

Bewertung der Ergebnisse der Regierungskommission zur Finanzierung von Pädiatrie und Geburtshilfe

Die »Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung«* hatte durch den Koalitionsvertrag folgenden Auftrag: »Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe.«

Aus dem Auftrag für 3 Bereiche Vorschläge vorzulegen sind ohne Begründung jetzt Vorschläge für 2 Bereiche geworden – vermutlich, damit vor der Sommerpause noch eine Erfolgsmeldung veröffentlicht werden kann. Wie es mit der besseren Finanzierung der Notfallversorgung weitergehen soll, wird mit keinem Wort erwähnt.

Insgesamt merkt man, dass die Sache mit heißer Nadel gestrickt ist, denn viele Teile der Vorschläge sind nur angedeutet, aber nicht ausgearbeitet. Die Kommission hat zudem verschiedene Verfahrensvorschläge unterbreitet, sich aber nicht festgelegt welchen sie präferiert.

Die Problembeschreibung trifft im Wesentlichen zu (hoher ökonomischer Druck, Fehlanreize zur Leistungsausdehnung, Personalmangel, Unterfinanzierung der Vorhaltung, Unterversorgung, Fehlversorgung, hoher Gesprächs- und Versorgungsaufwand). Allerdings fällt auf, dass die Finanzierung über das DRG-System als eigent-

liche Ursache dieser Entwicklungen nicht genannt wird.

Sähe man genauer hin, könnte man in den anderen Fachgebieten genau dieselben oder ähnliche Entwicklungen feststellen. Das ist aber nicht gewollt, denn das DRG-System als Ganzes soll nicht in die Kritik geraten.

Es werden »erste Reformschritte« empfohlen, »zeitnah« sollen weitere Reformschritte folgen.

► Vorschläge zur Pädiatrie

»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.«

Zur Höhe der Mittel wird nichts konkret ausgesagt, außer, dass sie »politisch festzulegen« sind und dass eine Finanzierung durch die Kassen oder durch den Bund oder ein Mix vorstellbar sind.

Immerhin: »Die Gesamthöhe der zusätzlichen Mittel muss so groß sein, dass die o.g. Ziele – insbesondere eine

* Das Kommissionspapier »Erste Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe« ist hier zu finden: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/220708_Empfehlung_AG_Paediatrie_und_Geburtshilfe_zu_Paediatrie_und_Geburtshilfe.pdf



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.«

Generell ist zu sagen, dass jede Form einer Vergütung außerhalb der DRGs, die nicht leistungsabhängig ist, eine Verbesserung darstellt, weil sie den finanziellen Druck reduziert. Wie stark die Verbesserung ist, hängt von der Höhe der Mittel ab.

Allerdings ist es eine Illusion zu glauben, dass dadurch die Fehlanreize des DRG-Systems beseitigt werden könnten. Egal wie hoch die zusätzliche Vergütung ist, kann man mehr Erlöse über die DRGs generieren und die Gewinn- und Verlustrechnung verbessern, wenn man weiter auf Leistungssteigerung setzt, die (Personal-)kosten senkt und die Patienten selektiert. Da müssten die DRGs schon zu einer Marginalie der Gesamtvergütung werden, damit dies nicht mehr so ist.

War vor der Wahl noch vollmundig die Herausnahme der Pädiatrie und Geburtshilfe aus dem DRG-System gefordert worden (drei Bundesländer hatten die Herausnahme der Pädiatrie im Bundesrat beantragt und die SPD hat dies in ihrem Wahlprogramm gefordert) und hatte noch im Mai Gesundheitsminister Lauterbach dies auf Twitter angekündigt (»Wir werden das ändern: Kinderkliniken kommen aus der Fallpauschale, dann gibt es auch kein Defizit mehr.«), so ist dieser »Ausreißer« jetzt wieder eingefangen. Kein Wort mehr zur Herausnahme dieser Fachgebiete aus den DRGs. Zur Debatte stehen lediglich noch Zuschläge zu den DRGs. Das DRG-System selbst wird nicht angetastet.

Es werden 4 alternative Verteilungsmodelle (zwei davon mit 2 Varianten) vorgestellt.

Modell A

Prozentuale Erhöhung der abteilungsindividuellen Erlössumme des Jahres 2019

Im Prinzip bedeutet dies ein Andocken des Zuschlags am Casemix-Volumen der pädiatrischen Abteilung des jeweiligen Krankenhauses. Größere Abteilungen (mit einem größeren Casemix-Volumen) erhalten mehr Geld. Das Problem dabei ist, dass diejenigen Krankenhäuser, die in der Vergangenheit ihre Leistungen am stärksten ausgedehnt haben, am meisten belohnt werden. Das ist nicht leistungsunabhängig, wie es die Bundesregierung angekündigt hat.

Modell B

Verteilung der zusätzlichen Finanzmittel nach vorgehaltenen Behandlungskapazitäten (vorgehaltene betreibbare Betten incl. notwendiges Personal) Betrag pro vorgehaltenem Bett.

Variante 1: *Nach Gesamtzahl der Betten mit zusätzlichen Anpassungsfaktoren (z.B. Bedarfsnotwendigkeit, Umfang des Behandlungsangebots, Erfüllung von Struktur- und Qualitätsvorgaben)*

Variante 2: *Unterteilung der Betten nach Schwerpunkten (z.B. pädiatrische Intensivmedizin, Neonatologie, Kinderonkologie, usw.). Jedes Bett eines solchen Schwerpunktes erhält einen unterschiedlichen Betrag*

Ein Andocken an der Ist-Behandlungskapazität ist sicherlich – im Rahmen der Vorgabe »nur Zuschläge, keine Ausgliederung aus den DRGs« – das sinnvollste Modell, weil es frei von falschen Anreizen ist und dem Gedanken der Finanzierung von Vorhaltekosten am nächsten kommt. Da diese Vorhaltekosten bei verschiedenen Schwerpunkten sehr unterschiedlich sein können, ist eine entsprechende Differenzierung (Variante 2) richtig.



Nicht ausgeführt wird, wie die Feststellung des notwendigen Personals erfolgen soll. Sie sollte ab 1.1.2023 verpflichtend nach PPR 2.0 erfolgen. Zu vermuten ist aber, dass hierzu die PPUGV verwendet werden soll. Damit wird diese Mindestbesetzungsregelung zum Kriterium, ob man zusätzlich Gelder erhält und in welcher Höhe. Statt die finanzielle Lage zu verbessern und damit die Personalnot zu reduzieren, wird sie zum Ausschlusskriterium.

Mit Variante 1 hingegen soll eine finanzielle Steuerung der Bedarfsplanung erfolgen und es sollen Qualitätsvorgaben zur finanziellen Selektion genutzt werden. Dies ist die Richtung, die die Krankenhausgesetzgebung insgesamt in den letzten Jahren eingeschlagen hat: Das Nutzen von Qualitätsvorgaben und Mindestmengen zum Zwecke der Krankenhaus-/Abteilungsschließung und zum Bettenabbau.

So sinnvoll solche Vorgaben eigentlich sind, so falsch ist es, sie zur (finanziellen) Selektion zu nutzen. Umgekehrt müsste man Krankenhäusern, die bedarfsgerecht sind, bei der Verbesserung ihrer Qualität helfen. Die Finanzierung müsste so sein, dass alle Krankenhäuser gute Qualität liefern können.

Modell C

Verteilung der zusätzlichen Finanzmittel nach versorgter Bevölkerungszahl (Eurobetrag pro Kopf als Grundpauschale – gewichtet nach Schwerpunkten s.o.) plus zusätzlicher Finanzierungsbetrag

Variante 1: Unterscheidung in 2 Stufen (Basisversorgung, erweiterte und Maximalversorgung. Stufe 2 erhält einen zusätzlichen Finanzierungsbetrag pro Kopf der versorgten Bevölkerung

Variante 2: zusätzlicher Finanzierungsbetrag wird definiert durch die von den Schwerpunkten jeweils versorgte Bevölkerung.

Wie auch bei den DRGs fängt alles klein an (nur einige Zusatzentgelte und einzelne Fallpauschalen). Der große Plan im Hintergrund ist die Umstellung auf Regionalbudgets bzw. Capitation – ebenfalls eine Form der finanziellen Steuerung, die von den neoliberalen Thinktanks zunehmend ins Gespräch gebracht wird. Sie hat mindestens so gravierende Folgen wie die DRGs, allerdings sozusagen »spiegelverkehrt«: Diesmal geht der ökonomische Anreiz statt in Richtung Überversorgung nun zu einer Unterversorgung (Verweigerung von Leistungen, damit das Budget reicht, bzw. damit man mit dem Budget noch Gewinne machen kann). Das Morbiditätsrisiko liegt bei den Leistungserbringern. Die Konkurrenz der Leistungserbringer wird dann darum gehen, möglichst viele Patienten zu vermeiden. Es würde zu weit führen hier eine grundsätzliche Kritik von Regionalbudgets/Capitation zu leisten. Es ist aber offensichtlich, dass hier ein Einstieg mit kleinen Schritten und auf leisen Sohlen geplant ist.

Modell D

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

Eine Mischung von Modell C mit Modell B macht die Sache nicht besser. Zwar mögen die negativen finanziellen Auswirkungen geringer sein. Der Weg in Richtung eines weiteren (falschen) Systems der finanziellen Steuerung wird damit trotzdem beschritten. Es ist durchaus vorstellbar, dass gerade dieser Aspekt gewollt ist. Zweifler sollen durch den »Kompromiss« besänftigt werden, aber der Anfang ist gemacht.

► Vorschläge zur Geburtshilfe

Vergabe der Mittel nur an die Abteilungen die bereits einen Sicherstellungszuschlag erhalten – ohne Bezug zur Bettenzahl.



Anpassung der Höhe der Mittel über

- *gleichzeitiges Vorhandensein einer Pädiatrie (erhöhend)*
- *weniger als 500 Geburten (erhöhend)*
- *bei 500 bis 1499 Geburten (reduzierend in 100er-Schritten)*
- *über 1500 Geburten keine Vergütung*

Auch hier soll also Strukturpolitik mit den Instrumenten finanzieller Steuerung betrieben werden, statt die Finanzierung zu verbessern. Kernproblem aber ist: Der Kreis begünstigter Kliniken ist dabei von vorneherein extrem eingeschränkt: Nur Häuser, die für ihre Geburtshilfe einen Sicherstellungszuschlag erhalten (2021 waren das lediglich 56 von 665 Krankenhausstandorten) sollen überhaupt zusätzliche Mittel erhalten. Es ist schon dreist einen Vorschlag der weniger als 10% der Geburtskliniken betrifft, überhaupt als Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der Geburtshilfeabteilungen zu verkaufen. Natürlich ist es sinnvoll, kleine, bedarfsnotwendige Häuser zu fördern, aber auch die anderen Geburtshilfeabteilungen brauchen zumindest eine Zusatzfinanzierung zu den DRGs. Man ist also weit entfernt von der Aussage im Koalitionsvertrag, »die Geburtshilfe« bedarfsgerecht und auskömmlich zu finanzieren.

Die Förderung nur der Geburtshilfeabteilungen mit kleiner Geburtenzahl und in ländlichen Gebieten (Kriterium für den Sicherstellungszuschlag) läuft gegen den Trend der Schließung von kleinen Häusern, der insgesamt verfolgt wird – vermutlich wegen der öffentlichen und in Fragen der Geburtshilfe sehr zugespitzten Diskussion. Sicherlich ist es auch sinnvoll, dass es Pädiatrien in Krankenhäusern mit Geburtshilfe gibt. So etwas lässt sich aber nur durch Planung und nicht durch einen »Zuschlag« gewährleisten.

Insgesamt steht die Vorgehensweise Kopf: Zuerst müsste über eine Krankenhausplanung ermittelt werden, welche Abteilungen/Häuser bedarfsnotwendig sind,

und dann müssten diese Häuser kostendeckend finanziert werden. Hier wird die eigentlich notwendige Planung durch finanzielle Steuerung ersetzt.

Außerdem wird eine Zusatzbotschaft vermittelt: Die DRGs sind für »normale« geburtshilfliche Abteilungen völlig auskömmlich, da muss man nichts ändern. Wer es von denen nicht schafft, muss halt vom Markt verschwinden. Nur im Einzelfall sind Hilfen nötig. Das sehen wir nicht so. Alle Geburtshilfen brauchen zumindest eine Finanzierung außerhalb der DRGs.

Fazit:

- Der Kommissionsvorschlag ist nicht geeignet, eine Reform der Krankenhausfinanzierung in Richtung Bedarfsgerechtigkeit und Kostendeckung einzuleiten.
- Insbesondere das kritiklose Festhalten an den DRGs und die Öffnungsversuche für Capitation/Regionalbudgets sind eine schwere Bürde für die weitere Entwicklung der Krankenhausfinanzierung.
- Selbstverständlich ist jede zusätzliche, nicht leistungsabhängige Finanzierung von Vorhaltekosten willkommen, die je nach Ausstattung nur ein Trostpflasterchen oder einen wirklichen Fortschritt bedeuten kann.
- Nicht angegangen wird aber der notwendige Politikwechsel weg von Ökonomisierung, Kommerzialisierung und Privatisierung hin zu einer gemeinwohlorientierten Finanzierung der Daseinsvorsorge: Die Abschaffung des DRG-Fallpauschalensystems und sein Ersatz durch eine kostendeckende Finanzierung (Kostendeckung 2.0)
- Als ersten Schritt fordern wir die Herausnahme von Pädiatrie, Geburtshilfe und Notfallversorgung aus den DRGs bzw. bei der Notfallversorgung auch aus der Einzelleistungsvergütung des niedergelassenen Bereichs und ihre kostendeckende Finanzierung

www.krankenhaus-statt-fabrik.de
Twitter: @KHstattFabrik