

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für  
Hebammenwissenschaft e.V.**

**zur**

**Erweiterung des Evaluationskonzepts zur Untersuchung der  
Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB  
V (Qualitätsverträge nach § 110a SGB V); Ankündigung des  
Beteiligungsverfahrens § 137a Abs. 7 SGB V**

Autorinnen: Mirjam Peters M. Sc. PH, Tamara Marraffa Dipl. Soz., Prof.in Dr.in Rainhild Schäfers,  
Prof. Dr. rer. medic. Dipl. med. päd. Sabine Striebich

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

Datum: 21.05.2023

## Vorbemerkung

Für ausgewählte Leistungen/Leistungsbereiche soll Versorgungsqualität (§136b Abs.8 SGB V) im Erprobungszeitraum (01.01.2024 bis voraus. 30.06.2027) entwickelt werden und anschließend stratifiziert nach Institutionen mit und ohne Vertrag nach §110a SGB V verglichen werden (Qualitätsverträge). Ziel ist es, Empfehlungen zum Nutzen der Qualitätsverträge und zu Rahmenbedingungen von Qualitätsverträgen als Instrument der Qualitätsentwicklung vorzulegen. Zudem soll geprüft werden, ob das übergreifende Rahmenkonzept zur Evaluation ggf. angepasst werden sollte, was sich aus den Ergebnissen der Teilleistungsbereiche ergeben könnte.

Im Rahmen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) hat der Gemeinsame Bundesausschuss am 21.07.2022 den Leistungsbereich Geburten/Entbindung als einen von vier weiteren Bereichen aufgenommen, in denen zukünftig Qualitätsverträge erprobt werden sollen. Gleichzeitig wurde das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt, Teilevaluationskonzepte zu diesen Leistungsbereichen auszuarbeiten. Im Verfahren sollen die zentralen Elemente der Versorgungspraxis berücksichtigt, mögliche Verbesserungspotenziale anhand des Versorgungspfad aufgezeigt und auch die verfahrenstechnischen Voraussetzungen entworfen werden.

Die DGHWi nimmt hier zum Vorbericht bzw. zu dessen Anhang Stellung, mit einem besonderen Fokus auf eine die Physiologie fördernde Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen und ihren Kindern und Familien. Diese Perspektive wird auch im 9. Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“<sup>1</sup> und in der S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin<sup>2</sup> beschrieben. Im Folgenden wird immer von Geburten und nicht mehr von Entbindungen gesprochen, um einer aktiven Beteiligung von Frauen<sup>1</sup> und ihren Kindern auch sprachlich Rechnung zu tragen.

## Vorbemerkung zum Leistungsbereich Geburten

Frauen rund um die Geburt stellen eine besondere Gruppe dar, die in Kliniken ambulante und stationäre Leistungen in Anspruch nehmen, ohne an sich krank zu sein:

- Im Jahr 2022 wurden 739.000 Kinder geboren<sup>3</sup>.
- Die Fallpauschale „gesundes Neugeborenes, Aufnahmegewicht über 2499g“ ist in 2018 mit 641.214 Fällen die am häufigsten abgerechnete DRG (P67E)<sup>4</sup>.
- Im Jahr 2018 gab es insgesamt über eine Million (1.045.825) Behandlungsfälle im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett (ICD O00-O99)<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Es gibt Menschen, die sich als männlich oder nicht-binär identifizieren und schwanger sind, Kinder gebären und im Wochenbett sind. Diese Personen möchten wir in dieser Stellungnahme auch bei der Verwendung der Wörter „Frauen“ und „Mütter“ einschließen.

- Unter den 20 häufigsten Operationen vollstationär in Deutschland behandelter Personen liegen die beiden geburtshilflichen Eingriffe „Rekonstruktion der weiblichen Geschlechtsorgane nach einem Dammriss“ auf Rang zwei mit 363.147 Operationen und „Sectio Caesarea/Kaiserschnitt“ auf Rang fünf mit 256.500 Operationen<sup>6</sup>.

Diese Zahlen allein machen deutlich, dass die Geburtshilfe in Kliniken nicht nur ein maßgeblicher, sondern ein besonders bedeutsamer und komplexer Versorgungsbereich darstellt. Die Geburt ist ein Übergang im Leben der Frau bzw. der werdenden Eltern und muss, wie jede Transition aus der Perspektive qualitativ hochwertiger Versorgung gut begleitet werden<sup>7,8</sup>. Schwangere Frauen sind jedoch keine Patientinnen im eigentlichen Sinne, sondern gesunde Nutzerinnen, die stationäre gesundheitliche Leistungen im Krankenhaus („Geburtshilfe“) in Anspruch nehmen<sup>9</sup>. Der §24f SGB V sichert gesetzlich versicherten Schwangeren einen Anspruch auf stationäre Entbindung zu.

Krankenhäuser im Sinne des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind Einrichtungen in denen auch Geburtshilfe geleistet wird, also Personen Leistungen erhalten, die nicht krank sind (§2 Abs. 1 KHG). Neugeborene und ihre Mütter können Patientinnen und Patienten sein, sind es aber in der Regel nicht. Dies sollte bei der Wortwahl berücksichtigt werden.

Neugeborene werden nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in der Regel in der Häuslichkeit von ihren Eltern gepflegt, betreut und als Teil einer gemeinsamen Familie verstanden. Diese Selbstverständlichkeit darf und sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich bei Mutter und Kind in dieser Lebensphase um eine äußerst vulnerable Phase handelt, die ein hohes Potential für gesundheitliche Behandlung und Prävention in sich birgt. Diese Perspektive muss nach Auffassung der DGHWi in der Entwicklung von Qualitätsverträgen berücksichtigt werden.

Laut der Bundesauswertung 2021 beträgt die Anzahl an Geburtskliniken in Deutschland aktuell 616 Kliniken an 655 Standorten<sup>10</sup>. Nach der geltenden QFR-RL (Richtlinie zur Betreuung der Früh- und Reifgeborenen in Kliniken)<sup>11</sup> ist die geburtshilfliche Versorgung in Versorgungsstufen organisiert (Perinatalzentrum Level 1 und Level 2, Perinataler Schwerpunkt, Geburtsklinik). Gemäß den Empfehlungen der *Regierungskommission zur moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*<sup>12</sup> soll es zukünftig 3 Versorgungslevel an Kliniken geben, die sich hinsichtlich ihres Spezialisierungsgrades unterscheiden. An dieser Stelle sei angemerkt, dass diese drei Versorgungslevel reziprok zu den Versorgungsstufen gemäß QFR-RL angelegt sind, ein Krankenhaus des Versorgungslevels 1 (Krankenhaus der Grundversorgung) der Versorgungsstufe 4 (Geburtsklinik) entspricht. Da die drei von der Regierungskommission empfohlenen Versorgungslevel den international verwendeten Einteilungen entsprechen, sollte über eine entsprechende Überarbeitung der QFR-R nachgedacht werden. Neben den empfohlenen Versorgungsleveln soll die Vergütung durch DRG-Fallgruppen zugunsten einer qualitätsorientierten Versorgung<sup>13</sup> verlassen werden. Die DGHWi sieht es als wichtig an, die hebammengeleitete Geburt auf allen Versorgungsleveln anzubieten und mit Leistungsgruppen zu versehen.

In der QFR-RL sind zwar Empfehlungen zur Zuweisung Schwangerer gemäß ihres Risikostatus enthalten. In der Praxis werden aber aufgrund der freien Wahl des Krankenhauses in allen Kliniken Schwangere mit und ohne geburtshilfliche Risiken betreut. Es existiert derzeit kein flächendeckende risikoadaptierte Versorgung Gebärender in Kliniken. Das Konzept „Hebammenkreißsaal“, das dies beinhaltet, wird derzeit nicht flächendeckend umgesetzt, wengleich einige Bundesländer dies mit ausgeschriebenen Fördergeldern versuchen zu forcieren. Das führt aktuell zu der bekannten Überversorgung der großen Anzahl an Gebärenden, die keine oder geringe Geburtsrisiken haben.

Im Folgenden nimmt die DGHWi zum methodischen Vorgehen des IQTIG und anschließend zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen Stellung.

### **Methodisches Vorgehen**

Es wurden erste mögliche patientenrelevante Endpunkte anhand einer orientierenden Vorrecherche entwickelt sowie eine systematische Leitlinien- und Literaturrecherche durchgeführt anhand derer 4 Leitlinien eingeschlossen wurden (S3-LL Vaginale Geburt am Termin 2020, S3-LL Diabetes in der Schwangerschaft 2021, S3-LL Adipositas in der Schwangerschaft 2019 und S3-LL Gestationsdiabetes mellitus 2018). Es ist unklar, warum die S3 Leitlinie „Sectio Caesarea“ (2020) nicht verwendet wurde.

Aus den Leitlinien wurden Qualitätsmerkmale entwickelt und nachfolgend mit Expert:innen beraten. Im Ergebnis wurden Qualitätsanforderungen mit korrespondierenden Evaluationskennziffern für Qualitätsverträge formuliert.

Es wurden 23 Qualitätsanforderungen ermittelt, die zu 12 Qualitätsaspekten im Versorgungsverlauf Schwangerschaft – Geburt des Kindes und Nachgeburtsphase zugeordnet wurden (S.76). Sie betreffen folgende Merkmale im Versorgungsprozess:

1. Schulung Personal
2. Information und Beratung
3. Anamnese und klinische Beurteilung
4. Betreuungsdichte, personelle Betreuung
5. Beachtung der Bedürfnisse der Schwangeren
6. Betreuung der Schwangeren während der Geburt
7. Kontrolle der fetalen Herzfrequenz
8. Vermeidung von nicht indizierten routinemäßigen Untersuchungen und Interventionen
9. Schmerzbewältigung
10. Prävention Geburtsverletzung
11. Betreuung der Schwangeren in der Nachgeburtsphase
12. Bonding

Als Ziel der Qualitätsentwicklung wird eine sichere und interventionsarme Geburt angestrebt, die den physiologischen Prozess des Gebärens unterstützt. Wenn Interventionen angewendet werden, sollen Nutzen und Schaden sorgsam gegeneinander abgewogen werden (S.76).

Aus Sicht der DGHWi sind Evaluationskennziffern nicht allein aus Leitlinienempfehlungen abzuleiten. Die DGHWi sieht weiteren Forschungsbedarf, um ein umfassendes Qualitätsmodell für die klinische geburtshilfliche Versorgung zu entwickeln. Zur internationalen Vergleichbarkeit kann eine Orientierung an Internationalen Indikatorensets hilfreich sein<sup>14,15</sup>.

Aus Sicht der DGHWi bestehen die aktuellen Probleme in der Versorgungsqualität insbesondere in einer mangelnden Frau-Zentrierung<sup>1</sup>, nicht notwendigen Interventionen<sup>1</sup>, missbräuchliche Behandlung bis hin zu Gewalt in der Geburtshilfe<sup>16,17,18</sup> sowie zum Teil mittelmäßigen Qualitätskennzahlen, wie etwa der Frühgeburtenrate, im internationalen Vergleich<sup>19</sup>. Die Ursachen hierfür werden vor allem in einem nicht ausreichenden Betreuungsschlüssel, in einer mangelhaften Zusammenarbeit der Berufsgruppen, in fehlenden Kompetenzen zur Realisierung einer frau-zentrierten Betreuung wie z.B. in der Beratung zur gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) sowie in einer Risikoorientierung bei Gebärenden mit geringen oder fehlenden Geburtsrisiken gesehen. Die DGHWi begrüßt daher insbesondere auch Qualitätsanforderungen im Bereich interprofessioneller Schulungen, Information und Beratung der Schwangeren/Gebärenden, einer Eins-zu-eins Betreuung sowie Strategien zur Vermeidung von nicht notwendigen Routine-Interventionen.

### **Zu 3.3.1 Hintergrund (S. 70-75)**

#### Sectio

Ergänzend kann hinzugefügt werden, dass es eine statistisch signifikante Varianz der risikoadjustierten Sectorate zwischen Kliniken und Regionen in Deutschland und im internationalen Vergleich gibt<sup>20,21</sup>. Zur Vergleichbarkeit von Sectoraten zwischen Kliniken sowie zur besseren Einschätzung sollten die primären Sectoraten der Robsongruppen<sup>22</sup> 2 (NTSV), 4 (MTSV ohne vorhergehende Sectio) und 5 (MTSV mit vorhergehender Sectio) mit ausgewiesen werden.

#### Aufnahme-CTG

Im Vorbericht wird ausgeführt: „Als diagnostische Interventionen wurde bei 96 % der Kinder ein Aufnahme-CTG im Krankenhaus durchgeführt. 39 % dieser CTG-Aufnahmen erfolgte nicht kontinuierlich, sondern intermittierend“ (S. 74). Der letzte Satz suggeriert, dass ein Aufnahme-CTG intermittierend durchgeführt wird. Ein Aufnahme-CTG wird jedoch immer kontinuierlich geschrieben (in der Regel 30 Minuten). Möglicherweise bezieht sich das intermittierend auf die Verwendung des CTGs im weiteren Geburtsverlauf.

#### Risiko-Status

Die DGHWi unterstreicht das Problem der klinischen Relevanz von einem Teil der erhobenen Risikobefunde laut Mutterpass (vgl. S. 72). Die DGHWi empfiehlt die Ausführungen zu den Schwangerschafts- und Geburtsrisiken zu revidieren, so unterliegen bestimmte Befunde der

Problematik, dass sie zu einer ungenauen oder/und falschen Beurteilung führen. Deutschland hat im internationalen Vergleich einen sehr hohen Anteil an Risikoschwangeren, was möglicherweise in dem unzureichend trennscharfen Befundkatalog begründet liegt. Zudem erlaubt die hohe Anzahl an Risikoschwangeren kaum, eine an das Risiko angepasste Betreuung vorzunehmen.

Dabei sind insbesondere folgende Risiken hervorzuheben:

- Schwangere unter 18 Jahren, Schwangere über 35 Jahren sowie Z. n. Todgeburt/Mangelgeburt gelten als Surrogatparameter für ungünstige Lebensbedingungen und sind nicht an sich ein Risikofaktor.
- Bei den folgenden Aspekten ist unklar, ob es hier bei allen Gesundheitsfachpersonen eine einheitliche Interpretation gibt: Das Feld zum Risiko Allergie wird oftmals bei jeder Allergie angekreuzt, ohne dass jede Allergie ein Risiko für eine Geburt ist (beispielsweise Nickel). Die Risiken soziale Belastung und Sklettanomalien sind sehr ungenau und lassen einen sehr hohen Interpretationsspielraum zu.

Insgesamt werden die Befunde des Risikokatalogs in ihrer Bedeutung nicht gewichtet. Zudem unterliegen sie einer fehlenden Evidenzbasierung, so beispielsweise bei den Risiken Z.n. Tod- und Frühgeburten oder Blutungen vor der 28. SSW. Darüber hinaus gibt es zum Teil eine Doppelung von Befunden im Katalog A und B, wie beispielsweise psychische Belastungen oder soziale Belastungen. Häufig werden auch Befunde angekreuzt, ohne dass diese von anderen betreuenden Gesundheitsfachpersonen als Risiko bewertet werden.

Aus Sicht der Praktiker\*innen eignet sich der derzeit existierende Befundkatalog nur bedingt, um eine Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft mit erhöhtem Betreuungsbedarf zu identifizieren und damit eine Unter-, Über- oder Fehlversorgung zu vermeiden. Die DGHWi empfiehlt, die evidenzbasierte Erhebung des Risikostatus und die Vorhaltung einer evidenzbasierten, risikoadaptierten Versorgung auf Basis einer S3 Leitlinie Schwangerschaft und diese als sektorenübergreifenden Qualitätsindikator anzusehen.

### **Zu 3.3.4 Mögliche Qualitätsanforderungen (S.76-108)**

#### Zu 1. Schulung Personal (S.77):

- Ergänzend zur Schulungen in Neugeborenen-Reanimation und zur kultursensiblen, frauenzentrierten Kommunikation mit Schwangeren besteht Bedarf an Schulungen zur Beratung zu gemeinsamer Entscheidungsfindung (Shared-Decision-Making) sowie in traumasensibler Betreuung.
- Alle Schulungen sollten interdisziplinär geplant werden, um die Kooperation der Berufsgruppen der Hebammen, Ärztinnen und Ärzte zu verbessern.

#### Zu 2. Information und Beratung (S.77):

- Diese Leistungen sollten innerhalb einer Hebammensprechstunde integriert werden, damit Hebammen gemäß ihrer berufsrechtlichen Kompetenzen (HebG 2019, HebStPrV 2020) tätig

werden können. Aufklärung bei Geburtrisiken oder Komplikationen sollten durch die ärztliche Berufsgruppe erfolgen.

- Integration von validierten Fragebögen, um die Bedürfnisse der Gebärenden zu erfassen, wie einen „birth beliefs scale – a new measure to assess basic beliefs about birth“<sup>23</sup>.
- Vorhergehende traumatisch erlebte Geburten sollten ebenfalls mit geeignetem Instrument erfasst werden.

#### Zu 3. Anamnese und klinische Beurteilung (S.81):

- Hebammen sind für die „*selbständige und umfassende Hebammentätigkeit im stationären sowie im ambulanten Bereich*“ qualifiziert (§9 (1) HebG); sie planen, steuern und gestalten „*hochkomplexe Betreuungsprozesse einschließlich Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der Hebammentätigkeit auf der Grundlage wissenschaftsbasierter und wissenschaftsorientierter Entscheidungen*“ (§9 (3) HebG). Bei Bedarf ziehen sie die ärztliche Berufsgruppe hinzu (§9(4) und setzen ihre Betreuung parallel zur ärztlichen Versorgung fort. Daher sind die Aufnahme der Schwangeren zur Geburt und die Risikoeinschätzung aus Sicht der DGHWi Leistungen, die durch Hebammen erbracht werden sollten.

#### Zu 4. Betreuungsdichte, personelle Betreuung (S.82):

- Bei der Geburt sollte stets eine zweite professionelle Person (Hebamme oder ärztlicher Dienst) anwesend sein.

#### Zu 5. Beachtung der Bedürfnisse der Schwangeren (S.84):

- Gebärräume in Kliniken sollten Privatsphäre bieten und zu aufrechter Körperhaltung und Bewegung anregen, da dies die Kaiserschnitte vermeidet und zu größerer Zufriedenheit der Gebärenden führt <sup>24</sup>.

#### Zu 6. Betreuung der Schwangeren während der Geburt (S.85):

- Mit Blick auf die (inter-)nationalen Studienergebnisse und dem darauf basierenden Bestreben einzelner Bundesländer, das Konzept Hebammenkreißaal zu implementieren, sollte als Qualitätsanforderung im Sinne der Strukturqualität ein risikoadaptierter Zugang zur hebammengeleiteten Geburtshilfe in jedem Versorgungslevel formuliert werden. Die Entwicklung einer Evaluationskennziffer hierzu wäre wünschenswert

#### Zu 7. Kontrolle der fetalen Herzfrequenz (S.85):

- Keine Ergänzungen

#### Zu 8. Vermeidung von nicht indizierten routinemäßigen Untersuchungen und Interventionen (S.86):

- Keine Ergänzungen

#### Zu 9. Schmerzbewältigung (S.88):

- Die Erfahrung lässt vermuten, dass es bei einer PDA häufiger als vermutet oder als der Literatur zu entnehmen, zu einer Einschränkung der Mobilität (Motorische Blockade) kommt. Es sollte ein Qualitätsmerkmal erfasst werden, ob eine „Walking-PDA“ tatsächlich angeboten wird.

#### Zu 10. Prävention Geburtsverletzung (S.88):

- Das Überdenken der klinikinternen Praktiken zu Dammverletzungen und Episotomien kann ein Merkmal zur Verbesserung der Strukturqualität darstellen.
- Statt der Erhebung von höhergradigen Dammrissen sollte nur der Dammriss 4. Grades erfasst werden, da dies der derzeit gültige Qualitätsindikator der Perinatalerhebung ist.

#### Zu 11. Betreuung der Schwangeren in der Nachgeburtsphase (S.89):

- Die Varianten der Betreuung der Nachgeburtsperiode (aktives und abwartendes Management) sollten als Standard (SOP) in jeder Klinik vorhanden sein

#### Zu 12. Bonding (S.89) :

- Das Thema Bindung und Bindungsförderung sollte in die Aufklärung werdender Eltern bei der Geburtsplanung aufgenommen werden.

### **Weitere Anmerkungen**

#### Zu 3.3.5 Versorgungspfad (S.91), Abb. 4:

- Hier sollte entsprechend der Robson-Klassifikation unterschieden werden zwischen einem Geburtsbeginn mit spontanen Wehen oder ohne (durch Einleitung oder primärer Sectio). In dem Schaubild fehlt die Einleitung als Geburtsbeginn, gleichzeitig ist sie eine überaus signifikante Variable für den Geburtsverlauf.

#### **Zu 3.3.6. Endpunkte:**

##### Säuglingssterblichkeit

- Die DGHWi empfiehlt die Verwendung der perinatalen Sterblichkeit (tot geboren, sowie innerhalb von 7 Lebenstagen verstorben)<sup>25</sup> oder der neonatalen Sterblichkeit (innerhalb von 7 Lebenstagen verstorben) anstelle der Verwendung der Säuglingssterblichkeit (S. 94, S. 100) (im ersten Lebensjahr verstorben)<sup>25</sup>. Dabei sollte sich auch an internationalen Mortalitätskennziffern orientiert werden<sup>19</sup>. Die Säuglingssterblichkeit scheint als Bezugsmaß für die geburtshilfliche Versorgung weniger geeignet.
- Im Bereich der Totgeburten ist Deutschland unter 45 High-Income Countries weltweit im Mittelfeld<sup>26</sup>. Im Bereich der neonatalen Sterblichkeit fehlt ein internationaler Vergleich, da keine Daten bereitgestellt wurden<sup>19</sup>. Die Begründung diesen Endpunkt nicht zu verwenden, erscheint daher nicht richtig.

### Endpunkt Sectio

- Auch wenn eine optimale Rate nicht fundiert eingeschätzt werden kann, so wird mit Blick auf die vergleichsweise hohen Sectoraten in Deutschland das Qualitätsziel weniger Kaiserschnitte im Qualitätsindikator 52249 Kaiserschnittgeburt des Leistungsbereiches 16/1 Geburtshilfe formuliert. Potenzial für eine Senkung wird allgemein in der Rate der primären Sectiones bei reifen Einlingen in Schädellage gesehen. In der Perinatalerhebung und den jährlichen dazugehörigen Berichten erfolgt die Aufschlüsselung der Sectoraten entsprechend der Robson Klassifikationen. Die Klassifikationen 2 und 4 beschreiben die Kaiserschnittgeburten reifer Einlinge in Schädellage ohne vorherige Wehentätigkeit (primäre Sectio). Ein datenbasierter Wert in diesen beiden Klassifikationen als Orientierung für eine optimale Rate könnte möglicherweise als Endpunkt formuliert werden.

### Maternale Gesundheit (S.95):

- Es sollten Maßnahmen bedacht werden, um okkulte Dammverletzungen besser zu detektieren<sup>27</sup>.

### Episiotomie

- Im Vorbericht wird erwähnt: „*Verschiedene Studien haben aber auch aufgezeigt, dass ein selektiver Dammschnitt bei medizinischer Indikation das Auftreten von höhergradigen Dammrissen verringern kann (Jiang et al. 2017).*“ (S. 96). Dies lässt die Interpretation zu, dass ein selektiver Dammschnitt bei medizinischer Indikation das Auftreten höhergradiger Dammrisse verringern kann. Die zitierte Studie vergleicht jedoch routinemäßige Episiotomien mit selektiven Episiotomien und kommt zu dem Schluss: „*The review thus demonstrates that believing that routine episiotomy reduces perineal/vaginal trauma is not justified by current evidence*“<sup>28</sup>.

### Weitere Endpunkte

- Gemäß der Nationalen Stillstrategie sollte als weiterer Endpunkt das Stillen aufgenommen werden. Ein Fokus darauf wird schon seit vielen Jahren in babyfreundlichen Krankenhäusern in Deutschland gelegt, auch wenn dieses Zertifikat von nur etwa 100 Kliniken aktuell gehalten wird und damit weit von einer flächendeckenden Versorgung entfernt ist<sup>29</sup>. Babyfreundlich® basieren auf einer Empfehlung der internationalen Initiative der WHO und Unicef von 2003<sup>30</sup>. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass die Stillquote von Müttern, die Unterstützung beim Stillen erhalten, steigen<sup>31</sup>. Aber auch der Einsatz von Familienhebammen im Rahmen der Bundesstiftung und Netzwerke Frühen Hilfen für besonders sozial vulnerable Familien verfolgen den Gedanken der kontinuierlichen Betreuung und Bewältigung des Alltags von Neugeborenen und ihren Müttern<sup>32</sup>.

### **Zu 3.3.7 Empfohlene Evaluationskennziffern (S.97-105):**

#### GE-02 Kultursensible Schulung

- Die DGHWi begrüßt die Evaluationskennziffer GE-02 Qualitätsgesicherte Schulung von Angehörigen der Gesundheitsberufe (Schwangerenzentrierung). Es wird empfohlen eine Häufig für diese Schulung mit aufzunehmen, analog zur Kennziffer GE-01. Denkbar wäre ebenfalls eine jährliche Schulung. Es wird zu bedenken gegeben, dass eine einmalige Schulung des Teams nichts ausreichend scheint, um eine lebenslange Förderung der Schwangerenzentrierung zu erreichen. Die Schulung sollte mit dem gesamten geburtshilflichen Team, insbesondere Hebammen, Ärztinnen und Ärzte, interprofessionell erfolgen. Es wird empfohlen die Schulung durch eine externe Person mit einer entsprechenden Ausbildung durchführen zu lassen.

#### GE-03 Information und Beratung der Schwangeren

- Die DGHWi begrüßt die Kennziffer GE-03 Information und Beratung der Schwangeren. Es wird empfohlen in die Liste zur Beratung bei Komplikationen auch Auffälligkeiten der fetalen Herztöne/ pathologisches CTG mit aufzunehmen, da dies eine der häufigsten Gründe für Interventionen während der Geburt darstellt sowie den Punkt protrahierte Austrittsphase.
- Zudem sollte die Information und Beratung der Schwangeren auch häufige Interventionen an diesem Geburtsort (PDA, Episiotomie etc.) umfassen. Wird beispielsweise bei jeder fünften vaginalen Geburt eine Episiotomie durchgeführt, so ist dies ein möglicherweise zu erwartendes Ereignis und sollte bereits im Vorfeld unter Angabe der Häufigkeit beraten werden, sodass die Schwangere Zeit hat sich damit zu beschäftigen und ihr Einverständnis zu geben oder zu entziehen oder einen anderen Geburtsort zu wählen.

#### GE-04 Erst-/Aufnahmeuntersuchung

- Die DGHWi begrüßt die Kennziffer GE-04 Erst-/Aufnahmeuntersuchung. Es wird empfohlen anstelle des Punktes "Erfassen des Befindens, der Wünsche und Erwartungen der Schwangeren", zwei Punkte (1) Erfassen des Befindens der Schwangeren (2) Erfassen, der Wünsche und Erwartungen der Schwangeren zu formulieren, um zu verdeutlichen, dass dies zwei verschiedene Dinge sind, die beide erhoben werden müssen.
- Die Wünsche und Bedürfnisse sollten zudem nicht erst bei der Erst-/Aufnahme Untersuchung erhoben und besprochen werden, sondern bereits im Vorgespräch in der Schwangerschaft, sodass die Schwangere die Möglichkeit hat einen anderen Geburtsort zu wählen, falls der aktuelle nicht adäquat auf ihre Wünsche und Bedürfnisse eingehen kann. Zudem erlaubt dies eine eingehende Beschäftigung mit diesem Thema im Vorfeld der Geburt und die Schwangere muss nicht mit Wehentätigkeit diese möglicherweise kommunikationsaufwändige Frage beantworten, sondern konnte dies ggf. bereits im Vorfeld darstellen.

### GE-08 Einsatz von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen

- Die DGHWi begrüßt den Qualitätsaspekt des abwartenden Managements in der Nachgeburtsperiode (S. 89, S. 104). Es wird empfohlen dieses präzise zu definieren. Zum Beispiel: Unter abwartendem Management wird folgendes Vorgehen für mindestens 60 Minuten verstanden: Keine routinemäßige Anwendung von Uterotonika, kein Abklemmen der Nabelschnur, bevor deren Pulsation beendet ist sowie Geburt der Plazenta und der Eihäute spontan durch die Mutter (siehe S3 Leitlinie Vaginale Geburt am Termin).

### GE-10 Kontinuierliche Beurteilung von Mutter und Kind

- Die DGHWi begrüßt die Kennziffer GE-10 Kontinuierliche Beurteilung von Mutter und Kind. Es wird empfohlen den Inhalt der stündlichen standardisierten Beurteilung von Mutter und Kind zu konkretisieren. Zum Beispiel wie folgt: Befinden der Mutter, Frequenz der Kontraktionen, Mütterliche Herzfrequenz und fetale Herzfrequenz (z.B. erhoben durch ein Dopton). Diese Beurteilung umfasst kein CTG und keine vaginale Untersuchung, wenn nicht angezeigt (siehe S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin).

### GE-11 Mütterzufriedenheit

- Unter der Evaluationskennziffer GE-11 wird der Punkt Mütterzufriedenheit genannt. Die DGHWi begrüßt die Erhebung der Perspektive der Nutzer\*innen sehr, ebenso wie die Nutzung von *Patient Reported Experience Measures* (PREMs) zur Erhebung dieser. Die Verwendung der Bezeichnung *Zufriedenheit* erscheint jedoch problematisch. So sind PREMs validierte Messinstrumente zur Erhebung der Erfahrung der Nutzer\*innen mit der Versorgung. Hierbei geht es darum, was während der Versorgung passiert ist und wie es passiert ist<sup>33</sup>. PREMs sind von Zufriedenheitsmessungen abzugrenzen<sup>34,33</sup>. Im Gegensatz zur Zufriedenheitsmessung basieren PREMs auf der detaillierten Erfassung der Erfahrungen der Nutzer:innen und gelten als objektivere und zuverlässigere Methode, um die Qualität der Versorgung zu bewerten<sup>35,33</sup>. Das Konstrukt der Zufriedenheit basiert auf dem individuellen Vergleichsprozess zwischen der erwarteten und der tatsächlichen Leistung, damit ist die Erwartung ein starker Confounder bei der Messung der Versorgungsleistung<sup>36</sup>. Die Messung der Zufriedenheit erfolgt zudem vorwiegend auf der emotional-affektiven Ebene und orientiert sich eher an einer Kund:innenperspektive<sup>37,36</sup>. Zudem sind diese Instrumente weniger sensitiv<sup>38,37</sup>. PREMs hingegen erfassen multidimensional die Erfahrungen der Nutzer:innen mit der Versorgung durch Fachpersonen. Die DGHWi empfiehlt daher die Verwendung der Bezeichnung und der Konzepte *Qualität aus der Perspektive der Nutzer\*innen* oder *Erfahrungen der Nutzer\*innen*.

### GE-12 Interventionsarme Geburt

- Die DGHWi begrüßt die Kennziffer GE-12 Interventionsarme Geburt. Es wird empfohlen das eine Kennziffer für jede einzelne Intervention z.B. Sectio, PDA usw. erhoben wird, damit dies für die Fachpersonen klar und einfach zu interpretieren ist. Möglicherweise ist dies auch bereits angedacht, dann könnte die Formulierung präzisiert werden.

- Es wird empfohlen, langfristig orientierende Vorgaben zu diesen Kennziffern zu machen, an denen sich das geburtshilfliche Fachpersonal orientieren kann. In Studien konnte eine interventionssenkende Wirkung solche orientierender Vorgaben gezeigt werden<sup>39</sup>.

### GE-13 Höhergradige Dammrise

- Die Evaluationskennziffer GE-13 mit der Bezeichnung Höhergradige Dammrise wird anhand von Dammrissen Grad III und Grad IV berechnet. Dabei wird angegeben, dass die Evaluationskennziffer an den Qualitätsindikator 181800 „Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV“ des Qualitätssicherungsverfahrens „Perinatalmedizin: Geburtshilfe“ angelehnt ist (S. 106). Die DGHWi empfiehlt auch für die Qualitätsverträge eine Beschränkung auf Dammrise Grad IV, um ein einheitliches Vorgehen zu gewährleisten.

### Weiterentwicklung der Evaluationskennziffern: Supervision

- Hebammen, Ärztinnen und Ärzte haben im Kontext der Geburtshilfe intensive Erlebnisse. Sie betreuen junge und meist gesunde Familien und sind gleichzeitig mit perinataler und maternaler Morbidität und Mortalität, Notfallereignissen sowie Gewalt in der Geburtshilfe konfrontiert. Dies führt auch zum Phänomen der *Second Victims* bei Geburtshelfer\*innen, dies führt zu einer verringerten Leistungsfähigkeit, insbesondere im Bereich einer empathischen Betreuung<sup>40, 41, 42, 43, 44</sup>. Die DGHWi empfiehlt daher das Einrichten einer Evaluationskennziffer *Interprofessionelle Supervision* an der verpflichtend alle Hebammen und Ärztinnen und Ärzte monatlich teilnehmen, unter der Leitung von externen Supervisor\*innen. Dies kann die Belastung des Teams reduzieren, eine interprofessionelle Zusammenarbeit befördern und damit die Qualität der Versorgung steigern. Bisher ist eine solche Supervision nur vereinzelt in Kliniken vorzufinden.

### Weiterentwicklung der Evaluationskennziffern: Geburtsnachgespräch („Debriefing“)

- International ist das Angebot eines Geburtsnachgesprächs zum Teil bereits Standard. Eine Geburt ist eine intensive und prägende Lebenserfahrung. Zum Teil werden Interventionen mit weitreichenden Konsequenzen durchgeführt, die nur kurz erläutert werden können. Ein nicht unerheblicher Teil der Gebärenden leidet unter dem Geburtserlebnis bis hin zu einem Trauma, dass auch die Wahrscheinlichkeit für postpartale psychische Erkrankungen stark erhöht<sup>45, 46</sup>. Allen Gebärenden sollte daher ein Debriefing angeboten werden, bei dem der Geburtsverlauf sowie Interventionen während der Geburt erläutert werden sowie die Erlebnisse und Eindrücke der Gebärenden angehört werden<sup>47</sup>. Dabei steht der Gebärenden zur Wahl, ob sie dieses Gespräch mit geburtsbegleitenden Fachpersonen durchführen möchte oder traumatherapeutisch mit Fachpersonen, die nicht an ihrer Geburt beteiligt waren. Die Gebärende sollte niedrigschwellig die Möglichkeit haben, dies zu dem für sie richtigen Zeitpunkt durchzuführen. Zudem bietet dies Fachpersonen die Möglichkeit einen Einblick in das Erleben, der von ihnen betreuten Personen zu erhalten<sup>48</sup>.

## Weitere Anmerkungen

- Die Kennziffern sollten um transparente und für den/die Endnutzer\*in verständliche Informationen zu Maßzahlen der Klinik oder einzelner Hebammen, Ärztinnen und Ärzten ergänzt werden<sup>49</sup>. Ein möglicher Ansatz dazu ist die Robson-Klassifikation, bei der Studien gezeigt haben, dass allein schon ihre transparente und offene Einführung zu einer Veränderung der Sectiorate geführt hat<sup>50</sup>.

### **Zu 3.3.8 Limitationen**

Es wird ausgeführt, dass CTG-Aufzeichnungen zum Teil vorgenommen werden, um bei juristischen Auseinandersetzungen nachweisen zu können, dass fachgerecht und sorgfältig gehandelt wurde (S. 107). Auf der anderen Seite wird dargestellt, dass es keine Evidenz für ein Aufnahme-CTG gibt sowie, dass dies möglicherweise mit einer erhöhten Sectio-Rate einhergehen kann (S. 75). Demzufolge erscheint die juristische Anforderung an ein Aufnahme-CTG widersprüchlich. Gutachter\*innen im Zuge juristischer Beurteilungen orientieren sich an fachlichen Standards und regulatorischen Vorgaben. Möglicherweise könnte eine eindeutig Formulierte hier eine steuernde und damit für die Fachpersonen entlastende Wirkung entfalten.

## **Weitere Anmerkungen**

Internationale Studien lassen vermuten, dass eine frühe und regelmäßige Ergebniskommunikation an die Kliniken inklusive eines Benchmarkings der Daten mitentscheidend für den Erfolg von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen sind. Die DGHWi empfiehlt eine Umsetzung dieser Empfehlungen<sup>51, 52</sup>.

Die DGHWi weist darauf hin, dass die erhobenen Daten auch von großem Interesse für die Öffentlichkeit/ Schwangere bei der Auswahl einer Klinik sind und schlägt ein Public Reporting der Daten in einer übersichtlichen und laienverständlichen Form, zum Beispiel über das Nationale Gesundheitsportal, vor.

## **Sprachliche Anmerkungen**

Die DGHWi empfiehlt die Wörter *Geburt* und *gebären* anstelle der *Entbindung* und *entbinden* zu verwenden. Das Wort *gebären* betont die aktive Rolle der Frau bei der Geburt, während *entbinden* auf die Rolle der Geburtshelfer\*innen verweist (z.B. S. 76).

Seit der Novellierung des Hebammengesetzes im Dezember 2019 führen alle Berufsangehörigen die Berufsbezeichnung *Hebamme* (HebG § 3 (2)). Die DGHWi empfiehlt daher, die Wörter *Entbindungspfleger* (z.B. S. 70) und *entbindungspflegerisch* (z.B. S. 71) zu streichen.

Die DGHWi begrüßt, dass der Text gegendert wurde und damit alle Personen unabhängig von ihrem Geschlecht einschließt. Zum Teil wurde auf das Gendern verzichtet (z.B. S. 77 Akteure, Experteninterviews; S. 80 Ansprechpartner). Hier wäre ein einheitliches Vorgehen wünschenswert.

Die DGHWi empfiehlt die Verwendung des Begriffs *interventionsarme/ interventionsfreie vaginale Geburt* anstelle der Verwendung *natürliche Geburt*, da dieser Begriff irreführend sein kann.

Die DGHWi empfiehlt entsprechend der S3 Leitlinie Vaginale Geburt am Termin die Verwendung des Begriffes *Austrittsphase* anstelle von *Austreibungsphase*, da der Begriff *Austreibungsphase* mit stark negativen Assoziationen verbunden sein kann.

Die DGHWi empfiehlt, die Unterscheidung zwischen biologischem Geschlecht und Geschlechtsidentität sprachlich zu berücksichtigen, da sich nicht alle Gebärenden selbst als Frau bezeichnen.

In der Abbildung zur *Journey Geburt des Kindes* befindet sich im Maßnahmenfeld Abklärung und ggf. Therapie (...) ein Rechtschreibfehler im Wort *Hebamme* (S. 92).

## **Zusammenfassung**

Die DGHWi begrüßt die Initiative des GBA sehr, das Instrument der Qualitätsverträge in der Geburtshilfe versuchsweise anzuwenden. Die Empfehlungen im Bericht sind eine ausgezeichnete Vorarbeit. In die Ausgestaltung sollten Hebammenwissenschaftlerinnen beteiligt werden.

## Literatur

- 1 Gesundheitsziele.de. Gesundheit rund um die Geburt. 2017. Abgerufen 27.10.2017, Available from: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales\\_Gesundheitsziel\\_Gesundheit\\_rund\\_um\\_die\\_Geburt.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf)
- 2 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi). Vaginale Geburt am Termin S3-Leitlinie der L A N G F A S S U N G [Internet]. 2020; Available from: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/015-083L\\_S3\\_Vaginale-Geburt-am-Termin\\_2021-01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-083L_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-01.pdf)
- 3 Destatis (2023): Geburten. Daten der Lebendgeborenen, Totgeborenen, Gestorbenen und der Gestorbenen im 1. Lebensjahr. Wiesbaden: Destatis. [abgerufen am 20.05.2023] URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/geburten-aktuell.html>
- 4 Spindler, Jutta (2020). Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Krankenhauspatienten auf Basis der Daten nach §21 Krankenhausentgeltgesetz. In Klauber J etal (Hg.): Krankenhausreport 2020, Springer: Berlin. Available from: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-60487-8\\_21](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-60487-8_21)
- 5 Destatis (2020a). Gesundheit, Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten der Krankenhäuser, nach Diagnosekapitel 2018. Abgerufen am 10.10.2020. Available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/diagnose-kapitel-geschlecht.html>
- 6 Destatis (2021). Die 20 häufigsten Operationen insgesamt (OPS). Stand:29.05.2021 Available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/drg-operationen-insgesamt.html>
- 7 NICE. (2021). Postnatal Care (NICE Guideline NG 194). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>
- 8 Karlstrom A, Nystedt A, Hildingsson I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. BMC Pregnancy Childbirth;15:251
- 9 Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze. § 2 Abs. 1: „Im Sinne dieses Gesetzes sind 1. Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können“. Abgerufen am 30.05.2021. Available from: [https://www.gesetze-im-internet.de/khg/\\_2.html](https://www.gesetze-im-internet.de/khg/_2.html)
- 10 Iqtig: Bundesauswertung Perinatalmedizin: Geburtshilfe, Erfassungsjahr 2021, Stand: 30.06.2022
- 11 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL), 2022
- 12 Regierungskommission für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. 2022 16.12.2022.
- 13 Erste Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe [Internet]. 2022; 8.07.2022
- 14 Nijagal MA, Wissig S, Stowell C, Olson E, Amer-Wahlin I, Bonsel G et al. Standardized outcome measures for pregnancy and childbirth, an ICHOM proposal. BMC Health Serv Res 2018; 18(1):953. doi: 10.1186/s12913-018-3732-3.
- 15 Escuriet R, White J, Beeckman K, Frith L, Leon-Larios F, Loytved C et al. Assessing the performance of maternity care in Europe: a critical exploration of tools and indicators. BMC Health Serv Res 2015; 15:491. doi: 10.1186/s12913-015-1151-2.
- 16 Limmer, Claudia Maria; Stoll, Kathrin; Vedam, Saraswathi; Leinweber, Julia; Gross, Mechthild Maria (2021): Measuring Disrespect and Abuse During Childbirth in a High-Resource Country: Development and Validation of a German Self-Report Tool.
- 17 Batram-Zantvoort, Stephanie; Alaze, Anita; Lazzerini, Marzia; Pessa Valente, Emanuelle; Mariani, Ilaria; Covi, Benedetta; Miani, Céline (2023): Verletzte Geburtsintegrität während der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Erfahrungen von Gebärenden mit der geburtshilflichen Versorgung. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 66 (3), S. 302–311. DOI: 10.1007/s00103-023-03667-7.
- 18 World Health Organization (2014) The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth
- 19 Peristat (2022): [https://www.europeristat.com/images/Euro-Peristat\\_Fact\\_sheets\\_2022\\_for\\_upload.pdf](https://www.europeristat.com/images/Euro-Peristat_Fact_sheets_2022_for_upload.pdf)
- 20 Betrán, Ana Pilar et al (2018): Optimising caesarean section use 3 - Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and baby. Lancet; 392. Abgerufen am 12.03.2019 [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)31927-5.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)31927-5.pdf)

- 
- 21 Science Media Center. Erste S3-Leitlinie für Kaiserschnitt: Hintergrund und regionale Datenanalyse. 2020.
- 22 Robson Michael S, Classification of caesarean sections. 2001 Fetal and Maternal Medical Review, 12:24
- 23 Preis H, Benyamini Y: The birth beliefs scale – a new measure to assess basic beliefs about birth, Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 2016, DOI: 10.1080/0167482X.2016.1244180
- 24 Ayerle GM, Mattern E, Striebich S, Oganowski T, Ocker R, Haastert B, Schäfers R, Seliger G. Effect of alternatively designed hospital birthing rooms on the rate of vaginal births: Multicentre randomised controlled trial Be-Up. Women Birth. 2023 Mar 17:S1871-5192(23)00041-0. doi: 10.1016/j.wombi.2023.02.009.
- 25 Destatis: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Glossar/saeuglingssterblichkeit.html>
- 26 Healthy Newborn Network (2023): <https://www.healthynewbornnetwork.org/resource/database-global-and-national-newborn-health-data-and-indicators/>
- 27 J. K. Johnson, S. W. Lindow & G. S. Duthie (2007) The prevalence of occult obstetric anal sphincter injury following childbirth—literature review, The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 20:7, 547-554, DOI: 10.1080/14767050701412917
- 28 Jiang, Hong; Qian, Xu; Carroli, Guillermo; Garner, Paul (2017): Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. In: The Cochrane database of systematic reviews 2 (2), CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub3.
- 29 Babyfreundlich e.v. (BFHI). Available from: <https://www.babyfreundlich.org/nc/fachkraefte/initiative-babyfreundlich/ueber-die-initiative.html>
- 30 WHO (2021): Promoting baby-friendly hospitals. Abgerufen am : 29.05.2021. Available from: <https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals>
- 31 McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, Veitch E, Rennie AM, Crowther SA, Neiman S, MacGillivray S. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub5
- 32 Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Available from: <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/netzwerke-fruehe-hilfen/>
- 33 Bull C, Teede H, Watson D, Callander EJ. Selecting and Implementing Patient-Reported Outcome and Experience Measures to Assess Health System Performance. JAMA Health Forum 2022; 3(4):e220326. doi: 10.1001/jamahealthforum.2022.0326.
- 34 Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Patientenbefragung. In: Pfaff H, Neugebauer E, Glaeske G, Schrappe M, Hrsg. Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik - Methodik - Anwendung. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Schattauer; 2017.
- 35 Mihaljevic AL, Michalski C, Kaisers U, Strunk G. Patientenorientierung. Chirurgie (Heidelb) 2022; 93(9):861–9. doi: 10.1007/s00104-022-01629-4.
- 36 Kowalski C. Patientenzufriedenheit und ihre Determinanten. In: Pfaff H, Neugebauer E, Glaeske G, Schrappe M, Hrsg. Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik - Anwendung: 2., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Schattauer; 2017.
- 37 Heaman MI, Sword WA, Akhtar-Danesh N, Bradford A, Tough S, Janssen PA et al. Quality of prenatal care questionnaire: instrument development and testing. BMC pregnancy and childbirth 2014; 14:188. doi: 10.1186/1471-2393-14-188.
- 38 Camacho FT, Weisman CS, Anderson RT, Hillemeier MM, Schaefer EW, Paul IM. Development and validation of a scale measuring satisfaction with maternal and newborn health care following childbirth. Matern Child Health J 2012; 16(5):997–1007. doi: 10.1007/s10995-011-0823-8.
- 39 Zhang-Rutledge, Kathy; Clark, Steven L.; Denning, Stacie; Timmins, Audra; Dildy, Gary A.; Gandhi, Manisha (2017): An Initiative to Reduce the Episiotomy Rate: Association of Feedback and the Hawthorne Effect With Leapfrog Goals. In: Obstetrics and gynecology 130 (1), S. 146–150. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002060.
- 40 Cankaya, S., Erkal Aksoy, Y., & Dereli Yilmaz, S. (2021). Midwives' experiences of witnessing traumatic hospital birth events: A qualitative study. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 27(4), 847–857. <https://doi.org/10.1111/jep.13487>
- 41 Leinweber, J., & Rowe, H. J. (2010). The costs of 'being with the woman': Secondary traumatic stress in midwifery. Midwifery, 26(1), 76–87. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.04.003>
- 42 McDaniel, L. R., & Morris, C. (2020). The Second Victim Phenomenon: How Are Midwives Affected? Journal of Midwifery & Women's Health, 65(4), 503–511. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13092>
- 43 Rice, H., & Warland, J. (2013). Bearing witness: Midwives experiences of witnessing traumatic birth. Midwifery, 29(9), 1056–1063. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.003>
- 44 Schröder, K., Edrees, H. H., Christensen, R. dePont, Jørgensen, J. S., Lamont, R. F., & Hvidt, N. C. (2019). Second victims in the labor ward: Are Danish midwives and obstetricians getting the support they need? International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care, 31(8), 583–589. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy219>

- 
- 45 Leinweber, Julia; Fontein-Kuipers, Yvonne; Thomson, Gill; Karlsdottir, Sigfridur Inga; Nilsson, Christina; Ekström-Bergström, Anette et al. (2022): Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. In: *Birth* (Berkeley, Calif.) 49 (4), S. 687–696. DOI: 10.1111/birt.12634.
- 46 Thomson, Gill; Diop, Magali Quillet; Stuijzand, Suzannah; Horsch, Antje (2021): Policy, service, and training provision for women following a traumatic birth: an international knowledge mapping exercise. In: *BMC health services research* 21 (1), S. 1206. DOI: 10.1186/s12913-021-07238-x.
- 47 Baxter JD, McCourt C, Jarrett PM. What is current practice in offering debriefing services to post partum women and what are the perceptions of women in accessing these services: a critical review of the literature. *Midwifery*. 2014 Feb;30(2):194-219. doi: 10.1016/j.midw.2013.12.013. Epub 2013 Dec 27. PMID: 24491690.
- 48 Garten, Daniela (2022): Notwendigkeit von Geburtsreflexion – die Sprechstunde als Praxismodell. In: *Hebamme* 35 (02), S. 61–66. DOI: 10.1055/a-1731-6008.
- 49 Smith DC, Phillippi JC, Lowe NK, Breman RB, Carlson NS, Neal JL, et al. Using the Robson 10-Group Classification System to Compare Cesarean Birth Utilization Between US Centers With and Without Midwives. 2020;65:10–21.
- 50 Kacerauskiene J, Minkauskiene M, Mahmood T, Bartuseviciene E, Railaite DR, Bartusevicius A, et al. Lithuania's experience in reducing caesarean sections among nulliparas. 2018 Oct 25;18(1):419. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30359241>
- 51 Flott KM, Graham C, Darzi A, Mayer E. Can we use patient-reported feedback to drive change? The challenges of using patient-reported feedback and how they might be addressed. *BMJ Qual Saf* 2017; 26(6):502–7. doi: 10.1136/bmjqs-2016-005223.
- 52 Varaganam M, Hutchings A, Neuburger J, Black N. Impact on hospital performance of introducing routine patient reported outcome measures in surgery. *J Health Serv Res Policy* 2014; 19(2):77–84. doi: 10.1177/1355819613506187.