Pauline Wilbert BSc
Dr. rer. pol. Hans-Christian Vatteroth
Christina Grün BSc
Prof. Dr. rer. pol. Hans-R. Hartweg

Reform der Krankenhausfinanzierung: Erlösunabhängige Vorhaltepauschalen für akutstationäre Einrichtungen der Geburtshilfe

Zusammenfassung

Das Patientenklassifizierungssystem gemäß der Diagnosis Related Groups (DRGs) hat hohe Bezüge zur Leistungsfähigkeit, was der Grund für die nationale Einführung zu Beginn der 2000er Jahre war. Seit 2003 werden deswegen Krankenhausleistungen über das DRG-System mittels Fallpauschalen vergütet. Mit wenigen Ausnahmen wurden alle Krankenhausleistungen bis zum Kalenderjahr 2019 über diese Fallpauschalen vergütet. Im Kalenderjahr 2020 erfolgte sodann eine Ausdeckelung der Personalkosten für die am Krankenhausbett tätigen Pflegekräfte aus den DRG-klassifizierten Vergütungen, um damit den enormen ökonomischen Kostendruck von den in deutschen Krankenhäusern beschäftigten Pflegekräften zu nehmen. Dieser Druck ist insbesondere auf den Krankenhausstationen mit einem geringen Anteil an elektiven Eingriffen (wie bspw. der Geburtshilfe) evident. Die wirtschaftliche Steuerung einer solchen Krankenhausabteilung ist herausfordernd. Nun wird ein noch weitergehender gesundheitspolitischer Vorschlag gemacht. Ihm nach sollen Krankenhäuser eine Finanzierung ihrer Vorhaltekosten erfahren. Dies soll mittels normativ festgelegter Budgets erfolgen. Derart soll eine finanzielle Entlastung der Krankenhäuser einerseits und die Förderung der Qualität der Leistungserbringung andererseits gelingen. In der nachfolgenden Ausarbeitung werden die Herausforderungen der akutstationären Geburtshilfe durch die aktuelle bzw. geplante Finanzierungssystematik untersucht. Dazu geben sechs ausgewählte Expert:innen, die ganz unterschiedlichen Versorgungsstufen der Krankenhausbranche zuzurechnen sind, einen Ausblick auf die Einführung der Vorhaltefinanzierung.

Schlüsselwörter

Geburtshilfe, Vorhaltefinanzierung, Krankenhausreform, DRG-System, Finanzierungssystematik, stationäre Versorgung, Versorgungsforschung, Versorgungsqualität

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.06.23.1866-0533.2565

Seit 2003 werden Krankenhausleistungen durch das fallmengenabhängige, pauschalierende Vergütungssystem der G-DRG (German Diagnosis Related Groups) vergütet (§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG/Reimbursement Institute 2023). Diagnose, Schweregrad der Erkrankung und die erbrachten Operationen und Prozeduren werden neben ggf. anderen Parametern in das Patientenklassifikationssystem für die Gruppierung eingegeben (Reimbursement Institute 2023). Obwohl auch andere Länder, wie beispielsweise das Vereinigte Königreich, Finnland oder die Niederlande, DRG-Systeme nutzen, so besteht in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern ein starker Leistungs- und Mengenanreiz[1]. Trotz der hinzugekommenen Refinanzierung der Pflege durch das in 2020 eingeführte Pflegebudget (Reimbursement Institute 2023) existiert keine fallmengenunabhängige Refinanzierung bedarfsnotwendiger Vorhaltung (Bundesministerium für Gesundheit 2023).

>> Diese Effekte verursachen hohe Ausgaben für die akutstationäre Versorgung, die sich 2020 in einem Anteil von 3,4% des Bruttoinlandprodukts widerspiegeln. In vergleichbaren Nachbarländern lag der Durchschnitt bei rd. 3,0% (Bundesministerium für Gesundheit 2023). Die Kalkulation der aDRG erfolgt auf Grundlage von Kalkulationsdaten, die teilnehmende Kalkulationskrankenhäuser an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) liefern (Bundesministerium für Gesundheit 2023). Eine Erstattung der Kosten erfolgt also nicht entsprechend der tatsächlich entstandenen Kosten des jeweiligen Krankenhauses (Reimbursement Institute 2023), sondern auf Basis von kalkulierten Durchschnittsgrößen. Derzeit besteht keine Verknüpfung zwischen den Vergütungen der jeweiligen Versorgungsstufe und den vorzuhaltenden Mindeststrukturvoraussetzungen (Klauber et al. 2020).

Die unzureichende Finanzierung der Investitionsmittel durch die Bundesländer stellt eine weitere Herausforderung dar. Diese Finanzmittel machen derzeit nur noch 3,4% der Krankenhauserlöse aus, während bis zu 8% jährlich investiert werden müssen, um die Unternehmenssubstanz erhalten zu können (Krankenhaus Rating Report 2022). Krankenhäuser müssen deswegen diese Investitionslücke aus eigenen Mitteln schließen (Bundesministerium für Gesundheit 2023).

Refinanzierung geburtshilflicher Leistungen

In Deutschland finden ca. 98,5% aller Geburten in einem Krankenhaus und 1,5% der Geburten außerklinisch, in Geburtshäusern oder zu Hause, statt (Bundesministerium für Gesundheit 2017). Die geburtshilflichen Leistungen werden damit hauptsächlich über das DRG-System abgebildet. Ziel ist, die tatsächlich erbrachten Leistungen in Abhängigkeit des Risikoprofils der Schwangeren/Gebärenden durch das DRG-System abzubilden (Schmidt 2010). Nach der DRG-Einführung zeigte sich zunächst ein starker Rückgang der geburtshilflichen Fachabteilungen (IGES Institut 2013). Bestanden 1991 noch 1.186 Geburtsstationen, so waren es 2017 nur noch 672 (IGES Institut 2019). Für diese Entwicklung werden vielfältige Einflussfaktoren zu benennen sein (Deutscher Bundestag 2018), da die Einführung eines neuen Vergütungssystems zu grundlegenden Veränderungen der Anreizstrukturen führt.

Kliniken, die Teil des Krankenhausplans und für die Sicherstellung der flächendeckenden Basisversorgung der Bevölkerung unverzichtbar sind, erhalten neben der regulären Vergütung über die DRG-Fallpauschalen einen Zuschlag (§ 136c Abs. 3 SGB V). Mit diesem Sicherstellungszuschlag können die sich aufgrund eines geringeren Versorgungsbedarfs einstellenden Defizite ausgeglichen werden. Das Versorgungsgebiet ergibt sich für Kliniken mit Geburtshilfe aus den bewohnten geografischen Einheiten, die sich im 40-Pkw-Fahrzeitminuten-Radius befinden (G-BA 2020). Die Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA 2023) listet 57 Standorte auf, die diesen Zuschlag erhalten (Bundesministerium für Gesundheit 2023).

1: Die durch die Einführung des DRG-Systems gewünschte Verweildauerkürzung begünstigt die Ausweitung von stationären Leistungen (Klauber et al. 2020). Der Anreiz zur Mengenausweitung wurde mehrfach in Studien (z. B. RWI 2012/Schreyögg 2014/Reifferscheid et al. 2012/Mostert et al. 2012/Lüngen und Büscher 2012) untersucht.

Davon zu unterscheiden sind weitere Sicherstellungszuschläge, die unabhängig von der Anzahl der Behandlungsfälle für bedarfsnotwendige Krankenhäuser u. a. mit Geburtshilfe in ländlichen Räumen ausgezahlt[2] werden (§ 5 Abs. 2a KHEntgG/G-BA 2023). Trotz dieser Sicherstellungzuschläge gaben die Bundesländer für die Schließungen geburtshilflicher Stationen wirtschaftliche Defizite, fehlendes Personal (Hebammen, Ärzt:innen usw.) sowie Qualitätsmängel als Gründe an (Deutscher Bundestag 2018).

Da sich die Daten der Kalkulationshäuser ausschließlich nur auf Normalliegende beziehen, wurde direkt die Kalkulationsmethodik der Fallpauschalen hinterfragt. Die Refinanzierung von Langliegende (Hochrisikoschwangerschaften, usw.) verursacht einen hohen Ressourcenverbrauch (Beckmann et al. 2011). Die Fallpauschalenvergütungen werden spezifischen Leistungen, beispielsweise von Perinatalzentren Level 1, nicht gerecht (Grüßner/Gembruch 2011).

Reformvorschlag und Relevanz für die Geburtshilfe

Bisher greifen die bundesweit geltenden Vergütungsabsprachen mit den bundeslandbezogenen Planungen nicht ineinander. Bedarfsgerechte, qualitätsorientierte Leistungserbringung und optimale Zuweisung der Patient:innen zu den Versorgungsangeboten sind nicht kompatibel. Der Reformvorschlag sieht deswegen eine Verknüpfung der Vergütungssystematik mit der Krankenhausplanung vor. So soll eine einheitliche Definition der Versorgungslevel, ein System von Leistungsgruppen und eine Reduktion der Mengenkomponente zugunsten einer Vorhaltefinanzierung erreicht werden (Bundesministerium für Gesundheit 2022).

Zukünftig soll sich die Krankenhausversorgung an bundesweit einheitlich definierten Versorgungsstufen orientieren. Der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses wird auf Ebene der Leistungsgruppen, anstelle der bisherigen Fachabteilungen regional und unabhängig von einem Krankenhausstandort zugeordnet. Für die einzelnen Level gelten festgelegte, strukturqualitative Mindestvoraussetzungen (Bundesministerium für Gesundheit 2022). Dazu werden 128 definierte Leistungsgruppen entsprechend bundeseinheitlicher Mindestvoraussetzungen für die Leistungserbringung vorgeschrieben. Die Leistungsgruppen werden dabei so gegliedert, dass die Behandlung innerhalb einer Gruppe ähnliche Qualifikationen, Kompetenzen und technische Ausstattungen benötigt. Jeder Leistungsgruppe wird ein normativ festgelegter Vorhalteanteil zugeschrieben. Dieser Anteil ist für die Vergütung des Personals und der technischen Ausstattung vorgesehen. Durch die Leistungsgruppen wird das beschriebene Versorgungslevel mit der zu finanzierenden Vorhaltung verknüpft. Die durch das Vorhaltekostenbudget verringerte DRG-Komponente, die residuale DRG (rDRG), soll den Mengenanreiz und ökonomischen Druck mindern.

Somit besteht die zukünftige Vergütung aus drei Komponenten:

rDRG + Pflegebudget + Vorhaltebudget = Krankenhausbudget

(Bundesministerium für Gesundheit 2022).

Aufgrund des hohen Anteils nicht elektiver Eingriffe zählt die Geburtshilfe zu einem Fachbereich mit hohen Vorhaltekosten. Eine normale Schwangerschaft kann nicht terminiert oder verschoben werden. Krankenhäuser müssen deswegen Strukturen vorhalten, können derzeit aber ausschließlich eine an die tatsächliche Fallbehandlung geknüpfte Vergütung erhalten. Dabei werden die vorgehaltenen Strukturen nur teilweise refinanziert (Schreyögg et al. 2020). Expert:innen diskutieren ein vorzuhaltendes Budget in Höhe von 60% (Bundesministerium für Gesundheit 2022). So soll eine flächendeckende, qualitativ hochwertige und wohnortnahe Versorgung mit Pädiatrie und Geburtshilfe gelingen (Bundesministerium für Gesundheit 2022).

Zusammenfassung der wichtigsten Informationen		
Experte	**ID**	**Organisation und Versorgungsstufe**
Experte 01	E01	Freigemeinnütziger Träger mit perinatalem Schwerpunkt
Experte 02	E02	Freigemeinnütziger Träger mit Geburtsklinik
Experte 03	E03	Freigemeinnütziger Träger mit Perinatalzentrum Level 1
Experte 04	E04	Städtisches Krankenhaus mit Perinatalzentrum Level 1
Experte 05/06	E05/E06	Landeskrankenhausgesellschaft, Abt. Medizin und Qualität und Finanzierung

Tab. 1: Zusammenfassung der wichtigsten Informationen zu den Interviews.

Methodik

Mittels qualitativer Forschung in Form eines halbstrukturierten-leitfadenorientierten Experteninterviews wurden verschiedene Mitarbeitende aus Kliniken des Rhein-Main Gebiets unterschiedlicher perinatologischer Versorgungsstufen in die Analyse einbezogen. Die befragten Experten (E01 bis E06) wurden nach ihrer Berufserfahrung (<10 Jahre) und ihrer Position innerhalb der Organisation von Leistungserbringern unterschiedlicher Versorgungsstufen (siehe Tab. 1) ausgewählt. So kann gewährleistet werden, dass die Daten hinsichtlich der Versorgungsstufen breit abgebildet werden. Dabei wurden ausschließlich Experten aus dem Fachbereich der Geburtshilfe und/oder Finanzierung befragt. Experte E05 hat die leitende Funktion eines Referats mit den Themenschwerpunkten Medizin und Qualität inne. E06 besetzt die Leitung eines Referats zu den Themen Krankenhausfinanzierung und Entgelte (siehe Tab. 1).

Auf Basis der Interviews wurde herausgearbeitet, welche Auswirkungen das bisherige Vergütungssystem hat und welche Potenziale sowie Herausforderungen sich durch die Einführung von Vorhaltebudgets für die stationäre Geburtshilfe ergeben können. Zudem wurden die Wünsche der Expert:innen mit Bezug zur Vergütung der stationären Versorgung dokumentiert. Der verwendete Interviewleitfaden beinhaltete vier Themenfelder:

1. Allgemeine Auswirkungen der bisherigen Vergütung in der klinischen Geburtshilfe,
2. Fehlanreize,
3. Unterfinanzierung und flächendeckende Geburtshilfe,

2: In der Vereinbarung der Liste der Krankenhäuser gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG zwischen dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. vom 30.06.2022 können alle Kliniken, die u. a. für ihre geburtshilfliche Abteilung einen Sicherstellungszuschlag erhalten, eingesehen werden. Der Zuschlag wird in Abhängigkeit von der Anzahl der vorgehaltenen Abteilungen ausgezahlt. Er kann zwischen 400.000 und 800.000 EUR variieren (GKV-Spitzenverband 2022).

4. Vorhaltefinanzierung und einen Schlussteil mit gewünschtem Ausblick der Befragten[3].

Die derart gewonnenen Daten und Aussagen wurden entsprechend der induktiven Methode zusammengefasst und analysiert. So konnten die gesamten Aussagen systematisch auf wesentliche Inhalte reduziert werden (Mayring 2015). Zudem wurde ein frageübergreifendes Kategoriensystem gebildet, anhand dessen Begriffe festgelegt wurden, um die Kernaussagen zusammenzufassen.

Diskussion

Die Interviews zeigten in den Ergebnissen, dass die Auswirkungen der DRG-Vergütungssystematik von den Expert:innen durchaus vielschichtig wahrgenommen werden.

Die Verweildauer für Fälle der Geburtshilfe wird als zu kurz beschrieben (E01, E02 und E03). Dies gilt insbesondere für Fälle mit einem höheren Schweregrad. Das DRG-System bildet die Fallschwere nicht adäquat ab (E03). Des Weiteren vergütet „[…] das DRG-System […] den großen Block der Personalkosten nicht ausreichend […]" (E03). Das umfasst Faktoren wie den zeitlichen Aufwand der Arbeit einer Hebamme mit der Frau vor einer vaginalen Entbindung (E01), die angestrebte 1:1-Betreuung (E02) sowie die Arbeit der Hebammen auf einer Mutter-Kind-Station (E06). E02 beschreibt den zunehmenden Aufbau ärztlicher Stellen, während Stellen „[…] anderen Personals […]" abgebaut wurden (E02). Dies wird damit begründet, dass die fallbezogenen Überschüsse der Stationen über die DRG-Vergütung und nicht über das Pflegebudget erzielt werden (E02). Eine grundsätzliche Fallmengenausweitung wird von E04 und E06 ausgeschlossen. Geburten sind nicht planbar. Jedoch stehen diesem Umstand geschuldet hohen Vorhaltekosten keine planbaren Leistungen entgegen und die derart entstandenen Vorhaltekosten können nicht refinanziert werden (E04, E06). Das ist vor allem für die Perinatalzentren Level 1 herausfordernd.

Im Zusammenhang mit der Einführung des DRG-Systems wird auf die damaligen Schließungen kleinerer Geburtsstationen verwiesen (E01 und E04). Die genannten Punkte sind aber nicht nur der Finanzierungssystematik geschuldet, beinhalten aber entsprechende Anreize (E02, E04). E02, E03, E04, E05 und E06 halten die Sicherstellungszuschläge grds. für sinnvoll. Die Sicherstellung der bevölkerungsbezogenen Basisversorgung soll derart gelingen. Dabei soll auf eine wohnortnahe Versorgung für Schwangere und Mütter geachtet werden (E04). Die vom G-BA festgelegte Zeit von 40 Pkw-Minuten als Anfahrtsweg wird unterschiedlich bewertet. Während E05 diese als „gerade noch angemessen sieht" (E05), beurteilt E04 diese als „[…] großzügig, […] mit dem, was man der Bevölkerung zumutet" (E04). Wie eine flächendeckende Geburtshilfe definiert wird, richtet sich gemäß E06 danach aus, was sich die Bevölkerung wünscht und an die Politik zurückmeldet (E06).

Die Expert:innen stimmen den Empfehlungen der Regierungskommission, eine Zentrumsbildung zu fördern, zu (E01, E03, E04 und E05). Diese Zentren bieten den Vorteil einer medizinisch-interdisziplinären Fachversorgung. So werden Patientenverlegungen an andere Standorte (auch in Notfällen) vermieden (E01). Werden spezifische Leistungsangebote beansprucht, so sind auch längere Anfahrtswege von den Patient:innen in Kauf zu nehmen (E04). Dabei müssen die vorherrschenden Siedlungs- und Bevölkerungscharakteristika als Determinanten beachtet werden (E04). Durch die unzureichende Investitionsförderung der Bundesländer ist in den Krankenhäusern ein Investitionsstau entstanden, der dazu führt, dass fallbezogene Überschüsse aus den DRG-Vergütungen bzw. aus anderen Erlösen erwirtschaftet werden müssen (E02, E03 und E05). Die Finanzierung von Baumaßnahmen oder von Maßnahmen rund um die Digitalisierung erfolgt derzeit aus den Erlösen anderer Fachbereiche der Klinik (E05). Als Mitarbeitende:r eines Hauses mit aktuellen Neubaumaßnahmen beschreibt E02, dass für diese nur eine „[…] marginale […]" Förderung erfolgt (E02). Die bisherige Trennung der Betriebskostenfinanzierung und der Investitionsförderung verstärkt den ökonomischen Druck auf die stationäre Geburtshilfe. Im Falle einer (neu definierten) Vorhaltefinanzierung könnte diese Belastung, insbesondere bei der Bereitstellung der personellen und technischen Ausstattung[4], deutlich gemindert werden (E02, E03, E04 und E05).

Je mehr nichtelektive Eingriffe innerhalb eines Fachgebietes versorgt werden, desto höher ist das Risiko, dass Vorhaltekosten nicht gedeckt werden (E04). Die Leistungsmenge der Geburtshilfe ist nicht beeinflussbar (E04). Die Vorhaltefinanzierung bietet die Möglichkeit, Geburtshilfe wirtschaftlich besser abzubilden (E02, E03, E04 und E05). Die Herausforderungen der Vorhaltefinanzierung, die sich vor allem bei der Einführung ergeben können, können mit folgenden drei Punkten zusammengefasst werden:

1. Das Problem des Personalmangels wird sich durch die Einführung nicht vermeiden lassen (E02 und E03). Jedoch sollte der Anteil des Vorhaltebudgets so kalkuliert werden, dass das Personal in der Klinik angemessen ausgelastet ist (E02) und die Versorgungsstufe bei der Kalkulation berücksichtigt wird (E02 und E05).
2. Nach welchem Schlüssel das Vorhaltebudget kalkuliert und verteilt wird, ist perinatologisch versorgungsrelevant (E02, E03, E04 und E05), sodass zumindest die tatsächlich anfallenden Kosten refinanziert werden (E02).
3. Der Anteil der DRG-Erlöse, der über die Krankenhausleistungen vergütet wird, soll sich auf 40% reduzieren. Somit sind zukünftig auch reduzierte, fallbezogene Überschüsse zu erwarten. Bisher macht der DRG-Anteil am Gesamterlös des Krankenhauses rd. 75% über alle Fachbereiche aus. Nach Einführung eines Vorhaltebudgets müssen bestehende Fremdfinanzierungen mithilfe verringerter Finanzmittel getilgt werden (E03).

E01, E03 sowie E04 äußern als weitergehenden Wunsch, dass die Arbeit der Hebammen in der Vergütung adäquat abgebildet wird (E01, E03 und E04), da dieser zeitliche Aufwand bisher nicht leistungsgerecht in der DRG-Vergütung berücksichtigt wird (E01 und E03). Zudem sollen Tariferhöhungen rascher und umfänglicher refinanziert werden (E03).

Fazit

Diese Ausarbeitung ist als explorativer Ansatz zu verstehen, mögliche Potenziale und Herausforderungen einer Vorhaltefinanzierung

---

3: Um die Verständlichkeit und Vollständigkeit des Interviewleitfadens zu überprüfen, wurde vorab ein Probeinterview durchgeführt (Döring/Bortz 2016)

4: Mit Blick auf ein Drei-Schicht-System müssen in einem Perinatalzentrum Level 1 pro Schicht mindestens drei Hebammen, ein/e Kinderarzt oder -ärztin auf der neonatologischen Intensivstation, eine Pflegekraft der Neonatologie, zwei anästhesiologische Fachärzt:innen, eine Pflegekraft der Anästhesie, zwei Pflegekräfte im OP, ein/e für den Kreißsaal zuständige/r Assistenzärzt:in mit fortgeschrittener Weiterbildung und ein/e leitende/r Oberärzt:in der Geburtshilfe anwesend sein (E04).

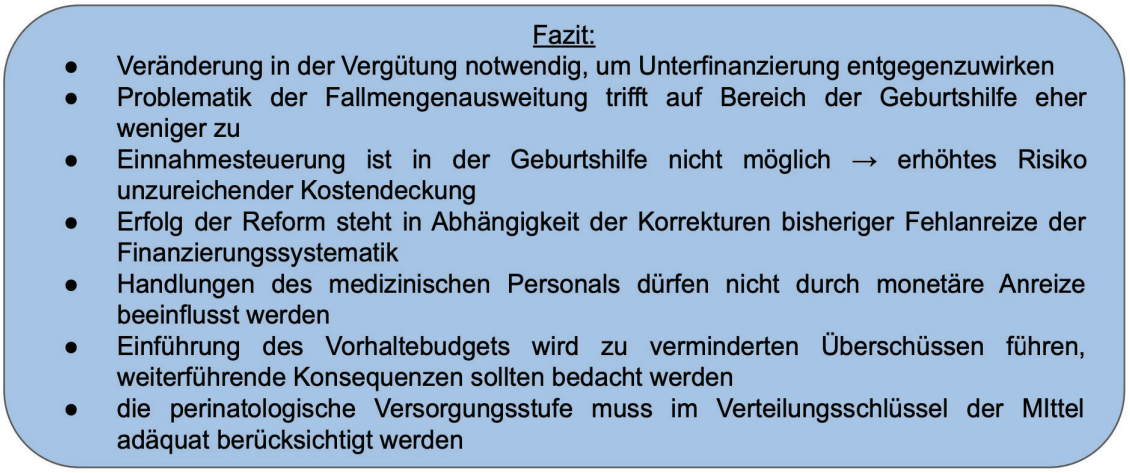


Abb. 1: Fazit.

zu untersuchen (siehe Abb. 1). Trotz größter vorsichtiger Neutralität beim Angehen der Fragestellung sind limitierende Einflüsse auf die Ergebnisse nicht auszuschließen. Die Aussagen der Expert:innen sind stellenweise heterogen, sodass auch mit Blick auf den Umfang dieser qualitativen Forschung kein repräsentatives Ergebnis, aber zumindest eine Vorstrukturierung sich möglicherweise ergebender Fragestellungen zeigt. Damit können auch diese Einschätzungen und Tendenzen wertvoll sein. Dementsprechend konnten erweiterte Forschungsfelder angeschnitten werden, die für weiterführende Forschungen genutzt werden können. Zu beachten ist auch, dass der Vorschlag der Regierungskommission zum Zeitpunkt dieser Ausarbeitung noch nicht konkretisiert wurde.

Bezüglich der Notwendigkeit einer Veränderung in der Vergütung stationärer Leistungen besteht nach den Aussagen der Expert:innen Konsens. Die von den Expert:innen wahrgenommene Unterfinanzierung der Geburtskliniken ist u. a. auf das derzeitige Finanzierungssystem zurückzuführen. Dies ist der Grund für die aktuelle gesundheitspolitische Gesetzesinitiative. Umfang und Auswirkungen der Reform werden davon abhängig sein, ob die bis dato festzustellenden Fehlanreize der Fallpauschalenvergütungen gemäß der DRG-Klassifikation korrigiert werden können (Schreyögg 2020). Die Finanzierung im Rahmen von Vorhaltekosten, vor allem für Fachbereiche mit hohen nichtplanbaren Fallanteilen, wie sich dies in der Geburtshilfe darstellt, ist mehr als herausfordernd.

Die Möglichkeit einer entsprechenden Einnahmesteuerung durch die Krankenhäuser sind eher eingeschränkt und es bestehen hohe Risiken für die Geburtskliniken, Leistungen nicht ausreichend kostendeckend zu erbringen. Derzeit kompensieren Krankenhäuser eine derart unzureichende Vergütung und Finanzierung u. a. mit Fallmengenausweitungen. Eine Ausweitung der Fallmengen ist aus einer auf die Schonung der knappen Ressourcen ausgerichteten gesundheitspolitischen Perspektive in der Geburtshilfe eher weniger problematisch. Um die Sicherheit und das Wohlergehen von Mutter und Kind zu wahren, sollten insbesondere auch Aspekte der Versorgungsqualität betrachtet werden. Das medizinische Personal soll nicht durch monetäre Anreize zu einem bestimmten Verhalten bewegt werden.

Grundsätzlich kann das Vorhaben, für bedarfsnotwendige Leistungen einen zu finanzierenden Vorhaltekostenanteil einzuführen, um damit die ökonomischen Belastungen von den Kliniken zu nehmen, unterstützt werden. Der Ansatz dabei, unterschiedliche perinatologische Versorgungsstufen zu berücksichtigen und Mindeststrukturvoraussetzungen für die Verteilung der Finanzmittel vorzusehen, scheint in eine passende Richtung zu gehen. Die bis dato gezahlten Sicherstellungszuschläge, die im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes eingeführt wurden, können dabei als Vorgriff auf die Finanzierung von Vorhaltekosten verstanden werden, der zukünftig in die neue Regulatorik eingebettet werden sollte. Dass sich der Anteil, aus dem Krankenhäuser fallbezogene Überschüsse generieren können, durch die Einführung des Vorhaltebudgets reduzieren wird, wird sich zukünftig nicht nur allein auf die Stationen der Geburtshilfe, sondern auch auf andere Leistungsbereiche des Krankenhauses auswirken. Damit werden Spielräume für die Krankenhäuser tendenziell eher kleiner, was ggf. zu Unmut über die derart reduzierten Freiheitsgrade führen könnte. <<

Literatur

Beckmann, M. W./W. Bader/I. Bechtold/Sven Becker/J. Bornhaupt/T. Dimpfl/Klaus Friese/W. Frobenius/Ulrich Gembruch/S Grüßner/I. M. Heer/D. Kayser/Rolf Kreienberg/E. Petri/S. Rimbach/Anton Scharl/Stefan Schmidt/Th. Schwenzer/Ef Solomayer/Eric Steiner/Kai Vetter/D. Wallwiener/Michael P. Lux (2011) Finanzierung und finanzielle Probleme von Leistungen und Strukturen im Fachgebiet Gynäkologie und Geburtshilfe im Jahr 2011 – allgemeine Aspekte und geburtshilfliche Versorgung, in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Thieme Medical Publishers (Germany), Bd. 71, Nr. 05, S. 367–380, in: doi:10.1055/s-0030-1271117 (abgerufen am 15.04.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (2022) 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, in: https://www.Bundesministerium für Gesundheit.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/220708_Empfehlung_AG_Paediatrie_und_Geburtshilfe_zu_Paediatrie_und_Geburtshilfe.pdf (abgerufen am 15.04.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (2022): Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, https://www.Bundesministerium für Gesundheit.de, In: https://www.Bundesministerium für Gesundheit.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-Anlage.pdf (abgerufen am 15.04.2023).

Bundesministerium für Gesundheit (2023) Krankenhausfinanzierung, in: https://www.BundesministeriumfürGesundheit.de/krankenhausfinanzierung.html (abgerufen am 13.04.2023).

Deutscher Bundestag (2018) Geburtshilfe. Zur ärztlichen Betreuung und Hebammenhilfe im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge sowie zur Abrechnungspraxis von Geburtshilfestationen, in: Sachstand Deutscher Bundestag, In: https://www.bundestag.de/resource/blob/568206/0053800742d5a33c90063fa8e7481984/WD-9-042-18-pdf-data.pdf (abgerufen am 15.04.2023).

Döring, N./J. Bortz (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften, Springer-Lehrbuch, Springer Science+Business Media, In: doi:10.1007/978-3-642-41089-5 (abgerufen am 02.05.2023).

GKV-Spitzenverband/Verband der Privaten Krankenversicherung e. V./Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (2022) Vereinbarung der Liste der Krankenhäuse: gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG vom 30.06.2022, in: Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin, in: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/zu___abschlaege/liste_kh/20220630_Liste_laendliche_KH_2023_Vb_bf.pdf (abgerufen am 12.04.2023).

Grüßner, S/U. Gembruch (2011) Gesundheitsökonomische Aspekte und finanzielle Probleme in der Pränatalmedizin und Geburtshilfe, in: Gynäkologe, Springer Science+Business Media, Bd. 44, Nr. 10, S. 796–800, In: doi:10.1007/s00129-011-2804-9 (abgerufen am 12.04.2023).

IGES Institut (2013) G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG, gkv-spitzenverband.de, in: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/drg/drg_begleitforschung/DRG_Begleitforschung_Endbericht_3_Zyklus_2008_-_2010_2013_03.pdf (abgerufen am 15.04.2023).

IGES Institut (2019) Stationäre Hebammenversorgung, iges.com, in: https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e24893/e24894/e24895/e24897/attr_objs24976/IGES_stationaere_Hebammenversorgung_092019_ger.pdf (abgerufen am 18.03.2023).

Klauber, J./M. Geraedts/Jörg Friedrich/Jürgen Wasem/Andreas Beivers (2020) Krankenhaus-Report 2020: Finanzierung und Vergütung am Scheideweg, in: https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8.

Krankenhaus Rating Report (2022) Wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser hat sich 2020 durch Pandemie-Hilfen verbessert, In: https://www.rwi-essen.de/presse/wissenschaftskommunikation/pressemitteilungen/detail/krankenhaus-rating-report-2022 (abgerufen am 27.04.2023).

Reimbursement Insitute (2023) G-DRG System Fallpauschalen-Katalog + Statistik OPS ICD, G-DRG System Fallpauschalen-Katalog + Statistik OPS ICD, in: https://app.reimbursement.info/drgs?name=_&t%5B%5D=year%3A%3D%3A2023&t%5B%5D=mdc%3A%3D%3A14&t%5B%5D=ancestry_kind%3A%3D%3Aterminal&commit=1 (abgerufen am 29.04.2023).

Reimbursement Institute (2023) InEK – Beschreibung von Finanzierung und Aufgaben, in: https://reimbursement.institute/glossar/inek/ (abgerufen am 13.04.2023).

Reimbursement Institute (2023) Wie aus dem G-DRG-System das aG-DRG-System wurde, in: https://reimbursement.institute/glossar/ag-drg-system/ (abgerufen am 14.04.2023).

Schaffert, R./Klinikverbund Hessen e.V. (2019) Krankenhausfinanzierung und Herausforderungen, in: https://www.klinikverbund-hessen.de/fileadmin/Dateien/Fachinformationen/2019-09_Krankenhausfinanzierung_und_Herausforderungen.pdf.

Schmidt, S. (2010) Refinanzierung der Geburtshilfe, in: Zeitschrift Für Geburtshilfe Und Neonatologie, Thieme Medical Publishers (Germany), Bd. 214, Nr. 05, S. 175–176, in: doi:10.1055/s-0030-1267217 (abgerufen am 14.04.2023).

Schreyögg/Hamburg Center for Health Economics (2020) Bedarfsgerechte Gestaltung der Krankenhausvergütung – Reformvorschläge unter der Berücksichtigung von Ansätzen anderer Staaten: im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK), in: https://www.tk.de/resource/blob/2090886/90a4ec1624cb79d28da08e0edab46328/gutachten-der-krankenhausfinanzierung-2020-data.pdf (abgerufen am 11.05.2023).

Reform of hospital financing: revenue-independent retention flat rates for acute inpatient obstetric facilities

The patient classification system according to diagnosis related groups (DRGs) is highly related to performance, which was the reason for its national introduction in the early 2000s. Since 2003, hospital services have therefore been remunerated via the DRG system by means of flat rates per case. With few exceptions, all hospital services were remunerated via these flat rates per case until 2019. In 2020, the personnel costs for the nursing staff working in the hospital bed were then covered by the DRG-classified remuneration in order to relieve the enormous economic cost pressure on the nursing staff employed in German hospitals. This pressure is particularly evident in hospital wards with a low proportion of elective procedures (such as obstetrics). The economic management of such hospital wards is challenging. Now an even more far-reaching health policy proposal is being made. According to this proposal, hospitals should be financed for their maintenance costs. This is to be done by means of normatively determined budgets. In this way, a financial relief of the hospitals on the one hand and the promotion of the quality of service provision on the other hand should succeed. In the following paper, the challenges of acute inpatient obstetrics due to the current and planned financing system are examined. For this purpose, six selected experts, who belong to very different levels of care in the hospital sector, give an outlook on the introduction of the reserved financing.

Keywords

Obstetrics, reserve financing, Hospital reform, DRG system, financing system, inpatient care, care research, quality of care

Autorenerklärung

Die Autor:innen haben die Auswertung der Daten sowie die Interpretation der Ergebnisse ohne finanzielle Unterstützung erarbeitet. Sie erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Wilbert et al.: „Reform der Krankenhausfinanzierung: erlösunabhängige Vorhaltepauschalen für akutstationäre Einrichtungen der Geburtshilfe“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (06/23), S. 62–67. http://doi.org/10.24945/MVF.06.23.1866-0533.2565

Pauline Wilbert BSc ORCID: 0009-0001-4732-2328
ist Absolventin des Studiums der Gesundheitsökonomie (BSc) an der Hochschule RheinMain in Wiesbaden. Ihre Bachelorthesis schrieb sie zum Thema der Vorhaltefinanzierung in der stationären Geburtshilfe.
Kontakt: Pauline.Wilbert@icloud.com



Dr. rer. pol. Hans-Christian Vatteroth ORCID: 0009-0006-4480-2090
hat als Bank- und Diplomkaufmann langjährige Leitungserfahrung in den Bereichen des Krankenhauses, Medizinischer Versorgungszentren sowie stationärer und ambulanter Pflege. Er ist Lehrbeauftragter an der MSH Medical School in Hamburg. Weitere Lehraufträge hatte er in der Vergangenheit an der FOM, Hochschule Fresenius und der IU. Er ist Geschäftsbereichsleiter der Referats Krankenhausfinanzierung und Entgelte der Hessischen Krankenhausgesellschaft e.V. Kontakt: Hans-Christian.Vatteroth@hkg-online.de



Christina Grün BSc ORCID: 0009-0005-2648-8213
studierte an der Fachhochschule Gießen-Friedberg Allgemeine Betriebswirtschaftslehre mit den Schwerpunkten Wirtschaftliches Gesundheitswesen und EDV/Betriebsorganisation. Nach verschiedenen Stationen im Krankenhaus- und Krankenkassenbereich, insbesondere im Bereich der Versorgungsplanung und Qualitätsmanagement/Patientensicherheit, ist sie Geschäftsbereichsleiterin Medizin und Qualität bei der Hessischen Krankenhausgesellschaft e. V. Kontakt: Christina.Gruen@hkg-online.de



Prof. Dr. rer. pol. Hans-R. Hartweg ORCID: 0000-0002-5218-5508
ist Professor im Fachbereich „Wiesbaden Business School“ der Hochschule RheinMain. Dort betreut er den Studiengang „Gesundheitsökonomie (B.Sc.)“ und kümmert sich um aktuelle Fragen der Versorgungsforschung.
Kontakt: Hans.Hartweg@hs-rm.de

