

07.02.24

G - FS - In - K

Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit

Verordnung über die Grundsätze der Personalbedarfsbemessung 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 (unter anderem die Zunahme diagnostischer und therapeutischer Verfahren durch den technischen Fortschritt und damit eine Leistungsausweitung in der stationären Pflege, demographische Entwicklungen und ein 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, die 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 Artikel 13 des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266).

Mit Artikel 13 des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) wurde die PPR wieder aufgehoben. Der Gesetzgeber hat die Aufhebung unter anderem damit begründet, dass das damals weiterentwickelte Vergütungssystem verstärkt wettbewerbsrechtliche Elemente enthielt, die mit der PPR 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 PPR 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 Konzertierten 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 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 hin zur PPR 2.0 erfolgte in einem mehrstufigen Prozess, in dem 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 führen und wirtschaften im Krankenhaus 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 sollen unter Berücksichtigung des Konzeptes der PPR 2.0 Vorgaben zur Personalbesetzung festgelegt werden.

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I 2793) wurde in § 137k Absatz 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) der Auftrag zur Einführung eines Pflegepersonalbemessungsinstrumentes sowie in § 137l SGB V der Auftrag zu seiner Weiterentwicklung verankert. Vor der Einführung sollte gemäß § 137k Absatz 2 SGB V eine umfassende Erprobung eines im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit festzulegenden Konzeptes zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung stattfinden. Um die Vereinbarung aus dem Koalitionsvertrag zu erfüllen, wurde das Konzept der PPR 2.0 zum Gegenstand der Erprobung gemacht. Ziel der Erprobung war es, festzustellen, ob das Instrument über die gebotene Anwendungsreife verfügt, sowie 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 den 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. Juli 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-Personalbesetzung zur mithilfe der PPR 2.0 ermittelten Soll-Personalbesetzung verhält. Mit einem späteren Ordnungsverfahren soll eine sogenannte Konvergenzphase eingeleitet und sollen Regelungen getroffen werden, mit denen die Festlegung und 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. Parallel findet nach § 137I SGB V eine u.a. auf die Entwicklung einer bedarfsgerechten Personalzusammensetzung und auf eine digitale, bürokratiearme und standardisierte Anwendung des Instrumentes gerichtete Weiterentwicklung statt.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Keine.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Keiner.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft ergibt sich Umstellungsaufwand durch einmalige Informationspflichten in Höhe von geschätzt rund + 234 400 000 Euro

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Es handelt sich bei allen Vorgaben der Wirtschaft gleichzeitig um einmalige Informationspflichten. Dadurch ergeben sich einmalige Bürokratiekosten in Höhe von insgesamt rund 234 400 000 Euro.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für das InEK ergibt sich nach Schätzung des InEK ein Erfüllungsaufwand für die Annahme der Daten der Krankenhäuser und deren Auswertung (§ 8), sowohl im Rahmen der Quartalsmeldungen als auch der Jahresmeldung, sowie Übermittlung der Auswertungen an das Bundesministerium für Gesundheit und die zuständigen Landesbehörden. Dieser wird auf rund 55 000 Euro im ersten Erfassungsjahr (gleich einmalige Kosten) und auf 40 000 Euro in den Folgejahren (gleich laufende Kosten) geschätzt.

F. Weitere Kosten

Keine.

07.02.24

G - FS - In - K

**Verordnung
des Bundesministeriums
für Gesundheit**

**Verordnung über die Grundsätze der Personalbedarfsbemessung
in der stationären Krankenpflege
(Pflegepersonalbemessungsverordnung - PPBV)**

Bundeskanzleramt
Staatsministerin beim Bundeskanzler

Berlin, 5. Februar 2024

An die
Präsidentin des Bundesrates
Frau Ministerpräsidentin
Manuela Schwesig

Sehr geehrte Frau Präsidentin,

hiermit übersende ich die vom Bundesministerium für Gesundheit zu erlassende

Verordnung über die Grundsätze der Personalbedarfsbemessung
in der stationären Krankenpflege
(Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV)

mit Begründung und Vorblatt.

Ich bitte, die Zustimmung des Bundesrates aufgrund des Artikels 80 Absatz 2 des Grundgesetzes herbeizuführen.

Mit freundlichen Grüßen
Sarah Ryglewski

Verordnung über die Grundsätze der Personalbedarfsbemessung in der stationären Krankenpflege

(Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV)

Vom ...

Auf Grund des § 137k Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der durch Artikel 1 Nummer 3 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen:

Kapitel 1

Allgemeine Vorschriften

§ 1

Ziel und Anwendungsbereich

(1) Diese Verordnung hat das Ziel, eine bedarfsgerechte Pflege von Patientinnen und Patienten sicherzustellen, indem Vorgaben zur Ermittlung der Anzahl der eingesetzten und der auf der Grundlage des Pflegedarfs einzusetzenden Pflegekräfte erlassen werden. Sie soll außerdem zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte im Krankenhaus und damit zur Fachkräftesicherung in diesem Bereich beitragen.

(2) Diese Verordnung gilt für bettenführende Normalstationen der somatischen Versorgung für Erwachsene sowie bettenführende Normal- und Intensivstationen der somatischen Versorgung für Kinder in den nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäusern. Die geltenden und im Bundesanzeiger bekannt gemachten Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses bleiben unberührt.

§ 2

Begriffsbestimmungen

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

(2) Im Sinne dieser Verordnung ist eine Pflegefachkraft eine Person, die über die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung nach den §§ 1, 58 Absatz 1 oder Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes oder nach § 64a des Pflegeberufgesetzes verfügt oder deren Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442) in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung oder nach dem Altenpflegegesetz in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung fortgilt.

(3) Im Sinne dieser Verordnung ist eine Pflegehilfskraft eine Person,

1. die erfolgreich eine landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege von mindestens einjähriger Dauer abgeschlossen hat,
2. die erfolgreich eine landesrechtlich geregelte Ausbildung in der Krankenpflegehilfe oder in der Altenpflegehilfe von mindestens einjähriger Dauer abgeschlossen hat,
3. der 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 oder
4. die einer der folgenden Personengruppen angehört:
 - a) 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,
 - b) Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten, die über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1 des Anästhesietechnische- und Operationstechnische-Assistenten-Gesetzes verfügen,
 - c) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, denen auf Grundlage des Notfallsanitätergesetzes eine Erlaubnis zum Führen der entsprechenden Berufsbezeichnung erteilt worden ist.

(4) Hebamme im Sinne dieser Verordnung ist eine Person mit einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Hebamme“ nach § 5 Absatz 1 des Hebammengesetzes, auch in Verbindung mit den §§ 73 und 74 Absatz 1 des Hebammengesetzes.

(5) Der Standort eines Krankenhauses im Sinne dieser Verordnung bestimmt sich nach § 2 der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zwischen dem GKV-Spitzenverband KdöR, Berlin, und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin, vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft^{*)} veröffentlicht ist.

(6) Patientin oder Patient im Sinne dieser Verordnung ist eine Person, die in ein Krankenhaus zur stationären oder teilstationären Behandlung aufgenommen wurde oder die in einem Krankenhaus nach § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütete Leistungen in Anspruch nimmt.

(7) Ein Vollzeitäquivalent im Sinne dieser Verordnung entspricht 38,5 Stunden Arbeitszeit pro Woche.

(8) Station im Sinne dieser Verordnung 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 und auf der Patientinnen und Patienten entweder in einem medizinischen Fachgebiet oder interdisziplinär in verschiedenen medizinischen Fachgebieten behandelt werden.

*) Amtlicher Hinweis: die Vereinbarung ist abrufbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Media-pool/2_Themen/2.1_Digitalisierung_Daten/2.1.2._Informationstechnik_im_Krankenhaus/2.1.2.1._Verzeichnisse_und_Register/Vereinbarungen_Standortdefinition.pdf

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

(10) Eine Station ist Normalstation im Sinne dieser Verordnung, wenn sie bettenführend ist und keine Intensivstation ist.

(11) Die Tagschicht im Sinne dieser Verordnung umfasst den Zeitraum von 6 bis 22 Uhr. Die Nachtschicht im Sinne dieser Verordnung umfasst den Zeitraum von 22 bis 6 Uhr.

(12) Erwachsene im Sinne dieser Verordnung sind Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben.

§ 3

Entsprechende Anwendung der Vorschriften über die Ermittlung des Pflegebedarfs der teilstationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten

Bei der Ermittlung des Pflegebedarfs finden in Bezug auf Patientinnen und Patienten, die in einem Krankenhaus nach § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütete, Leistungen in Anspruch nehmen, die Vorschriften zur Ermittlung des Pflegebedarfs in Bezug auf teilstationär zu behandelnde Patientinnen und Patienten entsprechend Anwendung.

Kapitel 2

Ermittlung der Soll- und Ist-Personalbesetzung, Datenübermittlung

§ 4

Ermittlung der Soll-Personalbesetzung auf Normalstationen für Erwachsene

(1) Krankenhäuser sind verpflichtet, für jede Normalstation für Erwachsene die Anzahl der dort jeweils auf der Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegefachkräfte, angegeben in Vollzeitäquivalenten, (Soll-Personalbesetzung auf Normalstationen für Erwachsene) nach den Vorschriften der Absätze 2 bis 4 für jeden Kalendermonat jeweils getrennt für die Tagschicht und die Nachtschicht zu ermitteln und zu erfassen.

(2) Zur Ermittlung der Vollzeitäquivalente für die Tagschicht in einem Kalendermonat ist für jede Tagschicht dieses Kalendermonats die nach Satz 2 berechnete Gesamtstundenzahl in Vollzeitäquivalente umzurechnen, die Summe der Vollzeitäquivalente für alle Tagschichten des Kalendermonats zu bilden und durch die Anzahl der Tage des Kalendermonats zu teilen. Die Gesamtstundenzahl ergibt sich als Summe

1. des Produkts des Pflegegrundwerts nach § 12 Absatz 1 Satz 1 und der Zahl der insgesamt vollstationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten, abzüglich der Patientinnen und Patienten in Isolation,
2. des Produkts des erhöhten Pflegegrundwerts nach § 12 Absatz 1 Satz 2 und der Zahl der vollstationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten in Isolation,
3. der Produkte der jeweiligen halben Pflegegrundwerte und der jeweiligen halben Minutenwerte nach § 12 Absatz 4 Satz 1 und der jeweiligen Zahl der teilstationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten und
4. der Produkte der jeweiligen Minutenwerte nach § 12 Absatz 2 und der Zahl der vollstationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten in den jeweiligen Patientengruppen,
5. des Produkts des Fallwerts nach § 12 Absatz 3 und der Zahl der Krankenhausaufnahmen in eine vollstationäre oder einmalige teilstationäre Behandlung,
6. des Produkts des Fallwerts nach § 12 Absatz 4 Satz 2 und der Zahl der in der jeweiligen Tagschicht zu berücksichtigenden, aufgenommenen oder wiederkehrenden, regelmäßig oder mehrfach teilstationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten

(3) Zur Ermittlung der Vollzeitäquivalente für die Nachtschicht in einem Kalendermonat ist für jede Nachtschicht dieses Kalendermonats das sich aus den Sätzen 2 und 3 ergebende Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu einer Pflegefachkraft in Vollzeitäquivalente umzurechnen, die Summe der Vollzeitäquivalente für alle Nachtschichten des Kalendermonats zu bilden und durch die Anzahl der Tage des Kalendermonats zu teilen. Das Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu einer Pflegefachkraft ergibt sich aus der entsprechenden Anwendung der für die jeweilige Station in der Nachtschicht geltenden Vorgaben des § 6 Absatz 1 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung. Für diejenigen Stationen, die nicht in den Anwendungsbereich der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung fallen, ist ein Verhältnis von 20 Patientinnen und Patienten zu einer Pflegefachkraft anzusetzen. Führen die Berechnungen nach den Sätzen 2 und 3 für eine Station zu dem Ergebnis, dass für eine Nachtschicht weniger als ein Vollzeitäquivalent anzusetzen ist, so ist für diese Station und diese Nachtschicht abweichend ein Vollzeitäquivalent anzusetzen. Eine Nachtschicht, die vom letzten Tag eines Kalendermonats bis zum ersten Tag eines Kalendermonats dauert, ist dem Kalendermonat zuzurechnen, in dem sie begonnen hat.

(4) Bei der Ermittlung der Vollzeitäquivalente nach den Absätzen 2 und 3 ist die Höhe der voraussichtlichen Ausfallzeiten der Pflegefachkräfte umgerechnet in Vollzeitäquivalente in den folgenden Kategorien zu berücksichtigen:

1. Arbeitsunfähigkeit, Schutzfristen, Kur- und Heilverfahren,
2. Wochenfeiertage und Urlaub sowie
3. sonstige Ausfallzeiten.

(5) Für jeweils auf Normalstationen für Erwachsene beschäftigte 50 Pflegekräfte ist zusätzlich ein Vollzeitäquivalent für eine leitende Krankenpflegeperson oberhalb der Stations-ebene anteilig hinzuzurechnen.

§ 5

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

(1) Krankenhäuser sind verpflichtet, für jede Normalstation für Kinder und jede Intensivstation für Kinder die Anzahl der dort jeweils auf der Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegefachkräfte, angegeben in Vollzeitäquivalenten, (Soll-Personalbesetzung auf Normal- und Intensivstationen für Kinder) nach den Vorschriften der Absätze 2 bis 3 für jeden Kalendermonat zu ermitteln und zu erfassen.

(2) Zur Ermittlung der Vollzeitäquivalente in einem Kalendermonat ist für jeden Tag dieses Kalendermonats die nach Satz 2 berechnete Gesamtstundenzahl in Vollzeitäquivalente umzurechnen, die Summe der Vollzeitäquivalente für alle Tage des Kalendermonats zu bilden und durch die Anzahl der Tage des Kalendermonats zu teilen. Die Gesamtstundenzahl ergibt sich als Summe

1. des Produkts des Pflegegrundwerts nach § 14 Absatz 1 oder nach § 19 Absatz 1 und der Zahl der vollstationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten abzüglich der Zahl der vollstationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten, für die am jeweiligen Tag nach § 14 Absatz 4 Satz 2 der Pflegegrundwert in halber Höhe zugrunde zu legen ist,
2. des Produkts des halben Pflegegrundwerts nach § 14 Absatz 4 Satz 1 und der Zahl der teilstationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten,
3. des Produkts des halben Pflegegrundwerts nach § 14 Absatz 4 Satz 2 und der Zahl der vollstationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten, für die am jeweiligen Tag nach § 14 Absatz 4 Satz 2 der Pflegegrundwert in halber Höhe zugrunde zu legen ist,
4. der Produkte der jeweiligen Minutenwerte nach § 14 Absatz 2 oder nach § 19 Absatz 2, und der Zahl der vollstationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten in den jeweiligen Patientengruppen, jeweils auch in Verbindung mit § 19 Absatz 5, abzüglich der Zahl der vollstationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten, für die am jeweiligen Tag nach § 14 Absatz 4 Satz 2 die Minutenwerte in halber Höhe zugrunde zu legen sind,
5. des Produkts der halben Minutenwerte nach § 14 Absatz 4 Satz 2 und der Zahl der vollstationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten, für die am jeweiligen Tag nach § 14 Absatz 4 Satz 2 die Minutenwerte in halber Höhe zugrunde zu legen sind,
6. der Produkte der jeweiligen halben Minutenwerte nach § 14 Absatz 4 Satz 1 oder nach § 19 Absatz 4 Nummer 1 oder der Minutenwerte nach § 19 Absatz 4 Nummer 2, und der jeweiligen Zahl der teilstationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten in den jeweiligen Patientengruppen, jeweils auch in Verbindung mit § 19 Absatz 5, und
7. des Produkts des Fallwerts nach § 14 Absatz 3 oder nach § 19 Absatz 3 mit der Zahl der Krankenhausaufnahmen.

(3) § 4 Absatz 4 und 5 gilt für die Ermittlung der Soll-Personalbesetzung auf Normal- und Intensivstationen für Kinder entsprechend.

§ 6

Ermittlung der Ist-Personalbesetzung

(1) Krankenhäuser sind verpflichtet, für jeden Kalendermonat und für jede in § 1 Absatz 2 Satz 1 genannte Station, für Normalstationen für Erwachsene getrennt nach Tagsschicht und Nachtschicht, die Anzahl der auf der jeweiligen Station durchschnittlich eingesetzten Pflegefachkräfte, angegeben in Vollzeitäquivalenten, (Ist-Personalbesetzung) nach den Vorschriften der Absätze 2 bis 6 zu ermitteln und zu erfassen.

(2) Für die Ermittlung der Ist-Personalbesetzung auf Normalstationen für Erwachsene ist die nach Satz 2 berechnete durchschnittliche Personalausstattung der jeweiligen Station in Vollzeitäquivalente umzurechnen. Die durchschnittliche Personalausstattung ergibt sich aus der Summe der jeweils während der jeweiligen Schichten in einem Kalendermonat geleisteten Arbeitsstunden ohne Pausenzeiten aller während der jeweiligen Schichten auf der jeweiligen Station tätigen Pflegefachkräfte und der nach den Absätzen 4 und 6 berücksichtigten Arbeitsstunden, geteilt durch die Anzahl der Stunden in den jeweiligen Schichten und dem jeweiligen Kalendermonat. Bei der Berechnung nach Satz 2 sind die Arbeitsstunden derjenigen Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte und Hebammen, die an einem Arbeitstag in mehreren Schichten tätig waren, den Schichten anteilig entsprechend dem Anteil der geleisteten Stunden zuzuordnen. Eine Nachtschicht, die vom letzten Tag eines Kalendermonats bis zum ersten Tag eines Kalendermonats dauert, ist dem Kalendermonat zuzurechnen, in dem sie begonnen hat.

(3) Für die Ermittlung der Ist-Personalbesetzung auf Normalstationen für Kinder und auf Intensivstationen für Kinder ist die nach Satz 2 berechnete durchschnittliche Personalausstattung der jeweiligen Station in Vollzeitäquivalente umzurechnen. Die durchschnittliche Personalausstattung ergibt sich aus der Summe der in einem Kalendermonat geleisteten Arbeitsstunden ohne Pausenzeiten aller in diesem Zeitraum auf der jeweiligen Station tätigen Pflegefachkräfte und der nach den Absätzen 5 und 6 berücksichtigten Arbeitsstunden, geteilt durch die Anzahl der Stunden in dem jeweiligen Kalendermonat.

(4) Auf Normalstationen für Erwachsene dürfen die durch Pflegehilfskräfte geleisteten Arbeitsstunden bei der Berechnung der durchschnittlichen Personalausstattung berücksichtigt werden, soweit hierdurch ihr Anteil an der für einen Kalendermonat nach Absatz 2 Satz 2 berechneten Summe der geleisteten Arbeitsstunden 10 Prozent nicht übersteigt. Im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe dürfen bei der Berechnung der durchschnittlichen Personalausstattung die durch Hebammen geleisteten Arbeitsstunden berücksichtigt werden, soweit diese pflegerische Tätigkeiten zum Gegenstand hatten.

(5) Auf Normalstationen für Kinder und auf Intensivstationen für Kinder dürfen die durch Pflegehilfskräfte geleisteten Arbeitsstunden bei der Berechnung der durchschnittlichen Personalausstattung berücksichtigt werden, soweit hierdurch ihr Anteil an der für einen Kalendermonat nach Absatz 3 Satz 2 berechneten Summe der geleisteten Arbeitsstunden 5 Prozent nicht übersteigt.

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

(7) Krankenhäuser sind verpflichtet, für jeden Kalendermonat und für jede in § 1 Absatz 2 Satz 1 genannte Station die Höhe der angefallenen Ausfallzeiten von

Pflegefachkräften getrennt nach den in § 4 Absatz 4 Satz 1 genannten Kategorien zu ermitteln und zu erfassen.

§ 7

Übermittlung von Angaben an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

(1) Krankenhäuser sind verpflichtet, dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 30. Juni 2024 die verwendeten Namen ihrer Fachabteilungen und die verwendeten Namen der diesen Fachabteilungen zugeordneten, in § 1 Absatz 2 Satz 1 genannten Stationen sowie die jeweilige Bettenanzahl der genannten Stationen mitzuteilen. Spätere Änderungen der nach Satz 1 mitgeteilten Angaben sind dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unverzüglich mitzuteilen.

(2) Krankenhäuser sind verpflichtet, die nach den §§ 4, 5 und 6 ermittelten oder zu berücksichtigenden Angaben, soweit diese in Anlage 1 genannt werden, getrennt nach Kalendermonaten für jedes Kalenderquartal jeweils bis zum 15. Tag des auf das jeweilige Kalenderquartal folgenden Kalendermonats, erstmals bis zum 15. Oktober 2024, für die jeweilige Station und im Fall von Normalstationen für Erwachsene für die jeweilige Schicht auf elektronischem Wege an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln. Zeigt ein Krankenhaus vor Ablauf der in Satz 1 genannten Frist gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem 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 in Satz 1 genannten Frist oder der nach Satz 2 verlängerten Frist korrigieren.

(3) Krankenhäuser sind verpflichtet, für jedes Kalenderjahr bis zum 30. Juni des jeweils folgenden Kalenderjahres, erstmals bis zum 30. Juni 2025, die nach Absatz 2 Satz 1 übermittelten Angaben in eine Gesamtmeldung zusammenzufassen und gemeinsam mit 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. Zeigt ein Krankenhaus vor Ablauf der in Satz 1 genannten Frist gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus an, dass die Frist nicht eingehalten werden kann, verlängert sich die Frist um vier Wochen. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(4) Die Übermittlungen nach Absatz 2 Satz 1 und nach Absatz 3 Satz 1 haben für jeden Standort eines Krankenhauses separat zu erfolgen. Bei der Übermittlung sind das Standortkennzeichen gemäß dem nach § 293 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu führenden bundesweiten Verzeichnis der Standorte der nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen sowie der in der Übermittlung nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes verwendete Fachabteilungsschlüssel anzugeben.

(5) Für die Übermittlungen nach Absatz 2 Satz 1 und nach Absatz 3 Satz 1 ist das in Anlage 1 dargestellte Format für die Übermittlung der Angaben zu verwenden. Das Nähere zur technischen Umsetzung der Übermittlung der Angaben legt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 30. Juni 2024 fest und veröffentlicht die entsprechenden Informationen auf seiner Internetseite.

§ 8

Erhebung und Auswertung von Angaben durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wertet die nach § 7 Absatz 2 Satz 1 übermittelten Angaben und die nach § 7 Absatz 3 Satz 1 übermittelten Angaben im Hinblick darauf aus, inwieweit durch die jeweilige nach § 6 Absatz 1 ermittelte Ist-Personalbesetzung die jeweilige nach § 4 Absatz 1 oder nach § 5 Absatz 1 ermittelte Soll-Personalbesetzung erfüllt wird.

(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt die nach Absatz 1 erstellten Auswertungen der nach § 7 Absatz 2 Satz 1 übermittelten Angaben dem Bundesministerium für Gesundheit und den Vertragsparteien auf Bundesebene im Sinne des § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes für jedes Kalenderquartal jeweils innerhalb von vier Wochen nach Ablauf der jeweiligen in § 7 Absatz 2 genannten Frist.

(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt die nach Absatz 1 erstellten Auswertungen der nach § 7 Absatz 3 Satz 1 übermittelten Angaben dem Bundesministerium für Gesundheit, den für das jeweilige Krankenhaus zuständigen Landesbehörden und den Vertragsparteien auf Bundesebene im Sinne des § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes für jedes Kalenderjahr bis zum 30. September des jeweils folgenden Kalenderjahres, erstmals bis zum 30. September 2025.

Kapitel 3

Personalbemessung auf Normalstationen für Erwachsene

§ 9

Leistungsstufen und Patientengruppen

(1) Zur Ermittlung des Pflegebedarfs sind Patientinnen und Patienten durch die Pflegefachkräfte auf der Grundlage der für sie notwendigen Pflegeleistungen den Leistungsstufen A1 bis A4 und den Leistungsstufen S1 bis S4 gemäß den §§ 10 und 11 unter Berücksichtigung der in Anlage 2 genannten Zuordnungsmerkmale einmal täglich, in der Regel zwischen 15 und 21 Uhr, zuzuordnen. Der konkrete Zeitpunkt der Zuordnung ist durch das Krankenhaus festzulegen; zu diesem Zeitpunkt bereits entlassene Patientinnen und Patienten werden nicht zugeordnet. Grundlage der Zuordnung sind die zu erwartenden Pflegemaßnahmen.

(2) Jede Patientin und jeder Patient ist durch die Pflegefachkräfte auf der Grundlage seiner Zuordnung nach Absatz 1 einmal täglich einer der folgenden Patientengruppen zuzuordnen.

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 Zuordnungen nach den Absätzen 1 und 2 sind durch die Pflegefachkräfte in der Pflegedokumentation auszuweisen.

§ 10

Zuordnung zu Leistungsstufen der allgemeinen Pflege

(1) Alle Patientinnen und 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 mindestens ein Zuordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe A2 zutrifft oder
2. in mindestens einem Leistungsbereich mindestens ein Zuordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe A2 und in höchstens einem anderen Leistungsbereich höchstens ein Zuordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe A3 zutrifft.

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

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

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

§ 11

Zuordnung zu Leistungsstufen der speziellen Pflege

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

(2) Eine Zuordnung zur Leistungsstufe S2 erfolgt, wenn in mindestens einem Leistungsbereich mindestens ein Zuordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe S2 zutrifft.

(3) Eine Zuordnung zur Leistungsstufe S3 erfolgt, wenn in mindestens einem Leistungsbereich mindestens ein Zuordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe S3 zutrifft.

(4) Eine Zuordnung zur Leistungsstufe S4 erfolgt, wenn in mindestens zwei verschiedenen Leistungsbereichen je mindestens ein Zuordnungsmerkmal der Leistungsstufe S3 zutrifft.

§ 12

Pflegegrundwert, erhöhter Pflegegrundwert, Minutenwerte und Fallwert

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

(2) Der Bestimmung der Anzahl der auf der Grundlage des ermittelten Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegefachkräfte sind je Patientin oder Patient und Tag in Abhängigkeit von der Zuordnung zu den Patientengruppen nach § 9 Absatz 2 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	427

Für jedes wegen des Krankenhausaufenthaltes der Mutter zu versorgende gesunde Neugeborene ist je Tag ein Minutenwert von 110 Minuten zugrunde zu legen. Für den Entlassungstag sind abweichend von den Sätzen 1 und 2 jeweils 50 Prozent der Minutenwerte des Tages vor der Entlassung zugrunde zu legen.

(3) Der Fallwert für eine Krankenhausaufnahme beträgt je Patientin oder Patient und Aufenthalt 75 Minuten.

(4) Ist eine Patientin oder ein Patient teilstationär zu behandeln, sind der Pflegegrundwert nach Absatz 1 Satz 1, der erhöhte Pflegegrundwert nach Absatz 1 Satz 2 und die Minutenwerte nach Absatz 2 Satz 1 für diese Patientin oder diesen Patienten jeweils in halber Höhe zugrunde zu legen. Ist ein Patient teilstationär zu behandeln und wird er wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach in demselben Krankenhaus behandelt, ist der Fallwert nach Absatz 3 nur einmal je Kalenderquartal zugrunde zu legen.

Kapitel 4

Personalbemessung auf Stationen für Kinder

Abschnitt 1

Personalbemessung auf Normalstationen

§ 13

Leistungsstufen und Patientengruppen

(1) Zur Ermittlung des Pflegebedarfs sind durch die Pflegefachkräfte

1. Patientinnen und Patienten bis zum Ende des ersten Lebensjahres der Gruppe „Früh- und Neugeborene sowie Säuglinge (F)“ zuzuordnen,
2. Patientinnen und Patienten ab dem Beginn des zweiten Lebensjahres bis zum Ende des sechsten Lebensjahres der Gruppe „Kleinkinder (K)“ zuzuordnen,
3. Patientinnen und Patienten ab dem Beginn des siebten Lebensjahres bis zur Vervollendung des achtzehnten Lebensjahres der Gruppe „Schulkinder und Jugendliche (J)“ zuzuordnen.

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

(2) Zur Ermittlung des Pflegebedarfs sind Patientinnen und Patienten durch die Pflegefachkräfte auf der Grundlage der für sie notwendigen Pflegeleistungen gemäß § 14 unter Berücksichtigung der in Anlage 3 genannten Zuordnungsmerkmale den Leistungsstufen KA1 bis KA4, jeweils unterteilt nach den in Absatz 1 genannten Gruppen, sowie gemäß § 15 unter Berücksichtigung der in Anlage 4 genannten Zuordnungsmerkmale den Leistungsstufen KS1 bis KS4 jeweils retrospektiv am Ende jedes Tages zuzuordnen. Bei interner und externer Verlegung, bei Entlassung sowie bei teilstationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten erfolgt die Zuordnung nach Satz 1 zum Zeitpunkt der Verlegung oder Entlassung.

(3) Jede Patientin und jeder Patient ist durch die Pflegefachkräfte auf der Grundlage seiner Zuordnung nach Absatz 2 einmal täglich einer der folgenden Patientengruppen zuzuordnen.

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 Erweiterte Leistungen	KA1-F/KS2 KA1-K/KS2 KA1-J/KS2	KA2-F/KS2 KA2-K/KS2 KA2-J/KS2	KA3-F/KS2 KA3-K/KS2 KA3-J/KS2	KA4-F/KS2 KA4-K/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

(4) Die Zuordnungen nach den Absätzen 2 und 3 sind durch die Pflegefachkräfte in der Pflegedokumentation auszuweisen.

§ 14

Pflegegrundwert, Minutenwerte und Fallwert

(1) Der Pflegegrundwert beträgt je Patientin oder Patient und Tag 55 Minuten.

(2) Der Bestimmung der Anzahl der auf der Grundlage des ermittelten Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegefachkräfte sind je Patientin oder Patient und Tag in Abhängigkeit von der Zuordnung zu den Patientengruppen nach § 13 Absatz 3 folgende Minutenwerte zugrunde zu legen.

Patienten- gruppe	Minu- tenwert	Patienten- gruppe	Minu- tenwert	Patienten- gruppe	Minu- tenwert	Patienten- gruppe	Minu- tenwert
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

(3) Der Fallwert für eine Krankenhausaufnahme beträgt je Patientin oder Patient und Aufenthalt 66 Minuten.

(4) Ist eine Patientin oder ein Patient teilstationär zu behandeln, sind der Pflegegrundwert nach Absatz 1 und die Minutenwerte nach Absatz 2 für diese Patientin oder diesen Patienten jeweils in halber Höhe zugrunde zu legen. Dies gilt auch für vollstationär zu behandelnde Patientinnen und Patienten am Tag der Aufnahme von außen, am Tag der Entlassung und am Tag der Übernahme aus einer Verlegung von einer Intensiv- oder Normalstation für Kinder desselben oder eines anderen Krankenhauses.

§ 15

Zuordnung zu Leistungsstufen der allgemeinen Pflege

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

(2) Eine Zuordnung zur jeweiligen Leistungsstufe KA2 erfolgt, wenn

1. in mindestens zwei verschiedenen Leistungsbereichen je mindestens ein Zuordnungsmerkmal aus der jeweiligen Leistungsstufe KA2 zutrifft oder
2. in mindestens einem Leistungsbereich mindestens ein Zuordnungsmerkmal aus der jeweiligen Leistungsstufe KA2 und in höchstens einem anderen Leistungsbereich höchstens ein Zuordnungsmerkmal aus der jeweiligen Leistungsstufe KA3 zutrifft.

(3) Eine Zuordnung zur jeweiligen Leistungsstufe KA3 erfolgt, wenn

1. in mindestens zwei verschiedenen Leistungsbereichen je mindestens ein Zuordnungsmerkmal der jeweiligen Leistungsstufe KA3 zutrifft oder
2. in mindestens einem Leistungsbereich mindestens ein Zuordnungsmerkmal aus der jeweiligen Leistungsstufe KA3 und in höchstens einem anderen Leistungsbereich höchstens ein Zuordnungsmerkmal aus der jeweiligen Leistungsstufe KA4 zutrifft.

(4) Eine Zuordnung zur jeweiligen Leistungsstufe KA4 erfolgt, wenn in mindestens zwei verschiedenen Leistungsbereichen je mindestens ein Zuordnungsmerkmal der Leistungsstufe KA4 zutrifft.

(5) Bei der Zuordnung zu den Leistungsstufen sind pflegerische Leistungen durch Familienmitglieder oder durch andere Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten als von Pflegefachkräften erbrachte Leistungen zu berücksichtigen und entsprechend in der Pflegedokumentation auszuweisen.

§ 16

Zuordnung zu Leistungsstufen der speziellen Pflege

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

(2) Eine Zuordnung zur Leistungsstufe KS2 erfolgt, wenn in mindestens einem Leistungsbereich mindestens ein Zuordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe KS2 zutrifft.

(3) Eine Zuordnung zur Leistungsstufe KS3 erfolgt, wenn in mindestens einem Leistungsbereich mindestens ein Zuordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe KS3 zutrifft.

(4) Eine Zuordnung zur Leistungsstufe KS4 erfolgt, wenn in mindestens einem Leistungsbereich mindestens ein Zuordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe KS4 zutrifft.

Abschnitt 2

Personalbemessung auf Intensivstationen

§ 17

Leistungsstufen und Patientengruppen

(1) Zur Ermittlung des Pflegebedarf sind durch die Pflegefachkräfte

1. Patientinnen und Patienten, die bei stationärer Aufnahme unter 28 Tage alt oder unter 2 500 Gramm schwer sind, der Gruppe „neonatologische Intensivmedizin (NICU)“ zuzuordnen,
2. Patientinnen und Patienten, die bei stationärer Aufnahme älter als 27 Tage alt und mindestens 2 500 Gramm schwer sind und das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, der Gruppe „pädiatrische Intensivmedizin (PICU)“ zuzuordnen.

Ist die Behandlung eines Erwachsenen auf einer Intensivstation für Kinder erforderlich, ist er der Gruppe „pädiatrische Intensivmedizin (PICU)“ zuzuordnen.

(2) Zur Ermittlung des Pflegebedarfs sind Patientinnen und Patienten durch die Pflegefachkräfte auf der Grundlage der für sie notwendigen Pflegeleistungen gemäß § 18 unter Berücksichtigung der in Anlage 5 genannten Zuordnungsmerkmale den Leistungsstufen IS1 bis IS3, jeweils unterteilt nach den in Absatz 1 genannten Gruppen, einmal täglich oder, im Fall des Drei-Schicht-Modells, einmal je Schicht, retrospektiv zuzuordnen. Ist eine Patientin oder ein Patient teilstationär auf einer Intensivstation für Kinder zu behandeln, erfolgt die Zuordnung abweichend von Satz 1 zum Zeitpunkt der Entlassung.

(3) Jede Patientin und jeder Patient ist durch die Pflegefachkräfte auf der Grundlage seiner Zuordnung nach Absatz 2 sowie auf der Grundlage des sich aus der Arbeitsorganisation des Krankenhauses ergebenden Schicht-Modells einmal täglich oder, im Fall des Drei-Schicht-Modells, einmal je Schicht einer der folgenden Patientengruppen zuzuordnen.

\	IS 1 Grundleistungen	IS 2 Erweiterte Leistungen	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
Drei-Schicht-Modell Acht-Stunden-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
Drei-Schicht-Modell Acht-Stunden-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
Drei-Schicht-Modell Acht-Stunden-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

Zuordnung zu Leistungsstufen der Intensivpflege

(1) Alle Patientinnen und Patienten, die nicht der jeweiligen Leistungsstufe IS2 oder IS3 zugeordnet werden, sind der jeweiligen Leistungsstufe IS1 zuzuordnen.

(2) Eine Zuordnung zur jeweiligen Leistungsstufe IS2 erfolgt, wenn in mindestens einem Leistungsbereich mindestens ein Zuordnungsmerkmal aus der jeweiligen Leistungsstufe IS2 zutrifft.

(3) Eine Zuordnung zur jeweiligen Leistungsstufe IS3 erfolgt, wenn in mindestens einem Leistungsbereich mindestens ein Zuordnungsmerkmal aus der jeweiligen Leistungsstufe IS3 zutrifft.

(4) § 15 Absatz 5 gilt entsprechend.

§ 19

Pflegegrundwert, Minutenwerte und Fallwert

(1) Der Pflegegrundwert beträgt je Patientin oder Patient und Tag 55 Minuten.

(2) Der Bestimmung der Anzahl der auf der Grundlage des ermittelten Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegefachkräfte sind je Patientin oder Patient und Tag in Abhängigkeit von der Zuordnung zu den Patientengruppen nach § 17 Absatz 3 folgende Minutenwerte zugrunde zu legen.

24-Stunden-Modell	Gruppe	IS 1	IS 2	IS 3
24 Stunden	NICU	360	720	1440
24 Stunden	PICU	480	720	1440
Drei-Schicht-Modell	Gruppe	IS 1	IS 2	IS 3
Acht-Stunden-Schicht 1	NICU	120	240	480
Acht-Stunden-Schicht 2	NICU	120	240	480
Acht-Stunden-Schicht 3	NICU	120	240	480
Drei-Schicht-Modell	Gruppe	IS 1	IS 2	IS 3
Acht-Stunden-Schicht 1	PICU	160	240	480
Acht-Stunden-Schicht 2	PICU	160	240	480
Acht-Stunden-Schicht 3	PICU	160	240	480

(3) Der Fallwert für eine Krankenhausaufnahme beträgt je Patientin und Patient und Aufenthalt 66 Minuten.

(4) Ist eine Patientin oder ein Patient teilstationär zu behandeln, sind oder ist für diese Patientin oder diesen Patienten

1. bei einem 24-Stunden-Modell die Minutenwerte nach Absatz 2 für diese Patientin oder diesen Patienten jeweils in halber Höhe zugrunde zu legen; Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 gilt entsprechend,
2. bei einem Drei-Schicht-Modell der Minutenwert oder die Minutenwerte für die Schicht oder die Schichten zugrunde zu legen, in der oder in denen die Patientin oder der Patient auf der Intensivstation für Kinder behandelt wurde.

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

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

Kapitel 5

Schlussvorschriften

§ 20

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Juni 2024 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Anlage 1

Zu § 7 Absatz 2 und 5

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

Institutionskennzeichen (IK)	
Krankenhausname	
Ort des Krankenhauses	
Jahr	
Quartal	
Signatur	

Das Krankenhaus bietet die Ausbildung zur Pflegefachkraft an:	ja/nein
---	---------

Standortkennzeichen	
verwendeter Name der Station	
Fachabteilungsschlüssel nach den Daten nach § 21 KHEntgG (ggf. kommaspariert)	
verwendeter Name der Fachabteilung (ggf. kommaspariert)	
Kategorie der Station (Normalstation Erwachsene, Normalstation Kinder, Intensivstation Kinder)	
Monat	
Schicht (Tag- oder Nachtschicht)	
Anzahl der Schichten im Monat	
Anzahl Betten	
Anzahl Patienten	

durchschnittliche Patientenbelegung	
Station im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe (ja/nein)	
Pflegefachkräfte (Soll-Personalbesetzung) in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) gem. § 4 Abs. 1 und § 5 Abs. 1 PPBV	
Höhe von Ausfallzeiten (Wochenfeiertage, Urlaub) für Pflegefachkräfte (Soll-Personalbesetzung) in VZÄ gem. § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2, auch in Verbindung mit § 5 Abs. 3 PPBV	
Höhe von Ausfallzeiten (Arbeitsunfähigkeit, Schutzfristen, Kur- und Heilverfahren) für Pflegefachkräfte (Soll-Personalbesetzung) in VZÄ gem. § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1, auch in Verbindung mit § 5 Abs. 3 PPBV	
Höhe von Ausfallzeiten (sonstige) für Pflegefachkräfte (Soll-Personalbesetzung) in VZÄ gem. § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 3, auch in Verbindung mit § 5 Abs. 3 PPBV	
Leitende Pflegefachkräfte (Soll-Personalbesetzung) in VZÄ gem. § 4 Abs. 5	
Höhe von Ausfallzeiten (Wochenfeiertage, Urlaub) für Pflegefachkräfte (Ist-Personalbesetzung) in VZÄ gem. § 6 Abs. 7 in Verbindung mit § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2, auch in Verbindung mit § 5 Abs. 3 PPBV	
Höhe von Ausfallzeiten (Arbeitsunfähigkeit, Schutzfristen, Kur- und Heilverfahren) für Pflegefachkräfte (Ist-Personalbesetzung) in VZÄ gem. § 6 Abs. 7 in Verbindung mit § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1, auch in Verbindung mit § 5 Abs. 3 PPBV	
Höhe von Ausfallzeiten (sonstige) für Pflegefachkräfte (Ist-Personalbesetzung) in VZÄ gem. § 6 Abs. 7 in Verbindung mit § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 3, auch in Verbindung mit § 5 Abs. 3 PPBV	
durchschnittlich eingesetzte Pflegefachkräfte (Ist-Personalbesetzung) in VZÄ gem. § 6 PPBV	
durchschnittlich eingesetzte Hebammen (Ist-Personalbesetzung) in VZÄ gem. § 6 PPBV	
durchschnittlich eingesetzte Pflegehilfskräfte (Ist-Personalbesetzung) in VZÄ gem. § 6 PPBV	
durchschnittlich eingesetzte Auszubildende (Ist-Personalbesetzung) in VZÄ gem. § 6 PPBV	
Anmerkung	

Anlage 2

zu § 9 Absatz 1

Ermittlung des Pflegebedarfs auf Normalstationen für Erwachsene: Zuordnung zu den Leistungsstufen

Erläuternde Hinweise: Diese Anlage kommt für die Tagschicht (6 bis 22 Uhr) zur Anwendung.

Allgemeine Pflege				
Zuordnungsmerkmale				
Leistungsstufen Leistungsbe- reiche	A1 Grundleistungen	A2 Erweiterte Leistungen	A3 Besondere Leistungen	A4 Hochaufwendige Leistungen
Körperpflege	<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"> o Körperpflegemittel vor-/nachbereiten o Hilfe bei Teilkörperwäsche o Übernahme wesentlicher Teile der Körperpflege (z.B. Haar-/Nagelpflege, Rasur, eindre-men) <p>Alle Patienten, die nicht A2, A3 oder A4 zugeordnet werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Überwiegend oder vollständige Übernahme der Körperpflege - Patient kann keine oder nur wenige Handgriffe selbst durchführen - Patient wird zur selbständigen Körperpflege trainiert: <ul style="list-style-type: none"> o Ganzkörperwäsche/Baden/Duschen durchführen o Zur Körperpflege anleiten/überwachen - Ständige Anwesenheit einer Pflegeperson notwendig 	<ul style="list-style-type: none"> - ICD-U50.4-, U50.5 oder U51.2 liegt vor und vollständige Übernahme (vÜ) oder Anlei-tung (a) zur Körperpflege durch die Pflege und in Verbin-dung mit zusätzlichen Aspek-ten: <ul style="list-style-type: none"> - Ganzkörperwaschung (GKW) in vÜ a 1 x tägl. und 4 x tägl. - Teilkörperwaschung des Oberkörpers oder des Unterkörpers in vÜ, a durchführen - Ganzkörperwaschung in vÜ, a 2 x tägl. durchführen 	

				<ul style="list-style-type: none"> - Ganzkörperwaschung in vÜ mit zwei Pflegepersonen durchführen (pflegefachlich begründet) - Therapeutische Ganzkörperwaschung/-pflege nach folgenden Konzepten durchführen: <ul style="list-style-type: none"> o Bobath-Konzept o NDT-Konzept o MRT (Motor Relearning Programme) o Basalstimulierend belebende GKW o Basalstimulierend beruhigende GKW o Sonstige basalstimulierende GKW o Andere einrichtungsspezifische Konzepte
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"> o Mahlzeiten mundgerecht zubereiten (z.B. zerkleinern, Schneiden schmilieren) o Getränke mit Trinkhilfe bereitstellen o Verabreichung von Sondennahrung (Schwerkraft oder mit Ernährungspumpe) 	<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"> o Nahrung und Getränke verabreichen o Trink- und Esstraining (weniger als 4 x tgl.) o Verabreichung der Sondennahrung (Bolusapplikation, weniger als 7 x tgl.) - Ständige Anwesenheit einer Pflegeperson ist notwendig 	<ul style="list-style-type: none"> - Volle Übernahme der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsverabreichung - Ess- und Trinktraining (mind. 4 x tgl.) - Bolusapplikation von Sondennahrung und/oder Flüssigkeit (mind. 7 x tgl.)
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"> o Ausscheidungsunterstützung mit z.B. Toilettstuhl, Steckbecken, Urinflasche 	<ul style="list-style-type: none"> - Überwiegende oder vollständige Übernahme der Maßnahmen im Kontext der Ausscheidung durch die Pflegeperson, d.h. Erforderlichkeit mindestens einer der folgenden Maßnahmen: 	<p>ICD-U50.4-, U50.5 oder U51.2 liegt vor und vÜ der Maßnahmen im Kontext der Ausscheidung durch die Pflege in Verbindung mit zusätzlichen Aspekten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miktion/Defäkation im Bett mind. 4 x tägl. mit

		<ul style="list-style-type: none"> o Begleitung zur Toilette - Entleeren, Wechseln von Katheter- oder Stomabeutel - Versorgung bei mehrmaligem Erbrechen (Patient/Umgebung) - Aufwendiges Versorgen bei starkem Schwitzen (z.B. Wäschewechsel) 	<ul style="list-style-type: none"> o Wechsel von Inkontinenzmaterialien in vÜ, a mind. 3 x tägl. durchführen o Ausscheidungsunterstützung auf der Toilette in vÜ, a mind. 3 x tägl. o Zur selbstständigen Stomaversorgung anleiten o Digitale Ausräumung des Enddarms durchführen o Reinigungseinlauf durchführen o Mind. 3 tägl. Intimbereich nach Stuhlausscheidung in vÜ reinigen bei Durchfall bzw. Stuhlinkontinenz - Kleiderwechsel oder Wäschewechsel im Kontext von starkem Schwitzen durchführen mind. 3 x tägl. 	<p>Steckbecken/Urinflasche/Inkontinenzhose in vÜ, a Miktion/Defäkation im Bett, auf dem Toilettenstuhl oder auf der Toilette mit zwei Pflegepersonen (pflegefachlich begründet)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontinenztraining durchführen; Maßnahmen sind abhängig von der Pflegediagnose, geeignete evidenzbasierte Handlungskonzepte zur Kontinenzförderung sind entsprechend der Kontinenz-Form umzusetzen (z.B. Beratungsgespräch zur Kontinenzförderung und -versorgung durchführen bei allen Inkontinenzformen und eine geeignete Pflegebehandlung zur Kontinenzförderung wie z.B. intermittierender Selbst-/Fremdkatheterismus bei Reflexurininkontinenz; Toiletentraining nach festgelegten Intervallen bei funktioneller Inkontinenz, Blasentraining z.B. bei Dranginkontinenz)
<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"> - Überwiegende oder vollständige Übernahme des Positionswechsels, bzw. Mobilisation durch die Pflegeperson, d.h. es ist insgesamt 6 x tägl. eine der nachfolgenden Maßnahmen zu planen: <ul style="list-style-type: none"> o Positionswechsel im Bett/Rollstuhl durchführen o Mobilisierungsmaßnahmen wie Standtraining, Gehtraining in vÜ, a o Transfer z.B. vom Bett zum Stuhl/Rollstuhl/an den Tisch mind. vÜ, a unterstützen - Patient ist immobil - Patient ist überwiegend nicht in der Lage, sich im Bett zu drehen/aufzustehen 	<p>ICD-U50.4-; U50.5 oder U51.2 liegt vor und Vollständige Übernahme der Maßnahmen im Kontext des Positionswechsels der Mobilisation durch die Pflege in Verbindung mit zusätzlichen Aspekten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Positionswechsel mind. 8 x tägl. in vÜ, A durchführen - Therapeutischer Positionswechsel oder Transfer oder Mobilisation nach folgenden Konzepten mind. 6 x tägl.: <ul style="list-style-type: none"> o Bobath-Konzept o NDT-Konzept o MRT (Motor Relearning Programme) o Kinästhetik 	

				<ul style="list-style-type: none"> ○ Andere, einrichtungsspezifische Konzepte ○ Mind. 4 x tägl. Spastiklösen und normale Bewegungsabläufe durch Fazilitation, Inhibition ○ mind. 2x tägl. anbahnen Kreislaufstabilisierende Maßnahmen mind. 6 x tägl. z.B. Muskelpumpe vor der Mobilisation einsetzen - Positionswechsel oder Transfer oder Mobilisation (insgesamt mind. 6 x tägl.) in vÜ mit zwei Pflegepersonen durchführen (pflegefachlich begründet) - Suchen oder Rückbegleiten des Patienten auf Station/in das Zimmer mind. 4 x. tägl.
--	--	--	--	---

Spezielle Pflege				
Zuordnungsmerkmale				
Leistungsstufen / Leistungsbe- reiche	S1 Grundleistungen	S2 Erweiterte Leistungen	S3 Besondere Leistungen	S4 Hochaufwendige Leistungen
<p>Leistungen im Zusammenhang mit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Operationen - Invasiven Maßnahmen - Akuten Krankheitsphasen 	<p>Alle Patienten, die nicht S2, S3 oder S4 zugeordnet werden.</p>	<p>- 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 z.B. 8 Werte 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.</p> <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 	<p>- Beobachten des Patienten und Kontrolle von mindestens 3 Parametern¹ über 12 Std., wobei eine gleichmäßige Verteilung nicht nötig ist (es können auch z.B. 18 Werte, 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Beispiele: 3 x BZ, 1 x ZVD, 2 x Temp., 6 x RR, 6 x Puls 	<p>Es muss in mindestens zwei verschiedenen Leistungsbereichen je mindestens ein Zuordnungsmerkmal der Leistungsstufe S3 zutreffen.</p>
		<p>Hinweis zu 1: 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, Bewusstseins) ○ Bewegungsprotokoll 	
<p>Leistungen im Zusammenhang mit medikamentöser Versorgung</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Aufwendiges Versorgen von Zuleitungs-/Absaugsystemen bedingt durch den Patientenzustand, Lage, System und Häufigkeit: <ul style="list-style-type: none"> ○ Thoraxdrainage ○ Spülkatheter ○ Liquorableitung ○ Absaugen (mehr als 3x tgl.) ○ Legen von Magen-sonde, Blasen-katheter (ED/DK) ○ ZVK, Hickmann-Katheter, Shaldon-Katheter ○ Wechsel des Behältnisses oder Ziehen von mind. zwei Drainagen ○ VAC-Pumpe ○ Trachealkanüle ○ Einlauf (aufwendiges Absaugsystem) - 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 - 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 - Arzneimittelgaben, die über einen Zeitraum von mehreren Stunden 	

		<p>Std. einschl. Nachbeobachtung)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gaben von Transfusionen, Blutersatzprodukten - Inhalation/Atemhilfe geben mind. 3x tgl. 	<p>(mind. 2) einer Beobachtung/Beurteilung bedürfen</p> <p>Hinweis: Eine Einstufung erfolgt aufgrund einer schwerwiegenden Medikamentenwirkung, nicht aufgrund des Medikamentes selbst:</p> <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 ○ Intravenöse Insulingabe bei Blutzuckerkrise ○ Verabreichung hochwirksamer Medikamente bei Herz-Kreislauf-Krisen 	
<p>Leistungen im Zusammenhang mit Wund- und Hautbehandlung</p>	<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 VW² mehrmals tgl. (mind. 2x) - Behandlung großflächiger³ oder tiefer⁴ Wunden oder großer Hautareale⁵ mehrmals tgl. (mind. 2x) - Einfacher VW mind. 3x tgl. 		
	<p>Hinweis zu ² Aufwendiger 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"> ○ z.B. septischer VW mit Wundreinigung, Verbände in Verbindung mit Spülungen/Drainagen, Gipsverband mit darunter liegenden Wunden 		

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Mind. 4cm² große Wunde, z.B. Dekubitus, Verbrennung, Ulzerationen ○ 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 	
--	--	--	--

Anlage 3

Zu § 13 Absatz 2 Satz 1

Ermittlung des Pflegebedarfs auf Normalstationen für Kinder: Zuordnung zu den Leistungsstufen der allgemeinen Pflege

Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Zuordnungsmerkmal / Maßnahme
F	KA1	Grundleistungen	Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe KA2, KA3 oder KA4 zugeordnet werden
	KA2	Erweiterte Leistungen	Ganzkörperwäsche inkl. Bekleidungswechsel im Bett oder auf dem Wickeltisch
	KA3	Besondere Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Baden / waschen inkl. Bekleidungswechsel unter erschwerten Bedingungen, z.B.: im Inkubator oder im Wärmebett mit Abdeckung oder Wärmelampe oder mit laufender Infusion, Katheter, Drainage, Stoma, Prothese, Schiene, Gips, Extension, Wundverband oder kontinuierlichem O2-Bedarf* oder kontinuierlicher Phototherapie inkl. - Aufwendiges Reinigungsbad, z.B. Elternanleitung erstes Säuglingsbad, therapeutisches Bad oder - Stimulation bei großer Abwehrhaltung oder - Körperpflege durch die PFK und Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr- /Schutzisolation oder - aseptische Bedingungen (nicht bei Isolation) oder - bei Mehrfachbehinderung
	KA4	Hochaufwendige Leistungen	<p><i>* kontinuierlicher O2-Bedarf (z.B. O2-Brille) um die O2-Sättigung über 92% zu halten</i></p> <p>Hochaufwendige Körperpflege durch die PFK</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. Leistungsbereich Körperpflege: Leistungen im Zusammenhang mit der Körperpflege inkl. Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbstständigkeit und Vor- und Nachbereiten inkl. intermittierende Förderung der Selbstpflegekompetenz durch integrierte Anleitung von Patient oder Bezugsperson			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Zuordnungsmerkmal / Maßnahme
K	KA1	Grundleistungen	<p>Mindestens 1x täglich therapeutische Körperpflege z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - GWK basalsstimulierend, Körperwaschung belebend oder beruhigend, - GWK unter kinästhetischen Gesichtspunkten (Infant Handling), - GWK nach anderen Therapiekonzepten • bei Vorliegen eines Erschwernisfaktors (s. Beispielliste) oder • bei bestehender Beeinträchtigung der Atemsituation und/oder Herz-Kreislaufsituation bei Anstrengung <p>Ganzkörperwaschung/-pflege mit 2 PFK pflegefachlich indiziert</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei Vorliegen eines Erschwernisfaktors (s. Beispielliste) oder • bei bestehender Beeinträchtigung der Atemsituation und/oder Herz-/Kreislaufsituation bei Anstrengung <p>Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe KA2, KA3 oder KA4 zugeordnet werden</p>
	KA2	Erweiterte Leistungen	<p>Beaufsichtigen und ggf. unterstützende Maßnahmen und Mundpflege durch die PFK bei: Ganzkörperwäsche inkl. Bekleidungswechsel am Waschbecken / Dusche / Badewanne oder im Bett oder auf dem Wickeltisch</p>

I. Leistungsbereich Körperpflege: Leistungen im Zusammenhang mit der Körperpflege inkl. Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbstständigkeit und Vor- und Nachbereiten inkl. intermittierende Förderung der Selbstpflegekompetenz durch integrierte Anleitung von Patient oder Bezugsperson			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Zuordnungsmerkmal / Maßnahme
	KA3	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*</p> <p>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 PFK und Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr- /Schutzisolation und/oder - aseptische Bedingungen (nicht bei Isolation) - bei Mehrfachbehinderung <p>* kontinuierlicher O2-Bedarf (z.B. O2-Brille) um die O2-Sättigung über 92% zu halten</p>
	KA4	Hochaufwendige Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Hochaufwendige Körperpflege durch die PFK <ul style="list-style-type: none"> ○ bei fehlender Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen durch Vorliegen eines Erschwernisfaktors (siehe Beispielliste) oder ○ bei bestehender Beeinträchtigung der Atemsituation oder Herz- /Kreislaufsituation bei Anstrengung oder ○ bei massivem Abwehrverhalten/Widerständen oder ○ bei massiver Angst vor Berührung und Bewegung bei der Körperpflege • Anleitung zur selbstständigen Körperpflege

I. Leistungsbereich Körperpflege: Leistungen im Zusammenhang mit der Körperpflege inkl. Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbstständigkeit und Vor- und Nachbereiten inkl. intermittierende Förderung der Selbstpflegekompetenz durch integrierte Anleitung von Patient oder Bezugsperson			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Zuordnungsmerkmal / Maßnahme
			<p>Mindestens 1x täglich therapeutische Körperpflege, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • GWK basaltstimulierend, belebend und/oder beruhigend, • GWK nach Bobath, • GWK unter kinästhetischen Gesichtspunkten, • andere neurologische oder rehabilitative Konzepte zur Ganzkörperpflege mit Faszilitation/Inhibition von normalen Bewegungsabläufen oder kompensatorischen Fähigkeiten, • Konzepte aus psychologischer Perspektive, <p>bei Erfüllung mindestens einer der folgenden Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei fehlender Fähigkeit den Positionswechsel im Bett durchzuführen durch Vorliegen eines Erschwerfaktors (s. Beispielliste) oder • bei massivem Abwehrverhalten/Widerständen oder • bei massiver Angst vor Berührung und Bewegung
			<p>Ganzkörperwaschung/-pflege mit 2 PFK pflegfachlich indiziert</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei fehlender Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen, durch Vorliegen eines Erschwerfaktors (siehe Beispielliste) oder • bei bestehender Beeinträchtigung der Atemsituation oder Herz-/Kreislaufsituation bei Anstrengung oder • bei massivem Abwehrverhalten/Widerständen oder • bei massiver Angst vor Berührung und Bewegung
			<p>Hochaufwendige Körperpflege und mindestens 2 körperbezogene Angebote zur Förderung der Wahrnehmung und des Wohlbefindens (z.B. Massage, Ausstreichen)</p> <p>Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe KA2, KA3 oder KA4 zugeordnet werden</p>
J	KA1	Grundleistungen	

I. Leistungsbereich Körperpflege: Leistungen im Zusammenhang mit der Körperpflege inkl. Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbstständigkeit und Vor- und Nachbereiten inkl. intermittierende Förderung der Selbstpflegekompetenz durch integrierte Anleitung von Patient oder Bezugsperson	
Altersgruppe	Zuordnungsmerkmal / Maßnahme
KA2	<p>Beaufsichtigen und ggf. unterstützende Maßnahmen durch die PFK bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ganzkörperwäsche und Mundhygiene inkl. Bekleidungswechsel am Waschbecken oder im Bett oder • Teilwäsche/ -baden /-duschen inkl. Bekleidungswechsel oder Haarpflege inkl. Haarwäsche durch die PFK • Ganzkörperwäsche im Bett inkl. Bekleidungswechsel oder • Baden / waschen / duschen inkl. Bekleidungswechsel unter erschwerten Bedingungen, z.B.: mit laufender Infusion, Katheter, Drainage, Stoma, Prothese, Schiene, Gips, Extension, Wundverband oder kontinuierlichem O2-Bedarf* inkl. <ul style="list-style-type: none"> - Aufwendiges Reinigungsbad z.B therapeutisches Bad oder - Überzeugungsarbeit bei großer Abwehrhaltung oder - bei Mehrfachbehinderung oder - Körperpflege durch die PFK und Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr- /Schutzisolation oder - Sterilbedingungen (nicht bei Isolation) <p>* kontinuierlicher O2-Bedarf (z.B. O2-Brille) um die O2- Sättigung über 92% zu halten</p>
KA3	<p>Besondere Leistungen</p>
KA4	<p>Hochaufwendige Körperpflege oder Anleitung zur selbstständigen Körperpflege bei fehlender Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen,</p> <ul style="list-style-type: none"> • durch Vorliegen eines Erschwernisfaktors (siehe Beispielliste) oder • bei bestehender Beeinträchtigung der Atemsituation oder Herz-/Kreislaufsituation bei Anstrengung oder • bei massivem Abwehrverhalten/Widerständen bei der Körperpflege oder • bei massiver Angst vor Berührung und Bewegung oder • bei fehlenden Kenntnissen über Ablauf der Körperpflege oder • bei Bewegungsverbot aus medizinischen Gründen (ärztliche Anordnung) oder • bei hoher Selbstgefährdung (inkl. Anleitung/Unterstützung von Eltern/ Bezugspersonen)

Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Zuordnungsmerkmal / Maßnahme
I. Leistungsbereich Körperpflege: Leistungen im Zusammenhang mit der Körperpflege inkl. Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbstständigkeit und Vor- und Nachbereiten inkl. intermittierende Förderung der Selbstpflegekompetenz durch integrierte Anleitung von Patient oder Bezugsperson			<p>Zuordnungsmerkmal / Maßnahme</p> <p>Mindestens 1 x täglich therapeutische Körperpflege, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • GWK basaltimulierend, belebend und/oder beruhigend, • GWK nach Bobath, • GWK unter kinästhetischen Gesichtspunkten, • andere neurologische oder rehabilitative Konzepte zur GWK mit Fazilitation/Inhibition von normalen Bewegungsabläufen oder kompensatorischen Fähigkeiten, • Konzepte aus psychologischer Perspektive <p>bei Erfüllung mindestens einer der folgenden Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei fehlender Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen, durch Vorliegen eines Erschwernisfaktors (siehe Beispielliste) oder • bei massivem Abwehrverhalten/Widerständen bei der Körperpflege oder • bei massiver Angst vor Berührung und Bewegung oder • bei fehlenden Kenntnissen über Ablauf der Körperpflege oder • bei Bewegungsverbot aus medizinischen Gründen (ärztliche Anordnung) oder • Bewegungsverbot aufgrund hoher Selbstgefährdung
			<p>Ganzkörperwaschung/-pflege mit 2 PFK pflegfachlich indiziert</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei fehlender Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen, durch Vorliegen eines Erschwernisfaktors (siehe Beispielliste) oder • bei bestehender Beeinträchtigung der Atemsituation oder Herz-/Kreislaufsituation bei Anstrengung oder • bei massivem Abwehrverhalten/Widerständen bei der Körperpflege oder • bei massiver Angst vor Berührung und Bewegung oder • bei fehlenden Kenntnissen über Ablauf der Körperpflege oder • bei Bewegungsverbot aus medizinischen Gründen (ärztliche Anordnung) oder • Hohe Selbstgefährdung

Beispielliste (nicht abschließend) für Erschwerungsfaktoren bei der Körperpflege:

Altersgruppen F, K und J:

- mindestens drei 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 und 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. Leistungsbereich Ernährung: Leistungen im Zusammenhang mit der Ernährung inkl. Vor- und Nacharbeiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbstständigkeit			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Zuordnungsmerkmal / Maßnahme
F	KA1	Grundleistungen	Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe KA2, KA3 oder KA4 zugeordnet werden
	KA2	Erweiterte Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Nahrungsverabreichung bis zu 8x täglich inkl. Mundpflege oder • Nahrungsverabreichung per Sonde inkl. Magenrestprüfung bis zu 8x täglich inkl. Mundpflege oder • Hilfen beim Stillen.
	KA3	Besondere Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
	KA4	Hochaufwendige Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> - Trinkversuche oder - orale Stimulation oder - Nahrungsverabreichung durch die PFK und Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr-/Schutzisolation oder - aseptische Bedingungen (nicht bei Isolation)

II. Leistungsbereich Ernährung: Leistungen im Zusammenhang mit der Ernährung inkl. Vor- und Nacharbeiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbstständigkeit		
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung
		<p>Zuordnungsmerkmal / Maßnahme</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/erschwerten Nahrungsaufnahme oder einer massiv erschwerten Stillsituation oder bei Schluckstörungen mit starken Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme mit anschließender Nahrungsverabreichung inkl. Anleitung der Mutter / Bezugsperson</p> <p>Hochaufwendige Durchführung von Trink- und Esstraining oder Anleitung der Eltern/Bezugsperson nach individuell aufgestellter Maßnahmenplanung bei mindestens 6 Mahlzeiten tägl. bei Vorliegen einer massiv verlangsamten/erschwernten Nahrungsaufnahme oder einer massiv erschwerten Stillsituation oder bei Schluckstörungen mit starken Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme.</p> <p>Nahrungsverabreichung/Anleitung mit kontinuierlicher Überwachung von mindestens 2 Vitalparametern und des Erschöpfungszustandes des Patienten beim Stillen/bei Nahrungsaufnahme durch ständige Anwesenheit einer PFK während jeder Nahrungsaufnahme (mindestens 6x tägl.) bei Vorliegen einer massiv verlangsamten/erschwernten Nahrungsaufnahme (z.B. bei Lipper-Kiefer-Gaumespalte oder Belastungsintoleranz) oder einer massiv erschwerten Stillsituation oder bei Schluckstörungen mit starken Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme</p>
K	KA1	Grundleistungen
	KA2	Erweiterte Leistungen

- Nahrungsverabreichung **oder Beaufsichtigung** bis zu **6x täglich** inkl. Mundpflege **oder**
- Nahrungsverabreichung per Sonde inkl. Magenrestprüfung **bis zu 6x täglich** inkl. Mundpflege und ggf. unterstützende Maßnahmen

II. Leistungsbereich Ernährung: Leistungen im Zusammenhang mit der Ernährung inkl. Vor- und Nacharbeiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbstständigkeit			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Zuordnungsmerkmal / Maßnahme
	KA3	Besondere Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • 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. <ul style="list-style-type: none"> - orale Stimulation oder - Nahrungsverabreichung durch die PFK und Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr-/Schutzisolation oder - aseptische Bedingungen (nicht bei Isolation)
	KA4	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 Resinnahrung 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 massiv verlangsamt/en/erschweren Nahrungsaufnahme oder bei Vorliegen einer Schluckstörung mit starken Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme</p>

II. Leistungsbereich Ernährung: Leistungen im Zusammenhang mit der Ernährung inkl. Vor- und Nacharbeiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbstständigkeit			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Zuordnungsmerkmal / Maßnahme
			<p>Hochaufwendiges Trink- und Esstraining nach individuell aufgestellter Maßnahmenplanung bei mindestens 4 Mahlzeiten täglich bei Vorliegen einer kontinuierlichen/massiven Nahrungsverweigerung oder bei einer massiv verlangsamt/erschwert Nahrungsaufnahme oder bei Vorliegen von Kau-/Schluckstörungen mit starken Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme.</p> <p>Maßnahmen können z.B. 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>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 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 verlangsamt/erschwert Nahrungsaufnahme oder bei Vorliegen einer Fehl-/Mangelernährung</p>
	KA1	Grundleistungen	Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe A2, A3 oder A4 zugeordnet werden
J	KA2	Erweiterte Leistungen	Nahrungsverabreichung oder Beaufsichtigung bis zu 6x täglich inkl. Mundpflege oder Nahrungsverabreichung per Sonde inkl. Magenrestprüfung bis zu 6x täglich inkl. Mundpflege und ggf. unterstützende Maßnahmen

II. Leistungsbereich Ernährung: Leistungen im Zusammenhang mit der Ernährung inkl. Vor- und Nacharbeiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbständigkeit			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Zuordnungsmerkmal / Maßnahme
	KA3	Besondere Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • 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. <ul style="list-style-type: none"> - orale Stimulation oder - Nahrungsverabreichung durch die PFK und Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr-/Schutzisolation oder - aseptische Bedingungen (nicht bei Isolation)
	KA4	Hochaufwendige Leistungen	<p>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</p> <p>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 der Mundmotorik oder Einüben von Kompensationstechniken vor/bei jeder Mahlzeit (3H und mindestens 2Z) mit anschließender Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme bei Vorliegen einer massiv verlangsamten/erschwererten Nahrungsaufnahme oder bei Vorliegen einer Kau-/Schluckstörung mit starken Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme</p>

II. Leistungsbereich Ernährung: Leistungen im Zusammenhang mit der Ernährung inkl. Vor- und Nacharbeiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbständigkeit		
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung
		<p>Zuordnungsmerkmal / Maßnahme</p> <p>Hochaufwendiges Trink- und Esstraining nach individuell aufgestellter Maßnahmenplanung bei jeder Mahlzeit (3H und mindestens 2Z)</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei Vorliegen einer kontinuierlichen/massiven Nahrungsverweigerung oder • bei einer massiv verlangsamten/erschwertten Nahrungsaufnahme oder • bei Vorliegen einer Kau-/Schluckstörung mit starken Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme <p>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, - faszilieren/inhibieren von Bewegungsabläufen/des Schluckaktes, - Einüben von Essritualen <p>Hochaufwendige Nahrungsverbreicherung/Anleitung mit der Besonderheit des Zuredens und Anleitens des Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei der versuchten selbstständigen Nahrungsaufnahme, • bei der Willensbildung zum Erhalten einer speziellen Diät oder • beim Überwinden einer Nahrungsverweigerung bei jeder Mahlzeit und Flüssigkeitsverbreicherung oder bei Essstörung die Überwachung der Nahrungsaufnahme zur Vermeidung von unkontrolliertem Trinken (3H und mindestens 2Z) bei Vorliegen einer kontinuierlichen/massiven Nahrungsverweigerung oder einer passiv verlangsamten/erschwertten Nahrungsaufnahme oder bei einer vorliegenden Fehl- /Mangelernährung

III. Leistungsbereich Ausscheidung: Leistungen im Zusammenhang mit Ausscheidungen inkl. Vor- und Nachbereiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbstständigkeit			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Zuordnungsmerkmale / Maßnahme
F	KA1	Grundleistungen	Alle Patienten, die nicht KA2, KA3 oder KA4 zugeordnet werden
	KA2	Erweiterte Leistungen	Wickeln 5x bis 8x täglich
	KA3	Besondere Leistungen	Wickeln mehr als 8x täglich oder eines der folgenden Merkmale: <ul style="list-style-type: none"> - Versorgen bei z.B. Durchfall, Erbrechen, Schwitzen, Blutungen inkl. Teil- oder Ganzbeziehungen des Bettes, Teil- oder Ganzwäsche/-baden des Kindes, Bekleidungswechsel - Ausscheidungsunterstützung durch die Pflegsperson und Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr-/Schutzisolation - aseptische Bedingungen (nicht bei Isolation)
	KA4	Hochaufwendige Leistungen	Hochaufwendige Übernahme der Ausscheidungsunterstützung <ul style="list-style-type: none"> • bei Vorliegen eines Erschwerungsfaktors (siehe Beispielliste) oder • bei bestehender Beeinträchtigung der Atemsituation oder Herz-Kreislaufsituation bei Anstrengung oder • bei ausgeprägter Obstipation oder andere Gründe, die einen Einlauf oder rektales Ausräumen erfordern und einer der zusätzlichen Aspekte: <ul style="list-style-type: none"> - 1x tägl. digitales rektales Ausräumen/Reinigungseinlauf - Ausscheidungsunterstützung bei voller Übernahme mindestens 9x tägl. - Übernahme der Ausscheidungsunterstützung durch intermittierende Katheterisierung oder Entero-/Urostoma-Versorgung mind. 5x tägl. - volle Übernahme der Ausscheidungsunterstützungen mit 2 PFK mind. 3x tägl. - Bauch-/Kolonmassage mind. 30 Minuten tägl
K	KA1	Grundleistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe KA2, KA3 oder KA4 zugeordnet werden
	KA2	Erweiterte Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Wickeln bis zu 6x täglich oder • Beaufsichtigen mit ggf. unterstützende Maßnahmen oder • Blasen- und / oder Darmmassage

III. Leistungsbereich Ausscheidung: Leistungen im Zusammenhang mit Ausscheidungen inkl. Vor- und Nachbereiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbstständigkeit			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Zuordnungsmerkmale / Maßnahme
	KA3	Besondere Leistungen	<p>Wickeln mehr als 6x täglich oder:</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 oder • Blasen- und/oder Darmtraining oder Versorgen bei unkontrollierter Blasen- und Darmentleerung oder • Ausscheidungsunterstützung durch die Pflegeperson und Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr-/Schutzisolation oder • aseptische Bedingungen (nicht bei Isolation)
			<p>Hochaufwendige Ausscheidungsunterstützung mit Transfer auf die Toilette mindestens 4x täglich durch fehlende Fähigkeiten bei der Ausscheidung durch Vorliegen eines Erschwernisfaktors (siehe Beispielliste)</p> <p>Wäschewechsel (Kleidung und Bettwäsche) und Teilkörperwaschungen mindestens 3x täglich</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei inadäquatem Umgang mit Ausscheidungen oder • bei fehlender Selbstständigkeit beim Erbrechen oder • bei veränderter Miktions-/Defäkationsfrequenz und fehlender Selbstständigkeit bei der Miktion/Defäkation
J	KA4	Hochaufwendige Leistungen	<p>Hochaufwendige Übernahme der Ausscheidungsunterstützung (Steckbecken, Toilettenstuhl, AP-Versorgung, Transfer zur Toilette, Wickeln)</p> <ul style="list-style-type: none"> • durch fehlende Fähigkeiten bei der Ausscheidung durch Vorliegen eines Erschwernisfaktors (siehe Beispielliste) oder • bei veränderter Miktions-/Defäkationsfrequenz und fehlender Selbstständigkeit bei der Miktion/Defäkation oder • ausgeprägte Obstipation oder andere Gründe, die einen tägl. Einlauf/rektales Ausräumen erfordern und einer der zusätzlichen Aspekte: <ul style="list-style-type: none"> - 1x täglich digitales rektales Ausräumen oder 1x täglich Reinigungseinlauf - Ausscheidungsunterstützung bei voller Übernahme mindestens 6x tägl. - hochaufwendige Übernahme der Ausscheidungsunterstützung mit 2 PFK
			<p>Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe A2, A3 oder A4 zugeordnet werden</p>
	KA1	Grundleistungen	Beaufsichtigen mit ggf. unterstützende Maßnahmen (z.B. Wickeln oder Urinflasche halten, Blasen und / oder Darmmassage)
	KA2	Erweiterte Leistungen	

III. Leistungsbereich Ausscheidung: Leistungen im Zusammenhang mit Ausscheidungen inkl. Vor- und Nachbereiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbstständigkeit			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Zuordnungsmerkmale / Maßnahme
			zur Toilette bringen / Bettfanne
	KA3	Besondere Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Vorsorgen bei z.B. Erbrechen, Schwitzen und Blutungen mit Teil- oder Ganzbeziehungen des Bettes, Teil- oder Ganzwäsche / -baden des Jugendlichen, Bekleidungswechsel inkl.: <ul style="list-style-type: none"> - Vorsorgen bei unkontrollierter Blasen- und Darmentleerung oder Blasen- oder Darmtraining oder - Ausscheidungsunterstützung durch die Pflegeperson und Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr-/Schutzisolation oder - aseptische Bedingungen (nicht bei Isolation)
			<p>Hochaufwendige Ausscheidungsunterstützung mit Transfer auf die Toilette mindestens 4x täglich durch fehlende Fähigkeiten bei der Ausscheidung durch Vorliegen eines Erschwernisfaktors (siehe Beispielliste)</p> <p>Wäschewechsel (Kleidung und Bettwäsche) und Teilkörperwaschungen mindestens 2x täglich</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
	KA4	Hochaufwendige Leistungen	<p>Hochaufwendige Übernahme der Ausscheidungsunterstützung (Steckbecken, Toilettenstuhl, Transfer zur Toilette, Wickeln, AP-Versorgung)</p> <ul style="list-style-type: none"> • durch fehlende Fähigkeiten bei der Ausscheidung durch Vorliegen eines Erschwernisfaktors (siehe Beispielliste) oder • veränderte Miktions-/Defäkationsfrequenz und fehlende Selbstständigkeit bei der Miktions-/Defäkation ausgeprägte Obstipation oder • andere Gründe, die einen tägl. Einlauf / rektales Ausräumen oder spezielles Darmmanagement erfordern und einer der zusätzlichen Aspekte: <ul style="list-style-type: none"> - 1x tägl. digitales rektales Ausräumen oder 1x tägl. Reinigungseinlauf - Ausscheidungsunterstützung bei voller Übernahme mind. 5x täglich - Übernahme des Darmmanagement durch intermittierendes digitales Ausräumen - volle Übernahme der Ausscheidungsunterstützungen mit 2 PFK

III. Leistungsbereich Ausscheidung: Leistungen im Zusammenhang mit Ausscheidungen inkl. Vor- und Nachbereiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbständigkeit		
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung
		Zuordnungsmerkmale / Maßnahme Ausscheidungstraining mit Anleitung/Überwachung und mit Transfer auf die Toilette mindestens 4x tägl. bei inadäquatem Umgang mit Ausscheidungen

Beispielliste (nicht abschließend) für Erschwerungsfaktoren bei der Ausscheidung:

Altersgruppen F, K und J:

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

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)
- 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
- fehlende Kraft zur Eigenbewegung

IV. Leistungsbereich Bewegen und Lagern: Leistungen im Zusammenhang mit Bewegen und Lagern, inkl. Vor- und Nachbereiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbstständigkeit			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Zuordnungsmerkmal / Maßnahme
F	KA1	Grundleistungen	Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe KA2, KA3 oder KA4 zugeordnet werden
	KA2	Erweiterte Leistungen	- Positionsunterstützung/-wechsel mit Hilfsmitteln, z.B.: U-Kissen, Lagerungskeil, Rolle oder - Prophylaktischer Maßnahmen, z.B.: Pneumonieprophylaxe, Dekubitusprophylaxe, oder – - Mobilisation, z.B.: Laufübung*, Durchbewegen * altersabhängig, z.B.: einzelne Schritte, Bewegungsablauf
	KA3	Besondere Leistungen	- Mobilisation und/oder Positionsunterstützung/-wechsel im Inkubator oder - Spezielle Positionsunterstützungen , z.B.: Dreistufenlagerung, Drainagelagerung, Positionsunterstützung bei Extension oder - Aufwendige Maßnahmen zur Spannungsregulierung , z.B. Aufbau oder Abbau von Muskeltonus oder - Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln , z.B. Schiene(n), Korsett
	KA4	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 (siehe Beispielliste) Hochaufwendiger Lagerungswechsel (bzw. Mikrolagerung) mindestens 10x täglich bedingt durch fehlende Fähigkeit sich altersgerecht zu bewegen durch Vorliegen eines Erschwernisfaktors (siehe Beispielliste) Bewegungstraining nach verschiedenen therapeutischen Konzepten mit individuell aufgestellter Maßnahmenplanung bei krankheitsbedingten Bewegungseinschränkungen / -verbot
K	KA1	Grundleistungen	Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe KA2, KA3 oder KA4 zugeordnet werden
	KA2	Erweiterte Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Positionsunterstützung mit Lagerungshilfen oder • Prophylaktische Maßnahmen, z.B.: Pneumonieprophylaxe, Dekubitusprophylaxe oder • Mobilisation, z.B. Positionsunterstützung, Laufübung*, Durchbewegen <p>* altersabhängig, z.B.: einzelne Schritte, Bewegungsablauf</p>

IV. Leistungsbereich Bewegen und Lagern: Leistungen im Zusammenhang mit Bewegen und Lagern, inkl. Vor- und Nachbereiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbstständigkeit			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Zuordnungsmerkmal / Maßnahme
	KA3	Besondere Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Spezielle Positionsunterstützungen, z.B.: Dreistufenlagerung, Drainagelagerung, Positionsunterstützung bei Extension oder • Aufwendige Maßnahmen zur Spannungsregulierung, z.B. Aufbau oder Abbau von Muskeltonus oder • Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln z.B. Schiene(n), Korsett oder • Lauftraining* <p>* altersabhängig, z.B.: Festigung der Muskulatur, viele Schritte, Automatisierung</p>
			<p>Hochaufwendiger Lagerungswechsel (bzw. Mikrolagerung) mindestens 10x täglich</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei massivem Abwehrverhalten/Widerständen oder • bei massiver Angst vor Berührung und Bewegung oder • bei fehlender Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen, bedingt durch einen Erschwernisfaktor (siehe Beispielliste)
	KA4	Hochaufwendige Leistungen	<p>Mindestens 8x tägl. hochaufwendiger Lagerungs-/Positionswechsel oder Mobilisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei massivem Abwehrverhalten/Widerständen oder • bei massiver Angst vor Berührung und Bewegung oder • bei fehlender Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen, bedingt durch einen Erschwernisfaktor (siehe Beispielliste), davon mind. 4 x täglich mit 2 PFK <p>Hochaufwendige Unterstützung bei der Mobilisation aus dem Bett</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei massivem Abwehrverhalten/Widerstände oder • bei massiver Angst vor Berührung und Bewegung oder • bei fehlender Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen, bedingt durch einen Erschwernisfaktor (siehe Beispielliste) oder • bei fehlender Fähigkeit, einen Transfer durchzuführen oder zu gehen, mit zusätzlichen erforderlichen Aktivitäten, z.B.: aufwendiges Anlegen von z.B. Stützkorsett/-hose, Kompressionsanzug vor/nach der Mobilisation
			<p>mindestens 4x täglich Spastik des Patienten lösen und mindestens 2x täglich Anbahnung normaler Bewegungsabläufe durch Faszilitation, Inhibition</p>

IV. Leistungsbereich Bewegen und Lagern: Leistungen im Zusammenhang mit Bewegen und Lagern, inkl. Vor- und Nachbereiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbstständigkeit			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Zuordnungsmerkmal / Maßnahme
			<p>Hochaufwendige Mobilisation aus dem Bett bei fehlender Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen, bedingt durch einen Erschwernisfaktor (siehe Beispielliste) oder fehlender Fähigkeit einen Transfer durchzuführen oder zu gehen und</p> <ul style="list-style-type: none"> kleinkindgerechtes Gehtraining unter Anwendung von Techniken, z.B. Faszilitation, Inhibition, Kinästhetik, oder kleinkindgerechtes Gehtraining nach verschiedenen therapeutischen Konzepten (wie NDT, MRP, Bobath) oder kleinkindgerechtes Gehtraining mit Gehhilfen wie Unterarmgehstützen, Gehwagen/Rollator
	KA1	Grundleistungen	Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe A2, A3 oder A4 zugeordnet werden
	KA2	Erweiterte Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> Positionsunterstützung mit Lagerungshilfen oder Prophylaktische Maßnahmen, z.B.: Pneumonieprophylaxe, Dekubitusprophylaxe oder Mobilisation, z.B. Positionsunterstützung, Laufübung*, Durchbewegen
J			<p>* altersabhängig, z.B.: einzelne Schritte, Bewegungsablauf</p> <ul style="list-style-type: none"> Spezielle Positionsunterstützungen, z.B.: Dreistufenlagerung, Drainagelagerung, Positionsunterstützung bei Extension, oder Aufwendige Maßnahmen zur Spannungsregulierung, z.B. Aufbau oder Abbau von Muskeltonus, oder Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln, z.B. Schiene(n), Korsett, oder Lauftraining* oder Mobilisation und Transfer mit Hilfsmitteln, z.B. Patientlift
	KA3	Besondere Leistungen	<p>* altersabhängig, z.B.: Festigung der Muskulatur, viele Schritte, Automatisierung</p>

IV. Leistungsbereich Bewegen und Lagern: Leistungen im Zusammenhang mit Bewegen und Lagern, inkl. Vor- und Nachbereiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbstständigkeit		
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung
		<p>Zuordnungsmerkmal / Maßnahme</p> <p>Hochaufwendiger Lagerungswechsel (bzw. Mikrolagerung) mindestens 10x täglich</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei massivem Abwehrverhalten/Widerständen oder • bei massiver Angst vor Berührung und Bewegung oder • bei hoher Selbstgefährdung oder • bei Bewegungsverbot aus medizinischen Gründen (ärztliche Anordnung) oder • bei fehlender Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen, bedingt durch einen Erschwerisfaktor (siehe Beispielliste) <p>Mindestens 8x tägl. hochaufwendiger Lagerungs-/Positionswechsel oder Mobilisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei massivem Abwehrverhalten/Widerständen oder • bei massiver Angst vor Berührung und Bewegung oder • bei hoher Selbstgefährdung oder • bei Bewegungsverbot aus medizinischen Gründen (ärztliche Anordnung) oder • bei fehlender Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen, bedingt durch einen Erschwerisfaktor (siehe Beispielliste), davon mind. 4x täglich mit 2 PFK <p>Unterstützung bei der hochaufwendigen Mobilisation aus dem Bett mit zusätzlichen erforderlichen Aktivitäten</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei fehlender Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen, bedingt durch einen Erschwerisfaktor (siehe Beispielliste) oder • bei fehlender Fähigkeit einen Transfer durchzuführen oder zu gehen • mit zusätzlich erforderlichen Aktivitäten wie: <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
	KA4	Hochaufwendige Leistungen

IV. Leistungsbereich Bewegen und Lagern: Leistungen im Zusammenhang mit Bewegen und Lagern, inkl. Vor- und Nachbereiten, Anleiten, Helfen, Motivieren zur Selbstständigkeit			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Zuordnungsmerkmal / Maßnahme
			<p>Hochaufwendige Mobilisation aus dem Bett bei fehlender Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen, bedingt durch einen Erschwernisfaktor (siehe Beispielliste) oder fehlende Fähigkeit einen Transfer durchzuführen 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 7x tägl. (keine Mikrolagerungen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei fehlender Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen, bedingt durch einen Erschwernisfaktor (siehe Beispielliste) oder • bei fehlender Fähigkeit, einen Transfer durchzuführen oder zu gehen, und einem der folgenden Aspekte: <ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation mindestens 2x tägl. in den Roll-/Lehnstuhl - ausgiebige Kontrakturrenprophylaxe an allen gefährdeten großen Gelenken mindestens 1x tägl. und Thromboseprophylaxe durch Anlegen eines medizinischen Thromboseprophylaxestrumpfes oder Kompressionsverbandes

Beispielliste (nicht abschließend) für Erschwerungsfaktoren bei Bewegen und Lagern:

Altersgruppen F, K und J:

- mindestens drei Zu- 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 Bewegungsverbod/-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. Leistungsbereich Kommunikation: Leistungen im Zusammenhang mit Kommunikation inkl. Vor- und Nacharbeiten			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Zuordnungsmerkmal / Maßnahme
F	KA1	Grundleistungen	Kommunikation findet Berücksichtigung in den allgemeinen Leistungsstufen KA1 und KA2. Erst ab Leistungsstufe KA3 findet eine gesonderte Berücksichtigung statt.
	KA2	Erweiterte Leistungen	Kommunikation findet Berücksichtigung in den allgemeinen Leistungsstufen KA1 und KA2. Erst ab Leistungsstufe KA3 findet eine gesonderte Berücksichtigung statt.
	KA3	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.
			*Gründe aus Leistungsstufe KA4 finden entsprechend Anwendung
K			Eins-zu-eins-Betreuung: Einen Patienten kontinuierlich über einen längeren Zeitraum von mind. 60 Min. täglich (Summe kann addiert werden) in Präsenz betreuen und findet getrennt/gesondert von anderen Interventionen statt bei Vorliegen eines der in der Beispielliste aufgeführten Gründe
			Problemlösungsorientierte Gespräche mit Angehörigen/Bezugspersonen bei Vorliegen eines der in der Beispielliste aufgeführten Gründe von mind. 60 Min. täglich (Summe kann addiert werden), die gesondert/getrennt von anderen Interventionen stattfinden, bei Vorliegen einer der folgenden Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> • zur Krisenbewältigung/Vertrauensbildung/Anpassung oder • Gespräche zur Vorbereitung auf die Entlassung oder • Gespräche mit Dolmetscher
	KA4	Hochaufwendige Leistungen	Hochaufwendige Anleitungssituation mit Angehörigen/Bezugspersonen bei Vorliegen eines der in der Beispielliste aufgeführten Gründe von mind. 60 Min. tägl. (Summe kann addiert werden) die getrennt/gesondert von anderen Interventionen stattfindet.
			Hochaufwendige kommunikative Stimulation , Förderung der spielerischen Interaktion, Bereitstellen und Nachbereitung von altersentsprechendem Spielmaterial, Fingerspiele etc. von mind. 60 Min. tägl. (Summe kann addiert werden) die getrennt/gesondert von anderen Interventionen statt bei Vorliegen eines der in der Beispielliste aufgeführten Gründe stattfindet
K	KA1	Grundleistungen	Kommunikation findet Berücksichtigung in den allgemeinen Leistungsstufen KA1 und KA2. Erst ab Leistungsstufe KA3 findet eine gesonderte Berücksichtigung statt
	KA2	Erweiterte Leistungen	Kommunikation findet Berücksichtigung in den allgemeinen Leistungsstufen KA1 und KA2. Erst ab Leistungsstufe KA3 findet eine gesonderte Berücksichtigung statt

V. Leistungsbereich Kommunikation: Leistungen im Zusammenhang mit Kommunikation inkl. Vor- und Nacharbeiten		
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung
	KA3	Besondere Leistungen
	KA4	Hochaufwendige Leistungen
	KA1	Grundleistungen
	KA2	Erweiterte Leistungen
	KA3	Besondere Leistungen
	KA4	Hochaufwendige Leistungen
J		

Zuordnungsmerkmal / Maßnahme
<p>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</p> <p>*Gründe aus Leistungsstufe KA4 finden entsprechend Anwendung</p> <p>Eins-zu-eins-Betreuung: Einen Patienten kontinuierlich über einen längeren Zeitraum von mind. 60 Min. tägl. (Summe kann addiert werden) in Präsenz betreuen und getrennt/gesondert von anderen Interventionen stattfindet, bei Vorliegen eines der in der Beispielliste aufgeführten Gründe</p> <p>Problemlösungsorientierte Gespräche (mit Kleinkind und/oder Angehörigen/Bezugspersonen) bei Vorliegen einer der in der Liste aufgeführten Gründe von mind. 60 Min. tägl. (Summe kann addiert werden) die gesondert/getrennt von anderen Interventionen stattfinden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zur Krisenbewältigung/Vertrauensbildung/Anpassung oder • Gespräche zur Vorbereitung auf die Entlassung oder • Gespräche mit Dolmetscher <p>Hochaufwendige Anleitungssituation mit Kleinkind und/oder Angehörigen/Bezugspersonen bei Vorliegen eines der in der Beispielliste aufgeführten Gründe von mind. 60 Min. tägl. (Summe kann addiert werden), die getrennt/gesondert von anderen Interventionen stattfindet.</p> <p>Hochaufwendige kommunikative Stimulation, Förderung der spielerischen Interaktion, Bereitstellung und Nachbereitung von Lektüre, Spiel-, Mal und Bastelmaterial von mind. 60 Min. tägl. (Summe kann addiert werden), die getrennt von anderen Interventionen bei Vorliegen eines der in der Liste aufgeführten Gründe stattfindet.</p> <p>Kommunikation findet Berücksichtigung in den allgemeinen Leistungsstufen KA1 und KA2. Erst ab Leistungsstufe KA3 findet eine gesonderte Berücksichtigung statt</p> <p>Kommunikation findet Berücksichtigung in den allgemeinen Leistungsstufen KA1 und KA2. Erst ab Leistungsstufe KA3 findet eine gesonderte Berücksichtigung statt</p> <p>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</p> <p>*Gründe aus Leistungsstufe KA4 finden entsprechend Anwendung</p> <p>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</p>

V. Leistungsbereich Kommunikation: Leistungen im Zusammenhang mit Kommunikation inkl. Vor- und Nacharbeiten		
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung
		<p>Zuordnungsmerkmal / Maßnahme</p> <p>Problemlösungsorientierte Gespräche (mit 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 gesondert/getrennt von anderen Interventionen statt</p> <ul style="list-style-type: none"> • zur Krisenbewältigung/Vertrauensbildung/Anpassung oder • Gespräche zur Vorbereitung auf die Entlassung oder • Gespräche mit Dolmetscher <p>Hochaufwendige Anleitungssituation mit dem Kind/Jugendlichen und/oder Angehörigen/Bezugspersonen bei Vorliegen eines der in der Beispielliste aufgeführten Gründe von mind. 60 Min. tägl. (Summe kann addiert werden) und findet getrennt/gesondert von anderen Interventionen statt</p> <p>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</p>

Beispielliste (nicht abschließend):

Gründe für kontinuierliche Betreuung:

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

Gründe für problemlösungsorientierte Gespräche:

- massive Beeinträchtigung der Informationsverarbeitung des Patienten oder der Angehörigen/Bezugspersonen oder
- Verhaltensweisen, die kontraproduktiv für die Therapie sind, oder
- Sprach-/Kommunikationsbarrieren des Patienten oder der Angehörigen/Bezugspersonen oder
- beeinträchtigte Anpassungsfähigkeit oder Nichteinhaltung von Therapieabsprachen des Patienten oder der Angehörigen/Bezugspersonen oder

- extreme Krisensituation des Patienten oder der Angehörigen/Bezugspersonen oder
- Krisensituation des Neugeborenen/Säuglings, Kleinkindes oder Kind/Jugendlichen durch fehlende Ablenkung/Beschäftigung, fehlende Bezugsperson, fehlende Zuwendung, Unruhe bei Entzugerscheinungen, 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
- beeinträchtigte Anpassungsfähigkeit oder Nichteinhaltung von Therapieabsprachen der Patienten oder der Angehörigen/Bezugspersonen oder
- körperliche Einschränkungen, die den erforderlichen Kompetenzerwerb erschweren

Gründe für hochaufwendige kommunikative Stimulation:

- extreme Krisensituation des Kleinkindes oder des Kindes/Jugendlichen 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 Entzugerscheinungen, Unruhe bei Phototherapie, Schmerzen trotz Schmerzmanagement oder
- körperliche Einschränkungen, die den erforderlichen Kompetenzerwerb erschweren

Anlage 4

zu § 13 Absatz 2 Satz 1

Ermittlung des Pflegebedarfs auf Normalstationen für Kinder: Zuordnung zu den Leistungsstufen der speziellen Pflege

I. Leistungsbereich OP, invasive Maßnahmen, akute Krankheitsphase, dauernde Bedrohung			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Zuordnungsmerkmal / Maßnahme
F, K und J	KS1	Grundleistungen	Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe KS2, KS3 oder KS4 zugeordnet werden Vitalzeichenkontrolle und Krankenbeobachtung mit Erhebung von mindestens 24 Parametern* täglich * z.B Kontrolle von: 06:00 Uhr: Puls, Atmung 08:00 Uhr: Gewicht, Puls, Atmung, RR, BZ, Temp 10:00 Uhr: Puls, Atmung 12:00 Uhr: Puls, Atmung, BZ 14:00 Uhr: Puls, Atmung 18:00 Uhr: Puls, Atmung, BZ, Temp 22:00 Uhr: Puls, Atmung 02:00 Uhr: Puls, Atmung, Temp
	KS2	Erweiterte Leistungen	Aufwendiges Versorgen von Ableitungs- und Absaugsystem/-en (Versorgen von Trachelakanüle oder Bulau-Drainage/-n , häufiges Absaugen, Legen oder Wechseln einer Magensonde, Legen eines Blasenkatheters, Wechsel einer Stomaplatte, engmaschige Kontrollen von Ableitungsmengen) Pflegespezifische physikalische Maßnahmen 3 – 5 x täglich. , z.B.: - Inhalation, Wadenwickel oder - Medizinisches Voll-/Teilbad (nach ärztl. Anordnung) 1x tägl. mind. 20 Minuten

I. Leistungsbereich OP, invasive Maßnahmen, akute Krankheitsphase, dauernde Bedrohung			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Zuordnungsmerkmal / Maßnahme
			<p>Vitalzeichenkontrolle* und Krankenbeobachtung zum Erkennen einer akuten Bedrohung fortlaufend innerhalb von 24 Stunden, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontinuierliche Monitorüberwachung und engmaschige Krankenbeobachtung, z.B. nach Fieberkrampf, oder - stündliche GCS-Erhebung oder - postoperativ z.B. 2 stdl. Vitalparameter Puls, Atmung, RR und Kontrolle von Ausscheidung, Wundbett und Motorik, Durchblutung und Sensibilität (MDS) <p>*Parameter sind z.B.: RR, Puls, Atmung, Temp., Drogenscore z.B. nach Finnegan</p> <p>Pflegespezifische physikalische Maßnahmen mindestens 6x tägl., z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inhalation - Wickel, Auflagen, Aromatherapie - medizinisches Vollbad (nach ärztl. Anordnung) mind. 60 Minuten (inkl. Vor- und Nachbereitung)
	KS3	Besondere Leistungen	
			<p>Vitalzeichenkontrolle* und Krankenbeobachtung zum Erkennen einer akuten Bedrohung fortlaufend innerhalb von 24 Stunden bei Zeichen einer respiratorischen Beeinträchtigung oder bei Vorhandensein eines Tracheostomas und bei Vorliegen eines Erschwerungsfaktors (siehe Beispielliste):</p> <ul style="list-style-type: none"> • kontinuierliche Monitorüberwachung/Pulsoximetrie und mindestens 2-stdl. Beurteilung und Dokumentation des Atemmusters oder • 1-stdl. Dokumentation von Puls und Atmung (ohne Monitor), Beurteilung der Atmung und atemtherapeutische Leistungen mit einem Zeitaufwand von mindestens 30 Minuten wie: <ul style="list-style-type: none"> ○ Absaugen von Schleim aus Tracheostoma oder Nase, Mund, Rachen oder ○ Anleitung von Eltern und Angehörigen im Umgang mit Absaugsystemen oder in der Tracheostomapflege oder ○ Anleitung zum Wechsel der Trachealkanüle <p>*Parameter sind z.B.: RR, Puls, Atmung, Temp., Drogenscore z.B. nach Finnegan</p>
	KS4	Hochaufwendige Leistungen	

I. Leistungsbereich OP, invasive Maßnahmen, akute Krankheitsphase, dauernde Bedrohung		
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung
		<p>Zuordnungsmerkmal / Maßnahme</p> <p>Pflegespezifische physikalische Maßnahmen zur Pneumonieprophylaxe 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 (siehe Beispielliste) oder bei Zeichen einer respiratorischen Beeinträchtigung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inhalation oder • Vibrationsbehandlung des Thorax oder • Wickel/Auflagen/Umschläge oder • Maßnahmen der Atemtherapie: Anleiten und Beaufsichtigen von in- und Expirationsübungen mit entsprechenden Hilfsmitteln (z.B.: Kontakttatmung) oder • Anleiten von Eltern/Bezugsperson in Techniken zur Sekretmobilisation beim Patienten (z.B. autogene Drainage, Drainagelagerung) oder • Speziallagerung zur Ventilations- und Mobilitätsförderung des Thorax mit Evaluation und Dokumentation des Behandlungsverlaufs (z.B. Dehnlagerung, Halbmondlagerung)

Beispielliste (nicht abschließend) für die Altersgruppen F, K und J für Erschwernisfaktoren bei Überwachen und Beobachten:

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

II. Leistungsbereich Medikamentöse Versorgung			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Zuordnungsmerkmal / Maßnahme
F, K, J	KS1	Grundleistungen	Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe KS2, KS3 oder KS4 zugeordnet werden
	KS2	Erweiterte Leistungen	<p>Vorbereiten, Nachbereiten und Kontrollieren von z.B.:</p> <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
			<p>Vorbereiten, Nachbereiten und Kontrollieren von z.B.:</p> <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. 6x täglich
	KS3	Besondere Leistungen	<p>Fortlaufendes Beobachten und Betreuen des Patienten bei Gefahr einer akuten Bedrohung bei z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zu erwartenden Nebenwirkungen - Provokationstests - einer allergischen Reaktion - Unverträglichkeit, z.B. Übelkeit und Erbrechen - medikamentöser Neueinstellung (z.B. Antikonvulsiva, Insulintherapie)
	KS4	Hochaufwendige Leistungen	<p>Zu mindestens neun verschiedenen Uhrzeiten Verabreichung der Arzneimittel, die der Patient nicht selbstständig einnehmen kann, bei massiver Abwehr/Widerständen/Uneinsichtigkeit bei der Verabreichung von Arzneimitteln oder massiver Beeinträchtigung der oralen Arzneimittelaufnahme durch Bewusstseins Einschränkung und hochaufwendiges (komplexes) Arzneimittelregime entsprechend ärztlicher Anordnung mit hoher Verabreichungsfrequenz oder Multimedikation</p>

II. Leistungsbereich Medikamentöse Versorgung		
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung
		<p>Zuordnungsmerkmal / Maßnahme</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 die Verabreichung dieser Arzneimittel bei massiver Beeinträchtigung der oralen Arzneimittelaufnahme durch Bewusstseinsminderung und • hochaufwendiges (komplexes) Arzneimittelregime entsprechend ärztlicher Anordnung mit hoher Verabreichungsfrequenz oder Multimedikation oder Kau-/Schluckstörung mit starken Auswirkungen auf die Arzneimittelaufnahme <p>Hochaufwendiges Infusionsregime von mindestens 9 (Kurz-)Infusionen (ohne alleinige Trägerflüssigkeiten) i.v. oder Spritzenpumpe i.v. oder Injektionen in liegende Zugänge i.v. mit Dokumentation und Sicherung eines entsprechenden Zugangs</p>

III. Leistungsbereich Wund- und Hautbehandlung / Assistieren ärztlicher Tätigkeiten			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Zuordnungsmerkmal / Maßnahme
F, K, J	KS1	Grundleistungen	Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe KS2, KS3 oder KS4 zugeordnet werden
	KS2	Erweiterte Leistungen	Vor- und Nachbereiten und Assistieren bei aufwendigem Verbandswechsel oder Assistenz bei Entfernung von einer Drainage oder einem ZVK etc. Vor- und Nachbereiten und Assistieren beim Versorgen einer lokalen Verbrennung oder einer Verbrühung mind. 2. Grades Auftragen/ Einreiben von Salben oder Tinkturen auf eine große Hautregion oder einfacher Verbandswechsel mind. 2x/tägl
	KS3	Besondere Leistungen	Vor- und Nachbereiten und Mitwirken bei ärztlichen Tätigkeiten von mindestens 30 Minuten Dauer, z.B. bei einer Lumbalpunktion Eines der unter KS2 genannten Kriterien mindestens 2x täglich oder durch 2 PFK einfacher Verbandswechsel mind. 3x/tägl.
	KS4	Hochaufwendige Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Hochaufwendige Wundversorgung oder • Versorgung von sekundär heilenden Wunden oder Dekubitus (gemäß Assessmentergebnis) oder • bei Verbrennung/Verbrühung (ab 2. Grades bei mindestens 9 Prozent der KOF oder an einer der folgenden Lokalisationen: Gesicht/Hals, Hand, Fuß, Intimbereich) oder • aufwendige Wunde nach OP bei Vorliegen eines Erschwerungsfaktors (siehe Beispielliste) oder • bei aufwendiger Hautbehandlung oder aufwendigem Verband bedingt durch einen Erschwerungsfaktor (siehe Beispielliste) mindestens 30 Minuten 2x täglich oder 1 x täglich durch 2 PFK wie: <ul style="list-style-type: none"> - Vor- und Nachbereiten und Assistieren bei aufwendigem Verbandswechsel 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. Leistungsbereich Wund- und Hautbehandlung / Assistieren ärztlicher Tätigkeiten		
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung
		<p>Zuordnungsmerkmal / Maßnahme</p> <p>Systematisches Wundmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> • von Wunden bei aufwendiger Wundversorgung von sekundär heilenden Wunden oder Dekubitus (gemäß Assessmentergebnis) oder • bei Verbrennung/Verbrühung (ab 2. Grades bei mindestens 9 Prozent der KOF oder an einer der folgenden Lokalisationen: Gesicht/Hals, Hand, Fuß, Intimbereich) oder • von aufwendiger Wunde nach OP bei Vorliegen eines Erschwerendfaktors (siehe Beispielliste) bestehend aus: <ul style="list-style-type: none"> ○ spezifische Wunddiagnose, Rezidivzahl, Wunddauer, -lokalisation, -größe, -rand, -umgebung, -grund, Entzündungszeichen und mögliche Wundheilungsstörungen und ○ Wundbehandlung, bestehend aus Wundreinigung und/oder Wunddesinfektion sowie Wundauflagen und/oder Auflagenfixierung von mindestens 30 Minuten pro Tag und ○ systematische Evaluation des Wundheilungsprozesses

Beispielliste (nicht abschließend) für die Altersgruppen F, K und J für Erschwerendfaktoren bei Wund- und Hautbehandlung/ ärztl. Assistenz:

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

IV. Leistungsbereich Begleitung			
Altersgruppe	Leistungsstufe	Art der Leistung	Zuordnungsmerkmal / Maßnahme
F, K, J	KS1	Grundleistungen	Begleitung findet Berücksichtigung in den allgemeinen Leistungsstufen KS1, KS2 und KS3. Erst ab Leistungsstufe KS4 findet eine gesonderte Berücksichtigung statt.
	KS2	Erweiterte Leistungen	Begleitung findet Berücksichtigung in den allgemeinen Leistungsstufen KS1, KS2 und KS3. Erst ab Leistungsstufe KS4 findet eine gesonderte Berücksichtigung statt.
	KS3	Besondere Leistungen	Begleitung findet Berücksichtigung in den allgemeinen Leistungsstufen KS1, KS2 und KS3. Erst ab Leistungsstufe KS4 findet eine gesonderte Berücksichtigung statt.
	KS4	Hochaufwendige Leistungen	Fortlaufendes Beobachten und Betreuen (1:1) des Patienten durch eine PFK bei Maßnahmen / Untersuchungen / Behandlungen außerhalb der Station oder bei einer indizierten Sitzwache durch eine PFK von mindestens 240 Minuten am Tag inkl. Vor- und Nachbereiten (Summe kann addiert werden)

Anlage 5

zu § 17 Absatz 2

Ermittlung des Pflegebedarfs auf Intensivstationen für Kinder: Zuordnung zu den Leistungsstufen

Spezielle Intensivpflege NICU: Alter bei Aufnahme < 28. Lebenstag oder < 2 500 g Aufnahmegewicht			
Leistungsbereich	Leistungsstufe IS1 - Grundleistungen <i>Spezialpflege</i>	Leistungsstufe IS2 - Erweiterte Leistungen <i>Intensivüberwachung</i>	Leistungsstufe IS3 - Besondere Leistungen <i>Intensivtherapie</i>
1. Leistung im Zusammenhang mit Beobachten und Überwachen des Patienten und Umfelds	<ul style="list-style-type: none"> Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe IS2 oder IS3 zugeordnet werden 	<p>Mindestes eines der folgenden Zu - / Ableitungssysteme:</p> <ul style="list-style-type: none"> Invasive arterielle RR-Messung Thoraxdrainage Externe Ventrikeldrainage Schülf- bzw. Replogle-Sonde bei Ösophagusatresie Intraoperativ gelegene Magensonde nach Korrektur einer Ösophagusatresie kontinuierliches EEG-Monitoring Zentraler Venenkatheter (inkl. Nabelvenenkatheter) 	Lebensbedrohliche Akutphase (vitale Bedrohung)
2. Leistungen im Zusammenhang mit der Beatmung / CPAP (inkl. Vor- und Nachbereitung)	<ul style="list-style-type: none"> Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe IS2 oder IS3 zugeordnet werden 	Beatmeter Patient (invasiv oder nicht invasiv), sofern das Zuordnungsmerkmal der Leistungsstufe IS3 nicht zutrifft.	Invasiv beatmeter Patient bei instabiler Beatmungssituation (Beatmung mit z.B. OI > 25)

Spezielle Intensivpflege NICU: Alter bei Aufnahme < 28. Lebenstag oder < 2 500 g Aufnahmegewicht			
Leistungsbereich	Leistungsstufe IS1 - Grundleistungen <i>Spezialpflege</i>	Leistungsstufe IS2 - Erweiterte Leistungen <i>Intensivüberwachung</i>	Leistungsstufe IS3 - Besondere Leistungen <i>Intensivtherapie</i>
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 Patienten, die nicht der Leistungsstufe IS2 oder IS3 zugeordnet werden 	<ul style="list-style-type: none"> Katecholamin-DTI, sofern das Zuordnungsmerkmal der Leistungsstufe IS3 nicht zutrifft, oder Kontinuierliche Prostaglandin-Infusion oder Kontinuierliche Insulin-Infusion oder Medikamentös behandeltes Entzugs- oder Delirsyndrom 	<p>Kreislauf instabiler Patient (mit z.B. wechselnder Katecholamin-/Kreislauftherapie, Katecholamin-DTI \geq Katecholamine)</p> <ul style="list-style-type: none"> Hypothermie-Behandlung in den ersten 24 Stunden* oder Tag einer größeren Operation (z.B. Zwerchfellhernie) oder Austauschtransfusion oder ECMO-Therapie
4. Leistungen im Zusammenhang mit ärztlichen Eingriffen und Diagnostik	<ul style="list-style-type: none"> Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe IS2 oder IS3 zugeordnet werden 	Hypothermie-Behandlung nach den ersten 24 Stunden	<ul style="list-style-type: none"> Frühgeborene <1 000g in den ersten 72 Lebensstunden* Andere Gründe bei 1:1 – Betreuung Sterbebegleitung
5. Übergeordnete Ein-stufungskriterien	Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe IS2 oder IS3 zugeordnet werden		

Spezielle Intensivpflege PICU: Alter bei Aufnahme >= 28. Lebenstag und > = 2 500 g Aufnahmegewicht			
Leistungsbereich	Leistungsstufe IS1 - Grundleistung <i>Spezialpflege</i>	Leistungsstufe IS2 - Erweiterte Leistung <i>Intensivüberwachung</i>	Leistungsstufe IS3 - Besondere Leistung <i>Intensivtherapie</i>
<p>1. Leistung im Zusammenhang mit Beobachten und Überwachen des Patienten und Umfelds</p>	<p>Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe IS2 oder IS3 zugeordnet werden</p>	<p>Mindestens drei der folgenden Zu - / Ableitungssysteme:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zentraler Venenkatheter (ZVK, Hickman) • Invasive arterielle RR-Messung • Thoraxdrainage / Wunddrainage • Externe Ventrikeldrainage • Kontinuierliches EEG-Monitoring • kontinuierliches ICP-Monitoring (Parechymsonde, epi- oder subdurale Sonde) • Blasenkatheter/suprapubischer Katheter 	<ul style="list-style-type: none"> • Lebensbedrohliche Akutphase oder • CPP-basierte Hirndrucktherapie (= instabil)
<p>2. Leistungen im Zusammenhang mit der Beatmung/CPAP (inkl. Vor- und Nachbereitung)</p>	<p>Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe IS2 oder IS3 zugeordnet werden</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Modifikation / Intensivierung der Beatmung bei heimbeatmeten Patienten oder • HFNC-Therapie (> 1 Liter/ kg angefeuchtet und angewärmt) oder • Nicht-invasive Beatmung über Nasal Prongs oder Maske oder • Invasiv beatmeter Patient bei stabiler Beatmungssituation oder • NO-Beatmung <= 15 ppm (bei stabiler Beatmungssituation) oder • Beatmungswaning mit Frühmobilisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Invasiv beatmeter Patient bei instabiler Beatmungssituation (schweres Lungenversagen = FiO2 >= 60%, PEEP >=10 cmH2O, PIP >=28 cmH2O) oder • NO-Beatmung > 15 ppm

Spezielle Intensivpflege PICU: Alter bei Aufnahme \geq 28. Lebenstag und \geq 2 500 g Aufnahmegewicht				
Leistungsbereich	Leistungsstufe IS1 - Grundleistung <i>Spezialpflege</i>	Leistungsstufe IS2 - Erweiterte Leistung <i>Intensivüberwachung</i>	Leistungsstufe IS3 - Besondere Leistung <i>Intensivtherapie</i>	
3. Leistungen im Zusammenhang mit medikamentöser Versorgung (z.B.: iv, oral, s.c., auch als Kurzinfusion) und Infusionstherapie (inkl. Parenterale Ernährung, Katecholamine)	Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe IS2 oder IS3 zugeordnet werden	<ul style="list-style-type: none"> Katecholamin-DTI (bis 2 Katecholamine) oder Mind. 10 unterschiedliche i.v.-Medikamente oder Medikamentös oder nicht medikamentös behandeltes Entzugs- oder Deliriumsyndrom 	Katecholamin-DTI (\geq 3 Katecholamine aus Adrenalin $>0,05\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$, Noradrenalin $>0,05\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$, Dobutamin > 5 oder $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$, Vasopressin)	
4. Leistungen im Zusammenhang mit ärztlichen Eingriffen und Diagnostik	Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe IS2 oder IS3 zugeordnet werden	Peritonealdialyse manuell < 10 Zyklen pro Tag oder maschinell	<ul style="list-style-type: none"> Peritonealdialyse manuell ≥ 10 Zyklen/Tag oder Intervall < 2 Stunden oder wECMO oder vaECMO (nur bei invasiv beatmeten Patienten) oder kontinuierliche Nierenersatzverfahren (CVVH, CVVHD, CVVHDF) (nur bei invasiv beatmeten Patienten) oder Postreanimationstherapie Tag 1-3 / 72 Stunden nach Ereignis (nur bei invasiv beatmeten Patienten) oder Thermische Verletzungen $>20\%$ KOF 	<ul style="list-style-type: none"> Isolation mit Einzelzimmer-Schleusung oder Andere Gründe bei 1:1 - Betreuung oder Sterbebegleitung / Tag des Todes
5. Übergeordnete Einstufungskriterien	Alle Patienten, die nicht der Leistungsstufe IS2 oder IS3 zugeordnet werden	<ul style="list-style-type: none"> Schwerwiegende Bewusstseinsstörung / Coma (GCS) oder Tag mit Transportbegleitung 		

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/Dateien/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. Juni 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. Mit einem späteren Ordnungsverfahren soll eine sog. Konvergenzphase eingeleitet und Regelungen getroffen werden, mit denen die Festlegung und 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. Sobald Ergebnisse der Weiterentwicklung nach § 137l SGB V vorliegen, sollen diese ebenfalls Eingang in die Verordnung finden.

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

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Keine.

2. 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.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Keine.

4. Erfüllungsaufwand

Die Verordnung statuiert die Pflicht zur Anwendung des in den Regelungen beschriebenen Pflegepersonalbemessungssystems auf Normalstationen für Erwachsene sowie auf Normal- und Intensivstationen für Kinder (§§ 4, 5). Dies ist für die betroffenen Krankenhäuser auf verschiedenen Ebenen mit einem Erfüllungsaufwand verbunden.

1. Informationspflicht: Einführung eines Pflegepersonalbemessungsinstrumentes in den Krankenhäusern

Im Vorfeld der Entwicklung dieser Verordnung wurde die in § 137k Absatz 2 SGB V vorgesehene wissenschaftliche Erprobung durchgeführt. Im Rahmen dieser Erprobung wurde auch der mit der inhaltlichen Implementierung des Personalbemessungsinstrumentes einhergehende Aufwand auf den Stationen gemessen. Die Untersuchung hat ergeben, dass im Erwachsenenbereich die teilnehmenden Stationen im Durchschnitt circa 30 Minuten (als Medianberechnung) pro Beschäftigtem benötigt haben, um das Pflegepersonalbemessungsinstrument einzuführen und bekannt zu machen. Auf den Kinderstationen wurden im Durchschnitt circa 90 Minuten (ebenfalls als Median) pro Beschäftigtem für eine

Einarbeitung in die Anwendungsvorschrift benötigt (siehe unter dem oben angegebenen Link KPMG: Erprobung der Pflegepersonalregelung 2.0 – PPR 2.0, und der Kinder-Pflegepersonalregelung 2.0 – Kinder-PPR 2.0. Abschlussbericht 31. August 2023, Abbildungen 24 und 26, S. 49). Im Durchschnitt aus den beiden Zeitangaben wird grob 1 Stunde zur Schulung und Einarbeitung benötigt. Der Aufwand kann in den Einzelnen Krankenhäusern je nach bereits vorhandenen Vorkenntnissen des Personals im Bereich der Pflegepersonalregelung 2.0 und Kinder-Pflegepersonalregelung 2.0 variieren.

Gemäß den Daten des Statistischen Bundesamtes arbeiteten im Jahr 2022 insgesamt rund 467 000 Beschäftigte im Pflegedienst von allgemeinen Krankenhäusern. Der Anteil der Pflegekräfte, die in Fachabteilungen arbeiten, die nicht von den gesetzlichen Änderungen betroffen sind und in denen kein Pflegepersonalbemessungsinstrument eingeführt wird (hierunter fallen psychiatrische/psychotherapeutische Fachabteilungen), beträgt abgeleitet aus den Vollzeitäquivalenten der Statistiken zu den Grunddaten der Krankenhäuser circa 0,14, was rund 67 000 Personen entspricht (gleich $467\,000 \times 0,14$). Somit beläuft sich die geschätzte Anzahl der im Pflegedienst in den allgemeinen Krankenhäusern Beschäftigten (ohne psychiatrische/psychotherapeutische Fachabteilungen) auf rund 400 000 Personen (gleich $467\,000$ minus $67\,000$), die das Pflegepersonalbemessungsinstrument zukünftig anwenden werden. Ausgehend von einer Stunde pro Beschäftigtem zur Schulung, Einarbeitung und Einweisung beläuft sich der Zeitaufwand in den allgemeinen Krankenhäusern auf insgesamt 400 000 Stunden. Bewertet mit den durchschnittlichen Lohnkosten für das Gesundheitswesen in Höhe von 37,80 Euro je Stunde (gemäß Statistisches Bundesamt, Lohnkostentabelle Wirtschaft 2021, Wirtschaftszweig Q86) ergeben sich somit einmalige Kosten in Höhe von geschätzt rund 15 000 000 Euro für die allgemeinen Krankenhäuser. Diese einmalige Informationspflicht steht im Zusammenhang mit den nachfolgend dargestellten Informationspflichten und bündelt die dort anfallenden einmaligen Aufwände für Schulung, Einarbeitung und Einweisung.

2. Informationspflicht: Einstufung der Patientinnen und Patienten in die jeweiligen Leistungsstufen zur Ermittlung der Soll-Personalbesetzung (Krankenhäuser), §§ 4, 5 PPBV

Die Verordnung führt die Verpflichtung ein, die Soll-Personalbesetzung nach dem in den Regelungen beschriebenen Verfahren auf Normalstationen für Erwachsene (§ 4) sowie auf Normal- und Intensivstationen für Kinder zu erheben (§ 5). Hierzu muss jeden Tag eine Einstufung der auf der Station befindlichen Patientinnen und Patienten nach den in den Anlagen aufgeführten Pflegebedarfen erfolgen. Daraus wird der für diese jeweiligen Patientinnen und Patienten veranschlagende Arbeitsaufwand in Form von Minutenwerten abgeleitet. Im Rahmen der Erprobung wurde auch der Zeitaufwand gemessen, der für diese Tätigkeit benötigt wird. Für die Einstufung der Patientinnen und Patienten in die jeweiligen Leistungsstufen auf Normalstationen für Erwachsene (A-/S-Kategorien) wurden im Durchschnitt (als Medianberechnung) rund 3 Minuten je Patientin/Patient und Tag benötigt. Für die Einstufungen der Patientinnen und Patienten in die Leistungsstufen auf Normal- und Intensivstationen für Kinder (KA-/KS-Kategorien) haben die Stationen im Durchschnitt (ebenfalls als Median) 8 Minuten je Patientin/Patient und Tag benötigt (siehe unter dem oben angegebenen Link KPMG: Erprobung der Pflegepersonalregelung 2.0 – PPR 2.0, und der Kinder-Pflegepersonalregelung 2.0 – Kinder-PPR 2.0. Abschlussbericht 31. August 2023, Abbildungen 25 und 27, S. 49 f.).

Abgeleitet aus Daten des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2022 beträgt die durchschnittliche Verweildauer für einen Erwachsenen auf einer Normalstation (d. h. ohne psychiatrische oder psychotherapeutische Stationen/Fachabteilungen) 6,5 Tage und für ein Kind oder einen Jugendlichen unter 18 Jahren auf einer Normal- und Intensivstation 3,7 Tage. Somit beläuft sich der Zeitaufwand zur Einstufung eines Erwachsenen für seine gesamte Verweildauer im Krankenhaus auf rund 20 Minuten (gleich $3 \times 6,5$), für ein Kind oder Jugendlichen auf rund 30 Minuten (gleich $8 \times 3,7$). Ebenfalls abgeleitet aus Daten des

Statistischen Bundesamtes waren im Jahr 2022 rund 14 500 000 erwachsene Patientinnen und Patienten in Normalstationen und rund 1 778 000 Kinder und Jugendliche in Normal- und Intensivstationen in den Krankenhäusern in Behandlung. Werden diese Fallzahlen mit den Zeitaufwänden pro Patientin/Patient multipliziert, so beträgt der Zeitaufwand der Krankenhäuser für die Einstufung der Erwachsenen rund 4 833 000 Stunden (gleich $14\,500\,000 \times 20/60$), für die Einstufung der Kinder und Jugendlichen rund 889 000 Stunden (gleich $1\,778\,000 \times 30/60$) in einem Jahr.

Werden die Zeitwerte mit durchschnittlichen Lohnkosten für das Gesundheitswesen in Höhe von 37,80 Euro je Stunde bewertet (gemäß Statistisches Bundesamt, Lohnkostentabelle Wirtschaft 2021, Wirtschaftszweig Q86), so belaufen sich die jährlichen Kosten für die Krankenhäuser auf geschätzt rund 183 000 000 Euro (gleich $4\,833\,000 \times 37,80$), um die erwachsenen Patientinnen und Patienten Leistungsstufen zuzuordnen und auf geschätzt rund 34 000 000 Euro (gleich $889\,000 \times 37,80$), um Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren zuzuordnen. Insgesamt entstehen den Krankenhäusern Kosten in Höhe von geschätzt rund 216 000 000 Euro für ein Jahr. Da die Zuordnung der Patientinnen und Patienten der Erfüllung einer Informationspflicht dient, handelt es sich um Bürokratiekosten für die Krankenhäuser.

3. Informationspflicht: Ermittlung der Ist-Personalbesetzung (Krankenhäuser), § 6 PPBV

Ferner ist auch die Ist-Personalbesetzung zu ermitteln (§ 6), d.h. die auf der jeweiligen Station und an dem jeweiligen Tag tatsächlich vorhandene Personalbesetzung (in Vollzeitäquivalenten). Diese Daten müssen nicht gesondert erhoben werden, da sie den Dienstplänen entnommen werden können. In Abhängigkeit davon, ob in dem jeweiligen Krankenhaus eine automatisierte Ausleitung dieser Daten möglich ist, kann hier ein Aufwand anfallen, um diese Daten für die Übermittlung ans InEK aufzubereiten. Für 1 526 allgemeine Krankenhäuser wird gemäß Leitfaden Erfüllungsaufwand ein Zeitaufwand von jeweils 268 Minuten pro Aufbereitung geschätzt (Zeitwerttabelle der Wirtschaft, Standardaktivität 7 Aufbereitung der Daten mit hoher Komplexität). Die Übermittlung der Daten an das InEK erfolgt sowohl quartalsweise als auch nach Abschluss eines Jahres, sodass die Aufbereitung ebenfalls quartalsweise und jährlich zu erfolgen hat (insgesamt fünf Aufbereitungen pro Jahr). Mit den durchschnittlichen Lohnkosten im Gesundheitswesen in Höhe von 37,80 Euro je Stunde ergeben sich somit schätzungsweise insgesamt rund 1 300 000 Euro Erfüllungsaufwand für ein Jahr ($1\,526 \text{ Krankenhäuser} \times 268 \text{ Minuten} / 60 \times 37,80 \text{ Euro} \times 5 \text{ Aufbereitungen}$).

4. Informationspflicht: Übermittlung der Daten an das InEK nach Prüfung der Daten durch einen Wirtschaftsprüfer (Krankenhäuser), § 7 PPBV

Des Weiteren entsteht den Krankenhäusern Erfüllungsaufwand aus der Verpflichtung, die o.g. erhobenen Daten an das InEK zu übermitteln (§ 7). Dieser ist ein Initialaufwand, um die Übermittlung zu etablieren, sowie in den mit den jeweiligen Übermittlungen verbundene Aufwand zu gliedern. Diese Übermittlung erfolgt zum einen quartalsweise und zum anderen nach Ablauf jedes Jahres. Vor der Übermittlung der Jahresmeldung ist zusätzlich eine Prüfung der Daten durch einen Wirtschaftsprüfer vornehmen zu lassen und auch die Bestätigung darüber zu übermitteln.

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 rund 288 000 Euro ergeben ($1\,526 \text{ Krankenhäuser} \times 5 \text{ Stunden} \times 37,80 \text{ Euro}$). 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 und lässt sich nur grob schätzen.

Als laufender Aufwand ergibt sich für die Krankenhäuser einmal im Quartal ein Aufwand in Höhe von circa 1,16 Stunden pro Krankenhaus (geschätzt nach der Zeitwerttabelle der Wirtschaft). Unter Zugrundelegung der Annahme, dass es in Deutschland 1 526 allgemeine Krankenhäuser gibt und die durchschnittlichen Lohnkosten im Gesundheitswesen 37,80 Euro je Stunde betragen, ergibt dies Bürokratiekosten von rund 67 000 Euro pro Quartal und rund 268 000 Euro in einem Jahr für die Krankenhäuser ($1\,526 \text{ allgemeine Krankenhäuser} \cdot 1,16 \text{ Stunden} \cdot 37,80 \text{ Euro} \cdot 4 \text{ Quartale}$).

Für die jährlich zu erfolgende Datenübermittlung ist für die Krankenhäuser mit einem ähnlichen Aufwand wie bei den einzelnen Quartalsübermittlungen zu rechnen. Hinzu kommt jedoch die Notwendigkeit, die Richtigkeiten der Daten durch einen Wirtschaftsprüfer bestätigen zu lassen. Dies ist mit einem zusätzlichen Aufwand für die Abwicklung dieses Vorgangs verbunden, sodass hier ein Aufwand von circa 2 Stunden pro Krankenhaus und Übermittlung anzusetzen ist (geschätzt nach der Zeitwerttabelle der Wirtschaft). Hinzukommen noch die Sachkosten für die Inanspruchnahme der Dienstleistungen eines externen Buchprüfers, die auf 1 080 Euro pro Fall zu schätzen sind (angenommen wird ein Arbeitstag mit 8 Stunden à 135 Euro aufgrund der beim Statistischen Bundesamt vorliegenden Erfahrungswerte). Insgesamt ergibt sich somit für ein Jahr Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 2 000 000 Euro für die Datenübermittlung ($(1\,526 \text{ Krankenhäuser} \cdot 1,16 \text{ Stunden} \cdot 37,80 \text{ Euro} \cdot 4 \text{ Quartale}) + (1\,526 \text{ Krankenhäuser} \cdot 2 \text{ Stunden} \cdot 37,80 \text{ Euro}) + (1\,526 \text{ Krankenhäuser} \cdot 1\,080 \text{ Euro Sachkosten})$).

Alle Aufwände für die Wirtschaft fallen jedoch nur vorübergehend an und sind daher als Umstellungsaufwand zu qualifizieren. Für die Höhe des Umstellungsaufwands wird von einer Anwendungsdauer von etwa einem Jahr ausgegangen. Der vorübergehende Charakter der nun quantifizierten Vorgehensweise ist bereits im Gesetz angelegt. Derzeit wird eine wissenschaftliche Weiterentwicklung des Pflegepersonalbemessungsinstrumentes gemäß § 137I SGB V durchgeführt, die explizit darauf gerichtet ist, eine standardisierte, digitale und bürokratiearme Anwendung des Pflegepersonalbemessungsinstrumentes sicherzustellen. Die Selbstverwaltungspartner sollen die Ergebnisse dieser Weiterentwicklung dem Bundesministerium für Gesundheit bis Ende 2024 vorlegen, sodass in absehbarer Zeit eine deutliche Reduzierung des Erfüllungsaufwands und der damit einhergehenden Kosten erfolgen wird. Wie hoch der dauerhaft anfallende Aufwand zur Einstufung der Patientinnen und Patienten sein wird, kann noch nicht abgeschätzt werden. Der dauerhafte Aufwand wird jedoch deutlich geringer ausfallen, wozu auch die steigende Routine und Erfahrung mit der Datenerhebung und die Schulungen beitragen werden.

Der Umstellungsaufwand der Wirtschaft ist der Kategorie einmalige Informationspflichten zuzurechnen. Er beträgt insgesamt 234 400 000 Euro. Die in der Verordnung vorgesehenen Informationspflichten stellen eine Konkretisierung der gesetzlichen Regelung des § 137k Absatz 1 SGB V dar.

5. Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für das InEK ergibt sich nach Schätzung des InEK ein Erfüllungsaufwand für die Annahme der Daten der Krankenhäuser und deren Auswertung (§ 8), sowohl im Rahmen der Quartalsmeldungen als auch der Jahresmeldung, sowie Übermittlung der Auswertungen an das Bundesministerium für Gesundheit und die zuständigen Landesbehörden. Hier fallen bei InEK zusätzliche Kosten in den Abteilungen IT und Datenannahme, Statistik und Pflegepersonal an. Der zusätzliche Aufwand im ersten Jahr wird auf rund 180 Arbeitstage und in den Folgejahren auf rund 130 Arbeitstage geschätzt. Bei durchschnittlich angesetzten Kosten von rund 300 Euro je Arbeitstag ergeben sich Gesamtkosten von rund 55 000 Euro im

ersten Erfassungsjahr (gleich einmalige Kosten) und 40 000 Euro in den Folgejahren (gleich laufende Kosten) geschätzt.

5. Weitere Kosten

Keine.

6. Weitere Regelungsfolgen

Keine.

VII. Befristung; Evaluierung

Eine umfassende Evaluierung der Regelungen soll fünf Jahre nach Inkrafttreten durchgeführt werden. Dabei soll untersucht werden, inwiefern die Regelungen der vorliegenden, bis dahin weiterentwickelten Verordnung, zu einer Verbesserung der Personalsituation und der Arbeitsbedingungen in der Pflege in Krankenhäusern geführt haben. Als Grundlage für diese Evaluierung sollen vor allem die nach den Regelungen der Verordnung erhobenen Daten zu Soll- und Ist-Personalbesetzung in den Krankenhäusern sowie andere verfügbare Quellen (z.B. statistische Daten des Statistischen Bundesamtes) dienen.

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.

Die Regelungen dieser Verordnung beziehen sich auf die pflegerische Versorgung von Patientinnen und Patienten, die vollstationär, teilstationär sowie im Rahmen der nach § 115f SGB V vergüteten Leistungen (spezielle sektorengleiche Vergütung) behandelt werden, bei denen keine Unterscheidung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung gemacht wird.

Neben der Sicherstellung einer angemessenen pflegerischen Versorgung soll die Verordnung zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte im Krankenhaus und damit auch zur Fachkräftesicherung beitragen.

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, richtet sich nach der im § 2 Absatz 9 verankerten Definition.

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

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 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung und des Anhangs zur Anlage 3 der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung vom 21. März 2022 (abrufbar unter: <https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/stationaere-verguetung/pflegefinanzierung/>).

Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird die Definition einer Pflegefachkraft in Sinne dieser Verordnung festgelegt und werden die nach den aktuellen berufsrechtlichen Vorschriften zum Führen dieser Berufsbezeichnung berechtigenden Abschlüsse aufgeführt. Sollten die Bezeichnungen von den in § 17b Absatz 4a KHG oder in § 2 Absatz 1 PpUGV verankerten abweichen, ist das durch die zwischenzeitlich erfolgten Aktualisierungen des Pflegeberufgesetzes bedingt.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 werden die Abschlüsse aufgeführt, deren Inhaberinnen und Inhaber im Sinne dieser Verordnung als Pflegehilfskraft zu definieren sind.

Im Sinne dieser Verordnung gelten auch Vertreterinnen und Vertreter der im Absatz 4 genannten Berufe als Pflegehilfskräfte (z.B. medizinische Fachangestellte oder anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten). Diese sind eigenständige Berufe mit einer eigenständigen Berufsbild und Qualifikationen, die zwar nicht dem klassischen Bild der Pflegehilfskraft aus den Nummern 1 bis 3 entsprechen, deren Tätigkeit sich jedoch in einem gewissen Maße mit dem pflegerischen Bereich überschneidet, sodass es sinnvoll erscheint, sie in diese Kategorie zu fassen, um eine partielle Anrechnung ihrer Tätigkeiten zu ermöglichen. Diese Lösung entspricht auch der Regelung in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung und wird auch aus Gründen der Einheitlichkeit und Kohärenz in diese Verordnung übernommen. Sollten die Bezeichnungen von den in § 17b Absatz 4a KHG oder in § 2 Absatz 1 PpUGV verankerten abweichen, ist das durch die zwischenzeitlich erfolgten Aktualisierungen der jeweiligen rechtlichen Regelungen bedingt.

Zu Absatz 11

Absatz 11 definiert die Dauer von Tag- und Nachtschicht. Die Festlegung des 16-stündigen Geltungszeitraumes für die PPR 2.0 (von 6 bis 22 Uhr) ist das Ergebnis des Aktualisierungsprozesses der ursprünglichen PPR auf die PPR 2.0 (Jahn/Genster/Metzinger, f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 2/2020, S. 6). Diese Schichtdefinition gilt nur für die Anwendung dieser Verordnung und hat keine Auswirkungen auf die tatsächlichen Schichteinteilungen, die in Krankenhäusern insbesondere zur Gewährleistung von familienfreundlichen Arbeitszeiten vorgenommen werden. Die Definition der Tag- und Nachtschicht

ist nur für den Bereich der Krankenpflege für Erwachsene anwendbar, da sich im Bereich der Krankenpflege für Kinder die Ermittlung der Personalbesetzung mittels Patienteneinstufungen und Minutenwerte auf den Zeitraum von 24 Stunden bezieht.

Zu den Absätzen 4 bis 10 und 12

In den Absätzen 5 bis 10 und 12 werden weitere für die Anwendung der Verordnung relevante Begriffsbestimmungen festgelegt.

Zu § 3 (Entsprechende Anwendung der Vorschriften über die Ermittlung des Pflegebedarfs der teilstationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten)

Die pflegerische Versorgung von Patientinnen und Patienten im Rahmen der nach § 115f SGB V vergüteten Leistungen wird in den Anwendungsbereich aufgenommen. Da die PPR 2.0 diese Gruppe nicht berücksichtigt hat und sich nur auf die Kategorien der vollstationären und teilstationären Versorgung bezieht, erscheint es notwendig, eine Klarstellung herbeizuführen, dass auf diesen Bereich die Vorschriften für den teilstationären Bereich Anwendung finden. Da es sich bei den nach § 115f SGB V vergüteten Leistungen auch um solche handeln kann, die ambulant erbracht werden, ist davon auszugehen, dass der Pflegebedarf in diesem Bereich insgesamt geringer ausfällt, als im rein stationären Bereich. Daher sollen hier Vorschriften über teilstationäre Behandlung entsprechend angewendet werden.

Zu Kapitel 2 (Ermittlung der Soll- und Ist-Personalbesetzung, Datenübermittlung)

Zu § 4 (Ermittlung der Soll-Personalbesetzung auf Normalstationen für Erwachsene)

Zu Absatz 1

In der Vorschrift wird die Verpflichtung der Krankenhäuser aufgestellt, die Soll-Personalbesetzung auf Erwachsenenstationen nach den in den nachfolgenden Absätzen verankerten Berechnungsgrundsätzen zu ermitteln. Diese setzt sich aus den für die Tagschicht und den für die Nachtschicht ermittelten Vollzeitäquivalente zusammen und ist als Monatsdurchschnitt für die jeweilige Schicht zu erfassen.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird das Vorgehen für die Ermittlung der Gesamtstundenzahl auf Normalstationen für Erwachsene in der Tagschicht geregelt. Diese setzt sich aus verschiedenen Komponenten zusammen, zu denen der Pflegegrundwert, der Fallwert sowie die auf der Grundlage der Zuordnung von Patientinnen und Patienten zu Leistungsstufen und Patientengruppen ermittelten Minuten. Für teilstationär zu behandelnden Patientinnen und Patientengruppen gesonderte Regelungen hinsichtlich der Berücksichtigung von den Ermittelten Minutenwerten. Die anzuwendenden Berechnungsregeln sind in den Nummern 1 bis 6 festgelegt.

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

Datenerhebungspflichten 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 dies für die meisten Krankenhäuser gelten. Für diejenigen Stationen, 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.

Es muss stets gewährleistet sein, dass mindestens eine Pflegefachkraft pro Station anwesend ist, falls die nach Satz 2 und 3 ermittelten Werte davon abweichen, ist das bei Berechnung der Vollzeitäquivalente nach Satz 1 entsprechend zu korrigieren.

Die Nachtschicht, die vom letzten Tag eines Kalendermonats bis zum ersten Tag eines Kalendermonats dauert, ist dem Kalendermonat zuzurechnen, in dem sie angefangen hat.

Zu Absatz 4

Bei der Berechnung der Personalstellen ist die Höhe der Ausfallzeiten zu berücksichtigen, getrennt nach den in den Nummern 1 bis 3 genannten Kategorien. Zu den sonstigen Ausfallzeiten nach Nummer 3 gehören z.B. 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.

Zu Absatz 5

Das Krankenhaus erhält für jeweils fünfzig Pflegekräfte (Personen, nicht Vollzeitäquivalente) 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 und ist auch anteilig zu der ermittelten Soll-Personalbesetzung hinzuzurechnen.

Zu § 5 (Ermittlung der Soll-Personalbesetzung auf Normal- und Intensivstationen für Kinder)

Zu Absatz 1

In der Vorschrift wird die Verpflichtung der Krankenhäuser geregelt, die Soll-Personalbesetzung auf Normal- und Intensivstationen für Kinder nach den in den nachfolgenden Absätzen verankerten Berechnungsgrundsätzen zu ermitteln. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die Anzahl der auf der jeweiligen Station auf der Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegefachkräfte zu ermitteln. Die Ergebnisse sind in Vollzeitäquivalente gemäß Definition in § 2 umzurechnen.

Die Vorgaben zur Ermittlung der Soll-Personalbesetzung im Bereich der Normal- und Intensivstationen für Kinder beziehen sich auf einen Zeitraum von 24 Stunden, 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 der Soll-Personalbesetzung festgelegt. Auch hier setzt sich die zu ermittelnde Gesamtsumme aus verschiedenen Komponenten, dem Pflegegrundwert, Fallwert sowie aus den auf der Grundlage der Zuordnung der Patientinnen und Patienten zu Leistungsstufen und Patientengruppen ermittelten Minutenwerten.

Zu Absatz 3

Auch hier gilt, dass die Höhe des Ausfallzeiten zu berücksichtigen ist (zur Definition siehe Begründung zu § 4 Absatz 4) und dass das Krankenhaus anteilig für jeweils 50 beschäftigte Pflegekräfte zusätzlich eine volle Stelle für eine leitende Krankenpflegeperson oberhalb der Stationsebene erhält, auf die Ausführungen in der Begründung zu § 4 Absatz 4 und 5 wird verwiesen.

Zu § 6 (Ermittlung der Ist-Personalbesetzung)

Zu Absatz 1

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die Zahl der auf der jeweiligen Station eingesetzten Pflegekräfte für jeden Kalendermonat und für jede Station nach § 1 Absatz 2 Satz 1 getrennt in Tag- und Nachtschicht, zu ermitteln. Da die bloße Zahl der Personen aufgrund der verschiedenen Arbeitszeitmodelle nicht aussagekräftig ist, sind diese in Vollzeitäquivalente (im Sinne der Definition im § 2 Absatz 7) umzurechnen.

Zu Absatz 2

Zur Ermittlung der Ist-Personalbesetzung auf bettenführenden Normalstationen der somatischen Versorgung für Erwachsene 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. Die Arbeitszeit der Pflegekräfte, die an einem Arbeitstag in mehreren Schichten tätig waren, ist den Schichten anteilig zuzuordnen. Die Nachtschicht, die am letzten Tag eines Kalendermonats anfängt und bis zum ersten Tag des nächsten Kalendermonats andauert, ist dem Kalendermonat zuzuordnen, in dem sie angefangen hat.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt, wie die Ist-Personalbesetzung auf bettenführenden Normal- und Intensivstationen für Kinder 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 24 Stunden umzurechnen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Anrechnung anderer Berufsgruppen als der Berufsgruppe der Pflegefachkräfte auf die ermittelte Ist-Personalbesetzung. Im Mittelpunkt der Pflegepersonalbemessung steht die Ermittlung des Bedarfs 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 Prozent 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

Auf Normalstationen für Kinder und auf Intensivstationen für Kinder darf der Anteil der durch Pflegehilfskräfte geleisteten Arbeitsstunden an in einem Kalendermonat nach Absatz 3 ermittelten Gesamtzahl der Arbeitsstunden 5 Prozent nicht überschreiten. Diese niedrigere Anrechnungsgrenze als im Erwachsenenbereich ist dadurch bedingt, dass insbesondere auf Intensivstationen für Kinder z.T. sehr vulnerable Patientinnen und Patienten behandelt werden, sodass in der Gesamtschau eine Absenkung dieser pauschalen Anrechnungsgrenze notwendig erscheint.

Zu Absatz 6

In denjenigen Krankenhäusern, die Ausbildungsplätze zur Pflegefachkraft anbieten, dürfen die Tätigkeiten der Auszubildenden im zweiten und im dritten Ausbildungsdrittel zu 5 Prozent angerechnet werden. Da ein hoher Bedarf an qualifizierten Pflegefachkräften besteht, sollen auf diese Art und Weise Anreize für die Krankenhäuser geschaffen werden, den Auszubildenden das Absolvieren des praktischen Teils der Ausbildung zu ermöglichen. Dies gilt gleichermaßen für die Auszubildenden in einer beruflichen wie auch in einer hochschulischen Pflegeausbildung. Die Einschränkung auf das zweite und dritte Ausbildungsdrittel erfolgt im Einklang mit der Vorschrift des § 27 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes zum Wertschöpfungsanteil.

Zu Absatz 7

Auch bei der Ermittlung der Ist-Personalbesetzung ist die Höhe die tatsächlich angefallenen Ausfallzeiten aufgeteilt nach den in § 4 Absatz 4 Satz 1 geregelten Kategorien anzugeben.

Zu § 7 (Übermittlung von Angaben an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus)

Zu Absatz 1

Die Krankenhäuser sind verpflichtet bis zum 31. Juni 2024 eine Initialmeldung abzugeben, d.h. dem Institut für das Entgelt im Krankenhaus (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 (BGB) zugrunde zu legen, das heißt 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 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. Oktober 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 übermittelte 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.

Auch hier wird eine Möglichkeit der Fristverlängerung gewährt: Zeigt ein Krankenhaus vor Ablauf der Frist gegenüber dem InEK an, dass die Frist nicht eingehalten werden kann, verlängert sich diese um vier Wochen. Analog zur Regelung im Absatz 2 Satz 3 besteht auch hier die Möglichkeit bis zum Ablauf der Frist oder der verlängerten Frist, die bereits übermittelten Daten zu korrigieren.

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. Auch ist der für die Datenübermittlung nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes verwendete Fachabteilungsschlüssel nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes anzugeben.

Zu Absatz 5

Für die Datenübermittlung nach Absatz 2 und 3 ist das aus der Anlage 1 ersichtliche Datenformat zu nutzen. Weitere Einzelheiten zur technischen Umsetzung der Initial-, Quartals- und Jahresmeldung legt das InEK bis zum 31. Juni 2024 fest. Diese Informationen werden auf Webseite des InEK veröffentlicht.

Zu § 8 (Erhebung und Auswertung von Angaben 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 übermittelt die Datenauswertungen der Quartalsmeldungen nach Absatz 1 einmal pro Quartal an das Bundesministerium für Gesundheit und an die Vertragsparteien auf Bundesebene im Sinne des § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes. Dies erfolgt innerhalb von vier Wochen nach Ablauf der jeweiligen Meldefrist. Die Übermittlung der Informationen an die Vertragsparteien soll insbesondere vor dem Hintergrund der Beauftragung dieser Akteure mit einer wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus gemäß § 137I SGB V erfolgen. Auf diese Weise soll ermöglicht werden, die nach dieser Verordnung erhobenen Daten in den Weiterentwicklungsprozess miteinfließen zu lassen.

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 sowie den Vertragsparteien auf Bundesebene im Sinne des § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes zu übermitteln. Die Übermittlung finden jedes Jahr bis zum 30. September, erstmals bis zum 30. September 2025, statt.

Zu Kapitel 3 (Personalbemessung auf Normalstationen für Erwachsene)

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. Detaillierte Zuordnungsmerkmale der pflegerischen Tätigkeiten zu den Leistungsstufen enthält die Anlage 2. Maßgeblich für die Ermittlung des Personalbedarfes sind die notwendigen Pflegeleistungen, das heißt nicht nur die erbrachten Pflegeleistungen, sondern auch die Pflegeleistungen, die auf der Grundlage der Pflegeplanung am Zuordnungstag zu erwarten sind. Wenn hier eine retrospektive Betrachtung beabsichtigt wäre, müsste der Beurteilungszeitpunkt grundsätzlich am Ende des Dienstes liegen (Mitglieder der Expertengruppen Kranken- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 78). Zu berücksichtigen sind bei der Zuordnung auch die aufgrund der Veränderung des Patientenzustands kurzfristig hinzukommende Maßnahmen.

Die Zuordnung soll durch den Pflegedienst einmal täglich, in der Regel zwischen 15 und 21 Uhr erfolgen. Der konkrete Zeitpunkt ist intern festzulegen. Unerheblich ist dabei, ob der Patient oder die Patientin vorübergehend zum Beispiel wegen einer Untersuchung, Therapie oder eines Spaziergangs abwesend ist. Entscheidend ist hier die administrative Zugehörigkeit des Patienten oder der Patientin zu der zuordnenden 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 zum Beispiel die Notwendigkeit etwaiger postoperativer Pflegemaßnahmen oder Ähnliches korrekt eingeschätzt werden kann (Mitglieder der Expertengruppen Kranken- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 78 bis 79).

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 Kranken- 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 Kranken- 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 Kranken- 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 21 Uhr 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 (Zuordnung zu Leistungsstufen der allgemeinen 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.

Zu Absatz 2

Der Leistungsstufe 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) wurden 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 der zu leistenden Tätigkeiten angepasst (Jahn/Genster/Metzinger, f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 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 sechs zu bewertenden kognitiven Funktionen gibt es eine Tabelle, in der drei oder vier 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 (Zuordnung zu Leistungsstufen der speziellen Pflege)

Die Vorschrift 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 der 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 Kranken- 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 oder größerem Zeitbedarf für einzelne Leistungen, etwa aufwändige Haut- und Wundbehandlung (Mitglieder der Expertengruppen Kranken- 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 in mindestens zwei Leistungsbereichen je mindestens ein Zuordnungsmerkmal 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 wurde die S4 Stufe wurde insgesamt neu konstruiert (Jahn/Genster/Metzinger, f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 2/2020, S. 6).

Zu § 12 (Pflegergrundwert, erhöhter Pflegergrundwert, Minutenwerte und Fallwert)

Zur Entwicklung der Minutenwerte, die der PPR zugrunde lagen, wurde seinerzeit eine Expertengruppe unter dem Vorsitz des Bundesministeriums für Gesundheit eingesetzt. Die damalige Festlegung erfolgte nach einer umfangreichen Diskussion unter anderem 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 1998, S. 61).

Im Zuge der Aktualisierung der ursprünglichen PPR auf eine 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 führen und wirtschaften im Krankenhaus 2/2020, S. 6).

Zu Absatz 1

Der Pflegegrundwert wird auf 33 Minuten je Patient oder Patientin und Tag festgelegt. Im Fall einer Isolationspflicht bei Vorliegen oder bei Verdacht einer übertragbaren Erkrankung beträgt der Pflegegrundwert 123 Minuten je Patient oder Patientin und Isolationstag.

Der Pflegegrundwert umfasst die nachfolgenden Leistungen:

- Leistungen im Zusammenhang mit pflege- und behandlungsbezogenen Besprechungen
 - 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, Gespräche im Kontext des pflegediagnostischen Prozesses
 - Teamsitzungen im Zusammenhang z.B. mit Erfüllung Mindestanforderungen OPS-Komplexziffern
- Leistungen im Zusammenhang mit Leitungsaufgaben
 - Personaleinsatzplanung
 - Mitarbeiterbesprechungen und Einzelgespräche
 - Teilnahme an stationsübergreifenden Dienstbesprechungen
 - Kontrollaufgaben im Rahmen der internen Budgetierung
- Leistungen im Zusammenhang mit der Ablauforganisation
 - Disposition von Arzneimitteln und Materialien, sowie Anforderung von Leistungen außerhalb von Diagnostik und Therapie
 - Verwaltungsaufgaben
 - nicht planbare Hol- und Bringdienste
 - Hygiene-, Sicherheits- und Umweltschutzmaßnahmen
- Innerbetriebliche Fortbildung
 - Pflichtfortbildungen
 - Fortbildungen im Kontext der Pflege und Fachabteilung um evidenzbasiertes Wissen zu erhalten/sicher zu stellen.

Der erhöhte Pflegegrundwert umfasst die nachfolgenden Leistungen im Zusammenhang mit der Versorgung von isolationspflichtigen Patientinnen und Patienten:

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

Im Pflegegrundwert sind die Leistungen des Pflegedienstes enthalten, die keinen unmittelbaren Patientenbezug haben. Dazu gehören unter anderem 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 Kranken- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 87).

Im Rahmen der Aktualisierung der PPR auf die 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 führen und wirtschaften im Krankenhaus 2/2020, S. 6).

Auch Umkehrisolation (z.B. zum Schutz von Patientinnen und Patienten mit einem supprimierten Immunsystem) wird von dem erhöhten Pflegegrundwert umfasst.

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 zum Beispiel 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 und Ähnliches nur anteilig zugerechnet (Mitglieder der Expertengruppen Kranken- 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 seinerzeit erarbeitet hat, haben hier teilweise auf analytisch erhobene Grundlagen zurückgegriffen. 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 Kranken- 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 Kranken- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 82).

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

Darüber hinaus wurden bei den Berechnungen der Personalfaktor, das heißt 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 Kranken- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 82f.).

Zusätzlich zu den in der Tabelle nach Satz 1 enthaltenen Minutenwerten 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 Kranken- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 88).

Für den Entlassungstag sind abweichend von Satz 1 und 2 jeweils 50 Prozent der Minutenwerte des Tages vor der Entlassung zugrunde zu legen.

Zu Absatz 3

Für jede Krankenhausaufnahme wird ein Fallwert von 75 Minuten zugrunde gelegt, der pro Patientin oder Patienten und Aufenthalt einmal angerechnet wird.

Der Fallwert umfasst folgende 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 Übergabereports der Pflege (ohne umfassendes Entlassmanagement im Rahmen eines differenzierten Assessments)

Der Fallwert beinhaltet unter anderem 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 Kranken- und Kinderkrankenpflege, Pflege-Personalregelung, Verlag Gustav Fischer 1993, S. 88).

Im Zuge der Aktualisierung der PPR auf die 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 dem Rahmenvertrag nach § 39 Absatz 1a Satz 11 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 Kapitel 4 (Personalbemessung auf Stationen 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, in der Praxis hat sich die nachfolgende Vorgehensweise bewährt:

- Wenn das Kind teilstationär in der Kinderaufnahmestation versorgt wird, sind die Vorschriften für die Normalstation anzuwenden
- Wenn das Kind über Mitternacht in der Kinderaufnahmestation liegt, wird um Mitternacht retrospektiv eingestuft. Am Tag der Verlegung auf die Normalstation (üblicherweise am frühen Morgen) wird nicht auf der Kinderaufnahmestation eingestuft, sondern in der aufnehmenden Station.
- Wenn das Kind von der Kinderaufnahmestation 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 Pflegefachkräfte 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. 89 f.).

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.

Zu Absatz 2 und 3

Zur Ermittlung des Pflegebedarfs sind Patientinnen und Patienten aufgrund der für sie erbrachten Pflegeleistungen nach den Altersgruppen und nach den Leistungsstufen KA1 bis KA4 sowie KS1 bis KS4 in Patientengruppen einzuteilen. Die konkreten Inhalte der jeweiligen Leistungsstufen sind den Anlagen 6 und 6 zu entnehmen.

Die Zuordnung der Patientinnen und Patienten erfolgt einmal täglich und retrospektiv, das heißt nur auf der Grundlage der Dokumentation erbrachter Pflegeleistungen. Die Zuordnung zu den Leistungsstufen und Patientengruppen hat am Ende des Tages zu erfolgen (23:59 Uhr, die sogenannte Mitternachtsstatistik). Bei interner und externer Verlegung, Entlassung sowie bei teilstationär zu behandelnden Patienten erfolgt diese Zuordnung zum Zeitpunkt der Entlassung. Dies hat zur Konsequenz, dass Patientinnen und Patienten, die intern verlegt wurden, am gleichen Kalendertag auf zwei verschiedenen Stationen den Leistungsstufen und Patientengruppen zugeordnet werden.

In Bezug auf Personen, die teilstationär zu behandeln sind, erfolgt die Zuordnung zu den Leistungsstufen nach Satz 1 bei Entlassung.

Zu Absatz 4

Die Zuordnungen zu den Leistungsstufen nach Absatz 2 und zu den Patientengruppen nach Absatz 3 sind durch die Pflegefachkräfte in der Pflegedokumentation auszuweisen.

Zu § 14 (Pflegegrundwert, Minutenwerte und Fallwert)

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 unter anderem pflege- und behandlungsbezogene Besprechungen, Leistungen im Zusammenhang mit Leitungsaufgaben und der Ablauforganisation, innerbetriebliche Fortbildungen, sowie Maßnahmen zur Sicherung der pflegerischen Qualität.

Der Pflegegrundwert umfasst Leistungen im Zusammenhang mit:

- Besprechungen
 - Dienstübergaben
 - Einarbeitung
 - Gespräche zur Betreuung etc.
 - stationsbezogene Qualitätssicherung
- Leitungsaufgaben
 - Personaleinsatzplanung

- Mitarbeiterbesprechungen / Einzelgespräche
- stationsübergreifende Dienstbesprechungen
- Kontrollaufgaben im Rahmen der internen Budgetierung
- Ablauforganisation
 - Disposition von Arzneimitteln und Materialien, Leistungen außerhalb von Diagnose und Therapie
 - Verwaltungsaufgaben
 - nicht planbare Hol- und Bringendienste
 - Hygiene-, Sicherheits- und Umweltschutzmaßnahmen
- Innerbetriebliche Fortbildung
- Kind-/Elternbetreuung: anleiten, kontrollieren, erklären und aufklären

Zu Absatz 2

In Absatz 2 werden die zu den jeweiligen Patientengruppen zugehörigen Minutenwerte geregelt.

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 Absatz 3

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.

Der Fallwert umfasst Leistungen im Zusammenhang mit:

- Aufnahmen von außen einschließlich der Versorgung Verstorbener, insbesondere Abholen von Patienten in der Notaufnahme
- Empfang und Einweisen von Patienten und Angehörigen
- Einleiten der ersten pflegerischen und diagn. Maßnahmen einschl. Pflegeanamnese
- Zusammenstellen der erforderlichen Verlegungs- oder Entlassungsunterlagen einschl. des Übergabeberichtes der Pflege
- Nachbereiten des Zimmers
- Entlassungsmanagement, Assessment, Abschluss und Informationsgespräch mit Patienten und Angehörigen
- Versorgung Verstorbener und Gespräch mit Angehörigen

Zu Absatz 4

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 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.

Die Berücksichtigung von halben Werten für das Pflegegrundwert und die Minutenwerte gilt auch für den Tag der Aufnahme von außen, den Tag der Entlassung und den Tag der Übernahme aus einer Verlegung von einer Intensiv- oder Normalstation für Kinder desselben oder eines anderen Krankenhauses.

Zu § 15 (Zuordnung zu Leistungsstufen der allgemeinen 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 erfolgt. Die Zuordnungsmerkmale für alle Leistungsstufen sind für die jeweilige Altersgruppe und Leistungsbereiche in der Anlage 3 hinterlegt, 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 verschiedenen Leistungsbereichen dieser Leistungsstufe mindestens ein Zuordnungsmerkmal zutrifft, oder wenn in mindestens zwei verschiedenen Leistungsbereichen insgesamt mindestens ein Zuordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe KA2 und genau ein Zuordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe KA3 zutrifft.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 werden die Zuordnungsregeln zur Leistungsstufe KA3 festgelegt. Die Zuordnung in diese Leistungsstufe erfolgt, wenn in mindestens zwei verschiedenen Leistungsbereichen je mindestens ein Zuordnungsmerkmal der Leistungsstufe KA3 zutrifft, oder wenn in mindestens zwei verschiedenen Leistungsbereichen insgesamt mindestens ein Zuordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe KA3 und genau ein Zuordnungsmerkmal aus 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 mindestens ein Zuordnungsmerkmal zutrifft.

Zu Absatz 5

Pflegerische Leistungen, die durch Eltern oder andere Bezugspersonen des Kindes ausgeführt werden, sind als Leistungen der Pflegekraft anzurechnen und entsprechend in der Pflegedokumentation auszuweisen. In den Begründungsmaterialien zur ursprünglichen Version der Pflegepersonalregelung wurde darauf hingewiesen, dass die Verantwortung für die Ausführung dieser Leistungen bei den Pflegekräften verbleibt; 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 (Zuordnung zu Leistungsstufen der speziellen 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 erfolgt.

Zu Absatz 2

Eine Zuordnung zur Leistungsstufe KS2 erfolgt, wenn in mindestens einem Leistungsbereich mindestens ein Zuordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe KS2 zutrifft.

Zu Absatz 3

Die Zuordnung zur Leistungsstufe KS3 erfolgt, wenn in mindestens einem Leistungsbereich mindestens ein Zuordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe KS3 zutrifft.

Zu Absatz 4

Eine Zuordnung zur Leistungsstufe KS4 erfolgt, wenn in mindestens einem Leistungsbereich mindestens ein Zuordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe KS4 zutrifft.

Zu Abschnitt 2 (Personalbemessung auf Intensivstationen)**Zu § 17 (Leistungsstufen und Patientengruppen)**

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

Zu Absatz 1

Absatz 1 beschreibt, welchen Altersgruppen Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen für Kinder zuzuordnen sind. Diese zwei Altersgruppen werden in den Nummern 1 und 2 definiert. Sollte die Behandlung von Erwachsenen in einer Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin erforderlich sein, sind diese ebenfalls der Patientengruppe „pädiatrische Intensivmedizin (PICU)“ zuzuordnen

Zu Nummer 1

Der Gruppe „neonatologische Intensivmedizin (NICU)“ sind zunächst Patientinnen und Patienten zuzuordnen, die bei stationärer Aufnahme unter 28 Tage alt oder 2 500 Gramm schwer sind.

Zu Nummer 2

Die zweite Gruppe im Bereich der Kinderintensivstationen ist die Gruppe „pädiatrische Intensivmedizin (PICU)“, der Patientinnen und Patienten zuzuordnen sind, die bei stationärer Aufnahme älter als 27 Tage und mindestens 2 500 Gramm schwer sind und die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 werden die für Kinderintensivstationen geltenden Leistungsstufen festgelegt. Die Inhalte dieser Leistungsstufen sind in der **Anlage 5** detailliert beschrieben.

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. Je nach Arbeitsorganisation in dem jeweiligen Krankenhaus ist hier entweder das 24-Stunden-Modell oder das Drei-Schicht-System zugrunde zu legen. Die Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – (QFR-RL, BAnz. Nr. 205, S. 15 684 vom 28.10.2005) des Gemeinsamen Bundesausschusses sieht eine auf drei Schichten bezogene Dokumentation für Patienten mit einem Geburtsgewicht von unter 1 500 Gramm vor; um dies auch mit der Kinder-Intensiv PPR 2.0 dokumentieren zu können, muss auf den neonatologischen Intensivstationen eine auf drei Schichten bezogene Dokumentation erfolgen, daher hat das das Drei-Schichten-Modell auch in die Regelungen dieser Verordnung Eingang gefunden. Auf einer PICU gibt es diese Vorgabe nicht, hier kann das 24-Stunden-Modell angewendet werden.

Ist eine Patientin oder ein Patient teilstationär auf einer Intensivstation für Kinder zu behandeln, erfolgt die Zuordnung abweichend von Satz 1 bei Entlassung an dem jeweiligen Behandlungstag. Dies soll den organisatorischen Abläufe einer teilstationären Behandlung Rechnung tragen.

Zu Absatz 3

Die Einstufung ist im Bereich der Kinderintensivpflege retrospektiv, grundsätzlich einmal am Tag am Ende des Tages vorzunehmen. Wenn das Drei-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 (Zuordnung zu Leistungsstufen der Intensivpflege)**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 zuzuordnen ist.

Zu Absatz 2

Eine Zuordnung zur Leistungsstufe IS2 erfolgt, wenn in mindestens einem Leistungsbereich mindestens ein Zuordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe IS2 zutrifft.

Zu Absatz 3

Eine Zuordnung zur Leistungsstufe IS3 erfolgt, wenn in mindestens einem Leistungsbereich mindestens ein Zuordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe IS3 zutrifft.

Zu Absatz 4

Hinsichtlich der Übernahme pflegerischer Leistungen durch Familienmitglieder wird auf die entsprechende Geltung des § 15 Absatz 5 verwiesen, siehe auch die Begründung dort.

Zu § 19 (Pflegergrundwert, Minutenwerte und Fallwert)**Zu Absatz 1**

Der Pflegegrundwert auf Intensivstationen für Kinder beträgt je Patientin oder Patient und Tag 55 Minuten, hinsichtlich der Tätigkeiten, die in den Fallwert einfließen, wird auf die Begründung zu § 14 verwiesen.

Zu Absatz 2

In der Tabelle in Absatz 2 werden die der Personalbemessung auf Kinderintensivstationen zugrunde zu legenden Minutenwerte festgelegt.

Zu Absatz 3

Für jede Krankenhausaufnahme wird ein Fallwert von 66 Minuten zugrunde gelegt. Dieser Fallwert wird pro Patient oder Patientin und Aufenthalt nur einmal berechnet. Das heißt, dass 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, der Fallwert nicht nochmal berechnet wird. Hinsichtlich der Tätigkeiten, die in den Fallwert einfließen, wird auf die Begründung zu § 14 verwiesen.

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 Drei-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

Im Absatz 5 werden für bestimmte Fälle Anrechnungsregeln vorgegeben. So werden für den Tag auf Aufnahme von außen, Entlassung oder Verlegung auf die Normalstation im Rahmen des 24-Stunden-Modells 100 Prozent der Minutenwerte angerechnet. Bei einem Drei-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 Kapitel 5 (Schlussvorschriften)

Zu § 20 (Inkrafttreten)

Die Verordnung tritt am 1. Juni 2024 in Kraft.

Zu Anlage 1 (Format für die Datenübermittlung an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus)

In der Anlage 1 wird das Format für die Datenübermittlung an das InEK definiert.

Zu Anlage 2 (Ermittlung des Pflegebedarfs auf Normalstationen für Erwachsene: Zuordnung zu den Leistungsstufen)

Die Anlage 2 beinhaltet eine Tabelle zur Einstufung der Patientinnen und Patienten im Bereich der Krankenpflege für Erwachsene in die Leistungsstufen. Diese soll die Anwendung der Vorgaben dieser Verordnung in der Praxis erleichtern, indem die abstrakten Zuordnungsmerkmale 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/Media-pool/2_Themen/2.5._Personal_und_Weiterbildung/2.5.0._PPR_2.0/Entwurf_An-lage2_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 therapeutischer Konzepte oder durch den gleichzeitigen Einsatz von mehreren Pflegekräften an einem Patienten (zum Beispiel Körperpflege zu zweit) resultiert. 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 von solchen Einschränkungen im Sinne der Leistungsstufe A4 auszugehen ist, 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 mindestens zwei Leistungsbereichen je ein Einordnungsmerkmal aus der Leistungsstufe A4 zutreffen. Das heißt, dass in mindestens einem der Leistungsbereiche Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Mobilisation und Positionswechsel mindestens eine der aufgeführten Pflegemaßnahmen notwendig sein muss.
- Eine „volle Übernahme“ von bestimmten Tätigkeiten ist unter folgenden Voraussetzungen gegeben:

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 beziehungsweise 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 Erwachsene (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 (beispielsweise Bobath, NDT) kann die pflegerische Versorgung auch nach einem schriftlich ausgewiesenen, einrichtungsspezifischen Konzept erfolgen. Die therapeutischen Leistungen können unter anderem auf das Erlernen und Wiedererlangen von Handlungen im Rahmen der Selbstfürsorge abzielen. Die konzeptbegründete Pflege (therapeutische Körperpflege, Trink- und Ess-training, Kontinenztraining, therapeutischer Positionswechsel) ist von in der Konzeptausführung geschultem Pflegepersonal durchzuführen.
- Zu den einzelnen Leistungsbereichen:

Leistungsbereich 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.

Therapeutische Ganzkörperpflege erfolgt 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 \geq 40 kg/m², Bewegungsverbot.

Leistungsbereich 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.

Leistungsbereich 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.

Leistungsbereich 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 3 (Ermittlung des Pflegebedarfs auf Normalstationen für Kinder: Zuordnung zu den Leistungsstufen der allgemeinen Pflege)

In der Anlage 3 wird im Detail aufgeführt, welche Zuordnungsmerkmale welchen Leistungsstufen und Leistungsbereichen im Bereich der allgemeinen Pflege auf Normalstationen für Kinder zuzuordnen sind.

Dazu sind im Einzelnen noch folgende Erläuterungen zu beachten.

Zum Leistungsbereich der Körperpflege:

- Körperpflege bezieht neben der Ganzkörperpflege auch andere Elemente wie z.B. Haarpflege mit ein. (vgl. Wieteck, P., Schmidpeter, I., Benthin, T., & Koch, M. (Hrsg.). Handbuch PKMS, 6. Ausgabe, Kassel 2015)
- Eine Ganzkörperwaschung bezieht sich auf die Waschung des Körpers bei Patientinnen, die (weitgehend) unselbstständig sind und sich nicht selbst waschen können oder dürfen. Die Teilkörperwaschung bezieht sich auf Hilfe bei der Körperpflege bei Patienten, die teilweise selbstständig sind oder wenn keine Ganzkörperwaschung vorgenommen wird.

- Ganz-/Teilkörperwaschungen können in „voller Übernahme“ oder unter „Anleitung/Aktivierung“ bei Patientinnen, die (weitgehend) unselbstständig sind und sich nicht selbst waschen können oder dürfen durchgeführt werden. Volle Übernahme bedeutet, dass die Körperwaschung entweder durch die Pflegeperson für den Patienten übernommen wird oder der Patient aktiv (verbal oder geführt) angeleitet wird und die Pflegefachperson während der gesamten Pflegemaßnahme ständig beim Patienten ist. Dabei kann der Patient sowohl im Bett oder Inkubator/Thermbett als auch auf einem Hocker, auf dem Wickeltisch oder in einem Rollstuhl am Waschbecken gewaschen werden. Einzelinterventionen müssen nicht gesondert aufgeführt werden. (vgl. Menche, N., Keller, C., & Teigler, B. (Hrsg.), Pflege Heute, 8. Ausgabe, München 2023; Wieteck, P., Schmidpeter, I., Benthin, T., & Koch, M. (Hrsg.). Handbuch PKMS, 6. Ausgabe, Kassel 2015)
- Unter einem therapeutischen Bad sind Bäder zu verstehen, bei denen nicht die Reinigung im Vordergrund steht, sondern medizinische Bäder und Teilbäder der physikalischen Therapie z. B. Handbad bei Panaritium oder mit medizinischen Badezusätzen z.B. bei Hauterkrankungen . (vgl. Menche, N., Keller, C., & Teigler, B. (Hrsg.), Pflege Heute, 8. Ausgabe, München 2023).
- Unter dem Begriff der therapeutischen Körperpflege sind belebende, beruhigende bzw. basalstimulierende Körperwaschungen zu verstehen, mit denen sensorische Angebote gemacht werden, um die Wahrnehmungs- und Orientierungsfähigkeit zu fördern und bei denen nicht die Reinigung im Vordergrund steht (vgl. Menche, N., Keller, C., & Teigler, B. (Hrsg.), Pflege Heute, 8. Ausgabe, München 2023).
- Zu Zu- oder Ableitung zählen z.B. Sauerstoffbrille, Monitoring-Kabel, Drainagen, Beatmungsschlauch und Nasensonde. Zu beachten ist, dass es sich bei den Zu-/Ableitungssystemen in diesem Zusammenhang um drei unterschiedliche Systeme handeln muss. Das bedeutet, mehrere Redon-Drainagen, die in ein Wundgebiet eingebracht sind, sind als eine Ableitung zu zählen. Sind allerdings z.B. Redon-Drainagen in zwei verschiedene Wundgebiete platziert oder eine Thoraxdrainage rechts und eine links, werden diese als zwei Ableitungen gezählt. (vgl. Wieteck, P., Schmidpeter, I., Benthin, T., & Koch, M. (Hrsg.). Handbuch PKMS, 6. Ausgabe, Kassel 2015)

Zum Leistungsbereich Ernährung:

- Sofern im Zusammenhang mit Ernährung der Begriff „inkl. Mundpflege“ verwendet wird, sind damit alle altersentsprechende Basishygienemaßnahmen der allgemeinen Mundpflege, sowie einfache Maßnahmen der speziellen Mundpflege zur Mukositis-, Soor- und Parotitisprophylaxe (wie Mundspülung, Auswischen der Mundhöhle mit Tee/Wasser usw.), welche immer im Zusammenhang der Nahrungsverabreichung stehen, gemeint. Erfolgt die Spezielle Mundpflege (auf ärztliche Anordnung) mit antiseptischen oder medikamentösen Zusätzen und findet getrennt von einer Nahrungsverabreichung statt, ist diese Maßnahme ein Leistungsmerkmal der speziellen Pflege.
- Nahrungsverabreichung per Sonde inkl. Magenrestprüfung bedeutet, dass anschließend an die Nahrungsverabreichung eine Lagekontrolle der Ernährungssonde stattfindet.

Zum Leistungsbereich Ausscheidung:

- Bilanzierung wird in der speziellen Pflege als ein Vitalzeichen abgebildet und hier entsprechend der zutreffenden Interventionshäufigkeit der jeweiligen Stufe zugeordnet.
- Bilanzen (6 oder 12-Stunden Bilanzen, wie auch Urinkontrollen, einschließlich der Kontrolle vom Urin PH oder Urin Stix) können in der Speziellen Pflege im Leistungsbereich

I „OP, invasive Maßnahmen, akute Krankheitsphase, dauernde Bedrohung“ als Vitalparameter erfasst werden.

- Zum Leistungsbereich Mobilisation und Lagern:
- Eine Mobilisation, die im Rahmen einer anderen Pflegemaßnahme im Sinne der Vor- oder Nachbereitung dieser Maßnahme stattfindet, kann nicht nochmal zusätzlich als Mobilisationsmaßnahme geltend gemacht werden.

Beispiel: Erhält ein Patient im Rahmen einer Körperpflege am Waschbecken Unterstützung beim Transfer zum Waschbecken, so zählt diese Leistung als Maßnahme im Rahmen einer aktivierenden Körperpflege. Erfolgt nach Rücktransfer in das Bett eine aufwendige Lagerung (z.B. Lagerung nach Bobath, 30°-Lagerung) kann diese Mobilisation geltend gemacht werden.

- Als Faustformel gilt: Maßnahmen, die im Rahmen eines Versorgungsprozesses erbracht werden, zählen immer zur Haupthandlung. (vgl. Wieteck, P., Schmidpeter, I., Benthin, T., & Koch, M. (Hrsg.). Handbuch PKMS, 6. Ausgabe, Kassel 2015)
- Unter Mikrolagerungen versteht man kleinste Lage- und Positionsveränderungen zur zeitweiligen Entlastung (Druckverteilung) z.B. mithilfe einer Handtuchrolle am Kopf, Schultern, Hüfte und des Fersenbereichs und können bei jedem Patientenkontakt durchgeführt werden. (vgl. Institut für Innovationen im Gesundheitswesen, Mikrolagerung - Eine unterstützende Maßnahme zur Prävention von Sekundärerkrankungen. Abgerufen am 20.12.2023 von <https://www.dekubitus.de/pw-tipps/mikrolagerung>)
- Zum Leistungsbereich Kommunikation ist zu beachten, dass die alltägliche Kommunikation bereits in den hinterlegten Minutenwerten der einzelnen Interventionen berücksichtigt ist. Im Leistungsbereich V „Kommunikation“ werden Edukationen oder Gespräche berücksichtigt, die über ein übliches Maß deutlich hinausgehen und gesondert/getrennt von anderen Interventionen stattfinden.

Zu Anlage 4 (Ermittlung des Pflegebedarfs auf Normalstationen für Kinder: Zuordnung zu den Leistungsstufen der speziellen Pflege)

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

Unter einer kontinuierlichen Monitorüberwachung im Leistungsbereich I Leistungsstufe KS3 ist zu verstehen, dass der Patient bei der retrospektiven Betrachtung 24 Stunden kontinuierlich am Monitor überwacht wird. Kurze notwendige Pausen sind dabei erlaubt, zum Beispiel bei der Körperpflege. Am Aufnahmetag gilt die Regel zählt die Zeit der Überwachung ab dem Aufnahmezeitpunkt.

Ein komplexes Medikamentenregime im Sinne des Leistungsbereichs II liegt vor, wenn die Medikamentengabe oder Zubereitung über das einfache Entnehmen aus der Verpackung und Verabreichung zu den üblichen Zeiten hinausgeht. Dies kann zum Beispiel dann der Fall sein, wenn der Verabreichungszeitpunkt immer außerhalb der normalen Nahrungsaufnahme liegt, die Zubereitung unter besonderen Bedingungen stattfindet (zum Beispiel 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.

Darüber hinaus sind zum Leistungsbereich Medikamente folgende Hinweise zu beachten:

- Infusionen zum Vor- und Nachlauf im Rahmen einer Kurzinfusion zählen nicht als eigene Infusion.
- Unter den Begriff „Spritzpumpe“ fallen alle Dosiergeräte zur kontinuierlichen Verabreichung von Medikamenten.
- Zum Leistungsbereich Wundbehandlung und Assistenz sind zur Abgrenzung der Begriffe „aufwendiger Verbandswechsel“, „hochaufwendige Wundversorgung“ und „systematisches Wundmanagement“ folgende Hinweise zu beachten:
- Aufwendiger Verbandswechsel: Jeder Verbandswechsel unter anti- und aseptischen Bedingungen bei primär heilenden Wunden, der über einen einfachen trockenen Pflasterverbandwechsel hinausgeht z.B. Moderne Post-OP-Verbände mit Silikonbeschichtung (z. B. Mepilex® Border Post-OP) oder transparenten Polyurethanfilm). (vgl. Menche, N., Keller, C., & Teigler, B. (Hrsg.), Pflege Heute, 8. Ausgabe, München 2023)
- Hochaufwendige Wundversorgung: Verbandswechsel bei großen primär heilenden Wunden und Vorliegen eines Erschwernisfaktors oder sekundär heilenden trockenen oder nässenden Wunden unter aseptischen Bedingungen und/oder Assistenz beim Verbandswechsel.
- Systematisches Wundmanagement: Verbandswechsel bei sekundär heilenden (stark) nässenden und/oder infizierten Wunden unter aseptischen Bedingungen in Verbindung mit einer Wundspülung und/oder Débridement und/oder unter Narkose und incl. einer genauen Wunddokumentation mit ggf. einer Fotodokumentation.
- Medizinische Wunddiagnose: Wundart und Schweregradeinteilung der Wunde, Wundlokalisation (Schriftlich oder auf einem Schaubild eingezeichnet), Rezidive, Wundgröße, Wundrand/-umgebung (z. B. unterminiert, mazeriert, ödematös, gerötet), Wundgrund/Gewebeart (z. B. Nekrose, Fibrin, Granulation, Knochen, Sehne), Wundgeruch: Ja/nein, Exsudation (Menge, Beschaffenheit, Farbe, Geruch), Infektionsanzeichen: Ja/nein, Wundschmerzen. (vgl. Menche, N., Keller, C., & Teigler, B. (Hrsg.), Pflege Heute, 8. Ausgabe, München 2023)
- Die Abgrenzung zwischen hochaufwendiger Wundversorgung und systematischem Wundmanagement ist fließend und lässt sich oft nicht eindeutig zuordnen. Es können auch aus beiden Maßnahmenbeschreibungen Interventionen zutreffen.
- Wird der Patient z.B. mit Wundaufgaben versorgt, welche nur im mehrtägigen Rhythmus gewechselt werden, können nur diese Tage geltend gemacht werden, an denen der Verbandswechsel stattgefunden hat. (Wieteck, P., Schmidpeter, I., Benthin, T., & Koch, M. (Hrsg.). Handbuch PKMS, 6. Ausgabe, Kassel 2015)

Zu Anlage 5 (Ermittlung des Pflegebedarfs auf Intensivstationen für Kinder: Zuordnung zu den Leistungsstufen)

In der Anlage 5 wird aufgeführt, welche pflegerischen Tätigkeiten für die jeweiligen Leistungsbereiche und Leistungsstufen im Bereich der Kinderintensivstationen relevant sind.

In diesem Zusammenhang sind folgende Hinweise zu den einzelnen Leistungsbereichen zu beachten:

Leistungsbereich 1 (Beobachten und Überwachen des Patienten und Umfeld)

Unter einer lebensbedrohlichen Akutphase ist jede Situation bzw. jedes Ereignis eines Patienten zu verstehen, die eine unmittelbare Gefahr für Leben und Gesundheit des Patienten bedeutet und die ohne sofortige medizinischer Behandlung zu schweren (bleibenden) Schäden oder dem Tod führt und oft elementare Lebensfunktionen einschränkt (vgl. Menche, N., Keller, C., & Teigler, B. (Hrsg.), Pflege Heute, 8. Ausgabe, München 2023)

Leistungsbereich 3 (medikamentöse Versorgung)

Als kreislaufinstabil (im Sinne der Anlage 8) wird ein Patient bezeichnet, wenn die am Herz-Kreislauf- System beteiligten Organe außerhalb ihres physiologischen Leistungsbereichs arbeiten und zur Erhaltung bzw. Stabilisierung dessen eine hohe Personalbindung benötigt wird.

Leistungsbereich 4 (ärztliche Eingriff und Diagnostik)

Unter einer Hypothermie-Behandlung ist eine Behandlungsmethode in der Intensivtherapie zu verstehen, bei der durch eine künstlich hergestellte, therapeutische Unterkühlung (Hypothermie), um die Ischämie Toleranz von Herz und Gehirn zu erhöhen. (vgl. Menche, N., Keller, C., & Teigler, B. (Hrsg.), Pflege Heute, 8. Ausgabe, München 2023)