Pflegepraxis ATP

Friedhilde Bartels (Hrsg.)

Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie

Band 4: Versorgungsstrukturen und Entwicklung der ATP-G

Kohlhammer

Kohlhammer

Die Herausgeberin

Friedhilde Bartels, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Pflegedienstleiterin, ehem. Vorstandsmitglied des Bundesverbands der Geriatrie (BVG) und ehem. Präsidentin der Deutschen Fachgesellschaft für Aktivierend-therapeutische Pflege (DGATP) e. V., Autorin und Dozentin für ATP-G und ATP-P.

Friedhilde Bartels (Hrsg.)

Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie

Band 4: Versorgungsstrukturen und Entwicklung der ATP-G

Auf Initiative der Deutschen Fachgesellschaft für Aktivierend-therapeutische Pflege e. V.

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

1. Auflage 2022

Alle Rechte vorbehalten
© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart
Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:
ISBN 978-3-17-039600-5

E-Book-Formate:
pdf: ISBN 978-3-17-039601-2
epub: ISBN 978-3-17-039602-9

Vorwort

Zur Ausführung von Aktivierend-therapeutischer Pflege (ATP) benötigen Pflegende aktuelle, umfassende fachliche Kenntnisse und praktisches Know-how zur Anwendung der vielfachen Interventionen.

Bereits in Band 1: Grundlagen und Formulierungshilfen (vgl. Bartels et al. 2019) und in Band 2: Praktische Umsetzung (vgl. Bartels 2019) sind die Voraussetzungen für weitere Bände zur Aktivierend-therapeutischen Pflege geschaffen. In diesem Band 4 werden von Frau Hartmann die aktuellen Versorgungsstrukturen inkl. der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG mit den Folgen für die Geriatrie aufgegriffen (▶ Kap. 1). Frau Kappes beschäftigt sich in Kapitel 2 mit den augenblicklich stattfindenden Diskussionen zu den zukünftigen Strukturprüfungen des MDs (▶ Kap. 2).

Immer wieder tauchen Begriffe wie Behandlungspflege, allgemeine Pflege usw. im Kontext auf. Woher kommen sie und was sagen sie aus? Herr Leßmann hat die theoretischen und praktischen Anwendungen analysiert und ein Fazit gezogen (▶ Kap. 3).

Frau Schumann, Präsidentin der Deutschen Fachgesellschaft für Aktivierend-therapeutische Pflege e. V. (DGATP), beschreibt die Entwicklung von ATP und deren Teilaspekten, wie z. B. die »Pflegerische Befundung«, in der Theorie (▶ Kap. 4) und wird mittels eines Erhebungsbogens als praktisches Instrument von Herrn Gerdelmann (▶ Kap. 5) unterstützt. Frau Schumann thematisiert in den nächsten Kapiteln die Arten der Zielfindung (▶ Kap. 6) sowie die Gestaltung einer Einordnung im Qualitätsdiskurs der Pflege (▶ Kap. 7). Der Beitrag von Kirsten Lieps »Von der Wiege bis zur Bahre« greift dies auf, indem Einblick in ein Projekt der Robert Bosch Stiftung gegeben wird, das sich mit einem Beispiel der praktischen Umsetzung eines Qualifizierungsmixes in der Pflege befasst hat (▶ Kap. 9).

Die DGATP hat es sich u. a. zur Aufgabe gemacht, eine einheitliche Sprache zu sprechen. Einige der Beschreibungen im Glossar werden uns dabei helfen.

In der heutigen Zeit der *Einheimischen und Mehrheimischen* ist eine ATP mit fachlichen Kenntnissen der verschiedenen Kulturen und einem Bewusstsein für deren jeweilige Bedürfnisse genesungsrelevant anzuwenden. Einige sehr praktisch anzuwendende Tipps gibt Johanna Grünhagen in ihrem Beitrag (▶ Kap. 8).

Karin Schroeder-Hartwig, ehem. stellvertretende Pflegedirektorin, beschreibt in der Rolle als Patientin ihre Erlebnisse bei sehr vielen Klinikaufenthalten, bei denen u. a. auch ATP zur Anwendung kam. Ihre Erlebnisse spiegeln die Ganzheitlichkeit inkl. der existenziellen Ereignisse, Erfahrungen und Herausforderungen wider. Dabei wird deutlich, dass der Wirkfaktor Beziehung nicht zu unterschätzen ist. (▶ Kap. 12).

Danken möchte ich allen Autor*innen[1] für ihr Engagement. Sie schreiben von der Praxis

1 In diesem Herausgeberband wird hinsichtlich der Pluralformen der »Gender-Stern« oder die neutrale Form genutzt, um alle Geschlechter anzusprechen. Wenn bei bestimmten Begriffen, die sich auf Personengruppen beziehen, nur die männliche Form gewählt wurde, so ist dies nicht geschlechtsspezifisch gemeint, sondern geschah ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit.

für die Praxis, auch wenn der Anteil an Theorie für die Anwendungen vonnöten ist! Ein besonderer Dank gilt Frau Annika Plate, eine Gymnasiastin mit einem großen Mal- und Zeichentalent. Sie hat bei der Bebilderung des Buches geholfen und dabei pflegerische Szenen geschaffen, die auf das Wesentliche konzentriert für die Praxis übertragbar sein sollen. Nun wünsche ich allen viel Erfolg beim Lesen und Durcharbeiten des Bandes und hoffe, dass er Ihnen eine Hilfe für die Praxis sein wird!

Friedhilde Bartels im Oktober 2020

Inhalt

Vorwort **5**

Abkürzungsverzeichnis **13**

1 Die geriatrischen Versorgungsstrukturen und die Ausgliederung des Pflegepersonalbudgets **15**
Agnes Hartmann

1.1 Einführung 15
1.2 DRG-Kalkulation – Report Browser 16
1.3 Logik der DRG-Eingruppierung 19
1.4 aDRG 2020 ohne Pflegepersonalkosten 21
1.5 Pflegeerlös 2020 22
1.6 MDK-Reformgesetz 23
1.7 Struktur und Prozess der geriatrischen Behandlung 24
1.8 Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz mit Auswirkung auf die geriatrische Rehabilitation 25
1.9 Nachtrag 26
1.10 Fazit 26
Literatur 27

2 Krankenhausabrechnungsprüfung: Aktivierend-therapeutische Pflege im Kontext des Prüfregimes der Strukturprüfungen **28**
Bundesverband Geriatrie e. V., vertreten durch Jessica Kappes

2.1 Einführung 28
2.2 Rechtliche Grundlagen 29
2.3 Praktische Umsetzung 31
2.4 Strukturprüfungen als Instrument zur Umsetzung qualitativer Vorgaben an die Aktivierend-therapeutische Pflege 37
Literatur 39

3 Herkömmliche Grundpflege (allgemeine Pflege) und Aktivierend-therapeutische Pflege **40**
Mark Leßmann

3.1 Einführung 40
3.1.1 Grund- und Behandlungspflege 40
3.1.2 Allgemeine und spezielle Pflege 41

3.2 Neue Verantwortungsbereiche für die Pflege 41
3.3 Das ATP-Konzept 42
3.4 Das Verhältnis von ATP-G zur Grund- und Behandlungspflege und zu den Vorbehaltstätigkeiten in der Pflege 43
3.4.1 Herangehensweise 43
3.4.2 Kompetenzen, Ressourcen, Zielvereinbarung 43
3.4.3 Dokumentation 44
3.5 Multiprofessionelles Team 44
3.5.1 Teilhabe 44
3.5.2 Die gemeinsame ganzheitliche pflegerische und therapeutische Sichtweise 45
3.6 Pflegequalität/Nachhaltigkeit der Aktivierend-therapeutischen Pflege – dargestellt anhand von Beispielen der Bewegung 46
3.6.1 Aufstehbeispiel einer allgemeinen unspezifischen Pflegehandlung (▶ Abb. 3.1) 46
3.6.2 Ein Beispiel zum Handlungs- und Pflegeschwerpunkt Bewegung (▶ Abb. 3.2, ▶ Abb. 3.3, ▶ Abb. 3.4) 46
3.6.3 Eigenaktivität der Patient*innen 50
3.7 Die ganzheitliche Sichtweise 52
3.8 Versorgungsansatz der Aktivierend-therapeutischen Pflege 52
3.8.1 ATP-G: Selbstentdeckung, »Ausprobieren«, Neufindung 53
3.8.2 Die »Ich-Erkenntnis« der betroffenen Person stärken 54
3.9 Schlussfolgerung 54
Literatur 55

4 Das Denk- und Handlungskonzept der Aktivierend-therapeutischen Pflege 56
Susette Schumann

4.1 Inhaltliche und konzeptionelle Grundprinzipien der Aktivierend-therapeutischen Pflege 56
4.2 Inhaltliche Ebene: Definition und Kommentierung 56
4.3 Konzeptionelle Ebene: Grundprinzipien für die praktische Anwendung 57
4.3.1 Gegenüberstellung eines defizitorientierten und ressourcenorientierten Pflegekonzepts 57
4.3.2 Defizitorientierter Pflegeprozess 58
4.3.3 Ressourcenorientierter Pflegeprozess 59
4.3.4 Maßnahmenplan und Evaluation der Zielerreichung 62
4.4 Zusammenfassung: Die Grundprinzipien des Konzepts der Aktivierend-therapeutischen Pflege 63
Literatur 63

5 Pflegerische Befundung als Ausgangslage für Aktivierend-therapeutische Pflege 64
Nikolaus Gerdelmann

5.1 Gestaltung 65

5.2 Entwicklung und Evaluation der pflegerischen Befundung 65
5.3 »Gekonnte« Informationssammlung führt zur pflegerischen Befundung 66
5.4 Ein Beispiel: Die Alltagsaktivität »sich auf die Seite drehen« 67
5.5 Zusammenfassung 67
Literatur 68

6 Die Bedeutung von Zielen im Rahmen der Aktivierend-therapeutischen Pflege 69
Susette Schumann

6.1 Zielfindung 69
6.1.1 Verschiedene Arten von Zielen 69
6.1.2 Individuelle Erwartungen und persönliche Ziele 69
6.1.3 Persönliche Ziele und ihre Funktion 70
6.1.4 Unbewusste Zielprozesse 71
6.2 Die Relevanz individueller Zielsetzungen 71
6.3 Die Relevanz individueller Zielsetzungen bei der Aktivierend-therapeutischen Pflege 72
6.3.1 Identitätsstiftende Relevanz 72
6.3.2 Motivationsstiftende Relevanz 72
6.3.3 Benennung eines Ziels gestaltet einen professionellen Arbeitsauftrag 72
6.3.4 Genanntes Ziel führt zur Strukturierung der Pflege 73
6.3.5 Ziele können zur angestrebten Ergebnisqualität führen 73
Literatur 73

7 Aktivierend-therapeutische Pflege – Standortbestimmung im aktuellen Qualitätsdiskurs 74
Susette Schumann

7.1 Einführung 74
7.2 Gesamtschau auf ressourcenorientierte pflegerische Ansätze 75
7.2.1 Rehabilitative Pflege 75
7.2.2 Aktivierende Pflege 75
7.2.3 Therapeutische Pflege 75
7.2.4 Aktivierend-therapeutische Pflege 76
7.3 Einordnung der Aktivierend-therapeutischen Pflege in den aktuellen Qualitätsdiskurs: externe und lokale Evidenz 76
7.3.1 Externe Evidenz 76
7.3.2 Qualitätsindikatoren als Instrumente einer Qualitätsentwicklung 76
7.3.3 Lokale oder praxisbasierte Evidenz 77
7.4 Aktivierend-therapeutische Pflege und ihre externe Evidenz 77
7.4.1 Hochwertiges Forschungsdesign 77
7.4.2 »Expert*innen in eigener Sache« treffen auf wissende Pflegende 78
7.5 Aktivierend-therapeutische Pflege und ihre lokale Evidenz 79

7.6 Die Rolle der betroffenen Personen in der Aktivierend-therapeutischen Pflege 79
7.6.1 Prozesse, die Zielsetzungen auslösen können 80
7.7 Die Rolle der Pflegenden in der Aktivierend-therapeutischen Pflege 80
7.8 Methodisches Vorgehen in der Aktivierend-therapeutischen Pflege 81
7.9 Die Angebote der Aktivierend-therapeutischen Pflege als lebensweltliches und zugehendes Angebot 82
7.10 Übergeordnete Qualitätsziele der Aktivierend-therapeutischen Pflege: selbstbestimmtes Handeln zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit fördern 82
7.11 Fazit 83
Literatur 83

8 Aktivierend-therapeutische Pflege von Menschen aus anderen Kulturen – was sollte man beachten? 85
Johanna Grünhagen

8.1 Von wem sprechen wir? 85
8.2 Verständnis von Kultur und das Menschenbild von ATP 86
8.3 Grundlegende Faktoren für eine erfolgreiche Beziehungsarbeit mit mehrheimischen Patient*innen 87
8.3.1 Haltung 87
8.3.2 Einfühlungsvermögen 88
8.3.3 Bewusstsein für Vorurteile 89
8.3.4 Fachwissen 90
8.4 Verständnis von Krankheit und Pflege 90
8.5 Von der Pflegekraft zum Familienmitglied 91
8.6 Die Bedeutung der Rolle von Mann und Frau 92
8.7 Krankheit als Prüfung, Strafe oder organische Fehlfunktion 93
8.8 Verständnis von Hygiene 93
8.9 Umgang mit Schmerz 94
8.10 Die größte Herausforderung: Sprachprobleme 95
8.11 Was können wir voneinander lernen? 101
Literatur 101

9 Von der Wiege bis zur Bahre – Die AG Rehabilitationspflege im Projekt »360° Pflege – Qualifikationsmix für den Patienten« der Robert Bosch Stiftung 102
Kirsten Lieps

9.1 Einführung oder Projektbeschreibung 102
9.2 Auftrag an die Projektteilnehmer*innen 102
9.3 Kernarbeitsgruppe 103
9.3.1 Arbeitsgruppe Rehabilitation 103
9.3.2 Leitgedanken der AG Rehabilitationspflege 103
9.4 Der Qualifikationsmix in der Rehabilitationspflege 104
9.5 Komplexe Matrix der qualifikatorischen Erfordernisse 107
9.6 Organisationale Rahmenbedingungen, Kooperationen und Karrieren ... 107

9.6.1 Besonderheiten der Rehabilitationspflege 108
9.6.2 Karrierewege 108
9.7 Was nach dem Projekt folgte 109
Literatur 109

10 Qualifizierungsmix mal ganz praktisch gedacht 110
Friedhilde Bartels

10.1 Einleitung 110
10.2 Qualifikationsmix der Zukunft 111
10.2.1 Verantwortungsstufen 111
10.2.2 Organigramm und Legende eines Qualifikationsmixes 113
10.3 Aktualisierung: Konzept der Pflegefachleitungen 114
10.3.1 Aufgabenbeschreibung der Funktionen in Anlehnung an Bartels 2019b 114
10.3.2 Die Pflegefachleitungen/M. A. sind struktureinheitsinterne Pflegefachexpert*innen 114
10.3.3 Bachelor-Absolvent*innen, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege sind Pflegeexpert*innen, Pflegefachfrau/-mann 116
10.3.4 Krankenpflegehilfe und Gesundheits- und Pflegeassistenz (Qualifizierungen durch ein Audit) (Bartels 2019c, S. 161 ff.) 116
10.3.5 Stabstellen Pflegefachspezialist*innen für ATP: Praxisbegleitung (P-ATP) 117
10.3.6 Sonstige 117
10.4 Stellenplan (Voraussetzung für eine Qualitätssicherung und für eine Ressourcengestaltung in der Pflege) 117
Literatur 118

11 Recherche und Übersicht pflegerischer Fachliteratur 119
Susette Schumann

11.1 Wo und wie finde ich Fachliteratur? 119
11.2 Literatur suchen und finden 120
11.3 Literatur lesen 122
11.4 Standards und Leitlinien 123
11.5 Expertenstandards 123
11.6 Leitlinien 124
Literatur 124

12 Exkurs: »Mit 66 Jahren fängt das Leben an« – mein existentieller Erfahrungsbericht mit ATP-G 125
Karin Schroeder-Hartwig

12.1 »…, dass was Patienten erleben, erlebe nun ich!« 125
12.1.1 Stimmungsbarometer 125
12.2 Patientin mit und ohne Selbstbestimmung 126
12.2.1 »Meine grüne Hölle« inkl. des Schämens 126

12.3 Beziehungs- und Pflegeprozess 128
12.3.1 Der Leib als Wahrnehmungsorgan 128
12.3.2 »Alles wirkliche Leben ist Begegnung« (vgl. Buber 2020) 130
12.4 Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie (ATP-G) 131
12.4.1 Meine drei Aufenthalte in der Geriatrie 131
12.4.2 Was ist ein professionelles Pflegekonzept? 131
12.4.3 Können die Kolleg*innen wirklich pflegen? 132
12.4.4 Krisensituation 133
12.5 Räumlichkeiten sind auch Schutzräume 134
12.5.1 Sturzgefahr durch mangelnde Ausstattung 134
12.6 Eine Beschreibung der existenziellen Pflege 134
12.7 Wöchentliche Erfolgskontrolle 135
12.8 Leiblichkeit 135
12.9 Das Projekt der Familialen Pflege: Überleitung in die Häuslichkeit 136
12.10 Resümee 137
Literatur 138

Glossar 139
Literatur 146

Die Autorinnen, die Autoren 147

Anhang

Anlage 1: Darstellung ATP versus passive Bewegung (▶ Kap. 3.6.3) 153

Anlage 2: Matrixausschnitt zu den Aufgaben, Kompetenzen und Qualifikationen der Rehabilitationspflege (▶ Kap. 9.5) 154

Anlage 3: Beispiel-Organigramm der (Früh-)Rehabilitation (▶ Kap. 10.2.2) 157

Anlage 4: Legende/Erklärungen Organigramm (▶ Kap. 10.2.2) 159

Anlage 5: Besondere Qualifikationsmatrix für Pflegefachspezialist*innen/ -expert*innen – Praxisanleiter*innen (▶ Kap. 10.3.5) 162

Stichwortverzeichnis 165

Abkürzungsverzeichnis

A-Bereich	allgemeiner Pflegebereich
AEDL	Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des täglichen Lebens (nach Krohwinkel)
AG	Arbeitsgruppe(n)
APN	Advanced Practice Nurse
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
ATP	Aktivierend-therapeutische Pflege
ATP-G	Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
B. A.	Bachelor of Arts
BIKA®	Bobath Initiative der Kranken- und Altenpflege e. V.
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BfD	Bundesfreiwilligendienst
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BVG	Bundesverband Geriatrie e. V.
DGATP	Deutsche Fachgesellschaft für Aktivierend-therapeutische Pflege e. V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DPR	Deutscher Pflegerat
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen
DRG	Diagnosis Related Groups
ePA-AC©	ergebnisorientierte PflegeAssessment AcuteCare©
FSJ	Freiwilliges soziales Jahr
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
GFK	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
GKP	Gesundheits- und Krankenpfleger*in; ehem. Krankenschwester/Krankenpfleger; jetzt Pflegefachmann/Pflegefachfrau
GPA	Gesundheits- und Pflegeassistent*in (mit 1- oder 2-jähriger Ausbildung)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IDT	Interdiziplinäres Team
IVA	Integrative Validation nach Richard®
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KPH	Krankenpflegehelfer*in
M. A.	Master of Arts
MD	Medizinischer Dienst
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MNS	Master of Nursing Science
MPT	Multiprofessionelles Team
MRT	Magnetresonanztomographie
MS	Multiple Sklerose
M. Sc.	Master of Science
MTD	Medizinisch-Technischer Dienst
o. D.	ohne Datum
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
P-ATP	Praxisanleiter*in Aktivierend-therapeutische Pflege
P-ATP-L	Praxisanleiter*in Aktivierend-therapeutische Pflege (leitende)

PD	Pflegedirektion
PFL	Pflegefachleitung/Pflegeexpert*innen
PflBG	Pflegeberufegesetz
PflBRefG	Pflegeberufereformgesetz
POP®	Praxisorientierte Pflegediagnosen
PPR	Pflegepersonalregelung
S-Bereich	spezieller Pflegebereich
SE	Struktureinheit
SEL	Leitung einer Struktureinheit
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB V	Sozialgesetzbuch 5 (Gesetzliche Krankenversicherung)
SGB IX	Sozialgesetzbuch 9 (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen)
StrOPS-RL	Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V
TaP	Therapeutisch-aktivierende Pflege
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)
ZNS	Zentrales Nervensystem

1 Die geriatrischen Versorgungsstrukturen und die Ausgliederung des Pflegepersonalbudgets

Agnes Hartmann

1.1 Einführung

Die mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 gelegte gesetzliche Grundlage zur Einführung eines »durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierten Vergütungssystems« (§ 17b Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG) zielte in erster Linie auf eine »Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung« ab. Seit dieser Reform gilt für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem. Es bildet Komplexitäten und Komorbiditäten bundeseinheitlich ab und hat einen praktikablen Differenzierungsgrad, mit dem die allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet werden.

Die bundeseinheitliche Kalkulation der Fallpauschalen (G-DRG[2]) erfolgte auf Grundlage von Echtkosten der an der Kalkulationsstichprobe teilnehmenden Krankenhäuser. Diese verpflichteten sich, die Erhebung der Kosten auf Grundlage eines eigens dafür erstellten Kalkulationshandbuchs durchzuführen, welches die Betriebskosten von den investiven Kosten getrennt darstellt. Hieraus entstand der Fallpauschalen-Katalog, der – vereinfacht dargestellt – über Bewertungsrelationen multipliziert mit dem Landesbasisfallwert die Erlöse der Krankenhausbehandlung aufzeigt.

Gesetzlich ist dies in § 17b KHG geregelt. 2020 wurde erstmals die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten von dieser pauschalen Vergütung eingeführt. Die Kostenerhebung der Kalkulationsteilnehmer folgt, wie bereits seit 2001, den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs mit einer Kostenträgerrechnung, die auf Fallebene dem 100-%-Ansatz folgt (siehe Vereinbarung von Grundsätzen der Systementwicklung 2020 gem. § 4 Absatz 4 Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung). Ziel war es, die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen auszugliedern. Aus dem bisher gültigen G-DRG-System wurde das künftige aG-DRG-System[3]. Der bislang bekannte Fallpauschalen-Katalog wurde um eine zusätzliche Spalte, in der die tagesbezogenen Bewertungsrelationen des Pflegeerlöskataloges ausgewiesen werden, ergänzt. Erstmals berechnet sich somit der Gesamterlös einer symptombezogenen Behandlung zum einen aus dem verweildauerabhängigen Relativgewicht einer Fallpauschale multipliziert mit dem Landesbasisfallwert und zum anderen aus dem Produkt der Anzahl der Behandlungs-

2 G-DRG (German Diagnosis Related Groups) = Pauschale Krankenhausabrechnungsziffern des Fallpauschalen-Katalogs für verschiedene Krankheitsbilder, die automatisch über die durchgeführten patient*innenbezogenen Diagnosen und Prozeduren (Leistungen) ermittelt werden.

3 aG-DRG (»a« für »ausgegliedert«)

tage, dem Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag (erstellt vom InEK[4]) und dem hausindividuellen Pflegeentgeltwert. Das hausindividuelle Pflegeentgelt ist ein Ergebnis der jährlichen Budgetverhandlungen zwischen Klinik und Kassen. Um die Liquidität bei fehlender Budgetverhandlung auf Ortsebene zu sichern, wurde im KHEntgG § 15 Abs. 1 Satz 2a folgende Regelung getroffen: »Kann der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 aufgrund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 noch nicht berechnet werden, sind für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit 146,55 Euro zu multiplizieren.«

1.2 DRG-Kalkulation – Report Browser

Der DRG-Browser zeigt, welche mittleren Kosten (Summe der Kosten dividiert durch die Anzahl der Inlier[5]) je Kostenmodul herangezogen wurden. Die Kosten werden getrennt nach Personalkosten, Sachkosten und Infrastrukturkosten ausgewiesen (InEK GmbH 2018). Tab. 1.1 zeigt am Beispiel der B44A[6], dass für diese DRG für die Pflege insgesamt Kosten in Höhe von 3.363,88 € ausgewiesen werden (▶ Tab. 1.1, ▶ Abb. 1.1). Dies entspricht 50 % der gesamten Personalkosten für die Berufsgruppen Pflege, Ärztlicher Dienst und Medizinisch-Technischer Dienst (MTD). Auf den Ärztlichen Dienst entfallen über alle Kostenstellen (Normalstation, Intensivstation, OP …) 31 % und auf den MTD 19 %. Von den Gesamtpflegekosten entstehen auf der Kostenstelle Normalstation 2.254,27 €, was wiederum einem Anteil von 67 % der Gesamtpflegepersonalkosten entspricht (InEK GmbH 2018).

Es zeigt sich also, dass die Kosten der geriatrischen DRG – hier am Beispiel der B44A – in ihrer Höhe sehr durch die Pflegekosten getriggert werden. Schaut man sich die B44A–D im Jahr 2019 über die Schweregradsplits A–D an, so werden die Kostenunterschiede, die durch den Anteil der Pflege entstehen, sehr schnell deutlich. Die Pflegekosten waren somit bis 2019 der Hauptkostentrenner der B44A–D (InEK GmbH 2018). Durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten wurden die Kostenunterschiede minimiert und die Fälle werden im Jahr 2020 in die DRG B44A bis B44C gruppiert (InEK GmbH 2019).

Gliedert man zur besseren Darstellung die Pflegepersonalkosten komplett aus und setzt diese auf 0 €, finden sich zwei weitere Kostenunterschiede. Es wird deutlich, dass sich in den Sachkosten des medizinischen Bedarfs (ohne Arzneimittel, Implantate und Transplantate) in der Rubrik 6a ein Unterschied abbildet sowie im Medizinisch-Technischen Dienst, worunter im Großteil die therapeutischen Verfahren fallen. Hier wird zwischen der B44A und der B44D im Jahr 2019 ein Kostenunterschied von rund 600 € ausgewiesen (▶ Abb. 1.2, InEK GmbH 2018).

4 InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

5 Inlier sind die Patient*innen, die zwischen dem 01.01.XX und 31.12.XX aufgenommen und entlassen wurden.

6 Pauschale Krankenhaus Abrechnungsziffer lt. Fallpauschalen-Katalog 2020 für eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit neurologischer Komplexbehandlung oder anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls bei schwerer motorischer Funktionseinschränkung (InEK GmbH 2021).