

Meldung von Qualitätsdefiziten in der klinischen Geburtshilfe



LimeSurvey IQTIG Januar 2024

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 12. Mai 2023 mit der „Entwicklung und Anwendung eines Konzepts zur kontinuierlichen und systematischen Identifizierung von relevanten Qualitätsdefiziten und Verbesserungspotenzialen“ beauftragt. Im Rahmen dessen wurde ein Aufruf zur Eingabe von Qualitätsdefiziten und Verbesserungspotenzialen mit Frist bis zum 31. Januar 2024 gestartet, an dem sich der DHV beteiligt hat.

Nachstehend sind die Eingaben des DHV im Online-Tool LIME SURVEY zur Befragung durch das IQTIG zu finden.

Frage 1: Beschreiben Sie Ihr vorgeschlagenes Versorgungsthema unter Verwendung entsprechender Evidenz (max. 6000 Zeichen)

Antwort:

In der klinischen Geburtshilfe werden ca. 98% der Geburten in Deutschland betreut. Mit durchschnittlich mehr als 700.000 Geburten pro Jahr ist dies einer der häufigsten Gründe, warum Menschen eine Klinik aufsuchen. Die betroffene Bevölkerungsgruppe umfasst Frauen im gebärfähigen Alter und ihre Familien, also Schwangere, Gebärende sowie Frauen im Wochenbett und ihre Neugeborenen. Prognostisch wird diese Zahl bis 2025 mit einem Mittelwert von 655.000-700.000 Geburten relativ konstant bleiben.¹

Die Definition von Qualitätsvorgaben für die klinische Geburtshilfe fällt, als Teil der Qualitätssicherung im klinischen Bereich, in den Regelungsbereich des G-BA. Ziel aller Maßnahmen und Vorgaben sollte sein, durch einheitliche Qualitätsstandards und Vorgaben das beste Outcome für Mutter und Kind bei geringstmöglicher Intervention sicherzustellen, sowie die Fehl-, Unter- und Überversorgung flächendeckend abzubauen. **Zugrundeliegende evidenzbasierte Richtlinien haben bislang jedoch nur einen empfehlenden Charakter, die Umsetzung ist nicht einheitlich oder verpflichtend geregelt.** Die im Abschlussbericht des IQTIG zur „Erweiterung des Evaluationskonzepts zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V“ herausgearbeiteten 23 möglichen Qualitätsanforderungen für den Leistungsbereich „Geburten/Entbindung“ finden bislang keinen Niederschlag in der Qualitätssicherung oder dem DRG-System².

Die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen umfassen Hebammen, Pflegende, Gynäkolog*innen, Anästhesist*innen sowie die Pädiatrie. Sektorenübergreifende Versorgung schließt die außerklinische Geburtshilfe, die freiberufliche Hebammenhilfe sowie die fachärztliche Versorgung durch niedergelassene Fachärzt*innen ein. Die Kreißsäle in den Kliniken übernehmen zudem die ambulante Notfallversorgung von Schwangeren und Wöchnerinnen, wenn Facharztpraxen geschlossen sind. In den meisten geburtshilflichen Einrichtungen ist kein binnendifferenziertes

¹ vgl.:

<https://www.bifg.de/versorgungskompass/geburtshilfe-und-hebammenversorgung/prognose-der-geburten-und-anzahl-an-frauen-im-gebaerfaehigen-alter>

² vgl.:

https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6191/2023-09-21_Qualitaetsvertraege_Freigabe-IQTIG-Bericht_Erweiterung-Evaluationskonzept.pdf

Angebot vorhanden, das auch eine Hebammengeleitete Geburtsbetreuung umfasst. Häufig ist nur eine Abteilung der Maximalversorgung vorhanden, die bei Bedarf minimaler versorgt.

Die klinische Geburtshilfe durchläuft seit Jahren einen ungesteuerten Prozess der Zentralisierung und kalten Strukturreform. In den vergangenen zehn Jahren haben viele Kliniken ungeachtet ihrer geburtshilflichen Versorgungsqualität ihre geburtshilflichen Stationen geschlossen, sodass die verbliebenen Kliniken immer mehr Patientinnen mit gleichbleibender räumlichen und personellen Strukturen versorgen müssen. Das temporäre Abmelden von Kreißsälen wegen Überlastung, Raumnot oder Personalmangel nimmt insbesondere in Ballungsräumen zu. Fahrzeiten zur nächsten Klinik haben sich für Schwangere und Gebärende besonders im ländlichen Raum signifikant erhöht.

Laut statistischen Bundesamt steigt der Anteil der Totgeburten seit 2010 tendenziell³. Auch die Interventionsraten sowie die Zahl der als "traumatisierend" beschriebenen Geburtserfahrungen von Frauen nehmen kontinuierlich zu⁴ und liegen im europäischen Vergleich im oberen Drittel. Im Gegenzug sinkt der Anteil der interventionsarmen physiologischen Geburten.

Beim Outcome der klinischen Geburtshilfe liegt die BRD im europäischen Vergleich insgesamt im unteren Drittel⁵, insbesondere die sehr hohe Sectorate (Platz 6 von 27) sowie die hohe Quote von Frühgeburten (Platz 28 von 32) fallen auf.

In Deutschland wird im Vergleich zu anderen OECD-Ländern eine sehr große Gruppe an Schwangerschaften als Risikoschwangerschaften eingestuft. So wurden im Jahr 2019 bei fast 80 Prozent der Schwangeren ein oder mehrere Geburts- und/oder Schwangerschaftsrisiken angekreuzt. 34 Prozent der Schwangeren wurden 2017 als risikoschwanger eingestuft (IQTIG 2018). Dies ist ein deutlicher Zuwachs gegenüber 25,8 Prozent in 2009 (AQUA 2010). Eine solche Steigerung ist auch durch die tatsächliche Zunahme mancher Risiken, beispielsweise durch höheres Lebensalter der Mütter, Schwangerschaften bei Vorerkrankungen oder Mehrlingsschwangerschaften nach Kinderwunschbehandlung, nicht erklärbar.

Der Nutzen der starken Risikofokussierung wurde bislang nicht ausreichend nachgewiesen, immer mehr Studien weisen auf potentielle Nachteile für das Outcome von Mutter und Kind hin.⁶

In diesem Zusammenhang ist insbesondere die sehr hohe Interventionsquote beim Geburtsvorgang besorgniserregend. Laut IQTIG wurde in Deutschland im Jahr 2019 bei jeder fünften Schwangeren die Geburt medikamentös eingeleitet (21,9 Prozent). Jede vierte Frau bekam ein wehenförderndes Mittel (25,03 Prozent) und ebenfalls jede vierte eine Rückenmarksnarkose. Fast jedes dritte Kind wird derzeit mit einem Kaiserschnitt geboren (2019: 30,85 Prozent) und damit doppelt so viele wie 1991 (IQTIG 2020). Diese Zahlen sind auffällig, da in der aktuellen klinischen Leitlinie zur Sectio angeführt wird, „*dass eine Kaiserschnitttrate über 15 Prozent keinen günstigen Einfluss auf die mütterliche und neonatale Morbidität und Mortalität hat und deshalb gut begründet sein muss*“⁷. Laut Statista gibt es starke regionale Unterschiede, die sich nicht durch das Bevölkerungskollektiv erklären lassen. In den neuen Bundesländern wird deutlich häufiger auf natürlichem Weg geboren: während der Anteil von Kaiserschnitten in Sachsen bei rund 26,1 Prozent liegt, beläuft sich der Anteil beim Spitzenreiter

³ vgl.: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/07/PD23_287_12.html

⁴ vgl.:

<https://www.dhz-online.de/news/detail/artikel/hunderttausende-von-gewalt-in-der-geburtshilfe-betroffen/>

⁵ vgl.: european perinatal health report, Europeristat 2022:

https://www.europeristat.com/images/Euro-Peristat_Fact_sheets_2022_for_upload.pdf

⁶ Souza, J., Gülmezoglu, A., Lumbiganon, P. et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. BMC Med 8, 71 (2010). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-71>

⁷ AWMF Registernummer 015 - 084, S3-Leitlinie Die Sectio caesarea, Kap.3.2ff

https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-084l_S3_Sectio-caesarea_2020-06_1_02.pdf

Saarland auf gut 36 Prozent⁸. Da jede Intervention mit Nebenwirkungen verbunden ist, zeigen allein diese Zahlen ein deutliches Qualitätsdefizit in der Geburtshilfe in Deutschland auf.

Frage 2: Beschreiben Sie unter Verwendung entsprechender Evidenz die Qualitätsdefizite bzw. Qualitätsziele sowie Verbesserungspotenziale (max. 8500 Zeichen)

Antwort:

Die klinische Geburtshilfe verzeichnet ein erschreckendes Defizit an verbindlichen Qualitätszielen. Lücken in der Datenerhebung sowie die fehlerhafte Interpretation vorhandener Kennzahlen verschärfen die Problematik und führen gemeinsam mit den strukturellen Fehlanreize in der Krankenhausfinanzierung in der klinischen Geburtshilfe zu einer Unter-, Über- und Fehlversorgung.

Eine Geburt ist nicht nur ein physischer Vorgang, sondern außerdem ein komplexes psychosoziales biografisches Ereignis für die Gebärende, das Neugeborene und das dazugehörige Familiensystem. Um die Qualität eines derart komplexen Vorgangs zu messen, werden derzeit nicht die richtigen Kennzahlen erhoben und die falschen Fragen gestellt. Das - auch von der WHO propagierte⁹ - oberste Qualitätsziel einer möglichst interventionsarmen, physiologischen Geburt mit möglichst geringen Traumata für Mutter und Kind wird nicht erreicht.

Die existierenden Qualitätssicherungsmaßnahmen in ihrer bisherigen Form reichen offenkundig nicht aus, um unnötige Interventionen zu minimieren, die physiologische Geburt zu fördern und die Rechte der Frauen umfänglich einzubeziehen. Insbesondere tragen sie kaum dazu bei, die Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ sowie der bestehenden Leitlinien, insbesondere der S3 Leitlinie Vaginale Geburt am Termin zu befördern.

Dies führt zu den bereits an vielen verschiedenen Stellen ausführlich beschriebenen Defiziten in der geburtshilflichen Versorgung.¹⁰

Es fehlt ein Gesamtkonzept, das die Versorgung von der Versicherten aus denkt, ihre Sicht auf die Versorgung mit einbezieht und dabei berücksichtigt, dass es sich ganz überwiegend um gesunde Frauen und nicht um klassische Patienten handelt.

Grundlage eines solchen Gesamtkonzeptes muss sein, dass evidenzbasierte Richtlinien zur Betreuung des Geburtsverlaufes verpflichtender Teil der strukturierten Qualitätssicherung werden und darüber hinaus weitere Qualitätsziele und Kennzahlen systematisch erhoben und ausgewertet werden.

Das schließt insbesondere folgende Veränderungen ein:

1. Bewertung der medizinischen Notwendigkeit einer Intervention.

Geburten sind ein natürlicher, physiologischer Prozess. Sowohl internationale Standards als auch nationale Leitlinien (z.B. S3 Leitlinie Vaginale Geburt am Termin) geben vor, dass medizinische Interventionen nur begründet bei Regelwidrigkeiten oder in Notfällen vorgenommen werden sollten.¹¹ In den existierenden Kennzahlen¹² fehlen insbesondere die Bewertung von

⁸ vgl.:

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/71897/umfrage/entbindungen-und-entbindungen-per-kaiserschnitt-in-deutschland/#:~:text=Im%20Jahr%202022%20wurden%20laut,279%20Kaiserschnittgeburten%20ie%201.000%20Lebendgeburten>

⁹ vgl.: "WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience"

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

¹⁰ Dagmar Hertle, Eva Schindele, Ulrike Hauffe: Es ist nicht egal, wie wir geboren werden und wie Frauen gebären. Ein Plädoyer für einen Kulturwandel in der geburtshilflichen Versorgung, Seite 220–249 doi: 10.30433/GWA2021-220

¹¹ Lothian JA. Healthy birth practice #4: avoid interventions unless they are medically necessary. J Perinat Educ. 2014 Fall;23(4):198-206. doi: 10.1891/1058-1243.23.4.198. PMID: 25411540; PMCID: PMC4235054.

¹²vgl.:

https://iqtig.org/downloads/auswertung/2022/pmneo/DeQS_PM-NEO_2022_BUAW_Bund_2023-07-20.pdf

Interventionen nach medizinischer Notwendigkeit. Folgen von Interventionen, von Interventionskaskaden bis hin zu Langzeitfolgen werden nicht erhoben und können so auch nicht bewertet werden. Bislang wird nur abgefragt, ob der Eingriff korrekt durchgeführt wurde, nicht ob er notwendig war und welche Interventionskaskaden damit ausgelöst werden.

2. Erhebung wichtiger Qualitätskriterien, wie die 1:1-Betreuung, hebammengeleitete Betreuungsmodelle, ungestörte Bondingphasen sowie die Prävention von Interventionen.

Die 1:1-Betreuung Betreuung in der aktiven Phase der Geburt ist nachweislich eine nebenwirkungsfreie, nicht invasive Methode zur Verbesserung der maternalen und neonatalen Morbidität, Mortalität und der Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis für die Gebärende. Sie stellt somit ein wichtiges Qualitätsmerkmal in der Geburtshilfe dar.¹³ Entgegen den Empfehlungen der S3 Leitlinie Vaginale Geburt am Termin wird in der Datenerhebung bislang nur die Pathologie erhoben, die Aufwände und Ergebnisse der physiologischen Geburtshilfe werden nicht gemessen und berücksichtigt.¹⁴ Dies führt zu Verzerrungen im Qualitätsbegriff in der Geburtshilfe. Insbesondere fehlt eine Abbildung des Betreuungsbedarfs sowie der tatsächlich erbrachten Betreuungsleistung und eine dazugehörige verbindliche Personalbemessungsgrundlage. Außerdem fehlt eine dringend notwendige Gegenüberstellung der hebammengeleiteten klinischen Geburtshilfe versus dem Facharztstandard. Bislang wird nur erhoben, ob nach Feststellen einer Regelwidrigkeit die Reaktionszeit adäquat ist und die Intervention erfolgreich, nicht jedoch ob die Betreuungsleistung bis zu dem Zeitpunkt gut war und eine Intervention vermeidbar gewesen wäre.

3. Strukturierte Patientinneninformation und Aufklärung: Bislang fehlen, unabhängig von der Risikoeinordnung, für jede Schwangere verbindliche Geburtsgespräche, Geburtsplanungsgespräche sowie Nachgespräche zur Einordnung des Geburtsverlaufs bei den Qualitätsstandards und -kriterien zu klinischen Abläufen, obwohl sie in verschiedenen Leitlinien vorgegeben werden.^{15,16,17} Durch den strukturierten Einbezug der akuten Bedürfnisse der Patientin kann das Verständnis für den erwarteten Geburtsverlauf gesichert und die Behandlungsabläufe individuell abgestimmt werden. Dies führt zu einem Abbau von Ängsten und damit zu einem besseren psychischen maternalen Outcome. Dafür sind bei Aufnahme neben der klinischen Anamnese auch psychosoziale Aspekte und die Erwartungen und Ängste der Patientin abzufragen. Durch ein verpflichtendes Geburtsnachgespräch wird der Patientin nach der Geburt die Gelegenheit gegeben, das Erlebte mit fachlicher Hilfe besser einordnen zu können. Dadurch werden Traumata und postpartale Störungen (wie z.B. die Wochenbettdepression) reduziert.

4. Einbeziehung der Patientinnenperspektive durch Erheben von PREMs und PROMs: Die Perspektive der Patientin fehlt in der Bewertung der Qualität der klinischen Geburtshilfe und erfolgt bislang nur in Einzelfällen und auf freiwilliger Basis. Es gibt keine strukturierte nationale Erhebung und passende Fragenkataloge für die Kliniken, um die Bedarfe dieser großen Patientinnengruppe abzubilden und eine valide Datenlage zu sichern. Die Einführung

¹³ Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6. Accessed 30 January 2024.

vgl. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/full>

¹⁴ Perinataldatenerhebung: Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH)

¹⁵ vgl.: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-063> Vaginale Geburt am Termin

¹⁶ vgl.: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-084> peripartale Blutung

¹⁷ vgl.: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-083> Sectio caesarea

verbindlicher, auf die besondere Zielgruppe Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen ausgerichtete PREMs und PROMS würden einen wichtigen Aufschluss darüber geben, welche Betreuung für die Patientinnen wichtig ist und wo unentdeckte Qualitätsdefizite liegen.¹⁸ Darüber hinaus können Abläufe zeitnah patientengerecht angepasst und Auswirkungen von Maßnahmen bewertet werden.¹⁹

5. **Steigerung der Rate interventionsarmer, physiologischer Geburtsvorgänge durch Sicherstellung einer adäquaten räumlichen Ausstattung und der damit verbundenen Förderung aufrechter Gebärhaltungen.** Die Ausstattung geburtshilflicher Abteilungen ist bislang nicht Teil der Qualitätskriterien. Das Vorhalten wichtiger Ausstattungsmerkmale, wie Bonding-Tücher, räumliche Ausstattung zur Förderung der aufrechten Gebärhaltung (Deckentücher, Sprossenwand, Gebärhocker) werden nicht erhoben, obwohl der Impact einer guten Ausstattung längst belegt ist²⁰. Um einen physiologischen Geburtsverlauf ausreichend positiv zu unterstützen, muss eine Mindestausstattung im Kreißaal vorhanden sein.²¹ Die Erhebung erfolgt durch eine Differenzierung unterschiedlicher Gebärpositionen (Seitenlage, Rückenlage, aufrecht, Wassergeburt) und Abfrage der räumlichen Ausstattung von Gebäräumen bzw. Vorwehenzimmern für die Begleitung in der Latenzphase.

6. **Laufende Optimierung der klinischen Prozesse durch die Einbeziehung der Mitarbeiter*innenperspektive durch Strukturierte Mitarbeiter*innenbefragungen zu Prozessen und Arbeitslast.** Die Situation von Mitarbeiter*innen in der Geburtshilfe hat unmittelbar Auswirkungen auf die Sicherheit und Qualität der Versorgung von Mutter und Kind. Außerdem dient die Befragung von Mitarbeiter*innen zur Identifikation von unzureichenden Arbeitsprozessen und Verbesserungspotentialen. Partizipation erhöht außerdem die Zufriedenheit der Arbeitnehmer*innen und wirkt so einer starken Fluktuation im Personal entgegen. Mitarbeiter*innenbefragungen sollten verbindlicher Teil der Qualitätssicherung innerhalb der Klinik werden. So kann Überlastung und Qualitätsdefiziten aufgrund von Personalmangel entgegengewirkt werden.

Mit den beschriebenen Veränderungen sollen zusammenfassend folgende Qualitätsziele erreicht werden:

- Eine an den Bedürfnissen der Frauen und Kinder ausgerichtete Versorgung
- Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlversorgung schwangerer Frauen, Gebärender, Wöchnerinnen und ihrer Kinder.
- Verbesserung des mütterlichen und kindlichen Outcomes
- Vermeidung von Geburtstraumata für Mutter und Kind
- Erhöhung der Patient*innenzufriedenheit
- Laufende Optimierung der klinischen Prozesse, schnelle Identifikation von Qualitätsmängeln, Verbesserung der Fehlerkultur sowie Verbesserung der Mitarbeiter*innenzufriedenheit

¹⁸ vgl.: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/national-maternity-review-report.pdf>

¹⁹ Dencker A, Taft C, Bergqvist L, et al. Childbirth Experience Questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. BMC Pregnancy Childbirth 2010; 10: 81.

²⁰ Ondeck M. Healthy birth practice #2: walk, move around, and change positions throughout labor. J Perinat Educ. 2014 Fall;23(4):188-93. doi: 10.1891/1058-1243.23.4.188. PMID: 25411538; PMCID: PMC4235058.

²¹ vgl.: <https://be-up-studie.de/>

Frage 3: Auswirkungen der beschriebenen Qualitätsdefizite (max. 6000 Zeichen)

Antwort:

Durch das Fehlen passender Indikatoren und Kennzahlen wird die Qualität in der physiologischen Geburtshilfe nicht erfasst. Dadurch werden essentielle Prozesse, wie die Unterstützung physiologischer Geburtsverläufe und die fachgerechte Begleitung der Mutter-Kind-Bindung, nicht ausreichend in den klinischen Abläufen berücksichtigt. Den Frauen und Kindern werden nebenwirkungsfreie unterstützenden Maßnahmen, wie die 1:1-Betreuung durch eine Hebamme während wesentlicher Phasen der Geburt, die Unterstützung bei der Wahl physiologiefördernder und wechselnder Positionen und Gebärpositionen sowie ungestörte Bondingphasen vorenthalten.

Erschwerend hinzu kommt das bestehende Krankenhausfinanzierungssystem, in dem die Vergütung von Diagnosen, Prozeduren und Fallschweregraden abhängt, aber nicht von Betreuungszeiten und Betreuungsqualität. Da die unter Frage 2 genannten wichtigen Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren in der klinischen Qualitätssicherung fehlen, können sie auch nicht als Korrektiv für die durch das Krankenhausfinanzierungssystem bestehenden Fehlanreize wirken.

Die daraus resultierende Über- und Fehlversorgung zeigt sich deutlich in der im internationalen Vergleich hohen Rate an Interventionen in Deutschland²² und an den hohen Klinik-individuell unterschiedlichen Interventionshäufigkeiten, die sich nicht durch Normabweichungen erklären lassen. Zum Beispiel wird dies anhand der Verteilung der nationalen Sectiorate zwischen Sachsen und dem Saarland deutlich²³.

Kaiserschnitte bringen häufiger als vaginale Geburten schwere mütterliche Komplikationen mit sich. Dabei müssen nicht nur die kurzfristigen Outcomes, wie Komplikationen bei der Anästhesie, Schmerzen oder Wundinfektionen berücksichtigt werden. Es besteht ein signifikantes Risiko, dass ein Kaiserschnitt negative Auswirkungen auf weitere Schwangerschaften und Geburten zur Folge hat. So sind Infertilität, Störungen der Einnistung des Embryos in der Gebärmutter, Plazentafehlagen, intrauteriner Fruchttod und eine Ruptur der Gebärmutter bei der Geburt nachweislich häufiger, wenn ein Kaiserschnitt vorausging. Maternale Todesfälle in Zusammenhang mit Sectios nach dem 60. Tag pp werden ebenfalls nicht erfasst. Auch für die Kinder kann eine Kaiserschnittgeburt mit Langzeitfolgen wie Übergewicht, Asthma und Diabetes mellitus verbunden sein.²⁴

Da diese Folgen von Sectios und anderen Interventionen derzeit nicht ausreichend berücksichtigt werden, fehlt hier ein Anreiz zur Umsteuerung.

Die Über- und Fehlversorgung geht häufig einher mit einem schlechteren Outcome für Mutter und Kind. Was am Beispiel der Kaiserschnittrate sehr deutlich darstellbar ist, gilt jedoch für jede Intervention. Sie bringt unerwünschte Nebenwirkungen mit sich, die auch dann eintreten können, wenn die Intervention nicht ausreichend medizinisch begründet ist. Die hohen Interventionsraten in Deutschland werfen die Frage auf, wann der Zeitpunkt erreicht ist, an dem für das Kollektiv der Frauen der Schaden, der durch nicht ausreichend begründete Interventionen deren Nutzen übersteigt, oder ob er nicht bereits überschritten wurde.

Eine fehlende Qualitätssicherung für die physiologische Geburtshilfe führt auch dazu, dass der Faktor "Zeit" ausschließlich bei der Notfallversorgung als Entscheidungs-Entbindungs-Zeit berücksichtigt wird, nicht aber bei der kontinuierlichen Begleitung physiologischer Geburtsverläufe, einer störungsfreien Bonding-Phase oder den förderlichen Geburtsplanungs- und Nachgesprächen.

²² vgl.: european perinatal health report, Europeristat 2022:

https://www.europeristat.com/images/Euro-Peristat_Fact_sheets_2022_for_upload.pdf

²³ vgl.: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/03/PD21_N018_231.html

²⁴ AWMF Registernummer 015 - 084, S3-Leitlinie Die Sectio caesarea, Kap.3.2ff

https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-084l_S3_Sectio-caesarea_2020-06_1_02.pdf

Das hat schwerwiegende Folgen für die Mutter und das Kind. Denn es gibt eine nachweisbare Korrelation von ungenügender Geburtsbetreuung und beschränkter Verfügbarkeit einer Hebamme mit negativen und auch traumatischen Geburtserlebnissen, ausgelöst durch das allein gelassen werden der Gebärenden und die damit verbundene Überforderung. Hinzu kommt eine erschwerte Mutter-Kind-Bindung sowie eine Beeinträchtigung des Stillstarts. Insgesamt wird in Deutschland die Prävention von Traumata und postpartalen Störungen wie Wochenbettsdepressionen sehr vernachlässigt.

Trotz der Vorgaben in der S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin, die eine Betreuungsquote von über 95% vorsieht, führen die fehlenden verbindlichen Qualitätsziele zu einer regelmäßigen Fehlallokation personeller Ressourcen. Durch das Fehlen verbindlicher Methoden zur Einbezug der Mitarbeiter*innenperspektive bleiben viele der daraus resultierenden Überlastungssituationen ungelöst. Verbesserungspotentiale in den klinischen Abläufen und Prozessen werden nicht erkannt. Wichtige Strukturen zur Prozessoptimierung, wie z.B. standardisierte Fallbesprechungen²⁵, werden nicht eingesetzt und erhöhen so die psychische Belastung der Mitarbeiter*innen. Krisen im Ablauf oder bei Notfallsituationen werden nur situativ und nicht strukturiert betrachtet. Dies führt zu sekundärer Viktimisierung²⁶, Burnout und zum Verlassen des Berufs. Die Selbstwirksamkeit der Teammitglieder leidet, Arbeitsmotivation sinkt, Kündigungen können nicht abgewendet werden.

Da es als Qualitätsindikator nicht systematisch erhoben wird, kann auch das Geburtserleben der Frau kein Korrektiv im klinischen Angebot von Gesundheitsleistungen rund um die Geburt darstellen. Die Überprüfung und Anpassung klinischer Abläufe und Angebote auf die Bedürfnisse der Patientinnen erfolgt nicht oder sehr schwerfällig. Qualitative oder quantitative Mängel in der Betreuung bleiben verborgen. In UK hat sich nach der Erfassung der Nutzerinnenperspektive das Geburtsangebot stark verändert.²⁷ Der sog. maternity report hat zu einem starken Anstieg an hebammengeleiteten Angeboten innerhalb der Geburtskliniken geführt, da die Betreuung sowohl positiv wahrgenommen, als auch qualitativ wertvoll eingeschätzt wurde. In Deutschland können wir diesen Mangel nicht erheben, weil wir nicht danach fragen. Das sorgt für einen Versorgungs-Bias zu Lasten der Qualität.

Frage 4: Ziele der Einführung der datengestützten Qualitätssicherung (max. 4500 Zeichen)

Antwort:

Die Einführung der datengestützten Qualitätssicherung kann entscheidend zur Verbesserung der Qualität in der geburtshilflichen Versorgung beitragen. In der Geburtshilfe besteht die Problematik, dass sich bestimmte Folgen medizinischer Interventionen (sog. Interventionskaskaden) mit den bisher erhobenen Parametern nicht messen lassen. Durch das Zusammenführen von Daten kann die datengestützte Qualitätssicherung neue Erkenntnisse generieren. So können klinische Prozesse optimiert, unnötige Interventionen vermieden und Qualitätsstandards flächendeckend umgesetzt werden.

Anpassung der Abläufe und Prozesse auf Datenbasis

Die Effizienz der Abläufe und Prozesse in der Geburtshilfe kann verbessert werden, wenn die Behandlungspfade mit dem jeweiligen Outcome verbunden werden, wie z.B. die Zusammenführung

²⁵vgl.:

https://www.pro-patientensicherheit.de/fileadmin/Medienablage/Dokumente/Stiftung_PatSi/London_Protocol_dt_070330.pdf

²⁶ Čartolovni A, Stolt M, Scott PA, Suhonen R. Moral injury in healthcare professionals: A scoping review and discussion. Nursing Ethics. 2021;28(5):590-602. doi:10.1177/0969733020966776

²⁷ vgl.:

<https://lordslibrary.parliament.uk/performance-of-maternity-services-in-england/#:~:text=Figure%20of%20the%20report,as%20areas%20of%20particular%20concern>

von Daten zur Betreuungssituation, zum Einsatz von Oxytocin zur Wehenunterstützung, der CTG-Bewertung und dem kindlichen Outcome. Daraus können dann konkrete Handlungsempfehlungen und Prozesse in der klinischen Struktur abgeleitet werden. Medizinische Interventionen können sachgerecht angepasst und für Mutter und Kind passgenauer und sicherer durchgeführt werden.

Besseres, zielgerichteteres Notfallmanagement

Durch die Analyse von Daten können Risikofaktoren und Muster identifiziert werden, die mögliche Notfälle wahrscheinlich machen oder auf diese hinweisen. Dies ermöglicht eine frühzeitige Vorbereitung des Teams auf durchzuführende Intervention bzw. mögliche Komplikationen, im besten Fall sogar eine Vermeidung des Notfalls durch Handlungsalternativen. Im Falle der Geburtshilfe wäre eine Zusammenführung von Daten, die unterschiedliche geburtshilfliche Notfälle, wie z. B. Schulterdystokie in Zusammenhang mit der Gebärhaltung, dem Einsatz von wehenfördernden Mitteln und vaginal operativen Geburten bringt, immens wichtig, um bestimmte Entstehungsfaktoren zu identifizieren und zu modifizieren. Die datengestützte Qualitätssicherung würde also zu einem deutlich verbesserten Notfallmanagement beitragen und kann in letzter Konsequenz Todesfälle vermeiden und ist deshalb unverzichtbar.

Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlversorgung

In geburtshilflichen Kliniken der Maximalversorgung wird derzeit auch ein großes Kollektiv von Schwangeren und Gebärenden ohne relevante geburtshilfliche Risikofaktoren versorgt. Die Gefahr der Überversorgung ist hier Alltag und verursacht vermeidbare hohe primäre und sekundäre Kosten. Ein Beispiel ist die Durchführung einer Sectio, die die Wahrscheinlichkeit einer Sectio beim nächsten Kind signifikant erhöht. Dadurch werden vermeidbare Folgekosten und Gesundheitsrisiken produziert. Gleichzeitig werden so personelle und räumliche Ressourcen gebunden, die damit unter Umständen Risikopatienten vorenthalten werden.

Eine strukturierte Datenanalyse und datengestützte Qualitätssicherung helfen dabei, passgenaue Versorgungsmodelle für die unterschiedlichen Patientinnenkollektive zu entwickeln und Patientinnenströme sinnvoll unterschiedlichen Versorgungsstufen zuzuordnen. So tragen sie auch dazu bei, Ressourcen optimal zu steuern und für notwendige Pathologien und Interventionen freizuhalten.

Besseres Outcome für Mutter und Kind

Bis jetzt werden die falschen Parameter gemessen, um zu beurteilen, welche geburtshilfliche Intervention sinnvoll, effizient und unschädlich ist. Die Zusammenführung von geeigneten Daten und Parametern in der Geburtshilfe ist unabdinglich, um Schlüsse für praktische Arbeitsprozesse zu ziehen. Das beginnt bei der Zufriedenheit der Gebärenden, der Ausstattung eines Kreißsaal, den Effekten von 1:1-Betreuung und hebammengeleiteten Betreuungsmodellen, sowie Gebärhaltungen und Medikation. Die Verknüpfung und Auswertung einzelner Parameter lässt Schlüsse auf das gesamte geburtshilfliche Management zu und bietet die Möglichkeit, Gesundheit für Mutter und Kind passgenauer zu steuern und zielgerichtet einzusetzen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die datengestützte Qualitätssicherung ein unverzichtbares Instrument zur Verbesserung der Qualität in der geburtshilflichen Versorgung ist. Sie ermöglicht eine systematische Überwachung und Bewertung der angebotenen Gesundheitsdienstleistungen und ermöglicht, die Patientinnen und Mitarbeiterinnenperspektive in die Auswertung einzuschließen.

Frage 5: Weitere Informationen (max. 6000 Zeichen)

An dieser Stelle können Sie weitere Informationen eintragen, die in den vorigen Textfeldern keine Erwähnung gefunden haben. Wir bitten Sie hierbei insbesondere auf Folgendes einzugehen:

- Möglichkeit der Identifikation der jeweiligen Prozedur bzw. Erkrankung mittels OPS-, ICD-, EBM-Codes
 - wer kann dies ergänzen?
- Verfügbarkeit von Sozial- oder anderen Sekundärdaten (z.B. Register)
 - Hier gibt es Lücken der Datenerhebung - welche

Antwort:

Anhand der Frage zeigt sich bereits das grundlegende Dilemma. In der Kliniklandschaft werden vorrangig Erkrankungen und Prozeduren an Kranken verschlüsselt und erfasst. Die Betreuung primär gesunder Frauen unter der Geburt wird daher kaum in den OPS, EBM oder ICD-Codes erfasst oder abgebildet. Lediglich ein ICD-/OPS-Code bezeichnet die Überwachung und Leitung einer Geburt ohne operative Eingriffe. Je mehr die Gebärende pathologisiert wird, um so mehr Geld erwirtschaftet sie für die Klinik. Dies ist der entscheidende Fehlanreiz und die Grundlage der meisten Qualitätsdefizite in der klinischen Geburtshilfe. Im Gegensatz zu fast allen anderen Bereichen handelt es sich bei der Geburt um einen gesunden, physiologischen Prozess, der eng betreut werden muss. Erst bei Regelwidrigkeiten sollte eingegriffen werden. Internationale Standards sind sich einig: So viel wie nötig, so wenig wie möglich.

Bei der Definition der OPS, EBM oder ICD-Codes muss ein umgekehrtes Denken einsetzen und entsprechend über Qualitätsindikatoren erfasst und bewertet werden. Die Überwachung und Leitung einer Geburt ohne operative Eingriffe muss ein Qualitätsindikator sein und in Zukunft den höchsten DRG-Punkte-Wert erhalten, um gesundheitsfördernd zu steuern und damit eine umfangreiche 1:1-Betreuung im gesamten Geburtszeitraum zu finanzieren und zu fördern.

Bei seinem Abschlussbericht zur "Erweiterung des Evaluationskonzepts zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V" hat das IQTIG bereits selber 23 mögliche Qualitätsanforderungen für den Leistungsbereich „Geburten/Entbindung“ herausgearbeitet²⁸, die im nächsten Schritt in geeigneter Weise in den ICD-/OPS-Codes Niederschlag finden müssen. Qualitätsverträge allein können nicht schnell und verbindlich genug Wirkung entfalten, um die existierenden Qualitätsdefizite in der klinischen Geburtshilfe auszuräumen. Dafür müssen die Kriterien zur Bewertung der Qualität der physiologischen Geburtshilfe integraler Bestandteil der Qualitätssicherungsverfahren werden.

Vorhandene Evidenzen und neue Daten müssen dafür strukturiert zusammengeführt werden. Zusätzliche Daten und Kennzahlen müssen erhoben werden. Die einschlägigen, etablierten Richtlinien sowie die Inhalte des Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ und deren Umsetzung müssen in die gesetzlich verpflichtende Qualitätssicherung einfließen.

Für die Definition und Erhebung von interventionsarmen Geburten eignet sich z.B. das für die europäische Perinatalstatistik vorgeschlagene Messtool der interventionsarmen Geburt, das auch in Deutschland durch die Zusammenführung vorliegender Daten aus der Perinatalstatistik einsatzfähig ist.²⁹

Um die notwendigen Expertise und Perspektiven sicherzustellen, müssen die Qualitätssicherungsverfahren zur Perinatalmedizin unter Beteiligung aller Berufsgruppen und der Betroffenen grundlegend zu überarbeitet werden, einschließlich der Etablierung von Befragungen der Betroffenen (Patient reported Outcome Measures, PROMS).

²⁸ vgl:

https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6191/2023-09-21_Qualitaetsvertraege_Freigabe-IQTIG-Bericht_Erweiterung-Evaluationskonzept.pdf

²⁹ vgl.: <https://www.europeristat.com/our-indicators/indicators-of-perinatal-health.html#footer>

Auszug aus destatis, Genesis-Datenbank aus: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG)

Operationen und Prozeduren an vollstationären Patienten: Deutschland, Jahre, Operationen und Prozeduren (1-4-Steller Hierarchie) Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG) Deutschland Operationen/Prozed. an vollstationären Patienten (Anzahl)			
Operationen und Prozeduren (1-4-Steller)		2021	2022
OPS-9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	287105	264439
OPS-9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	182620	185680
OPS-9-262	Postpartale Versorgung des Neugeborenen	754047	700516
OPS-9-263	Überwachung u. Leitung d. isoliert. Geburt d. Plazenta	1216	1268
OPS-9-268	Überwachung u. Leitung einer Geburt, n.n. bezeichnet	3801	2247

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023 | Stand: 19.01.2024 / 16:09:42

Frage 6: Literaturliste

Hinweis: Weitere Quellenhinweise sind als Fußnoten im Text der jeweiligen Antworten eingefügt.

Literatur ACOG (2019). Approaches to limit intervention during labor and birth. ACOG Committee Opinion No. 766. In: Obstet Gynecol, 133 (2).

AKF (2015). Patientinnenorientiert, evidenzbasiert, modular und digital: Frauengesundheitsnetzwerke fordern S4-Leitlinien für bessere Entscheidungsfindung in der Brustkrebsversorgung: Offener Brief an Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. AKF (2021).

Zeit für einen Nationalen Geburtshilfegipfel! Strategiepapier des Runden Tisches Elternwerden. Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.

Albrecht, M., Bock, H., Heiden, I. an der, Loos, S., Sander, M. und Temizdemir, E. (2019). Stationäre Hebammenversorgung. Berlin.

AQUA (2010). Bundesauswertung 2009 16/1 Geburtshilfe.

AWMF Registernummer 015 - 084, S3-Leitlinie Die Sectio caesarea, Kap.3.2ff.

AWMF (2020) S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin. Bauer, N., Villmaer, A., Peters, M. und Schäfers, R. (2020).

BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg), Versorgungskompass.

HebAB.NRW – Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen.

Hochschule für Gesundheit Bochum. Bauer, N., Blum, K., Löffert, S. und Luksch, K. (2019). Gutachten zur Situation der Hebammenhilfe in Hessen für das Hessische Ministerium für Soziales und Integration.

Baumgärtner, B. und Stahl, K. (2005). Einfach schwanger? Wie erleben Frauen die Risikoorientierung in der ärztlichen Schwangerenvorsorge? Bücher für Hebammen Band 3. BMG (2017).

Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt. BMG, BMFSFJ, BMEL (2020).

- Die nationale Strategie zur Stillförderung. BMJ (2020).
- Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz – HebG).
- The British Institute of Human Rights. Midwifery and Human Rights. A practitioners' Guide: Supporting Women's Choices on Place of Birth.
- Büscher, A. und Sayn-Wittgenstein, F. zu (Hrsg.) (2015). Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt: Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück. BVF (2015).
- Gemeinsame Schwangerenvorsorge durch Frauenärzte und Hebammen – Informationen zur Abrechnung. Newsletter Nr. 11.
- DÄB (2020). Der Geburtsmodus muss aus dem DRG-System gestrichen werden: Fünf Fragen an Frank Louwen, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. In: Dtsch Ärztebl, Ausgabe vom 10. Februar 2020.
- Destatis (2020). Krankenhausentbindungen in Deutschland.
- Deutscher Bundestag (2019). Sachstand zum Betreuungsschlüssel von Hebammen in der klinischen Geburtshilfe: WD 9–3000–039/19. DF (2021).
- Beschlüsse des Deutschen Frauenrats 2021: Beschluss 21: Kulturwandel in der Geburtshilfe; Beschluss 22: Prävention von Gewalt in der Geburtshilfe.
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O. T., Bonet, M. und Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. In: PLoS one, 13 (4). e0194906.
- Duden, B. (1998). Die Ungeborenen. Vom Untergang der Geburt im späten 20. Jahrhundert. In: Rituale der Geburt – Eine Kulturgeschichte, Bd. 1280. S. 149–167.
- EMA (2020). Midwifery Unit Standards: Version 4. European Midwives Association.
- FMH – Frauenmuseum Hittisau (2020). 20 Jahre Frauenmuseum Hittisau Jubiläumsausstellung: geburtskultur. vom gebären und geboren werden. <https://www.frauenmuseum.at/geburtskultur> (Download am 30. August 2021).
- G-BA (2020). Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung: Mutterschaftsrichtlinien.
- Hauffe, U. (2020). Das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“: Eine Sensation in vielerlei Hinsicht. In: Gyne 5. HEbBO NRW (2017).
- Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger, Gesetz und Verordnungsblatt (GV.NRW), Heftnummer 22, S. 595–636.
- Hertle, D., Wende, D. und Schmitt, N. (2021). Schwangerschaftsvorsorge im Spannungsfeld der Berufsgruppen. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, 75 (2). S. 60–63.
- Hoffmann, L. und Banse, R. (2021). Psychological aspects of childbirth: Evidence for a birth-related mindset. In: European Journal of Social Psychology, 51 (1). S. 124–151.
- Hoope-Bender, P. ten, Bernis, L. de, Campbell, J., Downe, S., Fauveau, V., Fogstad, H., Homer, C. S. E., Kennedy, H. P., Matthews, Z., McFadden, A., Renfrew, M. J. und Lerberghe, W. van (2014). Improvement of maternal and newborn health through midwifery. In: The Lancet, 384 (9949). S. 1226–1235.
- IGES (2020). Gutachten zur Hebammenversorgung. In: Die Hebamme, 33 (02). S. 6–8.
- IQTIG (2018). Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2017 Geburtshilfe. Berlin.
- IQTIG (2019). Methodische Grundlagen v1.1. Berlin.
- IQTIG (2020). Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019 Geburtshilfe. Berlin.

IQTIG (2023). Qualitätsverträge nach § 110a SGB V, Erweiterung des Evaluationskonzepts zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V, Abschlussbericht.

Jonge, A. de, Mesman, J. A. J. M., Manniën, J., Zwart, J. J., Dillen, J. van und Roosmalen, J. van (2013). Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. In: BMJ (Clinical research ed.). 346. f3263.

Krahl, A., Schnepf, W. und Sayn-Wittgenstein, F. zu (2016). Die Bedeutung der Latenzphase der Geburt – eine historische Analyse. In: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 220 (4). S. 155–165.

Lenzen, D. (1993). Krankheit als Erfindung: Medizinische Eingriffe in die Kultur (5. Auflage). Band 10559. Frankfurt.

Loytved, C. (2011). Bauet mehr Wöchnerinnenasyle. In: Hebammenforum, 8. Lüdemann, K. (2015). Sinn und Unsinn von Untersuchungen in der Schwangerenvorsorge. In: Die Hebamme (28). S. 84–89.

Lütje, W., Krause, M. und Schwarz, C. (2014). US-amerikanische Empfehlungen zur Senkung der Kaiserschnitttrate. In: Die Hebamme, 27 (03). S. 208–212.

Mattern, E., Lohmann, S. und Ayerle, G. M. (2017). Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. In: BMC pregnancy and childbirth, 17 (1). S. 389.

McRae, D. N., Janssen, P. A., Vedam, S., Mayhew, M., Mpofu, D., Teucher, U. und Muhajarine, N. (2018). Reduced prevalence of small-for-gestational-age and preterm birth for women of low socioeconomic position: a population-based cohort study comparing antenatal midwifery and physician models of care. In: BMJ open, 8 (10). e022220.

Mühlhauser, I. (2017). Unsinn Vorsorgemedizin: Wem sie nützt, wann sie schadet, Bd. 63255. Hamburg.

Mundlos, C. (2015). Gewalt unter der Geburt: Der alltägliche Skandal. Baden-Baden.

NHS (2016). Better Births. Improving outcomes of maternity services in England: A Five Year Forward View for maternity care. NHS (2020). The Maternity Transformation Programme: Better Births Four Years On: A review of progress.

*Der Deutsche Hebammenverband e.V. (DHV) ist der größte Hebammenberufsverband in Deutschland und setzt sich aus 16 Landesverbänden mit insgesamt rund 22.000 Mitgliedern zusammen. Er vertritt die Interessen aller Hebammen. Im DHV sind angestellte und freiberufliche Hebammen, Lehrer*innen für Hebammenwesen, Hebammenwissenschaftler*innen, Hebammen in den Frühen Hilfen, hebammengeleitete Einrichtungen sowie Hebammschüler*innen und Studierende vertreten. www.hebammenverband.de*

Kontakt

Deutscher Hebammenverband e.V.

Büro Berlin
Lietzenburger Straße 53
10719 Berlin

T. 030-39406770

referat-pol-strategie@hebammenverband.de

www.hebammenverband.de