



Spitzenverband

**Abschlussbericht des
GKV–Spitzenverbandes
zum Pflegesonderprogramm
gemäß § 4 Abs. 10 Satz 12 KHEntgG
(Förderjahre 2009 bis 2011)
Berlin, 30.06.2013**

Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit

GKV–Spitzenverband
Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Telefon +49 (0) 30 206 288-0
Fax +49 (0) 30 206 288-88
krankenhaeuser@
gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Zusammenfassung

Der GKV-Spitzenverband legt hiermit den vierten, abschließenden Bericht zum Pflegesonderprogramm nach § 4 Abs. 10 Satz 12 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) über die Umsetzung des Förderprogramms vor.

Der abschließende Bericht greift im Unterschied zum dritten Bericht, in welchem nur teilweise Istdaten zur Auswertung herangezogen werden konnten, sowohl auf Vereinbarungsdaten als auch auf Istdaten aus der gesamten Programmlaufzeit zurück.

In den Budgetjahren 2009 bis 2011 haben die gesetzlichen Krankenkassen den Krankenhäusern umfangreiche Mittel zur Verbesserung der Pflegesituation zur Verfügung gestellt. Von der zusätzlichen Finanzierung des Pflegedienstes profitierten im gesamten Förderzeitraum 1.125 Krankenhäuser durch die Teilnahme am Pflegesonderprogramm in mindestens einem Jahr, d. h. mehr als zwei Drittel der in Frage kommenden Krankenhäuser. Die zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zusätzlich vereinbarten Beträge beliefen sich in der Summe im Jahr 2011 auf ca. 536 Mio. Euro. Der tatsächlich auf Basis der Vereinbarungen 2009 bis 2011 geflossene Finanzierungsbetrag beträgt jedoch ca. 1,1 Mrd. Euro für ca. 15.300 zusätzlich vereinbarte Pflegestellen.

Die im Pflegesonderprogramm angelegten Optionen haben eine unterschiedliche Nutzung erfahren. Am häufigsten wurde von der vorläufigen Zuschlagserhebung Gebrauch gemacht, welche für einen schnellen Finanzmittelfluss in 2009 geschaffen wurde. Mehr als die Hälfte der am Programm teilnehmenden Krankenhäuser nutzte diese Möglichkeit. Krankenhäuser, die in 2009 oder 2010 keine Vereinbarung zum Pflegesonderprogramm mit den Krankenkassen getroffen hatten, konnten zudem im Folgejahr den doppelten Förderbetrag vereinbaren. Diese Übertragungsoption zur flexiblen Nutzung der Finanzmittel in den Jahren 2010 und 2011 wurde lediglich durch etwa 90 Krankenhäuser in Anspruch genommen. Die anteilige Mittelverwendung für arbeitsorganisatorische Maßnahmen stieg zwar im Programmverlauf an, erreichte jedoch keinen nennenswerten Umfang.

Von etwa 70 % der am Programm teilnehmenden Krankenhäuser liegen Bestätigungen von Wirtschaftsprüfern vor. Die Krankenhäuser haben damit für den Gesamtzeitraum für ca. 13.600 Vollkräfte zumindest einen der gesetzlich definierten Nachweise erbracht. Für weitere ca. 1.700 zusätzliche Vollkräfte haben die Krankenhäuser Informationen übermittelt, die nicht von Wirtschaftsprüfern bestätigt wurden. Die Annahme, die Krankenhäuser würden für alle unbestätigten Daten nachträglich die Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer in der notwendigen Detailtiefe vorlegen, hat sich auch eineinhalb Jahre nach Programmende nicht durchgängig erfüllt. Hieraus leitet sich für die Zukunft die Notwendigkeit einer bundesweit einheitlichen Vorgabe zur Nachweisführung ab.

Insgesamt belegen die Vereinbarungen (ca. 15.300 zusätzliche Vollkräfte) wie auch die von Jahresabschlussprüfern bestätigten Istdaten (ca. 13.600 zusätzliche Vollkräfte) einen deutlichen Zuwachs an Pflegekräften in den Krankenhäusern, die am Programm teilgenommen haben. Demgegenüber weisen die Daten des Statistischen Bundesamtes (Destatis) einen deutlich geringeren



Zuwachs des Pflegepersonals um ca. 9.200 Vollkräfte in den Allgemeinkrankenhäusern in den Jahren 2009 bis 2011 aus. Angesichts der Differenz zwischen der amtlichen Statistik und den Istdaten des Pflegesonderprogramms von etwa 4.400 Vollkräften ist davon auszugehen, dass das zusätzliche Pflegepersonal laut Pflegesonderprogramm entweder auch in anderen Bereichen (z. B. im Funktionsdienst) eingesetzt oder in Krankenhäusern ohne Teilnahme am Pflegesonderprogramm durch Personalabbau kompensiert wurde.

Die Zielsetzung des Gesetzgebers, bis zur leistungsgerechten Abbildung von erhöhtem Pflegeaufwand im DRG-System übergangsweise eine Finanzierungsmöglichkeit für zusätzliche Pflegekräfte zu schaffen, wurde durch die Krankenkassen umfassend erfüllt. Ebenso wurde entsprechend der gesetzlichen Regelung die Phase der pauschalen Zuschlagsfinanzierung gemäß Pflegesonderprogramm im Jahr 2011 abgeschlossen und ab dem Jahr 2012 in eine Regelfinanzierung überführt. Seitdem fließen die zusätzlichen finanziellen Mittel dauerhaft leistungsbezogen über die Landesbasisfallwerte sowie mittels der Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege an die Krankenhäuser.

Nicht beantwortet werden kann die Frage der Nachhaltigkeit der Personalaufstockungen im Pflegebereich der Krankenhäuser mit Programmteilnahme. Während der Mittelfluss durch Einrechnung der Beträge in die Landesbasisfallwerte sowie durch Zusatzentgelte nachhaltig sichergestellt wurde, bleibt es nach dem Jahr 2011 den Krankenhäusern überlassen, das zusätzliche Personal weiter zu beschäftigen. Eine Nachweisführung über das Programmende hinaus hat der Gesetzgeber bedauerlicherweise nicht vorgesehen.



Inhaltsverzeichnis

1	Gesetzliche Regelung zum Pflegesonderprogramm	5
1.1	Einführung des Pflegesonderprogramms	5
1.2	Gesetzliche Änderungen	6
1.3	Übergang vom Pflegesonderprogramm zur Finanzierung der hochaufwendigen Pflege über Landesbasisfallwerte und Zusatzentgelte	7
2	Ausgangssituation	9
2.1	Anzahl der anspruchsberechtigten Krankenhäuser	9
2.2	Ausgangspersonalbestand in den am Programm teilnehmenden Krankenhäusern	10
3	Krankenhauspflege nach ausgewählten Kennziffern des Statistischen Bundesamtes (Destatis)	13
3.1	Bundesweite Entwicklung	13
3.2	Entwicklung nach Ländern	16
4	Umsetzung des Pflegesonderprogramms	19
4.1	Datenmeldungen für die Jahre 2009 bis 2011	19
4.2	Inanspruchnahme bundesweit gemäß Vereinbarungen und Istdaten	20
4.3	Inanspruchnahme nach Ländern gemäß Vereinbarungen und Istdaten	23
4.4	Inanspruchnahme gemäß Vereinbarungen nach Trägern	27
4.5	Nutzung der vorläufigen Zuschlagserhebung	28
4.6	Nutzung der gesetzlichen Übertragungsoption	28
4.7	Nutzung der Option zur Vereinbarung arbeitsorganisatorischer Maßnahmen	29
4.8	Pflegesonderprogramm und Entwicklung Pflegedienst nach Ländern	29
5	Dauerhafte Zusatzfinanzierung im DRG-System	34
5.1	Einführung spezieller Entgelte für hochaufwendige Pflege	34
5.2	Weitere Differenzierung der Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege im Jahr 2013	35
5.3	Dauerhafte Zusatzfinanzierung für Krankenhauspflege ab dem Jahr 2012	35
6	Fazit: Dauerhafte Zusatzfinanzierung, bessere Pflege ungewiss	37



1 Gesetzliche Regelung zum Pflegesonderprogramm

1.1 Einführung des Pflegesonderprogramms

Als Reaktion auf den Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser in den Jahren 1997 bis 2007 führte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im September 2008 sowie im April 2009 jeweils einen Pflegegipfel durch. Im Ergebnis des ersten Gipfels waren drei Arbeitsgruppen zu folgenden Themen gebildet worden:

- Konkretisierung eines Pflegestellensonderprogramms
- Entwicklung von Handlungsempfehlungen zum sachgerechten Personaleinsatz
- Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe und ihrer Perspektiven im Krankenhaus

Die im Anschluss daran auf dem zweiten Pflegegipfel eingeleiteten Maßnahmen zielten u. a. auf die Entwicklung von Indikatoren zur aufwandsgenaueren Abbildung hochaufwendiger Pflege im Krankenhaus. Erreicht werden sollte eine gerechtere Vergütung für Krankenhäuser mit in der Pflege hochaufwendigen Fällen. Daneben wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss empfohlen, evidenzbasierte, pflegebezogene Qualitätsindikatoren zu entwickeln und diese in die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung zu implementieren. Im Zusammenhang mit der beabsichtigten Erhöhung der Attraktivität der Pflegeberufe und der Erhöhung ihrer Perspektive im Krankenhaus wurden beispielsweise die Entwicklung und Erprobung neuer Arbeitsteilungen sowie innovativer Konzepte der Arbeitsorganisation zur Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf in eine Handlungsempfehlung aufgenommen.

Die Arbeitsergebnisse der auf dem ersten Pflegegipfel eingesetzten Ad-hoc-Arbeitsgruppe zur Konkretisierung des Förderprogramms fanden Eingang in die Gesetzgebung. Das Pflegesonderprogramm wurde mit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) zum 01.01.2009 eingeführt und in Folge mit zwei Gesetzesänderungen nachjustiert (vgl. Abschnitt 1.2).

Die gesetzliche Grundlage für das dreijährige Pflegesonderprogramm bildeten die Regelungen des § 4 Abs. 10 KHEntgG (vgl. Anlage 1) in Verbindung mit § 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz (KrpflG, vgl. Anlage 2). Die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Abs. 1 KrpflG zusätzlich entstehenden Personalkosten konnten in den Jahren 2009 bis 2011 zu 90 % durch die Krankenkassen gefördert werden. Zu diesem Zweck war es möglich, jährlich bis zu 0,48 % des Krankenhausbudgets (Gesamtbetrag nach § 4 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG) zusätzlich zu vereinbaren.

In der Begründung des Gesetzentwurfs (BT-Drs. 16/11429) wurde davon ausgegangen, dass die getroffene Regelung einer jeweils zusätzlichen jährlichen Fördersumme von rund 220 Mio. Euro entspricht, sodass den Krankenhäusern insgesamt im Jahr 2011 bis zu 660 Mio. Euro für zusätz-



liches Pflegepersonal zur Verfügung stehen sollten. Mit dieser Summe sollten innerhalb von drei Jahren bis zu 17.000 zusätzliche Stellen geschaffen werden.

Wurde mit einem Krankenhaus für ein Kalenderjahr kein Betrag vereinbart, konnte gemäß § 4 Abs. 10 Satz 3 KHEntgG für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag von bis zu 0,96 % der Budgetsumme vereinbart werden. Diese Regelung erlaubte eine Verlagerung der Neueinstellungen bzw. Aufstockungen von Teilzeitstellen in das jeweilige Folgejahr. Bei vollständiger Ausschöpfung der Finanzmittel hätte in allen drei Jahren jeweils eine Aufstockung um 5.667 Stellen erfolgen können.

1.2 Gesetzliche Änderungen

GKV-Finanzierungsgesetz: Verbesserte Nachweispflicht

Für eine transparente Berichterstattung über das Pflegesonderprogramm war es notwendig geworden, „die durch die Krankenhäuser an die Krankenkassen zu übermittelnden Daten konkreter festzulegen, sodass [...] sowohl die Ausgangsbasis vor Einführung des Förderprogramms als auch dessen Wirkungen besser abgebildet werden können“ (vgl. Ausschussdrucksache 17(14)0072.2 vom 05.11.2010). Die Regelung in § 4 Abs. 10 KHEntgG wurde hinsichtlich der Nachweisführung durch den Gesetzgeber mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) angepasst. Die Krankenhäuser sind somit verpflichtet, den Krankenkassen eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen über

- die Stellenbesetzung am 30.06.2008,
- die aufgrund dieser Förderung zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte, differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte, sowie
- die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung zum 31. Dezember des jeweiligen Förderjahres und
- die zweckentsprechende Verwendung der Mittel.

Die Klarstellung ist zum 01.01.2011 in Kraft getreten. Unabhängig vom Inkrafttreten des Gesetzes gibt der Regelungstext eindeutig vor, dass der Nachweis durch die Krankenhäuser für jedes Förderjahr zu erbringen ist. Eine Einschränkung der Nachweispflicht auf einen Teil der Förderjahre lässt sich aus der gesetzlichen Regelung nicht ableiten. Allerdings zeigt sich in der Praxis auch nach der Gesetzesänderung, dass nur etwa 70 % aller teilnehmenden Krankenhäuser mindestens eine der notwendigen Informationen bereitstellten. Hier spiegeln sich die abweichenden Interpretationen von Krankenhäusern und Krankenkassen bezüglich der Regelung zur Nachweispflicht wider.



Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes: Übergang der Finanzmittel des Pflegesonderprogramms in die Landesbasisfallwerte

Nach Abschluss der pauschalen Finanzierungsregelung des Pflegesonderprogramms werden die zusätzlichen finanziellen Mittel ab dem Jahr 2012 in eine dauerhafte Finanzierung überführt (vgl. Abschnitt 1.3). Die Landesbasisfallwerte werden auf Landesebene jährlich verhandelt. Dabei sind die Steigerungen der Landesbasisfallwerte durch die Obergrenze nach § 10 Abs. 4 KHEntgG begrenzt. Um zu vermeiden, dass es durch diese Vorgabe bei dem Wechsel von hausindividueller Zuschlagsfinanzierung zu leistungsgerechter Finanzierung zu einer Reduzierung der Mittel aus dem Pflegesonderprogramm kommt, wurde mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze (IfSG) vom 28.07.2011 eine Ergänzung des § 4 Abs. 10 KHEntgG vorgenommen. Der Gesetzgeber stellte klar, dass die Obergrenze im Zusammenhang mit der Einrechnung der Finanzierungsbeträge für die Neueinstellung von Pflegepersonal in Höhe der von den Krankenhäusern in den Ländern insgesamt für das Jahr 2011 nach § 4 Abs. 10 KHEntgG abgerechneten Zuschläge nicht gilt.

1.3 Übergang vom Pflegesonderprogramm zur Finanzierung der hochaufwendigen Pflege über Landesbasisfallwerte und Zusatzentgelte

Den Übergang von der hausindividuellen Zuschlagsfinanzierung gemäß Pflegesonderprogramm in den Jahren 2009 bis 2011 zur leistungsorientierten Finanzierung im DRG-System ab dem Jahr 2012 hat der Gesetzgeber in § 10 Abs. 12 KHEntgG geregelt. Die auf den ersten Blick zunächst praktikabel erscheinende Regelung zur Einrechnung der Finanzmittel in die Landesbasisfallwerte führte in der praktischen Umsetzung jedoch zu großen Schwierigkeiten und beträchtlichen finanziellen Risiken für die Krankenkassen.

Parallel zur geltenden gesetzlichen Regelung bezüglich der Einrechnung der Mittel des Pflegesonderprogramms in die Landesbasisfallwerte bestand der Auftrag an das DRG-Institut, Kriterien für die zielgerichtete Zuordnung der Mittel zu den Bereichen mit erhöhtem pflegerischen Aufwand zu entwickeln (§ 4 Abs. 10 Satz 14 KHEntgG). Im Ergebnis kalkulierte das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) den Aufwand jedoch nicht innerhalb der Fallpauschalen (DRG), sondern in Form von Zusatzentgelten für hochaufwendige Pflege (ZE130/ZE131). Eine Korrektur des Casemixvolumens, wie sonst bei der Einführung von Zusatzentgelten üblich, erfolgte dabei für den DRG-Katalog 2012 seitens des InEK nicht. Dieser Lösungsweg war durch den Gesetzgeber nicht antizipiert worden, sodass weder im Gesetzestext noch in der Begründung notwendige Mechanismen zur Berücksichtigung der unterschiedlichen Finanzierungswege hochaufwendiger Pflege verankert wurden.

Der GKV-Spitzenverband thematisierte im Jahr 2011 das durch diese Verfahrensweise drohende Risiko der Doppelfinanzierung, welches einer moderaten Hochrechnung zufolge bei ca. 230 Mio. Euro lag. Um das Risiko der Doppelfinanzierung zu beheben, hatte der GKV-Spitzenverband das BMG aufgefordert, die gesetzliche Regelung so anzupassen, dass die über die künftigen Zusatz-



entgelte erlösten Beträge in Verbindung mit angehobenen Landesbasisfallwerten nicht zu ungerechtfertigten Ausgabensteigerungen für die GKV führen. Da weder auf Seiten des Gesetzgebers der Wille zur Gesetzesänderung bestand, noch die Deutsche Krankenhausgesellschaft bereit war, zur Lösung des Problems eine entsprechende Umsetzungsempfehlung mit dem GKV-Spitzenverband zu schließen, kam es schließlich am 04.11.2011 zum Scheitern der Fallpauschalenvereinbarung 2012. Ausgenommen hiervon waren die Abrechnungsbestimmungen.

In der Folge setzte das BMG den DRG-Katalog 2012 per Ersatzvornahme in Kraft. Die Verordnung zum DRG-Entgeltkatalog für das Jahr 2012 (DRG-Entgeltkatalogverordnung 2012 - DRG-EKV 2012) wurde am 16.12.2011 im Bundesanzeiger veröffentlicht. In der Begründung zur DRG-EKV 2012 (vgl. Anlage 3) führte der Gesetzgeber nun dezidiert aus, dass er mit den Regelungen im KHEntgG lediglich sicherstellen wollte, dass es durch den Mittelübergang aus dem Pflegestellenförderprogramm bei gleichzeitiger Vereinbarung der Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege nicht zu einer Minderung des vereinbarten Pflegestellenfördervolumens kommen soll, aber auch nicht zu einer ungerechtfertigten Mehrung.

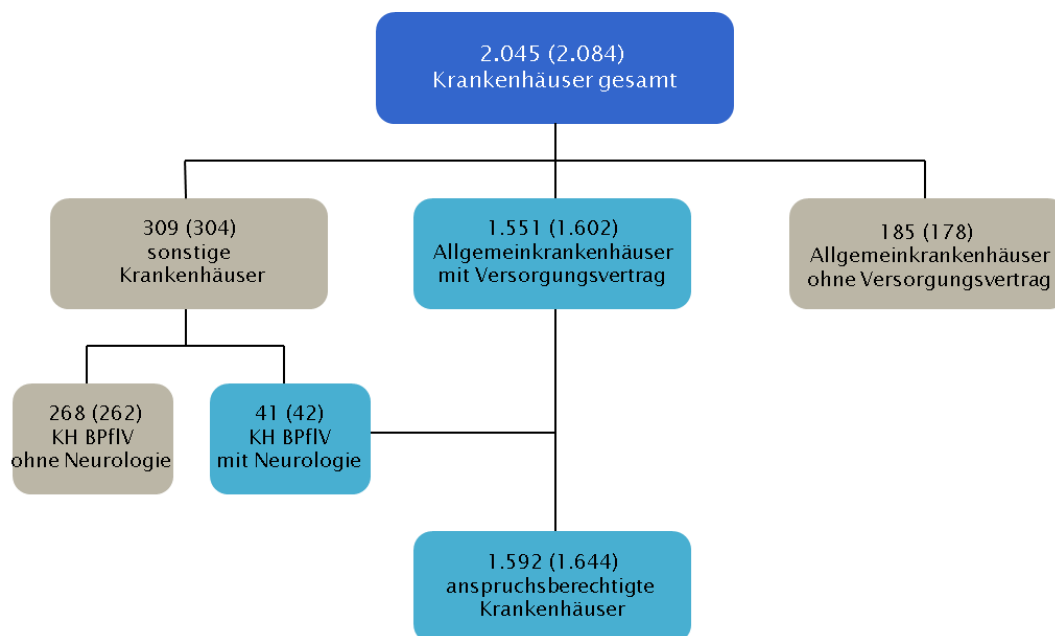


2 Ausgangssituation

2.1 Anzahl der anspruchsberechtigten Krankenhäuser

Die anspruchsberechtigten Krankenhäuser im Sinne des Pflegesonderprogramms wurden auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes (Destatis) ermittelt. Die Zahl dieser Krankenhäuser ist in den Jahren 2009 bis 2011 leicht gesunken (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1 Anzahl der Krankenhäuser im Sinne des Pflegesonderprogramms 2011 (2009)



Quelle: Destatis, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Zusatzauswertungen vom 06.02.2013/15.04.2011, eigene Darstellung

Im Jahr 2011 gliedern sich bezogen auf die einzelnen Bundesländer die Krankenhäuser wie folgt (vgl. Tabelle 1):



Tabelle 1 Anspruchsberechtigte Krankenhäuser (KH) im Jahr 2011 nach Bundesländern

	Allgemein- und Plan-KH	Universitäts- und Hochschul- kliniken	Allgemein-KH mit Versorgungs- vertrag	sonstige KH (psychiatr., psycho- therapeut., neurolog.)	Summe KH
Baden-Württemberg	164	4	12	4	184
Bayern	251	5	22	7	285
Berlin	40	1	2	2	45
Brandenburg	46	-	2	4	52
Bremen	12	-	-	-	12
Hamburg	27	2	1	-	30
Hessen	107	3	11	1	122
Mecklenburg-Vorpommern	30	2	1	-	33
Niedersachsen	168	2	-	-	170
Nordrhein-Westfalen	315	6	6	7	334
Rheinland-Pfalz	68	1	9	3	81
Saarland	22	1	-	-	23
Sachsen	67	2	2	5	76
Sachsen-Anhalt	38	2	1	4	45
Schleswig-Holstein	48	2	6	1	57
Thüringen	33	1	6	3	43
gesamt	1.436	34	81	41	1.592

Quelle: Destatis, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Zusatzauswertung vom 06.02.2013

Die Aufgliederung nach Ländern für die Vorjahre kann den früheren Berichten zum Pflegesonderprogramm entnommen werden.

2.2 Ausgangspersonalbestand in den am Programm teilnehmenden Krankenhäusern

Die Krankenhäuser sind gemäß § 4 Abs. 10 Satz 11 KHEntgG verpflichtet, den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung am 30.06.2008 vorzulegen.

Im Programmzeitraum 2009 bis 2011 haben 1.125 Krankenhäuser in mindestens einem Jahr am Pflegesonderprogramm teilgenommen. In dieser Angabe sind auch Krankenhäuser enthalten, bei



denen es nach vorläufiger Zuschlagserhebung nicht zu einer Vereinbarung mit den Krankenkassen kam oder eine komplette Rückabwicklung der Vereinbarung erfolgte. Dem GKV-Spitzenverband liegen lediglich von 792 der 1.125 Krankenhäuser mit mindestens einjähriger Programmteilnahme Angaben zum Ausgangspersonalbestand vor, die von Jahresabschlussprüfern bestätigt wurden (vgl. Tabelle 2). Weitere 187 Krankenhäuser haben zwar Angaben gemacht, jedoch fehlt die Bestätigung des Jahresabschlussprüfers. Die verbleibenden 146 Krankenhäuser haben keinerlei Angaben zum Ausgangspersonalbestand gemacht, sodass insgesamt 333 Krankenhäuser der gesetzlichen Verpflichtung nicht bzw. nicht ausreichend nachgekommen sind. Im Programmverlauf wurde deutlich, dass eine Regelung fehlt, die eine Vereinbarung für das Folgejahr an die korrekte Nachweisführung koppelt.

Tabelle 2 Ausgangspersonalbestand am 30.06.2008 nach Ländern

	KH mit Teilnahme in mindestens einem Jahr 1	Angabe mit einer Bestätigung			Angabe gesamt (inkl. unbestätigt)		
		KH 2	in % 3 (2:1)	Vollkräfte Pflege 4	KH 5	in % 6 (5:1)	Vollkräfte Pflege 7
Baden-Württemberg	128	105	82%	22.748	117	91%	25.347
Bayern	219	163	74%	29.716	194	89%	35.064
Berlin/Brandenburg	33	4	12%	973	4	12%	973
Bremen	6	0	0%	0	5	83%	778
Hamburg	28	2	7%	602	18	64%	2.708
Hessen	93	83	89%	14.626	83	89%	14.626
Mecklenburg-Vorpommern	24	22	92%	4.162	24	100%	4.641
Niedersachsen	128	76	59%	12.867	110	86%	18.228
Nordrhein-Westfalen	250	167	67%	32.742	227	91%	43.820
Rheinland-Pfalz	45	34	76%	3.416	39	87%	7.853
Saarland	18	15	83%	3.326	18	100%	4.069
Sachsen	57	49	86%	10.926	56	98%	12.393
Sachsen-Anhalt	37	32	86%	6.970	36	97%	7.815
Schleswig-Holstein	28	13	46%	1.911	17	61%	2.386
Thüringen	31	27	87%	6.046	31	100%	6.596
gesamt	1.125	792	70%	151.030	979	87%	187.295

Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2013



Gegenüber dem dritten Bericht kann eine deutlich verbesserte Nachweisführung konstatiert werden, da von 260 Krankenhäusern die Bestätigung eines Jahresabschlussprüfers über den Ausgangspersonalbestand nachgereicht worden ist. Dennoch sind mit 792 Krankenhäusern lediglich für 70 % der am Pflegesonderprogramm teilnehmenden Krankenhäuser die Ausgangspersonalbestände in Höhe von 151.030 Vollkräften bestätigt. Die Zahl der Krankenhäuser inklusive unbestätigter Angaben hat sich ebenfalls erhöht. Werden die Meldungen zum Ausgangspersonalbestand von Krankenhäusern ohne Bestätigung berücksichtigt, steigt die Zahl der Krankenhäuser auf 979 mit 187.295 Pflegevollkräften und erreicht einen Meldestand von 87 %. Der Nachweis mit Testierung durch einen Jahresabschlussprüfer wurde in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen von mehr als 70 % der am Programm teilnehmenden Krankenhäuser erbracht.



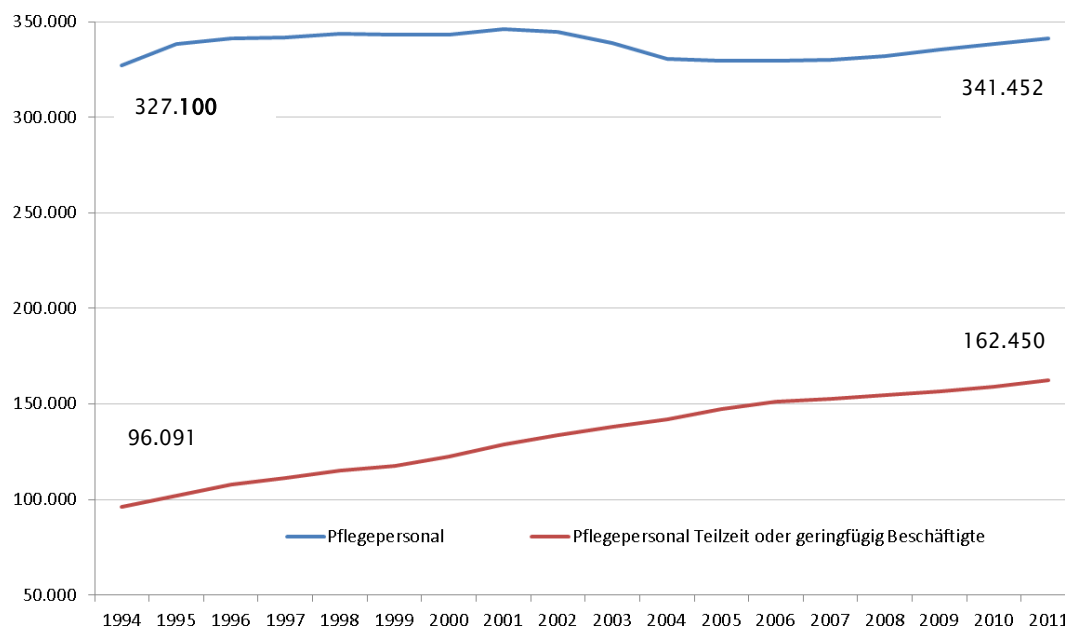
3 Krankenhauspflege nach ausgewählten Kennziffern des Statistischen Bundesamtes (Destatis)

3.1 Bundesweite Entwicklung

In Fortsetzung der bisherigen Berichterstattung werden ausgewählte Kennziffern von Destatis zur Krankenhauspflege in Allgemeinkrankenhäusern dem Bericht vorangestellt. Die Darstellungen beziehen sich auf Allgemeinkrankenhäuser, da diese mit 97 % den Großteil der anspruchsberechtigten Krankenhäuser stellen. Eine Unterscheidung der Krankenhäuser hinsichtlich der Teilnahme am Pflegesonderprogramm kann nicht erfolgen.

Die Zunahme der Anzahl der Beschäftigten im Pflegedienst mit einer Qualifikation gemäß § 1 Abs. 1 KrPflG hat sich in den Allgemeinkrankenhäusern verstetigt (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2 Entwicklung Pflegepersonal gesamt und Teilzeit-/geringfügig Beschäftigte 1994 bis 2011 gemäß § 1 Abs. 1 KrPflG



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, eigene Darstellung

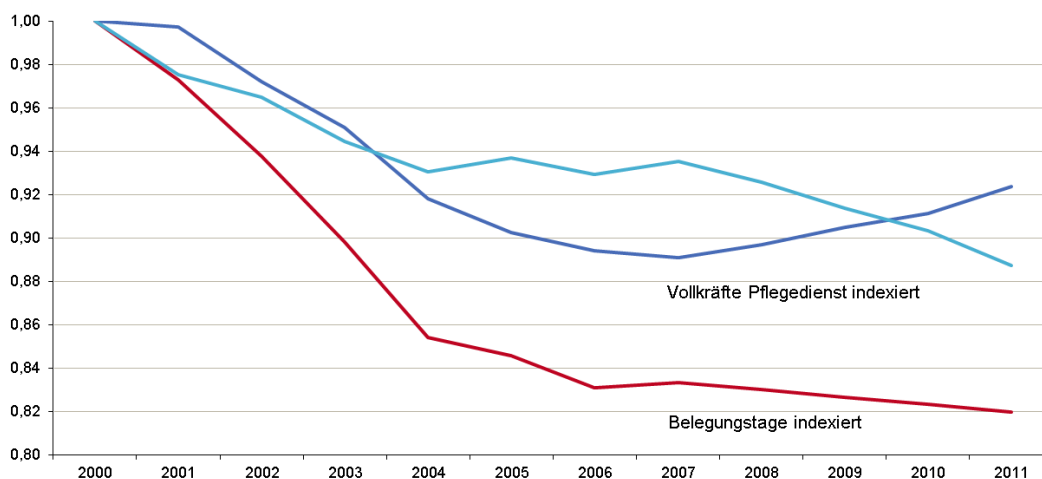
Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten und geringfügig Beschäftigten (162.450) in Relation zur Gesamtzahl des beschäftigten Pflegepersonals (341.452) ist im Jahr 2011 auf 47,6 % angestiegen. Im Jahr 1994 lag die Relation noch bei 29,4 %.



Eine besonderer Anstieg von Teilzeitstellen im Rahmen des Pflegesonderprogramms erschließt sich weder aus den Daten von Destatis noch ist dieser in relevantem Umfang in den Daten des Pflegesonderprogramms zu erkennen (vgl. Abschnitt 4.2).

Die Entwicklung der Vollkräftezahl im Pflegedienst weist seit 2008 einen kontinuierlichen Anstieg auf, während die Anzahl der Belegungstage weiterhin rückläufig ist (vgl. Abbildung 3). Anders als die steigende Belastungszahl Fälle je Vollkraft (vgl. Destatis, Fachserie 12 Reihe 6.1.1) sinkt die durch das Verhältnis von Belegungstagen zu Vollkräften ermittelte Belastungszahl. Die Belastungszahl nach Fällen lässt die Verweildauerentwicklung völlig außer Acht.

Abbildung 3 Entwicklung Vollkräfte Pflegedienst, Belegungstage und Belegungstage je Vollkraft (indexiert)

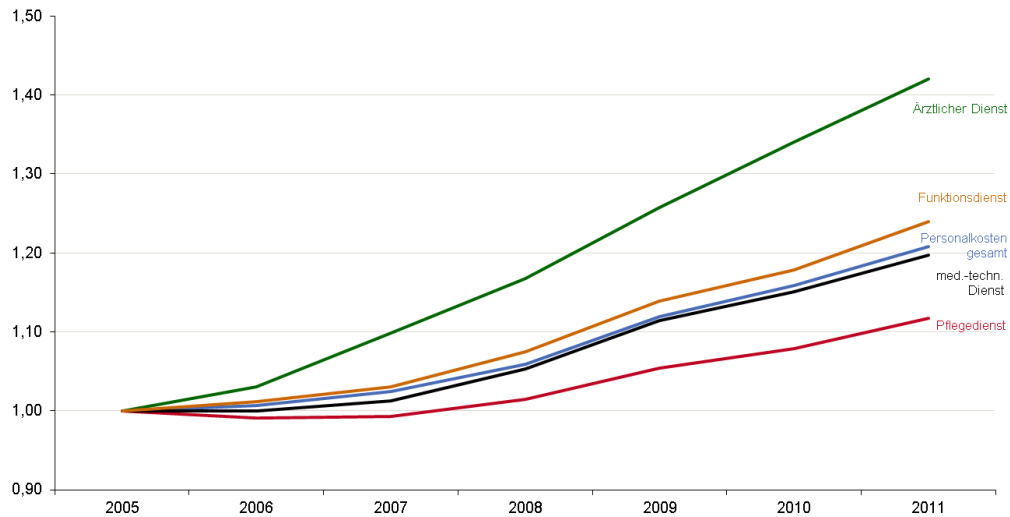


Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, eigene Berechnung und Darstellung

Die indexierte Darstellung der Personalkostenentwicklung ausgewählter Berufsgruppen zeigt seit dem Jahr 2007 auch für den Pflegedienst einen Anstieg. Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen verläuft dieser jedoch sichtbar flacher (vgl. Abbildung 4).



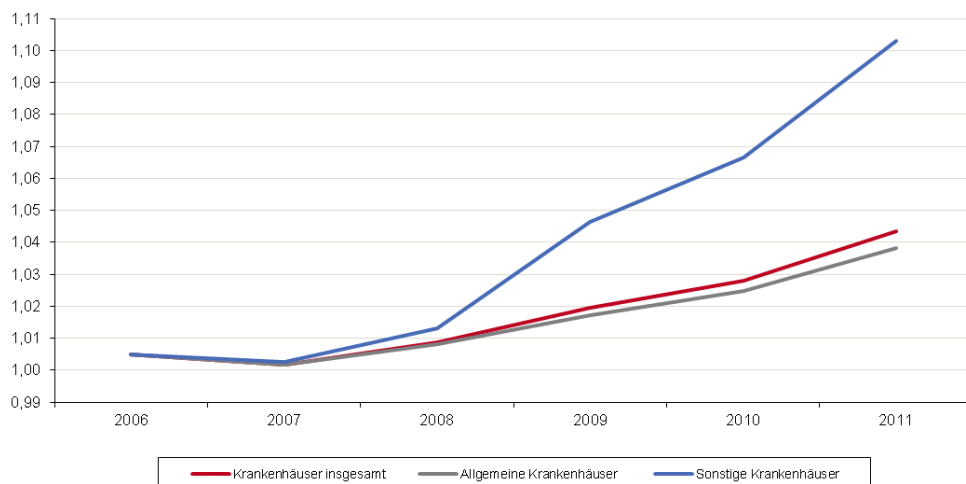
Abbildung 4 Entwicklung Personalkosten ausgewählter Berufsgruppen (indexiert)



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, eigene Darstellung

Ab dem Jahr 2008 nimmt die Zahl der Pflegevollkräfte in den Krankenhäusern wieder zu (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5 Entwicklung Pflegepersonal (Vollkräfte) 2006 bis 2011 (indexiert)



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, eigene Darstellung

Der bei den sonstigen Krankenhäusern deutlich stärker ausgeprägte Anstieg beeinflusst das Ergebnis der Krankenhäuser insgesamt aufgrund des niedrigen Anteils dieser Krankenhäuser nur geringfügig. Nur etwa 15 % der sonstigen Krankenhäuser hätten aufgrund ihres neurologischen Leistungsspektrums das Pflegesonderprogramm in Anspruch nehmen können, sodass die Ent-



wicklung bei den sonstigen Krankenhäusern vorrangig auf die Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) gemäß Neuregelung nach § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 Bundespflege-satzverordnung (BPfIV) in Verbindung mit § 6 Abs. 4 BPfIV zurückzuführen ist.

Abschließend lässt sich in Betrachtung der hier ausgewählten Kennziffern auf eine positive Entwicklung der Personalausstattung in den Krankenhäusern schließen, die mit dem Jahr 2008 einsetzte. Bei alleiniger Betrachtung der Krankenhäuser mit Pflegesonderprogramm würde sich die Entwicklung deutlich positiver darstellen. Ein Abgleich der Gesamtentwicklung (Destatis) mit der spezifischen Entwicklung in Krankenhäusern mit Pflegesonderprogramm erfolgt in Abschnitt 4.8.

3.2 Entwicklung nach Ländern

Der bundesweite Zuwachs an Pflegevollkräften, je nach gewählter Bezugsbasis 10.097 Vollkräfte (2011 im Vergleich zu 2007) oder 8.256 Vollkräfte (2011 im Vergleich zu 2008), verteilt sich höchst unterschiedlich auf die einzelnen Bundesländer. Da der Gesetzgeber als Ausgangsbasis für das Pflegesonderprogramm den Personalbestand Pflege zum 30.06.2008 gewählt hatte, diese jedoch nicht als Standarddaten von Destatis verfügbar sind, wird in Tabelle 3 als Ausgangsbasis hilfsweise jeweils der Mittelwert der Vollkräftezahl im Pflegedienst aus den Jahren 2007 und 2008 ausgewiesen und auf dieser Basis die Entwicklung der Vollkräftezahl im Pflegedienst dargestellt.



Tabelle 3 Entwicklung der Vollkräftezahl (VK) im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser nach Ländern (30.06.2008 zu 2011)

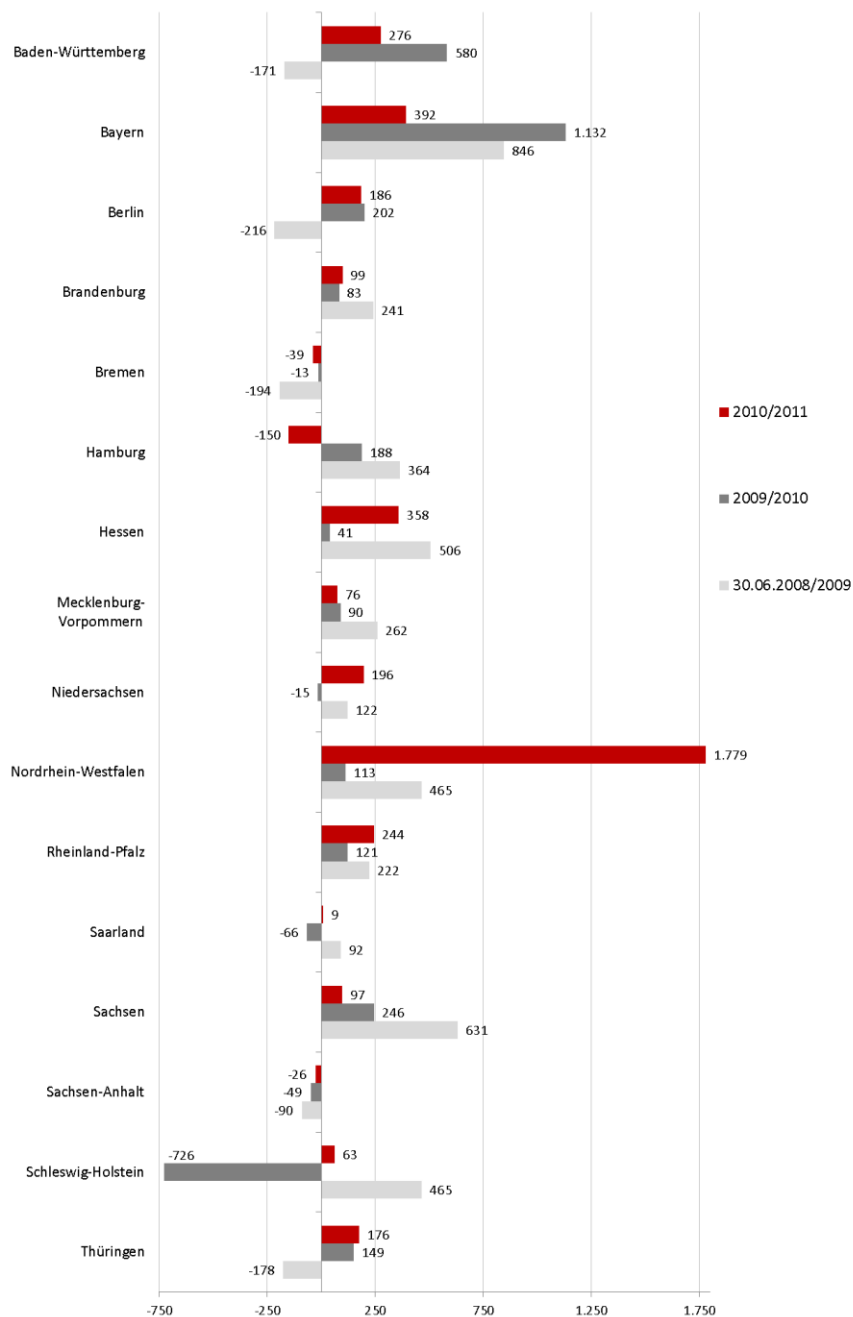
	VK Pflege am 30.06.2008	VK Pflege 2011	Saldo
Baden-Württemberg	32.950	33.635	686
Bayern	40.942	43.311	2.370
Berlin	12.025	12.197	172
Brandenburg	7.921	8.343	423
Bremen	3.627	3.381	-246
Hamburg	7.882	8.283	402
Hessen	19.119	20.023	905
Mecklenburg-Vorpommern	6.182	6.609	428
Niedersachsen	23.406	23.708	303
Nordrhein-Westfalen	62.209	64.566	2.357
Rheinland-Pfalz	13.592	14.179	587
Saarland	4.771	4.806	35
Sachsen	14.498	15.471	974
Sachsen-Anhalt	9.403	9.238	-165
Schleswig-Holstein	8.405	8.206	-199
Thüringen	8.474	8.621	148
gesamt	275.401	284.577	9.177

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Die Entwicklung im Vergleich zum 30.06.2008 verläuft in Bremen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein insgesamt negativ. Alle anderen Länder können eine positive Gesamtentwicklung verzeichnen. In den einzelnen Jahren lässt sich die Entwicklung detaillierter nachvollziehen (vgl. Abbildung 6). Allerdings ist hier anzumerken, dass die Veränderungen der Vollkräftezahl auch rein statistische Ursachen haben können, wie beispielsweise in Thüringen. Dort geht der Rückgang der Vollkräfte im Jahr 2009 in den Allgemeinkrankenhäusern im Wesentlichen auf eine veränderte Zuordnung eines Krankenhauses vom Status „Allgemeinkrankenhaus“ zum Status „sonstiges Krankenhaus“ (Psychiatrie) zurück.



Abbildung 6 Entwicklung Pflegedienst Allgemeinkrankenhäuser in Vollkräften nach Ländern
(30.06.2008 bis 2011)



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, eigene Darstellung

Nur sieben Bundesländer weisen im Vergleich zum 30.06.2008 einen jährlichen Zuwachs von Vollkräften in der Krankenhauspflege auf. Eine durchgängig rückläufige Entwicklung gab es in Bremen und Sachsen-Anhalt. Der Abgleich der Destatis-Daten mit den aus der Datenauswertung des GKV-Spitzenverbandes gewonnenen Ergebnissen der Programmteilnehmer erfolgt in Abschnitt 4.8.



4 Umsetzung des Pflegesonderprogramms

4.1 Datenmeldungen für die Jahre 2009 bis 2011

Vereinbarungsdaten

Gemäß § 4 Abs. 10 Satz 13 KHEntgG übermitteln die Krankenkassen dem GKV-Spitzenverband Informationen über die Vereinbarungen der Vertragspartner zur Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Pflegepersonal. Pro Jahr wurden für mehr als 1.600 Krankenhäuser Daten an den GKV-Spitzenverband geliefert. Die Datenmeldungen erfolgten im Monatsrhythmus und wurden für den Abschlussbericht insbesondere um Fusionen bereinigt und um Nachmeldungen für das Jahr 2011 ergänzt. Der vierte und abschließende Bericht basiert auf den bis zum 15.05.2013 eingegangenen Datenmeldungen. Später von Krankenhäusern zur Verfügung gestellte Nachweise oder Informationen konnten keine Berücksichtigung mehr finden.

Gegenüber dem dritten Bericht hat sich die Anzahl der Krankenhäuser mit einer Inanspruchnahme des Pflegesonderprogramms für das Jahr 2009 von 1.013 auf 987 Krankenhäuser verringert. Keine Veränderungen haben sich hinsichtlich der teilnehmenden Krankenhäuser für das Jahr 2010 ergeben (1.035 Krankenhäuser). Hingegen hat sich für das Jahr 2011 durch weitere 54 Meldungen die Anzahl der am Pflegesonderprogramm teilnehmenden Krankenhäuser merklich von 973 (vgl. Dritter Bericht zum Pflegesonderprogramm) auf 1.027 erhöht.

Istdaten

Im dritten Bericht zum Pflegesonderprogramm war es noch nicht möglich, Aussagen über die Istdaten des Jahres 2011 zu treffen, da zum Zeitpunkt der Berichterstattung am 30.06.2012 nur für einen geringen Anteil der Krankenhäuser Informationen vorlagen (insgesamt 14 % aller teilnehmenden Krankenhäuser). Der Bericht beschränkte sich deshalb bezüglich der Istdaten auf die für die Jahre 2009 und 2010 vorliegenden Angaben zu zusätzlich eingestellten Pflegevollkräften. Mittlerweile hat sich der Istdaten-Bestand für die Jahre 2010 und 2011 deutlich verbessert, so dass der abschließende Bericht nun Aussagen über die tatsächliche Umsetzung im gesamten Förderzeitraum treffen kann.

Für das Jahr 2009 haben 688 Krankenhäuser (70 %) mit Nutzung des Pflegesonderprogramms mindestens eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Angabe übermittelt. Mindestens eine bestätigte Angabe für das Jahr 2010 haben immerhin 787 Krankenhäuser (76 %), für das Jahr 2011 jedoch nur 684 Krankenhäuser (67 %) vorgelegt. Angaben zu aufgestockten Teilzeitstellen, die nur wenige Krankenhäuser machten, wurden bei diesen Auswertungen nicht berücksichtigt. Lediglich 14 Krankenhäuser haben für den dreijährigen Zeitraum alle gesetzlichen Nachweise in der vorgegebenen Detailtiefe erbracht.



Gegenüber den Vorberichten ist eine deutliche Verbesserung der Nachweisführung zu erkennen. Dennoch ist festzustellen, dass die Angaben der Krankenhäuser zu den Istdaten den gesetzlich definierten Erfordernissen nicht in jedem Fall entsprechen. Für Nachweise im Rahmen von Sonderprogrammen ist es deshalb erforderlich, die Anforderungen entsprechend klar und einheitlich zu fassen, sei es durch eine Vorgabe des Gesetzgebers oder durch eine Richtlinie. Zudem fehlt eine Regelung, die eine Vereinbarung für das Folgejahr an die korrekte Nachweisführung für das Vorjahr koppelt. Tabelle 4 gibt Aufschluss, wie unterschiedlich die Nachweisführung bei den einzelnen Parametern erfolgte.

Tabelle 4 Istdaten-Meldungen von Krankenhäusern mit Pflegesonderprogramm

	2009	2010	2011
Krankenhäuser mit Vereinbarung	987	1.035	1.027
Krankenhäuser mit mindestens einer Istdaten-Meldung			
– gemeldete Daten	797	879	741
– davon bestätigt vom Jahresabschlussprüfer	688	787	684
mitgeteilt wurden			
zusätzliche Vollkräfte im Förderjahr			
– gemeldete Daten	709	701	694
– davon bestätigt vom Jahresabschlussprüfer	634	595	648
jahresdurchschnittlicher Personalbestand			
– gemeldete Daten	409	773	301
– davon bestätigt vom Jahresabschlussprüfer	148	616	239
Verwendung Finanzmittel			
– gemeldete Daten	638	661	630
– davon bestätigt vom Jahresabschlussprüfer	502	524	557

Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2013

Im gesamten Berichtszeitraum wurde der gesetzlich vorgegebenen, differenzierten Nachweisführung über die Entwicklung bei Teilzeitkräften kaum entsprochen. Eine gesonderte Auswertung war daher in allen Berichten nicht sinnvoll und wird auch im Abschlussbericht nicht vorgenommen.

4.2 Inanspruchnahme bundesweit gemäß Vereinbarungen und Istdaten

Im Förderzeitraum 2009 bis 2011 nahm eine relativ konstante Zahl von Krankenhäusern zusätzliche Finanzmittel aus dem Pflegesonderprogramm in Anspruch. Bezogen auf die Zahl der jeweils anspruchsberechtigten Krankenhäuser bewegt sich der Anteil der Programmteilnehmer zwischen ca. 60 % (2009) und 65 % (2011). Ein Abgleich mit den Daten von Destatis zeigt, dass ein Teil des



geförderten zusätzlichen Pflegepersonals entweder in anderen Bereichen eingesetzt oder durch Abbau in nicht am Pflegesonderprogramm teilnehmenden Krankenhäusern kompensiert wurde (vgl. Abschnitt 4.8).

Der Überblick über die getroffenen Vereinbarungen im Programmverlauf zeigt das konstante Vereinbarungsgeschehen (vgl. Tabelle 5). Dennoch erreicht in 2011 die Zahl der zusätzlich vereinbarten Vollkräfte mit 4.806 ebenso wie der zusätzlich vereinbarte Betrag in Höhe von 164,2 Mio. Euro nicht die Werte der ersten beiden Förderjahre. Insgesamt wurden im Rahmen des Pflegesonderprogramms ca. 536 Mio. Euro für 15.343 Vollkräfte vereinbart. Im Programmzeitraum sind knapp 1,1 Mrd. Euro an die Programmteilnehmer geflossen.

Tabelle 5 Überblick zusätzliche Vollkräfte und Finanzmittel im Förderzeitraum

	Vereinbarungen			kumulierte Werte 2009 – 2011		
	2009	2010	2011	Vereinbarung	Ist bestätigt	Ist bestätigt und unbestätigt
Krankenhäuser mit Inanspruchnahme	987	1.035	1.027			
zusätzlich finanzierte Vollkräfte gegenüber dem Vorjahr	5.299	5.238	4.806	15.343	13.617	15.349
zusätzlicher Finanzbetrag in Mio. Euro	185,2	186,4	164,2	535,8	356,5	426,1
zusätzlich finanzierter Betrag im Gesamtzeitraum in Mio. Euro				1.093		

Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2013

Der abschließende Bericht verzichtet bezüglich der Istdaten auf den Ausweis der Jahresscheiben und weist kumulierte Daten gesamt (vgl. Tabelle 5) und pro Land (vgl. Abschnitt 4.3, Tabelle 6) aus. Eine Durchschnittsberechnung des Betrages je Vollkraft kann anhand der Istwerte keinesfalls erfolgen, da die Nachweise über Vollkräfte und Mittelverwendung von den einzelnen Krankenhäusern nicht kongruent vorgelegt wurden und somit sowohl in der landesbezogenen Betrachtung als auch bundesweit zu erheblichen Verzerrungen führen. Basiskorrekturen sind jeweils in dem Jahr angerechnet worden, in dem die Korrektur erfolgte.

Die durch Jahresabschlussprüfer bestätigten Angaben über tatsächlich zusätzlich eingestellte Vollkräfte bis zum Programmende 2011 (kumuliert) belegen bundesweit einen Zuwachs um 13.617 Pflegevollkräfte gegenüber dem 30.06.2008. Dies entspricht einer Umsetzungsquote gegenüber den Vereinbarungen von 89 %. Bei Berücksichtigung der unbestätigten Angaben erhöht



sich die Anzahl auf 15.349 Pflegevollkräfte (vgl. Tabelle 5). Insgesamt entsteht aufgrund der fast identischen Höhe der Ist-Vollkräftezahl inklusive unbestätigter Angaben und der vereinbarten Vollkräftezahl der Eindruck einer vollständigen Nachweisführung. Dies ist jedoch keineswegs der Fall und kann anhand der Istdaten-Meldungen (vgl. Tabelle 4) nachvollzogen werden.

Die Nachweisführung war der gesetzlichen Regelung zufolge auch differenziert nach Voll- und Teilzeitkräften vorzunehmen. Angaben zur Aufstockung von Teilzeitstellen liegen für das Jahr 2009 von 95 Krankenhäusern (297 Vollkräfte), für das Jahr 2010 von 200 Krankenhäusern (892 Vollkräfte) und für das Jahr 2011 von 217 Krankenhäusern (758 Vollkräfte) vor. Auf eine weitergehende Auswertung wird wegen der unzureichenden Datenlage verzichtet.



4.3 Inanspruchnahme nach Ländern gemäß Vereinbarungen und Istdaten

In den Bundesländern variiert die Teilnahmequote der Krankenhäuser am Pflegesonderprogramm deutlich. Während der Anteil bundesweit bei 71 % liegt, reicht die Spanne landesbezogen von 34 % bis hin zu 93 % (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6 Teilnahme der anspruchsberechtigten Krankenhäuser (KH) nach Ländern

	Anspruchsberechtigte KH im Jahr 2011	KH mit Pflegesonder- programm in mindestens einem Jahr	Anteil KH mit Nutzung Pflegesonder- programm
Baden-Württemberg	184	128	70%
Bayern	285	219	77%
Berlin/Brandenburg	97	33	34%
Bremen	12	6	50%
Hamburg	30	28	93%
Hessen	122	93	76%
Mecklenburg-Vorpommern	33	24	73%
Niedersachsen	170	128	75%
Nordrhein-Westfalen	334	250	75%
Rheinland-Pfalz	81	45	56%
Saarland	23	18	78%
Sachsen	76	57	75%
Sachsen-Anhalt	45	37	82%
Schleswig-Holstein	57	28	49%
Thüringen	43	31	72%
gesamt	1.592	1.125	71%

Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2013

In der aggregierten Betrachtung weist Tabelle 7 kumulativ sowohl die vereinbarten Daten als auch bestätigte und unbestätigte Istangaben zu zusätzlichen Vollkräften und Beträgen nach Ländern aus. Basiskorrekturen sind jeweils dem Jahr zugerechnet worden, in dem die Korrektur erfolgte. Die Vereinbarungen belaufen sich im Jahr 2011 auf 15.343 Vollkräfte und 535,8 Mio. Euro. Insgesamt geflossen sind im Programmzeitraum tatsächlich ca. 1,1 Mrd. Euro. Die bestätigten Istdaten



summieren sich auf 13.617 Vollkräfte und 356,5 Mio. Euro. Da die Krankenhäuser im Ist teilweise nur die zusätzlichen Stellen oder nur die zusätzlichen Beträge angegeben haben, können die Istwerte nicht zur Durchschnittsbildung eines Betrages pro Vollkraft verwendet werden. Bei vollständiger Nachweisführung seitens der Krankenhäuser wäre dieser Verzerrungseffekt vermeidbar gewesen.

Tabelle 7 Zusätzliche Stellen und Beträge im Pflegesonderprogramm (2011 kumuliert)

	KH mit Vereinbarung Pfleger- sonder- programm	Vereinbarung zusätzl. Betrag inkl. Basis- berichtigung Vorjahre (Mio. Euro)	Ist zusätzl. Betrag Bestätigt durch Jahres- abschluss- prüfer (Mio. Euro)	Ist zusätzl. Betrag bestätigt und unbestätigt (Mio. Euro)	Vereinbarung zusätzl. finanzierte Stellen	Ist VK bestätigt durch Jahres- abschluss- prüfer	Ist VK bestätigt und unbestätigt
Baden-Württemberg	128	64,3	63,7	67,8	1.783	2.115	2.188
Bayern	219	104,7	63,6	70,7	2.676	1.862	2.060
Berlin/Brandenburg	33	2,9	0,9	0,9	237	43	50
Bremen	6	1,8	0,3	0,4	88	6	8
Hamburg	28	14,1	7,3	16,9	313	194	488
Hessen	93	40,1	34,6	37,6	1.312	1.194	1.272
Mecklenburg-Vorpommern	24	10,3	7,5	10,0	302	324	429
Niedersachsen	128	50,7	26,9	44,8	1.708	1.608	1.904
Nordrhein-Westfalen	250	138,4	88,1	94,4	3.562	3.674	4.222
Rheinland-Pfalz	45	22,0	15,1	18,1	739	760	779
Saarland	18	13,4	9,2	9,2	428	232	235
Sachsen	57	31,1	19,5	28,9	883	797	820
Sachsen-Anhalt	37	13,7	9,5	12,4	383	264	311
Schleswig-Holstein	28	13,7	0,6	0,6	520	160	198
Thüringen	31	14,5	9,7	13,5	409	385	385
gesamt	1.125	535,8	356,5	426,1	15.343	13.617	15.349

Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2013. Geringfügige Abweichungen in der Summenzeile gehen auf Rundungsdifferenzen zurück.

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Daten soweit möglich hausbezogen plausibilisiert und bei fehlenden Istangaben ggf. durch Rückgriff auf die Vorjahreswerte ergänzt wurden. Lag im Ist beispielsweise für zusätzliche Vollkräfte eine Bestätigung vom Jahresabschlussprüfer vor, wurden



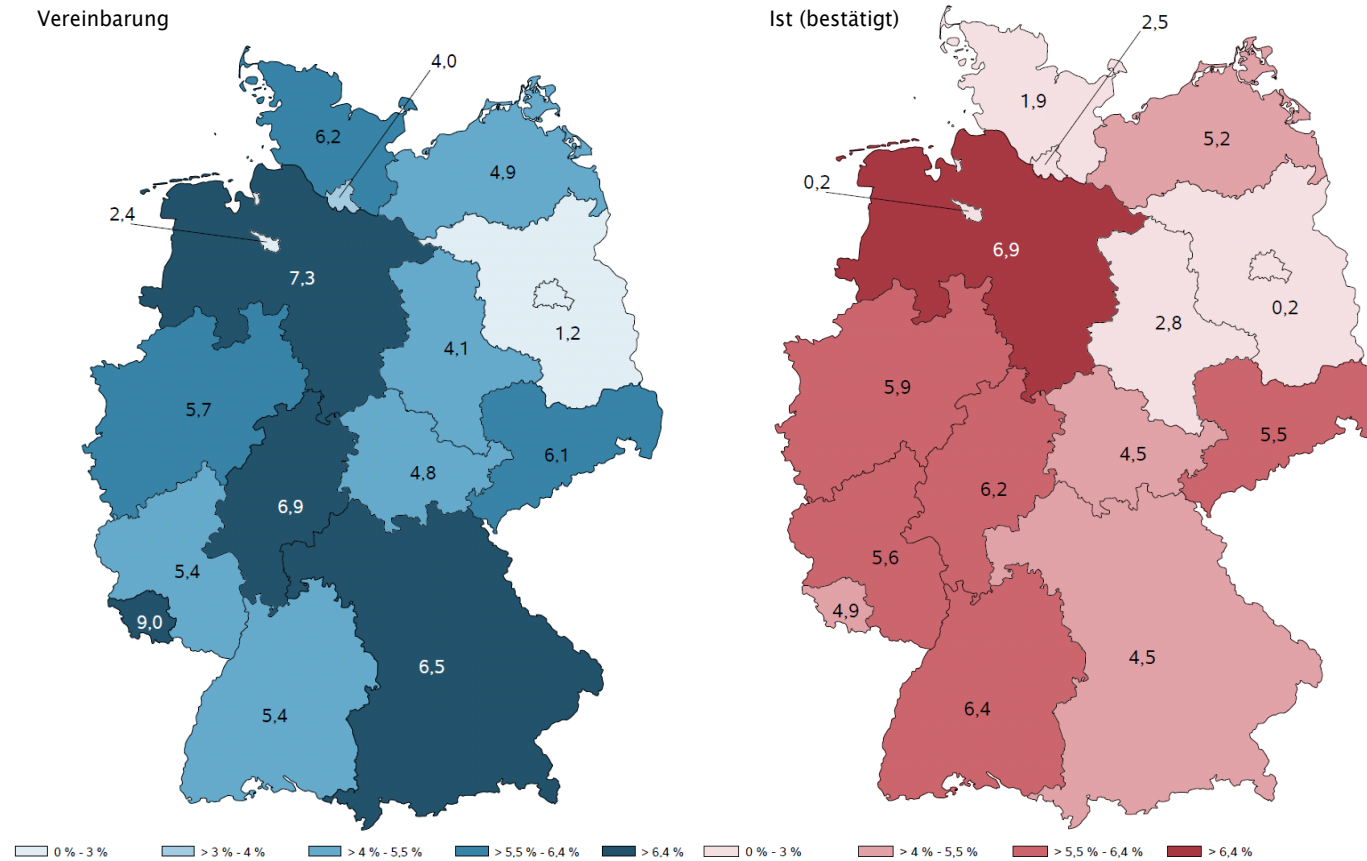
diese herangezogen. Alternativ wurde die Differenz aus dem jahresdurchschnittlichen Personalbestand 2011 und dem Ausgangspersonalbestand am 30.06.2008 verwendet.

Der größte absolute Zuwachs an Pflegevollkräften wurde in den Ländern Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, Hessen und Sachsen vereinbart. In einigen Ländern übersteigt die Zahl der Vollkräfte im Ist die Zahl der vereinbarten Vollkräfte (vgl. Tabelle 7). Bei differenzierter Betrachtung der Einzelhauswerte wird ersichtlich, dass in 450 Krankenhäusern die Anzahl der Ist-Vollkräfte um 3.900 Vollkräfte über den vereinbarten Vollkräften lag. Das heißt, die in Tabelle 7 ausgewiesenen Ist-Vollkräfte können nicht immer zweifelsfrei auf das Pflegesonderprogramm zurückgeführt werden. In diesem Zusammenhang problematisch war die Tatsache, dass die Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer oftmals nicht explizit auf das Pflegesonderprogramm zugeschnitten wurden. Ein ähnlicher Effekt tritt teilweise auch bei den Finanzierungsbeiträgen auf. Hier wird erneut deutlich, dass für eine explizite Einschätzung von Wirkungen, die durch Sonderprogramme beabsichtigt sind, auch explizite Vorgaben zur Nachweisführung erforderlich sind.

Der Zuwachs an Pflegekräften pro Bundesland kann anhand der absoluten Werte nicht ausreichend beurteilt werden. Für eine Darstellung des relativen Zuwachses wäre die Kenntnis des Ausgangspersonalbestands am 30.06.2008 in den Ländern erforderlich. Da nicht alle Krankenhäuser den Ausgangspersonalbestand nachgewiesen haben, eignen sich die Angaben aus Abschnitt 2.2 nicht für die Ermittlung der Relation. Setzt man alternativ die zusätzlich vereinbarten Vollkräfte des Jahres 2011 zum berechneten Mittelwert der Vollkräftezahl am 30.06.2008 auf Basis der Jahreswerte von Destatis ins Verhältnis, kann die relative Steigerung in den Ländern ermittelt werden (vgl. Abbildung 7, linke Grafik). Ergänzend wird der relative Zuwachs anhand der Istdaten dargestellt, für die eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorgelegt wurde (vgl. Abbildung 7, rechte Grafik). In der Gegenüberstellung der beiden Grafiken wird deutlich, in welchem Maße die vereinbarten Vollkräfte tatsächlich umgesetzt wurden.



Abbildung 7 Veränderung Vollkräfte Pflege 2011 im Vergleich zum 30.06.2008 (in Prozent)

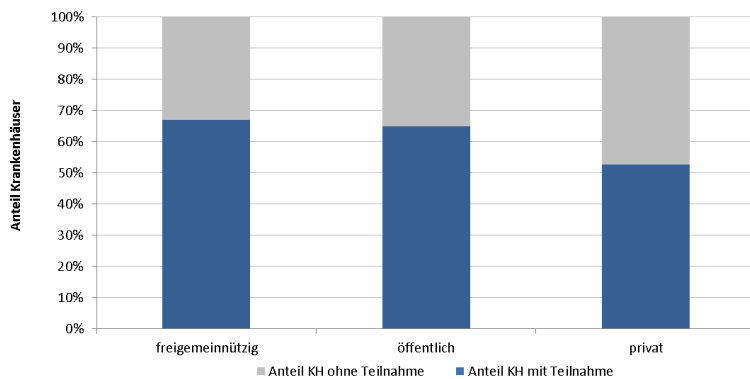


Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2013. Die Prozentwerte der Bundesländer (Vereinbarung) wurden aufsteigend in eine Reihenfolge gebracht und in fünf Gruppen zu je drei Bundesländern angeordnet (16 Bundesländer : 5 = 3,2), wobei die mittlere Gruppe aus vier Ländern besteht. In der Grafik „Ist (bestätigt)“ errechnete sich bei keinem Land ein Wert in der zweiten Gruppe (> 3 % bis 4 %).

4.4 Inanspruchnahme gemäß Vereinbarungen nach Trägern

Die Auswertungen in den früheren Berichten hatten bereits gezeigt, dass die Inanspruchnahme nach Vereinbarungen bei öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern ähnlich hoch ist. Private Kliniken hingegen wiesen eine deutlich geringere Teilnahme am Pflegesonderprogramm auf. Dieses Bild blieb im gesamten Programmzeitraum unverändert bestehen. Die 1.637 Datenmeldungen im Jahr 2011 gliedern sich auf in Meldungen von 657 freigemeinnützigen, 576 öffentlichen und 404 privaten Krankenhäusern. Bezogen auf die jeweilige Anzahl der Krankenhäuser nach Trägerart weist Abbildung 8 die Anteile der Krankenhäuser mit und ohne Teilnahme am Pflegesonderprogramm für das Jahr 2011 aus.

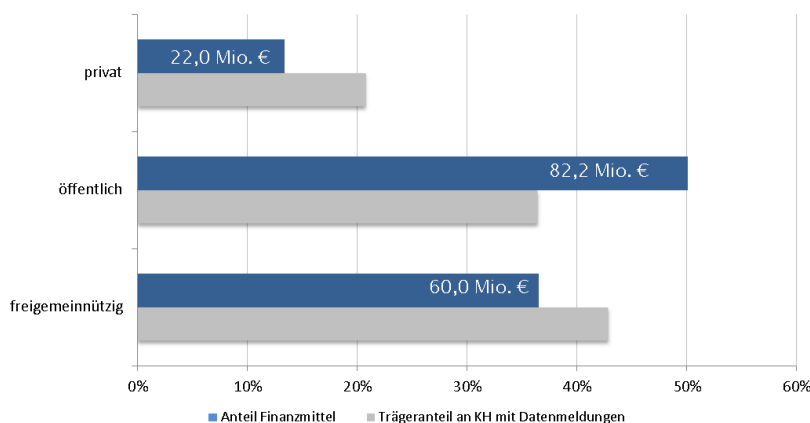
Abbildung 8 Inanspruchnahme durch Vereinbarung nach Trägern



Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2013

Im Jahr 2011 beträgt der vereinbarte Finanzierungsbetrag insgesamt 164,2 Mio. Euro. Die Summe der durch private Kliniken in Anspruch genommenen Mittel fällt mit 22 Mio. Euro deutlich niedriger aus als bei öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern (vgl. Abbildung 9).

Abbildung 9 Vereinbarung Finanzmittel nach Trägerart



Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2013



Die öffentlichen Krankenhäuser vereinbarten mit 82,2 Mio. Euro erneut den höchsten Anteil der Fördermittel, gefolgt von den freigemeinnützigen Krankenhäusern mit ca. 60 Mio. Euro.

4.5 Nutzung der vorläufigen Zuschlagserhebung

Um den Krankenhäusern einen schnellen Einstieg in das Pflegesonderprogramm zu ermöglichen, hatte der Gesetzgeber für das Jahr 2009 die Erhebung eines vorläufigen Zuschlags geregelt, d. h. eine Vereinbarung mit den Krankenkassen war für den Erlös zusätzlicher Finanzmittel zunächst nicht erforderlich (§ 4 Abs. 10 Satz 10 KHEntgG).

Die Krankenhäuser waren berechtigt, den Zuschlag einseitig festzusetzen. Die Krankenkassen waren demgemäß verpflichtet, bis zum Zustandekommen einer entsprechenden Vereinbarung den Zuschlag auf die Krankenhausabrechnungen zu bezahlen.

Die Option der vorläufigen Zuschlagserhebung wurde von 696 Krankenhäusern genutzt. Die einseitige Festsetzung des vorläufigen Zuschlags weist damit eine überaus starke Nutzung durch etwa 60 % der Krankenhäuser auf, die am Pflegesonderprogramm teilgenommen haben.

4.6 Nutzung der gesetzlichen Übertragungsoption

In den Jahren 2010 und 2011 konnten Krankenhäuser ohne eine Vereinbarung im Vorjahr einen erhöhten Prozentsatz für zusätzliche Pflegekräfte vereinbaren. Im Falle einer umfangreichen Nutzung dieser Option wäre demzufolge in den Jahren 2010/2011 eine Aufstockung der Fördermittel über den geschätzten zusätzlichen jährlichen Betrag von 220 Mio. Euro möglich gewesen. Diese Situation ist jedoch nicht eingetreten. Nur wenige Krankenhäuser nutzten die Option der erhöhten Zuschlagsvereinbarung im Folgejahr.

Im Jahr 2010 sind 96 Krankenhäuser neu in das Pflegesonderprogramm eingestiegen, 46 haben es nicht mehr genutzt. Im Jahr 2011 sind 67 Krankenhäuser neu hinzugekommen und erneut 48 Krankenhäuser ausgestiegen.

Vereinbarten im Jahr 2010 noch 67 erstmalig teilnehmende Krankenhäuser (ca. 6 % der am Programm teilnehmenden Krankenhäuser) einen höheren Zuschlag, so waren es im Jahr 2011 nur noch 19 Krankenhäuser (ca. 2 % der am Programm teilnehmenden Krankenhäuser). In der abschließenden Betrachtung der Programmbedingungen spielte die Übertragungsfunktion damit keine entscheidende Rolle.



4.7 Nutzung der Option zur Vereinbarung arbeitsorganisatorischer Maßnahmen

§ 4 Abs. 10 Satz 6 KHEntgG ermöglichte den Krankenhäusern, bis zu 5 % der zusätzlich erlösten Beträge für arbeitsorganisatorische Maßnahmen zu verwenden. Diese Möglichkeit nutzten Krankenhäuser in den Ländern Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Einen Überblick über die Anzahl der Krankenhäuser und die Beträge für arbeitsorganisatorische Maßnahmen gibt Tabelle 8.

Tabelle 8 Arbeitsorganisatorische Maßnahmen

	Vereinbarung		Ist bestätigt vom Jahresabschlussprüfer		Ist inklusive unbestätigt	
	KH	Betrag in Mio. Euro	KH	Betrag in Mio. Euro	KH	Betrag in Mio. Euro
2009	67	0,86	35	0,55	38	0,57
2010 kumuliert	120	2,4	28	1,06	43	1,42
2011 kumuliert	157	4,1	72	1,83	77	1,96

Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2013

Arbeitsorganisatorische Maßnahmen vereinbarten 157 Krankenhäuser (ca. 14 % aller Krankenhäuser mit Pflegesonderprogramm). Bezogen auf die aggregierten Vereinbarungsbeträge stieg die Vereinbarung arbeitsorganisatorischer Maßnahmen zwar im Programmverlauf von 0,47 % über 0,66 % auf 0,80 %, aber nur 72 Krankenhäuser (ca. 46 %) legten bezüglich der Umsetzung eine Bestätigung von einem Jahresabschlussprüfer vor.

Die mit der Eröffnung der Option durch den Gesetzgeber beabsichtigte Kompensation des Mangels an Pflegefachkräften auf dem Arbeitsmarkt spielte den vorliegenden Daten zufolge in der Praxis nur eine untergeordnete Rolle.

4.8 Pflegesonderprogramm und Entwicklung Pflegedienst nach Ländern

Stellt man die Daten aus dem Pflegesonderprogramm den Daten von Destatis gegenüber, so stehen ca. 13.600 durch Jahresabschlussprüfer bestätigten Vollkräften im Rahmen des Sonderprogramms nur ca. 9.200 Vollkräfte in Allgemeinkrankenhäusern gegenüber (vgl. Tabelle 9). Landesbezogen wird die Entwicklung absolut und prozentual sowie das jeweilige Delta ausgewiesen.



Tabelle 9 Veränderung der Vollkräftezahl im Pflegedienst (30.06.2008 zu 2011)

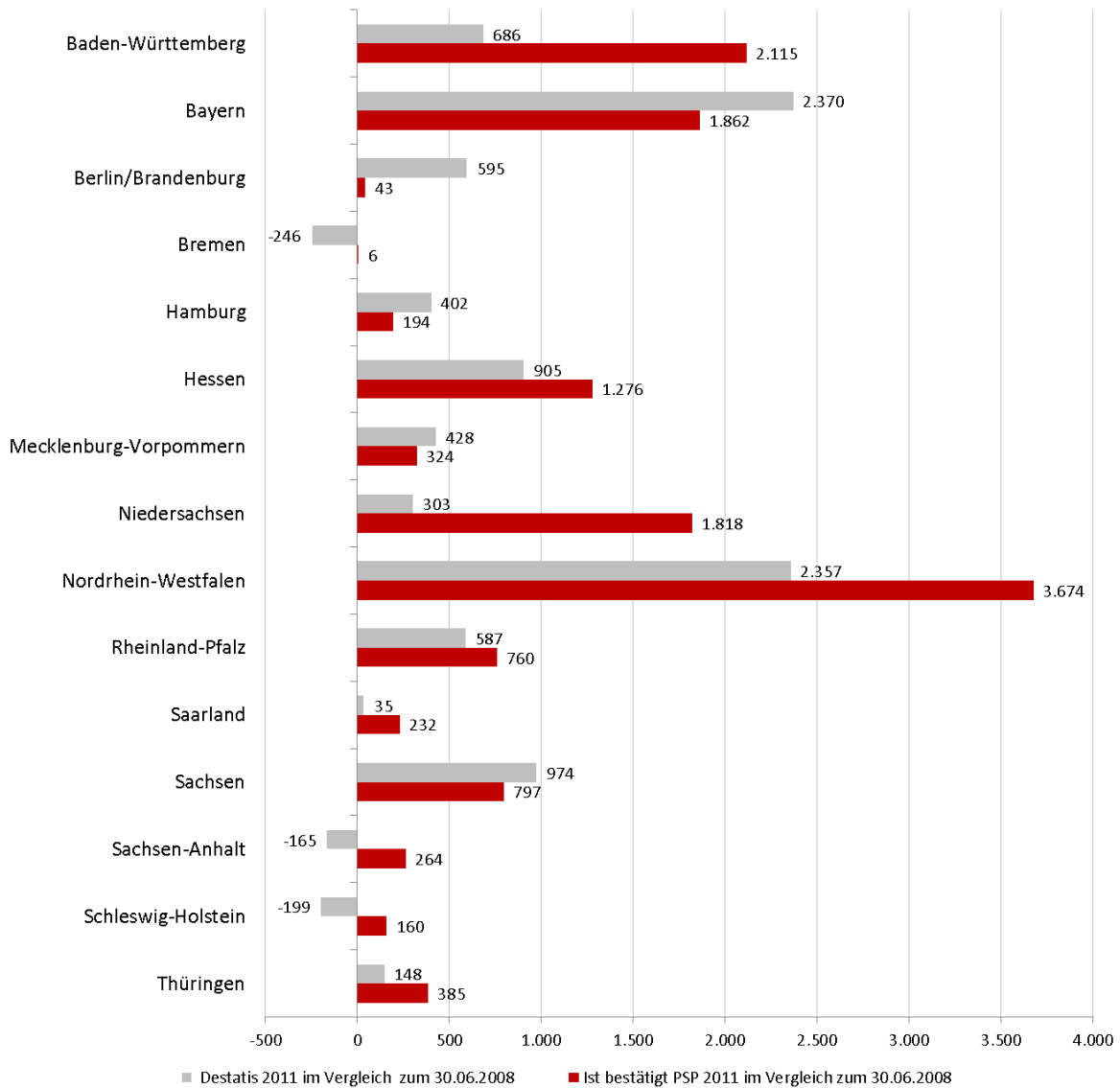
Land	Pflegesonder- programm Ist bestätigt	Destatis	Delta	Pflegesonder- programm Ist bestätigt in %	Destatis in %	Delta in %
Baden-Württemberg	2.115	686	-1.429	6,42%	2,08%	-4,34%
Bayern	1.862	2.370	508	4,55%	5,79%	1,24%
Berlin/Brandenburg	43	595	552	0,21%	2,98%	2,77%
Bremen	6	-246	-252	0,17%	-6,77%	-6,94%
Hamburg	194	402	208	2,46%	5,09%	2,64%
Hessen	1.194	905	-290	6,25%	4,73%	-1,51%
Mecklenburg-Vorpommern	324	428	104	5,24%	6,92%	1,67%
Niedersachsen	1.608	303	-1.306	6,87%	1,29%	-5,58%
Nordrhein-Westfalen	3.674	2.357	-1.317	5,91%	3,79%	-2,12%
Rheinland-Pfalz	760	587	-173	5,59%	4,32%	-1,27%
Saarland	232	35	-197	4,86%	0,73%	-4,13%
Sachsen	797	974	177	5,50%	6,71%	1,22%
Sachsen-Anhalt	264	-165	-429	2,81%	-1,75%	-4,56%
Schleswig-Holstein	160	-199	-359	1,90%	-2,36%	-4,27%
Thüringen	385	148	-238	4,54%	1,74%	-2,80%
gesamt	13.617	9.177	-4.440	4,94%	3,33%	-1,61%

Quelle: Destatis, GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2013

Der Abgleich in der grafischen Darstellung (vgl. Abbildung 10) zeigt, dass die bei Destatis ablesbare Entwicklung (grauer Balken) in vielen Bundesländern deutlich geringer ausfällt als aufgrund der mit dem Pflegesonderprogramm zusätzlich vereinbarten Vollkräfte (roter Balken) zu erwarten wäre. Wenngleich nicht alle Krankenhäuser eines Landes am Pflegesonderprogramm teilgenommen haben und somit Deckungsgleichheit nicht per se angenommen werden kann, wäre dennoch zumindest jeweils ein Zuwachs an Pflegekräften pro Land zu erwarten. Entgegen dieser Annahme treten aber vereinzelt sogar negative Entwicklungen zutage (Bremen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein).



Abbildung 10 Entwicklung Vollkräfte gemäß Pflegesonderprogramm (Ist bestätigt) und Destatis in Allgemeinkrankenhäusern 2011 im Vergleich zum 30.06.2008 nach Ländern

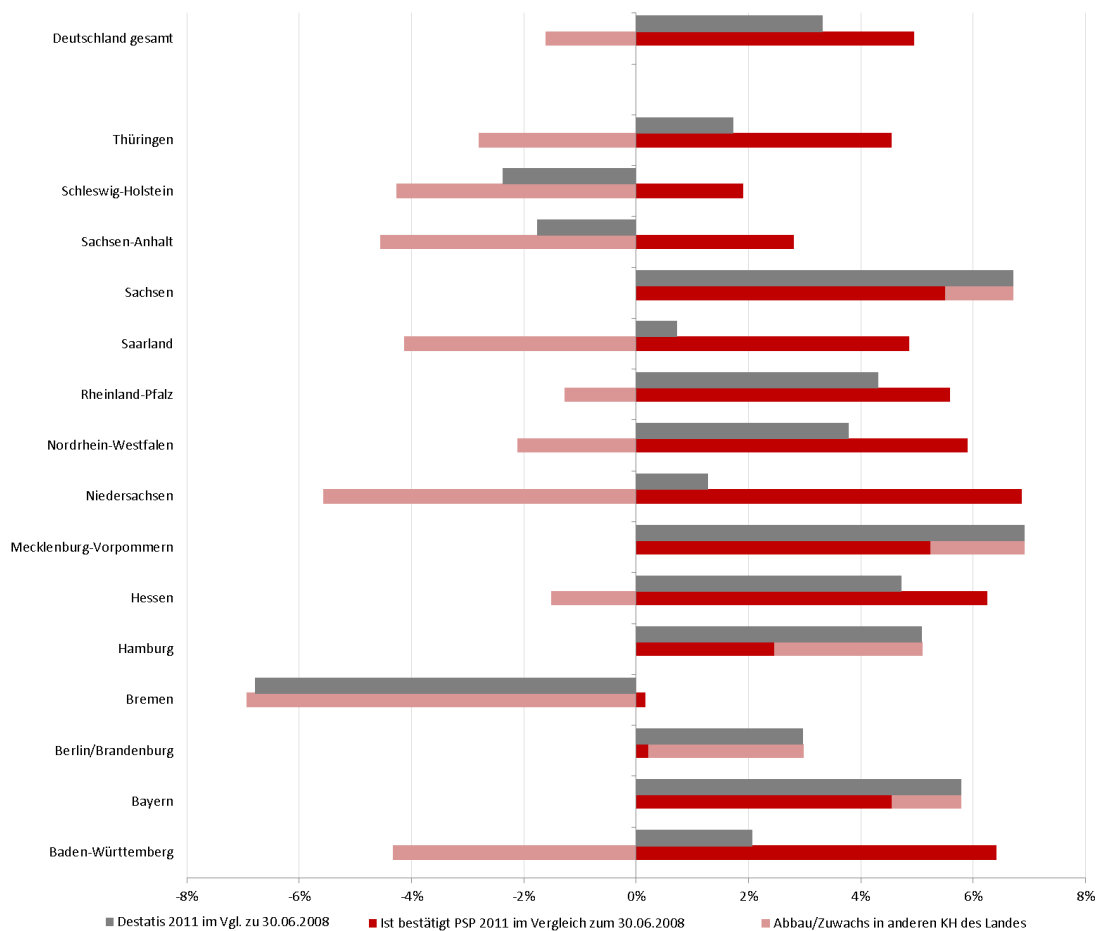


Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2013, Destatis, eigene Darstellung. Bezugsbasis Pflegesonderprogramm: 30.06.2008, Bezugsbasis Destatis: 30.06.2008 berechnet (Mittelwert 2007/2008)



In der Mehrzahl der Länder zeigen sich zum Teil beachtliche gegenläufige Entwicklungen (vgl. Abbildung 11). So wurden im Vergleich 2011 zum 30.06.2008 beispielsweise in Schleswig-Holstein 160 zusätzliche Vollkräfte (1,9 % (roter Balken)) im Rahmen des Sonderprogramms durch Jahresabschlussprüfer testiert, gleichzeitig im Land aber 359 Vollkräfte (ca. 4,3 % (hellroter Balken)) abgebaut, sodass per Saldo etwa 200 Vollkräfte (ca. 2,4 % (grauer Balken)) weniger zur Verfügung standen. Im Unterschied hierzu verlief die Entwicklung z. B. in Bayern weitaus positiver. Wurden über das Pflegesonderprogramm 1.862 zusätzliche Vollkräfte (4,55 %) nachgewiesen, so kamen darüber hinaus weitere 508 Vollkräfte (1,24 %) hinzu, sodass in Summe 2.370 zusätzliche Vollkräfte (5,79 %) beschäftigt waren.

Abbildung 11 Entwicklung Vollkräfte gemäß Pflegesonderprogramm 2011 und gemäß Destatis in Allgemeinkrankenhäusern (in Prozent)



Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2013, Destatis, eigene Darstellung

Im Ergebnis ist festzustellen, dass in den Jahren 2009 bis 2011 für ca. 13.600 Pflegevollkräfte seitens der am Programm teilnehmenden Krankenhäuser Bestätigungen von Jahresabschlussprüfern vorgelegt wurden, in der Gesamtbetrachtung laut Destatis bundesweit jedoch nur etwa 9.200 Pflegevollkräfte real mehr im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser beschäftigt wurden.



Das heißt, der dem Pflegesonderprogramm zugeschriebene Effekt von ca. 13.600 zusätzlich beschäftigten Vollkräften wird durch den Rückgang von ca. 4.400 Vollkräften an anderer Stelle relativiert (vgl. Abbildung 11).

Während der Programmlaufzeit gab es laut Destatis einen starken Personalzuwachs im Funktionsdienst der Allgemeinkrankenhäuser (z. B. OP-Schwestern). Wie bereits unter 4.2 ausgeführt, wurden die Nachweise seitens der Krankenhäuser nicht explizit auf das Pflegesonderprogramm zugeschnitten und auch nicht dahingehend detailliert ausgeführt, inwieweit zusätzliche Pflegekräfte unmittelbar in der Pflege am Patienten oder im Funktionsdienst beschäftigt wurden. Demzufolge muss von einer unterschiedlichen Handhabung der Nachweisführung in den einzelnen Krankenhäusern ausgegangen werden. Es kann zumindest nicht gänzlich ausgeschlossen werden, dass ein Teil der Zunahme der Vollkräfte im Funktionsdienst auch auf das Pflegesonderprogramm zurückgeht. In der Konsequenz ist dies ein weiterer Aspekt, der für eine an die spezielle Zielstellung eines Sonderprogramms angepasste Nachweisführung spricht.



5 Dauerhafte Zusatzfinanzierung im DRG-System

5.1 Einführung spezieller Entgelte für hochaufwendige Pflege

Um für hochaufwendige Pflege bei Patienten auf Normalstationen zu einer zielgerichteten aufwandsorientierten Vergütung zu gelangen, wurden von einer Expertengruppe des Deutschen Pflegeverbandes (DPR) drei altersabhängige Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) entwickelt. Seit dem Jahr 2010 wurden die Aufwandspunkte für die hochaufwendige Pflege von Patienten anhand der PKMS berechnet und den OPS-Kodes (OPS-Prozeduren 9-200 bis 9-202) zugeordnet.

Das InEK setzte den Auftrag der Vertragsparteien auf Bundesebene gemäß § 4 Abs. 10 Satz 14 KHEntgG fristgerecht um und entwickelte Kriterien, nach denen ab dem Jahr 2012 die zusätzlichen Finanzmittel des Pflegesonderprogramms innerhalb des DRG-Systems zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen. Von den zur Verfügung stehenden Vergütungsmöglichkeiten (Ergänzung bestehender DRG-Definitionen, neue DRGs durch Splits oder Zusatzentgelte) fiel die Wahl auf die Kalkulation von Zusatzentgelten. Dies war notwendig, da die PKMS-Fälle bei über 900 DRGs auftraten. Mehr als 30 Fälle mit hochaufwendiger Pflege kommen bei über 200 DRGs vor (vgl. Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2012). Die Erlöse je Fall beliefen sich in 2012 für das Zusatzentgelt ZE130 „Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen“ auf 1.290,93 Euro und für das Zusatzentgelt ZE131 „Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen“ auf 2.805,80 Euro.

Im Rahmen der Vorstellung des DRG-Kataloges 2012 am 19.08.2011 erläuterte das DRG-Institut die Kalkulation der Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege sowie die Vorgehensweise zur Abschätzung einer realistischen Fallzahl. Berücksichtigt wurde dabei, dass Krankenhäuser im Kalkulationsjahr die OPS-Prozeduren für hochaufwendige Pflege teilweise gar nicht oder nur über kurze Zeiträume kodiert hatten. Bezogen auf die vollstationären Fälle wurde von einem durchschnittlichen Fallanteil von 0,8 % bis 1,1 % ausgegangen, für den Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege greifen würden. Anhand der Definitionen von PKMS und entsprechenden OPS-Kodes wird deutlich, dass nur Fälle mit besonders hohem Pflegeaufwand abgebildet werden sollen, um zu einer zielgerichteten und aufwandsgerechten Vergütung zu gelangen.

Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen des Jahres 2012 belegen einen Anteil von etwa 0,8 % der Krankenhausfälle mit einem Zusatzentgelt für hochaufwendige Pflege. Inwiefern dieser prozentuale Anteil bereits als stabil gelten kann, steht noch in Frage und kann erst nach längerfristiger Erlösrelevanz der Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege beurteilt werden. Bedingt durch die späte Ersatzvornahme (vgl. Abschnitt 1.3) und die in Folge verzögerte Veröffentlichung des DRG-Kataloges 2012 kann eine zeitverzögerte Anwendung der neuen Zusatzentgelte in den Krankenhäusern nicht ausgeschlossen werden. Zumindest liegt der Wert in dem vom InEK



für das Jahr 2012 vorausgeschätzten Korridor. Der Fallanteil variiert jedoch sowohl landes- als auch krankenhausbezogen sehr stark.

5.2 Weitere Differenzierung der Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege im Jahr 2013

Für die Revision der OPS-Version 2013 hatten Fachverbände und Anwender Hinweise und Vorschläge zum PKMS an das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) übermittelt. Im Gegensatz zu den umfangreicheren Änderungen in den Vorjahren (z. B. im Jahr 2012 Aufnahme spezieller Pflegeleistungen bei Patienten mit Hemi-, Para- oder Tetraplegie) erfolgten im Wesentlichen Klarstellungen und die Vereinheitlichung von Begriffsdefinitionen.

Im Kalkulationsverfahren für das Jahr 2013 konnte das InEK auf 29.229 Fälle aus 189 Krankenhäusern zurückgreifen. Gegenüber dem Vorjahr mit 12.168 Fällen aus 178 Krankenhäusern war damit eine deutlich breitere Basis gegeben. Die Fragestellung, ob eine weitere Differenzierung der Zusatzentgelte nach Aufwandspunkten angezeigt ist, wurde positiv beantwortet. In der Folge führte dies für die Zusatzentgelte ZE130 (Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen) und ZE131 (Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen) zu einem Split für das Jahr 2013 (vgl. Tabelle 10)

Tabelle 10 Zusatzentgelte Hochaufwendige Pflege 2013

2013	Preis	Aufwandspunkte
ZE130.01	1.110,50 Euro	43 bis 129
ZE130.02	2.229,68 Euro	mehr als 129
ZE131.01	2.537,85 Euro	43 bis 129
ZE131.02	4.832,83 Euro	mehr als 129

Quelle: Fallpauschalen-Katalog 2013

5.3 Dauerhafte Zusatzfinanzierung für Krankenhauspflege ab dem Jahr 2012

Nach dem Auslaufen der pauschalen Zuschlagsfinanzierung über das Pflegesonderprogramm im Jahr 2011 wurde ab dem Jahr 2012 die dauerhafte Zusatzfinanzierung nahtlos sichergestellt. Die Überführung der finanziellen Mittel des Pflegesonderprogramms in die Regelfinanzierung erfolgte durch die anteilige Einrechnung in die Landesbasisfallwerte sowie die zeitgleiche Aufnahme der Zusatzentgelte speziell für Fälle mit hochaufwendiger Pflege in den DRG-Katalog 2012. Der in die Landesbasisfallwerte eingerechnete Finanzierungsbetrag wird unabhängig von Fällen mit erhöhtem Pflegeaufwand an alle Krankenhäuser ausgeschüttet. Zusätzliche Beträge, die über die Zusatzentgelte ZE130 und ZE131 erlöst werden, kommen ausschließlich den Krankenhäusern zugute, die tatsächlich Fälle mit besonders hohem Pflegeaufwand behandeln.



In den Landesbasisfallwertverhandlungen 2012 konnte auf Basis des in der Begründung zur DRG-EKV 2012 verankerten Grundsatzes (vgl. Abschnitt 1.3) in den Bundesländern vereinbart werden, in welchem Verhältnis sich die Beträge aus dem Pflegesonderprogramm auf Landesbasisfallwerte und Zusatzentgelte aufteilen. Die Gesamtsumme der Mittel aus dem Pflegesonderprogramm im Jahr 2011 belief sich mit dem Datenbestand per 15.05.2013 den Vereinbarungen zufolge auf ca. 536 Mio. Euro, den bestätigten Istwerten zufolge auf ca. 357 Mio. Euro.

Die Aufteilung der Finanzmittel des Pflegesonderprogramms erfolgte im bundesweiten Durchschnitt etwa im Verhältnis 40 zu 60, das heißt, durchschnittlich 40 % des Betrages flossen in die Landesbasisfallwerte und 60 % in die Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege. Dabei differierte das Aufteilungsverhältnis zwischen den einzelnen Bundesländern deutlich. Zur Höhe der Erlöse aus den Zusatzentgelten für hochaufwendige Pflege erfolgte eine gemeinsame Vorausschätzung durch die Verhandlungspartner auf Landesebene.

In fast allen Ländern wurden basiswirksame Fehlschätzungsausgleiche vereinbart, sodass Korrekturen sowohl hinsichtlich der tatsächlich für das Pflegesonderprogramm verwendeten Mittel als auch bezüglich der Summe der auf Krankenhausebene vereinbarten Zusatzentgelte ermöglicht wurden.



6 Fazit: Dauerhafte Zusatzfinanzierung, bessere Pflege ungewiss

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass das Pflegesonderprogramm durch die Krankenhäuser umfangreich genutzt wurde. Im Zeitraum 2009 bis 2011 sind kumuliert knapp 1,1 Mrd. Euro an die Programmteilnehmer geflossen (vgl. Tabelle 11). Vereinbart wurden mit den Krankenhäusern zunächst 185,2 Mio. Euro, dann zusätzliche 186,4 Mio. Euro und schließlich weitere 164,2 Mio. Euro in 2011 für insgesamt 15.343 zusätzliche Pflegevollkräfte.

Tabelle 11 Zusätzlich vereinbarte Finanzmittel im Programmzeitraum in Mio. Euro

	2009	2009 – 2010	2009 – 2011	kumuliert
2011			164,2	
2010		186,4	186,4	
2009	185,2	185,2	185,2	
gesamt	185,2	371,6	535,8	1.092,6

Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2013

Die seitens der Krankenhäuser vorgelegten Bestätigungen von Jahresabschlussprüfern belegen die zusätzliche Beschäftigung von 13.617 Vollkräften in der Krankenhauspflege, wobei zu beachten ist, dass diese nicht immer explizit auf das Pflegesonderprogramm zurückzuführen sind. Die Nachweisführung der Krankenhäuser hat sich im Programmverlauf verbessert, entsprach jedoch in aller Regel nicht den gesetzlichen Vorgaben. Die Vorlage einer Bestätigung, welche alle gesetzlich definierten Parameter umfasste, war die Ausnahme. Die Erfahrungen mit dem Pflegesonderprogramm zeigen, dass es notwendig ist, die Krankenhäuser auf eine konkrete, bundeseinheitliche Nachweisführung zu verpflichten, ggf. mit Sanktionen. Andernfalls ist die Beurteilung der konkreten Umsetzung nur eingeschränkt möglich.

Die Finanzierung von 15.343 Pflegestellen bedeutet nicht, dass sich die Anzahl der Pflegekräfte in Deutschland um diese Größenordnung erhöht hat. Ein Abgleich mit den Daten von Destatis zeigt, dass in anderen Krankenhäusern gleichzeitig ein Abbau von Pflegekräften stattgefunden hat. Während im Pflegesonderprogramm 13.617 zusätzlich beschäftigte Pflegevollkräfte bestätigt wurden, waren laut Destatis im Jahr 2011 nur ca. 9.200 Pflegevollkräfte mehr im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser beschäftigt als am 30.06.2008. Die Differenz und damit der Abbau in anderen Krankenhäusern beträgt somit ca. 4.400 Vollkräfte. Der Zuwachs von Pflegekräften an einer und die gleichzeitige Reduzierung von Pflegekräften an anderer Stelle muss grundsätzlich keine Fehlentwicklung sein. Jedoch ist fraglich, ob die gesetzliche Krankenversicherung die Umschichtung von Personal zwischen Krankenhäusern durch die Bereitstellung von zusätzlichen Mitteln finanzieren soll.



Die mit dem Pflegesonderprogramm begonnene Zusatzfinanzierung von Pflegekräften wurde im Jahr 2012 in eine dauerhafte Zusatzfinanzierung überführt. Insoweit die Mittel aus dem Pflegesonderprogramm nicht in die Vergütung von Zusatzentgelten für hochaufwendige Pflege geflossen sind, wurden diese in die Landesbasisfallwerte eingerechnet. Aufgrund dieser Aufspaltung fließt ein Teil der zusätzlichen Mittel an alle Krankenhäuser unabhängig von besonders pflegeintensiven Fällen, während der andere Teil über die Zusatzentgelte ZE130 und ZE131 an die Krankenhäuser fließt, denen durch die Behandlung von Patienten mit besonders hohem Pflegebedarf ein überdurchschnittlicher Aufwand entsteht. Durch die Einrechnung in die Landesbasisfallwerte profitieren auch die Krankenhäuser von den zusätzlichen Finanzmitteln, die nicht am Pflegesonderprogramm teilgenommen haben und ggf. sogar Pflegepersonal abgebaut haben. Die Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege sind seit dem Jahr 2012 erlösrelevant und wurden für das Jahr 2013 weiter ausdifferenziert.

Mit dem Jahr 2011 endete die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Nachweisführung. Ob und in welchem Umfang die zusätzlich eingestellten Pflegevollkräfte nach dem Jahr 2011 in den Krankenhäusern beschäftigt sind, kann nicht beurteilt werden. Hier bieten ausschließlich die Daten von Destatis und die Qualitätsberichte der Krankenhäuser eine Informationsmöglichkeit. Inwieweit eine dauerhafte Situationsverbesserung in der Krankenhauspflege eingetreten ist, ist nicht belegbar. Die zusätzlichen Mittel fließen zwar weiterhin den Krankenhäusern zu, es ist aber ungewiss, ob diese tatsächlich der Pflege zugute kommen.

Kritisch muss ebenfalls angemerkt werden, dass zusätzliche Finanzierungswege wie das Pflegesonderprogramm stets einen „Gerechtigkeitsmangel“ aufweisen. Krankenhäuser, die ihren Verpflichtungen vor Programmeinführung im notwendigen Umfang nachgekommen sind, profitieren regelhaft nicht oder nur in geringem Umfang von den Fördermaßnahmen. Zudem sind Sonderprogramme wie das Pflegesonderprogramm systemwidrig, da Personalkosten ebenso wie Sachkosten vollständig in die Kalkulation der DRGs einbezogen und durch die Krankenkassen vergütet werden. Entscheidungen über die Beschäftigung von Pflegekräften obliegen wie für alle anderen Berufsgruppen in Krankenhäusern auch in Zukunft der Krankenhausleitung. Damit liegt die Verantwortung, ob und wie ein Mangel an Pflegekräften behoben wird, in der Hand der Krankenhäuser.

Ein vergleichbares Programm ist zukünftig nicht sinnvoll, da die Gewährung zusätzlicher Mittel nicht zwangsläufig zu einer besseren Pflegequalität führt. Vielmehr ist eine Stärkung des Bewusstseins für den Zusammenhang zwischen Krankenhauspflege und Ergebnisqualität dringend erforderlich. In der externen Qualitätssicherung wird der Bereich Krankenhauspflege bislang lediglich durch den Qualitätsindikator zur Dekubitusprophylaxe abgebildet. Um Pflegequalität verstärkt messbar zu machen, sollte der Ausbau der Qualitätssicherung künftig auch weitere Aspekte der Krankenhauspflege umfassen.



Anlage 1

**Krankenhausentgeltgesetz – § 4 Abs. 10 KHEntgG gemäß GKV-Finanzierungsgesetz
vom 22.12.2010**

„1 Die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre 2009 bis 2011 zu 90 Prozent finanziell gefördert. 2 Dazu können die Vertragsparteien für diese Jahre jährlich einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,48 Prozent des Gesamtbetrags nach Abs. 3 Satz 1 vereinbaren. 3 Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Höhe von 0,96 Prozent vereinbart werden. 4 Ist bereits für ein Kalenderjahr ein Betrag vereinbart worden, wird dieser um einen für das Folgejahr neu vereinbarten Betrag kumulativ erhöht, soweit zusätzliche Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen vereinbart werden. 5 Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zusätzliches Pflegepersonal im Vergleich zum Bestand der entsprechend umgerechneten Vollkräfte am 30. Juni 2008 neu eingestellt oder aufgestockt und entsprechend der Vereinbarung beschäftigt wird. 6 Bis zu 5 Prozent des nach den Sätzen 2 bis 5 vereinbarten Betrags kann das Krankenhaus zur Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege verwenden. 7 Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 2 bis 5 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. 8 Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis der für die Neueinstellungen, Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen und Arbeitsorganisationsmaßnahmen insgesamt vereinbarten Beträge einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Abs. 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. 9 Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. 10 Um eine kurzfristige Umsetzung dieser finanziellen Förderung im Jahr 2009 sicherzustellen, kann das Krankenhaus den Zuschlag bereits vor der Vereinbarung mit den anderen Vertragsparteien vorläufig festsetzen und in Rechnung stellen; weicht die abgerechnete Summe von der späteren Vereinbarung ab, ist der Abweichungsbetrag durch eine entsprechende Korrektur des für den restlichen oder den folgenden Vereinbarungszeitraum vereinbarten Zuschlags oder bei Fehlen eines solchen Zuschlags durch Verrechnung mit dem Zuschlag nach § 5 Abs. 4 Satz 1 vollständig auszugleichen. 11 Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen, Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen oder die vereinbarte Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; für eine entsprechende Prüfung hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung am 30. Juni 2008, über die aufgrund dieser Förderung zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte, differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte, sowie über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung zum 31. Dezember des jeweiligen Förderjahres und über die zweckentsprechende



Verwendung der Mittel vorzulegen. ¹² Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet jährlich bis zum 30. Juni dem Bundesministerium für Gesundheit über die Zahl der Vollkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen, die auf Grund dieser Förderung im Vorjahr zusätzlich beschäftigt wurden. ¹³ Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einem von diesem festzulegenden Verfahren die für die Berichterstattung nach Satz 12 erforderlichen Informationen über die Vereinbarungen der Vertragsparteien zur Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Pflegepersonal zu übermitteln. ¹⁴ Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 beauftragen ihr DRG-Institut, Kriterien zu entwickeln, nach denen ab dem Jahr 2012 diese zusätzlichen Finanzmittel im Rahmen des DRG-Vergütungssystems zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen.“



Anlage 2

Krankenpflegegesetz, zuletzt geändert am 06.12.2011 (Auszug)

„§ 1 Führen der Berufsbezeichnung

(1) Wer eine der Berufsbezeichnungen

1. "Gesundheits- und Krankenpflegerin" oder "Gesundheits- und Krankenpfleger" oder
2. "Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin" oder "Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger"

führen will, bedarf der Erlaubnis. Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1, die über eine Ausbildung nach § 4 Abs. 7 verfügen, sind im Rahmen der ihnen in dieser Ausbildung vermittelten erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten berechtigt.“



Anlage 3

Referentenentwurf Verordnung zum DRG-Entgeltkatalog für das Jahr 2012, 09.11.2011 – Begründung (Auszug)

„A. Allgemeiner Teil

I. Inhalt der Verordnung

Der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 17b Absatz 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) die jährliche Weiterentwicklung und Anpassung des DRG-Vergütungssystems insbesondere an medizinische Entwicklungen, Kostenentwicklungen, Verweildauerverkürzungen und Leistungsverlagerungen. Nach den näheren Bestimmungen des § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vereinbaren sie mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG insbesondere einen Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG und einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17b Absatz 1 Satz 12 KHG einschließlich der Vergütungshöhe. Beide Katalogbestandteile werden im Folgenden zusammenfassend als DRG-Entgeltkatalog bezeichnet.

Für den Fall, dass sich die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene bei der Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems auf Teilbereiche nicht einigen können, kann das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nach Ablauf gesetzter Fristen gemäß § 17b Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 KHG durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates ausstehende Entscheidungen treffen, soweit dies erforderlich ist, um die jährliche Weiterentwicklung des Vergütungssystems fristgerecht sicherzustellen.

Da sich die Vertragsparteien in den vergangenen Wochen nicht auf den DRG-Entgeltkatalog 2012 einigen konnten, hat das BMG Bundesministeriums für Gesundheit für eine zügige und fristgerechte Umsetzung die Vertragsparteien mit Schreiben vom 26. Oktober 2011 aufgefordert, bis zum 2. November 2011 zu einer gemeinsamen Vereinbarung zu kommen. Dies ist nicht gelungen. Die ausstehende Vereinbarung bezieht sich ausschließlich auf den DRG-Entgeltkatalog 2012. Mit Schreiben vom 4. November 2011 erklärten die Selbstverwaltungspartner, dass eine Vereinbarung der Abrechnungsbestimmungen (Fallpauschalenvereinbarung 2012 ohne Anlagen) nicht streitig sei und daher nicht einer Ersatzvornahme durch Rechtsverordnung zugeführt werden müsse.

Die Dringlichkeit einer Ersatzvornahme ergibt sich aus folgenden Gründen:

Der in § 11 Absatz 2 KHEntgG normierte Prospektivitätsgrundsatz für eine Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus kann nur erfüllt werden, wenn die notwendigen Grundlagen rechtzeitig vor Beginn des Vereinbarungszeitraumes vorliegen. Zu diesen Grundlagen zählt insbesondere der Entgeltkatalog.



- Den Vertragsparteien auf Landesebene fehlt es mit dem Entgeltkatalog an einer grundlegenden Voraussetzung für eine Vereinbarung eines Landesbasisfallwerts nach § 10 KHEntgG.
- Durch die daraus resultierenden, fehlenden Leistungs- und Preisdeterminanten werden sowohl die Verhandlungen auf Ortsebene wie auch auf Landesebene in einem nicht vertretbaren Maße verzögert.

II. Kosten

Im Vergleich zu einer Vereinbarung des DRG-Entgeltkataloges 2012 durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene entstehen durch diese Verordnung für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden keine zusätzlichen Ausgaben. Der Ordnungsgeber wird nach § 17b Absatz 7 KHG lediglich im Sinne einer Schiedsstelle für die Selbstverwaltungspartner tätig, die sich zu einem Teilbereich bei der Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems nicht einig konnten.

B. Einzelbegründung

Der Entgeltkatalog wird jährlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) kalkuliert und somit unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts und veränderter Kostenstrukturen weiterentwickelt. Durch das vorhandene Vorschlagswesen sind alle an der stationären Versorgung Beteiligten in diesen Weiterentwicklungsprozess eingebunden.

zu § 1: Abrechnungsgrundlage

Am 19. August 2011 hat das InEK das Kalkulationsergebnis für den DRG-Entgeltkatalog 2012 den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene nach § 17b Absatz 2 Satz 1 KHG vorgelegt. Die gegenüber dem Fallpauschalenkatalog für das Jahr 2011 vorgenommenen Änderungen, Ergänzungen und Weiterentwicklungen wurden den Selbstverwaltungspartnern vorgestellt und inhaltlich diskutiert. Der vorgestellte DRG-Entgeltkatalog trägt auch dem gesetzlichen Auftrag nach § 4 Absatz 10 Satz 14 KHEntgG Rechnung. Danach sind die zusätzlichen Mittel des Pflegestellenförderprogramms ab dem Jahr 2012 im Rahmen des DRG-Vergütungssystems zielgerichtet den Bereichen zuzuordnen, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen. Die erforderliche zielgerichtete Zuordnung soll maßgeblich über die Zusatzentgelte 130 und 131 für hochaufwändige Pflege erfolgen. Zwischen den Selbstverwaltungspartnern bestand Konsens über die Anwendbarkeit des weiterentwickelten Entgeltkataloges und die Sachgerechtigkeit der gefundenen Lösung zur Abbildung der hochaufwändigen Pflege. Dennoch ist den Selbstverwaltungspartnern – auch nach Fristablauf – die Vereinbarung des DRG-Entgeltkataloges nicht gelungen.

Hintergrund ist eine Verknüpfung, die der GKV-Spitzenverband zwischen der Überführung der Mittel des Pflegestellenförderprogramms im Jahr 2012 von der Ebene des einzelnen Krankenhauses auf die Landesebene nach § 10 Absatz 12 KHEntgG mit der Vereinbarung des DRG-Entgeltkataloges 2012 herstellt. Der Wortlaut des § 10 Absatz 12 KHEntgG sieht nur eine Überführung der Pflegefördermittel in den Landesbasisfallwert vor. Der Wortlaut ist insofern interpret-



tationsbedürftig durch Sinn und Zweck der Vorschrift, als er nicht auch die sachlich gebotene Minderung dieser Mittel um das zusätzlich vergütete Zusatzentgeltvolumen vorgibt. Eine entsprechende Klärung durch eine Empfehlung der Selbstverwaltungspartner gemäß § 9 Absatz 1 Satz 2 KHEntgG forderte der GKV-Spitzenverband. Die DKG hat entsprechenden Klarstellungsbedarf verneint.

Zur Rechtslage beim Mittelübergang auf der Grundlage des § 10 Absatz 12 KHEntgG hat auch bereits das BMG mit Schreiben vom 4. Oktober 2011 gegenüber den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene Stellung genommen. Es hat verdeutlicht, dass nach Sinn und Zweck der Regelung, der Gesetzgeber lediglich sicherstellen wollte, dass die vereinbarten Mittel des Pflegestellenförderprogramms den Krankenhäusern im jeweiligen Land im Jahr 2012 weiterhin in voller Höhe zur Verfügung stehen. Eine Mehrung des Fördervolumens beim Mittelübergang ist von dieser Zielsetzung des Gesetzgebers nicht gedeckt. Diese würde jedoch entstehen, wenn in einem Land die Mittel des Pflegestellenförderprogramms vollständig in den Landesbasisfallwert eingerechnet würden und zusätzlich noch Zusatzentgelte berechnet würden. Das Volumen des Pflegestellenförderprogramms, das voraussichtlich über Zusatzentgelte abgerechnet wird, ist dementsprechend nicht in den Landesbasisfallwert einzurechnen.

Um für Krankenhäuser und Kostenträger zeitnah den DRG-Entgeltkatalog 2012 bereit zu stellen, wird mit dieser Verordnung der vom InEK im Auftrag der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene ermittelte DRG-Entgeltkatalog 2012 als Abrechnungsgrundlage für die Leistungen der DRG-Krankenhäuser vorgegeben.

zu § 2: Geltungsdauer

Nach § 17b Absatz 2 Satz 1 KHG vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene die jährliche Weiterentwicklung des Vergütungssystems. Unter Wahrung dieses Vereinbarungsgrundsatzes sind die Selbstverwaltungspartner nach Satz 1 jederzeit in der Lage, eine abweichende Vereinbarung zu dieser Verordnung zu treffen.

Satz 2 gibt eine Übergangsregelung für den Fall vor, dass für das Jahr 2013 ein neuer DRG-Entgeltkatalog nicht rechtzeitig vereinbart und angewendet werden kann. In einem solchen Fall sind die Entgelte des Jahres 2012 nach dieser Verordnung weiter anzuwenden.

zu § 3: Inkrafttreten

Die Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft, um den Vertragsparteien auf der Landesebene und auf der örtlichen Ebene zeitnah die Grundlage für die weiteren Verhandlungen zu geben.“

