

Stellungnahme
der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
zum
Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im
Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen
(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Autorinnen: Prof.in Dr.in Lea Beckmann, Claudia Donner M. A.

Datum: 25.04.2024

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) begrüßt den Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen. Die im Gesetzentwurf genannten Ziele: Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten sowie eine Entbürokratisierung decken sich mit den Forderungen der DGHWi. Gute, und damit interventionsarme Geburtshilfe, ist jedoch mit einem auf Fallpauschalen basierenden System nur bedingt umsetzbar. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt schafft das bestehende, auf Fallpauschalen basierende System der Krankenhausvergütung ökonomische Fehlanreize [1], die zu einer Verwerfung in der Versorgung der werdenden Familien führen. Die Geburt eines Kindes ist ein natürlicher Vorgang, bei dem es im Idealfall weniger oder keiner Interventionen bedarf. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die „gekonnte Nichtintervention“ nicht zum finanziellen Nachteil einer Klinik führen darf [2]. Finanzielle Anreize, die einen krankheitsorientierten Blick und damit einseitig das Vornehmen von Interventionen fördern, sind in der Geburtshilfe zwingend und zum Wohle der werdenden Familien zu unterlassen. Es ist gut belegt, dass auch geringe Interventionen in der Geburtshilfe häufig weitere Interventionen nach sich ziehen. Sogenannte Interventionskaskaden, enden nicht selten in einem pathologischen Verlauf bis hin zum Kaiserschnitt [3].

Die DGHWi gibt zudem zu bedenken, dass der Umstand, dass Hebammen trotz ihrer essenziellen Rolle in der Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen mit ihren Neugeborenen in dem Gesetzentwurf als eigenständige Berufsgruppe nicht genannt werden, weiterhin zu strukturellen Problemen in der Praxis führen wird. Die Potentiale und rechtlich abgesicherten Kompetenzen dieser Berufsgruppe werden für die klinische Versorgung weiterhin nicht ausreichend genutzt.

In Deutschland wurde die Hinzuziehungspflicht einer Hebamme bei jeder Geburt in der Novellierung des Hebammengesetzes im November 2019 bestätigt [4]. Hebammen sind zudem befugt und beauftragt, außerklinische Geburten eigenständig zu betreuen. Hebammenbetreuung unterstützt nachweislich die Sicherheit von Gebärenden und ihren Neugeborenen [5]. In Deutschland finden 98% aller Geburten in einem Krankenhaus statt. Hier gilt es die Physiologie dieses Prozesses zu unterstützen. Darum ist es zwingend notwendig, die Berufsgruppe der Hebammen im vorliegenden Gesetzentwurf explizit zu berücksichtigen und im weiteren Verfahren der hebammengeleiteten Geburtshilfe eine eigene Leistungsgruppe zuzuordnen. Nur so können die Kompetenzen genutzt und die existierenden Widersprüche in den Anforderungen zwischen Maximal- und Regelversorgung in der Geburtshilfe aufgelöst werden.

Zu A Problem/Ziel

Die DGWHi stellt fest, dass sich das klinische Versorgungsangebot für Schwangere und Gebärende in den vergangenen Jahren bundesweit verschlechtert hat. Um diesen negativen Trend durch die Reform zu stoppen und umzukehren, müssen wichtige Weichen vom Gesetzgeber gestellt werden.

Einleitend ist zu sagen, dass eine flächendeckende Geburtshilfe,

- der Ausbau der hebammengeleiteten Kreißsäle,
- die Einhaltung der normativen Bedingungen des Hebammengesetzes und der Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen,
- und die bestehenden Dienst- und Begleitbeleghebammen-Systeme

zwingend erhalten und geschützt werden müssen.

Weiter gilt es die leitlinienkonforme Eins zu Eins Begleitung in der Geburtshilfe weiter auszubauen und daraus resultierend eine Finanzierung von Geburtshilfe zu schaffen, um die angemessene Personalbemessung für eine Eins zu Eins Geburtshilfe zu ermöglichen [6]. Hier liegen bereits Berechnungstabellen vor.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist es einem Großteil der klinischen geburtshilflichen Abteilungen nicht möglich, kostendeckend zu arbeiten. Sie sind auf eine Querfinanzierung innerhalb der Klinikträger durch andere kosteneffektive Abteilungen angewiesen [7]. Es ist notwendig, Strukturen zu schaffen, in denen die geburtshilflichen Abteilungen mit ihren Aufgaben und Anforderungen wirtschaftlich arbeiten können und keinen finanziellen Ausgleich durch andere Abteilungen benötigen. Dies muss am physiologischen und medizinischen Bedarf der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen mit ihren Neugeborenen ausgerichtet werden. Die geburtshilfliche Abteilung jeder Klinik muss finanziell so ausgestattet sein, dass sie geburtshilfliche Entscheidungen vollkommen abseits von ökonomischer Motivation treffen kann und sie sich mit einer niedrigen Kaiserschnitttrate und wenig medizinischen Interventionen finanziell trägt.

Aufgrund der existierenden wirtschaftlichen Fehlanreize haben bereits viele geburtshilfliche Abteilungen schließen müssen. Dadurch ist eine flächendeckende medizinisch sichere Geburtshilfe in Deutschland nicht nur in bevölkerungsschwachen Regionen, sondern auch in Großstädten bzw. Ballungsgebieten nicht mehr sichergestellt. Der vorliegende Gesetzesentwurf ist gehalten, die Voraussetzungen zu schaffen, um die oben genannten Ziele der Reform auch und insbesondere für die geburtshilfliche Versorgung zu erreichen. Diese Lösungsansätze sind im vorliegenden Entwurf noch nicht ausreichend umgesetzt.

Zu B Lösungen/Nutzen

Die Einführung von Vorhaltevergütungen ist zu begrüßen, sofern sie für die Geburtshilfe unabhängig von Fallzahlen erfolgt. Die Sicherstellung einer guten Versorgung ist in diesem Bereich eine Aufgabe der Grundversorgung, die unabhängig von wirtschaftlichen Erwägungen der Bevölkerung bereitgestellt werden muss.

Geburtshilfliche Abteilungen sind unbedingt aufrecht zu erhalten oder wieder zu eröffnen. Dies sollte unabhängig von Fallzahlen sichergestellt werden. Die fortschreitende Zentralisierung birgt eigene Gefahren. Die Schließung und Verlagerung der geburtshilflichen Abteilungen wird auf

Dauer zu einer erhöhten Mortalität- und Morbidität in den bestehenden geburtshilflichen Abteilungen aufgrund von verlängerter Fahrstrecken und zu hoher Falldichte sowie Überlastung der personellen und räumlichen Kapazitäten führen [8].

Die „Festlegung von Mindestvoraussetzungen der Struktur- und Prozessqualität“ ist zu begrüßen, jedoch dürfen diese Mindestvoraussetzungen nicht an Fallmengen von Geburten gebunden sein. Diese Mindestfallmengen sind in bevölkerungsschwachen Regionen nicht umsetzbar und für eine qualitativ hochwertige Geburtshilfe auch nicht notwendig. Hohe Geburtenzahlen in wenigen Kliniken werden die Qualität der Geburtshilfe nicht steigern. Für eine effiziente Qualitätssteigerung ist es notwendig, die Prozesse und Qualitätsvorgaben der klinischen Geburtshilfe grundlegend zu modernisieren. Als erste Maßnahme empfiehlt die DGHWi deswegen den strukturellen Ausbau der hebammengeleiteten Kreißsäle im Rahmen der Reform unmittelbar vorzunehmen, sowie die Leistungsgruppe Geburt zu überarbeiten und um die hebammengeleitete, physiologische Geburtshilfe zu erweitern.

Im Referentenentwurf wird benannt, dass das INEK den gesetzlichen Auftrag erhält, bei Einführung der Vorhaltevergütung die bestehenden Fallpauschalen abzusenken. Die DGHWi gibt ausdrücklich zu bedenken, dass bereits jetzt die Fallpauschalen in der Geburtshilfe sehr knapp bemessen sind. Betreuungszeiten/ Personalanwesenheitszeiten werden nicht ausreichend abgebildet. Darüber hinaus sind Kreißsäle in den letzten zehn Jahren zu ambulanten Notfallversorgern geworden, die eine Vielzahl ambulanter Fälle abdecken. Diese Leistungen werden nicht refinanziert und sind im System nicht ausreichend dokumentiert. Wir bitten darum, dies bei der Neuberechnung der Fallpauschalen zu bedenken. Auch hierfür erscheint es notwendig, die Leistungsgruppe Geburt kritisch zu überarbeiten und zu ergänzen.

1. Im Folgenden wird auf die geplanten Änderungen Artikel 1 des Fünften Sozialgesetzbuchs eingegangen.

Zu § 115 g, h; § 116 a

Bedauerlicherweise wird an dieser Stelle die Hebammenhilfe nicht benannt. Hebammenhilfe zeichnet sich durch einen flexiblen Wechsel hinsichtlich der Betreuungsform ambulant und stationär, ebenso wie klinisch und außerklinisch aus. Die bereits bestehenden sehr flexiblen Modelle an außerklinischer und klinischer Betreuung, mit einer hohen Durchlässigkeit für die werdenden Eltern, sind weiter auszubauen und zu unterstützen. Dafür gilt es im vorliegenden Gesetzesentwurf die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen und freiberufliche Hebammenleistungen in die Regelungen mit aufzunehmen.

Zu § 135 e

Für die notwendige inhaltliche Reform der klinischen Geburtshilfe scheint der §135e zentral. Die DGHWi bedauert ausdrücklich, dass die Auseinandersetzung um die notwendige inhaltliche Reform auf den Zeitraum nach dem Beschluss des vorliegenden Gesetzes und auf die Ebene

einer Verordnungsermächtigung verlagt wurde. Der vorliegende Paragraf enthält wenige Ansatzpunkte, wie die Stärkung der physiologischen Geburtshilfe effektiv vorangetrieben werden kann, sondern beschränkt sich auf die Festlegung von Verfahrensschritten hin zu einer eventuellen inhaltlichen Reform. Daher stellt die DGHWi folgende Punkte heraus:

„(1) Für die Leistungen der Krankenhausbehandlung gelten bundeseinheitliche Qualitätskriterien, die insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität beinhalten. Zur Festlegung der Qualitätskriterien werden die Leistungen der Krankenhausbehandlung in Leistungsgruppen eingeteilt. Krankenhäuser haben die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen, deren Leistungen sie erbringen, zu erfüllen. Für jede Leistungsgruppe sind Qualitätskriterien in folgenden Anforderungsbereichen festzulegen:“

In Anlehnung an das Modell der Leistungsgruppen in Nordrhein-Westfalen (NRW) hat der Deutsche Hebammenverband (DHV) einen Vorschlag erarbeitet, wie zukünftig die passgenaue und hochwertige geburtshilfliche Versorgung in zwei Leistungsgruppen mit fachärztlicher und mit Hebammenversorgung organisiert werden kann. Dieser Ansatz wird von der deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft unterstützt.

Um die hebammengeleitete Geburtshilfe in der klinischen Versorgung abzubilden, braucht es analog zum Facharztstandard einen Standard hebammengeleitete Geburt. Da die hebammengeleitete Geburtshilfe eigenständig und ohne einen Facharzt durchführbar ist, kann der Facharztstandard hier nicht angewendet werden. Es braucht daher verbindlich festgelegte Anforderungskriterien, die in der Leistungsgruppe aus NRW noch fehlen.

„Die Qualitätskriterien sollen den aktuellen Stand der medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen Versorgung beitragen.“

Die DGHWi begrüßt ausdrücklich die Betonung einer leitlinienorientierten Versorgung der Patientinnen. In der Leitlinie zur Förderung der physiologischen Geburt sind die notwendigen Maßnahmen benannt [6]. Nachweislich förderlich ist die Eins zu Eins Betreuung und die Umsetzung hebammengeleiteter Betreuungsmodelle als Wahlmöglichkeit zusätzlich zum Facharztstandard in der Geburtshilfe. Die verpflichtende Umsetzung sollte gesetzlich geregelt werden, mindestens jedoch verbindlich in der geplanten Rechtsverordnung verankert werden.

Zu Absatz 3:

„Der Ausschuss ist in gleicher Zahl besetzt mit Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe andererseits.“

Hier sei darauf hingewiesen, dass die Hebammen nicht unter die Berufsgruppe der Pflegenden zu subsumieren sind. Da Hebammen als einzige Berufsgruppe für die Physiologie in Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit ausgebildet werden und es zudem eine gesetzlich geregelte Hinzuziehungspflicht zur Geburt gibt, sind sie für die Qualitätssicherung in

diesem Bereich unumgänglich. Aus diesem Grund empfiehlt die DGHWi dringend, dass im Ausschuss neben der Bundesärztekammer und der Pflege zusätzlich Vertreterinnen der Berufsverbände der Hebammen für alle Belange rund um die Geburtshilfe stimmberechtigt vertreten sind.

Auch im wissenschaftlichen Beratungsverfahren kommt der Hebammenwissenschaft eine andere Rolle als den ärztlichen Fachgesellschaften zu und sollte im Beratungsvorgang zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppe Geburt oder bei der Ausarbeitung einer Leistungsgruppe gestärkt werden.

Zu Absatz 4:

Da in diesem Absatz Regelungen getroffen werden, wie die Reform bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung umgesetzt werden soll, dringt die DGHWi auf eine wichtige Erweiterung der vorhandenen Vorgaben. Wie oben ausgeführt, ist es notwendig, die hebammengeleitete, physiologische Geburtshilfe innerhalb der Klinik regulatorisch besser zu verankern. Bislang ist nur der Facharztstandard als Vorgabe vorhanden, der die Anforderungen für die physiologische Geburtshilfe nicht abbildet.

Die DGHWi empfiehlt, in diesem Absatz den Hebammenkreißaal als Ersatz für einen der drei geforderten Fachärzte für die Leistungsgruppe Geburt zu verankern. Damit wird den Kliniken der regulatorische Anreiz gesetzt, dieses Modell qualitätsgesichert zu implementieren. Ein geprüfter Anforderungskatalog zum Hebammenkreißaal ist vorhanden und in der Praxis erfolgreich in Anwendung, u.a. im Bürgerhospital Frankfurt, der momentan größten geburtshilflichen Klinik Deutschlands [9]. An dieser Stelle ist der Gesetzgeber gefordert, seinen politischen Willen deutlich zu machen und die Voraussetzungen zu schaffen, damit Kliniken die Einführung von Hebammenkreißälen rechtssicher vornehmen können.

Die hebammengeleitete Geburtshilfe unterstützt nachweislich die Physiologie der Geburtshilfe und führt zu einer hohen Zufriedenheit bei den werdenden Eltern. Die bereits bestehende Möglichkeit der Risikoauditierung der hebammengeleiteten Geburtshilfe mit dem dazugehörigen Anforderungskatalog stellt ein wichtiges Qualitätsmerkmal dar. Die Verankerung des geprüften Hebammenkreißaals ergänzend zum Facharzt würde viele der bestehenden formalen Probleme bei der Umsetzung adressieren.

Zu § 135f

Die DGHWi weist erneut darauf hin, dass Mindestzahlen kein evidenzbasiertes Qualitätskriterium für die klinische Geburtshilfe darstellen. Die Festlegung von Mindestzahlen für die klinische Geburtshilfe führt zudem zu Widersprüchen zu den im Paragraphen genannten Zielen [7].

Die Vorhaltung eines ständig verfügbaren Facharztstandards kann mit der obenstehenden vorgeschlagenen Ergänzung im § 135e Absatz 4 durch die Hebammenkreißäle besser

adressiert werden als über Mindestzahlen. Dies würde sowohl Maximalversorger als auch kleine Kliniken bei der Personalplanung erheblich entlasten, unabhängig von Mindestzahlen.

Auch die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden stationären Versorgung kann für die Geburtshilfe nicht über Mindestzahlen erreicht werden. Hier wäre die Betrachtung der Bevölkerungsgruppen, der Bevölkerungsdichte sowie der zumutbaren Anfahrtszeiten notwendig. Die Liste des G-BA zu Krankenhäusern mit Anspruch auf Sicherstellungszuschläge, die basisversorgungsrelevant sind, ist im Bereich Geburtshilfe deutlich aussagekräftiger [10].

Auch das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 kann für die Geburtshilfe in Bezug auf Mindestzahlen nicht überzeugend greifen. Geburtshilfe ist ein notwendiges Angebot der Grundversorgung und sollte dem Wirtschaftlichkeitsgebot grundsätzlich nicht unterworfen sein. Geburtshilfe ist nicht planbar, unverschiebbar und Kreißsäle sind als ambulante Versorger mittlerweile unverzichtbare Teile der Versorgung von Schwangeren und Wöchnerinnen.

Kleinere Geburtshilfestationen arbeiten zudem nicht weniger wirtschaftlich als große. Bei Maximalversorgern (inklusive Perinatalzentren) liegt die Interventionsrate nachweislich deutlich höher als bei anderen Kliniken. Durch die zusätzlichen Interventionen entstehen unmittelbare und mittelbare Kosten, ohne das Outcome von Mutter und Kind zu verbessern. Die Zentrierung aller Geburten in größeren Kliniken führt häufig zu einer Risikofokussierung, die sowohl qualitativ als auch wirtschaftlich nicht sinnvoll ist.

Daher empfiehlt die DGHWi, die Geburtshilfe aus den Regelungen zu Mindestzahlen auszunehmen.

Zu § 426

Der Zeitraum der erstmaligen Vorlage eines Evaluationsberichtes zum 31. Dezember 2029 erscheint zu groß gewählt. Es wird angeregt einen zeitnahen Zwischenbericht hinsichtlich der Entwicklung der geburtshilflichen Abteilungen, der Umsetzung und kritischen Betrachtung der Mindestvorhaltezahlen und der Veränderung der Personalstrukturen zu erstellen. Insbesondere um, sollte es zu Fehlentwicklungen oder Fehlanreizen gekommen, zeitnah und adäquat zur Sicherheit der werdenden Eltern reagieren zu können.

2. Im Folgenden wird auf die geplanten Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eingegangen

Zu § 6a Absatz 2

Für die benannten 40 PKW-Fahrzeitminuten für die Geburtshilfe liegt keinerlei Evidenz vor. Der Zeitraum der 40 PKW-Fahrzeitminuten ist für eine bedarfsgerechte und medizinisch sichere geburtshilfliche Versorgung nicht angemessen, denn er gibt keinen Aufschluss auf die dann verfügbaren geburtshilflichen räumlichen und personellen Kapazitäten. Die Angabe von

Entfernungen ist für die geburtshilfliche Versorgung kein ausreichender Gradmesser. Bereits zum jetzigen Zeitpunkt wird in strukturschwachen Regionen eine längere Fahrzeit als 40 PKW-Minuten von den Familien geleistet, ohne dass garantiert ist, dass sie in der erreichten Klinik betreut werden können. Es ist zu empfehlen, dass im ersten Schritt die geburtshilfliche Versorgung ebenso wie die Leistungsgruppen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie für die flächendeckende Versorgung mit einer Fahrzeit von maximal 30 PKW-Minuten eingestuft wird und die Versorgungsstrukturen in Relation zur Bevölkerungsstruktur gesetzt wird.

Geburten sind ein natürlicher, physiologischer Prozess, der sich nicht verschieben und auch nicht zeitlich exakt berechnen lässt. Mit einer guten telemedizinischen Anbindung kleinerer Stationen an Maximalversorgungszentren sowie etablierten Notfallverlegungskonzepten muss für die Geburtshilfe keine flächendeckende Maximalversorgung vorgehalten werden. Das Vorhalten von qualitativ hochwertiger Grundversorgung 24/7 ist jedoch absolut notwendig, um die Bedarfe der werdenden Familien abzudecken.

Zu § 37

Der Vorhalte-Casemixindex kann die bereits bestehenden Fehlanreize in der Erlössteigerung manifestieren und somit aufrechterhalten. Im vorliegenden Referentenentwurf wird ausdrücklich auf eine hohe Qualität in der medizinischen Versorgung und leitlinienkonforme Arbeitsweise eingegangen. Wir wissen, dass eine qualitativ hochwertige Geburtshilfe betreuungsintensiv ist und eine geringe Interventionsrate aufweist. Das bedeutet einen hohen Personaleinsatz von Hebammen bei gleichzeitig zurückhaltender medizinischer Intervention. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird eine physiologische Geburt jedoch nur gering honoriert, operative Interventionen und die Betreuung von Risikoschwangerschaften und Geburten aber deutlich besser. Bringt eine Geburt viele Komplikationen mit sich, so wird diese finanziell lukrativer für den Krankenhausträger. Das führt in der Praxis nicht zu einem finanziellen Anreiz, frauorientierte interventionsarme Geburtshilfe vorzuhalten, sondern zum sogenannten upcoding im gesetzlich erlaubten Rahmen und der Inkaufnahme unnötiger Interventionen.

Im Rahmen der Qualitätsverbesserung ist es unbedingt anzustreben, Geburtshilfe mit möglichst wenig Interventionen und hoher Betreuungsintensität zu leisten. Dadurch werden die Folgekosten durch traumatische Geburten, Sekundärerkrankungen und unerwünschte Dispositionen der Gebärenden und Neugeborenen gesenkt. Das mütterliche und kindliche Outcome verbessert sich, bei beweisbar hoher Zufriedenheit der Familien. Die intensive Hebammenbetreuung von Geburten hat nachweislich enorm positive Effekte auf die Sicherheit von Mutter und Kind, deren Gesundheit. Qualitätsvorgaben und Vorhalte-Casemixindex führen zu Widersprüchlichkeit und Fehlanreizen in sich.

FAZIT:

Die Krankenhausstrukturreform ist notwendig und für die Geburtshilfe wünschenswert. Sie bietet die Chance, Qualitätskriterien für die interventionsarme Geburtsbegleitung einzuführen, die

Zufriedenheit der Frauen mit der Einführung von Patient-reported Outcome Measures (PROMs) and Patient-reported Experience Measures (PREMs) zu monitoren, zu evaluieren und klinische Leitlinien verpflichtend umzusetzen. Wir haben für die Geburtshilfe kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem. Das Nationale Gesundheitsziel rund um die Geburt, die aktuellen Studienergebnisse zur Eins zu Eins Betreuung, sowie die Forschung zur hebammengeleiteten Geburt und die Risikoauditierung der hebammengeleiteten Geburtshilfe bieten eine ideale Grundlage, um eine Krankenhausstrukturreform in der Geburtshilfe für die Beseitigung von Fehlanreizen zu nutzen und die Interessen der Gebärenden und ihren Neugeborenen in den Mittelpunkt zu rücken.

Literatur:

- [1] Schneider, U., Botson, H., Linder, R. (2016). Ökonomische Fehlanreize in der Geburtshilfe nach Anpassung des DRG-Systems in: 15. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 05.-07.10.2016. Berlin *German Medical Science*. <https://www.egms.de/static/en/meetings/dkvf2016/16dkvf059.shtml> [23.04.2024].
- [2] Tracy, SK. & Tracy, MB. (2003), Costing the cascade: estimating the cost of increased obstetric intervention in childbirth using population data. *BJOG* 110(8), 717-724.
- [3] Tracy, SK., Sullivan, E., Wang, YA., Black, D., Tracy, MB. (2007). Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: A population based study. *Women and Birth*, 20(2), 41-8.
- [4] Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz - HebG) 22.11.2019 https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/BJNR175910019.html [23.04.2024].
- [5] Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, et al. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129-1145.
- [6] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften e.V. (2020): Vaginale Geburt am Termin. S. 28. https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-083l_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-03.pdf [21.04.2024].
- [7] Deutsches Krankenhausinstitut (2020): Krankenhaus Barometer Umfrage 2020. S. 21 f. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2020/Krankenhaus-Barometer_2020.pdf [21.04.2024].
- [8] IGES Institut (2019). Stationäre Hebammenversorgung - Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit. https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e24893/e24894/e24895/e24897/attr_objis24976/IGES_stationaere_Hebammenversorgung_092019_ger.pdf [23.04.2024].
- [9] Köbke, A. (2024). Strukturanforderungen an den Hebammenkreißaal (HKS) als Standard für die hebammengeleitete Geburtshilfe in Deutschland. *Hebammenforum* 25(5), 1-8. https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2024/04/HF_2024_05_DHV_Strukturanforderungen_HKS.pdf [23.04.2024].
- [10] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2020). Sicherstellungszuschläge für Krankenhäuser. <https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/sicherstellungszuschlaege/> [23.04.2024].