

Friedhilde Bartels (Hrsg.)

Aktivierend- therapeutische Pflege in der Geriatrie

Band 4:

Versorgungsstrukturen und Entwicklung
der ATP-G

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 Gerdemann (► [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*innen¹ für ihr Engagement. Sie schreiben von der Praxis 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

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.

Inhalt

Vorwort

Abkürzungsverzeichnis

1 Die geriatrischen Versorgungsstrukturen und die Ausgliederung des Pflegepersonalbudgets

Agnes Hartmann

1.1 Einführung

1.2 DRG-Kalkulation – Report Browser

1.3 Logik der DRG-Eingruppierung

1.4 aDRG 2020 ohne Pflegepersonalkosten

1.5 Pflegeerlös 2020

1.6 MDK-Reformgesetz

1.7 Struktur und Prozess der geriatrischen Behandlung

1.8 Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz mit
Auswirkung auf die geriatrische Rehabilitation

1.9 Nachtrag

1.10 Fazit

Literatur

2 Krankenhausabrechnungsprüfung: Aktivierend-therapeutische Pflege im Kontext des Prüfregimes der Strukturprüfungen

Bundesverband Geriatrie e. V., vertreten durch Jessica Kappes

2.1 Einführung

2.2 Rechtliche Grundlagen

2.3 Praktische Umsetzung

- 2.4 Strukturprüfungen als Instrument zur Umsetzung qualitativer Vorgaben an die Aktivierend-therapeutische Pflege
- Literatur

3 Herkömmliche Grundpflege (allgemeine Pflege) und Aktivierend-therapeutische Pflege

Mark Leßmann

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

4 Das Denk- und Handlungskonzept der Aktivierend-therapeutischen Pflege

Susette Schumann

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

5 Pflegerische Befundung als Ausgangslage für Aktivierend-therapeutische Pflege

Nikolaus Gerdelmann

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

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

Susette Schumann

- 6.1 Zielfindung
 - 6.1.1 Verschiedene Arten von Zielen
 - 6.1.2 Individuelle Erwartungen und persönliche Ziele
 - 6.1.3 Persönliche Ziele und ihre Funktion
 - 6.1.4 Unbewusste Zielprozesse
- 6.2 Die Relevanz individueller Zielsetzungen

- 6.3 Die Relevanz individueller Zielsetzungen bei der Aktivierend-therapeutischen Pflege
 - 6.3.1 Identitätsstiftende Relevanz
 - 6.3.2 Motivationsstiftende Relevanz
 - 6.3.3 Benennung eines Ziels gestaltet einen professionellen Arbeitsauftrag
 - 6.3.4 Genanntes Ziel führt zur Strukturierung der Pflege
 - 6.3.5 Ziele können zur angestrebten Ergebnisqualität führen
- Literatur

7 Aktivierend-therapeutische Pflege – Standortbestimmung im aktuellen Qualitätsdiskurs

Susette Schumann

- 7.1 Einführung
- 7.2 Gesamtschau auf ressourcenorientierte pflegerische Ansätze
 - 7.2.1 Rehabilitative Pflege
 - 7.2.2 Aktivierende Pflege
 - 7.2.3 Therapeutische Pflege
 - 7.2.4 Aktivierend-therapeutische Pflege
- 7.3 Einordnung der Aktivierend-therapeutischen Pflege in den aktuellen Qualitätsdiskurs: externe und lokale Evidenz
 - 7.3.1 Externe Evidenz
 - 7.3.2 Qualitätsindikatoren als Instrumente einer Qualitätsentwicklung
 - 7.3.3 Lokale oder praxisbasierte Evidenz
- 7.4 Aktivierend-therapeutische Pflege und ihre externe Evidenz
 - 7.4.1 Hochwertiges Forschungsdesign
 - 7.4.2 »Expert*innen in eigener Sache« treffen auf wissende Pflegende
- 7.5 Aktivierend-therapeutische Pflege und ihre lokale Evidenz
- 7.6 Die Rolle der betroffenen Personen in der Aktivierend-therapeutischen Pflege
 - 7.6.1 Prozesse, die Zielsetzungen auslösen können
- 7.7 Die Rolle der Pflegenden in der Aktivierend-therapeutischen Pflege
- 7.8 Methodisches Vorgehen in der Aktivierend-therapeutischen Pflege

- 7.9 Die Angebote der Aktivierend-therapeutischen Pflege als lebensweltliches und zugehendes Angebot
- 7.10 Übergeordnete Qualitätsziele der Aktivierend-therapeutischen Pflege: selbstbestimmtes Handeln zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit fördern
- 7.11 Fazit
- Literatur

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

Johanna Grünhagen

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

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

Kirsten Lieps

- 9.1 Einführung oder Projektbeschreibung
- 9.2 Auftrag an die Projektteilnehmer*innen
- 9.3 Kernarbeitsgruppe
 - 9.3.1 Arbeitsgruppe Rehabilitation

- 9.3.2 Leitgedanken der AG Rehabilitationspflege
- 9.4 Der Qualifikationsmix in der Rehabilitationspflege
- 9.5 Komplexe Matrix der qualifikatorischen Erfordernisse
- 9.6 Organisationale Rahmenbedingungen, Kooperationen und Karrieren
 - 9.6.1 Besonderheiten der Rehabilitationspflege
 - 9.6.2 Karrierewege
- 9.7 Was nach dem Projekt folgte
- Literatur

10 Qualifizierungsmix mal ganz praktisch gedacht

Friedhilde Bartels

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

11 Recherche und Übersicht pflegerischer Fachliteratur

Susette Schumann

- 11.1 Wo und wie finde ich Fachliteratur?

- 11.2 Literatur suchen und finden
- 11.3 Literatur lesen
- 11.4 Standards und Leitlinien
- 11.5 Expertenstandards
- 11.6 Leitlinien
- Literatur

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

Karin Schroeder-Hartwig

- 12.1 »..., dass was Patienten erleben, erlebe nun ich!«
 - 12.1.1 Stimmungsbarometer
- 12.2 Patientin mit und ohne Selbstbestimmung
 - 12.2.1 »Meine grüne Hölle« inkl. des Schämens
- 12.3 Beziehungs- und Pflegeprozess
 - 12.3.1 Der Leib als Wahrnehmungsorgan
 - 12.3.2 »Alles wirkliche Leben ist Begegnung« (vgl. Buber 2020)
- 12.4 Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie (ATP-G)
 - 12.4.1 Meine drei Aufenthalte in der Geriatrie
 - 12.4.2 Was ist ein professionelles Pflegekonzept?
 - 12.4.3 Können die Kolleg*innen wirklich pflegen?
 - 12.4.4 Krisensituation
- 12.5 Räumlichkeiten sind auch Schutzräume
 - 12.5.1 Sturzgefahr durch mangelnde Ausstattung
- 12.6 Eine Beschreibung der existenziellen Pflege
- 12.7 Wöchentliche Erfolgskontrolle
- 12.8 Leiblichkeit
- 12.9 Das Projekt der Familialen Pflege: Überleitung in die Häuslichkeit
- 12.10 Resümee
- Literatur

Glossar

Literatur

Die Autorinnen, die Autoren

Anhang

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

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

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

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

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

Stichwortverzeichnis

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	Interdisziplinäres 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
PfIBG	Pflegeberufegesetz
PfIBRefG	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-DRG²) erfolgte auf Grundlage von Eckkosten 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-System³. 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 Behandlungstage, dem Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag (erstellt vom InEK⁴) 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 Inlier⁵) je Kostenmodul herangezogen wurden. Die Kosten werden getrennt nach Personalkosten, Sachkosten und Infrastrukturkosten ausgewiesen (InEK GmbH 2018). Tab. 1.1 zeigt am Beispiel der B44A⁶, 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).

Tab. 1.1: Kostenmodule am Beispiel der B44A (InEK GmbH (2018) G-DRG-Report-Browser 2019, hier B44A, modifizierte Darstellung)

	Personalkosten			Sachkosten					Infrastrukturkosten		
	ÄD	PD	MTD	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8
	1	2	3								
01. Normalstation	1.127,02	2.254,27	117,42	134,04	9,33		145,82	8,22	18,36	431,56	1.408,05
02. Intensivstation	627,41	1.093,64	43,58	93,54	90,56		94,44	0,35	14,05	192,97	463,9
04. OP-Bereich	0,33		0,25	0,05			0,3			0,27	0,45
05. Anästhesie	1,06		0,77	0,05			0,21		0,02	0,14	0,3
07. Kardiologische Diagnostik/ Therapie	1,03		1,65	0,04			0,52	0,23		0,48	0,84
08. Endoskopische Diagnostik/ Therapie	14,76		19,95	0,62			8,52	8,62		6,29	11,78
09. Radiologie	161,78		155,97	2,12	0,12		33,65	4,68	47,84	64,47	105,07
10. Laboratorien	8,87		71,01	2,58	2,18		57,88		47,38	11	32,53
11. Diagnostische Bereiche	107,26	0,43	123,78	2,89	4,27		8,58	0,02	0,07	16,39	53,59
12. Therapeutische Verfahren	8,17	0,17	708,12	0,32			5,53		283,38	17,81	161,33
13. Patientenaufnahme	51,21	15,37	14,14	1,77			6,23			8,32	34,06
Summe	2.108,90	3.363,88	1.283,64	238,02	106,46	0	361,68	22,12	411,1	749,7	2.271,90

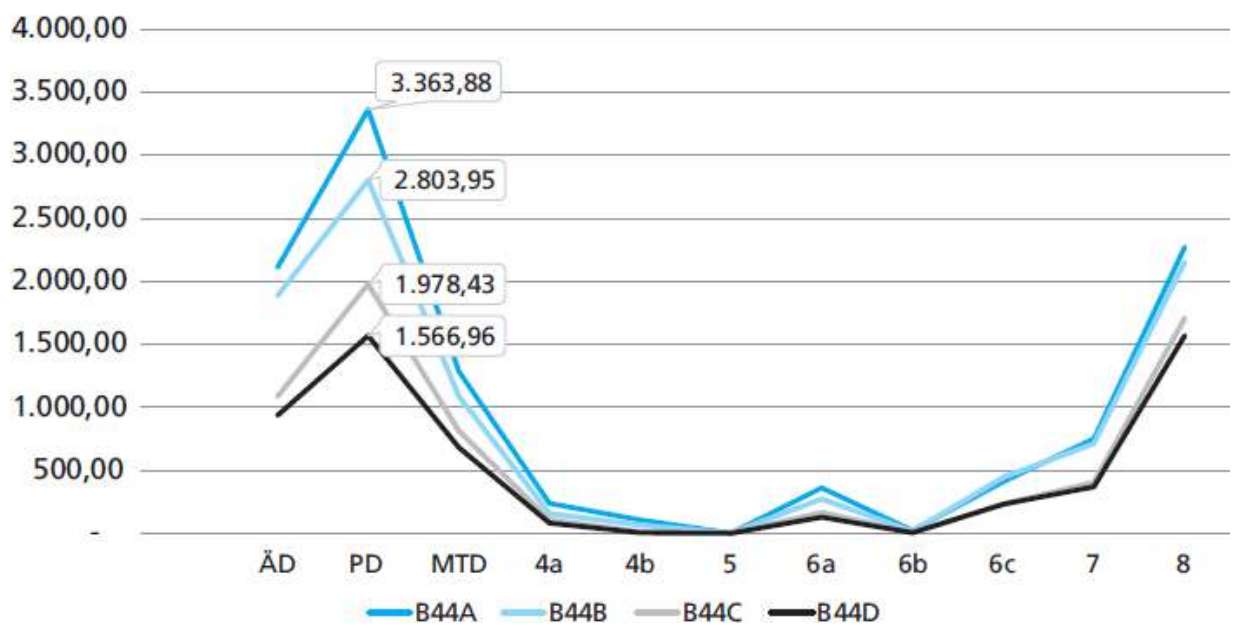


Abb. 1.1: Kostenvergleich B44A, B44B, B44C und B44D⁷ im Jahr 2019 (eigene Darstellung, basierend auf InEK GmbH (2018) G-DRG-Report-Browser 2019)

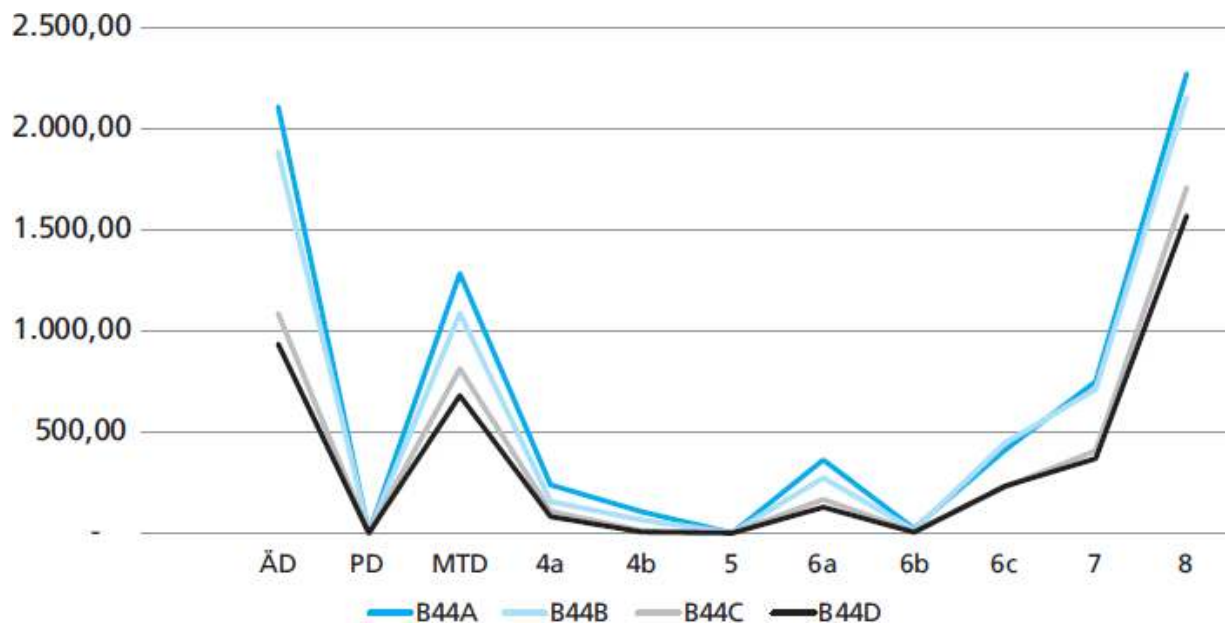


Abb. 1.2: Kostenvergleich B44A, B44B, B44C und B44D im Jahr 2019, ohne Pflegepersonalkosten (eigene Darstellung, basierend auf InEK GmbH (2018) G-DRG-Report-Browser 2019)

Bei genauerer Betrachtung der Kosten der therapeutischen Verfahren, welche die Therapieeinheiten gem. OPS 8-550 abbilden, stellt man fest, dass der Kostentrenner zwischen den DRG B44A mit einem Anteil von 55,2 % sowie B44B mit einem Anteil von 56,3 % und der B44C mit einem Anteil von 72,3 % sowie der B44D mit einem Anteil von 72,0 % jeweils nur gering ist (► [Abb. 1.3](#), InEK GmbH 2018).

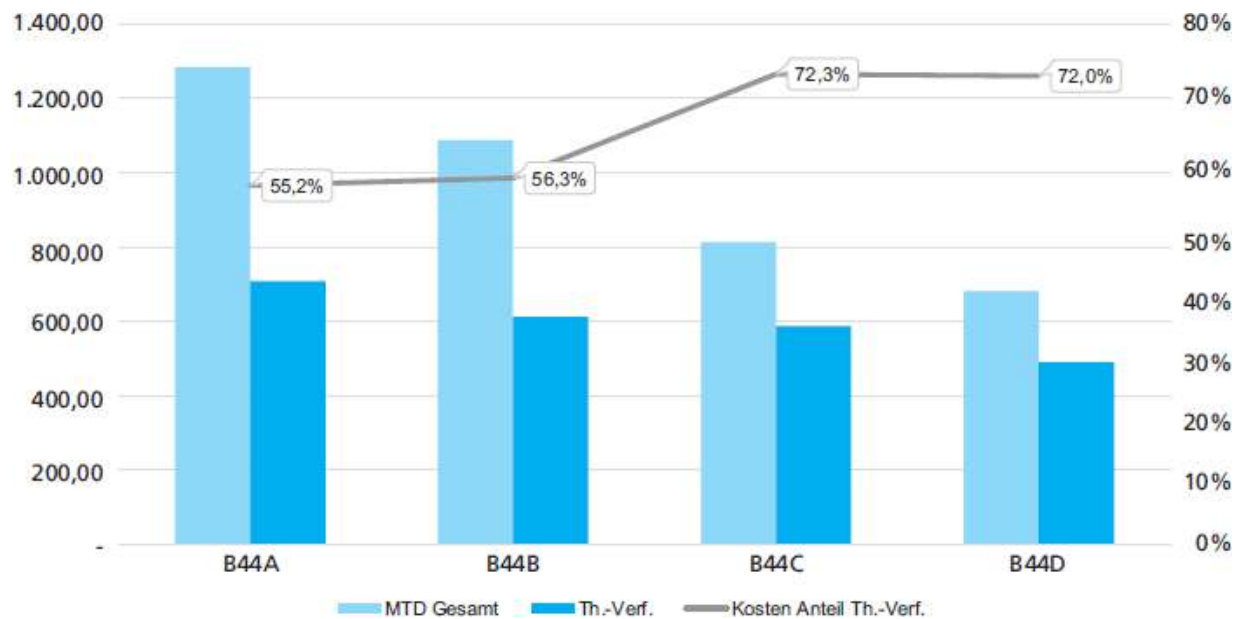


Abb. 1.3: Kostenvergleich B44A, B44B, B44C und B44D im Jahr 2019, Personalkosten MTD und Anteil der therapeutischen Verfahren (eigene Darstellung, basierend auf InEK GmbH (2018) G-DRG-Report-Browser 2019)

Es gilt also abzuwarten, wie sich der Umbau des DRG-Systems in den nächsten Jahren entwickelt. Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten im Jahr 2020 war sicherlich erst der Beginn einer zukünftigen starken Veränderung der DRG-Kataloge.

1.3 Logik der DRG-Eingruppierung

Die Eingruppierung in die jeweiligen DRG erfolgt über eine Abfrage-Reihenfolge, gestuft nach den mittleren Kosten der Inlier. Hierbei sind die DRG, die auf A enden, z. B. B44A, höher bewertet als eine B44B. Bisher waren in den Gesamtkosten die Pflegekosten enthalten und die Reihenfolge wurde unter Berücksichtigung der Gesamtkosten festgelegt.

Da aus den DRG mit der Umstellung nun verschieden hohe Pflegeentgelte herausgerechnet wurden, erfolgt – dieser Logik folgend – eine Umsortierung der DRG im System, wodurch sich mitunter die Abfrage-Reihenfolge veränderte und verschiedene DRG, die in den