Umbruch in den Frauenkliniken

Einschätzung der leitenden Ärztinnen und Ärzte in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu den erwarteten Folgen der Krankenhausreform

Eine Umfrage der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Ärztinnen und Ärzte in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe e. V. (BLFG)

M. Fleisch, H. Budiman, H. Abele im Namen des Vorstandes der BLFG

Laut der aktuellen Krankenhausstudie der Unternehmensberatung Roland Berger haben drei Viertel der Kliniken in Deutschland das Jahr 2024 mit einem Verlust abgeschlossen.

Mit dem in der letzten Legislaturperiode initiierten und im Frühjahr dieses Jahres in Teilen auf Länderebene umgesetzten „Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)" wurde eine tiefgreifende Reform der klinischen Versorgung in Deutschland angestoßen. Dabei ist neben der Verbesserung der Versorgungsqualität eines der Ziele, die hohe Dichte an Krankenhäusern, insbesondere in Ballungsräumen, weiter auszudünnen. Auf der anderen Seite soll durch die Reform jedoch auch der ökonomische Druck für die (verbliebenen) Kliniken durch ein neues Vergütungssystem reduziert werden.

Mit den Reform-Schwerpunkten der Spezialisierung, Zentralisierung und Ambulantisierung medizinischer Leistungen verändert sich das individuelle Spektrum stationär erbringbarer Leistungen und erhöht den Druck auf viele kleinere Kliniken, sich in den veränderten Rahmenbedingungen wirtschaftlich stabil zu positionieren und ggf. neu auszurichten.

Eine weitere Folge der Reformbemühungen ist die notwendige Anpassung bisheriger Konzepte in der Facharztausbildung in Verbünden, wenn die Ausbildungsqualität und -inhalte nicht am eigenen Standort vollumfänglich angeboten werden.

Am Beispiel der Umsetzung des Krankenhausplans NRW am 1. April 2025 und der Einführung der Leistungsgruppen sowie der daraus entstandenen Konsequenzen für die einzelnen gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen lässt sich erahnen, was für Konsequenzen eine Eins-zu-eins-Umsetzung im Bund haben könnte. Auch nach Neubesetzung des Gesundheitsministeriums wird sich die grundsätzliche Richtung der Entwicklung sicher nicht ändern.

Die BLFG hat in den letzten Jahren wiederholt Umfragen zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen durchgeführt, die ein repräsentatives Stimmungsbild unter den leitenden Ärztinnen und Ärzten in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe wiedergegeben haben. Auch in diesem Jahr wurde im Mai eine Online-Umfrage (SurveyMonkey) erstellt und an die Mitglieder der BLFG und mit Unterstützung des Vorstandes der DGGG an die übrigen Chefärztinnen und Chefärzte per Mail als Link versandt.

Teilnehmende

Mit dem Stichtag 01.08.2025 haben 147 Personen an der Umfrage teilgenommen. Die Umfrage beinhaltete 20 Fragen.

Die meisten Teilnehmenden leiten Kliniken der Schwerpunktversorgung (40,8 %) gefolgt von Grund- und Regelversorgern (29,3 %) und Kliniken der Maximalversorgung und Universitätsklinika (21,8 %). 7,5 % waren Leiterinnen und Leiter von Spezialabteilungen (z. B. Senologie/Urogynäkologie). Insofern waren in dieser Umfrage die größeren Kliniken relativ überrepräsentiert. Die meisten Antworten kamen aus Nordrhein-Westfalen (30,6 %), Baden-Württemberg (16,3 %) und Bayern (15 %).

Einführung von Leistungsgruppen und wirtschaftliche Perspektive der Kliniken

Die am häufigsten beantragten Leistungsgruppen (LG) waren die Leistungsgruppe „Allgemeine Frauenheilkunde" (95 % der Kliniken), gefolgt von „Geburten" (86 %), „Senologie" (78 %), „Ovarialkarzinom" (75 %) und „Perinataler Schwerpunkt" (38 %). Je nach Leistungsgruppe lagen Entscheidungen für 39–49 % der beantragenden Kliniken bereits vor. Die höchsten Ablehnungsquoten fanden sich in der Leistungsgruppe „Ovarialkarzinom" (58 %) gefolgt von den Leistungsgruppen „Perinatalzentrum Level 2" (31 %) und „Senologie" (18 %). Alle bisher beschiedenen Anträge zu den Leistungsgruppen „Allgemeine Frauenheilkunde" und „Geburten" wurden positiv beschieden (Tab. 1).

Verteilung von beantragten Leistungsgruppen (LG), Bewilligungen und Ablehnung in den Kliniken der Umfrageteilnehmerinnen und -teilnehmer

Leistungsgruppe		Anteil beantragender Kliniken %	Anträge mit Entscheidung %	Bisherige Entscheidungen in %	
				pos.	neg.
LG 39	Allgemeine Frauenheilkunde	95,2	40,7	100	0
LG 40	Ovarialkarzinom	74,8	39,0	42	58
LG 41	Senologie	78,2	43,0	82	18
LG 42	Geburten	85,7	42,0	100	0
LG 43	Perinataler Schwerpunkt	38,0	45,0	92	8
LG 44	Perinatalzentrum Level 1	37,4	49,0	85	15
LG 45	Perinatalzentrum Level 2	23,8	45,0	69	31

Tab. 1

Gemäß den Publikationen des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) NRW lag die Ablehnungsquote der LG „Ovarialkarzinom" je nach Regierungsbezirk (RB) zwischen 55 % (RB Detmold) und 76 % (RB Düsseldorf).

Entsprechend fiel auch die Antwort zur Selbsteinschätzung bezüglich der Erwartung eines Verlustes von Leistungsbereichen in den kommenden beiden Jahren aus (Abb. 1). Während ca. 48 % der Umfrageteilnehmerinnen und -teilnehmer keinen Verlust von Leistungsbereichen antizipieren, tun dies 45 % im Bereich der gynäkologischen Onkologie, jedoch lediglich 14 % im Bereich der Senologie und 13 % im Bereich der Geburtsmedizin.

Eine interessante, wenn auch beunruhigende Perspektive zeigte sich in der Beantwortung der Frage, ob die leitenden Ärztinnen und Ärzte die etwaige Aberkennung einer Leistungsgruppe als existenzielles Risiko für die jeweilige Abteilung eingeschätzen würden (Abb. 2). Während knapp ein Viertel der Befragten keine Aberkennung erwarteten, gaben über die Hälfte (51 %) an, dass sie eine mögliche Ablehnung einer beantragten Leistungsgruppe als existenzielles Risiko für den Fortbestand der Abteilung ansehen.

Auf die Frage hin, ob denn die gegenwärtige quantitative (VK-Zahl) und qualitative (z. B. Weitergebildete in den jeweiligen Schwerpunkten) Zahl an Fachärztinnen und Fachärzten die angestrebten Leistungsgruppen ermöglichen würde, antworteten 81 % mit „Ja", 16 % mit „Nein" und knapp 3 % hatten sich mit dieser Frage noch nicht auseinandergesetzt.

Hinsichtlich der Veränderung der Versorgungsqualität nach Einführung der Leistungsgruppen erwarten 50 % der antwortenden leitenden Ärztinnen und Ärzte eine leichte oder deutliche Verbesserung der Versorgungsqualität, 35 % jedoch eine Verschlechterung.

Personal und Weiterbildung

55 % der Befragten gaben an, dass sie die Zahl an ärztlichen Vollkräften an ihrem jeweiligen Standort perspektivisch als stabil ansehen, 29 % erwarten einen Personalabbau im ärztlichen Bereich, auf der anderen Seite jedoch auch 16 % einen Personalaufbau.

Während 100 % der Antwortenden eine Weiterbildungsermächtigung im Fach Frauenheilkunde und Geburtshilfe in ihren Kliniken vorhielten (davon 81 % im vollen Umfang), hatten 76 % die Weiterbildungsermächtigung im Schwerpunkt (SP) Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin, bzw. 81 % im SP Gynäkologische Onkologie (15 % im SP Reproduktionsmedizin). Diese Verteilung zeigt erneut die Überrepräsentation größerer Kliniken in der Umfrage.

Auf die Frage, welche Weiterbildungsermächtigung durch die Einführung der Leistungsgruppen als gefährdet angesehen werden, gaben 25 % der Kliniklei-

Erwarten Sie den ungewollten Verlust von Leistungsbereichen für Ihre Kliniken in den nächsten beiden Jahren?

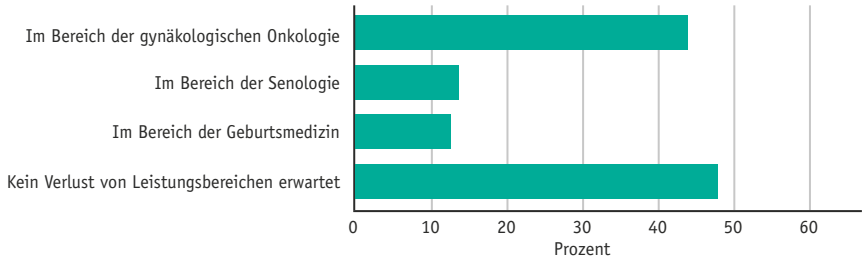

Abb. 1

Schätze Sie eine mögliche Aberkennung einer Leistungsgruppe als existenzielles Risiko für Ihre Abteilung ein?

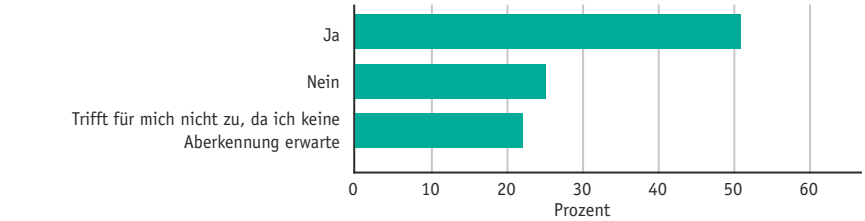

Abb. 2

Einschätzung des Verlustrisikos einer Weiterbildungsermächtigung

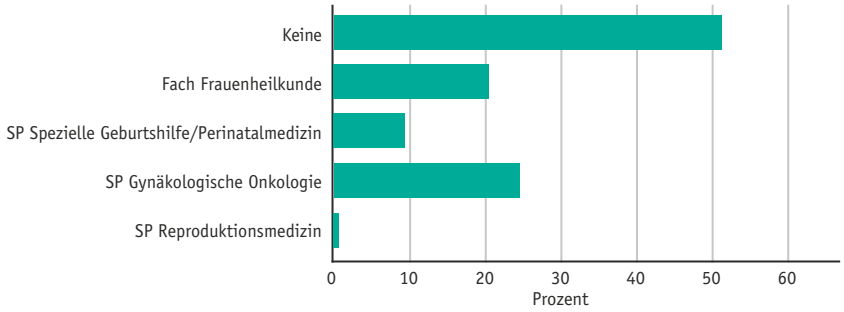

Abb. 3

Wie schätzen Sie die durchschnittliche Bereitschaft Ihrer gegenwärtigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein, einen Teil ihrer Facharzt- oder Schwerpunktweiterbildung an anderer Stelle weiterzuführen?

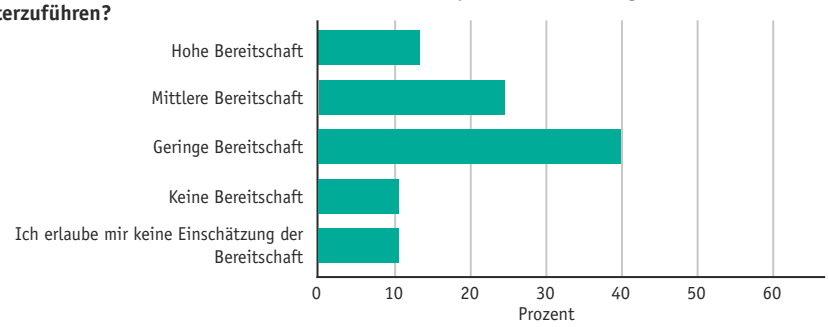

Abb. 4

Wird der Umfang der ambulanten Leistungserbringung Ihres Wissens in die Ressourcenplanung positiv mit einbezogen?

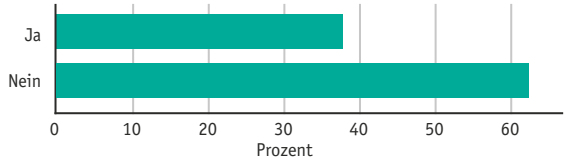

Abb. 5

terinnen und -leiter den SP Gynäkologische Onkologie, 21 % das Fach Frauenheilkunde und lediglich 8 % den SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin an (Abb.3).

Hinsichtlich geplanter Weiterbildungsverbünde mit mehreren Standorten im Fach Frauenheilkunde und Geburtshilfe bzw. den Schwerpunkten gaben 51 % der Befragten an, dass sie die durchschnittliche Bereitschaft ihrer gegenwärtigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einen Teil ihrer Facharzt- oder Schwerpunktweiterbildung an anderer Stelle weiterzuführen als gering oder nicht vorhanden einschätzen (Abb. 4).

Ambulantisierung und Hybrid-DRGs

Seit vielen Jahren ist bekannt, dass die Frauenheilkunde zu den Fächern mit dem höchsten Ambulantisierungspotenzial gehört.

Entsprechend schätzen 44 % der Befragten die Entwicklung der stationären Fallzahlen am eigenen Standort perspektivisch als rückläufig ein, 30 % erwarten dagegen wachsende Fallzahlen.

Über 81 % der Befragten gaben an, dass die ambulante Leistungserbringung (ambulant EBM oder Hybrid-DRG) an ihrem Standort automatisch ausgewiesen werde, in 16 % nur auf Nachfrage und in 3 % gar nicht. Lediglich bei 37 % der Befragten wird der Umfang der ambulanten Leistungserbringung für die Ressourcenplanung (Personal oder Sachmittel) der Abteilung berücksichtigt (Abb. 5).

Während 49 % die Struktur der eigenen Klinik für eine Erweiterung des ambulanten Leistungsbereichs als vorbereitet einschätzten, verneinten dies 42 %. Auf die Frage, was die limitierenden Ressourcen für eine zukünftige Erweiterung des ambulanten operativen Bereichs sein werden, antworteten 83 % das Vorhandensein geeigneter Räumlichkeiten, ein Viertel (25 %) die Verfügbarkeit von geeignetem ärztlichem Personal in der eigenen Abteilung, 47 % das Fehlen einer MVZ-Struktur und 24 % das Fehlen geeigneter anästhesiologischer Versorgung.

In der Selbsteinschätzung der Auswirkungen einer Erweiterung des Hybrid-DRG-Katalogs vermuteten über die Hälfte der Befragten (54 %) eine leichte bis deutliche Verschlechterung der Qualität der Patientinnenversorgung, 21 % erwarten eine Verbesserung und etwa ein Viertel keine Veränderung der Versorgungsqualität.

Fazit

Die geplante Umsetzung von zentralen Punkten des KHVVGs im Bund stellen die gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen derzeit vor große Herausforderungen und wecken bei einem nicht unerheblichen Teil der leitenden Ärztinnen und Ärzte Zukunftssorgen. Insbesondere die in einigen Ländern schon umgesetzte drastische Reduktion der Zahl der Leistungserbringer im Bereich der LG „Ovarialkarzinom“ führt zu absehbaren Einschränkungen der Erbringung weiterer Leistungen im Bereich der Gynäkologischen Onkologie und damit auch der Aussicht auf den Verlust bisher erteilter Weiterbildungsermächtigungen.

Die Ausweitung des Hybrid-DRG-Katalogs führt zwangsläufig (und politisch

gewollt) zu einer weiteren Verlagerung von bisher im stationären Setting erbrachten operativen Leistungen in den ambulanten Bereich, was den Anteil der stationär zu erbringenden Operationen wesentlich auf die großen Eingriffe mit abdominalem Zugang bzw. komplexe onkologische Eingriffe reduzieren wird. Eine Verlagerung dieser Eingriffe führt aber nicht selten dazu, dass diese für die Ausbildung nicht mehr zur Verfügung stehen. Die vielfach bereits diskutierte Verlagerung der Mamma-OPs in den ambulanten Bereich wird die Finanzierung der Gynäkologie absehbar verschlechtern, ohne dass die Vergütungssituation in der Geburtshilfe dies realistisch kompensieren könnte. Auch ist fraglich, wie die hohe interdisziplinäre und interprofessionelle Versorgungsqualität in Zentren bei rein ambulanter Leistungserbringung fortgeführt werden kann. Hinzu kommen neue Versorgungskonzepte, die im Rahmen der akademischen Ausbildung von Gesundheitsberufen (z. B. Pflege- oder Hebammenwissenschaft) die klinische Versorgung verändern werden.

Auch die Perspektive für die Patientenversorgung wird durch eine Erweiterung des Hybrid-DRG-Katalogs von über der Hälfte der Befragten als tendenziell verschlechtert eingeschätzt.

Ein Verlust der Leistungsgruppe „Ovarialkarzinom“ und ggf. auch einer bereits erteilten Zertifizierung als Gynäkologisches Krebszentrum durch Unterschreiten der erforderlichen Zahl an operativen Primärfällen wirkt sich auf die Perspektive der Abteilungen negativ aus.

Dies lässt erwarten, dass die bisherige Konfektion einer Vielzahl von Abteilungen mit einer Geburtshilfe zwischen 400 und 800 Geburten mit angeschlossenem gemischt ambulant/stationärem OP-Programm in den gleichen Räumlichkeiten mit einem Personalstamm in Frage gestellt werden wird.

Auch das Angebot einer fachärztlichen und Schwerpunkt-Weiterbildung in Verbünden erscheint vor diesem Hintergrund unausweichlich, auch wenn über die Hälfte der befragten Klinikleiterinnen und Klinikleiter die Flexibilität ihrer gegenwärtig Weiterzubildenden für eine Weiterbildung an mehr als einem Standort als gering bis nicht vorhanden einschätzen. Hier wäre sicherlich ein Abgleich der Einschätzungen mit der Vertretung im Jungen Forum von besonderem Interesse. Es bleibt abzuwarten, ob die aktuelle Entwicklung zu einer Reduktion der Zahl an Facharztprüfungen führen wird, weil der Aufwand, noch nicht erfüllte Weiterbildungsinhalten anderenorts zu erfüllen, ggf. zu hoch erscheint.

Wie schätzen Sie die Existenzsicherheit Ihrer Abteilung ein?

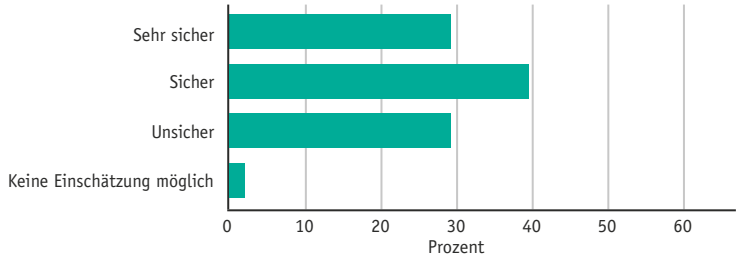

Abb. 6

Abgesehen von Aspekten der Weiterbildung erscheinen abteilungsübergreifende Kooperationsmodelle unter Umständen auch zwischen unterschiedlichen Trägern in einzelnen Leistungsbereichen als mögliche Konsequenz. Dennoch sehen in dieser Umfrage gegenwärtig weniger als die Hälfte der Befragten für ihren Standort sicheres Potenzial für solche Modelle.

Das über die Hälfte der befragten Kliniken eine eventuelle Aberkennung einer Leistungsgruppe als existenzielles Risiko für ihre Klinik ansehen, und darüber hinaus ca. ein Drittel der Befragten grundsätzlich unsicher über den Weiterbestand ihrer Abteilung sind, verdeutlich eindrücklich die gegenwärtige Besorgnis, die viele Chefärztinnen und Chefärzte vor dem Hintergrund der substanziellen Veränderungen in der Krankenhauslandschaft in sich tragen (Abb. 6).

Gemeinsam mit der DGGG und dem BVF setzt sich die BLFG als Interessenvertretung der leitenden Ärztinnen und Ärzte weiterhin dafür ein, dass die berechtigten Bedenken der Verantwortungsträger der klinischen Versorgung politisches Gehör finden und die wirtschaftlichen Voraussetzungen für eine qualitätsorientierte stationäre Versorgung vorhanden sind. Die besondere Breite unseres Faches mit Geburtshilfe, Senologie, operativer Gynäkologie und Onkologie und Reproduktionsmedizin erfordern eine integrative Betrachtung jenseits aller wünschenswerten Qualitätssteigerungs-Bemühungen, die nur im direkten Austausch mit den verantwortlichen Leistungserbringenden gelingen kann.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. Markus C. Fleisch
1. Vorsitzender der BLFG
Landesfrauenklinik
Helios Universitätsklinikum Wuppertal
Heusnerstraße 40
42283 Wuppertal
markus.fleisch@helios-gesundheit.de

Prof. Dr. med.
Markus C. Fleisch