

Stellungnahme

**der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zu
den „Methodischen Grundlagen des IQTIG“ Version 2.1**

Autorin: Nina Schurig

Datum: 20.05.2024

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (DGHWi) nimmt Stellung zu den „Methodischen Grundlagen des IQTIG“ in der Version 2.1. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) ist die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragte Institution, Maßnahmen zur Transparenz und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen in Deutschland zu entwickeln. Aus Sicht der DGHWi ist der Einbezug der Besonderheiten der gesundheitlichen Versorgung in der Perinatalzeit in die methodische Ausarbeitung von Qualitätsindikatoren und Qualitätskennzahlen von großer Bedeutung. In 2021 und 2022 standen beispielsweise die am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen bei vollstationärer Behandlung in direktem Zusammenhang mit der Perinatalzeit^{1,2}.

Stellungnahme zum Kapitel 4.1 „Qualitätsindikatoren und Qualitätskennzahlen“

Grundsätzlich begrüßt die DGHWi die Nutzung von quantitativ erhobenen Qualitätsindikatoren und Qualitätskennzahlen, da sie eine solide Grundlage schaffen, die Versorgung in verschiedenen Einrichtungen vergleichend darzustellen. Wir weisen darauf hin, dass aus hebammenwissenschaftlicher Sicht nicht nur die Nutzung von Kennzahlen (im Sinne z. B. einer Anzahl an Interventionen / Komplikationen, die nicht überschritten werden darf) sinnvoll ist, sondern zusätzlich die Nutzung einer erwarteten Anzahl an physiologischen Geburten als Qualitätsindikator, bei denen auch ein „Nichtintervenieren“ darstellbar sein muss. Hierbei sei darauf hingewiesen, dass die Definition des Begriffs „physiologische Geburt“ unter Fachleuten und Wissenschaftlern kontrovers diskutiert wird^{3,4}. Die gängigen Definitionen unterscheiden sich unter Expert:innen u.a. bezüglich der Risikobewertung im Geburtsprozess. Die Anzahl der Interventionen, die zu einer physiologischen Geburt führen, ist nicht eindeutig zu bestimmen, jedoch sollte, festgehalten im Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“³ und angelehnt an den deutschen Expertinnenstandard „Förderung der physiologischen Geburt“⁵, die Geburtshilfe ausschließlich mit gut begründeten und möglichst wenigen Interventionen durchgeführt werden. Die methodischen Grundlagen des IQTIG bieten derzeit keine Möglichkeit, ein Nichtintervenieren als Qualitätsindikator abzubilden. Denkbar wäre beispielsweise ein „Interventionsindex“, der ein Gesamtbild über die Zahl der durchgeführten Interventionen im Geburtsverlauf liefert. Im Sinne der Förderung der physiologischen Geburt und der Verringerung von unnötigen Interventionen⁶, welche als Teil des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“³ formuliert wurden, ist eine solche Darstellung dringend empfohlen.

Stellungnahme zum Kapitel 9 „Evaluation von Regelungen zur Qualitätssicherung“

Bezüglich der Evaluation der Regelungen zur Qualitätssicherung begrüßt die DGHWi die durch das IQTIG formulierten methodischen Grundlagen. Bezüglich der auf S. 109 formulierten Zielgruppen von Regelungen zur Qualitätssicherung möchten wir darauf hinweisen, dass neben den Patient:innen und den Leistungserbringern die Finanzierer von Gesundheitsleistungen (also private und gesetzliche Krankenversicherungen) ebenfalls als Zielgruppe der Qualitätssicherung gelten müssen. Dies ist aus hebammenwissenschaftlicher Sicht besonders bedeutsam, da bei der Versorgung der physiologischen Schwangerschaft und Geburt nicht dieselben Wirtschaftlichkeitsaspekte herangezogen werden können wie bei der Versorgung von kranken

Personen. Zusätzlich sind die Empfänger der Gesundheitsleistung im System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht die Financier der Gesundheitsleistung, was erhebliche Effekte auf individuelle Bewertung von „Qualität“ durch Leistungserbringer haben kann. Eine personenzentrierte Versorgung von Gebärenden unter der Geburt, die zu einer positiven subjektiven Geburtserfahrung führt⁶, kann zu einer langfristig besseren Gesundheit von Mutter und Kind führen⁷⁻⁹. Damit könnten Folgekosten negativer Geburtserfahrungen über die gesamte Gesellschaft gemindert werden – dies allerdings nur durch eine ausreichende Finanzierung der physiologisch orientierten Geburtshilfe. Eine detaillierte Auseinandersetzung mit diesen kurz- und langfristigen Kosten im Rahmen der Bewertung der Qualität in der Geburtshilfe ist erstrebenswert. Dies ist möglich, indem die Financier als eigene Zielgruppe der Qualitätssicherung aufgeführt werden und ihre Ziele gegenüber den Bedürfnissen von Patient:innen sowie Leistungserbringern dargestellt werden. Des Weiteren anbei ein Hinweis darauf, dass sich die Ziele und Bedürfnisse von Hebammen als maßgebliche Versorgergruppe der Schwangeren und Gebärenden von den Bedürfnissen der ärztlichen Kolleg:innen unterscheiden können (z. B. aufgrund von unterschiedlichen Arbeitsbedingungen). Eine detaillierte Aufarbeitung der Ziele einzelner Gruppen an Leistungserbringern, die Patientinnen gleichzeitig bei der Geburt betreuen, kann sich hierbei speziell für die Geburtshilfe als hilfreich erweisen.

Stellungnahme zum Kapitel 10 „Literaturrecherchen und Evidenzsynthese“

In Kapitel 10 existiert derzeit keine Spezifizierung, welche Qualifikationen die Personen aufweisen sollten, die die Literaturrecherche und wissenschaftliche Bewertung bezüglich einzelner Fachbereiche durchführen. Wir empfehlen die Qualifikationen, die die Personen aufweisen müssen, in den methodischen Grundlagen zu vermerken (angelehnt beispielsweise an die DIN-Norm EN ISO 9001:2015, in welcher spezifiziert wird, dass die Qualifikationen von Beauftragten für Qualitätssicherung ausführlich dargestellt werden sollen¹⁰). Im Falle einer geburtshilflichen Recherche sollten immer beide Berufsgruppen, also sowohl Hebammen als auch Ärzt:innen hinzugezogen werden. Dies gilt analog bei allen Prozessen, in denen bezüglich der Qualität der Geburtshilfe recherchiert und evaluiert wird.

Wir empfehlen des Weiteren, neben Leitlinien, systematischen Reviews und Primärstudien auch Ethikrichtlinien und Gesetze in die Recherche einzubeziehen (z. B. die Ethikrichtlinien des Deutschen Hebammenverbandes; das Deutsche Hebammengesetz (HebG) oder auch internationale Pendant). So ist beispielsweise eine Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen, bei der Hebammen selbstständig die ihnen im Rahmen des HebG zugestandenen Tätigkeiten (im Speziellen die Begleitung der physiologischen Schwangerschaft und Geburt) durchführen dürfen (midwife-led care) und sich dabei an Ethikrichtlinien orientieren, eine deutliche Aufwertung der Versorgungsqualität (weniger Eingriffe, positivere Geburtserfahrung bei gleicher Morbidität / Mortalität¹¹)

Stellungnahme zum Kapitel 12 „Auswahl von Inhalten bei der Entwicklung von Qualitätsmessungen“

Wir weisen darauf hin, dass im Rahmen der Auswahl von Inhalten neben der Patientenperspektive, der Perspektive von Versorgenden und der wissenschaftlichen Literatur auch die Perspektive der Krankenversicherungen kritisch reflektiert werden muss (siehe Stellungnahme zum Kapitel 9). Speziell im Hinblick auf die klinische Geburtshilfe besteht eine deutliche Diskrepanz zwischen der Qualität der Arbeit und der Finanzierung durch die Krankenkasse. Dies liegt insbesondere daran, dass in der Geburtshilfe gute Qualität oft dann geliefert wird, wenn möglichst wenige Diagnosen gestellt bzw. Interventionen durchgeführt wurden. Dies ist im Speziellen dem geschuldet, dass die durch Versorgende durchgeführten Interventionen während der Geburt häufig zusätzliche Diagnosen nach sich ziehen können. Eine physiologisch orientierte Geburtshilfe, die mit minimalen Interventionen auskommt und damit i. S. d. Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“³ agiert, passiert i. d. R. unter großem personellen Aufwand und ist zeit- und ressourcenintensiv, bringt aber im aktuellen DRG-System den Versorgenden am wenigsten Vergütung ein. Die Perspektive der Krankenversicherungen auf die geburtshilfliche Arbeit, die sich in der Vergütung widerspiegelt, kann die Bewertung der Qualitätsmerkmale durch Versorgende hierdurch stark beeinflussen. Dies sollte reflektiert werden.

Stellungnahme zum Kapitel 13 „Eignung von Qualitätsmessungen“

An dieser Stelle folgt nochmals der Hinweis, dass zur Eignungsbeurteilung der Qualitätsindikatoren für patientenrelevante Verbesserungen in der Geburtshilfe unbedingt immer Hebammen und Fachärzt:innen der Geburtshilfe beteiligt werden sollten, die sich für jede Eignungsbeurteilung, wenn möglich einig sein sollten. Die Frage, welche Indikatoren Merkmale der Versorgung abbilden, die zur patientenrelevanten Verbesserung beitragen, unterscheidet sich von anderen Fachgebieten der Medizin, da (gesunde) Schwangere und Gebärende, die den Hauptteil der Patientinnen ausmachen, grundsätzlich vorerst keine behandlungsbedürftige Erkrankung aufweisen, sie sich aber dennoch in stationärer Behandlung befinden. Die Eignung muss also nicht nur dahingehend beurteilt werden, ob patientenrelevante Endpunkte verbessert werden, sondern auch dahingehend, ob patientenrelevante Endpunkte nicht verschlechtert werden (z. B. durch unnötige Eingriffe, die negative Folgen haben können, selbst wenn Mutter und Kind nach der Geburt gesund sind). Hierbei verweisen wir insbesondere auf die Bewertung des Nutzens einer physiologischen Geburt mit wenigen Interventionen, die sich deutlich unterscheiden kann, beispielsweise je nachdem, ob kurzfristige oder langfristige Maßstäbe angesetzt werden und welche Formen von Gesundheitsverbesserung in die Entscheidung einbezogen werden (z. B. körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden anstatt lediglich das Freisein von Krankheit entsprechend der Ottawa-Charta von 1948¹²). Aus diesem Grund empfehlen wir, alle relevanten Berufsgruppen in diese Entscheidung einzubeziehen und dies auch in den methodischen Grundlagen darzustellen. Wir möchten beifügen, dass bei der Beurteilung des Potenzials zur Verbesserung neben Literatur, Fokusgruppen, Beratungen und eigenen Datenanalysen auch internationale Leitlinien herangezogen werden sollten. Ein Beispiel

unseres Fachbereiches wären die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization; WHO) für die geburtshilfliche Versorgung mit dem Ziel einer positiven Geburtserfahrung⁴, die bisher nur teilweise in der geburtshilflichen klinischen Routine umgesetzt werden können.

Stellungnahme zum Kapitel 15 „Bewertungskonzepte und Referenzbereiche“

Die DGHWi begrüßt die Nutzung der in Kapitel 15 beschriebenen Referenzbereiche. Wir schlagen vor, bei der Spezifizierung von kriteriumsbezogenen Referenzbereichen internationale Empfehlungen einzubeziehen und dies auch in den Methoden zu vermerken. Kriteriumsbezogene Referenzbereiche spielen in der geburtshilflichen Versorgung eine besondere Rolle, da in Deutschland, ebenso wie in einigen anderen Industriestaaten, bezogen auf aktuelle WHO-Empfehlungen eine systematische Überinterventionierung („too much, too soon“) in der Geburtshilfe besteht¹³. Ein Beispiel hierfür ist die überhöhte Kaiserschnitttrate, die laut WHO-Empfehlung bei ca. 10 - 15 % liegen sollte, um die besten Ergebnisse für Mutter und Kind zu erzielen^{14,15}. Diese lag in 2021 in Deutschland bei ca. 30 % und unterschied sich maßgeblich von den Raten in anderen OECD-Staaten (in 2021 z. B. 42 % in Polen und 16 % in Norwegen)¹⁶. Hierbei sei zusätzlich darauf hingewiesen, dass die Wunschkaiserschnitttrate in Deutschland nur ca. 2 % beträgt¹⁷. Hierdurch zeigt sich, dass sich medizinische Routineentscheidungen in der Geburtshilfe weltweit stark unterscheiden können. Um hohe Qualität abzubilden, sollten bezüglich aller kriteriumsbezogenen Referenzbereiche die internationalen Empfehlungen der WHO maßgeblich miteinbezogen werden.

Stellungnahme zum Kapitel 20 „Methoden der Datenanalyse“

Zu den statistischen Methoden der Datenanalyse bleibt abschließend Folgendes zu sagen: Grundsätzlich befürworten wir die beschriebenen statistischen Methoden, die die Auswertung vollumfänglich und nachvollziehbar darstellen. Zum Thema Risikoadjustierung ist aus hebammenwissenschaftlicher Sicht (zusätzlich zu den Ausführungen des IQTIG) zu berücksichtigen, dass die Morbidität des eigenen Patientenkollektivs u. a. von den Diagnosen der Leistungserbringer selbst abhängig ist. Speziell in der Geburtshilfe werden Risikofaktoren häufig erst während der Schwangerschaft von den Leistungserbringern identifiziert. Stellt also ein Leistungserbringer häufiger schwangerschaftsbezogene Diagnosen als ein anderer, so könnte das eigene Patientenkollektiv als risikobehafteter angesehen und somit die Qualität der Behandlung fälschlicherweise überbewertet werden. Dies gilt es bei der Risikoadjustierung zu berücksichtigen. Ein Beispiel aus der Geburtshilfe hierfür wäre die Gewichtsschätzungen des Kindes durch Ultraschall und darauf basierende Diagnosen und Therapieempfehlungen (z. B. bei V. a. Makrosomie). Laut den Ausführungen des IQTIG werden Expertengremien in die Auswahl potenzieller Risikofaktoren einbezogen. Hier sollte aufgeführt werden, dass alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen als Expert:innen einbezogen werden (im Falle der Geburtshilfe beispielsweise Hebammen und geburtshilflich tätige Ärzt:innen). Ein weiterer Aspekt, den es zu bedenken gilt (z. B. wenn additive Scores zur Risikobewertung gebildet werden) ist, dass die Frage danach, welche Risikofaktoren tatsächlich Eingriffe nach sich ziehen sollten, nicht immer eindeutig beantwortet werden kann. Es gibt in der Geburtshilfe Risikofaktoren

mit, oder ohne direkte Handlungsfolge. Beispiele für Risikofaktoren ohne direkte Handlungsfolge wären z. B. Gebärende unter 18 oder über 35 Jahre, psychische Vorerkrankungen oder Z. n. Sectio ohne Schwangerschaftskomplikationen. Selbst wenn mehrere dieser Risikofaktoren vorliegen, sollten bei diesen Gebärenden (bei fehlender zusätzlicher Indikation) keine erhöhte Anzahl an Eingriffen durchgeführt werden. Die Erhebung dieser Risikofaktoren dient den Versorgenden lediglich dazu, wachsam bezüglich zusätzlich auftretender Komplikationen zu sein. Nur in Kombination mit zusätzlichen Komplikationen rechtfertigen sich also zusätzliche Eingriffe. Die Zusammenstellung der additiven Scores zur Beurteilung des individuellen Risikos stellt sich hierdurch für die Geburtshilfe als äußerst komplex heraus. Diese Tatsache sollte in der methodischen Darstellung reflektiert werden. Dies gilt analog für die statistische Modellierung. Zum Thema Follow-up Indikatoren ist aus unserer Sicht dringend eine sektorenübergreifende Erhebung notwendig. So können durch Qualitätsprobleme in der Geburtshilfe (z. B. hohe Interventionsraten, fehlende Aufklärung / informierte Entscheidung der Gebärenden, erschwelter Zugang zu geburtshilflicher Versorgung durch lange Anfahrtswege) massive Folgekosten und unerwünschte Gesundheitsfolgen bei den Patientinnen entstehen. Diese müssen sektorenübergreifend über lange Zeiträume berücksichtigt werden, um Qualität hinreichend abzubilden. Solche Folgen könnten u. a. zusätzliche ambulante Kinderwunschbehandlungen, Risikofaktoren / Pathologien oder massive Geburtsangst bei Folgeschwangerschaften, Re-Sectiones (und die entsprechenden Risiken und Folgen hiervon), chronische Schmerzen oder psychotherapeutische Behandlungen^{7,18,19} sein.

Insgesamt begrüßt die DGHWi die „Methodischen Grundlagen des IQTIG“ in der Version 2.1. Wir empfehlen, die, verglichen mit anderen medizinischen Fachbereichen, besonderen Aspekte der geburtshilflichen Versorgung bei den methodischen Grundlagen zur Bewertung der Qualität deutlicher zu berücksichtigen, sodass die Qualität der Geburtshilfe im Rahmen der Bewertungen des IQTIG in Zukunft noch besser abgebildet werden kann.

Literatur:

- 1 Marraffa T., Peters M. (2023). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Entwurf einer Formulierungshilfe der Bundesregierung für die Fraktionen der SPD, von Bündnis 90/Die Grünen und der FDP für ein Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz), 26.08.2023
- 2 Statistisches Bundesamt (2024). Häufigste Fallpauschalen bei vollstationär behandelten Krankenhauspatienten in Deutschland im Jahr 2022. Abgerufen von: [de.statista.com](https://de.statista.com/statistik/daten/studie/248150/umfrage/die-zehn-haeufigsten-fallpauschalen-bei-krankenhauspatienten).
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/248150/umfrage/die-zehn-haeufigsten-fallpauschalen-bei-krankenhauspatienten>
- 3 Bundesministerium für Gesundheit (2017). Nationales Gesundheitsziel. Gesundheit rund um die Geburt. Abgerufen von:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesundheit_rund_um_die_Geburt_barrierefrei.pdf
- 4 Henshall BI, Grimes HA, Davis J, East CE (2024). What is 'physiological birth'? A scoping review of the perspectives of women and care providers. *Midwifery*. 2024 May;132:103964.
- 5 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege und Verbund Hebammenforschung (2014) Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.
- 6 WHO (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
- 7 Sudhinaraset M, Landrian A, Golub GM, Cotter SY, Afulani PA. (2021). Person-centered maternity care and postnatal health: associations with maternal and newborn health outcomes. *AJOG Glob Rep*. 2021;1(1):100005.
- 8 Attanasio LB, Ranchoff BL, Paterno MT, Kjerulff KH. (2022). Person-Centered Maternity Care and Health Outcomes at 1 and 6 Months Postpartum. *J Womens Health (Larchmt)*. 2022;31(10):1411-21.
- 9 Sudhinaraset M, Landrian A, Afulani PA, Diamond-Smith N, Golub G. (2020) Association between person-centered maternity care and newborn complications in Kenya. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;148(1):27-34.
- 10 Norm DIN EN ISO 9001 Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen (ISO 9001); Deutsche und Englische Fassung EN ISO 9001
- 11 Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S, Jones LV, Shennan AH, Rayment-Jones H. (2024) Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024, Issue 4. Art. No.: CD004667.
- 12 WHO Europa (1986) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Deutsche Fassung. Abgerufen von:
www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- 13 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. *Lancet*. 2016; 388: 2176-2192
- 14 WHO (2021). Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access; 2021. Abgerufen von:
<https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>
- 15 WHO (2015). WHO statement on caesarean section rates; 2015. Abgerufen von:
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
- 16 OECD (2024), Caesarean sections (indicator). doi: 10.1787/adc3c39f-en. Abgerufen von:
<https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm>
- 17 Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2014). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 18/2249 – Entwicklung der Kaiserschnittrate. Band 18, Nr. 2365, 18. August 2014. Abgerufen von:
<https://dserver.bundestag.de/btd/18/023/1802365.pdf>
- 18 Angolile CM, Max BL, Mushemba J, Mashauri HL. (2023). Global increased cesarean section rates and public health implications: A call to action. *Health Sci Rep*. 2023 May 18;6(5):e1274.
- 19 Oladapo OT, Tunçalp Ö, Bonet M, Lawrie TA, Portela A, Downe S, Gülmezoglu AM. (2018) WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. *BJOG*. 2018 Jul;125(8):918-922. doi: 10.1111/1471-0528.15237. Epub 2018 May 15. PMID: 29637727; PMCID: PMC6033015.