

Pflegesonderprogramm – wie notwendig und nachhaltig wirksam ist das Förderprogramm für das Pflegepersonal?

Simone Burmann
Christian Wehner

Simone Burmann ist Referentin in der Abteilung Stationäre Versorgung im AOK-Bundesverband.

Christian Wehner ist Referatsleiter in der Abteilung Stationäre Versorgung im AOK-Bundesverband.

Mit bis zu 660 Millionen Euro sollen Krankenkassen im Rahmen des im Jahr 2009 eingeführten Pflegesonderprogramms zusätzliche Schwestern und Pfleger in Kliniken finanzieren. Nach der Auffassung der Bundesregierung ist das Programm dazu geeignet, dem in den letzten Jahren zu beobachtenden Stellenabbau in der Pflege der Krankenhäuser entgegenzuwirken. Obwohl das Förderprogramm noch gar nicht abgelaufen ist, fordern die Pflegeverbände bereits jetzt eine Verlängerung der zusätzlichen Finanzierung, da die Kliniken die Mittel »nicht nutzen« konnten bzw. »nur teilweise in Anspruch nehmen können«. Inwiefern das Förderprogramm allerdings notwendig und dauerhaft wirksam ist, wird selten hinterfragt.

In den Jahren 2009 bis 2011 sollen die Kassen zu den jährlich ca. 55 Milliarden Euro umfassenden Ausgaben für die Krankenhausbehandlung zusätzlich bis zu 660 Millionen Euro für eine Sonderaufstockung des Klinik-Pflegepersonals aufbringen. Die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hatte das sogenannte »Pflegesonderprogramm« Ende 2008 auf den Weg gebracht – bestärkt in ihren Anstrengungen für die Pflege durch die damals am 25. September 2008 statt gefundene Kundgebung des Aktionsbündnisses »Rettung der Krankenhäuser« vor dem Brandenburger Tor mit ca. 130.000 Teilnehmern. Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) von 2009 trat das Programm in Kraft. Deutschlands Kliniken sollen so 16.500 zusätzliche Pflegestellen schaffen. Es ist eindeutig geregelt, dass ab 2012 die Finanzmittel aus dem Förderprogramm in den landeseinheitlichen Preis (Landesbasisfallwert) für Krankenhausleistungen einfließen und den Krankenhäusern damit dauerhaft zur Verfügung stehen. Allerdings lässt die Umsetzung die gewünschte Transparenz über die Verwen-

dung der Mittel vermissen. Darauf hat der Gesetzgeber reagiert und im Nachgang eine detailliertere Nachweispflicht eingeführt.

Stellenabbau geringer als angenommen

Anlass für das Pflegesonderprogramm war die öffentliche Diskussion um den Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Die Angaben zum Ausmaß des Rückgangs an Stellen reichten von 25.000 bis 50.000. Laut Statistischem Bundesamt verringerte sich zwischen 1991 und 2008 die Zahl der Pflegestellen um 25.665, das entspricht acht Prozent (vgl. Abbildung 1). Im gleichen Zeitraum sind die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus allerdings von 14 auf 8,1 Tage (um 42 Prozent) und die Belegungstage von 204 Millionen auf 143 Millionen Tage (um 30 Prozent) zurückgegangen. Zur Beurteilung der Pflegesituation muss neben dem reinen Stellenabbau auch die sogenannte Personalproduktivität betrachtet werden. Sie lässt sich anhand der Belegungstage (Tage, an dem ein aufge-

stelltes Bett von einem Patienten vollstationär belegt wird) messen. Demnach entfielen im Jahr 2008 auf eine Pflegekraft 474 Tage, während es 1991 noch 626 Tage waren. Rein rechnerisch ist also die Belastung pro Pflegekraft um 152 Belegungstage (24 Prozent) gesunken. Diese Zahl basierend auf Belegungstagen zur Bestimmung der Personalbelastung ist schlüssig, da aufgrund sinkender Verweildauern eine isolierte Betrachtung der Fallzahlen nicht geeignet ist.

Von einem Personalabbau um rund 50.000 Stellen kann nur dann ausgegangen werden, wenn der Betrachtungswinkel auf den Zeitraum von 1995 bis 2008 verkürzt und vom höchsten Stellenniveau infolge der Einstellung von Pflegepersonal durch die Pflege-Personalregelung (PPR) ausgegangen wird. Die PPR als Instrument zur Berechnung des Personalbedarfs führte bis 1995 zu rund 21.000 neuen Stellen. Dafür stellten die Krankenkassen damals ebenfalls zusätzliche Gelder zur Verfügung. Diese sind trotz des nachfolgenden Stellenabbaus noch heute in den Krankenhausbudgets enthalten. Daher ist darauf zu achten, dass in zukünftigen Diskussio-

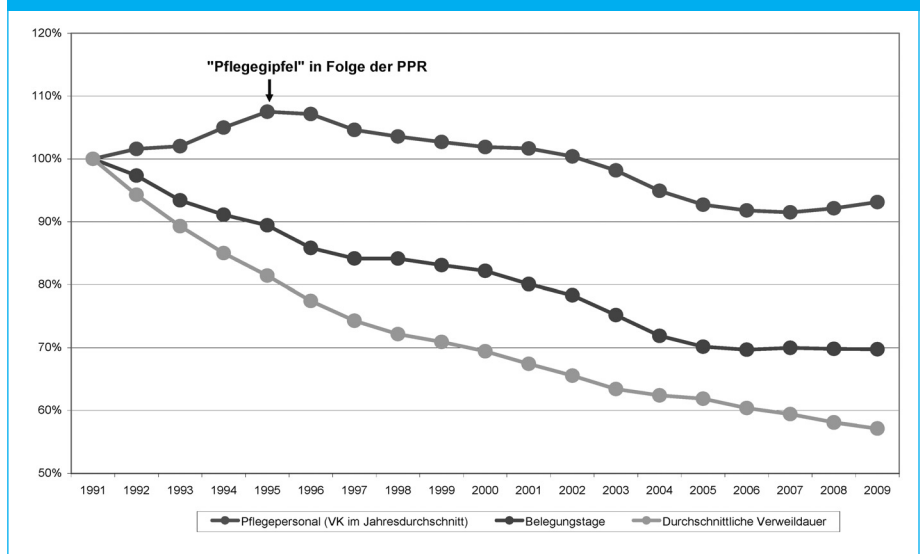
Daher ist darauf zu achten, dass in zukünftigen Diskussionen um das Pflegepersonal in Krankenhäusern nicht nur die Anzahl von Stellen einbezogen wird.

nen um das Pflegepersonal in Krankenhäusern nicht nur die Anzahl von Stellen einbezogen wird, sondern insbesondere die entsprechenden und dafür bereitgestellten Finanzierungsbeträge auch berücksichtigt werden.

Fehlanreize konterkarieren wirtschaftliches Handeln

Ursache für den Abbau von 25.665 Stellen von 1991 bis 2008 ist die anhaltende Verringerung der Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten sowie der Belegungstage. Die Verlagerung der Pflege in Bereiche außerhalb des Krankenhauses ist ein weiterer Grund für den Personalrückgang. Weiterhin beschäftigen Kliniken für pflegefremde Tätigkei-

Abb 1: Entwicklung des Pflegepersonals, der Belegungstage und der Verweildauer von 1991 bis 2009 (1991 = 100 Prozent)



ten vermehrt andere Berufsgruppen oder beauftragen externe Anbieter (Beispiel: Servicekräfte für die Essenbestellung und -verteilung sowie die Bettenreinigung). Da-rüber hinaus führte insbesondere das Fallpauschalensystem (Diagnosis Related Groups, DRG) zur Optimierung der Strukturen und Prozesse in den Krankenhäusern. Die damit einhergehende Effizienzsteigerung veränderte den Personalbedarf.

Grundsätzlich liegen betriebliche Entscheidungen zur Anpassung der Personalressourcen im alleinigen Verantwortungsbereich der Krankenhäuser. Die Folgen dürfen nicht in Form von Sonderfinanzierungen den gesetzlichen Krankenkassen aufgebürdet werden. Sonst entstehen Fehlanreize, die dazu führen, dass Krankenhäuser Pflegepersonal unabhängig vom tatsächlichen Bedarf einstellen. Damit werden betriebswirtschaftlich optimale Entscheidungen konterkariert.

Hälfte des Geldes bereits abgerufen

Dennoch startete der Gesetzgeber das Pflegesonderprogramm, um einem Stellenabbau entgegenzuwirken und die Pflegequalität zu sichern. Im Rahmen des Programms tragen die Krankenkassen für Neueinstellungen sowie zur Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildeten Pflegekräften 90

Prozent der Personalkosten. Zehn Prozent der Kosten müssen die Kliniken selbst übernehmen, um bloßen Mitnahmeeffekten vorzubeugen. Ein Teil des Förderbetrags kann zur Erprobung neuer Methoden der Arbeitsorganisation verwendet werden. Um die Wirkung des Pflegesonderprogramms frühzeitig bewerten zu können, muss der GKV-Spitzenverband dem Bundesgesundheitsministerium jährlich zum 30. Juni über die Inanspruchnahme der Mittel sowie die neu geschaffenen Pflegestellen berichten. Nach dem ersten, im Juni 2010 veröffentlichten Bericht über den Umsetzungsstand im Jahr 2009 hat die GKV rund 186 Millionen Euro für den Aufbau neuer Pflegestellen zur Verfügung gestellt. Da bei Erscheinen des Berichts noch nicht alle Budgetvereinbarungen mit Krankenhäusern abgeschlossen waren, wurde ein Teil des Betrags hochgerechnet.

Anfang Juli 2011 hat der GKV-Spitzenverband seinen zweiten Bericht zum Pflegesonderprogramm veröffentlicht, der die Förderjahre 2009 und 2010 umfasst. Aktualisierte Daten zeigen, dass die Fördersumme für das Jahr 2009 tatsächlich 181 Mio. Euro betragen hat. Weitere zusätzliche Mittel in Höhe von fast 175 Mio. Euro sind im Jahr 2010 an die Kliniken geflossen – also insgesamt ca. 360 Mio. Euro extra. Diese Förderung verteilt sich auf etwa 1.000 Krankenhäuser und damit auf ca. 60 Prozent der in Frage kommenden Krankenhäuser. Es bleibt festzuhalten, dass die Krankenhäuser in

den Jahren 2009/2010 einen kumulierten Finanzierungsbetrag in Höhe von insgesamt ca. 537 Mio. Euro für die Finanzierung von Personalkosten im Pflegedienst erhalten haben

Klarer Nachweis zur Mittelverwendung fehlt

Der Gesetzgeber hat die Abrufung der Gelder aus dem Pflegesonderprogramm jedoch an bestimmte Bedingungen geknüpft. In der Begründung zum KHRG heißt es: »Um zu verhindern, dass Krankenhäuser zunächst Pflegepersonal entlassen, um sich später die Neueinstellungen anteilig finanzieren zu lassen, hat das Krankenhaus durch eine gemeinsame Erklärung mit der Arbeitnehmervertretung die Schaffung neuer Pflegepersonalstellen zu belegen.« Außerdem besteht eine Rückzahlungsverpflichtung für die Krankenhäuser, die die Finanzmittel nicht im Sinne der gesetzlichen Vorgaben einsetzen. Zur Kontrolle haben Kliniken den Krankenkassen eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers zur Entwicklung der Zahl der Pflegestellen und zur zweckentsprechenden Mittelverwendung vorzulegen (zweckentsprechend heißt hier: zur Finanzierung der Personalkosten einer zusätzlichen Pflegekraft).

Allerdings hat ein Großteil der Krankenhäuser bisher keine oder keine verwertbare Bestätigung vorgelegt. Häufig fehlen beispielsweise Angaben zum Ausgangspersonalbestand, zur Zahl der Neueinstellungen und zur Aufteilung in Voll- und Teilzeitkräfte. Die Frage, ob und wie viele Pflegekräfte die Kliniken für die kumulierten 537 Mio. Euro aus dem Sonderprogramm eingestellt haben, kann aufgrund der bisherigen Datenlage noch nicht zuverlässig ermittelt werden. Die gesetzlich verankerte Bestätigung des Jahresabschlussprüfers liegt für das Jahr 2009 nur von 475 der 1.017 am Förderprogramm teilnehmenden Kliniken vor. Dies trifft für 2010 bislang nur in Ausnahmefällen zu.

Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz vom 1. Januar 2011 hat der Gesetzgeber reagiert und die Inhalte der Bestätigungen konkretisiert. Die Krankenhäuser müssen nun neben der Stellenbesetzung zum 30. Juni 2008 auch die aufgrund des Pflegesonderprogramms zusätzlich beschäftigten

Pflegekräfte, differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte und die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung zum 31. Dezember des jeweiligen Förderjahres den Krankenkassen durch den Jahresabschlussprüfer bestätigt übermitteln. Die detaillierten Angaben sind für das Jahr 2009 nachzuholen, sofern die Krankenhäuser den Krankenkassen die Informationen bisher noch nicht zur Verfügung gestellt haben. Inwiefern dies in der Praxis auch gelebt wird, bleibt abzuwarten.

Psychiatrie mit von der Partie

Mit dem KHRG führte der Gesetzgeber auch ein »Förderprogramm« für psychiatrische Krankenhäuser ein. So können Kliniken, die nach der Berechnungsmethodik der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) u.a. noch Pflegestellen offen haben, nachträglich die Finanzierung dieser Stellen fordern. Mit dem GKV-Änderungsgesetz von 2010 hat der Gesetzgeber klargestellt, dass die fehlenden Stellen auf Basis der tatsächlichen Personalbesetzung zu ermitteln sind. Psychiatrien, die einen Personalbedarf vereinbart und von den Krankenkassen finanziert bekamen, eine Stellenbesetzung jedoch nicht realisierten, können nun für bereits bezahlte, aber nicht besetzte Stellen erneut Mittel erhalten. Auf diese Weise werden vor allem diejenigen Häuser belohnt, die die Gelder vertragswidrig oder nicht vollständig zur Aufstockung des Personals

verwendet haben. Eine Meldepflicht zur Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung analog der Vorgehensweise beim Pflegesonderprogramm hat der Gesetzgeber jedoch nicht explizit festgelegt. Im Bereich der Psychiatrie kann daher weder die Höhe der zusätzlichen Finanzierungsbeträge noch die Anzahl des durch die Neuregelung eingestellten Personals nachvollzogen werden.

Auf eine eindeutige Transparenzregelung zur Verwendung der Gelder wurde verzichtet. Eine solche kann allerdings auf einfache Weise gesetzlich eingeführt werden, indem in § 6 Abs. 4 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) folgende neue Sätze ergänzt werden:

»*Wurden die nach diesem Absatz zusätzlich vereinbarten Personalstellen für den vereinbarten Pflegesatzzeitraum ganz oder teilweise nicht besetzt, sind die Budgetanteile in der Höhe der nicht entstandenen Personalkosten zurückzuzahlen. Der Erstattungsbetrag ist über das Budget des folgenden Pflegesatzzeitraums zu verrechnen. Für eine entsprechende Prüfung ist durch das Krankenhaus den Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die jahresdurchschnittliche Anzahl der Voll- und Teilzeitkräfte der jeweiligen Berufsgruppen gem. § 5 Abs. 1 Psych-PV und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorzulegen.*«

Durch diese vorgeschlagene gesetzliche Änderung kommt es zu einer Aufstockung des Personals, ohne dass Finanzmittel zweckentfremdet oder dop-

Tab. 1: Zusätzliche Finanzmittel für die Pflege über die gestiegenen Fallzahlen von 2006 bis 2010

Jahr	Zusätzliches Finanzvolumen für den Pflegedienst in Euro (Stand: Mai 2011)	
	über zusätzliche Krankenhausfälle	inklusive Preisveränderungen
2006	500 Mio.	440 Mio.
2007	305 Mio.	281 Mio.
2008	355 Mio.	408 Mio.
2009	177 Mio.	656 Mio.
2010*	113 Mio.	290 Mio.
Gesamt	1,45 Mrd.	2,08 Mrd.

Quelle: WIdO, GKV-Vereinbarungsdaten (je nach Jahr basierend auf zwischen 1.594 und 1.670 Krankenhäusern; G-DRG-Reportbrowser (InEK))

* Für 2010 liegen die Veränderungen der Vereinbarungswerte aus dem Landesbasisfallwert zugrunde, da die Ergebnisse der krankenhausesindividuellen Vereinbarungen noch nicht vollständig vorliegen.

pelt finanziert werden. Die Formulierung ist im Übrigen nicht neu. Eine derartige Regelung fand bereits als sogenannte Übergangsvorschrift in der

Die Notwendigkeit eines Pflegesonderprogramms steht darüber hinaus insgesamt infrage, weil die GKV die erforderlichen Pflegekräfte über das Fallpauschalensystem finanziert.

Psych-PV Anwendung und bezog sich dort auf die Personalausstattung der Jahre 1991 bis 1995.

Pflegekräfte werden über Fallpauschalen finanziert

Die Notwendigkeit eines Pflegesonderprogramms steht darüber hinaus insgesamt infrage, weil die GKV die erforderlichen Pflegekräfte über das Fallpauschalensystem finanziert. Seit 2005 zahlen die Krankenkassen für einen Krankenhausfall einen Pauschalbetrag, der anteilig Sach- (zum Beispiel Arzneimittel) und Personalkosten (zum Beispiel Ärzte, Pflegekräfte, Physiotherapeuten) enthält. Erbringen die Kliniken mehr Leistungen, steht ihnen für die Finanzierung von Pflegekräften auch mehr Geld zur Verfügung. Aufgrund der in der Vergangenheit gestiegenen Fallzahlen beziehungsweise Leistungen haben sich auch die zur Verfügung stehenden Mittel für die Einstellung von Pflegekräften erhöht.

Im Zeitraum von 2006 bis 2010 brachten die Krankenkassen wegen der gestiegenen Fallzahlen insgesamt 1,45 Milliarden Euro für zusätzliche Pflegekräfte auf (vgl. Tabelle 1). Berücksichtigt man bei der Berechnung darüber hinaus Veränderungen im landesweit einheitlichen Preis (Landesbasisfallwert) inklusive der zahlreichen Zu- und Abschläge, beläuft sich der Betrag im gleichen Zeitraum sogar auf mindestens zwei Milliarden Euro.

Die Krankenkassen stellen also neben der Personalfinanzierung in der Psychiatrie Geld aus zwei Töpfen für zusätzliche Pflegekräfte bereit: aus dem Pflegesonderprogramm und der Finanzierung zusätzlicher Krankenhausfälle über die Fallpauschalen. Eine Gegenrechnung erfolgt jedoch nicht. 2009 und 2010 flossen somit für zusätzliche Pflegekräfte aus dem Pflegesonderprogramm und über die Fallpauschalen insgesamt mindestens 650 Millionen Euro. Das Pflegesonderprogramm hat dabei einen Anteil von 55 Prozent (vgl. Abbildung 2).

Diese Gelder werden die Krankenhäuser langfristig erhalten, denn der Gesetzgeber hat festgesetzt, dass ab 2012 die Mittel aus dem Pflegesonderprogramm dauerhaft über den Preis für Krankenhausleistungen in das Fallpauschalensystem überführt werden. Darüber hinaus ist gesetzlich geregelt, dass ab dem Jahr 2012 zusätzliche Finanzmittel zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen. Als Voraussetzung für eine noch sachgerechtere Abbildung der hochaufwändigen Pflege

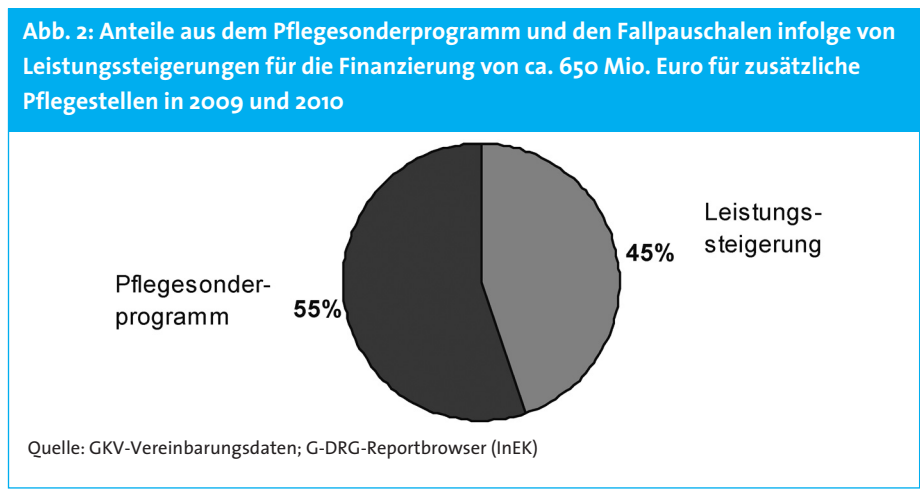
im DRG-System wurden von einer Expertengruppe des Deutschen Pflegerates drei altersabhängige Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) entwickelt. Erstmals seit dem Jahr 2010 ist der PKMS Bestandteil des vom Deutschen Instituts für Dokumentation und Information (DIMDI) veröffentlichten Operationen- und Prozedurenschlüssels. Je nach Datenqualität und -umfang kann mit Hilfe des PKMS eine sachgerechtere Abbildung der hochaufwändigen Pflege im DRG-Katalog 2012 erfolgen, da dieser im Jahr 2011 auf der Grundlage der Daten 2010 kalkuliert wird.

Der Verband der Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen (BALK) und der Verband der Pflegedirektoren der Unikliniken (VPU) fordern aktuell eine Verlängerung des Pflegesonderprogramms mit dem Hinweis auf eine angebliche Planungsunsicherheit und unklare Situation für die Kliniken nach Auslaufen des Programms 2011. Dies ist nicht nachvollziehbar, denn durch die garantierte Überführung der Finanzierungsbeträge in den Landesbasisfallwert und eine bessere Abbildung der hochaufwändigen Pflege im Fallpauschalensystem findet eine weiterlaufende Finanzierung statt – unabhängig davon, ob die Krankenhäuser möglicherweise weitere Stellen aufbauen oder bereits geschaffene Stellen wieder abbauen.

Weiterhin höhere Transparenz notwendig

Der Stellenabbau in der Pflege ist nicht auf Finanzierungsengpässe, sondern auf Verlagerungen in außerklinische Bereiche und eine gestiegene Effizienz zurückzuführen. Kliniken haben bereits früher Zuschüsse für zusätzliche Pflegekräfte erhalten – sowohl durch die weiterhin in den Krankenhausbudgets enthaltenen Finanzmittel infolge der Pflegepersonalregelung in den 90er Jahren als auch durch die Finanzierung der Leistungssteigerungen über die Fallpauschalen. Unter diesem Aspekt war das Pflegesonderprogramm nicht erforderlich.

Die Krankenkassen haben über die Fallpauschalen seit 2006 1,45 Milliarden Euro und über das Pflegesonderprogramm 2009 und 2010 rund 360 Millionen Euro, also insgesamt zusätzlich 1,8 Milliarden Euro in die Pflege investiert. Zugleich kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob die bereitgestellten

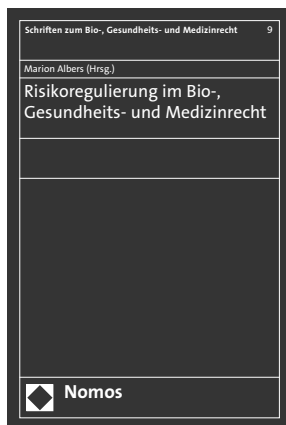


Mittel in vollem Umfang zum Stellen-
aufbau in der Pflege geführt haben. Die
Statistik weist von 2006 bis 2009 in der
Krankenhaus-Pflege einen Stellenzu-
wachs von lediglich 1,45 Prozent aus. In
diesem Zeitraum stellten die Kassen
über die Fallpauschalen bereits zusätz-

**Der Stellenabbau in der
Pflege ist nicht auf
Finanzierungsengpässe,
sondern auf Ver-
lagerungen in außer-
klinische Bereiche und
eine gestiegene Effizienz
zurückzuführen.**

lich 1,3 Milliarden Euro für die Pflege
bereit. Es besteht die Gefahr, dass Klini-
ken die über das Pflegesonderprogramm
aufgebauten Pflegestellen nach und nach
wieder abbauen – wie schon nach Aus-
setzung der Pflege-Personalregelung ge-
schehen. Tritt dieser Fall ein, dann wür-
de im Zuge des Pflegesonderprogramms
zwar eine kurzfristige Wirksamkeit er-
reicht, ein nachhaltiger Effekt bliebe al-
lerdings aus. Um für die Zukunft sicher-
zustellen, dass Finanzmittel nur dann
fließen, wenn ein nachvollziehbarer Per-
sonalbedarf besteht, müssen die Kran-
kenhäuser individuell dazu verpflichtet
werden, ihren Personalbestand sowie
dessen Entwicklung sachgerecht und
transparent nachzuweisen.

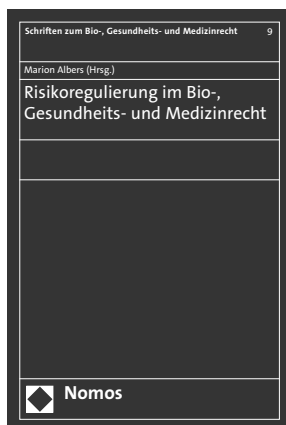
Schriften zum Bio-, Gesundheits- und Medizinrecht



Risikoregulierung im Bio-, Gesundheits- und Medizinrecht

Herausgegeben von
Prof. Dr. Marion Albers
2011, Band 9, 299 S., brosch., 79,- €
ISBN 978-3-8329-6927-1
nomos-shop.de/14042

Biomedizinische Themen sind nicht allein ethisch, sondern auch als Umgang
mit Ungewissheiten und Risiken von zentraler gesellschaftlicher Bedeutung.
Die Beiträge dieses Buches erörtern Probleme, Grundlagen und Formen der
Risikoregulierung übergreifend und bereichsspezifisch, etwa für Produkt-
risiken, Xenotransplantation, Gendiagnostik oder Neuroenhancement.



Die Organtransplantation – Rechtsfragen bei knappen medizinischen Ressourcen

Beiträge des 6. Deutsch-Türkischen
Symposiums zum Medizin- und
Biorecht
Herausgegeben von Prof. Dr. Hans
Lilie, Prof. Dr. Henning Rosenau und
Prof. Dr. Hakan Hakeri
2011, Band 8, 203 S., brosch., 52,- €
ISBN 978-3-8329-6734-5
nomos-shop.de/13778

Die Organtransplantation kommt nicht voran. Täglich sterben drei Men-
schen auf den Wartelisten in Deutschland. Die Widerspruchslösung aus dem
spanischen Erfolgsmodell könnte eine Alternative sein, die Lebendspende
oder eine optimierte Allokation sind andere Optionen. Diesen Fragen geht
der Band in interdisziplinärer wie transnationaler Perspektive nach.



Nomos

Bitte bestellen Sie im Buchhandel oder
versandkostenfrei unter ► www.nomos-shop.de