

Empfehlung Leistungsgruppen Geburtshilfe: Physiologie fördern und Eins-zu-eins-Betreuung absichern

Neben der Einteilung der Klinik-Level wird insbesondere die sinnvolle Definition der Leistungsgruppen ein Schlüssel zum Erfolg der Krankenhausstrukturreform sein. Für den Sonderfall Geburtshilfe, der die Versorgung und Betreuung zum Großteil gesunder Frauen und Kinder umfasst, muss daher ein sinnvolles Konzept gefunden werden, wie die Stärkung der hebammengeleiteten Geburtshilfe bei physiologischen Geburten und die Entlastung der Maximalversorger und Fachärzt*innen organisiert, sowie die flächendeckende Eins-zu-eins Betreuung unter der Geburt strukturell sichergestellt werden kann.

Kern der Überlegungen für die Ausgestaltung muss die bedarfsgerechte Versorgung der Frauen mit Fokus auf der physiologischen, interventionsarmen Geburt sein: richtiges Team, richtige Zeit, richtiger Ort. Ein gut funktionierendes Verlegungskonzept und die gute Verzahnung von ambulanten und klinischen Leistungen sind dabei die Voraussetzungen zum Erfolg.

Leistungsgruppen – Ein konkreter Vorschlag

In Anlehnung an das Modell der Leistungsgruppen in Nordrhein-Westfalen (NRW) hat der Deutsche Hebammenverband (DHV) daher einen Vorschlag erarbeitet, wie zukünftig die passgenaue und hochwertige geburtshilfliche Versorgung in zwei Leistungsgruppen mit fachärztlicher und mit Hebammenversorgung organisiert werden kann. Unser Ansatz dabei ist, dass die Leistungsgruppen auf die verschiedenen Versorgungslevel anwendbar und dabei flexibel kombinierbar sein müssen - ohne die Komplexität unnötig zu erhöhen. Wenn der Gesetzgeber neue Ansätze umsetzen möchte - wie die im Koalitionsvertrag vereinbarten Vergütungsmöglichkeiten von ambulanten, aufsuchenden Tätigkeiten in Schwangerschaft und Wochenbett für angestellte Hebammen an Kliniken - dann müssen die Auswirkungen auf die Leistungsgruppenstruktur mitgedacht werden.

Um die hebammengeleitete Geburtshilfe in der klinischen Versorgung abzubilden, braucht es analog zum Facharztstandard einen Standard hebammengeleitete Geburt. Die hebammengeleitete Geburtshilfe ist eigenständig ohne einen Facharzt durchführbar und muss sich daher auf andere Voraussetzungen bei der Aus- und Weiterbildung beziehen. Der Facharztstandard ist daher hierauf nicht anwendbar.

Die Krankenhausstrukturreform bietet jetzt die Chance, die grundlegenden Fehlanreize in der klinischen Geburtshilfe zu beheben und die Qualität der Versorgung mit wenigen Mitteln deutlich zu verbessern. Der DHV fordert deswegen:

1. Einführung Leistungsgruppe hebammengeleitete Geburt

Zur Förderung der Physiologie muss eine eigenständige Leistungsgruppe für die hebammengeleitete Geburt eingeführt werden, die auf allen Leveln der Krankenhausstruktur angeboten wird. Sie folgt einem "Standard hebammengeleitete Geburt". Die Einführung dieser Leistungsgruppe ermöglicht die Förderung der physiologischen Geburt im ganzen Bundesgebiet und sichert die wohnortnahe Versorgung.

2. Flächendeckende Einführung des Standard hebammengeleitete Geburt

Für die einheitliche Umsetzung zwischen Bund und Ländern ist die Einführung eines verbindlichen Standards hebammengeleitete Geburt durch den Gesetzgeber erforderlich. Die notwendigen Vorgaben und Kriterien sind vorhanden.

3. Klare Vorgaben zur Hebammenversorgung in der Leistungsgruppe Geburten mit Facharztstandard

In der Leistungsgruppe Geburten mit fachärztlichem Standard müssen zukünftig klare Regelungen zur Hebammenversorgung und zur Eins-zu-eins Betreuung unter der Geburt festgelegt werden. Diese Regelungen müssen insbesondere Vorgaben in Bezug auf Personalausstattung und Qualität enthalten, welche die Versorgung sichern und die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Augenhöhe fördern.

4. Risikomanagement und Verlegungskonzepte flächendeckend umsetzen

Bei der Ausarbeitung aller Leistungsgruppen, die mit der geburtshilflichen Versorgung im Zusammenhang stehen, muss im Bereich der Prozess- und Strukturkriterien höchster Wert auf Regelungen mit qualitativ hochwertigen Verlegungskonzepten gelegt werden. Das Risikomanagement muss nach transparenten Vorgaben, analog der außerklinischen Geburtshilfe, erfolgen.

5. In der Krankenhausplanung ambulante und aufsuchende Hebammenhilfe in Schwangerschaft und Wochenbett mitdenken

Sollten diese Tätigkeiten, wie vom Gesetzgeber angekündigt, im klinischen Rahmen ermöglicht werden, muss in der Krankenhausstrukturreform klargestellt werden, wie der geplante Ausbau der ambulanten Leistungen und die im Koalitionsvertrag geforderte Möglichkeit der Finanzierung der aufsuchenden Tätigkeit angestellter Hebammen in der Krankenhausplanung und -finanzierung abgebildet werden soll. Darüber hinaus ist eine bessere Verzahnung von ambulanten und klinischen Leistungen in jedem Fall wünschenswert.

Konkret bedeutet dies:

Leistungsgruppe 1: Geburtshilfe mit Standard hebammengeleitete Geburt

Die hebammengeleitete Geburtshilfe ist die erste und wichtigste Anlaufstelle für Frauen in allen Leveln der klinischen Geburtshilfe. In Kliniken der Level I-i und Level I-n leisten Hebammen die Versorgung eigenständig. Eine interprofessionelle Geburtshilfe mit Facharztstandard kann auf Level I in Einzelfällen zusätzlich vorgehalten werden. Ab dem Level II wird die hebammengeleitete Geburtshilfe mit der fachärztlichen Geburtshilfe kombiniert. Auch bei Maximalversorgern (Level III) muss eine hebammengeleitete Geburtshilfe vorgehalten werden, um den physiologischen Geburtsverlauf abzubilden.

Leistungsgruppendifinition

Hebammengeleitete Geburtshilfe ist die Basisausstattung aller Geburtshilfeabteilungen. Sie ist für die Betreuung aller Geburten mit geringem oder keinem Risiko zuständig, unabhängig von der Leveinteilung der Klinik.

Wichtig: Welche Geburten durch die hebammengeleitete Geburt gut und sicher betreut werden können, ist in Deutschland bereits in der Praxis festgelegt, z.B. für Hebammenkreißsäle, in Geburtshäusern und bei Geburten im häuslichen Umfeld. Grundsätzlich ist die hebammengeleitete Geburtshilfe für die Betreuung komplikationsarmer Geburten von Frauen mit niedrigem Risikofaktor zuständig, sowie für die Erstbetreuung bzw. Triagierung von Schwangeren mit Beschwerden, die im Kreißaal versorgt werden.

Versorgungsziel

Die hebammengeleitete Geburtshilfe ist die bedarfsgerechte Versorgung mit Fokus auf der physiologischen, interventionsarmen Geburt: richtiges Team, richtiger Platz, richtiger Ort. Dabei wird die gesundheitliche Vorgeschichte der Frau (Anamnese) mit dem Wunsch nach freier Wahl des Geburtsortes kombiniert. Auf Wunsch der Gebärenden oder bei Auffälligkeiten in der Schwangerschaft oder während des Geburtsverlaufs erfolgt eine Weiterleitung in die ärztliche Mitbetreuung (siehe Leistungsgruppe 2: Geburten mit Facharztstandard (interprofessioneller Kreißaal)).

Wichtig: Geringe Fallzahlen in strukturschwachen Regionen sind kein Qualitäts- oder Ausschlusskriterium, insbesondere wenn ansonsten Anfahrtswege von mehr als 30 Minuten resultieren. Das angemessene Risikomanagement über Notfalltraining - und Verlegungskonzepte, analog zur außerklinischen Geburtshilfe, sichert die Patientensicherheit.

Bedarfsprognose

Die hebammengeleitete Geburtshilfe wird voraussichtlich mind. 50% der gesamten klinischen Geburten betreuen (Level I - III).

Hintergrund: Der DHV rechnet damit, dass bei einem wohnortsnahem Angebot für 2/3 der Frauen eine risikoauditierte hebammengeleitete Geburtshilfe attraktiv ist. Von diesen Frauen kann ca. 1/3 hebammengeleitet gebären. 1/3 der Schwangeren wird sofort in das interdisziplinäre Team überwiesen, da ihre Anamnese eine fachärztliche Betreuung voraussetzt. 1/3 der Fälle wird während des Geburtsverlaufs in Ruhe in die interdisziplinäre Betreuung übergeleitet, wobei das erwartbare Outcome für Mutter und Kind besser als ohne hebammengeleitete Geburtshilfe ist.

Wichtig: Zukünftig muss die Hebammengeleitete Geburtshilfe in der Perinatalstatistik abgebildet werden, um die bessere Planbarkeit und Evaluation zu ermöglichen.

Qualifikationsvoraussetzungen und Personalausstattung

Für die hebammengeleitete Geburtshilfe sind Hebammen mit Bachelorabschluss oder altrechtlicher Ausbildung einzusetzen. Leitungsaufgaben sollten durch Hebammen mit Masterabschluss oder zertifizierter Leitungsweiterbildung ausgefüllt werden. Die Wahrung des Vier-Augen-Prinzips muss über eine angemessene Personalausstattung sichergestellt werden. Der Personalschlüssel muss dafür sicherstellen, dass mind. zwei Hebammen vor Ort sind und nicht mehr als 60 Geburten pro Jahr pro VK Hebamme betreut werden (vgl. Birthrate Plus).

Standard für hebammengeleitete Geburt (analog zum Facharztstandard)

Der Standard für hebammengeleitete Geburt ist vom Gesetzgeber bislang nicht verbindlich eingeführt, aber notwendig, um das Konzept der hebammengeleiteten Geburtshilfe bundesweit einheitlich abzubilden. Notwendige Standards und Qualitätskriterien sowie Vorgaben zum Risikomanagement sind bereits vorhanden und Teil der Ausbildung und der Arbeit der Hebammen in Deutschland. Analog zum Facharztstandard kann daher die Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV) zugrunde gelegt werden.

Der Standard hebammengeleitete Geburt bezieht sich auf folgende anerkannte Standards:

- a) Kompetenzen und Fort- und Weiterbildungsanforderungen nach Hebammengesetz und den Berufsordnungen der Länder
- b) Vorgaben zur personellen Ausstattung und zum Risikomanagement nach
 - S2k Richtlinie Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung
 - S2k Leitlinie Peripartale Blutungen, Diagnostik und Therapie
 - S3 Leitlinie vaginale Geburt am Termin
 - Systemisches Risikomanagement Hebammenkreißaal DHV (im Prozess der Auditierung)

Darüber hinaus können die Kriterien für Geburten im häuslichen Umfeld zur Entwicklung des Standards hebammengeleitete Geburt herangezogen werden (Anlage 3 Qualitätsvereinbarung zum Vertrag nach § 134a SGB V).

Hinweis: Der DHV entwickelt derzeit zusammen mit den zuständigen Versicherern eine Fortbildung zum Sicherheitsmanagement für außerklinische Geburtshilfe sowie Geburtshilfe im Belegsystem, die zugrunde gelegt werden kann.

Kooperation mit verwandten Leistungsgruppen

Folgende Kooperationen mit verwandten Leistungsgruppen sind notwendig:

- Kooperation mit Internist*innen und Chirurg*innen vor Ort (Notfallversorgung)
- Kooperation mit Leistungsgruppe 2 Geburten mit Facharztstandard (vor Ort oder im Rahmen des Verlegungskonzepts)
- Umfassendes Verlegungskonzept mit Kliniken höherer Versorgungslevel, inklusive pädiatrischer, neonatologischer und intensivmedizinischer Versorgung

Wichtig: Die Leistungsgruppe 1, Geburtshilfe mit Standard hebammengeleitete Geburt, kann eigenständig an Level 1 Kliniken etabliert werden. Ab Level 2 wird sie ergänzend zur Leistungsgruppe 2, Geburten mit Facharztstandard (interprofessioneller Kreißaal), vorgehalten. Für die Hebammengeleitete Geburtshilfe ist immer ein integriertes Verlegungskonzept mit der LG Geburten mit Facharztstandard sowie mit Kliniken mit pädiatrischer, neonatologischer- und Notfallversorgung essentiell.

Sonstige Struktur- und Prozesskriterien

- Hochwertiges Verlegungskonzept, das sowohl Verlegungen vor Ort als auch in Kliniken höherer Versorgungslevel regelt
- Kooperation mit Kliniken höherer Versorgungslevel im Rahmen der Verlegungskonzepte
- auditiertes Risikomanagementsystem analog der außerklinischen Geburtshilfe

Leistungsgruppe 2: Geburten mit Facharztstandard (interprofessioneller Kreißaal)

Diese Leistungsgruppe beschreibt die Arbeit in einem Kreißaal mit Facharztstandard, der interprofessionell arbeitet. Der interprofessionelle Kreißaal mit Facharztstandard sollte im Regelfall in Kliniken ab Level II angeboten werden, kann nach regionalen Gegebenheiten aber auch auf Level I angeboten werden. In dieser Leistungsgruppe werden alle Geburten mit mittleren oder hohen Risiken sowie Auffälligkeiten im Geburtsverlauf behandelt.

Wichtig: Die Geburt mit Facharztstandard umfasst immer auch Hebammenhilfe, arbeitet also interprofessionell. Während jedoch bei Leistungsgruppen mit Facharztstandard die Mindestvoraussetzungen für Ärzte klar geregelt sind, fehlt eine klare Bestimmung, wie viele Hebammen notwendig sind, um das Ziel der Eins-zu-eins-Versorgung in der Geburtshilfe zu gewährleisten. Für den Bereich Geburtshilfe ist der Facharztstandard und die daraus folgenden Regelungen dementsprechend noch nicht ausreichend und muss um die Anforderungen zur Hebammenausstattung ergänzt werden.

Versorgungsziel:

Versorgung mit interprofessioneller Geburtsmedizin für Geburten mit mittlerem und hohem Risiko oder Abweichungen vom Regelverlauf.

Bedarfsprognose:

> 50 % der Gesamtzahl an Geburten (Level II - III), inklusive Weiterleitung aus Leistungsgruppe 1: Geburtshilfe mit Standard hebammengeleitete Geburt.

Qualifikationsvoraussetzungen von Fachärzten und Hebammen

Für die Ärzte wird im Facharztstandard über die Aus- und Weiterbildungsordnungen festgelegt, welche Qualifikation sie mindestens brauchen und welche mindeste Verfügbarkeit zu Grunde gelegt wird. In der Leistungsgruppe Geburten mit Facharztstandard sind z.B. in NRW 3 Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Vollzeitäquivalenten (VZÄ) und eine mindeste Rufbereitschaft 24/7 festgelegt.

Ergänzend dazu muss auch der Mindestanspruch an Hebammenhilfe festgelegt werden, den eine Gebärende in dieser Leistungsgruppe erwarten kann:

Die Hebammen verfügen über einen Bachelorabschluss oder den Abschluss der altrechtlichen Ausbildung. Der Personalschlüssel muss abbilden, dass für die Sicherstellung der Eins-zu-eins Betreuung unter der Geburt mind. zwei Hebammen vor Ort sind und nicht mehr als 60 Geburten pro Jahr pro VZÄ Hebamme betreut werden (vgl. Birthrate Plus).

Hinweis: Die Vorgabe orientiert sich an der S2k Richtlinie "Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung" der Deutschen Gesellschaft für perinatale Versorgung sowie Birthrate Plus (UK). Zusätzlich dazu muss eine Stellenberechnung anhand der anfallenden ambulanten Tätigkeiten der Hebamme im Kreißaal erfolgen und die Vorgaben entsprechend ergänzt werden (Vgl.: S.5 der Empfehlungen). Konkretisiert wird der Personalschlüssel durch den Antrag zum Innovationsfonds der Hochschule Ludwigshafen, des wissenschaftlichen Instituts FIGUS und des DHV zur Einführung eines Personalbemessungsinstrumentes im Kreißaal für die Sicherstellung der Eins-zu-eins Betreuung.

Kooperation mit verwandten Leistungsgruppen

- Kooperation mit Leistungsgruppen der pädiatrischen, neonatologischen und intensivmedizinischen Versorgung, sowie ggf. internistischen und chirurgischen Versorgung
- Kooperation mit Leistungsgruppe 1, Geburtshilfe mit Standard hebammengeleitete Geburt (sowohl vor Ort als auch im Rahmen von Verlegungskonzepten)
- Kooperationen mit Angeboten der außerklinischen Geburtshilfe und der ambulanten Versorgung in Schwangerschaft und Wochenbett
- Integriertes Verlegungskonzept in Kliniken höherer Versorgungslevel, inklusive pädiatrischer, neonatologischer und intensivmedizinischer Versorgung

Sonstige Struktur- und Prozesskriterien

- Verbindliches Personalbemessungsinstrument zur Sicherstellung der Eins-zu-eins Betreuung unter der Geburt
- Auditiertes Risikomanagementsystem (analog der Leistungsgruppe 1, Geburtshilfe mit Standard hebammengeleitete Geburt)
- Qualitätsmanagementsystem inklusive Zufriedenheitsabfrage der Gebärenden

Der Deutsche Hebammenverband e.V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit rund 22.000 Mitgliedern ist der DHV der größte Hebammenberufsverband in Deutschland und vertritt die Interessen aller Hebammen. In ihm sind angestellte und freiberufliche Hebammen, Lehrer*innen für Hebammenwesen, Hebammenwissenschaftler*innen, Familienhebammen, hebammengeleitete Einrichtungen sowie Hebammschüler*innen und Studierende vertreten. Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist eine gute medizinische und soziale Betreuung der Frauen und ihrer Kinder vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit das zentrale Anliegen des Deutschen Hebammenverbandes. Als Mitglied in der European Midwives Association (EMA), im Network of European Midwifery Regulators (NEMIR) und in der International Confederation of Midwives (ICM) setzt sich der Verband auch auf europäischer und internationaler Ebene für die Stärkung der Hebammenarbeit sowie die Gesundheit von Frauen und ihren Familien ein.