vorbereitung auf die Entlassung ODER - Gespräche mit Dolmetscher
Hochaufwendige Anleitungssituation mit Angehörigen/Bezugspersonen bei Vorliegen einer der in der Liste aufgeführten Gründe von mind. 60 Min. tägl. (Summe kann addiert werden) UND findet getrennt/gesondert von anderen Interventionen statt			
Hochaufwendige kommunikative Stimulation, Förderung der spielerischen Interaktion, Bereitstellen und Nachbereitung von altersentsprechendem Spielmaterial, Fingerspiele etc. von mind. 60 Min. tägl. (Summe kann addiert werden) UND findet getrennt/gesondert von anderen Interventionen statt bei Vorliegen einer der in der Liste aufgeführten Gründe			
K	A1	Grundleistungen	Kommunikation findet Berücksichtigung in den allgemeinen Pflegekategorien A1 und A2. Erst ab A3 findet eine gesonderte Berücksichtigung statt
	A2	Erweiterte Leistungen	Kommunikation findet Berücksichtigung in den allgemeinen Pflegekategorien A1 und A2. Erst ab A3 findet eine gesonderte Berücksichtigung statt

V. Kommunikation: Leistungen im Zusammenhang mit Kommunikation inkl. Vor- und Nacharbeiten			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
	A3	Besondere Leistungen	45 Minuten täglich (Summe kann addiert werden) geplante spezifische Information / Anleitung / Beratung* mit Leistungsnachweis, inkl. Vor- und Nachbereitung Die Betreuung findet gesondert/getrennt von anderen Interventionen statt <i>*Gründe sind analog der A4 anzuwählen</i>
	A4	Hochaufwendige Leistungen	Eins-zu-eins-Betreuung: Einen Patienten kontinuierlich über einen längeren Zeitraum von mind. 60 Min. tägl. (Summe kann addiert werden) in Präsenz UND findet getrennt/gesondert von anderen Interventionen statt bei Vorliegen einer der in der Liste aufgeführten Gründe betreuen
			Problemlösungsorientierte Gespräche (mit Kleinkind und/oder Angehörigen/Bezugspersonen) bei Vorliegen einer der in der Liste aufgeführten Gründe von mind. 60 Min. täglich (Summe kann addiert werden) UND findet gesondert/getrennt von anderen Interventionen statt - zur Krisenbewältigung/Vertrauensbildung/Anpassung ODER - Gespräche zur Vorbereitung auf die Entlassung ODER - Gespräche mit Dolmetscher
			Hochaufwendige Anleitungssituation mit Kleinkind und/oder Angehörigen/Bezugspersonen bei Vorliegen einer der in der Liste aufgeführten Gründe von mind. 60 Min. tägl. (Summe kann addiert werden) UND findet getrennt/gesondert von anderen Interventionen statt
			Hochaufwendige kommunikative Stimulation, Förderung der spielerischen Interaktion, Bereitstellen und Nachbereitung von Lektüre, Spiel-, Mal und Bastelmaterial von mind. 60 Min. tägl. (Summe kann addiert werden) UND getrennt von anderen Interventionen bei Vorliegen eines der in der Liste aufgeführten Gründe
J	A1	Grundleistungen	Kommunikation findet Berücksichtigung in den allgemeinen Pflegekategorien A1 und A2. Erst ab A3 findet eine gesonderte Berücksichtigung statt
	A2	Erweiterte Leistungen	Kommunikation findet Berücksichtigung in den allgemeinen Pflegekategorien A1 und A2. Erst ab A3 findet eine gesonderte Berücksichtigung statt
	A3	Besondere Leistungen	45 Minuten täglich (Summe kann addiert werden) geplante spezifische Information / Anleitung / Beratung* mit Leistungsnachweis, inkl. Vor- und Nachbereitung Die Betreuung findet gesondert/getrennt von anderen Interventionen statt <i>*Gründe sind analog der A4 anzuwählen</i>
	A4	Hochaufwendige Leistungen	Eins-zu-eins-Betreuung: Einen Patienten kontinuierlich über einen längeren Zeitraum von mind. 60 Min. tägl. (Summe kann addiert werden) in Präsenz UND getrennt/gesondert von anderen Interventionen bei Vorliegen einer der in der Liste aufgeführten Gründe betreuen

V. Kommunikation: Leistungen im Zusammenhang mit Kommunikation inkl. Vor- und Nacharbeiten			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
			Problemlösungsorientierte Gespräche (mit Kind/Jugendlichen und/oder Angehörigen/Bezugspersonen) bei Vorliegen einer der in der Liste aufgeführten Gründe von mind. 60 Min. täglich (Summe kann addiert werden) UND findet gesondert/getrennt von anderen Interventionen statt - zur Krisenbewältigung/Vertrauensbildung/Anpassung ODER - Gespräche zur Vorbereitung auf die Entlassung ODER - Gespräche mit Dolmetsche
			Hochaufwendige Anleitungssituation mit dem Kind/Jugendlichen und/oder Angehörigen/Bezugspersonen bei Vorliegen einer der in der Liste aufgeführten Gründe von mind. 60 Min. tägl. (Summe kann addiert werden) UND findet getrennt/gesondert von anderen Interventionen statt
			Hochaufwendige kommunikative Stimulation, Förderung der spielerischen Interaktion, Bereitstellen und Nachbereitung von Lektüre, Spiel-, Mal und Bastelmaterial von mind. 60 Min. tägl. (Summe kann addiert werden) UND getrennt von anderen Interventionen bei Vorliegen eines der in der Liste aufgeführten Gründe

Beispielliste:

Gründe für kontinuierliche Betreuung:

- Extreme Krisensituation des Patienten und/oder der Angehörigen/Bezugspersonen ODER
- Krisensituation des Neugeborenen/Säuglings durch fehlende Ablenkung und Beschäftigung, fehlende Bezugsperson, fehlende Zuwendung, Unruhe bei Entzugserscheinungen, Unruhe bei Phototherapie, Schmerzen trotz Schmerzmanagement

Gründe für problemlösungsorientierte Gespräche:

- massive Beeinträchtigung der Informationsverarbeitung des Patienten und/oder der Angehörigen/Bezugspersonen ODER
- Verhaltensweisen die kontraproduktiv für die Therapie sind ODER
- Sprach-/Kommunikationsbarrieren des Patienten und/oder der Angehörigen/Bezugspersonen ODER
- beeinträchtigter Anpassungsfähigkeit UND/ODER Nichteinhaltung von Therapieabsprachen des Patienten und/oder der Angehörigen/Bezugspersonen ODER
- extreme Krisensituation des Patienten und/oder der Angehörigen/Bezugspersonen ODER

- Krisensituation des Neugeborenen/Säuglings, Kleinkindes oder Kind/Jugendlichen durch fehlende Ablenkung/Beschäftigung, fehlende Bezugsperson, fehlende Zuwendung, Unruhe bei Entzugserscheinungen, Unruhe bei Phototherapie oder Schmerzen trotz Schmerzmanagement

Gründe für hochaufwendige Anleitungssituationen:

- massive Beeinträchtigung der Informationsverarbeitung der Angehörigen/Bezugspersonen ODER
- Verhaltensweisen die kontraproduktiv für die Therapie sind ODER
- Sprach-/Kommunikationsbarrieren der Angehörigen/Bezugspersonen ODER
- beeinträchtigter Anpassungsfähigkeit UND/ODER Nichteinhaltung von Therapieabsprachen der patienten und/oder der Angehörigen/Bezugspersonen ODER
- körperlichen Einschränkungen die den erforderlichen Kompetenzerwerb erschweren

Gründe für hochaufwendige kommunikative Stimulation:

- Extreme Krisensituation des Kleinkindes oder des Kindes/Jugendlichen und/oder der Angehörigen/Bezugspersonen ODER
- Krisensituation des Neugeborenen/Säuglings, Kleinkindes oder des Kindes/Jugendlichen durch fehlende Ablenkung und Beschäftigung, fehlende Bezugsperson, fehlende Zuwendung, Unruhe bei Entzugserscheinungen, Unruhe bei Phototherapie, Schmerzen trotz Schmerzmanagement ODER
- Körperliche Einschränkungen, die den erforderlichen Kompetenzerwerb erschweren

Krankenpflege für Kinder: Spezielle Pflege auf Normalstation

I. OP, invasive Maßnahmen, akute Krankheitsphase, dauernde Bedrohung			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
F, K und J	S1	Grundleistungen	<p>Alle Patienten, die nicht S2, S3 oder S4 zugeordnet werden können und stationär versorgt werden hierzu zählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vitalzeichenkontrolle und Krankenbeobachtung mit Erhebung von bis unter 24 Parametern* täglich und/oder - Problemloses Versorgen von Ableitungen und Ableitungssystemen inkl. Pflasterwechsel bei Kathetern, Drainagen, Stomata etc. und/oder - Pflegespezifische physikalische Maßnahmen bis zu 2x täglich z.B.: Inhalation <p><i>*z.B. Kontrollen 3x tgl. Temperatur- und Pulskontrollen:</i></p> <p><i>6.00 Uhr: Puls, Atmung</i></p> <p><i>10.00 Uhr: Puls, Atmung, RR</i></p> <p><i>14.00 Uhr: Puls, Atmung oder</i></p> <p><i>8.00 Uhr: Temperatur, Puls, Atmung</i></p> <p><i>10.00 Uhr: Puls, Atmung, RR</i></p> <p><i>18.00 Uhr: Temperatur, Puls, Atmung</i></p>

I. OP, invasive Maßnahmen, akute Krankheitsphase, dauernde Bedrohung			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
	S2	Erweiterte Leistungen	<p>- Vitalzeichenkontrolle und Krankenbeobachtung mit Erhebung von mindestens 24 Parametern täglich und/oder</p> <p>- Aufwendiges Versorgen von Ableitungs- und Absaugsystemen (Versorgen von Trachelakanülen oder Bulau-Drainagen, häufiges Absauge, Legen oder Wechseln einer Magensonde, Legen eines Blasenkatheters, Wechsel einer Stomaplatte, engmaschige Kontrollen von Ableitungsmengen)</p> <p><i>* z.B Kontrolle von:</i></p> <p><i>06:00 Uhr: Puls, Atmung</i></p> <p><i>08:00 Uhr: Gewicht, Puls, Atmung, RR, BZ, Temp</i></p> <p><i>10:00 Uhr: Puls, Atmung</i></p> <p><i>12:00 Uhr: Puls, Atmung, BZ</i></p> <p><i>14:00 Uhr: Puls, Atmung</i></p> <p><i>18:00 Uhr: Puls, Atmung, BZ, Temp</i></p> <p><i>22:00 Uhr: Puls, Atmung</i></p> <p><i>02:00 Uhr: Puls, Atmung, Temp</i></p>
			<p>Pflegespezifische physikalische Maßnahmen 3 – 5 x täglich., z.B.:</p> <p>- Inhalation, Wadenwickel ODER</p> <p>- Medizinisches Voll-/Teilbad (nach ärztl. Anordnung) 1x tägl. mind. 20 Minuten</p>
	S3	Besondere Leistungen	<p>Vitalzeichenkontrolle* und Krankenbeobachtung zum Erkennen einer akuten Bedrohung fortlaufend innerhalb von 24 Stunden, z.B.:</p> <p>- Kontinuierliche Monitorüberwachung und engmaschige Krankenbeobachtung nach z.B. nach Fieberkrampf ODER</p> <p>- stündliche GCS-Erhebung ODER</p> <p>- postoperativ z.B. 2 stdl. Vitalparameter Puls, Atmung, RR und Kontrolle von Ausscheidung, Wundbett und Motorik, Durchblutung und Sensibilität (MDS)</p> <p><i>*Parameter sind z.B.: RR, Puls, Atmung, Temp., Drogenscore z.B. nach Finnegan</i></p>

I. OP, invasive Maßnahmen, akute Krankheitsphase, dauernde Bedrohung			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
			<p>Pflegespezifische physikalische Maßnahmen mindestens 6xtäglich., z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inhalation - Wickel, Auflagen, Aromatherapie - medizinisches Vollbad (nach ärztl. Anordnung) mind. 60 Minuten (incl. Vor- und Nachbereitung)
	S4	Hochaufwendige Leistungen	<p>Vitalzeichenkontrolle* und Krankenbeobachtung zum Erkennen einer akuten Bedrohung fortlaufend innerhalb von 24 Stunden bei Zeichen einer respiratorischen Beeinträchtigung UND/ODER bei Vorhandensein eines Tracheostomas und bei Vorliegen eines Erschwenisfaktors (s. Beispielliste F, K, J):</p> <ul style="list-style-type: none"> - kontinuierliche Monitorüberwachung/Pulsoximetrie und mindestens 2-stdl. Beurteilung und Dokumentation des Atemmusters und/oder - 1-stdl. Dokumentation von Puls und Atmung (ohne Monitor), Beurteilung der Atmung UND Atemtherapeutische Leistungen mit einem Zeitaufwand von mindestens 30 Minuten wie: - Absaugen von Schleim aus Tracheostoma oder Nase, Mund, Rachen UND/ODER - Anleitung von Eltern und Angehörigen im Umgang mit Absaugsystemen und/oder in der Tracheostomapflege UND / ODER - Anleitung zum Wechsel der Trachealkanüle <p><i>*Parameter sind z.B.: RR, Puls, Atmung, Temp., Drogenscore z.B. nach Finnegan</i></p>

I. OP, invasive Maßnahmen, akute Krankheitsphase, dauernde Bedrohung			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
			<p>Pflegespezifische physikalische Maßnahmen zur Pneumonieprophylaxe und/oder Sekretmobilisation und Verbesserung der Belüftung der Atemwege in an die Bedürfnisse des Patienten angepasster Kombination mindestens 90 Minuten tägl. (Summe kann addiert werden) bei Pneumonierisiko durch Vorliegen eines Erschwernisfaktors (s. Beispielliste) ODER bei Zeichen einer respiratorischen Beeinträchtigung □:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inhalation UND/ODER - Vibrationsbehandlung des Thorax UND/ODER - Wickel/Auflagen/Umschläge UND/ODER - Maßnahmen der Atemtherapie: Anleiten und Beaufsichtigen von in- und Expirationsübungen mit entsprechenden Hilfsmitteln (z.B.: Kontaktatmung) UND/ODER - Anleiten von Eltern/Bezugsperson in Techniken zur Sekretmobilisation beim Patienten (z.B. autogene Drainage, Drainagelagerung) UND/ODER - Speziallagerung zur Ventilations- und Mobilitätsförderung des Thorax mit Evaluation und Dokumentation des Behandlungsverlaufs (z.B. Dehnlagerung, Halbmondlagerung)

Beispielliste für die Altersgruppen F , K und J für Erschwernisfaktoren bei Überwachen und Beobachten:

- (ehemaliges) Frühgeborenes (bei F, K)
- chronische respiratorische Erkrankung
- angeborene und/oder erworbene Fehlbildung des Thorax und/oder der Wirbelsäule, syndromale, neuromuskuläre sowie angeborene Stoffwechselerkrankung, die die Atmung beeinträchtigt
- Parese, Plegiezustand nach großem operativen Eingriff
- Vorhandensein einer Thoraxdrainage

II. Medikamentöse Versorgung			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
F, K, J	S1	Grundleistungen	Alle Patienten, die nicht S2, S3 oder S4 zugeordnet werden können und stationär versorgt werden, hierzu zählen: Verabreichen von Medikamenten (unabhängig von der Häufigkeit) wie Tabletten, Salben, Tropfen, Injektionen (nur s.c und i.m.), Zäpfchen, rektale Medikamente, Vor- und Nachbereitung von i.v. Injektionen, 1x täglich 1 Kurzinfusion mit Vor- und Nachbereitung und Kontrolle, O2-Applikation via Nasensonde
	S2	Erweiterte Leistungen	Vorbereiten, Nachbereiten und Kontrollieren von z.B.: <ul style="list-style-type: none"> - mind. 2 Kurzinfusionen - einer Dauerinfusion - einer Transfusion - intravenöser Zytostatikagabe (wenn keine fortlaufende Beobachtung erforderlich ist) ODER Verabreichung von mehreren i.m.-Injektionen, s.c.-Injektionen, i.v.-Injektionen ODER Komplexes Medikamentenregime mit Verabreichung ausserhalb der normalen Nahrungsaufnahme bis zu 5x täglich
	S3	Besondere Leistungen	Vorbereiten, Nachbereiten und Kontrollieren von z.B.: <ul style="list-style-type: none"> - mind. 5 Kurzinfusionen - zwei Transfusionen und/oder Transfusionen von mind. 2 Std. - intravenöser Zytostatikagabe (wenn fortlaufende Beobachtung erforderlich ist) ODER Komplexes Medikamentenregime mit Verabreichung mind. 6xtäglich
			Fortlaufendes Beobachten und Betreuen des Patienten bei Gefahr einer akuten Bedrohung bei z.B.: <ul style="list-style-type: none"> - zu erwartenden Nebenwirkungen - Provokationstests - bei einer allergischen Reaktion - bei Unverträglichkeit, z.B. Übelkeit und Erbrechen - medikamentöser Neueinstellung (z.B. Antikonvulsiva, Insulintherapie)
S4	Hochaufwendige Leistungen	Mindestens zu 9 verschiedenen Uhrzeiten Verabreichung der Arzneimittel, die der Patient nicht selbstständig einnehmen kann bei massiver Abwehr/Widerstände/Uneinsichtigkeit bei der Verabreichung von Arzneimitteln ODER Massive Beeinträchtigung der oralen Arzneimiteleinahme durch Bewusstseinsbeschränkung UND hochaufwendiges (komplexes) Arzneimittelregime entsprechend ärztlicher Anordnung mit hoher Verabreichungsfrequenz oder Multimedikation	

II. Medikamentöse Versorgung			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
			Mindestens 12 Arzneimittel/Tag (z.B. Klysmen, Suspensionen, Inhalate, Injektionslösungen, Tabletten, Granulate, die in besonderer Form (z.B. mörsern, auflösen) zubereitet werden müssen) UND mindestens drei Applikationszeitpunkte (z.B. morgens, mittags, abends) für deren Verabreichung bei massiver Beeinträchtigung der oralen Arzneimiteleinnahe durch Bewusstseinsbeschränkung UND hochaufwendiges (komplexes) Arzneimittelregime entsprechend ärztlicher Anordnung mit hoher Verabreichungsfrequenz oder Multimedikation ODER Kau-/Schluckstörung mit starken Auswirkungen auf die Arzneimiteleinnahe
			Hochaufwendiges Infusionsregime von mindestens 9 (Kurz-)Infusionen (ohne alleinige Trägerflüssigkeiten) i.v. UND/ODER Spritzenpumpe i.v. UND/ODER Injektionen in liegende Zugänge i.v. mit Dokumentation und Sicherung eines entsprechenden Zugangs

III. Wund- und Hautbehandlung / Assistieren ärztlicher Tätigkeiten			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
F, K, J	S1	Grundleistungen	Alle Patienten, die nicht S2, S3 oder S4 zugeordnet werden können und stationär versorgt werden Pflasterverband ODER Einfacher trockener Verband ODER Assistenz beim Fäden ziehen ODER Einreibungen von Salben- oder Tinkturen auf einem kleinen Hautbezirk
	S2	Erweiterte Leistungen	Vor- und Nachbereiten und Assistieren bei aufwendigem Verbandswechsel UND/ODER Assistenz bei Entfernung von einer Drainagen oder einem ZVK etc. ODER Vor- und Nachbereiten und Assistieren beim Versorgen einer lokalen Verbrennung oder einer Verbrühung mind. 2. Grades ODER Auftragen/ Einreiben von Salben oder Tinkturen auf eine große Hautregion ODER einfacher Verbandswchsel mind. 2x/tägl.
			Vor- und Nachbereiten und Mitwirken bei ärztlichen Tätigkeiten von mindestens 30 Minuten Dauer, z.B. bei einer Lumbalpunktion
	S3	Besondere Leistungen	Eines der unter S2 genannten Kriterien mindestens 2x/täglich ODER durch 2 GuKi's ODER einfacher Verbandswchsel mind. 3x/tägl.
S4	Hochaufwendige Leistungen	Hochaufwendige Wundversorgung oder Versorgung von sekundär heilenden Wunden oder Dekubitus (gemäß Assessmentergebnis □ ODER bei Verbrennung/Verbrühung (ab 2. Grades bei mindestens 9% der KOF und/oder an einer der folgenden Lokalisationen: Gesicht/Hals, Hand, Fuß, Intimbereich) ODER aufwendige Wunde nach OP bei Vorliegen eines Erschwernisfaktors (s. Beispielliste) ODER bei aufwendiger Hautbehandlung und/oder aufwendiger Verband bedingt durch einen Erschwernisfaktor (s. Beispielliste FKJ) mindestens 30 Minuten 2x/täglich ODER 1 x täglich durch 2 GuKi's wie: <ul style="list-style-type: none"> - Vor- und Nachbereiten und Assistieren bei aufwendigem Verbandswchsel ODER - Vor- und Nachbereiten und Assistieren beim Versorgen einer lokalen Verbrennung oder Verbrühung ODER - Auftragen oder Einreiben von Salben oder Tinkturen oder speziellen Wundmaterialien nach ärztl. Anordnung auf eine große Hautregion ODER - Anleiten von Eltern/Bezugsperson im Umgang mit dem Material und der Pflege (z.B. Fixateur externe mit Pin-Pflege, Anlegen einer Kompressionsmaske) 	

III. Wund- und Hautbehandlung / Assistieren ärztlicher Tätigkeiten			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
			<p>Systematisches Wundmanagement von Wunden bei aufwendiger Wundversorgung von sekundär heilenden Wunden oder Dekubitus (gemäß Assessmentergebnis) ODER bei Verbrennung/Verbrühung (ab 2. Grades bei mindestens 9% der KOF und/oder an einer der folgenden Lokalisationen: Gesicht/Hals, Hand, Fuß, Intimbereich) ODER aufwendige Wunde nach OP bei Vorliegen eines Erschwernisfaktors (s. Beispielliste FKJ) bestehend aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - spezifische Wunddiagnose, Rezidivzahl, Wunddauer, -lokalisierung, -größe, -rand, -umgebung, -grund, Entzündungszeichen und mögliche Wundheilungsstörungen UND - Wundbehandlung, bestehend aus Wundreinigung und/oder Wunddesinfektion sowie Wundauflegen und/oder Auflagenfixierung von mindestens 30 Minuten pro Tag UND - systematische Evaluation des Wundheilungsprozesses

Beispielliste für die Altersgruppen F, K und J für Erschwernisfaktoren bei Wund- und Hautbehandlung/ ärztl. Assistenz:

- Kompartmentsyndrom
- offene Fraktur
- Hydrozephalus mit externer Ableitung (F)
- künstlicher Darmausgang
- künstlicher Blasenausgang
- OP im Anal-/Urogenitalbereich (z.B. bei Hypospadie, Adrenogenitales Syndrom, anorektale Malformation (exkl. OP bei Phimose))

IV. Begleitung			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Maßnahme
F, K, J	S1	Grundleistungen	Begleitung findet Berücksichtigung in den allgemeinen Pflegekategorien S1 und S2 und S3. Erst ab S4 findet eine gesonderte Berücksichtigung statt.
	S2	Erweiterte Leistungen	Begleitung findet Berücksichtigung in den allgemeinen Pflegekategorien S1 und S2 und S3. Erst ab S4 findet eine gesonderte Berücksichtigung statt.
	S3	Besondere Leistungen	Begleitung findet Berücksichtigung in den allgemeinen Pflegekategorien S1 und S2 und S3. Erst ab S4 findet eine gesonderte Berücksichtigung statt.
	S4	Hochaufwendige Leistungen	Fortlaufendes Beobachten und Betreuen (1:1) des Patienten durch eine GuKi bei Maßnahmen / Untersuchungen / Behandlungen außerhalb der Station ODER bei einer indizierten Sitzwache durch eine GuKi von mindestens 240 Minuten am Tag inkl. Vor- und Nachbereiten (Summe kann addiert werden)

Krankenpflege für Kinder: Pflege auf Intensivstationen

Spezielle Intensivpflege NICU: Alter bei Aufnahme < 28. Lebenstag und/oder < 2.500g Aufnahmege­wicht (Abgrenzung NICU-DRGs der MDC 15 zu PICU-DRGs via OPS 8-98s)			
Tätigkeiten	Grundleistung	Erweiterte Leistung	Besondere Leistung
	Spezialpflege (Pflegeverhältnis 1:4)	Intensivüberwachung (Pflegeverhältnis 1:2)	Intensivtherapie (Pflegeverhältnis 1:1)
	IS1	IS2	IS3
1. Leistung im Zusammenhang mit Beobachten und Überwachen des Patienten und Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> • ALLE, die nicht in IS2 und IS3 zugeordnet werden und „intensivmedizinisch versorgt“ werden müssen (*siehe DKR 1001s) und/oder • Kontinuierliches Monitoring von EKG, Atmung und/oder • Kontinuierliches Monitoring von Sauerstoffsättigung und/oder • Magen- oder Jejunalsonde, Gastrostoma, Stomapflege 	<p>Mindestes 1 der folgenden Zu - / Ableitungssysteme:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Invasive arterielle RR-Messung • Thoraxdrainage • Externe Ventrikeldrainage • Schlüf- bzw. Replogle-Sonde bei Ösophagusatresie (<i>in Abstimmung mit Kinderchirurg</i>) • intraoperativ gelegene Magensonde nach Korrektur einer Ösophagusatresie (<i>in Abstimmung mit Kinderchirurg</i>) • kontinuierliches EEG-Monitoring • Zentraler Venenkatheter (inkl. Nabelvenenkatheter) 	Lebensbedrohliche Akutphase (vitale Bedrohung)
Zuordnung			

Spezielle Intensivpflege NICU: Alter bei Aufnahme < 28. Lebenstag und/oder < 2.500g Aufnahmegewicht (Abgrenzung NICU-DRGs der MDC 15 zu PICU-DRGs via OPS 8-98s)			
Tätigkeiten	Grundleistung	Erweiterte Leistung	Besondere Leistung
	Spezialpflege (Pflegeverhältnis 1:4)	Intensivüberwachung (Pflegeverhältnis 1:2)	Intensivtherapie (Pflegeverhältnis 1:1)
	IS1	IS2	IS3
2. Leistungen im Zusammenhang mit der Beatmung / CPAP (inkl. Vor- und Nachbereitung)	<ul style="list-style-type: none"> • ALLE, die nicht in IS2 und IS3 zugeordnet werden und „intensivmedizinisch versorgt“ werden müssen (*siehe DKR 1001s) und/oder • Sauerstofftherapie 	Alle beatmeten Patienten (invasiv und nicht invasiv), sofern die Kriterien für die 1:1 Pflege nicht zu treffen.	Invasiv beatmeter Patient bei instabiler Beatmungssituation (Beatmung mit z.B. OI > 25)
Zuordnung			
3. Leistungen im Zusammenhang mit medikamentöser Versorgung (z.B.: iv, oral, s.c., auch als Kurzinfusion) und Infusionstherapie (inkl. Parenterale Ernährung, Katecholamine)	<ul style="list-style-type: none"> • ALLE, die nicht in IS2 und IS3 zugeordnet werden und „intensivmedizinisch versorgt“ werden müssen (siehe DKR 1001s) und/oder • Infusion 	<ul style="list-style-type: none"> • Katecholamin-DTI, sofern die Kriterien für die 1:1 Pflege nicht zutreffen und/oder • Kontinuierliche Prostaglandin-Infusion und/oder • Kontinuierliche Insulin-Infusion und/oder und/oder • Medikamentös behandeltes Entzugs- oder Delirsyndrom 	Kreislauf instabiler Patient (mit z.B. wechselnder Katecholamin-/Kreislauftherapie, Katecholamin-DTI ≥ 2 Katecholamine)
Zuordnung			
4. Leistungen im Zusammenhang mit ärztlichen Eingriffen und Diagnostik	<ul style="list-style-type: none"> • ALLE, die nicht in IS2 und IS3 zugeordnet werden und „intensivmedizinisch versorgt“ werden müssen (*siehe DKR 1001s) und/oder • Phototherapie 	Hypothermie-Behandlung nach den ersten 24 Stunden	<ul style="list-style-type: none"> • Hypothermie-Behandlung in den ersten 24 Stunden** und/oder • Tag einer größeren Operation (z.B. Zwerchfellhernie) und/oder • Austauschtransfusion und/oder • ECMO-Therapie
Zuordnung			

Spezielle Intensivpflege NICU: Alter bei Aufnahme < 28. Lebenstag und/oder < 2.500g Aufnahmegewicht (Abgrenzung NICU-DRGs der MDC 15 zu PICU-DRGs via OPS 8-98s)			
Tätigkeiten	Grundleistung	Erweiterte Leistung	Besondere Leistung
	Spezialpflege (Pflegeverhältnis 1:4)	Intensivüberwachung (Pflegeverhältnis 1:2)	Intensivtherapie (Pflegeverhältnis 1:1)
	IS1	IS2	IS3
5. Übergeordnete Einstufungskriterien	ALLE, die nicht in IS2 und IS3 zugeordnet werden und „intensivmedizinisch versorgt“ werden müssen (*siehe DKR 1001s)		<ul style="list-style-type: none"> • Alle Frühgeborenen <1.000g in den ersten 72 Lebensstunden** • Unabhängig vom individuellen Pflegeaufwand sollen die Vorgaben der KRINKO in der jeweils aktuellen Fassung beachtet werden; dies erfordert gegebenenfalls eine Isolation und auch Einzelpflege eines Patienten • Andere Gründe bei 1:1 – Betreuung (Grund dokumentieren) • Sterbebegleitung
Zuordnung			
Summe Zuordnung			

* Definition der „intensivmedizinisch versorgten“ Patienten aus DKR 1001s:

... Patienten, bei denen die für das Leben elementaren Funktionen von Kreislauf, Atmung, Homöostase oder Stoffwechsel lebensgefährlich sogenannten vitalen oder 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. Das Grundleiden, das die intensivmedizinische Behandlung bedingt hat, muss in diesem Zusammenhang nicht mit der Hauptdiagnose identisch sein. Diese intensivmedizinische Versorgung umfasst mindestens ein Monitoring von Atmung und Kreislauf und eine akute Behandlungsbereitschaft (ärztliche und pflegerische Interventionen zur Stabilisierung der Vitalfunktionen unmittelbar möglich)

** Die Abgrenzungskriterien der überarbeiteten AWMF-LL 087-001 vom 31.03.2021 wurden eingearbeitet. Darüber hinaus gilt für Abgrenzungskriterien mit Zeitvorgabe:

„Eine Einstufung dieses Leistungsmerkmals in IS2 ist bei stabiler Situation auch früher möglich, wenn die zuständige Ärztin / der zuständige Arzt für Neonatologie. und die kinderkrankenpflegerische Schichtleitung darüber gemeinsam entscheiden und Beide auch schriftlich bestätigen.“

Zuordnungsregeln für die 5 Leistungsbereiche / Abgrenzungskriterien:

- Jeder Patient ist einmal pro Schicht einer der 3 Pflegestufen zuzuordnen. (optional einmal pro Tag)
- Patienten mit 1:1 - Betreuung (Grund dokumentieren) sind immer in IS3, ansonsten gilt:
 - Für IS3 muss 1 Leistungsbereich / Abgrenzungskriterium aus IS3 erfüllt sein.
 - Für IS2 muss 1 Leistungsbereich / Abgrenzungskriterium aus IS2 erfüllt sein.
 - Alle anderen "intensivmedizinisch versorgten" Patienten der NICU fallen in IS1.

Spezielle Intensivpflege PICU: Alter bei Aufnahme > = 28. Lebenstag und/oder > = 2.500g Aufnahmegewicht (Abgrenzung NICU-DRGs der MDC 15 zu PICU-DRGs via OPS 8-98d)			
Tätigkeiten	Grundleistung	Erweiterte Leistung	Besondere Leistung
	Spezialpflege (Pflegerverhältnis 1:3)	Intensivüberwachung (Pflegerverhältnis 1:2)	Intensivtherapie (Pflegerverhältnis 1:1)
	IS1	IS2	IS3
1. Leistung im Zusammenhang mit Beobachten und Überwachen des Patienten und Umfeld	ALLE, die nicht in IS2 und IS3 zugeordnet werden und "intensivmedizinisch versorgt" werden müssen (*siehe DKR 1001s)	Mindestes 3 der folgenden Zu - / Ableitungssysteme: <ul style="list-style-type: none"> • Zentraler Venenkatheter (ZVK, Hickman) und/oder • Invasive arterielle RR-Messung und/oder • Thoraxdrainage / Wunddrainage und/oder • Externe Ventrikeldrainage und/oder • Kontinuierliches EEG-Monitoring und/oder • kontinuierliches ICP-Monitoring (Parechymsonde, epi- oder subdurale Sonde) und/oder • Blasenkathe-ter/suprapubischer Kathe-ter und/oder 	<ul style="list-style-type: none"> • Lebensbedrohliche Akutphase und/oder • CPP-basierte Hirndrucktherapie (= instabil)
Zuordnung			

Spezielle Intensivpflege PICU: Alter bei Aufnahme > = 28. Lebenstag und/oder > = 2.500g Aufnahmegewicht (Abgrenzung NICU-DRGs der MDC 15 zu PICU-DRGs via OPS 8-98d)			
Tätigkeiten	Grundleistung	Erweiterte Leistung	Besondere Leistung
	Spezialpflege (Pflegeverhältnis 1:3)	Intensivüberwachung (Pflegeverhältnis 1:2)	Intensivtherapie (Pflegeverhältnis 1:1)
	IS1	IS2	IS3
2. Leistungen im Zusammenhang mit der Beatmung / CPAP (inkl. Vor- und Nachbereitung)	<ul style="list-style-type: none"> • ALLE, die nicht in IS2 und IS3 zugeordnet werden und "intensivmedizinisch versorgt" werden müssen (*siehe DKR 1001s) und/oder • Fortführung einer invasiven oder nicht-invasiven Heimbeatmung ohne Modifikationen der Parameter <p><i>Hinweis DKR 1001s (Beatmungsstunden < 1 Jahr alle, 1 - 6 Jahre alle ausser HFNC, > 6 Jahre alle ausser HFNC / CPAP und Druckvorgabe > 6)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Modifikation / Intensivierung der Beatmung bei heimbeatmeten Patienten und/oder • HFNC-Therapie (> 1 Liter/ kgKG angefeuchtet und angewärmt) und/oder • Nicht-invasive Beatmung über Nasal Prongs oder Maske und/oder • Invasiv beatmeter Patient bei stabiler Beatmungssituation und/oder • NO-Beatmung <= 15 ppm (bei stabiler Beatmungssituation) und/oder • Beatmungswaning mit Frühmobilisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Invasiv beatmeter Patient bei instabiler Beatmungssituation (Definition instabil nach ARDS-LL schweres Lungenveragen = FiO2 >=60%, PEEP >=10 cmH2O, PIP >=28 cmH2O) und/oder • NO-Beatmung > 15 ppm
Zuordnung			
3. Leistungen im Zusammenhang mit medikamentöser Versorgung (z.B.: iv, oral, s.c., auch als Kurzinfusion) und Infusionstherapie (inkl. Parenterale Ernährung, Katecholamine)	<p>ALLE, die nicht in IS2 und IS3 zugeordnet werden und "intensivmedizinisch versorgt" werden müssen (*siehe DKR 1001s)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Katecholamin-DTI (bis 2 Katecholamine) und/oder • >10 unterschiedliche i.v.-Medikamente • Medikamentös und/oder nicht medikamentös behandeltes Entzugs- oder Delirsyndrom 	<p>Katecholamin-DTI (>=3 Katecholamine aus Adrenalin >0,05µg/kg/min, Noradrenalin >0,05µg/kg/min, Dobutamin > 5 und/oder µg/kg/min, Vasopressin)</p>
Zuordnung			

Spezielle Intensivpflege PICU: Alter bei Aufnahme > = 28. Lebenstag und/oder > = 2.500g Aufnahmegewicht (Abgrenzung NICU-DRGs der MDC 15 zu PICU-DRGs via OPS 8-98d)			
Tätigkeiten	Grundleistung	Erweiterte Leistung	Besondere Leistung
	Spezialpflege (Pflegerverhältnis 1:3)	Intensivüberwachung (Pflegerverhältnis 1:2)	Intensivtherapie (Pflegerverhältnis 1:1)
	IS1	IS2	IS3
4. Leistungen im Zusammenhang mit ärztlichen Eingriffen und Diagnostik	ALLE, die nicht in IS2 und IS3 zugeordnet werden und "intensivmedizinisch versorgt" werden müssen (*siehe DKR 1001s)	Peritonealdialyse manuell < 10 Zyklen pro Tag oder maschinell	<ul style="list-style-type: none"> • Peritonealdialyse manuell >=10 Zyklen/Tag oder Intervall < 2 Stunden und/oder • vECMO und/oder vaECMO (nur bei invasiv beatmete Patienten) und/oder • kontinuierliche Nierenersatzverfahren (CVH, CVHD, CVHDF) (nur bei invasiv beatmeten Patienten) und/oder • Postreanimationstherapie Tag 1-3 / 72h nach Ereignis (nur bei invasiv beatmeten Patienten) und/oder • Thermische Verletzungen >20% KOF
Zuordnung			
5. Übergeordnete Einstufungskriterien	ALLE, die nicht in IS2 und IS3 zugeordnet werden und "intensivmedizinisch versorgt" werden müssen (*siehe DKR 1001s)	<ul style="list-style-type: none"> • Schwerwiegende Bewusstseinsstörung / Coma (GCS...) • Tag mit Transportbegleitung 	<ul style="list-style-type: none"> • Isolation mit Einzelzimmer-Schleusung (KRINKO-Empfehlungen und lokale Hygienerichtlinien) und/oder • Andere Gründe bei 1:1 - Betreuung (Grund dokumentieren) und/oder • Sterbebegleitung / Tag des Todes
Zuordnung			
Summe Zuordnung			

* Definition „intensivmedizinisch versorgten“ Patienten aus DKR 1001s

„... Patienten, bei denen die für das Leben notwendigen sogenannten vitalen oder 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. Das Grundleiden, das die intensivmedizinische Behandlung bedingt hat, muss in diesem Zusammenhang nicht mit der Hauptdiagnose identisch sein.

Diese intensivmedizinische Versorgung umfasst mindestens ein Monitoring von Atmung und Kreislauf und eine akute Behandlungsbereitschaft (ärztliche und pflegerische Interventionen zur Stabilisierung der Vitalfunktionen unmittelbar möglich).“

Zuordnungsregeln für die 5 Leistungsbereiche / Abgrenzungskriterien:

- Jeder Patient ist einmal pro Tag einer der 3 Pflegestufen zuzuordnen. (optional 1 x pro Schicht)
- Patienten mit 1:1 - Betreuung (Grund dokumentieren) sind immer in IS3, ansonsten gilt:
 - Für IS3 muss 1 Leistungsbereich / Abgrenzungskriterium aus IS3 erfüllt sein.
 - Für IS2 muss 1 Leistungsbereich / Abgrenzungskriterium aus IS2 erfüllt sein.
 - Alle anderen "intensivmedizinisch versorgten" Patienten der PICU fallen in IS1.

Anlage 7

Zu § 6 Absatz 5

Format für die Datenübermittlung an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 7

Institutionskennzeichen (IK)	
Krankenhausname	
Ort des Krankenhauses	
Jahr	
Quartal	
Signatur	

Standortnummer nach § 293 Abs. 6 SGB V	Stationsbezeichnung	Fachabteilungsschlüssel nach den Daten nach § 21 KHEntgG (ggf. kommasepariert)	Fachabteilungsbezeichnung	Kategorie der Station (-Normalstation Erwachsene -Normalstation Kinder -Intensivstation Kinder)	Monat	Schicht (Tag oder Nacht)	Anzahl Schichten

Anzahl Betten	Anzahl Patienten	durchschnittliche Patienten-belegung	einzusetzende Pflegefachkräfte (SOLL) in VK gem. § 3 Pflegepersonalbemessungsverordnung	einzusetzende Kinderpflegefachkräfte (SOLL) in VK gem. § 4 Pflegepersonalbemessungsverordnung	durchschnittlich eingesetzte Pflegefachkräfte (IST) in VK gem. § 5 Pflegepersonalbemessungsverordnung	durchschnittlich eingesetzte Kinderpflegefachkräfte (IST) in VK gem. § 5 Pflegepersonalbemessungsverordnung	Anmerkung

vom InEK berechnet			
Abweichung IST von SOLL Pflegefachkräfte (absolut)	Abweichung IST von SOLL Pflegefachkräfte (prozentual)	Abweichung IST von SOLL Kinderpflegefachkräfte (absolut)	Abweichung IST von SOLL Kinderpflegefachkräfte (prozentual)

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die Diskussion um die Personalsituation im Pflegedienst der Krankenhäuser wird seit mehreren Jahrzehnten geführt. Bereits in den achtziger Jahren haben verschiedene Entwicklungen (u.a. Zunahme diagnostischer und therapeutischer Verfahren durch den technischen Fortschritt und damit eine Leistungsausweitung in der stationären Pflege, demographische Entwicklungen und ständig wachsender Anteil älterer Patienten) dieses Thema in den Mittelpunkt in der sozialpolitischen Auseinandersetzung gerückt. Nachdem sich die Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) bis Mitte 1989 nicht auf einen gemeinsamen Empfehlungsentwurf zur Bemessung des Personalbedarfs einigen konnten wurde die Pflegepersonalregelung (PPR) in der Folge durch eine Expertengruppe unter dem Vorsitz des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erarbeitet. Die Regelung hatte zum Ziel, eine leistungsbezogene Personalbemessung zu etablieren, welche insbesondere die Tätigkeitsprofile verschiedener pflegerischer Leistungen sachgerecht abbildet. Parallel hatte eine zweite Expertengruppe ein entsprechendes Konzept für die Kinderkrankenpflege entwickelt. Es folgte die Einführung der PPR in Art. 13 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266).

Mit Art. 13 des Zweiten Gesetzes zur Neuordnung der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) wurde die PPR wieder aufgehoben. Der Gesetzgeber hat die Aufhebung u.a. damit begründet, dass das damals weiterentwickelte Vergütungssystem verstärkt wettbewerbsrechtliche Elemente enthielt, die mit der Pflegepersonalregelung nur bedingt kompatibel waren. Auch sollte im Sinne der Deregulierung die Verantwortung wieder in die Hände der Selbstverwaltungspartnern gelegt werden. Die weitere Anwendung der Maßstäbe der Pflegepersonalregelung im Rahmen von vertraglichen Vereinbarungen sollte der Selbstverwaltung weiterhin grundsätzlich möglich sein (BT-Drs. 13/6087, S. 36).

Angesichts der sich im Laufe der Jahre kontinuierlich verschlechternden Arbeitssituation der Pflegekräfte im Krankenhaus entstand neuer Handlungsbedarf zur verbindlichen Einführung eines Pflegepersonalbemessungsinstrumentes, damit sichergestellt werden kann, dass Krankenhäuser mit einer ausreichenden Zahl an Pflegekräften arbeiten. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR) und die Gewerkschaft ver.di hatten sich im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) im Juni 2019 darauf geeinigt, bis Ende 2019 ein Pflegepersonalbemessungsinstrument zu entwickeln und im Anschluss dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) zu übermitteln. Die drei Verbände haben sich daraufhin im August 2019 auf erste Eckpunkte für ein solches Personalbemessungsinstrument verständigt und auf deren Grundlage die Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) als Pflegepersonalbemessungsinstrument konsentiert. Die PPR 2.0 basiert auf den Grundlagen der PPR aus dem Jahr 1992, die Inhalte wurden jedoch aktualisiert und an die aktuelle Situation der Krankenhäuser angepasst.

Die Überarbeitung und Aktualisierung der PPR auf PPR 2.0 erfolgte in einem mehrstufigen Prozess, in welchen sich die Beteiligten vor allem auf die Aktualisierung der Grund- und Fallwerte sowie die fachlich-inhaltliche Bewertung der Leistungsinhalte der allgemeinen und speziellen Pflege (A- und S- Bereich) konzentriert haben (Jahn/Genster/Metzinger, f&w 2/2020, S. 5 ff.).

Die DKG beauftragte das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle, die Handhabbarkeit und Umsetzbarkeit der neuen Version der PPR zu überprüfen. Dies erfolgte Ende des Jahres 2019, die Ergebnisse sind auf der Homepage der DKG abrufbar: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5._Personal_und_Weiterbildung/2.5.0._PPR_2.0/Abschlussbericht_DKG_Pre-Test_PPR2.0_final.pdf.

Im Koalitionsvertrag 2021-2025 wurde vereinbart, zur verbindlichen Personalbemessung im Krankenhaus kurzfristig die PPR 2.0 einzuführen. Für die Qualität der Patientenversorgung und die Arbeitssituation der Pflegekräfte in den Krankenhäusern ist eine angemessene Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus essentiell. Gute Arbeitsbedingungen und eine hochwertige pflegerische Versorgung müssen gewährleistet werden. Um die Personalsituation in der Pflege zu verbessern, soll der für eine bedarfsgerechte Pflege am Bett erforderliche Personaleinsatz auf bettenführenden Stationen der Somatik angesichts der fortwährend angespannten Personalsituation in der Pflege im Krankenhaus durch ein Instrument zur Pflegepersonalbemessung sichergestellt und unter Berücksichtigung des Konzeptes der PPR 2.0 Vorgaben zur Personalbesetzung festgelegt werden.

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (Gesetz vom 20. Dezember 2022, BGBl. I 2793) wurde im § 137k Absatz 4 und 5 SGB V der Auftrag zur Einführung eines Pflegepersonalbemessungsinstrumentes verankert. Vor der Einführung sollte gemäß § 137k Absatz 2 SGB V eine umfassende Erprobung der PPR 2.0 stattfinden, um festzustellen, ob das Instrument über die gebotene Anwendungsreife verfügt sowie um einen Überblick über die derzeitigen Erfüllungsgrade der mit PPR 2.0 ermittelten Personalausstattung zu bekommen. Die Erprobung fand in dem Zeitraum vom 4. Mai bis zum 31. Juli 2023 statt (zu den Details siehe Bericht unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Kinder_PPR_Erprobung_20230831.pdf). Die Erkenntnisse aus der Erprobung sind in die Erarbeitung der vorliegenden Verordnung eingeflossen.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Ab dem 1. Januar 2024 sollen die Krankenhäuser ihren Pflegepersonalbedarf nach den Vorgaben der Rechtsverordnung für alle bettenführenden Stationen der Somatik ermitteln. Im Einzelnen werden Regelungen zu den folgenden Bereichen getroffen:

- Personalbemessung auf Normalstationen für Erwachsene,
- Personalbemessung auf Normalstationen für Kinder,
- Personalbemessung auf Intensivstationen für Kinder,
- Übermittlung der erhobenen Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)

Anhand der übermittelten Daten soll in einem ersten Schritt ermittelt werden, wie sich die vorhandene Ist-Personalausstattung zur mithilfe der PPR 2.0 ermittelten Soll-Personalausstattung verhält. In einem nächsten Schritt soll eine sog. Konvergenzphase eingeleitet und Regelungen getroffen werden, mit denen die stufenweise Anhebung des Erfüllungsgrades der Soll-Personalbesetzung mit dem Ziel des Personalaufbaus beginnt. Für den Fall des Unterschreitens des festgelegten Erfüllungsgrades können künftig in der Rechtsverordnung Sanktionen festgelegt werden.

III. Alternativen

Keine.

IV. Regelungskompetenz

Die Regelungskompetenz des Bundesministeriums für Gesundheit folgt aus § 137k Absatz 4 SGB V.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Die Regelung ist mit dem Recht der Europäischen Union und mit den völkerrechtlichen Verträgen vereinbar.

VI. Regelungsfolgen

Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Keine.

Nachhaltigkeitsaspekte

Die Verordnung steht im Einklang mit dem Leitprinzip der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich Gesundheit, Lebensqualität, sozialem Zusammenhalt und sozialer Verantwortung und unterstützt insbesondere die Umsetzung der Managementregel Nummer 3 Buchstabe b der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie, nach der Gefahren und unvermeidbare Risiken für die menschliche Gesundheit zu vermeiden sind. Die Regelungen fördern die Patientensicherheit und die Qualität der Leistungen, sichern eine menschenwürdige Krankenversorgung und reduzieren zugleich die gesundheitlichen Belastungen für die in Krankenhäusern beschäftigten Pflegekräfte.

Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Keine.

Erfüllungsaufwand

Im Vorfeld der Entwicklung dieser Verordnung wurde die im § 137k Abs. 2 SGB V vorgesehene wissenschaftliche Erprobung durchgeführt. Im Rahmen dieser Erprobung wurde auch der mit der Implementierung des Personalbemessungsinstrumentes einhergehende Aufwand auf den Stationen gemessen. Die Untersuchung hat ergeben, dass im Erwachsenenbereich mehr als ein Drittel der teilnehmenden Stationen ca. 20 bis 40 Minuten pro Person benötigt haben, um das Pflegepersonalbemessungsinstrument einzuführen und bekannt zu machen. Die Einstufung der Patientinnen und Patienten in die jeweiligen Leistungsstufen (A-/S-Kategorien) wurden mehrheitlich 1 bis 5 Minuten pro Patient oder Patientin benötigt. Auf den Kinderstationen hat ca. ein Drittel der Stationen mehr als 120 Minuten für ein Einarbeiten in die Anwendungsvorschrift benötigt. Für die Einstufungen der Patientinnen und Patienten in die Leistungsstufen (KA-/KS-Kategorien) haben zwei Drittel der Stationen zwischen 1 und 10 Minuten benötigt.

Für das InEK ergibt sich ein Erfüllungsaufwand für die Annahme der Daten der Krankenhäuser und deren Auswertung, sowie Übermittlung der Auswertungen an das

Bundesministerium für Gesundheit und die zuständigen Landesbehörden. Dieser wird auf rund 55.000 Euro in ersten Erfassungsjahr und auf 40.000 Euro in den Folgejahren geschätzt.

Aus der Verpflichtung, die erhobenen Daten an das InEK zu übermitteln, entsteht den Krankenhäusern Erfüllungsaufwand. Für die Datenmeldungen insgesamt existiert bereits ein etablierter Datenübermittlungsweg an das InEK, sodass die Datenübermittlungssysteme nur an die konkreten Anforderungen dieser Verordnung angepasst werden müssen. Der einmalige Aufwand im Zusammenhang mit der Anpassung von digitalen Prozessabläufen sowie Anpassung der digitalen Prozessabläufe wird auf circa 5 Stunden pro Krankenhaus geschätzt. Dies würde für alle Krankenhäuser einmalige Kosten in Höhe von 320.000 Euro ergeben. Gleichwohl kann der Aufwand, der den Krankenhäusern im Zusammenhang mit der Umstellung und Anpassung ihrer Datenverarbeitungssysteme entsteht, sehr stark von dem vorgefundenen Digitalisierungsgrad des Krankenhauses abhängen.

Als laufender Aufwand ergibt sich für die Krankenhäuser einmal im Quartal ein Aufwand in Höhe von ca. 1,16 Stunden pro Krankenhaus. Unter Zugrundelegung der Annahme, dass es in Deutschland rund 1.890 Krankenhäuser gibt und die durchschnittlichen Lohnkosten im Gesundheitswesen 33,90 Euro je Stunde betragen, ergibt dies Bürokratiekosten von rund 74 000 Euro pro Quartal und rund 297 000 Euro pro Jahr für die Krankenhäuser.

Weitere Kosten

Keine.

Weitere Regelungsfolgen

Keine.

VII. Befristung; Evaluierung

Die Regelung stellt den ersten Schritt zu einer flächendeckenden und rechtsverbindlichen Einführung eines Pflegepersonalbemessungsinstrumentes dar. Daher ist es geplant, die Umsetzung der Regelung in der Praxis laufend anhand der vom InEK analysierten Daten auszuwerten.

B. Besonderer Teil

Zu Kapitel 1 (Allgemeine Vorschriften)

Zu § 1 (Ziel und Anwendungsbereich)

Zu Absatz 1

Mit dieser Verordnung soll ein Pflegepersonalbemessungsinstrument eingeführt werden, mit welchem mittelfristig sichergestellt werden kann, dass die Krankenhäuser mit einer Anzahl an Pflegekräften arbeiten, die tatsächlich dem Bedarf entspricht. Um dieses Ziel zu erreichen, werden zunächst Regelungen getroffen, mit denen festgelegt wird, wie die Daten zur Soll- und Ist-Personalbesetzung in den Krankenhäusern zu erheben sind.

Zu Absatz 2

Der Anwendungsbereich dieser Verordnung ist auf bettenführende Normalstationen der Somatik für Erwachsene sowie auf bettenführende Normalstationen der Somatik und Intensivstationen für Kinder in den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern beschränkt.

Ob eine Station als Intensivstation im Sinne dieser Verordnung gilt, bestimmt sich danach, ob die Definition der intensivmedizinischen Versorgung nach den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR 1001s) erfüllt ist. Demnach sind intensivmedizinisch versorgte Patientinnen und Patienten solche, bei denen die für das Leben notwendigen sogenannten vitalen oder 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. Das Grundleiden, das die intensivmedizinische Behandlung bedingt hat, muss in diesem Zusammenhang nicht mit der Hauptdiagnose identisch sein. Diese intensivmedizinische Versorgung umfasst mindestens ein Monitoring von Atmung und Kreislauf und eine akute Behandlungsbereitschaft (ärztliche und pflegerische Interventionen zur Stabilisierung der Vitalfunktionen unmittelbar möglich).

Im Falle Intermediate Care-Stationen (IMC-Stationen) muss die Abgrenzung, ob es sich dabei um eine Intensivstation handelt oder nicht, einzelfallbasiert erfolgen, da keine abschließende Definition einer IMC-Station existiert. Wenn die o.g. Definition nicht erfüllt ist, gelten die Vorschriften für Kinder-Normalstationen.

Zu Absatz 3

Aufgrund ihres speziellen Profils und einer andern Personalstruktur sind aus dem Anwendungsbereich dieser Verordnung besondere Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgenommen. Es handelt sich hier um Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit besonderem therapeutischen Konzept und multiprofessionellen Teams (vgl. OPS 9-403). Zu diesen Einrichtungen gehören u.a. eigenständige Stationen für Kinder- und Jugendpsychosomatik sowie spezialisierte eigenständige stationäre Einrichtungen für Neuro- und Sozialpädiatrie, Kinderrheumatologie, Kinderdermatologie, Kinderdiabetologie.

Zu § 2 (Begriffsbestimmungen)

In der Vorschrift werden Definitionen der für die Regelungen zentralen Begriffe verankert.

Zu Absatz 1

Im Absatz 1 wird die Definition des für die Personalbemessung im Bereich der Krankenpflege für Erwachsene zentralen Begriffes der Pflegekraft festgelegt. Eine Pflegekraft ist demnach eine Pflegefachkraft oder eine Pflegehilfskraft. Die Auflistung der Abschlüsse und der Berufsgruppen, die unter die Definition einer Pflegehilfskraft fallen, deckt sich mit dem Regelungsgehalt des § 2 Absatz 1 Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung und des Anhangs zur Anlage 3 der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung vom 21. März 2022 (vgl. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.2_Finanzierung_und_Leistungskataloge/2.2.2._Stationaere_Verguetung/2.2.2.3._Pflegefianzierung/Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung_2022.pdf).

Zu Absatz 2

Im Bereich der Kinderkrankenpflege ist für die Personalbemessung die Tätigkeit der Kinderpflegefachkräfte relevant. Im Absatz 2 wird definiert, welche Berufsabschlüsse unter die Definition einer Kinderpflegefachkraft im Sinne der Verordnung fallen.

Zu den Absätzen 3 bis 6

In den Absätzen 3 bis 9 werden weitere für die Anwendung der Verordnung relevanten Begriffsbestimmungen festgelegt.

Zu § 3 (Ermittlung der Soll-Personalbesetzung auf Normalstationen für Erwachsene)

Zu Absatz 1

In der Vorschrift werden die Grundsätze festgelegt, nach denen sich die Ermittlung der Soll-Personalbesetzung auf Erwachsenenstationen richtet. Diese setzt sich aus den für die Tagschicht und für die Nachtschicht ermittelten Stellen zusammen.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 werden die Berechnungsgrundsätze für die Ermittlung der Gesamtstundenzahl auf Normalstationen für Erwachsene in der Tagschicht aufgestellt. Zunächst wird der Pflegegrundwert bzw. der erhöhte Pflegegrundwert im Falle der Patientinnen und Patienten in Isolation mit der Zahl der jeweiligen Patientinnen und Patienten vervielfacht. Im zweiten Schritt werden die durch die Einstufung der Patientinnen und Patienten in die jeweiligen Leistungsstufen und Patientengruppen ermittelten Minutenwerte mit der Zahl der Patientinnen und Patienten in der jeweiligen Patientengruppe vervielfacht. Des Weiteren wird der Fallwert mit der Zahl der Krankenhausaufnahmen je Tag vervielfacht.

Für die teilstationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten werden die halben Minutenwerte für die Einstufung in Leistungsstufen und Patientengruppen und für die Krankenhausaufnahme berücksichtigt.

Alle nach den obigen Ausführungen ermittelten Minutenwerte sind zu addieren und in Personalstellen umzurechnen.

Zu Absatz 3

Die Personalbedarfsbemessung nach den Grundsätzen der PPR war seit der ersten Version nicht für den Nachtdienst vorgesehen (Mitglieder der Expertengruppen Kranke- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 62). In der Aktualisierung der PPR auf PPR 2.0 sind Regelungen für den Nachtdienst in Form von festgelegten Untergrenzen enthalten. Diese orientieren sich zum Teil an den Bestimmungen der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV). Um keine zusätzlichen Datenübermittlungspflichten zu generieren, wird daher zunächst geregelt, dass dort, wo die PpUGV gilt, bei der Ermittlung des Personalbedarfs für den Nachtdienst die in der PpUGV festgelegten Untergrenzen zugrunde zu legen sind.

Bei der Ermittlung der Soll-Personalbesetzung ist zunächst zu prüfen, ob die Station in den Anwendungsbereich der PpUGV fällt. Dies ist dann der Fall, wenn sie Teil eines pflegesensitiven Bereiches ist, siehe § 6 PpUGV. Da aktuell gemessen an Belegungstagen ca. 93,5% der Fachabteilungen in den Anwendungsbereich der PpUGV fallen, dürfte dieser Grundsatz für die meisten Krankenhäuser gelten. Für diejenigen, die vom Anwendungsbereich der PpUGV nicht umfasst sind, gilt das Verhältnis von 20 Patientinnen und Patienten zu 1 Pflegekraft als Vorgabe der Soll-Personalbesetzung für die Nachtschicht.

Zu Absatz 4

Bei der Berechnung der Personalstellen ist die Höhe der Ausfallzeiten zu berücksichtigen. Zu den Ausfallzeiten gehören Wochenfeiertage, Urlaub, Arbeitsunfähigkeit, Schutzfristen, Kur- und Heilverfahren, Wehrübungen, externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Tätigkeiten im Personalrat, Betriebsrat oder in der Mitarbeitervertretung, Tätigkeit in der Vertretung ausländischer, schwerbehinderter oder suchterkrankter Beschäftigter, Tätigkeit als Sicherheitsbeauftragter oder Sicherheitsbeauftragte, als Beauftragte oder Beauftragte für Arbeitssicherheit, als Hygienebeauftragte oder Hygienebeauftragter, als Gleichstellungsbeauftragte oder Gleichstellungsbeauftragter sowie weitere relevante Ausfallzeiten.

Darüber hinaus erhält das Krankenhaus anteilig für jeweils fünfzig Pflegekräfte einschließlich Nachtdienst zusätzlich eine volle Stelle für eine leitende Krankenpflegeperson oberhalb der Stationsebene. Diese zusätzliche Stelle ist unabhängig von der Stelle für die Leitung des Pflegedienstes.

Zu Absatz 5

Absatz 5 definiert die Dauer von Tag- und Nachtschicht sowie legt das Vorgehen der Zuordnung des Personals zu den jeweiligen Schichten fest. Die Festlegung des 16-stündigen Geltungszeitraumes für die PPR 2.0 (von 6 bis 22 Uhr) ist das Ergebnis des Aktualisierungsprozesses auf PPR 2.0 (Jahn/Genster/Metzinger, f&w 2/2020, S. 6). Die Definition der Tag- und Nachtschicht ist nur für den Bereich der Krankenpflege für Erwachsene anwendbar, da im Bereich der Krankenpflege für Kinder sich die Ermittlung der Personalbesetzung mittels Patienteneinstufungen und Minutenwerte auf 24 Stunden bezieht.

Zu § 4 (Ermittlung der Soll-Personalbesetzung auf Normal- und Intensivstationen für Kinder)

Zu Absatz 1

In der Vorschrift werden die Grundsätze festgelegt, nach denen sich die Ermittlung der Soll-Besetzung auf Normal- und Intensivstationen für Kinder richtet. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die Anzahl der auf der jeweiligen Station auf der Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Kinderpflegefachkräfte zu ermitteln. Die Ergebnisse sind in Vollzeitäquivalente umzurechnen.

Die Vorgaben zur Ermittlung der Soll-Personalbesetzung bezieht sich auf 24h, daher wird hier, im Gegensatz zum Erwachsenenbereich, nicht zwischen Tag- und Nachtschicht unterschieden.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird der Berechnungsmechanismus für die Ermittlung des Personalbedarfes festgelegt.

Um die Gesamtstundenzahl zu ermitteln, wird zunächst der Pflegegrundwert mit der Zahl der insgesamt zu behandelnden Patientinnen und Patienten vervielfacht. In einem zweiten Schritt werden die durch Einstufung der Patientinnen und Patienten in die Leistungsstufen und Patientengruppen ermittelten Minutenwerten mit der Zahl der Patientinnen und Patienten je Kalendertag vervielfacht. Für teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten sind hier halbe Minutenwerte zu berücksichtigen. Die sich aus der Summe dieser Berechnungen ergebende Gesamtstundenzahl ist in Vollzeitäquivalente umzurechnen.

Zu Absatz 3

Auch hier gilt, dass die Höhe des Ausfallzeiten zu berücksichtigen ist (zur Definition siehe Begründung zu § 3 Absatz 4) und dass das Krankenhaus anteilig für jeweils 50 Beschäftigte zusätzlich eine volle Stelle für eine leitende Krankenpflegeperson oberhalb der Stationsebene erhält.

Zu § 5 (Ermittlung der Ist-Personalbesetzung)

Um künftig feststellen zu können, inwiefern die Personalbesetzung in den Krankenhäusern dem nach den Vorschriften dieser Verordnung ermittelten Bedarf entspricht, wird die vorhandene Personalbesetzung nach den im § 5 enthaltenen Grundsätzen ermittelt.

Zu Absatz 1

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die Zahl der auf der jeweiligen Station eingesetzten Pflegekräfte bzw. Kinderpflegefachkräfte zu ermitteln. Da die bloße Zahl der Personen aufgrund der verschiedenen Arbeitszeitmodelle nicht aussagekräftig ist, sind diese in Vollzeit-äquivalente umzurechnen.

Zu Absatz 2

Zur Ermittlung der Ist-Personalbesetzung im Bereich der Erwachsenenkrankenpflege sind zunächst alle Pflegefachkräfte, die auf einer Station während einer Schicht tätig waren (umgerechnet in Vollzeitäquivalente) zu berücksichtigen. Für jeden Kalendermonat ist eine durchschnittliche Personalausstattung zu ermitteln, die sich aus der Summe der pro Schicht geleisteten Arbeitsstunden ohne Pausenzeiten eines Kalendermonats geteilt durch die Anzahl der Stunden der Schichten des jeweiligen Kalendermonats ergibt. Pflegekräfte, die an einem Arbeitstag in mehreren Schichten tätig waren, anteilig den Schichten zuzuordnen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt, wie die Ist-Personalbesetzung im Bereich der Kinderkrankenpflege zu ermitteln ist. Da hier im Vergleich zum Erwachsenenbereich ein anderer zeitlicher Bezug besteht, ist der 24-Stunden-Zeitraum zugrunde zu legen, der auch Grundlage für die retrospektive Einstufung von Patientinnen und Patienten ist. Auf Intensivstationen, die das 3-Schichten-Modell anwenden, sind die Angaben entsprechend in 24h umzurechnen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Anrechnung anderer Berufsgruppen als Pflegefachkräfte auf die ermittelte Ist-Personalbesetzung. Im Mittelpunkt der Pflegepersonalbemessung steht die Ermittlung des Bedarfes an Pflegefachkräften und der Vergleich der vorhandenen Ist-Personalbesetzung mit den Ergebnissen dieser Ermittlung. Es gibt jedoch einige Tätigkeiten, die zur Entlastung der Pflegefachkräfte durch Pflegehilfskräfte vorgenommen werden können. Aus diesem Grund ist eine Anrechnung der Tätigkeit von Pflegehilfskräften auf die Tätigkeit der Pflegefachkräfte zu 10% erlaubt. Da Hebammen im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe auch pflegerische Tätigkeiten ausüben, darf auch ihre Tätigkeit bei der Ermittlung der Ist-Personalbesetzung angerechnet werden. Die Anrechnungsgrenzen orientieren sich in beiden Fällen an denen, die in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vorgesehen sind.

Zu Absatz 5

Im Bereich der Krankenpflege für Kinder ist es aufgrund der z.T. sehr hohen Vulnerabilität der Patientinnen und Patienten besonders wichtig, dass eine angemessene Besetzung mit den auf die Bedürfnisse der Kinder spezialisierten Kinderfachpflegekräften sichergestellt wird. Aus diesem Grund darf eine Anrechnung der Tätigkeiten von Pflegehilfskräften nur zu 5% erfolgen. In denjenigen Krankenhäusern, die auf Kinderstationen Ausbildung zur Kinderfachpflegekraft anbieten, dürfen die Tätigkeiten der Auszubildenden zu 10% angerechnet werden. Da ein hoher Bedarf an qualifizierten Kinderfachpflegekräften besteht, sollen auf diese Art und Weise Anreize für die Krankenhäuser gemacht werden, den Auszubildenden das Absolvieren des praktischen Teils der Ausbildung zu ermöglichen.

Zu § 6 (Datenübermittlung an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus)

Die zur Soll- und Ist-Personalbesetzung erhobenen Daten werden durch die Krankenhäuser an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelt, damit Auswertungen vorgenommen werden können. § 6 regelt den Prozess dieser Übermittlung.

Zu Absatz 1

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, innerhalb von 30 Tagen nach Inkrafttreten dieser Verordnung eine Initialmeldung abzugeben, d.h. dem Institut für das Entgelt im InEK mitzuteilen, welche Fachabteilungen und welche dazugehörigen Stationen im Geltungsbereich dieser Verordnung vorhanden sind. Diese Meldung dient dazu, dass das InEK entsprechende Strukturen für die Annahme und spätere Auswertung der Daten anlegen kann. Wenn sich zu einem späteren Zeitpunkt Änderungen hinsichtlich der vorhandenen Struktur der Fachabteilungen und Stationen ergeben, sind diese unverzüglich dem InEK mitzuteilen.

Bei der Auslegung des Begriffes „unverzüglich“ sind die Maßstäbe des Bürgerlichen Gesetzbuches zugrunde zu legen, d.h. die Mitteilung hat ohne schuldhaftes Zögern zu erfolgen (vgl. § 121 Absatz 1 Satz 1 BGB).

Zu Absatz 2

In Absatz 2 ist der Ablauf der quartalsweise zu erfolgenden Meldung geregelt. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die ermittelten Angaben zu Soll- und Ist-Personalbesetzung jeweils bis zum 15. Tag des auf ein Quartal folgenden Monats dem InEK zu übermitteln. Die Meldung hat monatsbezogen für die jeweilige Station und Schicht zu erfolgen. Die Übermittlung hat erstmals bis zum 15. April 2024 zu erfolgen. Wenn seitens der Krankenhäuser vor Ablauf der Frist gegenüber dem InEK angezeigt wird, dass eine Übermittlung innerhalb der Frist nicht möglich sein wird, verlängert sich diese um 14 Tage. Alle Übermittlungen sind auf elektronischem Weg über das den Krankenhäusern bekannte InEK-Portal vorzunehmen. Bis zum Ablauf der Frist (oder der verlängerten Frist) können bereits übermittelten Angaben korrigiert werden.

Zu Absatz 3

Über die im Absatz 2 geregelte quartalsweise Meldung hinaus, sind die Krankenhäuser verpflichtet, eine Jahresmeldung mit den nach §§ 3, 4 und 5 ermittelten Angaben abzugeben. Zu diesem Zweck sind die erfolgten Quartalsmeldungen in eine Jahresmeldung zusammenzufassen und die Richtigkeit der Angaben ist durch einen Wirtschaftsprüfer, eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, einen vereidigten Buchprüfer oder eine Buchprüfungsgesellschaft zu bestätigen. Der Inhalt der Meldung und die Bestätigung sind bis zum 30. Juni für das jeweilige Vorjahr auf elektronischem Wege über das InEK-Portal an das InEK zu übermitteln. Die Meldung hat zum ersten Mal bis zum 30. Juni 2025 erfolgen.

Zu Absatz 4

Die Quartalsmeldungen sowie die Jahresmeldungen erfolgen für jeden Standort unter Angabe des Standortkennzeichens nach der Vereinbarung nach § 293 Absatz 6 SGB V über ein bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017. Die Vereinbarung ist auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter folgendem Link abrufbar: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.1_Digitalisierung_Daten/2.1.2._Informationstechnik_im_Krankenhaus/2.1.2.1._Verzeichnisse_und_Register/Vereinbarungen_Standortverzeichnis.pdf.

Zu Absatz 5

Für die Datenübermittlung nach Absatz 2 und 3 ist das aus der Anlage 7 ersichtliche Datenformat zu nutzen. Weitere Einzelheiten zur technischen Umsetzung der Initial-, Quartals- und Jahresmeldung legt das InEK bis zum 31. Januar 2024 fest. Diese Informationen werden auf Webseite des InEK veröffentlicht.

Zu § 7 (Datensammlung und Auswertung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus)

Zu Absatz 1

Die Erhobenen Daten zu Ist- und Soll Personalbesetzung werden durch das InEK ausgewertet, um zu ermitteln, wie hoch die Erfüllungsgrade der unter Anwendung der Vorschriften dieser Verordnung ermittelten Soll-Personalbesetzung sind. Die Ermittlung der Erfüllungsgrade ist insbesondere für weitere Schritte der Einführung eines Pflegepersonalbemessungsinstrumentes von Bedeutung. Anhand der während der Konvergenzphase beobachteten Daten werden künftig Regelungen zu den Pflichterfüllungsgraden getroffen, bei deren Nichterfüllung Sanktionen eintreten.

Zu Absatz 2

Das InEK liefert die Datenauswertungen der Quartalsmeldungen nach Absatz 1 einmal pro Quartal an das Bundesministerium für Gesundheit. Dies erfolgt innerhalb von vier Wochen nach Ablauf der jeweiligen Meldefrist.

Zu Absatz 3

Die Auswertungen der Daten aus den Jahresmeldungen sind durch das InEK sowohl dem Bundesministerium für Gesundheit als auch den für das jeweilige Krankenhaus zuständigen Landesbehörden gem. § 137k Absatz 1 Satz 4 zu übermitteln. Die Übermittlung finden jedes Jahr bis zum 31. Juli, erstmals bis zum 31. Juli 2025, statt.

Zu Kapitel 2 (Personalbemessung in der Krankenpflege für Erwachsene)

Zu § 8 (Anwendungsbereich des zweiten Kapitels)

Die Vorschriften des zweiten Kapitels finden Anwendung für Stationen im Krankenhaus, auf denen Erwachsene, d.h. Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, behandelt werden.

Zu § 9 (Leistungsstufen und Patientengruppen)

Zu Absatz 1

Zur Ermittlung des Personalbedarfes werden Patientinnen und Patienten im Hinblick auf allgemeine und spezielle Pflege in Leistungsstufen (A1 bis A4 für die allgemeine Pflege und S1 bis S4 für die spezielle Pflege) kategorisiert. Dies richtet sich danach, welche pflegerischen Tätigkeiten in dem konkreten Fall geleistet werden müssen und wieviel Zeit diese in Anspruch nehmen. Eine detaillierte Zuordnung der pflegerischen Tätigkeiten zu den Leistungsstufen befindet sich in der Anlage 1. Maßgeblich für die Ermittlung des Personalbedarfes sind die notwendigen Pflegeleistungen, d.h. es handelt sich hier nicht nur um die erbrachten Pflegeleistungen, sondern auch um Pflegeleistungen, die auf der Grundlage der Pflegeplanung am Zuordnungstag zu erbringen sind. Wenn hier eine retrospektive Betrachtung beabsichtigt wäre, müsste der Beurteilungszeitpunkt grundsätzlich am Ende des Dienstes liegen (Mitglieder der Expertengruppen Kranke- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 78).

Die Zuordnung soll durch den Pflegedienst einmal täglich, in der Regel zwischen 15 und 21 Uhr erfolgen. Unerheblich ist dabei, ob der Patient oder die Patientin vorübergehend z.B. wegen einer Untersuchung, Therapie oder eines Spaziergangs abwesend ist. Entscheidend ist hier die administrative Zugehörigkeit des Patienten oder der Patientin zu der einordnenden Station. Beurlaubte Patientinnen und Patienten werden nicht zu den Leistungsstufen und Patientengruppen zugeordnet. Der Zuordnungszeitpunkt in der zweiten Tageshälfte

soll zum einen die individuelle Arbeitsorganisation der Stationen berücksichtigen und zum anderen eine möglichst präzise Abbildung der Patientenstruktur gewährleisten. So werden Patientinnen und Patienten am Entlasstag nicht mehr erfasst, während geplante Aufnahmen berücksichtigt werden können. Im Interesse der Schlüssigkeit von Zuordnungsergebnissen ist ein möglichst später Zuordnungszeitpunkt zu empfehlen, damit z.B. die Notwendigkeit etwaiger postoperativer Pflegemaßnahmen o.ä. korrekt eingeschätzt werden kann (Mitglieder der Expertengruppen Kranke- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 78-79).

Nach dem Konzept der Pflegepersonalregelung (bereits in ihrer alten Fassung von 1990) sind hier die Leistungen einer ganzheitlich orientierten Krankenpflege hinterlegt. Eine solche ganzheitliche Pflege bezieht Kranke und deren Angehörige aktiv in den Pflegeprozess ein. Damit sind in Bezug auf Angehörige gezielte Gespräche und Anleitung verbunden. Soweit Angehörige einzelne Pflegemaßnahmen ausführen, sind diese aufgrund des in der Regel erforderlichen vermehrten Anleitungs- und Gesprächsaufwands so zu bewerten, als wäre die Leistung von einer Pflegekraft erbracht worden (vgl. Mitglieder der Expertengruppen Kranke- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 74).

Bei der Leistungsstufe A1 handelt es sich um Patientinnen und Patienten, die selbständig sind und nur minimale Pflege- und Serviceleistungen benötigen. Informieren und orientierende Hilfe stehen hier im Vordergrund. Auch bei diesen Patienten liegt jedoch ein Pflegeaufwand vor, dieser Mindestaufwand umfasst Serviceleistungen im Zusammenhang mit der Krankenhausunterbringung sowie bei Bedarf einfache Prophylaxen. In der Praxis zeigt sich, dass gerade Patientinnen und Patienten in dieser Pflegestufe oft sehr kommunikationsaufwändig sind, da sie sich dies aufgrund ihrer nicht wesentlich eingeschränkten Mobilität auch einfordern können (Mitglieder der Expertengruppen Kranke- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 77).

In der Leistungsstufe A2 sind die Patientinnen und Patienten überwiegend selbständig, benötigen jedoch Hilfe oder Unterstützung, beispielsweise beim Aufstehen, Gehen, beim Essen, bei der Körperpflege und bei Ausscheidungen, woraus ein im Vergleich zur Leistungsstufe A1 erweiterter Pflegebedarf resultiert. Die aktivierende Pflege und vermehrte Gespräche haben hier insbesondere bei länger andauernden Erkrankungen einen hohen Stellenwert (Mitglieder der Expertengruppen Kranke- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 77).

In der Leistungsstufe A3 benötigen die Patientinnen und Patienten die vollständige Übernahme der Pflege oder es wird eine aktivierende Pflege durchgeführt. Für die Einstufung in die Leistungsstufe A4 sind bestimmte Werte des Barthel-Index maßgeblich sowie das Vorliegen der Einordnungsmerkmale. Einzelheiten zur Einordnung in die jeweiligen Leistungsstufen sind der Anlage 1 zu entnehmen.

Im Bereich der speziellen Pflege werden ebenfalls vier Leistungsstufen unterschieden. Die Einzelheiten dazu können der Begründung zu § 11 entnommen werden.

Die Einstufung ist einmal täglich, in der Regel zwischen 15 und 21h vorzunehmen. Der Zeitpunkt kann den Abläufen in dem jeweiligen Krankenhaus angepasst werden. Wenn bei Aufnahme von neuen Patientinnen und Patienten die Einstufungsrunde bereits abgeschlossen ist, werden diese am nächsten Tag eingestuft.

Zu Absatz 2

Aus der Kombination von Einstufungen im Bereich der allgemeinen Pflege und der speziellen Pflege ergibt sich die Zuordnung des Patienten oder der Patientin zu den Patientengruppen nach Absatz 2.

Zu Absatz 3

Die Zuordnung zu den Leistungsstufen A1 bis A4 und S1 bis S4 ist in der Pflegedokumentation auszuweisen.

Zu § 10 (Zuordnungsregeln allgemeine Pflege)

Die Vorschrift legt die Zuordnungsregeln im Bereich der allgemeinen Pflege für Erwachsene fest.

Zu Absatz 1

Die Leistungsstufe A1 bildet einen Auffangtatbestand. Dieser Leistungsstufe werden alle Patientinnen und Patienten zugeordnet, die nach den in den Absätzen 2 bis 4 genannten Kriterien nicht den Leistungsstufen A2, A3 oder A4 zugeordnet werden können.

Zu Absatz 2

In die Leistungsstufen A2 wird zugeordnet, wenn entweder in mindestens zwei verschiedenen Leistungsbereichen je ein Zuordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe A2 zutrifft, oder wenn in mindestens zwei verschiedenen Leistungsbereichen jeweils ein Zuordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe A2 und ein aus der Leistungsstufe A3 zutrifft.

Zu Absatz 3

Für eine Zuordnung zur Leistungsstufe A3 ist es notwendig, dass in zwei verschiedenen Leistungsbereichen je ein Zuordnungsmerkmal der Leistungsstufe A3 zutrifft.

Zu Absatz 4

Absatz 4 definiert die Voraussetzungen, unter denen eine Zuordnung zur Leistungsstufe A4 erfolgt. Dafür muss in mindestens zwei Leistungsbereichen jeweils ein Einordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe A4 zutreffen, zusätzlich dazu muss einer der in den Nummern 1 bis 3 genannten Parameter erfüllt sein. Bei den Nummern 1 bis 3 handelt es sich um verschiedene Verfahren zur Beurteilung der Alltagsfunktionen sowie der kognitiven Fähigkeiten des Patienten oder der Patientin.

Die Inhalte der Leistungsstufe A4 wurden im Zuge der Aktualisierung der PPR auf PPR 2.0 neu entwickelt. Die Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) wurde bei Erhalt der Leistungsstufe A4 abgelöst. Darüber hinaus wurden hier aktivierende Pflegekonzepte berücksichtigt. Die Zeitwerte für Pflegeplanung und -dokumentation wurden ebenfalls an den gestiegenen Umfang angepasst (Jahn/Genster/Metzinger, f&w 2/2020, S. 6).

Zu Nummer 1

Der Barthel-Index dient der Bewertung von Alltagsfunktionen nach Punkten. Für jede der 10 zu bewertenden Alltagsfunktionen gibt es eine Tabelle, in der 2, 3 oder 4 Bewertungsmöglichkeiten und deren jeweilige Punktzahl anzugeben sind. Die maximal erreichbare Punktzahl beträgt 100 Punkte. Ein detaillierter Einstufungsmanual zum Barthel-Index ist unter folgendem Link abrufbar: <https://www.dimdi.de/static/.downloads/deutsch/hamburger-manual-nov2004.pdf>, eine kurze Fassung der Tabelle mit den Einstufungskriterien und Punkte ist unter dem folgenden Link zu finden: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/zusatz-06-barthelindex.htm> .

Für die Einstufung in die Leistungsstufe A4 ist ein Ergebnis von 0 bis 35 Punkten relevant.

Zu Nummer 2

Der Erweiterte Barthel-Index dient der Bewertung kognitiver Funktionen nach Punkten. Für jede der 6 zu bewertenden kognitiven Funktionen gibt es eine Tabelle, in der 3 oder 4 Bewertungsmöglichkeiten und deren jeweilige Punktzahl angegeben ist. Die Tabelle zur Einstufung ist hier abrufbar: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/zusatz-07-erwbarthelindex.htm>.

Für die Einstufung in die Leistungsstufe A4 ist hier ein Ergebnis zwischen 0 und 15 Punkten relevant.

Zu Nummer 3

Der Mini-Mental-Status-Test ist ein Instrument zur Bewertung der kognitiven Funktionen der Patienten. Die maximal erreichbare Punktzahl sind 30 Punkte, die Bewertungstabelle ist unter dem folgenden Link abrufbar: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/zusatz-10-mmse.htm>.

Für die Einstufung in die Leistungsstufe A4 ist ein Ergebnis zwischen 0 und 16 Punkten relevant.

Zu § 11 (Zuordnungsregeln spezielle Pflege)

§ 10 legt die Zuordnungsregeln im Bereich der speziellen Pflege fest.

Zu Absatz 1

Ähnlich wie im Bereich der allgemeinen Pflege, bildet auch die erste Leistungsstufe S1 einen Auffangtatbestand, der zur Anwendung kommt, wenn keine Zuordnung zu den anderen drei Leistungsstufen stattfinden kann. Insbesondere in Verbindung mit Arzneimittelgabe beinhaltet dies ein breites Leistungsspektrum an Tätigkeiten. Soweit nicht explizit zu den anderen Leistungsstufen zugeordnet, können auch umfangreiche Diagnostik- und Therapie-vorbereitungen zu dieser Leistungsstufe gehören (Mitglieder der Expertengruppen Kranke- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 77).

Zu Absatz 2

Eine Zuordnung zur Leistungsstufe S2 erfolgt, wenn mindestens ein Einordnungsmerkmal aus einem der Leistungsbereiche der Leistungsstufe S2 zutrifft. Hier handelt es sich vor allem um Leistungen bei gesteigerter Häufigkeit von Maßnahmen wie Vitalzeichenkontrolle und/oder größerem Zeitbedarf für einzelne Leistungen, etwa aufwändige Haut- und Wundbehandlung (Mitglieder der Expertengruppen Kranke- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 78).

Zu Absatz 3

Eine Zuordnung zur Leistungsstufe S3 erfolgt, wenn mindestens ein Einordnungsmerkmal aus einem der Leistungsbereiche der Leistungsstufe S3 zutrifft.

Zu Absatz 4

Eine Zuordnung des Patienten zur Leistungsstufe S4 erfolgt, wenn mindestens jeweils ein Einordnungsmerkmal aus zwei Leistungsbereichen der Leistungsstufe S3 zutrifft.

Im Zuge der Aktualisierung der PPR wurde eine Aktualisierung der darunter fallenden Tätigkeiten mit den pflegetechnischen Leistungen (delegierte ärztliche Tätigkeiten)

vorgenommen und die S4 Stufe wurde insgesamt neu konstruiert (Jahn/Genster/Metzinger, f&w 2/2020, S. 6).

Zu § 12 (Minutenwerte)

Zur Entwicklung der Minutenwerte, die der PPR zugrundeliegen, wurde seinerzeit eine Expertengruppe unter dem Vorsitz des Bundesministeriums für Gesundheit eingesetzt. Die damalige Festlegung erfolgte nach einer umfangreichen Diskussion u.a. auf der Grundlage der Berufserfahrung der Beteiligten Expertinnen und Experten. Die Minutenwerte wurden mithilfe von Tätigkeitsprofilen entwickelt, in welchen eine umfangreiche Darstellung der pflegerischen Tätigkeiten erfolgte (Tuschen/Quaas, Bundespflegesatzverordnung, 4. Auflage, S. 61).

Im Zuge der Aktualisierung der ursprünglichen PPR auf PPR 2.0 wurden die Minutenwerte überprüft und teilweise angepasst, hier stand von allem die Aktualisierung der Grund- und Fallwerte im Fokus (Jahn/Genster/Metzinger, f&w 2/2020, S. 6).

Zu Absatz 1

Der Pflegegrundwert wird auf 33 Minuten je Patient oder Patientin und Tag festgelegt. Im Falle einer Isolationspflicht bei Vorliegen oder bei Verdacht einer übertragbaren Erkrankung beträgt der Pflegegrundwert 123 Minuten je Patient oder Patientin und Isolationstag. Das Tätigkeitsprofil für den Pflegegrundwert und den erhöhten Pflegegrundwert ergibt sich aus der Anlage 2.

Im Pflegegrundwert sind die Leistungen des Pflegedienstes enthalten, die keinen unmittelbaren Patientenbezug haben. Dazu gehören u.a. pflege- und behandlungsbezogene Besprechungen, Leistungen im Zusammenhang mit Leitungsaufgaben und der Ablauforganisation, innerbetriebliche Fortbildungen, sowie Maßnahmen zur Sicherung der pflegerischen Qualität.

Bei der ursprünglichen Leistungsbewertung im Rahmen der Konzipierung der PPR im Jahr 1990 ging die Expertengruppe bei der Berechnung des Pflegegrundwertes von 26 Patientinnen und Patienten pro Pflegeeinheit aus (Mitglieder der Expertengruppen Kranke- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 87).

Im Rahmen der Aktualisierung der PPR auf PPR 2.0 wurde der Pflegegrundwert von damals 30 auf 33 Minuten angepasst, da inzwischen weitere Leistungen bei der Berechnung berücksichtigt werden müssen. Diese betreffen die inzwischen erhöhten Anforderungen an die Qualitätssicherung, Umsetzung neuer Pflegekonzepte und Teilnahme an Pflichtweiterbildungen (Jahn et al., f&w 2/2020, S. 6).

Zu Absatz 2

Absatz 2 beinhaltet die Tabelle mit den Minutenwerten, die je Patientin oder Patient und Tag der Personalbemessung zugrunde zu legen sind.

Den einzelnen Leistungsstufen liegen dabei die folgenden Werte zugrunde:

Allgemeine Pflege			Spezielle Pflege		
		Minutenwert			Minutenwert
A1	Grundleistungen	20	S1	Grundleistungen	39
A2	Erweiterte Leistungen	75	S2	Erweiterte Leistungen	56

A3	Besondere Leistungen	164	S3	Besondere Leistungen	92
A4	Hochaufwendige Leistungen	296	S4	Hochaufwendige Leistungen	131

Die Grundlage für die Minutenwerte in der PPR 2.0 bilden die Werte aus der ursprünglichen Version der PPR. Die Ermittlung der Minutenwerte pro Patient oder Patientin und Tag erfolgte nach einem einheitlichen Berechnungsschema, das folgende Faktoren berücksichtigte:

- Tätigkeit
- Zeitdauer der Tätigkeit in Minuten
- Häufigkeit bei einem Patienten im Regeldienst
- Wochenfaktor
- Personalfaktor
- Anteil der Patientinnen und Patienten

In den während der Erarbeitung der PPR erstellten Tätigkeitsprofilen waren die in die Berechnung der Minutenwerte eingeflossenen Einzeltätigkeiten abgebildet. Im Zuge der Ermittlung von Einzelminutenwerten erfolgte eine leistungsstufenbezogene Zuordnung von Mikro-Tätigkeiten. Anhand dieser Methode wurden auch Vor- und Nachbereitungszeiten, wie z.B. das Auf- und Abrüsten des Verbandwagens, anteilige Wegezeiten, persönliche Verteilzeiten und Unterbrechungen durch Störungen einbezogen. Die Einbeziehung dieser Faktoren erfolgte unter Annahme einer ganzheitlichen Arbeitsorganisation, für Maßnahmen, die gebündelt zu erbringen sind, wurden Zeiten für Wege u.ä. nur anteilig zugerechnet (Mitglieder der Expertengruppen Kranke- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 80f.).

Die Basis für die Minutenberechnungen pro Pflegeleistung bildete ursprünglich die jeweilige Zeitdauer der Einzeltätigkeiten. Die Mitglieder der Expertengruppe, die die PPR damals erarbeitet hat, haben hier teilweise auf analytisch erhobene Grundlagen zurückgegriffen. Da wo dies nicht möglich war, wurden Schätzwerte zugrunde gelegt. Die Bestimmung der Minutenwerte erfolgte unter Zugrundelegung einer auf eine ganzheitliche Pflege orientierten Soll-Konzeption, die auf die „Soll-Dauer“ der einzelnen Pflegemaßnahmen abstellt. Die ermittelte Zeitdauer der Einzeltätigkeiten beinhalten auch Zeitanteile für maßnahmenbegleitende Kommunikation und Dokumentation (Mitglieder der Expertengruppen Kranke- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 82).

Auch die Häufigkeit der Durchführung von einzelnen Tätigkeiten während des Regeldienstes wurde in die Berechnungen einbezogen. Auch hier fanden Aspekte ganzheitlicher Pflege Eingang. Beispielsweise wurde bei verschiedenen Prophylaxen die „Soll-Häufigkeit“ und nicht die möglicherweise in der Praxis davon abweichende „Ist-Häufigkeit“ angesetzt (Mitglieder der Expertengruppen Kranke- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 82).

Die Minutenwerte der PPR sind auf eine 7-Tage-Woche ausgelegt, Pflegeleistungen, die z.B. in Verbindung mit Diagnostik an Wochenendtagen vermindert vorkommen, wurden entsprechend bereinigt, ebenso solche, die nicht täglich erbracht werden müssen, z.B. Haare waschen (Mitglieder der Expertengruppen Kranke- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 82).

Darüber hinaus wurde bei den Berechnungen der Personalfaktor, d.h. die Anzahl der an der Maßnahmenausführung beteiligten Personen, sowie der Anteil der Patientinnen und Patienten innerhalb der Leistungsstufe die jeweilige Tätigkeit benötigen, berücksichtigt (Mitglieder der Expertengruppen Kranke- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 82f.).

Zusätzlich zu den in der Tabelle enthaltenen Minutenwerte ist zu beachten, dass für jedes wegen des Krankenhausaufenthaltes der Mutter zu versorgende gesunde Neugeborene ein Wert von 110 Minuten je Tag zugrunde gelegt wird. Dies gilt unabhängig von der pflegerischen Leistung im Einzelfall (Mitglieder der Expertengruppen Kranke- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 88).

Zu Absatz 3

In Absatz 3 werden Regelungen zum Vorgehen bei Krankenhausaufnahme und -entlassung getroffen. Für jede Krankenhausaufnahme wird ein Fallwert von 75 Minuten zugrunde gelegt, der pro Patientin oder Patienten und Aufenthalt einmal angerechnet wird. Für des Entlassungstag werden 50% der Minutenwerte des Tages vor der Entlassung berechnet.

Das Tätigkeitsprofil für den Fallwert ist der Anlage 3 zu entnehmen und beinhaltet u.a. Tätigkeiten, die im Zusammenhang mit Aufnahmen von außen, Verlegungen, Entlassungen und Versorgung Verstorbener anfallen (Abholen der Patienten, Durchführen einer ersten Pflegeanamnese, Einweisen der Patienten und der Angehörigen). Krankenhausinterne Verlegungen sind bereits in den Minutenwerten für den Fallwert berücksichtigt (Mitglieder der Expertengruppen Kranke- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 88).

Im Zuge der Aktualisierung der PPR auf PPR 2.0 wurde das Tätigkeitsprofil für den Fallwert um Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Umsetzung der Expertenstandards und Leitlinien der Fachgesellschaften und Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Umsetzung von Entlassmanagement gemäß Rahmenvertrag nach § 39 Absatz 1a SGB V ergänzt und von 70 auf 75 Minuten angehoben.

Zu Absatz 4

Für Patientinnen und Patienten, die teilstationär behandelt werden, werden halbe Minutenwerte nach Absatz 1 und 2 zugrunde gelegt.

Da im Falle der wiederkehrenden Patientinnen und Patienten, die teilstationär behandelt werden, nicht alle vom Fallwert umfassten Tätigkeiten jedes Mal in vollem Umfang anfallen, wird der Fallwert einmal je Quartal zugrunde gelegt.

Zu Absatz 5

Absatz 5 stellt klar, dass die in den Absätzen 1 bis 4 festgelegten Minutenwerte für den Tagdienst, d.h. von 6 bis 22 Uhr gelten.

Zu Kapitel 3 (Personalbemessung in der Krankenpflege für Kinder)

Zu Abschnitt 1 (Personalbemessung auf Normalstationen)

Zu § 13 (Leistungsstufen und Patientengruppen)

In § 13 ist die Zuordnung der Patientinnen und Patienten im Bereich der Kinderkrankenpflege in die Leistungsstufen der allgemeinen und der speziellen Pflege sowie in die Patientengruppen, aufgrund welcher die Minutenwerte ermittelt werden, geregelt. Die Einstufung erfolgt einmal am Tag retrospektiv.

Ob die Einstufung auf einer Aufnahmestation vorzunehmen ist, von welcher die Kinder auf die anderen pädiatrischen Stationen verlegt werden, ist je nach Konstellation unterschiedlich zu betrachten:

- Wenn das Kind teilstationär in der Kinderaufnahmestation versorgt wird, sind die Vorschriften für Normalstation anzuwenden
- Wenn das Kind über Mitternacht in der Kinder-Aufnahmestation liegt, wird um Mitternacht retrospektiv eingestuft. Am Tag der Verlegung auf Normalstation (üblicherweise am frühen Morgen) wird nicht auf der Kinder-Aufnahmestation eingestuft, sondern in der aufnehmenden Station.
- Wenn das Kind von der Kinder-Aufnahmestation nach Hause entlassen wird, wird zum Zeitpunkt der Entlassung für den Kalendertag eingestuft.

Zu Absatz 1

In Absatz 1 werden drei Altersgruppen unterschieden, in welche Patientinnen und Patienten auf Kinderstationen einzuteilen sind:

- Altersstufe F: Früh- und Neugeborene sowie Säuglinge sind Patientinnen und Patienten bis zum Ende des ersten Lebensjahres: diese Patientinnen und Patienten unterliegen aufgrund ihrer Unreife einer starken Gefährdung der vitalen Funktionen, sodass eine aufwändige Krankenbeobachtung notwendig ist;
- Altersstufe K: Kleinkinder sind Patientinnen und Patienten ab dem Beginn des zweiten Lebensjahres bis zum Ende des sechsten Lebensjahres, die Altersstufe K beginnt ab dem Tag, an dem das Kind 1 Jahr alt wird: Diese Patientengruppe durchläuft in der genannten Zeitspanne einen wesentlichen Teil ihrer Entwicklung; die Aufgabe der Pflegekräfte liegt auch darin, den Entwicklungsstand des Kindes zu erkennen und die pflegerischen Maßnahmen entsprechend darauf abzustimmen;
- Altersstufe J: Schulkinder und Jugendliche sind Patientinnen und Patienten ab dem Beginn des siebten Lebensjahres bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres, diese Altersstufe beginnt an dem Tag, an dem das Kind 6 Jahre alt wird: bei dieser Altersgruppe soll vor allem für das pflegerische Tun die Einsicht und das Verständnis geweckt und vertieft werden im Sinne einer aktiven Zusammenarbeit.

Diese Aufteilung in Altersstufen ist zentral für eine adäquate Bestimmung des Pflegebedarfes, da Erfahrungen aus der Praxis gezeigt haben, dass in der allgemeinen Pflege kaum Leistungen existieren, die vom Säugling bis zum Jugendlichen gleichermaßen ausgeführt werden. Vielmehr hängen Pflegeleistungen maßgeblich vom Alter des Kindes ab. Deshalb werden alle Kinder, bei denen vergleichbare pflegerische Tätigkeiten ausgeführt werden, in einer Altersstufe zusammengefasst (Mitglieder der Expertengruppen Kranken- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 89f.).

Zu Absatz 2

Wenn in Ausnahmefällen die Behandlung von Erwachsenen in einem Krankenhaus oder in einer Abteilung für Kinder- und Jugendliche erforderlich ist, werden diese der Altersgruppe der Schulkinder und Jugendlichen zugeordnet.

Dass in Einzelfällen auch Patientinnen und Patienten gepflegt werden, die älter als 18 Jahre sind, ändert nichts an der Anforderung, dass Kinderkrankenpflege durch Kinderkrankenpflegekräfte zu erbringen ist.

Zu Absatz 3

Zur Ermittlung des Bedarfs an Kinderkrankenpflegekräften sind Patientinnen und Patienten aufgrund der für sie notwendigen Leistungen nach den Altersgruppen und Leistungsstufen KA1 bis KA4 sowie KS1 bis KS4 in Patientengruppen einzuteilen. Die konkreten Inhalte der jeweiligen Leistungsstufen sind den Anlagen 4 und 5 zu entnehmen.

Die Zuordnung der Patientinnen und Patienten erfolgt einmal täglich und retrospektiv, d.h. nur auf der Grundlage der Dokumentation erbrachter und notwendiger Pflegeleistungen. Als günstiger Zeitpunkt für die Zuordnung wurde von der Expertengruppe in der ursprünglichen Fassung der Kinder-PPR 20 Uhr empfohlen (Mitglieder der Expertengruppen Kranken- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 94f.).

Zu § 14 (Minutenwerte)

Zu Absatz 1

Der Pflegegrundwert wird auf 55 Minuten je Patient oder Patientin und Tag festgelegt. Im Pflegegrundwert sind die Leistungen des Pflegedienstes enthalten, die keinen unmittelbaren Patientenbezug haben. Dazu gehören u.a. pflege- und behandlungsbezogene Besprechungen, Leistungen im Zusammenhang mit Leitungsaufgaben und der Ablauforganisation, innerbetriebliche Fortbildungen, sowie Maßnahmen zur Sicherung der pflegerischen Qualität.

Zu Absatz 2

Für jede Krankenhausaufnahme wird ein Fallwert von 66 Minuten festgelegt. Dieser Wert deckt alle administrativen und pflegerischen Tätigkeiten ab, die im Zusammenhang mit einer Krankenhausaufnahme geleistet werden. Dazu gehören solche Tätigkeiten wie

- Aufnahme von außen,
- Entlassungen/Verlegungen,
- Versorgung Verstorbener.

(Mitglieder der Expertengruppen Kranke- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 97f.)

Zu Absatz 3

Für teilstationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten erfolgt die Einstufung bei Entlassung an dem jeweiligen Behandlungstag. Dabei werden die Minutenwerte der täglichen Einstufung halbiert. Der im Absatz 2 für die Krankenhausaufnahme vorgesehene Fallwert wird einmal pro teilstationärem Aufenthalt in voller Höhe zugrunde gelegt, da davon auszugehen ist, dass die davon umfassten Tätigkeiten nicht durch die teilstationäre Behandlung wesentlich reduziert werden.

Zu Absatz 4

In Absatz 4 werden die zu den jeweiligen Patientengruppen zugehörigen Minutenwerte verankert.

Die Minutenwerte wurden von den Expertengruppen nach einem einheitlichen Berechnungsschema ermittelt. Für jede in den Tätigkeitsprofilen aufgeführte Einzeltätigkeit wurde ein Durchschnittsminutenwert pro Leistungsstufe festgelegt. In der Kinderkrankenpflege

erfolgte zudem eine Differenzierung nach Altersstufen. Jeder festgelegte durchschnittliche Minutenwert pro Einzeltätigkeit wurde durch Multiplikation mit den folgenden Kriterien modifiziert:

- Häufigkeit der Tätigkeit pro Patient oder Patientin im Regeldienst;
- Häufigkeit der Tätigkeit pro Patient oder Patientin und Woche (Wochenfaktor);
- Anzahl der Pflegekräfte bei der Durchführung der Tätigkeit pro Patient oder Patientin (Personalfaktor)
- Anteil der Patientinnen und Patienten, die diese Tätigkeit benötigen.

Der ausgewiesene Minutenwert für die Leistungsstufe des Patienten oder der Patientin ergibt sich aus der Addition der ermittelten Minuten der Einzeltätigkeiten in der jeweiligen Leistungsstufe (Mitglieder der Expertengruppen Kranken- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 96f.).

Die Minutenwerte der jeweiligen Patientengruppen setzen sich aus den Minutenwerten der allgemeinen und der speziellen Pflege zusammen.

Zu § 15 (Zuordnungsregeln allgemeine Pflege)

Zu Absatz 1

Die Leistungsstufe KA1 bildet hier einen Auffangtatbestand, der zur Anwendung kommt, wenn keine Zuordnung in die Leistungsstufe KA2, KA3 oder KA4 stattgefunden hat. Die Zuordnungsmerkmale für alle Leistungsstufen sind für die jeweilige Altersgruppe und Leistungsbereiche in der Anlage 4 definiert, wo auch jeweils Beispiele aufgeführt sind.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 werden die Zuordnungsregeln zur Leistungsstufe KA2 festgelegt. Die Zuordnung zur Leistungsstufe KA2 erfolgt, wenn entweder in mindestens zwei Leistungsbereichen dieser Leistungsstufe je ein Einordnungsmerkmal zutrifft, oder wenn ein Einordnungsmerkmal aus einem der Leistungsbereiche der Leistungsstufe KA2 und ein Einordnungsmerkmal aus einem der Leistungsbereiche der Leistungsstufe KA3 zutrifft.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 werden die Zuordnungsregeln zur Leistungsstufe KA3 festgelegt. Die Zuordnung in diese Leistungsstufe erfolgt, wenn mindestens zwei Einordnungsmerkmale in verschiedenen Leistungsbereichen der Leistungsstufe KA3 zutreffen oder wenn ein Einordnungsmerkmal aus einem der Leistungsbereiche von KA3 und ein Einordnungsmerkmal aus einem der Leistungsbereiche der Leistungsstufe KA4 zutrifft.

Zu Absatz 4

Der Leistungsstufe KA4 wird der Patient oder die Patientin zugeordnet, wenn in mindestens zwei Leistungsbereichen der Leistungsstufe KA4 je ein Einordnungsmerkmal zutrifft.

Zu Absatz 5

Pflegerische Leistungen, die durch Eltern oder andere Bezugspersonen des Kindes ausgeführt werden, sind als Leistungen der Pflegekraft anzurechnen und entsprechend zu dokumentieren. Die Verantwortung für die Ausführung dieser Leistungen verbleibt bei den Pflegekräften; sie haben die Eltern oder andere Bezugspersonen anzuleiten und die korrekte

Ausführung der Leistung zu überprüfen (Mitglieder der Expertengruppen Kranken- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 94f.).

Zu § 16 (Zuordnungsregeln spezielle Pflege)

Zu Absatz 1

Auch im Bereich der speziellen Pflege bildet die erste Leistungsstufe einen Auffangtatbestand, der zur Anwendung kommt, wenn keine Einstufung in die Leistungsstufen KS2, KS3 oder KS4 stattgefunden hat.

Zu Absatz 2

Eine Zuordnung zur Leistungsstufe KS2 erfolgt, wenn mindestens ein Einordnungsmerkmal aus einem der Leistungsbereiche der Leistungsstufe KS2 zutrifft.

Zu Absatz 3

Eine Zuordnung zur Leistungsstufe KS3 erfolgt, wenn mindestens ein Einordnungsmerkmal aus einem der Leistungsbereiche der Leistungsstufe KS3 zutrifft.

Zu Absatz 4

Eine Zuordnung zur Leistungsstufe KS4 erfolgt, wenn mindestens ein Einordnungsmerkmal aus einem der Leistungsbereiche der Leistungsstufe KS4 zutrifft.

Zu Abschnitt 2 (Personalbemessung auf Intensivstationen)

Zu § 17 (Pflegekategorien und Patientengruppen)

Im § 17 werden die Pflegekategorien und Patientengruppen im Bereich der Pflege auf Kinderintensivstationen festgelegt. Anders, als im Falle der Kinderkrankenpflege auf Normalstationen gibt es hier lediglich drei Kategorien bei denen nicht zwischen allgemeiner und spezieller Pflege unterschieden wird.

Zu Absatz 1

Absatz 1 beschreibt, welchen Altersgruppen Patientinnen und Patienten auf Kinderintensivstationen zuzuordnen sind. Diese zwei Altersgruppen werden in den Nummern 1 und 2 definiert.

Zu Nummer 1

Der Gruppe der neonatologischen Intensivmedizin (NICU) sind zunächst Patientinnen und Patienten zuzuordnen, die bei stationärer Aufnahme unter 28 Tage alt und unter 2.500 Gramm schwer sind. Darüber hinaus sind dieser Gruppe auch Patientinnen und Patienten unabhängig vom Altern zuzuordnen, die bei stationärer Aufnahme unter 2.500 Gramm schwer sind.

Zu Nummer 2

Die zweite Gruppe im Bereich der Kinderintensivstationen ist die Gruppe der pädiatrischen Intensivmedizin (PICU), der Patientinnen und Patienten zuzuordnen sind, die bei stationärer Aufnahme älter als 27 Tage und mindestens 2.500 Gramm schwer sind und das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Zu Nummer 3

Sollte Behandlung von Erwachsenen in Ausnahmefällen in einer Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin erforderlich sein, sind diese ebenfalls dieser Patientengruppe (PICU) zuzuordnen.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 werden die für Kinderintensivstationen geltenden Leistungsstufen festgelegt. Die Inhalte dieser Leistungsstufen sind in der Anlage 6 definiert.

Auf Kinderintensivstation gibt es demnach drei Leistungsstufen: IS1 – Grundleistung Spezialpflege, IS2 – Erweiterte Leistung Intensivüberwachung, IS3 – Besondere Leistung – Intensivtherapie. Innerhalb jeder Leistungsstufe werden fünf Kategorien der Einstufungskriterien im Hinblick auf die zu erbringenden Leistungen unterschieden.

Zu Absatz 3

Die Einstufung ist im Bereich der Kinderintensivpflege retrospektiv, grundsätzlich einmal am Tag vorzunehmen. Wenn das 3-Schicht-Modell zur Anwendung kommt, erfolgt auch die Einstufung schichtbezogen. Die Einstufung erfolgt in die unter Berücksichtigung der Altersstufen und der Leistungsstufen zu bildenden Patientengruppen, die in der Tabelle im Absatz 3 dargelegt sind.

Zu § 18 (Zuordnungsregeln)

§ 18 legt die Zuordnungsregeln zu den Leistungsstufen fest.

Zu Absatz 1

Die Intensivleistungsstufe IS1 bildet einen Auffangtatbestand, der zur Anwendung kommt, wenn der Patient oder die Patientin weder der Intensivleistungsstufe IS2 noch der Intensivleistungsstufe IS3 zugeordnet werden können.

Zu Absatz 2

Der Patient oder die Patientin wird der Intensivleistungsstufe IS2 zugeordnet, wenn mindestens ein Einordnungsmerkmal aus einem der Leistungsbereiche der Leistungsstufe IS2 zutrifft.

Zu Absatz 3

Der Patient oder die Patientin wird der Intensivleistungsstufe IS3 zugeordnet, wenn mindestens ein Einordnungsmerkmal aus einem Leistungsbereich der Intensivleistungsstufe IS3 zutrifft.

Zu Absatz 4

Es wird auf die entsprechende Geltung des § 15 Absatz 5 verwiesen, dies bedeutet, dass auch bei Übernahme pflegerischer Leistungen durch Familienmitglieder oder andere Bezugspersonen des Kindes die Verantwortung für diese Leistungen bei den Pflegekräften verbleibt. Die Pflegekräfte haben diese Personen anzuleiten und zu überprüfen, die Leistungen sind als erbrachte Leistungen der Pflegekräfte zu berücksichtigen.

Zu § 19 (Minutenwerte)

Zu Absatz 1

Für jede Krankenhausaufnahme wird ein Fallwert von 66 Minuten zugrunde gelegt. Dieser Fallwert wird pro Patient oder Patientin und Aufenthalt nur einmal gerechnet. Das heißt, wenn der Patient oder die Patientin zunächst auf die Normalstation aufgenommen worden ist und erst später im Rahmen desselben Aufenthaltes auf die Intensivstation intern verlegt worden ist, wird der Fallwert nicht nochmal berechnet.

Zu Absatz 2

Der Pflegegrundwert wird auf Kinderintensivstationen auf 55 Minuten festgelegt.

Zu Absatz 3

Im Absatz 3 werden für bestimmte Fälle Anrechnungsregeln vorgegeben. So werden für den Tag auf Aufnahme von außen, Entlassung oder Verlegung auf die Normalstation im Rahmen des 24h-Modells 100% der Minutenwerte angerechnet. Bei einem 3-Schicht-Modell werden hingegen die Minutenwerte der jeweiligen Schicht oder der jeweiligen Schichten angerechnet, in der oder denen der Patient oder die Patientin auf der Kinder-Intensivstation war.

Zu Absatz 4

Bei Patientinnen und Patienten, die teilstationär intensivstationär behandelt werden, erfolgt die Einstufung bei Entlassung an dem jeweiligen Behandlungstag. Dabei werden die Minutenwerte für die tägliche Einstufung nach dem 24-Stunden-Modell halbiert. Dort, wo das 3-Schicht-Modell zur Anwendung kommt, werden die Minutenwerte für diejenigen Schichten berücksichtigt, während der der Patient oder die Patientin auf der Kinderintensivstation war. Für die Aufnahme ins Krankenhaus werden die Minutenwerte einmal pro stationären Aufenthalt voll gezählt, da in diesem Fall der Aufwand sich im Vergleich mit einer vollstationären Behandlung nicht wesentlich reduziert.

Zu Absatz 5

In der Tabelle im Absatz 5 werden die der Personalbemessung auf Kinderintensivstationen zugrunde zu legenden Minutenwerte festgelegt.

Zu Kapitel 4 (Schlussvorschriften)

Zu § 20 (Inkrafttreten)

Die Verordnung tritt am 1. Januar 2024 in Kraft.

Zu Anlage 1 (Krankenpflege für Erwachsene: Handout zur Einstufung in die Pflegekategorien)

Die Anlage 1 beinhaltet das Handout zur Einstufung der Patientinnen und Patienten im Bereich der Krankenpflege für Erwachsene in die Leistungsstufen. Dieses soll die Anwendung der Vorgaben dieser Verordnung in der Praxis erleichtern, indem die abstrakten Zuordnungskriterien mit konkreten Angaben zur Art der jeweils zu erbringenden Leistungen unterlegt werden.

Zu der Einstufungskategorie A4 im Bereich der allgemeinen Pflege sind folgende allgemeine Erläuterungen zu geben, siehe auch

https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5_Personal_und_Weiterbildung/2.5.0_PPR_2.0/Entwurf_Anlage2_Handout_Einstufung_PPR2.0_200123.pdf :

- Unter einer hochaufwendigen Pflege ist eine besonders hohe Bindung von Personalleistung zu verstehen, die aus der häufigen Wiederholung von pflegerischen Maßnahmen, aus der Umsetzung therapeutischen Konzepte oder durch den gleichzeitigen Einsatz von mehreren Pflegekräften an einem Patienten (z.B. Körperpflege zu zweit). Hochaufwendige Pflege im Sinne der Leistungsstufe A4 liegt damit vor, wenn bei einem Patienten oder einer Patientin mindestens eine schwere oder sehr schwere motorische Funktionseinschränkung oder mindestens eine schwere kognitive Funktionseinschränkung besteht. Wann solche Einschränkungen zu bejahen sind, kann den in ICD-10-GM enthaltenen Definitionen entnommen werden (U50-U52, vgl. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2023/block-u50-u52.htm>). Somit muss entweder U50.4- Schwere motorische Funktionseinschränkung oder U50.5- Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung oder U51.2 Schwere kognitive Funktionseinschränkung zutreffen. Darüber hinaus muss in mind. 2 Leistungsbe- reichen je ein Einordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe A4 zutreffen. D.h., in min- destens einem der Leistungsbereiche Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Mobi- lisation und Positionswechsel muss mindestens eine der aufgeführten Pflegemaßnah- men notwendig sein.
- „Volle Übernahme“ von bestimmten Tätigkeiten ist folgendermaßen zu definieren:

Körperpflege	Der Patient kann die Körperpflege, Zahn-/Prothesenpflege, Rasur, Haarpflege nicht selbstständig durchführen. Dies muss vom Pflegepersonal ausgeführt werden
Ernährung	Der Patient ist nicht in der Lage selbstständig zu essen bzw. zu trinken, auch wenn die Nahrung mundgerecht vorbereitet ist. Essen und Trinken wird dem Patienten verabreicht.
Ausscheidung	Der Patient ist nicht in der Lage sich bezüglich der Urin- und Stuhlausscheidung selbstständig zu versorgen. Dies muss vom Pflegepersonal ausgeführt werden.
Bewegen	Der Patient kann seinen Positionswechsel nicht selbstständig durchführen. Dies muss vom Pflegepersonal ausgeführt werden.

Diese Definitionen basieren auf dem Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Erwach- sene (PKMS-E, vgl. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2018/zusatz-09-anh-pflege-scores-pkms.pdf>, Seite 4)

- Therapeutische Leistungen: Neben den in den Leistungsbereichen Körperpflege und Bewegung explizit benannten Konzepten (bspw. Bobath, NDT) kann die pflegerische Versorgung auch nach einem schriftlich ausgewiesenen, einrichtungsspezifischen Konzept erfolgen. Die therapeutischen Leistungen können u.a. auf das Erlernen und Wiedererlangen von Handlungen im Rahmen der Selbstfürsorge abzielen. Die konzept- begründete Pflege (therapeutische Körperpflege, Trink- und Esstraining, Kontinenztrai- ning, therapeutischer Positionswechsel) ist von in der Konzeptausführung geschultem Pflegepersonal durchzuführen.

Zu den einzelnen Leistungsbereichen:

- Körperpflege

Eine Körperpflege kann als Ganzkörperpflege oder Teilkörperpflege erfolgen. An- und Auskleiden wird der Körperpflege zugerechnet.

Ganzkörperpflege umfasst die Körperwaschung, Hautpflege, ggf. Mund- und Zahn- bzw. Prothesenpflege, ggf. Haarpflege, ggf. Gesichtsrasur.

Teilkörperpflege umfasst mindestens die Waschung von Oberkörper einschließlich Hautpflege oder Unterkörper mit Intimbereich einschließlich Hautpflege.

Volle Übernahme der Körperpflege (5 x tgl. davon mindestens 1x Ganzkörperpflege): Durchführung von Körperpflege in voller Übernahme mind. 5 x täglich, davon mindestens eine Ganzkörperpflege

Therapeutische Ganzkörperpflege: Therapeutische Ganzkörperpflege nach einem ausgewiesenen Konzept; bspw.

- Bobath-Konzept
- NDT-Konzept (Neuro-Developmental Treatment)
- MRP (Motor Relearning Programme)
- beruhigende/belebende/basalstimulierende Ganzkörperpflege
- andere, einrichtungsspezifische Konzepte

Ganzkörperpflege mit zwei Pflegepersonen (pflegefachlich begründet): Eine Ganzkörperpflege zu zweit ist begründet, bspw. bei Patienten mit aufwendigen Sicherheitsmaßnahmen, medizinische Fixierung, Schmerzen, BMI ≥ 40 kg/m², Bewegungsverbot.

Volle Übernahme der Körperpflege (2xtgl.): Durchführung von Körperpflege in voller Übernahme mind. 2 x täglich.

– Ernährung

Der Leistungsbereich Ernährung umfasst die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme des Patienten.

Volle Übernahme der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsverabreichung

Zu den Nahrungs- und Flüssigkeitsverabreichungen zählt die orale Nahrungsaufnahme mind. 4x täglich und orale Flüssigkeitsaufnahme mind. 7x täglich (z. B. Wasser, Tee, Saft, Trinknahrung, Kaffee).

Ess- und Trinktraining (mind. 4 x tgl.)

Das therapeutische Ess- und Trinktraining wird bei mindestens vier Mahlzeiten durchgeführt. Im Vordergrund stehen die Anleitung zur selbstständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie die Förderung der Eigenständigkeit. Dazu zählen u.a.:

- Basale Stimulation vorbereitend zur Nahrungsaufnahme bzw. zur Förderung des Schluckreflexes.
- Trink- und Esstraining nach einem ausgewiesenen Konzept mit möglichen Maßnahmen wie Anleitung zum Schlucken/ Schlucktechniken, Einüben kompensatorischer Maßnahmen, Unterstützung bei der Kopf-/ Kiefer-/ Lippenkontrolle, Einüben von physiologischen Bewegungsabläufen bei der Nahrungsaufnahme (z. B. durch Führen der Hand).

Bolusapplikation von Sondennahrung und/oder Flüssigkeit (mind. 7x tgl.)

Verabreichung von Sondennahrung bzw. Flüssigkeit mittels Boli über eine Ernährungs-sonde (Magensonde, PEG/ PEJ). Die Bolusapplikation muss mind. 7x täglich

durchgeführt werden und nach einem individuellen Therapieplan erfolgen. Nicht gezählt werden Bolusapplikationen über geschlossene enterale Sondensysteme mittels Ernährungspumpe.

– Ausscheidung

Dieser Leistungsbereich umfasst die Urin- und Stuhlausscheidungen des Patienten.

Volle Übernahme der Versorgung bei der Ausscheidung (mind. 4x tgl.)

Es können mehrere Hilfsmittel zur Anwendung kommen, bspw. Steckbecken, Toilettenstuhl, Fäkalkollektor, Bowel-Management-System.

Kontinenztraining

Kontinenztraining nach einem Konzept beinhaltet einen Komplex von Maßnahmen, nach dem mit dem Patienten Urin- bzw. Stuhlkontinenz trainiert wird.

Versorgung bei der Ausscheidung mit zwei Pflegepersonen (pflegefachlich begründet)

Eine Versorgung bei der Ausscheidung zu zweit ist begründet bspw. bei Patienten mit aufwendigen Sicherheitsmaßnahmen, medizinischer Fixierung, Schmerzen, BMI ≥ 40 kg/m², Bewegungsverbot.

– Mobilisation und Positionswechsel

Der Leistungsbereich Bewegung umfasst Positionswechsel inklusive Mobilisations- und Transferleistungen. Unter einem Positionswechsel sind sowohl Lagewechsel im Bett (inkl. Mikrolagerung) als auch Mobilisationsmaßnahmen wie Aufsetzen im Bett zu verstehen. Ausgeschlossen ist das alleinige Verstellen des Bettes in Sitz- bzw. Liegeposition. Des Weiteren ist hierunter die Mobilisation einschl. vorbereitender Maßnahmen wie das Anlegen von Prothesen/Orthesen zum Gehen, Setzen in den (Mobilisations-) Stuhl oder Rollstuhl zu verstehen. Einzelne Transfers z.B. zum und vom Bett, Stuhl, Rollstuhl oder Toilette werden nicht separat gezählt. Diese werden als eine Mobilisationsmaßnahme gerechnet.

Volle Übernahme Positionswechsel/Transfer/Mobilisation (mind. 12 x tgl. davon maximal 4x Mikrolagerung)

Durchführung von Positionswechsel/Transfer/Mobilisation mind. 12 x tgl., davon maximal 4 x Mikrolagerungen.

Therapeutischer Positionswechsel/Transfer/Mobilisation mind. 6 x tgl.

Therapeutischer Positionswechsel/Transfer/Mobilisation nach einem ausgewiesenen Konzept; bspw.:

- NDT-Konzept (Neuro-Developmental Treatment)

- MRP (Motor Relearning Programme)

- Bobath-Konzept

- Kinästhetik

- Andere, einrichtungsspezifische Konzepte

- mindestens 4 x tägl. Spastik des Patienten lösen und Anbahnung normaler Bewegungsabläufe durch Fazilitation, Inhibition mindestens 2 x tägl.

- kreislaufstabilisierende Maßnahmen mind. 6 x tgl.

Positionswechsel/Transfer/Mobilisation mit zwei Pflegepersonen mind. 6 x tgl. (pflegefachlich begründet)

Eine Positionswechsel/Transfer/Mobilisation zu zweit ist begründet, bspw. bei Patienten mit aufwendigen Sicherheitsmaßnahmen, medizinische Fixierung, Schmerzen, BMI $\geq 40\text{kg/m}^2$, Bewegungsverbot.

Suchen und/oder Rückbegleiten des Patienten auf die Station/in das Zimmer (mind. 4xtgl.)

Zu Anlage 2 (Krankenpflege für Erwachsene: Leistungsprofil für den Pflegegrundwert und für den erhöhten Pflegegrundwert)

In der Anlage 2 wird definiert, welche Leistungen durch den im § 12 Absatz 1 vorgesehenen Pflegegrundwert sowie den erhöhten Pflegegrundwert abgedeckt sind.

Zu Anlage 3 (Krankenpflege für Erwachsene: Tätigkeitsprofil für den Fallwert)

In der Anlage 3 wird definiert, welche Tätigkeiten im Rahmen des im § 12 Absatz 3 vorgesehenen Fallwerts berücksichtigt wurden.

Zu Anlage 4 (Krankenpflege für Kinder: Allgemeine Pflege auf Normalstation)

In der Anlage 4 wird im Detail aufgeführt, welche pflegerischen Tätigkeiten welchen Leistungsstufen und Leistungsbereichen im Bereich der allgemeinen Pflege auf Normalstationen für Kinder zuzuordnen sind.

Zu Anlage 5 (Krankenpflege für Kinder: Spezielle Pflege auf Normalstation)

In der Anlage 5 wird im Detail aufgeführt, welche pflegerischen Tätigkeiten welchen Leistungsstufen und Leistungsbereichen im Bereich der speziellen Pflege auf Normalstationen für Kinder zuzuordnen sind.

Unter einer kontinuierlichen Monitorüberwachung im Leistungsbereich I Leistungsstufe S3 ist zu verstehen, dass der Patient bei der retrospektiven Betrachtung 24h kontinuierlich am Monitor überwacht wird. Kurze notwendige Pausen sind dabei erlaubt, z.B. bei der Körperpflege. Am Aufnahmetag gilt die Regel „ab dem Aufnahmezeitpunkt“.

Ein komplexes Medikamentenregime im Sinne des Leistungsbereichs II liegt vor, wenn die Medikamentengabe und/oder Zubereitung über das einfache Entnehmen aus der Verpackung und Verabreichung zu den üblichen Zeiten hinausgeht. Dies kann z.B. dann der Fall sein, wenn der Verabreichungszeitpunkt immer außerhalb der normalen Nahrungsaufnahme liegt, die Zubereitung unter besonderen Bedingungen stattfindet (z.B. unter dem Lamina Airflow, oder wenn eine mehrfache Verdünnung zur Herstellung des Medikaments notwendig ist). Ein komplexes Medikamentenregime ist auch dann zu bejahen, wenn aufgrund von Wechselwirkungen Medikamente zeitversetzt verabreicht werden müssen.

Zu Anlage 6 (Krankenpflege für Kinder: Pflege auf Intensivstationen)

In der Anlage 6 wird aufgeführt, welche pflegerischen Tätigkeiten für die jeweiligen Leistungsbereiche und Leistungsstufen im Bereich der Kinderintensivstationen relevant sind.

Zu Anlage 7 (Format für die Datenübermittlung an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 7)

In der Anlage 7 werden die an das InEK zu übermittelnden Datenkategorien und deren Format definiert.