

KRANKENHÄUSER

Stärkung von Geburtshilfe, Kinderkrankenhäusern und pädiatrischen Abteilungen

vom 01.06.2022

KRANKENHÄUSER

Stärkung von Geburtshilfe, Kinderkrankenhäusern und pädiatrischen Abteilungen

vom 01.06.2022

EINLEITUNG

Bereits seit einigen Jahren steht die bedarfsgerechte Versorgung von Schwangeren und Müttern sowie von Kindern und Jugendlichen verbunden mit der Frage einer sachgerechten Finanzierung von Geburtshilfe, Kinderkrankenhäusern, pädiatrischen Fachabteilungen und Zentren auf der versorgungspolitischen Agenda. Hintergrund ist u. a., dass sich gerade im ländlichen Raum die Versorgungsdichte für diese Versichertengruppe zunehmend schlechter darstellt.

Dabei trägt die fehlende Investitionsfinanzierung der Länder auch im Bereich der Geburtshilfe und der Kinder- und Jugendmedizin dazu bei, dass mit der Leistungsvergütung (DRG-System) nicht nur die Betriebskosten der Krankenhäuser finanziert werden, sondern daraus auch der investive Bedarf gedeckt werden muss. Gleichzeitig hängt die Refinanzierung der Geburtshilfe, der Kinderkliniken und pädiatrischen Abteilungen auch von den Fallzahlen ab. Je geringer die Fallzahlen, desto schwieriger ist es, die Vorhaltung der Strukturen über die Abrechnung dieser Fälle auskömmlich zu refinanzieren. Dies führt insbesondere in ländlichen Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte zu einem besonderen Problem.

Vor diesem Hintergrund sind die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen so anzupassen, dass eine nachhaltige, flächendeckende Versorgung und gleichzeitig ein hohes Maß an Versorgungsqualität sichergestellt werden. Zur Weiterentwicklung der Leistungsvergütung und der -strukturen wurden bereits einige Maßnahmen ergriffen. Darüber hinaus gilt es, die folgenden Vorschläge zu diskutieren:

- Dem Fachkräftemangel weiter entgegenwirken;
- Vorgaben zur Verwendung des Zuschlags für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum (§ 5 Abs. 2a KHEntgG) gesetzlich festschreiben;
- (Direkte) Finanzierung von Vorhaltekosten prüfen;
- Gesundheitszentren zur Deckung des Versorgungsbedarfes und zur Refinanzierung von Vorhaltekosten einrichten;
- Versorgung bzw. Versorgungsqualität durch entsprechende Vorgaben und Bildung von Netzwerken sicherstellen und
- Verbindlichkeit des Versorgungsauftrages erhöhen.

1. Dem Fachkräftemangel weiter entgegenwirken

Vorübergehende oder auch endgültige Schließungen von Geburtshilfen und -Kliniken oder Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin sind vielfach einem Mangel an Fachärzten geschuldet. Auch bei gesicherter Finanzierung ist es den Kliniken oftmals nicht möglich, freiwerdende Arztstellen adäquat und zeitnah nach zu besetzen.

Die **Weiterbildung von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin gemäß § 75a SGB V** entfaltet trotz der seit Jahren steigenden Beträge der abgerufenen Fördermittel keine nennenswerten Effekte. Hier müssen neue Wege und Instrumente gefunden werden, die fachärztliche Ausbildung zu stärken und die Beschäftigung von Ärzten auch im ländlichen Raum attraktiver zu machen.

2. Vorgaben zur Mittelverwendung gesetzlich fest-schreiben

Mit Erfüllung der Kriterien des Sicherstellungszuschlages sind nach § 5 Abs. 2a KHEntgG insbesondere die ländlichen Geburtskliniken und die „ländlichen Kinderkrankenhäuser“ bzw. „ländlichen Krankenhäuser mit Kinderfachabteilung“ unabhängig von einem Gesamthausdefizit zuschlagsberechtigt.

Es ist aktuell unklar, ob die Mittel dort ankommen, wo sie für die Versorgung der Schwangeren, Mütter sowie Kinder und Jugendlichen in den Einrichtungen benötigt werden. Die Auszahlung des Zuschlages sollte daher an die **Erfüllung weiterer Kriterien** geknüpft werden:

- Sowohl die DRG-Erlöse der Leistungen für Geburtshilfe sowie der Kinder- und Jugendheilkunde, als auch die Finanzierungsvolumina des Zuschlages nach § 5 Abs. 2a KHEntgG für „ländliche Krankenhäuser“ sind vollständig für die Vorhaltung und den Betrieb dieser Strukturen einzusetzen. Die zweckentsprechende Mittelverwendung ist im Rahmen der Budgetverhandlungen durch ein Testat des Wirtschaftsprüfers nachzuweisen. Rückzahlungsverpflichtungen bei nicht zweckentsprechender Mittelverwendung sind vorzusehen.
- Schließt ein Träger eine geburtshilfliche Abteilung, eine Kinderklinik oder eine Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin, obwohl die G-BA Kriterien (Sicherstellung) erfüllt sind, müssen Sanktionen (Wegfall des Anspruches auf den Zuschlag nach § 5 Abs. 2a KHEntgG und/oder Rückzahlung aus Vorjahren) vorgesehen werden.

3. Finanzierung von Vorhaltekosten statt Herauslösung aus dem DRG-System

Die Pädiatrie soll nicht aus dem System der diagnosebezogenen Fallpauschalen herausgenommen werden, wie es von einigen Seiten gefordert wird. Welche Problematik die Herausnahme einzelner Vergütungsbestandteile aus dem DRG-System nach sich zieht, hat die Ausgliederung der Pflegekosten gezeigt. Abgesehen davon, dass die Vergütung von Pflegeleistungen über das Selbstkostendeckungsprinzip weder nachhaltig noch wirtschaftlich ist, führen Abgrenzungsprobleme zu enormer Doppelfinanzierung und zu Fehlanreizen beim Personaleinsatz zu Lasten der Pflegenden selbst. Das gleiche Szenario droht bei einer Ausgliederung der Pädiatrie.

Stattdessen soll die fallbezogene DRG-Vergütung um eine fallzahlunabhängige Komponente ergänzt werden. Die Finanzierung von Vorhaltekosten stellt eine solche Möglichkeit dar. Versorgungslogisch kann es bei Marktversagen sinnvoll sein, raumplanerisch zu agieren und nach einheitlichen Kriterien festzulegen, an welchen Standorten welche Leistungen in welcher Qualität angeboten werden und diese dann (teil-)unabhängig von der tatsächlichen Nachfrage zu finanzieren.

Wichtig ist, dass vor der Finanzierungsentscheidung bestimmt werden muss, welche Leistungen (Versorgungsauftrag) an welchen Standorten überhaupt erbracht werden sollen. Vorhaltekosten dürfen nicht für einen

Leistungsbereich pauschal an allen Standorten finanzieren werden. So würden auch ungeeignete oder u.U. auch nicht benötigte Strukturen zementiert.

Es ist daher genau zu definieren, für welche Strukturen Vorhaltekosten finanziert werden sollen:

1. Auswahl der Leistungsbereiche: Es muss klar definiert sein, für welche Leistungsbereiche am Standort Vorhaltekosten finanziert werden und welches Leistungsangebot damit durch das Krankenhaus auch vorgehalten werden muss.
2. Auswahl der Standorte: Wenn politisch nicht vorgesehen ist, einzelne Standorte „leer ausgehen“ zu lassen, könnte die Gewichtung der Auszahlungen auch über die Bevölkerungszahl im Einzugsgebiet des Krankenhauses erfolgen.
3. Festlegung der erforderlichen Versorgungsqualität: Da dies über Mindestmengen nicht erreichbar sein wird, sind Strukturanforderungen festzulegen. Die zugehörigen Entscheidungen und Vorgaben sollten auf Bundesebene einheitlich getroffen werden. Dabei sollte dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eine besondere Rolle zukommen.

Zur Finanzierung etwaiger Vorhaltekosten sollte eine Umverteilung innerhalb des bestehenden DRG-Systems erfolgen.

- Es könnten Umschichtungsvolumina generiert werden, die im Rahmen der Korrektur der Anteile der Sachkosten in den Bewertungsrelationen zum Abbau vorhandener Übervergütung entstehen.
- Die Regelungen im § 17b Absatz 1 Satz 6 KHG sind dann dahingehend zu konkretisieren, dass eine Korrektur der Bewertungsrelationen nicht nur anteilig, wie es die aktuellen Regularien der Selbstverwaltung vorsehen, sondern vollständig erfolgt. Gleichzeitig gilt es zu bestimmen, dass eine Umverteilung zugunsten entsprechender Vorhaltekosten erfolgt.
- Durch entsprechende Korrekturen würden dem Krankenhausbereich keine Mittel entzogen. Alternativ könnte der ermittelte Korrekturbetrag durch das InEK bereinigt werden und die Vorhaltefinanzierung direkt an die anspruchsberechtigten Krankenhäuser ausgeschüttet werden.

Sollte sich der Gesetzgeber dazu entschließen, Vorhaltungen durch zusätzliche Mittel zur bisherigen Krankenhausfinanzierung zu finanzieren, so dürfen dafür keine Mittel der Beitragszahler aufgewendet werden. Hier ist nur eine Finanzierung aus öffentlichen Mitteln, direkt vom Bund an die Krankenhäuser, denkbar.

4. Gesundheitszentren zur Deckung des Versorgungsbedarfes und zur Refinanzierung von Vorhaltekosten einrichten

Wenn in der Region nachweislich zumindest ein lokaler Versorgungsbedarf gemäß § 35 Bedarfsplanungsrichtlinie für Kinder- und Jugendmedizin besteht, können Krankenhäuser mit geburtshilflichen Fachabteilungen oder Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinderkliniken einen Versorgungsauftrag zur ambulanten Behandlung unter Einhaltung entsprechender Kriterien erhalten. Damit ließen sich einerseits Strukturen und Vorhaltekosten besser refinanzieren und andererseits Versorgungsbedarfe besser abdecken.

Gesundheitszentren für Kinder- und Jugendmedizin:

- sollten unter fachlicher Verantwortung eines Arztes mit abgeschlossener Facharztweiterbildung zur Kinder- und Jugendmedizin stehen;

- sollten Kooperationsverträge mit niedergelassenen Kinder- und Hausärzten schließen und mindestens einen Schwerpunkt wie z.B. Kinderkardiologie, Kinderneurologie, Kinderrheumatologie vorhalten können.
- die Tätigkeit ist gegenüber dem Landesausschuss anzuzeigen, wobei für die Leistungserbringung die Regelungen des Bundesmantelvertrages-Ärzte gilt.

5. Versorgung bzw.- Versorgungsqualität durch entsprechende Vorgaben und Bildung von Netzwerken sicherstellen

Die Abwägung zwischen Erreichbarkeit und Vorhaltung qualifizierter Expertise ist gerade in der Geburtshilfe und in der Kinder- und Jugendmedizin - bei ohnehin geringeren Fallzahlen als in der Erwachsenenmedizin – schwierig, aber notwendig. Es besteht ein Zielkonflikt zwischen der flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung in diesem Bereich und der Qualitätssicherung bspw. durch Mindestmengen. In einzelnen vorwiegend ländlichen Bereichen wird die Einhaltung von Mindestmengen sicherlich nicht möglich sein. Gleichwohl muss auch gerade hier eine wohnortnahe Versorgungsstruktur aufrechterhalten werden, die den für Kinder und Eltern notwendigen Kontaktmöglichkeiten gerecht wird.

Dabei sollte im stationären Bereich bei allen Abteilungen und Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin die **Vorhaltung einer ausreichenden Strukturqualität** gewährleistet sein:

- Die wichtigsten Qualitätskriterien sind die personelle Ausstattung in Verbindung mit den fachlichen Qualifikationen (Personal) sowie die Vorhaltung angemessener Räumlichkeiten und deren apparativen Ausstattung (Infrastruktur);
- Die Teilnahme an Maßnahmen zur Sicherung der Ergebnisqualität sollte verpflichtend sein;
- Die Regelungen zu den Sicherstellungszuschlägen im G-BA sollten mit der Erarbeitung von Qualitätsindikatoren flankiert werden. Diese gelten dann als Mindestanforderungen, um die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu sichern und zu verbessern.

Für eine große Anzahl kleinerer Abteilungen der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird es zunehmend schwieriger, ausreichend Personal mit adäquaten Kompetenzen und ein ausgeglichenes Kosten-Erlös-Verhältnis vorzuhalten. Daher ist der **Aufbau und die Nutzung regionaler Versorgungsnetzwerke in der Kinder- und Jugendmedizin** zentral und **muss sektorenübergreifend organisiert sein** – gerade, aber nicht nur in ländlichen Gebieten:

- Die Versorgungsnetzwerke können aus Kinderkliniken, Kinderchirurgien, pädiatrischen Praxen, Kinder- und Jugendpsychiatern sowie weiteren sozialen Einrichtungen und Gebietskörperschaften bestehen;
- Die Patient:innen profitieren von einem verbesserten Übergang in die jeweilige patientengerechte Versorgungsebene sowie den Austausch der Kooperationspartner untereinander;
- Für die Kooperationspartner selbst bestehen Möglichkeiten zum fachlichen Austausch, zur Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten und zur Teilnahme an Qualitätszirkeln in den jeweiligen Schwerpunktbereichen;
- Im Hinblick auf die spezialisierte und fachärztliche Versorgung muss der Anschluss von ländlichen Krankenhäusern mit kleineren Fallzahlen an Maximalversorger bzw. pädiatrische Schwerpunktkliniken über Kooperationsvereinbarungen verpflichtend sein.

6. Verbindlichkeit des Versorgungsauftrages erhöhen

Problematisch für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung ist, dass Bundesländer heute entsprechend ihrer Krankenhausplanung zwar Versorgungsaufträge aussprechen, deren Erfüllung beim Träger jedoch kaum durchsetzen können.

Kurzfristig sollten daher Anreize in der Finanzierungssystematik so gesetzt werden, dass diese die Umsetzung der Versorgungsplanung der Länder adäquat begleiten:

- Die Zahlung des Sicherstellungszuschlages sowie des Zuschlages nach § 5 Abs. 2a KHEntgG ist daran zu knüpfen, dass ein als bedarfsnotwendig eingestuftes Krankenhaus künftig den vom Land vorgesehen Versorgungsauftrag entsprechend des Krankenhausplanes vollständig wahrnimmt;
- Voraussetzung zur Vereinbarung der Zuschläge im Rahmen der Krankenhausbudgetverhandlungen sollte eine Bestätigung des Landes über die umfassende Wahrnehmung des Versorgungsauftrages sein. Krankenhäuser, die den Versorgungsauftrag nur selektiv wahrnehmen, verlieren dann ihren Finanzierungsanspruch für den Zuschlag.

Fazit **Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen steht zurecht im politischen Fokus. In der Vergangenheit sind bereits zahlreiche Maßnahmen ergriffen worden. Das explizite Herausgreifen dieses Versorgungsbereiches im Koalitionsvertrag zeigt jedoch, dass weiterer Handlungsbedarf besteht. Die beschriebenen Ansätze und Vorschläge sind weitere Impulse für die anstehende Debatte.**

BEREITS ERGRIFFENE MAßNAHMEN ZUR SICHERSTELLUNG DER VERSORGUNG

- **Sicherstellungszuschläge für Fachabteilungen der Geburtshilfe sowie Kinder- und Jugendmedizin mit finanziellem Defizit**
 - Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat bundeseinheitliche Vorgaben beschlossen, um basisversorgungsrelevante Krankenhäuser in strukturschwachen Gebieten finanziell zu unterstützen. Als basisversorgungsrelevante Fachabteilungen gelten seit 2017 Fachabteilungen der Inneren Medizin und Chirurgie sowie Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe.
 - Mit der am 09. Dezember 2020 in Kraft getretenen Richtlinie zu Sicherstellungszuschlägen erhalten auch Kliniken mit einer Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin, die für die regionale Basisversorgung der Bevölkerung notwendig sind, aber auf Grund geringer Fallzahlen die relevanten Fachabteilungen nicht kostendeckend aus den Fallpauschalen finanzieren können, ebenfalls finanzielle Zuschläge (§ 136c Abs. 3 SGB V). Voraussetzung ist, dass die Krankenhäuser ein Defizit aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs in der entsprechenden Abteilung nachweisen und bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen. Darüber hinaus müssen sie den Anforderungen der Basisnotfallversorgung für Kinder genügen. Außerdem wurden Erreichbarkeitskriterien über PKW-Fahrzeitminuten definiert, die festlegen, wann ein Krankenhaus als unverzichtbar gilt und nicht geschlossen werden darf. Ob eine Klinik die Voraussetzungen für Sicherstellungszuschläge erfüllt, überprüft die zuständige Landesbehörde.
- **Pauschale Zuschläge nach § 5 Abs. 2a KHEntgG für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum**
 - Seit 2020 erhalten Krankenhäuser unabhängig von einem finanziellen Defizit eine pauschale Förderung in Höhe von 400.000 Euro, wenn sie in die Liste der bedarfsnotwendigen ländlichen Krankenhäuser nach § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG aufgenommen wurden. Erweitert wurde die Liste um Kinderkrankenhäuser und Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin.
 - Mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) wurden die Zuschläge weiterentwickelt und erhöht. Seit 2021 gilt eine gestaffelte Förderung: Krankenhausstandorte mit mehr als zwei bedarfsnotwendigen Fachabteilungen erhalten zu den 400.000 Euro Pauschalzuschlag für jede weitere Fachabteilung zusätzlich 200.000 Euro; maximal 800.000 Euro.
 - 2022 erhalten 18 Krankenhäuser mit einer Fachabteilung Geburtshilfe, 22 Krankenhäuser mit einer Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin sowie 38 Kliniken mit Fachabteilungen für Geburtshilfe und für Kinder- und Jugendmedizin einen solchen Zuschlag.
- **Aufwertung von Kinder-DRG im aG-DRG-System**
 - Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) prüft für jedes Kalkulationsjahr umfassend jene DRGs mit Gruppierungsrelevanz des Kindesalters (sogenannte Kindersplits) darauf, ob es zu einer ungewollten Schlechterstellung von Kindern gekommen ist. Ziel ist, eine sachgerechte Vergütung für Fälle im Kindesalter zu gewährleisten. Im Zuge des aG-DRG-Systems 2021 wurden DRGs für Fälle im Kindesalter umfassend aufgewertet, indem Alterssplits erweitert oder neu eingeführt wurden. Im Ergebnis bedeutete dies einen Zugewinn in der Vergütung bei der Behandlung von Kindern von rund 36,8 Millionen Euro.

- **Pflegepersonaluntergrenzen auf pflegesensitive Bereiche der Gynäkologie und Geburtshilfe ausgeweitet**
 - Mit der Ersten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 08. November 2021 wurden erstmalig Pflegepersonaluntergrenzen in den pflegesensitiven Bereichen Gynäkologie und Geburtshilfe eingeführt. Außerdem erfolgte eine fachspezifische Ausdifferenzierung des bereits bestehenden pflegesensitiven Bereichs Pädiatrie in die Bereiche Pädiatrie, spezielle Pädiatrie und neonatologische Pädiatrie.

- **Hebammenförderprogramm eingeführt**
 - Mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) wurde ein spezielles Förderprogramm initiiert: Die Kostenträger finanzieren den Krankenhäusern für die Jahre 2021 bis 2023 ca. 60 Millionen Euro mit dem Ziel, die Anzahl der beschäftigten Hebammen zu erhöhen bzw. deren Arbeitszeiten auszuweiten.



HABEN SIE FRAGEN?
WIR BEANTWORTEN SIE GERNE

Kontakt
Abteilung Politik
TEL +49 30 2700 406 200
Mail politik@bkk-dv.de

BKK Dachverband e.V.
Mauerstr. 85
10117 Berlin
www.bkk-dachverband.de