

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Sylvia Gabelmann, Matthias W. Birkwald, Jutta Krellmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/3974 –**

Geburtshilfe und ökonomische Anreize

Vorbemerkung der Fragesteller

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/Fallpauschalensystem (DRG = Diagnosis Related Groups), 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 Fallpauschalensystem 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/weltfruehgeborenenstag-anzahl-fruehchen-sieht-deutschland-alt.html). In einer „WDR“-Dokumentation aus dem Jahr 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 Gemeinsamen Bundesausschuss (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 8 664 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, Verdienstausschlag) 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.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Der Bundesregierung ist eine gute medizinische Versorgung von Müttern und Kindern mit geburtshilflichen Leistungen ein wichtiges Anliegen. Eine qualitätsorientierte Betreuung und Begleitung von Schwangerschaft und Geburt bedarf einer Vielzahl von Maßnahmen und eines guten Zusammenspiels der hieran beteiligten Einrichtungen und Professionen. Für die qualitativ hochwertige und sichere Geburtshilfe ist die Ausstattung von Einrichtungen der Geburtshilfe, die Expertise von Hebammen und Entbindungspflegern, Fachärztinnen und Fachärzten verschiedener Gebiete wie der Gynäkologie und Geburtshilfe, der Kinder- und Jugendmedizin und der Anästhesiologie wesentlich. Bei der Versorgung von frühgeborenen Kindern kommen der Bedarf einer hochtechnisierten medizinischen Ausstattung sowie eine qualifizierte pflegerische Betreuung hinzu.

Für die Krankenhausplanung, d. h. für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern (wozu auch die Versorgung mit Geburtsstationen zählt), sind die Länder im Rahmen der Daseinsvorsorge zuständig. Diese überprüfen regelmäßig die Strukturen der stationären Versorgung daraufhin, ob sie dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung entsprechen. Dabei können vor allem die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt Anpassungsmaßnahmen erforderlich machen, um das stationäre Versorgungsangebot an dem sich ändernden Versorgungsbedarf auszurichten.

Zur mutmaßlich seit dem Jahr 1991 rückläufigen Zahl der Kreißsäle weist das Statistische Bundesamt darauf hin, dass in der amtlichen Krankenhausstatistik zwar die Anzahl der Krankenhäuser mit Entbindungen, nicht aber die Anzahl der Kreißsäle erhoben wird. Es besteht daher hinsichtlich des Umfangs die Möglichkeit von Fehlinterpretationen. Unabhängig davon dürfte ein Rückgang von Geburtshilfeabteilungen teilweise dem allgemeinen Trend der Reduzierung von stationären Kapazitäten und einem langjährigen Geburtenrückgang geschuldet sein. Bei der Geburtenzahl ist seit einigen Jahren wieder ein kontinuierlicher Zuwachs zu verzeichnen. Unter Qualitätsgesichtspunkten und zur Verbesserung der Patientensicherheit ist zudem zu berücksichtigen, dass die Versorgung in personell und technisch gut ausgestatteten Einrichtungen – auch in der Geburtshilfe – vorteilhafte Auswirkungen haben kann. Im Einzelfall ist deshalb genau zu prüfen, inwieweit die Aufrechterhaltung von Geburtshilfestationen in Gebieten mit geringer Einwohnerzahl, einem hohen Anteil älterer Bürgerinnen und Bürgern und geringen Geburtenzahlen nicht nur unter wirtschaftlichen, sondern insbesondere auch unter Gesichtspunkten der Qualität und Patientensicherheit für werdende Mütter und Neugeborene sinnvoll ist. Im Qualitätsmonitor 2018 des Wissenschaftlichen Instituts der Allgemeinen Ortskrankenkassen (WIdO) wird resümierend dargelegt, dass sich in Kliniken mit kleiner Geburtenzahl höhere Kaiserschnitttraten feststellen lassen (S. 216). Auch höhere Raten von Dammrissen werden vermutet. Mit der durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 19. April 2018 (BAnz AT 22.05.2018 B1) erfolgenden Einbeziehung der Geburtshilfe in die Möglichkeit zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für defizitäre, aber bedarfsnotwendige Krankenhäuser wurde zudem ein Instrumentarium geschaffen, um notwendige Strukturen auch im ländlichen Raum aufrechtzuerhalten.

Die in der Anfrage zum Ausdruck gebrachte Kritik an der Versorgungslage und die Identifizierung des Vergütungssystems für stationäre Leistungen (DRG-System) als alleinigem Verursacher von Mängeln oder Problemen wird seitens der Bundesregierung nicht geteilt.

Für die in Deutschland hohe Kaiserschnitttrate dürfte eine Vielzahl von Faktoren eine Rolle spielen. Bereits in früheren parlamentarischen Anfragen (Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. auf Bundestagsdrucksache 18/2365 und Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Bundestagsdrucksache 18/12767) wurde seitens der Bundesregierung dargelegt, dass nach Erkenntnissen verschiedener Studien insbesondere von einer Veränderung der Risikoeinschätzung bei den relativen Indikationen für einen Kaiserschnitt auszugehen ist. Die Bundesregierung setzt sich zur Verbesserung der Versorgung in der Geburtshilfe u. a. dafür ein, dass es zwei neue geburtshilfliche Leitlinien auf hohem Evidenzniveau geben wird, die auch dazu beitragen sollen, dass in allen geburtshilflichen Abteilungen der Krankenhäuser eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung ermöglicht wird und Interventionen unter der Geburt

auf ein medizinisch erforderliches Maß reduziert werden. Derzeit werden eine Leitlinie zur natürlichen Geburt und eine Leitlinie zu Kaiserschnitten durch die Fachgesellschaften erarbeitet. Die Leitlinien werden interdisziplinär – also auch unter Einbeziehung des Fachwissens von Hebammen – entwickelt. Das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt diese Leitlinienentwicklungen, indem es in Absprache mit den Fachgesellschaften die Aufarbeitung der wissenschaftlichen Evidenz zur natürlichen Geburt und zur Entbindung durch Kaiserschnitt finanziert.

Die Bewertungsrelationen des Fallpauschalen-Katalogs basieren auf den empirisch ermittelten, durchschnittlichen Kosten der Leistungserbringung in den Krankenhäusern der Kalkulationsstichprobe. Höhere Bewertungsrelationen spiegeln höhere Kosten der Leistungserbringung wieder und bedeuten nicht, dass automatisch ein Gewinn bzw. ein höherer Gewinn erzielt wird. Dies gilt auch bei der Versorgung von Frühgeborenen mit erheblichem personellen und technischen Aufwand sowie häufig längeren Verweildauern. Eine höhere Vergütung erzeugt damit nicht automatisch einen Anreiz zur Durchführung einer Leistung. Bei der Frage unerwünschter ökonomischer Anreize ist ergänzend zu berücksichtigen, dass für alle medizinischen Maßnahmen und Therapieentscheidungen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte verantwortlich und hierbei ausschließlich dem Wohle der Patientinnen verpflichtet sind. Chirurgische Eingriffe – wie ein Kaiserschnitt – werden zudem regelhaft nach umfassender Aufklärung und nur mit Einwilligung der Patientinnen durchgeführt.

„Zusätzliche individuelle Behandlungen als additiv abrechenbare Leistungen“ bestehen im DRG-System im Bereich der Geburtshilfe nicht. So sind die Geburtseinleitung, die Sprengung der Fruchtblase, die Schmerzbehandlung durch eine Periduralanästhesie oder der Dammschnitt nicht gruppierungs- und somit auch nicht erlösrelevant. Die medikamentöse Einleitung einer Geburt kann nicht kodiert werden und damit im Fallpauschalensystem ebenfalls keine Relevanz entfalten.

Bei einer Erhöhung der Haftpflichtprämien für Hebammen steigt automatisch auch der Sicherstellungszuschlag für Hebammen. Das Verfahren der Beantragung und Auszahlung des Sicherstellungszuschlags für Hebammen hat sich etabliert und wird von den Hebammen gut angenommen. Mittlerweile haben 3 079 Hebammen (Stand: Juni 2018) den Sicherstellungszuschlag beantragt. Insgesamt hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) hierfür 21,2 Mio. Euro ausgezahlt.

Aktuell gibt es in Deutschland so viele Hebammen wie niemals zuvor, wobei die Teilzeitquote dieser Berufsgruppe überdurchschnittlich hoch ist. Die Bundesregierung steht im kontinuierlichen Dialog mit den Hebammen und ihren Verbänden und engagiert sich nachdrücklich für gute Arbeitsbedingungen und eine auskömmliche Finanzierung.

Die von den Fragestellern angesprochenen Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Pflegepersonalanforderungen der Richtlinie des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) sind bekannt. Gerade im Hinblick auf diese Schwierigkeiten hat der G-BA im Dezember 2016 die ursprünglich geregelte Übergangszeit zur Erfüllung dieser Anforderungen (2014 bis Ende 2016) um drei Jahre bis Ende 2019 verlängert. Diese Fristverlängerung hat der G-BA u. a. mit der Durchführung eines sog. klärenden Dialogs mit den Krankenhäusern, die die Anforderungen ab dem 1. Januar 2017 nicht erfüllen, sowie dem verpflichtenden Abschluss von Zielvereinbarungen verknüpft. Auf diese Weise sollen die Ursachen für die Nichtumsetzung geklärt und

notwendige Schritte zur Erreichung der Pflegepersonalschlüssel vereinbart und eingeleitet werden. Der G-BA hat mit diesem in der Richtlinie festgelegten Verfahren einen umfassenden „Fahrplan“ zur Prüfung und Bewertung des Umsetzungsstandes der pflegerischen Qualitätsvoraussetzungen entwickelt.

1. Stimmt die Bundesregierung zu, dass das Fallpauschalensystem 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?

Das deutsche DRG-System wird auf der Grundlage der empirischen Kosten einer umfassenden Stichprobe von freiwillig an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern sowie der Ist-Leistungen aller Krankenhäuser vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) kalkuliert und von den Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung) als Träger des Instituts vereinbart. Für die Kalkulation des DRG-Systems 2018 haben 254 Krankenhäuser für mehr als 4,6 Millionen Fälle Kosten- und Leistungsdaten geliefert. Nach Abschluss von umfassenden Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen basiert das DRG-System 2018 auf den Kalkulationsdatensätzen von rd. 4 Mio. Fällen (17,9 Prozent aller Krankenhausfälle). Seit dem Datenjahr 2017 werden zur Verhinderung von Verzerrungen bei bestimmten Merkmalen und damit zur Verbesserung der Repräsentativität einzelne ausgeloste Krankenhäuser zur Kalkulationsteilnahme verpflichtet. Das DRG-System wird jährlich weiterentwickelt und kann damit Veränderungsnotwendigkeiten berücksichtigen. Änderungsvorschläge, die auf der Grundlage der empirischen Daten überprüft werden, können im Rahmen eines Vorschlagsverfahrens von allen Beteiligten eingebracht werden. Auch vermeintliche Fehlanreize können hierbei thematisiert und geprüft werden. Wie in der Vorbemerkung der Bundesregierung dargelegt, sind die dort genannten medizinischen Maßnahmen überwiegend nicht kalkulationsrelevant und können die unterstellte ökonomische Anreizwirkung nicht entfalten.

Der Fixkostendegressionsabschlag zielt darauf ab, dass die Kostenträger und die Beitragszahlerinnen und -zahler zeitlich befristet an mengenbezogenen betriebswirtschaftlichen Kostenvorteilen, die den Krankenhäusern im Durchschnitt bei der Erbringung zusätzlicher Leistungen entstehen, beteiligt werden. Mit Einführung des Fixkostendegressionsabschlags ab dem Jahr 2017 geschieht dies nicht mehr pauschal für alle Krankenhäuser durch die Absenkung des Landesbasisfallwerts, sondern verursachungsgerecht nur bei denjenigen Krankenhäusern, die auch tatsächlich zusätzliche Leistungen vereinbart haben. Bei der Erhebung des Fixkostendegressionsabschlags bevorzugt der Gesetzgeber bestimmte Leistungen durch vollständigen Verzicht (z. B. Transplantationen) oder die halbierte Erhebung des Abschlags. Ausdrücklich benennt der Gesetzgeber die Geburten bei dem halbierten Fixkostendegressionsabschlag, indem er im Zusammenhang mit dem nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbarenden Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen, bei denen die Gefahr einer Indikationsausweitung ausgeschlossen werden kann, die Geburten beispielhaft aufführt.

2. Weshalb bewertet die Bundesregierung trotz der dem DRG-System immanenten Unterfinanzierung von Geburtshilfeabteilungen mit weniger als rund 500 Geburten pro Jahr das DRG-System als sachgerecht für diesen Bereich?

Das Krankenhausfinanzierungssystem muss für eine Einschätzung der Sachgerechtigkeit grundsätzlich in seiner Gänze betrachtet werden. In jedem pauschalierenden Finanzierungssystem stehen sich auf den unterschiedlichen Aggregations-ebenen der Betrachtung krankenhaushausindividuelle Unter- und Überfinanzierungen gegenüber. Insofern kann eine angemessene Beurteilung in pauschalierenden Finanzierungssystemen nur auf Basis der Gesamtheit der Kosten und Erlöse erfolgen. In dieser Perspektive zeigt sich das pauschalierende Krankenhausfinanzierungssystem in Deutschland mit seinen vielschichtigen Vergütungskomponenten als sachgerecht.

Die Sachgerechtigkeit ergibt sich auch aus der Art und Weise der Weiterentwicklung des DRG-Systems und den bisherigen Ergebnissen dieser Weiterentwicklung. Die Weiterentwicklung des DRG-Systems findet – wie in der Antwort zu Frage 1 ausgeführt – jährlich auf der Kalkulationsgrundlage empirischer Daten und unter Einbindung eines offenen Vorschlagsverfahrens statt. Die Repräsentativität der Kalkulationsgrundlage wird verbessert. Für Leistungen, für die keine homogenen Entgelte kalkuliert werden können, sind krankenhaushausindividuelle Entgelte zu kalkulieren. Eine entsprechende mangelnde Homogenität war bei den geburtshilflichen Leistungen bislang nicht festzustellen.

3. Wie hoch waren die Raten für Geburtseinleitungen, Wehenmittel zur Forcierung der Geburt, Fruchtblasenöffnungen, PDA, Dammschnitte und die Kaiserschnitttrate im Bundesdurchschnitt und in den einzelnen Bundesländern im Jahr 2017 (bitte einzeln auflisten)?

Die Frage kann auf der Grundlage der in diesem Zusammenhang betroffenen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) nur annähernd beantwortet werden. Hintergrund ist, dass die in der Frage genannten Prozeduren teilweise nicht mit dem OPS kodiert werden oder in anderen Codes als Teilprozedur enthalten sind oder mit Codes abgebildet werden, die für verschiedene Zwecke zum Einsatz kommen.

Die Frequenzdaten zu den vorgenannten OPS-Kodes, die letztverfügbar für das Jahr 2016 vorliegen, sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen. Datengrundlage ist die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik), die ausschließlich Operationen und Prozeduren von voll- und teilstationär im Krankenhaus behandelten Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Daten für die ambulante Versorgung stehen nicht zur Verfügung. Zur Beantwortung der Frage wurden vom Statistischen Bundesamt die erforderlichen OPS-Kodes nach dem Sitz des Krankenhauses (Bundesland) für das Berichtsjahr 2016 ausgewertet. Die relevanten OPS-Schlüssel wurden mit medizinisch-fachlicher Unterstützung des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ermittelt.

ausgewählte OPS-Kodes ¹⁾ nach Sitz des Krankenhauses (Bundesland)		Sitz des Krankenhauses																									
		Baden-Württemberg					Sitz des Krankenhauses																				
Weiblich Häufigkeit ²⁾		Deutschland		Brandenburg		Hamburg		Hessen		Meklenburg-Vorpommern		Niedersachsen		Nordrhein-Westfalen		Rheinland-Pfalz		Saarland		Sachsen		Sachsen-Anhalt		Schleswig-Holstein		Thüringen	
		78804	85843	8741	15010	3448	3020	895	784	5152	1466	7527	15424	3666	679	4854	3640	2896	1602								
5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung (Amniootomie)	78804	85843	8741	15010	3448	3020	895	784	5152	1466	7527	15424	3666	679	4854	3640	2896	1602								
5-738	Episiotomie und Naht	78804	85843	10422	11726	4096	2713	1131	1214	5847	2421	9421	18388	4442	1361	5385	2602	2281	2393								
5-77	Entbindung aus Beckenendlage und instrumentelle Entbindung	78804	85843	196	162	40	105	16	26	408	85	190	1019	132	56	176	58	27	125								
5-720	Zangenentbindung	78804	85843	32	1	1	1	1	1	22	1	2	1	3	1	1	1	1	1								
5-724	Drehung des kindlichen Kopfes mit Zange	78804	85843	289	23	34	85	1	7	17	3	21	65	7	1	9	2	2	10								
5-725	Extraktion bei Beckenendlage	78804	85843	310	348	178	48	45	86	209	32	135	445	74	15	216	40	30	81								
5-727	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage	78804	85843	50482	7815	8766	3707	931	551	3415	614	4378	10985	2174	638	1900	689	1348	715								
5-728	Vakuumentbindung	78804	85843	12	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1								
5-729	Anderer instrumentelle Entbindung	78804	85843	12	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1								
5-73	Anderer Operationen zur Geburtseinleitung und unter der Geburt	78804	85843	78804	85843	8741	15010	3448	3020	895	784	5152	1466	7527	15424	3666	679	4854	3640	2896	1602						
5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung (Amniootomie)	78804	85843	648	292	1	4	1	36	9	1	268	3	16	1	1	1	1	16								
5-731	Anderer operative Geburtseinleitung	78804	85843	262	7	10	26	3	4	21	1	4	52	118	2	5	7	2	15								
5-732	Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion	78804	85843	727	138	44	22	5	10	50	11	69	166	31	10	37	20	27	15								
5-733	Misslungene vaginale operative Entbindung	78804	85843	15	5	2	2	2	2	2	2	2	4	4	1	1	1	1	1								
5-734	Operative Maßnahmen am Fetus zur Geburts erleichterung	78804	85843	10422	11726	4096	2713	1131	1214	5847	2421	9421	18388	4442	1361	5385	2602	2281	2393								
5-738	Episiotomie und Naht	78804	85843	73	2	23	11	2	1	1	1	3	17	10	3	3	1	1	1								
5-739	Anderer Operationen zur Unterstützung der Geburt	78804	85843	240956	25112	42615	13209	3953	1748	7464	14960	2435	69966	13422	3575	7369	4757	5880	4087								
8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	78804	85843	155447	18822	29761	10708	2082	1325	5706	9812	1385	13871	40627	7625	2406	3709	1893	4362	1453							

1) Die Erhebung erstreckt sich auf alle Krankenhäuser, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen und dem Anwendungsbereich des § 4 KHEntG unterliegen.

2) Ohne Duplikate auf Ebene des OPS 4. Störers.

3) Hierbei handelt es sich um die Anzahl der durchgeführten Operationen und Prozeduren und nicht um die Zahl der Fälle. Pro Patient sind mehrere Operationen und Prozeduren möglich. Für die Abbildung komplexer Eingriffe und Teilmaßnahmen ist bei Operationen in verschiedenen Bereichen eine Zuordnung von mehreren Codes (ohne Duplikate) vorgesehen. Dementsprechend sind gegebenenfalls Mehrfachkoderungen je Behandlungsfall nachgewiesen.

Quelle: Statistisches Bundesamt, DRG-Statistik, 2016

Zu den ausgewählten OPS-Schlüsseln gibt das DIMDI folgende ergänzende Hinweise:

- Geburtseinleitungen

Die medikamentöse Geburtseinleitung ist im OPS nicht abbildbar. Prinzipiell ist die operative Geburtseinleitung klassifikatorisch dem Codebereich 5-73 „Andere Operationen zur Geburtseinleitung und unter der Geburt“ zugeordnet. In diesem Codebereich sind auch OPS-Kodes für die Fruchtblasenöffnung und Dammschnitte aufgeführt. Im weiteren Sinne könnten auch instrumentell unterstützte Entbindungen (z. B. Zangenentbindung) in die Betrachtung miteinbezogen werden (Codebereich 5-72 „Entbindung aus Beckenendlage und instrumentelle Entbindung“).

- Wehenmittel zur Forcierung der Geburt

Im OPS gibt es keinen Code für die medikamentöse Einleitung einer Geburt. Daher kann die Frage zur Häufigkeit der Anwendung von „Wehenmittel zur Forcierung der Geburt“ nicht anhand von OPS-Kodes beantwortet werden. Auch anhand von ICD-10-GM-Kodes lässt sich diese Frage nicht klären, da es eine Vielzahl von Erkrankungen gibt, bei denen Wehenmittel zur Forcierung der Geburt eingesetzt werden können, aber nicht notwendigerweise in jedem Fall eingesetzt werden müssen (z. B. Terminüberschreitung, Präeklampsie, Diabetes mellitus, vorzeitiger Blasensprung).

- Periduralanästhesie (PDA)

8-910 Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie

Gemäß Inklusivum unter 8-910 ist die PDA im Rahmen einer Geburt mit diesem Code anzugeben. Zu beachten ist, dass dieser OPS-Schlüssel nicht auf eine bestimmte Indikation (z. B. geburtshilfliche Schmerztherapie) eingeschränkt ist und daher aus einer Vielzahl von Gründen angegeben werden kann. Für eine näherungsweise Auswertung wurde deshalb ergänzend der Aufnahmegrund „stationäre Entbindung“ als Vorbedingung gesetzt.

- Dammschnitte

5-738 Episiotomie und Naht

Gemäß Hinweis unter dem OPS-Kode 5-72 („Entbindung aus Beckenendlage und instrumentelle Entbindung“) ist eine Episiotomie in diesen Codes enthalten und nicht gesondert zu kodieren. Somit kann aus der Anwendung des Codes 5-738 nur die Häufigkeit der Prozedur „Episiotomie und Naht“ abgeleitet werden.

4. Wie hoch lag die durchschnittliche Kaiserschnitttrate an Universitätskliniken und an den übrigen Krankenhäusern von 2004 bis 2017 (bitte einzeln nach Jahren auflisten)?

Die nachfolgende Tabelle fasst die Auswertungsergebnisse des Statistischen Bundesamtes zusammen, die zudem nach Bundesländern differenziert ausgewiesen werden. Es zeigen sich teils deutliche regionale Unterschiede, die nahelegen, dass monokausale Erklärungsansätze zu kurz greifen. Zudem ist erkennbar, dass die Universitätskrankenhäuser regelhaft eine höhere Kaiserschnitttrate als andere Krankenhäuser aufweisen. Zu berücksichtigen ist, dass in Universitätskliniken überdurchschnittlich viele Risikoschwangerschaften begleitet und versorgt werden.

Anteil der Kaiserschnittentbindungen in Prozent, 2004 bis 2017

Bundesland/ Art der Einrichtung	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Deutschland	26,8	27,6	28,6	29,3	30,2	31,3	31,9	32,2	31,9	31,8	31,8	31,1	30,5	30,5
Krankenhäuser	26,2	27,1	28,1	28,7	29,8	30,8	31,5	31,8	31,4	31,4	31,3	30,6	30,0	30,0
Universitätskliniken	36,0	34,2	36,2	36,2	35,7	36,5	37,0	36,8	36,6	36,4	37,2	36,7	36,0	35,8
Baden-Württemberg	28,1	28,9	29,3	29,4	31,3	32,7	33,4	33,5	33,6	32,6	32,3	31,7	30,6	30,5
Krankenhäuser	27,4	28,2	28,3	28,3	30,3	31,9	32,5	32,7	32,7	31,7	31,5	30,9	29,7	29,7
Universitätskliniken	36,9	36,7	40,4	40,6	41,6	41,1	42,1	41,5	42,3	41,2	39,8	39,3	38,1	38,2
Bayern	27,6	28,5	30,4	30,8	32,2	33,1	32,7	33,3	32,4	32,6	33,0	31,8	32,2	31,9
Krankenhäuser	27,4	28,6	30,5	31,1	32,6	33,5	33,3	33,8	32,8	33,1	33,4	32,1	32,6	32,6
Universitätskliniken	31,2	27,4	28,9	26,7	28,1	28,5	26,8	28,3	28,6	28,0	29,6	28,9	27,5	25,3
Berlin	20,7	21,9	24,1	24,3	25,7	26,6	27,3	27,5	27,7	28,2	28,1	27,8	27,4	28,0
Krankenhäuser	19,5	20,1	22,5	22,5	24,2	25,2	26,0	26,1	26,5	27,1	26,9	26,1	25,9	26,6
Universitätskliniken	25,3	29,6	31,1	32,5	33,0	34,1	35,4	36,2	35,9	35,6	35,9	39,3	37,7	37,8
Brandenburg	20,6	21,3	23,6	26,1	27,3	26,3	28,3	27,3	26,1	26,7	26,4	25,6	25,5	24,6
Krankenhäuser	20,6	21,3	23,6	26,1	27,3	26,3	28,3	27,3	26,1	26,7	26,4	25,6	25,5	24,6
Bremen	28,8	26,1	29,5	30,4	33,0	31,3	29,6	31,9	33,2	31,8	31,5	30,5	30,0	29,9
Krankenhäuser	28,8	26,1	29,5	30,4	33,0	31,3	29,6	31,9	33,2	31,8	31,5	30,5	30,0	29,9
Hamburg	26,9	30,1	27,6	27,8	28,1	28,0	29,5	33,1	33,1	34,0	33,0	33,7	31,9	31,8
Krankenhäuser	26,4	29,9	27,2	27,5	27,9	27,7	29,3	33,7	34,0	34,9	33,6	34,6	32,5	32,3
Universitätskliniken	34,4	31,9	32,2	31,1	30,1	30,5	30,9	28,8	26,4	28,3	29,7	27,8	28,0	28,8
Hessen	29,8	30,9	31,5	31,8	32,9	34,0	34,2	34,7	34,6	33,9	33,8	32,8	32,6	32,3
Krankenhäuser	29,0	30,4	30,9	30,9	32,4	33,8	33,8	34,4	34,2	33,4	33,1	32,0	31,9	31,6
Universitätskliniken	41,7	38,6	40,3	43,6	38,9	36,8	38,8	39,2	39,7	40,2	41,1	41,0	39,3	40,2
Meck.-Vorp.	23,0	23,4	24,7	25,2	27,6	27,9	30,2	28,7	29,0	28,1	29,4	29,1	29,4	28,9
Krankenhäuser	21,7	23,1	24,4	24,4	26,9	27,4	29,9	28,0	28,6	27,7	28,9	28,4	29,2	28,1
Universitätskliniken	31,4	28,4	28,8	36,2	39,7	35,7	34,9	38,5	34,1	34,2	36,8	38,0	32,3	37,5
Niedersachsen	27,0	28,1	28,7	29,8	29,8	32,3	32,6	32,9	32,0	32,6	32,6	30,9	29,9	29,3
Krankenhäuser	26,8	27,8	28,4	29,4	29,6	31,9	32,3	32,7	31,6	32,0	32,1	30,6	29,4	28,8
Universitätskliniken	35,3	33,5	37,2	39,0	36,0	40,0	40,1	38,3	39,5	44,8	41,6	37,2	39,1	37,1
Nordrhein-Westfalen	27,9	28,6	29,6	31,6	31,4	32,5	33,6	33,1	32,9	33,1	32,8	31,9	30,9	31,0
Krankenhäuser	27,2	27,9	28,6	30,8	30,7	31,7	32,7	32,4	32,2	32,6	32,1	31,2	30,1	30,2
Universitätskliniken	46,8	46,0	51,8	47,3	45,8	47,3	48,3	45,0	43,6	41,2	44,4	42,8	42,9	42,9
Rheinland-Pfalz	30,8	29,1	30,4	29,9	31,3	32,6	34,8	35,8	35,5	33,6	33,5	33,5	32,7	33,6
Krankenhäuser	29,9	28,5	29,9	29,4	31,2	32,5	34,4	35,6	35,4	33,3	33,5	33,2	32,6	33,3
Universitätskliniken	51,3	41,7	42,7	43,1	33,0	34,3	42,1	38,2	38,6	39,8	34,2	39,1	35,8	39,1
Saarland	33,6	32,1	33,2	35,5	36,8	38,4	36,6	38,2	37,2	38,1	40,2	38,5	38,4	37,2
Krankenhäuser	30,8	30,4	32,0	34,1	35,2	36,5	35,2	36,0	35,5	36,2	37,3	35,7	35,6	35,0
Universitätskliniken	49,7	41,0	40,1	43,0	44,4	47,9	43,5	48,2	45,2	47,0	54,0	50,6	50,0	45,6
Sachsen	19,9	21,0	22,2	20,0	21,7	22,6	22,9	23,2	23,7	23,8	24,2	24,0	23,8	24,0
Krankenhäuser	19,0	20,3	21,8	19,4	21,4	22,0	22,0	22,1	22,4	22,5	22,7	22,9	22,9	22,9
Universitätskliniken	28,1	27,7	25,6	25,5	24,0	27,0	29,0	30,6	31,7	32,5	33,3	30,4	29,5	30,5
Sachsen-Anhalt	20,6	22,2	22,5	23,5	25,3	26,0	27,3	28,7	29,7	29,3	29,6	30,1	31,1	30,4
Krankenhäuser	19,5	21,0	21,8	22,3	24,0	24,4	26,0	27,5	28,8	28,3	28,5	29,2	29,7	29,1
Universitätskliniken	28,8	30,0	27,9	31,7	33,6	36,6	35,9	35,9	35,3	35,4	36,0	35,9	39,4	37,9
Schleswig-Holstein	24,9	27,2	30,3	29,8	32,4	32,8	33,5	33,7	31,8	33,0	33,1	32,9	31,9	32,3
Krankenhäuser	23,8	26,2	29,3	28,6	31,2	31,8	32,3	32,5	30,8	32,3	32,4	31,9	31,5	31,6
Universitätskliniken	32,3	33,7	37,0	37,9	40,2	39,1	41,6	41,0	38,1	37,1	37,7	38,6	34,9	36,6
Thüringen	24,7	23,2	23,9	25,5	25,7	26,1	27,6	27,4	26,8	28,1	27,3	26,6	25,3	26,7
Krankenhäuser	21,1	22,7	23,8	25,1	25,5	25,4	27,6	27,2	26,2	27,8	27,0	26,3	24,8	26,4
Universitätskliniken	69,4	29,4	26,0	30,8	27,3	32,6	27,8	28,7	33,5	30,8	30,3	30,2	31,3	29,2

Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten.

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?

Nach den Auswertungen der externen Qualitätssicherung durch das Institut für Transparenz und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQTIG) hat sich sowohl die beobachtete (nicht risikoadjustierte) Kaiserschnittrate (O) als auch das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) gegenüber dem Jahr 2014, in dem dieser Indikator eingeführt worden ist, verringert. Danach konnten seit 2014 bislang Verbesserungen der Ergebnisse erzielt werden.

Jahr	beobachtete Kaiserschnittrate (O)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten
2014	32,06%	1,00
2015	31,42%	0,97
2016	31,21%	0,99
2017	31,18%	0,99

Quelle: Bundesauswertungen des IQTIG, Geburtshilfe, <https://iqtig.org/qs-verfahren/gebh/>.

Hinweis: Ein Wert von 1 bedeutet, dass so viele Kaiserschnitte durchgeführt wurden wie aufgrund der betrachteten Risikofaktoren zu erwarten gewesen wäre. Ein Wert darunter zeigt an, dass weniger Kaiserschnitte als erwartet durchgeführt wurden. Dagegen zeigt ein Wert über 1 eine erhöhte Rate an Kaiserschnitten an. Das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten wird im Vergleich zum Vorjahr berechnet. Das O/E von 0,99 im Jahr 2017 bedeutet eine risikoadjustierte Verringerung um 1 Prozent gegenüber 2016.

Ebenfalls aus den Daten der Bundesauswertung des IQTIG zeigen sich für Krankenhäuser mit mindestens 20 Geburten folgende O/E-Werte:

Jahr	Minimum	Median	Maximum
2014	0,38	1,02	1,85
2015	0,34	1,01	1,81
2016	0,44	1,03	1,99
2017	0,43	1,03	2,04

Quelle: Bundesauswertungen des IQTIG, Geburtshilfe, <https://iqtig.org/qs-verfahren/gebh/>.

Eine systematische Aufarbeitung des Verhältnisses der beobachteten zur erwarteten Rate an Kaiserschnittgeburten differenziert nach Bundesländern ist nicht vorhanden. Jedoch sind nach Aussage des IQTIG mit Blick auf die veröffentlichten verfügbaren Qualitätsberichte der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung mitunter Unterschiede zu erwarten. So sei das durchschnittliche Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten in Sachsen im Jahr 2016 merklich unterhalb des Bundesdurchschnitts (O/E = 0,76) (Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen 2017, www.slaek.de/de/01/Qualitaetsversicherung/ExterneQS/80Downloads/landesstatistiken/2016/16n1_Gesamt_2016.pdf). In Bayern sei dagegen ein korrespondierendes O/E von 1,04 berichtet worden (Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung 2017, www.baq-bayern.de/media/file/531.2016_161_BA_Gesamt.pdf).

6. Wie viele Kaiserschnitte erfolgen aufgrund relativer Indikationen, wie viele aufgrund absoluter Indikationen?

Im Rahmen einer Sonderauswertung hat das IQTIG die Angaben überprüft, die für die Entscheidung zu einer Kaiserschnittentbindung maßgeblich waren. Danach wurde im Jahr 2017 in 22 Prozent der Kaiserschnittentbindungen einer der folgenden Gründe angegeben: Querlage, Missverhältnis Kopf/Becken, Uterusruptur, Plazenta praevia, vorzeitige Plazentalösung, fetale Azidose, Amnioninfektionssyndrom, HELLP-Syndrom und Nabelschnurvorfal. Nach der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie (Stand August 2010, (www.dgkg.de/fileadmin/documents/leitlinien/archiviert/federfuehrend/015054_Absolute_und_relative_Indikationen_zur_Sectio_caesarea/015054_2010.pdf), die derzeit überarbeitet wird, zählen diese Gründe zu einer absoluten Indikation für eine Kaiserschnittentbindung. Erkenntnisse über die Häufigkeit der relativen Indikationen liegen nicht vor.

7. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung aus Sicht der Betriebswirtschaft eines Krankenhauses Vorteile in der Kalkulation von Kaiserschnitten gegenüber einer vaginalen Spontangeburt?

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

Sowohl die Kalkulation von Kaiserschnitten wie die Kalkulation von vaginalen Entbindungen basiert auf den tatsächlichen Kosten, die in der stationären Versorgung solcher Krankenhaussfälle entstehen. Die Vergütung ist pauschalierend, so dass keine Vergütung von Einzelleistungen erfolgt. Unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten ist überdies zu vergegenwärtigen, dass den teilweise höheren Vergütungen für Kaiserschnitte im Durchschnitt auch höhere Kosten gegenüber stehen, zum Beispiel durch die Einbeziehung von Anästhesisten und die Bereitstellung von Operationsräumen. Die Sachgerechtigkeit der Abbildung der geburtshilflichen Leistungen kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass eine komplizierte vaginale Entbindung (O60A ca. 5 500 Euro) zu einer höheren Vergütung führt als ein einfacher Kaiserschnitt (O01H ca. 2 900 Euro).

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass es im deutschen DRG-System bereits seit Jahren einen deutlichen Vergütungsunterschied zwischen primären („geplanten“) und sekundären („ungeplanten“) Kaiserschnitten gibt. Die am geringsten bewertete DRG O01H kommt ausschließlich bei primären Kaiserschnitten zur Abrechnung, auch bei Vorliegen komplizierender Diagnosen oder anderen schweregradsteigernden Faktoren ergibt sich ein Erlösunterschied. Nach dem Fallpauschalen-Katalog 2018 wird ein primärer Kaiserschnitt typischerweise um etwa 550 Euro geringer vergütet als ein sekundärer Kaiserschnitt. Bei Vorliegen erschwerender Faktoren erhöht sich dieser Erlösunterschied weiter.

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 2016/2017 im europäischen Vergleich da?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse über den Anteil an Frühgeburten in Deutschland in den vergangenen 20 Jahren vor. Nach Informationen des IQTIG kann jedoch anhand von Qualitätssicherungsdaten eine relevante absolute Zunahme von sehr frühen Frühgeborenen (unter 1500g Geburtsgewicht bzw. unter

32 Schwangerschaftswochen) in den vergangenen 10 Jahren beschrieben werden. Gleichzeitig habe der Anteil der Frühgeborenen unter 37 Schwangerschaftswochen von 8,8 Prozent im Jahr 2008 auf unter 8,4 Prozent im Jahr 2017 abgenommen (nach den Bundesauswertungen des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA), https://sqg.de/front_content.php?idart=119 und des IQTIG, <https://iqtig.org/qs-verfahren/gebh/>).

Verlässliche europäische Daten, die mit vergleichbarer Methodik zur Frühgeburtlichkeit in den Jahren 2016 und 2017 erhoben wurden, liegen nicht vor. Im Rahmen des Euro-Peristat-Projektes wurde über Jahre an einheitlichen Kriterien und Standards einer Erhebung der Frühgeburtlichkeit gearbeitet und zuletzt vergleichende Daten des Jahres 2010 veröffentlicht (www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html). Eine Analyse auf Basis der Geburten des Jahres 2015 der Euro-Peristat-Gruppe ist in Vorbereitung und wird in den kommenden Monaten erscheinen.

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

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben zur Umsetzung der Zuschlagsvereinbarung zur Finanzierung von Mehrkosten aufgrund der Richtlinie des G-BA zur Qualitätssicherung die Regelungen zur Zuschlagsfinanzierung der QFR-RL konsentiert. Die in Anlage 1 der vorgenannten Vereinbarung konsentierten DRG-Fallpauschalen werden im Jahr 2018 auf Grundlage des Bundesbasisfallwerts 2018 als gewichtetem Durchschnitt der Landesbasisfallwerte wie in der nachfolgenden Tabelle dargestellt vergütet. Angegeben ist jeweils der Betrag für die Fallpauschale sowie für das tagesbezogene Entgelt nach Überschreiten der oberen Grenzverweildauer.

DRG	DRG-Text	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Obere Grenzverweildauer		BBFW 18:		
			Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungsrelation/Tag	Vergütung Inlier (Euro)	Tagesvergütung Langlieger (Euro)	
P03A	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden	20,277 81	0,321	70.306	1.113		3467,3
P03B	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 und < 480 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 479 Stunden	13,338	66	0,271	46.247	940	
P03C	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne Beatmung > 120 Stunden oder ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren	12,293 65	0,259	42.624	898		
P61A	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur	49,879	148	0,37	172.945	1.283	
P61B	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur	36,389	116	0,366	126.172	1.269	
P61C	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur	40,506	125	0,364	140.446	1.262	
P61D	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur	27,635	103	0,324	95.819	1.123	
P61E	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme	6,875	27	0,529	23.838	1.834	
P62A	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur	32,719	106	0,355	113.447	1.231	
P62B	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur	22,512	86	0,326	78.056	1.130	
P62C	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur	18,668	83	0,297	64.728	1.030	
P62D	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme	9,658	999	0	33.487	0	
P63Z	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden	8,602	56	0,227	29.826	787	
P64Z	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden	6,797	49	0,225	23.567	780	

10. Wie viele Behandlungen von Frühgeborenen mit einem festgestellten Gewicht von
- a) 550 bis 599 g,
 - b) 600 bis 649 g,
 - c) 700 bis 749 g,
 - d) 750 bis 799 g,
 - e) 825 bis 874 g,
 - f) 875 bis 924 g,
 - g) 950 bis 999 g,
 - h) 1000 bis 1049 g,
 - i) 1200 bis 1249 g,
 - j) 1250 bis 1299 g,
 - k) 1450 bis 1499 g und
 - l) 1500 bis 1549 g
- wurden im letzten Erhebungsjahr vergütet?

Das InEK teilt mit, dass auf Grundlage der Daten nach § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2017 die folgenden Fallzahlen mit einem entsprechenden Geburtsgewicht in der Hauptdiagnosegruppe für Neugeborene dokumentiert wurden:

Gewicht von	bis	Fallzahl
550	599	297
600	649	275
700	749	445
750	799	242
825	874	379
875	924	393
950	999	758
1.000	1.049	230
1.200	1.249	886
1.250	1.299	359
1.450	1.499	1.528
1.500	1.549	363

11. Wie werden Geburten bei durchschnittlichem Landesbasisfallwert in der
24. Schwangerschaftswoche (SSW),
 25. SSW,
 32. SSW und
 33. SSW
- vergütet, und welche Anzahl von Geburten wird in diesen Wochen abgerechnet?

Entsprechende Informationen zur genauen Schwangerschaftswoche liegen in den Abrechnungsdaten nach § 21 KHEntgG nicht vor. Die zu Abrechnungszwecken dokumentierten Codes der deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) differenzieren nach größeren Zeiträumen z. B. zwischen einer Schwangerschaftsdauer von der 20. Woche bis 25. vollendeten Woche (ICD O09.3!) oder von der 26. Woche bis 33. vollendeten Woche (ICD O09.4!).

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?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine belastbaren Erkenntnisse vor.

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?
- 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?
 - 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 Eins-zu-eins-Betreuung von Gebärenden zu gelangen, und wenn ja, wann, und wenn nein, wie begründet sie dieses?
 - Wie bewertet die Bundesregierung den Einsatz von Hebammen in beruufs-fremden Tätigkeiten wie Reinigung des Kreißsaals, Materialbestellungen und Telefondienste?

Die Fragen 13 bis 13c werden gemeinsam beantwortet.

Die konkrete Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern, die Personalplanung und der Einsatz des Personals (tätigkeitsfremd oder nicht) ist grundsätzlich Teil der unternehmerischen Eigenverantwortung und Organisationshoheit des einzelnen Krankenhauses bzw. des Krankenhausträgers. In Bezug auf die Personalsituation ist es dabei wichtig, die Beschäftigungsverträge und -bedingungen so zu gestalten, dass die Tätigkeit im Krankenhaus attraktiv bleibt. Dabei hat sich längst gezeigt, dass Krankenhäuser, die sich hierbei um gute Bedingungen

bemühen, eine deutlich bessere Chance haben, freie Stellen zu besetzen und bewährtes Personal zu halten. Dies kommt auch den gebärenden Frauen zu Gute.

Einfluss auf die Arbeitssituation in der stationären Geburtshilfe können allerdings auch die Vorgaben zur Qualitätssicherung haben. Nach den Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) ist es Aufgabe des G-BA, insbesondere für zugelassene Krankenhäuser notwendige Maßnahmen der Qualitätssicherung einschließlich von Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen. Hierzu gehören als Merkmale der Strukturqualität beispielsweise auch spezifische Anforderungen an die Personalausstattung, wie sie der G-BA z. B. in der QFR-RL festgelegt hat. Der G-BA hat seine Regelungen insbesondere auf der Grundlage der aktuell verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz zu treffen.

Mit der bestandskräftigen Entscheidung der Schiedsstelle über die Vergütung der Hebammenleistungen vom 5. September 2017 ist im Hebammenhilfevertrag für (freiberufliche) Beleghebammen, die im Schichtdienst arbeiten, eine 1:2-Betreuung als Regelfall festgelegt worden. Bei der Geburtsbegleitung durch am Krankenhaus angestellte Hebammen liegt es in der Organisationsverantwortung der Klinik, dafür Sorge zu tragen, dass genügend Hebammen anwesend sind oder kurzfristig hinzugezogen werden können. Dabei sind die medizinischen Erfordernisse, insbesondere auch der unterschiedliche Betreuungsbedarf in den verschiedenen Phasen der Geburt, zu berücksichtigen.

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?

Die Fragen 14 bis 14b werden gemeinsam beantwortet.

Der Gesetzgeber hat den G-BA damit beauftragt, bundeseinheitliche Kriterien für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für bedarfsnotwendige Krankenhäuser festzulegen, die wegen zu geringer Fallzahlen mit den pauschalierenden Entgelten nicht auskömmlich wirtschaften können. Der Sicherstellungszuschlag soll nur vereinbart werden, wenn sich das gesamte Krankenhaus in einer wirtschaftlichen Notlage befindet. Nach dem Willen des Gesetzgebers soll die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nicht dem Ausgleich jeglicher Defizite dienen, sondern auf Notlagen begrenzt bleiben. Gesetzlicher Maßstab ist, dass die für die Versorgung der Bevölkerung notwendige Vorhaltung von Leistungen aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs nicht kostendeckend finanzierbar ist und kein anderes geeignetes Krankenhaus die Leistungen zuschlagsfrei erbringt.

Der Anspruch der Berücksichtigung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bei der Einbeziehung der Geburtshilfe in den Sicherstellungszuschlag dient vor allem der Patientensicherheit von Müttern und Kindern. Am 19. April 2018 hat

der G-BA in Ergänzung des Beschlusses über die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach § 136c Absatz 3 SGB V vom 24. November 2016 Kriterien und Anforderungen zur Einbeziehung der Geburtshilfe gemäß den gesetzlichen Anforderungen gefasst. Der Beschluss tritt zum 1. Januar 2019 in Kraft.

Der seitens der DKG beklagte Verzicht auf die Einbeziehung von Belegabteilungen wurde auch mit den im Rahmen des Beratungsverfahrens beim G-BA einbezogenen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften intensiv erörtert. Diesbezüglich wurde besonderer Wert auf die unmittelbare Weisungsbefugnis und Verantwortlichkeit des Krankenhausträgers gelegt, um sicherzustellen, dass die erforderlichen Fachärzte im Bedarfsfall auch verfügbar sind.

Aufgrund einer Folgenabschätzung des GKV-SV zu Sicherstellungszuschlägen unter Einbeziehung der Geburtshilfe auf der Grundlage des G-BA-Beschlusses vom 19. April 2018 könnten potenziell bis zu 40 Standorte von einem Sicherstellungszuschlag profitieren. Davon sind ca. 30 Standorte gleichzeitig Sicherstellungskandidaten der Grundversorgung, das heißt hier können Defizite der Inneren Medizin, der Chirurgie, der Geburtshilfe und – sofern vorhanden – auch der Kinder- und Jugendmedizin ausgeglichen werden.

Unabhängig von diesen Analysen ist für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags entscheidend, dass bei den potenziell berechtigten Krankenhäusern ein Defizit vorliegt. Sofern dies nicht der Fall ist, besteht auch keine Notwendigkeit zur Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags. Daher bleibt zunächst abzuwarten, welche Krankenhäuser ab 2019 einen entsprechenden Antrag stellen.

Die Folgenabschätzung des GKV-SV zum G-BA-Beschluss vom 24. November 2016 weist rund 100 Krankenhäuser als potenzielle Kandidaten für einen Sicherstellungszuschlag aus. Nach Informationen des AOK-Bundesverbandes wurden für das Jahr 2017 24 Anträge gestellt.

15. Wie werden kleinere Kliniken unterstützt, um die in der Richtlinie zum Sicherstellungszuschlag enthaltenen Kriterien, z. B. die Anwesenheit eines Kinderarztes, zu erfüllen?

Die personelle Ausstattung ist von den Krankenhäusern und ihren Trägern eigenverantwortlich auszugestalten. Der Sicherstellungszuschlag dient nicht dem Erhalt kleiner oder personell schlecht ausgestatteter Kliniken, sondern dem Erhalt bedarfsnotwendiger Krankenhäuser, die wegen zu geringer Fallzahlen nicht auskömmlich wirtschaften können. Die Regelung zur Einbeziehung der Geburtshilfe in den Sicherstellungszuschlag sieht vor, dass beim Vorliegen der im Beschluss festgelegten Bedingungen neben dem Defizit der Geburtshilfe auch Defizite des Krankenhauses ausgeglichen werden können, die aus dem Vorhandensein einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin entstehen.

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?

Im Rahmen der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“, die in der letzten Legislaturperiode getagt hat, wurden auch Alternativen zur jetzigen Haftpflichtversicherung geprüft und nach sorgfältiger Prüfung seitens der vertretenen Ressorts abgelehnt. Gegen den Vorschlag eines Haftungsfonds für Hebammen bestehen dabei erhebliche ordnungspolitische Bedenken.

Kritisch wird vor allem das Unterlaufen des deutschen Haftungsrechts durch einen solchen Entschädigungsfonds gesehen: Es würde zum einen von den Prinzipien des deutschen Rechts abgewichen, wonach derjenige, der einen Schaden (schuldhaft) verursacht hat, auch für seine Kompensation individuell verantwortlich ist. Auch könnten Schmerzensgelder keine Genugtuung mehr verschaffen, wenn der Verursacher sie nicht erbringen müsste. Mit einem Kollektivhaftungs- oder Entschädigungssystem, das die Verursacherin bzw. den Verursacher des Schadens aus der haftungsrechtlichen Verantwortung nimmt, entfallen zum anderen die präventiven Wirkungen des Haftungsrechts zulasten künftiger Patientinnen und Patienten. Auch erscheint es sowohl gegenüber den Geschädigten als auch gegenüber den Schädigerinnen bzw. Schädigern schwer zu rechtfertigen, nur bestimmte Berufsgruppen durch kollektive Entschädigungssysteme zu entlasten, andere Berufsgruppen, deren Tätigkeit ähnlich schadensgeneigt ist, hingegen nicht.

Ein staatlicher Haftungsfonds oder gemeinsamer Haftungsfonds innerhalb der gesetzlichen Versicherung für alle Heilberufe würde die bisherige Haftpflichtversicherung in diesem Bereich vollständig ersetzen. Auch dieser Weg wird aus ordnungspolitischen Gründen abgelehnt.

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)?

Dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) liegen Daten zu Geburtsschäden freiberuflicher Hebammen (klinisch und außerklinisch) vor. Nach Auskunft des GDV wurden im Rahmen eines Kalkulationsprojektes die Daten für die Jahre 2002 bis 2014 analysiert und versicherungsmathematisch bewertet. Aufgrund der geringen Schadenszahlen ist es nicht sinnvoll, einzelne Jahre auszuweisen, da sich hier erhebliche Schwankungen zeigen. Die Schadenszahlen für den Zeitraum von 2004 bis 2014 schwanken zwischen sechs und 31. Im Mittel werden rund 20 Geburtsschäden pro Jahr zur Berufshaftpflicht freiberuflicher Hebammen gemeldet. Der berechnete Schadenaufwand in diesen Jahren schwankt zwischen sechs und 23 Mio. Euro. Im Mittel beträgt der jährliche Schadenaufwand über 13 Mio. Euro. Dabei handelt es sich um die reinen Entschädigungsleistungen ohne Schadenregulierungskosten (wie z. B. für Gutachter, Anwaltsgebühren, Gerichtskosten, Schadensachbearbeitung, etc.) und weitere Kosten.

In der Gesamtbetrachtung ist zu berücksichtigen, dass die Heilwesen-Haftpflichtversicherung insbesondere bei Geburtsschäden einer langen Abwicklungsdauer unterliegt, denn Schäden werden oftmals spät festgestellt, somit den Versicherern spät gemeldet und bei schweren Personenschäden, die z. B. eine Pflegebedürftigkeit zur Folge haben, kann die Regulierung der Schäden lebenslang andauern.

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)?

Diese Frage lässt sich nicht pauschal beantworten. Die Vergütungen, die die Hebamme für Leistungen zur Geburtshilfe abrechnen kann, sind individuell unterschiedlich, da über die Geburtspauschale hinaus weitere Vergütungspositionen,

die vom individuellen Einzelfall abhängig und zum Teil auch zeitabhängig ausgestaltet sind, abrechenbar sind. Eine Vergleichbarkeit der Kosten für eine bestimmte Anzahl von Geburten mit der jährlichen Haftpflichtprämie einer in der Geburtshilfe freiberuflich tätigen Hebamme ist deshalb nicht gegeben. Hinzu kommt, dass mit dem Sicherstellungszuschlag für Hebammen ein Großteil der Haftpflichtkosten erstattet wird.

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 bzw. -behandlungen für Schwangere?

Die Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere beinhalten eine umfassende Anamnese, vielfältige körperliche Untersuchungen und Beratungen der Schwangeren mit dem Ziel, Risiken für Leben und Gesundheit von Mutter und Kind frühzeitig zu erkennen und ihnen entgegenzuwirken. Die Inhalte und die Struktur dieser Vorsorgeuntersuchungen werden vom G-BA in den Mutterschafts-Richtlinien festgelegt. Die Mutterschafts-Richtlinien sehen bereits seit vielen Jahren auch eine Untersuchung des Urinsediments zum Ausschluss von Harnwegsinfektionen sowohl bei der Erstuntersuchung als auch bei den nachfolgenden Untersuchungen vor, die im Allgemeinen im Abstand von vier Wochen erfolgen. Die Richtlinien werden stets den aktuellen Erkenntnissen angepasst. In diesem Rahmen befasst sich der G-BA auch mit möglichen Anpassungen des Untersuchungsverfahrens zur Früherkennung von Harnwegsinfektionen. Die Mutterschafts-Richtlinien sehen darüber hinaus auch eine Beratung der Schwangeren über potentielle Risiken und über gesundheitsförderliches Verhalten vor. Dazu zählt auch eine bedarfsgerechte Beratung über die Bedeutung der Mundgesundheit für Mutter und Kind.

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?

Nach der QFR-RL müssen die dort festgelegten Qualitätsanforderungen seit dem 1. Januar 2017 erfüllt werden, ansonsten dürfen die Leistungen nicht erbracht werden. Allerdings sind Abweichungen von diesen Anforderungen bis zum 31. Dezember 2019 gestattet, sofern das jeweilige Perinatalzentrum dies dem G-BA unverzüglich unter Angaben von Gründen meldet. Neben dieser verpflichtenden Meldung hat der G-BA die Durchführung eines sog. klärenden Dialogs mit dem verpflichtenden Abschluss von Zielvereinbarungen mit den Perinatalzentren, die die Anforderungen nicht erfüllen, festgelegt. Auf diese Weise sollen die Ursachen für die Nichtumsetzung geklärt und notwendige Schritte zur Erreichung der Pflegepersonalanforderungen vereinbart und eingeleitet werden. Bis zum Ende der Übergangszeit Ende 2019 wird das für den klärenden Dialog zuständige Lenkungsgremium jedes Bundeslandes (halbjährlich) insgesamt vier Berichte zum Umsetzungsstand der Pflegepersonalanforderungen an den G-BA senden. Die Lenkungsgremien befinden sich derzeit in der Phase des klärenden Dialogs mit den Perinatalzentren. Die ersten beiden Berichte (mit Frist zum 31. Januar bzw. 31. Juli 2018) wurden bereits an den G-BA übermittelt. Dieser wird auf Basis der an ihn im Rahmen des klärenden Dialogs übermittelten Daten sowie unter Einbeziehung einer jährlichen Strukturabfrage den Umsetzungsgrad der QFR-RL bewerten und ggf. weitere Maßnahmen, wie z. B. eine Anpassung der Richtlinie, ergreifen (§ 8 Absatz 13 QFR-RL).

