



## Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

zum Thema:

„Die Gesundheit unserer Kinder hat Vorrang  
vor Gewinnmaximierung – Das jetzige Modell der  
Fallpauschalen in der Kinder- und Jugendmedizin  
gehört abgeschafft“

Antrag der Fraktion der SPD  
- Drucksache 17/10641 -

Anhörung  
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

am 25. Februar 2021

## Einleitung:

Für die Ersatzkassen in Nordrhein-Westfalen ist die Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen von besonderer Bedeutung. Neben einer leistungsfähigen ambulanten Versorgungsstruktur verfügt Nordrhein-Westfalen mit 344 Krankenhäusern über eine hohe Anzahl an stationären Versorgungskapazitäten. Das gilt auch für den Bereich der Kinderheilkunde. In diesem Versorgungssegment hält Nordrhein-Westfalen bundesweit die höchsten Versorgungskapazitäten vor. Die Versorgung ist nicht nur in den städtischen Zentren, sondern auch in der Fläche nach wie vor gut.

Die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen leidet aber auch in Nordrhein-Westfalen unter den gleichen strukturellen Defiziten, wie die von erwachsenen Patientinnen und Patienten. Es gibt klare Tendenzen zur Überversorgung in den Ballungszentren und insgesamt ein viel zu wenig strukturiertes Leistungsangebot. Das vom Land Nordrhein-Westfalen im Jahr 2019 in Auftrag gegebene Gutachten zur stationären Versorgungsstruktur ist zu dem Ergebnis gekommen, dass die Versorgungssituation auch in der Kinder- und Jugendmedizin in nahezu allen Landesteilen sichergestellt ist und entsprechende stationäre Leistungsangebote innerhalb einer zumutbaren Fahrtzeit von rund 45 Minuten erreicht werden können. Es bestehen aber vereinzelt Anzeichen von Überversorgung, Doppelvorhaltungen und einer Versorgungsstruktur, die das vorhandene Personal zu wenig bündelt. Daher ist es auch in einem Querschnittsbereich, wie der Kinder- und Jugendmedizin sinnvoll, strukturelle Veränderungen vorzunehmen, die im Ergebnis dazu führen, dass die Leistungen auf weniger Standorte konzentriert werden und das vorhandene Personal und seine spezifische Expertise sinnvoller eingesetzt wird als bisher. Für die Ersatzkassen ist daher wichtig: Auch im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin muss der Grundsatz gelten, dass „Qualität vor Erreichbarkeit“ geht. Die Ersatzkassen in Nordrhein-Westfalen unterstützen insofern nachdrücklich das versorgungspolitische Ziel der Landesregierung, die neue Rahmenplanung stärker qualitätsorientiert durchzuführen, das Bett als zentrale Planungsgröße abzulösen und die Kapazitätsplanung deutlich stärker als bisher am tatsächlichen Versorgungsbedarf auszurichten.

Die Ersatzkassen setzen sich darüber hinaus für eine angemessene und nachhaltige Finanzierung von stationären Leistungen ein. Das DRG-System weist zwar Schwächen auf, die zu Fehlanreizen führen. Insgesamt wird das DRG-System dem versorgungspolitischen Ziel einer auskömmlichen Finanzierung gleichwohl gerecht und stellt eine angemessene Abrechnungssystematik auch für Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin dar.

Neben den insbesondere im Bereich der Kinder- und Jungenmedizin sehr ausdifferenzierten DRG-Fallpauschalen existieren noch zahlreiche Zusatzentgelte, die dem besonderen Versorgungsbedarf dieser Patientengruppe gerecht werden. Das DRG-Fallpauschalensystem ist sachgerecht und auch ausreichend flexibel. Es ist daher aus Sicht der Ersatzkassen weder sinnvoll noch notwendig, diese Patientengruppen aus dem DRG-System herauszunehmen. Vielmehr ist es ratsam, das System konsequent weiterzuentwickeln und dabei insbesondere Fehlanreize zu beseitigen.

## 1. Versorgungsstruktur in der Kinder- und Jugendheilkunde in Nordrhein-Westfalen

### 1.1 Stationäre Versorgungsstruktur

Die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser bieten an 72 Krankenhausstandorten stationäre Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin an. Nach den Zahlen des Statistischen Bundesamtes stehen landesweit 4.476 Betten für den Teilbereich der Kinderheilkunde zur Verfügung. Im Teilbereich Kinderchirurgie sind es an 16 Standorten 366 Betten. Damit verfügt Nordrhein-Westfalen absolut über das zahlenmäßig größte Bettenangebot aller Bundesländer. Deutschlandweit entfallen auf 100.000 Einwohner 22,5 Betten auf den Bereich der Kinderheilkunde. In Nordrhein-Westfalen liegt der Anteil mit 25 Betten je 100.000 Einwohner erkennbar darüber. Nordrhein-Westfalen verfügt somit auch in Relation zur Bevölkerung über vergleichsweise hohe Versorgungskapazitäten für diese Patientengruppe.

Die Anzahl an Planbetten in der Kinder- und Jugendmedizin ist auch in Nordrhein-Westfalen in den letzten Jahren nur leicht gesunken. Diese Entwicklung folgt einem allgemeinen Trend, der gleichwohl nicht durchgängig ökonomischen Gesichtspunkten geschuldet ist, sondern vielmehr mit der seit Jahren zunehmenden Ambulantisierung stationärer Leistungen und insbesondere der demographischen Entwicklung korreliert. Die Bundesregierung ist im Rahmen einer Kleinen Anfrage der Fraktion „Die Linke“ auf diesen Umstand dezidiert eingegangen (Drucksache 19/7270). Nach den dort aufgeführten Zahlen lag der Anteil von Kindern und Jugendlichen unter 20 Jahren im Jahr 1991 an der Gesamtbevölkerung bei über 21 Prozent. Mittlerweile ist der Anteil auf deutlich unter 20 Prozent gesunken. Mit Blick darauf, ist der Rückgang der stationären Kapazitäten von jährlich rund 0,6 Prozent in Nordrhein-Westfalen eher moderat.

Die Belegungstage und die durchschnittlichen Verweildauern sind sowohl in der Kinderheilkunde als auch in der Kinderchirurgie seit Jahren bundesweit rückläufig. So lag die Anzahl an Belegungstagen im Bereich der Kinderheilkunde im Jahr 2007 nach den Zahlen des Statistischen Bundesamtes bundesweit noch bei 4.866.783 Tagen. 10 Jahre später wurden nur noch 4.504.925 Belegungstage der Abrechnung zugrunde gelegt. Der Nutzungsgrad sank bundesweit im gleichen Zeitraum von 67,7 Prozent auf 66,4 Prozent der vorhandenen Betten. Die durchschnittliche Verweildauer ging von 5,1 Tagen auf 4,5 Tage zurück. Im Bereich der Kinderchirurgie sanken die Belegungstage von 433.547 Tagen im Jahr 2007 auf 401.816 Tage im Jahr 2017. Die Verweildauer ging von 3,7 Tagen auf 3,2 Tage zurück.

Aufgrund der niedrigen Auslastungsgrade der Kliniken und der kontinuierlich sinkenden Verweildauern geht die Bundesregierung daher folgerichtig davon aus, dass sowohl im Bereich der Kinderheilkunde und auch im Bereich der Kinderchirurgie in Deutschland nach wie vor eine hohe Versorgungsdichte mit Tendenzen zur Überversorgung existiert. Das Krankenhausgutachten des Landes Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2019 hat gezeigt, dass sich Nordrhein-Westfalen von der bundesweiten Betrachtung nicht signifikant unterscheidet.

Für die Versorgung von besonderer Bedeutung ist auch die Anzahl der zur Verfügung stehenden Ärztinnen und Ärzte und des Pflegepersonals. Ähnlich wie im ambulanten Bereich ist auch im stationären Bereich die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin in Nordrhein-Westfalen kontinuierlich gestiegen. Waren im Jahr 2007 in den Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen noch 974 Ärztinnen und Ärzte mit dem entsprechenden fachlichen Schwerpunkt beschäftigt, so lag die Zahl 10 Jahre später bereits bei 1.437 Ärztinnen und Ärzten. Das ist ein Anstieg von fast 50 Prozent.

Auch bei den im Pflegedienst der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist die Anzahl im gleichen Zeitraum gestiegen. Im Jahr 2007 waren in den Kliniken 9.692 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Kinderkrankenpfleger eingesetzt. Die Anzahl dieser nicht-ärztlichen Fachkräfte in Nordrhein-Westfalen lag 10 Jahre später bei 9.885 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Insbesondere der hohe Zuwachs an Ärztinnen und Ärzten um fast 50 Prozent bei einem gleichzeitigen Rückgang der Belegungstage um fast 8 Prozent lässt klar darauf schließen, dass stationäre Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin nach wie vor auskömmlich finanziert werden.

## **1.2 Ambulante Versorgungsstruktur**

### **1.2.1 Vertragsärztliche Versorgung**

Nordrhein-Westfalen verfügt auch im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen über ein sehr gutes Leistungsangebot, welches die stationäre Versorgung sinnvoll ergänzt. Insgesamt sind in Nordrhein-Westfalen derzeit fast 1.300 Ärztinnen und Ärzte im Fachgebiet der Kinder- und Jugendmedizin niedergelassen. Die Anzahl der Kinder- und Jugendärzte steigt zudem seit Jahren kontinuierlich an.

Nach den Zahlen der aktuellen ärztlichen Bedarfsplanung der Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen sind derzeit rund 4 Prozent mehr Kinder – und Jugendärzte im niedergelassenen Bereich tätig als noch im Jahr 2014. Die Zahlen sind im Landes- teil Westfalen-Lippe noch deutlicher stärker angestiegen (+5,5 Prozent).

Die gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen geben für die vertragsärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen auch immer mehr Geld aus. Mittlerweise liegen die Leistungsausgaben für diesen Bereich der vertragsärztlichen Versorgung bei über 345 Millionen Euro pro Jahr (Nordrhein rund 188 Millionen Euro, Westfalen-Lippe rund 157 Millionen Euro). Der Zuwachs betrug seit dem Jahr 2014 fast 30 Prozent (Nordrhein +31 Prozent, Westfalen-Lippe + 26 Prozent). Der Honorarumsatz je Arzt ist im gleichen Zeitraum um fast 17 Prozent gestiegen. Insgesamt bedeutet das für die gesetzlichen Krankenkassen Mehrausgaben von rund 77 Millionen Euro seit dem Jahr 2014 nur für den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin. An dieser Entwicklung haben auch die bei Kindern besonders wichtigen Früherkennungsuntersuchungen einen großen Anteil, da der zugehörige Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den letzten Jahren erweitert wurde.

### **1.2.2 Kinderspezialambulanzen (KSA)**

Nordrhein-Westfalen verfügt über eine hohe Anzahl an sogenannten Kinderspezialambulanzen. In diesen auf spezielle Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen ausgerichteten Ambulanzen erhalten die Krankenhausträger, ergänzend zur Honorierung der ambulant erbrachten Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, weitere Zahlungen. Die Patientinnen und Patienten werden dabei in kinder- und jugendmedizinischen, kinderchirurgischen und kinderorthopädischen sowie insbesondere pädaudiologischen und auch kinderradiologischen Fachabteilungen versorgt. In Nordrhein-Westfalen betrifft das mittlerweile 40 Krankenhäuser mit einem finanziellen GKV-Gesamtvolumen von jährlich aktuell rund 18 Millionen Euro.

### **1.2.3 Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)**

Die Sozialpädiatrie versteht sich als „eine Querschnittswissenschaft der Kinderheilkunde und Jugendmedizin“, die sich mit den Beziehungen zwischen Gesundheit, Krankheit und Entwicklung der Kinder einerseits und den äußeren Lebensbedingungen der Kinder andererseits befasst.

Die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) sind überwiegend an Krankenhäusern angesiedelt und leisten einen wichtigen Beitrag in Ergänzung der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Sie sind ein Bindeglied zwischen ambulanten niedergelassenen Kinder- und Jugendmedizinerinnen und der stationären Krankenhausversorgung und nehmen dementsprechend auch eine „Filterfunktion“ ein.

Sie können seit 1989 zur Teilnahme an der ambulanten Grundversorgung ermächtigt werden und müssen unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige sozialpädiatrische Behandlung bieten. Diese ist auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen Art, Schwere und Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Bundesweit sind derzeit rund 144 SPZ zugelassen. In Nordrhein-Westfalen ist die Zahl der SPZ von 2006 bis heute von 33 auf 44 Einrichtungen angewachsen. Die Zulassung der SPZ erfolgt dabei über die Zulassungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigungen mit einer klar am Bedarf ausgerichteten Angebotssteuerung. Zwischenzeitlich geben die Ersatzkassen in Nordrhein-Westfalen rund 19 Millionen Euro jährlich für dieses Leistungsangebot aus.

#### **1.2.4 Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB)**

Der § 119c wurde durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz im Jahre 2015 in das SGB V eingefügt, um die medizinische Versorgung von erwachsenen Menschen mit Behinderungen zu verbessern. Der Gesetzgeber hat weitestgehend offengelassen, welche Träger bzw. Einrichtungen als MZEB in Frage kommen. Jedoch begründet er die Etablierung der Behandlungszentren insbesondere mit der fehlenden Anschlussversorgung für Kinder und Jugendliche bei Vollendung des 18. Lebensjahres und der damit verbundenen fehlenden Transition zur Erwachsenenmedizin. Im Idealfall erfolgt der Transitionsprozess anhand von Vorbefunden, Diagnosen und therapeutischen Erfahrungen von einem SPZ in das MZEB. In Nordrhein-Westfalen haben sich seit Einführung des § 119c SGB V aktuell 11 Einrichtungen etabliert, die fast durchgängig an Krankenhäusern angesiedelt sind. Da die Tendenz steigend ist, ist davon auszugehen, dass auch diese Einrichtungen zu einer weiteren Verbesserung der Versorgung an der Schnittstelle von Jugendlichen und Erwachsenen führen werden.

## 2. Finanzierung der Kinder- und Jugendmedizin in der stationären Versorgung

### 2.1 DRG-Fallpauschalensystem

Eine Herausnahme der Kinder- und Jugendmedizin aus dem DRG-Fallpauschalensystem der Krankenhausfinanzierung ist aus Sicht der Ersatzkassen weder notwendig noch sachgerecht. Das DRG-System besteht derzeit aus 1.285 Fallpauschalen (einschließlich von 10 neuen bislang unbewerteten teilstationären Kinder-DRGs). Kinder und Jugendliche sind mit 319 spezifischen Fallpauschalen in diesem System überproportional ausdifferenziert vertreten. Hierbei wurde auch der besondere Aufwand, der etwa durch die Notwendigkeit einer längeren Behandlungsdauer aufgrund des erhöhten Zuwendungsbedarfs bei Kindern und Jugendlichen entsteht, angemessen berücksichtigt. Zusätzlich existieren für Kinder und Jugendliche noch 66 spezielle Zusatzentgelte für Medikamente mit Kinderdosisklassen sowie fünf sonstige kinderspezifische Zusatzentgelte für die beispielsweise besonders komplexe neuropädiatrische Diagnostik. Ergänzend werden tagesbezogene Vergütungen für Kinder gezahlt, die besonders lange im Krankenhaus versorgt werden müssen.

Die Kalkulation der Fallpauschalen erfolgt jährlich auf einer empirisch breiten Kosten- und Leistungsbasis der an der Kalkulation beteiligten Krankenhäuser und bildet insofern die Mehrheit der Behandlungsfälle – auch in der Kinder- und Jugendmedizin – angemessen ab. Zusätzlich wurden ab dem Jahr 2021 in den DRG-Fallpauschalenkatalog erstmalig auch bislang unbewertete teilstationäre Fallpauschalen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen aufgenommen. Es wird zudem konsequent darauf geachtet, dass die spezifischen DRGs für Kinder besser vergütet werden als die entsprechenden DRGs für erwachsene Patientinnen und Patienten. Dies hat zu einer deutlichen Steigerung des bundesweiten Casemix (+ 10.039 Bewertungsrelationen zum DRG-Katalog 2020) geführt. Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen erzielten alleine aufgrund dieser Höherbewertung Erlöszuwächse bei Kindern und Jugendlichen von fast 12 Millionen Euro in diesem Jahr. Insgesamt ist aus Sicht der Ersatzkassen über das DRG-Fallpauschalensystem somit eine auskömmliche Vergütung der Krankenhausleistungen – auch von Kindern und Jugendlichen – sichergestellt.



## 2.2 Sicherstellungszuschläge

Der regelmäßig adressierte Vorwurf, dass insbesondere in der Kinder- und Jugendmedizin die Vorhaltekosten nicht ausreichend finanziert werden, ist nach Einschätzung der Ersatzkassen kein flächendeckendes Problem. Sofern es im Rahmen der Sicherstellung der regionalen Versorgung gleichwohl zu Versorgungsproblemen kommen sollte, können die Länder mit dem Instrument des Sicherstellungszuschlags angemessen darauf reagieren. Der Bundesgesetzgeber hat mit dem GPVG den Kreis anspruchsberechtigter Fachabteilungen ab diesem Jahr um die Kinder- und Jugendmedizin gesetzlich sogar erweitert. Bundesweit erhalten ab 2021 erstmals auch 19 Kinderkliniken/Fachabteilungen für Kinder und Jugendmedizin einen Zuschlag von 400.000 Euro pro Jahr. Dieses Finanzierungsinstrument spielt in Nordrhein-Westfalen aufgrund seiner dichten stationären Angebotsstruktur allerdings keine Rolle und wird aktuell auch nur bei einem Krankenhaus mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin angewandt.

## 2.3 Pflegebudget

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) wurde ab dem Jahr 2020 die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem bisherigen DRG-System eingeführt. Diese Systemumstellung auf eine vollständige Refinanzierung der Pflegepersonalkosten - unabhängig von den DRG-Fallpauschalen - führt zu einer finanziellen Entlastung der Krankenträger und kommt insbesondere auch den Kinderkliniken wegen des erhöhten Pflegeaufwandes für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zugute und federt die saisonal stark variablen Belegungszahlen ab.

Durch die Bereinigung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System wird klar deutlich, dass der vom InEK kalkulierte Pflegepersonalaufwand für die betroffenen DRGs in Höhe von rund 31 Prozent deutlich über dem angenommenen Wert für die Veränderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen aller Krankenhäuser in Höhe von durchschnittlich 20,65 Prozent liegt. Somit wird nachweisbar ein höherer Pflegeaufwand für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Bereinigung der DRGs durch das InEK bereits kalkulatorisch berücksichtigt. Im Rahmen der tatsächlichen Budgetverhandlungen mit den Kinderkliniken in Nordrhein-Westfalen hat sich zudem gezeigt, dass der kalkulierte Pflegepersonalaufwand in der Praxis oftmals sogar noch höher ist und teilweise sogar um bis zu 40 Prozent über den kalkulierten Werten des InEK liegt.

Die erzielten Verhandlungsergebnisse zeigen deutlich, dass die gesetzlichen Krankenkassen bereit sind, gerade in diesem Bereich die spezifischen personellen Anforderungen der Krankenhäuser (Personalschlüssel, Gehaltsniveau) finanziell angemessen zu berücksichtigen und damit einen wesentlichen Beitrag zur Finanzierung leistungsgerechter Strukturen in der Kinder- und Jugendmedizin zu leisten.

## Fazit:

- Die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist in Nordrhein-Westfalen auch weiterhin sichergestellt. Nordrhein-Westfalen verfügt trotz rückläufiger Fallzahlen bundesweit über die höchsten stationären Versorgungskapazitäten und ist auch in Relation zur Bevölkerungszahl strukturell sehr gut aufgestellt.
- Auch in der Kinder- und Jugendmedizin gilt der Grundsatz: „Qualität geht vor Erreichbarkeit“. Die neue Krankenhausplanung des Landes Nordrhein-Westfalen muss auch im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin mehr auf Qualität setzen. Dabei wird es aus Sicht der Ersatzkassen darauf ankommen, auch für den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin sinnvolle strukturelle Veränderungen vorzunehmen, die zu einer Beseitigung von Doppelvorhaltungen, insbesondere in den städtischen Zentren, und damit auch zu einer Reduzierung möglicher Fehlversorgungen führen.
- Das DRG-System ist auskömmlich. Der hohe Zuwachs an Ärztinnen und Ärzten bei einem gleichzeitigen Rückgang der Belegungstage lässt klar darauf schließen, dass stationäre Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin nach wie vor auskömmlich finanziert werden.
- Strukturelle Veränderungen führen zu mehr Geld für die Krankenhäuser. Für den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin sind mittlerweile diverse strukturelle Veränderungen des DRG-Fallpauschalenkatalogs vorgenommen worden, die im Ergebnis zu einer besonders ausdifferenzierten Abrechnungsgrundlage für stationäre Leistungen geführt haben. DRGs der Kinder- und Jugendmedizin werden mittlerweile besser vergütet als in der Erwachsenenmedizin. Diese führen im Ergebnis zu deutlichen Erlössteigerungen der Krankenhäuser.
- Wir haben nicht zu wenig klinisches Personal, sondern zu viele Krankenhaushfälle. Eine Herausnahme der Kinderheilkunde und der Kinderchirurgie aus dem DRG-Fallpauschalensystem ist aus Sicht der Ersatzkassen keine Lösung. Das DRG-System muss aber um mögliche Fehlanreize bereinigt werden. Das gilt insbesondere um die seit Jahren problematisierten ökonomisch motivierten Fallzahlsteigerungen.
- Das DRG-System ist ein lernendes System. Die Preisbasis der Krankenhäuser wird jährlich aufgrund der Datenmeldungen der Krankenhäuser (Kalkulationshäuser) an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) aktualisiert.

Aus Sicht der Ersatzkassen wäre es aber wünschenswert, dass noch mehr Krankenhäuser ihre Daten zur Verfügung stellen, damit die erforderlichen Zeitaufwände und die Kosten für die Kinder- und Jugendmedizin noch präziser abgebildet werden können als bisher.

- Die gesetzlichen Krankenkassen finanzieren die hohen Pflegepersonalkosten in der Kinder- und Jugendmedizin vollumfänglich. Durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem bisherigen DRG-System erfolgt eine vollständige Refinanzierung des Pflegepersonals. Diese Systemumstellung führt zu einer finanziellen Entlastung der Krankenhausträger, insbesondere auch in der personal- und pflegeintensiven Kinder- und Jugendmedizin. Saisonale stark variable Belegungszahlen und der erhöhte Pflegeaufwand für die Behandlung von Kindern werden somit vollständig berücksichtigt.
- Nicht ausreichend finanzierten Vorhaltekosten kann mit dem Instrument des Sicherstellungszuschlags gezielt begegnet werden. Das hat zwischenzeitlich auch der Bundesgesetzgeber erkannt und mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) den Kreis anspruchsberechtigter Krankenhäuser ab diesem Jahr um die Kinder und Jugendmedizin erweitert. Über diesen Weg fließen weitere Millionenbeträge in die stationäre Versorgung. In Nordrhein-Westfalen spielt dieses Finanzierungsinstrument aufgrund seiner umfangreichen Angebotsstruktur allerdings weiterhin keine große Rolle.
- Auch die Länder sind in der Verantwortung für die Krankenhäuser. Die Vorhaltung und Finanzierung von stationären Angebotskapazitäten setzt auch eine auskömmliche Investitionsfinanzierung durch die Länder voraus.
- Auch die ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen funktioniert. Permanent steigende Arztzahlen und hohe Zuwächse bei den Leistungsausgaben sind hierfür klare Indikatoren. Zusätzlich existiert in Nordrhein-Westfalen eine immer größer werdende Anzahl an spezialisierten Leistungsangeboten, wie beispielsweise Kinderspezialambulanzen (KSA) oder Sozialpädiatrische Zentren (SPZ), die in Ergänzung der stationären Strukturen die ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit spezifischen Krankheitsbildern sicherstellen.