

Anspruch und Wirklichkeit des Pflegebudgets

Schwierige Verhandlungen

Um die pflegerische Versorgung in Kliniken zu verbessern, hat die Bundesregierung zum 1. Januar 2020 das sogenannte Pflegebudget eingeführt. Das Ziel: Durch die vollständige Kostendeckung würden die Häuser mehr Pflegepersonal einstellen, die Arbeitsbedingungen würden sich verbessern und mehr Fachkräfte am Bett zur Verfügung stehen. Doch das Konzept erweist sich als konfliktträchtig. Bisher hat nur ein Bruchteil der Kliniken für 2020 ein Pflegebudget vereinbart.

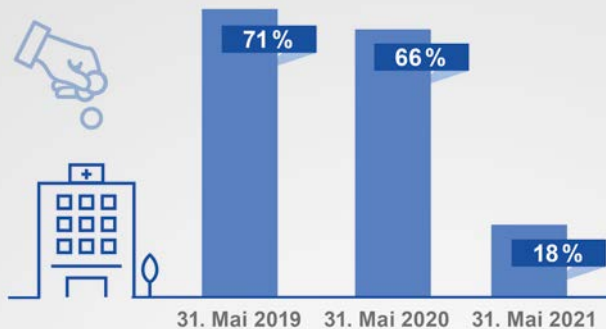
Bereits das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz verpflichtete die Krankenkassen, jede weitere Pflegestelle vollständig zu finanzieren. Um die Kosten zu ermitteln, hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die Personalkosten für Pflege auf bettenführenden Stationen inklusive der Kosten für Leiharbeit und Honorarkräfte aus den Fallpauschalen ausgegliedert. Sie müssen in den Pflegebudgetverhandlungen vor Ort zusätzlich zu den normalen Budgets verhandelt werden. In den übrigen DRG-Fallpauschalen (aDRGs) enthalten blieben die Pflegedienstleitung, Transportdienste, der medizinisch-technische und der Funktionsdienst. Doch vor Ort prallen nun unterschiedliche Definitionen von Pflege aufeinander: Hier die berufsgruppen- und qualifikationsbezogene Auffassung der Kassen, dort die funktionsbezogene Definition der Kliniken, die auch fachfremde Berufsgruppen im Pflegebudget verorten.

Denn dem neuen Finanzierungskonzept fehlte die klare Abgrenzung zum bestehenden aDRG-System. So errechnete das InEK auf Basis der Kostendaten von 2019, dass im Pflegebudget für das Jahr 2021 etwa 1,6 Milliarden Euro mehr enthalten sind (16,6 Milliarden), als aus den DRGs ausgegliedert wurden (15 Milliarden). Etwa die Hälfte sei durch Tarifsteigerungen und Personalaufbau erklärbar, schätzen Experten – 800 Millionen Euro gehen jedoch auf Umbuchungen von Personal zurück und sorgen damit in den Häusern für doppelte Erlöse.

Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) sorgt jetzt für eine bessere Abgrenzung der Pflegekosten und verpflichtet Wirtschaftsprüfer, den sachgerechten Einsatz der Gelder verlässlich zu dokumentieren.

Verhandlungstau: Für 2020 sind nur wenige Klinikbudgets vereinbart

Anteil der abgeschlossenen Budgetvereinbarungen für das jeweilige Vorjahr



Nicht einmal jede fünfte Klinik hatte Ende Mai 2021 ihr Budget für 2020 verhandelt. Davor waren es zu dem Zeitpunkt stets zwei Drittel oder mehr gewesen. Quelle: WIdO; Grafik: AOK-BV

Illustration: iStock.com

INHALT

Hintergrund und Presse Seite 2
„Was fehlt, ist der nachhaltige Aufbau“

Markt und Meinung Seite 3
Über 30 Prozent mehr Lohn
Startschuss für das neue Prüffeld
Länderbeiträge bleiben zu niedrig

Versorgung und Service Seite 4
Bundesweite Nutzung beschlossen
Das Herzzentrum kommt
Zulauf für den Hebammenberuf

Zahlen – Daten – Fakten Seite 5
Wie Kliniken Kosten aus dem Funktions-
in den Pflegedienst verlagern

„Das Pflegebudget wird ein
dauerhaftes Streitthema
zwischen Krankenkassen und
Krankenhäusern bleiben.“

Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes
Deutscher Privatkliniken e. V.

Selbstkostendeckung in der Praxis

„Was fehlt, ist der nachhaltige Aufbau“

Noch hat das Pflegebudget nicht viel bewirkt, meint Dr. Markus Mai, Präsident der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Mehr qualifiziertes Pflegefachpersonal aufzubauen und zu halten, werde erst mit einer langfristigen Perspektive gelingen.

Seit 2020 werden Pflegepersonalkosten im sogenannten Pflegebudget vollständig finanziert. Haben sich Ihre Erwartungen an das Gesetz erfüllt?

Im Grunde ist es ein gutes Gesetz. Wir haben immer gefordert, die Pflege aus dem DRG-System herauszunehmen. Das Gesetz nimmt aber nur die bettenführenden Stationen in den Blick. Viele pflegerische Tätigkeiten, die zum Beispiel in der Anästhesie oder anderen Stationen stattfinden, werden mit dem Pflegebudget nicht erfasst. Die Erwartungen haben sich aber insofern erfüllt, dass der Abbau der Pflege gestoppt ist und die Versorgung vorerst gesichert ist. Was fehlt, ist der nachhaltige Aufbau.

Inwiefern hat das Pflegebudget die Arbeitsbedingungen oder die Patientenversorgung verbessert?

Bisher hat sich nichts verbessert – was aber nicht am Pflegebudget liegt. Personal wurde nur marginal aufgebaut. Wir haben parallel steigende Herausforderungen in der Versorgung. Mit dem Pflegebudget wurden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass sich die Versorgung verbessern kann. Zurzeit gibt es Sicherheit für Mehreinstellungen in der Pflege. Aber was passiert in der nächsten Legislaturperiode? Wird es einen Deckel für Mehreinstellungen geben? Um die Qualität der Leistungen zu verbessern, brauchen wir zirka 20 bis 30 Prozent zusätzliche Pflegekräfte. Das Heil liegt dabei nicht in Hilfskräften, sondern qualifiziertem Personal.

Was ist Ihrer Auffassung und Ihrem Selbstverständnis nach „Pflege am Bett“?

Pflege am Bett braucht es überall da, wo Menschen schwer krank sind. Aber der Begriff ist bisher nicht wirklich definiert. Und auch in einer Anästhesieabteilung braucht es Pflegefachpersonen, die eine Gesamtperspektive haben. Einem OP-technischen Assistenten fehlen die Pflegefachkenntnisse. Das ist nicht hilfreich, wenn die Expertise benötigt wird.

Welche Auswirkungen des Pflegebudgets erwarten Sie in Bezug auf eine Aufwertung und bessere Vergütung des Pflegeberufs?

Es fehlt weiterhin an Personal und an einer Gewerkschaft, die mehr Gehalt durchsetzt. Wir haben damit begonnen, mindestens 4.000 Euro brutto für eine Pflegefachkraft zu fordern. Das wäre mit dem Pflegebudget möglich.

Was wünschen Sie sich von der Politik?

Die Politik sollte das Pflegebudget weiterdenken und eine breitere Debatte über das Prinzip der Selbstkostendeckung führen. Die Einrichtungen brauchen Planungssicherheit, um wirklich mehr auszubilden. Alternativ kann man professionell Pflegenden auch belohnen, indem man die Rente ab 63 abschlagsfrei zahlt. Das wäre eine wirkliche Anerkennung der Leistung.

Dr. Markus Mai
Präsident der Pflegekammer Rheinland-Pfalz



PRESSEECHO

Lungenzentrum wird saniert

Die Lungenklinik Großhansdorf in Schleswig-Holstein wird saniert und teilweise neu gebaut. Insgesamt fließen 80 Millionen Euro in das Projekt. Dabei erhält das Krankenhaus, das seit dem Frühjahr 2021 die Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) an Zentren erfüllt, ein modernes Hauptgebäude, mehr Betten und ein neues Forschungslabor. *Stormaner Tageblatt, 3. Juni 2021*

160 Millionen für Düsseldorf

Die Universitätsklinik Düsseldorf erhält 162 Millionen Euro aus dem Sonder-Konjunkturprogramm der Landesregierung in Nordrhein-Westfalen. Die Gelder fließen überwiegend in einen Neubau. Darüber hinaus sollen IT-Infrastruktur, medizintechnische Geräte und Anlagen finanziert werden. Ein neu errichteter Intensivbetten-Modulbau ist bereits in Betrieb. *Rheinische Post, 1. Juni 2021*

Helios mit Rekordgewinn

Das Helios-Klinikum München West hat 2020 einen Rekordgewinn von 20 Millionen Euro erzielt. Der private Klinikträger konnte im Pandemiejahr insbesondere von den staatlichen Pauschalen profitieren, die der Bund für das Freihalten von Betten zahlte. So verbuchte der Helios-Konzern mit seinen 89 Häusern in Deutschland etwa 600 Millionen Euro Gewinn vor Steuern. Mit einem Marktanteil von unter sechs Prozent erhielt Helios mehr als sieben Prozent der staatlichen Hilfen, insgesamt etwa 740 Millionen Euro. *Die Zeit, 11. Mai 2021*

Personalkosten in der Pflege Über 30 Prozent mehr Lohn

Die Bruttolöhne der Vollzeitbeschäftigten im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege sind seit 2010 um 32,9 Prozent gestiegen. Das teilte das Statistische Bundesamt mit. Damit haben sich die Gehälter in dieser Branche erheblich schneller erhöht als in der Gesamtwirtschaft. Examierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger verdienen im Jahr 2020 durchschnittlich 3.578 Euro brutto im Monat. Fachkräfte mit vergleichbarer Qualifikation im Bereich produzierendes Gewerbe und Dienstleistungen kamen dagegen auf 3.268 Euro und damit nur 21,2 Prozent mehr Gehalt als 2010. Allerdings arbeiteten im Jahr 2019 mehr als ein Drittel aller Pflegefachpersonen (37 Prozent) in Teilzeit. Über alle Berufsgruppen hinweg lag die Teilzeitquote bei 29 Prozent.

Strukturprüfungen Startschuss für das neue Prüffeld

Krankenhäuser können jetzt erstmals Anträge zur Prüfung von Strukturmerkmalen stellen. Eine entsprechende Richtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) im Mai genehmigt. Geprüft werden Merkmale, die Kliniken künftig nachweisen müssen, um bestimmte Leistungen erbringen und gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen zu können. Vor dem Hintergrund der neu eingeführten Prüfquoten soll die Regelung dazu beitragen, die Zahl der Abrechnungsprüfungen zu senken. Die zunächst vorgesehene Antragsfrist (30. Juni 2021) hat das BMG verlängert. Die Anträge zur ersten Prüfung von OPS-Kodes, die im laufenden Jahr bereits erbracht wurden, müssen nun bis zum 15. August 2021 vorliegen.

>> www.aok.de/gesundheitspartner

Finanzierung von Investitionskosten Länderbeiträge bleiben zu niedrig

Die Bundesländer haben auch im Jahr 2019 zu wenig zur Förderung ihrer Krankenhäuser getan. Während die Kliniken bundesweit etwa 6,2 Milliarden Euro für Investitionen in Gebäude, Geräte und Anlagen benötigten, zahlten die Länder nur 3,16 Milliarden Euro aus. Das teilte die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) anlässlich der Veröffentlichung ihrer „Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2020“ mit. Die einzelnen Bundesländer engagieren sich dabei in unterschiedlichem Umfang. So haben etwa Hamburg, Hessen, NRW, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Schleswig-Holstein ihre KHG-Fördermittel deutlich erhöht. Weniger Gelder als 2018 erhielten die Kliniken in Baden-Württemberg, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern.

>> www.aok.de/gesundheitspartner

DREI FRAGEN AN ...

... **Lothar Riebsamen**,
Krankenhausexperte der
CDU/CSU-Fraktion im Bundestag und
Mitglied im Gesundheitsausschuss



Konflikte waren vorhersehbar

Sind Sie mit der bisherigen Umsetzung des Pflegebudgets zufrieden?

Das Pflegebudget war von Anfang an ein hochkomplexes Unterfangen. Wie man sieht, bleibt die Abgrenzung dessen, was Pflege am Bett sein soll, hoch umstritten. Und das war vorhersehbar. Pflegepersonal ist ein knappes Gut, mit dem man sorgsam umgehen muss. Das sehe ich hier nicht gegeben.

Wird es mittelfristig mehr Pflege am Bett geben?

Das hängt ausschließlich von der Zahl der Bewerberinnen und Bewerber ab, nicht von der Buchhaltung. Geld ist nicht der limitierende Faktor. Die Kliniken stellen ein, so viel sie können, aber die Attraktivität des Berufs gibt den Ausschlag. Hinzu kommt, dass die demografische Entwicklung dem Personalaufbau entgegensteht.

Bleibt das Pflegebudget eine Übergangslösung oder halten Sie die Selbstkostendeckung langfristig für finanzierbar?

Die Selbstkostendeckung wurde ja abgeschafft, weil sie nicht finanzierbar ist. Es ist gut, wenn jetzt eine Personalbemessung auf den Weg gebracht wird. Dennoch brauchen wir Instrumente, die dafür sorgen, dass Kliniken sorgsam mit knappen Gütern umgehen. Auch wenn das DRG-System die Schraube vielleicht überdreht hat – die Selbstkostendeckung leistet das nicht.

Gehälter sind in der Pflege stärker gestiegen als in der Gesamtwirtschaft



Die Bruttolöhne in der klinischen Pflege sind binnen zehn Jahren von durchschnittlich 2.712 Euro auf 3.578 Euro gestiegen.

Quelle: WlD; Grafik: AOK-BV

Illustration: iStock.com

Krebsregisterdaten

Bundesweite Nutzung beschlossen

Die Krebsregisterdaten, die bisher auf Landesebene gesammelt werden, sollen künftig auf Bundesebene zusammenfließen. Das hat der Bundestag beschlossen. Mit der Bündelung der Daten am Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) unter dem Dach des Robert-Koch-Instituts will die Bundesregierung die Forschung zu Entstehung und Verläufen von Tumorerkrankungen stärken. Dafür sollen die Landesregister neben epidemiologischen künftig auch anonymisierte klinische Daten liefern. Wissenschaftliche Einrichtungen können diese für die Versorgungsforschung auswerten. Zudem sieht das Gesetz eine mögliche Verknüpfung von Krebsregister- mit anderen Daten vor. Zur Nutzenbewertung oder Qualitätssicherung werden die Register indes nicht viel beitragen, schätzen Experten. Die dafür notwendigen Informationen, etwa Nebendiagnosen oder Angaben zu Tumormarkern, sind in dem Datensatz nicht enthalten.

>> www.aok.de/gesundheitspartner

Berlin

Das Herzzentrum kommt

Das Bundeskartellamt hat Anfang Juni den Zusammenschluss der Herz-Kreislauf-Einrichtungen der Charité – Universitätsmedizin Berlin mit dem Deutschen Herzzentrum Berlin genehmigt. Eine entsprechende Rahmenvereinbarung hatte der Berliner Senat beschlossen. Das „Deutsche Herzzentrum der Charité“ (DHZC), Stiftung bürgerlichen Rechts,

wird als gemeinsames Zentrum der Charité mit besonderer Beteiligung des Deutschen Herzzentrums Berlin (DHZB) konzipiert. Dabei kann die DHZB-Stiftung an der Steuerung des DHZC mitwirken. Der Klinikbetrieb soll zum 1. Januar 2022 auf die Charité und die neu zu gründende Einrichtung übertragen werden. Bis 2028 soll das neue Herzzentrum auf dem Campus Virchow-Klinikum der Charité einen Neubau erhalten. Dafür stellt das Land Berlin 286,9 Millionen Euro bereit, der Bund beteiligt sich mit 100 Millionen Euro.

>> www.bundeskartellamt.de

Geburtshilfe und Entbindungspflege

Zulauf für den Hebammenberuf

Immer mehr junge Leute entscheiden sich für eine Ausbildung in der Geburtshilfe und Entbindungspflege. Im Schuljahr 2019/2020 lag die Zahl der Hebammschülerinnen bei 3.057, hinzu kamen sechs Entbindungspfleger, insgesamt waren es 3.063. Diese Zahlen hat das Statistische Bundesamt veröffentlicht. In den vergangenen zehn Jahren ist die Zahl der Interessenten für den Beruf damit um 61 Prozent gestiegen. Anlässlich des Welthebammentages Anfang Mai mahnte der Deutsche Hebammenverband Investitionen in angemessene Löhne, einen höheren Stellenschlüssel in Kliniken und eine zukunftsorientierte akademische Ausbildung an. Der aktuelle Jahrgang gehört indes zu den letzten, die den Hebammenberuf in einer Ausbildung erlernen. Seit Januar 2020 wird die schulische Ausbildung in einen Bachelorstudiengang überführt. Die Übergangsfrist endet 2022.

>> www.aok.de/gesundheitspartner

TERMINE

8. und 9. Juli in Potsdam

28. Krankenhaus-Controller-Tag:
„New Work im Controlling“

7. bis 8. September in Köln

Gesundheitskongress des
Westens 2021

8. bis 10. September in Adenau

41. Biersdorfer Krankenhaus-
Management-Gespräche

>> www.blickpunkt-klinik.de

PERSONALIA

Hoch leitet Gesundheitsressort



Clemens Hoch ist neuer Gesundheitsminister in Rheinland-Pfalz. Der bisherige Chef der rheinland-pfälzischen Staatskanzlei soll im neu zugeschnittenen Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit insbesondere die Biotechnologie fördern – und mit ihr Themen wie die individualisierte Krebstherapie. Der Jurist Hoch folgt im Amt auf Sabine Bätzing-Lichtenthäler, die die neue SPD-Landtagsfraktion führt.

MD-Verwaltungsrat gegründet



Sandra Goldschmidt wird den künftigen Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) leiten. Die stellvertretende Landesbezirksleiterin der Dienstleistungsgewerkschaft Verdi Hamburg wurde für sechs Jahre gewählt und wird zunächst eine Satzung für die neue Körperschaft öffentlichen Rechts erarbeiten. Nach deren Genehmigung durch das Bundesgesundheitsministerium soll der MD Ende 2021 formal errichtet werden.

Baum geht zu DRK-Kliniken



Georg Baum hat den Vorsitz des Aufsichtsrates der DRK-Kliniken Berlin übernommen. Der ehemalige politische Beamte und langjährige Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) folgt in der neuen Position auf Alfred Dänzer, der sein Mandat nach der regulären Amtszeit von fünf Jahren nicht verlängert hatte.

>> Abrechnung

>> Finanzierung

>> Infografiken

>> Jahresabschlüsse

>> Klinikstrukturen

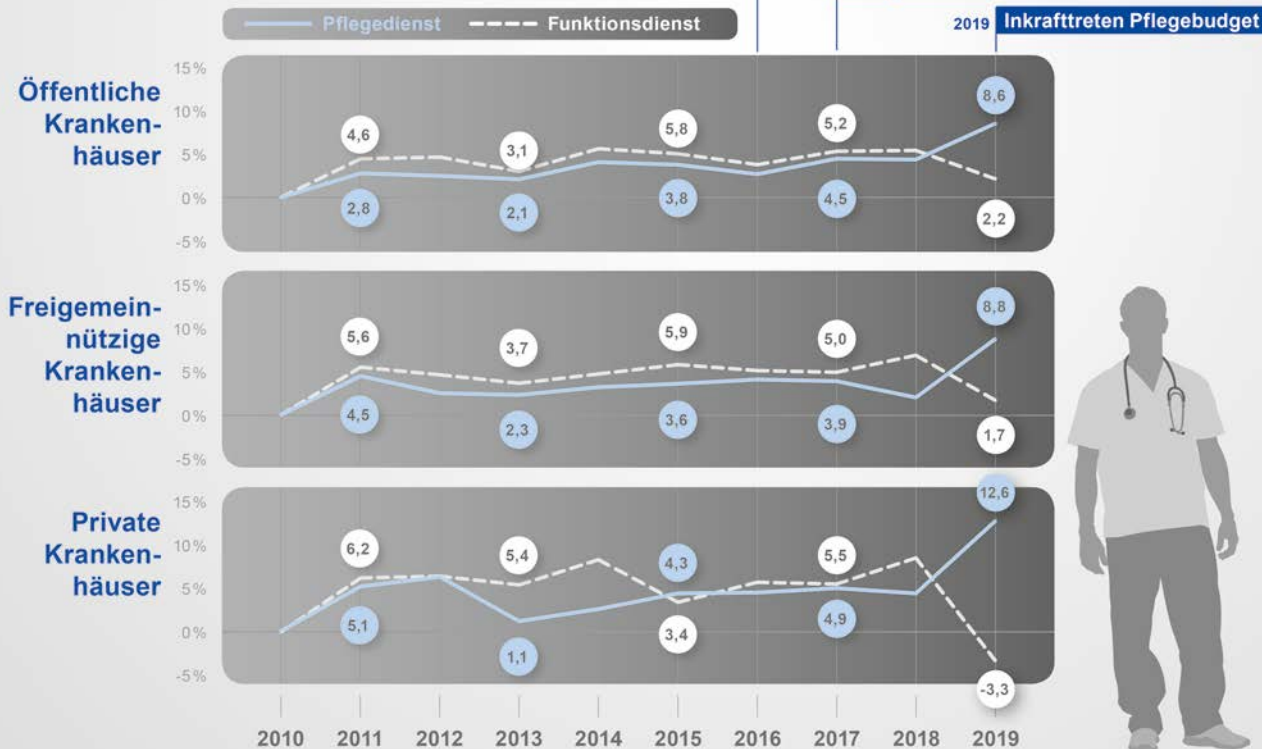
>> Markt

>> Personal

>> Qualität

Wie Kliniken Kosten aus dem Funktions- in den Pflegedienst verlagern

KOSTENTWICKLUNG 2010 bis 2019



Quelle: WIdO/Statistisches Bundesamt (Kostennachweise der Krankenhäuser); Grafik: AOK-BV



Illustration: iStock.com

Auffällige Trendwende

Die ersten Verhandlungen des Pflegebudgets warfen schon 2019 ihre Schatten voraus: Auf der Basis eines weit ausgelegten Begriffs von Pflege haben viele Krankenhäuser zum Jahr 2019 Kosten aus anderen Bereichen in die Pflege umgebucht. Das geht aus den Kostendaten der Krankenhäuser hervor, die das Statistische Bundesamt im April veröffentlichte. Hintergrund ist die gesetzliche Regelung, derzufolge die Kostendaten des Jahres 2019 als Grundlage für das Pflegebudget 2020 gelten sollten. Insbesondere private Träger haben demnach in erheblichem Umfang Kosten im medizinisch-technischen und Funktionsdienst reduziert und im Pflegedienst aufgebaut. Die Entwicklung läuft erkennbar dem Trend der vergangenen Jahre zuwider, in denen die Kliniken eher im Funktionsdienst Personal aufgebaut hatten. Und auch 2019 gab es den Zahlen der Bundesagentur für Arbeit zufolge keinen überdurchschnittlichen Beschäftigungszuwachs in der Pflege. Doch das Geld, das die Kliniken durch die Umbuchungen erhalten, fließt nur in die Bilanzen. Es bewirkt, dass mehr Beschäftigte ohne pflegerische Qualifikation, deren Kosten bereits über die Fallpauschalen vergütet werden, doppelt finanziert werden können. So schafft es weder mehr Pflegepersonal noch bessere Arbeitsbedingungen in der Pflege.