



Sachstand

Geburtshilfe

Zur ärztlichen Betreuung und Hebammenhilfe im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge sowie zur Abrechnungspraxis von Geburtshilfestationen

Geburtshilfe

Zur ärztlichen Betreuung und Hebammenhilfe im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge sowie zur Abrechnungspraxis von Geburtshilfestationen

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 042/18
Abschluss der Arbeit: 18 . Juli 2018
Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Schwangerschaftsvorsorge durch Ärzte und Hebammen	4
3.	Arzt- bzw. Hebammenhaftung im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge	6
4.	Zum Abrechnungssystem von Geburtshilfestationen in Krankenhäusern	7
4.1.	Zum DRG-System für Geburtshilfestationen	9
4.2.	Zu den aktuellen Regelungen über Sicherstellungszuschläge	12

1. Einleitung

Schwangerschaftsvorsorge kann unter bestimmten Voraussetzungen von einem Arzt und einer Hebamme gemeinsam vorgenommen werden. Der vorliegende Sachstand befasst sich mit der Aufgabenabgrenzung zwischen ärztlicher und der von einer Hebamme vorgenommenen Schwangerschaftsvorsorge und geht auf die Haftung beider Berufsgruppen ein. Darüber hinaus werden auftragsgemäß Stellungnahmen angeführt, die die derzeitige Abrechnung auch der Geburtshilfe in den Krankenhäusern nach dem Diagnosis Related Groups-System (DRG-System) thematisieren.

2. Schwangerschaftsvorsorge durch Ärzte und Hebammen

Nach § 24d Satz 1 Fünftes Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)¹ haben versicherte Frauen während der Schwangerschaft einen Anspruch auf ärztliche Betreuung sowie auf Hebammenhilfe. Gesetzlich der ärztlichen Betreuung zugeordnet sind die Beratung zur Mund- und Zahngesundheit und bei Bedarf auch zu regionalen Unterstützungsangeboten (§ 24d Satz 3 und 4 SGB V). Auf welche konkreten Untersuchungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung Schwangere darüber hinaus einen Anspruch haben, ist in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)² sowie dem Vertrag zur Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V (Hebammenhilfvertrag)³ geregelt. Zur Zusammenarbeit zwischen Arzt und Hebamme betonen die Mutterschafts-Richtlinien: „Zur notwendigen Aufklärung über den Wert dieser Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechenden ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen Ärzte, Krankenkassen und Hebammen zusammenwirken.“ (A. 2) Einige der in den Mutterschafts-Richtlinien genannten Leistungen können statt von einem Arzt auch von einer Hebamme im Umfang ihrer beruflichen Befugnisse erbracht werden, wenn ein Arzt dies im Einzelfall angeordnet oder einen normalen Schwangerschaftsverlauf festgestellt und daher keine Bedenken gegenüber der Durchführung von weiteren Vorsorgeuntersuchungen durch eine Hebamme hat. Dies ist einerseits in den Mutterschafts-Richtlinien (A. 7) geregelt, ergibt sich aber teilweise auch aus § 5 des Gesetzes über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz - HebG)⁴. Nach § 5 HebG soll die Ausbildung insbesondere dazu befähigen, Frauen während der

1 Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I S. 3214) geändert worden ist.

2 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der Fassung vom 10. Dezember 1985, zuletzt geändert am 21. April 2016, in Kraft getreten am 20. Juli 2016, im Internet abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1223/Mu-RL_2016-04-21_iK-2016-07-20.pdf (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).

3 Hebammenhilfvertrag einschließlich Anlagen abrufbar über den GKV-Spitzenverband unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/hebammen/hebammenhilfvertrag/hebammenhilfvertrag.jsp (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018). Für die Leistungserbringung durch freiberufliche Hebammen werden nach § 134a Absatz 1 SGB V Verträge zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Hebammen geschlossen.

4 Hebammengesetz vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), das zuletzt durch Artikel 17b des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) geändert worden ist.

Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett Rat zu erteilen und die notwendige Fürsorge zu gewähren, normale Geburten zu leiten und Komplikationen des Geburtsverlaufs frühzeitig zu erkennen. Hebammen leisten bei normal oder regelrecht verlaufenden Vorgängen der Schwangerschaft Hilfe, während die Behandlung regelwidriger Vorgänge den Ärzten vorbehalten ist.⁵ Jede Schwangere entscheidet bei normalem Schwangerschaftsverlauf selbst, ob sie die Vorsorge bei einem Arzt oder einer Hebamme durchführen lässt. Zu den Befugnissen einer Hebamme nach den Mutterschafts-Richtlinien gehören im Falle eines normalen Schwangerschaftsverlaufs Gewichtskontrolle, Blutdruckmessung, Urinuntersuchung auf Eiweiß und Zucker, Kontrolle des Standes der Gebärmutter, Feststellung der Lage, Stellung und Haltung des Kindes sowie Kontrolle der kindlichen Herztöne. Aber auch über die im Rahmen der Schwangerenvorsorge erforderlichen Laboruntersuchungen kann die Hebamme auf Grundlage des Hebammenhilfevertrages entscheiden.⁶ Darüber hinausgehende Untersuchungen, wie zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, dürfen hingegen ausschließlich von Ärzten durchgeführt werden. Wieder andere Leistungen wie Geburtsvorbereitung in Form von Gruppen- oder Einzelunterweisung oder allgemeine Beratung zu Fragen der Schwangerschaft werden allein durch Hebammen, nicht durch Ärzte erbracht.⁷ Eine Doppelabrechnung der Leistungen in dem Sinne, dass eine Leistung sowohl von einem Arzt als auch einer Hebamme ausgeführt wird, ist ausgeschlossen.⁸ Dies ergibt sich aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Absatz 1 SGB V.⁹

5 Nolte in: Kasseler Kommentar, SGB V, 98. EL 2018, § 24d Rn. 23.

6 Anlage 1.2 Leistungsbeschreibung zum Vertrag über Hebammenhilfe nach § 134a SGB V, Lesefassung nach Änderungsvereinbarung vom 11.12.2017 zum 01.01.2018, S. 2, abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/Hebammen_Lesefassung_Leistungsbeschreibung_ab_2018-01-01.pdf (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).

7 Nolte in: Kasseler Kommentar, SGB V, 98. EL 2018, § 24d Rn. 23; Kießling in: Beck-Onlinekommentar, SGB V, 48. E. 1.9.2017, § 24d, Rn. 5. Vgl. hierzu auch Anlage 1.2 Leistungsbeschreibung zum Vertrag über Hebammenhilfe nach § 134a SGB V, Lesefassung nach Änderungsvereinbarung vom 11.12.2017 zum 01.01.2018, S. 2 bis 4, abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/Hebammen_Lesefassung_Leistungsbeschreibung_ab_2018-01-01.pdf (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).

8 Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V, § 2 Absatz 5, abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/1_Vertragstext_Hebammenhilfevertrag_09-2017.pdf (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).

9 Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE., Versorgung mit Leistungen der Schwangerenvorsorge und deren Vergütung, Bundestags-Drucksache 18/10845 vom 16. Januar 2017, S. 3, abrufbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/108/1810845.pdf> (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).

3. Arzt- bzw. Hebammenhaftung im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge

Unter Arzt- bzw. Hebammenhaftung wird die zivilrechtliche Verantwortlichkeit eines Arztes bzw. einer Hebamme gegenüber der Schwangeren bei Verletzung der Sorgfaltspflichten verstanden¹⁰. Zwar hat die Rechtsprechung ihren Schwerpunkt im Bereich der Arzthaftung, doch gelten diese Maßstäbe ebenso für Hebammen.¹¹ Eine Verletzung der Sorgfaltspflichten können Behandlungsfehler, Aufklärungsfehler oder Organisationsfehler sein¹². Die rechtliche Beziehung zwischen Arzt bzw. Hebamme und Schwangerer ist als privatrechtlicher Behandlungsvertrag nach den §§ 630a ff Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)¹³ ausgestaltet, so dass sich die Haftung aus diesem Vertrag oder aus der sogenannten Deliktshaftung¹⁴ ergeben kann.¹⁵ Im Weiteren wird die vertragliche Haftung betrachtet. Voraussetzungen für eine Arzt- bzw. Hebammenhaftung sind:

- Verletzung einer Sorgfaltspflicht,
- das Vorliegen einer Rechtsgutverletzung in Form einer Körperverletzung oder Gesundheitsbeeinträchtigung bis hin zum Tod (Schaden)
- die Verursachung der Rechtsgutverletzung durch die Verletzung der Sorgfaltspflicht (Kausalität)
- sowie ein Verschulden.¹⁶

Rechtliche Grundlage für die Geltendmachung eines vertraglichen Schadensersatzes ist die allgemeine Norm des § 280 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) - Schadensersatz wegen Pflichtverletzung.

10 Greiner in: Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, 7. Auflage 2014, Einleitung Rn. 1 und A. Behandlungsverhältnisse Rn. 4.

11 Wagner in: Münchener Kommentar, BGB, 7. Auflage 2016, § 630a Rn. 134; BGH, Urteil vom 16. Mai 2000 – VI ZR 321/98 in: Neue Juristische Wochenschrift (NJW) 2000, 2737.

12 Quaas in Quaas/Zuck, Medizinrecht, 3. Auflage 2014, § 14 Rn. 66.

13 Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Juli 2017 (BGBl. I S. 2787) geändert worden ist.

14 Die Deliktshaftung ist eine Haftung aus unerlaubter Handlung und in den §§ 823 ff BGB geregelt. Nach § 823 Absatz 1 BGB ist schadensersatzpflichtig, wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt. Beide Haftungsansprüche – vertragliche sowie deliktische – bestehen nebeneinander und unterscheiden sich nicht wesentlich; Schadensersatz wird im Ergebnis einmal gewährt.

15 Spickhoff in: Spickhoff, Medizinrecht, 2. Auflage 2014, § 630a BGB, Rn. 15; Greiner in: Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, 7. Auflage 2014, Einleitung Rn. 1 und 2.

16 Quaas in Quaas/Zuck, Medizinrecht, 3. Auflage 2014, § 14 Rn. 63.

Bei einer Schwangerschaftsvorsorge, die zum Teil von einem Arzt und zum Teil von einer Hebamme vorgenommen wird, haftet der Arzt für die Fehler, die ihm im Rahmen seiner Behandlung und die Hebamme für die Fehler, die ihr im Rahmen ihrer Behandlung unterlaufen.¹⁷ Rechtsprechung dazu liegt vor allem im Zusammenhang mit dem eigentlichen Geburtsverlauf vor. So ist hier eine Hebamme ab der Behandlungsübernahme durch den Arzt, dessen Weisungen sie unterworfen ist, grundsätzlich von einer eigenen Verantwortung und damit Haftung befreit.¹⁸ Diese Befreiung endet jedoch dann, wenn die Hebamme erkennen muss, dass das Vorgehen des Arztes vollkommen regelwidrig und unverständlich ist.¹⁹ Hat der Arzt die Verantwortung übernommen, ist die Hebamme dennoch verpflichtet, ärztlichen Anweisungen, die erkennbar unsachgemäß sind, zu widersprechen und Gegenvorstellungen vorzubringen. Tut sie dies nicht, haftet sie ebenfalls.²⁰ Auch hat eine Hebamme die Pflicht, entweder selbst das Neugeborene zu überwachen oder den Arzt darauf hinzuweisen, dass eine Überwachung notwendig ist.²¹ Zu weiteren Einzelheiten der ärztlichen Haftung, insbesondere zur Problematik der Beweisführung, wird auf eine Arbeit der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages verwiesen.²²

4. Zum Abrechnungssystem von Geburtshilfestationen in Krankenhäusern

Die Vergütung der voll- und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser erfolgt seit dem Jahr 2004 verpflichtend über das DRG-System nach § 17b des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG)²³ und den Regelungen des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG)²⁴. Zur Deckung der anfallenden Betriebskosten pro Patient erhalten die Krankenhäuser für jeden Patienten eine sogenannte Fallpauschale von dessen Krankenkasse. DRGs sind damit Patientenklassifikationssysteme, mit denen einzelne stationäre Behandlungsfälle anhand bestimmter Kriterien, wie z.B. Diagnose oder

-
- 17 Lafontaine in: Herberger/Martinek/Rüßmann u. a., JurisPraxisKommentar BGB, 8. Auflage 2017, § 630 h BGB Rn. 448.
- 18 BGH, Urteil vom 7. Dezember 2004 – VI ZR 212/03 in: BGHZ 161, 255.
- 19 OLG Düsseldorf, Urteil vom 26. April 2007 – 1-8 U 37/05 in: Zeitschrift Versicherungsrecht (VersR) 2008, 534.
- 20 OLG Frankfurt, Urteil vom 6. April 1990 – 24 U 18/89 in: VersR 1991, 1373.
- 21 OLG Koblenz, Urteil vom 14. März 1991 – 5 U 1789/89 in: Arztrecht (ArztR) 1992, 102.
- 22 Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Zur Diskussion eines Patientenentschädigungs- und Härtefallfonds, Dokumentation WD 9 – 3000 – 043/16 vom 27. Juli 2016, Gliederungspunkt 2. (Arzthaftung), abrufbar unter: <https://www.bundestag.de/blob/438414/ad2b99467206f9b330605cea405e7c17/wd-9-043-16-pdf-data.pdf> (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).
- 23 Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist.
- 24 Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8c des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) geändert worden ist.

Schweregrad zu Fallgruppen zusammengefasst werden.²⁵ . Zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht kostendeckend finanzierbar ist, können Sicherstellungszuschläge gewährt werden (§ 5 Absatz 2 KHEntgG in Verbindung mit § 17b Absatz 1a Nummer 6 KHG).

Dennoch müssen Krankenhäuser oder einzelne Stationen geschlossen werden. Der Kostendruck trifft gerade auch Geburtsstationen: Nach einer aktuellen Antwort der Bundesregierung ist die Anzahl der Krankenhäuser, die eine Geburtsstation führen, von 880 im Jahr 2006 auf 690 im Jahr 2016 gesunken. Die Bundesländer haben dazu folgende Gründe für die Schließung angegeben:

- mangelnde Auslastung
- fehlendes Hebammen-Personal und fehlendes ärztliches Personal
- wirtschaftliche Defizite
- Qualitätsmängel in der Versorgung (insbesondere hohe Kaiserschnittraten)²⁶

Nach § 17b Absatz 8 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG)²⁷ ist zu den Auswirkungen des neuen DRG-Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, eine Begleitforschung durchzuführen. Der 2013 im Auftrag des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) erschienene Bericht kommt zum Ergebnis, dass sich der Trend sinkender Zahlen an Geburtshilfestationen nach Einführung des DRG-Systems in stärkerem Umfang fortsetzte. So nahm von 2008 bis 2010 die Anzahl der Fachabteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit 1,7 Prozent im Jahresdurchschnitt am meisten ab. Allerdings sei eine alleinige Zuschreibung auf das DRG-System aufgrund der vielfältigen neben dem Vergütungssystem wirkenden Einflussfaktoren nicht möglich.²⁸

25 AOK, DRGs - Das Krankenhaus-Vergütungssystem mit Fallpauschalen, abrufbar unter: http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/drg/aktuell/index_09425.html (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018). Zum aktuellen Fallpauschalen-Katalog, siehe Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH, Fallpauschalen-Katalog 2018, Geburt ab S. 62, abrufbar unter: https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2018/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2018 (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).

26 Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Angebote für klinische und außerklinische Geburtshilfe in Deutschland, Bundestags-Drucksache 19/1924 vom 27. April 2018, abrufbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/019/1901924.pdf> (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).

27 Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist.

28 InEK, G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG, Endbericht des dritten Forschungszyklus (2008 bis 2010), März 2013, S. 9 und 96 abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/drg/drg_begleitforschung/DRG_Begleitforschung_Endbericht_3_Zyklus_2008_-_2010_2013_03.pdf (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018). Zur Qualität in der stationären Geburtshilfe siehe ab S. 370.

Das Wissenschaftliche Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) stellte im Jahr 2016 eine Untersuchung zu den Auswirkungen der Abrechnungsgrundsätze des DRG-Systems auf die Entwicklung der Kaiserschnittraten vor. Im Jahr 2010 wurde im DRG-System eine Neuerung eingeführt, der zufolge Kaiserschnitte, die vor Beginn des natürlichen Geburtsvorgangs und damit geplant erfolgen (primäre Kaiserschnitte), höher vergütet werden als Kaiserschnitte, welche nach Beginn des natürlichen Geburtsvorgangs oftmals notfallmäßig eingeleitet werden (sekundäre Kaiserschnitte).²⁹ Die Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, dass die Zahl sekundärer Kaiserschnitte im Verhältnis zu primären Kaiserschnitten sehr stark angestiegen sei - und zwar unabhängig vom Alter der Mütter. Für die sprunghafte Zunahme sekundärer Kaiserschnitte ließ sich kein Zusammenhang mit den geänderten Abrechnungsmodalitäten begründen. Das WINEG vermutet daher, dass dies auf ein „strategisches Verhalten in der Kodierung der Krankenhäuser für Krankenhausbudgetverhandlung“ zurückzuführen sei und damit ein durch Fehlanreize gesteuertes Verhalten der Krankenhäuser vorliege.³⁰

4.1. Zum DRG-System für Geburtshilfestationen

Nachfolgend werden ausgewählte Stellungnahmen zur Geltung des DRG-Systems für Geburtsstationen in Krankenhäusern wiedergegeben. Die Stellungnahmen thematisieren immer wieder ein Ungleichgewicht in der Abrechnung von Spontangeburt und von Kaiserschnitten, das das DRG-System mit sich bringe, das aber dem Verhältnis der tatsächlich anfallenden Kosten nicht entspreche.

Eine im Auftrag der Bertelsmann Stiftung erstellte Analyse aus dem Jahr 2012 kommt bezüglich der monetären Anreize für Kaiserschnitt-Entbindungen zu folgendem Ergebnis: „Die oft formulierte Hypothese, Kaiserschnitte seien für Kliniken monetär besonders lohnend, ließ sich (dabei) nicht bestätigen – das fallpauschalierende Vergütungssystem steht einer Quersubventionierung eher entgegen. Allerdings lassen sich geplante Kaiserschnitte besser als vaginale Entbindungen in die organisatorischen Abläufe einer Klinik einbinden und sind aus diesem Grund attraktiv für Kliniken.“³¹

29 Zu primären und sekundären Kaiserschnitten vgl. Pschyrembel, Schnittentbindung, abrufbar unter: <https://www.pschyrembel.de/Schnittentbindung/KOKHD> (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).

30 Botson, Heike/Schneider, Udo/Linder, Roland, WINEG, DRG-System: Ökonomische Fehlanreize durch Upcoding in der Geburtshilfe, 8. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ), Berlin, 14. März 2016, abrufbar unter: <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/816892/Da-tei/3168/WINEG-Praesentationsfolien%20zur%20Studie%20Kaiserschnitt.pdf> (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018) sowie Schneider, Udo/Botson, Heike/Linder, Roland, Ökonomische Fehlanreize in der Geburtshilfe nach Anpassung des DRG-Systems, Abstract abrufbar unter: <http://www.egms.de/static/en/meetings/dkvf2016/16dkvf059.shtml> (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).

31 Kolip, Petra/Nolting, Hans-Dieter/Zich, Karsten, Faktencheck Gesundheit, Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung, im Auftrag der Bertelsmann Stiftung, 2012, S. 6, abrufbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Faktencheck_Gesundheit_Kaiserschnitt.pdf (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).

Der in Schleswig-Holstein tätige Verein Geburt e. V. erachtet die Krankenhausfinanzierung als Hauptursache für die Schließung von Geburtshilfestationen.³² In einem Bericht zur klinischen Geburtshilfe problematisiert der Verein die Anwendung des DRG-Systems auf die Geburtshilfestationen: „Auch ethisch ist das DRG-System im Bereich der Geburtshilfe problematisch. Das System schafft Anreize zur effizienten Leistung, benachteiligt aber Erbringer komplikationsarmer Verläufe. Umso komplizierter der Fall umso höher die Vergütung.“ Damit greife das DRG-System massiv und einseitig auf die Krankenhausplanung der klinischen Geburtshilfe ein.³³

In einem bereits im Jahr 2014 erschienenen Beitrag kritisiert Alexandra Bruns vom Verein Geburt e.V. die uneingeschränkte Anwendung des DRG-Systems in den Geburtsstationen der Krankenhäuser: Gerade die komplikationslose vaginale Entbindung senke die Vergütung und damit die Einnahmen für ein Krankenhaus. Seit 2004 habe sich das Kostengewicht für eine solche Geburt um 27 Prozent verringert, obwohl gerade diese Art der Entbindung anzustreben sei. Da kleinere Geburtsstationen damit nicht auskömmlich wirtschaften könnten, würden sie geschlossen. Die Autorin plädiert daher für eine Überprüfung des DRG-Systems in Geburtsstationen.³⁴

In einer weiteren veröffentlichten Stellungnahme³⁵ schlägt Bruns vor, Vorhaltekosten in der Geburtshilfe zu vergüten, da diese für nicht planbare Leistungen, die eine Bereitstellung von medizinischem Personal durchgehend notwendig machten, immer anfielen. Vorhaltekosten würden aber nur direkt an die betreffenden Fallpauschalen zugewiesen, wenn das Personal auch zum Einsatz käme. Somit würden alle Fälle aus der Geburtshilfe, die komplikationsarm verlaufen, nicht kostendeckend und auch nicht leistungsgerecht vergütet. Das DRG-System setze somit im Falle der Geburtshilfe erhebliche Fehlanreize.³⁶

Eine im Jahr 2013 veröffentlichte Modellrechnung kommt allerdings zu dem Ergebnis, dass es die vaginalen Geburten und nicht die Kaiserschnitte seien, welche im DRG-System kostendeckend abgebildet seien. Die Analyse bezieht sich allerdings nicht auf eine normale Geburtshilfestation, sondern auf ein Perinatalzentrum. Hier sei es wirtschaftlich sinnvoll, möglichst viele Schwangerschaften mit einem niedrigen Risikoprofil zu behandeln, um die Kosten decken zu können. Dabei

32 Geburt e. V., Stellungnahmen, abrufbar unter: <http://www.geburt-ev.de/stellungnahmen/> (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).

33 Geburt e. V., Bericht zur klinischen Geburtshilfe, 2014, S. 10, 15, 16, abrufbar unter: <http://www.geburt-ev.de/wordpress/wordpress/wp-content/uploads/2014/03/Geburt-e.V.-Bericht-zur-klin.-Geburtshilfe.pdf> (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).

34 Bruns, Alexandra, Das deutsche DRG-System: Die pauschale Geburt in: Deutsches Ärzteblatt (DÄ) 2014; 111 (25), abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/160812/Das-deutsche-DRG-System-Die-pauschale-Geburt> (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).

35 Bruns, Alexandra, Geburt e. V., Analyse zum Änderungsvorschlag „Kostenstelle Kreißsaal“, abrufbar unter: <http://www.geburt-ev.de/wordpress/wordpress/wp-content/uploads/2017/06/Begleit-%C3%84nderung-Kostenstelle-Krei%C3%9Fsaal-1.pdf> (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).

36 Bruns, Alexandra, Geburt e. V., Vorschlagsverfahren „Vorhaltekosten“, abrufbar unter: <http://www.geburt-ev.de/wordpress/wordpress/wp-content/uploads/2017/06/Begleit-%C3%84nderung-Vorhaltekosten.pdf> (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).

wurden am Beispiel der Kostenstruktur eines realen Perinatalzentrums theoretische Kalkulationsmodelle erstellt und bei Veränderung des Leistungsspektrums sowie der Kapazitätsauslastung die Veränderungen auf die Erlössituation dargestellt. Modelle mit ausschließlicher Konzentration auf Kaiserschnitte führten zu einem negativen Betriebsergebnis.³⁷

Als eine wesentliche Ursache für eine unzureichende Finanzierung der Krankenhäuser wird vielfach auch die zu geringe Höhe der Investitionsmittel der Länder³⁸ kritisiert. Zwar sei eine ständige Anpassung des DRG-Systems erforderlich, der finanzielle Druck sei aber bei zunehmender Verteilungsgerechtigkeit immer weniger durch das DRG-System verursacht.³⁹

Bündnis 90/Die Grünen forderten in einem Fraktionsbeschluss vom März 2017, die Vergütung für Spontanentbindungen anzuheben und an die Vergütung für Kaiserschnitte anzugleichen.⁴⁰ Mit der gleichen Zielrichtung stellte die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im September 2017 einen Antrag im Landtag NRW. Darin wird die Landesregierung aufgefordert, sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, die Arbeit der Hebammen und Entbindungspfleger im DRG-System besser abzubilden, damit die Arbeit der Geburtshilfe ausreichend finanziert werden könne. Auch solle die Landesregierung sich dafür einsetzen, die Vergütung für natürliche Entbindungen anzuheben und an die für Kaiserschnitte anzugleichen⁴¹.

Der Runde Tisch "Geburtshilfe" in NRW hatte im Jahr 2015 einen Abschlussbericht vorgelegt, in dem die Überprüfung des DRG-Systems bei vaginalen Geburten angeregt wurde: „Der Runde Tisch empfiehlt dem gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die DRG Vergütung für vaginale Geburten kritisch zu überprüfen. Dies erscheint notwendig, da nach DRG-Vorgaben die vaginale Geburt – mit welchem Aufwand auch immer erreicht – in Relation zum Kaiserschnitt geringer

37 Hildebrandt, Thomas/ Kraml, F./ Wagner, S. und andere, Einflüsse des Leistungsspektrums auf die Erlössituation und Finanzierbarkeit von Perinatalzentren Level I – theoretische Modelle zur wirtschaftlichen Leistungsprogrammplanung von Perinatalzentren, Impact of Patient and Procedure Mix on Finances of Perinatal Centres – Theoretical Models for Economic Strategies in Perinatal Centres in: Geburtshilfe Frauenheilkunde, 2013, S. 73, abrufbar unter: https://www.thieme-connect.de/media/gebfra/201308/supmat/10-1055-s-0033-1350650-sup_gf650de.pdf (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).

38 Die Länder fördern die Investitionskosten (Krankenhausbau, Erstausrüstung der Krankenhäuser sowie die Neubeschaffung von bestimmten Anlagegütern) von Krankenhäusern; vgl. dazu §§ 4 und 9 KHG.

39 Fiori, Wolfgang/Renner und andere, Das System gestalten – das DRG-Evaluationsprojekt der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 2013, 73, abrufbar unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0033-1350748> (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018). In dem Zusammenhang erwähnenswert ist die laut Presseberichterstattung beabsichtigte Investition von 25 Millionen Euro an defizitäre Geburtshilfestationen in Bayern; vgl. hierzu DÄ vom 6. Dezember 2017, Bayern investiert Millionen in die Geburtshilfe, abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/86862/Bayern-investiert-Millionen-in-die-Geburtshilfe> (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).

40 Bündnis 90/Die Grünen, Fraktionsbeschluss vom 28. März 2017, Von Anfang an gut versorgt – für eine gute Geburtshilfe, S. 8, abrufbar unter: https://www.gruene-bundestag.de/files/beschluesse/170328_Geburtshilfe.pdf (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).

41 Mit Hebammen und Entbindungspflegern gut versorgt von Anfang an, Drucksache 17/535 vom 5. September 2017, abrufbar unter: <https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMD17-535.pdf> (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).

vergütet wird. Eine finanzielle Veränderung der Relationen könnte auch dazu beitragen, dass den Kliniken größere finanzielle und damit mögliche personelle Kapazitäten zur Verfügung gestellt werden. [...] Weiterhin empfiehlt der Runde Tisch die Einführung modifizierter DRGs, um den unterschiedlichen Vorhaltekosten der jeweiligen Versorgungsstrukturen, die z. B. durch die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben [...] entstehen, gerecht zu werden.“ Die Ärztekammern in Westfalen-Lippe und in Nordrhein sowie die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen trugen diese Handlungsempfehlung ausdrücklich nicht mit, da normative Eingriffe in das Entgeltsystem nicht vorgesehen seien und unterbleiben sollten.⁴²

4.2. Zu den aktuellen Regelungen über Sicherstellungszuschläge

Zur wirtschaftlichen Unterstützung stationärer Einrichtungen, die einen geringen Versorgungsbedarf aufweisen, hat der Gesetzgeber durch das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 10. Dezember 2015⁴³ mit der Neuregelung des § 136c Absatz 3 SGB V⁴⁴ dem G-BA den Auftrag erteilt, bundeseinheitliche Kriterien für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen⁴⁵ für Krankenhäuser zu entwickeln.⁴⁶ Solche Kriterien stellte der G-BA zunächst im Jahr 2016 auf, die dann im April 2018 aktualisiert wurden. Auf der Grundlage des aktuellen vom G-BA gefassten Beschlusses können bei der Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nunmehr auch Abteilungen für Geburtshilfe – unter bestimmten Voraussetzungen – einbezogen werden. Dazu gehört, dass bei einer Schließung des betreffenden Krankenhauses in dünn besiedelten Gebieten Pkw-Fahrzeiten von mehr als 40 Minuten notwendig sind, um bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zu gelangen und die durchschnittliche Einwohnerdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 100

42 Der Runde Tisch Geburtshilfe, Abschlussbericht, Herausgeber Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, 2015, S. 12, abrufbar unter: https://www.hebammen-nrw.de/cms/fileadmin/redaktion/Aktuelles/pdf/2017/Finale_Fassung_Abschlussbericht_RT_-_PDF.pdf (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).

43 BGBl. I S. 2229.

44 Nach § 136c Absatz 3 SGB V hat der G-BA als Kriterien für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen insbesondere Vorgaben zur Erreichbarkeit eines Krankenhauses (Minutenwerte) und zur Frage, wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht sowie für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist, zu beschließen.

45 Rechtliche Grundlage für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen sind neben § 136c Absatz 3 SGB V auch § 17b Absatz 1a Nummer 6 Krankenhausfinanzierungsgesetz und § 5 Absatz 2 Krankenhausentgeltgesetz. Auch zuvor gab es das Instrument der Sicherstellungszuschläge. Zu den Sicherstellungszuschlägen nach altem und neuem Recht siehe auch Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Rechtliche Einzelfragen und Daten zur Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser vor dem Hintergrund des Krankenhausstrukturgesetzes, Ausarbeitung WD 9 – 3000 – 094/15 vom 15. Januar 2016, Gliederungspunkt 5. und 6.

46 Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Sicherstellungszuschläge-Regelungen) in der Fassung vom 24. November 2016, zuletzt geändert am 19. April 2018, abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1596/SiRe-RL_2018-04-19_iK_2018-05-23.pdf (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).

Einwohnern je Quadratkilometer liegt.⁴⁷ Zudem muss nach § 5 Absatz 2 Satz 4 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG)⁴⁸ ein Defizit des gesamten Krankenhauses aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs, nicht jedoch allein aufgrund von Unwirtschaftlichkeiten, vorliegen.⁴⁹

Im Auftrag der Bertelsmann Stiftung hat das IGES Institut⁵⁰ die Krankenhausqualität aus Patientensicht untersucht. Dabei wurde auch eine lokale Übersicht zu den Krankenhäusern mit potenziellem Anspruch auf einen Sicherstellungszuschlag gegeben; deren Zahl wird dort (ausgehend vom G-BA-Beschluss des Jahres 2016) auf deutschlandweit 99 beziffert.⁵¹

Kritik an der im Jahr 2018 beschlossenen Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen kommt von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG): Die Voraussetzungen für die Geltendmachung des Sicherstellungszuschlages seien derart restriktiv, dass deutschlandweit voraussichtlich kaum Kliniken einen Sicherstellungszuschlag erreichen würden. Die DKG fordert daher: „Die Politik muss die Geburtsabteilungen der Krankenhäuser per Gesetz in den Anwendungsbereich der Sicherstellungszuschläge nehmen und die Vorgabe, dass

-
- 47 Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V vom 19. April 2018, S. 3 und 5, abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4955/2018-04-19_SiZu-R_Sicherstellungszuschlaege_Aenderung_TrG.pdf (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018). Vgl. auch die Berichterstattung im Deutschen Ärzteblatt, News vom 20. April 2018, Sicherstellungszuschläge: Geburtshilfe zählt zu relevanten Basisleistungen, abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/94605/Sicherstellungszuschlaege-Geburtshilfe-zaehlt-zu-relevanten-Basisleistungen> (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).
- 48 Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8c des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) geändert worden ist.
- 49 Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Sicherstellungszuschläge-Regelungen) in der Fassung vom 24. November 2016, zuletzt geändert am 19. April 2018, insbesondere S. 6 und 7, abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1596/SiRe-RL_2018-04-19_iK_2018-05-23.pdf (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).
- 50 Das IGES Institut ist ein unabhängiges Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastruktur- und Gesundheitsfragen, siehe IGES, abrufbar unter: <https://www.iges.com/> (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).
- 51 Zich, Karsten/Tisch, Thorsten, Krankenhausqualität aus Patientensicht, IGES Institut im Auftrag der Bertelsmann Stiftung, S. 14, 21, Januar 2018, abrufbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSI/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Studie_KhQualitaet_PatSicht_dt_final.pdf (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018). Inwieweit die 99 Krankenhäuser die nach § 5 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG erforderliche Voraussetzung erfüllt, dass das Krankenhaus ein Defizit in der Bilanz ausweist, konnte von IGES nicht für alle Standorte ermittelt werden und bleibt aus diesem Grund unberücksichtigt (S. 14). Zudem geht die Untersuchung von 30 PKW-Fahrminuten aus, da die Erweiterung auf 40 PKW-Fahrminuten im Rahmen der Geburtshilfe und Gynäkologie erst mit Aktualisierung im Jahr 2018 beschlossen wurde.

der Sicherstellungszuschlag nur greift, wenn eine Klinik gesamt rote Zahlen schreibt, streichen.“⁵² Es bleibt abzuwarten, inwieweit der aktualisierte Beschluss des G-BA den Bestand an Krankenhäusern mit Geburtshilfestationen zu sichern vermag.

* * *

52 DKG, Pressemitteilung vom 19. April 2018, Sicherstellungszuschläge helfen Geburtsabteilungen nicht, abrufbar unter: https://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/36281/title/DKG_zum_Sicherstellungszuschlag (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018) sowie DKG, Pressemitteilung vom 4. Mai 2017, Geburtshilfe braucht ausreichende Finanzierung, abrufbar unter: https://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/24011/title/DKG_zum_morgigen_Internationalen_Hebammentag (zuletzt abgerufen am 17. Juli 2018).