



**Regierungskommission**  
für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung

## **Erste Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Kranken- hausversorgung**

Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe  
für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung  
für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe



Vorbemerkung: Der Begriff „Pädiatrie“ umfasst in diesem Dokument stets auch die Kinderchirurgie.

Der Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung konstatiert für die Fächer Pädiatrie (einschl. Kinderchirurgie) und Geburtshilfe einen drängenden Bedarf für eine kurzfristige Anpassung der Vergütung. Konkret ist u. a. eine auskömmliche Finanzierung vorgesehen. Die Regierungskommission hat sich daher zunächst diesen beiden Bereichen zugewendet und nachfolgende Stellungnahme und Empfehlungen formuliert.

## I. AUSGANGSLAGE

**Die Regierungskommission stellt fest, dass die Datenlage insgesamt heterogen ist, da u. a. zwischen der Behandlung von pädiatrischen Fällen (d. h. Patient\*innen unter 18 Jahren) und der Behandlung in pädiatrischen Abteilungen unterschieden werden muss. Auch ist es zwischen 2017 und 2018 zu einer Neugruppierung der Fachabteilungen gekommen, die den längsschnittlichen Vergleich erschwert.<sup>1</sup>**

**Bei der Zahl geburtshilflicher Abteilungen ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe auch tatsächlich Geburtshilfe anbieten. Um die Zahl der Krankenhausstandorte mit Kreißaal zu kalkulieren, müssen andere Quellen wie etwa die DRG-Statistik oder Qualitätsberichte herangezogen werden.**

<sup>1</sup> So wurden bis 2017 Kinderchirurgie und Kinderheilkunde getrennt ausgewiesen, wobei Letztere auch Neonatologie und Kinderkardiologie umfasste. Seit 2018 werden Pädiatrie, Kinderchirurgie, Kinderkardiologie und Neonatologie getrennt ausgewiesen und nur teilweise zusammengefasst. Pädiatrie umfasst auch Schwerpunkte wie pädiatrische Hämatologie/Onkologie oder Rheumatologie, die jedoch der Inneren Medizin zugeordnet werden, wenn die pädiatrischen Schwerpunkte organisatorisch zu den internistischen Fachabteilungen Hämatologie/Onkologie oder Rheumatologie gehören. Bei Frauenheilkunde und Geburtshilfe wurde bis 2017 ausgewiesen, ob es spezielle Schwerpunkte Frauenheilkunde bzw. Geburtshilfe gab; seit 2018 werden Frauenheilkunde und Geburtshilfe einerseits (die jedoch nicht alle auch Geburtshilfe anbieten) und Geburtshilfe getrennt erfasst und ausgewiesen.





## Pädiatrie

- ▶ In den letzten 20 Jahren kam es zu einem Rückgang der Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin auf 334 im Jahr 2020. Im Jahr 1991 waren es 440 Abteilungen und 2012 364 Abteilungen (jeweils ohne Kinderchirurgie). Die Zahl der vorgehaltenen Betten sank stärker als die Zahl der Abteilungen von 31.708 im Jahr 1991 auf 19.199 im Jahr 2012 und lag 2020 bei 17.959.

Dagegen stieg die Zahl der Behandlungsfälle in pädiatrischen Abteilungen bis 2016 moderat. Im Jahr 2005 lag sie bei ca. 1.002.391, 2012 bei 1.055.262 und 2016 bei 1.105.240.<sup>2</sup> Im Jahr 2020 fiel sie pandemiebedingt auf 881.194. Parallel sank die durchschnittliche Verweildauer von 9,1 Tagen im Jahr 1991 auf 4,7 Tage im Jahr 2012 und schließlich auf 4,2 Tage 2019. Diese Veränderungen fanden bei seit 2011 deutlich steigender Zahl an Neugeborenen statt (vgl. Geburtshilfe).

- ▶ Diese Entwicklung begründet sich – neben anderen Faktoren – mutmaßlich durch einen ökonomischen Druck und Fehlanreiz auf die Krankenhäuser zur Steigerung der Fallzahlen trotz reduzierter Betten. Dies bedroht die Behandlungsqualität und führt zu einer erheblichen Belastung des Krankenhauspersonals. Die Regierungskommission hält einen Zusammenhang dieser Entwicklung mit dem Personalmangel in allen klinischen Berufsgruppen für sehr wahrscheinlich.
- ▶ Die bisher vom G-BA erarbeiteten Qualitätsvorgaben für die Behandlung von Frühgeborenen<sup>3</sup> können von zahlreichen Einrichtungen aufgrund der Lage am Arbeitsmarkt nicht kontinuierlich eingehalten werden. Das dafür vorgesehene Sanktionierungskonzept mit dem Wegfall des Vergütungsanspruches ist auf seine Angemessenheit hin zu prüfen mit dem Ziel, es den Einrichtungen zeitnah zu ermöglichen, die Qualitätsvorgaben wieder einzuhalten.
- ▶ Schwankungen der Krankenhausauslastung führen im gegenwärtigen, rein leistungsbezogenen Vergütungssystem zu einer Unterfinanzierung von Vorhaltekosten.
- ▶ Mit den genannten 334 Standorten hat die Pädiatrie ein Konzentrationsniveau erreicht, das weit über das in der Erwachsenenmedizin hinausgeht. Aufgrund der im Vergleich zur Erwachsenenmedizin geringeren Fallzahl leistet dieser Grad an Zentralisierung in der Pädiatrie einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Er kann aber in manchen Gegenden Deutschlands dazu führen, dass die Fahrtzeit zu einer (je nach pädiatrischer Behandlungsindikation) personell und qualitativ angemessenen Klinik unangebracht lang ist, sodass notwendige

<sup>2</sup> Zwischen 2017 und 2019 wurden je zwischen 1,08 und gut 1,09 Millionen Fälle in pädiatrischen Abteilungen behandelt.

<sup>3</sup> Insbesondere die Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFRRL)





Krankenhausbehandlungen unterbleiben (Unterversorgung) oder in nicht für Kinder und Jugendliche ausgestatteten Krankenhäusern erfolgen (Fehlversorgung). Die Vereinbarung zu Standorten mit Sicherstellungszuschlägen für Kinder- und Jugendmedizin – also solchen, bei deren Schließung zusätzlich mindestens 800 Kinder und Jugendliche mehr als 40 Pkw-Fahrzeitminuten zur nächsten Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin fahren müssten – listet für 2022 60 und für 2023 57 Standorte.

- › Die Sicherstellungszuschläge haben Defizite in der Versorgungssituation aber nicht ausreichend verhindert. Der Regierungskommission sind z. B. Situationen aus der RSV-Welle im Herbst 2021 bekannt geworden, in denen über 20 Kliniken angefragt werden mussten, um einen Behandlungsplatz für ein Kind zugesagt zu bekommen.
- › Die Pädiatrie benötigt weitgehend die gleiche Spezialisierung wie die Erwachsenenmedizin (z. B. Neurologie, Nephrologie, Kardiologie, Onkologie, Gastroenterologie) mit aber weit weniger Patient\*innen, was eine Finanzierung ausschließlich nach Leistungsmenge problematisch macht.
- › Das Leistungsspektrum in Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche ist breit und umfasst auch viele kinder- und neugeborenen-spezifische seltene Erkrankungen, weshalb die Vorhaltungsstrukturen und -leistungen überdurchschnittlich hoch sind.
- › Pädiatrische Krankenhausaufnahmen erfolgen weit überwiegend ungeplant als Notfall<sup>4</sup>, was zu besonderen Vorhaltekosten und unvermeidbarem Bettenleerstand führt. Aufgrund der o. g. Entwicklungen hat die Zahl der z. B. für Infektwellen vorgehaltenen freien Betten abgenommen, sodass die Behandlungskapazitäten in den Wintermonaten wiederkehrend ausgeschöpft sind.
- › Im Vergleich zur Erwachsenenmedizin fällt der kind- und elterngerechte Gesprächs- und Betreuungsaufwand in der Pädiatrie höher aus.

<sup>4</sup> Nur ca. 20 % planbare Aufnahmen; Weyersberg A et al. Deutsches Ärzteblatt 2018;115:A382-6





## Geburtshilfe

- › Die Zahl der Geburten war lange Jahre rückläufig. Sie erreichte im Jahr 2011 den Tiefstwert von 663.000. Im Jahr 1990 waren es über 900.000 Geburten in Gesamtdeutschland. 2021 wurde erstmals wieder ein so hoher Wert wie Ende der 1990er-Jahre erreicht.
- › Laut IGES-Gutachten zur „Stationären Hebammenversorgung“ (2019) ging die Anzahl der Krankenhausstandorte mit Geburten von 1.186 im Jahr 1991 über 865 im Jahr 2007 auf 672 im Jahr 2017 zurück. Im Jahr 2020 gab es nach den Abrechnungsdaten der Krankenhäuser noch 655 solcher Standorte. Hiervon haben 120 Standorte weniger als 500 Geburten pro Jahr, was als eine Grenze anzusehen ist, bei deren Unterschreitung Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität<sup>5</sup> nicht gesichert sind. Möglicherweise liegt diese kritische Grenze sogar höher<sup>6</sup>.
- › Insbesondere in kleineren Geburtshilfeabteilungen schwanken die Geburtenzahlen stark (zum Teil tagelang keine Geburten), was zur Abnahme der Versorgungsqualität und beim gegenwärtigen rein leistungsbezogenen Vergütungssystem zu fehlender Finanzierung der Vorhaltekosten führt.
- › In der Geburtshilfe besteht ein relevanter Personalmangel, insbesondere Pflegekräfte und Hebammen betreffend. Temporäre Kreißsaalsperrungen aufgrund von Hebammenmangel führen zu Schwierigkeiten in der Bevölkerungsversorgung und der Krankenhausfinanzierung.
- › Das medizinisch sinnvolle Bestreben der Geburtshilfe, Sectiones zu verringern und vaginale Entbindungen zu fördern, führt zu schlechter vergüteten, schlechter planbaren und personalintensiveren Entbindungen.

<sup>5</sup> Heller G et al. Int J Epidemiol 2002;31:1061-8

<sup>6</sup> In der Geburtshilfe muss in besonderer Weise die aus Gründen der Qualität und der Wirtschaftlichkeit sinnvolle Konzentration auf weniger Standorte in Übereinstimmung gebracht werden mit dem Ziel der Wohnortnähe auch in ländlichen Gegenden mit niedrigen Geburtenzahlen. So entfallen von den 120 Standorten mit weniger als 500 Geburten 19 auf Bayern, 16 auf Sachsen, 14 auf NRW und je 12 auf Thüringen und Brandenburg. Andererseits listet die Vereinbarung zu Standorten mit Sicherstellungszuschlägen für Geburtshilfe, also solchen, bei deren Schließung zusätzlich mindestens 950 Frauen zwischen 15 und 49 Jahren mehr als 40 Pkw-Fahrzeitminuten zur nächsten Geburtsklinik fahren müssten, für 2023 nur 57 solcher Standorte auf, davon 12 in Mecklenburg-Vorpommern und 11 in Brandenburg, aber nur je 4 in Bayern und Sachsen sowie 2 in NRW, was bedeutet, dass hier kleine Geburtskliniken in Nachbarschaft von größeren existieren.





## II. ZIELE

### **Die Regierungskommission erachtet die folgenden kurz- und mittelfristigen Ziele für prioritär:**

- › Eine flächendeckende, qualitativ hochwertige und wohnortnahe Versorgung mit Pädiatrie und Geburtshilfe soll sichergestellt sein. Geburtshilfliche Abteilungen sollten möglichst unter einem Dach mit einer pädiatrischen Abteilung tätig sein.
- › Eine gute Personalausstattung rund um die Uhr ist auf Standortebene essenziell, um die Bevölkerung qualitativ hochwertig zu versorgen und eine weitere Überlastung des Personals zu vermeiden. Eine Zusammenarbeit oder Zusammenlegung kleinerer Abteilungen kann, wo möglich, die individuelle Arbeitslast verringern.
- › Eine hohe Behandlungsqualität und eine ausreichende Personalbesetzung trotz Hebammenmangel sind in der Geburtshilfe durch Zentrumsbildung und – wo regional möglich – die Aufgabe kleiner Geburtshilfen mit wenigen Geburten zu fördern.
- › Pädiatrie und Geburtshilfe sollen in einem ersten Schritt kurzfristig ausreichend finanziert werden (der Koalitionsvertrag spricht von einer „auskömmlichen Finanzierung“). Die Mittelzuweisung sollte den Fachabteilungen zukommen.
- › Die zukünftige Finanzierung soll Aspekte der Qualität, von Vorhaltung, Leistung und Strukturbildung berücksichtigen. Eine evidenzbasierte, an diesen Kriterien ausgerichtete Neustrukturierung der Gesundheitsversorgung kann nicht kurzfristig umgesetzt werden. Daher empfiehlt die Regierungskommission ein stufenweises Vorgehen, mit dem zunächst vorhandene wohnortnahe Versorgungsstrukturen erhalten werden (keine „kalte Strukturbereinigung“), bevor mittelfristig in einer nächsten Stufe Anreize für eine hohe Versorgungsqualität und Angemessenheit (bezogen auf die regionalen Bedarfe und die regionale Bevölkerung) gesetzt werden. Zu den nächsten Stufen wird sich die Regierungskommission zeitnah äußern.
- › Der betriebswirtschaftliche Druck auf die pädiatrischen Abteilungen, eine möglichst hohe oder gar kontinuierlich steigende Zahl von Patient\*innen stationär zu behandeln, soll kurzfristig reduziert werden.





- › Die fachspezifische Pflege und der Hebammenberuf müssen nachhaltig gestärkt werden.
- › Die Zentrumsbildung (insbesondere für seltene oder komplexe Erkrankungen, z. B. Kinderonkologie, Kinderkardiologie) und die Vermeidung von Gelegenheitsversorgung ist zu fördern – u. a. durch gestaffelte Versorgung (verschiedene Versorgungsstufen, z. B. Neonatologie).

### III. EMPFEHLUNGEN DER REGIERUNGSKOMMISSION FÜR KURZFRISTIGE MASSNAHMEN

Die nachfolgenden Empfehlungen beziehen sich auf **kurzfristig umzusetzende, erste Reformschritte**. Die Regierungskommission wird sich **zeitnah zu weiteren Reformschritten äußern**.

- › Die Formulierung des Koalitionsvertrages „Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe“ wird von der Regierungskommission so verstanden, dass für diese Fächer kurzfristig zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen sind.
- › Diese Mittel sind sofort (ab 1.1.2023) und unabhängig von Budgetverhandlungen zwischen Kostenträgern und Kliniken zu gewähren. Eine Überprüfung durch den Medizinischen Dienst findet nicht statt. Die Krankenhäuser sollen in ihren jährlichen Qualitätsberichten darlegen, wie die zusätzlichen Mittel für die Abteilungen Pädiatrie bzw. Geburtshilfe verwendet wurden.
- › Kurzfristig, d. h. ab 1.1.2023, sind die Abteilungen für Pädiatrie in einem ersten Reformschritt durch ein neben den abgerechneten DRGs gewährtes zusätzliches Vergütungsvolumen, das nicht leistungsabhängig vergeben wird, vom betriebswirtschaftlichen Druck zu befreien.
- › Für geburtshilfliche Abteilungen ist eine Unterstützung – zusätzlich zu den abgerechneten DRGs – durch hinzukommende, nicht leistungsabhängige Finanzmittel vorrangig erforderlich für Abteilungen, die nur eine geringe Zahl an Geburten haben, aber bei ihrem Wegfall eine Versorgungslücke für die Bevölkerung hinterlassen würden. Als Orientierung, welche Abteilungen Letzteres betrifft, kann die Festlegung von Abteilungen, denen Sicherstellungszuschläge zustehen, herangezogen werden. Aus Qualitätsgesichtspunkten ist ferner zu fordern, dass vorrangig geburtshilfliche Abteilungen zusätzliche Unterstützung erhalten, an deren Standort auch eine pädiatrische Abteilung besteht.





- ▶ Aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen sind Höhe und Herkunft dieser zusätzlichen Mittel politisch festzulegen. Zu denken ist insbesondere an eine Erhöhung der Leistungen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen (und der Beihilfe) für die beiden Fächer, an Bundesmittel oder an eine Kombination aus beidem. Die Gesamthöhe der zusätzlichen Mittel muss so groß sein, dass die o. g. Ziele – insbesondere eine kurzfristige Reduktion des Drucks auf eine möglichst hohe Fallzahl und die Verhinderung der Schließung von für die Versorgungssicherheit benötigten Abteilungen – erreicht werden. Mehrkosten der Abteilungen, die sich durch Inflation und Lohnsteigerungen ergeben, sind zu berücksichtigen.
- ▶ Die Regierungskommission schlägt für diese erste Reformstufe für die Pädiatrie vier alternative Modelle vor, nach denen das zusätzliche Vergütungsvolumen auf die Abteilungen zu verteilen ist. Für die Geburtshilfe wird ein Modell vorgeschlagen, das sich für die Klassifizierung der geburtshilflichen Abteilungen als bedarfsnotwendig an der Liste der Abteilungen mit Anspruch auf Sicherungszuschlag orientiert.
- ▶ Zeitnah wird die Regierungskommission Vorschläge für die **zweite und weitere Reformstufen** machen mit dem Ziel, beide Fächer nach der Bedarfsnotwendigkeit (Bevölkerungsbezug) und einer hochwertigen Struktur-, Behandlungs- und Ergebnisqualität weiterzuentwickeln. Unter anderem wird die Regierungskommission entsprechende Qualitätsvorgaben vorstellen.

## Pädiatrie

Die vier alternativen Modelle für die Verteilung der zusätzlichen, nicht leistungsgebundenen Finanzmittel in der ersten Reformstufe sind:

### **Modell A (Pädiatrie):**

#### **Fortschreibung von angehobenen abteilungsindividuellen Erlösen ohne Leistungsbezug**

Zugrunde gelegt werden die abteilungsindividuellen Erlöse des Jahres 2019 (Casemixvolumen 2019), da diese keine pandemiebedingten Verzerrungen aufweisen. Diese Erlössumme wird für das Jahr 2023 um einen prozentualen Anteil gesteigert und leistungsunabhängig garantiert. Berechnungen nach dem DRG-System werden den Krankenhäusern nur informativ mitgeteilt.

Dieses Modell ist vergleichsweise einfach und schnell umsetzbar, hat aber den Nachteil, dass Leistungs- und Kapazitätsveränderungen in den Pandemiejahren 2020 bis 2022 unberücksichtigt bleiben. Letzteres bedeutet, dass Abteilungen, die Leistungen reduziert haben, potenziell bevorzugt, und solche, die Leistungen ausgeweitet haben, potenziell benachteiligt werden.







## **Modell B (Pädiatrie):**

### **Verteilung der zusätzlichen Finanzmittel nach vorgehaltenen Behandlungskapazitäten**

Zugrunde gelegt werden die betreibbaren Betten der Abteilung, d. h. Betten, für die das erforderliche Personal und die erforderliche apparative Ausstattung nachgewiesen werden können. Die Zahl der betreibbaren Betten in der Pädiatrie ist vom Krankenhaus zu Jahresbeginn als Durchschnittswert des vergangenen Jahres anzugeben, auf Basis des für die Pädiatrie angestellten Personals und einer durchschnittlichen Ausfallzeit von 20 % (= Nettojahresarbeitszeit von 80 %).

Die Kommission schlägt zwei Varianten unterschiedlicher Differenzierung vor. Nach Variante 1 wird die Gesamtzahl der betreibbaren pädiatrischen Betten angegeben.

Nach Variante 2 haben die Krankenhäuser ggf. nach Betten für folgende Schwerpunkte zu differenzieren:

- › pädiatrische Intensivmedizin
- › Neonatologie
- › Kinderonkologie
- › Kinderkardiologie und -herzchirurgie
- › Neuropädiatrie
- › Kinderradiologie
- › Kinderorthopädie
- › Kinder- und Jugendallergologie
- › Hämostaseologie
- › klinische Infektiologie
- › Kinder- und Jugendendokrinologie und -diabetologie
- › Kinder- und Jugendgastroenterologie
- › Kinder- und Jugendnephrologie
- › Kinder- und Jugendpneumologie
- › Kinder- und Jugendrheumatologie
- › Kinder-Palliativmedizin
- › Kinder-Schlafmedizin
- › Kinder-Handchirurgie
- › spezielle Kinder-Schmerztherapie





Die Schwerpunkte müssen von einer/m ärztlichen Leiter\*in mit entsprechender Zusatzbezeichnung in Vollzeit (> 80 %) geleitet werden, sofern es für den Schwerpunkt eine etablierte Zusatzbezeichnung gibt.

Für jedes betreibbare Bett wird bundeseinheitlich ein definierter Betrag in Euro als Basisvorhaltefaktor pro Jahr festgelegt. Die Höhe dieses Betrags richtet sich nach der insgesamt zu fördernden Zahl betreibbarer Betten und der insgesamt zur Verfügung stehenden Summe an zusätzlichen, nicht leistungsgebundenen Finanzmitteln.

Der Basisvorhaltefaktor wird (in Variante 1) für jede Abteilung mit abteilungsspezifischen Anpassungsfaktoren multipliziert (z. B.: x 1,3) oder erniedrigt (z. B.: x 0,7). An Anpassungsfaktoren sind u. a. zu berücksichtigen

- ▶ die Bedarfsnotwendigkeit (Bevölkerungsbezug),
- ▶ der Umfang des Behandlungsangebotes (z. B. Vorhandensein einer kinderchirurgischen Abteilung oder von nicht bettenführenden Funktions-Abteilungen wie z. B. Kinderradiologie) und
- ▶ die Erfüllung bzw. Nichterfüllung von Struktur- und anderen Qualitätsvorgaben, die beispielsweise in der Anerkennung von Zentren ihren Ausdruck findet (Bsp.: Perinatalzentren Level I oder II, kinderonkologische, kinderkardiologische Zentren, Zentren für Seltene Erkrankungen).

Der auf diese Weise abteilungsindividuell angepasste Basisvorhaltefaktor (Abteilungsvorhaltefaktor) wird dann mit der Anzahl der betreibbaren Betten der Abteilung multipliziert.

Hieraus ergibt sich der **zusätzliche** Betrag, den das Krankenhaus für die betreibbaren Betten – unabhängig von hierin erbrachten Leistungen und unabhängig von Budgetverhandlungen – erhält. Die Regierungskommission wird kurzfristig ein ausgearbeitetes Modell zur Ausgestaltung der Anpassungsfaktoren und zur Berechnung der Vorhaltevergütung nach diesem Modell präsentieren.

In Variante 2 wird für jeden ausgewiesenen Schwerpunkt mittels der genannten Anpassungsfaktoren ein Schwerpunktvorhaltefaktor ermittelt, der dann mit der Zahl der in dem jeweiligen Schwerpunkt betreibbaren Betten multipliziert wird.





### **Modell C (Pädiatrie):**

#### **Verteilung der zusätzlichen Finanzmittel nach versorgter Bevölkerungszahl**

Für jede Abteilung wird die Größe der von der Abteilung fachspezifisch zu versorgenden Bevölkerung festgelegt (Indexbevölkerung). Hierfür wird zunächst anhand demografischer Faktoren festgelegt, wer zur Indexbevölkerung zählt (für pädiatrische Abteilungen die Zahl der Kinder und Jugendlichen bis zum 18. Geburtstag; für geburtshilfliche Abteilungen die Zahl von Frauen im gebärfähigen Alter [15 bis 49 Jahre]). Auf der Basis kleinräumiger regionaler Distrikte (PLZ8-Distrikte, d. h. mit je ca. 500 Haushalten) wird festgestellt, für wie viele Menschen der Indexbevölkerung eine spezifische Abteilung die am schnellsten zu erreichende Abteilung ist (gemessen in Minuten Pkw-Fahrzeit). (Bsp.: Kann die Indexbevölkerung eines PLZ8-Distrikts das Krankenhaus A in 12 Minuten und das Krankenhaus B in 14 Minuten erreichen, wird sie dem Krankenhaus A zugeteilt.) Hieraus ergibt sich, wie viele Menschen der Indexbevölkerung die jeweilige Abteilung versorgt. Die Regierungskommission hat ein computerisiertes Modell erstellt, mit dem diese Zuordnung präzise kalkuliert werden kann.

Für jeden versorgten Kopf der Indexbevölkerung wird ein Eurobetrag als Basis-Versorgungsfaktor pro Jahr festgelegt. Die Höhe dieses Basis-Versorgungsfaktors ergibt sich aus der insgesamt für eine zusätzliche, leistungsunabhängige Vergütung zur Verfügung stehenden Summe. Dieser Basis-Versorgungsfaktor wird wie in Modell B durch abteilungsspezifische Anpassungsfaktoren erhöht oder erniedrigt. Der so errechnete abteilungsspezifische Versorgungsfaktor wird dann mit der über die Nähe zur Abteilung ermittelten Zahl an Köpfen der Indexbevölkerung multipliziert. Hieraus ergibt sich die jährliche Summe, die die Abteilung für die Bevölkerungsversorgung erhält. Die genannten Anpassungen können mit dem von der Regierungskommission erstellten computerisierten Modell vorgenommen werden.

Um dem besonderen Beitrag von spezialisierten Abteilungen und Schwerpunkten zur Bevölkerungsversorgung Rechnung zu tragen (etwa universitäre und nicht-universitäre Maximal- oder Spezialversorger), ist für diese Abteilungen ein weiterer Finanzierungsbetrag für die Bevölkerungsversorgung zu ermitteln. Die Kommission hat ein Modell entwickelt, um Maximal- und





**Spezialversorger von den übrigen Kliniken zu differenzieren.** Bei der Ermittlung des zusätzlichen Finanzierungsbetrags für die Maximal- und Spezialversorger wird in gleicher Weise vorgegangen; bei der Ermittlung der Anzahl der zu versorgenden Menschen erfolgt die Verteilung der Indexbevölkerung (jeweils nach kürzestem Weg) aber nur zwischen vergleichbar spezialisierten Abteilungen. Die ihnen zusätzlich zugeordneten Gebiete sind damit deutlich größer als bei den Basisversorgern.

Zwei Varianten sind hierfür möglich. Nach Variante 1 werden pädiatrische Abteilungen der Basisstufe (Stufe 1) von pädiatrischen Abteilungen der erweiterten oder Maximalversorgungsstufe (Stufe 2) unterschieden. Die Regierungskommission hat für diese Unterscheidung Kriterien ausgearbeitet. Abteilungen der Stufe 2 erhalten den genannten zusätzlichen Finanzierungsbetrag.

Nach Variante 2 wird für jeden der oben genannten Schwerpunkte (siehe Modell B) ermittelt, wie viele Menschen der Indexbevölkerung durch den jeweiligen Schwerpunkt versorgt werden (Entfernung zur nächstgelegenen Abteilung mit diesem Schwerpunkt) und für jeden Schwerpunkt wird dann ein zusätzlicher Finanzierungsbetrag ermittelt.

#### **Modell D (Pädiatrie):**

##### **Verteilung der zusätzlichen Finanzmittel nach einer Mischung aus vorgehaltenen Behandlungskapazitäten und versorgter Bevölkerungszahl**

Die zusätzliche, leistungsunabhängige Vergütung wird nach einem Mischmodell aus den Modellen B und C vergeben. Auch dies ist mit dem von der Regierungskommission erstellten computerisierten Modell kalkulierbar.



## Geburtshilfe

Die Vergabe zusätzlicher, leistungsunabhängiger Mittel erfolgt an geburtshilfliche Abteilungen, deren Standorte auf der für 2023 zwischen DKG und GKV-SV vereinbarten Liste von Geburtshilfen mit Anspruch auf Sicherstellungszuschlag aufgeführt werden (als Zeichen einer Bedarfsnotwendigkeit), d. h. gemäß den Kriterien des § 17b Abs. 1a Nr. 6 KHG i. V. mit § 5 Abs. 2a und § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG sowie § 136c Absatz 3 Satz 2.<sup>7</sup> Die Mittel sind unabhängig vom Abschluss von Budgetvereinbarungen zu gewähren. Ein Bezug zur Bettenzahl der Abteilung wird nicht hergestellt.

### **Die zusätzlichen, leistungsunabhängigen Mittel sind wie folgt abteilungsindividuell anzupassen:**

- ▶ Abteilungen der Liste, an deren Standort sich auch eine Pädiatrie befindet, erhalten eine erhöhte Vergütung.
- ▶ Abteilungen der Liste mit weniger als 500 Geburten pro Jahr (entscheidend: Vorjahr) erhalten eine erhöhte zusätzliche Vergütung.
- ▶ Für Abteilungen der Liste mit 500 bis 1.499 Geburten pro Jahr (Vorjahr) reduziert sich die zusätzliche, leistungsunabhängige Vergütung mit steigender jährlicher Geburtenzahl (z. B. pro 100 weiterer Entbindungen).
- ▶ **Abteilungen mit 1.500 oder mehr Geburten pro Jahr (Vorjahr) erhalten keine zusätzlichen, leistungsunabhängigen Mittel (unabhängig von der Gewährung eines Sicherstellungszuschlags), da sich diese über die leistungsbezogene Vergütung finanzieren können.** Wesentlich ist hierbei, dass eine gute Ausstattung der Geburtshilfe sichergestellt ist, z. B. durch die Anwendung des QRS-RL-Konzepts des G-BA, etwa um sicherzustellen, dass nicht mit den Erlösen der Geburtshilfe eine gynäkologische Abteilung querfinanziert wird.

**In einer zweiten und weiteren Reformstufen**, zu denen sich die Regierungskommission kurzfristig äußern wird, ist u. a. zu prüfen, ob die gegenwärtige leistungsabhängige Vergütung der beiden Abteilungen nach dem DRG-System abgesenkt werden soll und die hierdurch frei werdenden Mittel gemeinsam mit den zusätzlich in der ersten Stufe bereitgestellten finanziellen Mitteln nach Aspekten der Vorhalteleistung und/oder der zu versorgenden Bevölkerung zu verteilen sind. Wesentlich werden darüber hinaus die bereits o. g. qualitätsbezogenen Kriterien sein.

<sup>7</sup> Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt ... bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 5 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat insbesondere Vorgaben zu beschließen 1. zur Erreichbarkeit (Minutenwerte) für die Prüfung, ob die Leistungen durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden können, 2. zur Frage, wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht, und 3. zur Frage, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist.



**Regierungskommission**  
für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung



## IMPRESSUM:

**Regierungskommission  
für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung**

**Leiter und Koordinator:**

Professor Dr. med. Tom Bschor  
c/o Bundesministerium für Gesundheit  
Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

**Postanschrift:** 11055 Berlin

Krankenhauskommission@bmg.bund.de

**Veröffentlichung:** 8. Juli 2022

