

Positionierung zu den Neuerungen in der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) und deren Auswirkungen auf Level 4 Geburtskliniken



Einleitung

Zum 01.01.2025 sind Neuerungen in der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) in Kraft getreten. Die QFR-RL regelt verbindliche Mindestanforderungen an die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen und Zuweisungskriterien von Schwangeren nach dem Risikoprofil der Schwangeren oder des Kindes. Die Überarbeitung und Anpassung dieser Richtlinie fällt unter die Verantwortung des G-BA. Betroffen von den Änderungen sind Level 4 Geburtshilfekliniken.

Folgende Anpassungen wurden vorgenommen.

1. Anpassung der Aufnahme- und Zuweisungskriterien

- Erhöhung der Schwangerschaftswoche für die Aufnahme von 36+0 SSW auf 37+0 SSW.
- Einführung eines neuen Kriteriums: Keine Betreuung von Geburten unterhalb der 10. Perzentile des fetalen Schätzwichts.

2. Erstellung von Standard Operating Procedures (SOP) für die Zusammenarbeit mit höheren Versorgungsstufen

Die Einführung von SOPs ist aus Versorgungsperspektive ein wichtiger Baustein, um die Sicherheit von Mutter und Kind zu gewährleisten und Schwangere, Gebärende und Neugeborene passgenau zu versorgen. Deren Einführung ist aus Sicht des DHV daher sinnvoll und auch in der Praxis umsetzbar.

Die Anpassung der Aufnahme- und Zuweisungskriterien schätzt der DHV als höchst problematisch ein. Die neue Richtlinie stellt Level 4 Kliniken und die physiologische Geburtshilfe vor erhebliche, völlig unnötige Herausforderungen. Die sowieso angespannte finanzielle Lage eines Großteils der Kliniken wird durch das Inkrafttreten der Änderungen verschärft, denn für die geburtshilfliche Versorgung können bestimmte Leistungen, die erbracht werden, nicht mehr vollständig abgerechnet werden. Insgesamt führt die Einführung dieser Kriterien zu unnötigen Verlegungen und einer Gefährdung der wohnortnahen Versorgung.

Die Analyse der Änderungen im Einzelnen:

Erstellung von Standard Operating Procedures (SOP) für die Zusammenarbeit mit höheren Versorgungsstufen

Level 4 Kliniken sind durch die Veränderungen in der QFR-RL erstmals zur Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) für den Umgang mit Verlegungen und Risikosituationen bei Schwangeren unterhalb der 37. Schwangerschaftswoche verpflichtet.

Es werden detaillierte Vorgaben für die Erstellung und den Inhalt der SOPs festgelegt. Dies bedeutet zwar einen erhöhten bürokratischen und administrativen Aufwand, was aus Sicht des DHV aber gerechtfertigt ist, da klar beschriebene und gesicherte Verlegungs- und Kommunikationspfade mit jeweils höheren Versorgungsstufen festgelegt werden. Strukturierte Verlegungsszenarien und gesicherte Kommunikationswege sind aus Versorgungsperspektive ein wichtiger Baustein, um die Sicherheit von Mutter und Kind zu gewährleisten und Schwangere, Gebärende und Neugeborene passgenau zu versorgen.

Kritik an der Anpassung der Aufnahme- und Zuweisungskriterien

Einschränkung der Versorgungsbreite durch die Erhöhung der Schwangerschaftswoche bei Aufnahme

In der Anpassung der Richtlinie wird die Erhöhung der Schwangerschaftswoche, ab der eine Gebärende in der Klinik regelhaft versorgt werden kann, von 36+0 auf 37+0 SSW angehoben. Das schränkt den finanziellen Handlungsspielraum von Level 4 Kliniken erheblich ein.

Attraktivität des Klinikstandorts sinkt

Es ist davon auszugehen, dass nicht nur das Kollektiv der Schwangeren von 36+0 bis 37+0 wegfällt, sondern sich mehr Frauen gegen eine Geburt in einem Level 4 Klinikum entscheiden werden. Wenn klar ist, dass in Level 4 Häusern nur in einem sehr geringen Zeitraum geboren werden kann, werden sich Frauen vielfach frühzeitig dafür entscheiden, vorsorglich eine Klinik eines höheren Levels als Geburtsklinik auszuwählen, auch wenn dies aus medizinischen Gründen nicht notwendig wäre. Ähnlich entscheiden werden sich auch Frauen, die in der Schwangerschaft z.B. auf vorzeitige Wehen oder Blutungen behandelt wurden oder diese diagnostiziert bekamen, ungeachtet der Tatsache, ob sie dann tatsächlich vor 37. Schwangerschaftswoche gebären und auch ungeachtet der Tatsache, dass diese Situationen in der Regel kein assoziiertes Geburtsrisiko zur Folge hat.

Perzentilengröße ist als Kriterium nicht präzise und führt zu medizinisch nicht notwendigen Ultraschalluntersuchungen

Die Einhaltung des Kriteriums, dass Frauen nur zur Geburt zugelassen werden, wenn ihr Kind "oberhalb der 10. (Kindesgewichts)-Perzentile" ist, ist in der Praxis kaum realisierbar. Besonders die um den Geburtstermin durchgeführten Ultraschalluntersuchungen sind nicht präzise genug, um diese Grenze zuverlässig zu bestimmen und haben eine Abweichung von bis zu 10% nach oben oder unten.

Ebenso werden bei Anwendung dieser Gewichtsgrenze individuelle Faktoren der Eltern und der Schwangeren ignoriert, wie z.B. die Körpergröße der Eltern. Damit wird dem Geburtsgewicht eine übermäßige Bedeutung bei reifen Neugeborenen zugeschrieben. Daten aus der Praxis zeigen, dass selbst bei Geburtsgewichten unter 2.500g die Verlegungsrate nur geringfügig erhöht ist.

Die Einführung dieses Kriteriums wird mit hoher Wahrscheinlichkeit die Zahl der durchgeführten Ultraschalle um und am Geburtstermin erhöhen. Dabei sollte bei unauffälligen Schwangerschaften leitlinienkonform gar kein Ultraschall bei der Aufnahme zur Geburt erfolgen.

Zusammenfassung der Folgen für Level 4 Kliniken - unnötige Verlegungen und Gefährdung der wohnortnahen Versorgung

Insgesamt führt die Einführung dieser Kriterien zu unnötigen Verlegungen. Dabei ist auch unklar, wie mit Frauen umgegangen werden soll, die einen Kreißaal aufsuchen und kurz vor der Geburt stehen, aber eines der Kriterien nur knapp nicht erfüllen. Die Einschätzung einer Verlegung muss zwingend auf gesundheitsbezogenen Kriterien und nicht auf möglichen finanziellen Sanktionen beruhen. Es wird sonst beispielsweise das Risiko einer möglichen Geburt während des Transports in Kauf genommen, obwohl das mit Sicherheit höhere Risiken mit sich bringt als eine Geburt in einer Level 4 Geburtshilfe.

Besonders aber sieht der DHV durch die Änderungen eine Gefährdung der wohnortnahen Versorgung; dadurch, dass Level 4 Kliniken von vorneherein nur noch ein kleineres Kollektiv betreuen dürfen, gefährdet sich möglicherweise ihre wirtschaftliche Existenz und der Fortbestand des Standortes. Besonders mit Blick auf die Krankenhausreform und die dort anvisierten Mindestzahlen kann hier eine Negativspirale ausgelöst werden. Gerade im Rahmen der Krankenhausreform wird es notwendig sein, auch kleinere Standorte überlebensfähig zu halten, um die flächendeckende Versorgung nicht zu gefährden. Hier müssen andere Kriterien für qualitativ hochwertige Arbeit in kleinen Häusern gefunden werden.

Forderungen an praxistaugliche Kriterien für die Qualität der geburtshilflichen Versorgung in Level 4 Kliniken

Der DHV sieht absolut die Notwendigkeit, die Qualität der geburtshilflichen Versorgung zu verbessern. Dies wird mit den aktuellen Veränderungen aber nicht erreicht. Einzig die Verbesserung der Verlegungswege durch strukturierte Prozesse ist als Verbesserung zu bewerten.

Die Outcome - Daten der geburtshilflichen Kliniken, unabhängig der Versorgungsstufe, sind in Deutschland äußerst inhomogen. Eine unverhältnismäßige Einschränkung der zulässigen Geburten auf Level 4 ist hier nicht nachvollziehbar. Es braucht andere Kriterien, die für die Qualität der Häuser in den Blick genommen werden sollten: Geburtshilfliche Positivbeispiele mit geringer Sectorate (bereinigt nach Versorgungsstufe), hoher Anteil an Spontangeburt und eine hohe Patientinnenzufriedenheit sind aus Sicht des DHV wünschenswerte Parameter.

Die aktuellen Änderungen der QFR-Richtlinie stellen eine weitere Risikofokussierung dar, bei gleichzeitiger Vernachlässigung der physiologischen Geburt im Bereich von Qualitätskriterien und Finanzierung. Diese Entwicklung ist problematisch für die deutsche Geburtshilfe und lässt sich auch nicht mit Leitlinien oder Ergebnissen wissenschaftlicher Studien begründen. **Im Moment bedeuten die eingeführten Änderungen eine Einschränkung der freien Wahl des Geburtsortes bei physiologischen Schwangerschaftsverläufen. Aus Sicht der Frau ist hier absolut keine Verbesserung der Versorgung zu erkennen.**

Der DHV fordert die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung und einen klaren Fokus auf die Förderung der physiologischen Geburt. Dafür ist eine Überarbeitung der Richtlinie unter Berücksichtigung der praktischen Realitäten in Level 4 Kliniken zwingend notwendig. Insbesondere die Aufnahme- und Zuweisungskriterien sollten flexibler gestaltet werden, um den individuellen Bedürfnissen der Schwangeren und den Kompetenzen der Hebammen und Ärzte in Level 4 Kliniken gerecht zu werden. Nur so können wir eine sichere, wohnortnahe und selbstbestimmte Geburtshilfe für alle Frauen gewährleisten.

Berlin, den 11.02.2025

Der Deutsche Hebammenverband e. V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit rund 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, Hebammen in den Frühen Hilfen, hebammengeleitete Einrichtungen sowie Hebammschüler*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.

Kontakt

Deutscher Hebammenverband e.V.

Büro Berlin
Lietzenburger Straße 53
10719 Berlin

T. 030-39406770

referat-pol-strategie@hebammenverband.de
hebammenverband.de