

Geburt e.V.



Vorschlagsverfahren „Vorhaltekosten“

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

1. Vertiefende Problembeschreibung

Die Notfallmedizin ist Teil der Daseinsvorsorge. Eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Notfallmedizin rettet Leben und verhindert hohe Folgekosten für die Sozialsysteme. Im demografischen Wandel kommt der Notfallmedizin ein besonderer Stellenwert zu.

Schwangere, die einen Kreißsaal nicht innerhalb von 30 Minuten mit einem PKW erreichen können, haben ein gesteigertes Risiko, bei Komplikationen Schaden zu nehmen. Das ungeborene Kind ist gleichermaßen betroffen. Es geht um mindestens zwei Menschenleben, wenn die flächendeckende Geburtshilfe eingestellt wird. Mittlerweile ist eine flächendeckende Versorgung in Deutschland nicht mehr gegeben. Ein weiterer Abbau des unwirtschaftlichen Sektors ist im vollen Gang.

In Schleswig-Holstein hat sich in den Notstandsgebieten gezeigt, dass die Interventionsrate mit Entfernung zur Geburtshilfestation steigt. Erhebliche Folgekosten für nicht infektiöse Erkrankungen sind zu befürchten.

Es ist inakzeptabel, dass unser Krankenhausfinanzierungssystem Kinder, Schwangere und Notfallpatienten derart benachteiligt und die dort entstehenden hohen Personalkosten auf elektive Eingriffe umschichtet. Dies ist auch wirtschaftlich unsinnig.

1,9 Millionen mehr Fälle im Jahr 2012 im Vergleich zum Jahr 2004. Die erhoffte Senkung der Ausgaben im Krankenhaussektor wurde damit nicht erreicht. Die Kosten steigen jährlich fast doppelt so schnell wie vor der Einführung der DRGs.

Insbesondere lies sich nachweisen, dass dieser Zugewinn bei solchen Leitungen stattfand, die besonders lukrativ sind. Ein weiterer Zuwachs ergab sich durch eine Umorganisation der Notfallversorgung, die bewirkte, dass mehr Patienten direkt die Notfallambulanzen der Krankenhäuser aufsuchen.

Die nicht planmäßigen Aufnahmen werden im Fallpauschalensystem nicht abgebildet und sind daher defizitär. Die ambulante Vergütung für die klinische Notfallmedizin ist ebenfalls unzureichend. Ein Anreiz, mehr Patienten als notwendig stationär aufzunehmen.

Die kalkulierten Vorhaltekosten, die nicht auf Geburten und Notfälle entfallen, führen zu einer Kostensteigerung elektiver Eingriffe. „Die Leistung folgt dem Geld.“ sagte Dr. Wulf-Dietrich Leber vom GKV-Spitzenverband. Die Statistiken belegen dies eindrucksvoll. Womit rechtfertigt sich angesichts der knappen Ressourcen eine hohe Subventionierung bestimmter Leistungen?

Die Datenbasis der Kalkulation gründet auf freiwilligen Kalkulationspartnern. Diese bestimmen mit ihren Personalkosten maßgeblich den Wert einer jeden Leistung. Die Zuweisung des Personals auf die jeweilige DRG regelt das Kalkulationshandbuch.

Das Kalkulationshandbuch schreibt dabei keine Zuweisung nach Kostenentstehung, sondern nach Leistungserbringung fest. Dadurch kommt es zu dem größten Fehler in Bezug auf die Praxistauglichkeit des Systems. Abteilung, die hohe Personalkosten der Vorhaltung haben, werden nicht mehr auskömmlich vergütet.

Die gesamten Kosten der Kalkulationspartner werden in die Berechnung eingebracht. Aber gerade auch, weil die Personalkosten der Vorhaltung der Kalkulationspartner nicht

verschwinden und kalkuliert werden, kommt es zu einer zu guten Vergütung auf der anderen Seite.

Es ist wie eine Waage. Eine Bilanz. Die Schließung von Geburtshilfestationen und Notfallaufnahmen und unnötige Eingriffe haben die gleiche Ursache. Eine Bilanz aus dem Lot. In der Realität der Betriebswirtschaft ist es maßgeblich, wo Kosten entstehen und ob diese erwirtschaftet werden können.

„Die zu Gunsten der elektiven Medizin verschobenen Anreize im Gesundheitssystem erhöhen die Gefahr einer medizinischen Überversorgung in bestimmten Bereichen, die anderen derzeit weniger attraktiven Bereichen wie der Notfallmedizin wiederum finanzielle und personelle Ressourcen entzieht.“¹

Die nach KHG §17b festgeschriebene Leistungszuweisung wird in der kalkulatorischen Auslegung im Sinne von aktiver Leistungserbringung ausgelegt. Da es aber auch eine Leistungserbringung ist, für einen ungeplanten Fall gerüstet zu sein, nur eben eine passive, stünde das Gesetz nicht in einem Widerspruch zu einer Berücksichtigung von aktiver und passiver Leistung.

1 Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland: Prof. Dr. med. Reimer Riessen, Prof. Dr. med. Andreas Seekamp, Prof. Dr. med. André Gries, Prof. Dr. med. Christoph Dodt, Dr. med. Bernhard Kumle, PD Dr. med Hans-Jörg Busch, 2014

2. Untersuchungen und Daten

2.1 Kalkulatorischer Fehlerquotient

Wenn aus einem großen Ganzen eine kleine, nicht einmal repräsentative Gruppe herausgelöst wird und deren Gesamtkosten von mengenmäßig großen Posten mit hohem Stückpreis auf kleinere, günstiger zu erbringende Leistungen umverlagert werden, entsteht bei der Übertragung auf das Ganze ein Fehlerquotient.

Dieser Fehlerquotient ist aufgrund der ungenügenden Sorgfalt der Zuordnung der Kosten nach Verursacherprinzip Teil des Fallpauschalensystems. Das aktive Leistungsprinzip ist ungeeignet, um eine möglichst genaue Kostendeckung sicherzustellen.

Den Fehlerquotienten zu berechnen, ist nicht ganz einfach. Besonders erschwert wird das Unterfangen von einer unzureichenden Datenbasis. Deswegen werden anhand angenommener Parameter Auswirkungen exemplarisch gezeigt. In der Berechnung flossen nur die medizinischen Personalkosten ein, sie stellen den größten Kostenfaktor der fixen Vorhaltekosten dar.

Für das Jahr 2012 wurden für alle DRGs die medizinischen Personalkosten mit den Fallzahlen gewichtet. Diese Untersuchung ergab einen Anteil an den kalkulierten Gesamtkosten von 50,92%. Die gesetzliche Krankenversicherung leistete für stationäre Versorgung 60,1 Milliarden Euro. Damit wurden 30,6 Milliarden Euro für medizinisches Personal an die Kliniken ausgezahlt.

Mangels statistischen Erhebungen ist unbekannt wie sich Notfall und elektive Behandlung real und in der Kalkulation zusammensetzen.

Beispiel A

Kalkulation laut Report-Browser 2010/2012 und Begleitforschung 2012: Personalkostenanteil 50,92% gewichtet mit Fallzahlen
angenommene Kostensenkung elektiver Eingriff : - 50%
angenommene elektive Fälle: 6,25 Millionen
angenommene stationäre Notfallbehandlungen inkl. ungeplanter Geburten: 10,75 Millionen
Ausgaben 2012 für stationäre Versorgung im DRG-System: 60,1 Milliarden €
Anteil medizinisches Personal: 30,6 Milliarden €

	Kosten / Fall	Kalkulation Kosten / Fall	Fallzahlen in Mio.	Kosten in Mrd.	Erlöse in Mrd.	Fehlerquotient
Elektive Fälle	1.103	1.800	6,25	6.894	11.250	163,19
Notfälle und Geburten	2.205	1.800	10,75	23.704	19.350	-18,37

Beispiel B

Kalkulation laut Report-Browser 2010/2012 und Begleitforschung 2012: Personalkostenanteil 50,92% gewichtet mit Fallzahlen
angenommene Kostensenkung elektiver Eingriff : - 75%
angenommene elektive Fälle: 6,25 Millionen
angenommene stationäre Notfallbehandlungen inkl. ungeplanter Geburten: 10,75 Millionen
Ausgaben 2012 für stationäre Versorgung im DRG-System: 60,1 Milliarden €
Anteil medizinisches Personal: 30,6 Milliarden €

	Kosten / Fall	Kalkulation Kosten / Fall	Fallzahlen in Mio.	Kosten in Mrd.	Erlöse in Mrd.	Fehlerquotient
Elektive Fälle	795	1.800	6,25	4.969	11.250	226,40
Notfälle und Geburten	2.384	1.800	10,75	25.628	19.350	-24,50

Fehlerquotient durch Kalkulationsdatenbasis

Beispiel A

Kalkulation 25% der Fälle: 4,25 Mio.

Verhältnis Notfallbehandlungen : elektive Behandlungen + 10%

Kalkulation laut Report-Browser 2010/2012 und Begleitforschung 2012: Personalkostenanteil 50,92% gewichtet mit Fallzahlen
angenommene Kostensteigerung Notfall gegenüber elektivem Eingriff: + 100%,

kalkulierte elektive Fälle: 1,29 Millionen

kalkulierte stationäre Notfallbehandlungen inkl. ungeplanter Geburten: 2,96 Millionen

Ausgaben 2012 für stationäre Versorgung im DRG-System: 60,1 Milliarden €

Anteil medizinisches Personal: 30,6 Milliarden €

davon 25%: 7,65 Milliarden €

	Kosten €	Kalkulation €	Kosten Mrd. €	Erlöse Mrd. €
Elektive Fälle	1.103	1.870	6.894	11.688
Notfälle und Geburten	2.205	1.870	23.704	20.103
Gesamt			30.598	31.790

Beispiel B

Kalkulation 25% der Fälle: 4,25 Millionen

Verhältnis elektive Behandlungen : Notfallbehandlungen + 10%

Kalkulation laut Report-Browser 2010/2012 und Begleitforschung 2012: Personalkostenanteil 50,92% gewichtet mit Fallzahlen
angenommene Kostensteigerung Notfall gegenüber elektivem Eingriff: + 100%,

kalkulierte elektive Fälle: 1,72 Millionen

kalkulierte stationäre Notfallbehandlungen inkl. ungeplanter Geburten: 2,53 Millionen

Ausgaben 2012 für stationäre Versorgung im DRG-System: 62,4 Milliarden €

Anteil kalkuliertes medizinisches Personal: 7951,75 Milliarden €

	Kosten €	Kalkulation €	Kosten Mrd. €	Erlöse Mrd. €
Elektive Fälle	1.103	1.759	6.894	10.994
Notfälle und Geburten	2.205	1.759	23.704	18.909
Gesamt			30.598	29.903

2.2 Zuwächse und Abnahmen > 50.000 Fallzahlen

MDC 01	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	1.263.613	1.484.270	220.657
MDC 03	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	592.809	682.175	89.366
MDC 04	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	1.078.891	1.300.202	221.311
MDC 05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	2.314.463	2.752.132	437.669
MDC 06	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	1.879.197	2.104.967	225.770
MDC 08	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	2.121.386	2.601.731	480.345
MDC 09	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	656.889	776.780	119.891
MDC 11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	566.616	781.514	214.898
MDC 13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	455.961	386.779	-69.182
MDC 14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	828.493	752.194	-76.299
MDC 17	Hämatologische und solide Neubildungen	219.204	154.733	-64.471
MDC 18B	Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	145.422	207.872	62.450

2.3 Abgrenzung zu anderen Kosten

Kostenstruktur zentral / dezentral Notaufnahme

Ein Krankenhaus mit einer oder mehreren dezentralen Abteilungen, bspw. Geburtshilfe, innere Medizin und chirurgischer Versorgung hat der zentralen Notaufnahme gegenüber zwar nicht den Vorteil einer umfassenden interdisziplinären Versorgung, sichert gerade in ländlichen Gebieten aber überhaupt eine Versorgung für den Patienten.

Es gibt derzeit keine verlässlichen Erhebungen, die eine Trennung in der Kalkulation plausibilisieren würden. Ergäbe sich in Zukunft ein Kostendeckungsgefälle zwischen zentraler und dezentraler Notaufnahme, müsste über einen Zuschlag für die kostenintensivere Stufe nachgedacht werden.

Abgrenzung ambulante / stationäre Kosten

Die Kosten sind um die Erlöse aus ambulanten Leistungen zu entlasten. Dabei kann die Verteilung auf die Kostenarten in der Kostenstelle „Notfallmedizin“ prozentual geschätzt erfolgen.

Beispiel:

	Med. Personalkosten	Sachkosten	Infrastruktur
Notfallmedizin	70%	15%	15%

Um falsche Anreize für stationäre Aufnahmen zu verhindern, wären die Krankenkassen gefragt, eine bessere Vergütung der ambulanten Leistung mit der Kassenärztlichen Vereinigung auszuhandeln und das Budget entsprechend anzupassen.

3. Auswertung

Die Berechnungen des Fehlerquotienten zeigen, dass zwei Gesetzmäßigkeiten eintreten:

1. Ist die Fallzahl der elektiven Eingriffe in der Kalkulation höher als real, ist der Erlös insgesamt niedriger als die tatsächlichen Kosten.
2. Umso höher die Mehrkosten für Notfallmedizin und Geburtshilfe, desto erträglicher sind elektive Eingriffe.

Es werden erhebliche Fehlanreize gesetzt. Vorhaltekosten in der Kalkulation nicht abzubilden macht das System enorm anfällig für eine nicht sachgerechte Verwendung der Ressourcen. Dies wird sich auch nicht ändern, wenn die Kalkulationspartner bewusst zusammengesetzt werden. Ein lernendes System müsste angesichts der schwerwiegenden Auswirkung der unzureichend kalkulierten passiven Leistung, eine Entwicklung schaffen.

Die medizinische Versorgung des Bürgers ist bereits erheblich beeinträchtigt. Sowohl durch ein fehlendes Angebot wie auch durch ein Angebot an nicht notwendigen Leistungen. Der Mensch im System darf weder Schaden nehmen, weil seine Versorgung aufgegeben wurde, noch weil er eine Behandlung erhielt, die er gar nicht bedurfte.

Die finanziellen Auswirkungen eines DRG-Systems ohne passive Leistungsvergütung sind eine schwere Belastung für unsere Sozialsysteme. Zudem wird ein künstlicher Ärztemangel verursacht, weil die Ärzte die Patienten für die elektiven Eingriffe rekrutieren müssen. Würde der Vergütungsschwerpunkt auf den akuten Behandlungsfällen liegen, würden sich elektive Eingriffe nur in dem Rahmen lohnen, wie Personal aus den Vorhaltekosten der angebotenen akuten Disziplinen zur Verfügung steht. Darüber hinaus wäre es kostenneutral. Ein deutlicher Rückgang der Fallzahlen ist zu erwarten.

Die Arztstellen, die so frei werden würden, werden dringend im ländlichen Bereich gebraucht. Ziel eines funktionierenden DRG-Systems müsste der ressourcenschonende Umgang sein. Derzeit sind die ländlichen Bereiche unter der Verschwendung der Ressourcen mehrfach betroffen.

Nicht planbare Leistungen in der Geburtshilfe und Notfallmedizin werden nicht leistungs- und kostengerecht abgebildet.