

Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz)

Allgemeine Anmerkung

Der DHV bedankt sich für die Möglichkeit, Stellung nehmen zu können zur Formulierungshilfe der Bundesregierung für die Fraktionen der SPD, von Bündnis 90/Die Grünen und der FDP für einen Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz).

Die klinische Geburtshilfe ist ein Musterbeispiel, warum die Intention des Gesetzgebers richtig ist, Patientinnen und Patienten zukünftig größere Transparenz über Umfang und Qualität der Leistungen in der klinischen Versorgung zu vermitteln - und ihnen die Möglichkeit des Vergleichs zu bieten.

Bislang ist es Schwangeren nicht möglich, sich ohne erheblichen Rechercheaufwand ein Bild über angebotene Leistungen und deren Qualität in den einzelnen Kliniken zu machen. Es ist z.B. nicht ersichtlich, wie groß der Anteil physiologischer Geburtsverläufe oder wie hoch die Interventionsrate ist, wie sich der Betreuungsschlüssel mit Hebammen gestaltet, wie viele Geburten in der klinischen Geburtshilfe hebammengeleitet durchgeführt werden, wie viele Frauen in der Gebärdwanne oder aufrecht gebären oder ob es regelmäßige Notfalltrainings oder ein integriertes Verlegungskonzept gibt. Auch die Umsetzung und Einhaltung von klinischen Leitlinien der AWMF, wie z. B. der S3 Leitlinie "vaginale Geburt am Termin" wird nicht verpflichtend dargestellt, ebenso wenig wie die Sectio- und Dammschnitttrate. Die Angaben der Kliniken zu ihrem Service und ihren Leistungen sind größtenteils freiwillig und in keiner Weise vergleichbar. Viele wichtige Daten zur Beurteilung der Versorgungsqualität in der klinischen Geburtshilfe sind zudem schlichtweg nicht vorhanden, da sie bislang nicht systematisch erfasst werden.

Der DHV begrüßt daher jegliche Initiative zur Schaffung besserer Transparenz zur Versorgungsqualität im klinischen und außerklinischen Bereich ausdrücklich.

Zum vorliegenden Entwurf bestehen jedoch erhebliche Zweifel, ob mit dem vorgeschlagenen Verfahren tatsächlich eine größere Transparenz für die Bürgerinnen und Bürger hergestellt werden kann. Der DHV befürchtet, dass bestehende Transparenzmängel fortgeführt und neue geschaffen werden. Ebenso bestehen Zweifel, inwiefern den entstehenden Kosten der Transformation genügend Rechnung getragen wird.

Grundsätzlich ist festzuhalten: Um Transparenz und Vergleichbarkeit für Dritte herzustellen, müssen zuerst bestehende Fehlanreize beseitigt und notwendige strukturelle Veränderungen im System vorgenommen werden, um dann die Leistungen und die Qualität der Leistungserbringung niedrigschwellig und einheitlich zu veröffentlichen. Mit Blick auf die zwischen Bund und Ländern diskutierte Krankenhausstrukturreform sieht der DHV diese Voraussetzung bislang jedoch nicht gegeben und gibt zu bedenken, dass allein über die Einteilung von Kliniken in Level das Ziel größerer Transparenz nicht erreicht werden kann.

Die bislang zugrunde gelegten Leistungsgruppen erfüllen - zumindest für die Geburtshilfe - nicht die erhoffte Funktion, den Patientinnen ausreichenden Aufschluss über das Leistungsangebot und die Qualität der Versorgung zu geben. Ohne weitere Maßnahmen kann also keine Transparenz im Sinne dieses Gesetzesvorhaben hergestellt werden.

Im einzelnen nimmt der DHV am Beispiel des Funktionsbereichs Geburtshilfe deswegen wie folgt Stellung:

§ 135d, Einführung eines neuen Transparenzverzeichnis

Absatz 1:

Der DHV hegt große Zweifel, dass das geplante Transparenzverzeichnis ohne weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Datenbasis eine deutliche Verbesserung der Versorgungsqualität zur Folge hätte. Bereits jetzt werden von den Kliniken jährlich Qualitätsberichte veröffentlicht und durch das IQTIG nach besonderen Kriterien differenziert betrachtet und als vergleichende Übersicht der Allgemeinheit in verständlicher Form zur Verfügung gestellt. Trotzdem bleiben diese Informationen für den/die durchschnittliche Nutzer*in meist unverständlich. Das Kriterium der interaktiven Form der Informationsweitergabe bleibt in Absatz 1 Satz 1 so unbestimmt, dass unklar bleibt, ob und wie hier ein Mehrwert erreicht werden könnte.

Am Beispiel Geburtshilfe ist außerdem klar zu belegen, dass in diesem Bereich mit den derzeit erhobenen Kennzahlen keine Aussage über die Qualität der Leistungserbringung erbracht werden kann. Im Gegenteil: Eine Klinik mit einer nach WHO und Nationalen Gesundheitsziel katastrophaler Geburtshilfe, z.B. mit sehr hohen Interventionsraten, schlechtem Betreuungsschlüssel, traumatisierenden Geburtserlebnissen und fehlender Nachbesprechung der Geburt, schneidet nach den derzeit erhobenen Parametern oft besser ab, als Kliniken mit moderner Geburtshilfe. Die für die Berechnung der DRGs erhobenen Kennzahlen erheben nicht die für die Betreuung der physiologischen Geburt notwendigen Ressourcen und Maßnahmen, sondern vor allem pathologische Maßnahmen bei Regelwidrigkeiten im Geburtsverlauf. Frauenzentrierte, interventionsvermeidende Versorgungsmodelle können diese verlangten Parameter schlichtweg nicht erfüllen. Kliniken, die Hebammenkreißsäle anbieten, Wert auf gute Aufnahme- und Nach-Geburtsgespräche legen und in ausreichend Fachpersonal für die Betreuung von Mutter und Kind investieren, haben noch immer erhebliche Finanzierungslücken. Erfolgreich durchgeführte Sectios hingegen gelten in den Parametern als Qualitätsmerkmal, ohne dass geprüft wird, ob die Maßnahme medizinisch tatsächlich notwendig war.

Der DHV fordert daher dringend dazu auf, in der Ausgestaltung des Transparenzverzeichnis größeren Wert darauf zu legen, welche Informationen die Bürgerinnen und Bürger tatsächlich brauchen, um eine informierte Entscheidung darüber zu treffen, an welchem Ort sie eine Leistung des Gesundheitswesens abrufen möchten.

Absatz 3:

Fast alle der in Absatz 3 definierten Informationen sind bereits jetzt über das Deutsche Krankenhausverzeichnis für die Bürger*innen verfügbar, so dass der gewünschte höhere Grad an Transparenz sich aus weiteren Kriterien ergeben müsste. Dafür muss die Aussagekraft der Daten deutlich gesteigert werden. Die Sicherstellung der sachlichen Richtigkeit der erhobenen Daten hilft nicht, wenn bislang nicht die richtigen Daten erhoben werden. Für den Bereich der klinischen Geburtshilfe braucht es dafür grundlegende Anpassungen bei der Datenerhebung und anschließenden Darstellung, damit überhaupt Rückschlüsse auf die Qualität der Versorgung gezogen werden können. Siehe auch die Anmerkungen zu Absatz 1.

Der DHV betont in diesem Zusammenhang zudem, dass die nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 definierten Qualitätssicherungsverfahren zumindest für die klinische Geburtshilfe bislang nicht ausreichend sind. Ein großes Problem ist, dass für die Qualität der Geburtshilfe relevante Berufsgruppen, wie z.B. Hebammen, als Expertinnen für die physiologische Geburt, bislang nicht verbindlich an den Verfahren des G-BA beteiligt werden müssen.

Dies hat wiederum direkte Auswirkungen auf die Richtlinien und Qualitätssicherungsverfahren. Wenn Experten für die Pathologie Qualitätsvorgaben entwickeln, können diese zwangsläufig nicht die notwendige Expertise und Hintergrundwissen für die Förderung des *physiologischen* Geburtsverlaufes umfassen. Gute Qualitätsvorgaben und Richtlinien für die Versorgung in Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett müssen aber sowohl die Pathologie als auch die Physiologie umfassen. Genau hier liegt Deutschland im internationalen Vergleich zurück, weswegen auch das Nationale Gesundheitsziel "Gesundheit rund um die Geburt" sowie der Koalitionsvertrag die strukturelle Förderung der physiologischen Geburt als Ziel explizit definiert.

Um das Ziel der Förderung der Versorgungsqualität zu erreichen, müssen daher die Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) überprüft und alle beteiligten Berufsgruppen im G-BA an der Erarbeitung der Qualitätssicherungsverfahren und wesentlichen Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit, sowie Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme verbindlich beteiligt werden.

Für den Bereich der klinischen Geburtshilfe müssen zudem die Qualitätskriterien sowie die Berechnungsgrundlagen für die DRGs und Fallpauschalen grundlegend überarbeitet werden, um sowohl einen personalintensiven aber interventionsarmen physiologischen Geburtsverlauf abzubilden, als auch einen durch Geburtskomplikationen komplexen und interventionsreichen Geburtsverlauf bis hin zur intensivmedizinischen Betreuung differenziert auswerten zu können.

Ansonsten wird der klinische Sonderfall Geburtshilfe, der in der Regel gesunde Menschen umfasst und im Schwerpunkt physiologische Prozesse fördern und begleiten sollte, immer nur unzureichend abgedeckt.

Absatz 4:

Der DHV gibt zu bedenken, dass mit der Aufzählung in Absatz 4 eine Aussage über die Versorgungsstruktur getroffen wird, dabei aber weiterhin unklar bleibt, auf welchem Level die Leistungsgruppe Geburt zukünftig angeboten werden kann und soll. Positiv ist festzustellen, dass damit grundsätzlich die Geburtshilfe auf allen Versorgungsleveln angeboten werden kann. Wenn die Verzahnung zwischen ambulanter und klinischer Versorgung tatsächlich vorangetrieben werden soll und die Transparenz über die Versorgungsqualität gesteigert werden soll, sind darüber hinaus weitere Maßnahmen notwendig.

Der DHV hat dazu wiederholt Vorschläge gemacht und in den politischen Diskurs eingebracht. Um die flächendeckende Versorgungssicherheit mit Geburtshilfe sicherzustellen, ist eine bessere Verzahnung der ambulanten und klinischen Versorgung notwendig. Ebenso muss die Fehl-, Über- und Unterversorgung innerhalb der klinischen Geburtshilfe korrigiert werden. Auch dazu sollte das Transparenzgesetz einen Beitrag leisten.

§ 307, Absatz 1 Satz 3 Anlage 2 (zu § 135d) Leistungsgruppen der Krankenhausbehandlung

Der DHV weist eindringlich darauf hin, dass die bisher definierte Leistungsgruppe 42 "Geburten" nicht geeignet ist, um Transparenz über die Versorgungsqualität herzustellen. Ohne eine umfassende Überarbeitung der Vorlage aus NRW werden existierende Fehlanreize - für die Patientinnen nicht sichtbar - fortgeführt und zum Teil sogar verschärft.

Das Grundproblem, dass physiologische Geburten nicht ausreichend finanziert werden und Kliniken weiterhin stark auf Interventionen setzen müssen, um die Geburtshilfe zu finanzieren, bleibt bestehen. Selbst bei ausreichender Finanzierung würden die vorhandenen Daten zudem nicht ausreichen, um ein unverfälschtes Vergleichsbild der geburtshilflichen Stationen zu erhalten. Die

Gefahr, dass qualitativ hochwertige Versorger aufgrund der gesammelten Daten nicht nachgefragt, andere hingegen trotz geringerer Qualität am Netz bleiben, ist real gegeben. Der bestehende Trend, dass qualitativ hochwertige Angebote geschlossen werden müssen, bleibt damit ungebrochen.

Schwangere Frauen und ihre Familien können anhand der Leistungsgruppe "Geburt" und der Levelteilung der Klinik nicht beurteilen, ob dort die physiologische Geburt gefördert und eine frauorientierte Geburtshilfe mit evidenzbasierten Qualitätsstandards umgesetzt wird. Bislang wird im Rahmen der klinischen Geburtshilfe nur die *Geburtsmedizin* mit Leistungs- und Qualitätskriterien bedacht, die physiologische Geburt (*Geburtshilfe*) jedoch nicht sinnvoll berücksichtigt. Außerdem werden wichtige ambulante Angebote, wie die manuelle Wendung der Beckenendlage oder die Anzahl der hebammengeleiteten Geburten, in der Perinatalerfassung bislang noch nicht abgefragt. Genauso wenig wird erkennbar, ob es interdisziplinäre Notfalltrainings gibt oder die Eins-zu-eins-Betreuung unter der Geburt sichergestellt wird.

Zusätzliche Qualitätskriterien, wie Gesprächsangebote und Sprechstunden über Stillen und Bonding vor der Geburt, die Möglichkeit zum Wechsel der Geburtsposition, verbindliche Geburts-Vorgespräche mit Erfassung des individuellen Geburtsplans- und Nachgespräche mit Abfrage des Geburtserlebens der Frau, müssten Teil der Leistungsgruppe werden, damit anhand der Leistungsgruppe Aussagen über Qualität getroffen werden können. Auch andere für die Qualität der Versorgung essentielle Vorgaben, wie z.B. ein verbindliches Personalbemessungsinstrument für alle Berufsgruppen in der Geburtshilfe, das den Kreißaal und die bettenführenden prä- und postpartalen Stationen umfasst, fehlen bislang.

Dies macht das Kriterium "Leistungsgruppe" allein zur Bewertung der Versorgungsleistung und Qualität der klinischen Geburtshilfe schlichtweg unzureichend.

Um die entgegengesetzten Anforderungen an die zeitintensive Betreuung einer physiologischen Geburt und die zeitkritische Versorgung mit Geburtsmedizin (bis hin zur Intensivmedizin für Mutter und/oder Kind) abbilden zu können, hat der DHV daher die Unterscheidung zwischen einer Leistungsgruppe "Geburtsmedizin" und einer Leistungsgruppe "Geburtshilfe" gefordert. Dazu verweisen wir auf das DHV-Modell für eine gesicherte, bedarfsgerechte und zukunftsfähige Geburtshilfe:

https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2023/05/2023_04_DHV-Modell_Umsetzung_hebammengeleitete_Geburtshilfe.pdf

Bislang bleiben die existierenden Probleme innerhalb der einzelnen Leistungsgruppe "Geburt" weiterhin ungelöst. Es ist für Kliniken nicht möglich, in einem System, das nach wie vor nur Interventionen als Honorierungsgrundlage hat, eine Betreuungsform umzusetzen, die Interventionen vermeidet und physiologische Geburtsprozesse fördert. Diese Probleme setzen sich im Transparenzgesetz fort, das diese Leistungsgruppeneinteilung bereits zu Grunde legt. Die notwendige Reform der klinischen Geburtshilfe kann so nicht gelingen.

Auch wenn mit der vorliegenden Formulierungshilfe für den Gesetzentwurf zum Krankenhaustransparenzgesetz keine Inhalte aus dem geplanten Gesetz zur Krankenhausreform vorweg genommen werden sollen, ist bereits abzusehen:

Die Transparenz über das Leistungsangebot und die Qualität der Versorgungsleistung, die Gegenstand dieser Gesetzesvorlage sind, kann auf der jetzigen Grundlage nicht hergestellt werden.

[Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes](#)

Der DHV begrüßt ausdrücklich die Absicht des Gesetzgebers, die bestehenden Datensätze um die personelle Ausstattung mit ärztlichem Personal zu erweitern.

Darüber hinaus ist eine weitere Differenzierung und genauere Ausweisung der beschäftigten Gesundheitsberufe in speziellen Funktionsbereichen der Kliniken notwendig, um belastbare Aussagen über die Qualität der Versorgungsleistung treffen zu können.

Im Bereich der klinischen Geburtshilfe ist es insbesondere notwendig, Hebammen explizit auszuweisen, um die Betreuungsqualität einordnen zu können. Dies gilt umso mehr, da Kreißsäle keine bettenführenden Stationen sind. Aber auch auf prä- und postpartalen Stationen sowie bei der Betreuung von Müttern und Kindern mit Frühgeburtlichkeit sind Hebammen für die Versorgungsqualität unabdingbar. Hier gilt: Der richtige Personalmix macht eine gute Versorgung aus.

Die bisherige Praxis, Hebammen nicht gesondert aufzuführen sondern in der Vereinbarung zu § 21 Abs. 4 und 5 KHEntG zwischen den Kassen und der DKG als "sonstige Berufe" unter der Pflege zu subsumieren, hat in den vergangenen Jahren zu vielfältigen Problemen bei der Abrechnung der Leistungen geführt. Ebenso kann so die Darstellung der Qualität der Versorgungsleistung nicht gewährleistet werden, da Daten fehlen.

Die Aufgaben und Rollen einer Hebamme sind fundamental unterschiedlich zur Gesundheits- und Krankenpflege, beide Berufe haben nur eine geringe Schnittmenge. Ebenso ist die Hebamme in einem weitaus höherem Umfang zur autonomen Leistungserbringung berechtigt und übernimmt in der Klinik Aufgaben, die ihr vorbehalten sind. Das Beispiel der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung illustriert, dass ohne Unterscheidung der Berufsgruppen der Einsatz nach Hebammengesetz und vorbehaltenen Tätigkeiten gefährdet oder unmöglich gemacht wird, wenn nicht sauber vom Gesetzgeber zwischen den Berufsgruppen differenziert wird.

Um die Qualität einer Geburtshilfe transparent darzustellen, ist die Darstellung der Hebammenhilfe essentiell. Diese muss also auch gesondert erhoben werden.

Deswegen empfiehlt der DHV dafür die Aufnahme eines weiteren Punktes in § 21 Absatz 2 mit folgender Formulierung, der neben den Hebammen auch weitere essentielle Gesundheitsberufe innerhalb der Klinik umfassen sollte:

Zu Nr. 1 a) bb)

"Folgende Buchstaben f und g **und h** werden angefügt:

f) die Anzahl des insgesamt beschäftigten ärztlichen Personals und die Anzahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten ärztlichen Personals, jeweils einschließlich der Facharztbezeichnung und bei ärztlichem Personal in Weiterbildung jeweils unter Angabe des Weiterbildungsgebietes, umgerechnet auf Vollkräfte, gegliedert nach dem Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, nach den Fachabteilungen des Standorts und nach den Leistungsgruppen nach Anlage 2 zu § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch des Standorts,

g) die Anzahl des insgesamt beschäftigten Personals der weiteren medizinischen Fachberufe, die weder zum ärztlichen Fachpersonal noch zum pflegerischen Fachpersonal zugehörig sind und medizinische Leistungen in der Klinik erbringen; insbesondere die Berufsgruppen Hebammen, Psychologen, Physiotherapeuten und Logopäden jeweils unter Angabe der genauen Berufsbezeichnung und dem Einsatzbereich, umgerechnet auf Vollkräfte, gegliedert nach dem Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, nach den Fachabteilungen des Standorts und nach den Leistungsgruppen nach Anlage 2 zu § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch des Standorts,

h) die Leistungsgruppen nach Anlage 2 zu § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, denen die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen zugeordnet sind, jeweils gegliedert nach dem Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch;“.

Fazit

Der DHV begrüßt die Initiative zur Schaffung größerer Transparenz für die Patientinnen und Patienten ausdrücklich. Um dieses Ziel im Bereich der klinischen Geburtshilfe zu erreichen, sind jedoch noch dringend grundlegende Voraussetzungen sowohl im Bereich der Datenerhebung als auch im Bereich der Erarbeitung von Qualitätskriterien und bei der Ausarbeitung der Leistungsgruppen notwendig, die eine Bewertung der Versorgungsleistung und Qualität überhaupt erst ermöglichen.

Dafür müssen jetzt im Krankenhaustransparenzgesetz erste wichtige Grundlagen geschaffen werden, die dann im geplanten Gesetz zur Reform der Krankenhauslandschaft aufgegriffen und konkretisiert werden.

Berlin, den 22.09.2023

Ulrike Geppert-Orthofer
Präsidentin Deutscher Hebammenverband e. V.

Deutscher Hebammenverband e. V.

Der Deutsche Hebammenverband e.V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit mehr als 22.000 Mitgliedern ist der DHV der größte Hebammenberufsverband in Deutschland und vertritt die Interessen aller Hebammen. In ihm sind angestellte und freiberufliche Hebammen, Lehrer*innen für Hebammenwesen, Hebammenwissenschaftler*innen, Familienhebammen, hebammengeleitete Einrichtungen sowie Hebammenschüler*innen und Studierende vertreten. Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist eine gute medizinische und soziale Betreuung der Frauen und ihrer Kinder vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit das zentrale Anliegen des Deutschen Hebammenverbandes. Als Mitglied in der European Midwives Association (EMA), im Network of European Midwifery Regulators (NEMIR) und in der International Confederation of Midwives (ICM) setzt sich der Verband auch auf europäischer und internationaler Ebene für die Stärkung der Hebammenarbeit sowie die Gesundheit von Frauen und ihren Familien ein.