BG
Berufsgenossenschaftliches
Unfallkrankenhaus Hamburg

AKI- Assistenz- und Pflegekräfte in der Klinik aus Sicht eines Klinikers

19. Münchner Außerklinischer Intensivkongress MAIK / München 23-24.10.2026



S. Hirschfeld, Querschnittgelähmtenzentrum, BG Klinikum Hamburg

Erklärung zu Interessenkonflikten

Hiermit erkläre ich, dass zu den Inhalten des Vortrages sowie mit den Veranstaltern und Sponsoren keine Interessenkonflikte vorliegen.

Ja…ich bin dafür….

Grundkonstellation

1. Pat. erleiden eine behandlungspflichtige Komplikation
2. Pat. möchten Check-up-Untersuchung(en)
3. Pat. haben PD-Probleme
4. Pat. haben andere sozialmedizinische Probleme

Welche Pat. kommen überhaupt in Frage?

1. Bereits AKI-versorgte Menschen
2. **Keine** „frisch-AKI-betroffenen“ Menschen mit neuem AKI-Bedarf
3. Menschen mit sehr aufwendigem Versorgungsbedarf
4. Menschen mit komplexen Begleiterkrankungen bzw. –befunden (z.B. psychiatrische Probleme)
5. Langjährig bestehende Kostenträger-Stabilitäten

Probleme:

1. Ab stationärer Aufnahme nach §39 SGB V (stationäre KH-Behandlung) wird die Bezahlung der ambulanten AKI eingestellt
2. Haftungsrecht: Was passiert bei Schäden? Wer haftet?
3. Wer ist in der Klinik „Leiter*in des Heilverfahrens“?
4. Welche Rechte haben die Betroffenen?
5. Wie können AK und PK-Kräfte trotzdem bezahlt werden?
6. Wie verhindern alle Beteiligten die Auflösung des häuslichen Pflegeteams ab bestimmten Liegedauern?

Hausrecht:

1. Individuelle Behandlungsverträge regeln den klinischen Aufenthalt
2. Klinikpersonal ist nach hierarchisch „bekannter“ Struktur grundsätzlich weisungsbefugt
3. „Leiter*in des Heilverfahrens“ = Ärztliche Leitung der Klinik
4. Betroffene können jederzeit die Behandlung beenden!
5. Externe AK und PKs sind NICHT über die Klinik haftpflichtversichert

Finanzierung Klinik aktuell:

1. Die Kosten für die Pflege am Bett sind seit dem 1. Januar 2020 vollständig aus den klassischen DRG-Fallpauschalen

   (Diagnosebezogene Fallgruppen) **a**usgegliedert (**a**-GDRG = German-Diagnosis-Releated-System))
2. **Kein Pflegeanteil mehr in der DRG:** Der klassische DRG-Erlös enthält keine Pflegepersonalkosten mehr. Er berechnet sich nur noch aus dem Relativgewicht der aG-DRG multipliziert mit dem Basisfallwert
3. **Separates Pflegebudget:** Die Kosten für das Pflegepersonal werden über ein krankenhausindividuelles Pflegebudget nach dem **Selbstkostendeckungsprinzip** finanziert (geregelt im Krankenhausentgeltgesetz / PpSG)

Finanzierung Klinik aktuell:

4. Zweigeteilte Abrechnung: Krankenhäuser rechnen einen Fall heute zweigeteilt ab:

- Den DRG-Erlös (für medizinische Leistungen, Ärzte, Sachkosten, Infrastruktur)

- Den Pflegeerlös (berechnet aus einer speziellen Pflegeerlösbewertungsrelation mal dem Pflegeentgeltwert mal den Verweildauertagen)

Finanzierung Klinik aktuell:

5. Im bundesweiten Durchschnitt macht die medizinische **aG-DRG-Fallpauschale etwa 55 % bis 60 %** des Gesamterlöses einer Klinik aus, während das **Pflegebudget rund 20 % bis 25 %** beiträgt. Die verbleibenden Anteile entfallen auf sonstige Entgelte und Ambulanzen

Auf den **einzelnen Behandlungsfall** heruntergebrochen verschiebt sich dieses Verhältnis jedoch drastisch, da die DRG-Rechnung vom *medizinischen Aufwand* (z. B. teure Implantate) abhängt, der Pflegeerlös hingegen von den *Behandlungstagen*

Finanzierung Klinik aktuell:

Beispiel A: High-Tech-Eingriff

(z. B. Herzklappen-OP, 4 Tage Aufenthalt) = med. Kosten **sehr hoch** (ca. 12.000 €) *aufgrund der OP-Kosten, Intensivmedizin & Implantat*

Pflegeanteil **= Niedrig** (ca. 1.000 €) aufgrund der *Kurzen Liegedauer, fixer Tagessatz* **ca. 92 % : 8 %**

Der medizinische Anteil der DRG dominiert die Rechnung

Beispiel B: Konservative Behandlung

(z. B. komplexe Altersmedizin, 14 Tage) = med. Kosten = **Gering bis moderat** (ca. 3.200 €), weil *keine teuren OPs oder Sachkosten*

Pflegeanteil **= Hoch** (ca. 3.500 €)

Hier schlägt die *lange Liegedauer schlägt voll zu Buche*

ca. 48 % : 52 %

Der Pflegeerlös übersteigt hier den DRG-Wert

Finanzierung Klinik aktuell:

Bei unbewerteten DRG´s bleiben die Anteile der med. und pflegerischen Anteile auf der Rechnung zwar konstant (Tagessatz)

ABER

trotzdem frisst bei komplexen med. Verläufen (z.B. Materialverbrauch / Isolation / Intensivbehandlung/ Bronchoskopien) den med. Anteil den pflegerischen im Rahmen der Ressourcen-Verteilung auf!!!!

Finanzierung Klinik aktuell Zusammenfassung:

ES WIRD ZU KEINEM ZEITPUNKT EINEN KONSTANTEN PFLEGERISCHEN ANTEIL GEBEN KÖNNEN, DENN DAS GIBT DAS SYSTEM NICHT HER!

Fallbeispiel BG bei QSL C2/A mit invasiver Dauerbeatmung:

- Ausgedehntes Dekubitalgeschwür, langer Aufenthalt zu erwarten
- Kontaktaufnahme erfolgte über einen BG Reha-Berater
- Ohne seinen PD hätte der Pat. keinen Aufenthalt gewollt!
- Kompromiss war dann, dass PK maximal 12h/Tag anwesend war
- Gesamtaufenthaltsdauer 72 Tage
- Rechnung des PD wurde über die BG an uns weitergeleitet (KEINE Reisekosten!)
- Diese Kosten wurden von der Gesamtrechnung abgezogen
- Es verblieben ca. 2/3 der Einnahmen bei der Klinik
- Haftungsrecht der MA des PDs oblag beim PD

Lösungsmöglichkeiten:

- Vorverhandlungen insbesondere bei zu erwartenden langen Aufenthalten unabdingbar
- Zu erwartenden Pflegeanteil im Verhältnis zu dem zeitlichen Anteil der anwesenden AK und PKs errechnen
- Im Falle unvorhergesehener medizinischer Komplikationen den externen PD involvieren/einladen
- Hausrecht schlägt AKI-Recht / Versicherungsstatus extern klären
- Sorgfältiger und ständiger Austausch klinischer und außerklinischer Fachkräfte ist notwendig
- Ärztliche Führung der Klinik ist zu akzeptieren
- Kostenträger auf Komplikationsvemeidungen hinweisen
- Kostenträger auf den gesetzlichen Versorgungsauftrag hinweisen
- Win-Win-Situationen anstreben
- Patientenwohl in das Zentrum der Verhandlungen stellen

Vielen Dank !