

---

## **Stellungnahme**

### **der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

---

**zu den Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe**

**Stand: 20. Juli 2022**

Mit dem „Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP)“ haben sich die Regierungsparteien darauf verständigt, kurzfristig für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe zu sorgen. Die vom Bundesminister für Gesundheit berufene „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ wurde beauftragt, Umsetzungsvorschläge zu entwickeln. In einer ersten Stellungnahme der Regierungskommission hat die Arbeitsgruppe Pädiatrie und Geburtshilfe am 11. Juli 2022 Empfehlungen für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe vorgelegt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) nimmt hiermit zu diesen Empfehlungen Stellung.

## **Kurzfristige Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel**

Den Empfehlungen für die kurzfristigen Maßnahmen wird von der Regierungskommission vorangestellt, dass der Koalitionsvertrag so zu verstehen ist, dass für diese kurzfristigen Maßnahmen zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen sind. Die DKG teilt dieses Verständnis der Regierungskommission ohne Einschränkung. Eine Umverteilung von Finanzmitteln innerhalb des Systems zu Lasten aller anderen Krankenhäuser, wäre gegenüber den Krankenhäusern unzumutbar und ist daher für die DKG vollkommen inakzeptabel. Zudem ist der Ansatz der Regierungskommission, das Finanzvolumen politisch vorzugeben und dieses dann auf die betroffenen Einrichtungen zu verteilen nur akzeptabel, wenn es sich um ein zusätzliches Finanzvolumen neben der bestehenden Regelfinanzierung handelt. Unter diesem Aspekt sind auch die konkreten Umsetzungsvorschläge der Regierungskommission zu bewerten, wobei auch die gebotene Kurzfristigkeit zu beachten ist. Die DKG unterstützt daher ausdrücklich den Vorschlag der Regierungskommission, die zusätzlich erforderlichen Mittel sofort bzw. ab dem 1. Januar 2023 und unabhängig von Streitbehafteten Budgetverhandlungen zwischen Kostenträgern und Kliniken für die betroffenen Standorte zu gewähren.

Bei einem Verteilungsansatz ist neben den Verteilungsfaktoren vor allem die Höhe des bereitzustellenden Finanzvolumens maßgeblich für die Erreichung der im Koalitionsvertrag verankerten Ziele. Insbesondere muss das bereitgestellte Finanzvolumen ausreichend sein, um die erforderliche Entlastung für die Pädiatrie und Geburtshilfe zu erreichen. Nach Einschätzung der Einrichtungen für Kinder- und Jugendmedizin beläuft sich die primär durch Vorhaltung bedingte Unterfinanzierung, auch für die Notfall- und die ambulante Versorgung durch die Krankenhäuser, auf mindestens 300 Millionen Euro. Mit diesem Betrag würde die derzeitige, leistungsbezogene Vergütung der pädiatrischen Kliniken und Fachabteilungen von rd. 3 Milliarden um einen leistungsunabhängigen Anteil in Höhe von 10% ergänzt. Mit diesem Finanzvolumen kann für die 334 pädiatrischen Kliniken und Fachabteilungen eine finanzielle Entlastung von durchschnittlich rd. 900.000 Euro pro Standort erreicht werden, wobei die Verteilung auf die einzelnen Standorte wie von der Kommission vorgeschlagen differenziert erfolgen kann, so dass der Betrag pro Standort durchaus deutlich variieren kann. Dabei sollte die Hälfte dieses Volumens wie von der DKG unter Modell C vorgeschlagen zur Anerkennung der Notfallversorgung und

zum Ausgleich der damit verbundenen, hohen Vorhaltungskosten über die bereits etablierten Notfallstufen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zugeteilt werden.

Nach Einschätzung der DKG sollte die Geburtshilfe ebenfalls mit einem Betrag von 300 Millionen Euro unterstützt werden. Der von der Regierungskommission vorgeschlagene Ansatz, lediglich die Standorte mit Anspruch auf einen Sicherstellungszuschlag zu berücksichtigen, ist nach Auffassung der DKG jedoch nicht geeignet, um der systematischen Unterfinanzierung der Geburtshilfe zu begegnen. Die DKG schlägt daher vor, zum Ausgleich der systematischen Unterfinanzierung einen leistungsbezogenen Zuschlag von 200 Euro pro Geburt einzuführen. Bei rd. 750.000 Geburten pro Jahr wäre hierfür ein Finanzvolumen in Höhe von 150 Millionen Euro erforderlich. Zudem sollte die Vorhaltung wie von der Kommission vorgeschlagen in Abhängigkeit von der Anzahl der Geburten und mit einem Finanzvolumen in Höhe von 150 Millionen Euro finanziert werden. Dies jedoch nicht wie von der Kommission vorgeschlagen ausschließlich für die 57 Standorte mit Sicherstellungszuschlag, sondern für alle Standorte mit Geburtshilfe. Somit kann die Vorhaltung für 655 Standorte (einschließlich Belegabteilungen) mit durchschnittlich rd. 230.000 Euro pro Standort gestützt werden, wobei auch hier der Betrag pro Standort durchaus deutlich variieren kann.

## **Pädiatrie**

Die Regierungskommission stellt für die Pädiatrie vier alternative Modelle für die Verteilung der zusätzlichen, nicht leistungsgebundenen Finanzmittel in der ersten Reformstufe zur Diskussion.

### **Modell A: Fortschreibung 2019 mit Steigerungsfaktor**

Nach diesem Modell A soll die Erlössumme bzw. das Casemixvolumen aus dem Jahr 2019 für das Jahr 2023 um einen prozentualen Anteil gesteigert und leistungsunabhängig garantiert werden. Die Kommission weist darauf hin, dass dieses Modell vergleichsweise einfach und schnell umsetzbar ist, aber auch zu unsachgerechten Ergebnissen führen kann.

Nach Auffassung der DKG stellte eine Fortschreibung 2019 mit Erhöhungsfaktor den zweitbesten Lösungsansatz dar, der nur genutzt werden sollte, wenn der innovative bevölkerungsbezogene Ansatz nach Modell C (unter zusätzlicher Nutzung der Notfallstufen) kurzfristig bis zum 01. Januar 2023 nicht umsetzbar sein sollte. Zudem teilt die DKG zwar die Einschätzung der Kommission, dass dieses Modell auf der Bundesebene z. B. durch gesetzliche Regelungen schnell umsetzbar wäre, aber die Umsetzung dieser Regelungen auf der Ortsebene stark verzögert wird, da die zusätzlichen Mittel erst nach Abschluss der Budgetvereinbarung fließen können und die Verhandlungen über die Case-Mix-Differenz zwischen Krankenkassen und Krankenhäuser auf der Ortsebene sehr konfliktär sein dürfte.

## **Modell B: Verteilung der zusätzlichen Finanzmittel nach vorgehaltenen Behandlungskapazitäten**

Der Finanzierungsansatz dieses Modells stellt auf die betreibbaren Betten der Abteilung, d. h. die Betten, für die das erforderliche Personal und die erforderliche apparative Ausstattung nachgewiesen werden können, ab.

Nach Auffassung der DKG ist dieser Ansatz grundsätzlich nicht geeignet und zumindest nicht kurzfristig in einem hierfür erforderlichen breiten Konsens mit den Bundesländern umsetzbar. In der Mehrzahl der Bundesländer erfolgt die Krankenhausplanung derzeit auf Grundlage der vorzuhaltenden Kapazitäten bzw. Betten. Eine unabgestimmte Definition von betreibbaren Betten könnte daher zu Konflikten mit der derzeitigen Krankenhausplanung führen.

Da die Umsetzung dieses Finanzierungsansatzes krankenhausespezifisch in den Budgetverhandlungen vor Ort umgesetzt werden müsste, sind zudem entgegen der von der Kommission formulierten Ziele konfliktäre Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern mit den entsprechenden zeitlichen Verzögerungen zu erwarten.

## **Modell C: Verteilung der zusätzlichen Finanzmittel nach versorgter Bevölkerungszahl**

Der Finanzierungsansatz dieses Modells stellt auf die relevante Bevölkerung (Indexbevölkerung) ab. Die Indexbevölkerung in den Postleitzahlbezirken wird dem am schnellsten erreichbaren Standort zugerechnet. Für jeden „versorgten“ Kopf der Indexbevölkerung wird ein Eurobetrag als Basisversorgungsfaktor pro Jahr festgelegt und dieser durch abteilungsspezifische Anpassungsfaktoren erhöht oder erniedrigt. Der so errechnete abteilungsspezifische Versorgungsfaktor wird dann mit der ermittelten Zahl an Köpfen der Indexbevölkerung multipliziert. Hieraus ergibt sich die jährliche Summe, die die Abteilung für die Bevölkerungsversorgung erhält.

Nach Auffassung der DKG ist dieser Ansatz für eine zeitnahe und auf der Ortsebene relativ konfliktarme Umsetzung gut geeignet, da alle erforderlichen Parameter extern berechnet und vorgegeben werden können. Zudem bietet dieses Modell die Möglichkeit, den innovativen Ansatz einer bevölkerungsbezogenen Finanzierung im Rahmen einer Zusatzfinanzierung zu erproben. Allerdings stellt dieser Ansatz grundsätzlich auf die Erreichbarkeit und nicht auf die tatsächliche Inanspruchnahme oder den tatsächlichen Versorgungsbedarf in den Regionen ab, so dass unsachgerechte Ergebnisse nicht auszuschließen sind. Um dieses Risiko zu reduzieren schlägt die DKG vor, neben dem Bevölkerungsbezug auch die etablierten Notfallstufen für pädiatrische Standorte zu nutzen und somit auch die hohen Vorhaltungskosten für die ambulante und stationäre Notfallversorgung anzuerkennen.

Die DKG hält die von der Kommission vorgeschlagene Differenzierung zur Berechnung der Indexbevölkerung und eine Modulation der Erstattungsbeträge durch abteilungsspezifische Anpassungsfaktoren für sinnvoll. Allerdings ist eine Bewertung der hierzu vorgeschlagenen Alternativen ohne Auswirkungsanalysen nicht möglich. Zudem werden diese Faktoren in der Kürze der Zeit sicherlich normativ vorzugeben sein. Die DKG geht davon

aus, dass die erforderlichen Festlegungen wohlüberlegt erfolgen und die Ergebnisse durch Simulationsrechnungen geprüft werden, so dass die erwünschte, sachgerechte Verteilung der zusätzlichen Mittel tatsächlich erreicht wird.

### **Modell D: Mischung aus Behandlungskapazitäten und Bevölkerungszahl**

Die DKG ist der Auffassung, dass eine Kombination der Modelle B und C nicht geeignet ist, da dies die Umsetzung unnötig kompliziert und die Effekte dieser beiden neuen Finanzierungsansätze im Sinne einer Erprobung nicht mehr unterschieden werden können.

Eine Kombination des Modells C mit bereits etablierten Instrumenten wäre dagegen durchaus sinnvoll. Die DKG schlägt daher vor, dass Modell C um die Notfallstufen zu ergänzen (siehe Modell C) und zudem als begleitende Maßnahme die etablierten Sicherstellungszuschlägen sowohl für die Pädiatrie als auch die Geburtshilfe gangbar zu machen (siehe unten).

### **Weiterer Regelungsbedarf für die Pädiatrie**

Mit den Vorschlägen der Regierungskommission für kurzfristige Verbesserungen der Finanzierung sollen die bereitgestellten Mittel über bevölkerungsbezogene und fachabteilungsspezifische Faktoren relativ pauschal auf die Standorte verteilt werden. Auch wenn dies zu einer Entlastung der Gesamtsituation der Einrichtungen beitragen kann, werden die bekannten systembedingten und strukturellen Versorgungs- und Finanzierungsprobleme für die Versorgung von Kindern- und Jugendlichen nicht gelöst. Insbesondere müssen mittelfristig Lösungen zur Verbesserung der bedarfsnotwendigen Beteiligung der pädiatrischen Einrichtungen an der ambulanten Versorgung, verbunden mit der finanziellen Absicherung der hierfür erforderlichen Vorhaltung von Instituts- und Spezialambulanzen gefunden werden. Zudem sollten mittelfristig auch die Rahmenbedingungen für die Anerkennung von pädiatrischen Einrichtungen als Besondere Einrichtung verbessert werden, damit auch krankenhausespezifische Besonderheiten der stationären Versorgung angemessen vergütet werden können.

### **Geburtshilfe**

Die Regierungskommission verweist auf das im Koalitionsvertrag formulierte Ziel, auch für die Geburtshilfe kurzfristig eine auskömmliche Finanzierung sicherzustellen. Zudem wird im Rahmen eines gestuften Vorgehens empfohlen, die vorhandenen wohnortnahen Versorgungsstrukturen zunächst zu erhalten und eine „kalte Strukturbereinigung“ zu vermeiden.

Allerdings geht die Regierungskommission in Ihren Empfehlungen offensichtlich davon aus, dass es ausreichen würde, nur die 57 Standorte mit geburtshilflichen Abteilungen, die derzeit einen Anspruch auf einen Sicherstellungszuschlag haben, zu unterstützen. Diese Standorte werden in der durch den GKV-SV und die DKG nach § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG jährlich neu zu vereinbarenden Liste ausgewiesen. Gemäß der aktuellen Liste für das Jahr 2023 erhalten von 611 geburtshilflichen Abteilungen (ohne

Belegabteilungen) nur 57 Standorte einen Sicherstellungszuschlag. Mit der Einschränkung auf diese Standorte wird offensichtlich angenommen, dass geburtshilfliche Abteilungen ohne Sicherstellungszuschlag nicht bedarfsnotwendig und ggf. bei einer zu geringen Geburtenzahl entbehrlich sind. Wir halten diesen Umkehrschluss für unzulässig. Keinesfalls kann davon ausgegangen werden, dass die 544 nicht in die Liste aufgenommenen Standorte grundsätzlich nicht bedarfsnotwendig sind.

Nach Auffassung der DKG wäre eine Einschränkung der zusätzlichen Finanzierung auf die Abteilungen mit Sicherstellungszuschlag mit der im Koalitionsvertrag formulierten Zielsetzung, kurzfristig für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Geburtshilfe zu sorgen, nicht vereinbar.

Zudem ist die Schlussfolgerung der Regierungskommission zu dem vom G-BA festgelegten „Betroffenheitsmaß“ fachlich unvollständig. Mit diesem Maß wird der Anteil der Frauen zwischen 15 und 49 Jahren (mindestens 950), die mehr als 40 PKW-Fahrzeitminuten zur nächsten Geburtsklinik fahren müssten, erfasst. Seitens der Kommission wird vernachlässigt, dass zusätzlich das Kriterium der „Bevölkerungsdichte“ (< 20 Frauen zwischen 15 und 49 Jahren) erfüllt sein muss. Würde entsprechend der Argumentation der Kommission ausschließlich nur das „Betroffenheitsmaß“ (und somit die Fahrzeiten) berücksichtigt, würde sich die Anzahl der Standorte mit einem Anspruch auf einen Sicherstellungszuschlag auf 181 erhöhen.

Aus diesen Gründen wäre eine Einschränkung auf die Sicherstellungshäuser aus Sicht der DKG weder sachgerecht noch mit den gesundheitspolitischen Zielen unvereinbar. Zudem ist der Vorschlag der Kommission nach Auffassung der DKG zu einseitig auf die Vorhaltung ausgerichtet, da die generelle, systembedingte Unterfinanzierung der Geburtshilfe ausgeblendet wird. So wird insbesondere die Problematik der stark steigenden Haftpflichtprämien, die alle geburtshilflichen Abteilungen trifft, mit in den leistungsbezogenen Fallpauschalen nicht ausreichend vergütet.

Die DKG schlägt daher vor, die bereitzustellenden Finanzmittel auf einen leistungsbezogenen Anteil zum Ausgleich der systembedingten Unterfinanzierung und einen leistungsunabhängigen Anteil zur Kompensation von Vorhaltung aufzuteilen. Für den leistungsbezogenen Ausgleich ist nach Einschätzung der DKG ein Zuschlag in Höhe von 200 Euro pro Geburt angemessen, so dass hierfür bei rd. 750.000 Geburten pro Jahr ein Finanzvolumen in Höhe von 150 Millionen Euro erforderlich wäre. Weitere 150 Millionen Euro sollten für die Kompensation von Vorhaltung bereitgestellt werden. Dieser Anteil kann wie von der Regierungskommission vorgeschlagen differenziert nach der Anzahl der Geburten pro Jahr, ggf. auch unter Erreichbarkeitskriterien, auf alle 655 Standorte mit Geburtshilfe (einschließlich Belegabteilungen) verteilt werden. Im Ergebnis würde so jede Abteilung mit Geburtshilfe im rechnerischen Mittel mit rd. 230.000 Euro pro Standort gestützt werden, wobei der Betrag pro Standort durchaus deutlich variieren kann. Die DKG geht analog zur Pädiatrie davon aus, dass die erforderlichen Festlegungen zu den Kriterien und den Größenklassen nach der Anzahl der Geburten pro Jahr durch Simulationsrechnungen geprüft werden, so dass die erwünschte, sachgerechte Verteilung der zusätzlichen Mittel tatsächlich erreicht wird.

Neben diesen neuen Formen der Finanzierung sollten zudem als begleitende Maßnahme wie für die Pädiatrie die etablierten Sicherstellungszuschläge auch für die Geburtshilfe gangbar gemacht werden (siehe unten).

## **Gangbarmachung von Sicherstellungszuschlägen für die Pädiatrie und die Geburtshilfe**

Auch mit der vorgesehenen finanziellen Unterstützung der Pädiatrie und Geburtshilfe kann nicht sichergestellt werden, dass alle nachgewiesenermaßen bedarfsnotwendigen Versorgungsangebote abgesichert werden. Daher sollte begleitend hierzu das bereits etablierte Instrument des Sicherstellungszuschlags nachgebessert werden.

Zur Gangbarmachung der krankenhausesindividuellen Sicherstellungszuschläge ist das in § 5 Abs. 2 KHEntgG verankerte „Defizitkriterium“ anzupassen. Hier hat der Gesetzgeber im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum KHSG geregelt, dass die Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags ein Defizit des gesamten Krankenhauses und nicht nur von einzelnen Abteilungen sei. In der Begründung wurde dies durch die Abgrenzungsproblematik der Kosten einer Fachabteilung begründet. Nach Auffassung der DKG ist jedoch insbesondere für die Pädiatrie und Geburtshilfe eine Abgrenzung der defizitären Abteilungen und somit falls erforderlich auch ein Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung gut möglich.

Zudem sollte der Gesetzgeber bzw. das Bundesministerium für Gesundheit darauf hinwirken, dass der G-BA seine zu restriktiven Kriterien für die Inanspruchnahme von Sicherstellungszuschlägen, zumindest für die Pädiatrie und Geburtshilfe, näher an den realen Notwendigkeiten auszugestalten, um so weiteren bedarfsnotwendigen Fachabteilungen die Möglichkeit eines Sicherstellungszuschlages zu eröffnen. Hierzu müsste der G-BA lediglich die zugrundeliegenden maximalen Bevölkerungsdichten des betreffenden Personenkreises anheben.