

## Klinikreform: Regierungskommission legt erste Stellungnahme vor

Die vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) eingesetzte Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung hat Empfehlungen für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe vorgelegt und an Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach übergeben.

Die Empfehlungen knüpfen an die Vorgabe des Koalitionsvertrags der Ampel-Parteien an, wonach die Bereiche der Pädiatrie und Geburtshilfe kurzfristig eine auskömmliche Vergütung erhalten sollen.

Um eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen und eine weitere Überlastung des Personals zu vermeiden, sei eine gute Personalausstattung rund um die Uhr essenziell, so die Stellungnahme. Eine Zusammenarbeit oder Zusammenlegung kleinerer Abteilungen könne, wo möglich, die individuelle Arbeitslast verringern. In der Geburtshilfe solle die Zentrumsbildung gefördert werden.

Um den Auftrag aus dem Koalitionsvertrag umzusetzen, schlägt die Regierungskommission vor, dass die Abteilungen für Pädiatrie ab dem 01.01.2023 ein neben den abgerechneten DRG gewährtes, zusätzliches leistungsunabhängiges Vergütungsvolumen erhalten. Auch für geburtshilfliche Abteilungen sind zu den abgerechneten DRG zusätzliche, nicht leistungsabhängige Finanzmittel vorgesehen. Diese sollen lediglich bedarfsnotwendige Abteilungen erhalten, die einen Anspruch auf Sicherstellungszuschläge haben und aufgrund der geringen Bevölkerungsdichte nur eine niedrige Anzahl an Geburten durchführen können. Ein Wegfall dieser Abteilungen würde eine Versorgungslücke für die Bevölkerung hinterlassen. Zur Höhe und Herkunft der zusätzlichen Mittel macht die Kommission keine konkreten Vorschläge, aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen erwartet sie dazu eine politische Entscheidung.

➔ **Es müssen mehr Anstrengungen unternommen werden, um die pädiatrische und geburtshilfliche Versorgung flächendeckend sicherzustellen und eine auskömmliche Finanzierung zu gewährleisten. Mit den Sicherstellungszuschlägen und der Pauschalförderung für ländliche Kliniken gibt es für Krankenhäuser mit einem geringen Versorgungsbedarf jedoch bereits heute Finanzierungsinstrumente, die die schwierige Situation in der Pädiatrie und Geburtshilfe abmildern. Zusätzliche finanzielle Hilfen müssen tatsächlich der Patientenversorgung zu Gute kommen. Sie dürfen auch nur unter Einhaltung personeller und struktureller Mindestanforderungen gewährt werden, um die Patientensicherheit garantieren zu können.**

**Richtig ist, dass beide Fächer nicht grundsätzlich aus dem DRG-System ausgegliedert werden sollen. Die vorgesehene zusätzliche Vergütungskomponente kann dabei den Einstieg in eine Vorhaltekostenfinanzierung bedeuten. Unbefriedigend ist, dass die Höhe und die Herkunft der Mittel offen bleiben. Aufgrund des gesamtgesellschaftlichen Ziels muss die Finanzierung aus Bundes- oder Landesmitteln erbracht werden.**

### Vier alternative Modelle für die Pädiatrie

Für die Pädiatrie schlägt die Kommission vier alternative Modelle (A-D) vor, nach denen die zusätzlichen Finanzmittel auf die Abteilungen verteilt werden könnten:

#### ***Modell A – Fortschreibung von angehobenen abteilungsindividuellen Erlösen ohne Leistungsbezug***

Bei diesem Modell werden die abteilungsindividuellen Erlöse (Casemix) des Jahres 2019 zugrunde gelegt. Diese Erlössumme wird für das Jahr 2023 um einen prozentualen Anteil

[Zum Download](#)

Empfehlungen der  
Regierungskommission

gesteigert und leistungsunabhängig garantiert.

Das Modell sei, so die Kommission, vergleichsweise einfach und schnell umsetzbar, habe aber den Nachteil, dass Leistungs- und Kapazitätsveränderungen in den Pandemie Jahren 2020 bis 2022 unberücksichtigt blieben. Deshalb würden Abteilungen, die Leistungen reduziert hätten, potenziell bevorzugt, und solche, die Leistungen ausgeweitet hätten, potenziell benachteiligt.

➤ Die Kommission stellt zurecht fest, dass sich das Leistungsgeschehen und das Inanspruchnahmeverhalten seit Beginn der Pandemie deutlich verändert haben, weshalb ein Bezug auf die Erlöse des Jahres 2019 nicht sinnvoll ist. Leistungsverlagerungen haben keine Budgetanpassung zur Folge, zudem wird der Leistungsbezug des DRG-Systems ausgehebelt.

Daneben kann die Verteilung mit der „Gießkanne“ dazu führen, dass Krankenhäuser und Fachabteilungen profitieren, die bereits heute auskömmlich finanziert sind, während kleine, bedarfsnotwendige Abteilungen mit geringem Casemix-Volumen weiterhin defizitär arbeiten müssen.

#### **Modell B – Verteilung nach vorgehaltenen Behandlungskapazitäten**

Diese Variante sieht eine Verteilung der zusätzlichen Mittel nach vorgehaltenen Behandlungskapazitäten vor. Dabei würden die betreibbaren Betten einer Abteilung zugrunde gelegt. Dazu soll zu Jahresbeginn ein Durchschnittswert der Betten des vergangenen Jahres herangezogen werden. Für jedes Bett würde ein bundeseinheitlich definierter Betrag fällig. Die Kommission schlägt zwei Varianten unterschiedlicher Differenzierung vor: Nach Variante 1 würde die Gesamtzahl der betreibbaren pädiatrischen Betten angegeben. Nach Variante 2 hätten die Krankenhäuser gegebenenfalls die Betten nach Schwerpunkten zu differenzieren (Kinderintensivmedizin, Kinderonkologie oder Neonatologie etc.) Diese müssen von Ärztinnen und Ärzten mit entsprechender Zusatzbezeichnung geleitet werden. Hinzu kommen Anpassungsfaktoren, die zum Beispiel die Bedarfsnotwendigkeit oder Struktur- und Qualitätsvorgaben berücksichtigen sollen.

➤ In der Corona-Pandemie hat sich bei der Intensivbettenförderung und den Freihaltepauschalen für Krankenhäuser gezeigt, dass die Methode „Betten zählen“ Fehlanreize setzen kann. Immerhin zielt die Kommission auf „betreibbare“ Betten (mit Personal und Ausstattung) ab und nicht auf aufgestellte Betten oder Planbetten.

Unklar ist, wie die Abteilungen ihre betreibbaren Betten korrekt nachweisen und welche Kriterien zugrunde gelegt werden, um ein Bett als „betreibbar“ einzustufen. Zwingend muss in diesem Zusammenhang Transparenz über die Eigenangaben der Krankenhäuser hergestellt werden. Grundsätzlich legt auch dieses Modell nicht den Fokus auf die tatsächlichen Versorgungsbedarfe, sondern auf eine Fortschreibung der bestehenden vorgehaltenen Kapazitäten. Inwiefern die Anpassungsfaktoren diesem Umstand Rechnung tragen können, ist noch nicht abzusehen.

#### **Modell C – Verteilung nach versorgter Bevölkerungszahl**

Hierbei würde die Verteilung der zusätzlichen Vergütungsmittel anhand der Größe der von einer Abteilung fachspezifisch zu versorgenden Bevölkerung festgelegt (Indexbevölkerung). Dazu solle zunächst anhand demografischer Faktoren bestimmt werden, wer zur Indexbevölkerung zählt (= Kinder und Jugendliche beziehungsweise Frauen im gebärfähigen Alter), so die Kommission. Auf Basis kleinräumiger regionaler Distrikte würde festgestellt, für wie viele Menschen die Abteilung die am schnellsten zu erreichende ist. Hieraus ergebe

sich, wie viele Menschen der Indexbevölkerung die jeweilige Abteilung versorgt. Für jeden versorgten Kopf der Indexbevölkerung solle dann ein Eurobetrag als Basisversorgungsfaktor pro Jahr festgelegt und gezahlt werden. Spezialisierte Abteilungen und Schwerpunkte, beziehungsweise Maximal- und Spezialversorger, sollen gesondert berücksichtigt werden.

- **In diesem Modell wird nicht ausschließlich auf vorhandene Kapazitäten zurückgegriffen, stattdessen sind der Bevölkerungsbedarf und die Erreichbarkeit ausschlaggebend – was sinnvoll ist. Gleichzeitig ist das Modell am wenigsten manipulationsanfällig, da nicht die Krankenhäuser festlegen, in welcher Größenordnung sie Zuweisungen erhalten. Mit den Bevölkerungszahlen werden allgemeingültige Daten für die Berechnung zugrunde gelegt, die sich auf den tatsächlichen Bedarf beziehen.**

Sinnvoll ist auch, dass für die Maximal- und Spezialversorger ein größerer Radius gezogen werden soll, um deren besondere Versorgungsbelange hervorzuheben. Grundvoraussetzung dafür ist, dass einheitliche Versorgungsstufen vorab definiert werden, um die Basisversorgung von der Erweiterten- und Maximalversorgung eindeutig zu differenzieren. Im Rahmen dieses Modells sollte überlegt werden, ob man die zusätzlichen Finanzmittel gebunden an die Region gewährt und nicht gebunden an die vorhandenen pädiatrischen Fachabteilungen, um einerseits ländliche Versorger zu stärken und andererseits Konzentrationsprozesse anzustoßen.

#### **Modell D – Mischmodell aus B und C**

Die zusätzliche, leistungsunabhängige Vergütung würde hierbei nach einem Mischmodell aus den Modellen B und C, also aus vorgehaltenen Behandlungskapazitäten und versorgter Bevölkerungszahl vergeben. Kalkuliert werden könne diese mit einem von der Regierungskommission erstellten computerisierten Modell.

- **Eine Kombination aus den Modellen B und C erscheint sehr komplex. Da aber auch in diesem Modell Bezug auf die Anzahl der vorhandenen Betten genommen wird, würde sich eine Finanzierung an den bestehenden Kapazitäten und nicht an den tatsächlich vorhandenen Bedarfen orientieren.**

#### **Mittelvergabe für die Geburtshilfe**

Die zusätzlichen, leistungsunabhängigen Mittel für die Geburtshilfe würden nach dem Vorschlag der Kommission an geburtshilfliche Abteilungen vergeben, deren Standorte auf der für 2023 zwischen DKG und GKV-Spitzenverband vereinbarten Liste mit Anspruch auf Sicherstellungszuschlag aufgeführt werden. Die Mittel sollen unabhängig vom Abschluss der Budgetvereinbarungen gewährt werden. Ein Bezug zur Bettenzahl der Abteilungen würde nicht hergestellt. Geburtshilfeabteilungen, an deren Standort sich auch eine Pädiatrie befindet, würden eine erhöhte Vergütung erhalten. Dies gilt ebenso für Abteilungen mit weniger als 500 Geburten pro Jahr (entscheidend ist dabei das Vorjahr). Abteilungen mit 500 bis 1.499 Geburten pro Jahr erhielten eine gestaffelte zusätzliche Vergütung, ab 1.500 Geburten pro Jahr würde es keine zusätzlichen leistungsunabhängigen Mittel geben.

- **Die Vorschläge der Kommission verdeutlichen nicht nur, wie komplex die Umsetzung einer Vorhaltekostenfinanzierung ist. Sie bedarf auch einer allgemeingültigen Definition. Eine trennscharfe Abgrenzung zwischen Sicherstellungszuschlägen und Vorhaltekosten ist anhand des jetzt vorliegenden Modells nicht erkennbar. Es stellt sich die Frage, ob nicht die bestehenden Finanzierungsinstrumente (Sicherstellungszuschläge und Pauschalförderung für ländliche Krankenhäuser) weiterentwickelt werden können, um ein Nebeneinander verschiedener Sonderfinanzierungsinstrumente zu verhindern.**

Sinnvoll ist, dass nach dem Modell Pädiatrie und Geburtshilfe „unter einem Dach“ gefördert werden. Der finanzielle Anreiz für die Zusammenlegung beider Bereiche an einem Standort kann die Versorgungs- und Patientensicherheit stärken. Nicht nachvollziehbar ist der Vorschlag, Krankenhäuser mit weniger als 500 Geburten zusätzlich zu vergüten, obwohl die Mindestvorgaben unterschritten werden. Dies gefährdet die Patientensicherheit. Um diesen ländlichen Versorgern mit geringem Versorgungsbedarf dennoch eine Perspektive zu bieten, sollten die zusätzlichen Mittel zumindest an die Erfüllung bestimmter Qualitätsvorgaben geknüpft werden.

## Eckpunkte des BMG für neue Personalvorgaben im Krankenhaus

Um die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften im Krankenhaus zu verbessern, hat Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach Eckpunkte zur Einführung einer neuen Personalbemessung vorgelegt. Grundlage ist die Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0), welche von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) erarbeitet wurde. Bereits im Koalitionsvertrag hatten die Ampel-Parteien verabredet, PPR 2.0 kurzfristig und als Übergangsinstrument einzuführen. Noch in der vergangenen Legislaturperiode hatte der Gesetzgeber die Selbstverwaltungspartner beauftragt, ein Instrument zur Pflegepersonalbedarfsermittlung zu entwickeln. Ungeklärt ist, wie mit dem gesetzlich verankerten Ansatz zur Erprobung und Entwicklung eines Verfahrens zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus umgegangen werden soll. Es liegt dazu bereits ein Entwicklungskonzept vor, das die Selbstverwaltungspartner erarbeitet haben.

Ziel der nun vorliegenden Eckpunkte ist es, Pflegekräfte durch einen verbindlichen Personalschlüssel zu entlasten. Anhand einer Matrix mit einheitlichen Einstufungskriterien, die mit Minutenwerten hinterlegt sind, sollen die Pflegekräfte selbst ermitteln, wie viel Pflegepersonal tatsächlich benötigt wird. Dazu müssen alle Patientinnen und Patienten täglich händisch von den Pflegekräften selbst eingestuft werden. Das BMG plant, die Eckpunkte zügig gesetzlich umzusetzen. Dabei ist eine stufenweise Einführung vorgesehen:

### 1. Stufe: Erprobungsphase ab 2023

In einem ersten Schritt ist zum 01.01.2023 geplant, die PPR 2.0 und die Kinder-PPR 2.0 mindestens drei Monate verpflichtend in einer repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern zu erproben. Die Pilotphase dient dazu, die konzeptionellen Überlegungen zum Pflegepersonalbedarf in Krankenhäusern einem Praxistest zu unterziehen, wie es in den Eckpunkten heißt. Weiterhin wird die Ermittlung der Soll-Besetzung mit Pflegepersonal überprüft und der Schulungs- und Dokumentationsaufwand untersucht. Eine vom BMG beauftragte, fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung beziehungsweise ein Sachverständiger soll den Prozess begleiten und einen Abschlussbericht vorlegen.

### 2. Stufe: Einführungsphase – Verpflichtende Anwendung der Personalregelung ab 2024

Laut Eckpunkten wird die neue Personalregelung auf Grundlage der PPR 2.0 und der Kinder-PPR 2.0 ab 01.01.2024 auf allen bettenführenden Stationen verpflichtend, es sei denn, dort liegen bereits tarifvertragliche Vereinbarungen zur Entlastung des Pflegepersonals vor. Noch vor der Einführung wird das BMG ermächtigt, die Einzelheiten zur Anwendung und Ausgestaltung der PPR 2.0 per Rechtsverordnung festzulegen.

#### Zum Download

Eckpunkte des BMG zu  
PPR 2.0

Mit dem neuen Verfahren wird auf Grundlage der durch die Pflegekräfte vorzunehmenden Pflegeeinstufungen die Anzahl der benötigten Pflegekräfte ermittelt. Somit wird die Differenz zwischen der Ist- und der Soll-Besetzung in der Pflege sichtbar und es entsteht Transparenz über die Personalsituation der Pflege im Krankenhaus.

### 3. Stufe: Konvergenzphase mit Sanktionen bei Unterschreitung der Vorgaben ab 2025

Ab 01.01.2025 sollen auf Grundlage der Daten zur Soll- und Ist-Besetzung die krankenhausespezifischen Personalschlüssel ermittelt und in einem bundesdurchschnittlichen Personalschlüssel zusammengeführt werden.

Mit dem Ziel eines Personalaufbaus wird in der Konvergenzphase ein von allen Krankenhäusern zu erreichender bundesdurchschnittlicher Personalschlüssel festgelegt und anschließend stufenweise angehoben. Dabei soll auch die Lage auf dem Arbeitsmarkt für Pflegekräfte berücksichtigt werden.

Nicht näher definierte Sanktionen greifen erst ab 2025, wenn Krankenhäuser die ermittelten Personalschlüssel dauerhaft nicht erfüllen können, also die krankenhausespezifischen festgelegten Umsetzungsgrade auch trotz eines Maßnahmenplans nicht erreicht werden.



**Es ist nicht absehbar, ob mit der geplanten PPR 2.0-Einführung die Personalsituation in der Pflege nachhaltig verbessert werden kann. Durch die umfangreichen und subjektiven Erfassungspflichten entsteht den Pflegekräften ein erheblicher Dokumentationsaufwand. Qualitätssichernde Impulse und der Qualifikationsmix für die Pflegekräfte fehlen im Konzept. Auch bleiben wichtige Bereiche wie die Intensivmedizin unberücksichtigt. Völlig unklar ist bislang, inwiefern sich die PPR 2.0 auf die Finanzierung der Pflegepersonalkosten auswirken wird.**

Mit der PPR 2.0 plant das BMG, Transparenz über die Personalsituation in den Krankenhäusern herzustellen. Deshalb ist es wichtig, dass auch Versicherte, Planungsbehörden und die Kostenträger Einblick in die Ergebnisse der PPR 2.0 auf Fachabteilungs- und Stationsebene (analog der Pflegepersonaluntergrenzen) erhalten.

Die Eckpunkte treffen keine Aussage darüber, wie mit den Pflegepersonaluntergrenzen weiterverfahren wird. Diese sollten aus Sicht der BARMER im Sinne der Patientensicherheit mit Schicht- und Stationsbezug beibehalten werden. Der durch die PPR 2.0 ermittelte Pflegebedarf darf nicht unter den bislang geltenden Untergrößen liegen, die einen Mindeststandard definieren.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

## Termine laufender Gesetzgebungsverfahren