

# Weniger **Stress** auf Station

Mit bis zu 660 Millionen Euro finanzieren Krankenkassen zusätzliche Schwestern und Pfleger in Kliniken. Zwei Drittel aller Häuser haben von dem Förderprogramm Gebrauch gemacht. Doch ob es notwendig und wirksam ist, bezweifeln **Simone Burmann**, **Thomas Göbel** und **Christian Wehner**.



**F**ür Klinikbehandlungen zahlt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) jährlich rund 55 Milliarden Euro – der größte Posten innerhalb der GKV-Ausgaben. In den Jahren 2009 bis 2011 sollen die Kassen dennoch zusätzlich insgesamt bis zu 660 Millionen Euro aufbringen – für die Aufstockung des Klinik-Pflegepersonals. Ulla Schmidt, damals Bundesgesundheitsministerin, hatte das „Pflegesonderprogramm“ Ende 2008 auf den Weg gebracht. Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) von 2009 trat das Programm in Kraft. Deutschlands Kliniken sollen so 16.500 zusätzliche Pflegestellen schaffen. Ab 2012 fließen die Finanzmittel aus dem Förderprogramm dann in den landeseinheitlichen Preis für Krankenhausleistungen ein und stehen den Krankenhäusern damit dauerhaft zur Verfügung. Die Zwischenbilanz fällt gemischt aus: Zwar haben rund zwei Drittel aller Kliniken Geld aus dem Programm abgerufen. Doch hapert es an der Transparenz über die Verwendung der Mittel. Zudem steht die Frage im Raum, ob und wie viele zusätzliche Pflegekräfte überhaupt vonnöten sind.

**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 (s. *Abbildung „Mit der Aufenthaltsdauer der Patienten sinkt die Zahl der Pflegekräfte“* auf S. 30). 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 aufgestelltes 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. Damit kein Missverständnis aufkommt: Das heißt nicht, dass Schwestern und Pfleger nicht auch heute häufig bis an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit gehen, um Patienten angemessen zu versorgen.

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 Kranken-

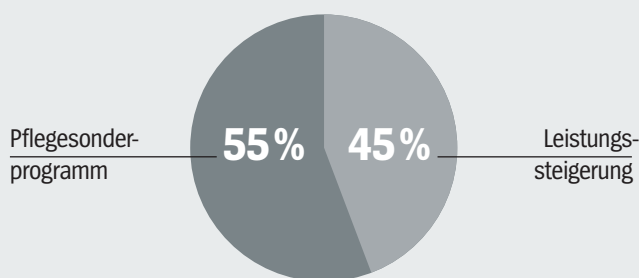
kassen damals ebenfalls zusätzliche Gelder zur Verfügung. Diese sind trotz des nachfolgenden Stellenabbaus noch heute in den Krankenhausbudgets enthalten.

**Fehlanreize konterkarieren wirtschaftliches Handeln.** Ursachen für den Abbau von 25.665 Stellen von 1991 bis 2008 sind 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 beschäftigten Kliniken für pflegefremde Tätigkeiten vermehrt andere Berufsgruppen oder beauftragen externe Anbieter (Beispiel: Servicekräfte für die Essenbestellung und -verteilung sowie die Bettenreinigung). Darüber 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.

**Die Hälfte des Geldes 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 ausgebil-

#### Pflegekuchen speist sich aus zwei Töpfen



Insgesamt mindestens 650 Millionen Euro erhielten die Kliniken 2009 und 2010 für zusätzliche Pflegekräfte. Das Geld floss aus zwei Töpfen: 55 Prozent des Volumens stammen aus dem Pflegesonderprogramm, 45 Prozent finanzieren sich aus den Fallpauschalen für gestiegene Leistungen.

Quelle: GKV-Vereinbarungsdaten, G-DRG-Reportbrowser (InEK)

deten 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. Sieben Monate später zeigen aktualisierte Daten, dass die Fördersumme für 2009 rund 182 Millionen Euro beträgt. Diese Förderung verteilt sich auf knapp zwei Drittel der Krankenhäuser.

Inzwischen liegen auch vorläufige Zahlen für das Jahr 2010 vor. Nach Hochrechnungen des AOK-Bundesverbandes haben zwei Drittel der Krankenhäuser mit den Krankenkassen weitere Pflege-Fördermittel in Höhe von 149 Millionen Euro vereinbart. Wenn alle Budgetvereinbarungen für 2010 abgeschlossen sind, werden schätzungsweise weitere 26 Millionen Euro zur Verfügung gestellt werden. Im Jahr 2010 sind dann insgesamt voraussichtlich 175 Millionen Euro aus dem Pflegesonderprogramm an die Kliniken geflossen. Allein in den ersten beiden Jahren des Pflegesonderprogramms haben die Krankenhäuser also insgesamt zusätzlich 357 Millionen Euro für die Finanzierung von Personalkosten im Pflegedienst erhalten.

**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 357 Millionen Euro aus dem Sonderprogramm eingestellt haben, kann somit nicht beantwortet werden.

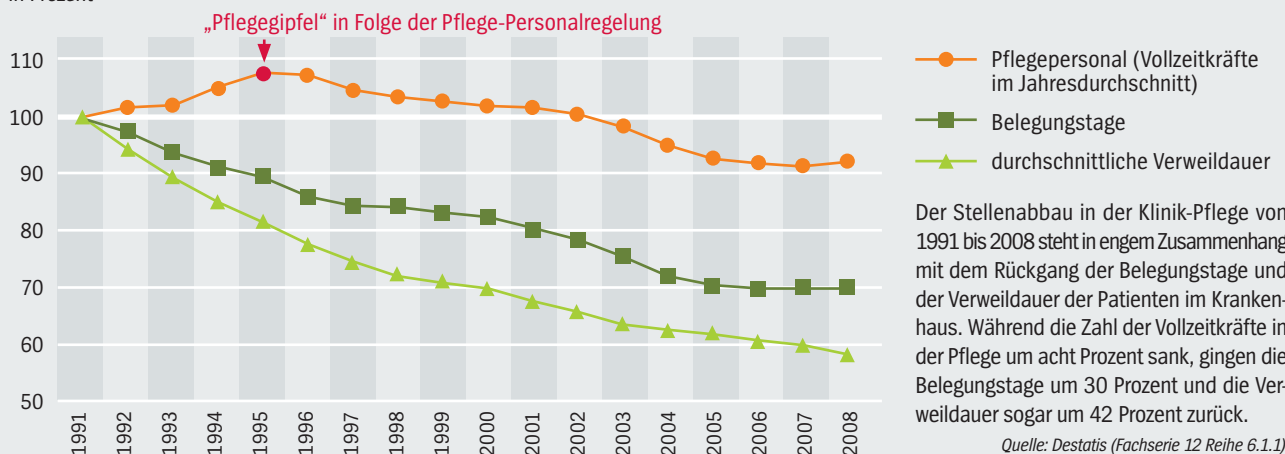
Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz vom 1. Januar 2011 hat der Gesetzgeber reagiert und die Inhalte der Bestätigungen konkretisiert. Die Krankenhäuser müssen nun neben der Stellenbesetzung zum 30. Juni 2008 auch die aufgrund des Pflegesonderprogramms zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte, differenziert in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



## Mit der Aufenthaltsdauer der Patienten sinkt die Zahl der Pflegekräfte

Entwicklung des Pflegepersonals, der Belegungstage und der durchschnittlichen Verweildauer im Krankenhaus

in Prozent



**Auch die Psychiatrie stockt auf.** Mit dem KHRG führte der Gesetzgeber auch ein „Förderprogramm“ für psychiatrische Krankenhäuser ein. So können Kliniken, die nach der Berechnungsmethodik der Psychiatrie-Personalverordnung 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. Der Gesetzgeber hat hier auf eine eindeutige Transparenzregelung zur Verwendung der Gelder verzichtet.

**Fallpauschalen enthalten Pflegeanteil.** 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 (siehe Tabelle „Gestiegene Fallzahl – mehr Geld für die Pflege“ oben). 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 Krankenhaufälle 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 (siehe Abbildung „Pflegekuchen speist sich aus zwei Töpfen“ auf Seite 29). Diese Gelder werden die Krankenhäuser langfristig erhalten, denn der Gesetzgeber sieht vor, dass ab 2012 die Mittel aus dem Pflegesonderprogramm dauerhaft in das Fallpauschalensystem überführt werden.

## Gestiegene Fallzahl – mehr Geld für die Pflege

	Zusätzliches Finanzvolumen für den Pflegedienst in Euro	
	über zusätzliche Krankenhaufälle	inklusive Preisveränderungen
2006	500 Mio.	440 Mio.
2007	305 Mio.	281 Mio.
2008	355 Mio.	408 Mio.
2009	174 Mio.	648 Mio.
2010 *	112 Mio.	290 Mio.
<b>Gesamt</b>	<b>1,45 Mrd.</b>	<b>2,07 Mrd.</b>

\* für 2010 liegen die Veränderungen der Vereinbarungswerte aus dem Landesbasisfallwert zugrunde, da die krankenhaushausindividuellen Vereinbarungen noch nicht vollständig vorliegen

Auch über die Fallpauschalen zur Klinik-Vergütung fließt Geld für zusätzliche Pflegekräfte. Aufgrund der gestiegenen Fallzahl erhielten die Krankenhäuser von 2006 bis 2010 insgesamt 1,45 Milliarden Euro zur Aufstockung in der Pflege. Unter Berücksichtigung von Preiseffekten summiert sich der Zuwachs sogar auf mehr als zwei Milliarden Euro.

Quelle: WIGO, GKV-Vereinbarungsdaten (je nach Jahr basierend auf zwischen 1.575 und 1.666 Krankenhäusern; G-DRG-Reportbrowser (InEK).

**Transparenz herstellen.** 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 350 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 Stellenaufbau in der Pflege geführt haben. Die Statistik weist von 2006 bis 2008 in der Krankenhaus-Pflege einen Stellenzuwachs von lediglich 0,36 Prozent aus. In diesem Zeitraum stellten die Kassen über die Fallpauschalen bereits zusätzlich 1,2 Milliarden Euro für die Pflege bereit. Es besteht zudem die Gefahr, dass Kliniken die über das Pflegesonderprogramm aufgebauten Pflegestellen nach und nach wieder abbauen – wie schon nach Aussetzung der Pflege-Personalregelung geschehen. Um für die Zukunft sicherzustellen, dass Finanzmittel nur dann fließen, wenn ein nachvollziehbarer Personalbedarf besteht, müssen die Krankenhäuser individuell dazu verpflichtet werden, ihren Personalbestand sowie dessen Entwicklung sachgerecht und transparent nachzuweisen. ■

**Simone Burmann** ist Referentin in der Abteilung Stationäre Versorgung im AOK-Bundesverband. **Thomas Göbel** leitet das Referat Stationäre Versorgung. **Christian Wehner** ist Referent in der Abteilung Ambulante Versorgung im AOK-Bundesverband. **Kontakt: Simone.Burmann@bv.aok.de**