

[Weiterentwicklung der Qualitätssicherung: IQTIG ruft zur Nennung von Qualitätsdefiziten und Verbesserungspotentialen auf - IQTIG](#)

<https://survey.iqtig.org/index.php/317611?lang=de>

*Beschreiben Sie Ihr vorgeschlagenes Versorgungsthema unter Verwendung entsprechender Evidenz (max. 6000 Zeichen)*

Im Jahr 2022 wurden in Deutschland 742.066 Kinder geboren (inklusive Todgeburten), gut 98% hiervon im klinischen Setting [1]. Damit beanspruchen Geburten in einem großen Umfang die gesundheitlichen Versorgungsstrukturen. So steht die Rekonstruktion einer geburtsbedingten Dammverletzung im Jahr 2022 an 2. Stelle der häufigsten Operationen vollstationär behandelter Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, der Kaiserschnitt an 5. [2]. Die an der Versorgung von Müttern und Kindern beteiligten Berufsgruppen schließen Hebammen, Gynäkolog\*innen, Anästhesist\*innen, Pädiater\*innen sowie Pflegenden mit ein. Der Leistungsanspruch an diese Berufsgruppen ist hoch. Zentralisierungsbestrebungen im Bereich der klinischen Geburtshilfe führen zu einem teilweise hohen Geburtenaufkommen in einzelnen Kliniken, was mitunter in Gefahrenanzeigen durch Hebammen sowie in der Abweisung von Frauen unter Wehen mündet [3]. Eine Entwicklung, die sich unmittelbar auf den ambulanten Sektor auszuwirken scheint. So ist die Rate der außerklinisch geborenen Kinder von 1,33% im Jahr 2011 bis auf 1,94% im Jahr 2022 kontinuierlich gestiegen [1]. In den sozialen Medien häufen sich zudem zunehmend Berichte zu sogenannten Alleingeburten.

Im europäischen Vergleich liegt Deutschland mit seiner Rate der tot oder zu früh geborenen Kinder sowie der durchgeführten Kaiserschnitte im oberen, zum Teil sogar weit im oberen Drittel [4], was zu einer fortwährenden Diskussion um die Qualität der Geburtshilfe in Deutschland führt. Die Diskussion schließt auch die Frage nach systemimmanenten Faktoren als Einflussgröße für hohe geburtshilfliche Interventionsraten ein. So können große Unterschiede in den Kaiserschnittsraten je nach Region [5] ebenso wie tageszeit- oder fallzahlabhängige Interventionsraten [6] konstatiert werden. Der Anstieg von Interventionsraten ist nicht trivial. Es häufen sich Hinweise, dass geburtshilfliche Interventionen mit kurz-, aber auch langfristigen gesundheitlichen Folgen für Mutter und Kind verbunden sind [7] [8]. Die im System begründeten Unterschiede lassen sich ggf. durch die Entwicklung entsprechender Qualitätssicherungskriterien nivellieren. Darüber hinaus bietet die Weiterentwicklung von geburtshilflichen Qualitätssicherungskriterien die Möglichkeit Aspekte, die bisher nur unzureichend in der Qualitätssicherung berücksichtigt wurden, wie die Müttersterblichkeit oder auch Patient reported outcome measures (PROMs) bzw. Patient reported experience measures (PREMs) in Qualitätssicherungsverfahren zu integrieren. Die Zuständigkeit hierfür fällt dabei in den Regelungsbereich des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

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

Als großes Qualitätsdefizit wird die fehlende Adressierung der Überversorgung in den derzeitigen Qualitätssicherungsverfahren angesehen. Im Abschlussbericht zur "Erweiterung des

Evaluationskonzepts zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V” des IQTIG werden Aspekte erkennbar, die diese Problematik aufgreifen. Neben den im Abschlussbericht formulierten Qualitätsanforderungen, werden an dieser Stelle weitere Qualitätsziele sowie Verbesserungspotenziale formuliert.

### **1. Qualitätsziel Förderung der physiologischen Geburt**

Dieses bereits 2013 im Expert\*innenstand Förderung der physiologischen Geburt [9] und als Teilziel im nationalen Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt [10] formulierte Ziel adressiert die vergleichsweise hohen Interventionsraten in der Geburtshilfe. 73,2% der Erstgebärenden und 59,6% der Mehrgebärenden erhalten hierzulande mindestens eine Intervention während der Geburt [11]. Wie von der Europeristatgruppe empfohlen, sollte die Rate der Geburten ohne medizinische Interventionen vorerst erhoben werden, um eine internationale Vergleichbarkeit im Einsatz von Interventionen zu erreichen. Darüber hinaus wird das Bewusstsein für die Förderung der physiologischen Geburt gestärkt. Die Einführung ist zunächst als Transparenzkennzahl später dann als Qualitätsindikator denkbar. Als medizinische Intervention werden in diesem Zusammenhang folgende Maßnahmen definiert:

- Einleitung der Wehen (mit Prostaglandinen, Oxytocin oder Eröffnung der Fruchtblase),
- Periduralanästhesie, Spinalanästhesie oder Vollnarkose,
- Zange oder Saugglocke
- Kaiserschnitt
- Dammschnitt [12]

**Verbesserungspotenziale:** Mit Senkung der Interventionsraten auf das medizinisch Notwendige wird eine effiziente und effektive Versorgung gewährleistet. Personelle, finanzielle und materielle Ressourcen werden bedarfsgerecht eingesetzt. Die Gesundheit von Mutter und Kind wird dadurch nachhaltig gestärkt.

### **2. Qualitätsziel Senkung der Episiotomieraten**

Die Tatsache, dass die Höhe der Episiotomieraten mit der Fallzahl und der Tageszeit in Zusammenhang steht [6], lässt vermuten, dass die Durchführung einer Episiotomie nicht immer medizinisch indiziert ist bzw. die Notwendigkeit einer derartigen medizinischen Intervention gegebenenfalls im Einzelfall unzureichend interpretiert wird. Eine Episiotomie erhöht das Risiko eines höhergradigen Dammrisses [13]. Analog zum Qualitätsindikator 52249 *Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kaiserschnittgeburten* sollte deshalb ein Qualitätsindikator zur Episiotomie, adjustiert nach Geburtsmodus eingeführt werden.

**Verbesserungspotenziale:** Mit Senkung der Episiotomieraten auf das medizinisch Notwendige wird eine effiziente und effektive Versorgung gewährleistet. Personelle, finanzielle und materielle Ressourcen werden bedarfsgerecht eingesetzt. Die Gesundheit der Mutter wird dadurch nachhaltig gestärkt.

### **3. Qualitätsziel Senkung der Müttersterblichkeit**

Die Rate der Müttersterblichkeit wird derzeit als Transparenzkennzahl dargestellt. Dadurch wird kein strukturierter Dialog und damit auch keine dezidierte Aufarbeitung jedes einzelnen Falles ausgelöst. Die Formulierung *Tod im Zusammenhang mit der Geburt* in den verschiedenen Veröffentlichungen zu den Perinataldaten suggeriert einen Kausalzusammenhang, wo es keinen gibt. Da viele Fälle von Müttersterblichkeit als vermeidbar angesehen werden [14], ist eine dezidierte Aufarbeitung eines jeden Falles dringend erforderlich. Um diese zu ermöglichen, sollte die Müttersterblichkeitsrate entweder von einer Transparenzkennzahl in einem Qualitätsindikator mit dem Referenzbereich *sentinel event* überführt oder aber eine Arbeitsgruppe, beauftragt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, ins Leben gerufen werden, welche die gemeldeten Fälle näher analysiert. Diese Arbeitsgruppe könnte sich aus Mitgliedern des Expertengremiums Perinatalmedizin und Weiteren zusammensetzen. Die im Abschlussbericht "Erweiterung des Evaluationskonzepts zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V" des IQTIG formulierte Ablehnung die mütterliche Mortalität als Evaluationskennziffer einzuführen, kann an dieser Stelle nicht nachvollzogen werden.

**Verbesserungspotenziale:** Qualitätsziel ist gleichsam das Verbesserungspotenzial. Das Potenzial in der Verhinderung eines Todesfalls ist selbsterklärend.

#### **4. Qualitätsziel Einbezug Nutzerinnenperspektive**

Bisher fehlt ein Einbezug der Nutzerinnenperspektive bei der Qualitätserhebung im Bereich der Geburtshilfe. Insbesondere in diesem sehr sensiblen und intimen Versorgungsbereich wäre dies wünschenswert. So weisen sowohl Studien als auch die Bundeselterninitiative Mother Hood e.V. auf traumatisch erlebte Geburten und die große Bedeutung dieser Erlebnisse für Frauen und ihre Gesundheit hin [15–17]. Möglicherweise könnte hier die Ausrichtung der Versorgung an der Perspektive der Nutzerinnen für Verbesserungen sorgen.

In den Gutachten des Sachverständigenrates für Gesundheit und Pflege wird bereits seit 2003 mehr Nutzer:innenorientierung gefordert (SVR 2003). Zur Stärkung der Nutzer:innenorientierung im Gesundheitswesen und zur Ausrichtung des Gesundheitswesens an Nutzer:innen wird die Erhebung der Nutzer:innenperspektive in der Qualitätsmessung als bedeutend angesehen [18–20]. Dabei wird auch berücksichtigt, dass nur Nutzer:innen bewerten können, ob Informationen für sie verständlich waren, ob sie respektvoll behandelt wurden oder welche Behandlungsergebnisse für sie wichtig sind [18, 20–23]. Tools zur Erhebung der Nutzer:innenperspektive sind Patient Reported Outcome Measures (PROMs) und insbesondere Patient Reported Experience Measures (PREMs).

Weltweit sind PREMs zunehmend ein wichtiges Instrument zur Qualitätsentwicklung auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung [22]. Bei der Implementierung von PREMs sollten insbesondere ein geringer Aufwand für Nutzer:innen und Fachpersonen, eine zeitnahe Rückmeldung an die Fachpersonen sowie Unterstützung bei der Beseitigung von Qualitätsmängeln angeboten werden [19].

#### **Verbesserungspotenzial**

Routinedaten können dazu beitragen einen minimalen Qualitätsstandard zu sichern, da sie große Qualitätsabweichungen im negativen Bereich gut anzeigen können [22]. Sie sind allerdings

weniger sensitiv [22, 23]. Außerdem fördern Routinedaten den Anbieter:innenbezug und die akutmedizinische und operative Ausrichtung der Gesundheitsversorgung [23]. PREMs scheinen hingegen besonders geeignet, um hohe Qualität und auch kleinere Variationen in der Versorgung abzubilden. Sie bieten zudem Informationen darüber, welche Faktoren zu Leistungsunterschieden führen und fördern damit das kontinuierliche Lernen [22].

#### *Auswirkungen der beschriebenen Qualitätsdefizite (max. 6000 Zeichen)*

Nichtmedizinisch indizierte Intervention als Teilmenge der hierzulande als hoch angesehenen Interventionsraten führen zu kurz- wie auch langfristigen Beeinträchtigungen von Mutter und Kind [7] [8]. Auch der Einsatz einer einzelnen Intervention kann bereits Interventionskaskaden nach sich ziehen [11], die ohne die Primärintervention so höchstwahrscheinlich nicht stattgefunden hätten. Der fehlende Einbezug der Nutzerinnenperspektive verhindert eine Verbesserung der Versorgungsqualität insbesondere in Bezug auf eine respektvolle Betreuung von Frauen und ihren Familien, was in einer psychischen/emotionalen Beeinträchtigung der Mütter münden kann. Derartige Beeinträchtigungen verhindern einen weiteren Kinderwunsch [24]. Gesundheitliche, durch die Geburt erfahrene Beeinträchtigungen von Frauen haben demnach auch gesamtgesellschaftliche Folgen. Eine unzureichende Effizienz und Effektivität unseres Gesundheitssystems ganz allgemein wird auch in den Daten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) deutlich. Deutschland gibt im OECD Vergleich mit 12,7% den höchsten Anteil seines Bruttoinlandsproduktes für Gesundheit aus [25], liegt aber im Bereich der Lebenserwartung nur im letzten Drittel [26].

#### *Ziele der Einführung der datengestützten Qualitätssicherung (max. 4500 Zeichen)*

Die Ziele der Einführung der datengestützten Qualitätssicherung ergeben sich aus den vorangegangenen Ausführungen. Grundsätzlich sollte ein sorgsamer Umgang mit den vorhandenen Ressourcen für eine effektive und effiziente gesundheitliche Versorgung von Frauen und ihren Kindern sowie deren nachhaltige Gesundheit Ziel jeglicher datengestützter Qualitätssicherungsverfahren sein. Die Vermeidung einer Überversorgung gebietet sich auch vor der ethischen Verpflichtung zur Nachhaltigkeit im Allgemeinen.

#### *Weitere Informationen (max. 6000 Zeichen)*

Die Datenfelder zu den Qualitätszielen 1-3 sind in der Spezifikation 16/1 bereits vorhanden. Die Einführung geeigneter PREMs Instrumente wäre eine Erweiterung des bisherigen Verfahrens.

#### Literatur

- [1] Loytved C, Schäfers R. Qualitätsbericht 2022. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Auerbach
- [2] Statistisches Bundesamt. Die 20 häufigsten Operationen insgesamt (5) (27.09.2023). Im Internet: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/drg-operationen-insgesamt.html>; Stand: 23.01.2024
- [3] Bauer NH, Villmar A, Peters M, Schäfers R. HebAB.NRW - Forschungsprojekt „Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen“. Abschlussbericht der Teilprojekte Mütterbefragung und Hebammenbefragung. Hochschule für Gesundheit Bochum. Bochum: Hochschule für Gesundheit Bochum

- [4] Euro-Peristat. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015 to 2019 2022
- [5] Kolip P, Nolting H-D, Zich K. Faktencheck Gesundheit - Kaiserschnittgeburten - Entwicklung und regionale Verteilung. Gütersloh; 2012
- [6] Schäfers R, Misselwitz B. Interventionsraten in Abhängigkeit der Tageszeit und der Fallzahl – intervention rates in relation to the time of day and the number of cases. ZHebammenwiss 2018; 6: S13-S14
- [7] Sandall J, Tribe RM, Avery L, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. Lancet 2018; 392: 1349–1357. doi:10.1016/S0140-6736(18)31930-5
- [8] Belghiti J, Kayem G, Dupont C, et al. Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study. BMJ open 2011; 1: e000514-e000514. doi:10.1136/bmjopen-2011-000514
- [9] Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege und Verbund Hebammenforschung, Hrsg. Expertinnenstandard zur Förderung der physiologischen Geburt. Osnabrück: DNQP; 2013
- [10] Bundesministerium für Gesundheit. Nationales Gesundheitsziel - Gesundheit rund um die Geburt. 4. Aufl. Frankfurt am Main: Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG; 2017
- [11] Petersen A, Poetter U, Michelsen C, et al. The sequence of intrapartum interventions: a descriptive approach to the cascade of interventions. Arch Gynecol Obstet 2013; 288: 245–254. doi:10.1007/s00404-013-2737-8
- [12] Euro-Peristat. Indicators of Perinatal Health (26.05.2023). Im Internet: <https://www.europeristat.com/our-indicators/indicators-of-perinatal-health.html>; Stand: 26.05.2023
- [13] Okeahialam NA, Sultan AH, Thakar R. The prevention of perineal trauma during vaginal birth. Am J Obstet Gynecol 2023. doi:10.1016/j.ajog.2022.06.021
- [14] Rath W, Tsikouras P. Müttersterbefälle weltweit rückläufig, aber häufig vermeidbar! Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie 2018; 222: 143–151. doi:10.1055/a-0607-2816
- [15] Mother Hood e.V. Gewalt in der Geburtshilfe: Hunderttausende betroffen. Im Internet: <https://mother-hood.de/aktuelles/gewalt-in-der-geburtshilfe-hunderttausende-betroffen/>; Stand: 25.01.2024
- [16] Ayers S, Horsch A, Garthus-Niegel S, et al. Traumatic birth and childbirth-related post-traumatic stress disorder: International expert consensus recommendations for practice, policy, and research. Women Birth 2023. doi:10.1016/j.wombi.2023.11.006
- [17] Kuipers YJ, Thomson G, Goberna-Tricas J, et al. The social conception of space of birth narrated by women with negative and traumatic birth experiences. Women Birth 2023; 36: e78-e85. doi:10.1016/j.wombi.2022.04.013
- [18] Jamieson Gilmore K, Corazza I, Coletta L, et al. The uses of Patient Reported Experience Measures in health systems: A systematic narrative review. Health Policy 2023; 128: 1–10. doi:10.1016/j.healthpol.2022.07.008
- [19] Rosis S de, Cerasuolo D, Nuti S. Using patient-reported measures to drive change in healthcare: the experience of the digital, continuous and systematic PREMs observatory in Italy. BMC Health Serv Res 2020; 20: 315. doi:10.1186/s12913-020-05099-4
- [20] Eberle K-R, Schlagbauer K. „Patient reported outcome measures“ in der öffentlichen Berichterstattung : Objektivierung von Qualitätsangaben über Ärzte und Krankenhäuser. Unfallchirurg 2020; 123: 348–353. doi:10.1007/s00113-020-00801-x

- [21] Depla AL, Lamain-de Ruiten M, Laureij LT, et al. Patient-Reported Outcome and Experience Measures in Perinatal Care to Guide Clinical Practice: Prospective Observational Study. *J Med Internet Res* 2022; 24: e37725. doi:10.2196/37725
- [22] OECD. Recommendations to OECD ministers of health from the high level of health statistics. Strengthening the international comparison of health system performance through patient-reported indicators; 2017
- [23] Pfaff H., M. Schrappe, K. W. Lauterbach, U. Engelmann, & M. Halber, Hrsg. Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. Bern: Hans Huber.; 2003
- [24] Rijnders M, Baston H, Schönbeck Y, et al. Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth* (Berkeley, Calif.) 2008; 35: 107–116
- [25] OECD. Health expenditure and financing (25.01.2024). Im Internet: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>; Stand: 25.01.2024
- [26] OECD. Health Status (25.01.2024). Im Internet: [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT); Stand: 25.01.2024