

## **Kommentierung der Empfehlungen der Regierungskommission für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe**

Die Kommentierung der Empfehlungen der Regierungskommission für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe vom 08.07.2022 bezieht sich ausschließlich auf Pädiatrie und Kinderchirurgie.

Positiv hervorzuheben ist die Klarstellung, dass im gegenwärtigen, rein leistungsbezogenen Vergütungssystem eine Unterfinanzierung von Vorhaltekosten in den Kinderkliniken und -abteilungen besteht und die Pädiatrie mit den verbliebenen 334 Standorten bereits ein Konzentrationsniveau erreicht hat, das weit über das in der Erwachsenenmedizin hinausgeht.

Zuzustimmen ist auch der Feststellung, dass die Formulierung des Koalitionsvertrages „Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe“ von der Regierungskommission so verstanden wird, dass für diese Fächer kurzfristig zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen sind.

Es ist allerdings bedauerlich, dass die Regierungskommission keine konkrete Größenordnung dieser finanziellen Mittel benannt und auch keine eindeutige Empfehlung ausgesprochen hat, wer diese zusätzlichen Mittel aufbringen soll.

### **Zu den alternativen Modellen für die Pädiatrie:**

Das simple Modell A schreibt lediglich vorhandene Strukturen fort – damit auch alle bestehenden Ungerechtigkeiten. Es ist daher abzulehnen.

Wir schlagen stattdessen einen **Stufenplan aus den Modellen B und C** wie folgt vor:

Modell B, Variante 1 ist zu undifferenziert. Die stationäre Kinder- und Jugendmedizin ist komplexer. Daher ist Variante 2 eindeutig vorzuziehen.

Variante 2 könnte zunächst ab 01.01.2023 greifen, da sie einfach und schnell umsetzbar ist. Die Zahl der betreibbaren Betten sollte ausschließlich aufgrund der Angaben aus den Kliniken festgelegt werden.

Modell B führt nicht zu besseren Versorgungsstrukturen und kann daher nur als Übergangsmodell für ein Jahr in Frage kommen. Dass die Aufzählung der Schwerpunkte unter Variante 2 nicht ab-

schließlich ist, muss zusätzlich vermerkt werden, damit seltene hochspezialisierte Angebote ebenfalls Berücksichtigung finden können.

Die Methodik von Modell C, aber auch hier nur Variante 2, könnte dann ab 01.01.2024 hinzukommen zu einem Mischmodell aus B und C und damit also letztlich Modell D umgesetzt werden. Es bestünde dann bis 2024 ausreichend Zeit, die doch etwas komplexere Berechnung für Modell C auszutesten und vor Allem den Bevölkerungsbezug für die aufgelisteten Schwerpunkte und weitere Spezialangebote zu definieren.

Um dieses Modell umzusetzen, bedarf es aber neben dem Bevölkerungsbezug auch zwingend der Definition von Qualitäts-Kriterien für die Grund- und Regelversorgung sowie der Versorgung mit Schwerpunkten. Diese Kriterien sollten keinesfalls kompliziert (weil Streitbehaftet), sondern eindeutig formuliert (einfache Ja-/Nein-Bedingung) und unbedingt leicht zu prüfen sein.

Da in vielen Regionen bereits keine guten Strukturen mehr bestehen, müssen bei (noch) nicht erfüllten Kriterien Anreize gesetzt werden, diese zukünftig zu erfüllen (keine K.O.-Kriterien).

Ab 01.01.2025 könnte dann die im letzten Absatz der Empfehlungen nur kurz beschriebene Absicht umgesetzt werden, nämlich zusätzlich auch Mittel aus der fallbezogenen Vergütung umzuverteilen in die Vorhaltevergütung.