

**Stellungnahme**  
**der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.**  
**zum Zwischenbericht des IQTIG**  
**„Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal“**

Autorinnen: Dr. rer. medic. Sabine Striebich, Cand. Dr. rer. biol. hum. Tamara Marraffa, Anke Wiemer

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

Datum: 20.10.2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 17.01.2019 das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt, ein Gesamtkonzept zur Umsetzung der einrichtungsbezogenen vergleichenden risikoadjustierten Übersichten über die Qualität der stationären Versorgung gemäß Paragraf 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V, kurz als G-BA-Qualitätsportal bezeichnet, zu entwickeln und umzusetzen.

Das neue Qualitätsportal soll Patient\*innen über die Qualität von maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung informieren und einen Vergleich der Kliniken anhand verdichteter Informationen/Kriterien ermöglichen. Hierbei sollen die konkreten Informationsbedürfnisse und Informationspräferenzen der Nutzer\*innen sowie für sie relevante Entscheidungskriterien für eine Krankenhauswahl berücksichtigt werden. Für den Zwischenbericht sollte geprüft werden, zu welchen Informationen bereits Daten vorliegen, die sich für eine Risikoadjustierung eignen, etwa aus den Qualitätsberichten der Kliniken. Darüber hinaus, sollte festgestellt werden, wozu bislang keine Daten vorliegen. Außerdem sollten konkrete Vorschläge entwickelt werden, wie diese fehlenden Daten gewonnen werden können.

Das IQTIG sollte auch geeignete Methoden zur Darstellung vergleichbarer Einheiten von Krankenhäusern entwickeln und bewerten sowie stets eine umfassende Risikoadjustierung mitbedenken. Ein besonderes Augenmerk sollte darauf gerichtet werden, wie Informationen verdichtet werden können, etwa durch Aggregation und Indexbildung, und wie aussagekräftige und handhabbare Kriterien entwickelt werden können, nach denen Patient\*innen die Qualität der stationären Versorgung beurteilen können. Und zuletzt sollten Vorschläge für die Visualisierung und Benutzerfreundlichkeit (Usability) der Portalstruktur und Portalinhalte erarbeitet werden.

Die DGHWi wird zunächst allgemeine Anmerkungen zum Qualitätsportal machen, dann auf die Relevanz des Bereichs Geburtshilfe und den Informationsbedarf schwangerer Frauen und ihrer Angehörigen eingehen, bevor konkrete Vorschläge zur Konzeption und Weiterentwicklung des Qualitätsportals gemacht werden. Hierbei bezieht sich die DGHWi stets auf Maßnahmen, die in den jeweiligen Teilzielen des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ (2017), im Folgenden NGZ abgekürzt, empfohlen werden. Zuletzt folgt noch ein Hinweis zur Methodik der Informationsaggregation.

## **Allgemeine Anmerkungen der DGHWi**

Schwangere Frauen stellen eine besondere Gruppe dar, die in Kliniken ambulante und stationäre Leistungen in Anspruch nimmt:

- Im Jahr 2019 wurden 746.960 Frauen zur geplanten Klinikgeburt stationär aufgenommen (IQTIG 2020a: S. 52)
- Die Fallpauschale „gesundes Neugeborenes, Aufnahmegegewicht über 2499g“ ist mit 641.214 Fällen (Zahl aus 2018) die am häufigsten abgerechnete DRG (P67E) (Spindler 2020: S. 442)

- Im Jahr 2018 gab es insgesamt über 1 Mio. (1.045.825) Behandlungsfälle im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett (ICD O00-O99) (Destatis 2020)
- Unter den 20 häufigsten Operationen in Deutschland sind die beiden geburtshilflichen Eingriffe „Rekonstruktion nach einem Dammriss“ und „Sectio Caesarea/ Kaiserschnitt“ (Destatis 2020a).

Diese Zahlen machen deutlich, dass die Geburtshilfe ein besonders bedeutsamer Versorgungsbereich ist. Daher sollte die Konzeption von Informationen zu geburtshilflichen Leistungen im Qualitätsportal eine entsprechende Aufmerksamkeit erhalten. Die DGHWi begrüßt die Absicht des IQTIG, im Rahmen der weiteren Projektentwicklung des G-BA-Qualitätsportals Informationsangebote speziell für schwangere Frauen und ihre Angehörigen zu prüfen und stufenweise aufzunehmen (IQTIG 2020b, Tabelle 34, 16.1., wird überführt in 14.1., S. 199). Es ist wichtig, die Bezeichnung der Personengruppe, für die das Portal gedacht ist (bisher „Patientinnen und Patienten“) zu erweitern und ergänzend von „schwangeren Frauen und werdenden Eltern“ zu sprechen; das entspricht auch der Definition eines Krankenhauses nach §2 Abs. 1 KHG („Krankenhäuser sind Einrichtungen, in denen durch ärztliche oder pflegerische Hilfeleistung Krankheiten [...] gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird“). Die DGHWi empfiehlt, bei der Erstellung der Informationsangebote hebammenwissenschaftlich qualifizierte Personen kontinuierlich und systematisch einzubeziehen.

Jede Schwangerschaft und jede Geburt sind einzigartige, physiologische und prägende Erfahrungen für werdende bzw. gewordene Eltern – und zwar in körperlichen, psychischen und sozio-emotionalen Dimensionen. Wie die Schwangerschaft und Geburt und die erste Zeit mit dem Neugeborenen erlebt werden, wird nicht nur lebenslang erinnert, sondern kann langfristige gesundheitliche Auswirkungen haben (Karlstrom et al 2015). Schwangere Frauen sind keine Patientinnen im eigentlichen Sinne, sondern gesunde Nutzerinnen, die stationäre gesundheitliche Leistungen („Geburtshilfe“) in Anspruch nehmen. Sie nutzen die Zeit der Schwangerschaft bewusst, um vertiefte Informationen über Geburtskliniken einzuholen.

### **Der Informationsbedarf schwangerer Frauen und ihrer Angehörigen**

Übersichtsarbeiten zeigen, dass schwangere Frauen – ausgehend von ihren persönlichen Erwartungen und Überzeugungen – den Wunsch haben, ihre Schwangerschaft und ihre Geburt positiv zu erleben und in einer sicheren Umgebung ein gesundes Neugeborenes zur Welt zu bringen (Downe et al., 2015; Downe et al. 2018a); Schwangere Frauen suchen heute regelmäßig gesundheitsbezogene Informationen im Internet (Sayakhot et al. 2016). Vorhandene Informationsquellen zu Kliniken, wie etwa die Webseite [www.perinatalzentren.org](http://www.perinatalzentren.org), bieten nicht – oder nicht vollständig – diejenigen Informationen an, die von den Nutzer\*innen gewünscht werden bzw. sind nicht nutzer\*innenfreundlich konzipiert (Grieb 2016).

Zur Vorrecherche des IQTIG ist zu ergänzen: Gerade der Umstand, dass schwangere Frauen und ihre Angehörigen sich üblicherweise persönlich bei Informationsveranstaltungen in Kliniken

informieren und sich auch in Kliniken zur Geburtsanmeldung vorstellen (IQTIG 2020b: S. 86), zeigt den großen Bedarf nach vertrauenswürdigen Informationen aus erster Hand. Das Qualitätsportal ergänzt als wichtige, verlässliche Informationsquelle die Informationen, die schwangere Frauen zur orientierenden Vorauswahl einer Klinik benötigen. Es wird aus Sicht der DGHWi dringend benötigt. Die DGHWi empfiehlt Suchmaschinenoptimierungs-Recherchen (SEO) zur Ermittlung und/oder Bestätigung von Themen bzw. Fragen, die schwangere Frauen im Zusammenhang mit der geplanten Geburt in einer Klinik interessieren.

## **Vorschläge zur Konzeption und Weiterentwicklung des Qualitätsportals**

Im Folgenden werden die Empfehlungen des IQTIG (IQTIG 2020b, Tabelle 34, Übersicht zentraler Veränderungen der Themenbereiche, Themen, Unterthemen und Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnis ab S. 174) zu Informationsmodulen und Weiterentwicklungen im Qualitätsportal kommentiert und für die Geburtshilfe spezifiziert, soweit die DGHWi hierzu Anmerkungen hat oder Hinweise geben möchte.

### **1.2.2 Tipps zur Krankenhaussuche (bleibt 1.2.2)**

Zusätzlich zu [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de) sollte auch zu [www.familienplanung.de](http://www.familienplanung.de) verlinkt werden, da dort spezifische qualitätsgesicherte Informationen für Frauen mit Kinderwunsch und für (ungewollt) schwangere Frauen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verfügbar sind.

### **3.1.1 Behandlungsschwerpunkte bzw. medizinische Leistungsangebote (wird zu 11.1 Behandlungsschwerpunkte)**

Die DGHWi empfiehlt, dass spezialisierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte aufgenommen werden, wie etwa das Angebot einer hebammengeleiteten Geburtshilfe („Hebammenkreißaal“, Verbund Hebammenforschung 2007), die Umsetzung des „Expertinnenstandards für die physiologische Geburt“ (DNQP 2014) und die Möglichkeit einer Begleitung durch Beleghebammen, da dies relevant für die Nutzer\*innen ist. Beispielsweise ermittelte eine Befragung in Nordrhein-Westfalen, dass 21,9% der Mütter sich eine Begleit-Beleghebamme gewünscht hatten (Hochschule für Gesundheit 2019, n=1523).

### **3.4 Ambulante Behandlung und Spezialsprechstunden (3.4 bis 3.4.2 soll im Portal entfallen)**

Die DGHWi empfiehlt, „ambulant angebotene Behandlungen“ und „Spezialsprechstunden“ für den Bereich Geburtshilfe aufzunehmen. Schwangere Frauen können davon profitieren, wenn Spezialsprechstunden zur Geburtsplanung

- für Schwangere mit einem vorangegangenen Kaiserschnitt, mit Beckenendlagenschwangerschaft, mit Mehrlingen oder für Schwangere mit großer Angst vor der Geburt bzw. nach traumatischer Geburtserfahrung (etwa 20% aller Schwangeren, Weidner 2018),

- für Schwangere mit Gestationsdiabetes (etwa 5% aller Schwangeren, Quelle: RKI 2020) oder
- für werdende Eltern nach auffälligem pränatalen Befund, etwa eine Versorgung durch ein interdisziplinäres Palliativteam (Garten 2019)
- für Eltern von Frühgeborenen, Kindern mit Erkrankungen oder Behinderungen (gemäß dem Teilziel 3.4, NGZ)

im Portal genannt werden. Auch besondere Angebote wie etwa ein Lotsendienst der Frühen Hilfen (Scharmanski & Renner 2019) oder das Programm Babylotsen für psychosoziale Unterstützung (Klapp et al. 2019) sollten angegeben werden. Wenn Kliniken später weitere Angebote für Schwangere mit besonderen Bedürfnissen einführen, etwa für rauchende Schwangere oder für Schwangere mit BMI >35 (6% bzw. 15% aller Schwangeren, RKI 2020) soll sichergestellt werden, dass diese Angebote auch im Portal eingebunden werden können (entsprechend dem Teilziel 1.3 und 1.4, NGZ).

#### **4.3.1 Unterbringung einer Begleitperson bei erwachsenen Patientinnen und Patienten (wird zu 3.2.1)**

Schwangere Frauen haben einen erhöhten Informationsbedarf, ob eine Begleitperson vor oder nach der Geburt mitaufgenommen werden kann (sog. „Familienzimmer“, „Kreißsaalhotel“, Boarding-Häuser) (siehe auch: Landesportal Schleswig-Holstein 2020). Hierzu ist es relevant, inwieweit sich Angebot und Nachfrage nach diesen Leistungen die Waage halten. Es sollte ein allgemeiner Hinweis gegeben werden, unter welchen Umständen ein solches Angebot verfügbar ist, ob es auch vor oder nur nach der Geburt und ob es auch nach Kaiserschnitt genutzt werden kann. Das Prozedere zur Buchung einer solchen Wahlleistung muss transparent dargestellt werden.

#### **4.3.6 Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung (wird zu 3.2.3 Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit)**

Da Geburten zu jeder Tageszeit sowie sonn- und feiertags stattfinden, sollte geprüft werden, ob die zeitliche Verfügbarkeit von Dolmetscher\*innen aufgenommen werden könnte. Schwangerschaft und Geburt sind kulturell geprägt und auch religiöse Aspekte sind für manche Nutzerinnen und ihre Begleitpersonen relevant. Daher empfiehlt die DGHWi zum Aspekt Religionsausübung eine Weiterentwicklung im Portal. Ein Auftrag dazu ergibt sich auch aus § 2 Abs.3 Satz 2 SGB V. Im Portal sollte aufgenommen werden können, ob das Personal für einen kultursensiblen Umgang qualifiziert ist (entsprechend dem Teilziel 3.5, NGZ).

### **5. Verlässliche Qualitätssiegel und Zertifikate (wird zu 12)**

Vorhandene und zukünftig entstehende Zertifikate und Qualitätssiegel wie etwa „Perinatalzentrum“, „Babyfreundliches Krankenhaus“, „Hebammenkreißsaal“ für geburtshilfliche Abteilungen sollten – sobald vorliegend – nach Methodik des IQTIG bewertet und bei positiver Bewertung im Portal präsentiert werden.

## **6.1 Schmerzmanagement**

Die DGHWi empfiehlt zu prüfen, ob die Angaben zum Schmerzmanagement während der Geburt im Portal schon bei der ersten Umsetzung ggf. unter „14 Patientengruppen mit zusätzlichen Informationsbedürfnissen“ konkret unter „14.1 Schwangere Frauen und ihre Angehörigen“ veröffentlicht werden können. In den Qualitätsberichten zur Geburtshilfe sind Daten zur Anwendung von Peridural-/Spinal-Anästhesie bei vaginaler Geburt und Kaiserschnitten enthalten. Hier ist zu überlegen, ob weitere nicht medizinische Mittel zur Schmerzerleichterung angegeben werden können.

### **8.1.2 Betreuungsschlüssel Pflegepersonal / Verhältnis der Anzahl von Patientinnen und Patienten zur Anzahl der Pflegekräfte in einer Fachabteilung (wird zu 9.1.2)**

Für schwangere Frauen und ihre Angehörigen ist das Verhältnis von schwangeren bzw. gebärenden Frauen zu diensthabenden Hebammen relevant. Da sich dies in der Praxis von Tag zu Tag stark unterscheiden kann, sind aussagekräftige Daten erforderlich. Wichtig wäre, dass die durchschnittlich tatsächlich besetzten Hebammenstellen im Kreißsaal als Basis verwendet und diese dann auf die Gesamtzahl der Geburten bezogen werden. Kreißsaal-fremde Aufgaben, wie die Besetzung der Rettungsstelle, die Arbeit in der Schwangerenberatung, Aushilfsarbeiten auf den präpartalen oder auf den Wöchnerinnen-Stationen sollten nicht in die Berechnung einfließen. So kann sich dem wahren Wert der Anzahl der Geburten pro Hebammen (Vollzeitäquivalent (VZÄ) pro Jahr auf Klinikebene genähert werden. Die DGHWi schlägt vor, statt der Angabe der Vollzeitkräfte in einem Kreißsaal im Portal den Prozentanteil der 1:1- bzw. 1:2-Betreuungen pro Anzahl aller Geburten vorzusehen (AWMF 2015). Diese Daten werden derzeit nicht erhoben. Eine Verpflichtung zur Erhebung müsste eingerichtet werden.

### **9.2 Diagnose- bzw. prozedurenbezogene Fallzahlen der Organisationseinheiten / Fachabteilungen (wird zu 7.2)**

Die Fallzahlen an Geburten pro Klinik sollten im Portal präsentiert werden, unabhängig von der Größe der Einrichtung.

### **9.3 Erfüllung von Mindestmenvorgaben (wird zu 7.3)**

Die DGHWi bewertet die Veröffentlichung der Mindestmengen bei Frühgeborenen pro Zentrum positiv.

## **10. bis 10.2.1 Sichere Behandlungsprozesse (soll überführt werden in: 5. Sichere Versorgungsprozesse)**

Die DGHWi empfiehlt, dass Kliniken darstellen können, welche Maßnahmen sie für eine risikoangepasste und bedarfsorientierte Betreuung durchführen, etwa für Frauen mit Gewalterfahrung, mit Behinderung, mit psychischer Erkrankung (entsprechend dem Teilziel 2.2, NGZ). Auch sollte das Vorgehen bei den am häufigsten vorkommenden geburtshilflichen Prozessen dargestellt werden können, wie etwa bei vorzeitiger Wehentätigkeit, vorzeitigem Blasensprung am errechneten Termin, bei Terminüberschreitung, die Geburtsplanung bei Beckenendlagenschwangerschaft und bei Mehrlingen, der Geburtseinleitung, dem generellen Umgang mit medikamentöser Wehenförderung und der Betreuung in der Latenzphase, da diese Belange für schwangere Frauen eine große Relevanz haben. Hierzu könnte dargestellt werden, ob es klinikinterne Standards oder SOPs („Standard Operating Procedures“) gibt, die in den Kliniken eingesehen werden können.

Qualitätsstandards und Leitlinien dienen dazu, das Personal in Kliniken bei einer bestmöglichen, möglichst evidenzbasierten und sicheren Versorgung zu unterstützen. Da bei einer Geburt stets auch unvorhersehbare Umstände eintreten können, ist es für ein positives Geburtserlebnis wichtig, dass auch bei Interventionen die Frau sich als aktiv Handelnde erlebt und in Entscheidungen einbezogen wird (Downe et al. 2015, Downe et al. 2018a). Die DGHWi hält es für wichtig, dass evidenzbasierte Gesundheitsinformationen und speziell Entscheidungshilfen zu geburtshilflichen Interventionen entwickelt und eingesetzt werden (entsprechend dem Teilziel 2.1, NGZ), die die informierte Entscheidung der Schwangeren („Shared-decision-making“) fördern (Kennedy et al. 2020; Poprzeczny et al. 2020) – dies sollte im Portal erkennbar sein.

Zudem sollte dargestellt werden, welche Maßnahmen die Klinik prä- und postnatal zur Still- und Bindungsförderung (entsprechend dem Teilziel 1.1 und 2.1, NGZ) praktiziert, ob einerseits die Stillentscheidung der Wöchnerin akzeptiert wird und es andererseits auch Angebote der Stillberatung gibt (Teilziel 3.2, NGZ). Nicht zuletzt ist das Angebot an Feedback-Gesprächen nach der Geburt wesentlich (Teilziel 3.3, NGZ) sowie auch die Kooperation mit außerklinischen Einrichtungen (Geburtshäusern, freiberuflich tätigen Hebammen, frauen-, haus- und kinderärztlichen Praxen, Frühe Hilfen) (entsprechend dem Teilziel 3.5, NGZ).

Nicht zuletzt sollte besonderes Engagement des Personals, wie etwa durch interprofessionelle Notfallsimulationstrainings (Scholz et al. 2016) oder regionale Qualitätszirkel, im Portal erwähnt werden können. Die Rahmenbedingungen (Personalausstattung, Räume, Versorgungsorganisation) in den Kliniken beeinflussen die Qualität der Versorgung ebenfalls und sollten angegeben werden.

Die DGHWi tritt dafür ein, dass Maßnahmen entwickelt werden, um die Qualität der stationären Geburtshilfe weiterzuentwickeln, etwa durch Verbesserung der Personalsituation allgemein und/oder durch verbindliche Personalanhaltszahlen und Betreuungsrelationen für Hebammen

(Striebich 2020) oder durch Standards für eine respektvolle Betreuung (Limmer et al. 2020). Das Qualitätsportal sollte die Möglichkeit bieten, dass zukünftig die Anwendung derartiger Qualitätsmaße in einer Klinik aufgenommen werden können. Die DGHWi begrüßt die Empfehlung des IQTIG, im Portal zunächst Platzhalter für diese Maße einzufügen.

## **12. Kommunikation und Interaktion / 12.1 Umgang mit Patientinnen und Patienten / (soll in 6 bis 6.1.1 Kommunikation und Interaktion überführt werden)**

Das IQTIG konstatiert im Bericht, dass Patient\*innen vor, während und nach dem stationären Aufenthalt gut informiert werden wollen (IQTIG, S. 125). Die Verpflichtung unter anderem der Hebammen und der Geburtshelfer\*innen zu einer rechtzeitigen und verständlichen Aufklärung ergibt sich auch aus dem Behandlungsvertrag nach §§ 630a ff Bürgerliches Gesetzbuch, eingeführt durch das Patientenrechtegesetz (2013), unter Zuhilfenahme von schriftlichen Materialien. Das entspricht auch dem Wunsch schwangerer Frauen nach Beratung und Begleitung durch Hebammen und Ärzt\*innen, etwa wenn eine Geburtseinleitung geplant ist. Aus der Perspektive der DGHWi ist die Sicherstellung einer frau-zentrierten Versorgung ein zentrales Anliegen. Die Schwangere hat die Entscheidungshoheit über das an ihr und mit ihr realisierte geburtshilfliche Handeln. Sie hat einen aktiven Part im Entscheidungsfindungsprozess (Coates et al. 2019). Im Portal sollte dargestellt werden, ob das Personal besonders in Kommunikation und Beziehungsgestaltung geschult ist (Teilziel 2.2, NGZ).

Die DGHWi begrüßt die Empfehlung des IQTIG, Qualitätsindikatoren zur „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ ins Portal aufzunehmen. Dies steht im Einklang mit der Forderung der DGHWi nach qualitätsfördernden Maßnahmen zur Sicherstellung einer frau-zentrierten, menschenrechtsbasierten und respektvollen geburtshilflichen Betreuung in Kliniken (Limmer et al. 2020), wie sie im Nationalen Gesundheitsziel (NGZ) „Gesundheit rund um die Geburt“ (2017) niedergelegt ist. Im Portal sollte aufgenommen werden, ob Orientierungshilfen (ggf. mehrsprachig) eingesetzt werden und ob es ein evidenzbasiertes Informations- und Beratungsangebot zu Gesundheitsthemen/ -risiken oder zur geburtshilflichen Betreuung und zu geburtshilflichen Interventionen (entsprechend dem Teilzielen 1.1 bis 1.4 und 2.1, NGZ) gibt und ob in der Klinik eine psychosomatisch-orientierte Arbeitsweise praktiziert wird, etwa zur Prävention einer Frühgeburt (Teilziel 1.5, NGZ). (Zum Aspekt „Rechtzeitige und kontinuierliche Versorgung“ siehe den Kommentar bei 8.1.2).

## **13. bis 13.3. Rechtzeitige und kontinuierliche Versorgung (soll überführt werden in 5.3 oder lt. Empfehlung IQTIG aufgrund von Überschneidungen mit dem Informationsmodul 5 in „Sichere Versorgungsprozesse“ zusammengeführt werden)**

Für schwangere Frauen ist es relevant, zu erfahren, wie oft eine geburtshilfliche Abteilung aufgrund von Personalengpässen zeit-/ oder phasenweise geschlossen werden musste (Ärzteblatt 2018, Berliner Abgeordnetenhaus 2019), auch wenn Ergebnisse erst mit Verzögerung im Portal erscheinen. Schwangere Frauen benötigen diese Information, um Nachfragen zu



können, ob es aktuell noch zu Personalengpässen und/oder Schließungen kommt (siehe auch oben bei 8.1.2).

#### **14. Behandlungsergebnisse und -erfolg (soll in 4 Behandlungserfolg überführt werden)**

Zu diesem Aspekt empfiehlt das IQTIG, die Unterthemen „Behandlungsergebnisse“, „Komplikationen“ und „Sterblichkeit“ aufzuführen.

Aus Sicht der DGHWi sind Behandlungsergebnisse im Bereich Geburt sehr relevant für schwangere Frauen. Die DGHWi empfiehlt, die Rate an Geburtseinleitungen, die Spontangeburtssrate, die Rate an vaginalen Geburten aus Beckenendlage und bei Mehrlingen und an vaginalen Geburten bei Frauen mit vorangegangenen Kaiserschnitt, die Rate der Geburten ohne Intervention, die Rate der Frauen ohne Geburtsverletzung nach einer vaginalen Geburt sowie die Kaiserschnittraten jeweils anhand der erweiterten Robson-Klassifikation im Portal zu nennen. Dies sollte auch differenziert nach Erst- und Mehrgebärenden erfolgen (Jardine 2020).

Die Robson-Klassifikation ist eine standardisierte, einfache und international etablierte Methode zur kategorialen Klassifizierung von Gebärenden und zum Vergleich von Kaiserschnittraten und wird von der WHO empfohlen (Bhattacharya et al. 2014, WHO 2017); sie ist auch in der S3-Leitlinie zum Kaiserschnitt (AWMF 2020) verwendet worden. Für schwangere Frauen ist die Spontangeburtssrate in den Kategorien der Robson-Klassifikation eine nachvollziehbare Größe. Die Spontangeburtssrate fokussiert dabei auf die normale Geburt und nicht auf die Operationen, die sich aufgrund von pathologischen Verläufen ergeben. Sie ergibt sich nach Abzug der Kaiserschnittrate und der Raten der vaginal-operativen Geburten (Vakuumextraktion und Zangen Geburten) auf Klinikenebene. Die Daten liegen aufgrund der externen Qualitätssicherung vor und werden jährlich vom IQTIG auf nationaler Ebene veröffentlicht. Dass die Kaiserschnittrate für schwangere Frauen relevant ist, wurde auch schon vom IQTIG festgestellt.

Da sich die Kaiserschnittraten zwischen Kliniken und Regionen in Deutschland stark unterscheiden, ohne dass diese Streuung medizinisch zu erklären ist (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2020), ist eine Veröffentlichung dieser Raten auf Klinikenebene ein wichtiges Kriterium für die Entscheidung der Schwangeren.

Dies wird wie folgt an zwei Beispielen erläutert:

- a. Für eine Frau die ihr erstes Kind erwartet und eine normale Geburt plant, ist es relevant zu wissen, wie hoch die Rate der Spontangeburtssraten bei Frauen ist, die zur Einleitung ohne Wehen in die Klinik ihrer Wahl gehen, um zu gebären.

Begründung: In Deutschland liegt die durchschnittliche Kaiserschnittrate von Erstgebärenden am Termin mit einem Kind in Schädellage, die ohne Wehen in die Klinik

kommen – deren Geburt also eingeleitet wird oder die einen geplanten Kaiserschnitt erhält – bei 43,50% in 2019 (Robson 2) (IQTIG 2020a, S. 60).

- b. Für eine Frau, die bei der ersten Geburt einen Kaiserschnitt hatte und die bei der zweiten Geburt vaginal gebären möchte, ist es relevant zu wissen, wie hoch die Spontangeburt rate bei Zustand nach Sectio in der Klinik ihrer Wahl ist.

Begründung: In Deutschland liegt die durchschnittliche Kaiserschnitt rate von Mehrgebärenden am Termin mit einem Kind in Schädellage mit mindestens einem vorausgegangenen Kaiserschnitt bei 69,44% in 2017 (Robson 5) (IQTIG 2020a, S. 60).

Die DGHWi schließt sich der Empfehlung des IQTIG an, die Müttersterblichkeit im Zusammenhang mit einer Geburt aufgrund der fehlenden Eignung für Public Reporting (Sentinel-Event-Bewertungskonzept) nicht ins Portal aufzunehmen (IQTIG 2020, S. 227).

Die DGHWi spricht sich dafür aus, dass ein neuer Qualitätsindikator für die klinische Wochenbettbetreuung entwickelt und ein Platzhalter im Portal bedacht wird, in welchem die Stillraten bei Klinikentlassung publiziert werden. Gesundheitliche Risiken werden durch das Stillen des Säuglings reduziert (Kramer 2012). Wenn Frauen stillen wollen und dabei aktiv und kompetent unterstützt werden, erhöhen sich die Stillraten (McFadden 2017).

Die DGHWi spricht sich dafür aus, dass die Geburtserfahrung von Frauen regelmäßig, flächendeckend und valide erfasst wird (Limmer et al. 2020). Es sollte bedacht werden, dass ein geeignetes Instrument (Nilver et al. 2017), das auch eine Risikoadjustierung ermöglicht, im Portal aufgenommen werden kann.

### **Anmerkungen zur Methodik der Informationsaggregation**

Die DGHWi begrüßt die Zusammenfassung mehrerer Qualitätsindikatoren zu komplexitätsreduzierenden Indizes (IQTIG 2020b, S. 217f.), möchte aber vorschlagen, dass die einzelnen Indikatoren als Vertiefungsangebot transparent gemacht werden. Personen mit einem starken Interesse an Details oder an einzelnen Indikatoren können diese so nachvollziehen. Die DGHWi teilt die Einschätzung des IQTIG, dass die Indizes nach inhaltlichen Überlegungen geprüft werden müssen, nicht formal getestet werden können und dass sie die Versorgungsqualität abbilden sollen. Auch teilt sie die Einschätzung, dass bei einem formativen Verständnis von Qualität die Bildung eines einzigen Index, der die Gesamtqualität eines Krankenhauses abbilden soll, für die anlassbezogene Suche nach einem Krankenhaus nicht zielführend ist (IQTIG 2020b, S. 222).

In Bezug auf Geburtshilfe müssen diese Indizes der besonderen Situation eines primär physiologischen und nicht krankhaften Prozesses Rechnung tragen. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als physiologische Prozesse sollten zur Sicherheit von Mutter und Kind professionell und situationsangemessen betreut und begleitet werden. Interventionen, die wohlüberlegt zur Behandlung einer Regelabweichung eingesetzt werden, führen bei

routinemäßigem, verfrühtem oder nicht indiziertem Gebrauch zu einer Über-, Unter- und Fehlversorgung, die mehr Schaden als Nutzen hat (Miller et al. 2016). Umso wichtiger erscheint es der DGHWi, dass in einem Qualitätsportal gerade solche Indizes entwickelt und implementiert werden, die die Bemühungen der Klinik zur Stärkung physiologischer Prozesse in der Schwangerschaft, bei und nach der Geburt, gemäß des Nationalen Gesundheitsziels (2017) abbilden wie z.B. die Rate der Geburten ohne Interventionen sowie die Rate der Frauen ohne Geburtsverletzung nach einer vaginalen Geburt, wie oben bei 14. ausgeführt.

Die Details der mathematisch-logischen Skalierung und Aggregation werden in dieser Stellungnahme nicht kommentiert.

## Literatur:

- Ärzteblatt (2018). Jede dritte Geburtsklinik musste Schwangere abweisen.
- AWMF (2015). Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland (087/001).
- AWMF (2020) Sectio Caesarea AWMF-Registernummer 015-084.
- Berliner Abgeordnetenhaus (2019). Schriftliche Anfrage des Abgeordneten Dr. Wolfgang Albers (LINKE) Drucksache 18 / 21 785
- Bhattacharya S, Betr  n AP, Vindevoghel N, et al. (2014). A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: What Works, Doesn't Work and How to Improve It. PLoS ONE;9(6).
- Bundesgesetzblatt (2013). Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten.
- Coates R, Cupples G, Scamell A, et al. (2019). Women's experiences of induction of labour: Qualitative systematic review and thematic synthesis. Midwifery; 69:17-28.
- Destatis (2020a). Die 20 häufigsten Operationen insgesamt (OPS). Stand:18.09.2019
- Destatis (2020b). Gesundheit, Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten der Krankenhäuser, nach Diagnosekapitel 2018. Abgerufen am 10.10.2020  
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/diagnose-kapitel-geschlecht.html>
- Downe S, Finlayson K, Tuncalp   , et al. (2015). What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology.
- Downe S, Finlayson K, Oladapo O, et al. (2018a). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. PLoS One;13(4):e0194906.
- Downe S, Lawrie TA, Finlayson K, et al. (2018b). Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum services: a systematic review. Reprod Health.6;15(1):23.
- DNQP (2014). Expertinnenstandard F  rderung der physiologischen Geburt. Osnabrück: DNQP
- Garten L., von der Hude K. (2019). Perinatale Palliativversorgung. In: Garten L., von der Hude K. (eds) Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Neonatologie. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020): Entbindungen in Krankenhäusern in den Gliederungsmerkmalen Region, Art der Entbindung. Abgerufen am 10.10.2020 unter [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=i&p\\_aid=45864542&nummer=480&p\\_sprache=D&p\\_indsp=5096&p\\_aid=22635866](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=45864542&nummer=480&p_sprache=D&p_indsp=5096&p_aid=22635866)
- Grieb B. (2016). Werdende Eltern wünschen sich konkretere Infos über Perinatalzentren. p  diatrie hautnah.
- Hochschule für Gesundheit (2019). HebAB NRW. Forschungsprojekt Geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen in Nordrhein-Westfalen.
- IQTIG (2020a). Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019.
- IQTIG (2020b). Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal. Zwischenbericht zur Durchführung des Beteiligungsverfahrens nach   137 a Abs. 7 SGB V. Stand: 9. September 2020.
- Jardine J, Blotkamp A, Gurol-Urganci I et al. (2020): Risk of complicated birth at term in nulliparous and multiparous women using routinely collected maternity data in England: cohort study BMJ 2020;371:m3377, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m3377>

- 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.
- Kennedy, K., et al. (2020). Shared decision aids in pregnancy care: A scoping review. *Midwifery*, 2020. 81: p. 102589.
- Klapp C, Naif L, Baumhauer E, et al. (2019) Präventiver Kinderschutz – Ergebnisse des Babylotsenprogramms der Charité und Implementation als „Frühwarnsystem“ in allen Berliner Geburtskliniken. *Geburtshilfe Frauenheilkunde*
- Kramer MS, Kakuma R (2012): Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Systematic Review*, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003517.pub2>
- Landesportal Schleswig-Holstein. Hilfe für die Geburtshilfe. Webseite, verfügbar unter: [https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/G/gesundheitsland/gesundheitsland\\_Krankenhausplan2017Teil2\\_Geburtshilfe.html](https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/G/gesundheitsland/gesundheitsland_Krankenhausplan2017Teil2_Geburtshilfe.html) [Zugriff: 13.10.2020]
- Lenzen-Schulte M. (2018). Besser als bisher über Risiken vaginaler Geburten aufklären. *Ärzteblatt*. 115:49
- Limmer C, Striebich S, Tegethoff D, et al. (2020a) Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe. *GMS Zeitschrift für Hebammenwissenschaft*. 2020;7
- McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. (2017): Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies, *Cochrane Systematic Review*
- Miller S, Abalos E, Chamillard M (2016): Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide, *Lancet*
- Nilver H, Begley C, Berg M. (2017). Measuring women's childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy Childbirth*;17(1):203.
- Olza I, Leahy-Warren P, Benyamini Y, et al. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open*;8(10):e020347.
- Poprzeczny, A.J., et al. (2020). Patient Decision Aids to Facilitate Shared Decision Making in Obstetrics and Gynecology: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*;135(2): p. 444-451.
- RKI (2020). Gesundheitsmonitoring. Indikatoren aus dem Bereich: Vor und nach der Geburt. [abgerufen 9.10.2020]
- Sayakhot, P. Carolan-Olah M. (2016). Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: a systematic review." *BMC Pregnancy Childbirth* 16: 65.
- Scharmanski S, Renner I. (2019). Geburtskliniken und Frühe Hilfen: Eine Win-Win-Situation? Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring)
- Scholz C, Widschwendter P, Knauss A, et al. (2016). Besser vorbereitet: Notfalltraining im Kreißsaal. *Der Gynäkologe*; 49(8):623-627.
- 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.
- Striebich, S. (2020b). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG). Submitted.
- Verbund Hebammenforschung (2007). *Handbuch Hebammenkreißsaal. Von der Idee zur Umsetzung*.
- Weidner K, Garthus-Niegel S, Junge-Hoffmeister J. (2018) [Traumatic Birth: Recognition and Prevention]. *Z Geburtshilfe Neonatol*;222(5):189-196.
- World Health Organization (2017). *Robson Classification Implementation Manual*.