

Handlungshilfe für betriebliche Interessenvertretungen

Pflegeförderprogramm

März 2009
Version 1.0

Handlungshilfe für betriebliche Interessenvertretungen

Pflegeförderprogramm

Inhalt

| | |
|---|----|
| 1. Einleitung | 3 |
| 2. Was steht im Gesetz? | 4 |
| 3. Umgang mit dem Programm | 8 |
| 4. Was sollte in Vereinbarungen stehen? | 9 |
| 5. Weiterbildungsfonds Pflege | 10 |
| 6. ver.di Unterstützung: Betriebs-/Dienstvereinbarungen austauschen | 10 |

Anhang

| | |
|---|----|
| • Checkliste für Betriebs-/Dienstvereinbarungen | 11 |
| • Beispiel: Berechnung der Fördersumme und der förderfähigen Stellen | 12 |
| • Beispiel: Ist-Bestands-Liste | 13 |
| • Beispiel: Liste der Personalbewegungen | 13 |
| • ver.di Informationsbogen zu Veröffentlichung von Betriebs-/Dienstvereinbarungen zum Pflegeförderprogramm | 14 |
| • Auszüge aus dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) zum Förderprogramm zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in Krankenhäusern | 15 |

1. Einleitung

Deutschland ist im internationalen Vergleich der OECD-Länder das Land mit den wenigsten Pflegekräften pro Patient/in im Krankenhaus. Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vom Februar 2009 ist die Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal zum ersten Mal seit 1993 wieder Gegenstand eines Gesetzes zur Krankenhausfinanzierung. Das ist den Beschäftigten zu verdanken, die sich nach Jahren des dramatischen Personalabbaus in der ver.di Kampagne „Der Deckel muss weg“ massiv zu Wort gemeldet haben.

Es gibt für drei Jahre ein Förderprogramm zur Einstellung von zusätzlichem Pflegepersonal und eine Vorschrift, dass künftig Bereiche mit „erhöhtem pflegerischem Aufwand“ besser berücksichtigt werden sollen. Wie viele Krankenhäuser dieses Programm in Anspruch nehmen, ist offen. Die neuen Regelungen finden sich in § 4 Krankenhausentgeltgesetz.

Das Programm geht auf einen Vorschlag von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt zurück, angekündigt am 20. Mai 2008 auf dem Bundesärztertage in Ulm. Damit wird erstmals in der Politik anerkannt, dass es inzwischen zu wenig Pflegenden im Krankenhaus gibt.

Durch die Abschaffung der Pflegepersonalregelung 1996 fiel der Schutz der Pflegenden vor Arbeitsverdichtung und Personalabbau weg. Die Investitionsverweigerung der Länder und die Einführung des DRG-Systems haben massive ökonomische Anreize gesetzt, Personal in den Krankenhäusern abzubauen. Die am meisten betroffenen Gruppen sind die Pflege, der medizinisch-technische Dienst und die Servicebereiche. Die Qualität der Krankenversorgung ist zurückgegangen. Je mehr Pflegebedarf ein/e Patient/in hat, desto eher leidet sie/er unter diesen Zuständen.

Ein mittelgroßes Krankenhaus mit rund 500 Betten kann bei maximaler Nutzung der Förderung im ersten Jahr etwa sieben und im dritten Jahr rund 20 Stellen aus dem Förderprogramm finanzieren. Ein Schutz des Pflegepersonals vor Überlastung wird mit dem Förderprogramm nicht erreicht, eine gewisse Entlastung aber schon.

Wie viel erreicht wird, das hängt unter anderem von den Beschäftigten und ihren Betriebsräten/Personalräten/Mitarbeitervertretungen ab. Sie müssen sich dafür einsetzen, dass das Krankenhausmanagement die Mittel in Anspruch nimmt.

ver.di will erreichen, dass die Fördermittel maximal ausgeschöpft werden – die Pflegenden haben das verdient. Dem dient die hier vorliegende Handlungshilfe.

Gute Arbeit im Krankenhaus und eine ausreichende Personalausstattung – sei es in der Pflege oder in den anderen Berufsgruppen – muss von den Beschäftigten erkämpft werden. Die Inanspruchnahme des Förderprogramms ist nur einer von vielen Schritten.

2. Was steht im Gesetz?

Der Gesetzgeber will durch Einführung eines Förderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in den Jahren 2009 bis 2011 zusätzliche Stellen im Pflegedienst der Krankenhäuser schaffen.

Alle Krankenhäuser, die nach Fallpauschalen gemäß dem DRG System abrechnen, können das Programm in Anspruch nehmen.

- Grundlage ist in jedem Fall eine Vereinbarung mit der betrieblichen Interessenvertretung der Arbeitnehmer/innen (Betriebsrat/ Personalrat/ Mitarbeitervertretung).
- Gefördert wird Personal mit einer abgeschlossenen Krankenpflegeausbildung.
- Es werden Neueinstellungen und die Aufstockung von Teilzeitstellen gefördert, in einem begrenzten Umfang auch die Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen.
- Die Förderhöhe beträgt für die Jahre 2009 bis 2011 durchgängig 90 Prozent der Personalkosten.
- Maximal können bis zu 0,48 Prozent jährlich des mit dem Krankenhaus vereinbarten Gesamtbetrags dafür aufgewendet werden.
- Fördermittel, die in diesem Zeitraum in Anspruch genommen wurden, wirken insgesamt budgeterhöhend.

Was wird gefördert?

Gefördert wird die zusätzliche Einstellung oder die Aufstockung von Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal sowie die Übernahme von Auszubildenden mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz¹. Dieses Personal kann in allen Bereichen des Krankenhauses eingesetzt werden, z.B. auf Station, im Intensivbereich, in der Anästhesie (vgl. aber Abschnitt „Mitnahmeeffekte“ s. 8).

¹ Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in („dreijährige Ausbildung“)

Bis zu 5 Prozent des für das Krankenhaus vereinbarten Betrags können zur Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege verwendet werden. Die Maßnahmen werden im Gesetzestext und der Begründung nicht weiter erläutert. Zu denken ist vor allem an Pflegetätigkeiten, die die Versorgungsqualität erhöhen oder die Zusammenarbeit verbessern, wie Entlassungsmanagement, Wundmanagement oder Maßnahmen, die integrierte Versorgung unterstützen.²

Wie hoch sind die Fördermittel?

Die zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre von 2009 bis 2011 zu 90 Prozent finanziell gefördert. Zehn Prozent der Kosten für die Neueinstellungen oder die Aufstockung von Teilzeitstellen sind vom Krankenhaus zu finanzieren. Die Neueinstellung kann auch schon vor Abschluss der Budgetverhandlungen vorgenommen werden.

Der Krankenhaus kann mit den Krankenkassen für das Förderprogramm jährlich einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,48 Prozent des Gesamtbetrags³ vereinbaren. Dieser wird auf das Krankenhausbudget aufgeschlagen, also zusätzlich gewährt. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, kann für das Folgejahr für das Förderprogramm ein zusätzlicher Betrag bis zur Höhe von 0,96 Prozent vereinbart werden. Im Gesetz ist allerdings ausdrücklich nur das Folgejahr erwähnt. Wer erst 2011 zusätzliche Stellen schafft oder vorhandene aufstockt, erhält dafür ebenfalls höchstens eine Förderung im Rahmen von 0,96 Prozent des Gesamtbetrags. Ist bereits für ein Kalenderjahr ein Betrag vereinbart worden, wird dieser im Folgejahr neu vereinbarte Betrag kumulativ erhöht, soweit zusätzliche Neueinstellungen oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen vereinbart werden. Nur wenn also Maßnahmen im Rahmen des Förderprogramms bereits 2009, spätestens jedoch 2010 im Krankenhaus umgesetzt wurden, kann das Förderprogramm ganz ausgeschöpft und der zusätzliche Betrag bis auf insgesamt 1,44 Prozent im Jahr 2011 ansteigen. Die Beispiele auf Seite 6 zeigen die Zusammenhänge und Wirkungsweise.

Die Vereinbarung über den zusätzlichen Betrag wird zwischen den Krankenhausträgern und Sozialleistungsträgern⁴ geschlossen. Sie ist schiedsstellenfähig und kann somit nicht einseitig verhindert werden.

Betriebsvereinbarung/Dienstvereinbarung und Bestätigung des Abschlussprüfers

Jedes Krankenhaus, das die Fördermittel in Anspruch nehmen will, muss folgende weiteren Voraussetzungen erfüllen:

- Das Krankenhaus muss im Vergleich zum Bestand am Stichtag 30. Juni 2008 zusätzliches Pflegepersonal neu eingestellt oder Teilzeitstellen aufgestockt haben.
- Weiter hat das Krankenhaus durch eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung - also Betriebsrat/Personalrat/Mitarbeitervertretung - nachzuweisen, dass zusätzliches Pflegepersonal im Vergleich zum Bestand der entsprechend umgerechneten Vollkräfte am 30. Juni 2008 neu eingestellt oder aufgestockt und entsprechend der Vereinbarung beschäftigt wird. Die Art der Vereinbarung ist im Gesetz nicht festgelegt. Es empfiehlt sich aber die Form einer

² beispielsweise Fortbildung für neue Aufgaben usw.

³ Der Gesamtbetrag eines Krankenhauses setzt sich aus dem Erlösbudget (Fallpauschalen und Zusatzentgelte für voll- und teilstationäre Leistungen) und den krankenhausesindividuellen Entgelten für Leistungen oder besondere Einrichtungen zusammen, die zwischen den Krankenkassen und dem Krankenhaus vereinbart wurden.

⁴ in der Regel Krankenkassen

Beispiel 1

Das Erlösbudget beträgt im Jahr 2009 insges. 48 MIO Euro.

Der Personalaufwand je Pflegekraft /Jahr beträgt 40.000 €.

Das Förderprogramm wird in diesem Beispiel voll ausgeschöpft

Das zur Verfügung stehende Gesamtvolumen beträgt im Jahr 2009 253.440 € - das entspricht 6,35 Vollkräften pro Jahr

In den Folgejahren erhöht sich das Fördervolumen um jeweils 0,48%

Die Fördersumme von 2009-2011 beträgt insges. 1.440.000 €

| Jahr | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|
| Erlösbudget | 48.000.000 € | 49.500.000 € | 51.000.000 € |
| Zuschlag KHRG | 0,48% | 0,96% | 1,44% |
| Anzahl der Vollkräfte bei Personalaufwand 40.000 € / a | 6,35 | 13,07 | 20,20 |
| Zur Verfügung stehendes Gesamtvolumen | 253.440 € | 522.720 € | 807.840 € |
| Förderung KHRG (90%) | 230.400 € | 475.200 € | 734.400 € |
| AG – Aufwand (10%) | 23.040 € | 47.520 € | 73.440 € |
| organisat. Maßnahmen (5%) * | 12.672 € | 26.136 € | 40.392 € |

* bis zu 5% des Gesamtvolumens können für org. Maßnahmen (z.B. Weiterbildung) verwendet

Beispiel 2

Das Erlösbudget beträgt im Jahr 2010 insges. 49,5 MIO Euro.

Der Personalaufwand je Pflegekraft /Jahr beträgt 40.000 €.

Im Jahr 2009 wurde vom Förderprogramm kein Gebrauch gemacht.

2010 können 0,96% des Erlösbudgets geltend gemacht werden

Das zur Verfügung stehende Gesamtvolumen beträgt im Jahr 2010 522.720 € - das entspricht 13,07 Vollkräften pro Jahr

Im Folgejahr erhöht sich das Fördervolumen um weitere 0,48%

Die Fördersumme von 2009-2011 beträgt insges. 1.209.600 €

| Jahr | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|
| Erlösbudget | 48.000.000 € | 49.500.000 € | 51.000.000 € |
| Zuschlag KHRG | 0,48% | 0,96% | 1,44% |
| Anzahl der Vollkräfte bei Personalaufwand 40.000 € / a | | 13,07 | 20,20 |
| Zur Verfügung stehendes Gesamtvolumen | | 522.720 € | 807.840 € |
| Förderung KHRG (90%) | | 475.200 € | 734.400 € |
| AG – Aufwand (10%) | | 47.520 € | 73.440 € |
| organisat. Maßnahmen (5%) * | | 26.136 € | 40.392 € |

* bis zu 5% des Gesamtvolumens können für org. Maßnahmen (z.B. Weiterbildung) verwendet

Beispiel 3

Das Erlösbudget beträgt im Jahr 2011 insges. 51 MIO Euro.

Der Personalaufwand je Pflegekraft /Jahr beträgt 40.000 €.

In den Jahren 2009 und 2010 wurde vom Förderprogramm kein Gebrauch gemacht.

2011 können 0,96% des Erlösbudgets geltend gemacht werden

Das zur Verfügung stehende Gesamtvolumen beträgt im Jahr 2011 538.560 € - das entspricht 13,07 Vollkräften pro Jahr

Die Fördersumme von 2009-2011 beträgt insges. 489.600 €

| Jahr | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|
| Erlösbudget | 48.000.000 € | 49.500.000 € | 51.000.000 € |
| Zuschlag KHRG | | | 0,96 % |
| Anzahl der Vollkräfte bei Personalaufwand 40.000 € / a | | | 13,07 |
| Zur Verfügung stehendes Gesamtvolumen | | | 538.560 € |
| Förderung KHRG (90%) | | | 489.600 € |
| AG – Aufwand (10%) | | | 48.960 € |
| organisat. Maßnahmen (5%) * | | | 26.928 € |

freiwilligen Betriebs- oder Dienstvereinbarungen zu wählen, in der auch festgelegt wird, in welchem Bereich die zusätzlichen Stellen oder Stellenanteile geschaffen werden.

- Mit dem Jahresabschluss muss vom Krankenhaus eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung im Vergleich zur Anzahl der umgerechneten Vollkräfte am 30. Juni 2008 und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorgelegt werden. Wurden die Neueinstellungen, Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen oder die vereinbarte Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege nicht umgesetzt, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen.

Was geschieht, wenn Krankenhäuser das Förderprogramm nicht in Anspruch nehmen?

Ab dem 1. Januar 2012 werden die Finanzierungsbeträge aus dem Förderprogramm für die Neueinstellung von Pflegepersonal in den geltenden Landesbasisfallwert übernommen; jedoch nur in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande insgesamt für das Jahr 2011 abgerechneten Zuschläge. Deshalb ist es sehr sinnvoll, dass möglichst alle Krankenhäuser die Zuschläge ausschöpfen. Gelder aus dem Förderprogramm, die bei den Krankenkassen nicht abgerufen werden, gehen den Krankenhäusern insgesamt auf Dauer verloren. Jedes Krankenhaus, das nichts beantragt, schadet allen.

Der Gesetzgeber hat vorgesehen, dass das Geld ab 2012 weiter für Pflege und nicht für andere Aufgaben der Krankenhäuser verwendet wird. Deshalb sollen bis 2012 Kriterien entwickelt werden, die sicherstellen, dass die Gelder im Rahmen des DRG-Systems zielgerichtet in Bereiche gelenkt wird, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand haben. Der Auftrag, dieses umzusetzen, geht an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), das die DRGs entwickelt hat und seither fortschreibt.

Das Gesetz verfolgt eine gute Absicht, dies aber mit etlichen Haken und Ösen. Es zeigt, dass es noch vieler Auseinandersetzungen bedarf, bis die Situation der Krankenversorgung verbessert und ausreichend Pflegepersonal eingestellt ist.

Wie viele Stellen werden insgesamt gefördert? 21.000 Stellen oder was?

Im Gesetzestext steht weder die Zahl der Stellen noch der genaue Förderbetrag in Euro. Ursprünglich war zugesagt, dass mit dem Förderprogramm in drei Jahren 21.000 neue Stellen für das Pflegepersonal in den Krankenhäusern schrittweise geschaffen werden sollten. Sie sollten mit dem Programm anteilig zu 70 Prozent von den Krankenkassen und zu 30 Prozent von den Krankenhäusern finanziert werden. Der Bundestag hat auf Drängen von ver.di den Finanzierungsanteil auf 90 Prozent hochgesetzt. Damit wurde die Inanspruchnahme für viele Häuser erst ermöglicht. ver.di konnte jedoch nicht erreichen, dass der Bundestag auch den finanziellen Rahmen der Förderung entsprechend aufstockte. Der Bundestag beschloss, den Förderbetrag bei höchstens 0,48 Prozent des mit dem Krankenhaus vereinbarten Gesamtbetrags zu belassen. Damit können nun entsprechend weniger Stellen im Pflegedienst geschaffen werden.⁵ Wie viele das in der Realität insgesamt sind, kann niemand voraussagen.

⁵ Geht man von den ursprünglichen Berechnungen des Gesundheitsministeriums aus, so könnten mit dem gleichen Betrag anstelle von 21.000 etwa 17.500 Stellen im Pflegedienst geschaffen werden.

3. Umgang mit dem Programm

Gute Arbeit im Mittelpunkt – öffentliche Auseinandersetzung im Betrieb

Im Mittelpunkt der ver.di-Arbeit im Betrieb steht der Einsatz für gute Arbeit im Krankenhaus und anständige Arbeitsbedingungen. Ein zentraler Streitpunkt ist der Mangel an Personal. Bei den Verhandlungen um die Inanspruchnahme – oder Ablehnung – des Pflegeförderprogramms durch das Krankenhausmanagement steht immer die Personalfrage im Zentrum. Die Forderung nach guter Arbeit und ausreichend Personal ist auch unabhängig vom Förderprogramm ein Kernthema der betrieblichen Interessenvertretung.

ver.di empfiehlt, die Auseinandersetzung öffentlich und transparent zu führen. Die Arbeitsbelastung und die Möglichkeit, sie durch das Pflegeförderprogramm zu lindern, sollte zum Thema im Betrieb gemacht werden (z.B. Flugblätter, Betriebs-/Personal-Mitarbeiterversammlung). Es ist nicht empfehlenswert, dass der Betriebsrat/Personalrat/Mitarbeitervertretung Verhandlungen „im stillen Kämmerlein“ führt. Eine Interessenvertretung, die die Verhandlungen öffentlich angeht und dabei die Situation der Beschäftigten in den Vordergrund stellt, entgeht am ehesten dem Druck durch den Arbeitgeber nach dem Motto: „Wenn der Betriebsrat nicht unterschreibt, gibt es eben keine Stellen und die Geschäftsführung macht dafür den Betriebsrat verantwortlich.“

Was tun, wenn der Arbeitgeber das Förderprogramm nicht in Anspruch nehmen will?

Das ist immer dann der Fall, wenn Personalabbau bereits vorgenommen oder geplant ist. Oder die Weigerung gibt einen Hinweis darauf, dass Personalabbaupläne in der Schublade liegen. In diesen Fällen ist der Kampf um gute Arbeit und ausreichend Personal genau so notwendig. Die Kontrolle der Dienstpläne, die Beachtung des Arbeitszeitgesetzes, die Prüfung des Gesundheitsschutzes durch die betriebliche Interessenvertretung sind in diesen Fällen dringend notwendig. Darüber hinaus ist Eigenaktivität der Betroffenen erforderlich, um die Stellenausstattung zu verbessern.

Punktlandung statt Gießkanne

Es liegt nahe, dass der Betriebsrat/Personalrat/Mitarbeitervertretung anstrebt, zielgenau die am meisten belasteten Bereiche zu entlasten. Mit wenigen Stellen maximale Entlastung am richtigen Punkt zu schaffen, das muss das Ziel sein. In der Regel wird das die Stationspflege sein, seltener die Funktionsdienste. Denn die meisten Betriebsräte/Personalräte/Mitarbeitervertretungen berichten, dass in den Funktionsdiensten bei Leistungsausweitung noch am ehesten eingestellt wurde. Eine Nutzung des Programms „egal für welche Bereiche“, ist nur die zweitbeste Lösung. ver.di empfiehlt darüber hinaus, dass der Betriebsrat/Personalrat/Mitarbeitervertretung jene Bereiche besonders berücksichtigen sollte, in denen sich die Beschäftigten durch eigene Initiative bereits für die Änderung ihrer Arbeitssituation eingesetzt haben.

Mitnahmeeffekte – Stellen, die der Arbeitgeber sowieso braucht

Ein wichtiges Anliegen der Betriebsrat/Personalrat/Mitarbeitervertretung ist es, dass wirklich zusätzliche Stellen zur Entlastung der bestehenden Situation geschaffen werden. Das Förderprogramm soll nicht dafür eingesetzt werden, dass sich der Arbeitgeber zusätzliche Stellen finanzieren lässt, die er für eine Leistungsausweitung ohnehin braucht (Mitnahmeeffekt). Werden geförderte Stellen in Bereiche mit Leistungsausweitung gelenkt, erfahren die am meisten belasteten Bereiche keine Entlastung. Sie gehen leer aus und der Zweck des Förderprogramms (Entlastung Pflege, Qualitätsverbesserung) wird verfehlt.

Der Gesetzgeber wollte Mitnahmeeffekte ausschließen. Eine gesetzliche Regelung hat er dazu aber nicht getroffen. Stattdessen hat er zwingend den Abschluss einer Betriebs-

/Dienstvereinbarung vorgeschrieben. Damit überträgt er die Verantwortung für die Begrenzung von Mitnahmeeffekten auf die betriebliche Interessenvertretung. Das hat den Vorteil, dass der Betriebsrat/Personalrat/Mitarbeitervertretung mehr Einblick als der Gesetzgeber in die betriebliche Wirklichkeit hat und sehr genau weiß, ob eine Einstellung einen Mitnahmeeffekt darstellt. Der Nachteil ist aber offensichtlich: Hier wird eine betriebliche Instanz mit der Umsetzung beauftragt, die deutlich geringere Durchsetzungsmacht als der Gesetzgeber hat.

Befristete oder unbefristete Arbeitsverträge? Wie detailliert sollten Bedingungen sein?

Aus Sicht von ver.di ist es wünschenswert, dass das Förderprogramm möglichst umfassend genutzt wird. Deshalb raten wir zwar zur punktgenauen Lenkung von zusätzlichem Personal an die wichtigsten Stellen im Betrieb. Wir raten aber nicht dazu, bei Betriebs-/Dienstvereinbarungen zum Pflegeförderprogramm alle die Ziele umsetzen zu wollen, die sonst in der betrieblichen Arbeit immer gewünscht, aber nie erreicht wurden.

Aus unserer Sicht sollen unbefristete Arbeitsverträge geschlossen werden. Das ermöglicht auch eher, dass qualifiziertes Personal gefunden und die Stellen tatsächlich besetzt werden können. Die befristete finanzielle Förderung zwingt einen Arbeitgeber nicht dazu, auch die Arbeitsverträge der neu Eingestellten zu befristen. Vielmehr kann er ggf. die Fluktuation nutzen. In der Praxis wird sich aber ein Arbeitgeber, der bei Neueinstellungen schon in der Vergangenheit unbefristete Arbeitsverträge abschloss, in einer Betriebs-/Dienstvereinbarung zum Pflegeförderprogramm eher auf unbefristete Arbeitsverträge einlassen. Ein Arbeitgeber, der bislang nur befristet einstellte, wird schwerer zu bewegen sein, beim Pflegeförderprogramm unbefristet einzustellen.

4. Was sollte in Vereinbarungen stehen? (Checkliste für Betriebs-/Dienstvereinbarungen)

Aus unserer Empfehlung, die am meisten belasteten Bereiche zu entlasten, ergibt sich die Notwendigkeit, Betriebs-/Dienstvereinbarungen zielgenau, d.h. detailliert zu fassen. Dazu gibt es im Anhang eine Checkliste für Betriebs-/Dienstvereinbarungen mit Musterlisten.

Präzise Listen

Wir empfehlen, in der Betriebs-/Dienstvereinbarung alle organisatorischen Einheiten mit den dort vorhandenen und zu schaffenden Stellen aufzulisten. Die Planung wird ergänzt durch eine Ist-Bestands-Liste, die alle organisatorischen Einheiten enthält und nach Jahren differenziert. Die Liste enthält: Ist- Anzahl VK am 30.6.2008 sowie die Ist-Anzahl VK jeweils 2009, 2010, 2011. Parallel wird kontinuierlich eine Liste der Personalbewegungen (Personen und VK) geführt, die im Laufe des Jahres vorgenommen werden.

Zu jedem Jahresende werden die Personalbewegungen „bilanziert“ und die tatsächlichen Personalbestände und Personalmehrausgaben nach dem Pflegeförderprogramm § 4 KHEntgG ermittelt. Die Liste der Personalbewegungen erlaubt es beiden Seiten, unklare und strittige Sachverhalte nachzuvollziehen. Nachdem Übereinstimmung erzielt ist, wird die Ist-Bestands-Liste zum Jahresende vom Betriebsrat/Personalrat/Mitarbeitervertretung und von der Leitung unterzeichnet.

Auf diese Weise ist der Betriebsrat/Personalrat/Mitarbeitervertretung nicht nur bei der Zielbeschreibung am Anfang (Abschluss der Betriebs-/Dienstvereinbarung), sondern auch bei der Bewertung der Zielerreichung beteiligt.

Mit dem Unterzeichnungsverfahren werden außerdem mehrere Fliegen mit einer Klappe geschlagen: Die Dokumente sind gleichzeitig geeignet als Berechnungsgrundlage für die

Spitzabrechnung der Personalmehrausgaben nach § 4 KHEntgG sowie als Unterlage für den Wirtschaftsprüfer, der den Stellenaufbau testieren muss. Überdies sind sie geeignet für die Meldung an den GKV-Spitzenverband, der jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit über die Inanspruchnahme und Wirkung des Pflegeförderprogramms berichten muss.

Feststellung des Ausgangs-Personalbestand zum 30.6.2008

Der Referenz-Personalstand vom 30.6.2008 ist gem. § 4 KHEntgG für das gesamte Krankenhaus zu erheben. Es ist jedoch sinnvoll, dass für jede organisatorische Einheit zwischen Betriebsrat/Personalrat/Mitarbeitervertretung und Leitung der Bestand an ausgebildetem Pflegepersonal festgestellt wird. Damit kann in den Folgejahren besser nachgesteuert werden. Wird z.B. die Bettenzahl in einer Abteilung/Station verändert, würde zum Jahresende, bevor Betriebsrat/Personalrat/Mitarbeitervertretung und Leitung die Liste für das Förderprogramm im kommenden Jahr unterschreiben, zu entscheiden sein, ob Personal aus dem Förderprogramm für diese Station/Abteilung eingesetzt wird, oder ob Eigenmittel des Trägers genutzt werden.

5. Weiterbildungsfonds Pflege

Wir regen an, dass vor jedem Jahresende festgestellt wird, wie weit der ausgeschöpfte Förderbetrag vom maximal möglichen nach unten abweicht. Der nicht ausgeschöpfte Betrag könnte einem Weiterbildungsfonds Pflege zugeführt werden. Zu beachten ist, dass hierfür max. 5 Prozent jährlich aus den Mitteln für die Erprobung neuen Maßnahmen der Organisation des Krankenhauses (§ 4 Abs. 10 KHEntgG) verwendet werden können.

6. ver.di Unterstützung: Betriebs-/Dienstvereinbarungen austauschen

ver.di veröffentlicht diese Handlungshilfe im Internet und aktualisiert sie immer wieder. Dort veröffentlichen wir auch Betriebs-/Dienstvereinbarungen zum Pflegeförderprogramm. Betriebsrat/Personalrat/Mitarbeitervertretung können sich hier über Betriebs-/Dienstvereinbarungen aus anderen Betrieben informieren und Ideen finden. Sofern Betriebsräte zustimmen, geben wir auch Kontaktmöglichkeiten zum jeweiligen Betriebsrat/Personalrat/Mitarbeitervertretung auf Anfrage weiter. Zur Aufnahme von Betriebsvereinbarungen ins Internet fragen wir in einem Informationsbogen ab, welche Daten im Internet veröffentlicht und welche auf Anfrage weitergegeben werden dürfen.

Die Adresse ist

<http://gesundheit-soziales.verdi.de/branchenpolitik/krankenhaeuser>

Anhang

Check-Liste für Betriebs-/Dienstvereinbarungen Pflegeförderprogramm

für 2009

- gemeinsame Festlegung des Erlösbudgets gem. § 4 Abs. 10 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)
- Feststellung des zusätzlichen maximalen Finanzvolumens für geplante Neueinstellungen (0,48% des Erlösbudgets als Förderung + 10% Arbeitgeberzuschuss)
- Personalstand exam. Pflegepersonal am 30.06.2008 nach Stationen inkl. Intensiv und Funktionsbereiche in Vollzeitstellen (ohne Überstunden)
- gemeinsame Festlegung, wie mit Veränderungen zu verfahren ist (Personalfluktuatation, Schließung, Zusammenlegung oder Neueröffnung von Stationen)
- Verwendung von Mitteln zur Erprobung neuer Organisationsmaßnahmen (z.B. Weiterbildung)
- Auflistung tatsächlicher Neueinstellungen (exam. Pflegepersonal) ab dem 01.01.2009 und Umrechnung in Vollzeitstellen auf das gesamte Jahr bezogen (Beispiel: Einstellung Vollzeit am 01.04.09 = 0,75 VK)
- Auflistung aller Aufstockungen von Teilzeit und Umrechnung in Vollzeitstellen auf das gesamte Jahr bezogen (Beispiel: Aufstockung von 50% auf 100% ab 01.07.2009 = 0,25 VK)
- Personalstand exam. Pflegepersonal am 31.12.2009 nach Stationen inkl. Intensiv und Funktionsbereiche in Vollzeitstellen (ohne Überstunden)
- Ermittlung der zusätzlichen Stellen in VK und Personalkosten durch Vergleich Stand 30.06.08 und 31.12.09.

für 2010 und 2011

- Vergleich Stand 30.06.08 und 31.12.2010 bzw. 2011 – Ermittlung der zusätzlichen Stellen in VK und Personalkosten
- sonst wie 2009

Beispiel: Berechnung der Fördersumme und der förderfähigen Stellen

| Berechnung der Pflegestellen | Kostenkalkulation 2009: | Kostenkalkulation 2010: | Kostenkalkulation 2011: |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Vereinbarter Gesamtbetrag gem. § 3 Abs. 3 Satz 1 KHEntG | 48.000.000 € | | |
| davon 0,48% | 230.400 € | | |
| Fördersumme (90%) | 230.400 € | | |
| Arbeitgeberanteil (10%) | 23.040 € | | |
| zur Verfügung stehender Gesamtbetrag | 253.440 € | | |
| | 6,87 VK | | |
| Mittel zur Erprobung neuer Organisationsmaßnahmen (5%) | 12.672 €* | | |
| | | | |

| Kosten je Pflegekraft/Monat EG 7a / Stufe 3 | Kostenkalkulation 2009: | Kostenkalkulation 2010: | Kostenkalkulation 2011: |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Tabellenlohn | 2.311 € | | |
| Zulagen/Zuschläge* | 250 € | | |
| AG-Anteil zu Sozialvers. (20%) | 512 € | | |
| Gesamtkosten/Monat | 3.073 € | | |
| Gesamtkosten/Jahr (x12) | 36.876 € | | |
| *1/12 Jahressonderzahlung, ohne Überstunden | | | |

Beispiel: Ist-Bestands-Liste

| Abteilung/ Station | Personalstand besetzte Stellen am 30.06.08 in VK | zusätzliche Einstellungen ./. Fluktuation | Personalstand besetzte Stellen am 31.12.09 in VK | zusätzliche Personalkosten |
|-----------------------|---|---|---|-------------------------------|
| Intensivstation | 25,0 | + 1,0 | 26,0 | 37.000 |
| Station A 11 | 12,0 | + 0,5 | 12,5 | 18.500 |
| Station B 12 | 11,5 | + 0,5 | 12,0 | 18.500 |
| Station C 13 | 12,5 | -- | 12,5 | |
| Station D 14 | 11,0 | -- | 11,0 | |
| Station A 12 | 12,0 | + 0,5 | 12,5 | 18.500 |
| Station B 13 | 8,0 | -- | 8,0 | |
| Station C 14 | 12,0 | - 0,5 | 11,5 | - 18.500 |
| Station D 15 | 14,0 | + 1,0 | 15,0 | 37.000 |
| Palliativ | 7,0 | -- | 7,0 | |
| Dialyse | 12,0 | + 0,5 | 12,5 | 18.500 |
| | | | | |
| gesamt | 137,0 | + 3,5 | 140,5 | 129.500 |
| | | | | |

Beispiel: Liste der Personalbewegungen

| Name, Vorname | ab Datum | Art | Abteilung | Arbeits- zeit | VK / Jahr |
|-------------------------------------|-------------|---------------------------|-----------|------------------|--------------|
| Mai, I. | 01.04.09 | Einstellung | A 11 | 100% | 0,75 |
| Meier, K | 01.04.09 | Einstellung | B 12 | 100% | 0,75 |
| Obermeyer, N. | 01.04.09 | Einstellung | C 13 | 100% | 0,75 |
| Schmidhuber, B. | 01.04.09 | Einstellung | D 14 | 50% | 0,385 |
| Müller, H. | 01.05.09 | Aufstockung | A 12 | 50% | 0,40 |
| Schmitt, B. | 01.07.09 | Einstellung | B 13 | 50% | 0,25 |
| Huber, G. | 01.07.09 | Einstellung | Dialyse | 100% | 0,50 |
| Bauer, X. | 01.07.09 | Aufstockung | C 13 | 50% | 0,25 |
| Schwarz, L. | 01.07.09 | Einstellung | D 14 | 50% | 0,25 |
| Weiß, K. | 01.07.09 | Aufstockung | A 11 | 50% | 0,25 |
| Ritter, J. | 01.10.09 | Einstellung | B 12 | 100% | 0,25 |
| Fischer, A. | 01.10.09 | Einstellung | C 13 | 100% | 0,25 |
| Neumann, A.E. | 01.10.09 | Aufstockung | D 14 | 50% | 0,125 |
| Baum, G. | 01.10.09 | Einstellung | A 12 | 100% | 0,25 |
| Ast, N. | 01.10.09 | Einstellung | B 13 | 100% | 0,25 |
| | | | | | |
| | 30.06.09 | Kündigung | A 11 | 100% | - 0,50 |
| | 30.06.09 | Kündigung | B 12 | 100% | - 0,50 |
| | 30.09.09 | Kündigung | D 14 | 100% | - 0,25 |
| | 30.09.09 | Rente | A 12 | 100% | - 0,25 |
| Aufwand Organisa- tionsmaßnahmen | | Fort-Weiter- bildungen | | 8.000 € | |

ver.di Informationsbogen zu Veröffentlichung von Betriebs-/Dienstvereinbarungen zum Pflegeförderprogramm

Name des Krankenhauses

Kontaktperson für Nachfragen zu diesem Bogen

Tel. E- Mail

| | | | |
|--|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> X = Keine Veröffentlichung und keine Weitergabe dieser Daten | | | |
| <input type="checkbox"/> X = Diese Daten dürfen auf Anfrage von ver.di weitergegeben werden | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> X = Diese Daten dürfen im Internet veröffentlicht werden | | | |

Text der Vereinbarung mit Name des Betriebs und Unterschriften

Text der Vereinbarung ohne Name des Betriebs, ohne Unterschriften

E-Mail-Adresse und Telefon des Betriebsrats (allgemeine Adresse)

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Kontakt zu einem Mitglied Betriebsrat/Personalrat/Mitarbeitervertretung:

Name

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Statistische Angaben zum Krankenhaus und zum Pflegeförderprogramm

Anzahl der Betten

Anzahl Beschäftigte insgesamt (Stand heute)

Anzahl Beschäftigte insgesamt (Stand Betriebsratswahl 2006, bzw. letzte Personalrats- oder MAV-Wahl im Jahr

Anzahl Pflegekräfte (Stand heute)

Neue Stellen Pflegeförderprogramm 2009

Neue Stellen Pflegeförderprogramm 2010 (zusätzl. zu 2009)

Neue Stellen Pflegeförderprogramm 2011 (zusätzl. zu 2010)

Neue Stellen Pflegeförderprogramm insgesamt 2009 bis 2011

Auszüge aus dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) zum Förderprogramm zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in Krankenhäusern

Ziel:

Einführung eines Förderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in Krankenhäusern; in drei Jahren schrittweiser Aufbau einer anteiligen Finanzierung für bis zu 21.000 zusätzliche Stellen im Pflegedienst sowie Möglichkeit zur Erprobung neuer Arbeitsorganisationen;

Mehrausgaben: (für alle Krankenhäuser insgesamt)

Förderprogramm zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals 0,22 Mrd. € / Jahr

Jährlicher Nachweis des Krankenhauses über eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmersvertretung über zusätzliches Pflegepersonal ca. 19.000 € / Jahr

Bestätigung des Jahresabschlussprüfers ca. 9.000 € / Jahr

Gesetzestexte

§ 4 KHEntgG

Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009

(1) Das von den Vertragsparteien nach § 11 Abs. 1 zu vereinbarende Erlösbudget umfasst für voll- und teilstationäre Leistungen die Fallpauschalen nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und die Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2. Es umfasst nicht die krankenhaushausindividuell zu vereinbarenden Entgelte nach § 6 Abs. 1 bis 2a, nicht die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern und nicht die Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1.

(2) Das Erlösbudget wird leistungsorientiert ermittelt, indem für die voraussichtlich zu erbringenden Leistungen Art und Menge der Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 mit der jeweils maßgeblichen Entgelthöhe multipliziert werden. Die Entgelthöhe für die Fallpauschalen wird ermittelt, indem diese nach den Vorgaben des Entgeltkatalogs und der Abrechnungsbestimmungen mit den effektiven Bewertungsrelationen und mit dem Landesbasisfallwert nach § 10 bewertet werden. Der sich ergebende Betrag ist um die Summe der Abschläge bei Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nach Absatz 6 zu vermindern. Bei Patientinnen und Patienten, die über den Jahreswechsel im Krankenhaus stationär behandelt werden (Überlieger), werden die Erlöse aus Fallpauschalen in voller Höhe dem Jahr zugeordnet, in dem die Patientinnen und Patienten entlassen werden.

(3) Das nach den Absätzen 1 und 2 vereinbarte Erlösbudget und die nach § 6 Abs. 3 vereinbarte Erlössumme werden für die Ermittlung von Mehr- oder Mindererlösausgleichen zu einem Gesamtbetrag zusammengefasst.

(10)⁶ 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. Dazu können die Vertragsparteien für diese Jahre jährlich einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,48 Prozent des Gesamtbetrags nach

⁶ in der Fassung des Änderungsantrags – siehe auch den Zusatz zur Begründung

Absatz 3 Satz 1 vereinbaren. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Höhe von 0,96 Prozent vereinbart werden. 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 Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen vereinbart werden. 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. Bis zu 5 Prozent des nach den Sätzen 2 bis 5 vereinbarten Betrags kann das Krankenhaus zur Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege verwenden. 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.

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 Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. 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. 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 im Vergleich zur Anzahl der umgerechneten Vollkräfte am 30. Juni 2008 und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorzulegen. 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. 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 von Pflegepersonal zu übermitteln. 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.

Begründung zu § 4 Abs. 10 KHEntgG:

Mit der Vorschrift des Absatzes 10 werden zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt, mit denen die Neueinstellung von ausgebildetem Pflegepersonal in den Krankenhäusern zu 90 Prozent gefördert wird. Das Krankenhaus kann in den Jahren 2009 bis 2011 einen zusätzlichen Budgetanteil bis zur Höhe von jährlich 0,48 Prozent erhalten, wenn es entsprechende Neueinstellungen vornimmt. Um Fehlentwicklungen zu vermeiden und bloßen Mitnahmeeffekten vorzubeugen, hat ein Krankenhaus den restlichen, nicht geförderten Anteil der Kosten für die Neueinstellungen zu tragen. Diese Eigenbeteiligung ist erforderlich, um sicherzustellen, dass nur wirklich benötigte Stellen zusätzlich finanziert werden. Soweit notwendige Einstellungen in einem Jahr nicht realisiert werden können,

ermöglicht Satz 3, diese für das Folgejahr zu vereinbaren und zu finanzieren. Die für ein Jahr neu vereinbarte Finanzierung erhöht den bereits für das Vorjahr vereinbarten Betrag (Kumulation), so dass in den drei Jahren eine wesentliche Verbesserung für den Pflegedienst im Krankenhaus erzielt werden kann. Um zu verhindern, dass Krankenhäuser nicht zunächst Pflegepersonal entlassen, um sich später die Neueinstellung anteilig finanzieren zu lassen, hat das Krankenhaus nach Satz 5 durch eine gemeinsame Erklärung mit der Arbeitnehmervertretung die Schaffung neuer Pflegepersonalstellen zu belegen. Nach Satz 6 kann das Krankenhaus einen Teil der zusätzlichen Mittel auch dazu einsetzen, die internen Arbeitsprozesse in der Pflege neu zu organisieren. Dies soll ebenfalls dazu beitragen, die Arbeitssituation im Pflegebereich zu verbessern.

Die Finanzierung dieser zusätzlichen Stellen erfolgt über einen Zuschlag, der zusätzlich zu den Entgelten für die voll- und teilstationäre Versorgung in Rechnung gestellt wird. Damit die Krankenhäuser die Mittel bereits kurzfristig im Jahr 2009 in Anspruch nehmen können, ist in Satz 10 vorgesehen, dass das einzelne Krankenhaus den Zuschlag auch ohne Vereinbarung mit den anderen Vertragspartnern festsetzen und in Rechnung stellen kann. Soweit sich hierdurch Abweichungen von der später im Jahr 2009 geschlossenen Vereinbarung der Vertragsparteien ergeben, ist eine entsprechende Korrektur bei der Vereinbarung des entsprechenden Zuschlags für die Restlaufzeit des Jahres oder über eine Korrektur des Zuschlags nach § 5 Abs. 4 vorzunehmen.

Soweit das Krankenhaus die ihm zur Verfügung gestellten Mittel nicht im Sinne der gesetzlichen Vorgabe einsetzt, sind diese Mittel nach Satz 11 zurückzuzahlen. Zur Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel hat das Krankenhaus eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen.

Um die Wirkungen des Förderprogramms frühzeitig bewerten zu können wird der Spitzenverband Bund damit beauftragt, jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit über die Inanspruchnahme der Mittel sowie die neu geschaffenen Pflegestellen in den Krankenhäusern zu berichten (Satz 12).

Nach Auslaufen dieser krankenhausespezifischen Förderung nach Absatz 10 sollen die Mittel weiterhin dem Krankenhausbereich zur Verfügung stehen. Sie werden ab dem Jahr 2012 bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts auf der Landesebene erhöhend berücksichtigt.

Um eine möglichst leistungsgerechte Verteilung dieser Finanzbeträge über das DRG Vergütungssystem zu erreichen, werden die dafür gesetzlich zuständigen Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (§ 17b KHG) beauftragt, entsprechende Kriterien zu entwickeln.

Die Beschlussfassung wurde durch einen Änderungsantrag wie folgt ergänzt und begründet:

Änderungsantrag zu Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe d (§ 4 Abs. 10 KHEntgG - Pflegepersonalstellen-Programm)

In Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe d wird Absatz 10 wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Neueinstellung“ die Wörter „oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen“ und nach dem Wort „Pflegepersonal“ die Wörter „mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz“ eingefügt sowie die Angabe „70“ durch die Angabe „90“ ersetzt.
- b) In Satz 4 werden nach dem Wort „Neueinstellungen“ die Wörter „oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen“ eingefügt.
- c) In Satz 5 werden nach dem Wort „eingestellt“ die Wörter „oder aufgestockt“ eingefügt.
- d) In Satz 8 werden nach dem Wort „Neueinstellungen“ ein Komma und die Wörter „Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen und Arbeitsorganisationsmaßnahmen“ eingefügt.

- e) *In Satz 11 werden nach dem Wort „Neueinstellungen“ ein Komma und die Wörter „Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen“ eingefügt.*
- f) *In Satz 12 werden nach dem Wort „Vollkräfte“ die Wörter „und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen“ eingefügt und das Wort „eingestellt“ durch das Wort „beschäftigt“ ersetzt.*
- g) *Nach Satz 12 wird folgender Satz eingefügt:
„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.“*

Begründung zu Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe d (§ 4 Abs. 10 KHEntgG - Pflegepersonalstellen-Programm):

zu Buchstabe a

Ziel des Pflegepersonalstellen-Programmes ist, zusätzliche Pflegekapazitäten zu finanzieren. Durch die Einfügung wird daher verdeutlicht, dass neben neu eingestelltem Pflegepersonal auch ein zeitlicher Ausbau vorhandener Teilzeitstellen förderfähig ist. Die weiteren Ergänzungen in Satz 1 stellen klar, dass die den Krankenhäusern zusätzlich zur Verfügung stehenden Mittel für Neueinstellungen und Aufstockungen in der Pflege nur für umfassend nach dem Krankenpflegegesetz ausgebildetes Pflegepersonal verwendet werden dürfen. Die Förderung soll nicht für Hilfspersonal, sondern für qualifizierte Pflegekräfte in allen Tätigkeitsfeldern auch z.B. in der Intensivpflege aufgewendet werden und damit auch zu einer Verbesserung der Pflegequalität beitragen. Um die Inanspruchnahme der Förderung weiter zu erleichtern, wird bei gleichbleibendem Finanzierungsrahmen der Finanzierungsanteil durch die Krankenkassen auf 90 Prozent erhöht. Damit verringert sich der von den Krankenhäusern zu leistende Eigenanteil von 30 auf 10 Prozent.

zu Buchstabe b

Wie in Satz 1 wird auch in Satz 4 klargestellt, dass die zusätzlichen Finanzmittel auch für den zeitlichen Ausbau vorhandener Teilzeitstellen verwandt werden können.

zu Buchstabe c

Die Einfügung verdeutlicht, dass sich die schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung nach Satz 5 sowohl auf neu eingestelltes Pflegepersonal als auch auf die Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen beziehen kann. Bei der stichtagsbezogenen Bestandsermittlung des Pflegepersonals sind Teilzeitstellen in Vollzeitkräfte umzurechnen; dagegen werden abgegoltene Überstunden in der Pflege nicht berücksichtigt.

zu Buchstabe d

Die Ergänzung in Satz 8 ist erforderlich, um die Berechnungsregelung des Förderzuschlags auch auf die Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen und die nach Satz 6 eröffnete Möglichkeit der Mittelverwendung zur Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen zu erstrecken.

zu Buchstabe e

Die Rückzahlungsverpflichtung nach Satz 11 wird auch auf finanzierte aber nicht umgesetzte Erhöhungen vorhandener Teilzeitstellen ausgedehnt.

zu Buchstabe f

Die Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach Satz 12 wird auf die Anzahl und quantitative Erhöhung vorhandener Teilzeitstellen erweitert.

zu Buchstabe g

Der neu eingefügte Satz stellt den notwendigen Informationsfluss zur Umsetzung des Förderprogramms für Pflegepersonalstellen von den Krankenkassen zum Spitzenverband Bund der Krankenkassen sicher. Da der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die Berichterstattung nach Satz 12 auf die Zulieferung der Informationen aus den Budgetverhandlungen vor Ort angewiesen ist, werden die Krankenkassen zur Übermittlung der Daten verpflichtet. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat das Verfahren zur Datenübermittlung einschließlich von Vorgaben für die Form und den Zeitpunkt, zu welchem die Informationen geliefert werden müssen, zu bestimmen.

§ 10 KHEntgG Vereinbarungen auf Landesebene

....

(12) In den ab dem 1. Januar 2012 geltenden Basisfallwert sind die Finanzierungsbeträge für die Neueinstellung von Pflegepersonal in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande insgesamt für das Jahr 2011 nach § 4 Abs. 10 abgerechneten Zuschläge einzurechnen.

Begründung:

Die für die anteilige Finanzierung von 21.000 Neueinstellungen im Pflegedienst der Krankenhäuser vereinbarten zusätzlichen Finanzmittel werden in den Jahren 2009 bis 2011 durch krankenhaushausindividuelle Zuschläge finanziert (§ 4 Abs. 10-neu). Ab dem Jahr 2012 werden diese Mittel in das pauschalierte DRG-Vergütungssystem überführt. Mit dem Ziel, diese Finanzmittel im Rahmen des DRG-Systems zielgerichtet den Bereichen zuzuordnen, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen, verpflichtet § 4 Abs. 10 Satz 13 die zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene, ihr DRG-Institut mit der Entwicklung entsprechender Kriterien zu beauftragen.

Bürokratiekosten: (gemäß Begründung zum Gesetzestext)

.....

2) Jährlicher Nachweis des Krankenhauses über eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung über zusätzliches Pflegepersonal (Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe g - § 4 Abs. 10 Satz 5 KHEntgG)

Nach § 4 Abs. 10 Satz 5 KHEntgG ist für eine Förderung zusätzlich zu schaffender Pflege-Personalkostenstellen vom einzelnen Krankenhaus ein jährlicher Nachweis darüber zu führen, 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 und entsprechend der Vereinbarung beschäftigt wird. Eine vollständige Inanspruchnahme der Fördermittel in allen rd. 1.800 in Frage kommenden Krankenhäusern ist unter Berücksichtigung der Erfahrungen mit dem 700 Millionen Programm zur Arbeitszeit nicht wahrscheinlich. Auch wird voraussichtlich ein Teil dieser Krankenhäuser erst im zweiten oder dritten Jahr die Fördermittel in Anspruch nehmen. Daher kann über den dreijährigen Förderzeitraum angenommen werden, dass durchschnittlich rd. 1.200 Krankenhäuser pro Jahr den Nachweis über die Einstellung

zusätzlichen Pflegepersonals melden werden. Orientiert an dem Meldeaufwand der für die Inanspruchnahme der Mittel zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen angenommen wurde, ist von einem Dokumentations- und Übermittlungszeitaufwand von 24 Minuten je Krankenhaus auszugehen. Daraus ergeben sich für die jährliche Übermittlung der Datensätze an die Krankenkassen bei einem durchschnittlichen Tarifsatz von 40 Euro pro Stunde zusätzliche Kosten in Höhe von rd. 19.000 Euro insgesamt für alle Krankenhäuser. Der bürokratische Aufwand entsteht im übrigen für das einzelne Krankenhaus nur, wenn es die Fördermittel in Anspruch nehmen will und rechtfertigt sich dadurch, dass ihm sehr viel höhere finanzielle Vorteile - in Höhe einer 90%-igen Förderung von Pflegepersonalstellen - gegenüberstehen.

3) Jährliche Vorlage einer Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung (Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe g - § 4 Abs. 10 Satz 11 2. Halbsatz KHEntgG) Nach § 4 Abs. 10 Satz 11 KHEntgG hat das Krankenhaus jährlich den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung im Vergleich zur Anzahl der umgerechneten Vollkräfte am 30. Juni 2008 und über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Wie bereits dargelegt, ist von einer jährlichen durchschnittlichen Inanspruchnahme der Mittel in rd. 1.200 Krankenhäusern auszugehen. Daraus ergeben sich für die jährliche Übermittlung der Daten des Jahresabschlussprüfers bei einem zu Grunde gelegten Zeitaufwand von ca. 11 Minuten und einem durchschnittlichen Tarifsatz von 40 Euro zusätzliche Kosten in Höhe von rd. 9.000 Euro.

Informationen zum Pflegeförderprogramm
und zu Betriebs- und Dienstvereinbarungen nach § 4 KHEntgG:

<http://gesundheit-soziales.verdi.de/branchenpolitik/krankenhaeuser>