



Deutsche Gesellschaft für Perinatale
Medizin

Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz- Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin e.V.
(DGPM) zum Referentenentwurf des KHVVG vom 13.03.2024, in
Briefform

Sehr geehrter Herr Weller,

sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst herzlichen Dank für die aktive Einbeziehung der wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Ausgestaltung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes. Die heutige Anhörung zeigte die Komplexität des Vorhabens und die Vielfalt der Perspektiven, die Berücksichtigung finden wollen.

Die Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM) ist die älteste wissenschaftliche Fachgesellschaft, welche die maßgeblichen Fachdisziplinen vereint, die für die Versorgung von Schwangeren und deren Neugeborenen verantwortlich sind. Aus dieser multidisziplinären und -professionellen Perspektive heraus, die sowohl das Wohl der Schwangeren als auch das Recht des Kindes auf eine adäquate Betreuung berücksichtigt, begrüßt die DGPM ganz explizit die Bestrebungen des Bundesgesundheitsministeriums im Rahmen des KHVVG, die auch die Versorgung von Schwangeren und deren Neugeborenen verbessern werden.

Unter Berücksichtigung des uns vorliegenden Referentenentwurfes und der heutigen Diskussion möchte die DGPM aus der Perspektive der Schwangeren und deren Kindern folgende Aspekte berücksichtigt wissen:

Bezogen auf das durch die DGPM vertretene Fachgebiet, möchten wir betonen, dass Patientensicherheit in der Geburtshilfe immer die unmittelbare Möglichkeit einer frauen-, aber auch kinderärztlichen Intervention voraussetzt. Die DGPM begrüßt daher ausdrücklich, dass es künftig in Deutschland **eine Geburtsmedizin ohne Pädiatrie nicht mehr geben soll**; nur so ist das Recht des Kindes auf eine adäquate Versorgung sicherzustellen. Dabei stehen wir dem in der mündlichen Anhörung geäußertem Vorschlag einer „Kooperation“ mit der Pädiatrie sehr kritisch gegenüber. Bereits heute existieren „Kooperationen“ von Geburtskliniken mit Kinderärzten. Diese stellen aber keineswegs eine – für Notfälle unter der Geburt unabdingbare – 24/7 Verfügbarkeit sicher. Die lebenslangen Folgen einer inadäquaten bzw. verspäteten Versorgung des Neugeborenen mit einem Sauerstoffmangel sind für die Betroffenen gravierend und führen zu hohen langfristigen Gesundheitskosten. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf die Stellungnahme der DGP, GNPI, DGKG und DGKJ (**Anlage 1**). Die Vorhaltekosten der Geburtshilfe sind daher an das Vorhandensein einer pädiatrischen Versorgung zu koppeln.

Die DGPM unterstützt außerdem die Forderung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie, dass für die in der **LG 16 spezielle Kinder- und Jugendchirurgie** erwähnten Schwerpunkte der angeborenen Fehlbildungen keine plastische bzw. rekonstruktive Chirurgie notwendig ist. Die Behandlung von Neugeborenen mit angeborenen Fehlbildungen gehört vielmehr, in enger Kooperation mit der Pränatalmedizin und Neonatologie, in die Hände der, in wenigen spezialisierten Zentren konzentrierten, Kinderchirurgie.

Letztlich begrüßen wir die Neuregelung des **§ 6a Absatz 5**, welcher die Möglichkeit aufzeigt, den Krankenhäusern Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zuzuweisen, insbesondere zur **„Koordinierung des Einsatzes regionaler ... Versorgungsnetzwerke...“**. Wie bereits in einer ersten Stellungnahme der DGPM und GNPI detailliert dargestellt (**Anlage 2**), ergeben sich mit Blick auf die demografische Entwicklung mit schrumpfenden Geburtenzahlen, sowie dem Rückgang an Fachkräften, die Notwendigkeit, die Versorgung von Schwangeren und deren Kindern durch perinatologische Kompetenznetzwerke in der Fläche sicherzustellen. Diese Kompetenznetzwerke führen zur Zentralisierung der Hochrisikoversorgung und stellen die Grundversorgung in der Fläche sicher und wurden in Sachsen bereits etabliert (**Anlage 3**). In anderen Bundesländern befinden sie sich derzeit im Aufbau. Wenngleich die Notwendigkeit dieser Kompetenznetzwerke von Seiten der Leistungserbringer, der Krankenkassen und auch der politischen Entscheidungsträger betont wird,

fehlen bisher Möglichkeiten der Finanzierung. Daher ist es notwendig, den § 36a Absatz 5 um eine „Experimentierklausel“ zu ergänzen. Diese sollte den Spielraum für die Ausgestaltung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben auf regionaler Ebene möglichst groß halten, um regionale Gegebenheiten 3 und die sinnvolle Erweiterung und Entwicklung von Netzwerken angemessen berücksichtigen zu können. So kann die gewünschte Zentralisierung der spezialisierten medizinischen Expertise bei gleichzeitiger Sicherstellung der Grundversorgung in der Region erreicht werden.

Als Präsident der DGPM würde ich mich auch persönlich sehr freuen, wenn Ihre Bemühungen, u. a. die Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in Deutschland zu verbessern, erfolgreich sind. Sehr gerne stellen die Mitglieder der DGPM ihre Expertise in diesem Prozess zur Verfügung, ich stehe auch persönlich jederzeit für Nachfragen bereit.

Ich wünsche Ihnen viel Kraft und verbleibe mit den besten Grüßen

Ihr

Prof. Dr. med. M. Rüdiger

- Präsident der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin -

Anlagen

Anlage 1: Das gemeinsame Ziel: eine gesunde Mutter und ein gesundes Kind (Stellungnahme DGPM, GNPI, DGKJ, DGGG)

Anlage 2: Die Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen – ein Blick auf die Vorschläge zur Krankenhausreform 04/23 (Stellungnahme DGPM und GNPI)

Anlage 3: Perinatologische Kompetenznetzwerke: Die Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in einer Region