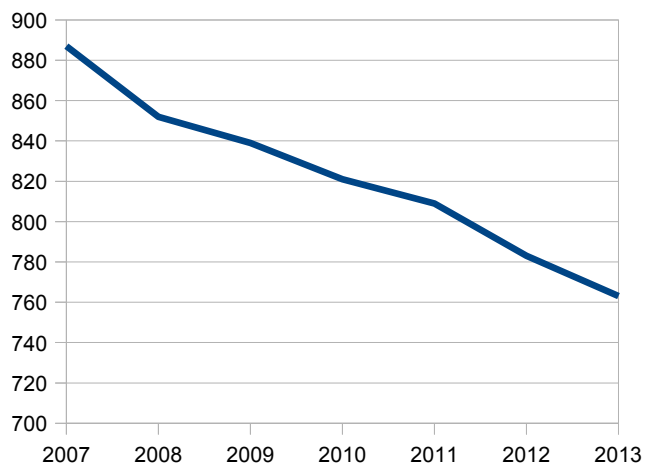




Klinische Geburtshilfe in Deutschland
Anzahl der Geburtshilfestationen



Bericht zur klinischen Geburtshilfe

2/2014

Vorwort

Datenerhebung

Auswertung

Forderungen

Schlußwort

Vorwort

Seit Einführung des DRG-Systems geraten Geburtshilfestationen in finanzielle Not und schließen. Schon vielfach wurde ein Systemversagen des DRG als Grund dafür diskutiert. Nachweisen ließ es sich bisher als Verursacher nicht. Andere Faktoren, wie die hohen Prämien der Berufshaftpflicht stehen eher im Fokus der öffentlichen Wahrnehmung. Doch erklären sie den starken Rückgang der Entbindungsstationen nicht ausreichend. Viele Standorte wollen sich nicht einfügen in das Bild von Personalmangel und teuren Prämien.

Im September 2013 veröffentlichte Prof. Dr. Michael Simon von der Hochschule Hannover im Deutschen Ärzteblatt den Artikel „Das deutsche DRG-System: Grundsätzliche Konstruktionsfehler“.¹

Darin beschreibt er unter anderem den Kellertreppeneffekt. Dieser entstehe, wenn die Kalkulationspartner, die geringere Kosten einreichen, in der Mehrheit sind. Im folgenden Jahr müssen die unterlegenen Kliniken mit weniger Geld auskommen. Sie müssen ihren Betrieb auf die gesunkenen Einnahmen einstellen und gehen mit der Kostenreduzierung in die Durchschnittsberechnungen im nächsten Jahr ein. Die in der Mehrheit kostengünstigeren Kliniken ziehen den Durchschnitt erneut runter. So nähere sich die Vergütung keinem Durchschnitt an, sondern wird irgendwann zu hundert Prozent der Struktur der Mehrheit folgen. Kliniken, die dem Kostendruck nicht standhalten, stellen zwischenzeitlich verlustreichen Leistungen ein. Der Basisfallwert verschleierte diesen Effekt zusätzlich und verschärfe die Situation für Länder mit einem geringen Basisfallwert.

Das ausführende Institut, der InEK (Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus), müsste eine repräsentative Stichprobe nehmen. Die Teilnahme an der Kalkulation seitens der Klinik ist freiwillig, es besteht allerdings kein Anspruch auf Teilhabe. Vergütet wird auch hier über Fallwerte. Eine Benachteiligung kleinerer Krankenhäuser.

„Die Vertragsparteien vereinbaren pauschalierte Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern oder Ausbildungsstätten an der Kalkulation, die einen wesentlichen Teil der zusätzlich entstehenden Kosten umfassen sollen; sie sollen als fester Grundbetrag je Krankenhaus und ergänzend als Finanzierung in Abhängigkeit von Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze gezahlt werden.“²

Dieser Bericht untersucht vorrangig Einflussfaktoren der Kalkulation der Relativgewichte. Die Kalkulation der Relativgewichte basiert auf dem gesamten Bundesgebiet. Die reale Vergütung wiederum ist an den Multiplikator Landesbasisfallwert geknüpft.

Weitere Problemfelder der klinischen Geburtshilfe werden beschrieben und einbezogen.

Wir danken der Verlagsredaktion Dr. Otto Schmidt KG Köln für die Genehmigung der Veröffentlichung eines Fachartikels.

1 „Das deutsche DRG-System: Grundsätzliche Konstruktionsfehler“ Prof. Dr. Michael Simon Dtsch Arztebl 2013; 110(39): A-1782 / B-1572 / C-1548

2 KHG §17b Abs. 5

Datenerhebung

Alle Daten zur Beurteilung der Kalkulation wurden aus dem Jahr 2012 erhoben. Sie stellen die Kalkulationsbedingungen für das Jahr 2013 da. Die Basisfallwerte wurden deshalb aus dem Jahr 2013 zugrunde gelegt.

1. Kalkulationspartner

Das InEK weist 437 Kliniken als Kalkulationspartner aus. 220 davon unterhalten eine Geburtshilfeabteilung. Diesen wurde weitere Daten zugeordnet. Die Geburtszahlen aus dem Jahre 2012³, die Versorgungsstufe⁴ und das Bundesland.

Level 1 und Level 2 wurden zu Perinatalzentren zusammengefasst. Level 3 (Perinataler Schwerpunkt) und Level 4 (Geburtshilfe) wurden ebenfalls zusammengefasst. Die Kostenstruktur kann in beiden Gruppen als naheliegend und damit vergleichbar eingestuft werden.

2012 wiesen die Kalkulationspartner 234.854 Geburten (= Fallzahl) aus.

2. Wirtschaftliche Faktoren

Die Geburtshilfe ist wirtschaftlich von zwei großen Faktoren bestimmt.

1. Fallzahlen
2. Perinatale Versorgung

Bekannt ist, dass der derzeitige break even point für Belegabteilungen bei ca. 600 - 800 Geburten liegt. Für Hauptabteilungen bei ca. 800 - 1000. Die Geburtshilfe bedingt hohe Vorhaltekosten von Personal, unter einer bestimmten Fallzahl können diese Festkosten nicht erwirtschaftet werden.

Perinatale Zentren haben durch die Versorgung von Frühgeborenen erheblich höhere Einnahmen. Es ergeben sich zahlreiche Synergieeffekte bei Personaleinsatz, Auslastung und Struktur. Über die Geburtshilfe werden dadurch Patienten für einen lukrativen Bereich regeneriert. Perinatalzentren haben somit eine völlig andere Kostenstruktur als kleine ländliche Versorger, die ausschließlich Geburtshilfe anbieten. .

3 Milupa Geburtenliste 2011/2012

4 Klinikangaben

3. Bundesländer

Die Kliniken wurden ihren Bundesländern zugeordnet. Um vergleichen zu können, wie ähnlich die Bedingungen der Länder in Bezug auf eine flächendeckende Versorgung sind, wurde der Bezugswert Geburten/km² beigefügt.

	Geburten/km ²
Baden-Württemberg	2,5
Bayern	1,5
Berlin	38,9
Brandenburg	0,6
Bremen	13,5
Hamburg	23,4
Hessen	2,4
Niedersachsen	1,3
Nordrhein-Westphalen	4,3
Mecklenburg-Vorpommern	0,6
Rheinland-Pfalz	1,6
Saarland	2,7
Sachsen	1,9
Sachsen-Anhalt	0,8
Schleswig-Holstein	1,4
Thüringen	1,1

Die unterschiedlichen Basisfallwerte wurden gesondert berücksichtigt. Die Länder wurden eingeteilt in zwei Gruppen: Über / unter Durchschnitt LBFW.

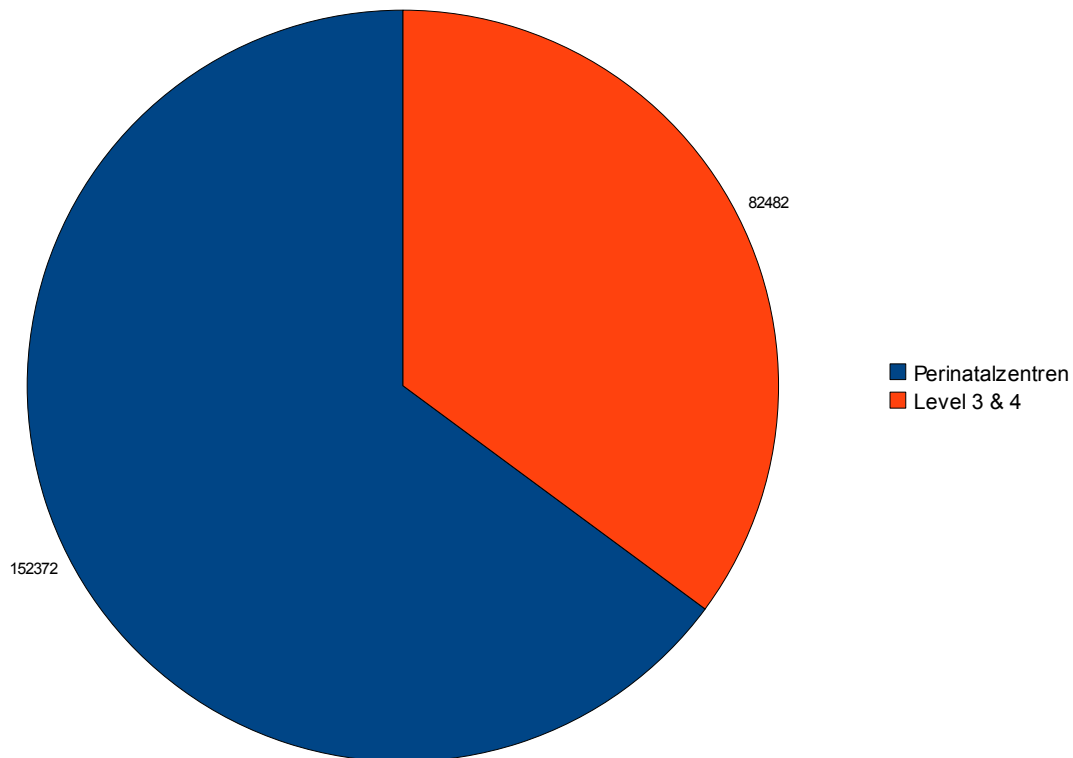
Ø LBFW: 3.056,09

Bundesbasisfallwert (BBFW): 3.068,37

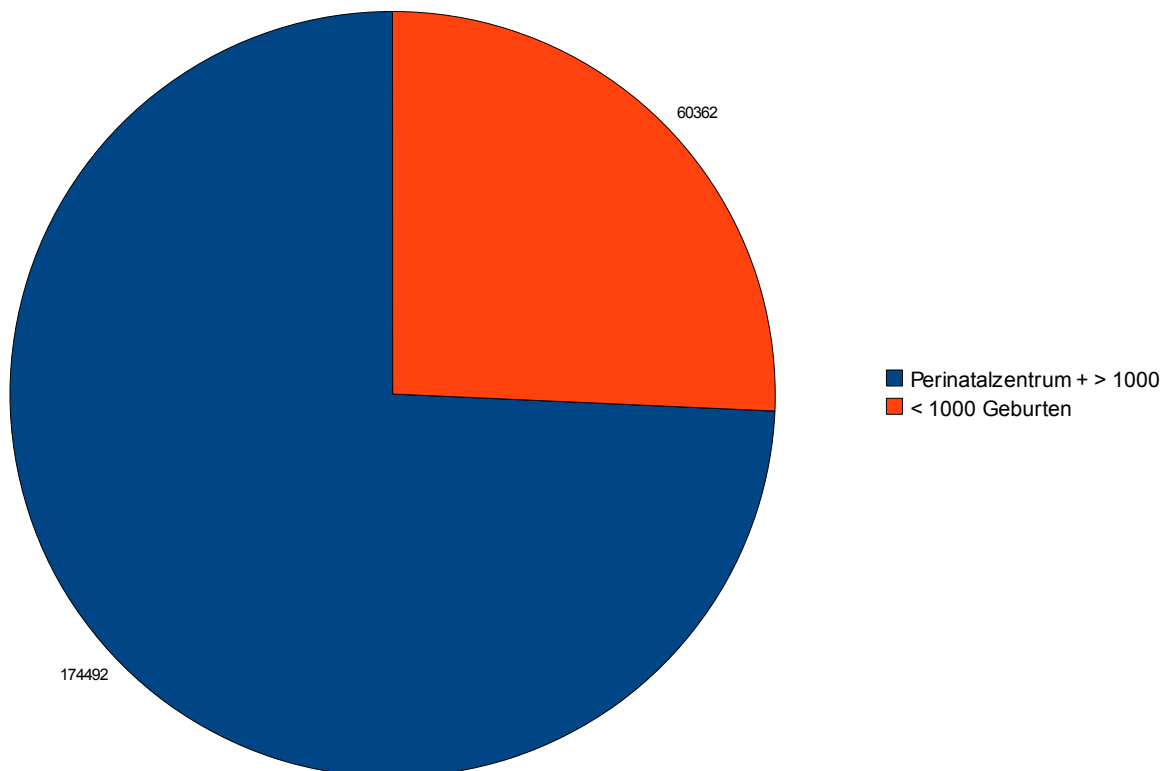
> Ø LBFW	< Ø LBFW
Baden-Württemberg	Brandenburg
Bayern	Berlin
Bremen	Niedersachsen
Hamburg	Nordrhein-Westphalen
Hessen	Mecklenburg-Vorpommern
Rheinland- Pfalz	Sachsen
Saarland	Sachsen-Anhalt
	Schleswig-Holstein
	Thüringen

Auswertung

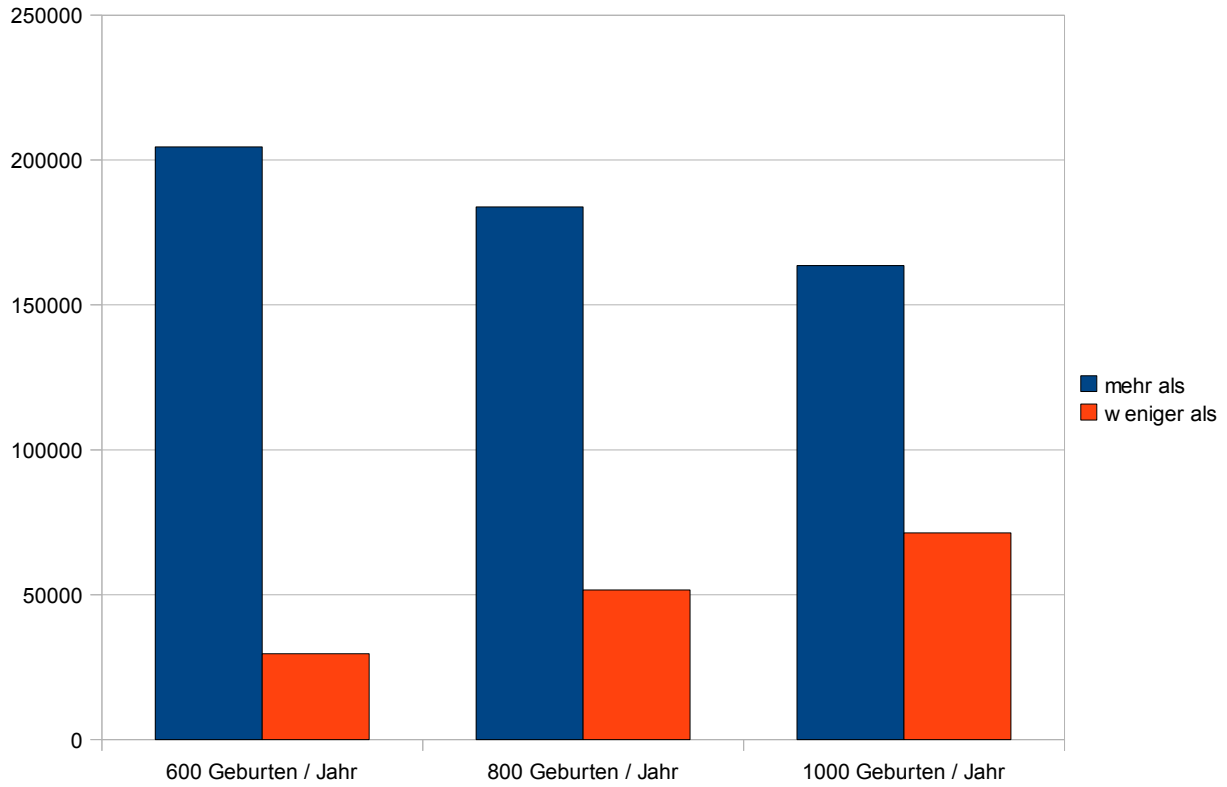
Gewichtung der Fallzahlen nach Versorgungsstufe n=234.854



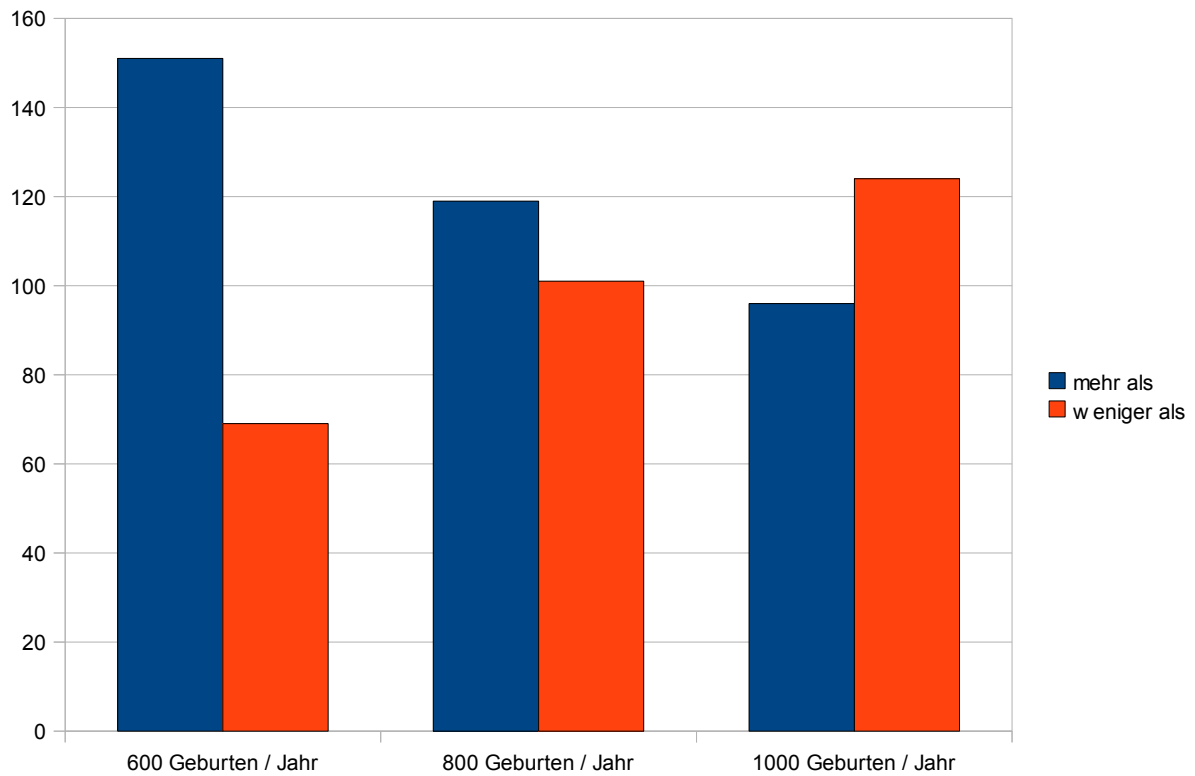
Gewichtung der Fallzahlen nach Versorgungsstufe und Geburtenzahl



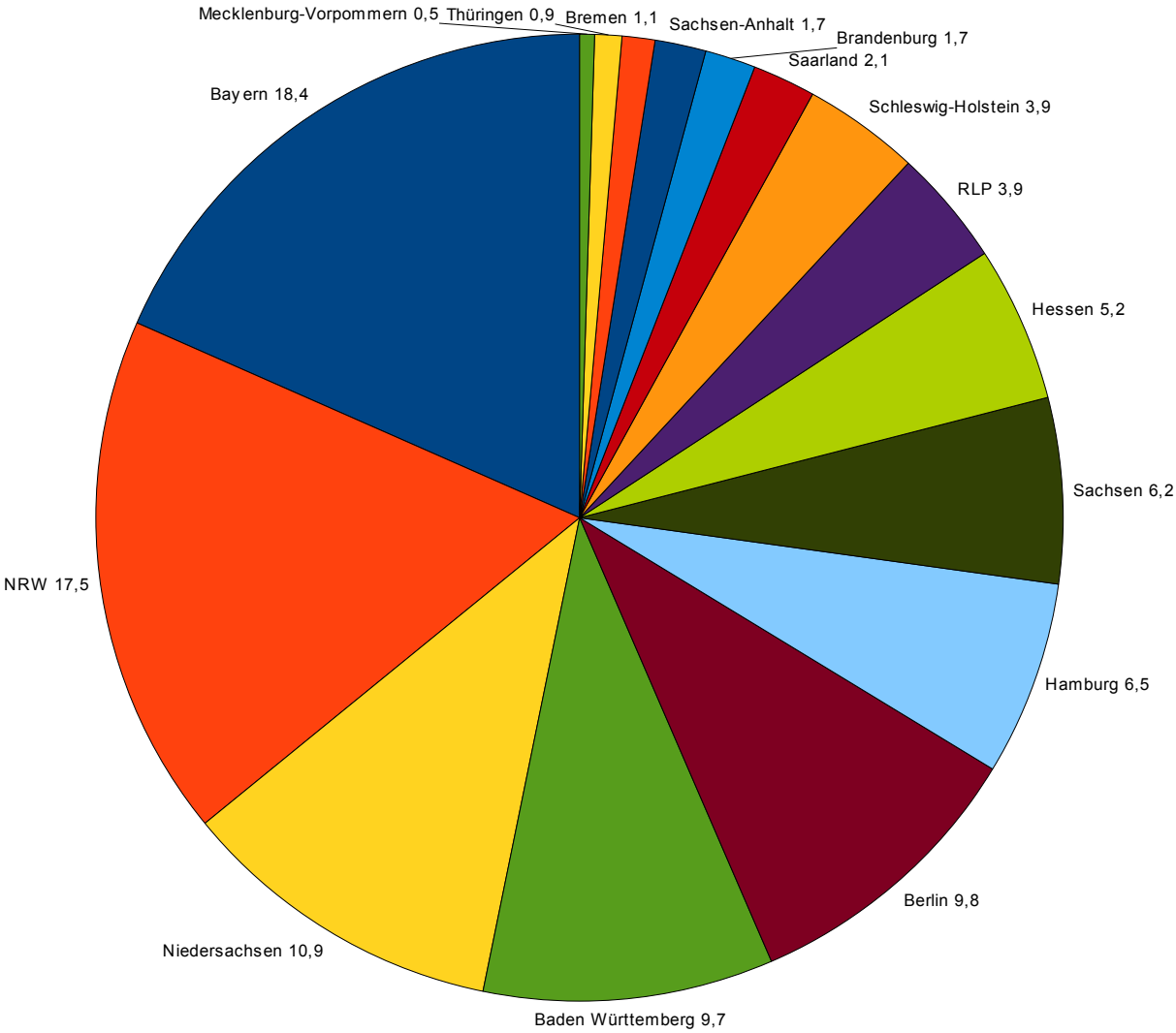
Gesamtfallzahlen der Stationen über / unter 600, 800 und 1000 Geburten



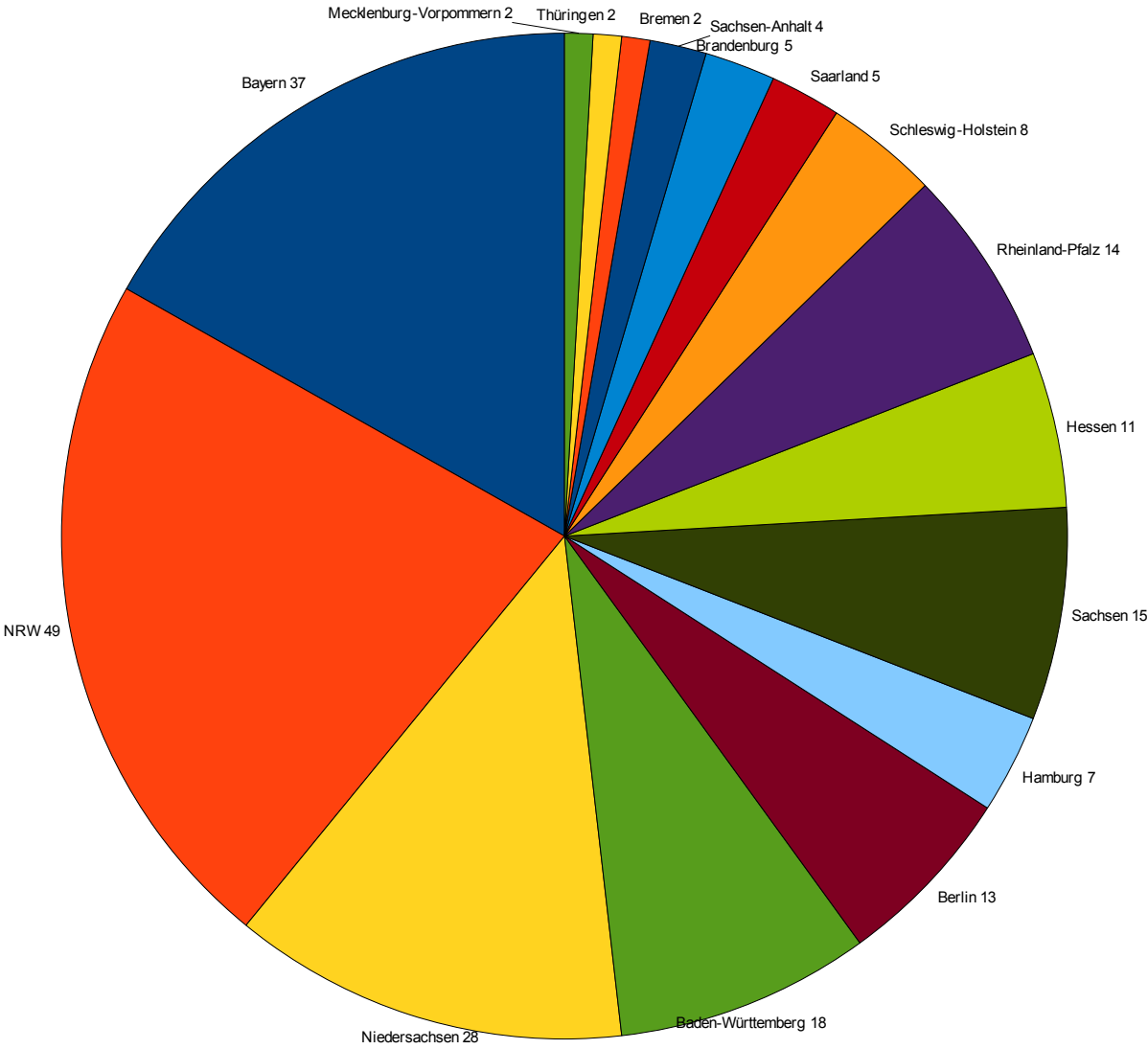
Anzahl der Kalkulationspartner nach Geburten / Kalkulationspartner



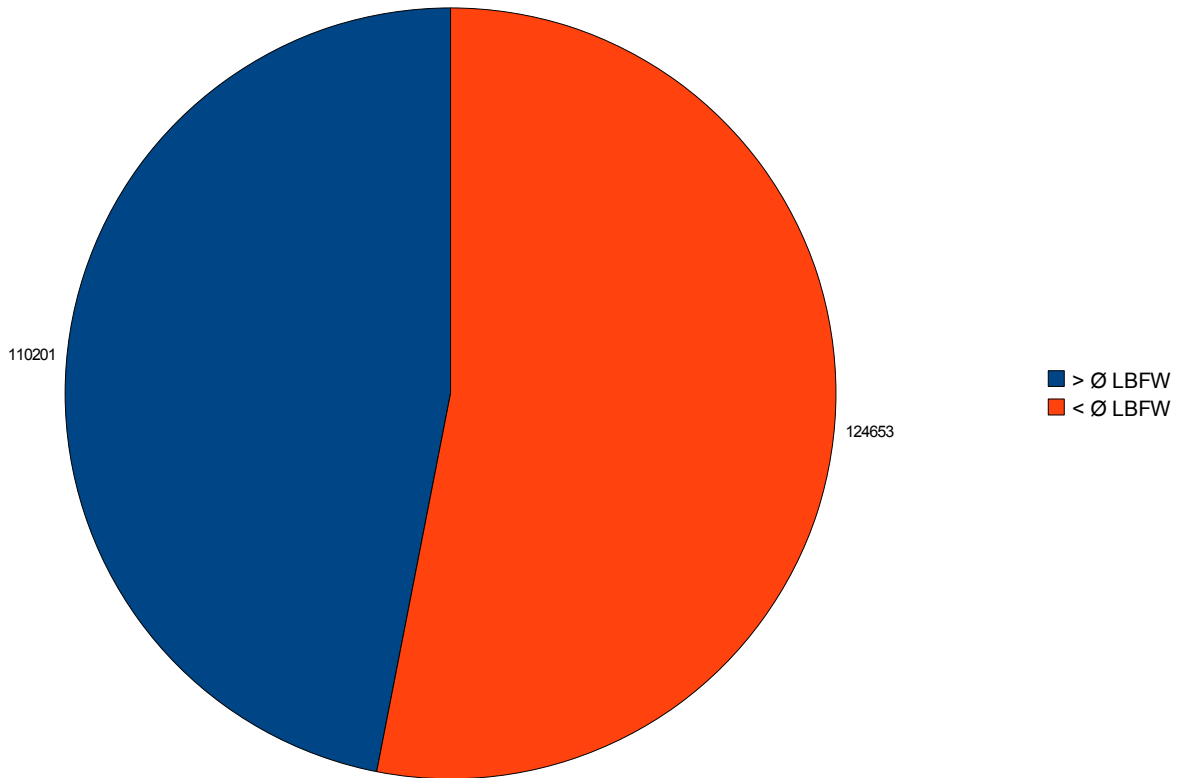
Anteil der Länder an den Fallzahlen in %



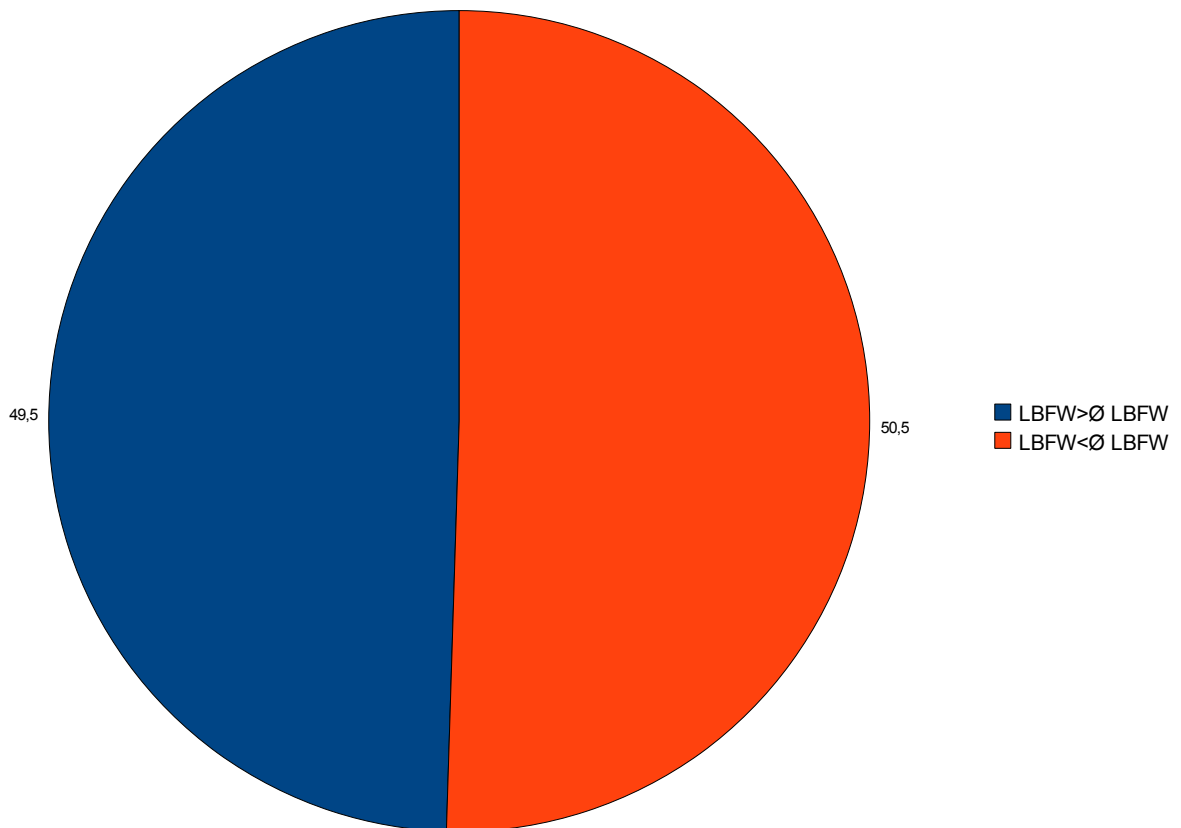
Anzahl der Kalkulationspartner in den Ländern



Basisfallwert nach Fallzahlen gesamt



Basisfallwert Fallzahlen der Perinatalzentren in %



Einleitung

Die Geburtshilfe stellt in vielerlei Hinsicht eine Besonderheit dar. Für diesen Bericht war es nötig über hundert Kliniken persönlich zu kontaktieren. Immer wieder wurde unterstrichen, dass der Anfang des Lebens, die Geburt und die Teilhabe daran etwas ganz wertvollen für die Häuser sind. In einem Bereich, wo gelitten und gestorben wird, sind Neugeborene Inseln des Lebens.

Einhellig beschrieben uns Geschäftsführer, Ärzte und Hebammen, dass die Kosten für die qualitativen Anforderungen nicht umfänglich vergütet werden. Diese könnten nur unzureichend eingebracht werden. Ein Abwärtstrend sei seit Einführung des DRG-Systems deutlich spürbar. In der Wahrnehmung der Kliniken ist dies neben Rechtsunsicherheiten (s. Weitere Schließungsfaktoren) der Hauptfaktor für Schließungen. Immer wieder wurde betont, dass die Übernahme von Haftpflichtprämien für freiberufliche Geburtshelfer innerhalb einer rentablen Abteilung kein Problem darstelle. Dies wäre vielfach immer noch kostengünstiger als eine Hauptabteilung.

Diese Kontakte stellen keine repräsentative Umfrage da.

Auch ethisch ist das DRG-System im Bereich der Geburtshilfe problematisch. Das System schafft Anreize zur effizienten Leistung, benachteiligt aber Erbringer komplikationsarmer Verläufe. Umso komplizierter der Fall umso höher die Vergütung. Ein Kaiserschnitt bringt also mehr ein als eine vaginale Geburt. Ein Anteil an der steigende Kaiserschnittquote seit Einführung der Fallpauschalen ist möglicherweise dieser Leistungsgewichtung anzurechnen. Die realen Kosten einer vaginalen Geburt seien manchmal höher oder gleich denen eines Kaiserschnitts.

Zudem schafft die Abhängigkeit von Fallzahlen auf der einen Seite, aber die Verpflichtung zur Vorhaltung einer besonderen Struktur unabhängig von der Fallzahl auf der anderen, eine finanzielle Schere. In Zeiten rückgängiger Geburtenzahlen erhalten die Stationen immer weniger Geld und müssen doch die Anforderungen erhalten. Diese Mindestanforderungen stellen besondere Ansprüche an die Räumlichkeiten, das Personal und weitere Prozesse. Das ist die Besonderheit der Geburtshilfe – und ein hoher Kostenfaktor.

Lukrativ wird die Geburtshilfe erst dann, wenn sie weitere gut honorierte Leistungen mit sich bringt. Klassisches Beispiel ist die Versorgung von Frühgeborenen. Da die Mindestanforderungen durch die Struktur eines Perinatalzentrums erfüllt sind, entstehen hier geringere Vorhaltekosten.

Die Bundesländer haben ganz unterschiedliche Bedingungen an eine ausreichende Versorgung mit klinischer Geburtshilfe. An der Aufstellung der Länder Geburten/km² kann man einen gewichtigen räumlichen Faktor deutlich erkennen.

Weitere Schließungsfaktoren

Berufshaftpflicht der Freiberufler

Als Ursache für Schließungen steht die Berufshaftpflicht für Belegärzte und -hebammen fast alleinig in der öffentlichen Wahrnehmung. Der Betrieb einer Hauptabteilung bei einer geringen Geburtenzahl ist allerdings teurer. Deshalb kann vorausgesetzt werden, dass bei Rentabilität, die Übernahme der Prämien für den Betreiber keine Hürde darstellen würde. Viel Kliniken bezuschussen ihre Belegkräfte trotz Defizit. Mit den Hebammen werden häufig Verträge über Rufbereitschaften, Nachtreinigung des Kreißsaales oder anderer Aufgaben abgeschlossen, um ihnen eine weitere Einnahmequelle zu eröffnen. Die Hebammen erhalten so nötiges zusätzliches Einkommen zur Bestreitung ihrer hohen Betriebskosten. Es gibt auch zahlreiche Beispiele, in denen Gemeinden, Kreise oder Hilfsfonds für die Belegkräfte aufkamen, bzw. aufkommen.

Die Situation von Hebammen und Ärzten ist prekär. Ärzte müssen 200 Geburten nur für ihre Versicherung leisten. Viele Hebammen müssen aus wirtschaftlichen Gründen die Geburtshilfe aufgeben oder haben dies bereits getan,

Die Versicherung ist dringend neu zu regeln. Die Kostensteigerung muss unterbrochen werden. Geburt ist ein Vorgang des Lebens. Schäden die daraus resultieren, stehen in der Verantwortung der ganzen Gesellschaft, nicht der Person, die während der Geburt hilfreich zur Seite steht. Eine Regelung analog der Impfschäden bspw. ab einer Schadenssumme von 100.000 € erscheint besonders praktikabel.

Neben Bemühungen des Bundesgesundheitsministeriums initiierte Schleswig-Holstein eine Bundesratsinitiative. Durch den Rückzug eines Versicherers ist es erforderlich, eine Neuregelung innerhalb der nächsten 16 Monate umgesetzt zu haben.

Absolut unakzeptabel ist es, weitere Schließungen aufgrund der Aufgabe von Belegkräften hinzunehmen. Ein Bundesfonds muss umgehend eingerichtet werden.

Personalmangel

Die schlechten Bedingungen verschärfen die ohnehin knapper werdenden Kapazitäten für Fachärzte. Die Unattraktivität des Bereichs Geburtshilfe entsteht durch die seit Jahren anhaltende Verunsicherung und wirtschaftliche Unterversorgung des Bereiches. Zudem bemängeln Gynäkologen die derzeitige Ausbildung. Fertigkeiten des Berufes würden nicht mehr umfänglich abgebildet werden. Dies beträfe Geburtssituationen, wie z.B. die Entwicklung des Kindes aus Beckenendlage.

Die unterschiedlichen Basisfallwerte verschärfen den Wettbewerb auf dem Arbeitsmarkt für Bundesländer mit niedrigem Basisfallwert.

Rechtsunsicherheit wegen Organisationsverantwortung

Die Problematik wird in folgendem Artikel umfassend abgebildet. Mit Genehmigung der Verlagsredaktion Dr. Otto Schmidt KG Köln, Literaturfundstellen: siehe Original-Arbeit.

„Verwirrung um Organisationsanforderungen in der Geburtshilfe“⁵

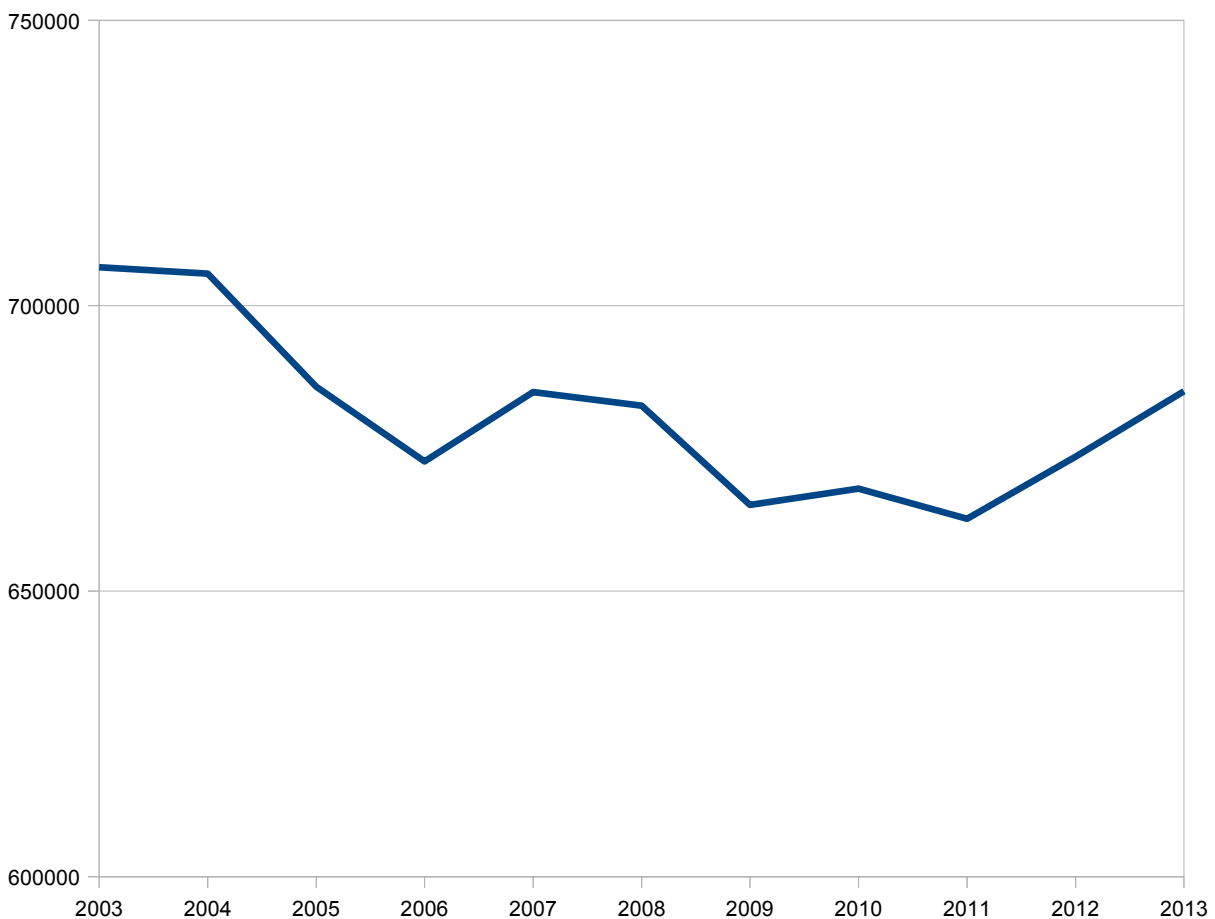
Im Fokus dieses Problemkreises stehen insbesondere die Bereiche Geburtshilfe und Anästhesie aufgrund ihrer sehr kurzen Einsatzzeiten. Die hier üblicherweise auf Hypoxie beruhenden Patientenschäden gehören überdies zu den schwersten überhaupt. Auch bei zunächst normal verlaufenden Geburten können unvermutet Komplikationen auftreten (z.B. Nabelschnur-Strangulation des Kindes), die eine minutenschnelle Notsectio erfordern. Den hierfür erforderlichen Vorhalt von Fachärzten der Gynäkologie, Anästhesie sowie – zur Erstversorgung des hypoxischen Kindes – der Pädiatrie in durchgehendem Bereitschaftsdienst im Haus können sich zumindest kleinere Einrichtungen nicht leisten und weichen auf aushäusige Rufbereitschaften aus.²² Rufbereitschaften führen zu zwei Problemen. Erstens muss überhaupt noch jemand vor Ort sein, der die Indikation zur Notsectio erkennen kann.²³ Zweitens erfordert eine Notsectio wesentlich mehr Zeit, wenn die beteiligten Ärzte erst aus der Rufbereitschaft herbeigeholt werden müssen.²⁴ Will sich daher ein Träger informieren, inwieweit Rufbereitschaftsdienste in geburtshilflichen Abteilungen überhaupt zulässig sind, so sieht er sich einer Kakophonie von Gerichtsentscheidungen gegenüber, die auf beunruhigend widersprüchlichen Aussagen ärztlicher Gutachter über den angeblichen medizinischen Standard beruhen. Wie erklären sich diese Widersprüche? Dem OLG Stuttgart zufolge „stellen sich [bei Indikation einer Notsectio] in der Regel nach 10 Minuten bleibende Schäden in den Hirnstrukturen ein. [. . .] Im Kampf gegen eine bleibende Schädigung des Kindes kommt es deshalb auf jede Minute Zeitgewinn an.“²⁵ Auch die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) stellt in ihrer Leitlinie 3.5.1 fest, dass sich absolut eilige Notfälle wie etwa eine Nabelschnurkomplikation nur bei einer sog. Entscheidungs-Entbindungs-Zeit (E-E-Zeit) von maximal 10 Minuten „mit angemessener Sicherheit behandeln“ lassen.²⁶ Die gutachterliche Uneinigkeit entzündet sich im Wesentlichen erst an der zynisch anmutenden Fragestellung, in welchem Umfang geburtshilflichen Kliniken nach betriebswirtschaftlicher Kostenrechnung zugemutet werden kann, der geschilderten medizinischen Realität Rechnung zu tragen.²⁷ Es drängt sich der Eindruck auf, dass hier eine schwierige Grundsatzentscheidung über die Rationierung medizinischer Sicherheit „wie eine heiße Kartoffel“ von der Politik über den G-BA und die Gerichte an einzelne Sachverständige weitergegeben wird. Wie unwohl sich die Gerichte fühlen mit dem auch auf persönliche Interessenkonflikte der befragten Gynäkologen zurückzuführenden Dissens zeigt ihre argumentative Zuflucht zu einer Fülle von Einzelfallumständen in den Urteilsbegründungen. Teilweise wird bereits die Zulässigkeit von Rufbereitschaften an sich verneint.²⁸ Überwiegend wird bei einer Notsectio die Einhaltung einer E-E-Zeit verlangt, die oft bei maximal 20 Minuten angesetzt wird,²⁹ aber auch schon bei 23 Minuten³⁰ oder 20–30 Minuten³¹ gesehen wurde. Das OLG Koblenz kommt sogar zu dem kühnen Schluss, dass allein die Häufigkeit der Verstöße gegen die 20-Minuten-Vorgabe bereits die Geltung selbiger aufhebe.³² Zu Ende gedacht bedeutet dieses Urteil letztlich die Übertragung des Qualitätsunterbietungswettbewerbs vom „lemon market“ nach Akerlof auf das Gebiet der Haftungsrechtsprechung."

⁵ Neelmeier T., Schulte-Sasse U. (2012) Adverse Selektion medizinischer Leistungserbringer – Marktversagen infolge Informationsasymmetrie und Verantwortungsgefälle. GesundheitsRecht 11:65-72

Demografischer Wandel

Ein häufig vorgebrachtes Argument für die absolute Notwendigkeit eines Abbaus geburtshilflicher Abteilungen ist der demografische Wandel. Wegen gravierender gesellschaftlicher Veränderung eine Änderung an der Versorgungsplanung vorzunehmen steht jedoch einzig und allein in Verantwortung und Kompetenz der Landesregierungen. Es darf nicht über die Länder hinweg eine Sanktionierung über wirtschaftliche Aspekte geben. Dieser Faktor ist auch ungeeignet, um eine geeignete Auswahl zu treffen. In vielen Räumen werden in Deutschland für eine ausreichende und sichere Versorgung immer auch Kliniken benötigt, die weniger als 1000 Geburten im Jahr begleiten. Es ist eine strukturelle Frage, ab welcher Fallzahl eine Station zumindest kostendeckend arbeiten können muss. Stationen, die darunter liegen müssten dann über einen Sicherstellungszuschlag wirtschaftlich erhalten werden.

Geburten in Deutschland (2013 vorläufiges Ergebnis)⁶



⁶ Statistisches Bundesamt

Auswertung der Kalkulation

Bei der Kalkulation haben Perinatalzentren eine zwei Drittel Mehrheit der Fallzahlen. Nimmt man Kliniken hinzu, die eine Geburtenzahl über 1000 Geburten haben, so stellen diese eine Dreiviertel Mehrheit. Legt man nur die Geburtenzahl zugrunde ergibt sich ein Gleichgewicht erst bei über 1000 Geburten pro Jahr. Im Falle dessen, dass Perinatalzentren und Kliniken mit über 1000 Geburten im Jahr niedrigere Kosten als die anderen einreichen, kann der Kellertreppeneffekt hier belegt werden. Die Schließungswelle betrifft fast ausschließlich Kliniken aus der Minderheit.

Der Anteil von Fallzahlen aus Ländern über und unter dem Durchschnitt der Basisfallwerte ist nahezu identisch.

Leider kann, da noch nicht aus allen Bundesländern vollständige Daten über die Schließung von Stationen in den letzten zehn Jahren vorliegen, keine Zusammenhänge zwischen der Höhe des Basisfallwertes und der geburtshilflichen Situation abgeleitet werden. Als Beispiel sei deshalb an dieser Stelle auf Schleswig-Holstein verwiesen:

Schleswig-Holstein hat den niedrigsten Landesbasisfallwert, der Einfluss auf die Kalkulation ist mit 3,9 % der Fallzahlen nicht nennenswert. Insgesamt sieben Kalkulationspartner mit acht Standorten werden eingebracht, sieben Perinatalzentren und eine Belegstation Level 4 mit ca. 600 Geburten im Jahr. Seit 2004 schlossen in SH sieben Stationen, alle Level 4. Die Geburtenzahl Schleswig-Holsteinischer Frauen sanken im gleichem Zeitraum um 8,7 %.

Der Einfluss auf die Kalkulation von Länder mit hoher Geburtendichte (Geburten/km²) ist nachweislich gering. Dieser Faktor ist deshalb zu vernachlässigen. Er bietet keine somit auch keinen Ansatz zur Lösung.

Klinische Geburtshilfe -



Forderungen:

1. Wirtschaftliche Sicherstellung

Leistungen aus einem Versorgungsauftrag aus der Krankenhausplanung dürfen nicht unterfinanziert werden. Die Geburtshilfe ist vom Grundsatz her ungeeignet, alleinig über Fallzahlen vergütet zu werden. Es ist eine Regelung notwendig, die klinische Geburtshilfe unabhängig von der Geburtenzahl kostendeckend finanziert, solange es politisch gewünscht ist. Ob Stationen nicht benötigt werden, muss Beschluss Sache des Landes sein. Die Krankenhausplanung muss wirtschaftlich sicher gestellt werden.

2. Bemächtigung des Bundeskartellamtes

Um ungünstige Auswirkungen durch die Stichprobe der Kalkulation zu erkennen und zu minimieren wäre die Kompetenz des Bundeskartellamtes nötig. Das Amt muss die Aufsicht über die Preisermittlung des Entgeltsystems für Krankenhäuser bekommen.

3. Trennung der Kalkulation

In einer Kalkulation dürfen nicht Leistungen mit stark abweichender Struktur vereinigt werden. Die DRGs lassen nur eine Trennung nach Leistung zu. Eine strukturelle Trennung von Perinatalzentren und Level 3 und Level 4 kann allenfalls über ein OPS-Vorschlagsverfahren auf Einführung eines Komplexcodes vorgenommen werden. Wobei auch dieses Verfahren für solche Regulierung nicht gedacht ist. Eine Verfeinerung der Regularien ist erforderlich.

4. Abschaffung der unterschiedlichen Landesbasisfallwerte oder Trennung der Länder in der Kalkulation.

Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz nehmen gleichen Anteil auf die Kalkulation. SH hat den niedrigsten Basisfallwert 3012,40, RLP den höchsten 3250,70. Die gleiche Leistung erbringt in SH also 7,3 % weniger. Bei einem angenommen durchschnittlichen Relativgewicht von 0,9 pro Geburt bekommt eine Klinik mit 500 Geburten in SH 1.355.580 €, in RLP 1.462.815 €. 107.235 € jährlich weniger. Das ist beachtlich. Für den bundesweiten Wettbewerb, z.B. auf dem Arbeitsmarkt, ist dies eine enorme Benachteiligung.

Schlußwort

Die Bevölkerung in Deutschland wünscht eine Versorgung auch in den ländlichen Räumen. Eine Geburt ist einer der intimsten Momente in unserem Leben. Die freie Wahl des Geburtsortes ist ein Grundrecht. Würdevoll und selbstbestimmt zu entbinden, gelingt aber nur dann, wenn eine Vielfalt des Angebotes erhalten bleibt. Keine werdende Mutter geht sorglos mit der Wahl des Geburtsortes um, insofern besteht keine Notwendigkeit einer Einschränkung ihrer Freiheit. Zahlreiche Studien belegen, wie überaus wichtig das seelische Befinden der Mutter für den Geburtsprozess und anschließend für den Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung ist. Diese hat direkte Auswirkung auf die Gesundheit der beiden. Und es hat Auswirkungen auf die Entscheidung der Mutter weitere Kinder zu gebären.

Eine Zentralisierung auf Perinatalzentren wird Frauen, die ein anderes Konzept von Geburt haben, nicht überzeugen. Sie werden im städtischen Bereich auf Geburtshäuser ausweichen und im ländlichen Bereichen auf Hausgeburten. Schon jetzt ist die Nachfrage in Geburtshäusern und bei Hebammen, die Hausgeburten betreuen, erheblich stärker als das Angebot. Das Angebot könnte nach erfolgreicher Neuregelung der Berufshaftpflicht erweitert werden. Für die Vielfalt ist die außerklinische Geburtshilfe eine wichtige Säule. Wir setzen und ausdrücklich auch für weitere Verbesserungen der Vergütung in diesem Bereich ein. Eine Aufnahme der Geburtshäuser in die Krankenhauspläne wäre wichtig, um diese unter besseren Schutz zu stellen.

Oberstes Ziel muss eine verbesserte Entgeltermittlung sein. Deshalb sprechen wir uns für eine gerechtere und präzisere Kalkulation aus. Nicht Regularien, die nachträglich dem DRG-System beigespflichtet werden, wie z.B. Sicherstellungszuschläge dürfen das bevorzugte Korrektiv sein. Eine sorgfältige und logische Kalkulation, also der Hebel am Beginn des Prozesses, sollte Mittel der Wahl sein. Dabei muss auch sichergestellt werden, dass alle Kosten real eingebracht werden können. Hohe Vorhaltekosten für Personal und Abteilungen, wie z.B. Labor, um den Mindestanforderungen genüge zu leisten, sind umfangreich zu berücksichtigen.

Das DRG-System greift massiv und einseitig auf die Krankenhausplanung der klinischen Geburtshilfe ein. Das Ziel der Leistungs-Kosten-Optimierung und die Reduzierung von defizitären Kliniken hat im Bereich der Geburtshilfe längst jedes Maß überschritten. Eine Planung allein über die Höhe der Fallzahlen und möglicher Zusatzeinnahmen ist für die Geburtshilfe nicht statthaft und untergräbt die Planungskompetenz der Länder.

Eine abbildende Kalkulation ist Basis einer leistungsgerechten Berechnung der Relativgewichte. Defizite des Systems und damit verbundene Regulatoren, wie Zuschläge können nur durch eine Weiterentwicklung der Kalkulation vermieden werden. Die gemeinsame Kalkulation zwei grundverschiedener Kostenstrukturen genügt den Ansprüchen an ein lernendes System nicht.

Der demografische Wandel mag die Situation beeinflussen, doch wir geben unsere Hoffnung auf Zukunft auf, wenn wir schon heute die Geburtshilfe flächendeckend einstellen.