



VERBAND DER  
UNIVERSITÄTSKLINIKA  
DEUTSCHLANDS

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

**19(14)0036(20)**

gel. VB zur öAnh am 10.10.2018 -  
PpSG

5.10.2018

## STELLUNGNAHME

zum Gesetzentwurf der Bundesregie-  
rung für ein Gesetz zur Stärkung des  
Pflegepersonals  
(Drucksache 19/4453)

Oktober 2018

---

© Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), 2018

**Kontakt**

Verband der Universitätsklinika  
Deutschlands e.V. (VUD)

Ralf Heyder

Alt-Moabit 96

10559 Berlin

[info@uniklinika.de](mailto:info@uniklinika.de)

[www.uniklinika.de](http://www.uniklinika.de)

Tel. +49 (0)30 3940517-0

# Inhalt

---

<b>I. Vorbemerkung</b> .....	<b>4</b>
<b>II. Zu den Regelungen im Einzelnen</b> .....	<b>6</b>
<b>III. Weiterer Handlungsbedarf</b> .....	<b>15</b>

## I. Vorbemerkung

Der Gesetzentwurf zielt auf eine bessere finanzielle Förderung der Pflege am Bett. Dies ist notwendig und wird seitens der Universitätsklinika ausdrücklich unterstützt.

Zur Förderung der Pflege am Bett sieht der Gesetzentwurf zahlreiche sinnvolle Einzelmaßnahmen vor. Dazu gehören insbesondere die volle Finanzierung zusätzlicher Pflegekräfte, die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte, die Absicherung der Refinanzierung von Ausbildungsvergütungen in den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen sowie die Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Diese Maßnahmen sind uneingeschränkt positiv zu bewerten.

Trotzdem bestehen hinsichtlich der im Entwurf angelegten ordnungspolitischen Konsequenzen grundsätzliche Bedenken. Dies betrifft insbesondere folgende Punkte:

- Abkehr vom Grundsatz der Leistungsorientierung: Für die Finanzierung der Pflege am Bett ist keinerlei Rückkopplung an das Leistungsgeschehen im Krankenhaus und damit an die Patienten vorgesehen. Für den Anspruch eines Krankenhauses auf Ressourcen für die Pflege macht es künftig keinen Unterschied mehr, ob ein Krankenhaus gut oder schlecht ausgelastet ist, Schwerstkranke oder eher leicht erkrankte Patienten versorgt, Notfallbereitschaft rund um die Uhr vorhält oder nur elektiv versorgt. Angesichts des erheblichen Pflegekräftemangels besteht ein hohes Risiko, dass es problematische Entwicklungen in der Allokation von Pflegekräften zwischen den Krankenhäusern geben wird. Zu befürchten ist insbesondere, dass die knappe Ressource Pflege künftig nicht mehr primär dort verfügbar ist, wo sie für die Patientenversorgung am dringendsten benötigt wird. Notwendig wären stattdessen Instrumente, um die pflegerische Versorgung gezielt für die Patienten sicherzustellen, die sie am dringendsten benötigen. Darüber hinaus sind vielfältige Maßnahmen zu ergreifen, damit zumindest mittelfristig mehr Pflegekräfte zur Verfügung stehen. Kurzfristig wird dies nicht möglich sein. Daher sollten die derzeit vorhandenen Fachkräfte dort eingesetzt werden, wo sie am dringendsten benötigt werden.
- Konservierung bestehender Krankenhausstrukturen: Der Verzicht auf jegliche Leistungsorientierung bei der Ressourcenverteilung stärkt insbesondere schlecht ausgelastete Krankenhäuser mit eher leicht er-

kranken, wenig pflegeintensiven Patienten. Gerade für dieses Krankenhaussegment besteht jedoch in Teilen ein erheblicher Restrukturierungsbedarf. Die im Gesetzentwurf angelegte bedingungslose Refinanzierung von Pflegeaufwand ist nicht dazu geeignet, die notwendigen Strukturreformen zu unterstützen.

- Fehlende Anreize zur Entlastung der Pflege: Pflegekräfte sind knapp. Angesichts der demografischen Entwicklung ist für die absehbare Zukunft nicht damit zu rechnen, dass sich dies grundsätzlich ändert. Innovative Krankenhäuser haben daher in den letzten Jahren unterschiedlichste Modelle zur Verlagerung von Aufgaben von examinierten Pflegekräften auf andere Berufsgruppen umgesetzt. Das Ziel dabei: Examierte Pflegekräfte sollen sich auf ihre Kernaufgaben konzentrieren können. Das nun vorgesehene Finanzierungsmodell für Pflege am Bett setzt absehbar starke Anreize, solche Organisationsmodelle zur Entlastung examinierter Pflegekräfte rückabzuwickeln. Der Grund: Krankenhäuser, die solche Modelle umgesetzt haben, werden künftig finanzielle Nachteile gegenüber den Krankenhäusern haben, die dies nicht getan haben (siehe Grafik auf Seite 10). Das ist ein enormer Fehlanreiz. Denn eigentlich müssten angesichts des Pflegekräftemangels die Anstrengungen zur Entlastung der Pflege weiter verstärkt werden.
- Fehlendes Gesamtkonzept für die Krankenhausfinanzierung: Das DRG-Einheitspreissystem ist unter vielen Gesichtspunkten reformbedürftig. Das aktuelle Gutachten des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen umfasst einen langen Katalog an Reformvorschlägen, von der Differenzierung nach Versorgungsstufen über die Abbildung von Extremkostenfällen bis zur Finanzierung der Facharztweiterbildung.<sup>1</sup> Unverständlich ist, dass im Gesetzentwurf lediglich die Finanzierung von Pflege isoliert neu geregelt wird, ohne dabei eine sinnvolle Neujustierung des gesamten ordnungspolitischen Rahmens des DRG-Systems vorzunehmen. Die Folge ist, dass künftig im Krankenhaus zwei in vielerlei Hinsicht inkompatible Finanzierungsprinzipien mit potenziell äußerst negativen Auswirkungen auf die krankenhausesinternen Prozesse wirken.

Festzuhalten ist daher: Die im Gesetzentwurf angelegte Finanzierung der Pflege am Bett ist ordnungspolitisch in zentralen Punkten inkonsistent und nicht nachhaltig. Gleichwohl besteht dringender Handlungsbedarf hinsichtlich

---

<sup>1</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Bonn/Berlin, S. 227ff. ([https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten\\_2018\\_WEB-SEITE.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEB-SEITE.pdf))

einer besseren Refinanzierung von Pflege am Bett. Vor diesem Hintergrund ist dieses Gesetz als Übergangslösung ein erster Schritt, dem allerdings zügig eine grundsätzliche und konsistente Reform des gesamten ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung folgen muss.

## II. Zu den Regelungen im Einzelnen

Im Folgenden werden ausgewählte Einzelaspekte des Gesetzentwurfs kommentiert. Im Übrigen wird auf die Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft verwiesen.

### 1. Strukturfonds (Art. 2 Nr. 1 und Art. 5)

Die Weiterführung des Strukturfonds als Instrument zum Umbau der Krankenhauslandschaft ist ein wichtiges Signal. Die Ergänzung der Förderzwecke (u.a. Zentrenbildung bei seltenen Erkrankungen, Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen und telemedizinischer Netzwerkstrukturen, Verbesserung der IT-Sicherheit) ist sinnvoll, um notwendige strukturelle Weiterentwicklungen zu fördern. Nicht sachgerecht ist hingegen, angesichts der deutlichen Ausweitung der Förderzwecke die Universitätsklinika weiterhin von der Förderfähigkeit auszuschließen. Es erschließt sich nicht, warum bspw. eine Investitionsmaßnahme des Landes in die IT-Sicherheit oder den Aufbau eines Zentrums für Seltene Erkrankungen an einem nicht-universitären Haus durch den Strukturfonds kofinanziert werden kann, die gleiche Investitionsmaßnahme an einem Universitätsklinikum aber nicht. Es handelt sich um identische Sachverhalte. Gerade in der Versorgung von Notfällen und seltenen bzw. komplexen Erkrankungen sowie in der telemedizinischen Vernetzung spielen die Universitätsklinika für das Versorgungssystem eine zentrale Rolle. Ausweislich der Orphanet-Datenbank<sup>2</sup> werden 60-80 Prozent der Sprechstunden für seltene Erkrankungen an Universitätsklinika angeboten.

Es gibt keinen sachlichen Grund, die o.g. Fördermaßnahmen nur bei Plankrankenhäusern durch den Strukturfonds zu finanzieren. Der Strukturfonds speist sich anteilig aus Mitteln des GKV-Gesundheitsfonds. Für den Zugang zu diesen Fördermitteln muss es unter strukturpolitischen und wettbewerblichen Gesichtspunkten unerheblich sein, ob ein Plankrankenhaus oder ein Universitätsklinikum sich um eine Förderung bewirbt. Der Verweis auf die Investitionsfinanzierung des Landes nach dem KHG geht fehl, denn auch die Investitionsmittel der Universitätsklinika für Zwecke der Krankenversorgung kom-

---

<sup>2</sup> Orpha.net (2018): Das Portal für seltene Krankheiten und Orphan Drugs. (<https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php>)

men vom Land. Diese Mittel sind im Landeshaushalt lediglich anders veranschlagt. Insofern gibt es hier keinen qualitativen Unterschied zwischen Plankrankenhäusern und Universitätsklinika.

**Deshalb muss im Gesetz die Förderfähigkeit der Universitätsklinika für alle Förderzwecke, die auch die Universitätsklinika betreffen, vorgesehen werden.** Diese sachlich gebotene Gleichbehandlung der Universitätsklinika fordert auch der Bundesrat in seinem Beschluss vom 21. September 2018 (Bundesrat Drucksache 376/18). Der Bundesrat greift in seinem Änderungsvorschlag eine Regelung auf, die im Referentenentwurf des PpSG enthalten war und die Förderfähigkeit der Universitätsklinika explizit vorsah. Diese Regelung wurde dann aber im Zuge der Ressortabstimmung gestrichen.

## 2. Regelungen zur Pflege

### 2.1. Ausgliederung der Pflege aus dem DRG-System und Überführung in die Selbstkostendeckung (Art. 1 Nr. 2, Art. 9 Nr. 4 und 7)

Hinsichtlich der im Gesetzentwurf geregelten Ausgliederung der Pflege aus dem DRG-System ist aktuell vorgesehen, dass es keinerlei Bedarfsmaßstab für die Ausstattung von Krankenhäusern mit Pflegekräften geben soll. Das Krankenhaus bekommt den gesamten Pflegeaufwand, den es für notwendig erachtet und nachweist, erstattet. Dieser unbeschränkte Erstattungsanspruch ist zunächst aus der Perspektive des einzelnen Krankenhauses positiv. Dennoch stellt sich die Frage nach den Auswirkungen einer solchen Regelung auf das Krankenhaus- und Gesundheitswesen insgesamt.

Ein bedarfsunabhängiger, unbeschränkter Erstattungsanspruch für Pflegekräfte wird voraussichtlich die Nachfrage nach Pflegekräften deutlich erhöhen. Der Arbeitsmarkt für Pflegekräfte ist jedoch leer. Zu befürchten ist daher, dass es zwischen den Krankenhäusern zu Verschiebungen im Pflegepersonalbestand kommen wird. Ob dies dazu führen wird, dass die ohnehin knappen Pflegekräfte vorzugsweise dort tätig werden, wo der pflegerische Versorgungsbedarf der Patienten am größten ist, ist zumindest fraglich. **Deshalb müssen die Auswirkungen dieser Regelung auf den Arbeitsmarkt für Pflegekräfte und die pflegerische Versorgungssituation beobachtet und evaluiert werden. Eine entsprechende Begleitforschung sollte gesetzlich vorgesehen werden.**

## 2.2. Notwendigkeit eines pflegebezogenen Katalogs mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je Belegungstag (Art. 1 Nr. 2, Art. 9 Nr. 4 und 7)

Der Gesetzentwurf beauftragt die Selbstverwaltung, für die Pflegepersonal-kosten erstmalig zum 30. September 2019 einen Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je Belegungstag zu entwickeln. Dieser soll jährlich weiter entwickelt werden.

Er soll zunächst nur als Instrument zur Abzahlung des Pflegebudgets dienen, also nicht die Höhe des Pflegebudgets in irgendeiner Form determinieren. Für die Abzahlung der Pflegebudgets wären jedoch auch weniger aufwändige Verfahren umsetzbar. Der Gesetzentwurf lässt offen, warum trotz aufwandsärmerer Alternativen die Entwicklung eines Katalogs mit tagesbezogenen Bewertungsrelationen vorgesehen wird.

Sinnvoll wäre es, diesen Katalog perspektivisch zur Plausibilisierung und zum Abgleich der Pflegebudgets sowie zur Ermittlung des Pflegepersonalquotienten heranzuziehen. **Denn es ist aufgrund der unter 2.1. beschriebenen Probleme der leistungs- bzw. bedarfsunabhängigen Ist-Kostenerstattung perspektivisch ein Bedarfs- bzw. Vergleichsmaßstab für die Pflegepersonalausstattung und damit die Höhe des Pflegebudgets notwendig. Dieser Maßstab muss am Patienten- bzw. Leistungsspektrum des Krankenhauses anknüpfen. Hierfür könnte zukünftig – eine entsprechende Weiterentwicklung vorausgesetzt – dieser Katalog herangezogen werden. Ein entsprechender Entwicklungsauftrag sollte explizit ins Gesetz aufgenommen werden.** Die Wiedereinführung von bereits in der Vergangenheit gescheiterten Personalbedarfsermittlungsinstrumenten wie der PPR als Budgetbemessungsinstrument lehnt der VUD ab.

Die Nutzung des Pflegeerlöskatalogs als Bedarfs- bzw. Vergleichsmaßstab würde hohe Anforderungen an diesen Katalog mit sich bringen. Er müsste geeignet sein, in Analogie zur DRG-Systematik homogene Patientengruppen zu identifizieren, bei denen der tägliche Pflegeaufwand vergleichbar groß ist. Für die Herleitung und jährliche Weiterentwicklung des Katalogs wäre eine belastbare empirische Grundlage zu schaffen.

Diese existiert in der notwendigen Differenzierung bislang nicht. In jedem Fall reicht die derzeitige Kalkulationssystematik für die Pflegekosten im Rahmen der jährlichen DRG-Fallkostenkalkulation hierfür nicht aus. Der aktuell vorliegende Pflegelastkatalog ist für Budgetfindungszwecke ungeeignet. Zusätzlicher Dokumentations- und Entwicklungsaufwand scheint daher unvermeidbar, wenn man perspektivisch einen Pflegeerlöskatalog zur Budgetfindung heranziehen will.

In jedem Fall wird das Nebeneinander von Rest-DRG-System und Pflegebudget auch schon in der derzeit im Gesetzentwurf vorgesehenen Form die Krankenhausfinanzierung deutlich komplexer machen und zusätzliche Bürokratie verursachen. Dies beträfe nicht nur die Krankenhäuser, die als Kalkulationshäuser an der Katalogentwicklung beteiligt sind, sondern alle Krankenhäuser. Die Abgeltung des Pflegebudgets über den Pflegeerlöskatalog wird zudem einen parallelen Abrechnungsprozess zu den DRG-Fallpauschalen erfordern.

Ob mit einem tagesbezogenen Pflegeerlöskatalog, wie er im Gesetzentwurf vorgesehen ist, die richtigen Anreize für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung gesetzt werden, sollte wissenschaftlich sorgfältig evaluiert werden. Insbesondere mit Blick auf die Intensivpflege ist hinsichtlich einer tagesbezogenen Budgetbemessung Skepsis angebracht. Gute Intensivmedizin zeichnet sich durch möglichst kurze Verweildauern aus. Diese lassen sich insbesondere durch einen hohen Personaleinsatz in der intensivmedizinischen Betreuung erreichen. Ein tagesbezogener, auf Durchschnittskosten basierender bundeseinheitlicher Katalog birgt zumindest die Gefahr, hier erhebliche Fehlansätze zu setzen.

**Deshalb sollte gesetzlich vorgeschrieben werden, dass die Entwicklung dieses Katalogs und seine Eignung als Allokationsinstrument für Pflegebudgets von Anfang an wissenschaftlich unabhängig begleitet werden muss. Insbesondere sollten auch Alternativen eruiert werden, bspw. eine fall- statt tagesbezogene Herleitung der Pflegebudgets.**

### **2.3. Definition von „Pflege am Bett“ (Art. 1 Nr. 2, Art. 9 Nr. 4 und 7)**

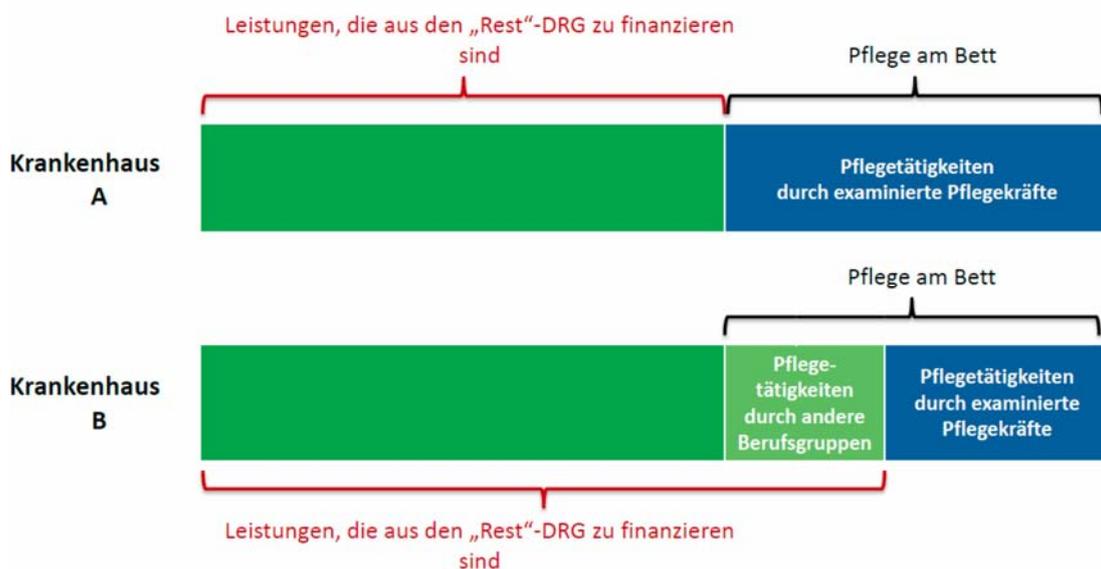
Weiterer administrativer Aufwand wird für die Krankenhäuser auch durch die neuen Nachweispflichten zum Pflegepersonal entstehen. Das Hauptproblem ist dabei nicht der Nachweis von Personalzahlen und –kosten per se. Berufsgruppenbezogen ist das leistbar. Schwierig ist vielmehr eine aufgabenbezogene Zuordnung von Mitarbeitern bzw. den entsprechenden Personalkosten zur „Pflege am Bett“. Entsprechende Nachweise sind nur mit einem sehr großen administrativen Aufwand zu erstellen und zu überprüfen.

Eine aufgabenbezogene Zuordnung des Personals ist aber notwendig, wenn das neue Pflegebudget nur Pflege am Bett finanzieren soll. Denn große Teile des examinierten Pflegedienstes sind nicht unmittelbar „am Bett“ tätig, sondern bspw. in Funktionsdiensten. Umgekehrt ist die „Pflege am Bett“ nicht ausschließlich examinierten Pflegefachkräften vorbehalten. Zur Entlastung der examinierten Pflegekräfte wurden in den letzten Jahren in vielen Standorten patientennahe Aufgaben der Pflege an andere Berufsgruppen delegiert. Dazu

gehören bspw. die Speisenversorgung, administrative Aufgaben auf den Stationen, der Patiententransport innerhalb des Krankenhauses oder die Arzneimittelversorgung. Eine Operationalisierung von „Pflege am Bett“ nur über examinierte Pflegekräfte oder Pflegehilfskräfte wäre daher nicht sachgerecht und würde die Vielfalt heutiger Organisationsmodelle nicht ansatzweise abbilden.

Die Frage der Operationalisierung von „Pflege am Bett“ berührt unmittelbar den im Gesetzentwurf vorgesehenen Auftrag an die Selbstverwaltung, bis zum 31. Januar 2019 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu vereinbaren (Art. 1 Nr. 2). Bei einer rein berufsgruppenbezogenen Anknüpfung an examinierte Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte drohen hier als Folge der Parallelität von DRG-System und Pflegebudget erhebliche Fehlanreize hinsichtlich der Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus zum Nachteil innovativer Delegations- und Entlastungsmodelle für den Pflegedienst.

Insbesondere hätten solche Krankenhäuser erhebliche Finanzierungsnachteile, die in der Vergangenheit innovative Modelle zur Pflegedienstentlastung umgesetzt haben. Denn diese Kosten verblieben im DRG-System und würden damit „vergemeinschaftet“, d.h. anteilig zu jenen Krankenhäusern umverteilt, die diese Aufgaben bei der examinierten Pflege bzw. den Pflegehilfskräften belassen haben. Die nachfolgende Grafik verdeutlicht dieses Problem.



Quelle: eigene Darstellung

Zu solchen Fehlentwicklungen darf es nicht kommen. Innovative Organisationsmodelle müssen angesichts der Personalknappheit in der Pflege weiter gefördert werden. **Deshalb muss im Gesetz klargestellt werden, dass die Definition von „Pflege am Bett“ aufgabenbezogen zu erfolgen hat und dabei Delegations- und Entlastungsmodelle für den Pflegedienst bei der bundeseinheitlichen Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu berücksichtigen sind.**

#### **2.4. Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen bei der Vereinbarung des Pflegebudgets (Art. 9 Nr. 4)**

Das unter 2.3. beschriebene Problem hat der Gesetzgeber grundsätzlich erkannt. Der Gesetzentwurf sieht daher vor, dass bei der Vereinbarung des Pflegebudgets ab dem Jahr 2020 auch Maßnahmen berücksichtigt werden können, die zu einer Entlastung des examinierten Pflegepersonals führen. Die Höhe der dadurch eingesparten Pflegepersonalkosten kann dabei bis zu fünf Prozent budgeterhöhend berücksichtigt werden (Art. 9 Nr. 4).

Die Vorgaben können so verstanden werden, dass der Gesetzgeber zukünftig Maßnahmen zur Entlastung des Pflegepersonals fördern möchte. Dies ist grundsätzlich positiv zu bewerten. **Allerdings sollte die Anrechnungsgrenze auf mindestens zehn Prozent erhöht werden, da in der Praxis der Anteil der patientennahen Tätigkeiten, der auf andere Berufsgruppen delegiert wurde, in vielen Krankenhäusern deutlich über fünf Prozent liegt.**

Der Ansatz, eine anteilige Anrechnung solcher Entlastungsmodelle auf das Pflegebudget zu ermöglichen, lässt vermuten, dass das eigentliche Pflegebudget im Kern auf die „examinierte Pflege am Bett“ beschränkt werden soll. Die Definition der aus den DRG auszugliedernden Anteile würde dann rein berufsgruppenbezogen erfolgen. Dies wäre aus den unter 2.3. beschriebenen Gründen hoch problematisch. **Wichtig ist daher, dass zusätzlich zur ergänzenden Anrechenbarkeit im Gesetz bereits bei der Definition der aus den DRG auszugliedernden Anteile anstelle eines berufsgruppenbezogenen generell ein aufgabenbezogenes Verständnis von Pflege zu Grunde gelegt wird.**

Die vorliegende Formulierung nach **§ 6a Abs. 2 Satz 6ff. KHEntgG-E** lässt offen, ob die Anrechnung pflegeentlastender Maßnahmen auch dann gilt, wenn diese bereits vor Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen umgesetzt wurden. Die Regelung könnte daher so missverstanden werden, dass bereits vor dem Jahr 2020 umgesetzte Entlastungsmodelle nicht anrechenbar sind. Damit würden gerade jene Krankenhäuser

benachteiligt, die sich in der Vergangenheit um eine Entlastung der examinieren Pflege bemüht haben. Um das zu vermeiden, sollten die bereits vorhandenen Kosten für innovative Modelle zur Entlastung der Pflege in das Pflegebudget einbezogen werden können. **Entsprechend sollte klargestellt werden, dass die bereits vor der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets umgesetzten Maßnahmen zur Entlastung des Pflegepersonals zu berücksichtigen sind.** Darauf hat auch der Bundesrat in seinem Beschluss vom 21. September 2018 (Bundesrat Drucksache 376/18) hingewiesen.

## 2.5. Pflegepersonalquotient (Art. 7 Nr. 12)

Mit dem Pflegepersonalquotienten wird erstmals eine Kennzahl gesetzlich verankert, die Auskunft über das Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zum Pflegebedarf des Patienten geben soll. Der Pflegebedarf wird dabei abgeleitet aus dem durchschnittlichen Pflegeaufwand für entsprechende Patientengruppen lt. DRG-Eingruppierung. Mittels Pflegepersonalquotient sollen Krankenhäuser mit einer weit unterdurchschnittlichen Pflegepersonalausstattung identifiziert werden, bei denen eine unzureichende pflegerische Versorgungsqualität vermutet wird. Der Pflegepersonalquotient verfolgt damit dasselbe Ziel wie die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V. Letztere sind allerdings beschränkt auf derzeit vier sog. pflegesensitive Versorgungsbereiche.

Der Pflegepersonalquotient ist ein pragmatischer Ansatz, der im Vergleich zu den Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V deutlich weniger bürokratischen Aufwand für die Krankenhäuser mit sich bringt. Er ist auf Grund seiner „Ganzhausbetrachtung“ (keine Beschränkung auf einzelne Bereiche) im Vergleich zu den Pflegepersonaluntergrenzen umfassender, greift aber gleichzeitig weniger tief in die Organisationshoheit der Krankenhäuser ein. Stattdessen wird das Krankenhaus global betrachtet und dabei die plausible Annahme zugrunde gelegt, dass ein Krankenhaus, das insgesamt genügend Pflegekräfte beschäftigt, diese auch bedarfsgerecht auf die unterschiedlichen Stationen und Abteilungen des Krankenhauses verteilt. Der Pflegepersonalquotient ist somit eine sinnvolle Ergänzung zu den Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V.

Bei der näheren Ausgestaltung des Pflegepersonalquotienten müssen aber die vielfältigen Modelle zur Entlastung der Pflege berücksichtigt werden. Innovative Krankenhäuser haben in den letzten Jahren unterschiedlichste Modelle zur Verlagerung von Aufgaben von examinieren Pflegekräften auf andere Berufsgruppen umgesetzt, damit sich die examinieren Pflegekräfte auf ihre Kernaufgaben konzentrieren können (siehe 2.3. und 2.4.). Der Pflegepersonalquo-

tient und die damit einhergehenden Sanktionen sollten die infolge der Ausgliederung der Pflege aus den DRGs ohnehin zu befürchtenden negativen Auswirkungen auf innovative Organisationsmodelle zur Entlastung der Pflege nicht noch weiter verstärken. Daher sollte das Konzept des Pflegepersonalquotienten zumindest mittelfristig so ausgelegt werden, dass anstelle einer berufsgruppenbezogenen eine aufgabenbezogene Betrachtung erfolgt (siehe 2.3.).

Die Vorgabe, spätestens drei Jahre nach Ablauf die Notwendigkeit des Pflegepersonalquotienten zu überprüfen, sollte dahingehend angepasst werden, dass auch geprüft wird, ob **der Pflegepersonalquotient mit seiner „Ganzhausbetrachtung“ die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V ablösen kann**. Dies würde Diskussionen über Verlagerungseffekte zwischen pflegesensitiven und sonstigen Bereichen sowie bürokratischen Aufwand vermeiden, ohne das Ziel, nämlich die Sicherstellung einer ausreichenden pflegerischen Versorgungsqualität, aus den Augen zu verlieren.

### 3. Wegfall des Pflegezuschlags (Art. 8 Nr. 1 Buchst. c)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der bisherige Pflegezuschlag ab dem Jahr 2020 entfallen soll. Den Universitätsklinika würden dadurch finanzielle Mittel in Höhe von rund 80 Mio. Euro entzogen.

Begründet wird dies im Gesetzentwurf mit der zukünftigen umfassenden Finanzierung der Pflegepersonalkosten über das Pflegebudget. Diese Begründung trägt schon deshalb nicht, weil nur ein Teil der Pflege aus dem DRG-System ausgegliedert werden soll, nämlich die „Pflege am Bett“. Zu befürchten ist außerdem, dass von anderen Berufsgruppen wahrgenommene pflegeentlastende Maßnahmen nicht adäquat im Pflegebudget berücksichtigt werden (siehe dazu die Ausführungen unter 2.3. und 2.4.). Eine umfassende Finanzierung der patientennahen Pflege über das Pflegebudget wird es somit mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht geben. Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass der Pflegezuschlag aus dem Versorgungszuschlag hervorgegangen ist und daher keine unmittelbare Zweckbindung zur Finanzierung von Pflegekosten besteht. Der Versorgungszuschlag wurde den Krankenhäusern seinerzeit als Ausgleich für die Absenkung der Landesbasisfallwerte durch die doppelte Degression gewährt. Über Jahre zu Lasten aller Krankenhäuser geminderte Landesbasisfallwerte sollten mit der jährlichen Aufstockung um 0,8 % (500 Mio. Euro) zumindest teilweise ausgeglichen werden. **Der Wegfall des Pflegezuschlags ist daher abzulehnen, weil die Annahme falsch ist, dass das Pflegebudget diesen Wegfall vollumfänglich auffangen wird.**

#### 4. Finanzierung der Vorhaltekosten für die stationäre Notfallversorgung (Art. 8 Nr. 2)

Mit Artikel 8 Nr. 2 wird geregelt, dass die noch ausstehende Vereinbarung der bundeseinheitlichen Zu- und Abschläge für die Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme an der stationären Notfallversorgung nicht zu einer Absenkung der Landesbasisfallwerte führt. Stattdessen geht der Gesetzgeber davon aus, dass die von GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft zu schließende Vereinbarung zu jährlichen Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen dreistelligen Millionenbetrages führt.

Die Absicht, die Kosten für die Vorhaltung in der stationären Notfallversorgung, nicht über die Absenkung der Landesbasisfallwerte gegenzufinanzieren, ist positiv zu bewerten. Eine Gegenfinanzierung über die Absenkung der Landesbasisfallwerte würde zu Verwerfungen zwischen den Bundesländern führen und wäre auch in einigen Bundesländern faktisch nicht umsetzbar.

Geht man davon aus, dass auch zukünftig ein Abschlag von 50 Euro pro Fall bei Nicht-Teilnahme an der stationären Notfallversorgung gelten wird, stünde hierüber vermutlich nur ein Finanzvolumen von etwa 160 Millionen Euro zur Verfügung. Ohne weitere Finanzmittel ergäbe sich hieraus umgerechnet ein durchschnittlicher Zuschlag für die Krankenhäuser, die entsprechend der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, von 10 Euro je Fall. Ein derartiger Betrag wird offenkundig nicht ausreichen, um die Kosten für die Vorhaltung der stationären Notfallversorgung angemessen zu vergüten.

Daher ist es wichtig, für die Finanzierung der Vorhaltekosten der stationären Notfallversorgung zusätzliche finanzielle Mittel bereitzustellen. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen jährlichen Mehrausgaben in Höhe eines „niedrigen dreistelligen Millionenbetrages“ werden allerdings nicht ausreichen, um eine sachgerechte finanzielle Absicherung der stationären Notfallversorgung zu erreichen. **Um einen wirklich relevanten Beitrag zur Stabilisierung der stationären Notfallinfrastruktur in den Krankenhäusern zu erreichen, müssen zusätzliche Mittel in Höhe von mindestens 500 Millionen Euro bereitgestellt werden.**

### III. Weiterer Handlungsbedarf

#### 1. Ordnungspolitischer Rahmen des DRG-Systems

Neben den im Gesetzentwurf adressierten Themen ist anzumerken, dass zahlreiche Schwächen der aktuellen Krankenhausfinanzierung, die über die Pflege am Bett weit hinaus reichen, im Gesetzentwurf nicht behandelt werden. Insgesamt besteht trotz der Ausgliederung der Pflege weiterhin die Notwendigkeit einer grundlegenden Reform des ordnungspolitischen Rahmens des DRG-Systems.

Zwar sind die Vereinfachungen und Klärungen zum Fixkostendegressionsabschlag ausdrücklich zu begrüßen. Ungelöst bleiben aber bspw. die Refinanzierung der ungedeckten Tarifsteigerungen in den nicht-pflegerischen Berufsgruppen, die unzureichende Finanzierung von besonderen Vorhaltungen oder Spezialangeboten sowie von Extremkostenfällen, der Facharztweiterbildung oder innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

#### 2. Definition und Finanzierung von Zentren

Im Koalitionsvertrag wurde angekündigt, die Regelungen für Zentren sachgerechter zu gestalten. Der Gesetzentwurf böte eine gute Gelegenheit, dem stockenden Prozess zur Bestimmung und Finanzierung von Zentren einen neuen Impuls zu geben. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband werden in den Verhandlungen über bundeseinheitliche Vorgaben zu Zentren absehbar nicht zu einem tragfähigen Kompromiss kommen. Hier wird wieder die Schiedsstelle entscheiden müssen. Allerdings hat bereits der letzte Schiedsspruch zu diesem Thema in der Umsetzungspraxis zu großen Problemen geführt. Es ist nicht zu erwarten, dass ein erneuter Schiedsspruch daran etwas ändert.

Deshalb sollte für die Zentrumsdefinition und -finanzierung eine neue rechtliche Grundlage geschaffen werden. Notwendig ist eine klare Definition auf Bundesebene, welche Typen von Zentren es geben soll und nach welchen Strukturkriterien entsprechende Einrichtungen identifiziert werden sollen. Um eine inflationäre Benennung von Zentren zu vermeiden, sollten auf Bundesebene zu den verschiedenen Typen von Zentren Mindestvorgaben gemacht werden, zum Beispiel zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des Fachpersonals, zur Vorhaltung spezieller Infrastrukturen und besonderer Leistungsangebote. Auch die Rolle der Krankenhäuser im Rah-

men der wissenschaftlichen Evaluation neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie der Aus- und Fortbildung des medizinischen Fachpersonals ist zu berücksichtigen.

Die Kriterien sollten dabei so vorgegeben werden, dass Zentren ausgewählt werden, die sich durch eine überörtliche, sektoren- oder krankenhausesübergreifende Aufgabenwahrnehmung auszeichnen oder besondere Leistungen für ihre Patienten erbringen. Zentren sollten also für ihre jeweiligen Versorgungsbereiche regionale Leuchttürme in der Versorgungslandschaft sein.

Krankenhäuser, die die entsprechenden Kriterien erfüllen und somit Zentren werden können, müssen dann noch vom jeweiligen Bundesland als Zentrum ausgewiesen werden, damit sie Anspruch auf eine Zuschlagsfinanzierung erhalten. Die Bundesländer sollten dabei die Möglichkeit haben, in besonderen Einzelfällen von den Bundesvorgaben abzuweichen.

Finanzierungsfähig sollten weiterhin nur besondere Aufgaben sein. Allerdings sollten die Nachweis- bzw. Darlegungspflichten der Häuser deutlich reduziert werden, da unterstellt werden kann, dass Häuser mit besonderen Strukturen darin auch besondere Aufgaben wahrnehmen. Besondere Leistungen der Krankenhäuser sollten bei Erfüllung der Strukturanforderungen widerlegbar als besondere Aufgaben gelten.

Für die von den Ländern ausgewiesenen Zentren vereinbaren die Vertragsparteien wie bisher weiterhin auf Ortsebene Zuschläge. Die Krankenhäuser legen dabei mit niedrighwelligeren Vorgaben dar, welche besonderen Aufgaben sie wahrnehmen und welche anderweitig nicht finanzierten Kosten damit verbunden sind. So könnten künftig relevante Finanzierungszuschläge außerhalb der DRG-Fallpauschalen für die Zentren möglich werden, um deren besondere Aufgaben kostendeckend zu berücksichtigen.

Derzeit ist die Vereinbarung von Zuschlägen in relevanter Höhe kaum durchsetzbar. Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) sah seinerzeit zusätzliche Mittel für die Zentren in Höhe von 100 Mio. Euro im Jahr 2016 sowie jeweils 200 Mio. Euro in den Folgejahren vor. Diese zusätzlichen Mittel sind bis heute nicht bei den Krankenhäusern angekommen. Es fehlen damit zur Förderung von Zentren bereits mehrere Hundert Millionen Euro. Der Grund dafür sind die derzeit sehr rigiden gesetzlichen Finanzierungsregelungen, die u.a. objektiv nicht erfüllbare Darlegungs- und Nachweispflichten der Krankenhäuser zur Folge haben. Hier sollte eine Reform ansetzen und den Zentren Finanzierungsansprüche eröffnen, die vor Ort auch durchsetzbar sind.