



gen (höchstens 0,48 % des Gesamterlösbudgets pro Jahr). Insgesamt nahmen 1 125 Krankenhäuser am Pflegesonderprogramm teil und stellten ca. 15 300 Vollzeitkräfte im Pflegedienst ein bzw. stockten Teilzeitstellen auf. Dafür wurden rund 1,1 Milliarden Euro ausgegeben. 70 % der Krankenhäuser haben die zusätzliche Beschäftigung von insgesamt 13 600 Pflegekräften durch die Vorlage von Jahresabschlussprüfungen belegt; ob die übrigen Pflegekräfte tatsächlich eingestellt wurden, lässt sich jedoch nicht sagen (GKV-Spitzenverband 2013).

Eine vergleichbare Regelung gilt nun auch für die Jahre 2016 bis 2018 in Form des Pflegestellen-Förderprogramms. Auch in diesem Zeitraum können die Krankenhäuser mit den Krankenkassen eine Finanzierung von bis zu 90 % für zusätzlich eingestellte oder aufgestockte teilzeitbeschäftigte Pflegekräfte vereinbaren, wobei pro Jahr höchstens 0,15 % des vereinbarten Gesamterlösbudgets zusätzlich gefördert werden können.

6

Einführung der fallpauschalierten Vergütung

Als herausragende Maßnahme mit Einfluss auf die Personalsituation in Krankenhäusern gilt die seit 2004 gültige grundsätzliche Vergütung der Allgemeinen Krankenhäuser in Deutschland nach Fallpauschalen, den Diagnosis Related Groups (DRG). Damit wurden die ab 1996 eingeführten Fallpauschalen und Sonderentgelte, die neben der Vergütung nach tagesgleichen Pflegesätzen für einen begrenzten Teil der Krankenhausleistungen galten, abgelöst durch eine nun für alle somatischen Fälle verpflichtende Vergütungsform. Nach der Einführungs- und der darauf folgenden Konvergenzphase existieren seit Januar 2010 innerhalb jedes Bundeslandes einheitliche Landesbasisfallwerte und für vergleichbare Fälle entsprechend gleiche Preise pro Fall und Krankenhaus, womit die Vergütungsgerechtigkeit erhöht wurde. Das deutsche Fallpauschalensystem ist im internationalen Vergleich durch eine hohe Differenzierung gekennzeichnet, wobei der Katalog für das Jahr 2016 inzwischen 1 220 Fallpauschalen und 179 Zusatzentgelte aufweist. Das deutsche DRG-System macht das Leistungsgeschehen daher sehr differenziert transparent.

Allein aus theoretischen Überlegungen ist offensichtlich, dass Krankenhäuser bei gegebenen Preisen insbesondere dann einen hohen Gewinn erzielen können, wenn diejenigen Kostenpositionen reduziert werden, die einen besonders hohen Anteil an den Gesamtkosten ausmachen. In einem Dienstleistungssektor wie der Krankenhausversorgung macht das Krankenhauspersonal den größten Kostenblock aus. Dessen Reduktion – entweder in Form einer nominalen Reduktion der Vollzeitkräfte oder aber einer Neujustierung der Zusammensetzung des Personals wie mehr unqualifizierte oder aber jüngere, in niedrigeren Gehaltsgruppen angesiedelte Kräfte – könnte einen wesentlichen Beitrag zur Gewinnmaximierung leisten. Diese theoretischen Überlegungen scheinen in Anbetracht der weiter unten aufgezeigten Entwicklung des Personalbestandes zumindest teilweise bestätigt zu werden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass sich die Arbeitsinhalte im Zuge der oben aufgezeigten Entwicklungen auch verändert haben. Ob die Einführung des DRG-Systems tatsächlich ursächlich für die in den Folgejahren festzustellenden Veränderungen beim Krankenhauspersonal war, lässt sich nicht mit Gewissheit sagen. Das IGES-Institut verweist in seinem dritten und abschließenden Bericht zur DRG-Begleitforschung vom März 2013 darauf, dass die Personalsituation im Beobachtungszeitraum der Begleitforschung vielfältigen Einflüssen unterlag und zudem aufgrund einer fehlen-





den Kontrollgruppe ohnehin keine kausalen Aussagen möglich sind. Insgesamt sei daher eine Abgrenzung des Einflusses des DRG-Systems auf die Entwicklung der Vollzeitkräfte nicht möglich (IGES 2013).

Implementierung der EU-Arbeitszeitgesetzgebung

Nachdem die Übertragung der Arbeitszeitgesetzgebung mit vorgeschriebenen Höchstarbeitszeiten pro Tag und pro Woche auf die Krankenhäuser und hier insbesondere das ärztliche Personal lange Jahre umstritten war, hat der Europäische Gerichtshof in einem Grundsatzurteil vom 3. Oktober 2000 („Simap-Entscheidung“) festgestellt, dass Bereitschaftszeit, wenn sie in Form einer Anwesenheitsbereitschaft geleistet wird, Arbeitszeit im Sinne des europäischen Arbeitszeitrechts ist. Die Bereitschaftszeit muss daher bei der Berechnung der zulässigen Höchstarbeitszeit voll berücksichtigt werden. Dagegen wird die Rufbereitschaft nicht grundsätzlich als Arbeitszeit gewertet, wobei jedoch nur dann von Rufbereitschaft gesprochen werden darf, wenn nur in Ausnahmefällen tatsächlich Arbeit anfällt (in Anlehnung an Wikipedia 2016).

Zum 1. Januar 2004 trat das auf dieser Gesetzgebung beruhende neue deutsche Arbeitszeitrechts in Kraft, womit ein jahrelanger Streit insbesondere zwischen dem Marburger Bund und der deutschen Krankenhausgesellschaft beendet wurde. Seitdem gilt auch für Ärzte eine Höchstarbeitszeit pro Woche von durchschnittlich 48 Stunden und eine grundsätzliche tägliche Ruhezeit von 11 Stunden. Diese Regelung hat in vielen Krankenhäusern dazu geführt, dass vermehrt Ärzte eingestellt werden mussten. Für den Autor dieses Beitrags war es zu Beginn seiner ärztlichen Tätigkeit in einem Universitätsklinikum beispielsweise üblich, neben einer täglichen Arbeitszeit von 12 Stunden mindestens einen Bereitschaftsdienst und eine Rufbereitschaft pro Woche sowie jedes zweite Wochenende einen 24-Stunden-Dienst zu übernehmen. Dadurch kamen oftmals 80 bis 100 Arbeitsstunden in einer Woche zusammen. Nach dem Bereitschaftsdienst war auch typischerweise keine Ruhezeit vorgesehen, sodass hierdurch 36 Stunden durchgehende Arbeitszeit ohne längere Ruhepausen anfiel. Auch wenn solche Arbeitszeiten nicht in allen Krankenhäusern üblich waren, ist offensichtlich, dass die neue Arbeitszeitgesetzgebung eine Aufstockung der ärztlichen Personalausstattung in Krankenhäusern auslösen musste. Bedenkt man zudem, dass im Oktober 2004 die seit Juli 1988 geltende „Arzt-im-Praktikum-Phase“ abgeschafft wurde, die es den Krankenhäusern ermöglichte, ärztliche Berufsanfänger mit einem – im Vergleich zu Assistenzärzten – auf ein Drittel reduzierten Gehalt zu vergüten, wird zudem klar, dass die Krankenhäuser ab 2004 hohe Kostensteigerungen im Bereich des ärztlichen Personals verkraften mussten, die nur zum Teil gegenfinanziert wurden.

6.5 Entwicklung allgemeiner Kennzahlen der stationären Versorgung 1991 bis 2015

Die angeführten Maßnahmen mit Einfluss auf die Personalausstattung der Krankenhäuser haben – wie bereits angedeutet – den Verlauf wesentlicher Parameter der Personalausstattung in den letzten 25 Jahren beeinflusst. Diese Entwicklung muss vor dem Hintergrund der Veränderungen der allgemeinen Kennzahlen der stationären

