

Stellungnahme zur Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

12. April 2018

Einleitung zur Stellungnahme

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) musste vor dem Hintergrund gesetzlicher Verpflichtungen bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen beschließen. Dabei geht es um Zuschläge, die ermöglichen, dass bestimmte Abteilungen in Krankenhäusern auch in ländlichen – sogenannten strukturschwachen – Regionen, die weniger dicht bewohnt sind, den Anwohner/innen zur Verfügung stehen. Bisher ging es dabei um internistische und chirurgische Stationen. Nun wurde auch die Geburtshilfe mit aufgenommen.

Um Sicherstellungszuschläge zu erhalten, müssen bestimmte Qualitätsstandards eingehalten werden. Die DGHWi hat am 12.04.2018 eine Stellungnahme zur geplanten Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V geschrieben. Diese Stellungnahme ist tabellarisch verfasst: In der linken Spalte sind die Änderungen bzw. Stellungnahmen aufgeführt, die die DGHWi zu dem Beschlussentwurf des B-GA vorschlägt. In der rechten Spalte stehen die Begründungen.

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Eine flächendeckende Erreichbarkeit von 30 PKW-Fahrzeitminuten sollten nicht nur für Chirurgie/ Innere Medizin, sondern auch für die Geburtshilfe sowie Pädiatrie gelten (§3, §5 Abs.1, Satz 1, Nr. 1&2)	<p>Das im Raumordnungsgesetz (ROG) § 2 [10] formulierte Ziel der gleichwertigen Lebensverhältnisse in ganz Deutschland ist zu berücksichtigen. Es bezieht sich ausdrücklich auf die Faktoren Infrastruktur und Daseinsvorsorge.</p> <p>In diesem Sinne ist es kaum begründbar, dass Frauen im ländlichen Raum eine Fahrtzeit von bis zu 45 Minuten zugemutet wird, um überhaupt geburtshilfliche Versorgung zu erreichen, während in Ballungszentren eine Vielzahl von Kliniken mit hoher Versorgungsstufe finanziert werden. So sind z. B. in Berlin acht der 19 vorhandenen Geburtskliniken Perinatalzentren Level I, was weit über die Kriterien des SGB V § 12 Satz 1: „ausreichend, wirtschaftlich, zweckmäßig, [...] das Maß des Notwendigen nicht überschreiten[d]“ hinausgeht. Eine qualitativ hochwertige geburtshilfliche Versorgung sollte wohnortnah in allen Landesteilen vorgehalten werden, um gleichwertige Lebensverhältnisse zu gewährleisten. Dies beinhaltet eine entsprechende Erreichbarkeit auch pädiatrischer Abteilungen.</p> <p>Weiterhin erscheint es nicht gerechtfertigt, dass eine chirurgische bzw. internistische Versorgung schneller gewährleistet sein sollte als eine geburtshilfliche, da geburtshilfliche Notfälle Eingriffe erfordern, die sich in ihrer Dringlichkeit nicht von chirurgischen bzw. internistischen Akutsituationen unterscheiden lassen.</p>
Die Argumentation des GKV-SV, kurze Wege seien weniger wichtig als eine qualitativ hochwertige Betreuung in einer Schwerpunktlinik, vereinfacht die komplexen Zusammenhänge von Versorgungsqualität unzulässig stark. <i>(Tragende Gründe 2.2.1 Änderungen zu §§ 3 und 4, zu § 3 Sätze 2 bis 9)</i>	<p>Zunächst stützt sich diese Argumentation des GKV-SV allein auf die Stellungnahme der DGGG von 2014 [3]. Das ist insofern problematisch, als die Uneindeutigkeit der Studienlage zur Frage des Zusammenhangs zwischen der Größe einer Geburtsklinik und der Anzahl unerwünschter Outcomes, in dieser Stellungnahme nicht erwähnt wird. Stattdessen beruft sich die DGGG [3] maßgeblich auf Studien, wie z.B. auf die von Heller et al. [4] in Hessen durchgeführten, die belegen, „dass die perinatale Mortalität und Morbidität bei Hochrisikogeburten durch eine Zentralisierung in entsprechend personell und strukturell ausgestatteten Perinatalzentren deutlich sinkt“ [3].</p> <p>Wir möchten im Folgenden auf andere Studien hinweisen, deren Ergebnisse darauf hindeuten, dass weitere Kriterien und Zusammenhänge berücksichtigt werden sollten, wenn Erreichbarkeit und Versorgungsqualität gegeneinander abgewogen werden.</p> <p>Eine norwegische Studie [8] gibt Hinweise, dass es keineswegs einen linearen Zusammenhang zwischen der Geburtenanzahl in einer Klinik und den vermeidbaren neonatalen Todesfällen gibt. Auch wenn eine Größe zwischen 2000 und 3000 Geburten die besten Ergebnisse zu erbringen scheint, verweisen Moster et al. [8] auf ältere Studien, die zeigen, dass es für Kinder mit einem Geburtsgewicht über 2500 g keine Vorteile, möglicherweise sogar Nachteile hat, in einer großen Klinik geboren zu werden.</p>

<p>(Fortsetzung)</p>	<p>Eine australische Studie von 2006 [12] fand keinen Zusammenhang zwischen der Größe der Klinik und den perinatalen Outcomes. Auch Heller et al. [5] verweisen darauf, dass die kausalen Faktoren für die von ihnen gefundenen Unterschiede im Outcome zwischen großen und kleinen Kliniken noch nicht benannt werden können. Es ist demnach denkbar, dass ungünstigere Outcomes in kleinen Kliniken nicht durch die Geburtenanzahl, sondern durch organisatorische Faktoren begründet sind.</p> <p>Auch Poeran et al. [9] vermuten eher organisatorische Hindernisse innerhalb der Kliniken, die sich für einige Frauen allerdings negativ bei Zentralisierung geburtshilflicher Versorgung auswirken.</p> <p>Neben der widersprüchlichen Studienlage zur Bedeutung der Größe der jeweiligen Kliniken, gibt es auch Hinweise darauf, dass eine längere Fahrtzeit zur geburtshilflichen Klinik einen ungünstigen Einfluss auf das perinatale Outcome hat.</p> <p>Bei einer Fahrtzeit zwischen 31 und 45 Minuten erhöhen sich das Risiko von Unregelmäßigkeiten der fetalen Herzfrequenz, von grünem Fruchtwasser als Hinweis auf fetalen Stress sowie von ungeplanten, außerklinischen Geburten [2, S. 225, 228]. Ravelli et al. [11] gehen bereits bei einem Fahrtweg von über 20 Minuten von einem erhöhten Sterberisiko aus. Darüber hinaus steigt die Anzahl präpartaler Krankenhausaufenthalte deutlich an [2].</p> <p>Heller et al. [6] bewerten die Entscheidungs-Eingriffszeit (E-E-Zeit) im Hinblick auf geburtshilfliche Notfälle als einen relevanten Qualitätsfaktor. Eine E-E-Zeit von 20 Minuten wird als protektiv bewertet. Allerdings diskutieren die Autoren auch die Ereignis-Entscheidungs-Eingriffszeit (E-E-E-Zeit) als die möglicherweise bedeutsamere Größe für die Sicherheit von Mutter und Kind. Folgt man dieser Argumentation, so liegt auf der Hand, dass die Anfahrtswege zu einer Klinik in vielen Fällen die E-E-E-Zeit maßgeblich beeinflussen, da die kritischen Ereignisse (vgl. hierzu [2]) keineswegs erst in der Klinik zu erwarten sind. Die Auswirkungen der Entfernungen zur nächsten Klinik auf die perinatale Gesundheit von Mutter und Kind müssen bei der Diskussion um die Grenzen von Fahrtzeiten berücksichtigt und die Anfahrtswege zur Klinik sollten im Hinblick auf die Qualität der Versorgung kurzgehalten werden.</p> <p>Nicht zuletzt werden die Wünsche und Bedürfnisse der Nutzerinnen der geburtshilflichen Versorgung in Bezug auf die Fahrtzeit in der Argumentation des GKV-SV vernachlässigt.</p> <p>Combier et al. [2] geben an, dass 90% der von ihnen befragten schwangeren Frauen eine geburtshilfliche Klinik präferieren, die in einer Fahrtzeit von bis zu 30 Minuten erreichbar ist [2, S. 228-9]. Vor diesem Hintergrund erscheint die Vermutung der DGGG [3], dass betroffene Frauen weitere Wege zu einer Klinik einer höheren Versorgungsstufe akzeptieren würden und die Mobilität junger Frauen unterschätzt werde, gewagt.</p>
<p>Der Argumentation des GKV-SV, auch im Abschlussbericht „Runder Tisch Geburtshilfe“, der vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen beauftragt wurde und der 2015 erschien, würde eine Zeitraum von 45 Minuten bis zum Erreichen der nächstgelegenen geburtshilflichen Klinik empfohlen werden, ist nicht akzeptabel.</p> <p>(Tragende Gründe 2.2.1 Änderungen zu §§ 3 und 4, Zu § 3 Sätze 2 bis 9)</p>	<p>Im zitierten Abschlussbericht des MGEPA [7] heißt es:</p> <p>„Die bei abnehmender Zahl geburtshilflicher Angebote erforderlichen Maßnahmen sollten die unterschiedliche lokale Infrastruktur berücksichtigen und ermöglichen, dass jede Schwangere in NRW innerhalb eines Zeitraums von 20 bis maximal 45 Minuten eine geburtshilfliche Klinik erreichen kann.“ [7, S. 13].</p> <p>Hier wird ein Zeitraum angegeben, innerhalb dessen Schwangere eine geburtshilfliche Klinik erreichen können sollten, wobei 45 Minuten eindeutig als „maximal“ gekennzeichnet werden. Es ist unzulässig diese Angabe als eine grundsätzlich angemessene Anfahrtszeit von 45 Minuten umzudeuten.</p> <p>Ergänzend wird in dem Bericht „Runder Tisch Geburtshilfe“ ausgeführt, dass zu den gegensätzlichen Standpunkten „flächendeckende Versorgung“ und „Zentralisierung“ im Abschlussbericht keine gemeinsame Empfehlung erarbeitet werden konnte [7, S. 75]. Dieser Hinweis macht u.E. deutlich, dass der Bericht dementsprechend differenziert zu zitieren ist.</p>
<p>Bei der Schließung einer Klinik durch Verweigerung von Sicherstellungszuschlägen ist zu berücksichtigen, ob die jeweils nächste erreichbare Klinik die räumliche und personelle Kapazität hat, die Versorgung dann aller Schwangeren zu übernehmen.</p> <p>(allgemeiner Kommentar zum Beschlussentwurf)</p>	<p>Werden Kliniken im ländlichen Raum geschlossen, so verteilen sich die Schwangeren auf die benachbarten Kliniken. Bereits unter den aktuellen Bedingungen werden immer mehr Gebärende in ganz Deutschland abgewiesen, da die Kapazitäten der geburtshilflichen Versorgung erschöpft sind. Werden sie dennoch aufgenommen, leidet natürlich die Qualität der Versorgung unter der Überbelastung bei gleichzeitigem Personalmangel (vgl. u.a. [13]).</p> <p>Der Schließung unrentabler Kliniken in der Peripherie muss daher eine Aufstockung der Kapazität in den möglichen Ersatzkliniken vorausgehen, damit die Versorgungsengpässe nicht noch weiter zunehmen.</p>

Die DGHWi begrüßt folgende Einlassung des GKV-SV: "Eine Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe der Krankenhäuser nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 liegt vor, wenn ergänzend zu den Voraussetzungen nach Satz 1 angestellte examinierte Hebammen/Entbindungspfleger der Fachabteilung zugeordnet sind und mindestens eine dieser angestellten Hebammen/ Entbindungspfleger des Krankenhauses jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar ist."

(Beschlussentwurf II Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungsmaßnahmen zu §5 Absatz 2, Nummer 2):

Hierzu sind allerdings unterschiedliche Aspekte zu berücksichtigen.

Die Anwesenheit von Hebammen ist Voraussetzung für qualitativ hochwertige Geburtshilfe auf allen Versorgungsstufen. Zugleich klagen Kliniken aller Versorgungsstufen über Hebammenmangel.

Laut Albrecht et al. [1] geht der Anteil der ausschließlich angestellt tätigen Hebammen zurück. Der größte Anteil der Hebammen ist sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig. Es ist daher fraglich, ob die Hebammen, die durch die Schließung einer Klinik ihre angestellte Tätigkeit verlieren, an einer Anstellung in der weiter entfernten Klinik zur Verfügung stehen, oder ob sie eher ihre freiberufliche Tätigkeit am bisherigen Wohnort ausbauen und auf die klinische Geburtshilfe verzichten. Die Schließung kleiner Kliniken in den ländlichen Regionen könnte daher den Hebammenmangel in den Kliniken noch verschärfen.

Umgekehrt würde sich die wohnortnahe Versorgung mit freiberuflicher Hebammenhilfe in der Peripherie verschlechtern, wenn Hebammen tatsächlich ihren Lebensmittelpunkt in die Nähe der nächsten erreichbaren Kliniken verlegen sollten. Dadurch wären aber die Frauen in abgelegenen Gegenden, für die auch die klinische Geburtshilfe nur schwer erreichbar ist, im besonderen Maße benachteiligt.

Autorinnen:

Annekatrien Skeide M. A., Dipl. Berufspäd. (FH) Martina Schlüter-Cruse, Elke Mattern M.Sc. und Prof. Dr. phil. Dorothea Tegethoff

Literatur

1. Albrecht M, Loos S, Sander M, Schliwen A, Wolfschütz A. Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Geburtshilfe: Ergebnisbericht für das BMG. Berlin: IGES Institut; 2012. [Zugriff 04.2018]. Verfügbar unter: http://www.iges.com/presse/2012/hebammenhilfe/index_ger.html
2. Combier E, Charreire H, Le Vaillant M, Michaut F, Ferdynus C, Amat-Roze JM et al. Perinatal health inequalities and accessibility of maternity services in a rural French region: closing maternity units in Burgundy. *Health & place*. 2013;24:225-33. DOI: 10.1016/j.healthplace.2013.09.006
3. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. 204. Stellungnahme der DGGG: Zur Anfrage „Expertenanhörung zum Thema Geburtshilfe“ des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung Schleswig-Holstein; 2014. [Zugriff 04.2018] Verfügbar unter: https://www.dggg.de/fileadmin/documents/stellungnahmen/aktuell/2014/204_Stellungnahme_DGGG_Anfrage_Sozialministerium_Schleswig_Holstein_Lage_der_Geburtshilfe.pdf
4. Heller G, Richardson DK, Misselwitz B, Künzel, W, Schmidt S. Are we regionalized enough? Early-neonatal deaths in low-risk births by the size of delivery units in Hesse, Germany 1990-1999. *Int J Epidemiol*. 2002;31(5):1061-8.
5. Heller G, Schnell R, Richardson DK, Misselwitz B, Schmidt S. Assessing the impact of delivery unit size on neonatal survival: estimation of potentially avoidable deaths in Hesse, Germany, 1990-2000. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 2003;128(13):657-62. DOI: 10.1055/s-2003-38284
6. Heller G, Bauer E, Schill S, Thomas T, Louwen F, Wolff F, Misselwitz B, Schmidt S, Veit C. Decision-to-delivery time and perinatal complications in emergency cesarean section. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;114: 589-96. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0589
7. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). Der Runde Tisch Geburtshilfe. Abschlussbericht, Düsseldorf; 2015. [Zugriff 04.2018]. Verfügbar unter: <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/herunterladen/der/datei/finale-fassung-abschlussbericht-rt-pdf-pdf-1/von/der-runde-tisch-geburtshilfe/vom/mags/2749>
8. Moster D, Lie RT, Markestad T. Relation between size of delivery unit and neonatal death in low risk deliveries: population based study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 1999;80(3):F221-5.
9. Poeran J, Borsboom GJ, de Graaf JP, Birnie E, Steegers EA, Mackenbach JP, Bonsel GJ. Does Centralisation of Acute Obstetric Care Reduce Intrapartum and First-Week Mortality? An Empirical Study of over 1 Million Births in the Netherlands. *Health Policy*. 2014;117(1): 28-38. DOI: 10.1016/j.healthpol.2014.03.009
10. Raumordnungsgesetz (ROG), § 2 Grundsätze der Raumordnung. Fassung aufgrund des Gesetzes zur Änderung raumordnungsrechtlicher Vorschriften vom 23.05.2017 (BGBl. I S. 1245), in Kraft getreten am 29.11.2017.
11. Ravelli AC, Jager KJ, de Groot MH, Erwich JJ, Rijninks van Driel GC, Tromp M, Eskes M, Abu-Hanna A, Mol BW. Travel time from home to hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands. *BJOG*. 2011;118(4):457-65. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2010.02816.x
12. Tracy SK, Sullivan E, Dahlen H, Black D, Wang YA, Tracy MB. Does size matter? A population-based study of birth in lower volume maternity hospitals for low risk women. *BJOG*. 2006;113(1):86-96. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2005.00794.x
13. Walter T. Wenn Schwangere von Kliniken weggeschickt werden. *Rheinische Post Online* 2017. [Zugriff 04.2018]. Verfügbar unter: <http://www.rp-online.de/leben/gesundheit/schwangerschaft/schwangere-im-kreisssaal-weggeschickt-probleme-mit-geburtskliniken-in-nrw-aid-1.7219634>