

**Stellungnahme**  
**der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.**  
**zum Vorbericht des IQTIG**  
**„Mindestanforderungen an Prozesse und Ergebnisse der Versorgung.**  
**Konzept für die Messung und Bewertung“**

Autorin: Dr. rer. medic. Sabine Striebich

Kontaktadresse: [geschaeftsstelle@dghwi.de](mailto:geschaeftsstelle@dghwi.de)

Datum: 17.02.2021

Die Festlegung von Mindestanforderungen an Versorgungsprozesse und -ergebnisse dient als wichtiges Steuerungsinstrument zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung nach der *Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie* (QFD-RL) des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (G-BA 2019). Es beinhaltet den Wegfall des Vergütungsanspruchs retrospektiv (Vergütungsausfall) oder prospektiv (Leistungsschluss) bei Nichterreichen der Qualitätsanforderungen.

Der G-BA hat am 14.05.2020 das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt, am Beispiel der Richtlinie zur Versorgung hüftgelenksnaher Femurfrakturen (QSFFx-RL) fachwissenschaftlich basierte und standortbezogene Kennzahlen zur Festlegung von Mindestanforderungen an die Prozess- und Ergebnisqualität zur Versorgung solcher Frakturen, basierend auf § 136 Abs. 1 Satz 2 SGB V zu entwickeln. Der vorliegende Vorbericht (IQTIG 2021) fasst das Verfahren zusammen.

Dem Vorbericht folgend entwickelt das IQTIG in einem ersten Schritt ein Qualitätsmodell für den Versorgungsbereich, das die spezifischen Qualitätsanforderungen benennt und bestehende Qualitätsdefizite identifiziert. Ausgehend davon werden die Ursachen analysiert, die den Qualitätsdefiziten zugrunde liegen. Das IQTIG empfiehlt anschließend dem G-BA, welche Qualitätsanforderungen mithilfe des Steuerungsinstruments „Mindestanforderungen an Prozesse und Ergebnisse“ adressiert werden können (IQTIG 2021). Nachfolgend entwickelt das IQTIG fachwissenschaftlich basiert und in methodisch kontrollierter Weise (IQTIG 2019) Qualitätsindikatoren (QI), die zur Messung und Bewertung der Qualitätsanforderungen geeignet sind. Diese neuen QI ergänzen oder ersetzen bestehende QI.

Das IQTIG formuliert im Vorbericht zudem Empfehlungen dazu, welche Bezugs-/ Aggregationsebenen (Einrichtungen, Standorte, Abteilungen, Leistungen und Patient\*innen) geeignet sind, um eine standortbezogene Auswertung der QI – wie vom G-BA vorgesehen – zu ermöglichen.

Weiterhin werden im Vorbericht verschiedene Szenarien für die konkrete Umsetzung der Verfahrensanwendung dargestellt. Es werden Aspekte zur Umsetzbarkeit, zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis, zu Vor- und Nachteilen, Limitationen sowie Praktikabilität und Realisierbarkeit diskutiert. Kosten werden qualitativ bewertet, also notwendige Ressourcen, Nachteile und negative Konsequenzen beurteilt. Das Steuerungsinstrument „Mindestanforderungen an Prozesse und Ergebnisse“ hat laut IQTIG eine große Reichweite, wird als potenziell für Patient\*innen sehr nützlich und grundsätzlich umsetzbar bezeichnet (IQTIG 2021: S.30f.).

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi) möchte in dieser Stellungnahme das vorgestellte Verfahren auf den Leistungsbereich Geburtshilfe beziehen und Anregungen geben, welche besonderen Umstände bei der Definition von Mindestanforderungen an Versorgungsprozesse und -ergebnisse im Leistungsbereich „klinische geburtshilfliche Versorgung“ bestehen.

Grund dafür ist, dass der Leistungsbereich „klinische geburtshilfliche Versorgung“ ein bedeutsamer Versorgungsbereich ist. Im Jahr 2019 wurden in Deutschland 746.960 schwangere Frauen (IQTIG 2020) zur Geburt in einer Klinik betreut. Die bevorstehende Geburt eines Kindes als physiologischer Prozess stellt damit in absoluten Zahlen den häufigsten Anlass für eine stationäre Klinikaufnahme in Deutschland dar. Aktuell haben bundesweit 729 Kliniken eine Fachabteilung „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2021).

### **Allgemeine Anmerkungen der DGHWi**

Die DGHWi begrüßt die Arbeit des IQTIG zur Weiterentwicklung der Qualität der Gesundheitsversorgung sehr und sieht es als wichtig an, dass auch im Leistungsbereich „klinische geburtshilfliche Versorgung“ Kennzahlen mit Referenzbereich (QI) entwickelt werden, die zur Festlegung von Mindestanforderungen genutzt werden können, um die Qualität der geburtshilflichen Versorgung von Frauen vor, während und nach der Geburt in Kliniken weiterzuentwickeln.

### **Hinweise auf Qualitätsdefizite in der klinischen geburtshilflichen Versorgung**

Bei Geburten in deutschen Kliniken sind aktuell hohe Interventionsraten zu beobachten. So werden 22% der Geburten eingeleitet und bei 25% kommt während der Geburt eine medikamentöse Wehenförderung, der sog. „Wehentropf“, zum Einsatz (IQTIG 2020). 2019 waren 31% der Geburten Kaiserschnittentbindungen (IQTIG 2020), wobei die risikoadjustierte Kaiserschnitttrate regional und in Abhängigkeit von der Klinikgröße stark variiert, was auf Über- oder Fehlversorgung hinweist (Science Media Center 2020).

Geburtshilfliche Eingriffe, wie etwa medikamentöse Interventionen, können das Geburtserleben negativ beeinflussen (Angst, Schmerzen, Einschränkung der Selbstbestimmung) und unerwünschte Folgen, wie etwa weitere Eingriffe, nach sich ziehen (sog. „Interventionskaskade“). Internationale Expert\*innen für die geburtshilfliche Versorgung betonen, dass der übermäßige und nicht evidenzbasierte Einsatz geburtshilflicher Interventionen (Über- oder Fehlversorgung), wie er in Kliniken in hochentwickelten Ländern zu beobachten ist, nicht nur keinen nachweisbaren gesundheitlichen Nutzen für Mutter und Kind hat, sondern sogar deren Gesundheit beeinträchtigen kann und zudem unnötige Kosten verursacht (Miller et al. 2016).

Das 9. Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ (Bundesanzeiger 2017) empfiehlt, mehr Frauen eine interventionsarme, physiologische Geburt zu ermöglichen und Maßnahmen zu entwickeln, die einen Wandel hin zu einer gesundheitsfördernden, evidenzbasierten und nutzerinnenorientierten geburtshilflichen Versorgung unterstützen. Dazu gehört – dem BGB §§ 630ff („Patientenrechtegesetz“; 2013) folgend – auch die Sicherstellung einer angemessenen Aufklärung zur gemeinsamen Entscheidungsfindung vor einer Geburt.

## **Definition von Mindestanforderungen an Versorgungsprozesse und -ergebnisse: Potenzial zur Verbesserung der klinischen geburtshilflichen Versorgung**

Die Festlegung von Mindestanforderungen an Versorgungsprozesse und -ergebnisse stellt auch im Leistungsbereich Geburtshilfe aus Sicht der DGHWi ein vielversprechendes Verfahren dar. Nach Ansicht der DGHWi liegen dessen Vorteile darin, dass einerseits aussagekräftige Qualitätsmerkmale der klinischen geburtshilflichen Versorgung benannt, gemessen und evaluiert werden können, und andererseits sowohl die Leistungserbringer (Klinikleitungen und das Personal, also Hebammen und Ärzt\*innen) als auch die Nutzer\*innen (schwängere Frauen bzw. werdende Eltern) darüber informiert werden, welche Qualitätsmerkmale in der einzelnen Klinik realisiert werden. Das kann wesentliche Impulse für eine nachhaltige Qualitätsverbesserung in der klinischen geburtshilflichen Versorgung setzen, dient der Transparenz und kann den Wettbewerb unter Kliniken zielführend anregen. Das wird heute dringend benötigt, da im Rahmen der externen einrichtungsbezogenen Qualitätssicherung in Geburtskliniken heute lediglich Daten zu fünf planungsrelevanten Prozess- bzw. Ergebnis-Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) (G-BA 2016) erhoben werden: a) die Raten zur „Anwesenheit eines Pädaters“ und zur „antenatalen Kortikoidtherapie“ bei einer Frühgeburt, b) die Entschluss-Entwicklungs-(E-E-)Zeit bei Notfall-Kaiserschnitten, c) die perioperative Antibiotikagabe bei Kaiserschnittentbindungen sowie d) der kombinierte Qualitätsindex „kritisches Outcome bei Reifgeborenen“. Diese Qualitätsindikatoren geben Einblick in spezifische Qualitätsparameter.

Zur prozessbezogenen Gestaltung des geburtshilflichen Leistungsangebots in Kliniken geben die aktuell vorliegenden Qualitätsindikatoren nur unzureichend bzw. keine Auskunft. So werden heutzutage wesentliche Qualitätskriterien, wie etwa zum Versorgungserleben aus Sicht der Nutzer\*innen hinsichtlich effektiver Kommunikation, respekt- und würdevoller Behandlung oder emotionaler Unterstützung, die nach dem Qualitätsmodell der Weltgesundheitsorganisation (Tunçalp et al. 2015) wesentliche Qualitätsmerkmale in der geburtshilflichen Versorgung darstellen, nicht erhoben und sind auch für Nutzer\*innen, die eine Klinik für ihre Geburt wählen möchten, intransparent.

Die hohe Relevanz der Betrachtung definierter geburtshilflicher Versorgungsprozesse in Kliniken wird an folgendem Beispiel deutlich: Bei „Geburtseinleitungen“ ist weniger deren absolute Rate anzusehen als vielmehr die Frage, ob bei der Aufklärung eine partizipative Entscheidungsfindung realisiert wird, ob also die schwangere Frau Mitbestimmung erlebt hat (Coates et al. 2020), wie es im Patientenrechtegesetz (2017) gefordert ist. Ein weiteres Beispiel ist die vaginal-operative Entbindung („Vakuumentbindung“): Aus Nutzerinnensicht ist es wichtig, ob eine ausreichende Anästhesie sichergestellt wird oder ob – vor allem bei problematischem Verlauf – eine Nachbesprechung der Geburt angeboten wird, um eine mögliche Traumatisierung der Frau zu erkennen und ggf. Hilfe anzubieten.

## **Spezielle Anmerkungen der DGHWi zum Vorbericht**

### 1. Methodische Anforderungen an die Qualitätsindikatoren

Im methodischen Vorgehen des IQTIG bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren ist der Einbezug der Perspektive der Nutzerinnen, also schwangerer Frauen und Mütter, regelhaft verankert, etwa durch die Eignungskriterien „Bedeutung für die Patientinnen und Patienten“ und „Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel“. Die DGHWi ist zuversichtlich, dass damit aussagekräftige und nutzerinnenorientierte Qualitätsanforderungen ermittelt werden, die die Qualität der klinischen geburtshilflichen Versorgung nachhaltig voranbringen. Beispielsweise könnte geprüft werden, ob die Empfehlungen der neuen evidenzbasierten S3-Leitlinien „Sectio Caesarea“ und „Vaginale Geburt am Termin“ sowie der S2K-Leitlinie „Geburtseinleitung“ operationalisiert und daraus QI entwickelt werden könnten.

### 2. Bezugs- bzw. Aggregationsebene

In Deutschland werden vier Versorgungsstufen der perinatalogischen Versorgung unterschieden (G-BA 2013) und es gibt Empfehlungen zur Zuweisung schwangerer Frauen anhand ihres Risikostatus (AWMF 2015). Schwangere Frauen sind jedoch frei in der Wahl der Klinik für die Geburt, so dass in allen Kliniken stets Frauen mit unterschiedlichem Risikoprofil betreut werden. Bei der Definition von Mindeststandards für die klinische geburtshilfliche Versorgung sollte daher bedacht werden, dass diese in **allen** Fachabteilungen angewendet werden können, in denen Geburtshilfe geleistet wird, um eine Versorgungsgerechtigkeit zu gewährleisten. Andernfalls müssen die Unterschiede der Versorgungsstufen den Frauen in geeigneter Form kommuniziert werden.

### 3. Einzelne Indikatoren vs. Indikatorensets

Um dem Umstand gerecht zu werden, dass Qualität ein multidimensionales Konstrukt ist, sehen die „Allgemeinen Methoden“ (IQTIG 2019) zunächst die Entwicklung eines Qualitätsmodells für einen Versorgungsbereich vor, aus dem dann – gemäß den Eignungskriterien – Qualitätsindikatoren abgeleitet werden.

Bezüglich eines Wegfalls des Vergütungsanspruchs bei Nichterfüllung wird im Vorbericht die Frage gestellt, ob eine Kompensation ermöglicht werden soll, d.h. der Ausgleich eines Merkmals für schlechte Qualität durch ein Merkmal für gute Qualität in einem anderen Bereich; das schließt das IQTIG bislang aus (IQTIG 2021: S. 22). Die DGHWi stimmt den Ausführungen zu, dass jeder Qualitätsindikator für sich betrachtet werden soll.

Die DGHWi kann nachvollziehen, dass erst im zweiten Schritt gesondert fachwissenschaftlich beurteilt wird, welche Qualitätsindikatoren sich eignen, um in letzter Konsequenz bei Nichterfüllung der Mindestanforderung („Qualitätsdefizit“) zu einem Entzug des Vergütungsanspruchs zu führen. Die DGHWi geht davon aus, dass in diesen Prozess regelhaft alle relevanten Berufsgruppen und die Nutzer\*innen, also schwangere Frauen und Mütter, beteiligt werden.

#### 4. Rolle des Stellungnahmeverfahrens:

Zur Messung von Qualität bestehen die Alternativen, dass entweder ein Qualitätsindikator quantitativ erfasst wird oder nach einem auffälligen Ergebnis ein nachgelagertes Verfahren wie Peer-Review, Visitation oder Audit (IQTIG 2021: S. 24f.) zum Einsatz kommt. In dieser Frage spricht sich die DGHWi dafür aus, im Leistungsbereich Geburtshilfe Prüf- bzw. Stellungnahmeverfahren einzurichten, da solche Prüfverfahren beim Klinikpersonal zu einer nachhaltigen und fortdauernden Auseinandersetzung mit der Qualität der Versorgung innerhalb der Klinik beitragen können. Dies wurde in Studien – etwa zur Verringerung der Anzahl von Kaiserschnittentbindungen (Chaillet 2007; Chen et al. 2018) – bereits gezeigt.

#### 5. Prospektiver oder retrospektiver Wegfall des Vergütungsanspruchs:

Das IQTIG bewertet einen prospektiven Wegfall des Vergütungsanspruchs als verbindlicher und wirksamer auf die Gestaltung des Versorgungsangebots der Leistungserbringer als die retrospektive Beurteilung, ggf. mit Vergütungsabschlag. Die DGHWi gibt hier zu bedenken, dass sich die Anzahl der Kliniken, die Geburtshilfe anbieten, in den vergangenen Jahren sehr stark verringert hat und ein weiterer Wegfall geburtshilflicher Abteilungen die wohnortnahe Erreichbarkeit eines Kreißsaals weiter negativ beeinflussen kann. Das könnte dafürsprechen, der Qualitätsentwicklung der klinischen geburtshilflichen Versorgung durch die Variante „retrospektiver Wegfall des Vergütungsanspruchs“ den Vorzug zu geben.

#### 6. Duldungszeitraum:

Im Fall, dass ein retrospektiver Wegfall des Vergütungsanspruchs implementiert wird, sollten die Leistungserbringer nach Ansicht der DGHWi bei Qualitätsdefizit die Gelegenheit zur Verbesserung haben, also eine Frist zur Verbesserung des Versorgungsangebots erhalten.

#### 7. Kriterien für den Einsatz des Steuerelements „Mindestanforderungen an Prozesse und Ergebnisse“

Das IQTIG sieht es als grundlegend an, versorgungsbereichsbezogene Ursachen zu identifizieren, die zu Qualitätsdefiziten führen können, etwa Fehlanreize im DRG-System sowie weitere Ursachen, um zielführende Strategien zu deren Überwindung zu entwickeln (IQTIG 2021, S. 34).

Die DGHWi sieht es als sehr wichtig an, dass bestehende Fehlanreize, die das Fallpauschalensystem im Leistungsbereich Geburtshilfe verursacht (Ärzteblatt 2020) abgebaut werden. Zudem stellt z.B. die Beratung zur gemeinsamen Entscheidungsfindung („shared decision making“) besondere Anforderungen an Hebammen und Ärzt\*innen in Kliniken. Mangelnde Kompetenzen könnten die Versorgungsqualität negativ beeinflussen. Die DGHWi befürwortet und unterstützt die Konzeption und Verfügbarmachung von entsprechenden Fortbildungen.

## Literatur:

Ärzteblatt. Die Fehlsteuerungen beheben. Ärzteblatt. 2020

AWMF (2015). Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland (087/001).

Bundesanzeiger (2017).9. Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt.

Chaillet N, Dumont A. (2007). Evidencebased Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-analysis. Birth;34(1):53-64.

Chen I, Opiyo N, Tavender E, et al. (2018). Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. Cochrane Database Syst Rev;9:CD005528

Coates D, Goodfellow A, Sinclair L (2020). Induction of labour: Experiences of care and decision-making of women and clinicians. Women Birth: 33(1):e1-e14.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2021). Krankenhausverzeichnis. [verfügbar unter: <https://dkgev.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de/app/suche>, 5.02.2021]

Gemeinsamer Bundesausschuss (2016). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL).

Gemeinsamer Bundesausschuss (2019). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zur Förderung der Qualität und zu Folgen der Nichteinhaltung sowie zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Absatz 1 SGB V (Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie/QFD-RL).

Institut für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (2020). Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019.

Institut für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (2019). Methodische Grundlagen V1.1.

Institut für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (2021). Mindestanforderungen an Prozesse und Ergebnisse der Versorgung. Vorbericht zum Konzept für die Messung und Bewertung.

Miller S, Abalos E, Chamillard M, et al. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. The Lancet;388(10056):2176-2192.

Tuncalp, Were WM, MacLennan C, et al. (2015). Quality of care for pregnant women and newborns - the WHO vision. BJOG; 122(8):1045-9.

Science Media Center. Erste S3-Leitlinie für Kaiserschnitt: Hintergrund und regionale Datenanalyse. 2020.