

Geburt e.V.



Berechnungen zur imland Eckernförde

Welchen Wirtschaftsfaktor hat eine Kinderstation für die Geburtshilfe?

Juni 2017

Verantwortlich:

Berit Eigenbrod

1. Vorsitzende Geburt e. V.

Alexandra Bruns

Gesundheitspolitische Sprecherin und Gesundheitssystemanalytikerin Geburt e. V.

Anschrift:

Geburt e.V.

Klausbrooker Weg 6

24119 Kronshagen

E-Mail: kontakt@geburt-ev.de

Registergericht: Kiel Nord Registernummer: VR 5988 KI

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis / Erklärung.....	2
Vorwort.....	2
Vorwort von Carlos A. Gebauer, Fachanwalt für Medizinrecht.....	3
Daten und Berechnungsgrundlagen.....	5
1. Einführung DRG-System.....	5
2. Kinderstation.....	9
2.1 Kosten.....	9
2.2 Erlöse.....	10
3. Geburtshilfe.....	11
3.1 Kosten	11
3.2 Erlöse.....	11
3.3 Abhängigkeit.....	12
4. Verlegung und Verweildauer.....	12
Ergebnis.....	13

Abkürzungsverzeichnis / Erklärung

BA – Belegabteilung

CM – Casemix (Summe der abgerechneten Relativgewichte)

CMI – Casemixindex (Summe der abgerechneten Relativgewichte / Fallzahl = durchschnittliche Fallschwere)

DRG – Diagnostic Related Groups

HA – Hauptabteilung

IBLV – Innerbetriebliche Leistungsverrechnung

KFPV - Krankenhausfallpauschalenverordnung

KHEntgG - Krankenhausentgeltgesetz

KHG - Krankenhausfinanzierungsgesetz

Kosten Nichtmed. Infrastruktur – Kosten für Verwaltung, Reinigung, Essenszubereitung u. ä.

OGVD - obere Grenzverweildauer

SGB - Sozialgesetzbuch

SSW – Schwangerschaftswoche

UGVD - untere Grenzverweildauer

VD – Verweildauer

Vorwort

Im November 2016 wurde die Pädiatrie der imland gGmbH am Standort Eckernförde geschlossen. In der Folge wurden die Aufnahmekriterien für die Geburtshilfe überarbeitet. Diese Kriterien hätten faktisch denen einer Geburtshilfe mit perinatalem Schwerpunkt umfassen können, wurden aber deutlich enger gefasst. In der neuen Fassung wurden die Restriktionen noch mal deutlich erhöht. Einem Teil der angemeldeten Schwangeren mussten daraufhin abgesagt werden.

Diese Auswirkung der Schließung der Kinderstation wirft die Frage auf, ob sie aus wirtschaftlicher Sicht ein Fehler war und welche Faktoren im Zusammenspiel mit der Geburtshilfe wirken. In dieser Untersuchung ist nicht erfasst, welche Daseinsvorsorge angemessen ist. Es ist eine rein wirtschaftliche Betrachtung.

Geburt e. V. hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Ursachen im Gesundheitssystem für die Schließungen von Geburtshilfestation, Geburtshäusern und Kinderstationen zu analysieren und allgemein verständlich aufzuarbeiten. Der Verein nimmt ebenfalls über Vorschlagsverfahren beim InEK und beim DIMDI teil, um die Situation zu verbessern. Des Weiteren ist Geburt e. V. in regelmäßigem Kontakt mit Politik und Verbänden sowie Wissenschaft und anderen Akteuren.

Geburt e. V. wurde 2013 mit dem Beschluss zum Erhalt der Eckernförder Geburtshilfe und Kinderstation gegründet und hatte zunächst nur den Zweck, die Stationen in Eckernförde zu fördern. Mit dem fortschreitenden Untergang weiterer Stationen und Geburtshäuser wurde der Vereinszweck erweitert. Geburt e. V. ist heute bundesweit aktiv, gehört dem Dachverband Mother Hood e. V. an und setzt sich für alle geburtshilflichen Leistungen in Schleswig-Holstein ein, gemäß dem Vereinsziel, der Förderung der selbstbestimmten Geburt.

Vorwort von Carlos A. Gebauer, Fachanwalt für Medizinrecht

Es gibt augenscheinlich nur einen einzigen Punkt im gesamten deutschen Gesundheitssystem, über den nicht gestritten wird: Nämlich den Umstand, dass alles andere umstritten ist. Folglich drängt sich die Frage auf, warum eigentlich alles im System derart in Streit steht.

Während das System insgesamt auf den Namen „Gesundheitswesen“ hört, strebt das Sozialgesetzbuch mit seiner einleitenden Legalprämisse in §1 I 1 SGB I bekanntlich noch mehr an. Angezielt wird – wortwörtlich übereinstimmend übrigens mit der Präambel der DDR-Verfassung von 1949 – die Herstellung „sozialer Gerechtigkeit“. Es geht also um mehr, als nur um die Gesundheit. Es geht um das Allgemeinwohl. Warum also wird darüber gestritten?

Ein gezielter Blick in das System erweist Erstaunliches. Fragt man nämlich nach Konsens und Dissens im Gesundheitswesen, dann stellt man fest: Das Gesetz ist praktisch ununterbrochen überall damit befasst, dass der Wille einzelner Personen oder Personengesamtheiten von anderen Personen oder Personengesamtheiten gebrochen wird. Beständig erklärt eine Instanz oder Institution einer anderen Stelle oder Einrichtung, was genau diese zu tun oder zu lassen habe, damit im Ergebnis das Wohl der Allgemeinheit – endlich – erreicht werde.

In Ansehung dieser allgegenwärtigen Willensbrechungen muss demnach legitim sein, von unserem gesetzlichen Gesundheitssystem als von einer Dissens-Struktur zu reden. Mit anderen Worten: Alle „player“ dieses Lebensbereiches bilden im Ergebnis nichts anderes als eine Dissensgesellschaft, in der Streit die Regel und Konsens die Ausnahme sind. Nicht also die Bildung und Formulierung friedlicher, friedvoller und befriedender Willensübereinstimmung, sondern das Aufeinandertreffen und –prallen mehr oder minder machtvoller Willensgegensätze kennzeichnen dieses System in seinem Kern.

Eine Konsensgesellschaft entsteht erst dort, wo gemeinschaftliche Bildung und Betätigung von individuellen Willen ermöglicht werden. Das aber bedeutet, dass wir auch im Gesundheitssystem den freien Willen des je anderen endlich wieder respektieren, statt ihn ununterbrochen legislativ, exekutiv – und manchmal sogar judikativ – zu brechen. Denn auch wenn wir bis heute nicht annäherungsweise wissen, was überhaupt „soziale Gerechtigkeit“ sei, so dürfte sie doch jedenfalls eines nicht bedeuten: Die Aufforderung des Gesetzgebers an alle „player“ im System, miteinander im eskalierenden Dissens zu leben.

Zu allerletzt erscheint mir dies wichtig: Es ist alleine der Konsens, der eine Gesellschaft in ihrem Innersten zusammenhält, niemals der von Ferne dekretierte Dissens.

Mit dieser Einstellung muss auch jeder Protest gegen die niedergehenden Strukturen vorgetragen werden. Die Vertreter des Dissenses sind nicht etwa Gegner, die es zu überrennen gilt. Sondern sie sind die möglichen Partner von morgen, mit denen gemeinsam neue Lösungen erdacht werden können. Wer sorgenvoll vor den Mauern eines Verwaltungspalastes demonstriert, der muss demnach bedenken, dass auch innerhalb dieser glänzenden Mauern durchaus Unsicherheit und Befürchtungen über die weiteren Entwicklungen herrschen. Aufgabe der Kritik ist also, den Repräsentanten des scheiternden Systems freundlich und friedlich, aber dennoch eisern konsequent und stets beharrlich ihre Irrtümer und die ihnen – noch – fehlende Perspektive von einer künftig kommenden Konsensgesellschaft im Gesundheitswesen nahezubringen.

Kontakt: Königsallee 30, 40212 Düsseldorf

Daten und Berechnungsgrundlagen

1. Einführung DRG-System

Das DRG-System differenziert nach Hauptabteilung und Belegabteilung mit verschiedenen Varianten. Ein Beleger rechnet direkt mit der Krankenkasse ab, deshalb wird dieser Anteil der Fallpauschale der Klinik nicht vergütet.

Im Fallpauschalenkatalog können die unterschiedlichen Relativgewichte einsehen werden. Diese werden mit dem Landesbasisfallwert multipliziert. Daraus ergibt sich der Erlös.

Jahr	Landesbasisfallwert SH	Landesbasisfallwert RLP
2012	2.930,79	3.175,75
2013	3.012,04	3.250,70
2014	3.117,36	3.325,00
2015	3.190,81	3.396,00
2016	3.278,19	3.465,02
2017	3.346,50	3.530,50

Die Entwicklung der einzelnen Fallpauschalen ist abhängig von der Kalkulation. Mit einer Zeitverzögerung von zwei Jahren gehen die Kosten der Kalkulationspartner (freiwillige Vertragspartner) ein. Für einige zusätzliche Kosten kann ab 2016 auch ein sofortiger Zuschlag erfolgen.

Beispiele der häufigsten Fallpauschalen der neonatologischen Pädiatrie bei SSW >36 Woche (Hauptabteilung):

P06C: Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme

P66C: Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem

P66D: Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem

P67C: Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit schwerem Problem, ohne Hypothermiebehandlung oder mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Proz., neugeborener Einling

P67E: Neugeborener Einling, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Prozedur

Jahr	P06C	P66C	P66D	P67C	P67E
2012	3,219	1,815	0,341	0,621	0,250
2013	3,343	1,951	0,355	0,650	0,245
2014	3,418	1,886	0,328	0,672	0,247
2015	3,415	1,799	0,328	0,664	0,244
2016	3,373	1,814	0,345	0,668	0,249
2017	3,837	1,911	0,397	0,671	0,251

Für die Geburtshilfe lässt sich folgende Entwicklung darstellen (Belegabteilung Arzt und Hebamme):

O01D: Sekundäre Sectio caesarea m. mehrer. kompliz. Diagn., Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen (SSW), oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konst., ohne Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., mit od. ohne kompliz. Diag., oh. auß. schw. CC

O01E: Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose

O01G: Primäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose

O02B: Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne intrauterine Therapie, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC

O60D: Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen

Jahr	O01D	O01E	O01G	O02B	O60D
2013	0,858	0,721	0,692	0,515	0,320
2014	0,871	0,871	0,703	0,528	0,321
2015	0,870	0,707	0,684	0,550	0,317
2016	0,868	0,711	0,668	0,564	0,320
2017	0,763	0,711	0,668	0,560	0,321

Betrachtet man den hier nicht aufgeführten Zeitraum von 2004-2012, also direkt nach Einführung des DRG-Systems für Hauptabteilungen, sieht man eine starke Abwertung bezogen auf die Personalkosten der Hebammen. Diese wurde durch eine Änderung im Kalkulationshandbuch erwirkt, die die kalkulatorische Zeit im Kreißaal einschränkt.

O60D

Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose

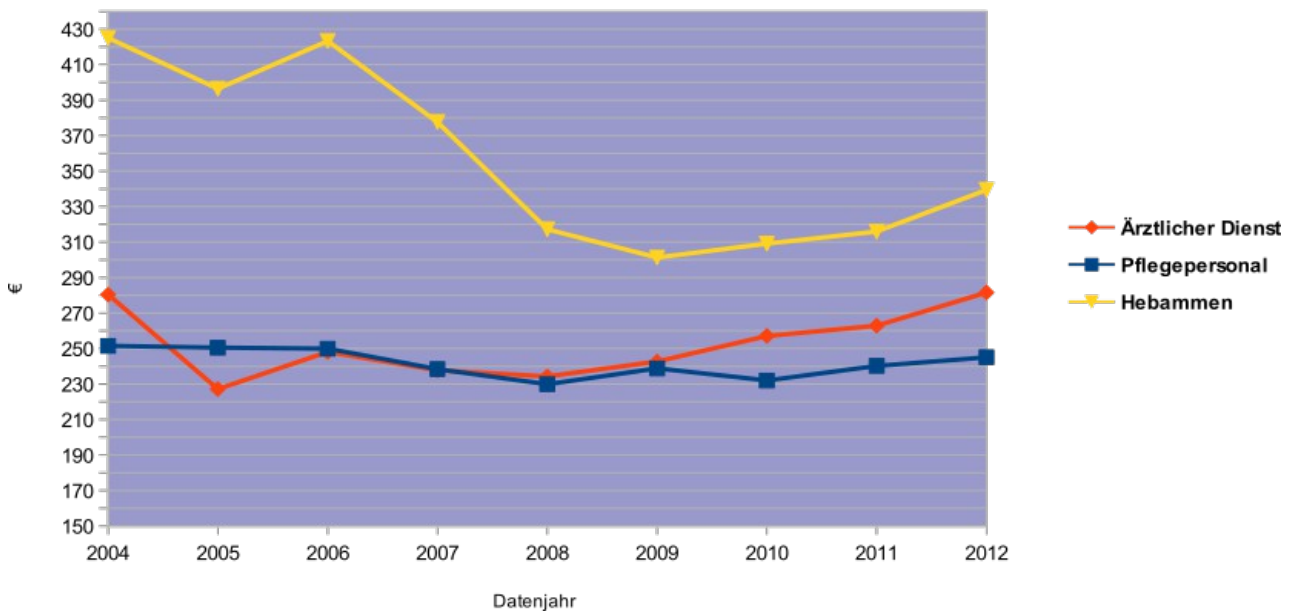


Abbildung 1: Geburt e. V. Vorschlagsverfahren Kostenstelle Kreißsaal, 2015

Auswirkung der Kalkulationsbedingungen auf die Praxis:

3.4 Aufenthaltszeit im Kreißsaal

Die Aufenthaltszeit im Kreißsaal 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

Abbildung 2: Geburt e. V. Vorschlagsverfahren Kostenstelle Kreißsaal, 2015

Zusammenfassung:

Die Preisentwicklung ist leicht positiv bei stabilen Relativgewichten und steigendem Landesbasisfallwert, bezieht man Klassifikationsänderungen ein. Diese hier ebenfalls darzustellen, würde den Rahmen sprengen. Sie sind dargestellt in einem unserer Vorschlagsverfahren und können bei Interesse von Geburt e. V. kostenlos als Datei angefordert werden.

Angesichts dessen, dass die Geburtshilfe bereits systemisch benachteiligt ist, ist es umso wichtiger, sie möglichst gemäß den Mechanismen des DRG-Systems zu führen. Das DRG-System bestraft eine falsche Dimensionierung. Die erzielte Wirkung soll Versorgung abbauen, die ein Fallzahlenquorum nicht erreicht und verhindern, dass überschüssige Betten vorgehalten werden. So kann man grundsätzlich von einem wirtschaftlichen Systemfehler sprechen, wenn nicht bei einer geburtshilflichen Belegabteilung mindestens 600 Geburten und in einer Hauptabteilung mindestens 1.000 Geburten erreicht werden. Es ist aber immer die Entscheidung des Trägers, ob er schließt, quer finanziert, das Defizit trägt oder eine Weiterentwicklung plant.

Würde man die Geburtshilfe von den beschriebenen Einflussnahmen befreien und die Vorhaltekosten direkt vergüten, anstatt sie auf aktive Leistungen umzupreisen, wäre die Geburtshilfe wirtschaftlich und könnte durch ihre personelle Grundausstattung andere Leistungsbereiche unterstützen. Das Gleiche gilt für die Notfallmedizin.

Darüber hinaus wirkt seit 2016 das Krankenhausstrukturgesetz. Der frühere Mengenabschlag wird ersetzt durch den Fixkostendegressionsabschlag. Für zusätzlich vereinbarte Leistungen muss für die Dauer von drei Jahren ein Abschlag der Fixkosten hingenommen werden. Da vaginale Geburten nicht zu den mengenanfälligen Leistungen gehören, beträgt der Abschlag nur die Hälfte. Auch, wenn wir uns gewünscht hätten, Geburten prinzipiell abschlagsfrei zu halten, muss man den Umstand, dass vaginale Geburten zu den 10 % der begünstigten Leistungen gehören, durchaus als Chance begreifen, in diesem Bereich wirtschaftlicher wachsen zu können.

2. Kinderstation

Eine Belegstation wird in Eckernförde nach derzeitiger Einschätzung nicht mehr geführt werden können. Das zugrunde gelegte Rechenmodell geht deshalb von einer Hauptabteilung mit eigenem Chefarzt aus. Dies gab der Geschäftsführer Dr. Johannsen im Hauptausschuss der Stadt Eckernförde so bekannt.

2.1 Kosten

Personalkosten

Ursprünglich wurde seitens der Geschäftsführung angegeben, es würden zehn ärztliche Stellen benötigt. Bei Einrichtung der Interimshauptabteilung der Geburtshilfe wurden 4,8 Stellen beziffert. Da die Kinderstation nicht mehr Ärzte benötigt als die Geburtshilfe, wird dieser Personalschlüssel zugrunde gelegt.

Die ehemaligen Belegärzte waren bereits vor der Schließung im gleichen zeitlichen Umfang auf der Kinderstation tätig, wie sie es jetzt als Honorarärzte für die neonatologische Versorgung der Geburtshilfe sind. Ihre Kosten sind in den Personalkosten nicht enthalten, weil sie zu der Zeit als Belegärzte tätig waren. Da die Honorarärztkosten aber bereits in der neonatologischen Versorgung der Geburtshilfe enthalten sind, und diese auch ohne Kinderstation anfallen, spielen diese Kosten für die Fragestellung keine Rolle und werden nicht berücksichtigt.

3,7 Stellen hatte die Kinderstation vor ihrer Schließung, diese wurden durch im Land eigene Ärzte aus Rendsburg besetzt. Die Honorarärzte (nur die ehemaligen Beleger) leisteten Dienste für 1,4 Stellen. Die Personalkosten wurden 2014 auf 291.052,28 beziffert. Änderungen in den Personalkosten dürfte es bis zur Schließung im November 2016 kaum gegeben haben, die Beschäftigungssituation war unverändert.

Damit wären die erforderlichen 4,8 Stellen bereits erreicht. Ausgehend von der Umwandlung einer Facharztstelle in eine Chefarztstelle muss eine Differenz von 150.000 € veranschlagt werden.

Zusätzlich sind derzeit für die neonatologische Versorgung der Geburtshilfe zwei weitere Honorarärzte verpflichtet, bei denen angenommen werden kann, dass sie nicht innerhalb von zehn Minuten auf der Geburtshilfestation eintreffen können. Diese Kosten würden bei einer Hauptabteilung entfallen. Treten an ihre Stelle angestellte Ärzte, ist die Struktur günstiger.

Die Personalkosten werden für eine gut ausgestattete Kinderstation auf 450.000 € jährlich geschätzt.

Kosten der IBLV, Sachkosten und nichtmed. Infrastruktur

Im Jahr 2014 betrugen die weiteren Kosten insgesamt 252.340,54 €.

Die weiteren Kosten waren in den Vorjahren mit leichten Verschiebungen der unterschiedlichen Kostengruppen stabil. Sie werden deshalb so fortgesetzt.

Gesamtkosten

Die Kosten werden auf 700.000 € kumuliert.

2.2 Erlöse

Im Jahr 2013 minderten sich die Erlöse der Pädiatrie aufgrund des Abbaus von zwei Betten für ältere Kinder. Der Erlös aus der Behandlung von Neugeborenen konnte leicht gesteigert werden. Die Erlöseinbußen betragen trotzdem 40.000 €. In Zeiten voller Belegung mussten Kinder abgewiesen werden.

Die Erlöse beinhalten wie beschrieben bei einer Hauptabteilung zusätzlich die ärztlichen Kosten. Deswegen kommt es automatisch zu einer Erlössteigerung. Ob diese Erlöse geeignet sind, die Personalkosten zu decken, hängt von der Fallzahl und der Fallschwere ab. Diese wären mit einer Hauptabteilung mit entsprechendem Bekanntheitsgrad mit Sicherheit zu vergrößern. Auch weitere Kooperationen innerhalb des Klinikums wären geeignet, eine Abteilung mit höherer Frequentierung aufzubauen. Insbesondere ist die Erlössteigerung aber auch abhängig von den Weiterbildungen der Pädiater. Diese sollten mit Bedacht gewählt werden.

Die Erlöse werden für 2016 nach den vorliegenden Daten auf 375.000 - 450.000 € taxiert. 2013 lagen sie knapp über 350.000 €.

Erlöse behandlungsbedürftige Neugeborene Hauptabteilung / Belegabteilung 2017 SH

	Erlös HA	Erlös BA	Erlössteigerung / Fall
P66C	6.567,15	5.618,68	948,47
P66D	1.364,29	1.013,77	350,52
P67C	2.305,89	1.130,61	1.175,28
P67E	862,56	776,65	85,91

3. Geburtshilfe

3.1 Kosten

Die Kosten der Geburtshilfe sind im Wirtschaftsgutachten für Gynäkologie und Geburtshilfe gemeinsam ermittelt worden. Gemeinsam mit der Gynäkologie hat die Geburtshilfe in ihrer ursprünglichen Form jährlich ca. 120.000 € Personalkosten für Pflegepersonal und die beiden halben ärztlichen Stellen.

Die Kosten der IBLV, Sachkosten und nichtmedizinischer Infrastruktur von 2014 werden um 150 € pro Geburt gesteigert und betragen somit ca. 1.738.870 €.

Damit können die Gesamtkosten auf 1.858.870 € kumuliert werden.

3.2 Erlöse

Jahr	Fallzahl Geburten	Fallzahl	CM	CMI	Erlöse in €
2012	543	996	307,6	0,309	901.511,00
2013	563	1007	312,2	0,310	940.358,89
2014	613	1111	358,5	0,323	1.117.573,56
2016	826	1502*	485,1	0,323*	1.623.387,15

* simuliert

Die Fallzahl der Geburtshilfe beinhaltet Mütter und Neugeborene. Bei ambulanter Geburt wird für das Neugeborene kein Fall erzeugt (vgl. Verlegung und Verweildauer). In den drei bekannten Jahren lag der Anteil der Geburtenzahl an der Fallzahl zwischen 54,5 – 55,9 % Fälle. Legt man 55 % zugrunde mit gleichbleibendem Casemix, so kann man für 2016 einen Erlös von 1.623.387,15 € schätzen. Der Erlös pro hundert Geburten wird demnach auf 196.535,97 € geschätzt.

Die in den Gesamtkosten auch enthaltene Gynäkologie erwirtschaftet ca. 350.000 € jährlich. So kann man für 2016 einen Gewinn für ca. 115.000 € für Gynäkologie und Geburtshilfe errechnen. Für die Geburtshilfe darf damit bei 826 Geburten die schwarze Null angenommen werden. Dies entspricht auch den allgemeinen Einschätzungen, die für eine Belegabteilung 600 - 800 Geburten, für eine Hauptabteilung 800 – 1200 Geburten für die Wirtschaftlichkeit veranschlagen. Die Übernahme der Haftpflichtprämien für die Belegärzte machen 800 Geburten erforderlich.

3.3 Abhängigkeit

Die Geburtshilfe muss Einschränkungen hinnehmen, ist keine Kinderstation angegliedert. Die Aufnahmekriterien haben sich seit der Schließung drastisch verschärft. Aufnahmekriterien werden sowohl in Beleg- wie auch in Hauptabteilungen mit der Geschäftsführung vereinbart. Diese trägt die Organisationsverantwortung. Es kann keine absolute Aussage über die ausgeschlossene Fallzahl getroffen werden. Seit der Schließung beträgt der Geburtenrückgang laut Geschäftsführung 24%. Dies entspräche einem Erlösverlust von ca. 400.000 €.

Ohne Kinderstation ist ebenfalls zu erwarten, dass sich werdende Eltern bewusst gegen Eckernförde entscheiden. Der Wegzug von Hebammen, der mit einer dauerhaften Fallzahlenreduzierung einhergeht, wird ebenfalls dazu führen, dass Frauen diesen Hebammen folgen.

4. Verlegung und Verweildauer

„Im Falle einer Geburt ist nach § 1 Abs. 5 FPV ein eigener Fall für das Neugeborene zu bilden. Wird eine im Fallpauschalen-Katalog vorgegebene Mindestverweildauer für die Fallpauschale (P60B) nicht erreicht, ist die Versorgung des Neugeborenen mit dem Entgelt für die Mutter abgegolten. In diesem Fall wird keine Rechnung für den Fall des Neugeborenen übermittelt.“¹

Eine neonatologische Behandlung in einer Geburtsklinik ist nach den Leitlinien nicht sachgerecht, weswegen eine Verlegung des Neugeborenen und mit ihm auch der Mutter durchgeführt werden wird.

Besteht eine pädiatrische Hauptabteilung wird ein krankes Neugeborenes mit der höheren Bewertungsrelation der Hauptabteilung abgerechnet. Dies hat einen enormen finanziellen Vorteil für die Klinik.

Abrechnungsbeispiel für ein Kind nach komplikationsloser vaginaler Geburt:

Beispiel 1 ohne Kinderklinik (Verlegung von Mutter und Kind):

Fallpauschale	Relativgewicht	Erlös in €
O60D -BA- < 24h	0,132	441,74
Neugeborenes < 24 h	entfällt	entfällt
Gesamt	0,132	441,74

Beispiel 2 mit Kinderklinik:

Fallpauschale	Relativgewicht	Erlös in €
O60D -BA- 4 Tage VD	0,321	1.072,68
P66C -HA- 11 Tage VD	1,911	6.567,15
Zuschlag Begleitperson 7 Tage		315,00
Gesamt	2,232	7.954,83

¹ Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Deutsche Krankenhausgesellschaft (Dezernat III), 2014

Das DRG-System sieht also empfindliche Abschläge vor.

Ergebnis

Aus den dargestellten Daten und Berechnungsgrundlagen lassen sich folgende Grundsätze ableiten:

1. Eine Restriktion der Aufnahme durch die Schließung der Kinderstation senkt die Erlöse der Geburtshilfe drastisch und verursacht ein Defizit.
2. Die neonatologische Versorgung mit vier Honorarärzten ist im Vergleich zu einer Hauptabteilung mit Chefarzt deutlich teurer, weil ihr die Erlöse fehlen und Honorarärzte kostenintensiv sind.
3. Die Geburtshilfe könnte deutlich mehr Erlöse erzielen, würde eine Kinderstation bestehen. Dies wäre aus wirtschaftlicher Sicht, der ertragsstarkste und deshalb zu bevorzugender Betrieb.
4. Die Fallzahl und der niedrige CMI kann gesteigert werden, wenn die Abteilung in Richtung perinataler Schwerpunkt ausgebaut wird.
5. Eine Gestaltung gemäß der Wirkung der G-DRG ist wirtschaftlicher als eine entgegengesetzte Entwicklung durch niedrigem Level und fehlender Kinderstation.

Die Geburtshilfe Eckernförde mit Kinderstation kann verlustfrei bis profitabel geführt werden, wenn sie gemäß den Empfehlungen der Fachgesellschaft und den Vorgaben des Deutschen Fallpauschalensystems als Geburtshilfe mit perinatalem Schwerpunkt oder Geburtshilfe mit Kinderklinik geführt wird. Die Fallzahl darf 800 Geburten nicht unterschreiten, strebt man eine wirtschaftliche Führung an.

Eine Geburtshilfe ohne Kinderstation hingegen wird immer Verluste schreiben, wenn dies zu einer Reduzierung des Schweregrades und der Fallzahl führt. Insofern ist die Fragestellung, welchen Wirtschaftsfaktor die Kinderstation für die Geburtshilfe hat, damit zu beantworten, dass sie die Erlöse steigert und durch gemeinsame Nutzung von Ressourcen eine höhere Effizienz aus den Kosten trägt.