

Analyse:

Finanzierung von zusätzlichem Pflegepersonal nach dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz

- Anreize, Mitnahmeeffekte, Gewinner, Verlierer auf Basis des Regierungsentwurfs -

1. Einleitung

Der aktuelle Regierungsentwurf eines „Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG)“ vom 24.09.2008 enthält als ein Element die Finanzierung von 21.000 zusätzlichen Pflegestellen in den deutschen Akutkrankenhäusern. Unter anderem sind zu diesem Thema folgende Regelungen enthalten:

- Die Finanzierung erfolgt in drei Stufen von 2009 bis 2011.
- Voraussetzung ist eine Vereinbarung mit der Mitarbeitervertretung.
- Es müssen tatsächlich zusätzliche Stellen für examiniertes Pflegepersonal geschaffen werden und das Personal entsprechend eingesetzt werden.
- Es erfolgt eine Teilfinanzierung in Höhe von 70% der Kosten.
- Abgerechnet wird über einen hausindividuellen Zuschlag.
- Ab 2012 soll die Finanzierungssumme in das DRG-System übernommen werden (durch Anpassung der Relativgewichte pflegeintensiver DRGs).

Doch sind die tatsächlichen Steuerungswirkungen neuer Gesetze häufig nicht so, wie es sich der Gesetzgeber bei der Verabschiedung wünscht. Daher ist auch für diese geplante Neuregelung zu fragen, welche Handlungsanreize von ihr ausgehen und mit welchen Wirkungen in der Praxis zu rechnen ist. Dies ist die Aufgabe der vorliegenden Analyse.

Im folgenden werden im wesentlichen zwei verschiedene Szenarien untersucht:

- Krankenhäuser verhalten sich im Sinn des Gesetzgebers, bauen also netto Stellen auf für zusätzliche Pflege.
- Krankenhäuser umgehen die Begrenzungen und verwenden das zusätzliche Pflegepersonal, um Personal in anderen Berufsgruppen abzubauen.

Für beide Szenarien werden drei Gruppen von Krankenhäusern untersucht:

a) Krankenhäuser, die im Pflegepersonal bereits massive Einsparungen hinter sich gebracht haben, damit ggf. in der Gewinnzone liegen, jedoch ihren Personalstand in der Pflege nicht auf Dauer so niedrig halten können.

b) Krankenhäuser, die – ggf. nach entsprechenden wirtschaftlichen Sanierungsmaßnahmen – ihre Stellenbesetzung in der Pflege auf das unterste Niveau gebracht haben,

das gerade noch langfristig haltbar ist.

c) Krankenhäuser, deren wirtschaftliche Sanierung im wesentlichen noch bevorsteht und die entsprechende Verluste aufweisen.

Für alle drei Gruppen wird untersucht, welche Anreize von der durch den Gesetzgeber im Regierungsentwurf gewählten Art der Finanzierung zusätzlicher Pflegestellen ausgehen und welche Reaktionen der Krankenhäuser zu erwarten sind. Weiterhin wird untersucht, welche Auswirkungen ab 2012 auf die so zusätzlich aufgebauten Stellen im Pflegedienst zu erwarten sind.

Schließlich erfolgt als Fazit der Analyse eine Zusammenstellung der Auswirkungen auf die verschiedenen Krankenhäuser und auf die Berufsgruppen im Krankenhaus.

2. Krankenhäuser verhalten sich im Sinne des Gesetzgebers

Es gibt im wesentlichen zwei Motive für Krankenhäuser, die Förderung für Neueinstellungen im Pflegedienst zu nutzen: Eine langfristig nicht haltbare Stellenzahl im Pflegedienst sowie der Abbau von Überstundenbeständen. Diese wirken sich jedoch unterschiedlich auf die verschiedenen Krankenhausgruppen aus.

a) Krankenhäuser mit massiven Einsparungen

Krankenhäuser, die sehen, dass sie ihr zahlenmäßig niedriges Personalniveau im Pflegedienst aus Qualitätsgründen und im Hinblick auf die Mitarbeiter (Burn-Out, Krankenstand) nicht mehr halten können und ihren Pflegedienst erhöhen müssen, werden die zusätzlichen Geldmittel gerne zur nötigen Aufstockung ihres Personals nutzen. Ebenso werden Krankenhäuser, die noch hohe Überstundenbestände oder entsprechende Salden auf Arbeitszeitkonten im Pflegedienst aufweisen, diese schrittweise durch gefördertes Personal abbauen.

Damit wird die Förderung vermutlich teilweise genutzt, um die Auszahlung für Mehrarbeit aus der Vergangenheit zu vermeiden (so dass im Ergebnis bisherige Überstunden nachträglich zu 70% gefördert werden), teilweise, um den Personalstand auf ein aus Qualitäts-

gründen erforderliches Mindestmaß wieder zu erhöhen. Aus diesen beiden Gründen werden diese Häuser die Förderung vermutlich nutzen.

Allerdings ist zumindest der Effekt zum Abbau von Überstunden zeitlich begrenzt und wird nach Übergang der zusätzlichen Mittel von der Einzelförderung ins allgemeine DRG-System 2012 eher wieder zu Anpassungen nach unten führen.

b) Krankenhäuser mit Pflege auf gerade noch haltbarem Niveau

Soweit es für diese Häuser Überstundenbestände oder positive Salden auf Arbeitszeitkonten gibt, können sie mit der Förderung abgebaut werden. In solchen Häusern ist mit einer zeitlich bis 2011 befristeten Aufstockung von Personal zu rechnen, die nach Abbau der Überstundenbestände bzw. ab 2012 wieder rückgängig gemacht wird. Wenn Arbeitszeitkonten vorliegen und positive Stundensalden im Pflegedienst vor Ende 2011 abgebaut worden sind, wird u.U. versucht, die Restfinanzierung zum – geförderten – Erreichen eines negativen Stundensaldos zu nutzen.

c) Krankenhäuser mit Verlusten

Diese Häuser werden sich die 30%ige Kofinanzierung nicht leisten können, sondern häufig eher Personal – ggf. auch im Pflegedienst – abbauen müssen. Damit wird hier kaum mit einer nennenswerten Inanspruchnahme des Förderprogramms zu rechnen sein.

3. Krankenhäuser umgehen die Zweckbindung des Gesetzgebers

Auch wenn der Gesetzentwurf scheinbar verbindlich fest schreibt, dass die vorgesehenen Geldmittel nur für zusätzliche Stellen verwendet werden dürfen, ist in der Praxis mit Versuchen zu rechnen, diese Zweckbindung zu unterlaufen.

Der Hauptansatzpunkt hierfür dürfte in der Schnittstelle zwischen Pflegedienst und diversen Hilfsdiensten liegen (Patiententransport, Bettenaufbereitung, Stationshilfen, etc.). Hier ist es hausindividuell verschieden, wie stark die examinierten Pflegekräfte durch Hilfspersonal von sog. pflegefremden Tätigkeiten entlastet worden sind.

Dieser Prozess kann aber grundsätzlich umgekehrt werden. Mit der (zu 70% subventio-

nierten) Einstellung zusätzlicher Pflegekräfte kann der Pflegedienst wieder mehr derartige Tätigkeiten aus Randbereichen übernehmen, Stellen für die entsprechenden Hilfskräfte dann abgebaut werden. Da 30% des Gehalts einer examinierten Krankenschwester wesentlich günstiger sind als 100% einer Hilfskraft, sind so beträchtliche Einsparungen möglich.

Es ist zweifelhaft, ob derartige Verschiebungen beim vorliegenden Gesetzesentwurf verboten wären, da die Abgrenzung der Aufgaben des Pflegedienstes nicht allgemeinverbindlich geregelt ist und sich das Aufgabenspektrum der dann neu eingestellten Schwestern und Pfleger durchaus im weiteren Sinne noch im Rahmen einer auf ihren Ausbildungsstand bezogenen Tätigkeit bewegen kann. Dabei würden natürlich nicht Pflegekräfte konkret bspw. für die Bettenaufbereitung eingestellt, sondern bestimmte Tätigkeiten würden generell (wieder) dem Pflegedienst zugeordnet und die damit einhergehende Mehrbelastung durch das subventionierte zusätzliche Pflegepersonal ausgeglichen. Ob so ein Vorgehen von den Personalvertretungen durchgängig verhindert werden kann, bleibt abzuwarten.

Offensichtlich würde ein derartiges Vorgehen im Gegensatz zum Sinn der Neuregelung stehen. Auch aus volkswirtschaftlicher Sicht ist eine Verdrängung von Hilfskräften durch subventionierte Pflegekräfte absurd. Aufgrund der wirtschaftlichen Lage vieler Krankenhäuser muss dennoch damit gerechnet werden, dass es zu solchen Verlagerungen kommt. Die Auswirkungen werden wieder für die drei genannten Gruppen von Krankenhäusern untersucht.

a) Krankenhäuser mit massiven Einsparungen

Diese Häuser haben die meisten Möglichkeiten, Pflegepersonal ohne derartige Umgehungsversuche aufzustocken. Wenn neben den unter 2. aufgeführten Aufstockungsmaßnahmen (Mindestbesetzung und Abbau Überstunden) noch Spielraum bleibt, so vermutlich eher im 2. oder 3. Jahr des Programms. Durch die zeitliche Begrenzung der hausindividuellen Förderung bis einschließlich 2011 wird sich eine derartige Umorganisation dann vermutlich nicht lohnen. Daher ist hier nicht mit nennenswerten Versuchen zur Umgehung der Zweckbindung zu rechnen.

b) Krankenhäuser mit Pflege auf gerade noch haltbarem Niveau

Hier wird vergleichsweise wenig Pflegepersonal als echte Aufstockung des Pflegedienstes nachgefragt werden. Daher liegt bei dieser Gruppe von Krankenhäusern vermutlich eine größere Bedeutung auf der Nutzung zur Kostensenkung unter Umgehung der Zweckbestimmung. Für die drei Jahre bis einschließlich 2011 kann sich dabei der organisatorische Mehraufwand, der durch die Aufgabenverschiebung ausgelöst wird, durchaus lohnen.

c) Krankenhäuser mit Verlusten

Hier liegt häufig eine Überbesetzung (aus wirtschaftlicher Sicht) sowohl im Pflegedienst als auch in den verwandten Hilfsdiensten vor, so dass eine Nutzung in nennenswertem Umfang unwahrscheinlich ist. Damit werden gerade die wirtschaftlich am stärksten bedrohten Krankenhäuser am wenigsten von diesem Programm profitieren können.

4. Fazit

Die Gewinner der zusätzlichen Finanzierung von Pflegestellen werden vor allem diejenigen wirtschaftlich starken Krankenhäuser sein, die Stellen im Pflegepersonal in der Vergangenheit stark gekürzt haben und hohe Bestände an Überstunden bzw. gut gefüllte Lebensarbeitszeitkonten im Pflegedienst aufweisen.

Hauptverlierer sind voraussichtlich die wirtschaftlich schwächsten Krankenhäuser, die einen aus wirtschaftlicher Sicht ggf. nötigen Stellenabbau in allen Bereichen (Pflegedienst und Versorgungsdienste) noch vor sich haben. Deren relative Wettbewerbsposition wird sich weiter verschlechtern, da sie das Finanzierungsprogramm kaum nutzen können.

Beim Personal sind die Gewinner die examinierten Pflegekräfte, denen die neu geschaffenen Stellen Beschäftigung bieten, insbesondere Absolventinnen und Absolventen der Berufsfachschulen, die so übernommen werden können. Verlierer finden sich vermutlich im Hilfspersonal, das durch eine Neuverteilung der Tätigkeiten zwischen Pflege und anderen Berufsgruppen verdrängt werden kann. Außerdem wird der Absolventenjahrgang 2012 (also mit Ausbildungsbeginn 2009) voraussichtlich kaum Chancen auf eine Übernahme haben, da in jenem Jahr der Abbau der vorher aufgebauten Stellen einsetzen wird.

Die Politik wird die Gewinner herausstellen und betonen, dass tatsächlich neue Stellen geschaffen worden sind. Der verdeckte Preis massiver Mitnahmeeffekte und der Verdrängung anderer Berufsgruppen wird dabei ignoriert werden.

Das Ausmaß zusätzlicher Versichertengelder für die stationäre Krankenhausversorgung ist eine politische Frage und lag nicht im Fokus dieser Analyse. Jedoch lässt sich festhalten, dass die Art und Weise der Mittelverteilung über das hier analysierte Programm zum Schaffen zusätzlicher Pflegestellen sehr ausgeprägte Fehlanreize aufweist, welche die gewählte Ausgestaltung als wenig sinnvoll erscheinen lassen.

Berlin, Oktober 2008

Dipl. Kfm. Arndt Regorz