



Fachempfehlung

**Modelle zu Versorgungsstrukturen in der klinischen
Geburtshilfe in Deutschland**

März 2023

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG e.V.)

Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin (AGG e.V.)

Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Ärztinnen und Ärzte in der Frauenheilkunde und
Geburtshilfe (BLFG e.V.)



Präambel

Ökonomische Realität und Verfügbarkeit von Fachpersonal haben in den vergangenen Jahren zum Abbau von geburtshilflichen Kliniken geführt. Aber auch in den bestehenden geburtshilflichen Einrichtungen wird die Versorgung der schwangeren Frauen und ihrer Kinder zunehmend durch den Personalmangel in allen Bereichen eingeschränkt.

Wenngleich die Qualität der geburtshilflichen klinischen Versorgung in der Bundesrepublik auf einem hohen Niveau ist, zeigt der internationale Vergleich der Ergebnisqualität der kindlichen Versorgung noch Spielraum für Verbesserung. So stellt insbesondere die Versorgung von Frühgeborenen, aber auch jene von Kindern mit unerwartet schlechtem Outcome nach der Geburt eine Herausforderung dar. Zudem gibt es hierzulande im Vergleich zu anderen europäischen Staaten immer noch relativ viele Geburtskliniken mit niedrigen Geburtenzahlen.

Gegenwärtig werden Vorschläge zur Neustrukturierung der medizinischen Versorgung und insbesondere der Krankenhauslandschaft erarbeitet und diskutiert. Es ist wichtig, dass hier ein besonderes Augenmerk auf die Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Neugeborenen gerichtet wird.

Die Herausgeber dieser Fachempfehlungen haben daher zwei Vorschläge erarbeitet, die den verschiedenen Aspekten der Versorgungs- und Ergebnisqualität in der Geburtshilfe gerecht werden sollen und je nach regionaler Situation angewendet werden können.

Unterschiedliche Bedingungen und strukturelle Voraussetzungen in den Regionen unseres Landes erfordern eine regional angepasste Planung und strukturierte Organisation der Versorgung. Im Mittelpunkt steht hierbei die Sicherheit in der medizinischen Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Neugeborenen unter der Bedingung einer flächendeckenden Versorgung mit hoher Qualität. Ein Zusammenspiel der verschiedenen Level der geburtshilflichen und neonatalen Strukturen steht aus Sicht der Herausgeber im Vordergrund. Kompetente und strukturierte Netzwerke sollten hierbei ermöglichen, dass im Notfall die beste und sicherste Struktur zum Tragen kommt.

Die Herausgeber verweisen auf internationale Beispiele, die aufzeigen konnten, dass solche klaren Zuordnungen in die korrekte Versorgungsstruktur die Qualität in der Geburtshilfe und insbesondere bei der Versorgung der Kinder deutlich verbessern.



Ausgangslage

Ohne Zweifel hat die geburtshilflich-medizinische Versorgung in Deutschland nach bestem Wissensstand, unter optimaler Ausstattung und innerhalb der bestmöglichen Versorgungsstruktur zu erfolgen. Betrachtet man allerdings die perinatale Mortalität als Qualitätsparameter in der Geburtshilfe, so findet sich Deutschland mit 1.8 Promille im europäischen Vergleich im Mittelfeld wieder. Die Spanne reicht von 0.6 Promille in Slowenien bis 3.1 Promille in Bulgarien [1]. Mit ein Grund dafür ist sehr wahrscheinlich die im Vergleich zu anderen europäischen Ländern hohe Anzahl geburtshilflicher Abteilungen (N = 617) mit im Schnitt niedrigen Geburtenzahlen. So hatten in 2021 101 Kliniken weniger als 500 Geburten im Jahr zu verzeichnen [2].

Seit langem ist bekannt, dass die perinatale Mortalität in kleinen Abteilungen 3-fach höher ist als in Kliniken mit mehr als 1.500 Geburten (OR 3.48; 95% KI 2.62-4.62) [3]. Als Ursache werden strukturelle Defizite (unzureichend schnelle Verfügbarkeit von Fachpersonal im Notfall, z.B. Anästhesie, Facharzt für Geburtshilfe, Hebamme), sowie unzureichendes Training der interprofessionellen Zusammenarbeit und mangelnde Erfahrung des Personals aufgrund der geringen geburtshilflichen Inanspruchnahme genannt.

Während in den Ballungszentren das Klinikangebot sehr hoch ist, haben dünn besiedelte Regionen in Deutschland zunehmend Probleme, eine adäquate geburtshilfliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Um dieser Problematik zu begegnen, erhalten 56 geburtshilfliche Abteilungen für das Jahr 2023 zusätzliche finanzielle Mittel in Form eines Sicherstellungszuschlags, da bei deren Schließung eine größere Anzahl von schwangeren Frauen eine Anfahrtsdauer zur nächsten Geburtsklinik von mehr als 40 Minuten hätten. Für Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg sind das 12 bzw. 11 Abteilungen, wohingegen in Nordrhein-Westfalen nur zwei in diese Kategorie fallen [4].

In der Regel haben Kliniken mit Anspruch auf einen Sicherstellungszuschlag keinen perinatalen Schwerpunkt, d.h. ein Kinderarzt/-ärztin steht nicht 24 Std. vor Ort zur Verfügung (Versorgungsstufe LEVEL IV). Im Zuge des sich zuspitzenden Fachkräftemangels wird es darüber hinaus immer schwieriger werden, diese Abteilungen adäquat personell zu besetzen. Eine optimale geburtshilfliche Versorgung setzt aber qualifiziertes Personal voraus. Die S2k-Leitlinie „Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland“ fordert, dass bei jeder Geburt sichergestellt sein soll, dass im Falle einer erforderlichen Notfallentbindung („Not-Sectio“) die Entscheidungs-Entbindungszeit („E-E-Zeit“) unter 20 Minuten eingehalten werden kann. Daher soll jede geburtshilfliche Klinik rund um die Uhr die Anwesenheit mindestens einer Hebamme sowie einer weiteren Hebamme in Rufbereitschaft und die ständige Anwesenheit zumindest eines geburtshilflich erfahrenen Arztes (Facharztstandard) gewährleisten. Sofern der anwesende Arzt noch nicht über eine abgeschlossene Facharztweiterbildung verfügt, soll ein Facharzt kurzfristig zur Verfügung stehen. Letzteres ist nach den gegenwärtigen Bedingungen



des Arbeitszeitgesetzes und richterlichen Entscheidungen nur durch Bereitschaftsdienst zu gewährleisten. Ein Neugeborenes mit schweren Anpassungsstörungen muss jederzeit durch eine/n Facharzt/-ärztin für Frauenheilkunde oder eine/einen Anästhesisten/in reanimiert, ggf. auch intubiert werden können. Darüber hinaus soll die weitere neonatologische Versorgung über einen Kooperationsvertrag mit einer Kinderklinik geregelt sein [5]. Nach dem neuen Arbeitszeitgesetz wären zur Personalisierung einer solchen Abteilung 8 VK Fachärzte/-innen für Frauenheilkunde notwendig.

Der zunehmende Mangel an Fachkräften in der Geburtshilfe, der sich nicht zuletzt aus epidemiologischen Gründen in den nächsten 20 Jahren weiter verschärfen wird, macht eine Konzentration der vorhandenen Fachkräfte und somit Zentralisierung unabdingbar. Nur so kann in diesem psychisch wie auch physisch sehr fordernden Fach langfristig ein Arbeitsumfeld geschaffen werden, das erfahrene Fachkräfte dauerhaft an die jeweiligen Abteilungen bindet.

Empfehlungen zur geburtshilflichen Versorgung in dünn besiedelten Regionen Deutschlands

Modell 1: Zentralisierung und Boardingkonzept

In Zusammenarbeit mit den jeweiligen Perinatalzentren bzw. Kliniken mit perinatalem Schwerpunkt wird ein Boardingkonzept entwickelt, das auf die geburtshilfliche Versorgung von Frauen zielt, deren Entbindung zeitnah bevorsteht, idealerweise ab 37+0 SSW. Das gleiche gilt für Frauen mit hohem geburtshilflichem Risiko unabhängig vom Schwangerschaftsalter. Dies könnte über sogenannte Patientenhotels realisiert werden. Notfälle, die sich darüber hinaus ergeben, müssten über den Rettungsdienst (Notarztwagen/ Rettungshubschrauber) versorgt werden. Möglicherweise muss dieser dann ortsbezogen weiter ausgebaut werden (gemeinsames Team aus Facharzt/-ärztin für Frauenheilkunde mit Schwerpunkt spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin, Hebamme, Anästhesist/-in und Neonatologe/in).

Langfristig wäre es das Idealziel, Einheiten mit einer hohen Geburtenzahl zu entwickeln, unter deren Dach Patientinnen mit jeglichem Risikoprofil optimal betreut werden könnten. In Ballungszentren wäre dies durch das Zusammenlegen mehrerer Kliniken umsetzbar, ohne dafür weitere Anfahrtswege für die zu versorgenden Patientinnen in Kauf nehmen zu müssen. Natürlich müsste hierfür ein Übergangskorridor von wenigstens 5 Jahren geschaffen werden, um die notwendigen Kapazitäten auf- bzw. abzubauen. Keinesfalls kann dies durch kaltes Kliniksterben infolge des sich verschärfenden ökonomischen Umfeldes realisiert werden. Maul et al. haben hierzu ein Konzept ausgearbeitet, das in Abbildung 1 skizziert ist [6].

Dieses zielt darauf ab, für alle Patientinnen ein Betreuungskonzept anzubieten, das individuell auf das jeweilige Risikoprofil zugeschnitten ist. Dabei würden Patientinnen



ohne Risiko ausschließlich von Hebammen betreut. Die Hebammen arbeiten hier komplett eigenverantwortlich in Teams mit 10-12 VK. Ein Notfallteam bestehend aus einem Facharzt/-ärztin für Frauenheilkunde, Anästhesist/-in und Neonatologe/-in stehen jederzeit zur Verfügung.

Die Low-risk-Patientinnen werden von Fachärzten/-innen und Hebammen zusammen betreut. Ein Notfallteam steht jederzeit zur Verfügung. In diese Kategorie fallen Patientinnen mit später Frühgeburt, später Präeklampsie, BEL-Geburt, Patientinnen mit diabetischer Stoffwechsellaage etc.

Intermediate/high-risk Patientinnen werden vorwiegend ärztlich-perinatologisch betreut. Dies beinhaltet Pränataldiagnostik, Genetik, Kinderchirurgie, Fetalchirurgie, interdisziplinäre maternale Betreuung. An diese großen Einheiten können eine Fachakademie mit Hebammenstudiengang sowie ein klinisches Forschungszentrum angedockt werden.

Die Leitung des Gesamtzentrums läge in den Händen eines/einer Arztes/Ärztin, der/die schon aus rechtlichen Gründen letztverantwortlich sein muss, und einer Leitenden Hebamme. Qualifikationsvoraussetzungen für die Leitungsfunktion wären auf ärztlicher Seite der Schwerpunkt Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin, wissenschaftliche Expertise und mehrjährige Berufserfahrung, bei den Hebammen der akademische Abschluss eines Master-Studiengangs, ebenfalls wissenschaftliche Expertise und mehrjährige Berufserfahrung. Aufgabe der gemeinsamen Leitung wären die Organisation und Definition der Prozesse und Arbeitsabläufe zwischen Hebammen und Ärzten/-innen.

Diese Versorgungsstruktur hätte den Vorteil, dass No-risk-Patientinnen nicht im Perinatalzentrum LEVEL 1 entbinden, Hochrisikopatientinnen dagegen zuverlässig in einer entsprechend qualifizierten Einheit. Es wäre eine adäquate geburtshilfliche Versorgung von der Geburtshausatmosphäre bis hin zur Hightechmedizin entsprechend dem individuellen Risikoprofil sichergestellt, die zudem Ressourcen sparen würde.

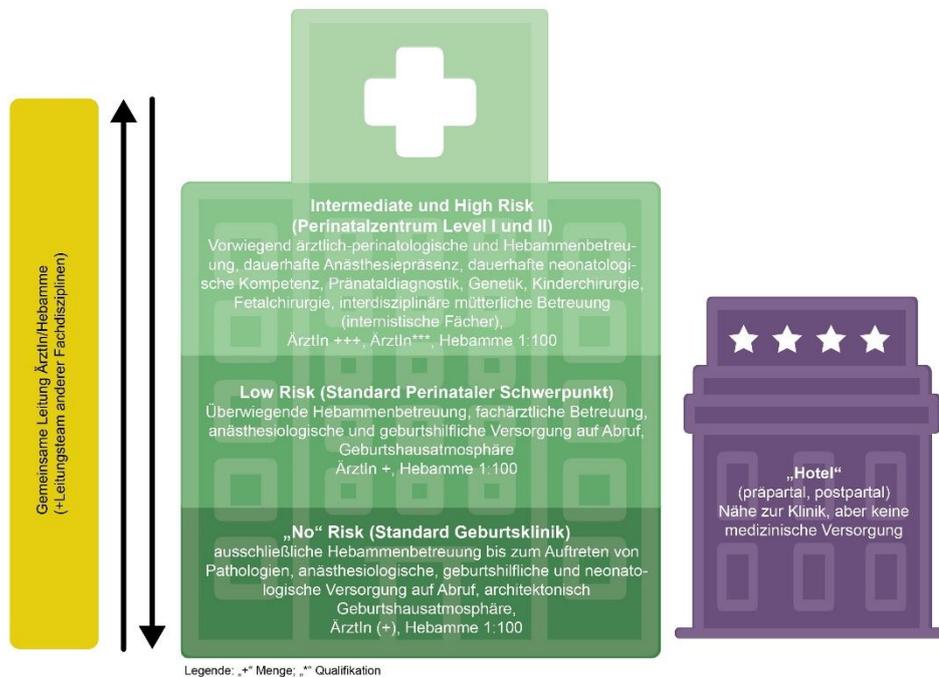


Abb. 1: Vision für eine geburtshilfliche Klinik 2030: Alle Versorgungslevel befinden sich innerhalb einer Frauenklinik. Der Level-Wechsel ist unkompliziert möglich - ob Upstaging oder Downstaging. (mit freundl. Genehmigung adaptiert nach ©H. Maul, Hamburg)

Zusammenfassung

Entwicklung eines Boardingkonzeptes in Zusammenarbeit mit den regionalen Perinatalzentren bzw. Kliniken mit perinatalem Schwerpunkt

- Patientenhotels mit ambulanter geburtshilflicher Versorgung ab 37+0 SSW oder im Falle einer Risikokonstellation bereits früher

Weiterer Ausbau des Rettungsdienstes

- Notarztwagen/Rettungshubschrauber (gemeinsames Team aus Facharzt/-ärztin für Frauenheilkunde mit Schwerpunkt spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin, Hebamme, Anästhesist/-in und Neonatologe/in)

Weitere Zentralisierung der Geburtshilfe in Ballungszentren durch Fusion geburtshilflicher Abteilungen unter Wahrung eines entsprechenden zeitlichen Übergangskorridors



- Ressourcen schonende, adäquate geburtshilfliche Versorgung innerhalb einer Frauenklinik entsprechend dem individuellen Risikoprofil

Modell 2: Zentralisierung und Satellitenkliniken und -versorgungszentren

Voraussetzungen für eine hohe Qualität in der geburtshilflichen Versorgung des deutschen Stufensystems der geburtshilflichen und neonatalen Versorgung und damit auch in Kliniken mit niedriger Geburtenzahl sind [5]:

1. strenge Risikoselektion
2. Sicherstellung der unmittelbaren Verfügbarkeit der in Notsituationen erforderlichen Fachpersonen (Facharzt/-ärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Anästhesie, Hebamme, Anästhesie- und OP-Pflege). Dieses Personal muss in der Reanimation von Neugeborenen geschult und geübt sein
3. ein in der Behandlung von Neugeborenen erfahrener Kinderarzt sollte in angemessenem Zeitrahmen verfügbar sein
4. regelmäßiges Training der interkollegialen Zusammenarbeit und anhaltende Erfahrung der Fachpersonen muss ebenfalls sichergestellt werden

Dafür sind folgende Maßnahmen für Abteilungen mit niedriger Geburtenzahl erforderlich:

1. Verbund mit einer größeren Geburtsklinik (Perinatalzentrum 1 oder 2) unter einem gemeinsamen Träger
2. Stete Rotation des Facharztes/der Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe zwischen PNZ und Geburtsklinik
3. Um eine strenge Risikoselektion zu erreichen muss eine vorgeburtliche Vorstellung in der Geburtsklinik erfolgen. Die Geburt in der kleinen Abteilung muss beschränkt werden auf Schwangere ohne Geburtsrisiko nach der abgeschlossenen 37. SSW analog der Risikoselektion für eine Geburt im hebammengeleiteten Kreißsaal
4. 24 h Anwesenheit mindestens einer Hebamme im Kreißsaal. Verfügbarkeit einer weiteren Hebamme in Rufdienst
5. 24 h Verfügbarkeit eines Facharztes für Gynäkologie und Geburtshilfe
6. Die in Notsituationen erforderlichen Fachpersonen (Facharzt für Anästhesie, Anästhesie- und OP-Pflege) müssen jederzeit kurzfristig verfügbar sein, sodass eine E-E-Zeit von 20 Minuten eingehalten werden kann. Nach den gegenwärtigen Bedingungen des Arbeitszeitgesetzes ist hierfür i. d. R. ein Bereitschaftsdienst erforderlich



7. Frauenarzt, Hebamme und Anästhesist müssen regelmäßig in der Reanimation von Neugeborenen geschult werden. Dies ist am besten durch regelmäßige Rotation in das PNZ gewährleistet

8. Kooperationsvertrag mit Kinderklinik (PNZ) muss gegeben sein

Die Personalisierung einer solchen Abteilung braucht je nach vertraglicher Ausgestaltung bis zu 8 VK Fachärzte/-innen für Frauenheilkunde. Realistisch kann das nur umgesetzt werden, wenn neben der geburtshilflichen Abteilung am Standort noch eine operative Gynäkologie und gynäkologische Praxen in einem MVZ betrieben werden als ambulant-stationäres Frauengesundheitszentrum.

Der Standort erfordert auch mindestens eine weitere chirurgisch tätige Abteilung um einen OP-Bereich und das nötige Anästhesie- und Pflegepersonal regelmäßig auszulasten. Sinnvollerweise existiert darüber hinaus eine Abteilung für Innere Medizin mit Intensivkapazität. Dadurch wäre eine Präsenzdienstausstattung mit Weiterbildungsassistenten und Fachärzten anderer Fachgebiete zu gewährleisten, welche ggf. bei Ermangelung eines Assistenten aus dem Fachgebiet Gynäkologie/Geburtshilfe den Frauenarzt bei einer Sectio als Assistenten unterstützen könnten.

Die Hebammen arbeiten im Schichtsystem. Bei niedriger Geburtenzahl wären auch 12h- oder 24h-Schichten vorstellbar, welche i. d. R. bezogen auf die Arbeitsbelastung entsprechende Ruhezeiten erlaubten. Steht das Arbeitszeitgesetz dem entgegen, existieren Modelle von Hebammenteams, die im Belegsystem arbeiten und einen Präsenzdienst ermöglichen.

Um die erforderlichen Routinen für Notfälle aufrecht zu erhalten wäre ein regelmäßiger Einsatz der geburtshilflichen Fachärzte (und der Hebammen) im PNZ in Form von Rotationen nötig. Diese kleinen geburtshilflichen Einheiten könnten nach dem Modell eines „Hebammenkreißsaals“ betrieben werden mit ständiger Facharztpräsenz im Bereitschaftsdienst, in dem Low-risk-Patientinnen von Fachärzten/-innen und Hebammen zusammen betreut werden. Im angeschlossenen Frauengesundheitszentrum wäre zudem eine qualitativ hochwertige ambulante Betreuung von nichtschwangeren Frauen und von (Risiko)schwangeren gewährleistet.

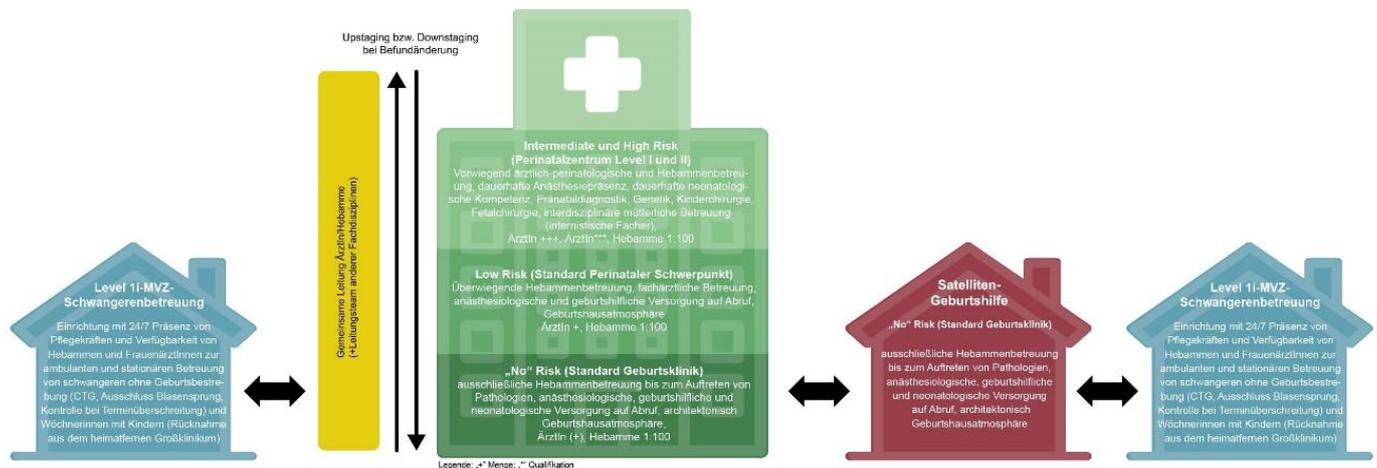


Abb. 2: Vision 2030 für eine geburtshilfliche Klinik mit Satelliten (Anlehnung und Erweiterung des Konzepts von ©H. Maul, Hamburg)

Zusätzlich zu Satellitengeburtshilfen könnten in Anlehnung an die Vorschläge der Regierungskommission zur Neustrukturierung des Gesundheitssystems – als Zwischenlösung – Satelliten-Versorgungszentren zur Betreuung schwangerer Patientinnen im Level 1i-Krankenhaus entstehen [7].

Bisher bestehende kleine geburtshilflich-gynäkologische Kliniken existieren weiter als Satelliteneinrichtung für die Betreuung von Schwangeren ohne Geburtsbestrebungen und Wöchnerinnen, welche aus den Großkliniken heimatnah zuverlegt werden oder ambulant betreut werden können.

Die Einrichtungen halten eine pflegerische 24/7-Präsenz mit Rufdiensten von FachärztInnen für Frauenheilkunde vor. Idealerweise handelt es sich um Level 1i-Einrichtungen, die in allen Fachbereichen dieses Level erfüllen und entsprechend organisiert sind. Ein rascher, zielgerichtet organisierter und ggf. notarztbegleiteter Transport in die Großperinatalzentren muss gegeben sein (analog zu jeder gyn. Praxis).

Zielgruppen könnten u.a. sein:

Schwangere mit Beschwerden/Komplikationen wie

- Hyperemesis
- Abortus imminens
- Cerclageanlage vor Lebensfähigkeit des Kindes
- PROM vor Lebensfähigkeit
- Betreuung Spätabort
- Schwangerschaftscholestase
- milde Präeklampsie
- Harnwegsinfekte/Pyelonephritis mit iv-Antibiose
- Ausschluss PPRM
- Ausschluss geburtswirksame vorzeitige Wehen



Wöchnerinnen:

- Rückverlegung aus Großperinatalzentren bei unauffälligem Verlauf
- Rekonvaleszenz nach peripartaler Hämorrhage
- Mastitis puerperalis
- Endomyometritis
- Stillprobleme
- Hyperbilirubinämie des Kindes (Kontrollen)
- Gewichtskontrollen des Kindes

Zusammenfassend ist für eine qualitativ hochwertige geburtshilfliche Versorgung in dünnbesiedelten Gebieten Deutschlands zu fordern:

Minimale personelle Ausstattung von geburtshilflichen Satellitenabteilungen:

- 24 Std. Präsenz Facharztstandard Geburtshilfe und rasche Verfügbarkeit eines/r Facharztes/-ärztin für Frauenheilkunde
- 24 Std. Präsenz einer Hebamme
- Notfallsectio mit einer E-E-Zeit von unter 20 Min jederzeit möglich
- fachgerechte Reanimation eines Neugeborenen mit schweren Anpassungsstörungen durch Facharzt/-ärztin für Frauenheilkunde oder Anästhesist/in jederzeit gegeben
- Sicherstellung der weiteren neonatologischen Versorgung durch Kooperationsvertrag mit regionaler Kinderklinik

Literatur



1. European Perinatal Health Report. Retrieved 20.7.2021, from https://www.europeristat.com/images/EPHR2015_web_hyperlinked_Euro-Peristat.pdf.
2. Geburtenliste 2021. Retrieved 16.12.2022, from file:///C:/Users/User/Downloads/NutriciaMilupaGeburtenliste.pdf.
3. Heller G, Richardson DK, Schnell R et al. Are we regionalized enough? Early-neonatal deaths in low-risk births by the size of delivery units in Hesse, Germany 1990-1999. Int J Epidemiol 2002; 31: 1061-1068
4. Geburtshilfliche Abteilungen mit Sicherstellungszuschlag. Retrieved 16.12.2022, from https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/zu_abschlaege/liste_kh/20220630_Liste_laendliche_KH_2023_V_b_bf.pdf.
5. AWMF. Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland. S2k AWMF-Leitlinie Nr. 087-001. https://register.awmf.org/assets/guidelines/087-001I_S2k_Empfehlungen-strukturelle-Voraussetzungen-perinatologische-Versorgung-Deutschland__2021-04_01.pdf
6. Maul H, Kyvernitakis I, Quente M et al. Der Wandel ist unausweichlich. Deutsche Hebammen Zeitschrift 2021; 72: 20-31
7. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Dritte Stellungnahme und Empfehlung. Abgerufen am 19.01.2023 unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegen_de_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf