



Spitzenverband

**Dritter Bericht des
GKV–Spitzenverbandes
zum Pflegesonderprogramm
gemäß § 4 Abs. 10 Satz 12 KHEntgG
(Förderjahre 2009 bis 2011)
Berlin, 30.06.2012**

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 zum dritten Mal den Bericht zur Umsetzung des Pflegesonderprogramms nach § 4 Abs. 10 Satz 12 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vor.

Das Ziel des Gesetzgebers, bis zur leistungsgerechten Abbildung erhöhten Pflegeaufwandes übergangsweise eine Finanzierungsmöglichkeit für zusätzliche Pflegekräfte zu schaffen, wurde erfüllt. Die pauschale Finanzierung gemäß Pflegesonderprogramm ist abgeschlossen und geht ab 2012 in die leistungsgerechte Finanzierung hochaufwendiger Pflege über. Die fortgesetzte Vergütung ist über die Landesbasisfallwerte und Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege sichergestellt.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben den Krankenhäusern in den Budgetjahren 2009 bis 2011 umfangreiche Mittel zur Verbesserung der Pflegesituation zur Verfügung gestellt. Von der Förderung des Pflegedienstes profitierten im gesamten Förderzeitraum 1.133 Krankenhäuser durch die Teilnahme am Pflegesonderprogramm in mindestens einem Jahr, d. h. mehr als zwei Drittel der in Frage kommenden Krankenhäuser. Die jährlich steigenden zusätzlichen Beträge, die zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vereinbart wurden, beliefen sich 2011 auf 515 Mio. Euro. Der tatsächlich auf Basis der Vereinbarungen 2009 bis 2011 geflossene Finanzierungsbetrag beläuft sich jedoch auf insgesamt mehr als 1 Mrd. Euro für ca. 14.400 zusätzlich vereinbarte Pflegestellen.

Das flexibel ausgestaltete Förderprogramm beinhaltete diverse Optionsmöglichkeiten für die Krankenhäuser. Die am häufigsten genutzte Option war die vorläufige Zuschlagserhebung im Jahr 2009. Mehr als die Hälfte der am Programm beteiligten Häuser machte von dieser Möglichkeit Gebrauch. Hingegen wurde die Übertragungsoption zur flexiblen Nutzung der Finanzmittel in den Jahren 2010 und 2011 in geringem Umfang genutzt. Krankenhäuser, die in 2009 oder 2010 keine Vereinbarung mit den Krankenkassen getroffen haben, hatten die Möglichkeit, im Folgejahr das Doppelte des maximalen zusätzlichen jährlichen Förderbetrages zu vereinbaren. Diese Option kam bei weniger als 100 Krankenhäusern zur Anwendung. Arbeitsorganisatorische Maßnahmen wurden zunehmend vereinbart, blieben aber dennoch hinter dem eingeräumten Rahmen von 5 % der zusätzlichen Finanzmittel deutlich zurück.

Trotz der gesetzlichen Änderung zur Nachweisführung in § 4 Abs. 10 Satz 11 KHEntgG kann die Zahl der in den Jahren 2009 bis 2011 tatsächlich neu geschaffenen Stellen nicht zuverlässig ermittelt werden, weil nicht alle Krankenhäuser der gesetzlichen Nachweispflicht im notwendigen Maße nachgekommen sind. Dem GKV-Spitzenverband liegen Informationen über Bestätigungen von Wirtschaftsprüfern für das Jahr 2009 von 62 % und für das Jahr 2010 von 59 %



der Krankenhäuser vor. Somit wurden durch die Krankenhäuser für die Jahre 2009/2010 kumuliert für ca. 8.400 der zusätzlich vereinbarten Stellen die gesetzlich definierten Nachweise geführt. Für weitere ca. 1.900 zusätzliche Vollkräfte haben die Krankenhäuser von Wirtschaftsprüfern nicht bestätigte Informationen mitgeteilt. Für das Jahr 2011 stehen bisher durch Wirtschaftsprüfer bestätigte Istdaten nur von 7 % der Krankenhäuser zur Verfügung. Die Istdaten 2011 lassen also wegen des geringen Umfangs noch keine realistische Einschätzung zu. Erneut kann damit keine abschließende Aussage zur tatsächlichen Umsetzung erfolgen. Aufgrund der immer noch eingeschränkten Verfügbarkeit bestätigter Istdaten stützt sich der hier vorliegende dritte Bericht auf die Vereinbarungsdaten der Jahre 2009 bis 2011 sowie insbesondere auf bestätigte und unbestätigte Istdaten der Jahre 2009/2010. Ein abschließender Bericht im Jahr 2013 wird Aufschluss über die gesamte dreijährige Programmdauer geben.

Insgesamt sprechen sowohl die getroffenen Vereinbarungen als auch die zum Teil von Jahresabschlussprüfern bestätigten Istdaten für einen deutlichen Zuwachs an Pflegekräften in den am Programm teilnehmenden Krankenhäusern. Inwieweit diese Aussage auch für Krankenhäuser ohne die gesetzliche Nachweisführung gelten kann, muss ebenso offenbleiben wie die Frage der dauerhaften Aufstockung des Pflegepersonals.

Weitaus sachgerechter als die Zusatzfinanzierung über das Pflegesonderprogramm ist die ab 2012 einsetzende leistungsgerechte Vergütung der hochaufwendigen Pflege über die Landesbasisfallwerte und Zusatzentgelte. Durch den Wechsel der Finanzierungsart wird es zu Umverteilungen zwischen den Krankenhäusern kommen. Die pauschale Finanzierung erfolgte in den Jahren 2009 bis 2011 unabhängig vom tatsächlichen Pflegeaufwand im einzelnen Krankenhaus, während die leistungsgerechte Finanzierung der hochaufwendigen Pflege über Zusatzentgelte voraussetzt, dass tatsächlich Fälle mit besonders hohem Pflegeaufwand behandelt werden. Seit 2012 erfolgt die erlösrelevante Anwendung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) durch die Krankenhäuser. Der gegenwärtig stattfindende Rightcoding-Prozess wird sich über 2012 hinaus fortsetzen. Eine verfrüht eingeleitete Überarbeitung von OPS und PKMS ist abzulehnen, weil sie die enge Eingrenzung auf Fälle mit hochaufwendiger Pflege ungerechtfertigt in Frage stellen würde.



Inhaltsverzeichnis

1. Gesetzliche Regelungen 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 Krankenhäuser	9
2.2 Ausgangsbestand Pflegepersonal per 30.06.2008	10
3. Entwicklung von Kennziffern der Krankenhauspflege	12
3.1 Bundesweite Entwicklung	12
3.2 Landesbezogene Entwicklung.....	14
4. Umsetzung des Pflegesonderprogramms	17
4.1 Datenmeldungen für die Jahre 2009 bis 2011	17
4.2 Inanspruchnahme gemäß Vereinbarungen bundesweit.....	19
4.3 Inanspruchnahme gemäß Vereinbarungen nach Ländern.....	22
4.4 Inanspruchnahme gemäß Vereinbarungen nach Trägern	26
4.5 Umsetzung Pflegesonderprogramm nach Istdaten.....	28
4.6 Nutzung der gesetzlichen Übertragungsoption	30
4.7 Nutzung der Option zur Vereinbarung arbeitsorganisatorischer Maßnahmen	31
4.8 Pflegesonderprogramm und Entwicklung Pflegedienst gesamt	32
5. Abbildung des Pflegeaufwandes im DRG-System mittels Pflegekomplexmaßnahmen-Scores	34
6. Fazit: Nach Übergangsfinanzierung bessere Abbildung hochaufwendiger Pflege im DRG-System	36
Anlagen	38



1. Gesetzliche Regelungen zum Pflegesonderprogramm

1.1 Einführung des Pflegesonderprogramms

Im Zusammenhang mit dem umfangreichen Stellenabbau von Pflegekräften in den Krankenhäusern 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 des 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 gesetzliche Regelungen. 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, so dass den Krankenhäusern insgesamt im Jahr 2011 bis zu 660 Mio. Euro für zusätzliches 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 % 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, so dass [...] 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 Neuregelung ist zum 01.01.2011 in Kraft getreten. Jedoch ist zu beachten, dass unabhängig vom Inkrafttreten des Gesetzes der Regelungstext eindeutig vorgibt, 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 pro Jahr nur bis zu 62 % der Krankenhäuser mindestens eine der notwendigen Informationen be-



reitgestellt haben. Hier spiegeln sich die abweichenden Interpretationen von Krankenhäusern und Krankenkassen bezüglich der Regelung zur Nachweispflicht wider.

Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes: Übergang Finanzmittel Pflegesonderprogramm in die Landesbasisfallwerte

Steigerungen der Landesbasisfallwerte sind durch die Obergrenze nach § 10 Abs. 4 KHEntgG begrenzt. Mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze (IfSG) vom 28.07.2011 erfolgte die Klarstellung, 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. Auf diese Weise sollte sichergestellt werden, dass es bei dem Wechsel von hausindividueller Zuschlagsfinanzierung zu leistungsgerechter Finanzierung für Fälle mit hochaufwendiger Pflege Krankenhaus übergreifend zu keiner Reduzierung der Mittel aus dem Pflegesonderprogramm kommt.

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

Die auf den ersten Blick praktikabel erscheinende Konstruktion des Übergangs von der pauschalen Zuschlagsfinanzierung nach § 4 Abs. 10 KHEntgG hin zur leistungsgerechten Finanzierung nach § 10 Abs. 12 KHEntgG führte in der praktischen Umsetzung 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, so dass weder im Gesetzestext noch in der Begründung notwendige Mechanismen zur Berücksichtigung der unterschiedlichen Finanzierungswege hochaufwendiger Pflege verankert wurden.

Der GKV-Spitzenverband thematisierte 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 be-



heben, hatte der GKV-Spitzenverband das BMG aufgefordert, die gesetzliche Regelung so anzupassen, dass die über die künftigen Zusatzentgelte erlösten Beträge in Verbindung mit angehobenen Landesbasisfallwerten 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 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.

In den Landesbasisfallwertverhandlungen 2012 konnte auf Basis des in der Begründung zur DRG-EKV 2012 verankerten Grundsatzes in den Bundesländern vereinbart werden, in welchem Verhältnis sich die Beträge aus dem Pflegesonderprogramm auf Landesbasisfallwerte und Zusatzentgelte aufteilen. Zur Höhe der Erlöse aus den Zusatzentgelten für hochaufwendige Pflege erfolgte eine gemeinsame Vorausschätzung durch die Verhandlungspartner auf Landesebene. In fast allen Ländern wurden Fehlschätzungsausgleiche vereinbart, so dass Korrekturen sowohl hinsichtlich der tatsächlich für das Pflegesonderprogramm verwendeten Mittel als auch bezüglich der Summe der auf Krankenhausebene vereinbarten Zusatzentgelte erfolgen können.

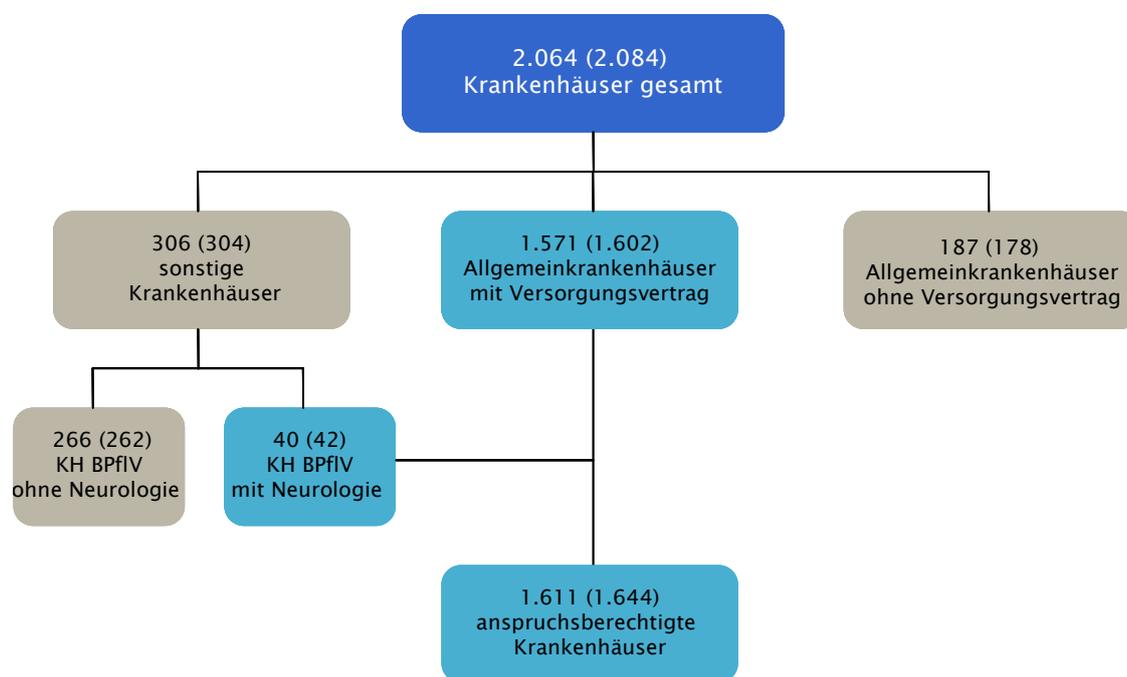


2. Ausgangssituation

2.1 Anzahl der Krankenhäuser

Die Anzahl der anspruchsberechtigten Krankenhäuser im Sinne des Pflegesonderprogramms verringerte sich leicht von 2009 zu 2010 aufgrund von Fusionen und Schließungen. Nach 1.644 Krankenhäusern im Jahr 2009 beläuft sich die Anzahl auf noch 1.611 Krankenhäuser im Jahr 2010 (vgl. Abbildung 1). Die Aufgliederung der Krankenhäuser nach Art der Einrichtung erfolgte auf Basis der durch das Statistische Bundesamt zur Verfügung gestellten Zusatzinformationen. Zu den anspruchsberechtigten Einrichtungen werden auch diejenigen sonstigen Krankenhäuser hinzugerechnet, die nicht ausschließlich über psychiatrische und psychotherapeutische, sondern zusätzlich über neurologische Betten verfügen.

Abbildung 1 Anzahl der Krankenhäuser im Sinne des Pflegesonderprogramms per 31.12.2010



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Zusatzauswertungen vom 15.04.2011/18.04.2012, eigene Darstellung (in Klammern Vorjahreswerte)

Bezogen auf die Bundesländer stellt sich die Anzahl der anspruchsberechtigten Krankenhäuser wie folgt dar (vgl. Tabelle 1):



Tabelle 1 Krankenhäuser im Sinne des Pflegesonderprogramms nach Bundesländern, Stand 31.12.2010

	Allgemein-KH Plankranken- häuser	Universitäts- und Hochschul- kliniken	Allgemein-KH mit Versorgungs- vertrag	sonstige KH mit ausschließlich psychiatr., psycho- therapeut. u. neurolog. Betten	Summe KH
Baden-Württemberg	168	4	13	4	189
Bayern	254	5	22	6	287
Berlin	39	1	3	2	45
Brandenburg	45	-	2	4	51
Bremen	12	-	-	-	12
Hamburg	27	2	1	-	30
Hessen	112	3	12	1	128
Mecklenburg-Vorpommern	30	2	1	-	33
Niedersachsen	169	2	-	-	171
Nordrhein-Westfalen	317	6	7	7	337
Rheinland-Pfalz	72	1	9	3	85
Saarland	23	1	-	-	24
Sachsen	67	2	2	5	76
Sachsen-Anhalt	39	2	1	4	46
Schleswig-Holstein	48	2	6	1	57
Thüringen	33	1	3	3	40
Deutschland	1.455	34	82	40	1.611

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Zusatzauswertung vom 18.04.2012

Da für das Jahr 2011 noch keine amtliche Statistik verfügbar ist, wird somit für den dritten Bericht ab 2010 von 1.611 Krankenhäusern ausgegangen, die zusätzliche Finanzmittel für Pflegepersonalkosten nach § 4 Abs. 10 KHEntgG vereinbaren konnten.

2.2 Ausgangsbestand Pflegepersonal per 30.06.2008

Nach geltender gesetzlicher Regelung hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers „über die Stellenbesetzung am 30.06.2008“ vorzulegen. Zum Ausgangsbestand des Pflegepersonals liegen dem GKV-Spitzenverband von 532 der 1.133 teilnehmenden Krankenhäuser Angaben vor, die von Jahresabschlussprüfern bestätigt wurden. Im Vergleich zu den ersten beiden Berichten über das Pflegesonderprogramm ist dies zwar eine deutliche Zunahme der Mitteilungen, gleichwohl hat damit nicht einmal jedes zweite Krankenhaus einen gesetzeskonformen Nachweis zum Ausgangspersonalbestand geführt. Sofern auch die noch nicht von Jahresabschlussprüfern bestätigten Informationen berücksichtigt werden, erhöht sich der Anteil der Krankenhäuser mit einer Angabe zum Ausgangspersonalbestand auf etwa 82 %.



Die Krankenkassen haben in den Budgetverhandlungen mit den Krankenhäusern wiederholt die gesetzlich vorgeschriebene Nachweisführung zum Ausgangspersonalbestand eingefordert – mit unterschiedlichem Erfolg, wie die vorliegenden Daten belegen. Tabelle 2 zeigt, wie der Nachweispflicht in den einzelnen Ländern nachgekommen wurde. Beispielsweise wurden von Krankenhäusern in Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen die gesetzlich geforderten Nachweise zum Ausgangspersonalbestand deutlich häufiger vorgelegt als in den übrigen Ländern.

Tabelle 2 Ausgangspersonalbestand am 30.06.2008 nach Ländern

	KH mit PSP- Teilnahme in mindestens einem Jahr	Angabe mit einer Bestätigung			Angabe gesamt (inkl. unbestätigt)		
		KH	in %	VK Pflege	KH	in %	VK Pflege
Baden-Württemberg	134	80	60%	17.250	127	95%	27.049
Bayern	223	138	62%	25.965	191	86%	34.389
Berlin/Brandenburg	28	3	11%	679	3	11%	679
Bremen	6	0	0%	0	5	83%	778
Hamburg	28	2	7%	602	17	61%	2.676
Hessen	93	30	32%	5.271	50	54%	9.017
Mecklenburg- Vorpommern	23	11	48%	1.990	21	91%	3.695
Niedersachsen	129	72	56%	12.383	103	80%	17.009
Nordrhein-Westfalen	253	83	33%	13.828	229	91%	44.169
Rheinland-Pfalz	43	10	23%	2.321	30	70%	5.849
Saarland	19	11	58%	2.386	17	89%	3.795
Sachsen	58	45	78%	10.462	57	98%	12.372
Sachsen-Anhalt	37	26	70%	5.706	35	95%	7.657
Schleswig-Holstein	28	3	11%	277	12	43%	1.478
Thüringen	31	18	58%	4.051	30	97%	6.565
gesamt	1.133	532	47%	103.169	927	82%	177.178

Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2012

So hoch die Bereitschaft der Krankenhäuser ausgeprägt ist, zusätzliche Finanzmittel der Krankenkassen in Anspruch zu nehmen, so gering ist auf der anderen Seite teilweise die Bereitschaft, die gesetzlich definierten Nachweise zu liefern, die die Ausgangsbasis und die entsprechende Erhöhung der Stellen belegen. Der Anteil der Krankenhäuser, für die entweder keine Angaben oder lediglich nicht testierte Angaben zum Ausgangspersonalbestand vorliegen, beträgt 53 %.



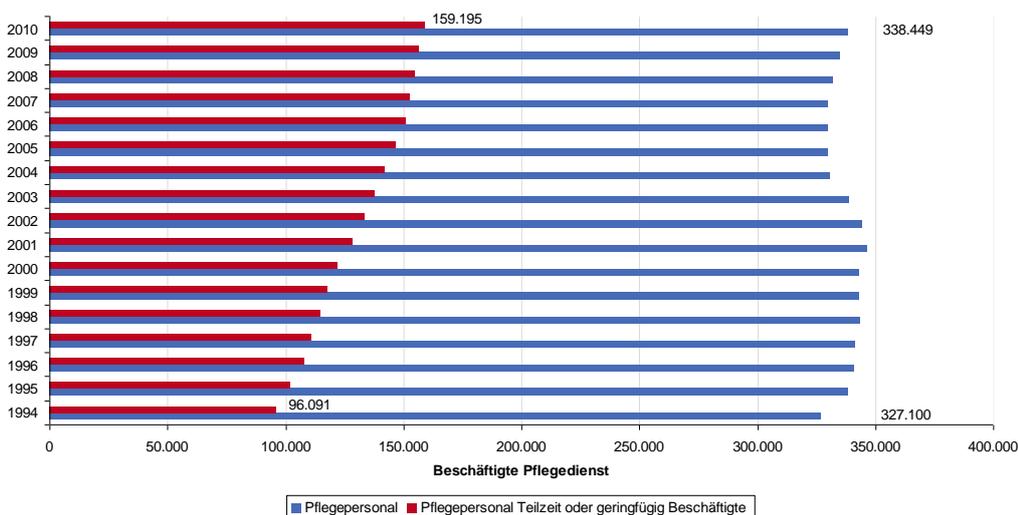
3. Entwicklung von Kennziffern der Krankenhauspflege

3.1 Bundesweite Entwicklung

In Analogie zu den ersten beiden Berichten über das Pflegesonderprogramm werden nachfolgend hilfsweise einige Kennziffern der Krankenhauspflege im zeitlichen Verlauf abgebildet. Dargestellt werden diese unverändert für die Allgemeinkrankenhäuser, da diese etwa 97 % der Krankenhäuser mit einem Anspruch auf Förderung nach dem Pflegesonderprogramm stellen und eine separate Darstellung der Entwicklungstrends ausschließlich in Krankenhäusern mit Nutzung des Pflegesonderprogramms nicht möglich ist.

Etwa ab 2006/2007 hat der Bestand an Pflegepersonal mit einer Qualifikation gemäß § 1 Abs. 1 KrPflG in den Allgemeinkrankenhäusern zunächst langsam, mittlerweile jedoch deutlich sichtbar zugenommen (vgl. Abbildung 2). Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten und geringfügig Beschäftigten in Relation zur Gesamtzahl des Pflegepersonals liegt dabei mittlerweile bei 47 % und ist im Verlauf von 15 Jahren um etwa 60 % angestiegen.

Abbildung 2 Entwicklung Pflegepersonal gesamt und Teilzeit-/geringfügig Beschäftigte 1994 bis 2010 gemäß § 1 Abs. 1 KrPflG

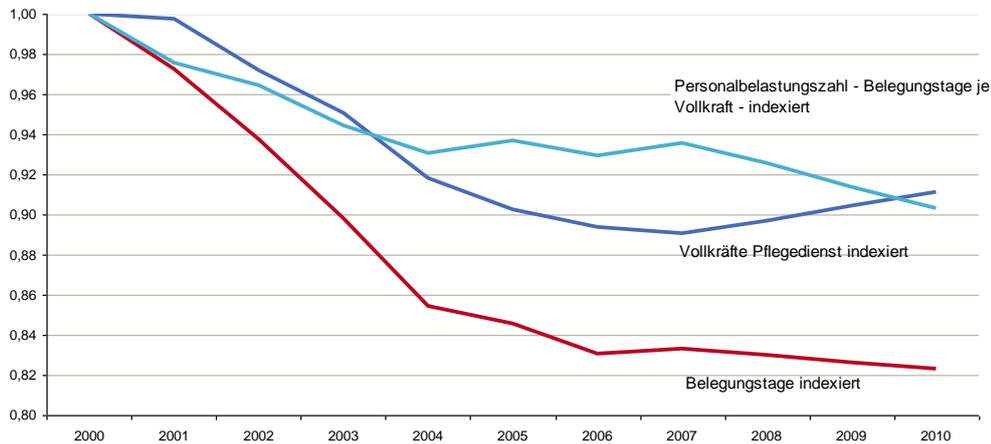


Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, eigene Darstellung

Auch die zuvor abnehmende Vollkräftezahl in der Krankenhauspflege stabilisierte sich ab 2007 und steigt seit 2008 wieder an (vgl. Abbildung 3), während von 2000 bis 2010 eine kontinuierliche Abnahme der Belegungstage zu verzeichnen war. Dieser bereits vor Einführung des DRG-Systems erkennbare Trend hat sich in den letzten Jahren verlangsamt.



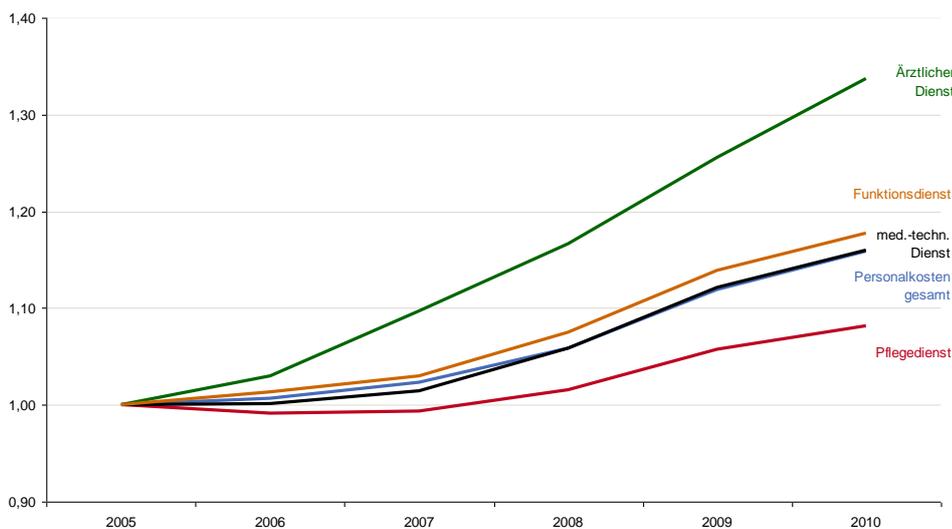
Abbildung 3 Entwicklung Vollkräfte Pflegedienst, Belegungstage und Belegungstage je Vollkräfte (indexiert)



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, eigene Berechnung und Darstellung

In Bezug auf die Personalbelastungszahl ist Folgendes festzustellen: Im Unterschied zur steigenden Anzahl der Fälle pro Vollkraft sinkt die Anzahl der Belegungstage pro Vollkraft seit 2007 (vgl. Abbildung 3). Die Personalkosten für Pflegepersonal weisen seit dem Jahr 2007 einen steigenden Verlauf auf, ähnlich der Entwicklung in anderen nichtärztlichen Berufsgruppen (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4 Entwicklung Personalkosten ausgewählter Berufsgruppen (indexiert)

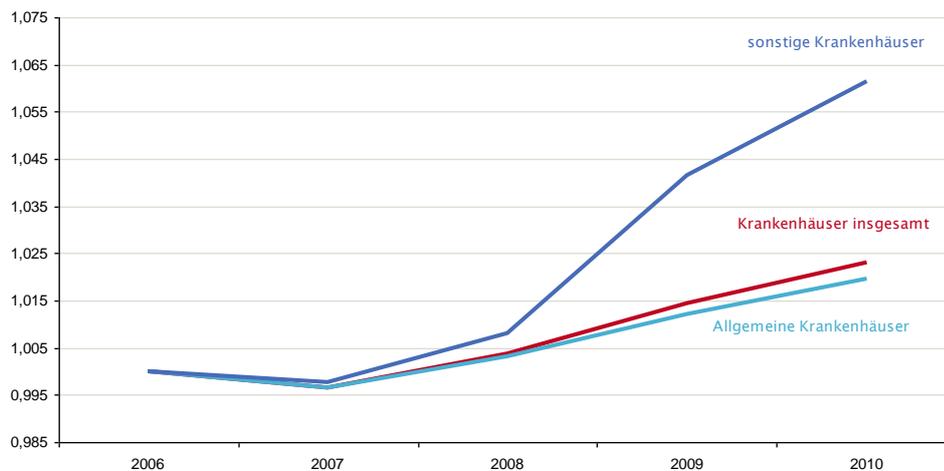


Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, eigene Darstellung



Das Statistische Bundesamt weist den Pflegepersonalbestand in den Krankenhäusern jeweils zum Jahresende nach (vgl. Abbildung 5). Der ab dem Jahr 2008 sichtbare Anstieg der Pflegevollkräftezahl ist in den sonstigen Krankenhäusern stärker ausgeprägt.

Abbildung 5 Entwicklung Pflegepersonal (Vollkräfte) 2006 bis 2010 (indexiert)



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, eigene Darstellung

Nur etwa 15 % der sonstigen Krankenhäuser hätten aufgrund ihres neurologischen Leistungsspektrums das Pflegesonderprogramm in Anspruch nehmen können, so dass die Entwicklung bei den sonstigen Krankenhäusern vorrangig auf die Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) gemäß Neuregelung nach § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) i. V. m. § 6 Abs. 4 BPfIV zurückzuführen ist.

Zusammengefasst zeichnen die dargestellten Kennziffern insgesamt eine positive Entwicklung der Personalausstattung in der Krankenhauspflege.

3.2 Landesbezogene Entwicklung

In den Bundesländern zeigt sich hinsichtlich der Entwicklung der Vollkräftezahl im Pflegedienst eine heterogene Situation (vgl. Tabelle 3).¹

¹ Die Angaben für das Jahr 2007 wurden ergänzend einbezogen, da die Ausgangsbasis für das Pflegesonderprogramm zum 30.06.2008 in der amtlichen Statistik nicht explizit abgebildet wird.



Tabelle 3 Vollkräfte Pflegedienst Allgemeinkrankenhäuser nach Ländern
2007 bis 2010²

	2007	2008	2009	2010
Baden-Württemberg	32.916	32.983	32.779	33.359
Bayern	40.850	41.033	41.787	42.919
Berlin	12.031	12.019	11.809	12.011
Brandenburg	7.799	8.042	8.161	8.244
Bremen	3.684	3.569	3.433	3.420
Hamburg	7.767	7.996	8.245	8.433
Hessen	19.232	19.005	19.624	19.665
Mecklenburg-Vorpommern	6.046	6.317	6.443	6.533
Niedersachsen	23.444	23.367	23.527	23.512
Nordrhein-Westfalen	62.117	62.301	62.674	62.787
Rheinland-Pfalz	13.486	13.698	13.814	13.935
Saarland	4.801	4.741	4.863	4.797
Sachsen	14.442	14.553	15.128	15.374
Sachsen-Anhalt	9.426	9.380	9.313	9.264
Schleswig-Holstein	7.995	8.814	8.869	8.143
Thüringen	8.444	8.503	8.296	8.445
gesamt	274.480	276.321	278.765	280.841

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Während in einigen Ländern im Vergleich von 2007 zu 2010 in der Summe eine deutliche Zunahme erkennbar ist (Bayern + 2.069 VK, Sachsen + 932 VK, Nordrhein-Westfalen + 670 VK, Hamburg + 666 VK), bewegt sich der Anstieg in anderen Ländern (Baden-Württemberg, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz) um etwa + 400 bis + 500 VK. Eine geringe Zunahme ist in Schleswig-Holstein (+ 148 VK) und Niedersachsen (+ 68 VK) zu verzeichnen. In Thüringen und Berlin sowie im Saarland ist kaum eine Veränderung feststellbar, während in Bremen und Sachsen-Anhalt die Vollkräftezahl sinkt. Bezogen auf die Vollkräftezahl in der Krankenhauspflege 2007 sind prozentual die stärksten Anstiege in Hamburg (8,57 %), Mecklenburg-Vorpommern

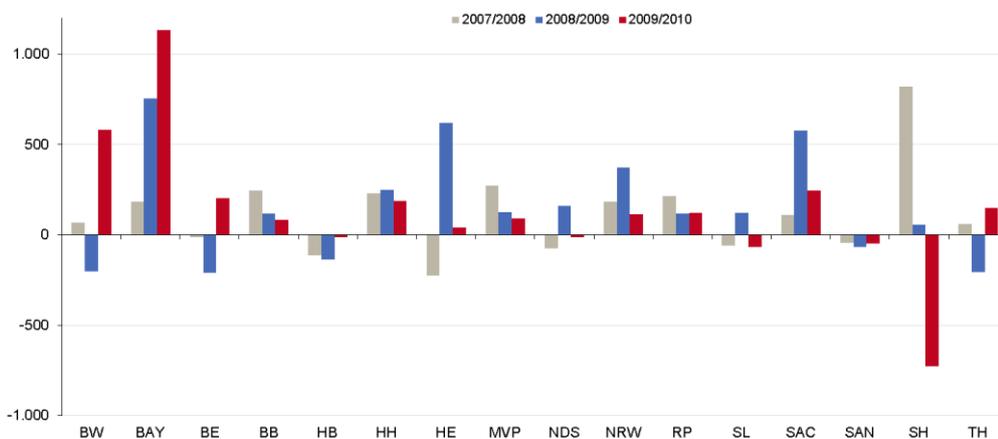
² Anmerkung: In Thüringen wurde in 2009 ein Krankenhaus in der Statistik nicht als Allgemeinkrankenhaus, sondern als sonstiges Krankenhaus erfasst, was zu einer Absenkung der Vollkräftezahl führte.



(8,05 %), Sachsen (6,45 %), Brandenburg (5,71 %) und Bayern (5,06 %) zu verzeichnen.

Die Entwicklung kann anhand der jährlichen Zuwächse oder Absenkungen weit-
aus detaillierter nachvollzogen werden (vgl. Abbildung 6). Nur in sieben von
16 Bundesländern lässt sich im Vergleich zu 2007 ein jährlicher kontinuierlicher
Zuwachs von Vollkräften in der Krankenhauspflege feststellen.

Abbildung 6 Veränderung Pflegedienst Allgemeinkrankenhäuser 2007 bis
2010 (in Vollkräften)



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, eigene Darstellung

Wie Abbildung 6 zeigt, sind trotz zusätzlicher Mittel aus dem Pflegesonderprogramm in einigen Ländern in den Förderjahren 2009 und 2010 rückläufige Entwicklungen der Vollkräfteanzahl im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser festzustellen.



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. Aufgrund von Korrektur- und Nachmeldungen sowie der Berücksichtigung von Krankenhausfusionen basieren die Auswertungen für 2009/2010 auf einem gegenüber den ersten beiden Berichten zum Pflegesonderprogramm aktualisierten Datenbestand. Der dritte Bericht umfasst bis zum 15.05.2012 an den GKV-Spitzenverband übermittelte Meldungen der Krankenkassen (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4 Datenmeldungen zu Vereinbarungsdaten 2009 bis 2011

	2009	2010	2011
Krankenhäuser mit Datenmeldung	1.629	1.647	1.609
Krankenhäuser mit Inanspruchnahme des Pflegesonderprogramms	1.013	1.035	973

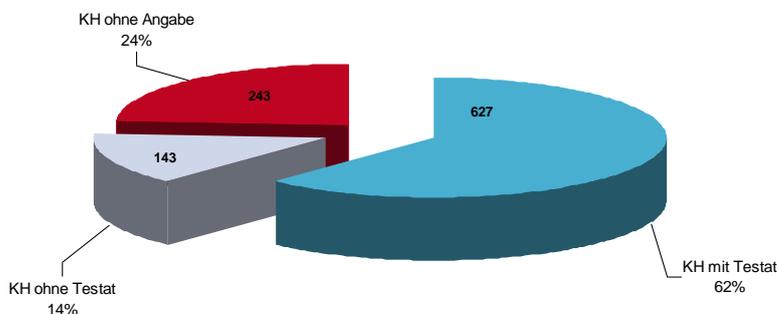
Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2012

Istdaten

Die Anzahl der Istdaten-Meldungen weist über die Jahre erwartungsgemäß Unterschiede auf (vgl. Abbildungen 7 bis 9). Die nachfolgenden Abbildungen stellen dar, von wie vielen Krankenhäusern mit einer Vereinbarung zum Pflegesonderprogramm mindestens ein bestätigter Istwert, ein unbestätigter Istwert oder kein Istwert bekannt ist.



Abbildung 7 Istdaten-Meldungen von Krankenhäusern mit Pflegesonderprogramm für das Jahr 2009

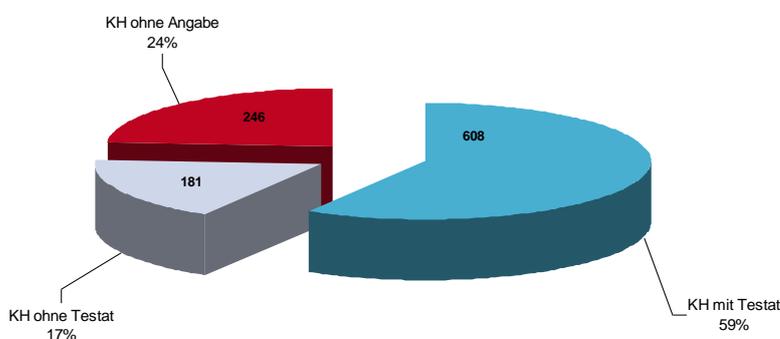


Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2012

Von 62 % der am Programm teilnehmenden Krankenhäuser liegt für das Jahr 2009 mindestens ein vom Jahresabschlussprüfer bestätigter Wert vor. Von den weiteren Krankenhäusern haben 14 % mindestens einen noch unbestätigten Istwert übermittelt. Kein einziger Istwert ist bei 24 % der teilnehmenden Krankenhäuser verfügbar.

Im Jahr 2010 ist der Meldestand bestätigter Daten etwas geringer (vgl. Abbildung 8). Von 59 % der Krankenhäuser liegt dem GKV-Spitzenverband mindestens ein bestätigter Istwert vor. Der Anteil von Krankenhäusern mit unbestätigten Angaben zu Istwerten beträgt 17 %. Konstant liegt der Anteil der Krankenhäuser ohne Istwerte auch in 2010 bei 24 %.

Abbildung 8 Istdaten-Meldungen von Krankenhäusern mit Pflegesonderprogramm für das Jahr 2010

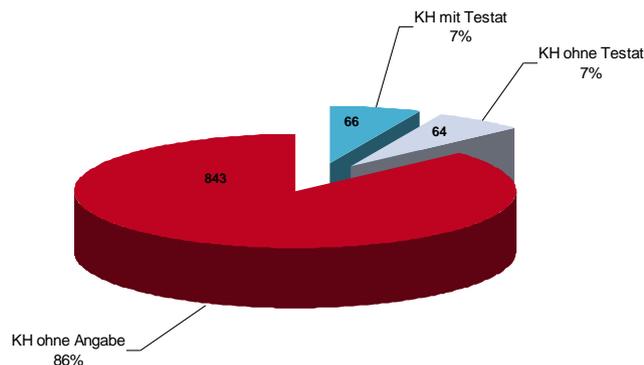


Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2012



Im Jahr 2011 ist der Anteil der Krankenhäuser ohne vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Istdaten und ohne Istdaten am höchsten (vgl. Abbildung 9).

Abbildung 9 Istdaten-Meldungen von Krankenhäusern mit Pflegesonderprogramm für das Jahr 2011



Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2012

Lediglich von 7 % der am Programm teilnehmenden Krankenhäuser liegt bislang eine bestätigte Istdaten-Meldung vor, weitere 7 % haben unbestätigte Istwerte mitgeteilt. Somit kann mit dem Meldestand zum 15.05.2012 für über 86 % der Krankenhäuser keine auf das Jahr 2011 bezogene Aussage zur Umsetzung der vereinbarten Neueinstellungen oder Aufstockungen getroffen werden.

4.2 Inanspruchnahme gemäß Vereinbarungen bundesweit

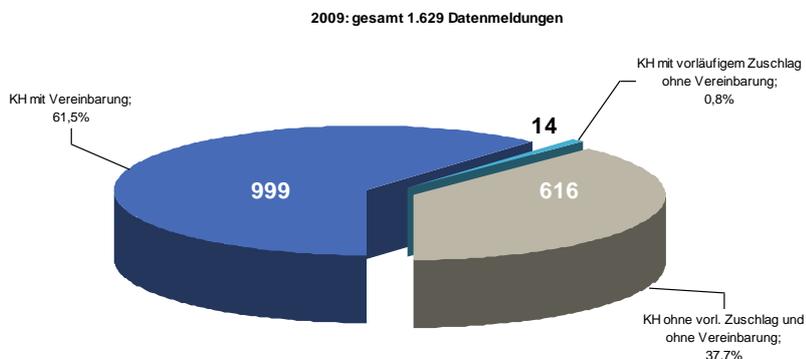
Der Datenbestand per 15.05.2012 umfasst für den Gesamtzeitraum Informationen zu insgesamt 1.647 Krankenhäusern. Das Pflegesonderprogramm wurde in den Jahren 2009 von 1.013 Krankenhäusern, im Jahr 2010 von 1.035 Krankenhäusern und im Jahr 2011 von 973 Krankenhäusern in Anspruch genommen.

Die im Jahr 2009 mögliche vorläufige Zuschlagsfestsetzung wurde von 578 Krankenhäusern genutzt und nachfolgend durch eine Vereinbarung mit den Krankenkassen ersetzt. Weitere 14 Krankenhäuser setzten einen vorläufigen Zuschlag in 2009 fest, hatten jedoch zunächst noch keine Vereinbarung mit den Krankenkassen abgeschlossen. Mit Ausnahme eines Krankenhauses wurde auch im Folgejahr keine Vereinbarung zum Pflegesonderprogramm geschlossen.

In den einzelnen Jahren stellt sich die Inanspruchnahme nach Vereinbarungen wie folgt dar (vgl. Abbildung 10):



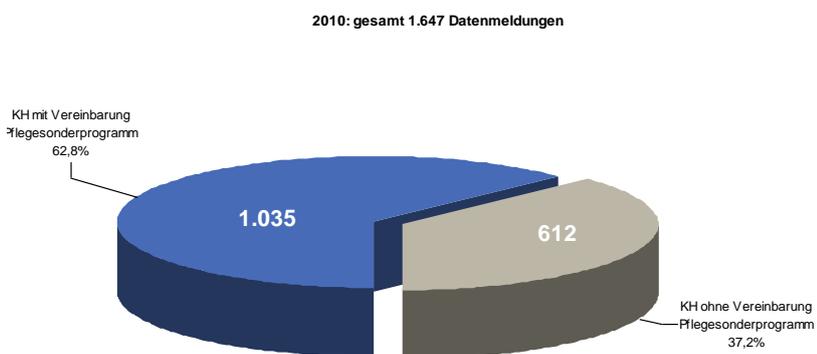
Abbildung 10 Vereinbarungsstand im Jahr 2009 (bezogen auf die Anzahl der vorliegenden Datenmeldungen)



Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2012

Insgesamt haben 1.013 Krankenhäuser vom Pflegesonderprogramm profitiert. Bezogen auf die Gesamtzahl der 1.644 anspruchsberechtigten Krankenhäuser liegt der Anteil der Programmnutzer bei knapp 62 %. Im Vergleich zu 2009 ist die Programmnutzung im Jahr 2010 leicht gestiegen (vgl. Abbildung 11).

Abbildung 11 Vereinbarungsstand im Jahr 2010 (bezogen auf die Anzahl der vorliegenden Datenmeldungen)



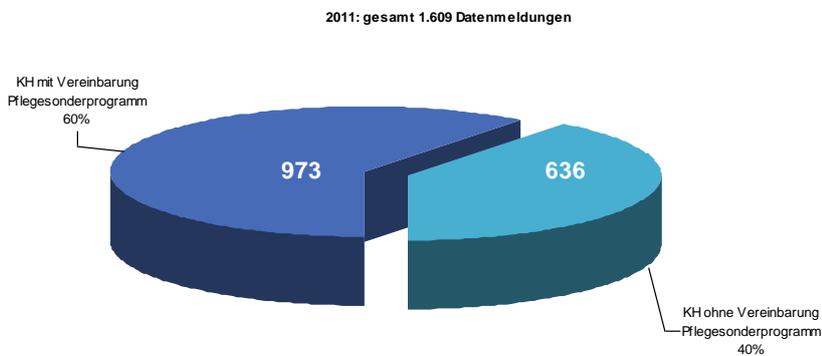
Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2012

Im Verhältnis zu den vorliegenden Meldungen beträgt der Anteil 63 %. Bezogen auf die Anzahl der 1.611 anspruchsberechtigten Krankenhäuser (2010) liegt der Anteil der Programmnutzer bei ca. 64 %.

Im Unterschied dazu zeichnet sich nach aktuellem Datenstand für das Jahr 2011 ein leichter Rückgang der Programmteilnahme um knapp drei Prozentpunkte ab (vgl. Abbildung 12).



Abbildung 12 Vereinbarungsstand im Jahr 2011 (bezogen auf die Anzahl der vorliegenden Datenmeldungen)



Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2012

Das Programm umfasste auch die Aufstockung von Teilzeitstellen. Die Vereinbarungsdaten bildeten nur selten den vorgesehenen Umfang der Teilzeitstellen ab. Dies ist nachvollziehbar, da zum Zeitpunkt der Vereinbarung die Art des Stellenzuwachses möglicherweise noch im Hintergrund stand. Circa 30 Krankenhäuser vereinbarten jährlich eine konkrete Anzahl der aufzustockenden Teilzeitstellen.

In Anbetracht der insgesamt verfügbaren Informationen zeigte sich in den drei Förderjahren eine äußerst konstante Nutzung des Pflegesonderprogramms durch etwa 60 % der anspruchsberechtigten Krankenhäuser. Im Umkehrschluss heißt das jedoch auch, dass in ca. 40 % der anspruchsberechtigten Krankenhäuser offensichtlich kein nachweisbarer Bedarf zur Neueinstellung oder auch Aufstockung des Pflegepersonals nach Pflegesonderprogramm bestanden hat. Anhand des vorliegenden Datenbestandes per 15.05.2012 stellt sich das Vereinbarungsgeschehen im zeitlichen Verlauf insgesamt wie folgt dar (vgl. Tabelle 5):

Tabelle 5 Überblick Förderzeitraum 2009 bis 2011

	2009	2010	2011	2011 kumuliert
Krankenhäuser mit Inanspruchnahme (Vereinbarung oder vorläufiger Zuschlag ohne Vereinbarung)	1.013	1.035	973	
zusätzlich finanzierte Vollkräfte gegenüber dem Vorjahr	5.322	5.275	3.808	14.405
zusätzlicher Finanzbetrag in Mio. Euro	184,6	182,9	147,1	514,6
Krankenhäuser mit Teilnahme in mindestens einem Jahr				1.133
zusätzlicher Finanzierungsbetrag gesamt in Mio. Euro				1.066,8

Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2012



In der Gesamtschau der Vereinbarungsdaten wird deutlich, dass die Krankenkassen für 14.405 zusätzliche Vollkräfte eine Zusatzfinanzierung in Höhe von insgesamt über 1 Mrd. Euro geleistet haben, um die Personalsituation in der Krankenhauspflege zu verbessern. Dieser Betrag ergibt sich aus der Summierung der in 2009 bereitgestellten 184,6 Mio. Euro für drei Jahre (553,8 Mio. Euro), des in 2010 bereitgestellten Betrages von 183 Mio. Euro für zwei Jahre (366 Mio. Euro) und des für das Jahr 2011 vereinbarten Betrages von 147,1 Mio. Euro.

4.3 Inanspruchnahme gemäß Vereinbarungen nach Ländern

Bereits zu Beginn des Pflegesonderprogramms hatte sich eine heterogene Nutzung in den Ländern gezeigt. Diese wird in der länderbezogenen Auswertung sichtbar (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6 Inanspruchnahme des Pflegesonderprogramms (PSP) im Jahr 2009 nach Ländern³

	anspruchs- berechtigte KH	KH mit Erlösbudget	KH mit Erlösbudget und PSP	Anteil KH mit Nutzung PSP	zusätzl. Betrag in Mio. Euro	zusätzl. finanzierte Stellen
	1	2	3	4 (3:2)	5	6
Baden-Württemberg	193	180	125	69%	25,9	713
Bayern	295	277	187	68%	34,5	825
Berlin/Brandenburg	96	93	28	30%	4,5	163
Bremen	12	12	5	42%	0,7	26
Hamburg	31	27	18	67%	3,5	71
Hessen	129	114	83	73%	14,4	511
Mecklenburg-Vorpommern	33	29	18	62%	3,8	134
Niedersachsen	173	171	118	69%	16,8	526
Nordrhein-Westfalen	348	317	227	72%	42,3	1.237
Rheinland-Pfalz	85	71	40	56%	8,2	242
Saarland	25	21	19	90%	3,8	105
Sachsen	78	75	56	75%	11,2	337
Sachsen-Anhalt	46	45	37	82%	5,9	161
Schleswig-Holstein	60	47	26	55%	4,4	144
Thüringen	40	42	26	62%	4,8	126
gesamt	1.644	1.521	1.013	67%	184,6	5.322

Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2012

Im ersten Jahr vereinbarten 1.013 Krankenhäuser einen zusätzlichen Betrag in Höhe von 184,6 Mio. Euro für 5.322 Neueinstellungen oder Aufstockungen von Teilzeitstellen im Pflegedienst. Bezogen auf die Anzahl der Krankenhäuser mit einer abgeschlossenen Budgetvereinbarung gab es eine überdurchschnittlich häufige Nutzung des Programms im Saarland, in Sachsen-Anhalt, Sachsen, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Niedersachsen und Bayern.

³ Die Länder Brandenburg und Berlin werden aus Gründen des Datenschutzes und analog zu den früheren Berichten zusammengefasst ausgewiesen.



Die Situation stellte sich in 2010 ähnlich dar. In der Summe aller Länder gab es hinsichtlich der zusätzlich vereinbarten Vollkräfte nur geringe Unterschiede. Eine leicht steigende Anzahl von Krankenhäusern vereinbarte zusätzliche Mittel in Höhe von 183 Mio. Euro für weitere 5.275 Vollkräfte im Pflegedienst. Im Unterschied zum Jahr 2009 enthält der zusätzliche Finanzierungsbetrag des Jahres 2010 (vgl. Tabelle 7, Spalte 5) Basisberichtigungen für das Vorjahr, die z. B. aus einer nur teilweisen oder nicht mehr erfolgten Inanspruchnahme des Pflegesonderprogramms in 2009 resultieren können. Diese können dazu führen, dass auf Haus- oder Landesebene im Vergleich zum Vorjahr negative Veränderungswerte entstehen.

Tabelle 7 Veränderung der Inanspruchnahme des Pflegesonderprogramms im Jahr 2010 im Vergleich zu 2009 nach Ländern ^{4, 5}

	anspruchs- berechtigte KH	KH mit Erlösbudget	KH mit Erlösbudget und PSP	Anteil KH mit Nutzung PSP	zusätzl. Betrag in Mio. Euro inkl. Basis- berichtigung Vorjahr	zusätzl. finanzierte Stellen
	1	2	3	4 (3:2)	5	6
Baden-Württemberg	189	183	128	70%	25,7	676
Bayern	287	273	212	78%	37,9	1.081
Berlin/Brandenburg	96	90	9	10%	-1,3	27
Bremen	12	12	6	50%	0,9	34
Hamburg	30	29	26	90%	4,9	96
Hessen	128	111	87	78%	13,6	449
Mecklenburg-Vorpommern	33	29	20	69%	3,3	127
Niedersachsen	171	171	114	67%	16,9	535
Nordrhein-Westfalen	337	315	234	74%	47,9	1.300
Rheinland-Pfalz	85	66	35	53%	4,6	177
Saarland	24	20	18	90%	3,4	91
Sachsen	76	72	56	78%	11,4	307
Sachsen-Anhalt	46	44	35	80%	4,5	130
Schleswig-Holstein	57	53	26	49%	4,0	96
Thüringen	40	41	29	71%	5,1	150
gesamt	1.611	1.509	1.035	69%	182,9	5.275

Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2012

Im letzten Jahr des Pflegesonderprogramms reduzieren sich – nach aktueller Datenlage – sowohl die Anzahl der teilnehmenden Krankenhäuser als auch die Höhe der zusätzlich vereinbarten Beträge und die Zahl der zusätzlich vereinbarten

⁴ Die Länder Brandenburg und Berlin werden aus Gründen des Datenschutzes und analog zu den früheren Berichten zusammengefasst ausgewiesen.

⁵ Gegenüber dem zweiten Bericht hat sich aufgrund eines nun korrigierten Datenfehlers die Anzahl zusätzlich vereinbarter Vollkräfte in Baden-Württemberg und damit die Gesamtsumme Vollkräfte verringert.



Vollkräfte (vgl. Tabelle 8). 973 Krankenhäuser haben Vereinbarungen zum Pflegesonderprogramm in Höhe von insgesamt 147,1 Mio. Euro geschlossen, um weitere 3.808 Vollkräfte im Pflegedienst einzustellen. Auch hier können Basisberichtigungen dazu führen, dass auf Haus- oder Landesebene im Vergleich zum Vorjahr negative Veränderungswerte entstehen.

Tabelle 8 Veränderung der Inanspruchnahme des Pflegesonderprogramms im Jahr 2011 im Vergleich zu 2010 nach Ländern⁶

	anspruchs- berechtigte KH	KH mit Erlösbudget	KH mit Erlösbudget und PSP	Anteil KH mit Nutzung PSP	zusätzl. Betrag in Mio. Euro inkl. Basis- berichtigung Vorjahr	zusätzl. finanzierte Stellen
	1	2	3	4 (3:2)	5	6
Baden-Württemberg	189	181	115	64%	13,9	431
Bayern	287	273	212	78%	29,6	755
Berlin/Brandenburg	96	70	5	7%	0,0	1
Bremen	12	12	4	33%	-0,5	20
Hamburg	30	27	23	85%	6,2	156
Hessen	128	85	67	79%	9,6	255
Mecklenburg-Vorpommern	33	29	15	52%	1,5	161
Niedersachsen	171	172	115	67%	17,1	545
Nordrhein-Westfalen	337	308	233	76%	44,0	793
Rheinland-Pfalz	85	56	32	57%	5,1	97
Saarland	24	18	14	78%	0,4	57
Sachsen	76	73	53	73%	8,4	241
Sachsen-Anhalt	46	39	30	77%	3,1	89
Schleswig-Holstein	57	46	25	54%	3,9	68
Thüringen	40	42	30	71%	4,7	138
gesamt	1.611	1.431	973	68%	147,1	3.808

Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2012

⁶ Die Länder Brandenburg und Berlin werden aus Gründen des Datenschutzes und analog zum ersten Bericht zusammengefasst ausgewiesen.



In der aggregierten Betrachtung der Vereinbarungsdaten über den gesamten Zeitraum 2009 bis 2011 hinweg ergibt sich folgendes Bild (vgl. Tabelle 9):

Tabelle 9 Kumulierte Daten zur Inanspruchnahme des Pflegesonderprogramms 2011 nach Ländern⁷

	KH lt. Statistischem Bundesamt	KH mit Vereinbarung und Pflegesonder- programm	zusätzl. Betrag in Mio. Euro inkl. Basis- berichtigung Vorjahre	zusätzl. finanzierte Stellen
Baden-Württemberg	189	134	65,5	1.820
Bayern	287	223	102,0	2.661
Berlin/Brandenburg	96	28	3,2	191
Bremen	12	6	1,0	80
Hamburg	30	28	14,7	323
Hessen	128	93	37,6	1.214
Mecklenburg-Vorpommern	33	23	8,6	421
Niedersachsen	171	129	50,8	1.606
Nordrhein-Westfalen	337	253	134,2	3.330
Rheinland-Pfalz	85	43	17,9	516
Saarland	24	19	7,6	254
Sachsen	76	58	31,0	885
Sachsen-Anhalt	46	37	13,5	381
Schleswig-Holstein	57	28	12,4	308
Thüringen	40	31	14,6	413
gesamt	1.611	1.133	514,6	14.404

Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2012

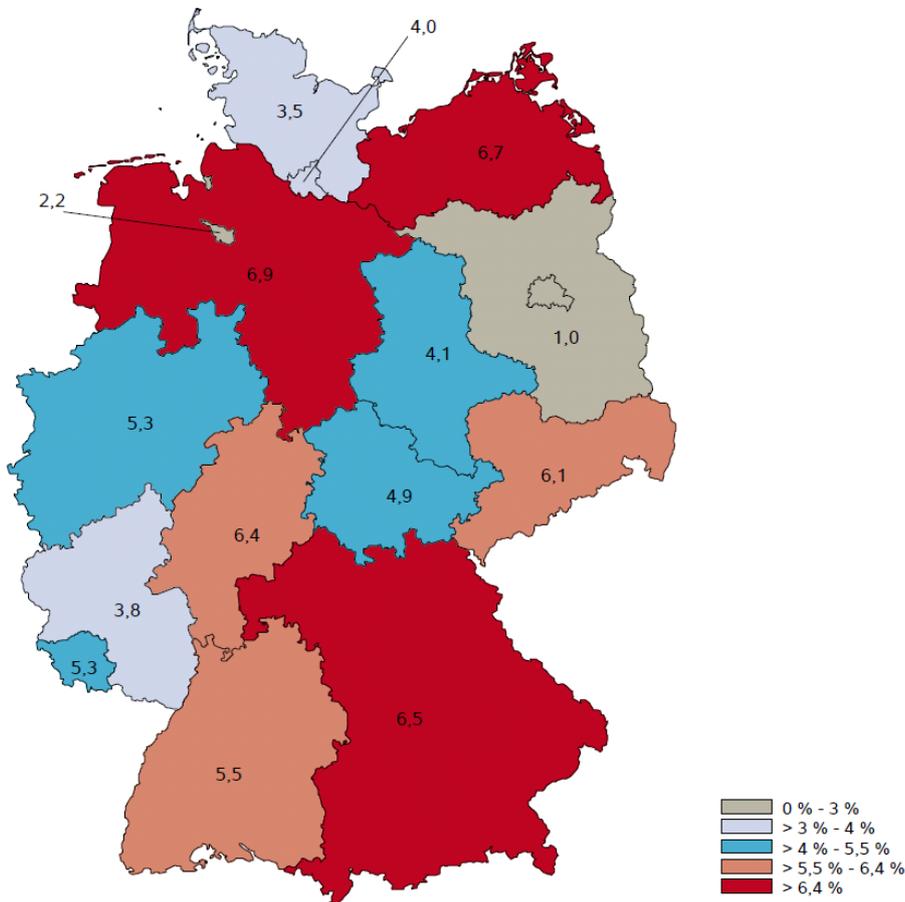
Der größte absolute Zuwachs an zusätzlichen Vollkräften wurde in den Ländern Nordrhein-Westfalen, Bayern, Baden-Württemberg, Niedersachsen, Hessen und Sachsen vereinbart.

Setzt man die zusätzlich vereinbarten Vollkräfte zur Vollkräftezahl des Jahres 2008 lt. Statistischem Bundesamt ins Verhältnis, wird die relative Steigerung in den Bundesländern sichtbar (vgl. Abbildung 13).

⁷ Die Länder Brandenburg und Berlin werden aus Gründen des Datenschutzes und analog zum ersten Bericht zusammengefasst ausgewiesen.



Abbildung 13 Zusätzlich vereinbarte Vollkräfte Pflege nach Pflegesonderprogramm 2009 bis 2011 in Relation zu Vollkräfte Pflege 2008⁸



Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2012

Die prozentuale Steigerung des Vollkräftezuwachses im Pflegedienst der Krankenhäuser fällt in Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Bayern am höchsten aus, gefolgt von Hessen, Sachsen und Baden-Württemberg.

4.4 Inanspruchnahme gemäß Vereinbarungen nach Trägern

Die Auswertungen für die ersten beiden Förderjahre (vgl. erster und zweiter Bericht zum Pflegesonderprogramm) hatten bereits gezeigt, dass sich die Inanspruchnahme nach Vereinbarungen bei öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern ähnlich hoch gestaltet. Private Kliniken hingegen wiesen eine deutlich

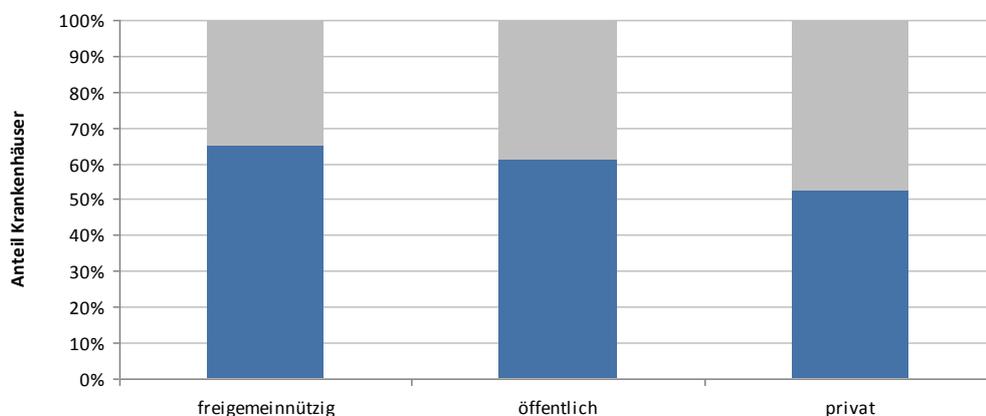
⁸ Die Prozentwerte der Bundesländer wurden in Quintilen angeordnet, d. h. diese wurden aufsteigend in eine Reihenfolge gebracht und in Gruppen zu je drei Bundesländern angeordnet (16 Bundesländer geteilt durch 5 = 3,2), wobei allerdings die mittlere Gruppe aus vier Bundesländern besteht.



geringere Teilnahme am Pflegesonderprogramm auf. Dieses Bild besteht in 2011 nahezu unverändert fort.

Die 1.609 Datenmeldungen im Jahr 2011 gliedern sich auf in Meldungen von 647 freigemeinnützigen, 569 öffentlichen und 393 privaten Krankenhäusern. Bezogen auf die jeweilige Anzahl der Krankenhäuser nach Trägerart weist Abbildung 14 die Teilnahme am Pflegesonderprogramm für das Jahr 2011 aus.

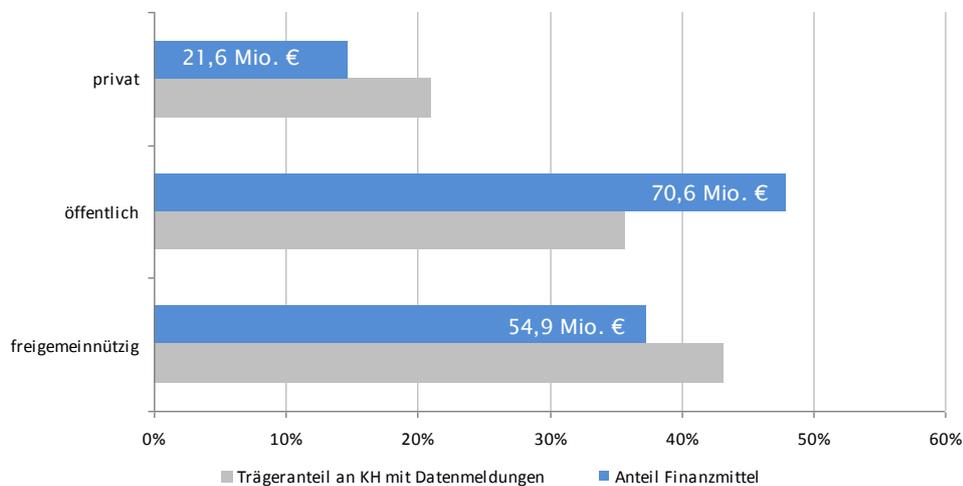
Abbildung 14 Inanspruchnahme durch Vereinbarung nach Trägern



Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2012

Die Summe der von privaten Kliniken in Anspruch genommenen Mittel fällt mit 21,6 Mio. Euro deutlich niedriger aus als bei öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern (vgl. Abbildung 15).

Abbildung 15 Vereinbarung Finanzmittel nach Trägerart



Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2012



Die öffentlichen Krankenhäuser vereinbarten mit 70,6 Mio. Euro erneut den höchsten Anteil der Fördermittel, gefolgt von den freigemeinnützigen Krankenhäusern mit insgesamt ca. 54,9 Mio. Euro.

4.5 Umsetzung Pflegesonderprogramm nach Istdaten

Die Aufstellung der Meldungen zu den Istdaten wird nach Jahren getrennt vorgenommen, da sich die Datenlage recht unterschiedlich darstellt. Tabelle 10 weist den Meldestand der Istdaten insgesamt und differenziert nach den einzelnen, durch Jahresabschlussprüfer zu bestätigenden Positionen aus.

Tabelle 10 Krankenhäuser mit Istdaten 2009 bis 2011

	2009	2010	2011
KH mit Vereinbarung im Sinne des Pflegesonderprogramms	1.013 KH	1.035 KH	973 KH
KH mit mindestens einer Istdaten-Meldung			
– gemeldete Daten	770 KH	789 KH	130 KH
– davon bestätigt vom Jahresabschlussprüfer	627 KH	608 KH	66 KH
mitgeteilt wurden			
zusätzliche VK im Förderjahr			
– gemeldete Daten	672 KH	538 KH	99 KH
– davon bestätigt vom Jahresabschlussprüfer	573 KH	422 KH	53 KH
jahresdurchschnittl. Personalbestand			
– gemeldete Daten	415 KH	676 KH	47 KH
– davon bestätigt vom Jahresabschlussprüfer	141 KH	397 KH	18 KH
Verwendung Finanzmittel			
– gemeldete Daten	585 KH	479 KH	69 KH
– davon bestätigt vom Jahresabschlussprüfer	352 KH	333 KH	38 KH

Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2012, Mehrfachnennungen sind möglich

Die vorstehenden Angaben zeigen zum einen den deutlichen Unterschied der insgesamt vorliegenden Istdaten im Vergleich zu den tatsächlich durch Jahresabschlussprüfer bestätigten Daten. Zum anderen wird sichtbar, dass für das Jahr 2011 bisher nur in geringem Umfang Istdaten vorliegen. Für die Betrachtung der tatsächlich zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte werden daher vorerst nur Aussagen für die Jahre 2009/2010 kumuliert getroffen (vgl. Tabelle 11). Die wenigen vorliegenden Angaben für das Jahr 2011 bleiben in dem in Tabelle 11 vorgenommenen Abgleich zwischen Ist- und Vereinbarungsdaten unberücksichtigt.



Diese werden zusammen mit weiteren Meldungen, die nach dem 15.05.2012 eingehen, in den abschließenden Bericht im Jahr 2013 aufgenommen.

Basierend auf den Istdaten-Meldungen 2009/2010 weist Tabelle 11 kumulativ sowohl bestätigte als auch unbestätigte Angaben zu zusätzlichen Vollkräften nach Ländern aus. Wurde durch Krankenhäuser nicht die Anzahl der zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte mitgeteilt, sondern ausschließlich der jahresdurchschnittliche Personalbestand Pflege, wurde dieser unter der Voraussetzung, dass der Ausgangspersonalbestand per 30.06.2008 vorliegt, zur Ermittlung der zusätzlich beschäftigten Vollkräftezahl herangezogen. Als ergänzende Information sind die zusätzlich vereinbarten Vollkräfte kumuliert angegeben.

Tabelle 11 Zusätzliche Vollkräfte Pflegedienst nach Istdaten 2009/2010 kumuliert und Vereinbarung 2009/2010 kumuliert nach Bundesländern

	Ist vom Jahresabschluss- prüfer bestätigte VK	Ist inklusive unbestätigte VK	VB vereinbarte VK kumulativ
Baden-Württemberg	1.659	1.726	1.389
Bayern	1.119	1.352	1.906
Berlin/Brandenburg	22	22	190
Bremen	0	29	60
Hamburg	41	161	167
Hessen	886	977	960
Mecklenburg-Vorpommern	51	164	261
Niedersachsen	1.321	1.455	1.061
Nordrhein-Westfalen	1.587	2.455	2.537
Rheinland-Pfalz	364	399	419
Saarland	206	234	196
Sachsen	722	767	644
Sachsen-Anhalt	95	184	291
Schleswig-Holstein	15	48	240
Thüringen	291	302	276
gesamt	8.377	10.275	10.597

Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2012

Die in Tabelle 11 ausgewiesenen bestätigten Angaben über zusätzlich eingestellte Vollkräfte belegen einen vorläufigen Zuwachs um 8.377 Vollkräfte im Jahr 2010 gegenüber dem 30.06.2008. Bei Berücksichtigung der noch nicht bestätig-



ten Angaben erhöht sich die Anzahl auf 10.275 Vollkräfte. In einigen Fällen liegt die Anzahl der gemeldeten Vollkräfte im Ist 2010 kumuliert über den vereinbarten zusätzlichen Vollkräften, so dass die angegebenen zusätzlichen Vollkräfte nicht immer zweifelsfrei auf das Pflegesonderprogramm zurückzuführen sind.

Wenngleich durch den Ausweis der unbestätigten Angaben ein positiveres Bild entsteht, handelt es sich bei den nicht durch Jahresabschlussprüfer bestätigten Werten um eine nicht gesetzeskonforme Nachweisführung. Mit Ausnahme des Jahres 2011, für welches ein gewisser Zeitverzug hinsichtlich der Testatvorlage noch nachvollziehbar ist, muss insgesamt eine noch unvollständige Nachweisführung konstatiert werden. Es ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei den nicht durch Jahresabschlussprüfer bestätigten Daten um Selbstauskünfte der Krankenhäuser handelt, die noch einer Bestätigung bedürfen. Die Berücksichtigung unbestätigter Angaben dient somit lediglich der Darstellung der potenziellen Umsetzung.

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 83 Krankenhäusern (251 VK) und für das Jahr 2010 von 177 Krankenhäusern (826 VK) vor.

4.6 Nutzung der gesetzlichen Übertragungsoption

In den Jahren 2010 und 2011 bestand für Krankenhäuser, die im Vorjahr keine Vereinbarung zum Pflegesonderprogramm getroffen hatten, die Möglichkeit, einen erhöhten Prozentsatz für zusätzliche Pflegekräfte zu erlösen. Eine umfangreiche Nutzung dieser Option hätte in den Jahren 2010/2011 zu einer Aufstockung der Fördermittel über den geschätzten zusätzlichen jährlichen Betrag von 220 Mio. Euro hinausführen können. Diese Situation ist im gesamten Programmverlauf nicht eingetreten.

Bei einzelnen Krankenhäusern kam es jedoch zur Vereinbarung erhöhter Zuschläge. Im Jahr 2010 gab es 95 Krankenhäuser mit einer Vereinbarung zum Pflegesonderprogramm, die im Jahr 2009 keine Vereinbarung getroffen hatten. Bezogen auf die 1.033 am Programm teilnehmenden Krankenhäuser lag der Anteil der Erstnutzer des Programms damit bei 9,7 %. Von diesen 95 Krankenhäusern vereinbarten 69 einen Zuschlag von über 0,48 % für das Jahr 2010.

Im Jahr 2011 gab es 25 Krankenhäuser, die das Pflegesonderprogramm erstmalig in Anspruch genommen haben, und zehn Krankenhäuser, die nach einer Teilnahme in 2009 im Folgejahr keine Vereinbarung getroffen haben, jedoch erneut im Jahr 2011 das Programm nutzten. 14 dieser insgesamt 35 Krankenhäuser vereinbarten in 2011 einen Zuschlag von mehr als 0,48 % und nutzten damit die Übertragungsoption.



4.7 Nutzung der Option zur Vereinbarung arbeitsorganisatorischer Maßnahmen

Die gesetzliche Regelung gemäß § 4 Abs. 10 Satz 6 KHEntgG ermöglichte den Krankenhäusern, bis zu 5 % der zusätzlich erlösten Beträge für arbeitsorganisatorische Maßnahmen zu verwenden. Arbeitsorganisatorische Maßnahmen wurden in den Ländern Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Bayern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen vereinbart.

Für das Jahr 2009 weist der aktuelle Datenbestand unverändert Vereinbarungen zu Arbeitsorganisationsmaßnahmen mit 67 Krankenhäusern in Höhe von ca. 864.000 Euro aus. Im Jahr 2010 erhöhte sich die Anzahl der Krankenhäuser mit Vereinbarungen zu arbeitsorganisatorischen Maßnahmen auf 120 mit einer kumulierten Vereinbarungssumme von insgesamt ca. 2,4 Mio. Euro. Durch 36 weitere Krankenhäuser erhöhte sich die Anzahl in 2011 auf 156 Krankenhäuser, die Vereinbarungssumme beläuft sich kumuliert auf ca. 4,1 Mio. Euro. Die durchschnittliche Vereinbarungssumme für arbeitsorganisatorische Maßnahmen stieg kumulativ von zunächst ca. 12.900 Euro in 2009 auf ca. 20.000 Euro in 2010 und schließlich auf ca. 26.300 Euro in 2011 je Krankenhaus an. 64 Krankenhäuser nutzten im gesamten dreijährigen Zeitraum Finanzmittel für die Erprobung entsprechender Maßnahmen. 55 Krankenhäuser hatten diese Option erstmalig im Jahr 2010 und 37 Krankenhäuser erstmalig im Jahr 2011 angewandt.

Für den gesamten Zeitraum lässt sich konstatieren, dass zwar die Anzahl der Krankenhäuser wie auch die Vereinbarungssumme für die Erprobung arbeitsorganisatorischer Maßnahmen deutlich zugenommen haben, dennoch aber insgesamt eine eher geringe Anwendung der Option zu verzeichnen ist. Bezogen auf die aggregierten Vereinbarungsbeträge des Pflegesonderprogramms stieg die Inanspruchnahme von 0,47 % über 0,66 % auf 0,80 %. Im Vergleich zu dem fünfprozentigen Anteil, der speziell für die Erprobung arbeitsorganisatorischer Maßnahmen hätte aufgewendet werden können, bleibt damit das Vereinbarungs-geschehen in diesem Punkt deutlich hinter den Erwartungen des Gesetzgebers zurück. Angesichts des Mangels an Pflegefachkräften wäre eine stärkere Nutzung dieser Vereinbarungsoption durchaus vorstellbar gewesen.

Einen vorläufigen Überblick über die verfügbaren Istdaten zu arbeitsorganisatorischen Maßnahmen gibt kumuliert für 2009/2010 Tabelle 12.



Tabelle 12 Arbeitsorganisatorische Maßnahmen (Ist)

	Ist bestätigt vom Jahresabschlussprüfer		Ist inklusive unbestätigt		Vereinbarung
	KH	Betrag	KH	Betrag	Betrag
2009	35	0,55 Mio. €	38	0,57 Mio. €	0,86 Mio. €
2010 kumuliert	28	1,06 Mio. €	43	1,42 Mio. €	2,4 Mio. €

Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2012

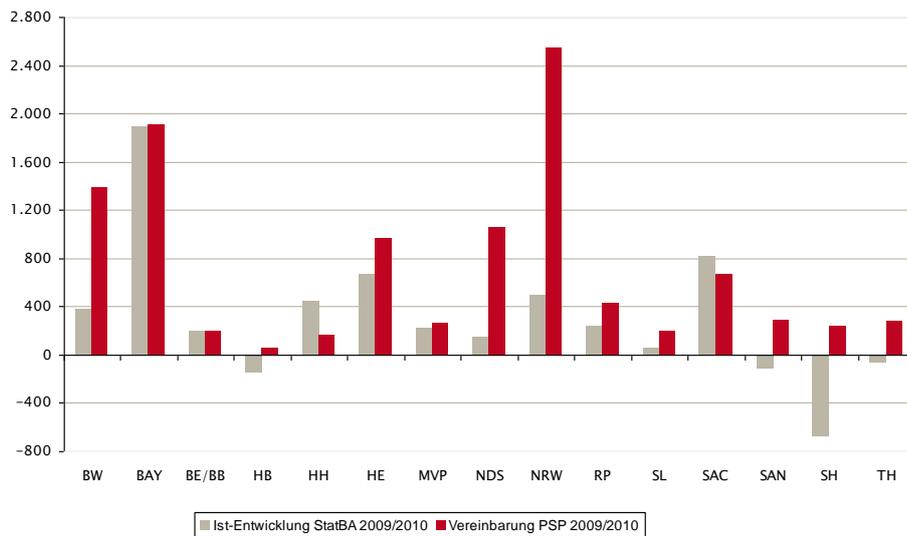
Der nachgewiesene Umsetzungsgrad der vereinbarten Maßnahmen ist aufgrund der Datenlage erwartungsgemäß im Jahr 2009 am höchsten. Nachholbedarf hinsichtlich der Nachweisführung besteht in allen Jahren. Über den Inhalt bzw. die konkrete Ausgestaltung der einzelnen arbeitsorganisatorischen Maßnahmen im Einzelnen liegen keine Erkenntnisse vor.

4.8 Pflegesonderprogramm und Entwicklung Pflegedienst gesamt

In die einzelnen Bundesländer sind Finanzmittel in unterschiedlicher Höhe geflossen. Wenngleich nicht alle Krankenhäuser eines Landes am Pflegesonderprogramm teilgenommen haben, wäre dennoch in Abhängigkeit von der Höhe der geflossenen Finanzmittel ein Zuwachs an Pflegekräften je Land zu erwarten. Mangels komplett verfügbarer Istdaten von den Programmteilnehmern erfolgte daher ein Abgleich mit den Daten des Statistischen Bundesamtes für die Jahre 2009 und 2010. Gegenübergestellt wurden die nach Pflegesonderprogramm vereinbarten zusätzlichen Vollkräfte und die zusätzlichen Vollkräfte lt. Statistischem Bundesamt (vgl. Abbildung 16).



Abbildung 16 Zusätzliche Vollkräfte gemäß Pflegesonderprogramm 2010 kumulativ und zusätzliche Vollkräfte Allgemeinkrankenhäuser 2010 gemäß Statistischem Bundesamt im Vergleich zu 2008 nach Bundesländern⁹



Quelle: GKV-Spitzenverband, Meldestand 15.05.2012, Statistisches Bundesamt, eigene Darstellung

In der Gegenüberstellung wird sichtbar, dass die aus den Daten des Statistischen Bundesamtes ablesbare Entwicklung (grauer Balken) in einigen Bundesländern deutlich geringer ausfällt, als aufgrund der zusätzlich mit dem Pflegesonderprogramm vereinbarten Vollkräfte (roter Balken) zu erwarten wäre. Der deutliche Zuwachs lt. Pflegesonderprogramm spiegelt sich demgemäß in den Daten des Statistischen Bundesamtes für 2009/2010 nicht in jedem Fall wider.

⁹ Bezugsbasis Pflegesonderprogramm: 30.06.2008, Bezugsbasis Statistisches Bundesamt: 31.12.2008



5. Abbildung des Pflegeaufwandes im DRG-System mittels Pflegekomplexmaßnahmen-Scores

Ab dem Jahr 2012 ist die dauerhafte Finanzierung durch die gesetzlich geregelte Überführung der finanziellen Mittel in das DRG-System sichergestellt. Diese besteht in der Einrechnung der Finanzmittel aus dem Pflegesonderprogramm in die Landesbasisfallwerte sowie der zeitgleichen Aufnahme von Zusatzentgelten speziell für die hochaufwendige Pflege in den DRG-Katalog 2012 und gewährleistet damit die fortgesetzte Zusatzfinanzierung. Zwischen den Krankenhäusern wird es durch den Wechsel in der Finanzierungsform zur Umverteilung der Finanzmittel kommen. Zusätzliche Beträge, die über Zusatzentgelte erlöst werden, kommen nun den Krankenhäusern zugute, die tatsächlich Fälle mit besonders hohem Pflegeaufwand behandeln.

Um für hochaufwendige Pflege bei Patienten auf Normalstationen zu einer zielgerichteten aufwandsorientierten Vergütung zu gelangen, wurden von einer Expertengruppe des Deutschen Pflegerates (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-Codes (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 betragen in 2012 für das Zusatzentgelt ZE130 „Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen“ 1.290,93 Euro und für das Zusatzentgelt ZE131 „Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen“ 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-Codes wird deutlich, dass nur Fälle mit besonders hohem Pflegeaufwand abgebildet werden sollen, um zu einer zielgerichteten und aufwandsgerechten Vergütung zu gelangen.

Abrechnungsdaten des 4. Quartals 2011 belegen einen kassenbezogenen PKMS-Fallanteil von etwa 0,3 % bis 0,7 % bei allen Krankenhäusern. Krankenhäuser mit mindestens einem PKMS-Fall wiesen kassenbezogen einen PKMS-Fallanteil von 1,0 % bis 1,7 % auf. In 2011 war der PKMS noch nicht erlösrelevant.

Erste Abrechnungsdaten der Krankenkassen im Jahr 2012 zeigen einen steigenden Anteil der Fälle mit PKMS. Für die Monate Januar und Februar 2012 ist das Bild aufgrund der Überlieger noch verfälscht, da diese Fälle nach altem DRG-Katalog abgerechnet wurden und der PKMS-Anteil damit tendenziell niedriger ist als in einem Zweimonatszeitraum zu erwarten wäre. Viele Krankenhäuser rechneten noch keinerlei Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege ab. Bezogen auf alle Krankenhäuser wurden im Februar 2012 kassenspezifisch für ca. 0,6 % bis 1,0 % der Fälle die Zusatzentgelte abgerechnet. Bei Krankenhäusern mit mindestens einem abgerechneten Fall mit PKMS liegt der Anteil kassenbezogen jedoch bereits bei 1,4 % bis 1,7 % der Fälle.

Der Trend lässt bereits erkennen, dass eine Entwicklung über die vom InEK vorgenommene Fallabschätzung hinaus wahrscheinlich ist. Zudem ist davon auszugehen, dass ein Rightcoding-Prozess über das Jahr 2012 hinaus stattfinden wird, so dass mit einem deutlichen Anstieg des derzeitigen PKMS-Fallanteils zu rechnen ist. Dieser Prozess sollte weitgehend abgeschlossen sein, bevor die Vergütung von Leistungen bei Patienten mit hochaufwendigem Pflegebedarf überprüft und weiterentwickelt wird.

Zum OPS 9-20 wurden dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) diverse Änderungsanträge für das Jahr 2013 übermittelt. So gibt es beispielsweise Vorschläge, Gründe und Maßnahmen zu entkoppeln, welche bislang per Definition miteinander verknüpft sind. Würde die jetzige Systematik aus PKMS, OPS und ZE-Definition in dieser Weise aufgeweicht, wäre die im Kern positiv zu bewertende, zielgerichtete und bedarfsorientierte Vergütung von Leistungen für Menschen mit hochaufwendigem Pflegebedarf gefährdet.



6. Fazit: Nach Übergangsfinanzierung bessere Abbildung hochaufwendiger Pflege im DRG-System

Die dem GKV-Spitzenverband gegenwärtig vorliegenden Datenmeldungen belegen eine intensive Inanspruchnahme des Pflegesonderprogramms. Die Krankenkassen haben umfangreiche Mittel für die Finanzierung zusätzlicher Pflegekräfte zur Verfügung gestellt. Im Jahr 2009 wurden 184,6 Mio. Euro, im Jahr 2010 183 Mio. Euro und im Jahr 2011 147,1 Mio. Euro zusätzlich vereinbart (gesamt ca. 515 Mio. Euro, 14.400 Vollkräfte). Insgesamt sind mehr als 1 Mrd. Euro an die Krankenhäuser geflossen. Jährlich nahmen um die 1.000 Krankenhäuser am Pflegesonderprogramm teil.

Die aktuell verfügbaren Istdaten 2009/2010 entsprechen nicht durchgängig den gesetzlichen Anforderungen zur Nachweisführung. Fast 8.400 zusätzliche Pflegekräfte wurden durch Jahresabschlussprüfer bestätigt. Unter Hinzurechnung nicht bestätigter Istdaten erhöht sich die Anzahl zusätzlich beschäftigter Pflegekräfte auf 10.275 Vollkräfte. Die Istdaten 2011 liegen nur in geringem Umfang vor.

Die gesetzlich vorgegebene Nachweisführung über die zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte in den Jahren 2009 bis 2011 wird durch die Krankenkassen weiterhin eingefordert. Insofern die Nachweisführung nicht erfolgt, werden entsprechende Rückforderungen geltend gemacht. Eine Aussage, ob Neueinstellungen oder Aufstockungen im Rahmen des Pflegesonderprogramms auch nach 2011 langfristig Bestand haben, kann nicht getroffen werden, da mit der Umstellung auf die Finanzierung durch reguläre, leistungsgerechte Entgelte ab 2012 die Verpflichtung zum Nachweis der Beschäftigung zusätzlicher Pflegekräfte entfällt.

Der Absicht des Gesetzgebers, bis zur leistungsgerechten Abbildung des erhöhten Pflegeaufwandes übergangsweise eine Finanzierungsmöglichkeit für zusätzliche Pflegekräfte zu schaffen, konnte in der Praxis entsprochen werden. Ab dem Jahr 2012 wurden die Finanzbeträge des Pflegesonderprogramms in die Landesbasisfallwerte und Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege überführt, so dass trotz Auslaufen des Pflegesonderprogramms die dauerhafte Zusatzfinanzierung erfolgt. Die weitere Finanzierung ist nicht an Nachweise über zusätzliche Pflegekräfte geknüpft, sondern an die Versorgung von Patienten mit hochaufwendiger Pflege.

Seit 2012 erfolgt die erlösrelevante Anwendung des PKMS. Erste Auswertungen von Abrechnungsdaten lassen eine steigende Anwendungskurve erkennen, die darauf hindeutet, dass gegenwärtig ein Rightcoding-Prozess stattfindet, der sich über 2012 hinaus fortsetzen wird. Durch eine verfrühte Überarbeitung von OPS



und PKMS besteht die Gefahr einer Aufweichung der dem PKMS immanenten Begrenzung auf hochaufwendige Pflegefälle.

Da ein abschließender Bericht aufgrund weiterhin unvollständiger Istdaten erneut nicht erstellt werden konnte, wird das endgültige Resümee letztlich erst im Jahr 2013 zu ziehen sein. Hierfür wird der GKV-Spitzenverband für einen begrenzten Zeitraum noch Istdaten der Jahre 2009 bis 2011 zum Pflegesonderprogramm von den Krankenkassen erhalten und analysieren. Die letzte Berichterstattung gegenüber dem BMG erfolgt im Juni 2013.



Anlagen

Anlage 1

Wortlaut Krankenhausentgeltgesetz – § 4 Abs. 10 KHEntgG gemäß GKV-Finanzierungsgesetz

„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

Wortlaut Krankenpflegegesetz (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 gesetzlicher 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 Verordnungsgeber 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 einigen 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 interpretationsbedürftig 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.“

