

Geburt e.V.



Analyse zum Änderungsvorschlag „Kostenstelle Kreißsaal“

Geburt e.V.
Vorsitzende: Berit Eigenbrod
Klausbrooker Weg 6
24119 Kronshagen
kontakt@geburt-ev.de

Ansprechpartner:
Alexandra Bruns
Gesundheitssystemanalyse und gesundheitspolitische Sprecherin
a.bruns@geburt-ev.de

Inhaltsverzeichnis

1. Fragestellung

2. Auswertung

3. Datenerhebung

3.1 Personalkostenentwicklung vaginale Geburten 2004 – 2012

3.2 Fallzahlen in der Kalkulation und Hauptabteilungen

3.3 Personalentwicklung Hebammen 2006 – 2008

3.4 Aufenthaltszeit im Kreißsaal

3.5 Änderungen der Klassifikation 2004 und 2006 – 2008 vaginale Geburt

3.6 Case Mix und Case Mix Index Geburtshilfe

1. Fragestellung

Im Kalkulationshandbuch von 2003 gibt es noch keine nähere Beschränkung zu der Aufenthaltszeit der Schwangeren im Kreißaal. Ab 2007 werden dann zwei Vorgaben gemacht:

- die Wehen müssen Muttermund-wirksam sein
- die Betreuung muss intensiv und nahezu kontinuierlich verlaufen

Wirkte sich die Änderung in der Kalkulation auf die Kosten der im Kreißaal stattfindenden vaginalen Geburten aus?

2. Auswertung

In allen Fallpauschalen der vaginalen Geburt kam es vom Datenjahr 2006 zum Datenjahr zu 2008 zu erheblichen Abwertungen im medizinisch-technischen Dienst. Die einzelnen Fallgruppen haben aufgrund ihrer unterschiedlichen Fallzahlen keine einheitliche Aussagekraft.

O02A und O60A weisen nur geringe kalkulierte Fallzahlen auf (n=87-98 / n=164-141). Ihre Ergebnisse sind erwartungsgemäß größeren Schwankungen unterworfen. Die beiden fallstärksten Diagnosen O60C und O60D zeigen im pflegerischen und ärztlichen Dienst gemessen an der Personalkostenentwicklung der Hebammen stabile Verläufe.

Keine der Auf- oder Abwertung in der Klassifikation kann als so signifikant herausgestellt werden, als dass eine solche Abwertung zu begründen wäre. Bei Klassifikationsänderungen könnten hier nur Verschiebungen innerhalb der vaginalen Geburten die Folge sein. Da aber alle Fallpauschalen verlieren, scheidet ein Einfluss der Klassifikation aus.

Laut Statistischem Bundesamt nahm die Zahl der fest angestellten Hebammen in dem relevanten Zeitraum trotz Abnahme der Kliniken zu. Somit stieg auch die Personaldichte pro Klinik. Die vaginalen Geburten nahmen nicht zu, weswegen auch kein Anstieg einer kürzeren Begleitung der Schwangeren durch die Hebamme wegen gleichzeitiger Mehrfachbegleitung von Schwangeren angenommen werden kann.

Es konnten keine anderen Faktoren festgestellt werden, die eine Abwertung zwischen dem Datenjahr 2006 und dem Datenjahr 2008 begründen würden.

Der durchschnittliche Erlös einer vaginalen Geburt (O02 und O60) entwickelte sich analog zu den ermittelten Verlusten in der Kalkulation. Deutlich ist die Aufwertung des medizinisch – technischen Dienstes im Jahr 2006 zu erkennen. Dann folgt die kontinuierliche Abwertung resultierend aus dem Datenjahr 2007.

In der Betrachtung des Case Mix stellt sich eine Absurdität dar. Bei steigender Komplikationsrate (Sectorate) nahm der Schweregrad ab. Dies zeigt die enorme Entwertung der Geburtshilfe insgesamt.

Der Erlös der Gruppe O01 kann nicht weiter herangezogen werden, da in dem betreffenden Zeitraum in dieser Gruppe umfangreiche Klassifikationsänderungen und

auch eine Änderung der Kalkulationsbedingung stattfanden. Durch letztere entstanden auch Wechselwirkungen mit anderen operativen Leistungen. Die Kalkulation dieser Gruppe wird deshalb hier nicht zur weiteren Betrachtung einbezogen.

Die vaginale Geburt ist eine zeitintensive Leistung. Wird die kalkulierbare Zeit verdichtet, kommt es zu einer Abwertung, weil kürzere Leistungen aufgewertet werden. Der operative Eingriff, die Sectio, ist für sich genommen in den meisten Fällen erheblich schneller als eine vaginale Geburt. Die Abwertung der vaginalen Geburt begünstigt interventionsreiche Prozesse.

Eine zu geringe Vergütung übt hohen wirtschaftlichen Druck auf eine Abteilung aus. Interventionen zur Verkürzung der Geburtsdauer können Interventionskaskaden zur Folge haben.¹

Es ist aus gesundheitlichen Gründen für Mutter und Kind zwingend zu vermeiden, Zeitdruck auf den natürlichen Geburtsverlauf aufzubauen.

Eine Geburt lässt sich nicht durch bessere strukturelle Organisation beschleunigen, sondern immer nur durch Eingriffe, deren Spätfolgen bis heute kaum erforscht sind. Neueste Zahlen über chronische Erkrankungen von Kindern mit einem interventionsreichen Geburtsverlauf geben Anlass zur größten Sorge. Ursache könnte nicht nur das verpasste mütterliche Mikrobiom bei einer Sectio,² sondern auch hormonelle Störungen durch eine Einleitung sein.³

Kaiserschnittkinder haben ein deutlich erhöhtes Risiko, an Asthma⁴, Typ 1 Diabetes, Zöliakie und Adipositas⁵ zu erkranken. Nicht übertragbare Krankheiten sind miteinander verknüpft. Das bedeutet, wenn man eine hat, besonders als Kind, sind die Chancen eine weitere zu bekommen und vielleicht eine dritte später im Leben, sehr stark erhöht.

Bei einem Kind, das Asthma hat, ist es nicht nur das Asthma, über das wir uns Sorgen machen müssen. Für dieses Kind besteht ein größeres Risiko, fettleibig zu werden, Verhaltensstörungen zu entwickeln und schließlich Lungenkrebs zu bekommen, als für Kinder, die kein Asthma haben. Jede chronische Erkrankung benötigt umfangreiche medizinische Interventionen und medikamentöse Therapien. Die Folgekosten sind also enorm, die Volksgesundheit stark beeinträchtigt, wenn auf eine interventionsarme Geburt wenig Aufmerksamkeit gelegt wird.

Interventionen, so sie für das Leben und die Gesundheit von Mutter und Kind notwendig sind, sind ein Segen. Unnötige Eingriffe sind zu vermeiden. Interventionen aus wirtschaftlichem Druck sind nicht zielführend, weil die Folgekosten immer höher sein werden, als die Einsparung während des Geburtsverlaufes.

Laut Hebammengesetz § 4 hat eine Schwangere Anspruch auf Hebammenhilfe bei Wehen. Es besteht Hinzuziehungspflicht eines Geburtshelfers. Über die Qualität der

1 A Petersen, S Drobníč, PhD, P Hillemanns, MM Groß: Der Interventionskaskade auf der Spur – Wie lange dauern die Intervalle zwischen Geburtsbeginn, intrapartalen Interventionen und der Geburt?, Thieme 2009

2 Dominguez-Bello, Maria G.; Costello, Elizabeth K.; Knight, Rob Reply to Putignani et al.: Vagina as a major source of natural inoculum for the newborn 2010 OCT 19;107(42):E160-E160, Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America - id: 176866, year: 2010, vol: 107, page: E160, stat: Journal Article,

3 S. J. Buckley : Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care, Childbirth Connection 2015

4 Cesarean Section and Risk of Severe Childhood Asthma: A Population-Based Cohort Study" von Tollanes MC, Moster D. Daltveit AK und Irgens LM.

5 Susanna Y Huh, Sheryl L Rifas-Shiman; Chloe A Zera, Janet W Rich Edwards, Emily Oken, Scott T Weiss, Matthew W Gillman: Delivery by caesarean section and risk of obesity in preschool age children: a prospective cohort study

Wehen macht das Gesetz keine Angaben.

Die Kosten einer vaginalen Geburt werden nicht leistungsgerecht vergütet.

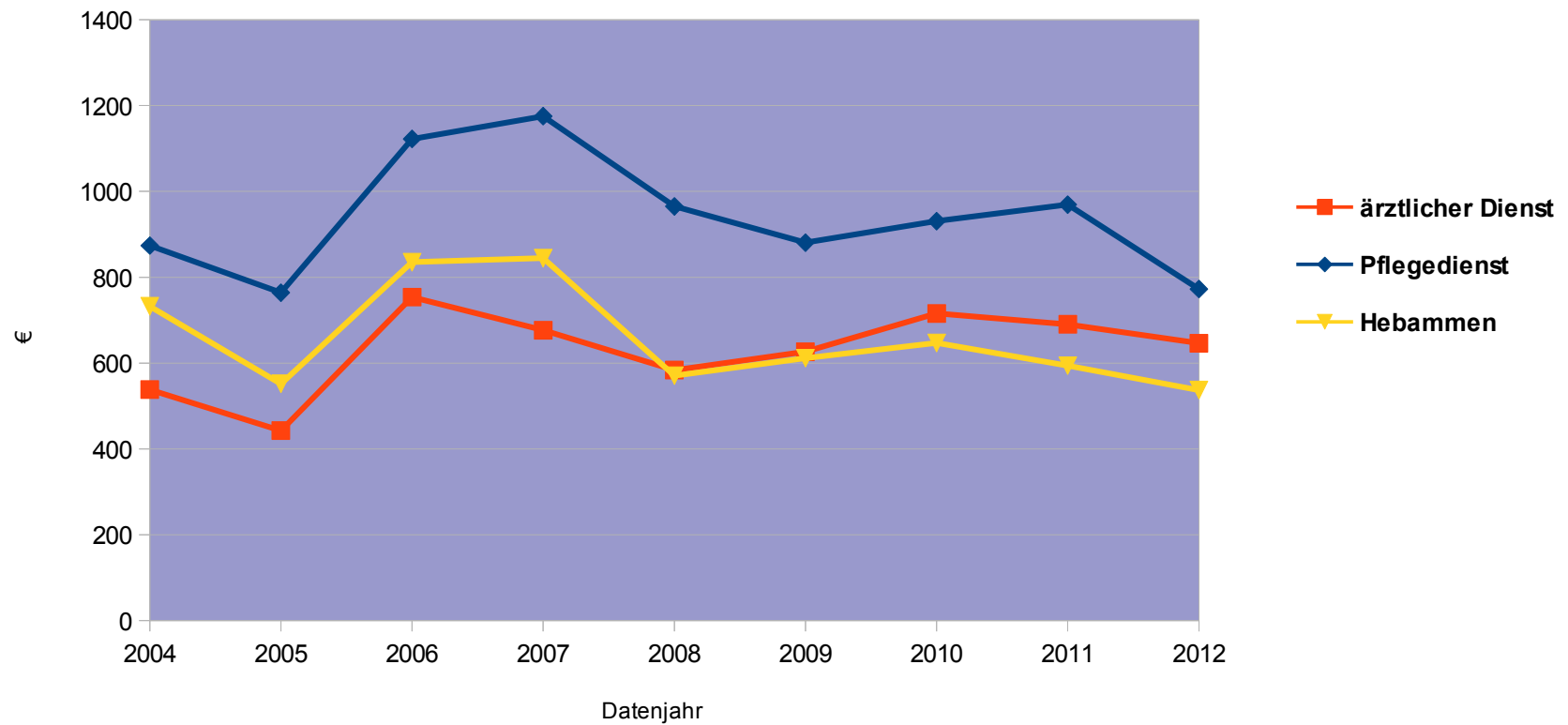
Anmerkung: Im Zuge der Transparenz wäre es unbedingt wünschenswert, dass zukünftig durchschnittliche Schnitt-Naht-Zeiten, Aufenthaltszeiten und Personalstärke aus der Kalkulation veröffentlicht werden.

3. Datenerhebung

3.1 Personalkostenentwicklung vaginale Geburten

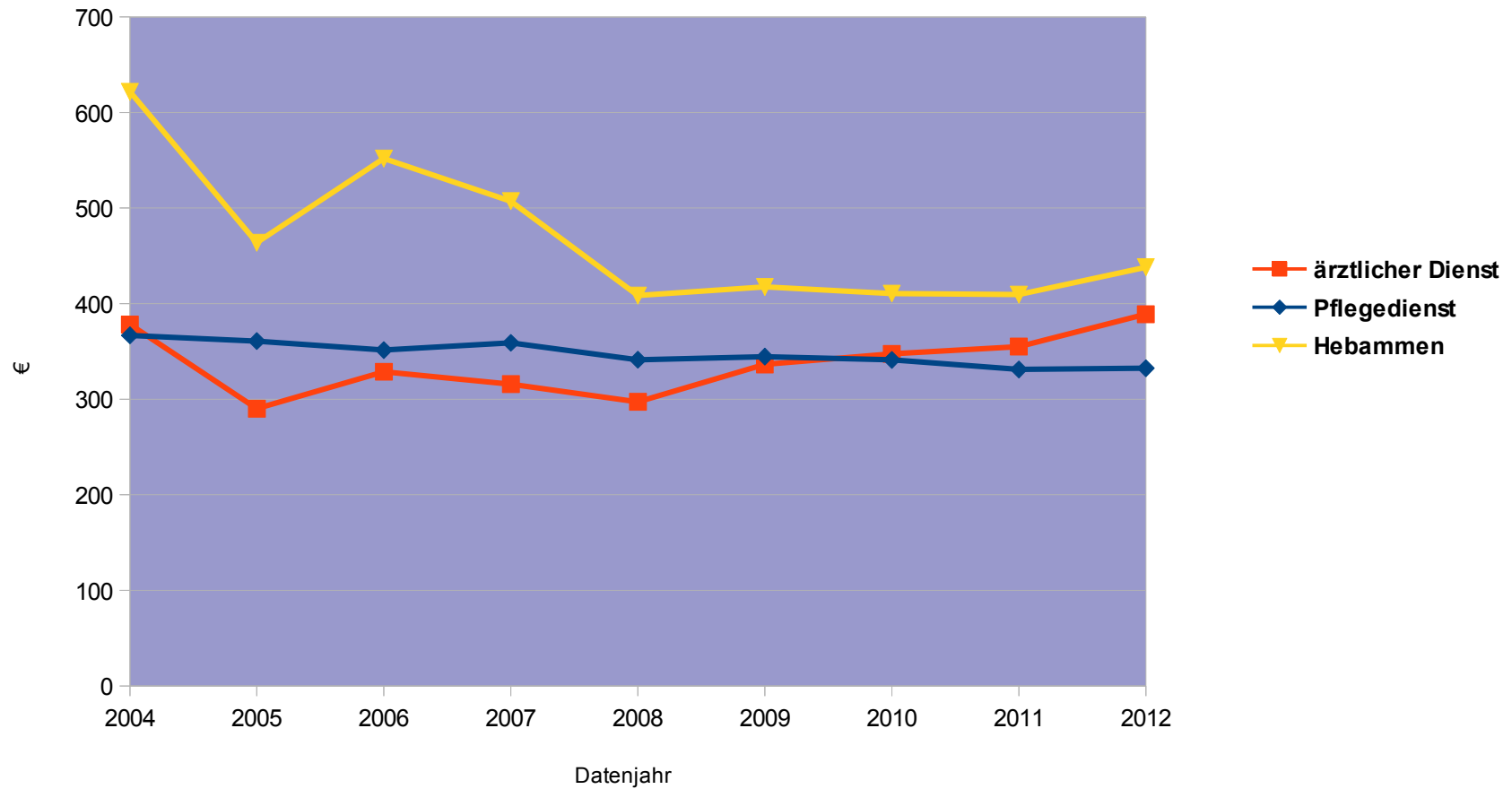
O60A

Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation



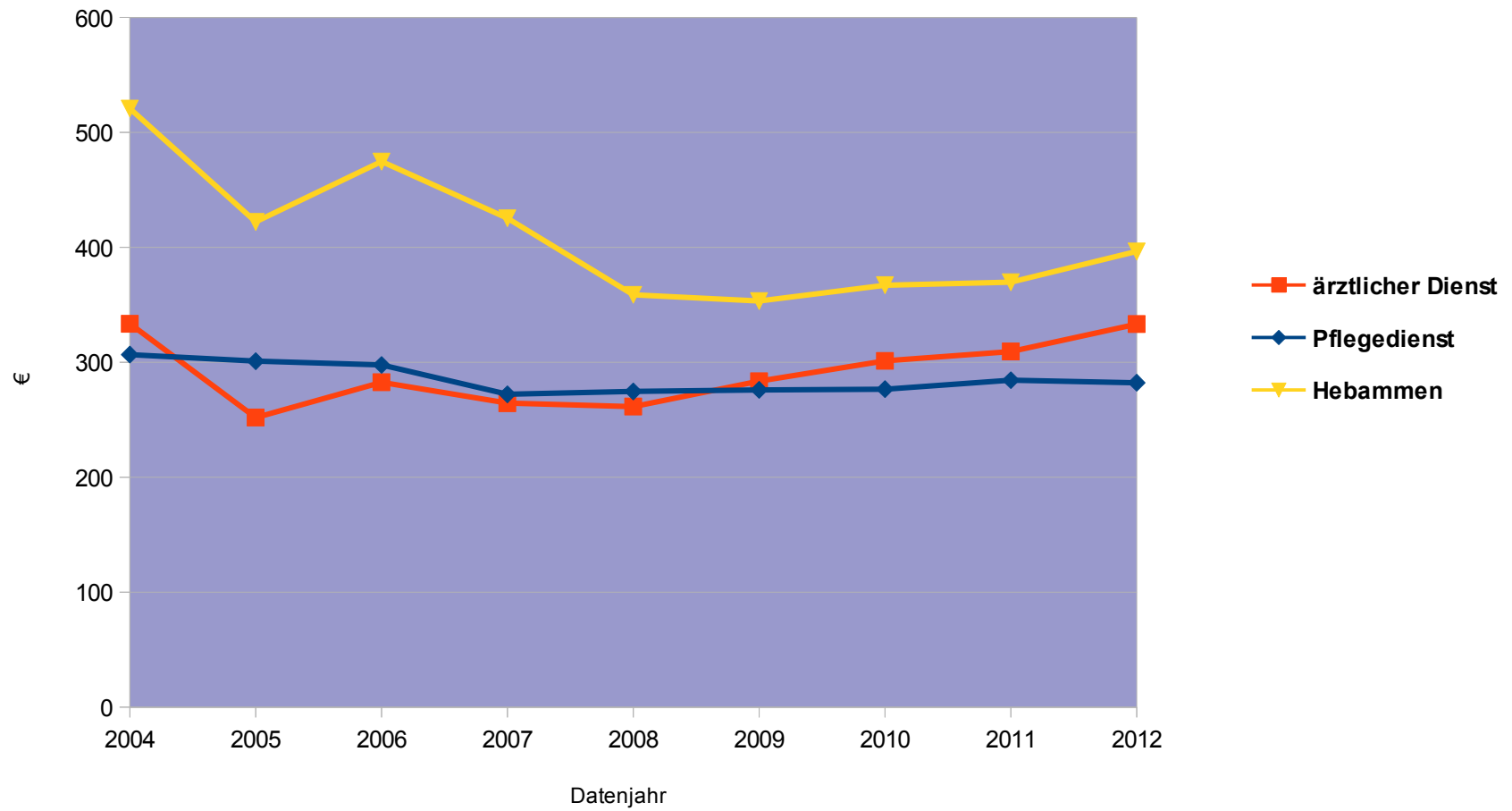
O60B

Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne komplizierende Konstellation oder Thromboembolie während der Gestationsperiode ohne OR-Prozedur



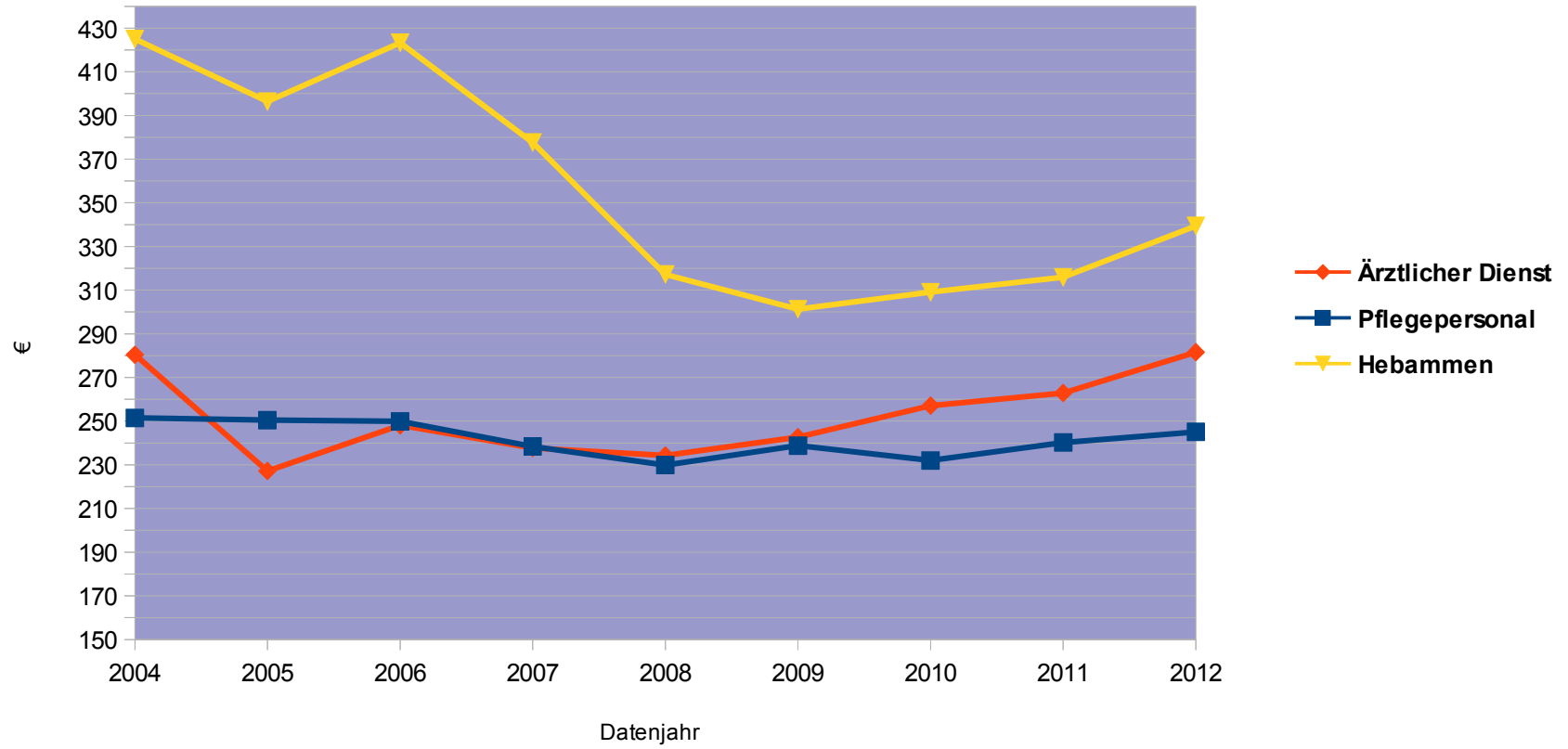
O60C

Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose



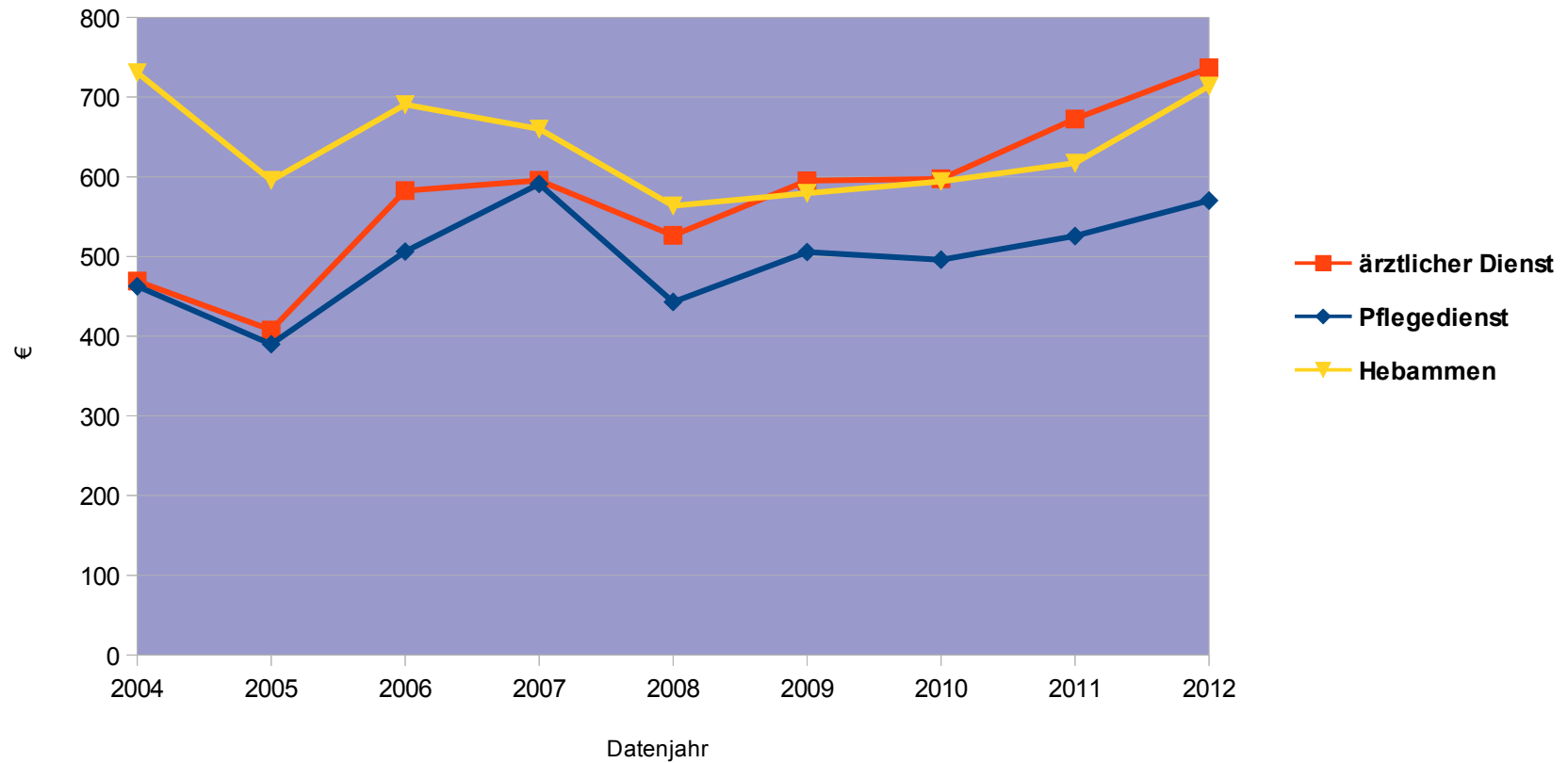
O60D

Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose



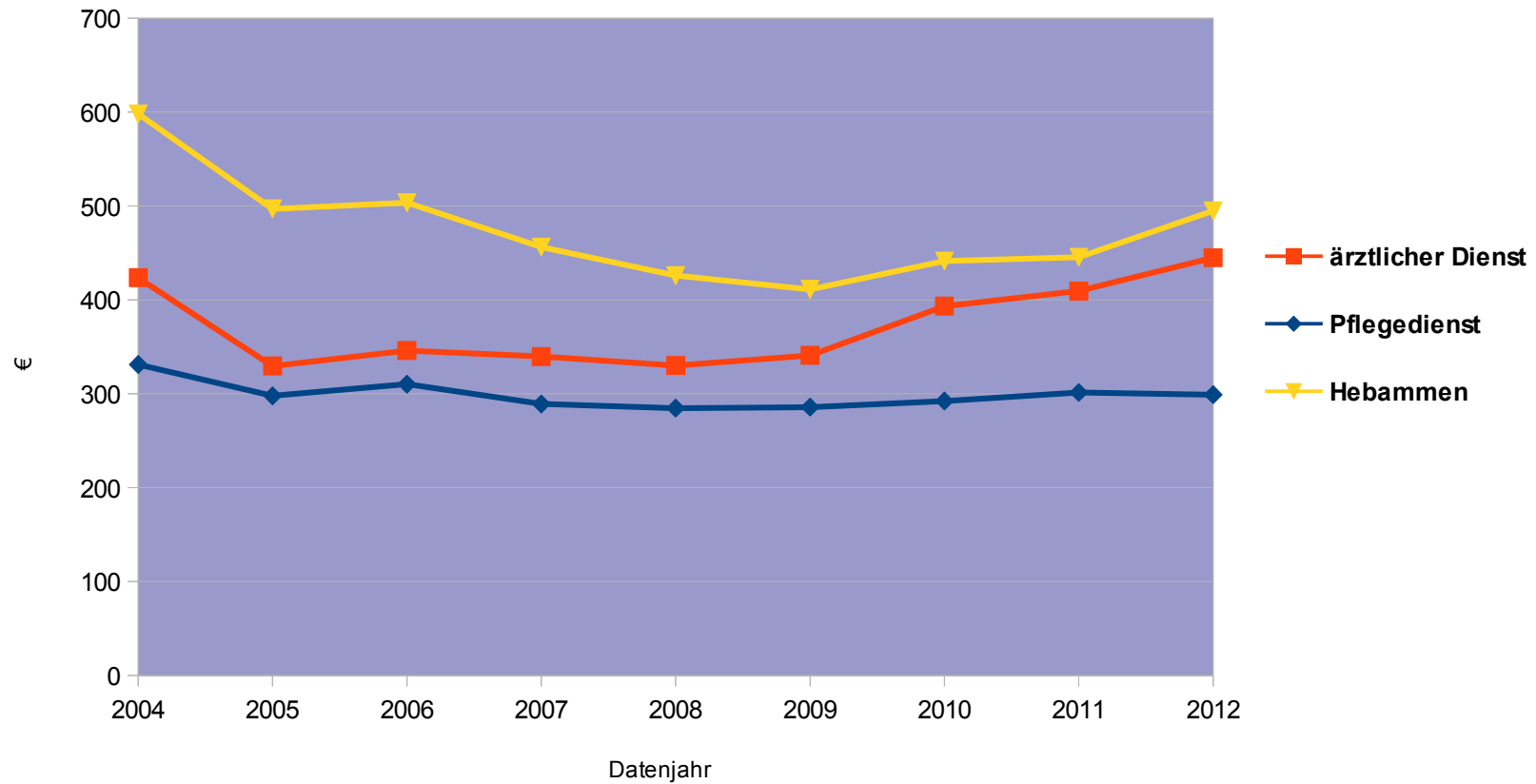
O02A

Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit intrauteriner Therapie oder geburtshilflicher Uterusexstirpation oder komplizierender Konstellation



O02B

Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne intrauterine Therapie, ohne geburtshilfliche Uterusexstirpation, ohne komplizierende Konstellation



3.2 Fallzahlen in der Kalkulation und Hauptabteilungen

	2006		2007		2008	
	Vollstationäre Geburten HA	Kalkulierte Geburten	Vollstationäre Geburten HA	Kalkulierte Geburten	Vollstationäre Geburten HA	Kalkulierte Geburten
O02A	1.054	87	1.125	95	1.023	98
O02B	13.346	1.537	12.982	1.299	13.101	1.608
O60A	1.196	164	1.221	182	1.326	141
O60B	12.423	1.915	12.556	2.120	13.426	2.297
O60C	57.872	7.543	59.391	7.563	60.864	8.255
O60D	254.969	29.818	251.809	29.836	246.314	29.904
Gesamt	340.860	41.064	339.084	41.095	336.054	42.303

3.3 Personalentwicklung Hebammen 2006 – 2008⁶

	2006	2007	2008
Festangestellte Hebammen	8.026	8.071	8.168
In Geburtskliniken	638	625	611
Hebammen / Klinik	12,58	12,91	13,37
Vaginale Geburten	340.860	339.084	336.054
Geburt / Hebamme	42,47	42,01	41,14

⁶ Statistisches Bundesamt: Gesundheit Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2006-2008

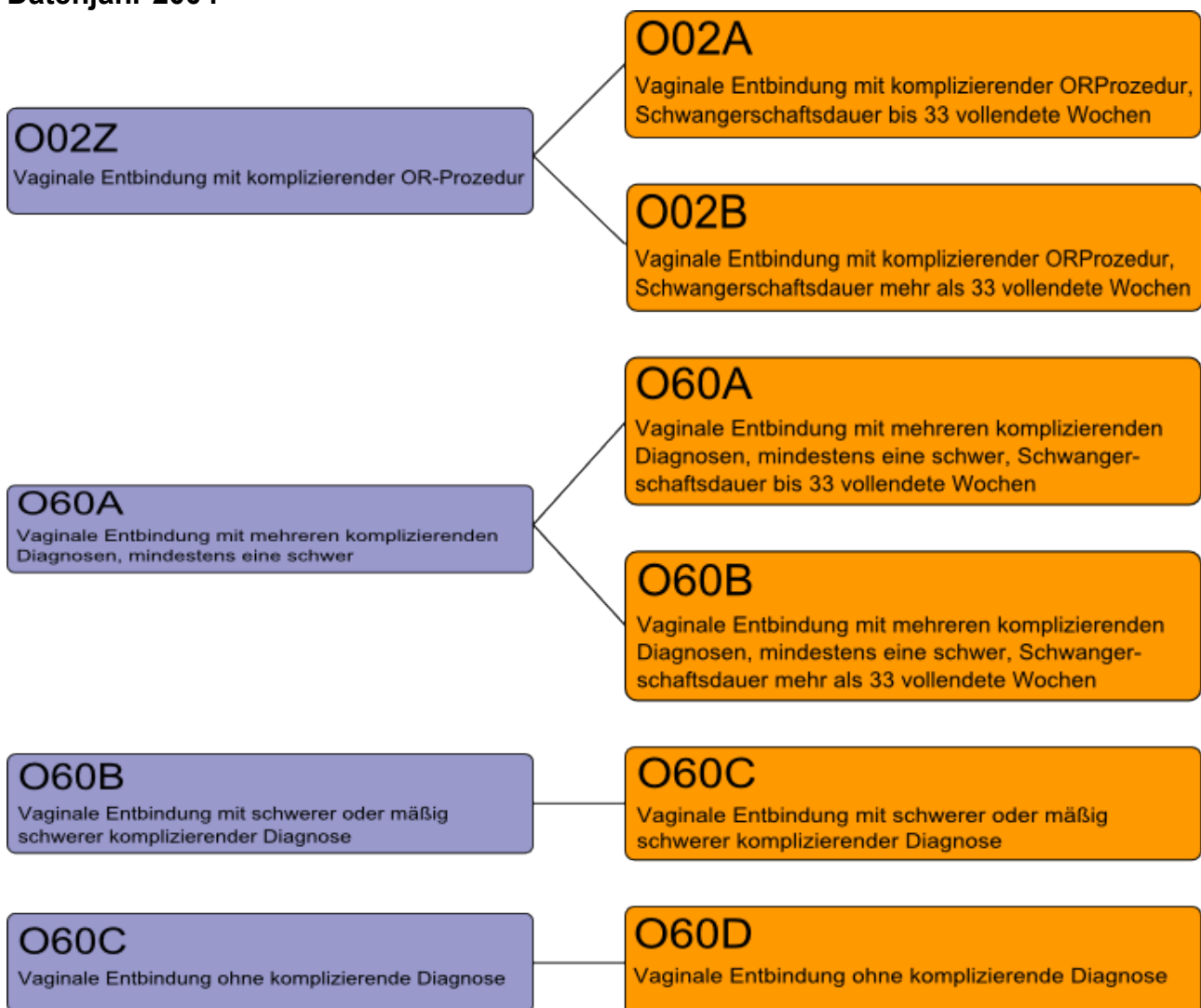
3.4 Aufenthaltszeit im Kreißaal

Die Aufenthaltszeit im Kreißaal wurde im Jahr 2006 auf 100% gesetzt. Um möglichst statistische Fehler durch gering kalkulierte Fallzahlen zu vermeiden, wurden nur die beiden größten Diagnosen betrachtet (n > 7.500) Eine Reduzierung entstand allerdings bei allen.

	O60C	O60D
2006	100	100
2007	88,88	87,61
2008	72,81	71,29

3.5 Änderungen der Klassifikation 2004 und 2006 – 2008 vaginale Geburt

Datenjahr 2004



Datenjahr 2006

Im Rahmen der Bearbeitung des Vorschlags bezüglich das Wochenbett komplizierender Zustände stellten sich einerseits Diagnosen als geeignete Kostentrenner heraus, die bisher keine Berücksichtigung fanden, andererseits konnten Diagnosen als schweregradsteigerndes Attribut nicht bestätigt und somit gestrichen werden. So wurden Codes für Mehrlingsentbindungen bzw. verschiedene Komplikationen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett neu in die Bedingung der „komplizierenden Diagnosen“ aufgenommen und Diagnosen aus dem Bereich F17.- *Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak* gestrichen.

Auf diese Weise ließen sich Fälle innerhalb der Basis-DRGs O01 und O60 sowohl abwerten als auch in eine DRG mit höherem Schweregrad aufwerten, was jeweils einer sachgerechteren Vergütung entspricht.

Datenjahr 2007

Aufgrund von diesen Hinweisen hat eine generelle Untersuchung der Basis-DRGs O01 und O60 auf die Etablierung von weiteren schweregradsteigernden Diagnosen, die das Wochenbett komplizieren, stattgefunden. Im Ergebnis führte dies zu einer Aufwertung von Erkrankungen wie z.B. Multiple Sklerose, Epilepsie oder Agranulozytose, die in den bereits bestehenden Bedingungen der „komplizierenden Diagnosen“ in den Basis-DRGs O01 und O60 zusätzliche Gruppierungsrelevanz erlangt haben.

Weitere Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren erreichten uns zur Abbildung von Fällen mit einer *Thromboembolie während der Gestationsperiode* (ICD-10-GM: O88.2). Die zahlreichen zu dieser Thematik durchgeführten Analysen führten zu einer Aufwertung von Fällen mit der Diagnose O88.2. In Verbindung mit einer OR-Prozedur werden die betroffenen Fälle ab der G-DRG-Version 2009 in die DRG O01B eingruppiert. Fälle mit einer Thromboembolie während der Gestationsperiode ohne OR-Prozedur werden zukünftig in der DRG O60B abgebildet. In der ICD-10-GM Version 2009 wurde der Code O88.2 weiter differenziert, wodurch eine spezifische Verschlüsselung und dadurch auch die Analyse der Abbildung von Lungenembolien während der Gestationsperiode für die folgenden Weiterentwicklungen des G-DRG-Systems ermöglicht wird.

Zusätzlich zu den oben genannten Diagnosen konnte – aufgrund eigener Analysen – im Bereich der Entbindungen auch die Funktion „Komplizierende Konstellationen I“ als Kostentrenner etabliert werden. Die jeweiligen Fälle werden ab 2009 innerhalb der Basis-DRG O01 in die DRG O01A Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation und innerhalb der Basis-DRG O02 Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur in die DRG O02A Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation aufgewertet.

Datenjahr 2008

Gegenstand einzelner Vorschläge war die Abbildung postpartal erbrachter Hysterektomien und anderer aufwendiger Prozeduren in der MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Bei einer postpartalen Aufnahme ins Krankenhaus zu einer Operation erfolgt die Eingruppierung in die DRG O04Z Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur, bei vaginaler Entbindung in Kombination mit einer komplizierenden OR-Prozedur erfolgt die Zuordnung zur Basis-DRG O02 Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur. In den Daten der Kalkulationskrankenhäuser fanden sich nur sehr wenige Fälle, die den beschriebenen Konstellationen entsprachen.

Dennoch wurde nach Möglichkeiten gesucht, diese Fälle aufwandsgerecht abzubilden. Im Ergebnis konnte der OPS-Code 5-757 Uterusexstirpation, geburtshilflich in die Splitbedingung der DRG O02A Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit intrauteriner Therapie oder geburtshilflicher Uterusexstirpation oder komplizierender Konstellation im Sinne einer Aufwertung aufgenommen werden.

3.6 Erlöse, Case Mix und Case Mix Index Geburtshilfe Hauptabteilung

	Geburten	Sectio	Sectio %
2006	481.479	140.619	29,2
2007	484.926	145.842	30,1
2008	486.231	150.177	30,9
2009	471.676	148.455	31,5
2010	485.874	155.062	31,9

	Erlös vag. Geburt	Erlös Sectio	Gesamt Erlös	Erlös Sectio %	DS pro Geburt	DS vag. Geburt
2006	577.063.530,20	428.571.083,30	1.005.634.613,50	42,6	2.088,64	1692,96
2007	514.182.180,50	420.134.413,10	934.316.593,60	45,0	1.926,72	1516,39
2008	544.181.312,80	411.602.410,40	955.783.723,20	43,1	1.965,70	1619,33
2009	488.533.337,20	394.137.931,40	882.671.268,60	44,7	1.871,35	1511,45
2010	473.144.052,10	410.804.225,90	883.948.278,00	46,5	1.819,30	1430,25

Die Erlöse wurden ermittelt aus dem kalkulierten Kosten des Datenjahres. Diese wurden multipliziert mit den Fallzahlen des des Systemjahres. Die Angaben sind somit bezogen aufs Systemjahr. Beispiel 2006: Kalkulierte Kosten 2004 und Fallzahlen 2006. Der Case Mix wurde entsprechend berechnet.

	CM	CMI
2006	354.502,436	0,736
2007	341.644,814	0,705
2008	356.637,076	0,733
2009	300.049,272	0,636
2010	337.601,706	0,695