



Foto: Privat



Foto: Privat

ZUR DISKUSSION

Muss die Geburtshilfe raus aus dem DRG-Vergütungssystem?

DR. MED. GABRIELE DU BOIS / DR. MED. FRIEDERIKE M. PERL

Der Ethik-Ausschuss des Deutschen Ärztinnenbundes e. V. (DÄB) hat sich mit den Veränderungen in der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland seit Einführung des DRG-Vergütungssystems befasst. Er nimmt mit Besorgnis zur Kenntnis, dass sich die gegenwärtige Vergütungsstruktur für Leistungen im Krankenhaus mit Fallpauschalen beziehungsweise Diagnosis Related Groups (DRG) auf die Versorgung werdender Mütter und ihrer Kinder negativ auswirkt. Die Autorinnen analysieren im folgenden Beitrag die Auswirkungen des DRG-Systems auf die Geburtshilfe und stellen Alternativen vor, die bisher im Ethik-Ausschuss des DÄB diskutiert werden.

Insbesondere die Vermeidung von Frühgeburten und die Betreuung unkomplizierter Geburten haben sich im Vergleich mit der Versorgung von Frühgeburten beziehungsweise mit operativen Entbindungen als relatives finanzielles Risiko für die Abteilungen herausgestellt. Durch die DRG-Vergütungsstruktur werden kleinere und zunehmend auch mittelgroße Abteilungen finanziell ausgeblutet, während große Zentren ihrer Hauptaufgabe, Risikogeburten zu betreuen, durch Überlastung nicht mehr optimal nachkommen können.

Wenn die Gesundheitspolitik eine flächendeckende, wohnortnahe Geburtshilfe in Deutschland will, muss geprüft werden, wie innerhalb des DRG-Systems Anreize für physiologische Geburten geschaffen werden können, die sich auch in einem angemessenen Entgelt widerspiegeln. Als Alternative dazu sollte geprüft werden, inwieweit die Abrechnung der Geburtshilfe losgelöst vom DRG-System möglich ist.

Geburtshilfe ist individuell schlecht planbar

Im Ethik-Ausschuss des DÄB wurde dieses Thema auf Anregung einer Belegärztin für Geburtshilfe diskutiert, aber auch mit Chefärztinnen großer Frauenkliniken abgestimmt. Wir waren uns alle einig, dass es sich in der Geburtshilfe im Wesentlichen um einen kaum oder gar nicht planbaren Einsatz medizinischer Versorgung handelt. Um allen werdenden

Müttern und ihren Neugeborenen zeitgerecht und wohnortnahe die gebotene individuelle Versorgung sowie Fürsorge zukommen zu lassen, muss das Gesundheitssystem ausreichend Personal, Räume und Betten bereitstellen, um in jedem Einzelfall adäquat reagieren zu können. Die Standards der geburtshilflichen Betreuung



stellen Mindestanforderungen auf, die in den entsprechenden Leitlinien der Fachgesellschaften verankert wurden. Dazu sind Bereitschaftsdienstleistungen professionell ausgebildeter Hebammen, sowie von Pflegepersonal, Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen an zahlreichen Orten erforderlich. Die Kosten dafür müssen von den Kliniken getragen werden können. Da dies im DRG-System schlechter möglich ist, sollten derartige Leistungen besser nach tatsächlichem Bedarf sachgerecht vergütet werden.

Die Standards der geburtshilflichen Betreuung stellen Mindestanforderungen auf, die in den entsprechenden Leitlinien der Fachgesellschaften verankert wurden. Dazu sind Bereitschaftsdienstleistungen professionell ausgebildeter Hebammen, sowie von Pflegepersonal, Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen an zahlreichen Orten erforderlich. Die Kosten dafür müssen von den Kliniken getragen werden können. Da dies im DRG-System schlechter möglich ist, sollten derartige Leistungen besser nach tatsächlichem Bedarf sachgerecht vergütet werden.

Viele geburtshilfliche Abteilungen müssen aus Rentabilitätsgründen schließen

In Deutschland wurden rund 40 Prozent der geburtshilflichen Abteilungen seit 1991 geschlossen, weil sie entweder nicht mehr rentabel waren oder die Standards nicht einhalten konnten. Dabei sind die Geburtenzahlen, die ab 1991 mit 823.000 Geburten pro Jahr stetig zunahmen und 2011 mit 642.000 Geburten abfielen, inzwischen wieder deutlich auf 762.000 Geburten im Jahre 2016 angestiegen. Die Vor-

sitzende der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Prof. Dr. med. Birgit Seelbach-Göbel, verweist darauf, dass wohnortnahe Versorgung nicht gleichzusetzen sei mit hoher Qualität. Diese könne laut Studien der Versorgungsforschung am besten mit großen Zentren erreicht werden. Das zeige sich vor allem in den skandinavischen Ländern, die mit wenigen großen Zentren eine deutlich niedrigere Säuglingssterblichkeit haben als Deutschland. Sie spricht sich für ein Gesamtkonzept mit Hochleistungszentren und Kliniken aus, die eine adäquate Versorgung, auch bei unvorhersehbaren Komplikationen, gewährleisten können. Eine menschliche, individuelle und vielfach Hebammengeleitete Geburtshilfe sei in großen Kliniken heute durchaus üblich, versicherte eine andere Chefärztin.



Auch kleinere Abteilungen haben Vorteile

Der Ethik-Ausschuss war sich nicht einig, ob die Erhaltung kleiner und mittelgroßer geburtshilflicher Abteilungen nur negativ einzuschätzen sei. Unserer Erfahrung nach wünschen sich Schwangere eher, in möglichst überschaubaren Einheiten zu entbinden. Bei einer unkomplizierten Geburt ist das Sich-Kümmern um werdende Mütter in kleineren Abteilungen oft leichter umsetzbar. Natürlich müssen die Möglichkeiten der Verlegung von Mutter und Kind bei Gefahr optimal abgesprochen sein.

Für alle Kliniken – auch die großen – sollte die Vergütung für eine Geburt, die

ohne äußeren Zeitdruck erfolgen können muss, entsprechend honoriert werden. Es ist nicht hinnehmbar, dass allein aus ökonomischen Gründen eine – zurzeit besser bezahlte – Kaiserschnittentbindung durchgeführt wird. Außerdem ist zu fordern, dass Interventionen, die zur Vermeidung einer Frühgeburt führen, entsprechend honoriert werden.

Eine angemessene Vergütung für Ärztinnen, Ärzte und Hebammen ist erforderlich

Für eine vorzeitige Entbindung ist allein die medizinische Indikation entscheidend und nicht finanzielle Anreize wie die Aussicht auf lukrative intensivmedizinische Versorgung von Frühgeborenen. Die 1:1-Betreuung durch eine Hebamme ist gewünschter Standard während der Geburt, der wegen fehlender Hebammen derzeit nicht eingehalten werden kann. Viele Hebammen verlassen die Geburtskliniken, weil sie unter zu großem zeitlichen Druck – Betreuung von bis zu drei Frauen gleichzeitig – arbeiten müssen. Unter zeitlichem und psychologischem Druck zu arbeiten ist in der Geburtshilfe

nachweislich mit gravierenden Risiken für die Patientinnen und sogar mit einer steigenden Müttersterblichkeit verbunden. Die Arbeit der Hebammen ist für eine gute Geburtshilfe unverzichtbar, und sie muss angemessen honoriert werden.

Resümee: Das System der Geburtshilfe muss umgestellt werden

Die politisch gewollte und von den Patientinnen gewünschte wohnortnahe Geburtshilfe ist in Deutschland zurzeit in Gefahr. Es sollten Anstrengungen unternommen werden, das System der Geburtshilfe so umzustellen, dass die Vergütung eine optimale Versorgung von Schwangeren wieder ermöglicht. ◀

Mehr zum Ethik-Ausschuss auf der DÄB-Homepage.

Literatur bei den Verfasserinnen.

Dr. med. Gabriele du Bois ist Fachärztin für Humangenetik und genetische Beratung, Vorsitzende der Regionalgruppe Baden-Württemberg im Deutschen Ärztinnenbund sowie erste Vorsitzende des Ethik-Ausschusses.

E-Mail: duBois@genetikum.de

Dr. med. Friederike M. Perl ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie ebenfalls Mitglied im DÄB-Ethik-Ausschuss.

E-Mail: fmperl@aol.com