

## Änderungsvorschlag für den OPS 2021

Dieses Formular ist urheberrechtlich geschützt und darf nur zur Einreichung eines Vorschlags heruntergeladen und genutzt werden. Eine Veröffentlichung z.B. auf Webseiten, in Internetforen oder vergleichbaren Medien ist nicht gestattet.

### Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:  
*ops2021-kurzbezeichnungdesinhalts.docx*; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2021-komplexbcodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2020** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, [klassi@dimdi.de](mailto:klassi@dimdi.de)).

### Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die "Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS" in der aktuellen Fassung:  
[www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – Klassifikationen – OPS – Vorschlagsverfahren – 5. Gesichtspunkte ...

Änderungsvorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden. Dies dient der fachlichen Beurteilung und Bündelung der Vorschläge, erleichtert die Identifikation relevanter Vorschläge und trägt so zur Beschleunigung der Bearbeitung bei.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände werden gebeten, ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren für den Vorschlag relevanten Fachverbänden** (Fachgesellschaften [www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de), Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das DIMDI diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

**Wir weisen ausdrücklich darauf hin**, dass Vorschläge nur im eigenen Namen oder mit ausdrücklicher Einwilligung der unter 1. genannten verantwortlichen Person eingereicht werden dürfen. Das DIMDI führt vor der Veröffentlichung keine inhaltliche Überprüfung der eingereichten Vorschläge durch. Für die Inhalte sind ausschließlich die Einreichenden verantwortlich. Bei Fragen oder Unstimmigkeiten bitten wir, sich direkt an die jeweiligen im Vorschlagsformular genannten Ansprechpersonen zu wenden.

### Einräumung der Nutzungsrechte

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem DIMDI das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

### Erklärung zum Datenschutz

Datenschutzrechtliche Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten finden Sie unter: [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – Datenschutzerklärung

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium  
für Gesundheit

**Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu bestätigen.**

**Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.**

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	GKind e.V.
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.gkind.de
Anrede (inkl. Titel) *	Frau Dr.
Name *	Lutterbüse
Vorname *	Nicola
Straße *	Wilhelmstr. 2a
PLZ *	93049
Ort *	Regensburg
E-Mail *	nicola.lutterbuese@gkind.de
Telefon *	0941-2983668

### Einräumung der Nutzungsrechte

- \* Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem DIMDI die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:  
 „Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem DIMDI werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.“

### Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

- \* Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

- Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.  
 Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird Ihr Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.

## 2. Ansprechpartner/-in (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	BeKD
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.bekd.de
Anrede (inkl. Titel) *	Frau
Name *	Pätzmann-Sietas
Vorname *	Birgit
Straße *	Janusz-Korczak-Allee 12
PLZ *	30173
Ort *	Hannover
E-Mail *	Bv-Kinderkrankenpflege@t-online.de
Telefon *	0511-282608

## Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

- \* Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.

**Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.**

**3. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) \***

9-204 / 9-205 / 9-206ff Pflegemaßnahmenscore für Kinder (PMS-J, PMS-K, PMS-F)

**4. Mitwirkung der Fachverbände \***

(siehe **Hinweise** am Anfang des Formulars)

- Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.
- Dem DIMDI werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

Verbändeübergreifende DRG-AG in der GKinD mit Vertretern der Subdisziplinen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.v. (DGKJ), der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) und dem Berufsverband für Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD) - die Antragstellerin ist Sprecherin dieser Gruppe.

**5. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines bisher nicht spezifisch kodierbaren Medizinproduktes charakterisiert ist \***

- Nein
- Ja

**a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)**

**b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung**

## 6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags \*

(ggf. inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Klassentitel, Inklusiva, Exklusiva, Hinweise und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Mit dem Vorschlag soll die hochaufwendige Pflege von Jugendlichen, Schulkindern, Kleinkindern und Säuglingen (OPS 9-201/9-202 /9-203, PKMS-J, PKMS-K, PKMS-F) ergänzt werden um einen Pflege-Maßnahmen-Score (PMS-J, PMS-K, PMS-F) für die Pflege, der bei allen pädiatrischen Patienten dieser Altersgruppen zur Anwendung kommt. Da es sich bei diesem Score um die Weiterentwicklung der PPR handelt kann man anstelle von PMS auch PPR schreiben:

OPS 9-204 Erhebung von Pflegeleistungen bei Kindern und Jugendlichen

Exkl.: Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen (9-201 ff.)

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17b KHG erbracht wurden

Ein Kode aus diesem Bereich ist für Patienten ab dem Beginn des 7. Lebensjahres bis zum Ende des 18. Lebensjahres anzugeben. Er kann in Ausnahmefällen auch für Erwachsene angegeben werden, wenn deren Behandlung in einer Abteilung oder Klinik für Kinder- und Jugendmedizin erforderlich ist.

Mindestmerkmale:

- Ein Kode aus diesem Bereich ist anzugeben, wenn in einem oder mehreren Leistungsbereichen die Bedingungen des Pflege-Maßnahmen-Scores für Kinder und Jugendliche [PMS-J] erfüllt sind. Die sich daraus ergebenden Aufwandspunkte werden täglich addiert. Die Gesamtanzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe der täglich ermittelten Punkte aus dem PMS-J über die Verweildauer des Patienten. Aufwandspunkte, die am Aufnahme- und/oder Entlassungstag entstehen, werden mit berücksichtigt
- Die pflegerischen Leistungen werden durch examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/-innen mit dreijähriger Ausbildung oder unter deren Verantwortung erbracht
- Die zu verwendenden Parameter des PMS-J und weitere Nutzungshinweise sind im Anhang zum OPS zu finden
- 9-204.0 0 bis 120 Aufwandspunkte
- 9-204.1 121 bis 240 Aufwandspunkte
- ...

OPS 9-205 Erhebung von Pflegeleistungen bei Kleinkindern

Exkl.: Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern (9-202 ff.)

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17b KHG erbracht wurden

Ein Kode aus diesem Bereich ist für Patienten ab dem Beginn des 2. Lebensjahres bis zum Ende des 6. Lebensjahres anzugeben.

Mindestmerkmale:

- Ein Kode aus diesem Bereich ist anzugeben, wenn in einem oder mehreren Leistungsbereichen die Bedingungen des Pflege-Maßnahmen-Scores für Kleinkinder [PMS-K] erfüllt sind. Die sich daraus ergebenden Aufwandspunkte werden täglich addiert. Die Gesamtanzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe der täglich ermittelten Punkte aus dem PMS-K über die Verweildauer des Patienten. Aufwandspunkte, die am Aufnahme- und/oder Entlassungstag entstehen, werden mit berücksichtigt
- Die pflegerischen Leistungen werden durch examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/-innen mit dreijähriger Ausbildung oder unter deren Verantwortung erbracht
- Die zu verwendenden Parameter des PMS-K und weitere Nutzungshinweise sind im Anhang zum OPS zu finden
- 9-205.0 0 bis 120 Aufwandspunkte
- 9-205.1 121 bis 240 Aufwandspunkte
- ...

OPS 9-206 Erhebung von Pflegeleistungen bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen

Exkl.: Hochaufwendige Pflege von Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen (9-203 ff.)

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17b KHG erbracht wurden

Ein Kode aus diesem Bereich ist für Patienten bis zum Ende des 1. Lebensjahres anzugeben.

Mindestmerkmale:

- Ein Kode aus diesem Bereich ist anzugeben, wenn in einem oder mehreren Leistungsbereichen die Bedingungen des Pflege-Maßnahmen-Scores für Kinder und Jugendliche [PMS-F] erfüllt sind. Die sich daraus ergebenden Aufwandspunkte werden täglich addiert. Die Gesamtanzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe der täglich ermittelten Punkte aus dem PMS-F über die Verweildauer des Patienten. Aufwandspunkte, die am Aufnahme- und/oder Entlassungstag entstehen, werden mit berücksichtigt
- Die pflegerischen Leistungen werden durch examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen mit dreijähriger Ausbildung oder unter deren Verantwortung erbracht
- Die zu verwendenden Parameter des PMS-F und weitere Nutzungshinweise sind im Anhang zum OPS zu finden
- 9-206.0 0 bis 120 Aufwandspunkte
- 9-206.1 121 bis 240 Aufwandspunkte
- ...

Weil noch nichts Näheres zu einem neuen Instrument für die Erhebung des Pflegeaufwand anlässlich der Ausgliederung der Pflege aus dem DRG-System festgelegt ist (laut KAP ist zunächst eine PPR 2.0 angedacht), schlagen wir diese 3 Prozeduren zur Erfassung der am Patienten erbrachten Pflegeleistung vor. Die Abgrenzung zum PKMS muss in den Nutzungshinweisen zum Pflege-Maßnahmen-Score (PMS) und Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) (Anlage zum OPS) dann noch ausgeführt werden.

Der Pflege-Maßnahmen-Score PMS / Kinder-PPR wird als separates Dokument als Anlage zu diesem Antrag zur Verfügung gestellt. Die noch aktuelle Fassung ist die Kinder-PPR für die Normalstation 2019. Die Kinder-PPR für die Intensivstation (PMS-NICU und PMS-PICU) befindet sich derzeit auch in Überarbeitung. Sie wird unterteilt in zwei Bereiche, NICU und PICU. Grundsätzlich kann man auch für die intensivmedizinisch versorgten Kinder eine zugehörige Prozedur formulieren, wenn seitens des InEK hier eine Abgrenzung zur sog. PPR/PMS für die Normalstation gewünscht ist. Dann würden folgende 2 Prozeduren hinzukommen (Die Formulierung ist nur ein Vorschag!):

OPS 9-207 Erhebung von Intensiv-Pflegeleistungen bei Säuglingen mit einem Alter bei Aufnahme  $\geq 28$ .

Lebenstag und/oder  $\geq 2.500$  g Aufnahmegewicht sowie bei Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen

Exkl.: Hochaufwendige Pflege von Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen (9-203 ff.),

Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern (9-202 ff.), Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen (9-201 ff.)

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17b KHG erbracht wurden

Ein Kode aus diesem Bereich ist für intensivmedizinisch versorgte Patienten mit einem Alter bei Aufnahme  $\geq 28$ . Lebenstag und/oder  $\geq 2.500$  g Aufnahmegewicht anzugeben. Er kann in Ausnahmefällen auch für Erwachsene angegeben werden, wenn deren Behandlung in einer Abteilung oder Klinik für Kinder- und Jugendmedizin erforderlich ist.

Mindestmerkmale:

- Ein Kode aus diesem Bereich ist anzugeben, wenn in einem oder mehreren Leistungsbereichen die Bedingungen des Intensiv-Pflege-Maßnahmen-Scores [PMS-PICU] erfüllt sind. Die sich daraus ergebenden Aufwandspunkte werden täglich addiert. Die Gesamtanzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe der täglich ermittelten Punkte aus dem PMS-PICU über die Verweildauer des Patienten. Aufwandspunkte, die am Aufnahme- und/oder Entlassungstag entstehen, werden mit berücksichtigt
- Die pflegerischen Leistungen werden durch examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen mit dreijähriger Ausbildung oder unter deren Verantwortung erbracht

- Die zu verwendenden Parameter des PMS-PICU und weitere Nutzungshinweise sind im Anhang zum OPS zu finden
- 9-207.0 0 bis ... Aufwandspunkte
- 9-207.1 ... bis ... Aufwandspunkte
- ...

OPS 9-208 Erhebung von Intensiv-Pflegeleistungen bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen mit einem Alter bei Aufnahme < 28. Lebenstag und/oder < 2.500 g Aufnahmegegewicht

Exkl.: Hochaufwendige Pflege von Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen (9-203 ff.)

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17b KHG erbracht wurden

Ein Kode aus diesem Bereich ist für intensivmedizinisch versorgte Patienten mit einem Alter bei Aufnahme < 28. Lebenstag und/oder < 2.500 g Aufnahmegegewicht anzugeben

Mindestmerkmale:

- Ein Kode aus diesem Bereich ist anzugeben, wenn in einem oder mehreren Leistungsbereichen die Bedingungen des Intensiv-Pflege-Maßnahmen-Scores [PMS-NICU] erfüllt sind. Die sich daraus ergebenden Aufwandspunkte werden täglich addiert. Die Gesamtanzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe der täglich ermittelten Punkte aus dem PMS-NICU über die Verweildauer des Patienten. Aufwandspunkte, die am Aufnahme- und/oder Entlassungstag entstehen, werden mit berücksichtigt
- Die pflegerischen Leistungen werden durch examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen mit dreijähriger Ausbildung oder unter deren Verantwortung erbracht
- Die zu verwendenden Parameter des PMS-NICU und weitere Nutzungshinweise sind im Anhang zum OPS zu finden
- 9-208.0 0 bis ... Aufwandspunkte
- 9-208.1 ... bis ... Aufwandspunkte
- ...

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz ermöglicht seit dem 01.01.2019 die Finanzierung jeder zusätzlich geschaffenen Stelle oder aufgestockten Teilzeitstelle in der Pflege am Bett, ohne festzulegen, wie viele zusätzliche Stellen denn maximal sinnvoll sind.

Was fehlt, ist die Verpflichtung im Gesetz, ein Instrumentarium zur Ermittlung eines angemessenen Pflegebedarfs und daraus abgeleitet einer angemessenen Personalausstattung zu entwickeln. Ein solches Instrument muss ohne großen Zusatzaufwand die Ermittlung der tatsächlichen Pflegebedürftigkeit der Patienten und ihrer Angehörigen ermöglichen.

Mittlerweile hat die konst. Aktion Pflege (KAP) zunächst die Einführung einer PPR 2.0 für den Erwachsenenbereich vorgesehen. Im Kinderbereich soll nach KAP ein eigenes, d.h. unabhängiges Instrument zur Anwendung kommen.

Das von uns im VV2020 vorgeschlagene Instrument für Kinder und Jugendliche besteht aus 2 Teilen, 1. einem Assessment-Instrument für die Erhebung von Pflege-Bedarf von Kindern und Jugendlichen (den zugeh. Antrag haben wir im VV2020 eingereicht) und ein Instrument für die tatsächlich am Patienten durchgeführten Pflegemaßnahmen.

Dieses 2. Instrument setzt sich zusammen aus dem bereits als amtliches Instrument im OPS integrierten PKMS (OPS 9-201, 9-202, 9.203) für die hochaufwendige Pflege und dem jetzt hier ergänzend beantragten Instrument für die "Sichtbarmachung" von Pflegemaßnahmen. Wenn der

PKMS für 2021 abgeschafft werden sollte kann man die Leistungsbereiche problemlos zusammenführen (siehe hierzu auch die Anlage):

Pflege-Maßnahmen-Score (PMS / Kinder-PPR)

Um sicherzustellen, dass der Patient nach dem ermittelten Unterstützungsbedarf (=Soll) auch tatsächlich über entsprechende Maßnahmen versorgt wird, müssen die Maßnahmen in einem Pflege-Maßnahmen-Score (=Ist) erfasst werden. Dieser Pflegemaßnahmen-Score orientiert sich an der Erfassungslogik der ehemaligen PPR (Kinderteil), der bekanntlich Grundlage der InEK-Kalkulation für die patientennahe Pflege am Bett ist. Er wird beim InEK als sog. GKinD-PPR im Kalkulationshandbuch geführt. Der PMS (oder GKinD-PPR 2.0) wurde durchgängig an aktuelle Standards angepasst einschl. Nachtdienste.

Auch ohne den PBS lassen sich die PMS-Aufwandspunkte dem vorhanden Personal (z.B. Minute) gegenüberstellen und eine Über- bzw Unterbesetzung durch den Vergleich mit allen anderen Kliniken ableiten.

Die spätere Verwendung beider Scores zusammen (PBS + PMS) bietet noch besser die Möglichkeit eines Soll-Ist-Vergleichs für den angemessenen Pflegebedarf einer konkreten Klinik.

Damit erhält die Klinik ein valides Instrument zur Pflege-Bedarfs-Planung. Dies ist auch für zukünftige Verhandlungen von Pflegebudgets wichtig, da sich andere Parameter nicht in dem Maß für den Nachweis einer angemessenen Pflege-Personalausstattung eignen. Der konkrete stationäre Pflegebedarf eines Patienten hängt von der Schwere der akuten Erkrankung ab. Dies ist trotz gleicher Diagnosen / gleicher DRG nicht gleich. Auch kann man das Vorhandensein einer bestimmten Diagnose, z.B. bei einer Behinderung, nicht zwingend anführen, da sie nicht bei jedem Patienten einen erhöhten Pflegeaufwand auslöst. Die Einstufung nach Pflegegraden können nur flankierend für die Bedarfserschätzung gesetzt werden, da der Pflegebedarf der Akuterkrankung keine Berücksichtigung findet.

#### b. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme relevant? \*

.Die Verwendung eines bundeseinheitlichen amtlichen Scores hat viele Vorteile:

Sie ermöglicht eine qualitativ hochwertige Kalkulation beim InEK. Sie lässt sich via Vorschlagsverfahren bundeseinheitlich weiter entwickeln. Vergleiche zwischen Kliniken sind möglich, da alle Standorte auf die gleiche Datenbasis zurückgreifen und damit die gleiche Sprache sprechen. Eine Verknüpfung beider Scores mit der hier beantragten OPS-Prozeduren stellt sicher, dass das DIMDI die Hoheit über die Instrumente hat und diese damit kostenfrei zur Verfügung stehen. Zudem lassen sich die Prozeduren für die InEK-Kalkulation zur Identifizierung der unterschiedlichen „Aufwände“ eines Patienten nutzen.

Kritisch sehen wir allerdings, wenn die Einführung eines solchen Prozedurenpakets Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz ermöglicht seit dem 01.01.2019 die Finanzierung jeder zusätzlich geschaffenen Stelle oder aufgestockten Teilzeitstelle in der Pflege am Bett, ohne festzulegen, wie viele zusätzliche Stellen denn maximal sinnvoll sind.

Was fehlt, ist die Verpflichtung im Gesetz, ein Instrumentarium zur Ermittlung eines angemessenen Pflegebedarfs und daraus abgeleitet einer angemessenen Personalausstattung zu entwickeln. Ein solches Instrument muss ohne großen Zusatzaufwand die Ermittlung der tatsächlichen Pflegebedürftigkeit der Patienten und ihrer Angehörigen ermöglichen.

Mittlerweile hat die konst. Aktion Pflege (KAP) zunächst die Einführung einer PPR 2.0 für den Erwachsenenbereich vorgesehen. Im Kinderbereich soll nach KAP ein eigenes, d.h. unabhängiges Instrument zur Anwendung kommen.

Das von uns im VV2020 vorgeschlagene Instrument für Kinder und Jugendliche besteht aus 2 Teilen, 1. einem Assessment-Instrument für die Erhebung von Pflege-Bedarf von Kindern und Jugendlichen (den zugeh. Antrag stellen wir im VV2021 zurück, da wir analog der PPR 2.0 für Erwachsene für 2021 zunächst die flächendeckende Einführung eines Massnahmencores für sinnvoll erachten) und ein Instrument für die tatsächlich am Patienten durchgeführten Pflegemaßnahmen. zu massiven MD-



Prüfungen herangezogen wird. Da das Pflegepersonal derzeit vollumfänglich bezahlt wird sollte man überlegen diesen Leistungsbereich zunächst nur für Strukturprüfungen vorzusehen.

**c. Verbreitung des Verfahrens \***

- Standard (z.B., wenn das Verfahren in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen wird)
- Etabliert (z.B., wenn der therapeutische Stellenwert in der Literatur beschrieben ist)
- In der Evaluation (z.B., wenn das Verfahren neu in die Versorgung eingeführt ist)
- Experimentell (z.B., wenn das Verfahren noch nicht in die Versorgung eingeführt ist)
- Unbekannt

**Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw.** (maximal 5 Angaben)

Die Anwendung der PPR / GKinD-PPR wird im Kalkulationshandbuch 4.0 des InEK als Mindestvorgabe genannt.

**d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens \***

Für den PMS/ PPR existieren in vielen Kliniken bereits die erforderlichen IT-Systeme, da die PPR-Logik bei der Erfassung (A1-A3 bzw. A4- und S1-S3-Matrix) erhalten bleibt und lediglich die Kriterien sowie die Minutenwerte überarbeitet und an aktuelle Standards angepasst wurden.

Sowohl das Assessment-Instrument, der PBS (liegt Ihnen aus dem VV2020 vor) als auch der PMS werden lizenzfrei zur Verfügung gestellt, um sie in amtliche Instrumente zu überführen, die dann im Sinne eines lernenden Systems auf Basis von Ist-Daten regelmäßig aktualisiert werden sollten.

**e. Kostenunterschiede (ggf. geschätzt) zu bestehenden, vergleichbaren Verfahren (Schlüsselnummern) \***

.Alle pädiatrischen Patienten bei stationärer Versorgung

**f. Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt \***

**g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? \***

(Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

**8. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 7.c. aufführen)