



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
zur Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von
Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V

Berlin, 06.03.2018

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Hintergrund

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 06.02.2018 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich einer Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V aufgefordert.

Erstfassung der Regelungen

Die Erstfassung der Regelungen zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen war am 24.11.2016 beschlossen worden. Zweck der Regelung ist es, bundeseinheitliche Voraussetzungen für Sicherstellungszuschläge festzulegen. Diese werden an Krankenhäuser vergeben, die aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs die Vorhaltung von basisversorgungsrelevanten Leistungen nicht kostendeckend finanzieren können und bei deren Schließung die flächendeckende Versorgung gefährdet ist, da kein anderes geeignetes Krankenhaus die Versorgung übernehmen kann. Die Voraussetzungen sind dabei folgendermaßen definiert:

- **Geringer Versorgungsbedarf:** durchschnittliche Einwohnerdichte unterhalb 100 Einwohner je Quadratkilometer (E/km^2)
- **Basisversorgungsrelevante Vorhaltungen:** Fachabteilung Innere Medizin und Fachabteilung Chirurgie einschließlich der Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung
- **Gefährdung der flächendeckenden Versorgung:** durch die Schließung des Krankenhauses müssen zusätzlich mindestens 5.000 Einwohner PKW-Fahrminuten von mehr als 30 Minuten aufwenden, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen (Betroffenheitsmaß)

Bezogen auf die Versorgung von Notfällen sollen die notwendigen Vorhaltungen um Vorgaben zur untersten Stufe des gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern ergänzt werden, sobald der Beschluss des G-BA hierzu vorliegt.

Die Regelungen zu den Sicherstellungszuschlägen beziehen sich auch auf planungsrelevante Qualitätsindikatoren (planQI). Bislang kann ein Krankenhaus, das bei planQI unzureichende Qualität aufweist, Sicherstellungszuschläge erhalten, solange Auflagen zur Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssteigerung und Fristen zu deren Umsetzung erlassen werden. Dies gilt gleichermaßen für Krankenhäuser, die als Alternative bei Schließung des Sicherstellungszuschläge beantragenden Krankenhauses in Frage kommen.

Nach § 5 Absatz 3 können die Landesplanungsbehörden im Einzelfall prüfen, ob in einem Krankenhaus eine Organisationsstruktur besteht die den inhaltlichen Anforderungen bezüglich der basisversorgungsrelevanten Vorhaltungen entsprechen.

Änderungen im aktuellen BeschlusSENTwurf

Die nun vorgelegten Änderungen der Regelungen wurden vorgenommen, da das Plenum bei der initialen Beschlussfassung festgelegt hatte, dass die Beratungen zur Aufnahme der Geburtshilfe in die Regelungen zu Sicherstellungszuschlägen erst nach einer Beschlussfassung zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (planQI) für die Geburtshilfe erfolgen sollten. Am 15.12.2016 hat der G-BA die Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in den Bereichen Geburtshilfe, gynäkologische Operationen und Mammachirurgie vorgelegt, und aus diesen Leistungsbereichen insgesamt 11 Qualitätsindikatoren ausgewählt. Im Nachgang wurden nun die Beratungen zu den Sicherstellungszuschlägen wieder aufgenommen.

In dem nun vorgelegten Entwurf werden zwei unterschiedliche Ansätze zur Umsetzung vorgestellt, zum einen von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärzt-

lichen Bundesvereinigung (KBV), zum anderen vom Spaltenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV). Die Patientenvertretung unterstützt unterschiedliche Standpunkte beider Seiten.

Vorschlag von DKG/KBV:

In diesem Vorschlag gibt es kaum Änderungen zur vorherigen Regelung.

Die notwendigen Vorhalten (bislang Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Notfallversorgung) werden um eine Fachabteilung „Geburtshilfe“ oder „Gynäkologie und Geburtshilfe“ ergänzt, dabei sollen die „Anforderungen zu den Qualifikationsnachweisen und zur Verfügbarkeit des ärztlichen Personals auch von Belegärzten erfüllt werden“ können. Voraussetzung soll sein, dass diese Fachabteilung bereits mindestens ein Jahr Bestand hat und eine Kooperation mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin besteht, soweit keine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin vorgehalten wird.

In den Tragenden Gründen wird ausgeführt, dass die bestehenden Vorgaben für Sicherstellungszuschläge auch für die Gynäkologie und Geburtshilfe sachgerecht seien und 30 PKW-Fahrzeitminuten zugrunde gelegt würden. Zur Stützung dieser These werden die Sondierungsergebnisse von CDU, CSU und SPD zugrunde legt, in denen eine wohnortnahe Versorgung für den Bereich der Geburtshilfe gefordert würde. Desgleichen sei dies auch im 7. Thüringer Landeskrankenhausplan durch die Zuweisung eines primär regionalen Versorgungsauftrages für den Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe, sowie im Landeskrankenhausplan NRW festgelegt. Hier wird der Begriff der Wohnorthähe angeführt, der durch Entfernung und zeitliche Komponente geprägt sei. Krankenhäuser der örtlichen Versorgung sollten demnach nicht weiter als 20 km entfernt liegen. Nach eigenen Berechnungen würde dies einer Fahrzeit von ca. 30 Minuten entsprechen. Die DKG führt an, dass nach eigenen Berechnungen bei einer Betrachtung relevanter Krankenhäuser mit einer Einwohnerdichte unter 100E/km² 80% der Bevölkerung eine Fahrzeit von weniger als 30 Minuten und 88% von weniger als 35 Minuten hätten, nur 5% benötigten eine Fahrzeit von mehr als 40 Minuten. Die DKG folgert hieraus, dass eine Anhebung der Erreichbarkeitsschwelle an der derzeitigen Versorgungsstruktur vorbeigehen würde und die Gefahr eines weiteren Kapazitätsabbaus gegeben wäre.

Es wird außerdem darauf verwiesen, dass eine Anpassung des Wertes für das Betroffenheitsmaß nicht notwendig sei, da die relevante Bezugsgröße – Frauen im gebärfähigen Alter – aufgrund der Kleinteiligkeit der betroffenen Regionen nicht ermittelbar sei. Die hilfsweise Betrachtung des Kinderanteils sei nicht sachgerecht.

Vorschlag des GKV-SV:

Der GKV-SV sieht deutlich umfassendere Änderungen vor. Dabei wird das Ziel verfolgt, eine Qualitätssteigerung in der geburtshilflichen und der pädiatrischen Versorgung zu erreichen. In der Konsequenz führt dies zu einer Reduktion der Anzahl von Krankenhäusern, die die Voraussetzungen für Sicherstellungszuschläge erfüllen.

Zu diesem Zweck werden die Voraussetzungen für Sicherstellungszuschläge für die neuen Fachgebiete (Geburtshilfe und Pädiatrie) wie folgt ergänzt:

- Geringer Versorgungsbedarf: durchschnittliche **Kinderdichte unterhalb 16 Kindern je Quadratkilometer (E/km²)**
- Basisversorgungsrelevante Vorhaltungen: Fachabteilung Innere Medizin und Fachabteilung Chirurgie einschließlich der Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung **oder eine Fachabteilung für „Geburtshilfe“ oder „Gynäkologie und Geburtshilfe“ und eine pädiatrische Fachabteilung. Der Fachabteilung für Ge-**

geburtshilfe muss eine examinierte Hebamme/Entbindungspfleger zugeordnet sein, die jederzeit (24/7) innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar ist

- Gefährdung der flächendeckenden Versorgung: durch die Schließung des Krankenhauses müssen zusätzlich **mindestens 800 Kinder PKW-Fahrminuten von mehr als 45 Minuten** aufwenden, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen (Betroffenheitsmaß)

Neu bei diesem Vorschlag ist auch, dass die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren maßgeblich Einfluss auf die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen nehmen. So kann ein Krankenhaus, bei dem im Jahr vor dem Vereinbarungsjahr unzureichende Qualität festgestellt wurde, keine Sicherstellungszuschläge erhalten. Ebenso soll ein Krankenhaus, das im Vorjahr unzureichende Qualität aufwies, nicht als Alternativkrankenhaus berücksichtigt werden.

Der GKV-SV führt hierzu in den Tragenden Gründen an, dass ausschlaggebend für die Verschiebung der Regelungen für geburtshilfliche Abteilungen bis zu einer Beschlussfassung zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren die von Fachgesellschaften und Landesplanungsbehörden angeführten Qualitätsprobleme von Geburtshilfen mit geringer Fallzahl gewesen seien. Die vorgesehene Erreichbarkeitsnorm von 45 Minuten sei als Maximalwert medizinisch vertretbar und entspräche der realistischen Untergrenze für den dünn besiedelten ländlichen Raum. Es wird eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe angeführt, aufgrund derer nicht kurze Wege, sondern die Qualität der Versorgung die Sicherheit für Mutter und Kind erhöht. Ein hoher Versorgungsstandard sei wichtiger als ein niedriger Erreichbarkeitsstandard. Es wird der Abschlussbericht „Runder Tisch Geburtshilfe“ angeführt, der vom Gesundheitsministerium NRW unter Beteiligung von Fachgesellschaften, darunter auch der Fachgesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe veröffentlicht wurde. Dort werde empfohlen, dass jede Schwangere innerhalb von 45 Minuten eine geburtshilfliche Klinik erreichen solle. Dies entspräche auch dem geltenden Standard für den ländlichen Raum in Schleswig-Holstein. Nach eigenen Auswertungen des GKV-SV sei dies auch bundesweiter Status quo im ländlichen Raum, danach benötigen bereits heute in 82% der ländlichen Kreise mind. 5.000 Einwohner mehr als 30 PKW-Minuten zur nächsten Geburtsklinik. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin würde zudem die Erreichbarkeit einer stationären Einrichtung für Kinder und Jugendmedizin in maximal 40 Minuten als ausreichend ansehen. Dies ist auch den Stellungnahmen der pädiatrischen Fachabteilungen zum Beschlussentwurf der Erstfassung zu entnehmen.

Der GKV-SV hält die spezifische Erfassung der zu versorgenden Bevölkerungsgruppe notwendig um der regional unterschiedlichen Altersverteilung der Bevölkerung Rechnung zu tragen.

Die Bundesärztekammer nimmt zum Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

Grundsätzlich begrüßt die Bundesärztekammer Maßnahmen, die eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung im Bereich der Geburtshilfe unterstützen. Dabei sollte jedoch im Auge behalten werden, dass die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung per se einen wichtigen Aspekt der Versorgung darstellt und, unter Einhaltung einer angemessenen Qualität, sichergestellt werden muss. Primäres Ziel sollte dabei sein, die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung zu erhalten und die Qualität der Versorgung durch inhaltlich-unterstützende und gegebenenfalls finanzielle Maßnahmen zu fördern.

Die Bundesärztekammer stellt in diesem Zusammenhang fest, dass es keine wissenschaftlichen Daten oder Rationale gibt, die eine Erhöhung der PKW-Fahrminuten um 50% - von 30 auf 45 Minuten – rechtfertigt. Es ist kaum erklärbar, warum einer schwangeren Frau und ihrem ungeborenen Kind in der Notsituation eine längere Fahrzeit zugesummt werden soll, als einer Patientin/einem Patienten mit einem internistischen oder chirurgischen Notfall. Die Einhaltung strukturell-qualitativer Mindeststandards ist für die Geburtshilfe von besonderer Bedeutung, dies gilt jedoch auch für die medizinische Versorgung schlechthin. Die Sicherstellungszuschläge sollten dazu dienen, die Einhaltung von Mindeststandards in allen basisversorgungsrelevanten Fächern in der Fläche zu ermöglichen. Mit PKW-Erreichbarkeitsmaßen von 45 Minuten (die unter schlechten Verkehrs- und Wetterbedingungen nochmals deutlich höher anzusetzen sind) ist dies nicht gewährleistet. In den tragenden Gründen verweist die GKV-Seite auf den Abschlussbericht des „Runden Tisches Geburtshilfe“ Nordrhein-Westfalen. Wörtlich führt die GKV-Seite dazu aus: „Eine Erreichbarkeitsuntergrenze deutlich oberhalb von 30 Pkw-Fahrzeitminuten sehen auch die Empfehlungen des Abschlussberichts „Runder Tisch Geburtshilfe“ vor, ... Dieser empfiehlt, dass jede Schwangere in NRW innerhalb eines Zeitraums von maximal 45 Minuten eine geburtshilfliche Klinik erreichen können solle.“ Tatsächlich ist der Abschlussbericht des „Runden Tisches“ viel differenzierter. Dort heißt es zunächst: „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.“ Diese Handlungsempfehlung nennt also einen Rahmen (20 bis maximal 45 Minuten), der offenbar die unterschiedlichen Sichtweisen der Teilnehmer widerspiegelt. Tatsächlich macht der Abschlussbericht in der „Schlussbemerkung“ klar, dass zum Thema Erreichbarkeit gerade kein Konsens am Runden Tisch erreicht wurde: „Zu den gegensätzlichen Standpunkten flächendeckende Versorgung oder Zentralisierung konnte keine gemeinsame Empfehlung erarbeitet werden. Vor allem vor dem Hintergrund verschiedener versorgungsrelevanter Szenarien unter konkreten qualitätsorientierten Bedingungen für die klinische und außerklinische Geburt blieben die fachlichen Standpunkte konträr. Dies gilt auch für die Abwägung zwischen der freien Wahl des Geburtsortes und der übereinstimmend als notwendig bewerteten schnellen Erreichbarkeit einer leistungsfähigen geburtshilflichen Abteilung (aus Sicht der DGGG 30 bis 45 Minuten, bei Sekundärverlegung 20 Minuten).“ Die Position der Fachgesellschaft wird hier also zitiert, aber ausdrücklich als kontrovers bezeichnet. Und selbst diese Position wird nicht mit „45 Minuten“, sondern mit „30 bis 45 Minuten“ wiedergegeben. Sie trägt außerdem einen Zusatz: Das „weite Netz“ der „30 bis 45“-Minuten-Erreichbarkeit ist auch aus Sicht der DGGG nur unter der Bedingung vertretbar, dass für Sekundärverlegungen eine Erreichbarkeit von 20 Minuten gewährleistet werden kann.

Zweifelhaft ist nach Ansicht der Bundesärztekammer auch die Bezugsgröße der Anzahl der Kinder für das Betroffenheitsmaß. Richtig wäre hier, die Anzahl von Frauen im geburtsfähigen Alter als Bezugsgröße zu wählen. Es ist schwer vorstellbar, warum diese Daten nicht verfügbar sein sollten.

Stellungnahme zu einzelnen Regelungsvorschlägen

Fachabteilung

Die Bundesärztekammer hat sich in ihren Stellungnahmen zum gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern bereits zu der vom G-BA vorgelegten Definition einer Fachabteilung geäußert. Die Bundesärztekammer verweist darauf, dass die Kran-

kenhauspläne der Länder bereits Vorgaben zur Abgrenzung von Fachabteilungen enthalten. Hier stellt sich die Frage, in welchem Verhältnis die verschiedenen Definitionsansätze zueinander stehen.

Inhaltlich ist zu dem vorliegenden Definitionsversuch anzumerken, dass ein wesentliches Kriterium fehlt. Krankenhausabteilungen zeichnen sich dadurch aus, dass der Träger des Krankenhauses für jede Abteilung mindestens einen Abteilungsarzt zu bestellen hat, der nicht weisungsgebunden ist und auch nicht durch anderweitige vertragliche Anreize in der Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung beeinträchtigt wird.

Entfallen sollte hingegen die Vorgabe, dass es sich um eine „räumlich abgegrenzte“ Organisationseinheit handeln muss. Es stellt die Eigenständigkeit einer Fachabteilung nicht in Frage, wenn sie innerhalb des Krankenhauses Betten auf verschiedenen Stationen belegt. Die Bundesärztekammer bezweifelt zudem, dass sich der in den Bundesländern wenig einheitlich gehandhabte Fachabteilungsschlüssel eignet, um das Bestehen einer Fachabteilung zu definieren.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren (planQI)

Die Bundesärztekammer hat das bisherige Konzept zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (planQI) des G-BA und vor allem auch die Entwicklung des Konstrukts der Patientengefährdung bereits in einer Stellungnahme zum Vorbericht vom 29.07.2016 deutlich kritisiert. Hier heißt es: „Es ist vor allem nicht gelungen, ein überzeugendes Konzept dafür vorzulegen, wie aus einer Vielzahl von Indikatorergebnissen eine Gesamtqualitätsaussage über eine Fachabteilung eines Krankenhauses möglich sein soll. Die im Gesetz vorgesehenen und vom G-BA beauftragten Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse werden im Vorbericht als aufbereitete Informationssammlung interpretiert. Es ist zu befürchten, dass die zuständigen Landesbehörden durch diese Informationssammlung nur wenig Nutzen für ihre planerische Arbeit erhalten werden.“

In dem vorgelegten Beschlussentwurf fordert der GKV-SV, dass „mit einem Krankenhaus, bei dem das Institut nach § 137a SGB V in dem Jahr vor dem jeweiligen Vereinbarungsjahr im Rahmen seiner fachlichen Bewertung nach § 11 Absatz 8 Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) für das der fachlichen Bewertung vorangegangene Erfassungsjahr bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 SGB V in Bezug auf eine oder mehrere der basisversorgungsrelevanten Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 (Anmerkung: Nummer 2 beschreibt Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe und eine pädiatrische Fachabteilung) unzureichende Qualität feststellt, (...) kein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren (ist)“.

Nach Ansicht der Bundesärztekammer ist dies eine vollkommen verfrühte Verschärfung der Verzahnung von planQI mit Sicherstellungszuschlägen. Bislang gibt es keinerlei Erfahrungen, inwieweit anhand der Indikatoren tatsächlich unzureichende Qualität der Fachabteilung festgestellt werden kann. Gemäß § 16 der planQI-RL ist eine Evaluation vorgesehen, deren erste Ergebnisse im Herbst 2018 vorliegen sollten. Die Ergebnisse der Evaluation sollten vor einer verschärften Verschränkung von planQI und Sicherstellungszuschlägen abgewartet werden. Die Bundesärztekammer gibt außerdem zu bedenken, dass die Gewährung der Sicherstellungszuschläge nach dem Vorschlag des GKV-SV allein auf Grundlage der Daten des IQTIG und nicht nach Bewertung der Daten durch die Landesbehörden erfolgen soll. Die Bundesärztekammer sieht die Bewertung der Landesbehörden als maßgeblich für eine adäquate Einordnung der signifikanten Abweichungen von den Referenzbereichen.

Aus diesem Grund spricht sich die Bundesärztekammer für eine Beibehaltung der bisherigen Regelungen zur Berücksichtigung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren in Bezug auf Sicherstellungszuschlägen auch für geburtshilfliche Abteilungen aus, wie von DKG, KBV und Patientenvertretung vorgeschlagen.

Belegärzte in der Geburtshilfe

Die Bundesärztekammer unterstützt die Forderung von DKG und KBV, dass die Anforderungen zu den Qualifikationsnachweisen und zur Verfügbarkeit des ärztlichen Personals, im Sinne eines kooperativen Belegarztwesens, auch von Belegärzten erfüllt werden können.

Fazit:

Die Bundesärztekammer unterstützt den Beschlussentwurf der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Die Einführung hiervon abweichender PKW-Fahrzeitminuten und Bemessungsgrößen für geburtshilfliche Abteilungen kann nach Ansicht der Bundesärztekammer nur bei Verfügbarkeit einer entsprechenden Datengrundlage und Folgenabschätzung durchgeführt werden. Hier würde es sich zudem empfehlen, entsprechende Neuerungen zunächst in ausgewählten Modellregionen einzuführen und entsprechend zu evaluieren. Grundsätzlich muss es möglich sein, unterschiedliche regionale Gegebenheiten und Infrastrukturen zu berücksichtigen.

Von einer verschärften Verschränkung von planQI und Sicherstellungszuschlägen ist nach Meinung der Bundesärztekammer zum jetzigen Zeitpunkt abzuraten, solange der Nutzen nicht anhand wissenschaftlicher Evaluationen belegt ist. Auch hier schließt die Bundesärztekammer sich dem Vorschlag von DKG, KBV und Patientenvertretung an, nach dem die Landesbehörden im Falle unzureichender Qualität Auflagen zur Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssteigerung und Fristen zu deren Umsetzung, die vom Krankenhaus zu erfüllen sind, erlassen sollten.

Berlin, 06.03.2018

i.A.

Dr. med. Julia Searle, MPH
Referentin Dezernat 1