

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Sylvia Gabelmann, Matthias W. Birkwald, Jutta Krellmann, Cornelia Möhring, Sören Pellmann, Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Geburtshilfe und ökonomische Anreize

Am 29. Juli 2018 wandte sich der gemeinnützige Verein GreenBirth mit einem Brief an die Mitglieder des Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestag. Dargestellt wird darin die sich seit zehn Jahren verschlechternde geburtshilfliche Versorgung von Frauen und Kindern. In dem Schreiben wird insbesondere auf drei Themenbereiche aufmerksam gemacht: Das DRG/Fallpauschalen-System, die Haftpflichtproblematik und Personaleinsparungen in Kreißsälen.

Seit dem Jahr 2004 ist das DRG-System, die Abrechnung von Gesundheitsleistungen über Fallpauschalen, für alle Kliniken verbindlich. Spätestens ab diesem Zeitpunkt kam es zur grundlegenden Ökonomisierung auch in der Geburtshilfe. Die Einbindung der Geburtshilfe in das Fallpauschalen-System hat Anreize für medizinisch unnötige Eingriffe geschaffen, da zusätzliche individuelle Behandlungen als additive abrechenbare Leistungen die Einnahmen der Kliniken erhöhen. Das geschieht in der Geburtsmedizin mittels routinemäßig durchgeführten Interventionen wie Wehenmittel zur Einleitung und Geburtsforcierung, Sprengung der Fruchtblase, Schmerzbehandlung wie Periduralanästhesie (PDA), Damm- und Kaiserschnitten. Die durchschnittliche Kaiserschnitttrate ist von 15 Prozent im Jahr 1999 auf rund 32 Prozent im Jahr 2016 gestiegen (<https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/127/1812767.pdf>). Die Rate der Frühgeburten, die hierzulande bei 8,6 Prozent liegt, ist eine der höchsten im europäischen Vergleich (www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/infektionskrankheiten/article/947694/weltfruehgeborenenentag-anzahl-fruehchen-sieht-deutschland-alt.html). In einer WDR-Dokumentation von 2014 hat Dr. Matthias Beckmann, Finanzexperte der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), im bestehenden DRG-System einen finanziellen Anreiz der Krankenhäuser zur vorzeitigen Durchführung von Frühgeburten nachgewiesen. Kinder mit niedrigerem Geburtsgewicht können mit höheren Tagespauschalen abgerechnet werden. Längere Liegezeiten für Frauen mit Frühgeburtsrisiko sind unterfinanziert (www1.wdr.de/fernsehen/quarks/sendungen/aktuellesvideo-fruehgeburt100.html). Außerdem könnten durch frühzeitige Untersuchungen und Behandlungen die Risiken für Frühgeburten deutlich reduziert werden. So war es z.B. in einer Studie durch gezielte Behandlung möglich, ein durch Zahnfleisch- oder Zahnbettentzündung hervorgerufenes Frühgeburtsrisiko um 68 bis 84 Prozent zu senken.

Seit 1991 ist die Zahl der Kreißsäle um 40 Prozent gesunken. In den vergangenen zehn Jahren kam es zur Schließung insbesondere kleinerer Entbindungsstationen, von 880 im Jahr 2006 auf 690 im Jahr 2016 (<http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/019/1901924.pdf>). Die Krankenhausfinanzierung hat gemäß § 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) den Zweck, die Krankenhäuser im

Sinne einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung zu sichern. Es ist aber Fakt, dass kleinere Geburtshilfeabteilungen mit weniger als rund 500 Geburten pro Jahr durch das Abrechnungssystem der Fallpauschalen wirtschaftlich nicht gesichert werden – unabhängig von der geleisteten Qualität. Große Geburtshilfeabteilungen hingegen werfen – ebenfalls unabhängig von der erbrachten Qualität – meist Profit ab. Aus Sicht der Fragesteller ist dies ein strukturelles Versagen der bestehenden Krankenhausfinanzierung und eine klare Fehlsteuerung.

Die derzeitige Zentralisierung von Geburtsstationen führt dazu, dass schwangere Frauen vor allem im ländlichen Raum häufig weite Wege in den Kreißsaal in Kauf nehmen müssen. Ein ab 2019 vom G-BA eingerichteter Sicherstellungszuschlag für kleinere Kliniken ist an hohe Auflagen gebunden und bleibt der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zufolge wahrscheinlich weitgehend wirkungslos (www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/36281/start/10/title/DKG_zum_Sicherstellungszuschlag).

Die berufliche Existenz von Hebammen ist durch weiter steigende Haftpflichtprämien trotz des Sicherstellungszuschlags bedroht. Seit dem 1. Juli 2018 liegen die Haftpflichtprämien bei 8 174 Euro, am 1. Juli 2019 steigen sie auf 8664 Euro und am 1. Juli 2020 sogar auf 9 098 Euro. Grund dafür ist nicht, dass mehr Kinder bei der Geburt zu Schaden kämen, sondern dass geschädigte Kinder durch intensivmedizinische Betreuung länger leben können und dass Gerichte den geschädigten Kindern und Eltern höhere Leistungen (z.B. Schmerzensgeld, Verdienstausschluss) als früher zusprechen.

In den neonatologischen Intensivstationen der Perinatalzentren ist die pflegerische Ausstattung mangelhaft. So ergab eine Auswertung des Instituts für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (IQTIG) im Juli 2018, dass 63,6 Prozent der befragten Zentren nach Eigenangaben die geforderte Anzahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen nicht vorgehalten hat (https://perinatalzentren.org/downloads/Bericht_zur_Auswertung_der_Strukturabfrage_2017.pdf, S. 47).

All dies steht aus Sicht der Fragesteller einer sicheren und qualitativ hochwertigen sowie individuell auf den Menschen ausgerichteten Versorgung in der Geburtshilfe entgegen.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Stimmt die Bundesregierung zu, dass das Fallpauschalen-System in der Geburtshilfe Anreize für medizinisch unnötige Eingriffe schafft und damit negative Auswirkungen auf die Geburtshilfe hat (bitte begründen)?
Wenn nein, wieso werden dann Instrumente wie der Fixkostendegressionsabschlag benötigt?
2. Weshalb bewertet die Bundesregierung trotz der dem DRG-System immanen Unterfinanzierung von Geburtshilfeabteilungen mit weniger als rund 500 Geburten pro Jahr das DRG-System als sachgerecht für diesen Bereich?
3. Wie hoch waren die Raten für Geburtseinleitungen, Wehenmittel zur Forcierung der Geburt, Fruchtblasenöffnungen, PDA, Dammschnitte und die Kaiserschnittquote im Bundesdurchschnitt und in den einzelnen Bundesländern im Jahr 2017 (bitte einzeln auflisten)?
4. Wie hoch lag die durchschnittliche Kaiserschnittquote an Universitätskliniken und an den übrigen Krankenhäusern von 2004 bis 2017 (bitte einzeln nach Jahren auflisten)?

5. Wie entwickelte sich die Rate der beobachteten zu den erwarteten Kaiserschnitten (O/E) seit ihrer Erhebung, wie stellen sich Maximum, Minimum, Durchschnitt sowie Median bundesweit und in den einzelnen Bundesländern dar?

Wie berechnet sich die erwartete Rate?

6. Wie viele Kaiserschnitte erfolgen aufgrund relativer Indikationen, wie viele aufgrund absoluter Indikationen?
7. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung aus Sicht der Betriebswirtschaft eines Krankenhauses Vorteile in der Kalkulation von Kaiserschnitten gegenüber einer vaginalen Spontangeburt?

Ist die bessere Planbarkeit bzw. bessere erreichbare Kapazitätsauslastung insbesondere primärer Kaiserschnitte in der Vergütung abgebildet oder nur die Durchschnittskosten?

8. Wie stellt sich der Anteil der Frühgeburten in Deutschland in den letzten 20 Jahren dar?

Welche internationalen Vergleiche zur Anzahl der Frühgeburten sind der Bundesregierung bekannt und wie steht die Bundesrepublik Deutschland 2016/17 im europäischen Vergleich da?

9. Wie wird die Versorgung der Frühgeborenen gemäß der Abrechnung mit Fallpauschalen mit unterschiedlichem Geburtsgewicht bei dem Durchschnitt der Landesbasisfallwerte vergütet?

10. Wie viele Behandlungen von Frühgeborenen mit einem festgestellten Gewicht

- a) von 550 bis 599 g
- b) von 600 bis 649 g
- c) von 700 bis 749 g
- d) von 750 bis 799 g
- e) von 825 bis 874 g
- f) von 875 bis 924 g
- g) von 950 bis 999 g
- h) von 1000 bis 1049 g
- i) von 1200 bis 1249 g
- j) von 1250 bis 1299 g
- k) von 1450 bis 1499 g
- l) von 1500 bis 1549g

wurden im letzten Erhebungsjahr vergütet?

11. Wie werden Geburten bei durchschnittlichem Landesbasisfallwert in der
- a. 24. Schwangerschaftswoche (SSW)
 - b) 25. SSW
 - c) 32. SSW
 - d) 33. SSW

vergütet und welche Anzahl von Geburten wird in diesen Wochen abgerechnet?

12. Was sind aus Sicht der Bundesregierung die Gründe dafür, dass die Erfahrungen Gebärender im Kreißaal umso negativer sind, je größer die Klinik ist, wie es eine von 2014 bis 2017 vom gemeinnützigen Picker-Institut durchgeführte Studie belegt (www.sueddeutsche.de/gesundheit/geburten-alleingelassen-in-der-grossen-klinik-1.3845943), zumal im Allgemeinen die Qualität in größeren Geburtsabteilungen als besser gilt?
13. Wie will die Bundesregierung zukünftig mit der Tatsache umgehen, dass gerade in großen Kliniken Hebammen häufig bis zu vier Geburten gleichzeitig betreuen, was unter anderem zum vermehrten Einsatz unnötiger medizinisch nicht indizierter Interventionen führt?
 - a. Wird die Bundesregierung finanzielle Maßnahmen ergreifen, die personelle Ausstattung der klinischen Geburtsstationen mit Hebammen, aufzustocken, um nicht medizinisch indizierte Eingriffe zu verringern und wenn ja, welche?
 - b) Gibt es Regelungen (unabhängig davon, wie viele gleichzeitig stattfindende Geburten vergütet werden), wie viele schwangere Frauen eine Hebamme unter der Geburt betreuen darf?

Plant die Bundesregierung zukünftig zu einer 1:1-Betreuung von Gebärenden zu gelangen, wenn ja, wann und wenn nein, wie begründet sie dieses?
 - c) Wie bewertet die Bundesregierung den Einsatz von Hebammen in berufsfremden Tätigkeiten wie Reinigung des Kreißsaals, Materialbestellungen und Telefondienste?
14. Hält die Bundesregierung die Aussage der DKG für nachvollziehbar, dass bundesweit „keine fünf Kliniken“ von dem ab 2019 geplanten Sicherstellungszuschlag profitieren würden, v. a. weil die G-BA-Richtlinie nur in sehr dünn besiedelten Gebieten greift und weil Belegabteilungen gänzlich ausgeschlossen sind?
 - a. Wie viele Kliniken werden aus Sicht der Bundesregierung von dem Sicherstellungszuschlag des G-BA mit welchem Fördervolumen profitieren?
 - b) Was ist der aktuelle Stand der Beantragungen beziehungsweise Verhandlungen zum Sicherstellungszuschlag auf Ebene des einzelnen Krankenhauses?
15. Wie werden kleinere Kliniken unterstützt, um die in der Richtlinie zum Sicherstellungszuschlag enthaltenen Kriterien, z.B. die Anwesenheit eines Kinderarztes zu erfüllen?
16. Wie bewertet die Bundesregierung Alternativen zum jetzigen System einer Haftpflichtversicherung bei freiberuflichen Hebammen?

Wie beurteilt die Bundesregierung einen gemeinsamen Haftungsfonds innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung für alle Heilberufe?
17. Wie hoch sind nach Kenntnis der Bundesregierung die Summe der Kosten für von Hebammen verursachte Schadensfälle in der klinischen und außerklinischen Geburtshilfe (absolut und relativ) und die Anzahl der Schadensfälle (auch inner- und außerklinisch) seit dem ersten deutlichen Anstieg der Haftpflichtprämie im Jahr 2004 (bitte einzeln nach Jahren auflisten und bei Nichtverfügbarkeit genauer Daten bitte Schätzungen angeben)?
18. Wie hoch ist seit 2004 die Anzahl der Geburten, die eine Hebamme im Jahr begleiten muss, um die Kosten der Haftpflichtversicherung zu erwirtschaften (bitte einzeln nach Jahren auflisten)?

19. Werden Schwangere regelmäßig auf die höheren Frühgeburtsrisiken durch Infektionen der Harnwege oder des Zahnfleisches oder Zahnbettes hingewiesen und gibt es zu Letzterem spezielle Vorsorgeuntersuchungen/-behandlungen für Schwangere?
20. Wann ist damit zu rechnen, dass die geforderte pflegerische Ausstattung in den neonatologischen Intensivstationen der Perinatalzentren eingehalten wird und welche Sanktionen müssen die betroffenen Krankenhausträger derzeit und zukünftig erwarten?

Berlin, den 21. August 2018

Dr. Sahra Wagenknecht, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

